

改定診療報酬点数表参考資料

(令和2年4月1日実施)

I. 医科診療報酬点数表等

	告示	通知
1 基本診療料		
(1) 初・再診料	(2)	(7)
(2) 入院料等		
通則／①入院基本料	(24)	(35)
②入院基本料等加算	(62)	(71)
③特定入院料	(111)	(121)
④短期滞在手術等基本料	(147)	(149)
2 特掲診療料		
(1) 医学管理等	(152)	(183)
(2) 在宅医療	(249)	(275)
(3) 検査	(337)	(356)
(4) 画像診断	(403)	(407)
(5) 投薬	(422)	(426)
(6) 注射	(436)	(438)
(7) リハビリテーション	(446)	(450)
(8) 精神科専門療法	(474)	(481)
(9) 処置	(510)	(518)
(10) 手術	(554)	(591)
(11) 麻酔	(629)	(632)
(12) 放射線治療	(641)	(643)
(13) 病理診断	(650)	(652)
3 介護老人保健施設入所者の診療料	(658)	(659)
4 経過措置	(663)	—

II. 施設基準等

	告示	通知
○基本診療料の施設基準等	(664)	(713)
○特掲診療料の施設基準等	(805)	(844)

III. その他

関係省令・告示・通知	(967)
○療規規則等 ○掲示事項等 ○複数手術 ○材料価格基準 ○食事療養及び生活療養 ○訪問看護療養費 ○様式集（基本診療料施設基準等）	

※ 参考資料とは別に「新旧対照表」、「施設基準等の各種様式」を日医ホームページ（メンバーズルーム）に掲載しておりますので、ダウンロードしてご活用ください

医科診療報酬点数表に関する事項

<通則>

- 1 1人の患者について療養の給付に要する費用は、第1章基本診療料及び第2章特掲診療料又は第3章介護老人保健施設入所者に係る診療料の規定に基づき算定された点数の総計に10円を乗じて得た額とする。
- 2 基本診療料は、簡単な検査（例えば、血圧測定検査等）の費用、簡単な処置の費用等（入院の場合には皮下、皮下及び筋肉内注射及び静脈内注射の注射手技料等）を含んでいる。
- 3 特掲診療料は、特に規定する場合を除き、当該医療技術に伴い必要不可欠な衛生材料等の費用を含んでいる。
- 4 基本診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成30年厚生労働省告示第44号）による改正後の「基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。
- 5 特掲診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。
- 6 「診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）及び本通知において規定する診療料に於ける診療報酬の算定方法（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療料に他の事項を組み合わせて陸揚する場合も含むものであること。
- 7 特掲診療料に揚げられ、当該診療料に於ける診療行為を行うに当たっては、医療安全の向上に資するため、当該診療行為を行う医師等の処遇を改善し負担を軽減する体制の確保に努めること。
- 8 署名又は記名・押印を要する文書については、自筆の署名（電子的な署名を含む。）がある場合には印は不要である。

○厚生労働省告示第 号
健康保険法（大正十一年法律第七十号）第七十六条第二項（同法第四百四十九条において準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第七十一条第一項の規定に基づき、診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の一部を次のように改正し、令和二年四月一日から適用する。

令和二年 月 日

厚生労働大臣 加藤 勝信

別表第一から別表第三までを次のように改める。

診療報酬の算定方法

- 一 健康保険法第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関に係る療養（高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高齢者医療確保法」という。）の規定による療養を含む、以下同じ。）に要する費用の額は、歯科診療以外の診療にあっては別表第一「医科診療報酬点数表」により、歯科診療にあっては別表第二「歯科診療報酬点数表」により算定するものとする。ただし、別に厚生労働大臣が指定する病院の確保における療養（健康保険法第六十三条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項に規定する食事療養、生活療養、評価療養、患者申出療養及び選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一項第一号から第三号までに掲げる療養並びに高齢者医療確保法第六十四条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項に規定する食事療養、生活療養、評価療養、患者申出療養及び選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一項第一号から第三号までに掲げる療養に限る。）に要する費用の額は、当該療養を提供する病院の確保ごとに別に厚生労働大臣が定めるところにより算定するものとする。
- 二 保険医療機関に係る療養に要する費用の額は、一点の単面を十円とし、別表第一又は別表第二に定める点数を乗じて算定するものとする。
- 三 健康保険法第六十三条第三項第一号に規定する保険薬局に係る療養に要する費用の額は、別表第三「別掲調定点数表」により、一点の単面を十円とし、同表に定める点数を乗じて算定するものとする。
- 四 前三項の規定により保険医療機関又は保険薬局が毎月分につき保険者（高齢者医療確保法第七條第二項に規定する保険者という。）又は後期高齢者医療広域連合（同法第四十八条に規定する後期高齢者医療広域連合をいう。）ごとに請求すべき療養に要する費用の額を算定した場合において、その額に一月未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨て計算するものとする。
- 五 特別の事由がある場合において、都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を算定した場合における療養に要する費用の額は、前各号により算定した額に当該療養担当手当の額を加算して算定するものとする。
- 六 前各号の規定により保険医療機関又は保険薬局において算定する療養に要する費用の額は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、介護保険法（平成九年法律第二百二十三号）第六十二条に規定する要介護施設保険者等については、算定しないものとする。
- 七 別表第一から別表第三までにおける届出については、届出を行う保険医療機関又は保険薬局の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に對して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長の分室がある場合には、当該分室を管轄して行うものとする。

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

通則

- 1 健康保険法第63条第1項第1号及び高齢者医療確保法第64条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び区分番号A002に掲げる外来診療料の注5に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1回として算定する。
- 2 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。
- 3 入院中の患者（第2部第4節に規定する短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。）は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

第1節 初診料

区分

A000 初診料

288点

- 注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。
- 2 病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）及び地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。
- 3 病院である保険医療機関（許可病床（医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び一般病床に係るものの数が200未満の病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、214点を算定する。
- 4 医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に記載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、214点を算定する。
- 5 1傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて1回とし、第1回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、2つ目の診療科に限り144点（注2から注4までに規定

- する場合にあっては、107点)を算定できる。ただし書の場合においては、注6から注10までに規定する加算は算定しない。
- 6 6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、乳幼児加算として、75点を所定点数に加算する。ただし、注7又は注8に規定する加算を算定する場合は算定しない。
 - 7 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間(深夜(午後10時から午前6時までの間をいう。以下この表において同じ。))及び休日を除く。以下この表において同じ。)、休日(深夜を除く。以下この表において同じ。))又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点(6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ200点、365点又は695点)を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点(6歳未満の乳幼児の場合にあっては、345点)を所定点数に加算する。
 - 8 小児科を標榜する保険医療機関(注7のただし書に規定するものを除く。)にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜(当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。)において6歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、注7の規定にかかわらず、それぞれ200点、365点又は695点を所定点数に加算する。
 - 9 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関(診療所に限る。)が、午後6時(土曜日にあつては正午)から午前8時までの間(深夜及び休日を除く。)、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において初診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注7のただし書又は注8に規定する加算を算定する場合にあっては、この限りでない。
 - 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。)において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。

第2節 再診料

区分

A001 再診料

73点

- 注1 保険医療機関(許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。)において再診を行った場合に算定する。
- 2 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関(許可病床数が200床以上である病院に限る。)において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、54点を算定する。
- 3 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り、37点(注2に規定する場合にあっては、27点)を算定する。この場合において、注4から注8まで及び注10から注14までに規定する加算は算定しない。
- 4 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注5又は注6に規定する加算を算定する場合は算定しない。
- 5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点(6歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ135点、260点又は590点)を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7の

- ただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児の場合にあっては、250点）を所定点数に加算する。
- 6 小児科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注5の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。
- 7 区分番号A000に掲げる初診料の注9に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）が、午後6時（土曜日にあつては正午）から午前8時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において再診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注5のただし書又は注6に規定する場合にあっては、この限りでない。
- 8 入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を行わないものとして別に厚生労働大臣が定める計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、52点を所定点数に加算する。
- 9 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この場合において、注8の外来管理加算、注12の地域包括診療加算及び注13の認知症地域包括診療加算は算定しない。
- 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。
- | | |
|------------|----|
| イ 時間外対応加算1 | 5点 |
| ロ 時間外対応加算2 | 3点 |
| ハ 時間外対応加算3 | 1点 |
- 11 個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、1点を所定点数に加算する。
- 12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
- | | |
|-------------|-----|
| イ 地域包括診療加算1 | 25点 |
| ロ 地域包括診療加算2 | 18点 |
- 13 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
- | | |
|----------------|-----|
| イ 認知症地域包括診療加算1 | 35点 |
|----------------|-----|

ロ 認知症地域包括診療加算2 28点

- 14 注12又は注13の場合において、他の保険医療機関に入院した患者又は介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を更に所定点数に加算する。

A002 外来診療料 74点

注1 許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。

2 病院である保険医療機関（特定機能病院及び地域医療支援病院に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、55点を算定する。

3 病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、55点を算定する。

4 医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において再診を行った場合には、注1の規定にかかわらず、特定妥結率外来診療料として、55点を算定する。

5 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注1の規定にかかわらず、2つ目の診療科に限り37点（注2から注4までに規定する場合にあつては、27点）を算定する。この場合において、注6のただし書及び注7から注9までに規定する加算は算定しない。

6 第2章第3部検査及び第9部処置のうち次に掲げるものは、外来診療料に含まれるものとする。ただし、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料の通則第3号に規定する加算は、外来診療料に係る加算として別に算定することができる。

イ 尿検査

区分番号D000からD002-2までに掲げるもの

ロ 糞便検査

区分番号D003（カルプロテクチン（糞便）を除く。）に掲げるもの

ハ 血液形態・機能検査

区分番号D005（ヘモグロビンA_{1c}（HbA_{1c}）、デオキシチミジンキナーゼ（TK）活性、ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（TdT）、骨髓像及び造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき）を除く。）に掲げるもの

ニ 創傷処置

100平方センチメートル未満のもの及び100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの

ホ 削除

ヘ 皮膚科軟膏処置

100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの

ト 膀胱洗浄

チ 腔洗浄

- リ 眼処置
- ヌ 睫毛^{しようまつげ}拔去
- ル 耳処置
- ヲ 耳管処置
- ワ 鼻処置
- カ 口腔^{くわう}、咽頭^{げんごう}処置
- ヨ 間接喉頭鏡下喉頭^{げんかくこうとうきやうこうとう}処置
- タ ネブライザー
- レ 超音波ネブライザー
- ソ 介達^{けんたつ}牽引
- ツ 消炎鎮痛等処置

- 7 6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注8又は注9に規定する加算を算定する場合は算定しない。
- 8 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（6歳未満の乳幼児の場合にあつては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあつては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（6歳未満の乳幼児の場合においては、250点）を所定点数^{ほう}に加算する。
- 9 小児科を標榜する保険医療機関（区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定するものを除く。）にあつては、夜間であつて別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において6歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注8の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。

A003 オンライン診療料（月1回）

71点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、継続的に対面診療を行っている患者であつて、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、情報通信機器を用いた診療を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、連続する3月は算定できない。
- 2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)を算定する月は、別に算定できない。
- 3 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関において、医師の急病等やむを得ない事情により診療の実施が困難となる場合であつて、当該保険医療機関が、同一の二次医療圏（医療法第30条の4第2項第12号に規定する区域をいう。）に所在する注1に規定する施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た他の保険医療機関に依頼し、情報通信機器を用いて初診が行われた場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

<通則>

1 同一の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関をいう。以下同じ。）を除く。）において、2以上の傷病に罹っている患者について、それぞれの傷病につき同時に初診又は再診を行った場合においても、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は1回に限り算定するものであること。

同一の保険医療機関において、2人以上の保険医（2以上の診療科にわたる場合も含む。）が初診又は再診を行った場合においても、同様であること。

ただし、初診料の「注5」のただし書に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の医療法施行令第3条の2第1項及び第2項に規定する診療科（以下この部において単に「診療科」という。以下同じ。）を初診として受診した場合並びに再診料の「注3」及び外来診療料の「注5」に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病で別の診療科を再診として受診した場合の2つ目の診療科については、この限りではない。

2 初診又は再診が行われた同一日であるか否かにかかわらず、当該初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる次に掲げる場合には、これらに要する費用は当該初診料又は再診料若しくは外来診療料に含まれ、別に再診料又は外来診療料は算定できない。

ア 初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合

イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来た場合

ウ 初診又は再診の際検査、画像診断、手術等の必要を認めたが、一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来た場合

3 医科歯科併設の保険医療機関において、医科診療に属する診療科に係る傷病につき入院中の患者が歯又は口腔の疾患のために歯科において初診若しくは再診を受けた場合、又は歯科診療に係る傷病につき入院中の患者が他の傷病により医科診療に属する診療科において初診若しくは再診を受けた場合等、医科診療と歯科診療の両者にまたがる場合は、それぞれの診療科において初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定することができる。

ただし、同一の傷病又は互いに関連のある傷病により、医科と歯科を併せて受診した場合には、主たる診療科においてのみ初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。

4 医療法（昭和23年法律第205号）に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中にあるは、再診料（外来診療料を含む。）（ただし、再診料の注5及び注6に規定する加算並びに外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。）は算定できない。また、入院中の患者が当該入院の原因となった傷病につき、診療を受けた診療科以外の診療科で、入院の原因となった傷病以外の傷病につき再診を受けた場合においても、再診料（外来診療料を含む。）は算定できない。なお、この場合において、再診料（外来診療料を含む。）（ただし、再診料の注5及び注6に規定する加算並びに外来診療料の注8及び注9に規定する加算を除く。）以外の検査、治療等の費用の請求については、診療報酬明細書は入院用を用いること。

5 初診又は再診において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合に、

使用した薬剤の費用については第2章第2部第3節薬剤料により、特定保険医療材料の費用については同第4節特定保険医療材料により、当該保険医療機関において算定する。なお、当該薬剤の費用は、継続的な医学管理を行う必要がある場合に算定するものとし、区分番号「A000」初診料の算定のみの場合にあっては算定できない。また、同様に当該看護師等が検査のための検体採取等を実施した場合には、当該保険医療機関において、第2章第3部第1節第1款検体検査実施料を算定するとともに、検体採取に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給すること。

- 6 算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの1週間又は月の初日から月の末日までの1か月を単位として算定する。

第1節 初診料

A000 初診料

- (1) 特に初診料が算定できない旨の規定がある場合を除き、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった場合に、初診料を算定する。なお、同一の保険医が別の医療機関において、同一の患者について診療を行った場合は、最初に診療を行った医療機関において初診料を算定する。
- (2) 患者が異和を訴え診療を求めた場合において、診断の結果、疾病と認むべき徴候のない場合にあっては初診料を算定できる。
- (3) 自他覚的症状がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該保険医が、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、初診料は算定できない。
ただし、当該治療（初診を除く。）については、医療保険給付対象として診療報酬を算定できること。
- (4) (3)にかかわらず、健康診断で疾患が発見された患者が、疾患を発見した保険医以外の保険医（当該疾患を発見した保険医の属する保険医療機関の保険医を除く。）において治療を開始した場合には、初診料を算定できる。
- (5) 労災保険、健康診断、自費等（医療保険給付対象外）により傷病の治療を入院外で受けている期間中又は医療法に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中にある場合は、当該保険医療機関において医療保険給付対象となる診療を受けた場合においても、初診料は算定できない。
- (6) 「注2」又は「注3」に規定する保険医療機関において、病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの文書による紹介がなく、初診を行った場合は、「注1」の規定にかかわらず「注2」又は「注3」の所定点数を算定する。（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）この場合において、患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、「注1」との差額に相当する療養部分について選定療養として、その費用を患者から徴収することができる。なお、保健所及び市町村等の医師が、健康診断等の結果に基づき治療の必要性を認め、当該患者に対し必要な診療が可能な保険医療機関を特定し、当該保険医療機関あてに文書による紹介を行った患者については、紹介のある患者とみなすことができる。

また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合

(以下「紹介率」という。)等が低い保険医療機関とは、「注2」にあつては、紹介率の実績が50%未満の特定機能病院及び地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。)(一般病床の数が200床未満の病院を除く。)(ただし、逆紹介率の実績が50%以上の場合を除く。)をいい、「注3」にあつては、紹介率の実績が40%未満の許可病床の数が400床以上の病院(特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。)(ただし、逆紹介率の実績が30%以上の場合を除く。)をいう。紹介率及び逆紹介率の実績の算定期間は、報告年度の前年度1年間(ただし、前年度1年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する6か月間)とし、当該期間の紹介率又は逆紹介率の実績が基準を上回る場合には、紹介率が低い保険医療機関とはみなされない。

※ 紹介率及び逆紹介率の計算については、下記のとおりとする。

紹介率 = (紹介患者数+救急患者数) ÷ 初診の患者数

逆紹介率 = 逆紹介患者数 ÷ 初診の患者数

なお、初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数については、特定機能病院は「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について(平成5年2月15日)(健政発第98号)」により、地域医療支援病院及び「注3」に規定する病院は「医療法の一部を改正する法律の施行について(平成10年5月19日)(健政発第639号)」により定めるものとする。

ただし、特定機能病院における初診の患者数については、「患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があつた患者の数(夜間又は休日を受診したものの数を除く。)」とする。また、地域医療支援病院及び「注3」に規定する病院における初診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があつた患者の数(地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第30条の4に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあつては、当該救急医療事業において休日又は夜間を受診した救急患者の数を除く。)とする。

- (7) 特定機能病院及び地域医療支援病院(一般病床の数が200床未満の病院を除く。)及び許可病床の数が400床以上の病院(特定機能病院、地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。)は、紹介率及び逆紹介率の割合を別紙様式28により、毎年10月に地方厚生(支)局長へ報告すること。また、報告を行った保険医療機関であつて、報告年度の連続する6か月間で実績の基準を満たした保険医療機関については、翌年の4月1日までに地方厚生(支)局長へ報告すること。
- (8) 許可病床の数が400床以上の病院(特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が200床未満の病院を除く。)のうち、前年度1年間の紹介率の実績が40%未満かつ逆紹介率の実績が30%未満の保険医療機関の取扱いについては、(7)と同様であること。
- (9) 「注4」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年9月末日においても妥結率が低い状況又は妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定妥結率初診料を算定する。

- (10) 妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月●日保医発●第●号）別添1の第2の5を参照のこと。
- (11) (10)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。
- (12) 現に診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できない。
- ただし、「注5」のただし書に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病（1つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、新たに別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を初診として受診した場合（1つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科を除く診療科1つに限り、同ただし書の所定点数を算定できる。また、診療継続中以外の患者であって、同一日に他の傷病で2以上の診療科を初診として受診する場合においても、2つ目の診療科に限り、同ただし書の所定点数を算定できる。この場合において、「注6」から「注10」までに規定する加算は、算定できない。なお、患者が専門性の高い診療科を適切に受診できるよう保険医療機関が設置した総合外来等については、診療科とみなさず、総合外来等を受診後、新たに別の診療科を受診した場合であっても同ただし書の所定点数は算定できない。
- (13) 患者が任意に診療を中止し、1月以上経過した後、再び同一の保険医療機関において診療を受ける場合には、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、その際の診療は、初診として取り扱う。なお、この場合において、1月の期間の計算は、例えば、2月10日～3月9日、9月15日～10月14日等と計算する。
- (14) (13)にかかわらず、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療は、初診として取り扱わない。
- (15) A保険医療機関には、検査又は画像診断の設備がないため、B保険医療機関（特別の関係（第2部通則7の(3)に規定する「特別の関係」をいう。以下同じ。）にあるものを除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合には、次のように取り扱うものとする。（区分番号「B009」診療情報提供料(I)の(5)から(7)までを参照。）
- ア B保険医療機関が単に検査又は画像診断の設備の提供にとどまる場合
- B保険医療機関においては、診療情報提供料、初診料、検査料、画像診断料等は算定できない。なお、この場合、検査料、画像診断料等を算定するA保険医療機関との間で合議の上、費用の精算を行うものとする。
- イ B保険医療機関が、検査又は画像診断の判読も含めて依頼を受けた場合
- B保険医療機関においては、初診料、検査料、画像診断料等を算定できる。
- (16) 乳幼児加算
- 初診料を算定しない場合には、特に規定する場合を除き、「注6」の乳幼児加算は、算定できない。
- (17) 時間外加算
- ア 各都道府県における医療機関の診療時間の実態、患者の受診上の便宜等を考慮して一定の時間以外の時間をもって時間外として取り扱うこととし、その標準は、概ね午前8時前

と午後6時以降（土曜日の場合は、午前8時前と正午以降）及び休日加算の対象となる休日以外の日を終日休診日とする保険医療機関における当該休診日とする。

ただし、午前中及び午後6時以降を診療時間とする保険医療機関等、当該標準によることが困難な保険医療機関については、その表示する診療時間以外の時間をもって時間外として取り扱うものとする。

イ アにより時間外とされる場合においても、当該保険医療機関が常態として診療応需の態勢をとり、診療時間内と同様の取扱いで診療を行っているときは、時間外の取扱いとはしない。

ウ 保険医療機関は診療時間を分かりやすい場所に表示する。

エ 時間外加算は、保険医療機関の都合（やむを得ない事情の場合を除く。）により時間外に診療が開始された場合は算定できない。

オ 時間外加算を算定する場合には、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定しない。

(18) 休日加算

ア 休日加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日をいう。なお、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、休日として取り扱う。

イ 休日加算は次の患者について算定できるものとする。

(イ) 客観的に休日における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関を受診した患者

① 地域医療支援病院

② 救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所

③ 「救急医療対策の整備事業について」（昭和52年医発第692号）に規定された保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関

(ロ) 当該休日を休診日とする保険医療機関に、又は当該休日を診療日としている保険医療機関の診療時間以外の時間に、急病等やむを得ない理由により受診した患者（上記(イ)以外の理由により常態として又は臨時に当該休日を診療日としている保険医療機関の診療時間内に受診した患者を除く。）

ウ 休日加算を算定する場合には、時間外加算、深夜加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定しない。

(19) 深夜加算

ア 深夜加算は、初診が深夜に開始された場合に算定する。ただし、保険医療機関の都合（やむを得ない事情の場合を除く。）により深夜に診療が開始された場合は算定できない。なお、深夜とは、いずれの季節においても午後10時から午前6時までの間をいう。

イ いわゆる夜間開業の保険医療機関において、当該保険医療機関の診療時間又は診療態勢が午後10時から午前6時までの間と重複している場合には、当該重複している時間帯における診療については深夜加算は認められない。

ウ 深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。

(イ) 客観的に深夜における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関を受診した患者

- ① 地域医療支援病院
- ② 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
- ③ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関

(ロ) 自己の表示する診療時間が深夜を含んでいない保険医療機関に、又は自己の表示する診療時間が深夜にまで及んでいる保険医療機関の当該表示する診療時間と重複していない深夜に、急病等やむを得ない理由により受診した患者（上記(イ)以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を診療時間としている保険医療機関に受診した患者を除く。）

エ 深夜加算を算定する場合には、時間外加算、休日加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定しない。

(20) 時間外加算の特例

ア 当該特例の適用を受ける保険医療機関（以下「時間外特例医療機関」という。）とは、客観的に専ら夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第 30 条の 4 の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関をいう。

- ① 地域医療支援病院
- ② 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
- ③ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

イ 別に厚生労働大臣が定める時間とは、当該地域において一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜及び休日を除く。）とし、その標準は、概ね午前 8 時前と午後 6 時以降（土曜日の場合は、午前 8 時前と正午以降）から、午後 10 時から午前 6 時までの間を除いた時間とする。

ウ 時間外特例医療機関において、休日加算又は深夜加算に該当する場合においては、時間外加算の特例を算定せず、それぞれ休日加算、深夜加算を算定する。また、時間外加算の特例を算定する場合には、時間外加算又は夜間・早朝等加算は算定しない。

(21) 小児科（小児外科を含む。以下この部において同じ。）を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜の診療に係る特例

ア 夜間、休日及び深夜における小児診療体制の一層の確保を目的として、小児科を標榜する保険医療機関（小児科以外の診療科を併せて有する保険医療機関を含む。）について、6 歳未満の乳幼児に対し、夜間、休日又は深夜を診療時間とする保険医療機関において夜間、休日又は深夜に診療が行われた場合にも、それぞれ時間外加算、休日加算又は深夜加算を算定できることとするものである。なお、診療を行う保険医が、小児科以外を担当する保険医であっても算定できるものであること。

イ 夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間とは、当該地域において一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜及び休日を除く。）とし、その標準は、概ね午前 8 時前と午後 6 時以降（土曜日の場合

は、午前8時前と正午以降)から、午後10時から午前6時までの間を除いた時間とする。
ウ 休日加算の対象となる休日、深夜加算の対象となる深夜の基準は、「注7」に係る休日、深夜の基準の例によるものとする。

エ 時間外加算、休日加算、深夜加算及び夜間・早朝等加算の併算定に係る取扱いは、「注7」の場合と同様である。

(22) 夜間・早朝等加算

ア 夜間・早朝等加算は、病院勤務医の負担の軽減を図るため、軽症の救急患者を地域の身近な診療所において受け止めることが進むよう、診療所の夜間・早朝等の時間帯における診療を評価するものである。

イ 表示する診療時間とは、保険医療機関が診療時間として地域に周知している時間であって、来院した患者を常に診療できる体制にある時間又は計画的に訪問診療を行う時間をいう。この場合において、患者が来院したとしても、診療を受けることのできない時間(定期的に学校医、産業医の業務として保険医療機関を不在とする時間や、地域活動や地域行事に出席するとして保険医療機関を不在とする時間を含む。)は表示する診療時間に含まない。また、診療時間として表示している時間であっても、訪問診療に要する時間以外に、常態として当該保険医療機関に医師が不在となる場合は、表示する診療時間に含めない。

ウ 夜間・早朝等とは、午後6時(土曜日にあつては正午)から午前8時までの間(深夜(午後10時から午前6時までの間)及び休日を除く。)、休日又は深夜であつて、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間とする。

エ 区分番号「C000」往診料を算定した場合にも、初診料に加えて夜間・早朝等加算を算定できる。

オ 夜間・早朝等加算は、当該加算の算定対象となる時間に受付を行った患者について算定するものであり、多数の患者の来院による混雑や、保険医療機関の都合(やむを得ない事情の場合を除く。)により当該加算の算定対象となる時間に診療が開始された場合は算定できない。

カ 診療所の夜間・早朝等の時間帯の診療を評価した夜間・早朝等加算は、主として、保険医療機関が診療応需の態勢を解いた後において、急患等やむを得ない事由により診療を求められた場合には再び診療を行う態勢を準備しなければならないことを考慮して設けられている時間外加算、深夜加算、休日加算とは明確に区別されるものである。

キ 区分番号「D282-3」コンタクトレンズ検査料、区分番号「I010」精神科ナイト・ケア、区分番号「J038」人工腎臓の「注1」に規定する加算又は区分番号「J038-2」持続緩徐式血液濾過の「注1」に規定する加算を算定する場合においては、夜間・早朝等加算は算定しない。

(23) 機能強化加算

「注10」に規定する機能強化加算は、外来医療における適切な役割分担を図り、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た診療所又は許可病床数が200床未満の病院において初診料(「注5」のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を除く。)を算定する場合に、加算

することができる。

第2節 再診料

A001 再診料

- (1) 再診料は、診療所又は一般病床の病床数が200床未満の病院において、再診の都度（同一日において2以上の再診があってもその都度）算定できる。
- (2) 「注2」に規定する保険医療機関の取扱いについては、区分番号「A000」初診料の(9)から(11)までと同様である。
- (3) 2以上の傷病について同時に再診を行った場合の再診料は、当該1日につき1回に限り算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病（1つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、患者の意思に基づき、別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を再診として受診した場合（1つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科1つに限り、「注3」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注4」から「注8」まで、「注10」から「注14」までに規定する加算は、算定できない。
- (4) A傷病について診療継続中の患者が、B傷病に罹り、B傷病について初診があった場合、当該初診については、初診料は算定できないが、再診料を算定できる。
- (5) 再診料における時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外特例加算及び夜間・早朝等加算の取扱いは、初診料の場合と同様である。
- (6) 外来管理加算
 - ア 外来管理加算は、処置、リハビリテーション等（診療報酬点数のあるものに限る。）を行わずに計画的な医学管理を行った場合に算定できるものである。
 - イ 外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。

[提供される診療内容の事例]

- 1 問診し、患者の訴えを総括する。

「今日伺ったお話では、『前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い。』ということですね。」

- 2 身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断等の説明を行う。

「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」

- 3 これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。

「先日の発熱と咳や痰は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、のどの粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰がなかなか切れなくなっているようです。症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出するときにはマスク

をした方が良いですよ。」

4 患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

ウ 診察に当たっては、イに規定する項目のうち、患者の状態等から必要と思われるものを行うこととし、必ずしも全ての項目を満たす必要はない。また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。

エ 外来管理加算は、標榜する診療科に関係なく算定できる。ただし、複数を標榜する保険医療機関において、外来患者が2以上の傷病で複数を受診し、一方の科で処置又は手術等を行った場合は、他科においては外来管理加算は算定できない。

オ 区分番号「C000」往診料を算定した場合にも、再診料に加えて外来管理加算を算定できる。

カ 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。また、多忙等を理由に、イに該当する診療行為を行わず、簡単な症状の確認等を行ったのみで継続処方を行った場合にあっては、再診料は算定できるが、外来管理加算は算定できない。

キ 「注8」の厚生労働大臣が別に定める検査とは、第2章第3部第3節生体検査料のうち、次の各区分に掲げるものをいう。

超音波検査等

脳波検査等

神経・筋検査

耳鼻咽喉科学的検査

眼科学的検査

負荷試験等

ラジオアイソトープを用いた諸検査

内視鏡検査

(7) 電話等による再診

ア 当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話、テレビ画像等による場合を含む。）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。

なお、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。ただし、平成30年3月31日以前に、3月以上継続して定期的に、電話、テレビ画像等による再診料を算定していた患者については、当該医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、当該再診料を引き続き算定することができる。その場合には、オの規定にかかわらず、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算は算定できない。

イ 電話、テレビ画像等を通じた再診（聴覚障害者以外の患者に係る再診については、ファクシミリ又は電子メール等によるものは含まない。）については、患者の病状の変化に応じ療養について医師の指示を受ける必要のある場合であって、当該患者又はその看護に当たっている者からの医学的な意見の求めに対し治療上必要な適切な指示をした場合に限り算定する。ただし、電話、テレビ画像等を通じた指示等が、同一日における初診又は再診

に附随する一連の行為とみなされる場合、時間おきに病状の報告を受ける内容のものである場合等には、再診料を算定できない。また、ファクシミリ又は電子メール等による再診については、再診の求めに速やかに応じた場合に限り算定できるものとし、この場合においては、診療録に当該ファクシミリ等の送受信の時刻を記載するとともに、当該ファクシミリ等の写しを添付すること。

ウ 乳幼児の看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合は、「注4」の乳幼児加算を算定する。

エ 時間外加算を算定すべき時間、休日、深夜又は夜間・早朝等に患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合は、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算を算定する。ただし、ファクシミリ又は電子メール等による再診については、これらの加算は算定できない。

オ 当該再診料を算定する際には、第2章第1部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。ただし、急病等で患者又はその看護に当たっている者から連絡を受け、治療上の必要性から、休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関の受診を指示した上で、指示を行った同日に、受診先の医療機関に対して必要な診療情報を文書等（ファクシミリ又は電子メールを含む。）で提供した場合は、区分番号「B009」診療情報提供料（I）を算定できる。

（イ）地域医療支援病院

（ロ）救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

（ハ）「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

カ 当該再診料を算定する際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

(8) 時間外対応加算

ア 時間外対応加算は、地域の身近な診療所において、患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組を評価するものである。

イ 当該加算を算定するに当たっては、当該保険医療機関において、算定する区分に応じた対応を行うとともに、緊急時の対応体制や連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の交付、診察券への記載等の方法により患者に対して周知すること。

ウ 電話等による相談の結果、緊急の対応が必要と判断された場合には、外来診療、往診、他の医療機関との連携又は緊急搬送等の医学的に必要と思われる対応を行うこと。

エ なお、電話等による再診の場合であっても、時間外対応加算の算定が可能であること。

(9) 健康保険法（大正11年法律第70号）における療養の給付又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）における療養の給付と労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）における療養補償給付を同時に受けている場合の再診料（外来診療料を含む。）は、主たる疾病の再診料（外来診療料を含む。）として算定する。なお、入院料及び往診料は、当該入院あるいは往診を必要とした疾病に係るものとして算定する。

(10) 地域包括診療加算

ア 地域包括診療加算は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を

行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。なお、地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる。

イ 地域包括診療加算の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の4疾病のうち、2つ以上（疑いは除く。）を有する者である。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記4疾病のうち2つ）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも当該加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料又は認知症地域包括診療料を算定可能とする。

ウ 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該加算を算定する。

エ 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。

（イ） 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。

（ロ） 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録に記載すること。必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。

（ハ） 当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、（ニ）の場合に限り院外処方を可能とする。

（ニ） 院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。

① 調剤について24時間対応できる体制を整えている薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。

② 原則として、院外処方を行う場合は連携薬局にて処方を行うこととするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。その場合、当該患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること。

③ 当該患者が受診している医療機関のリスト及び当該患者が当該加算を算定している旨を、処方箋に添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行うこと。

④ 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局若しくは当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、当該患者の院外処方を担当する保険薬局から文書で情報提供を受けることでもよい。なお、保険薬局から文書で情報提供を受けた場合も、当該患者に対し、事後的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。

⑤ 診療録にお薬手帳若しくは保険薬局からの文書のコピーを添付又は当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

（ホ） 当該患者に対し、標榜時間外の電話等による問い合わせに対応可能な体制を有し、連絡先について情報提供するとともに、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合には、受診の指示等、速やかに必要な対応を行うこと。

（ヘ） 当該患者に対し、健康診断や検診の受診勧奨を行い、その結果等を診療録に記載するとともに、患者に提供し、評価結果を基に患者の健康状態を管理すること。

（ト） 当該患者に対し、必要に応じ、要介護認定に係る主治医意見書を作成すること。

（チ） 患者の同意について、当該加算の初回算定時に、別紙様式47を参考に、当該患者

の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。ただし、直近1年間に4回以上の受診歴を有する患者については、別紙様式47を参考に診療の要点を説明していれば、同意の手続きは省略して差し支えない。なお、当該医療機関自ら作成した文書を用いることよい。

- (リ) 当該加算を算定する場合は、投薬の部に掲げる「7種類以上の内服薬の投薬を行う場合」の規定は適用しないものであること。
- (ヌ) 認知症の患者に対し本加算を算定する場合であって、当該患者の病状から、患者への説明及び患者の同意について、患者の家族等への説明及び当該患者の家族等による同意による方が適切と考えられる場合には、当該部分について「患者」を「患者の家族等」と読み替えるものとする。

オ 当該医療機関において、院内掲示により以下の対応が可能なことを周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応すること。

- (イ) 健康相談を行っていること。
 - (ロ) 介護保険に係る相談を行っていること。
- カ 抗菌薬の適正な使用を推進するため、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に、抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていること。

キ 地域包括診療加算1を算定する医療機関においては、往診又は訪問診療を提供可能であること。往診又は訪問診療の対象の患者には、24時間対応可能な連絡先を提供し、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合には、往診、外来受診の指示等、速やかに必要な対応を行うこと。「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月●日保医発●第●号）の第9在宅療養支援診療所の施設基準の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所以外の診療所においては以下の(ロ)、在宅療養支援診療所以外の診療所については以下の全てについて、連携する他の保険医療機関とともにすることも可能であること。

- (イ) 24時間の連絡体制
 - (ロ) 連絡を受けて行う往診又は外来診療の体制
- (11) 認知症地域包括診療加算
- ア 認知症地域包括診療加算は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、認知症患者であって以下の全ての要件を満たす患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。

- (イ) 認知症以外に1以上の疾病（疑いは除く。）を有する者
- (ロ) 同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていない患者
 - ① 1処方につき5種類を超える内服薬があるもの
 - ② 1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類を超えて含むもの

なお、(ロ)①の内服薬数の種類数は錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。また、(ロ)②の抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬の種類数は区分番号「F100」処方料の注1における向精神薬の種

類と同様の取扱いとする。

イ (10)のウからカまで(エの(リ)を除く。)を満たすこと。

ウ 認知症地域包括診療加算1を算定する場合には、(10)のキを満たすこと。

エ 当該保険医療機関で診療を行う疾病(認知症を含む2つ以上)と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも地域包括診療加算又は地域包括診療料を算定可能である。また、他医療機関で当該診療加算又は認知症地域包括診療料は算定できない。

(12) 薬剤適正使用連携加算

「注12」に規定する地域包括診療加算又は「注13」に規定する認知症地域包括診療加算を算定する患者であって、他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所していたものについて、以下の全てを満たす場合に、退院日又は退所日の属する月の翌月までに1回算定する。なお、他の保険医療機関又は介護老人保健施設(以下(12)において「保険医療機関等」という。)との情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録等に記載すること。

ア 患者の同意を得て、入院又は入所までに、入院又は入所先の他の保険医療機関等に対し、処方内容、薬歴等について情報提供していること。処方内容には、当該保険医療機関以外の処方内容を含む。

イ 入院又は入所先の他の保険医療機関等から処方内容について照会があった場合には、適切に対応すること。

ウ 退院又は退所後1か月以内に、ア又はイを踏まえて調整した入院・入所中の処方内容について、入院・入所先の他の保険医療機関等から情報提供を受けていること。

エ 以下の(イ)で算出した内服薬の種類数が、(ロ)で算出した薬剤の種類数よりも少ないこと。いずれも、屯服は含めずに算出すること。

(イ) ウで入院・入所先の他の保険医療機関等から情報提供された入院・入所中の処方内容のうち、内服薬の種類数

(ロ) アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数

A002 外来診療料

(1) 外来診療料は、医療機関間の機能分担の明確化、請求の簡素化を目的として設定されたものであり、一般病床の病床数が200床以上の病院において算定する。

(2) 「注2」又は「注3」に規定する保険医療機関において、病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の病院(一般病床の病床数が200床未満のものに限る。)又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者については、「注1」の規定にかかわらず、「注2」又は「注3」の所定点数を算定する。(緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。)この場合において、患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、「注1」との差額に相当する療養部分について、選定療養としてその費用を患者から徴収することができる。

また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低い保険医療機関とは、区分番号「A000」初診料の(6)と同様である。

(3) 特定機能病院及び地域医療支援病院のうち、前年度1年間の紹介率の実績が50%未満かつ逆紹介率の実績が50%未満の保険医療機関においては、紹介率及び逆紹介率の割合を別紙様式28により、毎年10月に地方厚生(支)局長へ報告すること。また、報告を行った保険医

療機関であって、報告年度の連続する6か月間で実績の基準を満たした保険医療機関については、翌年の4月1日までに地方厚生（支）局長へ報告すること。

- (4) 許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院及び地域医療支援病院を除く。）のうち、前年度1年間の紹介率の実績が40%未満かつ逆紹介率の実績が30%未満の保険医療機関の取扱いについては、（3）と同様であること。
- (5) 「注4」に規定する保険医療機関の取扱いについては、区分番号「A000」初診料の（9）から（11）までと同様である。
- (6) 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病（1つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、患者の意思に基づき、別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を再診として受診した場合（1つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診療を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科1つに限り、「注5」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注6」のただし書及び「注7」から「注9」までに規定する加算は、算定できない。
- (7) 外来診療料の取扱いについては、再診料の場合と同様である。ただし、電話等による再診料及び外来管理加算は算定できない。
- (8) 包括されている検査項目に係る検査の部の款及び注に規定する加算は、別に算定できない。ただし、検査の部の第1節第1款検体検査実施料の通則3に規定する加算は、検査の部において算定することができる。
- (9) 外来診療料には、包括されている検査項目に係る判断料が含まれず、別に算定できる。なお、当該検査項目が属する区分（尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料の2区分）の判断料について、当該区分に属する検査項目のいずれをも行わなかった場合は、当該判断料は算定できない。
- (10) 外来診療料には、包括されている処置項目に係る薬剤料及び特定保険医療材料料は含まれず、処置の部の薬剤料及び特定保険医療材料料の定めるところにより別に算定できる。また、熱傷に対する処置についても別に算定できる。
- (11) 爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、後部尿道洗浄（ウルツン）、義眼処置、矯正固定、変形機械矯正術、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置は外来診療料に含まれ別に算定できない。

A003 オンライン診療料

- (1) オンライン診療料は、対面診療の原則のもとで、対面診療と、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な情報通信機器を活用した診療（以下「オンライン診療」という。）を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいて計画的なオンライン診療を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定できる。なお、当該診療計画に基づかない他の傷病に対する診療は、対面診療で行うことが原則であり、オンライン診療料は算定できない。
- (2) オンライン診療は、（1）の計画に基づき、対面診療とオンライン診療を組み合わせた医学管理のもとで実施されるものであり、連続する3月の間に対面診療が1度も行われない場合は、算定することはできない。また、対面診療とオンライン診療を同月に行った場合は、オンライン診療料は算定できない。

- (3) オンライン診療料が算定可能な患者は、次に掲げる患者に限るものとする。
- ア 区分番号「B000」特定疾患療養管理料、「B001」の「5」小児科療養指導料、「B001」の「6」てんかん指導料、「B001」の「7」難病外来指導管理料、「B001」の「27」糖尿病透析予防指導管理料、「B001-2-9」地域包括診療料、「B001-2-10」認知症地域包括診療料、「B001-3」生活習慣病管理料、「C002」在宅時医学総合管理料又は「I016」精神科在宅患者支援管理料（以下「オンライン診療料対象管理料等」という。）の算定対象となる患者で、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から3月以上経過し、かつ、オンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、オンライン診療料対象管理料等の対象となる疾患について、毎月対面診療を受けている患者（直近2月の間にオンライン診療料の算定がある場合を除く。）。
- イ 区分番号「C101」に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している糖尿病、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）又は慢性ウイルス肝炎の患者であって、当該疾患に対する注射薬の自己注射に関する指導管理を最初に行った月から3月以上経過し、かつ、オンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、当該疾患について、毎月対面診療を受けている患者（直近2月の間にオンライン診療料の算定がある場合を除く。）。
- ウ 事前の対面診療、CT撮影又はMRI撮影及び血液学的検査等の必要な検査を行った上で一次性頭痛であると診断されており、病状や治療内容が安定しているが、慢性的な痛みにより日常生活に支障を来すため定期的な通院が必要な患者（以下「頭痛患者」という。）であって、当該疾患に対する対面診療を最初に行った月から3月以上経過し、かつ、オンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、当該疾患について、毎月対面診療を受けている患者（直近2月の間にオンライン診療料の算定がある場合を除く。）。
- (4) オンライン診療は、日常的に通院又は訪問による対面診療が可能な患者を対象として、患者の同意を得た上で、対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画（対面による診療の間隔は3月以内のものに限る。）を作成した上で実施すること。
- (5) 患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など当該医療機関でやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、当該計画の中に記載しておくこととして差し支えない。
- (6) 当該計画に沿った計画的なオンライン診療を行った際には、当該診療の内容、診療を行った日、診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- (7) オンライン診療を行う医師は、オンライン診療料の対象となる管理料等を算定する際に診療を行った医師又は頭痛患者に対する対面診療を行った医師と同一のものに限る。
- (8) オンライン診療を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。
- (9) オンライン診療は、当該保険医療機関内において行う。「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（令和2年3月5日保医発0305第●号）」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域及び当該地域に準じる地域（以下この項において「医療資源の少ない地域等」という。）に所在する保険医療機関又は「へき地保健医療対策事業について」（平成13年5月16日医政発第529号）に規定するへき地医療拠点病院（以下（9）において、「医療資源の少ない地域等に所在する保

険医療機関等」という。)において、当該保険医療機関で専門的な医療を提供する観点から、「基本診療料の施設基準等」第三の八の二の(1)に定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た他の保険医療機関の医師が継続的な対面診療を行っている患者であって、「基本診療料の施設基準等」第三の八の二の(2)に定めるもの限り、医師の判断により当該他の保険医療機関内においてオンライン診療を行ってもよい。なお、この場合の診療報酬の請求については、医療資源の少ない地域等に所在する保険医療機関等において行うこととし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

- (10) オンライン診療料を算定した同一月に、第2章第1部の各区分及び第2部第2節第1款の各区分(別に厚生労働大臣が定めるものは除く。)に規定する医学管理等及び在宅療養指導管理料は算定できない。
- (11) オンライン診療時に、投薬の必要性を認めた場合は、区分番号「F100」処方料又は区分番号「F400」処方箋料を別に算定できる。オンライン診療時の投薬は、原則、対面診療時と同一の疾患又は症状に対して行うこと。ただし、医療資源が少ない地域等における診療又は在宅診療の場合であって、速やかな受診が困難な患者に対して、発症が容易に予測される症状の変化と対応方針についてあらかじめ診療計画に記載している場合に限り、医師の判断により、当該症状の変化に対して医薬品を処方しても差し支えない。
- (12) 当該診療を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。
- (13) 当該診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。
- (14) オンライン診療料を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、該当するオンライン診療料の対象となる管理料等の名称及び算定を開始した年月日又は頭痛患者に対する対面診療を開始した年月日を記載すること。
- (15) 頭痛患者に対する対面診療を最初に行った月から3月以上経過していることについて、当該期間は一次性頭痛の診断の確定後の期間であること。なお、初診を行った月は当該期間に含めない。
- (16) 頭痛患者に対してオンライン診療を行う医師は、脳神経外科若しくは脳神経内科の経験を5年以上有する医師又は頭痛患者のオンライン診療に係る適切な研修を修了した医師に限ること。なお、当該研修を修了した医師が当該診療を行う場合は、脳神経外科又は脳神経内科の経験を5年以上有する医師により診断が行われた患者を対象とすること。
- (17) 「注3」に規定する厚生労働大臣が定める地域のうち、当該地域に準ずる地域とは、「へき地保健医療対策事業について」(平成13年5月16日医政発第529号)に規定する無医地区若しくは無医地区に準ずる地域をいう。
- (18) 「注3」に規定するやむを得ない事情とは、当該地域において、医師の急病時等であって、代診を立てられないこと等により患者の診療継続が困難となる場合をいう。この場合において、患者の同意を得て、二次医療圏内の他の保険医療機関にあらかじめ診療情報の提供を行い、情報提供を受けた保険医療機関の医師が医師の判断により初診からオンライン診療を行う場合は、患者1人につき月1回に限り、オンライン診療料を算定できる。なお、当該報酬の請求については、診療情報の提供を行った保険医療機関で行うものとし、当該報酬の分配は相互の合議に委ねる。また、診療情報の提供を受けてオンライン診療を行うことができる保険医療機関は、オンライン診療料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関に限る。

- (19) 「注3」に規定する診療に係る事前の診療情報の提供について、区分番号「B009」診療情報提供料（I）は別に算定できない。

第2部 入院料等

通則

- 1 健康保険法第63条第1項第5号及び高齢者医療確保法第64条第1項第5号による入院及び看護の費用は、第1節から第4節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に関する費用は、第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。
- 2 同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、月平均滞在時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第3節の各区分に掲げる特定入院料及び第4節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定することはできない。
- 3 別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等、区分番号A108に掲げる有床診療所入院基本料又は区分番号A109に掲げる有床診療所療養病棟入院基本料を算定する場合を除き、入院日から起算して5日までの間は、区分番号A400の3に掲げる短期滞在手術等基本料3を算定し、6日以後は第1節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。
- 4 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、当該患者の主病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。
- 5 第1節から第4節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合には、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。
- 6 別に厚生労働大臣が定める入院患者数の基準又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。
- 7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第1節（特別入院基本料等を含む。）及び第3節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。
- 8 7に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、第1節（特別入院基本料等を含む。）、第3節及び第4節（短期滞在手術等基本料1を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から1日につき40点を減算する。

第1節 入院基本料

区分

A100 一般病棟入院基本料（1日につき）

- 1 急性期一般入院料 1,650点
- イ 急性期一般入院料 1,619点
- ロ 急性期一般入院料 2
- ハ 急性期一般入院料 3
- ニ 急性期一般入院料 4
- ホ 急性期一般入院料 5
- ヘ 急性期一般入院料 6
- ト 急性期一般入院料 7
- 2 地域一般入院基本料
 - イ 地域一般入院料 1
 - ロ 地域一般入院料 2
 - ハ 地域一般入院料 3
 - ニ 地域一般入院料 4
 - ホ 地域一般入院料 5
 - ヘ 地域一般入院料 6
 - ト 地域一般入院料 7

注1 療養病棟入院基本料、特核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する

- 病棟以外の病棟の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。
- 2 注1に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、607点を算定でき、ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうら別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。
- 3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
 - イ 14日以上30日以内の期間 450点（特別入院基本料等については、300点）
 - ロ 15日以上30日以内の期間 192点（特別入院基本料等については、165点）
 - 4 地域一般入院基本料を算定する病棟において、当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる入退院支加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
 - 5 地域一般入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護保険法第8条第29項に規定する介護医療院（以下「介護医療院」という。）、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホーム（以下この表において「特別養護老人ホーム」という。）、同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム（以下この表において「軽費老人ホーム」という。）、同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（以下この表において「有料老人ホーム」という。）等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急、在宅等支援病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。
 - 6 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。
 - イ 6日以内であること。
 - ロ 当該日以後の月が連続する2月以内であること。
 - 7 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものにのみ適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。
 - 8 退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定

- 10 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算については、別に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
- イ 総合入院体制加算
 - ロ 地域医療支援病院入院診療加算
 - ハ 臨牀研修病院入院診療加算
 - ニ 救急医療加算
 - ホ 超高齢期副卒中加算
 - ヘ 妊産婦緊急搬送入院加算
 - ト 在宅患者緊急入院診療加算
 - チ 診療録管理体制加算
 - リ 医師事務作業補助体制加算
 - 又 急性期看護補助体制加算
 - ル 看護職員夜間配置加算
 - ヲ 難病等特別入院診療加算
 - 力 超重症児(者)入院診療加算・善超重症児(者)入院診療加算
 - ヨ 看護配置加算
 - エ 看護補助加算
 - セ 地域加算
 - シ 難病加算
 - ソ 看護増加算
 - ネ H1V感染者療養環境特別加算
 - ナ 二類感染症患者療養環境特別加算
 - ラ 重症者等療養環境特別加算
 - ル 小児療養環境特別加算
 - レ 無菌治療室管理加算
 - ロ 放射線治療病室管理加算
 - ハ 緩和ケア診療加算
 - ニ 精神リエンジニアム加算
 - ホ 強直行動障害入院医療管理加算
 - ト 重症アルコール依存症入院医療管理加算
 - チ 拱宸書入院医療管理加算
 - リ がん拠点病院加算
 - リ 栄養サポートチーム加算
 - リ 感染防止対策加算
 - エ 医療安全対策加算
 - コ 患者サポート体制充実加算
 - ク 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ケ ハイリスク好転管理加算
 - キ ハイリスク分岐管理加算
 - ク 呼吸ケアチーム加算
 - メ 後発医薬品使用体制加算
 - ミ 病棟薬剤業務実施加算 1
 - シ データ提出加算
- 11 当該病棟のうらら、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院するものについては、注1から注10までの規定にかかわらず、区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の例により算定する。
- 12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(急性期一般入院基本料を現に算定している患者に限る。)について、ADL維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。
- A101 療養病棟入院基本料(1日につき)
- 1 療養病棟入院料1
 - イ 入院料A 1,813点(健康保険法第63条第2項第2号及び高齢者医療確保法第64条第2項第2号の療養(以下この表において「生活療養」という。)を受ける場合にあつては、1,798点)
 - ロ 入院料B 1,759点(生活療養を受ける場合にあつては、1,744点)
 - ハ 入院料C 1,471点(生活療養を受ける場合にあつては、1,457点)
 - ニ 入院料D 1,414点(生活療養を受ける場合にあつては、1,399点)
 - ホ 入院料E 1,386点(生活療養を受ける場合にあつては、1,372点)
 - ヘ 入院料F 1,232点(生活療養を受ける場合にあつては、1,217点)
 - ト 入院料G 968点(生活療養を受ける場合にあつては、953点)
 - チ 入院料H 920点(生活療養を受ける場合にあつては、905点)
 - リ 入院料I 815点(生活療養を受ける場合にあつては、801点)
 - 2 療養病棟入院料2
 - イ 入院料A 1,748点(生活療養を受ける場合にあつては、1,734点)
 - ロ 入院料B 1,694点(生活療養を受ける場合にあつては、1,680点)
 - ハ 入院料C 1,406点(生活療養を受ける場合にあつては、1,392点)
 - ニ 入院料D 1,349点(生活療養を受ける場合にあつては、1,335点)
 - ホ 入院料E 1,322点(生活療養を受ける場合にあつては、1,307点)
 - ヘ 入院料F 1,167点(生活療養を受ける場合にあつては、1,153点)
 - ト 入院料G 903点(生活療養を受ける場合にあつては、889点)
 - チ 入院料H 855点(生活療養を受ける場合にあつては、841点)
 - リ 入院料I 751点(生活療養を受ける場合にあつては、736点)
- 注1 病院の療養病棟(医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床(以下「療養病床」という。)に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下の表において同じ。)であつて、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ1又は2の入院料1を算定する。
- 注2 注1に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定

- する。
- 9 入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料(特別入院基本料等を含む。)は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。
- 10 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算については、別に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
- イ 総合入院体制加算
 - ロ 地域医療支援病院入院診療加算
 - ハ 臨牀研修病院入院診療加算
 - ニ 救急医療加算
 - ホ 超高齢期副卒中加算
 - ヘ 妊産婦緊急搬送入院加算
 - ト 在宅患者緊急入院診療加算
 - チ 診療録管理体制加算
 - リ 医師事務作業補助体制加算
 - 又 急性期看護補助体制加算
 - ル 看護職員夜間配置加算
 - ヲ 難病等特別入院診療加算
 - 力 超重症児(者)入院診療加算・善超重症児(者)入院診療加算
 - ヨ 看護配置加算
 - エ 看護補助加算
 - セ 地域加算
 - シ 難病加算
 - ソ 看護増加算
 - ネ H1V感染者療養環境特別加算
 - ナ 二類感染症患者療養環境特別加算
 - ラ 重症者等療養環境特別加算
 - ル 小児療養環境特別加算
 - レ 無菌治療室管理加算
 - ロ 放射線治療病室管理加算
 - ハ 緩和ケア診療加算
 - ニ 精神リエンジニアム加算
 - ホ 強直行動障害入院医療管理加算
 - ト 重症アルコール依存症入院医療管理加算
 - チ 拱宸書入院医療管理加算
 - リ がん拠点病院加算
 - リ 栄養サポートチーム加算
 - リ 感染防止対策加算
 - エ 医療安全対策加算
 - コ 患者サポート体制充実加算
 - ク 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 - ケ ハイリスク好転管理加算
 - キ ハイリスク分岐管理加算
 - ク 呼吸ケアチーム加算
 - メ 後発医薬品使用体制加算
 - ミ 病棟薬剤業務実施加算 1
 - シ データ提出加算

する患者を除く。)について、特別入院基本料として、577点(生活療養を要する場合にあっては、565点)を算定できる。

- 3 療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行っていた第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断費及び処置の費用(フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬(以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。))の費用を除く。)は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。
- 4 当該病棟に入院している患者のうち、別に厚生労働大臣が定める状態のものに於いて、必要な看護対策を行った場合に、患者の看護の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ 褥瘡対策加算 15点
- ロ 褥瘡対策加算 2 5点
- 5 当該病棟から転院した患者及び当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関)において区分番号A246に掲げる入院支援加算3を算定したものである場合には、重症児(者)受入運搬加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
- 6 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者及び当該保険医療機関(急性期医療を担う保険医療機関に限る。)の一般病棟から転院した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援療養病棟初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援療養病棟初期加算として、1日につき350点を所定点数に加算する。

- 7 当該病棟においては、同節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算については、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
- イ 地域医療支援病院入院診療加算
- ロ 臨床研修病院入院診療加算
- ハ 在宅患者緊急入院診療加算
- ニ 診療録管理体制加算
- ホ 医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)

- ヘ 乳幼児加算・幼児加算
- ト 超重症児(者)入院診療加算・重症症児(者)入院診療加算
- チ 地域加算
- リ 離島加算
- ヌ H1V感染症療養環境特別加算
- ル 療養病棟療養環境改善加算
- ラ 重症成語診療管理加算
- カ 栄養サポートチーム加算
- ヨ 医療安全対策加算
- タ 感染防止対策加算
- レ 患者サポート体制充実加算
- ロ 病棟薬剤業務実施加算 1

- ツ データ提出加算
- ネ 入院支援加算(1のロ又は2のロに限る。)
- ナ 認知症ケア加算
- ウ 認知症総合評価加算
- ム 排泄自立支援加算
- メ 尿失禁自立支援加算

8 別に厚生労働大臣が平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。)第6条第7項に区分番号A1001に掲げる一般病棟入院基本料を算定する旨を入院した場合に区分番号A1001に掲げる一般病棟入院基本料を算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、当該患者について、注1の規定にかかわらず、区分番号A1001に掲げる一般病棟入院基本料の例により算定する。

9 当該病棟(療養病棟入院料1を算定するものに限る。)に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号J038に掲げる人工腎臓、J038-2に掲げる特殊透析血液濾過、J039に掲げる血漿交換療法又はJ042に掲げる創薬濾過を行った患者については、慢性維持透析管理加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。

10 療養病棟入院料1を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、在宅復帰機能強化加算として、1日につき50点を所定点数に加算する。

11 注1に規定する病棟以外の病棟であって、注1に規定する療養病棟入院料2の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合(別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。)に限り、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)については、療養病棟入院料2のそれぞれ所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。

12 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、夜間看護加算として、1日につき45点を所定点数に加算する。

A102 結核病棟入院基本料(1日につき)

- 1 7対1入院基本料 1,654点
- 2 10対1入院基本料 1,385点
- 3 13対1入院基本料 1,165点
- 4 15対1入院基本料 988点
- 5 18対1入院基本料 854点
- 6 20対1入院基本料 806点

注1 病院(特定機能病院を除く。)の結核病棟(医務法第7条第2項第3号に規定する結核病床に指定した病棟として地方厚生局長等に届出たものを含むもの。以下この表において同じ。)であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

2 注1に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、特別入院基本料として、581点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして

地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれ所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

3 注1及び注2の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める患者については、特別入院基本料を算定する。

4 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 14日以内の期間 400点
（特別入院基本料等については、320点）
- ロ 15日以上30日以内の期間 300点
（特別入院基本料等については、160点）
- ハ 31日以上60日以内の期間 200点
（特別入院基本料等については、100点）
- ニ 61日以上90日以内の期間 100点

5 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、回別に規定する算定要件を満たさず場合に算定できる。

- イ 地域医療支援病院入院診療加算
- ロ 臨床研修病院入院診療加算
- ハ 救急医療管理加算
- ニ 妊婦緊急搬送入院加算
- ホ 在宅患者緊急入院診療加算
- ヘ 診療録管理体制加算
- ト 医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）
- チ 乳幼児加算・幼児加算
- リ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）
- 又 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
- ル 看護配置加算
- ヲ 看護補助加算
- ワ 地域加算
- ユ 離島加算
- ヨ 難病環境加算
- タ H1V感染者療養環境特別加算
- レ 二種感染症患者療養環境特別加算
- シ 未熟ヤポートチーム加算
- ス 感染防止対策加算
- ソ 患者サポート体制充実加算
- ナ 患者サポート体制充実加算
- ラ フルタイム患者ケア加算
- ム ハイリスク妊娠管理加算
- ム 後発医薬品使用体制加算
- ト 病棟薬剤業務実施加算 1
- オ データ提出加算
- カ 入退院支援加算（1のロ又は2のロに限る。）
- ク 認知症ケア加算
- ヤ 精神疾患診療体制加算

マ 薬剤総合評価調整加算

フ 地域自立支援加算

ケ 地域医療体制強化加算（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。）

6 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみ、当該基準に適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該基準にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、重症患者割合特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注と本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、591点を算定できる。

7 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに限る。）であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみ、当該基準のうち別に厚生労働局長等に届け出た場合に限る。注2の本文の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、重症患者割合特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の95に相当する点数により算定する。

8 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める別の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、夜間看護体制制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。

- イ 年6日以内であること。
- ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

A103 精神科病院入院基本料（1日につき）

- 1 10対1入院基本料 1,287点
- 2 13対1入院基本料 958点
- 3 15対1入院基本料 830点
- 4 18対1入院基本料 740点
- 5 20対1入院基本料 685点
- 注1 病院（特定機能病院を除く。）の精神科病棟（医療法第7条第2項第1号に規定する精神科病床に係る病棟として地方厚生局長等に届出たものをいう。以下の項において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
- 2 注1に規定する病棟以外の精神科病棟については、当該の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、561点を算定できる。ただし、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみ、当該基準に適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

- 3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
 - イ 14日以内の期間
 - 465点
(特別入院基本料等については、300点)
 - ロ 15日以上30日以内の期間
 - 250点
(特別入院基本料等については、155点)
 - ハ 31日以上90日以内の期間
 - 125点
(特別入院基本料等については、100点)
 - ニ 91日以上180日以内の期間
 - 10点
 - ホ 181日以上1年以内の期間
 - 3点
- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して1月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。
- 5 当該病棟に入院する患者が、入院に当たって区分番号A238-7に掲げる精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定したものである場合には、入院した日から起算して14日を限度として、救急支援精神科棟初期加算として、1日につき100点を所定点数に加算する。
- 6 当該病棟においては、第2期の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算については、同前に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
 - イ 地域医療支援病院入院診療加算
 - ロ 臨床研修病院入院診療加算
 - ハ 救急医療管理加算
 - ニ 妊産婦緊急搬送入院加算
 - ホ 在宅患者緊急入院診療加算
 - ヘ 診療録管理体制加算
 - ト 医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）
 - チ 乳幼児加算・幼児加算
 - リ 難病等特別入院診療加算
 - ヌ 特殊疾患入院施設管理加算
 - ル 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
 - ラ 看護配置加算
 - リ 看護補助加算
 - カ 地域加算
 - コ 離島加算
 - ク 療養環境加算
 - ケ H I V感染療養環境特別加算
 - セ 二類感染症患者療養環境特別加算
 - ソ 精神科措置入院退院診療加算
 - シ 精神科措置入院退院施設管理加算
 - ネ 精神科応急入院施設管理加算
 - ナ 精神科隔離室管理加算
 - ウ 精神科地域移行実施加算
 - ム 精神科身体合併症管理加算（18対1入院基本料及び20対1入院基本料を算定するものを除く。）
 - モ 精神科身体合併症管理加算（18対1入院基本料及び20対1入院基本料を算定するものを除く。）
 - ル 強度行動障害入院医療管理加算
 - ロ 重度アルコール依存症入院医療管理加算

- ク 摂食障害入院医療管理加算
- ヤ 栄養サポートチーム加算
- マ 医療安全対策加算
- メ 感染防止対策加算
- フ 患者サポート体制充実加算
- コ 看護ハイリスク患者ケア加算
- エ ハイリスク妊娠管理加算
- チ ハイリスク分娩管理加算
- ア 精神科救急搬送患者地域連携受入加算
- カ 後発医薬品使用体制加算
- キ 病棟薬剤実務改善加算1
- ク テーマ提出加算
- コ メ 精神科急性期医師配置加算（10対1入院基本料又は13対1入院基本料を算定するものに限る。）
- シ ミ 薬理総合評価調査加算
- シ ミ 排尿自立支援加算
- エ 地域医療体制確保加算（10対1入院基本料を算定するものに限る。）
- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、精神保健福祉士配置加算として、1日につき30点を所定点数に加算する。
- 8 精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、区分番号A230-2に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2、区分番号B005-1-2に掲げる介護支援等連携指導料、区分番号1011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号1011-2に掲げる精神科退院院前訪問指導料は、算定しない。
- 9 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注2の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該期間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注る本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、571点を算定できる。
- 10 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。
 - イ 年6日以内であること。
 - ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

A104 特定機能病院入院基本料（1日につき）

- 1 一般病棟の場合
 - イ 7対1入院基本料 1,718点
 - ロ 10対1入院基本料 1,438点
- 2 結核病棟の場合
 - イ 7対1入院基本料 1,718点
 - ロ 10対1入院基本料 1,438点
- ニ 15対1入院基本料 1,210点
- ハ 15対1入院基本料 1,037点

- イ 7対1入院基本料 1,450点
- ロ 10対1入院基本料 1,373点
- ハ 13対1入院基本料 1,022点
- ニ 15対1入院基本料 933点
- 注1 特定機能病院の一般病棟、結核病棟又は精神病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保健医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第3節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に依り、それぞれ所定点数を算定する。
- 2 注1の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める患者については、区分番号A102に掲げる結核病棟入院基本料の注3に規定する特別入院基本料の例により算定する。
- 3 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
 - イ 一般病棟の場合
 - (1) 14日以内の期間 712点
 - (2) 15日以上30日以内の期間 207点
 - ロ 結核病棟の場合
 - (1) 30日以内の期間 330点
 - (2) 31日以上90日以内の期間 200点
 - ハ 精神病棟の場合
 - (1) 14日以内の期間 505点
 - (2) 15日以上30日以内の期間 250点
 - (3) 31日以上90日以内の期間 125点
 - (4) 91日以上180日以内の期間 30点
 - (5) 181日以上1年以内の期間 15点
- 4 当該病棟（精神病棟に限る。）に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合として、入院した日から起算して1月以内の期間に限り、重度認知症加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。
- 5 当該病棟に入院している患者の重症度、医療・看護必要度（以下この表において「看護必要度」という。）につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
 - イ 看護必要度加算1 55点
 - ロ 看護必要度加算2 45点
 - ハ 看護必要度加算3 25点
- 6 退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。
- 7 入院及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。
- 8 当該加算については、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算については、同前掲規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
 - イ 臨床研修病院入院診療加算
 - ロ 救急医療管理加算
 - ハ 超急性期脳卒中加算（一般病棟に限る。）
 - ニ 妊産婦緊急搬送入院加算

- ホ 在宅患者緊急入院診療加算
- ヘ 診療管理体制加算
- ト 医師事務作業補助体制加算1
- チ 急性期看護補助体制加算（一般病棟に限る。）
- リ 看護職員夜間配置加算（一般病棟に限る。）
- ヌ 乳幼児加算・幼児加算
- ル 難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算は一般病棟又は精神病棟に限る。）
- ホ 超重症児（者）入院診療加算・重症重症児（者）入院診療加算
- カ 看護補助加算
- 力 地域加算
- ヨ 離島加算
- タ 療養環境加算
- レ HIV感染症者療養環境特別加算
- ソ 二類感染症患者療養環境特別加算
- シ 重症者等療養環境特別加算（一般病棟に限る。）
- ス 小児療養環境特別加算（一般病棟に限る。）
- ナ 無菌治療室管理加算（一般病棟に限る。）
- ラ 放射線治療病室管理加算（一般病棟に限る。）
- ム 緩和ケア診療加算（一般病棟に限る。）
- ウ 精神科措置入院診療加算（精神病棟に限る。）
- エ 精神科措置入院施設支援加算（精神病棟に限る。）
- オ 精神科応急入院施設管理加算（精神病棟に限る。）
- カ 精神科隔離室管理加算（精神病棟に限る。）
- ヤ 精神科地域移行支援加算（精神病棟に限る。）
- マ 精神科リエンチーム加算（一般病棟に限る。）
- ケ 精神科身体合併症管理加算（精神病棟に限る。）
- コ 高度行動管理入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）
- ク 重度アルコール依存症入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）
- ケ 摂食障害入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）
- コ がん拠点病院加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）
- ア 栄養サポートチーム加算
- サ 医療安全対策加算
- キ 感染防止対策加算
- ク 患者サポート体制充実加算
- メ 梅毒ハイリスク患者ケア加算
- ミ ハイリスク妊婦管理加算
- シ ハイリスク分娩管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）
- ヒ 呼吸ケアチーム加算（一般病棟に限る。）
- エ 後発医薬品使用体制加算
- モ 病棟薬剤業務実施加算1
- セ データ提出加算
- ス 入院退院支援加算（一般病棟は1のイ、2のイ又は3に限り、結核病棟は1のロ又は2のロに限る。）
- ン 認知症ケア加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）
- イ せん妄・ハイリスク患者ケア加算（一般病棟に限る。）
- ロ 精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）
- イハ 精神科急性期医師配置加算（精神病棟の7対1入院基本料、10対1入院基

本料又は13対1入院基本料を算定するものに限る。))

- イ 二 薬剤総合評価調整加算
- イホ 排泄自立支援加算
- イヘ 地域医療体制確保加算 (7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。)
- 9 当該病棟 (一般病棟に限る。) のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であつて、当該病棟に90日を超えて入院している患者については、注1から注8までの規定にかかわらず、区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の例により算定する。
- 10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟 (一般病棟に限る。) に入院している患者について、A101欄指向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。

A105 専門病院入院基本料 (1日につき)

- 1 7対1入院基本料 1,667点
- 2 10対1入院基本料 1,396点
- 3 13対1入院基本料 1,174点

注1 専門病院 (主として悪性腫瘍、循環器疾患等の患者を入院させる保険医療機関であつて高度かつ専門的な医療を行っているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。) の一般病棟であつて、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者 (第3節の特定期間を算定する患者を除く。) について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第6号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

- 2 当該病棟の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
 - イ 14日以内の期間 512点
 - ロ 15日以上30日以内の期間 207点
- 3 当該病棟に入院している患者の看護必要度につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
 - イ 看護必要度加算1 55点
 - ロ 看護必要度加算2 45点
 - ハ 看護必要度加算3 25点
- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。
- 5 退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料は、入院日及び退院日の間に集中する点数により算定する。
- 6 入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。
- 7 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算については、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
 - イ 臨床研修病院入院診療加算
 - ロ 救急医療管理加算

- ハ 超急性期臨床中加算
- ニ 妊産婦緊急輸送入院加算
- ホ 在宅患者緊急入院診療加算
- ト 診療録管理体制加算
- ヘ 医師事務作業補助体制加算
- チ 急性期看護補助体制加算
- リ 看護職員夜間配置加算
- ヌ 乳幼児加算・別児加算
- ル 難病等特別入院診療加算 (難病患者等入院診療加算に限る。)
- ロ 超重症児 (者) 入院診療加算・準超重症児 (者) 入院診療加算
- ワ 看護補助加算
- ヨ 地域加算
- ユ 離島加算
- タ 療養環境加算
- レ H1V感染者療養環境特別加算
- セ 二類感染症患者療養環境特別加算
- ツ 重症者等療養環境特別加算
- ネ 小児療養環境特別加算
- ナ 無菌治療室管理加算
- ウ 放射線治療病室管理加算
- ム 緩和ケア診療加算
- ウ 精神科リエソテーション加算
- ホ 強度行動障害入院医療管理加算
- ホ 重症アルコール依存症入院医療管理加算
- オ 摂食障害入院医療管理加算
- ク がん拠点病院加算
- ヤ 栄養サポートチーム加算
- マ 医療安全対策加算
- ケ 感染防止対策加算
- フ 患者サポート体制充実加算
- コ 複雑ハイリスク患者ケア加算
- エ ハイリスク妊婦管理加算
- テ 呼吸ケアチーム加算
- ア 後発医薬品使用体制加算
- サ 病棟薬剤業務実施加算1
- キ データ提出加算 (1のイ、2のイ又は3に限る。)
- ク 入退院支援加算 (1のイ、2のイ又は3に限る。)
- メ 認知症ケア加算
- シ 精神疾患診療体制加算
- ミン 薬剤総合評価調整加算
- ニ 排泄自立支援加算
- ヒ 地域医療体制確保加算 (7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定するものに限る。)
- 8 当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であつて、当該病棟に90日を超えて入院するものについては、注1から注7までの規定にかかわらず、区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の例により算定する。
- 9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者 (7対1入院基本料又は10対1入

院基本料を別に算定している患者に限る。)について、A・D・L維持向上等補助加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、1日につき80点を所定点数に加算する。

10 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、100分の5に相当する点数を減算する。ただし、当該患者の場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。

イ 年6日以内であること。

ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

A106 障害者施設等入院基本料 (1日につき)

- 1 7対1入院基本料 1,615点
- 2 10対1入院基本料 1,356点
- 3 13対1入院基本料 1,138点
- 4 15対1入院基本料 995点

注1 障害者施設等一般病棟(児童福祉法(昭和22年法律第164号)第42条第2号に規定する施設型障害児入所施設(主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児、児童(向法第7条第2項に規定する重症心身障害児をいう。)を入所させるものに限る。))及びこれらに準ずる施設に係る一般病棟並びに別に厚生労働大臣が定める重症の障害者(重症の意識障害者を含む。)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟)に関する施設基準に適合しているものとして、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合し、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

2 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)について、当該基準に適合しなくなった後の直近3月に限り、月平均稼働時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

3 当該患者の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 14日以内の期間 312点
 - ロ 15日以上30日以内の期間 167点
- 4 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A・2・4に属する入院料を支払加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

5 当該病棟に入院している特定患者(当該病棟に90日を超えて入院する患者(別に厚生労働大臣が定める状態等)にあるものを除く。)をいう。)に該当する者(第3節の特定入院料を算定する患者を除く。)については、注1から注3までの規定にかかわらず、特定入院基本料として909点を算定する。ただし、月平均稼働時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を算定する患者については、863点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対しては、第3節検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用(フィルム)の取用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、所定点数に含まれるものとする。

6 当該病棟に入院する重症の意識障害(脳卒中の後遺症であるものに限る。)の患者であって、基本診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第62号)第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、法1及び注3の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ 7対1入院基本料又は10対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

- (1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,486点
 - (2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,358点
- ロ 13対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
- (1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,343点
 - (2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,206点
- ハ 15対1入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
- (1) 医療区分2の患者に相当するもの 1,244点
 - (2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,107点

7 当該病棟においては、第2節の各区分に属する入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算については、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

- イ 臨床研修病棟入院診療加算
- ロ 在宅患者緊急入院診療加算
- ハ 診療録管理体制加算
- ニ 医師事務作業補助体制加算
- ホ 乳幼児加算・幼児加算
- ヘ 難病等特別入院診療加算(難病患者等入院診療加算に限る。)
- ト 特殊疾患入院施設管理加算
- チ 重症症児(者)入院診療加算・重症重症児(者)入院診療加算
- リ 看護補助加算(特定入院基本料を算定するものを除く。)
- ル 地域加算
- ヲ 難病加算
- ワ 療養環境加算
- カ HIV感染症療養環境特別加算
- キ 2類感染症患者療養環境特別加算
- ク 重症者等療養環境特別加算
- ケ 強度行動障害入院医療管理加算
- コ 医療安全対策加算
- ク 感染防止対策加算
- ケ 看護サポート体制充実加算
- コ 複雑ハイリスク患者ケア加算
- ウ 後発医薬品使用体制加算(特定入院基本料を算定するものを除く。)
- ム データ提出加算
- ウ 入院支援加算(1のロ又は2のロに限る。)

8 注6に規定する点数を算定する患者に対しては、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断並びに第4部画像診断及び第9部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用(フィルム)の取用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性期加算により、同一の保険医療機関の他の一般病棟へ転院又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当

- 該費用については、この限りでない。
- 9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、看護補助加算として、当該患者の入院期間に及び、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
 - イ 14日以内の期間 141点
 - ロ 15日以上30日以内の期間 116点
 - 10 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（7対1入院基本料又は10対1入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、夜間看護体制加算として、入院初日に限り150点を所定点数に加算する。
 - 11 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（注2）の規定により算定される入院基本料及び注5に規定する特定入院基本料を含む。）は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する割合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。
 - イ 年6日以内であること
 - ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

A1107 削除

A1108 有床診療所入院基本料（1日につき）

- 1 有床診療所入院基本料1
 - イ 14日以内の期間 917点
 - ロ 15日以上30日以内の期間 712点
 - ハ 31日以上の期間 604点
- 2 有床診療所入院基本料2
 - イ 14日以内の期間 821点
 - ロ 15日以上30日以内の期間 616点
 - ハ 31日以上の期間 555点
- 3 有床診療所入院基本料3
 - イ 14日以内の期間 605点
 - ロ 15日以上30日以内の期間 567点
 - ハ 31日以上の期間 534点
- 4 有床診療所入院基本料4
 - イ 14日以内の期間 824点
 - ロ 15日以上30日以内の期間 640点
 - ハ 31日以上の期間 542点
- 5 有床診療所入院基本料5
 - イ 14日以内の期間 737点
 - ロ 15日以上30日以内の期間 553点
 - ハ 31日以上の期間 499点
- 6 有床診療所入院基本料6
 - イ 14日以内の期間 543点
 - ロ 15日以上30日以内の期間 509点
 - ハ 31日以上の期間 480点

注1 有床診療所（療養病床に係るものを除く。）であって、看護配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

注2 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A2461に掲げる入退院支援加算3を算定したものである

場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う有床診療所である保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽養老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、有床診療所一般病棟初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。
- 4 夜間の緊急応答体制確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、夜間緊急体制確保加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。
- 5 医師配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
 - イ 医師配置加算1 120点
 - ロ 医師配置加算2 90点
- 6 看護配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。
 - イ 看護配置加算1 60点
 - ロ 看護配置加算2 35点
 - ハ 夜間看護配置加算1 100点
 - ニ 夜間看護配置加算2 50点
 - ホ 看護補助配置加算1 25点
 - ヘ 看護補助配置加算2 15点
- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、入院している患者を、当該入院の日から30日以内に看取った場合には、看取り加算として、1,000点（在宅療養支援診療所（区分番号B004）に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。）にあつては、2,000点）を所定点数に加算する。
- 8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算については、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
 - イ 救急医療管理加算
 - ロ 超急性期脱集中加算
 - ハ 妊産婦緊急搬送入院加算
 - ニ 在宅患者緊急入院診療加算
 - ホ 診療録管理体制加算
 - ヘ 医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）

- ト 乳幼児加算、幼児加算
- チ 難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）
- リ 特殊疾患入院施設管理加算
- ル 超重症児（者）入院診療加算・難超重症児（者）入院診療加算
- ヲ 地域加算
- ラ 離島加算

長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、当該患者の疾患、状態、ADL等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注3のただし書に該当する場合には、入院基本料Eを算定する。

注1に規定する有床診療所以外の療養病床を有する有床診療所については、当該区分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限る。当該有床診療所に入院している患者について、特別入院基本料として、488点（生活療養を受ける場合にあっては、475点）を算定できる。

3 有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者に対して行った第3節検査、第5節投薬、第6節注射及び第13節病理診断並びに第4節画像診断及び第9節処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルム）の費用を含み、除外薬料・注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合には、その日から起算して3日前までの当該費用については、この限りでない。

4 入院患者が別に厚生労働大臣が定める状態にあり、必要な補償対策を行った場合は、患者の療養の状態に応じて、1日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ 補償対策加算1 15点
ロ 補償対策加算2 5点

5 当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる入院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別介護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支療養病床初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、入院している患者を、当該入院の日から30日以内で看取った場合には、看取り加算として、1,000点（在宅療養支援診療所（区分番号B004）に掲げる週院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。）にあっては、2,000点）を所定点数に加算する。

8 当該診療所においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

- イ 在宅患者緊急入院診療加算
- ロ 診療録管理体制作加算
- ハ 医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）
- ニ 乳幼児加算・幼児加算
- ホ 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
- ヘ 地域加算
- ト 離島加算
- チ H1V感染者療養環境特別加算
- リ 診療所療養病床療養環境加算

- ワ H1V感染者療養環境特別加算
- カ 二類感染症患者療養環境特別加算
- コ 小児療養環境特別加算
- ク 無菌治療室管理加算
- ケ 放射線治療病室管理加算
- ク 重症皮膚潰瘍管理加算
- ツ 有床診療所緩和ケア診療加算
- チ 医療安全対策加算
- テ 感染防止対策加算
- ト 患者サポート体制充実加算
- ト ハイリスク妊娠管理加算
- ウ 後発医薬品使用体制加算
- ク 入院支援加算（1のイ又は2のイに限る。）
- チ 薬剤総合評価調整加算
- チ 排痰自立支援加算

9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関については、注1から注8までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号A109に掲げる有床診療所療養病床入院基本料の例により算定できる。

10 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、栄養管理費加算として、1日につき12点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は、算定できない。

11 1から3までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出たものから起算して16日以降に1日につき20点を所定点数に加算する。

12 1から3までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに入院している患者のうち、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のものについては、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して16日以降30日までの期間に限り、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- イ 介護連携加算1 192点
- ロ 介護連携加算2 38点
- イ 介護連携加算1（生活療養を受ける場合にあっては、1,057点）
- ロ 介護連携加算2（生活療養を受ける場合にあっては、945点）
- イ 入院基本料A 1,042点
- ロ 入院基本料B（生活療養を受ける場合にあっては、929点）
- イ 入院基本料C（生活療養を受ける場合にあっては、813点）
- ロ 入院基本料D（生活療養を受ける場合にあっては、653点）
- イ 入院基本料E（生活療養を受ける場合にあっては、564点）
- ロ 入院基本料E（生活療養を受ける場合にあっては、549点）

注1 有床診療所（療養病床に係るものに限る。）であって、看護配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長

- ス 診療所療養病床療養環境改善加算
 - ル 重症皮膚潰瘍管理加算
 - ヲ 有床診療所緩和ケア診療加算
 - ワ 医療安全対策加算
 - カ 感染防止対策加算
 - ヨ 患者サポート体制充実加算
 - タ 入退院支援加算（1のロ又は2のロに限る。）
 - シ 薬利総合評価調整加算
 - ソ 排反自立支援加算
- 9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関については、注1から注8までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号A108に掲げる有床診療所入院基本料の例により算定できる。
- 10 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、栄養管理費加算として、1日につき12点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B001の10に掲げる入院栄養食事指導料は、算定できない。
- 11 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所である保険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者については、有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算として、1日につき10点を所定点数に加算する。

第2部 入院料等

<通則>

- 1 入院基本料、特定入院料及び短期滞在手術等基本料は、基本的な入院医療の体制を評価するものであり、療養環境（寝具等を含む。）の提供、看護師等の確保及び医学的管理の確保等については、医療法の定めるところによる他、「病院、診療所等の業務委託について（平成5年2月15日指第14号）」等に従い、適切に実施するものとし、これに要する費用は、特に規定する場合を除き、入院基本料、特定入院料及び短期滞在手術等基本料に含まれる。
- 2 1に規定する他、寝具等について次の基準のいずれかに該当しない場合には、入院基本料、特定入院料、短期滞在手術等基本料は算定できない。
 - (1) 患者の状態に応じて寝具類が随時利用できるよう用意されていること。なお、具備されるべき寝具は、敷布団（マットレスパッドを含む。）、掛布団（毛布、タオルケット、綿毛布を含む。）、シーツ類、枕、枕覆等である。
 - (2) 寝具類が常時清潔な状態で確保されていること。シーツ類は、週1回以上の交換がなされていること。
 - (3) 消毒は必要の都度行われていること。
- 3 入院期間の確認について（入院料の支払要件）
 - (1) 保険医療機関の確認等
 - ア 保険医療機関は、患者の入院に際し、患者又はその家族等に対して当該患者の過去3か月以内の入院の有無を確認すること。過去3か月以内に入院がある場合は、入院の理由を確認すること。同一傷病による入院である場合には前保険医療機関における入院期間、算定入院基本料等及び入院に係る傷病名を当該患者の前保険医療機関又は保険者に照会し、当該保険医療機関の入院初日に追加される選定療養に係る入院期間及び当該患者の入院が選定療養に該当するか否かを確認すること。
 - イ 保険医療機関は、当該患者の退院に際しては、他保険医療機関からの当該患者の入院履歴に係る問い合わせに対し速やかに対応できるよう必要な体制を整えておくこと。円滑な運用のために別紙様式1又はこれに準ずる様式による文書を退院証明書として患者に渡すことが望ましい。
 - ウ ア、イに定める確認等を怠っている場合は、入院料は算定できないものであること。
 - (2) 入院患者の申告等
患者は、入院に際しては、保険医療機関からの求めに応じ、自己の入院履歴を申告すること。なお、虚偽の申告等を行った場合は、それにより発生する損失について、後日費用徴収が行われる可能性があるものである。
- 4 1日入院
眼科、耳鼻科等において手術を行い、同一の日に入院及び退院した場合、医師が入院の必要を認めて病室に入院させて入院医療が行われた場合にあっては、入院基本料又は特定入院料を算定できるが、単なる覚醒、休養等の目的で入院させた場合は、入院基本料又は特定入院料は算定しない。なお、短期滞在手術等基本料については、第4節に規定するところによる。
- 5 入院中の患者の他医療機関への受診
 - (1) 入院中の患者が、当該入院の原因となった傷病以外の傷病に罹患し、入院している保険医

療機関（以下本項において「入院医療機関」という。）以外での診療の必要が生じた場合は、他の保険医療機関（以下本項において「他医療機関」という。）へ転医又は対診を求めることを原則とする。

- (2) 入院中の患者（D P C算定病床に入院している患者を除く。）に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）は、他医療機関において当該診療に係る費用を算定することができる。ただし、短期滞在手術等基本料2及び3、医学管理等（診療情報提供料を除く。）、在宅医療、投薬、注射（当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬又は注射に係る費用を除き、処方料、処方箋料及び外来化学療法加算を含む。）及びリハビリテーション（言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料を除く。）に係る費用は算定できない。
- (3) (2)のただし書にかかわらず、出来高入院料を算定する病床に入院している患者の場合には、他医療機関における診療に要する費用のうち、当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた投薬に係る費用は算定できる。
- (4) 本通則において、出来高入院料とは、特定入院料、一般病棟入院基本料（「注11」の規定により療養病棟入院料1の例により算定する場合に限る。）、特定機能病院入院基本料（「注9」の規定により療養病棟入院料1の例により算定する場合に限る。）、専門病院入院基本料（「注8」の規定により療養病棟入院料1の例により算定する場合に限る。）、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び特定入院基本料（以下本通則において「特定入院料等」という。）を除く入院基本料をいう。
- (5) 入院中の患者が他医療機関を受診する場合には、入院医療機関は、当該他医療機関に対し、当該診療に必要な診療情報（当該入院医療機関での算定入院料及び必要な診療料を含む。）を文書により提供する（これらに要する費用は患者の入院している保険医療機関が負担するものとする。）とともに、診療録にその写しを添付すること。
- (6) (2)の規定により入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。
- ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の10%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、区分番号「E101」シングルホトコンピュター断層撮影、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影、区分番号「E101-3」ポジトロン断層・コンピュター断層複合撮影、区分番号「E101-4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュター断層複合撮影、区分番号「E101-5」乳房用ポジトロン断層撮影、区分番号「M001」体外照射の3の強度変調放射線治療（IMRT）、区分番号「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「M001-3」直線加速器による放射線治療の1の定位放射線治療の場合又は区分番号「M001-4」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の5%を控除した点数により算定すること。
- イ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定

する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の40%を控除した点数（他医療機関において、区分番号「E101」シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影、区分番号「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、区分番号「E101-4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、区分番号「E101-5」乳房用ポジトロン断層撮影、区分番号「M001」体外照射の3の強度変調放射線治療（IMRT）、区分番号「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「M001-3」直線加速器による放射線治療の1の定位放射線治療の場合又は区分番号「M001-4」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は当該特定入院料等の基本点数の35%を控除した点数）により算定すること。ただし、有床診療所療養病床入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している場合は、当該特定入院料等の基本点数の20%を控除した点数（他医療機関において、区分番号「E101」シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影、区分番号「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、区分番号「E101-4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、区分番号「E101-5」乳房用ポジトロン断層撮影、区分番号「M001」体外照射の3の強度変調放射線治療（IMRT）、区分番号「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「M001-3」直線加速器による放射線治療の1の定位放射線治療の場合又は区分番号「M001-4」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は当該特定入院料等の基本点数の15%を控除した点数）により算定すること。

ウ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の10%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、区分番号「E101」シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影、区分番号「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、区分番号「E101-4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、区分番号「E101-5」乳房用ポジトロン断層撮影、区分番号「M001」体外照射の3の強度変調放射線治療（IMRT）、区分番号「M001-2」ガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「M001-3」直線加速器による放射線治療の1の定位放射線治療の場合又は区分番号「M001-4」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は当該特定入院料等の基本点数の5%を控除した点数により算定すること。

エ 他医療機関において当該診療に係る費用を一切算定しない場合には、他医療機関において実施された診療に係る費用は、入院医療機関において算定し、入院基本料等の基本点数は控除せずに算定すること。この場合において、入院医療機関で算定している入院料等に包括されている診療に係る費用は、算定できない。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとする。

(7) 他医療機関において診療を行った場合には、入院医療機関から提供される当該患者に係る診療情報に係る文書を診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に「入院医療機

関名」、「当該患者の算定する入院料」、「受診した理由」、「診療科」及び「㊦（受診日数：〇日）」を記載すること。

(8) 入院医療機関においては、診療報酬明細書の摘要欄に、「他医療機関を受診した理由」、「診療科」及び「㊦（受診日数：〇日）」を記載すること。ただし、(6)のウの特定入院料等を10%減算する場合（ただし書に該当し5%減算する場合を含む。）には、他医療機関のレセプトの写しを添付すること。

(9) 入院中の患者（DPC算定病棟に入院している患者であって「診療報酬の算定方法」により入院料を算定する患者に限る。）に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）の他医療機関において実施された診療に係る費用は、入院医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様の取扱いとし、入院医療機関において算定すること。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとする。

6 外泊期間中の入院料等

(1) 入院患者の外泊期間中の入院料等については、入院基本料（療養病棟入院基本料を算定する療養病棟にあつては、外泊前日の入院基本料）の基本点数の15%又は特定入院料の15%を算定するが、精神及び行動の障害の患者について治療のために外泊を行わせる場合は更に15%を算定できる。ただし、入院基本料の基本点数又は特定入院料の30%を算定することができる期間は、連続して3日以内に限り、かつ月（同一暦月）6日以内に限る。

外泊中の入院料等を算定する場合においては、その点数に1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算するものとする。

なお、当該外泊期間は、7の入院期間に算入する。

(2) 入院中の患者が在宅医療に備えて一時的に外泊するに際して、当該在宅医療に関する指導管理が行われた場合は、(1)に規定する点数に加えて、区分番号「C100」に掲げる退院前在宅療養指導管理料を、外泊初日に1回に限り算定できる。

7 入院期間の計算

(1) 入院の日とは、入院患者の保険種別変更等の如何を問わず、当該保険医療機関に入院した日をいい、保険医療機関ごとに起算する。

また、A傷病により入院中の患者がB傷病に罹り、B傷病についても入院の必要がある場合（例えば、結核で入院中の患者が虫垂炎で手術を受けた場合等）又はA傷病が退院できる程度に軽快した際に他の傷病に罹り入院の必要が生じた場合においても、入院期間はA傷病で入院した日を起算日とする。

(2) (1)にかかわらず、保険医療機関を退院後、同一傷病により当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合の入院期間は、当該保険医療機関の初回入院日を起算日として計算する。

ただし、次のいずれかに該当する場合は、新たな入院日を起算日とする。

ア 1傷病により入院した患者が退院後、一旦治癒し若しくは治癒に近い状態までになり、その後再発して当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合

イ 退院の日から起算して3月以上（悪性腫瘍、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条第1項に規定する指定難病（同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）又は「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年4月17日衛発第242号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）に罹患している患者については1月以上）の期間、同一傷病について、いずれの保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所（短期入所療養介護費を算定すべき入所を除く。）することなく経過した後に、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合

(3) 「特別の関係」とは、次に掲げる関係をいう。

ア 当該保険医療機関等と他の保険医療機関等の関係が以下のいずれかに該当する場合に、当該保険医療機関等と当該他の保険医療機関等は特別の関係にあると認められる。

(イ) 当該保険医療機関等の開設者が、当該他の保険医療機関等の開設者と同一の場合

(ロ) 当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者と同一の場合

(ハ) 当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者の親族等の場合

(ニ) 当該保険医療機関等の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の保険医療機関等の役員等の親族等の占める割合が10分の3を超える場合

(ホ) (イ)から(ニ)までに掲げる場合に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、当該保険医療機関等が、当該他の保険医療機関等の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限る。）

イ 「保険医療機関等」とは、保険医療機関である病院若しくは診療所、介護老人保健施設又は指定訪問看護事業者をいう。

ウ 「親族等」とは、親族関係を有する者及び以下に掲げる者をいう。

(イ) 事実上婚姻関係と同様の事情にある者

(ロ) 使用人及び使用人以外の者で当該役員等から受ける金銭その他の財産によって生計を維持しているもの

(ハ) (イ)又は(ロ)に掲げる者の親族でこれらの者と生計を一にしているもの

8 病棟移動時の入院料

同一保険医療機関内の病棟（病室及び治療室を含む。）から病棟（病室及び治療室を含む。）に移動した日の入院料の算定については、移動先の病棟（病室及び治療室を含む。）の入院料（入院基本料又は特定入院料）を算定する。

9 退院時処方に係る薬剤料の取扱い

投薬に係る費用が包括されている入院基本料（療養病棟入院基本料等）又は特定入院料（特殊疾患病棟入院料等）を算定している患者に対して、退院時に退院後に在宅において使用するための薬剤（在宅医療に係る薬剤を除く。）を投与した場合は、当該薬剤に係る費用（薬剤料に限る。）は、算定できる。

10 定数超過入院に該当する保険医療機関、医療法に定める人員標準を著しく下回る保険医療機関の取扱いについては、「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに

入院基本料の算定方法（平成 18 年厚生労働省告示第 104 号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。

- 11 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合に限り入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料 3 の算定を行うものであり、基準に適合していることを示す資料等を整備しておく必要がある。
- 12 救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合は、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床（区分番号「A 2 0 5」救急医療管理加算又は区分番号「A 3 0 0」救命救急入院料を算定する病床に限る。）に入院したものとみなすものであること。
- 13 退院が特定の時間帯に集中している場合の入院基本料の算定について
 - (1) 以下のいずれも満たす病棟を有する保険医療機関を対象とする。
 - ア 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定している病棟を有する保険医療機関であること。
 - イ 当該病棟の退院全体のうち、正午までに退院するものの割合が 9 割以上の保険医療機関であること。
 - (2) 減算の対象となる入院基本料は、一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料のうち、当該病棟に 30 日を超えて入院している者の退院日の入院基本料であって、以下のいずれも満たすものとする。
 - ア 退院日に 1,000 点以上の処置又は手術を算定していないもの
 - イ 入退院支援加算を算定していないもの
 - (3) (1)のイに係る計算式は退院日に一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定している患者を対象として、以下のいずれかの方法によること。
 - ア 電子カルテ等で退院時間が明らかな場合については、以下により算定する。
$$1 \text{ 月当たりの当該病棟の退院患者のうち、正午以前に退院した患者数} / 1 \text{ 月当たりの退院患者数}$$
 - イ 退院時間が明らかでない場合は、毎月 16 日を含む 1 週間（例えば 16 日が火曜日の場合は 14 日(日)から 20 日(土)までの 7 日間）に当該病棟を退院した患者を対象とし、該当する退院患者の退院日、退院日前日の食事回数をもとに以下により算定する。
$$(\text{退院日前日に退院患者に提供した夕食数} - \text{退院日に退院患者に提供した昼食数}) / \text{退院日前日に退院患者に提供した夕食数}$$
 - ウ ア又はイのいずれかの方法により、直近 6 か月の月ごとの割合を算定し、当該 6 か月のいずれも 9 割以上の場合、翌月から(2)に該当する入院基本料は、所定点数の 100 分の 92 に相当する点数により算定する。
- 14 入院日及び退院日が特定の日に集中している場合の入院基本料の算定について
 - (1) 以下のいずれも満たす保険医療機関を対象とする。
 - ア 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院

基本料を算定している病棟を有する保険医療機関

イ アに掲げる病棟の入院全体のうち金曜日に入院したものの割合と、退院全体のうち月曜日に退院したものの割合の合計が 40%以上の保険医療機関

- (2) 減算の対象となる入院基本料は、金曜日に入院した患者の入院基本料（一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。））、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料をいう。以下この項目において同じ。）又は月曜日に退院した患者の入院基本料とするが、金曜日に入院した患者については、入院日直後の土曜日及び日曜日の入院基本料であって、当該日に 1,000 点以上の処置又は手術を伴わないものであり、月曜日に退院した患者については、退院日直前の土曜日及び日曜日の入院基本料であって、当該日に 1,000 点以上の処置又は手術を伴わないものとする。金曜日に入院し、月曜日に退院した患者については、要件を満たす入院日直後の土曜日及び日曜日、退院日直前の土曜日及び日曜日のいずれも減算の対象となる。なお、金曜日に入院し、その直後の月曜日に退院した患者については、要件を満たす土曜日及び日曜日の入院基本料は所定点数の 100 分の 92 に相当する点数により算定することとする。

- (3) (1)イに係る計算式は入院患者は入院日に一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定している患者、退院患者は退院日に一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。））、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定している患者を対象として、以下の方法による。

$(1 \text{ 月当たりの金曜日入院患者数} / 1 \text{ 月当たりの全入院患者数}) \times 100$

$+ (1 \text{ 月当たりの月曜日退院患者数} / 1 \text{ 月当たりの全退院患者数}) \times 100$

直近 6 か月の月ごとの割合を算定し、当該 6 か月のいずれも 4 割以上の場合、翌月より (2)に該当する入院基本料を減算する。

- 15 算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの 1 週間又は月の初日から月の末日までの 1 か月を単位として算定する。

第 1 節 入院基本料

A100 一般病棟入院基本料

- (1) 一般病棟入院基本料は、「注 1」の入院基本料、「注 2」の特別入院基本料並びに月平均夜勤時間超過減算及び「注 7」の夜勤時間特別入院基本料から構成され、「注 1」の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た一般病棟に入院している患者について、各区分の所定点数を算定し、「注 2」の特別入院基本料並びに月平均夜勤時間超過減算及び「注 7」の夜勤時間特別入院基本料については、届け出た一般病棟に入院している患者について算定する。
- (2) 当該保険医療機関において複数の一般病棟がある場合には、当該病棟のうち、障害者施設等入院基本料等又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の一般病棟入院基本料を算定するものとする。ただし、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 2 年 3 月 ● 日保医発 ● 第 ● 号）の別紙 2 に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地

域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）の一般病棟においては、病棟ごとに違う区分の入院基本料を算定しても差し支えない。

- (3) 「注3」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する起算日とする。
- (4) 「注4」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「A246」入退院支援加算3が算定された患者を一般病棟（地域一般入院基本料に限る。）で受け入れた場合に入院初日に算定する。ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。
- (5) 「注5」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者や介護老人保健施設、介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第29項に規定する介護医療院（以下「介護医療院」という。）、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等（以下「介護老人保健施設等」という。）の入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、一般病棟（地域一般入院基本料、13対1入院基本料又は15対1入院基本料に限る。）が有する以下のような機能を評価したものであり、転院又は入院した日から起算して14日を限度に算定できる。当該加算を算定するに当たっては、入院前の患者の居場所（転院の場合は入院前の医療機関名）、自院の入院歴の有無、入院までの経過等を診療録に記載すること。
- ア 急性期医療を担う病院に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を速やかに一般病棟が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料又は小児入院医療管理料を算定する病棟であること。なお、同一医療機関において当該一般病棟に転棟した患者については、算定できない。
- イ 自宅や介護老人保健施設等で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、一般病棟（地域一般入院基本料、13対1入院基本料又は15対1入院基本料に限る。）が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していることにより、自宅や介護老人保健施設等における療養の継続を後方支援する。なお、当該加算を算定する一般病棟を有する病院に介護老人保健施設等が併設されている場合は、当該併設介護老人保健施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。
- (6) 一般病棟入院基本料の算定患者が90日を超える期間一般病棟に入院している場合（(8)

に規定するアの方法により算定している患者を除く。)は、平均在院日数の算定の対象から除外すること。このため、一般病棟入院基本料の算定患者を入院させる保険医療機関においては、当該患者の人数等が明確に分かるような名簿を月ごとに作成し、適切に管理しておく必要があること。

- (7) 一般病棟入院基本料を算定する病棟については、「注10」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。
- (8) 一般病棟入院基本料(特別入院基本料を除く。)を算定する病棟に入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、下記のいずれかにより算定する。
- ア 引き続き一般病棟入院基本料を算定する。(平均在院日数の算定の対象となる。)
- イ 一般病棟入院基本料の「注11」の規定により、区分番号「A101」療養病棟入院料1の例により算定する。(平均在院日数の算定の対象とならない。)
- 上記については、当該保険医療機関の病棟ごとの取扱いとなるが、上記イにより算定する場合については、あらかじめ地方厚生(支)局長に届け出た病棟に限る。
- 平成26年3月31日時点で当該病棟(平成26年改定前における7対1入院基本料又は10対1入院基本料に限る。)に入院していた患者であって、イの方法により算定する者については、当分の間、医療区分を3とする。
- (9) (8)のイにより、区分番号「A101」の療養病棟入院料1の例により算定する場合の費用の請求については、当該保険医療機関に入院した日を入院初日として、下記のとおりとする。
- ア 区分番号「A101」療養病棟入院基本料の「注3」に規定する費用は入院基本料に含まれるため、別に算定できない。
- イ 区分番号「A101」療養病棟入院基本料の「注4」に規定する褥瘡対策加算1又は2を算定することができる。
- ウ 区分番号「A101」療養病棟入院基本料の「注5」に規定する重症児(者)受入連携加算及び「注6」に規定する急性期患者支援療養病床初期加算及び在宅患者支援療養病床初期加算は算定することができない。
- エ 区分番号「A101」療養病棟入院基本料の「注7」に規定する加算のうち、以下のものを算定することができる。
- (イ) 乳幼児加算・幼児加算
- (ロ) 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算(算定日数の上限については、療養病棟に入院しているものとして取り扱う。)
- (ハ) 地域加算
- (ニ) 離島加算
- (ホ) HIV感染者療養環境特別加算
- (ヘ) 療養病棟療養環境加算(別に届出を行った場合に限る。)
- (ト) 重症皮膚潰瘍管理加算(別に届出を行った場合に限る。)
- (チ) 栄養サポートチーム加算(ただし、当該保険医療機関に入院した日を入院初日と起算して算定する。)
- (リ) 入退院支援加算(ただし、当該保険医療機関に入院した日を入院初日として、区分番号「A246」入退院支援加算1又は2のロに規定する療養病棟入院基本料等

の場合の例により算定する。)

(ヌ) データ提出加算

(ル) 排尿自立支援加算

オ 区分番号「A101」療養病棟入院基本料の「注9」に規定する慢性維持透析管理加算を算定することができる。

カ 区分番号「A101」療養病棟入院基本料の「注10」に規定する在宅復帰機能強化加算は算定することができない。

キ 区分番号「B005-7」認知症専門診断管理料の算定に当たっては、(8)のイにより区分番号「A101」の療養病棟入院料1の例により算定する患者を、「療養病棟に入院している患者」とみなす。

(10) 「注11」の規定により、区分番号「A101」の療養病棟入院料1の入院料Aから入院料Fのいずれかを算定する場合にあつては、定期的(少なくとも月に1回)に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式2又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写しを交付のうえ、十分な説明を行うとともに診療録に添付すること。

(11) 「注12」に規定するADL維持向上等体制加算は、急性期医療において、入院中の患者の日常生活機能(以下「ADL」という。)の維持、向上等を目的として、リハビリテーション専門職等が当該病棟において以下のアからケまでに掲げる取組を行った場合であつて、あらかじめ専従又は専任を含む常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士(以下(11)において「常勤理学療法士等」という。)をあわせて5名を上限として定めた上で、当該常勤理学療法士等のいずれかが当該病棟で実際に6時間以上(ADL維持向上等体制加算の算定を終了した当該病棟の患者について、引き続き、区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料、区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料、区分番号「H004」摂食機能療法、区分番号「H005」視能訓練、区分番号「H007」障害児(者)リハビリテーション料、区分番号「H007-2」がん患者リハビリテーション料、区分番号「H007-3」認知症患者リハビリテーション料又は区分番号「H008」集団コミュニケーション療法料(以下(11)において「疾患別リハビリテーション料等」という。)を算定した場合は、1日2時間を超えない範囲でその時間を含んでよい。)勤務した日に限り、患者1人につき入院した日から起算して14日を限度に算定できる。

ただし、当該加算の対象となる患者であっても、当該患者に対して疾患別リハビリテーション料等を算定した場合は、当該療法を開始した日から当該加算を算定することはできない。

ア 入院患者に対する定期的なADLの評価は、別紙様式7の2又はこれに準ずる様式を用いて行っていること。

イ 入院患者に対するADLの維持、向上等を目的とした指導を行っていること。

ウ 必要最小限の抑制とした上で、転倒転落を防止する対策を行っていること。

エ 必要に応じて患者の家族に対して、患者の状況を情報提供していること。

- オ 入院患者のADLの維持、向上等に係るカンファレンスが定期的開催されており、医師、看護師及び必要に応じてその他の職種が参加していること。
- カ 指導内容等について、診療録等に記載すること。
- キ 自宅等、想定される退棟先の環境を把握し、退棟後に起こりうるリスクについて、多職種のカンファレンスで共有していること。
- ク 必要に応じて他の職種と共同し、機能予後について患者がどのように理解しているかを把握し、多職種のカンファレンスで共有していること。
- ケ 必要に応じて他の職種と共同し、患者が再び実現したいと願っている活動や社会参加等について、その優先順位と共に把握し、多職種のカンファレンスで共有していること。また、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

A101 療養病棟入院基本料

- (1) 療養病棟入院基本料は、「注1」の入院料及び「注2」の特別入院基本料から構成され、「注1」の入院料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た療養病棟に入院している患者について、別に厚生労働大臣が定める区分（1日に2つ以上の区分に該当する場合には、該当するもののうち最も高い点数の区分）に従い、当該患者ごとに入院料A等の各区分の所定点数を算定し、「注2」の特別入院基本料については、届け出た療養病棟に入院している患者について算定する。ただし、「注1」の入院料を算定している場合において、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟する場合にはその前日を1日目として3日前までの間、別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合にはその当日を1日目として3日前までの間は、その日ごとに入院料Iを算定することができる。
- (2) 当該保険医療機関において複数の療養病棟がある場合には、当該病棟のうち、回復期リハビリテーション病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、「注1」の入院料又は「注2」の特別入院基本料のいずれかを算定するものとする。
- (3) 「注1」の入院料のうち、入院料Aから入院料Fまでのいずれかの算定に当たっては、定期的（少なくとも月に1回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式2又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写しを交付のうえ十分な説明を行うとともに診療録に添付すること。また、やむを得ない理由により説明を行うことが困難な場合であっても、患者又はその家族の求めに応じ、当該書面又はその写しを交付するとともに診療録に添付すること。なお、患者又はその家族への説明に当たり、特に悪性腫瘍等の患者に対しては、患者本人の治療方針に関する理解状況を踏まえ、療養上著しく不適切なことが生じないよう配慮すること。
- (4) 基本診療料の施設基準等別表第五に掲げる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤、特定保険医療材料又は区分番号「J201」酸素加算の費用並びに浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については療養病棟入院基本料に含まれる。なお、療養病棟入院基本料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、療養病棟入院基本料に含まれているものであるため別に算定できない。ただし、「注1」のただし書の規定により、入院料Iを算定する場合については、この限りではない。

- (5) 療養病棟入院基本料を算定する病棟は主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する施設であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。なお、「注1」のただし書の規定により入院料Iを算定した場合においても、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。
- (6) 療養病棟入院基本料を算定するに当たっては、次の点に留意する。
- ア 定期的（少なくとも月に1回）に患者の状態の評価及び入院療養の計画を見直し、その要点を診療録に記載する。なお、入院時と退院時のADLの程度を診療録に記載する。
- イ 患者の状態に著しい変化がみられた場合には、その都度、患者の状態を評価した上で、治療やケアを見直し、その要点を診療録等に記載する。
- (7) 「注4」に規定する褥瘡対策加算1及び2は、ADL区分3の状態の患者について、「別紙様式46」の「褥瘡対策に関する評価」を用いて褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ毎日評価し、以下により算定すること。なお、以下において、「褥瘡対策に関する評価」における褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者のDESIGN-Rの合計点数を「DESIGN-Rの合計点」といい、暦月内におけるDESIGN-Rの合計点が最も低かった日の点数を当該月における「実績点」という。また、褥瘡の状態の評価の結果を別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定欄に記載し、治療及び看護の計画を見直した場合には、その内容を診療録等に記載すること。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。
- ア 褥瘡対策加算1については、入院後若しくは新たに当該加算に係る評価を始めて暦月で3月を超えない間又は褥瘡対策加算2を算定する日以外の日において算定する。
- イ 褥瘡対策加算2については、直近2月の実績点が2月連続して前月の実績点を上回った場合であって、DESIGN-Rの合計点が前月の実績点より上回った日に算定する。
- (8) 「注5」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「A246」入退院支援加算3が算定された患者を、療養病棟で受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。
- (9) 「注6」に規定する急性期患者支援療養病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者支援療養病床初期加算は在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療及び在宅での療養を支えることを目的として、療養病棟が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度に算定できる。また、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。
- ア 急性期患者支援療養病床初期加算については、急性期医療を担う病院の一般病棟に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を、速やかに療養病棟が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、地

- 域一般入院基本料又は13対1入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、地域一般入院基本料又は13対1入院基本料を算定する保険医療機関にあつては、区分番号「A205」救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。また、一般病棟と療養病棟が同一の病院に併存する場合で、当該一般病棟から療養病棟に転棟した患者については、1回の転棟に限り算定できるものとする。
- イ 在宅患者支援療養病床初期加算については、介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状を来したために入院医療を要する状態になった際に、療養病棟が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続を後方支援する。なお、当該加算を算定する療養病棟を有する病院に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。
- (10) 療養病棟入院基本料を算定する病棟（「注11」を算定する病棟を含む。）については、「注7」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。
- (11) 「注8」の規定は、新型インフルエンザ等感染症がまん延している期間として別に厚生労働大臣が指定する期間において、療養病棟入院基本料の届出を行っている病棟においても、新型インフルエンザ等感染症等の患者が当該病棟に入院した場合には、届出を行った上で、一般病棟入院基本料の例により算定することができるようにしたものであること。
- (12) 「注8」の規定により新型インフルエンザ感染症等の患者を入院させる際には、院内感染防止対策を十分に行うこと。
- (13) 「注8」の規定により、区分番号「A100」の一般病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、当該保険医療機関に入院した日を入院初日として、以下のとおりとする。
- ア 区分番号「A100」一般病棟入院基本料の「注4」に規定する重症児（者）受入連携加算は算定することができない。
- イ 区分番号「A100」一般病棟入院基本料の「注5」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算は算定することができない。
- ウ 区分番号「A100」一般病棟入院基本料の「注10」に規定する加算について、当該病棟において各加算の要件を満たしている場合には算定できる。
- エ 区分番号「A100」一般病棟入院基本料の「注12」に規定するADL維持向上等体制加算は算定することができない。
- (14) 「注9」に規定する慢性維持透析管理加算は、療養病棟における透析患者の診療を評価したものであり、自院で人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を行っている場合に算定する。なお、これらの項目については、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はない。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。
- (15) 「注10」に規定する在宅復帰機能強化加算は、在宅復帰機能の高い病棟を評価したものである。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

- (16) 「注12」に規定する夜間看護加算は、療養生活の支援が必要な患者が多い病棟において、看護要員の手厚い夜間配置を評価したものであり、当該病棟における看護にあたって、次に掲げる身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。
- ア 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整える。
- イ 身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討する。
- ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見いだされるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、可及的速やかに解除するよう努める。
- エ 身体的拘束を実施するに当たっては、次の対応を行う。
- (イ) 実施の必要性等のアセスメント
 - (ロ) 患者家族への説明と同意
 - (ハ) 身体的拘束の具体的な行為や実施時間等の記録
 - (ニ) 二次的な身体障害の予防
 - (ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討
- オ 身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行う。なお、身体的拘束を実施することを避けるために、ウ及びエの対応をとらず家族等に対し付添いを強要することがあってはならない。
- (17) 「注12」に規定する夜間看護加算を算定する各病棟における夜勤を行う看護要員の数は、「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)イ①に定める夜間の看護職員の最小必要数を超えた看護職員1人を含む看護要員3人以上でなければ算定できない。なお、「注11」の規定により入院料を算定する場合及び特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

A102 結核病棟入院基本料

- (1) 結核病棟入院基本料は、「注1」の入院基本料、「注2」の特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、「注6」の夜勤時間特別入院基本料及び「注7」の重症患者割合特別入院基本料から構成され、「注1」の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た結核病棟に入院している患者について、7対1入院基本料等の各区分の所定点数を算定し、「注2」の特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算、「注6」の夜勤時間特別入院基本料並びに「注7」の重症患者割合特別入院基本料については、届け出た結核病棟に入院している患者について算定する。
- (2) 結核病棟に入院している結核患者に化学療法を行う際には、日本結核病学会が作成した「院内DOTSガイドライン」を踏まえ、下記の服薬支援計画の作成、服薬確認の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行っていること。当該基準を満たさない場合は、「注2」の特別入院基本料として581点を算定する。
- ア 服薬支援計画の作成
- 個々の患者の服薬中断リスクを分析し、服薬確認、患者教育、保健所との連携等に関する院内DOTS計画を策定すること。計画の策定に当たっては、患者の病態、社会的要因、副作用の発生や退院後の生活状態等による服薬中断リスクを考慮すること。
- イ 服薬確認の実施

看護師が患者の内服を見届けるなど、個々の患者の服薬中断リスクに応じた方法で服薬確認を行うこと。

ウ 患者教育の実施

確実な服薬の必要性に関する患者への十分な説明を行うとともに、服薬手帳の活用等により退院後も服薬を継続できるための教育を実施すること。

エ 保健所との連携

退院後の服薬の継続等に関して、入院中から保健所の担当者とDOTSカンファレンス等を行うなど、保健所との連絡調整を行い、その要点を診療録等に記載すること。

- (3) 「注3」において結核病棟入院基本料を算定する患者は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）」第19条、第20条及び第22条の規定並びに「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における結核患者の入退院及び就業制限の取扱いについて（平成19年9月7日健感発第0907001号）」に基づき入退院が行われている結核患者であり、これらの基準に従い退院させることができる患者については、退院させることができることが確定した日以降は「注2」の特別入院基本料を算定する。

なお、次の全てを満たした場合には、退院させることができることが確定したものとして取り扱うものであること。

ア 2週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失している。

イ 2週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して3回陰性である。（3回の検査は、原則として塗抹検査を行うものとし、アによる臨床症状消失後にあつては、速やかに連日検査を実施すること。）

ウ 患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。

- (4) (3)にかかわらず、カリエス、リンパ節結核などのこれらの基準に従うことができない結核患者については、当該患者の診療を担当する医師の適切な判断により入退院が行われるものである。
- (5) 「注4」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する起算日とする。
- (6) 当該保険医療機関において複数の結核病棟がある場合には、当該病棟全てについて同じ区分の結核病棟入院基本料を算定するものとする。
- (7) 結核病棟入院基本料を算定する病棟については、「注5」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

A103 精神病棟入院基本料

- (1) 精神病棟入院基本料は、「注1」の入院基本料、「注2」の特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算並びに「注9」の夜勤時間特別入院基本料から構成され、「注1」の入院基本料及び「注2」の特別入院基本料についてはそれぞれ別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た精神病棟に入院している患者について、10対1入院基本料等の各区分の所定点数を算定し、「注9」の夜勤時間特別入院基本料については、届け出た精神病棟に入院している患者について算定する。
- (2) 当該保険医療機関において複数の精神病棟がある場合には、当該病棟のうち、精神科急性期治療病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病

棟については、同じ区分の精神病棟入院基本料を算定するものとする。

- (3) 「注3」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する起算日とする。
- (4) 「注4」に掲げる加算を算定するに当たっては、当該加算の施設基準を満たすとともに、次のアからウまでの要件を満たすことが必要である。なお、既に入院中の患者が当該入院期間中に、当該施設基準の要件を満たすこととなっても、当該加算は算定できない。
- ア 入院時において、当該加算の施設基準に基づくランクがMであること。
- イ 当該加算の施設基準に基づき、患者の身体障害の状態及び認知症の状態を評価するとともに、当該加算の施設基準に基づく評価、これらに係る進行予防等の対策の要点及び評価日を診療録に記載するものとする。当該加算は、対策の要点に基づき、計画を立て、当該計画を実行した日から算定する。
- ウ 当該加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該加算の算定根拠となる評価（当該加算の施設基準に基づくランク等）及び評価日を記載すること。
- (5) 「注5」の救急支援精神病棟初期加算は、当該病棟に入院する患者が、精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定したものである場合には、入院した日から起算して14日を限度として加算する。
- (6) 精神病棟入院基本料を算定する病棟については、「注6」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。
- (7) 「注7」の精神保健福祉士配置加算は、入院中の患者の早期退院を目的として精神保健福祉士の病棟配置を評価したものであり、当該病棟の全ての入院患者に対して、医師、看護師、作業療法士、公認心理師等の関係職種と共同して別紙様式6の2又はこれに準ずる様式を用いて、退院支援計画を作成し、必要に応じて患者等を訪問し、患者の希望を踏まえ、適切な保健医療サービス又は福祉サービス等を受けられるよう、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携しつつ、在宅療養に向けた調整を行った場合に算定する。なお、病棟に配置された精神保健福祉士は当該病棟の入院患者の退院調整等を行うものであり、他病棟の患者の退院調整について行うことはできない。
- (8) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。
- ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
- イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

A104 特定機能病院入院基本料

- (1) 特定機能病院入院基本料は、「注1」に規定する入院基本料について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た一般病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者について、7対1入院基本料等の各区分の所定点数を算定する。
- (2) 結核病棟に入院している結核患者に化学療法を行う際には、日本結核病学会が作成した「院内DOTSガイドライン」を踏まえ、下記の服薬支援計画の作成、服薬確認の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行っていること。当該基準を満たさない場合は、区分番号「A102」結核病棟入院基本料の「注2」の特別入院基本料として581点を算定する。
- ア 服薬支援計画の作成

個々の患者の服薬中断リスクを分析し、服薬確認、患者教育、保健所との連携等に関する院内DOTS計画を策定すること。計画の策定に当たっては、患者の病態、社会的要因、

副作用の発生や退院後の生活状態等による服薬中断リスクを考慮すること。

イ 服薬確認の実施

看護師が患者の内服を見届けるなど、個々の患者の服薬中断リスクに応じた方法で服薬確認を行うこと。

ウ 患者教育の実施

確実な服薬の必要性に関する患者への十分な説明を行うとともに、服薬手帳の活用等により退院後も服薬を継続できるための教育を実施すること。

エ 保健所との連携

退院後の服薬の継続等に関して、入院中から保健所の担当者とDOTSカンファレンス等を行うなど、保健所との連絡調整を行い、その要点を診療録等に記載すること。

- (3) 「注2」において特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。）を算定する患者は、感染症法第19条、第20条及び第22条の規定並びに「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における結核患者の入院及び就業制限の取扱いについて（平成19年9月7日健感発第0907001号）」に基づき入院が行われている結核患者であり、これらの基準に従い退院させることができる患者については、退院させることができることが確定した日以降は「注2」の特別入院基本料を算定する。

なお、次の全てを満たした場合には、退院させることができることが確定したものととして取り扱うものであること。

ア 2週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失している。

イ 2週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して3回陰性である。（3回の検査は、原則として塗抹検査を行うものとし、アによる臨床症状消失後にあつては、速やかに連日検査を実施すること。）

ウ 患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。

- (4) (3)にかかわらず、カリエス、リンパ節結核などのこれらの基準に従うことができない結核患者については、当該患者の診療を担当する保険医の適切な判断により入院が行われるものである。

- (5) 当該特定機能病院において同一種別の病棟が複数ある場合の入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の(2)、結核病棟入院基本料の(6)及び精神病棟入院基本料の(2)の例による。

- (6) 「注3」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する起算日とする。

- (7) 「注4」に掲げる加算を算定するに当たっては、当該加算の施設基準を満たすとともに、次のアからウまでの要件を満たすことが必要である。なお、既に入院中の患者が当該入院期間中に、当該施設基準の要件を満たすこととなっても、当該加算は算定できない。

ア 入院時において、当該加算の施設基準に基づくランクがMであること。

イ 当該加算の施設基準に基づき、患者の身体障害の状態及び認知症の状態を評価するとともに、当該加算の施設基準に基づく評価、これらに係る進行予防等の対策の要点及び評価日を診療録に記載するものとする。当該加算は、対策の要点に基づき、計画を立て、当該計画を実行した日から算定する。

ウ 当該加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該加算の算定根拠となる評価

(当該加算の施設基準に基づくランク等)及び評価日を記載すること。

- (8) 「注5」に規定する看護必要度加算は、10対1入院基本料(一般病棟に限る。)を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院している患者について算定すること。
- (9) 特定機能病院入院基本料を算定する病棟については、「注8」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。
- (10) 特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)を算定する病棟に入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者の取扱いについては、一般病棟入院基本料の(6)及び(8)から(10)までの例による。
- (11) 「注10」に規定するADL維持向上等体制加算については、一般病棟入院基本料の(11)の例による。

A105 専門病院入院基本料

- (1) 専門病院入院基本料は、「注1」に規定する入院基本料について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た一般病棟に入院している患者について、7対1入院基本料等の各区分の所定点数を算定する。
- (2) 当該専門病院において複数の一般病棟がある場合には、当該病棟のうち、障害者施設等入院基本料又は緩和ケア病棟入院料等の特定入院料(病棟単位で行うものに限る。)を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の専門病院入院基本料を算定するものとする。
- (3) 「注2」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する起算日とする。
- (4) 「注3」に規定する看護必要度加算は、10対1入院基本料を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院している患者について算定すること。
- (5) 「注4」に規定する一般病棟看護必要度評価加算は、13対1入院基本料を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院しており、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度(以下この節において「看護必要度」という。)の測定及び評価が行われた患者について算定すること。
- (6) 専門病院入院基本料を算定する病棟については、「注7」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。
- (7) 専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者の取扱いについては、一般病棟入院基本料の(6)及び(8)から(10)までの例による。
- (8) 「注9」に規定するADL維持向上等体制加算については、一般病棟入院基本料の(11)の例による。

A106 障害者施設等入院基本料

- (1) 障害者施設等入院基本料は、「注1」の入院基本料及び「注2」の月平均夜勤時間超過減算により算定するものから構成され、「注1」の入院基本料については、それぞれ別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た障害者施設等一般病棟に入院している患者について、7対1入院基本料等の各区分の所定点数を算定し、「注2」の月平均夜勤時間超過減算については、届け出た障害者施設等一般病棟に入院している患者について算定する。
- (2) 当該保険医療機関において複数の障害者施設等一般病棟がある場合には、当該病棟全てに

ついて同じ区分の障害者施設等入院基本料を算定するものとする。

- (3) 「注3」及び「注9」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する起算日とする。
- (4) 「注4」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「A246」入退院支援加算3が算定された患者を、障害者施設等で受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (5) 「注5」に規定する特定患者は、特定入院基本料（969点又は863点）を算定すること。
- (6) 特定患者とは、90日を超える期間、同一の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を含む。）の一般病棟（障害者施設等入院基本料を算定する病棟に限り、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料を除く。）に入院している患者であって、当該90日を経過する日の属する月（90日経過後にあってはその後の各月とする。以下、下の表において単に「月」という。）に下の表の左欄に掲げる状態等にあつて、中欄の診療報酬点数に係る療養のいずれかについて、右欄に定める期間等において実施している患者（以下「基本料算定患者」という。）以外のものをいう。

なお、左欄に掲げる状態等にある患者が、退院、転棟又は死亡により右欄に定める実施の期間等を満たさない場合においては、当該月の前月に基本料算定患者であった場合に限り、当該月においても同様に取り扱うこととする。

状態等	診療報酬点数	実施の期間等
1 難病患者等入院診療加算を算定する患者	難病患者等入院診療加算	当該加算を算定している期間
2 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	重症者等療養環境特別加算	当該加算を算定している期間
3 重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等（※1参照）	_____	左欄の状態にある期間
4 悪性新生物に対する治療（重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。）を実施している状態（※2参	動脈注射	左欄治療により、集中的な入院加算を要する期間
	抗悪性腫瘍剤局所持続注入	
	点滴注射	
	中心静脈注射	

照)	骨髄内注射 放射線治療（エックス線表在治療又は血液照射を除く。）	
5 観血的動脈圧測定を実施している状態	観血的動脈圧測定	当該月において2日以上実施していること
6 リハビリテーションを実施している状態（患者の入院の日から起算して180日までの間に限る。）	心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーション	週3回以上実施している週が、当該月において2週以上であること
7 ドレーン法若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態	ドレーン法（ドレナージ） 胸腔穿刺 腹腔穿刺	当該月において2週以上実施していること
8 頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態（※3参照）	喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出 気管支カテーテル薬液注入法	1日に8回以上（夜間を含め約3時間に1回程度）実施している日が、当該月において20日以上であること
9 人工呼吸器を使用している状態	間歇的陽圧吸入法、体外式陰圧人工呼吸器治療 人工呼吸	当該月において1週以上使用していること
10 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過 血漿交換療法	各週2日以上実施していること 当該月において2日以上実施していること
11 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態（当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。）	脊椎麻酔 開放点滴式全身麻酔 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	
	—	—

※1 3の左欄に掲げる状態等にある患者は具体的には以下のような状態等にあるものをいう。

- a 重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「重度の肢体不自由者」という。）及び脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後

遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「脊髄損傷等の重度障害者」という。）

なお、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者については、当該傷病が主たる傷病である患者のことをいう。

b 重度の意識障害者

重度の意識障害者とは、次に掲げる者をいう。なお、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

- ア 意識障害レベルが JCS (Japan Coma Scale) でⅡ-3 (又は 30) 以上又は GCS (Glasgow Coma Scale) で 8 点以下の状態が 2 週以上持続している患者
イ 無動症の患者 (閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等)

c 以下の疾患に罹患している患者

筋ジストロフィー、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患 (進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病 (ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ 3 以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))、多系統萎縮症 (線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎及びもやもや病 (ウイルス動脈輪閉塞症)

※2 4の「重篤な副作用のおそれがあるもの等」とは、以下のものである。

- a 肝障害、間質性肺炎、骨髄抑制、心筋障害等の生命予後に影響を与える臓器障害を有する腫瘍用薬による治療
b 放射線治療
c 末期の悪性新生物に対する治療

※3 8に係る喀痰吸引又は干渉低周波去痰器による喀痰排出を算定した場合は、当該喀痰吸引又は干渉低周波去痰器による喀痰排出を頻回に行った旨、その実施時刻及び実施者について診療録等に記載すること。

(7) 基本診療料の施設基準等別表第五に掲げる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤、特定保険医療材料又は区分番号「J201」に掲げる酸素加算の費用並びに浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については特定入院基本料に含まれる。

なお、特定入院基本料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、特定入院基本料に含まれているものであるため別に算定できない。

(8) 「注6」に定める脳卒中を原因とする重度の意識障害によって当該病棟に入院する患者については、区分番号「A101」に掲げる療養病棟入院基本料における医療区分 (1日に2つ以上の区分に該当する場合には、該当するものうち最も高い点数の区分) の例に従い、当該患者ごとに各医療区分に相当する所定点数を算定する。その際、当該患者の疾患及び状態の該当する医療区分の項目について、医療機関において診療録等に記録する。

(9) 「注6」に定める所定点数を算定する場合は、第2章特掲診療料の算定については、区分番号「A101」に掲げる療養病棟入院基本料の規定に従って算定し、第1章第2部第2節

入院基本料等加算については、障害者施設等入院基本料の規定に従って算定する。

- (10) 平成30年3月31日時点で、継続して6月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害によって障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者であって、引き続き同病棟に入院しているものについては、医療区分3に相当するものとみなす。なお、脳卒中を原因とする重度の意識障害によって障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者であって、その疾患及び状態等が医療区分3に規定する疾患及び状態等に相当するものについては、注6によらず、障害者施設等入院基本料に規定する所定点数を算定すること。
- (11) 障害者施設等入院基本料を算定する病棟については、「注7」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。
- (12) 「注9」に規定する看護補助加算は、当該病棟において入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員については、看護補助者とみなして（以下「みなし看護補助者」という。）計算することができる。ただし、「基本診療料の施設基準等」の第五の七の（7）のロに定める夜勤を行う看護補助者の数は、みなし補助者を除いた看護補助者を夜勤時間帯に配置している場合のみ算定できる。
- (13) 「注9」に規定する看護補助加算を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「A101」療養病棟入院基本料の(16)の例による。

A108 有床診療所入院基本料

- (1) 有床診療所入院基本料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院している患者について、有床診療所入院基本料1等の各区分の所定点数を算定する。
- (2) 有床診療所入院基本料に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する起算日とする。
- (3) 「注2」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「A246」入退院支援加算3が算定された患者を、有床診療所で受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (4) 「注3」に規定する有床診療所一般病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、急性期有床診療所の一般病床が有する以下のような機能を評価したものであり、転院又は入院した日から起算して14日を限度に算定できる。

ア 急性期医療を担う病院の一般病棟に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を、速やかに有床診療所の一般病床が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、地域一般入院基本料又は13対1入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、地域一般入院基本料又は13対1入院基本料を算定する保険医療機関にあっては、区分番号「A2

05」救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。

イ 介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、有床診療所の一般病床が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していることにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続を後方支援する。なお、当該加算を算定する一般病床を有する有床診療所に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。

- (5) 有床診療所入院基本料を算定する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所において、夜間に医師を配置している、又は近隣の保険医療機関が連携して入院患者の急変に備えて夜間の緊急診療体制を確保した場合について、その体制を入院患者に対して文書で説明し、夜間に緊急対応できる医師名を院内に掲示している場合に、「注4」に掲げる加算を算定することができる。
- (6) 有床診療所入院基本料1から6までを算定する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所において、療養病床の有無に関わらず、当該診療所に勤務する医師が2人以上の場合に、各区分に応じて「注5」に掲げる加算を算定することができる。
- (7) 有床診療所入院基本料1から6までを算定する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所において、各区分に応じて「注6」のイからへまでに掲げる加算を算定することができる。イとロ、ハとニ、ホとへは併算定出来ないものであること。
- (8) 「注7」に規定する看取り加算は、夜間に1名以上の看護職員が配置されている有床診療所において、入院の日から30日以内に看取った場合に算定する。この場合、看取りに係る診療内容の要点等を診療録に記載する。なお、当該加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する起算日とする。
- (9) 有床診療所入院基本料を算定する診療所については、「注8」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。
- (10) 有床診療所入院基本料を算定する診療所のうち、区分番号「A109」有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床を有する診療所においては、有床診療所入院基本料を算定する病床に入院している患者であっても、患者の状態に応じて、区分番号「A109」有床診療所療養病床入院基本料を算定することができる。

なお、この取扱いについては、患者の状態に応じて算定する入院基本料を変更できるが、変更は月単位とし、同一月内は同じ入院基本料を算定することとする。

- (11) 区分番号「A109」の有床診療所療養病床入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、下記のとおりとする。

ア 区分番号「A109」有床診療所療養病床入院基本料の「注3」に定める費用は基本料に含まれるため、算定できない。

イ 区分番号「A109」有床診療所療養病床入院基本料の「注4」から「注7」までの加算並びに「注8」及び「注11」に掲げる各加算については、当該診療所に入院した日を入院初日として、それぞれの算定要件を満たす場合に算定することができる。

この場合において、入退院支援加算については、区分番号「A246」入退院支援加算

1又は2の口の療養病棟入院基本料等の場合の例により算定する。

(12) 区分番号「A109」の入院基本料A、入院基本料B又は入院基本料Cのいずれかの算定に当たっては、定期的（少なくとも月に1回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式2又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写しを交付のうえ十分な説明を行うとともに診療録に添付しておくこと。

(13) 「注10」に規定する栄養管理実施加算については、以下のとおりとする。

ア 栄養管理実施加算は、入院患者ごとに作成された栄養管理計画に基づき、関係職種が共同して患者の栄養状態等の栄養管理を行うことを評価したものである。

イ 当該加算は、入院患者であって、栄養管理計画を策定し、当該計画に基づき、関係職種が共同して栄養管理を行っている患者について算定できる。なお、当該加算は、食事を供与しておらず、食事療養に係る費用の算定を行っていない中心静脈注射等の治療を行っている患者であっても、栄養管理計画に基づき適切な栄養管理が行われている者であれば算定対象となること。

ウ 救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定したものであるについては、入院初日に遡って当該加算を算定することができる。

エ 管理栄養士をはじめとして、医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。

オ 栄養管理は、次に掲げる内容を実施するものとする。

(イ) 入院患者ごとの栄養状態に関するリスクを入院時に把握すること（栄養スクリーニング）。

(ロ) 栄養スクリーニングを踏まえて栄養状態の評価を行い、入院患者ごとに栄養管理計画（栄養管理計画の様式は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月●日保医発●第●号）別添6の別紙23又はこれに準じた様式とする。）を作成すること。

(ハ) 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、特別食の有無等）、栄養食事相談に関する事項（入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等）、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書又はその写しを診療録等に添付すること。

(ニ) 医師又は医師の指導の下に管理栄養士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が栄養管理計画を入院患者に説明し、当該栄養管理計画に基づき栄養管理を実施すること。

(ホ) 栄養管理計画に基づき患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。

カ 当該栄養管理の実施体制に関する成果を含めて評価し、改善すべき課題を設定し、継続的な品質改善に努めること。

キ 当該診療所以外の管理栄養士等により栄養管理を行っている場合は、算定できない。

ク 当該加算を算定する場合は、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「10」入院栄養食事指導料は別に算定できない。

- (14) 「注 11」に規定する有床診療所在宅復帰機能強化加算は、在宅復帰機能の高い有床診療所を評価したものであること。
- (15) 「注 12」に規定する介護連携加算 1 及び 2 は、介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）第 2 条各号に規定する疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満の者又は 65 歳以上の者の受入について、十分な体制を有している有床診療所を評価したものである。なお、当該加算に係る入院期間の起算日は、第 2 部通則 5 に規定する起算日とする。

A 1 0 9 有床診療所療養病床入院基本料

- (1) 有床診療所療養病床入院基本料は、「注 1」の入院基本料及び「注 2」の特別入院基本料から構成され、「注 1」の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所（療養病床に係るものに限る。）に入院している患者について、別に厚生労働大臣が定める区分（1 日に 2 つ以上の区分に該当する場合には、該当するものうち最も高い点数の区分）に従い、当該患者ごとに入院基本料 A 等の各区分の所定点数を算定し、「注 2」の特別入院基本料については、届け出た診療所（療養病床に係るものに限る。）に入院している患者について算定する。ただし、「注 1」の入院基本料を算定している場合において、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室する場合にはその前日を 1 日目として 3 日前までの間、別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合にはその当日を 1 日目として 3 日前までの間は、その日ごとに入院基本料 E を算定することができる。
- (2) 「注 1」の入院基本料のうち、入院基本料 A、入院基本料 B 又は入院基本料 C のいずれかの算定に当たっては、定期的（少なくとも月に 1 回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式 2 又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写しを交付のうえ十分な説明を行うとともに診療録に添付しておくこと。なお、やむを得ない理由により説明を行うことが困難な場合であっても、患者又はその家族の求めに応じ、当該書面又はその写しを交付するとともに診療録に添付しておくこと。また、患者又はその家族への説明に当たり、特に悪性腫瘍等の患者に対しては、患者本人の治療方針に関する理解状況を踏まえ、療養上著しく不適切なことが生じないように配慮すること。
- (3) 基本診療料の施設基準等別表第五に掲げる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤、特定保険医療材料又は区分番号「J 2 0 1」に掲げる酸素加算の費用並びに浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については有床診療所療養病床入院基本料に含まれる。なお、有床診療所療養病床入院基本料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、有床診療所療養病床入院基本料に含まれているものであるため別に算定できない。ただし、「注 1」のただし書の規定により、入院基本料 E を算定する場合については、この限りではない。
- (4) 有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床は主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する施設であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病床への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。なお、「注 1」のただし書の規定により入院基本料 E を算定した場合においても、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

- (5) 有床診療所療養病床入院基本料を算定するに当たっては、次の点に留意する。
- ア 定期的（少なくとも月に1回）に患者の状態の評価及び入院療養の計画を見直し、その要点を診療録に記載する。なお、入院時と退院時のADLの程度を診療録に記載する。
 - イ 患者の状態に著しい変化がみられた場合には、その都度、患者の状態を評価した上で、治療やケアを見直し、その要点を診療録等に記載する。
- (6) 「注4」に規定する褥瘡対策加算1及び2については、区分番号「A101」療養病棟入院基本料の(7)の例による。
- (7) 「注5」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「A246」入退院支援加算3が算定された患者を、有床診療所で受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (8) 「注6」に規定する救急・在宅等支援療養病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、有床診療所の療養病床が有する以下のような機能を評価したものであり、転院又は入院した日から起算して14日を限度に算定できる。
- ア 急性期医療を担う病院の一般病棟に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を、速やかに有床診療所の療養病床が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、地域一般入院基本料又は13対1入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、地域一般入院基本料又は13対1入院基本料を算定する保険医療機関にあっては、区分番号「A205」救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。また、同一の有床診療所内に一般病床と療養病床が併存する場合で、当該一般病床から療養病床に転床した患者については、算定できないものとする。
 - イ 介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、有床診療所の療養病床が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していることにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続を後方支援する。なお、当該加算を算定する療養病床を有する有床診療所に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については、算定できないものとする。
- (9) 「注7」に規定する看取り加算は夜間に1名以上の看護職員が配置されている有床診療所において、入院の日から30日以内に看取った場合に算定する。この場合、看取りに係る診療内容の要点等を診療録に記載する。なお、当該加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する起算日とする。
- (10) 有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床については、「注8」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

- (11) 有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所のうち、区分番号「A108」有床診療所入院基本料を算定する病床を有する診療所においては、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床に入院している患者であっても、患者の状態に応じて、区分番号「A108」有床診療所入院基本料の例により算定することができる。
- なお、この取扱いについては、患者の状態に応じて算定する入院基本料を変更できるが、変更は月単位とし、同一月内は同じ入院基本料を算定することとする。
- (12) 区分番号「A108」の有床診療所入院基本料の例により算定する場合、区分番号「A108」有床診療所入院基本料の「注2」から「注7」までの加算並びに「注8」、「注11」及び「注12」に掲げる各加算については、当該診療所に入院した日を初日として、それぞれの算定要件を満たす場合に算定することができる。
- この場合において、入退院支援加算については、区分番号「A246」入退院支援加算1又は2のイの一般病棟入院基本料等の場合の例により算定する。
- (13) 「注10」に規定する栄養管理実施加算の算定については、有床診療所入院基本料の(13)の例による。
- (14) 「注11」に規定する有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算は、在宅復帰機能の高い療養病床を持つ有床診療所を評価したものであること。

第2節 入院基本料等加算

区分

A200 総合入院体制加算(1日につき)

- 1 総合入院体制加算 1
- 2 総合入院体制加算 2
- 3 総合入院体制加算 3

注 急性期医療を提供する体制、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出る患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に定める区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

A201からA203まで、削除

A204 地域医療支援病院入院診療加算(入院初日)

注 地域医療支援病院である保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、地域医療支援病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A204-2 臨床研修病院入院診療加算(入院初日)

- 1 基幹型 40点
 - 2 協力型 20点
- 注** 医師法(昭和23年法律第201号)第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に定める区分に従い、現に臨床研修を遂行している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A205 救急医療管理加算(1日につき)

- 1 救急医療管理加算 1 950点
 - 2 救急医療管理加算 2 350点
- 注** 1 救急医療管理加算は、地域における救急医療体制の計画的な整備のため、入院可能な診療応答の態勢を確保する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該態勢を確保している日に救急医療を受け、緊急に入院を必要とする重症患者として入院した患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、救急医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該患者の状態に従い、入院した日から起算して7日を限度として所定点数に加算する。
- 2 救急医療管理加算を算定する患者が6歳未満である場合には、乳幼児加算として、40点を更に所定点数に加算する。
- 3 救急医療管理加算を算定する患者が6歳以上15歳未満である場合には、小児加算として、20点を更に所定点数に加算する。

A205-2 超急性期臨床中加算(入院初日)

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、超急性期臨床中加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、組織ブラスミノーゲン活性化因子を投与した場合は当該施設基準に適合し

ているものとして地方厚生局長等に届け出た他の保険医療機関の外来において、組織ブラスミノーゲン活性化因子の投与後に搬送され、入院治療を行った場合に、組織移植緊急搬送入院加算(入院初日) 7,000点

A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算(入院初日)

注 産科又は産婦人科を構構する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものにおいて、入院医療を必要とする異常が疑われ緊急用の自動車等で緊急に搬送された妊産婦を、入院させる場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、妊産婦緊急搬送入院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A206 在宅患者緊急入院診療加算(入院初日)

- 1 別の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所(区分番号B004に掲げる退院時共同指指料1)に規定する在宅療養支援診療所をいう。)若しくは在宅療養支援病院(区分番号C000に掲げる在診料の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。)(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)の体制を確保している保険医療機関において、当該他の保険医療機関の求めに応じに行う場合又は在宅療養後方支援病院(区分番号C012に掲げる在宅患者共同診療料の注1に規定する在宅療養後方支援病院をいう。))が他の保険医療機関の求めに応じに行う場合 2,500点
 - 2 連携医療機関である場合(1の場合を除く。) 2,000点
 - 3 1及び2以外の場合 1,000点
- 注** 1 別の保険医療機関(診療所に限る。))において区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料又は第2章第2節第1款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料(区分番号C101に掲げる在宅自己注打指指料を除く。)を入院した日の属する月又はその前月に算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。

- 2 1について、在宅療養後方支援病院(許可病床数が400床以上のものに限る。))において、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者を入院させた場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。))について、入院初日に限り所定点数に加算する。

A207 診療録管理体制加算(入院初日)

- 1 診療録管理体制加算 1 100点
 - 2 診療録管理体制加算 2 30点
- 注** 診療録管理体制としての事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、診療録管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

A207-2 医師事務作業補助体制加算(入院初日)

- 1 医師事務作業補助体制加算 1 970点
- イ 15対1補助体制加算 788点
- ロ 20対1補助体制加算 630点
- ハ 25対1補助体制加算 545点
- ニ 30対1補助体制加算 485点
- ホ 40対1補助体制加算

- る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。
- A 2 0 8 乳幼児加算 (1日につき)
- 1 乳幼児加算 333点
 - イ 病院の場合 (特別入院基本料等を算定する場合を除く。) 289点
 - ロ 病院の場合 (特別入院基本料等を算定する場合に限る。) 289点
 - ハ 診療所の場合
 - ニ 幼児加算
 - イ 病院の場合 (特別入院基本料等を算定する場合を除く。) 283点
 - ロ 病院の場合 (特別入院基本料等を算定する場合に限る。) 239点
 - ハ 診療所の場合 239点
- 注 1 乳幼児加算は、保険医療機関に入院している3歳未満の乳幼児 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料等を含む。)) 又は第3節の特定入院料のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、所定点数に加算する。
- 2 幼児加算は、保険医療機関に入院している3歳以上6歳未満の幼児 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料等を含む。)) 又は第3節の特定入院料のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、所定点数に加算する。
- A 2 0 9 削除
- A 2 1 0 難病等特別入院診療加算 (1日につき)
- 1 難病患者等入院診療加算 250点
 - 2 二類感染症患者入院診療加算 250点
- 注 1 難病患者等入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料等を含む。)) 又は第3節の特定入院料のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、所定点数に加算する。
- 2 二類感染症患者入院診療加算は、感染症法第6条第15項に規定する第二類感染症指定医療機関にある保険医療機関に入院している同条第3項に規定する二類感染症の患者及び同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料等を含む。)) 又は第3節の特定入院料のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、所定点数に加算する。
- A 2 1 1 特殊疾患患者入院診療加算 (1日につき)
- 1 特殊疾患患者入院診療加算 (1日につき) 350点
- 注 重度の障害者 (重度の意識障害者を含む。)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病院の病棟又は有床診療所に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟又は有床診療所に入院している患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料等を含む。)) のうち、特殊疾患入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、所定点数に加算する。ただし、この場合において、難病等特別入院診療加算は算定しない。
- A 2 1 2 超重症児 (者) 入院診療加算・準超重症児 (者) 入院診療加算 (1日につき)
- 1 超重症児 (者) 入院診療加算 800点
 - イ 6歳未満の場合 400点
 - ロ 6歳以上の場合
 - 2 準超重症児 (者) 入院診療加算 200点
 - イ 6歳未満の場合 100点
 - ロ 6歳以上の場合
- 375点
- 295点
- 248点
- 910点
- 710点
- 590点
- 510点
- 430点
- 355点
- 280点
- 238点
- 注 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料等を除く。)) 又は第3節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。
- A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算 (1日につき)
- 1 25対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割以上) 240点
 - 2 25対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者5割未満) 220点
 - 3 50対1急性期看護補助体制加算 200点
 - 4 75対1急性期看護補助体制加算 160点
- 注 1 看護職員の見込みの軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料等を除く。)) のうち、急性期看護補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。) について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。
- 2 夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。
- イ 夜間30対1急性期看護補助体制加算 120点
 - ロ 夜間50対1急性期看護補助体制加算 115点
 - ハ 夜間100対1急性期看護補助体制加算 100点
- 3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、60点を更に所定点数に加算する。
- A 2 0 7 - 4 看護職員夜間配置加算 (1日につき)
- 1 看護職員夜間12対1配置加算 105点
 - イ 看護職員夜間12対1配置加算 1 85点
 - ロ 看護職員夜間12対1配置加算 2
 - 2 看護職員夜間16対1配置加算 65点
 - イ 看護職員夜間16対1配置加算 1 40点
 - ロ 看護職員夜間16対1配置加算 2
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者 (第1節の入院基本料 (特別入院基本料等を除く。)) のうち、看護職員夜間配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。

注 1 超重症児（者）入院診療加算は、保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める超重症の状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

注 2 準超重症児（者）入院診療加算は、保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める準超重症の状態にあるもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

注 3 当該患者が自宅から入院した患者又は他の保険医療機関から転院してきた患者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理の注2に規定する小児加算、区分番号A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことのある者である場合には、入院した日から起算して5日を限度として、救急・在宅重症児（者）受入加算として、1日につき200点を更に所定点数に加算する。

注 4 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算は、一般病棟に入院している患者（区分番号A106に掲げる障害者施設等入院基本料、区分番号A306に掲げる特殊疾患入院診療加算及び区分番号A309に掲げる特殊疾患病棟入院料を算定するものを除く。）については、入院した日から起算して90日を限度として、所定点数に加算する。

A 2 1 3 看護配置加算（1日につき） 25点
注 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出て当該基準による看護を行う病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、看護配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に

A 2 1 4 看護補助加算（1日につき）
1 看護補助加算1 141点
2 看護補助加算2 116点
3 看護補助加算3 88点
注 1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出て当該基準による看護を行う病棟に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、看護補助加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。

注 2 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間75分1看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として90点を更に所定点数に加算する。

注 3 夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、入院初日に限り165点を更に所定点数に加算する。

A 2 1 5 から A 2 1 7 まで 削除
A 2 1 8 地域加算（1日につき）
1 1級地 18点
2 2級地 15点
3 3級地 14点
4 4級地 11点

5 5級地 9点
6 6級地 5点
7 7級地 3点
注 一般職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3第1項に規定する人事院規則で定める地域その他の厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、地域加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、同令で定める級地区分に準じて、所定点数に加算する。

A 2 1 8-2 離島加算（1日につき） 18点
注 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、離島加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 1 9 療養環境加算（1日につき） 25点
注 1 床当たりの平均床面積が8平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第2項第5号及び高齢者医療確保法第4条第2項第5号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）として保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 2 0 HIV感染者療養環境特別加算（1日につき） 350点
1 個室の場合 190点
2 2人部屋の場合
注 HIV感染者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、HIV感染者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 2 0-2 二類感染症患者療養環境特別加算（1日につき） 300点
1 個室加算 200点
2 隣室加算
注 保険医療機関に入院している感染症法第6条第3項に規定する二類感染症に感染している患者及び同法第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち、二類感染症患者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認め個室又は隣室に入院させた場合に、個室加算又は隣室加算として、それぞれ所定点数に加算する。

A 2 2 1 重症者療養環境特別加算（1日につき） 300点
1 個室の場合 150点
2 2人部屋の場合
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している重症者等（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、重症者等療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、必要を認め個室又は隣室に入院させた場合に、重症者療養環境特別加算（1日につき） 300点

A 2 2 1-2 小児療養環境特別加算（1日につき） 300点
注 治療上の必要が得て、保険医療機関において、個室に入院した15歳未満の小児（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第3節の特定入院料のうち

ち、小児療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、H1V感染予防対策環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。)について、所定点数に加算する。

A 2 2 2 療養病棟療養環境加算 (1日につき)

- 1 療養病棟療養環境加算 1 132点
 - 2 療養病棟療養環境加算 2 115点
- 注 療養病棟療養環境加算(1日につき)は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、療養病棟療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。

A 2 2 2-2 療養病棟療養環境改善加算 (1日につき)

- 1 療養病棟療養環境改善加算 1 80点
 - 2 療養病棟療養環境改善加算 2 20点
- 注 療養病棟療養環境改善加算(1日につき)は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))のうち、療養病棟療養環境改善加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。

A 2 2 3 診療所療養病棟療養環境加算 (1日につき)

- 100点
- 注 診療所の療養病棟療養環境改善加算(1日につき)は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者について、所定点数に加算する。

A 2 2 3-2 診療所療養病棟療養環境改善加算 (1日につき)

- 35点
- 注 診療所の療養病棟療養環境改善加算(1日につき)は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者について、所定点数に加算する。

A 2 2 4 無菌治療室管理加算 (1日につき)

- 1 無菌治療室管理加算 1 3,000点
- 2 無菌治療室管理加算 2 2,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が行われた入院患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、無菌治療室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、H1V感染予防対策環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は小児療養環境特別加算を算定するものを除く。)について、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として所定点数に加算する。

A 2 2 5 放射線治療室管理加算 (1日につき)

- 2,500点
- 注 治療上の必要があつて、保険医療機関において、放射線治療室管理が行われた入院患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、放射線治療室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、所定点数に加算する。

A 2 2 6 重症皮膚病治療加算 (1日につき)

- 18点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、重症皮膚病を有している患者に対して、当該保険医療機関が計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))のうち、重症皮膚病治療室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、所定点数に加算する。

A 2 2 6-2 緩和ケア診療加算 (1日につき)

390点

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、緩和ケア診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。以下この区分番号において同じ。)について、所定点数に加算する。

2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものにおいて、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、緩和ケア診療加算(特定地域)として、200点を所定点数に加算することができる。

3 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、100点を更に所定点数に加算する。

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、緩和ケアに係る必要栄養食事管理を行った場合には、個別栄養食事管理加算として、70点を更に所定点数に加算する。

A 2 2 6-3 有床診療所緩和ケア診療加算 (1日につき)

- 250点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関において、緩和ケアを要する患者に対して、必要な診療を行った場合に、当該患者について、所定点数に加算する。

A 2 2 7 精神科措置入院診療加算 (入院初日)

- 2,500点

注 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第129号。以下「精神保健福祉法」という。)第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、精神科措置入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 2 7-2 精神科措置入院診療加算 (退院時1回)

- 600点

注 精神保健福祉法第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、精神科措置入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、都道府県、保健所を設置する市又は特別区と連携して退院に向けた支援を行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 2 8 精神科緊急入院施設管理加算 (入院初日)

- 2,500点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た入院患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、精神科緊急入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する。

A 2 2 9 精神科隔離室管理加算 (1日につき)

- 220点

注 精神科を標榜する病院である保険医療機関において、入院中の精神障害者である患者に対して、精神保健福祉法第36条第3項の規定に基づいて隔離を行った場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))のうち、精神科隔離室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、月7日に限り、所定点数に加算する。ただし、同法第33条の7第1項に規定する入院に係る患者について、精神科緊急入院施設管理加算を算定した場合には、当該入院は精神科隔離室管理加算を算定しない。

A 2 3 0 精神科隔離室管理加算 (1日につき)

- 5点

注 医師の配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た精神科病棟に入院している

者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、うち、精神科病棟入院時医学管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 3 0-2 精神科地域移行実施加算（1日につき）

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た施設医療機関において、精神科病棟における入院期間が5年を超えている患者に対して、退院調整を実施し、計画的に地域への移行を進めた場合に、当該施設医療機関の精神科病棟に入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、又は第3節の特定入院料のうち、精神科地域移行実施加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

A 2 3 0-3 精神科身体合併症管理加算（1日につき）

1 7日以内 450点
2 8日以上15日以内 300点

注 精神科を専務する病院であつて別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た施設医療機関において、抑うつ若しくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して、当該施設医療機関の精神科の医師、看護師、薬剤師、栄養士等が共同して、当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、又は第3節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の治療開始日から起算して15日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。

A 2 3 0-4 精神科リエゾンチーム加算（週1回）

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た施設医療機関において、抑うつ若しくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して、当該施設医療機関の精神科の医師、看護師、薬剤師、栄養士等が共同して、当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、又は第3節の特定入院料のうち、精神科リエゾンチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。ただし、区分番号A 2 4 7に掲げる認知症ケア加算1は別に算定できない。

A 2 3 1 削除

A 2 3 1-2 強度行動障害入院医療管理加算（1日につき）

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、又は第3節の特定入院料のうち、強度行動障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であつて別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な診療を行った場合に、所定点数に加算する。

A 2 3 1-3 重度アルコール依存症入院医療管理加算（1日につき）

1 30日以内 200点
2 31日以上60日以内 100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た施設医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、又は第3節の特定入院料のうち、重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であつて別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な診療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

A 2 3 1-4 摂食障害入院医療管理加算（1日につき）

1 30日以内 100点
2 31日以上60日以内 200点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に

届け出た施設医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、又は第3節の特定入院料のうち、摂食障害入院医療管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であつて別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要な診療を行った場合に、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。

A 2 3 2 がん拠点病院加算（入院初日）

1 がん診療連携拠点病院加算 500点
2 小児がん拠点病院加算 300点
3 小児がん診療病院加算 760点

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に、他の保険医療機関等からの紹介により入院した悪性腫瘍と診断された患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、がん拠点病院加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関であつて、ゲノム情報を利用したがん医療を提供する保険医療機関に入院している患者については、がんゲノム拠点病院加算として、250点を更に所定点数に加算する。

A 2 3 3 削除

A 2 3 3-2 栄養サポートチーム加算（週1回）

注 1 栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た施設医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該施設医療機関の医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、又は第3節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週1回（療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神科病棟入院基本料又は特定機能病棟入院基本料、結核病棟又は精神科病棟に限る。）を算定している患者について、入院した日から起算して1月以内の期間にあつては週1回、入院した日から起算して1月を超え6月以内の期間にあつては月1回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号B 0 0 1の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号B 0 0 1の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号B 0 0 1-2-3に掲げる乳幼児育児児童指導料は別に算定できない。

2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、栄養サポートチーム加算（特定地域）として、100点を所定点数に加算することができる。

3 注1の場合において、歯科医師が、注1の必要な診療を保険医等と共同して行った場合は、歯科医師連携加算として、50点を更に所定点数に加算する。

A 2 3 4 医療安全対策加算（入院初日）

1 医療安全対策加算1 85点
2 医療安全対策加算2 30点

注 1 別に厚生労働大臣が定める組織的な医療安全対策に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た施設医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第3節の特定入院料又は第4節の短期滞在手術等基本料のうち、医療安全対策加算を算定できるものを現に算定

- している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。
- 2 医療安全対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関(特定医療施設を除く。)に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次の点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。
- 50点
1 医療安全対策地域連携加算1
20点
1 医療安全対策地域連携加算2
- A 2 3 4 - 2 感染防止対策加算(入院初日)
- 390点
1 感染防止対策加算1
90点
2 感染防止対策加算2
- 注 1 組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)、第3節の特定入院料又は第4節の短期療養手術等基本料のうち、感染防止対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。
- 2 感染防止対策加算1を算定する場合について、感染防止対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、感染防止対策地域連携加算として、100点を更に所定点数に加算する。
- 3 感染防止対策加算1を算定する場合について、抗腫瘍薬の適正使用の支援に関する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、抗腫瘍薬適正使用支援加算として、100点を更に所定点数に加算する。
- A 2 3 4 - 3 患者に対する支援体制充実加算(入院初日) 70点
- 注 1 患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。)、第3節の特定入院料又は第4節の短期療養手術等基本料のうち、患者サポート体制充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- A 2 3 5 削除
- A 2 3 6 褥瘡ハイリスク患者ケア加算(入院中1回) 500点
- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、重点的な褥瘡ケアを行う必要を認め、計画的な褥瘡対策が行われた場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。
- 2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であつて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものは、注1に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算(特定地域)として、250点を所定点数に加算することができる。
- A 2 3 6 - 2 ハイリスク妊婦管理加算(1日につき) 1,200点
- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、ハイリスク妊婦管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院中にハイ

- リスク妊婦管理を行った場合に、1入院に限り20日を限度として所定点数に加算する。
- A 2 3 7 ハイリスク分娩管理加算(1日につき) 3,200点
- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、ハイリスク分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、1入院に限り8日を限度として所定点数に加算する。
- 2 ハイリスク分娩管理と同一日に行うハイリスク妊婦管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれるものとする。
- A 2 3 8 から A 2 3 8 - 5 まで 削除
- A 2 3 8 - 6 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算(退院時1回) 1,000点
- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、緊急に入院した患者(第3節の特定入院料のうち、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定している患者に限る)について、当該入院した日から起算して60日以内に、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に1回に限り、所定点数に加算する。
- A 2 3 8 - 7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算(入院初日) 2,000点
- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関において区分番号A 2 3 8 - 6に掲げる精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した患者を入院させた場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。
- A 2 3 8 - 8 から A 2 4 1 まで 削除
- A 2 4 2 呼吸ケアチーム加算(週1回) 150点
- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保健師、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号B 0 1 1 - 4に掲げる医療機器安全管理料の1は別に算定できない。
- A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算(入院初日)
- 47点
1 後発医薬品使用体制加算1
42点
2 後発医薬品使用体制加算2
37点
3 後発医薬品使用体制加算3
- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。
- A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算
- 120点
1 病棟薬剤業務実施加算1(週1回)
100点
2 病棟薬剤業務実施加算2(1日につき)
- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に

、入院時にあらかじめ作成した地域連携診療計画に基づき当該患者の診療計画を作成及び説明し、文書により提供したものに係る。) について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を書面により提供した場合

5 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する他の保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注2に規定する届出の有無にかかわらず、注2に規定する加算の点数に代えて、入退院支援加算(特定地域)とわけて、それぞれ95点又は316点を所定点数に加算することができる。

6 入退院支援加算1又は入退院支援加算2を算定する患者が15歳未満である場合には、小児加算として、200点を更に所定点数に加算する。

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、その支援の内容に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ50点を所定点数に加算する。

- イ 入院時支援加算1 200点
 - ロ 入院時支援加算2 230点
- 8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った上で、その結果を踏まえて、入退院支援を行った場合に、総合機能評価加算として、50点を更に所定点数に加算する。

A 2 4 7 認知症ケア加算(1日につき)

- 1 認知症ケア加算1 160点
 - イ 14日以内の期間 30点
 - ロ 15日以上の期間
- 2 認知症ケア加算2 100点
 - イ 14日以内の期間 25点
 - ロ 15日以上の期間
- 3 認知症ケア加算3 40点
 - イ 14日以内の期間 10点
 - ロ 15日以上の期間

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、認知症ケア加算を算定できるものを更に算定している患者に限る。)であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要ケアを行った場合には、当該基準に係る区分に従い、当該患者が入院した日から起算し、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。ただし、認知症ケア加算1を算定する場合は、区分番号A230-4に掲げる精神科リエンジーンチーム加算は別に算定できない。

2 身体的拘束を要した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

A 2 4 7-2 セン妄ハイレリスク患者ケア加算(入院中1回) 100点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、せん妄ハイレリスク患者ケア加算を算定できるものを更に算定している患者に限る。)について、せん妄のリスクを評価し、その結果に基づいてせん妄対策の必要を認め、当該対策を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 4 8 精神疾患診療体制加算

- 1 精神疾患診療体制加算1(入院初日) 1,000点
 - 2 精神疾患診療体制加算2(入院初日から3日以内に1回) 330点
- 注1 精神疾患診療体制加算1は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関の精神科棟に入院する身体合併症の入院治療を要する精神疾患患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、精神疾患診療体制加算を算定できるものを更に算定している患者に限る。)の転院を受け入れた場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。

2 精神疾患診療体制加算2は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急用の自動車等により緊急に搬送された身体疾患又は外傷及び抑うつ、せん妄等の精神症状を有する患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を含む。))又は第3節の特定入院料のうち、精神疾患診療体制加算を算定できるものを更に算定している患者に限る。)に対し、精神保健福祉法第18条第1項に規定する精神保健指定医(以下この表において「精神保健指定医」という。)等の精神科の医師が診察を行った場合に、入院初日から3日以内に1回に限り、所定点数に加算する。

A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算(1日につき)

- 1 精神科急性期医師配置加算1 600点
 - 2 精神科急性期医師配置加算2 500点
 - ロ 精神科急性期医師配置加算の場合
 - イ 精神科急性期医師配置加算1 500点
 - ロ 精神科急性期医師配置加算2 460点
 - 3 精神科急性期医師配置加算3 500点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、精神科急性期医師配置加算を算定できるものを更に算定している患者に限る。)について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数に加算する。

A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算(退院時1回)

注1 入院中の患者について、次のいずれかに該当する場合には、退院時1回に限り所定点数に加算する。

- イ 入院前に6種類以上の内服薬(特に規定するものを除く。)が処方されている患者について、当該処方内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を要し、かつ、必要な指導を行った場合
- ロ 精神科棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院1年前のいずれか選い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬上の処方内容と総合的に評価した上で、当該処方の内容を要し、かつ、必要な指導を行った場合

2 次のいずれかに該当する場合には、薬剤調整加算として150点を更に所定点数に加算する。

- イ 注1のイに該当する場合であって、当該患者の退院時に処方する内服薬が2種類以上減少した場合
- ロ 注1のロに該当する場合であって、退院日までの間に抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合

A 2 5 1 排尿自立支援加算(週1回) 200点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、排尿自立支援加算を算定できるもの

を現に算定している患者に限る。)であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排除ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り12回を限度として所定点数に加算する。

- A252 地域医療体制確保加算(入院初日) 520点
- 注 救急医療を提供する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者(第1節の入院基本料(特別入院基本料等を除く。))又は第3節の特定入院料のうち、地域医療体制確保加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。)について、入院初日に限り所定点数に加算する。

第2節 入院基本料等加算

第1節入院基本料、第3節特定入院料及び第4節短期滞在手術等基本料と本節との関係は、別表1のとおりであるため、参考にされたい。

A200 総合入院体制加算

総合入院体制加算は、十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価した加算であり、入院した日から起算して14日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

A204 地域医療支援病院入院診療加算

- (1) 地域医療支援病院入院診療加算は、地域医療支援病院における紹介患者に対する医療提供、病床や高額医療機器等の共同利用、24時間救急医療の提供等を評価するものであり、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) (1)にかかわらず入院初日に病棟単位で行うべき特定入院料以外の特定入院料を算定した場合については、入院基本料の入院期間の計算により一連の入院期間とされる期間中に特定入院料を算定しなくなった日(当該日が退院日の場合は、退院日)において1回に限り算定する。

A204-2 臨床研修病院入院診療加算

- (1) 研修医が、当該保険医療機関の研修プログラムに位置づけられた臨床研修病院及び臨床研修協力施設において、実際に臨床研修を実施している場合に、入院初日に限り算定できる。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) (1)において研修を実施している場合は、基幹型臨床研修病院においては実際に研修医が研修を実施している期間及び研修医が協力型臨床研修病院又は協力施設において研修を実施している期間、協力型臨床研修病院においては実際に研修医が研修を実施している期間のことをいう。
- (3) 研修医の診療録の記載に係る指導及び確認は、速やかに行うこととし、診療録には指導の内容が分かるように指導医自らが記載を行い、署名をすること。

A205 救急医療管理加算

- (1) 緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に、入院した日から起算して7日に限り算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。
- (2) 救急医療管理加算1の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからケのいずれかの状態にあつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。

ア 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態

イ 意識障害又は昏睡

ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態

- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態
- コ その他の重症な状態

- (3) 救急医療管理加算2の対象となる患者は、(2)のアからケまでに準ずる状態又はコの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、患者が入院時において当該状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。
- (4) 救急医療管理加算1を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- ア (2)のアからケのうち該当する状態
 - イ (2)のイ、ウ、オ、カ又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
 - ウ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの
- (5) 救急医療管理加算2を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- ア (2)のアからケまでに準ずる状態又はコの状態として該当するもの
 - イ (2)のイ、ウ、オ、カ又はキに準ずる状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標
 - ウ 当該重症な状態に対して、入院後3日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの
- (6) 都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設において、緊急に入院を必要とする重症患者（精神疾患であり、入院させなければ医療及び保護を図る上で支障のある状態）に対して救急医療が行われた場合にも算定できる。ただし、精神科急入院施設管理加算又は精神科措置入院診療加算を算定した患者については算定できない。なお、精神科救急医療施設の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」（平成20年5月26日障発第0526001号）に従い実施されたい。
- (7) 加算の起算日となる入院日については、夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供した日（午前0時から午後12時まで）であって、その旨を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知している日（あらかじめ定められた当番日以外の日でもよい。）とする。また、午前0時をまたいで夜間救急医療を提供する場合においては、夜間の救急医療を行った前後2日間とする。なお、当該加算の起算日に行う夜間又は休日の救急医療にあっては、第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していることとする。
- (8) 「注2」に規定する乳幼児加算は、6歳未満の緊急に入院を必要とする重症患者に対して

救急医療が行われた場合に7日を限度として算定する。

- (9) 「注3」に規定する小児加算は、6歳以上15歳未満の緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に7日を限度として算定する。

A205-2 超急性期脳卒中加算

- (1) 当該加算は脳梗塞と診断された患者であって、発症後4.5時間以内に組織プラスミノゲン活性化因子を投与されたものに対して、入院治療を行った場合又は脳梗塞を発症後4.5時間以内に「基本診療料の施設基準等」第八の六の三に定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た他の保険医療機関の外来で組織プラスミノゲン活性化因子を投与された患者を受け入れ、入院治療を行った場合に入院初日に限り所定点数に加算する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) 投与に当たっては、日本脳卒中学会脳卒中医療向上・社会保険委員会 rt-PA（アルテプラゼ）静注療法指針改訂部会作成の「rt-PA（アルテプラゼ）静注療法適正治療指針」を踏まえ適切に行われるよう十分留意すること。
- (3) 投与を行う保険医は日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞 t-PA 適正使用に係る講習会を受講していること。
- (4) 組織プラスミノゲン活性化因子の投与に当たっては、必要に応じて、薬剤師、診療放射線技師又は臨床検査技師と連携を図ること。
- (5) 組織プラスミノゲン活性化因子を投与した保険医療機関と投与後に入院で治療を行った保険医療機関が異なる場合の当該診療報酬の請求は、組織プラスミノゲン活性化因子の投与後に入院治療を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

A205-3 妊産婦緊急搬送入院加算

- (1) 次に掲げる場合（当該妊娠及び入院医療を必要とする異常の原因疾患につき、直近3か月以内に当該加算を算定する保険医療機関への受診歴のある患者が緊急搬送された場合を除く。）において受け入れた妊産婦が、母体又は胎児の状態により緊急入院の必要があり、医療保険の対象となる入院診療を行った場合に入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

ア 妊娠に係る異常又はその他入院医療を必要とする異常が疑われ、救急車等により当該保険医療機関に緊急搬送された場合

イ 他の医療機関において、妊娠に係る異常又はその他入院医療を必要とする異常が認められ、当該保険医療機関に緊急搬送された場合

ウ 助産所において、妊娠に係る異常又はその他入院医療を必要とする異常が疑われ、当該保険医療機関に緊急搬送された場合

- (2) 当該加算は、緊急搬送された妊産婦が妊娠に係る異常以外の入院医療を必要とする異常が疑われる場合においては、当該保険医療機関において産科又は産婦人科の医師と当該異常に係る診療科の医師が協力して妊産婦の緊急搬送に対応することを評価するものであり、産科又は産婦人科以外の診療科への入院の場合においても算定できる。
- (3) (1)において、受診歴とは妊婦健診及び往診等による受診を含むものである。ただし、

(1)のウの場合において、当該保険医療機関が当該助産所の嘱託医療機関である場合又は当該保険医療機関の保険医が当該助産所の嘱託医である場合においては、嘱託医療機関又は嘱託医が実施した妊婦健診は、受診歴に含まない。なお、この場合においては、嘱託医療機関であること又は嘱託医の氏名を診療録に記載すること。

(4) 妊産婦とは産褥婦を含む（以下この節において同じ。）。

A 2 0 6 在宅患者緊急入院診療加算

(1) 在宅での療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、円滑に入院でき、かつ入院を受け入れた保険医療機関（以下この項において「受入保険医療機関」という。）においても患者の意向を踏まえた医療が引き続き提供されるための取組を評価した加算である。

(2) 診療所において区分番号「C 0 0 2」在宅時医学総合管理料、区分番号「C 0 0 2 - 2」施設入居時等医学総合管理料、区分番号「C 0 0 3」在宅がん医療総合診療料又は第2章第2部第2節第1款に掲げる在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料（区分番号「C 1 0 1」在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院の月又はその前月に算定している患者について、当該患者の病状の急変等に伴い当該診療所の保険医の求めに応じて入院させた場合に、受入保険医療機関において、当該入院中1回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

(3) 当該診療所の保険医の求めによらない緊急入院において、当該患者の入院後24時間以内に、当該診療所の保険医から、受入保険医療機関の保険医に対して当該患者の診療情報が提供された場合であっても算定できる。

(4) 在宅患者緊急入院診療加算の「1」は、以下の場合に算定する。

ア 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月●日保医発●第●号）の第9在宅療養支援診療所の施設基準の1（2）又は第14の2在宅療養支援病院の施設基準の1（2）に規定する在宅支援連携体制を構築している在宅療養支援診療所が診療を行っている患者を、当該診療所の保険医の求めに応じて、同じく当該体制を構築している、病床を有する他の在宅療養支援診療所（「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の第9在宅療養支援診療所の施設基準の1（2）の在宅療養支援診療所に限る。）又は在宅療養支援病院（「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月●日保医発●第●号）の第14の2在宅療養支援病院の施設基準の1（2）の在宅療養支援病院に限る。）に入院させた場合

イ 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月●日保医発●第●号）の第16の3在宅療養後方支援病院（当該施設基準を満たすものを以下「在宅療養後方支援病院」という。）の施設基準の1（2）に規定する連携医療機関が訪問診療を行っている患者であって、緊急時に当該在宅療養後方支援病院に入院を希望する者として当該在宅療養後方支援病院にあらかじめ届け出ている者を、当該連携医療機関の保険医の求めに応じて、当該在宅療養後方支援病院に入院させた場合

(5) 在宅患者緊急入院診療加算の「2」は、当該診療所の保険医が患者又はその家族に対して、事前に緊急時の受入保険医療機関の名称等を文書にて提供し、受入保険医療機関に入院した

場合（「1」の場合を除く。）に算定する。また、当該診療所の保険医は、提供した文書の写しを診療録に添付すること。

- (6) 受入保険医療機関の保険医は、入院前又は入院後速やかに患者の希望する診療内容等の情報を当該診療所の保険医に確認し共有すること。

A207 診療録管理体制加算

診療録管理体制加算は、適切な診療記録の管理を行っている体制を評価するものであり、現に患者に対し診療情報を提供している保険医療機関において、入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

A207-2 医師事務作業補助体制加算

- (1) 医師事務作業補助体制加算は、医師の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制を確保することを目的として、医師、医療関係職員、事務職員等との間での業務の役割分担を推進し、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を配置している体制を評価するものである。
- (2) 医師事務作業補助体制加算は、当該患者の入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (3) 医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（DPCのコーディングに係る業務を含む。）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。
- (4) 医師事務作業補助者は、院内の医師の業務状況等を勘案して配置することとし、病棟における業務以外にも、外来における業務や、医師の指示の下であれば、例えば文書作成業務専門の部屋等における業務も行うことができる。ただし、医師事務作業補助体制加算1を算定する場合は、医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われていること。なお、医師の指示に基づく診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力及び医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）に限っては、当該保険医療機関内での実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含めることとする。

A207-3 急性期看護補助体制加算

- (1) 急性期看護補助体制加算は、地域の急性期医療を担う保険医療機関において、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を確保することを目的として、看護業務を補助する看護補助者を配置している体制を評価するものである。
- (2) 急性期看護補助体制加算は、当該加算を算定できる病棟において、看護補助者の配置基準に応じて算定する。なお、当該病棟において入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超

えて配置している看護職員については、看護補助者とみなして計算することができるが、25対1急性期看護補助体制加算は、当該加算の配置基準に必要な看護補助者の数に対するみなし看護補助者を除いた看護補助者の比率に応じた点数を算定すること。

- (3) 急性期看護補助体制加算を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「A101」療養病棟入院基本料の(16)の例による。
- (4) 夜間急性期看護補助体制加算は、みなし看護補助者ではなく、看護補助者の配置を夜勤時間帯に行っている場合にのみ算定できる。
- (5) 急性期看護補助体制加算及び夜間急性期看護補助体制加算は、当該患者が入院した日から起算して14日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第2部入院料等の通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。
- (6) 「注3」に規定する夜間看護体制加算は、「注2」に規定する夜間30対1急性期看護補助体制加算、夜間50対1急性期看護補助体制加算又は夜間100対1急性期看護補助体制加算を算定している病棟において算定する。

A207-4 看護職員夜間配置加算

- (1) 看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、当該基準を満たしていても、基本診療料の施設基準等の第5の1の(7)に定める夜勤の看護職員の最小必要数を超えた3人以上でなければ算定できない。
- (2) 看護職員夜間配置加算は、当該患者が入院した日から起算して14日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第2部入院料等の通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

A208 乳幼児加算・幼児加算

乳幼児加算又は幼児加算は、当該患者を入院させた場合に算定するものであって、産婦又は生母の入院に伴って健康な乳幼児又は幼児を在院させた場合にあっては、算定できない。

A210 難病等特別入院診療加算

- (1) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症患者については、菌の排出がなくなった後、3週間を限度として算定する。
- (2) 特殊疾患入院施設管理加算を算定している患者については算定できない。

A211 特殊疾患入院施設管理加算

- (1) 重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「重度の肢体不自由児（者）」という。）、脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等を主として入院させる障害者施設等一般病棟等その他の病棟及び有床診療所（一般病床に限る。）において算定する。
- (2) 重度の意識障害者とは、次に掲げる者をいう。なお、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。
 - ア 意識障害レベルがJCS (Japan Coma Scale)でII-3（又は30）以上又はGCS (Glasgow Coma Scale)で8点以下の状態が2週以上持続している患者
 - イ 無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）
- (3) 神経難病患者とは、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核

変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎又はもやもや病（ウイルス動脈輪閉塞症）に罹患している患者をいう。

A 2 1 2 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

- (1) 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算は、出生時、乳幼児期又は小児期等の15歳までに障害を受けた児（者）で、当該障害に起因して超重症児（者）又は準超重症児（者）の判定基準を満たしている児（者）に対し、算定する。

ただし、上記以外の場合であって、重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者は除く。）、重度の意識障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者については、平成24年3月31日時点で30日以上継続して当該加算を算定している患者に限る。）、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等については、(2)又は(3)の基準を満たしていれば、当面の間、当該加算を算定できるものとする。

- (2) 超重症児（者）入院診療加算の対象となる超重症の状態は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添6の別紙14の「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが25以上のものをいう。
- (3) 準超重症児（者）入院診療加算の対象となる準超重症の状態は、当該「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが10以上のものをいう。
- (4) 「注3」の救急・在宅重症児（者）受入加算については、超重症児（者）又は準超重症児（者）の判定基準を満たす患者が自宅から入院する場合又は急性期医療を担う病院から転院する場合に、入院又は転院した日から起算して5日を限度として算定する。急性期医療を担う病院から転院する場合の患者については、特定集中治療室管理料の「注2」の小児加算、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定したことのある患者であること。なお、同一医療機関において転棟した患者については、当該加算は算定できない。また、ここでいう入院した日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。
- (5) 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算は、一般病棟（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定する病棟又は病室を除く。）においては、入院した日から起算して90日間に限り算定する。なお、ここでいう入院した日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

A 2 1 3 看護配置加算

看護配置加算は、看護師比率が40%以上と規定されている入院基本料を算定している病棟全体において、70%を超えて看護師を配置している場合に算定する。

A 2 1 4 看護補助加算

- (1) 看護補助加算は、当該加算を算定できる病棟において、看護補助者の配置基準に応じて算定する。なお、当該病棟において必要最小数を超えて配置している看護職員について、看護

補助者とみなして計算することができる。

- (2) 看護補助加算を算定する病棟は、次に掲げる身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。

ア 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整える。

イ 身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断でなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討する。(精神病棟を除く。)

ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見いだされるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、可及的速やかに解除するよう努める。

エ 身体的拘束を実施するに当たっては、次の対応を行う。

(イ) 実施の必要性等のアセスメント

(ロ) 患者家族への説明と同意

(ハ) 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録

(ニ) 二次的な身体障害の予防

(ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討

オ 身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行う。

なお、身体的な拘束を実施することを避けるために、ウ及びエの対応をとらずに家族等に対し付き添いを強要することがあってはならない。

- (3) 夜間75対1看護補助加算は、看護補助加算を算定している病棟において、当該患者が入院した日から起算して20日を限度として所定点数に加算する。なお、みなし看護補助者ではなく、看護補助者の配置を夜勤時間帯に行っている場合のみ算定できる。また、ここでいう入院した日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

A 2 1 8 地域加算

地域加算は、医業経費における地域差に配慮したものであり、人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域に所在する保険医療機関において、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料2の加算として算定できる。

A 2 1 8 - 2 離島加算

離島加算は、離島における入院医療の応需体制を確保する必要があることから、別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関において、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料2の加算として算定できる。

A 2 1 9 療養環境加算

(1) 特別の療養環境の提供に係る病室については、加算の対象とはならない。

(2) 医師並びに看護師、准看護師及び看護補助者の員数が医療法の定める標準を満たしていない病院では算定できない。

A 2 2 0 H I V感染者療養環境特別加算

後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者については、C D 4リンパ球数の値にかかわらず、抗体の陽性反応があれば、患者の希望により特別の設備の整った個室に入室する場合を除き、当該加算を算定する。

A 2 2 0 - 2 二類感染症患者療養環境特別加算

- (1) 加算の対象となる者は、感染症法第6条第3項に規定する二類感染症の疾病を有する患者、新型インフルエンザの患者及びそれらの疑似症患者であって、保険医が他者へ感染させるおそれがあると認め、状態に応じて、個室又は陰圧室に入院した者である。
- (2) 個室かつ陰圧室である場合には、個室加算及び陰圧室加算を併算定できる。
- (3) 陰圧室加算を算定する場合は、結核患者等を収容している日にあつては、病室及び特定区域の陰圧状態を煙管（ベビーパウダー等を用いて空気流の状況を確認する方法で代用可能）又は差圧計等によって点検し、記録をつけること。ただし、差圧計はその位置によって計測値が変わることに注意すること。差圧計によって陰圧の確認を行う場合、差圧計の動作確認及び点検を定期的実施すること。

A 2 2 1 重症者等療養環境特別加算

- (1) 加算の対象となる者は、次のいずれかに該当する患者であつて、特に医療上の必要から個室又は2人部屋の病床に入院した者である。
 - ア 病状が重篤であつて絶対安静を必要とする患者
 - イ 必ずしも病状は重篤ではないが、手術又は知的障害のため常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする患者
- (2) インキュベーターに収容した新生児又は乳幼児は、加算の対象とならない。
- (3) 当該加算の対象となった患者の氏名及び入院日数を記録し、3年間保存しておくこと。

A 2 2 1-2 小児療養環境特別加算

- (1) 小児療養環境特別加算の対象となる患者は、次のいずれかの状態に該当する15歳未満の小児患者であつて、保険医が治療上の必要から個室での管理が必要と認められたものである。
 - ア 麻疹等の感染症に罹患しており、他の患者への感染の危険性が高い患者
 - イ 易感染性により、感染症罹患の危険性が高い患者
- (2) 当該加算を算定する場合は、(1)のア又はイのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (3) 当該患者の管理に係る個室が特別の療養環境の提供に係る病室であっても差し支えないが、患者から特別の料金の徴収を行うことはできない。

A 2 2 2 療養病棟療養環境加算

- (1) 療養病棟療養環境加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供される療養環境を総合的に評価したものである。
- (2) 特別の療養環境の提供に係る病室に入室しており、かつ、患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

A 2 2 2-2 療養病棟療養環境改善加算

- (1) 療養病棟療養環境改善加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供するための療養環境の整備に資する取組みを総合的に評価したものである。
- (2) 患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

A 2 2 3 診療所療養病床療養環境加算

- (1) 診療所療養病床療養環境加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供される療養環境を総合的に評価したものである。
- (2) 特別の療養環境の提供に係る病室に入室しており、かつ、患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

A 2 2 3 - 2 診療所療養病床療養環境改善加算

- (1) 診療所療養病床療養環境改善加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供するための療養環境の整備に資する取組みを総合的に評価したものである。
- (2) 患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

A 2 2 4 無菌治療室管理加算

- (1) 当該加算は、保険医療機関において、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者に対して、必要があつて無菌治療室管理を行った場合に算定する。
なお、無菌治療室管理とは、当該治療室において、医師等の立入等の際にも無菌状態が保たれるよう必要な管理をいう。
- (2) 当該加算は、一連の治療につき、無菌室に入室した日を起算日として 90 日を限度として算定する。

A 2 2 5 放射線治療病室管理加算

当該加算は、悪性腫瘍の患者に対して、放射線治療病室管理を行った場合に算定する。なお、放射線治療病室管理とは、密封小線源あるいは治療用放射性同位元素により治療を受けている患者を入院させる病室における放射線に係る必要な管理をいう。

A 2 2 6 重症皮膚潰瘍管理加算

- (1) 重症皮膚潰瘍管理とは、重症な皮膚潰瘍（Shea の分類Ⅲ度以上のものに限る。）を有している者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行うことをいう。
- (2) 当該加算を算定する場合は、当該患者の皮膚潰瘍が Shea の分類のいずれに該当するかについて、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算

- (1) 当該加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。
- (2) 末期心不全の患者とは、以下のアからウまでの基準及びエからカまでのいずれかの基準に該当するものをいう。
 - ア 心不全に対して適切な治療が実施されていること。
 - イ 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的に NYHA 重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。
 - ウ 過去 1 年以内に心不全による急変時の入院が 2 回以上あること。なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。
 - エ 左室駆出率が 20% 以下であること。
 - オ 医学的に終末期であると判断される状態であること。
 - カ エ又はオに掲げる状態に準ずる場合であること。
- (3) 緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者を診療する際には当該研修を修了していなくても当該加算は算定できる。
- (4) 緩和ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療を担う保険医、看護師及び薬剤師

などと共同の上別紙様式3又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付すること。

- (5) 当該加算を算定する患者については入院精神療法の算定は週に1回までとする。
- (6) 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とする。ただし、「注2」に規定する点数を算定する場合は、1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね15人以内とする。
- (7) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師などが参加している。
- (8) 「注2」に規定する点数は、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）の一般病棟において、算定可能である。なお、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添2「入院基本料等の施設基準等」第5の6の規定により看護配置の異なる病棟ごとに一般病棟入院基本料の届出を行っている保険医療機関においては、一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1を除く。）を算定している病棟で当該点数を算定できる。
- (9) 「注4」に規定する点数は、緩和ケア診療加算を算定している患者について、緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、個別の患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合に算定する。
- (10) 「注4」に規定する点数を算定する場合は、緩和ケア診療実施計画に基づき実施した栄養食事管理の内容を診療録等に記載又は当該内容を記録したものを診療録等に添付すること。

A 2 2 6 - 3 有床診療所緩和ケア診療加算

- (1) 当該加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、医師、看護師が共同して緩和ケアに係る診療が行われた場合に算定する。なお、末期心不全の患者については、A 2 2 6 - 2 緩和ケア診療加算の(2)の基準に該当するものに限る。
- (2) 緩和ケアに従事する医師、看護師は、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアに従事する医師又は看護師のいずれかは緩和ケアに関する研修を修了していること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者を診療する際には当該研修を修了していなくても当該加算は算定できる。
- (3) 緩和ケアに係る診療に当たり、医師、看護師が共同の上別紙様式3（主治医、精神科医、緩和ケア医は同一で差し支えない。）又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付すること。
- (4) 当該加算を算定する患者については入院精神療法の算定は週に1回までとする。

A 2 2 7 精神科措置入院診療加算

精神科措置入院診療加算は、措置入院又は緊急措置入院に係る患者について当該入院期間中1回に限り入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起

算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。ただし、応急入院患者として入院し、入院後措置入院又は緊急措置入院が決定した場合は、当該措置入院又は緊急措置入院が決定した日に算定する。また、この場合にあつては、精神科応急入院施設管理加算は算定できない。

A 2 2 7 - 2 精神科措置入院退院支援加算

(1) 精神科措置入院退院支援加算は、措置入院又は緊急措置入院に係る患者（措置入院又は緊急措置入院後に当該入院を受け入れた保険医療機関又は転院先の保険医療機関において医療保護入院等により入院継続した者を含む。以下この項目において「措置入院者」という。）に対して、入院中から、都道府県、保健所を設置する市又は特別区（以下この項において「都道府県等」という。）と連携して退院に向けた以下の全ての支援を実施した場合に、退院時1回に限り算定する。

ア 当該保険医療機関の管理者は、措置入院者を入院させた場合には、入院後速やかに、当該患者の退院後の生活環境に関し、本人及びその家族等の相談支援を行う担当者を選任すること。

イ 都道府県等が作成する退院後支援に関する計画が適切なものとなるよう、多職種で共同して当該患者の退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施し、都道府県等と協力して計画作成のために必要な情報収集、連絡調整を行うこと。

ウ 退院後支援に関する計画を作成する都道府県等に協力し、当該患者の入院中に、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果及びこれを踏まえた計画に係る意見書を都道府県等へ提出すること。

エ アからウまでに関して、精神障害者の退院後支援に関する指針に沿って実施すること。

(2) 当該加算の退院とは、自宅等へ移行することをいう。なお、ここでいう「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関において転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。

A 2 2 8 精神科応急入院施設管理加算

(1) 精神科応急入院施設管理加算の算定の対象となる応急入院患者は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号。以下「精神保健福祉法」という。）第 33 条の 7 第 1 項に規定する応急入院患者及び精神保健福祉法第 34 条第 1 項から第 3 項までの規定により移送された患者（以下「応急入院患者等」という。）であり、その取扱いについては昭和 63 年 4 月 6 日健医発第 433 号厚生省保健医療局長通知に即して行うこと。

(2) 当該加算は、入院初日に算定できるものであるが、ここでいう入院初日とは、第 2 部通則 5 に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

(3) 応急入院患者等として入院した場合であっても、入院後、精神保健福祉法第 29 条第 1 項に規定する措置入院として措置が決定した場合は精神科応急入院施設管理加算は算定できない。なお、応急入院等の後の入院形態の変更については、各都道府県の衛生担当部局との連絡を密にすること。

(4) 診療報酬明細書を審査支払機関に提出した後に措置入院が決定した場合にあつては、遅滞

なく、精神科応急入院施設管理加算の請求を取り下げの旨を当該保険医療機関が審査支払機関に申し出ること。

- (5) 精神科応急入院施設管理加算を算定する場合にあつては、応急入院患者等である旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

A 2 2 9 精神科隔離室管理加算

- (1) 当該加算が算定できる隔離とは、精神保健福祉法第 36 条第 3 項の規定に基づいて行われるものをいう。患者の隔離に当たっては、同法第 37 条第 1 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準に従うとともに、隔離を行っている間は 1 日 1 回以上診察を行うこと。
- (2) 精神科隔離室管理加算を算定する場合には、その隔離の理由を診療録に記載し、1 日 1 回の診察の内容を診療録に記載すること。
- (3) 精神保健福祉法第 36 条第 3 項に規定する隔離が数日間にわたり連続して行われた場合にあっては、当該隔離の開始日及び終了日についても精神科隔離室管理加算を算定できる。
- (4) 隔離時間が 12 時間以下の場合や患者本人の意思に基づいて隔離を行った場合には算定できない。また、当該加算は、月に 7 日を超えて算定できない。なお、応急入院中の期間及び精神科措置入院診療加算を算定した日に行った隔離については、当該加算の日数には数えない。
- (5) 精神科応急入院施設管理加算を算定した入院患者について、当該応急入院中に行った隔離については、精神科隔離室管理加算は算定できない。ただし、当該応急入院の終了後も措置入院等で入院を継続している場合であつて、精神保健福祉法第 36 条第 3 項の規定に基づく隔離を行った場合は算定できる。
- (6) 精神科措置入院診療加算を算定する同日に行った隔離については、精神科隔離室管理加算は算定できない。
- (7) 当該加算は、「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成 18 年厚生労働省告示第 104 号）」に規定する基準に該当する保険医療機関については、算定できない。

A 2 3 0 精神病棟入院時医学管理加算

精神病棟においては、総合入院体制加算は算定できず、精神病棟入院時医学管理加算のみを算定する。

A 2 3 0 - 2 精神科地域移行実施加算

精神科地域移行実施加算は、精神障害者の地域移行支援に係る取組を計画的に進めることにより、当該保険医療機関における入院期間 5 年を超える入院患者のうち、1 年間に 5 % 以上の患者（退院後 3 月以内に再入院した患者を除く。）が退院した実績がある場合に、1 年間算定する。

A 2 3 0 - 3 精神科身体合併症管理加算

- (1) 精神科身体合併症管理加算は、精神科を標榜する保険医療機関であつて、精神科以外の診療科の医療体制との連携が取られている病棟において、精神病床に入院している身体合併症を併発した精神疾患患者に対して、精神疾患、身体疾患両方について精神科を担当する医師と内科又は外科を担当する医師が協力し、治療が計画的に提供されることを評価したものである。
- (2) 当該加算は、当該疾患の治療開始日から 15 日間に限り算定できるものであり、同一月に

において同一疾患に対して1回に限り算定できる。また、同一月に複数の身体疾患を発症した場合には、それぞれの疾患について、それぞれの疾患の治療開始日から15日間に限り当該加算を算定することが可能であるが、この場合であっても、同一月内に当該加算を算定できる期間は20日間までとする。なお、複数の身体疾患を同時期に発症した場合であって、当該加算を算定する日が重複する日は、いずれか1つの疾患に係る加算を算定する。

- (3) 精神科身体合併症管理加算の注に規定する厚生労働大臣が定める身体合併症のうち、肺炎については、抗生物質又はステロイドの投与を要する状態、意識障害については、意識レベルにかかわらず、規定された疾患や手術後によるせん妄状態に準ずる状態である。また、手術又は直達・介達牽引を要する骨折については、骨折の危険性が高い骨粗鬆症であって骨粗鬆症治療剤の注射を要する状態を含むものとする。
- (4) 当該加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、別に厚生労働大臣が定める身体合併症の患者のいずれに該当するかを記載する。

A230-4 精神科リエゾンチーム加算

- (1) 精神科リエゾンチーム加算は、一般病棟におけるせん妄や抑うつといった精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者の精神状態を把握し、精神科専門医療が必要な者を早期に発見し、可能な限り早期に精神科専門医療を提供することにより、症状の緩和や早期退院を推進することを目的として、精神科医、専門性の高い看護師、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等多職種からなるチーム（以下「精神科リエゾンチーム」という。）が診療することを評価したものである。
- (2) 精神科リエゾンチーム加算の算定対象となる患者は、せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した患者であり、当該患者に対して精神科医療に係る専門的知識を有した精神科リエゾンチームによる診療が行われた場合に週1回に限り算定する。
- (3) 1週間当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とする。
- (4) 精神科リエゾンチームは以下の診療を行うこと。

ア 精神科リエゾンチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同で別紙様式29の2又はこれに準じた診療実施計画書を作成し、その内容を患者等に説明した上で診療録等に添付する。

イ 精神症状の評価や診療方針の決定等に係るカンファレンス及び回診が週1回程度実施されており、必要に応じて当該患者の診療を担当する医師、看護師等が参加し、別紙様式29又はこれに準じた治療評価書を作成し、その内容を患者等に説明した上で診療録等に添付する。

ウ 治療終了時又は退院若しくは転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時等指導を行い、その内容を別紙様式29又はこれに準じた治療評価書を作成し、その内容を患者等に説明した上で診療録等に添付する。

エ 退院又は転院後も継続した精神科医療が必要な場合、退院又は転院後も継続できるような調整を行うこと。紹介先保険医療機関等に対して、診療情報提供書を作成した場合は、当該計画書及び評価書を添付する。

- (5) 精神科リエゾンチーム加算を算定した患者に精神科専門療法を行った場合には別に算定できる。
- (6) 精神科リエゾンチームは、現に当該加算の算定対象となっていない患者の診療を担当する

医師、看護師等からの相談に速やかに応じ、必要に応じて精神状態の評価等を行うこと。

- (7) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

A 2 3 1-2 強度行動障害入院医療管理加算

- (1) 強度行動障害入院医療管理加算は、医学的管理を要する行為があるが意思の伝達が困難な強度行動障害児(者)に対して、経験を有する医師、看護師等による臨床的観察を伴う専門的入院医療が提供されることを評価したものである。

- (2) 強度行動障害入院医療管理加算の対象となる強度行動障害の状態は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添6の別紙14の2の強度行動障害スコアが10以上及び医療度判定スコアが24以上のものをいう。

A 2 3 1-3 重度アルコール依存症入院医療管理加算

- (1) 重度アルコール依存症入院医療管理加算は、アルコール依存症の入院患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師等によるアルコール依存症に対する集中的かつ多面的な専門的治療の計画的な提供を評価したものであり、入院した日から起算して60日を限度として、当該患者の入院期間に応じて算定する。なお、ここでいう入院した日とは第2部通則5に規定するものをいい、入院期間が通算される再入院時は算定できない。

- (2) 当該加算の対象となるのは、入院治療を要するアルコール依存症患者に対して、治療プログラムを用いたアルコール依存症治療を行った場合であり、合併症の治療のみを目的として入院した場合は算定できない。

- (3) 当該加算を算定する場合には、医師は看護師、精神保健福祉士、公認心理師等と協力し、家族等と協議の上、詳細な診療計画を作成する。また、作成した診療計画を家族等に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付する。なお、これにより入院診療計画の基準を満たしたものとされるものである。

- (4) 家族等に対して面接相談等適切な指導を適宜行う。

- (5) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

A 2 3 1-4 摂食障害入院医療管理加算

- (1) 摂食障害入院医療管理加算は、摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師及び管理栄養士等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供されることを評価したものである。

- (2) 摂食障害入院医療管理加算の算定対象となる患者は、摂食障害による著しい体重減少が認められる者であって、BMI (Body Mass Index) が15未満であるものをいう。

- (3) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

A 2 3 2 がん拠点病院加算

- (1) がん診療の拠点となる病院として、当該加算の対象となる病院は、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 30 年 7 月 31 日健発 0731 第 1 号厚生労働省健康局長通知）に定めるがん診療連携拠点病院等（がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院（高度型及び特例型を含む。））、特定領域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院）又は「小児がん拠点病院の整備について」（平成 30 年 7 月 31 日健発 0731 第 2 号厚生労働省健康局長通知）に定める小児がん拠点病院をいう。特定領域がん診療連携拠点病院については、当該特定領域の悪性腫瘍の患者についてのみ、がん拠点病院加算の 1 のイを算定する（以下同じ。）。
- (2) がん拠点病院加算の 1 のイは、キャンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、がん診療連携拠点病院（地域がん診療連携拠点病院（特例型）を除く。）として指定された病院を評価したものである。
- (3) がん拠点病院加算の 1 のロは、がんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、地域がん診療連携拠点病院（特例型）又は地域がん診療病院として指定された病院を評価したものである。
- (4) がん拠点病院加算の 2 は、地域における小児がん医療及び支援を提供する中心施設として、キャンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、長期フォローアップ体制、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター、適切な療育環境等の体制を備えた、小児がん拠点病院として指定された病院を評価したものである。
- (5) 当該加算は、他の保険医療機関又は健康診断を実施した医療機関の医師により、悪性腫瘍の疑いがあるとされた患者（最終的に悪性腫瘍と診断された患者に限る。）又は悪性腫瘍と診断された患者であって、これらの保険医療機関等からの紹介により、当該がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院又は小児がん拠点病院に入院した患者（小児がん拠点病院に入院した患者については、20 歳未満のものに限る。）について、当該入院中 1 回に限り、入院初日に算定する。ここでいう入院初日とは、第 2 部通則 5 に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。なお、悪性腫瘍の疑いがあるとされ、入院中に悪性腫瘍と診断された患者については、入院初日に限らず、悪性腫瘍と確定診断を行った日に算定する。
- (6) 当該加算の対象患者は、(5)に定める患者であり、別の保険医療機関からの紹介を受け、当該がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院又は小児がん拠点病院で通院治療を行った後入院した患者を含むものであること。なお、悪性腫瘍以外の疾患で別の保険医療機関から紹介を受け、当該がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院又は小児がん拠点病院において悪性腫瘍と診断された患者は含まれない。
- (7) 「注 2」に規定する加算は、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として、遺伝子パネル検査等の実施及び治療への活用、遺伝性腫瘍等の患者に対する専門的な遺伝カウンセリングの実施、がんゲノム情報に基づく臨床研究・治験の実施等の体制を評価したものであり、がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院において算定する。

- (8) がん拠点病院加算を算定した場合は、区分番号「B005-6-3」がん治療連携管理料は算定できない。

A233-2 栄養サポートチーム加算

- (1) 栄養サポートチーム加算は、栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進及び感染症等の合併症予防等を目的として、栄養管理に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が診療することを評価したものである。
- (2) 栄養サポートチーム加算は、栄養管理計画を策定している患者のうち、次のアからエまでのいずれかに該当する者について算定できる。
- ア 栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が 3.0g/dL 以下であって、栄養障害を有すると判定された患者
- イ 経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者
- ウ 経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者
- エ 栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者
- (3) 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね 30 人以内とする。ただし、「注2」に規定する点数を算定する場合、1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね 15 人以内とする。
- (4) 療養病棟、結核病棟及び精神病棟においては栄養サポートチーム加算は入院日から起算して 180 日以内に限り算定可能とするが、180 日を超えても定期的に栄養サポートチームによる栄養管理を行うことが望ましい。
- (5) 栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、栄養状態を改善させ、また、必要に応じて経口摂取への円滑な移行を促進することが必要である。
- ア 栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週 1 回程度開催されており、栄養サポートチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等が参加している。
- イ カンファレンス及び回診の結果を踏まえて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同の上で、別紙様式 5 又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付する。
- ウ 栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し、適宜フォローアップを行う。
- エ 治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時等指導を行い、その内容を別紙様式 5 又はこれに準じた栄養治療実施報告書として記録し、その写しを患者等に交付するとともに診療録等に添付する。
- オ 当該患者の退院・転院時に、紹介先保険医療機関等に対して診療情報提供書を作成した場合は、当該報告書を添付する。
- (6) 栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、当該保険医療機関における栄養管理体制を充実させるとともに、当該保険医療機関において展開されている様々なチーム医療の連携を図ることが必要である。
- ア 現に当該加算の算定対象となっていない患者の診療を担当する保険医、看護師等からの相談に速やかに応じ、必要に応じて栄養評価等を実施する。
- イ 褥瘡対策チーム、感染対策チーム、緩和ケアチーム、摂食嚥下支援チーム等、当該保険

医療機関において活動している他チームとの合同カンファレンスを、必要に応じて開催し、患者に対する治療及びケアの連携に努めること。

(7) 「注2」に規定する点数は、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）の一般病棟において、算定可能である。なお、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添2「入院基本料等の施設基準等」第5の6の規定により看護配置の異なる病棟ごとに一般病棟入院基本料の届出を行っている保険医療機関においては、一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1を除く。）を算定する病棟で当該点数を算定できる。

(8) 「注3」に規定する歯科医師連携加算は、栄養サポートチームに歯科医師が参加し、当該チームとしての診療に従事した場合に、所定点数に加算する。

なお、栄養サポートチームに参加する歯科医師は、院外の歯科医師であっても差し支えないが、当該チームの構成員として継続的に診療に従事していることが必要である。

A234 医療安全対策加算

- (1) 医療安全対策加算は、組織的な医療安全対策を実施している保険医療機関を評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) 組織的な医療安全対策とは、医療安全管理部門に所属する医療安全管理者が、医療安全管理委員会と連携しつつ、当該保険医療機関の医療安全に係る状況を把握し、その分析結果に基づいて医療安全確保のための業務改善等を継続的に実施していることをいう。
- (3) 医療安全確保のための職員研修を計画的に実施するとともに、医療安全管理者が必要に応じて各部門における医療安全管理の担当者への支援を実施し、その結果を記録していること。
- (4) 「注2」に掲げる加算は、医療安全対策加算を算定する複数の医療機関が連携し、互いに医療安全対策に関する評価を行っている場合に算定する。

A234-2 感染防止対策加算

- (1) 感染防止対策加算は、第2部通則7に規定する院内感染防止対策を行った上で、更に院内に感染制御のチームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことで院内感染防止を行うことを評価するものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) 感染制御チームは以下の業務を行うものとする。
ア 感染制御チームは、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。また、院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。

イ 感染制御チームは微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。バンコマイシン等の抗MRSA薬及び広域抗菌薬等の使用に際して届出制又は許可制をとり、投与量、投与期間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合には、投与方法の適正化をはかる。

ウ 感染制御チームは院内感染対策を目的とした職員の研修を行う。また院内感染に関するマニュアルを作成し、職員がそのマニュアルを遵守していることを巡回時に確認する。

- (3) 「注2」に掲げる加算は、感染防止対策加算1を算定する複数の医療機関が連携し、互いに感染防止対策に関する評価を行っている場合に算定する。
- (4) 「注3」に掲げる加算は、院内感染防止対策を行った上で、更に院内に抗菌薬の適正使用を支援するチームを設置し、感染症治療の早期モニタリングと主治医へのフィードバック、微生物検査・臨床検査の利用の適正化、抗菌薬適正使用に係る評価、抗菌薬適正使用の教育・啓発、院内で使用可能な抗菌薬の見直し等を行うことによる抗菌薬の適正な使用の推進を行っている場合に算定する。なお、(2)イに規定する抗菌薬の適正使用に係る業務については、施設の実態に応じて、感染制御チームではなく、抗菌薬適正使用支援チームが実施しても差し支えない。

A234-3 患者サポート体制充実加算

- (1) 患者サポート体制充実加算は、医療従事者と患者との対話を促進するため、患者又はその家族等（以下この項目において「患者等」という。）に対する支援体制を評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (2) 当該保険医療機関に相談支援窓口を設置し、患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等に関する相談について懇切丁寧に対応すること。
- (3) 医療従事者と患者等との良好な関係を築くため、患者支援体制が整備されていること。
- (4) 区分番号「A232」に掲げるがん拠点病院加算を算定している場合は算定できない。

A236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

- (1) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該加算の要件を満たすものについて算定する。
- (2) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、褥瘡ケアを実施するための適切な知識・技術を有する専従の褥瘡管理者が、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡予防・治療のための予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続して実施した場合、当該入院期間中1回に限り算定する。なお、当該加算は、第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院であっても別に算定できる。
- (3) 褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者とは、ベッド上安静であって、次に掲げるものをいう。

ア ショック状態のもの

イ 重度の末梢循環不全のもの

ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

エ 6時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの

- オ 特殊体位による手術を受けたもの
- カ 強度の下痢が続く状態であるもの
- キ 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸等）であるもの
- ク 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
- ケ 褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があつて既に褥瘡を有するもの

(4) 「注2」に規定する点数は、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）の一般病棟において、算定可能である。なお、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添2「入院基本料等の施設基準等」第5の6の規定により看護配置の異なる病棟ごとに一般病棟入院基本料の届出を行っている保険医療機関においては、一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1を除く。）を算定する病棟で当該点数を算定できる。

(5) 「注2」に規定する点数を算定する場合は、褥瘡管理者は、褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書に基づき実施した褥瘡ケアの内容を診療録等に記載すること。

A236-2 ハイリスク妊娠管理加算

(1) ハイリスク妊娠管理加算の算定対象となる患者は、保険診療の対象となる合併症を有している次に掲げる疾患等の妊婦であつて、医師がハイリスク妊娠管理が必要と認めた者であること。

- ア 妊娠22週から32週未満の早産の患者（早産するまでの患者に限る。）
- イ 妊娠高血圧症候群重症の患者
- ウ 前置胎盤（妊娠28週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者
- エ 妊娠30週未満の切迫早産の患者であつて、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの兆候を示しかつ以下のいずれかを満たすものに限る。
 - (イ) 前期破水を合併したもの
 - (ロ) 羊水過多症又は羊水過少症のもの
 - (ハ) 経膈超音波検査で子宮頸管長が20mm未満のもの
- (ニ) 切迫早産の診断で他の医療機関より搬送されたもの
- (ホ) 早産指数(tocolysis index)が3点以上のもの

- オ 多胎妊娠の患者
- カ 子宮内胎児発育遅延の患者
- キ 心疾患（治療中のものに限る。）の患者
- ク 糖尿病（治療中のものに限る。）の患者
- ケ 甲状腺疾患（治療中のものに限る。）の患者
- コ 腎疾患（治療中のものに限る。）の患者
- サ 膠原病（治療中のものに限る。）の患者
- シ 特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者
- ス 白血病（治療中のものに限る。）の患者
- セ 血友病（治療中のものに限る。）の患者

- ソ 出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者
- タ HIV陽性の患者
- チ Rh不適合の患者
- ツ 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術（腹腔鏡による手術を含む。）を行った患者又は行う予定のある患者
- テ 精神疾患の患者（当該保険医療機関において精神療法を実施している者又は他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）
ただし、治療中のものとは、対象疾患について専門的治療が行われているものを指し、単なる経過観察のために年に数回程度通院しているのみの患者は算定できない。

- (2) 当該加算は、1入院に20日を限度として所定点数に加算する。ただし、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院については、1入院として取り扱うものであること
- (3) 1入院の期間中に、区分番号「A237」ハイリスク分娩管理加算を算定するハイリスク分娩管理とハイリスク妊娠管理を併せて行うことは可能であり、ハイリスク妊娠管理加算とハイリスク分娩管理加算を併せ、1入院当たり28日を限度として算定できるが、ハイリスク分娩管理加算を算定する日と同日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれ、別に算定できない。
- (4) 妊婦とは産褥婦を含まない。

[早産指数 (tocolysis index)]

スコア	0	1	2	3	4
子宮収縮	無	不規則	規則的	—	—
破水	無	—	高位破水	—	低位破水
出血	無	有	—	—	—
子宮口の開大度	無	1 cm	2 cm	3 cm	4 cm以上

A237 ハイリスク分娩管理加算

- (1) ハイリスク分娩管理加算の算定対象となる患者は、保険診療の対象となる合併症を有している次に掲げる疾患等の妊産婦であって、医師がハイリスク分娩管理が必要と認めた者であること。
 - ア 妊娠22週から32週未満の早産の患者
 - イ 40歳以上の初産婦である患者
 - ウ 分娩前のBMIが35以上の初産婦である患者
 - エ 妊娠高血圧症候群重症の患者
 - オ 常位胎盤早期剥離の患者
 - カ 前置胎盤（妊娠28週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者
 - キ 双胎間輸血症候群の患者
 - ク 多胎妊娠の患者

- ケ 子宮内胎児発育遅延の患者
- コ 心疾患（治療中のものに限る。）の患者
- サ 糖尿病（治療中のものに限る。）の患者
- シ 特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者
- ス 白血病（治療中のものに限る。）の患者
- セ 血友病（治療中のものに限る。）の患者
- ソ 出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者
- タ HIV陽性の患者
- チ 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術（腹腔鏡による手術を含む。）を行った患者又は行う予定のある患者
- ツ 精神疾患の患者（当該保険医療機関において精神療法を実施している者又は他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）

ただし、治療中のものとは、対象疾患について専門的治療が行われているものを指し、単なる経過観察のために年に数回程度通院しているのみの患者は算定できない。

- (2) 当該加算は、ハイリスク分娩管理の対象となる妊産婦に対して、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、8日を限度として算定する。ただし、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院については、1入院として取り扱うものであること。
- (3) 1入院の期間中に、区分番号「A236-2」ハイリスク妊娠管理加算を算定するハイリスク妊娠管理とハイリスク分娩管理を併せて行うことは可能であり、ハイリスク妊娠管理加算とハイリスク分娩管理加算を併せ、1入院当たり28日を限度として算定できるが、ハイリスク妊娠管理加算を算定するハイリスク妊娠管理とハイリスク分娩管理を同一日に行う場合には、ハイリスク分娩管理加算のみを算定する。
- (4) 妊産婦とは、産褥婦を含む。

A238 削除

A238-3 削除

A238-4 削除

A238-5 削除

A238-6 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算

A238-7 精神科救急搬送患者地域連携受入加算

- (1) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及び精神科救急搬送患者地域連携受入加算は、精神科救急医療機関（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料に係る届出を行っている保険医療機関をいう。以下同じ。）に緊急入院した患者（当該保険医療機関の一般病棟等へ緊急入院した後、2日以内に当該特定入院料を算定する病棟に転棟した患者を含む。）について、後方病床の役割を担う保険医療機関（精神病棟入院基本料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関をいう。以下同じ。）で対応可能な場合に、後方病床の役割を担う保険医療機関が当該患者の転院を速やかに受け入れることで、精神科救急医療機関の負担軽減及び緊急入院の受入が円滑になるよう地域における連携を評価するものである。

- (2) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算は、精神科救急医療機関が緊急入院患者を受け入れ、入院後 60 日以内に、あらかじめ連携している後方病床の役割を担う保険医療機関に当該患者に関する診療情報を提供し、転院した場合に、精神科救急医療機関において転院時に算定する。なお、この場合において、診療情報提供料(I)は算定できない。
- (3) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算は、後方病床の役割を担う保険医療機関が精神科救急医療機関に緊急入院した患者を、当該緊急入院から 60 日以内に受け入れた場合に、後方病床の役割を担う保険医療機関において入院時に算定する。
- (4) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算は、他の保険医療機関から転院してきた患者を後方病床の役割を担う保険医療機関に更に転院させた場合には算定できないものとする。ただし、当該他の保険医療機関への入院時から 48 時間以内に、患者の症状の増悪等により精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を届け出ている精神科救急医療機関に転院した後、精神科救急医療機関への入院から 60 日以内に後方病床の役割を担う保険医療機関に転院させた場合に限り、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものとする。精神科救急搬送患者地域連携受入加算も同様とする。

A 2 3 8 - 8 削除

A 2 3 8 - 9 削除

A 2 4 0 削除

A 2 4 2 呼吸ケアチーム加算

- (1) 呼吸ケアチーム加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該加算の要件を満たすものについて算定する。
- (2) 呼吸ケアチーム加算の算定対象となる患者は、48 時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であって、人工呼吸器を装着している状態で当該病棟に入院した日から 1 月以内の患者又は当該病棟に入院した後人工呼吸器を装着し、装着日から 1 月以内の患者であること。ただし、人工呼吸器離脱の過程において、一時的に短時間、人工呼吸器を装着していない時間については、継続して装着しているものとみなす。
- (3) 呼吸ケアチーム加算は、人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係る専任のチーム（以下「呼吸ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に週 1 回に限り算定する。
- (4) 呼吸ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療計画書を作成し、その内容に基づき、人工呼吸器離脱のために当該患者の状態に応じたチームによる診療を行い、その評価を行うこと。なお、必要に応じて呼吸ケアチーム以外の医師、看護師等に人工呼吸器の管理や呼吸ケア等の指導を行うこと。
- (5) 呼吸ケアチームは当該患者の診療を担う保険医、看護師等と十分に連携を図ること。

A 2 4 3 後発医薬品使用体制加算

- (1) 後発医薬品使用体制加算は、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したものである。
- (2) 後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が 70 %以上、80%以上又は 85%以上であるとともに、入院及び外来において後発医薬品（ジェネ

リック医薬品)の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関に入院している患者について、入院期間中1回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

(1) 病棟薬剤業務実施加算は、当該保険医療機関の病棟等において、薬剤師が医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する業務(以下「病棟薬剤業務」という。)を実施していることを評価したものであり、病棟専任の薬剤師が病棟薬剤業務を1病棟又は治療室1週間につき20時間相当以上(複数の薬剤師が一の病棟又は治療室において実施する場合には、当該薬剤師が実施に要した時間を全て合算して得た時間が20時間相当以上)実施している場合に、病棟薬剤業務実施加算1にあつては週1回に限り、病棟薬剤業務実施加算2にあつては1日につき所定点数に加算する。ただし、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)を算定している患者については、入院した日から起算して8週を限度として加算できる。なお、ここでいう入院した日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

(2) 病棟薬剤業務実施加算の「1」については、区分番号「A100」一般病棟入院基本料、区分番号「A101」療養病棟入院基本料、区分番号「A102」結核病棟入院基本料、区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料又は区分番号「A105」専門病院入院基本料のいずれかを算定している患者に対して、病棟薬剤業務実施加算の「2」については、区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303」総合産科特定集中治療室管理料のいずれかを算定している患者に対して、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に算定する。

(3) 病棟薬剤業務とは、次に掲げるものであること。

ア 過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を患者又はその家族等から聴取し、当該保険医療機関及び可能な限り他の保険医療機関における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握すること。

イ 医薬品医療機器情報配信サービス(PMDAメディナビ)によるなど、インターネットを通じて常に最新の医薬品緊急安全性情報、医薬品・医療機器等安全性情報、製造販売業者が作成する医薬品リスク管理計画(RMP:Risk Management Plan)に関する情報、医薬品・医療機器等の回収等の医薬品情報の収集を行うとともに、重要な医薬品情報については、医療従事者へ周知していること。

ウ 当該保険医療機関において投薬される医薬品について、以下の情報を知ったときは、速やかに当該患者の診療を担当する医師に対し、当該情報を文書により提供すること。

- i 緊急安全性情報、安全性速報
- ii 医薬品・医療機器等安全性情報

iii 医薬品・医療機器等の回収等

エ 入院時に、持参薬の有無、薬剤名、規格、剤形等を確認し、服薬計画を書面で医師等に提案するとともに、その書面の写しを診療録等に添付すること。

オ 当該病棟に入院している患者に対し2種以上（注射薬及び内用薬を各1種以上含む。）の薬剤が同時に投与される場合には、治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合等を除き、投与前に、注射薬と内用薬との間の相互作用の有無等の確認を行うこと。

カ 患者又はその家族に対し、治療方針に係る説明を行う中で、特に安全管理が必要な医薬品等の説明を投与前に行う必要がある場合には、病棟専任の薬剤師がこれを行うこと。なお、ここでいう特に安全管理が必要な医薬品とは、薬剤管理指導料の対象患者に規定する医薬品のことをいう。

キ 特に安全管理が必要な医薬品等のうち、投与の際に流量又は投与量の計算等が必要な場合は、治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場合等を除き、投与前に病棟専任の薬剤師が当該計算等を実施すること。

ク アからキまでに掲げる業務のほか、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」（平成22年4月30日医政発0430第1号）の記の2の（1）（③、⑥及び⑧を除く。）に掲げる業務についても、可能な限り実施するよう努めること。

ケ 退院時の薬学的管理指導について、可能な限り実施すること。

(4) 病棟薬剤業務の実施に当たっては、次の点に留意すること。

ア 医薬品情報の収集、抗がん剤の無菌調製など、病棟薬剤業務の内容によっては、必ずしも病棟において実施されるものではないものであること。

イ 病棟専任の薬剤師は、別紙様式30又はこれに準じた当該病棟に係る病棟薬剤業務日誌を作成・管理し、記入の日から5年間保存しておくこと。また、患者の薬物療法に直接的に関わる業務については、可能な限り、その実施内容を診療録等にも記録すること。

ウ 病棟薬剤業務実施加算を算定できない病棟又は治療室においても病棟薬剤業務を実施するよう努めること。

A245 データ提出加算

(1) 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」（以下この区分番号において「DPC調査」という）に準拠したデータを正確に作成し、継続して提出されることを評価したものである。

提出されたデータについては、特定の患者個人を特定できないように集計し、医療機関毎に公開されるものである。

また、提出されたデータは、入院医療等を担う保険医療機関の機能や役割の分析・評価等や「DPCデータの提供に関するガイドライン」に従い厚生労働省保険局において行うDPCデータの第三者提供のために適宜活用されるものである。

(2) 当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、データ作成対象病棟（以下「対象病棟」という。）に入院している患者について算定する。データ提出加算1及び2は入院初日、データ提出加算3及び4は入院期間が90日を超えるごとに1回算定する。90日を越えるごと、の計算は、入院日から起算して91日目、181日目等と計算する。なお、ここでいう入院とは第2部通則5に規定する入院期間中の入院のことをいい、データ提出加算1及び2については入院期間が通算される再入院の場合には算定できず、データ提出加算3

及び4については通算した入院期間から算出し算定する。

- (3) データの提出（データの再照会に係る提出も含む。）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省がDPC調査の一部事務を委託するDPC調査事務局宛てに、DPC導入の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をいう。
- (4) データの作成は月単位で行うものとし、作成されたデータには月の初日から末日までの診療に係るデータが全て含まれていなければならない。
- (5) (2)の対象病棟とは、第1節の入院基本料（区分番号「A108」有床診療所入院基本料及び区分番号「A109」有床診療所療養病床入院基本料を除く。）、第3節の特定入院料及び第4節の短期滞在手術等基本料（区分番号「A400」の1短期滞在手術等基本料1を除く。）を算定する病棟をいう。
- (6) (2)の「データ提出の実績が認められた保険医療機関」とは、データの提出が厚生労働省保険局医療課において確認され、その旨を通知された保険医療機関をいう。
- (7) データ提出加算1及び3は、入院患者に係るデータを提出した場合に算定し、データ提出加算2及び4は、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出した場合に算定することができる。
- (8) 「注3」に規定する提出データ評価加算を算定する場合は、当該加算を算定する月の前々月において、調査実施説明資料に定められた様式1において入力されるレセプト電算処理用の傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード（レセプト電算処理用の傷病名コード：0000999）の割合、外来EFファイルに入力される傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名の割合がそれぞれ2%未満、かつ、医科の全ての診療報酬明細書に記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名の割合が10%未満であって、当該保険医療機関において、その結果を記録し保存している場合に、データ提出加算2のロ又は4のロを算定する医療機関において算定できる。
- (9) 「注3」に規定する提出データ評価加算は、(3)による遅延等が認められ、データ提出加算を算定できない月がある場合、データ提出加算を算定できない月から6か月間、当該加算を算定できない。例えば、4月22日に提出すべきデータが遅延等と認められ、6月にデータ提出加算を算定できない場合、当該加算は6月から11月までの6か月間算定できない。

A246 入退院支援加算

- (1) 入退院支援加算は、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価するものである。なお、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院については、1入院として取り扱うものとするが、入退院支援加算1にあつてはこの限りでない。
- (2) 入退院支援加算1にあつては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退

院支援職員」という。)を各病棟に専任で配置し、原則として入院後3日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算2にあつては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後7日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。

ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること

イ 緊急入院であること

ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）

エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること

オ 生活困窮者であること

カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）

キ 排泄に介助を要すること

ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと

ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと

コ 入退院を繰り返していること

サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

(3) 退院困難な要因を有する患者について、入退院支援加算1の「イ 一般病棟入院基本料等の場合」にあつては原則として7日以内、「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」にあつては原則として14日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。また、入退院支援加算2を算定する場合においても、できるだけ早期に患者及び家族と話し合いを行うとともに、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。

(4) ここでいう退院支援計画の内容は、以下の内容を含むものとする。

ア 患者氏名、入院日、退院支援計画着手日、退院支援計画作成日

イ 退院困難な要因

ウ 退院に関する患者以外の相談者

エ 退院支援計画を行う者の氏名（病棟責任者、病棟に専任の入退院支援職員及び入退院支援部門の担当者名をそれぞれ記入）

オ 退院に係る問題点、課題等

カ 退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要、予想される退院先、退院後の利用が予測される福祉サービスと担当者名

(5) 退院支援計画を実施するに当たって、入退院支援加算1にあつては、入院後7日以内に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。また、入退院支援加算2にあつても、できるだけ早期に病棟の看護師及び入退院支援部門の看護師並びに社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。なお、カンファレンスの実施に当たっては、必要に応じてその他の関係職種が参加すること。

- (6) 退院支援計画については、文書で患者又は家族に説明を行い、交付するとともに、その内容を診療録等に添付又は記載する。また、当該計画に基づき、患者又は家族に退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、必要に応じて退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整、介護サービス又は障害福祉サービス、地域相談支援若しくは障害児通所支援の導入に係る支援を行う。なお、当該計画を患者又は家族に交付した後、計画内容が変更となった場合は、患者又は家族に説明を行い、必要時、変更となった計画を交付する。
- (7) 入退院支援加算1については、当該病棟又は入退院支援部門の入退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等を訪れるなどしてこれらの職員と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有等を行う。
- (8) 入退院支援加算3は、当該入院期間中に区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定した退院困難な要因を有する患者及び他の保険医療機関において入退院支援加算3を算定した上で転院した患者について、当該患者又はその家族の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。
- ア 先天奇形
 - イ 染色体異常
 - ウ 出生体重1,500g未満
 - エ 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る。）
 - オ その他、生命に関わる重篤な状態
- (9) 入退院支援加算3について、入院後7日以内に退院困難な要因を有する患者を抽出し、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始する。この他、家族等に対して退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、転院・退院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援等を行う。
- (10) 入退院支援加算3について、入院後1か月以内に退院支援計画の作成に着手し、文書で家族等に説明を行い交付するとともに診療録等に添付又は記載する。なお、退院支援計画は「別紙様式6」を参考として関係職種と連携して作成することとし、病棟及び入退院支援部門の看護師並びに社会福祉士等の関係職種が共同してカンファレンスを行った上で作成及び実施すること。また、退院時には家族等に対して、緊急時の連絡先等を文書で提供し、24時間連絡が取れる体制を取る。
- (11) 入退院支援加算と退院時共同指導料を同時に算定する場合には、在宅療養を担う保険医療機関等と患者が在宅療養に向けて必要な準備を確認し、患者に対して文書により情報提供する。
- (12) 退院先については、診療録等に記載し、又は退院先を記載した文書を診療録等に添付すること。
- (13) 死亡による退院については算定できない。また、入退院支援加算1の「ロ」又は2の「ロ」の療養病棟入院基本料等の場合については、他の保険医療機関に入院するために転院した患者については算定できない。
- (14) 入退院支援加算1の「ロ」又は2の「ロ」の療養病棟入院基本料等の場合について、当該

加算を算定する病棟に転棟後、当該病棟から退院する場合にあつては、転棟後 14 日以上入院していた場合に限り算定できる。

- (15) 「注 4」において、地域連携診療計画は、疾患ごとに作成され、一連の治療を担う複数の保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者、施設サービス事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）第 51 条の 17 第 1 項第 1 号に規定する指定特定相談支援事業者（以下「指定特定相談支援事業者」という。）、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 24 条の 26 第 1 項第 1 号に規定する指定障害児相談支援事業者（以下「指定障害児相談支援事業者」という。）等（以下「A 2 4 6」において「連携保険医療機関等」という。）との間であらかじめ共有して活用されるものであり、病名、入院時の症状、予定されている診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間、退院に当たり予想される患者の状態に関する退院基準、その他必要な事項が記載されたものであること。

また、地域連携診療計画は、患者の状態等により、異なる連携が行われることが想定されることから、あらかじめ複数の地域連携診療計画を作成しておき、患者の状態等に応じて最も適切な地域連携診療計画を選択することは差し支えない。

- (16) 地域連携診療計画加算の算定に当たっては、地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後 7 日以内に地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付するとともに診療録に添付又は記載する。
- (17) 地域連携診療計画加算について、当該患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療が行われる場合には、連携保険医療機関等に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。

また、当該患者が転院前の保険医療機関において当該加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

- (18) 「注 5」に規定する点数は、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が 400 床以上の病院、D P C 対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料 1 のみを届け出ている病院を除く。）の一般病棟及び療養病棟等において、算定可能である。なお、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添 2 「入院基本料等の施設基準等」第 5 の 6 の規定により看護配置の異なる病棟ごとに一般病棟入院基本料の届出を行っている保険医療機関においては、一般病院入院基本料（急性期一般入院料 1 を除く。）を算定する病棟で当該点数を算定できる。
- (19) 「注 7」に規定する入院時支援加算は、入院を予定している患者が入院生活や入院後どのような治療過程を経るのかをイメージでき、安心して入院医療が受け入れられるよう、入院前の外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、入院前の服薬状況の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し、支援することを評価するものである。
- (20) 「注 7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまで（イについては、

患者が要介護又は要支援状態の場合のみ)を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。入院前にアからク(イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ)までを全て実施して療養支援の計画書(以下「療養支援計画書」という。)を作成した場合は入院時支援加算1を、患者の病態等によりアからクまでの全ては実施できず、ア、イ及びク(イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ)を含む一部の項目を実施して療養支援計画書を作成した場合は、入院時支援加算2を算定する。

ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握

イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握

ウ 褥瘡に関する危険因子の評価

エ 栄養状態の評価

オ 服薬中の薬剤の確認

カ 退院困難な要因の有無の評価

キ 入院中に行われる治療・検査の説明

ク 入院生活の説明

- (21) 「注7」に規定する入院時支援加算を算定するに当たって、作成した療養支援計画書を、患者の入院前に入院予定先の病棟職員に共有すること。また、当該計画書については、入院前又は入院日に患者又はその家族等に説明を行い交付するとともに、診療録に添付又は記載すること。なお、第1章第2部の通則7の規定に基づき作成する入院診療計画書等をもって、当該計画書としても差し支えない。
- (22) 患者の栄養状態の評価や服薬中の薬剤の確認に当たっては、必要に応じて、管理栄養士や薬剤師等の関係職種と十分に連携を図ること。
- (23) 「注8」に規定する総合機能評価加算については、介護保険法施行令第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満である者又は65歳以上である者について、身体機能や退院後に必要となりうる介護サービス等について総合的に評価を行った上で、当該評価の結果を入院中の診療や適切な退院支援に活用する取組を評価するものである。
- (24) 「注8」に規定する総合機能評価加算は、患者の病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価(以下「総合的な機能評価」という。)を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に算定する。
- (25) 総合的な機能評価に係る測定は、医師又は歯科医師以外の医療職種が行うことも可能であるが、当該測定結果に基づく評価は、研修を修了した医師若しくは歯科医師、総合的な機能評価の経験を1年以上有する医師若しくは歯科医師又は当該患者に対する診療を担う医師若しくは歯科医師が行わなければならない。なお、総合的な機能評価の実施に当たっては、関係学会等より示されているガイドラインに沿った適切な評価が実施されるよう十分留意すること。
- (26) 総合的な機能評価の結果については、患者及びその家族等に説明するとともに、説明内容を診療録に記載又は添付すること。

A247 認知症ケア加算

- (1) 認知症ケア加算は、認知症による行動・心理症状や意思疎通の困難さが見られ、身体疾患

の治療への影響が見込まれる患者に対し、病棟の看護師等や専門知識を有した多職種が適切に対応することで、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられることを目的とした評価である。

- (2) 認知症ケア加算の算定対象となる患者は、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成 18 年 4 月 3 日老発第 0403003 号）、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 2 年 3 月●日保医発●第●号）別添 6 の別紙 12 参照）におけるランクⅢ以上に該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（JCS（Japan Coma Scale）でⅡ－3（又は 30）以上又はGCS（Glasgow Coma Scale）で 8 点以下の状態にある者）を除く。
- (3) 身体的拘束を実施した場合の点数については、理由によらず、身体的拘束を実施した日に適用する。この点数を算定する場合は、身体的拘束の開始及び解除した日、身体的拘束が必要な状況等を診療録等に記載すること。

(4) 身体的拘束について

- ア 身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの器具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
- イ 入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。
- ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、できる限り早期に解除するよう努めること。
- エ 身体的拘束を実施するに当たっては、以下の対応を行うこと。

- (イ) 実施の必要性等のアセスメント
(ロ) 患者家族への説明と同意
(ハ) 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録
(ニ) 二次的な身体障害の予防
(ホ) 身体的拘束の解除に向けた検討

オ 身体的拘束を実施することを避けるために、ウ、エの対応をとらず家族等に対し付添いを強要するようなことがあってはならないこと。

(5) 認知症ケア加算 1

- ア 認知症ケアに係る専門知識を有した多職種からなるチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が当該患者の状況を把握・評価するなど当該患者に関与し始めた日から算定できることとし、当該患者の入院期間に応じ所定点数を算定する。
- イ 当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。
- ① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。
- ② 当該計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、その評価を定期的に行う。身

体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行う。

- ③ 計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討し、円滑な退院支援となるよう取り組む。
- ④ ①から③までについて診療録等に記載する。

ウ 認知症ケアチームは、以下の取組を通じ、当該保険医療機関における認知症ケアの質の向上を図る必要がある。

- ① 認知症患者のケアに係るチームによるカンファレンスを週1回程度開催し、症例等の検討を行う。カンファレンスには、病棟の看護師等が参加し、検討の内容に応じ、当該患者の診療を担う医師等が参加する。
- ② 週1回以上、各病棟を巡回し、病棟における認知症ケアの実施状況を把握し、病棟職員及び患者家族に対し助言等を行う。
- ③ 当該加算の算定対象となっていない患者に関するものを含め、患者の診療を担当する医師、看護師等からの相談に速やかに応じ、必要なアセスメント及び助言を実施する。
- ④ 認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的に実施する。

(6) 認知症ケア加算2

ア 病棟において、看護師等が、当該患者の行動・心理症状等を把握し、対応について看護計画を作成した日から算定できることとし、当該患者の入院期間に応じ所定点数を算定する。

イ 当該患者が入院する病棟の看護師等は、当該患者の行動・心理症状等が出現し、あるいは出現すると見込まれ、身体疾患の治療への影響が見込まれる場合に、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等を踏まえた看護計画を作成し、当該計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、その評価を行うこと。

ウ 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師又は認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師が、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を定期的に把握し、病棟職員に対し必要な助言等を行うこと。

エ 身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行うこと。

(7) 認知症ケア加算3

(6)のア、イ及びエを満たすものであること。

A247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算

(1) せん妄ハイリスク患者ケア加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該加算の要件を満たすものについて算定する。

(2) せん妄ハイリスク患者ケア加算は、急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟において、全ての入院患者に対してせん妄のリスク因子の確認を行い、ハイリスク患者に対するせん妄対策を実施した場合に、当該対策を実施した患者について、当該入院期間中1回に限り算定する。

(3) せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策は、各保険医療機関において作成したチェックリストに基づいて行うこと。なお、当該チェックリストを作成す

るに当たっては、別紙様式7の3を参考にすること。

- (4) せん妄のリスク因子の確認は患者の入院前又は入院後3日以内、ハイリスク患者に対するせん妄対策はリスク因子の確認後速やかに行うこと。また、リスク因子の確認及びせん妄対策に当たっては、それぞれの病棟において、医師、看護師及び薬剤師等の関係職種が連携を図ること。
- (5) せん妄のハイリスク患者については、せん妄対策を実施した上で、定期的にせん妄の有無を確認し、早期発見に努めること。なお、せん妄ハイリスク患者ケア加算は、せん妄対策を実施したが、結果的にせん妄を発症した患者についても算定可能であること。

A 2 4 8 精神疾患診療体制加算

- (1) 精神疾患診療体制加算は、身体合併症を有する精神疾患患者の転院の受入れや、身体疾患や外傷のために救急搬送された患者であって、精神症状を伴う者の診療を行った場合を評価するものである。
- (2) 精神疾患診療体制加算1は、他の保険医療機関の精神病棟に入院する精神疾患患者の身体合併症の入院治療のために、当該他の保険医療機関の求めに応じて転院を受け入れた場合に入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (3) 精神疾患診療体制加算1を算定する患者の精神疾患に係る薬剤は、当該保険医療機関で処方する必要があること。やむを得ず他の保険医療機関が処方した持参薬を投与する場合は、入院後5日以内に限られること。この場合には、持参した薬剤名、規格、剤形等を確認し、診療録等に記載すること。
- (4) 精神疾患診療体制加算2は、当該保険医療機関の精神保健指定医若しくは精神科医又は当該保険医療機関の求めに応じた他の保険医療機関の精神保健指定医が、身体疾患や外傷に加え、精神症状等を有する患者であって、救急用の自動車等（消防法（昭和23年法律第186号）及び消防法施行令（昭和36年政令第37号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和35年法律第105号）及び道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成19年法律第103号）第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者を診察した場合に、入院初日から3日以内に1回に限り算定すること。
- (5) (4)において、精神症状を有する患者とは、以下の場合をいうこと。
 - イ 過去6か月以内に精神科受診の既往がある患者
 - ロ 医師が、抑うつ、せん妄、躁状態等、精神状態の異常を認めた患者
 - ハ アルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者
- (6) 精神疾患診療体制加算2を算定した場合には、区分番号「A300」救命救急入院料の注2に規定する加算及び区分番号「I001」入院精神療法は算定できない。ただし、精神保健指定医又は精神科医による初回の診察の結果、継続して精神疾患の管理が必要と判断された場合には、入院した日から起算して4日目以降に限り、区分番号「I001」入院精神療法を算定することができる。

A 2 4 9 精神科急性期医師配置加算

精神科急性期医師配置加算は、精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体

制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者（クロザピンの新規導入を目的とした患者に限る。）に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。

A 2 5 0 薬剤総合評価調整加算

(1) 「注1」に規定する薬剤総合評価調整加算は、複数の薬剤が処方されている患者であって、薬物有害事象の存在や服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等のおそれのあるものに対して、処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、当該患者に対して療養上必要な指導を行う取組を評価したものであり、次に掲げる指導等を全て実施している場合に算定する。

ア 患者の入院時に、持参薬を確認するとともに、(7)の関連ガイドライン等を踏まえ、特に慎重な投与を要する薬剤等の確認を行う。

イ アを踏まえ、患者の病状、副作用、療養上の問題点の有無を評価するために、医師、薬剤師及び看護師等の多職種によるカンファレンスを実施し、薬剤の総合的な評価を行い、適切な用法及び用量への変更、副作用の被疑薬の中止及びより有効性・安全性の高い代替薬への変更等の処方内容の変更を行う。また、評価した内容や変更の要点を診療録等に記載する。

ウ 当該カンファレンスにおいて、処方の内容を変更する際の留意事項を多職種で共有した上で、患者に対して処方変更に伴う注意点を説明する。また、併せて当該患者に対し、ポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行う。なお、ここでいうポリファーマシーとは、「単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態」をいう。

エ 処方変更による病状の悪化や新たな副作用の有無について、多職種で確認し、必要に応じて、再度カンファレンスにおいて総合的に評価を行う。

(2) 「注1のイ」については、入院中の患者であって、入院前に内服を開始して4週間以上経過した内服薬が6種類以上処方されていたものについて、算定する。この場合において、「特に規定するもの」として、屯服薬については内服薬の種類数から除外する。また、服用を開始して4週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数からは除外する。

(3) 「注1のロ」については、精神病棟に入院中の患者であって、入院時又は退院1年前のうちいずれか遅い時点で抗精神病薬を4種類以上内服していたものについて、算定する。

(4) 当該加算の算定における内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。

(5) 「注1のロ」及び「注2のロ」に規定する抗精神病薬の種類については、第2章第5部第2節(3)イにおける抗精神病薬の種類と同様の取扱いとする。

(6) 医師は、処方内容の総合調整に当たって、薬効の類似した処方や相互作用を有する処方等について、当該保険医療機関の薬剤師に必要な応じ照会を行う。また、当該保険医療機関の薬剤師は、薬効の類似した処方や相互作用を有する処方等について、必要に応じ医師に情報提供を行う。

(7) 持参薬の確認及び内服薬の総合的な評価及び変更に当たっては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）、日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法

ガイドライン)等を参考にすること。

- (8) 患者に対してポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行うに当たっては、「高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用」(日本老年医学会、日本老年薬学会)等を参考にすること。
- (9) 「注2」に規定する薬剤調整加算は、「注1」に規定する薬剤総合評価調整加算に係る算定要件を満たした上で、薬効の重複する薬剤の減少又は合剤への変更等により、退院時に処方される内服薬が減少したことを評価したものである。
- (10) 「注2」に規定する薬剤調整加算は、「注1」に規定する薬剤総合評価調整加算に係る算定要件を満たした上で、退院時に処方される内服薬が2種類以上減少し、その状態が4週間以上継続すると見込まれる場合又は退院までの間に、抗精神病薬の種類数が2種類以上減少した場合に算定する。なお、保険医療機関がクロロプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、別紙36の2に示す係数を用い、クロロプロマジン換算で2,000mg以上内服していたものについて、クロロプロマジン換算で1,000mg以上減少した場合を含めることができる。
- (11) 「注2」に規定する薬剤調整加算の算定に当たっては、内服薬が減少する前後の内服薬の種類数(クロロプロマジン換算の評価による場合はクロロプロマジン換算した量)を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (12) 「注2」に規定する薬剤調整加算の算定に当たっては、当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合については、区分番号「B008-2」薬剤総合評価調整管理料と合わせて、1か所の保険医療機関に限り算定できることとする。この場合には、当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (13) 「注2」に規定する薬剤調整加算は、当該保険医療機関で薬剤調整加算又は区分番号「B008-2」薬剤総合評価調整管理料を1年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から、更に2種類以上減少しているときに限り新たに算定することができる。

A251 排尿自立支援加算

- (1) 排尿自立支援加算は、当該保険医療機関に排尿に関するケアに係る専門的知識を有した多職種からなるチーム(以下「排尿ケアチーム」という。)を設置し、当該患者の診療を担う医師、看護師等が、排尿ケアチームと連携して、当該患者の排尿自立の可能性及び下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法等を組み合わせるなど、下部尿路機能の回復のための包括的なケア(以下「包括的排尿ケア」という。)を実施することを評価するものである。
- (2) 当該指導料は、次のいずれかに該当する者について算定できる。
 - ア 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有するもの
 - イ 尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの
- (3) 病棟の看護師等は、次の取組を行った上で、排尿ケアチームに相談すること。
 - ア 尿道カテーテル抜去後の患者であって、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者を抽出する。

イ アの患者について下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定等）を行う。
ウ 尿道カテーテル挿入中の患者について、尿道カテーテル抜去後の、排尿自立の可能性について評価し、抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるが、排尿自立の可能性のある患者を抽出する。

- (4) 排尿ケアチームは、(3)を基に下部尿路機能障害を評価し、病棟の看護師等と共同して、排尿自立に向けた包括的排尿ケアの計画を策定する。包括的排尿ケアの内容は、看護師等による排尿誘導や生活指導、必要に応じ理学療法士等による排尿に関連する動作訓練、医師による薬物療法等を組み合わせた計画とする。
- (5) 排尿ケアチーム、病棟の看護師等及び関係する従事者は、共同して(4)に基づく包括的排尿ケアを実施し、定期的な評価を行う。
- (6) (3)から(5)までについて、診療録等に記載する。
- (7) 排尿ケアチームが当該患者の状況の評価する等の関与を行うと共に、病棟の看護師等が、包括的排尿ケアの計画に基づいて患者に対し直接的な指導又は援助を行った場合について、週1回に限り、12週を限度として算定できる。排尿ケアチームによる関与と、病棟の看護師等による患者への直接的な指導又は援助のうち、いずれか片方のみしか行われなかった週については算定できない。また、排尿が自立し指導を終了した場合には、その後については算定できない。
- (8) 退院後に外来において、引き続き、包括的排尿ケアを実施する必要性を認めた場合には、診療録等にその旨を記載すること。

A 2 5 2 地域医療体制確保加算

- (1) 地域医療体制確保加算は、地域の救急医療体制において重要な機能を担うとともに、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する取組を実施する体制を評価するものである。
- (2) 地域医療体制確保加算は、当該患者の入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

診療科目	特別入院基本料等																				備考	
	一般	一般	一般	一般	一般	一般	一般	一般	一般	一般	一般	一般	一般	一般	一般	一般	一般	一般	一般	一般		一般
A200精神科 入院時管理加算	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
A200-2精神科 地域移行実施加算	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
A200-3精神科 身体合併症管理加算	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
A200-4精神科 リエゾンチーム加算	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A231-2施設 入院医療管理加算	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A231-3重症アルコール依存症 入院医療管理加算	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A231-4摂食障害 入院医療管理加算	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A232がん拠点 病院加算	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A233-2養護サポーターチーム加算	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A234医療安全 対策加算	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A234-2感染防止対策加算	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A234-3患者サポート体制充実加算	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A235痛風ハイリスク患者ケア加算	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A235-2ハイリスク看護管理加算	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A237ハイリスク分室管理加算	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A238-6精神科 緊急搬送患者地域連携加算	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
A238-7精神科 緊急搬送患者地域連携安入加算	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
A242呼吸ケアチーム加算	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A243後発薬品使用体制加算	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A244病棟薬剤業務実施加算1	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A244病棟薬剤業務実施加算2	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
A245データ提出加算	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A246入院支援加算1 イ	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A246入院支援加算1 ロ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
A246入院支援加算2 エ	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A246入院支援加算2 ケ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
A246入院支援加算3 コ	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A247認知症ケア加算	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A247-2心室ハイリスク患者ケア加算	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A248精神疾患 診療体制加算	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A249精神科急性期医師配置加算1	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
A249精神科急性期医師配置加算2 イ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
A249精神科急性期医師配置加算2 エ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
A249精神科急性期医師配置加算3	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
A250薬剤総合評価改善加算	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A251構原自立支援加算	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
A252地域医療体制確保加算	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、1日につき100点を所定点数に加算する。

5 当該保険医療機関において、急性薬物中毒の患者に対して救命救急医療が行われた場合には、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 急性薬物中毒加算1（機器分析） 5,000点
- ロ 急性薬物中毒加算2（その他のもの） 380点

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、小児加算として、入院初日に限り5,000点を所定点数に加算する。

7 第1章基本診療料並びに第2章第3節検査、第6節注射、第9節加置及び第13節病理診断のうち次に掲げるものは、救命救急入院料に含まれるものとする。

- イ 入院基本料
- ロ 入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期臨空加算、妊娠婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算（特定機能病院の病棟にあっては、医師事務作業補助体制加算2を除く。）、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、看護ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及びヒに限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ 第2章第3節の各区分の検査（同節第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

二 点滴注射

ホ 中心静脈注射

ヘ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト 留置カテーテル設置

チ 第13節第1節の病理標本作製料

A 3 0 1 特定集中治療室管理料（1日につき）

- 1 特定集中治療室管理料1
 - イ 7日以内の期間 14,211点
 - ロ 8日以上14日以内の期間 12,633点
- 2 特定集中治療室管理料2
 - イ 7日以内の期間 14,211点
 - ロ 8日以上14日以内の期間 12,633点
- 3 特定集中治療室管理料3
 - イ 7日以内の期間 9,697点
 - ロ 8日以上14日以内の期間 8,118点
- 4 特定集中治療室管理料4
 - イ 特定集中治療室管理料
 - (1) 7日以内の期間 9,697点
 - (2) 8日以上14日以内の期間 8,118点
 - ロ 広範囲熱傷特定集中治療室管理料
 - (1) 7日以内の期間 9,697点
 - (2) 8日以上14日以内の期間 8,118点

第3節 特定入院料

区分

A 3 0 0 救命救急入院料（1日につき）

1 救命救急入院料1

- イ 3日以内の期間 10,223点
- ロ 4日以上7日以内の期間 9,250点
- ハ 8日以上14日以内の期間 7,897点

2 救命救急入院料2

- イ 3日以内の期間 11,802点
- ロ 4日以上7日以内の期間 10,686点
- ハ 8日以上14日以内の期間 9,371点

3 救命救急入院料3

- イ 救命救急入院料
 - (1) 3日以内の期間 10,223点
 - (2) 4日以上7日以内の期間 9,250点
 - (3) 8日以上14日以内の期間 7,897点
- ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料
 - (1) 3日以内の期間 10,223点
 - (2) 4日以上7日以内の期間 9,250点
 - (3) 8日以上14日以内の期間 8,318点

4 救命救急入院料4

- イ 救命救急入院料
 - (1) 3日以内の期間 11,802点
 - (2) 4日以上7日以内の期間 10,686点
 - (3) 8日以上14日以内の期間 9,371点
- ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料
 - (1) 3日以内の期間 11,802点
 - (2) 4日以上7日以内の期間 10,686点
 - (3) 8日以上14日以内の期間 9,371点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料3及び救命救急入院料4に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料3又は救命救急入院料4に係る届出を行なった保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

注2 当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行う場合は、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、3,000点を所定点数に加算する。なお、精神疾患診療体制加算は同時に算定できない。

注3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、当該基準に係る区分に従い、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

- イ 救急体制充実加算1 1,500点
- ロ 救急体制充実加算2 1,000点
- ハ 救急体制充実加算3 500点

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分(特定集中治療室管理料2及び4に限る。)に従い、14日(別に厚生労働大臣が定める状態の患者(特定集中治療室管理料2及び4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。))にあつては60日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

- 8.318点
- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつて特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分(特定集中治療室管理料2及び4に限る。)に従い、14日(別に厚生労働大臣が定める状態の患者(特定集中治療室管理料2及び4に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。))にあつては60日)を限度として、それぞれ所定点数を算定する。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

- 7日以内の期間
- 2,000点
- 8日以上14日以内の期間
- 1,500点
- 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

- イ 入院基本料
- ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入院院支援加算、認知症ケア加算、精神疾患診療体制加算、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)
- ハ 第2章第3部の各区分の検査(同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。)

- ニ 点滴注射
- ホ 中心静脈注射
- ヘ 酸素吸入(使用した酸素及び窒素の費用を除く。)
- ト 留置カテーテル設置
- チ 第13部第1節の病理標本作製料

- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要となる治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-1に掲げる喉頭症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H007に掲げる障害児(者)リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。
- 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経路栄養等に必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算する。

- A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料(1日につき)
- 1 ハイケアユニット入院医療管理料1 6,855点
- 2 ハイケアユニット入院医療管理料2 4,224点

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があつてハイケアユニット入院医療管理

- 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。
- イ 入院基本料
- ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、データ提出加算、入院院支援加算、認知症ケア加算、精神疾患診療体制加算、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)
- ハ 第2章第3部の各区分の検査(同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。)

- ニ 点滴注射
- ホ 中心静脈注射
- ヘ 酸素吸入(使用した酸素及び窒素の費用を除く。)
- ト 留置カテーテル設置
- チ 第13部第1節の病理標本作製料

- A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料(1日につき)
- 6,013点
- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、脳梗塞、脳出血及びくも膜下出血の患者に対して、専門の医師等により組織的、計画的に脳卒中ケアユニット入院医療管理が行われた場合に、発症後14日を限度として算定する。
- 2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

- イ 入院基本料
- ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算、入院院支援加算、認知症ケア加算、精神疾患診療体制加算、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)
- ハ 第2章第3部の各区分の検査(同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。)

- ニ 点滴注射
- ホ 中心静脈注射
- ヘ 酸素吸入(使用した酸素及び窒素の費用を除く。)
- ト 留置カテーテル設置
- チ 第13部第1節の病理標本作製料

- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要となる治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、H001-1に掲げる喉頭症候群リハビリテーション料、H002に掲げる運動器リハビリテーション料、H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、H007に掲げる障害児(者)リハビリテーション料及びH007-2に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。
- 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から経路栄養等に必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して7日を限度として400点を所定点数に加算する。

- A301-4 小児特定集中治療室管理料(1日につき)
- 1 7日以内の期間 16,317点
- 2 8日以上の期間 14,211点
- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児(児童福祉法第6条の2第2

項に該当する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者)に
 対し、必要があった小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日(急性血液
 浄化(膜濾過)を除く。)を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形
 成症候群、急性呼吸器症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児に
 あっては21日、体外式心臓補助(ECMO)を必要とする状態の小児にあっては
 35日)を限度として算定する。
 2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13
 部病理診断のうち次に掲げるものは、小児特定集中治療室管理料に含まれるもの
 とする。
 イ 入院基本料
 ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師
 事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対
 策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬
 剤業務実施加算2、テータラ出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。
)、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除
 く。)

ハ 第2章第3部の各区分の検査(同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。
)
 ニ 点滴注射
 ホ 中心静脈注射
 ヘ 酸素吸入(使用した酸素及び室薬の費用を除く。)

ト 留置カテーテル設置
 チ 第13部第1節の病理標本作製料
 4302 新生児特定集中治療室管理料(1日につき)
 1 新生児特定集中治療室管理料1
 2 新生児特定集中治療室管理料2

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等
 に届け出た保険医療機関において、必要があった新生児特定集中治療室管理が行
 われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号A303の2に掲げる新生
 児集中治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医
 療管理料を算定した期間と通算して21日(出生時体重が1,500グラム以上であ
 り、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては
 35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が
 1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日)を限度として、それ
 ぞれ所定点数を算定する。
 2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13
 部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるも
 のとする。
 イ 入院基本料
 ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師
 事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対
 策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬
 剤業務実施加算2、テータラ出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。
)、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)

ハ 第2章第3部の各区分の検査(同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。
)
 ニ 点滴注射
 ホ 中心静脈注射
 ヘ 酸素吸入(使用した酸素及び室薬の費用を除く。)

ト インキュベーター(使用した酸素及び室薬の費用を除く。)
 チ 第13部第1節の病理標本作製料
 A303 総合周産期特定集中治療室管理料(1日につき)
 1 母体・胎児集中治療室管理料
 2 新生児集中治療室管理料

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等
 に届け出た保険医療機関において、必要があった総合周産期特定集中治療室管理
 が行われた場合に、1については妊産婦である患者に対して14日を限度として、
 2については新生児である患者に対して区分番号A302に掲げる新生児特定集中
 治療室管理料及び区分番号A303-2に掲げる新生児治療回復室入院医療管
 理料を算定した期間と通算して21日(出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚
 生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生
 時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日、出生時体重が1,000グラム以
 上1,500グラム未満の新生児にあっては60日)を限度として、それぞれ所定点数
 を算定する。
 2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13
 部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料(下に
 あっては新生児集中治療室管理料)に限り、トにあっては母体・胎児集中治療室管
 理料に限る。)に含まれるものとする。
 イ 入院基本料
 ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産
 婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療
 安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリ
 スク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算2、テータラ出加算、入退院支援加
 算(1のイ及び3に限る。)、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び
 地域医療体制確保加算を除く。)

ハ 第2章第3部の各区分の検査(同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。
)
 ニ 点滴注射
 ホ 中心静脈注射
 ヘ 酸素吸入(使用した酸素及び室薬の費用を除く。)

ト 留置カテーテル設置
 チ インキュベーター(使用した酸素及び室薬の費用を除く。)
 4303-2 新生児治療回復室入院医療管理料(1日につき)
 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等
 に届け出た保険医療機関において、必要があった新生児治療回復室入院医療管
 理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び
 区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算し
 て30日(出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主
 病として入院している新生児にあっては50日、出生時体重が1,000グラム未満の
 新生児にあっては70日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生
 児にあっては90日)を限度として算定する。
 2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13
 部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含ま
 れるものとする。
 イ 入院基本料
 ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師
 事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対

策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬
 剤業務実施加算2、テータラ出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。
)、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)

ハ 第2章第3部の各区分の検査(同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。
)
 ニ 点滴注射
 ホ 中心静脈注射
 ヘ 酸素吸入(使用した酸素及び室薬の費用を除く。)

ト 留置カテーテル設置
 チ インキュベーター(使用した酸素及び室薬の費用を除く。)
 4303-2 新生児治療回復室入院医療管理料(1日につき)
 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等
 に届け出た保険医療機関において、必要があった新生児治療回復室入院医療管
 理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び
 区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算し
 て30日(出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主
 病として入院している新生児にあっては50日、出生時体重が1,000グラム未満の
 新生児にあっては70日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生
 児にあっては90日)を限度として算定する。
 2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13
 部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含ま
 れるものとする。
 イ 入院基本料
 ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師
 事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対

策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬
 剤業務実施加算2、テータラ出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。
)、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)

ハ 第2章第3部の各区分の検査(同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。
)
 ニ 点滴注射
 ホ 中心静脈注射
 ヘ 酸素吸入(使用した酸素及び室薬の費用を除く。)

ト 留置カテーテル設置
 チ インキュベーター(使用した酸素及び室薬の費用を除く。)
 4303-2 新生児治療回復室入院医療管理料(1日につき)
 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等
 に届け出た保険医療機関において、必要があった新生児治療回復室入院医療管
 理が行われた場合に、区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び
 区分番号A303の2に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算し
 て30日(出生時体重が1,500グラム以上で、別に厚生労働大臣が定める疾患を主
 病として入院している新生児にあっては50日、出生時体重が1,000グラム未満の
 新生児にあっては70日、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生
 児にあっては90日)を限度として算定する。
 2 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第6部注射、第9部処置及び第13
 部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含ま
 れるものとする。
 イ 入院基本料
 ロ 入院基本料等加算(臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師
 事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対

策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬
 剤業務実施加算2、テータラ出加算、入退院支援加算(1のイ及び3に限る。
)、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。)

策加算、患者サポート体制充実加算、病室ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入院支援加算（1のイ及び3に限る。）、排泄自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）
ハ 第2章第3節の各区分の検査（同節第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

- 二 点滴注射
- 三 中心静脈注射
- ト 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）
- ト インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）
- チ 第13節第1節の病理標本作製料

A304 削除
A305 一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）

- 1 14日以内の期間 9,371点
- 2 15日以上の期間 8,108点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た労働法第6条第13項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第14項に規定する第一種感染症指定医療機関である保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める感染症患者に対して入院医療管理が行われた場合に算定する。なお、同法第19条及び第20条の規定に係る入院の期間を超えた期間は算定しない。

2 第1章基本診療料並びに第2章第9節処置及び第13節病理診断のうち次に掲げるものは、一類感染症患者入院医療管理料に含まれるものとする。

- イ 入院基本料
- ロ 入院基本料加算（臨牀研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊娠・分娩緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡・ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入院支援加算、入院支援加算（1のイに限る。）、排泄自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）
- ハ 酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）
- ニ 留置カテーテル設置
- ホ 第13節第1節の病理標本作製料

A306 特殊疾患入院医療管理料（1日につき）

注1 重度の障害者（重度の意識障害を含む。）、防ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる障害に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（療養病棟入院基本料、障害施設等入院基本料、特殊疾患入院施設管理加算又は特殊疾患病棟入院料を算定する病棟を有しないものに限る。）に入院している患者について、所定点数を算定する。

2 当該病室に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、1日につき所定点数に600点を加算する。

3 当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる入院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

4 当該病室に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、次に掲げる点数を算定する。

イ 医療区分2の患者に相当するもの

1,909点

ロ 医療区分1の患者に相当するもの

5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（患者）入院診療加算、離島加算、地域加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算、排泄自立支援加算並びに除介薬料・注射薬の取用を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料に含まれるものとする。

A307 小児入院医療管理料（1日につき）

- 1 小児入院医療管理料1 4,750点
- 2 小児入院医療管理料2 4,224点
- 3 小児入院医療管理料3 3,803点
- 4 小児入院医療管理料4 3,171点
- 5 小児入院医療管理料5 2,206点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に依り、当該入院医療管理料に係る算定要件入院医療管理料5を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件入院医療管理料5を算定する病棟（精神科病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号A103に掲げる精神科病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟において小児入院医療管理が行われた場合は、1日につき100点を所定点数に加算する。

3 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、人工呼吸器使用加算として、1日につき600点を所定点数に加算する。

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（小児入院医療管理料3、小児入院医療管理料4又は小児入院医療管理料5を算定している患者に限る。）について、重症児受入体制加算として、1日につき200点を所定点数に加算する。

5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第2節第2節在宅療養指導管理料、第3節薬料、第4節特定保険医療材料、第5節投薬、第6節注射、第10節手術、第11節麻酔、第12節放射線治療及び第13節第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・重症児（者）入院診療加算、地域加算、難病加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡・ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排泄自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

6 診療に係る費用（注2から注4までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第2章第3節在宅療養指導管理料、第3節薬料、第4節特定保険医療材料、第5節投薬、第6節注射、第10節手術、第11節麻酔、第12節放射線治療及び第13節第2節病理診断・判断料の費用並びに第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・重症児（者）入院診療加算、地域加算、難病加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡・ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入院支援加算（1のイ及び3に限る。）、精神疾患診療体制加算、排泄自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、特殊疾患入院医療管理料1及び小児入院医療管理料2に含まれるものとする。

- り、それぞれ算定する。
- 2 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等によって届け出た病棟又は病室を有するものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、地域包括ケア病棟入院料1（特定地域、地域包括ケアア入院医療管理料1（特定地域）、地域包括ケアア病棟入院料2（特定地域）、地域包括ケアア入院医療管理料2（特定地域）、地域包括ケアア病棟入院料3（特定地域）、地域包括ケアア入院医療管理料3（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料4（特定地域）又は地域包括ケアア入院医療管理料4（特定地域）について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、1日につき、それぞれ2,433点、2,443点、2,244点、2,244点、1,984点、1,984点、1,774点又は1,774点（生活療養を受けられる場合）は、それぞれ2,418点、2,418点、2,230点、2,230点、1,970点、1,970点又は1,760点、1,760点と算定することができる。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料（特定地域）又は地域包括ケアア入院医療管理料（特定地域）に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときに、注1に規定する一般病棟入院料基本料の注2に規定する特別入院料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区番号A101に掲げる療養病棟入院料1の入院料1又は療養病棟入院料2の入院料1の例により、それぞれ算定する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員配置加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。
- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護補助者配置加算として、1日につき160点を所定点数に加算する。
- 5 当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転院した患者については、転院又は転院した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援病棟初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算し、当該病棟又は病室に入院している患者のうち、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者について、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援病棟初期加算として、1日につき300点を所定点数に加算する。
- 6 診療に係る費用（注3から注5まで及び注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病棟入院料加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、難病加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体罰実加算、一々提出加算、入院院支援加算（1のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調剤加算並びに排泄自立支援加算、第2章第2部在宅医療、区分番号H0004に掲げる陪食機能療法、区分番号J0381に掲げる人工腎臓、区分番号J0421に掲げる腸胃灌流、区分番号J4001に掲げる特定保険医療材料（区分番号J0381に掲げる人工腎臓又は区分番号J0421に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10節手術、第11節麻酔並びに除外薬剤・注剤薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア入院医療管理料2、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4及び地域包括ケア入院医療管理料4に含まれるものとする。

- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。
- 8 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護職員特定日算算として、次のいずれにも該当する場合、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき55点を所定点数に加算する。
- イ 年6日以内であること。
- ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。
- 9 注1に規定する保険医療機関以外の保険医療機関であって、注1に規定する地域包括ケア病棟入院料の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるものみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者については、地域包括ケア病棟特別入院料として、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

A309 特殊疾患病棟入院料（1日につき）

- 1 特殊疾患病棟入院料1 2,070点
 - 2 特殊疾患病棟入院料2 1,675点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に附する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
- 2 当該病棟に入院している患者が人工呼吸器を使用している場合は、1日につき600点を所定点数に加算する。
- 3 当該患者が、他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号A246に掲げる入院支援加算3を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。
- 4 当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者又は、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

- イ 特殊疾患病棟入院料1の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
- (1) 医療区分3の患者に相当するもの 1,910点
 - (2) 医療区分1の患者に相当するもの 1,745点
- ロ 特殊疾患病棟入院料2の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
- (1) 医療区分1の患者に相当するもの 1,657点
 - (2) 医療区分2の患者に相当するもの 1,491点
- 5 診療に係る費用（注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病棟入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、超重症児（者）入院診療加算、発熱重症加算（者）入院診療加算、地域加算、難病加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体罰実加算、一々提出加算、入院院支援加算（1のロ及び2のロに限る。）、認知症ケア加算並びに排泄自立支援加算並びに除外薬剤・注剤薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。

A310 緩和ケア病棟入院料（1日につき）

- 1 緩和ケア病棟入院料1

- イ 30日以内の期間 5,207点
- ロ 31日以上60日以内の期間 4,654点
- ハ 61日以上1年の期間 3,450点
- 2 緩和ケア病棟入院料2
- イ 30日以内の期間 4,970点
- ロ 31日以上60日以内の期間 4,501点
- ハ 61日以上1年の期間 3,396点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た緩和ケアを行う病棟を有する保険医療機関において、当該区分に係る病棟に入院している緩和ケアを要する患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。ただし、悪性腫瘍の患者及び慢性免疫不全症候群の患者以外の患者が当該病棟に入院した場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

2 当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援機関に限る。）により在居での緩和ケアが行われ、当該別の保険医療機関からあらかじめ文書で情報提供を受けた患者について、病状の急変等に伴い、当該別の保険医療機関からの求めに応じて入院させた場合に、緩和ケア病棟緊急入院初期加算として、入院した日から起算して15日を限度として、1日につき200点を更に所定点数に加算する。

3 診療に係る費用（注2に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、好産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、産科加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染症対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）及び排尿自立支援加算、第2章第2節第2節在宅療養管理指導料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料及び第12節放射線治療、退院指導料）に当該指導管理を行ったことにより算定できる区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、区分番号C109-2に掲げる在宅悪性腫瘍等患者共同指導管理料及び区分番号C109に掲げる在宅がん患者処置指導管理料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、緩和ケア病棟入院料に含まれるものとする。

A311 精神科救急入院料（1日につき）

- 1 精神科救急入院料1
 - イ 30日以内の期間 3,579点
 - ロ 31日以上1年の期間 3,145点
- 2 精神科救急入院料2
 - イ 30日以内の期間 3,372点
 - ロ 31日以上1年の期間 2,938点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該区分に係る精神科救急入院料に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）に於いて、当該基準に係る区分に従い算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神科救急入院料基本料の例により算定する。

2 診療に係る費用（注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、産科加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院施設支援加算、精神科急性併合症管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地

域医療体制確保加算、第2章第1節医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8節精神科専門療法、第10節手術、第11節麻酔及び第12節放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急入院料に含まれるものとする。

3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合には、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して20日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき65点を所定点数に加算する。

精神科急性期治療病棟入院料（1日につき）

- 1 精神科急性期治療病棟入院料1
 - イ 30日以内の期間 1,997点
 - ロ 31日以上1年の期間 1,665点
- 2 精神科急性期治療病棟入院料2
 - イ 30日以内の期間 1,883点
 - ロ 31日以上1年の期間 1,554点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該区分に係る精神科病棟に入院した患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）に於いて、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神科救急入院料基本料の例により算定する。

2 診療に係る費用（注3及び注4に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、好産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、産科加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院施設支援加算、精神科急性併合症管理加算、精神科身体合併症管理加算、重症アロケール併存症加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第2章第1節医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時共同指導料2、第8節精神科専門療法、第10節手術、第11節麻酔及び第12節放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者（区分番号A249に掲げる精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定して

いる患者に限る。)に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。

A 3 1 1 - 3 精神科救急・合併症入院料 (1日につき)

- 1 30日以内の期間 3,579点
- 2 31日以上の期間 3,145点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟等に入院している患者(別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。)にあっては、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神科救急患者地域連携受入入院基本料の例により算定する。

2 診療に係る費用(注3から注5までに規定する加算、第2節に規定する臨床研究修病棟入院診療加算、狂症療養施設入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急・精神科救急搬送患者地域連携受入入院診療加算、精神科救急搬送患者地域連携受入入院診療加算、薬剤総合評価調整加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入入院診療加算、第2章第1節医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時支援指導料2、第8部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。)は、精神科救急、合併症入院料に含まれるものとする。

3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

4 当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者に対して、入院した日から起算して7日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時1回に限り200点を所定点数に加算する。

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、1日(別に厚生労働大臣が定める日を除く。)につき65点を所定点数に加算する。

A 3 1 1 - 4 児童・思春期精神科入院医療管理料 (1日につき)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は治療室に入院している20歳未満の精神疾患を有する患者につき、所定点数を算定する。ただし、当該病棟又は治療室に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号A103に掲げる精神科入院基本料の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。

2 診療に要する費用(第2節に規定する臨床研究修病棟入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算、速度行動障害入院医療管理加算、措置加算入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入入院診療加算及び排尿自立支援加算並びに第2

章第5部投薬、第6部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第2節病理診断・判断料の費用を除く。)は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。

A 3 1 2 精神療養病棟入院料 (1日につき)

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。

2 診療に係る費用(注3から注6までに規定する加算、第2節に規定する臨床研究修病棟入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。)、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる脳用症候群リハビリテーション料、区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号H003-2に掲げるリハビリテーション料)を除く。)は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

3 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

4 別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、当該患者に係る区分加算1につき、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、重症者加算1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者についてのみ加算する。

- イ 重症者加算 1 60点
 - ロ 重症者加算 2 30点
- 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該病棟に入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時1回につき500点を所定点数に加算する。

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、精神保健福祉士配置加算として、1日につき30点を所定点数に加算する。

7 精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、注5に規定する加算、区分番号A230-2に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号I011に掲げる精神科退院指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科除院訪問指導料は、算定しない。

A 3 1 3 削除

A 3 1 4 認知症治療病棟入院料 (1日につき)

- 1 認知症治療病棟入院料 1 1,811点
- イ 30日以内の期間 1,503点
- ロ 31日以上60日以内の期間 1,204点
- ハ 61日以上の期間

- 4 当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一
般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホ一
ム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者について
は、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病棟
初期加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。
- 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届
け出した病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一
般病棟看護必要度評価加算として、1日につき5点を所定点数に加算する。
- 6 当該病棟においては、第2節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合
入院体質加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期集中
加算、妊娠準備急転送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療管理体質加
算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算、難病等特別入院診療加
算、看護補助加算、地域加算、難島加算、療養環境加算、H1V感染者療養環境
加算、看護補助加算、摩起重症児(者)入院診療加算、緩和ケア診療
療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療室管理加算、緩和ケア診
療加算、二重感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児
科急重症入院診療加算、摂食嚥下入院診療管理加算、がん拠点病棟加算
コール依存症入院診療加算、摂食嚥下患者ケア加算、ハイリスク妊婦管理加算、ハ
ト体質充実加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊婦管理加算、ハ
ト体質充実加算、呼吸ケアチーム加算、後発医薬品使用体制加算、テー
タイルシフト加算、入退院支援加算(1のイ、2のイ及び3に限る。)、認知症ケア加算
、セクハラハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、薬剤総合評価調整加
算及び排泄自立支援加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定
できる。
- 7 当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているも
のとして地方厚生局長等に届け出たものに入院する患者に対し、必要があつても
域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、注1から注6までの規定にかかわ
らず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、それぞれ2,482点
、2,245点、1,988点又は1,778点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者
が算定要件に該当しない場合は、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料
の注2に規定する特別入院基本料の例により算定する。
- 8 注7本文の規定により所定点数を算定する場合には、診療に係る費用(
区分番号A308-3に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注3から注5まで及び
注7に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊
急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、難島加算、医療安全考
察加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、データ提出加算、入退
院支援加算(1のイに限る。)、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに
排泄自立支援加算、第2章第2節在宅医療、区分番号H004に掲げる摂食嚥
療法、区分番号J038に掲げる人工腎臓、区分番号J042に掲げる腹膜灌流
、区分番号J400に掲げる特定保険医療材料(区分番号J038)に掲げる人工
腎臓又は区分番号J042に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。)及び除尿剤工
・注射薬の費用を除く。)は、当該所定点数に含まれるものとする。
- 9 注1から注6までの規定にかかわらず、保健医療機関が地方厚生局長等に届け
出した病棟に入院している患者(注7の規定により地方厚生局長等に届け出た病室
に入院する者を除く。)であつて、当該病棟に90日を超えて入院する患者につい
ては、区分番号A101に掲げる療養病棟入院料1の例により算定する。

A318 地域移行機能強化病棟入院料(1日につき) 1,509点
注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等

- 2 認知症治療病棟入院料2 1,318点
イ 30日以内の期間 1,112点
ロ 31日以上60日以内の期間 986点
ハ 61日以上90日以内の期間 986点
注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等
等に届け出した病棟である当該保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院してい
る患者について、当該病棟に係る区分に従ひ、それぞれ算定する。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等
等に届け出した病棟である当該保険医療機関において、当該病棟に6月以上入院している
患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合
は、退院調整加算として、退院時に300点を所定点数に加算する。
- 3 当該病棟が別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保
険医療機関が地方厚生局長等に届け出した病棟である場合には、認知症夜間対応加
算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所
定点数に加算する。
- イ 30日以内の期間 84点
ロ 31日以上90日以内の期間 40点
4 診療に係る費用(注2及び注3に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病
院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算(50対1補助体制加算、75対1補助
体制加算又は100対1補助体制加算に限る。))、地域加算、精神科指
置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科身体合併症管理加算、医
療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、精神科救急搬
送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排泄自
立支援加算、第2章第1節医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科退院時
共同指導料2、第7部リハビリテーションの区分番号H003-2に掲げるリハ
ビリテーション総合評価料(1に限る。)、区分番号H004に掲げる摂食
機能療法、区分番号H007-3に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第
8部難病科専門療法、第9部医局の区分番号J038に掲げる人工腎臓(入院し
た日から起算して60日以内の期間に限る。)、区分番号J400に掲げる特定保
険医療材料(入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号J038
に掲げる人工腎臓に係るものに限る。))並びに除尿剤・注射薬に係る費用を除
く。)は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。
- A315及びA316 刑除
A317 特定一般病棟入院料(1日につき)
1 1,522点
2 特定一般病棟入院料2
注1 医療確保体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保
険医療機関(一般病棟)が1病棟のものに限る。)が、一定地域で必要とされる医
療を当該保険医療機関で確保するための体制につき別に厚生労働大臣が定める施
設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出した病棟に入院している
患者について、当該基準に係る区分に従ひ、それぞれ所定点数を算定する。
- 2 当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき
所定点数に加算する。
- イ 14日以内の期間 450点
ロ 15日以上30日以内の期間 192点
3 当該患者が他の保険医療機関から転院して退院した者であつて、当該他の保険医療
機関において区分番号A246に掲げる入院支援加算3を算定したものである
場合には、重症児(者)受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点
数に加算する。

に届け出た精神病棟を有する病院医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号 A103 に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

2 当該病棟に入院している統合失調症の患者に対して、計画的な医学管理の下に非定型抗精神病薬による治療を行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合には、当該患者が使用した1日当たりの抗精神病薬が2種類以下の場合に限り、非定型抗精神病薬加算として、1日につき15点を所定点数に加算する。

3 別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、重症者加算として、当該患者に係る区分に復し、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。ただし、重症者加算1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者についてのみ加算する。

- イ 重症者加算1 60点
- ロ 重症者加算2 30点
- 4 診療に係る費用（注2及び注3本文に規定する加算、第2節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対1補助体制加算、75対1補助体制加算又は100対1補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院診療支援加算、医療安全対策加算、感染防止対策加算、患者サポート体制充実加算、ナイト提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに病院自立支援加算、第2章第1節医学管理等の区分番号B015に掲げる精神科遠隔時共同指導料2、第8部精神科専門療法（区分番号I011に掲げる精神科遠隔時指導料及び区分番号I011-2に掲げる精神科遠隔時訪問指導料を除く。）並びに除外薬剤・注加算に係る費用を除く。）は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。

第3節 特定入院料

1 特定入院料（特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料を除く。以下この項において同じ。）は、1回の入院について、当該治療室に入院させた連続する期間1回に限り算定できるものであり、1回の入院期間中に、当該特定入院料を算定した後に、入院基本料又は他の特定入院料を算定し、再度同一の特定入院料を算定することはできない。

ただし、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料を算定するものに限る。）、新生児治療回復室入院医療管理料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料については、前段の規定にかかわらず、1回の入院期間中に当該特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児集中治療室管理料を算定するものに限る。）、新生児治療回復室入院医療管理料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定した後に、入院基本料又は他の特定入院料を算定し、再度病状が悪化などして当該特定集中治療室、ハイケアユニット入院医療管理を行う専用の治療室、脳卒中ケアユニット入院医療管理を行う専用の治療室、小児特定集中治療室、新生児特定集中治療室、総合周産期特定集中治療室（新生児集中治療室管理料を算定するものに限る。）、新生児治療回復室入院医療管理料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定する治療室へ入院させた場合には、これを算定できるものとする。

2 特定入院料を算定できる2以上の治療室に患者を入院させた場合において、特定入院料を算定できる日数の限度は、他の特定入院料を算定した日数を控除して計算するものとする。例えば、救命救急入院料を算定した後、ハイケアユニット入院医療管理を行う専用の治療室に入院させた場合においては、21日から救命救急入院料を算定した日数を控除して得た日数を限度として、ハイケアユニット入院医療管理料を算定する。

A300 救命救急入院料

(1) 救命救急入院料の算定対象となる重篤な救急患者とは、次に掲げる状態にあつて、医師が救命救急入院が必要であると認めた者であること。

- ア 意識障害又は昏睡
- イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
- ウ 急性心不全（心筋梗塞を含む。）
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 大手術を必要とする状態
- ケ 救急蘇生後
- コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態

- (2) 広範囲熱傷特定集中治療管理料の算定対象となる患者とは、第2度熱傷30%程度以上の重症広範囲熱傷患者であって、医師が広範囲熱傷特定集中治療が必要であると認めた者であること。なお、熱傷には電撃傷、薬傷及び凍傷が含まれる。
- (3) 救命救急入院料は、救命救急医療に係る入院初期の医療を重点的に評価したものであり、救命救急入院後症状の安定等により他病棟に転棟した患者又は他病棟に入院中の患者が症状の増悪等をきたしたことにより当該救命救急センターに転棟した場合にあつては、救命救急入院料は算定できない。
- (4) 「注2」に掲げる加算については、自殺企図及び自傷又はそれが疑われる行為により医師が救命救急入院が必要であると認めた重篤な患者であつて、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう。）、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害又は精神症状を伴う脳器質性障害等（以下この節において「精神疾患」という。）を有する患者又はその家族等に対して、精神保健福祉法第18条第1項に規定する精神保健指定医（以下この節において「精神保健指定医」という。）又は当該保険医療機関の精神科の常勤医師が、患者又は家族等からの情報を得て、精神疾患に対する診断治療等を行った場合に、救命救急入院料の算定期間中における当該精神保健指定医又は当該精神科の常勤医師の最初の診察時に算定する。この場合の精神保健指定医は当該保険医療機関を主たる勤務先とする精神保健指定医以外の者であっても算定できる。
- (5) 「注5」に掲げる急性薬毒物中毒加算1については、急性薬毒物中毒（催眠鎮静剤、抗不安剤による中毒を除く。）が疑われる患者（以下「急性薬毒物中毒患者」という。）の原因物質について、日本中毒学会が作成する「急性中毒標準診療ガイド」における機器分析法に基づく機器分析を当該保険医療機関において行い、必要な救命救急管理を実施した場合に算定する。
- (6) 「注5」に掲げる急性薬毒物中毒加算2については、急性薬毒物中毒患者の原因物質等について、(5)の機器分析以外の検査を当該保険医療機関において行い、必要な救命救急管理を実施した場合に算定する。
- (7) 「注5」に掲げる急性薬毒物中毒加算1又は2については、入院初日にいずれか一方のみを算定することができる。
- (8) 「注5」に掲げる急性薬毒物中毒加算については、薬毒物中毒を疑って検査を実施した結果、実際には薬毒物中毒ではなかった場合には、算定できない。
- (9) 「注6」に掲げる小児加算については、専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関において、15歳未満の重篤な救急患者に対して救命救急医療が行われた場合に入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (10) 救命救急入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

この際、区分番号「A100」の一般病棟入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A101」療養病棟入院基本料の(13)に準ずるものとする。

また、区分番号「A104」の特定機能病院入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A104」の「注5」に規定する看護必要度加算及び同「注10」に規定するADL維持向上等体制加算は算定できず、同「注8」に規定する加算は、当該病棟にお

いて要件を満たしている場合に算定できる。その他、区分番号「A105」の専門病院入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A105」の「注3」に規定する看護必要度加算、同「注4」に規定する一般病棟看護必要度評価加算及び同「注9」に規定するADL維持向上等体制加算は算定できず、同「注7」に規定する加算は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。

A301 特定集中治療室管理料

(1) 特定集中治療室管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる状態にあつて、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めた者であること。

- ア 意識障害又は昏睡
- イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
- ウ 急性心不全（心筋梗塞を含む。）
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 大手術後
- ケ 救急蘇生後
- コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態

(2) 広範囲熱傷特定集中治療管理料の算定対象となる広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者とは、区分番号「A300」の救命救急入院料の(2)と同様であること。

(3) 「注2」に掲げる小児加算については、専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合に14日を限度として算定する。

(4) 「注4」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算は、特定集中治療室に入室した患者に対し、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチーム（以下「早期離床・リハビリテーションチーム」という。）による以下のような総合的な離床の取組を行った場合の評価である。

ア 早期離床・リハビリテーションチームは、当該患者の状況を把握・評価した上で、当該患者の運動機能、呼吸機能、摂食嚥下機能、消化吸収機能及び排泄機能等の各種機能の維持、改善又は再獲得に向けた具体的な支援方策について、関係学会の指針等に基づき患者が入室する治療室の職員とともに計画を作成する。

イ 当該患者を診療する医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は臨床工学技士等が、早期離床・リハビリテーションチームと連携し、当該患者が特定集中治療室に入室後48時間以内に、当該計画に基づく早期離床の取組を開始する。

ウ 早期離床・リハビリテーションチームは、当該計画に基づき行われた取組を定期的に評価する。

エ アからウまでの取組等の内容及び実施時間について診療録等に記載すること。

(5) 「注5」に掲げる早期栄養介入管理加算は、重症患者の特定集中治療室への入室後、早期（48時間以内）に管理栄養士が特定集中治療室の医師、看護師、薬剤師等と連携し、早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を実施した場合の評価である。

- (6) 「注5」に規定する加算を算定する場合には、日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。また、入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、次の項目を実施すること。なお、アからウは入室後48時間以内に実施すること。

ア 栄養アセスメント

イ 栄養管理に係る早期介入の計画を作成

ウ 腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始

エ 経腸栄養開始後は、1日に3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画の見直すとともに栄養管理を実施

オ 再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等の確認

カ アからオまでの内容を診療録等に記載すること。なお、ウに関しては、入室時刻及び経腸栄養の開始時刻を記載すること

加えて、上記項目を実施する場合、特定集中治療室の医師、看護師、薬剤師等とのカンファレンス及び回診等を実施するとともに、早期離床・リハビリテーションチームが設置されている場合は、適切に連携して栄養管理を実施すること。

- (7) 「注5」に規定する加算の1日当たりの算定患者数は、管理栄養士1名につき、10人以内とする。また、当該加算及び区分番号「A233-2」栄養サポートチーム加算を算定する患者数は、管理栄養士1名につき、合わせて15人以内とする。

- (8) 特定集中治療室管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A300」の救命救急入院料の(10)と同様であること。

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料

- (1) ハイケアユニット入院医療管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる状態に準じる状態にあつて、医師がハイケアユニット入院医療管理が必要であると認めた者であること。

ア 意識障害又は昏睡

イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

ウ 急性心不全（心筋梗塞を含む。）

エ 急性薬物中毒

オ ショック

カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ 広範囲熱傷

ク 大手術後

ケ 救急蘇生後

コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態

- (2) ハイケアユニット入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A300」の救命救急入院料の(10)と同様であること。

A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

- (1) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる疾患であって、医師が脳卒中ケアユニット入院医療管理が必要であると認めた者であること。

ア 脳梗塞
イ 脳出血
ウ くも膜下出血

- (2) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A300」の救命救急入院料の(10)と同様であること。

A301-4 小児特定集中治療室管理料

- (1) 小児特定集中治療室管理料の算定対象となる患者は、15歳未満（児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満）であって、次に掲げる状態にあり、医師が特定集中治療室管理が必要であると認めた者であること。

ア 意識障害又は昏睡
イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
ウ 急性心不全（心筋梗塞を含む。）
エ 急性薬物中毒
オ ショック
カ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
キ 広範囲熱傷
ク 大手術後
ケ 救急蘇生後
コ その他外傷、破傷風等で重篤な状態

なお、小児慢性特定疾病医療支援の対象患者については、当該病棟の対象となる年齢以降を見据えた診療体制の構築や診療計画の策定等に留意すること。

- (2) 小児特定集中治療室管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A300」の救命救急入院料の(10)と同様であること。

A302 新生児特定集中治療室管理料

- (1) 新生児特定集中治療室管理料の算定対象となる新生児は、次に掲げる状態にあつて、医師が新生児特定集中治療室管理が必要であると認めた者であること。

ア 高度の先天奇形
イ 低体温
ウ 重症黄疸
エ 未熟児
オ 意識障害又は昏睡
カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
キ 急性心不全（心筋梗塞を含む。）
ク 急性薬物中毒

- ケ ショック
- コ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- サ 大手術後
- シ 救急蘇生後
- ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態

(2) 新生児特定集中治療室管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A300」の救命救急入院料の(10)と同様であること。

(3) 新生児特定集中治療室管理料を算定する場合は、(1)のAからSまでのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

A303 総合周産期特定集中治療室管理料

(1) 総合周産期特定集中治療室管理料は、出産前後の母体及び胎児並びに新生児の一貫した管理を行うため、都道府県知事が適当であると認めた病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合していると地方厚生（支）局長に届出を行った病院である保険医療機関に限って算定できる。

(2) 「1」の母体・胎児集中治療室管理料の算定対象となる妊産婦は、次に掲げる疾患等のため母体又は胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる妊産婦であって、医師が、常時十分な監視のもとに適時適切な治療を行うために母体・胎児集中治療室管理が必要であると認めたものであること。なお、妊産婦とは、産褥婦を含むものであること。

- ア 合併症妊娠
- イ 妊娠高血圧症候群
- ウ 多胎妊娠
- エ 胎盤位置異常
- オ 切迫流早産
- カ 胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの

(3) 「2」の新生児集中治療室管理料の算定対象となる新生児は、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料の(1)に掲げる状態にあつて、医師が新生児集中治療室管理が必要であると認めたものであること。

(4) 総合周産期特定集中治療室管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A300」の救命救急入院料の(10)と同様であること。

(5) 「1」の母体・胎児集中治療室管理料を算定する場合は、AからSまでのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。「2」の新生児集中治療室管理料を算定する場合は、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料の(1)のAからSまでのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

A303-2 新生児治療回復室入院医療管理料

(1) 新生児治療回復室入院医療管理料は、集中的な医療を必要とする新生児に対して十分な体制を整えた治療室において医療管理を行った場合に算定する。

(2) 新生児治療回復室入院医療管理料の算定対象となる新生児は、次に掲げる状態にあつて、保険医が入院医療管理が必要であると認めた者である。

- ア 高度の先天奇形
- イ 低体温
- ウ 重症黄疸
- エ 未熟児
- オ 意識障害又は昏睡
- カ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
- キ 急性心不全（心筋梗塞を含む。）
- ク 急性薬物中毒
- ケ ショック
- コ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- サ 大手術後
- シ 救急蘇生後
- ス その他外傷、破傷風等で重篤な状態

(3) 新生児治療回復室入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A300」の救命救急入院料の(10)と同様であること。

(4) 新生児治療回復室入院医療管理料を算定する場合は、(2)のアからスまでのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

A305 一類感染症患者入院医療管理料

(1) 一類感染症患者入院医療管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる患者であつて、医師が一類感染症患者入院医療管理が必要と認めた者であること。

- ア 感染症法第6条第9項に規定する新感染症又は同法第6条第2項に規定する一類感染症に罹患している患者
- イ アの感染症の疑似症患者又は無症状病原体保有者

(2) 一類感染症患者入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A300」の救命救急入院料の(10)と同様であること。

A306 特殊疾患入院医療管理料

(1) 特殊疾患入院医療管理料を算定する病室は、主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する病室であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病室への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

(2) 特殊疾患入院医療管理料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、特殊疾患入院医療管理料に含まれ、別に算定できない。

(3) 特殊疾患入院医療管理料を算定している患者に対して、1日5時間を超えて体外式陰圧人工呼吸器を使用した場合は、「注2」の加算を算定できる。

(4) 「注2」に掲げる加算を算定する際に使用した酸素及び窒素の費用は、「酸素及び窒素の

価格」（平成2年厚生省告示第41号）に定めるところによる。

- (5) 「注3」に掲げる重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の保険医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の保険医療機関において入退院支援加算3が算定された患者を、特殊疾患入院医療管理料を算定する病床において受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (6) 「注4」に定める脳卒中を原因とする重度の意識障害によって当該病室に入院するものについては、区分番号「A101」の療養病棟入院基本料における医療区分（1日に2つ以上の区分に該当する場合には、該当するもののうち最も高い点数の区分）に従い、当該患者ごとに各医療区分に相当する所定点数を算定する。その際、当該患者の疾患及び状態の該当する医療区分の項目について、保険医療機関において診療録等に記録する。
- (7) 平成28年3月31日時点で、継続して6か月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者であって、引き続き同病室に入院しているものについては、医療区分3に相当するものとみなす。なお、脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者であって、その疾患及び状態等が医療区分3に規定する疾患及び状態等に相当するものについては、注4によらず、特殊疾患入院医療管理料に規定する所定点数を算定すること。

A307 小児入院医療管理料

- (1) 小児入院医療管理料は、届け出た保険医療機関における入院中の15歳未満の患者（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の患者）を対象とする。ただし、当該患者が他の特定入院料を算定できる場合は、小児入院医療管理料は算定しない。
なお、小児慢性特定疾病医療支援の対象患者については、当該病棟の対象となる年齢以降を見据えた診療体制の構築や診療計画の策定等に留意すること。
- (2) 「注2」に掲げる加算については、当該入院医療管理料を算定する病棟において算定するものであるが、小児入院医療管理料5を算定する医療機関にあっては、院内の当該入院医療管理料を算定する患者の全てについて算定できる。
- (3) 「注3」に掲げる加算を算定する際に使用した酸素及び窒素の費用は、「酸素及び窒素の価格」に定めるところによる。
- (4) 「注4」に規定する重症児受入体制加算は、高度急性期の医療機関から集中治療を経た新生児の受け入れを行う等、重症児の受け入れ機能が高い病棟を評価したものである。
- (5) 小児入院医療管理料を算定している患者に対して、1日5時間を超えて体外式陰圧人工呼吸器を使用した場合は、「注3」の加算を算定できる。
- (6) 小児入院医療管理料1、2、3及び4において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟に入院した場合には、当該医療機関が算定している入院基本料等を算定する。この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A300」の救命救急入院料の（10）と同様であること。
- (7) 小児入院医療管理料5において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、精神病棟入院基本料の15対1入院基本

料を算定する。

- (8) (7)により、区分番号「A103」の精神病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、当該保険医療機関に入院した日を入院初日として、以下のとおりとする。
- ア 区分番号「A103」精神病棟入院基本料の「注4」に規定する重度認知症加算は算定することができない。
 - イ 区分番号「A103」精神病棟入院基本料の「注5」に規定する救急支援精神病棟初期加算は算定することができない。
 - ウ 区分番号「A103」精神病棟入院基本料の「注6」に規定する加算について、当該病棟において各加算の要件を満たしている場合に算定できる。
 - エ 区分番号「A103」精神病棟入院基本料の「注7」に規定する精神保健福祉士配置加算は算定することができない。

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

- (1) 回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADLの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時8割以上入院している病棟をいう。なお、リハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行いリハビリテーション実施計画書を作成する必要がある。
- (2) 医療上特に必要がある場合に限り回復期リハビリテーション病棟から他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。
- (3) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれ、別に算定できない。
- (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、当該病棟が一般病棟である場合は特別入院基本料を、当該病棟が療養病棟である場合は療養病棟入院基本料の入院料Iを算定する。

この場合において、当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料1から4までを算定する病棟である場合は、療養病棟入院料1の入院料Iにより、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を算定する病棟である場合は、療養病棟入院料2の入院料Iにより算定する。

この際、区分番号「A100」の注2に規定する特別入院基本料を算定する場合の費用の請求については、同「注4」に規定する重症児(者)受入連携加算、同「注5」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算、同「注12」に規定するADL維持向上等体制加算は算定できず、同「注10」に規定する加算(特別入院基本料において算定できるものに限る。)は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。また、区分番号「A101」の療養病棟入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A100」一般病棟入院基本料の(9)に準ずるものとする。

- (5) 必要に応じて病棟等における早期歩行、ADLの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が行われることとする。
- (6) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者は、転院してきた場合においても、転院先の保険医療機関で当該入院料を継続して算定できることとする。ただし、その場

合にあつては、当該入院料の算定期間を通算する。なお、診療報酬明細書の摘要欄に転院前の保険医療機関における当該入院料の算定日数を記載すること。

- (7) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下「FIM」という。）の測定を行い、その結果について診療録等に記載すること。なお、区分番号「A246」入退院支援加算の注4に規定する地域連携診療計画加算を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に転院してきた場合には、原則として当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価又はFIMの結果を入院時に測定された日常生活機能評価又はFIMとみなす。
- (8) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該入院料を算定する患者に対し、入棟後2週間以内に入棟時のFIM運動項目の得点について、また退棟（死亡の場合を除く。）に際して退棟時のFIM運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を記載したリハビリテーション実施計画書を作成し、説明すること。なお、患者の求めがあった場合には、作成したリハビリテーション実施計画書を交付すること。
- (9) 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合は、区分番号「H003-2」リハビリテーション総合計画評価料を算定できる。
- (10) 「注2」に掲げる休日リハビリテーション提供体制加算は、患者が入院当初から集中的なリハビリテーションを継続して受けられるよう、休日であっても平日と同様のリハビリテーションの提供が可能な体制をとる保険医療機関を評価したものである。
- (11) 「注3」に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る取扱いについては、以下のとおりとする。

ア 基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有する」場合とは、①及び②を各年度4月、7月、10月及び1月において算出し、①が10名以上かつ②が6単位以上である状態が2回連続した場合をいう。②の算出には、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月●日保医発●第●号）別添4第11の1(8)に示した式において「直近1か月間」とあるものを「直近6か月間」と読み替えた計算式を用いる。

- ① 前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数（ウ及びエの規定により計算対象から除外するものを除く。）
- ② 直近6か月間の回復期リハビリテーションを要する状態の患者（在棟中に死亡した患者、入棟日においてウの①から④までのいずれかに該当した患者及びエの規定によりリハビリテーション実績指数の計算対象から除外した患者を含む。）に対する1日当たりのリハビリテーション提供単位数の平均値

イ 基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」とは、前月までの6か月間に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者（ウ及びエの規定によって計算対象から除外する患者を除く。）につい

て、以下の①の総和を②の総和で除したもの（以下「リハビリテーション実績指数」という。）を各年度4月、7月、10月及び1月において算出し、リハビリテーション実績指数が2回連続して27を下回った場合をいう。

- ① 退棟時のF I M運動項目の得点から、入棟時のF I M運動項目の得点を控除したものの。
- ② 各患者の入棟から退棟までの日数を、「注1」に規定する厚生労働大臣が定める日数の上限のうち当該患者の入棟時の状態に応じたもので除したもの

[計算例]

- ① 前月までの6か月間に50人退棟し、入棟時にF I M運動項目が50点、退棟時に80点だったものが30人、入棟時にF I M運動項目が40点、退棟時に65点だったものが20人とする、 $(80-50) \times 30 + (65-40) \times 20 = 1,400$
 - ② 前月までの6か月間に50人退棟し、そのうち30人が大腿骨折手術後（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が90日）で実際には72日で退棟、残り20人が脳卒中（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が150日）で実際には135日で退棟したとすると、 $(72/90) \times 30 + (135/150) \times 20 = 42$
- 従って、この例ではリハビリテーション実績指数は①/②=33.3となる。

ウ 在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者はリハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数（入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の100分の30を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。

- ① F I M運動項目の得点が20点以下のもの
- ② F I M運動項目の得点が76点以上のもの
- ③ F I M認知項目の得点が24点以下のもの
- ④ 年齢が80歳以上のもの

エ 前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。）の数に対する高次脳機能障害の患者（基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当し、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定開始日から起算して180日まで算定できるものに限る。）の数の割合が4割以上である保険医療機関においては、当該月に入棟した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション実績指数の算出から全て除外することができる。除外する場合、ウについては、「当該月の入棟患者数（入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の100分の30」を、「当該月の入棟患者数（入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の100分の30」と読み替えるものとする。

オ ウ及びエの除外の判断に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、リハビリテーション実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。

カ 在棟中にF I M運動項目の得点が1週間で10点以上低下したのものについては、リハビ

リハビリテーション実績指数の算出においては、当該低下の直前の時点をもって退棟したものとみなすことができる。

キ ア及びイによって算出した実績等から、「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有するとともに、効果に係る相当程度の実績が認められない場合」に該当した場合、当該月以降、1日につき6単位を超える疾患別リハビリテーション料（脳血管疾患等の患者であって発症後60日以内のものに対して行ったものを除く。）は回復期リハビリテーション病棟入院料に包括される。なお、その後、別の月（4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。）において、アの①が10名未満、アの②が6単位未満、又はイのリハビリテーション実績指数が27以上となった場合、当該月以降、再び1日につき6単位を超える疾患別リハビリテーション料を出来高により算定することができる。

ク 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する保険医療機関は、各年度4月、7月、10月及び1月においてア及びイで算出した内容等について、毎年7月に別紙様式45を用いて地方厚生（支）局長に報告する。また、各年度4月、7月、10月及び1月において「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有するとともに、効果に係る相当程度の実績が認められない場合」に該当した場合及びキの規定によりその後、別の月（4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。）にア及びイの算出を行った場合には、その都度同様に報告する。

(12) 「注4」に規定する体制強化加算1及び2は、患者の早期機能回復及び早期退院を促進するために、専従の医師及び専従の社会福祉士の配置を評価したものである。

(13) 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するに当たっては、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うこと。

ア 当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うこと。なお、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目については、必ず記載すること。

イ 当該入院料を算定する全ての患者について、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び栄養管理に係る計画の見直しを共同して行うこと。

ウ 当該入院料を算定する患者のうち、栄養障害の状態にあるもの又は栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれるものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、栄養状態に関する再評価を週1回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図ること。

(14) 回復期リハビリテーション病棟入院料2から6を算定するに当たっては、専任の常勤管理栄養士を配置し、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うことが望ましい。

ア 当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うとともに、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目に記載すること。

イ 当該入院料を算定する全ての患者について、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療

従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び計画の見直しを共同して行うこと。

ウ 当該入院料を算定する患者のうち、栄養障害の状態にあるもの又は栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれるものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、栄養状態に関する再評価を週1回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図ること。

- (15) 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している患者については、区分番号「B001」の「10」入院栄養食事指導料を別に算定できる。

A308-3 地域包括ケア病棟入院料

- (1) 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料（以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）を算定する病棟又は病室は、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担うものである。
- (2) リハビリテーションに係る費用（区分番号「H004」摂食機能療法を除く。）及び薬剤料（基本診療料の施設基準等別表第五の一の三に掲げる薬剤及び注射薬に係る薬剤料を除く。）等は、地域包括ケア病棟入院料等に含まれ、別に算定できない。
- (3) 地域包括ケア病棟入院料等を算定する患者が当該病室に入院してから7日以内（当該病室に直接入院した患者を含む。）に、医師、看護師、在宅復帰支援を担当する者、その他必要に応じ関係職種が共同して新たに診療計画（退院に向けた指導・計画等を含む。）を作成し、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添6の別紙2を参考として、文書により病状、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、患者に対して説明を行い、交付するとともに、その写しを診療録等に添付するものとする。（ただし、同一保険医療機関の他の病室から地域包括ケア病棟入院料等を算定する病室へ移動した場合、すでに交付されている入院診療計画書に記載した診療計画に変更がなければ別紙様式7を参考に在宅復帰支援に係る文書のみを交付するとともに、その写しを診療録等に添付することでも可とする。）
- (4) 地域包括ケア病棟入院料等を算定した患者が退室した場合、退室した先について診療録に記載すること。
- (5) 「注2」に規定する地域の保険医療機関であって、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添2「入院基本料等の施設基準等」第5の6の規定により看護配置の異なる病棟毎に一般病棟入院基本料を算定しているものについては、各病棟の施設基準に応じて、「注1」に規定する点数又は「注2」に規定する点数を算定する。
- (6) 「注3」及び「注4」に規定する看護職員配置加算及び看護補助者配置加算は、看護職員及び看護補助者の配置について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た病棟又は病室において算定する。
- (7) 「注4」に規定する看護補助者配置加算を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「A101」療養病棟入院基本料の(16)の例による。
- (8) 「注5」に規定する急性期患者支援病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者支援病床初期加算は介護老人保健施設等の入居者等の状態が軽度悪化した際に入院医

療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療及び在宅での療養を支えることを目的として、地域包括ケア病棟入院料等を届け出た病棟又は病室が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して14日を限度に算定できる。当該加算を算定するに当たっては、入院前の患者の居場所（転院の場合は入院前の医療機関名）、自院の入院歴の有無、入院までの経過等を診療録に記載すること。

ア 急性期患者支援病床初期加算については、急性期医療を担う病院に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を速やかに当該病棟又は病室が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料又は小児入院医療管理料を算定する病棟であること。

イ 在宅患者支援病床初期加算については、介護老人保健施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、当該病棟又は病室が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護老人保健施設等における療養の継続を後方支援する。なお、当該加算を算定する病棟又は病室を有する病院に介護老人保健施設等が併設されている場合は、当該併設介護老人保健施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。

- (9) 「注7」に規定する看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、当該基準を満たしていても、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、「基本診療料の施設基準等」の第九の十一の二の(1)のイに定める夜間の看護職員の最小必要数を超えた看護職員3人以上でなければ算定できない。
- (10) 診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が同一保険医療機関内の地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟した場合については、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室した場合については、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅲまでの間、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定する。なお、入院日Ⅱ又はⅢを超えた日以降は、医科点数表に従って当該入院料又は管理料を算定することとするが、その算定期間は診療報酬の算定方法にかかわらず、当該病棟又は病室に最初に入棟又は入室した日から起算して60日間とする。
- (11) 地域包括ケア病棟入院料等に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟等に入院した場合には、当該病棟が一般病棟等である場合は特別入院基本料を、当該病棟が療養病棟等である場合は療養病棟入院基本料の入院料Ⅰを算定する。その際、地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア入院医療管理料1、地域包括ケア病棟入院料2又は地域包括ケア入院医療管理料2の場合は療養病棟入院料1のⅠを、地域包括ケア病棟入院料3、地域包括ケア入院医療管理料3、地域包括ケア病棟入院料4又は地域包括ケア入院医療管理料4の場合は療養病棟

入院料2のIを算定する。この際、区分番号「A100」の注2に規定する特別入院基本料又は区分番号「A101」療養病棟入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「A308」の回復期リハビリテーション病棟の(4)と同様であること。

A309 特殊疾患病棟入院料

- (1) 特殊疾患病棟は、主として長期にわたり療養が必要な重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者(病因が脳卒中の後遺症の患者を含む。)、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者が入院する病棟であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。
- (2) 特殊疾患病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、特殊疾患病棟入院料に含まれ、別に算定できない。
- (3) 特殊疾患病棟入院料を算定している患者に対して、1日5時間を超えて体外式陰圧人工呼吸器を使用した場合は、「注2」の加算を算定できる。
- (4) 「注2」に掲げる加算を算定する際に使用した酸素及び窒素の費用は、「酸素及び窒素の価格」に定めるところによる。
- (5) 「注3」に掲げる重症児(者)受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の保険医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の保険医療機関において入退院支援加算3が算定された患者を、特殊疾患病棟入院料を算定する病床において受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。
- (6) 「注4」に定める脳卒中を原因とする重度の意識障害によって当該病棟に入院するものについては、区分番号「A101」療養病棟入院基本料における医療区分(1日に2つ以上の区分に該当する場合には、該当するものうち最も高い点数の区分)に従い、当該患者ごとに各医療区分に相当する所定点数を算定する。その際、当該患者の疾患及び状態の該当する医療区分の項目について、保険医療機関において診療録等に記録する。
- (7) 平成28年3月31日時点で、継続して6か月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患病棟入院料を算定する病棟に入院している患者であって、引き続き同病棟に入院しているものについては、医療区分3に相当するものとみなす。なお、脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患病棟入院料を算定する病棟に入院している患者であって、その疾患及び状態等が医療区分3に規定する疾患及び状態等に相当するものについては、注4によらず、特殊疾患病棟入院料に規定する所定点数を算定すること。

A310 緩和ケア病棟入院料

- (1) 緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。
- (2) 緩和ケア病棟入院料を算定する日に使用するものとされた薬剤に係る薬剤料は緩和ケア病棟入院料に含まれるが、退院日に退院後に使用するものとされた薬剤料は別に算定できる。
- (3) 悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合

には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。この際、同特別入院基本料の費用の請求については、区分番号「A308」の回復期リハビリテーション病棟入院料の(4)と同様であること。

- (4) 緩和ケア病棟における悪性腫瘍患者のケアに関しては、「がん疼痛薬物療法ガイドライン」(日本緩和医療学会)、「新版 がん緩和ケアガイドブック」(日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班)等の緩和ケアに関するガイドラインを参考とする。
- (5) 注2に規定する加算は、当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)(以下本項において「連携保険医療機関」という。)から在宅緩和ケアを受ける患者の病状が急変し、症状緩和のために一時的に入院治療を要する場合の緩和ケア病棟への受入れを通じ、在宅での緩和ケアを後方支援することを評価するものである。

当該保険医療機関と連携保険医療機関の間では、過去1年以内に、緩和ケアを受ける患者の紹介、緩和ケアに係る研修又は共同でのカンファレンスの実施等の際に、医師その他の職員が面会した実績が記録されている必要がある。

また、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。

A311 精神科救急入院料

- (1) 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア若しくはイに該当する患者(以下この項において「新規患者」という。)又はウに該当する患者であること。

ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者

イ ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関(当該病棟を有する保険医療機関を含む。)の精神病棟に入院(心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号に規定する同法による入院(医療観察法入院)を除く。)したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者(当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め2日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。)

ウ ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟(精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。)から当該病棟に転棟した患者

- (2) 当該入院料は、入院日から起算して3月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から3月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が3月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。

- (3) (1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。

ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止した場合は、投与中止日から2週間ま

- で当該入院料を算定できる
- イ 患者事由により、投与を中止した場合は、投与中止日まで当該入院料を算定できる。
- (4) 精神科救急入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、精神科救急入院料に含まれ、別に算定できない。
- (5) 精神科救急入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神科病棟入院基本料の15対1入院基本料を算定する。
- (6) (5)により、区分番号「A103」の精神科病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、区分番号「A307」の小児入院医療管理料の(8)と同様であること。
- (7) 当該入院料の算定対象となる患者は以下の障害を有する者に限る。
- ア 症状性を含む器質性精神障害（精神疾患を有する状態に限り、単なる認知症の症状を除く。）
- イ 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（アルコール依存症にあつては、単なる酩酊状態であるものを除く。）
- ウ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
- エ 気分（感情）障害
- オ 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危険を伴う状態に限る。）
- カ 成人の人格及び行動の障害（精神疾患を有する状態に限る。）
- キ 知的障害（精神疾患を有する状態に限る。）
- (8) 「注3」に規定する非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類については、別紙36を参考にすること。ただし、クロザピンはこれに含めない。
- (9) 「注3」に規定する加算は、非定型抗精神病薬を投与している統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- (10) 「注3」に規定する加算を算定する場合には、1月に1度、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載し、投与している薬剤名を診療報酬明細書に記載する。
- (11) 「注4」に規定する加算は、統合失調症、統合失調型障害若しくは妄想性障害又は気分（感情）障害の患者に対して、入院日から起算して7日以内に、医師、看護師、精神保健福祉士等の関係職種が共同して、別紙様式37又は別紙様式37の2若しくはこれに準じた様式を用いて院内標準診療計画書を策定し、患者又は家族等に対して説明の上、当該計画に基づき患者が60日以内に退院した場合に、退院時1回に限り算定する。ただし、死亡又は他の医療機関への転院による退院については、算定しない。なお、ここでいう退院時とは、第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される最後の退院時において1回に限り算定できる。
- (12) 患者の病態により当初作成した院内標準診療計画書に変更等が必要な場合には、新たな院内標準診療計画書を作成し、説明を行う必要がある。
- (13) 院内標準診療計画は、第2部通則7に定める入院診療計画とは別に作成すること。
- (14) 「注5」に規定する看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであり、当該病棟における看護にあたり以下の隔離及び身体的拘束その他の行動制限を最小

化する取組を実施した上で算定する。

ア 入院患者に対し、日頃より行動制限を必要としない状態となるよう環境を整える。

イ やむを得ず行動制限を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見いだされるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、可及的速やかに解除するよう努める。

ウ 行動制限を実施するに当たっては、以下の対応を行う。

- (イ) 実施の必要性等のアセスメント
- (ロ) 患者家族への説明と同意
- (ハ) 行動制限の具体的行為や実施時間等の記録
- (ニ) 二次的な身体障害の予防
- (ホ) 行動制限の解除に向けた検討

エ 行動制限を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも1日に1度は行う。なお、行動制限を実施することを避けるために、イ及びウの対応をとらず家族等に対し付添いを強要することがあってはならない。

- (15) 「注5」に規定する看護職員夜間配置加算を算定する病院は、行動制限を最小化するための委員会において、入院医療について定期的（少なくとも月1回）な評価を行う。
- (16) 「注5」に規定する看護職員夜間配置加算は、当該患者が入院した日から起算して30日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第2部入院料等の通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。
- (17) 「注5」に規定する看護職員夜間配置加算を算定する各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、「基本診療料の施設基準等」の第九の十四の(1)のへに定める夜間の看護師の最小必要数を超えた看護職員3人以上でなければ算定できない。

A311-2 精神科急性期治療病棟入院料

(1) 精神科急性期治療病棟入院料の算定対象となる患者は、次に掲げる患者である。

ア 入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該保険医療機関への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め2日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）（以下この項において「新規患者」という。）

イ 他の病棟から当該病棟に移動した入院患者又は当該病棟に入院中の患者であって当該入院料を算定していない患者のうち、意識障害、昏迷状態等の急性増悪のため当該病院の精神保健指定医が当該病棟における集中的な治療の必要性を認めた患者（以下この項において「転棟患者等」という。）

ウ ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。）から当該病棟に転棟した患者

- (2) 新規患者については入院日から起算して3月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から3月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が3月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。
- (3) 転棟患者等については、1年に1回に限り、1月を限度として算定する。1年とは暦年を

いい、同一暦年において当該入院料の算定開始日が2回にはならない。なお、転棟患者等が当該入院料を算定する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

- (4) (1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合には、以下の取扱いとする。
- ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止した場合は、投与中止日から2週間まで当該入院料を算定できる。
- イ 患者事由により、投与を中止した場合は、投与中止日まで当該入院料を算定できる。
- (5) 精神科急性期治療病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれ、別に算定できない。
- (6) 精神科急性期治療病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神科病棟入院基本料の15対1入院基本料を算定する。
- (7) (6)により、区分番号「A103」の精神科病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、区分番号「A307」の小児入院医療管理料の(8)と同様であること。
- (8) 当該入院料の算定対象となる患者は、区分番号「A311」精神科救急入院料の(7)の例による。
- (9) 「注3」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「A311」精神科救急入院料の(8)から(10)までの例による。
- (10) 「注4」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「A311」精神科救急入院料の(11)から(13)までの例による。ただし、算定対象となる患者は、統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害又は気分(感情)障害の患者のうち、区分番号「A249」精神科急性期医師配置加算を算定するものに限る。

A311-3 精神科救急・合併症入院料

- (1) 精神科救急・合併症入院料の算定対象となる患者は、次のアからウいずれかに該当する患者(以下この項において「新規患者」という。)又はエに該当する患者であること。
- ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者
- イ ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関(当該病棟を有する保険医療機関を含む。)の精神科病棟(精神病床のみを有する保険医療機関の精神科病棟を除く。)に入院(心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号に規定する同法による入院(医療観察法入院)を除く。)したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者(当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め2日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。)
- ウ イの規定にかかわらず、精神科救急・合併症入院料を算定した後に、身体合併症の病状が悪化等して、当該医療機関において特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料(母体・胎児集中治療室管理料を算定するものに限る。)を算定し、再度精神科救急・合併症入院料を算定する病棟へ入院した患者

エ ア〜ウにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。）から当該病棟に転棟した患者

- (2) 当該入院料は、入院日から起算して3月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から3月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が3月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。
- (3) (1)のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して3月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。
 - ア クロザピンの副作用等の事由により、投与を中止した場合は、投与中止日から2週間まで当該入院料を算定できる。
 - イ 患者事由により、投与を中止した場合は、投与中止日まで当該入院料を算定できる。
- (4) 精神科救急・合併症入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、精神科救急・合併症入院料に含まれ、別に算定できない。
- (5) 精神科救急・合併症入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神科病棟入院基本料の15対1入院基本料を算定する。
- (6) (5)により、区分番号「A103」の精神科病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、区分番号「A307」の小児入院医療管理料の(8)と同様であること。
- (7) 当該入院料の算定対象となる患者は、区分番号「A311」精神科救急入院料の(7)の例による。
- (8) 「注3」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「A311」精神科救急入院料の(8)から(10)までの例による。
- (9) 「注4」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「A311」精神科救急入院料の(11)から(13)までの例による。
- (10) 「注5」に規定する看護職員夜間配置加算の算定に当たっては、区分番号「A311」精神科救急入院料の(14)から(16)までの例による。
- (11) 「注5」に規定する看護職員夜間配置加算を算定する各病棟における夜勤を行う看護職員の数、「基本診療料の施設基準等」の第九の十五の二の(1)のトに定める夜間の看護師の最小必要数を超えた看護職員3人以上でなければ算定できない。

A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料

- (1) 児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟又は治療室は、児童及び思春期の精神疾患患者に対して、家庭及び学校関係者等との連携も含めた体制の下に、医師、看護師、精神保健福祉士及び公認心理師等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供される病棟又は治療室である。
- (2) 当該入院料の対象は、20歳未満の精神疾患を有する患者（精神作用物質使用による精神及び行動の障害の患者並びに知的障害の患者を除く。）である。
- (3) 当該入院料を算定する場合には、医師は看護師、精神保健福祉士及び公認心理師等と協力し、保護者等と協議の上、別紙様式4又は別紙様式4の2若しくはこれに準ずる様式を用い

て、詳細な診療計画を作成する。また、作成した診療計画を保護者等に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付する。なお、これにより入院診療計画の基準を満たしたものとされる。

- (4) 当該入院料を算定する場合には、保護者、学校関係者等に対して面接相談等適切な指導を適宜行う。
- (5) 児童・思春期精神科入院医療管理に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟又は治療室に入院した場合には、精神病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。
- (6) (5)により、区分番号「A103」の精神病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、区分番号「A307」の小児入院医療管理料の(8)と同様であること。
- (7) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

A312 精神療養病棟入院料

- (1) 精神療養病棟は、主として長期にわたり療養が必要な精神障害患者が入院する病棟として認められたものであり、医療上特に必要がある場合に限り他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。
- (2) 精神療養病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、精神療養病棟入院料に含まれ、別に算定できない。
- (3) 当該病棟の入院患者に対して退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という）は、以下アからウまでの全ての業務を行う。

ア 退院に向けた相談支援業務

(イ) 当該患者及びその家族等からの相談に応じ、退院に向けた意欲の喚起等に努めること。相談を行った場合には、当該相談内容について看護記録等に記録をすること。

(ロ) 退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医の指導を受けるとともに、その他当該患者の治療に関わる者との連携を図ること。

イ 退院支援委員会に関する業務

退院支援相談員は、担当する患者について退院に向けた支援を推進するための委員会（以下「退院支援委員会」という）を、当該患者1人につき月1回以上行うこと。なお、医療保護入院の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（昭和25年厚生省令第31号）第15条の6に基づき行われる医療保護入院者退院支援委員会の開催をもって、退院支援委員会の開催とみなすことができること。

ウ 退院調整に関する業務

患者の退院に向け、居住の場の確保等の退院後の環境にかかる調整を行うとともに、必要に応じて相談支援事業所等と連携する等、円滑な地域生活への移行を図ること。

- (4) 退院支援委員会の出席者は、以下のとおりとすること。

ア 当該患者の主治医

イ 看護職員（当該患者を担当する看護職員が出席することが望ましい）

ウ 当該患者について指定された退院支援相談員

エ アからウまで以外の病院の管理者が出席を求める当該病院職員

- オ 当該患者
- カ 当該患者の家族等
- キ 相談支援事業所等の当該精神障害者の退院後の生活環境に関わる者

なお、オ及びカについては、必要に応じて出席すること。また、キの出席については、当該患者の同意を得ること。

- (5) 退院支援委員会の開催に当たっては、別紙様式 38 又はこれに準じた様式を用いて会議の記録を作成し、その写しを診療録等に添付すること。なお、医療保護入院の者について、医療保護入院者退院支援委員会の開催をもって、退院支援委員会の開催とみなす場合については、「医療保護入院者の退院促進に関する措置について(平成 26 年 1 月 24 日障発 0124 第 2 号)」に規定する医療保護入院者退院支援委員会の審議記録の写しを代わりに診療録等に添付する必要があること。
- (6) 「注 3」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「A 3 1 1」精神科救急入院料の(8)から(10)までの例による。
- (7) 「注 4」の重症者加算 1 は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た病院である保険医療機関であって、算定する日において G A F 尺度による判定が 30 以下の患者である場合に算定する。
- (8) 「注 4」の重症者加算 2 は、算定する日において G A F 尺度による判定が 40 以下の患者である場合に算定する。
- (9) 「注 5」の退院調整加算の届出を行っている保険医療機関においては、別紙様式 6 を参考として看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師等の関係職種が連携して退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行う。
- (10) 「注 6」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「A 1 0 3」精神病棟入院基本料の(7)の例による。
- (11) 平成 31 年 4 月 1 日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。
 - ア 平成 31 年 3 月 31 日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
 - イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

A 3 1 4 認知症治療病棟入院料

- (1) 認知症治療病棟入院料は、精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者を対象とした急性期に重点をおいた集中的な認知症治療病棟入院医療を行うため、その体制等が整備されているものとして、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関の精神病棟に入院している患者について算定する。なお、精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者とは、ADLにかかわらず認知症に伴って幻覚、妄想、夜間せん妄、徘徊、弄便、異食等の症状が著しく、その看護が著しく困難な患者をいう。
- (2) 認知症治療病棟入院医療を行う病棟は重度認知症患者を入院させる施設として特に認められたものであり、他の病棟への移動は医療上特に必要がある場合に限るものとし、単に検査のために短期間他の病棟に転棟すること等は認められない。

なお、必要があつて他の病棟へ移動した場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書に詳細に記載すること。
- (3) 認知症治療病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、認知症

治療病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

- (4) 生活機能回復のための訓練及び指導の内容の要点及び実施に要した時間については、診療録等に記載すること。
- (5) 「注2」の退院調整加算の届出を行っている保険医療機関においては、別紙様式6を参考として看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師等の関係職種が連携して退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行う。
- (6) 「注3」の認知症夜間対応加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとしての届け出た保険医療機関において、当該病棟に夜勤を行う看護要員が3人以上の場合に算定できる。
- (7) 「注3」の認知症夜間対応加算を算定する病棟は、行動制限を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「A311」精神科救急入院料の(14)及び(15)の例による。なお、当該加算に係る入院期間の起算日は、第2部入院料等の通則5に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。
- (8) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。
 - ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
 - イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

A317 特定一般病棟入院料

- (1) 特定一般病棟は、医療提供体制の確保の状況に鑑み、自己完結した医療を提供しているが、医療資源の少ない地域に所在する一般病棟が1病棟から成る保険医療機関の一般病棟であり、当該病棟に入院した患者について算定する。
- (2) 「注2」の加算に係る入院期間の起算日は、第2部通則5に規定する起算日とする。
- (3) 「注5」に規定する一般病棟看護必要度評価加算は、特定一般病棟入院料を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院しており、看護必要度の測定が行われた患者について算定すること。
- (4) 特定一般病棟入院料を算定する病棟については、「注6」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。
- (5) 「注7」に規定する点数については、地域包括ケア入院医療管理を行うものとして地方厚生(支)局長に届け出た病室において、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等の地域包括ケアシステムを支える医療を提供した場合に、特定一般病棟入院料(地域包括ケア1)として2,432点、特定一般病棟入院料(地域包括ケア2)として2,243点、特定一般病棟入院料(地域包括ケア3)として1,983点又は特定一般病棟入院料(地域包括ケア4)として1,773点を算定する。

A318 地域移行機能強化病棟入院料

- (1) 地域移行機能強化病棟は、当該保険医療機関に1年以上入院している患者又は当該保険医療機関での入院が1年以上に及ぶ可能性がある患者に対し、退院後に地域で安定的に日常生活を送るための訓練や支援を集中的に実施し、地域生活への移行を図る病棟であること。
- (2) 地域移行機能強化病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれ、別に算定できない。
- (3) 当該病棟の入院患者には、主治医を含む多職種が共同して、以下の支援を行うこと。この

うち、アからオまでについては、入院患者全員に行う必要があること。個々の患者に応じた具体的支援の内容については退院支援委員会で議論し、退院支援計画に記載すること。これらの支援については、必要に応じ、退院後の居住先や日中の活動場所を訪問して行う必要があること。

ア 保健所、指定特定相談支援事業所・指定一般相談支援事業所の職員、障害福祉サービス事業者の職員、ピアサポーター等との定期的な交流機会を通じた退院意欲の喚起

イ 家事能力や服薬管理等、日常生活に必要な能力を習得する訓練や外出等、地域生活を念頭に置いた実際的なプログラムの実施

ウ 退院後の医療の確保に関すること

(イ) 通院医療機関の確保

(ロ) 訪問診療及び訪問看護の必要性の検討（必要な場合には、対応可能な医療機関や訪問看護ステーションも確保）

(ハ) 薬物療法のアドヒアランスの確認と安定に向けた介入

エ 居住先に関すること

(イ) 居住の場の検討と居住先（自宅を含む。）の確保

(ロ) 居住先等での試験外泊や訓練の実施

オ 退院後の生活に関すること

(イ) 障害福祉サービスや介護保険サービス等の利用の必要性の検討

(ロ) 後見人、補佐人又は補助人の必要性の検討

(ハ) 退院後の相談支援に応じる者の検討と確保（指定一般相談支援事業者、指定特定相談支援事業者、市町村の精神保健相談員又は市町村の保健師等）

(ニ) 症状の悪化時等、トラブル時の対処方法や連絡先の一覧の作成（作成した一覧の写しを診療録に添付するとともに、患者及び家族等患者の日常生活を支援する者に交付すること）

カ その他

(イ) 市区町村役所での諸手続や居住先で必要な日用品購入等への同行

(ロ) 適切な日中の活動場所の検討

(ハ) 活動場所への移動手段に応じた訓練

(4) 主治医は、当該病棟入院時に、患者と面談し、当該病棟で行われる訓練や治療の内容や目的等について説明すること。併せて退院時にも、精神症状や日常生活能力の評価及び改善の可能性、退院後の治療継続の必要性について、患者に説明すること。

(5) 当該病棟の入院患者に対して退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下本項において「退院支援相談員」という。）は、以下アからエまでの全ての業務を行う。

ア 退院に向けた意欲の喚起及び個別相談支援業務

(イ) 月1回以上、当該患者と面談し、本人の意向や退院後の生活に関する疑問等を聴取し、退院に向けた意欲の喚起に努めること。

(ロ) (イ)とは別に、当該患者及びその家族等の求めに応じ、随時退院に向けた相談に応じる機会を設けること。

(ハ) (イ)及び(ロ)で患者から聴取した内容や、助言・指導の要点を看護記録等に記録すること。

(二) 退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医、当該患者の治療に関わる者及び相談支援事業者又は居宅介護支援事業者等の当該精神障害者の退院後の生活環境の調整に関わる者との連携を図ること。

イ 退院支援委員会に関する業務

退院支援相談員は、担当する患者について退院に向けた支援を推進するための委員会（以下「退院支援委員会」という。）を、当該患者1人につき月1回以上開催し、退院支援計画の進捗状況について検証すること。また、退院支援委員会の議事の要点を診療録等に記載すること。

なお、医療保護入院の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（昭和25年厚生省令第31号）第15条の6に基づき行われる医療保護入院者退院支援委員会の開催をもって、退院支援委員会の開催とみなすことができること。この際、「医療保護入院者の退院促進に関する措置について（平成26年1月24日障発0124第2号）」に規定する医療保護入院者退院支援委員会の審議記録の写しを診療録等に添付する必要があること。

ウ 退院調整に関する業務

患者の退院に向け、居住の場の確保等の退院後の環境に係る調整を行うとともに、必要に応じて相談支援事業所等と連携する等、円滑な地域生活への移行を図ること。

エ 退院支援計画の作成及び患者等への説明

担当する患者について、当該患者の意向や退院支援委員会での議事等を踏まえ、具体的な支援の内容とスケジュールを明記した退院支援計画を作成すること。退院支援計画の作成に当たっては、別紙様式6の3又はこれに準ずる様式を用いて作成し、作成した退院支援計画の内容を患者又はその家族等に文書で説明すること。退院支援計画は、退院支援委員会の議事等を踏まえ、少なくとも月に1回以上変更の必要性を検討するとともに、変更が必要な場合には変更点を患者又はその家族等に文書で説明すること。説明に用いた文書及び退院支援計画の写しを診療録に添付すること。

(6) 退院支援委員会の出席者は、以下のとおりとすること。

ア 当該患者の主治医

イ 看護職員（当該患者を担当する看護職員が出席することが望ましい）

ウ 当該患者について指定された退院支援相談員

エ アからウまで以外の病院の管理者が出席を求める当該病院職員

オ 当該患者

カ 当該患者の家族等

キ 指定特定相談支援事業者、指定一般相談支援事業者、居宅介護支援事業者等の当該精神障害者の退院後の生活環境に関わる者

なお、オ及びカについては、必要に応じて出席すること。また、キについては、当該患者の同意が得られない場合を除き、必ず出席を求めること。

(7) 退院を予定している患者（指定特定相談支援事業者又は居宅介護支援事業者が退院後のサービス等利用計画を作成している患者に限る。）に係る他の保険医療機関における区分番号「I008-2」精神科ショート・ケア又は区分番号「I009」精神科デイ・ケアの利用については、第2部通則5に規定する入院料の基本点数の控除を行わないものとする。

- (8) 精神疾患を有する患者が地域で生活するために必要な保健医療福祉資源の確保に努めること。必要な地域資源が十分に確保できない場合には、当該保険医療機関自ら地域資源の整備に取り組むことが望ましい。
- (9) 「注2」については、区分番号「A311」精神科救急入院料の(8)から(10)までの例により、「注3」については、区分番号「A312」精神療養病棟入院料の(7)及び(8)の例による。

第4節 短期滞在手術等基本料			
区分			
A 4.0.0	短期滞在手術等基本料		
1	短期滞在手術等基本料1 (日帰りの場合)	2, 947点	
2	短期滞在手術等基本料2 (1泊2日の場合)	5, 075点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、5, 046点)		
3	短期滞在手術等基本料3 (4泊5日までの場合)	5, 630点	
イ	D 2 9 1 - 2 小児食物アレルギー負荷検査	5, 556点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、5, 556点)		
ロ	D 4 1 3 前立腺針検法	10, 309点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、10, 235点)		
ハ	K 0 9 3 - 2 関節鏡下手根関節手術	18, 448点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、18, 374点)		
ニ	K 1 9 6 - 2 胸腔鏡下交感神経節切除術 (両側)	40, 943点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、40, 869点)		
ホ	K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合	19, 873点	
(片側)	ロ その他のもの		
	(生活療養を受ける場合にあっては、19, 799点)		
ヘ	K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合	34, 416点	
(両側)	ロ その他のもの		
	(生活療養を受ける場合にあっては、34, 342点)		
ト	K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満	18, 588点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、18, 514点)		
チ	K 6 1 6 - 4 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術 1 初回	32, 540点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、32, 466点)		
リ	K 6 1 6 - 4 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合	32, 540点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、32, 466点)		
ヌ	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術	21, 755点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、21, 681点)		
ル	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として)	10, 411点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、10, 337点)		
ヲ	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結核術	10, 225点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、10, 151点)		
ワ	K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3歳未満に限る。)	31, 835点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、31, 761点)		
カ	K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (3歳以上6歳未満に限る。)	25, 358点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、25, 284点)		
キ	K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (6歳以上15歳未満に限る。)	22, 597点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、22, 523点)		
ク	K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア (15歳以上に限る。)	24, 975点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、24, 901点)		
ケ	K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳未満に限る。)	62, 344点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、62, 270点)		
コ	K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (3歳以上6歳未満に限る。)	51, 773点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、51, 699点)		
ツ	K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (6歳以上15歳未満に限る。)	40, 741点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、40, 667点)		
ネ	K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側) (15歳以上に限る。)	50, 328点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、50, 254点)		
ナ	K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリポーpectomy・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満	12, 739点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、12, 665点)		
ラ	K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリポーpectomy・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上	15, 599点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、15, 525点)		
ル	K 7 4 3 痔核手術 (脱肛を含む。)	25, 597点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、11, 005点)		
ウ	K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石碎砕術 (一連につき)	25, 597点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、16, 249点)		
エ	K 8 6 7 子宮頸部 (頸部) 切除術	16, 249点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、16, 175点)		
オ	M 0 0 1 - 2 ガンマナイフによる定位放射線治療	59, 199点	
	(生活療養を受ける場合にあっては、59, 125点)		
注1	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合 (同一の日に入院及び退院した場合に限る。) は短期滞在手術等基本料1を、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合 (入院した日の翌日までに退院した場合に限る。) は短期滞在手術等基本料2を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合、当該基本料は算定しない。		
注2	別に厚生労働大臣が定める保険医療機関において、当該手術を行った場合 (入院した日から起算して5日までの期間に限る。) は、短期滞在手術等基本料3を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。		
注3	第2章第3節検査、第4節画像診断及び第11節麻酔のうちに掲げられるものは、短期滞在手術等基本料1に含まれるものとする。		
イ	原中一般物質定性半定量検査		
ロ	血液形態・機能検査		
ハ	末梢血液像 (自動機械法) ・末梢血液像 (鏡検法) 及び末梢血液一般検査		
ニ	出血・凝固検査		
ホ	出血時間、プロトロンビン時間 (PT) 及び活性化部分トロンボプラスチン時間 (APTT)		
ヘ	総胆汁酸検査		
ニ	血液化学検査		
	(BCP改良法・BCG法) ・尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ (ALP) ・コリンエステラーゼ (ChE) ・γグロタミルトランスフェラーゼ (γ-GT) ・中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチニン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ (LD) ・アミラーゼ、ロイシンアミノヘプタターゼ (LAP) ・クレアチ		

ンキナーゼ (CK)、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄 (Fe)、血中
 ケトン体・糖・クロール検査 (試験紙法・アンブル法・固定化酵素電極による
 もの)、リン脂質、HDL-Cコレステロール、LDL-Cコレステロール、無機
 リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラー
 ゼ (AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT) 並びにイオン化
 カルシウム

水 感染症発症学的検査

梅毒血清反応 (STS) 定性、抗ストレプトリジン (ASO) 定性、抗ス
 レプトリジン (ASO) 半定量、抗ストレプトリジン (ASO) 定量、抗
 ストレプトキナーゼ (ASK) 定性、抗ストレプトキナーゼ (ASK) 半定
 量、梅毒トレポネマ抗体定性、HIV-1抗体、肺炎球菌抗原定性 (尿・髄
 液)、ヘモフィルス・インフルエンザⅡ型 (Hib) 抗原定性 (尿・髄液)、
 単純ヘルペスウイルス抗原定性、RSウイルス抗原定性及び淋菌抗原定性

へ 肝炎ウイルス関連検査

H_{1b} 抗原定性・半定量及びHCV抗体定性・定量

ト 血液蛋白発症学的検査

C反応性蛋白 (CRP) 定性及びC反応性蛋白 (CRP)

チ 心電図検査

区分番号D208の1に掲げるもの

リ 写真診断

区分番号E001の1に掲げるもの

ヌ 撮影

区分番号E002の1に掲げるもの

ル 施設管理料①

区分番号L009に掲げるもの

ヲ 麻酔管理料①

区分番号L010に掲げるもの

4 第1章基本診療料並びに第2章第3部検査、第4部画像診断及び第11部麻酔の
 うち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料2に含まれるものとする。

イ 入院基本料

入院基本料等加算 (臨床研修病院入院診療加算、地場加算、離島加算、がん
 拠点病院加算及びデータ提出加算を除く。)

ハ 注3のイからラまでに掲げるもの

5 第1章基本診療料及び第2章特掲診療料に掲げるもの (当該患者に対して行っ
 た第2章第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療
 材料料、区分番号J038に掲げる人工腎臓及び透析時の装置に係る薬剤料並び
 に除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、短期滞在手術等基本料3に含まれるも
 のとする。

第4節 短期滞在手術等基本料

A400 短期滞在手術等基本料

- (1) 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等（日帰り手術、1泊2日入院による手術及び4泊5日入院による手術及び検査）を行うための環境及び当該手術を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したものであり、次に定める要件を満たしている場合に限り算定できる。
- ア 手術室を使用していること（（4）のア及びイを算定する場合を除く。）。なお、内視鏡を用いた手術を実施する場合については、内視鏡室を使用してもよい。
- イ 術前に十分な説明を行った上で、別紙様式8を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること。
- ウ 退院翌日に患者の状態を確認する等、十分なフォローアップを行うこと。
- エ 退院後概ね3日間、患者が1時間以内で当該医療機関に来院可能な距離にいること（短期滞在手術等基本料3を除く。）。
- (2) 短期滞在手術等基本料を算定した後、当該患者が同一の疾病につき再入院した場合であって、当該再入院日が前回入院の退院の日から起算して7日以内である場合は、当該再入院においては短期滞在手術等基本料を算定せず、第1章基本診療料（第2部第4節短期滞在手術等基本料を除く。）及び第2章特掲診療料に基づき算定する。
- (3) DPC対象病院においては、短期滞在手術等基本料2及び3を算定できない。
- (4) DPC対象病院及び診療所を除く保険医療機関において、入院した日から起算して5日以内に以下の手術又は検査等を行う場合には、特に規定する場合を除き、全ての患者について短期滞在手術等基本料3を算定する。
- ア 「D291-2」小児食物アレルギー負荷検査
- イ 「D413」前立腺針生検法
- ウ 「K093-2」関節鏡下手根管開放手術
- エ 「K196-2」胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）
- オ 「K282」水晶体再建術の「1」眼内レンズを挿入する場合の「ロ」その他のもの（片側）
- カ 「K282」水晶体再建術の「1」眼内レンズを挿入する場合の「ロ」その他のもの（両側）
- キ 「K474」乳腺腫瘍摘出術の「1」長径5センチメートル未満
- ク 「K616-4」経皮的シャント拡張術・血栓除去術の「1」初回
- ケ 「K616-4」経皮的シャント拡張術・血栓除去術の「2」1の実施後3月以内に実施する場合
- コ 「K617」下肢静脈瘤手術の「1」抜去切除術
- サ 「K617」下肢静脈瘤手術の「2」硬化療法（一連として）
- シ 「K617」下肢静脈瘤手術の「3」高位結紮術
- ス 「K633」ヘルニア手術の「5」鼠径ヘルニア（3歳未満に限る。）
- セ 「K633」ヘルニア手術の「5」鼠径ヘルニア（3歳以上6歳未満に限る。）
- ソ 「K633」ヘルニア手術の「5」鼠径ヘルニア（6歳以上15歳未満に限る。）

- タ 「K 6 3 3」ヘルニア手術の「5」鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。）
- チ 「K 6 3 4」腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳未満に限る。）
- ツ 「K 6 3 4」腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（3歳以上6歳未満に限る。）
- テ 「K 6 3 4」腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（6歳以上15歳未満に限る。）
- ト 「K 6 3 4」腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。）
- ナ 「K 7 2 1」内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術の「1」長径2センチメートル未満
- ニ 「K 7 2 1」内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術の「2」長径2センチメートル以上
- ヌ 「K 7 4 3」痔核手術（脱肛を含む。）の「2」硬化療法（四段階注射法によるもの）
- ネ 「K 7 6 8」体外衝撃波腎・尿管結石破碎術（一連につき）
- ノ 「K 8 6 7」子宮頸部（腔部）切除術
- ハ 「M 0 0 1 - 2」ガンマナイフによる定位放射線治療

- (5) 以下のアからエまでに該当する場合は、短期滞在手術等基本料3を算定しない。なお、イ及びウについては、例えば眼科で同一の手術を両眼に実施した場合等、同一の手術又は検査を複数回実施する場合は含まれない。また、エについては、手術又は検査を実施した保険医療機関、転院先の保険医療機関ともに短期滞在手術等基本料3を算定しない。
- ア 特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する保険医療機関の場合
 - イ 入院した日から起算して5日以内に（4）のアからハまでに掲げる検査、手術又は放射線治療の中から2以上を実施した場合
 - ウ 入院した日から起算して5日以内に（4）のアからハまでに掲げる検査、手術又は放射線治療に加えて、手術（第2章特掲診療料第10部手術に掲げるもの）を実施した場合
 - エ 入院した日から起算して5日以内に（4）のアからヒまでに掲げる検査、手術又は放射線治療を実施した後、入院した日から起算して5日以内に他の保険医療機関に転院した場合
- (6) 短期滞在手術等基本料3を算定する場合は、当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、区分番号「J 0 3 8」に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料（第2章第5部第3節薬剤料に掲げる各所定点数をいう。）並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除き、医科点数表に掲げる全ての項目について、別に算定できない。また、入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院医療機関が入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該又は他の保険医療機関等で処方された薬剤を患者に持参させ、入院医療機関が使用することは特別な理由がない限り認められない（やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合については、当該特別な理由を診療録に記載すること。）。
- (7) 短期滞在手術等基本料3を算定する患者について、6日目以降においても入院が必要な場合には、6日目以降の療養に係る費用は、第1章基本診療料（第2部第4節短期滞在手術等基本料を除く。）及び第2章特掲診療料に基づき算定すること。
- (8) 短期滞在手術を行うことを目的として本基本料1又は2に包括されている検査及び当該検査項目等に係る判断料並びに画像診断項目を実施した場合の費用は短期滞在手術等基本料1又は2に含まれ、別に算定できない。ただし、当該手術の実施とは別の目的で当該検査又は画像診断項目を実施した場合は、この限りでない。この場合において、その旨を診療報酬明

細書の摘要欄に記載すること。

- (9) 短期滞在手術等基本料を算定している月においては、血液学的検査判断料、生化学的検査（Ⅰ）判断料又は免疫学的検査判断料は算定できない。ただし、短期滞在手術等基本料3を算定している月においては、入院日の前日までに行った血液学的検査判断料、生化学的検査（Ⅰ）判断料又は免疫学的検査判断料はこの限りではない。
- (10) 短期滞在手術等基本料を算定した同一月に心電図検査を算定した場合は、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90の点数で算定する。ただし、短期滞在手術等基本料3を算定している月においては、退院日の翌日以降に限る。
- (11) 短期滞在手術等基本料1又は2を算定する際、使用したフィルムの費用は、区分番号「E400」のフィルムの所定点数により算定する。
- (12) 同一の部位につき短期滞在手術等基本料1又は2に含まれる写真診断及び撮影と同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合における第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数で別に算定できるものとする。なお、第6枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。
- (13) 短期滞在手術等基本料1の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術等基本料の対象となる手術を行った場合であって入院基本料を算定する場合には、短期滞在手術等基本料を算定しない詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (14) 短期滞在手術等基本料1及び2を算定する場合、実施した当該基本料の対象手術を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

第2章 特掲診療料
第1部 医学管理等

区分

B000 特定疾患療養管理料

- | | |
|----------------------------|------|
| 1 診療所の場合 | 225点 |
| 2 許可病床数が100床未満の病院の場合 | 147点 |
| 3 許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合 | 87点 |
- 注1 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月2回に限り算定する。
- 2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った管理又は当該初診の日から1月以内に行った管理の費用は、初診料に含まれるものとする。
- 3 入院中の患者に対して行った管理又は退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った管理の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
- 4 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った管理の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。
- 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、特定疾患療養管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

B001 特定疾患治療管理料

- | | |
|--------------|------|
| 1 ウイルス疾患指導料 | |
| イ ウイルス疾患指導料1 | 240点 |
| ロ ウイルス疾患指導料2 | 330点 |
- 注1 イについては、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病に罹患している患者に対して、ロについては、後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して、それぞれ療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に、イについては患者1人につき1回に限り、ロについては患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ロの指導が行われる場合は、220点を所定点数に加算する。
- | | |
|--------------|------|
| 2 特定薬剤治療管理料 | |
| イ 特定薬剤治療管理料1 | 470点 |
| ロ 特定薬剤治療管理料2 | 100点 |
- 注1 イについては、ジギタリス製剤又は抗てんかん剤を投与している患者、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。
- 2 イについては、同一の患者につき特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を月2回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は1回に限り算定することとし、第1回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。
- 3 イについては、ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合又はてんかん重積状態の患者に対して、抗てんかん剤の注射等を行った場合は、所定点数にかかわ

- らず、1回に限り740点を特定薬剤治療管理料1として算定する。
- 4 イについては、抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者以外の患者に対して行った薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、4月目以降のものについては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
 - 5 イについては、てんかんの患者であって、2種類以上の抗てんかん剤を投与されているものについて、同一暦月に血中の複数の抗てんかん剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、当該管理を行った月において、2回に限り所定点数を算定できる。
 - 6 イについては、臓器移植後の患者に対して、免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り、2,740点を所定点数に加算する。
 - 7 イについては、入院中の患者であって、バンコマイシンを投与しているものに対して、同一暦月に血中のバンコマイシンの濃度を複数回測定し、その測定結果に基づき、投与量を精密に管理した場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、530点を所定点数に加算する。
 - 8 イについては、注6及び注7に規定する患者以外の患者に対して、特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、280点を所定点数に加算する。
 - 9 イについては、ミコフェノール酸モフェチルを投与している臓器移植後の患者であって、2種類以上の免疫抑制剤を投与されているものについて、医師が必要と認め、同一暦月に血中の複数の免疫抑制剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、6月に1回に限り250点を所定点数に加算する。
 - 10 イについては、エベロリムスを投与している臓器移植後の患者であって、2種類以上の免疫抑制剤を投与されているものについて、医師が必要と認め、同一暦月に血中の複数の免疫抑制剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、エベロリムスの初回投与を行った日の属する月を含め3月に限り月1回、4月目以降は4月に1回に限り250点を所定点数に加算する。
 - 11 ロについては、サリドマイド及びその誘導体を投与している患者について、服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、その結果を所定の機関に報告する等により、投与の妥当性を確認した上で、必要な指導等を行った場合に月1回に限り所定点数を算定する。
- 3 悪性腫瘍特異物質治療管理料
- | | | |
|---|--------------|------|
| イ | 尿中B T Aに係るもの | 220点 |
| ロ | その他のもの | |
| | (1) 1項目の場合 | 360点 |
| | (2) 2項目以上の場合 | 400点 |
- 注1 イについては、悪性腫瘍の患者に対して、尿中B T Aに係る検査を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。
- 2 ロについては、悪性腫瘍の患者に対して、区分番号D O O 9に掲げる腫瘍マーカーに係る検査（注1に規定する検査を除く。）のうち1又は2以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り第1回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。
 - 3 注2に規定する悪性腫瘍特異物質治療管理に係る腫瘍マーカーの検査を行った場合は、1回目の悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定すべき月に限り、150点を口の所定点数に加算する。ただし、当該月の前月に腫瘍マーカーの所定点数を算定している場合は、この限りでない。

- 4 注1に規定する検査及び治療管理並びに注2に規定する検査及び治療管理を同一月に行った場合にあっては、口の所定点数のみにより算定する。
- 5 腫瘍マーカーの検査に要する費用は所定点数に含まれるものとする。
- 6 注1及び注2に規定されていない腫瘍マーカーの検査及び計画的な治療管理であって特殊なものに要する費用は、注1又は注2に掲げられている腫瘍マーカーの検査及び治療管理のうち、最も近似するものの所定点数により算定する。
- 4 小児特定疾患カウンセリング料
- イ 医師による場合
- (1) 月の1回目 500点
- (2) 月の2回目 400点
- ロ 公認心理師による場合 200点
- 注 小児科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に1回以上行った場合に、2年を限度として月2回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号I004に掲げる心身医学療法を算定している患者については算定しない。
- 5 小児科療養指導料 270点
- 注1 小児科を標榜する保険医療機関において、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。
- 2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
- 3 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
- 4 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。
- 5 人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り、500点を所定点数に加算する。
- 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に小児科療養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、小児科療養指導料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。
- 6 てんかん指導料 250点
- 注1 小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、その標榜する診療科を担当する医師が、てんかん（外傷性のものを含む。）の患者であって入院中以外のものに対して、治療計画に基

- づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
 - 3 退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
 - 4 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料又は区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。
 - 5 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。
 - 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際にてんかん指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、てんかん指導料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。
- 7 難病外来指導管理料 270点
- 注1 入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
 - 3 退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
 - 4 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については算定しない。
 - 5 人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して1月を限度として、1回に限り、500点を所定点数に加算する。
 - 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に難病外来指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、難病外来指導管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。
- 8 皮膚科特定疾患指導管理料
- イ 皮膚科特定疾患指導管理料(I) 250点
 - ロ 皮膚科特定疾患指導管理料(II) 100点
- 注1 皮膚科又は皮膚泌尿器科を標榜する保険医療機関において、皮膚科又は皮膚泌尿器科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該疾患の区分に従い、それぞれ月1回に限り算定する。
- 2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
 - 3 入院中の患者に対して指導を行った場合又は退院した患者に対して退院の日から1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第

1 節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

9 外来栄養食事指導料

イ 外来栄養食事指導料 1

- | | |
|----------------|------|
| (1) 初回 | 260点 |
| (2) 2 回目以降 | |
| ① 対面で行った場合 | 200点 |
| ② 情報通信機器を用いた場合 | 180点 |

ロ 外来栄養食事指導料 2

- | | |
|------------|------|
| (1) 初回 | 250点 |
| (2) 2 回目以降 | 190点 |

注 1 イの(1)及び(2)の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月 2 回に限り、その他の月にあっては月 1 回に限り算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって月 2 回以上の指導を行った場合に限り、月の 2 回目の指導時にイの(2)の①の点数を算定する。ただし、外来化学療法加算を算定した日と同日であること。

3 イの(2)の②については、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器等によって必要な指導を行った場合に、月 1 回に限り算定する。

4 ロについては、診療所において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月 2 回に限り、その他の月にあっては月 1 回に限り算定する。

10 入院栄養食事指導料（週 1 回）

イ 入院栄養食事指導料 1

- | | |
|----------|------|
| (1) 初回 | 260点 |
| (2) 2 回目 | 200点 |

ロ 入院栄養食事指導料 2

- | | |
|----------|------|
| (1) 初回 | 250点 |
| (2) 2 回目 | 190点 |

注 1 イについては、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中 2 回に限り算定する。

2 ロについては、診療所において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中 2 回に限り算定する。

3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成 17 年法律第 123 号）第 34 条第 1 項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第 42 条第 1 号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中 1 回に限

り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は別に算定できない。

- 11 集団栄養食事指導料 80点
注 別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする複数の患者に対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が栄養指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 12 心臓ペースメーカー指導管理料
- イ 着用型自動除細動器による場合 360点
ロ ペースメーカーの場合 300点
ハ 植込型除細動器又は両室ペースング機能付き植込型除細動器の場合 520点
- 注1 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者（ロについては入院中の患者以外のものに限る。）に対して、療養上必要な指導を行った場合に、1月に1回に限り算定する。
- 2 区分番号K597に掲げるペースメーカー移植術、区分番号K598に掲げる両心室ペースメーカー移植術、区分番号K599に掲げる植込型除細動器移植術又は区分番号K599-3に掲げる両室ペースング機能付き植込型除細動器移植術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。
- 3 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。
- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該患者（イを算定する場合に限る。）に対して、植込型除細動器の適応の可否が確定するまでの期間等に使用する場合に限り、初回算定日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り、植込型除細動器移行期加算として、31,510点を所定点数に加算する。
- 5 ロ又はハを算定する患者について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前回受診月の翌月から今回受診月の前日までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、それぞれ260点又は480点到当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。
- 13 在宅療養指導料 170点
注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回（初回の指導を行った月にあつては、月2回）に限り算定する。
- 2 1回の指導時間は30分を超えるものでなければならないものとする。
- 14 高度難聴指導管理料
- イ 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合 500点
ロ イ以外の場合 420点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、高度難聴の患者に対して必要な療養上の指導を行った場合に算定する。
- 2 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月1回に限り、その他の患者については1回に限り算定する。
- 3 区分番号K328に掲げる人工内耳植込術を行った患者に対して、人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合は、人工内耳機器調整加算として6歳未満の乳幼児については3月に1回に限り、6歳以上の患者については6

月に1回に限り800点を所定点数に加算する。

15 慢性維持透析患者外来医学管理料 2,250点

注1 入院中の患者以外の慢性維持透析患者に対して検査の結果に基づき計画的な医学管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるものは所定点数に含まれるものとし、また、区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、生化学的検査(II)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。

イ 尿中一般物質定性半定量検査

ロ 尿沈渣(鏡検法)

ハ 糞便検査

糞便中ヘモグロビン定性

ニ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度(ESR)、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像(自動機械法)、末梢血液像(鏡検法)、ヘモグロビンA_{1c}(HbA_{1c})

ホ 出血・凝固検査

出血時間

ヘ 血液化学検査

総ビリルビン、総蛋白、アルブミン(BCP改良法・BCG法)、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)、アルカリホスファターゼ(ALP)、コリンエステラーゼ(ChE)、アミラーゼ、 γ -グルタミルトランスフェラーゼ(γ -GT)、ロイシンアミノペプチダーゼ(LAP)、クレアチンキナーゼ(CK)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄(Fe)、マグネシウム、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ(ALT)、グリコアルブミン、1,5-アンヒドロ-D-グルシトール(1,5AG)、1,25-ジヒドロキシビタミンD₃、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、不飽和鉄結合能(UIBC)(比色法)、総鉄結合能(TIBC)(比色法)、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム(AI)、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンC、ペントシジン

ト 内分泌学的検査

トリヨードサイロニン(T₃)、サイロキシン(T₄)、甲状腺刺激ホルモン(TSH)、副甲状腺ホルモン(PTH)、遊離トリヨードサイロニン(FT₃)、C-ペプチド(CPR)、遊離サイロキシン(FT₄)、カルシトニン、心房性Na利尿ペプチド(ANP)、脳性Na利尿ペプチド(BNP)

チ 感染症免疫学的検査

梅毒血清反応(STS)定性、梅毒血清反応(STS)半定量、梅毒血清反応(STS)定量

リ 肝炎ウイルス関連検査

HB_s抗原、HB_s抗体、HCV抗体定性・定量

ヌ 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白(CRP)、血清補体価(CH₅₀)、免疫グロブリン、C₃、C₄、トランスフェリン(Tf)、 β ₂-マイクログロブリン

ル 心電図検査

ヲ 写真診断

単純撮影(胸部)

ワ 撮影

単純撮影（胸部）

- 3 腎代替療法に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、腎代替療法実績加算として、100点を所定点数に加算する。

16 喘息治療管理料

イ 喘息治療管理料 1

- (1) 1月目 75点
(2) 2月目以降 25点

ロ 喘息治療管理料 2 280点

注1 イについては、入院中の患者以外の喘息の患者に対して、ピークフローメーターを用いて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

- 2 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度喘息である20歳以上の患者（中等度以上の発作により当該保険医療機関に緊急受診（区分番号A000に掲げる初診料の注7、区分番号A001に掲げる再診料の注5又は区分番号A002に掲げる外来診療料の注8に規定する加算を算定したものに限る。）した回数が過去1年間に3回以上あるものに限る。）に対して、治療計画を策定する際に、日常の服薬方法、急性増悪時における対応方法について、その指導内容を文書により交付し、週1回以上ピークフローメーターに加え一秒量等計測器を用い、検査値等を報告させた上で管理した場合に、重度喘息患者治療管理加算として、次に掲げる点数を月1回に限り加算する。

- イ 1月目 2,525点
ロ 2月目以降6月目まで 1,975点

- 3 ロについては、入院中の患者以外の喘息の患者（6歳未満又は65歳以上のものに限る。）であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに対して、吸入補助器具を用いた服薬指導等を行った場合に、初回に限り算定する。

17 慢性疼痛疾患管理料 130点

注1 診療所である保険医療機関において、入院中の患者以外の慢性疼痛に係る疾患を主病とする患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

- 2 区分番号J118に掲げる介達牽引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定、区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号J119-4に掲げる肛門処置の費用（薬剤の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

18 小児悪性腫瘍患者指導管理料 550点

注1 小児科を標榜する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする15歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については算定しない。

- 2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。
3 入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

4 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。

19 削除

20 糖尿病合併症管理料 170点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 1回の指導時間は30分以上でなければならないものとする。

21 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料 150点

注1 耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

3 退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

22 がん性疼痛緩和指導管理料 200点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の緩和ケアに係る研修を受けた保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月1回に限り算定する。

2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に50点を加算する。

23 がん患者指導管理料

イ 医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合 500点

ロ 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合 200点

ハ 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合 200点

ニ 医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合 300点

注1 イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回（当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回）に限り算定する。

2 ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医

療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。

- 3 ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき薬剤師が、投薬又は注射の前後にその必要性等について文書により説明を行った場合に、患者1人につき6回に限り算定する。
- 4 ニについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が、区分番号D006-18に掲げるBRCA1/2遺伝子検査の血液を検体とするものを実施する前にその必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。
- 5 ロについて、区分番号A226-2に掲げる緩和ケア診療加算、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料は、別に算定できない。
- 6 ハについて、区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料、区分番号F100に掲げる処方料の注7に規定する加算又は区分番号F400に掲げる処方箋料の注6に規定する加算は、別に算定できない。

24 外来緩和ケア管理料 290点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に150点を加算する。
 - 3 区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料は、別に算定できない。
 - 4 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、外来緩和ケア管理料（特定地域）として、150点を算定する。

25 移植後患者指導管理料

- イ 臓器移植後の場合 300点
- ロ 造血幹細胞移植後の場合 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、臓器移植後又は造血幹細胞移植後の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して計画的な医学管理を継続して行った場合に、月1回に限り算定する。

- 2 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

26 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料 810点

注1 植込型輸液ポンプ持続注入療法（髄腔内投与を含む。）を行っている入院中

の患者以外の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。

27 糖尿病透析予防指導管理料 350点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めたと入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれるものとする。

3 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

4 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注1に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）として、175点を算定する。

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、高度腎機能障害の患者に対して医師が必要な指導を行った場合には、高度腎機能障害患者指導加算として、100点を所定点数に加算する。

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に糖尿病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、糖尿病透析予防指導管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

28 小児運動器疾患指導管理料 250点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する12歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回（初回算定日の属する月から起算して6月以内は月1回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

29 乳腺炎重症化予防ケア・指導料

イ 初回 500点

ロ 2回目から4回目まで 150点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、乳腺炎が原因となり母乳育児に困難を来しているものに対して、医師又は助産師が乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行った場合に、1回の分娩につき4回に限り算定する。

30 婦人科特定疾患治療管理料 250点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の器質性月経困難症の

患者であって、ホルモン剤（器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。）を投与している患者に対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

31 腎代替療法指導管理料 500点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対して、当該患者の同意を得て、看護師と共同して、当該患者と診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき2回に限り算定する。

2 1回の指導時間は30分以上でなければならないものとする。

B001-2 小児科外来診療料（1日につき）

1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合

イ 初診時 599点

ロ 再診時 406点

2 1以外の場合

イ 初診時 716点

ロ 再診時 524点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

2 区分番号A001に掲げる再診料の注9に規定する場合、区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料を算定する場合、第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定している場合又は別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合については、算定しない。

3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)及び区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7及び注8に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減じた点数を、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

4 1のイ又は2のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料

- 1 地域連携小児夜間・休日診療料 1 450点
- 2 地域連携小児夜間・休日診療料 2 600点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（6歳未満の小児に限る。）に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。
- B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料 130点
- 注 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、3歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料 200点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料を算定する患者を除く。）に対して診療を行った場合に算定する。
- B001-2-5 院内トリアージ実施料 300点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く。）であって、区分番号A000に掲げる初診料を算定する患者に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。
- B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料 600点
- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日以外の日（休日を除く。））にあつては、夜間に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する。
- 2 急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去6月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合には、精神科疾患患者等受入加算として、400点を所定点数に加算する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要な医学管理を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。
- イ 救急搬送看護体制加算 1 400点
- ロ 救急搬送看護体制加算 2 200点
- B001-2-7 外来リハビリテーション診療料
- 1 外来リハビリテーション診療料 1 73点
- 2 外来リハビリテーション診療料 2 110点
- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、リハビリテーション（区分番号H000に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号H001に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号H001-2に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号H002に掲げる運動器リハビリテーション料又は区分番号H003に掲げる呼吸器リハビリテーション料を算定するものに限る。以下この区分番号において同じ。）を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料1については7日間に1回に限り、外来リハビリテーション診療料2については14日間に1回に限り算定する。

- 2 外来リハビリテーション診療料1を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料及び外来リハビリテーション診療料2は、算定しない。
- 3 外来リハビリテーション診療料2を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料及び外来リハビリテーション診療料1は、算定しない。

B001-2-8 外来放射線照射診療料 297点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を要する入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合に、7日間に1回に限り算定する。
- 2 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間に4日以上放射線治療を予定していない場合には、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
 - 3 外来放射線照射診療料を算定する日から起算して7日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料及び区分番号A003に掲げるオンライン診療料は、算定しない。

B001-2-9 地域包括診療料（月1回）

- 1 地域包括診療料1 1,660点
 - 2 地域包括診療料2 1,600点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。
- 2 地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。
 - 3 他の保険医療機関に入院した患者又は介護老人保健施設に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算とし

て、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を所定点数に加算する。

- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に地域包括診療料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、地域包括診療料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

B001-2-10 認知症地域包括診療料（月1回）

- | | |
|---------------|--------|
| 1 認知症地域包括診療料1 | 1,681点 |
| 2 認知症地域包括診療料2 | 1,613点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に1以上の疾患（疑いのものを除く。）を有する入院中の患者以外のものであって、1処方につき5種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて3種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者1人につき月1回に限り算定する。

- 2 認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注3に規定する加算並びに区分番号A001に掲げる再診料の注5から注7までに規定する加算、区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)並びに第2章第2部在宅医療（区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第5部投薬（区分番号F100に掲げる処方料及び区分番号F400に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

- 3 他の保険医療機関に入院した患者又は介護老人保健施設に入所した患者について、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設と連携して薬剤の服用状況や薬剤服用歴に関する情報共有等を行うとともに、当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設において処方した薬剤の種類数が減少した場合であって、退院後又は退所後1月以内に当該他の保険医療機関又は介護老人保健施設から入院中又は入所中の処方内容について情報提供を受けた場合には、薬剤適正使用連携加算として、退院日又は退所日の属する月から起算して2月目までに1回に限り、30点を所定点数に加算する。

- 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に認知症地域包括診療料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、認知症地域包括診療料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

B001-2-11 小児かかりつけ診療料（1日につき）

- | | |
|---------------|------|
| 1 処方箋を交付する場合 | |
| イ 初診時 | 631点 |
| ロ 再診時 | 438点 |
| 2 処方箋を交付しない場合 | |

- イ 初診時 748点
 ロ 再診時 556点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（6歳以上の患者にあっては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に算定する。
- 2 区分番号A001に掲げる再診料の注9に規定する場合については、算定しない。
- 3 注4に規定する加算、区分番号A000に掲げる初診料の注7、注8及び注10に規定する加算、区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算、区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定する加算並びに区分番号B001-2-2に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号B001-2-5に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号B001-2-6に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)、区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号B010に掲げる診療情報提供料(II)、区分番号B011に掲げる診療情報提供料(III)及び区分番号C000に掲げる往診料（同区分番号の注1から注3までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。
- 4 1のイ又は2のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月1回に限り80点を所定点数に加算する。

B001-3 生活習慣病管理料

- 1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合
- イ 脂質異常症を主病とする場合 650点
 ロ 高血圧症を主病とする場合 700点
 ハ 糖尿病を主病とする場合 800点
- 2 1以外の場合
- イ 脂質異常症を主病とする場合 1,175点
 ロ 高血圧症を主病とする場合 1,035点
 ハ 糖尿病を主病とする場合 1,280点
- 注1 保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。
- 2 生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第2章第1部医学管理等（区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。
- 3 糖尿病を主病とする患者（2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、血糖自己測定指導加算として、年1回に限り所定点数に500点を加算する。

4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に生活習慣病管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1本文の規定にかかわらず、所定点数に代えて、生活習慣病管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

1 ニコチン依存症管理料 1

イ 初回 230点

ロ 2回目から4回目まで

(1) 対面で行った場合 184点

(2) 情報通信機器を用いた場合 155点

ハ 5回目 180点

2 ニコチン依存症管理料 2（一連につき） 800点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（TDS）等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、1の場合は5回に限り、2の場合は初回時に1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

2 区分番号D200に掲げるスパイログラフィー等検査の4の呼気ガス分析の費用は、所定点数に含まれるものとする。

3 1のロの(2)を算定する場合は、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)は別に算定できない。

B001-4 手術前医学管理料 1,192点

注1 手術前に行われる検査の結果に基づき計画的な医学管理を行う保険医療機関において、手術の実施に際して区分番号L002に掲げる硬膜外麻酔、区分番号L004に掲げる脊椎麻酔又は区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日に算定する。

2 同一の患者につき1月以内に手術前医学管理料を算定すべき医学管理を2回以上行った場合は、第1回目の手術前医学管理に係る手術料を算定した日1回に限り、手術前医学管理料を算定する。

3 手術前医学管理料を算定した同一月に区分番号D208に掲げる心電図検査を算定した場合には、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

4 同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号E001に掲げる写真診断及び区分番号E002に掲げる撮影と同時に2枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合における第2枚目から第5枚目までの写真診断及び撮影の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数で別に算定できない。この場合において、第6枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。

5 第3部検査及び第4部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前1週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を2回以上行った場合の第2回目以降のもの

については、別に算定することができる。

イ 尿中一般物質定性半定量検査

ロ 血液形態・機能検査

末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査

ハ 出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間（PT）及び活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT）

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（BCP改良法・BCG法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法）、リン脂質、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）並びにイオン化カルシウム

ホ 感染症免疫学的検査

梅毒血清反応（STS）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）定性、抗ストレプトリジンO（ASO）半定量、抗ストレプトリジンO（ASO）定量、抗ストレプトキナーゼ（ASK）定性、抗ストレプトキナーゼ（ASK）半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、HIV-1抗体、肺炎球菌抗原定性（尿・髄液）、ヘモフィルス・インフルエンザb型（Hib）抗原定性（尿・髄液）、単純ヘルペスウイルス抗原定性、RSウイルス抗原定性及び淋菌抗原定性

ヘ 肝炎ウイルス関連検査

HBs抗原定性・半定量及びHCV抗体定性・定量

ト 血漿蛋白免疫学的検査

C反応性蛋白（CRP）定性及びC反応性蛋白（CRP）

チ 心電図検査

区分番号D208の1に掲げるもの

リ 写真診断

区分番号E001の1のイに掲げるもの

ヌ 撮影

区分番号E002の1に掲げるもの

6 区分番号D026に掲げる血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料又は免疫学的検査判断料を算定している患者については算定しない。

7 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定しない。

B001-5 手術後医学管理料（1日につき）

1 病院の場合

1,188点

2 診療所の場合

1,056点

注1 病院（療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院している患者について、入院の日から起算して10日以内に行われた区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全

身麻酔を伴う手術後に必要な医学管理を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日に限り算定する。

2 同一の手術について、同一月に区分番号B001-4に掲げる手術前医学管理料を算定する場合は、本管理料を算定する3日間については、所定点数の100分の95に相当する点数を算定する。

3 第3部検査のうち次に掲げるもの（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。

イ 尿中一般物質定性半定量検査

ロ 尿中特殊物質定性定量検査

尿蛋白及び尿グルコース

ハ 血液形態・機能検査

赤血球沈降速度（ESR）、末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査

ニ 血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（BCP改良法・BCG法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ALP）、コリンエステラーゼ（ChE）、 γ -グルタミルトランスフェラーゼ（ γ -GT）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP）、クレアチンキナーゼ（CK）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Fe）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）、総鉄結合能（TIBC）（比色法）、リン脂質、HDL-コレステロール、LDL-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）、イオン化カルシウム並びに血液ガス分析

ホ 心電図検査

ヘ 呼吸心拍監視

ト 経皮的動脈血酸素飽和度測定

チ 終末呼気炭酸ガス濃度測定

リ 中心静脈圧測定

ヌ 動脈血採取

4 区分番号D026に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料又は生化学的検査(I)判断料を算定している患者については算定しない。

5 第1章第2部第3節に掲げる特定入院料又は区分番号D027に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定しない。

6 区分番号A300の救命救急入院料又は区分番号A301の特定集中治療室管理料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については算定しない。

B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料

305点

注1 病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いもの（結核病棟に入院中の患者においては手術を伴うもの、精神病棟に入院中の患者においては治療上必要があって身体拘束が行われているものに限る。）に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

2 肺血栓塞栓症の予防を目的として行った処置に用いた機器及び材料の費用は、

所定点数に含まれるものとする。

B001-7 リンパ浮腫指導管理料 100点

注1 保険医療機関に入院中の患者であって、鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行ったもの又は原発性リンパ浮腫と診断されたものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれか（原発性リンパ浮腫と診断されたものにあつては、当該診断がされた日の属する月又はその翌月のいずれか）に、医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士若しくは作業療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。

2 注1に基づき当該点数を算定した患者であつて当該保険医療機関を退院したのに対して、当該保険医療機関又は当該患者の退院後において区分番号B005-6の注1に規定する地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関（当該患者について区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した場合に限る。）において、退院した日の属する月又はその翌月に注1に規定する指導を再度実施した場合に、当該指導を実施した、いずれかの保険医療機関において、1回に限り算定する。

B001-8 臍ヘルニア圧迫指導管理料 100点

注 保険医療機関において、医師が1歳未満の乳児に対する臍ヘルニアについて療養上の必要な指導を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

B001-9 療養・就労両立支援指導料

1 初回 800点

2 2回目以降 400点

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第1項に規定する産業医、同法第10条第1項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の2に規定する安全衛生推進者又は同法第13条の2の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 2については、当該保険医療機関において1を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、1を算定した日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師又は社会福祉士が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

4 注1の規定に基づく産業医等への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)又は区分番号B010に掲げる診療情報提供料(II)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B002 開放型病院共同指導料(I) 350点

注1 診察に基づき紹介された患者が、別に厚生労働大臣が定める開放利用に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（以下この表において「開放型病院」という。）に入院中である場合において、当該開放型病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。

2 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、

区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)は別に算定できない。

B003 開放型病院共同指導料(II) 220点

注 診察に基づき紹介された患者が開放型病院に入院中である場合において、当該開放型病院において、当該患者を診察した保険医療機関の医師と共同して療養上必要な指導を行った場合に、患者1人1日につき1回算定する。

B004 退院時共同指導料1

1 在宅療養支援診療所（地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の場合 1,500点

2 1以外の場合 900点

注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分番号、区分番号B005、区分番号B015及びI002において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分番号及び区分番号B005において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、在宅療養担当医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、在宅療養担当医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等と1回以上共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。

2 注1の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、所定点数に200点を加算する。

3 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(I)、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)は別に算定できない。

B005 退院時共同指導料2 400点

注1 保険医療機関に入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と1回以上、

共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。

2 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び在宅療養担当医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、300点を所定点数に加算する。ただし、注3に規定する加算を算定する場合は、算定できない。

3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員（介護保険法第7条第5項に規定する介護支援専門員をいう。以下同じ。）又は相談支援専門員（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第28号）第3条第1項又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第29号）第3条第1項に規定する相談支援専門員をいう。以下同じ。）のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導加算として、2,000点を所定点数に加算する。

4 注1の規定にかかわらず、区分番号A246に掲げる入退院支援加算を算定する患者にあつては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等の療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを在宅療養担当医療機関と共有した場合に限り算定する。

5 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料^(I)は別に算定できない。

B005-1-2 介護支援等連携指導料 400点

注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料 500点

注 入院中の患者以外の患者（区分番号H001の注4、区分番号H001-2の注4又は区分番号H002の注4の規定により所定点数を算定する者に限る。）に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員等と連携し、当該患者を介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同条第8項に規定する通所リハビリテーション、同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同条第6項に規定する介護予防通所リハビリテーション（以下「介護リハビリテーション」という。）に移行した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

B005-2からB005-3-2まで 削除

B005-4 ハイリスク妊産婦共同管理料^(I) 800点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、診療に基づき紹介した患者（別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が病院である別の保険医療機関（区分番号A236-2に掲げるハイリスク妊娠管理加算の注又は区分番号A237に掲げるハイリスク分娩^{ぶん}管理加算の注1に規定する施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に限る。）に入院中である場合において、当該病院に赴いて、当該病院の保険医と共同してハイリスク妊娠又はハイリスク分娩^{ぶん}に関する医学管理を共同して行った場合に、当該患者を紹介した保険医療機関において患者1人につき1回

算定する。

B005-5 ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ) 500点

注 区分番号A236-2に掲げるハイリスク妊娠管理加算の注又は区分番号A237に掲げるハイリスク分娩管理加算の注1に規定する施設基準に適合するものとして届け出た病院である保険医療機関において、ハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理が必要であるとして別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た別の保険医療機関から紹介された患者（区分番号B005-4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)の注に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が当該病院に入院中である場合において、当該患者を紹介した別の保険医療機関の保険医と共同してハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を行った場合に、当該病院において、患者1人につき1回算定する。

B005-6 がん治療連携計画策定料

1 がん治療連携計画策定料1 750点

2 がん治療連携計画策定料2 300点

注1 がん治療連携計画策定料1については、入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画策定病院」という。）が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、当該患者の同意を得た上で、入院中又は当該保険医療機関を退院した日から起算して30日以内に、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時又は退院した日から起算して30日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時又は退院した日から起算して30日以内に1回に限り所定点数を算定する。

2 がん治療連携計画策定料2については、当該保険医療機関において注1に規定するがん治療連携計画策定料1を算定した患者であって、他の保険医療機関において区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定しているものについて、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の治療計画を変更した場合に、患者1人につき月1回に限り所定点数を算定する。

3 注1及び注2の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

4 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2は、別に算定できない。

B005-6-2 がん治療連携指導料 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画策定病院を除く。）が、区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料1又はがん治療連携計画策定料2を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。

2 注1の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(Ⅲ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B005-6-3 がん治療連携管理料

1 がん診療連携拠点病院の場合 500点

- 2 地域がん診療病院の場合 300点
- 3 小児がん拠点病院の場合 750点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、1人につき1回に限り所定点数を算定する。
- B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料 500点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、外来で化学療法又は緩和ケアを実施している進行がんの患者であって、在宅での緩和ケアに移行が見込まれるものについて、患者と診療の方針等について十分に話し合い、当該患者の同意を得た上で、在宅で緩和ケアを実施する他の保険医療機関に対して文書で紹介を行った場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。
- 2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- B005-7 認知症専門診断管理料
- 1 認知症専門診断管理料1
- イ 基幹型又は地域型の場合 700点
- ロ 連携型の場合 500点
- 2 認知症専門診断管理料2 300点
- 注1 認知症専門診断管理料1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者であって、入院中の患者以外のもの又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定するとともに、認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成し、これらを患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において療養を担う他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。
- 2 認知症専門診断管理料2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病院である保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、3月に1回に限り所定点数を算定する。
- 3 注1及び注2の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(II)の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 4 区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。
- B005-7-2 認知症療養指導料
- 1 認知症療養指導料1 350点
- 2 認知症療養指導料2 300点
- 3 認知症療養指導料3 300点
- 注1 1については、当該保険医療機関の紹介により他の保険医療機関において認知症の鑑別診断を受け、区分番号B005-7に掲げる認知症専門診断管理料1を算定した患者であって、入院中の患者以外の患者又は療養病棟に入院している患者に対して、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者又はその家族等の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属

する月を含め6月を限度として、月1回に限り算定する。

2 2については、当該保険医療機関の紹介により他の保険医療機関において区分番号B005-7-3に掲げる認知症サポート指導料を算定した患者であって、入院中の患者以外のものに対して、当該他の保険医療機関から認知症の療養方針に係る助言を得て、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者又はその家族等の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め6月を限度として、月1回に限り算定する。

3 3については、新たに認知症と診断された患者又は認知症の病状変化により認知症療養計画の再検討が必要な患者であって、入院中の患者以外のものに対して、認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養方針を決定し、認知症療養計画を作成の上、これらを当該患者又はその家族等に説明し、文書により提供するとともに、当該保険医療機関において当該計画に基づく治療を行う場合に、当該治療を開始した日の属する月を含め6月を限度として、月1回に限り算定する。

4 注1及び注2の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(II)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

5 1から3までは同時に算定できず、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法は、別に算定できない。

B005-7-3 認知症サポート指導料 450点

注1 認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、他の保険医療機関からの求めに応じ、認知症を有する入院中の患者以外の患者に対し、当該患者又はその家族等の同意を得て療養上の指導を行うとともに、当該他の保険医療機関に対し、療養方針に係る助言を行った場合に、6月に1回に限り算定する。

2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への助言に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)及び区分番号B011に掲げる診療情報提供料(II)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料 700点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者に対して、当該患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において治療を担う他の保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り算定する。

2 注1の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号B009に掲げる診療情報提供料(I)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

B005-9 外来排尿自立指導料 200点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者1人につき、週1回に限り、区分番号A251に掲げる排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週を限度として算定する。ただし、区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。

B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料 1,000点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後2月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産

- 師又は看護師が共同して精神科又は心療内科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 2 同一の保険医療機関において、区分番号B005-10-2に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料2を同一の患者について別に算定できない。
- B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料2** 750点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する妊婦又は出産後6月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 2 同一の保険医療機関において、区分番号B005-10に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料1を同一の患者について別に算定できない。
- B005-11 遠隔連携診療料** 500点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。
- B006 救急救命管理料** 500点
- 注1 患者の発生した現場に保険医療機関の救急救命士が赴いて必要な処置等を行った場合において、当該救急救命士に対して必要な指示を行った場合に算定する。
- 2 救急救命士が行った処置等の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- B006-2 削除**
- B006-3 退院時リハビリテーション指導料** 300点
- 注 患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2（注1の規定により、入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。
- B007 退院前訪問指導料** 580点
- 注1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。
- 2 注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。
- B007-2 退院後訪問指導料** 580点
- 注1 当該保険医療機関が、保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定める状態の患者の地域における円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、在宅での療養上の指導を行った場合に、当該患者が退院した日から起算して1月（退院日を除く。）を限度として、5回に限り算定する。
- 2 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の保健師、助産師、看護師又は准看護師と同行し、必要な指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、20点を所定点数に加算する。
- 3 注1及び注2に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。
- B008 薬剤管理指導料**
- 1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者の場合 380点

2 1の患者以外の患者の場合 325点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者のうち、1については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、2についてはそれ以外の患者に対して、それぞれ投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者1人につき週1回かつ月4回に限り算定する。

2 麻薬の投薬又は注射が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、1回につき50点を所定点数に加算する。

B008-2 薬剤総合評価調整管理料 250点

注1 入院中の患者以外の患者であって、6種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

2 処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号B009に掲げる診療情報提供料⁽¹⁾（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

B009 診療情報提供料⁽¹⁾ 250点

注1 保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定する。

2 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

3 保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

4 保険医療機関が、精神障害者である患者であって、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）に入所若しくは通所しているもの又は介護老人保健施設に入所しているものの同意を得て、当該精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

5 保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

6 保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症に関する専門の保険医療機関等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する

- 7 保険医療機関が、児童福祉法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 8 保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200点を所定点数に加算する。
- 9 区分番号B005-4に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料⁽¹⁾の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、ハイリスク妊産婦共同管理料⁽¹⁾に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等の患者の同意を得て、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付してハイリスク妊産婦共同管理料⁽¹⁾に規定する別の保険医療機関に対して紹介を行った場合は、ハイリスク妊産婦紹介加算として、当該患者の妊娠中1回に限り200点を所定点数に加算する。
- 10 保険医療機関が、認知症の疑いのある患者について専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機関紹介加算として、100点を所定点数に加算する。
- 11 保険医療機関が、認知症の専門医療機関において既に認知症と診断された患者であって入院中の患者以外のものについて症状が増悪した場合に、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機関連携加算として、50点を所定点数に加算する。
- 12 精神科以外の診療科を標榜^{ほう}する保険医療機関が、入院中の患者以外の患者について、うつ病等の精神障害の疑いによりその診断治療等の必要性を認め、当該患者の同意を得て、精神科を標榜^{ほう}する別の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で患者の紹介を行った場合は、精神科医連携加算として、200点を所定点数に加算する。
- 13 保険医療機関が、治療計画に基づいて長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者であって入院中の患者以外のもの同意を得て、当該保険医療機関と連携して治療を行う肝疾患に関する専門医療機関に対して、治療計画に基づく診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、肝炎インターフェロン治療連携加算として、50点を所定点数に加算する。
- 14 保険医療機関が、患者の口腔機能^{くわう}管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、当該患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算1として、100点を所定点数に加算する。
- 15 保険医療機関が、周術期^{くわ}等における口腔機能管理の必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て、歯科を標榜^{ほう}する他の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で当該患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算2として100点を所定点数に加算する。
- 16 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、連携する保険医療機関において区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を

算定して当該連携保険医療機関を退院した患者（あらかじめ共有されている地域連携診療計画に係る入院中の患者以外の患者に限る。）の同意を得て、当該連携保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の地域連携診療計画に基づく療養に係る必要な情報を提供した場合に、地域連携診療計画加算として、50点を所定点数に加算する。

17 保険医療機関が、患者の同意を得て、当該患者が入院又は入所する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して文書で診療情報を提供する際、当該患者に対して定期的に訪問看護を行っている訪問看護ステーションから得た療養に係る情報を添付して紹介を行った場合は、療養情報提供加算として、50点を所定点数に加算する。

18 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に、検査・画像情報提供加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イについては、注8に規定する加算を算定する場合は算定しない。

イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合 200点

ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合 30点

B009-2 電子的診療情報評価料 30点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。

B010 診療情報提供料(Ⅱ) 500点

注 保険医療機関が、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師の意見を求める患者からの要望を受けて、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の別の医療機関において必要な情報を添付し、診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて、患者が当該保険医療機関以外の医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

B010-2 診療情報連携共有料 120点

注1 歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、検査結果、投薬内容等を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

2 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した同一月においては、別に算定できない。

B011 診療情報提供料(Ⅲ) 150点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者又は別に厚生労働大臣が定める患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

2 注1に規定する患者以外の患者については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て

、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者1人につき3月に1回に限り算定する。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された注1に規定する別に厚生労働大臣が定める患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合は、注1の規定にかかわらず、月1回に限り算定する。

4 区分番号B009に掲げる診療情報提供料^(I)（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。

B011-2 削除

B011-3 薬剤情報提供料 10点

注1 入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月1回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）算定する。

2 注1の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて患者の薬剤服用歴等を経時的に記録する手帳（以下単に「手帳」という。）に記載した場合には、手帳記載加算として、3点を所定点数に加算する。

3 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した患者については、算定しない。

B011-4 医療機器安全管理料

1 臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合（1月につき） 100点

2 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合（一連につき） 1,100点

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。

B012 傷病手当金意見書交付料 100点

注 健康保険法第99条第1項の規定による傷病手当金に係る意見書を交付した場合に算定する。

B013 療養費同意書交付料 100点

注 健康保険法第87条の規定による療養費（柔道整復以外の施術に係るものに限る。）に係る同意書を交付した場合に算定する。

B014 退院時薬剤情報管理指導料 90点

注1 保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合には、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に1回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2（注1の規定により、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

- 2 保険医療機関が、入院前の内服薬の変更をした患者又は服用を中止した患者について、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。

B015 精神科退院時共同指導料

- 1 精神科退院時共同指導料1（外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関の場合）
- イ 精神科退院時共同指導料(I) 1,500点
- ロ 精神科退院時共同指導料(II) 900点
- 2 精神科退院時共同指導料2（入院医療を提供する保険医療機関の場合） 700点
- 注1 1のイについては、精神保健福祉法第29条若しくは第29条の2に規定する入院措置に係る患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第1項第1号若しくは第61条第1項第1号に規定する同法による入院若しくは同法第42条第1項第2号に規定する同法による通院をしたことがあるもの又は当該入院の期間が1年以上のものに対して、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該患者が入院している他の保険医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に1回に限り算定する。
- 2 1のロについては、療養生活環境の整備のため重点的な支援を要する患者に対して、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該患者が入院している他の保険医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に1回に限り算定する。
- 3 1について、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(I)、区分番号B004に掲げる退院時共同指導料1、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)は別に算定できない。
- 4 2については、精神病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関において1を算定するものに対して、当該患者が入院している保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に1回に限り算定する。ただし、区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(II)、区分番号B005に掲げる退院時共同指導料2又は区分番号I011に掲げる精神科退院指導料は、別に算定できない。

B016からB018まで 削除

第2章 特掲診療料

＜通則＞

- 1 第1部に規定する特定疾患療養管理料、ウイルス疾患指導料、小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、慢性疼痛疾患管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料及び耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料並びに第2部第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料及び第8部精神科専門療法に掲げる心身医学療法は特に規定する場合を除き同一月に算定できない。
- 2 算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの1週間又は月の初日から月の末日までの1か月を単位として算定する。

第1部 医学管理等

B000 特定疾患療養管理料

- (1) 特定疾患療養管理料は、生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したものであり、許可病床数が200床以上の病院においては算定できない。
- (2) 特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に、月2回に限り算定する。
- (3) 第1回目の特定疾患療養管理料は、区分番号「A000」初診料（「注5」のただし書に規定する所定点数を算定する場合を含む。特に規定する場合を除き、以下この部において同じ。）を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定する。ただし、本管理料の性格に鑑み、1か月を経過した日が休日の場合であって、その休日の直前の休日でない日に特定疾患療養管理料の「注1」に掲げる要件を満たす場合には、その日に特定疾患療養管理料を算定できる。
- (4) 区分番号「A000」初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して1か月を経過した日が翌々月の1日となる場合であって、初診料を算定した初診の日又は退院の日が属する月の翌月の末日（その末日が休日の場合はその前日）に特定疾患療養管理料の「注1」に掲げる要件を満たす場合には、本管理料の性格に鑑み、その日に特定疾患療養管理料を算定できる。
- (5) 診察に基づき計画的な診療計画を立てている場合であって、必要やむを得ない場合に、看護に当たっている家族等を通して療養上の管理を行ったときにおいても、特定疾患療養管理料を算定できる。
- (6) 管理内容の要点を診療録に記載する。
- (7) 同一保険医療機関において、2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。
- (8) 特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする者に対し、実際に主病を中心とした療養上必要な管理が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が当該保険医療機関では行われていない場合には算定できない。
- (9) 主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、

対診又は依頼により検査のみを行っている保険医療機関にあつては算定できない。

- (10) 入院中の患者については、いかなる場合であっても特定疾患療養管理料は算定できない。従つて、入院中の患者に他の疾患が発症し、別の科の外来診療室へ行って受診する場合であっても、当該発症については特定疾患療養管理料の算定はできない。
- (11) 別に厚生労働大臣が定める疾病名は、「疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表（平成27年総務省告示第35号）」（以下「分類表」という。）に規定する分類に該当する疾病の名称であるが、疾病名について各医療機関での呼称が異なつていても、その医学的内容が分類表上の対象疾病名と同様である場合は算定の対象となる。ただし、混乱を避けるため、できる限り分類表上の名称を用いることが望ましい。
- (12) 「注5」に規定する点数は、対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいてオンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、オンライン診療を行った月に、オンライン診療料と併せて、月1回に限り算定する。
- (13) 「注5」に規定する点数が算定可能な患者は、特定疾患療養管理料を初めて算定した月から3月以上経過しているものに限る。

B001 特定疾患治療管理料

1 ウイルス疾患指導料

- (1) 肝炎ウイルス、HIV又は成人T細胞白血病ウイルスによる疾患に罹患しており、かつ、他人に対し感染させる危険がある者又はその家族に対して、療養上必要な指導及びウイルス感染防止のための指導を行った場合に、肝炎ウイルス疾患又は成人T細胞白血病については、患者1人につき1回に限り算定し、後天性免疫不全症候群については、月1回に限り算定する。
- (2) ウイルス疾患指導料は、当該ウイルス疾患に罹患していることが明らかにされた時点以降に、「注1」に掲げる指導を行った場合に算定する。なお、ウイルス感染防止のための指導には、公衆衛生上の指導及び院内感染、家族内感染防止のための指導等が含まれる。
- (3) HIVの感染者に対して指導を行った場合には、「ロ」を算定する。
- (4) 同一の患者に対して、同月内に「イ」及び「ロ」の双方に該当する指導が行われた場合は、主たるもの一方の所定点数のみを算定する。
- (5) 「注2」に掲げる加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、後天性免疫不全症候群に罹患している患者又はHIVの感染者に対して療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に算定する。
- (6) 指導内容の要点を診療録に記載する。

2 特定薬剤治療管理料

(1) 特定薬剤治療管理料1

ア 特定薬剤治療管理料1は、下記のものに対して投与薬剤の血中濃度を測定し、その結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合、月1回に限り算定する。

- (イ) 心疾患患者であつてジギタリス製剤を投与しているもの
- (ロ) てんかん患者であつて抗てんかん剤を投与しているもの

- (ハ) 臓器移植術を受けた患者であって臓器移植における拒否反応の抑制を目的として免疫抑制剤を投与しているもの
 - (ニ) 気管支喘息、喘息性（様）気管支炎、慢性気管支炎、肺気腫又は未熟児無呼吸発作の患者であってテオフィリン製剤を投与しているもの
 - (ホ) 不整脈の患者であって不整脈用剤を継続的に投与しているもの
 - (ヘ) 統合失調症の患者であってハロペリドール製剤又はプロムペリドール製剤を投与しているもの
 - (ト) 躁うつ病の患者であってリチウム製剤を投与しているもの
 - (チ) 躁うつ病又は躁病の患者であってバルプロ酸ナトリウム又はカルバマゼピンを投与しているもの
 - (リ) ベーチェット病の患者であって活動性・難治性眼症状を有するもの又はその他の非感染性ぶどう膜炎（既存治療で効果不十分で、視力低下のおそれのある活動性の中間部又は後部の非感染性ぶどう膜炎に限る。）、再生不良性貧血、赤芽球癆、尋常性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症、関節症性乾癬、全身型重症筋無力症、アトピー性皮膚炎（既存治療で十分な効果が得られない患者に限る。）、ネフローゼ症候群若しくは川崎病の急性期の患者であってシクロスポリンを投与しているもの
 - (ヌ) 全身型重症筋無力症、関節リウマチ、ループス腎炎、潰瘍性大腸炎又は間質性肺炎（多発性筋炎又は皮膚筋炎に合併するものに限る。）の患者であってタクロリムス水和物を投与しているもの
 - (ル) 若年性関節リウマチ、リウマチ熱又は慢性関節リウマチの患者であってサリチル酸系製剤を継続的に投与しているもの
 - (ヲ) 悪性腫瘍の患者であってメトトレキサートを投与しているもの
 - (ワ) 結節性硬化症の患者であってエベロリムスを投与しているもの
 - (カ) 入院中の患者であってアミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質又はトリアゾール系抗真菌剤を数日間以上投与しているもの(ヨ) 重症又は難治性真菌感染症又は造血幹細胞移植の患者であってトリアゾール系抗真菌剤を投与（造血幹細胞移植の患者にあつては、深在性真菌症の予防を目的とするものに限る。）しているもの
 - (タ) イマチニブを投与しているもの
 - (レ) リンパ脈管筋腫症の患者であってシロリムス製剤を投与しているもの
 - (ソ) 腎細胞癌の患者であって抗悪性腫瘍剤としてスニチニブを投与しているもの
 - (ツ) 片頭痛の患者であってバルプロ酸ナトリウムを投与しているもの
- イ 特定薬剤治療管理料1を算定できる不整脈用剤とはプロカインアミド、N-アセチルプロカインアミド、ジソピラミド、キニジン、アプリンジン、リドカイン、ピルジカインイド塩酸塩、プロパフェノン、メキシレチン、フレカイニド、シベンズリンコハク酸塩、ピルメノール、アミオダロン、ソタロール塩酸塩及びベプリジル塩酸塩をいう。
- ウ 特定薬剤治療管理料1を算定できるグリコペプチド系抗生物質とは、バンコマイシン及びテイコプラニンをいい、トリアゾール系抗真菌剤とは、ポリコナゾールをいう。
- エ 特定薬剤治療管理料1を算定できる免疫抑制剤とは、シクロスポリン、タクロリムス水和物、エベロリムス及びミコフェノール酸モフェチルをいう。

- オ 当該管理料には、薬剤の血中濃度測定、当該血中濃度測定に係る採血及び測定結果に基づく投与量の管理に係る費用が含まれるものであり、1月のうちに2回以上血中濃度を測定した場合であっても、それに係る費用は別に算定できない。ただし、別の疾患に対して別の薬剤を投与した場合（例えば、てんかんに対する抗てんかん剤と気管支喘息に対するテオフィリン製剤の両方を投与する場合）及び同一疾患についてアの(イ)から(ツ)までのうち同一の区分に該当しない薬剤を投与した場合（例えば、発作性上室性頻脈に対してジギタリス製剤及び不整脈用剤を投与した場合）はそれぞれ算定できる。
- カ 薬剤の血中濃度、治療計画の要点を診療録に添付又は記載する。
- キ ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合は、1回に限り急速飽和完了日に「注3」に規定する点数を算定することとし、当該算定を行った急速飽和完了日の属する月においては、別に特定薬剤治療管理料1は算定できない。なお、急速飽和とは、重症うっ血性心不全の患者に対して2日間程度のうちに数回にわたりジギタリス製剤を投与し、治療効果が得られる濃度にまで到達させることをいう。
- ク てんかん重積状態のうち算定の対象となるものは、全身性けいれん発作重積状態であり、抗てんかん剤を投与している者について、注射薬剤等の血中濃度を測定し、その測定結果をもとに投与量を精密に管理した場合は、1回に限り、重積状態が消失した日に「注3」に規定する点数を算定することとし、当該算定を行った重積状態消失日の属する月においては、別に特定薬剤治療管理料1は算定できない。
- ケ 「注3」に規定する点数を算定する場合にあっては、「注8」に規定する加算を含め別に特定薬剤治療管理料1は算定できない。
- コ 「注4」に規定する「抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者」には、躁うつ病又は躁病によりバルプロ酸又はカルバマゼピンを投与している患者が含まれ、当該患者は4月目以降においても減算対象とならない。また、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する「4月目以降」とは、初回の算定から暦月で数えて4月目以降のことである。
- サ 免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者については、臓器移植を行った日の属する月を含め3月に限り、臓器移植加算として「注6」に規定する加算を算定し、「注8」に規定する初回月加算は算定しない。また、「注6」に規定する加算を算定する場合には、「注9」及び「注10」に規定する加算は算定できない。
- シ 「注7」に規定する加算は、入院中の患者であって、バンコマイシンを数日間以上投与しているものに対して、バンコマイシンの安定した血中至適濃度を得るため頻回の測定が行われる初回月に限り、初回月加算（バンコマイシンを投与した場合）として「注7」に規定する加算を算定し、「注8」に規定する加算は別に算定できない。
- ス 「注8」に規定する初回月加算は、投与中の薬剤の安定した血中至適濃度を得るため頻回の測定が行われる初回月に限り算定できるものであり、薬剤を変更した場合においては算定できない。
- セ 「注9」に規定する加算を算定する場合は、ミコフェノール酸モフェチルの血中濃度測定の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細を記載すること。
- ソ 「注10」に規定する加算を算定する場合は、エベロリムスの初回投与から3月の間に限り、当該薬剤の血中濃度測定の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細を記載

すること。

タ 「注9」及び「注10」に規定する加算は同一月内に併せて算定できない。

チ 特殊な薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、特に本項を準用する必要のあるものについては、その都度当局に内議し、最も近似する測定及び治療管理として準用が通知された算定方法により算定する。

(2) 特定薬剤治療管理料2

ア 特定薬剤治療管理料2は、胎児曝露を未然に防止するための安全管理手順を遵守した上でサリドマイド製剤及びその誘導体の処方及び調剤を実施した患者に対して、医師及び薬剤師が、当該薬剤の管理の状況について確認及び適正使用に係る必要な説明を行い、当該医薬品の製造販売を行う企業に対して確認票等を用いて定期的に患者の服薬に係る安全管理の遵守状況等を報告した場合において、月に1回につき算定する。

イ サリドマイド製剤及びその誘導体とは、サリドマイド、レナリドミド及びポマリドミドをいう。

ウ 安全管理手順については「サリドマイド製剤安全管理手順 (TERMS)」及び「レブラミド・ポマリスト適正管理手順 (RevMate)」を遵守すること。

エ 特定薬剤治療管理料2を算定する場合は、診療録等に指導内容の要点を記録すること。

3 悪性腫瘍特異物質治療管理料

(1) 悪性腫瘍特異物質治療管理料は、悪性腫瘍であると既に確定診断がされた患者について、腫瘍マーカー検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

(2) 悪性腫瘍特異物質治療管理料には、腫瘍マーカー検査、当該検査に係る採血及び当該検査の結果に基づく治療管理に係る費用が含まれるものであり、1月のうち2回以上腫瘍マーカー検査を行っても、それに係る費用は別に算定できない。

(3) 腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点を診療録に添付又は記載する。

(4) 「注3」に規定する初回月加算は、適切な治療管理を行うために多項目の腫瘍マーカー検査を行うことが予想される初回月に限って算定する。ただし、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定する当該初回月の前月において、区分番号「D009」腫瘍マーカーを算定している場合は、当該初回月加算は算定できない。

(5) 区分番号「D009」腫瘍マーカーにおいて、併算定が制限されている項目を同一月に併せて実施した場合には、1項目とみなして、本管理料を算定する。

(6) 当該月に悪性腫瘍特異物質以外の検査（本通知の腫瘍マーカーの項に規定する例外規定を含む。）を行った場合は、本管理料とは別に、検査に係る判断料を算定できる。

(例) 肝癌の診断が確定している患者で α -フェトプロテインを算定し、別に、区分番号

「D008」内分泌学的検査を行った場合の算定

悪性腫瘍特異物質治療管理料「ロ」の「(1)」

+区分番号「D008」内分泌学的検査の実施料

+区分番号「D026」の「5」生化学的検査(II)判断料

(7) 特殊な腫瘍マーカー検査及び計画的な治療管理のうち、特に本項を準用する必要のあるものについては、その都度当局に内議し、最も近似する腫瘍マーカー検査及び治療管理として準用が通知された算定方法により算定する。

4 小児特定疾患カウンセリング料

- (1) 「イ」については、乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、小児科（小児外科を含む。以下この部において同じ。）又は心療内科の医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する。
- (2) 「ロ」については、乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族等に対して、日常生活の環境等を十分勘案した上で、当該患者の診療を担当する小児科又は心療内科の医師の指示の下、公認心理師が当該医師による治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを 20 分以上行った場合に算定する。なお、一連のカウンセリングの初回は当該医師が行うものとし、継続的にカウンセリングを行う必要があると認められる場合においても、3月に1回程度、医師がカウンセリングを行うこと。
- (3) カウンセリングを患者の家族等に対して行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。
- (4) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者は、次に掲げる患者である。
 - ア 気分障害の患者
 - イ 神経症性障害の患者
 - ウ ストレス関連障害の患者
 - エ 身体表現性障害（小児心身症を含む。また、喘息や周期性嘔吐症等の状態が心身症と判断される場合は対象となる。）の患者
 - オ 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群（摂食障害を含む。）の患者
 - カ 心理的発達の障害（自閉症を含む。）の患者
 - キ 小児期又は青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（多動性障害を含む。）の患者
- (5) 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者及び家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある者を含むものであること。
- (6) 小児特定疾患カウンセリング料は、同一暦月において第1回目及び第2回目のカウンセリングを行った日に算定する。
- (7) 「ロ」を算定する場合、公認心理師は、当該疾病の原因と考えられる要素、治療計画及び指導内容の要点等についてカウンセリングに係る概要を作成し、指示を行った医師に報告する。当該医師は、公認心理師が作成した概要の写しを診療録に添付する。
- (8) 小児特定疾患カウンセリング料を算定する場合には、同一患者に対し第1回目のカウンセリングを行った年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (9) 電話によるカウンセリングは、本カウンセリングの対象とはならない。
- (10) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。
 - ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
 - イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

5 小児科療養指導料

- (1) 小児科のみを専任する医師が作成する一定の治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に限り算定する。治療計画を作成する医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を

- 併せ担当している場合にあつては算定できない。ただし、アレルギー科を併せ担当している場合はこの限りでない。
- (2) 小児科療養指導料の対象となる疾患及び状態は、脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、血小板減少性紫斑病、先天性股関節脱臼、内反足、二分脊椎、骨系統疾患、先天性四肢欠損、分娩麻痺、先天性多発関節拘縮症及び児童福祉法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病（同条第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）並びに同法第56条の6第2項に規定する障害児に該当する状態であり、対象となる患者は、15歳未満の入院中の患者以外の患者である。また、出生時の体重が1,500g未満であつた6歳未満の者についても、入院中の患者以外の患者はその対象となる。
 - (3) 小児科療養指導料は、当該疾病又は状態を主病とする患者又はその家族に対して、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に月1回に限り算定する。ただし、家族に対して指導を行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。
 - (4) 第1回目の小児科療養指導料は、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日の属する月の翌月の1日又は当該保険医療機関から退院した日から起算して1か月を経過した日以降に算定する。
 - (5) 指導内容の要点を診療録等に記載する。
 - (6) 必要に応じ、患者の通学する学校との情報共有・連携を行うこと。
 - (7) 日常的に車椅子を使用する患者であつて、車椅子上での姿勢保持が困難なため、食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者については、医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士等が、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行うことが望ましい。
 - (8) 「注5」に規定する加算は、長期的に人工呼吸器による呼吸管理が必要と見込まれる患者に対して、患者やその家族等の心理状態に十分配慮された環境で、医師及び看護師が必要に応じてその他の職種と共同して、人工呼吸器による管理が適応となる病状及び治療方法等について、患者やその家族等が十分に理解し、同意した上で治療方針を選択できるよう、説明及び相談を行った場合に算定する。説明及び相談にあつては、患者及びその家族が理解できるよう、必要時に複数回に分けて説明や相談を行う。なお、説明等の内容の要点を診療録等に記載する。
 - (9) 「注6」に規定する点数は、対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいてオンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、オンライン診療を行った月に、オンライン診療料と併せて、月1回に限り算定する。
 - (10) 「注6」に規定する点数が算定可能な患者は、小児科療養指導料を初めて算定した月から3月以上経過しているものに限る。
- 6 てんかん指導料
- (1) てんかん指導料は、小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、当該標榜診療科の専任の医師が、てんかん（外傷性を含

- む。)の患者であって入院中以外のもの又はその家族に対し、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (2) 第1回目のてんかん指導料は、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定できる。
 - (3) 診療計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。
 - (4) 「注6」に規定する点数は、対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいてオンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、オンライン診療を行った月に、オンライン診療料と併せて、月1回に限り算定する。
 - (5) 「注6」に規定する点数が算定可能な患者は、てんかん指導料を初めて算定した月から3月以上経過しているものに限る。
- 7 難病外来指導管理料
- (1) 難病外来指導管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾病を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
 - (2) 第1回目の難病外来指導管理料は、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定できる。
 - (3) 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者にあっても、実際に主病を中心とした療養上必要な指導が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が行われていない場合には算定できない。
 - (4) 診療計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。
 - (5) 「注5」に規定する加算は、長期的に人工呼吸器による呼吸管理が必要と見込まれる患者に対して、患者やその家族等の心理状態に十分配慮された環境で、医師及び看護師が必要に応じてその他の職種と共同して、人工呼吸器による管理が適応となる病状及び治療方法等について、患者やその家族等が十分に理解し、同意した上で治療方針を選択できるよう、説明及び相談を行った場合に算定する。説明及び相談にあたっては、患者及びその家族が理解できるよう、必要時に複数回に分けて説明や相談を行う。なお、説明等の内容の要点を診療録等に記載する。
 - (6) 「注6」に規定する点数は、対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいてオンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、オンライン診療を行った月に、オンライン診療料と併せて、月1回に限り算定する。
 - (7) 「注6」に規定する点数が算定可能な患者は、難病外来指導管理料を初めて算定した月から3月以上経過しているものに限る。
- 8 皮膚科特定疾患指導管理料
- (1) 皮膚科を標榜する保険医療機関とは、皮膚科、皮膚泌尿器科又は皮膚科及び泌尿器科、形成外科若しくはアレルギー科を標榜するものをいい、他の診療科を併せ標榜するものにあつては、皮膚科又は皮膚泌尿器科を専任する医師が本指導管理を行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している

場合にあつては算定できない。

- (2) 皮膚科特定疾患指導管理料(I)の対象となる特定疾患は、天疱瘡、類天疱瘡、エリテマトーデス(紅斑性狼瘡)、紅皮症、尋常性乾癬、掌跖膿疱症、先天性魚鱗癬、類乾癬、扁平苔癬並びに結節性痒疹及びその他の痒疹(慢性型で経過が1年以上のものに限る。)であり、皮膚科特定疾患指導管理料(II)の対象となる特定疾患は、帯状疱疹、じんま疹、アトピー性皮膚炎(16歳以上の患者が罹患している場合に限る。)、尋常性白斑、円形脱毛症及び脂漏性皮膚炎である。ただし、アトピー性皮膚炎については、外用療法を必要とする場合に限り算定できる。
- (3) 医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要な指導管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (4) 第1回目の皮膚科特定疾患指導管理料は、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定する。
- (5) 皮膚科特定疾患指導管理料(I)及び(II)は、同一暦月には算定できない。
- (6) 診療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

9 外来栄養食事指導料

- (1) 外来栄養食事指導料は、入院中の患者以外の患者であつて、別に厚生労働大臣が定める特別食を保険医療機関の医師が必要と認めた者又は次のいずれかに該当する者に対し、管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、初回にあつては概ね30分以上、2回目以降にあつては概ね20分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定する。
 - ア がん患者
 - イ 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
 - ウ 低栄養状態にある患者
- (2) 特別食には、心臓疾患及び妊娠高血圧症候群等の患者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の患者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の患者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食、高度肥満症(肥満度が+40%以上又はBMIが30以上)の患者に対する治療食並びにてんかん食(難治性てんかん(外傷性のものを含む。))、グルコーストランスポーター1欠損症又はミトコンドリア脳筋症の患者に対する治療食であつて、グルコースに代わりケトン体を熱量源として供給することを目的に炭水化物量の制限と脂質量の増加が厳格に行われたものに限る。)を含む。ただし、高血圧症の患者に対する減塩食(塩分の総量が6g未満のものに限る。)及び小児食物アレルギー患者(食物アレルギー検査の結果(他の保険医療機関から提供を受けた食物アレルギー検査の結果を含む。))、食物アレルギーを持つことが明らかな9歳未満の小児に限る。)に対する小児食物アレルギー食については、入院時食事療養(I)又は入院時生活療養(I)の特別食加算の場合と異なり、特別食に含まれる。なお、妊娠高血圧症候群の患者に対する減塩食は、日本高血圧学会、日本妊娠高血圧学会等の基準に準じていること。
- (3) 管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものとし、熱量・熱量構成、蛋白質、脂質その他の栄養素の量、病態に応じた食事の形態等に係る情報のうち医師が必要と認め

- るものに関する具体的な指示を含まなければならない。
- (4) 管理栄養士は常勤である必要はなく、要件に適合した指導が行われていれば算定できる。
- (5) 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者とは、医師が、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した嚥下調整食（日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づく。）に相当する食事を要すると判断した患者をいう。
- (6) 低栄養状態にある患者とは、次のいずれかを満たす患者をいう。
- ア 血中アルブミンが 3.0g/dL 以下である患者
 - イ 医師が栄養管理により低栄養状態の改善を要すると判断した患者
- (7) 外来栄養食事指導料 1 は、保険医療機関の管理栄養士が当該保険医療機関の医師の指示に基づき、指導を行った場合に算定する。
- また、外来栄養食事指導料 2 は、当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき、対面による指導を行った場合に算定する。
- (8) 外来栄養食事指導料（注 1 から注 3 までに限る。）は初回の指導を行った月にあつては 1 月に 2 回を限度として、その他の月にあつては 1 月に 1 回を限度として算定する。ただし、初回の指導を行った月の翌月に 2 回指導を行った場合であつて、初回と 2 回目の指導の間隔が 30 日以内の場合は、初回の指導を行った翌月に 2 回算定することができる。
- (9) 「注 2」については、第 2 章第 6 部の通則 7 に規定する連携充実加算の施設基準を満たす外来化学療法室を担当する管理栄養士が外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、具体的な献立等によって月 2 回以上の指導をした場合に限り、指導の 2 回目に外来栄養食事指導料の「イ」の「(2)」の「①」を算定する。ただし、当該指導は、第 2 章第 6 部の通則 6 に規定する外来化学療法加算 1 の「(1)」を算定した日と同日であること。
- なお、外来栄養食事指導料の留意事項の(1)の初回の要件を満たしている場合は、外来栄養食事指導料の「イ」の「(1)」の所定点数を算定できる。
- (10) 「注 1」に規定する「イ」の「(2)」の「①」は、「注 2」に規定する「イ」の「(2)」の「①」と同一月に併せて算定できない。
- (11) 「注 3」については、以下の要件を満たすこと。
- ア 管理栄養士が (1) の患者に対し、電話又はビデオ通話が可能な情報通信機器等（以下この区分において「情報通信機器等」という。）を活用して、指導を行うこと。
 - イ 初回の指導は、必ず対面にて指導を行うこと。また、外来受診した場合は必ず対面にて指導を行うこと。
 - ウ 電話又は情報通信機器等による指導の実施に当たっては、事前に対面による指導と電話又は情報通信機器等による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する。また、外来受診時等に受診結果等を基に、必要に応じて指導計画を見直すこと。
 - エ 当該指導において、患者の個人情報を情報通信機器等の画面上で取り扱う場合には、患者の同意を得ること。また、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応していること。
 - オ 電話又は情報通信機器等による指導は、当該保険医療機関内において行うこと。

- (12) 「注1」に規定する「イ」の「(2)」の「①」は、「注3」に規定する「イ」の「(2)」の「②」と同一月に併せて算定できない。
- (13) 「注3」の指導を行う際の電話又は情報通信機器等の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。
- (14) 「注2」の場合、指導した年月日を全て診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (15) 外来栄養食事指導料を算定するに当たって、管理栄養士は、患者ごとに栄養指導記録を作成するとともに、指導内容の要点及び指導時間を記載すること。
- 10 入院栄養食事指導料
- (1) 入院栄養食事指導料は、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を保険医療機関の医師が必要と認めた者又は次のいずれかに該当する者に対し、管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、初回にあつては概ね30分以上、2回目にあつては概ね20分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に入院中2回に限り算定する。ただし、1週間に1回に限りとする。
- ア がん患者
- イ 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者
- ウ 低栄養状態にある患者
- (2) 入院栄養食事指導料1は、当該保険医療機関の管理栄養士が当該保険医療機関の医師の指示に基づき、指導を行った場合に算定する。
- また、入院栄養食事指導料2は、有床診療所において、当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき、対面による指導を行った場合に算定する。
- (3) 入院栄養食事指導料を算定するに当たって、上記以外の事項は区分番号「B001」の「9」外来栄養食事指導料における留意事項の(2)から(6)まで及び(15)の例による。
- (4) 「注3」に規定する栄養情報提供加算は、栄養食事指導に加え、退院後の栄養及び食事管理に関する指導とともに、医療機関間の有機的連携の強化及び保健又は福祉関係機関等へ栄養情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、両者の患者の栄養に関する情報（必要栄養量、摂取栄養量、食事形態（嚥下食コードを含む。）、禁止食品、栄養管理に係るの経過等）を相互に提供することにより、継続的な栄養管理の確保等を図るものである。
- (5) 「注3」に規定する栄養情報提供加算は、栄養指導に加え、当該指導内容及び入院中の栄養管理の状況等を含む栄養に関する情報を示す文書を患者に退院の見通しが立った際に説明するとともにこれを他の保険医療機関、介護老人保健施設等、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第1項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第1号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して提供した場合に、入院中1回に限り、所定の点数に加算する。
- (6) ここでいう介護老人保健施設等とは、次の施設をいうものとする。
- ア 介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設
- イ 介護老人福祉施設（介護保険法第8条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設及び同条第27項に規定する介護老人福祉施設をいう。）
- ウ 健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1

項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第 26 条の規定による改正前の介護保険法第 8 条第 26 項に規定する介護療養型医療施設

エ 介護保険法第 8 条第 29 項に規定する介護医療院

- (7) 当該情報を提供する保険医療機関と特別な関係にある機関に情報提供が行われた場合は、算定できない。
- (8) 栄養情報提供に当たっては、(5)に掲げる事項を記載した文書を患者に交付するとともに交付した文書の写しを栄養指導記録に添付する。なお、診療情報を示す文書等が交付されている場合にあっては、当該文書等と併せて他の保険医療機関等に情報提供すること。

11 集団栄養食事指導料

- (1) 集団栄養食事指導料は、別に厚生労働大臣が定める特別食を保険医療機関の医師が必要と認めた者に対し、当該保険医療機関の管理栄養士が当該保険医療機関の医師の指示に基づき、複数の患者を対象に指導を行った場合に患者 1 人につき月 1 回に限り所定点数を算定する。
- (2) 集団栄養食事指導料は、入院中の患者については、入院期間が 2 か月を超える場合であっても、入院期間中に 2 回を限度として算定する。
- (3) 入院中の患者と入院中の患者以外の患者が混在して指導が行われた場合であっても算定できる。
- (4) 1 回の指導における患者の人数は 15 人以下を標準とする。
- (5) 1 回の指導時間は 40 分を超えるものとする。
- (6) それぞれの算定要件を満たしていれば、区分番号「B001」の「11」集団栄養食事指導料と区分番号「B001」の「9」外来栄養食事指導料又は区分番号「B001」の「10」入院栄養食事指導料を同一日に併せて算定することができる。
- (7) 集団栄養食事指導料を算定する医療機関にあっては、集団による指導を行うのに十分なスペースを持つ指導室を備えるものとする。ただし、指導室が専用であることを要しない。
- (8) 管理栄養士は、患者ごとに栄養指導記録を作成するとともに、指導内容の要点及び指導時間を記載する。
- (9) 集団栄養食事指導料を算定するに当たって、上記以外の事項は区分番号「B001」の「9」外来栄養食事指導料における留意事項の(2)から(4)の例による。ただし、同留意事項の(2)の小児食物アレルギー患者（9歳未満の小児に限る。）に対する特別食の取扱いを除く。

12 心臓ペースメーカー指導管理料

- (1) 「注 1」に規定する「体内植込式心臓ペースメーカー等」とは特定保険医療材料のペースメーカー、植込型除細動器、両室ペーシング機能付き植込型除細動器及び着用型自動除細動器を指す。
- (2) 心臓ペースメーカー指導管理料は、電気除細動器、一時的ペーシング装置、ペースメーカー機能計測装置（ペーサーグラフィター、プログラマー等）等を有する保険医療機関において、体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者であって入院中の患者以外のものについて、当該ペースメーカー等のパルス幅、スパイク間隔、マグネットレート、刺激閾値、感度等の機能指標を計測するとともに、療養上必要な指導を行った場合に算定する。この場合において、プログラム変更に必要な費用は所定点数に含まれる。

- (3) 計測した機能指標の値及び指導内容の要点を診療録に添付又は記載する。
- (4) 心臓ペースメーカー患者等の指導管理については、関係学会より示された留意事項を参考とすること。
- (5) 「注4」の植込型除細動器移行期加算は、次のいずれかに該当する場合に算定する。当該加算を算定する場合は、着用型自動除細動器の使用開始日及び次のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- ア 心室頻拍又は心室細動による心臓突然死のリスクが高く、植込型除細動器（以下「ICD」という。）の適応の可否が未確定の患者を対象として、除細動治療を目的に、ICDの適応の可否が確定するまでの期間に限り使用する場合
- イ ICDの適応であるが、患者の状態等により直ちにはICDが植え込めない患者を対象として、ICDの植え込みを行うまでの期間に限り使用する場合
- (6) 「注5」の遠隔モニタリング加算は、遠隔モニタリングに対応した体内植込式心臓ペースメーカー、植込型除細動器又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器を使用している患者であって、入院中の患者以外のものについて、適切な管理を行い、状況に応じて適宜患者に来院等を促す体制が整っている場合に算定する。この場合において、当該加算は、遠隔モニタリングによる来院時以外の期間における体内植込式心臓ペースメーカー等の機能指標の計測等を含めて評価したものであり、このような一連の管理及び指導を行った場合において、11か月を限度として来院時に算定することができる。なお、この場合において、プログラム変更に要する費用は所定点数に含まれる。また、患者の急変等により患者が受診し、療養上必要な指導を行った場合は、「ロ」又は「ハ」を算定することができる。
- 13 在宅療養指導料
- (1) 在宅療養指導管理料を算定している患者又は入院中の患者以外の患者であって、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。
- (2) 保健師、助産師又は看護師が個別に30分以上療養上の指導を行った場合に算定できるものであり、同時に複数の患者に行った場合や指導の時間が30分未満の場合には算定できない。なお、指導は患者のプライバシーが配慮されている専用の場所で行うことが必要であり、保険医療機関を受診した際に算定できるものであって、患者において行った場合には算定できない。
- (3) 療養の指導に当たる保健師、助産師又は看護師は、訪問看護や外来診療の診療補助を兼ねることができる。
- (4) 保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記する。
- 14 高度難聴指導管理料
- (1) 高度難聴指導管理料は、区分番号「K328」人工内耳植込術を行った患者、伝音性難聴で両耳の聴力レベルが60dB以上の場合、混合性難聴又は感音性難聴の患者について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、耳鼻咽喉科の常勤医師が耳鼻咽喉科学的検査の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- (2) 人工内耳植込術を行った患者については、1か月に1回を限度として、その他の患者に

- については1回に限って算定する。
- (3) 指導内容の要点を診療録に記載する。
 - (4) 「注3」に規定する人工内耳機器調整加算は、耳鼻咽喉科の常勤医師又は耳鼻咽喉科の常勤医師の指示を受けた言語聴覚士が人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合に算定する。なお、6歳の誕生日より前に当該加算を算定した場合にあっては、6歳の誕生日以後、最初に算定する日までは6歳未満の乳幼児の算定方法の例によるものとする。また、前回の算定年月日（初回の場合は初回である旨）を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - (5) 人工内耳用音声信号処理装置の機器調整とは、人工内耳用音声信号処理装置と機器調整専用のソフトウェアが搭載されたコンピューターを接続し、人工内耳用インプラントの電氣的な刺激方法及び大きさ等について装用者に適した調整を行うことをいう。
- 15 慢性維持透析患者外来医学管理料
- (1) 慢性維持透析患者外来医学管理料は、安定した状態にある慢性維持透析患者について、特定の検査結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定し、本管理料に含まれる検査の点数は別途算定できない。なお、安定した状態にある慢性維持透析患者とは、透析導入後3か月以上が経過し、定期的に透析を必要とする入院中の患者以外の患者をいう（ただし、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る。）、有床診療所入院基本料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、有床診療所療養病床入院基本料及び地域移行機能強化病棟入院料を算定する場合における入院中の患者の他医療機関への受診時の透析を除く。）。なお、診療録に特定の検査結果及び計画的な治療管理の要点を添付又は記載すること。
 - (2) 特定の検査とは「注2」に掲げるものをいい、実施される種類及び回数にかかわらず、所定点数のみを算定する。これらの検査料及び区分番号「D026」尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料、生化学的検査(II)判断料、免疫学的検査判断料は本管理料に含まれ、別に算定できない。また、これらの検査に係る検査の部の通則、款及び注に規定する加算は、別に算定できない。
 - (3) 同一検査名で、定性、半定量及び定量測定がある場合は、いずれの検査も本管理料に含まれ、別に算定できない。試験紙法等による血中の糖の検査についても同様である。
 - (4) 慢性維持透析患者外来医学管理料に包括される検査以外の検体検査を算定する場合には、その必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
 - (5) 包括されている画像診断に係る画像診断の部の通則、節及び注に規定する加算は別に算定できる。なお、本管理料を算定した月において、本管理料に包括されていない区分番号「E001」の「1」単純撮影（胸部を除く。）及び区分番号「E002」の「1」単純撮影（胸部を除く。）を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に撮影部位を記載すること。
 - (6) 透析導入後3か月目が月の途中である場合は、当該月の翌月より本管理料を算定する。
 - (7) 同一月内に2以上の保険医療機関で透析を定期的に行っている場合は、主たる保険医療機関において本管理料を請求し、その配分は相互の合議に委ねるものとする。

- (8) 同一の保険医療機関において同一月内に入院と入院外が混在する場合、又は人工腎臓と自己腹膜灌流療法を併施している場合は、本管理料は算定できない。
- (9) 区分番号「C102-2」在宅血液透析指導管理料は、本管理料と別に算定できる。
- (10) 下記のアからカまでに掲げる要件に該当するものとして、それぞれ算定を行った場合は、該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- ア 出血性合併症を伴った患者が手術のため入院した後退院した場合、退院月の翌月における末梢血液一般検査は、月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。
- イ 副甲状腺機能亢進症に対するパルス療法施行時のカルシウム、無機リンの検査は、月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月2回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。また、副甲状腺機能亢進症に対するパルス療法施行時のPTH検査は、月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月1回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。
- ウ 副甲状腺機能亢進症により副甲状腺切除を行った患者に対するカルシウム、無機リンの検査は、退院月の翌月から5か月間は、月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。また、副甲状腺機能亢進症により副甲状腺切除を行った患者に対するPTH検査は、月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月1回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。
- エ シナカルセト塩酸塩、エテルカルセチド又はエボカルセトの初回投与から3か月以内の患者に対するカルシウム、無機リンの検査は、月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月2回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。また、シナカルセト塩酸塩、エテルカルセチド又はエボカルセトの初回投与から3か月以内の患者に対するPTH検査を月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月1回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。
- オ 透析導入後5年以上経過した透析アミロイド症に対して、ダイアライザーの選択に当たり β_2 -マイクログロブリン除去効果の確認が必要な場合においては、その選択をした日の属する月を含めた3か月間に、 β_2 -マイクログロブリン検査を月2回以上実施する場合においては、当該2回目以後の検査について月1回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。
- カ 高アルミニウム血症とヘモクロマトーシスを合併した透析患者に対して、デフェロキサミンメシル酸塩を投与している期間中におけるアルミニウム (Al) の検査は、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。
- (11) 慢性維持透析患者の検査の実施に当たっては、関係学会より標準的な検査項目及びその頻度が示されており、それらを踏まえ患者管理を適切に行うこと。

16 喘息治療管理料

- (1) 喘息治療管理料1は、保険医療機関が、ピークフローメーター、ピークフロー測定日記等を患者に提供し、計画的な治療管理を行った場合に月1回に限り算定する。なお、当該

- ピークフローメーター、ピークフロー測定日記等に係る費用は所定点数に含まれる。なお、喘息治療管理料1において、「1月目」とは初回の治療管理を行った月のことをいう。
- (2) 喘息治療管理料2は、6歳未満又は65歳以上の喘息の患者であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに対して、吸入補助器具を患者に提供し、服薬指導等を行った場合に、初回に限り算定する。指導に当たっては、吸入補助器具の使用方法等について文書を用いた上で患者等に説明し、指導内容の要点を診療録に記載する。なお、この場合において、吸入補助器具に係る費用は所定点数に含まれる。
- (3) 喘息治療管理料を算定する場合、保険医療機関は、次の機械及び器具を備えていなければならない。ただし、これらの機械及び器具を備えた別の保険医療機関と常時連携体制をとっている場合には、その旨を患者に対して文書により説明する場合は、備えるべき機械及び器具はカ及びキで足りるものとする。
- ア 酸素吸入設備
イ 気管内挿管又は気管切開の器具
ウ レスピレーター
エ 気道内分泌物吸引装置
オ 動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態にあるもの）
カ スパイロメトリー用装置（常時実施できる状態にあるもの）
キ 胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態にあるもの）
- (4) ピークフローメーターによる治療管理の実施に当たっては、関係学会よりガイドラインが示されているので、治療管理が適切になされるよう十分留意されたい。
- (5) 「注2」に規定する加算については、当該加算を算定する前1年間において、中等度以上の発作による当該保険医療機関への緊急外来受診回数が3回以上あり、在宅での療養中である20歳以上の重度喘息患者を対象とし、初回の所定点数を算定する月（暦月）から連続した6か月について、必要な治療管理を行った場合に月1回に限り算定すること。
- (6) 当該加算を算定する場合、ピークフローメーター、一秒量等計測器及びスパイロメーターを患者に提供するとともに、ピークフローメーター、一秒量等計測器及びスパイロメーターの適切な使用方法、日常の服薬方法及び増悪時の対応方法を含む治療計画を作成し、その指導内容を文書で交付すること。
- (7) 当該加算を算定する患者に対しては、ピークフロー値、一秒量等を毎日計測させ、その検査値について週に1度以上報告させるとともに、その検査値等に基づき、随時治療計画の見直しを行い、服薬方法及び増悪時の対応について指導すること。
- (8) 当該加算を算定する患者が重篤な喘息発作を起こすなど、緊急入院による治療が必要となった場合は、適切に対応すること。
- 17 慢性疼痛疾患管理料
- (1) 慢性疼痛疾患管理料は、変形性膝関節症、筋筋膜性腰痛症等の疼痛を主病とし、疼痛による運動制限を改善する等の目的でマッサージ又は器具等による療法を行った場合に算定することができる。
- (2) 区分番号「J118」介達牽引、区分番号「J118-2」矯正固定、区分番号「J118-3」変形機械矯正術、区分番号「J119」消炎鎮痛等処置、区分番号「J119-2」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「J119-3」低出力レーザー照射及び区分

番号「J119-4」肛門処置の費用は所定点数に含まれるが、これらの処置に係る薬剤料は、別途算定できるものとする。

18 小児悪性腫瘍患者指導管理料

- (1) 小児悪性腫瘍患者指導管理料は、小児科を標榜する保険医療機関において、小児悪性腫瘍、白血病又は悪性リンパ腫の患者であって入院中以外のもの又はその家族等に対し、治療計画に基づき療養上必要な指導管理を行った場合に、月1回に限り算定する。ただし、家族等に対して指導を行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。
- (2) 第1回目の小児悪性腫瘍患者指導管理料は、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日の属する月の翌月の1日以降又は当該保険医療機関から退院した日から起算して1か月を経過した日以降に算定する。
- (3) 治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。
- (4) 必要に応じ、患者の通学する学校との情報共有・連携を行うこと。

19 削除

20 糖尿病合併症管理料

- (1) 糖尿病合併症管理料は、次に掲げるいずれかの糖尿病足病変ハイリスク要因を有する入院中の患者以外の患者（通院する患者のことをいい、在宅での療養を行う患者を除く。）であって、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた場合に、月1回に限り算定する。
 - ア 足潰瘍、足趾・下肢切断既往
 - イ 閉塞性動脈硬化症
 - ウ 糖尿病神経障害
- (2) 当該管理料は、専任の常勤医師又は当該医師の指示を受けた専任の看護師が、(1)の患者に対し、爪甲切除（陥入爪、肥厚爪又は爪白癬等に対して麻酔を要しないで行うもの）、角質除去、足浴等を必要に応じて実施するとともに、足の状態の観察方法、足の清潔・爪切り等の足のセルフケア方法、正しい靴の選択方法についての指導を行った場合に算定する。
- (3) 当該管理料を算定すべき指導の実施に当たっては、専任の常勤医師又は当該医師の指示を受けた専任の看護師が、糖尿病足病変ハイリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成すること。
- (4) 当該管理を実施する医師又は看護師は、糖尿病足病変ハイリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録又は療養指導記録に記載すること。
- (5) 同一月又は同一日においても第2章第1部の各区分に規定する他の医学管理等及び第2部第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。
- (6) (2)及び(3)の常勤医師については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する医師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯に当該医師が配置されている場合には、当該2名以上の非常勤医師が連携して当該管理料に係る指導を実施した場合に限り、常勤医師の配置基準を満たしているものとして算定できる。

21 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料

- (1) 耳鼻咽喉科と他の診療科を併せ標榜する保険医療機関にあつては、耳鼻咽喉科を専任する医師が当該指導管理を行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せて担当している場合にあっては算定できない。
 - (2) 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料の対象となる患者は、15歳未満の患者であつて、発症から3か月以上遷延している若しくは当該管理料を算定する前の1年間において3回以上繰り返し発症している滲出性中耳炎の患者である。
 - (3) 医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要な指導管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
 - (4) 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料は、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して1か月を経過した日以降に算定する。
 - (5) 診療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。
- 22 がん性疼痛緩和指導管理料
- (1) がん性疼痛緩和指導管理料は、医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して、WHO方式のがん性疼痛の治療法（がんの痛みからの解放－WHO方式のがん疼痛治療法－第2版）に従つて、副作用対策等を含めた計画的な治療管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤に関する指導を行い、当該薬剤を処方した日に算定する。なお、当該指導には、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明、疼痛時に追加する臨時の薬剤の使用方法に関する説明を含めるものであること。
 - (2) がん性疼痛緩和指導管理料は、緩和ケアの経験を有する医師（緩和ケアに係る研修を受けた者に限る。）が当該指導管理を行った場合に算定する。
 - (3) がん性疼痛緩和指導管理料を算定する場合は、麻薬の処方前の疼痛の程度（疼痛の強さ、部位、性状、頻度等）、麻薬の処方後の効果判定、副作用の有無、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。
 - (4) 同一月又は同一日においても第2章第1部の各区分に規定する他の医学管理等及び第2部第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。
- 23 がん患者指導管理料
- (1) がん患者指導管理料イ
ア 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師及びがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、診断結果及び治療方法等について患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。なお、化学療法の対象となる患者に対しては、外来での化学療法の実施方法についても説明を行うこと。
イ 当該患者について区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者1人につき1回算定できる。ただし、当該悪性腫瘍の診断を確定した後に新たに診断された悪性腫瘍（転移性腫瘍及び再発性腫瘍を除く。）に対して行った場合

は別に算定できる。

ウ 指導内容等の要点を診療録又は看護記録に記載すること。

エ 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

(2) がん患者指導管理料ロ

ア 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又はがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、外来での化学療法の実施方法、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。なお、患者の理解に資するため、必要に応じて文書を交付するなど、分かりやすく説明するよう努めること。

イ がん患者指導管理料ロの算定対象となる患者は、がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、STAS-J (STAS日本語版) で2以上の項目が2項目以上該当する者、又はDCS (Decisional Conflict Scale) 40点以上のものであること。なお、STAS-Jについては日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 (以下「ホスピス財団」という。) の「STAS-J (STAS日本語版) スコアリングマニュアル第3版」(ホスピス財団ホームページに掲載) に沿って評価を行うこと。

ウ 看護師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った看護師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、患者の状態、指導内容等について情報提供等を行わなければならない。

エ 指導内容等の要点を診療録又は看護記録に記載すること。

オ 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

(3) がん患者指導管理料ハ

ア 悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤を投薬又は注射されている者 (予定を含む。) に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又は抗悪性腫瘍剤に係る業務に従事した経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、抗悪性腫瘍剤の投薬若しくは注射の開始日前30日以内、又は投薬若しくは注射をしている期間に限り、薬剤の効能・効果、服用方法、投与計画、副作用の種類とその対策、日常生活での注意点、副作用に対応する薬剤や医療用麻薬等の使い方、他の薬を服用している場合は薬物相互作用、外来での化学療法の実施方法等について文書により説明を行った場合に算定する。

イ 薬剤師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った薬剤師が、抗悪性腫瘍剤による副作用の評価を行い、当該患者の診療を担当する医師に対して、指導内容、過去の治療歴に関する患者情報 (患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴等)、抗悪性腫瘍剤の副作用の有無、服薬状況、患者の不安の有無等について情報提供するとともに、必要に応じて、副作用に対応する薬剤、医療用麻薬等又は抗悪性腫瘍剤の処方に関する提案等を行わなければならない。

ウ 指導内容等の要点を診療録若しくは薬剤管理指導記録に記載又は説明に用いた文書の

写しを診療録等に添付すること。

エ 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

(4) がん患者指導管理料ニ

ア 乳癌、卵巣癌又は卵管癌と診断された患者のうち遺伝性乳がん卵巣がん症候群が疑われる患者に対して、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師及びがん診療の経験を有する医師が共同で、診療方針、診療計画及び遺伝子検査の必要性等について患者が十分に理解し、納得した上で診療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。

イ 説明及び相談内容等の要点を診療録に記載すること。

ウ 説明した結果、区分番号「D006-18」の「2」に掲げるBRCA1/2遺伝子検査の血液を検体とするものを実施し、区分番号「D026」検体検査判断料の注6に掲げる遺伝カウンセリング加算を算定する場合は、がん患者指導管理料ニの所定点数は算定できない。

エ 遺伝カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている他保険医療機関の臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師と連携して指導を行った場合においても算定できる。なお、その場合の診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。ただし、その場合であっても区分番号「D026」検体検査判断料の注6に掲げる遺伝カウンセリング加算を算定する場合は、がん患者指導管理料ニの所定点数は算定できない。

24 外来緩和ケア管理料

(1) 外来緩和ケア管理料については、医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している入院中の患者以外の悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。

(2) 末期心不全の患者とは、以下のアからウまでの基準及びエからカまでのいずれかの基準に該当するものをいう。

ア 心不全に対して適切な治療が実施されていること。

イ 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的に NYHA 重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。

ウ 過去1年以内に心不全による急変時の入院が2回以上あること。なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。

エ 左室駆出率が20%以下であること。

オ 医学的に終末期であると判断される状態であること。

カ エ又はオに掲げる状態に準ずる場合であること。

(3) 緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者を診療する際には当該研修を修了していなくても本管理料は算定できる。

(4) 緩和ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療を担う保険医、看護師及び薬剤

師などと共同の上、別紙様式3又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付すること。

- (5) 1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね30人以内とする。ただし、「注4」に規定する点数を算定する場合は、1日当たりの算定患者数は、1チームにつき概ね15人以内とする。
- (6) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師などが参加していること。
- (7) 当該保険医療機関に緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。
- (8) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。
- (9) 当該緩和ケアチームは、緩和ケア診療加算の緩和ケアチームと兼任可能である。
- (10) 「注4」に規定する点数は、基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）において、算定可能である。

25 移植後患者指導管理料

- (1) 移植後患者指導管理料は、臓器移植（角膜移植を除く。）又は造血幹細胞移植を受けた患者（以下「臓器等移植後の患者」という。）が、移植した臓器又は造血幹細胞を長期にわたって生着させるために、多職種が連携して、移植の特殊性に配慮した専門的な外来管理を行うことを評価するものである。臓器移植後の患者については「イ 臓器移植後の場合」を、造血幹細胞移植後の患者については「ロ 造血幹細胞移植後の場合」を算定する。
- (2) 移植後患者指導管理料は、臓器等移植後の患者に対して、移植に係る診療科に専任する医師と移植医療に係る適切な研修を受けた専任の看護師が、必要に応じて、薬剤師等と連携し、治療計画を作成し、臓器等移植後の患者に特有の拒絶反応や移植片対宿主病（GVHD）、易感染性等の特性に鑑みて、療養上必要な指導管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (3) 移植医療に係る適切な研修を受けた看護師は、関係診療科及び関係職種と緊密に連携をとり、かつ適切な役割分担を考慮しつつ、医師の指示のもと臓器等移植後の患者に対して提供される医療について調整を行うこと。
- (4) 臓器等移植後患者であっても、移植後の患者に特有な指導が必要ない状態となった場合は移植後患者指導管理料は算定できない。

26 植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料

- (1) 植込型輸液ポンプを使用している患者であって、入院中の患者以外の患者について、診察とともに投与量の確認や調節など、療養上必要な指導を行った場合に、1月に1回に限り算定する。この場合において、プログラム変更に要する費用は所定点数に含まれる。
- (2) 指導内容の要点を診療録に記載する。

27 糖尿病透析予防指導管理料

- (1) 糖尿病透析予防指導管理料は、入院中の患者以外の糖尿病患者（通院する患者のことをいい、在宅での療養を行う患者を除く。）のうち、ヘモグロビンA1c（HbA1c）がJDS値で6.1%以上（NGSP値で6.5%以上）又は内服薬やインスリン製剤を使用している者で

- あって、糖尿病性腎症第2期以上の患者（現に透析療法を行っている者を除く。）に対し、医師が糖尿病透析予防に関する指導の必要性があると認めた場合に、月1回に限り算定する。
- (2) 当該指導管理料は、専任の医師、当該医師の指示を受けた専任の看護師（又は保健師）及び管理栄養士（以下「透析予防診療チーム」という。）が、(1)の患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。
 - (3) 当該指導管理料を算定すべき指導の実施に当たっては、透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成すること。
 - (4) 当該管理を実施する透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に記載すること。
 - (5) 「注4」に規定する点数は、基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）において、算定可能である。
 - (6) 同一月又は同一日においても、「注2」及び「注3」に規定するものを除き、第2章第1部の各区分に規定する他の医学管理等及び第2部第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。
 - (7) 当該管理料を算定する場合は、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添2の様式5の7に基づき、1年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。
 - (8) 「注5」に規定する高度腎機能障害患者指導加算は、eGFR（mL/分/1.73m²）が45未満の患者に対し、専任の医師が、当該患者が腎機能を維持する観点から必要と考えられる運動について、その種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導し、また既に運動を開始している患者についてはその状況を確認し、必要に応じて更なる指導を行った場合に算定する。なお、指導については日本腎臓リハビリテーション学会から「保存期CKD患者に対する腎臓リハビリテーションの手引き」が示されているので、指導が適切になされるよう留意されたい。
 - (9) 本管理料を算定する患者について、保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合には、患者の同意を得て、必要な協力を行うこと。
 - (10) 「注6」に規定する点数は、対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいてオンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、オンライン診療を行った月に、オンライン診療料と併せて、月1回に限り算定する。
 - (11) 「注6」に規定する点数が算定可能な患者は、糖尿病透析予防指導管理料を初めて算定した月から3月以上経過しているものに限る。
 - (12) 「注6」に規定する点数を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。
 - ア 透析予防診療チームが、オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う月に

において、(1)の患者に対し、ビデオ通話が可能な情報通信機器を活用して、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限、蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施する。なお、オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う月にあつては、医師又は医師の指示を受けた看護師若しくは管理栄養士による指導等について、各職種が当該月の別日に指導等を実施した場合においても算定できる。

イ 当該指導等の実施に当たっては、透析予防診療チームは、事前に、対面による指導とオンラインによる指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する。

ウ 透析予防診療チームは、オンラインにより実施した指導内容、指導実施時間等を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に記載する。

28 小児運動器疾患指導管理料

(1) 小児運動器疾患指導管理料は、入院中の患者以外の患者であつて、運動器疾患に対し継続的な管理を必要とするものに対し、専門的な管理を行った場合に算定するものであり、小児の運動器疾患に関する適切な研修を修了した医師が、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に算定できる。

(2) 対象患者は、以下のいずれかに該当する12歳未満の患者とする。

ア 先天性股関節脱臼、斜頸、内反足、ペルテス病、脳性麻痺、脚長不等、四肢の先天奇形、良性骨軟部腫瘍による四肢変形、外傷後の四肢変形、二分脊椎、脊髄係留症候群又は側弯症を有する患者

イ 装具を使用する患者

ウ 医師が継続的なりハビリテーションが必要と判断する状態の患者

エ その他、手術適応の評価等、成長に応じた適切な治療法の選択のために、継続的な診療が必要な患者

(3) 初回算定時に治療計画を作成し、患者の家族等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導の要点を診療録に記載すること。

(4) 日常的に車椅子を使用する患者であつて、車椅子上での姿勢保持が困難なため、食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者については、医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士等が、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行うことが望ましい。

(5) 厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、初診として受診した時点において(2)の要件を満たしていたものについては、患者及びその家族等の同意を得た場合に、当該患者が15歳になるまでの間、当該管理料を算定することができる。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、初診時の年月日、年齢、状態について記載すること。

29 乳腺炎重症化予防ケア・指導料

(1) 乳腺炎重症化予防ケア・指導料は、入院中以外の乳腺炎の患者であつて、乳腺炎が原因となり母乳育児に困難がある患者に対して、医師がケア及び指導の必要性があると認められた場合で、乳腺炎の重症化及び再発予防に係る指導並びに乳房に係る疾患を有する患者の診療について経験を有する医師又は乳腺炎及び母乳育児に関するケア・指導に係る経験を

有する助産師が、当該患者に対して乳房のマッサージや搾乳等の乳腺炎に係るケア、授乳や生活に関する指導、心理的支援等の乳腺炎の早期回復、重症化及び再発予防に向けた包括的なケア及び指導を行った場合に、分娩1回につき4回に限り算定する。

- (2) 当該ケア及び指導を実施する医師又は助産師は、包括的なケア及び指導に関する計画を作成し計画に基づき実施するとともに、実施した内容を診療録等に記載する。

30 婦人科特定疾患治療管理料

- (1) 婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤（器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。）を投与しているものに対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、3月に1回に限り算定すること。
- (2) 治療計画を作成し、患者に説明して同意を得るとともに、毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。なお、治療計画の策定に当たっては、患者の病態、社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。
- (3) 治療に当たっては、関連学会等から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。

31 腎代替療法指導管理料

- (1) 腎代替療法指導管理料は、腎臓内科の経験を有する常勤医師及び腎臓病患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が、当該患者への腎代替療法の情報提供が必要と判断した場合に、腎代替療法について指導を行い、当該患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に、患者1人につき2回に限り算定する。なお、2回目の当該管理料の算定に当たっては、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (2) 当該管理料の対象となる患者は、次のいずれかの要件を満たすものとする。
- ア 慢性腎臓病の患者であって、3月前までの直近2回の eGFR (mL/分/1.73m²) がいずれも30未満の場合
- イ 急速進行性糸球体腎炎等による腎障害により、急速な腎機能低下を呈し、不可逆的に慢性腎臓病に至ると判断される場合
- (3) 当該管理料を算定すべき指導の実施に当たっては、(2)の要件を満たす慢性腎臓病患者の腎代替療法選択にとって、適切と判断される時期に行うこととし、血液透析、腹膜透析、腎移植等の腎代替療法のうち、いずれについても情報提供すること。なお、当該情報提供は、腎臓病教室とは別に行うこと。
- (4) 指導内容等の要点を診療録に記載する。なお、説明に用いた文書の写しの診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。
- (5) 説明に当たっては、関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき説明を行うこと。
- (6) 当該管理料を算定する場合にあつては、(2)のア又はイのうち該当するものに応じて、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- ア (2)のアに該当する場合は、直近の血液検査における eGFR の検査値について、以下の(イ)から(ハ)までのうちいずれかに該当するもの。

- (イ) 25ml/min/1.73m²以上 30ml/min/1.73m²未満
- (ロ) 15ml/min/1.73m²以上 25ml/min/1.73m²未満
- (ハ) 15ml/min/1.73m²未満

イ (2)のイに該当する場合は、当該指導管理の実施について適切な時期と判断とした理由。

B001-2 小児科外来診療料

- (1) 小児科外来診療料は、別に定める施設基準を満たす保険医療機関における入院中の患者以外の患者であって、6歳未満の全ての者を対象とする。また、対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行うものとする。
- (2) 小児科外来診療料は、小児科を標榜する保険医療機関において算定する。ただし、区分番号「B001-2-11」小児かかりつけ診療料を算定している患者、第2部第2節第1款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定している患者（他の保険医療機関で算定している患者を含む。）及びパリーブズマブを投与している患者（投与当日に限る。）については、小児科外来診療料の算定対象とはならない。
- (3) 当該患者の診療に係る費用は、「注4」の小児抗菌薬適正使用支援加算、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料及び区分番号「A002」外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、区分番号「A000」初診料の機能強化加算、区分番号「B001-2-2」地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号「B001-2-5」院内トリアージ実施料、区分番号「B001-2-6」夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号「B010」診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号「B011」診療情報提供料(Ⅲ)並びに区分番号「C000」往診料（往診料の加算を含む。）を除き、全て所定点数に含まれる。ただし、初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ85点、250点、580点又は230点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ65点、190点、520点又は180点を算定する。
- (4) 同一日において、同一患者の再診が2回以上行われた場合であっても、1日につき所定の点数を算定する。
- (5) 同一月において、院外処方箋を交付した日がある場合は、当該月においては、「1」の所定点数により算定する。ただし、この場合であっても、院外処方箋を交付している患者に対し、夜間緊急の受診の場合等やむを得ない場合において院内投薬を行う場合は、「2」の所定点数を算定できるが、その場合には、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (6) 当該保険医療機関において、院内処方を行わない場合は、「1 処方箋を交付する場合」の所定点数を算定する。
- (7) 小児科外来診療料に係る届出を行った保険医療機関において、6歳未満の小児が初診を行いそのまま入院となった場合の初診料は、小児科外来診療料ではなく、初診料を算定し、当該初診料の請求は入院の診療報酬明細書により行う。
- (8) 6歳の誕生日が属する月において、6歳の誕生日前に当該保険医療機関を受診し、小児科外来診療料を算定した場合にあつては、6歳の誕生日後に当該保険医療機関を受診しても、当該月の診療に係る請求は小児科外来診療料により行うものとする。
- (9) 小児科外来診療料に係る届出を行った保険医療機関のうち、許可病床数が200床以上の病

院においては、他の保険医療機関等からの紹介なしに受診した6歳未満の乳幼児の初診については、保険外併用療養費に係る選定療養の対象となる。したがって、小児科外来診療料の初診時の点数を算定した上に、患者からの特別の料金を徴収できる。

- (10) 本診療料を算定する保険医療機関の保険医が「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）に定める「配置医師」であり、それぞれの配置されている施設に赴き行った診療については、本診療料は算定できないが、それぞれの診療行為に係る所定点数により算定できるものとする。
- (11) 本診療料を算定する場合、抗菌薬の適正な使用を推進するため、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に、抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていること。
- (12) 「注4」に規定する小児抗菌薬適正使用支援加算は、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科を担当する専任の医師が診療を行った初診時に、月に1回に限り算定する。なお、インフルエンザウイルス感染の患者又はインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

B001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料

- (1) 地域連携小児夜間・休日診療料は、保険医療機関が地域の小児科を専ら担当する診療所その他の保険医療機関の医師と連携をとりつつ、小児の救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に小児の診療が可能な体制を保つことを評価するものである。
- (2) 地域連携小児夜間・休日診療料1については、夜間、休日又は深夜であって、保険医療機関があらかじめ地域に周知している時間に、地域連携小児夜間・休日診療料2については、保険医療機関が24時間診療することを周知した上で、夜間、休日又は深夜に、それぞれ6歳未満の小児を診療した場合に算定する。
- (3) 地域連携小児夜間・休日診療料は、夜間、休日又は深夜に急性に発症し、又は増悪した6歳未満の患者であって、やむを得ず当該時間帯に保険医療機関を受診するものを対象としたものである。したがって、慢性疾患の継続的な治療等のための受診については算定できない。
- (4) 夜間、休日又は深夜における担当医師名とその主たる勤務先について、予定表を作成し院内に掲示するものとする。
- (5) 地域連携小児夜間・休日診療料を算定する場合にあつては、診療内容の要点、診療医師名及びその主たる勤務先名を診療録に記載するものとする。
- (6) 一連の夜間及び深夜又は同一休日に、同一の患者に対しては、地域連携小児夜間・休日診療料は原則として1回のみ算定する。なお、病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。
- (7) 入院中の患者については、地域連携小児夜間・休日診療料は算定できない。ただし、患者が地域連携小児夜間・休日診療料を算定すべき診療を経た上で入院した場合は、算定できる。
- (8) 患者本人が受診せず、家族などに対して指導等を行った場合には、当該診療料は算定できない。
- (9) 地域連携小児夜間・休日診療料は地域の夜間・急病センター、病院等において地域の医師が連携・協力して、診療に当たる体制を評価したものであり、在宅当番医制で行う夜間・休

日診療においては算定できない。

B001-2-3 乳幼児育児栄養指導料

乳幼児育児栄養指導料は、小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が3歳未満の乳幼児に対して区分番号「A000」初診料（「注5」のただし書に規定する初診を除く。）を算定する初診を行った場合に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行ったときに算定する。この場合、指導の要点を診療録に記載すること。ただし、初診料を算定する初診を行った後、即入院となった場合には算定できない。

B001-2-4 地域連携夜間・休日診療料

- (1) 地域連携夜間・休日診療料は、保険医療機関が地域の他の保険医療機関の医師と連携をとりつつ、救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に診療が可能な体制を保つことを評価するものである。
- (2) 地域連携夜間・休日診療料については、夜間、休日又は深夜であって、保険医療機関があらかじめ地域に周知している時間に、患者を診療した場合に算定する。
- (3) 地域連携夜間・休日診療料は、夜間、休日又は深夜に急性に発症し、又は増悪した患者であって、やむを得ず当該時間帯に保険医療機関を受診するものを対象としたものである。したがって、慢性疾患の継続的な治療等のための受診については算定できない。
- (4) 夜間、休日又は深夜における担当医師名とその主たる勤務先について、予定表を作成し院内に掲示するものとする。
- (5) 地域連携夜間・休日診療料を算定する場合にあつては、診療内容の要点、診療医師名及びその主たる勤務先名を診療録に記載するものとする。
- (6) 一連の夜間及び深夜又は同一休日に、同一の患者に対しては、地域連携夜間・休日診療料は原則として1回のみ算定する。なお、病態の度重なる変化等による複数回の受診のため2回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。
- (7) 入院中の患者については、地域連携夜間・休日診療料は算定できない。ただし、患者が地域連携夜間・休日診療料を算定すべき診療を経た上で入院した場合は、算定できる。
- (8) 患者本人が受診せず、家族などに対して指導等を行った場合には、当該診療料は算定できない。
- (9) 地域連携夜間・休日診療料は地域の夜間・急病センター、病院等において地域の医師が連携・協力して、診療に当たる体制を評価したものであり、在宅当番医制で行う夜間・休日診療においては算定できない。

B001-2-5 院内トリアージ実施料

- (1) 院内トリアージ実施料については、院内トリアージ体制を整えている保険医療機関において、夜間、休日又は深夜に受診した患者であって初診のものに対して当該保険医療機関の院内トリアージ基準に基づいて専任の医師又は救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師により患者の来院後速やかに患者の状態を評価し、患者の緊急度区分に応じて診療の優先順位付けを行う院内トリアージが行われ、診療録等にその旨を記載した場合に算定できる。ただし、「B001-2-6」夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者については算定できない。
- (2) 院内トリアージを行う際には患者又はその家族等に対して、十分にその趣旨を説明すること。

B001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料

- (1) 夜間休日救急搬送医学管理料については、第二次救急医療機関（都道府県が作成する医療計画において、入院を要する救急医療を担う医療機関であって、第三次救急医療機関以外のものをいう。）又は都道府県知事若しくは指定都市市長の指定する精神科救急医療施設において、深夜、時間外（土曜日以外の日（休日を除く。）にあつては、夜間に限る。）、休日に、救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であつて初診のものについて、必要な医学管理が行われた場合に算定する。

なお、夜間及び深夜の取扱いは、往診料の場合と同様である。

- (2) 「注2」に規定する精神科疾患患者等受入加算の対象患者は、深夜、時間外又は休日に救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターで搬送された患者のうち、以下のいずれかのものとする。

イ 過去6月以内に精神科受診の既往がある患者

ロ アルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者

- (3) B001-2-5「院内トリアージ実施料」を算定した患者には夜間休日救急搬送医学管理料は算定できない。

B001-2-7 外来リハビリテーション診療料

- (1) 外来リハビリテーション診療料は、医師によるリハビリテーションに関する包括的な診察を評価するものである。
- (2) 外来リハビリテーション診療料1の対象患者は、状態が比較的安定している患者であつて、リハビリテーション実施計画書において心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に掲げるリハビリテーション（以下「疾患別リハビリテーション」という。）を1週間に2日以上提供することとしている患者である。
- (3) 外来リハビリテーション診療料1を算定した日から起算して7日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料、区分番号「A002」外来診療料又は区分番号「A003」オンライン診療料は算定できないものとし、当該7日間は、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料、区分番号「A002」外来診療料又は区分番号「A003」オンライン診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。
- (4) 外来リハビリテーション診療料2の対象患者は、状態が比較的安定している患者であつて、リハビリテーション実施計画書において疾患別リハビリテーションを2週間に2日以上提供することとしている患者である。
- (5) 外来リハビリテーション診療料2を算定した日から起算して14日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料、区分番号「A002」外来診療料又は区分番号「A003」オンライン診療料は算定できないものとし、当該14日間は区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料、区分番号「A002」外来診療料又は区分番号「A003」オンライン診療料を算定せずに、疾

患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。

- (6) 外来リハビリテーション診療料1及び2を算定している場合は、疾患別リハビリテーションを提供する日において、リハビリテーションスタッフ（疾患別リハビリテーションの実施に係る理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等をいう。以下同じ。）がリハビリテーション提供前に患者の状態を十分に観察し、療養指導記録に記載すること。また、患者の状態を観察した際に、前回と比べて状態の変化が認められた場合や患者の求めがあった場合等には、必要に応じて医師が診察を行うこと。
- (7) 外来リハビリテーション診療料1及び2を算定している場合は、医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したリハビリテーションスタッフからの報告を受け、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況等を確認し、診療録等に記載すること。なお、リハビリテーションスタッフからの報告は、カンファレンスの実施により代えることとしても差し支えない。

B001-2-8 外来放射線照射診療料

- (1) 放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が診察を行った日に算定し、算定日から起算して7日間は放射線照射の実施に係る区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料、区分番号「A002」外来診療料又は区分番号「A003」オンライン診療料は算定できないものとし、当該7日間は、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料、区分番号「A002」外来診療料又は区分番号「A003」オンライン診療料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できるものとする。
- (2) 外来放射線照射診療料を算定した場合にあっては、第2日目以降の看護師、診療放射線技師等による患者の観察については、照射ごとに記録し、医師に報告すること。
- (3) 放射線治療を行う前に、放射線治療により期待される治療効果や成績などとともに、合併症、副作用等についても必ず患者又はその家族に説明し、文書等による同意を得ること。
- (4) 関係学会による放射線精度管理等のガイドラインを遵守すること。
- (5) 算定した日を含め、3日間以内で放射線照射が終了する場合は、本点数の100分の50に相当する点数を算定する。

B001-2-9 地域包括診療料

- (1) 地域包括診療料は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。なお、地域包括診療料と区分番号「A001」再診料の「注12」地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる。
- (2) 地域包括診療料の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の4疾病のうち、2つ以上（疑いは除く。）を有する者である。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記4疾病のうち2つ）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも当該診療料、区分番号「A001」再診料の「注12」地域包括診療加算、同「注13」認知症地域包括診療加算又は区分番号「B001-2-10」認知症地域包括診療料を算定可能である。
- (3) 当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。
- (4) 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。

- ア 患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行うこと。
- イ 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、当該患者に処方されている医薬品を全て管理し、診療録等に記載すること。必要に応じ、担当医の指示を受けた看護師、准看護師等が情報の把握を行うことも可能であること。
- ウ 当該患者について、原則として院内処方を行うこと。ただし、エ及びオの場合に限り院外処方を可能とする。
- エ 病院において、患者の同意が得られた場合は、以下の全てを満たす薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。
- (イ) 24 時間開局している薬局であること。なお、24 時間開局している薬局のリストを患者に説明した上で患者が選定した薬局であること。
- (ロ) 当該患者がかかっている医療機関を全て把握した上で、薬剤服用歴を一元的かつ継続的に管理し、投薬期間中の服薬状況等を確認及び適切な指導を行い、当該患者の服薬に関する情報を医療機関に提供している薬局であること。
- (ハ) 病院において院外処方を行う場合は、以下の通りとする。
- ① 当該患者が受診している医療機関のリスト及び当該患者が当該診療料を算定している旨を、処方箋に添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行うこと。
- ② 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局若しくは当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、当該患者の院外処方を担当する保険薬局から文書で情報提供を受けることでもよい。なお、保険薬局から文書で情報提供を受けた場合も、当該患者に対し、事後的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。
- ③ また、診療録にお薬手帳のコピー若しくは保険薬局からの文書のコピーを添付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。
- オ 診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。
- (イ) 調剤について 24 時間対応できる体制を整えている薬局（以下「連携薬局」という。）と連携していること。
- (ロ) 原則として、院外処方を行う場合は連携薬局にて処方を行うこととするが、患者の同意がある場合に限り、その他の薬局での処方も可能とする。その場合、当該患者に対して、時間外においても対応できる薬局のリストを文書により提供し、説明すること。
- (ハ) 当該患者が受診している医療機関のリスト及び当該患者が当該診療料を算定している旨を、処方箋に添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行うこと。
- (ニ) 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局若しくは当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、当該患者の院外処方を担当する保険薬局から文書で情報提供を受けることでもよい。なお、保険薬局から文書で情報提供を受けた場合も、当該患者に対し、事後的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。
- (ホ) また、診療録にお薬手帳のコピー若しくは保険薬局からの文書のコピーを添付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録等に記載すること。
- カ 標榜診療時間外の電話等による問い合わせに対応可能な体制を有し、連絡先について情

報提供するとともに、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合には、受診の指示等、速やかに必要な対応を行うこと。

- キ 当該患者について、当該医療機関で検査（院外に委託した場合を含む。）を行うこと。
- ク 健康診断や検診の受診勧奨を行い、その結果等を診療録に添付又は記載するとともに、患者に提供し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。
- ケ 必要に応じ、要介護認定に係る主治医意見書を作成すること。
- コ 患者の同意について、当該診療料の初回算定時に、別紙様式 48 を参考に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録等に添付すること。ただし、直近 1 年間に 4 回以上の受診歴を有する患者については、別紙様式 48 を参考に診療の要点を説明していれば、同意の手続きは省略して差し支えない。なお、当該医療機関自ら作成した文書を用いることでよい。
- サ 当該診療料を算定する場合は、投薬の部に掲げる「7 種類以上の内服薬の投薬を行う場合」の規定は適用しないものであること。
- シ 認知症の患者に対し当該診療料を算定する場合であって、当該患者の病状から、患者への説明及び患者の同意について、患者の家族等への説明及び当該患者の家族等による同意による方が適切と考えられる場合には、当該部分について「患者」を「患者の家族等」と読み替えるものとする。

(5) 当該医療機関において、院内掲示により以下の対応が可能なことを周知し、患者の求めがあった場合に適切に対応すること。

- ア 健康相談を行っていること。
- イ 介護保険に係る相談を行っていること。

(6) 地域包括診療料を算定する医療機関においては、往診又は訪問診療を提供可能であること。往診又は訪問診療の対象の患者には、24 時間対応可能な夜間の連絡先を提供し、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合には、往診、外来受診の指示等、速やかに必要な対応を行うこと。「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 2 年 3 月 ● 日保医発 ● 第 ● 号）の第 9 在宅療養支援診療所の施設基準の 1 の (1) に規定する在宅療養支援診療所以外の在宅療養支援診療所においては、連絡を受けて行う往診又は外来診療の体制について、連携する他の保険医療機関とともに行うことも可能であること。

(7) 抗菌薬の適正な使用を推進するため、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に、抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていること。

(8) 「注 3」の薬剤適正使用連携加算については、区分番号「A 0 0 1」再診料の「注 14」に規定する薬剤適正使用連携加算の例によること。

(9) 「注 4」に規定する点数は、対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいてオンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、オンライン診療を行った月に、オンライン診療料と併せて、月 1 回に限り算定する。

(10) 「注 4」に規定する点数が算定可能な患者は、地域包括診療料を初めて算定した月から 3 月以上経過しているものに限る。

B 0 0 1 - 2 - 10 認知症地域包括診療料

(1) 認知症地域包括診療料は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び

診療所の医師が、認知症患者であって以下の全ての要件を満たす患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。

ア 認知症以外に1以上の疾病（疑いは除く。）を有する者

イ 同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていない患者

（イ） 1処方につき5種類を超える内服薬があるもの

（ロ） 1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬をあわせて3種類を超えて含むもの

なお、イ(イ)の内服薬数の種類数は錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。また、イ(ロ)の抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬の種類数は区分番号「F100」処方料の1における向精神薬の種類と同様の取扱いとする。

- (2) 区分番号「B001-2-9」地域包括診療料の(3)から(7)（(4)のサを除く。）までを満たすこと。
- (3) 「注3」の薬剤適正使用連携加算については、区分番号「A001」再診料の「注14」に規定する薬剤適正使用連携加算の例によること。
- (4) 認知症地域包括診療料1を算定する場合には、区分番号「B001-2-9」地域包括診療料の(6)を満たすこと。
- (5) 当該医療機関で診療を行う疾病（認知症を含む2つ以上）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも地域包括診療加算又は地域包括診療料を算定可能である。また、他医療機関で当該診療料又は認知症地域包括診療加算は算定できない。
- (6) 「注4」に規定する点数は、対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいてオンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、オンライン診療を行った月に、オンライン診療料と併せて、月1回に限り算定する。
- (7) 「注4」に規定する点数が算定可能な患者は、認知症地域包括診療料を初めて算定した月から3月以上経過しているものに限る。

B001-2-11 小児かかりつけ診療料

- (1) 小児かかりつけ診療料は、かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定する。
- (2) 小児かかりつけ診療料は、当該保険医療機関を4回以上受診（予防接種の実施等を目的とした保険外のものを含む。）した未就学児（6歳以上の患者にあつては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者を対象とする。なお、過去に当該診療料の算定を行っていた患者が、当該診療料の算定を行わなくなった場合、6歳以上の患者については、再度当該診療料を算定することはできない。
- (3) 同一日において、同一患者の再診が2回以上行われた場合であっても、1日につき所定の点数を算定する。
- (4) 同一月において、院外処方箋を交付した日がある場合は、当該月においては、「1」の所定点数により算定する。ただし、この場合であっても、院外処方箋を交付している患者に対

- し、夜間緊急の受診の場合等やむを得ない場合において院内投薬を行う場合は、「2」の所定点数を算定できるが、その場合には、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (5) 当該保険医療機関において院内処方を行わない場合は、「1 処方箋を交付する場合」の所定点数を算定する。
- (6) 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。
- ア 急性疾患を発症した際の対応の仕方や、アトピー性皮膚炎、喘息その他乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の管理等について、かかりつけ医として療養上必要な指導及び診療を行うこと。
- イ 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと。
- ウ 患者について、健康診査の受診状況及び受診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じること。
- エ 患者について、予防接種の実施状況を把握するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する指導を行うこと。
- オ 当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対しては、原則として当該保険医療機関において、常時対応を行うこと。ただし、以下のいずれかの要件を満たす常勤の小児科医が配置された医療機関においては、夜間（深夜を含む）及び休日の相談等について、当該保険医療機関での対応に代えて、地域において夜間・休日の小児科外来診療を担当する医療機関又は都道府県等が設置する小児医療に関する電話相談の窓口（＃8000等）を案内することでも可能であること。
- (イ) 在宅当番医制等により地域における夜間・休日の小児科外来診療に月1回以上の頻度で協力する常勤の小児科医であること。
- (ロ) 直近1年間に、都道府県等が設置する小児医療に関する電話相談の窓口（＃8000等）において、相談対応者として1回以上協力したことのある常勤の小児科医であること。
- カ かかりつけ医として、上記アからオまでに掲げる指導等を行う旨を患者に対して書面（別紙様式10を参考とし、各医療機関において作成すること。）を交付して説明し、同意を得ること。また、小児かかりつけ医として上記アからオまでに掲げる指導等を行っている旨を、当該保険医療機関の外来受付等の見やすい場所に掲示していること。
- (7) 小児かかりつけ診療料を算定した場合は、区分番号「B001-2」小児科外来診療料は算定できない。
- (8) 小児かかりつけ診療料を算定する場合、抗菌薬の適正な使用を推進するため、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に、抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていること。
- (9) 「注4」に規定する小児抗菌薬適正使用支援加算は、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科を担当する専任の医師が診療を行った初診時に、月に1回に限り算定する。なお、インフルエンザウイルス感染の患者又はインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

B001-3 生活習慣病管理料

- (1) 生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。なお、区分番号「A000」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。
- (2) 生活習慣病管理料は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については血糖値及びHbA1cの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載すること。
- (3) 当該患者の診療に際して行った第1部医学管理等（「B001」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料及び同「27」糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第3部検査、第5部投薬、第6部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。
- (4) 生活習慣病管理料を算定している患者に対しては、少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理が行われなければならない。
- (5) 生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定健診・特定保健指導に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式9の2又はこれに準じた様式とする。）を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても4月に1回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。
- (6) 当該月に生活習慣病管理料を算定した患者の病状の悪化等の場合には、翌月に生活習慣病管理料を算定しないことができる。
- (7) 同一保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者について、生活習慣病管理料を算定するものと算定しないものが混在するような算定を行うことができるものとする。
- (8) 同一月内において、院外処方箋を交付する日と交付しない日が混在した場合には、当該月の算定は、「1 処方箋を交付する場合」で算定する。
- (9) 当該保険医療機関において院内処方を行わない場合は、「1 処方箋を交付する場合」で算定する。
- (10) 糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する管理方針の変更、薬物療法の導入、投薬内容の変更等、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載し、当該患者数を定期的に記録していること。

- (11) 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にする。
- (12) 本管理料を算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意の有無を確認し療養計画書に記載するとともに、患者の同意が得られている場合は必要な協力を行うこと。
- (13) 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年1回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。(14) 「注3」に規定する加算については、中等度以上の糖尿病(2型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。)の患者を対象とし、必要な指導を行った場合に1年に1回に限り算定する。なお、中等度以上の糖尿病の患者とは、当該加算を算定する当月若しくは前月においてヘモグロビンA1c(HbA1c)がJDS値で8.0%以上(NGSP値で8.4%以上)の者をいう。
- (15) 「注3」の加算を算定する患者に対しては、患者教育の観点から血糖自己測定器を用いて月20回以上血糖を自己測定させ、その検査値や生活状況等を報告させるとともに、その報告に基づき、必要な指導を行い療養計画に反映させること。
- 当該加算は、血糖試験紙(テスト・テープ)又は固定化酵素電極(バイオセンサー)を給付し、在宅で血糖の自己測定をさせ、その記録に基づき指導を行った場合に算定するものであり、血糖試験紙、固定化酵素電極、穿刺器、穿刺針及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合における費用その他血糖自己測定に係る全ての費用は当該加算点数に含まれ、別に算定できない。
- (16) 「注4」に規定する点数は、対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいてオンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、オンライン診療を行った月に、オンライン診療料と併せて、月1回に限り算定する。
- (17) 「注4」に規定する点数が算定可能な患者は、生活習慣病管理料を初めて算定した月から3月以上経過しているものに限る。

B001-3-2 ニコチン依存症管理料

- (1) ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」(日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。)に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計5回の禁煙治療を行った場合に算定する。なお、加熱式たばこを喫煙している患者についても、「禁煙治療のための標準手順書」に沿って禁煙治療を行う。
- (2) ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者は、次の全てに該当するものであって、医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めたものであること。
- ア 「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト(TDS)で、ニコチン依存症と診断されたものであること。
- イ 35歳以上の者については、1日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であるものであること。
- ウ 直ちに禁煙することを希望している患者であって、「禁煙治療のための標準手順書」に則った禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているものであること。

- (3) ニコチン依存症管理料は、初回算定日より起算して1年を超えた日からでなければ、再度算定することはできない。
- (4) 治療管理の要点を診療録に記載する。
- (5) 情報通信機器を用いて診察を行う医師は、初回に診察を行う医師と同一のものに限る。
- (6) 情報通信機器を用いて診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。
- (7) 情報通信機器を用いた診察は、当該保険医療機関内において行う。
- (8) 情報通信機器を用いた診察時に、投薬の必要性を認めた場合は、区分番号「F100」処方箋又は区分番号「F400」処方箋料を別に算定できる。
- (9) 情報通信機器を用いて診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収を行うことはできない。
- (10) 情報通信機器を用いた診察を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。
- (11) ニコチン依存症管理料2を算定する場合は、患者の同意を文書により得た上で初回の指導時に、診療計画書を作成し、患者に説明し、交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。
- (12) ニコチン依存症管理料2を算定した患者について、2回目以降の指導予定日に受診しなかった場合は、当該患者に対して電話等によって、受診を指示すること。また、受診を中断する場合には、受診を中断する理由を聴取し、診療録等に記載すること。
- (13) ニコチン依存症管理料2を算定する場合においても、2回目から4回目の指導について、情報通信機器を用いて実施することができる。なお、その場合の留意事項は、(5)から(10)まで及び(12)に示すものと同様である。(14) (2)に規定するニコチン依存症管理料の算定対象となる患者について、「注1」に規定する厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、所定点数の100分の70に相当する点数を算定する。

B001-4 手術前医学管理料

- (1) 手術前医学管理料は硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下で行われる手術の前に行われる定型的な検査・画像診断について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔若しくは区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下に手術が行われた場合に、月1回に限り、疾病名を問わず全て本管理料を算定する。
- (2) 手術前1週間に本管理料に包括されている検査及び画像診断項目（以下この項において「検査項目等」という。）のいずれも行わなかった場合は、本管理料は算定しない。なお、「手術を行う前1週間以内に行ったもの」とは、手術を行う日の前日を起算日として1週間前の日から当該手術を実施した当日の手術実施前までに行ったものをいう。
- (3) 手術前医学管理料には、包括されている検査項目等に係る判断料が含まれており、手術前医学管理料を算定した月に区分番号「D026」血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料及び免疫学的検査判断料は別に算定できない。
- (4) 手術前医学管理料を算定する際使用したフィルムの費用は、区分番号「E400」フィルムの所定点数により算定する。
- (5) 本管理料を算定する手術前1週間において、入院と入院外が混在する場合においても、本

管理料に包括されている検査項目等の1回目の所定点数については別に算定できない。

- (6) 本管理料を月初めに算定し、手術前1週間が月をまたがる場合においても、本管理料の所定点数に包括されている検査項目等の1回目の所定点数については別に算定できない。
- (7) 同一の患者について、月をまたがって1週間以内に硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下の手術を2回以上行った場合には、最初に行った手術の際に手術前医学管理料を算定し、2回目の手術の際には手術前医学管理料を算定せず、それぞれの検査項目等の所定点数により算定する。

(例) 当該月の29日に硬膜外麻酔、脊椎麻酔、全身麻酔下の手術を行い、翌月の3日に再び硬膜外麻酔、脊椎麻酔、全身麻酔下の手術を行った場合の算定。

当該月の29日に手術前医学管理料を算定し、翌月の手術の3日の際には手術前医学管理料を算定せず、それぞれの検査項目等の所定点数で算定する。

- (8) 本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

B001-5 手術後医学管理料

- (1) 手術後医学管理料は、区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術後に必要な医学的管理を評価するとともに、手術後に行われる定型的な検査について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「A300」救命救急入院料又は区分番号「A301」特定集中治療室管理料に係る届出を行っていない保険医療機関の一般病棟に入院する患者について算定する。
- (2) 手術後医学管理料には、包括されている検査項目に係る判断料が含まれており、手術後医学管理料を算定した月に区分番号「D026」尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料及び生化学的検査(I)判断料は別に算定できない。ただし、本管理料を算定する3日間が月をまたがる場合は、本管理料を算定する最初の日が属する月に係るこれらの判断料は別に算定できないが、その翌月にこれらの判断料の対象となる検査を実施した場合には、別に算定できる。
- (3) 同一保険医療機関において、同一月に本管理料を算定するものと算定しないものが混在するような算定はできない。
- (4) 手術後医学管理料の算定開始日となる入院の日とは、第1章第2部通則5に定める起算日のことをいう。

B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料

- (1) 肺血栓塞栓症予防管理料は、肺血栓塞栓症を発症する危険性が高い患者に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な医学管理を行った場合を評価するものである。
- (2) 肺血栓塞栓症予防管理料は、病院(療養病棟を除く。)又は診療所(療養病床に係るものを除く。)に入院中の患者であって、肺血栓塞栓症を発症する危険性の高いもの(結核病棟においては手術を伴う患者、精神病棟においては治療上の必要から身体拘束が行われている患者に限る。)に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、弾性ストッキング(患者の症状により弾性ストッキングが使用できないなどやむを得ない理由により使用する弾性包帯を含む。)又は間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行った場合に、入院中1回に限り算定する。なお、当該管理料は、肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキング又

は間歇的空気圧迫装置を用いた場合に算定できるものであり、薬剤のみで予防管理を行った場合には算定できない。また、第1章第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の場合においても、各々の入院において入院中1回算定できるものであること。

- (3) 肺血栓塞栓症の予防を目的として使用される弾性ストッキング及び間歇的空気圧迫装置を用いた処置に要する費用は所定点数に含まれており、別に区分番号「J119」消炎鎮痛等処置の点数は算定できない。肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキングが複数回使用される場合であっても、当該費用は所定点数に含まれる。なお、肺血栓塞栓症の予防を目的としない区分番号「J119」消炎鎮痛等処置は別に算定できるものであること。また、同一の弾性ストッキングを複数の患者に使用しないこと。
- (4) 肺血栓塞栓症の予防に係る計画的な医学管理を行うに当たっては、関係学会より標準的な管理方法が示されているので、患者管理が適切になされるよう十分留意されたい。

B001-7 リンパ浮腫指導管理料

- (1) リンパ浮腫指導管理料は、手術前若しくは手術後又は診断時若しくは診断後において、以下に示す事項について、個別に説明及び指導管理を行った場合に算定できる。

当該指導管理料は、当該指導管理料の算定対象となる手術を受けた保険医療機関に入院中に当該説明及び指導管理を行った場合に1回、当該保険医療機関を退院した後に、当該保険医療機関又は当該患者の退院後において区分番号「B005-6」の「注1」に規定する地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関（当該患者について区分番号「B005-6-2」がん治療連携指導料を算定した場合に限る。）において当該説明及び指導管理を行った場合にいずれか一方の保険医療機関において1回に限り、算定できる。

ア リンパ浮腫の病因と病態

イ リンパ浮腫の治療方法の概要

ウ セルフケアの重要性と局所へのリンパ液の停滞を予防及び改善するための具体的実施方法

(イ) リンパドレナージに関すること

(ロ) 弾性着衣又は弾性包帯による圧迫に関すること

(ハ) 弾性着衣又は弾性包帯を着用した状態での運動に関すること

(ニ) 保湿及び清潔の維持等のスキンケアに関すること

エ 生活上の具体的注意事項

リンパ浮腫を発症又は増悪させる感染症又は肥満の予防に関すること

オ 感染症の発症等増悪時の対処方法

感染症の発症等による増悪時における診察及び投薬の必要性に関すること

- (2) 指導内容の要点を診療録等に記載する。
- (3) 手術前においてリンパ浮腫に関する指導を行った場合であって、結果的に手術が行われなかった場合にはリンパ浮腫指導管理料は算定できない。

B001-8 臍ヘルニア圧迫指導管理料

- (1) 臍ヘルニア圧迫指導管理料は、臍ヘルニアの患者の保護者に対して以下に示す事項について、個別に説明及び指導管理を行った場合に算定できる。

ア 臍ヘルニアの病態

イ 臍ヘルニア圧迫療法の概要及び具体的実施方法

ウ 膈ヘルニア圧迫療法の治癒率と治癒しなかった場合の治療法

エ 想定される合併症及び緊急時の対処方法

(2) 指導内容の要点を診療録に記載する。

B001-9 療養・就労両立支援指導料

(1) 療養・就労両立支援指導料は、就労中の患者の療養と就労の両立支援のため、患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して、療養上の指導を行うこと及び当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第1項に規定する産業医、同法第10条第1項に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法12条の2に規定する安全衛生推進者又は同法第13条の2の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下この区分において「産業医等」という。）に就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行った場合を評価するものである。

(2) 療養・就労両立支援指導料は、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患しているものの求めを受けて、患者の同意を得て、以下の全ての医学管理を実施した場合に、月1回に限り算定する。

ア 治療を担当する医師が、患者から当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書を当該患者から受け取ること。

イ 治療を担当する医師が、アの文書の内容を踏まえ、療養上の指導を行うとともに、当該医師又は当該医師の指示を受けた看護師若しくは社会福祉士が、患者から就労の状況を聴取した上で、治療や疾患の経過に伴う状態変化に応じた就労上の留意点に係る指導を行うこと。

ウ 治療を担当する医師が、①又は②のいずれかにより、当該患者が勤務する事業場において選任されている産業医等に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報の提供を行うこと。

① 病状、治療計画、治療に伴い予想される症状、就労上必要な配慮等について、「別紙様式49」、「別紙様式49の2」又はこれに準ずる様式を用いて、患者の勤務する事業場の産業医等に対して就労と療養の両立に必要な情報を記載した文書の提供を行い、当該文書の写しを診療録に添付すること。患者の勤務する事業場の産業医等があらかじめ指定した様式を用いて就労上の留意点等を提供することも差し支えない。なお、当該患者が勤務する事業場において産業医が選任されている場合は、当該産業医に対して当該患者の就労と療養の両立に必要な情報の提供を行うこと。

② 当該患者の診察に同席した産業医等に対して、就労と療養の両立に必要なことを説明し、説明の内容を診療録等に記載すること。

(3) 「2」については、「1」を算定した患者について、情報提供を行った診療の次回以降の受診時に、就労の状況等を確認し、必要な療養上の指導を行った場合に、「1」を算定した日の属する月から起算して3月を限度として、月1回に限り算定する。

(4) 「注3」に規定する相談支援加算については、専任の看護師又は社会福祉士が、療養上の指導に同席し、相談支援を行った場合に算定できる。

(5) 「1」については、事業場の産業医等への就労と療養の両立に必要な情報を記載した文書

の作成に係る評価を含むことから、当該指導料を算定する場合、当該文書の発行に係る費用を、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できない。

- (6) 治療を担当する医師と産業医が同一の者である場合及び治療を担当する医師が患者の勤務する事業場と同一資本の施設で勤務している場合においては、当該指導料は算定できない。

B002 開放型病院共同指導料(I)、B003 開放型病院共同指導料(II)

- (1) 開放型病院共同指導料(I)は、開放型病院に自己の診察した患者を入院させた保険医が、開放型病院に赴き、開放型病院の保険医と共同で診療、指導等を行った場合に1人の患者に1日につき1回算定できるものであり、その算定は当該患者を入院させた保険医が属する保険医療機関において行う。
- (2) 開放型病院共同指導料(I)を算定した場合は、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料、区分番号「A002」外来診療料、区分番号「C000」往診料及び区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「1」等は算定できない。
- (3) 診療所による紹介に基づき開放型病院に入院している患者に対して、当該診療所の保険医が開放型病院に赴き診療、指導等を行った場合において、その患者について、区分番号「B009」診療情報提供料(I)が既に算定されている場合であっても、開放型病院共同指導料(I)を算定できる。
- (4) 開放型病院共同指導料(I)を算定する場合、当該患者を入院させた保険医の診療録には、開放型病院において患者の指導等を行った事実を記載し、開放型病院の診療録には当該患者を入院させた保険医の指導等が行われた旨を記載する。
- (5) 開放型病院共同指導料(II)は、当該患者を入院させた保険医の属する保険医療機関が開放型病院共同指導料(I)を算定した場合に、開放型病院において算定する。

B004 退院時共同指導料1、B005 退院時共同指導料2

- (1) 退院時共同指導料1又は退院時共同指導料2は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師、看護師若しくは准看護師（以下この区分において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、それぞれの保険医療機関において算定するものである。ただし、特掲診療料の施設基準等の別表第三の一の二に掲げる「退院時共同指導料1及び退院時共同指導料2を二回算定できる疾病等の患者」であって、当該入院中に2回算定する場合は、当該2回中1回はそれぞれの保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師が共同して指導すること。なお、当該患者の在宅療養担当医療機関の准看護師と当該患者が入院中の保険医療機関の准看護師が共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行う場合には、それぞれの保険医療機関の医師又は看護師の指示を受けて行うものであること。また、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。
- (2) 退院時共同指導料は、患者の家族等退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。

- (3) 行った指導の内容等について、要点を診療録等に記載し、又は患者若しくはその家族等に提供した文書の写しを診療録等に添付する。
- (4) 退院時共同指導料1の「1」は、在宅療養支援診療所の医師が当該患者に対して、その退院後に往診及び訪問看護により24時間対応できる体制等を確保し、在宅療養支援診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護師等の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供した場合に限り算定できる。
- (5) 退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。ただし、退院時共同指導料2の「注4」は、本文の規定にかかわらず、退院後在宅で療養を行う患者に加え、退院後に介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設を含む。）、特定施設（地域密着型特定施設を含む。）又は障害者支援施設（生活介護を行う施設又は自立訓練（機能訓練）を行う施設に限る。）、福祉型障害児入所施設若しくは医療型障害児入所施設（以下この区分において「介護施設等」という。）に入所する患者も対象となる。なお、当該患者が当該保険医療機関に併設する介護施設等に入所する場合は算定することはできない。
- (6) 退院時共同指導料1の「注2」に規定する加算は、当該患者が厚生労働大臣の定める特別な管理を必要とする者であった場合、1人の患者に対して入院中1回に限り算定できる。ただし、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については当該入院中に2回に限り算定できる。
- (7) 退院時共同指導料2の「注1」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。
- (8) 退院時共同指導料1の「注1」及び退院時共同指導料2の「注1」の共同指導は対面で行うことが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。
- (9) 退院時共同指導料2の「注3」に規定する加算は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のいずれかのうち3者以上と共同して行った場合に算定する。
- (10) (9)における共同指導は、当該患者が入院している保険医療機関と在宅療養担当医療機関等の関係者全員が、患者が入院している保険医療機関において実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。ただし、この場合であっても、在宅療養担当医療機関等のうち2者以上は、患者が入院している保険医療機関に赴き共同指導していること。

- (11) 退院時共同指導料2の「注3」に規定する指導と同一日に行う「注2」に規定する指導に係る費用及び区分番号「B005-1-2」介護支援等連携指導料は、「注3」に規定する加算に含まれ、別に算定できない。
- (12) 退院時共同指導料2の「注4」は、地域連携診療計画と同等の事項（当該医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等）に加えて退院後の在宅又は介護施設等での療養上必要な指導を行うために必要な看護及び栄養管理の状況等の情報を当該患者及び家族に別紙様式50を参考に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関のほか、訪問看護ステーション、介護施設等と共有すること。
- (13) (8)及び(10)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末において共同指導を実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- (14) 退院時共同指導料2については、入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合は、同一日に区分番号「B006-3」退院時リハビリテーション指導料は別に算定できない。また、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合は、同一日に区分番号「B014」退院時薬剤情報管理指導料は別に算定できない。
- (15) 同一日に退院時共同指導料2と区分番号「B006-3」退院時リハビリテーション指導料又は区分番号「B014」退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、共同指導を行った者の職種及び年月日を記載すること。

B005-1-2 介護支援等連携指導料

- (1) 介護支援等連携指導料は、入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービス又は障害福祉サービス、地域相談支援若しくは障害児通所支援（以下この区分において「介護等サービス」という。）を導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護等サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者（以下この区分において「指定特定相談支援事業者等」という。）の相談支援専門員と連携し退院後のケアプラン又はサービス等利用計画若しくは障害児支援利用計画（以下この区分において「ケアプラン等」という。）の作成につなげることを評価するものである。
- (2) 介護支援等連携指導料は、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護等サービスから考え適切な医療関係職種が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員若しくは相談支援専門員又は退院後のケアプラン等の作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、介護保険施設等の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護等サービスや、当該地域において提供可能な介護等サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定できるものである。
- (3) ここでいう介護保険施設等とは、介護保険の給付が行われる保健医療サービス又は福祉サービスを提供する施設であって、次の施設をいうものとする。
ア 介護老人福祉施設（介護保険法第8条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設

- 及び同条第 27 項に規定する介護老人福祉施設のことをいう。)
- イ 介護保険法第 8 条第 28 項に規定する介護老人保健施設
- ウ 健康保険法等の一部を改正する法律（平成 18 年法律第 83 号）附則第 130 条の 2 第 1 項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第 26 条の規定による改正前の介護保険法第 8 条第 26 項に規定する介護療養型医療施設
- エ 介護保険法第 8 条第 29 項に規定する介護医療院
- オ 特定施設（介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 8 条第 11 項に規定する特定施設、同条第 21 項に規定する地域密着型特定施設及び第 8 条の 2 第 9 項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護を提供する施設のことをいい、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）第 192 条の 2 に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護を受けている患者が入居する施設を含む。)
- カ 認知症対応型グループホーム（介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 8 条第 20 項に規定する認知症対応型共同生活介護及び第 8 条の 2 第 15 項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護を提供する施設のことをいう。)
- キ 小規模多機能居宅介護事業所（介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 8 条第 19 項に規定する小規模多機能型居宅介護及び第 8 条の 2 第 14 項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護を提供する施設のことをいう。)
- ク 複合型サービス事業所（介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 8 条第 23 項に規定する複合型サービスを提供する施設のことをいう。)
- (4) 初回の指導は、介護等サービスの利用の見込みがついた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護等サービスや要介護認定の申請の手続き等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで、適切な療養場所の選択や手続きの円滑化に資するものであり、2 回目の指導は、実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプラン等の原案の作成に資するような情報の収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導を行うこと等を想定したものである。
- (5) 行った指導の内容等について、要点を診療録等に記載する。また、指導の内容を踏まえ作成されたケアプラン等については、患者の同意を得た上で、当該介護支援専門員又は相談支援専門員に情報提供を求めることとし、ケアプラン等の写しを診療録等に添付すること。
- (6) 介護支援等連携指導料を算定するに当たり共同指導を行う介護支援専門員又は相談支援専門員は、介護等サービスの導入を希望する患者の選択によるものであり、患者が選択した場合には、当該医療機関に併設する居宅介護事業所の介護支援専門員又は指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員であっても介護支援等連携指導料の算定を妨げるものではない。ただし、当該医療機関に併設する介護保険施設等の介護支援専門員と共同指導を行った場合については介護支援等連携指導料を算定することはできない。
- (7) 同一日に区分番号「B005」退院時共同指導料 2 の「注 3」に掲げる加算を算定すべき介護支援専門員又は相談支援専門員を含めた共同指導を行った場合には、介護支援等連携指導料あるいは退院時共同指導料 2 の「注 3」に掲げる加算の両方を算定することはできない。
- (8) 当該共同指導は、当該患者が入院している保険医療機関の医療関係職種と介護支援専門員又は相談支援専門員が、患者が入院している保険医療機関において実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

B005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料

- (1) 介護保険リハビリテーション移行支援料は、維持期のリハビリテーション（区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料の「注4」、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料の「注4」及び区分番号「H002」運動器リハビリテーション料の「注4」に規定するものをいう。）を受けている入院中の患者以外の者に対して、患者の同意を得て、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同法第8条第8項に規定する通所リハビリテーション、同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同法第8条の2第6項に規定する介護予防通所リハビリテーションをいう。）へ移行するため、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）及び必要に応じて、介護保険によるリハビリテーションを当該患者に対して提供する事業所の従事者と連携し、介護サービス計画書（ケアプラン）作成を支援した上で、介護保険によるリハビリテーションを開始し、維持期のリハビリテーションを終了した場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。なお、維持期のリハビリテーションと介護保険によるリハビリテーションを併用して行うことができる2月間（「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成28年3月25日保医発0325第8号）の第4の10に規定する2月間をいう。）は、当該支援料を算定できない。
- (2) 患者の同意を得た上で、介護支援専門員より情報提供を受け、介護サービス計画書（ケアプラン）の写しを診療録等に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に当該患者が介護保険によるリハビリテーションを開始した日及び維持期のリハビリテーションを終了した日を記載する。
- (3) 当該患者が、当該医療機関内で維持期のリハビリテーションから介護保険によるリハビリテーションに移行した場合は算定できない。

B005-2、B005-3、B005-3-2 削除

B005-4 ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）、B005-5 ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）

- (1) ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）は、診療に基づき患者を紹介した医師（以下この項において「紹介元医師」という。）が、当該患者が入院中である紹介先の病院に赴き、紹介先の病院の医師と共同で、医学管理等を行った場合に患者1人につき1回に限り、算定できるものであり、その算定は紹介元医師が属する保険医療機関において行う。
- (2) ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）を算定した場合は、区分番号「A001」再診料、区分番号「A002」外来診療料、区分番号「C000」往診料及び区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」等は算定できない。
- (3) 紹介元医師による紹介に基づき紹介先の病院に入院している患者に対して、当該紹介元医師が病院に赴き診療、指導等を行った場合において、その患者について、区分番号「B009」診療情報提供料（Ⅰ）が既に算定されている場合であっても、その算定された日を除き、ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）を算定できる。
- (4) ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）を算定する場合、紹介元医師の診療録には、紹介先の病院において患者の医学管理等を行った事実を記載し、紹介先の病院の診療録には紹介元医師による医学管理等が行われた旨を記載する。

- (5) ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)は、紹介元医師の属する保険医療機関がハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)を算定した場合に、紹介先の病院において算定する。
- (6) 自院にて診療していた妊産婦の状態に異常が認められたために、他院へ搬送する場合において、医師が搬送先医療機関まで付き添い、搬送先の病院の医師と共同で医学管理等を行った場合においても算定できる。
- (7) ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)は、区分番号「C004」救急搬送診療料と併せて算定することができる。

B005-6 がん治療連携計画策定料、B005-6-2 がん治療連携指導料

- (1) がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料は、がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院又は小児がん拠点病院を中心に策定された地域連携診療計画に沿ったがん治療に関わる医療機関の連携により、がん患者に対して地域における切れ目のない医療が提供されることを評価したものである。
- (2) 地域連携診療計画は、あらかじめがん診療連携拠点病院等において、がんの種類や治療方法等ごとに作成され、当該がん診療連携拠点病院等からの退院後の治療を共同で行う複数の連携保険医療機関との間で共有して活用されるものであり、病名、ステージ、入院中に提供される治療、退院後、計画策定病院で行う治療内容及び受診の頻度、連携医療機関で行う治療の内容及び受診の頻度、その他必要な項目が記載されたものであること。
- (3) がん治療連携計画策定料1は、がんと診断され、がんの治療目的に初回に入院した際に、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合に、退院時又は退院した日から起算して30日以内に計画策定病院において算定する。その際、患者に交付した治療計画書の写しを診療録に添付すること。
- (4) がん治療連携計画策定料1は、病理診断の結果が出ない又は退院後一定期間の外来診療を必要とする等の理由で、個別の患者の治療計画を入院中に策定できない場合であっても、退院した日から起算して30日以内に速やかに個別の治療計画を策定するとともに、文書にて患者又は家族に提供した場合にあっては、算定可能とする。その際、交付した治療計画書の写しを診療録に添付すること。
- (5) 計画策定病院は、治療計画に基づき、患者に対して治療を提供するとともに、患者の同意を得て、適切に連携医療機関と情報共有を図るとともに、必要に応じて適宜治療計画を見直すものとする。なお、がん治療連携計画策定料2は、当該患者の状態の変化等により連携医療機関から紹介を受け、当該患者を診療した上で、当該患者の治療計画を変更し、患者又はその家族等に説明するとともに、文書にて提供した場合に計画策定病院において算定する（連携医療機関において区分番号「B005-6-2」がん治療連携指導料を算定している患者に限る。）。その際、交付した治療計画書の写しを診療録に添付すること。
- (6) がん治療連携指導料は、連携医療機関において、患者ごとに作成された治療計画に基づく診療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する情報提供をした際に算定する。計画策定病院に対する情報提供の頻度は、基本的には治療計画に記載された頻度に基づくものとするが、患者の状態の変化等により、計画策定病院に対し治療方針等につき、相談・変更が必要となった際に情報提供を行った際にも算定できるものである。
- (7) がん治療連携計画策定料又はがん治療連携指導料を算定した場合は、区分番号「A246」

入退院支援加算の注4及び区分番号「B009」診療情報提供料（I）の注16に規定する地域連携診療計画加算は算定できない。

B005-6-3 がん治療連携管理料

- (1) がん治療連携管理料は、がんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院又は小児がん拠点病院として指定された病院を評価したものである。
- (2) 別の保険医療機関又は健康診断を実施した医療機関の医師により、悪性腫瘍の疑いがあるとされた患者（最終的に悪性腫瘍と診断された患者に限る。）又は悪性腫瘍と診断された患者に対し、がん治療連携管理料の「1」についてはこれらの保険医療機関等から紹介を受けたがん診療連携拠点病院が、がん治療連携管理料の「2」についてはこれらの保険医療機関等から紹介を受けた地域がん診療病院が、外来における化学療法又は放射線治療を行った場合に、患者1人につき1回に限り所定点数を算定する。
- (3) がん治療連携管理料の「3」は、別の保険医療機関又は健康診断を実施した医療機関の医師により、悪性腫瘍の疑いがあるとされた小児の患者（最終的に悪性腫瘍と診断された患者に限る。）又は悪性腫瘍と診断された小児の患者に対し、これらの保険医療機関等から紹介を受けた小児がん拠点病院が、外来における化学療法又は放射線治療を行った場合に、患者1人につき1回に限り所定点数を算定する。
- (4) 当該管理料の対象患者は、(2)に定める患者であり、悪性腫瘍以外の疾患で別の保険医療機関から紹介を受け、当該がん診療連携拠点病院において悪性腫瘍と診断された患者は含まれない。
- (5) がん治療連携管理料を算定した場合は、区分番号「A232」がん拠点病院加算は算定できない。

B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料

- (1) 外来がん患者在宅連携指導料は、進行がん患者の緩和ケアに係る外来から在宅への切れ目のない移行を図り、在宅において質の高い緩和ケアを提供する体制を実現するため、進行がん患者に対して外来で化学療法又は緩和ケアを行う保険医療機関が、当該患者を在宅で緩和ケアを実施する別の保険医療機関に適切な時期に紹介することを評価したものである。
- (2) 外来がん患者在宅連携指導料を算定する保険医療機関においては、在宅での緩和ケアを行う保険医療機関や訪問看護ステーションと連携関係を構築するとともに、そのリストを整備し、患者の特性や居住する地域に応じて患者に紹介できる体制を確保する。
- (3) 進行がん患者に対して外来で化学療法又は緩和ケアを提供する病院は、当該患者の病状が進行した際に在宅で緩和ケアを実施する体制を早期に整えることのできるよう、外来において化学療法等を実施している段階から、在宅で実施することが見込まれる緩和ケア及び見込まれる予後等について十分に患者に説明し、患者の同意を得た上で、在宅で緩和ケアを実施する保険医療機関を紹介する。

B005-7 認知症専門診断管理料

- (1) 認知症専門診断管理料1は、基幹型、地域型又は連携型認知症疾患医療センターが他の保険医療機関から紹介された患者に対して、患者又は家族等の同意を得た上で、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定（認知症と診断された患者については認知症療養計画を作

成)し、説明し、それを文書にて患者又は家族等に提供した場合であって、紹介を受けた他の保険医療機関に対して文書にて報告した場合に、1人につき1回に限り算定する。なお、患者に交付した文書の写しを診療録等に添付すること。

- (2) 「注1」に規定する認知症療養計画は、「別紙様式 32」及び「別紙様式 32 の2」又はこれらに準じて作成された、病名、検査結果、症状の評価(認知機能(MMSE、HDS-R等)、生活機能(ADL、IADL等)、行動・心理症状(NPI、DBD等)等)、家族又は介護者等による介護の状況(介護負担度の評価(NPI等)等)、治療計画(受診頻度、内服薬の調整等)、必要と考えられる医療連携や介護サービス、緊急時の対応、その他必要な項目が記載されたものであり、認知症に係る専門知識を有する多職種が連携していることが望ましい。認知症専門診断管理料1を算定するに当たり文書にて報告した他の保険医療機関と定期的に診療情報等の共有を図ることが望ましい。
- (3) 認知症専門診断管理料2は、基幹型又は地域型認知症疾患医療センターが認知症の症状が増悪した患者に対して、患者又は家族等の同意を得た上で、今後の療養計画等を説明し、それを文書にて患者又は家族等に提供した場合であって、紹介を受けた他の保険医療機関に対して文書にて報告した場合に、患者1人につき3月に1回に限り算定する。なお、患者に交付した文書の写しを診療録に添付すること。

B005-7-2 認知症療養指導料

- (1) 認知症療養指導料は、保険医療機関が認知症の患者に対して、認知症療養計画に基づき、症状の定期的な評価(認知機能(MMSE、HDS-R等)、生活機能(ADL、IADL等)、行動・心理症状(NPI、DBD等)等)、家族又は介護者等による介護の状況(介護負担度の評価(NPI等))の定期的な評価、抗認知症薬等の効果や副作用の有無等の定期的な評価等を行い、診療録にその要点を記載し、療養指導を行うこと。
- (2) 「1」については、認知症疾患医療センターで認知症と診断された患者について、当該認知症疾患医療センターにおいて作成された認知症療養計画に基づき、(1)に規定する定期的な評価等を行った場合に算定する。
- (3) 「2」については、認知症の患者であって、病状悪化や介護負担の増大等が生じたものについて、療養に係る助言を得ることを目的に、地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医に紹介した場合であって、当該認知症サポート医の助言を受けて、認知症に係る療養計画を作成した上で、(1)に規定する定期的な評価等を行った場合に算定する。ただし、当該認知症サポート医からの文書により、当該認知症サポート医が区分番号「B005-7-3」認知症サポート指導料を算定していることが明らかな場合に限る。また、認知症に係る療養計画については診療録に記載すること。
- (4) 「3」については、初めて認知症と診断された患者又は認知症の患者であって病状悪化や介護負担の増大等が生じたものに対し、地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医が、「別紙様式 32」及び「別紙様式 32 の2」又はこれらに準じて認知症療養計画を作成した上で、(1)に規定する定期的な評価等を行った場合に算定する。
- (5) 地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医とは、アに加え、イ又はウのいずれかを満たす医師をいう。
ア 国立研究開発法人国立長寿医療研究センターが都道府県又は指定都市の委託を受けて実

施する認知症サポート医養成研修を修了した医師であること。

イ 直近 1 年間に、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。

ウ 直近 1 年間に、都道府県医師会又は指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医等を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の講師を務めた実績があること

B005-7-3 認知症サポート指導料

- (1) 認知症サポート指導料は、地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医が、他の保険医療機関から紹介された認知症の患者に対して、患者又は家族等の同意を得た上で、患者又は家族等に文書を用いて療養上の指導を行うとともに、今後の療養方針について、紹介を受けた他の保険医療機関に対して文書にて助言を行った場合に、1人につき6月に1回に限り算定する。なお、患者及び紹介を受けた他の医療機関に交付した文書の写しを診療録に添付すること。
- (2) 地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医については、「B005-7-2」認知症療養指導料の例による。
- (3) 紹介を受けた他の保険医療機関に対して助言を行う文書において、認知症サポート指導料を算定した患者である旨を記載すること。

B005-8 肝炎インターフェロン治療計画料

- (1) 肝炎インターフェロン治療計画料は、インターフェロン治療を受ける肝炎患者に対して、治療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域で連携して当該インターフェロン治療を行う保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り算定する。患者に交付した治療計画書の写しを診療録に添付すること。
- (2) 治療計画の策定に当たっては、患者の求めに応じて夜間や休日に診療を行っている医療機関を紹介するなど、当該患者が長期の治療を継続できるよう配慮を行うこと。
- (3) 入院中の患者については退院時に算定すること。

B005-9 外来排尿自立指導料

- (1) 外来排尿自立指導料は、当該保険医療機関に排尿に関するケアに係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）を設置し、入院中から当該患者の排尿自立の可能性及び下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法等を組み合わせるなど、下部尿路機能の回復のための包括的なケア（以下「包括的排尿ケア」という。）を実施していた患者に対して、入院中に退院後の包括的排尿ケアの必要性を認めた場合に、外来において、引き続き包括的排尿ケアを実施することを評価するものである。
- (2) 当該指導料は、当該保険医療機関の入院中に区分番号「A251」排尿自立支援加算を算定し、かつ、退院後に継続的な包括的排尿ケアの必要があると認めたものであって、次のいずれかに該当する者について算定できる。なお、排尿自立支援加算に規定するとおり、退院後に継続的な包括的排尿ケアの必要があると認めた旨を診療録等に記載していること。
 - ア 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有するもの
 - イ 尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生

- ずると見込まれるもの
- (3) 排尿ケアチーム及び当該患者の診療を担う医師又は看護師等は、共同して、入院中に策定した包括的排尿ケアの計画に基づき包括的排尿ケアを実施し、定期的に評価を行う。必要に応じて排尿ケアチームが当該計画の見直しを行う。
 - (4) (3)について、診療録等に記載する。なお、見直した計画については、計画書を診療録等に添付にすることとしても差し支えない。
 - (5) 当該指導料を算定するに当たっては、排尿ケアチームが当該患者の状況を評価する等の関与を行い、かつ、排尿ケアチーム、当該患者の診療を担う医師又は当該医師の指示を受けた看護師等が、包括的排尿ケアの計画に基づいて患者に対し直接的な指導又は援助を行うこと。当該指導料は、週1回に限り、排尿自立支援加算を算定した期間と通算して計12週を限度として算定できる。

B005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料1

- (1) 「注1」に規定する精神疾患を有する妊婦又は出産後2月以内である患者とは、当該保険医療機関で精神療法が実施されている患者又は他の保険医療機関で精神療法が実施されている患者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。
- (2) 精神療法が他の保険医療機関で実施されている場合については、患者の同意を得て、当該他の保険医療機関との間で当該患者に係る診療情報が相互かつ定期的に提供されていること。
- (3) 必要に応じて小児科と適切に連携して診療する体制を有していること。
- (4) 産科又は産婦人科を担当する医師又は当該医師の指示を受けた保健師、助産師若しくは看護師が、概ね月に1回の頻度で、患者の心理的不安を軽減するための面接及び療養上の指導を行うこと。
- (5) 当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね2か月に1回の頻度で開催されており、当該患者の診療を担当する産科又は産婦人科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師、保健師又は看護師並びに必要に応じて精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師、市町村若しくは都道府県（以下区分番号「B005-10-2」において「市町村等」という。）の担当者等が参加していること。
- (6) (5)のカンファレンスは、初回は関係者全員が一堂に会し実施すること。2回目以降についても、関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。なお、(5)のカンファレンスにおいて、ビデオ通話が可能な機器を用いる場合、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- (7) (5)のカンファレンスに市町村等の担当者が参加しなかった場合は、その都度、患者の同意を得た上で、市町村等の担当者にその結果を文書により情報提供すること。
- (8) 当該患者について、出産後の養育について支援を行うことが必要と認められる場合、その旨を患者に説明し、当該患者の同意を得た上で、市町村等に相談し、情報提供を行うこと。
- (9) 以上の実施に当たっては、日本産婦人科医会が作成した「妊産婦メンタルヘルスマニュアル～産後ケアへの切れ目のない支援に向けて～」を参考にすること。

- (10) 当該連携指導料を算定する場合は、区分番号「B009」診療情報提供料(I)は別に算定できないこと。

B005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料2

- (1) 「注1」に規定する精神疾患を有する妊婦又は出産後6月以内である患者とは、当該保険医療機関で精神療法が実施されている患者に限る。
- (2) 産科又は産婦人科に係る診療が他の保険医療機関で実施されている場合については、患者の同意を得て、当該他の保険医療機関との間で当該患者に係る診療情報が相互かつ定期的に提供されていること。特に、向精神薬が投与されている患者については、当該薬剤が妊娠、出産等に与える影響等の情報について、当該他の保険医療機関に対し適切に提供していること。
- (3) 必要に応じて小児科と適切に連携して診療する体制を有していること。
- (4) 精神科又は心療内科を担当する医師が、精神疾患及びその治療による妊娠、出産等への影響について患者に説明し、療養上の指導を行うこと。
- (5) 当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね2か月に1回の頻度で開催されており、当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師、保健師又は看護師、当該患者の診療を担当する産科又は産婦人科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師並びに必要に応じて精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師、市町村等の担当者等が参加していること。なお、出産後、産科又は産婦人科による医学的な管理が終了した場合については、当該カンファレンスへの産科又は産婦人科を担当する医師の参加は不要であること。
- (6) (5)のカンファレンスは、初回は関係者全員が一堂に会し実施すること。2回目以降についても、関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。なお、(5)のカンファレンスにおいて、ビデオ通話が可能な機器を用いる場合、患者の個人情報当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- (7) (5)のカンファレンスに市町村等の担当者が参加しなかった場合は、その都度、患者の同意を得た上で、市町村等の担当者による結果を文書により情報提供すること。
- (8) 当該患者について、出産後の養育について支援を行うことが必要と認められる場合、その旨を患者に説明し、当該患者の同意を得た上で、市町村等に相談し、情報提供を行うこと。
- (9) 当該連携指導料を算定する場合は、区分番号「B009」診療情報提供料(I)及び区分番号「B011」診療情報提供料(III)は別に算定できないこと。

B005-11 遠隔連携診療料

- (1) 遠隔連携診療料は難病又はてんかんの診断を行うことを目的として、患者の同意を得て、難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、患者の診断の確定までの間に3月に1回に限り算定する。
- (2) 遠隔連携診療料の算定に当たっては、患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師が、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、当該医師と連携して診療を行うことにつ

いて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。

- (3) 遠隔連携診療料が算定可能な患者は、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病又はてんかん（外傷性のてんかんを含む。）の疑いがある患者に限ること。
- (4) 他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った際には、患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、当該診療の内容、診療を行った日、診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- (5) 当該他の保険医療機関は、「都道府県における地域の実情に応じた難病の医療提供体制の構築について」（平成29年4月14日健難発0414第3号厚生労働省健康局難病対策課長通知）に規定する難病診療連携拠点病院又は「てんかん地域診療連携体制整備事業の実施について」（平成27年5月28日障発0528第1号）に定めるてんかん診療拠点機関であること。
- (6) 連携して診療を行う他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。また、当該他の保険医療機関内において診療を行うこと。
- (7) 事前の診療情報提供については、区分番号「B009」診療情報提供料（I）は別に算定できない。
- (8) 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

B006 救急救命管理料

- (1) 保険医療機関に所属する救急救命士に対して、必要な指示等を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。
- (2) 救急救命士の行った処置等の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (3) 救急救命士の所属する保険医療機関と指示等を行った医師の所属する保険医療機関が異なる場合においても、当該指示等を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。
- (4) 医師が救急救命士に指示を行ったのみで、診察をしていない場合には、救急救命管理料のみを算定し、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料は算定できない。

B006-3 退院時リハビリテーション指導料

- (1) 退院時リハビリテーション指導料は、入院していた患者の退院に際し、患者の病状、患者の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。
- (2) 退院時リハビリテーション指導料は、指導を行った者及び指導を受けたものが患者又はその家族等であるかの如何を問わず、退院日に1回に限り算定する。
- (3) 当該患者の入院中主として医学的管理を行った医師又はリハビリテーションを担当した医師が、患者の退院に際し、指導を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて、保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士とともに指導を行った場合にも算定できる。
- (4) 指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関

係訓練、家屋の適切な改造、患者の介助方法、患者の居住する地域において利用可能な在宅保健福祉サービスに関する情報提供等に関する指導とする。

- (5) 指導（又は指示）内容の要点を診療録等に記載する。
- (6) 死亡退院の場合は、算定できない。

B007 退院前訪問指導料

- (1) 退院前訪問指導料は、継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中（外泊時を含む。）又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。なお、入院期間は暦月で計算する。
- (2) 退院前訪問指導料は、指導の対象が患者又はその家族等であるかの如何を問わず、1回の入院につき1回を限度として、指導の実施日にかかわらず、退院日に算定する。ただし、入院後早期（入院後14日以内とする。）に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に2回分を算定する。
- (3) 退院前訪問指導料は、退院して家庭に復帰する患者が算定の対象であり、特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。
- (4) 医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。
- (5) 指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。
- (6) 退院前訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障をきたすことのないよう留意する。
- (7) 保険医療機関は、退院前訪問指導の実施に当たっては、市町村の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分配慮する。

B007-2 退院後訪問指導料

- (1) 退院後訪問指導料は、医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、患者が入院していた保険医療機関（以下この区分において「入院保険医療機関」という。）が退院直後に行う訪問指導を評価するものである。
- (2) 退院後訪問指導料は、入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患家、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、介護老人保健施設に入所中又は医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。
- (3) 指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。
- (4) 退院後訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障をきたすことのないよう留意する。
- (5) 「注2」に規定する訪問看護同行加算は、当該患者の在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行して患家等を訪問し、当該看護師等への技術移転又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- (6) 退院後訪問指導料を算定した場合は、同一の保険医療機関において、区分番号「I016」

精神科在宅患者支援管理料は算定できない。

- (7) 退院後訪問指導料を算定した日においては、区分番号「C013」在宅患者訪問褥瘡管理指導料は算定できない。
- (8) 退院後訪問指導料を算定した日においては、同一の保険医療機関及び特別の関係にある保険医療機関は、区分番号「C000」往診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料、区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「I012」精神科訪問看護・指導料を算定できない。ただし、退院後訪問指導を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。

B008 薬剤管理指導料

- (1) 薬剤管理指導料は、当該保険医療機関の薬剤師が医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導（処方された薬剤の投与量、投与方法、投与速度、相互作用、重複投薬、配合変化、配合禁忌等に関する確認並びに患者の状態を適宜確認することによる効果、副作用等に関する状況把握を含む。）を行った場合に週1回に限り算定できる。

また、薬剤管理指導料の算定対象となる小児及び精神障害者等については、必要に応じて、その家族等に対して服薬指導等を行った場合であっても算定できる。

なお、施設基準を満たしていても、上記要件に該当しない場合にあつては、区分番号「F500」調剤技術基本料の「1」により算定する。

- (2) 薬剤管理指導料の「1」は、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤（内服薬に限る。）、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤又は抗HIV薬が投薬又は注射されている患者に対して、これらの薬剤に関し、薬学的管理指導を行った場合に算定する。なお、具体的な対象薬剤については、その一覧を厚生労働省のホームページに掲載している。
- (3) 当該保険医療機関の薬剤師は、過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を患者又はその家族等から聴取し、当該医療機関及び可能な限り他の医療機関における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握する。
- (4) 薬剤管理指導料の算定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (5) 当該保険医療機関の薬剤師が患者ごとに作成する薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低3年間保存する。

患者の氏名、生年月日、性別、入院年月日、退院年月日、診療録の番号、投薬・注射歴、副作用歴、アレルギー歴、薬学的管理指導の内容、患者への指導及び患者からの相談事項、薬剤管理指導等の実施日、記録の作成日及びその他の事項

なお、薬剤管理指導記録を診療録等とともに管理する場合にあつては、上記の記載事項のうち、重複する項目については、別途記録の作成を要しない。また、薬剤管理指導記録に添付が必要な文書等を別途保存することは差し支えないが、この場合にあつては、薬剤管理指導記録と当該文書等を速やかに突合できるような管理体制を整備すること。

- (6) 「注2」の麻薬管理指導加算は、当該指導料を算定している患者のうち、麻薬が投与されている患者に対して、投与される麻薬の服用に関する注意事項等に関し、必要な薬学的管理

指導を行った場合に算定する。

- (7) 薬剤管理指導料を算定している患者に投薬された医薬品について、当該保険医療機関の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに当該患者の診療を担う保険医に対し、当該情報を文書により提供するとともに、当該保険医に相談の上、必要に応じ、患者に対する薬学的管理指導を行うものとする。

ア 緊急安全性情報、安全性速報

イ 医薬品・医療機器等安全性情報

- (8) 「注2」の麻薬管理指導加算の算定に当たっては、前記の薬剤管理指導記録に少なくとも次の事項についての記載がされていなければならない。

ア 麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の服薬状況、疼痛緩和の状況等）

イ 麻薬に係る患者への指導及び患者からの相談事項

ウ その他麻薬に係る事項

- (9) 薬剤管理指導及び麻薬管理指導を行った場合は、必要に応じ、その要点を文書で医師に提供すること。

B008-2 薬剤総合評価調整管理料

- (1) 薬剤総合評価調整管理料は、内服を開始して4週間以上経過した内服薬が6種類以上処方されている入院中の患者以外の患者に対して、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について、当該患者の病状及び生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動等について十分に考慮した上で、総合的に評価を行い、処方内容を検討した結果、処方される内服薬が減少した場合について評価したものである。
- (2) 薬剤総合評価調整管理料は、当該保険医療機関で処方された内服薬の種類数が2種類以上減少し、その状態が4週間以上継続すると見込まれる場合に算定する。ただし、他の保険医療機関から投薬を受けていた患者については、当該保険医療機関及び当該他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合については、区分番号「A250」に掲げる薬剤総合評価調整加算と合わせて、1か所の保険医療機関に限り算定できることとする。この場合には当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、保険薬局からの提案を踏まえて、処方内容の評価を行い、処方内容を調整した場合には、その結果について当該保険薬局に情報提供を行う。
- (3) 連携管理加算は、処方内容の総合調整に当たって、薬効の類似した処方又は相互作用を有する処方等について、患者が受診する他の保険医療機関又は保険薬局に照会を行った場合及び当該他の保険医療機関等からの情報提供を受けて、処方内容の調整又は評価を行い、その結果について当該他の保険医療機関等に情報提供を行った場合に算定する。
- (4) 受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、屯服薬については内服薬の種類数から除外する。また、服用を開始して4週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外する。
- (5) 当該管理料の算定における内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類として計算する。
- (6) 医師が内服薬を総合的に評価及び調整するに際しては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別）」）

(厚生労働省)、日本老年医学会の関連ガイドライン(高齢者の安全な薬物療法ガイドライン)等を参考にすること。

- (7) 医師が内服薬を調整するに当たっては、評価した内容や調整の要点を診療録に記載する。
- (8) 当該保険医療機関で区分番号「A250」に掲げる薬剤総合評価調整加算又は薬剤総合評価調整管理料を1年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から更に2種類以上減少しているときに限り新たに算定することができる。

B009 診療情報提供料(I)

- (1) 診療情報提供料(I)は、医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、両者の患者の診療に関する情報を相互に提供することにより、継続的な医療の確保、適切な医療を受けられる機会の増大、医療・社会資源の有効利用を図ろうとするものである。
- (2) 保険医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。
- (3) 紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、下記の紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。

ア イ、ウ及びエ以外の場合	別紙様式 11 又は別紙様式 11 の 2
イ 市町村又は指定居宅介護支援事業者等	別紙様式 12 から別紙様式 12 の 4 まで
ウ 介護老人保健施設又は介護医療院	別紙様式 13
エ 小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部	別紙様式 14
- (4) 当該情報を提供する保険医療機関と特別の関係にある機関に情報提供が行われた場合や、市町村等が開設主体である保険医療機関が当該市町村等に対して情報提供を行った場合は算定できない。
- (5) A保険医療機関には、検査又は画像診断の設備がないため、B保険医療機関(特別の関係にあるものを除く。)に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合には、診療情報提供料(I)は算定できる。
- (6) (5)の場合において、B保険医療機関が単に検査又は画像診断の設備の提供にとどまる場合には、B保険医療機関においては、診療情報提供料(I)、初診料、検査料、画像診断料等は算定できない。なお、この場合、検査料、画像診断料等を算定するA保険医療機関との間で合議の上、費用の精算を行うものとする。
- (7) (5)の場合において、B保険医療機関が、検査又は画像診断の判読も含めて依頼を受け、その結果をA保険医療機関に文書により回答した場合には、診療情報提供料(I)を算定できる。なお、この場合に、B保険医療機関においては、初診料、検査料、画像診断料等を算定でき、A保険医療機関においては検査料、画像診断料等は算定できない。
- (8) 提供される情報の内容が、患者に対して交付された診断書等であって、当該患者より自費を徴収している場合、意見書等であって、意見書の交付について診療報酬又は公費で既に相応の評価が行われている場合には、診療情報提供料(I)は算定できない。

- (9) 下記のア、イの場合については、患者1人につき月1回に限り、所定点数を算定する。また、いずれの場合も診療情報の提供に当たって交付した文書の写しを診療録に添付する。
- ア 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、当該患者に対して継続して区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療日、診療内容、患者の病状、日常生活動作能力等の診療情報を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合
- イ 区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、別の保険医療機関に対して、病歴、診療内容、患者の病状等の診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合
- (10) 診療情報の提供に当たり、レントゲンフィルム等をコピーした場合には、当該レントゲンフィルム等及びコピーに係る費用は当該情報提供料に含まれ、別に算定できない。
- (11) 「注2」に掲げる「市町村又は介護保険法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第1項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村(特別区を含む。以下同じ。)、保健所若しくは精神保健福祉センター、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者をいう(以下「指定居宅介護支援事業者等」という。)。また、「保健福祉サービスに必要な情報」とは、当該患者に係る健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービス又はホームヘルプサービス、ホームケア促進事業、ショートステイ、デイサービス、日常生活用具の給付等の介護保険の居宅サービス若しくは福祉サービスを有効かつ適切に実施するために必要な診療並びに家庭の状況に関する情報をいう。
- (12) 「注2」に掲げる「市町村」又は「指定居宅介護支援事業者等」に対する診療情報提供は、入院患者については、退院時に患者の同意を得て退院の日の前後2週間以内の期間に診療情報の提供を行った場合にのみ算定する。ただし、退院前に算定する場合、介護支援等連携指導料を算定した患者については算定できない。また、「市町村」又は「指定居宅介護支援事業者等」に対する診療情報提供においては、自宅に復帰する患者が対象であり、別の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設等に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者についてその診療情報を市町村又は指定居宅介護支援事業者等に提供しても、区分番号「B009」診療情報提供料(I)の算定対象とはならない。
- (13) 「注3」については、在宅での療養を行っている疾病、負傷のため通院困難な患者(以下「在宅患者」という。)に対して、適切な在宅医療を確保するため、当該患者の選択する保

険薬局の保険薬剤師が、訪問薬剤管理指導を行う場合であって、当該患者又はその看護等に当たる者の同意を得た上で、当該保険薬局に対して処方箋又はその写しに添付して、当該患者の訪問薬剤管理指導に必要な診療情報を提供した場合に算定する。この場合において、交付した文書の他、処方箋の写しを診療録に添付する。

なお、処方箋による訪問薬剤管理指導の依頼のみの場合は診療情報提供料(I)は算定できない。

- (14) 「注4」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注5」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。
- ア グループホーム（障害者総合支援法第5条第17項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。）
- イ 障害者支援施設（障害者総合支援法第5条第11項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第7項に規定する生活介護を行うものを除く。）
- ウ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第6条の7第2号に規定する自立訓練（生活訓練）を行う事業所
- エ 障害者総合支援法第5条第13項に規定する就労移行支援を行う事業所
- オ 障害者総合支援法第5条第14項に規定する就労継続支援を行う事業所
- カ 障害者総合支援法第5条第28項に規定する福祉ホーム
- (15) 「注6」に掲げる「認知症に関する専門の保険医療機関等」とは、「認知症施策等総合支援事業の実施について」（平成26年7月9日老発0709第3号（一部改正、平成27年6月26日老発0626第3号）老健局長通知）に規定されている認知症疾患医療センターであること。
- (16) 「注7」については、児童福祉法第56条の6第2項に規定する、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児である患者について、当該患者が通学する学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部（以下「義務教育諸学校」という。）の学校医等に対して、当該義務教育諸学校において当該患者が生活するにあたり看護職員が実施する診療の補助に係る行為について、学校医等が指導、助言等を行うに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定する。
- (17) 「注7」に掲げる「学校医等」とは、当該義務教育諸学校の学校医又は義務教育諸学校が医療的ケアについて助言や指導を得るために委嘱する医師をいう。
- (18) 「注7」については、当該保険医療機関の主治医と学校医等が同一の場合は算定できない。
- (19) 「注8」に掲げる退院患者の紹介に当たっては、心電図、脳波、画像診断の所見等診療上必要な検査結果、画像情報等及び退院後の治療計画等を添付すること。また、添付した写し又はその内容を診療録に添付又は記載すること。なお、算定対象が介護老人保健施設又は介護医療院である場合は、当該加算を算定した患者にあつては、その後6か月間、当該加算は算定できない。
- (20) 「注9」の加算は、区分番号「B005-4」ハイリスク妊産婦共同管理料(I)が算定さ

れない場合であっても算定できる。

- (21) 「注 10」に掲げる「専門医療機関」とは、鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行うとともに、かかりつけの医師や介護サービス等との調整を行う保険医療機関であること。
- (22) 「注 11」に規定する認知症専門医療機関連携加算は、区分番号「B005-7」に掲げる認知症専門診断管理料 2 を算定する専門医療機関において既に認知症と診断された患者が、症状の増悪や療養方針の再検討を要する状態となった場合に、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合に算定する。
- (23) 「注 12」に規定する精神科医連携加算については、身体症状を訴えて精神科以外の診療科を受診した患者について、当該精神科以外の診療科の医師が、その原因となりうる身体疾患を除外診断した後に、うつ病等の精神疾患を疑い、精神医療の必要性を認め、患者に十分な説明を行い、同意を得て、精神科を標榜する別の保険医療機関の精神科に当該患者が受診する日（紹介した日より 1 月間以内とし、当該受診日を診療録に記載すること。）について予約を行った上で、患者の紹介を行った場合に算定する。
- (24) 「注 13」に規定する肝炎インターフェロン治療連携加算は、区分番号「B005-8」に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料を算定する専門医療機関において作成された治療計画に基づいて行った診療の状況を示す文書を添えて、当該専門医療機関に対して当該患者の紹介を行った場合に算定する。
- (25) 「注 14」に規定する歯科医療機関連携加算 1 は、保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。
- ア 歯科を標榜していない病院が、医科点数表第 2 章第 10 部手術の第 1 節第 6 款、第 7 款及び第 9 款に掲げる悪性腫瘍手術（病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限る。）又は第 8 款に掲げる心・脈管系（動脈・静脈を除く。）の手術、人工関節置換術若しくは人工関節再置換術（股関節に対して行うものに限る。）又は造血幹細胞移植の手術を行う患者について、手術前に歯科医師による周術期口腔機能管理の必要性を認め、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合
- イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合
- (26) 「注 15」に規定する歯科医療機関連携加算 2 については、(25) のアによる情報提供を行う際に、患者に十分な説明を行い、同意を得て、歯科を標榜する他の保険医療機関に当該患者が受診する日（手術前に必要な歯科診療を行うことができる日とし、当該受診日を診療録に記載すること。）について予約を行った場合に算定する。なお、「注 14」に規定する歯科医療機関連携加算 1 と併せて算定することができる。
- (27) 「注 16」に規定する地域連携診療計画加算は、あらかじめ地域連携診療計画を共有する連携保険医療機関において、区分番号「A246」の注 4 に掲げる地域連携診療計画加算を算定して退院した入院中の患者以外の患者について、地域連携診療計画に基づく療養を提供す

るとともに、患者の同意を得た上で、退院時の患者の状態や在宅復帰後の患者の状況等について、退院の属する月又はその翌月までに当該連携保険医療機関に対して情報提供を行った場合に算定する。

- (28) 「注 17」に規定する療養情報提供加算は、在宅で療養を行う患者の診療を担う保険医療機関が、当該患者が入院又は入所する他の保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院（以下この区分において「保険医療機関等」という。）に対し患者の紹介を行う際に、当該患者に訪問看護を行っている訪問看護ステーションから得た訪問看護に係る情報を診療情報提供書に添付し、当該患者の保険医療機関等への入院又は入所後速やかに情報提供を行った場合に算定する。なお、訪問看護ステーションからの情報を添付し保険医療機関等へ診療情報を提供した際は、その旨を当該訪問看護ステーションに共有すること。
- (29) 「注 18」に規定する検査・画像情報提供加算は、保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の診療記録のうち主要なもの（少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。画像診断の所見を含むことが望ましい。また、イについては、平成 30 年 4 月以降は、退院時要約を含むものに限る。）について、①医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ他の保険医療機関に常時閲覧可能なよう提供した場合、又は②電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に加算する。なお、多数の検査結果及び画像情報等を提供する場合には、どの検査結果及び画像情報等が主要なものであるかを併せて情報提供することが望ましい。

B 0 0 9 - 2 電子的診療情報評価料

- (1) 電子的診療情報評価料は、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、同時に電子的方法により提供された検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等のうち主要なものを電子的方法により閲覧又は受信し、当該検査結果等を診療に活用することによって、質の高い診療が効率的に行われることを評価するものである。
- (2) 保険医療機関が、他の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等のうち主要なもの（少なくとも検査結果及び画像情報を含む場合に限る。）を①医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ閲覧、又は②電子的に送付された診療情報提供書と併せて受信し、当該検査結果や画像を評価して診療に活用した場合に算定する。その際、検査結果や画像の評価の要点を診療録に記載する。
- (3) 電子的診療情報評価料は、提供された情報が当該保険医療機関の依頼に基づくものであった場合は、算定できない。
- (4) 検査結果や画像情報の電子的な方法による閲覧等の回数にかかわらず、区分番号「B 0 0 9」に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）を算定する他の保険医療機関からの 1 回の診療情報提供に対し、1 回に限り算定する。

B 0 1 0 診療情報提供料(Ⅱ)

- (1) 診療情報提供料(Ⅱ)は、診療を担う医師以外の医師による助言（セカンド・オピニオン）を得ることを推進するものとして、診療を担う医師がセカンド・オピニオンを求める患者又はその家族からの申し出に基づき、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報等、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状

況を示す文書を患者又はその家族に提供した場合に算定できるものである。なお、入院中の患者に対して当該情報を提供した場合であっても算定できるものである。

- (2) 診療情報提供料(Ⅱ)は、患者又はその家族からの申し出に基づき、診療に関する情報を患者に交付し、当該患者又はその家族が診療を担う医師及び当該保険医療機関に所属する医師以外の医師による助言を求めるとの支援を行うことを評価したものであり、医師が別の保険医療機関での診療の必要性を認め、患者の同意を得て行う区分番号「B009」診療情報提供料(Ⅰ)を算定すべき診療情報の提供とは明確に区別されるべきものであること。
- (3) 診療情報提供料(Ⅱ)を算定すべき診療情報の提供に当たっては、患者又はその家族からの希望があった旨を診療録に記載する。
- (4) 助言を受けた患者又はその家族の希望については、その後の治療計画に十分に反映させるものであること。

B010-2 診療情報連携共有料

- (1) 診療情報連携共有料は、歯科診療を担う別の保険医療機関との間で情報共有することにより、質の高い診療が効率的に行われることを評価するものであり、歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、当該患者に関する検査結果、投薬内容等の診療情報を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに3月に1回に限り算定する。
- (2) 診療情報を提供するに当たっては、次の事項を記載した文書を作成し、患者又は提供する保険医療機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付すること。
 - ア 患者の氏名、生年月日、連絡先
 - イ 診療情報の提供先保険医療機関名
 - ウ 提供する診療情報の内容（検査結果、投薬内容等）
 - エ 診療情報を提供する保険医療機関名及び担当医師名
- (3) 診療情報連携共有料を算定するに当たっては、歯科診療を担う別の保険医療機関と連携を図り、必要に応じて問い合わせに対応できる体制（窓口の設置など）を確保していること。
- (4) 同一の患者について、同一の保険医療機関に対して紹介を行い区分番号「B009」診療情報提供料(Ⅰ)を算定した月においては、診療情報連携共有料は別に算定できない。

B011 診療情報提供料(Ⅲ)

- (1) 診療情報提供料(Ⅲ)は、かかりつけ医機能を有する医療機関等と他の保険医療機関が連携することで、質の高い診療が効率的に行われることを評価するものであり、かかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じ、患者の同意を得て、当該患者に関する診療状況を示す文書を提供した場合に、患者1人につき提供する保険医療機関ごとに3月に1回に限り算定する。
- (2) 診療状況を示す文書については、次の事項を記載し、患者又は提供する保険医療機関に交付すること。また、交付した文書の写しを診療録に添付すること。
 - ア 患者の氏名、生年月日、連絡先
 - イ 診療情報の提供先保険医療機関名
 - ウ 診療の方針、患者への指導内容、検査結果、投薬内容その他の診療状況の内容
 - エ 診療情報を提供する保険医療機関名及び担当医師名
- (3) 必要に応じて、紹介元の医療機関が「注1」に規定する別に厚生労働大臣が定める基準を満たす医療機関であることを確認すること。

- (4) 「注1」及び「注2」に規定する「次回受診する日の予約を行った場合」については、次回受診する日を診療録に記載すること。なお、予約診療を実施していない医療機関については、次回受診する日を決めた上で、次回受診する日を診療録に記載していればよい。
- (5) 次回受診する日の予約を行った上で、初診時に診療情報提供料(Ⅲ)を算定した場合は、次回受診時に予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。
- (6) 「注3」については、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (7) 同一の患者について、同一の保険医療機関に対して紹介を行い区分番号「B009」診療情報提供料(Ⅰ)を算定した保険医療機関においては、区分番号「B009」診療情報提供料(Ⅰ)を算定した月について、当該患者に対して診療情報提供料(Ⅲ)は別に算定できない。
- (8) 当該情報を提供する保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に情報提供が行われた場合は算定できない。

B011-3 薬剤情報提供料

- (1) 薬剤情報提供料は入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称(一般名又は商品名)、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を、当該処方に係る全ての薬剤について、文書(薬袋等に記載されている場合も含む。)により提供した場合に月1回に限り所定点数を算定する。
- (2) 「注1」に規定する場合において、さらに、当該患者の求めに応じて薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳に、処方した薬剤の名称(一般名又は商品名)、保険医療機関名及び処方年月日を記載した場合には、月1回に限り「注2」に規定する手帳記載加算を算定できる。なお、この場合の「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次のアからウまでに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。
 - ア 患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録
 - イ 患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録
 - ウ 患者の主な既往歴等疾病に関する記録また、所有している手帳を持参しなかった患者に対して薬剤の名称が記載された簡潔な文書(シール等)を交付した場合は、手帳記載加算を算定できない。
- (3) やむを得ない理由により、薬剤の名称に関する情報を提供できない場合は、これに代えて薬剤の形状(色、剤形等)に関する情報を提供することにより算定できる。また、効能、効果、副作用及び相互作用に関する情報については患者が理解しやすい表現であることが必要である。
- (4) 同一薬剤であっても、投与目的(効能又は効果)が異なる場合には、当該情報を提供すれば薬剤情報提供料を算定できる。また、類似する効能又は効果を有する薬剤への変更の場合にあっても薬剤情報提供料を算定できる。
- (5) 処方の内容に変更があった場合については、その都度薬剤情報提供料を算定できる。ただし、薬剤の処方日数のみの変更の場合は、薬剤情報提供料は算定できない。
- (6) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、同一日に2以上の診療科で処方された場合であっても、1回のみ算定とする。
- (7) 薬剤情報提供料を算定した場合は、薬剤情報を提供した旨を診療録等に記載する。

B011-4 医療機器安全管理料

- (1) 医療機器安全管理料を算定する保険医療機関においては、医療機器の安全使用のための職員研修を計画的に実施するとともに、医療機器の保守点検に関する計画の策定、保守点検の適切な実施及び医療機器の安全使用のための情報収集等が適切に行われていること。
- (2) 医療機器安全管理料1は、医師の指示の下に、生命維持管理装置の安全管理、保守点検及び安全使用を行う臨床工学技士を配置した保険医療機関を評価したものであり、当該保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に1月に1回に限り算定する。
- (3) 生命維持管理装置とは、人工心肺装置及び補助循環装置、人工呼吸器、血液浄化装置（人工腎臓を除く。）、除細動装置及び閉鎖式保育器をいう。
- (4) 医療機器安全管理料2は、医師の指示の下に、放射線治療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を行う体制を評価したものであり、当該保険医療機関において、照射計画に基づく放射線治療が行われた場合、一連の照射につき当該照射の初日に1回に限り算定する。
- (5) 放射線治療機器とは、高エネルギー放射線治療装置（直線加速器）及びガンマナイフ装置をいう。

B012 傷病手当金意見書交付料

- (1) 傷病手当金意見書交付料は、医師・歯科医師が労務不能と認め証明した期間ごとにそれぞれ算定できる。
- (2) 傷病手当金意見書交付料は、意見書の交付時点において当該被保険者に対し療養の給付を行うべき者に対し請求する。
- (3) 傷病手当金を受給できる被保険者が死亡した後に、その遺族等が当該傷病手当金を受給するために意見書の交付を求め、医師・歯科医師が意見書を交付した場合は、当該遺族等に対する療養の給付として請求する。

なお、この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に(相続)と表示し、また、傷病名欄には、遺族等が他に療養の給付を受けていない場合は意見書の対象となった傷病名を、他に療養の給付を受けている場合は遺族自身の傷病名と意見書の対象となった傷病名の両方を記載する。

- (4) 医師・歯科医師が傷病手当金意見書を被保険者に交付した後に、被保険者が当該意見書を紛失し、再度医師・歯科医師が意見書を交付した場合は、最初の傷病手当金意見書交付料のみを算定する。この場合、2度目の意見書の交付に要する費用は、被保険者の負担とする。
- (5) 感染症法第37条の2による医療を受けるべき患者に対して、公費負担申請のために必要な診断書の記載を行った場合は、傷病手当金意見書交付料の所定点数の100分の100を、更に被保険者である患者について、この申請手続に協力して保険医療機関が代行した場合は、同じく傷病手当金意見書交付料の所定点数の100分の100を算定できる。なお、感染症法第37条による結核患者の入院に係る感染症法関係の診断書についても所定点数の100分の100を算定できる。
- (6) 健康保険法若しくは国民健康保険法に基づく出産育児一時金若しくは出産手当金に係る証明書又は意見書については算定しない。

B013 療養費同意書交付料

- (1) 療養費同意書交付料は、原則として当該疾病に係る主治の医師が、診察に基づき、療養の給付を行うことが困難であると認めた患者に対し、あん摩・マッサージ・指圧、はり、きゅ

- うの施術に係る同意書又は診断書（以下「同意書等」という。）を交付した場合に算定する。
- (2) あん摩・マッサージ・指圧の施術に係る療養費の支給対象となる適応症は、一律にその診断名によることなく筋麻痺・関節拘縮等であって、医療上マッサージを必要とする症例について支給対象とされている。
 - (3) はり、きゅうの施術に係る療養費の支給対象となる疾病は、慢性病であって医師による適当な治療手段がないものとされており、主として神経痛・リウマチなどであって、類症疾患についてはこれらの疾病と同一範疇と認められる疾病（頸腕症候群・五十肩・腰痛症及び頸椎捻挫後遺症等の慢性的な疼痛を症状とする疾患）に限り支給対象とされているものである。具体的には、神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症について、保険医より同意書の交付を受けて施術を受けた場合は、保険者は医師による適当な治療手段のないものとし療養費の支給対象として差し支えないものとされている。また、神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症及び頸椎捻挫後遺症以外の疾病による同意書又は慢性的な疼痛を主症とする6疾病以外の類症疾患について診断書が提出された場合は、記載内容等から医師による適当な治療手段のないものであるか支給要件を保険者が個別に判断し、支給の適否が決定されるものである。なお、これらの疾病については、慢性期に至らないものであっても差し支えないものとされている。
 - (4) あん摩・マッサージ・指圧及びはり、きゅうについて、保険医療機関に入院中の患者の施術は、当該保険医療機関に往療した場合、患者が施術所に向向してきた場合のいずれであっても療養費は支給されず、はり、きゅうについて、同一疾病に係る療養の給付（診察、検査及び療養費同意書交付を除く。）との併用は認められていない。
 - (5) 初療の日から3月（変形徒手矯正術に係るものについては1月）を経過してさらにこれらの施術を受ける必要がある場合において、同意書等を再度交付する場合にも別に算定できる。ただし、同意書等によらず、医師の同意によった場合には算定できない。
 - (6) 医師が同意書等を交付した後に、被保険者等が当該同意書等を紛失し、再度医師が同意書等を交付した場合は、最初に同意書等を交付した際のみ算定できる。この場合において、2度目の同意書等の交付に要する費用は、被保険者の負担とする。

B014 退院時薬剤情報管理指導料

- (1) 退院時薬剤情報管理指導料は、医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、患者の入院時に、必要に応じ保険薬局に照会するなどして薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。）を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳（区分番号「B011-3」薬剤情報提供料の（2）に掲げる手帳をいう。以下同じ。）に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に1回に限り算定する。なお、ここでいう退院とは、第1章第2部通則5に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院日には算定できない。
- (2) 入院時に、医薬品の服用状況及び薬剤服用歴を手帳等により確認するとともに、患者が、医薬品等を持参している場合には、当該医薬品等について実際に確認し、その名称等及び確認した結果の要点を診療録等に記載する。
- (3) 入院中に使用した薬剤のうち、どの薬剤について手帳に記載するかは、患者の病態や使用

する薬剤の種類によるが、少なくとも、退院直前（概ね退院前1週間以内）に使用した薬剤及び入院中に副作用が発現した薬剤については記載する。副作用が発現した薬剤については、投与量、当該副作用の概要、投与継続の有無を含む講じた措置、転帰等について記載する。

- (4) 患者の退院に際して、当該患者又はその家族等に、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導（保険医療機関を受診する際や保険薬局に処方箋を提出する際に、手帳を提示する旨の指導を含む。）を行うとともに、退院後の療養を担う保険医療機関での投薬又は保険薬局での調剤に必要な服薬の状況及び投薬上の工夫に関する情報について、手帳に記載すること。なお、指導の要点についても、分かりやすく手帳に記載し、必要に応じて退院時の処方に係る薬剤の情報を文書で提供すること。なお、退院後、在宅療養を必要とする患者であって、手帳にかかりつけ薬剤師の氏名が記載されている場合は、退院後の薬学的管理及び指導に関しかかりつけ薬剤師への相談を促すよう努めること。

また、入院時に当該患者が持参した医薬品の服用状況等について保険薬局から提供を受けた場合には、患者の退院に際して、患者の同意を得たうえで、当該保険薬局に対して当該患者の入院中の使用薬剤や服薬の状況等について情報提供すること。

- (5) 手帳を所有している患者については、原則として、退院時までに家族等に持参してもらうこととするが、持参できない場合には、必要な情報が記載された簡潔な文書（シール等）を交付し、所有している手帳に添付するよう、患者に対して指導を行った場合又は新たに手帳を発行した場合でも算定できる。
- (6) 退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、薬剤情報を提供した旨及び提供した情報並びに指導した内容の要点を診療録等に記載する。なお、区分番号「B008」薬剤管理指導料を算定している患者の場合にあつては、薬剤管理指導記録に記載することで差し支えない。
- (7) 「注2」に規定する退院時薬剤情報連携加算は、地域における継続的な薬学的管理指導を支援するため、保険医療機関から保険薬局に対して、患者の入院前の処方薬の変更又は中止に関する情報や変更又は中止後の患者の状態等に関する情報を提供することを評価するものである。
- (8) 「注2」に規定する退院時薬剤情報連携加算は、退院時薬剤情報管理指導料の算定対象となる患者であつて、入院前の処方内容に変更又は中止の見直しがあつたものに対して、患者又はその家族等の同意を得て、退院時に見直しの理由や見直し後の患者の状態等を、患者又はその家族等の選択する保険薬局に対して、文書で情報提供を行った場合に、退院の日に1回に限り算定する。なお、患者1人につき複数の保険薬局に対し情報提供を行った場合においても、1回のみ算定とする。
- (9) 保険薬局への情報提供に当たっては、「薬剤管理サマリー」（日本病院薬剤師会）等の様式を参照して情報提供文書を作成し、当該文書を患者若しくはその家族等又は保険薬局に交付する。この場合において交付した文書の写しを診療録等に添付する。

- (10) 死亡退院の場合は算定できない。

B015 精神科退院時共同指導料

- (1) 精神科退院時共同指導料1については、他の保険医療機関の精神病棟に入院中の患者であつて、(2)又は(3)に定める患者に対して、当該患者の外来又は在宅療養を担う保険医療機関の多職種チームが、入院中の保険医療機関の多職種チームとともに、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行つた上で、支援計画を作成し、文書に

より情報提供した場合に外来又は在宅療養を担う精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中に1回に限り算定すること。

- (2) 「1」の「イ」については、精神病棟に入院中の患者であって、精神保健福祉法第29条又は第29条の2に規定する入院措置に係る患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号に規定する同法による入院又は同法第42条第1項第2号に規定する同法による通院をしたことがある患者又は当該入院の期間が1年以上の患者（この区分において「措置入院患者等」という。）に対して、当該保険医療機関の多職種チームが、当該患者が入院中の保険医療機関の多職種チームとともに、共同指導を行った場合に算定すること。なお、共同指導を行う当該保険医療機関の多職種チームには、以下のアからウまでの職種がそれぞれ1名以上参加していること。また、必要に応じてエからコまでの職種が参加していること。ただし、アからカまでについては、当該保険医療機関の者に限る。
- ア 精神科の担当医
 - イ 保健師又は看護師（この区分において「看護師等」という。）
 - ウ 精神保健福祉士
 - エ 薬剤師
 - オ 作業療法士
 - カ 公認心理師
 - キ 在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等
 - ク 在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの作業療法士
 - ケ 市町村若しくは都道府県、保健所を設置する市又は特別区等（この区分において「市町村等」という。）の担当者
 - コ その他の関係職種
- (3) 「1」の「ロ」については、「1」の「イ」以外の患者であって、平成28～30年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、別紙51に掲げる「包括的支援マネジメント 実践ガイド」における「包括的支援マネジメント 導入基準」を1つ以上満たした、療養生活環境の整備のため重点的な支援を要する患者（この区分において「重点的な支援を要する患者」という。）に対して、当該保険医療機関の多職種チームが、当該患者が入院中の保険医療機関の多職種チームとともに、共同指導を行った場合に算定すること。なお、共同指導を行う当該保険医療機関の多職種チームには、(2)のア又はイ及びウの職種がそれぞれ1名以上参加していること。また、必要に応じてエからコまでの職種が参加していること。ただし、アからカまでについては、当該保険医療機関の者に限る。
- (4) 精神科退院時共同指導料2については、精神病棟に入院中の患者であって、措置入院患者等又は重点的な支援を要する患者に対して、入院中の保険医療機関の多職種チームが、当該患者の外来又は在宅療養を担う他の保険医療機関の多職種チームとともに、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に入院医療を担う保険医療機関において、入院中に1回に限り算定すること。
- (5) 「2」については、(4)に規定する患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看

護師等及び精神保健福祉士並びに必要なに応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等若しくは作業療法士又は市町村等の担当者等が共同指導を行った場合に算定すること。

- (6) 重点的な支援を要する患者に対して共同指導を実施する場合、「包括的支援マネジメント導入基準」のうち該当するものを診療録等に添付又は記載すること。
- (7) 共同指導の実施及び支援計画の作成に当たっては、平成 28～30 年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント 実践ガイド」を参考にすること。なお、患者又はその家族等に対して提供する文書については、別紙様式 51 の 2 「療養生活環境の整備に関する支援計画書」を用いること。また、当該文書の写しを診療録等に添付すること。
- (8) 共同指導は、対面で行うことを原則とすること。ただし、外来又は在宅療養 を担当する保険医療機関の多職種チームのいずれかが、入院中の保険医療機関に赴くことができない場合には、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。なお、ビデオ通話が可能な機器を用いる場合、患者の個人情報に当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- (9) 精神科退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。
- (10) 精神科退院時共同指導料を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、当該指導料の対象となる患者の状態について記載すること。

第2部 在宅医療

通則

- 1 在宅医療の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。
- 2 在宅療養指導管理に当たって患者に対して薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 在宅療養指導管理に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前2号により算定した点数及び第4節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 4 第1節又は第2節に掲げられていない在宅医療であって特殊なものの費用は、第1節又は第2節に掲げられている在宅医療のうちで最も近似する在宅医療の各区分の所定点数により算定する。

第1節 在宅患者診療・指導料

区分

C O O O 往診料 720点

注1 別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。

イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合

(1) 病床を有する場合

- | | |
|-------------|--------|
| ① 緊急往診加算 | 850点 |
| ② 夜間・休日往診加算 | 1,700点 |
| ③ 深夜往診加算 | 2,700点 |

(2) 病床を有しない場合

- | | |
|-------------|--------|
| ① 緊急往診加算 | 750点 |
| ② 夜間・休日往診加算 | 1,500点 |
| ③ 深夜往診加算 | 2,500点 |

ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合

- | | |
|---------------|--------|
| (1) 緊急往診加算 | 650点 |
| (2) 夜間・休日往診加算 | 1,300点 |
| (3) 深夜往診加算 | 2,300点 |

ハ イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合

- | | |
|---------------|--------|
| (1) 緊急往診加算 | 325点 |
| (2) 夜間・休日往診加算 | 650点 |
| (3) 深夜往診加算 | 1,300点 |

2 患家における診療時間が1時間を超えた場合は、患家診療時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。

3 患家において死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。

4 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による往診を行った場合で、特殊の事情があったときの往診料は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

5 往診に要した交通費は、患家の負担とする。

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

C001 在宅患者訪問診療料(I) (1日につき)

- | | |
|----------------|------|
| 1 在宅患者訪問診療料1 | |
| イ 同一建物居住者以外の場合 | 888点 |
| ロ 同一建物居住者の場合 | 213点 |
| 2 在宅患者訪問診療料2 | |
| イ 同一建物居住者以外の場合 | 884点 |
| ロ 同一建物居住者の場合 | 187点 |

注1 1については、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号及び区分番号C001-2において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。）以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者1人につき週3回（同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。）に限り（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）算定する。この場合において、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料、区分番号C000に掲げる往診料又は区分番号C002の注12に規定するオンライン在宅管理料は、算定しない。

2 2については、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、当該患者1人につき、訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）を限度として、月1回に限り算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

3 1について、保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要性を認め、計画的な医学的管理の下に、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問診療を行った場合は、注1の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定する。

4 6歳未満の乳幼児に対して訪問診療を行った場合には、乳幼児加算として、400点を所定点数に加算する。

5 患家における診療時間が1時間を超えた場合は、患家診療時間加算として、30

分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。

- 6 在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（1を算定する場合に限る。）には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。

イ 有料老人ホーム等に入居する患者以外の患者

- (1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
- | | |
|-------------|--------|
| ① 病床を有する場合 | 6,500点 |
| ② 病床を有しない場合 | 5,500点 |
- (2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（(1)に規定するものを除く。）の場合
- | | |
|--|--------|
| | 4,500点 |
|--|--------|
- (3) (1)及び(2)に掲げるもの以外の場合
- | | |
|--|--------|
| | 3,500点 |
|--|--------|

ロ 有料老人ホーム等に入居する患者

- (1) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合
- | | |
|-------------|--------|
| ① 病床を有する場合 | 6,500点 |
| ② 病床を有しない場合 | 5,500点 |
- (2) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（(1)に規定するものを除く。）の場合
- | | |
|--|--------|
| | 4,500点 |
|--|--------|
- (3) (1)及び(2)に掲げるもの以外の場合
- | | |
|--|--------|
| | 3,500点 |
|--|--------|

- 7 往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合（1を算定する場合に限る。）には、看取り加算として、3,000点を所定点数に加算する。

- 8 死亡診断を行った場合（1を算定する場合に限る。）には、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、注7に規定する加算を算定する場合は、算定できない。

- 9 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による訪問診療を行った場合で、特殊の事情があったときの在宅患者訪問診療料(I)は、別に厚生労働大臣が定めるところによって算定する。

- 10 往診料を算定する往診の日の翌日までに行った訪問診療（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が行ったものを除く。）の費用は算定しない。

- 11 訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。

C001-2 在宅患者訪問診療料(II)（1日につき） 150点

注1 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該施設に入居している患者に対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号A003に掲げるオンライン診療料又は区分番号C000に掲げる往診料は、算定しない。

イ 当該保険医療機関が、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料の算定要件を満たす保険医療機関として、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）

ロ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合

2 注1のイの場合については、当該患者1人につき週3回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）に限り算定する。

3 注1のロの場合については、当該患者1人につき訪問診療を開始した日の属する月から起算して6月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）を限度として、月1回に限り算定する。

4 注1のイの場合について、保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、訪問診療を行った場合は、注2の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定する。

5 患者の居住する有料老人ホーム等で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に当該有料老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（注1のイの場合に限る。）には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を、更に所定点数に加算する。

イ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

- | | |
|---------------|--------|
| (1) 病床を有する場合 | 6,200点 |
| (2) 病床を有しない場合 | 5,200点 |

ロ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の場合

ハ イ及びロに掲げるもの以外の場合

6 区分番号C001の注4、注5、注7、注8及び注10の規定は、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)について準用する。この場合において、同注7中「在宅」とあるのは「患者の入居する有料老人ホーム等」と、「1を算定する場合」とあるのは「注1のイの場合」と、同注8中「1を算定する場合」とあるのは「注1のイの場合」と、「注7に規定する加算」とあるのは「注6において準用するC001の注7に規定する加算」と読み替えるものとする。

C002 在宅時医学総合管理料（月1回）

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

イ 病床を有する場合

(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合

- | | |
|------------------------|--------|
| ① 単一建物診療患者が1人の場合 | 5,400点 |
| ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 4,500点 |
| ③ ①及び②以外の場合 | 2,880点 |

(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）

- | | |
|------------------------|--------|
| ① 単一建物診療患者が1人の場合 | 4,500点 |
| ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 2,400点 |

③ ①及び②以外の場合	1,200点
(3) 月1回訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	2,760点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,500点
③ ①及び②以外の場合	780点
ロ 病床を有しない場合	
(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	5,000点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	4,140点
③ ①及び②以外の場合	2,640点
(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）	
① 単一建物診療患者が1人の場合	4,100点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,200点
③ ①及び②以外の場合	1,100点
(3) 月1回訪問診療を行っている場合	
① 単一建物診療患者が1人の場合	2,520点
② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,380点
③ ①及び②以外の場合	720点
2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合	
イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	4,600点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	3,780点
(3) (1)及び(2)以外の場合	2,400点
ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	3,700点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,000点
(3) (1)及び(2)以外の場合	1,000点
ハ 月1回訪問診療を行っている場合	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	2,300点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,280点
(3) (1)及び(2)以外の場合	680点
3 1及び2に掲げるもの以外の場合	
イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に2回以上訪問診療を行っている場合	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	3,450点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	2,835点
(3) (1)及び(2)以外の場合	1,800点
ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	2,750点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	1,475点
(3) (1)及び(2)以外の場合	750点
ハ 月1回訪問診療を行っている場合	
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	1,760点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	995点
(3) (1)及び(2)以外の場合	560点
注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未	

満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、在宅での療養を行っている患者（特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム又は有料老人ホームその他入居している施設において療養を行っている患者（以下「施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合に、訪問回数及び単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問診療を実施し、医学管理を行っているものをいう。以下この表において同じ。）の人数に従い、所定点数を月1回に限り算定する。

- 2 注1において、処方箋を交付しない場合は、300点を所定点数に加算する。
- 3 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 4 在宅医療に移行後、当該点数を算定した日の属する月から起算して3月以内の期間、月1回に限り、在宅移行早期加算として、100点を所定点数に加算する。ただし、在宅医療に移行後、1年を経過した患者については算定しない。
- 5 在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、1月に4回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者1人につき1回に限り、頻回訪問加算として、600点を所定点数に加算する。
- 6 区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料を算定している患者については算定しない。
- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。
 - イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

(1) 単一建物診療患者が1人の場合	400点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	200点
(3) (1)及び(2)以外の場合	100点
 - ロ 在宅療養実績加算1

(1) 単一建物診療患者が1人の場合	300点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	150点
(3) (1)及び(2)以外の場合	75点
 - ハ 在宅療養実績加算2

(1) 単一建物診療患者が1人の場合	200点
(2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合	100点
(3) (1)及び(2)以外の場合	50点
- 8 3について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。
- 9 3を算定する患者であって継続的に診療を行っているものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）が、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により、常時往診を行う体制等を確保した上で訪問診療を行った場合に、継続診療加算として、216点を所定点数に加算する。
- 10 1のイの(2)及び(3)、1のロの(2)及び(3)、2のロ及びハ並びに3のロ及びハについて、別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、包括的支援加算として、150点を所定点数に加算する。
- 11 区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(1)の1を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。
- 12 1から3までにおいて、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているも

のとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同日に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、オンライン在宅管理料として100点を所定点数に加えて算定できる。

C002-2 施設入居時等医学総合管理料（月1回）

1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

イ 病床を有する場合

(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合

- | | |
|------------------------|--------|
| ① 単一建物診療患者が1人の場合 | 3,900点 |
| ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 3,240点 |
| ③ ①及び②以外の場合 | 2,880点 |

(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）

- | | |
|------------------------|--------|
| ① 単一建物診療患者が1人の場合 | 3,200点 |
| ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 1,700点 |
| ③ ①及び②以外の場合 | 1,200点 |

(3) 月1回訪問診療を行っている場合

- | | |
|------------------------|--------|
| ① 単一建物診療患者が1人の場合 | 1,980点 |
| ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 1,080点 |
| ③ ①及び②以外の場合 | 780点 |

ロ 病床を有しない場合

(1) 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合

- | | |
|------------------------|--------|
| ① 単一建物診療患者が1人の場合 | 3,600点 |
| ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 2,970点 |
| ③ ①及び②以外の場合 | 2,640点 |

(2) 月2回以上訪問診療を行っている場合（(1)の場合を除く。）

- | | |
|------------------------|--------|
| ① 単一建物診療患者が1人の場合 | 2,900点 |
| ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 1,550点 |
| ③ ①及び②以外の場合 | 1,100点 |

(3) 月1回訪問診療を行っている場合

- | | |
|------------------------|--------|
| ① 単一建物診療患者が1人の場合 | 1,800点 |
| ② 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 990点 |
| ③ ①及び②以外の場合 | 720点 |

2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合

イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合

- | | |
|--------------------------|--------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 3,300点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 2,700点 |
| (3) (1)及び(2)以外の場合 | 2,400点 |

ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）

- | | |
|--------------------------|--------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 2,600点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 1,400点 |
| (3) (1)及び(2)以外の場合 | 1,000点 |

ハ 月1回訪問診療を行っている場合

- | | |
|--------------------------|--------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 1,640点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 920点 |
| (3) (1)及び(2)以外の場合 | 680点 |

- 3 1及び2に掲げるもの以外の場合
- イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合
- | | |
|--------------------------|--------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 2,450点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 2,025点 |
| (3) (1)及び(2)以外の場合 | 1,800点 |
- ロ 月2回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）
- | | |
|--------------------------|--------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 1,950点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 1,025点 |
| (3) (1)及び(2)以外の場合 | 750点 |
- ハ 月1回訪問診療を行っている場合
- | | |
|--------------------------|--------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 1,280点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 725点 |
| (3) (1)及び(2)以外の場合 | 560点 |
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、施設入居者等であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合、訪問回数及び単一建物診療患者の人数に従い、所定点数を月1回に限り算定する。
- 2 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料を算定している患者については算定しない。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。
- イ 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
- | | |
|--------------------------|------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 300点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 150点 |
| (3) (1)及び(2)以外の場合 | 75点 |
- ロ 在宅療養実績加算1
- | | |
|--------------------------|------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 225点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 110点 |
| (3) (1)及び(2)以外の場合 | 56点 |
- ハ 在宅療養実績加算2
- | | |
|--------------------------|------|
| (1) 単一建物診療患者が1人の場合 | 150点 |
| (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 75点 |
| (3) (1)及び(2)以外の場合 | 40点 |
- 4 区分番号I002に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)の1又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)（注1のイの場合に限る。）を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。
- 5 区分番号C002の注2から注5まで及び注8から注10までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注3及び同注5中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。

C003 在宅がん医療総合診療料（1日につき）

- 1 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

- イ 病床を有する場合
- (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,800点
- (2) 処方箋を交付しない場合 2,000点
- ロ 病床を有しない場合
- (1) 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,650点
- (2) 処方箋を交付しない場合 1,850点
- 2 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（1に規定するものを除く。）の場合
- イ 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合 1,495点
- ロ 処方箋を交付しない場合 1,685点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に1週を単位として算定する。
- 2 死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。
- 3 注2に規定する加算及び特に規定するものを除き、診療に係る費用は、在宅がん医療総合診療料に含まれるものとする。
- 4 在宅がん医療総合診療に要した交通費は、患者の負担とする。
- 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2として、150点、110点又は75点を、それぞれ更に所定点数に加算する。
- C004 救急搬送診療料 1,300点
- 注1 患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合に算定する。
- 2 新生児又は6歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該診療を行った場合には、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ1,500点又は700点を所定点数に加算する。
- 3 注1に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、700点を所定点数に加算する。
- C005 在宅患者訪問看護・指導料（1日につき）
- 1 保健師、助産師又は看護師（3の場合を除く。）による場合
- イ 週3日目まで 580点
- ロ 週4日目以降 680点
- 2 准看護師による場合
- イ 週3日目まで 530点
- ロ 週4日目以降 630点
- 3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡^{じよくそう}ケア又は人工肛門^{こう}ケア及び人工膀胱^{ぼうこう}ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点
- 注1 1及び2については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号C005-1-2において「同一建物居住者」という。）を除く。注8及び注9において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下この部において「看護師等」という。）を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導

料（3を除く。）又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、1月に1回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月2回）に限り、週7日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。

- 2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者（いずれも同一建物居住者を除く。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回に限り算定する。
- 3 1及び2については、注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、それぞれ450点又は800点を所定点数に加算する。
- 4 1及び2については、患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき265点を所定点数に加算する。
- 5 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週1日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週3日）に限り、520点を所定点数に加算する。
- 6 1及び2については、6歳未満の乳幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算として、1日につき150点を所定点数に加算する。
- 7 1及び2については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。
 - イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 450点
 - ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 380点
 - ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。） 300点
 - ニ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）
 - (1) 1日に1回の場合 300点

- (2) 1日に2回の場合 600点
- (3) 1日に3回以上の場合 1,000点
- 8 1及び2については、訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月1回に限り300点を所定点数に加算する。
- 9 1及び2については、保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同で、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月2回に限り200点を所定点数に加算する。
- 10 1及び2については、在宅で死亡した患者又は特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下この注において「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。
- イ 在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）又は特別養護老人ホーム等で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含み、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の1に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下この注において「看取り介護加算等」という。）を算定しているものを除く。） 2,500点
- ロ 特別養護老人ホーム等で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）であって、看取り介護加算等を算定しているもの 1,000点
- 11 1及び2については、訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者1人につき1回に限り、在宅移行管理加算として、250点を所定点数に加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者1人につき1回に限り、500点を所定点数に加算する。
- 12 1及び2については、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。）に訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として210点を所定点数に加算し、深夜に訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として420点を所定点数に加算する。
- 13 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録喀痰吸引等事業者（社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48条の3第1項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者を

いう。以下同じ。)又は登録特定行為事業者(同法附則第20条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者をいう。以下同じ。)と連携し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則(昭和62年厚生省令第49号)第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為(以下「喀痰吸引等」という。)が円滑に行われるよう、喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。

14 保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患者までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して訪問看護・指導を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を行う場合

ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に対して訪問看護・指導を行う場合

15 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、訪問看護・指導体制充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。

16 在宅患者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。

17 訪問看護・指導に要した交通費は、患者の負担とする。

C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料(1日につき)

1 保健師、助産師又は看護師(3の場合を除く。)による場合

イ 同一日に2人

(1) 週3日目まで 580点

(2) 週4日目以降 680点

ロ 同一日に3人以上

(1) 週3日目まで 293点

(2) 週4日目以降 343点

2 准看護師による場合

イ 同一日に2人

(1) 週3日目まで 530点

(2) 週4日目以降 630点

ロ 同一日に3人以上

(1) 週3日目まで 268点

(2) 週4日目以降 318点

3 悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合 1,285点

注1 1及び2については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者(同一建物居住者に限る。)であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、看護師等を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、患者1人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料(3を除く。)又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週3日(保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、1月に1回(別に厚生労働大臣が定めるものについては、月2回)に限り、週7日(当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合

に限る。)) を限度とする。

2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者(区分番号C013に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者)又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者(いずれも同一建物居住者に限る。)であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者1人について、それぞれ月1回に限り算定する。

3 1及び2については、注1ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週7日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。

イ 1日に2回の場合

- | | |
|---------------|------|
| (1) 同一建物内1人 | 450点 |
| (2) 同一建物内2人 | 450点 |
| (3) 同一建物内3人以上 | 400点 |

ロ 1日に3回以上の場合

- | | |
|---------------|------|
| (1) 同一建物内1人 | 800点 |
| (2) 同一建物内2人 | 800点 |
| (3) 同一建物内3人以上 | 720点 |

4 1及び2については、同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の複数の看護師等が同時に訪問看護・指導を行うことについて当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。

イ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合

- | | |
|---------------|------|
| (1) 同一建物内1人 | 450点 |
| (2) 同一建物内2人 | 450点 |
| (3) 同一建物内3人以上 | 400点 |

ロ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合

- | | |
|---------------|------|
| (1) 同一建物内1人 | 380点 |
| (2) 同一建物内2人 | 380点 |
| (3) 同一建物内3人以上 | 340点 |

ハ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合(別に厚生労働大臣が定める場合を除く。)

- | | |
|---------------|------|
| (1) 同一建物内1人 | 300点 |
| (2) 同一建物内2人 | 300点 |
| (3) 同一建物内3人以上 | 270点 |

ニ 所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が看護補助者と同時に訪

問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

- | | |
|----------------|--------|
| (1) 1日に1回の場合 | |
| ① 同一建物内1人 | 300点 |
| ② 同一建物内2人 | 300点 |
| ③ 同一建物内3人以上 | 270点 |
| (2) 1日に2回の場合 | |
| ① 同一建物内1人 | 600点 |
| ② 同一建物内2人 | 600点 |
| ③ 同一建物内3人以上 | 540点 |
| (3) 1日に3回以上の場合 | |
| ① 同一建物内1人 | 1,000点 |
| ② 同一建物内2人 | 1,000点 |
| ③ 同一建物内3人以上 | 900点 |

5 同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号I012に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。

6 区分番号C005の注4から注6まで、注8から注15まで及び注17の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注8中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注9中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算」と、同注10中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。

C005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料（1週につき） 100点

注 区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者、介護保険法第41条第1項本文の規定による指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定、同法第42条の2第1項本文の規定による指定地域密着型サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定又は同法第53条第1項本文の規定による指定介護予防サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週3日以上点滴注射を行う必要を認められたものについて、訪問を行う看護師又は准看護師に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者1人につき週1回に限り算定する。

C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（1単位）

- | | |
|----------------|------|
| 1 同一建物居住者以外の場合 | 300点 |
| 2 同一建物居住者の場合 | 255点 |

注1 1については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問リハビリテーション指導管理を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、2については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等につい

て必要な指導を行わせた場合に、患者1人につき、1と2を合わせて週6単位（退院の日から起算して3月以内の患者にあつては、週12単位）に限り算定する。

2 保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、在宅で療養を行っている患者であつて通院が困難なものに対して訪問リハビリテーション指導管理を行った場合は、注1の規定にかかわらず、1と2を合わせて、6月に1回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問リハビリテーション指導管理については、14日を限度として1日4単位に限り、算定する。

3 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理に要した交通費は、患家の負担とする。

C007 訪問看護指示料

300点

注1 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、又は、介護保険法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者（定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は複合型サービスを行う者に限る。）からの指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は指定複合型サービス（いずれも訪問看護を行うものに限る。）の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。

2 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合は、特別訪問看護指示加算として、患者1人につき月1回（別に厚生労働大臣が定める者については、月2回）に限り、100点を所定点数に加算する。

3 注1の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛生材料等提供加算として、患者1人につき月1回に限り、80点を所定点数に加算する。

4 訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号I012-2に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。

C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料

240点

注 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき介護保険法第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第2項に規定する訪問介護、同条第3項に規定する訪問入浴介護、同条第7項に規定する通所介護又は同条第11項に規定する特定施設入居者生活介護に係る指定を受けている者に限る。）同法第42条の2第1項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第8条第21項に規定する地域密着型介護老人福祉施設を除く。）その他別に厚生労働大臣が定める者による喀痰吸引等の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合に、患者1人につき3月に1回に限り算定する。

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- | | |
|------------------------|------|
| 1 単一建物診療患者が1人の場合 | 650点 |
| 2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 320点 |
| 3 1及び2以外の場合 | 290点 |

注1 在宅で療養を行っている患者であつて通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を

行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の薬剤師が訪問し薬学的管理指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者1人につき月4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）に限り算定する。この場合において、1から3までを合わせて薬剤師1人につき週40回に限り算定できる。

- 2 麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、1回につき100点を所定点数に加算する。
- 3 在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。
- 4 6歳未満の乳幼児に対して、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合には、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

1 在宅患者訪問栄養食事指導料1

- | | |
|------------------------|------|
| イ 単一建物診療患者が1人の場合 | 530点 |
| ロ 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 480点 |
| ハ イ及びロ以外の場合 | 440点 |

2 在宅患者訪問栄養食事指導料2

- | | |
|------------------------|------|
| イ 単一建物診療患者が1人の場合 | 510点 |
| ロ 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 | 460点 |
| ハ イ及びロ以外の場合 | 420点 |

注1 1については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。注2において同じ。）の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。

2 2については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者の人数に従い、患者1人につき月2回に限り所定点数を算定する。

3 在宅患者訪問栄養食事指導に要した交通費は、患家の負担とする。

C010 在宅患者連携指導料 900点

注1 訪問診療を実施している保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、歯科訪問診療を実施している保険医療機関、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

2 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から1月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

3 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

4 区分番号B001の1に掲げるウイルス疾患指導料、区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の12に掲げる心臓ペースメーカー指導管理料を算定している患

者については算定しない。

5 在宅患者連携指導料を算定すべき指導を行った場合においては、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理の費用は、所定点数に含まれるものとする。

6 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(1)、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料を算定している患者については算定しない。

C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点

注 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

C012 在宅患者共同診療料

- | | |
|----------------------|--------|
| 1 往診の場合 | 1,500点 |
| 2 訪問診療の場合（同一建物居住者以外） | 1,000点 |
| 3 訪問診療の場合（同一建物居住者） | 240点 |

注1 1については、在宅療養後方支援病院（在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なもの（当該在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望するものに限る。以下この区分番号において同じ。）に対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて共同で往診を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

2 2については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

3 3については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

4 注1から注3までの規定にかかわらず、在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働

働大臣が定める疾病等を有する患者に対して行った場合については、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて12回に限り算定する。

5 往診又は訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。

C O 1 3 在宅患者訪問 褥瘡管理指導料 750点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士又は当該保険医療機関以外の管理栄養士及び看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき3回に限り所定点数を算定する。

2 区分番号C O O 1に掲げる在宅患者訪問診療料(I)、区分番号C O O 1-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)、区分番号C O O 5に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C O O 9に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。ただし、カンファレンスを行う場合にあっては、この限りでない。

第2節 在宅療養指導管理料

通則

在宅療養指導管理料の費用は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した費用により算定する。

第1款 在宅療養指導管理料

通則

- 1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料は、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定し、同一の患者に対して1月以内に指導管理を2回以上行った場合においては、第1回の指導管理を行ったときに算定する。
- 2 同一の患者に対して、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料に規定する在宅療養指導管理のうち2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。
- 3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（C 1 0 2に規定する指導管理とC 1 0 2-2に規定する指導管理、C 1 0 3に規定する指導管理とC 1 0 7に規定する指導管理又はC 1 0 7-2に規定する指導管理、C 1 0 4に規定する指導管理とC 1 0 5に規定する指導管理、C 1 0 4に規定する指導管理とC 1 0 5-2に規定する指導管理、C 1 0 5に規定する指導管理とC 1 0 5-2に規定する指導管理、C 1 0 5-2に規定する指導管理とC 1 0 9に規定する指導管理、C 1 0 5-2に規定する指導管理とC 1 0 5-3に規定する指導管理、C 1 0 5-3に規定する指導管理とC 1 0 9に規定する指導管理、C 1 0 7に規定する指導管理とC 1 0 7-2に規定する指導管理、C 1 0 8に規定する指導管理とC 1 1 0に規定する指導管理、C 1 0 8-2に規定する指導管理とC 1 1 0に規定する指導管理及びC 1 0 9に規定する指導管理とC 1 1 4に規定する指導管理の組合せを除く。）には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。
- 4 入院中の患者に対して退院時に本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合においては、各区分の規定にかかわらず、当該退院の日に所定点数を算定できる。この場合において、当該退院した患者に対して行った指導管理（当該退院した日の属する月に行ったものに限る。）の費用は算定しない。

区分

C 1 0 0 退院前在宅療養指導管理料 120点

注1 入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 6歳未満の乳幼児に対して在宅療養に関する指導管理を行った場合には、乳幼児加算として、200点を所定点数に加算する。

C101 在宅自己注射指導管理料

- | | |
|-------------|--------|
| 1 複雑な場合 | 1,230点 |
| 2 1以外の場合 | |
| イ 月27回以下の場合 | 650点 |
| ロ 月28回以上の場合 | 750点 |

注1 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。ただし、同一月に第2章第6部の通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定している患者については、当該管理料を算定できない。

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

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

4 患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して3月を限度として、150点を所定点数に加算する。

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号A003に掲げるオンライン診療料を算定する際に在宅自己注射指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、注1の規定にかかわらず、所定点数に代えて、在宅自己注射指導管理料（情報通信機器を用いた場合）として、月1回に限り100点を算定する。

C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料 820点

注 12歳未満の小児低血糖症であって入院中の患者以外の患者に対して、重篤な低血糖の予防のために適切な指導管理を行った場合に算定する。

C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料

- | | |
|-------------------|------|
| 1 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1 | 150点 |
| 2 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2 | 150点 |

注1 1については、妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって入院中の患者以外の患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合に算定する。

2 2については、1を算定した入院中の患者以外の患者に対して、分娩後も継続して血糖管理のために適切な指導管理を行った場合に、当該分娩後12週の間、1回に限り算定する。

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料 4,000点

注1 在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携帯式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の2回目以降1回につき2,000点を月2回に限り算定する。

2 当該指導管理を算定する同一月内に区分番号J038に掲げる人工腎臓又はJ042に規定する腹膜灌流の1を算定する場合は、注1に規定する2回目以降の費用は、算定しない。

C102-2 在宅血液透析指導管理料 8,000点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して在宅血液透析に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合には、当該指導管理料を最初に算定した日から起算して2月までの間は、同一月内の2回目以降1回につき2,000点を月2回に限り算定する。
- 2 当該指導管理を算定する同一月内に区分番号J038に掲げる人工腎臓を算定する場合は、注1に規定する2回目以降の費用は、算定しない。
- C103 在宅酸素療法指導管理料
- 1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 520点
- 2 その他の場合 2,400点
- 注1 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅酸素療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、2を算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点到当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、2月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。
- C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料 3,000点
- 注 在宅中心静脈栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅中心静脈栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 2,500点
- 注 在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅成分栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料 1,050点
- 注 在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅小児経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料 2,500点
- 注 在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅半固形栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に、最初に算定した日から起算して1年を限度として算定する。
- C106 在宅自己導尿指導管理料 1,400点
- 注1 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己導尿に関する指導管理を行った場合に算定する。
- 2 カテーテルの費用は、第2款に定める所定点数により算定する。
- C107 在宅人工呼吸指導管理料 2,800点
- 注 在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅人工呼吸に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料
- 1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1 2,250点
- 2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2 250点
- 注1 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅持続陽圧呼吸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、2を算定し、CPAPを用いている患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点

に当該期間の月数（当該管理を行った月に限り、2月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

- C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 1,500点
注 在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 1,500点
注 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料 1,050点
注1 在宅における創傷処置等の処置を行っている入院中の患者以外の患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。
2 区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。
- C110 在宅自己疼痛管理指導管理料 1,300点
注 疼痛除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、在宅自己疼痛管理に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C110-2 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 810点
注1 振戦等除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において振戦等管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅振戦等管理に関する指導管理を行った場合に算定する。
2 植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。
- C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 810点
注1 てんかん治療のため植込型迷走神経電気刺激装置を植え込んだ後に、在宅においててんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅てんかん管理に関する指導管理を行った場合に算定する。
2 植込術を行った日から起算して3月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。
- C110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料 810点
注 便秘禁又は過活動膀胱に対するコントロールのため植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、患者の同意を得て、在宅において、自己による便秘禁管理又は過活動膀胱管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅便秘禁管理又は在宅過活動膀胱管理に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C111 在宅肺高血圧症患者指導管理料 1,500点
注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外の患者に対して、プロスタグランジンI₂製剤の投与等に関する医学管理等を行った場合に算定する。
- C112 在宅気管切開患者指導管理料 900点
注 気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外のものに対して、在宅における気管切開に関する指導管理を行った場合に算定する。
- C113 削除
- C114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 1,000点
注1 皮膚科又は形成外科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患の患者であって、在宅において皮膚処置を行っている入院中の患者以外のものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。
2 区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号B001の8

に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。

- C 1 1 5 削除
- C 1 1 6 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料 45,000点
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体内植込型補助人工心臓（非拍動流型）を使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- C 1 1 7 在宅経腸投薬指導管理料 1,500点
注 入院中の患者以外の患者であって、レボドパ・カルビドパ水和物製剤の経腸投薬を行っているものに対して、投薬等に関する医学管理等を行った場合に算定する。
- C 1 1 8 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料 2,800点
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、在宅腫瘍治療電場療法を行っているものに対して、療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- C 1 1 9 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 800点
注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で経肛門的に自己洗腸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経肛門的自己洗腸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
2 経肛門的自己洗腸を初めて実施する患者について、初回の指導を行った場合は、当該初回の指導を行った月に限り、導入初期加算として、500点を所定点数に加算する。
- C 1 2 0 在宅中耳加圧療法指導管理料 1,800点
注 在宅中耳加圧療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅中耳加圧療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

第2款 在宅療養指導管理材料加算

通則

- 1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定する。
- 2 前号の規定にかかわらず、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算のうち、保険医療材料の使用を算定要件とするものについては、当該保険医療材料が別表第三調剤報酬点数表第4節の規定により調剤報酬として算定された場合には算定しない。
- 3 6歳未満の乳幼児に対して区分番号C 1 0 3に掲げる在宅酸素療法指導管理料、C 1 0 7に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又はC 1 0 7-2に掲げる在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する場合は、乳幼児呼吸管理材料加算として、3月に3回に限り1,500点を所定点数に加算する。

区分

- C 1 5 0 血糖自己測定器加算
- 1 月20回以上測定する場合 350点
 - 2 月30回以上測定する場合 465点
 - 3 月40回以上測定する場合 580点
 - 4 月60回以上測定する場合 830点
 - 5 月90回以上測定する場合 1,170点
 - 6 月120回以上測定する場合 1,490点
 - 7 間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの 1,250点
- 注 1 1から4までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合

に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

イ インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者及び膵全摘後の患者を除く。）

ロ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者又は膵全摘後の患者に限る。）

ハ 12歳未満の小児低血糖症の患者

ニ 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）

2 5及び6については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

イ インスリン製剤の自己注射を1日に1回以上行っている患者（1型糖尿病の患者又は膵全摘後の患者に限る。）

ロ 12歳未満の小児低血糖症の患者

ハ 妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）

3 7については、入院中の患者以外の患者であって、強化インスリン療法を行っているもの又は強化インスリン療法を行った後に混合型インスリン製剤を1日2回以上使用しているものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C151 注入器加算 300点

注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入器を処方した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C152 間歇注入シリンジポンプ加算

1 プログラム付きシリンジポンプ 2,500点

2 1以外のシリンジポンプ 1,500点

注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇注入シリンジポンプを使用した場合に、2月に2回に限り第1款の所定点数に加算する。

C152-2 持続血糖測定器加算

1 間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合

イ 2個以下の場合 1,320点

ロ 3個又は4個の場合 2,640点

ハ 5個以上の場合 3,300点

2 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合

イ 2個以下の場合 1,320点

ロ 3個又は4個の場合 2,640点

ハ 5個以上の場合 3,300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続血糖測定器を使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。

2 当該患者に対して、プログラム付きシリンジポンプ又はプログラム付きシリンジポンプ以外のシリンジポンプを用いて、トランスミッターを使用した場合は、第1款の所定点数にそれぞれ3,230点又は2,230点を加算する。ただし、この場合において、区分番号C152に掲げる間歇注入シリンジポンプ加算は算定できない。

C152-3 経腸投薬用ポンプ加算 2,500点

- 注 別に厚生労働大臣が定める内服薬の経腸投薬を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経腸投薬用ポンプを使用した場合に、2月に2回に限り第1款の所定点数に加算する。
- C153 注入器用注射針加算
- 1 治療上の必要があって、1型糖尿病若しくは血友病の患者又はこれらの患者に準ずる状態にある患者に対して処方した場合 200点
 - 2 1以外の場合 130点
- 注 別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入器用の注射針を処方した場合に、第1款の所定点数に加算する。
- C154 紫外線殺菌器加算 360点
- 注 在宅自己連続携帯式腹膜灌流かんを行っている入院中の患者以外の患者に対して、紫外線殺菌器を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
- C155 自動腹膜灌流装置加算 2,500点
- 注 在宅自己連続携帯式腹膜灌流かんを行っている入院中の患者以外の患者に対して、自動腹膜灌流装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
- C156 透析液供給装置加算 10,000点
- 注 在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して、透析液供給装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
- C157 酸素ポンプ加算
- 1 携帯用酸素ポンプ 880点
 - 2 1以外の酸素ポンプ 3,950点
- 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ポンプを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。
- C158 酸素濃縮装置加算 4,000点
- 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素濃縮装置を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号C157に掲げる酸素ポンプ加算の2は算定できない。
- C159 液化酸素装置加算
- 1 設置型液化酸素装置 3,970点
 - 2 携帯型液化酸素装置 880点
- 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。
- C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算 300点
- 注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。
- C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算 2,000点
- 注 在宅中心静脈栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、輸液セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
- C161 注入ポンプ加算 1,250点
- 注 在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者、在宅における鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者又は別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、2月に2回に限り、第1款の所定点数に加算する。
- C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算 2,000点

注 在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法又は在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（在宅半固形栄養経管栄養法を行っている患者については、区分番号C105-3に掲げる在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定しているものに限る。）に対して、栄養管セットを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

- C163 特殊カテーテル加算
- | | |
|----------------------|--------|
| 1 再利用型カテーテル | 400点 |
| 2 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル | |
| イ 親水性コーティングを有するもの | |
| (1) 60本以上90本未満の場合 | 1,700点 |
| (2) 90本以上120本未満の場合 | 1,900点 |
| (3) 120本以上の場合 | 2,100点 |
| ロ イ以外のもの | 1,000点 |
| 3 間歇バルーンカテーテル | 1,000点 |
- 注 在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、再利用型カテーテル、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。
- C164 人工呼吸器加算
- | | |
|------------------------------------|--------|
| 1 陽圧式人工呼吸器 | 7,480点 |
| 注 気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。 | |
| 2 人工呼吸器 | 6,480点 |
| 注 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器を使用した場合に算定する。 | |
| 3 陰圧式人工呼吸器 | 7,480点 |
| 注 陰圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。 | |
- 注 在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、人工呼吸器を使用した場合に、いずれかを第1款の所定点数に加算する。
- C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算
- | | |
|---------------|--------|
| 1 ASVを使用した場合 | 3,750点 |
| 2 CPAPを使用した場合 | 1,000点 |
- 注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。
- C166 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算
- | | |
|--|--------|
| | 2,500点 |
|--|--------|
- 注 在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
- C167 疼痛等管理用送信器加算
- | | |
|--|------|
| | 600点 |
|--|------|
- 注 疼痛除去等のため植込型脳・脊髄刺激装置又は植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅疼痛管理、在宅振戦管理又は在宅てんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、疼痛等管理用送信器（患者用プログラマを含む。）を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
- C168 携帯型精密輸液ポンプ加算
- | | |
|--|---------|
| | 10,000点 |
|--|---------|
- 注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のものに対して、携帯型精密輸液ポンプを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
- C168-2 携帯型精密ネブライザー加算
- | | |
|--|--------|
| | 3,200点 |
|--|--------|
- 注 肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のものに対して、携帯型精密ネブライザーを使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。
- C169 気管切開患者用人工鼻加算
- | | |
|--|--------|
| | 1,500点 |
|--|--------|
- 注 気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外のものに対して、人工鼻を

使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C170 排痰補助装置加算 1,800点

注 在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患等の患者に対して、排痰補助装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

C171 在宅酸素療法材料加算

1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 780点

2 その他の場合 100点

注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 100点

注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C172 在宅経肛門的自己洗腸用材料加算 2,400点

注 在宅で経肛門的に自己洗腸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己洗腸用材料を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

C173 横隔神経電気刺激装置加算 600点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、横隔神経電気刺激装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

第3節 薬剤料

区分

C200 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第4節 特定保険医療材料

区分

C300 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第2部 在宅医療

<通則>

- 1 在宅医療の費用は、第1節在宅患者診療・指導料、第2節在宅療養指導管理料第1款在宅療養指導管理料、第2節在宅療養指導管理料第2款在宅療養指導管理材料加算、第3節薬剤料及び第4節特定保険医療材料に掲げる所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、使用した薬剤の費用については第3節薬剤料により、特定保険医療材料の費用については第4節特定保険医療材料により、当該保険医療機関において算定する。

第1節 在宅患者診療・指導料

- 1 保険医療機関は、同一の患者について、区分番号「C000」往診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料、区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、区分番号「C008」在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号「C009」在宅患者訪問栄養食事指導料又は区分番号「I012」精神科訪問看護・指導料（以下この部において「訪問診療料等」という。）のうち、いずれか1つを算定した日においては、他のものを算定できない。
ただし、在宅患者訪問診療等を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。
- 2 一の保険医療機関が訪問診療料等のいずれか1つを算定した日については、当該保険医療機関と特別の関係にある他の保険医療機関は訪問診療料等を算定できない。
ただし、訪問診療等を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。
- 3 保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーションが、当該保険医療機関の医師から訪問看護指示書の交付を受けた患者について、訪問看護療養費を算定した日においては、当該保険医療機関は訪問診療料等を算定できない。
ただし、当該訪問看護を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。また、区分番号「I016」精神科在宅患者支援管理料の「1」を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日に訪問看護を実施した場合における精神科訪問看護・指導料（作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限る。）及び精神科訪問看護基本療養費の算定については、この限りでない。
- 4 在宅療養支援診療所とは、地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有するものであり、患者からの連絡を一元的に当該診療所で受けるとともに、患者の診療情報を集約する等の機能を果たす必要があること。このため、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保しなければならない。なお、当該診療所が他の保険医療機関（特別の関係にあるものを含む。）又は訪問看護ステーション（特別の関係にあるものを含む。）（以下この部において「連携保険医療機関等」という。）と連携する場合には、連携保険医療機関等の保険医又は看護師等との診療情報の共有に際し、当該患者の診療情報の提供を行った場合、これに係る費用は各所定点数に

含まれ別に算定できない。

- 5 連携保険医療機関等の保険医又は看護師等であって、在宅療養支援診療所の保険医の指示により、緊急の往診又は訪問看護を行うものは、患者の診療情報について、あらかじめ在宅療養支援診療所の保険医から提供を受け、緊急時に十分活用できる体制にて保管する必要があること。また、当該緊急の往診又は訪問看護の後には、診療内容等の要点を診療録等に記載するとともに、在宅療養支援診療所の保険医が患者の診療情報を集約して管理できるよう、速やかに在宅療養支援診療所の保険医に対し、診療情報の提供を行うこと。なお、在宅療養支援診療所の保険医に対し、連携保険医療機関等から当該患者の診療情報の提供を行った場合の費用は、各所定点数に含まれ別に算定できない。
- 6 当該患者の病状急変時等に、連携保険医療機関等の保険医又は看護師等が往診又は訪問看護を行った場合には、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料、区分番号「C000」往診料又は区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料は往診等を行った保険医又は看護師等の属する保険医療機関において算定する。
- 7 連携保険医療機関等が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により往診又は訪問看護を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に連携する在宅療養支援診療所の名称及び支援と記載すること。

C000 往診料

- (1) 往診料は、患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家へ赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。
- (2) 緊急往診加算は、保険医療機関において、標榜時間内であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。
- (3) 「注1」に規定する「別に厚生労働大臣が定める時間」とは、保険医療機関において専ら診療に従事している時間であって、概ね午前8時から午後1時までの間とする。
- (4) 「注1」における緊急に行う往診とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合をいう。また、医学的に終末期であると考えられる患者（当該保険医療機関又は当該保険医療機関と連携する保険医療機関が訪問診療を提供している患者に限る。）に対して往診した場合にも緊急往診加算を算定できる。
- (5) 「注1」における所定点数とは、往診料に「注2」及び「注4」における加算点数を合算した点数をいう。
- (6) 夜間（深夜を除く。）とは午後6時から午前8時までとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前6時までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診加算及び深夜往診加算は算定できない。
- (7) 休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日をいう。なお、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、休日として取り扱う。
- (8) 「注1のイ」に規定する「在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働

働大臣が定めるもの」とは、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の第9在宅療養支援診療所の施設基準の1の(1)及び(2)に規定する在宅療養支援診療所、第14の2在宅療養支援病院の施設基準の1の(1)及び(2)に規定する在宅療養支援病院である。

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

- (9) 「注2」における診療時間とは、実際に診療に当たっている時間をいう。交通機関の都合その他診療の必要以外の事由によって患家に滞在又は宿泊した場合には、その患家滞在の時間については、診療時間に算入しない。
- (10) 同一の患家又は有料老人ホーム等であって、その形態から当該ホーム全体を同一の患家とみなすことが適当であるものにおいて、2人以上の患者を診療した場合は、2人目以降の患者については往診料を算定せず、区分番号「A000」初診料又は区分番号「A001」再診料若しくは区分番号「A002」外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定する。この場合において、2人目以降のそれぞれの患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、往診料の「注2」に規定する加算を算定する。
- (11) 往診又は訪問診療を行った後に、患者又はその家族等が単に薬剤を取りに医療機関に来た場合は、再診料又は外来診療料は算定できない。
- (12) 「注3」に規定する加算は、患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診を行い、死亡診断を行った場合に算定する。
- (13) 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える往診については、当該保険医療機関からの往診を必要とする絶対的な理由がある場合に認められるものであって、この場合の往診料の算定については、16キロメートル以内の場合と同様、本区分及び「注1」、「注2」、「注3」、「注6」により算定する。この絶対的に必要であるという根拠がなく、特に患家の希望により16キロメートルを超える往診をした場合の往診料は保険診療としては算定が認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、当該保険医療機関を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に患家が所在する場合をいう。
- (14) (13)にかかわらず、往診距離が片道16キロメートルを超えて又は海路によりアの適用地域に往診した場合であって、イの各号の一に該当する特殊の事情があったときの往診料は、ウの算定方法によって算定する。

ア 適用地域

次の各号の一に該当する地域であって、イに掲げる特殊の事情のいずれかが一般的に存するものについて、地方厚生(支)局長が厚生労働大臣の承認を得て指定した地域とする。

なお、指定地域が指定要件を欠くに至ったときは、当局に内議のうえ、速やかに地域の指定を取り消すものとする。

- i 医療機関のない島の地域又は通例路程の大部分を海路による以外に往診することが困難な事情にある地域であって医療機関のないもの。(以下「1号地域」という。地域の単位は、原則として、島、部落又は小字とする。)
- ii 1号地域以外の地域であって、最寄りの医療機関からの往診距離が片道16キロメー

トルを超えるもの。(以下「2号地域」という。地域の単位は、原則として、部落又は小字とする。)

イ 特殊の事情

- i 定期に航行する船舶がないか、又は定期に航行する船舶があっても航行回数がきわめて少ないか、若しくは航行に長時間を要すること。
- ii 海上の状態や気象条件がきわめて悪いため、又は航路に暗礁が散在するため、若しくは流氷等のため航行に危険が伴うこと。
- iii 冬期積雪の期間通常の車両の運行が不能のため往診に相当長時間を要する事情にあること、又は道路事情がきわめて悪く、相当の路程を徒歩によらなければならないため、往診に相当長時間を要する事情にあること。

ウ 算定方法

往診料の項に定める算定方法に準じて算定した点数(720点に「注1」、「注2」、「注3」又は「注6」による点数を加算した点数)に、次の点数(1号地域については次のiの(イ)及び(ロ)により算出した点数、2号地域については、次のiiにより算出した点数)を加算する。

i 1号地域に対する往診の場合

- (イ) 波浪時(波浪注意報の出ているとき又は波浪により通常の航海時間の概ね1.5倍以上を要したときとする。)であった海路につき海路距離が片道1キロメートル又はその端数を増すごとに所定点数に「注2」に規定する点数の100分の150を加算した点数。(往復の場合は100分の200、片道の場合は100分の100とする。)
- (ロ) 適用地域における往診に必要とした滞在時間(島に上陸したときから離島するまでの時間)については30分又はその端数を増すごとに100点を加算する方法で算出した点数の100分の200に相当する点数。

ii 2号地域に対する往診の場合

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

- (15) 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートル以上の地域に居住する保険医に対して在宅での療養を行う患者の診療を担う保険医が往診による対診を求めることができるのは、患家の所在地から半径16キロメートル以内に患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在しない場合や、患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在していても当該保険医療機関が往診等を行っていない場合などのやむを得ない絶対的理由のある場合に限られるものである。
- (16) 「注5」に規定する交通費は実費とする。
- (17) 交通費には自家用車による費用を含む。
- (18) 自転車、スクーター等の費用は往診料に含まれているので前項は適用されず、したがって「注5」に規定する患家の負担となる交通費には該当しない。
- (19) 往診を求められて患家へ赴いたが、既に他医に受診していたため、診察を行わないで帰った場合の往診料は、療養の給付の対象としない扱いとする。したがって患者負担とする。
- (20) 特定の被保険者の求めに応ずるのではなく、保険診療を行う目的をもって定期又は不定期

に事業所へ赴き、被保険者（患者）を診療する場合は、往診料として取り扱うことは認められない。

- (21) 数事業所の衛生管理医をしている保険医が、衛生管理医として毎日又は定期的に事業所に赴いた（巡回）際、当該事業所において常態として診療を行う場合は、(20)と同様である。
- (22) 同一保険医が2か所の保険医療機関を開設している場合の往診料は、往診の依頼を受けた医療機関を起点とするのではなく、当該保険医が患家に赴くために出発した保険医療機関から患家までの距離により算定する。
- (23) 定期的又は計画的に行われる対診の場合は往診料を算定できない。

C001 在宅患者訪問診療料(I)

- (1) 在宅患者訪問診療料(I)は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関以外の保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合の評価であり、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、在宅患者訪問診療料(I)は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来において区分番号「A001」再診料の「注12」地域包括診療加算又は区分番号「B001-2-9」地域包括診療料が算定可能である。
- (2) 在宅での療養を行っている患者とは、保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院で療養を行っている患者以外の患者をいうこと。
ただし、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（平成20年厚生労働省告示第128号）、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医発第0331002号）等（以下「給付調整告示等」という。）に規定する場合を除き、医師の配置が義務づけられている施設に入所している患者については算定の対象としない。
- (3) 「在宅患者訪問診療料(I)」の「同一建物居住者の場合」は、同一建物居住者に対して保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合に、患者1人につき所定点数を算定する。同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法（昭和25年法律第201号）第2条第1号に掲げる建築物に居住する複数の者（往診を実施した患者、末期の悪性腫瘍と診断した後に訪問診療を行い始めた日から60日以内の患者、又は死亡日からさかのぼって30日以内の患者を除く。）のことをいう。
- (4) 保険医療機関の保険医が、同一建物に居住する当該患者1人のみに対し訪問診療を行う場合は、「同一建物居住者以外の場合」の所定点数を算定する。
- (5) 同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患家において2人以上の患者を診療した場合には、(3)の規定にかかわらず、1人目は、「同一建物居住者以外の場合」を算定し、2人目以降の患者については、区分番号「A000」初診料又は区分番号「A001」再診料若しくは区分番号「A002」外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定する。この場合において、2人目の患者の診療に要した時間が1時間を超えた場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、在宅患者訪問診療料(I)の「注5」に規定する加算を算定する。
- (6) 「1」は、1人の患者に対して1つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行

われる訪問診療について、1日につき1回に限り算定するが、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日には算定できない。

ただし、区分番号「C108-2」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定する場合に限り、1人の患者に対して2つの保険医療機関の保険医が、1日につきそれぞれ1回に限り算定できる。なお、この場合においても、区分番号「A000」初診料を算定した初診の日には算定できない。

- (7) 「2」は、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から6月を限度として算定できる。ただし、当該他の保険医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、当該他の保険医療機関との間で情報共有し、主治医である保険医がその診療状況を把握した上で、医学的に必要と判断し、以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、6月を超えて算定できる。また、この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に、継続的な訪問診療の必要性について記載すること。

ア その診療科の医師でなければ困難な診療

イ 既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療

- (8) (7) の前段の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、6月を超えて算定することも差し支えない。この場合において、診療を求めた当該他の保険医療機関に対し、概ね6月ごとに診療の状況を情報提供するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者のいずれに該当するかを記載すること。

【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を使用している状態の患者

- (9) 「1」の算定については週3回を限度とするが、(8)に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の患者についてはこの限りでない。
- (10) 「1」について、診療に基づき患者の病状の急性増悪、終末期等により一時的に週4回以上の頻回な訪問診療の必要を認め、当該患者の病状に基づいた訪問診療の計画を定め、当該計画に基づいて患家を定期的に訪問し、診療を行った場合には、

ア 当該訪問診療が必要な旨

イ 当該訪問診療の必要を認めた日

ウ 当該訪問診療を行った日

を診療報酬明細書に付記することにより、1月に1回に限り、当該診療を行った日から14日以内について14日を限度として算定することができる。

- (11) 定期的・計画的な訪問診療を行っている期間における緊急の場合の往診の費用の算定については、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)は算定せず、往診料及び再診料又は外来診療料を算定する。ただし、当該緊急往診を必要とした症状が治まったことを在宅での療養を行っている患者の療養を担う保険医が判断した以降の定期的訪問診療については、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の算定対象とする。
- (12) 訪問診療を実施する場合には、以下の要件を満たすこと。
- ① 当該患者又はその家族等の署名付の訪問診療に係る同意書を作成した上で診療録に添付すること。
 - ② 訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載すること。「2」を算定する場合には、主として診療を行う医師である保険医が所属する他の保険医療機関が診療を求めた傷病も記載すること。
 - ③ 訪問診療を行った日における当該医師の当該在宅患者に対する診療時間（開始時刻及び終了時刻）及び診療場所について、診療録に記載すること。
- (13) 「注4」に規定する乳幼児加算は、6歳未満の乳幼児に対して訪問診療を実施した場合に、1日につき1回に限り算定できるものとする。
- (14) 「注6」に規定する在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。
- (15) 「注6のイの(1)」に規定する「在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの」とは、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の第9在宅療養支援診療所の施設基準の1の(1)及び(2)に規定する在宅療養支援診療所、第14の2在宅療養支援病院の施設基準の1の(1)及び(2)に規定する在宅療養支援病院である。
- 「注6のイの(1)の①」に規定する「病床を有する場合」、「注6のイの(1)の②」に規定する「病床を有しない場合」とは、同通知の第9在宅療養支援診療所の施設基準の2の(1)及び(2)、第14の2在宅療養支援病院の施設基準の2の(1)の規定による。「注6のロ」についても、この例によること。
- (16) 「注6のイ」及び「注6のロ」に規定する有料老人ホーム等に入居する患者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう。
- ア 区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料の(3)において施設入居時等医学総合管理料の算定患者とされている患者
 - イ 障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスを行う施設及び事業所又は福祉ホームに入居する患者
 - ウ 介護保険法第8条第19項に規定する小規模多機能型居宅介護又は同法第8条第23項に規定する複合型サービスにおける宿泊サービスを利用中の患者
- (17) 「注6」に規定する酸素療法加算は、悪性腫瘍と診断されている患者に対し、死亡した

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

- (18) 「注7」に規定する看取り加算は、事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために十分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、当該患者を患家で看取った場合に算定する。この場合、診療内容の要点等を当該患者の診療録に記載すること。
- (19) 「注8」に規定する加算は、在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。ただし、「注7」に規定する加算には、死亡診断に係る費用が含まれており、「注8」に規定する加算は別に算定できない。以下の要件を満たしている場合であって、「情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等ガイドライン（平成29年9月厚生労働省）」に基づき、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能である。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、ICTを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨記載すること。
- ア 当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。
- イ 正当な理由のために、医師が直接対面での死亡診断等を行うまでに12時間以上を要することが見込まれる状況であること。
- ウ 特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。
- (20) 患家における診療時間が1時間を超える場合の加算の算定方法、保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による訪問診療を行った場合であって特殊な事情があった場合の在宅患者訪問診療料（I）の算定方法及び訪問診療に要した交通費の取扱いは、往診料における取扱いの例による。
- (21) 往診の日又はその翌日に行う訪問診療の費用については、算定できない。ただし、在宅療養支援診療所若しくは在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を含む。）又は在宅療養支援病院の保険医が、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名

等について、文書により提供している患者に対して、往診を行った場合はこの限りではない。

(22) 「注11」に規定する交通費は実費とする。

C001-2 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

- (1) 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合の評価であり、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族又は介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来において区分番号「A001」再診料の「注12」地域包括診療加算又は区分番号「B001-2-9」地域包括診療料が算定可能である。
- (2) 有料老人ホーム等に入居している患者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう。
 - ア 区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料の(3)において施設入居時等医学総合管理料の算定患者とされている患者
 - イ 障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスを行う施設及び事業所又は福祉ホームに入居する患者
 - ウ 介護保険法第8条第19項に規定する小規模多機能型居宅介護又は同法第8条第23項に規定する複合型サービスにおける宿泊サービスを利用中の患者
- (3) 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関とは、有料老人ホーム等と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する保険医療機関をいう。
- (4) 「注2」から「注5」の取扱いについては、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の例によること。この場合において、「1」及び「2」については、それぞれ「注1のイ」及び「注1のロ」と読み替えるものとする。

C002 在宅時医学総合管理料、C002-2 施設入居時等医学総合管理料

- (1) 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料は、在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るものである。
- (2) 在宅時医学総合管理料は、在宅での療養を行っている患者であって、通院困難な者((3)で規定する施設入居時等医学総合管理料の対象患者を除く。)に対して、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、定期的に訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行った場合の評価であることから、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、在宅時医学総合管理料は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来において区分番号「A001」再診料の「注12」地域包括診療加算又は区分番号「B001-2-9」地域包括診療料が算定可能である。
- (3) 施設入居時等医学総合管理料は、施設において療養を行っている次に掲げる患者であって、通院困難な者に対して個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、定期的に訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行った場合の評価であることから、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、

施設入居時等医学総合管理料は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来において区分番号「A001」再診料の「注12」地域包括診療加算又は区分番号「B001-2-9」地域包括診療料が算定可能である。なお、施設入居時等医学総合管理料の算定の対象となる患者は、給付調整告示等の規定によるものとする。

ア 次に掲げるいずれかの施設において療養を行っている患者

(イ) 養護老人ホーム

(ロ) 軽費老人ホーム（「軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準」（平成20年厚生労働省令第107号）附則第2条第1号に規定する軽費老人ホームA型に限る。）

(ハ) 特別養護老人ホーム

(ニ) 有料老人ホーム

(ホ) 高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成13年4月6日法律第26号）第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅

(ヘ) 認知症対応型共同生活介護事業所

イ 次に掲げるいずれかのサービスを受けている患者

(イ) 短期入所生活介護

(ロ) 介護予防短期入所生活介護

- (4) 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料は、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関の保険医が、在宅療養計画に基づき診療を行った場合に月1回に限り算定する。特掲診療料の施設基準等別表第八の二に掲げる「別に厚生労働大臣が定める状態の患者」に対して、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「1」又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)（注1のイの場合に限る。）を月2回以上算定した場合には「別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月2回以上訪問診療を行っている場合」を単一建物診療患者の人数に従い算定する。同様に、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「1」又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)（注1のイの場合に限る。）を月2回以上算定した場合には「月2回以上訪問診療を行っている場合」を、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「1」又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)（注1のイの場合に限る。）を月1回算定した場合には「月1回訪問診療を行っている場合」を単一建物診療患者の人数に従い算定する。ここでいう単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定する者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。）の人数をいう。なお、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、施設入居時等医学総合管理料を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。また、同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患者において2人以上の患者を診療した場合に、2人目以降の患者について、区分番号「A000」初診料又は区分番号「A001」再診料若しくは区分番号「A002」外来診療料及び第2章特掲診療料のみを算定した場合においては、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「1」又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)（注1のイの場合に限る。）を算定したものとみなすこ

とができる。

「1」及び「2」については、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限り、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院において算定し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が、当該患者以外の患者に対し、継続して訪問した場合には、「3」を算定する。

なお、「1」に規定する「在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの」とは、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の第9在宅療養支援診療所の施設基準の1の(1)及び(2)に規定する在宅療養支援診療所、第14の2在宅療養支援病院の施設基準の1の(1)及び(2)に規定する在宅療養支援病院である。

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

- (5) 個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、その内容を患者、家族及びその看護に当たる者等に対して説明し、在宅療養計画及び説明の要点等を診療録に記載すること。
- (6) 他の保健医療サービス又は福祉サービスとの連携に努めること。
- (7) 当該患者が診療科の異なる他の保険医療機関を受診する場合には、診療の状況を示す文書を当該保険医療機関に交付する等十分な連携を図るよう努めること。
- (8) 当該保険医療機関以外の保険医療機関が、当該患者に対して診療を行おうとする場合には、当該患者等に対し照会等を行うことにより、他の保険医療機関における在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の算定の有無を確認すること。
- (9) 当該患者について在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料が算定されている月において、区分番号「B000」特定疾患療養管理料、区分番号「B001」の「4」小児特定疾患カウンセリング料、同区分番号の「5」小児科療養指導料、同区分番号の「6」てんかん指導料、同区分番号の「7」難病外来指導管理料、同区分番号の「8」皮膚科特定疾患指導管理料、同区分番号の「18」小児悪性腫瘍患者指導管理料、同区分番号の「27」糖尿病透析予防指導管理料、区分番号「B001-3」生活習慣病管理料、区分番号「C007」の注3に規定する衛生材料等提供加算、区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号「I012-2」の注3に規定する衛生材料等提供加算、区分番号「J000」創傷処置、区分番号「J001-7」爪甲除去、区分番号「J001-8」穿刺排膿後薬液注入、区分番号「J018」喀痰吸引、区分番号「J018-3」干涉低周波去痰器による喀痰排出、区分番号「J043-3」ストーマ処置、区分番号「J053」皮膚科軟膏処置、区分番号「J060」膀胱洗浄、区分番号「J060-2」後部尿道洗浄、区分番号「J063」留置カテーテル設置、区分番号「J064」導尿、区分番号「J118」介達牽引、区分番号「J118-2」矯正固定、区分番号「J118-3」変形機械矯正術、区分番号「J119」消炎鎮痛等処置、区分番号「J119-2」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「J119-3」低出力レーザー照射、区分番号「J119-4」肛門処置及び区

分番号「J120」鼻腔栄養は所定点数に含まれ、別に算定できない。

なお、在宅での総合的な医学管理に当たって必要な薬剤（投薬に係るものを除く。）及び特定保険医療材料については、第3節薬剤料及び第4節特定保険医療材料料において算定することができる。

- (10) 当該点数を算定した月において、当該点数を算定する保険医療機関の外来を受診した場合においても第5部投薬の費用は算定できない。
- (11) 1つの患家に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合の在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料は、患者ごとに「単一建物診療患者が1人の場合」を算定すること。また、在宅時医学総合管理料について、当該建築物において当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が1人の場合」を算定すること。
- (12) 同一月内において院外処方箋を交付した訪問診療と院外処方箋を交付しない訪問診療とが行われた場合は、在宅時医学総合管理料の「注2」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注2」に係る加算は算定できない。
- (13) 投与期間が30日を超える薬剤を含む院外処方箋を交付した場合は、その投与期間に係る在宅時医学総合管理料の「注2」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注2」に係る加算は算定できない。
- (14) 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料は、当該患者に対して主として診療を行っている保険医が属する1つの保険医療機関において算定するものであること。
- (15) 区分番号「C003」在宅がん医療総合診療料を算定した日の属する月にあっては、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料は算定できないものであること。
- (16) 在宅時医学総合管理料の「注4」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注4」に規定する在宅移行早期加算は、退院後に在宅において療養を始めた患者であって、訪問診療を行うものに対し、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の算定開始月から3月を限度として、1月1回に限り所定点数に加算する。
- (17) 在宅移行早期加算は、退院から1年を経過した患者に対しては算定できない。ただし、在宅移行早期加算を既に算定した患者が再度入院し、その後退院した場合にあっては、新たに3月を限度として、月1回に限り所定点数に加算できるものとする。
- (18) 在宅時医学総合管理料の「注5」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注5」に係る加算は、特掲診療料の施設基準等別表第三の一の二に掲げる患者に対し、月4回以上の往診又は訪問診療を行い、必要な医学管理を行っている場合に頻回訪問加算として算定する。
- (19) 別に厚生労働大臣が定める状態等のうち、特掲診療料の施設基準等別表第三の一の二第三号に掲げる「高度な指導管理を必要とするもの」とは、別表第三の一の二第二号の(1)に掲げる指導管理を2つ以上行っているものをいう。
- (20) 在宅時医学総合管理料の「注9」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注9」に規定する継続診療加算は、在宅療養支援診療

所以外の診療所が、当該診療所の外来を4回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。継続診療加算を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得てア又はイに規定する体制を確保することでも差し支えない。

ア 当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を有していること。

イ 訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関又は連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。

ウ 当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。

(21) (20)のアに掲げる連携する他の医療機関が訪問診療を行った場合には、当該他の医療機関では、在宅時医学総合管理料は算定できない。また、当該他の医療機関が、患者を訪問して診療を行った場合には、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)及び区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)は算定できず、区分番号「C000」往診料を算定すること。また、訪問看護が必要な患者については、当該患者の訪問看護を提供する訪問看護ステーション等に対し、当該他の医療機関の医師による指示についても適切に対応するよう、連携を図ること。

(22) 在宅時医学総合管理料の「注10」又は施設入居時等医学総合管理料の「注5」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注10」に規定する包括的支援加算は、特掲診療料の施設基準等別表八の三に規定する状態の患者に対し、訪問診療を行っている場合に算定する。当該状態については、以下のとおりとし、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 「要介護二以上の状態又はこれに準ずる状態」とは、介護保険法第7条に規定する要介護状態区分における要介護2、要介護3、要介護4若しくは要介護5である状態又は障害者総合支援法における障害支援区分において障害支援区分2以上と認定されている状態をいう。

イ 「日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さのために、介護を必要とする認知症の状態」とは、医師が「認知症高齢者の日常生活自立度」におけるランクIIb以上と診断した状態をいう。

ウ 「頻回の訪問看護を受けている状態」とは、週1回以上訪問看護を受けている状態をいう。

エ 「訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態」とは、訪問診療又は訪問看護において、注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置（特掲診療料の施設基準等第四の一の六(3)に掲げる処置のうち、ワからヨまで及びレからマまでに規定する処置を除く。）を受けている状態をいう。

オ 「介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態」とは、特定施設、認知症対応型共同生活介護事業所、特別養護老人ホーム、障害者総合支援法第5条第11項に規定する障害者支援施設等に入居又は入所する患者であって、医師による文書での指示を受け、当該施設に配置された看護職員による注射又は処置を受けている状態をいう。処置の範囲は

エの例による。

カ 「その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態」とは、以下のいずれかに該当する患者の状態をいう。

- (イ) 脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、及び血小板減少性紫斑病、先天性股関節脱臼、内反足、二分脊椎、骨系統疾患、先天性四肢欠損、分娩麻痺、先天性多発関節拘縮症、児童福祉法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病（同条第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）及び同法第56条の6第2項に規定する障害児に該当する状態である15歳未満の患者
 - (ロ) 出生時の体重が1,500g未満であった1歳未満の患者
 - (ハ) 「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが10以上である患者
 - (ニ) 訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置（特掲診療料の施設基準等第四の一の六(3)に掲げる処置のうち、ワからケに規定する処置をいう。）を行っている患者
- (23) 算定対象となる患者が入居又は入所する施設と特別の関係にある保険医療機関においても、算定できる。
- (24) 「3」について、主として往診又は訪問診療を実施する診療所で算定する場合は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。
- (25) 悪性腫瘍と診断された患者については、医学的に末期であると判断した段階で、当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、適時情報提供すること。
- (26) 在宅時医学総合管理料の「注11」について、当該医療機関において、区分番号「I002」通院・在宅精神療法及び区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「1」を算定している場合には、在宅時医学総合管理料は算定できない。また、施設入居時等医学総合管理料の「注4」について、当該医療機関において、区分番号「I002」通院・在宅精神療法及び区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「1」又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)（注1のイの場合に限る。）を算定している場合には、施設入居時等医学総合管理料は算定できない。

ただし、特掲診療料の施設基準等別表第八の四に規定する状態の患者に対し、訪問診療を行っている場合にはこの限りでない。当該別表第八の四に規定する状態のうち、別表第八の二に掲げる状態以外の状態については、以下のとおりとする。

ア 「要介護二以上の状態又はこれに準ずる状態」とは、介護保険法第7条に規定する要介護状態区分における要介護2、要介護3、要介護4若しくは要介護5である状態又は身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第4条に規定する身体障害者であつて、障害者総合支援法第4条第4項に規定する障害支援区分において障害支援区分2、障害支援区分3、障害支援区分4若しくは障害支援区分5である状態をいう。

イ 「訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態」及び「介護保険法第八条第十

一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態」については、それぞれ(22)のエ及びオの例によること。
ウ 「がんに対し治療を受けている状態」及び「精神疾患以外の疾患の治療のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態」は、それぞれ悪性腫瘍と診断された患者であって、悪性腫瘍に対する治療（緩和ケアを含む。）を行っている状態及び(22)のカに該当する状態をいう。

(27) 在宅時医学総合管理料の「注12」に規定するオンライン在宅管理料を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。

ア オンライン在宅管理料は、対面診療の原則のもとで、訪問診療とオンライン診療を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づいて、オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、月1回以上の訪問診療を行っている場合であって、訪問診療を実施した日以外の日にオンライン診療による医学管理を実施した場合に算定できる。なお、当該計画に基づかない他の傷病に対する診療は、対面診療で行うことが原則であり、オンライン在宅管理料は算定できない。

イ オンライン診療は、アの計画に基づき、訪問診療とオンライン診療を組み合わせた医学管理のもとで実施すること。

ウ オンライン在宅管理料が算定可能な患者は、在宅時医学総合管理料の算定対象となる患者であって、在宅時医学総合管理料を初めて算定した月から3月以上経過し、かつオンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、オンライン診療を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っているものに限る。

エ 患者の同意を得た上で、訪問診療とオンライン診療を組み合わせた在宅診療計画を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載する。

オ 当該計画に沿って、オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行った際には、当該管理の内容、当該管理に係るオンライン診療を行った日、診察時間等の要点を診療録に記載すること。

カ オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が、同一の保険医療機関に所属する5人以下のチームで診療を行っている場合であって、あらかじめ診療を行う医師について在宅診療計画に記載し、複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師がオンライン診療による医学管理を行っても差し支えない。

キ オンライン診療を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診察を行う。

ク オンライン診療による計画的な療養上の医学管理は、当該保険医療機関内において行う。

ケ 同一の患者について、オンライン診療による医学管理を実施した日に訪問診療等のうちいずれか1つを算定した場合は、オンライン在宅管理料は算定できない。

コ 当該管理料を算定する場合、オンライン診療を受ける患者は、当該患者の自宅においてオンライン診療を受ける必要がある。また、複数の患者に対して同時にオンライン診療を行った場合、当該管理料は算定できない。

サ 当該診察を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関

係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

シ オンライン在宅管理料を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、在宅時医学総合管理料の算定を開始した年月日を記載すること。

C003 在宅がん医療総合診療料

- (1) 在宅がん医療総合診療料は、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関である在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、在宅での療養を行っている通院が困難な末期の悪性腫瘍の患者（医師又は看護師等の配置が義務付けられている施設に入居又は入所している患者（給付調整告示等に規定する場合を除く。）の場合を除く。）であって、往診及び訪問看護により 24 時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供しているものに対して、計画的な医学管理の下に、次に掲げる基準のいずれにも該当する総合的な医療を提供した場合に、1 週間（日曜日から土曜日までの暦週をいう。本項において同じ。）を単位として当該基準を全て満たした日に算定する。
 - ア 当該患者に対し、訪問診療又は訪問看護を行う日が合わせて週 4 日以上であること。（同一日において訪問診療及び訪問看護を行った場合であっても 1 日とする。）
 - イ 訪問診療の回数が週 1 回以上であること。
 - ウ 訪問看護の回数が週 1 回以上であること。
- (2) 在宅がん医療総合診療料は、1 週間のうちに全ての要件を満たさなかった場合、1 週間のうちに在宅医療と入院医療が混在した場合には算定できない。ただし、現在在宅がん医療総合診療料を算定している患者が、当該在宅療養支援診療所又は当該在宅療養支援病院に一時的に入院する場合は、引き続き計画的な医学管理の下に在宅における療養を継続しているものとみなし、当該入院の日も含めた 1 週間について、(1)のアからウまでの要件を満たす場合には、在宅がん医療総合診療料を算定できるものとする。ただし、この場合には、入院医療に係る費用は別に算定できない。
- (3) 在宅療養支援診療所において、連携により必要な体制を確保する場合にあつては、緊急時の往診又は訪問看護を連携保険医療機関等の医師又は看護師等が行うことが有り得ることを予め患者等に説明するとともに、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急時の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に文書（電子媒体を含む。）により随時提供し、当該提供した診療情報は当該患者の診療録に添付すること。なお、連携保険医療機関等の保険医又は看護師等との診療情報の共有に際し、当該患者の診療情報の提供を行った場合、これに係る費用は各所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 在宅療養支援診療所と連携保険医療機関等、又は在宅療養支援病院と訪問看護ステーションが共同で訪問看護を行い、又は緊急時の往診体制をとっている場合は、当該患者の訪問看護、往診に係る費用は、在宅がん医療総合診療料を算定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医の属する保険医療機関において一括して算定する。
- (5) 連携保険医療機関等又は在宅療養支援病院と連携する訪問看護ステーションが当該患者に訪問看護を行った場合又は当該患者の病状急変時等に連携保険医療機関の保険医が往診を行った場合は、当該連携保険医療機関等又は在宅療養支援病院と連携する訪問看護ステーションは、診療内容等を在宅がん医療総合診療料を算定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支

援病院の保険医に速やかに報告し、当該保険医は診療内容等の要点を当該患者の診療録に記載する必要がある。ただし、これに係る診療情報提供の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

- (6) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院は、算定の対象となる患者について、総合的な在宅医療計画を策定し、これに基づいて訪問診療及び訪問看護を積極的に行うとともに、他の保健医療サービス又は福祉サービスとの連携に努めること。なお、在宅がん医療総合診療は、同一の患者に対して継続的に行うことが望ましい。
- (7) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該患者に対して診療を行おうとする場合には、当該患者等に対し照会等を行うことにより、他の保険医療機関における在宅がん医療総合診療料の算定の有無を確認すること。
- (8) 「1」に規定する「在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの」とは、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の第9在宅療養支援診療所の施設基準の1の(1)及び(2)に規定する在宅療養支援診療所、第14の2在宅療養支援病院の施設基準の1の(1)及び(2)に規定する在宅療養支援病院である。

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

- (9) 1週間のうち院外処方箋を交付した日がある場合は、当該1週間分を「院外処方箋を交付する場合」で算定し、それ以外の場合は「院外処方箋を交付しない場合」で算定する。

なお、当該診療を開始又は終了（死亡による場合を含む。）した週にあって、当該1週間のうちに(1)に掲げる基準を満たした場合には、当該診療の対象となった日数分について算定する。

- (10) 「注2」に規定する加算は、在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。ただし、(12)のイに基づき、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「注7」又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)の注6の規定により準用する区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「注7」に規定する加算を算定する場合には、算定できない。

- (11) 当該患者の診療に係る費用は、(12)に掲げる費用及び「注2」の加算を除き、全て所定点数に含まれる。ただし、同一月において在宅がん医療総合診療料が算定された日の前日までに算定された検体検査判断料等については、別に算定できる。

- (12) 「注3」の特に規定するものとは次の費用であり、当該費用は、要件を満たせば在宅がん医療総合診療料と別に算定できる。

ア 週3回以上の訪問診療を行った場合であって、訪問診療を行わない日に患家の求めに応じて緊急に往診を行った場合の往診料（区分番号「C000」往診料の「注1」及び「注2」の加算を含む。）（ただし、週2回を限度とする。）

イ 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「注6」に規定する加算及び「注7」に規定する加算並びに区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)の「注5」に規定する加算及び「注6」の規定により準用する区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「注7」に規定する加算（ただし、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)

の「注6」に規定する加算又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「注5」の加算を算定する場合には、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の「注10」の加算及び「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料の「注4」の規定により準用する区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の「注10」の加算、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注7」の加算又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「注6」の規定により準用する区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注7」の加算を算定する場合には、在宅がん医療総合診療料の「注2」の加算、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の「注10」の加算及び「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料の「注4」の規定により準用する区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の「注10」の加算は別に算定できない。なお、在宅療養支援診療所及びその連携保険医療機関が連携して区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注6」の加算又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「注5」に規定する加算の要件を満たした場合には在宅療養支援診療所が、当該区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注7」の加算又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「注6」の規定により準用する区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注7」の加算の要件を満たした場合については、看取った保険医療機関が診療報酬請求を行い、それぞれの費用の分配は相互の合議に委ねることとする。)

- (13) 当該患者を担当する居宅介護支援事業者に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、適時情報提供すること。
- (14) 「注4」に規定する交通費は実費とする。

C004 救急搬送診療料

- (1) 救急用の自動車とは、消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車であって当該保険医療機関に属するものをいう。
- (2) 救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する「救急医療用ヘリコプター」により搬送される患者に対して、救急医療用ヘリコプター内において診療を行った場合についても救急搬送診療料を算定することができる。
- (3) 診療を継続して提供した場合、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は区分番号「A002」外来診療料は、救急搬送の同一日に1回に限り算定する。
- (4) 搬送先の保険医療機関の保険医に立会診療を求められた場合は、初診料、再診料又は外来診療料は1回に限り算定し、区分番号「C000」往診料は併せて算定できない。ただし、患者の発生した現場に赴き、診療を行った後、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合は、往診料を併せて算定できる。
- (5) 当該保険医療機関の入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定できない。
- (6) 「注2」の加算は、新生児又は6歳未満の乳幼児(新生児を除く。)に対して救急搬送診療料を算定する場合に加算する。
- (7) 「注3」の加算は、患者の発生した現場に赴き、診療を開始してから、医療機関に到着し、医療機関内で診療を開始するまでの時間が30分を超えた場合に加算する。

C005 在宅患者訪問看護・指導料、C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料

- (1) 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料は、在宅での療養を行っている通院困難な患者の病状に基づいて訪問看護・指導計画を作成し、かつ、当該計画に基づき実際に患家を定期的に訪問し、看護及び指導を行った場合に、1日に1回を限度として算定する。ただし、医師又は看護師の配置が義務付けられている施設に入所している患者（給付調整告示等により規定する場合を除く。）については、算定の対象としない。

在宅患者訪問看護・指導料は、在宅での療養を行っている患者（同一建物居住者であるものを除く。）に対して、同一建物居住者訪問看護・指導料は、同一建物居住者であるものに対して算定する。

- (2) 在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料（以下「在宅患者訪問看護・指導料等」という。）は、訪問看護・指導を実施する保険医療機関において医師による診療のあった日から1月以内に行われた場合に算定する。

ただし、当該患者（患者の病状に特に変化がないものに限る。）に関し、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（I）等を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、当該患者に対して継続して訪問看護・指導を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供（区分番号「B009」診療情報提供料（I）の場合に限る。）を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から1月以内に行われた場合に算定する。

- (3) 同一建物居住者訪問看護・指導料については、以下のア又はイにより算定すること。なお、同一建物居住者に係る人数については、同一日に同一建物居住者訪問看護・指導料を算定する患者数と区分番号「I012」の「3」精神科訪問看護・指導料（III）を算定する患者数とを合算した人数とすること。

ア 同一建物居住者が2人の場合は、当該患者全員に対して、1のイ又は2のイにより算定

イ 同一建物居住者が3人以上の場合は、当該患者全員に対して、1のロ又は2のロにより算定

- (4) 在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週3日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週4日以上算定できる。

【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】

○掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頭髄損傷の患者又は人工呼吸器を使用している状態

○掲診療料の施設基準等の別表第八に掲げる状態等の患者

在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にあ

- る者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者、在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者、真皮を越える褥瘡の状態にある者、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者
- (5) 診療に基づき、患者の病状の急性増悪、終末期、退院直後等により一時的に週4日以上の高頻回の訪問看護・指導が必要であると認められた患者（厚生労働大臣が定める疾病等の患者を除く。）については、月1回（気管カニューレを使用している状態にある者又は真皮を越える褥瘡の状態にある者については、月2回）に限り、当該診療を行った日から14日以内の期間において、14日を限度として算定できる。また、当該患者に対する訪問看護・指導については、当該患者の病状等を十分把握し、一時的に高頻回に訪問看護・指導が必要な理由を訪問看護計画書及び訪問看護報告書等に記載し、訪問看護・指導の実施等において、主治医と連携を密にすること。また、例えば、毎月、恒常的に週4日以上の高頻回の訪問看護・指導が高頻回に必要な場合については、その理由を訪問看護計画書及び報告書に記載すること。
- 当該患者が介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である場合には、看護記録に高頻回の訪問看護・指導が必要であると認めた理由及び高頻回の訪問看護・指導が必要な期間（ただし14日間以内に限る。）を記載すること。
- (6) (4)又は(5)により、週4回以上在宅患者訪問看護・指導料等を算定する場合は、在宅患者訪問看護・指導料等の「1」の「ロ」又は「2」の「ロ」、同一建物居住者訪問看護・指導料の「1」の「イ」の(2)、「1」の「ロ」の(2)、「2」の「イ」の(2)又は「2」の「ロ」の(2)により算定する。
- (7) 在宅患者訪問看護・指導料等の「3」については、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号「C013」在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態にある患者若しくは人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する患者に対し、別に定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関が専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者訪問看護・指導料等の「3」により当該患者につきそれぞれ月1回を限度として、当該専門の看護師が所属する保険医療機関において算定する。この場合、当該医療機関で別に定める専従要件となっている場合であっても、別に定める専従業務に支障が生じなければ訪問しても差し支えない。
- (8) 「1」の助産師による在宅患者訪問看護・指導料等の算定の対象となる患者は、在宅での療養を行っている通院困難な妊産婦及び乳幼児であって、疾病等に係る療養上の指導等が必要な患者であり、療養上必要と認められない一般的保健指導を専ら行う場合は算定しない。
- (9) 訪問看護・指導計画は、医師又は保健師、助産師若しくは看護師が患家を訪問し、患者の家庭における療養状況を踏まえて作成し、当該計画は少なくとも月に1回は見直しを行う

ほか、患者の病状に変化があった場合には適宜見直す。

訪問看護・指導計画には、看護及び指導の目標、実施すべき看護及び指導の内容並びに訪問頻度等を記載すること。

- (10) 医師は、保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下この区分において「看護師等」という。）に対して行った指示内容の要点を診療録に記載すること。また、保健師、助産師又は看護師が准看護師に対して指示を行ったときは、その内容の要点を記録すること。また、保険医療機関における日々の訪問看護・指導を実施した患者氏名、訪問場所、訪問時間（開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。
- (11) 看護師等は、患者の体温、血圧等基本的な病態を含む患者の状態並びに行った指導及び看護の内容の要点を記録すること。
- (12) 他の保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料等を算定している患者については、在宅患者訪問看護・指導料等を算定できない。ただし、保険医療機関を退院後1月以内の患者に対して当該保険医療機関が行った訪問看護・指導及び緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して行った訪問看護・指導については、この限りではない。
- (13) 同一の患者について、訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月については、在宅患者訪問看護・指導料等を算定できない。ただし、次に掲げる場合はこの限りではない。
- ア (4)の厚生労働大臣が定める疾病等の患者について、訪問看護療養費を算定した場合
- イ 急性増悪等により一時的に週4日以上頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めた患者
- ウ 当該保険医療機関を退院後1月以内の患者
- エ 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して訪問看護・指導を行った場合
- (14) (13)において、同一の患者について、在宅患者訪問看護・指導料等及び訪問看護療養費を算定できる場合であっても、訪問看護療養費を算定した日については、在宅患者訪問看護・指導料等を算定できない。ただし、(13)のウ及びエの場合は、この限りではない。
- (15) 同一の患者について、複数の保険医療機関や訪問看護ステーションにおいて訪問看護・指導を行う場合は、保険医療機関間及び保険医療機関と訪問看護ステーションとの間において十分に連携を図る。具体的には、訪問看護・指導の実施による患者の目標の設定、訪問看護・指導計画の立案、訪問看護・指導の実施状況及び評価を共有する。
- (16) 介護保険法第8条第20項に規定する認知症対応型共同生活介護を行う施設、高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅、障害者総合支援法第5条第1項に規定する障害福祉サービスを行う施設、その他の高齢者向け施設等に入所している患者に訪問看護・指導を行う場合においては、介護保険又は障害福祉サービスによる医療及び看護サービスの提供に係る加算の算定等を含む当該施設における利用者の医療ニーズへの対応について確認し、当該施設で行われているサービスと十分に連携する。また、当該施設において当該保険医療機関が日常的な健康管理等（医療保険制度の給付によるものを除く。）を行っている場合は、健康管理等と医療保険制度の給付による訪問看護・指導を区別

して実施する。

- (17) 在宅患者訪問看護・指導料の「注3」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注3」に規定する難病等複数回訪問加算は、(4)の厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要が認められた患者に対して、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合に算定する。

また、同一建物居住者訪問看護・指導料の「注3」に規定する難病等複数回訪問加算を算定する場合にあっては、同一建物内において、当該加算又は区分番号「I012」精神科訪問看護・指導料の「注10」に規定する精神科複数回訪問加算（1日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。）を同一日に算定する患者の人数に応じて、以下のアからウまでにより算定する。

ア 同一建物内に1人の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注3」の「イ」の(1)又は「ロ」の(1)により算定

イ 同一建物内に2人の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注3」の「イ」の(2)又は「ロ」の(2)により算定

ウ 同一建物内に3人以上の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注3」の「イ」の(3)又は「ロ」の(3)により算定

- (18) 在宅患者訪問看護・指導料の「注4」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注6」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注4」に規定する緊急訪問看護加算は、訪問看護・指導計画に基づき定期的に行う訪問看護・指導以外であって、緊急の患家の求めに応じて、診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、当該保険医の属する保険医療機関又は連携する保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導した場合に1日につき1回に限り算定する。その際、当該保険医はその指示内容を診療録に記載すること。なお、当該加算は、診療所又は在宅療養支援病院が24時間往診及び訪問看護により対応できる体制を確保し、診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限り算定できる。

- (19) 在宅患者訪問看護・指導料の「注5」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注6」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注5」に規定する長時間訪問看護・指導加算は、特掲診療料の施設基準等第四の四の(3)のイに規定する長時間の訪問を要する者に対して、1回の訪問看護・指導の時間が90分を超えた場合について算定するものであり、週1回（特掲診療料の施設基準等第四の四の(3)のロに規定する者にあっては週3回）に限り算定できるものとする。なお、特掲診療料の施設基準等第四の四の(3)のロに規定する者のうち、超重症児・準超重症児については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添6の別紙14の超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準による判定スコアが10以上のものをいう。

- (20) 在宅患者訪問看護・指導料の「注6」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注6」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注6」に規定する乳幼児加算は、6歳未満の乳幼児に対して、訪問看護・指導を実施した場合に1日につき1回に限り算定できるものとする。

- (21) 在宅患者訪問看護・指導料の「注7」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注4」

に規定する複数名訪問看護・指導加算は、特掲診療料の施設基準等第四の四の二の(1)に規定する複数名訪問看護・指導加算に係る厚生労働大臣が定める者に該当する1人の患者に対して、患者又はその家族等の同意を得て、看護師等と他の看護師等又は看護師等と看護補助者の複数名が同時に訪問看護・指導を実施した場合に、1日につき在宅患者訪問看護・指導料の「注7」の「イ」から「ニ」まで又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注4」の「イ」から「ニ」までのいずれかを、以下のアからエまでにより算定する。なお、単に2人の看護師等又は看護補助者が同時に訪問看護・指導を行ったことのみをもって算定することはできない。

ア 看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合は、週1日に限り、在宅患者訪問看護・指導料の「注7」の「イ」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注4」の「イ」を算定する。

イ 看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合は、週1日に限り、在宅患者訪問看護・指導料の「注7」の「ロ」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注4」の「ロ」を算定する。

ウ 看護師等が看護補助者と同時に、特掲診療料の施設基準等第四の四の二の(1)に規定する複数名訪問看護・指導加算に係る厚生労働大臣が定める者のうち、同(2)に規定する厚生労働大臣が定める場合に該当しない患者に訪問看護・指導を行う場合は、週3日に限り、在宅患者訪問看護・指導料の「注7」の「ハ」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注4」の「ハ」を算定する。

エ 看護師等が看護補助者と同時に、特掲診療料の施設基準等第四の四の二の(1)に規定する複数名訪問看護・指導加算に係る厚生労働大臣が定める者のうち、同(2)に規定する厚生労働大臣が定める場合に該当する患者に訪問看護・指導を行う場合は在宅患者訪問看護・指導料の「注7」の「ニ」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注4」の「ニ」を、1日当たりの回数に応じて算定する。

また、同一建物居住者訪問看護・指導料の「注4」に規定する複数名訪問看護・指導加算を算定する場合にあっては、同一建物内において、当該加算又は区分番号「I012」精神科訪問看護・指導料の「注4」に規定する複数名精神科訪問看護・指導加算（同時に訪問看護・指導を実施する職種及び1日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。）を同一日に算定する患者の人数に応じて、以下のオからキまでにより算定する。

オ 同一建物内に1人の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注4」の「イ」の(1)、「ロ」の(1)、「ハ」の(1)、「ニ」の(1)の①、「ニ」の(2)の①又は「ニ」の(3)の①により算定

カ 同一建物内に2人の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注4」の「イ」の(2)、「ロ」の(2)、「ハ」の(2)、「ニ」の(1)の②、「ニ」の(2)の②又は「ニ」の(3)の②により算定

キ 同一建物内に3人以上の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注4」の「イ」の(3)、「ロ」の(3)、「ハ」の(3)、「ニ」の(1)の③、「ニ」の(2)の③又は「ニ」の(3)の③により算定

(22) 在宅患者訪問看護・指導料の「注8」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注6」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注8」に規定する在宅患者連携指導加算

又は同一建物居住者連携指導加算は、以下の要件を満たす場合に算定すること。

ア 当該加算は、在宅での療養を行っている患者の診療情報等を、当該患者の診療等を担う保険医療機関等の医療関係職種間で文書等により共有し、それぞれの職種が当該診療情報等を踏まえ診療等を行う取組を評価するものである。

イ 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難な者に対して、患者の同意を得て、月2回以上医療関係職種間で文書等（電子メール、ファクシミリでも可）により共有された診療情報を基に、患者に対して指導等を行った場合に、月1回に限り算定できる。

ウ 単に医療関係職種間で当該患者に関する診療情報等を交換したのみの場合は算定できない。

エ 他職種から情報提供を受けた場合、できる限り速やかに患者への指導等に反映させるよう留意しなければならない。また、当該患者の療養上の指導に関する留意点がある場合には、速やかに他職種に情報提供するよう努めなければならない。

オ 当該患者の診療を担う保険医療機関の保険医との間のみで診療情報等を共有し、訪問看護・指導を行った場合は、所定点数を算定できない。

カ 他職種から受けた診療情報等の内容及びその情報提供日並びにその診療情報等を基に行った指導等の内容の要点及び指導日を看護記録に記載すること。

- (23) 在宅患者訪問看護・指導料の「注9」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注6」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注9」に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算は、以下の要件を満たす場合に算定する。

ア 当該加算は、在宅で療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会しカンファレンスを行うことにより、より適切な診療方針を立てること及び当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能とすることは、患者及びその家族が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組に対して評価するものである。

イ 関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が患者に対して療養上必要な指導を行った場合に月2回に限り算定する。なお、当該カンファレンスは、原則として患家で行うこととするが、患者又は家族が患家以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りではない。

ウ 当該カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、以下の(イ)及び(ロ)を満たすときに限り、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。

(イ) 当該カンファレンスに3者以上が参加すること

(ロ) 当該3者のうち2者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っていること

なお、当該保険医療機関がビデオ通話が可能な機器を用いて当該カンファレンスに参加しても差し支えない。

エ また、関係者のうちいずれかが、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（令和2年●月●日保医発●●●●第●号）」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定

機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。)等に所属する場合においては、以下の(イ)から(ハ)を満たすときは、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。

- (イ) 当該カンファレンスを当該月に2回実施する場合の2回目のカンファレンスであること
- (ロ) 当該2回目のカンファレンスに3者以上が参加すること
- (ハ) (ロ)において、当該3者のうち1者以上は、患者に赴きカンファレンスを行っていること

オ ウ及びエにおいて、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。カ カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を看護記録に記載すること。

キ 当該患者の診療を担う保険医療機関の保険医と当該患者の訪問看護を担う看護師等(当該保険医療機関の保険医とは異なる保険医療機関の看護師等に限り。)と2者でカンファレンスを行った場合であっても算定できる。

ク 在宅患者緊急時等カンファレンス加算及び同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算は、カンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえた療養上必要な指導を行った場合に、当該指導日以降最初の在宅患者訪問看護・指導料等を算定する日に合わせて算定すること。また、必要に応じ、カンファレンスを行った日以降に当該指導を行う必要がある場合には、カンファレンスを行った日以降できる限り速やかに指導を行うこと。

なお、当該指導とは、在宅患者訪問看護・指導料等を算定する訪問看護・指導とは異なるものであるが、例えば、当該指導とは別に継続的に実施している訪問看護・指導を当該指導を行った日と同日に行う場合には、当該指導を行った日において在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料を合わせて算定することは可能であること。

(24) 在宅患者訪問看護・指導料の「注10」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注6」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注10」に規定する在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者ターミナルケア加算について

ア 在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者ターミナルケア加算は、在宅患者訪問看護・指導料等を死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上算定し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制(訪問看護に係る連絡担当者の氏名、連絡先電話番号、緊急時の注意事項等)について患者及びその家族に対して説明した上でターミナルケアを行った場合(ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。)に算定する。ターミナルケアにおいては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者と連携の上対応する。当該加算を算定した場合は、死亡した場所、死亡時刻等を看護記録に記載すること。1つ

の保険医療機関において、死亡日及び死亡日前 14 日以内の計 15 日間に介護保険制度又は医療保険制度の給付の対象となる訪問看護をそれぞれ 1 日以上実施した場合は、最後に実施した訪問看護が医療保険制度の給付による場合に、当該加算を算定する。また、同一の患者に、他の保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算を算定している場合又は訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定している場合においては算定できない。

イ 在宅ターミナルケア加算のイ又は同一建物居住者ターミナルケア加算のイは、在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は指定居宅サービス基準第 174 条第 1 項に規定する指定特定施設、指定地域密着型サービス基準第 90 条第 1 項に規定する指定認知症対応型共同生活介護事業所若しくは介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 48 条第 1 項第 1 号に規定する指定介護老人福祉施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した患者（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成 12 年厚生省告示第 21 号）別表の 1 に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下「看取り介護加算等」という。）を算定している者を除き、ターミナルケアを行った後、24 時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む。）に対して、ターミナルケアを行った場合に算定する。

ウ 在宅ターミナルケア加算のロ又は同一建物居住者ターミナルケア加算のロについては、特別養護老人ホーム等で死亡した患者（看取り介護加算等を算定している者に限り、ターミナルケアを行った後、24 時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む。）に対して、ターミナルケアを行った場合に算定する。

- (25) 在宅患者訪問看護・指導料の「注 11」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注 6」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注 11」に規定する在宅移行管理加算は、当該保険医療機関を退院した日から起算して 1 月以内の期間に次のいずれかに該当する患者又はその家族からの相談等に対して、24 時間対応できる体制が整備されている保険医療機関において、患者 1 人につき 1 回に限り算定する。

この場合において、特別な管理を必要とする患者はアからオまでに掲げるものとし、そのうち重症度等の高い患者は、アに掲げるものとする。なお、エにおいて当該加算を算定する場合は、定期的（1 週間に 1 回以上）に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価（褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット）を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケアについて看護記録に記録すること。なお、実施したケアには必要に応じて患者の家族等への指導も含むものである。

ア 区分番号「C108」在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定している患者、区分番号「C112」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者、気管カニューレを使用している患者及び留置カテーテルを使用している患者

イ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料、区分番号「C102-2」在宅血液透析指導管理料、区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号「C105」在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、区分番号「C106」在宅自己導尿指導管理料、区分番号「C107」在宅人工呼吸指導管理料、区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料、区分番号「C

- 110」在宅自己疼痛管理指導管理料又は区分番号「C111」在宅肺高血圧症患者指導管理料のうちいずれかを算定している患者
- ウ 人工肛門又は人工膀胱を設置している患者であってその管理に配慮を必要とする患者
- エ 以下の(イ)又は(ロ)のいずれかの真皮を越える褥瘡の状態にある者
- (イ) NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度
- (ロ) DESIGN-R 分類(日本褥瘡学会によるもの)D3、D4又はD5
- オ 区分番号「C005-2」在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している患者
- (26) 在宅患者訪問看護・指導料の「注12」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注6」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注12」に規定する夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算については、夜間(午後6時から午後10時までをいう。)又は早朝(午前6時から午前8時までの時間をいう。)、深夜(午後10時から午前6時までをいう。)に患家の求めに応じて訪問看護・指導を行った場合に算定する。またこれは、緊急訪問看護加算との併算定を可とする。
- (27) 在宅患者訪問看護・指導料の「注13」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注6」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注13」に規定する看護・介護職員連携強化加算については、保険医療機関の看護師又は准看護師が、口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃瘻若しくは腸瘻による経管栄養又は経鼻経管栄養を必要とする患者に対して、社会福祉士及び介護福祉士法(昭和62年法律第30号)第48条の3第1項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者又は同法附則第20条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者(以下「登録喀痰吸引等事業者等」という。)の介護職員等(以下「介護職員等」という。)が実施する社会福祉士及び介護福祉士法施行規則(昭和62年厚生省令第49号)第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為(以下「喀痰吸引等」という。)の業務が円滑に行われるよう支援を行う取組を評価するものである。
- ア 当該加算は、患者の病状やその変化に合わせて、主治医の指示により、(イ)及び(ロ)の対応を行っている場合に算定する。
- (イ) 喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言
- (ロ) 介護職員等に同行し、患者の居宅において喀痰吸引等の業務の実施状況についての確認
- イ 当該加算は、次の場合には算定できない。
- (イ) 介護職員等の喀痰吸引等に係る基礎的な技術取得や研修目的での同行訪問
- (ロ) 同一の患者に、他の保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて看護・介護職員連携強化加算を算定している場合
- ウ 当該加算は、介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の訪問看護・指導の実施日に算定する。また、その内容を訪問看護記録書に記録すること。
- エ 登録喀痰吸引等事業者等が、患者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のために会議を行う場合は、当該会議に出席し連携する。また、その場合は、会議の内容を訪問看護記録書に記録すること。
- オ 患者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に対応できるよう、患者又はその家族等に対して、保険医療機関の名称、所在地、電話番号並びに時間外及び緊急時の連絡方法を記載した文書を交付すること。

- (28) 在宅患者訪問看護・指導料の「注 14」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注 6」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注 14」に規定する特別地域訪問看護加算は、当該保険医療機関の所在地から患家までの訪問につき、最も合理的な通常の経路及び方法で片道 1 時間以上要する患者に対して、特掲診療料の施設基準等第四の四の三の三に規定する地域（以下「特別地域」という。）に所在する保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を行った場合又は特別地域以外に所在する保険医療機関の看護師等が特別地域に居住する患者に対して訪問看護・指導を行った場合に、在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物訪問看護・指導料の所定点数（注に規定する加算は含まない。）の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。なお、当該加算は、交通事情等の特別の事情により訪問に要した時間が片道 1 時間以上となった場合は算定できない。特別地域訪問看護加算を算定する保険医療機関は、その所在地又は患家の所在地が特別地域に該当するか否かについては、地方厚生（支）局に確認すること。
- (29) 在宅患者訪問看護・指導料の「注 15」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注 6」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注 15」に規定する訪問看護・指導体制充実加算は、訪問看護・指導に係る十分な体制を整備し、訪問看護・指導等に係る相当の実績を有する保険医療機関における訪問看護・指導を評価するものであり、別に定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に、月 1 回に限り算定する。
- (30) 訪問看護・指導の実施に当たっては、保険医療機関における看護業務に支障を来すことのないよう留意するとともに、市町村の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分留意する。
- (31) 在宅患者訪問看護・指導料の「注 17」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注 6」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注 17」に規定する交通費は実費とする。
- C 0 0 5 - 2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料
- (1) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、通院困難な者について、当該患者の在宅での療養を担う保険医の診療に基づき、週 3 日以上点滴注射を行う必要を認め、当該保険医療機関の看護師又は准看護師（以下この項において「看護師等」という。）に対して指示を行い、その内容を診療録に記載した場合又は指定訪問看護事業者に別紙様式 16、別紙様式 17 の 2 又は別紙様式 18 を参考に作成した在宅患者訪問点滴注射指示書に有効期間（7 日以内に限る。）及び指示内容を記載して指示を行った場合において、併せて使用する薬剤、回路等、必要十分な保険医療材料、衛生材料を供与し、1 週間（指示を行った日から 7 日間）のうち 3 日以上看護師等が患家を訪問して点滴注射を実施した場合に 3 日目に算定する。なお、算定要件となる点滴注射は、看護師等が実施した場合であり、医師が行った点滴注射は含まれない。
- (2) 点滴注射指示に当たっては、その必要性、注意点等を点滴注射を実施する看護師等に十分な説明を行うこと。
- (3) 点滴注射を実施する看護師等は、患者の病状の把握に努めるとともに、当該指示による点滴注射の終了日及び必要を認めた場合には在宅での療養を担う保険医への連絡を速やかに行うこと。なお、その連絡は電話等でも差し支えないこと。
- (4) 在宅での療養を担う保険医は、患者、患者の家族又は看護師等から容態の変化等について

の連絡を受けた場合は、速やかに対応すること。

- (5) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料には、必要な回路等の費用が含まれており、別に算定できない。
- (6) 区分番号「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料又は区分番号「C108」在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定した場合には、当該管理指導料は算定できない。
- (7) 在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る薬剤料は別に算定できる。
- (8) 週3日以上実施できなかった場合においても、使用した分の薬剤料は算定できる。

C006 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

- (1) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院してリハビリテーションを受けることが困難な者又はその家族等患者の看護に当たる者に対して、医師の診療に基づき、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて、患者の病状及び療養環境等を踏まえ療養上必要な指導を20分以上行った場合（以下この区分において「1単位」という。）に算定する。
- (2) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の「1」は、在宅での療養を行っている患者（同一建物居住者であるものを除く。）に対して、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の「2」は、同一建物居住者であるものに対して、必要な指導を行わせた場合に算定する。
- (3) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定は週6単位を限度（末期の悪性腫瘍の患者の場合を除く。）とする。ただし、退院の日から起算して3月以内の患者に対し、入院先の医療機関の医師の指示に基づき継続してリハビリテーションを行う場合は、週12単位まで算定できる。
- (4) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、訪問診療を実施する保険医療機関において医師の診療のあった日から1月以内に行われた場合に算定する。
ただし、当該患者（患者の病状に特に変化がないものに限る。）に関し、在宅患者訪問診療料(I)の「1」又は在宅患者訪問診療料(II)の注1の「イ」を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、当該患者に対して継続して在宅患者訪問リハビリテーション指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供（区分番号「B009」診療情報提供料(I)の場合に限る。）を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から1月以内に行われた場合に算定する。
- (5) 指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、言語機能又は聴覚機能等に関する指導とする。
- (6) 医師は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容の要点を診療録に記載する。
- (7) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点及び指導に要した時間を記録すること。
- (8) 他の保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定している患者については、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定できない。

- (9) 「注3」に規定する交通費は実費とする。
- (10) 保険医療機関が診療に基づき、1月にバーセル指数又はFIMが5点以上悪化し、一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要であると認められた患者については、6月に1回に限り、当該診療を行った日から14日以内の期間において、14日を限度として1日に4単位まで算定できる。

当該患者が介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である場合には、診療録に頻回の訪問リハビリテーションが必要であると認めた理由及び頻回の訪問リハビリテーションが必要な期間（ただし14日間以内に限る。）を記載する。

C007 訪問看護指示料

- (1) 訪問看護指示料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者に対する適切な在宅医療を確保するため、指定訪問看護に関する指示を行うことを評価するものであり、在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医（患者が選定する保険医療機関の保険医に限る。以下この項において「主治医」という。）が、診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、当該患者の同意を得て、別紙様式16を参考に作成した訪問看護指示書に有効期間（6月以内に限り。）を記載して、当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。なお、1か月の指示を行う場合には、訪問看護指示書に有効期間を記載することを要しない。
- (2) 主治医は、在宅療養に必要な衛生材料及び保険医療材料（以下この項において「衛生材料等」という。）の量の把握に努め、十分な量の衛生材料等を患者に支給すること。
- (3) 指定訪問看護の指示は、当該患者に対して主として診療を行う保険医療機関が行うことを原則とし、訪問看護指示料は、退院時に1回算定できるほか、在宅での療養を行っている患者について1月に1回を限度として算定できる。なお、同一月において、1人の患者について複数の訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した場合であっても、当該指示料は、1月に1回を限度に算定するものであること。

ただし、A保険医療機関と特別の関係にあるB保険医療機関において区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料及び区分番号「I012」精神科訪問看護・指導料を算定している月においては、A保険医療機関は当該患者について訪問看護指示料は算定できない。

- (4) 特別訪問看護指示加算は、患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪、終末期、退院直後等の事由により、週4回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認めた場合であって、当該患者の同意を得て、別紙様式18を参考に作成した特別訪問看護指示書を、当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に、1月に1回（別に厚生労働大臣が定める者については2回）を限度として算定する。ここでいう頻回の訪問看護を一時的に行う必要性とは、恒常的な頻回の訪問看護の必要性ではなく、状態の変化等で日常行っている訪問看護の回数では対応できない場合であること。また、その理由等については、特別訪問看護指示書に記載すること。

なお、当該頻回の指定訪問看護は、当該特別の指示に係る診療の日から14日以内に限り実施するものであること。

【厚生労働大臣が定める者】

- ア 気管カニューレを使用している状態にある者

- イ 以下の（イ）又は（ロ）のいずれかの真皮を越える褥瘡の状態にある者
- （イ）NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度
- （ロ）DESIGN-R分類（日本褥瘡学会によるもの）D3、D4又はD5
- (5) 患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーションに交付すること。
- なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーションに交付できるものであること。
- (6) 主治医は、交付した訪問看護指示書等の写しを診療録に添付すること。
- (7) 患者の主治医は、当該訪問看護指示書交付後であっても、患者の病状等に応じてその期間を変更することができるものであること。なお、指定訪問看護の指示を行った保険医療機関は、訪問看護ステーションからの対象患者について相談等があった場合には、懇切丁寧に対応すること。
- (8) 区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料の(4)に掲げる疾病等の患者について、2つの訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付する場合には、それぞれの訪問看護指示書に、他の訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付している旨及び当該他の訪問看護ステーションの名称を記載すること。
- (9) 「注3」に規定する衛生材料等提供加算は、在宅療養において衛生材料等が必要な患者に対し、当該患者へ訪問看護を実施している訪問看護ステーションから提出された訪問看護計画書及び訪問看護報告書を基に、療養上必要な量について判断の上、必要かつ十分な量の衛生材料等を患者に支給した場合に算定する。
- (10) 区分番号「C002」在宅時医学総合管理料、区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料、区分番号「C003」在宅がん医療総合診療料、区分番号「C005-2」在宅患者訪問点滴注射管理指導料、第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料を算定した場合は、「注3」の加算は当該管理料等に含まれ別に算定できない。

C007-2 介護職員等喀痰吸引等指示料

介護職員等喀痰吸引等指示料は、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、特定施設入居者生活介護等の指定居宅サービス事業者その他別に厚生労働大臣が定めるものによる社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して、別紙様式34を参考に作成した介護職員等喀痰吸引等指示書に有効期限（6月以内に限る。）を記載して交付した場合に、患者1人につき3月に1回に限り算定する。

C008 在宅患者訪問薬剤管理指導料

- (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者について、保険医療機関の薬剤師が当該保険医療機関の医師及び当該患者の同意を得て、患家を訪問して薬剤管理指導記録に基づいて直接患者又はその家族等に服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導を行った場合に算定する。

ただし、薬学的管理指導の対象となる患者が他の保険医療機関に入院している場合、医師若しくは薬剤師の配置が義務付けられている施設に入居若しくは入所している場合（給付調整告示等に規定する場合を除く。）又は現に他の保険医療機関若しくは保険薬局の薬剤師が在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。

- (2) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、単一建物診療患者の人数に従い算定する。ここでいう単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。以下この区分において同じ。）の人数をいう。なお、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。
- (3) 1つの患者に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。また、当該建築物において、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。
- (4) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、「1」、「2」及び「3」を合わせて1月に4回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回）を限度として算定できるが、その場合であっても薬剤師1人につき週40回に限るものとする。ただし、月2回以上算定する場合にあつては、本指導料を算定する日の間隔は6日以上とする。なお、この場合には診療報酬明細書の摘要欄に当該算定日を記載すること。
- (5) 当該保険医療機関の薬剤師は、指導に当たって、過去の投薬及び副作用発現状況等の基礎的事項を把握するとともに、指導の対象となる患者ごとに薬剤管理指導記録を作成すること。なお、当該薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低3年間保存すること。
- ア 患者の氏名、生年月日、性別、住所、診療録の番号
 - イ 患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴
 - ウ 薬学的管理指導の内容（医薬品の保管状況、服薬状況、残薬の状況、重複投薬、配合禁忌等に関する確認及び実施した服薬支援措置を含む。）
 - エ 患者への指導及び患者からの相談の要点
 - オ 訪問指導等の実施日、訪問指導を行った薬剤師の氏名
 - カ その他の事項
- (6) 「注2」の麻薬管理指導加算は、本指導料を算定している患者のうち、麻薬が投与されている患者に対して、定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱上の注意事項等に関し、必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。
- (7) 麻薬管理指導加算の算定に当たっては、(5)の薬剤管理指導記録に、少なくとも次の事項

について記載しなければならないこと。

ア 麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、疼痛緩和の状況、副作用の有無の確認等）

イ 麻薬に係る患者・家族への指導・相談事項（麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）

ウ 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項

エ その他麻薬に係る事項

(8) 乳幼児加算は、乳幼児に係る薬学的管理指導の際に、患者の体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する。

(9) 「注3」に規定する交通費は実費とする。

(10) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者に投薬された医薬品について、当該保険医療機関の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医に対し、当該情報を文書により提供するとともに、当該保険医に相談の上、必要に応じ、患者に対する薬学的管理指導を行うものとする。

ア 緊急安全性情報、安全性速報

イ 医薬品・医療機器等安全性情報

C009 在宅患者訪問栄養食事指導料

(1) 在宅患者訪問栄養食事指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者について、保険医療機関の医師が当該患者に特掲診療料の施設基準等に規定する特別食を提供する必要性を認めた場合又は次のいずれかに該当するものとして医師が栄養管理の必要性を認めた場合であって、当該医師の指示に基づき、管理栄養士が患者を訪問し、患者の生活条件、嗜好等を勘案した食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立等を示した栄養食事指導箋を患者又はその家族等に対して交付するとともに、当該指導箋に従い、食事の用意や摂取等に関する具体的な指導を30分以上行った場合に算定する。

ア がん患者

イ 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者

ウ 低栄養状態にある患者

(2) 在宅患者訪問栄養食事指導料1は、保険医療機関の管理栄養士が当該保険医療機関の医師の指示に基づき、指導を行った場合に算定する。

また、在宅患者訪問栄養食事指導料2は、診療所において、当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき、対面による指導を行った場合に算定する。

(3) 在宅患者訪問栄養食事指導料は、単一建物診療患者の人数に従い算定する。ここでいう単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。以下この区分において同じ。）の人数をいう。なお、ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニッ

トにおいて、在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。

- (4) 1つの患者に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。また、当該建築物において、当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の10%以下の場合又は当該建築物の戸数が20戸未満であって、当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者が2人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が1人の場合」を算定する。
- (5) 「注2」に規定する交通費は実費とする。
- (6) 上記以外の点に関しては、区分番号「B001」の「9」外来栄養食事指導料における留意事項の例による。

C010 在宅患者連携指導料

- (1) 在宅患者連携指導料は、在宅での療養を行っている患者の診療情報等を、当該患者の診療等を担う保険医療機関等の医療関係職種間で文書等により共有し、それぞれの職種が当該診療情報等を踏まえ診療等を行う取組を評価するものである。
例えば、在宅での療養を行っている一人の患者に対して、保険医療機関の保険医と保険医である歯科医師がそれぞれ訪問診療により当該患者の診療を担っている場合において、保険医である歯科医師が訪問診療を行った際に得た当該患者の口腔内の状態に関する診療情報を保険医に対して文書等で提供し、保険医が当該患者に訪問診療を行った際に、その情報を踏まえた指導を行った場合に算定できる。
- (2) 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難な者に対して、患者の同意を得て、月2回以上医療関係職種間で文書等（電子メール、ファクシミリでも可）により共有された診療情報を基に、患者又はその家族等に対して指導等を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (3) 単に医療関係職種間で当該患者に関する診療情報を交換したのみの場合や訪問看護や訪問薬剤指導を行うよう指示を行ったのみでは算定できない。
- (4) 他職種から情報提供を受けた場合、できる限り速やかに患者への指導等に反映させるよう留意しなければならない。また、当該患者の療養上の指導に関する留意点がある場合には、速やかに他職種に情報提供するよう努めなければならない。
- (5) 他職種から受けた診療情報の内容及びその情報提供日並びにその診療情報を基に行った診療の内容又は指導等の内容の要点及び診療日を診療録に記載すること。

C011 在宅患者緊急時等カンファレンス料

- (1) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会す等、カンファレンスを行うことにより、より適切な治療方針を立てること及び当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能とすることは、患者及びその家族等が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組に対して評価するものである。
- (2) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、在宅での療養を行っている患者の病状が急変した場合や、診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に、患者を訪問し、関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報

等を踏まえ、それぞれの職種が患者に対して療養上必要な指導を行った場合に月2回に限り算定する。

- (3) 当該カンファレンスは、関係者全員が患者に赴き実施することが原則であるが、以下のア及びイを満たす場合は、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

ア 当該カンファレンスに3者以上が参加すること

イ 当該3者のうち2者以上は、患者に赴きカンファレンスを行っていること

なお、当該保険医療機関がビデオ通話が可能な機器を用いて当該カンファレンスに参加しても差し支えない。

- (4) また、関係者のうちいずれかが、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（令和2年●月●日保医発●●●●第●号）」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）等に所属する場合においては、以下のアからウまでを満たすときは、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。

ア 当該カンファレンスを当該月に2回実施する場合の2回目のカンファレンスであること

イ 当該2回目のカンファレンスに3者以上が参加すること

ウ イにおいて、当該3者のうち1者以上は、患者に赴きカンファレンスを行っていること

- (5) (3)及び(4)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

- (6) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、カンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえた療養上必要な指導を行った場合に、当該指導を行った日に算定することとし、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)は併せて算定できない。また、必要に応じ、カンファレンスを行った日以降に当該指導を行う必要がある場合には、カンファレンスを行った日以降できる限り速やかに指導を行うこと。

なお、当該指導とは、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を算定する訪問診療とは異なるものであるが、例えば、当該指導とは別に継続的に実施している訪問診療を当該指導を行った日と同一日に行う場合には、当該指導を行った日において区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を併せて算定することは可能であること。

- (7) 当該在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定する場合には、カンファレンスの実施日及び当該指導日を診療報酬明細書に記載すること。

- (8) 当該カンファレンスは、原則として患者で行うこととするが、患者又は家族が患者以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りでない。

- (9) 在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医は、当該カンファレンスに参加した医

療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を診療録に記載すること。

C 0 1 2 在宅患者共同診療料

- (1) 在宅患者共同診療料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難かつ在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望する患者に対して、在宅療養後方支援病院が、在宅医療を提供する医療機関（以下「連携医療機関」という。）からの求めに応じて共同で往診又は訪問診療を行った場合に算定する。
- (2) 在宅療養後方支援病院は、訪問診療を行った後に、連携医療機関と十分情報交換を行った上で計画を策定することとする。
- (3) 15歳未満の人工呼吸器装着患者、15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20キログラム未満の患者又は神経難病等の患者を対象とする場合については、当該診療料を1年に12回算定することができる。

C 0 1 3 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

- (1) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料は、在宅褥瘡管理に係る専門的知識・技術を有する在宅褥瘡管理者を含む多職種からなる在宅褥瘡対策チームが、褥瘡予防や管理が難しく重点的な褥瘡管理が必要な者に対し、褥瘡の改善等を目的として、共同して指導管理を行うことを評価したものであり、褥瘡の改善等を目的とした指導管理のための初回訪問から起算して、当該患者1人について6月以内に限り、評価のためのカンファレンスを実施した場合に3回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から1年以内は当該指導料を算定することはできない。
- (2) 重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既に DESIGN-R による深さの評価が d2 以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからオまでのいずれかを有する者をいう。
 - ア 重度の末梢循環不全のもの
 - イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの
 - ウ 強度の下痢が続く状態であるもの
 - エ 極度の皮膚脆弱であるもの
 - オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの
- (3) 在宅褥瘡対策チームは、褥瘡の改善、重症化予防、発生予防のための以下の計画的な指導管理を行う。
 - ア 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員の他、必要に応じて当該患者の診療を行う医療関係職種が患家に一堂に会し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンス（以下「初回カンファレンス」という。）を実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。
 - イ 初回カンファレンス実施後、評価のためのカンファレンスの実施までの間、在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。
 - ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び必要に応じて見直し（以下「評価等」という。）のためのカンファレンスを行う。2回目のカンファレンスにおいて評価等の結果、更に継続して指導管理が必要な場合に限り、

- 初回カンファレンスの後4月以上6月以内の期間に3回目のカンファレンスにおいて評価等を実施することができる。なお、3回目のカンファレンスでの評価等は、2回目のカンファレンスの評価等の実施日から起算して3月以内に実施しなければならない。
- (4) 初回カンファレンス及び2回目以降のカンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、以下のいずれも満たす場合は、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。
- ア 当該カンファレンスに、当該保険医療機関から在宅褥瘡対策チームの構成員として複数名参加すること
- イ 当該保険医療機関の在宅褥瘡対策チームの構成員のうち、1名以上は患家に赴きカンファレンスを行っていること
- (5) (4)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- (6) カンファレンス及び月1回以上の指導管理の結果を踏まえ、在宅褥瘡対策チームにおいて別紙様式43又はこれに準じた在宅褥瘡診療計画を作成し、その内容を患者等に説明するとともに、診療録に添付すること。
- (7) 「注1」について、当該保険医療機関以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士は、当該保険医療機関の保険医の指示に基づき、管理指導を実施すること。
- (8) 「注1」については、初回カンファレンスを実施した場合に算定する。

なお、初回カンファレンス以降に在宅褥瘡対策チームの各構成員が月1回以上、計画に基づき行う適切な指導管理については、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「I012」精神科訪問看護・指導料(I)(III)、区分番号「C009」在宅患者訪問栄養食事指導料、訪問看護基本療養費(I)(II)、精神科訪問看護基本療養費(I)(III)を算定することができる。

- (9) 「注2」については、褥瘡の指導管理のために患家に訪問して行われる初回カンファレンスのほか、2回目以降のカンファレンスを患家で行った日に、当該カンファレンスとは別に継続的に実施する必要がある訪問診療、訪問看護、訪問栄養指導を併せて行う場合には、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「C009」在宅患者訪問栄養食事指導料、区分番号「I012」精神科訪問看護・指導料(I)、(III)、訪問看護基本療養費(I)、(II)、精神科訪問看護基本療養費(I)、(III)を算定することができる。また、当該保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーションによる場合においても、算定することができる。ただし、当該保険医療機関が訪問看護を実施している訪問看護ステーションと連携する場合は、当該保険医療機関において、訪問看護に係る費用を算定できないものとする。なお、当該保

険医療機関及び継続的に訪問看護を実施している訪問看護ステーションに適切な在宅褥瘡管理者がいない場合において、褥瘡ケアに係る専門的な研修を受けた看護師が所属する保険医療機関等と共同して行った場合は、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の3、区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料の3、訪問看護基本療養費(I)のハ又は訪問看護基本療養費(II)のハのいずれかを算定することができる。

- (10) (8)、(9)の算定に当たっては、カンファレンスの実施日、DESIGN-Rによる深さの評価及び本通知C013(2)のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

第2節 在宅療養指導管理料

第1款 在宅療養指導管理料

- 1 在宅療養指導管理料は、当該指導管理が必要かつ適切であると医師が判断した患者について、患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該医師が療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行った上で、当該患者の医学管理を十分に行い、かつ、各在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行い、併せて必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給した場合に算定する。

ただし、当該保険医療機関に来院した患者の看護者に対してのみ当該指導を行った場合には算定できない。

なお、衛生材料等の支給に当たっては、以下の2又は3の方法によることも可能である。

- 2 衛生材料又は保険医療材料の支給に当たっては、当該患者へ訪問看護を実施している訪問看護事業者から、訪問看護計画書（「訪問看護計画書等の記載要領等について」別紙様式1）により必要とされる衛生材料等の量について報告があった場合、医師は、その報告を基に療養上必要な量について判断の上、患者へ衛生材料等を支給する。

また、当該訪問看護事業者から、訪問看護報告書（「訪問看護計画書等の記載要領等について」別紙様式2）により衛生材料等の使用実績について報告があった場合は、医師は、その内容を確認した上で、衛生材料等の量の調整、種類の変更等の指導管理を行う。

- 3 また、医師は、2の訪問看護計画書等を基に衛生材料等を支給する際、保険薬局（当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行っており、地域支援体制加算又は在宅患者調剤加算の届出を行っているものに限る。）に対して、必要な衛生材料等の提供を指示することができる。
- 4 在宅療養指導管理料は1月1回を限度として算定し、特に規定する場合を除き、同一の患者に対して同一月に指導管理を2回以上行った場合は、第1回の指導管理を行ったときに算定する。
- 5 2以上の保険医療機関が同一の患者について同一の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行っている場合には、特に規定する場合を除き、主たる指導管理を行っている保険医療機関において当該在宅療養指導管理料を算定する。
- 6 同一の保険医療機関において、2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数を算定する。
- 7 通則6について、15歳未満の人工呼吸器を装着している患者又は15歳未満から引き続き人工呼吸器を装着しており体重が20キログラム未満の患者に対して、区分番号「A206」在宅患者緊急入院診療加算に規定する在宅療養後方支援病院と連携している保険医療機関が、在宅療養後方支援病院と異なる在宅療養指導管理を行った場合には、それぞれの保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定できる。なお、この場合は、それぞれの保険医療機関において算定している在宅療養指導管理料について、適切な情報交換を行い、重複した算定がないよう留意するこ

と。

- 8 入院中の患者に対して、退院時に退院後の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合には、退院の日1回に限り、在宅療養指導管理料の所定点数を算定できる。この場合においては、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療にて行った指導管理の費用は算定できない。また、死亡退院の場合又は他の病院若しくは診療所へ入院するため転院した場合には算定できない。
- 9 退院した患者に対して、当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、当該患者について当該保険医療機関において退院日に在宅療養指導管理料を算定していない場合に限り、在宅療養指導管理料を算定することができる。ただし、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に当該算定理由を記載すること。このため、在宅療養指導管理料を算定する場合は、患者に対し当該月の入院の有無を確認すること。
- 10 在宅療養を実施する保険医療機関においては、緊急事態に対処できるよう施設の体制、患者の選定等に十分留意すること。特に、入院施設を有しない診療所が在宅療養指導管理料を算定するに当たっては、緊急時に必要かつ密接な連携を取り得る入院施設を有する他の保険医療機関において、緊急入院ができる病床が常に確保されていることが必要であること。
- 11 当該在宅療養を指示した根拠、指示事項（方法、注意点、緊急時の措置を含む。）、指導内容の要点を診療録に記載すること。
- 12 保険医療機関が在宅療養指導管理料を算定する場合には、当該指導管理に要するアルコール等の消毒薬、衛生材料（脱脂綿、ガーゼ、絆創膏等）、酸素、注射器、注射針、翼状針、カテーテル、膀胱洗浄用注射器、クレンメ等は、当該保険医療機関が提供すること。なお、当該医療材料の費用は、別に診療報酬上の加算等として評価されている場合を除き所定点数に含まれ、別に算定できない。
- 13 関連学会より留意事項が示されている在宅療養については、指示、管理に当たってはこれらの事項を十分参考とするものとする。（例：「がん緩和ケアに関するマニュアル」（厚生労働省・日本医師会監修））

C100 退院前在宅療養指導管理料

- (1) 入院中の患者に対して外泊時に退院後の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合には、外泊の初日1回に限り退院前在宅療養指導管理料を算定する。
- (2) 退院前在宅療養指導管理料を算定した同一月に他の在宅療養指導管理料を算定することができるが、退院前在宅療養指導管理料を算定した日には他の在宅療養指導管理料及び在宅療養指導管理材料加算は算定できない。
- (3) 入院料の取扱い上は外泊とならない1泊2日の場合であっても、退院前在宅療養指導管理料の算定要件を満たせば当該指導管理料を算定することができる。
- (4) 退院前在宅療養指導管理料を算定できるのは、あくまでも退院した場合であり、病状の悪化等により退院できなかった場合には算定できない。また、外泊後、帰院することなく転院した場合には算定できない。
- (5) 「注2」に規定する乳幼児加算は、6歳未満の乳幼児に対して退院前在宅療養指導管理料を算定する場合に加算する。

C101 在宅自己注射指導管理料

- (1) 在宅における排卵誘発を目的とする性腺刺激ホルモン製剤を用いた治療については、在宅自己注射指導管理料は算定できない。ただし、性腺刺激ホルモン製剤に含まれるフォリトロピンベータ製剤（遺伝子組換えヒト卵胞刺激ホルモン製剤）を「視床下部一下垂体機能障害に伴う無排卵及び希発排卵における排卵誘発」の治療のために投与した場合、又はフォリトロピンアルファ製剤（遺伝子組換えヒト卵胞刺激ホルモン製剤）を「視床下部一下垂体機能障害又は多嚢胞性卵巣症候群に伴う無排卵及び希発排卵における排卵誘発」の治療のために投与した場合に限っては、在宅自己注射指導管理料を算定できる。
- (2) インターフェロンベータ製剤については、多発性硬化症に対して用いた場合に限り算定する。
- (3) インターフェロンアルファ製剤については、C型慢性肝炎におけるウイルス血症の改善（血中HCV RNA量が高い場合を除く。）を目的として単独投与に用いた場合、C型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善（セログループ1の血中HCV RNA量が高い場合を除く。）を目的として単独投与に用いた場合、HB e抗原陽性でかつDNAポリメラーゼ陽性のB型慢性活動性肝炎のウイルス血症の改善を目的として単独投与に用いた場合及びHTLV-1関連脊髄症（HAM）に対して用いた場合に限り算定する。なお、ペグインターフェロンアルファ製剤については算定できない。
- (4) グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤については、慢性肝疾患における肝機能異常の改善に対して用い、在宅自己注射での静脈内投与について十分な経験を有する患者であって、医師により必要な指導を受けた場合に限り算定する。
- (5) 顆粒球コロニー形成刺激因子製剤については、再生不良性貧血及び先天性好中球減少症の患者に対して用いた場合に限り算定する。
- (6) アドレナリン製剤については、蜂毒、食物及び毒物等に起因するアナフィラキシーの既往のある患者又はアナフィラキシーを発現する危険性の高い患者に対して、定量自動注射器を緊急補助的治療として用いた場合に限り算定する。
- (7) 「1」複雑な場合については、間歇注入シリンジポンプを用いて在宅自己注射を行っている患者について、診察を行った上で、ポンプの状態、投与量等について確認・調整等を行った場合に算定する。この場合、プログラムの変更に係る費用は所定点数に含まれる。
- (8) 在宅自己注射の導入前に、入院又は2回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行った場合に限り算定する。ただし、アドレナリン製剤については、この限りではない。また、指導内容を詳細に記載した文書を作成し患者に交付すること。なお、第2節第1款の在宅療養指導管理料の通則の留意事項に従い、衛生材料等については、必要かつ十分な量を支給すること。
- (9) 「2」については、医師が当該月に在宅で実施するよう指示した注射の総回数に応じて所定点数を算定する。なお、この場合において、例えば月の途中にて予期せぬ入院等があり、やむを得ずあらかじめ指示した回数が在宅で実施されなかった場合であっても、当該指示回数に応じて算定することができる。ただし、予定入院等あらかじめ在宅で実施されないことが明らかな場合は、当該期間中の指示回数から実施回数を除して算定すること。また、「2」は区分番号「B001」の「7」難病外来指導管理料との併算定は可とする。
- (10) 「注2」に規定する導入初期加算については、新たに在宅自己注射を導入した患者に対し、

3月に限り、月1回に限り算定する。ただし、処方の内容に変更があった場合は、さらに1回に限り算定することができる。

- (11) 「注3」に規定する「処方の内容に変更があった場合」とは、処方された特掲診療料の施設基準等の別表第九に掲げる注射薬に変更があった場合をいう。また、先行バイオ医薬品とバイオ後続品の変更を行った場合及びバイオ後続品から先行バイオ医薬品が同一であるバイオ後続品に変更した場合には算定できない。なお、過去1年以内に処方されたことがある特掲診療料の施設基準等の別表第九に掲げる注射薬に変更した場合は、算定できない。
- (12) 「注4」にて規定するバイオ後続品導入初期加算については、当該患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性等について説明した上で、バイオ後続品を処方した場合に、当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して、3月に限り、月1回に限り算定する。「バイオ後続品を処方した場合」とは、バイオ後続品の一般的名称で処方した場合（例えば、「○○○○○○（遺伝子組換え）[●●●●●後続1]」と処方した場合をいう。）又はバイオ後続品の販売名で処方した場合（例えば、「●●●●● BS 注射液 含量 会社名」と処方した場合をいう。）をいう。
- (13) 「注2」及び「注3」に規定する導入初期加算並びに「注4」に規定するバイオ後続品導入初期加算は、対面診療を行った場合に限り、算定できる。
- (14) 在宅自己注射指導管理料を算定している患者の外来受診時（緊急時に受診した場合を除く。）に、当該在宅自己注射指導管理に係る区分番号「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「G001」静脈内注射を行った場合の費用及び当該注射に使用した当該患者が在宅自己注射を行うに当たり医師が投与を行っている特掲診療料の施設基準等の別表第九に掲げる注射薬の費用は算定できない。なお、緊急時に受診した場合の注射に係る費用を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に緊急時の受診である旨を記載すること。
- (15) 在宅自己注射指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に行った区分番号「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「G001」静脈内注射及び区分番号「G004」点滴注射の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。
- (16) 同一月に第2章第6部の通則6に規定する外来化学療法加算を算定している患者の外来受診時に、当該加算に係る注射薬を用いて当該患者に対して自己注射に関する指導管理を行った場合については、当該管理料を算定できない。
- (17) トシリズマブ製剤については、皮下注射により用いた場合に限り算定する。
- (18) アバタセプト製剤については、皮下注射により用いた場合に限り算定する。
- (19) 2以上の保険医療機関が同一の患者について、異なった疾患に対する当該指導管理を行っている場合には、いずれの保険医療機関においても、当該在宅療養指導管理料を算定できる。なお、この場合にあつては、相互の保険医療機関において処方されている注射薬等を把握すること。
- (20) ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤については、急性副腎皮質機能不全（副腎クリーゼ）の既往のある患者又は急性副腎皮質機能不全（副腎クリーゼ）を発症する危険性の高い患者に対して、筋肉内注射により用いた場合に限り算定する。
- (21) 「注5」に規定する点数は、対面診療とオンライン診療を組み合わせた診療計画を作成し、

当該計画に基づいてオンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、オンライン診療を行った月に、オンライン診療料と併せて、月1回に限り算定する。

- (22) 「注5」に規定する点数が算定可能な患者は、在宅自己注射指導管理料を算定している糖尿病、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）又は慢性ウイルス性肝炎の患者であって、当該管理料を初めて算定した月から3月以上経過しているものに限る。

C101-2 在宅小児低血糖症患者指導管理料

在宅小児低血糖症患者指導管理料は、12歳未満の小児低血糖症の患者であって、薬物療法、経管栄養法若しくは手術療法を現に行っているもの又はそれらの終了後6月以内のものに対して、患者及びその家族等に対して適切な療養指導を行った場合に算定する。

C101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料

- (1) 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1は、妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者であって、下記の者のうち、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖測定器を現に使用している者に対して、適切な療養指導を行った場合に算定する。

妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、以下のア又はイに該当する者

ア 以下のいずれかを満たす糖尿病である場合（妊娠時に診断された明らかな糖尿病）

- (イ) 空腹時血糖値が126mg/dL以上
- (ロ) HbA1cがJDS値で6.1%以上（NGSP値で6.5%以上）
- (ハ) 随時血糖値が200mg/dL以上

（注）（ハ）の場合は、空腹時血糖値又はHbA1cを確認すること。

(二) 糖尿病網膜症が存在する場合

イ ハイリスクな妊娠糖尿病である場合

- (イ) HbA1cがJDS値で6.1%未満（NGSP値で6.5%未満）で75gOGTT2時間値が200mg/dL以上
- (ロ) 75gOGTTを行い、次に掲げる項目に2項目以上該当する場合又は非妊娠時のBMIが25以上であって、次に掲げる項目に1項目以上該当する場合
 - ① 空腹時血糖値が92mg/dL以上
 - ② 1時間値が180mg/dL以上
 - ③ 2時間値が153mg/dL以上

- (2) 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料2は、(1)に該当し、妊娠中に在宅妊娠糖尿病患者指導管理料1を算定した患者であって、引き続き分娩後における血糖管理を必要とするものについて、当該分娩後12週間以内に適切な療養指導を行った場合に、1回に限り算定する。

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料

- (1) 「注1」の「頻回に指導管理を行う必要がある場合」とは、次のような患者について指導管理を行う場合をいう。

- ア 在宅自己連続携帯式腹膜灌流の導入期にあるもの
- イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの
- ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの
- エ 腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの

オ その他医師が特に必要と認めるもの

- (2) 1か月に2回以上在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に(1)のオからオまでの中から該当するものを明記する。
- (3) 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）は週1回を限度として、区分番号「J038」人工腎臓又は区分番号「J042」腹膜灌流の1の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。なお、当該管理料を算定している患者に対して、他の医療機関において連続携行式腹膜灌流を行っても、当該所定点数は算定できない。また、当該管理料を算定している患者に対して、他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に区分番号「J038」人工腎臓を算定している他の保険医療機関名及び他の保険医療機関での実施の必要性を記載すること。

C102-2 在宅血液透析指導管理料

- (1) 在宅血液透析とは、維持血液透析を必要とし、かつ、安定した病状にあるものについて、在宅において実施する血液透析療法をいう。
- (2) 導入時に頻回の指導を行う必要がある場合とは、当該患者が初めて在宅血液透析を行う場合であり、保険医療機関の変更によるものは含まれない。
- (3) 「注1」の「頻回に指導管理を行う必要がある場合」とは、次のような患者について指導管理を行う場合をいう。

ア 在宅血液透析の導入期にあるもの

イ 合併症の管理が必要なもの

ウ その他医師が特に必要と認めるもの

- (4) 在宅血液透析指導管理料を算定している患者は、週1回を限度として、区分番号「J038」人工腎臓を算定できる。
- (5) 関係学会のガイドラインに基づいて患者及び介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において在宅血液透析に係る説明及び同意を受けた上で、在宅血液透析が実施されること。また、当該ガイドラインを参考に在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。

C103 在宅酸素療法指導管理料

- (1) チアノーゼ型先天性心疾患に対する在宅酸素療法とは、ファロー四徴症、大血管転位症、三尖弁閉鎖症、総動脈幹症、単心室症などのチアノーゼ型先天性心疾患患者のうち、発作的に低酸素又は無酸素状態になる患者について、発作時に在宅で行われる救命的な酸素吸入療法をいう。

この場合において使用される酸素は、小型酸素ボンベ（500リットル以下）又はクロレート・キャンドル型酸素発生器によって供給されるものとする。

- (2) 保険医療機関が、チアノーゼ型先天性心疾患の患者について在宅酸素療法指導管理料を算定する場合には、これに使用する小型酸素ボンベ又はクロレート・キャンドル型酸素発生器は当該保険医療機関が患者に提供すること。
- (3) 「その他の場合」に該当する在宅酸素療法とは、諸種の原因による高度慢性呼吸不全例、肺高血圧症の患者、慢性心不全の患者のうち、安定した病態にある退院患者及び手術待機の患者又は重度の群発頭痛の患者について、在宅で患者自らが酸素吸入を実施するものをいう。
- (4) 「その他の場合」の対象となる患者は、高度慢性呼吸不全例のうち、在宅酸素療法導入時に動脈血酸素分圧 55mmHg 以下の者及び動脈血酸素分圧 60mmHg 以下で睡眠時又は運動負荷時

に著しい低酸素血症を来す者であって、医師が在宅酸素療法を必要であると認めたもの、慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時のチェンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数（1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。）が20以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されている症例及び関連学会の診断基準により群発頭痛と診断されている患者のうち、群発期間中の患者であって、1日平均1回以上の頭痛発作を認めるものとする。この場合、適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いることができる。

ただし、経皮的動脈血酸素飽和度測定器、区分番号「D223」経皮的動脈血酸素飽和度測定及び区分番号「D223-2」終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれており別に算定できない。

- (5) 在宅酸素療法指導管理料の算定に当たっては、動脈血酸素分圧の測定を月1回程度実施し、その結果について診療報酬明細書に記載すること。この場合、適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いることができる。ただし、経皮的動脈血酸素飽和度測定器、経皮的動脈血酸素飽和度測定及び終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれており別に算定できない。
- (6) 在宅酸素療法を指示した医師は、在宅酸素療法のための酸素投与方法（使用機器、ガス流量、吸入時間等）、緊急時連絡方法等を装置に掲示すると同時に、夜間も含めた緊急時の対処法について、患者に説明を行うこと。
- (7) 在宅酸素療法を実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない。
- ア 酸素吸入設備
 - イ 気管内挿管又は気管切開の器具
 - ウ レスピレーター
 - エ 気道内分泌物吸引装置
 - オ 動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態であるもの）
 - カ スパイロメトリー用装置（常時実施できる状態であるもの）
 - キ 胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態であるもの）
- (8) 在宅酸素療法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「J024」酸素吸入、区分番号「J024-2」突発性難聴に対する酸素療法、区分番号「J025」酸素テント、区分番号「J026」間歇的陽圧吸入法、区分番号「J026-3」体外式陰圧人工呼吸器治療、区分番号「J018」喀痰吸引、区分番号「J018-3」干渉低周波去痰器による喀痰排出及び区分番号「J026-2」鼻マスク式補助換気法（これらに係る酸素代も含む。）の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。
- (9) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。
- ア 「その他の場合」の対象で、かつ、日本呼吸器学会「COPD（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン」の病期分類でⅢ期以上の状態となる入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用して、脈拍、酸素飽和度、機器の使用時間及び酸素流量等の状態について定期的にモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として

来院時に算定することができる。

イ 患者の同意を得た上で、対面による診療とモニタリングを組み合わせた診療計画を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載し、当該計画に沿ってモニタリングを行った上で、状況に応じて適宜患者に来院を促す等の対応を行う。なお、当該モニタリングの開始に当たっては、患者やその家族等に対し、情報通信機器の基本的な操作や緊急時の対応について十分に説明する。

ウ 当該加算を算定する月にあつては、モニタリングにより得られた臨床所見等及び行った指導内容を診療録に記載すること。

エ 療養上必要な指導はビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って行うこと。なお、当該診療に関する費用は当該加算の所定点数に含まれており、別に区分番号「A003」オンライン診療料を算定することはできない。

C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料

- (1) 在宅中心静脈栄養法とは、諸種の原因による腸管大量切除例又は腸管機能不全例等のうち、安定した病態にある患者について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する栄養法をいう。
- (2) 対象となる患者は、原因疾患の如何にかかわらず、中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な者で、当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者とする。
- (3) 在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「G005」中心静脈注射及び区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定できない。
- (4) 在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に行った区分番号「G001」静脈内注射、区分番号「G004」点滴注射及び区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料

- (1) 在宅成分栄養経管栄養法とは、諸種の原因によって経口摂取ができない患者又は経口摂取が著しく困難な患者について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する栄養法をいう。このうち在宅成分栄養経管栄養法指導管理料算定の対象となるのは、栄養維持のために主として栄養素の成分の明らかなもの（アミノ酸、ジペプチド又はトリペプチドを主なタンパク源とし、未消化態タンパクを含まないもの。以下同じ。）を用いた場合のみであり、栄養維持のために主として単なる流動食（栄養素の成分の明らかなもの以外のもの。）を用いており、栄養素の成分の明らかなものを一部用いているだけの場合や単なる流動食について鼻腔栄養を行った場合等は該当しない。
- (2) 対象となる患者は、原因疾患の如何にかかわらず、在宅成分栄養経管栄養法以外に栄養の維持が困難な者で、当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者とする。
- (3) 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「J120」鼻腔栄養の費用は算定できない。

C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料

- (1) 在宅小児経管栄養法とは、諸種の原因によって経口摂取が著しく困難な 15 歳未満の患者又は 15 歳以上の患者であって経口摂取が著しく困難である状態が 15 歳未満から継続しているもの（体重が 20 キログラム未満である場合に限る。）について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する栄養法をいう。
- (2) 対象となる患者は、原因疾患の如何にかかわらず、在宅小児経管栄養法以外に栄養の維持が困難な者で、当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者とする。
- (3) 在宅小児経管栄養法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「J120」鼻腔栄養の費用は算定できない。

C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料

- (1) 在宅半固形栄養経管栄養法とは、諸種の原因によって経口摂取が著しく困難な患者であって栄養管理を目的として胃瘻を造設しているものについて、在宅での療養を行っている患者自らが実施する栄養法をいう。このうち在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料算定の対象となるのは、栄養維持のために、主として、薬価基準に記載されている高カロリー薬又は薬価基準に記載されていない流動食（市販されているものに限る。以下この区分において同じ。）であって、投与時間の短縮が可能な形状にあらかじめ調整された半固形状のもの（以下「半固形栄養剤等」という。）を用いた場合のみであり、主として、単なる液体状の栄養剤等、半固形栄養剤等以外のものを用いた場合は該当しない。ただし、半固形栄養剤等のうち、薬価基準に記載されていない流動食を使用する場合にあっては、入院中の患者に対して退院時に当該指導管理を行っている必要がある。
- (2) 対象となる患者は、原因疾患の如何にかかわらず、在宅半固形栄養経管栄養法により、単なる液体状の栄養剤等を用いた場合に比べて投与時間の短縮が可能な者で、経口摂取の回復に向けて当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者とする。
- (3) 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定している患者については、経口摂取の回復に向けた指導管理（口腔衛生管理に係るものを含む。）を併せて行う。なお、経口摂取の回復に向けた指導管理は、胃瘻造設術を実施した保険医療機関から提供された情報（嚥下機能評価の結果、嚥下機能訓練等の必要性や実施すべき内容、嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態や量の情報等を含む嚥下調整食の内容等）も利用して行う。
- (4) 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「J120」鼻腔栄養の費用は算定できない。

C106 在宅自己導尿指導管理料

- (1) 在宅自己導尿とは、諸種の原因により自然排尿が困難な患者について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する排尿法をいう。
- (2) 対象となる患者は、下記の患者のうち、残尿を伴う排尿困難を有する者であって在宅自己導尿を行うことが必要と医師が認めた者とする。
 - ア 諸種の原因による神経因性膀胱
 - イ 下部尿路通過障害（前立腺肥大症、前立腺癌、膀胱頸部硬化症、尿道狭窄等）
 - ウ 腸管を利用した尿リザーバー造設術の術後
- (3) 在宅自己導尿指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「J064」導尿（尿道拡張を要するもの）、区分番号「J060」膀胱洗浄、区分番号「J060-2」後部尿道洗浄（ウルツマン）及び区分番号「J063」留置カテーテル

設置の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

C107 在宅人工呼吸指導管理料

- (1) 在宅人工呼吸とは、長期にわたり持続的に人工呼吸に依存せざるを得ず、かつ、安定した病状にあるものについて、在宅において実施する人工呼吸療法をいう。
- (2) 次のいずれも満たす場合に、当該指導管理料を算定する。
 - ア 患者が使用する装置の保守・管理を十分に行うこと（委託の場合を含む。）。
 - イ 装置に必要な保守・管理の内容を患者に説明すること。
 - ウ 夜間・緊急時の対応等を患者に説明すること。
 - エ その他、療養上必要な指導管理を行うこと。
- (3) 対象となる患者は、病状が安定し、在宅での人工呼吸療法を行うことが適当と医師が認めた者とする。なお、睡眠時無呼吸症候群の患者（Adaptive Servo Ventilation (ASV) を使用する者を含む。）は対象とならない。
- (4) 在宅人工呼吸療法を実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない。
 - ア 酸素吸入設備
 - イ 気管内挿管又は気管切開の器具
 - ウ レスピレーター
 - エ 気道内分泌物吸引装置
 - オ 動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態であるもの）
 - カ 胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態であるもの）
- (5) 人工呼吸装置は患者に貸与し、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (6) 在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「J024」酸素吸入、区分番号「J024-2」突発性難聴に対する酸素療法、区分番号「J025」酸素テント、区分番号「J026」間歇的陽圧吸入法、区分番号「J026-3」体外式陰圧人工呼吸器治療、区分番号「J018」喀痰吸引、区分番号「J018-3」干渉低周波去痰器による喀痰排出、区分番号「J026-2」鼻マスク式補助換気法及び区分番号「J045」人工呼吸の費用（これらに係る酸素代を除き、薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。
- (7) 指導管理の内容について、診療録に記載する。
- (8) 脊髄損傷又は中枢性低換気症候群の患者に対して、呼吸補助を行うことを目的として横隔神経電気刺激装置を使用する場合には、関連学会の定める適正使用指針を遵守して指導管理を行うこと。

C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

- (1) 在宅持続陽圧呼吸療法とは、睡眠時無呼吸症候群又は慢性心不全である患者について、在宅において実施する呼吸療法をいう。
- (2) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1の対象となる患者は、以下の全ての基準に該当する患者とする。
 - ア 慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時に

- チェーンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が 20 以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されているもの
- イ CPAP 療法を実施したにもかかわらず、無呼吸低呼吸指数が 15 以下にならない者に対して ASV 療法を実施したもの
- (3) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 の対象となる患者は、以下のアからウまでのいずれかの基準に該当する患者とする。
- ア 慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時にチェーンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が 20 以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されているもので、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 1 の対象患者以外に ASV 療法を実施した場合
- イ 心不全である者のうち、日本循環器学会・日本心不全学会による ASV 適正使用に関するステートメントに留意した上で、ASV 療法を継続せざるを得ない場合
- ウ 以下の(イ)から(ハ)までの全ての基準に該当する患者。ただし、無呼吸低呼吸指数が 40 以上である患者については、(ロ)の要件を満たせば対象患者となる。
- (イ) 無呼吸低呼吸指数（1 時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。）が 20 以上
- (ロ) 日中の傾眠、起床時の頭痛などの自覚症状が強く、日常生活に支障を来している症例
- (ハ) 睡眠ポリグラフィー上、頻回の睡眠時無呼吸が原因で、睡眠の分断化、深睡眠が著しく減少又は欠如し、持続陽圧呼吸療法により睡眠ポリグラフィー上、睡眠の分断が消失、深睡眠が出現し、睡眠段階が正常化する症例
- (4) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料については、当該治療の開始後 1、2 か月間の治療状況を評価し、当該療法の継続が可能であると認められる症例についてのみ、引き続き算定の対象とする。
- (5) 保険医療機関が在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する場合には、持続陽圧呼吸療法装置は当該保険医療機関が患者に貸与する。
- (6) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。
- ア 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 の対象で、かつ、持続陽圧呼吸療法（CPAP）を実施している入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合又は患者の状態を踏まえた療養方針について診療録に記載した場合に、2 月を限度として来院時に算定することができる。
- イ 患者の同意を得た上で、対面による診療とモニタリングを組み合わせた診療計画を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載し、当該計画に沿ってモニタリングを行った上で、状況に応じて適宜患者に来院を促す等の対応を行う。
- ウ 当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた臨床所見等を診療録に記載しており、また、必要な指導を行った際には、当該指導内容を診療録に記載していること。
- エ 療養上必要な指導は電話又はビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて行う。当該情報通信機器を用いて行う場合は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針

に沿って行うこと。なお、当該診療に関する費用は当該加算の所定点数に含まれており、別に区分番号「A003」オンライン診療料を算定することはできない。

C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料

- (1) 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の注に掲げる「在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法」とは、末期の悪性腫瘍又は筋萎縮性側索硬化症若しくは筋ジストロフィーの患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。
- (2) 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料の注に掲げる「悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法」とは、末期の悪性腫瘍の患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。
- (3) (1)及び(2)の鎮痛療法とは、ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤又はヒドロモルフォン塩酸塩製剤を注射又は携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて注入する療法をいう。なお、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤又はヒドロモルフォン塩酸塩製剤を使用できるのは、以下の条件を満たすバルーン式ディスポーザブルタイプの連続注入器等に必要なに応じて生理食塩水等で希釈の上充填して交付した場合に限る。
 - ア 薬液が取り出せない構造であること
 - イ 患者等が注入速度を変えることができないものであることまた、(1)及び(2)の化学療法とは、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて中心静脈注射若しくは植込型カテーテルアクセスにより抗悪性腫瘍剤を注入する療法又はインターフェロンアルファ製剤を多発性骨髄腫、慢性骨髄性白血病、ヘアリー細胞白血病又は腎癌の患者に注射する療法をいう。
- (4) 対象となる患者が末期であるかどうかは在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医の判断によるものとする。なお、化学療法の適応については、末期でない悪性腫瘍の患者も末期の悪性腫瘍の患者に準じて取り扱う。
- (5) 外来と在宅において化学療法を行うものについては、主に在宅において化学療法を行う場合は在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定し、主に外来で行う場合には在宅悪性腫瘍等患者指導管理料は算定せず、注射手技料及び基準を満たす場合には外来化学療法加算等を算定する。なお、外来で抗悪性腫瘍剤の注射を行い、注入ポンプなどを用いてその後も連続して自宅で抗悪性腫瘍剤の注入を行う等の治療法のみを行う場合は当該指導管理料の対象には該当しない。
- (6) 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する月は、区分番号「G003」抗悪性腫瘍剤局所持続注入の費用は算定できない。ただし、抗悪性腫瘍剤局所持続注入に用いる薬剤に係る費用は算定できる。
- (7) 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する月は第6部通則6に規定する外来化学療法加算は算定できない。

- (8) 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定している患者の外來受診時に、当該在宅悪性腫瘍等患者指導管理料に係る区分番号「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「G001」静脈内注射、区分番号「G004」点滴注射、区分番号「G005」中心静脈注射及び区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬（在宅で使用していない抗悪性腫瘍剤も含む。）及び特定保険医療材料の費用は算定できない。ただし、当該在宅悪性腫瘍等患者指導管理料に係らない区分番号「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「G001」静脈内注射、区分番号「G004」点滴注射、区分番号「G005」中心静脈注射及び区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬及び特定保険医療材料の費用は算定できる。
- (9) 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に行った区分番号「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「G001」静脈内注射、区分番号「G004」点滴注射、区分番号「G005」中心静脈注射及び区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射の手技料、注射薬及び特定保険医療材料の費用は算定できない。
- (10) 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料は、在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該保険医療機関の保険医と、在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する保険医療機関の保険医とが連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。
- (11) 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定する医師は、以下のいずれかの緩和ケアに関する研修を修了している者であること。
- ア 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成29年12月1日付け健発1201第2号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会（平成29年度までに開催したものであって、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠したものを含む。）
- イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等

C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料

- (1) 在宅における創傷処置等の処置とは、家庭において療養を行っている患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものが、在宅において自ら又はその家族等患者の看護に当たる者が実施する創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む。）、皮膚科軟膏処置、留置カテーテル設置、膀胱洗浄、導尿（尿道拡張を要するもの）、鼻腔栄養、ストーマ処置、喀痰吸引、介達牽引又は消炎鎮痛等処置をいう。
- (2) 「これに準ずる状態にあるもの」とは、以下に掲げる疾患に罹患しているものとして、常時介護を要する状態にあるものを含むものである。
- ア 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病（同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）
- イ 「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年4月17日衛発第242号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を

- 含む。)
- (3) 在宅寝たきり患者処置指導管理料は、原則として、当該医師が患家に訪問して指導管理を行った場合に算定する。ただし、寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものが、家族等に付き添われて来院した場合については、例外的に算定することができる。
- (4) 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「J000」創傷処置、区分番号「J001-7」爪甲除去（麻酔を要しないもの）、区分番号「J001-8」穿刺排膿後薬液注入、区分番号「J053」皮膚科軟膏処置、区分番号「J063」留置カテーテル設置、区分番号「J060」膀胱洗浄、区分番号「J060-2」後部尿道洗浄（ウルツマン）、区分番号「J064」導尿（尿道拡張を要するもの）、区分番号「J120」鼻腔栄養、区分番号「J043-3」ストーマ処置、区分番号「J018」喀痰吸引、区分番号「J018-3」干渉低周波去痰器による喀痰排出、区分番号「J118」介達牽引、区分番号「J118-2」矯正固定、区分番号「J118-3」変形機械矯正術、区分番号「J119」消炎鎮痛等処置、区分番号「J119-2」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「J119-3」低出力レーザー照射及び区分番号「J119-4」肛門処置の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

C110 在宅自己疼痛管理指導管理料

- (1) 在宅自己疼痛管理指導管理料は、疼痛除去のために植込型脳・脊髄電気刺激装置を植え込んだ後に、在宅において、患者自らが送信器を用いて疼痛管理を実施する場合に算定する。
- (2) 対象となる患者は難治性慢性疼痛を有するもののうち、植込型脳・脊髄電気刺激装置を植え込み、疼痛管理を行っている患者のうち、在宅自己疼痛管理を行うことが必要と医師が認めたものである。

C110-2 在宅振戦等刺激装置指導管理料

- (1) 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料は、植込型脳・脊髄電気刺激装置を植え込んだ後に、在宅において、患者自らが送信器等を用いて治療を実施する場合に、診察とともに治療効果を踏まえ、装置の状態について確認・調節等を行った上で、当該治療に係る指導管理を行った場合に算定する。
- (2) プログラムの変更に係る費用は所定点数に含まれる。
- (3) 計測した指標と指導内容を診療録に添付又は記載すること。

C110-3 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料

- (1) 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料は、植込型迷走神経電気刺激装置を植え込んだ後に、在宅において、患者自らがマグネット等を用いて治療を実施する場合に、診察とともに治療効果を踏まえ、装置の状態について確認・調整等を行った上で、当該治療に係る指導管理を行った場合に算定する。
- (2) プログラムの変更に係る費用は所定点数に含まれる。
- (3) 計測した指標と指導内容を診療録に添付又は記載すること。

C110-4 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料

- (1) 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料は、植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅において、患者自らが送信器等を用いて治療を実施する場合に、診察とともに治療効果を踏まえ、装置の状態について確認・調節等を行った上で、当該治療に係る指導管理を行った場合

に算定する。

- (2) プログラムの変更に係る費用は所定点数に含まれる。
- (3) 計測した指標と指導内容を診療録に添付又は記載すること。

C 1 1 1 在宅肺高血圧症患者指導管理料

「プロスタグランジンⅡ製剤の投与等に関する医学管理等」とは、在宅において、肺高血圧症患者自らが携帯型精密輸液ポンプ又は携帯型精密ネブライザーを用いてプロスタグランジンⅡ製剤を投与する場合に、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法、注意点及び緊急時の措置等に関する指導を行い、当該患者の医学管理を行うことをいう。

C 1 1 2 在宅気管切開患者指導管理料

- (1) 「在宅における気管切開に関する指導管理」とは、諸種の原因により気管切開を行った患者のうち、安定した病態にある退院患者について、在宅において実施する気管切開に関する指導管理のことをいう。
- (2) 在宅気管切開患者指導管理を実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない。
 - ア 酸素吸入設備
 - イ レスピレーター
 - ウ 気道内分泌物吸引装置
 - エ 動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態であるもの）
 - オ 胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態であるもの）

- (3) 在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「J 0 0 0」創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む。）、区分番号「J 0 0 1 - 7」爪甲除去（麻酔を要しないもの）、区分番号「J 0 0 1 - 8」穿刺排膿後薬液注入、区分番号「J 0 1 8」喀痰吸引及び区分番号「J 0 1 8 - 3」干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定できない。

C 1 1 4 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

- (1) 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料は、表皮水疱症患者又は水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症患者であって、難治性の皮膚病変に対する特殊な処置が必要なものに対して、水疱、びらん又は潰瘍等の皮膚の状態に応じた薬剤の選択及び被覆材の選択等について療養上の指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (2) 特定保険医療材料以外のガーゼ等の衛生材料や、在宅における水疱の穿刺等の処置に必要な医療材料に係る費用は当該指導管理料に含まれる。
- (3) 当該指導管理料を算定している患者に対して行う処置の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は別に算定できる。

C 1 1 5 削除

C 1 1 6 在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料

- (1) 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料は、植込型補助人工心臓（非拍動流型）を使用している患者であって入院中の患者以外のものについて、当該月に区分番号「K 6 0 4 - 2」植込型補助人工心臓（非拍動流型）を算定したか否かにかかわらず、月に1回に限り算定できる。
- (2) 当該指導管理料は、駆動状況の確認と調整、抗凝固療法の管理等の診察を行った上で、緊

急時の対応を含む療養上の指導管理を行った場合に算定する。

(3) 当該指導管理に要する療養上必要なモニター、バッテリー、充電器等の回路部品その他附属品等に係る費用及び衛生材料等は、第4節に定めるものを除き、当該指導管理料に含まれ、別に算定できない。

(4) 機器の設定内容と、指導管理の内容を診療録に添付又は記載すること。

C1117 在宅経腸投薬指導管理料

パーキンソン病の患者に対し、レボドパ・カルビドパ水和物製剤を経胃瘻空腸投与する場合に、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法、注意点及び緊急時の措置等に関する指導を行い、当該患者の医学管理を行った場合に算定する。

C1118 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料

(1) 在宅腫瘍治療電場療法とは、 TENT 上膠芽腫の治療を目的として交流電場を形成する治療法を在宅で患者自らが行うことをいい、当該指導管理料は、初発膠芽腫の治療を目的とした場合に算定する。

(2) 次のいずれも満たす場合に、当該指導管理料を算定する。

ア 患者が使用する装置の保守・管理を十分に行うこと（委託の場合を含む。）。

イ 装置に必要な保守・管理の内容を患者に説明すること。

ウ 夜間・緊急時の対応等を患者に説明すること。

エ その他、療養上必要な指導管理を行うこと。

(3) 交流電場腫瘍治療システム（ジェネレーター）は患者に貸与し、電極以外の装置に必要な回路部品その他の付属品等に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(4) 指導管理の内容について、診療録に記載する。

C1119 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料

(1) 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料は、3月以上の保存的治療によっても十分な改善を得られない、脊髄障害を原因とする排便障害を有する患者（直腸手術後の患者を除く。）に対し、在宅で療養を行っている患者自ら経肛門的自己洗腸用の器具を用いて実施する洗腸について、指導管理を行った場合に算定する。

(2) 指導に当たっては、経肛門的自己洗腸の適応の可否についての評価を行い、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添1の第16の10に掲げる医師及び看護師が指導計画を作成する。指導計画及び実施した指導内容は診療録等に記載する。

(3) 「注2」に規定する導入初期加算については、新たに経肛門的自己洗腸を導入する患者に対し、(2)の医師又は看護師が十分な指導を行った場合、当該初回の指導を行った月に1回に限り算定する。

(4) 実施に当たっては、関係学会の定める経肛門的自己洗腸の適応及び指導管理に関する指針を遵守すること。

C1120 在宅中耳加圧療法指導管理料

(1) メニエール病又は遅発性内リンパ水腫の患者に対し、在宅中耳加圧装置を用いた療養を実施する場合に、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法、注意点及び緊急時の措置等について療養上の指導を行った場合に算定する。

- (2) 関連学会の定める適正使用指針を遵守して実施した場合に限り算定する。なお、療養上必要な機器等に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

第2款 在宅療養指導管理材料加算

- 1 在宅療養指導管理材料加算は、要件を満たせば、第1款在宅療養指導管理料を算定するか否かにかかわらず、別に算定できる。
- 2 同一の保険医療機関において、2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数を算定する。この場合にあつて、在宅療養指導管理材料加算及び当該2以上の指導管理に使用した薬剤、特定保険医療材料の費用は、それぞれ算定できる。
- 3 在宅療養指導管理材料加算は、例えば「酸素ボンベを使用した場合」とは当該保険医療機関の酸素ボンベを在宅で使用させた場合をいう等、保険医療機関が提供すること及び在宅における状態であることを前提にしているものであること。

なお、保険医療機関が所有する装置（酸素濃縮装置等）を患者に貸与する場合、保険医療機関は、当該装置の保守・管理を十分に行うこと。また、これらの装置の保守・管理を販売業者に委託する場合には、保険医療機関は、当該販売業者との間で、これらの装置の保守・管理に関する契約を締結し、保守・管理の内容を患者に説明した上で、定期的な確認と指導を行い、当該装置の保守・管理が当該販売業者により十分に行われている状況を維持すること。

- 4 「2」の「保険医療材料の使用を算定要件とするもの」とは、区分番号「C160」在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算等をいう。
- 5 「3」の加算については、6歳未満の乳幼児に対する在宅呼吸管理を行い、専用の経皮的動脈血酸素飽和度測定器その他附属品を貸与又は支給したときに算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄に貸与又は支給した機器等の名称及びその数量を記載すること。

C150 血糖自己測定器加算

- (1) 血糖自己測定器加算は、インスリン製剤又はヒトソマトメジンC製剤の在宅自己注射を毎日行っている患者のうち血糖値の変動が大きい者又は12歳未満の小児低血糖症患者に対して、医師が、血糖のコントロールを目的として当該患者に血糖試験紙（テスト・テープ）、固定化酵素電極（バイオセンサー）又は皮下グルコース用電極を給付し、在宅で血糖又は間質液中のグルコース濃度の自己測定をさせ、その記録に基づき指導を行った場合に、区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料、区分番号「C101-2」在宅小児低血糖症患者指導管理料又は区分番号「C101-3」在宅妊娠糖尿病患者指導管理料に加算するものである。

なお、血糖試験紙、固定化酵素電極、穿刺器、穿刺針、皮下グルコース用電極及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合における費用その他血糖自己測定に係る全ての費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

- (2) 入院中の患者に対して、退院時に区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料、区分番号「C101-2」在宅小児低血糖症患者指導管理料又は区分番号「C101-3」在宅妊娠糖尿病患者指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日に限り、在宅自己注射指導管理料、在宅小児低血糖症患者指導管理料又は在宅妊娠糖尿病患者指導管理料の所定点数及び血糖自己測定器加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料、在宅小児

低血糖症患者指導管理料又は在宅妊娠糖尿病患者指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び血糖自己測定器加算は算定できない。

- (3) 当該加算は、1月に2回又は3回算定することもできるが、このような算定ができる患者は、区分番号「C101」に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している患者のうちインスリン製剤を2月分又は3月分以上処方している患者又は区分番号「C101-2」に掲げる在宅小児低血糖症患者指導管理料を算定している患者に限るものである。
- (4) グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニストの自己注射を承認された用法及び用量に従い1週間に1回以上行っている者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うために血糖自己測定器を使用した場合には、インスリン製剤の自己注射を行っている者に準じて、所定点数を算定する。
- (5) 「7」においては、糖尿病の治療に関し、専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師又は当該専門の医師の指導の下で糖尿病の治療を実施する医師が、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用して血糖管理を行った場合に算定する。
- (6) 「7」においては、間歇スキャン式持続血糖測定器以外の血糖自己測定については所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (7) 注3の場合を除き、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用する場合には、間歇スキャン式持続血糖測定器以外の血糖自己測定をした回数を基準に算定する。

C151 注入器加算

- (1) 「注入器」とは、自己注射適応患者（性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤の自己注射を除く。）に対するディスプレイ注射器（注射針一体型に限る。）、自動注入ポンプ、携帯用注入器又は針無圧力注射器のことをいい、加算の算定はこれらを処方した月に限って可能であり、単に注入器の使用を行っているのみでは算定できない。注入器加算は、針付一体型の製剤を処方した場合には算定できない。
- (2) 入院中の患者に対して、退院時に区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び注入器加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び注入器加算は算定できない。

C152 間歇注入シリンジポンプ加算

- (1) 「間歇注入シリンジポンプ」とは、インスリン又は性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤を間歇的かつ自動的に注入するシリンジポンプをいう。
- (2) 「プログラム付きシリンジポンプ」とは、間歇注入シリンジポンプのうち、基礎注入と独立して追加注入がプログラム可能であり、また基礎注入の流量について、1日につき24プログラム以上の設定が可能なものをいう。
- (3) 入院中の患者に対して、退院時に区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び間歇注入シリンジポンプ加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び間歇注入シリンジポンプ加算は算定できない。

- (4) 間歇注入シリンジポンプを使用する際に必要な輸液回路、リザーバーその他療養上必要な医療材料の費用については、所定点数に含まれる。

C152-2 持続血糖測定器加算

- (1) 入院中の患者以外の患者であって次に掲げる者に対して、持続的に測定した血糖値に基づく指導を行うために持続血糖測定器を使用した場合に算定する。

ア 間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合

- (イ) 血糖コントロールが不安定な1型糖尿病患者又は膵全摘後の患者であって、持続皮下インスリン注入療法を行っている者。
- (ロ) 低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている血糖コントロールが不安定な2型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある、持続皮下インスリン注入療法を行っている者。

イ 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合

- (イ) 急性発症若しくは劇症1型糖尿病患者又は膵全摘後の患者であって、皮下インスリン注入療法を行っている者。
- (ロ) 内因性インスリン分泌の欠乏（空腹時血清Cペプチドが0.5mg/ml未満を示すものに限る。）を認め、低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている血糖コントロールが不安定な2型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある、皮下インスリン注入療法を行っている者。

- (2) 持続血糖測定器加算を算定する場合は、(1)のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、(1)のイの(ロ)に該当する場合、直近の空腹時血清Cペプチドの測定値を併せて記載すること。

- (3) 間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合、同一月において、区分番号「C152」間歇注入シリンジポンプ加算と当該加算は、併せて算定できない。ただし、間歇注入インスリンポンプと連動していない持続血糖測定器については「注2」の加算を算定できず、間歇注入インスリンポンプを併用した場合には区分番号「C152」間歇注入シリンジポンプ加算を併せて算定できる。

- (4) 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器と間歇注入インスリンポンプを併用した場合には、「注2」に規定する加算は算定できず、区分番号「C152」間歇注入シリンジポンプ加算を併せて算定できる。

- (5) 入院中の患者に対して、退院時に区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び持続血糖測定器加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び持続血糖測定器加算は算定できない。

- (6) 「注2」に規定するシリンジポンプを使用する際に必要な輸液回路、リザーバーその他療養上必要な医療材料の費用については、所定点数に含まれる。

- (7) 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合には、次のいずれも満たす場合に算定できる。

ア 関連学会が定める適正使用指針を遵守すること。

イ 1日当たり少なくとも2回の自己血糖測定を行っていること。

ウ 次のいずれかに掲げる者が、患者又は患者家族等に対し、持続血糖測定器の使用法

の十分な説明や持続血糖測定器の結果に基づく低血糖及び高血糖への対応等、必要な指導を行っていること。

(イ) 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師。

(ロ) 糖尿病の治療に関し、治療持続皮下インスリン注入療法に従事した経験を2年以上有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の看護師又は薬剤師。なお、ここでいう適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

- ① 医療関係団体が主催する研修であること。
- ② 糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援、持続血糖測定器に関する理解・活用及び事例分析・評価等の内容が含まれているものであること。

(8) 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合は、患者ごとに指導者名が記載されている指導記録を作成し、患者に提供すること。また、指導記録の写しを診療録に添付すること。

C152-3 経腸投薬用ポンプ加算

経腸投薬用ポンプ加算は、レボドパ・カルビドパ水和物製剤を経胃瘻空腸投与することを目的とした場合に限り算定できる。

C153 注入器用注射針加算

(1) 区分番号「C151」注入器加算に規定する「注入器」を処方せず、注射針一体型でないディスプレイ注射器を処方した場合は、注入器用注射針加算のみ算定する。

(2) 注入器用注射針加算は、注入器用注射針を処方した場合に算定できる。この場合において、「1」の加算は、以下の場合に算定できるものであり、算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に次のいずれに該当するかを記載すること。

ア 糖尿病等で1日概ね4回以上自己注射が必要な場合

イ 血友病で自己注射が必要な場合

(3) 注入器用注射針加算は、針付一体型の製剤又は針無圧力注射器を処方した場合には算定できない。

(4) 入院中の患者に対して、退院時に区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び注入器用注射針加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び注入器用注射針加算は算定できない。

C154 紫外線殺菌器加算

在宅自己連続携帯式腹膜灌流液交換用熱殺菌器を使用した場合には、紫外線殺菌器加算の点数を算定する。

C156 透析液供給装置加算

透析液供給装置は患者1人に対して1台を貸与し、透析液供給装置加算には、逆浸透を用いた水処理装置・前処理のためのフィルターの費用を含む。

C157 酸素ポンベ加算

(1) チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して指導管理を行った場合は、酸素ポンベ加算は別に算定できない。

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

C158 酸素濃縮装置加算

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

C159 液化酸素装置加算

- (1) チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して指導管理を行った場合は、液化酸素装置加算は別に算定できない。
- (2) 液化酸素装置加算を算定する場合、設置型液化酸素装置から携帯型液化酸素装置へ液化酸素の移充填を行う場合の方法、注意点、緊急時の措置等に関する患者への指導が必要である。この場合、「設置型液化酸素装置」とは、20～50リットルの内容積の設置型液化酸素装置のことをいい、「携帯型液化酸素装置」とは、1リットル前後の内容積の携帯型液化酸素装置のことをいう。なお、使用した酸素の費用及び流量計、加湿器等の費用は加算点数に含まれ、別に算定できない。
- (3) 設置型液化酸素装置に係る加算と携帯型液化酸素装置に係る加算とは併せて算定できるが、それぞれ3月に3回に限り算定する。
- (4) 同一患者に対して酸素ボンベ（携帯用酸素ボンベを除く。）、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて3月に3回に限り算定する。
- (5) 同一患者に対して携帯用酸素ボンベ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて3月に3回に限り算定する。

C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算

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

C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算

「輸液セット」とは、在宅で中心静脈栄養法を行うに当たって用いる輸液用器具（輸液バッグ）、注射器及び採血用輸血用器具（輸液ライン）をいう。

C161 注入ポンプ加算

「注入ポンプ」とは、在宅で中心静脈栄養法、成分栄養経管栄養法若しくは小児経管栄養法、鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法又は注射薬の精密自己注射を行うに当たって用いる注入ポンプをいう。なお、「在宅における鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法」とは、末期の悪性腫瘍又は筋萎縮性側索硬化症若しくは筋ジストロフィーの患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛

剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。

C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算

在宅経管栄養法用栄養管セット加算と区分番号「C161」注入ポンプ加算とは、併せて算定することができるが、それぞれ月1回に限り算定する。

C163 特殊カテーテル加算

- (1) 在宅療養において在宅自己導尿が必要な患者に対し、療養上必要なカテーテルについて判断の上、必要かつ十分な量のカテーテルを患者に支給した場合に算定する。
- (2) 「2」の「イ」親水性コーティングを有するものについては、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルとして、親水性コーティングが施されたカテーテルであって、包装内に潤滑剤が封入されており、開封後すぐに挿入可能なもののみを使用した場合に算定する。
- (3) 「2」の「イ」親水性コーティングを有するものについては、排尿障害が長期間かつ不可逆的に持続し、代替となる排尿方法が存在せず、適切な消毒操作が困難な場所において導尿が必要となる場合等、当該カテーテルを使用する医学的な妥当性が認められる場合に使用することとし、原則として次のいずれかに該当する患者に使用した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからエまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載すること。
 - ア 脊髄障害
 - イ 二分脊椎
 - ウ 他の中樞神経を原因とする神経因性膀胱
 - エ その他
- (4) 「2」の「イ」親水性コーティングを有するものについては、1月あたり60本以上使用した場合（他のカテーテルを合わせて用いた場合を含む。）に算定することとし、これに満たない場合は「2」の「イ」以外の主たるものの所定点数を算定する。
- (5) 「3」の「間歇バルーンカテーテル」とは、患者自身が間歇導尿を行うことが可能なカテーテルであって、当該カテーテルに接続してバルーンを膨らませるためのリザーバーを有し、患者自身が消毒下で携帯することが可能であるものをいう。
- (6) 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルと間歇バルーンカテーテルを併せて使用した場合は、主たるもののみを算定する。

C164 人工呼吸器加算

療養上必要な回路部品その他附属品（療養上必要なバッテリー及び手動式肺人工蘇生器等を含む。）の費用は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算

- (1) 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1については、区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1並びに区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2のア及びイの要件に該当する患者に対して保険医療機関が患者に貸与する持続陽圧呼吸療法装置のうち、ASVを使用して治療を行った場合に、3月に3回に限り算定できる。なお、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2のア及びイの要件に該当する患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書の摘要欄に、算定の根拠となった要件（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2のア又はイ）を記載する。なお、イの要件を根拠に算定をする場合は、当該患者に対するASV療法の実施開始日も併せて記載すること。

- (2) 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 2 については、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 2 のウの要件に該当する患者に対して保険医療機関が患者に貸与する持続陽圧呼吸療法装置のうち、CPAP を使用して治療を行った場合に、3 月に 3 回に限り算定できる。
- C 1 6 6 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算
外来で抗悪性腫瘍剤の注射を行い、携帯型ディスポーザブル注入ポンプなどを用いてその後も連続して自宅で抗悪性腫瘍剤の注入を行う場合においては、本加算を算定できない。
- C 1 6 8 携帯型精密輸液ポンプ加算
携帯型精密輸液ポンプ加算には、カセット、延長チューブその他携帯型精密輸液ポンプに必要な全ての機器等の費用が含まれ、別に算定できない。
- C 1 6 8 - 2 携帯型精密ネブライザー加算
(1) 本加算は、吸入用のプロスタグランジン I₂ 製剤を使用するに当たり、一定量の薬液を効率的に吸入させるため、患者の呼吸に同調して薬液を噴霧する機構を備えた携帯型精密ネブライザーを使用した場合に算定する。
(2) 携帯型精密ネブライザー加算には、携帯型精密ネブライザーを使用するに当たって必要な全ての費用が含まれ、別に算定できない。
- C 1 7 0 排痰補助装置加算
(1) 排痰補助装置加算は、在宅人工呼吸を行っている患者であって、換気能力が低下し、自力での排痰が困難と医師が認めるものに対して、排痰補助装置を使用した場合に算定できる。
(2) 注に規定する神経筋疾患等の患者とは、筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症、脳性麻痺、脊髄損傷等の患者をさす。
- C 1 7 1 在宅酸素療法材料加算
(1) 在宅酸素療法材料加算 1 は、区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料の「1」を算定すべき指導管理を行った患者に対し、保険医療機関からチアノーゼ型先天性心疾患の患者に小型酸素ボンベ又はクロレート・キャンドル型酸素発生器が提供される場合に、3 月に 3 回に限り算定できる。なお、本加算には当該装置に係る費用のうち、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用が含まれるものであること。
(2) 在宅酸素療法材料加算 2 は、区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料の「2」を算定すべき指導管理を行った患者に対し、保険医療機関から在宅酸素療法装置が提供される場合に、3 月に 3 回に限り算定できる。なお、本加算には当該装置に係る費用のうち、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用が含まれるものであること。
- C 1 7 1 - 2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算
在宅持続陽圧呼吸療法材料加算には、区分番号「C 1 0 7 - 2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する患者に対し、保険医療機関が貸与する持続陽圧呼吸療法装置に係る費用のうち、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用が含まれ、3 月に 3 回に限り算定できる。
- C 1 7 2 在宅経肛門的自己洗腸用材料加算
在宅経肛門的自己洗腸用材料加算は、在宅療養において経肛門的自己洗腸が必要な患者に対して、自己洗腸用材料を使用した場合に、3 月に 3 回に限り算定できる。
- C 1 7 3 横隔神経電気刺激装置加算
(1) 横隔神経電気刺激装置加算は、在宅人工呼吸を行っている脊髄損傷又は中枢性低換気症候群の患者に対して、呼吸補助を行うことを目的として横隔神経電気刺激装置を使用した場合

に算定する。

- (2) 関連学会の定める適正使用指針を遵守して使用した場合に限り算定する。なお、横隔神経電気刺激装置を使用するに当たり必要なバックアップ用体表面不閉電極セット、コネクタホルダ、ストレインリリーフブートキット、その他療養上必要な医療材料の費用は、所定点数に含まれる。

第3節 薬剤料

C200 薬剤

- (1) 次の厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる。

【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅸ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩液、プロスタグランジンI₂製剤、エタネルセプト製剤、注射用水、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H₂遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、ブチルスコポラミン臭化物製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリママブ製剤、エリスロポエチン、ダルベポエチン、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、アポモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレプレチン製剤、アバタセプト製剤、pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、電解質製剤、注射用抗菌薬、エダラボン製剤、アスホターゼ アルファ製剤、グラチラマー酢酸塩製剤、脂肪乳剤、セクキヌマブ製剤、エボロクマブ製剤、プロダルマブ製剤、アリロクマブ製剤、ベリムマブ製剤、イキセキズマブ製剤、ゴリムマブ製剤、エミズマブ製剤、イカチバント製剤、サルルマブ製剤、デュピルマブ製剤、ヒドロモルフォン塩酸塩製剤、インスリン・グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト配合剤及びヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤

- (2) 上記の注射薬の投与日数は、以下のとおりである。

ア 投与日数に制限のないもの

イ及びウに該当しない注射薬

イ 14日分を限度に投与することができるもの

- (イ) 新医薬品（医薬品医療機器法第14条の4第1項第一号に規定する新医薬品をいう。）であって、使用薬剤の薬価（薬価基準）への収載の日の属する月の翌月の初日から起算して1年を経過していない注射薬
- (ロ) 複方オキシコドン製剤
- ウ 30日分を限度に投与することができるもの
 - ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、ヒドロモルフォン塩酸塩製剤
- (3) 厚生労働大臣の定める注射薬のうち、「在宅中心静脈栄養法用輸液」とは、高カロリー輸液をいう。なお、高カロリー輸液を投与する場合には、これ以外にビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。
- (4) 厚生労働大臣の定める注射薬のうち、「電解質製剤」とは、経口摂取不能又は不十分な場合の水分・電解質の補給・維持を目的とした注射薬（高カロリー輸液を除く。）をいい、電解質製剤以外に電解質補正製剤（電解質製剤に添加して投与する注射薬に限る。）、ビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。
- (5) 厚生労働大臣の定める注射薬のうち、「注射用抗菌薬」とは、病原体に殺菌的又は静菌的に作用する注射薬をいう。
- (6) 初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、当該保険医療機関において、本区分により点滴又は処置等に用いた薬剤（当該患者に対し使用した分に限る。）の費用を算定する。なお、この場合にあつては、当該薬剤が使用された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。ただし、区分番号「A000」初診料の算定のみの場合にあつては、当該薬剤料の費用は算定できない。

第4節 特定保険医療材料料

C300 特定保険医療材料

初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、当該保険医療機関において、本区分により点滴又は処置等に用いた特定保険医療材料（当該患者に対し使用した分に限る。）の費用を算定する。なお、この場合にあつては、当該特定保険医療材料が使用された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- 8 アルブミン定量 (原) 102点
- 9 トランスフェリン (原) 104点
- 10 ウロポルフィリン (原) 105点
- 11 δアミノレブリン酸 (δ-ALA) (原) 109点
- 12 ポリアミン (原) 115点
- 13 ミオノシトール (原) 120点
- 14 コポルポルフィリン (原) 135点
- 15 総ウラ素 (原) 186点
- 16 Ⅳ型コラーゲン (原) 189点
- 17 ポルフォビリノゲン (原) 191点
- 18 シュウ糖 (原) 200点
- 19 L型脂糖結合蛋白 (L-FABP) (原) 好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリリン (NGAL) (原) 210点
- 20 尿の蛋白免疫学的検査 区分番号D015にに掲げる血液蛋白免疫学的検査の例により算定した点数

21 その他 検査の種類別により区分番号D007に掲げる血液化学検査、区分番号D008に掲げる内分泌学的検査、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカー又は区分番号D010に掲げる腫瘍マーカー又は区分番号D010に掲げる特殊分析の所定点数を準用した場合は、当該区分の注についても同様に準用するものとする。

注 区分番号D007に掲げる血液化学検査、区分番号D008に掲げる内分泌学的検査、区分番号D009に掲げる腫瘍マーカー又は区分番号D010に掲げる特殊分析の所定点数を準用した場合は、当該区分の注についても同様に準用するものとする。

D002 尿沈渣 (鏡検法) 27点

- 注1 同一検体について当該検査と区分番号D017に掲げる排泄物、分泌物又は分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。
- 2 当該保険医療機関内で検査を行った場合は、染色標本加算として、9点を所定点数に加算する。
- 3 染色標本による検査を行った場合は、染色標本加算として、9点を所定点数に加算する。

D002-2 尿沈渣 (フローサイトメトリー法) 24点

- 注1 同一検体について当該検査と区分番号D017に掲げる排泄物、分泌物又は分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。
- 2 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。

D003 糞便検査

- 1 虫卵検出 (集卵法) (糞便) ウロビリリン (糞便) 15点
- 2 糞便塗抹顕微鏡検査 (虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む。) 20点
- 3 虫体検出 (糞便) 23点
- 4 糞便中脂質 25点
- 5 糞便中ヘモグロビン定性 37点
- 6 虫卵培養 (糞便) 40点
- 7 糞便中ヘモグロビン 41点
- 8 糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量 56点
- 9 カルプロテクチン (糞便) 276点

D004 穿刺液・採取液検査

- 1 ヒューナー検査 20点
- 2 胃液又は十二指腸液一般検査 55点
- 3 髄液一般検査 62点

3節 検査
 1 検査の費用は、第1節又は第3節の各区分の所定点数により算定する。ただし、検査に当たって患者から検体を採取し又は採取した場合は、第1節又は第3節の各区分の所定点数及び第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

2 検査に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、前号により算定した点数及び第5節の所定点数を合算した点数により算定する。

3 検査に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料 (以下この節において「特定保険医療材料」という。) を使用した場合は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。

4 第1節又は第3節に掲げられていない検査であった特殊なものの費用は、第1節又は第3節に掲げられていない検査のうちで最も近似する検査の各区分の所定点数により算定する。

5 対称器官に係る検査の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の検査料に係る点数とする。

6 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律 (昭和33年法律第76号) 第2条に規定する検査を委託する場合における検査に要する費用については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

第1節 検体検査料

検体検査の費用は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

第1款 検体検査実施料

1 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において検体検査を行った場合は、時間外緊急入院検査加算として、第1款の各区分の所定点数に1日につき200点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一日に第3号の加算は別に算定できない。

2 特定機能病院である保険医療機関においては、入院中の患者に係る検体検査実施料は、基本的検体検査実施料に掲げる所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。

3 入院中の患者以外の患者に対して実施した検体検査であって、別に厚生労働大臣が定めるものの結果として、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供し、当該検査の結果に基づき診療が行われた場合は、5項目を附随として、外來迅速検体検査加算として、第1節第1款の各区分に掲げる検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ10点を加算する。

区分 (原・糞便等検査)

D000 尿中一般物質定性非定量検査 26点

注 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。

D001 尿中特殊物質定性定量検査

- 1 尿蛋白 7点
- 2 VMA定性 (原)、Bence Jones⁵蛋白定性 (原)、尿グルコース 9点
- 3 ウロビリノゲン (原)、先天性代謝異常常症スクリーニングテスト (原)、尿浸透圧 16点
- 4 ポルフィリン症スクリーニングテスト (原) 17点
- 5 N-アセチルグルコサミンダーゼ (NAG) (原) 41点
- 6 アルブミン定性 (原) 49点
- 7 黄体形成ホルモン (LH) 定性 (原)、フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) (原) 72点

- 70点
75点
100点
122点
200点
414点
522点
577点
622点
642点
644点
- 4 精液一般検査
5 頸管粘液一般検査
6 顆粒球エラスターゼ定性(子宮頸管粘液)、I g E定性(尿液)
7 顆粒球エラスターゼ(子宮頸管粘液)
8 マイクロバブルテスト
9 I g Gインデックス
10 オリゴクローナルバンド
11 ミエリン塩基性蛋白(MBP)(髄液)
12 タウ蛋白(髄液)
13 リン酸化タウ蛋白(髄液)
14 髄液蛋白免疫学的検査
15 髄液免疫染色標本検査

区分別号D015に掲げる血漿蛋白免疫学的検査の例により算定した点数
区分別号D017に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査の例により算定した点数
区分別号D008に掲げる内分泌学的検査、区分別号D010に掲げる内分泌学的検査、区分別号D009に掲げる腫瘍マーカー又は区分別号D010に掲げる特殊分析の例により算定した点数
区分別号D007に掲げる血液化学検査、区分別号D008に掲げる内分泌学的検査、区分別号D009に掲げる腫瘍マーカー又は区分別号D010に掲げる特殊分析の所定点数を準用した場合は、当該区分の注についても同様に準用するものとする。

- D004-2 悪性腫瘍組織検査
1 悪性腫瘍遺伝子検査
イ 処理が容易なもの
(1) 医薬品の選別判定の補助等に用いるもの
(2) その他のもの
ロ 処理が複雑なもの
注1 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対してイに掲げる検査を実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ 2項目 4,000点
ロ 3項目 6,000点
ハ 4項目以上 8,000点
注2 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対してロに掲げる検査を実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ 2項目 8,000点
ロ 3項目以上 12,000点
2 抗悪性腫瘍剤感受性検査(血液学的検査)
D005 血液形態・機能検査
1 赤血球沈降速度(ESR)
注 当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。
2 網赤血球数
3 血液容積圧、好酸球(鼻汁・唾液)、末梢血液像(自動機械法)
4 好酸球数
5 末梢血液一般検査
6 末梢血液像(鏡検法)

- 注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ27点を所定点数に加算する。
7 血中微生物検査 40点
8 赤血球抵抗試験 45点
9 ヘモグロビンA1c(HbA1c) 49点
10 自己溶血試験、血液粘稠度 50点
11 ヘモグロビンF(HbF) 60点
12 テオキシチミンジシキナーゼ(TK)活性 233点
13 ターミナルデオキシヌクレオチルトランスフェラーゼ(TdT) 280点
14 骨髄像 812点

注 特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ40点を所定点数に加算する。
D006 出血・凝固検査
1 出血時間 15点
2 プロトロンビン時間(PT) 18点
3 血餅収縮能、毛細血管抵抗試験 19点
4 フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量、クリオフィブリノゲン 23点
5 トロンビン時間 25点
6 蛇毒試験、トロンボエラストグラフ、ヘパリン抵抗試験 28点
7 活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT) 29点
8 血小小板集能 50点
9 血小小板粘着能 64点
10 アンチトロンビン活性、アンチトロンビン抗原 70点
11 フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)定性、フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)半定量、フィブリン・フィブリノゲン分解産物(FDP)定量、プラスミン、プラスミン活性、 α_2 -アンチトリプシン 80点
12 フィブリンモномер複合体定性 93点
13 プラスミノゲン活性、プラスミノゲン抗原、凝固因子インヒビター定性(クロスミキシング試験) 100点
14 Dダイマー定性 125点
15 プラスミンインヒビター(アンチプラスミン)、Dダイマー半定量 128点
16 von Willebrand因子(vvWF)活性 132点
17 Dダイマー 133点
18 α_2 -マクログロブリン 138点
19 PIVKA-II 143点
20 凝固因子インヒビター 148点
21 von Willebrand因子(vvWF)抗原 151点
22 プラスミン・プラスミンインヒビター複合体(PIC) 158点
23 プロテインS抗原 162点
24 プロテインS活性 168点
25 β -トロンボグロブリン(β -TG) 177点
26 血小小板第4因子(PF4) 178点
27 トロンビン・アンチトロンビン複合体(TAT) 181点
28 プロトロンビンフラグメントF1+2 183点
29 トロンボジュニン 204点
30 凝固因子(第II因子、第V因子、第VII因子、第IX因子、第X因子、第XI因子、第XII因子、第XIII因子) 223点
31 フィブリンモномер複合体 227点

32	プロテインC抗原	239点	1 検体提出時	8,000点
33	tPA・PAI-1複合体	240点	2 結果説明時	48,000点
34	プロテインC活性	240点	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。	
35	ADAMTS13活性	400点	角膜ジストマトロジー遺伝子検査	1,200点
36	ADAMTS13インヒビター	1,000点	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。	
	イ 3項目又は4項目	530点		
	ロ 5項目以上	722点		
D006-2	造血器腫瘍遺伝子検査	2,100点	D006-21 血液粘弾性検査（一連につき）	600点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。		(生化学的検査)(1)	
D006-3	Major BCR-ABL1 (mRNA定量 (国際標準値))	2,520点	D007 血液化学検査	
	1 診断の補助に用いるもの	2,520点	1 総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン(B	
	2 モニタリングに用いるもの	2,520点	CP改良法・BCG法)、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファター	
D006-4	遺伝学的検査		ゼ(ALP)、コリンエステラーゼ(CHtE)、γ-グルタミルトランスフェラー	
	1 処理が容易なもの	3,880点	ゼ(γ-GT)、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マ	
	2 処理が複雑なもの	5,000点	グネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ(LD)、アミラー	
	3 処理が極めて複雑なもの	8,000点	ゼ、ロイシアミアシブチナーゼ(LAP)、クレアチンキナーゼ(CK)、アル	
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。		ドラーゼ、遊離コレステロール、鉄(Fe)、血中ケトン体、糖、クロール検査(
D006-5	染色体検査(全ての費用を含む。)	2,631点	試験紙法・アンプル法：固定化酵素電極によるもの)、不飽和脂肪酸能(UIBC	
	1 分染法を行った場合は、分染法加算として、397点を所定点数に加算する。) (比色法)、総鉄結合能(TIBC) (比色法)	15点
	2 免疫関連遺伝子再構成	2,429点	2 リン脂質	11点
D006-7	UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型	2,037点	3 HDL-コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスバラギ	
D006-8	サイトカラチン9(KRT19) mRNA検出	2,400点	ン酸アミノトランスフェラーゼ(AST)、アラニンアミノトランスフェラーゼ(
D006-9	WT1 mRNA	2,520点	ALT)	17点
D006-10	CCR4タンパク(フローサイトメトリー法)	10,000点	4 LDL-コレステロール、蛋白分画	18点
D006-11	FIP1L1-PDGFRA融合遺伝子検査	3,201点	5 銅(Cu)	23点
D006-12	EGFR遺伝子検査(血球)	2,100点	6 リパーゼ	24点
	注 同一の患者につき同一月において検査を2回以上実施した場合における2回目以降の当該検査の費用は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。		7 イオン化カルシウム	26点
D006-13	骨髄微小残存病変量測定		8 マンガン(Mn)	27点
	1 遺伝子再構成の測定に用いるもの	3,500点	9 ケトン体	30点
	2 モニタリングに用いるもの	2,100点	10 アポリポ蛋白	31点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。		イ 1項目の場合	62点
D006-14	FLT3遺伝子検査	4,200点	ロ 2項目の場合	94点
D006-15	膀胱がん関連遺伝子検査	1,597点	ハ 3項目以上の場合	32点
D006-16	JAK2遺伝子検査	2,504点	11 アデニンデアミンナーゼ(ADA)	35点
D006-17	Nudix hydrolase 15 (NUDT15) 遺伝子多型	2,100点	12 グアナーゼ	47点
D006-18	BRCA1/2遺伝子検査		13 有機モノカルボン酸、胆汁酸	48点
	1 腫瘍細胞を検体とするもの	20,200点	14 ALPアイソザイム、アミラーゼアイソザイム、γ-GTアイソザイム、LDア	
	2 血液を検体とするもの	20,200点	イソザイム、重炭酸塩	49点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。		15 ASTアイソザイム、リポ蛋白分画	50点
D006-19	がんゲノムプロファイリング検査		16 アンモニア	55点
	1 腫瘍細胞を検体とするもの	20,200点	17 CKアイソザイム、グリコアルブミン	57点
	2 血液を検体とするもの	20,200点	18 コレストロール分画	59点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。		19 ケトン体分画、遊離脂肪酸	70点
			20 レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ(L-CAT)	
			21 グルコース-6-リン酸デヒドロゲナーゼ(G-6-PD)、リポ蛋白分画(P	
			AGデキスク電流流動法)、1,5-アノヒドロ-D-グルシントール(1,5AG	
			蛋白)、グリココロール酸	80点
			22 CK-MB(免疫阻害法、蛋白量測定)	90点

23	LDアイソザイム1型、総カルニチン、遊離カルニチン	95点
24	ALPアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ (BAP)	96点
25	リポタンパク質 (a)	107点
26	ヘパリン、フェリチン半定量、フェリチン定量	108点
27	エタノール	111点
28	KL-6	114点
29	心筋トロポニンI、心筋トロポニンT (TnT) 定性・定量、アルミニウム (A1)	115点
30	25-ヒドロキシビタミンD	117点
31	ペントシニン、シスタチンC	118点
32	リヌリン	120点
33	リポタンパク質 (HPLC法)	129点
34	肺サーファクタント蛋白-A (SP-A)、ガラクトース	130点
35	肺サーファクタント蛋白-D (SP-D)	136点
36	血液ガス分析、IV型コラーゲン、ミオグロビン定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-FABP) 定性、心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-FABP) 定量、アルブミン非結合型ビリルビン	139点
注 血液ガス分析については、当該医療機関内で行った場合に算定する。		
37	プロコラーゲンIII-ペプチド (P-III-P)、亜鉛 (Zn)	140点
38	セレン、アンキオテンシンI転換酵素 (ACE)、ビタミンB12	144点
39	IV型コラーゲン・7S	148点
40	ビルビリン酸キナーゼ (PK)	150点
41	葉酸	154点
42	ALPアイソザイム (PAG電泳法)、腔分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型 (IGFBP-1) 定性	180点
43	ヒアルロン酸、心室筋ミオシン軽鎖I、レムナント標記リポ蛋白コレステロール (RLP-C)	184点
44	アセトアミノフェン	185点
45	トリプシン	189点
46	Mac-2結合蛋白糖鎖修飾異常性体、マロンジアルデヒド修飾LDL (MDA-LDL)、オートタキシン	194点
47	ホスファオリパーゼA2 (PLA2)	204点
48	赤血球コロポロフィリン	210点
49	リポタンパク質リパーゼ (LPL)	223点
50	肝細胞増殖因子 (HGF)	227点
51	ビタミンB1	246点
52	ビタミンB2	249点
53	2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性	250点
54	赤血球プロトポルフィリン	272点
55	プロカルシトニン (PCT) 定量、プロカルシトニン (PCT) 半定量	292点
56	プレセプシン定量	301点
57	インフリキニンマブ定性	314点
58	1,25-ジヒドロキシビタミンD	388点
60	FGF23	788点
注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から8までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。		
イ 5項目以上7項目以下		
イイ 8項目又は9項目		
イイイ 10項目以上		
注 入院中の患者については算定した場合は、入院時初回加算として、初回に限り20点を所定点数に加算する。		
(生化学的検査II)		
D008 内分泌学的検査		
1	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定性	55点
2	11-ヒドロキシコルチコステロイド (11-OHCS)	60点
3	ホモバニリン酸 (HVA)	69点
4	バニルマンチル酸 (VMA)	90点
5	5-ヒドロキシインドール酢酸 (5-HIAA)	95点
6	プロラクチン (PRL)	98点
7	レニン活性	100点
8	トリヨードサイロニン (T3)	102点
9	甲状腺刺激ホルモン (TSH)、ガストリン	104点
10	インスリン (IRI)	106点
11	レニン定量	108点
12	サイロキシン (T4)	111点
13	成長ホルモン (GH)、卵巣刺激ホルモン (FSH)、C-ペプチド (CPR)、黄体形成ホルモン (LH)	111点
14	アルドステロン、テストステロン	125点
15	遊離サイロキシン (FT4)、遊離トリヨードサイロニン (FT3)、コルチゾール	127点
16	サイロキシン結合グロブリン (TBG)	130点
17	サイログロブリン	133点
18	抗グリア抗原性カルボキシル化抗体 (抗GAD抗体)	134点
19	脳性Na利尿ペプチド (BNP)、脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-ProBNP)、ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HC-g-β)	136点
20	カルシトニン	137点
21	ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量	138点
22	サイロキシン結合能 (TBC)、ヒト胎盤性ラクタージン (HPL)	140点
23	グルカゴン	150点
24	プロゲステロン	151点
25	I型コラーゲン交差N-テロペプチド (NTX)、酒石酸低抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b)	156点
26	低カルベシル化オステオカルシン (uOC)	158点
27	骨型アルカリホスファターゼ (BAP)、オステオカルシン (OC)	161点
28	遊離テストステロン、インタクトI型プロラゲリン-N-アロペプチド (Intact PRLN)	163点
29	低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 半定量	165点
30	I型コラーゲン交差C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX)、I型プロラゲリン-N-アロペプチド (PINP)	169点
31	コラチン、I型コラーゲン交差C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX)、副甲状腺ホルモン (PTH)、カチコールアミン分画	170点
32	デヒドロエピアンドロステロン硫酸塩合体 (DHEA-S)	174点
33	サイクリックAMP (cAMP)	175点
34	エストラジオール (E2)	177点

- 35 エストリオール (E3)、エストロゲン半定量、エストロゲン定量、副甲狀腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント (C-PTHrP) 180点
 36 テオキシンリジン (DPD) (尿) 191点
 37 副甲狀腺ホルモン関連蛋白 (PTHrP)、副腎皮質刺激ホルモン (ACTH)、カテコールアミン 194点
 38 17-ケトジェニックスステロイド (17-KGS) 200点
 39 エリスロポエチン 209点
 40 17-ケトステロイド分画 (17-KS分画)、17 α -ヒドロキシprogステロン (17 α -OHP)、抗IA-2抗体、プレグナジオール 213点
 41 メタネフリン 216点
 42 リマトメジンC 218点
 43 17-ケトジェニックスステロイド分画 (17-KGS分画) 220点
 44 メタネフリン・ノルメタネフリン分画 221点
 45 心臓性Na利尿ペプチド (ANP) 224点
 46 プレグナトリオール 237点
 47 抗利尿ホルモン (ADH) 235点
 48 ノルメタネフリン 250点
 49 インスリン様成長因子結合蛋白3型 (IGFBP-3) 280点
 50 遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画 320点
 注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の13から50までに掲げる検査を3項目以上行なった場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
 イ 3項目以上5項目以下 410点
 ロ 6項目又は7項目 623点
 ハ 8項目以上 900点
- D009 腫瘍マーカー
 1 尿中BTA 80点
 2 癌胎児性抗原 (CEA) 102点
 3 α -フェトプロテイン (AFP) 104点
 4 扁平上皮癌関連抗原 (SCC抗原) 107点
 5 組織ポリペプチド抗原 (TPA) 110点
 6 DUPAN-2、NCC-ST-439、CA15-3 118点
 7 エラスターゼ1 126点
 8 前立腺特異抗原 (PSA)、CA19-9 127点
 9 PIVKA-II半定量、PIVKA-II定量 139点
 10 CA125 144点
 11 CA72-4、SPan-1、シアリルTn抗原 (STN)、神経特異エノラーゼ (NSE) 146点
 12 核マトリックスプロテイン22 (NMP22) 定量 (尿)、核マトリックスプロテイン22 (NMP22) 定性 (尿) 147点
 13 シアリルLe^x-i抗原 (SLX) 148点
 14 癌嚙性フェトプロテイン (BFP) 150点
 15 遊離型PSA比 (PSA F/T比) 154点
 16 サイトケラチン8・18 (尿) 160点
 17 BCA225、サイトケラチン19フラグメント (シフラ) 162点
 18 抗p53抗体 163点
 19 シアリルLe^x抗原 (CSLEX) 164点
 20 I型コラーゲンC-テロペプチド (ICTP) 170点
 21 ガストリン放出ペプチド前駆体 (ProGRP) 175点
- 22 CA54/61、癌関連ガラクトース転移酵素 (GAT) 184点
 23 CA602、 α -フェトプロテインレクチン分画 (AFP-L3%) 190点
 24 γ -セミノプロテイン (γ -Sm) 194点
 25 ヒト精巣上体蛋白4 (HE4) 200点
 26 可溶性メソチリン関連ペプチド 220点
 27 癌胎児性抗原 (CEA) 定性 (乳頭分泌液)、癌胎児性抗原 (CEA) 半定量 (乳頭分泌液)^{6/6} 305点
 28 HER2蛋白 320点
 29 可溶性インタクトロイキン-2レセプター (sIL-2R) 438点
 注1 診察及び腫瘍マーカー以外の検査の結果から悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して、腫瘍マーカーの検査を行った場合に、1回に限り算定する。ただし、区分番号B001の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定している患者については算定しない。
 2 患者から1回に採取した血液等を用いて本区分の2から29までに掲げる検査を2項目以上行なった場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
 イ 2項目 230点
 ロ 3項目 290点
 ハ 4項目以上 408点
- D010 特殊分析
 1 糖分析 (尿) 38点
 2 結石分析 120点
 3 チロシン 200点
 4 アミノ酸
 イ 1種類につき 287点
 ロ 5種類以上 1,176点
 5 総分岐アミノ酸/チロシンモル比 (BTR) 288点
 6 アミノ酸定性 350点
 7 脂肪酸分画 417点
 8 先天性代謝異常常症検査
 イ 尿中有機酸分析 1,141点
 ロ 血中極長鎖脂肪酸 1,141点
 ハ タンデムマス分析 1,141点
 ニ その他 1,141点
 注1 イ、ロ及びハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た医療機関において行われる場合、患者1人につき月1回に限り算定する。
 2 ニについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た医療機関において、当該医療機関内で検査を行った場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。
- D011 免疫血液学的検査 (免疫学的検査)
 1 ABO血液型、Rh (D) 血液型 24点
 2 Coombs試験
 イ 直接 34点
 ロ 間接 47点
 3 Rh (その他の因子) 血液型 152点
 4 不規則抗体 159点
 注 第10部手術第7款の各区分に掲げる脾臓手術、同部第8款の各区分に掲げる心

・脈管手術、同部第9款の各区分に掲げる腹部手術又は同部第11款の各区分に掲げる性器手術のうち区分番号K98に掲げる帝王切開術等を行った場合に算定する。

- 5 ABO血液型関連運轉糖酵素活性 186点
- 6 血小板関連IgG (PA-IgG) 198点
- 7 ABO血液型型別 260点
- 8 抗血小板抗体 262点
- 9 血小板第4因子ヘパリン結合体抗体 (1gG抗体) 378点
- 10 血小板第4因子ヘパリン複合体抗体 (1gG、1gM及び1gA抗体) 390点

D012 感染症免疫学的検査

- 1 梅毒血清反応 (STS) 定性、抗ストレプトリジノ (ASO) 定性、抗ストレプトリジノ (ASO) 半定量、抗ストレプトリジノ (ASO) 定量 15点
- 2 トクソプラズマ抗体定性、トクソプラズマ抗体半定量 26点
- 3 抗ストレプトキナーゼ (ASK) 定性、抗ストレプトキナーゼ (ASK) 半定量 29点
- 4 梅毒トレポネーマ抗体定性、マイコプラズマ抗体定性、マイコプラズマ抗体半定量 32点
- 5 梅毒血清反応 (STS) 半定量、梅毒血清反応 (STS) 定量 34点
- 6 梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量 53点
- 7 アテウアルス抗原定性 (糞便)、迅速ウレアラゼ試験定性 60点
- 8 ロタウイルス抗原定性 (糞便)、ロタウイルス抗原定量 (糞便) 65点
- 9 ヘルピコバクター・ピロリ抗体定性・半定量、クラミジア・ニューモニエ1gG抗体 70点
- 10 クラミジア・ニューモニエ1gA抗体 75点
- 11 ウイルス抗体価 (定性・半定量・定量) (1項目当たり) 79点

注 同一抗体についてウイルス抗体価 (定性・半定量・定量) の測定を行った場合は、8項目を限度として算定する。

- 12 クロストリジウム・ディフィシル抗原定性、ヘリコバクター・ピロリ抗体、百日咳菌抗体定性、百日咳菌抗体半定量 80点
- 13 HTLV-I抗体定性、HTLV-I抗体半定量 85点
- 14 トクソプラズマ抗体 93点
- 15 トクソプラズマ1gM抗体 95点
- 16 HIV-1、2抗体定性、HIV-1、2抗体半定量、HIV-1、2抗原・抗体同時測定性 115点
- 17 抗髄鞘抗体定性、HIV-1抗体、抗髄鞘抗体定性 116点
- 18 HIV-1、2抗体定量、HIV-1、2抗原・抗体同時測定定量、A群β溶連菌迅速試験定性 127点
- 19 カンジタ抗原定性、カンジタ抗原半定量、カンジタ抗原定量 134点
- 20 ヘルペス・インフルエンザB型 (Hib) 抗原定性 (尿・髄液) 136点
- 21 RSウイルス抗原定性、梅毒トレポネーマ抗体 (FTA-ABS試験) 定性、梅毒トレポネーマ抗体 (FTA-ABS試験) 半定量 138点
- 22 インフルエンザウイルス抗原定性 139点
- 23 ヘルピコバクター・ピロリ抗原定性 142点
- 24 肺炎球菌抗原定性 (尿・髄液)、ヒトメタニューモウイルス抗原定性 146点
- 25 ノロウイルス抗原定性、インフルエンザ菌 (無莢膜型) 抗原定性、マイコプラズマ抗原定性 (免疫クロマト法) 150点
- 26 クラミジア・ニューモニエ1gM抗体 156点
- 27 D-アラビノール、クラミジア・トラコマチス抗原定性 160点

- 28 アスベルギルス抗原 161点
- 29 大腸菌O157抗原定性 165点
- 30 大腸菌O157抗体定性、HTLV-I抗体 168点
- 31 マイコプラズマ抗原定性 (FA法) 170点
- 32 クリプトコッカス抗原半定量、クリプトコッカス抗原定性 174点
- 33 大腸菌血清型別 175点
- 34 淋菌抗原定性、単純ヘルペスウイルス抗原定性 180点
- 35 アノウイルス抗原定性 (糞便を除く)、肺炎球菌細胞壁抗原定性 189点
- 36 肺炎球菌荚膜抗原定性 (尿・髄液) 189点
- 37 ブルセラ抗体定性、ブルセラ抗体半定量、グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体 200点

- 38 ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定量、(1-3)-β-D-グルカカン 207点
- 39 単純ヘルペスウイルス抗原定性 (角膜)、単純ヘルペスウイルス抗原定性 (性器) 210点
- 40 グロブリンクラス別ウイルス抗体価 (1項目当たり) 212点

注 同一抗体について、グロブリンクラス別ウイルス抗体価の測定を行った場合は、2項目を限度として算定する。

- 41 レジオネラ抗原定性 (尿) 217点
- 42 赤痢アメーバ抗体半定量 223点
- 43 デングウイルス抗原定性、デングウイルス抗原・抗体同時測定定性、水痘ウイルス抗原定性 (上皮細胞) 233点

注 デングウイルス抗原定性及びデングウイルス抗原・抗体同時測定定性については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において実施した場合に算定する。

- 44 エンドトキシン 243点
- 45 百日咳菌抗体 264点
- 46 HIV-1抗体 (ウエスタンブロット法) 280点
- 47 結核菌群抗原定性 291点
- 48 サイトメガロウイルスpp65抗原定性 377点
- 49 HIV-2抗体 (ウエスタンブロット法) 380点
- 50 HTLV-I抗体 (ウエスタンブロット法及びライソブロット法) 425点
- 51 HIV抗原 600点
- 52 抗トリコスポロン・アサヒ抗体 873点

D013 肝炎ウイルス関連検査

- 1 HBS抗原定性・半定量 29点
- 2 HBS抗体定性、HBS抗体半定量 32点
- 3 HBS抗原、HBS抗体 88点
- 4 HBe抗原、HBe抗体 104点
- 5 HCV抗体定性・定量、HCVコア蛋白 108点
- 6 HBC抗体半定量・定量 137点
- 7 HCVコア抗体 143点
- 8 HAI-1gM抗体、HAI抗体、HBC-1gM抗体 146点
- 9 HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性、HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量 160点
- 10 HE-1gA抗体定性 210点
- 11 HCV血清群別判定 227点
- 12 HBVコア関連抗原 (HBc rAg) 286点
- 13 テルタ肝炎ウイルス抗体 330点

- 14 HCV特異抗体価、HBVジェノタイプ判定 340点
 注 患者から1回に採取した血液を用いて本区分の3から14までに掲げる検査を3項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
- イ 3項目 290点
 ロ 4項目 360点
 ハ 5項目以上 438点
- D O 1 4 自己抗体検査
- 1 寒冷凝集反応 11点
 2 リウマトイド因子 (RF) 定量 30点
 3 抗サイロプロリン抗体半定量、抗甲状腺マイクロソーム抗体半定量 37点
 4 Donath-Landsteiner試験 55点
 5 抗核抗体 (蛍光抗体法) 定性、抗核抗体 (蛍光抗体法) 半定量、抗核抗体 (蛍光抗体法) 定量 105点
 6 抗核抗体 (蛍光抗体法を除く。)、抗インスリン抗体 110点
 7 マトリックスマスマタロプロテイナーゼ-3 (MMP-3) 116点
 8 抗ガラクトース欠損 I g G抗体定性、抗ガラクトース欠損 I g G抗体定量 117点
 9 抗Jo-1抗体定性、抗Jo-1抗体半定量、抗Jo-1抗体定量 140点
 10 抗サイロプロリン抗体、抗RNP抗体定性、抗RNP抗体半定量、抗RNP抗体定量 144点
 11 抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体 146点
 12 抗Sm抗体定性、抗Sm抗体半定量、抗Sm抗体定量 151点
 13 C₃q結合免疫複合体 157点
 14 抗SS-B/La抗体定性、抗SS-B/La抗体半定量、抗SS-B/La抗体定量、抗Scl-70抗体定性、抗Scl-70抗体半定量、抗Scl-70抗体定量 161点
 15 抗SS-A/Ro抗体定性、抗SS-A/Ro抗体半定量、抗SS-A/Ro抗体定量 163点
 16 抗DNA抗体定量、抗DNA抗体定性 168点
 17 抗RNAポリメラーゼⅡ抗体 179点
 18 抗セントロメア抗体定量、抗セントロメア抗体定性 186点
 19 抗ミトコンドリア抗体定性、抗ミトコンドリア抗体半定量 190点
 20 抗ARS抗体 194点
 21 モノクローナルRF結合免疫複合体、抗ミトコンドリア抗体定量 203点
 22 I g G型リウマトイド因子 204点
 23 抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量 221点
 24 抗LKM-1抗体 223点
 25 抗カルジオリビンβ₂グリンコプロテインI複合体抗体 226点
 26 抗TSHレセプター抗体 (TRAb) 232点
 27 抗カルジオリビン抗体 239点
 28 I g G₄ (T I A法によるもの) 265点
 29 抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体 (MPO-ANCA) 267点
 30 抗好中球細胞質プロテイナーゼ3抗体 (PR3-ANCA) 270点
 31 抗アヌモグレイン3抗体、抗BP180-NC16a抗体、抗糸球体基底膜抗体 (抗GBM抗体) 281点
 32 抗MDA5抗体、抗TIF1-γ抗体、抗Mi-2抗体 290点
 33 ルーペスアンチコアグulant定量、ルーペスアンチコアグulant定性 281点
 34 抗好中球細胞質抗体 (ANCA) 定性 290点
 35 抗アヌモグレイン1抗体 300点

D O 1 5 血清蛋白免疫学的検査

- 1 C反応性蛋白 (CRP) 定性、C反応性蛋白 (CRP) 定量 16点
 2 赤血球プロポロポリン定性、グルコース-6-ホスファターゼ (G-6-Pase) 30点
 3 グルコース-6-γ-リン酸デヒドロゲナーゼ (G-6-PD) 定性、赤血球プロポリン定性 34点
 4 血清補体価 (CH₅₀)、免疫グロブリン 38点
 5 クリオプロリン定性、クリオグロブリン定量 42点
 6 血清アミロイドA蛋白 (SAA) 47点
 7 トランスフェリン (Tf) 60点
 8 C₃、C₄ 70点
 9 セルロプラスミン 90点
 10 非特異的I g E半定量、非特異的I g E定量 100点
 11 β₂-マイクログロブリン 104点
 12 トランスサイレチン (プレアルブミン) 107点
 13 特異的I g E半定量・定量 110点
- 注 特異的I g E半定量・定量検査は、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定する。ただし、患者から1回に採取した血液を用いて検査を行った場合は、1,430点を限度として算定する。
- 14 レチノール結合蛋白 (RBP)、α₁-マイクログロブリン、ハプトグロビン (型補正を含む) 136点
 15 C₃プロアクチベート 160点
 16 免疫電気泳動法 (抗ヒト血清) 170点
 17 ヘモペキニン 180点
 18 TARC 184点
 19 APRスコア定性 191点
 20 アトピー鑑別試験定性 194点
 21 Bence Jones 蛋白同定 (尿) 201点
 22 総胎児性フィブリンゲノチン定性 (頸管腔分泌液) 204点
 23 免疫電気泳動法 (特異血清) 224点
 24 C₁-インヒビター 268点
 25 免疫グロブリンL鎖κ/λ比 330点
 26 免疫グロブリン遊離L鎖κ/λ比 388点

- 27 結核菌特異的インターフェロニン γ 産生能 612点
- D 0 1 6 細胞機能検査
- 1 B細胞表面免疫グロブリン 157点
 - 2 T細胞サブセット検査 (一連につき) 190点
 - 3 T細胞・B細胞百分率 198点
 - 4 顆粒球機能検査 (種目数にかかわらず一連につき) 200点
 - 5 顆粒球スクリーニング検査 (種目数にかかわらず一連につき) 220点
 - 6 赤血球・好中球表面抗原検査 320点
 - 7 リンパ球刺激試験 (LST)
 - 1 薬剤 345点
 - 2 薬剤 425点
 - 3 薬剤以上 515点
- (微生物学的検査)
- D 0 1 7 排泄物、分泌物又は分泌物の細菌顕微鏡検査
- 1 蛍光顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの 50点
- 注 集菌塗抹法を行った場合には、集菌塗抹法加算として、32点を所定点数に加算する。
- 2 保温装置使用アメハ検査 45点
 - 3 その他のもの 61点
- 注 同一検体について当該検査と区分番号D 0 0 2に掲げる尿沈渣 (顕検査) 又は区分番号D 0 0 2-2に掲げる尿沈渣 (フローサイトメトリー法) を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。
- D 0 1 8 細菌培養同定検査
- 1 口腔、気道又は呼吸器からの検体 160点
 - 2 消化管からの検体 180点
 - 3 血液又は穿刺液 215点
 - 4 泌尿器又は生殖器からの検体 170点
 - 5 その他の部位からの検体 160点
 - 6 簡易培養 60点
- 注 1 1から6までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、嫌気性培養加算として、112点を所定点数に加算する。
- 2 入院中の患者に対して、質量分析装置を用いて細菌の同定を行った場合は、質量分析装置加算として、40点を所定点数に加算する。
- D 0 1 9 細菌薬剤感受性検査
- 1 1菌種 170点
 - 2 2菌種 220点
 - 3 3菌種以上 280点
 - 4 薬剤耐性菌検出 50点
 - 5 抗菌薬併用効果スクリーニング 150点
- D 0 1 9-2 酵母培養菌薬剤感受性検査 150点
- D 0 2 0 抗酸菌分離培養検査
- 1 抗酸菌分離培養 (液体培地法) 280点
 - 2 抗酸菌分離培養 (それ以外のもの) 204点
- D 0 2 1 抗酸菌同定 (種目数にかかわらず一連につき) 360点
- D 0 2 2 抗酸菌薬剤感受性検査 (培地数に關係なく)
- 注 4薬剤以上使用した場合に限り算定する。
- D 0 2 3 微生物検査同定・定量検査
- 1 細菌核酸検出 (白血球) (1菌種あたり) 130点
 - 2 クラミジア・トラコマチス核酸検出 198点
- 3 淋菌核酸検出 204点
- 4 HBV核酸定量 271点
- 5 淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出 278点
- 6 レジオネラ核酸検出 292点
- 7 マイコプラズマ核酸検出 300点
- 8 EBウイルス核酸定量 310点
- 9 HCV核酸検出、HPV核酸検出 350点
- 注 HPV核酸検出については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医務機関において、細胞診によりペセスタ分類がASC-USと判定された患者又は過去に区分番号K 8 6 7-1に掲げる子宮頸部切除術 (陰部切開術を含む。) 若しくは区分番号K 8 6 7-3に掲げる子宮頸部切除術 (陰部切開術を含む。) 若しくは区分番号K 8 6 7-4に掲げる子宮頸部形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定する。
- 10 HPV核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定)、百日咳菌核酸検出 360点
- 注 HPV核酸検出 (簡易ジェノタイプ判定) については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医務機関において、細胞診によりペセスタ分類がASC-USと判定された患者又は過去に区分番号K 8 6 7-1に掲げる子宮頸部切除術 (陰部切開術) 又は過去に区分番号K 8 6 7-3に掲げる子宮頸部切除術 (陰部切開術) 又は過去に区分番号K 8 6 7-4に掲げる子宮頸部形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定する。
- 11 インフルエンザ核酸検出、抗酸菌核酸同定、結核菌群核酸検出 410点
- 12 マイコバクテリウム・アピヒメントラセルラー (MAC) 核酸検出 421点
- 13 HCV核酸定量 487点
- 14 HBV核酸コア抗原及びコアプロモーター変異検出、ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出、SARSコロナウイルス核酸検出、HTLV-1核酸検出、単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量 450点
- 15 HIV-1核酸定量 520点
- 注 検体の超過ひよる濃縮前処理を加えて行った場合は、濃縮前処理加算として、130点を所定点数に加算する。
- 16 結核菌群リファインセンシティブ遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出、サイトメガロウイルス核酸検出 850点
- 17 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出 963点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医務機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定する。
- 18 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出 1,700点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医務機関において実施した場合に算定する。
- 19 HPVジェノタイプ判定 2,000点
- 20 HIVジェノタイプ薬剤耐性 6,000点
- 注 6、7、10 (百日咳菌核酸検出に限る。) 又は11 (結核菌群核酸検出に限る。) に掲げる検査の場集については、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合は、迅速微生物検査同定・定量検査加算として、100点を所定点数に加算する。
- その他の微生物学的検査
- D 0 2 3-2 1 黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2' (PBP2') 定性 55点

- 2 尿素呼吸試験 (UBT) 70点
- 3 大腸菌ベロトキシン定性 194点
- 4 クロストリジオイデス・デフィアジシのトキシゲンB遺伝子検出 450点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において実施した場合に算定する。

D024 動物使用検査 170点

- 注 使用した動物の費用として動物の購入価格を10円で除いて得た点数を加算する。

D025 基本的検査実施料 (1日につき) 140点

- 1 入院の日から起算して4週間以内の期間 110点
- 2 入院の日から起算して4週間を超えた期間
- 注 1 特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行った検査について算定する。

2 次に掲げる検査の費用は所定点数に含まれるものとする。

- イ 原中一般物質定性半定量検査
- ロ 原中特殊物質定性定量検査
- ハ 尿沈渣 (鏡検法)
- ニ 糞便検査 (カルプロテクチン (糞便) を除く。)

ホ 穿刺液・採取液検査

- ヘ 血液形態・機能検査
- ト 出血・凝固検査
- チ 造血器腫瘍遺伝子検査
- リ 血液化学検査
- ス 免疫血液学的検査
- ル 感染症免疫学的検査

梅毒血清反応 (STS) 定性、抗ストレプトトリジンO (ASO) 定性、抗ストレプトリジンO (ASO) 半定量、抗ストレプトリジンO (ASO) 定量、トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、梅毒血清反応 (STS) 半定量、梅毒血清反応 (STS) 定量、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量及びHIV-1抗体

肝炎ウイルス関連検査

- HBs抗原定性・半定量、HBs抗体定性、HBs抗体半定量、HBs抗原
- 、HBs抗体、HCV抗体定性・定量、HCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性及びHCV構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量

ウ 自己抗体検査

- 寒熱凝集反応及びリウマトイド因子 (RF) 定量

カ 血液免疫学的検査

- C反応性蛋白 (CRP) 定性、C反応性蛋白 (CRP) 定量、血清補体価 (CH50) 及び免疫グロブリン

ク 微生物学的検査

3 療養病棟、結核病棟又は精神科棟に入院している患者及び第1章第2節第2節に規定するHIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する特定入院料を算定している患者については適用しない。

第2款 検査検査判断料

区分 D026 検査検査判断料 34点

- 1 尿・糞便等検査判断料

- 2 遺伝子関連・染色体検査判断料 100点
- 3 血液学的検査判断料 125点
- 4 生化学的検査判断料 144点
- 5 生化学的検査判断料 144点
- 6 免疫学的検査判断料 144点
- 7 微生物学的検査判断料 150点

注 1 検査検査判断料は該当する検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月1回に限り算定するものとする。ただし、区分番号D027に掲げる基本的検査検査判断料を算定する患者については、尿・糞便等検査判断料、遺伝子関連・染色体検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。

2 注1の規定にかかわらず、区分番号D000に掲げる原中一般物質定性半定量検査の所定点数を算定した場合は、当該検査については尿・糞便等検査判断料は算定しない。

3 区分番号D004-2の1、区分番号D006-2からD006-9まで及び区分番号D006-11からD006-20までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。

4 検査検査管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において検査を行った場合は、当該基準に係る区分に依り、患者 (検査検査管理加算Ⅰ、検査検査管理加算Ⅱ及び検査検査管理加算Ⅲ) については入院中の患者に限る。) 1人につき月1回に限り、次に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、いずれかの検査検査管理加算を算定した場合には、同一月において他の検査検査管理加算は、算定しない。

イ 検査検査管理加算Ⅰ) 40点

ロ 検査検査管理加算Ⅱ) 100点

ハ 検査検査管理加算Ⅲ) 300点

ニ 検査検査管理加算Ⅳ) 500点

5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、検査検査管理加算Ⅰ、検査検査管理加算Ⅱ又は検査検査管理加算Ⅲを算定した場合は、国際標準検査管理加算として、40点を所定点数に加算する。

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号D006-4に掲げる遺伝学的検査、区分番号D006-20に掲げる角膜シストロフィー遺伝子検査又は遺伝性腫瘍に関する検査 (区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイル検査を除く。) を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝性腫瘍カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。

7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号D006-19に掲げるがんゲノムプロファイル検査を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリングを行った場合には、遺伝性腫瘍カウンセリング加算として、患者1人につき月1回に限り、1,000点を所定点数に加算する。

8 区分番号D005の14に掲げる骨髄検査を行った場合に、血液検査に関する専門知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、骨髄検査加算として、240点を所定点数に加算する。

9 区分番号D015の16に掲げる免疫電気泳動法 (抗ヒト全血清) 又は23に掲げ

る免疫電気泳動法（特異抗原血清）を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、免疫電気泳動法診療加算として、50点を所定点数に加算する。

D027 基本的抗体検査判断料

注1 特定機能病院である保険医療機関において、尿、糞便等検査、血液学的検査、生化学的検査¹⁾、免疫学的検査又は微生物学的検査の各項に掲げる抗体検査を入院中の患者に対して行った場合に、当該抗体検査の種類又は回数にかかわらず1回に限って算定できるものとする。

注2 区分番号D026に掲げる抗体検査判断料の注4本文及び注5に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、抗体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者1人につき月1回に限って、同注に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、同注に掲げる点数のうちいずれかの点数を算定した場合には、同一月において同注に掲げる他の点数は、算定しない。

第2節 削除
第3節 生体検査料

通則

1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の100分の100又は100分の70に相当する点数を加算する。

- イ 呼吸機能検査等判断料
- ロ 心臓カテーター法による諸検査
- ハ 心電図検査の注1に掲げるもの
- ニ 負荷心電図検査の注1に掲げるもの
- ホ 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオ

タコスコープ

ト 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定
チ 深部体温計による深部体温測定
リ 前腕部、胸部、手掌部又は足底部体表温度測定による末梢循環不全状態観察
又 脳波検査判断料

- ラ 神経・筋検査判断料
- ワ ラジオアイソトープ検査判断料

カ 内視鏡検査の通則第3号に掲げるもの
キ 超音波内視鏡検査を実施した場合は加算
ク 肺臓カテーター法、肝臓カテーター法、膀胱カテーター法

2 3歳以上6歳未満の乳幼児に対して区分番号D200からD242までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）、区分番号D306に掲げる食道ファイバースコープ、区分番号D308に掲げる胃・十二指腸ファイバースコープ、区分番号D310に掲げる小腸内視鏡検査、区分番号D312に掲げる直腸ファイバースコープ、区分番号D313に掲げる大腸内視鏡検査、区分番号D317に掲げる膀胱尿道ファイバースコープ又は区分番号D325に掲げる肺臓カテーター法、肝臓カテーター法、膀胱カテーター法を行った場合は、幼児加算として、各区分に掲げる所定点数に所定点数の100分の40に相当する点数を加算する。

- イ 呼吸機能検査等判断料
- ロ 心臓カテーター法による諸検査
- ハ 心電図検査の注1に掲げるもの

ニ 負荷心電図検査の注1に掲げるもの
ホ 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオ

タコスコープ

ト 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定
チ 経皮的酸素ガス分圧測定
リ 深部体温計による深部体温測定
又 脳波検査判断料
ワ 神経・筋検査判断料

区分

(呼吸循環機能検査等)

通則

1 区分番号D200からD204までに掲げる呼吸機能検査等については、各所定点数及び区分番号D205に掲げる呼吸機能検査等判断料の所定点数を合算した点数により算定し、区分番号D206からD214-8までに掲げる呼吸循環機能検査等については、特に規定する場合を除き、同一の患者につき同一月において同一検査を2回以上実施した場合における2回目以降の当該検査の費用は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。
2 使用したガス料の費用として、購入価格を10円で除して得た点数を所定点数に加算する。

D200 スパイログラフイー等検査

- 1 肺気量測定(安静換気量測定及び最大換気量測定を含む。)
- 2 フローボリュームカムグラフ(強制呼出曲線を含む。)
- 3 機能的残気量測定
- 4 呼吸ガス分析
- 5 左右別肺機能検査

D201 換気力学的検査

- 1 呼吸抵抗測定
イ 広域両液オシレーション法を用いた場合 150点
ロ その他の場合 60点
- 2 コンプライアンス測定、気道抵抗測定、肺粘性抵抗測定、1回呼吸法による吸気 135点

D202 肺内ガス分布

- 1 指標ガス洗い出し検査 135点
- 2 クロージングボリューム測定 135点

D203 肺臓機能検査

- 1 肺拡散能力検査 180点
- 2 死腔量測定、肺内シャント検査 135点

D204 基礎代謝測定

D205 呼吸機能検査等判断料

注 呼吸機能検査等の種類又は回数にかかわらず、月1回に限って算定するものとする

D206 心臓カテーター法による諸検査(一連の検査について)

- 1 右心カテーター 3,600点
 - 2 左心カテーター 4,000点
- 注1 新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に於いて当該検査を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、1については10,800点又は3,600点を、2については12,000点又は4,000点を、それぞれ所定点数に加算する。
- 注2 当該検査に当たって、閉孔又は欠損孔を通しての左心カテーター検査、経中隔左心カテーター検査(プロックアップ)、伝導機能検査、ヒス束心電図、診断ベロシタジ、期外(早期)刺激法による測定・誘発試験、冠動脈造影薬物負荷試験又は冠動脈造影を行った場合は、閉孔孔、欠損孔加算、プロックアップロー加

- 算、伝導機能検査加算、ヒス束心電図加算、診断ベーンニング加算、期外刺激法加算、冠動脈造影加算又は冠動脈造影加算として、それぞれ800点、2,000点、400点、400点、800点、800点又は1,400点を加算する。
- 3 血管内超音波検査又は血管内光断層撮影を実施した場合、血管内超音波検査加算又は血管内光断層撮影加算として、400点を所定点数に加算する。
- 4 冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、冠動脈血流予備能測定検査加算として、600点を所定点数に加算する。
- 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、血管内視鏡検査を実施した場合は、血管内視鏡検査加算として、400点を所定点数に加算する。
- 6 同一月に血管内超音波検査、血管内光断層撮影、冠動脈血流予備能測定検査及び血管内視鏡検査のうち、2以上の検査を行った場合には、主たる検査の点数を算定する。
- 7 カテーテルの種類、挿入回数によらず一連として算定し、諸監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、肺血流量測定、透視、造影剤注入手技、造影剤用撮影及びエックス線診断の費用は、全て所定点数に含まれるものとする。
- 8 エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号E400に掲げるフィルムの所定点数により算定する。
- 9 心腔内超音波検査を実施した場合は、心腔内超音波検査加算として、400点を所定点数に加算する。

D207 体液量等測定

- 1 体液量測定、細胞外液量測定 60点
- 2 血流速度測定、皮膚灌流測定、皮弁血流検査、循環血流量測定（色素希釈法によるもの）、電子線変式赤消色シンジケーター使用皮膚表面温度測定 100点
- 3 心拍出量測定、循環時間測定、循環血流量測定（色素希釈法以外によるもの）、脳循環測定（色素希釈法によるもの） 150点
- 注1 心拍出量測定に際してカテーテルを挿入した場合は、心拍出量測定加算として、開始日に限り1,300点を所定点数に加算する。この場合において、挿入に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
- 2 カテーテルの交換の有無にかかわらず一連として算定する。
- 4 血管内反電位検査（一連につき） 200点
- 5 脳循環測定（実気法によるもの） 1,350点

D208 心電図検査

- 1 四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導 130点
- 2 ベクトル心電図、体表ヒス束心電図 150点
- 3 携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査 200点
- 4 加算平均心電図による心室遅延電位測定 90点
- 5 その他（6誘導以上） 90点
- 注 当該保険医療機関以外の医療機関で描写した心電図について診断を行った場合は、1回につき70点とする。

D209 負荷心電図検査

- 1 四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導 380点
- 2 その他（6誘導以上） 190点
- 注1 当該保険医療機関以外の医療機関で描写した負荷心電図について診断を行った場合は、1回につき70点とする。
- 2 区分番号D208に掲げる心電図検査であって、同一の患者につき、負荷心電図検査と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

D210 ホルター型心電図検査

- 1 30分又はその増数を増すごとに 90点

- 2 8時間を越えた場合 1,750点
- 注 解析に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。
- D210-2 体表面心電図、心外膜興奮伝播図 1,500点
- D210-3 補大型心電図検査 90点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 2 30分又はその増数を増すごとに算定する。
- 3 解析に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。
- D210-4 T波オルタナンス検査 1,100点
- D211 トレッドミルによる負荷心機能検査、サイクルエルゴメーターによる心機能検査 1,600点

- 注1 負荷の回数又は種類にかかわらず所定点数により算定する。
- 2 区分番号D200に掲げるスパイログラフィー等検査又は区分番号D208に掲げる心電図検査であって、同一の患者につき当該検査と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 3 運動療法における運動処方作成、心・肺疾患の病態や重症度の判定、治療方針の決定又は治療効果の判定を目的として連続呼吸ガス分析を行った場合には、連続呼吸ガス分析加算として、520点を所定点数に加算する。

- D211-2 喘息運動負荷試験 800点
- 注 喘息の気道反応性の評価、治療方針の決定等を目的として行った場合に算定する。

D211-3 時間内歩行試験 200点

- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 2 区分番号D200に掲げるスパイログラフィー等検査及び区分番号D220からD223-2までに掲げる諸監視であって、時間内歩行試験と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

- D211-4 シャトルウォーカーキータテスト 200点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 2 区分番号D200に掲げるスパイログラフィー等検査及び区分番号D220からD223-2までに掲げる諸監視であって、シャトルウォーカーキータテストと同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

- D212 リアルタイム解析型心電図 600点
- D212-2 携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査 500点
- D213 心音図検査 150点
- D214 脈波図、心機図、心機図、ポリグラフ検査

- 1 1検査 60点
- 2 2検査 80点
- 3 3又は4検査 130点
- 4 5又は6検査 180点
- 5 7検査以上 220点
- 6 血管伸展性検査 100点
- 注1 検査項目を行った場合でも同時に記録を行った最高検査数により算定する。
- 2 脈波図、心機図又はポリグラフ検査の一部として記録した心電図は、検査数に数えない。
- 3 検査の準備ごとに1から6までに掲げる所定点数を算定する。

- D214-2 エレクトロキモグラフ 280点
- (超音波検査等)

通則

区分番号D215(3のニの場合を除く。)及びD216に掲げる超音波検査等について、同一患者につき同一月に同一検査を2回以上実施した場合には、2回目以降の当該検査の費用は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

D215 超音波検査(記録に要する費用を含む。)

- 1 Aモード法 150点
- 2 断層撮影法(心臓超音波検査を除く。) 450点
- イ 訪問診療時に行った場合 400点
- 注 訪問診療時に行った場合は、月1回に限り算定する。
- ロ その他の場合

- (1) 胸腹部 530点
- (2) 下肢血管 450点
- (3) その他(頭頸部、四肢、体表、末梢血管等) 350点

3 心臓超音波検査

- イ 経胸壁心エコー法 880点
- ロ Mモード法 500点
- ハ 経食道心エコー法 1,500点

ニ 胎児心エコー法 300点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た医療機関において行われる場合に、月1回に限り算定する。

2 当該検査に伴って診断を行った場合は、胎児心エコー法診断加算として、1,000点を所定点数に加算する。

ホ 負荷心エコー法 2,010点

4 ドブラ法(1日につき)

- イ 胎児心音観察、末梢血管血行動態検査 20点
- ロ 脳動脈血流速度連続測定 150点
- ハ 脳動脈血流速度マッピング法 400点

5 血管内超音波法 4,290点

注1 2又は3について、造影剤を使用した場合は、造影剤使用加算として、180点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料(区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔に係るものを除く。)は、加算点数に含まれるものとする。

2 2について、バルスドブラ法を行った場合は、バルスドブラ法加算として、150点を所定点数に加算する。

3 心臓超音波検査に伴って同時に記録した心電図、心音図、脈波図及び心輪図の検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。

4 トブラ法について、ロ及びハを併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

5 血管内超音波法について、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルシウムコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープ、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。

6 血管内超音波法と同一月に行った血管内視鏡検査は所定点数に含まれるものとする。

7 4のロについて、微小栓子シグナル(HITS/MES)の検出を行った場合は、微小栓子シグナル加算として、150点を所定点数に加算する。

D215-2 肝硬度測定 200点

D215-3 超音波エラストグラフィ 200点

注 区分番号D215-2に掲げる肝硬度測定を算定する患者については、当該検査の費用は別に算定しない。

D216 サーマグラフィ検査(記録に要する費用を含む。) 200点

注 負荷検査を行った場合は、負荷検査加算として、負荷の種類又は回数にかかわらず100点を所定点数に加算する。

D216-2 尿測定検査

- 1 超音波検査によるもの 55点
- 2 導尿によるもの 45点

注 尿測定検査は、患者1人につき月2回に限り算定する。

D217 骨密度検査

- 1 DEXA法による腰椎撮影 360点
- 注 同一日にDEXA法により大腿骨撮影を行った場合には、大腿骨同時撮影加算として、90点を所定点数に加算する。
- 2 MD法、SAXA法等 140点
- 3 超音波法 80点

注 検査の種類にかかわらず、患者1人につき4月に1回に限り算定する。(監視装置による検査)

D218 分娩監視装置による検査

- 1 1時間以内の場合 510点
- 2 1時間を超え、1時間30分以内の場合 700点
- 3 1時間30分を超えた場合 890点

D219 ノンストレステスト(一連につき) 210点

D220 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープ

- 1 1時間以内又は1時間につき 50点
- 2 3時間を超えた場合(1日につき) 150点
- イ 7日以内の場合 130点
- ロ 7日を超え14日以内の場合 50点
- ハ 14日を超えた場合

注1 心電図線及び心拍数のいずれも観察した場合に算定する。

2 呼吸曲線を同時に観察した場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。

3 人工呼吸と同時に呼吸心拍監視の費用は、人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。

4 同一の患者につき、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔と同一日に行われた場合における当該検査の費用は、当該麻酔の費用に含まれる。

D221 閉経 620点

D221-2 筋肉コンパートメント内圧測定

注 筋肉コンパートメント内圧測定は骨折、外傷性の筋肉内出血、長時間の圧迫又は動脈損傷等により、臨床的に疼痛、皮膚蒼白、脈拍消失、感覚麻痺及び麻痺を認め、急性のコムパートメント症候群が疑われる患者に対して、同一部位の診断を行う場合に、測定回数にかかわらず1回のみ算定する。

D222 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定

- 1 1時間以内又は1時間につき 100点
- 2 5時間を超えた場合(1日につき) 630点

D222-2 経皮的酸素ガス分圧測定(1日につき) 100点

D223 経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日につき) 30点

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

- D 2 2 3 1-2 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定（一連につき） 100点
- D 2 2 4 終末呼吸筋力測定（1日につき） 100点
- D 2 2 5 観血的動脈圧測定（カテーテルの挿入に要する費用及びエックス線透視の費用を含む。）
- 1 130点
- 2 260点
- 注 カテーテルの交換の有無にかかわらず一連として算定する。
- D 2 2 5-1 非観血的連続血圧測定（1日につき） 100点
- 注 人工呼吸と同時に非観血的連続血圧測定は、人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。
- D 2 2 5-2 24時間自由行動下血圧測定 200点
- D 2 2 5-3 24時間を超えた場合（1日につき） 1,030点
- D 2 2 5-4 ヘッドアップティルト試験 1,030点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- D 2 2 6 中心静脈圧測定（1日につき） 120点
- 1 4回以下の場合 240点
- 2 5回以上の場合
- 注 カテーテルの交換の有無にかかわらず一連として算定する。
- D 2 2 7 頭蓋内圧持続測定 200点
- 1 1時間以内又は1時間につき 800点
- 2 3時間を超えた場合（1日につき） 100点
- D 2 2 8 深部体温計による深部体温測定（1日につき）^{1,3} 100点
- D 2 2 9 前額部、胸部、手掌部又は足底部体表温度測定による末梢循環不全状態観察（1日につき） 100点
- D 2 3 0 観血的肺動脈圧測定 180点
- 1 1時間以内又は1時間につき 570点
- 2 2時間を超えた場合（1日につき）
- 注 1 バルーン付肺動脈カテーテルを挿入した場合は、バルーン付肺動脈カテーテル挿入加算として、開始日に限り1,300点を所定点数に加算する。この場合において、挿入に伴う画像診断及び造影の費用は算定しない。
- 2 カテーテルの交換の有無にかかわらず一連として算定する。
- D 2 3 1 人工臓臓検査（一連につき） 5,000点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。
- D 2 3 1-1 皮下連続式グルコース測定（一連につき） 700点
- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 2 注1に規定する届出を行った診療所において行われる場合は、6月に2回に限り算定する。
- D 2 3 2 食道内圧測定検査 780点
- D 2 3 3 直腸肛門機能検査 800点
- 1 1項目を行った場合 1,200点
- 2 2項目以上行った場合
- 注 直腸肛門機能検査は、患者1人につき1月に1回に限り算定する。
- D 2 3 4 胃・食道内24時間pH測定（脳波検査等） 2,000点
- 通則
- 区分番号D 2 3 5からD 2 3 7-2までに掲げる脳波検査等については、各所定点数及び区分番号D 2 3 8に掲げる脳波検査判断料の所定点数を合算した点数により算定する。
- D 2 3 5 脳波検査（過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。） 720点
- 注 1 検査に当たって睡眠法検査又は薬物法検査を行った場合は、眠法検査加算として、これらの検査の別にかかわらず250点を所定点数に加算する。
- 2 当該保険医療機関以外の医療機関で描写した脳波について診断を行った場合は、1回につき70点とする。
- D 2 3 5-1 長期連続頭蓋内脳波検査（1日につき） 500点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出をした保険医療機関において、長期連続頭蓋内脳波検査を実施した場合に算定する。
- D 2 3 5-2 長期連続頭蓋内脳波検査（1日につき） 3,500点
- 1 長期脳波ビデオ同時記録検査 1 900点
- 2 長期脳波ビデオ同時記録検査 2
- 注 1 については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。
- D 2 3 6 脳誘発電位検査（脳波検査を含む。）
- 1 体性感覚誘発電位 880点
- 2 聴覚誘発電位 850点
- 3 聴性誘発反応検査、脳誘発反応検査、中間潜時反応誘発検査 880点
- 注 2種類以上行った場合は、主たるもののみ算定する。
- 4 聴性定常反応 1,010点
- D 2 3 6-1 光トポグラフィ 670点
- 1 脳外科手術の前検査に使用するもの
- 2 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの
- イ 地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合 400点
- ロ イ以外の場合 200点
- 注 1 2について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
- D 2 3 6-2 脳磁図
- 1 自発活動を測定するもの 17,100点
- 2 その他のもの 5,100点
- 注 1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、てんかんの診断を目的として行われる場合に限り算定する。
- 2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィ
- 1 携帯用装置を使用した場合 720点
- 2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合 250点
- 3 1及び2以外の場合
- イ 安全精度管理下で行うもの 4,780点
- ロ その他のもの 3,570点
- 注 3のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- D 2 3 7-2 反復睡眠時試験（MSLT） 5,000点

D 2 3 8	脳波検査判断料	350点
	1 脳波検査判断料 1	180点
	2 脳波検査判断料 2	180点
	注 1 脳波検査等の種類又は回数にかかわらず1回に限り算定するものとする。	
	2 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして行われる検査の場合に算定する。	
	3 遠隔脳波診断を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届け出た保険医療機関で行われた場合に限り算定する。この場合においては、受信側の保険医療機関が脳波検査判断料1の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において常勤の医師が脳波診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合、脳波検査判断料1を算定することができる。	
	(神経・筋検査)	
通則		
	区分番号D 2 3 9からD 2 4 0までに掲げる神経・筋検査については、各所定点数及び区分番号D 2 4 1に掲げる神経・筋検査判断料の所定点数を合算した点数により算定する。	
D 2 3 9	筋電図検査	320点
	1 筋電図(1筋につき(針電極にあつては1筋につき))	200点
	2 筋失筋電図(神経伝導速度測定を含む。)(1神経につき)	800点
	3 中樞神経電気刺激による誘発筋電図(一連につき)	1,500点
	4 中線維筋電図(一連につき)	
	注 1 2については、2神経以上に対して行う場合には、複数神経加算として、1神経を増すことに150点を所定点数に加算する。ただし、加算点数は1,050点を超えないものとする。	
	2 3については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。	
	3 4については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	
D 2 3 9-2	電流知覚閾値測定(一連につき)	200点
D 2 3 9-3	神経学的検査	500点
	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。	
D 2 3 9-4	全身温熱発汗試験	600点
D 2 3 9-5	精密知覚機能検査	280点
D 2 4 0	神経・筋筋力テスト	
	1 テンションテスト(ワゴスチガミン眼筋力テストを含む。)	130点
	2 唾孔薬物荷重テスト	130点
	3 乏血運動負荷テスト(乳嚙測定等を含む。)	200点
D 2 4 1	神経・筋検査判断料	180点
	注 神経・筋検査等の種類又は回数にかかわらず1回に限り算定するものとする。	
D 2 4 2	尿水力学検査	
	1 膀胱内圧測定	260点
	2 尿道圧測定	260点
	3 尿流測定	205点
	4 括約筋筋電図	310点
	(耳鼻咽喉科学的検査)	
D 2 4 3	削除	
D 2 4 4	自覚的聴力検査	
	1 標準純音聴力検査、自記オーディオメーターによる聴力検査	350点
	2 標準語音聴力検査、ことばのきとり検査	350点
	3 簡易聴力検査	
	イ 気導純音聴力検査	110点
	ロ その他(種目数にかかわらず一連につき)	40点
	4 後送路機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	400点
	5 内耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)、耳鳴検査(種目数にかかわらず一連につき)	400点
	6 中耳機能検査(種目数にかかわらず一連につき)	150点
D 2 4 4-2	補聴器適合検査	
	1 1回目	1,300点
	2 2回目以降	700点
	注 補聴器適合検査は、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届出をした保険医療機関において、患者1人につき月2回に限り算定する。	
D 2 4 5	鼻腔通気度検査	300点
D 2 4 6	アコースティックオトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査	100点
D 2 4 7	他覚的聴力検査又は行動聴察による聴力検査	
	1 鼓膜音響インピーダンス検査	290点
	2 チンパノメトリー	340点
	3 耳小骨筋反射検査	450点
	4 遊感聴力検査	500点
	5 耳音響放射(OAE)検査	
	イ 自発耳音響放射(SOAE)	100点
	ロ その他の場合	300点
D 2 4 8	耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定	300点
D 2 4 9	蝸電図	450点
D 2 5 0	平衡機能検査	750点
	1 標準検査(一連につき)	20点
	2 刺激又は負荷を加える特殊検査(1種目につき)	120点
	3 頭位及び頭位変換試験検査	
	イ 赤外線CCDカメラ等による場合	300点
	ロ その他の場合	140点
	4 電気眼振図(誘導数にかかわらず一連につき)	400点
	イ 血電極により4誘導以上の記録を行った場合	280点
	ロ その他の場合	400点
	5 重心動揺計、下肢加重検査、フォースプレート分析、動作分析検査	250点
	注 5については、パワー・ベクトル分析を行った場合には、パワー・ベクトル分析加算として200点を、刺激又は負荷を加えた場合には、刺激又は負荷加算として、1種目につき120点を所定点数に加算する。	
D 2 5 1	音言語医学的検査	
	1 喉頭ストロボスコピー	450点
	2 音響分析	450点
	3 音声機能検査	450点
	麻林マッサーシ法	40点
D 2 5 2	嗅覚検査	
	1 基準嗅覚検査	450点
	2 静理性嗅覚検査	45点
D 2 5 4	電気味覚検査(一連につき)	300点

1 眼鏡処方箋の交付を行う場合	69点
2 1以外の場合	69点
D 2 6 3 - 2 コンタクトレンズ検査	207点
注 コンタクトレンズ検査料は、患者1人につき手術の前後にそれぞれ1回に限り算定する。	
D 2 6 4 精密屈折測定	82点
注 水分の多量摂取、薬剤の注射、点眼、暗室試験等の負荷により判定を行った場合は、負荷測定加算として、55点を所定点数に加算する。	
D 2 6 5 角膜曲率半径計測	84点
D 2 6 5 - 2 角膜形状解析検査	105点
注 角膜形状解析検査は、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、当該検査と同一月内に行なった区分番号D 2 6 5に掲げる角膜曲率半径計測は所定点数に含まれるものとする。	
D 2 6 6 光算検査	42点
D 2 6 7 色算検査	70点
1 アノマロスコピー又は色相配列検査を行った場合	
2 1以外の場合	48点
D 2 6 8 暗筒機能精密検査及び暗筒検査	48点
D 2 6 9 眼球突出度測定	38点
D 2 6 9 - 2 光学的眼軸長測定	190点
D 2 7 0 削除	
D 2 7 0 - 2 ロービジョン検査判断料	250点
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保健医療機関において行われる場合に1月に1回に限り算定する。	
D 2 7 1 角膜知覚計検査	38点
D 2 7 2 両眼機能精密検査、立体視検査（三杆法又はステレオテスト法による）、網膜対応検査（真像法又はパゴリニ線線試験による）	48点
D 2 7 3 網膜顕微鏡検査（前眼部）	48点
注 使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を所定点数に加算する。	
D 2 7 4 前房隅角検査	38点
D 2 7 4 - 2 前眼部三次元画像解析	285点
注 前眼部三次元画像解析は、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行なった区分番号D 2 6 5 - 2に掲げる角膜形状解析検査及び区分番号D 2 7 4に掲げる前房隅角検査に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	
D 2 7 5 圧迫隅角検査	76点
D 2 7 5 - 2 前房水漏出検査	149点
注 線内降圧薬過手術後の患者であって、術後から1年を経過していないものについて、前房水漏出が強く疑われる症例に対して当該検査を行った場合に限り算定する。	
D 2 7 6 網膜中心血管圧測定	42点
1 簡単なもの	100点
2 複雑なもの	38点
D 2 7 7 涙液分泌機能検査、涙管通水・通色検査	640点
D 2 7 7 - 2 涙道内視鏡検査	640点
注 同一日に区分番号K 2 0 2に掲げる涙管チューブ挿入術を実施した場合には、涙道内視鏡検査は算定できない。	
D 2 7 8 眼球電位図（EOG）	280点
D 2 7 9 角膜内皮細胞顕微鏡検査	160点
D 2 8 0 レーザー前房蛋白細胞検査	160点

56点	
150点	
D 2 5 5 精密眼底検査（片側）	
D 2 5 5 - 2 汎網膜硝子体検査（片側）	
注 患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、汎網膜硝子体検査と併せて行った、区分番号D 2 5 5に掲げる精密眼底検査（片側）、D 2 5 7に掲げる細網膜頭顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）又はD 2 7 3に掲げる細網膜顕微鏡検査（前眼部）に係る費用は所定点数に含まれるものとする。	
D 2 5 6 眼底カメラ撮影	
1 通常の方法の場合	54点
イ アナログ撮影	58点
ロ デジタル撮影	400点
2 蛍光眼底法の場合	510点
3 自発蛍光撮影法の場合	
注 1 使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を所定点数に加算する。（1のロの場合を除く。）	
2 広角眼底撮影を行った場合は、広角眼底撮影加算として、100点を所定点数に加算する。	
D 2 5 6 - 2 眼底三次元画像解析	200点
注 患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、眼底三次元画像解析と併せて行なった、区分番号D 2 5 6の1に掲げる眼底カメラ撮影の通常の方法の場合に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	
D 2 5 6 - 3 光干渉断層血管撮影	400点
注 光干渉断層血管撮影は、患者1人につき月1回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行なった、区分番号D 2 5 6に掲げる眼底カメラ撮影に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	
D 2 5 7 細網膜顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）	112点
注 使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を所定点数に加算する。	
D 2 5 8 網膜電位図（ERG）	230点
D 2 5 8 - 2 網膜機能精密電気生理検査（多箇所網膜電位図）	500点
D 2 5 8 - 3 黄斑局所網膜電位図、全視野精密網膜電位図	800点
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保健医療機関において行われる場合に限り算定する。	
D 2 5 9 精密視野検査（片側）	38点
D 2 6 0 量的視野検査（片側）	195点
1 動的量的視野検査	290点
2 静的量的視野検査	
D 2 6 1 屈折検査	
1 6歳未満の場合	69点
2 1以外の場合	69点
注 1について、視野又は不同視と診断された患者に対して、眼鏡処方箋の交付を伴わずに矯正視力検査を実施した場合には、小児矯正視力検査加算として、95点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号D 2 6 3に掲げる矯正視力検査は算定しない。	
D 2 6 2 調節検査	70点
D 2 6 3 矯正視力検査	

- D 2 8 1 瞳孔機能検査（電子瞳孔計使用） 160点
- D 2 8 2 中心フリッカー試験 38点
- D 2 8 2 - 2 行動観察による視力検査 100点
- D 2 8 2 - 3 行動観察による視力検査
1 P L (Preferential Looking) 法 60点
- D 2 8 2 - 3 コンタクトレンズ検査料
2 乳幼児視力測定（テラーカー等によるもの）
1 コンタクトレンズ検査料 200点
2 コンタクトレンズ検査料 180点
3 コンタクトレンズ検査料 2
4 コンタクトレンズ検査料 3
5 56点
50点
- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料 1、2 又は 3 を算定し、当該保険医療機関以外の保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものにおいて、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料 4 を算定する。
- 2 注 1 により当該検査料を算定する場合は、区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料の注 9 及び区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料の注 7 に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。
- 3 当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去にコンタクトレンズの装用を目的に受診したことのある患者について、当該検査料を算定した場合は、区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料は算定せず、区分番号 A 0 0 1 に掲げる再診料又は区分番号 A 0 0 2 に掲げる外来診療料を算定する。
- (皮膚科学的検査)
- D 2 8 2 - 4 ターモスコピー 72点
- 注 検査の回数又は部位数にかかわらず、4 月に 1 回に限り算定する。
- D 2 8 3 養護及び知能検査
1 操作が容易なもの 80点
2 操作が複雑なもの 280点
3 操作と処理が極めて複雑なもの 450点
- 注 同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの 1 種類のみの所定点数により算定する。
- D 2 8 4 人格検査
1 操作が容易なもの 80点
2 操作が複雑なもの 280点
3 操作と処理が極めて複雑なもの 450点
- 注 同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの 1 種類のみの所定点数により算定する。
- D 2 8 5 認知機能検査その他の心理検査
1 操作が容易なもの 80点
イ その他のもの 80点
ロ その他のもの 280点
3 操作と処理が極めて複雑なもの 450点
- 注 同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの 1 種類のみの所定点数により算定する。
- (負荷試験等)
- D 2 8 6 肝及び腎のクリアランステスト 150点
- 注 1 検査に当たって、尿管カテテル法、膀胱尿道ファイバースコーピー又は膀胱尿道鏡検査を行った場合は、区分番号 D 3 1 8 に掲げる尿管カテテル法、D 3 1 7 に掲げる膀胱尿道ファイバースコーピー又は D 3 1 7 - 2 に掲げる膀胱尿道鏡検査の所定点数を併せて算定する。
- 2 検査に伴って行った注射、採血及び検体測定費用は、所定点数に含まれるものとする。
- D 2 8 6 - 2 イスリンクリアランス測定 1,280点
- D 2 8 7 内分泌負荷試験
1 下垂体前葉負荷試験 1,200点
イ 成長ホルモン (GH) (一連として)
注 患者 1 人につき月 2 回に限り算定する。
ロ コナドロピピン (LH 及び FSH) (一連として月 1 回) 1,600点
ハ 甲状腺刺激ホルモン (TSH) (一連として月 1 回) 1,200点
ニ プロラクチン (PRL) (一連として月 1 回) 1,200点
ホ 副腎皮質刺激ホルモン (ACTH) (一連として月 1 回) 1,200点
2 下垂体後葉負荷試験 (一連として月 1 回) 1,200点
3 中状腺負荷試験 (一連として月 1 回) 1,200点
4 副甲狀腺負荷試験 (一連として月 1 回) 1,200点
5 副腎皮質負荷試験 1,200点
イ 氫質コルチコイド (一連として月 1 回) 1,200点
ロ 糖質コルチコイド (一連として月 1 回) 1,200点
6 性腺負荷試験 (一連として月 1 回) 1,200点
- 注 1 1 月に 3,000 点を限度として算定する。
- 2 負荷試験に伴って行った注射、採血及び検体測定費用は、採血回数及び測定回数にかかわらず、所定点数に含まれるものとする。ただし、区分番号 D 4 1 9 の 5 に掲げる副腎静脈カンプリングを行った場合は、当該検査の費用は別に算定できる。
- D 2 8 8 糖負荷試験
1 常用負荷試験 (血糖及び尿糖検査を含む。) 200点
2 耐糖能精密検査 (常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中 C - ペプチド測定を行った場合)、グルカゴン負荷試験 900点
- 注 注射、採血及び検体測定費用は、採血回数及び測定回数にかかわらず所定点数に含まれるものとする。
- D 2 8 9 その他の機能テスト
1 蘇生能力テスト (PFD テスト) 100点
2 肝機能テスト (ICG 1 回又は 2 回法、BSP 2 回法)、ビリルビン負荷試験、馬尿酸合成試験、フィッシュバーグ、水利尿試験、アジスカウント (Addis 尿沈定量検査)、モーゼンタール法、ヨードカリ試験 100点
3 胆道機能テスト、胃液分泌刺激テスト 700点
4 セクレチン試験 3,000点
- 注 検査に伴って行った注射、検体採取、検体測定及びエックス線透視の費用は、全所定点数に含まれるものとする。
- D 2 9 0 卵管通気・通水・通色検査、ルビネンテスト 100点
- D 2 9 0 - 2 尿失禁定量テスト (パッドテスト) 100点
- D 2 9 1 皮内反応検査、ヒアルロン酸テスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性皮膚検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量 (MED) 測定 16点
- 1 21 箇所以内の場合 (1 箇所につき)

- イ 休日加算 350点
- ロ 時間外加算 (入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に相当する点数
所定点数の100分の80に相当する場合に限る。)
- ハ 深夜加算 1,000点
- ニ イからハまでにかかわらず、区分番号A000に附ける初診料の注7のただし書に規定する
限保医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし
書に規定する時間である内視鏡検査を行った場合 所定点数の100分の40に相当する点数
- D295 閉鎖鏡検査 (片側) 700点
- D296 喉頭直達鏡検査 100点
- D296-2 鼻咽腔直達鏡検査 220点
- D297 削除
- D298 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ (部位を問わず一連につき)
- D298-2 内視鏡下顕微鏡検査 600点
- D299 喉頭ファイバースコープ 720点
- D300 中耳ファイバースコープ 600点
- D300-2 顎関節鏡検査 (片側) 240点
- D301 削除 1,000点
- D302 気管支ファイバースコープ 2,500点
- 注 気管支肺胞洗浄法検査を同時に行った場合は、気管支肺胞洗浄法検査同時加算と
して、200点を所定点数に加算する。
- D302-2 気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査 320点
- D303 胸腔鏡検査 7,200点
- D304 経膈鏡検査 7,000点
- D305 削除
- D306 食道ファイバースコープ 800点
- 注1 粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算す
る。
- 注2 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加
算として、200点を所定点数に加算する。

- D307 削除
- D308 胃・十二指腸ファイバースコープ 1,140点
- 注1 胆管・膵管造影法を行った場合は、胆管・膵管造影法加算として、600点を所
定点数に加算する。ただし、精整視、遠影剤注入手技及びエックス線診断の費用
(フィルムの費用は除く。)は所定点数に含まれるものとする。
- 注2 粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算す
る。
- 注3 胆管・膵管鏡を用いて行った場合は、胆管・膵管鏡加算として、2,800点を所
定点数に加算する。
- 注4 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加
算として、200点を所定点数に加算する。
- D309 胆道ファイバースコープ 4,000点
- D310 小腸内視鏡検査
- 1 パルーン内視鏡によるもの 6,800点
- 2 カプセル型内視鏡によるもの 1,700点
- 3 その他のもの 1,700点
- 注1 2種類以上を行った場合は、主たるもののみ算定する。
- 注2 3について、粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定
点数に加算する。

- 2 22箇所以上の場合 (一連につき) 350点
- D291-2 小児食物アレルギー負荷検査 1,000点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届
け出した医療機関において、9歳未満の患者に対して食物アレルギー負荷検査
を行った場合に、年2回に限り算定する。
- 2 小児食物アレルギー負荷検査に係る投薬、注射及び処置の費用は、所定点数に
含まれるものとする。
- D291-3 内服・点滴除菌試験 1,000点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届
け出した医療機関において行われる場合に、2月に1回に限り算定する。
(ラジオアイソトープを用いた諸検査)
- D292 体外からの計測によらない諸検査
- 1 循環血流量測定、血漿量測定 480点
- 2 血球計測定 800点
- 3 吸収機能検査、赤血球寿命測定 1,550点
- 4 造血機能検査、血小板寿命測定 2,600点
- 注1 同一ラジオアイソトープを用いて区分番号D292若しくはD293に掲げ
る検査又は区分番号E100からE101-4までに掲げる核医学診断のうら
いずれか以上を行った場合の検査料又は核医学診断料は、主たる検査又は核医学
診断に係るいづれかの所定点数のみにより算定する。
- 2 検査に数日を要した場合であっても同一のラジオアイソトープを用いた検査は
、一連として1回の算定とする。
- 3 核種が異なる場合であっても同一の検査とみなすものとする。
- D293 シンチグラム (画像を伴わないもの)
- 1 甲状腺ラジオアイソトープ摂取率 (一連につき) 365点
- 2 レノグラム、肝血流 (ヘパトグラム) 575点
- 注 核種が異なる場合であっても同一の検査とみなすものとする。
- D294 ラジオアイソトープ検査判断料 110点
- 注 ラジオアイソトープを用いた諸検査の種類又は回数又は回数にかかわらず1回に限り算
定するものとする。
(内視鏡検査)

- 1 超音波内視鏡検査を実施した場合は、超音波内視鏡検査加算として、300点を所定点数に加
算する。
- 2 区分番号D295からD323まで及びD325に掲げる内視鏡検査について、同一の患者
につき同一月において同一検査を2回以上実施した場合における2回目以降の当該検査の費用
は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。
- 3 当該医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合は、1回
につき70点とする。
- 4 写真診断を行った場合は、使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点
数を所定点数に加算する。
- 5 緊急のために休日に内視鏡検査を行った場合又はその開始時間が医療機関の表示する診
察時間以外の時間若しくは深夜である内視鏡検査 (区分番号D324及びD325に掲げるも
のを除く。)を行った場合において、当該内視鏡検査の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ
所定点数に加算した点数により算定する。

通則

通則

- D 3 1 0-2 消化管通過性検査 600点
- D 3 1 1 直腸鏡検査 300点
- D 3 1 1-2 肛門鏡検査 200点
- D 3 1 2 直腸ファイバースコープ 550点
- 注 粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。
- D 3 1 2-2 回腸鏡ファイバースコープ 550点
- D 3 1 3 大腸内視鏡検査
- 1 ファイバースコープによるもの
- イ S状結腸
- ロ 下行結腸及び横行結腸
- ハ 上行結腸及び盲腸
- 2 カプセル型内視鏡によるもの
- 注 1 粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。
- 2 拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。
- D 3 1 4 腹鏡検査 2,270点
- D 3 1 5 腹腔ファイバースコープ 2,160点
- D 3 1 6 クルドスコープ 400点
- D 3 1 7 膀胱尿道ファイバースコープ 950点
- 注 狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。
- D 3 1 7-2 膀胱尿道鏡検査 890点
- 注 狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。
- D 3 1 8 尿管カテーテル法(ファイバースコープによるもの)(両側) 1,200点
- 注 膀胱尿道ファイバースコープ及び膀胱尿道鏡検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- D 3 1 9 腎盂尿管ファイバースコープ(片側) 1,800点
- D 3 2 0 ヒステロスコープ 620点
- D 3 2 1 コルポスコピー 210点
- D 3 2 2 子宮ファイバースコープ 800点
- D 3 2 3 乳管鏡検査 960点
- D 3 2 4 血管内視鏡検査 2,040点
- 注 1 血管内視鏡検査は、患者1人につき月1回に限り算定する。
- 2 呼吸心拍監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、造影剤注入手技及びエックス線診断の費用(フィルムの費用は除く。)は、所定点数に含まれるものとする。
- D 3 2 5 肺動カテーテル法、肝臓カテーテル法、脳動カテーテル法 3,600点
- 注 1 新生児又は3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)に対して当該検査を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ10,800点又は3,600点を所定点数に加算する。
- 2 カテーテルの種類、挿入回数によらず一連として算定し、諸監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、肺血流量測定、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、全て所定点数に含まれるものとする。
- 3 エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号E 4 0 0に掲げるフィルムの所定点数により算定する。

第4節 診断穿刺・検体採取

- 通則
- 1 手術に当たって診断穿刺又は検体採取を行った場合は算定しない。
- 2 処置の前と共通の項目は、同一日に算定できない。
- 区分
- D 4 0 0 血液採取(1日につき)
- 1 静脈 35点
- 2 その他 6点
- 注 1 入院中の患者以外の患者についてのみに算定する。
- 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、25点を所定点数に加算する。
- 3 血液回路から採血した場合は算定しない。
- D 4 0 1 脳室穿刺 500点
- 注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。
- D 4 0 2 後頭下穿刺 300点
- 注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。
- D 4 0 3 腰椎穿刺、顕性穿刺(脳脊髄圧測定を含む) 220点
- 注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。
- D 4 0 4 骨髄穿刺
- 1 胸骨 260点
- 2 その他 280点
- 注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。
- D 4 0 4-2 骨髄生検 730点
- 注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。
- D 4 0 5 関節穿刺(片側) 100点
- 注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。
- D 4 0 6 上顎洞穿刺(片側) 80点
- D 4 0 6-2 扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺(片側) 180点
- D 4 0 7 腎囊腔又は水腎症穿刺 240点
- 注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。
- D 4 0 8 タグラス窩穿刺 240点
- D 4 0 9 リンパ節等穿刺又は針生検 200点
- D 4 0 9-2 センチネルリンパ節生検(片側)
- 1 併用法 5,000点
- 2 単独法 3,000点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た医療医療機関において、乳がんの患者に対して、1については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、2については放射性同位元素又は色素を用いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。
- D 4 1 0 乳胸穿刺又は針生検(片側)
- 1 生検針によるもの 690点
- 2 その他 200点
- D 4 1 1 甲狀腺穿刺又は針生検 150点
- D 4 1 2 経皮的針生検法(透視、心電図検査及び超音波検査を含む。) 1,600点
- D 4 1 2-2 経皮的腎生検法 2,000点
- D 4 1 3 前立腺針生検法 1,400点
- D 4 1 4 内視鏡下生検法(1臓器につき) 310点
- D 4 1 4-2 超音波内視鏡下穿刺吸引生検法(EUS-FNA) 4,800点
- D 4 1 5 経気管肺生検法 4,800点
- 注 1 ガイドシースを用いた超音波断層法を併せて行った場合は、ガイドシース加算

- として、500点を所定点数に加算する。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、CT透視下に当該検査を行った場合は、CT透視下造影検査加算として、1,000点を所定点数に加算する。
- 3 フローブ型顕微内視鏡を用いて行った場合は、顕微内視鏡加算として、1,500点を所定点数に加算する。ただし、注1に規定するガイドシース加算は別に加算できない。
- D 4 1 5 - 2 超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法 (EBUS-TBNA) 5,500点
- D 4 1 5 - 3 経気管肺生検法 (ナビゲーションによるもの) 5,500点
- D 4 1 5 - 4 経気管肺生検法 (収縮気管支鏡を用いた場合) 5,000点
- D 4 1 5 - 5 経気管支鏡結生検法 5,500点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り加算する。
- D 4 1 6 組織穿刺、組織採取
- 1 開胸によるもの 9,070点
- 2 開腹によるもの (腎を含む。) 5,550点
- 注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、2,000点を所定点数に加算する。
- D 4 1 7 組織試験採取、切採取
- 1 皮膚 (皮下、筋膜、^{筋線維}筋及び腱鞘を含む。) 500点
- 2 筋肉 (心筋を除く。) 1,500点
- 3 骨、骨盤、脊椎 4,600点
- 4 イ 後眼部 650点
- ロ その他 (新眼部を含む。) 350点
- 5 耳 400点
- 6 鼻、副鼻腔 400点
- 7 口腔 400点
- 8 咽頭、喉頭 650点
- 9 甲状腺 650点
- 10 乳房 650点
- 11 直腸 650点
- 12 精巣 (嚢丸)、精巣上体 (副嚢丸) 400点
- 13 末梢神経 1,620点
- 14 心筋 6,000点
- 注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。
- D 4 1 8 子宮腔部等からの検体採取
- 1 子宮頸管粘液採取 40点
- 2 子宮腔部組織採取 200点
- 3 子宮内臓組織採取 370点
- D 4 1 9 その他の検体採取
- 1 胃液、十二指腸液採取 (一連につき) 210点
- 2 胸水・膈水採取 (簡便液検査を含む。) 180点
- 注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、40点を所定点数に加算する。
- 3 動脈血採取 (1日につき) 50点
- 注 1 血液回路から採血した場合は算定しない。
- 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、15点を所定点数

- 数に加算する。
- 4 前房水採取 420点
- 注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、90点を所定点数に加算する。
- 5 副腎静脈サンプリング (一連につき) 4,800点
- 注 1 カテーテルの種類、挿入回数によらず一連として算定し、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、全て所定点数に含まれるものとする。
- 2 エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号4000に掲げるフィルムの所定点数により算定する。
- 3 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、1,000点を所定点数に加算する。
- 6 鼻腔・咽頭拭い液採取 5点
- D 4 1 9 - 2 眼内液 (前房水・硝子体液) 検査 1,000点
- 第5節 薬剤料
- 区分
- D 5 0 0 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。
- 注 1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。
- 2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。
- 第6節 特定保険医療材料料
- 区分
- D 6 0 0 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数
- 注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第3部 検査

< 通則 >

- 1 検査の費用には、検査を行う医師、看護師及び技術者等の人件費、試薬、デックグラフィス、試験管等の材料費、機器の減価償却費、管理費及び患者の衣類等の費用は含まれる。なお、患者に施用する薬剤及び特定保険医療材料の費用は検査料とは別に算定する。
- 2 検査に当たって適用した薬剤の費用は別に算定できるが、第2章第5部投薬の部に掲げる処方料、調剤料、処方箋料及び調剤技術基本料並びに同第6部注射の部に掲げる注射料は、別に算定できない。なお、検査に当たって適用される薬剤（検査用試薬を含む。）は、原則として医薬品として承認されたものであることを要する。
- 3 撮影した画像を電子媒体に保存した場合、保存に要した電子媒体の費用は検査にかかるとする点数に含まれる。
- 4 第1節及び第3節に掲げられていない検査で簡単な検査は、基本診療料に含まれるので、別に算定することはできない。なお、基本診療料に含まれる検査の主なもの、次のとおりである。

- (1) 血圧測定
- (2) 視野眼底検査のうち簡単なもの
- (3) 眼科検査のうち錐照法、徹照法、細隙燈検査（ルーベ式）、機器を使用しない眼圧測定検査

(4) 区分番号「D244」自覚的聴力検査の「3」の簡易聴力検査に該当しない簡単な聴力検査

- (5) 精液pH測定
- (6) デビス密反応検査
- (7) 鼓膜運動検査
- (8) イクテロメーター-黄疸反応検査
- (9) 簡易循環機能検査

- ア スラジテスト
イ 指尖部皮膚毛細血管像検査
ウ 皮膚粘膜炎検査
エ 寒冷血圧検査
オ ビツケンバツハ起立試験
カ ヒスタミンテスト
キ レジテンテスト
ク 末梢の静脈圧測定
ケ ユルガル病及び糖尿病等の場合における電氣的皮膚温度測定

- ア 単純な場合
b 負荷を行った場合
ロ ギボレーションデイステスト
サ 基礎代謝率簡易測定法

注 簡易循環機能検査とは、生体に対して物理的又は化学的負荷をかけ、血圧、脈拍等の理学所見の観察を行うことにより循環機能を検査することを目的とする簡易な検査であり、

負荷の種類としては起立、寒冷、寒冷、運動及び薬物等がある。

- (10) 自律神経機能検査
- (11) アルコール中毒に対する飲酒試験における症状監視
- (12) 皮膚のインピンゲンズ検査（皮電図記録作成）
- (13) 6誘導未滿の心電図検査
- (14) 尿中プロモフロレリル尿素検出検査
- (15) 尿脚気反応（沢田氏反応）
- (16) シュミット氏昇漿試験
- (17) 糞便のストロール氏虫卵数計算法
- (18) 髄液透過性検査
- (19) 横田氏反応
- (20) ユーログプリン全アラスミン測定法（ユーログプリン分層SK活性化アラスミン値測定）
- (21) 緒方法等の補体結合反応による梅毒脂質抗原使用検査
- (22) 卵白アルブミン感作血球凝集反応検査
- (23) ラクトアルブミン感作血球凝集反応検査
- (24) Miller Kurzrok 検査
- (25) Schick 反応
- (26) Dick 反応
- (27) Frei 反応
- (28) 光田反応
- (29) 松原反応
- (30) 伊藤反応
- (31) トキソプラズマ症、ジストマ症及び猩紅熱の皮内テスト
- (32) 影診吸収時間測定
- (33) ジアノ反応
- (34) インジカン
- (35) 血液比重測定
- (36) 末梢血液像及び骨髄像における特殊染色のBRACHE-T試験
- (37) 赤血球抵抗試験のリビエール法
- (38) ナイシンテスト
- (39) RPHA法によるα-フエトプロテイン(AFP)
- (40) リウマチ因子スクリーニング
- (41) α₁-酸性糖蛋白測定
- (42) β-リポ蛋白
- (43) モノアミンオキシダーゼ(MAO)
- (44) ヴィダール反応
- (45) ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ(HCGβ)分画定性凝集法及び免疫染色法による抗DNA抗体
- (46) 全血凝固溶解時間測定
- (47) 血清全アラスミン測定
- (48) 血清全アラスミン測定

RRA : Radioreceptorassay ラジオレセプターアッセイ
 CPBA : Competitive protein binding analysis 競合性蛋白質結合分析法
 EIA : Enzyme immuno assay 酵素免疫測定法
 (ELISA : Enzyme linked immuno sorbent assay)
 FA : Fluorescent antibody method 蛍光抗体法
 FPA : Fluorescence polarization assay 蛍光偏光法
 FPIA : Fluorescence polarization immuno assay 蛍光偏光免疫測定法
 TR-FIA : Time resolved fluoro immuno assay 時間分解蛍光免疫測定法
 IRMA : Immuno radiometric assay 免疫放射定量法
 SRID : Single radial immuno diffusion method 一元拡散法
 ES : Electrosynthesis method 向流電気泳動法
 TIA : Turbidimetric immuno assay 免疫比濁法
 HPLC : High performance liquid chromatography 高性能液体クロマトグラフィー
 GLC : Gas-liquid chromatography 気液クロマトグラフィー
 GC : Gas chromatography ガスクロマトグラフィー
 CLIA : Chemiluminescent immuno assay 化学発光免疫測定法
 CLEIA : Chemiluminescent enzyme immuno assay 化学発光酵素免疫測定法
 ECLIA : Electrochemiluminescence immuno assay 電気化学発光免疫測定法
 SIA : Split immuno assay
 PCR : Polymerase chain reaction
 PCR-rSSO : Polymerase chain reaction - reverse sequence specific oligonucleotide
 EV-FIA : Evanescent wave fluoro immuno assay エバネセント波蛍光免疫測定法
 FIA : Fluoro immuno assay 蛍光免疫測定法
 LBA : Liquid-phase binding assay 液相結合法
 FISH : Fluorescence in situ hybridization
 SISH : silver in situ hybridization
 LAMP : Loop-mediated isothermal amplification
 TMA : Transcription-mediated amplification
 SDA : Strand displacement amplification
 SSCP : Single strand conformation polymorphism
 RFLP : Restriction fragment length polymorphism
 LCR : Ligase chain reaction
 HDRA : Histoculture drug response assay
 CD-DST : Collagen gel droplet embedded culture drug sensitivity test
 注 LA (測定機器を用いるもの)とは、抗原抗体反応によりラテックス粒子が形成する凝塊を光学的な分析機器を用いて定量的に測定する方法をいう。
 17 「定性」とは分析物の有無を判定するもの、「半定量」とは段階希釈などを用いて得られる最高希釈率や一定濃度の標準品との対比によって得られる濃度段階区分など、相対的な多寡を判定・分類するもの、「定量」とは分析物の量を標準品との対比によって精密に測定するものをい

5 第1節又は第3節に掲げる検査料の項に掲げられていない検査のうち簡単なものの費用は算定できないが、特殊なもの費用については、その都度当局に内議し、最も近似する検査として通知されたもの算定方法及び注(特に定めるものを除く。)を準用して、準用された検査に係る判断料と併せて算定する。
 6 点数表において2つの項目を「及び」で結んで規定している検査については、特に定めるものを除き、当該項目の検査を併せて行った場合にのみ算定する。
 7 検査に当たって、麻酔を行った場合は、第2章第11節麻酔に規定する所定点数を別に算定する。ただし、麻酔手技料を別に算定できない麻酔を行った場合の薬剤料は、第5節薬剤料の規定に基づき算定できる。
 8 同一検体について、定性検査、半定量検査及び定量検査のうち2項目以上を併せて行った場合又はスクリーニング検査とその他の検査とを一連として行った場合は、それぞれ主たる検査の所定点数のみ算定する。ただし、併せて行う検査の区分が異なる場合は、それぞれについて算定する。
 9 「分画」と記されている検査について、同一検体の各分画に対して定量検査を行った場合は、所定点数を1回のみ算定する。
 10 定性、半定量又は定量の明示がない検査については、定量検査を行った場合にのみ当該検査の所定点数を算定する。
 11 測定方法又は検査方法が明示されていない検査については、測定又は検査の方法の如何にかかわらず、その検査料の項に掲げる所定点数を算定する。
 12 同時又は一連として行った2以上の検査の結果から計算して求めた内容が、検査料に掲げられた項目に該当する場合であっても、当該内容についての点数は算定できない。
 13 2回目以降について所定点数の100分の90に相当する点数により算定することとされている場合にあって「所定点数」とは、当該項目に掲げられている点数及び当該注に掲げられている加算点数を合算した点数である。
 14 同一項目について検査方法を変えて測定した場合には、測定回数にかかわらず、主たる測定方法の所定点数のみを算定する。
 15 算定回数が複数日に1回又は年1回のみとされている検査を実施した場合は、診療報酬細書の摘要欄に前回の実施日(初回の場合は初回である旨)を記載する。
 16 第3節検査の部において用いられる検査法の略号については下記のとおりである。
 PHA : Passive hemagglutination 受身赤血球凝集反応
 RPHA : Reversed passive hemagglutination 逆受身赤血球凝集反応
 LA : Latex agglutination ラテックス凝集法
 (LPIA : Latex photometric immuno assay)
 PCIA : Particle counting immuno assay 微粒子計数免疫凝集測定法
 PAMIA : Particle mediated immuno assay 粒度分布解析ラテックス免疫測定法
 IAHA : Immuno adherence hemagglutination 免疫粘着赤血球凝集反応
 RIA : Radio immuno assay 放射性免疫測定法
 RIST : Radio immuno sorbent test
 RAST : Radio allergo sorbent test
 RA : Radiocassay ラジオアッセイ

う。

18 初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合は、当該保険医療機関において、第1節第1款検体検査実施料を算定するとともに、検体採取に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給すること。なお、この場合にあっては、当該検体採取が実施された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

第1節 検体検査料

第1款 検体検査実施料

時間外緊急院内検査加算

(1) 時間外緊急院内検査加算については、保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に入院中の患者以外の患者に対して診療を行った際、医師が緊急に検体検査の必要性を認め、当該保険医療機関において、当該保険医療機関の従事者が当該保険医療機関内に具備されている検査機器等を用いて当該検体検査を実施した場合に限り算定できる。

なお、当該加算の算定に当たっては、当該加算の対象たる検査の開始時間をもって算定する。

(2) 検査の開始時間が診療時間以外の時間、休日又は深夜に該当する場合に当該加算を算定する。なお、時間外等の定義については、区分番号「A000」初診料の注7に規定する時間外加算等における定義と同様であること。

(3) 同一患者に対して、同一日に2回以上、時間外、休日又は深夜の診療を行い、その都度緊急の検体検査を行った場合（複数の区分にまたがる場合を含む。）も、1日につき1回のみに算定する。

(4) 現に入院中の患者については算定できない。ただし、時間外、休日又は深夜に外来を受診した患者に対し、検体検査の結果、入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合は、この限りではない。

(5) 時間外緊急院内検査加算を算定する場合には、区分番号「A000」初診料の注9並びに区分番号「A001」再診料の注7に規定する夜間・早期等加算は算定できない。

(6) 緊急の場合とは、直ちに何らかの処置・手術等が必要である重篤な患者について、通常の診療のみでは的確な診断が困難であり、かつ、通常の検査体制が整うまで検査の実施を見合わせることでないような場合をいう。

外来迅速検体検査加算

(1) 外来迅速検体検査加算については、当日当該保険医療機関で行われた検体検査について、当日中に結果を説明した上で文書により情報を提供し、結果に基づく診療が行われた場合に、5項目を限度として、検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ10点を加算する。

(2) 以下の多項目包括規定に掲げる点数を算定する場合には、その規定にかかわらず、実施した検査項目数に相当する点数を加算する。

区分番号「D006」出血・凝固検査の注の場合

区分番号「D007」血液化学検査の注の場合

区分番号「D008」内分液学的検査の注の場合

区分番号「D009」腫瘍マーカーの場合

患者から1回に採取した血液等を用いて区分番号「D009」腫瘍マーカーの「2」の癌胎児性抗原（CEA）と「8」のCA19-9を行った場合、検体検査実施料の請求は区分番号「D009」腫瘍マーカーの「注2」の「イ」2項目となるが、外来迅速検体検査加算は、行った検査項目数が2項目であることから、20点を加算する。

(3) 同一患者に対して、同一日に2回以上、その都度迅速に検体検査を行った場合も、1日につき5項目を限度に算定する。

(4) 区分番号「A002」外来診療料に含まれる検体検査とそれ以外の検体検査の双方について加算する場合も、併せて5項目を限度とする。

(5) 現に入院中の患者については算定できない。ただし、外来を受診した患者に対し、迅速に実施した検体検査の結果、入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合は、この限りではない。

D000 尿中一般物質定性半定量検査

(1) 検体検査を行った場合は所定の判断料を算定できるものであるが、尿中一般物質定性半定量検査を実施した場合は、当該検査に係る判断料は算定できない。

(2) 尿中一般物質定性半定量検査

ア 尿中一般物質定性半定量検査とは、試験紙、アンブル若しくは旋剤を用いて検査する場合又は試験紙等を比色計等の機器を用いて判定する場合をいい、検査項目、方法にかかわらず、1回につき所定点数により算定する。

イ 尿中一般物質定性半定量検査に含まれる定性半定量の検査項目は、次のとおりである。

(イ) 比重

(ロ) pH

(ハ) 蛋白定性

(ニ) グルコース

(ホ) ウロビリノゲン

(ヘ) ウロビリゲン定性

(ト) ビリルビン

(チ) ケトン体

(リ) 潜血反応

(ル) 試験紙法による尿細菌検査（亜硝酸塩）

(レ) 食塩

(ワ) 試験紙法による尿血球検査（白血球エステラーゼ）

(ウ) アルブミン（BCP改良法・BCG法）

(3) 尿中一般物質定性半定量検査は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合には算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に対して運やか
に報告されるような場合は、所定点数を算定できる。

D001 尿中特殊物質定性定量検査

(1) 「3」の先天性代謝異常症スクリーニングテスト（尿）とは、次に掲げる物質の定性半定

量検査及び反応検査をいう。

- ア 塩化鉄 (III) 反応 (フェニケルケトン体及びアルカプトン体の検出を含む。)
- イ 酸性ムコ多糖類
- ウ システイン、シスチン等のSH化合物
- エ ヒスタミン定性
- オ メチルマロン酸
- カ Millon反応
- キ イチチン反応
- ク Benedict 反応
- (2) 「4」のポルフィリン症スクリーニングテスト (尿) として、Watson-Schwartz 反応、Rimington 反応又は Deamand Barnes 反応を行った場合は、それぞれ所定点数を算定する。
- (3) 「8」のアルブミン定量 (尿)、「9」のトランスフェリン (尿) 及び「16」のV型コラーゲン (尿) は、糖尿又は糖尿病性早期腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの (糖尿病性腎症第1期又は第2期のものに限る。) に対して行った場合に、3月に1回に限り算定できる。なお、これらを同時に行った場合は、主たるもののみ算定する。
- (4) 「13」のミノイノシトール (尿) は、空腹時血糖が 110mg/dL 以上 126mg/dL 未満の患者に対し、耐糖能診断の補助として、尿中のミノイノシトールを測定した場合に1年に1回に限り算定できる。ただし、既に糖尿病と診断されている場合は、算定できない。
- (5) 「18」のシチュウ酸 (尿) は、再発性尿路結石症の患者に対して、キャピラリー電気泳動法により行った場合に、原則として1年に1回に限り算定する。
- (6) 「19」のL型脂質結合蛋白 (L-FABP) (尿) は、原則として3月に1回に限り算定する。ただし、医学的な必要性からそれ以上算定する場合には、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (7) 好中球セラチナーゼ結合性リポカリン (NGAL) (尿)
- ア 「19」の好中球セラチナーゼ結合性リポカリン (NGAL) (尿) は、急性腎障害の診断時又はその治療中に、CLIA法により測定した場合に算定できる。ただし、診断時においては1回、その後は急性腎障害に対する一連の治療につき3回を限度として算定する。なお、医学的な必要性からそれ以上算定する場合には、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- イ 「19」の好中球セラチナーゼ結合性リポカリン (NGAL) (尿) と「19」のL型脂質結合蛋白 (L-FABP) (尿) を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。
- (8) 同一日に尿、穿刺液・採取液及び血液を検体として生化学的検査 (I) 又は生化学的検査 (II) に掲げる検査項目につきそれぞれそれぞれを実施した場合、多項目包括規定の適用については、尿、穿刺液・採取液及び血液のそれぞれについて算出した項目数により所定点数を算定するのではなく、血液、尿、穿刺液・採取液それぞれに係る項目数を合算した項目数により、所定点数を算定する。ただし、同一日に2回目以降の血液採取による検体を用いた検査項目については、当該項目数に合算せず、所定点数を別途算定する。
- (9) 蛋白質とクレアチニン (尿) の比を測定する目的で試験紙により実施した場合は、「21」のその他によるクレアチニン (尿) として算定し、その判断料は、区分番号「D026」検体検査判断料の「1」尿・糞便等検査判断料を算定する。

D002 尿沈渣 (鏡検法)

- (1) 尿沈渣 (鏡検法) の所定点数は、赤血球、白血球、上皮細胞、各種円柱、顆粒、粘液系、リポイド、寄生虫等の無染色標本検査の全ての費用を含む。
- (2) 尿沈渣 (鏡検法) は、区分番号「D000」尿中一般物質定性半定量検査若しくは区分番号「D001」尿中特殊物質定性定量検査において何らかの所見が認められ、又は診察の結果からその実施が必要と認められて実施した場合に算定すること。
- (3) 尿沈渣 (鏡検法) は当該検査の対象患者の診察を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるのみであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合には算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。
- (4) 尿路系疾患が強く疑われる患者について、診療所が尿沈渣 (鏡検法) を衛生検査所等に委託する場合であって、当該衛生検査所等が採尿後4時間以内に検査を行い、検査結果が速やかに当該診療所に報告された場合は、所定点数を算定できる。
- (5) 当該検査と区分番号「D002-2」尿沈渣 (フローサイトメトリー法) を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- D002-2 尿沈渣 (フローサイトメトリー法)
- (1) 本測定は区分番号「D000」尿中一般物質定性半定量検査若しくは区分番号「D001」尿中特殊物質定性定量検査において何らかの所見が認められ、又は診察の結果からその実施が必要と認められ、赤血球、白血球、上皮細胞、円柱及び細菌を同時に測定した場合に算定する。
- (2) 本検査と区分番号「D002」尿沈渣 (鏡検法) を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

D003 糞便検査

- (1) 糞便中の細菌、原虫検査は、区分番号「D017」排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査により算定する。
- (2) ヘモグロビン検査を免疫クロマト法にて行った場合は、「5」の糞便中ヘモグロビン定性により算定する。
- (3) ヘモグロビン検査を金コロイド凝集法による定量法にて行った場合は、「7」の糞便中ヘモグロビンにより算定する。
- (4) カルプロトクテン (糞便)
- ア 「9」のカルプロトクテン (糞便) を慢性炎症性腸疾患 (潰瘍性大腸炎やクローン病等) の診断補助を目的として測定する場合は、FEIA法により測定した場合に算定できる。ただし、腸管感染症が否定され、下痢、腹痛や体重減少などの症状が3月上持続する患者であって、肉眼的血便が認められない患者において、慢性炎症性腸疾患が疑われる場合の内視鏡的補助検査として実施すること。また、その要旨を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- イ 本検査を潰瘍性大腸炎の病態把握を目的として測定する場合は、ELISA法又はFEIA法により測定した場合には、3月に1回を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から、本検査を1月に1回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を診療録及び

る遺伝子検査について、患者1人につき1回に限り算定する。ただし、肺癌におけるEGFR遺伝子検査については、再発や増悪により、2次の遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できるとし、マイクロサテライト不安定性検査については、リンチ症候群の診断の補助を目的とする場合又は局所進行若しくは転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌の抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的とする場合に、当該検査を実施した後に、もう一方の目的で当該検査を実施した場合であっても、別に1回に限り算定できる。

早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的としてBRRAF遺伝子検査を実施した場合にあっては、KRAS遺伝子検査又はRAS遺伝子検査を併せて算定できないこととし、マイクロサテライト不安定性検査を実施した年月日を、診療報酬明細書の欄頭に記載すること。

(2) 「1」の「イ」の「1」医薬品の適応判定の補助等に用いるものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをい、使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品又は医療機器を用いて、リアルタイムPCR法、PCR-free法、マルチプレックスPCRフラグメント解析法又は次世代シーケンシングにより行う場合に算定できる。

なお、その他の方法により肺癌におけるEGFR遺伝子検査又は大腸癌におけるRAS遺伝子検査を行う場合は、令和4年3月31日までの間に限り、「1」の「イ」の「2」その他のものを算定できるものとする。

ア 肺癌におけるEGFR遺伝子検査、ROSI融合遺伝子検査、ALK融合遺伝子検査
イ 大腸癌におけるRAS遺伝子検査、BRRAF遺伝子検査

ウ 乳癌におけるHER2遺伝子検査

エ 局所進行又は転移が認められた標準的な治療が困難な固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査

(3) 「1」の「イ」の「2」その他のものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをい、PCR法、SSCP法、RFLP法等により行う場合に算定できる。

ア 肺癌におけるKRAS遺伝子検査

イ 肺癌におけるKRAS遺伝子検査

ウ 悪性骨軟部組織腫瘍におけるEWS-Fli1遺伝子検査、TLS-CHOP遺伝子検査、SYT-SSX遺伝子検査

エ 消化管間葉系腫瘍におけるc-kit遺伝子検査

オ 悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査

カ 大腸癌におけるEGFR遺伝子検査、KRAS遺伝子検査、マイクロサテライト不安定性検査（リンチ症候群の診断の補助を目的とする場合に限る。）

(4) 「1」の「ロ」処理が複雑なものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをい、使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品又は医療機器を用いて、次世代シーケンシング等により行う場合に算定できる。

なお、その他の方法により悪性黒色腫におけるBRRAF遺伝子検査を行う場合は、令和4年3月31日までの間に限り、「1」の「イ」の「2」その他のものを算定できるものとする。

診療報酬明細書の欄頭に記載すること。

ウ 慢性的な炎症性肺疾患（肺動脈性大腸炎やクローン病等）の診断補助又は潰瘍性大腸炎の病態把握を目的として、本検査及び区分番号「D313」大腸内視鏡検査を同一月に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

D004 穿刺液・採取液検査

(1) 「2」の胃液又は十二指腸液一般検査の所定点数には、量、色調、混濁、粘濁、粘重量、臭気、酸度測定、ペプシン及び乳酸定量、ラブ酵素の証明、蛋白質の呈色反応（ニンヒドリン反応、ビウレチン反応等）、毒物、潜血、虫卵、ウロビリリン体の定性定量、コレステリン体の定量、液に含まれる物質の定性半定量の検査等の費用が含まれる。

(2) 「3」の髄液一般検査の所定点数には、外見、比重、ノンネアペルト、バンドイ、ワヒヒプロート等のグロブリン反応、トリプトファン反応、細胞数、細胞の種類判定及び蛋白、グロコース、ビリルビン、ケトン体等の定性半定量の検査等が含まれる。

(3) 「4」の精液一般検査の所定点数には、精液の量、顕微鏡による精子の数、奇形の有無、運動能等の検査の全ての費用が含まれる。

(4) 「5」の頸管唾液一般検査の所定点数には、量、粘稠度、色調、塗抹乾燥標本による顕微鏡検査（結晶、細菌、血球、腫上皮細胞等）等の費用が含まれる。

(5) 「6」の顆粒球エラスターゼ定性（子宮頸管粘液）は、フロースルー免疫測定法（赤色ラテックス着色法）により、絨毛羊膜炎の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の妊婦で切迫早産の疑いがある者に対して測定した場合に算定する。

(6) 「6」のIgE定性（涙液）は、アレルギー性結膜炎の診断の補助を目的として判定した場合に月1回に限り算定できる。

(7) 「7」の顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液）は、絨毛羊膜炎の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の妊婦で切迫早産の疑いがある者に対して行った場合に算定する。

(8) 「8」のマイクロバゾアルテストは妊娠中の患者又は新生児の患者に対して週に1回に限り算定できる。

(9) 「9」のIgGインデックス、「10」のオリゴクロモナルバンド及び「11」のミエリン塩基性蛋白（MBP）（髄液）は、多発性硬化症の診断の目的で行った場合に算定する。

(10) 「12」のタウ蛋白（髄液）は、クロイツフェルト・ヤコブ病の診断を目的に、患者1人につき1回に限り算定する。

(11) 「13」のリン酸化タウ蛋白（髄液）は、認知症の診断を目的に、患者1人につき1回に限り算定する。

(12) 同一日に尿、穿刺液・採取液及び血液を検体として生化学的検査(1)又は生化学的検査(1)に掲げる検査項目につきそれぞれを実施した場合の、多項目包括規定の適用については、尿、穿刺液・採取液及び血液のそれぞれについて算出した項目数により所定点数を算定するのではなく、血液、尿、穿刺液・採取液それぞれに係る項目数を合算した項目数により、所定点数を算定する。ただし、同一日に行う2回目以降の血液採取による検体を用いた検査項目については、当該項目数に合算せず、所定点数を別途算定する。

D004-2 悪性腫瘍組織検査

(1) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、(2)から(4)までに掲げ

で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に連やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。

- (2) 「3」の末梢血液像（自動機検法）、「6」の末梢血液像（鏡検法）及び「14」の骨髄像の検査については、少なくとも1回もリンパ球、単球、好中球、好酸球、好塩基球の5分類以上の測定・比率計算を行った場合に算定する。
- (3) 同一検体について、「4」の好酸球数及び「3」の末梢血液像（自動機検法）又は「6」の末梢血液像（鏡検法）を行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。
- (4) 「5」の末梢血液一般検査は、赤血球数、白血球数、血小板数、血色素測定(Hb)、ヘマトクリット値(Ht)、血小板数の全部又は一部を行った場合に算定する。
- (5) 「6」の末梢血液像（鏡検法）及び「14」の骨髄像の検査に当たって、位相顕微鏡又は蛍光顕微鏡を用いた場合であっても所定点数により算定する。また、末梢血液像（鏡検法）の検査の際に赤血球直径の測定を併せて行った場合であっても、所定点数により算定する。
- (6) 「6」の「注」及び「14」の「注」にいう特殊染色は、次のとおりである。

- ア オキシダーゼ染色
- イ ペルオキシダーゼ染色
- ウ アルカリホスファターゼ染色
- エ パス染色
- オ 鉄染色（ジデロブラスト検査を含む。）
- カ 超生体染色
- キ 脂肪染色
- ク エステラーゼ染色

- (7) 「8」の赤血球抵抗試験は、次のとおりである。
- ア シュガーウォーターテスト
- イ ハムテスト
- ウ クロスビート法
- エ パルバート法
- オ サンフォード法
- (8) 「9」のヘモグロビンA1c（HbA1c）、区分番号「D007」血液化学検査の「17」グリコアルブミン又は同区分21の「1、5-アンヒドロ-D-グルシト（1、5AG）のうちいずれかを同一月中に併せて2回以上実施した場合は、月1回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、1型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して6月以内の患者、インスリン治療を開始して6月以内の患者等については、いずれか1項目を月1回に限り別に算定できる。また、クロザピンを投与中の患者については、「9」のヘモグロビンA1c（HbA1c）を月1回に限り別に算定できる。
- (9) 「12」のデオキシチミンキナーゼ（TK）活性は、造血器腫瘍の診断又は治療効果判定のために行った場合に算定する。
- (10) 「18」のタミーナルデオキシシクロトランソクスフェラーゼ（TdT）は、白血病又は悪性リンパ腫の診断又は治療効果判定のために行った場合に算定する。

(11) 造血器腫瘍細胞抗原検査

ア 肺癌におけるBRAF遺伝子検査
イ 悪性黒色腫におけるBRAF遺伝子検査（リアルタイムPCR法）
ウ 悪形細胞におけるNTRK融合遺伝子検査

(5) 患者から1回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して「1」の「イ」処理が容易なものと「1」の「ロ」処理が複雑なものを実施した場合は、それぞれの所定点数を合算した点数により算定する。

- (6) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査を算定するに当たっては、(2)から(4)までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (7) 「1」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-2」造血器腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-6」免疫関連遺伝子再構成、区分番号「D006-14」FLT3遺伝子検査又は区分番号「D006-16」JAK2遺伝子検査のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

(8) 肺癌において、「1」の「イ」の「11」医薬品の適応判定の補助等に用いるものうち、(2)の「ア」に規定する肺癌におけるEGFR遺伝子検査（「1」の「イ」の「2」）その他のものにより算定する場合も含む。）と区分番号「D006-12」EGFR遺伝子検査（血漿）を同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

(9) 肺癌において、「1」の「イ」の「11」医薬品の適応判定の補助等に用いるものうち、(2)の「ア」に規定する肺癌におけるALK融合遺伝子検査と区分番号「N002」の「6」ALK融合タンパク又は区分番号「N005-2」ALK融合遺伝子標本作製を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

(10) 肺癌において、「1」の「イ」の「11」医薬品の適応判定の補助等に用いるものうち、(2)の「ウ」に規定する肺癌におけるHER2遺伝子検査と区分番号「N005」HER2遺伝子標本作製を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

(11) 卵巣癌において、「1」の「ロ」処理が複雑なものうち、(4)の「ウ」に規定する固形癌におけるNTRK融合遺伝子検査と区分番号「D006-18」BRCA1/2遺伝子検査の場合には、主たるもののみ算定する。

(12) 次世代シーケンシングを用いて、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として特定の遺伝子の変異の評価を行う際に、包括的なゲノムプロファイルを併せて取得している場合には、包括的なゲノムプロファイルの結果ではなく、目的とする遺伝子変異の結果についてのみ患者に提供すること。また、その場合においては、目的以外の遺伝子の変異に係る検査結果については患者の治療方針の決定等には用いないこと。

(13) 「2」の抗悪性腫瘍剤感受性検査は、手術等によって採取された消化器癌、頭頸部癌、乳癌、肺癌、悪性腫瘍・腫瘍炎、子宮頸癌、子宮体癌又は卵巣癌の組織を検体とし、HDR法又はCD-DST法を用いて、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として行った場合に限り、患者1人につき1回に限り算定する。

(14) 当該検査の対象となる抗悪性腫瘍剤は、細胞毒性を有する薬剤に限る。また、当該検査に係る薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

D005 血液形態・機能検査

(1) 「1」の赤血球沈降速度（ESR）は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外

ア 「15」の造血器腫瘍細胞抗原検査はモノクローナル抗体を用いて蛍光抗体法、酵素抗体法の、免疫ロゼット法等により白血球細胞又は悪性リンパ腫細胞の表面抗原又は細胞内抗原の検査を実施して病型分類を行った場合に算定できる。

イ 対象疾病は白血病、悪性リンパ腫である。

ウ 検査に用いられるモノクローナル抗体は、医薬品として承認されたものであり、検査に当たって用いたモノクローナル抗体の種類、回数にかかわらず、一連として所定点数を算定する。

D006 出血・凝固検査

- (1) 出血時間測定時の耳探検血料は、「1」の出血時間の所定点数に含まれる。
- (2) 「8」の血小板凝集能を測定するに際しては、その過程で血小板数を測定することから、区分番号「D005」血液形態・機能検査の「5」末梢血液一般検査の所定点数を別に算定することはできない。
- (3) 「13」の凝固因子インヒビター定性（クロスミキシング試験）は、原因不明のプロトロンビン時間延長又は活性化部分トロンボプラスチン時間延長がみられる患者に対して行った場合に限り算定できる。
- (4) 「19」のPIVKA-IIは、出血・凝固検査として行った場合に算定する。
- (5) 「20」の凝固因子インヒビターは、第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子の定量測定を行った場合に、それぞれ別の測定1回につきこの項で算定する。
- (6) 「21」の von Willebrand 因子（VWF）抗原は、SRID法、ロケット免疫電気泳動法等によるものである。
- (7) 「29」のトロロンボモジュリンは、膠原病の診断若しくは経過観察又はDIC若しくはそれに引き続いて起こるMOF観察のために測定した場合に限り算定できる。
- (8) フィブリンモノマー複合体

ア 「31」のフィブリンモノマー複合体は、DIC、静脈血栓症又は肺動脈血栓症の診断及び治療経過の観察のために実施した場合に算定する。

イ 「27」のトロロンビン・アンチトロロンビン複合体（TAT）、「28」のプロトロンビンラジメントF1+2及び「31」のフィブリンモノマー複合体のうちいずれか複数を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(9) ADAMTS13活性

ア 「35」のADAMTS13活性は、他に原因を認めない血小板減少を示す患者に対して、血栓性血小板減少性紫斑病の診断補助を目的として測定した場合又はその再発を疑い測定した場合に算定できる。

イ 血栓性血小板減少性紫斑病と診断された患者又はその再発が認められた患者に対して、診断した日又は再発を確認した日から起算して1月以内の場合には、1週間に1回に限り別に算定できる。なお、血栓性血小板減少性紫斑病と診断した日付又はその再発を確認した日付を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(10) ADAMTS13インヒビター

ア 「36」のADAMTS13インヒビターは、ADAMTS13活性の著減を示す患者に対して、血栓性血小板減少性紫斑病の診断補助を目的として測定した場合又はその再発を疑い測定した場合に算定できる。

イ 後天性血栓性血小板減少性紫斑病と診断された患者又はその再発が認められた患者に対して、診断した日又は再発を確認した日から起算して1月以内の場合には、1週間に1回に限り算定できる。なお、後天性血栓性血小板減少性紫斑病と診断した日付又はその再発を確認した日付を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

D006-2 造血器腫瘍遺伝子検査

- (1) 造血器腫瘍遺伝子検査は、PCR法、LCR法又はサザンブロット法により行い、1回を限度として算定できる。
- (2) 区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-2」造血器腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-6」免疫関連遺伝子再構成、区分番号「D006-14」FLT3遺伝子検査又は区分番号「D006-16」JAK2遺伝子検査のうちいずれかを同一月中に伴せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

D006-3 Major BCR-ABL1 (mRNA定量 (国際標準値))

Major BCR-ABL1 (mRNA定量 (国際標準値))は、リアルタイムPCR法により測定した場合に限り算定できる。

D006-4 遺伝学的検査

(1) 遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者1人につき1回に限り算定できる。ただし、2回以上実施する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア PCR法、DNAシークエンシング法、FISH法又はサザンブロット法による場合に算定できるもの

- ① デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー及び家族性アミロイドーシス
- ② 福山型先天性筋ジストロフィー及び脊髄性筋萎縮症
- ③ 栄養障害型表皮水疱症及び先天性QT延長症候群

イ PCR法による場合に算定できるもの

① 球形腫性筋萎縮症

② ハンチントン病、網膜芽細胞腫、甲状腺腫瘍及び多発性内分泌腫瘍症1型

ウ ア、イ、エ及びオ以外のもの

- ① 筋直性ジストロフィー及び先天性難聴
- ② フェニトイン尿症、ホモシチン尿症、シトルリン血症（1型）、アルギニコハク酸血症、イソ吉糖酸血症、HMG血症、複合カルボキセララゼ欠損症、グルタル酸血症1型、MCAD欠損症、VLCAD欠損症、CPT1欠損症、陸起性皮膚線維肉腫及び先天性銅代謝異常症
- ③ メープルシロップ尿症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、MTP (LCHAD) 欠損症、色素性乾皮症、ロイステアーツ症候群及び家族性大動脈瘤・解離

エ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの

- ① ライソゾーム病（ムコ多糖症I型、ムコ多糖症II型、ゴースェ病、フアブリ病及びびンベ病を含む。）及び難病X症候群

② プリオオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症(中程神経白質形成異常を含む。)、嚔状 20 番染色体体症候群、PCDH 19 関連症候群、低カスプアーターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスムンド・トムソン症候群、ブラダーク・ウィーリ症候群、1 p36 欠失症候群、4 p欠失症候群、5 p欠失症候群、第 14 番染色体父鎖性ダイソミー症候群、アンジエマルマン症候群、スミス・マゼニス症候群、22q11.2 欠失症候群、エマズエル症候群、脆明X症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高IgD症候群、化膿性無菌性関節炎・膿疱性膿皮症・アグネ症候群、先天性常染色体性副腎皮質刺激ホルモン不応症、DYT11ジストニア、DYT6ジストニア/P.TD、DYT8ジストニア/PNKD1、DYT11ジストニア/MDS、DYT12/RDP/AHC/CAPOS及びびパントテン酸キナーゼ関連神経変性症/NBIA1

③ 神経有酸素血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ピクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクリクル異常症、マルファン症候群、血管型エラスダグロス症候群、遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群

④ 臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの

① TNF受容体関連周期性症候群、中條一西村症候群及び家族性地中海熱
 ② ソトス症候群、CPT2欠損症、CACT欠損症、OCTN-2異常症、シトリン欠損症、非ケトーン型高グリシン血症、β-ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸血症、グルタル酸血症2型、先天性副腎皮質形成症、ATR-X症候群、ハッチソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウソフェリリヒト・ルントボルク病、ラフォラ病、セピアアテリン還元酵素欠損症、芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、CFC症候群、コステロ症候群、チャージャーズ症候群、リジン尿性蛋白不動態、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、瀬川病、膵耳腎症候群、ヤング・シンアソン症候群、先天性腎性尿崩症、ビタミンド依存性くる病/骨軟化症、ネイルパパラ症候群(爪膜蓋症候群)/LMAX1B関連症候群、グルコーストランスポーター1欠損症、甲狀腺ホルモ人不応症、ウーバー症候群、モワット・ウィルソン症候群、肝型糖原病(糖原病III型、III型、VI型、IXa型、IXb型、IXc型、IV型)、筋型糖原病(糖原病III型、IV型、IXd型)、先天性プロテインC欠乏症、先天性プロテインS欠乏症及び先天性アンチトロンピン欠乏症

③ ドラベ症候群、コフィン・シリイン症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症(自己免疫性又は先天性)、スーナチン症候群、骨形成不全症、骨髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く)、古典型エーラス・ダンソン症候群、非典型型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンconi貧血、遺伝性鉄非球性貧血、アラジール症候群及びルビンシユティン・テイビ症候群

(2) 検査の実施に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療、介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成 29 年 4 月)及び関係学会による

「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」(平成 23 年 2 月)を遵守すること。

(3) (1)のエ及びオに掲げる遺伝子疾患に対する検査については、(2)に掲げるガイドライン及びガイドラインに加え、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

(4) (1)のオに掲げる遺伝子疾患に対する検査を実施する場合には、臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(5) 「1」の「処理が容易なもの」とは、(1)のアからオまでの①に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。

(6) 「2」の「処理が複雑なもの」とは、(1)のアからオまでの②に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。

(7) 「3」の「処理が極めて複雑なもの」とは、(1)のア及びウからオまでの③に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。

D006-5 染色体検査

(1) 染色体検査の所定点数には、フィルム代、現像代、引伸印画作製代を含む。

(2) 染色体検査の「注」の分染法加算については、その種類、方法にかかわらず、1回の算定とする。

D006-6 免疫関連遺伝子再構成

(1) 免疫関連遺伝子再構成は、PCR法、LCR法又はサザンブロット法により、悪性リンパ腫、急性リンパ性白血病又は慢性リンパ性白血病の診断の目的で検査を行った場合に、6月に1回を限度として算定できる。

(2) 区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-2」造血器腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-6」免疫関連遺伝子再構成、区分番号「D006-14」FLT3遺伝子検査又は区分番号「D006-16」JAK2遺伝子検査のうちいずれかを同一月に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

D006-7 UDPグルタロン酸転移酵素遺伝子多型

UDPグルタロン酸転移酵素遺伝子多型は、塩酸イリノテカンの投与対象となる患者に対して、その投与量等を判断することを目的として、インベンダー法又はPCR法により測定を行った場合、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針の決定までの間に1回を限度として算定する。

D006-8 サイトケラチン19(KRT19)mRNA検出

サイトケラチン19(KRT19)mRNA検出は、癌腫検出等による診断又は術前画像診断でリンパ管転移陽性が明らかでない乳癌、胃癌、大腸癌又は非小細胞肺癌に対して、検出された乳癌、胃癌、大腸癌又は非小細胞肺癌所屬リンパ管中のサイトケラチン19(KRT19)mRNAの検出によるリンパ管転移診断及び術式の選択等の治療方針の決定の補助を目的として、OSNA(One-Step Nucleic Acid Amplification)法により測定を行った場合に、一連につき1回に限り算定する。

D006-9 WT1 mRNA

WT1 mRNAは、リアルタイムRT-PCR法により、急性骨髄性白血病又は骨髄異形性疾患の診断の補助又は経過観察時に行った場合に1回を限度として算定できる。

に、初発時と再発時にそれぞれ2回を限度として算定できる。

D006-14 FLT3遺伝子検査

(1) FLT3遺伝子検査は、再発又は難治性の急性骨髄性白血病（急性骨髄性白血病を除く。）の骨髄液又は末梢血を検体とし、PCR法及びキヤピラリー電気泳動法により、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、FLT3遺伝子の縦列複製（ITD）変異及びクロシキンナーゼ（TKD）変異の評価を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

(2) 区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-2」造血器腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-6」免疫関連遺伝子再構成又は区分番号「D006-16」JAK2遺伝子検査のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

D006-15 膀胱がん関連遺伝子検査

(1) 膀胱がん関連遺伝子検査は、膀胱がんの患者であって、上皮内癌（CIS）と診断され、過去に区分番号「K803」膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術を行った者に対して、FISH法により、再発の診断の補助を目的として実施した場合に、経尿道的手術後2年以内に限り、2回を限度として算定する。ただし、同時に膀胱鏡により、膀胱がん再発の所見が認められないことを確認した患者に対して実施した場合に限る。

(2) 本検査を実施した場合には、上皮内癌（CIS）と診断された病理所見、区分番号「K803」膀胱悪性腫瘍手術の「6」経尿道的手術の実施日及び本検査を過去に算定している場合にはその算定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(3) 本検査と同時に区分番号「N004」細胞診（1部位につき）の「2」穿刺吸引細胞診、体腔洗淨等によるものを実施した場合は、主たるもののみ算定する。

D006-16 JAK2遺伝子検査

(1) JAK2遺伝子検査は、骨髄液又は末梢血を検体とし、アレル特異的定量PCR法により、真性赤血球増加症、本態性血小板血症及び原発性骨髄線維症の診断補助を目的として、JAK2V617F遺伝子変異割合を測定した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

(2) 区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-2」造血器腫瘍遺伝子検査、区分番号「D006-6」免疫関連遺伝子再構成又は区分番号「D006-14」FLT3遺伝子検査のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

D006-17 Nudix hydrolase 15 (NUDT15) 遺伝子多型

NUDT15遺伝子多型は、難治性の炎症性腸疾患、急性リンパ性白血病及び治療抵抗性のリウマチ性疾患（全身性血管炎（顕微鏡的多発血管炎、多発血管炎性肉芽腫症、結節性多発動脈炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、高血圧動脈炎等）、全身性エリテマトーデス（SLE）、多発性筋炎、皮膚筋炎、強皮症、混合型結合組織病及び難治性リウマチ性疾患）、自己免疫性肝炎の患者であって、チオプリン製剤の投与対象となる患者に対して、その投与の可否、投与量等を判断することを目的として、リアルタイムPCR法により測定を行った場合に、当該薬剤の投与を開始するまでの間に1回を限度として算定する。

D006-18 BRCA1/2遺伝子検査

(1) 「1」腫瘍細胞を検体とするものについては、初発の進行卵巣癌患者の腫瘍細胞を検体と

D006-10 CCR4タンパク（フローサイトメトリー法）

CCR4タンパク（フローサイトメトリー法）及び区分番号「N002」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「5」CCR4タンパクを同一の目的で行った場合には、原則としていずれか一方のみを算定する。ただし、医学的な必要性がある場合には、併せて実施した場合であっても、いずれの成績も算定できる。なお、この場合においては、診療報酬細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

D006-11 FIP1L1-PDGFRα融合遺伝子検査

(1) FIP1L1-PDGFRα融合遺伝子検査は、二次性好酸球増加症を除外した上で、慢性好酸球性白血病又は好酸球増多症候群と診断した患者において、治療方針の決定を目的としてFISH法により行った場合に、原則として1回に限り算定できる。ただし、臨床症状・検査所見等の変化を踏まえ、治療法を選択する必要があるため、本検査を再度実施した場合にも算定できる。

(2) FIP1L1-PDGFRα融合遺伝子検査を算定するに当たっては、本検査を必要と判断した理由又は本検査を再度実施した場合にはその理由を診療報酬及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

D006-12 EGFR遺伝子検査（血漿）

(1) EGFR遺伝子検査（血漿）は、血漿を用いてリアルタイムPCR法により行った場合に算定できる。

(2) 肺癌の詳細な診断及び治療法を選択する場合、又は肺癌の再発や増悪により、EGFR遺伝子変異の2次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する場合に、患者1人につき、診断及び治療法を選択する場合には1回、再度治療法を選択する場合には2回に限り算定できる。ただし、本検査の実施は、医学的な理由により、肺癌の組織を検体として、区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査の「1」処理が容易なもの、「11」医薬品の適応判定の補助等に用いるものうち、肺癌におけるEGFR遺伝子検査を行うことが困難な場合に限る。

(3) EGFR遺伝子検査（血漿）を実施した場合には、肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的理由を診療報酬及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(4) EGFR遺伝子検査（血漿）と、肺癌の組織を検体とした区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査の「1」処理が容易なもの、「11」悪性腫瘍遺伝子検査の「1」処理が容易なもの、「11」悪性腫瘍遺伝子検査の「1」処理が容易なもの、「2」その他のものにより算定する場合も含む。）を同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

D006-13 骨髄微小残存病変量測定

(1) 骨髄微小残存病変量測定は、PCR法により、急性リンパ性白血病の診断補助又は経過観察を目的に行った場合に算定できる。

(2) 「1」の遺伝子再構成の同定に用いるものについては、急性リンパ性白血病と診断された患者又は再発が認められた患者に対して、遺伝子再構成の同定及び当該遺伝子のプライマー作成を行った場合に、それぞれ1回に限り算定できる。

(3) 「2」のモニタリングに用いるものについては、「1」の遺伝子再構成に用いるものを行った患者に対して、PCR法により急性リンパ性白血病の経過観察を目的として行った場合

し、次世代シーケンシングにより、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、BRC A1 遺伝子及びBRCA 2 遺伝子の変異の評価に限り算定する。

(2) 「2」血液を検体とするものについては、転移性若しくは再発乳癌患者、初発の進行卵巣癌患者又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる乳癌若しくは卵巣癌患者の血液を検体とし、PCR法等により、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として、BRCA1 遺伝子及びBRCA 2 遺伝子の変異の評価を行った場合に限り算定する。

(3) 「2」血液を検体とするものについては、遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として当該検査を実施するに当たっては、厚生労働省が「がんゲノム医療推進総合研究事業研究班作成の「遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）診療の手引き 2017年版」を参照すること。なお、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

D 006-19 がんゲノムプロファイリング検査

(1) 「1」検体提出時については、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、100 以上のがん関連遺伝子の変異等を検出するがんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシングを用いて、包括的なゲノムプロファイリングの取得を行う場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。

(2) 「2」結果説明時については、「1」検体提出時で得た包括的なゲノムプロファイリングの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するための多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等）による検討会（エキスパートパネル）での検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明する場合には、患者1人につき1回に限り算定できる。

(3) 標準治療がない固形がん患者又は局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了となった固形がん患者（終了が見込まれる者を含む。）であって、関連学会の化学療法に関するガイドライン等に基づき、全身状態及び臓器機能等から、当該検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高いと主治医が判断した者に対して実施する場合には限り算定できる。

(4) がんゲノムプロファイリングの解析により得られた遺伝子のシークエンスデータ（FASTQ 又はBAM）、解析データ（VCF又はXML）及び臨床情報等を、患者の同意に基づき、医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（C-CAT）に提出すること。この際、患者に対して書面を用いて説明し、同意の有無について診療録及び管理簿等に記載管理簿等に記載すること。また、当該データの二次利用に関しても同様説明し、及び同意の有無について管理簿等に記載すること。なお、これらの手続きに当たっては、個人情報保護の保護に係る諸法令を遵守すること。

(5) C-CATへのデータ提出又はデータの二次利用に係る同意が得られない場合であっても、当該検査を実施し、算定することができる。その際には同意が得られなかった旨を診療録及び管理簿に記載すること。

(6) 医療関係団体が定める「インフォームド・コンセント手順書」を遵守し、患者からの同意取得について適切な手続きを確保すること。

(7) 臨床情報等の提出に当たっては、医療関連団体が定める「がんゲノム情報シゴジトリー臨床情報収集項目一覧表」に則って提出すること。

(8) エキスパートパネルの開催に係る費用は、「2」結果説明時の所定点数に含まれる。

(9) エキスパートパネルの開催に際しては、以下の点を遵守すること。

① エキスパートパネルは、「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」（令和元年7月19日一部改正健発0719第3号）に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院及びがんゲノム医療拠点病院として指定を受けている保険医療機関で開催すること。

② エキスパートパネルの構成員については、以下の要件を満たしていること。

(イ) 構成員の中に、がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する診療領域の異なる常勤の医師が、複数含まれていること。

(ロ) 構成員の中に、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師が、1名以上含まれていること。

(ハ) 構成員の中に、遺伝医学に関する専門的な遺伝カウンセリング技術を有する者が、1名以上含まれていること。

(ニ) 構成員の中に、病理学に関する専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が、複数含まれていること。

(ホ) 構成員の中に、分子遺伝学及びがんゲノム医療に関する十分な知識を有する者が、1名以上含まれていること。

(ヘ) 施設内で検査を行う場合は、バイオインフォマティクスに関する十分な知識を有する者が、1名以上含まれていること。

(ト) 小児がん症例を検討する場合には、小児がんに専門的な知識を有する医師が1名以上含まれていること。

(チ) エキスパートパネルにおいて検討を行う対象患者の主治医又は当該主治医に代わる医師は、エキスパートパネルに参加すること。

③ エキスパートパネルの構成員については、②の(イ)から(チ)に該当する者がいずれも1名以上出席すること。ただし、やむを得ない場合は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な情報通信機器を用いて参加することで出席とみなすことができる。

④ C-CATへのデータの提出の同意を得た患者について検討する際には、C-CATが作成した当該患者に係る調査結果を用いてエキスパートパネルを開催すること。

(10) 「2」結果説明時には、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、特定の遺伝子の変異の評価を行った際に併せて取得している包括的なゲノムプロファイリングの結果を標準治療の終了後にエキスパートパネルでの検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明する場合にも算定できる。なお、この場合には(2)から(9)までを満たすこと。

(11) 「1」検体提出時と「2」結果説明時は一連であるため、「1」検体提出時については区分番号「D026」の検体検査判断料及び区分番号「D027」の基本的検体検査判断料は算定できない。

D 006-20 角膜ジストロフィー遺伝子検査

(1) 角膜ジストロフィー遺伝子検査は、角膜退縮等の前眼部病変を有する患者であって、臨床症状、検査所見、家族歴等から角膜ジストロフィーと診断又は疑われる者に対して、治療方針の決定を目的として行っている場合に算定する。本検査を実施した場合には、その医学的必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(2) 検査の実施に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成 29 年 4 月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成 23 年 2 月）を遵守すること。

D006-21 血液粘弾性検査（一連につき）

- (1) 血液粘弾性検査は、開心術（人工心臓を用いたものに限る。）を行う患者に対して、血液製剤等の投与の必要性の判断又は血液製剤等の投与後の評価を目的として行った場合に算定できる。
- (2) 術前、術中又は術後に実施した場合に、それぞれ1回ずつ算定できる。なお、所期の目的を達するたんに複数回実施した場合であっても、一連として算定する。
- (3) 検査の実施に当たっては、日本心臓血管麻酔学会の定める指針を遵守し、適切な輸血管理を行うこと。

D007 血液化学検査

- (1) 「1」のナトリウム及びブドウ糖については、両方を測定した場合も、いずれか一方のみを測定した場合も、同一の所定点数により算定する。
- (2) 「1」のカルシウム及び「7」のイオン化カルシウムを同時に測定した場合には、いずれか一方についてのみ所定点数を算定する。
- (3) 「1」の総鉄結合能（TIBC）（比色法）と不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）又は総鉄結合能（TIBC）（比色法）の所定点数を算定する。
- (4) 「1」のクレアチニンについて、ヤッフエ法を用いて実施した場合は算定できない。
- (5) 「3」のHDL-Cステロール、「3」の総コレステロール及び「4」のLDL-Cステロールを併せて測定した場合は、主たるもの2つの所定点数を算定する。
- (6) 「3」の無機リン及びビリルビンについては、両方を測定した場合も、いずれか一方のみを測定した場合も、同一の所定点数により算定する。
- (7) 「4」の蛋白分画、「1」の総蛋白及びアルブミン（BCP改良法・BCG法）を併せて測定した場合は、主たるもの2つの所定点数を算定する。
- (8) 「8」のマンガン（Mn）は、1月以上（胆汁排泄能の低下している患者については2週間以上）高カルシウム血症治療が行われている患者に対して、3月に1回に限り算定することができ。
- (9) 「9」のケトン体及び「19」のケトン体分画の検査を併せて実施した場合は、ケトン体分画の所定点数のみ算定する。
- (10) 「10」のアポリポ蛋白は、AⅠ、AⅡ、B、CⅡ、CⅢ及びEのうち、測定した項目数に応じ、所定点数を算定する。
- (11) 「13」の有機モノカルボン酸については、グルタチオン、乳酸、ピルビン酸及びα-ケトグルタル酸の各物質の測定を行った場合に、それぞれ別の測定ごとに所定点数を算定する。
- (12) 同一検体について「14」の重炭酸塩及び「36」の血液ガス分析の検査を併せて行った場合は、血液ガス分析の所定点数のみ算定する。
- (13) 「17」のグリコアルブミンは、HPLC（2カラム）、HPLC（1カラム）一発色法、アフィニティークロマトグラフィー・免疫比濁法によるグリコアルブミン測定装置を用いて

測定した場合、EIA法又は酵素法により測定した場合に所定点数を算定する。

- (14) 区分番号「D009」血液形態・機能検査の「9」のヘモグロビンA₁（HbA_{1c}）、本区分「7」のグリオブリン又は「21」の1,5-アンヒドロー-D-グルチロール（1,5AG）のうちいずれかを同一月に合わせて2回以上実施した場合は、1月1回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、1型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して6月以内の患者、インスリン治療を開始して6月以内の患者等については、いずれか1項目を1月1回に限り別に算定できる。
- (15) 肝胆道疾患の診断の目的で尿中硫酸飽合型胆汁酸測定を酵素法により実施した場合は、「18」のコレステロール分画に準じて算定する。ただし、「13」の胆汁酸を同時に測定した場合においては、いずれか一方の所定点数のみを算定する。
- (16) 「23」のLDアイソザイム1型は酵素学的阻害法による。
- (17) 総カルニチン及び遊離カルニチン

「23」の総カルニチン及び遊離カルニチンは、関係学会の定める診療に関する指針を遵守し、酵素サイトリング法により測定した場合に算定する。

本検査を先天性代謝異常症の診断補助又は経過観察のために実施する場合は、月に1回を限度として算定する。

静脈栄養管理若しくは経腸栄養管理を長期に受けている筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症若しくは小児の患者、人工乳若しくは特殊治療用ミルクを使用している小児患者、バルプロ酸ナトリウム製剤投与中の患者、Fanconi症候群の患者又は慢性維持透析患者におけるカルニチン欠乏症の診断補助若しくは経過観察のために、本検査を実施する場合は、6月に1回を限度として算定する。

同一検体について、本検査と区分番号「D010」特殊分析の「8」先天性代謝異常症検査を併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

「24」のALPアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ（BAP）は、アガコース電気泳動法によって、一連の検査によって同時に行った場合に算定する。また、区分番号「D008」内分泌学的検査の「27」の骨型アルカリホスファターゼ（BAP）と併せて実施した場合には、いずれか主たるもののみ算定する。

「25」のリポ蛋白（a）は、3月に1回を限度として算定できる。

「26」のヘパリンの血中濃度測定においては、同一の患者につき1月以内に当該検査を2回以上行った場合においては、算定は1回とし、1回目の測定を行ったときに算定する。

「28」のKL-6、「34」の肺サーファクタント蛋白-A（SP-A）及び「35」の肺サーファクタント蛋白-D（SP-D）のうちいずれかを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。KL-6は、EIA法、ECLA法又はラテックス凝集比濁法により、肺サーファクタント蛋白-A（SP-A）及び肺サーファクタント蛋白-D（SP-D）は、EIA法による。

「29」の心筋トロポニンIと「29」の心筋トロポニンT（TnT）定性・定量を同一月に併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

「25-ヒドロキシビタミンD

「30」の25-ヒドロキシビタミンDは、原発性骨粗鬆症の患者に対して、ECLA法、ECLA法又はCLEIA法により測定した場合は、骨粗鬆症の薬理治療方針の選択時に

1回に限らず測定できる。なお、本検査を実施する場合は関連学会が定める実施方針を遵守すること。

イ 「50」の25-ヒドロキシビタミンDは、ビタミンD欠乏性による病若しくはビタミンD欠乏性骨軟化症の診断時又はそれらの疾患に対する治療中にECLA法、CLIA法又はCLEIA法により測定した場合は、診断時においては1回を限度とし、その後は3月に1回を限度として測定できる。

(24) 「51」のベントシジンは、「1」の尿系窒素又は「1」のクレアチニンにより腎機能低下(糖尿病性腎症によるものを除く。)が疑われた場合に、3月に1回に限らず測定できる。ただし、「51」のシスタチンCを併せて実施した場合は、主たるもののみ測定する。

(25) シスタチンC

ア 「51」のシスタチンCは、EIA法、ラテックス凝集比濁法、金コロイド凝集法又はネフェロメトリ法により実施した場合に限り測定できる。

イ シスタチンCは、「1」の尿系窒素又は「1」のクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、3月に1回に限らず測定できる。ただし、「51」のベントシジンを併せて実施した場合は、主たるもののみ測定する。

(26) 「32」のイヌリンは、「1」の尿系窒素又は「1」のクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、6月に1回に限らず測定できる。ただし、「1」のクレアチニン(腎クリアランス測定のための尿、血清及び尿を同時に測定する場合に限る。)を併せて実施した場合に、主たるもののみ測定する。

(27) 「56」の血液ガス分析の所定点数には、ナトリウム、カリウム、クロール、pH、PO₂、PCO₂及びHCO₃の各測定を含むものであり、測定項目数にかかわらず、所定点数により算定する。なお、同時に行なったヘモグロビンについては算定しない。

(28) 「36」の血液ガス分析は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合のみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合には算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査については、その結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。

なお、在宅酸素療法を実施している入院施設を有しない診療所が、緊急時に必要、かつ密接な連携を取り得る入院施設を有する他の保険医療機関において血液ガス分析を行う場合であって、採血後、速やかに検査を実施し、検査結果が速やかに当該診療所に報告された場合にあっては算定できるものとする。

(29) 「37」のIV型コラーゲン又は「39」のIV型コラーゲン・7Sは、「37」のプロコラーゲン-III-βペプチド(P-III-β)又は「46」のMa c-2結合蛋白糖鎖修飾異性体と併せて行なった場合には、主たるもののみ算定する。

(30) 「38」の心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定性及び定量は、ELISA法、免疫クロマト法、ラテックス免疫比濁法又はラテックス凝集法により、急性心筋梗塞の診断に用いた場合に限り算定する。

ただし、心臓由来脂肪酸結合蛋白(H-FABP)定性又は定量と「36」のミノグロビン定性又は定量を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(31) 「36」のアルブミン非結合型リルピンは、診察及び他の検査の結果から、核黄疽に進展

するおそれがある新生児である患者に対して、生後2週間以内に経過観察を行う場合に算定する。

(32) 「58」のセレンは、長期静脈栄養管理若しくは長期成分栄養剤を用いた経腸栄養管理を受けている患者、人工乳若しくは特殊治療用ミルクを使用している小児患者又は重症心身障害児(者)に対して、診察及び他の検査の結果からセレン欠乏症が疑われる場合の診断及び診断後の経過観察を目的として実施した場合に限り算定する。

(33) 「42」のALPアインザイム(PAG電気泳動法)、「24」のALPアインザイム及び骨型アルカリホスファターゼ(BAP)及び区分番号「D008」内分番号の検査の「27」の骨型アルカリホスファターゼ(BAP)を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(34) 胎分血液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP-1)定性

ア 「42」の胎分血液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP-1)定性は、免疫クロマト法により、破水の診断のために妊娠週22週以上満37週未満の者を対象として測定した場合に限り算定する。

イ 「42」の胎分血液中インスリン様成長因子結合蛋白1型(IGFBP-1)定性及び区分番号「D015」血漿蛋白免疫学的検査の「22」胎胎児性フィブリンゲン定性(頸管液分液)を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(35) 「43」の心室筋ミオン軽微1は、同一の患者につき同一日に当該検査を2回以上行った場合は、1回のみ算定する。

(36) 「43」のヒアルロン酸は、サンディッチ・バインディング・プロテイン・アッセイ法、¹²⁵Iによる競合法を用いたバインディング・プロテイン・アッセイ法、LA法(測定機器を用いたもの)又はLB A法による。ただし、本検査は慢性肝炎の患者に対して、慢性肝炎の経過観察及び肝生検の適応の確認を行う場合に算定できる。

(37) 「43」のレムナント線りボ蛋白コレステロール(RLP-C)は免疫吸着法-酵素法又は酵素法により実施し、3月に1回を限度として算定できる。

(38) 「44」のアセトアミノフェンは、同一の患者につき1月以内に2回以上行った場合は、第1回目の測定を行ったときに1回に限らず算定する。

(39) 「46」のマロンジアルデヒド修飾LDL(MDA-LDL)は、冠動脈疾患既往歴のある糖尿病患者で、冠動脈疾患発症に関する予後予測の補助の目的で測定する場合に3月に1回に限らず測定できる。ただし、糖尿病患者の経皮的冠動脈形成術治療時に、治療後の再狭窄に関する予後予測に測定する場合、上記と別に併行して1回に限らず算定できる。

(40) Ma c-2結合蛋白糖鎖修飾異性体

ア 「46」のMa c-2結合蛋白糖鎖修飾異性体は、2ステップサンドイッチ法を用いた化学発光酵素免疫測定法により、慢性肝炎又は肝硬変の患者(疑われる患者を含む。)に対して、肝臓の線維化進展の診断補助を目的に実施した場合に算定する。

イ 本検査と「37」のプロコラーゲン-III-βペプチド(P-III-β)、「36」のIV型コラーゲン、「39」のIV型コラーゲン・7S又は「43」のヒアルロン酸を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(41) オートタキシン

ア 「46」のオートタキシンは、サンディッチ法を用いた蛍光酵素免疫測定法により、慢性肝炎又は肝硬変の患者(疑われる患者を含む。)に対して、肝臓の線維化進展の診断補助

り、入院後初回の検査以外の検査において10項目以上となった場合にあっては、当該加算は算定できな。また、基本的検査実施施設を算定している場合であっても、当該加算は算定できない。

D 0 0 8 内分泌学的検査

- (1) 各種ホルモンの日内変動検査は、内分泌学的検査の該当する項目の測定回数により算定するが、その回数については妥当適切な範囲であること。
- (2) 「1」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定性及び「19」のヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（HCG-β）は、免疫学的妊娠試験に該当する場合、一方の所定点数のみ算定する。
- (3) 「7」のレニン活性と「11」のレニン定量を併せて行った場合は、一方の所定点数のみ算定する。
- (4) 「13」のC-ペプチド（CPR）を同時に血液及び尿の両方の検体について測定した場合は、血液の場合の所定点数のみを算定する。
- (5) 「13」の黄体形成ホルモン（LH）はLA法等による。
- (6) 「18」の抗グルタミン酸デカルボキシルーゼ抗体（抗GAD抗体）は、すでに糖尿病の診断が確定した患者に対して1型糖尿病の診断に用いた場合又は自己免疫介在性膵炎・膵症の診断に用いた場合に算定できる。
- (7) 脳性Na利尿ペプチド（BNP）
 - ア 「19」の脳性Na利尿ペプチド（BNP）は、心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月1回に限り算定する。
 - イ 「19」の脳性Na利尿ペプチド（BNP）、「19」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）及び「45」の心房性Na利尿ペプチド（ANP）のうち2項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して1週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。
 - ウ 「19」の脳性Na利尿ペプチド（BNP）、「19」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）及び「45」の心房性Na利尿ペプチド（ANP）のうち2項目以上を実施した場合は、各々の検査の実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
 - (8) 脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）
 - ア 「19」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）は、心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月1回に限り算定する。
 - イ 「19」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）、「19」の脳性Na利尿ペプチド（BNP）及び「45」の心房性Na利尿ペプチド（ANP）のうち2項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して1週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。
 - ウ 「19」の脳性Na利尿ペプチド（BNP）、「19」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）又は「45」の心房性Na利尿ペプチド（ANP）のうち2項目以上を実施した場合は、各々の検査の実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
 - (9) ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（HCG-β）
 - ア 「19」のヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（HCG-β）は、HCG産生腫瘍

を目的に実施した場合に算定する。

イ ベン重と「37」のプロコラーゲン-Ⅲ-ペプチド（P-Ⅲ-PT）、「36」のIV型コラーゲン、「39」のIV型コラーゲン・7S、「43」のヒアルロン酸又は「46」のMac-2結合蛋白糖鎖修飾異性を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(42) 「49」のリポ蛋白リパーゼ（LPL）は、高トリグリセライド血症及びLPL欠損症が疑われる場合の鑑別のために測定した場合に限り算定できる。また、ヘパリン負荷が行われた場合、投与したヘパリンは区分番号「D500」の薬剤として算定できるが、注料は算定できない。

(43) 「50」の肝細胞増殖因子（HGF）はELISA法により、肝炎にて劇症化が疑われる場合又は劇症肝炎の経過観察に用いた場合に限り算定する。

(44) 「53」の2,5-オリゴヌクレオチド酸合成酵素活性は、ウイルス血症を伴う慢性活動性肝炎患者のインターフェロン製剤の投与量及び治療効果の判定に用いた場合に算定する。

(45) 「55」のプロカルシトニン（PCT）定量又は同半定量は、敗血症（細菌性）を疑う患者を対象として測定した場合に算定できる。ただし、区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「44」のエンドトキシンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(46) プレセプシン定量

ア 「56」のプレセプシン定量は、敗血症（細菌性）を疑う患者を対象として測定した場合に算定できる。

イ 「56」のプレセプシン定量と「55」のプロカルシトニン（PCT）定量、同半定量又は区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「44」エンドトキシンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(47) 「57」のインフラキニンゲン定性は、関節リウマチの患者に対して、インフラキニンゲン投与量の増量等の判断のために、イムノクロマト法により測定した場合に、患者1人につき3回を限度として算定できる。

(48) 「59」の1,25-ジヒドロキシビタミンD₃は、ラジオレセプターアッセイ法、RIA法又はELISA法により、慢性腎不全、特発性副甲狀腺機能低下症、偽性副甲狀腺機能低下症、ビタミンD依存症Ⅰ型若しくは低リン血症性ビタミンD抵抗性くる病の診断時又はそれらの疾患に対する活性型ビタミンD₃剤による治療中に測定した場合に限り算定できる。ただし、活性型ビタミンD₃剤による治療開始後1月以内に限り算定し、その後は3月に1回を限度として算定する。

(49) FGF23

「60」のFGF23は、CLEIA法により、FGF23関連低リン血症性くる病・骨軟化症の診断時又は治療効果判定時に測定した場合に限り算定できる。ただし、診断時には1回を限度とし、その後は腫瘍性骨軟化症の場合には腫瘍摘出後に1回、薬剤性の場合には投薬中止後に1回を限度として算定する。

(50) 血液化学検査の注に掲げる検査と併せて、血液化学検査の注に掲げる検査を併用することが認められている検査を行った場合は、当該検査も注に掲げる項目数の算定に含める。

(51) 血液化学検査の注のハの注に規定する10項目以上の包括点数を算定する場合は入院時初回加算は、入院時に初めて行われる検査は項目数が多くなることに鑑み、血液化学検査の注に掲げる検査を10項目以上行った場合に、入院時初回検査に限り20点を加算するものであ

- 患者に対して測定した場合に限り算定できる。
- イ 「19」のヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット (HCG-β)、「1」のヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量又は同半定量を併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。
- (10) 「2」のヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 定量及び同半定量は、HCG・LH検査(試験管法)を含むものである。
- (11) 「25」のI型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTX) 及び「36」のデオキシピリジノリン (DPPD) (尿) は、原発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定、副甲状腺機能亢進症手術後の治療効果判定又は骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択に際して実施された場合に算定する。
- なお、骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に1回、その後6月以内の薬剤効果判定時に1回に限り、また薬剤治療方針を変更したときは変更後6月以内に1回に限り算定できる。
- (12) 「25」のI型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTX)、「27」のオステオカルシン (OC) 又は「36」のデオキシピリジノリン (DPPD) (尿) を併せて実施した場合は、いずれか1つのみ算定する。
- (13) 「25」の酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ (TRACP-5b) は、代謝性骨疾患及び骨転移(代謝性骨疾患や骨折の併発がない肺癌、乳癌、前立腺癌に限る)の診断補助として実施した場合に1回、その後6月以内の治療経過観察時の補助的指標として実施した場合に1回に限り算定できる。また治療方針を変更した際には変更後6月以内に1回に限り算定できる。本検査と「25」のI型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTX)、「27」のオステオカルシン (OC) 又は「36」のデオキシピリジノリン (DPPD) (尿) を併せて実施した場合は、いずれか一つのみ算定する。
- なお、乳癌、肺癌又は前立腺癌であると既に確定診断された患者について骨転移の診断のために当該検査を行い、当該検査に基づいて計画的な治療管理を行った場合は、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。
- (14) 「26」の低カルボキシ化オステオカルシン (ucOC) は、骨粗鬆症におけるビタミンK₂剤の治療選択目的で行った場合又は治療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては1回、その後は6月以内に1回に限り算定できる。
- (15) 「27」の骨型アルカリホスファターゼ (BAP)、「28」のインタクトI型プロコラーゲン-N-テロペプチド (IntactP1NP)、「30」のI型プロコラーゲン-N-テロペプチド (P1NP) 及び区分番号「D007」血液化学検査の「42」ALPアッセイウム (PA-G電気泳動法) のうち2項目以上を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (16) 「27」のオステオカルシン (OC) は、続発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定及び原発性又は続発性の副甲状腺機能亢進症による副甲状腺(上皮小体)腺腫過形成手術後の治療効果判定に際して実施した場合に限り算定できる。
- (17) 「30」のI型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX) (尿) は、骨粗鬆症におけるホルモン補充療法及びビスフォスフォネート療法等、骨吸収抑制能を有する薬物療法の治療効果判定又は治療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては1回、その後は6月以内に1回に限り算定できる。
- (18) 「31」のI型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX) は、骨粗鬆症にお

- けるホルモン補充療法及びビスフォスフォネート療法等、骨吸収抑制能を有する薬物療法の治療効果判定又は治療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては1回、その後は6月以内に1回に限り算定できる。
- また、「30」のI型コラーゲン架橋C-テロペプチド-β異性体 (β-CTX) (尿) と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (19) 「35」のエストロゲン半定量又は定量については、「35」のエストリオール (E₃) 又は「34」のエストジオール (E₂) と同時に実施した場合は算定できない。
- (20) 「35」の副甲状腺ホルモン関連蛋白C端フラグメント (C-PTHrP) 又は「37」の副甲状腺ホルモン関連蛋白 (PTHrP) は、高カルシウム血症の鑑別並びに悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症に対する治療効果の判定のために測定した場合に限り算定する。
- (21) 「39」のエリスロポエチンは、以下のいずれかの目的で行った場合に算定する。
- ア 赤血球増加症の鑑別診断
- イ 重度の慢性腎不全患者又はエリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータゴロ若しくはHIF-1 α 阻害薬投与前の透析患者における腎性貧血の診断
- ウ 骨髄異形成症候群に伴う貧血の治療方針の決定
- (22) 「40」の抗IA-2抗体は、すでに糖尿病の診断が確定し、かつ、「18」の抗グルタミル酸デカルボキシラーゼ抗体(抗GAD抗体)の結果、陰性が確認された患者に対し、1型糖尿病の診断に用いた場合に算定する。
- なお、当該検査を算定するに当たっては、抗グルタミル酸デカルボキシラーゼ抗体(抗GAD抗体)の結果、陰性が確認された年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (23) 「40」の17 α -ヒドロキシprogステロン (17 α -OHP) は、先天性副腎皮質過形成症の診断又は治療効果判定のために行った場合に算定する。
- (24) 「45」の心房性Na利尿ペプチド (ANP)、「19」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP) 及び「19」の脳性Na利尿ペプチド (BNP) のうち2項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して1週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。
- (25) 「48」のノルメタネフリンは、褐色細胞腫の診断又は術後の効果判定のために行った場合に算定し、「41」のメタネフリンを併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。
- (26) インスリン様成長因子結合蛋白3型 (IGFBP-3)
- ア 「49」のインスリン様成長因子結合蛋白3型 (IGFBP-3) は、成長ホルモン分泌不全症の診断と治療開始時の適応判定のために実施した場合に算定できる。なお、成長ホルモン分泌不全症の診断については、厚生労働省関係閣下垂体機能障害に関する調査研究班「成長ホルモン分泌不全性低身長症診断の手引き」を、治療開始時の適応判定については(財)成長科学協会「ヒト成長ホルモン治療開始時の適応基準」を参照すること。
- イ 「49」のインスリン様成長因子結合蛋白3型 (IGFBP-3) を「42」のソマトメジンCと併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (27) 遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画
- ア 「50」の遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画は、褐色細胞腫の鑑別診断を行った場合に1回に限り算定する。本検査を実施するに当たっては、関連学会が定める指針を遵守し、褐色細胞腫を疑う医学的合理的理由を診療録に記載すること。

イ 「41」メタネフリン、「44」メタネフリン・ノルメタネフリン分画、「48」ノルメタネフリン又は「50」遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画のうちいずれかを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

D 0 0 9 腫瘍マーカー

(1) 腫瘍マーカーは、悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合に、悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に1回を限度として算定する。

悪性腫瘍の診断が確定し、計画的な治療管理を開始した場合、当該治療管理中に行った腫瘍マーカーの検査の費用は区分番号「B 0 0 1」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料に含まれ、腫瘍マーカーは、原則として、区分番号「B 0 0 1」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料と同一月に併せて算定できない。ただし、悪性腫瘍の診断が確定した場合であっても、次に掲げる場合においては、区分番号「B 0 0 1」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料とは別に腫瘍マーカーの検査料を算定できる。

- ア 急性及び慢性肺炎の診断及び経過観察のために「7」のエラスターゼ1を行った場合
- イ 肝硬変、HBs抗原陽性の慢性肝炎又はHCV抗体陽性の慢性肝炎の患者について、「3」の α -フェトプロテイン(AFP)、「9」のPIVKA-II半定量又は定量を行った場合(月1回に限る。)
- ウ 子宮内腫瘍の診断又は治療効果判定を目的として「10」のCA125又は「23」のCA602を行った場合(診断又は治療前及び治療後の各1回に限る。)
- エ 家族性大腸腫瘍の患者に対して「2」の癌胎児性抗原(CEA)を行った場合
- (2) 「1」の尿中BTAは、膀胱癌であると既に確定診断された患者に対して、膀胱癌再発の診断のために行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「B 0 0 1」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「イ」を算定する。
- (3) 「2」の癌胎児性抗原(CEA)と「6」のDUPAN-2を併せて測定した場合は主たるもののみ算定する。
- (4) 「8」の前立腺特異抗原(PSA)は、診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から、前立腺癌の患者であることを強く疑われる者に対して検査を行った場合に、前立腺癌の診断の確定又は転帰の決定までの間に原則として、1回を限度として算定する。ただし、前立腺特異抗原(PSA)の検査結果が4.0ng/mL以上であり前立腺癌の確定診断がつかない場合においては、3月に1回に限り、3回を限度として算定できる。
- なお、当該検査を2回以上算定するに当たっては、検査直を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (5) 「10」のCA125及び「23」のCA602を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。
- (6) 上記(1)にかかわらず、「5」に掲げる項目について、1つを区分番号「B 0 0 1」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料の項目とし、他の1つの検査を腫瘍マーカーの項目として算定することはできず、いずれか一方のみ算定する。
- (7) 核マトリックスポロテイン22(NMP22)定性(尿)又は定量(尿)
- ア 「12」の核マトリックスポロテイン22(NMP22)定量(尿)及び「12」の核マトリッ

クスプロテイン22(NMP22)定性(尿)は、区分番号「D 0 0 2」尿沈渣(鏡検法)により赤血球が認められ、尿路上皮癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に限り算定する。

イ 「12」の核マトリックスポロテイン22(NMP22)定量(尿)及び「12」の核マトリックスプロテイン22(NMP22)定性(尿)については、尿路上皮癌の診断が確定した後にを行った場合であっても、区分番号「B 0 0 1」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定できない。

(8) 「12」の核マトリックスポロテイン22(NMP22)定量(尿)又は「12」の核マトリックスプロテイン22(NMP22)定性(尿)及び「16」のサイトケラチン8・18(尿)を同時に実施した場合は、いずれか一方の評定点数を算定する。

(9) 「15」の遊離PSA比(PSA F/T比)は、診療及び他の検査(前立腺特異抗原(PSA)等)の結果から前立腺癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に限り算定する。

(10) サイトケラチン8・18(尿)

ア 「16」のサイトケラチン8・18(尿)は、区分番号「D 0 0 2」尿沈渣(鏡検法)により赤血球が認められ、尿路上皮癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に限り算定する。

イ 「16」のサイトケラチン8・18(尿)は、尿路上皮癌の診断が確定した後に行った場合であっても、区分番号「B 0 0 1」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定できない。

(11) 「17」のサイトケラチン19フラグメント(シフラ)は、悪性腫瘍であることが既に確定診断された患者については、小細胞癌を除く肺癌の場合に限り、区分番号「B 0 0 1」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定できる。

(12) 「18」の抗p53抗体は、食道癌、大腸癌又は乳癌が強く疑われる患者に対して行った場合に月1回に限り算定できる。

(13) シアリルLe^x抗原(CSLEX)

ア 「19」のシアリルLe^x抗原(CSLEX)は、診察及び他の検査の結果から乳癌の患者であることを強く疑われる者に対して検査を行った場合に算定する。

イ 「19」のシアリルLe^x抗原(CSLEX)と「6」のCA15-3を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(14) 「20」のI型コラーゲン-C-テロペプチド(ICTP)、区分番号「D 0 0 8」内分泌学的検査の「25」のI型コラーゲン骨橋N-テロペプチド(NTX)又は区分「36」のデオキシピジリン(DPD)(尿)は、乳癌、肺癌又は前立腺癌であると既に確定診断された患者について骨転移の診断のために当該検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「B 0 0 1」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

(15) 「21」のガストリン放出ペプチド前駆体(PoGRP)を「11」の神経特異ニューロゼ(NSE)と併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

(16) 「22」の癌関連ラクトース転移酵素(GAT)は、内臓症性腫瘍を有する患者又は内臓症性腫瘍が疑われる患者について、卵巣癌が疑われる場合に限り算定できる。

- (17) 「23」のα-フエトプロテインレクチン分画 (AFP-L3%) は、電気泳動法及び抗体親和性転写法又はLBA法による。
- (18) 「25」のヒト精巣上体蛋白4 (HE4) は、CLIA法又はECLIA法により測定した場合に算定できる。
- (19) 可溶性メソチリン関連ペプチド
- ア 「26」の可溶性メソチリン関連ペプチドは、悪性中皮腫の診断の補助又は悪性中皮腫であると既に確定診断された患者に対して治療効果の判定若しくは経過観察を目的として実施した場合に算定する。
- イ 本検査を悪性中皮腫の診断の補助を目的として実施する場合は、以下のいずれかに該当する患者に対して使用した場合に限り算定する。この場合、本検査が必要である理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (イ) 石肺腫瘍があり、胸水、腹水等の貯留が認められる患者
- (ロ) 体腔鏡細視診で悪性中皮腫が疑われる患者
- (ハ) 画像診断で胸膜腫瘍、腹膜腫瘍等の漿膜腫瘍が認められる患者
- ウ 本検査を悪性中皮腫の治療効果の判定又は経過観察を目的として実施する場合は、悪性中皮腫であると既に確定診断された患者に対して、本検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。
- (20) 「27」の癌胎児性抗原 (CEA) 定性 (乳頭分泌液) 又は同半定量 (乳頭分泌液) は、乳頭異常分泌患者に対して非腫瘍性乳癌を強く疑って、乳頭分泌液中の癌胎児性抗原 (CEA) を測定した場合に算定する。
- (21) 「28」のHER2蛋白は、悪性腫瘍が既に確定診断され、かつ、HER2蛋白過剰発現が認められている患者又は他の測定法により、HER2蛋白過剰発現の有無が確認されていない再発癌患者に対して、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。
- (22) 「29」の可溶性インターロキニン-2レセプター (sIL-2R) は、非ホジキンリンパ腫、ATL又はメルトレキサイト使用中のリンパ増殖性疾患の診断の目的で測定した場合に算定できる。
- また、非ホジキンリンパ腫又はATLであることが既に確定診断された患者に対して、経過観察のために測定した場合は、区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「3」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」により算定する。
- (23) 「注2」に係る規定は、本区分に掲げる血液を検体とする検査と「27」の癌胎児性抗原 (CEA) 定性 (乳頭分泌液) 又は同半定量 (乳頭分泌液) を同一日に行った場合にも、適用する。
- D010 特殊分析
- (1) フェニール・アラニン又はヒスチジンを服用させ血清又は尿中のフェニール・アラニン又はヒスチジンの定量検査を行った場合は、それぞれ1回の測定につき「4」により算定し、使用した薬剤は、区分番号「D500」薬剤により算定する。
- (2) 「3」のチロニンは、酵素法による。

- (3) 「5」の総分鎖アミノ酸/チロシンモル比 (BTR) は、酵素法による。
- (4) 「8」の先天代謝異常症検査は、臨床症状・検査所見・家族歴等から先天性代謝異常症等が強く疑われる患者に対し、疾患の診断又は経過観察を目的に行なった場合に算定する。
- ア 「イ」の尿中有機酸分析は、有機酸代謝異常症が疑われる患者に対して、ガスクロマトグラフ質量分析装置を用いて尿中有機酸の分析を行なった場合に算定する。
- イ 「ロ」の血中極長鎖脂肪酸は、副腎白質ジストロフィーやペルオキシノーム形成異常症、ペルオキシノーム分岐化系酵素欠損症が疑われる患者に対して、ガスクロマトグラフ質量分析装置を用いて血中極長鎖脂肪酸の測定を行なった場合に算定する。
- ウ 「ハ」のタンデムマス分析は、有機酸代謝異常症、脂肪酸代謝異常症が疑われる患者に対して、タンデム質量分析装置を用いて遊離カルニチン及びアシルカルニチンの分析を行なった場合に算定する。
- エ 「ニ」のその他は、ムコ多糖症、ムコリポビドーシスが疑われる患者に対して、セルロースアセテート電気泳動法を用いてムコ多糖体分画の定量検査等を行った場合に算定する。

D011 免疫血液学的検査

- (1) 「3」のRh (その他の因子) 血液型については、同一検体による検査の場合は因子の種類及び数にかかわらず、所定点数を算定する。
- (2) 「4」の不規則抗体は、輸血歴又は妊娠歴のある患者に対し、第2章第10部手術第7款の各区分に掲げる胸部手術、同部第8款の各区分に掲げる心・脈管手術、同部第9款の各区分に掲げる腹部手術又は区分番号「K877」子宮全摘術、「K879」帝王切開術又は「K912」「K889」子宮附屬器悪性腫瘍手術 (同側)、「K898」帝王切開術又は「K920」輸血の注異所性妊娠手術が行われた場合に、手術の当日に算定する。
- また、手術に際して輸血が行われた場合は、本検査又は区分番号「K920」輸血の「注6」に定める不規則抗体検査加算のいづれかを算定する。
- この場合、診療報酬明細書の摘要欄に輸血歴がある患者又は妊娠歴がある患者のいずれに該当するかを記載する。
- (3) 「6」の血小板関連IgG (PA-IgG) は、特発性血小板減少性紫斑病の診断又は経過判定の目的で行なった場合に算定する。
- (4) 血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG、IgM及びIgA抗体)、血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG抗体)
- ア 「10」の血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG、IgM及びIgA抗体) 及び「9」の血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG抗体) は、ヘパリン起因性血小板減少症の診断を目的として行なった場合に算定する。
- イ 一連の検査で、「10」の血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG、IgM及びIgA抗体) 及び「9」の血小板第4因子-ヘパリン複合体抗体 (IgG抗体) を測定した場合は、主たるもののみ算定する。

D012 感染症免疫学的検査

- (1) 「1」及び「5」における梅毒血清反応 (STS) 定性、梅毒血清反応 (STS) 半定量及び梅毒血清反応 (STS) 定量は、従来の梅毒沈降反応 (ガラス板法、VDRL法、RPR法、凝集法等) をいい、梅毒血清反応 (STS) 定性、梅毒血清反応 (STS) 半定量及び梅毒血清反応 (STS) 定量ごとに梅毒沈降反応を併せて2種類以上ずつ行った場合でも、

それぞれ主たるもののみ算定する。

- (2) 「4」のマイコプラズマ抗体定性、マイコプラズマ抗体半定量、「25」のマイコプラズマ抗原定性(免疫クロマト法)又は「31」のマイコプラズマ抗原定性(F.A法)を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (3) 「7」の迅速ウレラーゼ試験定性を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」(平成12年10月31日保険発第180号)に即して行うこと。
- (4) 「7」のアデノウイルス抗原定性(糞便)と「8」のロタウイルス抗原定性(糞便)又は定量(糞便)を同時に行った場合は、主たる検査のみ算定する。
- (5) ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量
- ア 「9」のヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量は、L.A法、免疫クロマト法、金コロイド免疫測定法又はE.I.A法(簡易法)により実施した場合に算定する。
- イ 当該検査を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」(平成12年10月31日保険発第180号)に即して行うこと。
- (6) ウイルス抗体価(定性・半定量・定量)
- ア 「11」のウイルス抗体価(定性・半定量・定量)は、治療上必要な場合に行うものとし、次に掲げるものを当該検査の対象とする。

- (イ) アデノウイルス
(ロ) コクサツキョウウイルス
(ハ) サイトメガロウイルス
(ニ) EBウイルス
(ホ) エコーウイルス
(ヘ) ヘルペスウイルス
(ト) インフルエンザウイルスA型
(チ) インフルエンザウイルスB型
(リ) ムンプスウイルス
(ス) パラインフルエンザウイルスI型
(ル) パラインフルエンザウイルスII型
(ワ) パラインフルエンザウイルスIII型
(カ) ポリオウイルスI型
(キ) ポリオウイルスII型
(ク) ポリオウイルスIII型
(ケ) RSウイルス
(レ) 風疹ウイルス
(コ) 麻疹ウイルス
(ソ) 日本脳炎ウイルス
(セ) オーム病クラミジア
(ナ) 水痘・帯状疱疹ウイルス

イ ウイルス抗体価(定性・半定量・定量)に当たって、同一抗体について同一ウイルスに

対する複数の測定方法を行った場合であっても、所定点数のみを算定する。

- (7) 「12」のヘリコバクター・ピロリ抗体を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」(平成12年10月31日保険発第180号)に即して行うこと。
- (8) 「13」のHTLV-1抗体定性又は半定量は、粒子凝集法により実施した場合に算定する。
- (9) 「17」の抗酸菌抗体定量又は同定性は、金コロイド免疫測定法又はE.I.A法により実施した場合に算定する。
- (10) 診療録等から非加熱血液凝固因子製剤の投与歴が明らかならず及び診療録等が確認できないため血液凝固因子製剤の投与歴が不明であるが、昭和53年から昭和63年の間に入院し、かつ、次のいずれかに該当する者に対して、「17」のHIV-1抗体、「16」のHIV-1、2抗体定性、同半定量、「18」のHIV-1、2抗体定量、「16」のHIV-1、2抗原・抗体同時測定定性又は「18」のHIV-1、2抗原・抗体同時測定定量を実施した場合は、HIV感染症を疑わせる自他算定性の有無に関わらず所定点数を算定する。
- ただし、保険医療機関において採血した検体の検査を保健所に委託した場合は、算定しない。
- ア 新生児出血症(新生児メレナ、ビタミンK欠乏症等)等の病気で「血が止まりにくい」との指摘を受けた者
- イ 肝硬変や劇症肝炎で入院し、出血の著しかった者
- ウ 食道静脈瘤の破裂、消化器系疾患により大量の吐血があった者
- エ 大量に出血するような手術を受けた者(出産時の大量出血も含む。)
- オ なお、間質性肺炎等後天性免疫不全症候群の疾病と鑑別が難しい疾病が認められる場合やHIVの感染に関連しやすいう性感染症が認められる場合、既往がある場合又は疑われる場合でHIV感染症を疑う場合は、本検査を算定できる。
- (11) HIV-1抗体及びHIV-1、2抗体定性、同半定量又は同定量、HIV-1、2抗原・抗体同時測定定性又は同定量
- ア 区分番号「K920」輸血(「4」の自己血輸血を除く。以下この項において同じ。)を算定した患者又は血漿成分製剤(新鮮凍結血漿、新鮮凍結人血漿等)の輸注を行った患者に対して、一連として行われた当該輸血又は輸注の最終日から起算して、概ね2か月後に「17」のHIV-1抗体、「16」のHIV-1、2抗体定性、同半定量、「18」のHIV-1、2抗体定量、「16」のHIV-1、2抗原・抗体同時測定定性又は「18」のHIV-1、2抗原・抗体同時測定定量の測定が行われた場合は、HIV感染症を疑わせる自他算定性の有無に関わらず、当該輸血又は輸注につき1回に限り、所定点数を算定できる。
- イ 他の保険医療機関において輸血料の算定又は血漿成分製剤の輸注を行った場合であっても同様とする。
- ウ ア又はイの場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に当該輸血又は輸注が行われた最終日を記載する。
- (12) 「16」のHIV-1、2抗体定性、同半定量、及び「18」のHIV-1、2抗体定量は、L.A法、E.I.A法、P.A法又は免疫クロマト法による。
- (13) 「18」のA群β溶連菌迅速試験定性と区分番号「D018」細菌培養同定検査を同時に実施した場合は、A群β溶連菌迅速試験定性の所定点数のみを算定する。この場合において、

- ア 群β溶連菌迅速検定性の結果が陰性のため、引き続き細菌培養同定検査を実施した場合であっても、A群β溶連菌迅速検定性の所定点数のみ算定する。
- (14) 「19」のカンジダ抗原定性、半定量又は定量は、カンジダ血症又はカンジダ肺炎の診断の目的で行った場合に算定する。
- (15) 「21」のRSウイルス抗原定性は、以下のいずれかに該当する患者について、当該ウイルス感染症が疑われる場合に適用する。
- ア 入院中の患者
- イ 1歳未満の乳児
- ウ パリビズマブ製剤の適応となる患者
- (16) インフルエンザウイルス抗原定性
- ア 「22」のインフルエンザウイルス抗原定性は、発症後48時間以内に実施した場合に限り算定することができる。
- イ 本検査と「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）のインフルエンザウイルスA型若しくはインフルエンザウイルスB型を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- ウ 本検査は光学的抗原抗体反応（OIA法）により実施した場合にも算定できる。
- (17) ヘリコバクター・ピロリ抗原定性
- ア 「23」のヘリコバクター・ピロリ抗原定性は、EIA法又は免疫クロマト法により測定した場合に限り算定できる。
- イ 当該検査を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。
- (18) ヒトメタニューモウイルス抗原定性
- ア 「24」のヒトメタニューモウイルス抗原定性と「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）のインフルエンザウイルスA型若しくはインフルエンザウイルスB型、「12」のインフルエンザウイルス抗原定性又は「21」のRSウイルス抗原定性のうち3項目を併せて実施した場合には、主たるもの2つに限り算定する。ただし、「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）のインフルエンザウイルスA型若しくはインフルエンザウイルスB型又は「22」のインフルエンザウイルス抗原定性を併せて実施した場合は1項目として数える。
- イ 本検査は、当該ウイルス感染症が疑われる6歳未満の患者であって、画像診断又は胸部聴診所見により肺炎が強く疑われる患者を対象として測定した場合に算定する。
- (19) 「25」のインフルエンザ菌（無莢膜型）抗原定性は、EISA法により、インフルエンザ菌感染が疑われる中耳炎又は副鼻腔炎患者に対して、インフルエンザ菌（無莢膜型）感染の診断の目的で実施した場合に算定する。
- (20) 「25」のマイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）、「4」のマイコプラズマ抗体定性若しくは同半定量又は「31」のマイコプラズマ抗原定性（FA法）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (21) 「25」のノロウイルス抗原定性は、以下のいずれかに該当する患者について、当該ウイルス感染症が疑われる場合に算定する。

- ア 3歳未満の患者
- イ 65歳以上の患者
- ウ 悪性腫瘍の診断が確定している患者
- エ 臓器移植後の患者
- オ 抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、又は免疫抑制効果のある薬剤を投与中の患者
- (22) 「26」のクラミドフィラ・ニューモモニエIgM抗体を、「9」のクラミドフィラ・ニューモモニエIgG抗体又は「10」のクラミドフィラ・ニューモモニエIgA抗体を併せて実施した場合、主たるもの1つに限り算定する。
- (23) 「27」のD-アラビノトールは、カンジダ血症又はカンジダ肺炎の診断の目的で行った場合に算定する。
- (24) 「27」のクラミジア・トラコマチス抗原定性は、泌尿器、生殖器、結膜又は鼻咽喉腔からの検体によるものであり、本検査に係る検体採取料は所定点数に含まれる。
- (25) 「27」のクラミジア・トラコマチス抗原定性について、結膜又は鼻咽喉腔からの検体による場合は、封入体結膜炎若しくはトラコモーマ又は乳児クラミジア・トラコマチス肺炎の診断のために実施した場合に算定できる。
- (26) 「28」のアスペルギルス抗原はL.A法又はELISA法により、侵襲性肺アスペルギルス症の診断のために実施した場合にのみ算定できる。
- (27) 「29」の大腸菌O157抗原定性、「30」の大腸菌O157抗体定性及び区分番号「D018」細菌培養同定検査の「2」消化管からの検体によるものうちいずれかを複数測定した場合は、主たるもののみ算定する。なお、「30」の大腸菌O157抗体定性はL.A法による。
- (28) 「31」のマイコプラズマ抗原定性（FA法）、「4」のマイコプラズマ抗体定性、同半定量又は「25」のマイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (29) 「33」の大腸菌血清型別は、区分番号「D018」細菌培養同定検査により大腸菌が確認され、及び区分番号「D023-2」の「3」大腸菌ペロトキシン定性により毒素が確認又は腸管出血性大腸菌用の選択培地に菌の発育が確認され、並びに血清抗体法により大腸菌O抗原又はH抗原の同定を行った場合に、使用した血清の敬、菌種等に関わり算定する。この場合において区分番号「D018」細菌培養同定検査の費用は別に算定できない。
- (30) 「34」の淋菌抗原定性は、区分番号「D018」細菌培養同定検査を同時に実施した場合は、別に算定できない。
- (31) 「34」の単純ヘルペスウイルス抗原定性は、ヘルペスウイルスの型別確認を行った場合に算定できる。
- (32) 肺炎球菌細胞壁抗原定性
- ア 「35」の肺炎球菌細胞壁抗原定性は、次のいずれかの場合に算定する。
- (イ) 喀痰又は上咽頭ぬぐい検体として、イムノクロマト法により、肺炎又は下気道感染症の診断に用いた場合
- (ロ) イムノクロマト法により、中耳炎及び副鼻腔炎の診断に用いた場合
- イ 当該検査と「36」の肺炎球菌荚膜抗原定性（尿・髄液）を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。
- (33) 「36」の肺炎球菌荚膜抗原定性（尿・髄液）は、免疫クロマト法により実施した場合に限

- り算定できる。
- (34) グロブリンシグマ別クワミジア・トラコマチス抗体
 ア 「37」のグロブリンシグマ別クワミジア・トラコマチス抗体は、クワミジア・トラコマチス抗原検出不能又は検体採取の困難な疾患（骨髄内感染症、卵管炎、副睾丸炎、新生児・乳児肺炎等）の診断に際し、IgG抗体価又はIgA抗体価を測定した場合又は新生児・乳幼児肺炎の診断に際し、IgM抗体価を測定した場合に算定する。
 イ IgG抗体価、IgA抗体価及びIgM抗体価のうち2項目以上を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。
 (35) 「38」のツツガムシ抗体半定量又は同定性は、各株ごとに算定する。
 (36) 「38」の(1→3)β-D-リボースは、染色成基質法、比濁時間分析法又はELISA法により、深在性真菌感染症が疑われる患者に対する治療法の選択又は深在性真菌感染症に対する治療効果の判定に使用した場合に算定する。
 なお、本検査を「19」のカンジダ抗原定性、同半定量、同定量、「27」のD-アラビニトール、「28」のアズノヘルギルス抗原、「32」のクリプトコッカス抗原半定量又は同定性と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
 (37) 「39」のアニサキスIgG・IgA抗体は、肉芽腫を伴う慢性胃アニサキス症又はアニサキス異所性腸炎（腸アニサキス症等）における診断のために実施した場合に限り算定できる。
 (38) 「39」の単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）は、角膜ヘルペスが疑われる角膜上皮病変を認めた患者に対し、イムノクロマト法により行った場合に算定する。
 (39) グロブリンシグマ別ウイルス抗体価
 ア 「40」のグロブリンシグマ別ウイルス抗体価は、下記の項目のウイルスのIgG型ウイルス抗体価又はIgM型ウイルス抗体価を測定した場合に算定する。ただし、(ト)のヒトバルボウイルスB19は、紅斑が出現している15歳以上の成人について、このウイルスによる感染が強く疑われ、IgM型ウイルス抗体価を測定した場合に算定する。
 (イ) ヘルペスウイルス
 (ロ) 風疹ウイルス
 (ハ) サイトメガロウイルス
 (ニ) EBウイルス
 (ホ) 麻疹ウイルス
 (ヘ) ムンプスウイルス
 (ト) ヒトバルボウイルスB19
 (チ) 水痘・帯状疱疹ウイルス
 イ 同一ウイルスについてIgG型ウイルス抗体価及びIgM型ウイルス抗体価を測定した場合にあっては、いずれか一方の点数を算定する。
 ウ 「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）と併せて測定した場合にあっては、いずれか一方の点数を算定する。
 (40) 「41」のレジオネラ抗原定性（尿）は、症状や所見からレジオネラ症が疑われる患者に対して、ELISA法又は免疫クロマト法により実施した場合に限り1回を限度として算定する。
- (41) デングウイルス抗原定性又は同抗原・抗体同時測定定性
 ア 「43」のデングウイルス抗原・抗体同時測定定性は、デングウイルスNS1抗原、IgG抗体及びIgM抗体を、イムノクロマト法を用いて同時に測定した場合に算定できる。
 イ 「43」のデングウイルス抗原定性及び同抗原・抗体同時測定定性は、国立感染症研究所が作成した「蚊媒介感染症の診断ガイドライン」に基づきデング熱を疑う患者が、入院を要する場合に限り算定できる。
 ウ 「43」のデングウイルス抗原定性及び同抗原・抗体同時測定定性は、感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするための積極的疫学調査を目的として実施された場合は算定できない。
 エ 「43」のデングウイルス抗原定性及び同抗原・抗体同時測定定性を併せて実施した場合又は、主たるもののみ算定する。
 (42) 「46」のHIV-1抗体（ウエスタンブロット法）又は「49」のHIV-2抗体（ウエスタンブロット法）は、スクリーニング検査としての「16」のHIV-1、2抗体定性若しくは同半定量、「16」のHIV-1、2抗原・抗体同時測定定性、「17」のHIV-1抗体、「18」のHIV-1、2抗体定量又は「18」のHIV-1、2抗原・抗体同時測定定量が陽性の場合の確定診断用の検査である。
 (43) 「48」のサイトメガロウイルス pp65 抗原定性は免疫染色法により、臓器移植後若しくは造血幹細胞移植後の患者又はHIV感染者又は高度細胞性免疫不全の患者に対して行った場合に限り算定できる。ただし、高度細胞性免疫不全の患者については、当該検査が必要であった理由について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 (44) 「50」のHTLV-1抗体（ウエスタンブロット法及びライゾット法）は、「13」のHTLV-1抗体定性、半定量又は「30」のHTLV-1抗体によって陽性が確認された症例について、確定診断を目的としてウエスタンブロット法又はライゾット法により行った場合に算定する。
 (45) 「51」のHIV抗原は、HIV感染者の経過観察又はHIV感染ハイリスク群が急性感染症状を呈した場合の確定診断に際して測定した場合に算定する。
 (46) 「52」の抗トリコスポロン・アサヒ抗体は、ELISA法により、夏型過敏性肺炎の鑑別診断を目的として測定した場合に算定できる。なお、鑑別診断目的の対象患者は、厚生省特定疾患びまん性肺炎患部研究班による「過敏性肺炎の診断の手引と診断基準」により、夏型過敏性肺炎が疑われる患者とする。
 D.01.3 肝炎ウイルス関連検査
 (1) 「1」のHBs抗原定性・半定量は、免疫クロマト法、赤血球凝集法、粒子凝集法、EIA法（簡易法）、金コロイド凝集法による。
 (2) 「2」のHBs抗体半定量は、赤血球凝集法、粒子凝集法、EIA法（簡易法）、金コロイド凝集法による。
 (3) 免疫抑制剤の投与や化学療法を行う患者に対して、B型肝炎の再活性化を考慮し、当該治療開始時に「3」のHBs抗原、HBs抗体及び「6」のHBc抗体半定量・定量を同時に測定した場合は、患者1人につきそれぞれ1回に限り算定できる。
 (4) 「5」のHCVコア蛋白は、EIA法又はIRMA法による。
 (5) 「6」のHBc抗体半定量・定量と「8」のHBc-IgM抗体を同時に測定した場合は、

一方の所定点数を算定する。

- (6) 「8」のHAI抗体とHA-IgM抗体を同時に測定した場合、一方の所定点数のみを算定する。
- (7) 「11」のHCV血清群別判定は、EIA法により、C型肝炎の診断が確定した患者に対して、C型肝炎の治療法の選択の目的で実施した場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。
- (8) 「12」のHBVコア関連抗原(HBcrAg)は、HBV感染の診断の補助及び治療効果の判定の目的で、血清又は血漿中のHBVコア関連抗原(HBcrAg)を測定した場合に1月に1回に限り算定する。なお、区分番号「D023」微生物核酸同定・定量検査の「4」のHBV核酸定量を同時に測定した場合、主たるもののみ算定する。
- (9) 「14」のHBVエントパイ判定は、B型肝炎の診断が確定した患者に対して、B型肝炎の治療法の選択の目的で実施した場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。

D014 自己抗体検査

- (1) 「2」のリウマトイド因子(RF)定量、「7」のマトリックスメタマトロブリン抗体を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (3) (MMP-3)、「8」の抗ガラクトース欠損IgG抗体定性、同定量、「13」のC、I、q結合免疫複合体、「2」のモノクローナルRF結合免疫複合体及び「22」のIgG型リウマトイド因子のうち3項目以上を併せて実施した場合には、主たるもの2つに限り算定する。
- (2) 「8」の抗ガラクトース欠損IgG抗体定性、同定量は、ECLA法又はレクチン酵素免疫測定法による。なお、「2」のリウマトイド因子(RF)定量を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (3) 「11」の抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体を、「3」の抗甲状腺マイクロソーム抗体半定量を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (4) 「17」の抗RNAポリメラーゼⅡ抗体は、びまん性型強皮症の確定診断を目的として行った場合に、1回を限度として算定できる。また、その際陽性と認められた患者に關し、腎クラーゼのリスクが高い者については治療方針の決定を目的として行った場合に、また、腎クラーゼ発症後の者については病勢の指標として測定した場合に、それぞれ3月に1回を限度として算定できる。
- (5) 「18」の抗セントロメア抗体定量又は同定性は、原発性胆汁性肝硬変又は強皮症の診断又は治療方針の決定を目的に用いた場合に限り算定できる。
- (6) 「20」の抗ARR3抗体と「9」の抗Jo-1抗体定性、同半定量又は同定量を併せて実施した場合は主たるもののみ算定する。
- (7) 抗ストルリル化ペプチド抗体定性又は同定量

ア 「23」の抗ストルリル化ペプチド抗体定性又は同定量は、以下のいずれかの場合に算定できる。

- (イ) 関節リウマチと確定診断できない者に対して診断の補助として検査を行った場合に、原則として1回を限度として算定できる。ただし、当該検査結果が陰性の場合においては、3月に1回に限り算定できる。なお、当該検査を2回以上算定するに当たっては、検査値を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (ロ) (イ)とは別に、関節リウマチに対する治療薬の選択の目的で行う場合においては、患者1人につき原則として1回に限り算定する。ただし、当該検査結果が陰性の場合

においては、治療薬の変更時に3月に1回に限り算定できる。

- イ 「23」の抗ストルリル化ペプチド抗体定性、同定量、「7」のマトリックスメタマトロブリン抗体を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (10) 「28」の抗TSHレセプター抗体(TRA b)及び「36」の甲状腺刺激抗体(TSAb)を同時に行った場合は、いずれか一方のみ算定する。
- (11) 「28」のIgG₂(TIA法によるもの)及び「38」のIgG₂(ネフェロメトリー法によるもの)は、原発性免疫不全等を疑う場合に算定する。これらを併せて実施した場合は、「28」のIgG₂(TIA法によるもの)により算定する。
- (12) 「29」の抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体(MPO-ANCA)は、ELISA法、CLEIA法又はラツク免疫比濁法により、急速進行性糸球体腎炎の診断又は経過観察のために測定した場合に算定する。
- (13) 抗デスマスグレイン3抗体
- ア 「31」の抗デスマスグレイン3抗体は、ELISA法又はCLEIA法により、天疱瘡の鑑別診断又は経過観察中の治療効果判定を目的として測定した場合に算定できる。なお、鑑別診断目的の対象患者は、厚生労働省 難治性疾患政策研究事業研究班による「天疱瘡診断基準」により、天疱瘡が強く疑われる患者とする。
- イ 尋常性天疱瘡の患者に対し、経過観察中の治療効果判定の目的で、本検査と「35」の抗デスマスグレイン1抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。
- (14) 「31」の抗BPI180-NC16a抗体は、ELISA法又はCLEIA法により、水疱性類天疱瘡の鑑別診断又は経過観察中の治療効果判定を目的として測定した場合に算定できる。
- (15) 「31」の抗糸球体基底膜抗原(抗GBM抗体)は、抗糸球体基底膜抗原抗体腎炎及びグッドパスチャー症候群の診断又は治療方針の決定を目的として行った場合に限り算定する。
- (16) 「32」の抗MDA5抗体、抗TIF1- γ 抗体及び抗M1-2抗体は、厚生労働省難治性疾患克服研究事業自己免疫疾患に関する調査研究班による「皮膚筋炎診断基準」を満たす患者において、ELISA法により測定した場合に算定できる。
- (17) 「33」のルーブスアンチコアグラント定量及び同定性は、希釈ラツセル凝集試験法又はリン脂質中和法により、抗リン脂質抗体症候群の診断を目的として行った場合に限り算定する。
- (18) 抗デスマスグレイン1抗体
- ア 「35」の抗デスマスグレイン1抗体は、ELISA法又はCLEIA法により、天疱瘡の

鑑別診断又は経過観察中の治療効果判定を目的として測定した場合に算定できる。なお、鑑別診断目的の対象患者は、厚生労働省 難治性疾患政策研究事業研究班による「天疱瘡診断基準」により、天疱瘡が強く疑われる患者とする。

イ 診断基準天疱瘡の患者に対し、経過観察中の治療効果判定の目的で、本検査と「31」の抗デスマスグレイン3抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

- (19) 「57」の I g G₄ は、ネフエロメトリー法又は T I A 法による。
- (20) 「39」の抗 G M 1 I g G 抗体は、E L I S A 法により、進行性筋力低下又は深部腱反射低下等のギラン・バレー症候群が疑われる所見が見られる場合において、診断時に1回に限り算定でき、経過観察時は算定できない。
- (21) 「39」の抗 G Q 1 b I g G 抗体は、E L I S A 法により、眼筋麻痺又は小脳性運動失調等のフィッシャー症候群が疑われる場合において、診断時に1回に限り算定でき、経過観察時は算定できない。

(22) 抗デスマスグレイン4抗体、抗デスマスグレイン3抗体及び抗 B P 180-NC16a 抗体同時測定

ア 「40」の抗デスマスグレイン1抗体、抗デスマスグレイン3抗体及び抗 B P 180-NC16a 抗体同時測定は、天疱瘡又は水疱性類天疱瘡が疑われる患者に対して、間接蛍光抗体法 (I F 法) により、鑑別診断を目的として測定した場合に算定できる。なお、天疱瘡についての鑑別診断目的の対象患者は、厚生労働省 難治性疾患政策研究事業研究班による「天疱瘡診断基準」により、天疱瘡が強く疑われる患者とする。

イ 天疱瘡又は水疱性類天疱瘡の鑑別診断の目的で、本検査と「31」の抗デスマスグレイン3抗体若しくは抗 B P 180-NC16a 抗体又は「35」の抗デスマスグレイン1抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(23) 抗アセチルコリンエステラーゼ抗体 (抗 A C h R 抗体)

ア 「41」の抗アセチルコリンエステラーゼ抗体 (抗 A C h R 抗体) は、重症筋無力症の診断又は診断後の経過観察の目的で行った場合に算定できる。

イ 本検査と「43」の抗筋特異的アセチルコリンエステラーゼ抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(24) 「42」の抗グルタミン酸セプター抗体は、ラスマムセン脳炎、小児の慢性進行性持続性部分てんかん又はオファクローヌス・ミオクロノス症候群の診断の補助として行った場合に、月1回を限度として算定できる。

(25) 「43」の抗アクアポリン4抗体は、E L I S A 法により視神経髄膜炎の診断 (治療効果判定を除く。)を目的として測定した場合に算定できる。なお、当該検査の結果は陰性であったが、臨床症状・検査所見等の変化を踏まえ、視神経髄膜炎が強く疑われる患者に対して、疾患の診断を行う必要があり、当該検査を再度実施した場合においても算定できる。ただし、この場合、前回の検査実施日及び検査を再度実施する医学的必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(26) 抗筋特異的アセチルコリンエステラーゼ抗体

ア 「43」の抗筋特異的アセチルコリンエステラーゼ抗体は、R I A 法により重症筋無力症の診断又は診断後の経過観察を目的として測定した場合に算定できる。

イ 本検査と「41」抗アセチルコリンエステラーゼ抗体 (抗 A C h R 抗体) を併せて測定した

場合は、主たるもののみ算定する。

(27) 「44」の抗 H L A 抗体 (スクリーニング検査) は、肺移植、心移植、肝移植、腎移植、小腸移植又は腎移植後の患者に対して実施した場合に、原則として1年に1回に限り算定する。ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、1年に1回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的必要性を記載すること。

(28) 「45」の抗 H L A 抗体 (抗体特異性同定検査) は、「44」の抗 H L A 抗体 (スクリーニング検査) によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断を目的に行われた場合に算定する。ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者は、経過観察時に行った場合には、1年以内に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的必要性を記載すること。

D 0 1 5 血漿蛋白免疫学的検査

(1) 「4」の免疫グロブリンは、I g G、I g A、I g M 及び I g D を測定した場合に、それぞれ所定点数を算定する。

(2) 「6」の血清アミロイドA蛋白 (S A A) を「1」の C 反応性蛋白 (C R P) 定性又は「1」の C 反応性蛋白 (C R P) と併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(3) 「7」のトランスフェリン (T f)、「8」の C₃ 及び C₄ は、S R I D 法等による。

(4) 免疫電気泳動法 (抗ヒト全血清) 及び免疫電気泳動法 (特異抗血清)

ア 「16」の免疫電気泳動法 (抗ヒト全血清) 及び「23」の免疫電気泳動法 (特異抗血清) については、同一検体につき一回に限り算定する。

イ 同一検体について「16」の免疫電気泳動法 (抗ヒト全血清) 及び「23」の免疫電気泳動法 (特異抗血清) を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。

ウ 「23」の免疫電気泳動法 (特異抗血清) は、免疫固定法により実施した場合にも算定できる。

(5) 「18」の T A R C は、血清中の T A R C 量を測定する場合に月1回を限度として算定できる。

(6) 「19」の A P R スコア定性は、α₁-酸性糖蛋白、ハプトグロビン及び C 反応性蛋白 (C R P) 定性の3つを測定した場合に算定する。

(7) 「20」のアトピー鑑別試験定性は、12種類の吸入性アレルギー (ヤケヒョウヒダニ、コナヒョウヒダニ、ネコ皮膚、イヌ皮膚、ギョウギシバ、カモガヤ、ブタクサ、ヨモギ、シラカバ (属)、スギ、カンゾウ、アルテルナリア) に対する特異的 I g E を測定した場合に算定する。

(8) 「22」の嚔胎児性フィブリンゲン定性 (頸管分泌液) は、破水の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の者を対象として測定した場合又は明胎早産の診断のために妊娠満22週以上満33週未満の者を対象として測定した場合のみ算定する。

(9) 「22」の嚔胎児性フィブリンゲン定性 (頸管分泌液) 及び区分番号「D 0 0 7」血液化学検査の「42」胎分液中インスリン様成長因子結合蛋白 I 型 (I G F B P - 1) 定性を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(10) 免疫グロブリン L 鎖 κ / λ 比

ア 「25」の免疫グロブリン L 鎖 κ / λ 比はネフエロメトリー法により、高免疫グロブリン

「3」の血液又は穿刺液を2回算定できる。この場合、「注1」及び「注2」の加算は2回算定できる。

オ 各検体別の所定点数には、定量培養を行った場合を含む。

(2) 「3」における穿刺液とは、定量培養を行った場合を含む。「5」の「その他の部位からの検体」とは、「1」から「4」までに掲げる部位に含まれない全ての部位からの検体をいい、例えば、皮下からの検体をいう。

(3) 簡易培養

ア 「6」の簡易培養は、Dip-Slide 法、簡易培地等を用いて簡単な培養を行うものである。

イ ウトロレース、ウリログックスベーパー等の尿中細菌検査用試験紙による検査は、区分番号「D000」尿中一般物質定性半定量検査に含まれるものであり、別に算定できない。

(4) 嫌気性培養のみを行った場合は、「1」から「6」までの所定点数のみ算定し、「注1」の加算は算定できない。

(5) 「注2」に規定する質量分析装置加算については、入院中の患者に対して細菌培養同定検査を当該保険医療機関内で実施する際に、質量分析装置を用いて細菌の同定を行った場合に、所定点数に加算する。

D019 細菌薬剤感受性検査

(1) 細菌薬剤感受性検査は、結果として菌が検出できず実施できなかった場合においては算定しない。

(2) 「4」の薬剤耐性菌検出は、基質特異性拡張型β-ラクタマーゼ産生、メタロβ-ラクタマーゼ産生、AmpC産生等の薬剤耐性因子の有無の確認を行った場合に算定する。

(3) 「5」の抗菌薬併用効果スクリーニングは、多剤耐性グラム陰性桿菌が検出された際に、チェッカーボード法により、抗菌薬の併用効果の確認を行った場合に算定する。

D019-2 酵母様真菌薬剤感受性検査

酵母様真菌薬剤感受性検査は、深在性真菌症(カンジダ、クリプトコックスに限る。)であり、原因菌が分離できた患者に対して行った場合に限り算定する。

D020 抗酸菌分離培養検査

(1) 抗酸菌分離培養検査は、検体の採取部位が異なる場合であっても、同時に又は一連として検体を採取した場合は、1回のみ所定点数を算定する。

(2) 「1」の抗酸菌分離培養(液体培地法)は、液体培地を用いて培養を行い、菌感受性蛍光センサー、二酸化炭素センサー又は酸化還元呈色色素を用いて検出を行った場合に算定する。

(3) 「2」の抗酸菌分離培養(それ以外のもの)は、(2)に掲げるもの以外について算定する。

(4) 抗酸菌分離培養検査は、結核患者の連院の可否を判断する目的で、患者の病状を踏まえ頻回に行われる場合においても算定できる。

D021 抗酸菌同定

抗酸菌同定は、検査方法、培地数にかかわらず、1回のみ所定点数を算定する。

D022 抗酸菌薬剤感受性検査

(1) 抗酸菌薬剤感受性検査は、直接法、間接法等の方法及び培地数にかかわらず、感受性検査を行った薬剤が4種以上の場合に限り算定する。

血症の鑑別のために測定した場合に算定できる。

イ 「25」の免疫グロブリンL鎖κ/λ比と「16」の免疫電気泳動法(抗ヒト全血清)又は「23」の免疫電気泳動法(特異抗血清)を同時に実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(11) 「27」の結核菌特異的インターフェロンの産生能は、診察又は画像診断等により結核感染が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。

D016 細胞機能検査

(1) 「5」の顆粒球スクリーニング検査は、白血球墨粒食食試験、NBT還元能検査を、「4」の顆粒球機能検査は、化学遊走物質、細菌、光化学反応を用いた検査を、「2」のT細胞サブセット検査は、免疫不全の診断目的に行う検査をいい、いずれも検査方法にかかわらず、一連として算定する。

(2) 「6」の赤血球・好中球表面抗原検査は、発作性夜間血色素尿症(PNH)の鑑別診断のため、2種類モノクローナル抗体を用いて赤血球及び好中球の表面抗原の検査を行った場合に算定できる。

(3) 「7」のリンパ球刺激試験(LST)は、Con-A、PHA又は薬疹の痕癩医薬品によるものである。

D017 排泄物、分泌物又は分泌物の細菌顕微鏡検査

(1) 排泄物、分泌物又は分泌物の細菌顕微鏡検査は、尿、糞便、喀痰、胃液、十二指腸液、胆汁、膿、眼分泌液、鼻腔液、口腔液、唾液、その他の分泌物等について細菌、原虫等の検査を行った場合に該当する。

(2) 染色の有無及び方法の如何にかかわらず、また、これら各種の方法を2以上用いた場合であっても、1回として算定する。

(3) 当該検査と区分番号「D002」の尿沈渣(鏡検法)又は区分番号「D002-2」の尿沈渣(フローサイトメトリー法)を同一日に併せて算定する場合は、当該検査に用いた検体の種類を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(4) 症状等から同一原因菌によるものと判断される場合であって、当該原因菌を検査する目的で異なる複数の部位又は同一部位の複数の箇所から検体を採取した場合は、主たる部位又は1箇所のみ所定点数を算定する。

D018 細菌培養同定検査

(1) 細菌培養同定検査

ア 細菌培養同定検査は、抗酸菌を除く一般細菌、真菌、原虫等を対象として培養を行い、同定検査を行うことを原則とする。

イ 同定検査を予定して培養したものであれば、菌が陰性の場合であっても「1」から「5」までの項により算定するが、あらかじめ培養により菌の有無のみを検査する場合は、検体の種類にかかわらず、「6」の簡易培養により算定する。

ウ 細菌培養同定検査は、検体ごとに「1」から「5」までの所定点数を算定できるが、同一検体を用いて簡易培養を併せて行った場合は、「6」の簡易培養は算定できない。

エ 症状等から同一原因菌によるものと判断される場合であって、当該原因菌を検査する目的で異なった部位から、又は同一部位の数か所から検体を採取した場合は、主たる部位又は1か所のみ所定点数を算定する。ただし、血液を2か所以上から採取した場合に限り、

(2) 混合薬剤耐性検査においても、使われた薬剤が4種類以上の場合に限り算定する。

D 0 2 3 微生物培養同定・定量検査

(1) クラミジア・トラコモナス核酸検出

ア 「2」のクラミジア・トラコモナス核酸検出と区分番号「D 0 1 2」感染症免疫学的検査の「27」のクラミジア・トラコモナス抗原性を併用した場合は、主なもののみ算定する。
 イ クラミジア・トラコモナス核酸検出は、PCR法、LCR法、ハイブリッドキャプチャ法若しくはTMA法による同時増幅法並びにHPA法及びDKA法若しくは核酸ハイブリダイゼーション法による同時検出法、SDA法又はTRC法により、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体により実施した場合に限り算定できる。

(2) 淋菌核酸検出

ア 「3」の淋菌核酸検出、区分番号「D 0 1 2」感染症免疫学的検査の「34」淋菌抗原定性又は区分番号「D 0 1 8」細菌培養同定検査（淋菌感染を疑って実施するもの）を併せて実施した場合は、主なもののみ算定する。

イ 淋菌核酸検出は、DNAプローブ法、LCR法による増幅とEIA法による検出を組み合わせた方法、PCR法による増幅と核酸ハイブリダイゼーション法による検出を組み合わせた方法、TMA法による同時増幅法並びにHPA法及びDKA法による同時検出法又はTRC法による。淋菌核酸検出は、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体（尿検体を含む。）によるものである。なお、SDA法、PCR法による増幅と核酸ハイブリダイゼーション法による検出を組み合わせた方法、TMA法による同時増幅法並びにHPA法及びDKA法による同時検出法又はTRC法においては咽頭からの検体も算定できる。

(3) 「4」のHbV核酸定量は、分岐DNAプローブ法、TMA法又はPCR法による。また、B型肝炎ウイルス既感染者であった、免疫抑制剤の投与や化学療法を行っている悪性リンパ腫等の患者に対して、B型肝炎の再活性化を考慮し、「4」のHbV核酸定量を行った場合は、当該治療中及び治療終了後1年以内に限り、月1回を限度として算定できる。

(4) 淋菌及びクラミジア・トラコモナス同時核酸検出

ア 「5」の淋菌及びクラミジア・トラコモナス同時核酸検出は、クラミジア・トラコモナス感染症若しくは淋菌感染症が疑われる患者又はクラミジア・トラコモナスと淋菌による重複感染が疑われる患者であった、臨床所見、問診又はその他の検査によつては感染因子の鑑別が困難なものに対して治療法選択のために実施した場合及びクラミジア・トラコモナスと淋菌の重複感染者に対して治療効果判定に実施した場合に算定できる。

ただし、区分番号「D 0 1 2」感染症免疫学的検査の「34」淋菌抗原定性、同区分「27」のクラミジア・トラコモナス抗原定性、区分番号「D 0 1 8」細菌培養同定検査（淋菌及びクラミジアによる感染を疑って実施するもの）、本区分「3」の淋菌核酸検出又は「2」のクラミジア・トラコモナス核酸検出を併せて実施した場合は、主なもののみ算定する。
 イ 「5」の淋菌及びクラミジア・トラコモナス同時核酸検出は、TMA法による同時増幅法並びにHPA法及びDKA法による同時検出法、PCR法による同時増幅法及び核酸ハイブリダイゼーション法による同時検出法、SDA法又はTRC法による。淋菌及びクラミジア・トラコモナス同時核酸検出は、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体（尿検体を含む。）によるものである。なお、TMA法による同時増幅法並びにHPA法及びDKA法による同時検出法、SDA法、PCR法による同時増幅法及び核酸ハイブリダイゼーション

ン法による同時検出法又はTRC法においては咽頭からの検体も算定できる。

(5) 「8」のEBウイルス核酸定量は、以下のいずれかに該当する患者に対して、リアルタイムPCR法により実施した場合に算定する。

ア 臓器移植後の患者については、移植後3月以内の場合は1週に1回、移植後1年以内の場合は1月に1回に限り算定する。ただし、移植後1年以内にEBウイルス核酸定量の測定を行い、核定量の高値が認められた患者については、移植後1年以上経過した場合は、3月に1回に限り算定できる。

イ 造血幹細胞移植後の患者であった、HLA型不一致の移植が行われた患者又は移植に伴い抗胸腺細胞グロブリンが投与された患者については、移植後3月以内の場合は1週に1回、移植後1年以内の場合は1月に1回に限り算定する。

ウ 臓器移植後の急性拒絶反応又は造血幹細胞移植後の急性移植片対宿主病に対して抗胸腺細胞グロブリンが投与された患者については、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日から起算して2月以内の場合は1週に1回、6月以内の場合は1月に1回に限り算定する。

エ 移植後リンパ増殖性疾患を疑う患者に対して、当該疾患の診断の補助又は診断された後の経過観察を目的として実施する場合に算定する。ただし、経過観察を目的とする場合は、当該疾患と診断された日から起算して1月以内の場合は1週に1回、6月以内の場合は1月に1回に限り算定する。

オ 悪性リンパ腫又は白血病の患者に対して、EBウイルス陽性の確認又は確認された後の経過観察を目的として実施する場合に算定する。ただし、経過観察を目的とする場合は、悪性リンパ腫又は白血病と診断された日から1年以内に限り、1月に1回に限り算定する。
 カ 再生不良性貧血の患者であつて、抗胸腺細胞グロブリンが投与された患者については、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日から起算して2月以内の場合は1週に1回、6月以内の場合は1月に1回に限り算定する。

キ 慢性的活動性EBウイルス感染症を疑う患者に対して、当該疾患の診断の補助又は診断された後の経過観察を目的に実施された場合は、1月に1回に限り算定する。

(6) HCV核酸検出

ア 「9」のHCV核酸検出は、PCR法又はTMA法により、C型肝炎の治療方法の選択及び治療経過の観察に用いた場合にのみ算定できる。

イ 治療方法の選択の場合においては、抗体陽性であり、かつ、「13」のHCV核酸定量で検出限界を下回る者について実施した場合に算定できるものとし、治療経過の観察の場合においては、本検査と「13」のHCV核酸定量を併せて実施した場合には、いずれか一方に限り算定する。

(7) HPV核酸検出、HPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）

ア 「9」のHPV核酸検出及び「10」のHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）は、予め行われた細胞診の結果、ベセスダ分類ASC-US（意義不明異型扁平上皮）と判定された患者又は過去に子宮頸部円錐切除若しくはレーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定できる。なお、過去に子宮頸部円錐切除又はレーザー照射治療を行った患者以外の患者については、細胞診と同時に実施した場合に算定できない。

イ 「9」のHPV核酸検出と「10」のHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）を併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。

- (8) 「10」の百日咳菌核酸検出は、関連学会が定めるガイドラインの百日咳診断基準における臨床判断例の定義を満たす患者に対して、LAMP法により測定した場合に算定できる。
- (9) 「11」のインフルエンザ核酸検出は、インフルエンザの感染が疑われる重症患者のみに算定し、その場合には、当該検査が必要な理由について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (10) 抗酸菌核酸同定
ア 「11」の抗酸菌核酸同定は、マイクログレート・ハイブリダイゼーション法によるものという。
イ 当該検査は、結核患者の退院の可否を判断する目的で、患者の病状を踏まえ順回に行われる場合においても算定できる。
- (11) 「11」の結核菌群核酸検出は、核酸増幅と液相ハイブリダイゼーション法による検出を組み合わせた方法、LAMP法又は核酸増幅とキャピラリー電気泳動分離による検出を組み合わせた方法による。
なお、結核患者の退院の可否を判断する目的で、患者の病状を踏まえ順回に行われる場合においても算定できる。
- (12) マイコプラズマ・アピウム及びイントラセラー (MAC) 核酸検出
ア 「12」のマイコプラズマ・アピウム及びイントラセラー (MAC) 核酸検出は、他の検査により結核菌が陰性であることが確認された場合のみに算定できる。
- イ 区分番号「D021」抗酸菌同定と併せて実施された場合にあっては、主なもののみ算定する。
- (13) HCV核酸定量
ア 「13」のHCV核酸定量は、分岐DNAプローブ法又はPCR法により、急性C型肝炎の診断、C型肝炎の治療法の選択及び治療経過の観察に用いた場合のみに算定できる。
イ 治療経過の観察において、「13」のHCV核酸定量及び「9」のHCV核酸検出を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (14) HBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出
ア 「14」のHBV核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出は、下記イ又はウに掲げる患者に対し、PCR法により測定した場合に限り算定できる。
イ B型肝炎患者に対しては、劇症肝炎が疑われる場合に限り、患者1人につき1回算定できる。
ウ B型肝炎患者に対しては、経過観察中にALT異常値などにより肝炎増悪が疑われ、かつ、抗ウイルス薬等のB型肝炎治療薬の投与対象患者の選択のために行われた場合に限り算定できる。なお、本検査実施以降は、区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査のうちB型肝炎に関する検査（ただし、抗ウイルス薬等のB型肝炎治療薬の治療効果判定に用いる検査を除く。）は、算定できない。
- (15) 「14」のブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出は、ED-PCR法又はPCR法により、血液培養により黄色ブドウ球菌が検出された患者を対象として測定した場合は免疫不全状態であって、MRSA感染症が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。
- (16) SARSコロナウイルス核酸検出
ア 「14」のSARSコロナウイルス核酸検出は、LAMP法により測定した場合に限り算

- 定できる。
イ 本検査は、糞又は鼻腔咽頭拭い液からの検体により行うものである。
ウ 本検査は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項及び第14条第2項に基づき届出の基準等について」（平成18年3月8日健感発第0308001号）による臨床的特徴、届出基準によりSARS感染症の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に、診断の確定までの間に1回を限度として算定する。ただし、発症後10日以内に他疾患であるとの診断がつかない場合は、さらに1回に限り算定できる。
- (17) HTLV-1核酸検出
「14」のHTLV-1核酸検出は、区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「50」のHTLV-1抗体（ウェスタンブロット法及びライソブロット法）によって判定保留となつた妊婦を対象として測定した場合のみに算定する。本検査を実施した場合は、HTLV-1抗体（ウェスタンブロット法及びライソブロット法）の判定保留を確認した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (18) 「14」の単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量は、免疫不全状態であって、単純疱疹ウイルス感染症又は水痘帯状疱疹ウイルス感染症が強く疑われる患者を対象としてリアルタイムPCR法により測定した場合に、一連として1回のみ算定できる。
- (19) HIV-1核酸定量
ア 「15」のHIV-1核酸定量は、PCR法と核酸ハイブリダイゼーション法を組み合わせた方法により、HIV感染者の経過観察に用いた場合又は区分番号「D011」感染症免疫学的検査の「17」HIV-1抗体、「16」のHIV-1、2抗体定量、同半定量、HIV-1、2抗原・抗体同時測定定性、「18」のHIV-1、2抗原・抗体同時測定定量、又は「18」のHIV-1、2抗体定量が陽性の場合の確定診断に用いた場合にのみ算定する。
イ 当該検査と区分番号「D012」感染症免疫学的検査の「46」HIV-1抗体（ウェスタンブロット法）を併せて実施した場合は、それぞれを算定することができる。
- (20) 結核菌群リファジン耐性遺伝子検出、結核菌群ヒラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出
ア 「16」の結核菌群リファジン耐性遺伝子検出、結核菌群ヒラジナミド耐性遺伝子検出及び結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出は、同時に結核菌を検出した場合に限り算定する。
- イ 「16」の結核菌群リファジン耐性遺伝子検出、結核菌群ヒラジナミド耐性遺伝子検出及び結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出と「11」の結核菌群核酸検出を併用した場合は、主たるもののみ算定する。
- ウ 当該検査は、薬剤耐性結核菌感染が疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。
- (21) サイトメガロウイルス核酸検出
ア 「16」のサイトメガロウイルス核酸検出は、先天性サイトメガロウイルス感染の診断を目的として、尿を検体として等温増幅法により測定した場合に、1回に限り算定できる。
イ 先天性サイトメガロウイルス感染の診断を目的として、「16」のサイトメガロウイルス

核酸検出と区分番号「D012」感染症免疫学的検査「11」ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）又は「40」グロブリンクラス別ウイルス抗体価におけるサイトメガロウイルスを対象とした検査を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

(22) ウイルス・細菌核酸多項目同時検出

ア 「17」のウイルス・細菌核酸多項目同時検出は、重症呼吸器感染症と診断された又は疑われる場合に、病原微生物の検索を目的として、マイクローレ法（定性）により、鼻腔咽頭拭い液中のインフルエンザウイルス、コロナウイルス、パラインフルエンザウイルス、ヒトメタニューモウイルス、アデノウイルス、RSウイルス、ヒトライノウイルス、エンテロウイルス、マイコプラズマ・ニューモニエ、クラミジア・ニューモニエ及び百日咳菌の核酸検出を同時に行った場合に、一連の治療につき1回に限り算定する。なお、検査を実施した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

イ 本検査は、以下のいずれかに該当する場合に算定できる。

(イ) 区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定する病床で集中治療が行われた場合。

(ロ) (イ)に掲げる病床以外の病床で、(イ)に掲げる病床で行われる集中治療に準じた治療が行われた場合。なお、この場合においては、治療内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ウ 一連の治療期間において別に実施した以下の検査については別に算定できない。

(イ) 区分番号「D012」感染症免疫学的検査「4」のマイコプラズマ抗体定性
(ロ) 区分番号「D012」感染症免疫学的検査「4」のマイコプラズマ抗体半定量
(ハ) 区分番号「D012」感染症免疫学的検査「9」のクラミドフィラ・ニューモニエ

I g G抗体

(ニ) 区分番号「D012」感染症免疫学的検査「10」のクラミドフィラ・ニューモニエ

I g A抗体

(ホ) 区分番号「D012」感染症免疫学的検査「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（1項目当たり）において算定対象として掲げられているもののうち、インフルエンザウイルスA型、インフルエンザウイルスB型、パラインフルエンザウイルスI型、パラインフルエンザウイルスII型、パラインフルエンザウイルスIII型又はRSウイルスに関する検査

(ヘ) 区分番号「D012」感染症免疫学的検査「12」の百日咳菌抗体定性

(ト) 区分番号「D012」感染症免疫学的検査「12」の百日咳菌抗体半定量

(チ) 区分番号「D012」感染症免疫学的検査「21」のRSウイルス抗原定性

(リ) 区分番号「D012」感染症免疫学的検査「22」のインフルエンザウイルス抗原定性

(ス) 区分番号「D012」感染症免疫学的検査「24」のヒトメタニューモウイルス抗原定性

(ル) 区分番号「D012」感染症免疫学的検査「25」のマイコプラズマ抗体定性（免疫クロマト法）

(ワ) 区分番号「D012」感染症免疫学的検査「26」のクラミドフィラ・ニューモニエ I g M抗体

(ヅ) 区分番号「D012」感染症免疫学的検査「31」のマイコプラズマ抗原定性（F A法）

(カ) 区分番号「D012」感染症免疫学的検査「35」のアデノウイルス抗原定性（薬液を除く。）

(ヨ) 区分番号「D012」感染症免疫学的検査「45」の百日咳菌抗体

(タ) 区分番号「D023」微生物核酸同定・定量検査「7」のマイコプラズマ核酸検出

(レ) 区分番号「D023」微生物核酸同定・定量検査「10」の百日咳菌核酸検出

(ノ) 区分番号「D023」微生物核酸同定・定量検査「11」のインフルエンザ核酸検出

(23) 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出

ア 「18」の細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出は、敗血症が疑われる患者に対して、細菌核酸及び関連する薬剤耐性遺伝子（計15項目以上）をマイクローレ法により同時測定した場合に、当該疾患に対する一連の治療につき1回に限り算定できる。なお、本検査を行う場合には、関連学会が定める実施指針を遵守すること。

イ 「18」の細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出と「1」の細菌核酸検出（白血球）、「14」のブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出又は区分番号「D023-2」その他の微生物学的検査「1」の黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'（PBP2'）定性を併せて測定した場合には、主たるもののみ算定する。

ウ 本検査を実施した場合には、関連学会が定める敗血症診断基準に基づいて、敗血症を疑う根拠を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(24) HPVジェノタイプ判定

ア 「19」のHPVジェノタイプ判定は、あらかじめ行われた組織診断の結果、CIN1又はCIN2と判定された患者に対し、治療方針の決定を目的として、ハイリスク型HPVのそれぞれの有無を確認した場合に算定する。

イ 当該検査は、「9」のHPV核酸検出及び「10」のHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）の施設基準を踏き出ている保険医療機関のみ算定できる。

ウ 当該検査を算定するに当たっては、あらかじめ行われた組織診断の実施日及び組織診断の結果、CIN1又はCIN2のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

エ 同一の患者について、当該検査を2回目に降行う場合は、当該検査の前回実施日を上記に併せて記載する。

(25) 「20」のHIVジェノタイプ薬剤耐性は、抗HIV治療の選択及び再選択の目的で行った場合に、3月に1回を限度として算定できる。

D023-2 その他の他の微生物学的検査

(1) 黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'（PBP2'）定性

ア 「1」の黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白2'（PBP2'）定性は、LA法により実施した場合に算定する。

イ 当該検査は、血液培養により黄色ブドウ球菌が検出された患者を対象として測定した場合又は免疫不全状態であった、MRSA感染症が強く疑われる患者を対象として測定した

的検体検査実施料は別に算定しないが、入院日数は入院の初日から数える。

- (6) 1月を通じて、基本的検体検査実施料に包括されている検査項目のいずれも行われなかった場合は、当該月は本実施料は算定できない。

第2款 検体検査判断料

D026 検体検査判断料

- (1) 検体検査については、実施した検査に係る検体検査実施料及び当該検査が属する区分(尿・糞便等検査判断料から微生物学的検査判断料までの7区分)に係る検体検査判断料を合算した点数を算定する。
- (2) 各区分の検体検査判断料については、その区分に属する検体検査の種類及び回数にかかわらず、月1回に限り、初回検査の実施日に算定する。
- (3) 実施した検査が属する区分が2以上にわたる場合は、該当する区分の判断料を合算した点数を算定できる。
- (4) 同一月内において、同一患者に対して、入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科において検体検査を実施した場合においても、同一区分の判断料は、入院・外来又は診療科の別にかかわらず、月1回に限る。
- (5) 上記の規定にかかわらず、区分番号「D0000」尿中一般物質定性半定量検査を実施した場合は、当該検査に係る検体検査判断料は算定しない。
- 区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「15」の慢性維持透析患者外来医学管理料又は区分番号「D0025」基本的検体検査実施料を算定した月と同一月に検体検査を行った場合は、それぞれ区分番号「D0004-2」の「1」、区分番号「D0006-2」から区分番号「D0006-9」まで及び区分番号「D0006-11」から区分番号「D0006-20」までに掲げる検査に係る判断料は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。

- (7) 「注4」に規定する検体検査管理加算(Ⅰ)は入院中の患者及び入院中の患者以外の患者に対し、検体検査管理加算(Ⅱ)、検体検査管理加算(Ⅲ)及び検体検査管理加算(Ⅳ)は入院中の患者に対して、検体検査を実施し検体検査判断料のいずれかを算定した場合に、患者1人につき月1回に限り加算するものであり、検体検査判断料を算定しない場合に本加算は算定できない。

また、区分番号「D027」基本的検体検査判断料の「注2」に掲げる加算を算定した場合には、本加算は算定できない。

- (8) 入院中の患者について「注4」に規定する検体検査管理加算(Ⅱ)、検体検査管理加算(Ⅲ)又は検体検査管理加算(Ⅳ)を算定している保険医療機関であっても、入院中の患者以外の患者について検体検査管理加算(Ⅰ)を算定することができる。
- (9) 「注6」に規定する遺伝子関連検査加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「D0004-2」の「1」のうち、マイクロナサテライト不安定検査(リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。)、区分番号「D0006-4」遺伝学的検査、区分番号「D0006-18」BRCA1/2遺伝子検査又は区分番号「D0006-20」角膜炎・トロフィー遺伝子検査を実施する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる。

- ア 当該検査の実施前に、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実

場合のみ算定できる。

- ウ 当該検査と区分番号「D023」微生物核酸酸同定・定量検査の「14」ブドウ球菌メチリン耐性遺伝子検出を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

- (2) 「2」の原素呼吸試験(UBT)を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いは、「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」(平成12年10月31日保険発第180号)に即して行うこと。

- (3) 大腸菌ペロトキシン定性

ア 「3」の大腸菌ペロトキシン定性は、区分番号「D018」細菌培養同定検査により大腸菌が確認され、病原性大腸菌が疑われる患者に対して行っている場合に算定する。

イ 「3」の大腸菌ペロトキシン定性のうち、細菌培養を行うことなく糞便から直接検出する方法であったEILISA法によるものについては、臨床症状や流行状況から腸管出血性大腸菌感染症が強く疑われる場合に限り、区分番号「D018」細菌培養同定検査を隔まえることなく行った場合にも算定できる。

- (4) クロストリジオイデス・デیفアイシルのトキシゲンB遺伝子検出
- ア 「4」のクロストリジオイデス・デیفアイシルのトキシゲンB遺伝子検出は、以下の(イ)から(ハ)をいずれも満たす入院中の患者に対して実施した場合に限り算定する。

- (イ) クロストリジオイデス・デیفアイシル感染症を疑う場合であって、区分番号「D012」の「1」クロストリジオイデス・デیفアイシル抗原定性において、クロストリジオイデス・デیفアイシル抗原陽性かつクロストリジオイデス・デیفアイシルトキシン陰性であること。

- (ロ) 2歳以上でBristol Stool Scale 5以上の下痢症状があること。

- (ハ) 24時間以内に3回以上、又は平常時より多し便回数があること。

イ 本検査は、関連学会の定める指針に沿って実施した場合に限り算定できる。なお、下痢症状並びに本検査を行う前のクロストリジオイデス・デیفアイシル抗体及びクロストリジオイデス・デیفアイシルトキシンの検査結果について診療録に記載すること。

D024 動物使用検査

従前、細菌動物検査、妊娠動物検査、トキソプラズマ症におけるマウス使用検査等動物を用いて行う検査として認められていたものについては、本区分により算定する。

D025 基本的検体検査実施料

- (1) 基本的検体検査実施料は、特定機能病院である保険医療機関の入院医療において通常行われる基本的検査について、請求の簡素化の観点から包括化して入院日数に応じた請求方法を導入したものである。

(2) 基本的検体検査実施料に含まれない検査を行った場合は、別途当該検査に係る所定点数を算定でき、当該検査が基本的検体検査判断料の対象に含まれないものであるときは、当該検査に係る検体検査判断料も併せて別途算定できる。

- (3) 入院日数については、入院の都度当該入院の初日から起算し、また、退院日も算定対象とする。

- (4) 外泊期間中は、入院日数に含まれない。

- (5) 療養病棟、結核病棟若しくは精神病棟に入院している患者及び第1章第2節第2節に規定するH1V感染者療養病棟特別加算若しくは二類感染症患者療養病棟特別加算若しくは重症患者療養病棟特別加算又は同節第3節に規定する特定入院料を算定している患者については、基本

施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセンシングを行っていること。

イ 患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行っていること。なお、遺伝カウンセンシングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報適切な取り扱いのためのガイドライン」（平成 29 年 4 月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成 23 年 2 月）を遵守すること。

区分番号「D0006-18」BRCA1/2 遺伝子検査を実施する際、BRCA1/2 遺伝子検査を行った保険医療機関と遺伝カウンセンシングを行った保険医療機関とが異なる場合の当該区分に係る診療報酬の請求は、BRCA1/2 遺伝子検査を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。その際、遺伝カウンセンシングを行った保険医療機関名と当該医療機関を受診した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、遺伝カウンセンシング加算を算定する患者については、区分番号「B001」特定薬治療管理料の「23」ががん患者指導管理料の「二」の所定点数は算定できない。

(10) 「注7」に規定する遺伝性腫瘍カウンセンシング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査を実施する際、(9)のA及びBのいずれも満たした場合に算定できる。

なお、遺伝カウンセンシングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報適切な取り扱いのためのガイドライン」（平成 29 年 4 月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」（平成 23 年 2 月）を遵守すること。

(11) 「注8」に規定する骨髄像診断加算は、血液疾患に関する専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する医師が、当該保険医療機関内で採取された骨髄液に係る検査結果の報告書を作成した場合に、月1回に限り算定する。

(12) 「注9」に規定する免疫電気泳動法診断加算は、免疫電気泳動法の判定について少なくとも5年以上の経験を有する医師が、免疫電気泳動像を判定し、M蛋白血症等の診断に係る検査結果の報告書を作成した場合に算定する。

D027 基本的検体検査判断料

(1) 基本的検体検査判断料は、特定機能病院である保険医療機関の入院医療において通常行われる基本的な検査について、請求の簡素化の観点から、月1回の包括的な判断料を設定したものである。

(2) 基本的検体検査実施料に含まれない検査を行った場合は、当該検査が基本的検体検査判断料の対象に含まれないものであるときは、当該検査に係る検体検査判断料も併せて別途算定できる。

(3) 療養病棟、結核病棟若しくは精神病棟に入院している患者及び第1章第2節第2節に規定するHIV感染等療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症患者療養環境特別加算を算定している患者については、基本的検体検査判断料は、別に算定しない。

(4) 1月を通じて、基本的検体検査実施料に包括されている検査項目のいずれも行われなかった場合は、当該月基本判断料は算定できない。

(5) 特定機能病院において、(3)に掲げる場合以外で基本的検体検査判断料を算定すべき場合

は、尿・糞便等検査判断料、遺伝子関連・染色体検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(1)判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料を算定することはできず、本判断料を算定するものとする。

第2節 削除

第3節 生体検査料

1 同一月内において、同一患者に対して、入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療料において生体検査が実施された場合であっても、同一の生体検査判断料は、月1回を限度として算定する。

2 2回目以降について所定点数の100分の90に相当する点数により算定することとされている場合において「所定点数」とは、当該項目に掲げられている点数及び当該注に掲げられている加算点数を合算した点数である。

3 同一月内に2回以上実施した場合、所定点数の100分の90に相当する点数により算定することとされている生体検査は、外来及び入院にまたがって行われた場合においても、これらを通算して2回目以降は100分の90で算定する。

4 2回目以降100分の90に相当する点数により算定することとされている場合に、新生児加算、乳幼児加算若しくは幼児加算を行う場合又は内視鏡検査の通則5に掲げる休日加算、時間外加算若しくは深夜加算を行う場合は、所定点数にそれぞれ別の割合を乗じた上で、端数が生じた場合には、これを四捨五入した点数により算定する。

【呼吸機能検査等に係る共通事項(区分番号「D200」から区分番号「D214」まで)】

(1) 2回目以降100分の90で算定する場合の「同一の検査」 区分番号「D208」心電図検査の「1」から「5」まで、区分番号「D209」負荷心電図検査の「1」及び「2」、区分番号「D210」ホルター型心電図検査の「1」及び「2」については、それぞれ同一の検査として扱う。また、準用が通知されている検査については、当該検査が準用することとされている検査と同一の検査として扱う。
(2) 呼吸機能検査等に係る一般事項
ア 通則の「特に規定する場合」とは、区分番号「D208」心電図検査の「注」又は区分番号「D209」負荷心電図検査の「注1」に掲げる場合をさす。
イ 区分番号「D200」スパイログラフィー等検査から区分番号「D203」肺機能検査までの各検査については、特に定めのない限り、次に掲げるところによる。 a 実測値から算出される検査値については算定できない。 b 測定方法及び測定機器は限定しない。 c 負荷を行った場合は、負荷の種類及び回数にかかわらず、その前後の検査について、それぞれ1回のみ所定点数を算定する。
d 使用したガス(CO、CO ₂ 、He等)は、購入価格を10円で除して得た点数を別に算定できる。
e 喘息に対する吸入誘発試験は、負荷試験に準ずる。
(3) 肺活量計による肺活量の測定は、別に算定できない。
D200 スパイログラフィー等検査

- (1) 「1」の肺気量分画測定には、予備吸気量、1回換気量及び予備呼気量の全ての実測及び実測値から算出される最大呼気量の測定のほか、安静換気量及び最大換気量の測定が含まれる。
- (2) 「1」の肺気量分画測定及び区分番号「D202」肺内ガス分布の「1」の指標ガスを出し検査を同時実施した場合には、機能的残気量測定は算定できない。
- (3) 「2」のフローボリュームカーブは、曲線を描写し記録した場合にのみ算定し、強制呼出曲線の描出に係る費用を含む。また、フローボリュームカーブから計算によって求められる努力肺活量、1秒率、MMF、PFR等は、別に算定できない。
- (4) 「5」の左右別肺機能検査の所定点数には、カテーター挿入並びに他の「1」から「4」までのスバイログラフィ等検査及び換気力学的検査の費用を含む。
- (5) 体プレスキモグラフィを用いる諸検査は、別に定めのない限り、「3」により算定する。

D201 換気力学的検査

「2」中のコンブライアンス測定の所定点数には、動肺コンプライアンス測定及び静肺コンプライアンス測定の双方を含む。

D204 基礎代謝測定

基礎代謝測定の所定点数には、患者に施用する窒素ガス又は酸素ガスの費用を含む。

D206 心臓カテーター法による諸検査

- (1) 心臓カテーター法による諸検査により大動脈造影、肺動脈造影及び肺動脈閉塞試験を行った場合においても、心臓カテーター法による諸検査により算定するものとし、血管造影等のエングス線診断の費用は、別に算定しない。
- (2) 心臓カテーター法による諸検査のようなカテーターを用いた検査を基にした後の縫合に要する費用は、所定点数に含まれる。
- (3) 「1」の右心カテーター及び「2」の左心カテーターを同時にに行った場合であっても、「注1」、「注2」、「注3」及び「注4」の加算は1回に限られる。
- (4) 「注3」、「注4」及び「注5」に掲げる加算は主たる加算を患者1人につき1回に限り算定する。
- (5) 心筋生検を行った場合は、区分番号「D417」組織試験採取、切探法の所定点数を併せて算定する。

D207 体液量等測定

- (1) 体液量等測定の所定点数には、注射又は採血を伴うものについては第6節第1節第1款の注射実施料及び区分番号「D400」血液採取を含む。
- (2) 「2」の皮弁血流検査は、1有蓋弁につき2回までを限度として算定するものとし、使用薬剤及び注入手技料は、所定点数に含まれ、別に算定しない。
- (3) 「2」の血流速度測定は、電磁式によるものを含む。
- (4) 「2」の電子検受式染色性インジケーター使用皮膚表面温度測定は、皮弁形成術及び四肢の血行再建術後に、術後の血行状態を調べるために行った場合に算定する。
- ただし、術後1回を限度とする。
- なお、使用した電子検受式染色性インジケーターの費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (5) 「2」の皮膚灌流圧測定は、2箇所以上の測定を行う場合は、一連につき3回を限度とし

て算定する。

- (6) 「4」の血管内皮機能検査を行った場合は、局所ディプレイシモグラフィ又は超音波検査等、血管内皮反応の検査方法及び部位数にかかわらず、1月に1回に限り、一連として当該区分において算定する。この際、超音波検査を用いて行った場合であっても、超音波検査の費用は算定しない。

D208 心電図検査

- (1) 「1」の四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導は、普通、標準誘導（I、II、III）、単極肢誘導（ V_R, V_L, aV_F ）、胸部誘導（ $V_1, V_2, V_3, V_4, V_5, V_6$ ）の12誘導で、その他特別の場合に V_7, V_8 、食道誘導等を行う場合もこれに含まれる。
- (2) 当該保険医療機関以外の医療機関で描写したもつての診断のみを行った場合は、診断料として1回につき所定点数を算定できるが、患者が当該傷病につき当該医療機関で受診していない場合は算定できない。
- (3) 当該保険医療機関以外の医療機関で描写した検査について診断を行った場合の算定については、2回目以降においても100分の90の算定としない。
- (4) 「3」の携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査は、入院中の患者以外の患者に対して、携帯型発作時心電図記憶伝達装置を用いて発作時等の心電図を記録させた場合に、一連につき1回算定する。
- (5) 「4」加算平均心電図による心室遅延電位測定

D209 負荷心電図検査

- (1) 負荷心電図検査の「負荷」は、運動負荷、薬剤負荷をいい、負荷の種類及び回数によらない。
- (2) 当該保険医療機関以外の医療機関で描写したもつての診断のみを行った場合は、診断料として1回につき所定点数を算定できるが、患者が当該傷病につき当該医療機関で受診していない場合は算定できない。
- (3) 当該保険医療機関以外の医療機関で描写した検査について診断を行った場合の算定については、2回目以降においても100分の90の算定としない。
- (4) 負荷心電図検査には、この検査を行うために一連として実施された心電図検査を含むものであり、同一日に行われた心電図検査は、別に算定できない。
- D210 ホルター型心電図検査
- (1) ホルター型心電図検査は、患者携帯用の記録装置を使って長時間連続して心電図記録を行った場合に算定するものであり、所定点数には、単に記録を行うだけではなく、再生及びコンピュータによる解析を行った場合の費用を含む。
- (2) やむを得ず不連続に記録した場合においては、記録した時間を合算した時間により算定する。また、24時間を超えて連続して記録した場合であっても、「2」により算定する。
- D210-3 種別型心電図検査
- (1) 短期間に失神発作を繰り返し、その原因として不整脈が強く疑われる患者であつて、心臓超音波検査及び心臓電気生化学的検査（心電図検査及びホルター型心電図検査を含む。）等

によりその原因が特定できない者又は関連する学会の定める診断基準に依り、心筋細胞抽出を目的とする種々型心電図記録計検査の適応となり得る潜在性器質性と判断された者に対して、原因究明を目的として使用した場合に限り算定できる。

(2) 植込型心電図検査は、患者の皮下に植込まれた記録装置を使って長時間連続して心電図記録を行う場合と算定するものであり、所定点数には、単に記録を行うだけでなく、再生及びコンピュータによる解析を行った場合の費用を含む。

(3) 植込型心電図記録計を使用し診断を行った場合は、当該機器が植込まれた時間ではなく、心電図が記録された時間に応じ算定する。

D 2 1 0 - 4 T波オクルタンス検査

(1) 心筋梗塞、心筋症、Brugada 症候群等により、致死性の心室性不整脈が誘発される可能性がある患者に対して行われた場合に算定する。

(2) 当該検査の実施に当たり行った区分番号「D 2 0 8」心電図検査、区分番号「D 2 0 9」負荷心電図検査、区分番号「D 2 1 0」ホルター型心電図検査及び区分番号「D 2 1 1」トレッドミルによる負荷心臓機能検査、サイクルエルゴメーターによる心臓機能検査は別に算定できない。

D 2 1 1 トレッドミルによる負荷心臓機能検査、サイクルエルゴメーターによる心臓機能検査
 (1) トレッドミルによる負荷心臓機能検査、サイクルエルゴメーターによる心臓機能検査には、この検査を行うために一連として実施された区分番号「D 2 0 8」心電図検査、区分番号「D 2 0 0」スパイログラフイー等検査を含むものであり、負荷の種類及び回数にかかわらず、所定点数により算定する。

(2) 呼吸器疾患に対して施行された場合にも、所定点数を算定できる。

D 2 1 1 - 2 喘息運動負荷試験

(1) 喘息運動負荷試験は、運動負荷前後での換気機能の変化を観察した場合に算定できる。
 (2) 喘息運動負荷試験には、この検査を行うために一連として実施された区分番号「D 2 0 8」心電図検査、区分番号「D 2 0 0」スパイログラフイー等検査を含むものであり、負荷の種類及び回数にかかわらず、所定点数により算定する。

D 2 1 1 - 3 時間内歩行試験

(1) 時間内歩行試験は、在宅酸素療法を施行している患者又は区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料の算定要件を満たす患者若しくは本試験により算定要件を満たすことが可能となる患者で在宅酸素療法の導入を検討している患者に対し、医師又は医師の指導管理の下に看護職員、臨床検査技師若しくは臨床検査士がバルスオキオキスター等を用いて動脈血酸素飽和度を測定しながら6分間の歩行を行わせ、到達した距離、動脈血酸素飽和度及び呼吸・循環機能検査等の結果を記録し、医師が患者の運動耐容能等の評価及び治療方針の決定を行った場合に、年に4回を限度として算定する。なお、当該検査の実施に係る時間（準備や説明に要した時間を含め。）については、第7部に掲げるリハビリテーションを実施した時間に含まれることはできない。

(2) 医師の指導管理の下に看護職員、臨床検査技師又は理学療法士が6分間の歩行を行わせる場合は、医師が同一建物内において当該看護職員、臨床検査技師又は理学療法士と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる体制であること。

(3) 以下の事項を診療録に記載すること

ア 当該検査結果の評價

イ 到達した距離、施行前後の動脈血酸素飽和度、呼吸・循環機能検査等の結果
 (4) 当該検査を算定する場合には、過去の実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

D 2 1 1 - 4 シヤトルウォーカーキングテスト

(1) シヤトルウォーカーキングテストは、在宅酸素療法を施行している患者又は区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料の算定要件を満たす患者若しくは本試験により算定要件を満たすこととなる患者であって在宅酸素療法の導入を検討しているものに対し、医師又は医師の指導管理の下に看護職員若しくは臨床検査技師がバルスオキオキスター等を用いて動脈血酸素飽和度及び呼吸・循環機能検査等の結果を記録し、医師が患者の運動耐容能等の評価及び治療方針の決定を行った場合に、年に4回を限度として算定する。なお、区分番号「D 2 1 1 - 3」時間内歩行試験を併せて実施した場合には、時間内歩行試験又はシヤトルウォーカーキングテストを合わせて年に4回を限度として算定する。

(2) 医師の指導管理の下に看護職員又は臨床検査技師がシヤトルウォーカーキングテストを行う場合は、医師が同一建物内において当該看護職員又は臨床検査技師と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる体制であること。

(3) 以下の事項を診療録に記載すること。

ア 当該検査結果の評價

イ 歩行可能距離又は歩行持続時間、施行前後の動脈血酸素飽和度、呼吸・循環機能検査等の結果
 (4) 当該検査を算定する場合には、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 過去の実施日

イ 在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針

D 2 1 2 リアルタイム解析型心電図

(1) リアルタイム解析型心電図は、入院中の患者以外の患者に対して8時間以上心電図をモニターしながら同時に波形を解析し、異常波形発現時にのみ記録を行い得るものをいう。

(2) リアルタイム解析型心電図記録計を用いて8時間以上心電図をモニターした場合は、解析の費用を含め、一連の使用について1回として算定する。

D 2 1 2 - 2 携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査

心電図を2日間以上連続して記録することができ、携帯型発作時心電図記録計を用いて、記録スイッチ入力前を含む心電図を記録した場合に、解析の費用を含め、一連の使用について1回として算定する。

D 2 1 3 心音図検査

亜硝酸アミル吸入心音図検査の点数算定は、薬剤負荷の前後の検査をそれぞれ1回として心音図検査により算定し、亜硝酸アミルについては、区分番号「D 5 0 0」薬剤により算定する。

D 2 1 4 脈波図、心機図、ポリグラフ検査

(1) 脈波図については、次に掲げる検査を2以上行った場合であり、脈波曲線を描写し記録した場合に算定する。

ア 心及び肝拍動図
 イ 動脈波
 ウ 静脈波
 エ 容積脈波
 オ 指尖脈波
 カ 心尖（部）拍動図

また、心機図とは各種脈波図と心電図、心音図検査等の2以上を同時に記録し、循環機能の解析を行う検査である。

- (2) 「1」から「5」までの検査数については、種目又は部位を順次変えて検査した場合であっても、一連の検査のうち最高検査数による。
- (3) 運動又は薬剤の負荷による検査を行った場合には、負荷前後の検査をそれぞれ1回の検査として算定し、複数の負荷を行った場合であっても、負荷の種類及び回数にかかわらず、所定点数の100分の300を限度として算定する。
- (4) 「6」の血管伸展性検査は、描写し記録した脈波図により脈波伝達速度を求めて行うものであり、このために行なった脈波図検査と併せて算定できない。
- (5) 閉塞性動脈硬化症は、「6」の血管伸展性検査により算定する。

D 215 超音波検査

- (1) 「1」から「5」までに掲げる検査のうち2以上のものを同一月内に同一の部位について行った場合、同一月内に2回以上行った場合の算定方法の適用においては、同一の検査として扱う。
- (2) 超音波検査を同一の部位に同時に2以上の方法を併用する場合は、主たる検査方法により1回として算定する。また、同一の方法による場合は、部位数にかかわらず、1回のみの算定とする。
- (3) 超音波検査（「3」の「ニ」の胎児心エコー法を除く。）を算定するに当たっては、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載すること又は検査実施者が測定値や性状等について文書に記載すること。なお、医師以外が検査を実施した場合は、その文書について医師が確認した旨を診療録に記載すること。
- (4) 検査で得られた画像を診療録に添付すること。また、測定値や性状等について文書に記載した場合は、その文書を診療録に添付すること。
- (5) 超音波検査の記録に要した費用（フィルム代、印画紙代、記録紙代、テープ代等）は、所定点数に含まれる。
- (6) 体表には肛門、甲狀腺、乳腺、乳房、表在リンパ節等を含む。
- (7) 区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(1)又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を算定した日と同一日に、患者等で断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）を行った場合は、部位にかかわらず、「2」の「イ」の訪問診療時に行った場合を1回に限り算定する。
- (8) 「2」の「ロ」の「II」の胸腹部を算定する場合は、検査を行った領域について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。複数領域の検査を行った場合は、その全てを記載すること。また、かに該当する場合は、具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 消化器領域
 イ 腎・泌尿器領域
 ウ 女性生殖器領域
 エ 血管領域（大動脈・大静脈等）
 オ 腹腔内・胸腔内の腔留物等
 カ その他

- (9) 「2」の断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）において血管の血流診断を目的としてパルスドプラー法を併せて行った場合には、「注2」に掲げる加算を算定できる。
- (10) 「3」の心臓超音波検査の所定点数には、同時に記録した心音図、脈波図、心電図及び心機図の検査の費用を含む。

(11) 「3」の心臓超音波検査の所定点数にはパルスドプラー法の費用が含まれており、別に算定できない。

(12) 「3」の心臓超音波検査以外で、断層撮影法とMモード法を併用した場合の点数算定は、「2」の「ロ」の「II」により算定する。

(13) 「3」の「ロ」Mモード法はMモード法のみで検査を行った場合に算定する。「3」の心臓超音波検査以外で、Mモード法のみでの検査を行った場合は、「3」の「ロ」により算定する。

(14) 「3」の「ニ」の胎児心エコー法は、胎児の心疾患が強く疑われた症例に対して、循環器内科、小児科又は産婦人科の経験を5年以上有する医師（胎児心エコー法を20症例以上経験している者に限る。）が診断又は経過観察を行う場合に算定し、「注2」の胎児心エコー法診断加算は、当該検査に伴って診断を行った場合に限り算定する。その際、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載すること。また、「4」の「イ」の胎児心音観察に係る費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。

(15) 「3」の「ホ」の負荷心エコー法には、負荷に係る費用が含まれており、また併せて行った区分番号「D211」トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査は別に算定できない。

(16) 「4」の「イ」の末梢血管血行動態検査は、慢性動脈閉塞症の診断及び痛楚抑鎮のために行った場合に算定する。

(17) 「4」の「ロ」の脳動脈血流速度連続測定とは、経頭蓋骨的に連続波又はパルスドプラーを用いて、ソノグラムを記録して血流の分析を行う場合をいう。

(18) 「4」の「ハ」の脳動脈血流速度マッピング法とは、パルスドプラーにより脳内動脈の描出を行う場合をいう。

(19) 「5」の血管内超音波法の算定は次の方法による。

- ア 検査を実施した後の検査に要する費用は所定点数に含まれる。
- イ 本検査を、左心カテーテル検査及び右心カテーテル検査と併せて行った場合は、左心カテーテル検査及び右心カテーテル検査の所定点数に含める。
- ウ エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号「E400」フィルムの所定点数により算定する。
- エ 区分番号「D220」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオオスコープ（ハートスコープ）、カルジオオスコープの費用は、所定点数に含まれる。

(20) 「注1」における「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射、動脈注射又は点滴注射により造影剤を使用し検査を行った場合をいう。また、「3」の心臓超音波検査においては、心筋虚血の診断を目的とした場合に算定できる。この場合、心筋シンチグラフィを同一月に実施した場合には主たるもののみ算定する。

D 2 1 5 - 2 肝硬度測定

肝硬度測定は、汎用超音波画像診断装置のうち、使用目的、効能又は効果として、肝臓の硬さについて、非侵襲的に計測するものとして薬事承認又は認証を得ているものを使用し、肝硬変の患者（肝硬変が疑われる患者を含む。）に対し、肝臓の硬さを非侵襲的に測定した場合に、原則として3月に1回に限り算定する。ただし、医学的必要性から3月に2回以上算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

D 2 1 5 - 3 超音波エラストグラフィ

(1) 超音波エラストグラフィは、汎用超音波画像診断装置のうち、使用目的又は効果として、肝臓の硬さについて、非侵襲的に計測するものとして薬事承認又は認証を得ているものを使用し、肝硬変の患者（肝硬変が疑われる患者を含む。）に対し、肝臓の線維化の程度を非侵襲的に評価した場合に、原則として3月に1回に限り算定する。ただし、医学的必要性から3月に2回以上算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

(2) 区分番号「D 2 1 5 - 2」に掲げる肝硬度測定につき、同一患者につき、当該検査実施日より3月以内に行われたものの費用は、原則として所定点数に含まれるものとする。ただし、医学的必要性から別途肝硬度測定を算定する必要がある場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

D 2 1 6 - 2 残尿測定検査

(1) 残尿測定検査は、前立腺肥大症、神経因性膀胱又は過活動膀胱の患者に対し、超音波若しくはカテーターを用いて残尿を測定した場合に算定する。

(2) 「1」の超音波検査によるものと「2」の導尿によるものを同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

D 2 1 7 骨塩定量検査

(1) 骨塩定量検査は、骨粗鬆症の診断及びその経過観察の際のみ算定できる。ただし、4月に1回を限度とする。

(2) 「1」の注はDEXA法による腰椎撮影及び大腿骨撮影を同一日に行った場合にのみ算定できる。

(3) 「2」の「MD法、SEXA法等」の方法には、DEXA法(dual Energy x-Ray Absorptiometry)、単一光子吸収法(SPA:Single Photon Absorptiometry)、二重光子吸収法(OPA:Dual Photon Absorptiometry)、MD法(Microdensitometry)による骨塩定量法、DIP法(Digital Image Processing)、SEXA法(single Energy x-Ray Absorptiometry)、単色X線光子を利用した骨塩定量装置による測定及びpQCT (peripheral Quantitative Computed Tomography)による測定がある。

(4) MD法による骨塩定量検査を行うことを目的として撮影したフィルムを用いて画像診断を併施する場合は、「2」の「MD法、SEXA法等」の所定点数又は画像診断の手術料（区分番号「E 0 0 1」写真診断及び区分番号「E 0 0 2」撮影）の所定点数のいずれか一方に

より算定する。ただし、区分番号「E 4 0 0」フィルムの費用は、いずれの場合でも、手術料とは別に算定できる。

D 2 1 8 分娩監視装置による諸検査

分娩監視装置による諸検査は、胎児仮死、潜在胎児仮死及び異常分娩の経過改善の目的で陣痛促進を行う場合のみ算定できるものであり、陣痛曲線、胎児心電図及び胎児心音図を記録した場合も、所定点数に含まれる。

D 2 1 9 ノンストレステスト

(1) ノンストレステストは、以下に掲げる患者に対して行われた場合に算定する。

- ア 40歳以上の初産婦である患者
 - イ BMIが35以上の初産婦である患者
 - ウ 多胎妊娠の患者
 - エ 子宮内胎児発育不全の認められる患者
 - オ 子宮収縮抑制剤を使用中の患者
 - カ 妊娠高血圧症候群重症の患者
 - キ 常位胎盤早期剥離の患者
 - ク 前置胎盤（妊娠22週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者
 - ケ 胎盤機能不全の患者
 - コ 羊水異常症の患者
 - サ 妊娠30週未満の切迫早産の患者で、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの切迫早産の兆候を示し、かつ、以下のいずれかを満たすもの
 - (イ) 前期破水を合併したもの
 - (ロ) 経超音波検査で子宮頸管長が20mm未満のもの
 - (ハ) 切迫早産の診断で他の医療機関から搬送されたもの
 - (ニ) 早産指数 (tocolysis index) が3点以上のもの
 - シ 心疾患（治療中のものに限る。）の患者
 - ス 糖尿病（治療中のものに限る。）又は妊娠糖尿病（治療中のものに限る。）の患者
 - セ 甲状腺疾患（治療中のものに限る。）の患者
 - ソ 腎疾患（治療中のものに限る。）の患者
 - タ 膠原病（治療中のものに限る。）の患者
 - チ 特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者
 - ツ 白血病（治療中のものに限る。）の患者
 - テ 血友病（治療中のものに限る。）の患者
 - ト 出血傾向（治療中のものに限る。）のある患者
 - ナ HIV陽性の患者
 - ニ R h不適合の患者
 - ヌ 当該妊娠中、胎児に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行う予定のある患者
- また、治療のために年に数回程度通院しているのみでは算定できない。

(2) ノンストレステストは入院中の患者に対して行った場合には1週間に1回、入院中の患者以外の患者に対して行った場合には1週間に1回に限り算定できる。なお、1週間

(2) 血液ガス連続測定は、閉鎖循環式全身麻酔において分離肺換気を行う際に血中の PO_2 、 PCO_2 及びpHの観血的連続測定を行った場合に算定できる。

D 2 2 2 - 2 経皮的酸素ガス分圧測定 (1日につき)

重症下肢血流障害が疑われる患者に対し、虚血肢の切断若しくは血行再建に係る治療方針の決定又は治療効果の判定のために経皮的に血中の PO_2 を測定した場合に、3月に1回に限り算定する。

D 2 2 3 経皮的動脈血酸素飽和度測定

(1) 経皮的動脈血酸素飽和度測定は、次のいずれかに該当する患者に対して行った場合に算定する。

ア 呼吸不全若しくは循環不全又は術後の患者であって、酸素吸入若しくは酸素性離脱に対する酸素療法を現に行っているもの又は酸素吸入若しくは突発性離脱に対する酸素療法を行う必要があるもの

イ 静脈麻酔、硬膜外麻酔又は脊髄麻酔を実施中の患者に行った場合

なお、閉鎖式全身麻酔を実施した際に区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を算定した日同一日には算定できない。

(2) 区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料を算定している患者（これに係る在宅酸素療法指導管理料加算のみを算定している者を含み、医療型短期入院所サービスマスク又は医療型特定短期入院所サービスマスクを算定している短期入院中の者を除く。）については、経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は算定できない。

D 2 2 3 - 2 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定 (一連につき)

(1) 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定は、睡眠時呼吸障害の疑われる患者に対して行った場合に算定し、数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。

(2) 区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料を算定している患者（これに係る在宅酸素療法指導管理料加算のみを算定している短期入院中の者を含み、医療型短期入院所サービスマスク又は医療型特定短期入院所サービスマスクを算定している短期入院中の者を除く。）については、終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定 (一連につき) の費用は算定できない。

D 2 2 4 終末呼気炭酸ガス濃度測定

(1) 終末呼気炭酸ガス濃度測定は、気管内挿管又は気管切開している患者であって、次のいずれかに該当する患者に対して行った場合に算定する。

ア 人工呼吸器を装着している患者

イ 自発呼吸が不十分な患者

ウ 脳外傷等換気不全を生じる可能性が非常に高いと判断される患者

(2) 閉鎖式全身麻酔を実施した際に区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を算定した日同一日には算定できない。

D 2 2 5 観血的動脈圧測定

(1) 観血的動脈圧測定は、動脈圧測定用カテーテルを挿入して測定するもの又はエラストマー針等を動脈に挿入してトランスデュサーを用いて測定するものをいう。

(2) 穿刺部位のガーゼ交換等の処置材料及び材料は別に算定できない。

D 2 2 5 - 2 非観血的連続血圧測定

非観血的連続血圧測定は、トノメトリ法により麻酔に伴って実施した場合に限り算定できる。

の計算は標準による。

D 2 2 0 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ (ハートスコープ)、カルジオオタスコープ

(1) 呼吸心拍監視は、重篤な心機能障害若しくは呼吸機能障害を有する患者又はそのおそれのある患者に対して、常時監視を行っている場合に算定されるものである。この際、呼吸曲線の観察の有無に問わず、心電曲線、心拍数の観察を行った場合は、所定点数を算定する。

(2) 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ (ハートスコープ) 又はカルジオオタスコープは、観察した呼吸曲線、心電曲線、心拍数のそれぞれの観察結果の要点を診療録に記載した場合に算定できる。

(3) 新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ (ハートスコープ) 又はカルジオオタスコープは、重篤な心機能障害若しくは呼吸機能障害を有する患者又はそのおそれのある患者に対し、心電曲線及び心拍数の観察を行っている場合に算定する。この際、呼吸曲線を同時に観察した場合の費用は所定点数に含まれる。

(4) 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ (ハートスコープ) 又はカルジオオタスコープを同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

(5) 診療報酬明細書の摘要欄に呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ (ハートスコープ) 又はカルジオオタスコープの算定開始日を記載する。

(6) 呼吸心拍監視表の摘要欄に呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ (ハートスコープ) 又はカルジオオタスコープを算定した日とする。特定入院料を算定した患者が引き続き呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ (ハートスコープ) 又はカルジオオタスコープを行う場合の日数の起算日についても同様とする。なお、当該検査を中止している期間についても実施日数の計算に含める。

(7) 7日を超えた場合は、検査に要した時間にかかわらず「2」の「ロ」又は「ハ」を上限として算定する。

(8) 人工呼吸を同一日に行った場合は、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ (ハートスコープ)、カルジオオタスコープに係る費用は区分番号「1045」人工呼吸の所定点数に含まれる。

D 2 2 2 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定

(1) 経皮的血液ガス分圧測定は、以下のいずれかに該当する場合に算定する。

ア 循環不全及び呼吸不全があり、酸素療法を行う必要のある新生児に対して測定を行った場合。その際には、測定するガス分圧の種類にかかわらず、所定点数により算定する。ただし、出生時体重が1,000g未満又は1,000g以上1,500g未満の新生児の場合は、それぞれ90日又は60日を限度として算定する。

イ 神経筋疾患、肺動脈低酸素血症症候群 (雑病) の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定薬物の患者であって、同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されているもの (同条第1項各号) に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。) に限る。) 又は慢性呼吸器疾患の患者に対し、NPPVの適応判定及び機器の調整を目的として経皮的に血中の PCO_2 を測定した場合。その際には、1入院につき2日を限度として算定できる。

- ものとし、また、観血的動脈圧測定と同一日に実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- D 2 2 5 - 3 24時間自由行動下血圧測定
24時間自由行動下血圧測定は、日本循環器学会、日本小児科学会及び日本高血圧学会の承認を得た「24時間血圧計の使用（ABPM）基準に関するガイドライン」に沿って行われた場合に、1日に1回に限り算定する。
- D 2 2 5 - 4 ヘッドアップアイト試験
- (1) ヘッドアップアイト試験は、患者を臥位から傾斜位の状態に起こし、傾斜位の状態に保ちながら、連続的に血圧、脈拍及び症状の推移等を測定及び観察する。なお、単に臥位及び立位又は座位時の血圧等を測定するだけのものは当該検査に該当しない。
- (2) 失神発作があり、他の原因が特定されず、神経調節性失神が疑われる患者に対して、医師が行った場合に限り算定する。
- (3) 使用する薬剤の費用は所定点数に含まれる。
- (4) 検査に伴い施行した心電図に係る費用は別に算定できない。
- (5) 診療録に、当該検査中に測定された指標等について記載すること。
- D 2 2 6 中心静脈圧測定
- (1) 穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。
- (2) 中心静脈圧測定を算定中にカテーテルの挿入手技を行った場合（手術に関連して行う場合を除く。）は、区分番号「G 0 0 5 - 2」中心静脈注射用カテーテル挿入により算定する。
この場合において、カテーテルの挿入に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
- D 2 2 7 頭蓋内圧持続測定
穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。
- D 2 2 8 深部体温計による深部体温測定
直腸温又は膀胱温の測定は、深部体温計と異なるものであり、深部体温計による深部体温の測定には該当しない。
- D 2 2 9 前額部、胸部、手背部又は足底部体表温度測定による末梢循環不全状態観察
2 2 2 8」深部体温計による深部体温測定を同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。
- D 2 3 0 観血的肺動脈圧測定
- (1) 肺動脈挿入圧を持続的に測定する場合に所定点数を算定する。
- (2) 測定のために右心カテーテル法により、バルーン付肺動脈カテーテルを挿入した場合には挿入日にカテーテル挿入加算を算定できる。この場合、使用したカテーテルの本数にかかわらず、一連として算定する。
- (3) 観血的肺動脈圧測定と右心カテーテル法による諸検査又は中心静脈圧測定を同一日に実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (4) 左心カテーテル法による諸検査を同一日に実施した場合は別に算定できる。
- (5) 穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。
- D 2 3 1 人工膝関節検査
- (1) 人工膝関節検査は、膝関節患者の治療に際してインスリン抵抗性の評価、至適インスリン用量の決定等を目的として、血管内に留置した二重腔カテーテルから吸引した血中のグルコース値を連続して測定した場合に算定できる。

- (2) 算定の対象となる患者は、次の療養が必要な糖尿病等の患者であって、医師が人工膝関節検査以外による血糖調整が困難であると認めたものである。
- ア 糖尿病性腎症に対する透析時の血糖管理
イ 難治性低血糖症の治療のための血糖消費量決定
ウ インスリン抵抗性がみられる難治性糖尿病に対するインスリン感受性テスト及び血糖管理
- (3) 2日以上おたたり連続して実施した場合においても、一連として1回の算定とする。
- (4) 人工膝関節検査と同一日に行った血中グルコース測定は別に算定できない。
- (5) 穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。
- D 2 3 1 - 2 皮下連続式グルコース測定（一連につき）
- (1) 糖尿病患者の治療に際してインスリン抵抗性の評価、至適インスリン用量の決定等を目的として、皮下に留置した電極から皮下組織中のグルコース値を連続して測定した場合に算定できる。
- (2) 皮下連続式グルコース測定は以下に掲げる患者に対して行われた場合に算定する。また、算定した場合は、以下のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に明記する。
- ア 治療方針算定のために血糖プロフィールを必要とする1型糖尿病患者
イ 低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている血糖コントロールが不安定な2型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある者
ウ 糖尿病患者であって、医師の指示して実施した場合においても、一連として1回の算定とする。
- (3) 2日以上おたたり連続して実施した場合においても、一連として1回に行った血中グルコース測定に係る費用は所定点数に含まれる。
- (4) 皮下連続式グルコース測定と同一日に行った血中グルコース測定は別に算定できない。
- (5) 人工膝関節検査又は人工膝関節療法を同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。
- (6) 穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。
- D 2 3 3 直腸肛門機能検査
- (1) 直腸肛門機能検査とは、次のアからオまでに掲げる検査をいう。
- ア 直腸肛門内圧測定
イ 直腸感覚検査
ウ 直腸コンプライアンス検査
エ 直腸肛門反射検査
オ 排出能力検査
- (2) 直腸肛門機能検査は、ヒルシュスプルング病、鎖肛、肛門括約不全、直腸肛門由来の排便障害等の直腸肛門疾患に対して行う検査をいう。
- (3) 直腸肛門機能検査は、直腸肛門内圧検査用バルーン、マイクロチップ、インフューズトオープンチップ又はマイクロバルーン等を用いて実施されるものである。
- D 2 3 4 胃・食道内24時間pH測定
- (1) 胃・食道逆流症の診断及び治療方法の選択のために実施された場合に算定する。
(2) 胃・食道内24時間pH測定に用いる測定器、基準電極、pHカテーテル、ガラス電極、保護チューブ、電解液、電極用ゼリー、pH緩衝液等の費用は、所定点数に含まれる。
(3) 胃・食道内24時間pH測定は、概ね24時間以上連続して行われるものであり、これを一連として算定する。

(4) 食道内多チャネルインピンディグダンス・pH測定検査を行った場合は所定点数を算定する。

D 2 3 5 脳波検査

- (1) 脳波検査を算定するものは、同時に8誘導以上の記録を行った場合である。
- (2) 8誘導未満の誘導数により脳波を測定した場合は、誘導数を区分番号「D 2 1 4」脈波図、心機図、ポリグラフ検査の検査数と読み替えて算定するものとし、種々の賦活検査（睡眠、薬物を含む。）を行なった場合も、同区分の所定点数のみにより算定する。
- (3) 心臓及び脳手術中における脳波検査は、8誘導以上の場合は脳波検査により、それ以外の場合は誘導数を区分番号「D 2 1 4」脈波図、心機図、ポリグラフ検査の検査数と読み替えて算定する。

D 2 3 5-2 長期継続頭蓋内脳波検査

長期継続頭蓋内脳波検査は、難治性てんかんの患者に対し、硬膜下電極若しくは深部電極を用いて脳波測定を行った場合、患者1人につき14日間を限度として算定する。

D 2 3 5-3 長期脳波ビデオ同時記録検査

長期脳波ビデオ同時記録検査は、難治性てんかんの患者に対し、てんかん発作型診断、局在診断（硬膜下電極又は深部電極を用いて脳波測定を行っている患者に対するものに限る。）又は手術前後に行った場合、患者1人につきそれぞれ5日間を限度として算定する。

D 2 3 6 脳誘発電位検査

- (1) 脳誘発電位検査は、刺激又は負荷を加えながら脳活動電位を記録し、コンピュータ等により解析を行うものであり、同時に記録した脳波検査については、別に算定できない。
- (2) 「3」と「4」を両方行った場合は、主たるもののみ算定する。

D 2 3 6-2 光トポグラフィ

- (1) 「1」脳外科手術の術前検査に使用するもの
- ア 近赤外光等により、血液中のヘモグロビンの相対的な濃度、濃度変化等を計測するもの
- (ロ) の場合限り、各手術前に1回のみ算定できる。
- (イ) 言語野関連病変（側頭葉腫瘍等）又は正中病変における脳外科手術に当たり言語優位半球を同定する必要がある場合
- (ロ) 難治性てんかんの外科的手術に当たりてんかん焦点計測を目的に行われた場合
- イ 当該検査を算定するに当たっては、手術実施日又は手術実施予定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、手術が行われなかった場合はその理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(2) 「2」抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの

- ア 抑うつ症状を有している場合であって、下記の(イ)から(ハ)までを全て満たす患者に実施し、当該保険医療機関内に配置されている精神保健指定医が鑑別診断の補助に使用した場合に、1回に限り算定できる。また、下記の(イ)から(ハ)までを全て満たしており、かつ、症状の変化等により、再度鑑別が必要である場合であって、前回の当該検査から1年以上経過している場合は、1回に限り算定できる。
- (イ) 当該保険医療機関内に配置されている神経内科医又は脳神経外科医により器質的疾患が除外されていること。
- (ロ) うつ病として治療を行っている患者であって、治療抵抗性であること、統合失調症

・双極性障害が疑われる症状を呈すること等により、うつ病と統合失調症又は双極性障害との鑑別が必要な患者であること。

(ハ) 近赤外光等により、血液中のヘモグロビンの相対的な濃度、濃度変化等を測定するものとして薬事承認又は認証を得ている医療機器であって、10チャネル以上の多チャネルにより脳血流濃度変化を計測可能な機器を使用すること。

イ 当該検査が必要な理由及び前回の実施日（該当する患者に限る。）を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(3) 「2」抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものの「イ」地域の精神保健指定医による場合確保するための必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合

以下のアからウまでのいずれかかの要件を満たした場合に算定できる。

ア 精神科救急医療体制整備事業の常時対応型精神科救急医療施設、身体合併症対応施設、地域搬送受入対応施設又は身体合併症後方搬送対応施設であること。

イ 精神科救急医療体制整備事業の輪番対応型精神科救急医療施設又は協力施設であって、次の①又は②のいずれかに該当すること。

- ① 時間外、休日又は深夜における入院件数が年4件以上であること。そのうち1件以上は、精神科救急情報センター（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下、本区分に同じ。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）等からの依頼であること。
- ② 時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年10件以上であること。なお、精神科救急情報センター（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）等からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。

ウ 当該保険医療機関の精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保への協力を行っている

- ① 時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等）や精神科救急医療体制整備事業の常時対応型又は輪番型の外来対応施設等、での外来診療又は救急医療機関への診療協力（外来、当直又は対応）を年6回以上行うこと。（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）
- ② 精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務（措置診療等）について、都道府県に積極的に協力し、診療業務等を年1回以上行うこと。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、次のイからホまでのいずれかの診療を年1回以上行うこと。

- イ 措置入院及び緊急措置入院時の診療
- ロ 医療保護入院院及び応急入院のための移送時の診療
- ハ 精神科審査会における業務
- ニ 精神科病院への立入検査での診療
- ホ その他都道府県の依頼による公務員としての業務

D 2 3 6-3 脳磁図

(1) 「1」自発活動を測定するもの

ア てんかんの患者に対する手術部位の診断や手術方法の選択を含めた治療方針の決定のため

めに、自覚症候の測定及びびびり性異常活動の解析を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。

イ 当該検査を算定するに当たっては、手術実施日又は手術実施予定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、手術が行われなかった場合はその理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ウ 当該検査の実施に当たっては、関連学会の定める実施指針に沿って検査を行うこと。

(2) 「2」その他のもの

ア 中枢神経疾患に伴う感覚障害若しくは運動障害、原発性てんかん又は終発性てんかんの鑑別診断のために行った場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。

イ 当該検査を算定するに当たっては、当該検査の医学的な必要性及び結果の概要を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィ

(1) 「1 携帯用装置を使用した場合」

ア 問診、身体所見又は他の検査所見から睡眠時呼吸障害が強く疑われる患者に対し、睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用した場合に算定する。なお、区分番号「C 1 0 7 - 2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者又は当該保険医療機関からの依頼により睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した歯科医療機関から検査の依頼を受けた患者については、治療の効果を判定するため、6月に1回を限度として算定される。

イ 鼻呼吸センサー又は末梢動脈波センサー、気道音センサーによる呼吸状態及び経皮的センサーによる動脈血酸素飽和度を終夜連続して測定した場合に算定する。この場合の区分番号「D 2 1 4」脈波図、心機図、ポリグラフ検査、区分番号「D 2 2 3」経皮的動脈血酸素飽和度測定及び区分番号「D 2 3 - 2」終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれる。

ウ 数日間連続して測定して測定した場合でも、一連のものとして算定する。

エ 診療録に検査結果の要点を記載する。

(2) 「2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合」

ア 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用する場合は、パルスオキシメーターモジュールを組み合わせて行い、問診、身体所見又は他の検査所見から睡眠時呼吸障害が強く疑われる患者に対し、睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用し、解析を行った場合に算定する。

イ 区分番号「C 1 0 7 - 2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者又は当該保険医療機関からの依頼により睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した歯科医療機関から検査の依頼を受けた患者については、治療の効果を判定するため、6月に1回を限度として算定できる。

ウ 区分番号「D 2 3」経皮的動脈血酸素飽和度測定及び区分番号「D 2 3 - 2」終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれる。

エ 数日間連続して測定して測定した場合でも、一連のものとして算定する。

オ 診療録に検査結果の要点を記載する。

(3) 「3 1及びびびり以外の場合」の「イ 安全精度管理下で行うもの」

ア 次のいずれかに該当する患者等であって、安全精度管理下に当該検査を実施する医学的必要性が認められるものに該当する場合に、1月に1回を限度として算定する。なお、区分番号「C 1 0 7 - 2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、初回月に限り2回、翌月以後は1月に1回を限度として算定する。

なお、診療報酬明細書の摘要欄に(イ)から(ニ)までのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載すること。

(イ) 以下のいずれかの合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者

① 心疾患、神経筋疾患(脳血管障害を含む。)又は呼吸器疾患(継続的に治療を行っている場合に限る。)

② BMI 35以上の肥満

③ 生活に常時介護を要する認知機能障害

(ロ) 以下のいずれかの睡眠障害の患者

① 中枢性過眠症

② パラソノニア

③ 睡眠関連運動障害

④ 睡眠中多発するてんかん発作

(ハ) 13歳未満の小児の患者

(ニ) その他、安全精度管理が医学的に必要と主治医が認める場合

イ 当該検査を実施するに当たっては、下記(イ)から(ニ)までに掲げる検査の全て(睡眠時呼吸障害の疑われない患者については(イ)のみ)を、当該患者の睡眠中8時間以上連続して当該保険医療機関内で測定し、記録すること。また、当該検査は、専ら当該検査の安全及び精度の確保を担当する医師、看護師又は臨床検査技師の下で実施することとし、原則として当該検査の実施中に他の業務を兼任しないこと。

(イ) 8極以上の脈波、眼球運動及びびびり筋筋電図

(ロ) 鼻又は口における気流の検知

(ハ) 胸壁及び腹壁の換気運動記録

(ニ) パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度連続測定

ウ 脈波等の記録速度は、毎秒1.5センチメートル以上のものを標準とする。

エ 同時にを行った検査のうち、区分番号「D 2 0 0」スパイログラフィー等検査から本区分「2」までに掲げるもの及び区分番号「D 2 3 9」筋電図検査については、併せて算定できない。

オ 測定を開始した後、患者の覚醒等やむを得ない事情により、当該検査を途中で中絶した場合には、当該中絶までに施行した検査に類似する検査項目によって算定する。

カ 診療録に、検査結果の要点を記載し、検査中の安全精度管理に係る記録を添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄を要した患者の診断名(疑い病名を含む。)と、検査中の安全精度管理を担当した従事者の氏名、検査中の安全精度管理に係る記録及び検査結果の要点を記載又は添付すること。また、合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者に対して実施した場合は、当該患者の継続的な治療の内容、BMI又は日常生活の状況等の当該検査を実施する医学的な必要性についても診療報酬明細書の摘要欄に記載す

検査及び本区分の脳波検査判断料1を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用については受信側、送信側の医療機関における相互の合議に委ねるものとする。

D 2 3 9 筋電図検査

- (1) 「1」において、顔面及び軀幹は、左右、腹背を問わずそれぞれ1肢として扱う。
- (2) 「2」については、混合神経について、感覚神経及び運動神経をそれぞれ測定した場合に、1月に1回を限度として算定する。なお、区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、初回に限り2回、翌月以後は1月に1回を限度として算定できる。
- (3) 「3」については、多発性硬化症、運動ニューロン疾患等の神経系の運動障害の診断を目的として、発覚若しくは二連発磁気刺激法による。検査する筋肉の種類及び部位にかかわらず、一連として所定点数により算定する。
- (4) 「4」については、重症筋無力症の診断を目的として、単線維筋電図に関する所定の研修を修了した十分な経験を有する医師により、単一の運動単位の機能の評価を行った場合に、一連として所定点数により算定する。診療報酬明細書に当該医師が所定の研修を修了していること及び当該検査に係る十分な経験を有することを証する文書並びに検査実施日、実施医療機関の名称、診断名(疑いを含む。)及び当該検査を行う医学的必要性の症状詳細を添付すること。

D 2 3 9 - 2 電流知覚閾値測定

電流知覚閾値測定は、末梢神経障害の重症度及び治療効果の判定を目的として、神経繊維を刺激することによりその電流知覚閾値を測定した場合に、検査する筋肉の種類及び部位にかかわらず、一連につき所定点数により算定する。

D 2 3 9 - 3 神経学的検査

- (1) 神経学的検査は、意識状態、言語、脳神経、運動系、感覚系、反射、協調運動、翻腕刺激症状、起立歩行等に関する総合的な検査及び診断を、成人においては「別紙様式19」の神経学的検査チャートを、小児においては「別紙様式19の2」の小児神経学的検査チャートを用いて行った場合に一連につき1回に限り算定する。
- (2) 神経学的検査は、専ら神経系疾患(小児を対象とする場合も含む。)の診療を担当する医師(専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有するものに限る。)として、地方厚生(支)局長に届け出ている医師が当該検査を行った上で、その結果を患者及びその家族等に説明した場合に限り算定する。
- (3) 神経学的検査と一連のものとして実施された場合の区分番号「D239-50」平衡機能検査、眼底を検査した場合の区分番号「D255」精密眼底検査等を指す。)については、所定点数に含まれ、別に算定できない。

D 2 3 9 - 4 全身温熱発汗試験

- (1) 本検査は、多系統萎縮症、パーキンソン病、ポリニューロパチー、特発性無汗症、ホルネル症候群及びロスマ症候群等の患者に対し、ヨウ素デンブロン反応を利用して患者の全身の発汗の有無及び発汗部位を確認した場合に、診断時に1回、治療効果判定時に1回に限り算定できる。

- (2) 医師が直接監視を行うか、又は医師が同一建物内において直接監視をしている他の従事者

ること。
(4) 「3 1及び3以外の場合」の「ロ その他」のもの

ア 他の検査により睡眠中無呼吸発作の明らかな患者の明らかな患者に対して睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として行った場合及び睡眠中多発するらんかん発作の患者又はうつ病若しくはナルコレプシーであって、重篤な睡眠、覚醒リズムの障害を伴うものの患者に対して行った場合に、1月に1回を限度として算定する。なお、区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、初回に限り2回、翌月以後は1月に1回を限度として算定できる。

当該検査を実施するに当たっては、下記(イ)から(ニ)までに掲げる検査の全て(睡眠時呼吸障害の疑われない患者については(イ)のみ)を当該患者の睡眠中8時間以上連続して測定し、記録する。

(イ) 脳波、眼球運動及びおとがい筋電図

(ロ) 鼻又は口における気流の検知

(ハ) 胸壁及び腹壁の換気運動記録

(ニ) パルサオキシメーターによる動脈血酸素飽和度連続測定

イ 脳波等の記録速度は、毎秒1.5センチメートル以上のものを標準とする。

ウ 同時に行なった検査のうち、区分番号「D200」スパイログラフイー等検査から本区分「2」までに掲げるもの及び区分番号「D239」筋電図検査については、併せて算定できない。

エ 測定を開始した後、患者の覚醒等やむを得ない事情により、当該検査を途中で中絶した場合に、当該中絶までに履行した検査に類似する検査項目によって算定する。

オ 診療録に検査結果の要点を記載する。

D 2 3 7 - 2 反復睡眠潜時試験 (MSLT)

(1) 反復睡眠潜時試験 (MSLT) は、ナルコレプシー又は特発性過眠症が強く疑われる患者に対し、診断の補助として、概ね2時間間隔で4回以上の睡眠検査を行った場合に1月に1回を限度として算定する。

(2) 開業学会より示されている指針を遵守し、適切な手順で行われた場合に限り算定できる。

(3) 本検査と区分番号「D237」夜夜睡眠ポリグラフイーを併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

D 2 3 8 脳波検査判断料

(1) 脳波検査判断料1は、脳波診断を担当した経験を5年以上有する医師が脳波診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託した場合は算定できない(「注3」の運隔脳波診断により算定する場合を除く。)

(2) 運隔脳波診断を行った場合、脳波検査判断料1は、受信側の保険医療機関において、脳波診断を担当した経験を5年以上有する医師が脳波診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関における当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。この場合、当該患者の診療を担当する医師は、報告された文書又はその写しを診療録に添付すること。

(3) 運隔脳波診断を行った場合は、送信側の保険医療機関において区分番号「D235」脳波

と常時連発が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる体制であること。

D 2 3 9-5 精密知覚機能検査

精密知覚機能検査は、末梢神経断裂、縫合術後又は軟硬性神経障害の患者に対して、当該検査に関する研修を受講した者が、Semmes-Weinstein monofilament set を用いて知覚機能を定量的に測定した場合に算定できる。なお、検査の実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する評価マニュアルを遵守すること。

D 2 4 0 神経・筋負荷テスト

- (1) 「1」のデントロンテストについては、Edrophonium Chloride を負荷して行う検査に伴う全ての検査（前後の観察及び精密眼圧測定を含む。）を含む。
- (2) 「2」の腫瘍薬剤負荷テストは、ホルネル症候群又はアデーラ症候群について行って行った場合に、負荷する薬剤の種類にかかわらず、一連として所定点数により算定する。

なお、使用した薬剤については、区分番号「D5 0 0」薬剤により算定する。

- (3) 「3」の乏血運動負荷テストについては、血中乳酸、焦性ブドウ糖、カリウム、無機リン等の測定検査の費用及び採血料を含む。

D 2 4 2 尿水分析の検査

排尿筋圧測定の目的で、膀胱内圧測定と併せて直腸内圧を測定した場合には、「1」の膀胱内圧測定と区分番号「D 2 3 3」直腸肛門機能検査の「1」1項目行った場合の所定点数を併せて算定する。

また、内圧流量検査の目的で、区分番号「D 2 4 2」に掲げる検査を複数行った場合には、それぞれ所定点数を算定する。

D 2 4 4 自覚的聴力検査

- (1) 「1」の標準純音聴力検査は、日本工業規格の診断用オーディオメーターを使用し、日本聴覚医学会制定の測定方法により、気導聴力（測定周波数 250、500、1,000、2,000、4,000、8,000Hz）及び骨導聴力（測定周波数250、500、1,000、2,000、4,000Hz）を両耳について測定する方法をいう。

- (2) 「2」のこまごまの聴力検査は、聴能者の語音了解度を測定し、補聴器及び聴能訓練の効果の評価を行った場合に算定する。

- (3) 「3」の簡易聴力検査とは、室内騒音が30ホーン以下の防音室で行う検査である。

- (4) 「3」の簡易聴力検査のうち「イ」は、日本工業規格の診断用オーディオメーターを使用して標準純音聴力検査時と同じ測定周波数について気導聴力検査のみを行った場合に算定する。
- (5) 「3」の簡易聴力検査のうち「ロ」は、次に掲げるア及びイを一連として行った場合に算定する。

- ア 音叉を用いる検査（ウェーバー法、リンネ法、ジュレ法を含む。）
- イ オーディオメーターを用いる検査（閉鎖骨導試験（耳栓骨導試験）、日本工業規格選別用オーディオメーターによる気導検査を含む。）
- (6) 「4」の後述聴能検査とは、短音による検査、方向感聴能検査、ひずみ語音明瞭度検査及び一過性閾値上昇検査（TTD）のうち、1種又は2種以上のものを組み合わせて行うものを行い、2種以上行った場合においても、所定点数により算定する。
- (7) 「5」の内耳機能検査の所定点数は、レクルメント検査（A B L B法）、音の強さ及び周波数の弁別域検査、S I S Iテスト等の内耳障害の鑑別に係る全ての検査の費用を含む

ものであり、検査の敷にかかわらず、所定点数により算定する。

- (8) 「5」の耳鳴検査は、診断用オーディオメーター、自記オーディオメーター又は耳鳴検査装置を用いて耳鳴同調音の探索やラウドネスの判定及び耳鳴り遮断検査等を行った場合に算定する。

- (9) 「6」の内耳機能検査は、骨導ノイズ法、鼓膜穿孔閉鎖検査（パッチテスト）、気導聴力検査等のうち2種以上を組み合わせて行った場合にのみ算定する。

D 2 4 4-2 補聴器適合検査

- (1) 補聴器適合検査は、聴力値に対し電気音響的に適応と思われる補聴器を選択の上、音場での補聴器装着実耳検査を実施した場合に算定する。

- (2) 種込型骨導補聴器の種込み及び接合子付骨導端子又は骨導端子を交換した後、補聴器適合検査を実施した場合は、「2」の2回目以降により算定する。

D 2 4 5 鼻腔通気度検査

鼻腔通気度検査は、当該検査に関連する手術日の前後3月以内に行った場合に算定する。その場合は、診察報酬明細書の欄頭に当該検査に関連する手術名及び手術日（手術前に当該検査を実施した場合には手術実施予定日）を記載すること。

なお、手術に関係なく、睡眠時無呼吸症候群又は神経性（心因性）鼻閉症の診断の目的で行った場合にも、所定点数を算定できる。

D 2 4 6 アコースティックオクトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査

アコースティックオクトスコープを用いて鼓膜音響反射率検査と耳鏡検査及び鼓膜可動性検査を併せて行い、リコーダーで記録を記録に残した場合のみ算定できる。

なお、この場合の耳鏡検査及び鼓膜可動性検査の手法料は、当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

D 2 4 7 他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査

「5」の耳音響放射（OAE）検査の「ロ」の「その他の場合」とは、誘発耳音響放射（EOAE）及び結合音耳音響放射（DPOAE）をいう。

なお、「イ」及び「ロ」の両方を同一月に行った場合は、「イ」の所定点数は算定できない。

D 2 4 8 耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定
耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定において音響耳管法、耳管鼓室気流動体法又は加圧減圧法のいずれか又は複数により測定した場合に算定する。

D 2 5 0 手術機能検査

- (1) 「1」の標準検査とは、上肢屈伸検査（遮眼書字検査、指示検査、上肢屈伸反応検査、上肢緊張検査等）、下肢屈伸検査（歩行検査、足踏み検査等）、立ちおろし検査（ユニオメーター検査、単脚起立検査、両脚起立検査等）、自覚眼振検査（正面、右、左、上、下の注視眼振検査、異常眼球運動検査、眼球運動の制限の有無及び眼位検査を含む検査）をい、一連の検査につき、その敷にかかわらず、所定点数により算定する。

- (2) 「2」の刺激又は負荷を加える特殊検査とは、次に掲げるものをい、それぞれ検査1回につき所定点数により算定する。

- ア 温度眼振検査（温度による眼振検査）
- イ 視運動眼振検査（電動式装置又はそれに準じた定量的方法により刺激を行う検査）
- ウ 回転眼振検査（電動式装置又はそれに準じた定量的方法により刺激を行う検査）

- (1) 電気味覚検査については、検査の対象とする支配神経領域に関係なく所定点数を一連につき1回算定する。
- (2) 濾紙ディスキによる味覚定量検査は、電気味覚検査により算定する。

D 2 5 5 精密眼底検査

精密眼底検査は、手持式、箱筒式、固定式等の電気検眼鏡による眼底検査をいい、眼底カメラ撮影のみでは算定できない。

D 2 5 5 - 2 汎網膜硝子体検査

増殖性網膜症、網膜硝子体界面症候群又は硝子体混濁を伴うぶどう膜炎の患者に対して、散瞳剤を使用し、細網膜顕微鏡及び特殊レンズを用いて網膜、網膜硝子体界面及び硝子体の検査を行った場合に限り算定する。

D 2 5 6 眼底カメラ撮影

- (1) 眼底カメラ撮影は片側、両側の区別なく所定点数により算定する。
- (2) 「通常の方法の場合」、「蛍光眼底法の場合」又は「自発蛍光撮影法の場合」のいずれか複数の検査を行った場合においては、主たる検査の所定点数により算定する。
- (3) デジタル撮影とは、画像情報をデジタル処理して管理及び保存が可能な撮影方法をいう。
- (4) デジタル撮影したものをフィルムへプリントアウトした場合、「ロ」のデジタル撮影を算定できるが、当該フィルムの費用は別に算定できない。
- (5) 使用したフィルム及び現像の費用は、10円で除して得た点数を加算する。
- (6) インスタントフィルムを使用した場合は、フィルムの費用として10円で除した点数を加算する。なお、1回当たり16点を限度とする。
- (7) アナログ撮影を行ったものをデジタルに変換した場合は、「イ」のアナログ撮影を算定する。

(8) 広角眼底撮影加算は、次のいずれかに該当する場合に限り加算する。

- ア 3歳未満の乳幼児であって、未熟児網膜症、網膜芽細胞腫又は網膜変性条虫が疑われる患者に対して広角眼底撮影を行った場合
- イ 糖尿病網膜症、網膜静脈閉塞症又はコーツ病の患者に対して蛍光眼底法による網膜のたぐい糖原病網膜症、網膜静脈閉塞症又はコーツ病の患者に対して広角眼底撮影を行った場合

D 2 5 6 - 3 光干渉断層血管撮影

光干渉断層血管撮影は片側、両側の区別なく所定点数により算定する。

D 2 5 7 細網膜顕微鏡検査

- (1) 散瞳剤を使用し、前眼部、透光体及び網膜に対して細網膜顕微鏡検査を行った場合には、検査の回数にかかわらず、1回に限り所定点数を算定する。
- (2) 細網鏡を用いた場合であって写真診断を必要として撮影を行った場合は、使用したフィルム代等については、眼底カメラ撮影の例により算定する。
- (3) 細網膜顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）を行った後、更に必要があつて生体染色を施して再検査を行った場合は、再検査1回に限り区分番号「D 2 7 3」細網膜顕微鏡検査（前眼部）により算定する。

D 2 5 8 網膜電位図 (ERG)

網膜電位図 (ERG) は、前眼部又は中間透光体に混濁があつて、眼底検査が不能の場合又は眼底疾患の場合に限り、誘導数にかかわらず、所定点数により算定する。

エ 視網膜検査

- (3) 「3」の「イ」は、赤外線カメラを用い、暗視野において眼振及び眼球運動等の観察を行った場合に算定する。
- (4) 「3」の「ロ」その他の場合とは、フレンツェル眼鏡下における頭位眼振及び変換眼振検査をいい、一連の検査につき、その数にかかわらず、所定点数により算定する。
- (5) 頭位及び頭位変換眼振検査と併せて行つた浮遊耳石置換法は、当該検査料に含まれる。
- (6) 「4」の電気眼振図を区分番号「D 2 7 8」眼球電位図 (EOG) と併せて行つた場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。
- (7) 重心動揺計

ア 「5」の重心動揺計は、荷重変動を測定する検出器とこの荷重信号を記録・分析するデータ処理装置から成る装置を用いて、めまい・平衡障害の病巣診断のために行つたものである。

本検査は、当該装置を用いて、重心動揺軌跡を記録し、その面積（外周・矩形・実効値面積）、軌跡長（線軌跡長・単位軌跡長・単位面積軌跡長）、動揺中心変位、コンベクトル率を全て計測した場合に算定するものである。

なお、本検査は、「1」の標準検査を行った上、実施の必要が認められたものに限り算定するものである。

イ 「注」のパワー・ベクトル分析加算は、記録された重心動揺軌跡のコンピュータ分析を行い、パワー・スベクトル、位置ベクトル、速度ベクトル、振幅確率密度分布を全て算出した場合に算定する。

ウ 「注」の刺激又は負荷加算は、電気刺激、視運動刺激、傾斜刺激、水平運動刺激、振動刺激等姿勢反射誘発を加えて本検査を行った場合に1種目ごとに算定する。

(8) 「5」に掲げる別の検査を行った場合には、それぞれ算定できる。

D 2 5 1 音声言語学的検査

- (1) 「2」の音響分析は、種々の原因による音声障害及び発音、構音、話しことは等の障害がある患者に対して、音声パターン検査又は音声スペクトル定量検査のうち的一方又は両方を行った場合に算定する。
- (2) 「3」の音声機能検査とは、喉声等の音声障害について、発声状態の総合的分析を行う検査であり、音域検査、声の強さ測定、発声時呼吸流の測定、発声持続時間の測定を組み合わせて、それぞれ又は同時に測定するものをいい、種類及び回数にかかわらず、一連として1回算定する。
- D 2 5 2 扁桃マツカージ法
- 扁桃マツカージ法は、慢性扁桃炎に対する病巣誘発試験として行われた場合に算定する。
- D 2 5 3 嗅覚検査
- (1) 「1」の基準嗅覚検査は、5種の基準臭 (T & T オルファクトメーター) による嗅力検査である。
- (2) 「2」の勝算性嗅覚検査は、有嗅医薬品静注後の嗅感発現までの時間と嗅感の持続時間を測定するものであり、第6部第1節第1款の注射実施料は、所定点数に含まれる。

D 2 5 4 電気味覚検査

眼鏡処方箋の交付を行わずに矯正視力検査を実施した場合に、3月に1回（散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合）に限り、所定点数に計算する。

D 2 6 2 調節検査

(1) 調節検査は、近点計等による調節力の測定をいうものであり、両眼若しくは片眼又は検査方法（調節力検査及び調節時間検査等を含む。）の種類にかかわらず、所定点数により算定する。

(2) 負荷調節検査を行った場合であって、負荷の前後に調節検査を行った場合には、所定点数の100分の200の点数を限度として算定する。

D 2 6 3 矯正視力検査

眼鏡を処方する前後のレンズメートルによる眼鏡検査は、矯正視力検査に含まれるものとする。

D 2 6 3-2 コントラスト感度検査

コントラスト感度検査は、空間周波数特性 (MTF) を用いた視機能検査をいい、水晶体混濁があるものに關わらず矯正視力が良好な白内障患者であって、区分番号「K 2 8 2」水晶体再建術の手術適応の判断に必要な場合に、当該手術の前後においてそれぞれ1回に限り算定する。

D 2 6 4 精密眼圧測定

(1) 精密眼圧測定は、ノンコンタクトノメーター若しくはアプラインションノメーターを使用する場合又はデファイアレンシャル・トノメーターにより眼内圧を測定する場合（眼球壁の硬性測定検査を行った場合を含む。）をいい、検査の種類にかかわらず、所定点数により算定する。

(2) 網膜中心血管圧測定に際しての精密眼圧測定は、別に算定できない。

(3) 「注」の加算は、水分を多量に採取させたり、薬剤の注射、点眼若しくは暗室試験等の負荷により眼圧の変化をみた場合又は眼圧計等を使用して前房水の流出率、産出量を測定した場合に、検査の種類、負荷回数にかかわらず、1回のみ所定点数により算定する。

D 2 6 5-2 角膜形状解析検査

(1) 角膜形状解析検査は、初期円錐角膜などの角膜変形患者、角膜移植後の患者又は高度角膜乱視（2ジオプリー以上）を伴う白内障患者の手術前後に行われた場合に限り算定する。

(2) 角膜移植後の患者については2か月に1回を限度として算定し、高度角膜乱視を伴う白内障患者については手術の前後各1回に限り算定する。

(3) 角膜変形患者に対して行われる場合は、コンタクトレンズ処方に伴う場合を除く。

D 2 6 6 光覚検査

光覚検査とは、アダプトメーター等による光覚検査をいう。

D 2 6 7 色覚検査

「2」の場合には、ランタンテスト及び定量的色盲検査が含まれるが、色覚検査表による単なるスクリーニング検査は算定しない。

D 2 6 8 眼筋機能精密検査及び回転検査

眼筋機能精密検査及び回転検査とは、マドックスによる複視検査、正切スカラーによる眼位の検査、プリズムを用いた遮閉試験（交代遮閉試験）、HES 赤緑試験、輻輳近点検査及び複診での眼球運動検査（遮閉・遮閉除去試験、9方向眼位検査、固視検査、Bielschowsky 頭部傾斜試験及びParksの3ステップテスト）等をいう。

D 2 5 8-2 網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）
網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）は区分番号「D 2 5 8」網膜電位図（ERG）では十分な情報が得られないと医師が認めるものであって、以下に掲げる場合において算定できる。

(1) 前眼部又は中間透光体に混濁があつて、眼底検査が不能な黄斑疾患が疑われる患者に対して診断を目的として行う場合（初回診断時1回、以降3月に1回に限る。）

(2) 黄斑ジストロフィーの診断を目的とした場合（初回診断時1回、以降3月に1回に限る。）

(3) 網膜手術の前後（それぞれ1回ずつに限る。）

D 2 5 8-3 黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図

黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図は、区分番号「D 2 5 8」網膜電位図（ERG）では十分な情報が得られないと医師が認めるものであって、以下に掲げる場合において算定できる。

(1) 黄斑局所網膜電図は、黄斑ジストロフィーの診断を目的に、網膜の層別機能解析を行った場合に、患者1人につき年1回に限り算定できる。ただし、当該検査を年2回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその医学的必要性を記載すること。

(2) 全視野精密網膜電図は、網膜色素変性疾患の鑑別と視機能の評価又は黄斑ジストロフィーの診断を目的に行った場合に、患者1人につき年1回に限り算定できる。ただし、当該検査を年2回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその医学的必要性を記載すること。

(3) 区分番号「D 2 5 8」網膜電位図（ERG）又は区分番号「D 2 5 8-2」網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）を併せて実施した場合は、主たるものの所定点数を算定する。

D 2 5 9 精密視野検査

(1) 精密視野検査は、中心視野計又は周辺視野計を用いて視野の測定を行った場合に、それぞれ所定点数により算定する。

(2) 河本氏暗点計による検査及び機器を使用しない検査は、基本診療料に含まれる。

D 2 6 0 量的視野検査

量的視野検査には、全視野にわたって検査する場合のほか、例えば、中心視野を特に重点的に検査する量的中心視野検査等、視野の一部部位を限定して検査する場合があるが、2つ以上の部位にわたって当該検査を同時に実施した場合においても、本区分の所定点数のみを算定する。

D 2 6 1 屈折検査

(1) 屈折検査は、検眼鏡等による自覚的屈折検査又は検査法、レフラクトメーターによる他覚的屈折検査をいい、両眼若しくは片眼又は検査方法の種類にかかわらず、所定点数により算定し、裸眼視力検査のみでは算定できない。

(2) 散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各1回を限度として所定点数を算定する。

(3) 屈折検査と区分番号「D 2 6 3」矯正視力検査を併施した場合は、屈折異常の疑いがあるとして初めて検査を行った場合又は眼鏡処方箋を交付に限り併せて算定できる。ただし、本区分「1」については、弱視又は不同視が疑われる場合に限り、3月に1回（散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各1回）に限り、区分番号「D 2 6 3」矯正視力検査を併せて算定できる。

(4) 「注」に規定する加算は、「1」について、弱視又は不同視と診断された患者に対して、

D 2 6 9 - 2 光学的眼軸長測定
光学的眼軸長測定は非接触型機器を用いて眼軸長を測定した場合に算定する。接触型 A モード法による場合は、区分番号「D 2 1 5」超音波検査の「1」の A モード法により算定する。

D 2 7 0 - 2 ロービジョン検査判断料
(1) 身体障害者福祉法附表に定める障害程度の視覚障害を有するもの(ただし身体障害者手帳の所持の有無を問わない。)に対して、眼科学的検査(D 2 8 2 - 3 を除く。)を行い、その結果を踏まえ、患者の依存視機能を評価し、それに応じた適切な視覚的補助具(補装具を含む。)の選定と、生活訓練・職業訓練を行っている施設等との連携等との連携を含め、療養上の指導管理を行った場合に限り算定する。

(2) 当該判断料は、厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会(眼鏡等適合判定医師研修会)を修了した医師が、眼科学的検査(D 2 8 2 - 3 を除く。)を行い、その結果を判断した際に、月に1回に限り算定する。

D 2 7 2 両眼機能精密検査
両眼視機能精密検査とは、Worth 4 灯法、赤フィルター法等による両眼重複検査をいう。

D 2 7 3 細網膜顕微鏡検査(前眼部)
(1) 細網膜顕微鏡検査(前眼部)とは、細網膜顕微鏡を用いて行う前眼部及び透光体の検査をいうものであり、区分番号「D 2 5 7」細網膜顕微鏡検査(前眼部及び後眼部)と併せて算定できない。

(2) 細網膜を用いた場合であって、写真診断を必要として撮影を行った場合は、使用したフィルム代等については、眼底カメラ撮影の例により算定する。

(3) 細網膜顕微鏡検査(前眼部)を行った後、更に必要があった生体染色を施して再検査を行った場合は、再検査1回に限り算定する。

D 2 7 4 前房隅角検査
前房隅角検査とは、隅角鏡を用いて行う前房隅角検査であり、緑内障等の場合に行う。

D 2 7 4 - 2 前眼部三次元画像解析
前眼部三次元画像解析は、急性緑内障発作を疑う狭隅角眼、角膜移植術後又は外傷後毛様体剥離の患者に対して、月1回に限り算定する。

D 2 7 5 - 2 前房水漏出検査
前房水漏出検査は、当該検査について十分な経験を有する医師により実施された場合に算定する。

D 2 7 6 網膜中心血管圧測定
(1) 「1」の簡単なものとは、オフタルモ・ダイナモメーターによる網膜中心血管圧測定検査である。

(2) 「2」の複雑なものとは、キャップメーターによる網膜中心血管圧測定検査をいう。

D 2 7 7 涙液分泌機能検査、涙管通水・通色検査
涙液分泌機能検査とは、シムメル法等による涙液分泌機能検査をいう。

D 2 7 8 眼球電位図(EOG)
区分番号「D 2 5 0」平衡機能検査の「4」の電気眼図と併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。

D 2 7 9 角膜内皮細胞顕微鏡検査
眼内手術、角膜手術における手術の適応の決定及び術後の経過観察若しくは円錐角膜又は水性角膜炎の患者に対する角膜状態の評価の際に算定する。

D 2 8 0 レーザー前房蛋白質細胞数検査
レーザー前房蛋白質細胞測定装置を用いて、前眼部炎症の程度を診断するために、前房内の蛋白質濃度及び細胞数を測定するものである。

D 2 8 1 瞳孔機能検査(電子瞳孔計使用)
視神経炎、視神経症等の中心性疾患や動眼神経麻痺、ホルネル症候群、アデノウイルス感染、糖尿病による自律神経障害等の速心性疾患又は変性疾患及び中毒による疾患の診断を目的として行った場合に算定できる。

D 2 8 2 中心フリッカー試験
視神経疾患の診断のために行った場合に算定する。

D 2 8 2 - 2 行動観察による視力検査
(1) P.L.(Preferential Looking)法
-Nohindra 方式等の測定装置を用いて視力測定を行った場合に算定する。

ア P.L.法は4歳未満の乳幼児又は通常の視力検査で視力測定ができない患者に対し、粟屋イテラカード等による簡易測定は本検査には含まれない。

ウ 診療録に検査結果の要点を記載する。
(2) 乳幼児視力測定(テラカード等によるもの)
乳幼児視力測定は、4歳未満の乳幼児又は通常の視力検査で視力測定できない患者に対し、テラカード等による簡易視力測定を行った場合に算定し、診療録に検査結果の要点を記載する。

また、D 2 8 2 - 2 の1と併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

D 2 8 2 - 3 コンタクトレンズ検査料
(1) コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者(既装用者の場合を含む、以下同じ。)に対して眼科的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料「1」、「2」、「3」又は「4」により算定する。

(2) 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない保険医療機関において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料「1」、「2」、「3」又は「4」の他、区分番号「D 2 5 5」から区分番号「D 2 8 2 - 2」までに掲げる眼科的検査料について、算定できない。

(3) コンタクトレンズ検査料を算定する場合には、区分番号「A 0 0 0」初診料の注9及び区分番号「A 0 0 1」再診料の注7に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。

(4) 当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去にコンタクトレンズ検査料を算定した患者に対してコンタクトレンズ検査料を算定する場合は、区分番号「A 0 0 0」に掲げる初診料は算定せず、区分番号「A 0 0 1」に掲げる再診料又は区分番号「A 0 0 2」に掲げる外来診療料を算定する。

(5) コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科的検査を行った場合は、「1」、「2」、「3」又は「4」の所定点数を算定し、別に区分番号「D 2 5 5」から区分番号「D 2 8 2 - 2」までに掲げる眼科的検査料は別に算定できない。ただし、新たな疾患の発生(屈折異常以外の疾患の急性増悪を含む。)によりコンタクトレンズの装用を中止

しコンタクトレンズの処方を行わない場合、円錐角膜、角膜変形若しくは高度不正乱視の治療を目的としてハードコンタクトレンズの処方を行った場合、9歳未満の小児に対して弱視、斜視若しくは不正視の治療を目的としてコンタクトレンズの処方を行った場合、緑内障又は高眼圧症の患者（治療計画を作成し診療録に記載するとともに、アプラーネーションノメーターによる精密屈折測定及び精密眼底検査を実施し、視神経乳頭の所見を詳細に診療録に記載した場合に限る。）網膜硝子体疾患若しくは視神経疾患の患者（治療計画を作成し診療録に記載するとともに、散瞳剤を使用し、汎網膜硝子体検査又は精密眼底検査、細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）並びに眼底カメラ撮影を実施し、網膜硝子体又は視神経乳頭の所見を図示して詳細に診療録に記載した場合に限る。）度数のない治療用コンタクトレンズを使用する患者、眼内の手術（角膜移植術を含む。）前後の患者、ステイアゲンズ・ジョンソン症候群又は中毒性表皮壊死症の眼後遺症に対する治療用コンタクトレンズを装着する患者等においては、当該点数を算定せず、区分番号「D255」から区分番号「D282」までに掲げる眼科的検査により算定する。なお、この場合においても、区分番号「A000」に掲げる初診料を算定せず、区分番号「A001」に掲げる再診料又は区分番号「A002」に掲げる外来診療料を算定する。

(6) コンタクトレンズ検査料3又は4を算定する医療機関のうち、コンタクトレンズに係る診療の割合が、7.5割を超える医療機関においては、病態により個別の検査を実施する必要がある場合には、適切な治療が提供されるよう、速やかに専門的な医療機関へ転医させらるよう努めること。

D 282-4 ダーモスコピー

ダーモスコピーは、悪性黒色腫、基底細胞癌、ポルエン病、色素性母斑、老人性色素斑、脂漏性角化症、エクリン汗孔腫、血管腫等の色素性皮膚病変の診断又は経過観察の目的で行った場合に、検査の回数又は部位数にかかわらず4月に1回に限り算定する。なお、新たに他の病変で検査を行う場合であって、医学的必要性から4月に2回以上算定するときは、診療報酬細書の摘要欄にその理由を記載することとし、この場合であっても1月に1回を限度とすること。

D 283 発達及び知能検査

D 284 人格検査

D 285 認知機能検査その他の心理検査

(1) 検査を行うに当たっては、個人検査用として標準化され、かつ、確立された検査方法により行う。

(2) 各区分のうち「1」の「操作が容易なもの」とは、検査及び結果処理に概ね40分以上を要するもの、「2」の「操作が複雑なもの」とは、検査及び結果処理に概ね1時間以上を要するもの、「3」の「操作と処理が極めて複雑なもの」とは、検査及び結果処理に1時間30分以上を要するものをいう。また、区分番号「D285」認知機能検査その他の心理検査「1」の「イ」の「簡易なもの」とは、主に疾患（疑いを含む。）の早期発見を目的とするものをいう。

なお、臨床心理、神経心理検査は、医師が自ら、又は医師の指示により他の従事者が施設において検査及び結果処理を行い、かつ、その結果に基づき医師が自ら結果を分析した場合にはのみ算定する。

(3) 医師は診療録に分析結果を記載する。

(4) 区分番号「D283」発達及び知能検査の「1」とは、律守式乳幼児知能検査、牛島乳幼児簡易検査、日本版ミラー幼児発達スクリーニング検査、遠城寺式乳幼児知能検査、発達検査、デンボン式発達スクリーニング検査、DAMグッドナイフ人物面知能検査、フロアステップ認知発達検査、脳研式知能検査、コース立方体組み合わせテスト、レーヴン彩色マトリックス及びJARTのことをいう。

(5) 区分番号「D283」発達及び知能検査の「2」とは、MCCペーパーテスト、PBTビクタチュア・プロック知能検査、新版K式発達検査、WPPSI知能診断検査、全訂版田中ビネー知能検査、田中ビネー知能検査V、鈴木木式知能検査、WISC-R知能検査、WAIS-R成人知能検査（WAISを含む。）、大脳式盲人用知能検査、ペイリ発達検査及びVine land-II日本版のことをいう。

(6) 区分番号「D283」発達及び知能検査の「3」とは、WISC-III知能検査、WISC-IV知能検査、WAIS-III成人知能検査又はWAIS-IV成人知能検査のことをいう。

(7) 区分番号「D284」人格検査の「1」とは、パーソナリティインベントリ、モーズレイ性格検査、Y-G矢田部ギルフォード性格検査、TEG-II東大式エゴグラム、新版TEG、新版TEGII及びTEG3のことをいう。

(8) 区分番号「D284」人格検査の「2」とは、バウムテスト、SCT、P-Fメタディ、MMP I、TPI、EPPS性格検査、16P-F人格検査、描面テスト、ゾンディヤテスト及びPILテストのことをいう。

(9) 区分番号「D284」人格検査の「3」とは、ローレンシャッツハテテスト、CAPS、TAT絵図統覚検査及びCAT幼児集団用絵図統覚検査のことをいう。

(10) 区分番号「D285」認知機能検査その他の心理検査の「1」の「イ」の簡易なものとは、MAS不安尺度、MED E多面的初期認知症判定検査、AQ日本語版、日本語版LSAS-J、M-CHAT、長谷川式知能評価スケール及びMMSEのことをい、【ロ】のその他のものは、CAS不安測定検査、SDSうつ性自己評価尺度、CES-Dうつ病（抑うつ状態）自己評価尺度、HDRSハミルトンうつ病症状評価尺度、STAI状態、特性不安検査、POMS、POMS 2、IES-R、PDS、TK式診断的新親子関係検査、CMI健康調査票、GHQ精神健康評価票、ブルド抹消検査、WHO QOL26、COGNIST AT、SIB、Cog health（医師、看護師又は臨床心理技術者が検査に立ち会った場合に限る。）、NPI、BEHAVE-AD、音読検査（特異的読字障害を対象にしたものに限る。）、WURS、MCMII-II、MOCI抑鬱版、DES-II、EAT-26、STAI-C状態、特性不安検査（児童用）、DSRS-C、前頭葉評価バッテリー、ストルーブテスト、MoCA-J及びClinical Dementia Rating (CDR)のことをいう。

(11) 区分番号「D285」認知機能検査その他の心理検査の「1」の「イ」は、原則として3月に1回に限り算定する。ただし、医学的必要性から3月以内に2回以上算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

(12) 区分番号「D285」認知機能検査その他の心理検査の「2」とは、ペントト視覚記憶検査、内田クレペリン精神検査、三宅式記憶力検査、標準言語理解連合学習検査（S-PA）、ペンダーグシュタルトテスト、WCSTウイスコンシン・カード分類検査、SCID構造化面接法、遂行機能障害検査の行動評価（BADS）、リバーミード行動記憶検査及びR a y

—Osterrrieth Complex Figure Test (ROCF) のことをいう。

- (13) 区分番号「D285」認知機能検査その他の心理検査の「3」とは、ITPA、標準失語症検査、標準失語症検査補助テスト、標準高次動作性検査、標準高次視知覚検査、標準注意検査法・標準意識評価法、WAB失語症検査、老研版失語症検査、K-ABC、K-ABC II、WMS-R、ADAS、DN-CAS認知評価システム、小児自閉症評定尺度、発達障害の要支援症評定尺度(MSPA)、顔面接式自閉スペクトラム症評定尺度改訂版(PARS-TR)及び子ども版解離評価表のことをいう。

(14) 国立精神科認知症スクリーニングテストの費用は、基本診療料に含まれているものであり、別に算定できない。

D286 肝及び腎のクリアランステスト

- (1) 肝及び腎のクリアランステストとは、負荷後に検体採取及び検体分析を経時的若しくは連続的に行う検査である。
- (2) 肝クリアランステストに該当するものは、ICG等を用いた検査であり、腎クリアランステストに該当するものは、PSP、チオ硫酸等を負荷して行うクリアランステスト、腎血漿流量測定、糸球体濾過量測定である。
- (3) 肝及び腎のクリアランステストは、肝クリアランステスト又は腎クリアランステストのいずれかを実施した場合に算定できる。
- (4) 「注2」の注射とは、第6部第1節第1款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

D286-2 インスリンクリアランス測定

- (1) 検査に伴って行った注射、採血及び検体測定の費用は、所定点数に含まれるが、施用した薬剤は別途算定できる。
- (2) 6月に1回に限り算定する。
- (3) 区分番号「D286」肝及び腎のクリアランステストのうち、腎のクリアランステストと、本検査を併せて行った場合には、いずれか主たるもののみ算定する。

D287 内分沁負荷試験

- (1) 各負荷試験については、測定回数及び負荷する薬剤の種類にかかわらず、一連のものとして月1回に限り所定点数を算定する。ただし、「1」の成長ホルモンに限り、月2回まで所定点数を算定できる。
- なお、「1」の下垂体前葉負荷試験及び「5」の副腎皮質負荷試験以外のものについては、測定するホルモンの種類にかかわらず、一連のものとして算定する。
- (2) 内分沁負荷試験において、負荷の前後に係る血中又は尿中のホルモン等測定に際しては、測定回数、測定間隔等にかかわらず、一連のものとして扱い、当該負荷試験の項により算定するものであり、検体検査実施料における生化学的検査Ⅱ又は生化学的検査Ⅲの項では算定できない。
- (3) 「1」の下垂体前葉負荷試験に含まれるものとしては、下記のものがある。

ア 成長ホルモン(GH)については、インスリン負荷、アルギニン負荷、L-DOPA負荷、クロニジン負荷、グルカゴン負荷、プロブアラノール負荷、プロモクリプチン負荷、睡眠負荷等

イ ギナドトロピン(LH及びFSH)については、LH-RH負荷、クロミフェン負荷等

ウ 甲状腺刺激ホルモン(TSH)については、TRH負荷等

エ プロラクチン(PRL)については、TRH負荷、プロモクリプチン負荷等

オ 副腎皮質刺激ホルモン(ACTH)については、インスリン負荷、メトピロニド負荷、デキサメサゾン負荷、CRH負荷等

(4) 「2」の下垂体後葉負荷試験の抗利尿尿ホルモン(ADH)については、水制限、高張食塩水負荷(カーター・ロビンステス)等が含まれる。

(5) 「3」の甲状腺負荷試験の甲状腺ホルモンについては、T₃抑制等が含まれる。

(6) 「4」の副腎皮質負荷試験の副甲状腺ホルモン(PTH)については、カルシウム負荷、PTH負荷(エルスワースワードテスト)、EDTA負荷等が含まれる。

(7) 「5」の副腎皮質負荷試験に含まれるものとしては、下記のものがある。

ア 鉱質コルチコイド(レニン、アルドステロン)については、フロセמיד負荷、アンギオテンシン負荷等

イ 糖質コルチコイド(コルチゾール、DHEA及びDHEAS)については、ACTH負荷、デキサメサゾン負荷、メトピロニド負荷等

(8) 「6」の性腺負荷試験に含まれるものとしては、下記のものがある。

ア テステステロンについては、HCG負荷等

イ エストラジオールについては、HMG負荷等

(9) 「注2」の注射とは、第6部第1節第1款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

(10) 本試験に伴って区分番号「D419」その他の検体採取の「5」の副腎髄腺サンプリングにより採血を行った場合、その費用は別に算定できる。

D288 糖負荷試験

(1) 負荷の前後に係る血中又は尿中のホルモン等測定に際しては、測定回数、測定間隔等にかかわらず、一連のものとして扱い、当該負荷試験の項により算定するものであり、検体検査実施料における生化学的検査Ⅱ又は生化学的検査Ⅲの項では算定できない。

(2) 「2」の耐糖能精密検査(常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中C-ペプチド測定を行った場合)は、常用負荷試験及び負荷前後の血中インスリン測定又は血中C-ペプチド測定を行った場合に算定する。

(3) 乳糖を服用させて行う耐糖試験は、糖負荷試験により算定する。また、使用した薬剤は、区分番号「D500」薬剤により算定する。

(4) ブドウ糖を1回負荷し、負荷前後の血糖値等の変動を把握する検査は、糖負荷試験の所定点数により算定する。

(5) 「注」の注射とは、第6部第1節第1款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

D289 その他の機能テスト

(1) 胃液分泌刺激テスト

ア 「3」の胃液分泌刺激テストは、生体に分泌刺激物質を投与し、胃液若しくは血液を採取、分析することにより胃液分泌機能を検査するものであり、胃液分泌刺激テストに該当するものは、ガストリン刺激テスト、ヒスタログ刺激試験、Katsch-Kalk法、ヒスタミン

法等である。

イ 検査に伴って行った注射、検体採取、検体測定及びエックス線透視の費用は、別に算定できない。

(2) 「3」の胆道機能テストは、十二指腸ゾンデを十二指腸乳頭部まで挿入し、胆道刺激物を投与して十二指腸液を分画採取した場合に算定する。

(3) 「4」のセクレチン試験は、十二指腸液採取用二重管を十二指腸まで挿入し、腺外分泌刺激ホルモンであるセクレチンを静脈注射し、刺激後の尿流量、重量濃度及びアマライゼ排出量を測定した場合に算定する。

ただし、セクレチン注射の手術料、測定に要する費用、血清酵素逸脱誘発試験の費用等は所定点数に含まれる。

(4) 「注」の注射とは、第6部第1節第1款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別に算定する。

D 290 卵管通気・通水・通色薬検査、ルビネテスト
卵管通気・通水・通色薬検査、ルビネテストの所定点数は、それぞれ両側についての点数であり、検査の種類及び回数にかかわらず、所定点数のみを算定する。

D 290-2 尿失禁定量テスト(パッドテスト)
尿失禁定量テスト(パッドテスト)は、尿失禁患者において、体動時の失禁尿をパッドにより採取し、定量的な尿失禁の評価を行うものであり、1月につき1回に限り算定できる。ただし、使用されるパッドの費用は、所定点数に含まれる。

D 291 皮内反応検査、ヒカマルテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性経皮検査、薬物光線貼布試験、最小红斑量(MED)測定

(1) 皮内反応検査とは、ツベルクリン反応、各種アレルギーの皮膚貼布試験(肢内テスト、スクラッチテストを含む。)等であり、ツベルクリン、アレルギー等検査に使用した薬剤に係る費用は、区分番号「D500」薬剤により算定する。

(2) 数種のアレルギー又は濃度の異なるアレルギーを用いて皮内反応検査を行った場合は、それぞれにつき1箇所として所定点数を算定するものである。

(3) 薬物投与に当たり、あらかじめ皮内反応、注射等による過敏性検査を行った場合にあっては、皮内反応検査の所定点数は算定できない。

(4) 薬物光線貼布試験、最小红斑量(MED)測定は、1照射につき1箇所として算定する。

D 291-2 小児食物アレルギー負荷検査

(1) 問診及び血液検査等から、食物アレルギーが強く疑われる9歳未満の小児に対し、原因抗原の特定、耐性獲得の確認のために、食物負荷検査を実施した場合に、12月を2回を限度として算定する。

(2) 検査を行うに当たっては、食物アレルギー負荷検査の危険性、必要性、検査方法及びその他の留意事項について、患者又はその家族等に対して文書により説明の上交付するとともに、その文書の写しを診療録に添付すること。

(3) 負荷検査の費用は所定点数に含まれる。

(4) 小児食物アレルギーの診療に当たっては、「AMED 研究班による食物アレルギーの診療の手引き2017」を参考とすること。

(5) 「注2」の注射とは、第6部第1節第1款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、

別途算定する。

D 291-3 内服・点滴誘発試験

(1) 貼付試験、皮内反応、リンパ球幼若化検査等で診断がつかない薬疹の診断を目的とした場合であって、入院中の患者に対して被験薬を内服若しくは点滴・静注した場合に限り算定できる。

(2) 検査を行うに当たっては、内服・点滴誘発試験の危険性、必要性、検査方法及びその他の留意事項について、患者又はその家族等に対して文書により説明の上交付するとともに、その文書の写しを診療録に添付すること。

[内視鏡検査に係る共通事項(区分番号「D295」から区分番号「D325」まで)]

(1) 本節の通則による新生児加算又は乳幼児加算を行う場合には、超音波内視鏡検査加算は、所定点数に含まれないとする。

(2) 内視鏡検査の「通則2」による算定において、区分番号「D313」大腸内視鏡検査の「1」のイ、ロ及びへについては、同一の検査として扱われ、運用が通知されている検査については、当該検査が押することとされている検査と同一の検査として扱う。

(3) 通則3の当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合の点数は、区分番号「A000」に掲げる初診料(注5)に規定する2つ目の診療料に係る初診料を含む。)を算定した日に限り、算定できる。

(4) 「通則5」の入院中の患者以外の患者に対する内視鏡検査(区分番号「D324」及び「D325」を除く。以下、「通則5」に係る留意事項において、「内視鏡検査」という。)及び

の休日加算、時間外加算又は深夜加算は、次の場合に算定できる。ただし、内視鏡検査が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外又は深夜に行われた場合には算定できない。

(7) 休日加算、時間外加算又は深夜加算が算定できる初診又は再診に引き続き行われた緊急内視鏡検査の場合

(イ) 初診又は再診に引き続き、内視鏡検査に必要な不可欠な検査を行った後速やかに内視鏡検査(休日に行うもの又はその開始時間(患者に対し直接施された時をいう。)が診療時間以外の場合)を行って、

当該初診又は再診から内視鏡検査の開始時間までの間に8時間以内である場合(当該内視鏡検査の開始時間が入院手続きの後の場合を含む。)

(5) 「通則5」の入院中の患者に対する内視鏡検査の休日加算又は深夜加算は、病状の急変により、休日に緊急内視鏡検査を行った場合又は開始時間が深夜である緊急内視鏡検査を行った場合に算定できる。

ただし、内視鏡検査が保険医療機関又は保険医の都合により休日又は深夜に行われた場合には算定できない。

(6) 「通則5」の休日加算、時間外加算又は深夜加算の対象となる時間の取扱いが初診料と同様であり、区分番号「A000」初診料の注9又は区分番号「A001」再診料の注7に規定する夜間・早朝等加算を算定する場合には、通則5の休日加算、時間外加算又は深夜加算は算定しない。

(7) 「通則5」の休日加算、時間外加算又は深夜加算に係る「所定点数」とは、区分番号「D295」から「D323」までに掲げられた点数及び各注による加算を合計した点数であり、内視鏡検査の通則における費用は含まない。ただし、同一の患者につき同一月において同一

- 検査を2回以上実施した場合における2回目以降の検査である場合「所定点数」は、区分番号「D295」から「D323」までに掲げられた点数及び各注による加算を合計した点数の100分の90に相当する点数とする。
- (8) 内視鏡検査に際して第2章第11節に掲げる麻酔を行った場合は、麻酔の費用を別に算定する。
- (9) 内視鏡検査で麻酔手技料を別に算定できない麻酔を行った場合は、区分番号「D500」薬剤により算定する。
- (10) 処置又は手術と同時に行った内視鏡検査は、別に算定できない。
- (11) 内視鏡検査当日に、検査に関連して行う第6部第1節第1款の注射実施料は別に算定できない。
- (12) 区分番号「D295」関節鏡検査から区分番号「D325」肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法までに掲げる内視鏡検査は、次により算定する。
- ア 生検用ファイバースコープを使用して組織の採取を行った場合は、採取した組織の個数にかかわらず、1回の内視鏡検査について区分番号「D414」内視鏡下生検法に掲げる所定点数を別に算定する。
- イ 互いに近接する部位の2以上のファイバースコープ検査を連続的に行った場合には、主たる検査の所定点数のみにより算定する。
- ウ 内視鏡検査をエックス線透視下において行った場合にあっても、区分番号「E000」透視検査は算定しない。
- エ 写真診断を行った場合は、使用フィルム代（現像料及び郵送料を含むが、書留代等は除く。）を10円を除いて得た点数を加算して算定するが、区分番号「E002」撮影及び区分番号「E001」写真診断は算定しない。
- オ 当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断のみを行った場合は、診断料として1回につき所定点数を算定できるが、患者が当該病所につき当該医療機関で受診していない場合は算定できない。
- (13) 区分番号「D306」食道ファイバースコープ、「D308」胃・十二指腸ファイバースコープ、「D310」小腸内視鏡検査、「D312」直腸ファイバースコープ又は「D313」大腸内視鏡検査を行う際に、インゴザルミン、メチレンブルー、トルジンブルー、コンゴレッド等による色素内視鏡法を行った場合は、粘膜炎検査に準じて算定する。ただし、使用される色素の費用は所定点数に含まれる。
- (14) 内視鏡検査を行うに当たっては、関係学会のガイドライン等に基づき、必要な消毒及び洗浄を適切に行うこと。
- (15) 鎮静下内視鏡検査を実施する場合には、モニター等で患者の全身状態の把握を行うこと。
- D296-2 鼻咽腔直達鏡検査
鼻咽腔直達鏡検査は、区分番号「D298」嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープと同時にを行った場合は算定できない。
- D298 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ
嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープについては、嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部の全域にわたっての一連の検査として算定する。
- D298-2 内視鏡下嚥下機能検査

- (1) 内視鏡下嚥下機能検査は、嚥下機能が低下した患者に対して、嚥頭内視鏡等を用いて直接観察下に着色水を嚥下させ、嚥下区射惹起のタイミング、着色水の咽頭残留及び嚥味の程度を指標に嚥下機能を評価した場合に算定する。
- (2) 内視鏡下嚥下機能検査、区分番号「D298」嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコープ及び区分番号「D299」喉頭ファイバースコープを2つ以上行った場合は、主たるもののみ算定する。

D302 気管支ファイバースコープ

「注」の気管支肺胞洗浄法検査同時加算は、肺胞蛋白症、サルコイドーシス等の診断のために気管支肺胞洗浄を行い、洗浄液を採取した場合に算定する。

D302-2 気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査

- (1) 気管支ファイバースコープを使用せずに気管支肺胞洗浄用カテーテルを用いて気管支肺胞洗浄を実施した場合に算定する。
- (2) 人工呼吸器使用中の患者であって、浸潤影が肺の両側において、びまん性を示すことを胸部X線画像等で確認した患者に対して、肺炎の診断に関連した培養検体採取のために実施した場合に限り算定できる。
- (3) 本検査と区分番号「D302」の注の気管支肺胞洗浄法検査を同一入院期間中にそれぞれ行った場合は、主たるもの所定点数のみにより算定する。

D304 縦隔鏡検査

縦隔鏡検査は、主に胸部（肺及び縦隔）の疾病の鑑別、肺癌の転移の有無、手術適応の決定のために用いられるものをいう。

D306 食道ファイバースコープ

- (1) 「注」の粘膜点墨法とは、治療範囲の決定、治療後の部位の追跡等を目的として、内視鏡直視下に無菌の墨汁を消化管壁に極少量注射して点状の目印を入れるものである。
- (2) 表在性食道がんの診断のための食道ヨード染色法は、粘膜炎検査に準ずる。ただし、染色に使用されるヨードの費用は、所定点数に含まれる。
- (3) 「注2」の狭帯域光強調加算は、拡大内視鏡を用いた場合であって、狭い波長帯による画像を利用した観察を行った場合に算定できる。
- (4) 関連する学会の消化器内視鏡に関するガイドラインを参考に消化器内視鏡の洗浄消毒を実施していることが望ましい。
- D308 胃・十二指腸ファイバースコープ
関連する学会の消化器内視鏡に関するガイドラインを参考に消化器内視鏡の洗浄消毒を実施していることが望ましい。
- D309 胆道ファイバースコープ
関連する学会の消化器内視鏡に関するガイドラインを参考に消化器内視鏡の洗浄消毒を実施していることが望ましい。

D310 小腸内視鏡検査

- (1) 「2」のカプセル型内視鏡によるものは、次の場合に算定する。
- ア カプセル型内視鏡によるものは、消化器系の内科又は外科の経験を5年以上有する常勤の医師が1人以上配置されている場合に限り算定する。なお、カプセル型内視鏡の滞留に適切に対処できる体制が整っている保険医療機関において実施すること。

ウ 大腸内視鏡検査が必要であるが、以下のいずれかか該当し、身体的負担により大腸ファイバースコープが実施困難であると判断された患者に該当する場合

- ① 以下の(イ)から(ニ)のいずれかか該当する場合
 - (イ) 3剤の異なる降圧剤を用いても血圧コントロールが不良の高血圧症（収縮期血圧160mmHg以上）
 - (ロ) 慢性閉塞性肺疾患（1秒率 70%未満）
 - (ハ) 6か月以上の内科的治療によっても十分な効果が得られないBMIが35以上の高度肥満症の患者であって、糖尿病、高血圧症、脂質異常症又は閉塞性睡眠呼吸症候群のうち1つ以上を合併している患者
- ② 放射線学的に大腸過長症と診断されており、かつ慢性便秘症で、大腸内視鏡検査が実施困難であると判断された場合。大腸過長症はS状結腸ループが腸骨線を越えて頭側に存在、横行結腸が腸骨線より尾側の骨盤内に存在又は肝弯曲や脾弯曲がループを指している場合とし、慢性便秘症はRome IV基準とする。また診断根拠となった画像を診療録に添付すること。

(3) 同一の患者につき、「1」のファイバースコープによるものと「2」のカプセル型内視鏡によるものを併せて2回以上行った場合には、主たるもののみ算定する。ただし、「2」のイに掲げる場合は、併せて2回に限り算定する。

(4) 「2」のカプセル型内視鏡によるものは、消化器系の内科又は外科の医師を5年以上有する常勤の医師が1人以上配置されている場合に限り算定する。なお、カプセル型内視鏡の滞在に通切に対処できる体制が整っている保険医療機関において実施すること。

(5) 「2」のカプセル型内視鏡により大腸内視鏡検査を実施した場合は、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳細を添付すること。さらに、「(2)のイの場合は大腸ファイバースコープを実施した日付を明記し、「(2)のイ又はウの場合は大腸ファイバースコープが実施困難な理由を明記すること。

D314 腹腔鏡検査

(1) 人工気腹術は、腹腔鏡検査に伴って行われる場合にあつては、別に算定できない。
 (2) 腹腔鏡検査を、区分番号「D315」腹腔ファイバースコープと同時にを行った場合は主たるもののみ算定する。

D317 膀胱尿道ファイバースコープ

(1) 膀胱尿道ファイバースコープは軟性膀胱鏡を用いた場合に算定する。
 (2) 膀胱尿道ファイバースコープを必要とする場合において、膀胱結石等により疼痛が甚しいとき、あるいは著しく患者の知覚過敏なとき等にキシロカインゼリーを使用した場合における薬剤料は、区分番号「D500」薬剤により算定する。

(3) 膀胱尿道ファイバースコープにインジゴカルミンを使用した場合は、区分番号「D289」その他の機能テストの「2」の所定点数を併せて算定する。

(4) 膀胱尿道ファイバースコープについては、前部尿道から膀胱までの一連の検査を含むものとする。

(5) 「注」の造影増強加算は、上皮内癌（CIS）と診断された患者に対し、治療方針の決定を目的に実施した場合に限り算定する。

イ カプセル型内視鏡の適用対象（患者）については、薬事承認の内容に従うこと。
 ウ カプセル型内視鏡を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳細を添付する。

(2) 小腸内視鏡検査は、2種類以上行った場合は、主たるもののみ算定する。ただし、「2」のカプセル型内視鏡によるものを行った後に、診断の確定又は治療を目的として「1」のバールン内視鏡によるものを行った場合には、いずれの点数も算定する。

(3) 関連する学会の消化器内視鏡に関するガイドラインを参考に消化器内視鏡の洗浄消毒を実施していることが望ましい。

D310-2 消化管通過性検査

消化管通過性検査は、消化管の狭窄又は狭小化を有する又は疑われる患者に対して、区分番号「D310」小腸内視鏡検査の「3」のカプセル型内視鏡によるものを実施する前に、カプセル型内視鏡と形・大きさが同一の造影剤入りカプセルを患者に内服させ、消化管の狭窄や狭小化を評価した場合に、一連の検査につき1回に限り算定する。また、区分番号「E001」の写真診断及び区分番号「E002」の撮影は別に算定できる。

D311 直腸鏡検査

(1) 直腸鏡検査を、区分番号「D311-2」肛門鏡検査と同時に行った場合は主たるもののみ算定する。

(2) 肛門部の観察のみを行った場合は、直腸鏡検査ではなく、区分番号「D311-2」肛門鏡検査を算定する。

(3) コロラジウム法は、直腸鏡検査の所定点数に、検診診断料として沈澱塗抹染色による細胞診断の場合は、区分番号「N004」細胞診（1部位につき）の所定点数を、また、包埋し組織切片標本作製し検鏡する場合は、区分番号「N000」病理組織標本作製（1臓器につき）の所定点数を併せて算定する。

D311-2 肛門鏡検査

肛門鏡検査を、区分番号「D311」直腸鏡検査と同時に行った場合は主たるもののみ算定する。

D312 直腸ファイバースコープ

関連する学会の消化器内視鏡に関するガイドラインを参考に消化器内視鏡の洗浄消毒を実施していることが望ましい。

D312-2 回腸鏡ファイバースコープ

関連する学会の消化器内視鏡に関するガイドラインを参考に消化器内視鏡の洗浄消毒を実施していることが望ましい。

D313 大腸内視鏡検査

(1) 「1」のファイバースコープによるものについては、関連する学会の消化器内視鏡に関するガイドラインを参考に消化器内視鏡の洗浄消毒を実施していることが望ましい。

(2) 「2」のカプセル型内視鏡によるものは以下のいずれかか該当する場合に限り算定する。
 ア 大腸内視鏡検査が必要であり、大腸ファイバースコープを実施したが、腹腔内の癒着等により回盲部まで到達できなかつた患者に用いた場合

イ 大腸内視鏡検査が必要であるが、腹部手術歴があり癒着が想定される場合等、器質的異常により大腸ファイバースコープが実施困難であると判断された患者に用いた場合

D 3 1 7 - 2 膀胱尿道鏡検査

- (1) 膀胱尿道鏡検査は硬性膀胱鏡を用いた場合に算定する。
- (2) 膀胱尿道鏡検査を必要とする場合において、膀胱結石等により疼痛が甚しいとき、あるいは著しく患者の知覚過敏なとき等にキシロカインゼリーを使用した場合における薬剤料は、区分番号「D 5 0 0」薬剤により算定する。
- (3) 膀胱尿道鏡検査にインゴゾカルミンを使用した場合は、区分番号「D 2 8 9」その他の機能テストの「2」の所定点数を併せて算定する。
- (4) 膀胱尿道鏡検査については、前部尿道から膀胱までの一連の検査を含むものとする。
なお、膀胱のみ又は尿道のみの観察では所定点数は算定できない。
- (5) 「注」の張布滅菌強調加算は、上皮内癌（CIS）と診断された患者に対し、治療方針の決定を目的に実施された場合に限り算定する。

D 3 1 8 尿管カテーテル法（側側）

尿管カテーテル法は、ファイバースコープを用いて尿管の通過障害、結石、腫瘍等の検査を行う場合に算定できるもので、同時に行う区分番号「D 3 1 7」膀胱尿道ファイバースコープ及び区分番号「D 3 1 7 - 2」膀胱尿道鏡検査を含む。
なお、ファイバースコープ以外の膀胱鏡による場合には算定できない。

D 3 1 9 腎盂尿管ファイバースコープ（片側）

腎盂尿管ファイバースコープの所定点数には、ファイバースコープを用いた前部尿道から腎盂までの一連の検査を含む。

D 3 2 0 ヒステロスコープ

ヒステロスコープに際して、子宮腔内の出血により子宮鏡検査が困難なため、子宮鏡検査時の腔内灌流液を使用した場合における薬剤料は、区分番号「D 5 0 0」薬剤により算定する。ただし、注入手技料は算定しない。

D 3 2 4 血管内視鏡検査

区分番号「D 2 2 0」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオオスコープ（ハートスコープ）、カルジオオスコープの費用は、所定点数に含まれる。

D 3 2 5 肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法

- (1) 造影剤を使用した場合においても、血管造影等のエックス線診断の費用は、別に算定しない。
- (2) 検査を実施した後の縫合に要する費用は、所定点数に含まれる。

第4節 診断穿刺・検体採取料

- 1 各部位の穿刺・針生検においては、同一部位において2か所以上行った場合にも、所定点数のみ算定とする。
- 2 診断穿刺・検体採取後の創傷処置については、区分番号「J 0 0 0」創傷処置における手術後の患者に対するものとして翌日より算定できる。
- 3 同一日に実施された下記に掲げる穿刺と同一の処置としての穿刺については、いずれか一方のみ算定する。
 - (1) 脳室穿刺
 - (2) 後頭下穿刺

- (3) 腰椎穿刺、胸椎穿刺又は頸椎穿刺
- (4) 骨髄穿刺
- (5) 関節穿刺
- (6) 上顎洞穿刺並びに扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺
- (7) 腎嚢腔又は尿管腔穿刺
- (8) ダグラス窩穿刺
- (9) リンパ節等穿刺
- (10) 乳腺穿刺
- (11) 甲状腺穿刺

- 4 区分番号「D 4 0 9」リンパ節等穿刺又は針生検から区分番号「D 4 1 3」前立腺針生検法までに掲げるものをCT透視下に行った場合は、区分番号「E 2 0 0」コンピュータ断層撮影（CT撮影）の所定点数を別途算定する。ただし、第2章第4部第3節コンピュータ断層撮影診断の「通則2」に規定する場合には、「通則2」に掲げる点数を算定する。

D 4 0 0 血液採取
血液採取に係る乳幼児加算は、「1」の静脈及び「2」のその他のそれぞれについて加算するものである。

D 4 0 4 - 2 骨髄生検

骨髄生検は、骨髄生検針を用いて採取した場合にのみ算定できる。骨髄穿刺針を用いた場合は区分番号「D 4 0 4」骨髄穿刺の所定点数により算定する。

D 4 0 9 - 2 センチネルリンパ節生検

- (1) 触診及び画像診断の結果、腋窩リンパ節への転移が認められない乳がんに係る手術を予定している場合のみ算定する。

- (2) センチネルリンパ節生検を乳房悪性腫瘍手術と同日に行う場合は、区分番号「K 4 7 6」乳房悪性腫瘍手術の注1又は注2で算定する。

- (3) センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、区分番号「D 5 0 0」薬剤として算定する。

- (4) 放射性同位元素の検出に要する費用は、区分番号「E 1 0 0」シンチグラム（画像を伴うもの）の「1」部分（静態）（一連につき）により算定する。

- (5) 抽出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第13部病理診断の所定点数を算定する。

D 4 1 2 経皮的針生検法

経皮的針生検法とは、区分番号「D 4 0 4 - 2」、区分番号「D 4 0 9」、区分番号「D 4 1 0」、区分番号「D 4 1 1」、区分番号「D 4 1 2 - 2」及び区分番号「D 4 1 3」に掲げる針生検以外の臓器に係る経皮的針生検をいう。

なお、所定点数には透視（CT透視を除く。）、心電図検査及び超音波検査が含まれており、別途算定できない。

D 4 1 2 - 2 経皮的腎生検法

所定点数には心電図検査及び超音波検査が含まれており、別途算定できない。

D 4 1 4 内視鏡下生検法

「1臓器」の取扱いについては、区分番号「N 0 0 0」病理組織標本作製（1臓器につき）に

準ずる。

D 4 1 4 - 2 超音波内視鏡下穿刺吸引生検法 (EUS-FNA)

(1) 超音波内視鏡下穿刺吸引生検法 (EUS-FNA) はコンバックス走査型超音波内視鏡を用いて、経消化管的に生検を行った場合に算定できる。

(2) 採取部位に応じて、内視鏡検査のうち主たるものの所定点数を併せて算定する。ただし、内視鏡検査通則「1」に掲げる超音波内視鏡検査加算は所定点数に含まれ、算定できない。

D 4 1 5 経気管肺生検法

(1) 経気管肺生検法と同時に進行されるエックス線透視に係る費用は、当該検査料に含まれる。また、写真診断を行った場合は、フィルム代のみ算定できるが、撮影料、診断料は算定できない。

(2) 経気管肺生検法は、採取部位の数にかかわらず、所定点数のみ算定する。

(3) 区分番号「D 3 0 2」に掲げる気管支ファイバースコープの点数は別に算定できない。

(4) C T透視下とは、気管支鏡を用いた肺生検を行う場合に、C Tを連続的に撮影することをいう。またこの場合、C Tに係る費用は別に算定できる。

D 4 1 5 - 2 超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法 (EBUS-TBNA)

(1) 超音波気管支鏡 (コンバックス走査方式に限る。) を用いて行う検査をいい、気管支鏡検査及び超音波に係る費用は別に算定できない。

(2) 採取部位の数にかかわらず、所定点数のみ算定する。

(3) 当該検査と同時に進行されるエックス線透視に係る費用は、当該検査料に含まれる。また、写真診断を行った場合は、フィルム代のみ算定できるが、撮影料、診断料は算定できない。

D 4 1 5 - 3 経気管肺生検法 (ナビゲーションによるもの)

(1) 経気管肺生検法の実施にあたり、胸部X線検査において2 cm以下の陰影として描出される肺末梢型小型病変が認められる患者又は到達困難な肺末梢型病変が認められる患者に対して、患者のC T画像データを基に電磁場を利用したナビゲーションを行った場合に算定できる。なお、この場合、C Tに係る費用は別に算定できる。

(2) 経気管肺生検法 (ナビゲーションによるもの) は、採取部位の数にかかわらず、所定点数のみ算定する。

(3) 区分番号「D 3 0 2」に掲げる気管支ファイバースコープの点数は別に算定できない。

D 4 1 5 - 4 経気管肺生検法 (仮想気管支鏡を用いた場合)

(1) 経気管肺生検法の実施にあたり、胸部X線検査において2 cm以下の陰影として描出される肺末梢型小型病変が認められる患者又は到達困難な肺末梢型病変が認められる患者に対して、患者のC T画像データから構築した仮想気管支鏡の画像を利用して行って行った場合に算定できる。なお、この場合、C Tに係る費用は別に算定できる。

(2) 経気管肺生検法 (仮想気管支鏡を用いた場合) は、採取部位の数にかかわらず、所定点数のみ算定する。

(3) 区分番号「D 3 0 2」に掲げる気管支ファイバースコープの点数は別に算定できない。

D 4 1 5 - 5 経気管支凍結生検法

(1) 経気管支凍結生検法の実施に当たり、肺組織を凍結させて採取した場合に算定できる。

(2) 経気管支凍結生検法と同時に進行されるエックス線透視に係る費用は、当該検査料に含まれる。また、写真診断を行った場合は、フィルム代のみ算定できるが、撮影料及び診断料は算

定できない。

(3) 経気管支凍結生検法は、採取部位の数にかかわらず、所定点数のみ算定する。

(4) 区分番号「D 3 0 2」に掲げる気管支ファイバースコープの点数は別に算定できない。

D 4 1 6 臓器穿刺、組織採取

「2」の開催による臓器穿刺、組織採取については、穿刺回数、採取臓器又は採取した組織の数にかかわらず、1回として算定する。

D 4 1 8 子宮腔部等からの検体採取

子宮全摘術後の陰道細胞診を目的とした検体採取は、「1」の所定点数を算定する。

D 4 1 9 その他の検体採取

(1) 「1」の胃液・十二指腸液採取については、1回採取、分割採取にかかわらず、この項の所定点数により算定するものとし、ゾンデ挿入に伴いエックス線透視を行った場合においても、エックス線透視料は、別に算定しない。

(2) 「2」の胸水・腹水採取の所定点数には、採取及び簡単な液検査 (肉眼的性状観察、リバルタ反応、顕微鏡による細胞の数及び種類の検査) の費用が含まれる。

なお、塗抹染色顕微鏡検査を行った場合は、区分番号「D 0 1 7」排泄物、分泌物又は分泌物の細菌顕微鏡検査により、血液化学検査を行った場合は、区分番号「D 0 0 4」穿刺液・採取液検査の「15」その他により、細胞診検査を行った場合は、区分番号「N 0 0 4」細胞診により算定する。

(3) 「4」の前房水採取については、内眼炎等の診断を目的に前房水を採取した場合に算定する。

(4) 人工腎臓、人工心臓等の回路から動脈血採取を行った場合は採血料は算定できない。

(5) 副腎静脈サンプリング (一連につき)

ア 原発性アルドステロン症及び原発性アルドステロン症合併クッシング症候群の患者に対して、副腎静脈までカテーテルを進め、左右副腎静脈から採血を行った場合に算定する。

イ 副腎静脈サンプリング実施時に副腎静脈造影を行った場合においては、血管造影等のエックス線診断の費用は、別に算定しない。

ウ 副腎静脈サンプリングで実施する血液採取以外の血液採取は、別に算定できない。

D 4 1 9 - 2 眼内液 (前房水・硝子体液) 検査

眼内液 (前房水・硝子体液) 検査は、眼内リンパ腫の診断目的に眼内液 (前房水・硝子体液) を採取し、E L I S A法によるI L - 1 0濃度と、C L E I A法によるI L - 6濃度を測定した場合に算定する。なお、眼内液採取に係る費用は別に算定できない。

通則

- 4 第 4 節 画像診断
- 1 画像診断の費用は、第 1 節、第 2 節若しくは第 3 節の各区別の所定点数により、又は第 1 節、第 2 節若しくは第 3 節の各区別の所定点数及び第 4 節の各区別の所定点数を合算した点数により算定する。
 - 2 画像診断に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この節において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第 5 節の所定点数を合算した点数により算定する。
 - 3 入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関において撮影及び画像診断を行った場合は、時間外緊急院内画像診断加算として、1 日につき 110 点を所定点数に加算する。
 - 4 区分番号 E 0 0 1、E 0 0 4、E 1 0 2 及び E 2 0 3 に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算 2 又は画像診断管理加算 3 として、区分番号 E 1 0 2 に掲げる画像診断及び区分番号 E 2 0 3 に掲げる画像診断のそれぞれに算入する。ただし、画像診断管理加算 2 又は画像診断管理加算 3 を算定する場合はこの限りでない。
 - 5 区分番号 E 1 0 2 及び E 2 0 3 に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算 2 又は画像診断管理加算 3 として、区分番号 E 1 0 2 に掲げる画像診断及び区分番号 E 2 0 3 に掲げる画像診断のそれぞれについて月 1 回に限り 180 点を所定点数に算入する。ただし、画像診断管理加算 2 又は画像診断管理加算 3 を算定する場合はこの限りでない。
 - 6 遠隔画像診断による画像診断（区分番号 E 0 0 1、E 0 0 4、E 1 0 2 又は E 2 0 3 に限る。）を行った場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算 2 又は画像診断管理加算 3 として、区分番号 E 1 0 2 に掲げる画像診断及び区分番号 E 2 0 3 に掲げる画像診断のそれぞれについて月 1 回に限り 180 点を所定点数に算入する。ただし、画像診断管理加算 2 又は画像診断管理加算 3 を算定する場合はこの限りでない。
 - 7 遠隔画像診断による画像診断（区分番号 E 1 0 2 及び E 2 0 3 に限る。）を通則第 6 号本文に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第 5 号の届出を行って保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号 E 0 0 1 又は E 0 0 4 に掲げる画像診断、区分番号 E 1 0 2 に掲げる画像診断及び区分番号 E 2 0 3 に掲げる画像診断のそれぞれについて月 1 回に限り、画像診断管理加算 1 を算定することができる。ただし、画像診断管理加算 2 又は画像診断管理加算 3 を算定する場合はこの限りでない。

第 1 節 エックス線診断科

通則

- 1 エックス線診断の費用は、区分番号 E 0 0 0 に掲げる透視診断若しくは区分番号 E 0 0 1 に掲げる写真診断の各区別の所定点数、区分番号 E 0 0 1 に掲げる写真診断及び区分番号 E 0 0 2 に掲げる撮影の各区別の所定点数を合算した点数若しくは区分番号 E 0 0 1 に掲げる写真診断、区分番号 E 0 0 2 に掲げる撮影及び区分番号 E 0 0 3 に掲げる造影剤注入手技の各区別の所定点数を合算した点数又はこれらの点数を合算した点数により算定する。
- 2 同一の部位につき、同時に 2 以上のエックス線撮影を行った場合には、写真診断の費用は、第 1 の診断については区分番号 E 0 0 1 に掲げる写真診断の各所定点数により、第 2 の診断以後の診断については同区分番号の各所定点数の 50 に相当する点数により算定する。

- 3 同一の部位につき、同時に 2 枚以上のフィルムを使用し同一の方法により、撮影を行った場合における写真診断及び撮影の費用は、区分番号 E 0 0 1 に掲げる写真診断の 2 及び 4 並びに区分番号 E 0 0 2 に掲げる撮影の 2 及び 4 並びに注 4 及び注 5 に掲げる場合を除き、第 1 枚目の写真診断及び撮影の費用については区分番号 E 0 0 1 に掲げる写真診断及び区分番号 E 0 0 2 に掲げる撮影の各所定点数により、第 2 枚目から第 5 枚目までの写真診断及び撮影の費用については区分番号 E 0 0 1 に掲げる写真診断及び区分番号 E 0 0 2 に掲げる撮影の各所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定し、第 6 枚目以後の写真診断及び撮影については算定しない。
- 4 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、電子画像管理加算として、前 3 号までにより算定した点数から、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は、算定できない。

- イ 単純撮影の場合 57 点
 - ロ 特殊撮影の場合 58 点
 - ハ 造影剤使用撮影の場合 66 点
 - ニ 乳房撮影の場合 54 点
- 5 特定機能病院である保険医療機関における入院中の患者に係るエックス線診断料は、区分番号 E 0 0 4 に掲げる基本的エックス線診断料の所定点数及び当該所定点数に書れない各項目の所定点数により算定する。

区分

- E 0 0 0 透視診断 110 点
- E 0 0 1 写真診断
 - 1 単純撮影
 - イ 頭部、胸部、腹部又は首椎 85 点
 - ロ その他 43 点
 - 2 特殊撮影（一連につき） 96 点
 - 3 造影剤使用撮影 72 点
 - 4 乳房撮影（一連につき） 306 点

注 間接撮影を行った場合は、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。

E 0 0 2 撮影

- 1 単純撮影
 - イ アナログ撮影 60 点
 - ロ デジタル撮影 68 点
- 2 特殊撮影（一連につき）
 - イ アナログ撮影 280 点
 - ロ デジタル撮影 270 点
- 3 造影剤使用撮影
 - イ アナログ撮影 144 点
 - ロ デジタル撮影 154 点
- 4 乳房撮影（一連につき）
 - イ アナログ撮影 182 点
 - ロ デジタル撮影 202 点

- 注 1 間接撮影を行った場合は、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する。
- 2 新生児、3 歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は 3 歳以上 6 歳未満の幼児に對して撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の 100 分の 80、100 分の 50 又は 100 分の 30 に相当する点数を加算する。
 - 3 造影剤使用撮影について、脳脊髄造影使用撮影を行った場合は、脳脊髄造影

造影剤使用撮影加算として、148点を所定点数に加算する。

- 4 造影剤使用撮影について、心臓及び冠動脈造影を行った場合は、一連につき区分番号D206に掲げる造影剤注法による造影検査の所定点数に算入するものとし、造影剤使用撮影に係る費用及び造影剤注入手技に係る費用は含み入れないものとする。
- 5 造影剤使用撮影について、胆管・膵管造影を行った場合は、画像診断に係る費用も含め、一連につき区分番号D308に掲げる胃・十二指腸ファイバースコープの所定点数(加算を含む。)により算定する。

E003

- 1 造影剤注入手技
 - 1 点滴注射 区分番号G004に掲げる点滴注射の所定点数
 - 2 動脈注射 区分番号G002に掲げる動脈注射の所定点数
- 3 動脈造影カテーテル法
- イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合 3,600点
 - 注1 血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、400点を所定点数に加算する。
 - 2 運動耐阻試験(マタス試験)を実施した場合は、⁽¹⁾運動耐阻試験加算として、1,000点を所定点数に加算する。
- ロ イ以外の場合 1,180点
 - 注 血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、400点を所定点数に加算する。
- 4 静脈造影カテーテル法 3,600点
- 5 内視鏡下の造影剤注入
 - イ 気管支ファイバースコープ挿入 区分番号D302に掲げる気管支ファイバースコープの所定点数
 - ロ 尿管カテーテル法(両側) 区分番号D318に掲げる尿管カテーテル法の所定点数
- 6 腔内注入及び穿刺注入
 - イ 注腸 300点
 - ロ その他のもの 120点
 - 7 嚥下造影 240点

E004

- 1 基本的エックス線診断料(1日につき) 55点
 - 1 入院の日から起算して4週間以内の期間
 - 2 入院の日から起算して4週間を超えた期間
- 注1 特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行ったエックス線診断について算定する。
- 2 次に掲げるエックス線診断の費用は所定点数に含まれるものとする。
 - イ 区分番号E001に掲げる写真診断の1に掲げるもの(間接撮影の場合を含む。)
 - ロ 区分番号E002に掲げる撮影の1に掲げるもの(間接撮影の場合を含む。)
- 3 療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第1章第2節第2節に規定するHIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症患者療養環境特別加算又は同節第3節に規定する特定入院料を算定している患者については適用しない。

通則

- 1 同一のラジオアイソトープを用いて、区分番号D292に掲げる体外からの計測によらない諸検査若しくは区分番号D293に掲げるシンチグラム(画像を伴わないもの)の項に掲げる検査又は区分番号E100からE101-4までに掲げる核医学診断のうちいずれか2以上を

行った場合は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。

- 2 核医学診断の費用は、区分番号E100からE101-5までに掲げる各区分の所定点数及び区分番号E102に掲げる核医学診断の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合には、電子画像管理加算として、前2号により算定した点数に、一連の撮影について1回に限り、120点を所定点数に加算する。

ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。

区分

- E100 シンチグラム(画像を伴うもの)
- 1 部分(静態)(一連につき) 1,300点
 - 2 部分(動態)(一連につき) 1,800点
 - 3 全身(一連につき) 2,200点
- 注1 同一のラジオアイソトープを使用して数部位又は数回にわたってシンチグラム検査を行った場合においても、一連として扱い、主たる点数をもって算定する。
- 2 甲状腺シンチグラム検査に当たって、甲状腺ラジオアイソトープ採取率を測定した場合は、甲状腺ラジオアイソトープ採取率測定加算として、100点を所定点数に加算する。
 - 3 新生児、3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)又は3歳以上6歳未満の幼児に對してシンチグラムを行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、当該シンチグラムの所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。

E101 シングルホトエミッションコンピュータ断層撮影(同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき)

- 4 ラジオアイソトープの注入手技料は、所定点数に含まれるものとする。
- 注1 シングルホトエミッションコンピュータ断層撮影(同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき)
 - 1 甲状腺シンチグラム検査に当たって、甲状腺ラジオアイソトープ採取率を測定した場合は、甲状腺ラジオアイソトープ採取率測定加算として、100点を所定点数に加算する。
 - 2 新生児、3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)又は3歳以上6歳未満の幼児に對して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。
 - 3 負荷試験を行った場合は、負荷の種類又は測定回数にかかわらず、断層撮影負荷試験加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
 - 4 ラジオアイソトープの注入手技料は、所定点数に含まれるものとする。

E101-2 ポジトロン断層撮影

- 1 ¹⁸F-フルオロデオキシグルコースを用いた場合(一連の検査につき) 7,000点
- 2 ¹⁸F-DGを用いた場合(一連の検査につき) 7,500点
- 3 ¹⁸N-アセチルチオミンブチルアミンを用いた場合(一連の検査につき) 9,000点
- 注1 ¹⁸F-フルオロデオキシグルコースの合成及び吸入、¹⁸F-DGの合成及び注入並びに¹⁸N-アセチルチオミンブチルアミンの合成及び吸入に要する費用は、所定点数に含まれる。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
- 4 新生児、3歳未満の乳幼児(新生児を除く。)又は3歳以上6歳未満の幼児に對して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により、所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。

E101-3 ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影（一連の検査につき）

- 1 "O"標識ガスを利用した場合（一連の検査につき） 7,625点
- 2 "FDG"を用いた場合（一連の検査につき） 8,625点
- 注1 "O"標識ガスの合成及び吸入並びに"FDG"の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

- 4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に、対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合には、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。

E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影（一連の検査につき） 9,160点

- 注1 "FDG"の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
- 4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に、対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注3の規定により所定点数を算定する場合には、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。

E101-5 乳房用ポジトロン断層撮影 4,000点

- 注1 "FDG"の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

E102 核医学診断

- 1 区分番号E101-2に掲げるポジトロン断層撮影、E101-3に掲げるポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影（一連の検査につき）、E101-4に掲げるポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影（一連の検査につき）及びE101-5に掲げる乳房用ポジトロン断層撮影の場合 450点
- 2 1以外の場合 370点
- 注 行った核医学診断の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定できるものとする。

第3節 コンピュータ断層撮影診断科

運則

- 1 コンピュータ断層撮影診断科の費用は、区分番号E200に掲げるコンピュータ断層撮影（CT撮影）、区分番号E200-2に掲げる血流予備量比コンピュータ断層撮影、区分番号E201に掲げる非放射性セシウム脳血流動態検査又は区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MR1撮影）の各区分の所定点数及び区分番号E203に掲げるコ

ンピュータ断層診断の所定点数を合算した点数により算定する。

2 区分番号E200に掲げるコンピュータ断層撮影（CT撮影）及び区分番号E202に掲げる磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MR1撮影）を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

3 撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、電子画像管理加算として、前2号により算定した点数に、一連の撮影について1回に限り、120点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、フィルムの使用は算定できない。

- 4 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は3歳以上6歳未満の幼児に、対して区分番号E200、区分番号E201又は区分番号E202に掲げるコンピュータ断層撮影を行った場合（頭部外層に對してコンピュータ断層撮影を行った場合を除く。）にあっては、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を、頭部外層に對してコンピュータ断層撮影を行った場合にあっては、新生児頭部外層撮影加算、乳幼児頭部外層撮影加算又は幼児頭部外層撮影加算として、それぞれ所定点数の100分の85、100分の55又は100分の35に相当する点数を加算する。

区分

E200 コンピュータ断層撮影（CT撮影）（一連につき）

- 1 CT撮影
 - イ 64列以上のマルチスライス型の機器による場合 1,020点
 - ロ 共同利用施設において行われる場合 1,000点
 - ハ その他の場合 900点
 - ニ 16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合 780点
 - ヘ 4列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 560点
 - コ イ、ロ又はハ以外の場合 2,300点
- 2 脳槽CT撮影（造影を含む。）
 - 注1 CT撮影のイ、ロ及びハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
 - 注2 CT撮影及び脳槽CT撮影（造影を含む。）に掲げる撮影のうち2以上のあるものを同時に計った場合は、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。
 - 注3 CT撮影について造影剤を使用した場合は、造影剤使用加算として、500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び造影料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。
 - 注4 CT撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、冠動脈のCT撮影を行った場合は、冠動脈CT撮影加算として、600点を所定点数に加算する。
 - 注5 脳槽CT撮影（造影を含む。）に係る造影剤注入手技料及び造影料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。
 - 注6 CT撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身外層に對して行った場合は、外層全身CT加算として、800点を所定点数に加算する。
 - 注7 CT撮影のイ又はロについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、大腸のCT撮影（炭酸ガス等の注入を含む。）を行った場合は、大腸CT撮影加算として、それぞれ620点又は500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び造影料（区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

- 8 CT撮影のイの①については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。
- E200-2 血流予備量比コンピュータ一断層撮影 9,400点
注1 血流予備量比コンピュータ一断層撮影の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定できるものとする。
- E201 非放射性キセノン脳血流動態検査 2,000点
注 非放射性キセノン吸入手技材料及び同時に行うコンピュータ一断層撮影に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。
- E202 磁気共鳴コンピュータ一断層撮影(MRI撮影) (一連につき)
1 3テスラ以上の機器による場合
イ その他の場合 1,620点
ロ 1.5テスラ以上3テスラ未満の機器による場合 1,600点
3 1又は2以外の場合 1,330点
3 1又は2以外の場合 900点
注1 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 2 1、2及び3を同時に行なった場合には、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。
- 3 MRI撮影(脳血管に対する造影の場合は除く。)について造影剤を使用した場合は、造影剤使用加算として、250点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技材料及び麻酔料(区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。)は、加算点数に含まれるものとする。
- 4 MRI撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、心臓のMRI撮影を行った場合は、心臓MRI撮影加算として、400点を所定点数に加算する。
- 5 MRI撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳房のMRI撮影を行った場合は、乳房MRI撮影加算として、100点を所定点数に加算する。
- 6 1のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。
- 7 MRI撮影について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児に対して、麻酔を用いて撮影を行い、1回で撮影の領域を一通り撮影した場合は、小児鎮静下MRI撮影加算として、当該撮影の所定点数に100分の80に相当する点数を加算する。
- 8 1について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、頭部のMRI撮影を行った場合は、頭部MRI撮影加算として、100点を所定点数に加算する。
- 9 MRI撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身のMRI撮影を行った場合は、全身MRI撮影加算として、600点を所定点数に加算する。
- E203 コンピューター一断層診断 450点

- 注 コンピューター一断層撮影の種類又は回数にかかわらず、月1回に限り算定できるものとする。
- 第4節 薬剤料
- E300 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。
- 注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。
2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。
- 第5節 特定保険医療材料
- E400 フィルム 材料価格を10円で除して得た点数
注1 6歳未満の乳幼児に対して胸部単純撮影又は腹部単純撮影を行った場合は、材料価格に1を乗じて得た額を10円で除して得た点数とする。
2 使用したフィルムの材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。
- E401 特定保険医療材料(フィルムを除く。) 材料価格を10円で除して得た点数
注 使用した特定保険医療材料(フィルムを除く。)の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第4部 画像診断

<通則>

1 薬剤料

- (1) 画像診断のために使用した薬剤料は別に算定できるが、投薬に係る処方料、処方箋料、調剤料及び調剤技術基本料並びに注射に係る注射料は別に算定できない。
- (2) 画像診断のために使用した造影剤又は造影剤以外の薬剤は、区分番号「E300」に掲げる薬剤料により算定する。

2 画像診断に当たって、麻酔を行った場合は、第2章第11部麻酔に規定する所定点数を別に算定する。ただし、麻酔手技料を別に算定できない麻酔を行った場合の薬剤料は、第4節薬剤料の規定に基づき算定できる。

3 時間外緊急院内画像診断加算

- (1) 保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に入院中の患者以外の患者に対して診療を行った際、医師が緊急に画像診断を行う必要性を認め、当該保険医療機関において、当該保険医療機関の従事者が当該保険医療機関に具備されている画像診断機器を用いて当該画像撮影及び診断を実施した場合に限り算定できる。
- (2) 画像診断の開始時間が診療時間以外の時間、休日又は深夜に該当する場合に当該加算を算定する。なお時間外等の定義については、区分番号「A000」初診料の注7に規定する時間外加算等における定義と同様であること。
- (3) 同一患者に同一日に2回以上、時間外、休日又は深夜の診療を行い、その都度緊急の画像診断を行った場合（複数の区分にまたがる場合を含む。）においても1回のみ算定とする。
- (4) 入院中の患者には当該加算は算定できない。ただし、時間外、休日又は深夜に外来を受診した患者に対し、画像診断の結果入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合はこの限りではない。
- (5) 時間外緊急院内画像診断加算を算定する場合においては、区分番号「A000」初診料の注9及び区分番号「A001」再診料の注7に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。
- (6) 時間外緊急院内画像診断加算は他の医療機関で撮影されたフィルムを診断した場合は算定できない。
- (7) 緊急に画像診断を要する場合は、直ちに何らかの処置・手術等が必要な患者であって、通常の診察のみでは的確な診断が下せず、なおかつ通常の画像診断が整う時間まで画像診断の実施を見合わせるできないような重篤な場合をいう。

4 画像診断に当たって通常使用される患者の衣類の費用は、画像診断の所定点数に含まれる。

5 画像診断管理加算

- (1) 画像診断管理加算1は、専ら画像診断を担当する医師（地方厚生（支）局長に届け出た、専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について、関係学会から示されている2年以上の所定の研修を修了し、その旨が登録されているものに限る。以下同じ。）が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3は、当該保険医療機関において実施される核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、専ら画像診断を担当する医

師が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影された画像については、当該専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない。（「6」又は「7」により算定する場合を除く。）また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に添付する。

- (2) 画像診断管理加算1、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3は、それぞれの届出を行った保険医療機関において、専ら画像診断を担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する1名（画像診断管理加算3を算定する場合にあっては6名）を除いた専ら画像診断を担当する医師については、当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている場合に、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握していること。

6 遠隔画像診断による画像診断管理加算

- (1) 遠隔画像診断を行った場合は、送信側の保険医療機関において撮影料、診断料及び画像診断管理加算（当該加算の算定要件を満たす場合に限り。）を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用については受信側、送信側の医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。
- (2) 遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算1は、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3は、送信側の保険医療機関において実施される核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が読影を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影された画像については、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、受信側又は送信側の保険医療機関が受信側及び送信側の保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、当該加算は算定できない。また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に添付する。

- (3) 遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算1、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3は、それぞれの届出を行った保険医療機関において、専ら画像診断を担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する1名（画像診断管理加算3を算定する場合にあっては6名）を除いた専ら画像診断を担当する医師については、当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている場合に、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実にを行った上で実施する。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握していること。

第1節 エックス線診断料

1 エックス線診断に係る一般的事項

- (1) エックス線写真撮影の際に失敗等により、再撮影をした場合については再撮影に要した費用は算定できない。再撮影に要した費用は、その理由が患者の故意又は重大な過失による場合を除き、当該保険医療機関の負担とする。
- (2) 「2」又は「3」の「同一の部位」とは、部位的な一致に加え、腎と尿管、胸椎下部と腰椎上部のように通常同一フィルム面に撮影し得る範囲をいう。
ただし、食道・胃・十二指腸、血管系（血管及び心臓）、リンパ管系及び脳脊髄腔については、それぞれ全体を「同一の部位」として取り扱うものである。
- (3) 「2」又は「3」の「同時に」とは、診断するため予定される一連の経過の間に行われたものをいう。例えば、消化管の造影剤使用写真診断（食道・胃・十二指腸等）において、造影剤を嚥下させて写真撮影し、その後2～3時間経過して再びレリーフ像を撮影した場合は、その診断料は100分の50とする。
ただし、胸部単純写真を撮影して診断した結果、断層像の撮影の必要性を認めて、当該断層像の撮影を行った場合等、第1の写真診断を行った後に別種の第2の撮影、診断の必要性を認めて第2の撮影診断を行った場合は、「同時に」には該当せず、第2の診断についても100分の50とはしない。
- (4) 「2」の「2以上のエックス線撮影」とは、単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影のうち2種以上の撮影を行った場合をいう。この場合、デジタル撮影及びアナログ撮影については区別せず、1種の撮影として扱う。
- (5) 「3」の「同一の方法」による撮影とは、単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影のそれぞれの撮影方法をいい、デジタル撮影及びアナログ撮影については「同一の方法」として扱う。
- (6) 特殊撮影、乳房撮影、心臓及び冠動脈の造影剤使用撮影の診断料及び撮影料は、フィルム枚数にかかわらず、一連のものについて1回として算定する。ただし、別個に撮影した両側の肺野の断層写真等、撮影部位の異なる場合（乳房撮影を除く。）は、部位ごとに1回とする。
- (7) 次の場合は、「同一の方法」の繰り返しと考えられるので、「3」の算定方法が適用される。ただし、ウについては、いずれか一方の写真診断の結果、他法による撮影の必要性を認

め、診断を行った場合は「同時に」には該当しないので、胸部単純撮影及び胸椎撮影のそれぞれについて「3」の適用となるか否かを判断すること。なお、仮にそれぞれについて同時に2枚以上のフィルムが使用されれば「3」の適用となること。

ア 脊椎の単純撮影において、頸椎及び胸椎上部を正面・側面等曝射の角度を変えて数回にわたって撮影した場合

イ 胸部単純撮影と肺尖撮影を併施した場合

ウ 胸部単純撮影と胸椎撮影を併施した場合

エ 消化管造影において、食道・胃・十二指腸を背腹・腹背等体位を変換させて数回にわたって撮影した場合

オ 耳鼻科領域におけるシュラー法、ステンパー法及びマイヤー法のうち、2方法以上の撮影を併せて実施した場合

(8) 耳・肘・膝等の対称器官又は対称部位の健側を患側の対照として撮影する場合における撮影料、診断料については、同一部位の同時撮影を行った場合と同じ取扱いとする。

(9) 2枚目以降 100分の50で算定する場合及び間接撮影を行った場合に端数が生じる場合の端数処理は、点数計算の最後に行うものとする。

例 2枚の頭部単純デジタルエックス線撮影を行った場合

[診断料] $85 \text{点} + 85 \text{点} \times 0.5 = 127.5 \text{点} \rightarrow (\text{四捨五入}) \rightarrow 128 \text{点}$

[撮影料] $68 \text{点} + 68 \text{点} \times 0.5 = 102 \text{点}$

3枚の頭部単純デジタルエックス線撮影を行った場合

[診断料] $85 \text{点} + 85 \text{点} \times 0.5 \times 2 = 170 \text{点}$

[撮影料] $68 \text{点} + 68 \text{点} \times 0.5 \times 2 = 136 \text{点}$

2枚の胸部アナログエックス線間接撮影を行った場合

[診断料] $85 \text{点} \times 0.5 + 85 \text{点} \times 0.5 \times 0.5 = 63.75 \text{点} \rightarrow (\text{四捨五入}) \rightarrow 64 \text{点}$

[撮影料] $60 \text{点} \times 0.5 + 60 \text{点} \times 0.5 \times 0.5 = 45 \text{点}$

(10) デジタル撮影

デジタル撮影とは、エックス線撮影後、画像情報のデジタル処理を行うことが可能なものをいい、デジタル・サブトラクション・アンギオグラフィー法、コンピューテッド・ラジオグラフィー法又はデジタル透視撮影法による。

なお、デジタル透視撮影法とは、超細密イメージング・インテンシファイアー及び超細密ビデオカメラを用いてデジタル映像化処理を行うものをいう。

2 電子画像管理加算

(1) 「4」に規定する画像を電子化して管理及び保存した場合とは、デジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。

(2) 電子画像管理加算は、同一の部位につき、同時に2種類以上の撮影方法を使用した場合は一連の撮影とみなし、主たる撮影の点数のみ算定する。

(3) 電子画像管理加算は、他の医療機関で撮影したフィルム等についての診断のみを行った場合には算定しない。

E 0 0 0 透視診断

- (1) 本項の透視診断とは、透視による疾病、病巣の診断を評価するものであり、特に別途疑義解釈通知等により取扱いを示した場合を除き、消化管の造影剤使用撮影に際し腸管の所要の位置に造影剤が到達しているか否かを透視により検査する場合等、撮影の時期決定や準備手段又は他の検査、注射、処置及び手術の補助手段として行う透視については算定できない。
- (2) 造影剤を使用する透視診断は一連の診断目的のために行うものについては、時間を隔てて行う場合であっても1回として算定する。ただし、腸管の透視を時間を隔てて数回行いその時間が数時間にわたる場合には、2回以上として算定できる。その基準は概ね2時間に1回とする。

E001 写真診断

- (1) 他の医療機関で撮影したフィルム等についての診断料は撮影部位及び撮影方法（単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影を指し、アナログ撮影又はデジタル撮影の別は問わない。）別に1回の算定とする。例えば、胸部単純写真と断層像についてであれば2回として算定できる。
ただし、1つの撮影方法については撮影回数、写真枚数にかかわらず1回として算定する。
- (2) 写真診断においては、耳、副鼻腔は頭部として、骨盤、腎、尿管、膀胱は腹部として、それぞれ「1」の「イ」により算定する。また、頸部、腋窩、股関節部、肩関節部、肩胛骨又は鎖骨にあっても、「1」の「イ」により算定する。
- (3) 写真診断に掲げる所定点数は、フィルムへのプリントアウトを行わずに画像を電子媒体に保存した場合にも算定できる。
- (4) イメージ・インテンシファイアー間接撮影装置によるエックス線撮影については、診断料及び撮影料は間接撮影の場合の所定点数により算定できる。また、同一部位に対し直接撮影を併せて行った場合は、イメージ・インテンシファイアー間接撮影装置による一連の撮影として間接撮影の場合の所定点数のみを算定する。

E002 撮影

- (1) 高圧撮影、拡大撮影及び軟部組織撮影は、「1」の単純撮影として算定する。
- (2) エックス線フィルムサブトラクションについては、反転フィルムの作製の費用として、一連につき、「1」及び区分番号「E400」フィルムによって算定し、診断料は別に算定できない。なお、診療継続中の患者であって診療上の必要性を認め以前撮影した脳血管造影フィルムを用いてサブトラクションを実施した場合であっても、反転フィルムの作製の費用及びフィルム料は算定できるが、診断料は別に算定できない。
- (3) 特殊撮影とは、パントモグラフィー、断層撮影（同時多層撮影、回転横断撮影を含む。）、スポット撮影（胃、胆嚢及び腸）、側頭骨・上顎骨・副鼻腔曲面断層撮影及び児頭骨盤不均衡特殊撮影（側面撮影及び骨盤入口撮影後、側面、骨盤入口撮影のフィルムに対し特殊ルーラー（計測板）の重複撮影を行う方法をいう。）をいう。なお、胃のスポット撮影、胆嚢スポット撮影及び腸スポット撮影については、消化管撮影の一連の診断行為の1つとみなされる場合であっても、第1節エックス線診断料の「2」の適用の対象とする。
- (4) 撮影に掲げる所定点数は、フィルムへのプリントアウトを行わずに画像を電子媒体に保存した場合にも算定できる。
- (5) 造影剤使用撮影時の算定方法
ア 造影剤使用撮影とは、血管造影、瘻孔造影及び気造影等の造影剤を使用して行った撮影

をいう。

イ 二重造影は、消化管診断に含まれ、別に算定できないが、その際に使用される発泡錠は薬剤料として別に算定できる。

ウ 椎間板の変性を見るため、エックス線透視下に造影剤を使用し、椎間板を求めて1～3か所注入し、四ツ切フィルム2枚のエックス線写真診断を行った場合は、「3」により算定する。

エ 高速心大血管連続撮影装置による撮影は、「3」により算定する。

オ 子宮卵管造影法による検査は、区分番号「E001」写真診断の「3」、区分番号「E002」撮影の「3」、区分番号「E003」造影剤注入手技の「6」の「ロ」、区分番号「E300」薬剤及び区分番号「E400」フィルムにより算定する。

- (6) 乳房撮影とは、当該撮影専用の機器を用いて、原則として両側の乳房に対し、それぞれ2方向以上の撮影を行うものをいい、両側について一連として算定する。
- (7) 「注2」により新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算を行う場合の所定点数とは、「1」、「2」、「3」（「注3」による加算を含む。）又は「4」の点数（間接撮影の場合は100分の50に相当する点数）をいう。

なお、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算を行う場合に端数が生じる場合の端数処理は、当該撮影の最後に行うものとする。

例 単純撮影（デジタル撮影）における新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算を行う場合の端数処理の例

1枚撮影の場合

〔新生児加算〕 $68 \text{ 点} \times 1.8 = 122.4 \text{ 点} \rightarrow (\text{四捨五入}) \rightarrow 122 \text{ 点}$

3枚撮影の場合

〔新生児加算〕 $68 \text{ 点} \times 1.8 + 68 \text{ 点} \times 1.8 \times 0.5 \times 2 = 244.8 \text{ 点} \rightarrow (\text{四捨五入}) \rightarrow 245 \text{ 点}$

E003 造影剤注入手技

- (1) 造影剤注入手技料は、造影剤使用撮影を行うに当たって造影剤を注入した場合に算定する。ただし、同一日に静脈内注射又は点滴注射を算定した場合は造影剤注入手技の「1」点滴注射の所定点数は重複して算定できない。
- (2) 「3」の動脈造影カテーテル法及び「4」の静脈造影カテーテル法とは、血管造影用カテーテルを用いて行った造影剤注入手技をいう。
- (3) 「3」の「イ」は、主要血管である総頸動脈、椎骨動脈、鎖骨下動脈、気管支動脈、腎動脈、腹部動脈（腹腔動脈、上及び下腸間膜動脈をも含む。）、骨盤動脈又は各四肢の動脈の分枝血管を選択的に造影撮影した場合、分枝血管の数にかかわらず1回に限り算定できる。
総頸動脈、椎骨動脈、鎖骨下動脈、気管支動脈及び腎動脈の左右両側をあわせて造影した場合であっても一連の主要血管として所定点数は1回に限り算定する。
- (4) 静脈造影カテーテル法は、副腎静脈、奇静脈又は脊椎静脈に対して実施した場合に算定できる。
- (5) 「6」の「イ」注腸を実施する際の前処置として行った高位浣腸の処置料は所定点数に含まれ、別途算定できない。
- (6) 「6」の「ロ」その他のものとは、腰椎穿刺注入、胸椎穿刺注入、頸椎穿刺注入、関節腔内注入、上顎洞穿刺注入、気管内注入（内視鏡下の造影剤注入によらないもの）、子宮卵管

内注入、胃・十二指腸ゾンデ挿入による注入、膀胱内注入、腎盂内注入及び唾液腺注入をいう。

- (7) 経皮経肝胆管造影における造影剤注入手技は区分番号「D314」により算定し、胆管に留置したドレーンチューブ等からの造影剤注入手技は区分番号「E003」の「6」の「ロ」により算定する。
- (8) 精嚢撮影を行うための精管切開は、区分番号「K829」により算定する。
- (9) 造影剤を注入するために観血手術を行った場合は、当該観血手術の所定点数をあわせて算定する。
- (10) リンパ管造影を行うときの造影剤注入のための観血手術及び注入の手技料は、あわせて、区分番号「K626」リンパ節摘出術の「1」により算定する。

E004 基本的エックス線診断料

- (1) 基本的エックス線診断料は、特定機能病院の入院医療において通常行われる基本的な画像診断について、その適正化及び請求事務の簡素化の観点から包括化して入院日数に応じた算定を行うものである。
- (2) 1月を通じて、基本的エックス線診断料に包括されている画像診断項目のいずれも行われなかった場合は、当該月は本診断料は算定できない。
- (3) 写真診断及び撮影を行い、これに伴って使用されるフィルムは、別に算定できる。
- (4) 基本的エックス線診断料を算定している患者に対して、撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合は、一連の撮影ごとに第1節のエックス線診断料通則の「4」に規定する電子画像管理加算を別に算定できる。
- (5) 基本的エックス線診断料を算定している患者に対して、エックス線フィルムサブトラクションを行った場合は、基本的エックス線診断料の他、手技料として区分番号「E002」の「1」の所定点数を算定できる。
- (6) 基本的エックス線診断料に含まれない画像診断を行った場合は、別途当該画像診断に係る所定点数を算定できる。
- (7) 単純撮影を2枚以上撮影した場合又は間接撮影を行った場合にあっても、手技料は基本的エックス線診断料に含まれ、別に算定できない。
- (8) 入院日数については、入院基本料とは異なり、入院の都度当該入院の初日から数え、また、退院日も算定対象となる。なお、外泊期間中は、入院日数に含まれない。
- (9) 療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第1章第2部第2節に規定するHIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第3節に規定する特定入院料を算定している患者については、基本的エックス線診断料は別に算定しないが、入院日数は入院初日から数える。

第2節 核医学診断料

1 核医学診断に係る一般的事項

「1」に規定する核医学診断に係る所定点数とは、区分番号「E100」から区分番号「E101-5」までに掲げる所定点数及び区分番号「E102」に掲げる所定点数を合算した点数をいう。

2 「3」に規定する画像を電子化して管理及び保存した場合は、デジタル撮影した画像を電子

媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。

3 ラジオアイソトープの費用

ラジオアイソトープの費用を算定する場合は、「使用薬剤の薬価（薬価基準）」の定めるところによる。

E100 シンチグラム（画像を伴うもの）

「注3」の加算における所定点数には「注2」による加算は含まれない。

E101 シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影

(1) シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影は、同一のラジオアイソトープを使用した一連の検査につき、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾病の種類等にかかわらず所定点数のみにより算定する。

(2) 「注2」の加算における所定点数とは、「注1」及び「注3」の加算を含まない点数である。

(3) 「注3」の加算における所定点数とは、「注1」及び「注2」の加算を含まない点数である。

E101-2 ポジトロン断層撮影

(1) ポジトロン断層撮影は、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾患の種類等にかかわらず所定点数のみにより算定する。

(2) ^{18}F FDGを用いたポジトロン断層撮影については、てんかん、心疾患若しくは血管炎の診断又は悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）の病期診断若しくは転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。

1. てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。
2. 心疾患	虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断（他の検査で判断のつかない場合に限る。）、心サルコイドーシスの診断（心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサルコイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図又は心エコー所見を認める場合に限る。）又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。
3. 悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）	他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用する。
4. 血管炎	高安動脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する。

(3) ^{18}F FDG製剤を医療機関内で製造する場合は、 ^{18}F FDG製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、高安動脈炎等の大型血管炎の診断に用いる ^{18}F FDG製剤については、当該診断のために用いるものとして薬事承認を得ている ^{18}F FDG製剤を使用した場合に限り算定する。

- (4) 当該画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的で区分番号「E100」シンチグラム（画像を伴うもの）（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）を実施した場合には、主たるもののみを算定する。
- (5) ポジトロン断層撮影と同時に同一の機器を用いて行ったコンピューター断層撮影の費用はポジトロン断層撮影の所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (6) ¹⁵O標識ガス剤を用いた場合に当該画像診断に伴って行われる血液ガス分析の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (7) ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の¹⁵O標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに¹⁸F DG並びに¹³N標識アンモニア剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (8) ¹³N標識アンモニア剤を用いたポジトロン断層撮影については、他の検査で判断のつかない虚血性心疾患の診断を目的として行った場合に算定する。負荷に用いる薬剤料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

E101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

- (1) ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影は、X線CT組合せ型ポジトロンCT装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像、コンピューター断層撮影画像及び両者の融合画像を取得するものをいい、ポジトロン断層撮影画像の吸収補正用としてのみコンピューター断層撮影を行った場合は該当しない。また、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾患の種類等にかかわらず所定点数により算定する。
- (2) 同一月に、区分番号「E200」コンピューター断層撮影（CT撮影）を行った後にポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を行う場合は、本区分は算定せず、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影により算定する。この場合においては、区分番号「E101-2」の別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていなくても差し支えない。
- (3) ¹⁸F DGを用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影については、てんかん若しくは血管炎の診断又は悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）の病期診断若しくは転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。ただし、表中の「画像診断」からは、コンピューター断層撮影を除く。次の表に定める要件は満たさないが、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影に定める要件を満たす場合は、区分番号「E101-2」により算定する。

1. てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。
2. 悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）	他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用する。
3. 血管炎	高安動脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する。

- (4) ¹⁸F DG製剤を医療機関内で製造する場合は、¹⁸F DG製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分な安全な体制を整備した上で実施すること。なお、高安動脈炎等の大型血管炎の診断に用いる¹⁸F DG製剤については、当該診断のために用いるものとして薬事承認を得ている¹⁸F DG製剤を使用した場合に限り算定

する。

- (5) 撮影に当たって造影剤を使用した場合は、区分番号「E200」コンピューター断層撮影（CT撮影）の「注3」の加算を本区分に対する加算として併せて算定する。
- (6) 当該画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的で区分番号「E100」シンチグラム（画像を伴うもの）（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）又は区分番号「E101-4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影を実施した場合には、主たるもののみを算定する。
- (7) ¹⁵O標識ガス剤を用いた場合に当該画像診断に伴って行われる血液ガス分析の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (8) ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の¹⁵O標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに¹⁸F DGの合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

E101-4 ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）

- (1) ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影は、PET装置とMRI装置を組み合わせた装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像、磁気共鳴コンピューター断層撮影画像及び両者の融合画像を取得するものをいう。また、画像のとり方、画像処理法の種類、スライスの数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数により算定する。
- (2) 同一月に、区分番号「E202」磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）を行った後にポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影を行う場合は、本区分は算定せず、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影により算定する。この場合においては、区分番号「E101-2」の別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていなくても差し支えない。
- (3) ¹⁸F DGを用いて、悪性腫瘍（脳、頭頸部、縦隔、胸膜、乳腺、直腸、泌尿器、卵巣、子宮、骨軟部組織、造血器、悪性黒色腫）の病期診断及び転移・再発の診断を目的とし、他の検査、画像診断により病期診断及び転移・再発の診断が確定できない患者に使用した場合に限り算定する。ただし、この画像診断からは磁気共鳴コンピューター断層撮影を除く。
- (4) 撮影に当たって造影剤を使用した場合は、区分番号「E202」磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）の「注3」の加算を本区分に対する加算として併せて算定する。
- (5) 当該画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的で区分番号「E100」シンチグラム（画像を伴うもの）（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）又は区分番号「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を実施した場合には、主たるもののみを算定する。
- (6) ¹⁸F DG製剤を医療機関内で製造する場合は、¹⁸F DG製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。¹⁸F DGの合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

E101-5 乳房用ポジトロン断層撮影

- (1) 乳房用ポジトロン断層撮影とは、乳房専用のPET装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像を撮影するものをいう。また、画像の方向、スライスの数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数により算定する。
- (2) ¹⁸F DGを用いて、乳がんの病期診断及び転移又は再発の診断を目的とし、他の検査又は

画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用した場合に限り算定する。

- (3) 区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影の「2」¹⁸F DGを用いた場合（一連の検査につき）、区分番号「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）の「2」¹⁸F DGを用いた場合（一連の検査につき）又は区分番号「E101-4」のポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連につき）と併せて同日に行った場合に限り算定する。
- (4) ¹⁸F DG製剤を医療機関内で製造する場合は、¹⁸F DG製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。¹⁸F DGの合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

E102 核医学診断

- (1) 核医学診断料は、実施した区分番号「E100」から区分番号「E101-5」までに掲げる各区分の種類又は回数にかかわらず、月1回の算定とし、初回のシンチグラム（画像を伴うもの）、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影を実施する日に算定する。
- (2) 同一月内において入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科においてシンチグラム（画像を伴うもの）、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影を実施した場合においては、入院若しくは外来又は診療科の別にかかわらず、月1回に限り算定する。

第3節 コンピューター断層撮影診断料

1 コンピューター断層撮影と磁気共鳴コンピューター断層撮影を行う際の取扱い

- (1) 同一月に区分番号「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又は区分番号「E101-4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影を行った後に区分番号「E200」コンピューター断層撮影（CT撮影）又は区分番号「E202」磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）を行った場合には、当該コンピューター断層撮影又は磁気共鳴コンピューター断層撮影については、2回目以降として「2」の例により算定する。
 - (2) 開設者が同一である複数の保険医療機関又は検査施設提供の契約を結んだ複数の医療機関において、同一の患者につき、コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に2回以上行った場合は、当該月の2回目以降の断層撮影について、「2」により算定する。
- 2 「3」に規定する画像を電子化して管理及び保存した場合は、デジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。
 - 3 「4」の加算における所定点数には、区分番号「E200」の「注3」及び区分番号「E202」の「注3」による加算が含まれる。「2」における所定点数には、注に掲げる加算は含まれない。

4 「4」の新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算及び幼児頭部外傷撮影加算は、6歳未満の小児の頭部外傷に対して、関連学会が定めるガイドラインに沿って撮影を行った場合に限り算定する。この場合において、その医学的な理由について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、カに該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア GCS \leq 14

イ 頭蓋骨骨折の触知又は徴候

ウ 意識変容（興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等）

エ 受診後の症状所見の悪化

オ 家族等の希望

カ その他

E200 コンピューター断層撮影（CT撮影）

- (1) コンピューター断層撮影は、スライスの数、疾患の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。
- (2) 「1」の「イ」、「ロ」、「ハ」及び「ニ」並びに「2」に掲げる撮影のうち2以上のものを同時に行った場合は主たる撮影の所定点数のみにより算定する。
- (3) 「1」のCT撮影の「イ」、「ロ」及び「ハ」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、64列以上のマルチスライス型、16列以上64列未満のマルチスライス型又は4列以上16列未満のマルチスライス型のCT装置を使用して撮影を行った場合に限りそれぞれ算定する。
- (4) 「1」の「イ」について、64列以上のマルチスライス型の機器であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しない場合には、「ロ」として届け出たうえで、「ロ」を算定すること。
- (5) 「注3」に規定する「1」のCT撮影における「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射、点滴注射、腔内注入及び穿刺注入等により造影剤使用撮影を行った場合をいう。ただし、経口造影剤を使用した場合を除く。
- (6) 造影剤を使用しないCT撮影を行い、引き続き造影剤を使用して撮影を行った場合は、所定点数及び造影剤の使用による加算点数のみにより算定する。
- (7) 造影剤を使用してコンピューター断層撮影を行った場合、閉鎖循環式全身麻酔に限り麻酔手技料を別に算定できる。
- (8) 「注4」に規定する冠動脈CT撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、以下のアからオまでの場合に、64列以上のマルチスライス型のCT装置を使用し、冠動脈を撮影した上で三次元画像処理を行った場合に限り算定する。なお、その医学的根拠について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、オに該当する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
 - ア 諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常（超音波検査等の所見から疑われた場合に限る。）
 - イ 急性冠症候群（血液検査や心電図検査等により治療の緊急性が高いと判断された場合に限る。）

ウ 狭心症（定量的負荷心電図又は負荷心エコー法により機能的虚血が確認された場合又はその確認が困難な場合に限る。）

エ 狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子（糖尿病、高血圧、脂質異常症、喫煙等）が認められる場合

オ その他、冠動脈CT撮影が医学的に必要と認められる場合

(9) 「注6」の外傷全身CTとは、全身打撲症例における初期診断のため行う、頭蓋骨から少なくとも骨盤骨までの連続したCT撮影をいう。

(10) 「注7」に規定する大腸CT撮影加算

ア 他の検査で大腸悪性腫瘍が疑われる患者に対して、「1」の「イ」又は「ロ」として届出を行っている機器を使用し、大腸のCT撮影を行った場合に算定する。

なお、当該撮影は、直腸用チューブを用いて、二酸化炭素を注入し下部消化管をCT撮影した上で三次元画像処理を行うものであり、大腸CT撮影に係る「注3」の加算、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号「L008」に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

イ アとは別に、転移巣の検索や他の部位の検査等の目的で、静脈内注射、点滴注射等により造影剤使用撮影を同時に行った場合には、「注3」の加算を別に算定できる。

(11) 「1」の「イ」の「(1)」については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において64列以上のマルチスライス型のCT装置を使用して撮影が行われる場合、又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し64列以上のマルチスライス型のCT装置を使用して撮影が行われる場合に限り算定する。

E200-2 血流予備量比コンピューター断層撮影

(1) 血流予備量比コンピューター断層撮影は、血流予備量比コンピューター断層撮影の解析を行うものとして薬事承認を取得したプログラムを用いた解析結果を参照して、コンピューター断層撮影による診断を行った場合に限り算定する。

(2) 血流予備量比コンピューター断層撮影の結果により、血流予備量比が陰性にもかかわらず、本検査実施後90日以内に区分番号「D206」心臓カテーテル法による諸検査を行った場合は、主たるものの所定点数のみ算定する。

(3) 血流予備量比コンピューター断層撮影と区分番号「D206」の「注4」冠動脈血流予備能測定検査加算、区分番号「D215」の「3」の「ホ」負荷心エコー法、区分番号「E101」シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影（同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき）、区分番号「E101-2」ポジトロン断層撮影、区分番号「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）、区分番号「E101-4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）、区分番号「E102」核医学診断、区分番号「E200」コンピューター断層撮影（CT撮影）（一連につき）及び区分番号「E202」磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）（一連につき）は併せて算定できない。

(4) 血流予備量比コンピューター断層撮影の検査結果及び検査結果に基づき患者に説明した内容を診療録に記載すること。

(5) 血流予備量比コンピューター断層撮影が必要な医学的理由及び冠動脈CT撮影による診断

のみでは治療方針の決定が困難である理由を患者に説明した書面又はその写しを診療録に添付すること。

(6) 血流予備量比コンピューター断層撮影による血流予備量比の値を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(7) 関連学会が定める適正使用指針に沿って実施すること。

E 2 0 2 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (MR I 撮影)

(1) 磁気共鳴コンピューター断層撮影は、画像のとり方、画像処理法の種類、スライスの数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。

(2) 「1」、「2」及び「3」に掲げる撮影を同時に行った場合は、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。

(3) 「1」及び「2」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、3テスラ以上又は1.5テスラ以上3テスラ未満のMR I装置を使用して撮影を行った場合に限り算定する。

(4) 「1」の3テスラ以上の機器であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当しない場合には、「2」として届け出たうえで、「2」を算定すること。

(5) 「注3」に規定する「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射等により造影剤使用撮影を行った場合をいう。ただし、経口造影剤を使用した場合は除く。

(6) 造影剤を使用しない磁気共鳴コンピューター断層撮影を行い、引き続き造影剤を使用して撮影を行った場合は、所定点数及び造影剤の使用による加算点数のみにより算定する。

(7) 造影剤を使用して磁気共鳴コンピューター断層撮影を行った場合、閉鎖循環式全身麻酔に限り麻酔手技料を別に算定できる。

(8) 「注4」に規定する心臓MR I撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、1.5テスラ以上のMR I装置を使用して心臓又は冠動脈を描出した場合に限り算定する。

(9) MR I対応型ペースメーカー、MR I対応型植込型除細動器又はMR I対応型両室ペーシング機能付き植込型除細動器を植え込んだ患者に対してMR I撮影を行う場合、別に厚生労働大臣が定める施設基準に加えて、日本医学放射線学会、日本磁気共鳴医学会、日本不整脈学会が定める「MR I対応植込み型デバイス患者のMR I検査の施設基準」を満たす保険医療機関で行うこと。

(10) MR I対応型ペースメーカー、MR I対応型植込型除細動器又はMR I対応型両室ペーシング機能付き植込型除細動器を植え込んだ患者に対してMR I撮影を行う場合は、患者が携帯している当該機器を植え込んでいることを示すカード(製造販売業者が発行する「条件付きMR I対応ペースメーカーカード」、「条件付きMR I対応ICDカード」又は「条件付きMR I対応CRT-Dカード」)を確認し、そのカードの写しを診療録等に添付すること。

(11) 「1」の「イ」については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において3テスラ以上のMR I装置を使用して撮影が行われる場合、又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し3テスラ以上のMR I装置を使用して撮影が行われる場合に限り算定する。

(12) 「注5」に規定する乳房MR I撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、触診、エックス線

撮影、超音波検査等の検査で乳腺の悪性腫瘍が疑われる患者に対して、手術適応及び術式を決定するために、1.5 テスラ以上のMR I 装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対して、乳癌の精査を目的として1.5 テスラ以上のMR I 装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合に限り算定する。

- (13) 「注7」に規定する小児鎮静下MR I 撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児に対して、複数の医師の管理の下、麻酔薬を投与して鎮静を行い、1.5 テスラ以上のMR I 装置を使用して1回で頭部、頸部、胸部、腹部、脊椎又は四肢軟部のうち複数の領域を一連で撮影した場合に限り算定する。なお、所定点数とは、「注3」から「注5」まで、「注8」及び「注9」の加算を含まない点数とする。
- (14) 「注8」に規定する頭部MR I 撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、3テスラ以上のMR I 装置を使用して頭部の画像を撮影した場合に限り算定する。
- (15) 「注9」に規定する全身MR I 撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、関連学会の定める指針に従って、前立腺癌の骨転移の診断を目的とし、1.5 テスラ以上のMR I 装置を使用して複数の躯幹部用コイルと脊椎用コイルを組み合わせ、頸部から骨盤部を少なくとも3部位に分けて撮像した場合に限り算定する。なお、当該画像診断を実施した同一月内に骨転移の診断の目的で区分番号「E100」シンチグラム（画像を伴うもの）又は区分番号「E101」シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影（同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき）を実施した場合には、主たるもののみ算定する。

E203 コンピューター断層診断

- (1) コンピューター断層診断は、実施したコンピューター断層撮影（磁気共鳴コンピューター断層撮影、血流予備量比コンピューター断層撮影及び非放射性キセノン脳血流動態検査を含み、区分番号「E101-3」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影及び区分番号「E101-4」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影は含まない。以下同じ。）の種類又は回数にかかわらず、月1回の算定とし、初回のコンピューター断層撮影を実施する日に算定する。
- (2) 同一月内において、入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科において、コンピューター断層撮影を実施した場合においては、入院若しくは外来又は診療科の別にかかわらず、月1回に限り算定する。
- (3) 当該保険医療機関以外の医療機関で撮影したフィルムについて診断を行った場合には、区分番号「A000」に掲げる初診料（注5のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を含む。）を算定した日に限り、コンピューター断層診断料を算定できる。

第5部 投薬

通則

- 1 投薬の費用は、第1節から第3節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方箋を交付した場合は、第5節の所定点数のみにより算定する。
- 2 投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前号により算定した点数及び第4節の所定点数により算定する。
- 3 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）は、前2号により算定した点数及び第6節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 4 入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。
- 5 入院中の患者以外の患者に対して、1処方につき70枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号F000に掲げる調剤料、区分番号F100に掲げる処方料、区分番号F200に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号F400に掲げる処方箋料及び区分番号F500に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず70枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

第1節 調剤料

区分

F000 調剤料

- 1 入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合
 - イ 内服薬、浸煎薬及び屯服薬（1回の処方に係る調剤につき） 11点
 - ロ 外用薬（1回の処方に係る調剤につき） 8点
 - 2 入院中の患者に対して投薬を行った場合（1日につき） 7点
- 注 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、麻薬等加算として、1に係る場合には1処方につき1点を、2に係る場合には1日につき1点を、それぞれ所定点数に加算する。

第2節 処方料

区分

F100 処方料

- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 18点
 - 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 29点
 - 3 1及び2以外の場合 42点
- 注 1 入院中の患者以外の患者に対する1回の処方について算定する。
- 2 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方した場合は、麻薬等加算として、1処方につき1点を所定点数に加算する。
 - 3 入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。
 - 4 3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、乳幼児加算として、1処方に

つき3点を所定点数に加算する。

- 5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、1処方につき18点を所定点数に加算する。
- 6 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。
- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、1処方につき70点を所定点数に加算する。
- 8 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。
- 9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、1処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ 外来後発医薬品使用体制加算1	5点
ロ 外来後発医薬品使用体制加算2	4点
ハ 外来後発医薬品使用体制加算3	2点
- 10 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬（以下この区分番号及び区分番号F400において「抗不安薬等」という。）が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師、看護師又は准看護師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

第3節 薬剤料

区分

F200 薬剤 薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が15円以下である場合は1点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに1点を所定点数に加算する。

使用薬剤	単位
内服薬及び浸煎薬	1剤1日分
屯服薬	1回分
外用薬	1調剤

注1 特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行っ

た場合を除く。)には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

- 2 1 処方につき3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
- 3 注2以外の場合であって、1処方につき7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算又は区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料を算定するものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。
- 4 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。
- 5 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。
- 6 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第4節 特定保険医療材料料

区分

- F300 特定保険医療材料 材料価格を10円で除して得た点数
注 支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第5節 処方箋料

区分

- F400 処方箋料
- 1 3種類以上の抗不安薬、3種類以上の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬、3種類以上の抗精神病薬又は4種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合 28点
 - 2 1以外の場合であって、7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のもの及び区分番号A001に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合 40点
 - 3 1及び2以外の場合 68点
- 注1 保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に、交付1回につき算定する。
- 2 区分番号A000に掲げる初診料の注2又は注3、区分番号A002に掲げる外来診療料の注2又は注3を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣

が定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

- 3 3歳未満の乳幼児に対して処方箋を交付した場合は、乳幼児加算として、処方箋の交付1回につき3点を所定点数に加算する。
- 4 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り、処方箋の交付1回につき18点を所定点数に加算する。
- 5 診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り、1処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算1は算定できない。
- 6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方箋を交付した場合は、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月1回に限り、処方箋の交付1回につき70点を所定点数に加算する。
- 7 薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。
 - イ 一般名処方加算1 7点
 - ロ 一般名処方加算2 5点
- 8 抗不安薬等が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月1回に限り、1処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号A250に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号B008-2に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

第6節 調剤技術基本料

区分

F500 調剤技術基本料

- 1 入院中の患者に投薬を行った場合 42点
- 2 その他の患者に投薬を行った場合 14点
- 注1 薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）に算定する。
- 2 同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を2回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月1回に限り算定する。
- 3 1において、調剤を院内製剤の上行った場合は、院内製剤加算として10点を所定点数に加算する。
- 4 区分番号B008に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号C008に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

第5部 投薬

<通則>

- 1 投薬の費用は、第1節調剤料、第2節処方料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料及び第6節調剤技術基本料に掲げる所定点数を合算した点数で算定する。ただし、処方箋を交付した場合は第5節処方箋料に掲げる所定点数のみを算定する。
なお、使用薬剤の薬価（薬価基準）に記載されている臨床試用医薬品を使用した場合は、薬剤料は算定せず、調剤料、処方料、特定保険医療材料料、調剤技術基本料のみを算定する。
- 2 別に規定する場合を除き、入院実日数を超えて投薬を算定することができる。退院時の投薬については、服用の日の如何にかかわらず入院患者に対する投薬として扱う。
- 3 投薬時における薬剤の容器は、原則として保険医療機関から患者へ貸与するものとする。なお、患者が希望する場合には、患者にその実費負担を求めて容器を交付できるが、患者が当該容器を返還した場合には、当該容器本体部分が再使用できるものについて当該実費を返還しなければならない。
- 4 患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることは認められない。
- 5 保険医療機関が患者に喘息治療剤の施用のため小型吸入器及び鼻腔・口腔内治療剤の施用のため噴霧・吸入用器具（散粉器）を交付した場合は、患者にその実費負担を求めることができるが、患者が当該吸入器を返還した場合には当該実費を返還しなければならない。
- 6 入院中の患者に月をまたがって投与した薬剤は、投薬の日の属する月により区分する。
- 7 外来において数日分投与しその薬剤を入院後も服用する場合、この入院後服用の分の請求区分は服用の日の如何にかかわらず、外来投与として扱う。
- 8 被保険者が保険医より薬品の授与を受け、持ち帰りの途中又は自宅において薬品を紛失したために（天災地変の他やむを得ない場合を除く。）保険医が再交付した場合は、その薬剤の費用は、被保険者の負担とする。
- 9 「通則4」については、うがい薬のみの投薬が治療を目的としないものである場合には算定しないことを明らかにしたものであり、治療を目的とする場合にあっては、この限りでない。なお、うがい薬とは、薬効分類上の含嗽剤をいう。
- 10 「通則5」の湿布薬とは、貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤（ただし、専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）をいう。
- 11 入院中の患者以外の患者に対して、血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム又はヘパリン類似物質に限る。）を処方された場合で、疾病の治療を目的としたものであり、かつ、医師が当該保湿剤の使用が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

第1節 調剤料

F000 調剤料

- (1) 入院中の患者以外の患者に係る調剤料の所定単位については、1回の処方に係る調剤料として、その剤数・日数又は調剤した量にかかわらず「1」の所定点数を処方料算定時にまとめて算定する。ただし、2以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき、調剤料を算定できる。

- (2) トローチ剤又は亜硝酸アミル等の嗅薬、噴霧吸入剤については外用薬として、投薬に係る費用を算定する。例えば、トローチ剤の1日量6錠3日分は、18錠分を1調剤の薬剤料として算定する。
- (3) 外泊期間中及び入院実日数を越えた部分について、調剤料は算定できない。
- (4) 「注」の加算については、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、入院中の患者以外の患者に対して投薬を行う場合は1処方につき1点を、また、入院中の患者に対して投薬を行う場合は1日につき1点を所定点数に加算する。なお、コデインリン酸塩散1%のように、当該薬剤の基剤が麻薬等に属していても、稀釈度により麻薬等の取扱いを受けていないものを調剤又は処方した場合には対象とならない。
- (5) 「注」にいう麻薬、向精神薬、覚醒剤原料及び毒薬は次のとおりである。
- ア 毒薬とは医薬品医療機器等法第44条第1項の規定（同施行規則第204条、別表第3）による毒薬をいう。
- イ 向精神薬とは、麻薬及び向精神薬取締法第2条第6号の規定（同法別表第3）による向精神薬をいう。

第2節 処方料

F100 処方料

- (1) 医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した場合の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。
- なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。
- ア 30日以内に再診を行う。
- イ 許可病床数が200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出を行う。
- ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。
- (2) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方料を算定する。
- (3) 「1」について
- ア 当該保険医療機関が、1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上、抗精神病薬を3種類以上又は抗不安薬と睡眠薬を合わせて4種類以上投与（以下この部において「向精神薬多剤投与」という。）した場合に算定する。ただし、以下の(イ)から(ハ)までのいずれかに該当する場合、又は抗うつ薬を3種類若しくは抗精神病薬を3種類投与する場合であって(ニ)に該当する場合には、「1」の所定点数は算定せず、「2」又は「3」により算定する。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に向精神薬多剤投与に該当するが「1」の所定点数を算定しない理由を記載すること。
- なお、「臨時の投薬等のもの」とは(イ)から(ハ)までのいずれかを満たすことをいい、

「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」とは、(二)を満たすことをいう。

(イ) 精神疾患を有する患者が、当該疾患の治療のため、当該保険医療機関を初めて受診した日において、他の保険医療機関で既に向精神薬多剤投与されている場合の連続した6か月間。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、当該保険医療機関の初診日を記載すること。

(ロ) 向精神薬多剤投与に該当しない期間が1か月以上継続しており、向精神薬が投与されている患者について、当該患者の症状の改善が不十分又はみられず、薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3か月間。(年2回までとする。)この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、薬剤の切り替えの開始日、切り替え対象となる薬剤名及び新しく導入する薬剤名を記載すること。

(ハ) 臨時に投与した場合。(臨時に投与した場合とは、連続する投与期間が2週間以内又は14回以内のものをいう。1回投与量については、1日量の上限を超えないよう留意すること。なお、投与中止期間が1週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。)なお、抗不安薬及び睡眠薬については、臨時に投与する場合についても種類数に含める。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、臨時の投与の開始日を記載すること。

(二) 抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師として別紙様式39を用いて地方厚生(支)局長に届け出たものが、患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合。なお、ここでいう精神科の診療に係る経験を十分に有する医師とは以下のいずれにも該当するものであること。

- ① 臨床経験を5年以上有する医師であること。
- ② 適切な保険医療機関において3年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。なお、ここでいう適切な保険医療機関とは、医師に対する適切な研修を実施するため、常勤の指導責任者を配置した上で、研修プログラムの策定、医師に対する精神科医療に係る講義の提供、症例検討会の実施等を満たす保険医療機関を指す。
- ③ 精神疾患に関する専門的な知識と、ICD-10(平成21年総務省告示第176号(統計法第28条及び附則第3条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件)の「3」の「(1) 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう)においてF0からF9までの全てについて主治医として治療した経験を有すること。
- ④ 精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。

イ 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類については、別紙36を参考にすること。

ウ 向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、毎年度4月、7月、10月、1月に、前月までの3か月間の向精神薬多剤投与の状況を別紙様式40を用いて地方厚生(支)局長に報告すること。

(4) 「2」において、処方料における内服薬の種類については、区分番号「F200」薬剤の「注3」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が6種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「3」で算定する。

- (5) 「2」において、臨時的に内服薬の追加投与等を行った場合の取扱いについては、区分番号「F200」薬剤の(6)に準じるものとする。
- (6) 「2」において、「不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬を行った場合（以下「向精神薬長期処方」という。）」とは、薬効分類上の抗不安剤、催眠鎮静剤、精神神経用剤又はその他の中枢神経系用薬のいずれかに該当する医薬品のうち、ベンゾジアゼピン受容体作用薬を1年以上にわたって、同一の成分を同一の1日当たり用量で連続して処方している場合をいう。なお、定期処方と屯服間の変更については、同一の1日当たり用量には該当しない。また、以下のいずれかに該当する医師が行った処方又は当該処方の直近1年以内に精神科の医師からの助言を得て行っている処方については、向精神薬長期処方に該当せず、「3」を算定すること。
- ア 不安又は不眠に係る適切な研修を修了した医師であること。
- イ 精神科薬物療法に係る適切な研修を修了した医師であること。
- (7) 「注2」の加算は、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、1処方につき1点を所定点数に加算する。
- (8) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が3歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、それぞれの処方について「注4」による乳幼児加算を算定することができる。
- (9) 特定疾患処方管理加算
- ア 特定疾患処方管理加算は、生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリ機能を担う地域のかかりつけ医師が総合的に病態分析を行い、それに基づく処方管理を行うことを評価したものであり、診療所又は許可病床数が200床未満の病院においてのみ算定する。
- イ 処方期間が28日以上の場合、特定疾患処方管理加算2として、月1回に限り1処方につき66点を加算する。なお、同一暦月に区分番号「F100」処方料と区分番号「F400」処方箋料を算定する場合にあっては、区分番号「F100」処方料又は区分番号「F400」処方箋料のいずれか一方の加算として月1回に限り算定する。
- ウ 処方期間が28日以上の場合の加算は、長期投薬の際の病態分析及び処方管理の評価の充実を図るものであり、特定疾患に対する薬剤の処方期間が28日以上の場合に算定する。ただし、当該患者に処方された薬剤の処方期間が全て28日以上である必要はない。
- エ イに該当する場合以外の場合には、特定疾患処方管理加算1として、月2回に限り1処方につき18点を算定する。なお、同一暦月に処方料と処方箋料を算定する場合であっても、処方箋料の当該加算と合わせて2回を限度とする。
- オ 主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、2以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。
- カ 特定疾患処方管理加算は初診料を算定した初診の日においても算定できる。
- キ 投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護等に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても算定できる。
- (10) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算

ア 「注7」に規定する抗悪性腫瘍剤処方管理加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤による投薬の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、抗悪性腫瘍剤の適正使用及び副作用管理に基づく処方管理のもとに悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤が処方された場合に算定する。

イ 同一暦月に区分番号「F100」処方料と区分番号「F400」処方箋料を算定する場合にあつては、区分番号「F100」処方料又は区分番号「F400」処方箋料のいずれか一方の加算として月1回に限り算定する。

ウ 加算対象となる抗悪性腫瘍剤は、薬効分類上の腫瘍用薬とする。

- (11) 「注8」については、区分番号「A000」初診料の「注2」又は「注3」、区分番号「A002」外来診療料の「注2」又は「注3」を算定する保険医療機関において、以下のアからコまでに定める薬剤を除き、1処方につき投与期間が30日以上投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

ア 薬効分類が抗てんかん剤のもので、てんかんに対して用いた場合

イ 薬効分類の小分類が甲状腺ホルモン製剤のもので、甲状腺の障害に対して用いた場合

ウ 薬効分類が副腎ホルモン剤のもので、副腎性器障害又は副腎皮質機能不全に対して用いた場合

エ 薬効分類が卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤のもので、卵巣除去後機能不全その他の卵巣機能不全に対して用いた場合

オ 薬効分類の小分類が合成ビタミンD製剤のもので、副甲状腺機能低下症又は偽性副甲状腺機能低下症に対して用いた場合

カ 薬効分類が乳幼児用剤のもので、フェニルケトン尿症、楓糖尿症、ホモシスチン尿症又はガラクトース血症に対して用いた場合

キ 薬効分類が抗ウイルス剤のもので、後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者に対して用いた場合

ク 薬効分類が血液製剤類のもので、血友病の者に対して用いた場合

ケ 薬効分類がその他の腫瘍用薬のもので、慢性骨髄性白血病に対して用いた場合

コ アからケまでの内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、アからケまでに該当する疾患に対して用いた場合

- (12) 「注9」に規定する外来後発医薬品使用体制加算は、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したものであり、診療所においてのみ算定する。

- (13) 「注10」に規定する向精神薬調整連携加算については、直近の処方に向精神薬多剤投与又は向精神薬長期処方に該当する患者であつて、当該処方において直近の処方から抗不安薬等の種類数又は1日当たり用量が減少したものについて、薬剤師又は看護職員に処方内容の変更に伴う心身の状態の変化について確認を指示した場合に算定する。指示に当たっては、処方の変更点を説明するとともに、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）による「PMDAからの医薬品適正使用のお願い（No.11 2017年3月）」又は睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班（平成24年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業）が作成した「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドラ

イン」等を参考に特に留意すべき症状等について具体的に指示をすること。

- (14) (13)における「抗不安薬等の種類数の減少」については、一般名で種類数を計算した場合に抗不安薬等の種類数が減少している場合をいう。また、「抗不安薬等の1日当たり用量の減少」には、一般名で用量を計算した場合に抗不安薬等の用量が減少している場合をいい、定期処方を屯服に変更した場合が含まれること。
- (15) 外来後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が70%以上、75%以上又は85%以上であるとともに、外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関において、1処方につき2点、4点又は5点を所定点数に加算する。

第3節 薬剤料

F200 薬剤

- (1) 「注2」については、区分番号「F100」処方料の(3)に準じるものとする。
- (2) 「注2」の算定は、外来の場合に限る。なお、1処方とは処方料の算定単位となる処方をいう。
- (3) 1回の処方において、2種類以上の内服薬を調剤する場合には、それぞれの薬剤を個別の薬包等に調剤しても、服用時点及び服用回数と同じであるものについては、次の場合を除き1剤として算定する。
- ア 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合
 - イ 固形剤と内用液剤の場合
 - ウ 内服錠とチュアブル錠等のように服用方法が異なる場合
- (4) 「注1」における「その他の特定の疾患」とは、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病（同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）又は「特定疾患治療研究事業について」に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）をいう。
- (5) 特別入院基本料等を算定する病棟を有する病院の長期入院患者に係る入院期間の算定は、当該特別入院基本料等を算定する病棟を有する病院となる以前からの入院期間を通算する。また、入院期間の算定は第1章第2部入院料等の通則の例に準じる。
- (6) 「注3」の多剤投与の場合の算定
- ア 「注3」の算定は、外来の場合に限り、1処方のうち、内服薬についてのみ対象とする。この場合の「種類」については、次のように計算する。なお、1処方とは処方料の算定単位となる処方をいう。
 - (イ) 錠剤、カプセル剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。
 - (ロ) 散剤、顆粒剤及び液剤については、1銘柄ごとに1種類と計算する。
 - (ハ) (ロ)の薬剤を混合して服薬できるよう調剤を行ったものについては、1種類とする。
 - (ニ) 薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が205円以下の場合には、1種類とする。

- イ 「注3」の「所定点数」とは、1処方の中の全ての内服薬の薬剤料をいう。
- ウ 「注3」の算定は、常態として投与する内服薬が7種類以上の場合に行い、臨時に投与する薬剤については対象としない。
- エ ウの臨時に投与する薬剤とは連続する投与期間が2週間以内のものをいい、2週間を超える投与期間の薬剤にあつては常態として投与する薬剤として扱う。なお、投与中止期間が1週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。
- オ 臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、1処方につき内服薬が7種類以上となる場合において、傷病名欄からその必要性が明らかでない場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその必要性を記載する。

(7) 「注4」については、区分番号「F100」処方料の(12)に準じるものとする。

(8) ビタミン剤

- ア 「注5」に規定するビタミン剤とは、内服薬及び注射薬をいうものであり、また、ビタミンを含有する配合剤を含むものである。
- イ ビタミン剤に係る薬剤料が算定できるのは、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断し、適正に投与された場合に限られるものであり、医師が疾患の特性により投与の必要性を認める場合のほか、具体的には、次のような場合をいう。ただし、薬事承認の内容に従って投与された場合に限る。
- (イ) 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合（例えば、悪性貧血のビタミンB₁₂の欠乏等、診察及び検査の結果から当該疾患又は症状が明らかな場合）
- (ロ) 患者が妊産婦、乳幼児等（手術後の患者及び高カロリー輸液療法実施中の患者を含む。）であり、診察及び検査の結果から食事からのビタミンの摂取が不十分であると診断された場合
- (ハ) 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であると推定され、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合
- (ニ) 重湯等の流動食及び軟食のうち、一分がゆ、三分がゆ又は五分がゆを食している場合
- (ホ) 無菌食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食又はガラクトース血症食を食している場合
- ウ ビタミン剤に係る薬剤料を算定する場合には、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を具体的に診療録及び診療報酬明細書に記載しなければならない。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要、かつ、有効と判断できる場合は趣旨を診療報酬明細書に記載することは要しない。

第5節 処方箋料

F400 処方箋料

- (1) 医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した場合の対応方法

及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

- ア 30日以内に再診を行う。
 - イ 許可病床数が200床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出を行う。
 - ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。
- (2) 保険薬局で保険調剤を受けさせるために、患者に保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）に定められている様式の完備した処方箋（院外処方箋）を交付した場合に限り算定し、その処方箋に処方した剤数、投与量（日分数）等の如何にかかわらず、1回として算定する。なお、分割指示に係る処方箋を発行する場合は、保険医療機関及び保険医療養担当規則に定められている様式第二号の二を用いることとし、分割の回数は3回までとする。また、患者に対し、調剤を受ける度に別紙を含む分割指示に係る処方箋の全てを保険薬局に提出するよう指導する。
 - (3) 同一の保険医療機関が一連の診療に基づいて、同時に、同一の患者に2枚以上の処方箋を交付した場合は、1回として算定する。
 - (4) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方箋料を算定することができる。
 - (5) 「1」については、区分番号「F100」処方料の(3)に準じるものとする。
 - (6) 「2」において、処方箋料における内服薬の種類については、区分番号「F200」薬剤の「注3」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が6種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「3」で算定する。
 - (7) 「2」において、臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、1処方につき内服薬が7種類以上となる場合には、処方箋の備考欄にその必要性を記載する。
その他、臨時的に内服薬の追加投与を行った場合の取扱いについては区分番号「F200」薬剤の(6)に準じるものとする。
 - (8) 「2」において、「不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して1年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬を行った場合」については、区分番号「F100」処方料の(6)に準じるものとする。
 - (9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。
また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。
 - (10) 「注2」については、区分番号「F100」処方料の(11)に準じるものとする。
 - (11) 乳幼児加算、特定疾患処方管理加算及び抗悪性腫瘍剤処方管理加算は区分番号「F100」処方料の(8)、(9)又は(10)に準じるものとする。
 - (12) 「注7」に規定する一般名処方加算は、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に記載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品（2品目以上の場合に限る。）が一般

名処方されている場合には一般名処方加算1を、1品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算2を、処方箋の交付1回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。

なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。

また、一般名処方を行った場合の(6)の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。

- (13) 「注8」については、区分番号「F100」処方料の(13)及び(14)に準じるものとする。
(14) 訪問薬剤管理指導との関係

保険薬局に訪問薬剤管理指導を依頼している場合は、当該保険医療機関は区分番号「C008」在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できない。保険薬局から情報提供があった場合は、当該保険医療機関は文書を診療録等に添付する。なお、地方厚生(支)局長に届出を行った保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できるのは月に4回(末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週2回かつ月8回)に限られる。

第6節 調剤技術基本料

F500 調剤技術基本料

- (1) 調剤技術基本料は、重複投薬の防止等保険医療機関内における調剤の管理の充実を図るとともに投薬の適正を確保することを目的としており、薬剤師が常態として勤務する保険医療機関において、薬剤師の管理のもとに調剤が行われた場合に、患者1人につき、月1回に限り算定する。
- (2) 同一医療機関において同一月内に処方箋の交付がある場合は、調剤技術基本料は算定できない。
- (3) 同一月に区分番号「B008」薬剤管理指導料又は区分番号「C008」在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している場合には、調剤技術基本料は算定しない。
- (4) 院内製剤加算

ア 「注3」の院内製剤加算は、薬価基準に記載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品とは異なる剤形の医薬品を院内製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き算定できる。

- (イ) 調剤した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に記載されている場合
(ロ) 散剤を調剤した場合
(ハ) 液剤を調剤する場合であって、薬事承認の内容が用時溶解して使用することとなっている医薬品を交付時に溶解した場合
(ニ) 1種類だけの医薬品を水に溶解して液剤とする場合(安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を使用した場合及び調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があつて、これらの行為を行った場合を除く。)

イ 上記アにかかわらず、剤形が変わらない場合であっても、次に該当する場合には、院内製剤加算が算定できる。ただし、調剤した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に記載されている場合を除く。

- (イ) 同一剤形の2種類以上の既製剤（賦形剤、矯味矯臭剤等を除く。）を混合した場合（散剤及び顆粒剤を除く。）
 - (ロ) 安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を加えて調剤した場合
 - (ハ) 調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があつて、これらの行為を行った場合
- ウ ア、イにかかわらず調剤した医薬品を、原料とした医薬品の承認内容と異なる用法・用量あるいは効能・効果で用いる場合は院内製剤加算は算定できない。

第6部 注射

通則

- 1 注射の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 注射に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この節において「特定保険医療材料」という。）を使用する場合は、前号により算定した点数及び第3節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 生物学的製剤注射を行った場合は、生物学的製剤注射加算として、前2号により算定した点数に15点を加算する。
- 4 精密持続点滴注射を行った場合は、精密持続点滴注射加算として、前3号により算定した点数に1日につき80点を加算する。
- 5 注射に当たって、麻薬を使用する場合は、麻薬注射加算として、前各号により算定した点数に5点を加算する。
- 6 区分番号G001に掲げる静脈内注射、G002に掲げる動脈注射、G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入、G003-3に掲げる抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、G004に掲げる点滴注射、G005に掲げる中心静脈注射又はG006に掲げる植立型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める処方基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外（在宅患者）の患者であるものに対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に定める区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ1日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

イ 外来化学療法加算1

- (1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合
 - ① 15歳未満 820点
 - ② 15歳以上 600点
 - (2) 抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合
 - ① 15歳未満 670点
 - ② 15歳以上 450点
- ロ 外来化学療法加算2
- (1) 抗悪性腫瘍剤を注射した場合
 - ① 15歳未満 740点
 - ② 15歳以上 470点
 - (2) 抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合
 - ① 15歳未満 640点
 - ② 15歳以上 370点

- 7 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号のイの(1)を算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に、連携充実加算として、月1回に限り150点を所定点数に加算する。
- 8 第1節に掲げられていない注射であった簡単なものの費用は、第2節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なものの費用は、第1節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。
- 9 注射に伴って行つた反応試験の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

第1節 注射料

通則

- 1 注射料は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 第1款 注射薬液料

区分

G 000 皮内、皮下及び筋内注射（1回につき）

20点

- 注 1 入院中の患者以外の患者に対して行つた場合に算定する。
 - 2 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-1に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行つた皮内、皮下及び筋内注射の費用は算定しない。
- G 001 静脈内注射（1回につき）
- 32点
- 注 1 入院中の患者以外の患者に対して行つた場合に算定する。
 - 2 6歳未満の乳幼児に対して行つた場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。
 - 3 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍等患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に併せて行つた静脈内注射の費用は算定しない。

G 002 動脈注射（1日につき）

- 1 内臓の場合 155点
 - 2 その他の場合 45点
- G 003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき）
- 165点

G 003-3 皮下植立型カテーテルアルテラルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内、静脈内又は腹腔内に局所持続注入した場合に算定する。

- 1 6歳未満の乳幼児に対するもの（1日分の注射量が100ml以上の場合） 99点
- 2 1に掲げる者以外の者に対するもの（1日分の注射量が500ml以上の場合） 98点
- 3 その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。） 49点

G 004 点滴注射（1日につき）

- 1 点滴に係る管理に要する費用を含む。
- 2 6歳未満の乳幼児に対して行つた場合は、乳幼児加算として、45点を所定点数に加算する。
- 3 血漿成分製剤の注射を行う場合であつて、1回目の注射に当たつて、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。

G 005 中心静脈注射（1日につき）

- 1 血漿成分製剤の注射を行う場合であつて、1回目の注射に当たつて、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、90点を所定点数に加算する。
- 2 中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号G004に掲げる点滴注射の費用は算定しない。
- 3 区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者

G 005 中心静脈注射（1日につき）

- 1 血漿成分製剤の注射を行う場合であつて、1回目の注射に当たつて、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、90点を所定点数に加算する。
- 2 中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号G004に掲げる点滴注射の費用は算定しない。
- 3 区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者

G 005 中心静脈注射（1日につき）

- 1 血漿成分製剤の注射を行う場合であつて、1回目の注射に当たつて、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、90点を所定点数に加算する。
- 2 中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号G004に掲げる点滴注射の費用は算定しない。
- 3 区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者

G 005 中心静脈注射（1日につき）

- 1 血漿成分製剤の注射を行う場合であつて、1回目の注射に当たつて、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、90点を所定点数に加算する。
- 2 中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号G004に掲げる点滴注射の費用は算定しない。
- 3 区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者

G 005 中心静脈注射（1日につき）

- 1 血漿成分製剤の注射を行う場合であつて、1回目の注射に当たつて、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、90点を所定点数に加算する。
- 2 中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号G004に掲げる点滴注射の費用は算定しない。
- 3 区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者

G 005 中心静脈注射（1日につき）

- 1 血漿成分製剤の注射を行う場合であつて、1回目の注射に当たつて、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、90点を所定点数に加算する。
- 2 中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号G004に掲げる点滴注射の費用は算定しない。
- 3 区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者

G 005 中心静脈注射（1日につき）

- 1 血漿成分製剤の注射を行う場合であつて、1回目の注射に当たつて、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、90点を所定点数に加算する。
- 2 中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号G004に掲げる点滴注射の費用は算定しない。
- 3 区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者

- に対して行った中心静脈注射の費用は算定しない。
- 4 区分番号C108に掲げる在宅慢性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅲ)を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。
- 5 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、50点を所定点数に加算する。
- G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入 1,400点
注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、50点を所定点数に加算する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、静脈切開法加算として、2,000点を所定点数に加算する。
- G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 700点
注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、50点を所定点数に加算する。
- G005-4 カフ型深部時ブラッドアクセス留置カテーテル挿入 2,500点
注1 カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 2 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、50点を所定点数に加算する。
- G006 構成型カテーテルによる中心静脈注射(1日につき) 125点
注1 区分番号C104に掲げる在宅中心静脈栄養療法指導管理料を算定している患者に対して行った構成型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。
- 2 区分番号C108に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号C108-2に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅲ)を算定する日に併せて行った構成型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。
- 3 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、50点を所定点数に加算する。
- G007 関節内注射 27点
G008 骨髄内注射 80点
1 胸骨 90点
2 その他
G009 脳脊髄腔注射 300点
1 脳室 220点
2 後頭下 140点
3 腰椎
注 6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、60点を所定点数に加算する。
- G010 関節腔内注射 80点
G010-2 滑液嚢腔注射後の注入 80点
G011 気管内注入 100点
G012 結膜下注射 27点

- G012-2 自家血清の眼球注射 27点
G013 角膜内注射 35点
G014 球後注射 60点
G015 テノニン氏薬内注射 60点
G016 硝子体内注射 580点
G017 眼窩多汗症注射(片側につき) 200点
G018 外眼筋注射(ボツリヌス毒素によるもの) 1,500点
第2款 無菌製剤処理料

区分

- G020 無菌製剤処理料 180点
注 1 無菌製剤処理料1(悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者) 45点
ロ イ以外の場合 40点
2 無菌製剤処理料2(1以外のもの) 40点
注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等が届け出た保険医療機関において、皮下注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所投与療法、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は構成型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があれば無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に依り1日につき所定点数を算定する。

第2節 薬剤料

区分

- G100 薬剤 1点
1 薬価が1回使用量につき15円以下である場合 1点
2 薬価が1回使用量につき15円を超える場合 薬価から15円を控除した額を10円を除いて得た点額につき1点を未満の端数を切り上げて得た点額に1点を加算して得た点額
注1 特別入院院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であつて入院期間が1年を超えるものに対する合算薬剤料が、220点にその月ににおける当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合(悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。)には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月ににおける当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。
- 2 健康保険法第85条第1項及び高齢者医療確保法第74条第1項に規定する入院時食事療養費又は健康保険法第85条の2第1項及び高齢者医療確保法第75条第1項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養費の食費の提供たる薬を要している患者又は入院中の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事で摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であつて、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合は除き、これを算定しない。
- 3 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第3節 特定保険医療材料

区分

- G200 特定保険医療材料 材料面格を10円を除いて得た点数
注 使用した特定保険医療材料の材料面格は、別に厚生労働大臣が定める。

第6部 注射

<通則>

1 注射に係る費用は、第1節注射料、第2節薬剤料及び第3節特定保険医療材料料（別に厚生労働大臣が定める保険医療材料のうち注射に当たり使用したものの費用に限る。）に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。

2 生物学的製剤注射加算

(1) 「通則3」の生物学的製剤注射加算を算定できる注射薬は、トキシノイド、ワクチン及び抗毒素であり、注射の方法にかかわらず、次に掲げる薬剤を注射した場合に算定できる。

ア ㊦乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン

イ 組換え沈降B型肝炎ワクチン（酵母由来）

ウ 組換え沈降B型肝炎ワクチン（チャイニーズ・ハムスター卵巣細胞由来）

エ 肺炎球菌ワクチン

オ 髄膜炎菌ワクチン

カ 沈降破傷風トキシノイド

キ ㊦ガスエソウマ抗毒素

ク 乾燥ガスエソウマ抗毒素

ケ ㊦乾燥ジフテリアウマ抗毒素

コ ㊦乾燥破傷風ウマ抗毒素

サ ㊦乾燥はぶウマ抗毒素

シ ㊦乾燥ボツリヌスウマ抗毒素

ス ㊦乾燥まむしウマ抗毒素

(2) 区分番号「G005」中心静脈注射又は区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路より生物学的製剤を注入した場合は、「通則3」の加算を算定できる。

3 精密持続点滴注射加算

(1) 「通則4」の精密持続点滴注射は、自動輸液ポンプを用いて1時間に30mL以下の速度で体内（皮下を含む。）又は注射回路に薬剤を注入することをいう。

(2) 1歳未満の乳児に対して精密持続点滴注射を行う場合は、注入する薬剤の種類にかかわらず算定できるが、それ以外の者に対して行う場合は、緩徐に注入する必要があるカテコールアミン、βブロッカー等の薬剤を医学的必要性があつて注入した場合に限り算定する。

(3) 区分番号「G003」抗悪性腫瘍剤局所持続注入の実施時に精密持続点滴を行った場合は、「通則4」の加算を算定できる。

(4) 区分番号「G005」中心静脈注射又は区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路より精密持続点滴注射を行った場合は、「通則4」の加算を算定できる。

4 外来化学療法加算

(1) 「通則6」に規定する外来化学療法加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍等の患者に対して、抗悪性腫瘍剤等による注射の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍等の治療を目的として抗悪性腫瘍剤等が投与された場合に、投与された薬剤に従い、いずれかの主たる加算の所定点数を算定する。同一日に「(1)」に掲げる抗悪性腫瘍剤を注射した場合

と「(2)」に掲げる抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合は併せて算定できない。

- (2) 外来化学療法加算1を届け出た保険医療機関において外来化学療法加算1を算定するに当たり、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会（他の保険医療機関と連携し、共同で開催する場合を含む。）において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定でき、それ以外の場合には、外来化学療法加算1及び2は算定できない。
- (3) 「(1)」に掲げる抗悪性腫瘍剤を注射した場合は、薬効分類上の腫瘍用薬を、区分番号「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射以外により投与した場合に算定する。なお、この場合において、引き続き薬効分類上の腫瘍用薬を用いて、入院中の患者以外の患者に対して在宅自己注射指導管理に係る自己注射に関する指導管理を行った場合であっても、同一月に区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料は算定できない。
- (4) 「(2)」に掲げる抗悪性腫瘍剤以外の薬剤を注射した場合は、次に掲げるいずれかの投与を行った場合に限り算定する。なお、この場合において、引き続き次に掲げる製剤を用いて、入院中の患者以外の患者に対して在宅自己注射指導管理に係る自己注射に関する指導管理を行った場合であっても、同一月に区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料は算定できない。

ア 関節リウマチ、クローン病、ベーチェット病、強直性脊椎炎、潰瘍性大腸炎、尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬又は乾癬性紅皮症の患者に対してインフリキシマブ製剤を投与した場合

イ 関節リウマチ、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎、全身型若年性特発性関節炎又はキャッスルマン病の患者に対してトシリズマブ製剤を投与した場合

ウ 関節リウマチの患者に対してアバタセプト製剤を投与した場合

エ 多発性硬化症の患者に対してナタリズマブ製剤を投与した場合

オ 全身性エリテマトーデスの患者に対してベリムマブ製剤を投与した場合

- (5) 「通則7」に規定する連携充実加算については、外来化学療法加算1を届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、外来化学療法加算1（抗悪性腫瘍剤を注射した場合）を算定する日に、次に掲げる全ての業務を実施した場合に月1回に限り算定する。

ア 化学療法の経験を有する専任の医師又は化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、患者に注射又は投薬されている抗悪性腫瘍剤等の副作用の発現状況を評価するとともに、副作用の発現状況を記載した治療計画等の治療の進捗に関する文書を患者に交付すること。また、当該文書に次に掲げる事項が記載されていること。

(イ) 患者に実施しているレジメン

(ロ) 当該レジメンの実施状況

(ハ) 患者に投与した抗悪性腫瘍剤等の投与量

(ニ) 主な副作用の発現状況（「有害事象共通用語規準 v5.0 日本語訳 JCOG 版」に基づく副作用の重篤度のスケール（Grade）及び関連する血液・生化学的検査の結果等）

(ホ) その他医学・薬学的管理上必要な事項

イ 治療の状況等を共有することを目的に、交付した治療計画等の治療の進捗に関する文書

を他の保険医療機関又は保険薬局の医師又は薬剤師に提示するよう患者に指導を行うこと。
ウ 他の保険医療機関又は保険薬局から服薬状況、抗悪性腫瘍剤等の副作用等に関する情報が提供された場合には、必要な分析又は評価等を行うこと。

エ 悪性腫瘍の治療を担当する医師の診察に当たっては、あらかじめ薬剤師、看護師等と連携して服薬状況、抗悪性腫瘍剤等の副作用等に関する情報を収集し、診療に活用することが望ましい。

オ 療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、管理栄養士と連携を図ること。

- 5 特定入院料等注射の手技料を含む点数を算定した場合は、「通則3」、「通則4」及び「通則5」の加算は算定できない。なお、使用薬剤の薬価（薬価基準）に記載されている臨床試用医薬品を使用した場合は、第2節薬剤料は算定せず、第1節注射料及び第3節特定保険医療材料のみ算定する。
- 6 心臓内注射及び痔核注射等の第1節に掲げられていない注射のうち簡単なものに係る費用については、第2節薬剤料に掲げる所定点数のみ算定する。ただし、胸腔注入、前房注射、副鼻腔注入及び気管支カテーテル薬液注入法については、第2章第9部処置に掲げる所定点数をそれぞれ算定し、これらに係る薬剤料の算定に関しては第2章第5部投薬の区分番号「F200」薬剤の(4)、(5)及び(8)の例による。
- 7 第1節に掲げられていない注射のうち、特殊なもの（点数表にあっても、手技が従来の注射と著しく異なる場合等を含む。）の費用は、その都度当局に内議し、最も近似する注射として準用が通知された算定方法により算定する。
- 8 区分番号「G001」静脈内注射、区分番号「G004」点滴注射、区分番号「G005」中心静脈注射又は区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射のうち2以上を同一日に併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみ算定する。
- 9 区分番号「G004」点滴注射、区分番号「G005」中心静脈注射及び区分番号「G006」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路に係る費用並びに穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料については、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。
- 10 人工腎臓の回路より注射を行った場合は、当該注射に係る費用は別に算定できない。

第1節 注射料

<通則>

注射料は、第1款注射実施料及び第2款無菌製剤処理料に掲げる点数を合算した所定点数により算定する。なお、6歳未満の乳幼児である入院患者に対する1日分の注射量が100mL未満の点滴注射等、注射実施料が算定できないこととされる場合であっても、無菌製剤処理料を算定できる。

第1款 注射実施料

G000 皮内、皮下及び筋肉内注射

- (1) 入院中の患者以外の患者に対して行った場合にのみ算定し、入院中の患者に行った場合は、1日の薬剤料を合算し、第2節薬剤料のみ算定できる。
- (2) 涙のう内薬液注入、鼓室内薬液注入、局所・病巣内薬剤注入、子宮腔部注射、咽頭注射（軟口蓋注射、口蓋ヒヤリー氏点の注射を含む。）、腱鞘周囲注射及び血液注射については、皮内、皮下及び筋肉内注射に準じて算定する。ただし、涙のう内薬液注入については、両眼にそれぞれ異なる薬剤を使用した場合は、片眼ごとに所定点数を算定する。

- (3) 区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料、区分番号「C108」在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号「C108-2」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料のみを算定している者を含む。）に対して、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に、患者において当該訪問診療と併せて皮内、皮下及び筋肉内注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

G001 静脈内注射

- (1) 入院中の患者以外の患者に対して行った場合にのみ算定し、入院中の患者に行った場合は、1日の薬剤料を合算し、第2節薬剤料のみ算定する。
- (2) 区分番号「C101」在宅自己注射指導管理料、区分番号「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号「C108」在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号「C108-2」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料のみを算定している者を含む。）に対して、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に、患者において当該訪問診療と併せて静脈内注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

G002 動脈注射

「内臓の場合」とは、肺動脈起始部、大動脈弓及び腹部大動脈等深部動脈に対して行う場合であり、「その他の場合」とは、頸動脈、鎖骨下動脈、股動脈、上腕動脈等に対して行う場合をいう。

G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入

- (1) ポンプを利用して注入する場合におけるポンプの費用及び当該注入に必要なカテーテル等の材料の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 区分番号「C108」在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定している月においては、当該抗悪性腫瘍剤局所持続注入に係る費用（薬剤料は除く。）は算定できない。

G003-3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入

- (1) 抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材と抗悪性腫瘍剤を混和して肝動脈内に注入する場合に算定できる。なお、当該注入に必要なカテーテル等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材の使用量を決定する目的で当該塞栓材のみを注入する場合は、その必要性が高い場合に限り、月1回に限り算定できる。

G004 点滴注射

- (1) 6歳未満の乳幼児に対する1日分の注射量が100mL未満の場合及び6歳以上の者に対する1日分の注射量が500mL未満の場合は、入院中の患者以外の患者に限り、3に掲げる所定点数で算定する。
- (2) 「注射量」は、次のように計算する。
- ア 点滴回路より薬物を注入するいわゆる「管注」を行った場合には、「管注」に用いた薬剤及び補液に用いた薬剤の総量。
- イ 同一の者に対して、点滴注射を1日に2回以上行った場合には、それぞれの注射に用い

た薬剤の総量。

(3) 血漿成分製剤加算

ア 「注3」に規定する「文書による説明」とは、1回目の輸注を行う際（当該患者に対して複数回の輸注を行う場合は概ね1週間毎）に、別紙様式20又はこれに準ずる様式により、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等）にあっては、その家族等）に対して、輸注の必要性、副作用、輸注方法及びその他の留意点等について説明することをいう。

イ 説明に用いた文書については、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等）にあっては、その家族等）から署名又は押印を得た上で、当該患者に交付するとともに、その文書の写しを診療録に添付することとする。

ウ 緊急その他やむを得ない場合は、輸注後に説明を行った場合も算定できるが、この場合輸注後速やかに行うこととする。

エ 「注3」に規定する血漿成分製剤とは、新鮮液状血漿及び新鮮凍結人血漿等をいい、血漿分画製剤（アルブミン製剤、グロブリン製剤等）は含まれないが、血漿成分製剤に準じ、患者に対して輸注の必要性等の説明を行うよう努めること。なお、血漿成分製剤及び血漿分画製剤の輸注に当たっては、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改正について（平成26年11月12日薬食発1112第12号）及び「血液製剤の使用指針」の改定について（平成31年3月25日薬生発0325第1号）を遵守するよう努めるものとする。

(4) 区分番号「C101」、区分番号「C104」、区分番号「C108」又は区分番号「C108-2」に掲げる在宅自己注射指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料、在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料のみを算定している者を含む。）に対して、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に、患者において当該訪問診療と併せて点滴注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

G005 中心静脈注射

(1) 中心静脈注射により高カロリー輸液を行っている場合であっても、必要に応じ食事療養又は生活療養を行った場合は、入院時食事療養(I)若しくは入院時食事療養(II)又は入院時生活療養(I)の食事の提供たる療養に係る費用若しくは入院時生活療養(II)の食事の提供たる療養に係る費用を別に算定できる。

(2) 「注1」に掲げられる血漿成分製剤加算については、区分番号「G004」点滴注射の(3)に規定する血漿成分製剤加算の例による。

(3) 区分番号「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の患者を除く。）については、中心静脈注射の費用は算定できない。

(4) 区分番号「C108」在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号「C108-2」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料のみを算定している者を含む。）について、区分番号

「C001」在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射を行った場合は当該注射の費用は算定しない。

G005-2 中心静脈注射用カテーテル挿入

- (1) 長期の栄養管理を目的として、中心静脈注射用カテーテル挿入を行う際には、中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。
- (2) 長期の栄養管理を目的として、中心静脈注射用カテーテル挿入を実施した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。
- (3) 中心静脈圧測定の目的でカテーテルを挿入した場合は、中心静脈注射用カテーテル挿入に準じて算定する。中心静脈注射及び中心静脈圧測定を同一の回路より同時に行った場合は、どちらか一方のみを算定する。

ただし、中心静脈注射及び中心静脈圧測定を別の回路から別のカテーテルを用いて同時に行った場合は、それぞれ材料料及び手技料を算定できる。

- (4) カテーテルの詰まり等によりカテーテルを交換する場合は、カテーテルの材料料及び手技料はその都度算定できる。
- (5) カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。
- (6) 区分番号「C104」、区分番号「C108」又は区分番号「C108-2」在宅中心静脈栄養法指導管理料、在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料のみを算定している者を含む。）について、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料料及び手技料は別に算定できる。
- (7) 緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル（ただし、カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルを除く。）を挿入した場合は、中心静脈注射用カテーテル挿入に準じて算定する。
- (8) 中心静脈注射用カテーテル挿入に係る抜去の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入

- (1) 長期の栄養管理を目的として、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を行う際には、末梢留置型中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。
- (2) 長期の栄養管理を目的として、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を実施した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、末梢留置型中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。
- (3) カテーテルの詰まり等によりカテーテルを交換する場合は、カテーテルの材料料及び手技

料はその都度算定できる。

- (4) カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。
- (5) 区分番号「C104」に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号「C108」に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号「C108-2」に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分番号「C001」に掲げる在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号「C001-2」に掲げる在宅患者訪問診療料(II)を算定する日に、患者において当該訪問診療と併せて末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料料及び手技料は別に算定できる。

G005-4 カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入

- (1) 本カテーテルの材料料及び手技料は1週間に1回を限度として算定できる。
- (2) カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。

G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射

- (1) 植込型カテーテルにより中心静脈栄養を行った場合は、本区分により算定する。
- (2) 植込型カテーテルによる中心静脈注射により高カロリー輸液を行っている場合であっても、必要に応じ食事療養又は生活療養を行った場合は、入院時食事療養(I)若しくは入院時食事療養(II)又は入院時生活療養(I)の食事の提供たる療養に係る費用若しくは入院時生活療養(II)の食事の提供たる療養に係る費用を別に算定できる。
- (3) 区分番号「C104」在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定できない。

G009 脳脊髄腔注射

検査、処置を目的とする穿刺と同時に実施した場合は、当該検査若しくは処置又は脳脊髄腔注射のいずれかの所定点数を算定する。

G010 関節腔内注射

検査、処置を目的とする穿刺と同時に実施した場合は、当該検査若しくは処置又は関節腔内注射のいずれかの所定点数を算定する。

G012 結膜下注射

- (1) 両眼に行った場合は、それぞれに片眼ごとの所定点数を算定する。
- (2) 結膜下注射又は眼球注射の実施時に使用された麻薬については、「通則5」の加算は算定できない。

G012-2 自家血清の眼球注射

眼球注射に際し、患者の血液を採取する場合は所定点数に採血料を加算して算定する。

G016 硝子体内注射

両眼に行った場合は、それぞれに片眼ごとの所定点数を算定する。

G017 腋窩多汗症注射（片側につき）

同一側の2箇所以上に注射を行った場合においても、1回のみ算定とする。

G018 外眼筋注射（ボツリヌス毒素によるもの）

当該注射の実施に当たっては、関連学会の定める手引きを遵守すること。

第2款 無菌製剤処理料

G020 無菌製剤処理料

- (1) 無菌製剤処理とは、無菌室、クリーンベンチ、安全キャビネット等の無菌環境において、無菌化した器具を用いて、製剤処理を行うことをいう。

無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が行うとともに、その都度、当該処理に関する記録を整備し、保管しておくこと。

- (2) 無菌製剤処理料1の対象患者は、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入又は点滴注射が行われる患者であり、この場合において、「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの」とは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）第4条第5項第1号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（平成16年厚生労働省告示第185号）のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。

なお、この場合の無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が無菌製剤処理を行う薬剤を用いる患者ごとに、投与経路、投与速度、投与間隔等の確認を行った上で行うこととする。また、安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行うこと。

- (3) 無菌製剤処理料1のうち、イについては、バイアル内外の差圧を調節する機構を有することにより、薬剤の飛散等を防止する閉鎖式接続器具を用いて無菌製剤処理を行った場合に算定する。

閉鎖式接続器具を使用した場合は、当該器具の製品名及び数量を(1)に基づき記録すること。

- (4) 閉鎖式接続器具については、薬剤の漏出防止性能を有するものとして薬事承認された医療機器を用いることが望ましい。

- (5) 無菌製剤処理料2の対象患者は、以下のア又はイに該当する患者である。

ア 動脈注射又は点滴注射が行われる入院中の患者のうち、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者及び後天性免疫不全症候群の病原体に感染し抗体の陽性反応がある患者であって、無菌治療室管理加算若しくはHIV感染者療養環境特別加算を算定する患者又はこれらの患者と同等の状態にある患者

イ 中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射が行われる患者

第2節 薬剤料

G100 薬剤

アレルギー治療エキス及びアレルギーハウスダストエキス等によるアレルギー疾患減感作療法において使用した薬剤料については、使用量（やむを得ず廃棄した場合の薬液量を含む。）に応じて薬価により算定する。

第7部 リハビリテーション

通則

- 1 リハビリテーションの費用は、特に規定する場合を除き、第1部の各区分の所定点数により算定する。
- 2 リハビリテーションに当たった薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第2節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 第1節に掲げられていないリハビリテーションのうちで最も近いリハビリテーションの各区分の所定点数に算定する。
- 4 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料については、患者の疾患等を動機とし、最も適当な区分1つに限り算定できる。この場合、患者の病状、職等を総合的に判断し、治療上有効であると医学的に判断される場合であって、患者1人につき1日6単位（別に厚生労働大臣が定める患者が1日9単位）に限り算定できるものとする。
- 5 区分番号J117に掲げる鎮静等による血運薬引（2日目以降、輸血的に行つた場合の注料を含む。）、区分番号J118に掲げる介運薬引、区分番号J118-2に掲げる矯正固定料、区分番号J118-3に掲げる変形機構矯正術、区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号J119-1に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射又は区分番号J119-4に掲げる肛門処置を併せて行つた場合は、心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料又は認知症患者リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。
- 6 区分番号B001の①に掲げる慢性疼痛疾患管理料を算定する患者に対して行つた心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーション料に係る費用は、算定しない。
- 7 リハビリテーションは、適切な計画の下に行われるものであり、その効果を定期的に評価し、それに基づき計画を見直しつつ実施されるものである。

区分

- H000 心大血管疾患等リハビリテーション料
- 1 心大血管疾患等リハビリテーション料①（1単位） 205点
 - 2 心大血管疾患等リハビリテーション料②（1単位） 125点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行つた場合に、当該基準に係る区分に従つて、治療開始日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できる場合と医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。
- 2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、手術若しくは急性増悪又は急性増悪から7日目又は治療開始日のいづれか早いものから起算し、手術若しくは急性増悪又は急性増悪から7日を超えて30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。
 - 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は急性増悪から60日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを継続する場合において、過去3月以内にH003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合

、手術若しくは急性増悪から7日目又は治療開始日のいづれか早いものから起算して14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

- 4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があつて治療開始日から150日を超えてリハビリテーションを行つた場合は、1月13単位に限り算定できるものとする。

H001

- 脳血管疾患等リハビリテーション料
- 1 脳血管疾患等リハビリテーション料①（1単位） 245点
 - 2 脳血管疾患等リハビリテーション料②（1単位） 200点
 - 3 脳血管疾患等リハビリテーション料③（1単位） 100点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行つた場合に、当該基準に係る区分に従つて、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は急性増悪から180日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。
- 2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中中の患者であつて、当該保険医療機関を退院した後も又は他の保険医療機関を退院したものの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。））に対してリハビリテーションを行つた場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。

- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中中の患者であつて、当該保険医療機関を退院したものの又は他の保険医療機関を退院したものの（区分番号A246の注4に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。））に対してリハビリテーションを行つた場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。

、手術若しくは急性増悪又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行つた場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。

- 5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は急性増悪から180日を超えてリハビリテーションを行つた場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

- イ 脳血管疾患等リハビリテーション料①（1単位） 147点
- ロ 脳血管疾患等リハビリテーション料②（1単位） 120点
- ハ 脳血管疾患等リハビリテーション料③（1単位） 60点
- 6 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は急性増悪から60日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを継続する場合において、過去3月以内にH003-4に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合

合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

- H001-2 廃用症候群リハビリテーション料
- 1 廃用症候群リハビリテーション料Ⅰ(1単位) 180点
 - 2 廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ(1単位) 146点
 - 3 廃用症候群リハビリテーション料Ⅲ(1単位) 77点
- 注 1 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している保険医療機関において、急性疾患等に紐づく安静による廃用症候群の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものに対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合には、当該基準に係る区分に従って、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できる場合その他の他の別に厚生労働大臣が定める場合には、120日を超えて所定点数を算定することができる。
- 注 2 注1本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群の急性増悪等から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。
- 注 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、注1本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合には、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患又は急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪等から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。
- 注 4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者であって、要介護保険診療等以外のものに対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪又は急性増悪等から120日を限度として、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪等以外の場合には、120日を超えて所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合には、120日を超えて所定点数を算定する。
- 注 5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する患者であって、要介護保険診療等以外のものに対して、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪又は急性増悪等から120日を限度として、必要があつてそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪等以外の場合には、120日を超えて所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合には、120日を超えて所定点数を算定する。

- H002 運動器リハビリテーション料
- 1 運動器リハビリテーション料Ⅰ(1単位) 185点
 - 2 運動器リハビリテーション料Ⅱ(1単位) 170点
 - 3 運動器リハビリテーション料Ⅲ(1単位) 85点
- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合には、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できる

の他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。

- 注 2 注1本文の規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中のもの又は入院中の患者以外の患者(大腿骨頭部骨折の患者であつて、当該保険医療機関を退院した他の保険医療機関を算定した患者に限る。)に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。
- 注 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中のもの又は入院中の患者以外の患者(大腿骨頭部骨折の患者であつて、当該保険医療機関を退院した他の保険医療機関を算定した患者であつて、当該保険医療機関を退院した他の保険医療機関を加算した患者に限る。)に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪等から14日を限度として、初期加算として、1単位につき45点を更に所定点数に加算する。
- 注 4 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて、要介護保険診療等以外のものに対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、算定できるものとする。
- 注 5 注1本文の規定にかかわらず、注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて、入院中の要介護保険診療等に対して、必要があつてそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、1月13単位に限り、注1に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。
- イ 運動器リハビリテーション料Ⅰ(1単位) 111点
 - ロ 運動器リハビリテーション料Ⅱ(1単位) 102点
 - ハ 運動器リハビリテーション料Ⅲ(1単位) 51点
- 注 6 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者(要介護保険診療等に限る。)に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から50日を経過した後、引き続きリハビリテーションを実施する場

H003 呼吸器リハビリテーション料

- 1 呼吸器リハビリテーション料Ⅰ(1単位) 175点
 - 2 呼吸器リハビリテーション料Ⅱ(1単位) 85点
- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合には、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から起算して90日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できることと医学的に判断される場合その他の他の別に厚生労働大臣が定める場合には、90日を超えて所定点数を算定することができる。
- 注 2 注1本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であつて入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から7日又は治療開始日のいずれか早いものから30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、1単位につき30点を所定点数に加算する。
- 注 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等

第2節 薬剤料

区分 H100 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点を未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。
 2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

H005 点數に加算する。
 視能訓練(1日につき) 135点
 1 科特種機能訓練 135点
 2 弱視機能訓練 640点

H006 難病患者リハビリテーション料(1日につき) 640点
 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保健医療機関において、入院中の患者以外の患者であつて別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするもの(別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。)に対して、社会生活機能の回復を目的としてリハビリテーションを行った場合に算定する。

2 医療機関を退院した患者に対して集中的にリハビリテーションを行った場合は、退院日から起算して3ヶ月を限度として、短期集中リハビリテーション実施加算として、退院日から起算した日数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。

イ 退院日から起算して1月以内の期間に行われた場合 280点
 ロ 退院日から起算して1月を超え3月以内の期間に行われた場合 140点

H007 障害児(者)リハビリテーション料(1単位) 225点
 1 6歳未満の患者の場合 195点
 2 6歳以上18歳未満の患者の場合 195点
 3 18歳以上の患者の場合 155点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者であつて、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。

H007-2 がん患者リハビリテーション料(1単位) 205点
 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者であつて、がんの治療のために入院しているものに対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者1人につき1日6単位まで算定する。

H007-3 認知症患者リハビリテーション料(1日につき) 240点
 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た医療機関において、重度認知症の状態にある患者(区分番号A314に掲げる認知症治療病棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。)に対して、個別療法であるリハビリテーションを20分以上行った場合に、入院した日から起算して1年を限度として、週3回に限り算定する。

H007-4 リンパ浮腫複合的治療料 200点
 1 重症の場合 100点
 2 1以外の場合 100点
 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た医療機関において、リンパ浮腫の患者に複合的治療を実施した場合に、患者1人1日につき1回を算定する。

2 1の場合には月1回(当該治療を開始した日の属する月から起算して2月以内は計1回)に限り、2の場合には6月に1回に限り、それぞれ所定点数を算定する。
 H008 集団コミュニケーション療法料(1単位) 50点
 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に、患者1人につき1日3単位まで算定する。

<通則>

- 1 リハビリテーション医療は、基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚療法等の治療法より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われるものである。
- 2 第1節リハビリテーション料に掲げられていないリハビリテーションのうち、簡単なものの費用は、算定できないものであるが、個別に行う特殊なものの費用は、その都度当局に内議し、最も近似するリハビリテーションとして準用が通知された算定方法により算定する。
- 3 各区分におけるリハビリテーションの実施に当たっては、全ての患者の機能訓練の内容の要点及び実施時刻（開始時刻と終了時刻）の記録を診療録等へ記載すること。
- 4 区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料及び区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料（以下この部において「疾患別リハビリテーション料」という。）に掲げるリハビリテーション（以下この部において「疾患別リハビリテーション」という。）の実施に当たっては、医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行い、別紙様式 21 を参考にしたリハビリテーション実施計画書をリハビリテーション開始後原則として7日以内、遅くとも 14 日以内に作成する必要がある。また、リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」並びに区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「H002」運動器リハビリテーション料の「注5」にそれぞれ規定する場合を含む。）3か月に1回以上（特段の定めのある場合を除く。）、患者又はその家族等に対して当該リハビリテーション実施計画書の内容を説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。なお、リハビリテーション実施計画書の作成前に疾患別リハビリテーションを実施する場合には、医師が自ら実施する場合又は実施するリハビリテーションについて医師の具体的指示があった場合に限り、該当する疾患別リハビリテーション料を算定できる。

また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注1」本文に規定する日数（以下「標準的算定日数」という。）を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」並びに区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「H002」運動器リハビリテーション料の「注5」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後1か月に1回以上リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態と

比較した当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下この部において「FIM」という。）又は基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下この部において「BI」という。）及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由、などを記載したものであること。

4の2 疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」並びに区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「H002」運動器リハビリテーション料の「注5」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第二号に掲げる患者であって、別表第九の九第二号に掲げる場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後3か月に1回以上、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前3か月の状態と比較した当月の患者の状態、③今後のリハビリテーション計画等について記載したものであること。なお、入院中の患者以外の患者に対して、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを提供する場合にあつては、介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーション（以下「介護保険によるリハビリテーション」という。）の適用について適切に評価し、適用があると判断された場合にあつては、患者に説明の上、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションを受けるために必要な手続き等について指導すること。

4の3 同一の疾患等に係る疾患別リハビリテーションについては、1つの保険医療機関が責任をもって実施するべきであるが、言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーションについては、言語聴覚療法を実施できる保険医療機関が少ないことを考慮し、当分の間、別の保険医療機関において実施した場合であっても算定することができるものとする。また、区分番号「H007」障害児（者）リハビリテーション料については、その特殊性を勘案し、疾患別リハビリテーション料、区分番号「H007-2」がん患者リハビリテーション料又は区分番号「H007-3」認知症患者リハビリテーション料を算定している保険医療機関とは別の保険医療機関で算定することができるものとする。

5 疾患別リハビリテーション料の点数は、患者に対して20分以上個別療法として訓練を行った場合（以下この部において「1単位」という。）にのみ算定するものであり、訓練時間が1単位に満たない場合は、基本診療料に含まれる。

6 届出施設である保険医療機関内において、治療又は訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。

また、当該保険医療機関外であっても、以下の(1)から(4)までを全て満たす場合は、1日に3単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。また、保険医療機関外でリハビリテーションを実施する際には、訓練場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に

十分配慮すること。

- (1) 当該保険医療機関に入院中の患者に対する訓練であること。
- (2) 心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するものであること。
- (3) 以下の訓練のいずれかであること。
 - ア 移動の手段の獲得を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車等への乗降、自動車の運転等、患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練を行うもの。
 - イ 特殊な器具、設備を用いた作業(旋盤作業等)を行う職業への復職の準備が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内で実施できないものを行うもの。
 - ウ 家事能力の獲得が必要である患者に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等、実際の場面で家事を実施する訓練(訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る。)を行うもの。
- (4) 専ら当該保険医療機関の従事者が訓練を行うものであり、訓練の実施について保険外の患者負担(公共交通機関の運賃を除く。)が発生しないものであること。

7 疾患別リハビリテーション料は、患者1人につき1日合計6単位(別に厚生労働大臣が定める患者については1日合計9単位)に限り算定できる。

当該別に厚生労働大臣が定める患者のうち「入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料(I)、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料(I)、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料(I)又は区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料(I)を算定するもの」とは、訓練室以外の病棟等(屋外を含む。)において、早期歩行自立及び実用的な日常生活における諸活動の自立を目的として、実用歩行訓練・日常生活活動訓練が行われた患者であること。ただし、平行棒内歩行、基本的動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練等のみを行っている患者については含まれない。

- 8 疾患別リハビリテーション料は、患者の疾患等を総合的に勘案して最も適切な区分に該当する疾患別リハビリテーション料を算定する。ただし、当該患者が病態の異なる複数の疾患を持つ場合には、必要に応じ、それぞれを対象とする疾患別リハビリテーション料を算定できる。例えば、疾患別リハビリテーション料のいずれかを算定中に、新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合には、新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として、それぞれの疾患別リハビリテーション料を算定することができる。この場合においても、1日の算定単位数は前項の規定による。
- 9 疾患別リハビリテーションを実施する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、疾患名及び当該疾患の治療開始日又は発症日、手術日又は急性増悪(当該疾患別リハビリテーションの対象となる疾患の増悪等により、1週間以内にFIM又はBIが10以上(「難病の患者に対する医療等に関する法律」第5条第1項に規定する指定難病については5以上とする)低下するような状態等に該当する場合をいう。以下この部において同じ。)の日(以下この部において「発症日等」と

いう。)を記載すること。また、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者(疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」並びに区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「H002」運動器リハビリテーション料の「注5」にそれぞれ規定する場合を除く。)のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)は、①これまでのリハビリテーションの実施状況(期間及び内容)、②前3か月の状態との比較をした当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④FIM又はBI及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由を摘要欄に記載すること。ただし、リハビリテーション実施計画書を作成した月にあつては、改善に要する見込み期間とリハビリテーション継続の理由を摘要欄に記載した上で、当該計画書の写しを添付することでも差し支えない。なお、継続の理由については、具体的には次の例を参考にして記載すること。

本患者は、2008年9月21日に脳出血を発症し、同日開頭血腫除去術を施行した。右片麻痺を認めたが、術後に敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施できるようになったのは術後40日目からであった。2009年2月中旬まで1日5単位週4日程度のリハビリテーションを実施し、BIは45点から65点に改善を認めた。3月末に標準的算定日数を超えるが、BIの改善を引き続き認めており、リハビリテーションの開始が合併症のために遅れたことを考えると、1か月程度のリハビリテーション継続により、更なる改善が見込めると判断される。

第1節 リハビリテーション料

H000 心大血管疾患リハビリテーション料

- (1) 心大血管疾患リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、心機能の回復、当該疾患の再発予防等を図るために、心肺機能の評価による適切な運動処方に基づき運動療法等を個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、関係学会により周知されている「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン(2012年改訂版)」に基づいて実施すること。
- (2) 心大血管疾患リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の四に掲げる対象患者であつて、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に心大血管疾患リハビリテーションが必要であると認めるものであること。
 - ア 急性発症した心大血管疾患又は心大血管疾患の手術後の患者とは、急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、経カテーテル大動脈弁置換術後、大血管疾患(大動脈解離、解離性大動脈瘤、大血管術後)のものをいう。なお、心大血管疾患リハビリテーション料(II)を算定する場合、急性心筋梗塞及び大血管疾患は発症後(手術を実施した場合は手術後)1月以上経過したものに限る。
 - イ 慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管の疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、
 - (イ) 慢性心不全であつて、左室駆出率40%以下、最高酸素摂取量が基準値80%以下、脳性Na利尿ペプチド(BNP)が80pg/mL以上の状態のもの又は脳性Na利尿ペ

チド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）が400pg/mL以上の状態のもの

（ロ）末梢動脈閉塞性疾患であって、間欠性跛行を呈する状態のものをいう。

- (3) 心大血管疾患リハビリテーション料の標準的な実施時間は、1回1時間（3単位）程度とするが、入院中の患者以外の患者については、1日当たり1時間（3単位）以上、1週3時間（9単位）を標準とする。
- (4) 心大血管疾患リハビリテーションは、専任の医師の指導管理の下に実施することとする。この場合、医師が直接監視を行うか、又は医師が同一建物内において直接監視をしている他の従事者と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる態勢であること。また、専任の医師は定期的な心機能チェックの下に、運動処方を含むリハビリテーションの実実施計画書を作成し、診療録に記載又は添付すること。この場合、入院中の患者については、当該療法を担当する医師又は理学療法士、作業療法士及び看護師の1人当たりの患者数は、それぞれ1回15人程度、1回5人程度とし、入院中の患者以外の患者については、それぞれ、1回20人程度、1回8人程度とする。
- (5) 当該リハビリテーションと他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法を同一の従事者が行う場合、心大血管疾患リハビリテーションに実際に従事した時間20分を1単位としてみなした上で、他の疾患別リハビリテーション等の実施単位数を足した値が、従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。
- (6) 心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数には、同一日に行われる区分番号「D208」に掲げる心電図検査、区分番号「D209」に掲げる負荷心電図検査及び区分番号「D220」に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用が含まれる。
- (7) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」に規定するとおり、1月に13単位に限り心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあつては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であつて、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であつて、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であつて、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められる者をいうものである。

イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40歳以上の者であつて、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第7条第3項第2号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

- (8) 「注2」に掲げる加算は、当該施設における心大血管疾患に対する治療開始後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して1単位以上

の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟等（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。特掲診療料の施設基準等別表第九の四第二号に掲げる患者については、手術を実施したものと及び急性増悪したものを除き、「注2」に掲げる加算は算定できない。

- (9) 「注3」に掲げる加算は、当該施設における心大血管疾患に対する治療開始後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注2」に掲げる加算と別に算定することができる。特掲診療料の施設基準等別表第九の四第二号に掲げる患者については、手術を実施したものと及び急性増悪したものを除き、「注3」に掲げる加算は算定できない。
- (10) 「注4」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。
- (11) 訓練を実施する場合、患者一人につき概ね3平方メートル以上の面積を確保すること。

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

- (1) 脳血管疾患等リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせる個々の症例に応じて行った場合又は言語聴覚機能に障害を持つ患者に対して言語機能若しくは聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第2章特掲診療料第9部処置の項により算定する。
- (2) 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の五に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が脳血管疾患等リハビリテーションが必要であると認めるものである。
- ア 急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者とは、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等のものをいう。
- イ 急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者とは、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍、脳腫瘍摘出術などの開頭術後、てんかん重積発作等のものをいう。
- ウ 神経疾患とは、多発性神経炎（ギランバレー症候群等）、多発性硬化症、末梢神経障害（顔面神経麻痺等）等をいう。
- エ 慢性の神経筋疾患とは、パーキンソン病、脊髄小脳変性症、運動ニューロン疾患（筋萎縮性側索硬化症）、遺伝性運動感覚ニューロパチー、末梢神経障害、皮膚筋炎、多発性筋炎等をいう。
- オ 失語症、失認及び失行症、高次脳機能障害の患者
- カ 難聴や人工内耳植込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者とは、音声障害、構音障害、言語発達障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳植込手術に伴う聴覚・言語機能の障害を持つ患者をいう。
- キ 顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者
- ク 舌悪性腫瘍等の手術による構音障害を有する患者

ケ リハビリテーションを要する状態であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものとは、脳性麻痺等に伴う先天性の発達障害等の患者であって、治療開始時のFIM115以下、BI85以下の状態等のものをいう。

- (3) 脳血管疾患等リハビリテーション料の所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。
- (4) 脳血管疾患等リハビリテーション料は、医師の指導監督の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の監視下に行われたものについて算定する。また専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。
- (5) 脳血管疾患等リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が1対1で行うものとする。
なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。ただし、1日24単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合にあつて、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を1単位とみなした上で計算するものとする。
- (6) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の届出を行った保険医療機関(専従する常勤の理学療法士が2人以上勤務しているものに限る。)又は脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)の届出を行った保険医療機関(専従する常勤の理学療法士が勤務している場合に限る。)において、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であつて、(1)から(5)までのいずれにも該当する場合に限り、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)の所定点数を算定できる。
- (7) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)又は(Ⅲ)を届け出ている施設で、看護師、あん摩マッサージ指圧師等、理学療法士以外の従事者が理学療法を行う場合については、理学療法士は医師の指導監督の下に訓練を受ける患者の運動機能訓練の内容等を的確に把握すること。
- (8) 理学療法士又は作業療法士等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。
- (9) 「注1」に規定する標準的算定日数は、発症、手術又は急性増悪の日が明確な場合はその日から180日以内、それ以外の場合は最初に当該疾患の診断がされた日から180日以内とする。
- (10) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」及び「注5」に規定するとおり、1月

に 13 単位に限り脳血管疾患等リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあっては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、入院中の患者であって、介護保険法第 62 条に規定する要介護被保険者等であるものについては、「注 5」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められるものをいうものである。

イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある 40 歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第 7 条第 3 項第 2 号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

- (11) 「注 2」に掲げる加算は、当該施設における脳血管疾患等に対する発症、手術又は急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号「A 2 4 6」注 4 の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対して 1 単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、入院中の患者については、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の五第三、四、六及び七号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注 2」に掲げる加算は算定できない。
- (12) 「注 3」に掲げる加算は、当該施設における脳血管疾患等に対する発症、手術又は急性増悪後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、「注 2」に掲げる加算とは別に算定することができる。また、当該加算の対象患者は、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号「A 2 4 6」注 4 の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）である。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の五第三、四、六及び七号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注 3」に掲げる加算は算定できない。
- (13) 入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって他の保険医療機関を退院したもの）が「注 2」又は「注 3」に掲げる加算を算定する場合にあっては、区分番号「A 2 4 6」注 4 の地域連携診療計画加算の算定患者である旨を、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (14) 「注 4」及び「注 5」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合においては、当該月における標準的算

定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。

- (15) 「注6」における「所定点数」とは、「注1」から「注5」までを適用して算出した点数である。

H001-2 廃用症候群リハビリテーション料

- (1) 廃用症候群リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している保険医療機関において算定するものであり、基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせる個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第2章特掲診療料第9部処置の項により算定する。
- (2) 廃用症候群リハビリテーション料の対象となる患者は、急性疾患等に伴う安静（治療の有無を問わない。）による廃用症候群であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものであること。「一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの」とは、治療開始時において、FIM 115以下、BI 85以下の状態等のものをいう。区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料、区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料、区分番号「H007」障害児（者）リハビリテーション料又は区分番号「H007-2」がん患者リハビリテーション料の対象となる患者が廃用症候群を合併している場合、廃用症候群に関連する症状に対してリハビリテーションを行った場合は、廃用症候群リハビリテーション料により算定する。
- (3) 廃用症候群リハビリテーション料の所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。
- (4) 廃用症候群リハビリテーション料は、医師の指導監督の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の監視下に行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。
- (5) 廃用症候群リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が1対1で行うものとする。
- なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。ただし、1日24単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合にあつて、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を1単位とみなした上で計算するものとする。
- (6) 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)の届出を行った保険医療機関（専従する常勤の理学療法士が2人以上勤務しているものに限る。）又は廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)の届出を行った保険医療機関（専従する常勤の理学療法士が勤務している場合に限る。）において、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓

- 練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって、(1)から(5)までのいずれにも該当する場合に限り、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)の所定点数を算定できる。
- (7) 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)又は(Ⅲ)を届け出ている施設で、看護師、あん摩マッサージ指圧師等、理学療法士以外の従事者が理学療法を行う場合については、理学療法士は医師の指導監督の下に訓練を受ける患者の運動機能訓練の内容等を的確に把握すること。
- (8) 理学療法士又は作業療法士等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。
- (9) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」及び「注5」に規定するとおり、1月に13単位に限り廃用症候群リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあつては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、入院中の患者であつて、介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であるものについては、「注5」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であつて、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。
- ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であつて、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であつて、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められるものをいうものである。
- イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40歳以上の者であつて、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第7条第3項第2号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。
- (10) 廃用症候群リハビリテーション料を算定する場合は、廃用症候群に係る評価表(別紙様式22)を用いて、月ごとに評価し、診療報酬明細書に添付する又は同様の情報を摘要欄に記載するとともに、その写しを診療録に添付すること。
- (11) 「注2」に掲げる加算は、当該施設における急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群に係る急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟(ベッドサイドを含む。)で実施した場合においても算定することができる。
- (12) 「注3」に掲げる加算は、当該施設における急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群に係る急性増悪後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注2」に掲げる加算とは別に算定することができる。
- (13) 「注4」及び「注5」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患

者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。

- (14) 「注6」における「所定点数」とは、「注1」から「注5」までを適用して算出した点数である。

H002 運動器リハビリテーション料

(1) 運動器リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第2章特掲診療料第9部処置の項により算定する。

(2) 運動器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア 急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者とは、上・下肢の複合損傷（骨・筋・腱・靭帯、神経、血管のうち3種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（1肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等のものをいう。

イ 慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症等のものをいう。

(3) 運動器リハビリテーション料の所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。

(4) 運動器リハビリテーション料は、医師の指導監督の下、理学療法士又は作業療法士の監視下により行われたものについて算定する。また専任の医師が、直接訓練を実施した場合であっても、理学療法士又は作業療法士が実施した場合と同様に算定できる。

(5) 運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士又は作業療法士と患者が1対1で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。ただし、1日24単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合にあつて、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を1単位とみなした上で計算するものとする。

(6) 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)の届出を行った保険医療機関（専従する常勤の理学療法士が勤務している場合に限る。）において、理学療法士及び作業療法士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又

は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって(1)から(5)までのいずれにも該当する場合に限り、運動器リハビリテーション料(Ⅲ)の所定点数を算定できる。

- (7) 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の届出を行った保険医療機関において、理学療法士及び作業療法士以外に、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって(1)から(5)までのいずれにも該当する場合に限り、運動器リハビリテーション料(Ⅲ)の所定点数を算定できる。
- (8) 理学療法士又は作業療法士等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。
- (9) 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の届出を行った保険医療機関において、理学療法士及び作業療法士以外に、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって(1)から(5)までのいずれにも該当する場合に限り、運動器リハビリテーション料(Ⅲ)の所定点数を算定できる。
- (10) 「注1」に規定する標準的算定日数は、発症、手術又は急性増悪の日が明確な場合はその日から150日以内、それ以外の場合は最初に当該疾患の診断がされた日から150日以内とする。
- (11) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」及び「注5」に規定するとおり、1月13単位に限り運動器リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあつては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、入院中の患者であつて、介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であるものについては、「注5」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であつて、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。
- ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であつて、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であつて、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められるものをいうものである。
- イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40歳以上の者であつて、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第7条第

3項第2号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

- (12) 「注2」に掲げる加算は、当該施設における運動器疾患に対する発症、手術又は急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号「A246」注4の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、入院中の患者については、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の六第二号に掲げる患者については、手術を実施したものと及び急性増悪したものを除き、「注2」に掲げる加算は算定できない。
- (13) 「注3」に掲げる加算は、当該施設における運動器疾患に対する発症、手術又は急性増悪後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、「注2」に掲げる加算とは別に算定することができる。また、当該加算の対象患者は、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号「A246」注4の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）である。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の六第二号に掲げる患者については、手術を実施したものと及び急性増悪したものを除き、「注3」に掲げる加算は算定できない。
- (14) 入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって他の保険医療機関を退院したものが「注2」又は「注3」に掲げる加算を算定する場合にあつては、区分番号「A246」注4の地域連携診療計画加算の算定患者である旨を、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (15) 「注4」及び「注5」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超えた場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。
- (16) 「注6」における「所定点数」とは、「注1」から「注5」までを適用して算出した点数である。

H003 呼吸器リハビリテーション料

- (1) 呼吸器リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、呼吸訓練や種々の運動療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合に算定する。
- (2) 呼吸器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の七に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に呼吸器リハビリテーションが必要であると認めるものである。
- ア 急性発症した呼吸器疾患の患者とは、肺炎、無気肺等のものをいう。
- イ 肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者とは、肺腫瘍、胸部外傷、肺塞栓、肺移植手術、慢性閉塞性肺疾患（COPD）に対するLVRS（Lung volume reduction surgery）等の呼吸器疾患又はその手術後の患者をいう。
- ウ 慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者とは、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、気管支喘息、気管支拡張症、間質性肺炎、塵肺、びまん性汎気管支炎（DPB）、神経筋疾患で呼吸不全を伴う患者、気管切開

下の患者、人工呼吸管理下の患者、肺結核後遺症等のものであって、次の(イ)から(ハ)までのいずれかに該当する状態であるものをいう。

(イ) 息切れスケール (Medical Research Council Scale) で2以上の呼吸困難を有する状態

(ロ) 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) で日本呼吸器学会の重症度分類のⅡ以上の状態

(ハ) 呼吸障害による歩行機能低下や日常生活活動度の低下により日常生活に支障を来す状態

エ 食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者とは、食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の患者であって、これらの疾患に係る手術日から概ね1週間前の患者及び手術後の患者で呼吸機能訓練を行うことで術後の経過が良好になることが医学的に期待できる患者のことをいう。

(3) 呼吸器リハビリテーション料の所定点数には、区分番号「D200」から「D204」までに掲げる呼吸機能検査等、区分番号「D223」経皮的動脈血酸素飽和度測定及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査及び呼吸機能訓練と同時に行った区分番号「J024」酸素吸入の費用が含まれる。

(4) 呼吸器リハビリテーション料は、医師の指導監督の下で行われるものであり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の監視下に行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合であっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

(5) 呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が1対1で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。ただし、1日24単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合にあつて、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を1単位とみなした上で計算するものとする。

(6) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」に規定するとおり、1月に13単位に限り呼吸器リハビリテーション料の所定点数が算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあつては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であつて、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であつて、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であつて、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的

に認められるものをいうものである。

イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある 40 歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第 7 条第 3 項第 2 号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

- (7) 「注 2」に掲げる加算は、当該施設における呼吸器疾患の発症、手術若しくは急性増悪又は当該疾患に対する治療開始後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して 1 単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の七第三号に掲げる患者については、急性増悪したものを除き、「注 2」に掲げる加算は算定できない。
- (8) 「注 3」に掲げる加算は、当該施設における呼吸器疾患の発症、手術若しくは急性増悪又は当該疾患に対する治療開始後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注 2」に掲げる加算とは別に算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の七第三号に掲げる患者については、急性増悪したものを除き、「注 3」に掲げる加算は算定できない。
- (9) 「注 4」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超えた場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが 13 単位以下であること。

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

- (1) リハビリテーション総合計画評価料は、定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定する。
- (2) 医師及びその他の従事者は、共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付する。
- (3) 「注 1」及び「注 2」における介護リハビリテーションの利用を予定している患者とは、介護保険法第 62 条に規定する要介護被保険者等であって、各疾患別リハビリテーション料に規定する標準的算定日数の 3 分の 1 を経過した期間にリハビリテーションを実施している患者をいう。
- (4) リハビリテーション総合実施計画書の様式については、以下のいずれかを患者の状態等に応じ選択する。患者の理解に資する記載となるよう、十分配慮すること。

ア 別紙様式 23 又はこれに準じた様式

イ 別紙様式 21 の 6 又はこれに準じた様式に、(イ)から(へ)までの全て及び(ト)から(ヲ)までのうちいずれか 1 項目以上を組み合わせて記載する様式（回復期リハビリテーション病棟入院料 1 を算定する患者については、必ず(ヌ)を含めること。）

(イ) 疾患別リハビリテーション開始前の日常生活動作の状況

(ロ) FIM を用いた評価

(ハ) 前回計画書作成時からの改善・変化

(ニ) 今後 1 ヶ月のリハビリテーションの目標、リハビリテーションの頻度、方針及び留

意点

- (ホ) 疾患別リハビリテーションの実施に当たり、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の従事者が担う具体的内容に係るもの
 - (ヘ) 今後十分なリハビリテーションを実施しない場合に予想される状態の変化
 - (ト) 疾患別リハビリテーション終了後のリハビリテーションの提供の必要性及び必要な場合の具体的なリハビリテーションの内容
 - (チ) 病棟における日常生活動作の状況（入院患者に対し、リハビリテーション総合計画評価料を算定する場合のみ記載することができる。）
 - (リ) 関節可動域、筋力、持久力、変形、関節不安定性、運動機能発達に係る障害、麻痺等、個々の運動機能障害における重症度の評価
 - (ヌ) 身長、体重、BMI（Body Mass Index）、栄養補給方法（経口、経管栄養、静脈栄養）等に基づく患者の栄養状態の評価に係るもの（栄養障害等の状態にある患者については、必要栄養量、総摂取栄養量等も踏まえた評価を行う。なお、嚥下調整食を必要とする患者については、栄養障害等の有無にかかわらず、当該嚥下調整食の形態に係る情報として、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類コードも必ず記載する。）
 - (ル) リハビリテーションの観点から、家庭や病棟において、患者自ら行うことが望ましい訓練
 - (ヲ) FAI（Frenchay Activities Index）、LSA（Life-Space Assessment）、日本作業療法士協会が作成する生活行為向上アセスメント、ロコモ25（平成22年厚生労働科学研究費補助金疾病・障害対策研究分野長寿科学総合研究「運動器機能不全（ロコモティブシンドローム）の早期発見ツールの開発」において作成されたもの）又は老研式活動能力指標のいずれかを用いた患者の心身機能又は活動の評価に係るもの
- (5) 「注3」に掲げる入院時訪問指導加算は、区分番号「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者について、当該病棟への入院日前7日以内又は入院後7日以内に当該患者の同意を得て、医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち1名以上が、必要に応じて社会福祉士、介護支援専門員又は介護福祉士等と協力して、退院後生活する患家等を訪問し、患者の病状、退院後生活する住環境（家屋構造、室内の段差、手すりの場所、近隣の店までの距離等）、家族の状況、患者及び家族の住環境に関する希望等の情報収集及び評価を行った上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合に、入院中に1回に限り算定する。
- (6) 当該加算を算定する場合には、入院前に訪問した場合は入院した日の属する月に算定し、入院後に訪問した場合は訪問日の属する月に算定すること。
- (7) なお、ここでいう退院後生活する患家等には、他の保険医療機関、介護老人保健施設又は当該加算を算定する保険医療機関に併設されている介護保険施設等は含まれない。
- (8) 当該加算を算定する場合には、別紙様式42又はこれに準ずる様式を用いて評価書を作成するとともに、その写しを診療録に添付すること。
- (9) 「注5」に掲げる運動量増加機器加算は、脳卒中又は脊髄障害の急性発症に伴う上肢又は下肢の運動機能障害を有する患者（脳卒中又は脊髄障害の再発によるものを含む。）に対し

て、医師、理学療法士又は作業療法士のうち1名以上が、患者の運動機能障害の状態を評価した上で、脳血管疾患等リハビリテーションに運動量増加機器を用いることが適当と判断した場合であって、当該機器を用いたリハビリテーション総合実施計画を作成した場合に、1回に限り算定する。ただし、当該機器の使用に有効性が認められ、継続すべき医学的必要性が認められる場合に限り、発症日から起算して2月を限度として月1回に限り算定できる。なお、この場合においては、医学的な必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- (10) 当該加算を算定する場合には、適応疾患、発症年月日、運動障害に係る所見、使用する運動量増加機器の名称及び実施期間の予定をリハビリテーション総合実施計画書に記載し、その写しを診療録等に添付すること。

H003-3 リハビリテーション計画提供料

- (1) リハビリテーション計画提供料1は、要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意を得た上で、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所、指定訪問リハビリテーション事業所、指定介護予防通所リハビリテーション事業所又は指定介護予防訪問リハビリテーション事業所（以下「指定通所リハビリテーション事業所等」という。）に対して、別紙様式21の6を用いて3月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書を文書により提供した場合に算定する。利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等とは、当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、当該患者の利用について検討する意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等をいう。
- (2) リハビリテーション計画提供料1について、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供した場合に算定できる。
- (3) 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接敷地内にある指定通所リハビリテーション事業所等を除き、当該保険医療機関と特別の関係にある指定通所リハビリテーション事業所等に提供した場合でも算定できる。
- (4) リハビリテーション計画提供料1を算定した場合、診療情報提供料(I)は算定できない。
- (5) 「注4」については、リハビリテーション計画提供料1を算定する場合に、文書によるリハビリテーション実施計画書等の提供とともに、「通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業」で利用可能な適切な電子媒体を用いてリハビリテーション実施計画書等の提供を行った場合に算定する。
- (6) リハビリテーション計画提供料2は、入院中に疾患別リハビリテーションを実施した患者であって、退院時に区分番号「A246」注4の地域連携診療計画加算を算定した者について、当該患者の同意を得た上で、退院後の外来におけるリハビリテーションを担う他の保険医療機関に対してリハビリテーション実施計画を文書により提供した場合に算定する。なお、当該患者が他の保険医療機関に入院を伴う転院をした場合は算定できない。
- (7) リハビリテーション計画提供料2を算定する場合、他の保険医療機関に提供した文書の写しを診療録等に添付すること。

H003-4 目標設定等支援・管理料

- (1) 目標設定等支援・管理料は、要介護被保険者等に対するリハビリテーションの実施において、定期的な医師の診察、運動機能検査又は作業能力検査等の結果、患者との面接等に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が患者と共同して、個々の患者の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付けを行い、またその進捗を管理した場合に算定する。
- (2) 医師及びその他の従事者は、共同して目標設定等支援・管理シート（別紙様式 23 の 5 又はこれに準じた様式）を作成し、患者に交付し、その写しを診療録等に添付すること。
- (3) 医師は、作成した目標設定等支援・管理シートに基づき、少なくとも次に掲げる内容について、医師が患者又は患者の看護に当たる家族等（以下この区分番号において「患者等」という。）に対して説明すること。また、説明を受けた患者等の反応を踏まえ、必要に応じて適宜、リハビリテーションの内容を見直すこと。
 - ア 説明時点までの経過
 - イ 当該保険医療機関における治療開始時及び説明時点のADL評価（BI又はFIMによる評価の得点及びその内訳を含む。）
 - ウ 説明時点における患者の機能予後の見通し
 - エ 当該患者の生きがい、価値観等に対する医師及びその他の従事者の理解や認識及びウの機能予後の見通し等を踏まえ、どのような活動、社会参加の実現を目指してリハビリテーションを行っているか又は行う予定か。
 - オ 現在実施している、又は今後実施する予定のリハビリテーションが、それぞれエの目標にどのように関係するか。
- (4) 医師は、(3)の説明について、その内容、当該説明を患者等がどのように受け止め、どのように反応したかについて診療録に記載すること。
- (5) 当該患者が、以後、介護保険によるリハビリテーション等のサービスの利用が必要と思われる場合には、必要に応じて介護支援専門員と協力して、患者等に介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等を提供する事業所（当該保険医療機関を含む。）を紹介し、見学、体験（入院中の患者以外の患者に限る。）を提案すること。

H004 摂食機能療法

- (1) 摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。なお、摂食機能障害者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう。
 - ア 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳卒中等による後遺症により摂食機能に障害があるもの
 - イ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの
- (2) 摂食機能療法の実施に当たっては、摂食機能療法に係る計画を作成し、医師は定期的な摂食機能検査をもとに、その効果判定を行う必要がある。なお、治療開始日並びに毎回の訓練内容、訓練の開始時間及び終了時間を診療録等に記載すること。
- (3) 摂食機能療法を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に疾患名及び当該疾患に係る摂

食機能療法の治療開始日を記載すること。

- (4) 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師又は歯科衛生士が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。
- (5) 「2」については、脳卒中の発症後 14 日以内の患者に対し、15 分以上の摂食機能療法を行った場合に算定できる。なお、脳卒中の発症後 14 日以内の患者であっても、30 分以上の摂食機能療法を行った場合には「1」を算定できる。
- (6) 当該患者の転院時又は退院時には、患者又はその家族等に対して、嚥下機能の状態の説明並びに誤嚥予防のための食事内容及び摂食方法の指導を行うとともに、転院後又は退院後の摂食機能療法を担う他の保険医療機関等の医師及びその他の職種に対して、患者の嚥下機能の状態並びに患者又はその家族等への説明及び指導の内容について情報提供を行うこと。
- (7) 「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算は、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）の対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。
- (8) 「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算は、アからウまでの要件をいずれも満たす場合に算定する。

ア 摂食嚥下支援チームによる対応を開始する際には、当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、当該チームにより、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること。なお、すでに摂食機能療法を実施中であり、当該計画書が作成されている場合には、当該チームにより見直しを行うこととしても差し支えない。当該計画書について、その内容を患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付すること。

イ アを実施した患者について、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チームにより、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に1回以上行うこと。当該カンファレンスには、当該チームの構成員である医師、看護師、言語聴覚士、薬剤師及び管理栄養士が参加していること。

ウ 摂食嚥下支援チームは、カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し（嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態に見直すことや量の調整を行うことを含む。）及び摂食方法の調整や口腔管理等の見直しを行い、患者又はその家族等への指導管理を行うこと。カンファレンスの結果を踏まえて計画書等の見直しを行った際には、見直しの要点を診療録等に記載、又は、計画書の写しを診療録等に添付すること。

- (9) 「注3」に掲げる摂食嚥下支援加算を算定する場合は、当該患者の摂食機能療法の効果や進捗状況、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの概要を診療録等に記載又は添付すること。また、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した日付及びカンファレンスを実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

H005 視能訓練

- (1) 視能訓練は、両眼視機能に障害のある患者に対して、その両眼視機能回復のため矯正訓練（斜視視能訓練、弱視視能訓練）を行った場合に算定できるものであり、1日につき1回の

み算定する。

- (2) 斜視視能訓練と弱視視能訓練を同時に施行した場合は、主たるもののみで算定する。
- (3) 実施に当たって、医師は個々の患者の症状に対応した診療計画を作成し診療録に記載又は添付すること。

H006 難病患者リハビリテーション料

- (1) 難病患者リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届出を行った保険医療機関において、難病患者の社会生活機能の回復を目的として難病患者リハビリテーションを行った場合に、実施される内容の種類にかかわらず1日につき1回のみ算定する。
- (2) 難病患者リハビリテーション料の算定対象は、入院中の患者以外の難病患者であって、要介護者(食事又はトイレに介助が必要な者)及び準要介護者(移動又は入浴に介助が必要な者)であり、医師がリハビリテーションが必要であると認めるものであること。
- (3) 難病患者リハビリテーションは、個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであるが、この実施に当たっては、患者の症状等に応じたプログラムの作成、効果の判定等に万全を期すること。なお、実施時間は患者1人当たり1日につき6時間を標準とする。
- (4) 難病患者リハビリテーション料を算定している患者に対して、同一日に行う他のリハビリテーションは所定点数に含まれるものとする。
- (5) 「注2」に規定する短期集中リハビリテーション実施加算は、退院後早期の個々の患者の状態に対応した集中的なリハビリテーションの評価を行うものであり、退院日から起算して1月以内に行われる場合は、1週につき概ね2回以上、1回当たり40分以上、退院日から起算して1月を超え3月以内の期間に行われる場合は、1週につき概ね2回以上、1回当たり20分以上の個別リハビリテーションを含む難病患者リハビリテーションを行った場合に算定する。なお、個別リハビリテーション実施の際には、他の患者に対して提供するリハビリテーションに支障のないよう配慮すること。
- (6) 治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる。

H007 障害児(者)リハビリテーション料

- (1) 障害児(者)リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める障害児(者)リハビリテーション料の施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届出を行った保険医療機関である次に掲げるいずれかの施設で行った場合に算定する。
 - ア 児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設(主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児(同法第7条第2項に規定する重症心身障害児をいう。)を入所させるものに限る。)
 - イ 児童福祉法第6条の2に規定する指定医療機関
 - ウ 当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している外来患者のうち、概ね8割以上が特掲診療料の施設基準等別表第十の二に該当する患者(ただし加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。)である保険医療機関
- (2) 障害児(者)リハビリテーション料は、(1)に掲げる施設の入所者、入院患者、通園者又は通院患者のうち、以下の患者(医師がリハビリテーションが必要と認めた患者に限る。)

に対して、個々の症例に応じてリハビリテーションを行った場合に算定する。

ア 脳性麻痺の患者

イ 胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者（脳形成不全、小頭症、水頭症、奇形症候症、二分脊椎等の患者を含む。）

ウ 顎・口腔の先天異常の患者

エ 先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者（先天性切断、先天性多発性関節拘縮症等の患者を含む。）

オ 先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者

カ 先天性又は進行性の神経筋疾患の患者（脊髄小脳変性症、シャルコーマリートゥース病、進行性筋ジストロフィー症等の患者を含む。）

キ 神経障害による麻痺及び後遺症の患者（低酸素性脳症、頭部外傷、溺水、脳炎・脳症・髄膜炎、脊髄損傷、脳脊髄腫瘍、腕神経叢損傷・坐骨神経損傷等回復に長期間を要する神経疾患等の患者を含む。）

ク 言語障害、聴覚障害、認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者（広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害等の患者を含む。）

(3) 障害児（者）リハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な運動機能検査等のもとに、その効果判定を行い、リハビリテーション実施計画を作成する必要がある。なお、障害児（者）リハビリテーションを実施するに当たっては、開始時及びその後3か月に1回以上、患者又はその家族に対して実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載又は添付する。

(4) 障害児（者）リハビリテーション料を算定する場合は、同一の保険医療機関において、区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料、区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料又は区分番号「H007-2」がん患者リハビリテーション料は別に算定できない。ただし、障害児（者）リハビリテーションについては、その特殊性を勘案し、疾患別リハビリテーション料又は区分番号「H007-2」がん患者リハビリテーション料を算定している保険医療機関とは別の保険医療機関で算定することは可能である。

H007-2 がん患者リハビリテーション料

(1) がん患者リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、がんの種類や進行、がんに対して行う治療及びそれに伴って発生する副作用又は障害等について十分な配慮を行った上で、がんやがんの治療により生じた疼痛、筋力低下、障害等に対して、二次的障害を予防し、運動器の低下や生活機能の低下予防・改善することを目的として種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合について算定する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第2章特掲診療料第9部処置の項により算定する。

(2) がん患者リハビリテーション料は、対象となる患者に対して、医師の指導監督の下、がん患者リハビリテーションに関する適切な研修を修了した理学療法士、作業療法士又は言語聴

覚士が個別に 20 分以上のリハビリテーションを行った場合を 1 単位として、1 日につき 6 単位に限り算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合であっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

- (3) がん患者リハビリテーション料の対象となる患者は、入院中のがん患者であって、以下のいずれかに該当する者をいい、医師が個別にがん患者リハビリテーションが必要であると認める者である。

ア 当該入院中のがんの治療のための手術、骨髄抑制を来しうる化学療法、放射線治療若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者

イ 在宅において緩和ケア主体で治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者

- (4) がん患者リハビリテーションを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を作成し、区分番号「H003-2」リハビリテーション総合計画評価料 1 を算定していること。なお、がん患者リハビリテーションの開始時及びその後 3 か月に 1 回以上、患者又はその家族等に対して当該がん患者リハビリテーションの実実施計画の内容を説明し、その要点を診療録等に記載する。なお、がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にカンサーボードに参加することが望ましい。

- (5) がん患者リハビリテーション料を算定している患者に対して、区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料、区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料又は区分番号「H007」障害児（者）リハビリテーション料は別に算定できない。

H007-3 認知症患者リハビリテーション料

- (1) 認知症患者リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、重度認知症の患者（区分番号「A314」認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院している患者に限る。）に対して、認知症の行動・心理症状の改善及び認知機能や社会生活機能の回復を目的として、作業療法、学習訓練療法、運動療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合について算定する。ここでいう重度認知症の患者とは、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成 18 年 4 月 3 日老発第 0403003 号。「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和 2 年●月●日保医発●第●号）の別添 6 の別紙 12 及び別紙 13 参照）におけるランク M に該当するものをいう。ただし、重度の意識障害のある者（JCS（Japan Coma Scale）で II-3（又は 30）以上又は GCS（Glasgow Coma Scale）で 8 点以下の状態にある者）を除く。また、ここでいう認知症疾患医療センターとは、「認知症施策等総合支援事業の実施について」（平成 26 年 7 月 9 日老発 0709 第 3 号老健局長通知（一部改正、平成●年●月●日老発●第●号））に基づき、都道府県知事又は指定都市市長が指定した保険医療機関であること。

- (2) 認知症患者リハビリテーション料は、対象となる患者に対して、認知症リハビリテーショ

ンに関して、十分な経験を有する医師の指導監督の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別に 20 分以上のリハビリテーションを行った場合に算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

- (3) 認知症患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が1対1で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションを実施する患者数は、従事者1人につき1日18人を上限とする。ただし、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の労働時間が適切なものになるよう配慮すること。

- (4) 認知症患者リハビリテーションを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を作成し、区分番号「H003-2」リハビリテーション総合計画評価料1を算定していること。
- (5) 認知症患者リハビリテーションを算定している患者について、区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料、区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料、区分番号「H007」障害児(者)リハビリテーション料又は区分番号「H007-2」がん患者リハビリテーション料は別に算定できない。

H007-4 リンパ浮腫複合的治療料

- (1) リンパ浮腫複合的治療料は、鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行った患者又は原発性リンパ浮腫と診断された患者であって、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降のものに対し、複合的治療を実施した場合に算定する。なお、この場合において、病期分類Ⅱ期以降の患者が「1」の「重症の場合」の対象患者となる。
- (2) リンパ浮腫複合的治療料は、専任の医師が直接行うもの又は専任の医師の指導監督の下、専任の看護師、理学療法士若しくは作業療法士が行うものについて算定する。あん摩マッサージ指圧師（当該保険医療機関に勤務する者であって、あん摩マッサージ指圧師の資格を取得後、2年以上業務に従事（うち6月以上は当該保険医療機関において従事）し、施設基準に定める適切な研修を修了したものに限り。）が行う場合は、専任の医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が事前に指示し、かつ事後に報告を受ける場合に限り算定できる。いずれの場合も、患者1名に対し従事者1名以上の割合で実施する。
- (3) リンパ浮腫複合的治療料は、弾性着衣又は弾性包帯による圧迫、圧迫下の運動、手动的リンパドレナージ、患肢のスキンケア及び体重管理等のセルフケア指導等を適切に組み合わせ、「1」の「重症の場合」は1回40分以上、「2」の「1以外の場合」は1回20分以上行った場合に算定する。なお、一連の治療において、患肢のスキンケア、体重管理等のセルフケア指導は必ず行うこと。また、重症の場合は、毎回の治療において弾性着衣又は弾性包帯による圧迫を行うこと（圧迫を行わない医学的理由がある場合を除く。）。
- (4) 当該保険医療機関において、直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していない場合は、リンパ浮腫の診断等に係る連携先として届け出た保険医療機関（直近1年間に

リンパ浮腫指導管理料を 50 回以上算定しているものに限る。) においてリンパ浮腫と診断され、リンパ浮腫の複合的治療を依頼する旨とともに紹介されたもの(区分番号「B009」診療情報提供料(I)を算定するものに限る。)についてのみ算定できる。

H008 集団コミュニケーション療法料

- (1) 集団コミュニケーション療法料は、別に厚生労働大臣が定める区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号「H007」障害児(者)リハビリテーション料の施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届出を行った保険医療機関であって、当該施設において医師又は医師の指導監督の下で言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行った場合に算定できる。
- (2) 集団コミュニケーション療法料の算定対象となるのは、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号「H007」障害児(者)リハビリテーション料を算定する患者のうち、1人の言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行うことができる程度の症状の患者であって、特に集団で行う言語聴覚療法である集団コミュニケーション療法が有効であると期待できる患者である。
- (3) 集団コミュニケーション療法の実施単位数は言語聴覚士1人当たり1日のべ54単位を限度とする。また、集団コミュニケーション療法と脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション又は障害児(者)リハビリテーションを併せて行っている従事者については、実施するリハビリテーションの単位数が、集団コミュニケーション療法3単位を疾患別リハビリテーション1単位とみなした上で、1日に概ね18単位、週に108単位を超えないものとする。
- (4) 集団コミュニケーション療法の実施に当たっては、医師は定期的な言語聴覚機能能力に係る検査をもとに効果判定を行い、集団コミュニケーション療法の実施計画を作成する必要がある。なお、集団コミュニケーション療法を実施する場合は開始時及びその後3か月に1回以上、患者又はその家族に対して当該集団コミュニケーション療法の実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載又は添付する。

第8部 精神科専門療法

通則

- 1 精神科専門療法の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、精神科専門療法に当たって薬剤を使用したときは、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 精神科専門療法料は、特に規定する場合を除き、精神科を標榜する医療機関において算定する。

第1節 精神科専門療法料

区分

- 1000 精神科電気療法
- 1 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 2,800点
 - 2 1以外の場合 150点
- 注 1 1日以内限り算定する。
- 2 1については、第11部に規定する麻酔に要する費用(薬剤料及び特定保険医療材料を除く。)は所定点数に含まれるものとする。
 - 3 1については、麻酔に従事する医師(麻酔科につき専任療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。)が麻酔を行った場合は、900点を所定点数に加算する。

1000-2 経頭蓋磁気刺激療法

- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た医療機関において、薬物治療で十分な効果が認められない成人のうつ病患者に対して、経頭蓋治療用磁気刺激装置による治療を行った場合に限り算定する。
- 1,200点

1001 入院精神療法(1回につき)

- 1 入院精神療法(1) 400点
 - 2 入院精神療法(2)
 - イ 入院の日から起算して6月以内の期間に行った場合 150点
 - ロ 入院の日から起算して6月を超えた期間に行った場合 80点
- 注 1 1については、入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して3月を限度として週3回に限り算定する。
- 2 2については、入院中の患者について、入院の日から起算して4週間以内の期間に行われる場合は週2回を、入院の日から起算して4週間を超える期間に行われる場合は週1回をそれぞれ限度として算定する。ただし、重度の精神障害者である患者に対して精神保健指定医が必要と認められて行われる場合は、入院期間にかかわらず週2回に限り算定する。

1002 通院・在宅精神療法(1回につき)

- 1 通院精神療法
 - イ 精神保健福祉法第29条又は第20条の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容を記載した計画に基づき支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている医療機関の精神科の医師が行った場合 660点
 - ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 540点
- ハ イ及びロ以外の場合
 - (1) 60分以上の場合 400点
 - (2) 30分未満の場合 330点
- 2 在宅精神療法
 - イ 精神保健福祉法第29条又は第20条の規定による入院措置を経て退院した患

者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容を記載した計画に基づき支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている医療機関の精神科の医師が行った場合 660点

ロ 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合 600点

ハ イ及びロ以外の場合

- (1) 60分以上の場合 540点
- (2) 30分未満の場合 400点
- (3) 30分未満の場合 330点

- 注 1 入院中の患者以外の患者について、退院後4週間以内の期間に行われる場合にあっては1と2を合わせて週2回、その他の場合にあっては1と2を合わせて週1回に限り算定する。ただし、区分番号B000に掲げる特定療養管理料を算定している患者については算定しない。
- 2 通院・在宅精神療法は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において通院・在宅精神療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。
- 3 20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合(当該医療機関の精神科を最初に受診した日から1年以内の期間に行った場合に限る。)は、350点を所定点数に加算する。ただし、注4に規定する加算を算定した場合は、算定しない。
- 4 特定機能病院若しくは区分番号A311-4に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った医療機関又は当該医療機関以外の医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、1回に限り算定する。

- イ 16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合(当該医療機関の精神科を最初に受診した日から2年以内の期間に行った場合に限る。) 500点
- ロ 20歳未満の患者に60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合(当該医療機関の精神科を最初に受診した日から3月以内の期間に行った場合に限る。)

- 5 1のハの(1)並びにロのハの(1)及び(2)については、抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月1回に限り25点を所定点数に加算する。ただし、区分番号1002-2に掲げる精神科継続外来支援・指導料の注4に規定する加算を算定する月は、算定しない。
- 6 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を併用した場所であって、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
- 7 1のイを算定する患者に対し、医師の指示を受けた看護師、准看護師又は精神保健福祉士が、月に1回以上、療養の状況等を踏まえ、治療及び社会生活等に係る助言又は指導を継続して行った場合に、措置入院後継続費加算として、3月に1回に限り275点を所定点数に加算する。
- 8 1を算定する患者であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た医療機関において、当該医療機関における直近の入院において、区分番号B015に掲げる精神科速時共同指導料1を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に

- 、療養生活環境整備指導加算として、初回算定日の属する月から起算して1年を
 限度として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。
- 1 0 0 2 - 2 精神科継続外来支援・指導料（1日につき） 55点
- 注 1 入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家
 族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行っ
 た場合に、患者1人につき1回に限り算定する。
- 2 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗不安薬、3種類以上
 の睡眠薬、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を投与した場合（
 臨時の投薬等のもの及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を患者の病状
 等によりやむを得ず投与するものを除く。）には、算定しない。
- 3 医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師
 ・作業療法士又は保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環
 境を整備するための支援を行った場合は、40点を所定点数に加算する。
- 4 抗精神病薬を服用している患者については、客観的な指標による当該薬剤の副作用
 の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月1回に限り25点を
 所定点数に加算する。ただし、区分番号1 0 0 2に掲げる通院・在宅精神療法の
 注5に規定する加算を算定する月は、算定しない。
- 5 当該患者に対して、1回の処方において、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以
 上の抗精神病薬を投与した場合（注2に規定する場合を除く。）であって、別に
 厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、所定点数の100分の50に相当する
 点数により算定する。
- 6 他の精神科専門療法と同一日に行う精神科継続外来支援・指導に係る取用は、
 他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。
- 1 0 0 2 - 3 救急患者精神科継続支援料
- 1 入院中の患者 435点
- 2 入院中の患者以外 135点
- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等
 に届け出た保険医療機関において、精神疾患を有する患者であって、自殺企図等
 により入院したものに對し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確
 認し、助言又は指導を行った場合に算定する。
- 2 入院中の患者については、入院した日から起算して6月以内の期間に月1回に
 限り算定する。
- 3 入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行っ
 た場合に、退院後6月を限度として、計6回に限り算定する。
- 1 0 0 3 構造型精神分析療法（1日につき） 390点
- 注 診療に要した時間が45分を超えたときに限り算定する。
- 1 0 0 3 - 2 認知療法・認知行動療法（1日につき）
- 1 医師による場合 480点
- 2 医師及び看護師が共同して行う場合 350点
- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等
 に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者について、認知療法
 ・認知行動療法に習熟した医師が、一連の治療に関する計画を作成し、患者に説
 明を行った上で、認知療法・認知行動療法を行った場合に、一連の治療について
 16回に限り算定する。
- 2 精神科を構構する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるもの
 とする。
- 3 診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。
- 4 認知療法・認知行動療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含
 まれるものとする。

- 1 0 0 4 心身医学療法（1回につき） 150点
- 1 入院中の患者 110点
- 2 入院中の患者以外 80点
- イ 初診時
- ロ 再診時
- 注 1 精神科を構構する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるもの
 とする。
- 2 区分番号A 0 0 0に掲げる初診料を算定する初診の日において心身医学療法を
 行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。
- 3 入院中の患者については、入院の日から起算して4週間以内の期間に行われる場
 合にあっては週2回、入院の日から起算して4週間を超える期間に行われる場
 合にあっては週1回に限り算定する。
- 4 入院中の患者以外の患者については、初診日から起算して4週間以内の期間に
 行われる場合にあっては週2回、初診日から起算して4週間を超える期間に行わ
 れる場合においては週1回に限り算定する。
- 5 20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の
 100分の200に相当する点数を加算する。
- 1 0 0 5 入院集団精神療法（1日につき） 100点
- 注 1 入院中の患者については、入院の日から起算して6月を限度として週2回に限り
 算定する。
- 2 入院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれる
 ものとする。
- 1 0 0 6 通院集団精神療法（1日につき） 270点
- 注 1 入院中の患者以外の患者については、6月を限度として週2回に限り算定する。
- 2 通院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれる
 ものとする。
- 1 0 0 6 - 2 依存症集団療法（1回につき） 340点
- 1 薬物依存症の場合 300点
- 2 ガャンブル依存症の場合
- 注 1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして
 地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬物依存症の場合であって、
 入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から
 起算して6月を限度として、週1回に限り算定する。ただし、精神科の医師が特
 に必要性を認め、治療開始日から起算して6月を超えて実施した場合には、治療
 開始日から起算して2年を限度として、更に週1回かつ計24回に限り算定できる
 ものとする。
- 2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして
 地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ギャンブル依存症の患者であ
 って、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始
 日から起算して3月を限度として、2週間1回に限り算定する。
- 3 依存症集団療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるも
 のとする。
- 1 0 0 7 精神科作業療法（1日につき） 220点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に
 届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。
- 1 0 0 8 入院生活技能訓練療法
- 1 入院の日から起算して6月以内の期間に行った場合 100点
- 2 入院の日から起算して6月を超えた期間に行った場合 75点
- 注 1 入院中の患者については、週1回に限り算定する。

2 入院生活技能訓練療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

1008-2 精神科ショート・ケア（1日につき）

- 1 小規模なもの 275点
- 2 大規模なもの 330点

注 1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届け出た保健医療機関において行われる場合に算定する。

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届け出た保健医療機関において、疾患等に応じた診療計画を作成して行われる場合に算定する。

3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合には、早期加算として、20点を所定点数に加算する。

4 当該施設医療機関において、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号10111に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。）に対し、精神科ショート・ケアを行った場合には、入院中1回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。

5 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合において、早期加算として、20点を所定点数に加算する。

6 精神科ショート・ケアを算定した場合は、区分番号1009に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号1010に掲げる精神科ナイト・ケア、区分番号1010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号1015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。

7 1については、40歳未満の患者に対して、当該患者と類似の精神症状を有する複数の患者と共通の計画を作成し、当該計画について文書により提供し、当該患者の同意を得た上で、当該計画に係る複数の患者と同時に精神科ショート・ケアを実施した場合には、治療開始日から起算して5月を限度として、週1回に限り、精

疾患別専門プログラム加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認めた場合は、治療開始日から起算して2年を限度として、更に週1回かつ計20回に限り算定できる。

1009 精神科デイ・ケア（1日につき）

- 1 小規模なもの 590点
- 2 大規模なもの 700点

注 1 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届け出た保健医療機関において行われる場合に算定する。

2 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届け出た保健医療機関において、疾患等に応じた診療計画を作成して行われる場合に算定する。

3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合には、週5日を限度として算定する。ただし、週3日を超えて算定する場合には、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限り、

4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合であって、週3日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有

する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

5 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合であっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。

6 当該施設医療機関において、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号10111に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。）に対し、精神科ショート・ケアを行った場合には、入院中1回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。

7 精神科ショート・ケアを算定した場合は、区分番号1008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号1010に掲げる精神科ナイト・ケア、区分番号1010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号1015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。

1010 精神科ナイト・ケア（1日につき）

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届け出た保健医療機関において行われる場合に算定する。

2 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合には、週5日を限度として算定する。ただし、週3日を超えて算定する場合には、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限り、

3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合であって、週3日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合であっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。

5 精神科ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号1008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号1009に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号1010-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号1015に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。

6 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケア（1日につき）

- 1010-2 精神科ナイト・ケア（1日につき） 1,000点

注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届け出た保健医療機関において行われる場合に算定する。

2 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年を超える期間に行われる場合には、週5日を限度として算定する。ただし、週3日を超えて算定する場合には、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限り、

3 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して3年を超える期間に行われる場合であって、週3日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

4 精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合であって、早期加算として、50点を所定点数に加算する。

5 当該療法について、疾患等に応じた診療計画を作成して行った場合は、疾患別等診療計画加算として、40点を所定点数に加算する。

6 精神科デイ・ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号1008-2に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア、区分番号1010-1に掲げる精神科ナイト・ケア及び区分番号1015に掲げる重症認知症患者デイ・ケア料は算定しない。

1011 精神科退院指導料

320点
注1 入院期間が1月を超えな精神障害者である患者又はその家族等に対して、精神科の医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合に、当該入院中1回に限り算定する。

2 入院期間が1年を超えな精神障害者である患者又はその家族等に対して、精神科の医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合であって、当該患者が退院したときに、精神科地域移行支援加算として、退院時に1回に限り200点を所定点数に加算する。

1011-2 精神科退院訪問指導料

380点
注1 入院中の患者の円滑な退院のため、患者等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回（入院期間が6月を超えなと見込まれる患者にあつては、当該入院中6回）に限り算定する。

2 保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が共同して訪問指導を行った場合は、320点を所定点数に加算する。

3 注1に掲げる指導に要した交通費は、患者の負担とする。

1012 精神科訪問看護・指導料

1 精神科訪問看護・指導料①

イ 保健師又は看護師による場合
 (1) 週3日目まで 30分以上の場合 580点
 (2) 週3日目まで 30分未満の場合 445点
 (3) 週4日目以降 30分以上の場合 680点
 (4) 週4日目以降 30分未満の場合 530点

ロ 准看護師による場合

(1) 週3日目まで 30分以上の場合 530点
 (2) 週3日目まで 30分未満の場合 405点
 (3) 週4日目以降 30分以上の場合 630点
 (4) 週4日目以降 30分未満の場合 490点

ハ 作業療法士による場合

(1) 週3日目まで 30分以上の場合 580点
 (2) 週3日目まで 30分未満の場合 445点
 (3) 週4日目以降 30分以上の場合 680点
 (4) 週4日目以降 30分未満の場合 530点

ニ 精神保健福祉士による場合

(1) 週3日目まで 30分以上の場合 580点
 (2) 週3日目まで 30分未満の場合 445点
 (3) 週4日目以降 30分以上の場合 680点
 (4) 週4日目以降 30分未満の場合 530点

2 削除

3 精神科訪問看護・指導料②

イ 保健師又は看護師による場合

(1) 同一日に2人

(1) 週3日目まで 30分以上の場合 580点
 (2) 週3日目まで 30分未満の場合 445点
 (3) 週4日目以降 30分以上の場合 680点
 (4) 週4日目以降 30分未満の場合 530点

② 同一日に3人以上

(1) 週3日目まで 30分以上の場合 293点
 (2) 週3日目まで 30分未満の場合 225点
 (3) 週4日目以降 30分以上の場合 343点
 (4) 週4日目以降 30分未満の場合 268点

ロ 准看護師による場合

(1) 同一日に2人
 (1) 週3日目まで 30分以上の場合 530点
 (2) 週3日目まで 30分未満の場合 405点
 (3) 週4日目以降 30分以上の場合 630点
 (4) 週4日目以降 30分未満の場合 490点

② 同一日に3人以上

(1) 週3日目まで 30分以上の場合 268点
 (2) 週3日目まで 30分未満の場合 205点
 (3) 週4日目以降 30分以上の場合 318点
 (4) 週4日目以降 30分未満の場合 248点

ハ 作業療法士による場合

(1) 同一日に2人
 (1) 週3日目まで 30分以上の場合 580点
 (2) 週3日目まで 30分未満の場合 445点
 (3) 週4日目以降 30分以上の場合 680点
 (4) 週4日目以降 30分未満の場合 530点

② 同一日に3人以上

(1) 週3日目まで 30分以上の場合 293点
 (2) 週3日目まで 30分未満の場合 225点
 (3) 週4日目以降 30分以上の場合 343点
 (4) 週4日目以降 30分未満の場合 268点

ニ 精神保健福祉士による場合

(1) 同一日に2人
 (1) 週3日目まで 30分以上の場合 580点
 (2) 週3日目まで 30分未満の場合 445点
 (3) 週4日目以降 30分以上の場合 680点
 (4) 週4日目以降 30分未満の場合 530点

② 同一日に3人以上

(1) 週3日目まで 30分以上の場合 293点
 (2) 週3日目まで 30分未満の場合 225点
 (3) 週4日目以降 30分以上の場合 343点
 (4) 週4日目以降 30分未満の場合 268点

注1 1については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該医療保険機関が同一日に精神科訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）に対して、当該患者を診察した精神科を構務する医療従事者の保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下この区分番号において「看護師等」という。）を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料②、区分番号C00

5)に掲げる在宅宅居者訪問看護・指導料(3を除く。)及び区分番号C005-1-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料(3を除く。)を算定する日と合わせて週3回(当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合)にあっては、週5回)に限り算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合には、医師が必要と認め指示した場合には、1日に1回に限り、当該急性増悪した日から7日以内の期間については、1日につき1回に限り算定することができる。

2-3については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等であって、同一建物居住者であるものに対して、当該患者を診察した精神科を勤務する保険医療機関の看護師等を訪問させて、看護又は療養に必要な指導を行なった場合に、精神科訪問看護・指導料①、区分番号C005-1-2に掲げる在宅患者訪問看護・指導料(3を除く。)及び区分番号C005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料(3を除く。)を算定する日と合わせて週3回(当該患者の退院後3月以内の期間において行われる場合には、週5回)に限り、患者1人につきそれぞれ所定点数を算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合には、医師が必要と認め指示した場合には、1日に1回に限り、当該急性増悪した日から7日以内の期間については、1日につき1回に限り算定することができる。

3 注1ただし書及び注2ただし書の患者について、更に継続した訪問看護が必要と医師が判断した場合には、急性増悪した日から1月以内の医師が指示した連続した7日間(注1ただし書及び注2ただし書に規定する期間を除く。)については、1日につき1回に限り算定することができる。

4 注1及び注2に規定する場合(いずれも30分未満の場合を除く。)であって、複数の看護師等を訪問させて、看護又は療養に必要な指導を行なった場合は、複数名精神科訪問看護・指導料として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあっては週1日を限度とする。

イ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合

- (1) 1日に1回の場合
 - ① 同一建物内1人 450点
 - ② 同一建物内2人 450点
 - ③ 同一建物内3人以上 400点
- (2) 1日に2回の場合
 - ① 同一建物内1人 900点
 - ② 同一建物内2人 900点
 - ③ 同一建物内3人以上 810点
- (3) 1日に3回以上の場合
 - ① 同一建物内1人 1,450点
 - ② 同一建物内2人 1,450点
 - ③ 同一建物内3人以上 1,300点

ロ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合

- (1) 1日に1回の場合
 - ① 同一建物内1人 380点
 - ② 同一建物内2人 380点
 - ③ 同一建物内3人以上 340点
- (2) 1日に2回の場合

- ① 同一建物内1人 760点
- ② 同一建物内2人 760点
- ③ 同一建物内3人以上 680点
- (4) 1日に3回以上の場合
 - ① 同一建物内1人 1,240点
 - ② 同一建物内2人 1,240点
 - ③ 同一建物内3人以上 1,120点

ハ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合

- (1) 同一建物内1人 300点
- (2) 同一建物内2人 300点
- (3) 同一建物内3人以上 270点

5 注1及び注2に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対して、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる精神科訪問看護・指導を実施した場合には、長時間精神科訪問看護・指導加算として週1日(別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週3日)に限り、520点を所定点数に加算する。

6 注1及び注2に規定する場合であって、夜間(午後6時から午後10時までの時間をいう。)又は早朝(午前6時から午前8時までの時間をいう。)に精神科訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として20点を所定点数に加算し、深夜に精神科訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として420点を所定点数に加算する。

7 注1及び注2に規定する場合であって、患者又はその家族等の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医(精神科の医師に限る。)の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に精神科訪問看護・指導を実施した場合には、精神科緊急訪問看護加算として、1日につき265点を所定点数に加算する。

8 精神科訪問看護・指導料又はC005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・患者訪問看護・指導料又はC005-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料は、算定しない。

9 精神科訪問看護・指導に要した交通費は、患者の負担とする。

10 区分番号1016に掲げる精神科在宅高齢者支援管理料(1のハを除く。)を算定する患者に対して、当該患者に対して、当該患者を担う保険医療機関(訪問看護を行うものに限る。)の保険医が必要と認めて、1日に2回又は3回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定点数に加算する。

- イ 1日に2回の場合
 - (1) 同一建物内1人 450点
 - (2) 同一建物内2人 450点
 - (3) 同一建物内3人以上 400点
- ロ 1日に3回以上の場合
 - (1) 同一建物内1人 800点
 - (2) 同一建物内2人 800点
 - (3) 同一建物内3人以上 720点

11 別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録従事者又は登録特定行為事業者と連携し、臨床吸引等が円滑に行われるよう、臨床吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月1回に限り250点を所定点数に加算する。

12 保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機

間の所在地から患者までの移動にかかると時間がかかる場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

別1に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の看護師等が精神科訪問看護・指導を行う場合

別2に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域の患者に対して精神科訪問看護・指導を行う場合

1012-2 精神科訪問看護指示料 300点

注1 当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第1項に規定する指定介護予防サービス居宅サービス事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者、いずれも訪問看護事業者をいう。）又は健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、精神科訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき1回に限り、100点を所定点数に加算する。

2 当該患者が服薬等により急性増悪した場合であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、その旨を記載した精神科訪問看護指示書を交付した場合、精神科特別訪問看護指示料を加算し、患者1人につき1回に限り、100点を所定点数に加算する。

3 注1の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛生材料等提供加算として、患者1人につき1回に限り、80点を所定点数に加算する。

4 精神科訪問看護指示料を算定した場合においては、区分番号C007に掲げる訪問看護指示料は算定しない。

1013 抗精神病薬注射薬剤治療指導管理料

1 持続性抗精神病薬注射薬剤治療指導管理料

イ 入院中の患者 250点

ロ 入院中の患者以外 250点

2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 500点

注1 1のイについては、持続性抗精神病薬注射薬剤を投与している入院中の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該薬剤の投与開始日の属する月及びその翌月にそれぞれ1回に限り、当該薬剤を投与したとみなす。

2 1のロについては、持続性抗精神病薬注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月に1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

3 2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、治療抵抗性統合失調症治療を授け、かつ、当該薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、月に1回に限り、当該薬剤を投与したとみなす。

1014 医療保護入院等診療料

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第29条第1項、第29条の2第1項、第33条第1項若しくは第2項又は第33条の7第1項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理

を行った場合は、患者1人につき1回に限り算定する。

1015 重度認知症患者ケア料

注1 精神科認知症患者ケア料（1日につき） 1,040点

め、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1日につき6時間以上行った場合に算定する。

2 当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間の精神症状及び行動異常が著しい認知症患者に対して、当該療法に引き続き2時間以上の夜間ケアを行った場合には、当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に行われ、夜間ケア加算として、100点を所定点数に加算する。

4 重度認知症患者ケア料を算定した場合は、区分番号1008-2に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号1009に掲げる精神科ケア、区分番号1010に掲げる精神科ナイト・ケアは算定しない。

1016 精神科在宅患者支援管理料

1 精神科在宅患者支援管理料1

イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合 3,000点

ロ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合 2,250点

2 精神科在宅患者支援管理料2

イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合 2,500点

ロ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合 1,875点

3 精神科在宅患者支援管理料3

イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合 2,030点

ロ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合 1,248点

4 精神科在宅患者支援管理料4

イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合 2,467点

ロ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合 1,850点

5 精神科在宅患者支援管理料5

イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合 2,056点

ロ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合 1,542点

6 精神科在宅患者支援管理料6

イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合 2,030点

ロ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合 1,248点

7 精神科在宅患者支援管理料7

イ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合 2,030点

ロ 別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合 1,248点

注1 1のイ及びロについては、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合（イについては週2回以上、ロについては月2回以上行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を介して6月を限度として、月1回に限り算定する。

2 1のハについては、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合（イについては週2回以上、ロについては月2回以上行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を介して6月を限度として、月1回に限り算定する。

び訪問看護を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、当該患者1人につき月1回に限り算定する。

3 2については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が当該保険医療機関とは別当患者等と届け出たものに限る。）の保健師、看護師、准看護師又は作業療法士と連携し、訪問看護ステーションの医師、看護師、看護師又は作業療法士と連携し、患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合（イについては当該別の訪問看護ステーションが2回以上、定期的な訪問診療を行うに当たっては当該別の訪問看護ステーションが2回以上の訪問看護を行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて6月を限度として、月1回に限り算定する。

4 3については、1又は2を算定した患者であって、引き続き訪問診療が必要なし患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が当該患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、月1回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、精神科在宅患者支援管理料1又は2の初回算定日の属する月を含めて2年を限度として、月1回に限り算定する。ただし、1又は2を算定した月には、3を算定することはできない。

5 精神科在宅患者支援管理料を算定した場合は、区分番号B000に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号B001の5に掲げる小児科療養指導料、区分番号B001の6に掲げるてんかん指導料、区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料、区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料、区分番号B001の18に掲げる小児慢性難病患者指導管理料、区分番号B007-2に掲げる退院後訪問指導料、区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料、区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料、区分番号C007に掲げる訪問看護指示料、区分番号C010に掲げる在宅患者管理指導料、区分番号C109に掲げる在宅療養きり患者処置指導管理料及び区分番号1012-2に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。

6 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同時に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、精神科オンライン在宅管理料として、100点を所定点数に加えて算定できる。

7 精神科在宅患者支援管理に要した交通費は、患者の負担とする。

第2節 薬剤料

区分

1100

薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第8部 精神科専門療法

<通則>

精神科専門療法においては、薬剤を使用した場合は、第1節の精神科専門療法料と第2節の薬剤料を合算した点数により、薬剤を使用しない場合は、第1節の精神科専門療法料に掲げる所定点数のみによって算定する。この部において、精神疾患とは、ICD-10（国際疾病分類）の第5章「精神および行動の障害」に該当する疾病又は第6章に規定する「アルツハイマー〈Alzheimer〉病」、「てんかん」及び「睡眠障害」に該当する疾病をいう。

第1節 精神科専門療法料

I 0 0 0 精神科電気痙攣療法

- (1) 精神科電気痙攣療法とは、100 ボルト前後の電流を頭部に短時間通電することを反復し、各種の精神症状の改善を図る療法をいい、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が行った場合に限り、1日1回に限り算定する。
- (2) 精神科電気痙攣療法は、当該療法について十分な知識を有する医師が実施すべきものであり、当該医師以外の介助者の立ち合いの下に、何らかの副作用が生じた際に適切な処置が取り得る準備の下に行われなければならない。
- (3) マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴った精神科電気痙攣療法を実施する場合は、当該麻酔に要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。ただし、当該麻酔に伴う薬剤料及び特定保険医療材料料は別途算定できる。
- (4) 「注3」に規定する加算は、麻酔科標榜医により、質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。当該加算を算定する場合には、当該麻酔科標榜医の氏名、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載する。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。

I 0 0 0 - 2 経頭蓋磁気刺激療法

- (1) 当該治療を実施する場合は関連学会の定める適正使用指針を遵守すること。
- (2) 経頭蓋磁気刺激療法は、抗うつ剤を使用した経験があつて、十分な効果が認められない成人のうつ病患者に用いた場合に限り算定できる。ただし、双極性感情障害、軽症うつ病エピソード、持続気分障害などの軽症例や、精神病症状を伴う重症うつ病エピソード、切迫した希死念慮、緊張病症状、速やかに改善が求められる身体的・精神医学的状态を認めるなどの電気痙攣療法が推奨される重症例を除く。
- (3) 経頭蓋磁気刺激療法は、関連学会の定める適正使用指針に基づき、適正時間の刺激により治療が行われた場合に算定できる。時間については、治療装置による治療の前後の医師又は看護師によって行われる面接の時間及び治療装置の着脱に係る時間は含まない。なお、当該治療に用いた医療機器、治療を行った日時及び刺激した時間について、診療録に記載する。
- (4) 初回の治療を行った日から起算して6週を限度として、計30回に限り算定できる。また、治療開始日と終了日の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (5) 治療開始前にHAMD 17又はHAMD 24（ハミルトンうつ病症状評価尺度）による評価を行い、その分析結果及び患者に対する本治療の説明内容の要点を診療録に記載する。
- (6) 治療開始から第3週目及び第6週目にHAMD 17又はHAMD 24による再評価を行い、

その分析結果を診療録に記載する。なお、第3週目の評価において、その合計スコアがHAM-D 17で7以下、HAM-D 24で9以下である場合は寛解と判断し当該治療は中止又は漸減する。漸減する場合、第4週目は最大週3回、第5週目は最大週2回、第6週目は最大週1回まで算定できる。また、第3週目の評価において、HAM-D 17又はHAM-D 24の合計スコアで寛解と判断されず、かつ治療開始前の評価より改善が20%未満の場合には中止する。

I 0 0 1 入院精神療法

- (1) 入院精神療法とは、入院中の患者であって精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害があるものに対して、一定の治療計画に基づいて精神面から効果のある心理的影響を与えることにより、対象精神疾患に起因する不安や葛藤を除去し、情緒の改善を図り洞察へと導く治療方法をいう。
- (2) 入院精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神保健指定医又はその他の精神科を担当する医師が、当該保険医療機関内の精神療法を行うにふさわしい場所において、対象精神疾患の患者に対して必要な時間行った場合に限り算定する。ただし、区分番号「A 2 3 0 - 4」精神科リエゾンチーム加算の届出を行っている保険医療機関については、精神科を標榜していない場合にも、入院精神療法を算定できる。
- (3) 入院精神療法として算定できる回数は、医学的に妥当と認められる回数を限度とする。なお、入院精神療法は、同時に複数の患者又は複数の家族を対象として集団的に行われた場合には、算定できない。
- (4) 患者の家族に対する入院精神療法は、統合失調症の患者であって、家族関係が当該疾患の原因又は増悪の原因と推定される場合に限り、当該保険医療機関における初回の入院の時に、入院中2回に限り算定できる。ただし、患者の病状説明、服薬指導等一般的な療養指導である場合は、算定できない。なお、家族に対して入院精神療法を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に「家族」と記載する。
- (5) 入院精神療法を行った場合（家族に対して行った場合を含む。）は、その要点を診療録に記載する。入院精神療法（I）にあつては、更に当該療法に要した時間及びその要点を診療録に記載する。
- (6) 患者に対して入院精神療法を行った日と同一の日に家族に対して入院精神療法を行った場合における費用は、患者に対する入院精神療法の費用に含まれ、別に算定できない。
- (7) 入院の日及び入院の期間の取扱いについては、入院基本料の取扱いの例による。
- (8) 重度の精神障害者とは、措置入院患者、医療保護入院患者及び任意入院であるが何らかの行動制限を受けている患者等をいう。
- (9) 入院精神療法（I）を行った週と同一週に行われた入院精神療法（II）は別に算定できない。
- (10) 入院中の対象精神疾患の患者に対して、入院精神療法に併せて区分番号「I 0 0 4」心身医学療法が算定できる自律訓練法、森田療法等の療法を行った場合であっても、入院精神療法のみにより算定する。
- (11) 当該患者に対して、同じ日に入院精神療法と区分番号「I 0 0 3」標準型精神分析療法を行った場合は標準型精神分析療法により算定する。

I 0 0 2 通院・在宅精神療法

- (1) 通院・在宅精神療法とは、入院中の患者以外の患者であつて、精神疾患又は精神症状を伴

う脳器質性障害があるもの（患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合にあっては当該患者の家族）に対して、精神科を担当する医師（研修医を除く。）が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法をいう。

- (2) 通院・在宅精神療養は、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が行った場合に限り算定する。
- (3) 通院・在宅精神療養は、同時に複数の患者又は複数の家族を対象に集団的に行われた場合には算定できない。
- (4) 通院・在宅精神療養の「1」のイ及び「1」のハの(2)並びに「2」のイ及び「2」のハの(3)は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する。
- (5) 通院・在宅精神療養の「1」のロ及び「2」のロは、区分番号「A000」初診料を算定する初診の日（区分番号「A000」の初診料の「注5」のただし書に規定する初診を含む。）は、診療に要した時間が60分以上の場合に限り算定することとし、「1」のハの(1)及び「2」のハの(2)は、診療に要した時間が30分以上の場合に、「2」のハの(1)は、診療に要した時間が60分以上の場合に限り算定する。この場合において、診療に要した時間とは、医師が自ら患者に対して行う問診、身体診察（視診、聴診、打診及び触診をいう。）及び当該通院・在宅精神療養に要する時間をいい、これら以外の診療に要する時間は含まない。
- (6) 通院・在宅精神療養の「1」のイ及び「2」のイについては、当該患者の退院後支援についての総合調整を担う都道府県、保健所を設置する市又は特別区（以下「都道府県等」という。）が、精神障害者の退院後支援に関する指針を踏まえて作成する退院後支援に関する計画に基づく支援期間にある患者に対し、当該計画において外来又は在宅医療を担うこととされている保険医療機関の精神科の医師が実施した場合に限り算定できる。
- (7) 通院・在宅精神療養の「1」のイ又は「1」のロ及び「2」のイ又は「2」のロを算定する保険医療機関においては、以下のいずれかの要件に該当していること等、標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していることが望ましい。

ア 区分番号「A001」再診料の時間外対応加算1の届出を行っていること。

イ 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかに折り返して電話することができる体制がとられていること。
- (8) 通院・在宅精神療養を算定するに当たっては、診療録に当該診療に要した時間を記載すること。ただし、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が5分、30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療養を行った場合に限り、「〇分超」などの記載でも差し支えない。また、通院・在宅精神療養の「1」のロ又は「2」のロ又は「2」のハを算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を記載する。

- (9) 当該患者の家族に対する通院・在宅精神療法は、家族関係が当該疾患の原因又は増悪の原因と推定される場合に限り算定する。ただし、患者の病状説明、服薬指導等一般的な療養指導である場合は、算定できない。家族に対して通院・在宅精神療法を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に「家族」と記載する。
- (10) 通院・在宅精神療法を行った場合（家族に対して行った場合を含む。）は、その要点を診療録に記載する。
- (11) 患者に対して通院・在宅精神療法を行った日と同一の日に家族に対して通院・在宅精神療法を行った場合における費用は、患者に対する通院・在宅精神療法の費用に含まれ、別に算定できない。
- (12) 入院中の患者以外の精神疾患を有する患者に対して、通院・在宅精神療法に併せて区分番号「I004」心身医学療法が算定できる自律訓練法、森田療法等の療法を行った場合であっても、通院・在宅精神療法のみにより算定する。
- (13) 当該患者に対する通院・在宅精神療法を算定した場合は、同じ日に区分番号「I003」標準型精神分析療法は算定できない。
- (14) 通院・在宅精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が、訪問診療又は往診による診療を行った際にも算定できる。
- (15) 「注3」に規定する加算は、必要に応じて児童相談所等と連携し、保護者等へ適切な指導を行った上で、20歳未満の患者に対して、通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を初めて受診した日から起算して1年以内の期間に行った場合に限る。）に、所定点数に加算する。
- (16) 「注4」に規定する児童思春期精神科専門管理加算は、児童思春期精神科の専門の医師（精神保健指定医に指定されてから5年以上にわたって主に20歳未満の患者に対する精神医療に従事した医師であって、現に精神保健指定医である医師をいう。）又は当該専門の医師の指導の下、精神療法を実施する医師が、20歳未満の患者（イについては16歳未満の患者に限る。）に対し、専門的な精神療法を実施した場合に算定する。
- (17) 「注4」のロについては、発達障害や虐待の有無等を含む精神状態の総合的な評価、鑑別診断及び療育方針の検討等が必要な者に対し、発達歴や日常生活の状況の聴取・行動観察等に基づく、60分以上の専門的な精神療法を実施すること。なお、実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。
- ア 発達障害の評価に当たっては、ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) や DISCO (The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders) 等で採用されている診断項目を考慮すること。
- イ 患者及び患者の家族に、今後の診療計画について文書及び口頭で説明すること。説明に用いた診療計画の写しを診療録に添付すること。
- (18) 「注5」に定める特定薬剤副作用評価加算は、抗精神病薬を服用中の患者について、精神保健指定医又はこれに準ずる者が、通常行うべき薬剤の副作用の有無等の確認に加え、更に薬原性錐体外路症状評価尺度を用いて定量的かつ客観的に薬原性錐体外路症状の評価を行った上で、薬物療法の治療方針を決定した場合に、月に1回に限り算定する。この際、別紙様式33に準じて評価を行い、その結果と決定した治療方針について、診療録に記載すること。なお、同一月に区分番号「I002-2」精神科継続外来支援・指導料の「注4」に規定す

る特定薬剤副作用評価加算を算定している患者については、当該加算は算定できない。

- (19) 「注6」に定める所定点数には、注3から注5までの加算を含まないこと。また、別に厚生労働大臣が定める要件は、特掲診療料の施設基準等別表第十の二の四に掲げるものを全て満たすものをいう。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア 「当該保険医療機関において、3種類以上の抗うつ薬及び3種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が一定以下であること」とは、当該保険医療機関において抗うつ薬又は抗精神病薬のいずれかを処方された患者のうち、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を処方された患者の割合が1割未満であるか、その数が20名未満であることをいう。なお、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は区分番号「F100」処方料における計算方法に準じる。抗うつ薬又は抗精神病薬を処方された患者のうち、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を処方された患者の割合は、区分番号「F100」処方料(3)ウにより報告したもののうち、直近のものを用いることとする。また、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上又は抗精神病薬を3種類以上投与(以下この部において「向精神薬多剤投与」という。)していないために当該報告を行わなかった保険医療機関については、当該要件を満たすものとして扱う。

イ 「当該患者に対し、適切な説明や医学管理が行われていること」とは、当該月を含む過去3か月以内に以下の全てを行っていることをいう。

(イ) 患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者(以下イにおいて「患者等」という。)に対して、当該投与により見込む効果及び特に留意する副作用等について説明し、診療録に説明内容及び患者等の受け止めを記載していること。ただし、説明を行うことが診療上適切でないと考える場合は、診療録にその理由を記載することで代替して差し支えない。

(ロ) 服薬状況(残薬の状況を含む。)を患者等から聴取し、診療録に記載していること。

(ハ) 3種類以上の抗精神病薬を投与している場合は、「注5」に掲げる客観的な指標による抗精神病薬の副作用評価を行っていること。

(ニ) 減薬の可能性について検討し、今後の減薬計画又は減薬計画が立てられない理由を患者等に説明し、診療録に説明内容及び患者等の受け止めを記載していること。

ウ 「当該処方料が臨時の投薬等のもの又は患者の病状等によりやむを得ないものであること」とは、区分番号「F100」処方料(3)のアの(イ)から(ニ)までのいずれかに該当するものであることをいう。

- (20) 「注7」に規定する措置入院後継続支援加算は、通院・在宅精神療法の「1」のイを算定する患者に対し、医師の指示を受けた看護職員又は精神保健福祉士が、対面又は電話で、月1回以上の指導を行った上で、3月に1回以上の頻度で当該患者の退院後支援について総合調整を担う都道府県等に対し、当該患者の治療や生活の状況及びより一層の支援が必要と考えられる課題について、文書で情報提供している場合に、3月に1回に限り算定できる。診療録等において、毎回の指導内容を記載するとともに、都道府県等への情報提供の写しを記録すること。なお、指導等を実施した月の翌月以降に通院・在宅精神療法を行った場合に算定しても差し支えないこととし、指導等を行った月と算定する月が異なる場合には、診療報酬明細書の摘要欄に指導等を行った月を記載すること。

- (21) 「注8」に規定する療養生活環境整備指導加算は、通院・在宅精神療法の「1」を算定す

る患者について、当該保険医療機関における直近の入院において、区分番号「B015」精神科退院時共同指導料の「1」精神科退院時共同指導料1を算定した患者であって、退院した日の属する月の翌月末日までに当該保険医療機関を受診したも又はその家族等に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に月1回に限り算定できる。なお、実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。また、精神科退院時共同指導料1を算定した月と当該加算を算定する月が異なる場合には、診療報酬明細書の摘要欄に直近の精神科退院時共同指導料1を算定した年月を記載すること。

ア 当該患者の支援方針等について、多職種が共同して、3月に1回の頻度でカンファレンスを実施すること。また、カンファレンスには、以下の(イ)から(ハ)の職種がそれぞれ1名以上参加していること。なお、必要に応じて、(ニ)から(ヌ)の職種が参加すること。ただし、(イ)から(ヘ)については、当該保険医療機関の者に限る。

- (イ) 当該患者の診療を担当する精神科の医師
- (ロ) 保健師又は看護師（以下、この項において「看護師等」という。）
- (ハ) 精神保健福祉士
- (ニ) 薬剤師
- (ホ) 作業療法士
- (ヘ) 公認心理師
- (ト) 在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等
- (チ) 在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの作業療法士
- (リ) 市町村若しくは都道府県等の担当者
- (ヌ) その他の関係職種

イ アのカンファレンスにおいて、患者の状態を把握した上で、多職種が共同して別紙様式51の2に掲げる「療養生活環境の整備に関する支援計画書」（この区分において「支援計画書」という。）を作成し、その写しを診療録等に添付する。なお、支援計画書の作成に当たっては、平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業において「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にすること。ただし、初回のカンファレンスについては、区分番号「B015」精神科退院時共同指導料に規定する指導を実施した日から当該患者の状態に著しい変化を認めない場合に限り、当該指導時に作成した支援計画書（直近の入院中に作成した支援計画書に限る。）を用いても差し支えない。

ウ 当該患者を担当する看護師等又は精神保健福祉士は、患者等に対し、イにおいて作成した支援計画書の内容を説明し、かつ、当該支援計画書の写しを交付した上で、療養生活環境の整備のための指導を行う。また、担当する患者ごとに療養生活環境整備指導記録を作成し、当該指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記すること。

I002-2 精神科継続外来支援・指導料

- (1) 精神科継続外来支援・指導料とは、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患のものに対して、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が、精神障害者の地域生活の維持や社会復帰に向けた支援のため、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を継続して行う場合を評価したものである。

- (2) 「注2」については、当該保険医療機関が、1回の処方において、向精神薬多剤投与した場合には、算定しない。ただし、区分番号「F100」処方料(3)の(イ)から(ハ)までのいずれかに該当する場合、及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を投与する場合で(ニ)に該当する場合は算定することができる。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に向精神薬多剤投与に該当するが、精神科継続外来支援・指導料を算定する理由を記載すること。
- (3) 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類については、別紙36を参考にすること。
- (4) 「注3」に規定する加算は、「注1」に規定する医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士(以下「保健師等」という。)が、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合を評価したものである。
- (5) 「注4」に定める特定薬剤副作用評価加算は、抗精神病薬を服用中の患者について、精神保健指定医又はこれに準ずる者が、通常行うべき薬剤の副作用の有無等の確認に加え、更に薬原性錐体外路症状評価尺度を用いて定量的かつ客観的に薬原性錐体外路症状の評価を行った上で、薬物療法の治療方針を決定した場合に、月1回に限り算定する。この際、別紙様式33に準じて評価を行い、その結果と決定した治療方針について、診療録に記載すること。なお、同一月に区分番号「I002」通院・在宅精神療法の「注5」に規定する特定薬剤副作用評価加算を算定している患者については、当該加算は算定できない。
- (6) 他の精神科専門療法と同日に行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。
- (7) 精神科継続外来支援・指導料は、初診時(区分番号「A000」初診料の「注5」のただし書に規定する初診を含む。)は算定できないものとする。
- (8) 精神科継続外来支援・指導を行った場合は、その要点を診療録に記載する。
- (9) 「注5」に定める別に厚生労働大臣が定める要件は、特掲診療料の施設基準等別表十の二の四に掲げるものを全て満たすものをいう。なお、その留意事項は、「I002」通院・在宅精神療法の(19)に示すものと同様である。

I002-3 救急患者精神科継続支援料

- (1) 救急患者精神科継続支援料は、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師若しくは社会福祉士が、自殺企図若しくは自傷又はそれらが疑われる行為によって生じた外傷や身体症状のために医師が入院の必要を認めた患者であって、精神疾患の状態にあるものに対し、自殺企図や精神状態悪化の背景にある生活上の課題の状況を確認した上で、解決に資する社会資源について情報提供する等の援助を行う他、かかりつけ医への受診や定期的な服薬等、継続して精神疾患の治療を受けるための指導や助言を行った場合に算定する。なお、指導等を行う精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師等は、適切な研修を受講している必要があること。
- (2) 「1」については、精神科医の指示を受けた看護師等が指導等を行う場合には、あらかじめ、当該精神科医が週に1回以上診察している必要があること。
- (3) 「2」については、精神科医又は当該精神科医の指示を受けた看護師等(いずれも入院中に当該患者の指導等を担当した者に限る。)が、電話等で月に2回以上の指導等を行った場合に1回算定することとし、退院から6月に6回に限り算定する。なお、指導等を実施した月の翌月以降に外来を受診した際に算定しても差し支えないこととし、指導等を行った月

と算定する月が異なる場合には、診療報酬明細書の摘要欄に指導等を行った月を記載すること。

- (4) 指導等の内容の要点を診療録等に記載すること。

I 0 0 3 標準型精神分析療法

- (1) 標準型精神分析療法とは、口述による自由連想法を用いて、抵抗、転移、幼児体験等の分析を行い解釈を与えることによって洞察へと導く治療法をいい、当該療法に習熟した医師により行われた場合に、概ね月6回を標準として算定する。また、精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関において、標準型精神分析療法に習熟した心身医学を専門とする医師が当該療法を行った場合においても算定できる。
- (2) 口述でなく筆記による自由連想法的手法で行う精神分析療法は、1時間以上にわたるような場合であっても、入院中の患者にあつては区分番号「I 0 0 1」入院精神療法により、入院中の患者以外の患者にあつては区分番号「I 0 0 2」通院・在宅精神療法により算定する。
- (3) 標準型精神分析療法を行った場合は、その要点及び診療時間を診療録に記載する。

I 0 0 3-2 認知療法・認知行動療法

- (1) 認知療法・認知行動療法とは、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害又は神経性過食症の患者に対して、認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって治療することを目的とした精神療法をいう。
- (2) 認知療法・認知行動療法は、一連の治療計画を策定し、患者に対して詳細な説明を行った上で、当該療法に関する研修を受講するなど当該療法に習熟した医師によって30分を超えて治療が行われた場合（「2」において、看護師により30分を超える面接が行われ、その後当該療法に習熟した医師により5分以上の面接が行われた場合を含む。）に算定する。
- (3) 一連の治療につき16回に限り算定する。
- (4) 認知療法・認知行動療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。
- (5) うつ病等の気分障害の患者に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」（平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」）に従って行った場合に限り、算定できる。
- (6) 強迫性障害の患者に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「強迫性障害（強迫症）の認知行動療法マニュアル（治療者用）」（平成27年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」）に従って行った場合に限り、算定できる。
- (7) 社交不安障害の患者に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「社交不安障害（社交不安症）の認知行動療法マニュアル（治療者用）」（平成27年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」）に従って行った場合に限り、算定できる。
- (8) パニック障害の患者に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「パニック障害（パニック症）の認知行動療法マニュアル（治療者用）」（平成27年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデ

ンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」)に従って行った場合に限り、算定できる。

- (9) 心的外傷後ストレス障害に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「PTSD(心的外傷後ストレス障害)の認知行動療法マニュアル〔持続エクスポージャー療法／PE療法〕(平成27年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」)に従って行った場合に限り、算定できる。
- (10) 神経性過食症に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター研究班作成の「摂食障害に対する認知行動療法CBT-E簡易マニュアル」(平成29年度国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神・神経疾患研究開発費研究事業「心身症・摂食障害の治療プログラムと臨床マーカーの検証」)に従って行った場合に限り、算定できる。
- (11) 認知療法・認知行動療法を行った場合は、その要点及び診療時間を診療録に記載する。
- (12) 認知療法・認知行動療法の「2」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害の患者に対して、医師が治療を行うに当たり、治療に係る面接の一部を専任の看護師が実施した場合に算定する。ただし、この場合にあつては、次の全てを満たすこと。
 - ア 初回時又は治療終了時を予定する回の治療に係る面接は専任の医師が実施し、専任の看護師が同席すること。
 - イ 初回から治療を終了するまでの間の治療は、初回時に同席した看護師が実施し、当該看護師による面接後に、専任の医師が患者と5分以上面接すること。
 - ウ 看護師が面接を実施する場合は、患者の同意を得た上で当該面接の内容を録音し、専任の医師はその内容を、指示又は指導の参考とすること。
- (13) 認知療法・認知行動療法の「1」及び「2」は、一連の治療において同一の点数を算定する。ただし、「2」の要件を満たす場合のうち、医師と看護師が同席して30分以上の面接を行った日に限り、「1」の点数を算定できる。

I004 心身医学療法

- (1) 心身医学療法とは、心身症の患者について、一定の治療計画に基づいて、身体的傷病と心理・社会的要因との関連を明らかにするとともに、当該患者に対して心理的影響を与えることにより、症状の改善又は傷病からの回復を図る治療方法をいう。この心身医学療法には、自律訓練法、カウンセリング、行動療法、催眠療法、バイオフィードバック療法、交流分析、ゲシュタルト療法、生体エネルギー療法、森田療法、絶食療法、一般心理療法及び簡便型精神分析療法が含まれる。
- (2) 心身医学療法は、当該療法に習熟した医師によって行われた場合に算定する。
- (3) 心身医学療法は、初診時(区分番号「A000」初診料の「注5」のただし書に規定する初診を含む。以下この項において同じ。)には診療時間が30分を超えた場合に限り算定できる。この場合において診療時間とは、医師自らが患者に対して行う問診、理学的所見(視診、聴診、打診及び触診)及び当該心身医学療法に要する時間をいい、これら以外の診療に要する時間は含まない。なお、初診時に心身医学療法を算定する場合にあつては、診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を記載する。

- (4) 心身医学療法を算定する場合にあつては、診療報酬明細書の傷病名欄において、心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「(心身症)」と記載する。
例 「胃潰瘍(心身症)」
- (5) 心身医学療法を行った場合は、その要点を診療録に記載する。
- (6) 入院の日及び入院の期間の取扱いについては、入院基本料の取扱いの例による。
- (7) 「注5」に規定する加算は、必要に応じて児童相談所等と連携し、保護者等へ適切な指導を行った上で、20歳未満の患者に対して、心身医学療法を行った場合に、所定点数を加算する。
- (8) 区分番号「I001」入院精神療法、区分番号「I002」通院・在宅精神療法又は区分番号「I003」標準型精神分析療法を算定している患者については、心身医学療法は算定できない。

I005 入院集団精神療法

- (1) 入院集団精神療法とは、入院中の患者であつて、精神疾患のものに対して、一定の治療計画に基づき、言葉によるやりとり、劇の形態を用いた自己表現等の手法により、集団内の対人関係の相互作用を用いて、対人場面での不安や葛藤の除去、患者自身の精神症状・問題行動に関する自己洞察の深化、対人関係技術の習得等をもたらすことにより、病状の改善を図る治療法をいう。
- (2) 入院集団精神療法は、精神科を標榜している保険医療機関において、精神科を担当する医師及び1人以上の精神保健福祉士又は公認心理師等により構成される2人以上の者が行った場合に限り算定する。
- (3) 1回に15人に限り、1日につき1時間以上実施した場合に、入院の日から起算して6月を限度として週2回に限り算定する。この場合、個々の患者について、精神科医師による治療計画が作成されていることが必要である。なお、入院の日及び入院の期間の取扱いについては、入院基本料の取扱いの例による。
- (4) 入院集団精神療法に使用する十分な広さを有する当該医療機関内の一定の場所及びその場所を使用する時間帯を予め定めておくこと。
- (5) 入院集団精神療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録等に記載する。
- (6) 入院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

I006 通院集団精神療法

- (1) 通院集団精神療法とは、入院中の患者以外の患者であつて、精神疾患のものに対して、一定の治療計画に基づき、集団内の対人関係の相互作用を用いて、自己洞察の深化、社会適応技術の習得、対人関係の学習等をもたらすことにより病状の改善を図る治療法をいう。
- (2) 通院集団精神療法は、精神科を標榜している保険医療機関において、精神科を担当する医師及び1人以上の精神保健福祉士又は公認心理師等により構成される2人以上の者が行った場合に限り算定する。
- (3) 1回に10人に限り、1日につき1時間以上実施した場合に、開始日から6月を限度として週2回に限り算定する。
- (4) 通院集団精神療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録等に記載する。
- (5) 通院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

I006-2 依存症集団療法

(1) 依存症集団療法の「1」については、次のアからウまでのいずれも満たす場合に算定できる。

ア 入院中の患者以外の患者であって、覚醒剤（覚醒剤取締法（昭和26年法律第252号）第2条に規定する覚醒剤とする。）、麻薬（麻薬及び向精神薬取締法第2条に規定する麻薬とする。）、大麻（大麻取締法第1条に規定する大麻とする。）又は危険ドラッグ（医薬品医療機器等法第2条第15項に規定する指定薬物又は指定薬物と同等以上の精神作用を有する蓋然性が高い薬物、ハーブ、リキッド、バスソルト等をいう。）に対する物質依存の状態にあるものについて、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上の者（このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士（いずれも薬物依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。）であること。）が、認知行動療法の手法を用いて、薬物の使用を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行うこと。

イ 1回に20人に限り、90分以上実施すること。

ウ 平成22～24年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業において「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」の研究班が作成した、物質使用障害治療プログラムに沿って行うこと。

(2) 依存症集団療法の「2」については、次のアからウまでのいずれも満たす場合に算定できる。

ア 入院中の患者以外の患者であって、ギャンブル（ギャンブル等依存症対策基本法（平成30年法律第74号）第2条に規定するギャンブル等をいう。）に対する依存の状態にあるものについて、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上の者（このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士（いずれもギャンブル依存症集団療法に関する適切な研修に関する適切な研修を修了した者に限る。）であること。）が、認知行動療法の手法を用いて、ギャンブルの実施を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行うこと。

イ 1回に10人に限り、60分以上実施すること。

ウ 平成28～30年度日本医療研究開発機構障害者対策総合研究開発事業において「ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究」の研究班が作成した、「ギャンブル障害の標準的治療プログラム」に沿って行うこと。

(3) 依存症集団療法実施後に、精神科医及び精神科医の指示を受けて当該療法を実施した従事者が、個別の患者の理解度や精神状態等について評価を行い、その要点を診療録等に記載すること。

I 0 0 7 精神科作業療法

(1) 精神科作業療法は、精神疾患を有するものの社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される作業内容の種類にかかわらずその実施時間は患者1人当たり1日につき2時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。

(2) 1人の作業療法士が、当該療法を実施した場合に算定する。この場合の1日当たりの取扱

い患者数は、概ね 25 人を 1 単位として、1 人の作業療法士の取扱い患者数は 1 日 2 単位 50 人以内を標準とする。

- (3) 精神科作業療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録等に記載する。
- (4) 当該療法に要する消耗材料及び作業衣等については、当該保険医療機関の負担とする。

I 0 0 8 入院生活技能訓練療法

- (1) 入院生活技能訓練療法とは、入院中の患者であって精神疾患を有するものに対して、行動療法の理論に裏付けられた一定の治療計画に基づき、観察学習、ロールプレイ等の手法により、服薬習慣、再発候へへの対処技能、着衣や金銭管理等の基本生活技能、対人関係保持能力及び作業能力等の獲得をもたらすことにより、病状の改善と社会生活機能の回復を図る治療法をいう。
- (2) 精神科を標榜している保険医療機関において、経験のある 2 人以上の従事者が行った場合に限り算定できる。この場合、少なくとも 1 人は、看護師、准看護師又は作業療法士のいずれかとし、他の 1 人は精神保健福祉士、公認心理師又は看護補助者のいずれかとする必要がある。なお、看護補助者は専門機関等による生活技能訓練、生活療法又は作業療法に関する研修を修了したものでなければならない。
- (3) 対象人数及び実施される訓練内容の種類にかかわらず、患者 1 人当たり 1 日につき 1 時間以上実施した場合に限り、週 1 回に限り算定できる。
- (4) 1 人又は複数の患者を対象として行った場合に算定できるが、複数の患者を対象とする場合は、1 回に 15 人に限る。ただし、精神症状の安定しない急性期の精神疾患患者は、対象としない。
- (5) 当該療法に従事する作業療法士は、精神科作業療法の施設基準において、精神科作業療法に専従する作業療法士の数には算入できない。また、当該療法に従事する看護師、准看護師及び看護補助者が従事する時間については、入院基本料等の施設基準における看護要員の数に算入できない。(6) 入院生活技能訓練療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録等に記載する。
- (7) 入院生活技能訓練療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。
- (8) 当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。

I 0 0 8-2 精神科ショート・ケア

- (1) 精神科ショート・ケアは、精神疾患を有するものの地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者 1 人当たり 1 日につき 3 時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。
- (2) 「大規模なもの」については、多職種が共同して疾患等に応じた診療計画を作成した場合に算定する。なお、診療終了後に当該計画に基づいて行った診療方法や診療結果について評価を行い、その要点を診療録等に記載している場合には、参加者個別のプログラムを実施することができる。
- (3) 精神科ショート・ケアは入院中の患者以外の患者に限り算定する。精神科ショート・ケアを算定している患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療法（他の保険医療機関において実施するものも含む。）は、別に算定できない。ただし、他の医療機関に入院中の患者

であって、退院を予定しているもの(区分番号「I011」に掲げる精神科退院指導料を算定したもの又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているものに限る。)に対しては、退院支援の一環として、当該他の医療機関の入院中1回に限り算定できる。この場合、当該他の医療機関に照会を行い、退院を予定しているものであること、入院料等について他医療機関を受診する場合の取扱いがなされていること、他の医療機関を含め、入院中に精神科ショート・ケアの算定のないことを確認すること。また、精神科ショート・ケアに引き続き、同一日に、患家又は社会復帰施設等において精神科訪問看護・指導を行う場合は、退院後3か月以内に限り、精神科訪問看護・指導料を算定できるものとする。

- (4) 同一の保険医療機関で精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケア(以下「精神科デイ・ケア等」という。)を開始した日から起算して1年を超える場合には、精神科ショート・ケアの実施回数にかかわらず、算定は1週間に5日を限度とする。ただし、週4日以上算定できるのは、以下のいずれも満たす場合に限られること。
- ア 少なくとも6月に1回以上医師が精神科デイ・ケア等の必要性について精神医学的な評価を行っていること。継続が必要と判断した場合には、その理由を診療録に記載すること。
- イ 少なくとも6月に1回以上、精神保健福祉士又は公認心理師が患者の意向を聴取していること。
- ウ 精神保健福祉士等が聴取した患者の意向を踏まえ、医師を含む多職種が協同して、患者の意向及び疾患等に応じた診療計画を作成していること。診療計画には、短期目標及び長期目標、必要なプログラム内容と実施頻度、精神科デイ・ケア等を必要とする期間等を記載すること。医師は、作成した診療計画を患者又は家族等に説明し、精神科デイ・ケア等の実施について同意を得ること。
- エ 当該保険医療機関が以下のいずれかの要件を満たしていること。
- (イ) 直近6月の各月について、次の(a)に掲げる数を(b)に掲げる数で除して算出した数値の平均が0.8未満であること。
- (a) 当該月において、14回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数
- (b) 当該月において、1回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数
- (ロ) 直近1か月に1回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者について、当該保険医療機関の精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から当該月末までの月数の平均が、12か月未満であること。
- (5) 月14回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数等について、毎年10月に「別紙様式31」を用いて地方厚生(支)局長に報告すること。
- (6) 精神科ショート・ケアと精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの届出を併せて行っている保険医療機関にあつては、精神科ショート・ケアと精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを各々の患者に対して同時に同一施設で実施することができる。この場合、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを算定する患者は、各々に規定する治療がそれぞれ実施されている場合に限り、それぞれ算定できる。なお、同一日に実施される精神科ショート・ケアの対象患者数と精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの対象患者数の合計は、精神科

デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの届出に係る患者数の限度を超えることはできない。この場合において、精神科ショート・ケアの対象患者数の計算に当たっては、精神科デイ・ケアの対象患者数の2分の1として計算する。

- (7) 当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。
- (8) 「注4」に掲げる早期加算の対象となる患者は、当該療法の算定を開始してから1年以内又は精神病床を退院して1年以内の患者であること。
- (9) 「注5」については、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号「I011」に掲げる精神科退院指導料を算定したもの又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているものに限る。）に対して、精神科ショート・ケアを行う場合に、入院中1回に限り算定できる。
- (10) 「注7」については、概ね40歳未満の患者で構成される10人以下の患者グループに対し、あらかじめ治療内容や到達目標を示した治療計画を作成し、個々の患者に説明し、治療の目的について患者本人が理解できるよう文書で説明し同意を得た上で、治療計画に従って、2名の従事者が当該患者グループに対し精神科ショート・ケアを実施した場合に、40歳未満の患者についてそれぞれ算定する。当該加算は、あらかじめ治療計画に記載された治療期間のみ算定できる。一連の治療計画に従って精神科ショート・ケアを実施している間は、患者グループを構成する患者は固定されることが望ましいが、患者グループの人数が10人に満たない場合であって、既に患者グループを構成する患者の治療に支障のない場合には、治療計画の途中で新たな患者を患者グループに加えることも差し支えない。なお、自閉症スペクトラム及びその近縁の発達障害の患者に対する精神科ショート・ケアの実施に当たっては、「発達障害専門プログラム」（日本医療研究開発機構「発達障害者の特性をふまえた精神科ショートケア・プログラムの開発と臨床応用に関する研究」において作成）を参考に行うことが望ましい。
- (11) 「注7」の対象患者は、自閉症スペクトラム及びその近縁の発達障害、薬物依存症又は病的賭博のいずれかの疾患を有する患者又はこれらの複数の疾患を併せ持つ患者とする。一連の治療計画において治療の対象となる疾患はいずれか一つであり、例えば自閉症スペクトラムの治療のために精神科ショート・ケアを実施する患者と薬物依存症のために精神科ショート・ケアを実施する患者が、治療計画を共有する同一の患者グループを構成することはできない。また、入院中の患者についても注7の加算を算定することができるが、この場合「注5」の規定における「所定点数」には注7の加算を含まないこと。
- (12) 入院中の患者が精神科ショート・ケアを行う場合は、対象患者数に含めること。
- (13) 精神科ショート・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録等に記載する。

I009 精神科デイ・ケア

- (1) 精神科デイ・ケアは、精神疾患を有するものの社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者1人当たり1日につき6時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。また、この実施に当たっては、患者の症状等に応じたプログラムの作成、効果の判定等に万全を期すること。

- (2) 「大規模なもの」については、多職種が共同して疾患等に応じた診療計画を作成した場合に算定する。なお、診療終了後に当該計画に基づいて行った診療方法や診療結果について評価を行い、その要点を診療録等に記載している場合には、参加者個別のプログラムを実施することができる。
- (3) 精神科デイ・ケアは入院中の患者以外の患者に限り算定する。ただし、他の医療機関に入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号「I 0 1 1」精神科退院指導料を算定したもの又は区分番号「A 3 1 8」地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているものに限る。）に対しては、退院支援の一環として、当該他の医療機関の入院中1回（区分番号「A 3 1 8」地域移行機能強化病棟入院料を算定しているものについては入院中4回）に限り算定できる。この場合、当該他の医療機関に照会を行い、退院を予定しているものであること、入院料等について他医療機関を受診する場合の取扱いがなされていること、他の医療機関を含め、入院中に精神科デイ・ケアの算定のないことを確認すること。また、精神科デイ・ケアを算定している患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療法（他の医療機関で実施するものも含む。）は、別に算定できない。
- (4) 同一の保険医療機関で精神科デイ・ケア等を開始した日から起算して1年を超える場合には、精神科デイ・ケア等の実施回数にかかわらず、算定は1週間に5日を限度とする。ただし、週4日以上算定できるのは、区分番号「I 0 0 8-2」精神科ショート・ケアの(4)のアからエまでのいずれも満たす場合に限られること。
- (5) 月14回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数等について、毎年10月に「別紙様式31」を用いて地方厚生（支）局長に報告すること。
- (6) 治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる。
- (7) 同一の患者に対して同一日に精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを併せて実施した場合は、精神科デイ・ナイト・ケアとして算定する。
- (8) 当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。
- (9) 「注5」に掲げる早期加算の対象となる患者は、当該療法の算定を開始してから1年以内又は精神病床を退院して1年以内の患者であること。
- (10) 「注6」については、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号「I 0 1 1」精神科退院指導料を算定したもの又は区分番号「A 3 1 8」地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているものに限る。）に対して、精神科デイ・ケアを行う場合に、入院中1回に限り算定できる。
- (11) 「注4」に掲げる長期の入院歴を有する患者とは、精神疾患により、通算して1年以上の入院歴を有する患者であること。
- (12) 当該保険医療機関又は他の保険医療機関に入院中の患者に対して精神科デイ・ケアを行う場合、当該患者は精神科デイ・ケアを提供する対象患者数に含めること。
- (13) 精神科デイ・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録等に記載する。

I 0 1 0 精神科ナイト・ケア

- (1) 精神科ナイト・ケアは、精神疾患を有するものの社会生活機能の回復を目的として行うも

のであり、その開始時間は午後4時以降とし、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者1人当たり1日につき4時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。

- (2) その他精神科ナイト・ケアの取扱いについては、精神科デイ・ケアの取扱いに準じて行う。
- (3) 精神科ナイト・ケアを算定する場合においては、区分番号「A000」初診料の「注9」及び「A001」再診料の「注7」に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。
- (4) 精神科ナイト・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録等に記載する。

I 0 1 0 - 2 精神科デイ・ナイト・ケア

- (1) 精神科デイ・ナイト・ケアは、精神疾患を有するものの社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者1人当たり1日につき10時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。
- (2) 精神科デイ・ナイト・ケアと精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの届出を併せて行っている保険医療機関にあつては、精神科デイ・ナイト・ケアと精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを各々の患者に対して同時に同一施設で実施することができる。この場合、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを算定する患者は、各々に規定する治療がそれぞれ実施されている場合に限り、それぞれ算定できる。なお、同一日に実施される精神科デイ・ケア等の対象患者数の合計は、精神科デイ・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの届出に係る患者数の限度を超えることはできない。この場合において、精神科ショート・ケアの対象患者数の計算に当たっては、精神科デイ・ケアの対象患者数の2分の1として計算する。
- (3) 「注5」に掲げる加算の対象となる患者は、多職種が共同して「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添2の様式46の2又はこれに準じる様式により疾患等に応じた診療計画を作成して行った場合に、加算する。なお、診療終了後に、当該計画に基づいて行った診療方法や診療結果について評価を行い、その要点を診療録等に記載している場合には、参加者個別のプログラムを実施することができる。
- (4) その他精神科デイ・ナイト・ケアの取扱いについては、精神科デイ・ケアの取扱いに準じて行う。
- (5) 精神科デイ・ナイト・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録等に記載する。

I 0 1 1 精神科退院指導料

- (1) 精神科退院指導料は、精神科を標榜する保険医療機関において、1月を超えて入院している精神疾患を有するもの又はその家族等退院後の患者の看護に当たる者に対して、精神科を担当する医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、必要に応じて障害福祉サービス事業所及び相談支援事業所等と連携しつつ、保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、別紙様式24を参考として作成した文書により、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等について医師が説明を行った場合に算定する。また、入院期間が1年を超える精神疾患を有するもの又はその家族等退院後の患者の看護に当たる者に対して、当該計画に基づき必要な指導を行った場合であつて、当該患者が退院したときには、精神科地域移行支援加算として、退院時に1回に限り算定する。なお、説明に用いた文書は、患者又はその家族等に交付すると

もに、その写しを診療録に添付すること。

- (2) 精神科退院指導料は、指導を行ったもの及び指導の対象が患者又はその家族等であるか等の如何を問わず、算定の基礎となる退院につき、1回に限り当該患者の入院中に算定する。
- (3) 入院の日及び入院期間の取扱いについては、入院基本料における取扱いと同様である。
- (4) 死亡退院の場合又は他の病院若しくは診療所に入院するため転院した患者については、算定できない。

I 0 1 1 - 2 精神科退院前訪問指導料

- (1) 精神科退院前訪問指導料は、精神科を標榜する保険医療機関に入院している精神疾患を有するものの円滑な退院のため、患家又は精神障害者施設、小規模作業所等を訪問し、患者の病状、生活環境及び家族関係等を考慮しながら、患者又は家族等の退院後患者の看護や相談に当たる者に対して、必要に応じて障害福祉サービス事業所及び相談支援事業所等と連携しつつ、退院後の療養上必要な指導や、在宅療養に向けた調整を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。
- (2) 精神科退院前訪問指導料は、指導を行ったもの及び指導の対象が患者又はその家族等であるか等の如何を問わず、1回の入院につき3回（当該入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあっては、6回）に限り指導の実施日にかかわらず退院日に算定する。
- (3) 「注2」に係る加算は、患者の社会復帰に向けた調整等を行うに当たり、必要があつて複数の職種が共同して指導を行った場合に算定するものであり、単一の職種の複数名による訪問の場合は対象としない。
- (4) 精神科退院前訪問指導料は、退院して患家に復帰又は精神障害者施設に入所する患者が算定の対象であり、医師又は看護師、作業療法士若しくは精神保健福祉士が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。
- (5) 精神科退院前訪問指導を行った場合は、指導内容の要点を診療録等に記載する。
- (6) 精神科退院前訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障を来すことのないよう留意する。
- (7) 保険医療機関は、精神科退院前訪問指導の実施に当たっては、保健所等の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分配慮する。
- (8) 退院前訪問指導料を算定した場合は、精神科退院前訪問指導料は算定できない。

I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料

- (1) 精神科訪問看護・指導料(I)又は(III)は、精神科を標榜している保険医療機関において精神科を担当している医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下「保健師等」という。）が、精神疾患を有する入院中以外の患者又はその家族等の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又はその家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行った場合に算定する。
- (2) 「注1」及び「注2」に規定する精神科訪問看護・指導料(I)及び(III)の算定回数は、週（日曜日から土曜日までの連続した7日間をいう。）について計算する。また、「注1」ただし書及び「注2」ただし書の患者に対する算定回数は、急性増悪した日から連続した7日間について計算すること。また、同一日に複数回精神科訪問看護・指導を行った場合であっても、1日につき1回に限り算定する。

- (3) 「注1」のただし書及び「注2」のただし書に規定する場合とは、患者が急性増悪した状態であって、精神科を担当している医師が患者を直接診察した上で、精神科訪問看護・指導の必要性を認め、指示した場合である。また、「注3」に規定する場合には、医師が患者を直接診察していない場合であっても、当該患者に対して精神科訪問看護・指導を行った保健師等からの情報により、精神科を担当している医師が患者の病状を十分に把握し、必要と判断して、指示した場合を含むものとする。
- (4) 「注1」ただし書及び「注2」ただし書に規定する場合並びに「注3」に規定する場合においては、それぞれの指示は月に1回ずつに限り、その必要性について、急性増悪の状態及び指示内容の要点と併せて診療録に記載し、診療報酬明細書にもその必要性について記載する。
- (5) 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)は、精神科訪問看護・指導を受けようとする同一建物居住者に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行った場合に、以下のア又はイにより算定する。なお、同一建物居住者に係る人数については、同一日に区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料を算定する患者数と精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を算定する患者数とを合算した人数とすること。
- ア 同一建物居住者が2人の場合は、当該患者全員に対して、イの(1)、ロの(1)、ハの(1)又はニの(1)により算定
- イ 同一建物居住者が3人以上の場合は、当該患者全員に対して、イの(2)、ロの(2)、ハの(2)又はニの(2)により算定
- (6) 同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法(昭和25年法律第201号)第2条第1号に掲げる建築物に居住する複数の患者のことをいうが、具体的には、例えば以下のような患者のことをいう。
- ア 老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の4に規定する養護老人ホーム、老人福祉法第20条の6に規定する軽費老人ホーム、老人福祉法第29条第1項に規定する有料老人ホーム、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の患者
- イ 介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、介護保険法第8条第18項に規定する小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。)、介護保険法第8条第19項に規定する認知症対応型共同生活介護、介護保険法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護、介護保険法第8条の2第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第36号)第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。)、介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の患者
- (7) 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び(Ⅲ)は、1回の訪問の実施時間に基づき、30分未満、30分以上90分程度の時間区分のいずれか一方の所定点数を算定する。30分未満の訪問については、当該患者に短時間訪問の必要性があると医師が認めた場合にのみ算定する。

- (8) 同一の患者について、訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月については、精神科訪問看護・指導料を算定できない。ただし、次に掲げる場合はこの限りではない。なお、オの場合にあつては、精神科訪問看護・指導料及び訪問看護基本療養費を算定する日と合わせて週3日（退院後3月以内の期間において行われる場合にあつては、週5日）を限度とする。
- ア 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者及び特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等の患者について、訪問看護療養費を算定した場合
- イ 服薬中断等により急性増悪した場合であつて、一時的に週4日以上頻回の精神科訪問看護・指導を行う必要を認めた患者
- ウ 当該保険医療機関を退院後3月以内の患者
- エ 区分番号「I016」精神科在宅患者支援管理料（1のハを除く。）を算定する患者
- オ 精神科在宅患者支援管理料（1のハを除く。）の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長へ届け出ている保険医療機関において、精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を行う場合
- (9) (8)のただし書の場合において、同一の患者について、精神科訪問看護・指導料及び訪問看護療養費を算定できる場合であっても、訪問看護療養費を算定した日については、精神科訪問看護・指導料を算定できない。ただし、精神科在宅患者支援管理料1（ハを除く。）又は3を算定する保険医療機関及び当該保険医療機関と連携する特別の関係にある訪問看護ステーションのそれぞれが同一日に訪問看護を実施した場合における精神科訪問看護・指導料（作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限る。）の算定、並びに、精神科在宅患者支援管理料2を算定する保険医療機関及び当該保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが同一日に訪問看護を実施した場合における精神科訪問看護・指導料の算定は、この限りでない。
- (10) 同一の患者について、複数の保険医療機関や訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護・指導を行う場合は、当該保険医療機関及び訪問看護ステーション間において十分に連携を図る。具体的には、精神科訪問看護・指導の実施による患者の目標の設定、計画の立案、精神科訪問看護・指導の実施状況及び評価を共有する。
- (11) 介護保険法第8条第20項に規定する認知症対応型共同生活介護を行う施設、高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅、障害者総合支援法第5条第1項に規定する障害福祉サービスを行う施設又はその他の高齢者向け施設等に入所している患者に精神科訪問看護・指導を行う場合においては、介護保険等による医療及び看護サービスの提供に係る加算の算定等を含む当該施設における利用者の医療ニーズへの対応について確認し、当該施設で行われているサービスと十分に連携する。また、当該施設において当該保険医療機関が日常的な健康管理等（医療保険制度の給付によるものを除く。）を行っている場合は、健康管理等と医療保険制度の給付による精神科訪問看護・指導を区別して実施する。
- (12) 「注4」に係る複数名精神科訪問看護・指導加算は、精神科を担当する医師が、複数の保健師等又は看護補助者による患者への訪問が必要と判断し、患者又はその家族等に同意を得て、当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師又は看護師と保健師等又は看護補助者が、患者又はその家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行った場合（30分未満の場合

を除く。)は、1日につき「注4」のイ、ロ又はハのいずれかを算定する。精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師に保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が同行する場合はイを、准看護師が同行する場合はロを、1日当たりの回数に応じて算定する。また、看護補助者が同行する場合はハを所定点数に加算すること。ただし、看護補助者が同行する場合には、週1日を限度として所定点数に加算する。単に2人の保健師等又は看護補助者が同時に精神科訪問看護・指導を行ったことのみをもって算定することはできない。

また、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を算定する場合にあっては、同一建物内において、当該加算又は区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料の「注4」に規定する複数名訪問看護・指導加算(同時に訪問看護・指導を実施する職種及び1日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。)を同一日に算定する患者の人数に応じて、以下のアからウまでにより算定する。

ア 同一建物内に1人の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注4」の「イ」の(1)の①、「イ」の(2)の①、「イ」の(3)の①、「ロ」の(1)の①、「ロ」の(2)の①、「ロ」の(3)の①又は「ハ」の(1)により算定

イ 同一建物内に2人の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注4」の「イ」の(1)の②、「イ」の(2)の②、「イ」の(3)の②、「ロ」の(1)の②、「ロ」の(2)の②、「ロ」の(3)の②又は「ハ」の(2)により算定

ウ 同一建物内に3人以上の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注4」の「イ」の(1)の③、「イ」の(2)の③、「イ」の(3)の③、「ロ」の(1)の③、「ロ」の(2)の③、「ロ」の(3)の③又は「ハ」の(3)により算定

- (13) 保健師又は看護師と同行する看護補助者は、常に同行の必要はないが、必ず患者において両者が同時に滞在する一定の時間を確保すること。
- (14) 「注5」に規定する長時間精神科訪問看護・指導加算は、特掲診療料の施設基準等別表第十の一の七の(1)に規定する長時間の訪問を要する者に対して、1回の精神科訪問看護・指導の時間が90分を超えた場合について算定するものであり、週1回(特掲診療料の施設基準等第十の一の七の(2)に規定する者にあつては週3回)に限り算定できるものとする。なお、特掲診療料の施設基準等第十の一の七の(1)のイ及び(2)のイに規定する者のうち、超重症児・準超重症児については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添6の別紙14の超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準による判定スコアが10以上のものをいう。
- (15) 「注6」に規定する夜間・早朝訪問看護加算は、夜間(午後6時から午後10時までの時間をいう。)又は早朝(午前6時から午前8時までの時間をいう。)に精神科訪問看護・指導を行った場合に、深夜訪問看護加算は深夜(午後10時から午前6時までの時間をいう。)に精神科訪問看護・指導を行った場合に、所定点数を加算すること。当該加算は、精神科緊急訪問看護加算との併算定を可とする。
- (16) (15)は患者の求めに応じて、当該時間に精神科訪問看護・指導を行った場合に算定できるものであり、保険医療機関の都合により、当該時間に保健師等を訪問させて精神科訪問看護・指導を行った場合には算定できない。
- (17) 「注7」に規定する精神科緊急訪問看護加算は、精神科訪問看護計画に基づき定期的に行う精神科訪問看護・指導以外であつて、患者又はその家族等の緊急の求めに応じて、精神科

を担当する医師の指示により、保健師等が精神科訪問看護・指導を行った場合に1日につき1回に限り加算すること。

- (18) 精神科緊急訪問看護加算に係る精神科緊急訪問看護を行った場合は、速やかに指示を行った精神科を担当する医師に患者の病状等を報告するとともに、必要な場合は精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、精神科訪問指導計画について見直しを行うこと。
- (19) 医師は、保健師等に対して行った指示内容の要点を診療録に記載する。
- (20) 保健師等は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点、月の初日の最初の訪問看護・指導時におけるGAF尺度により判定した値並びに精神科訪問看護・指導を実施した際の開始時刻及び終了時刻を記録すること。また、保険医療機関における日々の精神科訪問看護・指導を実施した患者氏名、訪問場所、訪問時間（開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。
- (21) 保険医療機関は、精神科訪問看護・指導の実施に当たっては、保健所の実施する訪問指導事業との連携に十分配慮する。
- (22) 「注9」に規定する交通費は実費とする。
- (23) 精神科在宅患者支援管理料1（ハを除く。）又は3を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日において訪問看護を行った場合は、それぞれが精神科訪問看護・指導料（ただし、作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限る。）及び精神科訪問看護基本療養費を算定することができる。
- (24) 「注10」に規定する精神科複数回訪問加算は、精神科在宅患者支援管理料を算定する保険医療機関が、精神科在宅患者支援管理料（1のハを除く。）を算定し、医師が複数回の精神科訪問看護・指導が必要であると認めた患者に対して、1日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合に、患者1人につき、それぞれの点数を加算する。
- また、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を算定する場合にあつては、同一建物内において、当該加算又は区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料の「注3」に規定する難病等複数回訪問加算（1日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。）を同一日に算定する患者の人数に応じて、以下のアからウまでにより算定する。
- ア 同一建物内に1人の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注10」の「イ」の(1)又は「ロ」の(1)により算定
- イ 同一建物内に2人の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注10」の「イ」の(2)又は「ロ」の(2)により算定
- ウ 同一建物内に3人以上の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注10」の「イ」の(3)又は「ロ」の(3)により算定
- (25) 精神科在宅患者支援管理料1（ハを除く。）又は3を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合は、当該訪問看護ステーションは訪問看護療養費に係る精神科複数回訪問加算を算定せず、当該保険医療機関が「注10」に規定する精神科複数回訪問加算を算定する。
- (26) 精神科在宅患者支援管理料1（ハを除く。）又は3を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、当該訪問看護ステーションは精神科訪問看護基本療養費を算定せず、当該保険医療機関が精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定する。

- (27) 精神科在宅患者支援管理料2を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合、当該訪問看護ステーションが訪問看護療養費に係る精神科複数回訪問加算を算定し、当該保険医療機関は「注10」に規定する精神科複数回訪問加算を算定できない。
- (28) 精神科在宅患者支援管理料2を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、当該訪問看護ステーションが精神科訪問看護基本療養費を算定し、当該保険医療機関は精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定できない。
- (29) 「注11」に規定する看護・介護職員連携強化加算については、保険医療機関の看護師又は准看護師が、口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃瘻若しくは腸瘻による経管栄養又は経鼻経管栄養を必要とする患者に対して、社会福祉士及び介護福祉士法(昭和62年法律第30号)第48条の3第1項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者又は同法附則第20条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者(以下、「登録喀痰吸引等事業者等」という。)の介護職員等(以下、「介護職員等」という。)が実施する社会福祉士及び介護福祉士法施行規則(昭和62年厚生省令第49号)第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為(以下「喀痰吸引等」という。)の業務が円滑に行われるよう支援を行う取組を評価するものである。
- ア 当該加算は、患者の病状やその変化に合わせて、主治医の指示により、(イ)及び(ロ)の対応を行っている場合に算定する。
- (イ) 喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言
- (ロ) 介護職員等に同行し、患者の居宅において喀痰吸引等の業務の実施状況についての確認
- イ 当該加算は、次の場合には算定できない。
- (イ) 介護職員等の喀痰吸引等に係る基礎的な技術取得や研修目的での同行訪問
- (ロ) 同一の患者に、他の保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて看護・介護職員連携強化加算を算定している場合
- ウ 当該加算は、介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の訪問看護・指導の実施日に算定する。また、その内容を訪問看護記録書に記録すること。
- エ 登録喀痰吸引等事業者等が、患者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のために会議を行う場合は、当該会議に出席し連携する。また、その場合は、会議の内容を訪問看護記録書に記録すること。
- オ 患者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に対応できるよう、患者又はその家族等に対して、保険医療機関の名称、所在地、電話番号並びに時間外及び緊急時の連絡方法を記載した文書を交付すること。
- (30) 「注12」に規定する特別地域訪問看護加算は、当該保険医療機関の所在地から患者までの訪問につき、最も合理的な通常の経路及び方法で片道1時間以上要する患者に対して、特別地域に所在する保険医療機関の保健師等が精神科訪問看護・指導を行った場合又は特別地域外に所在する保険医療機関の保健師等が、特別地域に居住する患者に対して精神科訪問看護・指導を行った場合に、精神科訪問看護・指導料の所定点数(注に規定する加算は含まない。)の100分の50に相当する点数を加算する。なお、当該加算は、交通事情等の特別の

事情により訪問に要した時間が片道1時間以上となった場合は算定できない。特別地域訪問看護加算を算定する保険医療機関は、その所在地又は患家の所在地が特別地域に該当するか否かについては、地方厚生（支）局に確認すること。

I012-2 精神科訪問看護指示料

(1) 精神科訪問看護指示料は、入院中以外の精神疾患を有する患者であって、適切な在宅医療を確保するため、指定訪問看護に関する指示を行うことを評価するものであり、患者の診療を担う保険医（精神科の医師に限る。）が診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、別紙様式17を参考に作成した精神科訪問看護指示書に有効期間（6月以内に限る。）を記載して、当該患者又はその家族等が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。なお、1か月の指示を行う場合には、精神科訪問看護指示書に有効期間を記載することを要しない。

(2) 精神科訪問看護指示書を交付した保険医（精神科の医師に限る。）は、在宅療養に必要な衛生材料及び保険医療材料（以下「衛生材料等」という。）の量の把握に努め、十分な量の衛生材料等を患者に支給すること。

(3) 精神科訪問看護の指示は、当該患者に対して主として診療を行う保険医療機関が行うことを原則とし、退院時に1回算定できるほか、在宅で療養を行っている患者について1月に1回に限り算定できる。なお、同一月において、1人の患者について複数の訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した場合であっても、当該指示料は、1月に1回を限度に算定するものであること。

ただし、A保険医療機関と特別の関係にあるB保険医療機関において区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料を算定している月においては、A保険医療機関は当該患者について区分番号「C007」訪問看護指示料は算定できない。

(4) 精神科特別訪問看護指示加算は、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、当該患者の診療を担う保険医（精神科の医師に限る。）が、一時的に頻回の指定訪問看護を当該患者に対して行う必要性を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、別紙様式17の2を参考に作成した精神科特別訪問看護指示書を、当該患者等が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に、1月に1回に限り算定する。

ここでいう一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要性とは、恒常的な頻回の指定訪問看護の必要性ではなく、状態の変化等で日常行っている指定訪問看護の回数では対応できない場合であること。また、その理由等については、精神科特別訪問看護指示書に記載すること。

なお、当該頻回の指定訪問看護は、当該特別の指示に係る診療の日から14日以内に限り実施するものであること。

(5) 患者の診療を行った精神科の医師は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに精神科訪問看護指示書及び精神科特別訪問看護指示書（以下この項において「精神科訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該精神科訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーションに交付すること。

なお、精神科訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーションに交付できるものであること。

- (6) 主治医は、交付した精神科訪問看護指示書等の写しを診療録に添付すること。
- (7) 患者の診療を担う保険医（精神科の医師に限る。）は、当該精神科訪問看護指示書交付後であっても、患者の病状等に応じてその期間を変更することができるものであること。なお、指定訪問看護の指示を行った保険医療機関は、訪問看護ステーションからの対象患者について相談等があった場合には、懇切丁寧に対応すること。
- (8) 「注3」に規定する衛生材料等提供加算は、在宅療養において衛生材料等が必要な患者に対し、当該患者へ精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションから提出された精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を基に、療養上必要な量について判断の上、必要かつ十分な量の衛生材料等を患者に支給した場合に算定する。
- (9) 「C002」在宅時医学総合管理料、「C002-2」施設入居時等医学総合管理料、「C003」在宅がん医療総合診療料、「C005-2」在宅患者訪問点滴注射管理指導料、第2部第2節第1款の各区分に規定する在宅療養指導管理料を算定した場合は、「注3」の加算は当該管理料等に含まれ別に算定できない。

I 0 1 3 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

- (1) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」のイは、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、当該入院における当該薬剤の投与開始日の属する月及びその翌月にそれぞれ1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。
- (2) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」のロは、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与した日に算定する。
- (3) 持続性抗精神病注射薬剤の種類については、別紙36を参考にすること。
- (4) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「2」治療抵抗性統合失調症治療指導管理料は、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。
- (5) 治療抵抗性統合失調症治療薬とは、クロザピンをいう。
- (6) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料を算定する場合は、治療計画及び治療内容の要点を診療録に記載する。

I 0 1 4 医療保護入院等診療料

- (1) 医療保護入院等診療料は、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院に係る患者について、当該入院期間中1回に限り算定する。
- (2) 医療保護入院等診療料を算定する場合にあっては、患者の入院形態について、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院の中から該当するものを診療報酬明細書に記載する。
- (3) 医療保護入院等診療料を算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会において、入院医療について定期的（少なくとも月1回）な評価を行うこと。

(4) 入院患者の隔離及び身体拘束その他の行動制限が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを常に確認できるよう、一覧性のある台帳が整備されていること（平成 26 年 3 月 14 日障精発 0314 第 1 号「精神科病院に対する指導監督等の徹底について」）。また、その内容について他の医療機関と相互評価できるような体制を有していることが望ましい。

(5) 患者に対する治療計画、説明の要点について診療録に記載すること。

I 0 1 5 重度認知症患者デイ・ケア料

(1) 精神症状及び行動異常が著しい認知症患者（「認知症高齢者の日常生活度判定基準」がランクMに該当するもの）の精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的とし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、患者 1 人当たり 1 日につき 6 時間以上行った場合に算定する。

(2) 医師の診療に基づき、対象となる患者ごとにプログラムを作成し、当該プログラムに従って行うものであって、定期的なその評価を行う等計画的な医学的管理に基づいて行うものであること。

(3) 治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる。

(4) 「注 2」に掲げる早期加算の対象となる患者は、当該療法の算定を開始してから 1 年以内又は精神病床を退院して 1 年以内の患者であること。

(5) 「注 3」に掲げる夜間ケア加算の対象となる患者は、夜間の精神状態及び行動異常が著しい認知症患者で、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、当該療法に引き続き 2 時間以上の夜間ケアを行った場合には、当該療法を最初に算定した日から起算して 1 年以内の期間に限り算定できる。

(6) 重度認知症患者デイ・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録等に記載すること。

(7) 重度認知症患者デイ・ケア料は入院中の患者以外の患者に限り算定する。ただし、重度認知症患者デイ・ケア料を算定している患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

I 0 1 6 精神科在宅患者支援管理料

(1) 精神科在宅患者支援管理料「1」及び「2」は、精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者（精神症状により単独での通院が困難な者を含む。）に対し、精神科医、看護師又は保健師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種が、計画的な医学管理の下に月 1 回以上の訪問診療及び定期的な精神科訪問看護を実施するとともに、必要に応じ、急変時等に常時対応できる体制を整備し、多職種が参加する定期的な会議を開催することを評価するものであり、月 1 回に限り算定する。なお、「1」及び「2」の算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、直近の入院についての入院日、入院形態並びに退院日（入退院を繰り返す者の場合は、直近の入院に加え、前々回の入院についての入院日、入院形態並びに退院日）、直近の退院時における G A F、当該月の最初の訪問診療時における G A F、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成 18 年 4 月 3 日老発第 0403003 号）におけるランク、初回の算定日及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載すること。

- (2) 「1」のイ及び「2」のイについては、以下の全てに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月に1回に限り算定すること。
- ア 1年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者であって、都道府県等が精神障害者の退院後支援に関する指針を踏まえて作成する退院後支援計画に関する計画に基づく支援期間にある患者又は入退院を繰り返す者（入退院を繰り返す者については、直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該直近の入院の入院日より起算して過去3月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者に限る。）
- イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態、退院時又は算定時におけるGAF尺度による判定が40以下の者（重度認知症の状態とは、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年4月3日老発第0403003号）（「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成30年3月5日保医発0305第2号）の別添6の別紙12及び別紙13参照）におけるランクMに該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（JCS（Japan Coma Scale）でⅡ-3（又は30）以上又はGCS（Glasgow Coma Scale）で8点以下の状態にある者）を除く。）
- (3) 「1」のロ及び「2」のロについては、(2)のア又はイに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月に1回に限り算定すること。
- (4) 「3」は、精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者（精神症状により単独での通院が困難な者を含む。）のうち、以下のいずれかに該当する患者に対して、計画的な医学管理の下に月1回以上の訪問診療を実施するとともに、必要に応じ、急変時等に常時対応できる体制を整備することを評価するものであり、「1」又は「2」の初回の算定日から起算して2年に限り、月1回に限り算定する。なお、「3」の算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、「1」又は「2」の初回の算定日、「3」の初回の算定日及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載すること。
- ア 「1」のイ又は「2」のイを算定した患者であって、当該管理料の算定を開始した月から、6月を経過した患者
- イ 「1」のロ又は「2」のロを前月に算定した患者であって、引き続き訪問診療が必要な患者
- (5) 「3」を前月に算定した患者であって、(2)のイを満たし、対象となる状態の著しい急性増悪を認めるものについては、要件を満たす場合に限り、「1」の「ロ」及び「2」の「ロ」を算定して差し支えない。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に、急性増悪における状態像について記載すること。
- (6) 計画的な医学管理については、別紙様式41又はこれに準じた様式を用いて総合支援計画書を月1回以上作成し、総合支援計画書の写しを診療録に添付すること。
- (7) 「1」のイ及び「2」のイは、以下の全てを実施する場合に算定すること。
- ア 算定患者ごとに、当該患者の診療等を担当する精神科医、看護師又は保健師、精神保健福祉士及び作業療法士の各1名以上からなる専任のチームを設置すること。
- イ 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導（うち月2回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問であること）を

行うこと。原則として、(7)のアに規定する専任のチームに所属する精神科医等が訪問することとし、異なる従事者が行う場合には、あらかじめ患者又は患者家族等に説明を行い、同意を得ること。

ウ (7)のアに規定する専任のチームが週1回以上一堂に会しカンファレンス(以下「チームカンファレンス」という。)を行うこと。うち、月1回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議(以下「共同カンファレンス」という。)を開催すること。ただし、当該保健所又は精神保健福祉センター等の都合により当該保健所又は精神保健福祉センター等がカンファレンスに参加できなかった場合は、参加できなかった理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、共同カンファレンスについては、初回は関係者全員が一同に会して実施すること。2回目以降についても、関係者全員が一同に会して実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。

(8) 「1」のロ及び「2」のロは、(7)のアに加え、以下の全てを実施する場合に算定すること。

ア 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と月2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導(うち月1回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問であること)を行うこと。原則として、(7)のアに規定する専任のチームに所属する精神科医等が訪問することとし、異なる従事者が行う場合には、あらかじめ患者又は患者家族等に説明を行い、同意を得ること。

イ (7)のアに規定する専任のチームが月1回以上一堂に会しチームカンファレンスを行い、その都度、患者の同意を得た上で、保健所又は精神保健センター等にチームカンファレンスの結果を文書により情報提供すること。必要に応じて共同カンファレンスを行うこと。なお、共同カンファレンスについては、関係者全員が一同に会して実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。

(9) 連携する訪問看護ステーションが精神科訪問看護を行う場合には、精神科在宅患者支援管理料2を算定する。この場合、(7)のアに規定する専任のチームに、連携する訪問看護ステーションの看護師若しくは保健師、作業療法士又は精神保健福祉士のいずれか1名以上が参加している必要があること。また、連携する訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、定期的な多職種会議の他、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を随時提供していること。なお、この場合、(7)及び(8)に規定するチームカンファレンスについては、関係者全員が一同に会して実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。

(10) (7)、(8)及び(9)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(11) チームカンファレンス及び共同カンファレンスの開催に当たっては、以下の点に留意すること。

ア チームカンファレンス及び共同カンファレンスにおいて、において、患者についての診

療情報の共有、支援計画書の作成と見直し、具体的な支援内容、訪問日程の計画及び支援の終了時期等について協議を行うこと。また、診療録等に会議の要点、参加者の職種と氏名を記載すること。

イ 可能な限り、患者又はその家族等が同席することが望ましい。

ウ 支援計画書の内容については、患者又はその家族等へ文書による説明を行い、説明に用いた文書を交付すること。また、説明に用いた文書の写しを診療録等に添付すること。

- (12) 特別の関係にある訪問看護ステーションと連携して行う場合は、精神科在宅患者支援管理料1を算定すること。
- (13) 連携する訪問看護ステーションが当該患者について訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した場合、訪問看護ステーションが訪問を行った同一時間帯に行う区分番号「C000」往診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料、区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、区分番号「C008」在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号「C009」在宅患者訪問栄養食事指導料又は区分番号「I012」精神科訪問看護・指導料は算定できない。
- (14) 2以上の保険医療機関が同一の患者について同一の精神科在宅患者支援管理料を算定すべき医学管理を行っている場合には、主たる医学管理を行っている保険医療機関において当該精神科在宅患者支援管理料を算定する。
- (15) 精神科オンライン在宅管理料は、以下の全てを実施する場合に算定する。
- ア 精神科オンライン在宅管理料は、対面診療の原則のもとで、訪問診療とオンライン診療を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づいて、オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、訪問診療を実施した時間帯以外の時間帯にオンライン診療による医学管理を実施した場合に算定できる。なお、当該計画に基づかない他の傷病に対する診察は、対面診療で行うことが原則であり、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。
- イ オンライン診療は、アの計画に基づき、訪問診療とオンライン診療を組み合わせた医学管理のもとで実施すること。
- ウ 精神科オンライン在宅管理料が算定可能な患者は、精神科在宅患者支援管理料の算定対象となる患者であって、精神科在宅患者支援管理料を初めて算定した月から3月以上経過し、かつオンライン診療を実施しようとする月の直近3月の間、オンライン診療を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っているものに限る。
- エ 患者の同意を得た上で、訪問診療とオンライン診療を組み合わせた在宅診療計画を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載する。
- オ 当該計画に沿って、オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行った際には、当該管理の内容、当該管理に係るオンライン診療を行った日、診察時間等の要点を診療録に記載すること。
- カ オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、精神科在宅患者支援管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が同一の保険医療機関に所属する5人以下のチームで診療を行っている場合であって、あら

はじめ診療を行う医師について在宅診療計画に記載し、複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師がオンライン診療による医学管理を行っても差し支えない。

キ オンライン診療を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診察を行う。

ク オンライン診療による計画的な療養上の医学管理は、当該保険医療機関内において行う。

ケ 同一の患者について、オンライン診療による医学管理を実施した同一時間帯に連携する訪問看護ステーションが訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した場合、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。

コ 同一の患者について、オンライン診療による医学管理を実施した日に、区分番号「C000」往診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料、区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、区分番号「C008」在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号「C009」在宅患者訪問栄養食事指導料又は区分番号「I012」精神科訪問看護・指導料を算定した場合、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。

サ 当該管理料を算定する場合、オンライン診療を受ける患者は、当該患者の自宅においてオンライン診療を受ける必要がある。また、複数の患者に対して同時にオンライン診療を行った場合は、当該管理料は算定できない。

シ 当該診察を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

ス 精神科オンライン在宅管理料を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、精神科在宅患者支援管理料の算定を開始した年月を記載すること。

第2節 薬剤料

精神病特殊薬物療法は、第2章第5部投薬として算定する。

第3節 経過措置

平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

第9部 処置

通則

1 処置の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される保険医療材料の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

2 処置に当たって、第2節に掲げる医療機器等、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料(以下この節において「特定保険医療材料」という。)を使用した場合、前号により算定した点数及び第2節、第3節又は第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

3 第1節に掲げられていない処置であって簡単なものの費用は、薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、第3節又は第4節の各区分の所定点数のみにより算定する。

4 第1節に掲げられていない処置であって特殊なもの費用は、同節に掲げられている処置のうち最も近似する処置の各区分の所定点数により算定する。

5 緊急のために休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の場合若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ 処置の所定点数が1,000点以上の場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合

(1) 休日加算1 所定点数の100分の80に相当する点数

(2) 時間外加算1 (入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。)

(3) 深夜加算1 所定点数の100分の80に相当する点数

(4) ①から③までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合 所定点数の100分の80に相当する点数

ロ 処置の所定点数が150点以上の場合であって、入院中の患者以外の患者に対して行われる場合(イに該当する場合を除く。)

(1) 休日加算2 所定点数の100分の80に相当する点数

(2) 時間外加算2 所定点数の100分の40に相当する点数

(3) 深夜加算2 所定点数の100分の80に相当する点数

(4) ①から③までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合 所定点数の100分の40に相当する点数

6 対称器官に係る処置の各区分の所定点数は、特に規定する場を除き、同側の器官の処置料に係る点数とする。

第1節 処置料

区分

(一般処置)

J000 創傷処置

1 100平方センチメートル未満 52点

2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 60点

3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 90点

4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 160点

5 6,000平方センチメートル以上 275点

注1 1)については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者(入院中の患者に限る。)

2) 区分番号C109に掲げる在宅療養時患者の処置料は、所定点数として算定する。

12)に掲げる在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者に対して行った創

傷処置(熱傷に対するものを除く。)の費用は算定しない。

3 5)については、6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。

J001 熱傷処置

1 100平方センチメートル未満 135点

2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 147点

3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 270点

4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 500点

5 6,000平方センチメートル以上 1,500点

注1 初回の処置を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号J000に掲げる創傷処置の例により算定する。

2 1)については、入院中の患者及び手術後の患者(入院中の患者に限る。)

3)については手術日から起算して14日を限度として算定する。

3 1)については、第1度熱傷の場合は第1章基本診療料に含まれ、算定できない。

4 4及び5については、6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。

J001-2 絆創膏固定術

J001-3 鎖骨又は肋骨骨折固定術

J001-4 重度褥瘡処置(1日につき)

1 100平方センチメートル未満 90点

2 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 98点

3 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 150点

4 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 280点

5 6,000平方センチメートル以上 500点

注1 重度の褥瘡処置を必要とする患者に対して、初回の処置を行った日から起算して2月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号J000に掲げる創傷処置の例により算定する。

2 1)については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者(入院中の患者に限る。)

については手術日から起算して14日を限度として算定する。

注1 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合に、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。

2 当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

J001-6 精神科療養患者褥瘡等処置(1日につき)

注1 結核病棟又は精神科病棟に入院している患者であって、入院期間が1年を超える入院期間が1年を超える患者に、次に掲げる処置のいずれかを行った場合に、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。

イ 創傷処置(熱傷に対するものを除く。)

(1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 30点

(2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 50点

ロ 皮膚科軟膏処置

(1) 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満

(2) 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満

注1 1)に掲げる処置に係る処置料は、所定点数に含まれるものとする。

2 爪甲除去(麻酔を要しないもの)

J001-7 爪甲除去(麻酔を要しないもの) 60点

J010-2	注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	1,450点
J011	経皮的肝臓導管穿刺術 1 骨髄穿刺 2 その他	310点 330点
J012	腎臓動脈又は水腎症穿刺 注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	280点
J013	マダガスカ高穿刺	240点
J014	乳胸穿刺	200点
J015	甲状胸穿刺	150点
J016	リンパ節等穿刺	200点
J017	エタノールの局所注入 注 甲状腺又は副甲状腺に対する局所注入については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保健医療機関において施行される場合に限り算定する。	1,200点
J017-2	リンパ管理腫局所注入 注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。	1,020点
J018	降痰吸引（1日につき） 注 1 間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時にを行った降痰吸引の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。 2 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、83点を加算する。 3 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号C109に掲げる在宅酸素療法指導管理料を算定している患者に対して行った降痰吸引の費用は算定しない。	48点
J018-2	内視鏡下気管支分泌物吸引（1日につき）	120点
J018-3	干渉低周波去痰器による降痰吸引（1日につき） 注 1 間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時にを行った干渉低周波去痰器による降痰排出の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。 2 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、83点を加算する。 3 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号C109に掲げる在宅酸素療法指導管理料を算定している患者に対して行った干渉低周波去痰器による降痰排出の費用は算定しない。	48点 60点
J019	持続的胸腔ドレーナージ（開始日） 注 1 持続的胸腔ドレーナージの費用は、挿入したドレーンの本数にかかわらず、1日に1回に限り算定する。 2 3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	50点
J019-2	削除	
J020	胃持續ドレーナージ（開始日） 注 3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	550点
J021	持続的腹腔ドレーナージ（開始日） 注 1 持続的腹腔ドレーナージの費用は、挿入したドレーンの本数にかかわらず、1日に1回に限り算定する。 2 3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。 3 高位栄養、高位洗滌、洗腸	65点
J022	高位栄養、高位洗滌、洗腸 注 3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。	
J001-8	注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 芽刺排膿液注液注入	45点
J001-9	入院中の患者についてのみ算定する。 空洞切開術経ヨードホルムガーゼ処置（1日につき）	45点
J001-10	静脈圧追迫処置（慢性肺不全に対するもの） 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保健医療機関において行われる場合に限り算定する。 2 初回の処置を行った場合は、静脈圧追迫処置初回加算として、初回に限り150点を所定点数に加算する。	200点
J002	ドレーン法（ドレーナージ）（1日につき） 1 持続的吸引を行うもの 2 その他のもの	50点 25点
J003	注 3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。 局所陰圧閉鎖処置（入院）（1日につき） 1 100平方センチメートル未満 2 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 3 200平方センチメートル以上	1,040点 1,060点 1,100点
J003-2	注 1 初回の貼付に限り、1にあっては1,690点を、2にあっては2,650点を、3にあっては3,300点を、初回加算として、それぞれ所定点数に加算する。 2 初回の貼付に限り、持続洗浄を併せて実施した場合は、持続洗浄加算として、500点を所定点数に加算する。	
J003-3	局所陰圧閉鎖処置（入院外）（1日につき） 1 100平方センチメートル未満 2 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 3 200平方センチメートル以上	240点 270点 330点
J003-4	注 初回の貼付に限り、1にあっては1,690点を、2にあっては2,650点を、3にあっては3,300点を、初回加算として、それぞれ所定点数に加算する。 多血小坂血算 処置 多血小坂血算 処置（腹部開放創）（1日につき）	1,100点 4,190点
J004	注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保健医療機関において行われる場合に限り算定する。 多血小坂血算 処置に伴って行われた採血等の費用は、所定点数に含まれるものとする。	190点
J005	流注膿瘍穿刺 脳室穿刺	600点
J006	注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。 後頭下穿刺	300点
J007	注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。 頸椎又は腰椎穿刺	317点
J007-2	注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。 硬膜外自家血注入	800点
J008	注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保健医療機関において行われる場合に限り算定する。 2 硬膜外自家血注入に伴って行われた採血及び穿刺等の費用は、所定点数に含まれるものとする。	
J008	胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）	220点
J009	注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。	
J010	削除 腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。）	230点

J 0 2 9 鉄の肺 (1日につき) 280点
 J 0 2 9 - 2 減圧タンク療法 260点
 J 0 3 0 食道ブジー法 120点
 J 0 3 1 直腸ブジー法 120点
 J 0 3 2 肛門拡張法 (徒手又はブジーによるもの) 190点
 注 3歳未満の乳幼児であって、直腸又は肛門疾患に係る手術の前後の場合は、周術期乳幼児加算として、初回の算定日から起算して3月以内に限り、100点を所定点数に加算する。

J 0 3 3 削除
 J 0 3 4 イレウス用ロングチューブ挿入法 730点
 J 0 3 4 - 2 経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術 180点
 J 0 3 4 - 3 内視鏡的結腸輪軸捻除術 (一連につき) 5,360点
 J 0 3 5 削除
 J 0 3 6 非還納性ヘルニア徒手整復法 290点
 注 新生児又は3歳未満の乳幼児の場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ110点又は55点を加算する。

J 0 3 7 病後状態整復法 (脱肛を含む) 290点
 J 0 3 8 人工腎臓 (1日につき)

1 慢性維持透析を行った場合 1
 イ 4時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 1,924点
 ロ 4時間以上5時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 2,084点
 ハ 5時間以上の場合 (別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 2,219点
 ニ 4時間未満の場合 (イを除く。) 1,798点
 ホ 4時間以上5時間未満の場合 (ロを除く。) 1,988点
 ヘ 5時間以上の場合 (ハを除く。) 2,083点
 2 慢性維持透析を行った場合 2
 イ 4時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 1,884点
 ロ 4時間以上5時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 2,044点
 ハ 5時間以上の場合 (別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 2,174点
 ニ 4時間未満の場合 (イを除く。) 1,758点
 ホ 4時間以上5時間未満の場合 (ロを除く。) 1,918点
 ヘ 5時間以上の場合 (ハを除く。) 2,048点
 3 慢性維持透析を行った場合 3
 イ 4時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 1,844点
 ロ 4時間以上5時間未満の場合 (別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 1,999点
 ハ 5時間以上の場合 (別に厚生労働大臣が定める患者に限る。) 2,129点
 ニ 4時間未満の場合 (イを除く。) 1,718点
 ホ 4時間以上5時間未満の場合 (ロを除く。) 1,873点
 ヘ 5時間以上の場合 (ハを除く。) 2,003点
 4 その他の場合 1,580点

注 1 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時以降に開始した患者若しくは午後9時に以降に終了した場合又は休日に行った場合は、時間外・休日加算として、380点を所定点数に加算する。
 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た居療医療機関において行っている場合は、導入期加算として、導入期1月に限り1日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる高数を所定点数に

J 0 2 2 - 2 摘便 100点
 J 0 2 2 - 3 膈椎筋下直腸内異物除去 45点
 J 0 2 2 - 4 膈内ガス排気処置 (閉鎖手術後) 45点
 J 0 2 2 - 5 持続的能治性下痢便ドレナージ (開始日) 50点
 J 0 2 3 気管支カテーテル薬液注入法 120点
 J 0 2 4 酸素吸入 (1日につき) 65点
 注 1 使用した精製水の費用は、所定点数に含まれるものとする。
 2 間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時にを行った酸素吸入の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。
 3 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素吸入の費用は算定しない。

J 0 2 4 - 2 突発性聴障に対する酸素療法 (1日につき) 65点
 J 0 2 5 酸素テント (1日につき) 65点
 注 1 間歇的陽圧吸入法と同時にを行った酸素テントの費用は、間歇的陽圧吸入法の所定点数に含まれるものとする。
 2 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った酸素テントの費用は算定しない。

J 0 2 6 間歇的陽圧吸入法 (1日につき) 160点
 注 1 間歇的陽圧吸入法と同時に行った呼吸吸引、酸素吸入又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。
 2 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った間歇的陽圧吸入法の費用は算定しない。

J 0 2 6 - 2 鼻マスク式補助換気法 (1日につき) 160点
 注 1 鼻マスク式補助換気法と同時に行われる呼吸吸引、酸素吸入又は酸素テントの費用は、所定点数に含まれるものとする。
 2 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った鼻マスク式補助換気法の費用は算定しない。
 J 0 2 6 - 3 体外式陰圧人工呼吸器治療 (1日につき) 160点
 注 1 体外式陰圧人工呼吸器治療と同時に行う呼吸吸引、酸素吸入又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。
 2 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料又は区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った体外式陰圧人工呼吸器治療の費用は算定しない。

J 0 2 6 - 4 ハイローセラピー (1日につき) 282点
 1 15歳未満の患者の場合 192点
 2 15歳以上の患者の場合
 J 0 2 7 高気圧酸素治療 (1日につき) 5,000点
 1 減圧症又は空気塞栓に対するもの 3,000点
 2 その他のもの

注 1 については、高気圧酸素治療の実施時間が5時間を超えた場合には、30分又はその端数を増すごとに、長時間加算として、500点を所定点数に加算する。ただし、3,000点を限度として加算する。
 J 0 2 8 インキベーター (1日につき) 120点
 注 使用した精製水の費用及びインキベーターと同時にを行った酸素吸入の費用は、所定点数に含まれるものとする。

<p>加算する。</p> <p>イ 導入期加算 200点</p> <p>ロ 導入期加算 2 500点</p> <p>3 著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、障害者等加算として、1日につき140点を加算する。</p> <p>4 カニエーション料を含むものとする。</p> <p>5 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜透析指導管理料又は区分番号C102-2に掲げる在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合は、週1回（在宅自己腹膜透析指導管理料を算定している患者にあっては、区分番号J042に掲げる腹膜透析（1に限る。）の実施回数と併せて週1回）に限って算定する。</p> <p>6 1から3までの場合にあっては、透析液、血液凝固防止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める薬剤の費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>7 人工腎臓を夜間に開始し、午前0時に終了した場合は、1日として算定する。</p> <p>8 区分番号J038-2に掲げる持続線徐式血液透析の実施回数と併せて1月に14回に限って算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者にあってはこの限りでない。</p> <p>9 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、透析液水質確保加算として、所定点数に100点を加算する。</p> <p>10 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、人工腎臓を實施している患者に係る下流末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行った場合には、下肢末梢動脈疾患指導管理加算として、月1回に限って所定点数に100点を加算する。</p> <p>11 通常の人工腎臓では管理が困難な状態を有する患者に対して、6時間以上的人工腎臓を行った場合には、長時間加算として、1回につき150点を加算する。</p> <p>12 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。</p> <p>13 1から3までについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において慢性維持透析施設（複連のものに限る。）を行った場合には、慢性維持透析施設加算として、所定点数に50点を加算する。</p> <p>J038-2 持続線徐式血液透析（1日につき） 1,990点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対して、午後5時に開始した場合若しくは午後9時に開始した場合は休日に行った場合は、時間外・休日加算として、300点を所定点数に加算する。</p> <p>2 著しく持続線徐式血液透析が困難な障害者等に対して行った場合は、障害者等加算として、1日につき120点を加算する。</p> <p>3 持続線徐式血液透析を夜間に開始し、午前0時に終了した場合は、1日として算定する。</p> <p>4 区分番号J038に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて1月に14回に限って算定する。ただし、区分番号J038に掲げる人工腎臓の注8に規定する別に厚生労働大臣が定める患者にあってはこの限りでない。</p> <p>J039 血漿交換療法（1日につき） 4,200点</p> <p>注 血漿交換療法を夜間に開始し、午前0時に終了した場合は、1日として算定する。</p>	<p>J040 局所灌流（1日につき）</p> <p>1 悪性腫瘍に対するもの 4,300点</p> <p>2 骨髄・骨髄炎に対するもの 1,700点</p> <p>注 局所灌流を夜間に開始し、午前0時に終了した場合は、1日として算定する。</p> <p>J041 吸着式血液浄化法（1日につき） 2,000点</p> <p>注 吸着式血液浄化法を夜間に開始し、午前0時に終了した場合は、1日として算定する。</p> <p>J041-2 血球成分除去療法（1日につき） 2,000点</p> <p>注 血球成分除去療法を夜間に開始し、午前0時に終了した場合は、1日として算定する。</p> <p>J042 腹膜灌流（1日につき） 330点</p> <p>1 連続換流式腹膜灌流</p> <p>注1 導入期の14日の間に限り、導入期加算として、1日につき500点を加算する。</p> <p>2 6歳未満の乳幼児の場合は、導入期の14日の間又は15日目を以降30日目までの間に限り、注1の規定にかかわらず、乳幼児加算として、それぞれ1日につき1,100点又は550点を加算する。</p> <p>3 区分番号C102に掲げる在宅自己腹膜透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号J038に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて週1回に限って算定する。</p> <p>2 その他の腹膜灌流 1,100点</p> <p>J043 新生児高ビリルビン血症に対する光線療法（1日につき） 140点</p> <p>J043-2 造血療法 250点</p> <p>J043-3 ストーマ処置（1日につき）</p> <p>1 ストーマを1個もつ患者に対して行った場合 70点</p> <p>2 ストーマを2個以上もつ患者に対して行った場合 120点</p> <p>注1 入院中の患者以外の患者に対して算定する。</p> <p>2 区分番号C109に掲げる在宅透析機器患者処置指導管理料を算定している患者に対して行ったストーマ処置の費用は算定しない。</p> <p>3 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。</p> <p>J043-4 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法 200点</p> <p>注 区分番号J000に掲げる創傷処置、区分番号K000に掲げる創傷処置の費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>J043-5 尿管交換法 100点</p> <p>注1 区分番号J000に掲げる創傷処置、区分番号K000に掲げる創傷処置、区分番号J043-3に掲げるストーマ処置（尿管交換法を除く。）の費用は所定点数に含まれるものとする。</p> <p>2 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。</p> <p>J043-6 人工障眼療法（1日につき） 3,500点</p> <p>注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、3日を限度として算定する。</p> <p>J043-7 経陰腔放射線治療用材料局所注入（救急処置） 1,400点</p> <p>J044 救命のための気管内挿管 480点</p> <p>注 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。</p> <p>J044-2 体表ペーシング法又は食道ペーシング法（1日につき） 400点</p> <p>J045 人工呼吸 242点</p> <p>1 30日までの場合</p>
---	--

- 2 30分を超えて5時間までの場合 242点に20分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数
- 3 5時間を超えた場合 (1日につき) 819点
- 注1 使用した精製水の費用及び人工呼吸と同時に人工呼吸機、経皮的動脈血酸素飽和度測定若しくは非経皮的連続血圧測定又は経陰吸引若しくは酸素吸入の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 2 区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った人工呼吸の費用は算定しない。
- J045-2 一酸化窒素吸入療法 (1日につき) 1,680点
- 1 新生児の低酸素性呼吸不全に対して実施する場合
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 2 一酸化窒素ガス加算として、吸入時間が1時間までの場合、900点を所定点数に加算する。吸入時間が1時間を超える場合は、900点に吸入時間が1時間又はその端数を増すごとに900点を加算して得た点数を、所定点数に加算する。
- J046 非閉胸的心マニピュレーション 250点
- 1 30分までの場合
- 2 30分を超えた場合
- J047 カウンターストップ (1日につき) 250点に30分又はその端数を増すごとに40点を加算して得た点数
- 1 非医療従事者向け自動除細動器を用いた場合
- 2 その他の場合
- J047-2 心腔内除細動 3,500点
- J047-3 心不全に対する遠赤外線熱療法 (1日につき) 115点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た施設医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 2 入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して行われた場合に、治療開始日から起算して30日を限度として、週5回に限り所定点数を算定する。
- J048 心臓穿孔 500点
- J049 食道圧迫止血チューブ挿入法 3,240点
- J050 気管内洗浄 (1日につき) 340点
- 注1 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。
- 2 気管内洗浄と同時に人工呼吸機又は酸素吸入は、所定点数に含まれるものとする。
- J051 胃洗浄 300点
- 注 3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。
- J052 ショックハンズ (1日につき) 150点
- 注 2日以後については、所定点数にかかわらず1日につき50点を算定する。
- J052-2 熱温浴療法 (1日につき) 1,740点
- 注 広範創傷患者であって、入院中のものについて行った場合に受傷後60日以内に限り算定する。(皮膚科処置)
- J053 皮膚科軟膏処置 (皮膚科処置) 80点
- 80点
- 80点
- 80点
- 100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満 55点
- 2 500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 85点
- 3 3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満 155点
- 4 6,000平方センチメートル以上 270点
- 注1 100平方センチメートル未満の場合は、第1章基本診療料に含まれ、算定できない。
- 2 区分番号C109に掲げる在宅療養付き患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った皮膚科軟膏処置の費用は算定しない。
- J054 皮膚科光線療法 (1日につき) 45点
- 1 赤外線又は紫外線療法
- 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。
- 2 長波紫外線又は中波紫外線療法 (概ね290ナノメートル以上315ナノメートル以下のもの)
- 3 中波紫外線療法 (308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの) 340点
- J054-2 皮膚レーザー照射療法 (一運につき) 2,170点
- 1 色素レーザー照射療法
- 注 照射面積が10平方センチメートルを超えた場合は、10平方センチメートル又はその端数を増すごとに、照射面積拡大加算として、所定点数に500点を加算する。ただし、8,500点の加算を限度とする。
- 2 Qスイッチ付レーザー照射療法
- イ 4平方センチメートル未満 2,000点
- ロ 4平方センチメートル以上16平方センチメートル未満 2,370点
- ハ 16平方センチメートル以上64平方センチメートル未満 2,900点
- ニ 64平方センチメートル以上 3,950点
- 注 3歳未満の乳幼児に対して皮膚レーザー照射療法を行った場合は、乳幼児加算として、2,200点を所定点数に加算する。
- J055 いぼ焼灼法 210点
- 1 3箇所以下 210点
- 2 4箇所以上 260点
- J055-2 イオンフォレーゼ 220点
- J055-3 筋肉芽腫切除術 220点
- J056 いぼ冷凍凝固法 220点
- 1 3箇所以下 210点
- 2 4箇所以上 270点
- J057 軟腫摘除 120点
- 1 10箇所未満 120点
- 2 10箇所以上30箇所未満 220点
- 3 30箇所以上 360点
- J057-2 面肉圧出法 49点
- J057-3 瞼眼・涙嚢処置 170点
- 注 月2回に限り算定する。
- J057-4 痔瘻摘除
- 1 10箇所未満 74点
- 2 10箇所以上 148点
- J058 膀胱穿孔 (泌尿器科処置) 80点
- J059 陰嚢水腫穿孔 (泌尿器科処置) 80点
- J059-2 血腫、膿腫穿孔

J060	膀胱洗浄（1日につき） 注1 薬液注入、膀胱洗浄と同時に膀胱洗浄を行う留置カテーテル設置及び留置カテーテル交換 注2 膀胱洗浄の費用は、所定点数に含まれるものとする。 注3 区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号C109に掲げる在宅導尿指導管理料を算定している患者に対して行った膀胱洗浄の費用は算定しない。	60点
J060-2	後尿道洗浄（ワルツマン）（1日につき）	60点
J061	腎盂洗浄（片側）	60点
J062	腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。） 注 ファイバースコープによって行った場合に算定する。	1,290点
J063	留置カテーテル設置 注1 膀胱洗浄と同時に膀胱洗浄を行う留置カテーテル設置の費用は、膀胱洗浄の所定点数に含まれるものとする。 注2 区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号C109に掲げる在宅導尿指導管理料を算定している患者に対して行った留置カテーテル設置の費用は算定しない。	40点
J064	導尿（尿道拡張を要するもの） 注 区分番号C106に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号C109に掲げる在宅導尿指導管理料を算定している患者に対して行った導尿の費用は算定しない。	40点
J065	間歇的導尿（1日につき）	150点
J066	尿道拡張法	216点
J066-2	タイダール自動膀胱洗浄（1日につき）	180点
J067	誘導ブジー法	216点
J068	嵌頓包茎整復法（陰茎縮短等）	290点
J069	前立腺液圧出法	50点
J070	前立腺冷温縮	50点
J070-2	干渉低周波による膀胱等刺激法	50点
J070-3	冷却術処置（1日につき）	50点
J070-4	冷気による膀胱等刺激法	70点
J071	羊水穿刺（羊水過多症の場合）	144点
J072	陰道洗浄（熱性洗浄を含む。） 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	56点
J073	子宮腔洗浄（薬液注入を含む。）	56点
J074	卵管内薬液注入法	60点
J075	陣痛誘発のための卵巣外薬液注入法	408点
J076	子宮頸管内への薬物挿入法	45点
J077	子宮出血止血法 1 分娩時のもの 2 分娩時のもの 3 分娩時のもの	624点 45点 100点
J078	子宮腔薬物療法	180点
J079	子宮腔部焼灼法	180点
J080	子宮頸管拡張及び分娩誘発法 1 ラミナリア 2 コルポイリントン	120点 120点
J081	分岐時純性顕管拡張法	180点
J082	子宮腔非靭血の整復法（ベツサー）	456点
J082-2	薬物放出子宮内システム処置 1 挿入術 2 除去術	290点 240点 150点
J083	妊婦子宮頸管非靭血の整復法	290点
J084	胎盤圧出法	45点
J085	クリステル胎盤圧出法	45点
J085-2	人工羊水注入法 （眼科処置）	720点
J086	眼処置 注1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 注2 点眼又は洗眼については、第1章基本診療料に含まれ、別に算定できない。	25点
J086-2	義眼処置 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。	25点
J087	前房穿刺又は注射（前房内注入を含む。） 注 顕微鏡下に行った場合は、顕微鏡下処置加算として、180点を加算する。	180点
J088	鼓膜の穿孔	45点
J089	睫毛抜き 1 少数の場合 2 多数の場合 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 注1 上眼瞼と下眼瞼についてそれぞれ処置した場合であっても1回の算定とする。 注2 1日に1回に限り算定する。	25点 45点
J090	結膜異物除去（1眼瞼ごと）	100点
J091	鼻涙管ブジー法	45点
J091-2	鼻涙管ブジー法後薬液灌洗	45点
J092	涙囊ブジー法（洗浄を含む。）	54点
J093	頸腫マッサージ	150点
J094	削除 （耳鼻咽喉科処置）	25点
J095	耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。） 注1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 注2 点耳又は簡単な耳垢除去については、第1章基本診療料に含まれ、別に算定できない。	25点
J095-2	鼓室処置（片側）	55点
J096	耳管処置（耳管通気法、鼓膜マッサージ及び鼻内処置を含む。） 1 カテーテルによる耳管通気法（片側） 2 ポリツェル球による耳管通気法 注 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 注 鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）	36点 24点
J097	鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。） 注1 入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。 注2 区分番号J098に掲げる口腔、咽喉処置と併せて行った場合であっても14点とする。 注3 鼻洗浄については、第1章基本診療料に含まれ、別に算定できない。	14点

- J 0 9 7 - 2 副鼻腔自然口開大処置 25点
- 注 処置に用いた薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- J 0 9 8 口説、咽頭処置 14点
- 注 1 入院中の患者以外の患者についてののみ算定する。
- J 0 9 8 - 2 扁桃処置 40点
- J 0 9 9 間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む。） 32点
- 注 入院中の患者以外の患者についてののみ算定する。
- J 1 0 0 副鼻腔手術後の処置（片側） 45点
- 注 当該処置と同日に行われた区分番号 J 0 9 7 - 2 に掲げる副鼻腔自然口開大処置は所定点数に含まれるものとする。
- J 1 0 1 鼓室穿刺（片側） 50点
- J 1 0 2 上顎洞穿刺（片側） 60点
- J 1 0 3 扁桃周囲膿瘍穿刺（扁桃周囲炎を含む。） 180点
- J 1 0 4 唾液腺洗浄（片側） 60点
- J 1 0 5 副鼻腔洗浄又は吸引（注入を含む。）（片側）
 - 1 副鼻腔炎治療用カテーテルによる場合 55点
 - 2 1以外の場合 25点
- J 1 0 6 及び J 1 0 7 削除
- J 1 0 8 鼻出血止血法（ガーゼタンポン又はバルーンによるもの） 240点
- J 1 0 9 鼻閉止血法（ベロック止血法） 440点
- J 1 1 0 削除
- J 1 1 1 耳管ブジー法（通気法又は鼓膜マッサーの併施を含む。）（片側） 45点
- J 1 1 2 唾液腺管ブジー法（片側） 45点
- J 1 1 3 耳垢掻き除去（複雑なもの）
 - 1 片側 100点
 - 2 両側 180点
- J 1 1 4 ネプライザー 12点
- 注 入院中の患者以外の患者についてののみ算定する。
- J 1 1 5 超音波ネプライザー（1日につき） 24点
- J 1 1 5 - 2 排痰誘発法（1日につき） 44点
- （整形外科的処置）
- J 1 1 6 副節穿刺（片側） 120点
- 注 3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。
- J 1 1 6 - 2 粘（滑）液嚥下剤注入（片側） 80点
- J 1 1 6 - 3 ガンクリオン穿刺術 80点
- J 1 1 6 - 4 ガンクリオン圧砕法 80点
- J 1 1 6 - 5 酵素注射療法 2,490点
- J 1 1 7 銅線等による直達牽引（2日目以降、靭的に行った場合の手術料を含む。）（1箇所を1日につき） 50点
- 注 1 3歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、所定点数に55点を加算する。
- 2 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、銅線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。
- J 1 1 8 介達牽引（1日につき） 35点
- 注 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいづれかの所定点数のみにより算定する。
- J 1 1 8 - 2 矯正固定（1日につき） 35点
- 注 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいづれかの所定点数のみにより算定する。
- J 1 1 8 - 3 変形機矯正術（1日につき） 35点
- 注 消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいづれかの所定点数のみにより算定する。
- J 1 1 8 - 4 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（1日につき） 900点
- 注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届けた医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 2 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条第1項に規定する指定難病の患者であって、同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されているもの（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診療を受けたものを含む。）に対して実施された場合には、難病患者加算として、900点を所定点数に加算する。
- 3 導入期5週間に限り、1日につき2,000点を9回に限り加算する。
- J 1 1 9 消炎鎮痛等処置（1日につき）
 - 1 マッサー等の手技による療法 35点
 - 2 器具等による療法 35点
 - 3 湿布処置 35点
- 注 1 1から3までの療法を行った場合に、療法の種類、回数又は部位数にかかわらず、本区分により算定する。
- 2 同一の患者につき同一日において、1から3までの療法のうち2以上の療法を行った場合は、主たる療法のみにより算定する。
- 3 3については、診療所において、入院中の患者以外の患者に対し、半肢の大部又は頭部、顔部及び頰部の大部以上にあたる範囲の湿布処置が行われた場合に算定できる。
- 4 区分番号 C 1 0 9 に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った消炎鎮痛等処置の費用は算定しない。
- J 1 1 9 - 2 腰部又は胸部固定帯固定（1日につき） 35点
- J 1 1 9 - 3 低出力レーザー照射（1日につき） 35点
- J 1 1 9 - 4 肛門処置（1日につき） 24点
- （栄養処置）
- J 1 2 0 鼻閉処置（1日につき） 60点
- 注 1 区分番号 C 1 0 5 に掲げる在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、区分番号 C 1 0 5 - 2 に掲げる在宅小児経管栄養法指導管理料、区分番号 C 1 0 5 - 3 に掲げる在宅半成形栄養経管栄養法指導管理料又は区分番号 C 1 0 9 に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った栄養経管栄養の費用は算定しない。
- 2 間歇的経管栄養法によって行った場合には、間歇的経管栄養法加算として、1日につき60点を所定点数に加算する。
- J 1 2 1 滋養液嚥（キブス） 45点
- 通則
 - 1 既装着のキブス包帯をキブスシャシヤレとして切削使用した場合は各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を算定する。
 - 2 区分番号 J 1 2 3 から J 1 2 8 までに掲げるキブスをプラスチックギブスを用いて行った場合は当該各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を所定点数に加算する。
 - 3 6歳未満の乳幼児に対して区分番号 J 1 2 2 から J 1 2 9 - 4 までに掲げるキブスの処置を行った場合には、乳幼児加算として、当該各区分の所定点数の100分の55に相当する点数を所定点数に加算する。

J1122	四肢ギプス包帯		
1	鼻ギプス		310点
2	手指及び手、足（片側）		490点
3	半肢（片側）		780点
4	内反足矯正ギプス包帯（片側）		1,140点
5	上肢、下肢（片側）		1,200点
6	体幹から四肢にわたるギプス包帯（片側）		1,840点
J1123	体幹ギプス包帯		1,500点
J1124	頰骨ギプス包帯（片側）		1,250点
J1125	ギプスベッド		1,400点
J1126	斜頸矯正ギプス包帯		1,670点
J1127	先天性股関節脱臼ギプス包帯		2,400点
J1128	脊椎側彎矯正ギプス包帯		3,440点
J1129	義肢採型法		
1	四肢切断の場合（1肢につき）		700点
2	股関節、肩関節離断の場合（1肢につき）		1,050点
J1129-2	練習用仮義足又は仮義手採型法		
1	四肢切断の場合（1肢につき）		700点
2	股関節、肩関節離断の場合（1肢につき）		1,050点
J1129-3	治療用器具採型法（1肢につき）		200点
J1129-4	治療用器具採型法		
1	体幹器具		700点
2	四肢器具（1肢につき）		700点
3	その他（1肢につき）		200点
	第2節 如置医療機器等加算		
区分			
J200	腰部、胸部又は頸部固定帯加算（初回のみ）		170点
J201	職業加算		
注1	区分番号J028からJ045まで及びJ045に掛ける処置に当たって職業を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（薬業を使用した場合、その価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。		
注2	酸素及び薬業の価格は、別に厚生労働大臣が定める。		
	第3節 薬剤料		
区分			
J300	薬剤	薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。	
注1	薬価が15円以下である場合は、算定しない。		
注2	使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。		
	第4節 特定保険医療材料		
区分			
J400	特定保険医療材料	材料価格を10円で除して得た点数	
注	使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。		

第9部 処置

<通則>

- 1 処置の費用は、第1節処置料及び第2節処置医療機器等加算、第3節薬剤料又は第4節特定保険医療材料に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される包帯（頭部・頸部・軀幹等固定用伸縮性包帯を含む。）、ガーゼ等衛生材料、患者の衣類及び保険医療材料の費用は、所定点数に含まれており、別に算定できない。
なお、処置に用いる衛生材料を患者に持参させ、又は処方箋により投与するなど患者の自己負担とすることは認められない。
- 2 特に規定する場合を除き、患者に対して特定保険医療材料又は薬剤を支給したときは、これに要する費用として、特定保険医療材料については「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」の定めるところにより、薬剤については「使用薬剤の薬価（薬価基準）」の定めるところにより算定する。なお、この場合、薬剤費の算定の単位は1回に使用した総量の価格であり、患者に対して施用した場合に限り、特に規定する場合を除き算定できるものであるが、投薬の部に掲げる処方料、調剤料、処方箋料及び調剤技術基本料並びに注射の部に掲げる注射料は、別に算定できない。
- 3 浣腸、注腸、吸入、100平方センチメートル未満の第1度熱傷の熱傷処置、100平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置、洗眼、点眼、点耳、簡単な耳垢栓除去、鼻洗浄、狭い範囲の湿布処置その他第1節処置料に掲げられていない処置であって簡単なもの（簡単な物理療法を含む。）の費用は、基本診療料に含まれるものとし、別に算定することはできない。
なお、処置に対する費用が別に算定できない場合（処置後の薬剤病巣撤布を含む。）であっても、処置に際して薬剤を使用した場合には、第3節薬剤料に定めるところにより薬剤料を算定することはできる。
- 4 通則5の入院中の患者以外の患者に対する処置の休日加算1、時間外加算1又は深夜加算1（以下「時間外等加算1」という。）は、次のア又はイの場合であって、所定点数が1,000点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できる。
 - ア 区分番号「A000」の注7、区分番号「A001」の注5、区分番号「A002」の注8に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた場合。ただし、区分番号「A000」の注9又は区分番号「A001」の注7に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診若しくは再診に引き続き行われた場合は対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続きの後であっても、当該加算は算定できる。
 - イ 初診又は再診に引き続いて、緊急処置に必要な不可欠な検査等を行った後、速やかに緊急処置（休日に行うもの又はその開始時間が診療時間以外の時間若しくは深夜であるものに限る。）を開始した場合であって、当該初診又は再診から処置の開始時間までの間が8時間以内である場合（当該処置の開始時間が入院手続きの後の場合を含む。）
- 5 通則5の休日加算2、時間外加算2又は深夜加算2（以下「時間外加算等2」という。）は、区分番号「A000」の注7、区分番号「A001」の注5、区分番号「A002」の注8に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた所定点数が150点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できるものであり、区分番号「A000」の注9又は区分番号「A001」の注7に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診若しくは再診に引き続き行われた場合又は入院

中の患者に対して行われた場合については対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても当該加算は算定できる。

- 6 通則5の入院中の患者に対する処置の休日加算1又は深夜加算1は、病状の急変により、休日に緊急処置を行った場合又は開始時間が深夜である緊急処置を行った場合であって、所定点数が1,000点以上の緊急処置を行った場合に算定できる。
- 7 通則5の時間外等加算1は、当該加算を算定するものとして、地方厚生（支）局長に届出を行っている診療科において処置を実施した場合に限り算定できる。
- 8 処置の開始時間とは、患者に対し直接治療した時とする。なお、処置料において「1日につき」とあるものは午前0時より午後12時までのことであり、午前0時前に処置を開始し、午前0時以降に処置が終了した場合には、処置を行った初日のみ時間外加算等を算定し、午前0時以降の2日目については算定できない。
- 9 処置が保険医療機関又は保険医の都合により時間外となった場合は、時間外加算等は算定できない。
- 10 時間外加算等に係る「所定点数」とは、第1節処置料に掲げられた点数及び各注による加算（プラスチックギプス加算及びギプスに係る乳幼児加算を含む。）を合計した点数であり、第2節、第3節及び第4節における費用は含まない。
- 11 4から10までに規定する他、時間外加算等の取扱いについては、初診料における場合と同様である。
- 12 「通則6」における「特に規定する場合」とは、処置名の末尾に「片側」、「1肢につき」等と記入したものをいう。両眼に異なる疾患を有し、それぞれ異なった処置を行った場合は、その部分についてそれぞれ別に算定できる。
- 13 第1節に掲げられていない特殊なものの費用は、その都度当局に内議し、最も近似する処置として準用が通知された算定方法により算定する。
- 14 血腫、膿腫その他における穿刺は、新生児頭血腫又はこれに準ずる程度のものに対して行う場合は、区分番号「J059-2」血腫、膿腫穿刺により算定できるが、小範囲のものや試験穿刺については、算定できない。

<処置料>

（一般処置）

J000 創傷処置

- (1) 創傷処置、区分番号「J001」熱傷処置、区分番号「J001-4」重度褥瘡処置及び区分番号「J053」皮膚科軟膏処置の各号に示す範囲とは、包帯等で被覆すべき創傷面の広さ、又は軟膏処置を行うべき広さをいう。
- (2) 同一疾病又はこれに起因する病変に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置又は湿布処置が行われた場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さを、いずれかの処置に係る区分に照らして算定するものとし、併せて算定できない。
- (3) 同一部位に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置、面皴圧出法又は湿布処置が行われた場合はいずれか1つのみにより算定し、併せて算定できない。
- (4) 区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号「C112」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、創

傷処置（熱傷に対するものを除く。）、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入の費用は算定できない。

- (5) 手術後の患者に対する創傷処置は、その回数にかかわらず、1日につき所定の点数のみにより算定する。
- (6) 複数の部位の手術後の創傷処置については、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さに該当する点数により算定する。
- (7) 中心静脈圧測定、静脈内注射、点滴注射、中心静脈注射及び植込型カテーテルによる中心静脈注射に係る穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は、別に算定できない。
- (8) 軟膏の塗布又は湿布の貼付のみの処置では算定できない。

J 0 0 1 熱傷処置

- (1) 熱傷処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。
- (2) 熱傷には電撃傷、薬傷及び凍傷が含まれる。
- (3) 「1」については、第1度熱傷のみでは算定できない。

J 0 0 1 - 2 絆創膏固定術

足関節捻挫又は膝関節靭帯損傷に絆創膏固定術を行った場合に算定する。ただし、交換は原則として週1回とする。

J 0 0 1 - 3 鎖骨又は肋骨骨折固定術

鎖骨骨折固定術後の包帯交換は、区分番号「J 0 0 0」創傷処置に準じて算定し、肋骨骨折固定術の2回目以降の絆創膏貼用は、絆創膏固定術に準じて算定する。

J 0 0 1 - 4 重度褥瘡処置

- (1) 皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。）（DESIGN-R分類D3、D4及びD5）に対して褥瘡処置を行った場合に算定する。
- (2) 重度褥瘡処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。

J 0 0 1 - 5 長期療養患者褥瘡等処置

- (1) 長期療養患者褥瘡等処置の算定に係る褥瘡処置とは、臥床に伴う褥瘡性潰瘍又は圧迫性潰瘍に対する処置（創傷処置又は皮膚科軟膏処置において、入院中の患者について算定することとされている範囲のものに限る。）をいうものであり、重度褥瘡処置を含むものであること。
- (2) 褥瘡処置の回数及び部位数にかかわらず1日につき1回に限り算定するものであること。
- (3) 1年を超える入院の場合にあつて創傷処置又は皮膚科軟膏処置の費用を算定する場合は、その対象傷病名を診療報酬明細書に記載すること。

J 0 0 1 - 6 精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置

- (1) 「注1」に掲げる処置には褥瘡処置及び重度褥瘡処置を含む。
- (2) 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して行った褥瘡処置、重度褥瘡処置が、「注1」に掲げるもの以外の創傷処置又は皮膚科軟膏処置である場合は、長期療養患者褥瘡等処置の所定点数により算定する。
- (3) 結核病棟又は精神病棟に入院している患者であつて入院期間が1年を超えるものに対して、ドレーン法を行った場合は、その種類又は回数にかかわらず精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置として、1日につき所定点数を算定する。

J 0 0 1 - 9 空洞切開術後ヨードホルムガーゼ処置

肺空洞切開手術後の空洞内にヨードホルムガーゼを使用した場合に算定する。なお、ヨードホルムガーゼを多量に使用することは、中毒のおそれもあり留意すべきである。

J 0 0 1 - 10 静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）

(1) 静脈圧迫処置は、慢性静脈不全による難治性潰瘍の患者であって、次のいずれにも該当する場合に、月に1回に限り、3月を限度として算定する。ただし、初回の潰瘍の大きさが 100cm^2 を超える場合は6月を限度として算定する。

ア 2週間以上持続し、他の治療法によっては治癒又は改善しない下肢の難治性潰瘍を有する患者である場合。

イ 次のいずれかの方法により、慢性静脈不全と診断された患者であって、それ以外の原因が否定されている場合。

① 下肢静脈超音波検査により、表在静脈において0.5秒、深部静脈において1秒を超える逆流所見が認められる場合又は深部静脈において有意な閉塞所見が認められる場合

② 動脈性静脈性混合性潰瘍が疑われる場合であって、足関節上腕血圧比（ABI）検査0.5以上の場合

(2) 静脈圧迫処置は、専任の医師が直接行うもの又は専任の医師の指導の下、専任の看護師が行うものについて算定する。なお、当該医師又は看護師は、関連学会が主催する所定の研修会を受講していること。

(3) 静脈圧迫処置は、弾性着衣又は弾性包帯による圧迫、圧迫下の運動及び患肢のスキンケアによるセルフケア指導を適切に組み合わせて、処置及び指導を行った場合に算定する。

(4) 関連学会が定める指針等を遵守すること。

(5) 診療報酬の請求に当たって、診療報酬明細書の摘要欄に、難治性潰瘍の所見（潰瘍の持続期間、部位、深達度及び面積を含む。）、これまでの治療経過、慢性静脈不全と診断した根拠（下肢静脈超音波検査等の所見）、静脈圧迫処置を必要とする医学的理由及び指導内容について記載すること。

J 0 0 2 ドレーン法（ドレナージ）

(1) 部位数、交換の有無にかかわらず、1日につき、所定点数のみにより算定する。

(2) ドレナージの部位の消毒等の処置料は所定点数に含まれ、区分番号「J 0 0 0」創傷処置は別に算定できない。ただし、ドレーン抜去後に抜去部位の処置が必要な場合は、区分番号「J 0 0 0」創傷処置の「1」により手術後の患者に対するものとして算定する。

(3) 「1」と「2」は同一日に併せて算定できない。

(4) P T C Dチューブの単なる交換については、「2」により算定する。

J 0 0 3 局所陰圧閉鎖処置（入院）（1日につき）

(1) 入院中の患者に対して処置を行った場合に限り算定できる。

(2) 「1」から「3」までに示す範囲は、局所陰圧閉鎖処置用材料で被覆すべき創傷面の広さをいう。

(3) 部位数にかかわらず、1日につき、所定点数により算定する。

(4) 局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、区分番号「J 0 0 1 - 4」重度褥瘡処置及び区分番号「J 0 5 3」皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。区分番号「J 0 0 0」創傷処置又は区分番号「J 0 0 1」熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複

して算定できない。

- (5) 局所陰圧閉鎖処置（入院）終了後に多血小板血漿処置を行う場合は、区分番号「J003-4」多血小板血漿処置を算定する。また、引き続き創傷部位の処置（多血小板血漿処置を除く。）が必要な場合は、区分番号「J000」創傷処置により算定する。
- (6) 「注1」に規定する加算は、入院前に区分番号「J003-2」局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定していた患者が、引き続き入院中に局所陰圧閉鎖処置（入院）を行った場合は算定できない。
- (7) 「注2」の持続洗浄加算については、局所感染を伴う難治性創傷（局所感染が存在するが、その拡大がなく、沈静化すると考えられる創傷及び汚染創に限り、骨髄炎又は骨膜炎を除く。）に対して、持続洗浄を併せて実施した場合に算定する。持続洗浄加算を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。
- (8) 骨髄炎又は骨膜炎を伴う難治性創傷に対して、局所陰圧閉鎖処置と洗浄を行った場合は、「注2」の持続洗浄加算は算定できず、区分番号「J040」局所灌流の「2」骨膜・骨髄炎に対するものを併せて算定する。この場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。
- (9) 局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定できる。
- (10) 陰圧維持管理装置として単回使用の機器を使用し、局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて算定した日に週3回に限り算定できる。
- (11) 初回加算を算定した日、陰圧維持管理装置として使用した機器及び本処置の医学的必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

J003-2 局所陰圧閉鎖処置（入院外）（1日につき）

- (1) 入院中の患者以外の患者に対して陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を行った場合に限り算定できる。
- (2) 「1」から「3」までに示す範囲は、局所陰圧閉鎖処置用材料で被覆すべき創傷面の広さをいう。
- (3) 部位数にかかわらず、1日につき、所定点数により算定する。
- (4) 局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定する場合は、区分番号「J001-4」重度褥瘡処置及び区分番号「J053」皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。区分番号「J000」創傷処置又は区分番号「J001」熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。
- (5) 局所陰圧閉鎖処置（入院外）終了後に多血小板血漿処置を行う場合は、区分番号「J003-4」多血小板血漿処置を算定する。また、引き続き創傷部位の処置（多血小板血漿処置を除く。）が必要な場合は、区分番号「J000」創傷処置により算定する。
- (6) 「注」に規定する加算は、入院中に区分番号「J003」局所陰圧閉鎖処置（入院）（1日につき）を算定していた患者が引き続き入院外で局所陰圧閉鎖処置を実施した場合は算定できない。
- (7) 局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定できる。

J 0 0 3 - 3 局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）（1日につき）

- (1) 腹部開放創用局所陰圧閉鎖キットを用いた場合に限り、10日を限度として算定する。なお、処置開始日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (2) 局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）を算定する場合は、区分番号「J 0 0 3」局所陰圧閉鎖処置（入院）は併せて算定できない。

J 0 0 3 - 4 多血小板血漿処置

- (1) トラフェルミン（遺伝子組換え）を用いた治療又は局所陰圧閉鎖処置を28日以上行っても効果が得られない難治性皮膚潰瘍に対して、多血小板血漿処置を行った場合に限り算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄に当該処置を行う医学的必要性を記載すること。
- (2) 一連につき2クールを限度として行い、1クール（4週間に限る。）につき1回を限度として算定する。
- (3) 部位数にかかわらず、所定点数により算定する。
- (4) 多血小板血漿処置を算定する場合は、一連の期間内において、区分番号「J 0 0 1 - 4」重度褥瘡処置、「J 0 0 3」局所陰圧閉鎖処置（入院）、「J 0 0 3 - 2」局所陰圧閉鎖処置（入院外）及び「J 0 5 3」皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。なお、区分番号「J 0 0 0」創傷処置又は「J 0 0 1」熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。

J 0 0 4 流注膿瘍穿刺

区分番号「J 0 0 1 - 8」穿刺排膿後薬液注入と同一日に算定することはできない。

J 0 0 5 脳室穿刺

区分番号「D 4 0 1」脳室穿刺と同一日に算定することはできない。

J 0 0 6 後頭下穿刺

区分番号「D 4 0 2」後頭下穿刺と同一日に算定することはできない。

J 0 0 7 頸椎、胸椎又は腰椎穿刺

区分番号「J 0 0 7」頸椎穿刺は区分番号「D 4 0 3」頸椎穿刺と、区分番号「J 0 0 7」胸椎穿刺は区分番号「D 4 0 3」胸椎穿刺と、区分番号「J 0 0 7」腰椎穿刺は区分番号「D 4 0 3」腰椎穿刺と同一日に算定することはできない。

J 0 0 7 - 2 硬膜外自家血注入

硬膜外自家血注入は、起立性頭痛を有する患者に係るものであって、関係学会の定める脳脊髄液漏出症診療指針に基づき、脳脊髄液漏出症として「確実」又は「確定」と診断されたものに対して実施した場合に限り算定できる。なお、診療報酬請求に当たっては、診療報酬明細書に当該指針に規定する画像診断基準を満たすことを示す画像所見、撮影日、撮影医療機関の名称等の症状詳記を添付すること。

J 0 0 8 胸腔穿刺

- (1) 胸腔穿刺、洗浄、薬液注入又は排液について、これらを併せて行った場合においては、胸腔穿刺の所定点数を算定する。
- (2) 単なる試験穿刺として行った場合は、区分番号「D 4 1 9」その他の検体採取の「2」により算定する。

J 0 1 1 骨髄穿刺

区分番号「D 4 0 4」骨髄穿刺と同一日に算定することはできない。

J 0 1 2 腎嚢胞又は水腎症穿刺

区分番号「D 4 0 7」腎嚢胞又は水腎症穿刺と同一日に算定することはできない。

J 0 1 3 ダグラス窩穿刺

区分番号「D 4 0 8」ダグラス窩穿刺と同一日に算定することはできない。

J 0 1 4 乳腺穿刺

区分番号「D 4 1 0」乳腺穿刺又は針生検と同一日に算定することはできない。

J 0 1 5 甲状腺穿刺

区分番号「D 4 1 1」甲状腺穿刺又は針生検と同一日に算定することはできない。

J 0 1 6 リンパ節等穿刺

区分番号「D 4 0 9」リンパ節等穿刺又は針生検と同一日に算定することはできない。

J 0 1 7 エタノールの局所注入

- (1) 肝癌、有症状の甲状腺のう胞、機能性甲状腺結節 (Plummer 病)、内科的治療に抵抗性の2次性副甲状腺機能亢進症等に対してエタノールを局所注入した場合に算定する。なお、使用したエタノールは、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 当該手技に伴って実施される超音波検査、画像診断の費用は所定点数に含まれる。

J 0 1 7-2 リンパ管腫局所注入

リンパ管腫にピシバニールを局所注入した場合に算定する。

J 0 1 8 喀痰吸引

- (1) 喀痰の凝塊又は肺切除後喀痰が気道に停滞し、喀出困難な患者に対し、ネラトンカテーテル及び吸引器を使用して喀痰吸引を行った場合に算定する。
- (2) 喀痰吸引、内視鏡下気管支分泌物吸引、干涉低周波去痰器による喀痰排出、間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、ハイフローセラピー、高気圧酸素治療、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法、気管内洗浄（気管支ファイバースコープを使用した場合を含む。）、ネブライザー又は超音波ネブライザーを同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。
- (3) 区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「C 1 0 7」在宅人工呼吸指導管理料、区分番号「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号「C 1 1 2」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、喀痰吸引の費用は算定できない。

J 0 1 8-3 干涉低周波去痰器による喀痰排出

- (1) 区分番号「J 0 1 8」喀痰吸引を同一日に行った場合はどちらか一方のみ算定する。
- (2) 区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「C 1 0 7」在宅人工呼吸指導管理料、区分番号「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号「C 1 1 2」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、干涉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定できない。
- (3) 算定は1日に1回を限度とする。

J 0 1 9 持続的胸腔ドレナージ

- (1) 2日目以降は、区分番号「J 0 0 2」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。

- (2) 手術と同日に行った持続的胸腔ドレナージは別に算定できない。なお、手術の翌日以降は、区分番号「J002」ドレナージ法（ドレナージ）により算定する。
- (3) 胸腔内出血排除（非開胸的）については本区分で算定する。

J020 胃持続ドレナージ

2日目以降は、区分番号「J002」ドレナージ法（ドレナージ）の所定点数により算定する。

J021 持続的腹腔ドレナージ

- (1) 2日目以降は、区分番号「J002」ドレナージ法（ドレナージ）の所定点数により算定する。
- (2) 手術と同日に行った持続的腹腔ドレナージは別に算定できない。なお、手術の翌日以降は、区分番号「J002」ドレナージ法（ドレナージ）により算定する。

J022 高位浣腸、高圧浣腸、洗腸

高位浣腸、高圧浣腸、洗腸、排便、腰椎麻酔下直腸内異物除去又は腸内ガス排気処置（開腹手術後）を同日に行った場合は、主たるものの所定点数により算定する。

J022-5 持続的難治性下痢便ドレナージ

- (1) 持続的難治性下痢便ドレナージは、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は無菌治療室管理加算を現に算定している患者であって、2時間に1回以上の反復する難治性の下痢便を認める患者又は肛門周囲熱傷を伴う患者に対し、急性期患者の皮膚・排泄ケアを実施するための適切な知識・技術を有する医師又は看護師が、便の回収を持続的かつ閉鎖的に行う機器を用いて行った場合に算定する。
- (2) 持続的難治性下痢便ドレナージは、当該技術に関する十分な経験を有する医師又は5年以上の急性期患者の看護に従事した経験を有し、急性期患者の皮膚・排泄ケア等に係る適切な研修を修了した看護師が実施することがのぞましい。なお、ここでいう急性期患者への看護等に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
- ア 国及び医療機関団体等が主催する研修であること。（6月以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）
- イ 急性期看護又は排泄ケア関連領域における専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
- (3) 開始日については、当該点数で算定し、2日目以降は区分番号「J002」ドレナージ法（ドレナージ）（1日につき）の「2」その他のもので算定する。

J024 酸素吸入、J024-2 突発性難聴に対する酸素療法

- (1) 間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、ハイフローセラピー、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法又は気管内洗浄（気管支ファイバースコープを使用した場合を含む。）と同日に行った酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントの費用は、それぞれの所定点数に含まれており、別に算定できない。
- (2) 区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料又は区分番号「C107」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法の費用は算定できない。
- (3) 肺血流増加型先天性心疾患の患者に対して、呼吸循環管理を目的として低濃度酸素吸入を行

った場合は、区分番号「J024」酸素吸入の所定点数を算定する。

J025 酸素テント

- (1) 使用したソーダライム等の二酸化炭素吸着剤の費用は所定点数に含まれる。
- (2) 区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料又は区分番号「C107」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、酸素テントの費用は算定できない。

J026 間歇的陽圧吸入法

- (1) 区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料又は区分番号「C107」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、間歇的陽圧吸入法の費用は算定できない。
- (2) 間歇的陽圧吸入法と同時に行う喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。

J026-2 鼻マスク式補助換気法、J026-3 体外式陰圧人工呼吸器治療

- (1) 区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料又は区分番号「C107」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、鼻マスク式補助換気法及び体外式陰圧人工呼吸器治療の費用は算定できない。
- (2) 鼻マスク式補助換気法又は体外式陰圧人工呼吸器治療と同時に行う喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。

J026-4 ハイフローセラピー（1日につき）

- (1) 動脈血酸素分圧が 60mmHg 以下又は経皮的動脈血酸素飽和度が 90%以下の急性呼吸不全の患者に対して実施した場合に限り算定する。なお、算定に当たっては、動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (2) 区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料又は区分番号「C107」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、ハイフローセラピーの費用は算定できない。

J027 高気圧酸素治療

- (1) 「1」は減圧症又は空気塞栓に対して、発症後1か月以内に行う場合に、一連につき7回を限度として算定する。
 - (2) 「2」は次の疾患に対して行う場合に、一連につき10回を限度として算定する。
 - ア 急性一酸化炭素中毒その他のガス中毒（間歇型を含む。）
 - イ 重症軟部組織感染症（ガス壊疽、壊死性筋膜炎）又は頭蓋内膿瘍
 - ウ 急性末梢血管障害
 - (イ) 重症の熱傷又は凍傷
 - (ロ) 広汎挫傷又は中等度以上の血管断裂を伴う末梢血管障害
 - (ハ) コンパートメント症候群又は圧挫症候群
- エ 脳梗塞

- オ 重症頭部外傷後若しくは開頭術後の意識障害又は脳浮腫
- カ 重症の低酸素脳症
- キ 腸閉塞

(3) 「2」は次の疾患に対して行う場合に、一連につき30回を限度として算定する。

- ア 網膜動脈閉塞症
- イ 突発性難聴
- ウ 放射線又は抗癌剤治療と併用される悪性腫瘍
- エ 難治性潰瘍を伴う末梢循環障害
- オ 皮膚移植
- カ 脊髄神経疾患
- キ 骨髄炎又は放射線障害

(4) スモンの患者に対して行う場合は、「2」により算定する。

(5) 2絶対気圧以上の治療圧力が1時間に満たないものについては、1日につき区分番号「J024」酸素吸入により算定する。

(6) 高気圧酸素治療を行うに当たっては、関係学会より留意事項が示されているので、これらの事項を十分参考とすべきものである。

J028 インキュベーター

- (1) インキュベーターを行うに当たって使用した滅菌精製水の費用は、所定点数に含まれる。
- (2) 1日につき所定点数により算定する。

J029 鉄の肺

1日につき所定点数により算定する。

J032 肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの）

「注」に規定する加算は、3歳未満の乳幼児であって、鎖肛又は先天性腸疾患に対する根治術等の前後に肛門拡張法を行った場合に限り算定できる。なお、当該加算は初回の算定日から起算して3月以内に限り算定できることとし、診療報酬明細書の摘要欄に初回の算定年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。

J034 イレウス用ロングチューブ挿入法

- (1) 2日目以降は、区分番号「J002」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。
- (2) 経肛門的に挿入した場合においても本区分により算定する。

J034-2 経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術

- (1) EDチューブを用いて経管栄養を行うためにEDチューブを挿入した場合は、胃食道逆流症や全身状態の悪化等により、経口又は経胃の栄養摂取では十分な効果が得られない患者に対して実施した場合に限り算定する。
- (2) 経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術は、X線透視下に経鼻栄養・薬剤投与用チューブを挿入し、食道から胃を通過させ、先端が十二指腸あるいは空腸内に存在することを確認した場合に算定する。
- (3) EDチューブを用いて経管栄養を行う場合には、区分番号「J120」鼻腔栄養（1日につき）の所定点数により算定する。
- (4) 経鼻薬剤投与を行う場合は、レボドパ・カルビドパ水和物製剤を投与する目的の場合に限り算定する。なお、この場合の画像診断及び内視鏡等の費用は、当該点数の算定日に限り算定す

る。

J 0 3 4 - 3 内視鏡的結腸軸捻転解除術

一連につき、一回に限り算定する。なお、区分番号「D 3 1 3」大腸内視鏡検査の費用は、所定点数に含まれる。

J 0 3 8 人工腎臓

- (1) 人工腎臓には、血液透析のほか血液濾過、血液透析濾過が含まれる。
- (2) 人工腎臓を行う医療機関の規模や効率性等を踏まえた評価とする観点から、「1」については「慢性維持透析を行った場合1」の施設基準、「2」については「慢性維持透析を行った場合2」の施設基準の届出を行った保険医療機関において算定する。「慢性維持透析を行った場合3」については、「1」又は「2」の施設基準のいずれかに該当するものとして届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において算定する。ただし、「慢性維持透析を行った場合3」についても、関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていることが望ましい。
- (3) 人工腎臓の時間は、シャント等から動脈血等を人工腎臓用特定保険医療材料に導き入れたときを起点として、人工腎臓用特定保険医療材料から血液を生体に返却し終えたときまでとする。したがって、人工腎臓実施前後の準備、整理等に要する時間は除かれる。
- (4) 人工腎臓の時間等については、患者に対し十分な説明を行った上で、患者の病態に応じて、最も妥当なものとし、人工腎臓を行った時間（開始及び終了した時間を含む。）を診療録等に記載すること。また、治療内容の変更が必要となった場合においても、患者に十分な説明を行うこと。
- (5) 妊娠中の患者以外の患者に対し、人工腎臓と区分番号「J 0 3 8 - 2」持続緩徐式血液濾過を併せて1月に15回以上実施した場合（人工腎臓のみを15回以上実施した場合を含む。）は、15回目以降の人工腎臓又は持続緩徐式血液濾過は算定できない。ただし、薬剤料（透析液、血液凝固阻止剤、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤、H I F - P H 阻害剤（院内処方されたものに限る。）及び生理食塩水を含む。）又は特定保険医療材料は別に算定できる。
- (6) 区分番号「C 1 0 2」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号「J 0 4 2」腹膜灌流の「1」連続携行式腹膜灌流の実施回数と併せて週1回を限度として算定できる。また、区分番号「C 1 0 2 - 2」在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週1回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料に限り算定できる。なお、他の医療機関において区分番号「C 1 0 2」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している場合には、診療報酬明細書の摘要欄に、区分番号「C 1 0 2」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している保険医療機関名を記載した場合に限り、週1回を限度として算定できる。
- (7) 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。
ア 「1」から「3」までのうち、「イ」から「ハ」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びH I F - P H 阻害剤（院内処方されたものに限る。）の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同

様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。

イ 「1」から「3」までのうち、「ニ」から「へ」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤及び生理食塩水の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。

ウ 「1」から「3」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）においても、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びHIF-PH阻害剤（院内処方されたものに限る。）の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえ適切に行うこと。

エ 「1」から「4」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）において人工腎臓灌流原液の希釈水の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。また、必要があつて脱イオン（純水製造装置による）を行わなければ使用できない場合であっても同様である。

オ 「1」から「4」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）において人工腎臓の希釈水に対してアルミニウム、フッ素、遊離塩素及びエンドトキシン等を除去する目的で逆浸透装置、活性炭フィルター及び軟水装置を用いて水処理を行った場合の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

カ 「1」から「4」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）において人工腎臓の回路を通して行う注射料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

(8) 「4」 その他の場合は次の場合に算定する。

ア 急性腎不全の患者に対して行った場合

イ 透析導入期（導入後1月に限る。）の患者に対して行った場合

ウ 血液濾過又は血液透析濾過（「注13」の加算を算定する場合を除く。）を行った場合

エ 以下の合併症又は状態を有する患者（(ニ)から(ヌ)までについては入院中の患者に限る。）に対して行った場合であつて、連日人工腎臓を実施する場合や半減期の短い特別な抗凝固剤を使用する場合等特別な管理を必要とする場合

(イ) 重大な視力障害にいたる可能性が著しく高い、進行性眼底出血（発症後2週間に限る。）

(ロ) 重篤な急性出血性合併症（頭蓋内出血、消化管出血、外傷性出血等）（発症後2週間に限る。）

(ハ) ヘパリン起因性血小板減少症

(ニ) 播種性血管内凝固症候群

(ホ) 敗血症

(ヘ) 急性膵炎

(ト) 重篤な急性肝不全

(チ) 悪性腫瘍（注射による化学療法中のものに限る。）

(リ) 自己免疫疾患の活動性が高い状態

(ヌ) 区分番号「L002」硬膜外麻酔、「L004」脊椎麻酔若しくは「L008」マス

ク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔による手術を実施した状態（手術前日から術後2週間に限る。）

- (9) (8)の場合に該当し、「4」により算定する場合にあつては、(8)のアからエ（エについてはイ）から（ヌ）までの中から該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (10) 人工腎臓における血液濾過は、人工腎臓の必要な患者のうち、血液透析によって対処ができない透析アミロイド症若しくは透析困難症の患者又は緑内障、心包炎若しくは心不全を合併する患者について、血液透析を行った上で、その後血液濾過を実施した場合に限り算定できる。この場合の人工腎臓の費用は、「4」により算定する。
- (11) 人工腎臓における血液透析濾過（「注13」の加算を算定する場合を除く。）は、人工腎臓の必要な患者のうち、血液透析によって対処ができない透析アミロイド症又は透析困難症の患者について実施した場合に限り算定できる。この場合の人工腎臓の費用は「4」により算定する。
- (12) 「注1」の加算については、人工腎臓を緊急のため午後5時以降に開始したため又は緊急のため休日に行ったため、通則5による時間外加算等が算定できる場合にあつては、併せて算定できない。
- (13) 「注1」の加算を算定する場合は、区分番号「A000」初診料の「注9」及び区分番号「A001」再診料の「注7」に掲げる夜間・早朝等加算は算定しない。
- (14) 休日加算の対象となる休日とは、初診料における休日加算の対象となる休日と同じ取扱いである。ただし、日曜日である休日（日曜日である12月29日から1月3日までの日を除く。）は、休日加算の対象としない。
- (15) 休日の午後5時以降に開始した場合又は午後9時以降に終了した場合にあつては、「注1」の加算を1回のみ算定できる。
- (16) 療養の一環として行われた食事以外の食事が提供された場合には、患者から実費を徴収することができる。
- (17) 「注2」の加算については、腎代替療法についての患者への説明の実施状況並びに腹膜透析及び腎移植に係る実績に応じて、1日につき200点又は500点を1月間に限り算定する。なお、「人工腎臓における導入期」とは継続して血液透析を実施する必要があると判断された場合の血液透析の開始日より1月間をいう。
- (18) 「注3」の加算については、次に掲げる状態の患者であつて著しく人工腎臓が困難なものについて算定する。

ア 障害者基本法にいう障害者（腎不全以外には身体障害者手帳を交付される程度の障害を有さない者であつて、腎不全により身体障害者手帳を交付されているものを除く。）

イ 精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者

ウ 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病（同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）又は「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年4月17日衛発第242号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）に罹患している者であつて介護を要するもの（腎疾患により受給者証を発行されているものを除く。）

- エ 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病の患者
- オ 運動麻痺を伴う脳血管疾患患者
- カ 認知症患者
- キ 常時低血圧症（収縮期血圧が90mmHg以下）の者
- ク 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する者
- ケ 出血性消化器病変を有する者
- コ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者
- サ 重症感染症に合併しているため入院中の患者
- シ 末期癌に合併しているため入院中の患者
- ス 入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの
- セ 妊婦（妊娠中期以降）
- ソ うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）
- タ 12歳未満の小児
- チ 人工呼吸を実施中の患者
- ツ 結核菌を排菌中の患者

- (19) 人工腎臓を夜間に開始した場合は、午後6時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前0時以降であっても、1日として算定する。ただし、「4」の場合であって、夜間に人工腎臓を開始し、12時間以上継続して行った場合は、2日として算定する。
- (20) 「注10」の下肢末梢動脈疾患指導管理加算は、当該保険医療機関において慢性維持透析を実施している全ての患者に対しリスク評価等を行った場合に算定できる。その際「血液透析患者における心血管合併症の評価と治療に関するガイドライン」等に基づき、下肢動脈の触診や下垂試験・挙上試験等を実施した上で、下肢末梢動脈の虚血性病変が疑われる場合には足関節上腕血圧比（ABI）検査又は皮膚組織灌流圧（SPP）検査によるリスク評価を行っていること。また、ABI検査0.7以下又はSPP検査40mmHg以下の患者については、専門的な治療体制を有している保険医療機関へ紹介を行うこと。当該保険医療機関が専門的な治療体制を有している保険医療機関の要件を満たしている場合は、当該保険医療機関内の専門科と連携を行っていること。
- (21) 「注11」の長時間加算については、次に掲げる状態の患者であって、通常的人工腎臓では管理困難な徴候を有するものについて、6時間以上的人工腎臓を行った場合に算定する。
- ア 心不全徴候を認める又は血行動態の不安定な患者
 - イ 適切な除水、適切な降圧薬管理及び適切な塩分摂取管理を行っても高血圧が持続する患者
 - ウ 高リン血症が持続する患者
- (22) 「注13」慢性維持透析濾過（複雑なもの）は、血液透析濾過のうち、透析液から分離作製した置換液を用いて血液透析濾過を行うことをいう。
- (23) 原則として、関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること及び透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学士が1名以上配置されていること。
- (24) 「1」から「3」までのうち、「ニ」から「へ」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、HIF-PH阻害剤の服薬状況について、診療録に記載すること。

- (1) 使用した特定保険医療材料については、持続緩徐式血液濾過器として算定する。
- (2) 持続緩徐式血液濾過は、次のアからケまでに掲げるいずれかの状態の患者に算定できる。ただし、キ及びクの場合にあっては一連につき概ね8回を限度とし、ケの場合にあっては一連につき月10回を限度として3月間に限って算定する。
- ア 末期腎不全の患者
- イ 急性腎障害と診断された高度代謝性アシドーシスの患者
- ウ 急性腎障害と診断された薬物中毒の患者
- エ 急性腎障害と診断された尿毒症の患者
- オ 急性腎障害と診断された電解質異常の患者
- カ 急性腎障害と診断された体液過剰状態の患者
- キ 急性膵炎診療ガイドライン2015において、持続緩徐式血液濾過の実施が推奨される重症急性膵炎の患者
- ク 重症敗血症の患者
- ケ 劇症肝炎又は術後肝不全（劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈する急性肝不全を含む。）の患者
- (3) (2) のアからカのいずれかに該当する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。
- (4) (2) のキからケのいずれかに該当する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に(2)のキからケまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。
- (5) 人工腎臓、腹膜灌流又は持続緩徐式血液濾過を同一日に実施した場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。
- (6) 「注1」の加算を算定する場合は、区分番号「A000」初診料の注9及び区分番号「A001」再診料の注7に掲げる夜間・早朝等加算は算定しない。
- (7) 持続緩徐式血液濾過を夜間に開始した場合とは、午後6時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前0時以降であっても、1日として算定する。ただし、夜間に持続緩徐式血液濾過を開始し、12時間以上継続して行った場合は、2日として算定する。
- (8) 妊娠中の患者以外の患者に対し、持続緩徐式血液濾過と人工腎臓を併せて1月に15回以上実施した場合（持続緩徐式血液濾過のみを15回以上実施した場合を含む。）は、15回目以降の持続緩徐式血液濾過又は人工腎臓は算定できない。ただし、薬剤料又は特定保険医療材料は別に算定できる。

J039 血漿交換療法

- (1) 血漿交換療法は、多発性骨髄腫、マクログロブリン血症、劇症肝炎、薬物中毒、重症筋無力症、悪性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、血栓性血小板減少性紫斑病、重度血液型不適合妊娠、術後肝不全、急性肝不全、多発性硬化症、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎、ギラン・バレー症候群、天疱瘡、類天疱瘡、巣状糸球体硬化症、抗糸球体基底膜抗体（抗GBM抗体）型急速進行性糸球体腎炎、抗白血球細胞質抗体（ANCA）型急速進行性糸球体腎炎、溶血性尿毒症症候群、家族性高コレステロール血症、閉塞性動脈硬化症、中毒性表皮壊死症、川崎病、スティーヴンス・ジョンソン症候群若しくはインヒビターを有する友友病の患者、ABO血液型不適合間若しくは抗リンパ球抗体陽性の同種腎移植、ABO血液型不適合間若しくは抗リンパ球抗体陽性の同種肝移植又は慢性C型ウイルス肝炎の患者に対して、遠心分離法等により血

漿と血漿以外とを分離し、二重濾過法、血漿吸着法等により有害物質等を除去する療法（血漿浄化法）を行った場合に算定できるものであり、必ずしも血漿補充を要しない。

- (2) 当該療法の対象となる多発性骨髄腫、マクログロブリン血症の実施回数は、一連につき週1回を限度として3月間に限って算定する。
- (3) 当該療法の対象となる劇症肝炎については、ビリルビン及び胆汁酸の除去を目的に行われる場合であり、当該療法の実施回数は、一連につき概ね10回を限度として算定する。
- (4) 当該療法の対象となる薬物中毒の実施回数は、一連につき概ね8回を限度として算定する。
- (5) 当該療法の対象となる重症筋無力症については、発病後5年以内で重篤な症状悪化傾向のある場合、又は胸腺摘出術や副腎皮質ホルモン剤に対して十分奏効しない場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき月7回を限度として3月間に限って算定する。
- (6) 当該療法の対象となる悪性関節リウマチについては、都道府県知事によって特定疾患医療受給者と認められた者であって、血管炎により高度の関節外症状（難治性下腿潰瘍、多発性神経炎及び腸間膜動脈血栓症による下血等）を呈し、従来の治療法では効果の得られない者に限り、当該療法の実施回数は、週1回を限度として算定する。
- (7) 当該療法の対象となる全身性エリテマトーデスについては、次のいずれにも該当する者に限り、当該療法の実施回数は、月4回を限度として算定する。なお、測定した血清補体価、補体蛋白の値又は抗DNA抗体の値を診療録に記載する。
 - ア 都道府県知事によって特定疾患医療受給者と認められた者
 - イ 血清補体価（ CH_{50} ）の値が20単位以下、補体蛋白（ C_3 ）の値が40mg/dL以下及び抗DNA抗体の値が著しく高く、ステロイド療法が無効又は臨床的に不適当な者
 - ウ 急速進行性糸球体腎炎（RPGN）又は中枢神経性ループス（CNSループス）と診断された者
- (8) 当該療法の対象となる血栓性血小板減少性紫斑病の患者に実施する場合は、当該療法の開始後1月を上限として、原則として血小板数が15万/ μ L以上となった日の2日後まで算定できる。ただし、血小板数が15万/ μ L以上となった後1月以内に血栓性血小板減少性紫斑病が再燃した場合等、医学的な必要性により別途実施する場合には、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。
- (9) 当該療法の対象となる重度血液型不適合妊娠とは、Rh式血液型不適合妊娠による胎内胎児仮死又は新生児黄疸の既往があり、かつ、間接クームス試験が妊娠20週未満にあつては64倍以上、妊娠20週以上にあつては128倍以上であるものをいう。
- (10) 当該療法の対象となる術後肝不全については、手術後に発症した肝障害（外科的閉塞性機序によるものを除く。）のうち次のいずれにも該当する場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき概ね7回を限度として算定する。
 - ア 総ビリルビン値が5mg/dL以上で、かつ、持続的に上昇を認める場合
 - イ ヘパプラスチンテスト（HPT）40%以下又はComa Grade II以上の条件のうち2項目以上を有する場合
- (11) 当該療法の対象となる急性肝不全については、プロトロンビン時間、昏睡の程度、総ビリルビン及びヘパプラスチンテスト等の所見から劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈するものと判断できる場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき概ね7回を限度として算定する。

- (12) 当該療法の対象となる多発性硬化症、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎の実施回数は、一連につき月7回を限度として3月間に限って算定する。
- (13) 当該療法の対象となるギラン・バレー症候群については、Hughesの重症度分類で4度以上の場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき月7回を限度として、3月間に限って算定する。
- (14) 当該療法の対象となる天疱瘡、類天疱瘡については、診察及び検査の結果、診断の確定したもののうち他の治療法で難治性のもの又は合併症や副作用でステロイドの大量投与ができないものに限り、当該療法の実施回数は、一連につき週2回を限度として、3月間に限って算定する。ただし、3月間治療を行った後であっても重症度が中等度以上（厚生省特定疾患調査研究班の天疱瘡スコア）の天疱瘡の患者については、さらに3月間に限って算定する。
- (15) 当該療法の対象となる巣状糸球体硬化症は、従来の薬物療法では効果が得られず、ネフローゼ状態を持続し、血清コレステロール値が250mg/dL以下に下がらない場合であり、当該療法の実施回数は、一連につき3月間に限って12回を限度として算定する。
- (16) 当該療法の対象となる抗糸球体基底膜抗体（抗GBM抗体）型急速進行性糸球体腎炎は、急速進行性糸球体腎炎（RPGN）と診断された患者のうち、抗糸球体基底膜抗体（抗GBM抗体）が陽性であった患者について、一連につき2クールを限度として行い、1クール（2週間に限る。）につき7回を限度として算定する。
- (17) 当該療法の対象となる家族性高コレステロール血症については、次のいずれかに該当する者のうち、黄色腫を伴い、負荷心電図及び血管撮影により冠状動脈硬化が明らかな場合であり、維持療法としての当該療法の実施回数は週1回を限度として算定する。
ア 空腹時定常状態の血清LDLコレステロール値が370mg/dLを超えるホモ接合体の者
イ 薬物療法を行っても血清LDLコレステロール値が170mg/dL以下に下がらないヘテロ接合体の者
- (18) 当該療法の対象となる閉塞性動脈硬化症については、次のいずれにも該当する者に限り、当該療法の実施回数は、一連につき3月間に限って10回を限度として算定する。
ア フォンテイン分類Ⅱ度以上の症状を呈する者
イ 薬物療法で血中総コレステロール値220mg/dL又はLDLコレステロール値140mg/dL以下に下がらない高コレステロール血症の者
ウ 膝窩動脈以下の閉塞又は広範な閉塞部位を有する等外科的治療が困難で、かつ従来の薬物療法では十分な効果を得られない者
- (19) 当該療法の対象となる中毒性表皮壊死症又はスティーヴンス・ジョンソン症候群の実施回数は、一連につき8回を限度として算定する。
- (20) 当該療法の対象となるインヒビターを有する血友病は、インヒビター力価が5ベセスダ単位以上の場合に限り算定する。
- (21) 当該療法の対象となる同種腎移植又は同種肝移植は、二重濾過法により、ABO血液型不適合間の同種腎移植若しくは同種肝移植を実施する場合又はリンパ球抗体陽性の同種腎移植若しくは同種肝移植を実施する場合に限り、当該療法の実施回数は一連につき術前は4回を限度とし、術後は2回を限度として算定する。
- (22) 当該療法の対象となる慢性C型ウイルス肝炎は、セログループ1（ジェノタイプⅡ（1b））型であり、直近のインターフェロン療法を施行した後、血液中のHCV RNA量が100KIU/mL以上

- のものとする。なお、当該療法の実施回数は、直近のインターフェロン療法より、5回を限度として算定する（ただしインターフェロン療法に先行して当該療法を行った場合に限る。）。
- (23) 当該療法の対象となる川崎病は、免疫グロブリン療法、ステロイドパルス療法又は好中球エラストナーゼ阻害薬投与療法が無効な場合又は適応とならない場合に限り、一連につき6回を限度として算定する。
- (24) 当該療法の対象となる溶血性尿毒症症候群の実施回数は一連につき21回を限度として算定する。
- (25) 当該療法の対象となる抗白血球細胞質抗体（ANCA）型急速進行性糸球体腎炎は、急速進行性糸球体腎炎（RPGN）と診断された患者のうち、抗白血球細胞質抗体（ANCA）が陽性であった患者について、一連につき2クールを限度として行い、1クール（2週間に限る。）につき7回を限度として算定する。
- (26) 血漿交換療法を行う回数は、個々の症例に応じて臨床症状の改善状況、諸検査の結果の評価等を勘案した妥当適切な範囲であること。
- (27) 本療法を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に一連の当該療法の初回実施日及び初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む。）を記載する。
- (28) 血漿交換療法を夜間に開始した場合は、午後6時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前0時以降であっても、1日として算定する。ただし、夜間に血漿交換療法を開始し、12時間以上継続して行った場合は、2日として算定する。

J 0 4 0 局所灌流

- (1) 開始日の翌日以降に行ったものについては、区分番号「J 0 0 0」創傷処置における手術後の患者に対するものに準じて算定する。
- (2) 局所灌流を夜間に開始した場合は、午後6時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前0時以降であっても、1日として算定する。ただし、夜間に局所灌流を開始し、12時間以上継続して行った場合は、2日として算定する。

J 0 4 1 吸着式血液浄化法

- (1) 吸着式血液浄化法は、肝性昏睡又は薬物中毒の患者に限り算定できる。
- (2) エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法において、18歳以上の患者にあつては、次のいずれにも該当する患者に対して行った場合に、区分番号「J 0 4 1」吸着式血液浄化法により算定する。

ア エンドトキシン血症が強く疑われる状態であり、次のいずれかの項目に該当するもの。なお、診療報酬明細書の摘要欄に①から③までのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。

- ① 細菌感染症を疑ってから当該治療が終了するまでに、エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法の開始前までに行つた区分番号「D 0 1 8」細菌培養同定検査の「3」血液又は穿刺液血液（血液に限る。）において、グラム陰性桿菌の陽性が確認されている場合。
- ② 細菌感染症を疑ってから当該治療が終了するまでに、他の保険医療機関においてグラム陰性桿菌の感染が疑われ抗菌薬投与が行われていたことが証明されている患者であつて、当該医療機関において初回に実施した区分番号「D 0 1 8」細菌培養同定検査の「3」血液又は穿刺液血液（血液に限る。）が陰性である場合。
- ③ 細菌感染症を疑ってから当該治療が終了するまでに、当該医療機関において初回に実施

した区分番号「D018」細菌培養同定検査の「3」血液又は穿刺液血液（血液に限る。）が陰性であるものの、グラム陰性桿菌による敗血症性ショックであることが区分番号「D018」細菌培養同定検査の「3」血液又は穿刺液血液（血液に限る。）以外の細菌培養同定検査において強く疑われ、日本救急医学会急性期 DIC 診断基準が4点以上の場合又はこれに準ずる場合。

イ 次のいずれも満たすもの。なお、診療報酬明細書の摘要欄に①及び②の要件を満たす医学的根拠について記載すること。

① 「日本版敗血症診療ガイドライン 2016」に基づき、quick SOFA で2項目以上の項目を満たし、敗血症を疑った時から臓器障害評価を行った間で、総 SOFA スコアの2点以上の上昇を認めること。

② 適切な輸液負荷にもかかわらず、平均血圧 ≥ 65 mmHg を維持するために循環作動薬を必要とし、かつ血清乳酸値 > 2 mmol/L (18 mg/dL) を認めること。

(3) エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法において、18歳未満の患者にあつては、エンドトキシン血症であるもの又はグラム陰性菌感染症が疑われるものであつて、細菌感染症を疑ってから当該治療が終了するまでの期間におけるエンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法の開始前の時点で、「日本版敗血症診療ガイドライン 2016」における小児 SIRS 診断基準を満たすこと。

(4) 吸着式血液浄化法を夜間に開始した場合は、午後6時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前0時以降であっても、1日として算定する。ただし、夜間に吸着式血液浄化法を開始し、12時間以上継続して行った場合は、2日として算定する。

J041-2 血球成分除去療法

(1) 血球成分除去療法（吸着式及び遠心分離式を含む。）は、潰瘍性大腸炎、関節リウマチ（吸着式のみ。）、クローン病、膿疱性乾癬又は関節症性乾癬患者に対して次のアからオまでのとおり実施した場合に算定できる。

ア 潰瘍性大腸炎の重症・劇症患者及び難治性患者（厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班の診断基準）に対しては、活動期の病態の改善及び緩解導入を目的として行った場合に限り算定できる。

なお、当該療法の実施回数は、一連につき10回を限度として算定する。ただし、劇症患者については、11回を限度として算定できる。

イ 薬物療法に抵抗する関節リウマチ患者に対しては、臨床症状改善を目的として行った場合に限り、一連の治療につき1クールを限度として行い、1クールにつき週1回を限度として、5週間に限って算定できる。なお、当該療法の対象となる関節リウマチ患者は、活動性が高く薬物療法に抵抗する関節リウマチ患者又は発熱などの全身症状と多関節の激しい滑膜炎を呈し薬物療法に抵抗する急速進行型関節リウマチ患者であつて、以下の2項目を満たすものである。

(イ) 腫脹関節数 6カ所以上

(ロ) ESR 50mm/h 以上又はCRP 3mg/dL 以上

ウ 栄養療法及び既存の薬物療法が無効又は適用できない、大腸の病変に起因する明らかな臨床症状が残る中等症から重症の活動期クローン病患者に対しては、緩解導入を目的として行った場合に限り算定できる。

なお、当該療法の実施回数は、一連の治療につき10回を限度として算定する。

エ 薬物療法が無効又は適用できない、中等症以上の膿疱性乾癬患者（厚生労働省難治性疾患克服研究事業稀少難治性皮膚疾患に関する調査研究班の診断基準）に対しては、臨床症状の改善を目的として行った場合に限り、一連の治療につき1クールを限度として行い、1クールにつき週1回を限度として、5週間に限って算定できる。

オ 関連学会のガイドラインに準拠した既存の薬物療法が無効又は適用できない関節症性乾癬患者に対しては、臨床症状の改善を目的として行った場合に限り、一連の治療につき2クールを限度として算定する。なお、当該療法の実施回数は、1クールにつき週1回を限度として、5週間に限って算定する。ただし、1クール終了時に治療に対する効果を判定し、無効と判断されれば中止すること。

(2) 本療法を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に一連の当該療法の初回実施日及び初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む。）を記載する。

(3) 血球成分除去療法を夜間に開始した場合とは、午後6時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前0時以降であっても、1日として算定する。ただし、夜間に血球成分除去療法を開始し、12時間以上継続して行った場合は、2日として算定する。

J 0 4 2 腹膜灌流

(1) 腹膜灌流における導入期とは、継続して連続携行式腹膜灌流を実施する必要があると判断され、当該処置の開始日より14日間をいうものであり、再開の場合には算定できない。

(2) 区分番号「C 1 0 2」に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定する患者に対して「1連続携行式腹膜灌流」を行った場合には、区分番号「J 0 3 8」人工腎臓の実施回数と併せて週1回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料料に限り算定できる。

(3) 人工腎臓、腹膜灌流又は持続緩徐式血液濾過を同一日に実施した場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

J 0 4 3 新生児高ビリルビン血症に対する光線療法

疾病、部位又は部位数にかかわらず1日につき所定点数により算定する。

J 0 4 3-2 瀉血療法

瀉血療法は、真性多血症、続発性多血症又はインターフェロンや肝庇護療法に抵抗性のあるC型慢性肝炎に対して行った場合に算定する。

J 0 4 3-3 ストーマ処置

(1) ストーマ処置は、消化器ストーマ又は尿路ストーマに対して行った場合に算定する。

(2) ストーマ処置には、装具の交換の費用は含まれるが、装具の費用は含まない。

(3) 区分番号「C 1 0 9」に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、ストーマ処置の費用は算定できない。

J 0 4 3-4 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法

(1) 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法は、胃瘻カテーテル又は経皮経食道胃管カテーテルについて、十分に安全管理に留意し、経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換後の確認を画像診断又は内視鏡等を用いて行った場合に限り算定する。なお、その際行われる画像診断及び内視鏡等の費用は、当該点数の算定日にのみ、1回に限り算定する。

- (2) 薬剤投与を目的として胃瘻カテーテルの交換を行った場合は、レボドパ・カルビドパ水和物製剤を投与する目的の場合に限り算定する。

J 0 4 3 - 5 尿路ストーマカテーテル交換法

尿路ストーマカテーテル交換法は、十分に安全管理に留意し、尿路ストーマカテーテル交換後の確認について画像診断等を用いて行った場合に限り算定する。なお、その際行われる画像診断等の費用は、当該点数の算定日に限り、1回に限り算定する。

J 0 4 3 - 6 人工膵臓療法

- (1) 人工膵臓療法は、糖尿病患者の治療に際して、周術期における血糖コントロール等を目的として、血管内に留置した二重腔カテーテルから吸引した血中のグルコース値を連続して測定し、持続的な血糖管理を行った場合に算定できる。
- (2) 算定の対象となる患者は、次の療養が必要な糖尿病等の患者であって、医師が人工膵臓療法以外による血糖調整が困難であると認めたものである。
- ア 高血糖時（糖尿病性昏睡等）における救急的治療
- イ 手術、外傷及び分娩時の血糖管理
- ウ インスリン産生腫瘍摘出術の術前、術後の血糖管理
- (3) 人工膵臓療法と同一日に行った血中グルコース測定は別に算定できない。
- (4) 穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。
- (5) 人工膵臓療法を4日以上実施した場合の費用は、3日目までの所定点数に含まれ別に算定できない。

J 0 4 3 - 7 経会陰的放射線治療用材料局所注入

区分番号「M 0 0 1」に掲げる体外照射、区分番号「M 0 0 1 - 2」に掲げるガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「M 0 0 1 - 3」に掲げる直線加速器による放射線治療（一連につき）、区分番号「M 0 0 1 - 4」に掲げる粒子線治療（一連につき）又は区分番号「M 0 0 4」に掲げる密封小線源治療（一連につき）を行うに当たりハイドロゲル型の放射線治療用合成吸収性材料を用いた場合に限り算定する。

(救急処置)

J 0 4 4 救命のための気管内挿管

- (1) 救命のための気管内挿管は、救命救急処置として特に設けられたものであり、検査若しくは麻酔のため挿管する場合又は既に挿管している気管内チューブを交換する場合は算定できない。
- (2) 救命のための気管内挿管に併せて、人工呼吸を行った場合は、区分番号「J 0 4 5」人工呼吸の所定点数を合わせて算定できる。

J 0 4 4 - 2 体表面ペースング法又は食道ペースング法

救急処置として体表面ペースング法又は食道ペースング法を行った場合に算定する。

J 0 4 5 人工呼吸

- (1) 胸部手術後肺水腫を併発し、応急処置として閉鎖循環式麻酔器による無水アルコールの吸入療法を行った場合は、人工呼吸の所定点数により算定し、これに要した無水アルコールの費用については区分番号「J 3 0 0」薬剤により算定する。
- (2) 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ、経皮的動脈血酸素飽和度測定又は非観血的連続血圧測定を同一日に行った場合は、これらに係る費用は人工呼吸の所定点数に含まれる。

- (3) 喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法の費用は、所定点数に含まれる。
- (4) 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸及びマイクロアダプター（人工蘇生器）を使用して、酸素吸入を施行した場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。また、ガスマスク患者に対して、閉鎖循環式麻酔器を使用し、気管内挿管下に酸素吸入を行った場合も同様とする。なお、この場合、酸素吸入の費用は人工呼吸の所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (5) 気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器による酸素加圧により、肺切除術後の膨張不全に対して肺膨張を図った場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。
- (6) 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合には、区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の所定点数に含まれ、別に算定できない。また、半閉鎖式循環麻酔器による人工呼吸についても、閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸と同様の取扱いとする。
- (7) 新生児の呼吸障害に対する補助呼吸装置による持続陽圧呼吸法（CPAP）及び間歇的強制呼吸法（IMV）を行った場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。
- (8) 鼻マスク式人工呼吸器を用いた場合は、 PaO_2/FiO_2 が300mmHg以下又は $PaCO_2$ が45mmHg以上の急性呼吸不全の場合に限り人工呼吸に準じて算定する。
- (9) 区分番号「C107」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、人工呼吸の費用は算定できない。

J045-2 一酸化窒素吸入療法

- (1) 新生児の肺高血圧を伴う低酸素性呼吸不全の改善を目的として本療法を行った場合は、「1」により算定する。この場合、開始時刻より通算して96時間を限度として、一酸化窒素ガス加算を加算でき、本療法の終了日に算定する。ただし、医学的根拠に基づきこの限度を超えて算定する場合は、さらに48時間を限度として算定でき、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。
- (2) 心臓手術又は先天性横隔膜ヘルニアの周術期における肺高血圧の改善を目的として一酸化窒素吸入療法を行った場合は、「2」により算定する。この場合、開始時刻より通算して168時間を限度として、一酸化窒素ガス加算を加算でき、本療法の終了日に算定するが、56時間を超えて本療法を実施する場合は、症状に応じて離脱の可能性について検討し、その検討結果を診療録に記載すること。ただし、医学的根拠に基づき168時間を超えて算定する場合は、さらに48時間を限度として算定でき、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。
- (3) (1)及び(2)の開始時刻とは一酸化窒素供給装置を人工呼吸器と接続し、一酸化窒素の供給を開始した時刻を指し、本療法を実施した場合は、同時刻を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (4) (1)又は(2)と呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ、経皮的動脈血酸素飽和度測定又は非観血的連続血圧測定を同日に行った場合は、これらに係る費用は一酸化窒素吸入療法の所定点数に含まれる。
- (5) 喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法の

費用は(1)又は(2)の所定点数に含まれる。

J 0 4 7 カウンターショック

- (1) 非医療従事者向け自動除細動器を用いて行った場合には、「1」を算定する。ただし、保険医療機関において保険医により施行された場合においてのみ算定する。
- (2) カウンターショックに伴う皮膚の創傷に対する処置に要する費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (3) 心臓手術に伴うカウンターショックは、それぞれの心臓手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (4) カウンターショックと開胸心臓マッサージを併せて行った場合は、カウンターショックの所定点数と区分番号「K 5 4 5」開胸心臓マッサージの所定点数をそれぞれ算定する。

J 0 4 7-2 心腔内除細動

心房性不整脈に対する治療の目的で心腔内除細動カテーテルを用いて心腔内除細動を実施した場合に算定する。ただし、不整脈手術などに伴う心腔内除細動は、それぞれの手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

J 0 4 7-3 心不全に対する遠赤外線温熱療法

- (1) 心不全に対する遠赤外線温熱療法の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等第十一の四の二の(2)に掲げる患者であって、以下のいずれにも該当するものであること。

ア 左室流出路の狭窄を伴わない、NYHAⅢ又はⅣの慢性心不全患者（左室駆出率 40%以下及び脳性 Na 利尿ペプチド (BNP) が 200pg/mL 以上の状態のもの又は脳性 Na 利尿ペプチド前駆体 N 端フラグメント (NT-proBNP) が 900pg/mL 以上のもの)のうち、心拍出量低下による循環不全及び全身のうっ血症状の急性増悪期の入院患者であって、座位又は車椅子移動が可能であるもの。

イ 意識障害や重症の認知機能障害がなく、医師や看護師の指示に従うことのできるもの。

- (2) 心不全に対する遠赤外線温熱療法は、専任の医師の指導管理の下に実施することとする。この場合、医師が直接監視を行い、又は同一建物内において直接監視をしている他の従事者と医師が常時連絡を取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる態勢であること。また、専任の医師は定期的な心機能チェックの下に、当該療法に係る実施計画を作成し、診療録に添付すること。
- (3) 心不全に対する遠赤外線温熱療法は、当該療法の目的で利用される医療機器として薬事承認又は認証を得ているものを使用すること。
- (4) 心不全に対する遠赤外線温熱療法の実施に当たっては、関連学会から示された指針等を遵守すること。
- (5) 所定点数には、同一日に行われる区分番号「D 2 0 8」に掲げる心電図検査、区分番号「D 2 0 9」に掲げる負荷心電図検査及び区分番号「D 2 2 0」に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用が含まれる。
- (6) 当該療法と区分番号H 0 0 0に掲げる心大血管疾患リハビリテーションを併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみを算定する。
- (7) 当該療法の開始日及び医学的必要性について、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

J 0 5 0 気管内洗浄

- (1) 気管から区域細気管支にわたる範囲で異物又は分泌物による閉塞（吐物の逆流、誤嚥、気管支喘息重積状態又は無気肺）のために急性呼吸不全をおこした患者に対し、気管内挿管下（気管切開下を含む。）に洗浄した場合に1日につき所定点数を算定する。
- (2) 新たに気管内挿管を行った場合には、区分番号「J044」救命のための気管内挿管の所定点数を合わせて算定できる。
- (3) 気管支ファイバースコープを使用した場合は、区分番号「D302」気管支ファイバースコープの所定点数のみを算定する。
- (4) 気管内洗浄（気管支ファイバースコープを使用した場合を含む。）と同時に行う喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出又は酸素吸入は、所定点数に含まれる。

J052-2 熱傷温浴療法

- (1) 熱傷温浴療法は、体表面積の30%以上の広範囲熱傷に対する全身温浴として、入院中の患者に対し受傷後60日以内に行われたものについて算定する。
- (2) 受傷日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
(皮膚科処置)

J053 皮膚科軟膏処置

- (1) 区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、皮膚科軟膏処置の費用は算定できない。
- (2) 100平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置は、第1章基本診療料に含まれるものであり、皮膚科軟膏処置を算定することはできない。

J054 皮膚科光線療法

- (1) 赤外線療法は、ソラックス灯等の赤外線を出力する機器を用いて行った場合に算定できる。
- (2) 紫外線療法は、フィンゼン灯、クロマイエル水銀石英灯等の紫外線を出力する機器を用いて行った場合に算定できる。
- (3) 赤外線又は紫外線療法（長波紫外線療法及び中波紫外線療法を除く。）は、5分以上行った場合に算定する。
- (4) 長波紫外線又は中波紫外線療法は、長波紫外線（概ね315ナノメートル以上400ナノメートル以下）又は、中波紫外線（概ね290ナノメートル以上315ナノメートル以下）を選択的に出力できる機器によって長波紫外線又は中波紫外線療法を行った場合に算定できるものであり、いわゆる人工太陽等の長波紫外線及び中波紫外線を非選択的に照射する機器によって光線療法を行った場合は、赤外線又は紫外線療法の所定点数によって算定する。
- (5) 中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したものは、いわゆるナローバンドUVB療法をいい、308ナノメートル以上313ナノメートル以下の中波紫外線を選択的に出力できる機器によって中波紫外線療法を行った場合に算定する。
- (6) 長波紫外線療法又は中波紫外線療法は乾癬、類乾癬、掌蹠膿疱症、菌状息肉腫（症）、悪性リンパ腫、慢性苔癬状糠疹、尋常性白斑、アトピー性皮膚炎又は円形脱毛症に対して行った場合に限って算定する。
- (7) 赤外線療法、紫外線療法、長波紫外線療法又は中波紫外線療法を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。また、同じものを同一日に複数回行った場合でも、1日につき所定点数のみにより算定する。

(8) 皮膚科光線療法は、同一日において消炎鎮痛等処置とは併せて算定できない。

J 0 5 4 - 2 皮膚レーザー照射療法

(1) 皮膚レーザー照射療法は、単なる美容を目的とした場合は算定できない。

(2) 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいい、概ね3月間にわたり行われるものをいう。例えば、対象病変部位の一部ずつに照射する場合や、全体に照射することを数回繰り返して一連の治療とする場合は、1回のみ所定点数を算定する。

(3) 皮膚レーザー照射療法を開始した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、前回の一連の治療の開始日を記載する。

(4) 「1」の色素レーザー照射療法は、単純性血管腫、莓状血管腫又は毛細血管拡張症に対して行った場合に算定する。

(5) 「2」のQスイッチ付レーザー照射療法は、Qスイッチ付ルビーレーザー照射療法、ルビーレーザー照射療法、Qスイッチ付アレキサンドライトレーザー照射療法及びQスイッチ付ヤグレーザー照射療法をいう。

(6) Qスイッチ付レーザー照射療法は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、胸腹部又は背部(臀部を含む。)のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。また、各部位において、病変部位が重複しない複数の疾患に対して行った場合は、それぞれ算定する。

(7) Qスイッチ付ルビーレーザー照射療法及びルビーレーザー照射療法は、太田母斑、異所性蒙古斑、外傷性色素沈着症、扁平母斑等に対して行った場合に算定できる。なお、一連の治療が終了した太田母斑、異所性蒙古斑又は外傷性色素沈着症に対して再度当該療法を行う場合には、同一部位に対して初回治療を含め5回を限度として算定する。

(8) Qスイッチ付ルビーレーザー照射療法及びルビーレーザー照射療法は扁平母斑等に対しては、同一部位に対して初回治療を含め2回を限度として算定する。

(9) Qスイッチ付アレキサンドライトレーザー照射療法は、太田母斑、異所性蒙古斑、外傷性色素沈着症等に対して行った場合に算定できる。なお、扁平母斑にあつては算定できない。

(10) Qスイッチ付ヤグレーザー照射療法は、太田母斑、異所性蒙古斑又は外傷性色素沈着症に対して行った場合に算定できる。

J 0 5 5 - 2 イオントフォレーゼ

(1) 尋常性白斑に対するイオントフォレーゼ療法は露出部におけるもので、他の療法が無効な場合に限り、4cm四方ごとに算定する。

(2) 汗疱状白癬、慢性湿疹、尋常性痤瘡、慢性皮膚炎、稽留性化膿性肢端皮膚炎、多汗症、頑癬に対するイオントフォレーゼは、他の療法が無効な場合に限り算定する。

J 0 5 7 軟属腫摘除

伝染性軟属腫の内容除去は、軟属腫摘除として算定する。

J 0 5 7 - 2 面皰圧出法

面皰圧出法は、顔面、前胸部、上背部等に多発した面皰に対して行った場合に算定する。

J 0 5 7 - 3 鶏眼・胼胝処置

鶏眼・胼胝処置は、同一部位について、その範囲にかかわらず月2回を限度として算定する。

(泌尿器科処置)

J 0 6 0 膀胱洗浄、J 0 6 0 - 2 後部尿道洗浄(ウルツマン)

- (1) カテーテル留置中に膀胱洗浄及び薬液膀胱内注入を行った場合は、1日につき、膀胱洗浄により算定する。
- (2) 膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿（尿道拡張を要するもの）又は後部尿道洗浄（ウルツマン）を同一日に行った場合には、主たるものの所定点数により算定する。
- (3) 区分番号「C106」在宅自己導尿指導管理料又は区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については膀胱洗浄又は後部尿道洗浄（ウルツマン）の費用は算定できない。

J061 腎盂洗浄

- (1) 腎盂洗浄は片側ごとに所定点数をそれぞれ算定する。
- (2) 尿管カテーテル挿入を行った場合は、所定点数に区分番号「D318」尿管カテーテル法の所定点数を合わせて算定できる。

J063 留置カテーテル設置

- (1) 長期間にわたり、バルーンカテーテルを留置するための挿入手技料は、留置カテーテル設置により算定する。この場合、必要があつてカテーテルを交換したときの挿入手技料も留置カテーテル設置により算定する。
- (2) 区分番号「C106」在宅自己導尿指導管理料又は区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、留置カテーテル設置の費用は算定できない。
- (3) 留置カテーテル設置時に使用する注射用蒸留水又は生理食塩水等の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

J064 導尿（尿道拡張を要するもの）

区分番号「C106」在宅自己導尿指導管理料又は区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、導尿（尿道拡張を要するもの）の費用は算定できない。

J065 間歇的導尿

間歇的導尿は、脊椎損傷の急性期の尿閉、骨盤内の手術後の尿閉の患者に対し、排尿障害の回復の見込みのある場合に行うもので、6月間を限度として算定する。

J068 嵌頓包茎整復法

小児仮性包茎における包皮亀頭癒着に対する用手法等による剥離術は、嵌頓包茎整復法に準じて算定する。

J070-2 干渉低周波による膀胱等刺激法

- (1) 干渉低周波による膀胱等刺激法は、尿失禁の治療のために行った場合に算定する。
- (2) 治療開始時点においては、3週間に6回を限度とし、その後は2週間に1回を限度とする。

J070-3 冷却痔処置

- (1) I度又はII度の内痔核の患者に対し、1日1回又は2回、かつ連続して5日以上実施した場合に10日間を限度として、1日につき1回算定できる。なお、当該処置に使用した冷却痔疾治療用具については、所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 冷却痔処置の請求に当たっては、内痔核の重症度について、I度又はII度のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

J070-4 磁気による膀胱等刺激法

- (1) 次のいずれかに該当する尿失禁を伴う成人女性の過活動膀胱患者に対して実施した場合に限り算定できる。
 - ア 尿失禁治療薬を12週間以上服用しても症状改善がみられない患者
 - イ 副作用等のために尿失禁治療薬が使用できない患者
- (2) 1週間に2回を限度とし、6週間を1クールとして、1年間に2クールに限り算定できる。
(産婦人科処置)

J077 子宮出血止血法

子宮用止血バルーンカテーテルを用いた止血を行う前に他の止血法を実施した場合は、主たるもののみ算定する。

J078 子宮腔部薬物焼灼法

ゲメプロスト製剤の投与により子宮内容物の排出が認められた場合は、子宮腔部薬物焼灼法に準じて算定できる。

J082-2 薬物放出子宮内システム処置

避妊を目的とするものは保険給付の対象とならない。

J085-2 人工羊水注入法

人工羊水注入法は、羊水過少症等の患者に対して、超音波断層法検査及び子宮内圧測定を施行し、適正な注入量の羊水を子宮内に注入した場合に算定する。なお、当該手技に伴って実施される超音波検査等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(眼科処置)

J086 眼処置

- (1) 所定点数には、片眼帯、巻軸帯を必要とする処置、蒸気罨法、熱気罨法、イオントフォレーゼ及び麻薬加算が含まれており、これらを包括して1回につき所定点数を算定する。
- (2) 点眼又は洗眼は、第1章基本診療料に含まれるものであり、眼処置を算定することはできない。

J089 睫毛抜去

5～6本程度の睫毛抜去は「1」を算定する。また、「1」については、他の眼科処置又は眼科手術に併施した場合には、その所定点数に含まれ別に算定できない。

(耳鼻咽喉科処置)

J095 耳処置

- (1) 耳処置とは、外耳道入口部から鼓膜面までの処置であり、耳浴及び耳洗浄が含まれており、これらを包括して一側、両側の区別なく1回につき所定点数を算定する。
- (2) 点耳又は簡単な耳垢栓除去は、第1章基本診療料に含まれるものであり、耳処置を算定することはできない。

J095-2 鼓室処置

鼓室処置は、急性又は慢性の鼓膜穿孔耳に対して鼓室病変の沈静・制御を目的として、鼓室腔内の分泌物・膿汁等の吸引及び鼓室粘膜処置等を行った場合に算定する。

J 0 9 6 耳管処置

- (1) 「1」には、耳管通気に必要とする表面麻酔薬又は血管収縮薬等の塗布、噴霧等の鼻内における処置が含まれており、これらを包括して1回につき片側ごとに所定点数を算定する。ただし、鼻処置を必要とする疾病があつて別に鼻処置を行った場合は別に算定できるが、傷病名の記載を要する。
- (2) ポリツェル球により両耳に通気する場合は、片側、両側の区別なく1回につき所定点数を算定する。
- (3) 耳管処置に当たり咽頭処置を行った場合であっても、咽頭に特に異常がなければ、咽頭処置は算定できない。
- (4) 耳管開放症に対する処置は、「1」により算定する。

J 0 9 7 鼻処置

- (1) 鼻処置には、鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置が含まれており、これらを包括して一側、両側の区別なく1回につき所定点数を算定する。なお、口腔、咽頭処置と併せて行った場合であっても、口腔、咽頭処置の所定点数は別に算定できない。
- (2) 副鼻腔洗浄に伴う単なる鼻処置は、副鼻腔洗浄又は吸引の所定点数に含まれ別に算定はできない。
- (3) 鼻洗浄は、第1章基本診療料に含まれるものであり、鼻処置を算定することはできない。

J 0 9 7-2 副鼻腔自然口開大処置

副鼻腔自然口開大処置は、急性副鼻腔炎及び慢性副鼻腔炎の患者に対して、副鼻腔の換気・排液並びにネブライザー効果の増大を目的として自然口の開大処置を行った場合に算定する。

J 0 9 8 口腔、咽頭処置

- (1) 口腔、咽頭処置をそれぞれ単独に実施した場合も、同時に実施した場合も1回につき所定点数を算定する。
- (2) ルゴール等の噴霧吸入は口腔、咽頭処置に準ずる。
- (3) ルゴール等の噴霧吸入と鼻、口腔又は咽頭処置を同時に行った場合は、鼻処置又は口腔、咽頭処置の所定点数を算定する。

J 0 9 8-2 扁桃処置

- (1) 扁桃処置は、慢性扁桃炎の急性増悪、急性腺窩（陰窩）性扁桃炎、扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍等に対し、膿栓吸引、洗浄等を行った場合に算定する。
- (2) 扁桃処置の所定点数には、咽頭処置が含まれ別途算定できない。

J 0 9 9 間接喉頭鏡下喉頭処置

- (1) 間接喉頭鏡下喉頭処置には、喉頭注入が含まれており、喉頭蓋、仮声帯、披裂部、声帯等の病変に対して処置を行った場合に算定する。
- (2) 喉頭処置後の薬剤注入は、間接喉頭鏡下喉頭処置の所定点数に含まれる。

J 1 0 0 副鼻腔手術後の処置（片側）

副鼻腔手術後の洗浄、ガーゼ交換等（手術日の翌日以降のものに限る。）を行った場合に算定する。

この場合、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は別に算定でき

ない。

J 1 0 2 上顎洞穿刺

区分番号「D 4 0 6」上顎洞穿刺と同一日に算定することはできない。

J 1 0 3 扁桃周囲膿瘍穿刺

(1) 扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍において、単に穿刺排膿のみ行い切開しなかった場合は所定点数を算定し、試験穿刺を行い膿汁を認め直ちに切開した場合は区分番号「K 3 6 8」扁桃周囲膿瘍切開術を算定する。

(2) 区分番号「D 4 0 6 - 2」扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺と同一日に算定することはできない。

J 1 1 3 耳垢栓塞除去

(1) 耳垢水等を用いなければ除去できない耳垢栓塞を、完全に除去した場合に算定する。

(2) 簡単な耳垢栓除去は、第 1 章基本診療料に含まれるものであり、耳垢栓塞除去を算定することはできない。

J 1 1 5 超音波ネブライザー

超音波ネブライザーにおいて、酸素療法を併せて行った場合は区分番号「J 0 2 4」酸素吸入の所定点数を合わせて算定できる。

J 1 1 5 - 2 排痰誘発法

(1) 排痰誘発法は、結核を疑う患者に対し、非能動型呼吸運動訓練装置を用いて患者の排痰を促し、培養検査等を実施した場合に 1 日につき算定する。

(2) 患者の排痰を促し、培養検査等を目的としてネブライザー、超音波ネブライザー又は排痰誘発法を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

(整形外科的処置)

J 1 1 6 関節穿刺

関節穿刺を左右両側に行った場合は、それぞれ算定できるが、同一側の関節に対して、区分番号「D 4 0 5」関節穿刺、区分番号「G 0 1 0」関節腔内注射を同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

J 1 1 6 - 5 酵素注射療法

酵素注射療法は、デュピュイトラン拘縮の患者に対し、コラゲナーゼ(クロストリジウム ヒストリチウム)を拘縮索に注射した場合に、1 回の投与(同一日に複数箇所注射を行った場合を含む。)及び伸展処置に係る一連の手技として算定する。なお、当該注射に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

J 1 1 7 鋼線等による直達牽引

(1) 鋼線等による直達牽引は、鋼線等を用いて観血的に牽引を行った場合に算定する。なお鋼線等による直達牽引には、鋼線牽引法、双鋼線伸延法及び直達頭蓋牽引法を含むものである。

(2) 1 局所とは、上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの躯幹のそれぞれをいい、全身を 5 局所に分けるものである。

(3) 消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引(2 日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。)の所定点数のみにより算定する。

J 1 1 8 介達牽引

- (1) 介達牽引は、絆創膏牽引法、斜面牽引法、スピードラック牽引、腰椎バンド及びグリソン係蹄によるモーターを使用した断続牽引並びにペーラー法を含むものであり、部位数にかかわらず所定点数を算定する。
- (2) 介達牽引、矯正固定又は変形機械矯正術に消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。
- (3) 介達牽引、矯正固定又は変形機械矯正術を同一日に併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。
- (4) 区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、介達牽引の費用は算定できない。

J118-2 矯正固定

- (1) 変形の矯正を目的としてマッサージ等を行った後に、副子、厚紙や絆創膏にて矯正固定を行った場合に1日につき所定点数を算定する。
- (2) 区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、矯正固定の費用は算定できない。

J118-3 変形機械矯正術

- (1) 1日につき所定点数を算定する。
- (2) 区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、変形機械矯正術の費用は算定できない。

J118-4 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）

- (1) 脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、筋萎縮性側索硬化症、シャルコー・マリー・トゥース病、遠位型ミオパチー、封入体筋炎、先天性ミオパチー、筋ジストロフィーの患者に対して、ロボットスーツを装着し、関連学会が監修する適正使用ガイドを遵守して、転倒しないような十分な配慮のもと歩行運動を実施した場合に算定する。
- (2) 算定に当たっては、事前に適切な計画を策定した上で実施し、計画された5週間以内に実施される9回の処置が終了した際には、担当の複数職種が参加するカンファレンスにより、9回の処置による歩行機能の改善効果を検討すること。
- (3) (2)に定めるカンファレンスにより、通常の歩行運動に比して客観的に明確な上乘せの改善効果が認められると判断される場合に限り、本処置を継続して算定できることとし、カンファレンスにおける当該検討結果については、その要点（5週間以内に実施される9回の処置の前後の結果を含む。）を診療録に記載した上で、診療報酬明細書に症状詳記を添付すること。
- (4) 初めて当該処置を実施する場合の患者の体重、大腿長、下腿長、腰幅等を勘案した当該患者に適切な装着条件の設定については、1肢毎に区分番号「J129」義肢採型法の「1」四肢切断の場合（1肢につき）に準じて算定する。

J 1 1 9 消炎鎮痛等処置

- (1) 消炎鎮痛等処置は、疾病、部位又は部位数にかかわらず1日につき所定点数により算定する。
- (2) 「1」のマッサージ等の手技による療法とは、あんま、マッサージ及び指圧による療法をいう。また、「2」の器具等による療法とは、電気療法、赤外線治療、熱気浴、ホットパック、超音波療法、マイクロレーダー等による療法をいう。
- (3) 消炎鎮痛を目的とする外用薬を用いた処置は「3」の湿布処置として算定する。
- (4) 患者自ら又は家人等に行わせて差し支えないと認められる湿布については、あらかじめ予見される当該湿布薬の必要量を外用薬として投与するものとし、湿布処置は算定できない。
- (5) 区分番号「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、消炎鎮痛等処置の費用は算定できない。
- (6) 「3」の対象となる湿布処置は、半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲のものについて算定するものであり、それ以外の狭い範囲の湿布処置は、第1章基本診療料に含まれるものであり、湿布処置を算定することはできない。

J 1 1 9 - 2 腰部又は胸部固定帯固定

- (1) 腰痛症の患者に対して腰部固定帯で腰部を固定した場合又は骨折非観血的整復術等の手術を必要としない肋骨骨折等の患者に対して、胸部固定帯で胸部を固定した場合に1日につき所定点数を算定する。
- (2) 同一患者につき同一日において、腰部又は胸部固定帯固定に併せて消炎鎮痛等処置、低出力レーザー照射又は肛門処置を行った場合は、主たるものにより算定する。
- (3) 区分番号「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、腰部又は胸部固定帯固定の費用は算定できない。

J 1 1 9 - 3 低出力レーザー照射

- (1) 筋肉、関節の慢性非感染性炎症性疾患における疼痛の緩和のために低出力レーザー照射を行った場合に、疾病、照射部位又は照射回数に関わらず1日につき所定点数を算定する。
- (2) 同一患者につき同一日において、低出力レーザー照射に併せて消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、肛門処置を行った場合は、主たるものにより算定する。
- (3) 区分番号「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、低出力レーザー照射の費用は算定できない。

J 1 1 9 - 4 肛門処置

- (1) 診療所において、入院中の患者以外の患者についてのみ1日につき所定点数を算定する。
- (2) 単に坐薬等を挿入した場合は算定できない。
- (3) 同一患者につき同一日において、肛門処置に併せて消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射を行った場合は、主たるものにより算定する。
- (4) 区分番号「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬

剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。)については、肛門処置の費用は算定できない。

(栄養処置)

J 1 2 0 鼻腔栄養

- (1) 鼻腔栄養は、注入回数の如何を問わず1日につき算定するものである。
- (2) 患者が経口摂取不能のため、薬価基準に記載されている高カロリー薬を経鼻経管的に投与した場合は鼻腔栄養の所定点数及び薬剤料を算定し、食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用及び投薬料は別に算定しない。
- (3) 患者が経口摂取不能のため、薬価基準に記載されていない流動食を提供した場合は、鼻腔栄養の所定点数及び食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用を算定する。この場合において、当該保険医療機関が入院時食事療養(I)又は入院時生活療養(I)の届出を行っているときは入院時食事療養(I)又は入院時生活療養(I)の食事の提供たる療養に係る費用を、さらに、特別食の算定要件を満たしているときは特別食の加算をそれぞれ算定する。
- (4) 薬価基準に記載されている高カロリー薬及び薬価基準に記載されていない流動食を併せて投与及び提供した場合は、(2)又は(3)のいずれかのみにより算定する。
- (5) 胃瘻より流動食を点滴注入した場合は、鼻腔栄養に準じて算定する。
- (6) 区分番号「C 1 0 5」在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、区分番号「C 1 0 5 - 2」在宅小児経管栄養法指導管理料、区分番号「C 1 0 5 - 3」在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料又は区分番号「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者(これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。)については、鼻腔栄養の費用は算定できない。

(ギプス)

1 一般的事項

- (1) ギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合は、ギプス包帯を作成した保険医療機関もギプス包帯の切割使用に係る点数を算定できる。
- (2) 既装着のギプスを他の保険医療機関で除去したときは、ギプス除去料としてギプス包帯を切割使用した場合の2分の1に相当する点数により算定する。
- (3) ギプスベッド又はギプス包帯の修理を行ったときは、修理工料として所定点数の100分の10に相当する点数を算定することができる。
- (4) プラスチックギプスを用いてギプスを行った場合にはシーネとして用いた場合が含まれる。
- (5) ギプスシーネは、ギプス包帯の点数(ギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合の各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を算定する場合を除く。)により算定する。
- (6) 四肢ギプス包帯の所定点数にはプラスチックギプスに係る費用が含まれ、別に算定できない。

2 練習用仮義足又は仮義手採型法

練習用仮義足又は仮義手の処方、採型、装着、調整等については、仮義足又は仮義手を支給する1回に限り算定する。

J 1 2 9 - 3 治療用装具採寸法

- (1) 区分番号「B 0 0 1」特定疾患治療管理料の「20」糖尿病合併症管理料を算定している患者について、糖尿病足病変に対して用いる装具の採寸を行った場合は、1年に1回に限り、所定

点数を算定する。ただし、過去1年以内に区分番号「J129-4」治療用装具採型法を算定している場合は算定できない。

- (2) 当該採寸と区分番号「J129-4」治療用装具採型法を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

J129-4 治療用装具採型法

- (1) 区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「20」糖尿病合併症管理料を算定している患者について、糖尿病足病変に対して用いる装具の採型を行った場合は、1年に1回に限り、所定点数を算定する。ただし、過去1年以内に区分番号「J129-3」治療用装具採寸法を算定している場合は算定できない。
- (2) 区分番号「J129-3」治療用装具採寸法と当該採型を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
- (3) フットインプレッションフォームを使用して装具の採型を行った場合は、本区分の「3」その他の場合を算定する。

(処置医療機器等加算)

J200 腰部、胸部又は頸部固定帯加算

- (1) 本加算は、それぞれの固定帯を給付する都度算定する。なお、「固定帯」とは、従来、頭部・頸部・躯幹等固定用伸縮性包帯として扱われてきたもののうち、簡易なコルセット状のものをいう。
- (2) 胸部固定帯については、肋骨骨折に対し非観血的整復術を行った後に使用した場合は、手術の所定点数に含まれており別途算定できない。

J201 酸素加算

- (1) 酸素吸入のほか酸素又は窒素を使用した診療に係る酸素又は窒素の価格は、「酸素及び窒素の価格」（平成2年厚生省告示第41号）により定められており、その単価（単位 リットル、摂氏35度、1気圧における容積とする。）は、次のとおりである。

ア 離島等以外の地域に所在する保険医療機関の場合

液体酸素の単価

定置式液化酸素貯槽（CE）に係る酸素の単価	1リットル当たり0.19円
可搬式液化酸素容器（LGC）に係る酸素の単価	1リットル当たり0.32円

酸素ポンペに係る酸素の単価

大型ポンペに係る酸素の単価	1リットル当たり0.42円
小型ポンペに係る酸素の単価	1リットル当たり2.36円

イ 離島等に所在する保険医療機関の場合

液体酸素の単価

定置式液化酸素貯槽（CE）に係る酸素の単価	1リットル当たり0.29円
可搬式液化酸素容器（LGC）に係る酸素の単価	1リットル当たり0.47円

酸素ポンペに係る酸素の単価

大型ポンペに係る酸素の単価	1リットル当たり0.63円
小型ポンペに係る酸素の単価	1リットル当たり3.15円

- (2) 離島等とは、以下の地域をいう。

ア 離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域と

して指定された離島の地域

イ 奄美群島振興開発特別措置法（昭和 29 年法律第 189 号）第 1 条に規定する奄美群島の地域

ウ 小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和 44 年法律第 79 号）第 4 条第 1 項に規定する小笠原諸島の地域

エ 沖縄振興特別措置法（平成 14 年法律第 14 号）第 3 条第三号に規定する離島

オ 過疎地域自立促進特別措置法（平成 12 年法律第 15 号）第 2 条第 1 項に規定する過疎地域

カ 豪雪地帯対策特別措置法（昭和 37 年法律第 73 号）第 2 条第 2 項の規定により特別豪雪地帯として指定された地域

(3) 定置式液化酸素貯槽（CE）とは、医療機関の敷地内に設置されており、通常気体酸素容量が 200 万 L から 1,500 万 L までのものをいい、可搬式液化酸素容器（LGC）とは、気体酸素容量が 13.3 万 L 又は 37.6 万 L のものをいい、大型ボンベとは、ボンベ 1 本当たり通常 7,000 L 又は 6,000 L 用のボンベをいい 3,000L を超えるもの、小型ボンベとは、ボンベ 1 本当たり通常 1,500 L 又は 500 L 用のボンベをいい 3,000L 以下のものをいう。

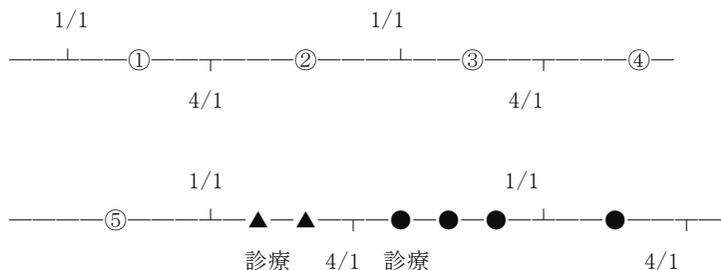
(4) 酸素の価格については、次の算式により算出した値の 1 円未満を四捨五入して得た額とする。
 酸素の価格（単位 円） = 酸素の単価（単位 円）×当該患者に使用した酸素の容積（単位 リットル）× 補正率

(5) (1)の規定にかかわらず、(1)に規定する区分ごとに次の算式により、保険医療機関ごとに算出される酸素の購入単価が(1)に規定する単価に満たない場合には、4月1日から3月31日までの1年間の診療については、この酸素の購入単価を用いて算出した酸素の購入価格によって請求するものとする。

$$\text{酸素の購入価格（単位 円）} = \frac{\text{酸素の購入単価（単位 円）} \times \text{当該患者に使用した酸素の容積（単位 リットル）} \times \text{補正率}}{\text{当該年度の前年の1月から12月までの間に当該保険医療機関が購入した酸素の対価}}$$

$$\text{酸素の購入単価（単位 円）} = \frac{\text{酸素の購入価格（単位 円）}}{\text{当該購入した酸素の容積（単位 リットル。35℃1気圧で換算）}}$$

なお、酸素の購入時期と請求時期との関係を以下に明示する。



●の診療に係る請求

③、④及び⑤の購入実績により算出した酸素の購入単価による。

▲の診療に係る請求

①及び②の購入実績により算出した酸素の購入単価による。

- (6) (4)及び(5)の算式の場合において、「当該患者に使用した酸素の容積」とは、患者に使用する際の状態の温度及び気圧において測定された酸素の容積をいうものであり、一定の温度又は気圧に換算する必要はない。
- また、補正率 1.3 は、購入時と使用時の気体の状態の違いに由来する容積差等を勘案の上設定したものである。
- (7) 新規に保険医療機関の指定を受けた場合及び(1)に規定する区分を追加又は変更した場合であつて、当該診療に係る年度の前年の1月から12月までの1年間において酸素の購入実績がない場合にあつては、当年度の3月までの間は、次に定めるところによって酸素の購入単価を算出するものとする。その場合において購入単価が(1)に規定する単価を超える場合は、(1)の購入単価とする。
- ア 当該診療月前に酸素を購入した実績がある場合（当該年度内に新規に指定され購入又は区分の追加若しくは変更（大型ポンペを廃止し、CEに変更等）を行った場合に限る。）にあつては、購入した酸素（保険医療機関の指定を受けた日前に購入したものを含む。）の対価を当該購入した酸素の摂氏 35 度、1 気圧における容積（単位 リットル）で除して得た額の 0.01 円未満の端数を四捨五入した額を酸素の購入単価とする。
- イ アにより算出した場合の購入単価について、当年度の3月までの間については、当該診療月前に購入した全ての酸素（保険医療機関の指定を受けた日前に購入したものを含む。）の対価を当該購入した酸素の摂氏 35 度、1 気圧における容積（単位 リットル）で除して得た額の 0.01 円未満の端数を四捨五入した額を酸素の購入単価とする。
- (8) (5)並びに(7)のア及びイの関係は、当該年度（診療日の属する年度）に係る購入単価は、原則、前年の1月から12月までの購入実績に基づき算出した単価とするものであるが、年度の途中において新規又は区分の変更を行った年度に限り当該年度内の購入実績に基づき購入単価とするものである。従つて、翌年度の4月1日からは、(5)により算出した購入単価によることとなる。
- (9) 離島等における特別の事情とは、酸素の搬入において船舶による搬入時間が、多くの時間を要する場合や酸素製造工場又は医療用酸素充填所から著しく遠距離であるため通常の価格では購入が困難な場合等を考慮したものであり、当該事情があると認められた場合には、(1)の規定にかかわらず、(1)に規定する区分ごとに(5)に規定する算式により、保険医療機関ごとに算出される酸素の購入単価が(1)に規定する単価を超える場合は、4月1日から3月31日までの1年間の診療については、この酸素の購入単価を用いて算出した酸素の購入価格によって請求するものとする。なお、この場合、前年度の購入単価を超えることはできないものとする。ただし、大型ポンペにあつては、6,000L以上、小型ポンペにあつては、500L以上に限る。
- (10) 離島等における特別の事情がある場合は、その理由を記載した書面を地方厚生（支）局長に届け出るものとする。
- (11) 保険医療機関は、当該年の4月1日以降の診療に係る費用の請求に当たつて用いる酸素の単価並びにその算出の基礎となつた前年の1月から12月までの間に当該保険医療機関が購入した酸素の対価及び当該購入した酸素の容積を別紙様式 25 により、当該年の2月15日までに地方厚生（支）局長に届け出るものとする。ただし、(7)のア又はイの方法によって酸素の購入単価を算出している場合にあつては、随時（当該年度内において算出した購入単価に30%を超える変動があつた場合を含む。）地方厚生（支）局長に届け出るものとする。

- (12) 地方厚生（支）局においては、届出を受けた購入単価について、審査支払機関に対し通知するとともに、保険者に対し通知し、情報提供を行うこと。
- (13) 窒素の価格は、液化窒素、ボンベ等の窒素の形態にかかわらず、窒素の単価に当該患者に使用した窒素の容積を乗じた値とする。なお、窒素の単価は1リットル当たり0.12円である。
- (14) 酸素を動力源とする閉鎖循環式麻酔装置、高気圧酸素治療装置等を利用して、人工呼吸、酸素吸入、高気圧酸素治療等を行った場合、動力源として消費される酸素の費用は算定できない。また、動力源として消費される窒素の費用も算定できない。
- (15) 酸素と窒素を用いて空気と類似した組成の気体を作成し酸素吸入等に用いた場合、酸素及び窒素の費用は算定できない。
- (16) (5)、(7)及び(11)に掲げる対価については、平成30年1月1日から令和元年9月30日までの間に医療機関が購入したものについては、当該対価に108分の110を乗じて得た額の1円未満の端数を四捨五入した額とする。

第10部 手術

通則

1 手術の費用は、第1節若しくは第2節の各区分に掲げる所定点数のみにより、又は第1節に掲げる所定点数及び第2節の各区分に掲げる所定点数を合算した点数により算定する。この場合において、手術に併せて行つた処置（区分番号J122からJ129-4までに掲げるものを除く。）及び診断書、採体採取並びに手術に当たつて通常使用される保険医療材料の費用は、第1節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

2 手術に当たつて、第3節に掲げる医療機器等、薬剤（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この節において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合、前号により算定した点数及び第3節、第4節若しくは第5節の各区分又は区分番号E4001に掲げられない手術の所定点数を合算した点数により算定する。

3 第1節に掲げられない手術において特殊なものの費用は、第1節に掲げられている手術のうち最も類似する手術の各区分の所定点数により算定する。

4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K014-2、K022の1、K031（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K053（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K059の3のみ、K059の4、K133-2、K134-4、K136-2、K169（注1又は注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K180の3、K181、K181-2、K181-6の2の口、K190、K190-2、K199-0、K199-1、K254の1、K259（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K260-2、K268の5、K268の6、K280-2、K281-2、K320-2、K328からK328-3まで、K340-7、K374-2、K394-2、K400の3、K443の3、K444の4、K445-2、K461-2、K462-2、K466-2、K466-4、K530-3、K546、K548、K549、K554-2、K555-2、K555-3、K559-3、K562-2、K594の4の口、K595（注2に規定する加算を算定する場合に限る。）、K595-2、K597からK600まで、K602-2、K603からK604-2まで、K605-2、K605-4、K605-5、K615-2、K616-6、K617-5、K627-201及び2、K627-3、K627-4、K661-2、K662-2、K663-2、K647-3、K654-4、K656-2、K667-2、K668-2、K670の1、K678、K684-2、K695-2、K697-5、K697-7、K699-2、K700-3、K702-2、K703-2、K709-3、K709-5、K709-6、K716-4、K716-6、K721-4、K730の3、K731の3、K754-3、K768、K769-3、K772-3、K773-3、K773-5まで、K777の1、K780、K780-2、K785-2、K792の1、K800-3、K802-4、K803-2、K803-3、K808の1、K818（注1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K819（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K819-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K819-3（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K823-5、K825（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K830（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K841-4、K843-2からK843-4まで、K851（注1において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K858の1、K859（2、4及び5において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K865-2、K877（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K877-2（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、K879-2、K888（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）並びにK910-2からK910-5までに掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。ただし、区分番号K

546、K549、K597-3、K597-4、K615-2及びK636-2に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出たことを要しない。

5 区分番号K011、K020、K053、K076、K076-2、K079、K079-2、K080-2、K082、K106、K107、K109、K136、K151-2、K154、K154-2、K160、K167、K169からK171まで、K174からK178-2まで、K181、K190、K190-2、K204、K229、K230、K232からK236まで、K244、K259、K266、K277-2、K280、K281、K313、K322、K327、K343、K376、K395、K415、K425、K427-2、K434、K442、K443、K458、K462、K484、K496、K496-4、K526の2、K527、K529、K529-3、K531、K537、K546、K549、K549、K552、K552-2、K594-2、K595、K597、K597-2、K645、K677、K677-2、K695（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K695-2、K702、K702、K703-2、K710-2、K719-6、K732-2、K756（1歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、K764、K765、K779、K780、K780-2、K801、K803（6を除く。）、K818からK820まで、K843、K850、K857、K859（1を除く。）、K863-3、K889及びK890-2に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則第4号に掲げる手術を除く。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

6 区分番号K528、K528-3、K535、K570-4、K583、K586の3、K587、K684、K684-2、K695、K751の3及び4、K751-2、K756並びにK773に掲げる手術（1歳未満の乳児に対して行われるものに限る。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

7 区分番号K002、K138、K14206、K145、K147、K149、K149-2、K150、K151-2、K154、K154-2、K155、K163からK164-2まで、K166、K169、K172からK174まで、K178、K180、K191、K192、K239、K241、K243、K245、K259、K261、K268、K269、K275からK281まで、K282、K346、K386、K393の1、K397、K398の2、K399、K403、K425からK426-2まで、K501からK501-3まで、K511の3、K513、K519、K522、K528、K528-3、K534-3、K535、K554からK558まで、K562からK587まで、K589からK591まで、K601、K603-2、K610の1、K616-3、K625、K633の4及び5、K634、K635-3、K636、K636-3、K636-4、K639、K644、K647、K664、K666、K666-2、K667-2、K674、K674-2、K681、K684、K684-2、K697-5、K714、K714-2、K716の2、K716-2、K717、K725からK726-2まで、K729からK729-3まで、K734からK735まで、K735-3、K745、K751の1及び2、K751-2、K756、K756-2、K773、K773-5、K773-6、K804、K805からK805-3まで、K812-2、K838並びにK913に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。

8 3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して手術（区分番号K618に掲げる中心静脈注射用補注型力子-7ル装置を除く。）を行つた場合は、乳幼児加算又は幼児加算として、当該手術の所定点数に所定点数の100分の100又は100分の50に相当する点数を加算する。ただし、前号に規定する加算を算定する場合は算定しない。

- 16 区分番号K664に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
- 17 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、別に厚生労働大臣が定める手術を実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、200点を所定点数に加算する。
- 18 区分番号K502-5、K504-2、K513-2、K514-2、K514-2の2、K514-2の2、K529-2、K529-3、K554-2、K655-2、K655-5、K657-2、K702-2、K703-2、K740-2、K778-2、K803-2、K865-2、K877-2及びK879-2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においては算定できる。
- 19 区分番号K475及びK888に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行った場合においても算定できる。

第1節 手術科

第1款 皮膚、皮下組織

(皮膚、皮下組織)

K000 創傷処理

- 1 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満） 1,250点
- 2 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） 1,680点
- 3 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上） 8,600点
- イ 頭頸部のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。） 2,400点
- ロ その他のもの 470点
- 5 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満） 850点
- 6 筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上） 1,320点

注1 切、刺、創開又は挫創の手術については切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。

2 真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り460点を所定点数に加算する。

3 汚染された挫創に対してデブリードマンを行った場合は、当初の1回に限り100点を加算する。

K000-2 小児創傷処理（6歳未満）

- 1 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル未満） 1,250点
- 2 筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満） 1,400点
- 3 筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） 2,220点
- 4 筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上） 3,430点
- 5 筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル未満） 450点
- 6 筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満） 500点
- 7 筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満） 950点
- 8 筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上） 1,740点

注1 切、刺、創開又は挫創の手術については切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。

- 9 区分番号K293、K294、K314、K343、K374、K374-2、K376、K394、K394-2、K412、K412、K415、K422、K424、K425、K439、K442の2及び3、K455、K458、K463の1及び3並びにK463-2に掲げる手術については、区分番号K469に掲げる頸部静脈を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は4,000点を、両側の場合は6,000点を加算する。
- 10 H1V抗体陽性の患者に対して、観血的手術を行った場合は、4,000点を当該手術の所定点数に加算する。
- 11 メンシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRS）感染症患者（感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。）、B型肝炎感染症患者（HBS又はHBs抗原陽性の者に限る。）、若しくはC型肝炎感染症又は結核菌者に対して、区分番号L008に掲げるマズク又は気管内挿管による閉鎖循環器全身麻酔、区分番号L002に掲げる麻酔麻酔又は区分番号L004に掲げる脊髄麻酔を行う場合は、1,000点を所定点数に加算する。

12 緊急の処方に休日・手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号K914に掲げる脳死臓器提供管理料及び区分番号K915に掲げる生体臓器提供管理料を除く。）を行った場合において、当該手術の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合

- (1) 休日加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
- (2) 時間外加算1（入院中の患者に対して行われる場合に限る。） 所定点数の100分の80に相当する点数
- (3) 深夜加算1 所定点数の100分の160に相当する点数
- (4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合 所定点数の100分の80に相当する点数

ロ イ以外の保険医療機関において行われる場合

- (1) 休日加算2 所定点数の100分の80に相当する点数
- (2) 時間外加算2（入院中の患者に対して行われる場合に限る。） 所定点数の100分の40に相当する点数
- (3) 深夜加算2 所定点数の100分の80に相当する点数
- (4) (1)から(3)までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間を行った場合 所定点数の100分の40に相当する点数

13 対科器官に係る手術の各区分の所定点数は、特に規定する場合は除き、片側の器官の手術に係る点数とする。

14 同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、動脈（皮）弁手術、筋（皮）弁術、液離皮弁術（頭頸部下管腔付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（頭頸部下管腔付きのもの）、粘膜炎移植術若しくは粘膜炎移植術と他の手術とを同時に行った場合、大腸骨頭回転若しくは大腸骨近位部（「転子間を含む。」）骨切り術と骨盤骨切り術、臼蓋形成手術若しくは寛骨臼移植術とを同時に行った場合、喉頭管管分枝術と血管結紮術で閉鎖若しくは閉鎖を伴うものとはを同時に行った場合又は先天性気管狭窄症手術と第10節第1節第1款に掲げる手術を同時に行った場合は、それぞれ所定点数を合算して算定する。また、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

15 手術を開始した後、患者の病状の急変等やむを得ない事情によりその手術を途中で中止しなければならぬ場合においては、当該中絶までに行った実態に最も近似する手術の各区分の所定点数により算定する。

定する。 2 真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り460点を所定点数に加算する。 3 汚染された創創に対してデブリードマンを行った場合は、当初の1回に限り100点を加算する。	
K001 皮膚切開術 1 長径10センチメートル未満 570点 2 長径10センチメートル以上20センチメートル未満 990点 3 長径20センチメートル以上 1,770点	
K002 デブリードマン 1 100平方センチメートル未満 1,260点 2 100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満 4,300点 3 3,000平方センチメートル以上 10,030点 注1 熱傷により全身の20パーセント以上に創皮を行う場合はA群溶連菌感染症に伴う致死性肺炎の場合においては、5回に限り加算する。 2 注1の場合を除き、当初の1回に限り算定する。 3 骨、膈又は筋肉の露出を伴う損傷については、当初の1回に限り、水圧デブリードマン加算として、1,000点を所定点数に加算する。 4 水圧デブリードマンを専断した場合は、一連の治療につき1回に限り、水圧式デブリードマン加算として、2,500点を所定点数に加算する。	3,230点 4,160点 28,210点 11,000点
K003 皮膚、皮下、粘膜下血管腫瘍摘出術 (露出部) 1 長径3センチメートル未満 3,480点 2 長径3センチメートル以上6センチメートル未満 9,180点 3 長径6センチメートル以上 17,810点	
K004 皮膚、皮下、粘膜下血管腫瘍摘出術 (露出部以外) 1 長径3センチメートル未満 2,110点 2 長径3センチメートル以上 4,070点 3 長径6センチメートル以上 11,370点	
K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部) 1 長径2センチメートル未満 1,660点 2 長径2センチメートル以上4センチメートル未満 3,670点 3 長径4センチメートル以上 4,360点	
K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部以外) 1 長径3センチメートル未満 1,280点 2 長径3センチメートル以上6センチメートル未満 3,230点 3 長径6センチメートル以上12センチメートル未満 4,160点 4 長径12センチメートル以上 8,320点	
K006-2 鞏膜・角膜・脂腺切除術 (露出部で縫合を伴うもの) 1 長径2センチメートル未満 1,660点 2 長径2センチメートル以上4センチメートル未満 3,670点 3 長径4センチメートル以上 4,360点	
K006-3 鞏膜・脂腺切除術 (露出部以外で縫合を伴うもの) 1 長径3センチメートル未満 1,280点 2 長径3センチメートル以上6センチメートル未満 3,230点 3 長径6センチメートル以上 4,160点	
K006-4 皮膚腫瘍凍結凝固摘出術 (一連につき) 1 長径3センチメートル未満の良性皮膚腫瘍 1,280点 2 長径3センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍 2,050点 3 長径3センチメートル以上6センチメートル未満の良性又は悪性皮膚腫瘍	2,280点 1,280点 1,660点 3,230点 4,160点
K007 皮膚悪性腫瘍切除術 1 広汎切除 28,210点 2 単純切除 11,000点 注 放射線同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検 (悪性黒色腫等に係るものに限り。) を併せて行った場合には、センチネルリンパ節加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。	3,230点 4,160点 28,210点 11,000点
K007-2 経皮的放射線治療用金属マーカ一留置術 10,000点 K007-3 放射線治療用合成吸収性材料留置術 14,280点 K008 縫合手術 1 皮弁法 6,870点 2 皮膚有毛部切除術 3,000点 3 その他のもの (形成) 1,660点	10,000点 14,280点 6,870点 3,000点 1,660点
K009 皮膚剥離術 1 25平方センチメートル未満 1,810点 2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 4,370点 3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 9,610点 4 200平方センチメートル以上 13,640点	1,810点 4,370点 9,610点 13,640点
K010 瘻管拘縮形成手術 1 顔面 12,660点 2 その他 8,060点	12,660点 8,060点
K011 顔面神経麻痺形成手術 1 静的なもの 19,110点 2 動的なもの 64,360点	19,110点 64,360点
K012 削除 1 25平方センチメートル未満 3,520点 2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 6,270点 3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 9,000点 4 200平方センチメートル以上 25,870点	3,520点 6,270点 9,000点 25,870点
K013 分層植皮術 注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右下肢、右下肢、腹部 (胸筋を含む。) 又は背部のそれぞれに所定点数を算定する。 右下肢、腹部 (胸筋を含む。) 又は背部のそれぞれに所定点数を算定する。 右下肢、腹部 (胸筋を含む。) 又は背部のそれぞれに所定点数を算定する。 注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右下肢、右下肢、腹部 (胸筋を含む。) 又は背部のそれぞれに所定点数を算定する。 注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右下肢、右下肢、腹部 (胸筋を含む。) 又は背部のそれぞれに所定点数を算定する。 注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右下肢、右下肢、腹部 (胸筋を含む。) 又は背部のそれぞれに所定点数を算定する。 注 広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右下肢、右下肢、腹部 (胸筋を含む。) 又は背部のそれぞれに所定点数を算定する。	注 注 注 注 注 注 注 注
K013-2 全層植皮術 1 25平方センチメートル未満 10,000点 2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満 12,500点 3 100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満 28,210点 4 200平方センチメートル以上 40,290点	10,000点 12,500点 28,210点 40,290点
K014 皮膚移植術 (生体・培養) 注1 生体皮膚又は培養皮膚移植を行った場合に算定する。 注2 生体皮膚を移植した場合は、生体皮膚の抽出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。 皮膚移植術 (死体)	6,110点
K014-2 200平方センチメートル未満 8,000点	8,000点

2	200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満	16,000点	K032	削除	
3	500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満	32,000点	K033	筋腹移植術	
4	1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満	80,000点		1 指(手、足)	8,720点
5	3,000平方センチメートル以上	96,000点		2 その他のもの	10,310点
K015	皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術			3 その他のもの	4,290点
	1 25平方センチメートル未満	4,510点	K034	腱切離・切断術(関節鏡下によるものを含む。)	4,580点
	2 25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満	13,720点	K035	腱縫合術(関節鏡下によるものを含む。)	13,580点
	3 100平方センチメートル以上	22,310点	K036	腱溝膜切除術	9,060点
K016	動脈(皮)弁術、筋(皮)弁術	41,120点	K037	腱縫合術	13,580点
K017	遊離皮弁術(頸部鏡下血管柄付きのもの)	89,880点		注 前腕から手指部の2指以上の腱縫合を実施した場合は、複腱縫合加算として1指を追加することにより定点点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は1相当たり3指を越えないものとする。	
	1 乳房再建術の場合	94,460点			
	2 その他の場合				
K018	削除		K037-2	アキレス腱断裂手術	8,710点
K019	複合組織移植術	19,420点	K038	腱延長術	10,750点
K020	自家遊離複合組織移植術(頸部鏡下血管柄付きのもの)	131,310点	K039	腱移植術(人工腱形成術を含む。)	
K021	粘膜炎移植術			1 指(手、足)	18,780点
	1 4平方センチメートル未満	6,510点		2 その他のもの	23,860点
	2 4平方センチメートル以上	7,820点	K040	腱移行術	
K021-2	粘膜炎手術			1 指(手、足)	15,570点
	1 4平方センチメートル未満	13,190点		2 その他のもの	18,080点
	2 4平方センチメートル以上	13,460点	K040-2	指伸筋腱脱臼靭血的修復術	13,610点
K022	組織拡張器による再建手術(一連につき)	18,460点	K040-3	腓骨筋腱縫合形成術	18,080点
	1 乳房(再建手術)の場合	19,400点	K041	削除	
	2 その他の場合				
K022-2	象皮膚瘻造手術	27,380点	K042	骨穿孔術	1,730点
	1 大腿	23,400点	K043	骨髄貯術	
	2 下腿			1 肩甲骨、上腕、大腿	12,270点
				2 前腕、下腿	8,040点
				3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	3,590点
区分	第2款 筋骨格系・四肢・体幹 (筋膜、筋、腱、腱鞘)		K043-2	削除	
K023	筋腹切除術、筋腹切開術	840点	K043-3	削除	
K024	筋切離術	3,690点	K044	骨折非靭血的修復術	1,600点
K025	股関節内転筋切離術	6,370点		1 肩甲骨、上腕、大腿	1,780点
K026	股関節群解離術	12,140点		2 前腕、下腿	1,440点
K026-2	股関節周囲筋群解離術(変形性股関節症)	16,700点		3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	7,060点
	注 変形性股関節症の患者に対して行われた場合に限り算定する。			1 肩甲骨、上腕、大腿	4,100点
K027	筋炎手術			2 前腕、下腿	1,990点
	1 腓腹筋、殿筋、大腿筋	2,060点	K046	骨折靭血的手術	
	2 その他の筋	1,210点		1 肩甲骨、上腕、大腿	18,810点
K028	腱鞘切開術(関節鏡下によるものを含む。)	2,050点		2 前腕、下腿	15,980点
K029	筋肉内異物摘出術	3,440点		3 鎖骨、膝蓋骨、手(舟状骨を除く。)、足、指(手、足)その他	11,370点
K030	四肢・股幹軟部腫瘍摘出術			注 靭血的修復固定術(インプラント周囲骨折に対するもの)	
	1 肩、上腕、前腕、大腿、下腿・脛幹	7,390点		1 肩甲骨、上腕、大腿	23,420点
	2 手、足	3,750点		2 前腕、下腿	18,800点
K031	四肢・股幹軟部悪性腫瘍手術	24,130点		3 手、足、指(手、足)	13,120点
	1 肩、上腕、前腕、大腿、下腿・脛幹	12,870点			34,000点
	2 手、足				12,500点
	注 自家遊離骨を用いた再建を行った場合は、処理骨再建加算として、15,000点を所定点数に加算する。				

K047-2	難治性骨折超音波治療法（一連につき）	12,500点
K047-3	超音波骨折治療法（一連につき）	4,620点
K048	骨折脚血的手術等が行われた後に本区分が行われた場合に限り算定する。 注 骨折脚血の手術等が行われた後に本区分が行われた場合に限り算定する。	12,100点 7,870点 7,870点 5,200点 3,620点
K049	骨内異物（挿入物を含む。）除去術 1 頭蓋、顔面（種数切開を要するもの） 2 その他の頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿 3 前腕、下腿 4 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	5,900点 4,410点 3,280点 15,570点 12,510点 4,100点
K050	骨部分切除術 1 肩甲骨、上腕、大腿 2 前腕、下腿 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	27,890点 15,570点 5,160点 5,160点
K051	骨全摘術 1 肩甲骨、上腕、大腿 2 前腕、下腿 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他	17,410点 9,370点 4,340点
K051-2	中手骨又は中足骨摘除術（2本以上） 注 2本以上の骨に対して行われた場合に限り算定する。	32,550点 32,040点 22,010点
K052	骨腫瘍切除術 1 肩甲骨、上腕、大腿 2 前腕、下腿 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他	32,550点 32,040点 22,010点
K052-2	削除	
K052-3	削除	
K053	骨悪性腫瘍手術 1 肩甲骨、上腕、大腿 2 前腕、下腿 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足その他 注 自家処理骨を用いた再建を行った場合は、処理骨再建加算として、15,000点を所定点数に加算する。	28,210点 22,680点 8,150点 37,570点
K054	骨切り術 1 肩甲骨、上腕、大腿 2 前腕、下腿 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他 注 先天異態による上腕又は前腕の骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術に おいて、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正 ガイドは加算として、9,000点を所定点数に加算する。	44,070点 37,570点 30,310点 28,210点 15,570点 48,820点
K055	削除	
K055-2	大腿骨頭回転骨切り術	
K055-3	大腿骨近位部（膝子間を含む。）骨切り術	
K056	偽関節手術 1 肩甲骨、上腕、大腿 2 前腕、下腿、手舟状骨 3 鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く。）、足、指（手、足）その他 注 難治性感染性偽関節手術（創外面定器によるもの）	16,340点 15,200点 16,390点 29,370点 16,830点 28,660点 39,720点 21,060点 14,030点 22,340点 3,600点 1,280点 680点 8,640点 12,720点 20,020点 13,130点 3,330点 1,800点 1,560点 960点 2,050点 2,950点 28,210点 18,810点 15,080点 23,240点 12,540点 4,600点 2,950点
K057	変形治癒骨折矯正手術 1 肩甲骨、上腕、大腿 2 前腕、下腿 3 鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他 注 上腕又は前腕において、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、 患者適合型変形矯正ガイド加算として、9,000点を所定点数に加算する。	34,400点 27,550点 15,770点
K058	骨長調整手術 1 骨端軟骨突起抑制術 2 骨短縮術 3 骨延長術（指（手、足）） 4 骨延長術（指（手、足）以外） 5 骨移植術（軟骨移植術を含む。）	16,340点 15,200点 16,390点 29,370点 16,830点 28,660点 39,720点 21,060点 14,030点 22,340点
K059	骨移植術（軟骨移植術を含む。） 1 自家骨移植 2 同種骨移植（生体） 3 同種骨移植（非生体） 4 同種骨移植（特殊なもの） イ その他の場合 ロ 自家培養軟骨移植術 4 自家培養軟骨移植術 注 骨提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	16,830点 28,660点 39,720点 21,060点 14,030点 22,340点
K059-2	関節鏡下自家骨軟骨移植術 （四肢関節、靭帯）	
K060	関節切開術 1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指（手、足）	3,600点 1,280点 680点
K060-2	肩関節周囲沈着石灰化術 1 靭血的に行うもの 2 関節鏡下で行うもの 2 化膿性又は結核性関節炎鑑別術	8,640点 12,720点
K060-3	化膿性又は結核性関節炎鑑別術 1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指（手、足）	20,020点 13,130点 3,330点
K061	関節脱臼非靭血的整復術 1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指（手、足）、小児肘内障	1,800点 1,560点 960点
K062	先天性脱臼脱臼非靭血的整復術（両側） 1 リーメンビュール法 2 その他	2,050点 2,950点
K063	関節脱臼靭血的整復術 1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指（手、足）	28,210点 18,810点 15,080点
K064	先天性脱臼脱臼靭血的整復術	
K065	関節内異物（挿入物を含む。）除去術 1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指（手、足）	23,240点 12,540点 4,600点 2,950点
K065-2	関節鏡下関節内異物（挿入物を含む。）除去術	

K066	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 関節滑膜切除術	13,950点 12,300点 7,930点	1 肩、股、膝、肘 2 胸鎖、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 靭帯断裂縫合術	27,720点 22,690点 14,360点
K066-1	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 関節鏡下関節滑膜切除術	17,750点 11,200点 7,930点	1 十字靭帯 2 膝側副靭帯 3 指(手、足) その他の靭帯 関節鏡下靭帯断裂縫合術	17,070点 16,560点 7,600点
K066-2	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 滑液嚢嚢出術	17,610点 17,030点 16,060点	1 十字靭帯 2 膝側副靭帯 3 指(手、足) その他の靭帯	24,170点 16,510点 15,720点
K066-3	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 関節鏡下滑液嚢嚢出術	17,750点 11,200点 7,930点	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足)	1,590点 1,260点 490点
K066-4	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 関節鏡下滑液嚢嚢出術	17,610点 17,030点 16,060点	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足)	38,890点 28,210点 10,150点
K066-5	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 膝蓋骨滑液嚢嚢切除術	17,030点 16,060点 11,200点	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 関節鏡下関節授動術	46,660点 33,850点 10,150点
K066-6	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 関節鏡下膝蓋骨滑液嚢嚢切除術	17,030点 7,930点 16,060点	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 靭帯的関節授動術	27,380点 16,040点 5,550点
K066-7	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 掌指関節滑膜切除術	15,600点 10,580点 3,970点	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足)	21,640点 22,300点 8,640点
K066-8	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 関節鏡下掌指関節滑膜切除術	17,780点 19,100点 12,000点	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 靭帯断裂形成手術	28,210点 18,810点 16,350点
K067	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 関節鏡下掌指関節滑膜切除術	15,090点 11,200点 16,730点	1 十字靭帯 2 膝側副靭帯 3 指(手、足) その他の靭帯 関節鏡下靭帯断裂形成手術	34,980点 17,280点 18,250点
K067-1	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 関節鏡下掌指関節滑膜切除術	3,050点 3,190点	1 十字靭帯 2 膝側副靭帯 3 指(手、足) その他の靭帯 内側膝蓋大腿靭帯	24,210点
K067-2	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 関節鏡下関節鼠嚢嚢出手術	23,280点 16,070点 6,800点	注 1 について、前十字靭帯及び後十字靭帯に対して一期的に形成術を実施した場合は、5,000点を所定点数に加算する。 注 関節挿入膜を患者の筋膜から作成した場合は、880点を所定点数に加算する。	45,720点 28,210点 14,050点
K068	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 半月板切除術	20,760点 17,070点 11,990点	注 関節挿入膜を患者の筋膜から作成した場合は、880点を所定点数に加算する。 注 内反足手術 関節板断裂手術	25,930点
K068-1	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 関節鏡下半月板切除術			
K068-2	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 関節鏡下半月板切除術			
K069	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 半月板縫合術			
K069-1	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 関節鏡下半月板縫合術			
K069-2	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 関節鏡下半月板縫合術			
K069-3	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 関節鏡下半月板縫合術			
K070	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 関節鏡下半月板縫合術			
K071	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 関節鏡下半月板縫合術			
K072	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 関節鏡下半月板縫合術			
K073	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 関節鏡下半月板縫合術			
K073-1	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 関節鏡下半月板縫合術			
K073-2	1 肩、股、膝 2 胸鎖、肘、手、足 3 肩鎖、指(手、足) 関節鏡下半月板縫合術			

1 簡単なもの	18,700点	1 四肢	144,680点
2 複雑なもの	24,310点	2 指(手、足)	81,900点
K080-4 関節鏡下層離断術	27,040点	K089 爪甲除去術	770点
1 簡単なもの	38,670点	K090 ひょう疽手術	1,190点
2 複雑なもの	45,200点	1 軟部組織のもの	1,280点
K080-5 関節鏡下層関節唇形成術	32,160点	2 骨、関節のもの	990点
1 関節破裂を伴うもの	44,830点	K090-2 風濕手術	1,400点
2 腱板断裂を伴わないもの	19,500点	K091 陥入爪手術	2,490点
K080-6 関節鏡下層関節唇形成術	18,810点	1 簡単なもの	4,110点
K081 人工骨頭挿入術	10,880点	2 爪床爪母の形成を伴う複雑なもの	10,400点
1 肩、股	37,690点	K092 削除	27,890点
2 肘、手、足	28,210点	K093 手相関節放手術	
3 指(手、足)	15,970点	K093-2 関節鏡下手根管開放手術	
K082 人工関節置換術	30,230点	K094 足三関節固定(ランプリステイ)手術	
1 肩、股、膝	23,650点	K095 削除	
2 胸鎖、肘、手、足	15,990点	K096 手掌、足底腫膜切除、切除術	
3 肩鎖、指(手、足)	54,810点	1 鏡視下によるもの	
K082-2 人工関節除去術	34,190点	2 その他のもの	
1 肩、股、膝	21,930点	K096-2 体外衝撃波疼痛治療術(一連につき)	4,340点
2 胸鎖、肘、手、足	91,500点	K097 手掌、足底異物摘出術	2,750点
3 肩鎖、指(手、足)	27,210点	K098 手蹼屈筋縫合術	5,000点
K082-3 人工関節再置換術	25,000点	K099 指蹼鉤縮手術	3,190点
1 肩、股、膝	3,620点	K099-2 テュブイトレント袖縮手術	13,300点
2 胸鎖、肘、手、足	2,030点	1 1指	8,150点
3 肩鎖、指(手、足)	2,030点	2 2指から3指	10,430点
K082-4 自家筋骨助軟骨関節全置換術	2,030点	3 4指以上	22,480点
K082-5 人工距骨全置換術	2,030点	1 軟部形成のもの	32,710点
K082-6 人工股関節置換術	2,030点	2 骨関節、腱の形成を要するもの	
K083 鋼線等による直達牽引(初日。観血的に行った場合の手術料を含む。)(1局所につき)	2,030点	K100 多指症手術	
注 介達牽引又は消滅鎮痛等処置と併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。		1 軟部形成のもの	2,640点
K083-2 内反足底板固定	2,030点	2 骨関節、腱の形成を要するもの	15,570点
注 介達牽引又は消滅鎮痛等処置と併せて行った場合は、内反足底板固定の所定点数のみにより算定する。		K101 合指症手術	
K084 四肢切断、離断、再接合	24,320点	1 軟部形成のもの	8,720点
K084-2 肩甲骨離断術	36,500点	2 骨関節、腱の形成を要するもの	15,570点
K085 四肢関節離断術	31,000点	K101-2 指癒着症手術	
1 肩、股、膝	11,360点	1 軟部形成のもの	7,320点
2 肘、手、足	3,330点	2 骨関節、腱の形成を要するもの	13,910点
3 指(手、足)	2,770点	K102 巨指症手術	
K086 断端形成術(軟部形成のもの)	3,300点	1 軟部形成のもの	8,720点
1 指(手、足)	7,410点	2 骨関節、腱の形成を要するもの	21,240点
2 その他	10,630点	K103 屈指症手術、斜指症手術	
K087 断端形成術(骨形成を要するもの)		1 軟部形成のもの	13,810点
1 指(手、足)		2 骨関節、腱の形成を要するもの	15,570点
2 その他		K104 削除	
K088 切断四肢再接合術		K105 裂手、裂足手術	27,890点
		K106 母指化手術	35,610点
		K107 指移植手術	116,670点
		K108 母指対立再建術	22,740点
		K109 神経血管橋付植皮術(手、足)	40,460点
		K110 第四指短縮症手術	10,790点

K1110-2	第一足指外反症矯正手術	10,790点	
K1111	削除 (脊柱、骨盤)		
K1112	腸骨窩癒瘍切開術	4,670点	
K1113	腸骨窩癒瘍摘除術	13,920点	
K1114及びK1115	削除		
K1116	脊椎、骨盤骨接合術	17,170点	
K1117	椎体脱臼非観血的整復術	2,570点	
K1117-1	頸椎非観血的整復術	2,570点	
K1117-2	頸椎非観血的整復術	2,570点	
K1117-3	椎間板ヘルニア徒手整復術	2,570点	
K1118	脊椎、骨盤脱臼観血的手術	31,030点	
K1119	仙腸関節脱臼観血的手術	24,320点	
K1120	恥骨結合離開観血的手術	7,890点	
K1120-1	恥骨結合離開非観血的整復固定術	1,580点	
K1121	骨盤骨折非観血的整復術	2,570点	
K1122及びK1123	削除		
K1124	腸骨翼骨折観血的手術	15,760点	
K1124-1	寛骨臼骨折観血的手術	52,540点	
K1125	骨盤骨折観血的手術(腸骨翼骨折観血的手術及び寛骨臼骨折観血的手術を除く。)	32,110点	
K1126	脊椎、骨盤骨(軟骨)組織採取術(試験切除によるもの)		
	1 棘突起、腸骨翼	3,150点	
	2 その他のもの	4,510点	
K1126-2	自家培養軟骨組織採取術	4,510点	
K1127	削除		
K1128	脊椎、骨盤内腫物(挿入物)除去術	13,520点	
K1129からK1131	まで 削除		
K1131-2	内視鏡下椎弓切除術	17,300点	
	注 2椎弓以上について切除を行う場合は、1椎弓を増すごとに所定点数に所定点数を加算する。ただし、加算は4椎弓を超えないものとする。		
K1132	削除		
K1133	黄色粉帯骨化症手術	28,730点	
K1133-2	後縦筋帯骨化症手術(前方進入によるもの)	78,900点	
K1134	椎間板摘出術		
	1 前方摘出術	40,180点	
	2 後方摘出術	23,520点	
	3 側方摘出術	28,210点	
	4 経皮的髓核摘出術	15,310点	
	注 2について、2以上の椎間板の摘出を行う場合には、1椎間を増すごとに、複数椎間板加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は4椎間を超えないものとする。		
K1134-1	内視鏡下椎間板摘出(切除)術		
	1 前方摘出術	75,600点	
	2 後方摘出術	30,390点	
	注 2について、2以上の椎間板の摘出を行う場合には、1椎間を増すごとに、複数椎間板加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は2椎間を超えないものとする。		
K1134-3	人工椎間板置換術(頸椎)	36,780点	
K1134-4	人工椎間板置換術(腰椎)		
	1 100分の50に相当する点数を加算する。		
	2 椎間板内酵素注入療法	5,350点	
	3 脊椎、骨盤腫瘍切開術	36,620点	
	4 脊髄腫瘍切開術	90,470点	
	5 腫瘍悪性腫瘍手術	113,830点	
	6 骨盤切開術	48,650点	
	7 神経処置を伴うもの	29,370点	
	8 その他のもの	22,780点	
	9 脊椎骨切り術	60,330点	
	10 骨盤骨切り術	36,990点	
	11 臼蓋形成手術	28,220点	
	12 寛骨臼移動術	40,040点	
	13 脊椎剝離術	16,810点	
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。		
	注 椎間固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。)		
	1 前方椎体固定	37,240点	
	2 後方又は後側方固定	32,890点	
	3 後方椎体固定	41,160点	
	4 前方後方同時固定	66,590点	
	5 椎弓切除	13,310点	
	6 椎弓形成	24,260点	
	注 1椎間又は椎弓が併せて2以上の場合は、1椎間又は1椎弓を追加することに、追加した当該椎間又は当該椎弓に実施した手術のうち主たる手術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は椎間又は椎弓を併せて4を超えないものとする。		
	2 2から4までに掲げる手術の所定点数には、注1の規定にかかわらず、当該手術を実施した椎間に隣接する椎弓に係るら及び6に掲げる手術の所定点数が含まれる。		
K1142-2	脊椎側彎症手術	55,950点	
	1 固定術		
	2 矯正術	112,280点	
	イ 初回挿入	48,650点	
	ロ 交換術	20,540点	
	ハ 伸展術		
	注 1及び2のロ(胸郭変形矯正用材料を用いた場合に限る。)について、椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は4椎間を超えないものとする。		
K1142-3	内視鏡下椎体固定術(胸椎又は腰椎前方固定)	101,910点	
	注 椎間が2以上の場合は、1椎間を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は4椎間を超えないものとする。		
K1142-4	経皮的椎体形成術		
	注 1種椎体に行った場合は、1椎体を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は4椎体を超えないものとする。		
	2 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。		
K1142-5	内視鏡下椎弓形成術	30,390点	
K1142-6	圓突起骨折骨接合術	23,750点	
K1142-7	腰椎分離症修復術	28,210点	

K1143	仙腸関節固定術	29,190点	K1165	脳内異物摘出術	45,630点
K1144	体外式背椎固定術	25,800点	K1166	脳腫瘍全摘術	36,500点
	第3款 神経系・頭蓋		K1167	頭蓋内腫瘍摘出術	61,720点
通則	本款各区分に掲げる手術に当たって神経内視鏡を使用した場合は、所定点数に含まれるものとする。		K1168	脳切除術	36,290点
区分			K1169	頭蓋内腫瘍摘出術	158,100点
	(頭蓋、脳)		1	松果体部腫瘍	132,130点
K1145	穿頭室ドレーン術	2,330点	2	その他のもの	182,100点
K1146	頭蓋開溝術	17,310点	注1	脳腫瘍・靱帯下マッピングを用いて実施した場合は、脳腫瘍・靱帯下マッピング加算として、4,500点を所定点数に加算する。	
K1147	穿頭術(トレハナチオン)	1,840点	2	原発性悪性脳腫瘍に対する頭蓋内腫瘍摘出術において、タラボルフィンナトリウムを投与した患者に対しPDT半導体レーザーを用いて光線力学療法を実施した場合は、原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算として、18,000点を所定点数に加算する。	
K1147-2	頭蓋内モニタリング装置挿入術	6,310点	K1170	経耳的聴神経腫瘍摘出術	76,890点
K1148	試験開頭術	15,850点	K1171	経鼻的下垂体腫瘍摘出術	87,200点
K1149	減圧開頭術	28,280点	K1171-2	内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術	110,970点
1	キアリ畸形、脊髄空洞症の場合	26,470点	1	下垂体腫瘍	126,120点
2	その他の場合	31,000点	2	頭蓋底脳腫瘍(下垂体腫瘍を除く。)	
K1149-2	後頭蓋減圧術	21,470点	K1172	脳動脈瘤摘出術	141,830点
K1150	脳腫瘍排膿術	193,060点	1	単純なもの	179,830点
K1151	側除	56,950点	2	複雑なもの	36,290点
K1151-2	広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術	49,520点	K1173	脳・脳膜脱手術	38,840点
K1152	耳性頭蓋内合併症手術	52,870点	K1174	水頭症手術 <small>（水頭症手術）</small>	24,310点
K1152-2	耳科の硬膜腫瘍外腫瘍切開術	94,500点	1	脳室穿破術(神経内視鏡手術によるもの)	1,680点
K1153	鼻性頭蓋内合併症手術	52,300点	2	シャント手術	82,020点
K1154	機能的位置脳手術	131,630点	2	シヤント抜去術	94,040点
1	片側の場合	20,040点	K1175	脳動脈瘤摘出術	82,730点
2	両側の場合	105,000点	1	1箇所	108,200点
K1154-2	顕微鏡使用によるてんかん手術(焦点切除術、側頭葉切除術、脳索離断術)	19,600点	2	2箇所以上	114,070点
K1154-3	定位脳腫瘍生検術	36,290点	2	2箇所以上	128,400点
K1154-4	薬液超音波による機能的定位脳手術	44,500点	注1	開頭の部位数及び使用したクリップの個数にかかわらず、クリッピングを要する病変の箇所数に応じて算定する。	
K1155	脳切除術(開頭して行うもの)	37,620点	2	ローフローバイパス術を併せて行った場合は、	
K1156	基底部における脊髄摘出術	43,920点	3	ハイフローバイパス術による頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、	
K1157	三叉神経節後線維切除術	23,490点	ハイフローバイパス術併用加算として、30,000点を所定点数に加算する。		
K1158	視神経管開放術	36,290点	K1178	脳血管内手術	66,270点
K1159	顔面神経減圧手術(乳様突起経路)	44,500点	1	1箇所	84,800点
K1159-2	顔面神経管開放術	37,620点	2	2箇所以上	82,850点
K1160	脳神経手術(開頭して行うもの)	43,920点	3	脳血管内ステントを用いるもの	
K1160-2	頭蓋内微小血管減圧術	23,490点	注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K1161	頭蓋骨腫瘍摘出術	36,290点	K1178-2	経皮的脳血管形成術	39,780点
K1162	頭皮・頭蓋骨急性性腫瘍手術	10,680点	注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K1163	頭蓋骨腫瘍下血腫摘出術	35,790点	K1178-3	経皮的選択的脳血管性・血栓溶解術	
K1164	頭蓋内血腫除去術(開頭して行うもの)	36,970点			
1	硬膜外のもの	47,020点			
2	硬膜下のもの	10,900点			
3	脳内のもの	37,560点			
K1164-2	慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術	18,220点			
K1164-3	脳血管塞栓(血栓)摘出術	47,020点			
K1164-4	定位的脳内血腫除去術				
K1164-5	内視鏡下脳内血腫除去術				

1 頭蓋内脳血管の場合 ① 頸動脈、椎骨動脈	36,280点	K190-3 重症性麻痺治療薬脳腔内持続注入用増設型ポンプ設置術	37,130点
2 頸部血管の場合(内頸動脈、椎骨動脈)	25,880点	K190-4 重症性麻痺治療薬脳腔内持続注入用増設型ポンプ交換術	7,290点
注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。		K190-5 重症性麻痺治療薬脳腔内持続注入用増設型ポンプ薬剤補充術	780点
K1178-4 経皮的脳血栓回収術	33,150点	注 1月に1回に限り算定する。	
K1178-5 経皮的脳血管スチント留置術	35,580点	K190-6 仙骨神経刺激装置置設術	24,200点
K1179 髄液漏閉鎖術	39,380点	1 背髄刺激電極を留置した場合	16,100点
K1180 頭蓋骨形成手術	17,530点	2 ジェネレーターを留置した場合	13,610点
1 頭蓋骨のみのも	23,660点	K191 背髄腫瘍摘出術	62,000点
2 硬膜形成を伴うもの	40,950点	1 腫外のもの	118,230点
3 骨移動を伴うもの		2 腫内のもの	106,460点
注 3については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。		K192 背髄血管腫摘出術	5,770点
K1181 脳刺刺激装置置設術	65,100点	K193 神経腫切除術	10,770点
1 片側の場合	71,350点	1 指(手、足)	
2 両側の場合	14,270点	2 その他のもの	
K1181-2 脳刺刺激装置交換術	12,880点	注 神経腫が2個以上の場合は、神経腫を1個増すごとに、指(手、足)の場合は	
K1181-3 頭蓋内電極除去術	28,030点	2,800点を、その他の場合は4,000点を所定点数に加算する。	
K1181-4 迷走神経刺激装置置設術	14,270点	K193-2 レックリングハウゼン瘻蝕神経腫切除術(露出部)	1,660点
K1181-5 迷走神経刺激装置交換術	65,100点	1 長径2センチメートル未満	3,670点
K1181-6 頭蓋内電極挿込術	71,350点	2 長径2センチメートル以上4センチメートル未満	4,360点
1 硬膜下電極によるもの	96,850点	3 長径4センチメートル以上	
2 脳深部電極によるもの		K193-3 レックリングハウゼン瘻蝕神経腫切除術(露出部以外)	1,280点
イ 7本未満の電極による場合		1 長径3センチメートル未満	3,230点
ロ 7本以上の電極による場合		2 長径3センチメートル以上6センチメートル未満	4,160点
(背髄、末梢神経、交感神経)		3 長径6センチメートル以上	
K1182 神経縫合術	15,160点	K194 神経総切除術	4,410点
1 指(手、足)	24,510点	1 後頭神経	4,410点
2 その他のもの		2 上眼窩神経	4,410点
K1182-2 神経交差縫合術	43,580点	3 眼窩下神経	4,410点
1 指(手、足)	46,180点	4 おとがいの神経	4,410点
2 その他のもの		5 下顎神経	7,790点
K1182-3 神経再生誘導術	12,640点	K194-2 横隔神経麻痺術	4,410点
1 指(手、足)	21,590点	K194-3 眼窩下孔部神経切断術	4,410点
2 その他のもの	25,840点	K194-4 おとがいの孔部神経切断術	4,410点
K1183 背髄硬膜切開術	26,960点	K195 交感神経切除術	
K1183-2 空洞・くも膜下腔シャント術(鞘嚢空嚢症に対するもの)	26,450点	1 頸動脈周囲	8,810点
K1184 減圧背髄切開術	38,670点	2 股動脈周囲	8,810点
K1185 背髄切開術	42,370点	K195-2 尾動脈腫瘍摘出術	7,750点
K1186 背髄硬膜内神経切断術	14,170点	K196 交感神経節切除術	26,030点
K1187 背髄硬膜切開術	10,900点	1 頸部	16,340点
K1188 神経剥離術	11,000点	2 胸部	17,530点
1 鏡視下によるもの	408点	3 腰部	18,500点
2 その他のもの		K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)	12,490点
K1188-2 硬膜外腔部剝離術	24,200点	K196-3 ストッフェル手術	12,490点
K1189 背髄トシナーン術	16,100点	K196-4 閉鎖神経切除術	12,490点
K1190 背髄刺激装置置設術		K196-5 末梢神経遮断(性派又は切断)術(浅肺骨神経、深肺骨神経、後腰骨神経又は肺	12,490点
1 背髄刺激電極を留置した場合		肺神経に限る。)	23,660点
2 ジェネレーターを留置した場合		K197 神経移行術	23,520点
注 背髄刺激電極を2本留置する場合は、8,000点を所定点数に加算する。		K198 神経移植術	
K190-2 背髄刺激装置交換術	15,650点		

区分	第4款 眼	800点
K 1 1 9 9	涙点、涙小管形成術 (涙道)	660点
K 2 0 0	涙管切開術	830点
K 2 0 0 - 2	涙点ブラウチ挿入術、涙点閉鎖術	760点
K 2 0 1	先天性鼻涙管閉塞開放術	3,720点
K 2 0 2	涙管チューブ挿入術 1 涙道内挿管を用いるもの 2 その他のもの	2,350点 1,810点
K 2 0 3	涙管挿出術	4,590点
K 2 0 4	涙管腔吻合術	23,490点
K 2 0 5	涙管管閉鎖術	3,720点
K 2 0 6	涙小管形成手術 (眼瞼)	16,730点
K 2 0 7	線維結合術(線維結合術を含む。)	1,580点
K 2 0 8	麦粒腫切開術	410点
K 2 0 9	眼瞼腫瘍切開術	570点
K 2 0 9 - 2	外眥切開術	570点
K 2 1 0	削除	560点
K 2 1 1	睫毛電気分解術(毛根破壊)	6,700点
K 2 1 2	兎眼矯正術	440点
K 2 1 3	マイボーム腺堵塞摘出術、マイボーム腺切開術	700点
K 2 1 4	線粒腫摘出術	1,730点
K 2 1 5	線粒切除術(巨大線粒腫摘出)	5,140点
K 2 1 5 - 2	眼瞼結膜腫瘍手術	11,900点
K 2 1 6	眼瞼結膜悪性腫瘍手術	1,990点
K 2 1 7	眼瞼内反症手術 1 縫合法 2 皮膚切開法 3 その他のもの	2,590点 4,400点
K 2 1 8	眼瞼外反症手術	7,200点
K 2 1 9	眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法 2 筋膜移植法 3 その他のもの (結膜)	18,530点 6,070点
K 2 2 0	結膜縫合術	1,260点
K 2 2 1	結膜結石除去術 1 少数のもの(1眼瞼ごと) 2 多数のもの(1眼瞼ごと)	260点 390点
K 2 2 2	結膜下異物除去術	470点
K 2 2 3	結膜嚢形成手術 1 部分形成 2 皮膚及び結膜の形成 3 全部形成(皮膚又は粘膜の移植を含む。)	2,250点 14,960点 16,730点
K 2 2 3 - 2	内眥形成術	3,650点
K 2 2 4	翼状片手術(其の移植を要するもの)	800点
K 2 2 5	結膜腫瘍冷凍凝固術	6,290点
K 2 2 5 - 2	結膜腫瘍摘出術	800点
K 2 2 5 - 3	結膜肉芽腫摘除術 (眼窩、涙腺)	800点
K 2 2 6	眼窩腫瘍切開術	1,390点
K 2 2 7	眼窩骨折靭血の手術(眼窩ブローアウト骨折手術を含む。)	14,960点
K 2 2 8	眼窩骨折整復術	29,170点
K 2 2 9	眼窩内異物除去術(存在性)	8,240点
K 2 3 0	眼窩内異物除去術(深在性) 1 視神経周囲、眼窩尖端 2 その他	27,460点 14,960点
K 2 3 1 及び K 2 3 2	削除	16,980点
K 2 3 3	眼窩内容除去術	6,770点
K 2 3 4	眼窩内腫瘍摘出術(存在性)	45,230点
K 2 3 5	眼窩内腫瘍摘出術(深在性)	51,940点
K 2 3 6	眼窩悪性腫瘍手術	19,300点
K 2 3 7	眼窩縁形成手術(骨移植によるもの) (眼球、眼筋)	6,130点
K 2 3 8	削除	3,670点
K 2 3 9	眼球内容除去術	4,280点
K 2 4 0	削除	4,200点
K 2 4 1	眼球摘出術	10,970点
K 2 4 2	斜視手術 1 前転法 2 後転法 3 前転法及び後転法の併施 4 斜視手術 5 直筋の前後転法及び斜視手術の併施	9,970点 12,300点 8,010点 19,330点
K 2 4 3	義眼台包埋術	8,790点
K 2 4 4	眼筋移動術	3,580点
K 2 4 5	眼球摘出及び組織又は義眼台充填術 (角膜、強膜)	980点
K 2 4 6	角膜・強膜縫合術	950点
K 2 4 7	削除	1,190点
K 2 4 8	角膜新生血管手術(冷凍凝固術を含む。)	990点
K 2 4 8 - 2	顕微鏡下角膜移植術	640点
K 2 4 9	角膜潰瘍植皮術、角膜潰瘍焼灼術	10,000点
K 2 5 0	角膜切開術	2,650点
K 2 5 1	削除	11,610点
K 2 5 2	角膜・強膜異物除去術	2,650点
K 2 5 3	削除	8,300点
K 2 5 4	治療的角膜切除術 1 エキシメーザーによるもの(角膜ジストロフィー又は帯状角膜炎性に係るものに限る。) 2 その他のもの 3 強角膜孔閉鎖術 4 角膜潰瘍植皮術 5 角膜表層除去併用結膜移植術	10,000点 2,650点 2,650点 8,300点
K 2 5 5	強角膜孔閉鎖術	52,600点
K 2 5 6	角膜潰瘍植皮術	
K 2 5 7	角膜表層除去併用結膜移植術	
K 2 5 8	削除	
K 2 5 9	角膜移植術	

注1 レーザーによる場合は、レーザー使用加算として、所定点数に5,500点を加算する。

2 内皮移植による角膜移植を実施した場合は、内皮移植加算として、8,000点を所定点数に加算する。

K260	強膜移植術	18,810点
K260-2	羊膜移植術	10,530点
K261	角膜形成手術	3,060点
K262	削除	
	(ぶどう膜)	
K263及びK264	削除	20,140点
K265	虹彩腫瘍切除術	35,820点
K266	毛様体腫瘍切除術、脈絡腫瘍切除術	
K267	削除	
K268	緑内障手術	
	1 虹彩切除術	4,740点
	2 流出路再建術	19,020点
	3 濾過手術	23,600点
	4 緑内障治療用インプラント挿入術 (プレートのないもの)	34,480点
	5 緑内障治療用インプラント挿入術 (プレートのあるもの)	45,480点
	6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	27,990点
K269	虹彩腫瘍・腫孔形成術	4,730点
K270	虹彩光凝固術	6,620点
K271	毛様体光凝固術	5,600点
K272	毛様体冷凍凝固術	2,160点
K273	瞳孔光凝固術	9,660点
K274	前房、虹彩内異物除去術	8,800点
K275	網膜復位術	34,940点
K276	網膜光凝固術	
	1 通常のもの (一連につき)	10,020点
	2 その他特殊なもの (一連につき)	15,960点
K277	網膜冷凍凝固術	15,750点
K277-2	黄斑下手術	47,150点
	(水晶体、硝子体)	
K278	硝子体注入・吸引術	2,280点
K279	硝子体切除術	15,560点
K280	硝子体室頸部切断術	
	1 網膜付着組織を含むもの	38,950点
	2 その他のもの	29,720点
K280-2	網膜付着組織を含む硝子体切除術 (眼内内視鏡を用いるもの)	47,780点
K281	増殖性硝子体網膜症手術	54,860点
K281-2	網膜再建術	69,880点
K282	水晶体再建術	
	1 眼内レンズを挿入する場合	17,840点
	イ 縫着レンズを挿入するもの	12,100点
	ロ その他のもの	7,430点
	2 眼内レンズを挿入しない場合	21,780点
	3 計画的後囊切開を伴う場合	
	注1 水晶体囊拡張リングを使用した場合は、所定点数に1,600点を加算する。	

2 1のイについて、水晶体偏位又は眼内レンズ偏位の患者に対して、高次収差解析を行った場合は、手術の前後それぞれ1回に限り、高次収差解析加算として、150点を所定点数に加算する。

K282-2	後発白内障手術	1,380点
K283	削除	
K284	硝子体置換術	6,890点
	第5款 耳鼻咽喉	
	(外耳)	
K285	耳介血腫閉塞術	460点
K286	外耳道異物除去術	
	1 単純なもの	280点
	2 複雑なもの	850点
K287	先天性耳瘻管摘出術	3,900点
K288	副耳(介)切除術	2,240点
K289	耳茸摘出術	1,000点
K290	外耳道骨増生(外骨腫)切除術	10,120点
K290-2	外耳道骨腫切除術	7,670点
K291	耳介腫瘍摘出術	4,730点
K291	耳介腫瘍摘出術(外耳道真珠腫手術を含む。)	7,600点
K293	耳介悪性腫瘍手術	22,290点
K294	外耳道悪性腫瘍手術(悪性外耳道炎手術を含む。)	35,590点
K295	耳後嚢孔閉鎖術	4,000点
K296	耳介形成手術	
	1 耳介軟骨形成を要するもの	19,240点
	2 耳介軟骨形成を要しないもの	9,960点
K297	外耳道形成手術	19,240点
K298	外耳道造設術・閉鎖症手術	36,700点
K299	小耳症手術	
	1 軟骨移植による耳介形成手術	56,140点
	2 耳介拳上	14,740点
	(中耳)	
K300	鼓膜切開術	830点
K301	鼓室開放術	7,280点
K302	上鼓室開放術	13,140点
K303	上鼓室乳突洞開放術	24,720点
K304	乳突洞開放術(アントロトミー)	13,480点
K305	乳突削開術	24,480点
K306	錘体部手術	38,470点
K307	削除	
K308	耳管内チューブ挿入術	1,420点
K308-2	耳管狭窄ビニール管挿入術	1,420点
K309	鼓膜(排液、換気)チューブ挿入術	2,670点
K310	乳突充填術	7,470点
K311	鼓膜穿孔閉鎖術(一連につき)	1,900点
K312	鼓膜鼓室内芽切除術	3,020点
K313	中耳、前庭骨腫瘍摘出術	38,330点
K314	中耳悪性腫瘍手術	
	1 切除	41,520点

2 側頭骨摘出術			
K 3 1 5 鼓室神経叢切除、鼓系神経切断術	68, 640点		
K 3 1 6 S状洞血栓(精脈炎)手術	9, 900点		
K 3 1 7 中耳根治手術	24, 730点		
K 3 1 8 鼓室形成手術	42, 440点		
K 3 1 9 鼓室形成手術	18, 100点		
1 耳小骨温存術	34, 660点		
2 耳小骨骨接術	51, 330点		
K 3 2 0 アブミ骨摘出術・可動化手術	32, 140点		
K 3 2 0-2 人工中耳補込術(内耳)	32, 140点		
K 3 2 1 内耳閉塞術	31, 970点		
K 3 2 2 経迷路の内耳洞開放術	64, 930点		
K 3 2 3 内リノパ(迷路開放術)	28, 890点		
K 3 2 4 迷路摘出術			
K 3 2 5 迷路摘出術			
1 部分摘出(鼓迷路摘出術を含む。)			
2 全摘出			
K 3 2 6 切除	29, 220点		
K 3 2 7 内耳窓閉鎖術	38, 890点		
K 3 2 8 人工内耳補込術			
K 3 2 8-2 補込型骨導補聴器移植術	23, 250点		
K 3 2 8-3 補込型骨導補聴器交換術(鼻)	40, 810点		
K 3 2 9 鼻中隔膿瘍切除術	10, 620点		
K 3 3 0 鼻中隔血腫切除術	1, 840点		
K 3 3 1 鼻粘膜焼灼術 ¹⁾	620点		
K 3 3 1-2 下甲介粘膿瘍灼術 ¹⁾	820点		
K 3 3 1-3 下甲介粘膿瘍レーザー焼灼術(両側)	1, 080点		
K 3 3 2 切除	2, 910点		
K 3 3 3 鼻骨折整復固定術			
K 3 3 3-2 鼻骨脱臼整復術	2, 130点		
K 3 3 3-3 鼻骨折接手整復術	1, 640点		
K 3 3 4 鼻骨折観血的手術	1, 970点		
K 3 3 4-2 鼻骨変形治療骨折矯正術	5, 720点		
K 3 3 5 鼻中隔骨折観血的手術	23, 060点		
K 3 3 5-2 上顎洞鼻内手術(スツルマン氏、吉田氏変法を含む。)	3, 940点		
K 3 3 5-3 上顎洞鼻外手術	2, 740点		
K 3 3 6 鼻内異物摘出術	2, 740点		
K 3 3 7 鼻前庭蓋摘出術	2, 740点		
K 3 3 8 鼻甲切除術	4, 990点		
1 高周波電気凝固法によるもの	1, 080点		
2 その他のもの	3, 320点		
K 3 3 8-2 切除			
K 3 3 9 粘膜下鼻甲介骨切除術	4, 260点		
K 3 4 0 鼻茸摘出術	1, 310点		
K 3 4 0-2 切除			
K 3 4 0-3 内視鏡下鼻・副鼻腔自然口開窓術	3, 600点		
K 3 4 0-4 内視鏡下鼻・副鼻腔手術II型(副鼻腔単洞手術)	12, 000点		
注 自家腸骨片を充填した場合は3, 150点を所定点数に加算する。			
K 3 4 0-5 内視鏡下鼻・副鼻腔手術III型(選択的(複軟酒)副鼻腔手術)	24, 910点		
K 3 4 0-6 内視鏡下鼻・副鼻腔手術IV型(汎副鼻腔手術)	32, 080点		
K 3 4 0-7 内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型(拡大副鼻腔手術)	51, 630点		
K 3 4 1 上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	1, 510点		
K 3 4 2 鼻副鼻腔腫瘍摘出術	15, 200点		
K 3 4 3 鼻副鼻腔悪性腫瘍手術			
1 切除	25, 040点		
2 全摘	49, 690点		
K 3 4 4 経鼻腔的翼突管神経切除術	30, 460点		
K 3 4 5 萎縮性鼻炎手術(両側)	22, 370点		
K 3 4 6 後鼻孔閉鎖症手術			
1 単純なもの(膿性閉鎖)	4, 360点		
2 複雑なもの(骨性閉鎖)	27, 040点		
K 3 4 7 鼻中隔矯正術	8, 230点		
K 3 4 7-2 変形外鼻手術	16, 390点		
K 3 4 7-3 内視鏡下鼻中隔手術I型(骨、軟骨手術)	6, 620点		
K 3 4 7-4 内視鏡下鼻中隔手術II型(粘膜手術)	2, 440点		
K 3 4 7-5 内視鏡下鼻腔手術I型(下鼻甲介手術)	7, 940点		
K 3 4 7-6 内視鏡下鼻腔手術II型(鼻腔内手術)	3, 170点		
K 3 4 7-7 内視鏡下鼻腔手術III型(鼻孔閉鎖症手術)(副鼻腔)	19, 940点		
K 3 4 8及びK 3 4 9 切除			
K 3 5 0 前頭洞充填術	13, 200点		
K 3 5 1 削除			
K 3 5 2 上顎洞根治手術	7, 990点		
K 3 5 2-2 鼻内上顎洞根治手術	3, 330点		
K 3 5 2-3 副鼻腔炎術後出血止血法	6, 660点		
K 3 5 3 鼻内篩骨洞根治手術	5, 000点		
K 3 5 4からK 3 5 6まで 削除			
K 3 5 6-2 鼻外前頭洞手術	16, 290点		
K 3 5 7 鼻内蝶形洞根治手術	3, 870点		
K 3 5 8 上顎洞篩骨洞根治手術	11, 310点		
K 3 5 9 前頭洞篩骨洞根治手術	11, 290点		
K 3 6 0 篩骨洞蝶形洞根治手術	11, 290点		
K 3 6 1 上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術	12, 630点		
K 3 6 2 上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	14, 110点		
K 3 6 2-2 経上顎洞的顎動脈結紮術	28, 630点		
K 3 6 3 前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術	13, 440点		
K 3 6 4 汎副鼻腔根治手術	20, 010点		
K 3 6 5 経上顎洞的翼突管神経切除術	28, 210点		
K 3 6 6 削除			
(咽頭、扁桃)			
K 3 6 7 咽後蓋嚥切開術	1, 900点		
K 3 6 8 扁桃周囲嚥切開術	1, 830点		
K 3 6 9 咽頭異物摘出術	500点		
1 簡単なもの	2, 100点		
2 複雑なもの	1, 600点		
K 3 7 0 Zプテノイド切除術			

K 3 7 1	上咽頭腫瘍摘出術		
	1 経口腔によるもの	5,350点	
	2 経鼻腔によるもの	6,070点	
	3 経副鼻腔によるもの	8,790点	
	4 外切開によるもの	16,590点	
K 3 7 1-2	上咽頭ボリープ摘出術		
	1 経口腔によるもの	4,460点	
	2 経鼻腔によるもの	5,060点	
	3 経副鼻腔によるもの	8,270点	
	4 外切開によるもの	15,080点	
K 3 7 2	中咽頭腫瘍摘出術		
	1 経口腔によるもの	2,710点	
	2 外切開によるもの	16,260点	
K 3 7 3	下咽頭腫瘍摘出術		
	1 経口腔によるもの	7,290点	
	2 外切開によるもの	16,300点	
K 3 7 4	咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	35,340点	
K 3 7 4-2	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)	38,740点	
K 3 7 5	鼻咽喉腫瘍手術		
	1 切除	9,630点	
	2 摘出	37,850点	
K 3 7 5-2	鼻咽喉腫瘍術	23,790点	
K 3 7 6	上咽頭悪性腫瘍手術	35,830点	
K 3 7 7	口蓋扁桃手術		
	1 切除	1,720点	
	2 摘出	3,600点	
K 3 7 8	舌扁桃切除術	1,230点	
K 3 7 9	副咽頭腫瘍摘出術		
	1 経頸部によるもの	34,320点	
	2 経側頭下窩によるもの(下顎腫瘍によるものを含む。)	55,200点	
K 3 7 9-2	副咽頭腫瘍性腫瘍摘出術		
	1 経頸部によるもの	47,580点	
	2 経側頭下窩によるもの(下顎腫瘍によるものを含む。)	91,500点	
K 3 8 0	過長茎状突起切除術	6,440点	
K 3 8 1	上咽頭形成手術	10,110点	
K 3 8 2	咽頭腫瘍術	12,770点	
K 3 8 2-2	咽頭皮膚嚢嚢孔閉鎖術(喉頭、気管)	12,770点	
K 3 8 3	喉頭切開・嚢閉術	13,420点	
K 3 8 4	喉頭腫瘍切除術	2,140点	
K 3 8 4-2	深頸部腫瘍切除術	4,800点	
K 3 8 5	喉頭浮腫乱切術	2,040点	
K 3 8 6	気管切開術	3,080点	
K 3 8 6-2	編状甲狀腺嚢切開術	1,970点	
K 3 8 7	喉頭粘膜炎灼術(直達鏡によるもの)	2,860点	
K 3 8 8	喉頭粘膜下膿瘍挿入術	3,630点	
K 3 8 8-2	喉頭粘膜下膿瘍挿入術	12,240点	
K 3 8 9	喉頭・声帯ボリープ切除術		
	1 間接喉頭鏡によるもの	2,990点	
	2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	4,300点	
K 3 9 0	喉頭異物摘出術		
	1 直達鏡によらないもの	2,920点	
	2 直達鏡によるもの	5,250点	
K 3 9 1	気管異物除去術		
	1 直達鏡によるもの	5,320点	
	2 間胸手術によるもの	43,340点	
K 3 9 2	喉頭蓋切除術	3,190点	
K 3 9 2-2	喉頭蓋腫瘍摘出術	3,190点	
K 3 9 3	喉頭腫瘍摘出術		
	1 間接喉頭鏡によるもの	3,420点	
	2 直達鏡によるもの	4,310点	
K 3 9 4	喉頭悪性腫瘍手術		
	1 切除	38,800点	
	2 全摘	63,710点	
K 3 9 4-2	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術		
	1 切除	42,200点	
	2 全摘	67,200点	
K 3 9 5	喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術(頸部、胸部、腰部等の操作による再建を含む。)	113,880点	
K 3 9 6	気管切開孔閉鎖術	1,250点	
K 3 9 6-2	気管縫合術	1,040点	
K 3 9 7	喉頭構模腫瘍切除術(スチント挿入固定術を含む。)	13,390点	
K 3 9 8	喉頭狭窄症手術		
	1 前方開大術	23,430点	
	2 前壁形成手術	23,320点	
	3 Tチューブ挿入術	14,040点	
K 3 9 9	気管狭窄症手術	38,540点	
K 4 0 0	喉頭形成手術		
	1 人工形成材料挿置術、軟骨片挿置術	18,750点	
	2 筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術	28,510点	
	3 甲状軟骨固定用器具を用いたもの	34,840点	
K 4 0 1	気管口狹窄拡大術	2,690点	
K 4 0 2	経胸気管口形成手術	76,040点	
K 4 0 3	気管形成手術(管状気管、気管移植等)		
	1 頸部からのもの	49,940点	
	2 胸膈又は胸骨正中切開によるもの	76,040点	
K 4 0 3-2	鏡下機能手術		
	1 輪状咽頭筋切断術	18,810点	
	2 喉頭挙上術	18,370点	
	3 喉頭気管分離術	30,260点	
	4 喉頭全摘術	28,210点	
	第6款 顔面・口腔・頸部		
	(歯、歯肉、歯槽部、口蓋)		
K 4 0 4	抜歯手術(1歯につき)	130点	
	1 乳歯	155点	
	2 前歯	265点	
	3 臼歯		

4 埋伏歯	1.054点	2 口唇裂鼻形成を伴う場合	18.810点
注 1	2又は3については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯槽根分離術を行った場合に限る。難治歯加算として、210点を所定点数に加算する。	3 鼻腔底形成を伴う場合	24.350点
2	4については、完全埋伏歯（骨性）又は水平埋伏歯に限り算定する。	口唇裂形成手術（両側）	18.810点
3	4については、下顎完全埋伏歯（骨性）又は下顎水平埋伏歯の場合は、120点を所定点数に加算する。	1 口唇のみの場合	23.790点
4	抜歯と同時に歯槽骨の整形等の費用は、所定点数に含まれる。	2 口唇裂鼻形成を伴う場合	36.620点
K 4 0 5 削除		3 鼻腔底形成を伴う場合	18.100点
K 4 0 6 口蓋腫瘍摘出術	520点	類骨骨折観血的整復術	38.610点
1	口蓋粘膜に限局するもの	K 4 2 7 - 2 類骨変形治癒骨折矯正術	1,240点
2	口蓋骨に及ぶもの	K 4 2 8 下顎骨折非観血的整復術	13,000点
K 4 0 7 顎・口蓋裂形成手術	15,770点	注 三内式線副子以上を使用する連続歯結紮法を行った場合は、650点を加算する。	27,320点
1	軟口蓋のみのもの	K 4 2 9 下顎骨折観血的手術	28,210点
2	硬口蓋に及ぶもの	1 片側	47,020点
3	顎裂を伴うもの	2 両側	410点
K 4 0 7 - 2 軟口蓋形成手術	31,940点	K 4 2 9 - 2 下顎関節突起骨折観血的手術	26,210点
（口蓋前庭、口蓋底、類粘膜、舌）	9,700点	1 片側	1,570点
K 4 0 8 口蓋腫瘍切開術	700点	2 両側	16,400点
K 4 0 9 口蓋底腫瘍摘出術	7,210点	K 4 3 0 顎関節脱臼非観血的整復術	39,700点
K 4 1 0 口蓋底悪性腫瘍手術	29,360点	K 4 3 1 顎関節脱臼観血的手術	47,630点
K 4 1 1 類粘膜腫瘍摘出術	4,460点	K 4 3 2 上顎骨折非観血的整復術	6,660点
K 4 1 2 類粘膜悪性腫瘍手術	26,310点	K 4 3 3 上顎骨折観血的手術	2,820点
K 4 1 3 舌腫瘍摘出術	1,220点	K 4 3 4 顔面多発骨折観血的手術	13,390点
1 粘液腺腫摘出術	2,940点	K 4 3 4 - 2 顔面多発骨折変形治癒矯正術	16,780点
2 その他のもの	11,760点	K 4 3 5 術後性上顎蓋陥凹摘出術	32,560点
K 4 1 4 舌根甲狀腺腫摘出術	8,970点	K 4 3 6 顎骨腫瘍摘出術	40,360点
K 4 1 4 - 2 甲状舌管蓋陥凹摘出術	26,410点	1 長径3センチメートル未満	79,270点
K 4 1 5 舌悪性腫瘍手術	75,070点	2 長径3センチメートル以上	64,590点
1 切除		K 4 3 7 下顎骨部分切除術	15,310点
2 亜全摘		K 4 3 8 下顎骨離断術	42,590点
K 4 1 6 及び K 4 1 7 削除		K 4 3 9 下顎骨悪性腫瘍手術	9,160点
K 4 1 8 舌形成手術（巨舌症手術）	9,100点	1 切除	34,420点
K 4 1 8 - 2 舌線維索性短縮矯正術	2,650点	2 切断（おとがい割を含むもの）	68,480点
K 4 1 9 頬、口唇、舌小帯形成手術	560点	3 切断（その他のもの）	27,880点
K 4 2 0 削除		K 4 4 0 上顎骨切除術	45,510点
（顔面）		K 4 4 1 上顎骨全摘術	72,900点
K 4 2 1 口唇腫瘍摘出術	910点	K 4 4 2 上顎骨悪性腫瘍手術	5,000点を所定点数に分割した場合、5,000点を所定点数に加算する
1 粘液腺腫摘出術	3,050点	1 福肥	
2 その他のもの	33,010点	2 切除	
K 4 2 2 口唇悪性腫瘍手術	910点	3 全摘	
K 4 2 3 類腫瘍摘出術	5,250点	K 4 4 3 上顎骨形成術	
1 粘液腺腫摘出術	20,940点	1 単純な場合	
2 その他のもの	108,700点	2 複雑な場合及び二次的再建の場合	
K 4 2 4 頬悪性腫瘍手術	13,180点	3 骨移動を伴う場合	
K 4 2 5 口脣、顎、顔面悪性腫瘍切除術		注 1 1については、上顎骨を複数に分割した場合は、5,000点を所定点数に加算する。	
K 4 2 6 口唇裂形成手術（片側）		2 3については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。	
1 口唇のみの場合		K 4 4 4 下顎骨形成術	
		1 おとがい形成の場合	7,780点
		2 短縮又は伸長の場合	30,790点

3 再建の場合	51,120点	1 片葉のみの場合	17,410点
4 骨移動を伴う場合	54,210点	2 向葉の場合	25,210点
注 1 2については、両側を同時に行った場合は、3,000点を所定点数に加算する。		K 4 6 2 ハセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（商業）	22,890点
注 2 4については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。		K 4 6 2-2 内視鏡下ハセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（商業）	25,210点
K 4 4 4-2 下顎骨延長術	30,790点	K 4 6 3 甲状腺悪性腫瘍手術	24,180点
1 片側	47,550点	1 切除（頸部外側区域郭清を伴わないもの）	26,180点
2 両側	40,870点	2 切除（頸部外側区域郭清を伴うもの）	33,790点
K 4 4 5 顎関節形成術	59,260点	3 全摘及び亜全摘（頸部外側区域郭清を伴わないもの）	35,790点
K 4 4 5-2 顎関節人工関節全置換術		4 全摘及び亜全摘（片側頸部外側区域郭清を伴うもの）	36,790点
K 4 4 6 顎関節鬆動術		5 全摘及び亜全摘（両側頸部外側区域郭清を伴うもの）	27,550点
1 徒手的鬆動術	440点	K 4 6 3-2 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	37,160点
イ 単独の場合	990点	1 切除	15,680点
ロ バンビングを併用した場合	2,400点	2 全摘及び亜全摘	33,790点
ハ 関節洗浄療法を併用した場合	10,520点	K 4 6 4 副甲状腺（上皮小体）腺腫形成手術	20,660点
2 顎関節鏡下鬆動術	25,100点	1 副甲状腺（上皮小体）摘出術	39,000点
3 開放鬆動術	22,100点	2 副甲状腺（上皮小体）全摘術（一部筋肉移種）	3,760点
K 4 4 7 顎関節円板整位術	27,300点	K 4 6 4-2 内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫形成手術	13,710点
1 顎関節鏡下円板整位術	820点	K 4 6 5 副甲状腺（上皮小体）悪性腫瘍手術（広汎）	15,240点
2 開放円板整位術	900点	（その他の頸部）	27,670点
K 4 4 8 がま腫切開術	640点	K 4 6 6 斜角筋切開術	37,140点
K 4 4 9 唾液腺腫瘍切開術	3,770点	K 4 6 7 頸動脈、頸静脈摘出術	41,920点
K 4 5 0 唾舌摘出術（一連につき）	6,550点	K 4 6 8 頸動脈切開術	3,720点
1 表在性のもの		K 4 6 9 頸部郭清術	
2 深在性のもの		1 片側	
3 腺体内に存在するもの		2 両側	
注 2又は3の場合は、1,000点を所定点数に加算する		K 4 7 0 頸部悪性腫瘍手術	
		K 4 7 1 筋性斜頸手術	
K 4 5 1 がま腫摘出術	7,140点	第7款 胸部	
K 4 5 2 舌下腺腫瘍摘出術	7,180点	区分	
K 4 5 3 顎下腺腫瘍摘出術	9,640点	K 4 7 2 乳腺腫瘍切開術	980点
K 4 5 4 顎下腺摘出術	10,210点	K 4 7 3 削除	
K 4 5 5 顎下腺悪性腫瘍手術	33,010点	K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術	
K 4 5 6 削除		1 直径5センチメートル未満	3,190点
K 4 5 7 耳下腺腫瘍摘出術	27,210点	2 直径5センチメートル以上	6,730点
1 耳下腺全摘術	34,210点	K 4 7 4-2 乳管腺葉区域切除術	12,820点
2 耳下腺深葉摘出術	33,010点	K 4 7 4-3 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）	
K 4 5 8 耳下腺悪性腫瘍手術	14,020点	1 マンモグラフィ又は超音波装置によるもの	6,240点
1 切除	13,630点	2 MRIによるもの	8,210点
2 全摘	15,490点	K 4 7 5 乳房切除術	6,040点
K 4 5 9 唾液腺管形成手術	8,860点	K 4 7 5-2 乳癌冷凍凝固摘出術	8,690点
K 4 6 0 唾液腺管移動術	10,760点	K 4 7 6 乳腺悪性腫瘍手術	
1 上顎洞内へのもの		1 単純乳房切除術（乳腺全摘術）	14,820点
2 結膜嚢内へのもの		2 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）	28,210点
（甲状腺、副甲状腺（上皮小体））		3 乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）	22,520点
K 4 6 1 甲状腺部分切除術、甲状腺腫瘍摘出術		4 乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））	42,350点
1 片葉のみの場合		5 乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの	42,350点
2 両葉の場合			
K 4 6 1-2 内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術			

6	乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの	42,350点	K 4 9 5	削除	26,340点
7	拡大乳房切除術（胸骨上、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）	52,820点	K 4 9 6	腫瘍胸膜、胸膜併切除除術	33,150点
8	乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）	27,810点		1 1 腫瘍に相当する範囲以内のもの	51,890点
9	乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）	48,340点	K 4 9 6-2	2 1 腫瘍に相当する範囲を超え、かつ胸壁に侵襲を伴うもの	26,340点
	注 1 放射線照射による色素沈着を伴った場合又はインディアンリングリングを用いたリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節追加算 1 とし、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。		K 4 9 6-3	3 腫瘍外肺切除術	33,150点
	2 放射線照射による色素沈着を伴った場合には、乳がんセンチネルリンパ節追加算 2 とし、3,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。	7,350点	K 4 9 6-4	1 1 腫瘍に相当する範囲以内のもの	32,690点
K 4 7 6-2	腋窩乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術	7,350点	K 4 9 6-5	2 1 腫瘍に相当する範囲を超えるもの	5,400点
K 4 7 6-3	動脈（皮）弁及び筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）	49,120点		注 1 手術時に行う腫瘍診断及び検査の費用は算定しない。	38,610点
	1 一次的に行うもの	53,560点	K 4 9 7-1	腫瘍切除を併施するもの	57,100点
	2 二次的に行うもの	25,000点	K 4 9 7-2	腫瘍切除を併施するもの	42,020点
K 4 7 6-4	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	700点	K 4 9 8	胸郭形成手術（腫瘍手術の場合）	49,200点
K 4 7 7	胸壁腫瘍切除術	8,950点		1 肋骨切除を主とするもの	16,540点
K 4 7 8	肋骨・胸骨カリエス又は肋骨骨髄炎手術	7,810点	K 4 9 9	胸郭形成手術（肺切除後遺症を含む。）	17,290点
K 4 7 9	胸壁冷凝固手術	7,670点	K 5 0 0	削除	12,530点
K 4 8 0-1	流注腫瘍切除脚蓋術	10,330点	K 5 0 1	乳房胸手術	15,230点
K 4 8 1	肋骨骨折観血的手術	16,900点	K 5 0 1-2	胸腔・腹腔シャントバルブ設置術	38,850点
K 4 8 2	肋骨切除術	5,160点	K 5 0 1-3	胸腔鏡下胸管結紮術（乳房胸手術）	6,390点
	1 第 1 肋骨	12,120点	K 5 0 2	縦隔腫瘍、胸腺摘出術	20,050点
	2 その他の肋骨	56,000点	K 5 0 2-2	縦隔切開術	31,300点
K 4 8 3	胸骨切除術、胸骨骨折観血手術	28,210点	K 5 0 2-3	胸腔鏡下縦隔切開術	36,000点
K 4 8 4	胸壁悪性腫瘍摘出術	43,750点	K 5 0 2-4	拡大胸腺摘出術	58,950点
	1 胸壁形成手術を併施するもの	28,210点		注 重症筋無力症に對して実施された場合に限り算定する。	37,010点
	2 その他のもの	43,750点	K 5 0 3	縦隔郭清術	38,850点
K 4 8 4-2	胸壁悪性腫瘍摘出術	28,210点	K 5 0 4	縦隔悪性腫瘍手術	58,820点
	1 胸壁形成手術を併施するもの	12,960点		注 重症筋無力症に對して実施された場合に限り算定する。	58,950点
	2 その他のもの	23,520点	K 5 0 4-2	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術	31,020点
K 4 8 5	胸壁腫瘍摘出術	39,260点		（気管支、肺）	10,150点
K 4 8 6	胸壁瘻手術	5,680点	K 5 0 5 及び K 5 0 6	削除	11,400点
K 4 8 7	漏斗胸手術	10,800点	K 5 0 7	肺腫瘍切開排膿術	8,960点
	1 胸骨萎縮法によるもの	27,370点	K 5 0 8	気管支狹窄拡張術（気管支腫瘍によるもの）	10,150点
	2 胸骨開法によるもの	39,260点	K 5 0 8-2	気管・気管支ステント留置術	11,400点
	3 胸腔鏡によるもの	5,680点		1 硬性鏡によるもの	8,960点
	4 胸骨萎縮法を用いた器具抜去術	10,800点	K 5 0 8-3	気管支熱形成術	10,150点
	（胸腔、胸壁）	13,500点	K 5 0 9	気管支異物除去術	9,280点
K 4 8 8	試験開胸術	15,800点		1 重症鏡によるもの	45,650点
K 4 8 8-2	試験的開胸腫瘍術	23,520点	K 5 0 9-2	気管支肺動脈造影術	4,800点
K 4 8 8-3	胸腔鏡下試験開胸術	15,350点		注 成人の肺動脈白班に對して治療の目的で行われた場合に限り算定する。	
K 4 8 8-4	胸腔鏡下試験切除術				
K 4 8 9 から K 4 9 2 まで	削除				
K 4 9 3	骨髄外、胸腺外弁置術				
K 4 9 4	胸腔内（胸膜内）血腫除去術				

K509-3	気管支内視鏡的放射線治療用マーカークラッピング術	10,000点	注 肺提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
K509-4	気管支腫瘍切除術	9,130点	注 1 生体部分肺移植した場合は、生体部分肺の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。
K510	気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの）	8,040点	2 肺移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
K510-2	光線力学的療法	10,450点	3 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。
K510-3	1 早期肺がん（0期又は1期に限る。）に対するもの 2 その他のもの	10,450点 12,020点	4 両側肺を移植した場合は、両側肺移植加算として、45,000点を所定点数に加算する。
K511	肺切除術	27,520点	
	1 楔状部分切除	58,430点	
	2 区域切除（1肺葉に満たないもの）	58,350点	
	3 肺葉切除	64,850点	
	4 複合切除（1肺葉を超えるもの）	59,830点	
	5 1側肺全摘	76,230点	
	6 気管支形成を伴う肺切除		
K512	削除		
K513	胸腔鏡下肺切除術	39,830点	
	1 肺葉袖手術（楔状部分切除によるもの）	45,300点	
	2 部分切除	72,600点	
	3 区域切除	81,000点	
	4 肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	58,950点	
K513-2	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍摘出術	58,950点	
K513-3	胸腔鏡下良性胸壁腫瘍摘出術	58,950点	
K513-4	胸腔鏡下肺腫瘍摘出術	53,130点	
K514	肺悪性腫瘍手術	60,350点	
	1 部分切除	69,250点	
	2 区域切除	72,640点	
	3 肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	72,640点	
	4 肺全摘	78,400点	
	5 隣接臓器合併切除を伴う肺切除	80,460点	
	6 気管支形成を伴う肺切除	124,860点	
	7 気管分岐部切除を伴う肺切除	127,130点	
	8 気管分岐部再建を伴う肺切除	92,000点	
	9 胸膜肺全摘	105,000点	
	10 聖剣・臓胸胸膜全切除（横膈膜、心膜合併切除を伴うもの）		
	注 9及び10については、悪性びまん性胸膜中皮腫に対して実施した場合は限り算定する。		
K514-2	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術	60,170点	
	1 部分切除	72,640点	
	2 区域切除	92,000点	
	3 肺葉切除又は1肺葉を超えるもの	63,200点	
K514-3	移植用肺採取術（死体）（両側）	139,230点	
	注 肺移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。		
K514-4	同種死体肺移植術		
	注 1 肺移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。		
	2 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。		
	3 両側肺を移植した場合は、両側肺移植加算として、45,000点を所定点数に加算する。		
K514-5	移植用部分肺採取術（生体）	60,750点	
K514-6	注 肺提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。		
	注 1 生体部分肺を移植した場合は、生体部分肺の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。		
	2 肺移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。		
	3 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。		
	4 両側肺を移植した場合は、両側肺移植加算として、45,000点を所定点数に加算する。		
K515	肺剥皮術	32,600点	
K516	気管支縦隔摘術	59,170点	
K517	肺縫縮術	28,220点	
K518	気管支形成手術	64,000点	
	1 楔状切除術	66,010点	
	2 輪状切除術	146,950点	
K519	先天性気管狭症手術	17,070点	
K520	食道縫合術（穿孔、損傷）	28,210点	
	1 頸部手術	17,750点	
	2 開胸手術	10,300点	
	3 開腹手術	28,210点	
K521	食道周囲腫瘍導管切開誘導術	23,290点	
	1 開胸手術	7,920点	
	2 肋骨切開によるもの	9,450点	
	3 その他のもの（頸部手術を含む。）	2,950点	
K522	食道狭窄拡張術	12,480点	
	1 内視鏡によるもの		
	2 食道ブジー法		
	3 拡張用バルーンによるもの		
K522-2	食道ステント留置術	6,300点	
K522-3	食道空置バイパス作成術	65,900点	
K523	食道異物摘出術	27,890点	
	1 頸部手術によるもの	28,210点	
	2 開胸手術によるもの	27,720点	
	3 開腹手術によるもの	5,360点	
K523-2	硬性内視鏡下食道異物摘出術		
	注 硬性内視鏡下食道異物摘出術と併せて行った、区分番号K369に掲げる硬質異物摘出術（2に限る。）及び区分番号K653-3に掲げる硬質異物摘出術（2に限る。）の費用は所定点数に含まれる。		
K524	食道憩室切除術	24,730点	
	1 頸部手術によるもの	34,570点	
	2 開胸によるもの	39,930点	
K524-2	胸腔鏡下食道憩室切除術	39,930点	
K524-3	腹腔鏡下食道憩室切除術		
K525	食道切除再建術	77,040点	

2 胸部、腹部の操作によるもの	69, 690点	K 5 3 4 横隔膜縫合術	33, 460点
3 腹部の操作によるもの	51, 420点	1 経胸又は経腹	40, 910点
K 5 2 5-2 胸壁外皮膈管形成吻合術	77, 040点	2 経胸及び経腹	27, 890点
1 頭部、胸部、腹部の操作によるもの	69, 690点	K 5 3 4-2 横隔膜シラカサオ手術	37, 620点
2 胸部、腹部の操作によるもの	51, 420点	1 経胸又は経腹	31, 990点
3 腹部の操作によるもの	45, 230点	2 経胸及び経腹	42, 180点
4 バイパスのみを作成する場合	69, 690点	K 5 3 4-3 胸腔鏡下(腹腔鏡下を含む。)横隔膜縫合術	
K 5 2 5-3 非閉胸食道瘻去術(消化管再建手術を併施するもの)	8, 480点	K 5 3 4-4 腹腔鏡下横隔膜電極棒去術	
K 5 2 6 食道腫瘍摘出術	37, 550点	K 5 3 5 胸膈裂孔ヘルニア手術	29, 560点
1 内視鏡によるもの	50, 250点	1 経胸又は経腹	39, 040点
2 開胸又は開腹手術によるもの	22, 100点	2 経胸及び経腹	27, 380点
3 腹腔鏡下、経腹腔鏡下又は胸腔鏡下によるもの	8, 840点	K 5 3 7 食道裂孔ヘルニア手術	27, 380点
K 5 2 6-2 内視鏡的食道粘膜切除術	22, 100点	1 経胸又は経腹	38, 290点
1 早期悪性腫瘍粘膜切除術	12, 950点	2 経胸及び経腹	42, 180点
2 早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	22, 100点	K 5 3 7-2 胸腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	
3 内視鏡的悪性食道癌化学療法	22, 100点	第8款 心・尿管	
K 5 2 6-4 内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法	47, 530点	区分	
K 5 2 7 食道悪性腫瘍手術(単に切除のもの)	56, 950点	(心、心臓、肺動脈、冠血管等)	
1 頭部、胸部、腹部の操作によるもの	46, 100点	K 5 3 8 心臓縫合術	9, 180点
2 胸部食道の場合	64, 820点	K 5 3 8-2 心筋縫合止血術(外傷性)	11, 800点
K 5 2 7-2 食道切除術(単に切除のもの)	51, 220点	K 5 3 9 心臓切開術	9, 420点
K 5 2 8 先天性食道閉鎖症根治手術	76, 320点	K 5 3 9-2 心臓萎縮、心膜腫瘍切除術	15, 240点
K 5 2 8-2 先天性食道狭窄症根治手術	122, 540点	K 5 3 9-3 胸腔鏡下心膜閉塞術	16, 540点
K 5 2 8-3 胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術	101, 490点	K 5 4 0 収縮性心臓炎手術	51, 650点
K 5 2 9 食道悪性腫瘍手術(消化管再建手術を併施するもの)	69, 840点	K 5 4 1 試験開心術	24, 700点
1 頭部、胸部、腹部の操作によるもの		K 5 4 2 心室内異物除去術	39, 270点
2 胸部、腹部の操作によるもの		K 5 4 3 心房内血栓除去術	39, 270点
3 腹部の操作によるもの		K 5 4 4 心臓腫瘍摘出術、心腔内粘着性腫瘍摘出術	
注1 有差腫瘍移転を併せて行った場合は、7,500点を加算する。		1 単独のもの	60, 600点
注2 血行再建を併せて行った場合には、3,000点を所定点数に加算する。		2 冠動脈血行再建術(1吻合)を併うもの	77, 770点
K 5 2 9-2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術	133, 240点	3 冠動脈血行再建術(2吻合以上)を併うもの	91, 910点
1 頭部、胸部、腹部の操作によるもの	109, 190点	K 5 4 5 開胸心臓マッサージ	9, 400点
2 胸部、腹部の操作によるもの		K 5 4 6 経皮的冠動脈形成術	
注 有差腫瘍移転を併せて行った場合は、7,500点を加算する。		1 急性心筋梗塞に対するもの	36, 000点
K 5 2 9-3 経腹腔鏡下食道悪性腫瘍手術	109, 240点	2 不安定狭心症に対するもの	22, 000点
K 5 3 0 食道アカラシア形成手術	32, 710点	その他のもの	19, 300点
K 5 3 0-2 腹腔鏡下食道アカラシア形成手術	44, 500点	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 3 0-3 内視鏡下腹腔切開術	11, 340点	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 3 1 食道切除後2次的再建術	43, 920点	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
1 皮弁形成によるもの	64, 300点	K 5 4 7 経皮的冠動脈形成術	28, 280点
2 消化管利用によるもの		注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 3 2 食道・胃静脈瘤手術	37, 620点	K 5 4 8 経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)	24, 720点
1 血行遮断術を主とするもの	37, 620点	1 高速回転式経皮形成管アテクトミリーカテーテルによるもの	24, 720点
2 食道腫瘍手術を主とするもの	34, 240点	2 エキスレーサー血管形成用カテーテルによるもの	
K 5 3 2-2 食道静脈瘤手術(開腹)	49, 800点	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
K 5 3 2-3 腹腔鏡下食道静脈瘤手術(胃上部血行遮断術)	8, 990点	K 5 4 9 経皮的冠動脈形成術	34, 380点
K 5 3 3 食道・胃静脈瘤硬化療法(内視鏡によるもの)(一連として)	8, 990点	1 急性心筋梗塞に対するもの	24, 380点
K 5 3 3-2 内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	8, 990点	2 不安定狭心症に対するもの	21, 680点
(横隔膜)		3 その他のもの	
		注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	

K 5 5 0	冠動脈内血栓溶解療法 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	17,720点	78,260点
K 5 5 0-1	経皮的冠動脈血栓吸引術 注 過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に区分番号K 5 5 5 5 弁置換術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	19,640点	157,840点
K 5 5 1	冠動脈形成術（血腔内膜摘除） 1 1箇所のもの 2 2箇所以上のもの	76,550点 79,860点	115,750点 192,920点
K 5 5 2	冠動脈、大動脈バイパス移植術 1 1吻合のもの 2 2吻合以上のもの	71,570点 89,250点	38,460点 34,930点
K 5 5 2-2	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの） 注 冠動脈形成術（血腔内膜摘除）を併せて行った場合は、10,000点を加算する。	71,570点 91,350点	34,930点
K 5 5 3	心室瘤切除術（梗塞切除を含む。） 1 単独のもの 2 冠動脈血行再建術（1吻合）を伴うもの 3 冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴うもの	63,390点 80,060点 100,200点	114,510点 128,820点 148,860点
K 5 5 3-2	左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術 1 単独のもの 2 冠動脈血行再建術（1吻合）を伴うもの 3 冠動脈血行再建術（2吻合以上）を伴うもの	114,300点 147,890点 167,180点	100,200点 114,510点
K 5 5 4	弁形成術 1 1弁のもの 2 2弁のもの 3 3弁のもの	79,860点 93,170点 106,480点	187,370点 210,790点 243,580点
K 5 5 4-2	冠動脈、弁形成術 1 1弁のもの 2 2弁のもの	109,860点 123,170点	171,760点 89,250点
K 5 5 5	弁置換術 1 1弁のもの 2 2弁のもの 3 3弁のもの	85,500点 100,200点 114,510点	59,080点 52,000点
K 5 5 5-2	経皮的冠動脈弁置換術 注 過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に区分番号K 5 5 5 5 弁置換術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	109,860点 123,170点	171,760点 89,250点
K 5 5 5-3	胸腔鏡下弁置換術 1 1弁のもの 2 2弁のもの	85,500点 115,500点	43,830点
K 5 5 6	大動脈弁炎薬理学療法 注 過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に区分番号K 5 5 5 5 弁置換術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	42,940点	22,780点
K 5 5 6-2	経皮的冠動脈弁置換術 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	37,430点	22,000点
K 5 5 7	大動脈弁上炎手術 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	71,570点	22,000点
K 5 5 7-2	大動脈弁下炎薬理学療法（線維性、筋肥厚性を含む。）		
K 5 5 7-3	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術 注 過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に区分番号K 5 5 5 5 弁置換術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。		
K 5 5 7-4	ダムス・ケー・スタテンセル（DKS）吻合を伴う大動脈弁置換術		
K 5 5 8	ロス手術（自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術）		
K 5 5 9-1	閉鎖式増幅弁交連切開術		
K 5 5 9-2	経皮的増幅弁拡張術 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。		
K 5 5 9-3	経皮的増幅弁クリップ術 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。		
K 5 6 0	大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。） 1 上行大動脈 イ 大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの ロ 人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術 ハ 自己弁置換術を伴う大動脈基部置換術 ニ その他のもの 2 弓部大動脈 3 上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術 イ 大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの ロ 人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術 ハ 自己弁置換術を伴う大動脈基部置換術 ニ その他のもの 4 下行大動脈 5 胸腹部大動脈 6 腹部大動脈（分枝血管の再建を伴うもの） 7 腹部大動脈（その他のもの）	114,510点 128,820点 148,860点 100,200点 114,510点 187,370点 210,790点 243,580点 171,760点 89,250点 249,750点 59,080点 52,000点	114,510点 187,370点 210,790点 243,580点 171,760点 89,250点 43,830点 56,560点 49,440点 43,830点
K 5 6 0-2	オープン型ステントグラフト内挿術 1 弓部大動脈 2 上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術 イ 大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの ロ 人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術 ハ 自己弁置換術を伴う大動脈基部置換術 ニ その他のもの 3 下行大動脈 1 血管損傷の場合 2 1以外の場合 イ 胸部大動脈 ロ 腹部大動脈 ハ 腸骨動脈	114,510点 187,370点 210,790点 243,580点 171,760点 89,250点 43,830点	114,510点 187,370点 210,790点 243,580点 171,760点 89,250点 43,830点
K 5 6 1	ステントグラフト内挿術 1 血管損傷の場合 2 1以外の場合 イ 胸部大動脈 ロ 腹部大動脈 ハ 腸骨動脈	114,510点 187,370点 210,790点 243,580点 171,760点 89,250点	114,510点 187,370点 210,790点 243,580点 171,760点 89,250点
K 5 6 2	動脈管閉存症手術 1 経皮的動脈管閉存閉鎖術 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	22,780点	22,000点
K 5 6 2	動脈管閉存閉鎖術（直視下）		

K 5 6 2-2	胸腔鏡下動脈管閉存閉鎖術	27,400点	2	大動脈閉鎖不全症手術を伴うもの	85,880点
K 5 6 3	肺動脈絞扼術	39,410点	右室二腔症手術	80,490点	
K 5 6 4	血管輪又は血管襻大動脈弓離断手術	43,150点	不完全型房室中隔欠損症手術	60,330点	
K 5 6 5	巨大側副血管手術 (肺内肺動脈統合術)	94,420点	1 心房中隔欠損ハッチ閉鎖術 (単独のもの)	66,080点	
K 5 6 6	体動脈動脈短縮手術 (ブラックマン手術、ウォーターストン手術)	44,670点	2 心房中隔欠損ハッチ閉鎖術及び弁形成術を伴うもの	107,350点	
K 5 6 7	大動脈縮窄 (離断) 症手術	57,250点	完全型房室中隔欠損症手術	192,920点	
	1 単独のもの	100,200点	1 心房及び心室中隔欠損ハッチ閉鎖術を伴うもの	71,000点	
	2 心室中隔欠損症手術を伴うもの	173,620点	2 フローア四徴症手術を伴うもの	94,080点	
K 5 6 7-2	複複心奇形手術を伴うもの	37,430点	1 右室流出路形成術を伴うもの	100,200点	
	3 経皮的動脈形成術		2 末梢肺動脈閉鎖術を伴うもの	173,620点	
K 5 6 7-2	経皮的動脈形成術		1 右室流出路形成術を伴うもの	231,500点	
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。		2 末梢肺動脈閉鎖術を伴うもの	100分の50に相当する点数を加算する。	
K 5 6 8	大動脈動脈中隔欠損症手術	80,840点	1 肺動脈閉鎖症手術	100分の50に相当する点数を加算する。	
	1 単独のもの	97,690点	1 単独のもの	85,880点	
	2 心内奇形手術を伴うもの	103,640点	2 右室流出路形成を伴うもの	128,820点	
K 5 6 9	三尖弁手術 (エフスタイン氏奇形、ワール氏病手術)	35,750点	3 心室中隔欠損閉鎖術及び大血管血流転換を伴うもの (タウシッヒ・ピング奇形手術)	192,920点	
K 5 7 0	肺動脈狭窄症、錐型肺動脈弁閉鎖症手術	74,460点	1 単独のもの	85,880点	
	1 肺動脈弁閉鎖術 (単独のもの)	34,410点	2 右室流出路形成を伴うもの	128,820点	
	2 右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	31,280点	3 心室中隔欠損閉鎖術を伴うもの	154,330点	
K 5 7 0-2	経皮的肺動脈弁拡張術	35,080点	注 4 については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。		
K 5 7 0-3	経皮的肺動脈形成術				
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。				
K 5 7 0-4	経皮的肺動脈形成術				
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。				
K 5 7 1	肺静脈還流異常症手術	50,970点	K 5 8 3	大血管転位症手術	114,510点
	1 部分肺静脈還流異常	109,310点	1 心房内血流転換手術 (マスタートード・ゼニング手術)	144,680点	
	2 総肺静脈還流異常	129,310点	2 大血管血流転換術 (ジャヤーン手術)	173,620点	
	イ 心臓型	58,930点	3 心室中隔欠損閉鎖術を伴うもの	154,330点	
	ロ その他のもの		4 ラステリ手術を伴うもの		
K 5 7 2	肺静脈形成術	16,090点	注 4 については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。		
K 5 7 3	心房中隔欠損操作成術	36,900点			
	1 経皮的心房中隔欠損操作成術 (ランジュキンド法)	39,130点	K 5 8 4	修正大血管転位症手術	85,790点
	2 心房中隔欠損操作成術	45,130点	1 心室中隔欠損ハッチ閉鎖術	201,630点	
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	31,850点	2 根治手術 (ダブルスイッチ手術)		
K 5 7 4	心房中隔欠損閉鎖術	31,850点	注 2 については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。		
	1 単独のもの	31,850点			
	2 肺動脈弁狭窄を合併するもの	68,940点	K 5 8 5	総動脈幹症手術	143,860点
K 5 7 4-2	経皮的心房中隔欠損閉鎖術	52,320点	K 5 8 6	単心室症又は三尖弁閉鎖症手術	71,570点
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	65,830点	1 両方向性グレン手術	85,880点	
K 5 7 4-3	経皮的開口孔閉存閉鎖術	66,080点	2 フォンタン手術	181,350点	
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	71,570点	3 心室中隔造成術		
K 5 7 5	三心房心手術	71,570点	注 2 については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。		
K 5 7 6	心室中隔欠損閉鎖術	71,570点			
	1 単独のもの		K 5 8 7	左心低形成症候群手術 (ノルブット手術)	179,310点
	2 肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴うもの		K 5 8 8	冠動脈静脈閉鎖的遷移術	53,240点
	3 大動脈弁形成を伴うもの		K 5 8 9	冠動脈起始異常症手術	85,880点
	4 右室流出路形成を伴うもの		K 5 9 0	心室腔室切除術	76,710点
K 5 7 7	バルサルバ洞動脈縮窄手術				
	1 単独のもの				

K591	心臓脱手術	113,400点	1 心筋電極の場合	35,200点
K592	肺動脈塞除術	48,880点	2 経静脈電極の場合	35,200点
K592-2	肺動脈血栓内臓摘除術	135,040点	注 両室ベレーシング機能付き植込型除細動器の移植術を行った場合に算定する。	
K593	肺静脈血栓除術	39,270点	両室ベレーシング機能付き植込型除細動器交換術	
K594	不整脈手術	89,250点	1 心筋電極の場合	7,200点
	1 副伝導路切断術	147,890点	2 経静脈電極の場合	7,200点
	2 心室速拍症手術	98,640点	注 両室ベレーシング機能付き植込型除細動器の交換術を行った場合に算定する。	
	3 メイズ手術	37,800点	1 レーザーシースを用いるもの	28,600点
	4 左心耳閉鎖術	34,930点	2 レーザーシースを用いないもの	22,210点
	イ 開胸手術によるもの		注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
	ロ 経カテーテル的術によるもの		K600 大動脈バルーンパンピング法 (IABP法) (1日につき)	
	注 1 4のイについては、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合であ		1 初日	8,780点
	って、区分番号K552、K552-2、K554、K555、K557からK		2 2日目以降	3,680点
	557-3まで、K560及びK594の3に掲げる手術と併せて実施した場合		注 挿入に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
	に限り算定する。		K601 人工心臓 (1日につき)	
	2 4のロについては、手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。		1 初日	30,150点
	2 4のロについては、手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。		2 2日目以降	3,000点
K594-2	肺静脈隔離術	72,230点	注 1 初日に、補助循環、選択的冠灌流又は逆行性冠灌流を併せて行った場合には、	
K595	経皮的カテーテル心筋焼灼術	40,760点	4,800点を所定点数に加算する。(注したのみを算定する。)	
	1 心房中間室刺又は心外膜アブローチを併うもの	34,370点	2 初日に選択的冠灌流を併せて行った場合は、7,000点を所定点数に加算する。	
	2 その他のもの		3 カリキュレーション料は、所定点数に含まれるものとする。	
	注 1 三次元カラーマッピングで行った場合には、三次元カラーマッピング加算と		K602 経皮的肺補助法 (1日につき)	
	して、17,000点を所定点数に加算する。		1 初日	11,100点
	2 磁気ナビゲーション法により行った場合は、磁気ナビゲーション加算として、		2 2日目以降	3,120点
	5,000点を所定点数に加算する。		K602-2 経皮的循環補助法 (ポンプカテーテルを用いたもの) (1日につき)	
	3 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。		1 初日	11,100点
K595-2	経皮的中隔心筋焼灼術	24,390点	2 2日目以降	3,680点
K596	手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。		K603 補助人工心臓 (1日につき)	
K597	ベースメーカー移植術	3,370点	1 初日	54,370点
K597	ベースメーカー移植術	15,060点	2 2日目以降	5,000点
	1 心筋電極の場合	9,520点	3 31日目以降	4,000点
	2 経静脈電極の場合	9,520点	K603-2 小児補助人工心臓 (1日につき)	
	3 リードレスベースメーカーの場合	4,000点	1 初日	63,150点
K597-2	ベースメーカー交換術	1,260点	2 2日目以降	8,680点
K597-3	植込型心電図記録計移植術	840点	3 31日目以降	7,680点
K597-4	植込型心電図記録計挿入術		注 心臓提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
K598	両心室ベースメーカー移植術	31,510点	2 1 初日	192,920点
	1 心筋電極の場合	31,510点	2 2日目以降	
	2 経静脈電極の場合		3 31日目以降	
K598-2	両心室ベースメーカー交換術	5,000点	K604 削除	
	1 心筋電極の場合	5,000点	K604-2 植込型補助人工心臓 (非拍動型)	
	2 経静脈電極の場合		1 初日 (1日につき)	58,500点
K599	植込型除細動器移植術		2 2日目以降	5,000点
	1 心筋リードを用いるもの		3 31日目以降	2,780点
	2 経静脈リードを用いるもの		4 91日目以降 (1日につき)	1,800点
	3 皮下植込型リードを用いるもの		注 心臓提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
K599-2	植込型除細動器交換術		2 1 心筋移植術	62,720点
	1 心筋リードを用いるもの		2 1 心移植術に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	
	2 その他のもの		注 1 心移植術を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を	
K599-3	両室ベレーシング機能付き植込型除細動器移植術		所定点数に加算する。	
	1 心筋リードを用いるもの	7,200点	2 移植用心肺採取術	100,040点
	2 その他のもの	7,200点		

注	心肺移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。		
K605-4	同種心肺移植術	286,010点	
注	1 心肺移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。		
注	2 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。		
K605-5	骨格筋由来細胞シート心表面移植術(動脈)	9,420点	
K606	血管露出術	530点	
K607	血管結紮術		
2	その他のものを伴うもの	12,660点	
K607-2	血管縫合術(簡単なもの)	4,500点	
K607-3	上腕動脈塞栓術	3,760点	
K608	動脈塞栓除去術	5,000点	
1	開胸又は開腹を伴うもの	28,560点	
2	その他のもの(観血的なもの)	11,180点	
K608-2	削除	3,130点	
K608-3	内シャント血管除去術	40,950点	
K609	動脈血腔内腫瘍摘出術	43,880点	
1	大動脈に及ぶもの	28,450点	
2	内頸動脈	34,740点	
3	その他のもの		
K609-2	経皮的頸動脈ステント留置術		
注	1 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。		
注	2 内頸動脈又は総頸動脈に対して行われた場合に限り算定する。		
K610	動脈形成術、吻合術		
1	頭蓋内動脈	99,700点	
2	胸腔内動脈(大動脈を除く。)	52,570点	
3	腹腔内動脈(大動脈を除く。)	47,790点	
4	指(手、足)の動脈	18,400点	
5	その他の動脈	21,700点	
K610-2	脳新生血管造成術	52,550点	
K610-3	削除		
K610-4	四肢の血管吻合術	18,080点	
K610-5	血管吻合術及び神経再接合術(上腕動脈、正中神経及び尺骨神経)	18,080点	
K611	抗悪性腫瘍動脈、静脈又は腹腔内静脈注入用植込型カテーテル設置		
1	開腹して設置した場合	17,940点	
2	四肢に設置した場合	16,250点	
3	頭頸部その他に設置した場合	16,640点	
K612	末梢動脈静脈遠置術		
1	内シャント遠置術	12,080点	
イ	単純なもの	15,300点	
ロ	静脈転位を伴うもの	7,760点	
2	その他のもの	31,840点	
K613	腎血管性高血圧症手術(経皮的腎血管拡張術)		
注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。		
K614	血管移植術、バイパス移植術	70,700点	
1	大動脈	64,050点	
2	胸腔内動脈		
3	腹腔内動脈		
4	頭、頸部動脈		
5	下腿、足部動脈		
6	膝窩動脈		
7	その他の動脈		
K615	血管塞栓術(頭部、胸腔、腹腔、腹腔内血管等)		
1	止血術	23,110点	
2	選択的動脈化学塞栓術	20,040点	
3	その他のもの	18,620点	
K615-2	経皮的動脈化学塞栓術	1,660点	
注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。		
K616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	22,590点	
注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。		
K616-2	頸動脈球摘出術	10,800点	
K616-3	経皮的胸部血管拡張術(先天性心疾患術後に限る。)	24,550点	
注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。		
K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術		
1	初回	12,000点	
2	1の裏返後3月以内に実施する場合	12,000点	
注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。		
K616-5	経皮的血管内異物除去術	14,000点	
注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。		
K616-6	経皮的下肢動脈形成術	24,270点	
注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。		
(静脈)			
K617	下肢静脈瘤手術		
1	抜去切除術	10,200点	
2	硬化療法(一連として)	1,720点	
3	高位結紮術	3,130点	
K617-2	大伏在静脈除去術	10,200点	
K617-3	静脈瘤切除術(下肢以外)	1,820点	
K617-4	下肢静脈瘤血管内焼灼術	10,200点	
注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。		
K617-5	内視鏡下下肢静脈瘤不全露骨焼灼術	10,200点	
注	手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。		
K617-6	下肢静脈瘤血管内塞栓術	14,360点	
K618	中心静脈注射用補足型カテーテル設置		
1	四肢に設置した場合	10,500点	
2	頭頸部その他に設置した場合	10,800点	
注	1 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、300点を加算する。		
注	2 使用したカテーテル、カテーテルアクセサリー等の材料の費用は、これらの点数に含まれるものとする。		
K619	静脈血栓摘出術		
1	開腹を伴うもの	22,070点	
2	その他のもの(観血的なもの)	13,100点	
K619-2	総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術	32,100点	
K620	下大静脈フィルタ一置置術	10,160点	
K620-2	下大静脈フィルタ一除去術	6,480点	
K621	門脈体循環静脈吻合術(門脈圧亢進症手術)	40,650点	

K 6 2 2	胸腔内頸静脈吻合術				37, 620点	3 鎖ヘルニア	4, 200点
K 6 2 3	静脈形成術、吻合術					4 頸帯ヘルニア	18, 810点
	1 胸腔内静脈			25, 200点		5 鼠径ヘルニア	6, 000点
	2 腹腔内静脈			25, 200点		6 大腿ヘルニア	8, 860点
	3 その他の静脈			16, 140点		7 脛ヘルニア	8, 890点
K 6 2 3-2	脾静脈吻合術 (リンパ管、リンパ節)			21, 220点		8 骨盤部ヘルニア(閉鎖孔ヘルニア、坐骨ヘルニア、坐骨ヘルニア)	18, 810点
K 6 2 4	削除					9 内ヘルニア	18, 810点
K 6 2 5	リンパ管腫瘍摘出術			13, 090点		1 腹腔鏡下ヘルニア手術	16, 520点
	1 長径5センチメートル未満			16, 390点		2 大腿ヘルニア	18, 550点
	2 長径5センチメートル以上					3 半月状線ヘルニア、白線ヘルニア	13, 820点
K 6 2 6	リンパ節腫瘍摘出術					4 鎖ヘルニア	11, 420点
	1 長径3センチメートル未満			1, 200点		5 閉鎖孔ヘルニア	24, 130点
	2 長径3センチメートル以上			890点		K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術(両側)	22, 960点
K 6 2 6-2	リンパ節腫瘍切除術					(腹壁、後腹膜、腸間膜、網膜)	
K 6 2 7	リンパ節群腫瘍切除術					K 6 3 5 胸水・腹水濾過濾過装置療法	4, 990点
	1 顎下部又は舌下部(浅在性)			10, 870点		K 6 3 5-2 腹腔・静脈シャントバルブ設置術	6, 730点
	2 頸部(深在性)			24, 090点		K 6 3 5-3 連続携行式腹腔灌洗用カテーテル腹腔内留置術	12, 000点
	3 鎖骨上窩及び下窩			14, 460点		K 6 3 6 試験開腹術	6, 660点
	4 腋窩			17, 750点		K 6 3 6-2 ダメージコントロール手術	12, 340点
	5 胸骨旁			23, 190点		K 6 3 6-3 腹腔鏡下試験開腹術	12, 340点
	6 鼠径部及び股部			8, 710点		K 6 3 6-4 腹腔鏡下試験切除術	11, 320点
	7 後腹膜			41, 390点		K 6 3 7 限局性腹腔腫瘍摘出術	11, 320点
	8 骨盤			26, 800点		1 横隔膜下腫瘍	10, 690点
K 6 2 7-2	腹腔鏡下リンパ節群摘出術					2 ダグラス窩腫瘍	5, 710点
	1 後腹膜			40, 670点		3 虫垂周囲腫瘍	5, 340点
	2 傍大動脈			35, 500点		4 その他のもの	9, 270点
	3 骨盤			41, 090点		K 6 3 7-2 経皮的腹腔腫瘍トレナーゼ術	10, 800点
	注 1及び3については泌尿器がん(1については精巣がんに限る。)から、2については子宮体がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。					注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
K 6 2 7-3	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群摘出術			26, 460点		K 6 3 8 骨盤腫瘍外腫瘍切除術	3, 290点
K 6 2 7-4	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群摘出術			39, 720点		K 6 3 9 急性汎発性腹腔炎手術	14, 400点
	注 精巣がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。					K 6 3 9-2 結核性腹腔炎手術	12, 000点
K 6 2 8	リンパ管吻合術			34, 450点		K 6 3 9-3 腹腔鏡下汎発性腹腔炎手術	23, 040点
	第9款 腹部					K 6 4 0 腸間膜損傷手術	
区分	(腹壁、ヘルニア)					1 縫合、修復のもの	10, 390点
K 6 2 9	切除					2 腸管切除を伴うもの	26, 880点
K 6 3 0	腹壁腫瘍切除術			1, 270点		K 6 4 1 大網切除術	8, 720点
K 6 3 1	腹壁腫瘍手術					K 6 4 2 大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術	
	1 腹壁に限局するもの			1, 820点		1 腸切除を伴わないもの	14, 290点
	2 腹腔に透するもの			10, 050点		2 腸切除を伴うもの	29, 970点
K 6 3 2	腹壁腫瘍摘出術					K 6 4 2-2 腹腔鏡下大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術	32, 310点
	1 形成手術を必要としない場合			4, 310点		K 6 4 2-3 腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術	30, 310点
	2 形成手術を必要とする場合			11, 210点		K 6 4 3 後腹膜腫瘍性腫瘍手術	48, 510点
K 6 3 3	ヘルニア手術					K 6 4 3-2 腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍性腫瘍手術	50, 610点
	1 腹壁腫瘍ヘルニア			9, 950点		1 腸管切除を伴わないもの	5, 260点
	2 半月状線ヘルニア、白線ヘルニア、腹直筋離開			6, 200点		2 腸管切除を伴うもの	18, 290点
						(胃、十二指腸)	120, 980点

K 6 4 6	胃管結紮術（急性胃出血手術）	11,360点
K 6 4 7	胃縫合術（大補充填術又は被覆術を含む。）	12,190点
K 6 4 7-2	腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術	23,940点
K 6 4 7-3	内視鏡下胃、十二指腸穿孔縫合術	10,300点
K 6 4 8	胃切開術	11,140点
K 6 4 9	胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術	11,800点
K 6 4 9-2	腹腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術	22,320点
K 6 5 0	切除	
K 6 5 1	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術	9,210点
K 6 5 2	胃、十二指腸緊急切除術・ポリープ切除術（開腹によるもの）	11,530点
K 6 5 3	内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術	
1	早期悪性腫瘍粘膜切除術	6,460点
2	早期悪性腫瘍胃粘膜下層剥離術	18,370点
3	早期悪性腫瘍十二指腸粘膜下層剥離術	21,370点
4	早期悪性腫瘍ポリープ・粘膜切除術	6,230点
5	その他のポリープ・粘膜切除術	5,200点
K 6 5 3-2	食道、胃内異物除去摘出術（マグネツトカテーテルによるもの）	3,200点
K 6 5 3-3	内視鏡的食道及び胃内異物摘出術	3,250点
K 6 5 3-4	内視鏡的悪性胃悪性腫瘍光線力学療法	6,460点
K 6 5 3-5	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術	12,480点
K 6 5 4	内視鏡的消化管止血術	4,800点
K 6 5 4-2	胃局所切除術	13,830点
K 6 5 4-3	腹腔鏡下胃局所切除術	
1	内視鏡処置を併施するもの	28,500点
2	その他のもの	20,400点
K 6 5 4-4	腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）	30,000点
K 6 5 5	胃切除術	
1	単純切除術	33,850点
2	悪性腫瘍手術	55,870点
注	有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。	
K 6 5 5-2	腹腔鏡下胃切除術	
1	単純切除術	45,470点
2	悪性腫瘍手術	64,120点
注	有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。	
K 6 5 5-3	十二指腸窓（内方）憩室摘出術	26,910点
K 6 5 5-4	噴門側胃切除術	
1	単純切除術	40,170点
2	悪性腫瘍切除術	71,630点
注	有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。	
K 6 5 5-5	腹腔鏡下噴門側胃切除術	
1	単純切除術	54,010点
2	悪性腫瘍切除術	75,730点
注	有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。	
K 6 5 6	胃縮小術	28,210点
K 6 5 6-2	腹腔鏡下胃縮小術（スリープ状切除によるもの）	40,050点
K 6 5 7	胃全摘術	
1	単純全摘術	50,920点
2	悪性腫瘍手術	69,840点
注	有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。	
K 6 5 7-2	腹腔鏡下胃全摘術	
1	単純全摘術	64,740点
2	悪性腫瘍手術	83,090点
注	有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。	
K 6 5 8	切除	
K 6 5 9	食道下部迷走神経切除術（幹迷切）	13,600点
1	単独のもの	19,000点
2	トレナージを併施するもの	37,620点
3	胃切除術を併施するもの	30,570点
K 6 5 9-2	腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術（幹迷切）	
K 6 6 0	食道下部迷走神経選択的切除術	
1	単独のもの	19,500点
2	トレナージを併施するもの	28,210点
3	胃切除術を併施するもの	37,620点
K 6 6 0-2	腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術	
K 6 6 1	胃空状静脈結紮及び切除術	34,100点
K 6 6 2	胃腸吻合術（ブラウマン吻合を含む。）	17,400点
K 6 6 2-2	腹腔鏡下胃腸吻合術	16,010点
K 6 6 3	十二指腸空腸吻合術	13,400点
K 6 6 4	胃造設術（経皮的内視鏡下胃造設術、腹腔鏡下胃造設術を含む。）	6,070点
K 6 6 4-2	経皮経食道胃管挿入術（P T E G）	14,610点
K 6 6 4-3	薬剤投与用胃造設術	8,570点
K 6 6 5	胃腸閉鎖術	
1	開腹又は腹腔鏡によるもの	12,040点
2	内視鏡によるもの	10,300点
K 6 6 5-2	胃萎縮手術	2,000点
K 6 6 6	幽門形成術（粘膜外幽門筋切開術を含む。）	10,500点
K 6 6 6-2	腹腔鏡下幽門形成術	17,060点
K 6 6 7	噴門形成術	16,980点
K 6 6 7-2	腹腔鏡下噴門形成術	37,620点
K 6 6 7-3	削除	
K 6 6 8	胃腸断術（静脈瘤手術）	28,210点
K 6 6 8-2	バルーン閉塞下行性経静脈的塞栓術（胆嚢、胆道）	31,710点
K 6 6 9	胆嚢切開術	12,460点
K 6 7 0	胆嚢切開結石摘出術	11,800点
K 6 7 1	胆嚢切開結石摘出術（チューブ挿入を含む。）	
1	胆嚢摘出を含むもの	33,850点
2	胆嚢摘出を含まないもの	26,880点
K 6 7 1-2	腹腔鏡下胆嚢切開結石摘出術	
1	胆嚢摘出を含むもの	39,890点
2	胆嚢摘出を含まないもの	33,610点
K 6 7 2	胆嚢摘出術	27,670点
K 6 7 2-2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	21,500点
K 6 7 3	胆嚢形成手術（胆嚢切除術を含む。）	37,620点
K 6 7 4	総胆管拡張症手術	59,490点
注	乳頭形成を併せて行った場合は、5,000点を所定点数に加算する。	
K 6 7 4-2	腹腔鏡下総胆管拡張症手術	110,000点
注	乳頭形成を併せて行った場合は、5,000点を所定点数に加算する。	

K 6 7 5	胆悪性腫瘍手術 1 胆嚢に顕高するもの（リンパ節転移を含む。） 2 肝切除（亜区域切除以上）を伴うもの 3 肝切除（葉以上）を伴うもの 4 臈頭十二指腸切除を伴うもの 5 臈頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うもの	45,520点 57,790点 77,450点 101,590点 173,500点	K 6 8 9-2	経皮経肝バルーン拡張術 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	12,270点
K 6 7 6	胆管悪性腫瘍手術	173,500点	K 6 9 0	肝縫合術	19,140点
K 6 7 7	胆管十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うもの 2 臈頭十二指腸切除及び血行再建を伴うもの 3 その他のもの	104,800点 84,700点	K 6 9 1	肝腫瘍切開術 1 開腹によるもの 2 開胸によるもの	11,860点 12,520点 10,800点
K 6 7 7-2	肝門部胆管悪性腫瘍手術 1 血行再建あり 2 血行再建なし	180,990点 101,090点	K 6 9 1-2	経皮的肝腫瘍ドレーナージ術 注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。	13,710点 28,210点 28,210点 28,210点
K 6 7 8	体外超音波胆石碎砕術（一連につき）	16,300点	K 6 9 2	肝嚢胞切開又は縫縮術	38,040点
K 6 7 9	胆嚢胃（腸）吻合術	11,580点	K 6 9 2-2	腹腔鏡下肝嚢胞切開術	43,340点
K 6 8 0	総胆管胃（腸）吻合術	33,850点	K 6 9 3	肝内結石摘出術（開腹）	56,280点
K 6 8 1	胆嚢外挿造設術	9,420点	K 6 9 4	肝嚢胞、肝腫瘍摘出術	46,130点
K 6 8 2	胆管外挿造設術 1 開腹によるもの 2 経皮的肝によるもの	14,760点 10,800点	K 6 9 5	肝切除術 1 部分切除 イ 単回の切除によるもの ロ 複数回の切除を要するもの	60,700点 76,210点 97,050点 126,230点
K 6 8 2-2	経皮的胆管ドレーナージ術 注 挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。	10,800点	K 6 9 5-2	腹腔鏡下肝切除術 1 部分切除 イ 単回の切除によるもの ロ 複数回の切除を要するもの	58,680点 63,680点
K 6 8 2-3	内視鏡的胆管ドレーナージ術（ENBD） 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	10,800点	K 6 9 7-2	外側区域切除 2 外側区域切除 3 亜区域切除 4 1区域切除（外側区域切除を除く。） 5 2区域切除 6 3区域切除以上のもの 7 2区域切除以上であって、血行再建を伴うもの	74,880点 108,820点 130,730点 130,730点 152,440点 174,090点 30,940点
K 6 8 2-4	超音波内視鏡下穿孔形成術（腹腔内腫瘍に対するもの）	25,570点	K 6 9 7-3	肝内胆管外挿造設術 1 開腹によるもの 2 経皮的肝によるもの 3 経皮的胆管ドレーナージによるもの 4 腹腔鏡によるもの 5 その他のもの	18,810点 10,800点 18,710点 17,410点
K 6 8 3	切除	60,000点	K 6 9 7-3	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として） 1 2センチメートル以内のもの イ 腹腔鏡によるもの ロ その他のもの 2 2センチメートルを超えるもの イ 腹腔鏡によるもの ロ その他のもの	16,300点 15,000点 23,280点 21,960点
K 6 8 4	先天性胆道閉塞症手術	119,200点			
K 6 8 4-2	腹腔鏡下胆道結石除去術	14,300点			
K 6 8 5	内視鏡的胆道結石除去術 1 胆道結石術を伴うもの 2 その他のもの 注 バルーン内挿鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。	9,980点 3,500点			
K 6 8 6	内視鏡的胆道拡張術 注 バルーン内挿鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。	13,820点 3,500点			
K 6 8 7	内視鏡的乳頭切開術 1 乳頭括約筋切開のみのもの 2 胆道結石術を伴うもの 3 胆道鏡下結石碎砕術を伴うもの 注 バルーン内挿鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。	11,270点 24,550点 31,700点			
K 6 8 8	内視鏡的胆道ステント留置術 注 バルーン内挿鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。	11,540点 3,500点			
K 6 8 9	経皮経肝胆管ステント挿入術 注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	12,270点			

注	フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200点を所定点数に加算する。		
K 697-4	移植用部分肝採取術（生体）	82,800点	
K 697-5	生体部分肝移植術	227,140点	
注	1 生体部分肝を移植した場合は、生体部分肝の摘出のために要した提供者の養育上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。		
	2 肝移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。		
	3 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。		
K 697-6	移植用肝採取術（死体）	86,700点	
注	肝移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。		
K 697-7	同種死体肝移植術	193,060点	
注	1 肝移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。		
	2 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。		
K 698	急性肝炎手術		
1	感染性腸死節切除を伴うもの	49,390点	
2	その他のもの	28,210点	
K 699	膵結石手術		
1	膵切開によるもの	28,210点	
2	経十二指腸乳頭によるもの	28,210点	
K 699-2	体外衝撃波砕石破砕術（連用につき）	19,300点	
注	破砕した砕石を内視鏡を用いて除去した場合は、内視鏡的砕石除去加算として、連用につき一回に限り5,640点を所定点数に加算する。		
K 700	膽中央切除術	53,560点	
K 700-2	膵腫瘍摘出術	26,100点	
K 700-3	膵膵鏡下膵腫瘍摘出術	39,950点	
K 701	膵破裂縫合術	24,280点	
K 702	膵体尾部腫瘍切除術		
1	膵尾部切除術の場合	24,000点	
イ	脾同時切除術の場合	21,750点	
ロ	脾温存の場合	57,190点	
2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合		
3	周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	52,730点	
4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	55,870点	
K 702-2	膵膵鏡下膵体尾部腫瘍切除術	53,480点	
1	脾同時切除術の場合	56,240点	
2	脾温存の場合		
K 703	膵頭部腫瘍切除術	81,620点	
1	膵頭十二指腸切除術の場合	86,810点	
2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存膵頭切除術の場合		
3	周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合	86,810点	
4	血行再建を伴う腫瘍切除術の場合	131,230点	
K 703-2	膵膵鏡下膵頭部腫瘍切除術		
1	膵膵鏡下膵頭部腫瘍切除術の場合	26,810点	
2	膵膵鏡下膵固定術	30,070点	
3	膵膵鏡下膵摘出術	34,130点	
4	膵膵鏡下膵摘出術（空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸）	37,060点	
K 710	膵総切除術（部分切除を含む。）	11,400点	
K 710-2	膵膵鏡下膵固定術	9,650点	
K 711	膵膵摘出術	12,010点	
K 711-2	膵膵鏡下膵摘出術（空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸）		
K 712	破裂膵管縫合術		
K 713	膵切開術		
K 714	膵管癒着症手術		
1	膵膵鏡下膵膵切除術の場合	156,450点	
2	リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合	173,640点	
3	膵膵鏡下膵膵切除術の場合	103,030点	
4	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
1	膵膵鏡下膵膵切除術の場合	13,820点	
2	膵膵鏡下膵膵切除術の場合	31,310点	
3	膵膵鏡下膵膵切除術の場合	37,620点	
4	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
1	内視鏡によるもの	18,370点	
2	開腹によるもの	12,460点	
3	膵膵鏡下膵膵切除術の場合	18,810点	
4	膵膵鏡下膵膵切除術の場合	22,240点	
5	膵膵鏡下膵膵切除術の場合	28,210点	
6	膵膵鏡下膵膵切除術の場合	71,240点	
7	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
1	内視鏡によるもの	112,570点	
2	開腹によるもの		
3	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
4	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
5	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
6	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
7	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
8	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
9	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
10	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
11	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
12	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
13	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
14	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
15	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
16	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
17	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
18	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
19	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
20	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
21	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
22	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
23	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
24	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
25	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
26	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
27	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
28	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
29	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
30	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
31	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
32	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
33	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
34	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
35	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
36	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
37	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
38	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
39	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
40	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
41	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
42	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
43	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
44	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
45	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
46	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
47	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
48	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
49	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
50	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
51	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
52	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
53	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
54	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
55	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
56	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
57	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
58	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
59	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
60	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
61	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
62	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
63	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
64	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
65	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
66	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
67	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
68	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
69	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
70	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
71	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
72	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
73	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
74	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
75	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
76	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
77	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
78	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
79	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
80	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
81	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
82	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
83	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
84	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
85	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
86	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
87	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
88	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
89	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
90	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
91	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
92	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
93	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
94	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
95	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
96	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
97	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
98	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
99	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		
100	膵膵鏡下膵膵切除術の場合		

K714-2	腹腔鏡下腸管癒着剝離術	20,650点	K721	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	5,000点
K715	腸重積症整復術	4,490点	1	長径2センチメートル未満	7,000点
	1 非血動的なもの	6,040点	2	長径2センチメートル以上	
	2 親血動的なもの	14,660点	K721-1-2	切除	5,360点
K715-2	腹腔鏡下腸重積症整復術		K721-3	内視鏡的結腸臍物摘出術	22,040点
K716	小腸切除術	34,150点	K721-4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剝離術	10,390点
	1 複雑なもの	15,940点	K722	小腸結腸内視鏡的止血術	3,500点
	2 その他のもの			注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、5,000点を所定点数に加算する。	
K716-2	腹腔鏡下小腸切除術	37,380点	K723	切除	9,330点
	1 複雑なもの	31,370点	K724	腸吻合	8,830点
	2 その他のもの	56,850点	K725	腸瘻、虫垂嚢造設術	13,250点
K716-3	移植用部分小腸採取術（生体）		K725-2	腹腔鏡下腸瘻、虫垂嚢造設術	9,570点
	注 小腸移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	164,240点	K726	人工肛門造設術	16,700点
K716-4	生体部分小腸移植術		K726-2	腹腔鏡下人工肛門造設術	8,340点
	注 1 生体部分小腸を移植した場合は、生体部分小腸の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。		K727	腸管外腸管前置術	11,220点
	2 小腸移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。		K728	腸管切離を伴わないもの	12,190点
	3 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。		K729	腸閉鎖症手術	28,210点
K716-5	移植用小腸採取術（死体）	65,140点	1	腸管切除を伴わないもの	47,020点
	注 小腸移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。		2	腸管切除を伴うもの	32,310点
K716-6	同種死体小腸移植術	177,980点	K729-2	多発性小腸閉鎖症手術	11,580点
	注 1 小腸移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。		K729-3	腹腔鏡下腸閉鎖症手術	17,900点
	2 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。		K730	小腸瘻閉鎖術	10,300点
K717	小腸腫瘍、小腸嚢摘出術（メックル嚢炎炎手術を含む。）	18,810点	K731	結腸閉鎖術	11,470点
K718	虫垂切除術	6,740点	1	腸管切除を伴わないもの	11,750点
	1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	8,880点	2	腸管切除を伴うもの	28,210点
	2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの		3	内視鏡によるもの	10,300点
K718-2	腹腔鏡下虫垂切除術	13,760点	K732	人工肛門閉鎖術	11,470点
	1 虫垂周囲膿瘍を伴わないもの	22,050点	1	腸管切除を伴わないもの	34,280点
	2 虫垂周囲膿瘍を伴うもの		2	腸管切除を伴うもの	28,210点
K719	結腸切除術	24,170点	K732-2	腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（悪性腫瘍に対する直腸切除術後のものに限る。）	40,450点
	1 小範囲切除	29,940点	1	直腸切除術後のもの	4,400点
	2 結腸半側切除	35,680点	ロ	その他のもの	18,810点
	3 全切除、再全切除又は悪性腫瘍手術		イ	直腸切除術後のもの	28,800点
	注 人工肛門造設術を行って実施した場合は、人工肛門造設加算として、2,000点を所定点数に加算する。		1	腸管切除を伴わないもの	50,830点
K719-2	腹腔鏡下結腸切除術	42,680点	2	腸管切除を伴うもの	11,090点
	1 小範囲切除、結腸半側切除	59,510点		注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。	
	2 全切除、亜全切除		K733	盲腸縫縮術	63,710点
	注 人工肛門造設術を行って実施した場合は、人工肛門造設加算として、3,470点を所定点数に加算する。		K734	腸回転異常症手術	10,920点
K719-3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	59,510点	K734-2	腹腔鏡下腸回転異常症手術	76,000点
K719-4	ビックレル氏手術	51,860点	K735	先天性巨大結腸症手術	10,920点
K719-5	全結腸、直腸切除兼肛門吻合術	75,690点	K735-2	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）	10,030点
K719-6	腹腔鏡下全結腸、直腸切除兼肛門吻合術	16,610点		注 バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。	
K720	結腸腫瘍（回盲部腫瘍摘出術を含む。）、結腸憩室摘出術、結腸ポリープ切除術（閉腹によるもの）		K735-3	腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術	63,710点
			K735-4	下部消化管ステント留置術	10,920点
			K735-5	腸管延長術	76,000点
			K736	人工肛門形成術	10,030点
			1	開腹を伴うもの	

2	その他のもの (直腸)	3,670点	K743-6	肛門部皮膚剥離切除術	3,750点
K737	直腸周囲腫瘍切除術	2,610点	K744	裂肛又は肛門潰瘍根治手術	3,110点
K738	直腸異物除去術	8,040点	K745	肛門周囲腫瘍切除術	2,050点
K739	直腸腫瘍摘出術(ボリー切除を含む。)	11,530点	K746	痔瘻根治手術	3,750点
	1 経肛門	4,010点	K746-1	1 単純なもの	7,470点
	2 経括約筋	9,940点	K746-2	2 複雑なもの	8,120点
K739-2	経肛門の内視鏡下手術(直腸腫瘍に限る。)	18,810点	K747	高位直腸癌手術	7,470点
K739-3	低侵襲経肛門の局所切除術(MITAS)	26,100点	K747	肛門良性腫瘍、肛門ボリー、肛門尖圭コンジローーム切除術	8,120点
K740	直腸切除・切断術	16,700点	K748	肛門悪性腫瘍手術	1,290点
	1 切除術	42,850点		1 切除	28,210点
	2 低位前方切除術	71,300点		2 直腸切断を伴うもの	70,680点
	3 超低位前方切除術	73,840点	K749	肛門拡張術(靭帯のもの)	1,630点
	4 経肛門吻合を伴う切除術	82,840点	K750	肛門括約筋形成手術	3,990点
	5 切断術	71,120点		1 縦横切除又は縦横によるもの	23,660点
K740-2	腹腔鏡下直腸切除・切断術	75,460点	K751	鎖肛手術	2,100点
	1 切除術	83,930点		1 肛門膜状閉鎖切開	18,810点
	2 低位前方切除術	83,930点		2 傘状式	35,270点
	3 切断術	83,930点		3 仙骨傘状式	62,660点
K740-3	切除			4 腹会陰、腹仙骨式	46,950点
K741	直腸狭窄形成手術	28,210点	K751-1	1 仙骨部奇形腫手術	70,140点
K741-1	直腸癒着手術	5,760点	K751-2	2 腹腔鏡下鎖肛手術(靭帯、腹仙骨式)	5,210点
K742	直腸脱手術	28,210点	K751-3	3 腹腔鏡下鎖肛手術	7,710点
	1 経会陰によるもの		K752	鎖肛形成手術	3,680点
	イ 腸管切除を伴わないもの	8,410点		1 肛門狭窄形成手術	
	ロ 腸管切除を伴うもの	25,780点		2 直腸粘膜形成手術	
	2 腸管奉上面定を行うもの	10,900点	K753	毛嚢腫、毛嚢腫、毛嚢洞手術	
	3 骨腔形成を行うもの	18,810点		第10款 医路系・副腎	
	4 腹会陰からのもの(腸切除を含む。)	37,620点		(副腎)	
K742-2	腹腔鏡下直腸脱手術 (肛門、その周辺)	30,810点	K754	副腎摘出術(副腎部分切除術を含む。)	28,210点
K743	痔核手術(脱肛を含む。)	1,660点	K754-1	1 腹腔鏡下副腎摘出術	40,100点
	1 硬化療法	4,010点	K754-2	2 腹腔鏡下小切開副腎摘出術	34,390点
	2 硬化療法(四段階注法によるもの)	1,390点	K755	副腎腫瘍摘出術	39,410点
	3 結紮術、焼灼術、血管摘出術	5,190点		1 皮質腫瘍	47,020点
	4 根治手術(硬化療法(四段階注法によるもの)を伴わないもの)	6,520点		2 髓質腫瘍(褐色細胞腫)	47,030点
	5 根治手術(硬化療法(四段階注法によるもの)を伴うもの)	11,260点	K755-1	1 腎臓腫瘍摘出術	47,020点
	6 PPH	1,380点	K755-2	2 腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術	51,120点
K743-2	肛門括約筋切開術	5,360点	K756	副腎悪性腫瘍手術	37,620点
K743-3	切除	3,750点		1 腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術	38,270点
K743-4	痔核手術後痔瘻拡張手術			(腎、腎盂)	3,480点
K743-5	モルガニ二氏洞及び肛門管切開術		K757	腎破裂縫合術	37,620点
				1 腎破裂手術	47,020点
			K758	腎周囲腫瘍切開術	37,620点
			K759	腎切半術	47,020点
			K760	癒合腎離断術	10,660点
			K761	腎臓動脈結紮術(除神経術を含む。)	10,350点
			K762	腎固定術	32,800点
			K763	腎切石術	27,550点
			K764	経皮的尿管結石除去術(経皮的腎盂鏡遠視術を含む。)	32,800点
			K765	経皮的腎盂鏡腫瘍摘出術(経皮的腎鏡遠視術を含む。)	33,040点

K766	経皮的尿管拡張術（経皮的尿管拡張術を含む。）	13,000点	1 レーザーによるもの	22,270点
K767	腎盂切石術	27,210点	2 その他のもの	14,800点
K768	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）	19,300点		
K769	腎部分切除術	35,880点	K781-2 腎尿道的腎盂尿管凝固止血術	8,250点
K769-1	腹腔鏡下腎部分切除術	43,930点	K781-3 経尿道的尿管狭窄拡張術	10,310点
K769-2	腹腔鏡下小切開腎部分切除術	42,900点	K782 尿管切石術	15,310点
K770	腎囊袖切除縮小術	11,580点	1 上部及び中部	20,980点
K770-1	腹腔鏡下腎囊袖切除縮小術	18,850点	2 膀胱近接部	3,400点
K770-2	腹腔鏡下腎囊袖切除縮小術	20,360点	1 経尿道的尿管留置術	1,300点
K770-3	腹腔鏡下腎囊袖切除縮小術	1,490点	2 経尿道的尿管留置術	18,810点
K771	経皮的尿管造影留置術	1,490点	K783-1 尿管留置術	18,810点
K772	腎摘出術	18,760点	K783-2 経尿道的尿管狭窄拡張術	18,810点
K772-1	腹腔鏡下腎摘出術	54,250点	K783-3 経尿道的尿管留置術	21,420点
K772-2	腹腔鏡下小切開腎摘出術	40,240点	K783-4 尿管留置術	31,040点
K772-3	腹腔鏡下腎摘出術	42,770点	K784-1 尿管留置術	25,570点
K773	腎（尿管）悪性腫瘍手術	64,720点	K784-2 尿管留置術	
K773-1	腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術	49,870点	K785 経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術	
K773-2	腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	52,800点	K785-1 腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	
K773-3	腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術	70,730点	K786 尿管膀胱吻合術	
K773-4	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）	13,860点	注 巨大尿管に対して尿管形成術を併せて実施した場合は、尿管形成加算として、9,400点を所定点数に加算する。	
K774	腎（尿管）腫瘍摘出術	6,000点	9,400点を所定点数に加算する。	
K775	腎（尿管）腫瘍摘出術	27,890点	K787 尿管尿管吻合術	27,210点
K775-1	経皮的腎（尿管）腫瘍摘出術（一連につき）	10,300点	K788 尿管腫瘍吻合術	17,070点
K775-2	経皮的腎（尿管）腫瘍摘出術	28,210点	K789 尿管腫瘍摘出術	46,450点
K776	腎（尿管）皮膚腫瘍摘出術	33,120点	K790 尿管皮膚腫瘍摘出術	14,200点
K777	腎（尿管）腫瘍摘出術	51,600点	K791 尿管皮膚腫瘍摘出術	30,450点
K777-1	内視鏡によるもの	35,700点	K792 尿管腫瘍摘出術	
K777-2	その他のもの	10,300点	1 内視鏡によるもの	10,300点
K778	腎盂形成手術	28,210点	2 その他のもの	36,840点
K778-1	腹腔鏡下腎盂形成手術	33,120点	K793 尿管腫瘍摘出術	17,070点
K778-2	腹腔鏡下腎摘取術（生体）	51,600点	K794 尿管口形成手術	28,210点
K779	移植用腎採取術（生体）	35,700点	K794-1 経尿道的尿管口形成手術	16,580点
K779-1	腎提供者に依る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	43,400点	K794-2 経尿道的尿管口形成手術	15,500点
K779-2	腎提供者に依る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	51,850点	K795 膀胱破裂閉鎖術	11,170点
K779-3	腎提供者に依る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	98,770点	K796 膀胱周囲腫瘍摘出術	3,300点
K780	同種死体腎移植術	98,770点	K797 膀胱内浸血血尿止血術	2,980点
K780-1	臓器の移植に関する法律第6条第2号に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く死体腎を移植した場合は、移植臓器提供加算として、95,000点を所定点数に加算する。	43,400点	K798 膀胱結石、異物摘出術	8,320点
K780-2	臓器提供者に依る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	51,850点	1 経尿道的手術	3,150点
K780-3	臓器提供者に依る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。	98,770点	2 膀胱高位閉鎖術	3,150点
K781	経尿道的尿管結石除去術	59,350点	K798-1 経尿道的尿管結石除去術（バスケットワイヤーカテーテル使用）	8,320点
		10,610点	K799 膀胱鏡室切除術	9,270点
		30,880点	K800 膀胱鏡室切除術	9,060点
			K800-1 経尿道的尿管凝固術	9,060点
			K800-2 膀胱鏡下尿管凝固術	6,410点
			K800-3 膀胱鏡下尿管凝固術	
			注 1 間質性膀胱炎の患者に対して行われた場合に限り算定する。	
			2 逆流液の費用及び電気凝固に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。	
			3 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。	
			K801 膀胱単摘除術	59,350点
			1 臓器利用の尿管変更を行うもの	51,510点
			2 その他のもの	10,610点
			K802 膀胱腫瘍摘出術	
			K802-1 膀胱摘出術	
			K802-2 膀胱摘出術	
			1 メッシュを使用するもの	

2	その他のもの	23,260点	
K802-3	膀胱後腫瘍摘出術		
1	尿管切除を伴わないもの	11,100点	
2	尿管切除を伴うもの	21,700点	
K802-4	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	12,710点	
K802-5	腹腔鏡下膀胱部分切除術	22,410点	
K802-6	腹腔鏡下膀胱摘手術	41,160点	
	注 メンブレンを使用した場合に算定する。		
K803	膀胱悪性腫瘍手術	34,150点	
1	切除	66,890点	
2	全摘（摘管等を利用して尿管変更を行わないもの）	80,160点	
3	全摘（尿管S状結腸吻合を利用して尿管変更を行うもの）	107,800点	
4	全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿管変更を行うもの）	110,600点	
5	全摘（代用膀胱を利用して尿管変更を行うもの）		
6	経尿道的手術		
	イ 電解質溶液利用のもの	12,300点	
	ロ その他のもの	10,400点	
	注 狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。		
K803-2	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	76,880点	
1	全摘（摘管等を利用して尿管変更を行わないもの）	117,790点	
2	全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿管変更を行うもの）	120,590点	
3	全摘（代用膀胱を利用して尿管変更を行うもの）		
K803-3	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	74,880点	
1	全摘（摘管等を利用して尿管変更を行わないもの）	115,790点	
2	全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿管変更を行うもの）	118,590点	
3	全摘（代用膀胱を利用して尿管変更を行うもの）		
K804	尿管摘出術	22,030点	
K804-2	腹腔鏡下尿管摘出術	3,530点	
K805	膀胱導管造設術	25,200点	
K805-2	膀胱及び膈造設術	49,400点	
K805-3	導尿管造設術	8,700点	
K806	膀胱尿管挿入術	27,700点	
K807	膀胱陰道閉鎖術		
K808	膀胱尿道閉鎖術		
	1 内視鏡によるもの	10,300点	
	2 その他のもの	27,700点	
K809	膀胱子宮尿管閉鎖術	37,180点	
K809-2	膀胱尿管逆流手術	25,570点	
	注 巨大尿管に対して尿管形成術を併せて実施した場合は、尿管形成加算として、9,400点を加算する。		
K809-3	腹腔鏡下膀胱内手術	39,280点	
K810	ポアリール氏手術	36,840点	
K811	尿管利用膀胱拡大術	48,200点	
K812	回腸（結腸）造管造設術	49,570点	
K812-2	排泄器付尿管手術	70,430点	
1	外反膀胱閉鎖術	103,710点	
2	膀胱腸套閉鎖術（尿管）		
K813	尿道周囲腫瘍切除術	1,160点	
K814	外尿道口切除術	1,010点	
K815	尿道結石、異物摘出術	2,180点	
1	前部尿道	6,300点	
2	後部尿道	2,180点	
K816	外尿道腫瘍切除術	32,230点	
K817	尿道悪性腫瘍摘出術	23,130点	
1	摘出	54,060点	
	2 内視鏡による場合		
	3 尿管変更を行う場合		
K818	尿道形成手術	17,030点	
1	前部尿道	37,700点	
2	後部尿道	33,790点	
K819	尿道下裂形成手術	52,710点	
K820	尿道上裂形成手術	39,000点	
K821	尿道狭窄内視鏡手術	15,040点	
K821-2	尿道狭窄拡張術（尿道バルーンカテーテル）	14,200点	
K821-3	尿道ステント植立膀胱尿道拡張術	12,300点	
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。		
K822	女子尿道脱手術	7,560点	
K823	尿失禁手術	23,510点	
1	恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの	20,620点	
2	その他のもの	23,690点	
K823-2	尿失禁又は膀胱尿管逆流現象コーラーゲン注入手術	23,320点	
	注 コラーゲン注入手術に伴って使用したコーラーゲンの費用は、所定点数に含まれるものとする。		
K823-3	膀胱尿管逆流手術（治療用注入材によるもの）	32,440点	
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。		
K823-4	腹腔鏡下尿失禁手術	23,920点	
K823-5	人工尿道括約筋補込・置換術	9,680点	
K823-6	尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）		
	第11款 性器		
	区分		
	(陰茎)		
K824	陰茎尖至コンジローム切除術	1,360点	
K825	陰茎全摘術	16,630点	
K826	陰茎切斷術	7,020点	
K826-2	陰茎折症手術	8,550点	
K826-3	陰茎様陰核形成手術	7,020点	
K827	陰茎悪性腫瘍手術	23,200点	
1	陰茎切除	36,500点	
2	陰茎全摘		
K828	包茎手術	740点	
1	背面切開術	2,040点	
2	環状切開術		
K828-2	陰茎持続勃起症手術	4,670点	
1	亀頭-陰茎海綿体置換成形術（ウインター法）によるもの	18,600点	
2	その他のシャント術によるもの		

K 8 2 9	(陰莖、精巣、精巢上体、精管、精索) 精管切斷、切除術 (高脚)	2,550点	K 8 5 1	金陰形成手術	2,330点
K 8 3 0	精巢摘出術	2,770点	1	筋層に及ばないもの	6,910点
K 8 3 0-2	精巢外傷手術	3,200点	2	筋層に及ぶもの	1,920点
1	陰莖内血腫除去術	3,400点	K 8 5 1-2	外陰・陰血腫除去術	2,330点
2	精巢白膜縫合術	4,200点	K 8 5 1-3	癒合陰嚢形成手術	6,240点
K 8 3 1	及び K 8 3 1-2 削除	12,340点	1	筋層に及ばないもの	2,760点
K 8 3 2	精巢上体摘出術	2,970点	2	筋層に及ぶもの	6,330点
K 8 3 3	精巢悪性腫瘍手術	20,500点	K 8 5 2	陰嚢裂創縫合術 (分娩時を除く。)	8,280点
K 8 3 4	精索静脈迴流手術	12,500点	1	前又は後壁裂創	31,940点
K 8 3 4-2	腹腔鏡下内精索静脈結紮術	3,620点	2	前後壁裂創	7,410点
K 8 3 4-3	顕微鏡下精索静脈癒手術	2,290点	3	陰嚢蓋に及ぶ裂創	2,580点
K 8 3 5	陰嚢水腫手術	37,170点	4	直腸裂傷を伴うもの	2,230点
1	交通性陰嚢水腫手術	7,910点	K 8 5 3	陰嚢鎖術	1,510点
2	その他	7,910点	1	中央陰嚢鎖術 (子宮全脱)	2,540点
K 8 3 6	停留精巣固定術	9,740点	2	その他	2,540点
K 8 3 6-2	腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術	37,170点	K 8 5 4	腔式子宮旁結合織炎 (膿瘍) 切開術	2,540点
K 8 3 7	精管形成手術	12,470点	K 8 5 4-2	後陰嚢切開 (異所性妊娠)	1,040点
K 8 3 8	精索捻転手術	8,230点	K 8 5 5	腔中隔切除術	1,250点
1	対側の精巣固定術を伴うもの	7,910点	1	不全隔のもの	44,480点
2	その他のもの	20,400点	2	全中隔のもの	10,300点
(精囊、前立腺)		18,500点	1	内視鏡によるもの	35,130点
K 8 3 9	前立腺腫瘍切開術	2,770点	2	その他のもの	2,130点
K 8 4 0	前立腺被膜下摘出術	15,920点	K 8 5 9	造陰術、陰嚢鎖症術	18,810点
K 8 4 1	経尿道的前立腺手術	20,400点	1	拡張器利用によるもの	28,210点
1	電解溶液利用のもの	18,500点	2	遊離植皮によるもの	47,040点
2	その他のもの	20,400点	3	陰断端挙上によるもの	55,810点
K 8 4 1-2	経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術	20,470点	4	腸管形成によるもの	38,690点
1	ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの	19,000点	5	筋皮弁移植によるもの	7,880点
2	その他のもの	5,000点	K 8 6 0-2	陰断端挙上術 (腔式、腔式 (子宮))	29,190点
K 8 4 1-3	経尿道的前立腺高温度治療 (一連につき)	5,000点	K 8 6 1	子宮内膜掻爬術	1,420点
K 8 4 1-4	焦点式高エネルギー超音波療法 (一連につき)	21,500点	K 8 6 2	クレンジング手術	7,710点
K 8 4 1-5	経尿道的前立腺核出術	41,080点	K 8 6 3	膀胱鏡下子宮内膜掻爬術	20,610点
K 8 4 2	前立腺悪性腫瘍手術	77,430点	K 8 6 3-2	腔鏡下子宮内膜掻爬術	18,590点
K 8 4 3	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	59,780点	K 8 6 3-3	子宮鏡下子宮内膜焼灼術	17,810点
K 8 4 3-3	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	95,280点	K 8 6 4	子宮位置矯正術	4,040点
(外陰、会陰)		940点	1	アレキサンダー手術	8,140点
K 8 4 4	バルトリン腺腫瘍切開術	790点	2	閉腹による位置矯正術	16,420点
K 8 4 5	処女膜切開術	980点	3	瘻管刺離矯正術	
K 8 4 6	処女膜切除術	2,230点	K 8 6 5	子宮脱手術	
K 8 4 7	輪状処女膜切除術	3,310点			
K 8 4 8	バルトリン腺腫瘍腫瘍摘出術 (造袋術を含む。)	2,810点			
K 8 4 9	女子外性器腫瘍摘出術	29,190点			
K 8 5 0	女子外性器悪性腫瘍手術	63,200点			
1	切除	23,830点			
2	皮膚移植 (筋皮弁使用) を行った場合				
K 8 5 0-2	陰嚢・毛性腫瘍摘出術				

1 腔鏡形成手術及び子宮位置矯正術	16,900点	1 開腹によるもの	13,890点
2 ハルバン・シャウタ手術	16,900点	2 腹腔鏡によるもの	21,370点
3 マンチエスター手術	14,110点	K 887 卵巢部分切除術 (腔鏡を含む。)	6,150点
4 腔鏡形成手術及び子宮全摘術 (腔式、腹式)	28,210点	1 開腹によるもの	18,810点
K 865-2 腹腔鏡下仙骨腫固定術	48,240点	2 腹腔鏡によるもの	4,350点
注 メッシュを使用した場合に算定する。		1 開腹によるもの	18,810点
K 866 子宮頸管ゼリー切除術	1,190点	2 腹腔鏡によるもの	5,220点
K 866-2 子宮頸部分凍凝固術	1,190点	2 腹腔鏡によるもの	18,810点
K 867 子宮頸筋 (腔鏡) 切除術	3,330点	K 887-4 腹腔鏡下多発嚢胞性卵巢巣焼灼術	24,130点
K 867-2 子宮頸部凍結等子宮頸部乱切除術	470点	K 888 子宮附属器腫瘍摘出術 (両側)	17,080点
K 867-3 子宮頸部凍結等子宮頸部乱切除術 (腔鏡を含む。)	3,330点	1 開腹によるもの	25,940点
K 867-4 子宮頸部凍結等子宮頸部乱切除術 (腔鏡を含む。)	3,330点	2 腹腔鏡によるもの	12,460点
K 868 から K 870 まで 剥離		K 889 子宮附属器悪性腫瘍手術 (両側)	58,500点
K 871 子宮肉肉様筋腫摘出術 (腔式)	3,810点	K 890 卵管形成手術 (卵管・卵巢移植、卵管架橋等)	27,380点
K 872 子宮筋腫摘出 (核出) 術	24,510点	K 890-2 卵管鏡下卵管形成術	46,410点
1 腹式	14,290点	K 890-3 腹腔鏡下卵管形成術	46,410点
2 腔式	37,620点	K 891 分娩時頸部切開術 (縫合を含む。)	3,170点
K 872-2 腹腔鏡下子宮筋腫摘出 (核出) 術		K 892 骨盤包被摘出術	3,800点
K 872-3 子宮鏡下有蒂粘膜下筋腫切出術、子宮内腫瘍ロープ切除術		K 893 嚢引筋摘出術	2,550点
1 電解質溶液利用のもの	6,630点	K 894 鉗子摘出術	2,700点
2 その他のもの	4,730点	1 低位 (出口) 鉗子	4,760点
K 872-4 瘻筋剥離子宮手術	15,240点	2 中位鉗子	1,530点
1 腹式	8,450点	K 895 会陰 (陰門) 切開及び縫合術 (分娩時)	1,980点
2 腔式	8,450点	K 896 委陰 (陰壁) 裂創縫合術 (分娩時)	5,560点
K 872-5 子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法		1 筋層に及ぶもの	4,320点
K 873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術	19,000点	2 子宮門に及ぶもの	8,920点
1 電解質溶液利用のもの	17,100点	4 直腸裂創を伴うもの	7,060点
2 その他のもの		K 897 頸管裂創縫合術 (分娩時)	22,200点
K 874 及び K 875 剥離		K 898 帝王切開術	20,140点
K 876 子宮腔上部切斷術	10,390点	1 緊急帝王切開	3,220点
K 876-2 腹腔鏡下子宮腔上部切斷術	17,540点	2 選択する場合については、2,000点を所定点数に加算する。	1,240点
K 877 子宮全摘術	28,210点	K 899 胎児縮小術 (娩出術を含む。)	1,240点
K 877-2 腹腔鏡下腔式子宮全摘術	42,050点	K 900 胎帯還納術	2,950点
K 878 広筋帯内腫瘍摘出術	16,120点	K 900-2 胎垂放置術	2,350点
K 878-2 腹腔鏡下広筋帯内腫瘍摘出術	28,130点	K 901 子宮双手圧迫術 (大動脈圧迫術を含む。)	29,190点
K 879 子宮悪性腫瘍手術	62,000点	K 902 胎盤用手剥離術	29,190点
K 879-2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術	70,200点	K 903 子宮破裂手術	16,130点
K 880 剥離		1 子宮全摘除を行うもの	
K 881 腹壁子宮硬手術	23,290点	2 子宮腔上部切斷を行うもの	
K 882 重複子宮、双角子宮手術	25,280点	3 その他のもの	
K 883 子宮頸管形成手術	3,590点		
K 883-2 子宮頸管閉鎖症手術	180点		
1 非鏡血的	3,590点		
2 鏡血的	23,290点		
K 884 奇形子宮形成手術 (ストラスマン手術)			
K 885 (子宮附属器)			
K 885-1 腔式卵巢嚢腫内容摘除術	1,620点		
K 885-2 経皮的卵巢嚢腫内容摘除術			
K 886 子宮附属器悪性腫瘍手術 (両側)			

K904	妊婦子宮摘出術（ボロ一手術）	33,120点	2 保存血液輸血（200mLごとに）	450点
K905	子宮内反転整骨手術（様式、腹式）	340点	イ 1 回目	350点
	1 非親血的	15,490点	ロ 2 回目以降	
K906	子宮管縫縮術	2,020点	3 自己血貯血	250点
	1 マクトナルド法	3,090点	イ 6歳以上の患者の場合（200mLごとに）	500点
	2 シロツカー法又はラッシュ法	1,800点	ロ 6歳未満の患者の場合（体重1kgにつき4mLごとに）	250点
	3 縫縮除術（チューブ抜き術）	1,190点	イ 6歳以上の患者の場合（200mLごとに）	500点
K907	胎児外回転術	4,000点	ロ 凍結保存の場合	1,500点
K908	胎児内（双合）回転術	2,000点	イ 液状保存の場合	750点
K909	流産手術	5,110点	ロ 凍結保存の場合	1,500点
	1 妊娠1週までの場合	1,980点	ロ 6歳未満の患者の場合（体重1kgにつき4mLごとに）	750点
	イ 手動真空吸引法によるもの	40,000点	イ 液状保存の場合	1,000点
	ロ その他のもの	11,880点	ロ 凍結保存の場合	1,500点
K909-2	妊娠1週を超え妊娠21週までの場合	40,000点	イ 6歳以上の患者の場合（200mLごとに）	1,000点
K910	削除	11,880点	ロ 6歳未満の患者の場合（体重1kgにつき4mLごとに）	1,000点
K910-2	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	40,000点	イ 6歳以上の患者の場合（200mLごとに）	5,250点
K910-3	胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）	40,000点	ロ 凍結保存の場合	
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	13,880点	イ 希釈式自己血輸血	
K910-4	無心体双胎焼灼術（一連につき）	4,120点	ロ 希釈式自己血輸血	
	注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	4,120点	イ 液状保存の場合	
K910-5	胎児輸血術（一連につき）	14,110点	ロ 凍結保存の場合	
	注 1 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	22,950点	イ 6歳以上の患者の場合（200mLごとに）	
	2 胎盤穿刺の費用は、所定点数に含まれる。	1,010点	ロ 6歳未満の患者の場合（体重1kgにつき4mLごとに）	
K911	胎状希胎除去術	2,700点	イ 輸血に伴って行った場合と算定する。	
K912	異所性妊娠手術	6,280点	2 自家採血、保存血又は自己血の輸血量には、抗凝固液の量は含まれないものと算する。	
	1 開腹によるもの	18,590点	3 骨髄内輸血又は血管露出術を行った場合は、所定点数に区分番号D404に揚げる骨髄穿刺又は区分番号K606に掲げる血管露出術の所定点数をそれぞれ加算する。	
	2 腹腔鏡によるもの	4,000点	4 輸血に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第4節に掲げる所定点数を加算する。	
K913	新生児死産生術	1,010点	5 輸血に伴って行った患者の血液型検査（ABO式及びRh式）の費用として54点を所定点数に加算する。	
	1 仮死第1度のもの	2,700点	6 不規則抗体検査の費用として検査回数にかかわらず1月につき197点を所定点数に加算する。ただし、頻回に輸血を行う場合にあっては、1週間に1回に限り数に加算する。ただし、頻回に輸血を行う場合にあっては、1週間に1回に限り、197点を所定点数に加算する。	
	2 仮死第2度のもの		7 HLA型適合血小板輸血に伴って行ったHLA型クラスI（A、B、C）又はクラスII（DR、DQ、DP）の費用として、検査回数にかかわらず一連につきそれぞれ所定点数に1,000点を加算する。	
	（その他）		8 輸血に伴って、血液交叉試験、間接クームス検査又はコンピュータクロスマッチ検査は、血液交叉試験加算、間接クームス検査又はコンピュータクロスマッチ加算として、1回につき30点、47点又は30点をそれぞれ加算する。ただし、コンピュータクロスマッチを行った場合は、血液交叉試験加算及び間接クームス検査加算は算定できない。	
K913-2	性腺摘出術	5,000点	9 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、26点を所定点数に加算する。	
	1 開腹によるもの		10 輸血に伴って行った供血者の諸検査、輸血回路及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。	
	2 腹腔鏡によるもの		11 輸血に伴って、血液を保存する費用は、所定点数に含まれるものとする。	
区分	第12款 臓器提供管理料		12 血小板輸血に伴って、血小板洗浄術を行った場合には、血小板洗浄術加算として、500点を所定点数に加算する。	
K914	臓器提供管理料	40,000点		
	注 臓器提供者の脳死後に、臓器提供者の身体に対して行われる処置の費用は、所定点数に含まれる。			
K915	生体臓器提供管理料	5,000点		
	第2節 輸血料			
区分				
K920	輸血	750点		
	1 自家採血輸血（200mLごとに）	650点		
	イ 1 回目			
	ロ 2 回目以降			

- K920-2 輸血管理料
- 1 輸血管理料Ⅰ 220点
 - 2 輸血管理料Ⅱ 110点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、輸血を行った場合には、月1回に限り、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、輸血製剤が適正に使用されている場合には、輸血適正使用加算として、所定点数に、1においては120点、2においては60点を加算する。
 - 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において貯血式自己血輸血を実施した場合は、貯血式自己血輸血管理体制加算として、50点を所定点数に加算する。
- K921 造血幹細胞採取（一連につき）
- 1 骨髓採取
 - イ 同種移植の場合 21,640点
 - ロ 自家移植の場合 17,440点
 - 2 末梢血幹細胞採取
 - イ 同種移植の場合 21,640点
 - ロ 自家移植の場合 17,440点
- 注1 同種移植における造血幹細胞提供者又は自家移植を受ける者に係る造血幹細胞採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定の際用並びに造血幹細胞提供前後における健康管理等に係る費用は、所定点数に含まれる。
- 2 造血幹細胞採取に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第4節に掲げる所定点数を加算する。
- K921-2 間葉系幹細胞採取（一連につき） 17,440点
- K921-3 末梢血単核採取（一連につき） 17,440点
- 注 チサゲンレクムセルの投与を予定している患者に対して、末梢血単核採取を行った場合に患者1人につき1回に限り算定する。
- K922 造血幹細胞移植
- 1 骨髓移植
 - イ 同種移植の場合 66,450点
 - ロ 自家移植の場合 25,850点
 - 2 末梢血幹細胞移植
 - イ 同種移植の場合 66,450点
 - ロ 自家移植の場合 30,850点
 - 3 臍帯血移植 66,450点
- 注1 同種移植を行った場合は、造血幹細胞採取のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。
- 2 造血幹細胞移植に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第4節に掲げる所定点数を加算する。
 - 3 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、26点を所定点数に加算する。
 - 4 造血幹細胞移植に当たって使用した輸血用パック及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。
 - 5 同種移植における造血幹細胞提供者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれるものとする。
 - 6 臍帯血移植に用いられた臍帯血に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれるものとする。
 - 7 抗HLA抗体検査を行う場合には、抗HLA抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。
- 8 1イ及び2のイの場合において、非血縁者間移植を実施した場合は、非血縁者間移植加算として、10,000点を所定点数に加算する。
- 9 1及び2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において同種移植を実施した場合は、コーリネーター体制充実加算として、1,500点を所定点数に加算する。
- K922-2 CAR発現生T細胞投与（一連につき） 30,850点
- 注1 チサゲンレクムセルを投与した場合に患者1人につき1回に限り算定する。
- 2 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、26点を所定点数に加算する。
 - 3 CAR発現生T細胞投与に当たって使用した輸血用パック及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。
- K923 術中術後自己血回収術（自己血回収器具によるもの） 5,500点
- 1 薬液及び洗浄を行うもの 3,500点
 - 2 濾過を行うもの
- 注1 併施される手術の所定点数とは別に算定する。
- 2 使用した術中術後自己血回収セットの費用は、所定点数に含まれるものとする。
- K924 自己生体組織接着剤作成術 4,340点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、自己生体組織接着剤を用いた場合に算定する。
- K924-2 自己クリオプレシブシート作製術（用手法） 1,760点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、自己クリオプレシブシートを用いた場合に算定する。
- K924-3 同種クリオプレシブシート作製術 600点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、同種クリオプレシブシートを用いた場合に算定する。
- 第3節 手術医療機器等加算
- 区分別
- K930 脊髄誘発電位測定等加算¹⁰⁹⁾又は食道の手術に用いた場合 3,630点
- 1 脳、脊髄、脊髄、大動脈瘤¹⁰⁹⁾又は食道の手術に用いた場合 3,130点
 - 2 中脳脈又は副中脳脈の手術に用いた場合 3,000点
- K931 超音波波面切開装置等加算
- 注 胸腔鏡下若しくは腹腔鏡下による手術、悪性腫瘍等に係る手術又はバセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（商業）に当たって、超音波波面切開装置等を使用した場合に算定する。
- K932 創外固定器加算 10,000点
- 注 区分番号K046、K056-2、K058、K073、K076、K078、K124-2、K125、K180の3、K443、K444及びK444-2に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。
- K933 イオントフォレーゼ加算 45点
- 注 区分番号K300及びK309に掲げる手術に当たって、イオントフォレーゼを使用した場合に算定する。
- K934 副鼻腔手術用内視鏡加算 1,000点
- 注 区分番号K350、K352、K352-3、K362-2及びK365に掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に算定する。
- K934-2 副鼻腔手術用骨軟部組織切除線加算 1,000点

- 注 区分番号K340-7からK340-7まで及びK350からK365までに掲げる手術に当たって、副膵腔手術用軟部組織切離器を使用した場合に算定する 700点
- K935 止血用加熱凝固切開装置加算
- 注 区分番号K476に掲げる手術に当たって、止血用加熱凝固切開装置を使用した場合に算定する 2,500点
- K936 自動縫合器加算
- 注1 区分番号K488-4、K511、K513、K514からK514-6まで、K517、K522-3、K524-2、K524-3、K525、K529からK539-3まで、K531からK532-2まで、K552、K552-2、K645、K654-3の2、K655、K655-2、K655-4、K655-5、K656-2、K657、K657-2、K662、K662-2、K674、K674-2、K675の2からK675の5まで、K677、K677-2、K680、K684-2、K695の4からK695の7まで、K695-2の4からK695-2の6まで、K696、K697-4、K700からK700-3まで、K702からK703-2まで、K705の2、K706、K711-2、K716からK716-6まで、K719からK719-3まで、K719-5、K732の2、K735、K735-3、K735-5、K739、K739-3、K740、K740-2、K803からK803-3まで及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。
- 2 区分番号K552、K552-2、K554、K555、K557からK557-3まで、K560及びK594の3に掲げる手術に当たって左心耳閉塞用リップを使用した場合に算定する。
- K936-2 自動吻合器加算 5,500点
- 注 区分番号K522-3、K525、K529からK529-3まで、K531からK532-2まで、K645、K655、K655-2、K655-4、K655-5、K657、K657-2、K702、K703、K719の3、K719-2の2、K719-3、K739、K740、K740-2、K803からK803-3まで及びK817の3に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。
- K936-3 微小血管自動縫合器加算 2,500点
- 注 区分番号K017及びK020に掲げる手術に当たって、微小血管自動縫合器を使用した場合に算定する。
- K937 心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植用機器加算 30,000点
- 注 区分番号K552-2に掲げる手術に当たって、心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植用機器を使用した場合に算定する。
- K937-2 術中グラフト血流測定加算 2,500点
- 注 手術に当たって、機器を用いてグラフト血流を測定した場合に算定する。
- K938 体外衝撃波消費性電極加算 3,000点
- 注 区分番号K678及びK768に掲げる手術に当たって、消費性電極を使用した場合に算定する。
- K939 画像等手術支援加算
- 1 ナビゲーションによるもの 2,000点
- 注 区分番号K055-2、K055-3、K080の1、K081の1、K082の1、K082-3の1、K131-2、K134-2、K136、K140からK141-2まで、K142(6を除く)、K142-2の1及び2の1、K143-3、K151-2、K154-2、K158、K161、K167、K169からK172まで、K174の1、K191からK193まで、K2

- 35、K236、K313、K314、K340-3からK340-7まで、K342、K343、K350からK365まで、K511の2、K513の2から513の4まで、K514の2、K514-2の2、K695、K695-2並びにK697-4に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。 2,000点
- 2 実物大臓器立体モデルによるもの 2,000点
- 注 区分番号K055-2、K055-3、K136、K142の6、K142-2、K151-2、K162、K180、K227、K228、K236、K427、K431、K431の2、K406の2、K427、K427-2、K429、K433、K434及びK436からK444までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。
- 3 患者適型手術支援ガイドによるもの 2,000点
- 注 区分番号K082及びK082-3に掲げる手術に当たって、患者適型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。
- K939-2 術中血管等描出撮影加算 500点
- 注 手術に当たって、血管や腫瘍等を確認するために薬剤を用いて、血管撮影を行った場合に算定する。
- K939-3 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算 450点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前に療養上の必要性を認め、人工肛門又は人工膀胱を設置する位置を決めた場合に算定する。
- K939-4 創除 2,500点
- K939-5 胃壁造設時隣下機能評価加算
- 注1 区分番号K664に掲げる手術に当たって、隣下機能評価等を実施した場合に算定する。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において実施される場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
- K939-6 凍結保存同種組織加算 81,610点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、心臓、大血管、肝臓、胆道又は脾臓の手術に当たって、凍結保存された同種組織である心臓弁又は血管を用いた場合に算定する。
- K939-7 レーザー機器加算
- 1 レーザー機器加算1 50点
- 2 レーザー機器加算2 100点
- 3 レーザー機器加算3 200点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により手術を行った場合に算定する。
- 2 1については、区分番号K406(1に限る)、K413(1に限る)、K421(1に限る)、K423(1に限る)及びK448に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。
- 3 2については、区分番号K413(2に限る)に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。
- 4 3については、区分番号K406(2に限る)、K409、K411、K421(2に限る)、K423(2に限る)、K451及びK452に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。
- K939-8 超音波切削創除加算 1,000点
- 注 区分番号K443、K444及びK444-2に掲げる手術に当たって、超音波

切削機器を使用した場合に算定する。

第4節 薬剤料

区分

K940 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。

2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第5節 特定保険医療材料

区分

K950 特定保険医療材料 材料価を10円で除して得た点数

注 使用した特定保険医療材料の材料価は、別に厚生労働大臣が定める。

第10部 手術

<通則>

- 「通則1」の「診断穿刺・検体採取」とは、第2章第3部検査の第4節診断穿刺・検体採取料に除るものをいう。
- 「通則1」及び「通則2」は、手術料算定の内容には次の3通りであることを示しており、輸血料については、手術料の算定がなかくとも単独で算定できる。
 - 手術料(±薬剤料等)
 - 手術料+輸血料(±薬剤料等)
 - 輸血料(±薬剤料等)
- 手術料(輸血料を除く。)は、特別の理由がある場合を除き、入院中の患者及び入院中の患者以外の患者にかかわらず、同種の手術が同一日に2回以上実施される場合には、主たる手術の所定点数のみより算定する。
- 手術当日に、手術(自己血貯血を除く。)に関連して行う処置(ギプスを除く。)の費用及び注料の手術料は、術前、術後にかかわらず算定できない。また、内視鏡を用いた手術を行う場合、これと同時に内視鏡検査料は別に算定できない。
- 手術に当たって通常使用される保険医療材料(チューブ、縫合糸(特殊縫合糸を含む。))等)、衛生材料(ガーゼ、脱脂綿及び絆創膏等)、外皮用殺菌剤、患者の衣類及び1回の手術に使用される総量価格が15円以下の薬剤の費用は手術の所定点数に含まれる。ただし、別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料及び1回の手術に使用される総量価格が15円を超える薬剤(手術後の薬剤廃棄物を含む、外皮用殺菌剤を除く。)については、当該手術の所定点数の他に当該特定保険医療材料及び薬剤の費用を算定できる。
- 画像診断及び検査の費用を別に算定できない手術の際に画像診断又は検査を行った場合においても、当該画像診断及び検査に伴い使用したフィルムに要する費用については、区分番号「E400」(注を含む。)に掲げるフィルム料を算定できる。また、当該画像診断及び検査に伴い特定保険医療材料又は薬剤を使用した場合は、区分番号「K950」に掲げる特定保険医療材料又は保険医療材料及び薬剤以外の画像診断及び検査の費用は別に算定できない。
- 第1節手術料に掲げられていない手術のうち、簡単な手術の手術料は算定できないが、特殊な手術(点数表にあっても、手技が従来の手術と著しく異なる場合を含む。)の手術料は、その都度当局に内識し、最も近似する手術として準用が通知された算定方法により算定する。例えば、従来一般的に開胸又は開腹により行われていた手術を内視鏡下において行った場合はこれに該当する。
- 通則5に規定する体外循環を要する手術とは、区分番号「K541」から「K544」まで、「K551」、「K553」、「K554」から「K556」まで、「K557」から「K558」、「K559」、「K560」、「K560-2」、「K566-8」、「K570」、「K571」から「K574」まで、「K576」、「K577」、「K579」から「K580」まで、「K582」から「K589」まで、「K592」から「K593」まで及び「K594」(「4」の「ロ」を除く。)に掲げる人工心臓を用いた手術をいう。
- 「通則7」及び「通則8」の加算は、第1節手術料に定める手術のみ適用され、輸血料、手

術医療機器等加算、薬剤料及び特定保険医療材料は加算の対象とならない。

また、「通則7」及び「通則8」の「所定点数」とは、第1節手術料の各区分に掲げられた点数及び各区分の注に規定する加算の合計をいい、通則の加算点数は含まない。

- 「通則10」の加算は、HIV-1抗体(ウエストマンプロット法)若しくはHIV-1抗体(ウエストマンプロット法)によってHIV抗体が陽性と認められた患者又はHIV-1核酸検査によってHIV-1核酸が確認された患者に対して観血的手術を行った場合に1回に限って算定する。ただし、同一日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。
- 「通則11」の加算は、次のいずれかに該当する患者に対して全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊髄麻酔を伴う観血的手術を行った場合に1回に限って算定する。ただし、同一日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。
 - 感染症法に基づき医師から都道府県知事等への届出のための基準により医師より届け出が義務付けられているメチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症の患者(診断した医師の判断により、症状や所見から当該感染症が疑われ、かつ、病原体診断がなされたもの。)
 - HBS又はHBe抗原によって抗原が陽性と認められたB型肝炎患者
 - HCV抗体定性・定量によって抗HCV抗体が陽性と認められたC型肝炎患者
 - 微生物学的検査により結核菌を排菌していることが術前に確認された結核患者
- 「通則12」の入院中の患者以外の患者に対する手術の休日加算1及び2、時間外加算1及び2又は深夜加算1及び2は、次の場合に算定できる。ただし、手術が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外又は深夜に引き継ぎ行われた緊急手術の場合には算定できない。
 - 休日加算、時間外加算又は深夜加算が算定できる初診又は再診に引き継ぎ行われた緊急手術の場合
 - 初診又は再診から手術までの間に、手術に必要な検査等を行い、かつ、当該検査等の終了後に手術(休日に行うもの又はその開始時間(執刀した時間をいう。)が診療時間以外の時間若しくは深夜であるものに限る。)を開始した場合であって、当該初診又は再診から手術の開始時間までの間が8時間以内である場合(当該手術の開始時間が入院手続きの後の場合を含む。)
- 「通則12」の入院中の患者に対する手術の休日加算1及び2又は深夜加算1及び2は、病状の急変により、休日に緊急手術を行った場合又は開始時間が深夜である緊急手術を行った場合に算定できる。ただし、手術が保険医療機関又は保険医の都合により休日又は深夜に行われた場合には算定できない。
- 「通則12」の休日加算1及び2、時間外加算1及び2又は深夜加算1及び2の対象となる時間の取扱いは初診料と同様であり、区分番号「A000」の注9又は区分番号「A001」の注7に規定する夜間・早朝等加算を算定する場合には、通則12の休日加算1及び2、時間外加算1及び2又は深夜加算1及び2は算定しない。また、「通則12」の加算に係る適用の範囲及び「所定点数」については、「通則7」及び「通則8」の加算の取扱いと同様(本通則9参照)である。なお、区分番号「K780」同種死体腎移植術の「注1」に規定する死体腎移植加算について、「通則12」の加算を算定する場合は、同種死体腎移植術の開始時間により要件の該当の有無を判断するのではなく、死体腎の摘出術の開始時間をもって判断する。
- 「通則12」の休日加算1、時間外加算1又は深夜加算1(以下「時間外等加算1」という。)

は、当該加算を算定するものとして、地方厚生(支)局長に届出を行っている診療科において手術を実施した場合に限り算定できる。

- 16 「通則12」の時間外等加算1を算定する場合は、手術を実施した診療科、初診又は再診の日時(入院中の患者以外の患者に手術を実施した場合に限る。)及び手術を開始した日時を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- 17 「通則13」の「特に規定する場合」とは、各区分に掲げる手術名の末尾に両側と記入したものをいう。なお、この場合において、両側に係る所定点数を算定する。

また、肺の両側に對し手術を行った場合は、片側それぞれについて算定できる。

- 18 同一手術野又は同一積果における算定方法

- (1) 「通則14」の「同一手術野又は同一積果」とは、原則として、同一皮切により行い得る範囲をい、具体的には、次のような手術の組み合わせが行われる範囲をいう。この場合においては、「主たる手術」の所定点数のみを算定する。なお、「主たる手術」とは、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいう。

ア 肺切除の際に併施する簡単な肺刺皮術

イ 虫垂切除術と盲腸結紮術

ウ 子宮付属器腫瘍摘出術と卵管結紮術

- (2) (1)にかかわらず、「同一皮切により行い得る範囲」内にあっても、次に掲げる場合には、「同一手術野又は同一積果」には該当せず、それぞれ所定点数を算定する。なお、それらその他、「同一皮切により行い得る範囲」の原則によることが著しく不合理である場合は、「通則3」に照らしてその都度当局に内議のうえ決定する。

ア 胃切除術(消化器系の手術)と腹部大動脈瘤に対する大動脈瘤切離術(脈管系の手術)の組み合わせ、胃切除術(消化器系の手術)と腎摘出術(尿路系の手術)の組み合わせ、胃切除術(消化器系の手術)と子宮付属器腫瘍摘出術(開腹によるもの)(婦人科系の手術)の組み合わせ、腎悪性腫瘍手術(尿路系の手術)と肺切除術(呼吸器系の手術)の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術(消化器系の手術)と腹腔鏡下腎摘出術(尿路系の手術)の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術(消化器系の手術)と子宮付属器腫瘍摘出術(腹腔鏡によるもの)(婦人科系の手術)の組み合わせ等、相互に関連のない手術を同時に行う場合

イ 胃切除術と直腸切除術の組み合わせ、食道腫瘍摘出術(開腹手術によるもの)と結腸切除術の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術と腹腔鏡下直腸切除術の組み合わせ、食道腫瘍摘出術(腹腔鏡下によるもの)と腹腔鏡下結腸切除術の組み合わせ等、同じ消化器系の手術であつても、遠隔部位の2手術を行う場合

ウ 人工妊娠中絶術(嚥式手術)と卵管結紮術(開腹術)の組み合わせ等、通常行う手術の到達方法又は皮切及び手術部位が異なる場合

- (3) 同一手術野又は同一積果であっても、「複数手術に係る費用の特例(平成24年厚生労働省告示第138号)(改正された場合は、改正後の告示による。)」に規定するものについては、主たる手術の所定点数に、従たる手術(1つに限る。)の所定点数の100分の50に相当する額を加えた点数により算定する。なお、具体的な取扱いについては、別途通知する。

- (4) 指に係る同一手術野の範囲

指に係る同一手術野の範囲と算定方法については次の通りである。

ア 第1指から第5指までを別の手術野とする次に掲げる手術のうち、2つ以上の手術を同一指について行つた場合には、「通則14」における「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当する場合及び(イ)に掲げる手術を除き、当該手術の中で主たる手術の所定点数のみを算定する。なお、(イ)及び(ロ)に掲げる手術については、複数指について行つた場合には、それぞれの指について算定し、(ハ)に掲げる手術については、同一指内の複数の骨又は関節について行つた場合には、各々の骨又は関節について算定する。

(イ) 第1指から第5指まで(中手部・中足部若しくは中手骨・中足骨を含む。)のそれぞれを同一手術野とする手術は、次に掲げる手術である。

区分番号「K028」腱鞘切開術(関節鏡下によるものを含む。)

区分番号「K034」腱切離・切離術(関節鏡下によるものを含む。)

区分番号「K035」腱剥離術(関節鏡下によるものを含む。)

区分番号「K037」腱縫合術

区分番号「K038」腱延長術

区分番号「K039」腱移植術(人工腱形成術を含む。)(「1」指(手、足)

区分番号「K040」腱移行術の「1」指(手、足)

区分番号「K040-2」指伸筋腫瘍白靨血の整復術

区分番号「K054」骨切り術の「3」中の指(手、足)(関節リウマチの患者に對し、関節温存を前提として中足骨短縮骨切り術を行った場合に限る。)

- (ロ) 第1指から第5指まで(中手部・中足部若しくは中手骨・中足骨を含まない。)のそれぞれを同一手術野とする手術は、次に掲げる手術である。ただし、合指症手術にあつては各指間のそれぞれを同一手術野とする。

区分番号「K089」爪甲除去術 区分番号「K100」多指症手術

区分番号「K090」ひょう疽手術 区分番号「K101」合指症手術

区分番号「K091」陥入爪手術 区分番号「K102」巨指症手術

区分番号「K099」指蹼底拘縮手術 区分番号「K103」屈指症手術

伸指症手術

第1節手術料の項で「指(手、足)」と規定されている手術(区分番号「K039」

腱移植術(人工腱形成術を含む。)(「1」指(手、足)、区分番号「K040」腱移行術の「1」指(手、足)、区分番号「K045」骨折筋皮的鋼線刺入固定術の「3」中の指(手、足)、区分番号「K046」骨折靨血の手術の「3」中の指(手、足)、区分番号「K054」骨切り術の「3」中の指(手、足)(関節リウマチの患者に對し、関節温存を前提として中足骨短縮骨切り術を行った場合に限る。))、区分番号「K063」関節腔白靨血の整復術の「3」中の指(手、足)、区分番号「K073」関節内骨折靨血の手術の「3」中の指(手、足)、区分番号「K080」関節形成術の「3」中の指(手、足)及び「K082」人工関節置換術の「3」中の指(手、足)を除く。)

(ハ) 同一指内の骨及び関節(中手部・中足部若しくは中手骨・中足骨を含む。)のそれぞれを同一手術野とする手術は、次に掲げる手術である。

区分番号「K045」骨折筋皮的鋼線刺入固定術

区分番号「K046」骨折靨血の手術

(1) 手術の開始後、患者の病状の急変等やむを得ない事情により手術を途中で中絶せざるを得なかった場合には、当該中絶までに施行した実態に最も近い手術項目の所定点数により算定する。

例えば、胃切除術を行うべく開腹したが、適でないのでそのまま手術を閉じた場合は、区分番号「K636」試験開腹術の所定点数により、また、汎副鼻腔根治手術を開始したが、上顎洞、篩骨洞を終えたのみで中絶した場合は、区分番号「K358」上顎洞篩骨洞根治手術の所定点数により、算定する。なお、術前において中絶した場合は、算定の対象にならない。

(2) 妊娠9か月において子宮出血があり、前置胎盤の疑いで入院し、止血剤注射を行い帝王切開の準備として諸臓器の消毒を終わったところ出血が止まり、そのまま分娩した場合は、消毒に要した諸経費は、保険給付の対象とならない。

(3) 手術の準備をしていたところ、患者が来院しなかったとき又は患者が手術の術前において手術不能となった場合は保険給付の対象とならない。

20 臓器等移植における組織適合性試験及び臓器等提供者に係る感染症検査の取扱い

(1) 組織適合性試験

ア 組織適合性試験とは、HLA型クラスI (A, B, C)、クラスII (DR, DQ, DP)、リンパ球直接交差試験 (ダイレクト・クロスマツチテスト) 及びDNAタイピングをいう。

イ 次に掲げる臓器等移植の提供者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

- 区分番号「K514-3」移植用脾臓採取術 (死体) (両側)
- 区分番号「K514-5」移植用部分脾臓採取術 (生体)
- 区分番号「K605」移植用心臓採取術
- 区分番号「K605-3」移植用心臓採取術
- 区分番号「K697-4」移植用部分肝臓採取術 (生体)
- 区分番号「K697-6」移植用肝臓採取術 (死体)
- 区分番号「K709-2」移植用脾臓採取術 (死体)
- 区分番号「K709-4」移植用脾臓採取術 (死体)
- 区分番号「K716-3」移植用部分小腸採取術 (生体)
- 区分番号「K716-5」移植用小腸採取術 (死体)
- 区分番号「K779」移植用腎臓採取術 (生体)
- 区分番号「K779-2」移植用腎臓採取術 (死体)
- 区分番号「K779-3」腹腔鏡下移植用腎臓採取術 (生体)
- 区分番号「K921」造血幹細胞採取の「1」骨髓採取の「イ」同種移植の場合
- 区分番号「K921」造血幹細胞採取の「2」末梢血幹細胞採取の「イ」同種移植の場合

ウ 次に掲げる臓器等移植の移植者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

- 区分番号「K014」皮膚移植術 (生体・培養)
- 区分番号「K014-2」皮膚移植術 (死体)

- 区分番号「K063」関節脱臼脱臼血腫の修復術
- 区分番号「K073」関節内骨折脱臼の手術
- 区分番号「K078」脱臼血腫の関節固定術
- 区分番号「K080」関節形成手術
- 区分番号「K082」人工関節置換術
- 区分番号「K082-3」人工関節再置換術

イ デブリードマンその他(イ)、(ロ)及び(ハ)に該当しない手術については、第1指から第5指までを同一手術野として取り扱い、当該手術のうち2以上の手術を複数指に行った場合は、「通則14」における「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当する場合は除き、主たる手術の所定点数のみを算定する。

ウ (イ)及び(ロ)に掲げる手術と、(ハ)に掲げる手術を同時に行った場合は、「通則14」における「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当する場合は除き、同一指に対して行われたものは主たる手術の点数を算定し、別々の指に対して行われたものはそれぞれ所定の点数を算定する。

エ 第1指から第5指までを別の手術野として取り扱う手術 (同一指内の骨及び関節を別の手術野として取り扱う手術を含む。) と、第1指から第5指までを同一手術野として取り扱う手術を同時に行った場合は、「通則14」における「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当する場合は除き、主たる手術の所定点数のみを算定する。

ただし、第1指から第5指までを別の手術野として取り扱う手術 (同一指内の骨及び関節を別の手術野として取り扱う手術を含む。) を複数指に対して行った場合は、それぞれの点数を合算した点数が、同一手術野として取り扱う手術の点数よりも高くなる場合においては、いずれかにより算定する。

(5) 眼球の手術 (第1節手術料第4款眼に掲げるものをいう。) については、片眼を同一手術野として取り扱う。

(6) 多発性膿腫等で近接しているものについては、数か所の切開を行った場合でも1切開として算定する。また、麥粒腫、霰粒腫等については、同一一眼内にあるものについては1回として算定する。

(7) 骨折修復と脱臼修復を併施した場合には、骨折部位と関節との距離やそれぞれの際復が非脱臼的に行われたか脱臼的に行われたか、また、一方の修復手技が他方の修復手技と個別に行われる場合と、併せて1手術とみなすのが適当な場合等によって異なるが、一般に近接部位の場合は通例同一手術野の手術として「通則14」により主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、(4)の(ハ)に掲げる場合は別に算定できる。

(8) 悪性腫瘍に対する手術において、区分番号「K469」頸部頸清術 (ネックデイズェクション) 及び区分番号「K627」リンパ節頸部清術の「2」は所定点数に含まれ、特に規定する場合を除き、別に算定できない。

(9) 「通則14」の植皮術とは区分番号「K013」分層植皮術及び「K013-2」全層植皮術をいう。

(10) 「通則14」の神経移植術とは区分番号「K198」神経移植術をいう。

19 手術の中絶等の場合の算定方法

- 区分番号「K059」骨移植術（軟骨移植術を含む。）
- 区分番号「K514-4」同種死体肺移植術
- 区分番号「K514-6」生体部分肺移植術
- 区分番号「K605-2」同種心移植術
- 区分番号「K605-4」同種心筋移植術
- 区分番号「K697-5」生体部分肝移植術
- 区分番号「K697-7」同種死体肝移植術
- 区分番号「K709-3」同種死体腎移植術
- 区分番号「K709-5」同種死体脾臓移植術
- 区分番号「K709-6」同種死体膵島移植術
- 区分番号「K716-4」生体部分小腸移植術
- 区分番号「K716-6」同種死体小腸移植術
- 区分番号「K780」同種死体腎移植術
- 区分番号「K780-2」生体腎移植術
- 区分番号「K922」造血幹細胞移植の「1」同種移植の場合
- 区分番号「K922」造血幹細胞移植の「2」末梢血幹細胞移植の「イ」同種移植の場合
- エ 次に掲げる臓器等移植の提供者及び移植者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- 区分番号「K922」造血幹細胞移植の「3」臍帯血移植
- (2) 臓器等提供者に係る感染症検査
- ア 臓器等提供者に係る感染症検査とは、HBs抗原、HBe抗体半定量・定量、HCV抗体定性・定量、HIV-1抗体、HIV-2抗体定性・定量、HTLV-1抗体、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量又はサイトメガロウイルス抗体（同一検査で定性及び定量測定がある場合は、いずれか1つの検査に限る。）の全部又は一部をいう。
- イ 次に掲げる臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニングにつき、1回に限り別に算定する。
- 区分番号「K014」皮膚移植術（生体・培養）
- 区分番号「K514-5」移植用部分肺採取術（生体）
- 区分番号「K697-4」移植用部分肝採取術（生体）
- 区分番号「K716-3」移植用部分小腸採取術（生体）
- 区分番号「K779」移植用腎採取術（生体）
- 区分番号「K779-3」腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）
- 区分番号「K921」造血幹細胞採取の「1」骨髄採取の「イ」同種移植の場合
- 区分番号「K921」造血幹細胞採取の「2」末梢血幹細胞採取の「イ」同種移植の場合
- 区分番号「K922」造血幹細胞移植の「3」臍帯血移植
- ウ 次に掲げる臓器等移植に際し行った臓器等提供者に係る感染症検査は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

- 区分番号「K259」角膜移植術
- 区分番号「K709-2」移植用脾臓採取術（死体）（死体脾臓（臓器）の移植に関する法律（平成9年法律第104号）第6条第2項に規定する脳死した者の身体から採取された脾臓を除く。）を採取する場合に限る。）
- 区分番号「K709-4」移植用脾臓採取術（死体）（死体脾臓（臓器）の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体から採取された脾臓を除く。）を移植する場合に限る。）
- 区分番号「K780」同種死体腎移植術（死体腎（臓器）の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く）を移植する場合に限る。）
- エ 臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体から採取して臓器等移植を行った場合の臓器等提供者に係る感染症検査は、次に掲げる所定点数に含まれ、別に算定できない。
- 区分番号「K914」脳死臓器提供管理料
- 21 第1節第2款筋骨格系・四肢・体幹に掲げる手術のうち、関節鏡下による手術については、内視鏡を用いた場合についても算定できる。
- 22 既に保険適用されている腹腔鏡下手術以外の手術で腹腔鏡を用いる場合については、その程度当局に内識し準用が通知されたもののみが保険給付の対象となる。それ以外の場合については、その手術を含む診療の全体が保険適用とならないので留意されたい。なお、胸腔鏡下手術及びび内視鏡手術用支援機器を用いた手術も同様の取扱いとす。
- 23 「通則17」の加算を算定した場合は、周術期口腔機能管理を実施した歯科医療機関名（歯科を併設する病院は除く。）を診療録に記載すること。なお、悪性腫瘍手術は病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限り算定できる。
- 24 性同一性障害の患者に対して次に掲げる手術を行う場合は、届出を行った場合に限り算定できる。
- 区分番号「K475」乳房切除術
- 区分番号「K818」尿道形成手術の「1」前部尿道
- 区分番号「K819」尿道下裂形成手術
- 区分番号「K819-2」陰茎形成術
- 区分番号「K825」陰茎全摘術
- 区分番号「K830」精巣摘出術
- 区分番号「K851」会陰形成手術の「1」筋層に及ばないもの
- 区分番号「K859」造脛術、脛閉鎖症術の「2」造脛種皮によるもの
- 区分番号「K859」造脛術、脛閉鎖症術の「4」腸管形成によるもの
- 区分番号「K859」造脛術、脛閉鎖症術の「5」筋皮弁移植によるもの
- 区分番号「K877」子宮全摘術
- 区分番号「K877-2」腹腔鏡下腹式子宮全摘術
- 区分番号「K888」子宮附属器腫瘍摘出術（両側）の「1」開腹によるもの
- 区分番号「K888」子宮附属器腫瘍摘出術（両側）の「2」腹腔鏡によるもの
- 25 「通則19」に掲げる手術を実施するに当たっては、実施前に臨床遺伝学に関する専門的な知識及び技能を有する医師並びに乳癌外科、産婦人科又は婦人科の医師が参加するカンファレンスを

実施し、遺伝カウンスeling等の結果を踏まえた治療方針の検討を行うこと。また当該カンファレンスにおける検討内容を踏まえ、当該手術の目的並びに当該手術の実施によって生じうる利益及び不利益について当該患者に事前に説明を行うこと。

第1節 手術料

第1款 皮膚・皮下組織

K000 創傷処理、K000-2 小児創傷処理

(1) 創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合（スチープラーによる縫合を含む。）を行う場合の第1回治療のことであり、第2診以後の手術創に対する処置は区分番号「J000」創傷処置により算定する。なお、ここで筋肉、臓器に達するものは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合をいう。

(2) 創傷が数か所あり、これを個々に縫合する場合は、近接した創傷についてはそれぞれの長さを合計して1つの創傷として取り扱い、他の手術の場合に比し著しい不均衡を生じないようにすること。

(3) 「3」の「イ」頭頸部のもの（長さ20センチメートル以上のものに限る。）は、長さ20センチメートル以上の重度軟部組織損傷に対し、全身麻酔下で実施した場合に限り算定できる。

(4) 「注2」の「露出部」とは、頭部、頸部、上肢にあっては肘関節以下及び下肢にあっては膝関節以下をいう。

(5) 「注3」の「デブリードマン」の加算は、汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行なった場合に限り算定する。

(6) 腹部開放創用閉鎖圧閉鎖キットの交換のみを目的として実施した場合は、「1」、「2」又は「3」の「ロ」のいずれかを算定する。

K001 皮膚切開術

(1) 長さ10センチメートルとは、切開を加えた長さではなく、腫瘍、せつ又は蜂窩織炎の大きさをいう。

(2) 多発性せつ腫等で近接しているものについては、数か所の切開も1切開として算定する。

K002 デブリードマン

(1) 区分番号「K013」分層植皮術から区分番号「K021-2」結膜弁手術までの手術を前庭に行う場合にのみ算定する。

(2) 面積の算定方法については、区分番号「J000」創傷処置の取扱いの例による。

(3) 汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行なったときに算定する。また、繰り返算定する場合は、植皮の範囲（全身に占める割合）を診療報酬細書に掲載する。

(4) 「注1」のA群溶連菌感染症を診療報酬細書に掲載する。また、病歴、細菌培養検査及び画像所見等により、A群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎と診断した場合に限り、診療報酬の請求に当たっては、病歴、細菌培養検査及び画像所見を診療報酬細書に掲載すること。

(5) 「注3」の深部デブリードマン加算は、「3」でいう繰り返算定する場合についても、要件をみたせば算定できる。

(6) 「注4」の水圧式デブリードマン加算は、Ⅱ度以上の熱傷、糖尿病性潰瘍又は植皮を必要とする創傷に対して、水圧式ナイフを用いて、組織や汚染物質等の切除、除去を実施した場合に、一連の治療につき1回に限り算定する。なお、加圧に用いた生理食塩水の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K003、K004 皮膚、皮下、結膜下血管腫摘出術

(1) 「露出部」とは区分番号「K000」創傷処理の「注2」の「露出部」と同一の部位をいう。

(2) 露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の50%以上の場合は、区分番号「K003」の所定点数により算定し、50%未満の場合は、区分番号「K004」の所定点数により算定する。

K005、K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術

(1) 「露出部」とは区分番号「K000」創傷処理の「注2」の「露出部」と同一の部位をいう。

(2) 近接密生しているいぼ及び皮膚腫瘍等については、1個として取り扱い、他の手術等の点数と著しい不均衡を生じないようにすること。

(3) 露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の50%以上の場合は、区分番号「K005」の所定点数により算定し、50%未満の場合は、区分番号「K006」の所定点数により算定する。

K006-2、K006-3 痔瘻・痔核切除術

(1) 「露出部」とは区分番号「K000」創傷処理の「注2」の「露出部」と同一の部位をいう。

(2) 近接密生している痔瘻・痔核等については、1個として取り扱い、他の手術等の点数と著しい不均衡を生じないようにすること。

(3) 露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の50%以上の場合は、区分番号「K006-2」の所定点数により算定し、50%未満の場合は、区分番号「K006-3」の所定点数により算定する。

K006-4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術

(1) ここでいう「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいい、概ね3月間にわたり行われるものをいう。

(2) 脂腫性角化症、軟性線維腫に対する凍結療法については、区分番号「J056」いぼ等冷凍凝固により算定する。

K007 皮膚悪性腫瘍切除術

(1) 皮膚悪性腫瘍切除術を行った場合において、リンパ節の郭清を伴う場合は「1」により算定し、病巣部のみを切除した場合は「2」により算定する。

(2) 「注」に規定するセンチネルリンパ節加算については、以下の要件に留意し算定すること。
ア 触診及び画像診断の結果、遠隔転移が認められない悪性黒色腫、メラノーマ、乳癌、乳癌外バジェット病又は長さ2cmを超える有核細胞癌であって、臨床的に所属リンパ節の腫大が確認されていない場合にのみ算定する。

イ センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、区分番号「K940」薬剤により算定する。

ウ 放射性同位元素の検出に要する費用は、区分番号「E100」シンチグラム（画像を伴うもの）の「1」部分（静態）（一連につき）により算定する。

エ 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第13部病理診断の所定点数により算定する。

K007-3 放射線治療用合成吸収性材料留置術

近接する消化管等のため粒子線治療の実施が困難な患者に対して、シート型の放射線治療用合成吸収性材料を用いて腹腔内又は骨盤内の悪性腫瘍（後腹膜腫瘍を含む。）と消化管等との間隙を確保した場合作算する。

K009 皮膚剥離術

皮膚剥離術（グラブオウダナーで皮膚を剥離する手術）は、小腫瘍、丘疹性疾患及び外傷性異物の場合に算定する。なお、単なる美容を目的とした場合は保険給付の対象とならない。

K010 瘻袋構築形成手術

- (1) 単なる術後に止まらず運動制限を伴うものに限り算定する。
- (2) 指に対して行う場合には、区分番号「K099」指瘻袋構築手術により算定する。

K013 分層植皮術

- (1) デルマトームを使用した場合は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 広範囲の皮膚欠損に対して、分層植皮術を頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部の部位のうち同一部位以外の2以上の部位について行った場合は、それぞれ別の部位について所定点数を算定する。

K013-2 全層植皮術

- (1) デルマトームを使用した場合の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 広範囲の皮膚欠損に対して、全層植皮術を頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部の部位のうち同一部位以外の2以上の部位について行った場合は、それぞれ別の部位について所定点数を算定する。

K014 皮膚移植術（生体・培養）

- (1) 皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 生体皮膚を移植する場合には、皮膚提供者から移植用皮膚を採取することに要する費用（皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は除く。）については、各所定点数により算出し、皮膚移植術（生体・培養）の所定点数に加算する。
- (3) 皮膚移植を行った保険医療機関と皮膚移植に用いた移植用皮膚を併せて記載した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求については、皮膚移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、皮膚移植者の診療報酬明細書の摘要欄に皮膚提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。
- (4) 皮膚を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。
- (5) 自家培養表皮移植の実施に際して、自家培養表皮用皮膚採取のみに終わり皮膚移植術に至らない場合については、区分番号「K000」創傷処理又は区分番号「K000-2」小児創傷処理（6歳未満）に準じて算定する。

K014-2 皮膚移植術（死体）

- (1) 皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 死体から死体皮膚を採取・保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に請求できない。
- (3) 皮膚を移植する場合には、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

K022 組織拡張器による再建手術

- (1) 治療に要した日数又は回数にかかわらず、一連のものとして所定点数を算定する。なお、ここでいう一連とは、組織拡張器の挿入、生理食塩水等の注入及び組織拡張器の除去を含めた一連の手術のことであり、治療に要した日数又は回数にかかわらず、一連のものとして組織拡張器挿入時にのみ所定点数を算定する。また、拡張器の除去に要する手術料は別に算定できない。
- (2) 「1」の乳房（再建手術）の場合は、乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳腺卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当し、乳房用の組織拡張器を挿入した場合に限り算定できる。その際、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。ただし、美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。

ア 一次再建の場合

乳腺全摘術後の症例で、かつ、皮膚欠損を生じないか、小範囲で緊密なく縫合閉鎖可能な症例。ただし、乳腺悪性腫瘍手術後の場合には、術前診断において Stage II 以下で、皮膚浸潤、大動脈浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。

イ 二次再建の場合

乳腺全摘術後で大動脈が残存している症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。

- (3) 「1」の乳房（再建手術）の場合において乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術と乳房再建術を行う医療機関が異なる場合は、双方の持つ臨床情報、手術日、術式等を示す文書を相互に交付した上で、診療録に添付して保存すること。
- (4) 「2」のその他の場合は、「1」の乳房（再建手術）の場合以外の場合であって、先天異常、母斑（血管腫を含む。）、外傷性癬癩性拘縮、術後癬癩性拘縮及び悪性腫瘍切除後の患者に對して一般用の組織拡張器を挿入した場合に算定できる。なお、美容を目的とするものは保険給付外である。
- (5) 原則として1患者の同一部位の同一疾患に対して1回のみの算定であり、1回行った後に再度行っても算定できない。ただし、医学的な必要からそれ以上算定する場合においては、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

第2款 筋骨格系・四肢・体幹

腱形成術は、区分番号「K034」腱切断・切除術（関節鏡下によるものを含む。）から区分番号「K040」腱移植術までにより算定する。

K030 四肢・脛腓軟部腫瘍摘出術

皮膚又は皮下にある腫瘍に係る手術については、区分番号「K005」皮膚、皮下腫瘍摘出術

- (露出部)又は区分番号「K0006」皮膚、皮下腫瘍摘出術(露出部以外)により算定する。
- K031** 四肢・軀幹軟部悪性腫瘍手術
- (1) 「注」に規定する処理骨再建加算は、骨の切除を必要とする骨軟部悪性腫瘍手術において、腫瘍の広範切除後に、切除した自家腫瘍骨を殺細胞処理し再建に用いた場合には、所定点数に加算する。
- (2) 当該手術の実施及び処理骨の作製に当たっては、日本整形外科学会から示された指針を遵守すること。
- (3) 処理骨再建加算は、骨軟部悪性腫瘍手術に関する専門の知識及び5年以上の経験を有する医師により行われた場合に算定する。
- K037** 腱縫合術
- (1) 「注」に掲げる複数縫合加算は、前腕から手根部における腱について、複数の指に係る腱の形成術を行った場合に、1指を増すごとに所定点数に加算する。ただし、同一の指に係る複数の腱形成術を行った場合は1指と数えることとし、1指分の加算を算定できる。
- (2) 切創等の創傷によって生じた固有指の伸筋腱の断裂の単なる縫合は、区分番号「K0000」創傷処理の「2」又は区分番号「K0000-2」小児創傷処理の「3」に準じて算定する。
- K044** 骨折非腫血的整復術
- (1) ギプスを使用した場合にはギプス料を別に算定できる。
- (2) 著しい腫脹等によりギプスを掛けられない状態にあるために徒手整復のみを行った場合に、当該副木の費用は別に算定できる。
- (3) 徒手整復した骨折部位に対して2回目以降の処置を行った場合は、区分番号「J0000」創傷処置における手術後の患者に対するものにより算定する。
- K046** 骨折腫血的手術
- 前腕骨又は下腿骨骨折の手術に際し、同骨(橈骨と尺骨又は脛骨と腓骨)を同時にに行った場合であって、皮膚切開が個別の場合には、別の手術野として骨折腫血的手術の「2」の所定点数をそれぞれの手術野について算定する。
- K046-3** 一時的創外固定骨折治療術
- (1) 開放骨折、関節内骨折若しくは粉碎骨折又は骨盤骨折(腸骨翼骨折を除く。)について骨折腫血的手術に当たって一時的に創外固定器を用いて骨折治療術を行った場合に算定する。
- (2) 区分番号「K932」創外固定器加算については、別に算定できない。
- (3) 当該手術後に、当該骨折の治療のために行った他の手術の費用は、別に算定できる。
- K047** 難治性骨折電磁波電気治療法
- (1) 対象は四肢(手足を含む。)の遷延治癒骨折や偽関節であって、観血的手術、区分番号「K044」骨折非腫血的整復術、区分番号「K045」骨折経皮的鋼線刺入固定術又は区分番号「K047-3」超音波骨折治療法等他の療法を行っても治癒しない難治性骨折に対して行った場合に限り算定する。ただし、やむを得ない理由により観血的手術、区分番号「K044」骨折非腫血的整復術、区分番号「K045」骨折経皮的鋼線刺入固定術又は区分番号「K047-3」超音波骨折治療法等他の療法を行わずに難治性骨折電磁波電気治療法を行った場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。
- (2) 当該治療を開始してから6か月間又は骨癒合するまでの間、原則として連日、継続して実

- 施する場合に、一連のものとして1回のみ所定点数を算定する。なお、算定に際しては、当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した上で、当該指導内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (3) 当該治療法を1回行った後に再度行った場合又は入院中に開始した当該治療法を退院した後継続して行っている場合であっても、一連として1回のみ算定する。
- (4) 本手術の所定点数には、使用される機器等(医師の指示に基づき、患者が自宅等において当該治療を継続する場合を含む。)の費用が含まれる。
- K047-2** 難治性骨折超音波治療法
- K047-3** 超音波骨折治療法
- (1) 超音波骨折治療法は、四肢(手足を含む。)の観血的手術、骨切り術又は偽関節手術を実施した後に、骨折治癒期間を短縮する目的で、当該骨折から3週間以内に超音波骨折治療法を開始した場合に算定する。なお、やむを得ない理由により3週間を超えて当該超音波骨折治療法を開始した場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。
- (2) 当該治療を開始してから3か月間又は骨癒合するまでの間、原則として連日、継続して実施する場合に、一連のものとして1回のみ所定点数を算定する。なお、算定に際しては、当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した上で、当該指導内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (3) 当該治療法を1回行った後に再度行った場合又は入院中に開始した当該治療法を退院した後継続して行っている場合であっても、一連として1回のみ算定する。
- (4) 本手術の所定点数には、使用される機器等(医師の指示に基づき、患者が自宅等において当該治療を継続する場合を含む。)の費用が含まれる。
- (5) 本手術に併せて行った区分番号「J119」消炎鎮痛等処置、区分番号「J119-2」腰部又は胸部固定帯固定又は区分番号「J119-4」肛門処置については、別に算定できない。
- K048** 骨内異物(挿入物を含む。)除去術
- (1) 「1」の「頭蓋・顔面(複数切開を要するもの)」は、顔面多発骨骨折手術などで、複数個の骨固定材料による手術が行われた症例に対し、複数箇所の切開により複数個の骨固定材料を除去・摘出する場合に算定する。
- (2) 三翼釘、髄内釘、ロッドを抜去する場合の骨内異物(挿入物を含む。)除去術は、手術を行った保険医療機関であるかどうかにかかわらず算定できる。
- (3) 「K000」創傷処理又は区分番号「K000-2」小児創傷処理の各区分により算定する。
- K053** 骨悪性腫瘍手術
- (1) 「注」に規定する処理骨再建加算は、骨の切除を必要とする骨軟部悪性腫瘍手術において、腫瘍の広範切除後に、切除した自家腫瘍骨を殺細胞処理し再建に用いた場合に、所定点数に加算する。また、当該手術の実施及び処理骨の作製に当たっては、日本整形外科学会から示された指針を遵守すること。
- (2) 処理骨再建加算は、骨軟部悪性腫瘍手術に関する専門の知識及び5年以上の経験を有する

- (8) 同種骨移植（特殊なもの）は、腫瘍、感染、人工関節置換等に係る広範囲の骨及び軟骨組織の欠損に対して、日本組織移植学会が認定した組織バンクにおいて適切に採取、加工及び保存された非生体の同種骨及び軟骨組織を使用した場合に限り算定できる。なお、この場合、骨移植等を行った保険医療機関と骨移植等に用いた同種骨等を採取等した保険医療機関とが異なる場合は診療報酬の請求については、同種骨移植等を行った保険医療機関で行うものとす。当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。
- (9) 自家培養軟骨を患者自身に移植した場合は、「4」により算定する。
- K062 先天性股関節脱臼非難血流的整復術（同側）
先天性股関節脱臼非難血流的整復術のギプス料は、区分番号「J127」先天性股関節脱臼ギプス帯により算定する。
- K079-2 関節鏡下軟骨断裂形成手術
「注」に規定する加算は、膝前十字靭帯断裂及び膝後十字靭帯断裂を同時に有する患者に対して、医学的な必要性から一期的に両靭帯の形成術を行った場合に算定する。なお、両靭帯損傷と診断する根拠となった検査所見等及び一期的な両靭帯形成術の医学的必要性について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- K080 関節形成手術
同側足関節に対して、二期節固定術と後方制動術を併施した場合は、関節形成手術の「2」により算定する。
- K080-2 内反足手術
内反足手術は、アキレス腱延長術・後方足関節切開術・足底腱膜切断術を行い、後足部をキルシュナー鋼線で矯正する方法により行った場合に算定する。
- K080-3 肩腱板断裂手術
「2」複雑なものとは、腱板の断裂が5cm以上の症例に対して行う手術であって、筋腹の移植又は筋腹の移行を伴うものをいう。
- K080-4 関節鏡下肩腱板断裂手術
「2」複雑なものとは、腱板の断裂が5cm以上の症例に対して行う手術であって、筋腹の移植又は筋腹の移行を伴うものをいう。
- K082-3 人工関節再置換術
人工関節再置換術は、区分番号「K082」人工関節置換術から6か月以上経過して行った場合にのみ算定できる。
- K082-4 自家肋骨軟骨関節全置換術
肋骨軟骨移植術から採取した骨及び軟骨を用いて、関節の両側又は片側の全置換を行った場合に算定できる。この場合、区分番号「K059」骨移植術は別に算定できない。
- K083 鋼線等による直達牽引
(1) 鋼線等を用いて靭血的に牽引を行った場合に算定する。なお、鋼線等による直達牽引には、鋼線牽引法、双鋼線伸縮法及び直達頭蓋牽引法を含む。
(2) 当該鋼線等による直達牽引のうち初日に行なったものについて所定点数を算定する。なお、鋼線等の除去の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できなからず。
(3) 1馬所とは、上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの軀幹のそれぞれをいい、全身を5局所に分けるものである。

- 医師により行われた場合に算定する。
- (3) 処理術を用いた再建と、区分番号「K081」人工骨頭挿入術又は「K082」人工関節置換術掲げる手術を同時に行った場合は、主たるもののみにより算定する。
- K054 骨切り術
(1) 先天異常による骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術については本区分の所定点数により算定する。
(2) 患者適合型変形矯正ガイド加算は、先天異常による上腕又は前腕の骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術において、手術前に得た画像等により作成された装物大の患者適合型の変形矯正ガイドとして薬事承認を得ている医療機器を用いて実施した場合に、「1」の上腕又は「2」の前腕の所定点数に加算する。
- K055-3 大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術
大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術とは、イムホイザー3次元骨切り術、ダン骨切り術、外反伸張骨切り術、外反加曲骨切り術、転子間彎曲骨切り術、パウエル外内反骨切り術等をいう。
- K057 変形治療骨折矯正手術
(1) 次に掲げる変形治療骨折矯正手術は、それぞれに規定する区分により算定する。
ア 眼窩変形治療骨折に対する矯正術は、区分番号「K228」眼窩骨折整復術による。
イ 鼻骨変形治療骨折に対する矯正術は、区分番号「K334-2」鼻骨変形治療骨折矯正術による。
ウ 頬骨変形治療骨折に対する矯正術は、区分番号「K427-2」頬骨変形治療骨折矯正術による。
(2) 患者適合型変形矯正ガイド加算は、上腕又は前腕の変形治療骨折矯正手術において、手術前に得た画像等により作成された装物大の患者適合型の変形矯正ガイドとして薬事承認を得ている医療機器を用いて実施した場合に算定する。
- K058 骨長調整手術
使用するステイプルの数にかかわらず1回の算定とする。
- K059 骨移植術（軟骨移植術を含む。）
(1) 骨移植術に併せて他の手術を行った場合は、本区分の所定点数に他の手術の所定点数を併せて算定する。
(2) 移植術に採取した骨を複数回所に移植した場合であっても、1回のみ算定する。
(3) 移植術骨採取のみに終わらずに移植に至らない場合については、区分番号「K126」脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（軟骨切除によるもの）に準じて算定する。
(4) 自家軟骨の移植を行った場合は、「1」により算定する。
(5) 同種骨（凍結保存された死体骨を含む。）を移植する場合には、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守し限り算定する。
(6) 移植術骨採取及び骨提供者の組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
(7) 自家骨又は非生体同種骨（凍結保存された死体骨を含む。）移植に加え、人工骨移植を併せて行った場合は「5」により算定する。ただし、人工骨移植のみを行った場合は算定できない。

- (4) 区分番号「J1118」介連牽引、区分番号「J1118-2」矯正固定、区分番号「J1118-3」変形機軸矯正術、区分番号「J1119」消炎鎮痛等処置、区分番号「J1119-2」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「J1119-3」低出力レーザー照射又は区分番号「J1119-4」肛門処置を併せて行った場合であっても、本区分の所定点数のみにより算定する。

K083-2 内反足底板矯正固定

- (1) 内反足に対しキルシュナー鋼線等で足板板子を固定した場合に算定する。この場合において、ギプス固定を行った場合は、その所定点数を別に算定する。
- (2) 区分番号「J1118」介連牽引、区分番号「J1118-2」矯正固定、区分番号「J1118-3」変形機軸矯正術、区分番号「J1119」消炎鎮痛等処置、区分番号「J1119-2」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「J1119-3」低出力レーザー照射又は区分番号「J1119-4」肛門処置を併せて行った場合であっても、本区分の所定点数のみにより算定する。

K088 切断四肢再接合術

切断四肢再接合術は、顕微鏡下で行う手術の評価を含む。

K089 爪甲除去術

爪甲白せん又は爪床肉に「とげ」等が刺さった場合の爪甲除去で、麻酔を要しない程度のもは区分番号「J001-7」爪甲除去（麻酔を要しないもの）により算定する。

K096-2 体外衝撃波疼痛治療術

- (1) 治療に要した回数又は回数にかかわらず一連のものとして算定する。再発により2回目以降算定する場合には、少なくとも3か月以上あけて算定する。
- (2) 保存療法を開始日及び本治療を選択した医学的理由並びに2回目以降算定する場合にはその理由を診療報酬明細書の病要欄に詳細に記載すること。なお、本手術に併せて行った区分番号「J1119」消炎鎮痛等処置については、別に算定できない。

K099 指瘻痕拘縮手術

- (1) 単なる拘縮に止まらず運動制限を伴う場合に算定する。
- (2) 本手術には、Z形成術のみによるもの及び種皮術を要するものが含まれる。

K099-2 デュアイトレント拘縮手術

運動障害を伴う手・手指腱膜の線維性増殖による拘縮（デュアイトレント拘縮）に対して、指神経、指動脈を刺激しながら拘縮を解除し、Z形成術等の皮膚形成術を行った場合に算定する。

K117-2 頸椎非細孔の整復術

頸椎間板ヘルニア及び頸椎骨軟骨症の新鮮例に対する頸椎の非靭血的整復術（全麻、牽引による）を行った場合に算定する（手術の前処置として変形機軸矯正術（垂直牽引、グリッピン係留使用）を行った場合を除く。）。

なお、頸椎症候群及び五十肩に対するものについては算定できない。

K126-2 自家培養軟骨組織移植術

自家培養軟骨を作製するために、患者の軟骨から組織を採取した場合は、採取した回数にかかわらず、一連のものとして算定する。

K133-2 後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）

頸椎又は胸椎の1又は以上の椎間に係る後縦靭帯骨化症に対して、前方又は側方から病巣

に到達した場合に算定する。

K134 椎間板摘出術

椎間板摘出術の「4」経皮的髄核摘出術については、1椎間につき2回を限度とする。

K134-4 椎間板内酵素注入療法

適正使用ガイドを遵守して実施した場合に限り算定する。

K141-2 寛骨臼移動術

寛骨臼全体を移動させ関節軟骨で骨頭の被覆度を高め安定した股関節を再建するものであり、寛骨臼回転骨切り術、寛骨臼球状骨切り術、ホップ骨切り術、ガンツ骨切り術、ステイールのトリプル骨切り術、カルター骨切り術等を行った場合に算定する。

K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）

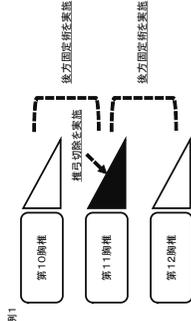
- (1) 「2」後方又は後側方固定から「4」前方後方同時固定までの各区分に掲げる手術の費用には、当該手術を実施した椎間に隣接する椎弓に係る「5」椎弓切除及び「6」椎弓形成の費用が含まれる。

例1 第10胸椎から第12胸椎までの後方固定及び第11胸椎の椎弓切除を実施した場合の算定例

下記ア及びイを合算した点数を算定する。

ア 「2」後方又は後側方固定の所定点数

イ 「2」後方又は後側方固定の所定点数の100分の50に相当する点数



例2 第10胸椎から第12胸椎までの後方固定及び第9胸椎の椎弓切除を実施した場合の算定例

下記のア、イ及びウを合算した点数を算定する。

ア 「2」後方又は後側方固定の所定点数

イ 「2」後方又は後側方固定の所定点数の100分の50に相当する点数

ウ 「5」椎弓切除の所定点数の100分の50に相当する点数

- (1) 穿頭術又は開頭術を行い、硬膜穿刺を行った場合は当該手術の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 穿頭術における穿頭とは穿頭器を用いて穿孔することのみをいう。
- (3) 穿頭による慢性硬膜下血腫洗浄・除去術は、区分番号「K164-2」慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術により算定する。
- K148 試験開頭術

- (1) 試験開頭術における開頭とは、穿頭器以外の器具を用いて広範囲に開蓋することを用い。
- (2) 区分番号「K147」穿頭術及び本手術を同時又は短時間の開蓋において2か所以上行った場合は、本区分の所定点数のみにより1回に限り算定する。
- K149-2 後頭蓋窩減圧術
- キアリ奇形を伴う骨髄空洞症に対して行った場合に算定する。
- K151-2 広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術
- 広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術は、次のような手術を行った場合に算定する。

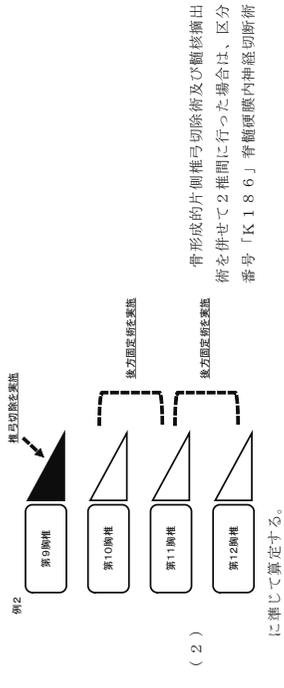
- ア 眼窩内又は副鼻腔に及ぶ腫瘍に対する眼窩内又は副鼻腔を含む前頭蓋底切除による腫瘍摘出及び再建術
- イ 海綿静脈洞に及ぶ腫瘍に対する海綿静脈洞の開放を伴う腫瘍切除及び再建術
- ウ 錐体骨・斜台の腫瘍に対する経口の腫瘍摘出又は錐体骨切除・S状静脈洞露出による腫瘍摘出及び再建術
- エ 頭静脈孔周辺部腫瘍に対するS状静脈洞露出を伴う頭静脈孔開放術による腫瘍摘出及び再建術

K154 機能的定位脳手術

- (1) 脳性小児麻痺に対するレンズ核線状術若しくはパーキンソニズム、振戦麻痺等の不随意運動又は筋固縮に対する脳波着床内オリーブカイン注入療法（脳深部定位手術）を行った場合は、本区分により算定する。
- (2) 機能的定位脳手術に係る特殊固定装置による固定及び穿頭並びに穿刺、薬剤注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。ただし、手術前に行うエックス線撮影及びフィルムによる注入部位の位置計測については、第2章第4部画像診断のエックス線診断料により別に算定できる。

K154-4 集束超音波による機能的定位脳手術

- (1) 薬物療法で十分に効果を得られない本態性振戦に対し、MRガイド下集束超音波治療器による機能的定位脳手術を行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。
- (2) 関連学会の定める適正使用指針を遵守し、振戦の診断や治療に關して、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有し、関連学会が定める所定の研修を修了している常勤の脳神経外科の医師が実施した場合に限り算定する。
- K155 脳切除術（開頭して行うもの）
- 本手術を両側同時に施行した場合は、片側ごとに所定点数を算定する。
- K160-2 頭蓋内微小血管減圧術
- 後頭蓋の頭面神経又は三叉神経への微小血管圧迫に起因する顔面筋萎縮又は三叉神経痛に対して、後頭下開頭による神経減圧術を行った場合に算定する。
- K164 頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）



- K142-2 脊椎側弯症手術
- (1) 「注」に規定する胸椎変形矯正用材料を用いた場合は、「2」の「ロ」交換術を行う場合を指しており、「1」の場合には適用されない。
- (2) 矯正術を前提として行われるアンカー補強手術（foundation 作成）は区分番号「K142」脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）の「2」後方又は後側方固定にて算定する。また、その一連の治療として数か月後に行われる矯正術は「2」の「ロ」交換術にて算定する。
- (3) 「2」の「ロ」交換術とは、患者の成長に伴い、ロッド又はグレイトルを含めた全体の交換が必要となった場合の術式を指す。一部のクリップ等を交換し、固定位置の調整等を行った場合は「ハ」伸張術にて算定する。
- K142-6 歯突起骨折再接合術
- 歯突起骨折に対して、椎間の可動域を温存しながら再接合術を行った場合に算定する。
- K142-7 腰椎分離症修復術
- 腰椎分離症に対して、椎間の可動域を温存しながら修復術を行った場合に算定する。
- K144 体外式脊椎固定術

- (1) 体外式脊椎固定術は、ハローベルビック牽引装置、ハローベレスト等の器械・器具を使用して脊椎の整復固定を行った場合に算定する。この場合において、当該器械・器具の費用は所定点数に含まれる。
- (2) ベスト式の器械・器具に用いられるベスト部分は、その患者のみの使用で消耗する程度のものに限り卸木として算定できる。

第3款 神経系・頭蓋

- 第3款 神経系・頭蓋の手術において神経内視鏡を使用した場合の当該神経内視鏡に係る費用は、当該手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。
- K145 穿頭脳室ドレナージ術
- (1) 穿頭術の手術料は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 当該手術は、初回実施に限り算定し、2回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「J002」ドレナージ法（ドレナージ）により算定する。
- K147 穿頭術（トレバチオン）

定位的脳内血腫除去術を行った場合は、区分番号「K164-4」定位的脳内血腫除去術により算定する。

K169 頭蓋内腫瘍摘出術

「注1」に規定する脳腫瘍摘出マッピング加算を算定する場合は、区分番号「K930」脊髄誘発電位測定等加算は算定できない。

K172 脳動脈瘤摘出術

「注2」については、SM-Grade3から5の患者に対して実施した場合であって、当該手術について十分な経験を有する医師により実施されるときに算定する。なお、画像所見及び手術の概要を診療報酬細書の摘要欄に記載又は添付すること。

K174 水頭症手術

脳室穿液術、脳室腹腔シャント手術、脳室心耳シャント手術又は腰部くも膜下腔腹腔シャント手術を行った場合に算定する。

K174-2 髄液シャント除去術

水頭症に対してシャント手術を実施した後、経過良好のためカテーテルを抜去した場合に算定する。

K176 脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭して行うもの）

本手術は、開頭の部位数又は使用したクリップの個数にかかわらず、クリッピングを要する病変の箇所数に応じて算定する。

K177 脳動脈瘤頸部クリッピング

(1) 「注2」に規定するロープロファイルバイパス術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、頭皮から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定する。

(2) 「注3」に規定するハイプロファイルバイパス術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、上肢又は下肢から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定する。

(3) 「注2」及び「注3」におけるバイパス造形成用自家血管の採取料については、当該所定点数に含まれ別算定できない。

K178 脳血管内手術

(1) 脳動脈瘤 脳動脈瘤奇形等の脳血管異常に対して、血管内手術用カテーテルを用いて手術を行った場合に算定する。

(2) 脳血管内ステントを用いて脳血管内手術を行った場合には、手術を行った箇所数にかかわらず、「3」を算定する。

K178-2 経皮的脳血管形成術

頭蓋内の椎骨動脈又は内頸動脈の狭窄に対して、経皮的脳血管形成術用カテーテルを用いて経皮的脳血管形成術を行った場合に算定する。

K178-5 経皮的脳血管ステント留置術

経皮的脳血管ステント留置術は、脳血管用ステントセットを用いて経皮的脳血管ステント留置術を行った場合に算定する。なお、実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。

K181 脳動脈装置置換術

薬物療法、他の外科療法及び神経ブロック療法の効果が認められない慢性難治性疼痛又は振戦等の神経症状の除去若しくは軽減、或いはてんかん治療を目的として行った場合に算定する。

K181-3 頭蓋内電極除去術

本手術は、電極の抜去のみを目的として開頭術を行った場合に算定する。なお、それ以外の場合にあっては、併せて行った開頭術（脳動脈装置置換術及び頭蓋内電極置換術を含む。）の所定点数に含まれ、別に算定できない。

K181-4 迷走神経刺激装置置換術

本手術は、てんかん外科治療に関する専門の知識及び5年以上の経験を有する医師により行われた場合に算定する。また、当該手術の実施に当たっては、関係学会の定める実施基準に準拠すること。

K181-6 頭蓋内電極置換術

「2」の「ロ」の実施に当たっては、原則として能動的定位装置を用いる等、関係学会の定める指針を遵守すること。なお、当該手術について十分な経験を有する医師により実施された場合に算定する。

K182-2 神経交差縫合術

交通事故等により脳神経線維が根節で切断された病状で、患側の助間神経を剥離し、易動性にし、切断部より末梢部において神経縫合した場合等、末梢神経損傷に対し、他の健康な神経を遊離可動化し、健康神経の末梢端と損傷神経の中脳端を縫合した場合に算定する。

K182-3 神経再生誘導術

神経再生誘導術は、神経再生誘導材を用いて神経再建を実施した場合に算定する。

K188-2 硬膜外腔着着刺離術

(1) 経皮的にカテーテルを用いて機械的な着着刺離を含む硬膜外腔の着着刺離を透視下に実施した場合に算定する。

(2) 経皮的にカテーテルを硬膜外腔に挿入し局所麻酔剤の注入等を行った場合であっても、機械的な着着刺離を含む硬膜外腔の着着刺離を目的としない場合は、第11部麻酔第2節神経ブロック料により算定する。

K190 脊髄動脈装置置換術

(1) 薬物療法、他の外科療法及び神経ブロック療法の効果が認められない慢性難治性疼痛の除去又は軽減を目的として行った場合に算定する。

(2) 試験刺激を実施し、効果判定時に効果なしと判断されリードを抜去した場合、その費用は「1」の所定点数に含まれ別算定できない。

K190-6 仙骨神経刺激装置置換術

(1) 医師の指示に従い、自ら送信機を使用することで便失禁又は過活動膀胱に対するコントロールを行う意思のある者であって、保存的療法が無効又は適用できない患者に対して実施する場合に限り算定できる。なお、自ら送信機を使用することができない患者に対して実施する場合に算定できない。

(2) 患者自身により記載された同意書を診療録に添付すること。

(3) リードの抜去に要する費用は所定点数に含まれる。試験刺激を実施し、効果判定時に効果なしと判断されリードを抜去した場合、その費用は「1」の所定点数に含まれ別算定できない。

(4) 実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。

K190-7 仙骨神経刺激装置交換術

医師の指示に従い、自ら送信機を使用することで便失禁又は過活動膀胱に対するコントロールを行う意思のある者であって、保存的療法が無効又は適用できない患者に対して実施する場合であって、関係学会の定める診療に関する指針に従って実施した場合に限り算定できる。なお、自ら送信機を使用することができない患者に対して実施する場合は算定できない。

K193-2 レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部）、K193-3 レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部以外）

(1) 「露出部」とは区分番号「K000」創傷処理の「注2」の「露出部」と同一の部位をいう。

(2) 近接発生しているレックリングハウゼン病偽神経腫については、1個として取り扱い、他の手術等の点数と著しい不均衡を生じないようにする。

(3) 露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の50%以上の場合は、区分番号「K193-2」の所定点数により算定し、50%未満の場合は、区分番号「K193-3」の所定点数により算定する。

K196 交感神経節切除術

下腹部神経叢切除術又はコック手術にクレニッチ手術を併せて行った場合は、交感神経節切除術の「3」により算定する。

K196-5 末梢神経遮断（控髄又は切断）術（浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経に限る。）

疼痛に対して行う末梢神経遮断（控髄又は切断）術は、浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経の場合に限る。なお、浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経及び腓腹神経を同時に遮断した場合には、それぞれ別に所定点数を算定する。

第4款 眼

K200-2 涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術

(1) 乾性角結膜炎（シルマータースト第1法変法5mm以下、又はローズベンガル染色試験++以上）及びシェーグレン症候群に対して行った場合に算定する。

(2) 上下涙点に実施した場合も含め1回のみの算定とする。

K208 麦粒腫切除術

数か所の切開も同一線内にあるものについては1回として算定する。

K212 兎眼矯正術

兎眼症に対して輪板縫合術を行った場合は、本区分により算定する。

K214 霰粒腫摘出術

数か所の切開も同一線内にあるものについては1回として算定する。

K218 眼窩骨折整復術

陳旧性の変形骨折に対して整復術を実施した場合に算定する。

K259 角膜移植術

(1) 角膜を採取・保存するために要する費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
 (2) 角膜を移植する場合には、「眼球摘出術（ドナー）」適応基準について」（平成12

年1月7日健医発第25号厚生労働省保健医療局長通知）、「眼球のあっせん技術指針について」（平成12年1月7日健医発第26号厚生労働省保健医療局長通知）を遵守している場合に限り算定する。

(3) 眼科用レーザー角膜手術装置により角膜切片を作成し、角膜移植術を行った場合は、「注1」に規定するレーザー使用加算を併せて算定する。

(4) 水疱性角膜炎の患者に対して、角膜内皮移植を実施した場合は、「注2」に規定する内皮移植加算を算定できる。

K260 強膜移植術

(1) 強膜を採取・保存するために要する費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

(2) 強膜を移植する場合においては、「眼球提供者（ドナー）適応基準について」（平成12年1月7日健医発第25号厚生労働省保健医療局長通知）、「眼球のあっせん技術指針について」（平成12年1月7日健医発第26号厚生労働省保健医療局長通知）及び日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

K260-2 羊膜移植術

(1) ステイヴンズ・ジョンソン症候群、眼顎天疱瘡、熱・化学外傷療法、再発強皮片、角膜上皮欠損（角膜移植によるものを含む。）、角膜穿孔、角膜化学腐食、角膜瘻、角膜癒着、結膜上皮内過形成、結膜腫瘍等であって、羊膜移植以外では治療効果が期待できないものに対して実施した場合に算定する。

(2) 日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守している場合に限り算定する。

(3) 羊膜採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

(4) 羊膜を採取・保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に請求できない。

K268 緑内障手術

(1) 「6」水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術は、1眼に白内障及び緑内障がある患者に対して、水晶体再建術と同時に眼内ドレーン挿入術を関連学会の作成した使用要件基準に従って行った場合に限り算定する。なお、水晶体再建術の技術料は当該点数に含まれ、別に算定できない。

(2) 「6」水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術を行った際は、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

(3) 眼内レンズ及び眼内ドレーンの費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K276 網膜光凝固術

(1) 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。例えば、糖尿病性網膜症に対する汎光凝固術の場合は、1週間程度の間隔で一連の治療過程にある数回の手術を行うときは、1回のみ所定点数を算定するものであり、その他特異的なものは、裂孔原性網膜剥離、円板状黄斑変性症、網膜中心静脈閉鎖症による黄斑浮腫、網膜血管炎浮腫及び未熟児網膜症に対する網膜光凝固術並びに糖尿病性網膜症に対する汎光凝固術を行うことをいう。

K 2 7 7-2 黄斑下手術

黄斑下手術は、中心窩下新生血管膜を有する疾患（加齢黄斑変性症等）又は黄斑下血腫に対して行った場合に算定する。

K 2 8 0-2 網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）

当該手術は、高度の肩膜液漏あるいは裂傷などにより、眼底の透見が困難な網膜硝子体疾患に対して行った場合に算定する。また、当該手術を行った際には、診療報酬明細書の摘要欄に、当該術式を選択した理由について詳細に記載すること。

K 2 8 1-2 網膜再建術

(1) 未熟児網膜症、先天異常に伴う網膜剝離（主に家族性滲出性硝子体網膜症又は第1次硝子体過形成症）及び外傷による眼球破裂に対して実施した場合に算定する。なお、未熟児網膜症及び先天異常に伴う網膜剝離にあつては、線維血管増殖によって起こる、黄斑を脅かす網膜部分剝離又は網膜全剝離の状態をいい、眼球破裂例にあつては強度の3分の1を超える破裂創があり、眼球内容物の脱出を認める状態をいう。

(2) 関係学会の定める指針を遵守すること。

K 2 8 2 水晶体再建術

(1) 1眼に白内障及び斜視があり両者に対する手術を同時に行った場合は、別に算定できる。ただし、斜視手術が保険給付の対象となる場合に限る。

(2) 眼内レンズの費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(3) 「1」の「イ」の縫着レンズを挿入するものについては、眼内レンズを縫着し挿入した場合に算定する。

(4) 「3」の計画的後囊切開を伴う場合は、16歳未満の患者に対して行われた場合に限り算定する。

(5) 「注1」に規定する加算は、チン小帯の脆弱・断裂を有する症例に対して、水晶体囊拡張リングを用いて水晶体再建術を実施した場合に算定する。なお、水晶体囊拡張リングを使用した場合は、診療報酬請求に当たつて、診療報酬明細書に症状詳細を添付すること。

(6) 「注2」に規定する加算は、水晶体偏位又は眼内レンズ偏位の患者に対して、高次収差解析を行った場合は、「1」の縫着レンズを挿入するもの手術の前後それぞれ1回に限り算定する。なお、水晶体偏位又は眼内レンズ偏位が疑われた場合であっても、当該手術を行わなかったときは、当該加算は算定できない。

K 2 8 2-2 後発白内障手術

後発白内障切開術（繼発的）は当該区分に準じて算定する。

第5款 耳鼻咽喉

K 2 9 6 耳介形成手術

耳介形成手術は、耳輪埋没症、耳垂裂等に対して行った場合に算定する。

K 3 1 1 鼓膜穿孔閉鎖術（一連につき）

トラファネルミン（遺伝子組換え）を用いた鼓膜穿孔閉鎖に当たつては、6か月以上継続鼓膜穿孔であつて、自然閉鎖が見込まれない患者のうち、当該鼓膜穿孔が原因の聴力障害を来し、かつ本剤による鼓膜穿孔閉鎖によって聴力障害の改善が見込まれる者に対して実施した場合に限り、本区分の所定点数により算定する。なお、診療報酬請求に当たつては、診療報酬明細書に本剤に

よる鼓膜穿孔閉鎖を実施する医学的必要性の症状詳細を添付すること。

K 3 1 8 鼓膜形成手術

(1) 鼓膜形成手術に伴う鼓膜又は皮膚の移植については、別に算定できない。

(2) 耳翼後面から植皮弁を採り Wullstein の鼓室形成手術の第1型とほぼ同様の操作（ただ鼓膜の上皮のみを除去することが異なる。）で、鼓室形成手術を行った場合は、区分番号「K 3 1 9」鼓室形成手術により算定する。

K 3 1 9 鼓室形成手術

鼓室形成手術に伴う皮膚の移植については、算定できない。

K 3 2 8-3 植込型骨導聴覚器交換術

接合子付骨導端子又は骨導端子の交換術を実施した場合に算定し、音振動変換器のみ交換した場合は算定できない。

K 3 3 8 鼻甲介切除術、K 3 3 9 粘膜下鼻甲介切除術

(1) 慢性肥厚性鼻炎兼鼻茸に対して、区分番号「K 3 3 8」鼻甲介切除術及び区分番号「K 3 3 9」鼻茸摘出術を併施した場合は、それぞれ所定点数を別に算定する。

(2) 区分番号「K 3 3 8」鼻甲介切除術又は区分番号「K 3 3 9」粘膜下鼻甲介切除術を副鼻腔手術と併施した場合には、鼻甲介切除術又は粘膜下鼻甲介切除術を副鼻腔手術の遂行上行う場合以外は同一手術野とはみなさず、それぞれの所定点数を別に算定する。

K 3 4 0 鼻茸摘出術

高周波電磁波で行う場合であっても本区分により算定する。

K 3 4 0-3 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅰ型（副鼻腔自然口開閉術）、K 3 4 0-4 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型（副鼻腔車洞手術）、K 3 4 0-5 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅲ型（選択的（複数回）副鼻腔手術）、K 3 4 0-6 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅳ型（汎副鼻腔手術）、K 3 4 0-7 内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅴ型（拡大副鼻腔手術）

区分番号「K 3 4 0-3」から「K 3 4 0-7」までに掲げる手術を同時に実施した場合は、主たるもののみ算定する。

K 3 4 7-2 変形外鼻手術

(1) 先天性の高度斜鼻・鞍鼻、口唇裂外鼻又は上顎洞・外鼻の悪性腫瘍術後等による機能障害を伴う外鼻の変形に対して、機能回復を目的として外鼻形成を行った場合に算定する。なお、外傷等による骨折治癒後の変形等に対するものは、区分番号「K 3 3 4-2」鼻骨変形治癒骨折矯正術により算定する。

(2) 単なる美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。

K 3 5 2-3 副鼻腔炎術後後出血止血法

副鼻腔炎術後の後出血（手術日の翌日以後起つた場合をいう。）が多量で、必要があつて再び術創を開く場合場合に算定する。

K 3 6 1 上顎洞膈骨腫瘍形酒酔治手術

術を併施した場合は、本区分により算定する。

K 3 7 7 口蓋扁桃手術

(1) 扁桃除去を行った日の翌日における止血については算定できない。

(2) 口蓋扁桃手術を行った日の翌日以降の後出血が多量で、やむを得ず再び術創を開く場合に

おける止血術は、区分番号「K 3 6 7」咽後膿瘍切開術に準じて算定する。

K 3 8 6 気管切開術

気管切開術後カニューレを入れた数日間の処置（単なるカニューレの清拭でない）は、区分番号「J 0 0 0」創傷処置における手術後の患者に対するものにより算定する。

K 3 8 6-2 輪状甲状軟骨切開術

気道確保のための輪状甲状軟骨帯膜穿刺を行った場合は、本区分により算定する。

K 3 8 8-1 喉頭結膜下軟骨片挿入術

反回神経麻痺に対し、声帯固定のため甲状軟骨を左右に分離し、喉頭軟骨膜下に甲状軟骨より取り出した小軟骨片を挿入した場合に算定する。

K 3 8 9 喉頭・声帯ポリープ切除術

喉頭ポリープが左右の声帯にあるときは、各側ごとに算定できる。

第6款 顔面・口腔・頸部

K 4 0 7-2 軟口蓋形成手術

いびきに対して軟口蓋形成手術を行った場合に算定する。

K 4 2 3 頬腫瘍摘出術

皮膚又は皮下にある腫瘍の摘出術は、区分番号「K 0 0 5」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）又は区分番号「K 0 0 6」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）により算定する。

K 4 2 9-2 下顎関節突起骨折脱臼的手術

「2」両側は、両側の下顎関節突起骨折について観血的に手術を行った場合に算定する。

K 4 3 4 顔面多発骨折観血的手術

顔面多発骨折観血的手術は、上下顎の同時骨折の場合等複数の骨に対して観血的に手術を行った場合に算定する。

K 4 4 3 上顎骨形成術

（1）「1」単純な場合とは上顎骨發育不全症又は外傷後の上顎骨後位癒着等に対し、Le Fort I型切離により移動を図る場合をいう。

（2）「注1」に規定する加算は、上顎骨發育不全症、上顎骨後位癒着、上顎前突症、開咬症又は過蓋咬合症等に対し、Le Fort I型切離を行い、上顎骨を複数に分割して移動させた場合に算定する。

（3）「2」複雑な場合及び二次的再建の場合とは、「1」と同様の症例に対し、Le Fort II型若しくはLe Fort III型切離により移動する場合又は悪性腫瘍手術等による上顎欠損症に対し二次的骨性再建を行う場合をいう。

K 4 4 4-2 下顎骨延長術

仮骨延長法を用いて下顎骨を延長・形成する場合に算定する。

K 4 4 6 顎関節腔閉術

（1）「1」の「ロ」ハンピングを併用した場合とは、顎関節の運動障害を有する患者に対して、ハンピング（顎関節腔に對する薬液の注入、洗浄）を行いながら、徒手的に顎関節の稼動を図ったものをいう。

（2）「1」の「ハ」関節腔洗浄療法を併用した場合は、局所麻酔下で上関節腔に注射針を2本挿入し、上関節腔を薬剤にて自然灌流することにより顎関節可動域の増加又は除痛を目的とするものをいう。

とするものをいう。

K 4 5 0 唾石摘出術

- （1）「1」表在性のものとは、導管開口部付近に位置する唾石をいう。
- （2）「2」深在性のものとは、腺体付近の導管等に位置する唾石をいう。
- （3）所期の目的を達するために複数回実施した場合であっても、一連として算定する。

K 4 6 9 頸部郭清術

- （1）頸部郭清術（ネックディセクション）とは、頸部リンパ節群が存在する頸部領域の腫瘍細胞を根絶するため、当該領域の組織（筋、リンパ節、脂肪、静脈、結合織等）を広範囲に摘出することをいう。
- （2）頸部郭清術を他の手術に併せて行った場合は、手術の「通則9」に規定されている所定点数を算定するものとし、独立して行った場合には本区分の所定点数を算定する。
- （3）他の手術に併せて行った頸部リンパ節の単なる郭清は手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。なお、単独に行った場合は、区分番号「K 6 2 7」リンパ節群郭清術の「2」により算定する。

第7款 胸部

K 4 7 4-3 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術

- （1）乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術は、マンモグラフィ、CT撮影、MR I撮影、超音波検査等を行った結果、乳房に非触知病変や石灰化病変などが認められる場合に、画像ガイド下（マンモグラフィ、超音波装置又はMR Iに限る。）で乳房専用の吸引システムを用いて、当該乳腺組織を摘出した場合に算定する。
- （2）当該乳腺組織の確定診断や手術適用を決定することを目的として行った場合も本区分で算定する。
- （3）組織の採取に用いる保険医療材料の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- （4）「2」は、マンモグラフィ又は超音波検査では検出できず、MR I撮影によるのみ検出できる病変が認められる患者に対して、当該病変が含まれる乳腺組織を摘出する目的で実施した場合に限り算定できる。

K 4 7 6 乳腺悪性腫瘍手術

- （1）乳腺悪性腫瘍手術において、両側の腋窩リンパ節郭清術を併せて行った場合は、「7」により算定する。
- （2）「注1」に規定する乳がんセンチネルリンパ節加算1及び「注2」に規定する乳がんセンチネルリンパ節加算2については、以下の要件に留意し算定すること。
ア 触診及び画像診断の結果、腋窩リンパ節への転移が認められない乳がんに係る手術の場合のみ算定する。
イ センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、区分番号「K 9 4 0」薬剤により算定する。
ウ 放射性同位元素の検出に要する費用は、区分番号「E 1 0 0」シンチグラム（画像を伴うもの）の「1」部分（静脈）（一連につき）により算定する。
エ 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第13部病理診断の所定点数により算定する。

- 開胸術のみを行った時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。
- K 4 8 8-3 胸腔鏡下試験開胸術
胸腔鏡による胸腔内の確認のみを行った時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。
 - K 4 8 8-4 胸腔鏡下試験切除術
胸腔鏡による胸腔内の確認を行い、臓器・組織の一部を切除した時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。
 - K 4 9 6-5 経皮的肺動脈ドレナージ術
当該手術は初回実施に限り算定し、2回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「J 0 0 2」ドレナージ法（ドレナージ）により算定する。
 - K 4 9 9 胸部形成手術（肺切除後遺残腔を含む。）
肺結核手術、肺切除後遺残腔等に対して行われた場合に算定する。
 - K 5 0 7 肺腫瘍切開非腫瘍術
肺結核空腔吸引術（モナルジ法）又は肺結核空洞閉鎖術を行った場合は本区分で算定する。
 - K 5 0 8-3 気管支熱形成術
18歳以上の重症喘息患者に対し、気管支熱形成術（気管支サモープラステイ）を実施した場合に、本区分の所定点数を算定する。
 - (2) 気管支ファイバースコープに要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
 - K 5 0 9-3 気管支内視鏡的放射線治療用マーカ留置術
気管支内視鏡的放射線治療用マーカ留置術は、放射線治療目的でマーカを留置した場合に限り算定し、マーカ一代は所定点数に含まれ、別に算定できない。
 - 気管支内視鏡的放射線治療用マーカ留置術は、放射線治療目的でマーカを留置した場合に限り算定し、マーカ一代は所定点数に含まれ、別に算定できない。
 - 肺切除後遺残腔にマーカ留置術は、結皮的にマーカ留置を行った場合は、気管支内視鏡的放射線治療用マーカ留置術に準じて算定する。この際、マーカ一代は所定点数に含まれ、別に算定できない。
 - K 5 0 9-4 気管支腫孔閉鎖術
(1) 気管支腫孔閉鎖術は、気管支用充填材を用いて気管支の腫孔閉鎖を実施した場合に算定する。
 - (2) 気管支ファイバースコープに要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
 - K 5 1 0-2 光線力学療法
光線力学療法は、ポルフィマイナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長 630nm）及びYAG-OPPOレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。
 - K 5 1 1 肺切除術、K 5 1 7 肺縫縮術
(1) 刺創のため開腹、開胸により心筋損傷の縫合、心嚢の縫合、横隔膜の縫合、胃の腹腔内選納等の手術を併施した場合は、区分番号「K 5 1 1」肺切除術の「2」により算定する。
 - (2) 肺切除と胸部形成手術の併施は、区分番号「K 5 1 1」肺切除術の「5」により算定する。
 - (3) 肺気腫に対する正中切開による肺縫縮術は、区分番号「K 5 1 1」肺切除術の「1」に準じて算定する。
 - (4) 肺気腫に対する正中切開による肺縫縮術に当たって自動縫合器を使用した場合は、区分番号「K 9 3 6」自動縫合器加算の加算点数に 15 個を限度として使用個数を乗じて得た点数を加算する。

- K 4 7 6-2 陰性乳頭形成術、再建乳乳房乳頭形成術
(1) 授乳障害のある陰性乳頭に対して乳頭形成を行った場合、又は乳癌悪性腫瘍手術後の再建乳乳房に対して二期的に乳頭形成を行った場合に算定する。
- (2) 単なる美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。
- K 4 7 6-3 動脈（皮）弁及び筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）
乳房再建術（乳房切除後）は、動脈（皮）弁術及び筋（皮）弁術を実施した場合に算定する。
- なお、区分番号「K 0 1 7」遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を実施した場合は、区分番号「K 0 1 7」遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）の所定点数のみを算定し、本区分の所定点数は別に算定できない。
- K 4 7 6-4 ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術
(1) 乳癌悪性腫瘍患者若しくは遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術又は乳癌悪性腫瘍手術後の乳房再建術にゲル充填人工乳房を用いた場合に限り算定できる。
- (2) 乳癌悪性腫瘍患者若しくは遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術又は乳癌悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかか該当した場合に限り算定できる。その際、次のいずれかに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
ア 一次二期の再建の場合
大動脈が温存され皮膚欠損が生じない乳輪乳頭温存皮下乳腺全摘術を行った症例。ただし、乳癌悪性腫瘍術後の場合においては、術前診断において Stage II 以下で、皮膚浸潤、大動脈浸潤や高度のリンパ管転移を認めないこと。
イ 一次二期の再建の場合
乳腺全摘術時に組織拡張器が挿入され、十分に皮膚が拡張されている症例。
ウ 二次再建の場合
乳腺全摘術後で大動脈が温存しており、初回手術で組織拡張器が挿入され十分に皮膚が拡張されているか、皮膚移植術などにより皮膚の不足が十分に補われている、あるいは十分に補われることが見込まれる症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。
(3) 乳房切除術又は乳癌悪性腫瘍手術と乳房再建術を行う医療機関が異なる場合は、双方の持つ臨床情報、手術日、術式等を示す文書を相互に交付した上で、診療報酬に添付して保存すること。
- K 4 8 0-2 流注腫瘍切開摘除術
流注腫瘍の切開摘除術に当たって、原発巣まで追及して拡大手術を行った場合に算定する。
- K 4 8 2 肋骨切除術
切除した肋骨の本数にかかわらず所定点数を1回に限り算定する。また、2本以上の肋骨の切除と胸骨の掻爬を併施した場合は本区分により算定する。また、胸郭出口症候群根治術を行った場合は、当該区分にて算定する。
- K 4 8 6 胸壁腫瘍手術
非開胸で肋骨の切除を行うと否にかかわらず本区分により算定する。
- K 4 8 7 滲出胸手術
内臓の機能障害等による症状を有するものに対して行われた場合に限り算定する。
- K 4 8 8 試験開胸術

(2) 生体肺を移植する場合には、日本移植学会が作成した「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守している場合に限って算定する。

(3) 生体肺を移植する場において肺提供者から移植肺を摘出することに係る全ての療養上の費用を所定点数に算出し、生体部分肺移植術の所定点数に加算する。なお、肺提供者の生体肺を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的には、「入院時食事療養費に係る食事療養費及び入院時生活療養費に係る生活療養費の費用の額を算定する基準」（平成18年厚生労働省告示第99号）によって算定した費用額を10円で除して得た数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、肺提供者から食事に係る標準負担額を求めるところはできない。

(4) 生体部分肺移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

(5) 肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を摘出した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、肺移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肺提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、肺提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

K 5 1 6 気管支腫瘍摘出術

巨大な陳旧性空洞（非菌があるものに限る。）の結核に対して、一次的胸郭形成手術（第1、第2及び第3助骨）に、肺尖摘離、空洞閉鎖術（空洞内容郭清）及び肺を含めた空洞縮小術を同時に行った場合は、本区分により算定する。

K 5 2 2 食道狭窄拡張術

マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

K 5 2 5-2 胸壁外皮層管形成吻合術

薬物腐蝕による全食道狭窄に対して本手術を行った場合に算定する。

K 5 2 6 食道腫瘍摘出術

「1」を行った場合について、マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

K 5 2 6-2 内視鏡的食道粘膜切除術

マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

K 5 2 6-3 内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学的療法

内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学的療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長630nm）及びYAG-OPローザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合（タラポフィンナトリウム及び半導体レーザー用プローブを用いた場合は除く。）に限り算定できる。

K 5 2 6-4 内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学的療法

(1) タラポフィンナトリウム及び半導体レーザー用プローブを用いて、以下のいずれにも該当する局所浸透再発性食道悪性腫瘍に対して光線力学的療法を実施した場合に算定する。

ア 外科的切除又は内視鏡的治療等の根治的治療が不可能であるもの

イ 壁浸透度が固有筋層を越えないもの

ウ 長径が3cm以下かつ間欠性が1/2周以下であるもの

エ 頸部食道に及ばないもの

K 5 1 3 胸腔鏡下肺切除術

慢性閉塞性肺疾患（COPD）に対する治療的な胸腔鏡下肺切除術については「1」により算定する。

K 5 1 3-2 胸腔鏡下良性腫瘍腫瘍摘出術

(1) 胸腔鏡下腫瘍摘出術（重症筋無力症に対するものを除く）については本区分で算定する。

(2) 胸腔鏡下腫瘍腫瘍摘出術については、本区分で算定する。

K 5 1 4-3 移植用肺採取術（死体）（同例）

(1) 移植用肺採取術（死体）の所定点数は、臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する死した者の身体から肺の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

(2) 移植用肺採取術の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための肺採取を行う際の採取前の採取対象肺の灌流、肺採取、採取肺の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、肺採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取肺を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

(3) 部分肺を用いて複数の者に対する移植が行われた場合には、移植を行った保険医療機関それぞれにおいて算定する。

(4) 肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 5 1 4-4 同種死体肺移植術

(1) 同種死体肺移植術の所定点数は、臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体から肺の移植が行われた場合に限り算定する。

(2) 同種死体肺移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

(3) 肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 5 1 4-5 移植用部分肺採取術（生体）

肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、肺移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肺提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載することにも、肺提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

K 5 1 4-6 生体部分肺移植術

(1) 対象疾患は、肺動脈性肺高血圧症、肺静脈狭窄症、肺毛細血管腫症、特発性間質性肺炎、気管支拡張症、肺アネモニウムシス、肺リンパ管筋腫症、アイゼンメンジャー症候群、その他の間質性肺炎、閉塞性細気管支炎、じん肺、肺好酸球性肉芽腫症、びまん性肺細気管支炎、慢性血拴塞性肺高血圧症、多発性肺動脈瘤、α1アンチトリプシン欠損型肺気腫、その他の肺気腫、養胞性肺腫瘍、肺囊胞症、慢性過敏性肺臓炎、その他肺・心臓移植関連学会協議会で承認する進行性肺疾患である。

- から「K550-2」まで）又は冠動脈バイパス術（区分番号「K552」及び「K552-1」）後 24 時間以内に発症した場合は「1」の急性心筋梗塞に対するものは算定できない。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。
- ア 心筋トロポニン T (TnT) 又は心筋トロポニン I が高値であること又は心筋トロポニン T (TnT) 若しくは心筋トロポニン I の測定ができなかった場合であって CK-MB が高値であること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に測定項目及びその値について記載すること。
- イ 以下の（イ）から（ホ）までのいずれかかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目及びその所見の得られた時刻を記載すること。
- (イ) 胸痛等の虚血症状
(ロ) 新規の S-T-T 変化又は新規の左胸ブロック
(ハ) 新規の異常 Q 波の出現
(ニ) 心臓超音波検査又は左造影で認められる新規の心筋の可動性の低下又は壁運動異常
- (ホ) 冠動脈造影で認められる冠動脈内の血栓
- ウ 以下の（イ）又は（ロ）のいずれかかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目、発症時刻、来院時刻及び再開通した時刻を記載すること。
- (イ) 症状発現後 12 時間以内に来院し、来院からバルーンカテーテルによる責任病変の再開通までの時間 (door to balloon time) が 90 分以内であること。
- (ロ) 症状発現後 36 時間以内に来院し、心原性ショック (Killip class IV) であること。
- (3) 「2」の不安定狭心症に対するものは、次のいずれかにも該当する不安定狭心症患者に対して実施した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。
- ア 日本循環器学会の承認を得た非 S-T 上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける不安定狭心症の分類で重症度 class I、class II 又は class III であること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に重症度及びその医学的根拠を記載すること。
- イ 日本循環器学会の承認を得た非 S-T 上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける急性冠症候群の短期リスク評価が高リスク又は中等度リスクであること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に短期リスク評価及びその医学的根拠を記載すること。
- ウ 来院から 24 時間以内（院内発症の場合は症状発現後 24 時間以内）に当該手術を開始すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に来院時刻及び手術開始時刻を記載すること。
- (4) 「3」のその他のものは、原則として次のいずれかかに該当する病変に対して実施した場合に算定することとし、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。なお、ウの病変に対して実施する場合は、循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師が複数参加するカンファレンス等により医学的な必要性を検討すること。また、実施の医学的な必要性及び検討の結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- ア 機能的虚血の原因である狭窄病変
イ 区分番号「D206」に掲げる心臓カテーテル法における 90%以上の狭窄病変

- オ 遠隔転移及びリンパ節転移のいずれも有さないもの
- (2) 内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学的療法の実施に当たり、追加照射の要否を判定するための内視鏡検査及び追加照射に係る費用は全て所定の点数に含まれ、別に算定できない。
- K527 食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）
単に腫瘍のみを切除した場合については、区分番号「K526」食道腫瘍摘出術で算定する。
- K527-2 食道切除術（単に切除のみのもの）
(1) 一期的な食道切除再建術が困難な場合であって、食道切除術を行ったときに算定する。
(2) 大動脈ステント内挿術後であって、食道大動脈腫に対する食道切除術を行った場合は、本区分の所定点数により算定する。
- K530-2 腹腔鏡下食道カラリア形成手術
腹腔鏡下（腹腔鏡下を含む）食道筋層切開術は本区分で算定する。
- K530-3 内視鏡下筋層切開術
食道カラリア、食道びまん性びれん症等の食道運動機能障害を有するもの（食道の内腔が狭窄しているものに限る。）に対して実施した場合に限り算定する。
- K533 食道・胃静脈硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）
実施した場合は改めて所定点数を算定する。
- (1) 「一連」とは 1 週間を目安とする。治療上の必要があつて初回実施後 1 週間を経過して実施した場合に改めて所定点数を算定する。
- (2) 食道・胃静脈硬化療法と区分番号「K533-2」内視鏡的食道・胃静脈硬化療法を併施した場合（一連の期間内において異なる日に実施する場合を含む。）は、主たるもののみで算定する。
- (3) マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。
- K533-2 内視鏡的食道・胃静脈硬化療法
(1) 一連の期間（概ね 1 週間）において、1 回に限り算定する。治療上の必要があつて初回実施後 1 週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定する。
- (2) マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。
- K534-4 腹腔鏡下横膈膜電極植込術
横膈神経電気刺激装置の電極の植込みを行った場合に算定する。
- 第 8 款 心・尿管
K545 開胸心臓マッサージ
(1) 開胸心臓マッサージに併せて行つた人工呼吸については、区分番号「J045」人工呼吸により別に算定する。
- (2) 開胸心臓マッサージに併せて行つたカウンターションについては、区分番号「J047」カウンターションにより別に算定する。
- K546 経皮的冠動脈形成術
(1) 一方から造影して 75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。
- (2) 「1」の急性心筋梗塞に対するものは、次のいずれかにも該当する急性心筋梗塞患者に対して実施した場合に算定する。ただし、冠動脈インターベンション治療（区分番号「K546」

ウ その他医学的必要性が認められる病変

(5) 「2」のア及びイに該当する急性心筋梗塞患者に対して、(3)のウを満した当該手術を実施した場合は、「2」に準じて算定する。

(6) 次の表に該当する場合は、経皮的冠動脈形成術用カテーテルに係る費用は、それぞれ次の表に示す本数を算定する。なお、医学的根拠に基づきこれを上回る本数を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

	病変箇所数	経皮的冠動脈形成術用カテーテル算定本数
完全閉塞病変の場合	1箇所	2本以下
	2箇所	3本以下
完全閉塞病変以外の場合	1箇所	1本以下
	2箇所	2本以下

(7) 同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「K546」経皮的冠動脈形成術、区分番号「K547」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「K548」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は区分番号「K549」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、5年間に2回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合には、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア 過去の実施時期

イ 実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アトレットミミーカーテール、高速回転式経皮経管アトレットミミーカーテール、エキシマレーザー血管形成用カテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ 今回、経皮的冠動脈形成術を実施する理由及び医学的根拠

(8) 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心臓血管センター、日本心臓血管外科学会、日本心臓血管外科学会、日本集中治療医学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン（2018年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

K547 経皮的冠動脈粥腫切除術

(1) 一方から造影して75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

(2) 同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「K546」経皮的冠動脈形成術、区分番号「K547」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「K548」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は区分番号「K549」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、5年間に2回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合には、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ト 留置術を行う場合の合計回数は、5年間に2回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合には、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア 過去の実施時期

イ 実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アトレットミミーカーテール、高速回転式経皮経管アトレットミミーカーテール、エキシマレーザー血管形成用カテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

(3) 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心臓血管センター、日本心臓血管外科学会、日本心臓血管外科学会、日本集中治療医学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン（2018年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

K548 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）

(1) 同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「K546」経皮的冠動脈形成術、区分番号「K547」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「K548」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は区分番号「K549」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、5年間に2回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合には、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア 過去の実施時期

イ 実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アトレットミミーカーテール、高速回転式経皮経管アトレットミミーカーテール、エキシマレーザー血管形成用カテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ 今回、経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）を実施する理由及び医学的根拠

(2) 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心臓血管センター、日本心臓血管外科学会、日本心臓血管外科学会、日本集中治療医学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン（2018年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

K549 経皮的冠動脈ステント留置術

(1) 一方から造影して75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

(2) 「1」の急性心筋梗塞に対するものは、次のいずれにも該当する急性心筋梗塞患者に対して実施した場合に算定する。ただし、冠動脈インターベントション治療（区分番号「K546」から「K550-2」まで）又は冠動脈バイパス術（区分番号「K552」及び「K552-2」）後24時間以内に発症した場合は「1」の急性心筋梗塞に対するものは算定できない。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学

(6) 次の表に該当する場合は、経皮的冠動脈形成術用カテーテル及び冠動脈用ステントセットに係る費用は、それぞれ次の表に示す本数及びセット数を算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以上の本数を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

病変箇所数	経皮的冠動脈形成術用カテーテル算定本数	冠動脈用ステントセット算定セット数
完全閉塞病変の場合	1箇所	1セット以下
	2箇所	2セット以下
完全閉塞病変以外の場合	1箇所	1セット以下
	2箇所	2セット以下

(7) 同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「K546」経皮的冠動脈形成術、区分番号「K547」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「K548」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は区分番号「K549」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、5年間に2回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合には、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア 過去の実施時期
イ 実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル、エキシマレーザー血管形成用カテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ 今回、経皮的冠動脈ステント留置術を繰り返す理由及び医学的根拠
エ 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心臓血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本集中治療学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン（2018年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

K552 冠動脈、大動脈バイパス移植術、K552-2 冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心臓を使用しないもの）

(1) 区分番号「K552」冠動脈、大動脈バイパス移植術、区分番号「K552-2」冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心臓を使用しないもの）及び区分番号「K614」血管移植術、バイパス移植術におけるバイパス造成用自家血管の採取料については、当該所定点数に含まれずに算定できない。

(2) 区分番号「K552」冠動脈、大動脈バイパス移植術、区分番号「K552-2」冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心臓を使用しないもの）及び区分番号「K614」血管移植術、バイパス移植術以外の手術における自家血管の採取料については、区分番号「K000」創

傷の根拠について記載すること。

ア 心筋トロポニンT (TnT)又は心筋トロポニンIが高値であること又は心筋トロポニンT (TnT)若しくは心筋トロポニンIの測定ができなかった場合であってCK-MBが高値であること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に測定項目及びその値について記載すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目及びその所見の得られた時刻を記載すること。

(イ) 胸痛等の虚血症状
(ロ) 新規のST-T変化又は新規の左胸ブロック
(ハ) 新規の異常Q波の出現
(ニ) 心臓超音波検査又は左室造影で認められる新規の心筋の可動性の低下又は壁運動異常

(ホ) 冠動脈造影で認められる冠動脈内の血栓

ウ 以下の(イ)又は(ロ)のいずれかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目、発症時刻、来院時刻及び再開通した時刻を記載すること。

(イ) 症状発現後12時間以内に来院し、来院からバルーンカテーテルによる責任病変の再開通までの時間 (door to balloon time) が90分以内であること。

(ロ) 症状発現後36時間以内に来院し、心原性ショック (Killip分類class IV) であること。

(3) 「2」の不安定狭心症に対するものは、次のいずれにも該当する不安定狭心症患者に対して実施した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。

ア 日本循環器学会の承認を得た非ST上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける不安定狭心症の分類で重症度class I、class II又はclass IIIであること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に重症度及びその医学的根拠を記載すること。

イ 日本循環器学会の承認を得た非ST上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける急性冠症候群の短期リスク評価が高リスク又は中等度リスクであること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に短期リスク評価及びその医学的根拠を記載すること。

ウ 来院から24時間以内（院内発症の場合は症状発現後24時間以内）に当該手術を開始すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に来院時刻及び手術開始時刻を記載すること。

(4) 「3」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病変に対して実施した場合に算定することとし、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。なお、ウの病変に対して実施する場合は、循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師が複数名参加するカンファレンス等により医学的な必要性を検討すること。また、実施の医学的必要性及び検討の結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 機能的虚血の原因である狭窄病変
イ 区分番号「D206」に掲げる心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変

ウ その他医学的必要性が認められる病変

(5) (2)のア及びイに該当する急性心筋梗塞患者に対して、(3)のウを満たして当該手術を実施した場合は、「2」に準じて算定する。

この場合の診療報酬の分配は、弁置換を行った保険医療機関と移植用弁採取を行った保険医療機関との合議に委ねる。

(6) 心臓弁再置換術加算は弁置換術後の再置換、弁置換術後の違う弁の置換又は弁形成後の弁置換を行った場合に算定する。なお、前回の手術から3か月以上経過していること。

(7) 心臓弁再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K 5 5 7 - 3 弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術

(1) 心臓弁再置換術加算は弁置換術後の再置換、弁置換術後の違う弁の置換又は弁形成後の弁置換を行った場合に算定する。なお、前回の手術から3か月以上経過していること。

(2) 心臓弁再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K 5 5 9 - 3 経皮的僧帽弁クリップ術

経皮的僧帽弁クリップ術は、経皮的僧帽弁クリップシステムを用いて実施した場合に算定する。

K 5 6 0 大動脈縮切除術

(1) 下行大動脈から腹部大動脈にかけて大動脈縮があり、胸部及び腹部の操作を行った場合は、「5」により算定する。

(2) 腎動脈運断を伴う腹部大動脈縮に対する人工血管置換術については、「6」により算定する。

(3) 心臓弁再置換術加算は弁置換術後の再置換、弁置換術後の違う弁の置換又は弁形成後の弁置換を行った場合に算定する。なお、前回の手術から3か月以上経過していること。

(4) 心臓弁再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K 5 6 0 - 2 オープン型ステントグラフト挿入術

オープン型ステントグラフトを直視下に挿入し、中脳側血管又は中脳側人工血管と吻合した場合には、術式に応じて算定する。

K 5 6 1 ステントグラフト内挿術

(1) 血管塞栓術を同時に実施した場合の血管塞栓術の手術料は、ステントグラフト内挿術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

(2) 一連の治療過程の中に、血管塞栓術を実施した場合の手術料も原則として所定点数に含まれ、別に算定できない。

(3) 「1」血管損傷の場合は、末梢血管ステントグラフトを用いて腸骨動脈以外の末梢血管に對し血管損傷治療を行った場合に算定できる。

K 5 6 2 動脈管閉存症手術

ポタロー管閉存症に対して、血管カテーテルを用いて閉鎖術を行った場合は、「1」により算定する。

K 5 6 2 - 2 胸腔鏡下動脈管閉存閉鎖術

次に定める要件をいずれも満たす場合に限り算定する。

(1) 16歳未満の患者に実施すること

(2) 最大径が10mm以下で、かつ、石灰化、感染又は瘤化していない動脈管に対して実施する

傷処理の「2」又は区分番号「K 0 0 0 - 2」小児創傷処理の「3」に準じて算定する。

(3) 吻合とは、グラフトと冠動脈の吻合部位のことであり、1本のグラフトを用いて冠動脈の2箇所について吻合を行った場合は2吻合とみなす。

(4) 区分番号「K 5 5 2 - 2」冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心筋を使用しないもの）を区分番号「K 6 0 2」経皮的心臓補助法と併施した場合は、区分番号「K 5 5 2」冠動脈、大動脈バイパス移植術により算定する。

K 5 5 4 - 2 胸腔鏡下弁形成術

次に掲げる要件をいずれも満たす場合に限り算定する。

(1) 右小開胸手術であること。

(2) 胸骨温存手術であること（胸骨部分切開を行うものは当該手術に含まれない）。

(3) 主たる手術操作を胸腔鏡下に行っていること。

K 5 5 5 弁置換術

(1) 区分番号「K 5 5 4」弁形成を併せて行った場合は、弁置換又は弁形成を行った弁の合計数に基づき、本区分の所定点数により算定する。

(2) 同種弁を移植する場においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。

(3) 弁提供者の移植用弁採取及び組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

(4) 移植用弁採取に係る費用については、弁置換を行った保険医療機関にて請求するものとし、診療報酬の分配は弁置換を行った保険医療機関と移植用弁採取を行った保険医療機関との合議に委ねる。

(5) 心臓弁再置換術加算は弁置換術後の再置換、弁置換術後の違う弁の置換又は弁形成後の弁置換を行った場合に算定する。なお、前回の手術から3か月以上経過していること。

(6) 心臓弁再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K 5 5 5 - 2 経カテーテル大動脈弁置換術

経カテーテル大動脈弁置換術は、経カテーテル人工生体弁セットを用いて大動脈弁置換術を実施した場合に算定する。

K 5 5 5 - 3 胸腔鏡下弁置換術

(1) 次に掲げる要件をいずれも満たす場合に限り算定する。

ア 右小開胸手術であること。

イ 胸骨温存手術であること（当該手術を行うものは当該手術に含まれない）。

ウ 主たる手術操作を胸腔鏡下に行っていること。

(2) 区分番号「K 5 5 4 - 2」胸腔鏡下弁形成を併せて行った場合は、弁置換又は弁形成を行った弁の合計数に基づき、本区分の所定点数により算定する。

(3) 同種弁を移植する場においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。

(4) 弁提供者の移植用弁採取及び組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

(5) 移植用弁採取に係る費用については、弁置換を行った保険医療機関にて請求するものとし、

こと

K 5 7 0 - 4 経皮的肺動脈狭窄・拡大術

心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症の患者に対して実施した場合に算定する。

K 5 7 1 肺静脈逆流異常症手術

「2」の「ロ」その他のものは、上心臓型、下心臓型又は混合型の場合をいう。

K 5 8 1 肺動脈閉鎖症手術

(1) 人工血管等再置換術加算は、患者の成長に伴うパッチ、導管、人工血管等の再置換のために、同一部位に対して再手術を実施した場合に算定する。なお、前回の手術から1年以上経過していること。

(2) 人工血管等再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K 5 8 3 大血管転位症手術

(1) 人工血管等再置換術加算は、患者の成長に伴うパッチ、導管、人工血管等の再置換のために、同一部位に対して再手術を実施した場合に算定する。なお、前回の手術から1年以上経過していること。

(2) 人工血管等再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K 5 8 4 修正大血管転位症手術

(1) 人工血管等再置換術加算は、患者の成長に伴うパッチ、導管、人工血管等の再置換のために、同一部位に対して再手術を実施した場合に算定する。なお、前回の手術から1年以上経過していること。

(2) 人工血管等再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K 5 8 6 車心室症又は三尖弁閉鎖症手術

(1) 人工血管等再置換術加算は、患者の成長に伴うパッチ、導管、人工血管等の再置換のために、同一部位に対して再手術を実施した場合に算定する。なお、前回の手術から1年以上経過していること。

(2) 人工血管等再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K 5 9 4 不整脈手術

(1) 「4」の「イ」開胸手術によるものは、開胸的盛大血管手術を受ける患者のうち、手術前より心房細動又は心房粗動と診断され、術後の抗凝固療法継続の可否、患者の脳梗塞及び出血に際するリスク等を総合的に勘案し、特に左心耳閉鎖術を併せて実施することが適当と医師が認めたものに対して行われた場合に限り算定する。

(2) 「4」の「イ」開胸手術によるものは、区分番号「K 5 5 2」、「K 5 5 2-2」、「K 5 5 4」、「K 5 5 5」、「K 5 5 7」から「K 5 5 7-3」まで、「K 5 6 0」及び「K 5 9 4」の「3」に掲げる手術（糸置換術については機械弁によるものを除く。）を併せて実施した場合に限り算定でき、当該手術を単独で行った場合は算定できない。

(3) 「4」の「イ」開胸手術によるものの診療報酬請求に当たっては、手術前に心房細動又は心房粗動と診断した根拠となる12誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査（ホルター心電

図検査を含む。）の結果及び当該手術を行う医学的理由について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(4) 「4」の「ロ」経カテーテルの手術によるものは、左心耳閉鎖デバイスを用いて、左心耳の永久閉鎖を行った場合に限り算定する。

K 5 9 5 経皮的カテーテル心筋焼灼術

(1) 「注1」に規定する三次元カテーテルマッピングとは、体表電極から発生する微弱な電気信号を体外式ペースメーカー-用カテーテル電極（感知センサーを有するものを除く。）等により検出し、三次元心腔内形状を作成し、これらのカテーテル電極にて検出した心電図との合成により三次元画像を構築することをいう。

(2) 「注1」の三次元カテーテルマッピング加算を算定する場合は、特定保険医療材料114の体外式ペースメーカー-用カテーテル電極のうち、心臓電気生理学的検査機能付加型の「心房内・心室内全成型」並びに特定保険医療材料123の経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテルのうち、熱アブレーション用の「体外式ペーシング機能付き」及び「体外式ペーシング機能付き・特殊型」については算定できない。

(3) 「注2」に規定する磁気ナビゲーション法は、心臓マッピングシステムワークステーションを用いて実施した場合に算定できる。

(4) 経皮的カテーテル心腔冷凍焼灼術を実施した場合は、本区分の所定点数を算定する。その場合、実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること

K 5 9 7 ペースメーカー-移植術、K 5 9 7-2 ペースメーカー-交換術

(1) ペースメーカー-移植の実施日と体外ペースメーカー-移植の実施日の間隔が1週間以内の場合にあっては、ペースメーカー-移植術の所定点数のみを算定する。

(2) ペースメーカー-本体の交換の場合は、区分番号「K 5 9 7-2」ペースメーカー-交換術により算定する。

K 5 9 8 両心室ペースメーカー-移植術

(1) 両心室ペースメーカー-移植術は、左右の心室を電気的に刺激することにより、重症心不全患者の心臓リズムを補正すると同時に、左右の心室間伝導障害を軽減し、血行動態を改善することを目的に実施されるものであり、十分な薬物治療にもかかわらず改善の見られないQRS幅120ms以上及び左室駆出率35%以下の重症心不全に対して、症状の改善を目的に行われた場合に算定する。

(2) 「1」については、循環器内科又は小児循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する、重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスにより、本治療の適応判断を行うこと。

(3) 両心室ペースメーカー-移植術を行った患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。なお、「1」を算定する場合は、「2」に規定するカンファレンスの概要も併せて添付すること。

K 5 9 9 植込型除細動器移植術、K 5 9 9-2 植込型除細動器交換術

(1) 植込型除細動器移植術は、次のいずれかに該当する患者に対して実施した場合に算定する。
ア 血行動態が低下する心室細動又は心室細動の自然発作が1回以上確認されている患者であって、植込型除細動器移植術以外の治療の有効性が心臓電気生理学的検査及びホルター一型心電図検査によって予測できないもの

イ 血行動態が破綻する心室頓拍又は心室細動の自然発作が1回以上確認されている患者であつて、有効薬が見つかからないもの又は有効薬があつても認容性が悪いために服用が制限されるもの

ウ 既に十分な薬物療法や心筋梗死術等の手術が行われているにもかかわらず、心臓電気生理学的検査によって血行動態が破綻する心室頓拍又は心室細動が繰り返し誘発される患者

(2) 「1」については、循環器内科又は小児循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する。重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスにより、本治療の適応判断を行うこと。

(3) 植込型除細動器移植術を行った患者については、診療報酬請求に当たつて、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。なお、「1」を算定する場合は、(2)に規定するカンファレンスの概要も併せて添付すること。

(4) 植込型除細動器本体の交換のみを行った場合は、区分番号「K599-2」植込型除細動器交換術により算定する。

(5) K599の「3」は、特定保険医療材料の植込型除細動器(Ⅲ型)・皮下植込式電極併用型を、植込型除細動器用カテーテル電極(皮下植込式)と組み合わせて使用した場合に算定する。

K599-3 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術、K599-4 両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

(1) 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術は、次のいずれかに該当する患者に対して実施した場合に算定する。

ア 血行動態が破綻する心室頓拍又は心室細動の自然発作が1回以上確認されている患者であつて、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術以外の治療法の有効性が心臓電気生理学的検査及びホルター型心電図検査によつて予測できないもの

イ 血行動態が破綻する心室頓拍又は心室細動の自然発作が1回以上確認されている患者であつて、有効薬が見つかからないもの又は有効薬があつても認容性が悪いために服用が制限されるもの

ウ 既に十分な薬物療法や心筋梗死術等の手術が行われているにもかかわらず、心臓電気生理学的検査によつて血行動態が破綻する心室頓拍又は心室細動が繰り返し誘発される患者

(2) 「1」については、循環器内科又は小児循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する。重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスにより、本治療の適応判断を行うこと。

(3) 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術を行った患者については、診療報酬請求に当たつて、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。なお、「1」を算定する場合は、(2)に規定するカンファレンスの概要も併せて添付すること。

(4) 両室ペーシング機能付き植込型除細動器本体の交換のみを行った場合は、区分番号「K599-4」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術により算定する。

K599-5 経静脈電極除去術

当該手術の実施に当たつては、関連学会の定める実施基準に準拠すること。

K600 大動脈バルーンパンピング法(ⅠABP法)

(1) ガスの価格は別に算定できない。

(2) 大動脈バルーンパンピング法(ⅠABP法)、区分番号「K601」人工心臓、区分番号「K602」経皮的肺補助法、区分番号「K603」補助人工心臓又は区分番号「K602-2」経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)を併施した場合には、1日ごとに主たるもののみにより算定する。また、これら5つの開心術補助手段等と冠動脈、大動脈バイパス移植術等の他手術を併施した場合は、当該手術の所定点数を別に算定できる。

K601 人工心臓

(1) 人工心臓実施のために血管を露出し、カニューレ、カテーテル等を挿入した場合の手術料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

(2) 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であつて、人工呼吸器で対応できない場合に使用した場合は、本区分により算定する。

(3) 人工心臓をはずすことができず、翌日以降も引き続き補助循環を行った場合は、1日につき「2」により算定する。

(4) 「注1」の補助循環加算は、人工心臓を用いた心大血管手術後の低心拍出重症候群に対して人工心臓を用いて循環を補助した場合に限り算定できる。

(5) 「注1」の選択的症灌流加算は大動脈基部を切開し、左右冠動脈口に個別にカニューレを挿入し、心筋保護を行った場合に算定する。

(6) 「注1」の逆行性冠灌流加算は、冠静脈洞にバルーンカテーテルを挿入し、心筋保護を行った場合に算定する。

K602-2 経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)(1日につき)

経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用いたもの)の実施のために、カニューレ、カテーテル等を挿入した場合の手術料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

K603 補助人工心臓

開心術症例の体外循環離脱困難、開心術症例の術後低心拍出症候群、その他の心原性循環不全に対して補助人工心臓を行った場合に算定する。ただし、重症感染症、重症多臓器不全を合併する症例に対して行った場合は算定できない。

K603-2 小児補助人工心臓

投薬治療、外科手術及び補助循環では症状の改善が見えない小児の重症心不全患者であつて、小児補助人工心臓による治療が当該患者にとつて最善であると判断された患者に対して、心移植に達するまで又は心機能が回復するまでの循環改善を目的に実施した場合に算定する。

K604-2 植込型補助人工心臓(非拍動型)

(1) 植込型補助人工心臓(非拍動型)は、心臓移植適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓等の他の補助循環法によつても継続した代償不全に陥つており、かつ、心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善を目的とした場合に算定する。

(2) 外来で定期的な管理を行っている場合には、区分番号「C116」在宅植込型補助人工心臓(非拍動型)指導管理料を算定する。

K605 移植用心採取術

(1) 移植用心採取術の所定点数は、臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体から心臓の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

- (2) 移植用心臓取術の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための心採取を行う際の採取対象心臓の灌流、心採取、採取心の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、心採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取心を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。
- (3) 心移植を行った保険医療機関と心移植に用いる健心を採取した保険医療機関が異なる場合の診療報酬の請求は、心移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 6 0 5-2 同種心移植術

- (1) 同種心移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (2) 心移植を行った保険医療機関と心移植に用いる健心を採取した保険医療機関が異なる場合の診療報酬の請求は、心移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 6 0 5-3 移植用心臓採取術

- (1) 移植用心臓採取術の所定点数は、臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体から同時に心と肺の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。
- (2) 移植用心臓採取術の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための心臓採取を行う際の採取前の採取対象心臓の灌流、心臓採取、採取心臓の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、心臓採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取心臓を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。
- (3) 心臓移植を行った保険医療機関と心臓移植に用いる健心臓を採取した保険医療機関が異なる場合の診療報酬の請求は、心臓移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。
- K 6 0 5-4 同種心臓移植術
- (1) 同種心臓移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (2) 心臓移植を行った保険医療機関と心臓移植に用いる健心臓を採取した保険医療機関が異なる場合の診療報酬の請求は、心臓移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 6 0 5-5 骨格筋由来細胞シート心表面移植術

- (1) 虚血性心疾患による重症心不全患者で、薬物治療や侵襲的治療を含む標準治療では効果不十分として関連学会の定める「ヒト（自己）骨格筋由来細胞シートの使用要件等」の基裡についてに定めるハードウェアによる適応判定が行われ、かつ、根治療法として心臓移植以外に治療手段がないと考えられる症例に対して、上記基準に従って実施された場合に限り算定できる。
- (2) 本技術に先立って行われる骨格筋由来細胞シートを調整するための骨格筋採取に係る技術については、区分番号「K 0 0 0」創傷処理又は区分番号「K 0 0 0-2」小児創傷処理（6歳未満）により算定する。

- K 6 0 6 血管露出術
- (1) 経皮的に留置針を挿入する場合は、血管露出術は算定できない。
- (2) 手術に伴う血管露出術は、同一術野でない場合においても算定できない。

K 6 0 8 動脈塞栓除去術

- 動脈血栓除去術は、本区分により算定する。
- K 6 0 9-2 経皮的動脈カテーテル留置術
- 経皮的動脈カテーテル留置術を行う場合は、総頸動脈又は内頸動脈にカテーテルを留置した際の血栓の移動に対する予防的措置を同時に行うこと。

K 6 1 0-2 脳新生血管造成術

- 脳新生血管造成術は、もやもや病に対して、浅頭動脈及び側頭筋を硬膜に縫合することにより新生血管の造成を図った場合に算定する。

K 6 1 0-5 血管吻合術及び神経再接合術（上腕動脈、正中神経及び尺骨神経）

- 血管吻合術及び神経再接合術（上腕動脈、正中神経及び尺骨神経）は、上腕動脈、正中神経及び尺骨神経が切断された場合、又は上腕動脈及び尺骨神経が切断された場合の血管吻合術及び神経再接合術を行った場合に算定する。

K 6 1 1 抗悪性腫瘍動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置

- (1) 悪性腫瘍の患者に対し、抗悪性腫瘍剤の局所持続注入又は疼痛の制御を目的として、チューブ又は皮下植込型カテーテルアクセスを設置した場合に算定できる。
- (2) 設置するチューブ、体内に植込込むカテーテル及びカテーテルアクセスの材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (3) 抗悪性腫瘍動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル抜去の際の費用は「K 0 0 0」創傷処理の「1」筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満）で算定する。

K 6 1 2 末梢動脈塞栓造設術

- 「1」の口については、穿刺することが可能な部位に転位して、断端を動脈と吻合して動脈塞栓を造設した場合に算定する。

K 6 1 4 血管移植術、バイパス移植術

- (1) 「6」膝窩動脈は、膝関節より遠位側で下腿三分岐に至らない部分で行った場合をいう。
- (2) 大腿動脈閉塞症に対して自家血管を用いた動脈間バイパス造設術を行った場合は、「7」により算定する。
- (3) 同種血管を移植する場合には、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。
- (4) 血管提供者の移植用血管採取及び組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (5) 血管移植を行った保険医療機関と移植用血管採取を行った保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、血管移植を行った保険医療機関で行うものとし、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 6 1 5 血管塞栓術

- (1) 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
- (2) 「1」の止血術は、外傷等による動脈損傷が認められる患者に対し、血管塞栓術を行った

K 6 1 7 - 5 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術

(1) 下腿の広範囲の皮膚に色素沈着、硬化、萎縮又は潰瘍を有しており、かつ、超音波検査等により、不全穿通枝が同定され、血液が逆流していることが確認されている患者に対して実施した場合であつて、次のア又はイに該当する場合に1回のみ算定できる。

ア 下肢静脈瘤手術（抜去切除術、硬化療法及び高位結紮術をいう。）、大伏在静脈抜去術又は下肢静脈瘤血管内焼灼術を実施したが、効果が不十分な患者に対して、当該手術を実施した場合

イ 下肢静脈瘤手術（抜去切除術、硬化療法及び高位結紮術をいう。）、大伏在静脈抜去術又は下肢静脈瘤血管内焼灼術のみでは効果が不十分と予想される患者に対して、当該手術を下肢静脈瘤手術、大伏在静脈抜去術又は下肢静脈瘤血管内焼灼術と同時に実施した場合

(2) 当該手術に伴って実施される画像診断及び検査の費用は所定点数に含まれる。

K 6 1 7 - 6 下肢静脈瘤血管内塞栓術

所定の研修を修了した医師が実施した場合に限り、1回につき1回に限り算定する。なお、当該手術に伴って実施される画像診断及び検査の費用は所定の点数に含まれる。

K 6 1 8 中心静脈注射用植込型カテーテル設置

- (1) 中心静脈注射用の皮下植込型カテーテルアクセスを設置した場合に算定できる。
- (2) 長期の栄養管理を目的として、中心静脈注射用植込型カテーテルの設置を行う際には、中心静脈注射用植込型カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。
- (3) 長期の栄養管理を目的として、中心静脈注射用植込型カテーテルを設置した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、中心静脈注射用植込型カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。
- (4) 体内に植え込むカテーテル及びカテーテルアクセス等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (5) 中心静脈注射用植込型カテーテル抜去の際の費用は「K 0 0 0」創傷処理の「1」筋肉、臓器に遡するもの（経径5センチメートル未満）で算定する。

K 6 2 0 下大静脈フィルタ留置術

下大静脈フィルタ留置術は、肺血栓塞栓症の患者又は血栓塞栓症を疑症する危険性が高い患者に対して行った場合に算定する。

K 6 2 7 リンパ節腫瘍清術

独立手術として行った場合にのみ算定できる。悪性腫瘍に対する手術と同時にリンパ節腫瘍の費用は悪性腫瘍に対する手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 6 2 7 - 2 腹腔鏡下リンパ節腫瘍清術

- (1) 独立手術として行った場合にのみ算定できる。悪性腫瘍に対する手術と同時にリンパ節腫瘍の費用は悪性腫瘍に対する手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 「1」については、原発性精巣がんから後腹膜リンパ節群に転移したものに對して実施した場合に限り算定する。
- (3) 「2」については、子宮体がんから傍大動脈リンパ節群に転移したものに對して実施した場合に限り算定する。

場合に算定する。

(3) カテーテルを静脈等に留置して造影CT等を行い、病変の腫大及び分布を確認の上、肝細胞癌に対して区域枝より末梢側において肝動脈等の動脈化学塞栓術を行った場合には、「2」により算定する。

(4) 「2」の選択的動脈化学塞栓術の場合、動脈化学塞栓術を選択的に行った肝動脈等の部位を診療録に記載すること。

(5) 「2」の選択的動脈化学塞栓術以外の場合は、脳動脈奇形腫出術前及び肝切除術前の前処置としての血管塞栓術を行った場合には、「3」により算定する。

(6) 「2」の選択的動脈化学塞栓術以外の場合であつて、多血性腫瘍又は動脈奇形に対して、血管内塞栓材を用いて動脈塞栓術又は動脈化学塞栓術を行った場合は、本区分「3」を算定する。

K 6 1 5 - 2 経皮的動脈遮断術

経皮的動脈遮断術は、重度外傷等による腹腔内大量出血に対して、経皮的にバルーンカテーテルを挿入し大動脈の血行を遮断した場合に算定する。

K 6 1 6 四肢の血管拡張術・血栓除去術

膝窩動脈又はそれより末梢の動脈に対するステントの留置では、当該点数は算定できない。

K 6 1 6 - 4 経皮的シント拡張術・血栓除去術

(1) 「1」については、3月に1回に限り算定する。

(2) 「1」を算定してから3月以内に実施した場合には、次のいずれかに該当するものに限り、1回を限度として「2」を算定する。また、次のいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の概要欄に記載すること。

ア 透視シント閉塞の場合

イ 超音波検査において、シント血流量が400ml以下又は血管抵抗指数 (RI) が0.6以上の場合（アの場合を除く。）

(3) 「2」については、「1」の前回算定日（他の保険医療機関での算定を含む。）を診療報酬明細書の概要欄に記載すること。

K 6 1 6 - 6 経皮的下肢動脈形成術

経皮的下肢動脈形成術は、エキシマレーザー血管成形用カテーテルを使用し、大動脈動脈に留置されたステントにおける狭窄又は閉塞に対して、経皮的下肢動脈形成術を行った場合に算定する。なお、実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。

K 6 1 7 下肢静脈瘤手術

- (1) 大腿部から下腿部に及ぶ広範囲の静脈瘤に対してストリッピングを行った場合は、「1」により算定する。
- (2) 「2」における「1-連」とは、所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をい、概ね2週間におわり行われるものをいう。

K 6 1 7 - 4 下肢静脈瘤血管内焼灼術

- (1) 所定の研修を修了した医師が実施した場合に限り算定し、1回につき1回に限り算定する。なお、当該手術に伴って実施される画像診断及び検査の費用は所定点数に含まれる。
- (2) 下肢静脈瘤血管内焼灼術の実施に当たっては、関係学会が示しているガイドラインを踏まえ適切に行うこと。

(4) 「3」については、原発性泌尿器がん(腎、副腎、尿管、膀胱、尿道、陰茎、陰莖、精巣、精巢、前立腺等のがんをいう。)から骨盤内リンパ節群に転移したものに對して実施した場合に限り算定する。

K 6 2 7 - 3 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術

(1) 独立手術として行った場合にのみ算定できる。悪性腫瘍に對する手術と同時に行うリンパ節郭清の費用は悪性腫瘍に對する手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

(2) 原発性泌尿器がん(腎、副腎、尿管、膀胱、尿道、陰茎、精巣、前立腺等のがんをいう。)から骨盤内リンパ節群に転移したものに對して実施した場合に限り算定する。

K 6 2 7 - 4 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術

(1) 独立手術として行った場合にのみ算定できる。悪性腫瘍に對する手術と同時に行うリンパ節郭清の費用は悪性腫瘍に對する手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

(2) 原発性精巣がんから後腹膜リンパ節群に転移したものに對して実施した場合に限り算定する。

第9款 腹部

K 6 3 5 胸水・腹水濾過・灌漑再静注法

一連の治療過程中、第1回目の実施日に、1回に限り算定する。なお、一連の治療期間は2週間を目安とし、治療上の必要があつて初回実施後2週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定する。

K 6 3 5 - 3 連続移行式腹腔灌漑用カテーテル腹腔内留置術

連続移行式腹腔灌漑を開始するに当たり、当該カテーテルを留置した場合に算定できる。また、当該療法開始後一定期間を経て、カテーテル閉塞等の理由により再度装着した場合においても算定できる。

K 6 3 6 試験開腹術

開腹術のみを行った時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。

K 6 3 6 - 2 ダメージコントロール手術

(1) ダメージコントロール手術とは、重度胸部、腹部又は骨盤部外傷患者に對する初回手術に對して、止血手術、損傷機器等に對する処置、タオパルキシング等を迅速に実施した後に、患者を一度集中治療室等に収容し、全身状態の改善を図り、二期的又は多期的手術により根治を図る段階的治療のことである。

(2) 重度胸部、腹部又は骨盤部外傷に對してダメージコントロール手術を行った場合は原則として当初の1回に限り所定点数を算定し、2回目以降に行った手術については各区分に掲げる所定点数を算定する。ただし、2回目以降も当該手術を施行した場合は、当該所定点数を算定できる。

K 6 3 6 - 3 腹腔鏡下試験開腹術

腹腔鏡による腹腔内の確認のみを行った時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。

K 6 3 6 - 4 腹腔鏡下試験切除術

腹腔鏡による腹腔内の確認を行い、臓器・組織の一部を切除した時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。

K 6 3 7 - 2 経皮的腹腔鏡腫瘍ドレナージ術

当該手術は初回実施に限り算定し、2回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「J002」ドレナージ(ドレナージ)により算定する。

K 6 4 7 胃縫合術(大網充塞術又は被覆術を含む。)

外傷等により破裂した胃を縫合した場合、又は胃、十二指腸潰瘍穿孔に對して大網充塞術若しくは被覆術を行った場合に算定する。

K 6 5 3 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術

(1) 短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。

(2) ポリープを複数個切除又は焼灼した場合においても、切除又は焼灼したポリープの数にかかわらず所定点数のみにより算定する。

(3) 「2」及び「3」は、経内視鏡的に高周波切除器を用いて病変の周囲を全周性に切開し、粘膜下層を剥離することにより病変部を含む3センチメートル以上の範囲を一括で切除した場合に算定する。

(4) 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術と同時に施行した内視鏡的止血術の手術料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 6 5 3 - 3 内視鏡的食道及び胃内異物摘出術

内視鏡的食道及び胃内異物摘出術は、食道及び胃内の異物(電池、胃手術時の縫合糸、アネキス等)を内視鏡(ファイバースコープ)下により摘出した場合に算定する。

K 6 5 3 - 4 内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力學療法

(1) 内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力學療法は、ポルフィマイナトリウムを投与した患者に對しエキシマ・ダイ・レーザ(波長 630nm)及びYAG-OPPOレーザを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

(2) マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

K 6 5 3 - 5 内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術

短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。

K 6 5 4 内視鏡的消化管止血術

(1) 内視鏡的消化管止血術は1日1回、週3回を限度として算定する。

(2) マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

K 6 5 4 - 3 腹腔鏡下胃局部切除術

(1) 「1」は、経内視鏡的に高周波切除器を用いて病変の周囲に粘膜下層に達する切開線を設定し、腹腔鏡下にてこの切開線に沿って腫瘍を摘出した場合に算定する。

(2) 「1」において、内視鏡に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 6 5 4 - 4 腹腔鏡下十二指腸局所切除術(内視鏡処置を併施するもの)

(1) 経内視鏡的に高周波切除器を用いて病変の周囲に粘膜下層に達する切開線を設け、腹腔鏡下にてこの切開線に沿って腫瘍を摘出した場合に算定する。

(2) 内視鏡に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 6 5 5 胃切除術、K 6 5 5 - 2 腹腔鏡下胃切除術、K 6 5 5 - 4 噴門胃胃切除術、K 6 5 5 7 胃全摘術、K 6 5 7 - 2 腹腔鏡下胃全摘術

内視鏡に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できる。

下にこの切開線に沿って腫瘍を摘出した場合に算定する。

(2) 内視鏡に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(3) 悪性腫瘍に對する手術であっても、リンパ節郭清等を伴わない単純な切除、消化管吻合術又は

出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

K664-2 経口経食道胃管挿入術 (P.T.E.G)

- (1) 経口経食道胃管挿入術を実施した医学的理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (2) 経口経食道胃管挿入術 (P.T.E.G) で用いるカテーテル及びキットの費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

K664-3 薬剤投与用胃造設術

- (1) レボドパ・カルビドパ水溶液製剤を経胃造設を行う目的で胃造設を行った場合に限り算定する。算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に経胃造設空腸投与が必要なる理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。なお、薬剤投与用胃造設術で用いるカテーテル及びキットの費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 当該薬薬を行う際には、胃造設の必要性、管理の方法及び閉鎖の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。

K665 胃瘻閉鎖術

外科的に造設された胃瘻について、閉腹や腹腔鏡による操作等を伴う胃瘻閉鎖を行った場合に算定する。なお、胃瘻カテーテルを抜去し閉鎖した場合は算定できない。

K665-2 胃瘻抜去術

胃瘻カテーテルを抜去し、閉鎖した場合に算定する。

K668-2 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術

胃静脈瘤出血又は出血リスクの高い胃静脈瘤に対して行った場合に算定する。

K670 胆嚢切開結石摘出術

胆嚢結石症に対して、胆嚢結石のみを摘出した場合に算定するものとする。

K672 胆嚢摘出術

胆嚢結石症及び腸間膜動脈性十二指腸閉塞症に対し、胆嚢摘出術及び十二指腸空腸吻合術 (十二指腸水平脚と空腸起始部より20cmの部で側々吻合を行う。) を併施した場合は、区分番号「K655」胃切除術の「1」に準じて算定する。

K674 総胆管拡張手術

先天性胆管拡張症に対し、胃切除、総胆管切除、胆嚢摘出、胃腸吻合兼ブランクウ吻合、胆嚢空腸吻合、十二指腸静脈頭吻合及び空腸吻合を同時に行った場合は、区分番号「K657」胃全摘術の「2」に準じて算定する。

K677-2 肝門部胆管悪性腫瘍手術

- (1) 「1」は門脈又は肝動脈血行再建を併施した場合に算定する。
- (2) 肝切除を伴う肝外胆道悪性腫瘍切除術についても、本区分で算定する。

K678 体外衝撃波胆石破砕術

- (1) 当該技術の適応となる胆石は、次の要件を満たすものうち、胆石破砕術の適応となるものである。
 - ア 胆嚢結石症の既往があるもの
 - イ 胆嚢に炎症がなく、胆嚢機能が良好な胆嚢結石症又は肝内・総胆管内結石症
- (2) 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の体外衝撃波胆石破砕術を行う場合

単純全摘・消化管吻合術を行った場合には単純切除術又は単純全摘術により算定する。

K655-3 十二指腸憩 (内方) 憩室摘出術

十二指腸憩 (内方) に生じた憩室 (多数) を後腹膜を切開し、大腸肝屈曲部を剥離して摘出する場合に算定する。

K656-2 腹腔鏡下胃縮小術 (スリーブ状切除によるもの)

ア 6か月以上の内科的治療によっても十分な効果が得られないBMIが35以上の肥満症の患者に対して、腹腔鏡下にスリーブ状胃切除術を実施した場合に限り算定する。

- (1) 次の患者に対して、腹腔鏡下によるものイ 6か月以上の内科的治療によっても十分な効果が得られないBMIが32.5~34.9の肥満症及びヘモグロビンA1c (HbA1c) が8.4%以上 (N GSP値) の糖尿病患者であった、高血圧症 (6か月以上、降圧剤による薬物治療を行っても管理が困難 (収縮期血圧160mmHg以上) なものに限る。)、脂質異常症 (6か月以上、スタチン製剤等による薬物治療を行っても管理が困難 (LDLコレステロール140mg/dL以上又はnon-HDLコレステロール170mg/dL以上) なものに限る。) 又は閉塞性睡眠時無呼吸症候群 (AHI ≥30の重症のものに限る。) のうち1つ以上を合併しているもの。
- (2) 実施するに当たっては、高血圧症、脂質異常症又は糖尿病の治療について5年以上の経歴を有する常勤の医師 (当該保険医療機関に配置されている医師に限る。) が治療の必要性を認めていること。
- (3) 長期継続的に生活習慣病の管理を行うため、患者の同意を得た上で治療計画を作成し、当該手術の副作用を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、術後の継続的な治療を他の保険医療機関において行う場合は、術後の継続的な治療を担う他の保険医療機関へ当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供すること。また、手術前BMI、手術前に行われた内科的治療の内容及び期間、手術の必要性等を診療報酬明細書の摘要欄及び診療録に記載すること。

K659 食道下部迷走神経切除術

十二指腸潰瘍に対して迷走神経切断術及び幽門形成術を併施した場合は、区分番号「K664」胃造設術の併施の有無にかかわらず、「3」により算定する。

K664 胃造設術 (経皮的内視鏡下胃造設術、腹腔鏡下胃造設術を含む。)

- (1) 実施した胃造設術の術式について、閉腹による胃造設術、経皮的内視鏡下胃造設術又は腹腔鏡下胃造設術のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、経皮的内視鏡下胃造設術で用いるカテーテル及びキットの費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 当該薬薬を行う際には、胃造設の必要性、管理の方法及び閉鎖の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。
- (3) 胃造設後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、嚥下機能評価の結果、嚥下機能訓練等の必要性や実施すべき内容、嚥下調整食の内容 (嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態や量の情報等を含む。)、患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。
- (4) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生 (支) 局長に届け

合は、所定点数を1回に限り算定するものであり、その後に行われた同一目的の手術の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

- (3) 体外衝撃波胆石破砕によっては所期の目的が達成できず、他の手術手技を行った場合の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

K 6 8 2-2 経皮的胆管ドレナージ術

- (1) 当該手術は初回実施に限り算定し、2回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「J 0 0 2」ドレナージ法（ドレナージ）により算定する。

- (2) 急性胆嚢炎に対して、経皮的胆嚢穿刺のみを行い、ドレナージを留置しなかった場合は、区分番号「J 0 1 0-2」経皮的胆嚢穿刺術により算定する。

K 6 8 2-3 内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ENBD）

当該手術は初回実施に限り算定し、2回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「J 0 0 2」ドレナージ法（ドレナージ）により算定する。

K 6 8 2-4 超音波内視鏡下覆孔形成術（腹腔内腫瘍に対するもの）

腹腔内の腫瘍形成に対し、コンベックス型超音波内視鏡を用いて覆孔形成術を行った場合に算定する。この際、超音波検査及び内視鏡検査の費用は所定点数に含まれる。なお、膀胱性腫瘍、腺腫瘍、閉塞性黄疽又は中蓋腔内腫瘍に対し、コンベックス型超音波内視鏡を用いて覆孔形成術を行った場合についても本区分で算定する。

K 6 8 4 先天性胆道閉鎖症手術

初回根治手術が適切に行われた患者であって、初回手術後胆汁排泄不良を認め、再手術を行ったものについては、初回手術における肝門部処理と同等以上の肝門部処理が行われた場合は、2回目の手術についても当該手術の所定点数を算定できる。

K 6 8 4-2 腹腔鏡下胆道閉鎖症手術

初回根治手術が適切に行われた患者であって、初回手術後胆汁排泄不良を認め、再手術を行ったものについては、初回手術における肝門部処理と同等以上の肝門部処理が行われた場合は、2回目の手術についても当該手術の所定点数を算定できる。

K 6 8 5 内視鏡的胆道結石除去術

- (1) 「1」の胆道砕石術を伴うものは、胆道鏡を用いた字管又は胆管外瘻孔を介し、若しくは内視鏡を用いた十二指腸的に、電気水圧衝撃波、超音波又は砕石用保持鉗子等により結石を破砕し、バスケットワイヤーカテーターを用いて掻出する場合に算定する。

- (2) 「2」その他のもので算定する。

- (3) 短期間又は同一入院院期間中において、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。

- (4) 短期間又は同一入院院期間中において、区分番号「K 6 8 7」内視鏡的乳頭切開術と区分番号「K 6 8 5」内視鏡的胆道結石除去術を併せて行った場合は、主たるもののみにより算定する。

- (5) 「注」の加算については、術後再建腸管を有する患者に対して実施した場合のみ算定できる。

K 6 8 6 内視鏡的胆道拡張術

「注」の加算については、術後再建腸管を有する患者に対して実施した場合のみ算定できる。

K 6 8 7 内視鏡的乳頭切開術

- (1) 短期間又は同一入院院期間中において、回数にかかわらず、第1回目の実施日に1回に限り算定する。

- (2) 乳頭切開を行った後、経乳頭的に電気水圧衝撃波、超音波又は砕石用保持鉗子等により結石を破砕し、バスケットワイヤーカテーターを用いて掻出した場合は、「2」により算定する。ただし、バスケットワイヤーカテーターを用いて、砕石を行わず結石の掻出のみを行った場合は、「1」により算定する。

- (3) 乳頭切開を行った後、経乳頭的に胆道鏡下に結石の掻出を行った場合は、「3」により算定する。

- (4) マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

- (5) 短期間又は同一入院院期間中において、区分番号「K 6 8 5」内視鏡的胆道結石除去術と区分番号「K 6 8 7」内視鏡的乳頭切開術を併せて行った場合は、主たるもののみにより算定する。

- (6) 内視鏡的乳頭拡張術を行った場合は、「1」により算定する。

- (7) 「注」の加算については、術後再建腸管を有する患者に対して実施した場合のみ算定できる。

K 6 8 8 内視鏡的胆道ステント留置術

「注」の加算については、術後再建腸管を有する患者に対して実施した場合のみ算定できる。

K 6 9 1-2 経皮的肝腫瘍ドレナージ術

当該手術は初回実施に限り算定し、2回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「J 0 0 2」ドレナージ法（ドレナージ）により算定する。

K 6 9 5 肝切除術

- (1) 「1」の「ロ」を算定する場合は、複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的なる理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載又は添付すること。

- (2) 尾状葉全切除は「6」の3区域切除以上のもので算定する。なお、単に、尾状葉の一部を切除するものについては、「1」の部分切除で算定する。

K 6 9 5-2 腹腔鏡下肝切除術

- (1) 「1」の「ロ」を算定する場合は、複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的なる理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載又は添付すること。

- (2) 「3」、「4」、「5」及び「6」については、血行再建や胆道再建を伴うものは対象とならない。

K 6 9 7-2 肝悪性腫瘍マイクログ波凝固法（一連として）

- (1) 「1」及び「2」を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

- (2) 区分番号「K 6 9 7-3」肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法と併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

K 6 9 7-3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

- (1) 「1」及び「2」のそれぞれについて、「イ」及び「ロ」を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

- (2) 区分番号「K 6 9 7-2」肝悪性腫瘍マイクログ波凝固法と併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

(3) ここでいう2センチメートルとは、ラジオ波による焼灼範囲ではなく、腫瘍の長径をいう。

K 6 9 7-5 生体部分肝移植術

(1) 対象疾患は、先天性胆道閉鎖症、進行性肝内胆汁うっ滞症（原発性胆管性肝硬変と原発性硬化性胆管炎を含む）、ラジール症候群、バッドキリアー症候群、先天性代謝性肝疾患（家族性ミロイドリニューロパチーを含む）、多発嚢胞肝、カロリ病、肝硬変（非代償期）及び劇症肝炎（ウイルス性、自己免疫性、薬剤性、成因不明を含む。）である。なお、肝硬変（非代償期）に肝腫（転移性のものを除く。以下同じ。）を合併している場合には、遠隔転移と血管浸襲と認めないもので、当該肝腫が、次の条件により、肝内に長径5cm以下F P 1、長径3cm以下3個以内、又は長径5cm以下5個以内かつα-フェトプロテイン（AFP）の検査値が500 ng/mL以下である場合に限る。また、小児肝腫についても対象疾患に含まれるものとする。

ア 肝腫の長径及び腫数については、病理結果ではなく、当該移植実施日から1月以内の術前画像を基に判定することを基本とする。

イ 術前画像において肝腫と判定される結節性病変は、単純CTで撮影した画像において低吸収域として描出され、造影CTで撮影した画像の動脈相において低吸収域として、門脈相において低吸収域として描出されるものを用い、これを典型的な肝腫と判定する。なお、非典型的な肝腫の場合は、最新の科学的根拠に基づく肝腫診療ガイドライン作成に関する研究班「肝腫診療ガイドライン」に基づき、肝腫と診断された場合に限る。また、造影剤にアレルギーがあり造影CTが実施できない場合は、MRIで代用する。

ウ 当該移植前に肝腫に対する治療を行った事例に関しては、当該治療を終了した日から3月以上経過後の移植前1月以内の術前画像を基に判定するものとする。なお、完全嚥死に陥っている結節は、肝腫の腫数には含まれない。

(2) 生体肝を移植する場合においては、日本移植学会が作成した「生体肝移植ガイドライン」を遵守している場合に限る。

(3) 生体肝を移植する場合においては肝提供者から移植肝を摘出することに係る全ての療養上の費用を所定点数により算出し、生体部分肝移植術の所定点数に加算することによる。なお、肝提供者の生体肝を摘出することに係る療養上の費用は、食事の提供も含まれ、具体的には、「入院時食事療養費に係る食事療養費及び入院時生活療養費に係る生活療養費の費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第99号）によって算定した費用額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を四捨五入して得た点数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、肝提供者に食事療養標準負担額を求めるときはできない。

(4) 肝採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取肝を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

(5) 請求に当たっては、肝移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肝提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、肝提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付する。

(6) 生体部分肝移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

(7) 肝移植を行った保険医療機関と肝移植に用いる健肝を摘出した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肝移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議

に委ねる。

K 6 9 7-6 移植用肝採取術（死体）

(1) 移植用肝採取術（死体）の所定点数は、臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体から肝の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

(2) 移植用肝採取術（死体）の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための肝採取を行う際の採取前の採取対象肝の灌流、肝採取、採取肝の灌流及び保存並びにリンパ油の保存に要する人件費、薬品、容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、肝採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取肝を搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

(3) 部分肝を用いて複数の者に対する移植が行われた場合には、移植を行った保険医療機関それぞれにおいて算定する。

(4) 肝移植を行った保険医療機関と肝移植に用いる健肝を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肝移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 6 9 7-7 同種死体肝移植術

(1) 同種死体肝移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

(2) 肝移植を行った保険医療機関と肝移植に用いる健肝を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肝移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 6 9 9-2 体外衝撃波碎石破砕術

(1) 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数日の間隔を置いて一連の治療過程にある数回の体外衝撃波碎石破砕術を行う場合は、1回のみ所定点数を算定する。なお、その他数回の手術の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

(2) 体外衝撃波碎石破砕術によって所期の目的が達成できず、内視鏡を用いた破砕碎石の除去以外の手術手技を実施した場合の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

K 7 0 0-3 腹腔鏡下胆腫瘍摘出術

当該手術について十分な経験を有する医師により実施された場合に算定する。

K 7 0 2-2 腹腔鏡下胆頭部腫瘍摘出術

当該手術について十分な経験を有する医師により実施された場合に算定する。なお、原則として周辺臓器及び尿管の合併切除を伴わないものに対して実施した場合に限り算定すること。

K 7 0 3-2 腹腔鏡下胆頭部腫瘍摘出術

当該手術について十分な経験を有する医師により実施された場合に算定する。なお、原則として周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴わないものに対して実施した場合に限り算定すること。

K 7 0 9-2 移植用肝採取術（死体）

(1) 移植用肝採取術（死体）の所定点数は、死体から肝の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

(2) 死体肝には、臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体の臓器を含

互の合議に委ねる。

- (4) 「注1」の加算は、死体（脳死体を除く。）から移植のための臓器採取を行う際の採取前の採取対象臓器の灌流、臓器採取、採取臓器の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、臓器採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取臓器を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

K 7 0 9 - 6 同種死体臓器移植術

- (1) 対象患者は、1型糖尿病患者であって、慢性腎不全を伴わない者又は腎移植後の者とする。
 (2) 同種死体臓器移植術の所定点数には、臓器分離の費用が含まれる。
 (3) 移植の対象となる死体臓器には、臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した身体の臓器を含む。
 (4) 臓器移植を行った保険医療機関と臓器移植に用いる健康を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、臓器移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。
 (5) 「注1」の規定に基づく加算は、死体（脳死体を除く。）から移植のための臓器採取を行う際の採取前の採取対象臓器の灌流、臓器採取、採取臓器の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、臓器採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取臓器を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

K 7 1 4 腸管營養症手術

腸管營養症手術を行った場合は、その術式により腸管營養症手術、区分番号「K715」腸重積症整復術、区分番号「K716」小腸切除術又は区分番号「K719」結腸切除術等により算定する。

K 7 1 6 小腸切除術

「1」については、クローン病の患者のうち、複雑な瘻孔形成や膿瘍形成のあるものに対して小腸切除術を実施した場合は、本区分の所定点数により算定する。

K 7 1 6 - 2 腹腔鏡下小腸切除術

「1」については、クローン病の患者のうち、複雑な瘻孔形成や膿瘍形成のあるものに対して小腸切除術を実施した場合、本区分の所定点数により算定する。

K 7 1 6 - 4 生体部分小腸移植術

- (1) 対象症例は、短腸症候群又は機能的難治性小腸不全であって、経静脈栄養を必要とし、経静脈栄養の継続が困難なものと又は困難になることが予測されるものとする。
 (2) 生体小腸を移植する場合においては、日本移植学会による「生体小腸移植実施指針」を遵守している場合に限り算定する。
 (3) 生体小腸を移植する場合においては、小腸提供者から移植小腸を摘出することに係る全ての療養上の費用を所定点数により算出し、生体部分小腸移植術の所定点数に加算する。なお、小腸提供者の生体小腸を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的に、「入院時食事療養費に係る食事療養費及び入院時生活療養費に係る生活療養費の費用額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第99号）によって算定した費用額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を四捨五入して得た点数と他の療養上の費用に係る

む。

- (3) 移植用臓器採取術（死体）の所定点数には、移植のための臓器採取を行う際の採取前の採取対象臓器の灌流、臓器採取、採取臓器の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、臓器採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取臓器を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。
 (4) 臓器移植を行った保険医療機関と臓器移植に用いる健康を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、臓器移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 7 0 9 - 3 同種死体臓器移植術

- (1) 同種死体臓器移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
 (2) 移植の対象となる死体臓器には、臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した身体の臓器を含む。
 (3) 臓器移植を行った保険医療機関と臓器移植に用いる健康を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、臓器移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。
 (4) 「注1」の加算は、死体（脳死体を除く。）から移植のための臓器採取を行う際の採取前の採取対象臓器の灌流、臓器採取、採取臓器の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、臓器採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取臓器を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

K 7 0 9 - 4 移植用臓器採取術（死体）

- (1) 移植用臓器採取術（死体）の所定点数は、死体から同時に脾と腎の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。
 (2) 死体臓器には、臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体の臓器を含む。
 (3) 移植用臓器採取術（死体）の所定点数には、移植のための臓器採取を行う際の採取前の採取対象臓器の灌流、臓器採取、採取臓器の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、臓器採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取臓器を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。
 (4) 臓器移植を行った保険医療機関と臓器移植に用いる健康を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、臓器移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 7 0 9 - 5 同種死体臓器移植術

- (1) 同種死体臓器移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
 (2) 移植の対象となる死体臓器には、臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した身体の臓器を含む。
 (3) 臓器移植を行った保険医療機関と臓器移植に用いる健康を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、臓器移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

る点数を合計した点数とする。この場合、小腸提供者に食事療養標準負担額を求めることはできない。

(4) 小腸採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取小腸を搬送した場における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

(5) 請求に当たっては、小腸移植者の診療報酬明細書の摘要欄に小腸提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、小腸提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付する。

(6) 生体部分小腸移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

(7) 小腸移植を行った保険医療機関と小腸移植に用いる健小腸を摘出した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、小腸移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 7 1 6 - 5 移植用小腸採取術 (死体)

(1) 移植用小腸採取術 (死体) の所定点数は、臓器の移植に関する法律第 6 条第 2 項に規定する脳死した者の身体から小腸の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

(2) 移植用小腸採取術 (死体) の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための小腸採取を行う際の採取前の採取対象小腸の灌流、小腸採取、採取小腸の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、小腸採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取小腸を搬送した場における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

(3) 小腸移植を行った保険医療機関と小腸移植に用いる健小腸を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、小腸移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 7 1 6 - 6 同種死体小腸移植術

(1) 同種死体小腸移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

(2) 小腸移植を行った保険医療機関と小腸移植に用いる健小腸を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、小腸移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術

(1) 短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第 1 回目の実施日に 1 回に限り算定する。

(2) 「1」は、ポリープの長径又は粘膜切除範囲が 2cm 未満の場合に算定する。

(3) 「2」は、ポリープの長径又は粘膜切除範囲が 2cm 以上の場合に算定する。

(4) 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術と同時に施行した内視鏡的止血術の手術料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 7 2 1 - 4 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剝離術

(1) 短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第 1 回目の実施日に 1 回に限り算定する。

(2) 経内視鏡的に高周波切除器を用いて病変の周囲を全周性に切開し、粘膜下層を剝離することにより、最大径が 2cm 以上の早期癌又は最大径が 5mm から 1cm までの神経内分注腫瘍に対して、病変を含む範囲を一括で切除した場合に算定する。ただし、線維化を伴う早期癌については、最大径が 2cm 未満のものに対して実施した場合でも算定できる。

(3) 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剝離術と同時に施行した内視鏡的止血術の手術料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 7 2 2 小腸結腸内視鏡的止血術

(1) 小腸結腸内視鏡的止血術は 1 日 1 回、週 3 回を限度として算定する。

(2) マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

(3) 「注」の加算については、小腸出血に対して内視鏡的止血術を行った場合のみ算定できる。

K 7 2 5 腸癌、虫垂嚢造設術

(1) 長期の栄養管理を目的として、腸癌、虫垂嚢を造設する際には、腸癌、虫垂嚢による療養の必要性、管理の方法及び腸癌、終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。

(2) 長期の栄養管理を目的として、腸癌、虫垂嚢を造設した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、腸癌、虫垂嚢による療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項並びに、患者又はその家族等への説明内容等を情報提供する

K 7 2 5 - 2 腹腔鏡下腸癌、虫垂嚢造設術

(1) 長期の栄養管理を目的として、腸癌、虫垂嚢を造設する際には、腸癌、虫垂嚢による療養の必要性、管理の方法及び腸癌、虫垂嚢による療養の終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。

(2) 長期の栄養管理を目的として、腸癌、虫垂嚢を造設した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、腸癌、虫垂嚢による療養の必要性、管理の方法及び腸癌、虫垂嚢による療養の終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供する。

(3) 腹腔鏡下逆流防止弁付加結腸嚢造設術についても本区分で算定する。

K 7 2 6 人工肛門造設術

区分番号「K 7 4 0」直腸切除・切除術の「4」を行った場合の人工肛門造設に係る腸管の切除等の手術料は、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 7 2 6 - 2 腹腔鏡下人工肛門造設術

区分番号「K 7 4 0 - 2」腹腔鏡下直腸切除・切除術の「3」を行った場合の人工肛門造設に係る腸管の切除等の手術料は、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 7 2 9 - 2 多発性小腸閉塞症手術

当該手術は、先天性小腸閉塞に対して 2 箇所以上の病変に対して行われる場合に限り算定する。

K 7 3 2 人工肛門閉鎖術

「2」の「イ」直腸切除術後のものについては、悪性腫瘍に対する直腸切除術の際に造設した人工肛門に対して、人工肛門閉鎖術を行った場合に算定する。

K 7 3 2 - 2 腹腔鏡下人工肛門閉鎖術 (悪性腫瘍に対する直腸切除術後のものに限る。)

悪性腫瘍に対する直腸切除術の際に造設した人工肛門に対して、人工肛門閉鎖術を行った場合

に算定する。

K 7 3 5-2 小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）

短期間又は同一入院期間中において2回に限り算定する。なお、2回目を算定する場合は診療報酬明細書の掲載欄にその理由及び医学的必要性を記載すること。

K 7 3 5-5 腸管延長術

腸管延長術は、短腸症候群の患者の拡張した残存小腸に対し、自動縫合器を用いて切離延長を行った場合に算定する。

K 7 3 6 人工肛門形成術

人工肛門造設後における、人工肛門狭窄又は腸管断端の過不足により、改めてそれを拡張又は整形した場合は、本区分により算定する。

K 7 3 9 直腸腫瘍摘出術（ボリープ摘出を含む。）

マイタロウ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

K 7 4 0 直腸切除・切断術

(1) 「4」については、経膈的操作及び経肛門的操作による内外括約筋間直腸切除と、経肛門操作による肛門再建による自然肛門温存を行った場合に算定する。なお、診療報酬明細書に手術記録を添付すること。

(2) 「4」及び「5」において、人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(3) 「注」の人工肛門造設加算については、医学的な必要性がある場合に一時的人工肛門造設を行った場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的必要性を記載すること。

K 7 4 0-2 腹腔鏡下直腸切除・切断術

(1) 「3」において、人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(2) 「注」の人工肛門造設加算については、医学的な必要性がある場合に一時的人工肛門造設を行った場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的必要性を記載すること。

K 7 4 1-2 直腸痛手術

直腸痛に対して、経膈的又は経肛門的に行った場合に算定する。

K 7 4 2 直腸脱手術

(1) 「1」の「ロ」は、デロルメ法又はアルテマイヤー法により実施された場合に限り算定する。

(2) 区分番号「K 8 6 5」子宮脱手術及び区分番号「K 8 8 7-2」卵管結紮術を併せて行った場合は、「4」により算定する。

K 7 4 3 痔核手術（痔肛を含む。）

(1) 内痔核に対するミリガン・モーガン手術により1か所又は2か所以上の手術を行った場合は、「4」により算定する。

(2) ホットヘッド手術は、「4」により算定する。

(3) 自動吻合器を用いて痔核手術を行った場合は、本区分の「6」により算定する。ただし、自動吻合器等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 7 4 3-2 肛門括約筋切開術

本手術は、結腸又は直腸の拡張を伴う慢性便秘症に対して、肛門括約筋切開術を行った場合に算定する。

K 7 4 3-5 モルガンー氏洞及び肛門管切開術、K 7 4 3-6 肛門部皮膚剝離切除術

肛門腫瘍症に対し種々の原因治療を施しても治癒しない場合において、本手術を行った場合に算定する。

第10款 尿路系・副腎

K 7 5 4-2 腹腔鏡下副腎摘出術

腹腔鏡下副腎摘出術の対象疾患は、良性副腎腫瘍とする。

K 7 5 4-3 腹腔鏡下小切開副腎摘出術

腹腔鏡下小切開副腎摘出術の対象疾患は、良性副腎腫瘍とする。

K 7 6 2 腎固定術

遊走腎兼移動性盲腸に対して、必要があった場合腸固定術、腎固定術を行った際に一皮切から行い得た場合は、同一手術野の手術として「通則14」により腎固定術のみにより算定する。

K 7 6 4 経皮的尿路結石除去術

経皮的尿路結石除去術は、腎結石症又は尿管結石症に対して、経皮的に腎臓を造設した後、腎臓より腎盂鏡を挿入し、電気水圧衝撃波、弾性衝撃波又は超音波等を用いて結石を摘出した場合に算定する。

K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石砕砕術

(1) 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の体外衝撃波腎・尿管結石砕砕を行う場合は、1回のみ所定点数を算定する。なお、その他数回の手術の費用は、所定点数に含まれない。

(2) 体外衝撃波腎・尿管結石砕砕術によっては所期の目的が達成できず、他の手術手技を行った場合の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

K 7 6 9 腎部分切除術

残腎結核に対して、腎空洞切開術及び腎盂尿管移行部形成術を併施した場合は、区分番号「K 7 8 9」尿管腫瘍併発術に準じて算定する。

K 7 7 3-4 腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）

腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）は経皮的、開腹下又は腹腔鏡下のいずれの方法によるものについて算定できる。

K 7 7 3-5 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
原発巣が7センチメートル以下であり転移病巣のない腎悪性腫瘍に対して、腎部分切除を行った場合に限り算定する。

K 7 7 5 経皮的腎（腎盂）瘻造設術

手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

K 7 7 9 移植用腎採取術（生体）

腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合は、診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

基準」(平成18年厚生労働省告示第99号)によって算定した費用額を10円で除して得た数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、腎提供者から食事に係る標準負担額を求めるとはできない。

- (4) 生体腎移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (5) 腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を用いた保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、腎移植者の診療報酬明細書の摘要欄に腎提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、腎提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

K 781 経尿道的尿管結石除去術
 経尿道的尿管結石除去術は、腎結石症、腎盂結石症又は尿管結石症に対して経尿道的に内視鏡を腎、腎盂又は尿管内に挿入し、電気水圧衝撃波、弾性衝撃波、超音波又はレーザー等により結石を破碎し、バスケットワイヤーカテーテル等を用いて摘出する場合に算定する。ただし、透視下にバスケットワイヤーカテーテルのみを用いて、砕石を行わずに結石の摘出のみを行った場合は、区分番号「K798」膀胱結石、異物摘出術の「1」に準じて算定する。

K 781-3 経尿道的腎盂尿管凝固止血術
 経尿道的腎盂尿管凝固止血術は、画像診断、血液学的検査、尿細胞診検査によっても原因が特定できない肉眼的血尿に対して、腎尿管鏡を用いて出血部位を特定し、Ho-YAGレーザー等を用いて、止血を行った場合に算定する。なお、内視鏡検査及び使用するレーザー等に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 783 経尿道的尿管狭窄拡張術、K783-2 経尿道的尿管ステント留置術、K783-3 経尿道的尿管ステント除去術、K785 経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術、K794-2 経尿道的尿管腫瘍切除術、K798 膀胱結石、異物摘出術の「1」、K798-2 経尿道的尿管凝固止血術(バスケットワイヤーカテーテル使用)、K800-2 経尿道的電気凝固術、K803 膀胱悪性腫瘍手術の「6」、K817 尿道悪性腫瘍摘出術の「2」、K821 尿道狭窄内視鏡手術

内視鏡検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 783-2 経尿道的尿管ステント留置術、K783-3 経尿道的尿管ステント除去術
 区分番号「K783-2」経尿道的尿管ステント留置術と区分番号「K783-3」経尿道的尿管ステント除去術を併せて行なった場合は、主たるもののみ算定する。

K 802-2 膀胱脱手術

「1」については、メッシュを使用した場合に算定する。

K 803 膀胱悪性腫瘍手術
 「注」の装帯域光強度調算は、上皮内癌(CIS)の患者に対し、手術中に切除範囲の決定を目的に実施した場合に限り算定する。

K 805-2 膀胱皮膚瘻造設術
 穿刺によらず、膀胱皮膚瘻とを結合することで膀胱皮膚瘻を造設した場合に算定する。

K 805-3 薄尿路造設術
 腸管を用いて膀胱からの薄尿路を造設した場合に算定する。

K 809-3 腹腔鏡下膀胱内手術

なお、請求に当たっては、腎移植者の診療報酬明細書の摘要欄に腎提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、腎提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

- K 779-2 移植用腎採取術(死体)**
 (1) 移植用腎採取術(死体)の所定点数は、死体から腎の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。
- (2) 死体腎には、臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した身体の腎を含む。
- (3) 移植用腎採取術(死体)の所定点数には、移植のための腎採取を行う際の採取前の採取対象者の灌流、腎採取、採取腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に関する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、腎採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。
- (4) 腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 779-3 腹腔鏡下移植用腎採取術(生体)
 腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、腎移植者の診療報酬明細書の摘要欄に腎提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、腎提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

K 780 同種死体腎移植術

- (1) 同種死体腎移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (2) 移植の対象となる死体腎には、臓器の移植に関する法律に規定する脳死体の腎を含む。
- (3) 腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。
- (4) 「注1」の規定に基づく加算は、死体(脳死体を除く。)から移植のための腎採取を行う際の採取前の採取対象者の灌流、腎採取、採取腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、腎採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

K 780-2 生体腎移植術

- (1) 対象疾患は、末期慢性腎不全である。
- (2) 生体腎を移植する場合においては、日本移植学会が作成した「生体腎移植ガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。
- (3) 生体腎を移植する場合においては腎提供者から移植腎を摘出することに係る全ての療養上の費用を所定点数により算出し、生体腎移植術の所定点数に加算する。なお、腎提供者の生体腎を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的には、「入院時食事療養費に係る食事療養費及び入院時生活療養費に係る生活療養費の費用の額の算定に関する

膀胱尿管逆流症又は巨大尿管症に対して行われたものに対して算定する。

K 8 2 1 - 3 尿道ステント前立腺部尿道拡張術

全身状態が不良のため、区分番号「K 8 4 0」前立腺被膜下摘出術又は区分番号「K 8 4 1」経尿道的な前立腺手術を実施できない患者に対して、尿道ステントを用いて前立腺部の尿道拡張を行った場合に算定する。

K 8 2 3 尿失禁手術

恥骨固定式膀胱頸部上術を行うものについては、恥骨固定式膀胱頸部吊上キットを用いて尿失禁手術を行った場合に算定する。手術に必要な保険医療材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 8 2 3 - 2 尿失禁又は膀胱尿管逆流現象カラーゲン注入手術

(1) 注入に用いるカラーゲン、皮内反応用のカラーゲン、注入針、膀胱鏡等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(2) 本手術の対象疾患は、1年以上改善の見られない慢性尿失禁又は膀胱尿管逆流症とする。

(3) 所期の目的を達するために複数回実施しても、一連として算定する。

K 8 2 3 - 3 膀胱尿管逆流症手術（治療用注入材によるもの）

所期の目的を達するために複数回実施しても、一連として算定する。

K 8 2 3 - 6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）

(1) 過活動性膀胱又は神経因性尿失禁予防過活動の患者であって、行動療法、各種抗コリン薬及びβ3作動薬を含む薬物療法を単独又は併用療法として、少なくとも12週間の継続治療を行っても効果が得られない又は継続が困難と医師が判断したのに対して行った場合に限り、算定できる。

(2) 効果の減弱等により再手術が必要となった場合には、4月に1回に限り算定できる。

第11款 性器

K 8 2 8 - 2 陰茎持続勃起症手術

陰茎背静脈、尿道海綿体、大伏在静脈又は体外静脈系と陰茎海綿体のシャント術を行った場合には、「2」により算定する。

K 8 3 4 - 2 腹腔鏡下内精巣動脈結紮術

腹腔鏡下精索静脈結紮術は本区分で算定する。

K 8 4 1 - 2 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸気膀胱

(1) 経尿道的レーザー前立腺切除・蒸気膀胱は、膀胱・尿道鏡下に行われた場合に算定し、超音波ガイド下に行われた場合は算定できない。

(2) 使用されるレーザープローブの費用等レーザー照射に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

(3) ネオジウム・ヤグ倍周波数レーザー（グリーンレーザー）又はダイオードレーザーによる経尿道的前立腺蒸気術を行った場合には、「1」に掲げる所定点数を算定する。

K 8 4 1 - 3 経尿道的な前立腺高温度治療

(1) 本手術は、前立腺肥大組織を45℃以上で加熱するものをいう。

(2) 本手術の所定点数には、使用される機器等の費用が含まれ、別に算定できない。

(3) 所期の目的を達するために複数回実施した場合であっても、一連として算定する。

K 8 4 1 - 4 焦点式高エネルギー超音波療法

(1) 前立腺肥大症に対して行われた場合に限り算定する。

(2) 本手術の所定点数には、使用される機器等の費用が含まれ、別に算定できない。

(3) 前立腺肥大症の治療のために行われた当該手術については、一連の手術につき1回に限り算定するものとし、治療終了後、医師が治療の必要性を認めた場合には算定できる。

K 8 4 1 - 5 経尿道的な前立腺核出術

経尿道的な前立腺核出術は、電解質溶液を灌流液として用いて、前立腺核出用電極により、経尿道的な前立腺腫瘍を核出した場合に算定する。

K 8 5 4 前立腺結合織炎（膿瘍）切開術

子宮旁結合織炎（膿瘍）切開排膿の第2回以後の洗浄処置については、区分番号「J 0 6 6」尿道拡張法により算定する。

K 8 6 5 子宮脱手術

(1) 膈壁融合術の費用は本区分の所定点数に含まれ、別に算定できない。

(2) 区分番号「K 8 5 2」膈壁創縁融合術（分娩時を除く。）及び区分番号「K 8 7 7」子宮全摘術を併施した場合は、それぞれの所定点数を別に算定する。

ただし、区分番号「K 8 5 2」膈壁創縁融合術（分娩時を除く。）と区分番号「K 8 7 2」子宮筋腫摘出（核出）術の「2」を併施した場合は、区分番号「K 8 7 2」子宮筋腫摘出（核出）術の「2」の所定点数のみにより算定する。

K 8 6 7 - 2 子宮嚢部嚢腫等子宮嚢部乱切除術

子宮嚢部嚢腫（ナボット胞のあるもの）等の場合に、子宮嚢部の乱切除術を行う場合に算定する。

K 8 7 2 - 5 子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法

子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法は、ポルフィマイナーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・レーザー（波長 630nm）及びYAG-OPOLレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

K 8 7 7 - 2 腹腔鏡下腹式子宮全摘術

腹腔鏡下腹式子宮全摘術の対象疾患は、良性子宮疾患とする。

K 8 7 9 - 2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術

(1) 子宮体がんに対するものについては、日本産科婦人科学会、日本病理学会、日本医学放射線学会及び日本放射線腫瘍学会が定める「子宮体癌取り扱い規約」におけるI A期の子宮体がんに対して実施した場合に算定する。

(2) 子宮体がんに対するものについては、I A期の術前診断により当該手術を行おうとしたが、術中所見でI B期以降であったため、開腹手術を実施した場合は、区分番号「K 8 7 9」子宮悪性腫瘍手術を算定する。

(3) 子宮頸がんに対するものについては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守し、実施する。

K 8 8 5 - 2 経皮的卵巣嚢腫内容非排除術

経皮的卵巣嚢腫内容非排除術は、車房性の卵巣嚢腫を呈した1歳未満の患者に対して実施した場合に限り算定する。

K 8 9 0 - 2 卵管鏡下卵管形成手術

手術に伴う腹腔鏡鏡筒等の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 898 帝王切開術

産科検出術において双子の場合は、帝王切開術を除き1児ごとに所定点数を算定する。
K 898 帝王切開術
(1) 「1」緊急帝王切開は、母体及び胎児の状況により緊急に帝王切開となった場合に算定する。なお、「2」選択帝王切開を予定していた場合であっても、母体及び胎児の状態により緊急に帝王切開となった場合は「1」により算定する。
(2) 「注」に規定する「複雑な場合」とは以下に掲げるものをいう。

- ア 前置胎盤の合併を認める場合
- イ 32週未満の早産の場合
- ウ 胎児機能不全を認める場合
- エ 常位胎盤早期剥離を認める場合
- オ 開腹歴（腹腔・骨盤腔内手術の既往をいう。）のある妊婦に対して実施する場合
- カ 多胎の場合

K 901 子宮双手圧迫術（大動脈圧迫術を含む。）
子宮双手圧迫術を実施した後、子宮止血バルーンカテーテルを用いた止血を実施した場合は主たるもののみ算定する。

K 906 子宮頸管縫縮術

K 907 胎児外回転術
胎児外回転術の算定は分娩時のみに限るものではないが、その効果が十分期待しうる時期に実施された場合に限り算定する。

K 909 流産手術

- (1) 流産手術は血引として、あらかじめ頸管拡張を行った場合であってもそれを別に算定することなく、本区別の所定点数のみにより算定する。
- (2) 人工妊娠中絶のために必要があつて、区分番号「K 898」帝王切開術、区分番号「K 877」子宮全摘術又は区分番号「K 876」子宮頸上部切断術を実施した場合は、流産手術の所定点数によらずそれぞれの所定点数により算定する。
- (3) 妊娠週 22 週以上のもの中絶は、流産手術として算定せず、実際に行つた分娩誘導又は産科手術の術式の所定点数によつて算定する。

K 910-2 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術
内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術は双胎間輸血症候群と診断された患者に対し、双胎間輸血症候群の十分な経験と有する医師の下で行われた場合に算定する。

K 910-3 胎児胸腔・羊水腔シャント術
胎児胸腔・羊水腔シャント術は、胎児胸水に対し、胎児胸水排出用シャントを用いて胸水を羊水腔に持続的に排出した場合に、一連につき1回に限り算定する。なお、使用した胎児胸水排出用シャントの費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 910-4 無心体双胎焼灼術（一連につき）
無心体双胎に対するラジオ波焼灼術は、無心体双胎に対する十分な経験を有する医師の下で行われた場合に算定する。

K 910-5 胎児輸血術（一連につき）

(1) 胎児輸血術は、貧血又は血小核減少が疑われる胎児に対して、超音波ガイド下に母体経皮経腹の子宮内の臍動血管を穿刺し、輸血を行った場合に算定する。なお、「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。また、数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の胎児輸血を行う場合は、1回のみの所定点数を算定する。

(2) 胎児血の採取に係る費用は、所定点数に含まれる。

K 912 異所性妊娠手術

外妊破裂を起こさなかつた場合であっても算定できる。

K 913 新生児仮死蘇生術

新生児仮死蘇生術は、「通則7」の極低出生体重児又は新生児加重算を算定できる。

K 913-2 性腺摘出術

停留精巢又は性分化異常症等による性腺等を摘出した場合に算定する。

第12款 削除

第13款 臓器提供管理料

K 914 脳死臓器提供管理料

(1) 脳死臓器提供管理料の所定点数は、臓器の移植に関する法律第6条第2項に規定する脳死した者の身体から臓器の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

(2) 脳死臓器提供管理料の所定点数には、臓器の移植に関する法律第6条に規定する脳死判定並びに判定後の脳死した者の身体への処置、検査、医学的管理、看護、院内のコーディネート、薬剤及び材料の使用、採取対象臓器の評価及び脳死した者の身体から臓器を採取する際の術中全身管理に係る費用等が含まれる。

(3) 脳死臓器提供管理料は、区分番号「K 514-4」同種死体肺移植術、区分番号「K 605-2」同種心移植術、区分番号「K 605-4」同種心肺移植術、区分番号「K 697-7」同種死体肝移植術、区分番号「K 709-3」同種死体脾移植術、区分番号「K 709-5」同種死体腎移植術、「K 709-6」同種死体膵島移植術、区分番号「K 716-6」同種死体小腸移植術又は区分番号「K 780」同種死体腎移植術が算定できる場合に限り、算定する。

(4) 診療報酬の請求は臓器の移植を行った保険医療機関で行い、脳死臓器提供管理を行った医療機関との診療報酬の分配は、相互の合議に委ねる。

(5) 脳死臓器提供管理料について、「通則10」、「通則11」及び「通則12」の加算は適用できない。

K 915 生体臓器提供管理料

- (1) 生体臓器提供管理料の所定点数には、採取対象臓器の評価や生体から臓器を採取する際の術中全身管理をはじめとする臓器提供者の安全管理等に係る費用が含まれる。
- (2) 生体臓器提供管理料の所定点数は、移植を行った保険医療機関において算定する。
- (3) 生体臓器提供管理料は、区分番号「K 514-6」生体部分肺移植術、区分番号「K 69

7-5) 生体部分肝移植術、区分番号「K716-4」生体部分小腸移植術又は区分番号「K780-2」生体腎移植術が算定できる場合に限り算定する。

(4) 診療報酬の請求は臓器の移植を行った保険医療機関で行い、生体臓器提供管理を行った医療機関との診療報酬の分配は、相互の合議に委ねる。

(5) 生体臓器提供管理料については、「通則8」、「通則10」、「通則11」及び「通則12」の加算は適用できない。

第2節 輸血料

K 20 輸血

(1) 自家採血輸血、保存血液輸血、自己血輸血及び希釈式自己血輸血の算定に当たっては、200mLを単位とし、200mL又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。ただし、6歳未満の患者に対して自己血輸血を行った場合は、体重1kgにつき4mLを単位とし、当該単位又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。(2) 自家採血輸血及び保存血液輸血における1回目とは、一連の輸血における最初の200mLの輸血をいい、2回目とはそれ以外の輸血をいう。

(3) 輸血と補液を同時に行った場合は、輸血の量と、補液の量は別々のものとして算定する。

(4) 自家採血輸血を算定する単位としての血液量は、採血を行った量ではなく、実際に輸血を行った1日当たりの量である。

(5) 自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料は、原材料として用いた血液の量に従い、「1」により算定する。ただし、この場合の血液の量は3,000mLを限度とすること。この場合、患者に用いるリンゲル液、糖液等については、区分番号「G100」薬剤により算定するが、自家製造に要する費用及び製造の過程で用いる薬剤については算定できない。

(6) 同種造血幹細胞移植後の慢性骨髄性白血病の再発、骨髄異形成症候群の再発及びEBウイルス感染によるB細胞性リンパ球増殖性疾患に対し、造血幹細胞提供者のリンパ球を採取・輸注した場合は、「1」により算定する。またこの際、自家製造したリンパ球を使用した場合には、「(5)」の規定に基づき、原材料として用いた血液の量に依り算定する。

(7) 保存血液輸血の注入量は、1日における保存血及び血液成分製剤（自家製造したものを除く。）の実際に注入した総量又は原材料として用いた血液の総量のうらわずれか少ない量により算定する。例えば、200mLの血液から製造された30mLの血液成分製剤については30mLとして算定し、200mLの血液から製造された230mLの保存血及び血液成分製剤は、200mLとして算定する。

(8) 血小坂濃厚液の注入は、「2」により算定する。なお、血液成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結血漿等）は注射の部において取り扱われる。

(9) 自己血貯血は、当該保険医療機関において手術又はヒト骨髄由来間葉系幹細胞の投与を予定している患者から採血を行い、当該血液を保存した場合に算定する。また、ヒト骨髄由来間葉系幹細胞の投与を予定している患者に関しては、「3」自己血貯血の「1」6歳以上の患者の場合（200mLごと）の「(1)」の液状保存の場合により算定する。

(10) 自己血輸血は、当該保険医療機関において手術を行う際に予め貯血しておいた自己血（自己血貯血）を輸血した場合において、手術時及び手術後3日以内に輸血を行ったときに算定できる。

(11) 自己血輸血を算定する単位としての血液量は、採血を行った量ではなく、手術開始後に実際に輸血を行った1日当たりの量である。なお、使用しなかった自己血については、算定できない。

(12) 希釈式自己血輸血は、当該保険医療機関において手術を行う際、麻酔導入後から執刀までの間に自己血の採血を行った後、採血量に見合った量の代用血液の輸血を行い、手術終了後採血しておいた自己血を輸血した場合に算定できる。

(13) 希釈式自己血輸血を算定する単位としての血液量は、採血を行った量ではなく、手術開始後に実際に輸血を行った1日当たりの量である。なお、使用しなかった自己血については、算定できない。

(14) 患者への説明

ア 「注1」に規定する説明とは、別紙様式26を参考として、文書により輸血の必要性、副作用、輸血方法及びその他の留意点等について、輸血を行う際に患者本人に対して行うことを原則とするが、医師の説明に対して理解ができないと認められる患者（例えば小児、意識障害者等）については、その家族等に対して説明を行うことが必要である。

イ アの説明は、当該患者に対する一連の輸血につき1回行うものとする。なお、この場合、「一連」とは、概ね1週間とする。ただし、再生不良性貧血、白血病等の患者の治療において、輸血の反复の必要性が明らかである場合はこの限りでない。

ウ 説明に用いた文書については、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等）にあっては、その家族等）から署名又は押印を得た上で、当該患者に交付することを要するが、その文書の写しを診療録に添付することとする。

エ 緊急その他事前に説明を行うことが著しく困難な場合は、事後の説明でも差し支えないものとする。

(15) 輸血に当たっては、「血液製剤の使用指針及び輸血療法の実施に関する指針について」（平成11年6月10日付け医薬発第715号厚生省医薬安全局長通知）及び「血小板製剤の使用適正化の推進について」（平成6年7月11日付け薬発第638号厚生省薬務局長通知）による、両通知別添（「血液製剤の使用指針」、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血小板製剤の適正使用について」）を遵守するよう努めるものとする。

(16) 「注3」の加算は、第1節に掲げる手術と同日に骨髄内輸血又は血管露出術が行われた場合には、算定できない。

(17) 「注6」の順回輸血を行う場合は、週1回以上、当該月で3週以上にわたり行われるものである。

(18) 「注7」の加算を算定できるHLA型適合血小板輸血は、白血球又は再生不良性貧血の場合であって、抗HLA抗体のために血小板輸血に対して不応状態となり、かつ、強い出血傾向を呈しているものに限る。なお、この場合において、対象となる白血球及び再生不良性貧血の患者の血小板数は概ね、それぞれ2万/mm³以下及び1万/mm³以下を標準とする。

(19) 「注8」の血液交叉試験又は間接クームス検査の加算は、自家採血を使用する場合には、それぞれ算定する。また、保存血を使用する場合には、血液バッグ（袋）1バッグごとに算定する。

(20) 「注8」のコンピュータクロスマッチ加算は、「(15)」に規定する「輸血療法の実施に関する指針」を遵守してコンピュータクロスマッチを実施した場合に算定する。

全症等であり、また、自家骨髄移植、自家末梢血幹細胞移植の対象疾患は、化学療法や放射線療法に感受性のある白血病等の悪性腫瘍である。

(6) 同種移植の請求に当たっては、造血幹細胞移植者の診療報酬明細書の摘要欄に造血幹細胞移植者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、造血幹細胞提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付する。

(7) 造血幹細胞採取（臍帯血移植を除く。）を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取した造血幹細胞を輸送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

(8) 移植に使用した臍帯血の保存施設から移植実施医療機関までの搬送に要した費用については療養費として支給し、その額は移送費の算定方法に準じて算定する。

(9) 造血幹細胞採取（臍帯血移植を除く。）を行った医療機関と造血幹細胞移植を行った医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、造血幹細胞移植を行った医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K923 術中術後自己血回収術

(1) 開心術及びび大血管手術で出血量が600mL以上（12歳未満の患者においては10mL/kg）の場合並びにその他無痛的手術で出血量が600mL以上（12歳未満の患者においては10mL/kg）の場合（外傷及びび悪性腫瘍の手術を除く。ただし、外傷のうち骨盤骨折、大腿骨骨折等の関節骨折に対する手術においては算定できる。）に、術中術後自己血回収術を算定する。

(2) 術中術後自己血回収セットとは、術野から血液を回収して、濃縮及び洗浄を行い、又は濾過を行い、当該手術の際に患者の体内に戻す一連の器具をいう。

(3) 「1」については、術中術後自己血回収セットを用いて血液の濃縮及び洗浄を行った場合に算定する。

(4) 「2」については、術中術後自己血回収セットを用いて血液の濾過を行った場合に算定する。

第3節 手術医療機器等加算

K930 骨髄誘発電位測定等加算

(1) 神経モニタリングの脳、脊髄、骨髄、大動脈瘤又は食道の手術とは、区分番号「K116」から「K118」まで、「K128」から「K136」まで、「K138」、「K139」、

「K142」から「K142-3」まで、「K142-5」から「K142-7」、「K151-2」、「K154」、「K154-2」、「K159」、「K160-2」、「K169」、「K170」、「K172」、「K175」から「K178-3」まで、「K181」、「K183」から「K190-2」まで、「K191」、「K192」、「K457」、「K458」、「K527」、「K529」の1及び2、「K529-2」、「K529-3」、「K560-2」、「K609」及び「K609-2」に掲げる手術をいう。なお、これらの項目の所定点数を適用する手術については加算を行わない。

(3) 「2」に規定する甲状腺又は副甲状腺の手術とは区分番号「K461」から「K463-2」及び「K465」に掲げる手術をいう。なお、これらの項目の所定点数を適用する手術については加算を行わない。

K931 超音波凝縮切開装置等加算

(21) 「注10」に規定する「輸血に伴って行った供血者の諸検査」には、HCY抗体定性・定量、H1V-1抗体、H1V-1,2抗体定性、H1V-1,2抗体半定量、H1V-1,2抗体同時測定定量、H1V-1,2抗原・抗体同時測定定性、H1V-1,2抗体定性、H1V-1,2抗体定量、H1V-1抗体、不規則抗体等が含まれ、これらの検査に係る費用は別に算定できない。

(22) 自己血を採血する際の採血バッグ並びに輸血する際の輸血回路及び輸血用針の費用並びに自己血の保存に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。なお、自己血の採血に伴うエリクソエタンに係る第2章第6節第1節第1款注射薬材料については、自己血の所定点数とは別に算定する。

(23) 「注12」に規定する血小坂洗浄加算は、血液・造血器疾患において、副作用の発生防止を目的として、血小坂濃厚液を置換液等で洗浄操作した上で血漿成分を除去し輸血を行った場合に算定する。

血小坂洗浄術の実施に当たっては関係学会の定めるガイドラインを遵守すること。

K920-2 輸血管理料

(1) 輸血管理料は輸血療法の安全かつ適正な実施を推進する観点から、医療機関における輸血管理体制の構築及び輸血の適正な実施について評価を行うものである。

(2) 輸血管理料は、赤血漿濃厚液（浄遊液を含む。）、血小板濃厚液若しくは自己血の輸血、又は新鮮凍結血漿若しくはアルブミン製剤の輸注を行った場合に、月1回を限度として算定する。

K921 造血幹細胞採取

区分番号「K921」造血幹細胞採取の自家移植を行う場合は、区分番号「K922」造血幹細胞移植を行わなかった場合においても算定できる。また、区分番号「K921」造血幹細胞採取の同種移植を行う場合は、区分番号「K922」造血幹細胞移植の同種移植を算定した場合に限り算定できる。

なお、骨髄の採取に係る当該骨髄穿刺を行った場合は、区分番号「D404」骨髄穿刺及び区分番号「J011」骨髄穿刺の所定点数を別に算定できない。

K921-2 間葉系幹細胞採取（一連につき）

ヒト骨髄由来間葉系幹細胞の投与を予定している患者に対して、骨髄採取を行った場合に算定する。なお、骨髄の採取に係る当該骨髄穿刺を行った場合は、区分番号「D404」骨髄穿刺及び区分番号「J011」骨髄穿刺の所定点数を別に算定できない。

K922 造血幹細胞移植

(1) 同種移植における造血幹細胞移植の所定点数には、造血幹細胞移植に関連して実施した造血幹細胞移植者の組織適合性試験の費用が含まれる。

(2) 同種移植とは、ヒト組織適合性抗原が概ね一致する提供者の造血幹細胞を移植する場合をいう。

(3) 同種移植の所定点数は、適合する造血幹細胞提供者の情報検索連絡調整に係る費用やコーディネーター中絶後の再ドナー候補者に対する追加確認検査（HLA検査等）といった安全管理の追加費用等、造血幹細胞移植の実施に必要な費用の一部も含めて評価したものである。

(4) 臍帯血移植の所定点数は、臍帯血のHLA検査等の安全性確認試験の実施を含めた臍帯血の管理に係る費用等、臍帯血移植の実施に必要な費用の一部も含めて評価したものである。

(5) 同種移植の対象疾患は、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不

- 5)、「K706」、「K716-3」及び「K716-5」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、2個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。
- (2) 区分番号「K524-2」、「K654-3」の「2」、「K655」、「K662」、「K662-2」、「K695」の「4」から「K695」の「7」まで、「K695-2」の「4」から「K695-2」の「6」まで、「K697-4」、「K700-2」、「K700-3」、「K711-2」、「K716」、「716-2」、「K732」の「2」、「K739」及び「K739-3」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、3個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。
- (3) 区分番号「488-4」、「K522-3」、「K525」、「K529」の「3」、「K531」、「K645」、「K655-4」、「K655-5」、「K657-2」、「K700」、「K702」から「K703-2」まで、「K716-4」、「K716-6」、「K719」から「K719-3」まで、「K735」、「K735-3」、「K740」及び「K740-2」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、4個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。
- (4) 区分番号「K655-2」、「K657」、「K803」から「K803-3」まで及び「K817」の「3」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、5個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。
- (5) 区分番号「K511」、「K513」、「K514」、「K514-2」の「1」、「K514-2」の「3」、「K514-4」、「K514-6」、「K529」の「1」、「K529」の「2」、「K529-2」、「K529-3」及び「K656-2」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、6個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。
- (6) 区分番号「K514-2」の「2」及び「K735-5」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、8個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。
- (7) 区分番号「K552」、「K552-2」、「K554」、「K555」、「K557」、「K557-2」、「K557-3」、「K560」及び「K594」の「3」に掲げる手術に当たって左心耳閉塞用クリップを使用した場合は、1個を限度として本区分の所定点数を算定する。

K936-2 自動吻合器加算

- 区分番号「K655-4」、「K655-5」、「K657」及び「K657-2」に掲げる手術に当たって自動吻合器を使用した場合は2個を限度として、それ以外の手術にあつては1個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。
- K936-3 微小血管自動縫合器加算
四肢(手、足、指(手、足)を含む。)以外の部位において、「K017」遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)又は「K020」自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)を行う際に、微小静脈の縫合のために微小血管自動縫合器を用いた場合に算定する。なお、この場合において、2個を限度として当該加算点数に微小血管自動縫合器用カートリッジの使用個数を乗じて得た点数を加算するものとする。
- K937-2 術中グラフト血流測定加算
冠動脈血行再建術、四肢の血管移植術又はバイパス移植術に当たって超音波トランジックタイプ又は高解像度心外膜超音波法により、グラフトの血流を術中に測定した場合に算定する。

- (1) ペツセルシーリングシステムについては、本区分により加算する。
- (2) 「注」に規定する「悪性腫瘍等に係る手術」とは、「K031」、「K053」、「K339-4」、「K374-2」、「K376」、「K379-2」、「K394」、「K394-2」、「K395」、「K461-2」、「K463」、「K463-2」、「K465」、「K476」の「4」、「K476」の「6」、「K476」の「9」、「K476-3」、「K484」、「K484-2」、「K502」、「K502-4」、「K504」、「K511」、「K514」、「K514-3」から「K514-6」まで、「K522-3」、「K527」、「K529」、「K531」、「K552」、「K552-2」、「K643」、「K645」、「K655」の「2」、「K655-4」の「2」、「K657」の「2」、「K675」、「K677」、「K677-2」、「K695」、「K697-4」から「K697-7」まで、「K702」から「K704」まで、「K709-2」から「K709-5」まで、「K716」、「K719」の「2」、「K719」の「3」、「K719-5」、「K740」、「K748」、「K756」、「K773」、「K779」、「K779-2」、「K780」、「K780-2」、「K801」の「1」、「K803」、「K817」の「3」、「K843」、「K843-4」、「K850」、「K857」、「K879」及び「K889」に掲げる手術をいう。
- (3) 区分番号「K716」小腸切除術の「2」、区分番号「K719」結腸切除術の「2」及び区分番号「K719-5」全結腸・直腸切除術肛門吻合術については、クローン病又は潰瘍性大腸炎の再手術に対して超音波凝固切開装置を用いた場合に限り算定する。

K932 創外固定器加算

- 区分番号「K046」骨折靭帯的手術及び「K073」関節内骨折靭帯的手術については、開放骨折、関節内骨折又は粉砕骨折に対して創外固定器を用いた場合、区分番号「K058」骨長調整手術については、軟骨無形成症及び軟骨低形成症等の骨異形成症、四肢形成不全又は四肢変形の患者に対して脚延長術を行う際に創外固定器を用いた場合、区分番号「K076」靭帯的関節切除術については、外傷又は変性疾患等により拘縮となった関節に対して創外固定器を用いた場合、区分番号「K125」骨盤骨折靭帯的手術(腸骨翼骨折を除く。)については骨盤骨折(腸骨翼骨折を除く。)について創外固定器を用いた場合、区分番号「K180」の「3」頭蓋骨形成手術(骨移植を伴うもの)については頭蓋縫合早期癒合症等の頭蓋骨変形の患者に対して骨延長術を行う際に創外固定器を用いた場合、区分番号「K443」上顎骨形成術については外傷後の上顎骨後位癒着、上顎骨發育不全症又は症候群性頭蓋縫合早期癒合症等の先天異常に対しLeFort I, II又はIII型骨切離による移動を創外固定器により行う場合、区分番号「K444」下顎骨形成術及び「K444-2」下顎骨延長術については先天性の第1第2顴弓症候群、トリチャー・コリンズ症候群等にみられる小顎症の患者に対して骨形成術又は骨延長術を行う際に創外固定器を用いた場合に算定する。
- K933 イオンフォトリゼーション加算
当該加算を算定した場合、麻酔料は別に算定できない。
- K934-2 副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算
(1) 区分番号「K934」副鼻腔手術用内視鏡加算と併せて算定できる。
(2) 両側に使用した場合であっても一連として所定点数は1回に限り算定する。

K936 自動縫合器加算

- (1) 区分番号「K514-3」、「K515-5」、「K552」、「K552-2」、「K674-4」、「K674-2」、「K675」の「2」から「K675」の「5」まで、「K677」、「K677-2」、「K680」、「K680」、「K684-2」、「K696」、「K70

K 9 3 8 体外衝撃波消耗性電極加算

消耗性電極とは、1回又は2回以上の使用により消耗し、交換が必要となる電極をいう。なお、この加算は一連の手術について1回のみ算定する。

K 9 3 9 画像等手術支援加算

- (1) 画像等手術支援加算は、当該技術の補助により手術が行われた場合に算定するものであり、当該技術が用いられなかった場合であっても、手術が行われなかった場合は算定できない。
- (2) ナビゲーションによるものは、手術前又は手術中に得た画像を3次元に構築し、手術の過程において、3次元画像と術野の位置関係リアルタイムにコンピュータ上で処理することで、手術を補助する目的で用いることをいう。
- (3) 実物大機器立体モデルによるものは、手術前に得た画像等により作成された実物大機器立体モデルを、手術を補助する目的で用いることをいう。
- (4) 患者適合型手術支援ガイドによるものは、手術前に得た画像等により作成された実物大患者適合型手術支援ガイドとして薬事承認を得ている医療機器を、人工膝関節置換術又は再置換術を補助する目的で用いることをいう。

K 9 3 9 - 2 術中血管等抽出撮影加算

術中血管等抽出撮影加算は脳神経外科手術、冠動脈血行再建術、区分番号「K017」の遊離皮弁術（顕微鏡下血管付付きのもの）、「1」、「K476-3」動脈（皮）弁及び筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除術）、「K695」肝切除術の「2」から「7」まで、区分番号「K695-2」腹腔鏡下肝切除術の「2」から「6」まで又は「K803」膀胱癌性腫瘍手術の「6」においてインドシアニングリーン若しくはアミノレブリン酸藍染液を用いて、蛍光測定等により血管や腫瘍等を確認した際又は手術において消化管の血流を確認した際に算定する。なお、単にX線用、超音波用又はMRI用の造影剤を用いたのみでは算定できない。

K 9 3 9 - 3 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算

人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算は、人工肛門等造設後の合併症等の予防のため、術前の画像診断や触診等により、腹直筋の位置を確認した上で、適切な造設部位に術前に印をつけるなどの処置を行うことをい、人工肛門又は人工膀胱のケアに従事した経験が5年以上有する看護師等であって、人工肛門又は人工膀胱のケアにかかる適切な研修を修了したものが、手術を実施する医師とともに、術前に実施した場合に算定すること。

K 9 3 9 - 5 胃瘻造設時嚥下機能評価加算

- (1) 胃瘻造設前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査による嚥下機能評価を実施し、その結果に基づき、当該保険医療機関に配置されている医師が胃瘻造設の必要性、今後の摂食機能療法上の必要性及び方法、胃瘻抜去又は閉鎖の可能性等について患者又はその家族等に十分に説明及び相談を行った上で胃瘻造設術を実施した場合に算定する。
- (2) 内視鏡下嚥下機能検査による嚥下機能評価を実施する場合（他の保険医療機関で内視鏡下嚥下機能検査を実施する場合を含む。）は、関連学会等が実施する所定の研修を修了した者が実施すること。
- (3) 他の保険医療機関において嚥下造影による嚥下機能評価を実施した場合又は内視鏡下嚥下機能検査（関連学会等が実施する所定の研修を修了した者が実施する場合に限る。）による嚥下機能評価を実施した場合は、当該評価を実施した保険医療機関において、その結果を患者又はその家族等に十分に説明するとともに、胃瘻造設術を実施する保険医療機関に情報提供すること。また、胃瘻造設術を実施する保険医療機関と嚥下機能評価を実施した保険医療機関とが異なる場合の診療範囲の請求は、胃瘻造設を行った保険医療機関で行い、診療範囲

の分配は相互の合議に委ねる。

- (4) 嚥下機能評価の結果及び患者又はその家族等に対する説明の要点を診療録に記載すること。
- (5) 嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施日を診療報酬明細書の概要欄に記載すること。
- (6) 当該加算を算定した場合であっても、区分番号「E003」の「7」嚥下造影及び区分番号「D298-2」内視鏡下嚥下機能検査は別に算定できる。
- (7) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において実施される場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

K 9 3 9 - 6 凍結保存同種組織加算

- (1) 区分番号「K555」、「K555-3」、「K557」、「K557-4」、「K580-1」、「K580-2」、「K580-3」、「K580-4」、「K580-5」から「K580-8」、「K560」、「K566」、「K567」、「K570」、「K580」から「K587」まで、「K614」、「K623」、「K642」、「K643」、「K675」の「2」から「5」まで、「K677-2」、「K695」、「K697-5」、「K697-7」、「K702」の「4」、「K703」の「4」及び「K704」に掲げる手術に当たって、凍結保存された同種組織である心臓弁又は血管を用いた場合に限り算定する。
- (2) 日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。
- (3) 組織適合性試験及び同種組織を採取及び保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 日本組織移植学会が認定した組織バンクにおいて適切に採取、加工及び保存された非生体の同種組織である。生体弁又は血管を使用した場合に限り算定できる。なお、組織移植を行った保険医療機関と組織移植に用いた組織を採取等した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求については、組織移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療範囲の分配は相互の合議に委ねる。

K 9 3 9 - 7 レーザー機器加算

レーザー機器加算は、口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散が可能なものとして保険適用されている機器を使用して「注2」から「注4」までに掲げる手術を行った場合に算定する。なお、通則14に規定する「同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合」に該当しない2以上の手術を算定した場合はそれぞれの手術において算定する。

第11節 麻酔

通則

- 麻酔の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、麻酔に当たって、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この節において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節及び第2節の各区分の所定点数に第3節又は第4節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は1歳以上3歳未満の幼児に対して麻酔を行った場合は、未熟児加算、新生児加算、乳児加算又は幼児加算として、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の50又は100分の200に相当する点数を加算する。
- 入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時刻が保険医療機関の表示する診療時間より遅くは深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時刻が深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、同注のただし書に規定する厚生労働大臣が定める時間に行手術を開始した場合に限り、所定点数の100分の40に相当する点数を加算した点数により算定する。
- 同一の目的のために2以上の麻酔を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、主たる麻酔の所定点数のみにより算定する。
- 第1節に掲げられていない麻酔であって特殊なものの費用は、同節に掲げられている麻酔のうち最も近似する麻酔の各区分の所定点数により算定する。
- 第1節に掲げられていない表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔の費用は、薬剤を使用し、たときに限り、第3節の所定点数の外により算定する。

第1節 麻酔料

- 区分
- L000 迷もう麻酔 31点
 - L001 筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔 120点
 - L001-2 静脈麻酔
 - 短時間のもの 120点
 - 十分な体制で行われる長時間のもの（単純な場合） 600点
 - 十分な体制で行われる長時間のもの（複雑な場合） 1,100点
 注1 3歳以上6歳未満の幼児に対して静脈麻酔を行った場合は、幼児加算として、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の10に相当する点数を加算する。
 - 3については、静脈麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、100点を所定点数に加算する。
- L002 硬膜外麻酔
- 1 頸、胸部 1,500点
 - 2 腰部 800点
 - 3 仙骨部 340点
- 注 実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、それぞれ750点、400点、170点を所定点数に加算する。
- L003 硬膜外麻酔後にかける局所麻酔剤の持続的注入（1日につき）（麻酔当日を除く。）
- 80点
- 注 精密持続注入を行った場合は、精密持続注入加算として、1日につき80点を所定点数に加算する。
- L004 脊髄麻酔 850点
- 注 実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、128点を所定点数に加算する。

- L005 上・下肢伝達麻酔 170点
 - L006 球後麻酔及び顔面、頭頸部の伝達麻酔（顔面麻酔及び眼輪筋内浸潤麻酔を含む。） 150点
 - L007 開放点滴式全身麻酔 310点
 - L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔
 - 人工心臓を用い低体温で行う心臓手術、区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心臓を使用しないもの）であって低体温で行うものが行われる場合又は分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔の場合 24,900点
 - イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 18,200点
 - ロ イ以外の場合 18,200点
 - 2 座位における脳神経手術、人工心臓を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号K552-2に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心臓を使用しないもの）（低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（1に掲げる場合を除く。）
 - イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 16,600点
 - ロ イ以外の場合 12,100点
 - 3 1若しくは2以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（1又は2に掲げる場合を除く。）
 - イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 12,450点
 - ロ イ以外の場合 9,050点
 - 4 腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（1から3までに掲げる場合を除く。）
 - イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 9,130点
 - ロ イ以外の場合 6,610点
 - 5 その他の場合
 - イ 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合 8,300点
 - ロ イ以外の場合 6,000点
- 注1 一の当該全身麻酔において複数の項目に係る手術等が行われる場合には、最も高い点数の項目により算定する。
- 注2 全身麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
- イ 1に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 1,800点
 - ロ 2に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 1,200点
 - ハ 3に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 900点
 - ニ 4に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 600点
 - ホ 5に掲げる項目に係る手術等により実施時間が2時間を超えた場合 600点
- 注3 薬液を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数を（酸素と併せて薬液を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び薬液の価格は、別に厚生労働大臣が定める。
- 注4 硬膜外麻酔を併せて行った場合は、硬膜外麻酔加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。
- イ 頸、胸部 750点
 - ロ 腰部 400点
 - ハ 仙骨部 170点
- 注5 注4について、硬膜外麻酔の実施時間が2時間を超えた場合は、麻酔管理時間

加算として、30分又はその端数を増すごとに、注4のイからハまでに掲げる点数にそれぞれ3.75点、200点、85点を更に所定点数に加算する。

- 6 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔と同一日に行った区分番号D 22.0に掲げる呼吸心拍監視の費用は、所定点数に含まれるものとする。
- 7 心臓手術が行われる場合若しくは別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者のうち追加麻酔患者若しくは併発症の患者が行われる場合又は併発症のものに對するカテーテルを用いた経皮的介入手術が行われる場合において、術中に経途運心エコー法を行った場合には、術中経途運心エコー連続監視加算として、880点を1,500点を所定点数に加算する。
- 8 同種麻酔移植術（生体を除く。）の麻酔を行った場合は、臓器移植加算として、15,250点を所定点数に加算する。
- 9 区分番号L100に掲げる神経ブロックを併せて行った場合は、神経ブロック併施加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イを算定する場合は、注4及び注5に規定する加算は別に加算できない。

- イ 別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合 450点
- ロ イ以外の場合 45点
- 10 別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者について、⁴腹腔鏡下手術（区分番号K672-2-2に掲げる腹腔鏡下胆嚢摘出術及びK718-2に掲げる腹腔鏡下虫垂切除術を除く。）が行われる場合において、術中に非侵襲的血行動態モニタリングを実施した場合には、術中脳血流モニタリング加算として、500点を所定点数に加算する。

11 区分番号K609に掲げる肺動脈血圧内挿管手術（内臓動脈に限る。）又は人工心肺を用いる心臓血管手術において、術中に非侵襲的に脳灌流のモニタリングを実施した場合には、術中脳血流モニタリング加算として、1,000点を所定点数に加算する。

- L008-2 低体温療法（1日につき） 12,200点
- 注1 低体温療法を開始してから9日間を限度として算定する。
- 2 心肺発生中に頭部冷却装置を使用して低体温療法を開始した場合は、低体温迅速導入加算として、5,000点を所定点数に加算する。
- L008-3 経皮的体温調節療法（一連につき） 5,000点
- L009 麻酔管理料①
- 1 硬膜外麻酔又は脊髄麻酔を行った場合 250点
- 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 1,050点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める麻酔基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た医療従事機関において、当該医療従事機関の麻酔に従事する医師（麻酔料につき医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が行った場合に算定する。
- 2 1について、帝王切開術の麻酔を行った場合は、帝王切開術時麻酔加算として、700点を所定点数に加算する。
- 3 区分番号L010に掲げる麻酔管理料②を算定している場合は算定できない
- 4 区分番号K017、K020、K136-2、K142-2の1、K151-2、K154-2、K1690の1、K172、K175の2、K177、K314の2、K379-2、K394の2、K395、K403の2、K415の2、K514の9、K514-4、K519、K529の1、K529-2の1、K529-2の2、K552、K553の3、K553-2の2、K553-2の3、K555の3、K558、K560の1からK560の10、K560の2、K560の3のイからK560の3のニまで、K560の4、K560の5、K560-2の2、K567の3、K579-2の2、K

- 580の2、K581の3、K582の2、K582の3、K583、K584の2、K585、K586の2、K587、K592-2、K605-2、K605-4、K610の1、K645、K675の4、K675の5、K677-2の1、K695の4から7まで、K697-5、K697-7、K703、K704、K801の1、K803の2、K803の4及びK803-2に掲げる手術に当たって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、7,500点を所定点数に加算する。

- L010 麻酔管理料②
- 1 硬膜外麻酔又は脊髄麻酔を行った場合 150点
- 2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合 450点
- 注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た医療従事機関において行っている場合は算定する。
- 第2節 神経ブロック料

区分

- L100 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）
- 1 トータルバイナルブロック、三叉神経半月神経節ブロック、胸前交感神経節ブロック、腹股神経叢ブロック、頸・胸部硬膜外ブロック、神経根ブロック、下腭間頭神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック 1,500点
- 2 眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経節ブロック、腰前硬膜外ブロック 800点
- 3 腰部交感神経節ブロック、くも膜下脊髄神経節ブロック、ヒッチコック療法、腰神経叢ブロック 570点
- 4 股関節麻酔、片側顔面痙攣、痙攣性斜視、上肢痙攣又は下肢痙攣の治療目的でのボツリヌス毒素を用いた場合 400点
- 5 星状神経節ブロック、仙骨部硬膜外ブロック、顔面神経節ブロック 340点
- 6 腕神経叢ブロック、おとがい神経ブロック、坐骨神経ブロック、莖乳神経節ブロック、副神経節ブロック、横隔神経節ブロック、深頸神経叢ブロック、眼窩上神経節ブロック、眼窩下神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、迷走神経叢ブロック、肩甲骨神経節ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不対神経節ブロック、前頭神経節ブロック 170点
- 7 頸・胸・腰部脊髄神経節ブロック、上腕頭神経節ブロック、肋間神経節ブロック、膈神経節ブロック、膈脊髄神経節ブロック、大脳神経節ブロック、坐骨神経節ブロック、陰部神経節ブロック、総仙骨孔神経節ブロック、後頭神経節ブロック、筋皮神経節ブロック、正中神経節ブロック、尺骨神経節ブロック、腋窩神経節ブロック、猪首神経節ブロック、仙側頭神経節ブロック、顔・胸・腰椎後枝内側枝神経節ブロック、脊髄神経前枝神経節ブロック 90点

- 注 上記以外の神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）は、区分番号L102に掲げる神経節内注射で算定する。
- L101 神経ブロック（神経浸透剤又は高圧液凝固法使用）
- 1 下躯体ブロック、三叉神経半月神経節ブロック、腹股神経叢ブロック、くも膜下脊髄神経節ブロック、神経根ブロック、下腭間頭神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック、腰神経叢ブロック 3,000点
- 2 胸・腰部交感神経節ブロック、頸・胸・腰部脊髄神経節ブロック、眼神経節ブロック、上顎神経節ブロック、下顎神経節ブロック、舌咽神経節ブロック、蝶形口蓋神経節ブロック、顔面神経節ブロック 1,800点
- 3 眼窩上神経節ブロック、眼窩下神経節ブロック、おとがい神経節ブロック、舌咽神経節ブロック、副神経節ブロック、滑車神経節ブロック、耳介側頭神経節ブロック、閉鎖神経節ブロック、不対神経節ブロック 800点

4 迷走神経ブロック、横膈神経ブロック、上喉頭神経ブロック、浅頭神経叢ブロック、肋膈神経ブロック、膈骨下胸神経ブロック、膈骨窩神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、仙腸関節神経ブロック、頸・胸・腰性後枝内側神経ブロック、背髄神経前枝神経ブロック 340点

注 上記以外の神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）は、区分番号L102に属する神経幹内注射で算定する。

L102 神経幹内注射 25点
 L103 カテラン硬膜外注射 140点
 L104 トリガーポイント注射 80点
 L105 神経ブロックにおける麻酔剤の特効的注入（1日につき）（チューブ挿入当日を除く。80点）

注 精密持続注入を行った場合は、精密持続注入加算として、1日につき80点を所定点数に加算する。

第3節 薬剤料

区分 L200 薬剤 薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数とする。

注1 薬価が15円以下である場合は、算定しない。

注2 使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第4節 特定保険医療材料料

区分 L300 特定保険医療材料 材料価を10円で除して得た点数
 注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第11部 麻酔

<通則>

- 1 血圧降下等当然予測される副作用等を防止するための注射、麻酔の前処置として行われる麻薬、鎮静剤等の注射及び投薬に要する費用については、第3節薬剤料の規定に基づき薬価基準の定めるところにより算定できる。
- 2 麻酔の術中に起こる偶発事故に対する処置（酸素吸入、人工呼吸）及び注射（強心剤等）等の費用は、別に算定することができる。ただし、区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の場合は、区分番号「J024」酸素吸入及び区分番号「J045」人工呼吸は算定できない。
- 3 検査、画像診断、処置又は手術に当たって、麻酔が前処置と局所麻酔のみによって行われる場合には、麻酔の手技料は検査料、画像診断料、処置料又は手術料に含まれ、算定できない。ただし、薬剤を使用した場合は、各部の薬剤料の規定に基づき薬価基準の定めるところにより算定できる。
- 4 麻酔法の選択については、保険診療の原則に従い、経済面にも考慮を払いつつ、必要に応じ妥当適切な方法を選択することが必要である。なお、特に規定するものについては、当該規定に従い適切に行うこと。
- 5 第1節及び第2節に掲げる麻酔法（1つに限る。）を別の麻酔の補助麻酔、強化麻酔又は前処置として行った場合の麻酔料は、主たる麻酔法の所定点数のみを算定する。この場合、当該一連の麻酔に使用された全ての薬剤については薬剤料として算定できる。
なお、手術中において他の麻酔法を追加併用した場合も同様に算定する。
- 6 「通則」の麻酔料又は神経ブロック料の所定点数とは、麻酔料又は神経ブロック料の節に掲げられた点数及び各注に規定する加算（酸素又は窒素を使用した場合の加算を除く。）の合計をいい、「通則」の加算点数は含まない。
- 7 「通則2」の加算及び「通則3」の加算は、第1節麻酔料（麻酔管理料は除く。）又は第2節神経ブロック料について適用され、第3節薬剤料については適用されない。この場合、麻酔に要する費用は、麻酔料及び神経ブロック料の所定点数に各通則の加算を加えた点数並びに薬剤料の合計点数により算定する。
- 8 「通則2」の未熟児加算は、出生時体重が2,500グラム未満の新生児に対し、出生後90日以内に麻酔が行われた場合に限り算定できる。
- 9 「通則3」の休日加算、時間外加算又は深夜加算（本項において「時間外加算等」という。）の取扱いは、次に掲げるものの他、初診料の時間外加算等と同様である。なお、区分番号「A000」の「注9」又は区分番号「A001」の「注7」に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診又は再診において実施された麻酔については算定できない。
 - ア 麻酔料
時間外加算等が算定できる緊急手術に伴う麻酔に限り算定できる。
 - イ 神経ブロック料
緊急やむを得ない理由により時間外加算等が算定できる時間に行われた場合に算定できる。
- 10 麻酔料に掲げられていない麻酔であって特殊なものの費用は、その都度当局に内議し、最も近似する麻酔として準用が通知された算定方法により算定する。

第1節 麻酔料

L000 迷もう麻酔

- (1) 迷もう麻酔とは、吸入麻酔であって、実施時間が10分未満のものをいう。なお、迷もう麻酔の実施時間は、麻酔薬の吸入を最初に行った時間を開始時間とし、検査、画像診断、処置又は手術が終了した時点を終了時間とする。
- (2) ガス麻酔器を使用する10分未満の麻酔は、本区分により算定する。なお、ガス麻酔器を使用する麻酔の実施時間は、麻酔器を患者に接続した時間を開始時間とし、当該麻酔器から離脱した時間を終了時間とする。

L001-2 静脈麻酔

- (1) 静脈麻酔とは、静脈注射用麻酔剤を用いた全身麻酔であり、意識消失を伴うものをいう。
- (2) 「1」は、静脈麻酔の実施の下、検査、画像診断、処置又は手術が行われた場合であって、麻酔の実施時間が10分未満の場合に算定する。
- (3) 「2」及び「3」は、静脈注射用麻酔剤を用いた全身麻酔を10分以上行った場合であって、区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔以外の静脈麻酔が行われた場合に算定する。ただし、安全性の観点から、呼吸抑制等が起きた場合等には速やかにマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔に移行できる十分な準備を行った上で、医療機器等を用いて十分な監視下で行わなければならない。
- (4) 「3」に規定する複雑な場合とは、常勤の麻酔科医が専従で当該麻酔を実施した場合をいう。
- (5) 静脈麻酔の実施時間は、静脈注射用麻酔剤を最初に投与した時間を開始時間とし、当該検査、画像診断、処置又は手術が終了した時間を終了時間とする。
- (6) 「注1」における所定点数とは、「注2」における加算点数を合算した点数をいう。

L002 硬膜外麻酔

- (1) 実施時間は、硬膜外腔に当該麻酔を施行するために局所麻酔剤を注入した時点を開始時間とし、当該検査、画像診断、処置又は手術の終了した時点を終了時間として計算する。
- (2) 第12胸椎と第1腰椎の間より硬膜外針を刺入した場合は「1」で算定する。また、第5腰椎と第1仙椎の間より硬膜外針を刺入した場合は「2」で算定する。

L003 硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入

精密持続注入とは、自動注入ポンプを用いて1時間に10mL以下の速度で局所麻酔剤を注入するものをいう。

L004 脊椎麻酔

実施時間は、くも膜下腔に局所麻酔剤を注入した時点を開始時間とし、当該検査、画像診断、処置又は手術の終了した時点を終了時間として計算する。

L005 上・下肢伝達麻酔

- (1) 上肢伝達麻酔は、検査、画像診断、処置又は手術のために腕神経叢の麻酔を行った場合に算定する。
- (2) 下肢伝達麻酔は、検査、画像診断、処置又は手術のために少なくとも坐骨神経及び大腿神経の麻酔を行った場合に算定する。

L006 球後麻酔及び顔面・頭頸部の伝達麻酔

球後麻酔と顔面伝達麻酔を同時に行った場合は、主たるもののみで算定し、重複して算定できない。

L007 開放点滴式全身麻酔

ガス麻酔器を使用する10分以上20分未満の麻酔は、本区分により算定する。なお、ガス麻酔器を使用する麻酔の実施時間は、麻酔器に接続した時間を開始時間とし、当該麻酔器から離脱した時間を終了時間とする。

L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

- (1) ガス麻酔器を使用する閉鎖式・半閉鎖式等の全身麻酔を20分以上実施した場合は、本区分により算定する。
- (2) 静脈注射用麻酔剤を用いて全身麻酔を実施した場合であって、マスク又は気管内挿管による酸素吸入又は酸素・亜酸化窒素混合ガス吸入と併用する場合は、20分以上実施した場合は、本区分により算定する。
- (3) 本区分の全身麻酔の実施時間は、当該麻酔を行うために閉鎖循環式全身麻酔器を患者に接続した時点を開始時間とし、患者が当該麻酔器から離脱した時点を終了時間とする。なお、これ以外の観察等の時間は実施時間に含めない。
- (4) 麻酔が困難な患者とは、以下に掲げるものをいい、麻酔前の状態により評価する。
 - ア 心不全（NYHAⅢ度以上のものに限る。）の患者
 - イ 狭心症（CCS分類Ⅲ度以上のものに限る。）の患者
 - ウ 心筋梗塞（発症後3月以内のものに限る。）の患者
 - エ 大動脈閉鎖不全、僧帽弁閉鎖不全又は三尖弁閉鎖不全（いずれも中等度以上のものに限る。）の患者
 - オ 大動脈弁狭窄（経大動脈弁血流速度4m/秒以上、大動脈弁平均圧較差40mmHg以上又は大動脈弁口面積1cm²以下のものに限る。）又は僧帽弁狭窄（僧帽弁口面積1.5cm²以下のものに限る。）の患者
 - カ 植込型ペースメーカー又は植込型除細動器を使用している患者
 - キ 先天性心疾患（心臓カテーテル検査により平均肺動脈圧25mmHg以上であるもの又は、心臓超音波検査によりそれに相当する肺高血圧が診断されているものに限る。）の患者
 - ク 肺動脈性肺高血圧症（心臓カテーテル検査により平均肺動脈圧25mmHg以上であるもの又は、心臓超音波検査によりそれに相当する肺高血圧が診断されているものに限る。）の患者
 - ケ 呼吸不全（動脈血酸素分圧60mmHg未満又は動脈血酸素分圧・吸入気酸素分画比300未満のものに限る。）の患者
 - コ 換気障害（1秒率70%未満かつ肺活量比70%未満のものに限る。）の患者
 - サ 気管支喘息（治療が行われているにもかかわらず、中発作以上の発作を繰り返すものに限る。）の患者
 - シ 糖尿病（HbA1cがJDS値で8.0%以上（NGSP値で8.4%以上）、空腹時血糖160mg/dL以上又は食後2時間血糖220mg/dL以上のものに限る。）の患者
 - ス 腎不全（血清クレアチニン値4.0mg/dL以上のものに限る。）の患者
 - セ 肝不全（Child-Pugh分類B以上のものに限る。）の患者
 - ソ 貧血（Hb6.0g/dL未満のものに限る。）の患者

- タ 血液凝固能低下（PT-INR2.0以上のものに限る。）の患者
- チ DICの患者
- ツ 血小板減少（血小板5万/uL未満のものに限る。）の患者
- テ 敗血症（SIRSを伴うものに限る。）の患者
- ト ショック状態（収縮期血圧90mmHg未満のものに限る。）の患者
- ナ 完全脊髄損傷（第5胸椎より高位のものに限る。）の患者
- ニ 心肺補助を行っている患者
- ヌ 人工呼吸を行っている患者
- ネ 透析を行っている患者
- ノ 大動脈内バルーンポンピングを行っている患者
- ハ BMI35以上の患者
- (5) (4)の場合に該当し、本区分1から5までのイに掲げる点数により算定する場合にあっては、(4)のAからHまでの中から該当する状態を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (6) 流量計を装置した酸素ボンベ及びエーテル蒸発装置を使用し、気管内チューブ挿入吹送法又はノンレブリージングバルブを使用して麻酔を維持した場合は本区分により算定できる。
- (7) 本区分について「通則3」の加算を算定する場合の所定点数は、「注2」、「注4」、「注5」及び「注7」による加算を含むものとする。
- (8) 麻酔の種類等について
- ア 「心臓手術」とは、開胸式心大血管手術をいう。
- イ 「低血圧麻酔」とは、手術操作を安全にし、出血量を減少させる目的で、脳動脈瘤手術や出血しやすい手術の際に、低血圧の状態を維持する麻酔をいう。なお、この場合の「低血圧」とは概ね、患者の通常収縮期血圧の60%又は平均動脈圧で60~70mmHgを標準とする。
- ウ 「高頻度換気法」とは、特殊な換気装置を使用し、1回換気量を少なくし、換気回数を著しく増加させた換気法をいう。なお、この場合の「換気回数」は概ね1分間に60回以上である。
- エ 「低体温麻酔」は、重度脳障害患者への治療的低体温では算定できない。
- (9) 麻酔の種類等における実施時間について
- ア 「低体温麻酔」については、クーリングを開始した時点から復温する時点までをいう。
- イ 「低血圧麻酔」については、人為的低血圧を開始した時点から低血圧を離脱する時点までをいう。
- ウ 「高頻度換気法による麻酔」については、特殊な換気装置を作動させた時点から終了させた時点までをいう。
- エ 「人工心肺を使用した麻酔」については、人工心肺装置に接続し装置を動かし始めた時点から装置を停止した時点までをいう。
- (10) 複数の点数に分類される麻酔や手術が一の全身麻酔の中で行われる場合においては、行われた麻酔の中で最も高い点数のものを算定する。なお、ここでいう一の全身麻酔とは、当該麻酔を行うために閉鎖循環式全身麻酔器を接続した時点を開始とし、患者が麻酔器から離脱した時点を終了とする麻酔をいう。
- (11) 臓器移植術加算は、K514-4同種死体肺移植術、K605-2同種心移植術、K60

5-4 同種心肺移植術、K 6 9 7-7 同種死体肝移植術、K 7 0 9-3 同種死体脾移植術、K 7 0 9-5 同種死体脾腎移植術、K 7 1 6-6 同種死体小腸移植術又はK 7 8 0 同種死体腎移植術が算定できる場合に限り算定する。

(12) 麻酔の実施時間

ア 全身麻酔の実施時間は、(3)により計算する。

イ 当該麻酔の開始時間及び終了時間を麻酔記録に記載すること。

ウ 複数の点数の区分に当たる麻酔が行われた場合は、以下のように算定する。

(イ) 同じ点数区分にある麻酔の時間について合算する。

(ロ) 麻酔時間の基本となる2時間については、その点数の高い区分の麻酔時間から順に充当する。

(ハ) (ロ)の計算を行った残りの時間について、それぞれ「注2」の規定に従い30分又はその端数を増すごとに加算を行う。

(ニ) (ハ)の場合において、各々の区分に係る麻酔が30分を超えない場合については、それらの麻酔の実施時間を合計し、その中で実施時間の長い区分から順に加算を算定する。なお、いずれの麻酔の実施時間も等しい場合には、その中で最も高い点数の区分に係る加算を算定する。

例1 麻酔が困難な患者以外の患者に対し、次の麻酔を行った場合

① 最初に仰臥位で10分間

② 次に伏臥位で2時間30分間

③ 最後に仰臥位で20分間

の計3時間の麻酔を行った場合

基本となる2時間に②の2時間を充当

9, 050点

②の残り30分の加算

900点

仰臥位で行われた①と③を合計して30分の加算

600点

算定点数

10, 550点

例2 麻酔が困難な患者に対し、次の麻酔を行った場合

① 最初に仰臥位で10分間

② 次に側臥位で1時間20分間

③ 最後に仰臥位で47分間

の計2時間17分の麻酔を行った場合

基本となる2時間に②の1時間20分+①と③の57分のうち40分

9, 130点

①と③の残り17分の加算

600点

算定点数

9, 730点

例3 麻酔が困難な患者に対し、次の麻酔を行った場合

① 最初に仰臥位で5分間

② 次に側臥位で21分間

③ 次に分離肺換気で1時間27分間

④ 次に側臥位で30分間

⑤ 最後に仰臥位で5分間

の計 2 時間 28 分の麻酔を行った場合

基本となる 2 時間に③の 1 時間 27 分+②と④の 51 分のうち 33 分	1 6, 6 0 0 点
②と④の残り 18 分+①と⑤の 10 分の合計 28 分の加算	6 6 0 点
算定点数	1 7, 2 6 0 点

例 4 麻酔が困難な患者に対し、次の心臓手術の麻酔を行った場合

- ① 最初に仰臥位で 10 分間
- ② 次に心臓手術を人工心肺装置を使用せずに 45 分間
- ③ 次に心臓手術を人工心肺装置を使用して 2 時間 25 分間
- ④ 次に心臓手術を人工心肺装置を使用せずに 1 時間
- ⑤ 最後に仰臥位で 10 分間

の計 4 時間 30 分の麻酔を行った場合	
基本となる 2 時間に③の 2 時間を充当	1 6, 6 0 0 点
②+④で 1 時間 45 分となり、このうち 30 分×3 の加算	2, 7 0 0 点
③の残り 25 分間に④の残り 15 分間のうち 5 分間を加算	1, 2 0 0 点
①+⑤の 20 分間に④の残り 10 分間を加算	6 0 0 点
算定点数	2 1, 1 0 0 点

(13) 酸素・窒素 (注 3)

ア 酸素又は窒素の価格は、「酸素及び窒素の価格」(平成 2 年厚生省告示第 41 号)の定めるところによる。

イ 酸素及び窒素を動力源とする閉鎖循環式麻酔装置を使用して全身麻酔を施行した場合、動力源として消費される酸素及び窒素の費用は、「注 3」の加算として算定できない。

(14) 硬膜外麻酔併施加算 (注 4)

硬膜外麻酔を併せて行った場合は、その区分に応じて「注 4」に掲げる点数を所定点数に加算し、さらにその実施時間に応じて「注 5」に規定する加算を算定する。

(15) 所定点数に含まれる費用

ア 本区分の麻酔法の際に使用するソーダライム等の二酸化炭素吸着剤の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

イ 区分番号「D 2 2 0」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープの検査に要する費用は本区分の所定点数に含まれ、本区分の所定点数を算定した同一日においては、麻酔の前後にかかわらず、当該検査に要する費用は別に算定できない。

ウ 体温(深部体温を含む。)測定の検査に要する費用は本区分の所定点数に含まれ、別に算定できない。

エ 経皮的動脈血酸素飽和度測定又は終末呼気炭酸ガス濃度測定に要する費用は所定点数に含まれ、本区分の所定点数を算定した同一日においては、麻酔の前後にかかわらず、経皮的動脈血酸素飽和度測定及び終末呼気炭酸ガス濃度測定は別に算定できない。

(16) 「注 7」に規定する術中経食道心エコー連続監視加算は、手術患者の心臓機能を評価する目的で経食道心エコー法を行った場合に算定できる。

(17) 「注 7」でいう、麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患又は弁膜症の患者とは、(4)のイ、

ウ、エ、オに掲げるものをいい、麻酔前の状態により評価する。

- (18) 神経ブロックを超音波ガイド下に併せて行った場合は、「注9」に掲げる点数を所定点数に加算する。この際、硬膜外麻酔の適応となる手術（開胸、開腹、関節置換手術等）を受ける患者であって、当該患者の併存疾患や状態等（服用する薬により硬膜外麻酔が行えない場合を含む。）を踏まえ、硬膜外麻酔の代替として神経ブロックを行う医学的必要性があるものに対して実施する場合は「イ」に掲げる点数を、それ以外の患者（硬膜外麻酔の適応とならない手術を受ける患者を含む。）に対して実施する場合は「ロ」に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。なお、「イ」の加算を算定する場合は、硬膜外麻酔の代替として神経ブロックを行う医学的必要性を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (19) 「注10」に規定する非侵襲的血行動態モニタリング加算は、動脈圧測定用カテーテル、サーモダイリユーション用カテーテル、体外式連続心拍出量測定用センサー等を用いた侵襲的モニタリングが実施されている場合には、算定できない。
- (20) 「注11」に規定する術中脳灌流モニタリング加算は、近赤外光を用いて非侵襲的かつ連続的に脳灌流のモニタリングを実施した場合に算定できる。

L008-2 低体温療法

- (1) 低体温療法は、心肺蘇生後の患者に対し、直腸温 35℃以下で 12 時間以上維持した場合に、開始日から 3 日間に限り算定する。
- (2) 重度脳障害患者への治療的低体温の場合は算定できない。
- (3) 当該点数を算定するに当たり、必ずしも手術を伴う必要はない。
- (4) 低体温迅速導入加算は、目撃された心停止発症後 15 分以内に医療従事者による蘇生術が開始された心停止患者に対して、心拍再開の 15 分後までに咽頭冷却装置を用いて低体温を導入した場合に算定できる。低体温迅速導入加算の算定に当たっては、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。
- (5) 中心静脈留置型経皮的体温調節装置システムを用いる場合、G005-2に掲げる中心静脈注射用カテーテル挿入は所定点数に含まれ、別に算定できない。

L008-3 経皮的体温調節療法

経皮的体温調節療法は、集中治療室等において、くも膜下出血、頭部外傷又は熱中症による急性重症脳障害を伴う発熱患者に対して、中心静脈留置型経皮的体温調節装置を用いて体温調節を行った場合に、一連につき 1 回に限り算定する。

L009 麻酔管理料(I)

- (1) 当該点数は、麻酔科標榜医により、質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。
- (2) 麻酔管理料(I)は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医（地方厚生（支）局長に届け出ている医師に限る。以下この項において同じ。）が麻酔前後の診察を行い、かつ専ら当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔又は区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。
- (3) 麻酔科標榜医が、麻酔科標榜医以外の医師と共同して麻酔を実施する場合においては、麻酔科標榜医が、当該麻酔を通じ、麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当たり、主要な麻酔手

技を自ら実施した場合に算定する。

- (4) 麻酔管理料(I)を算定する場合には、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載する。
なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。
- (5) 麻酔管理料(I)について、「通則2」及び「通則3」の加算は適用しない。

L010 麻酔管理料(II)

- (1) 当該点数は、複数の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保され、質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。
- (2) 麻酔管理料(II)は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている医師であって、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に麻酔を担当するもの(以下この区分番号において、単に「担当医師」という。)又は当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が、麻酔前後の診察を行い、担当医師が、区分番号「L002」硬膜外麻酔、区分番号「L004」脊椎麻酔又は区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。また、麻酔前後の診察を麻酔科標榜医が行った場合、当該麻酔科標榜医は、診察の内容を担当医師に共有すること。
- (3) 主要な麻酔手技を実施する際には、麻酔科標榜医の管理下で行わなければならない。この場合、当該麻酔科標榜医は、麻酔中の患者と同室内にいる必要があること。
- (4) 担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施しても差し支えないものとする。また、この場合において、麻酔前後の診察を行った担当医師又は麻酔科標榜医は、当該診察の内容を当該看護師に共有すること。
- (5) 麻酔管理料(II)を算定する場合には、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載する。
なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。
- (6) 麻酔管理料(II)について、「通則2」及び「通則3」の加算は適用しない。
- (7) 同一の患者について、麻酔管理料(I)と麻酔管理料(II)を併算定することはできないが、同一保険医療機関において麻酔管理料(I)と麻酔管理料(II)の双方を異なる患者に算定することは可能であること。

第2節 神経ブロック料

L100 神経ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用)、L101 神経ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)

- (1) 神経ブロックとは、疼痛管理に専門的知識を持った医師が行うべき手技であり、疾病の治療又は診断を目的とし、主として末梢の脳脊髄神経節、脳脊髄神経、交感神経節等に局所麻酔剤、ボツリヌス毒素若しくはエチルアルコール(50%以上)及びフェノール(2%以上)等の神経破壊剤の注入又は高周波凝固法により、神経内の刺激伝達を遮断することをいう。
- (2) 神経ブロックは、疼痛管理を専門としている医師又はその経験のある医師が、原則として局所麻酔剤、ボツリヌス毒素若しくは神経破壊剤又は高周波凝固法を使用した場合に算定す

る。ただし、医学的な必要性がある場合には、局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合においても神経ブロックとして算定できる。なお、この場合において、医学的必要性について診療報酬明細書に記載する。

- (3) 同一神経のブロックにおいて、神経破壊剤又は高周波凝固法使用によるものは、がん性疼痛を除き、月1回に限り算定する。また、同一神経のブロックにおいて、局所麻酔剤又はボツリヌス毒素により神経ブロックの有効性が確認された後に、神経破壊剤又は高周波凝固法を用いる場合に限り、局所麻酔剤又はボツリヌス毒素によるものと神経破壊剤又は高周波凝固法によるものを同一月に算定できる。
- (4) 同一名称の神経ブロックを複数か所に行った場合は、主たるもののみ算定する。また、2種類以上の神経ブロックを行った場合においても、主たるもののみ算定する。
- (5) 椎間孔を通過して脊柱管の外に出た脊髄神経根をブロックする「1」の神経根ブロックに先立って行われる選択的神経根造影等に要する費用は、「1」の神経根ブロックの所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (6) 神経ブロックに先立って行われるエックス線透視や造影等に要する費用は、神経ブロックの所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (7) 同一日に神経ブロックと同時に行われたトリガーポイント注射や神経幹内注射については、部位にかかわらず別に算定できない。

L103 カテラン硬膜外注射

刺入する部位にかかわらず、所定点数を算定する。

L104 トリガーポイント注射

- (1) トリガーポイント注射は、圧痛点到局所麻酔剤あるいは局所麻酔剤を主剤とする薬剤を注射する手技であり、施行した回数及び部位にかかわらず、1日につき1回算定できる。
- (2) トリガーポイント注射と神経幹内注射は同時に算定できない。

L105 神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入

「注」の「精密持続注入」とは、自動注入ポンプを用いて1時間に10mL以下の速度で麻酔剤を注入するものをいう。

第12節 放射線治療

通則

- 放射線治療の費用は、第1節の各区分の所定点数により算定する。ただし、放射線治療に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この節において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第1節の所定点数に第2節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 第1節に掲げられていない放射線治療であって特殊なものの費用は、第1節に掲げられている放射線治療のうち最も近い放射線治療の所定点数により算定する。
- 新生児、3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、3歳以上6歳未満の幼児又は6歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療（区分番号M0004からM0011-3まで及びM0002からM004までに掲げる放射線治療に限る。）を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の80、100分の50、100分の30又は100分の20に相当する点数を加算する。

第1節 放射線治療管理・実施料

区分

- M000 放射線治療管理料（分布図の作成1回につき）
- 1 門照射、対向2門照射又は体外照射を行った場合 2,700点
 - 2 非対向2門照射、3門照射又は体内照射を行った場合 3,100点
 - 3 4門以上の照射、運動照射、原体照射又は組織内照射を行った場合 4,000点
 - 4 強度変調放射線治療（IMRT）による体外照射を行った場合 5,000点
- 注1 線分布図を作成し、区分番号M0011に掲げる体内照射、区分番号M004の1に掲げる外部照射、区分番号M004の2に掲げる体内照射又は区分番号M004の3に掲げる組織内照射による治療を行った場合に、分布図の作成1回につき1回、1回につき2回に限り算定する。
- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が算定した照射計画に基づく医学的所定番号M001の2に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等（IMRT）に係るものに限る。）を行った場合は、放射線治療専任加算として、330点を所定点数に加算する。
 - 3 注2に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とするとする慢性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外の等に対して、放射線治療（区分番号M001の2）に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号M001の3に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）に係るものに限る。）を実施した場合に、体外放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り100点を所定点数に加算する。
 - 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緊急時の放射線治療の治療計画を、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た別の保険医療機関と共同して決定した場合に、遠隔放射線治療計画加算として、一連の治療につき1回に限り92,000点を所定点数に加算する。

- M000-2 放射性同位元素内用療法管理料
- 1 甲狀腺癌に対するもの 1,390点
 - 2 甲狀腺癌能亢進症に対するもの 1,390点
 - 3 固形癌骨転移による疼痛に対するもの 1,700点
 - 4 B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの 3,000点
 - 5 骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの 2,630点
- 注1 1及び2については、甲狀腺癌（甲狀腺癌³）及び甲狀腺能亢進症³を專らする

- 患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
- 2 3については、固形癌骨転移による疼痛を有する患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
 - 3 4については、B細胞性非ホジキンリンパ腫の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。
 - 4 5については、骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日1回に限り算定する。

M001 体外照射

- 1 エックス線表在治療
- 1 回目 110点
 - 2 回目 33点
- 2 高エネルギー放射線治療
- 1 回目 840点
 - 2 回目 1,320点
 - 3 回目 1,800点
- 注1 1門照射又は対向2門照射を行った場合 420点
- 注2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1回の線量が2.5Gy以上の全乳房照射を行った場合は、1回線量増加加算として、460点を所定点数に加算する。
- 注3 強度変調放射線治療（IMRT） 3,000点
- 注4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して放射線治療を実施した場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

- 2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、1回の線量が2.5Gy以上の前立腺癌を行った場合は、1回線量増加加算として、1,000点を所定点数に加算する。
 - 3 1,000点を所定点数に加算する。
 - 4 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導放射線治療（IGRT）による体外照射を行った場合（イの場合は、乳房照射に係るもの、ロ及びハの場合は、2のイの1）若しくはロの1）又は3に係るものに限る。）には、画像誘導放射線治療加算として、患者1人1日につき1回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。
- イ 体表面の位置情報によるもの 150点

- 口 骨構造の位置情報によるもの 300点
- ハ 腫瘍の位置情報によるもの 450点
- 5 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、呼吸性移動対策を行った場合は、体外照射呼吸性移動対策加算として、150点を所定点数に加算する。
- M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療 50,000点
- M001-3 直線加速器による放射線治療（一連につき）
 - 1 定位放射線治療の場合 63,000点
 - 2 1以外の場合 8,000点
- 注1 定位放射線治療のうち、患者の体幹部に対して行われるものについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 2 定位放射線治療について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、呼吸性移動対策を行った場合は、定位放射線治療呼吸性移動対策加算として、所定点数に次の点数を加算する。
 - イ 動体追電法 10,000点
 - ロ その他 5,000点
- M001-4 粒子線治療（一連につき）
 - 1 希少な疾病に対して実施した場合 187,500点
 - イ 重粒子線治療の場合 187,500点
 - 2 1以外の特定の疾病に対して実施した場合
 - イ 重粒子線治療の場合 110,000点
 - ロ 陽子線治療の場合 110,000点
- 注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して行われる場合に限り算定する。
- 2 粒子線治療の適応判定体制に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、粒子線治療の適応判定に係る検討が実施された場合には、粒子線治療適応判定加算として、40,000点を所定点数に加算する。
- 3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を担当する専従の医師が策定した照射計画に基づく医学的管理を行った場合には、粒子線治療医学管理加算として、10,000点を所定点数に加算する。
- M002 全身照射（一連につき） 30,000点
- 注 造血幹細胞移植を目的として行われるものに限る。
- M003 電磁波熱療法（一連につき）
 - 1 深在性悪性腫瘍に対するもの 9,000点
 - 2 浅在性悪性腫瘍に対するもの 6,000点
- M004 密封小線源治療（一連につき）
 - 1 外部照射 80点
 - 2 腔内照射
 - イ 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 12,000点
 - ロ その他の場合 5,000点
- 3 組織内照射
 - イ 前立腺癌に対する永久挿入療法 48,600点

- 口 高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合 23,000点
- ハ その他の場合 19,000点
- 4 放射性粒子照射（本数に關係なく） 8,000点
- 注1 疾病、部位又は部位数にかかわらず、一連につき算定する。
- 2 使用した高線量率イリジウムの費用として、購入価格を50円で除して得た点数を加算する。
- 3 使用した低線量率イリジウムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。
- 4 前立腺癌に対する永久挿入療法を行った場合は、線源使用加算として、使用した線源の費用として1個につき630点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、注6の加算は算定できない。
- 5 食道用アブリケーター又は気管、気管支用アブリケーターを使用した場合は、食道用アブリケーター加算又は気管、気管支用アブリケーター加算として、それぞれ6,700点又は4,500点を所定点数に加算する。
- 6 使用した放射性粒子の費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。
- 7 使用したコバルトの費用として、購入価格を1,000円で除して得た点数を加算する。
- 8 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導密封小線源治療（IGBT）（2のイに係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導密封小線源治療加算として、一連につき1,200点を所定点数に加算する。
- M005 血液照射 110点
- 第2節 特定保険医療材料
- 区分
- M200 特定保険医療材料
 - 注 使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第12部 放射線治療

<通則>

- 1 放射線治療に係る費用は、第1節放射線治療管理・実施料及び第2節特定保険医療材料料（厚生労働大臣が定める保険医療材料のうち放射線治療に当たり使用したものの費用に限る。）に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。
- 2 第1節に掲げられていない放射線治療のうち、簡単なものの費用は算定できないものであるが、特殊なものの費用は、その都度当局に内議し、最も近似する放射線治療として準用が通知された算定方法により算定する。
- 3 小児放射線治療加算は、各区分の注に掲げる加算については加算の対象とならない。

第1節 放射線治療管理・実施料

M000 放射線治療管理料

- (1) 放射線治療管理料は、区分番号「M001」体外照射又は区分番号「M004」密封小線源治療の「1」に掲げる外部照射、「2」に掲げる腔内照射若しくは「3」に掲げる組織内照射による治療を行うに際して、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画（三次元線量分布図を用いるものを含む。以下同じ。）により放射線照射を行った場合に、分布図の作成1回につき1回、所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程において2回に限り算定する。ただし、子宮頸癌に対して行う場合は、一連の治療過程において4回まで算定できる。
- (2) 画像診断を実施し、その結果に基づき、線量分布図に基づいた照射計画を作成した場合には、画像診断の所定点数は算定できるが、照射計画の作成に係る費用は当該治療管理料に含まれ、別に算定できない。
- (3) 「注2」に掲げる放射線治療専任加算は、区分番号「M001」体外照射の「2」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）の際に、放射線治療を専ら担当する医師により、照射計画の作成、照射中の患者の管理及び照射後の副作用管理を含めた放射線科的管理が行われた場合に限り算定する。
- (4) 「注3」に掲げる外来放射線治療加算の対象となる患者は、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であり、以下のいずれかに該当する場合に、1日につき1回に限り算定する。
ア 入院中の患者以外の患者に対して、区分番号「M001」体外照射の「2」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合
イ 他医療機関に入院中の患者に対して、区分番号「M001」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療（IMRT）の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合
- (5) 「注4」に掲げる遠隔放射線治療計画加算は、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が配置されていない施設における放射線治療において、緊急時の放射線治療における業務の一部（照射計画の立案等）を、情報通信技術を用いたシステムを利用し、放射線治療を行う施設と連携した放射線治療を支援する施設の医師等による支援を受けて実施した場合に、一連の治療につき1回に限り算定する。なお、緊急時とは急激な病態の変化により速やかに放射線治療の開始

が必要な切迫した病態や、臨時的な放射線治療計画変更が必要とされる状態をいう。

M000-2 放射性同位元素内用療法管理料

- (1) 放射性同位元素内用療法管理料は、非密封放射線源による治療で、放射性同位元素を生体に投与し、その放射能による病巣内照射を行う放射線治療に当たり、当該治療を受けている患者の継続的な管理を評価するものである。
- (2) 放射性同位元素内用療法管理料は入院・入院外を問わず、患者に対して放射性同位元素内用療法に関する内容について説明・指導した場合に限り算定できる。また、説明・指導した内容等を診療録に記載又は添付すること。
- (3) 放射性同位元素の内用後4月間は、内用の有無にかかわらず算定できる。ただし、診療報酬明細書には、管理の開始の日付を記載すること。
- (4) 「1」の「甲状腺癌に対するもの」は、甲状腺分化癌の患者（甲状腺分化癌であって、甲状腺組織の破壊、又は甲状腺癌の転移の治療（甲状腺全摘術、亜全摘術後及び手術により摘出できない症例等））に対して行った場合に算定する。
- (5) 「3」の「固形癌骨転移による疼痛に対するもの」は、固形癌骨転移の患者（骨シンチグラフィで陽性像を呈する骨転移があつて、骨転移部位の疼痛緩和目的（他の治療法（手術、化学療法、内分泌療法、鎮痛剤、外部放射線照射等）で疼痛コントロールが不十分である症例））に対して行った場合に算定する。
- (6) 「4」の「B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの」は、CD20陽性の再発又は難治性である、低悪性度B細胞性非ホジキンリンパ腫又はマントル細胞リンパ腫の患者に対して行った場合に算定する。
- (7) 「5」の「骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの」は、去勢抵抗性前立腺癌であつて、骨シンチグラフィ等で骨転移を認める患者に対して行った場合に、1月あたりの回数によらず、放射性同位元素を内用した日に限り算定する。
- (8) 放射性同位元素内用療法管理に当たっては、退出基準等、放射線管理の基準に沿って行われるものであること。

M001 体外照射

- (1) 体外照射の具体的な定義は次のとおりである。
 - ア エックス線表在治療とは、管電圧10万ボルト未満による照射療法をいう。
 - イ 高エネルギー放射線治療とは、100万電子ボルト以上のエックス線又は電子線の応用で、直線加速装置又はマイクロtron治療装置使用による照射療法をいう。
 - ウ 強度変調放射線治療（IMRT）とは、多分割絞り（マルチリーフコリメータ）などを用いて、空間的又は時間的な放射線強度の調整を同一部位に対する複数方向からの照射について行うことで、三次元での線量分布を最適なものとする照射療法をいう。ただし、診療報酬の算定については、関連学会のガイドラインに準拠し、3方向以上の照射角度から各門につき3種以上の線束強度変化を持つビームによる治療計画を逆方向治療計画法にて立案したものについて照射した場合に限る。
- (2) 体外照射の治療料は、疾病の種類、部位の違い、部位数、同一患部に対する照射方法にかかわらず、1回につき所定点数を算定する。また、2方向以上の照射であっても当該所定点数のみにより算定する。
- (3) 「1」エックス線表在治療及び「2」高エネルギー放射線治療は、1日に複数部位の照射

を行う場合においては、1回目とは異なる部位に係る2回目の照射に限り、「ロ」の2回目の所定点数を算定する。1日に同一部位に対する複数回の照射を行う場合は、1回目の照射と2回目の照射の間隔が2時間を超える場合に限り、「イ」の1回目の所定点数を1日に2回分算定できる。

(4) 1回線量増加加算

ア 日本放射線腫瘍学会が作成した最新の「放射線治療計画ガイドライン」を遵守して実施した場合に限り算定できる。

イ 患者に対して、当該治療の内容、合併症及び予後等を照射線量と回数の違いによる差異が分かるように文書を用いて詳しく説明を行い、患者の同意を得るとともに、患者から要望のあった場合、その都度治療に関して十分な情報を提供すること。

なお、患者への説明は、図、画像、映像、模型等を用いて行うことも可能であるが、説明した内容については文書（書式様式は自由）で交付、診療録に添付すること。また、患者への説明が困難な状況にあつては、事後の説明又は家族等関係者に説明を行っても差し支えない。ただし、その旨を診療録に記載すること。

ウ 「3」強度変調放射線治療（IMRT）の「注2」の1回線量増加加算は、強度変調放射線治療（IMRT）を行う場合であつて、「注4」の「ハ」（画像誘導放射線治療加算（腫瘍の位置情報によるもの））を算定する場合に限り算定する。

(5) 「注3」の体外照射用固定器具加算は、悪性腫瘍に対して体外照射を行う際に身体を精密に固定する器具を使用した場合に限り、一連の治療につき1回に限り算定できる。

(6) 「注4」の画像誘導放射線治療（IGRT）とは、毎回の照射時に治療計画時と照射時の照射中心位置の三次元的な空間的再現性が5ミリメートル以内であることを照射室内で画像的に確認・記録して照射する治療のことである。

(7) 「注4」の画像誘導放射線治療加算は、「2」高エネルギー放射線治療の所定点数を1日に2回分算定できる場合であっても、1日に1回の算定を限度とする。

(8) 「注5」の呼吸性移動対策とは、呼吸による移動長が10ミリメートルを超える肺がん、食道がん、胃がん、肝がん、胆道がん、膝がん、腎がん若しくは副腎がん又は深吸気位において心臓の線量低減が可能な左乳がんに対し、治療計画時及び毎回の照射時に呼吸運動（量）を計測する装置又は実時間位置画像装置等を用いて、呼吸性移動による照射範囲の拡大を低減する対策のことをいい、呼吸性移動のために必要な照射野の拡大が三次元的な各方向に対しそれぞれ5ミリメートル以下となることが、治療前に計画され、照射時に確認されるものをいう。なお、治療前の治療計画の際に、照射範囲計画について記録し、毎回照射時に実際の照射範囲について記録の上、検証すること。

M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

(1) ガンマナイフによる定位放射線治療とは、半球状に配置された多数のコバルト⁶⁰の微小線源から出るガンマ線を集束させ、病巣部を照射する治療法をいう。

(2) 数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は1回のみ算定する。

(3) 定位型手術枠（フレーム）を取り付ける際等の麻酔、位置決め等に係る画像診断、検査、放射線治療管理等の当該治療に伴う一連の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

M001-3 直線加速器による放射線治療（一連につき）

- (1) 直線加速器による放射線治療は、実施された直線加速器による体外照射を一連で評価したものであり、「M001」体外照射を算定する場合は、当該点数は算定できない。
- (2) 定位放射線治療とは、直線加速器（マイクロトロンを含む。）により極小照射野で線量を集中的に照射する治療法であり、頭頸部に対する治療については、照射中心の固定精度が2ミリメートル以内であるものをいい、体幹部に対する治療については、照射中心の固定精度が5ミリメートル以内であるものをいう。
- (3) 定位放射線治療における頭頸部に対する治療については、頭頸部腫瘍（頭蓋内腫瘍を含む。）及び脳動静脈奇形に対して行った場合のみ算定し、体幹部に対する治療については、原発病巣が直径5センチメートル以下であり転移病巣のない原発性肺癌、原発性肝癌又は原発性腎癌、3個以内で他病巣のない転移性肺癌又は転移性肝癌、転移病巣のない限局性の前立腺癌又は膀胱癌、直径5センチメートル以下の転移性脊椎腫瘍、5個以内のオリゴ転移及び脊髄動静脈奇形（頸部脊髄動静脈奇形を含む。）に対して行った場合のみ算定し、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は1回のみ算定する。
- (4) 定位放射線治療については、定位型手術枠又はこれと同等の固定精度を持つ固定装置を取り付ける際等の麻酔、位置決め等に係る画像診断、検査、放射線治療管理等の当該治療に伴う一連の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (5) 「注2」の呼吸性移動対策とは、呼吸による移動長が10ミリメートルを超える肺がん、肝がん又は腎がんに対し、治療計画時及び毎回の照射時に呼吸運動（量）を計測する装置又は実時間位置画像装置等を用いて、呼吸性移動による照射範囲の拡大を低減する対策のことをいい、呼吸性移動のために必要な照射野の拡大が三次元的な各方向に対しそれぞれ5ミリメートル以下となることが、治療前に計画され、照射時に確認されるものをいう。なお、治療前の治療計画の際に、照射範囲計画について記録し、毎回照射時に実際の照射範囲について記録の上、検証すること。
- (6) 「注2」の「イ」動体追尾法は、自由呼吸の下で、呼吸運動と腫瘍位置との関係を分析し、呼吸運動に合わせて照射野を移動して照射する方法、又は呼吸運動に合わせて腫瘍の近傍のマーカー等をエックス線透視し、決められた位置を通過する時に照射する方法のいずれかの場合に算定する。

M001-4 粒子線治療

- (1) 重粒子線治療とは、炭素原子核を加速することにより得られた重粒子線を集中的に照射する治療法であるものをいう。
- (2) 陽子線治療とは、水素原子核を加速することにより得られた陽子線を集中的に照射する治療法であるものをいう。
- (3) 重粒子線治療は、手術による根治的な治療法が困難である限局性の骨軟部腫瘍、頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）又は限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）に対して根治的な治療法として行った場合のみ算定し、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は1回のみ算定する。
- (4) 陽子線治療は、小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）、手術による根治的な治療法が困難である限局性の骨軟部腫瘍、頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）又は限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）に対して根治的な治療法として行った場合のみ算定し、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、

所定点数は1回のみ算定する。

- (5) 「1」に規定する希少な疾病とは、小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）、手術による根治的な治療法が困難である限局性の骨軟部腫瘍及び頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）のことを指し、「2」に規定する「1」以外の特定の疾病とは、限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）のことを指す。
- (6) 粒子線治療について、位置決めなどに係る画像診断、検査等の当該治療に伴う一連の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (7) 「注2」の粒子線治療適応判定加算は、当該治療の実施に当たって、治療適応判定に関する体制が整備された保険医療機関において、適応判定が実施された場合に算定できるものであり、当該治療を受ける全ての患者に対して、当該治療の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望のあった場合、その都度治療に関して十分な情報を提供すること。なお、患者への説明内容については文書（書式様式は自由）で交付し、診療録に添付するものであること。
- (8) 「注3」の粒子線治療医学管理加算は、粒子線治療に係る照射に際して、画像診断に基づきあらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画と照射時の照射中心位置を、三次元的な空間的再現性により照射室内で画像的に確認・記録するなどの医学的管理を行った場合に限り算定する。
- (9) 粒子線治療の実施に当たっては、薬事承認された粒子線治療装置を用いた場合に限り算定する。

M002 全身照射

全身照射は、1回の造血幹細胞移植について、一連として1回に限り算定できる。

M003 電磁波温熱療法

- (1) 「1」の深在性悪性腫瘍に対するものは、頭蓋内又は体腔内に存在する腫瘍であって、腫瘍の大半が概ね皮下6センチメートル以上の深部に所在するものに対して、高出力の機器（100メガヘルツ以下の低周波数のもの）を用いて電磁波温熱療法を行う場合に算定できる。
- (2) 四肢若しくは頸部の悪性腫瘍に対して行う場合又はアプリケーションを用いて腔内加温を行う場合は、腫瘍の存在する部位及び使用する機器の如何を問わず、「2」の浅在性悪性腫瘍に対するものにより算定する。
- (3) 電磁波温熱療法は、放射線治療と併用しない場合（化学療法と併用する場合又は単独で行う場合）においても算定できる。
- (4) 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数か月間の一連の治療過程に複数回の電磁波温熱療法を行う場合は、1回のみ所定点数を算定し、その他数回の療法の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。なお、医学的な必要性から、一連の治療過程後に再度、当該療法を行う場合は、2月に1回、2回を限度として算定する。
- (5) 電磁波温熱療法の実施に当たっては、治療部分の温度を測定し、十分な加温を確認する等の必要な措置を講ずる。
- (6) 電磁波温熱療法を行うに当たって使用するセンサー等の消耗品の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

M004 密封小線源治療

- (1) 密封小線源治療の治療料は疾病の種類、部位の違い、部位数の多寡にかかわらず、一連として所定点数を算定する。
- (2) 外部照射とは、コバルト⁶⁰、セシウム¹³⁷等のガンマ線又はストロンチウム⁹⁰等のベータ線による4センチメートル以下の近距離照射又は直接貼布する療法をいう。
- (3) 腔内照射
- ア 高線量率イリジウム照射を行った場合とは、子宮腔、腔腔、口腔、直腸等の腔内にイリジウム¹⁹²管を挿入し照射する場合であり、アプリケーションの挿入から抜去までを一連として算定する。なお、挿入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。
- イ 新型コバルト小線源治療装置とは、高線量率イリジウム照射で用いられる線源と概ね同じ大きさの径の線源を用いるものをいう。
- ウ その他の場合とは、子宮腔、腔腔、口腔、直腸等の腔内にセシウム¹³⁷管等を挿入して照射する場合や眼窩内等にストロンチウム容器を挿入して照射する場合であり、アプリケーションの挿入から抜去までを一連として算定するものとし、新型コバルト小線源治療装置を用いた場合には、「イ」により算定し、旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合は算定できない。なお、挿入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (4) 組織内照射
- ア 前立腺癌に対する永久挿入療法とは、前立腺組織内にヨウ素¹²⁵粒子を挿入する療法をいい、当該療法の実施に当たっては、関係法令及び関係学会のガイドラインを踏まえ、適切に行われるよう十分留意すること。
- イ 高線量率イリジウム照射を行った場合とは、イリジウム¹⁹²線源を挿入する場合であり、外套針の刺入から抜去までの全期間を一連として算定する。なお、外套針の刺入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。
- ウ 新型コバルト小線源治療装置とは、高線量率イリジウム照射で用いられる線源と概ね同じ大きさの径の線源を用いるものであり、それよりも大きな径の線源である従前のコバルト線源を用いるものは該当しない。
- エ その他の場合とは、舌その他の口腔癌、皮膚癌、乳癌等の癌組織内にコバルト針、セシウム針等を刺入する場合であり、刺入から抜去までの全期間を一連として算定する。なお、刺入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (5) 放射性粒子照射とは、組織内に放射性金粒子等の放射性粒子を刺入するものであって、その使用本数等に関係なく一連につき所定点数を算定する。また、この場合「注6」により放射性粒子の費用は別に算定できる。なお、刺入に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (6) 同一の高線量率イリジウムを使用し、1人又は複数の患者に対して1回又は複数回の密封小線源治療を行った場合は、使用した高線量率イリジウムの費用として、患者1人につき1回に限り加算する。
- (7) 同一の低線量率イリジウムを使用し、1人の患者に対して複数回の密封小線源治療を行った場合は、使用した低線量率イリジウムの費用として、患者1人につき1回に限り加算する。
- (8) 同一のコバルトを使用し、1人の患者に対して複数回の密封小線源治療を行った場合は、使用したコバルトの費用として、患者1人につき1回に限り加算する。
- (9) 「注8」の画像誘導密封小線源治療加算は、治療用のアプリケーションを挿入した状態で撮影

したCT又はMRIの画像所見を用いて治療計画を行い、腫瘍と周囲臓器への最適な照射線量を計算して、子宮頸癌に対して照射した場合に限り、一連につき1回に限り算定する。

- (10) 「注8」の画像誘導密封小線源治療加算は、日本放射線腫瘍学会が作成した最新の「密封小線源治療の診療・物理QAガイドライン」を遵守して実施した場合に限り算定できる。

MO05 血液照射

- (1) 血液照射は、輸血後移植片対宿主病予防のために輸血用血液に対して放射線照射を行った場合に算定する。
- (2) 血液照射料は、血液照射を行った血液量が400ミリリットル以下の場合には110点、これ以降400ミリリットル又はその端数を増すごとに110点を加えて計算する。なお、血液照射を行った血液のうち、実際に輸血を行った1日当たりの血液量についてのみ算定する。
- (3) 血液量は、実際に照射を行った総量又は原材料として用いた血液の総量のうちいずれか少ない量により算定する。例えば、200ミリリットルの血液から製造された30ミリリットルの血液成分製剤については30ミリリットルとして算定し、200ミリリットルの血液から製造された230ミリリットルの保存血及び血液成分製剤は、200ミリリットルとして算定する。
- (4) 放射線を照射した血液製剤を使用した場合は、当該血液照射は別に算定できない。
- (5) 血液照射に当たっては、「血液製剤の使用指針及び輸血療法の実施に関する指針について」（平成11年6月10日付け医薬発第715号厚生省医薬安全局長通知）及び「血小板製剤の使用適正化の推進について」（平成6年7月11日付け薬発第638号厚生省薬務局長通知）による、両通知別添（「血液製剤の使用指針」、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血小板製剤の適正使用について」）その他の関係通知及び関係学会から示されている血液照射についてのガイドラインを遵守するよう努めるものとする。

第13節 病理診断

通則

- 1 病理診断の費用は、第1節及び第2節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、病理診断に当たった患者から検体を穿刺し又は採取した場合は、第1節及び第2節並びに第3節第4節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。
- 2 病理診断に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合は除き、前号により算定した点数及び第3節第5節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 3 病理診断に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この節において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合、前2号により算定した点数及び第3節第6節の所定点数を合算した点数により算定する。
- 4 第1節又は第2節に掲げられていない病理診断であって特殊なもの費用は、第1節又は第2節に掲げられている病理診断のうちで最も近似的な病理診断の各区分の所定点数により算定する。
- 5 対称器官に係る病理標本作製料の各区分の所定点数は、両側の器官の病理標本作製料に係る点数とする。
- 6 保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律第2条に規定する病理学的検査を委託する場合には、かかる病理診断に要する費用については、第3節検査の通則第6号に規定する別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。ただし、区分番号N006に掲げる病理診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行うときに限り算定する。
- 7 保険医療機関間のデジタル病理画像（病理標本に係るデジタル画像のこと）をいう。以下この表において同じ。）の送受信及び受信側の保険医療機関における当該デジタル病理画像の観察により、区分番号N003に掲げる新中迅速病理組織標本作製又は区分番号N003-2に掲げる迅速細胞診を行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行うときに限り算定する。

第1節 病理標本作製料

- 1 病理標本作製に当たって、3臓器以上の標本作製を行った場合は、3臓器を限度として算定する。
- 2 リンパ節については、所属リンパ節ごとに1臓器として数えるが、複数の所属リンパ節が1臓器について存在する場合は、当該複数の所属リンパ節を1臓器として数える。

区分

- N000 病理組織標本作製
- 1 組織切片によるもの（1臓器につき） 860点
 - 2 セルブロック法によるもの（1部位につき） 800点
- N001 電子顕微鏡病理組織標本作製（1臓器につき） 690点
- N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 2,000点
- 1 エストロジェンレセプター 720点
 - 2 プロゲステロンレセプター 690点
 - 3 HER2タンパク 690点
 - 4 EGFRタンパク 10,000点
 - 5 CCR4タンパク 2,700点
 - 6 ALK融合タンパク 400点
 - 7 CD30 400点
 - 8 その他（1臓器につき） 400点

注1 1及び2の病理組織標本作製を同一月に実施した場合は、180点を主たる病理組織標本作製の所定点数に加算する。

2 8について、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患

者に対して、標本作製を実施した場合には、1,200点を所定点数に加算する。

N003 新中迅速病理組織標本作製（1手術につき） 1,990点

- N003-2 迅速細胞診
- 1 手術中の場合（1手術につき） 450点
 - 2 検査中の場合（1検査につき） 450点

N004 細胞診（1部位につき） 150点

- 1 婦人科材料等によるもの 190点
 - 2 穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの
- 注1 1について、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、36点を所定点数に加算する。

- 2 2について、過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本作製して、診断を行った場合には、液状化検体細胞診加算として、85点を所定点数に加算する。

N005 HER2遺伝子標本作製

- 1 単独の場合 2,700点
- 2 区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の3による病理標本作製を併せて行った場合 3,050点

N005-2 ALK融合遺伝子標本作製 6,520点

N005-3 PD-L1タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 2,700点

第2節 病理診断・判断料

区分

- N006 病理診断料
- 1 組織診断料 450点
 - 2 細胞診断料 200点

注1 1については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N000に掲げる病理組織標本作製、区分番号N001に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号N003に掲げる新中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本（区分番号N000に掲げる病理組織標本作製又は区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合には当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本（当該保険医療機関以外の保険医療機関で区分別番号N000に掲げる病理組織標本作製又は区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合には、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

2 2については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号N003-2に掲げる迅速細胞診若しくは区分番号N004に掲げる細胞診の2により作製された標本に基づく診断を行った場合は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

3 当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づき診断を行った場合は、区分番号N000からN004までに掲げる病理標本作製料は、別に算定できない。

4 病理診断料に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものと

る常勤の医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

- イ 病理診断管理加算 1
 - (1) 組織診断を行った場合 120点
 - (2) 細胞診断を行った場合 60点
- ロ 病理診断管理加算 2
 - (1) 組織診断を行った場合 320点
 - (2) 細胞診断を行った場合 160点
- 5 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、地方厚生局等等に届け出た保健医療機関において、悪性腫瘍に係る手術の検体から区分番号N000に掲げる病理組織標本作製の1又は区分番号N002に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合は、悪性腫瘍病理組織標本加算として、150点を所定点数に加算する。

N007 病理判断料

150点

注1 行われた病理標本作製の種別又は回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

2 区分番号N006に掲げる病理判断料を算定した場合には、算定しない。

<通則>

- 1 病理診断の費用には、病理標本作製を行う医師、看護師、臨床検査技師、衛生検査技師及び病理診断・判断を行う医師の件費、試薬、デッキグラス、試験管等の材料費、機器の減価償却費、管理費等の費用が含まれる。
- 2 病理標本作製に当たって使用される試薬は、原則として医薬品として承認されたものであることを要する。
- 3 病理標本を撮影した画像を電子媒体に保存した場合、保存に要した電子媒体の費用は所定点数に含まれる。
- 4 第1節に掲げられていない病理標本作製であって簡単な病理標本作製の費用は、基本診療料に含まれ、別に算定できない。
- 5 第1節に掲げる病理標本作製料の項に掲げられていない病理標本作製のうち簡単な病理標本作製の病理標本作製料は算定できないが、特殊な病理標本作製については、その都度当局に内議し、最も近似する病理標本作製として通知されたものの算定方法及び注（特に定めるものを除く。）を準用して、準用された病理標本作製料に係る病理診断・判断料と併せて算定する。
- 6 保険医療機関間の連携により病理診断を行った場合は、標本若しくは検体（以下「標本等」という。）の送付側又はデジタル病理画像の送信側の保険医療機関において区分番号「N006」病理診断料を算定できる。なお、その際には、送付側又は送信側の保険医療機関において、別紙様式44又はこれに準じた様式に診療情報等の必要事項を記載し、受取側又は受信側の保険医療機関に交付するものであること。更に、病理標本の作製を衛生検査所に委託する場合には、衛生検査所にも当該事項を同様に交付すること。
 また、「N006」の「注4」に規定する病理診断管理加算1又は2については、標本若しくは検体の受取側又はデジタル病理画像の受信側の保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、標本等の送付側又は送信側の保険医療機関にその結果を文書により報告した場合に当該基準に係る区分に従い、送付側又は送信側の保険医療機関において所定点数に加算する。標本等の受取側又は受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、標本等の送付側又は送信側、標本等の受取側又は受信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。
- 7 保険医療機関間のデジタル病理画像の送受信及び受信側の保険医療機関における当該デジタル病理画像の観察による術中迅速病理組織標本作製を行った場合は、送信側の保険医療機関において区分番号「N003」術中迅速病理組織標本作製及び区分番号「N006」病理診断料の「1」を算定できる。また、「N006」の「注4」に規定する病理診断管理加算1又は2については、受信側の保険医療機関が、当該加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関であり、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、送信側の保険医療機関にその結果を報告した場合に当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、受信側、送信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。
- 8 保険医療機関間のデジタル病理画像の送受信及び受信側の保険医療機関における当該デジタル病理画像の観察による迅速細胞診を行った場合は、送信側の保険医療機関において区分番号

「N003-2」迅速細胞診及び区分番号「N006」病理診断料の「2」を算定できる。また、「N006」の「注4」に規定する病理診断管理加算1又は2については、受信側の保険医療機関が、当該加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関であり、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、送信側の保険医療機関にその結果を報告した場合に当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、受信側、送信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

- 9 デジタル病理画像に基づく病理診断については、デジタル病理画像の作成、観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察及び診断を行った場合に算定できる。なお、デジタル病理画像に基づく病理診断を行うに当たっては、関係学会による指針を参考とすること。

第1節 病理標本作製料

N000 病理組織標本作製

- (1) 「1」の「組織切片によるもの」について、次に掲げるものは、各区分ごとに1臓器として算定する。
- ア 気管支及び肺臓
 - イ 食道
 - ウ 胃及び十二指腸
 - エ 小腸
 - オ 盲腸
 - カ 上行結腸、横行結腸及び下行結腸
 - キ S状結腸
 - ク 直腸
 - ケ 子宮体部及び子宮頸部
- (2) 「2」の「セルブロック法によるもの」について、同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して標本作製を行った場合であっても、1回として算定する。
- (3) 病理組織標本作製において、1臓器又は1部位から多数のブロック、標本等を作製した場合であっても、1臓器又は1部位の標本作製として算定する。
- (4) 病理組織標本作製において、悪性腫瘍がある臓器又はその疑いがある臓器から多数のブロックを作製し、又は連続切片標本を作製した場合であっても、所定点数のみ算定する。
- (5) 当該標本作製において、ヘリコバクター・ピロリ感染診断を目的に行う場合の保険診療上の取扱いについては、「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。
- (6) 「2」の「セルブロック法によるもの」は、悪性中皮腫を疑う患者又は組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難な肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌若しくは悪性リンパ腫を疑う患者に対して、穿刺吸引等により採取した検体を用いてセルブロック法により標本作製した場合に算定する。なお、肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌又は悪性リンパ腫を疑う患者に対して実施した場合には、組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

N001 電子顕微鏡病理組織標本作製

- (1) 電子顕微鏡病理組織標本作製は、腎組織、内分泌臓器の機能的腫瘍（甲状腺腫を除く。）、異所性ホルモン産生腫瘍、軟部組織悪性腫瘍、ゴーシェ病等の脂質蓄積症、多糖体蓄積症等に対する生検及び心筋症に対する心筋生検の場合において、電子顕微鏡による病理診断のための病理組織標本作製した場合に算定できる。
- (2) 電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号「N000」病理組織標本作製、区分番号「N002」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製のうち、いずれを算定した場合であっても、他の2つの項目を合わせて算定することができる。

N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

- (1) 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、病理組織標本作製するにあたり免疫染色を行った場合に、方法（蛍光抗体法又は酵素抗体法）又は試薬の種類にかかわらず、1臓器につき1回のみ算定する。
- (2) 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製、区分番号「N000」病理組織標本作製又は区分番号「N001」電子顕微鏡病理組織標本作製のうち、いずれを算定した場合であっても、他の2つの項目を合わせて算定することができる。
- (3) 「1」のエストロジェンレセプターの免疫染色と「2」のプロジェステロンレセプターの免疫染色を同一月に実施した場合は、いずれかの主たる病理組織標本作製の所定点数及び注に規定する加算のみを算定する。
- (4) 「3」のHER2タンパクは、半定量法又はEIA法（酵素免疫測定法）による病理標本作製を行った場合に限り算定する。
- (5) 「5」CCR4タンパク及び区分番号「D006-10」CCR4タンパク（フローサイトメトリー法）を同一の目的で実施した場合は、原則として主たるもののみ算定する。ただし、医学的な必要性がある場合には、併せて実施した場合であっても、いずれの点数も算定できる。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的必要性を記載すること。
- (6) 「6」のALK融合タンパクは、非小細胞肺癌患者に対して、ALK阻害剤の投与の適応を判断することを目的として、ブリッジ試薬を用いた免疫組織染色法により病理標本作製を行った場合に、当該薬剤の投与方針の決定までの間に1回を限度として算定する。
- (7) 「7」のCD30は、HQLinkerを用いた免疫組織化学染色法により、悪性リンパ腫の診断補助を目的に実施した場合に算定する。
- (8) 「注2」に規定する「確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者」とは、原発不明癌、原発性脳腫瘍、悪性リンパ腫、悪性中皮腫、肺悪性腫瘍（腺癌、扁平上皮癌）、消化管間質腫瘍（GIST）、慢性腎炎、内分泌腫瘍、軟部腫瘍、皮膚の血管炎、水疱症（天疱瘡、類天疱瘡等）、悪性黒色腫、筋ジストロフィー又は筋炎が疑われる患者を指す。これらの疾患が疑われる患者であっても3種類以下の抗体で免疫染色を行った場合は、当該加算は算定できない。
- (9) 肺悪性腫瘍（腺癌、扁平上皮癌）が疑われる患者に対して「注2」の加算を算定する場合は、腫瘍が未分化であった場合等HE染色では腺癌又は扁平上皮癌の診断が困難な患者に限り算定することとし、その医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。なお、次に掲げるいずれかの項目を既に算定している場合には、当該加算は算定できない。

ア 「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」処理が容易なもの「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるもの（肺癌におけるEGFR遺伝子検査、ROS1融合遺伝子検査又はALK融合遺伝子検査に限る。）

イ 「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査の「ロ」処理が複雑なもの（肺癌におけるBRAF遺伝子検査に限る。）

ウ 区分番号「N005-2」ALK融合遺伝子標本作製

- (10) セルブロック法による病理組織標本に対する免疫染色については、悪性中皮腫を疑う患者又は組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難な肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌若しくは悪性リンパ腫を疑う患者に対して実施した場合に算定する。なお、肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌又は悪性リンパ腫を疑う患者に対して実施した場合には、組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

N003 術中迅速病理組織標本作製

術中迅速病理組織標本作製は、手術の途中において迅速凍結切片等による標本作製及び鏡検を完了した場合において、1手術につき1回算定する。

なお、摘出した臓器について、術後に再確認のため精密な病理組織標本作製を行った場合は、区分番号「N000」病理組織標本作製の所定点数を別に算定する。

N003-2 迅速細胞診

迅速細胞診は、手術、気管支鏡検査（超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法の実施時に限る。）又は内視鏡検査（痔瘻又は胃粘膜下腫瘍が疑われる患者に対して超音波内視鏡下穿刺吸引生検法の実施時に限る。）の途中において腹水及び胸水等の体腔液又はリンパ節穿刺液を検体として標本作製及び鏡検を完了した場合において、1手術又は1検査につき1回算定する。

N004 細胞診

- (1) 腔脂膏頭微鏡標本作製、胃液、腹腔穿刺液等の癌細胞標本作製及び眼科プロヴァツェク小体標本作製並びに天疱瘡又はヘルペスウイルス感染症におけるTzanck細胞の標本作製は、細胞診により算定する。
- (2) 同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して標本作製を行った場合であっても、1回として算定する。
- (3) 「2」の「穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等」とは、喀痰細胞診、気管支洗浄細胞診、体腔液細胞診、体腔洗浄細胞診、体腔臓器擦過細胞診及び髄液細胞診等を指す。
- (4) 「注1」の婦人科材料等液状化検体細胞診加算は、採取と同時に行った場合に算定できる。なお、過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本作製し診断を行った場合には算定できない。
- (5) 「注2」の液状化検体細胞診加算は、採取と同時に作製された標本に基づいた診断の結果、再検が必要と判断され、固定保存液に回収した検体から再度標本作製し、診断を行った場合に限り算定できる。採取と同時に行った場合は算定できない。

N005 HER2遺伝子標本作製

- (1) HER2遺伝子標本作製は、抗HER2ヒト化モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、FISH法、SISH法又はCISH法により遺伝子増幅標本作製を行った場合に、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針の決定までの間に1回を限度とし

て算定する。

- (2) 本標本作製と区分番号「N002」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「3」を同一の目的で実施した場合は、本区分の「2」により算定する。

N005-2 ALK融合遺伝子標本作製

- (1) ALK融合遺伝子標本作製は、ALK阻害剤の投与の適応を判断することを目的として、FISH法により遺伝子標本作製を行った場合に、当該薬剤の投与方針の決定までの間に1回を限度として算定する。

N005-3 PD-L1タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

PD-L1タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、抗PD-1抗体抗悪性腫瘍剤又は抗PD-L1抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を行った場合に、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針の決定までの間に1回を限度として算定する。

第2節 病理診断・判断料

N006 病理診断料

- (1) 当該保険医療機関以外に勤務する病理診断を行う医師が、当該保険医療機関に出向いて病理診断を行った場合等、当該保険医療機関における勤務の実態がない場合においては、病理診断料は算定できない。
- (2) 当該保険医療機関において、当該保険医療機関以外の医療機関（衛生検査所等を含む。）で作製した病理標本につき診断を行った場合には、月1回に限り所定点数を算定する。
なお、患者が当該傷病につき当該保険医療機関を受診していない場合においては、療養の給付の対象とならない。
- (3) 病理診断料が含まれない入院料を算定する病棟に入院中の患者に対して、病理診断料を算定する場合は、同一月内に当該患者が病理診断料の含まれる入院料を算定する病棟に転棟した場合であっても、当該病理診断料を算定することができる。
- (4) 病理診断管理加算1又は2の届出を行った保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する1名（病理診断管理加算2を算定する場合にあつては2名）を除いた病理診断を専ら担当する常勤の医師については、当該保険医療機関において常態として週3日以上、かつ、週24時間以上の勤務を行っている場合、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、デジタル病理画像の観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も病理診断料及び病理診断管理加算1又は2を算定できる。なお、デジタル画像に基づく病理診断を行うに当たっては、関係学会による指針を参考とすること。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握していること。
- (5) 「注5」の悪性腫瘍病理組織標本加算については、原発性悪性腫瘍に対して「K007の1」、「K031」、「K053」、「K162」、「K394」、「K394-2」、「K439」、「K442」、「K476」、「K484-2」、「K514」、「K514-2」、「K529」、「K529-2」、「K529-3」、「K653の2」、「K653の3」、「K655の2」、「K655-2の2」、「K655-4の2」、「K6

55-5の2」、「K657の2」、「K657-2の2」、「K675」、「K677」、「K677-2」、「K695」、「K695-2」、「K700-2」、「K700-3」、「K702」、「K702-2」、「K703」、「K703-2」、「K704」、「K721-4」、「K740」、「K740-2」、「K773」から「K773-3」まで、「K773-5」、「K803」から「K803-3」まで、「K833」、「K843」から「K843-4」まで、「K879」、「K879-2」又は「K889」に掲げる手術を実施し、当該手術の検体から作製された病理組織標本に基づき病理診断を行った場合に算定する。

N007 病理判断料

病理判断料が含まれない入院料を算定する病棟に入院中の患者に対して、病理判断料を算定した場合は、同一月内に当該患者が病理判断料の含まれる入院料を算定する病棟に転棟した場合であっても、当該病理判断料を算定することができる。

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料

介護老人保健施設の入所者である患者（以下この表において「施設入所者」という。）に対して行なった療養の給付に係る診療料の算定は、前2章の規定にかかわらず、この章に定めるところによる。

第1部 併設医療機関の療養に関する事項

- 1 緊急時施設治療管理料 500点
 平成18年7月1日から令和4年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営（平成11年厚生省令第40号）附則第19条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下この表において「療養病棟から転換した介護老人保健施設」という。）に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病棟から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく悪化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に入急に往診を行った場合に、1日に1回、1月に4回に限り算定する。

- 2 施設入所者自己腹膜透析薬剤料⁶⁰⁶
 薬剤 自己連続排行式腹膜灌流に用いる薬剤1調剤につき、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数

注 使用薬剤の薬価は、第1章及び第2章の例による。

- 3 施設入所者材料料
 イ 第2章第2部第4節区分番号C300に掲げる特定保険医療材料
 ロ 第2章第2部第2款に掲げる加算として算定できる材料

注 イ及びロの算定方法については第2章の例による。

- 4 その他の診療料
 併設医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己施設者流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。
 イ 第1章基本診療料並びに第2章特掲診療料第1部医学管理等及び第2部在宅医療に掲げる診療料
 ロ 第2章特掲診療料第3部検査に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める検査に係るものに限る。）
 ハ 第2章特掲診療料第5部投薬に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める投薬に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める内服薬又は外用薬に係る費用を除く。）
 ニ 第2章特掲診療料第6部注射に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める注射に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める注射薬に係る費用を除く。）
 ホ 第2章特掲診療料第7部リハビリテーションに掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定めるリハビリテーションに係るものに限る。）
 ヘ 第2章特掲診療料第8部精神科専門療法に掲げる診療料
 ト 第2章特掲診療料第9部処置に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める処置に係るものに限る。）
 チ 第2章特掲診療料第10部手術に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める手術に係るものに限る。）
 リ 第2章特掲診療料第11部麻酔に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める麻酔に係るものに限る。）

- 1 施設入所者共同指導料 600点

注 併設医療機関以外の病院である介護老人保健施設に入所中の患者の退所後の療養を担当するものが、当該介護老人保健施設の医師の求めに応じて、当該患者に対して、療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者1人につき1回に限り算定する。

2 施設入所者自己腹膜透析薬剤料⁶⁰⁶

薬剤 自己連続排行式腹膜灌流に用いる薬剤1調剤につき、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を切り上げて得た点数に1点を加算して得た点数

注 使用薬剤の薬価は、第1章及び第2章の例による。

- 3 施設入所者材料料
 イ 第2章第2部第4節区分番号C300に掲げる特定保険医療材料
 ロ 第2章第2部第2款に掲げる加算として算定できる材料
 注 イ及びロの算定方法については第2章の例による。

- 4 その他の診療料⁶⁰⁶
 併設医療機関以外の保険医療機関に係る施設入所者共同指導料、施設入所者自己腹膜透析薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第1章及び第2章の例による。ただし、第1章及び第2章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。
 イ 第1章基本診療料に掲げる診療料のうち入院に係るもの
 ロ 第2章特掲診療料第1部医学管理等に掲げる診療料（連院時共同指導料1、診療情報提供料（注4）に掲げる場合に限る。）及び診療情報提供料（注5）を除く。）
 ハ 第2章特掲診療料第2部在宅医療に掲げる診療料（往診料を除く。）
 ニ 第2章特掲診療料第3部検査に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める検査に係るものに限る。）
 ホ 第2章特掲診療料第5部投薬に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める投薬に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める内服薬又は外用薬に係る費用を除く。）
 ヘ 第2章特掲診療料第6部注射に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める注射に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める注射薬に係る費用を除く。）
 ト 第2章特掲診療料第7部リハビリテーションに掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定めるリハビリテーションに係るものに限る。）
 チ 第2章特掲診療料第8部精神科専門療法に掲げる診療料
 リ 第2章特掲診療料第9部処置に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める処置に係るものに限る。）
 又 第2章特掲診療料第10部手術に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める手術に係るものに限る。）
 ル 第2章特掲診療料第11部麻酔に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める麻酔に係るものに限る。）

第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療料

<通則>

介護老人保健施設には常勤医師が配置されているので、比較的病状が安定している者に対する療養については、介護老人保健施設の医師が対応できることから、介護老人保健施設の入所者である患者（以下「施設入所者」という。）が、往診又は通院により受ける医療に係る診療料については、施設入所者以外の患者に対する算定方法とは別の算定方法を設けたものであり、施設入所者に対しては、第1章基本診療料又は第2章特掲診療料は適用せず、第3章介護老人保健施設入所者に係る診療料に規定するところによるものであること。

第1部 併設保険医療機関の療養又は医療に関する事項

併設保険医療機関とは、「併設保険医療機関の取扱いについて」（平成14年3月8日保医発第0308008号）に規定する保険医療機関をいう。

1 緊急時施設治療管理料

- (1) 平成18年7月1日から令和4年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下「介護療養型老健施設」という。）においては、従来の介護老人保健施設の入所者より必要な医療処置等の頻度が多い患者の割合が高いことから、緊急に医療処置等が必要となった場合にその費用について医療保険から給付をするものである。
 - (2) 介護療養型老健施設の併設保険医療機関の医師が、当該介護療養型老健施設に入所中の患者の緊急時に、当該介護療養型老健施設の医師の電話等による求めに応じ、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に算定する。ただし、患者1人につき1日1回、1月につき4回に限る。
 - (3) 患者の緊急時とは、次のいずれかの状態の患者に対して、当該介護療養型老健施設の医師が、医師による直接の処置等が必要と判断し、かつ、やむを得ない理由で対応できない場合のことをいう。
 - ア 意識障害又は昏睡
 - イ 急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪
 - ウ 急性心不全（心筋梗塞を含む。）
 - エ ショック
 - オ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
 - カ その他薬物中毒等で重篤なもの
 - (4) 併設保険医療機関の保険医が往診を行った場合には、往診を行った患者の状態、当該介護療養型老健施設の医師の氏名及び往診を行った日時について診療録に記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に次の事項を記載すること。
 - ア 併設保険医療機関の保険医が往診を行った月に介護保険の緊急時施設療養費を算定した場合はその日時
 - イ 対象患者が当該介護療養型老健施設の入所者である旨の記載
- ##### 2 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料

- (1) 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料は、施設入所者が、自己連続携行式腹膜灌流を行っている場合に、その薬剤の費用を算定するものであること。
- (2) 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定はできないものであること。

3 施設入所者材料料

- (1) 施設入所者材料料は、第2章第2部第2節第1款の在宅療養指導管理料（以下単に「在宅療養指導管理料」という。）において算定できるとされている特定保険医療材料及び同節第2款の各区分に規定する加算の費用を算定するものであること。
- (2) 在宅療養指導管理料の各区分に規定する指導管理料は算定できないものであること。
- (3) 施設入所者材料料の算定方法は、在宅療養指導管理料の算定方法の例によるものであること。

4 その他の診療料

- (1) 施設入所者に対する診療料として併設保険医療機関が算定できるのは別紙のとおりであること。
- (2) 特掲診療料の施設基準等第十六及び別表第十二に規定する検査等の取扱いによること。
- (3) 算定できないものとされた診療料については、その診療に伴い使用した薬剤、保険医療材料の費用についても算定できないものであること（ただし、特掲診療料の施設基準等第十六の二及び三に掲げる内服薬、外用薬及び注射薬の費用は別に算定できる。）。また、算定できるものとされた診療料に伴い使用した薬剤、保険医療材料の費用については、第1章及び第2章の例により算定できるものであること。

第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項

1 施設入所者共同指導料

- (1) 施設入所者共同指導料は、介護老人保健施設に入所中の患者の退所後の療養を担当する病院である保険医療機関の医師（以下「担当医」という。）が、介護老人保健施設に赴き、介護老人保健施設の医師と共同して、退所後の療養上必要な指導を行った場合に、1入所につき1回に限り算定できるものであること。
- (2) 施設入所者共同指導料は、退所して家庭に復帰する予定の患者が算定の対象となるものであること。
- (3) 施設入所者共同指導料は、特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としないものであること。
- (4) 施設入所者共同指導料を算定した場合は、初診料、再診料、外来診療料、退院時共同指導料、往診料及び在宅患者訪問診療料は算定できないものであること。
- (5) 施設入所者共同指導料を算定する場合においては、担当医は診療録に介護老人保健施設において行った指導の要点を記入すること。

2 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料

- (1) 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料は、施設入所者が、自己連続携行式腹膜灌流を行っている場合に、その薬剤の費用を算定するものであること。
- (2) 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定はできないものであること。

3 施設入所者材料料

- (1) 施設入所者材料料は、在宅療養指導管理料において算定できるとされている特

定保険医療材料及び第2章第2部第2節第2款の各区分に規定する加算の費用を算定するものであること。

(2) 在宅療養指導管理料の各区分に規定する指導管理料は算定できないものであること。

(3) 施設入所者材料料の算定方法は、在宅療養指導管理料の算定方法の例によるものであること。

4 その他の診療料

(1) 施設入所者に対する診療料として併設保険医療機関以外の保険医療機関が算定できるのは別紙のとおりであること。

(2) 特掲診療料の施設基準等第十六及び別表第十二に規定する検査等の取扱いによること。

(3) 算定できないものとされた診療料については、その診療に伴い使用した薬剤、保険医療材料の費用についても算定できないものであること（ただし、特掲診療料の施設基準等第十六の二及び三に掲げる内服薬、外用薬及び注射薬の費用は別に算定できる。）。また、算定できるものとされた診療料に伴い使用した薬剤、保険医療材料の費用については、第1章及び第2章の例により算定できるものであること。

(別紙)

(算定できるものについては「○」、算定できないものについては「×」)

項 目	小 項 目	併 設 保 険 医 療 機 関	そ の 他
基本診療料	初診料	×	○
	再診料	×	○
	外来診療料	×	○
特掲診療料			
医学管理等	退院時共同指導料1	×	○
	診療情報提供料(I) (注4及び注17に限る。)	×	○
	診療情報提供料(II)	×	○
	その他のもの	×	×
在宅医療	往診料	×	○
	その他のもの	×	×
検査	厚生労働大臣が定めるもの	×	×

	その他のもの	○	○
画像診断		○	○
投薬	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
注射	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
リハビリテーション	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
精神科専門療法 処置	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
手術	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
麻酔	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
放射線治療 病理診断		○	○
		○	○

(注) 厚生労働大臣が定めるものは、「特掲診療料の施設基準等」(平成 20 年厚生労働省告示第 63 号)の第十六及び別表第十二により規定されているものである。

第4章 経過措置

- 1 第1章の規定にかかわらず、区分番号A1033に掲げる精神科入院基本料のうち18対1入院基本料及び20対1入院基本料は、同章に規定する当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の2に規定する病院以外の病院である保険医療機関においてのみ、当該診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者について、当分の間、算定できるものとする。
- 2 令和2年9月30日までの間に区分番号A0000の注2及びA002の注2の適用については、A000の注2中「地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）に係るものの数が200未満の病院を除く。）」とあるのは「許可病床（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400以上である地域医療支援病院（同法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）に限る。）」と、A002の注2中「病院である保険医療機関（特定機能病院及び許可病床数が400床以上である地域医療支援病院に限る。）」とする。
- 3 第1章の規定にかかわらず、区分番号A101の注11に規定する診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
- 4 第2章の規定にかかわらず、次に掲げる診療料は、令和4年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。
 - イ 区分番号D001の2に掲げるBence Jones^{ベンジ}蛋白定性（原）
 - ロ 区分番号D007の1に掲げるアルブミン（BCP改良法・BCG法）のうち、BCG法によるもの
 - ハ 区分番号D007の22に掲げるCK-MB（免疫阻害法・蛋白量測定）のうち、免疫阻害法によるもの
 - ニ 区分番号D024に掲げる動物使用検査
 - ホ 区分番号D276に掲げる網膜中心血管圧測定
- 5 第2章の規定にかかわらず、区分番号I016の1のハに掲げる精神科在宅患者支援管理料は、令和3年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。

○厚生労働省告示第 号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の規定に基づき、基本診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十二号）の一部を次のように改正し、令和二年四月一日から適用する。

令和二年 月 日

厚生労働大臣 加藤 勝信

本則を次のように改める。

基本診療料の施設基準等

第一 届出の通則

- 一 保険医療機関（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）は、第二から第十までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。
- 二 保険医療機関は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合に、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。
- 三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十までに規定する施設基準に適合しない場合には、当該届出又は届出の変更は無効であること。
- 四 届出については、届出を行う保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長の分室がある場合には、当該分室を經由して行うこととする。

第二 施設基準の通則

- 一 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六ヶ月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 二 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六ヶ月間において療担規則及び療担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成十八年厚生労働省告示第七百七号）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 三 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六ヶ月間において、健康保険法第七十八条第一項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第七十二条第一項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 四 地方厚生局長等に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第四百四号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

第三 初・再診療の施設基準等

- 一 医科初診療の注7及び注8、医科再診療の注6、外来診療料の注9並びに歯科初診療の

注7の時間外加算等に係る厚生労働大臣が定める時間

当該地域において一般の保険医療機関がおおむね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜（午後十時から午前六時までの時間をいう。）及び休日を除く。）

- 一 二 医科初診療の特定委結率初診療、医科再診療の特定委結率再診療及び外来診療料の特定委結率外来診療料の施設基準

次のいずれかにか該当する保険医療機関であること。

- (1) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率（診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の初診療の注4に規定する医療用医薬品の取引価格の妥結率をいう。以下同じ。）が五割以下であること。
- (2) 当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率（卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十三年法律第四十五号）第三十四条第三項に規定する卸売販売業者をいう。以下同じ。）と当該保険医療機関との間で取引された医療用医薬品に係る契約に占める、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約の割合をいう。）及び一律値引き契約（卸売販売業者と当該保険医療機関との間で取引価格が定められた見合うよう品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。）に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険医療機関であること。

二 医科初診療及び医科再診療の夜間・早朝等加算の施設基準

一週当たりの診療時間が三十時間以上であること。

三 医科初診療に係る厚生労働大臣が定める患者

他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者（緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。）

三の二 医科初診療の機能強化加算の施設基準

(1) 次のいずれかにか規定されていること。

- イ 区分番号A001の注12に規定する地域包括診療加算
- ロ 区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
- ハ 区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料
- ニ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所（医科点数表の区分番号B004）に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。以下同じ。）又は在宅療養支援病院（区分番号C000に掲げる在宅診療の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。以下同じ。）に限る。）
- ホ 区分番号C002-2-2に掲げる施設入院時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）

(2) 地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示する等の取組を行っていること。

(3) (2)の体制に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

七 地域包括診療加算の施設基準

(1) 地域包括診療加算1の施設基準

イ 当該保険医療機関(診療所に限る。)において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち二以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ロ 住診又は訪問診療を行っている患者のうち、継続的に外来診療を行っている患者が一定数いること。

ハ 地域包括診療料の届出を行っていないこと。

(2) 地域包括診療加算2の施設基準

(1)のイ及びハを満たすものであること。

七の二 認知症地域包括診療加算の施設基準

(1) 認知症地域包括診療加算1の施設基準

地域包括診療加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(2) 認知症地域包括診療加算2の施設基準

地域包括診療加算2に係る届出を行っている保険医療機関であること

ハ 外来診療料に係る厚生労働大臣が定める患者

当該病院が他の病院(許可病床数が二百床未満のものに限る。)又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている患者(緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。)

八の二 オンライン診療料の施設基準等

(1) オンライン診療料の施設基準

イ 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ 当該保険医療機関において、一月当たりの次に掲げるものの算回数合計に占めるオンライン診療料の算回数割合が一部以下であること。

① 区分番号A001に掲げる再診料(同注9の規定に基づき、電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合を除く。)

② 区分番号A002に掲げる外来診療料

③ 区分番号A003に掲げるオンライン診療料

④ 区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I)

⑤ 区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(II)

ハ 当該保険医療機関内に頭痛患者の診療につき十分な経験を有する医師又は頭痛患者に対する情報通信機器を用いた診療に係る研修を受けた医師が一名以上配置されていること(②のハに規定する患者に対して情報通信機器を用いた診療を行う場合に限る。)

(2) 注1に規定する厚生労働大臣が定めるもの次のいずれかに該当する患者であること。

四 医科再診療料の外来管理加算に係る厚生労働大臣が定める検査及び計画的な医学管理

(1) 厚生労働大臣が定める検査

医科点数表の第2章第3節第3節生体検査料に掲げる検査のうち、(超音波検査等)、(臨床検査等)、(神経・筋検査)、(耳鼻咽喉科学的検査)、(眼科学的検査)、(負荷試験等)、(ラジオアイソトープを用いた諸検査)及び(内視鏡検査)の各区分に掲げるもの

(2) 厚生労働大臣が定める計画的な医学管理

入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに一定の検査、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔及び放射線治療を行わず、懇切丁寧な説明が行われる医学管理

五 時間外対応加算の施設基準

(1) 時間外対応加算1の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制にあること。

(2) 時間外対応加算2の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において対応できる体制にあること。

(3) 時間外対応加算3の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により対応できる体制が確保されていること。

六 明細書発行体制等加算の施設基準

(1) 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令(昭和五十一年厚生省令第三十六号)第一条の規定に基づき電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行っていること。

(2) 保険医療機関及び保険医療費担当規則(昭和三十三年厚生省令第十五号。以下「療担規則」という。)第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準(昭和五十八年厚生省告示第十四号。以下「療担基準」という。)第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書を患者に無償で交付していること。ただし、保険医療機関及び保険医療費担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令(平成二十八年厚生労働省令第二十七号)附則第三条又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件(平成二十八年厚生労働省告示第五十号)附則第二条に規定する正当な理由に該当する場合は、療担規則第五条の二の二第二項及び療担基準第五条の二の二第二項に規定する明細書を無償で交付することを要しない。

イ 次の①から⑩までのいずれかを算定している患者であって、これらの所定点数を算定すべき医学管理を最初にを行った月から三月を経過しているもの。

- ① 区分番号B0000に掲げる特定疾患療養管理料
- ② 区分番号B0010に掲げる小児科療養指導料
- ③ 区分番号B0010の5に掲げる地域包括診療料
- ④ 区分番号B0010の7に掲げる難病外来指導管理料
- ⑤ 区分番号B0010の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料
- ⑥ 区分番号B0010の2-9に掲げる地域包括診療料
- ⑦ 区分番号B0010の2-10に掲げる認知症地域包括診療料
- ⑧ 区分番号B0010-3に掲げる生活習慣病管理料
- ⑨ 区分番号C0002に掲げる在宅時医学総合管理料
- ⑩ 区分番号I0106に掲げる精神科在宅患者支援管理料

ロ 区分番号C101に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している糖尿病、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）又は慢性ウイルス肝炎の患者であって、当該疾患に対する注射薬の自己注射に関する指導管理を最初にを行った月から三月を経過しているもの。

ハ 事前の対面診療、CT撮影又はMRI撮影及び血液学的検査等の必要な検査で一次性頭痛と診断された患者のうち、当該疾患に対する対面診療を最初に行った月から三月を経過しているもの。

(3) 注3に規定する厚生労働大臣が定める地域別表第六の二に掲げる地域及び当該地域に連する地域

八の三 診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）第1章基本診療料第1部初・再診療第1節初診料の注1に規定する施設基準

- (1) 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。
- (2) 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な機器を有していること。
- (3) 歯科外来診療における院内感染防止対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。

(4) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る院内掲示を行っていること。

九 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準

- (1) 看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が二名以上配置されていること。
- (2) 歯科衛生士が一名以上配置されていること。
- (3) 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。
- (4) 歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な機器を有していること。
- (5) 歯科外来診療における院内感染防止対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。
- (6) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る院内掲示を行っていること。
- (7) 次のイ又はロのいずれかに該当すること。

イ 常勤の歯科医師が二名以上配置され、次のいずれかに該当すること。

① 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療について紹介小介（別の保険医療機関から文書により紹介等された患者（当該病院と特別の関係にある保険医療機関等から紹介等された患者を除く。）の数を初診患者（当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に受診した六歳未満の初診患者を除く。）の総数で除して得た数をいう。以下同じ。）が百分の三十以上であること。

② 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療について紹介小介が百分の二十以上であって、別表第一に掲げる手術の一年間の実施件数の総数が三十件以上であること。

③ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科医療を担当する他の保険医療機関において歯科点数表の初診料の注6若しくは再診料の注4に規定する加算又は歯科点数表の歯科訪問診療料を算定した患者であって、当該他の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受けて当該保険医療機関の外来診療部門において歯科医療を行ったものの月平均患者数が五人以上であること。

④ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した患者の月平均患者数が三十人以上であること。

ロ 次のいずれにも該当すること。

- ① 常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。
- ② 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料(I)、周術期等口腔機能管理料(II)又は周術期等口腔機能管理料(III)のいずれかを算定した患者の月平均患者数が二十人以上であること。

(8) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

十 歯科外来診療環境体制加算の施設基準

(1) 歯科外来診療環境体制加算第1の施設基準

イ 歯科医療を担当する保険医療機関（歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）であること。

ロ 歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。

ハ 歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ一名以上配置されていること。

ニ 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ホ 医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。

ヘ 歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。

(2) 歯科外来診療環境体制加算2の施設基準

- イ 歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして、地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。
- ロ 歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。
- ハ 歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ一名以上配置されていること。
- ニ 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ホ 医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。
- ヘ 歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。
- 十一 歯科診療特別対応連携加算の施設基準
- (1) 次のいずれれに該当すること。
 - イ 歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして、地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。
 - ロ 歯科医師を相当する診療所である保険医療機関であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した外来患者の月平均患者数が十人以上であること。
 - (2) 歯科診療で特別な対応が必要である患者にとって安心で安全な歯科医療の提供を行うにつき十分な機器等を有していること。
 - (3) 緊急時に円滑な対応ができるよう医科診療を担当する他の保険医療機関（病院に限る。）との連携体制（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う病院である保険医療機関）においては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制）が整備されていること。
- 第三の二 入院基本料又は特定入院料を算定せず、短期滞在手術等基本料3を算定する患者別表第十一の三に掲げる検査、手術又は放射線治療を実施する患者であって、入院した日から起算して五日までの期間のもの
- 第四 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準
- 一 入院診療計画の基準
 - (1) 医師、看護師等の共同により策定された入院診療計画であること。
 - (2) 病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術の内容並びにその日程、その他入院に関し必要な事項が記載された総合的な入院診療計画であること。
 - (3) 患者が入院した日から起算して七日以内に、当該患者に対し、当該入院診療計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。
 - 二 院内感染防止対策の基準
 - (1) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な体制が整備されていること。
 - (2) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な体制が整備されていること。

- 三 医療安全管理体制の基準
- 医療安全管理体制が整備されていること。
- 四 褥瘡対策の基準
- (1) 適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価の体制がとられていること。
 - (2) 褥瘡対策を行うにつき適切な設備を有していること。
- 五 栄養管理体制の基準
- (1) 当該病院である保険医療機関内に、常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料を算定する病棟を除く。）
 - (2) 入院患者の栄養管理につき必要な体制が整備されていること。
- 六 医科点数表第1章第2部入院料等通則第8号及び歯科点数表第1章第2部入院料等通則第7号に掲げる厚生労働大臣が定める基準
- 当該保険医療機関内に非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が一名以上配置されていること。
- 第四の二 歯科点数表第1章基本診療料第2部入院料等通則第6号ただし書に規定する基準
- 一 第四の一から四までのいずれれにも該当するものであること。
 - 二 次の栄養管理体制に関する基準のいずれれにも該当するものであること。
 - (1) 当該保険医療機関内に管理栄養士が一名以上配置されていること。
 - (2) 入院患者の栄養管理につき十分な体制が整備されていること。
- 第五 病院の入院基本料の施設基準等
- 一 通則
 - (1) 病院であること。
 - (2) 一般病棟、療養病棟、結核病棟又は精神病棟をそれぞれ単位（特定入院料に係る入院医療を病棟単位で行う場合には、当該病棟を除く。）として看護を行うものであること。
 - (3) 看護又は看護補助は、当該保険医療機関の看護職員又は当該保険医療機関の主治医若しくは看護師の指示を受けた看護補助者が行うものであること。
 - (4) 次に掲げる施設基準等のうち平均在院日数に関する基準については、病棟の種別ごとに、保険診療に係る入院患者（別表第二に掲げる患者を除く。）を基礎に計算するものであること。
 - (5) 次に掲げる看護職員及び看護補助者の数に関する基準については、病棟（別表第三に掲げる治療室、病室及び専用施設を除く。）の種別ごとに計算するものであること。
 - (6) 夜勤を行う看護職員（療養病棟入院基本料の届出を行っている病棟及び特別入院基本料を算定する病棟の看護職員を除く。）の一人当たりの月平均夜勤時間数が七十二時間以下であること等、看護職員及び看護補助者の労働時間が適切なものであること。
 - (7) 急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料（地域一般入院料3を除く。）、七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料を算定する病棟における夜勤については、看護師一を含む二以上の数の看護職員が行うこと。
 - (8) 現に看護を行っている病棟ごとの看護職員の数と当該病棟の入院患者の数の割合を

当該病棟の見やすい場所に掲示していること。

二 一般病棟入院基本料の施設基準等

(1) 一般病棟入院基本料の注1に規定する入院料の施設基準

イ 急性期一般入院基本料の施設基準

① 通則

1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十（急性期一般入院料1にあっては七）又はその端数を増すごとに一年以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（一般病棟入院基本料の注6の場合を除く。）とする。

2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

3 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日（急性期一般入院料1にあっては十八日）以内であること。

4 データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、新規に保険医療機関を開設する場合であって、急性期一般入院料7に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情がある場合を除く。

5 許可病床数が四百床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院基本料（急性期一般入院料1から6までに限る。）に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。

② 急性期一般入院料1の施設基準

1 次のいずれかに該当すること。

(一) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を三割一分以上入院させる病棟であること。

(二) 診療内容に関するデータが適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割九分九厘以上入院させる病棟であること。

2 当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が八割以上であること。

3 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。

③ 急性期一般入院料2の施設基準

1 次のいずれかに該当すること。

(一) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割八分以上入院させる病棟であること。

(二) 診療内容に関するデータが適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割六分九厘以上入院させる病棟であること。

2 届出時点で、継続して三月以上、急性期一般入院料1を算定していること。

3 厚生労働省が行う診療内容に係る調査に適切に参加すること。

④ 急性期一般入院料3の施設基準

1 次のいずれかに該当すること。

(一) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割五分以上入院させる病棟であること。

(二) 診療内容に関するデータが適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割三分以上入院させる病棟であること。

2 届出時点で、継続して三月以上、急性期一般入院料1又は2を算定していること。

3 厚生労働省が行う診療内容に係る調査に適切に参加すること。

⑤ 急性期一般入院料4の施設基準

次のいずれかに該当すること。

1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割二分以上入院させる病棟であること。

2 診療内容に関するデータが適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割以上入院させる病棟であること。

⑥ 急性期一般入院料5の施設基準

次のいずれかに該当すること。

1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割以上入院させる病棟であること。

2 診療内容に関するデータが適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割八分九厘以上入院させる病棟であること。

⑦ 急性期一般入院料6の施設基準

次のいずれかに該当すること。

1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割八分以上入院させる病棟であること。

2 診療内容に関するデータが適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割五分以上入院させる病棟であること。

⑧ 急性期一般入院料7の施設基準

当該病棟に入院している患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡについて継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

ロ 地域一般入院基本料の施設基準

① 通則

- 1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五（地域一般入院料1及び2にあつては十三）又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（一般病棟入院料基本料の注6の場合を除く。）とする。
- 2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割（地域一般入院料1及び2にあつては七割）以上が看護師であること。
- 3 当該病棟の入院患者の平均在院日数が六十日（地域一般入院料1及び2にあつては二十四日）以内であること。
- ② 地域一般入院料1の施設基準
 - ①に定めるもののほか、当該病棟に入院している患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡについて継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。
 - (2) 一般病棟入院料基本料の注2ただし書及び注7に規定する厚生労働大臣が定めるもの夜勤を行う看護職員の一人当たりの月平均夜勤時間が七十二時間以下であること。
 - (3) 一般病棟入院料基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める場合

当該保険医療機関が、過去一年間において、一般病棟入院料基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは一般病棟入院料基本料の注7に規定する夜勤時間特別入院料基本料、結核病棟入院料基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは結核病棟入院料基本料の注6に規定する夜勤時間特別入院料基本料、精神病棟入院料基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは精神病棟入院料基本料の注9に規定する夜勤時間特別入院料基本料又は障害者施設等入院料基本料の注2に規定する月平均夜勤時間超過減算を算定したことがある保険医療機関である場合
 - (4) 一般病棟入院料基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関

許可病床数が百床未満の病院であること。
 - (5) 一般病棟入院料基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める日

次のいづれにも該当する各病棟において、夜間の救急外来を受診した患者に対応するため、当該各病棟のいづれか一病棟において夜勤を行う看護職員の数が、一時的に二未満となった日
 - イ 看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、患者の看護に支障がないと認められること。
 - ロ 看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、看護職員及び看護補助者の数が、看護職員一を含む二以上であること。ただし、入院患者数が三十人以下の場合にあつては、看護職員の数が一以上であること。
 - (6) 一般病棟入院料基本料の注8に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関

当該保険医療機関の一般病棟を退院する患者（退院日に一般病棟入院料基本料（特別入院料基本料等を含む。）を算定するものに限る。）に占める、午前中に退院するもの割合

- 合が九割以上である保険医療機関
 - (7) 一般病棟入院料基本料の注8に規定する厚生労働大臣が定める患者

次のいづれにも該当する患者
 - イ 当該病棟に三十日を超えて入院している者
 - ロ 午前中に退院する者
 - ハ 当該退院日において、処置（所定点数（医科点数表の第二章第九節第一節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行っていない者
 - ニ 入院支援加算を算定していない者
 - (8) 一般病棟入院料基本料の注9に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関

当該保険医療機関の一般病棟に入院する患者（入院日に一般病棟入院料基本料（特別入院料基本料等を含む。）を算定するものに限る。）に占める金曜日に入院するもの割合と、当該保険医療機関の一般病棟を退院する患者（退院日に一般病棟入院料基本料（特別入院料基本料等を含む。）を算定するものに限る。）に占める月曜日に退院するもの割合の合計が十分の四以上である保険医療機関
 - (9) 一般病棟入院料基本料の注9に規定する厚生労働大臣が定める日

当該病棟に金曜日に入院する患者に係る入院日の翌日及び翌々日（当該患者が、処置（所定点数（医科点数表の第二章第九節第一節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行わない日）並びに当該病棟を月曜日に退院する患者に係る退院日の前日及び前々日（当該患者が、処置（所定点数（医科点数表の第二章第九節第一節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行わない日）に限る。）
 - (10) ADL維持向上等体制加算の施設基準
 - イ 入院中の患者に対して、ADLの維持、向上等に資する十分な体制が整備されていること。
 - ロ 当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が二名以上配置されていること、又は当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されていること。
- 三 療養病棟入院料基本料の施設基準等
- (1) 療養病棟入院料基本料の注1本文に規定する入院料の施設基準
 - イ 通則
 - ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すことに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、一以上であることとする。
 - ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。
 - ③ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の

- 入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一旦に相当する数以上であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数が二百又はその端数を増すごとに一旦に相当すること。^{五三六}
- ④ 当該病棟に入院している患者に係る褥瘡の発生割合等について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。
- ⑤ 当該病棟の入院患者に関する(2)の区分に係る疾患及び状態等並びにADLの判定基準による判定結果について、記録していること。
- ⑥ 当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。
- ⑦ 中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制が整備されていること。
- ⑧ データ抽出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ロ 療養病棟入院料1の施設基準
当該病棟の入院患者のうち別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者（以下「医療区分三の患者」という。）と別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者（以下「医療区分二の患者」という。）との合計が八割以上であること。
- ハ 療養病棟入院料2の施設基準
当該病棟の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が五割以上であること。
- (2) 療養病棟入院基本料の注1本文中に規定する厚生労働大臣が定める区分
- イ 入院料A
医療区分三の患者であって、ADLの判定基準による判定が二十三点以上（以下「ADL区分三」という。）であるもの
- ロ 入院料B
医療区分三の患者であって、ADLの判定基準による判定が十一点以上二十三点未満（以下「ADL区分二」という。）であるもの
- ハ 入院料C
医療区分三の患者であって、ADLの判定基準による判定が十一点未満（以下「ADL区分一」という。）であるもの
- ニ 入院料D
医療区分二の患者であって、ADL区分三であるもの
- ホ 入院料E
医療区分二の患者であって、ADL区分二であるもの
- ヘ 入院料F
医療区分二の患者であって、ADL区分一であるもの
- ト 入院料G
別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに別表第五の三の一及び二に掲

- げる疾患及び状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者以外の患者（以下「医療区分一」の患者」という。）であって、ADL区分三であるもの
- チ 入院料H
医療区分一^ニの患者であって、ADL区分二であるもの
- リ 入院料I
医療区分一^ニの患者であって、ADL区分一であるもの
- (3) 療養病棟入院基本料に含まれる画像診断及び処置の費用並びに含まれない除外薬剤・注射薬の費用
療養病棟入院基本料（特別入院基本料を含む。）を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別表第五に掲げる画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含む。）は、当該入院基本料に含まれるものとし、別表第五及び別表第五の一の二に掲げる薬剤及び注射薬の費用は、当該入院基本料に含まれないものとする。
- (4) 療養病棟入院基本料の注4に規定する厚生労働大臣が定める状態
別表第五の四に掲げる状態
- (5) 在宅帯離機能強化加算の施設基準
在宅復帰支援を行うにつき十分な体制及び実績を有していること。
- (6) 療養病棟入院基本料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの
- (7) 療養病棟入院基本料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める基準
- イ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一旦以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、一旦以上であることとする。
- ロ 令和二年三月三十一日時点で、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和二年厚生労働省告示第●号）による改正前の診療報酬の算定方法の医科点数表（以下「旧医科点数表」という。）の療養病棟入院基本料の注11又は注12の届出を行っている病棟であること。
- ハ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一旦以上であること。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一旦に相当する数以下であること。
- (8) 療養病棟入院基本料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準
- イ 当該病棟において、夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一旦以上であること。ただし、当該病棟において、夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本

③ 当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

ニ 十五対一入院基本料の施設基準

① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（結核病棟入院基本料の注8の場合を除く。）とする。

② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

③ 当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

ホ 十八対一入院基本料の施設基準

① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十八又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（結核病棟入院基本料の注8の場合を除く。）とする。

② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

③ 当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

ヘ 二十対一入院基本料の施設基準

① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（結核病棟入院基本料の注8の場合を除く。）とする。

② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

③ 当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

(2) 結核病棟入院基本料の注2ただし書及び注6に規定する厚生労働大臣が定めるもの夜勤を行う看護職員の一人当たりの月平均夜勤時間数が七十二時間以下であること。

(3) 結核病棟入院基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める場合

当該保険医療機関が、過去一年間において、一般病棟入院基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは一般病棟入院基本料の注7に規定する夜勤時間特別入院基本料、結核病棟入院基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは結核病棟入院基本料の注6に規定する夜勤時間超過減算若しくは精神病棟入院基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは精神病棟入院基本料の注9に規定する夜勤時間特別入院基本料又は障害者施設等入院基本料の注2に規定

文の規定にかかわらず、看護職員一を含む三以上であることとする。

ロ ADL区分3の患者を五割以上入院させる病棟であること。

ハ 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。

四 結核病棟入院基本料の施設基準等

(1) 結核病棟入院基本料の注1本文中に規定する入院基本料の施設基準

イ 七対一入院基本料の施設基準

① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（結核病棟入院基本料の注8の場合を除く。）とする。

② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

③ 次のいずれかに該当すること。

1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一例一分以上入院させる病棟であること。

2 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を九分一以上入院させる病棟であること。

④ 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。

⑤ 当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

ロ 十対一入院基本料の施設基準

① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（結核病棟入院基本料の注8の場合を除く。）とする。

② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

③ 当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

ハ 十三対一入院基本料の施設基準

① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（結核病棟入院基本料の注8の場合を除く。）とする。

② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

- する月平均夜勤時間超過減算を算定したことのある保険医療機関である場合
- (4) 結核病棟入院基本料の注3に規定する厚生労働大臣が定める患者
 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号。以下「感染症法」という。）第十九条、第二十条及び第二十一条の規定等に基づき適切に入退院が行われている患者以外の患者
- (5) 結核病棟入院基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
- イ 七対一入院基本料を算定する病棟であること。
 ロ 入院患者の数がおおむね三十以下の病棟であること。
 ハ 障害者施設等入院基本料を算定する病棟と一体的な運営をしている病棟であること。
- (6) 結核病棟入院基本料の注7に規定する別に厚生労働大臣が定めるものの次のいずれかに該当するもの
- イ (1)のイの③の基準
 ロ (1)のイの②及び④の基準
- (7) 結核病棟入院基本料の注8に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関
 許可病床数が百床未満のものであること。
- (8) 結核病棟入院基本料の注8に規定する厚生労働大臣が定める日
 次のいずれにも該当する各病棟において、夜間の救急外来を受診した患者に対応するため、当該各病棟のいずれか一病棟において夜勤を行う看護職員の数が、一時的に二未満となった日
- イ 看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、患者の看護に支障がないと認められること。
 ロ 看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、看護職員及び看護補助者の数が、看護職員を含む二以上であること。ただし、入院患者数が三十人以下の場
 合にあつては、看護職員の数が一以上であること。
- 四の二 精神病棟入院基本料の施設基準等
- (1) 精神病棟入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準
- イ 十対一入院基本料の施設基準
- ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であること（精神病棟入院基本料の注10の場合を除く。）とする。
- ② 当該病棟において、看護職員が四割以上が看護師であること。
- ③ 当該病棟において、新規入院患者のうちGAF尺度による判定が三十以下の患者が五割以上であること。
- ④ 当該病棟において、新規入院患者のうちGAF尺度による判定が三十以下の患者が五割以上であること。
- ロ 十三対一入院基本料の施設基準
- ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患

- 者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であること（精神病棟入院基本料の注10の場合を除く。）とする。
- ② 当該病棟において、看護職員が四割以上が看護師であること。
- ③ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が八十日以内であること。
- ④ 当該病棟において、新規入院患者のうちGAF尺度による判定が三十以下の患者又は身体疾患への治療体制を確保していること。
- ⑤ 身体疾患への治療体制を確保していること。
- ハ 十五対一入院基本料の施設基準
- ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であること（精神病棟入院基本料の注10の場合を除く。）とする。
- ② 当該病棟において、看護職員が四割以上が看護師であること。
- ニ 十八対一入院基本料の施設基準
- ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十八又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であること（精神病棟入院基本料の注10の場合を除く。）とする。
- ② 当該病棟において、看護職員が四割以上が看護師であること。
- ホ 二十対一入院基本料の施設基準
- ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上であること（精神病棟入院基本料の注10の場合を除く。）とする。
- ② 当該病棟において、看護職員が四割以上が看護師であること。
- (2) 精神病棟入院基本料の注2本文に規定する特別入院基本料の施設基準
- 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、二以上（看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は一以上）であることとする。
- (3) 精神病棟入院基本料の注2ただし書及び注9に規定する厚生労働大臣が定めるもの
 夜勤を行う看護職員の一当たりの月平均夜勤時間数が七十二時間以下であること。

- 3 当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。
- ③ 十三対一入院基本料の施設基準
- 1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- 2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- 3 当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。
- ④ 十五対一入院基本料の施設基準
- 1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- 2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- 3 当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。
- ハ 精神病棟
- ① 七対一入院基本料の施設基準
- 1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- 2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- 3 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- 4 当該病棟において、新規入院患者のうちGAF尺度による判定が三十以下の患者が五割以上であること。
- ② 十対一入院基本料の施設基準
- 1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- 2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

- 3 当該病棟の平均在院日数が四十日以内であること。
- 4 当該病棟において、新規入院患者のうちGAF尺度による判定が三十以下の患者が五割以上であること。
- ③ 十三対一入院基本料の施設基準
- 1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- 2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- 3 当該病棟の平均在院日数が八十日以内であること。
- 4 当該病棟において、新規入院患者のうちGAF尺度による判定が三十以下の患者又は身体合併症を有する患者が四割以上であること。
- 5 身体疾患への治療体制を確保していること。
- ④ 十五対一入院基本料の施設基準
- 1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- 2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- (2) 特定機能病院入院基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める患者感染症法第十九条、第二十条及び第二十二条の規定等に基づき適切に入退院が行われている患者以外の患者
- (3) 特定機能病院入院基本料の注4に規定する重度認知症加算の施設基準
重度認知症の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な状態であること。
- (4) 看護必要度加算の施設基準
- イ 看護必要度加算第1の施設基準
- ① 十対一入院基本料に係る届出を行っていない病棟（一般病棟に限る。）であること。
- ② 次のいずれか該当すること。
- 1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割二分一入院させる病棟であること。
- 2 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割以上入院させる病棟であること。
- ロ 看護必要度加算第2の施設基準
- ① 十対一入院基本料に係る届出を行っていない病棟（一般病棟に限る。）であること。
- ② 次のいずれか該当すること。

- 1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割以上入院させる病棟であること。
- 2 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を一割八分以上入院させる病棟であること。
- ハ 看護必要度加算3の施設基準
 - ① 十対一入院基本料に係る届出を行っている病棟（一般病棟に限る。）であること。
 - ② 次のいずれかに該当すること。
 - 1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一割八分以上入院させる病棟であること。
 - 2 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を一割五分以上入院させる病棟であること。
- (5) 特定機能病院入院基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関

当該保険医療機関の一般病棟を退院する患者（退院日に特定機能病院入院基本料を算定するものに限る。）に占める、午前中に退院するものの割合が九割以上である保険医療機関

 - (6) 特定機能病院入院基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める患者
 - イ 次のいずれにも該当する患者
 - ロ 午前中に退院する者
 - ハ 当該退院日において、処置（所定点数（医科点数表の第二章第九節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行っていない者
 - ニ 入退院支援加算を算定していない者
- (7) 特定機能病院入院基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関

当該保険医療機関の一般病棟に入院する患者（入院日に特定機能病院入院基本料を算定するものに限る。）に占める金曜日に入院するもの割合と、当該保険医療機関の一般病棟を退院する患者（退院日に特定機能病院入院基本料を算定するものに限る。）に占める月曜日に退院するもの割合の合計が十分の四以上である保険医療機関

 - (8) 特定機能病院入院基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める日

当該病棟に金曜日に入院する患者に係る入院日の翌日及び翌々日（当該患者が、処置（所定点数（医科点数表の第二章第九節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行わない日に限る。）並びに当該病棟を月曜日に退院する患者に係る退院日の前日及び前々日（当該患者が、処置（所定点数（医科点数表の第二章第九節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行わない日に限る。）
 - (9) ADL維持向上等体制加算の施設基準
 - イ 入院中の患者に対して、ADLの維持、向上等に資する十分な体制が整備されていること。

ること。

ロ 当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が二名以上配置されていること、又は当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されていること。

六 専門病院入院基本料の施設基準等

- (1) 通則
 - 専門病院は、主として慢性腫瘍患者又は循環器疾患患者を当該病院の一般病棟に七割以上入院させ、高度かつ専門的な医療を行っている病院であること。
 - (2) 専門病院入院基本料の注1本文に規定する入院基本料の施設基準
 - イ 七対一入院基本料の施設基準
 - ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（専門病院入院基本料の注10の場合を除く。）とする。
 - ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
 - ③ 当該病棟の平均在院日数が二十八日以内であること。
 - ④ 次のいずれかに該当すること。
 - 1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を三割以上入院させる病棟であること。
 - 2 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割八分以上入院させる病棟であること。
 - ⑤ 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。
 - ⑥ 当該医療機関の一般病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するもの割合が八割以上であること。
 - ⑦ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - ロ 十対一入院基本料の施設基準
 - ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（専門病院入院基本料の注10の場合を除く。）とする。
 - ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
 - ③ 当該病棟の平均在院日数が三十日以内であること。
 - ④ 当該病棟に入院している患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡ

について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

- ⑤ データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ハ 十三対一入院基本料の施設基準
 - ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合は、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（専門病院入院基本料の注10の場合を除く。）とする。
 - ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
 - ③ 当該病棟の平均在院日数が三十六日以内であること。
- (3) 看護必要度加算の施設基準
 - イ 看護必要度加算1の施設基準
 - ① 十対一入院基本料に係る届出を行っている病棟であること。
 - ② 次のいずれかに該当すること。
 - 1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割二分一以上入院させる病棟であること。
 - 2 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割以上入院させる病棟であること。
 - ロ 看護必要度加算2の施設基準
 - ① 十対一入院基本料に係る届出を行っている病棟であること。
 - ② 次のいずれかに該当すること。
 - 1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割以上入院させる病棟であること。
 - 2 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割八分一以上入院させる病棟であること。
- ハ 看護必要度加算3の施設基準
 - ① 十対一入院基本料に係る届出を行っている病棟であること。
 - ② 次のいずれかに該当すること。
 - 1 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割八分一以上入院させる病棟であること。
 - 2 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割五分一以上入院させる病棟であること。
- (4) 一般病棟看護必要度評価加算の施設基準
 - イ 十三対一入院基本料に係る届出を行っている病棟であること。
 - ロ 当該加算を算定する患者について測定した一般病棟用の重症度、医療・看護必要度

Ⅰ又はⅡの結果に基づき、当該病棟における当該看護必要度の評価を行っていること。

- (5) 専門病院入院基本料の注5に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関
 - 当該保険医療機関の一般病棟を退院する患者（退院日に専門病院入院基本料を算定するものに限る。）に占める、午前中に退院するものの割合が九割以上である保険医療機関
- (6) 専門病院入院基本料の注5に規定する厚生労働大臣が定める患者
 - 次のいずれにも該当する患者
 - イ 当該病棟に三十日を超えて入院している者
 - ロ 午前中に退院する者
 - ハ 当該退院日において、処置（所定点数（医科点数表の第二章第九節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行っていない者
 - ニ 入院支援加算を算定していない者
- (7) 専門病院入院基本料の注6に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関
 - 当該保険医療機関の一般病棟に入院する患者（入院日に専門病院入院基本料を算定するものに限る。）に占める金曜日に入院するもの割合と、当該保険医療機関の一般病棟を退院する患者（退院日に専門病院入院基本料を算定するものに限る。）に占める金曜日に退院するもの割合の合計が十分の四以上である保険医療機関
- (8) 専門病院入院基本料の注5に規定する厚生労働大臣が定める日
 - 当該病棟に金曜日に入院する患者に係る入院日の翌日及び翌々日（当該患者が、処置（所定点数（医科点数表の第二章第九節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行わない日）並びに当該病棟を月曜日に退院する患者に係る退院日の前日及び前々日（当該患者が、処置（所定点数（医科点数表の第二章第九節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行わない日）に占める割合が十分の四以上であること。
- (9) ADL維持向上等体罰加算の施設基準
 - イ 入院中の患者に対して、ADLの維持、向上等に資する十分な体制が整備されていること。
 - ロ 当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が二名以上配置されていること、又は当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されていること。
- (10) 専門病院入院基本料の注10に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関
 - 許可病床数が百床未満のものであること。
- (11) 専門病院入院基本料の注10に規定する厚生労働大臣が定める日
 - 次のいずれにも該当する各病棟において、夜間の救急外来を受診した患者に対応するため、当該各病棟のいずれか一病棟において夜勤を行う看護職員の数が、一時的に二未満となった日
 - イ 看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、患者の看護に支障がない

と認められること。

- ロ 看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、看護職員及び看護補助者の数が、看護職員を含む二以上であること。ただし、入院患者数が三十人以下の場合にあっては、看護職員の数が一以上であること。

七 障害者施設等入院基本料の施設基準等

(1) 通則

障害者施設等一般病棟は、次のいづれかに該当する病棟であること。

- イ 児童福祉法（昭和二十二年法律第六十四号）第四十二条第二号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第七条第二項に規定する重症心身障害児をいう。以下同じ。）を入所させるものに限る。）又は同法第六条の二の第二第三項に規定する指定発達支援医療機関に係る一般病棟であること。

ロ 次のいづれにも該当する一般病棟であること。

- ① 重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)において同じ。）、脊髓損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)並びに第九の八の(1)のイ及び十二の(1)のイにおいて同じ。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等をおおむね七割以上入院させている病棟であること。
- ② 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助者を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助者を行う看護補助者の数が本文に規定する数に相当する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であること（障害者施設等入院基本料の注11の場合を除く。）とする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。

(2) 障害者施設等入院基本料の施設基準

イ 十対一入院基本料の施設基準

- ① (1)のイに該当する病棟であって、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に規定する数に相当する数にかかわらず、各病棟における夜勤を行う看護職員の数には、本文の規定にかかわらず、二以上であること（障害者施設等入院基本料の注11の場合を除く。）とする。
- ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- ③ 当該病棟の入院患者のうち、第八の十の(1)に規定する超重症の状態の患者と同一に規定する準超重症の状態の患者との合計が三割以上であること。

ロ 十対一入院基本料の施設基準

- ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（障害者施設等入院基本料の注11の場合を除く。）とする。
- ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

ハ 十三対一入院基本料の施設基準

- ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（障害者施設等入院基本料の注11の場合を除く。）とする。
- ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

ニ 十五対一入院基本料の施設基準

- ① 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（障害者施設等入院基本料の注11の場合を除く。）とする。
- ② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
- (3) 障害者施設等入院基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定めるもの夜勤を行う看護職員の一に当たりの月平均夜勤時間が七十二時間以下であること。
- (4) 障害者施設等入院基本料の注2に規定する厚生労働大臣が定める場合当該保険医療機関が、過去一年間において、一般病棟入院基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは一般病棟入院基本料の注7に規定する夜勤時間特別入院基本料、結核病棟入院基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは結核病棟入院基本料の注6に規定する夜勤時間特別入院基本料、精神病棟入院基本料の注2ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは精神病棟入院基本料の注9に規定する夜勤時間特別入院基本料又は障害者施設等入院基本料の注2に規定する月平均夜勤時間超過減算を算定したことのある保険医療機関である場合

- (5) 障害者施設等入院基本料の注5に規定する厚生労働大臣が定める状態にある患者別表第四に掲げる患者
 - (6) 特定入院基本料及び障害者施設等入院基本料の注6に規定する点数に含まれる画像診断及び処置の費用並びに含まれない除外薬剤・注射薬の費用
- 特定入院基本料又は障害者施設等入院基本料の注6に規定する点数を算定する患者に対して行った別表第五に掲げる画像診断及び処置の費用（フィルム）の費用を含む。）は、当該入院基本料に含まれるものとし、別表第五の一の二に掲げる薬剤及び注射薬の費用

は、当該入院基本料に含まれないものとする。

(7) 障害者施設等入院基本料の注9に規定する看護補助加算の施設基準

次のいずれれにも該当すること。

イ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十五又はその端数を増すごとに二に相当する数以上であること。

ロ 当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七十五又はその端数を増すごとに二に相当する数以上であること。

ハ 七対一入院基本料又は十対一入院基本料を算定する病棟であること。

ニ 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。

(8) 障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算の施設基準

イ 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

ロ 障害者施設等入院基本料の注9に規定する看護補助加算に係る届出を行っている病棟であること。

(9) 障害者施設等入院基本料の注11に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関

許可病床数が百床未満のものであること。

(10) 障害者施設等入院基本料の注11に規定する厚生労働大臣が定める日

次のいずれれにも該当する各病棟において、夜間の救急外来を受診した患者に対応するため、当該各病棟のいづれか一病棟において夜勤を行う看護職員の数が、一時的に二未満となった日

イ 看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、患者の看護に支障がないと認められること。

ロ 看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、看護職員及び看護補助者の数が、看護職員一を含む二以上であること。ただし、入院患者数が三十人以下の場合にあっては、看護職員の数が一以上であること。

第六 診療所の入院基本料の施設基準等

一 通則

(1) 診療所であること。

(2) 当該保険医療機関を単位として看護を行うものであること。

(3) 看護又は看護補助者は、当該保険医療機関の看護職員又は当該保険医療機関の主治医若しくは看護師の指示を受けた看護補助者が行うものとする。

(4) 現に看護に従事している看護職員の数を当該診療所内の見やすい場所に掲示していること。

二 有床診療所入院基本料の施設基準

(1) 有床診療所入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準

イ 有床診療所入院基本料1の施設基準

① 当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、七以上であること。

② 患者に対して必要な医療を提供するために適切な機能を担っていること。

ロ 有床診療所入院基本料2の施設基準

① 当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、四以上七未満であること。

② イの②の基準を満たすものであること。

ハ 有床診療所入院基本料3の施設基準

① 当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、一以上四未満であること。

② イの②の基準を満たすものであること。

ニ 有床診療所入院基本料4の施設基準

イの①の基準を満たすものであること。

ホ 有床診療所入院基本料5の施設基準

ロの①の基準を満たすものであること。

ヘ 有床診療所入院基本料6の施設基準

ハの①の基準を満たすものであること。

(2) 有床診療所一般病床初回加算の施設基準

次のいずれれに該当すること。

イ 在宅療養支援診療所であつて、過去一年間に訪問診療を実施しているものであること。

ロ 急性期医療を担う診療所であること。

ハ 緩和ケアに係る実績を有する診療所であること。

(3) 夜間緊急応答体制加算の施設基準

入院患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

(4) 医師配置加算の施設基準

イ 医師配置加算1の施設基準

次のいずれれにも該当すること。

① 当該診療所における医師の数が、二以上であること。

② 次のいずれれに該当すること。

1 在宅療養支援診療所であつて、訪問診療を実施しているものであること。

2 急性期医療を担う診療所であること。

ロ 医師配置加算2の施設基準

当該診療所における医師の数が、二以上であること（イに該当する場合を除く。）。

(5) 看護配置加算、夜間看護配置加算及び看護補助配置加算の施設基準

イ 看護配置加算1の施設基準

当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、看護職員三を含む十以上であること。

ロ 看護配置加算2の施設基準

当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、十以上であること（イに該当する場合を除く。）。

- ロ 有床診療所療養病棟入院基本料の注1本文中に規定する厚生労働大臣が定める区分
- ① 入院基本料A
 - 1 当該有床診療所の療養病棟の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が八割未満である場合（以下このロにおいて「特定患者八割未満の場合」という。）においては、医療区分三の患者
 - 2 当該有床診療所の療養病棟の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が八割以上である場合（以下このロにおいて「特定患者八割以上の場合」という。）においては、次のいずれにも該当するものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関（以下このロにおいて「四対一配置保険医療機関」という。）に入院している医療区分三の患者
 - (一) 当該有床診療所に雇用され、その療養病棟の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一護職員の数が、当該療養病棟の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに二以上であること。
 - (二) 当該有床診療所に雇用され、その療養病棟に勤務することとされている看護補助者の数が、当該療養病棟の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。
- ② 入院基本料B
 - 1 特定患者八割未満の場合には、医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ADL区分三又はADL区分二であるもの
 - 2 特定患者八割以上の場合には、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ADL区分三又はADL区分二であるもの
 - ③ 入院基本料C
 - 1 特定患者八割未満の場合には、医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ADL区分一であるもの
 - 2 特定患者八割以上の場合には、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ADL区分一であるもの
 - ④ 入院基本料D
 - 1 特定患者八割未満の場合には、医療区分一^イの患者であって、ADL区分三であるもの
 - 2 特定患者八割以上の場合には、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分一^イの患者であって、ADL区分三であるもの
 - ⑤ 入院基本料E
 - 1 特定患者八割未満の場合には、医療区分一^イの患者であって、ADL区分二又はADL区分一であるもの
 - 2 特定患者八割以上の場合には、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分一^イの患者であって、ADL区分二又はADL区分一であるもの又は次の

- ハ 夜間看護配置加算1の施設基準

当該診療所における夜間の看護職員及び看護補助者の数が、看護職員一を含む二以上であること。
 - ニ 夜間看護配置加算2の施設基準

当該診療所における夜間の看護職員の数が、一以上であること（ハに該当する場合を除く。）。
 - ホ 看護補助配置加算1の施設基準

当該診療所（療養病棟を除く。）における看護補助者の数が、二以上であること。
 - ヘ 看護補助配置加算2の施設基準

当該診療所（療養病棟を除く。）における看護補助者の数が、一以上であること（ホに該当する場合を除く。）。
 - (6) 看取り加算の施設基準

当該診療所における夜間の看護職員の数が一以上であること。
 - (7) 有床診療所入院基本料の注9に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

当該診療所が、有床診療所入院基本料に係る病棟及び有床診療所療養病棟入院基本料に係る病棟の双方を有していること。
 - (8) 栄養管理実施加算の施設基準

イ 当該保険医療機関内に、常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。
 - ロ 栄養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - (9) 有床診療所在宅復帰機能強化加算の施設基準

在宅復帰支援を行うにつき十分な実績等を有していること。
 - (10) 有床診療所入院基本料の注12に規定する介護連携加算の施設基準

介護保険法施行令（平成十年政令第四百十二号）第二条各号に規定する疾病を有する四十歳以上六十五歳未満の者又は六十五歳以上の者の受入れにつき、十分な体制を有していること。
- 三 有床診療所療養病棟入院基本料の施設基準等
- (1) 通則

療養病棟であること。
 - (2) 有床診療所療養病棟入院基本料の施設基準等

イ 有床診療所療養病棟入院基本料の注1に規定する入院基本料の施設基準

 - ① 当該有床診療所に雇用され、その療養病棟に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病棟の入院患者の数が六又ははその端数を増すごとに一以上であること。
 - ② 当該有床診療所に雇用され、その療養病棟に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病棟の入院患者の数が六又ははその端数を増すごとに一以上であること。
 - ③ 当該病棟に入院している患者に係る看護^{（看護）}の発生割合等について継続的に測定を行っている、その結果に基づき評価を行っていること。

いづれかに該当しないものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者

(一) 当該有床診療所に雇用され、その療養病棟に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病棟の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。

(二) 当該有床診療所に雇用され、その療養病棟に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病棟の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。

ハ 有床診療所療養病棟入院基本料に含まれる画像診断及び処置の費用並びに含まれない除外薬剤及び注射薬の費用
 ニ 有床診療所療養病棟入院基本料(特別入院基本料を含む。)を算定する患者に対し有床診療所療養病棟入院基本料に掲げる画像診断及び処置の費用(フィルムの費用を含む。)は、当該入院基本料に含まれるものとし、別表第五及び別表第五の一の二に掲げる薬剤及び注射薬の費用は、当該入院基本料に含まれないものとする。

ホ 有床診療所療養病棟入院基本料の注4に規定する厚生労働大臣が定める状態

ホ 救急・在宅等支援療養病棟初期加算の施設基準

ホ 在宅療養支援診療所であって、過去一年間に訪問診療を実施しているものであること。
 ヘ 看取り加算の施設基準

ホ 当該診療所における夜間の看護職員の数が一以上であること。

ト 有床診療所療養病棟入院基本料の注9に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

ト 当該診療所が、有床診療所入院基本料に係る病棟及び有床診療所療養病棟入院基本料に係る病棟の双方を有していること。

チ 栄養管理実施加算の施設基準

チ ① 当該保険医療機関内に、常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。

チ ② 栄養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

チ ③ 有床診療所療養病棟在宅復帰機能強化加算の施設基準

チ 在宅復帰支援を行うにつき十分な実績等を有していること。

第七節 削除

第八節 入院基本料等加算の施設基準等

一 総合入院体制加算の施設基準

イ 総合入院体制加算1の施設基準

イ 特定機能病院及び専門病棟入院基本料を算定する病棟を有する病院以外の病院であること。

ロ 急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ハ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

ニ 急性期医療に係る実績を十分有していること。

ホ 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。

ヘ 次のいずれにも該当すること。

① 地域包括ケア病院入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

② 当該保険医療機関と同一建物内に老人福祉法(昭和三十八年法律第三十三号)第二十条の五に規定する特別養護老人ホーム(以下「特別養護老人ホーム」という。)、介護保険法(平成九年法律第二十三号)第八条第二十八項に規定する介護老人保健施設(以下「介護老人保健施設」という。)、同条第二十九項に規定する介護医療院(以下「介護医療院」という。))又は健康保険法の一部を改正する法律(平成八十年法律第三十三号)附則第三百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第二十六条の規定による改正前の介護保険法第八条第二十六項に規定する介護療養型医療施設(以下「介護療養型医療施設」という。))を設置していないこと。

ト 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する入院診療を行うにつき必要な体制及び実績を有していること。

チ 次のいずれかにか該当すること。

① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を三割五分以上入院させる病棟であること。

② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を三割三分以上入院させる病棟であること。

リ 公益財団法人日本医療機能評価機構(平成七年七月二十七日に財団法人日本医療機能評価機構という名称で設立された法人をいう。以下同じ。)等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。

(2) 総合入院体制加算2の施設基準

イ (1)のイ、ハ、ヘ、チ及びリを満たすものであること。

ロ 急性期医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ハ 急性期医療に係る実績を相当程度有していること。

ニ 急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき必要な体制及び実績を有していること。

(3) 総合入院体制加算3の施設基準

イ (1)のイ、ハ及びヘを満たすものであること。

ロ (2)のロを満たすものであること。

ハ 急性期医療に係る実績を一定程度有していること。

ニ 急性期医療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき必要な体制又は実績を有していること。

ホ 次のいずれかにか該当すること。

① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を三割二分以上入

（歯科医師法第十六条の二第二項に規定する歯学者しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院を除く。）であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。

- ① 診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ② 研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。
- ③ その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(3) 次のいずれかに該当すること。

イ 次のいずれにも該当する協力型臨床研修病院（医師法第十六条の二第二項に規定する臨床研修に関する省令第三条第二号に規定する協力型臨床研修病院をいう。）であること。

- ① 診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ② 研修医の診療録の記載について指導医が指導及び確認をする体制がとられていること。
- ③ その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ 次のいずれにも該当する協力型相当大学病院（医師法第十六条の二第二項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院のうち、他の病院と共同して臨床研修を行う病院（基幹型相当大学病院を除く。）をいう。）であること。

- ① 診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ② 研修医の診療録の記載について指導医が指導及び確認をする体制がとられていること。
- ③ その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ハ 次のいずれにも該当する病院である協力型臨床研修施設（歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令第三条第三号に規定する協力型臨床研修施設をいう。）であること。

- ① 診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ② 研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。
- ③ その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ニ 次のいずれにも該当する協力型相当大学病院（歯科医師法第十六条の二第二項に規定する歯学者しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院及び管理型相当大学病院を除く。）であること。

- ① 診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ② 研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。

院させる病棟であること。

- ② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を三割以上入院させる病棟であること。

二から五まで 削除

六 臨床研修病院入院診療加算の施設基準

(1) 基幹型の施設基準

次のいずれかに該当すること。

イ 次のいずれにも該当する基幹型臨床研修病院（医師法第十六条の二第二項に規定する臨床研修に関する省令（平成十四年厚生労働省令第五十八号）第三条第一号に規定する基幹型臨床研修病院をいう。）であること。

- ① 診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ② 研修医の診療録の記載について指導医が指導及び確認をする体制がとられていること。
- ③ その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ 次のいずれにも該当する単独型相当大学病院（昭和二十三年法律第二百一十号）第十六条の二第一項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院のうち、他の病院又は診療所と共同して臨床研修を行う病院であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。

- ① 診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ② 研修医の診療録の記載について指導医が指導及び確認をする体制がとられていること。
- ③ その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 単独型又は管理型の施設基準

次のいずれかに該当すること。

イ 次のいずれにも該当する病院である単独型臨床研修施設（歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令（平成十七年厚生労働省令第三号）第三条第一号に規定する単独型臨床研修施設をいう。）又は病院である管理型臨床研修施設（同条第二号に規定する管理型臨床研修施設をいう。）であること。

- ① 診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ② 研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。
- ③ その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ 次のいずれにも該当する単独型相当大学病院（歯科医師法（昭和二十三年法律第二百一十号）第十六条の二第二項に規定する歯学者しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、単独で又は歯科医師法第十六条の二第二項に規定する臨床研修に関する省令第三条第一号に規定する研修協力施設と共同して臨床研修を行う病院をいう。以下同じ。）又は管理型相当大学病院

- ③ その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 六の二 救急医療管理加算の施設基準
休日又は夜間における救急医療の確保のための診療を行っていること。
- 六の三 超急性期脳卒中加算の施設基準等
(1) 超急性期脳卒中加算の施設基準
イ 当該保険医療機関内に、脳卒中の診療につき十分な経験を有する専任の常勤医師が配置されていること。
ロ その他当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ハ 治療室等、当該治療を行うにつき十分な構造設備を有していること。
(2) 超急性期脳卒中加算の対象患者
脳梗塞発症後四・五時間以内である患者
六の四 妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準
妊娠状態の異常が疑われる妊産婦の患者の受入れ及び緊急の分娩への対応につき十分な体制が整備されていること。
- 六の五 在宅患者緊急入院診療加算に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの
特掲診療料の施設基準等 (平成二十年厚生労働省告示第六十三号) 第三の六の(2)に該当する在宅療養支援診療所及び第四の一の(2)に該当する在宅療養支援病院
- 六の六 在宅患者緊急入院診療加算に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等
別表第十三に掲げる疾病等
- 七 診療録管理体制加算の施設基準
(1) 診療録管理体制加算 1
イ 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。
ロ 診療記録の全てが保管及び管理されていること。
ハ 診療記録管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 二 中央病歴管理室等、診療記録管理を行うにつき適切な施設及び設備を有していること。
- ホ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が適切に作成されていること。
- (2) 診療録管理体制加算 2
イ (1)のイ、ロ及びニを満たすものであること。
ロ 診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ハ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が作成されていること。
- 七の二 医師事務作業補助体制加算の施設基準
(1) 医師事務作業補助体制加算 1
イ 医師の事務作業を補助する十分な体制がそれぞれ加算に応じて整備されていること。
ロ 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
(2) 医師事務作業補助体制加算 2
イ 医師の事務作業を補助する体制がそれぞれ加算に応じて整備されていること。

- ロ (1)のロを満たすものであること。
- 七の三 急性期看護補助体制加算の施設基準
(1) 25対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者五割以上) の施設基準
イ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すことに一に相当する数以上であること。
ロ 看護補助者の配置基準に主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すことに一に相当する数以下であること。
ハ 当該病棟において、看護補助者の最小必要数の五割以上が当該保険医療機関に看護補助者として勤務している者であること。
ニ 急性期医療を担う病院であること。
ホ 急性期一般入院基本料又は特定機能病院入院基本料 (一般病棟の場合に限る。) 若しくは専門病院入院基本料の七対一入院基本料若しくは十対一入院基本料を算定する病棟であること。
- へ、急性期一般入院料 7 を算定する病棟又は十対一入院基本料を算定する病棟にあっては、次のいずれかに該当すること。
① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を七分以上入院させる病棟であること。
② 診療内容に関するデータを適切に提出できている体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を六分以上入院させる病棟であること。
- ト 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
(2) 25対1急性期看護補助体制加算 (看護補助者五割未満) の施設基準
(1)のイ、ロ及びニからトまでを満たすものであること。
(3) 50対1急性期看護補助体制加算の施設基準
イ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が五十又はその端数を増すことに一に相当する数以上であること。
ロ (1)のロ及びニからトまでを満たすものであること。
(4) 75対1急性期看護補助体制加算の施設基準
イ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七十五又はその端数を増すことに一に相当する数以上であること。
ロ (1)のロ及びニからトまでを満たすものであること。
(5) 夜間30対1急性期看護補助体制加算の施設基準
当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すことに一に相当する数以上であること。
(6) 夜間50対1急性期看護補助体制加算の施設基準
当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が五十又はその端数を増すことに一に相当する数以上であること。

- (7) 夜間100対1急性期看護補助体制加算の施設基準
当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が百又はその端数を増すごとに二に相当する数以上であること。
- (8) 夜間看護体制加算の施設基準
イ 夜勤時間帯に看護補助者を配置していること。
ロ 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。
- 七の四 看護職員夜間配置加算の施設基準
(1) 看護職員夜間12対1配置加算Ⅰの施設基準
イ 当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十二又はその端数を増すごとに二以上であること。ただし、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、三以上であることとする。
ロ 急性期医療を担う病院であること。
- ハ 急性期一般入院院基本料又は特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）若しくは専門病院入院基本料の七対一入院基本料若しくは十対一入院基本料を算定する病棟であること。
- ニ 急性期一般入院院7を算定する病棟又は十対一入院基本料を算定する病棟にあつては、次のいずれかに該当すること。
① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を七分以上入院させる病棟であること。
② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であつて、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を六分以上入院させる病棟であること。
- ホ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
ヘ 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。
- (2) 看護職員夜間12対1配置加算Ⅱの施設基準
(1)のイからイまでを満たすものであること。
- (3) 看護職員夜間16対1配置加算Ⅰの施設基準
イ 当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに二以上であること。ただし、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、三以上であることとする。
ロ (1)のロからイまでを満たすものであること。
- (4) 看護職員夜間16対1配置加算Ⅱの施設基準
- イ (1)のロ及びイ並びに(3)のイを満たすものであること。
ロ 急性期一般入院院2から6までのいずれかを算定する病棟であること。
- ハ 難病患者等入院診療加算に規定する疾患及び状態
別表第六に掲げる疾患及び状態
- 九 特殊疾患入院施設管理加算の施設基準
(1) 重度の肢体不自由児（者）、骨髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等をおおむね七割以上入院させている一般病棟、精神病棟又は有床診療所（一般病床に限る。以下この号において同じ。）であること。
(2) 当該病棟又は当該有床診療所において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助者を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟又は当該有床診療所の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに二以上であること。ただし、当該病棟又は当該有床診療所において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助者を行う看護補助者の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟又は当該有床診療所における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに二に相当する数以下であること。
- (3) 当該有床診療所において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該有床診療所の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに二以上であること。ただし、当該有床診療所において、一日に看護を行う看護職員の数に相当する数以上である場合には、当該有床診療所における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であることとする。
- (4) 当該有床診療所において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
- 十 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注1に規定する超重症児の状態
(1) 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注1に規定する超重症児の状態
イ 介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等特別の医学的管理が必要な状態が六月以上又は新生児期から継続している状態であること。
ロ 超重症児（者）の判定基準による判定スコアが二十五点以上であること。
- (2) 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注2に規定する準超重症児の状態
イ 重症児の状態に準ずる状態であること。
ロ 超重症児（者）の判定基準による判定スコアが十以上であること。
- 十一 削除
- 十二 看護配置加算の施設基準
(1) 地域一般入院院3、障害者施設等入院基本料の十五対一入院基本料又は結核病棟入院基本料若しくは精神病棟入院基本料の十五対一入院基本料、十八対一入院基本料若しくは二十対一入院基本料を算定する病棟であること。

- (2) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
- 十三 看護補助加算の施設基準
- イ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに二に相当する数以上であること。
- ロ 看護補助者の配置基準として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに二に相当する数以下であること。
- ハ 次のいずれかに該当すること。
- ① 地域一般入院料1若しくは地域一般入院料2を算定する病棟又は十三対一入院基本料を算定する病棟にあっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を六分以上入院させる病棟であること。
- ② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、地域一般入院料1若しくは地域一般入院料2を算定する病棟又は十三対一入院基本料を算定する病棟にあっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を五分以上入院させる病棟であること。
- ③ 地域一般入院料3、十五対一入院基本料、十八対一入院基本料又は二十対一入院基本料を算定する病棟であること。
- ニ 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。
- (2) 看護補助加算2の施設基準
- イ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が五十又はその端数を増すごとに二に相当する数以上であること。
- ロ 地域一般入院基本料、十三対一入院基本料、十五対一入院基本料、十八対一入院基本料又は二十対一入院基本料を算定する病棟であること。
- ハ (1)のロ及びニを満たすものであること。
- (3) 看護補助加算3の施設基準
- イ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七十五又はその端数を増すごとに二に相当する数以上であること。
- ロ 地域一般入院基本料、十三対一入院基本料、十五対一入院基本料、十八対一入院基本料又は二十対一入院基本料を算定する病棟であること。
- ハ (1)のロ及びニを満たすものであること。
- (4) 夜間65対1看護補助加算の施設基準
- イ 当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七十五又はその端数を増すごとに二に相当する数以上であること。
- ロ 地域一般入院料1若しくは地域一般入院料2又は十三対一入院基本料を算定する病棟であること。
- (5) 夜間看護体加算の施設基準
- イ 夜勤時間帯に看護補助者を配置していること。
- ロ 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。
- 十四 地域加算に係る地域
- 一般職の職員の給与に関する法律（昭和二十五年法律第九十五号）第十一条の第三第一項に規定する人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域
- 十五から十七まで 削除
- 十八 離島加算に係る地域
- (1) 離島振興法（昭和二十八年法律七十二号）第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
- (2) 奄美群島振興開発特別措置法（昭和二十九年法律第八十九号）第一条に規定する奄美群島の地域
- (3) 小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和四十四年法律第七十九号）第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域
- (4) 沖縄振興特別措置法（平成十四年法律第十四号）第三条第三号に規定する離島
- 十九 重症者等療養環境特別加算の施設基準
- (1) 常時監視を要し、随時適切な看護及び介助を必要とする重症者等の看護を行うにつき十分な看護師等が配置されていること。
- (2) 個室又は二人部屋の病床であって、療養上の必要から当該重症者等を入院させるのに適したものであること。
- 二十 療養病棟療養環境加算の施設基準
- (1) 療養病棟療養環境加算1の施設基準
- イ 長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- ロ 長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具が具備されている機能訓練室を有していること。
- ハ ロに掲げる機能訓練室のほか、十分な施設を有していること。
- ニ 医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）第十九条第一項第一号並びに第二項第二号及び第三号に定める医師及び看護師等の員数以上の員数が配置されていること。
- (2) 療養病棟療養環境加算2の施設基準
- イ 長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- ロ 長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具が具備されている機能訓練室を有していること。
- ハ ロに掲げる機能訓練室のほか、適切な施設を有していること。
- ニ 医療法施行規則第十九条第一項第一号並びに第二項第二号及び第三号に定める医師及び看護師等の員数以上の員数が配置されていること。
- 二十の二 療養病棟療養環境改善加算の施設基準
- (1) 療養病棟療養環境改善加算1の施設基準
- イ 長期にわたる療養を行うにつき適切な構造設備を有していること。

- ロ 長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具が具備されている機能訓練室を有していること。
- ハ ロに掲げる機能訓練室のほか、適切な施設を有していること。
- ニ 医療法施行規則第十九条第一項第一号並びに第二項第二号及び第三号に定める医師及び看護師等の員数以上の員数が配置されていること。
- ホ 療養環境の改善に係る計画を策定し、定期的に、改善の状況を地方厚生局長等に報告していること。
- (2) 療養病棟療養環境改善加算 2 の施設基準
 - イ 長期にわたる療養を行うにつき適切な構造設備を有していること。
 - ロ 機能訓練室のほか、適切な施設を有していること。
 - ハ 医療法施行規則第十九条第一項第一号並びに第二項第二号及び第三号に定める医師及び看護師等の員数以上の員数が配置されていること。
- ニ 療養環境の改善に係る計画を策定し、定期的に、改善の状況を地方厚生局長等に報告していること。
- 二十一 診療所療養病棟療養環境改善加算の施設基準
 - (1) 長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
 - (2) 機能訓練室のほか、適切な施設を有していること。
 - (3) 医療法施行規則第二十一条の二第一項及び第二項に定める医師及び看護師等の員数以上の員数が配置されていること。
- 二十一の二 診療所療養病棟療養環境改善加算の施設基準
 - (1) 長期にわたる療養を行うにつき適切な構造設備を有していること。
 - (2) 機能訓練室を有していること。
 - (3) 長期にわたる療養を行うにつき十分な医師及び看護師等が配置されていること。
 - (4) 療養環境の改善に係る計画を策定し、定期的に、改善の状況を地方厚生局長等に報告していること。
- 二十一の三 無菌治療室管理加算の施設基準
 - (1) 無菌治療室管理加算 1 の施設基準
 - 室内を無菌の状態に保つために十分な体制が整備されていること。
 - (2) 無菌治療室管理加算 2 の施設基準
 - 室内を無菌の状態に保つために適切な体制が整備されていること。
- 二十二 重症皮膚潰瘍管理加算の施設基準
 - (1) 皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科を標榜¹⁶している保険医療機関であること。
 - (2) 重症皮膚潰瘍を有する入院患者について、皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科を担当する医師が重症皮膚潰瘍管理を行うこと。
 - (3) 重症皮膚潰瘍管理を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。
- 二十三 緩和ケア診療加算の施設基準等
 - (1) 緩和ケア診療加算の施設基準
 - イ 緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

- ロ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍又は末期心不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。
- ハ がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。
- (2) 緩和ケア診療加算の注 2 に規定する厚生労働大臣が定める地域別表第六の二に掲げる地域
- (3) 緩和ケア診療加算の注 2 に規定する施設基準
 - イ 一般精神科基本料（急性期一般入院料 1 を除く。）を算定する病棟を有する病院（特定機能病院及び許可病床数が四百床以上の病院並びに診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を有する病院を除く。）であること。
 - ロ 緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - ハ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍又は末期心不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。
 - ニ がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。
 - (4) 個別栄養食事管理加算の施設基準
 - イ 緩和ケアを要する患者の個別栄養食事管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - ロ 当該体制において、緩和ケアを要する患者に対する個別栄養食事管理に係る必要な経費を有する管理栄養士が配置されていること。
- 二十三の二 有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準
 - (1) 緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (2) 当該体制において、緩和ケアに関する経費を有する医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）及び緩和ケアに関する経費を有する看護師が配置されていること（当該保険医療機関において有床診療所緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍又は末期心不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。
 - (3) (2) の医師又は看護師のいづれかが緩和ケアに関する研修を受けていること。
 - (4) 当該診療所における夜間の看護職員の数が一以上であること。
- 二十四 精神科応急入院施設設置加算の施設基準
 - (1) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第百二十三号）第三十条の七第一項の規定により都道府県が指定する精神科病院であること。
 - (2) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十三条の七第一項及び第三十四条第一項から第三項までの規定により入院する者のために必要な専用の病床を確保しているこ

- と。
- 二十五 精神病棟入院院医管理加算の施設基準
- (1) 医療法施行規則第十九条第一号の規定中「精神病棟及び療養病棟に係る病室の入院患者の数を三をもつて除した数」を「精神病棟に係る病室の入院患者の数に療養病棟に係る病室の入院患者の数を三をもつて除した数を加えた数」と読み替えた場合における同号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。
- (2) 当該地域における精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設であること。
- 二十五の二 精神科地域移行実施加算の施設基準
- (1) 精神科を標榜する保険医療機関である病院であること。
- (2) 当該保険医療機関内に地域移行を推進する部門を設置し、組織的に地域移行を実施する体制が整備されていること。
- (3) 当該部門に専従の精神保健福祉士が配置されていること。
- (4) 長期入院患者の遠征が進められている保険医療機関であること。
- 二十五の三 精神科身体合併症管理加算の施設基準等
- (1) 精神科身体合併症管理加算の施設基準
- イ 精神科を標榜する保険医療機関である病院であること。
- ロ 当該病棟に専任の内科又は外科の医師が配置されていること。
- ハ 精神障害者であつて身体合併症を有する患者の治療が行えるよう、精神科以外の診療科の医療体制との連携が取られている病棟であること。
- (2) 精神科身体合併症管理加算の注2に規定する厚生労働大臣が定める身体合併症を有する患者
- 別表第七の二に掲げる身体合併症を有する患者
- 二十五の四 精神科リエンゾンチーム加算の施設基準
- 精神疾患に係る症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 二十六 強度行動障害入院医療管理加算の施設基準等
- (1) 強度行動障害入院医療管理加算の施設基準
- 強度行動障害の診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (2) 強度行動障害入院医療管理加算の対象患者
- 強度行動障害スコアが十以上かつ医療度スコアが二十四以上の患者
- 二十六の二 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準等
- (1) 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準
- アルコール依存症の診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (2) 重度アルコール依存症入院医療管理加算の対象患者
- 入院治療が必要なアルコール依存症の患者
- 二十六の三 摂食障害入院医療管理加算の施設基準等
- (1) 摂食障害入院医療管理加算の施設基準
- 摂食障害の診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (2) 摂食障害入院医療管理加算の対象患者
- 重度の摂食障害により著しい体重の減少が認められる患者
- 二十七 がん拠点病院加算の施設基準等
- (1) がん診療連携拠点病院加算の施設基準
- がん診療の拠点となる病院であること。
- (2) 小児がん拠点病院加算の施設基準
- 小児がんの診療の拠点となる病院であること。
- (3) がん拠点病院加算の注2に規定する施設基準
- がん情報を用いたがん医療を提供する拠点病院であること。
- 二十八 栄養サポートチーム加算の施設基準等
- (1) 栄養サポートチーム加算の施設基準
- イ 栄養管理に係る診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ロ 当該加算の対象患者について栄養治療実施計画を作成するとともに、当該患者に対して当該計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。
- ハ 当該患者の栄養管理に係る診療の終了時に栄養治療実施報告書を作成するとともに、当該患者に対して当該報告書が文書により交付され、説明がなされるものであること。
- (2) 栄養サポートチーム加算の対象患者
- 栄養障害の状態にある患者又は栄養管理を行わなければならない栄養障害の状態になることを見込まれる患者であつて、栄養管理計画が策定されているものであること。
- (3) 栄養サポートチーム加算の注2に規定する厚生労働大臣が定める地域
- 別表第六の二に掲げる地域
- (4) 栄養サポートチーム加算の注3に規定する施設基準
- イ 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1を除く。）を算定する病棟（特定機能病院及び許可病床数が四百床以上の病棟の病棟並びに診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病棟の病棟を除く。）であること。
- ロ 栄養管理に係る診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ハ 当該加算の対象患者について栄養治療実施計画を作成するとともに、当該患者に対して当該計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。
- ニ 当該患者の栄養管理に係る診療の終了時に栄養治療実施報告書を作成するとともに、当該患者に対して当該報告書が文書により交付され、説明がなされるものであること。
- 二十九 医療安全対策加算の施設基準
- (1) 医療安全対策加算1の施設基準
- イ 医療安全対策に係る研修を受けた専従の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。
- ロ 当該保険医療機関内に医療安全管理部門を設置し、組織的に医療安全対策を実施する体制が整備されていること。
- ハ 当該保険医療機関内に患者相談窓口を設置していること。

- (2) 医療安全対策加算2の施設基準
 イ 医療安全対策に係る研修を受けた専任の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。
 ロ (1)のロ及びハの要件を満たしていること。
 (3) 医療安全対策地域連携加算1の施設基準
 イ 医療安全対策加算1に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
 ロ 医療安全対策に関する十分な経験を有する専任の医師又は医療安全対策に関する研修を受けた専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。
 ハ 医療安全対策加算1を算定する他の保険医療機関及び医療安全対策加算2を算定する保険医療機関との連携により、医療安全対策を実施するための必要な体制が整備されていること。
 (4) 医療安全対策地域連携加算2の施設基準
 イ 医療安全対策加算2に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
 ロ 医療安全対策加算1を算定する他の保険医療機関との連携により、医療安全対策を実施するための必要な体制が整備されていること。
 (1) 感染防止対策加算1の施設基準
 イ 専任の院内感染管理者が配置されていること。
 ロ 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。
 ハ 当該部門において、感染症対策に関する十分な経験を有する医師及び感染管理に関する十分な経験を有する看護師（感染防止対策に関する研修を受けたものに限る。）並びに病院勤務に関する十分な経験を有する薬剤師及び臨床検査技師が適切に配置されていること。
 ニ 感染防止対策につき、感染防止対策加算2に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。
 (2) 感染防止対策加算2の施設基準
 イ 専任の院内感染管理者が配置されていること。
 ロ 当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。
 ハ 当該部門において、感染症対策に関する十分な経験を有する医師及び感染管理に関する十分な経験を有する看護師並びに病院勤務に関する十分な経験を有する薬剤師及び臨床検査技師が適切に配置されていること。
 ニ 感染防止対策につき、感染防止対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。
 (3) 感染防止対策地域連携加算の施設基準
 他の保険医療機関（感染防止対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）との連携により感染防止対策を実施するための必要な体制が整備されていること。
- (4) 抗菌薬適正使用支援加算の施設基準
 抗菌薬を適正に使用するために必要な支援体制が整備されていること。
 二十九の三 患者サポート体制充実加算の施設基準
 (1) 患者相談窓口を設置し、患者に対する支援の充実に必要な体制が整備されていること。
 (2) 当該窓口に、専任の看護師、社会福祉士等が配置されていること。
 三十 褥瘡、ハイリスク患者ケア加算の施設基準等
 (1) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準
 イ 褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた専任の看護師等が褥瘡管理者として配置されていること。
 ロ 褥瘡管理者が、褥瘡対策チームと連携して、あらかじめ定められた方法に基づき、個別の患者ごとに褥瘡リスクアセスメントを行っていること。
 ハ 褥瘡リスクアセスメントの結果を踏まえ、特に重点的な褥瘡ケアが必要と認められる患者について、主治医その他の医療従事者が共同して褥瘡の発生予防等に関する計画を個別に作成し、当該計画に基づき重点的な褥瘡ケアを継続して実施していること。
 ニ 褥瘡の早期発見及び重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること。
 (2) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の注2に規定する厚生労働大臣が定める地域別表第六の二に掲げる地域
 (3) 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の注2に規定する施設基準
 イ 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1を除く。）を算定する病棟（特定機能病院及び許可病床数が四百床以上の病院の病棟並びに診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を除く。）であること。
 ロ 褥瘡ケアを行うにつき必要な体制が整備されていること。
 ハ 褥瘡の早期発見及び重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること。
 三十一 ハイリスク妊産管理加算の施設基準等
 (1) ハイリスク妊産管理加算の施設基準
 イ 産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関であること。
 ロ 当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する医師が一名以上配置されていること。
 ハ 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。
 (2) ハイリスク妊産管理加算の対象患者
 保険診療の対象となる合併症を有している妊婦であって、別表第六の三に掲げるもの
 三十二 ハイリスク分娩管理加算の施設基準等
 (1) ハイリスク分娩管理加算の施設基準

- イ 当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が三名以上配置されていること。
- ロ 当該保険医療機関内に常勤の助産師が三名以上配置されていること。
- ハ 一年間の分娩実施件数が百二十件以上であり、かつ、その実施件数等を当該保険医療機関の見やすい場所に提示していること。
- ニ 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償額と同一の産科医療補償額に基づき補償を実施していること。
- (2) ハイリスク分娩管理加算の対象患者
保険診療の対象となる合併症を有している妊産婦であって、別表第七に掲げるもの
三十三から三十三の五まで 削除
三十三の六 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の施設基準
三十三の七 精神科救急搬送患者地域連携受入加算の施設基準
(1) 救急患者の転院体制について、精神科救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。
(2) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。
- 三十三の七 精神科救急搬送患者地域連携受入加算の施設基準
(1) 救急患者の転院体制について、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。
(2) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。
- 三十四及び三十五 削除
三十五の二 呼吸ケアチーム加算の施設基準等
(1) 呼吸ケアチーム加算の施設基準
イ 人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ロ 当該加算の対象患者について呼吸ケアチームによる診療計画書を作成していること。
(2) 呼吸ケアチーム加算の対象患者
次のいずれにも該当する患者であること。
イ 四十八時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であること。
ロ 次のいずれかに該当する患者であること。
① 人工呼吸器を装着している状態で当該加算を算定できる病棟に入院（転棟及び病床を含む。）した患者であって、当該病棟に入院した日から算算して一月以内のもの
② 当該加算を算定できる病棟に入院した後人工呼吸器を装着した患者であって、装着した日から算算して一月以内のもの
三十五の三 後発医薬品使用体制加算の施設基準
(1) 後発医薬品使用体制加算 1 の施設基準
イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

- ロ 当該保険医療機関において調剤した薬剤師及び保険薬剤師兼担当規則（昭和十二年厚生省令第十六号。以下「兼担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）のある兼担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤単位数（薬剤単位数）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。
- ハ 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が五割以上であること。
ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に提示していること。
- (2) 後発医薬品使用体制加算 2 の施設基準
イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。
ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割以上であること。
- ハ 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が五割以上であること。
ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に提示していること。
- (3) 後発医薬品使用体制加算 3 の施設基準
イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。
ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割以上であること。
- ハ 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が五割以上であること。
ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に提示していること。
- 三十五の四 病棟薬剤業務実施加算の施設基準
(1) 病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準
イ 病棟ごとに専任の薬剤師が配置されていること。
ロ 薬剤師が実施する病棟における薬剤関連業務につき、病院勤務等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性に資するために十分な時間を確保されていること。
ハ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有すること。
ニ 当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。

- ニ 各病棟に、入退院支援及び地域連携業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士が配置されていること。
- ホ その他入退院支援等を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 入退院支援加算2に関する施設基準
 - イ 当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。
 - ロ 当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。
 - ハ 当該部門に専任の看護師が配置されている場合には専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には専任の看護師が配置されていること。
 - ニ その他入退院支援等を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (3) 入退院支援加算8に関する施設基準
 - イ 当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。
 - ロ 当該部門に新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有し、小児患者の在宅移行に関する研修を受けた専任の看護師が一名以上又は新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。
 - (4) 地域連携診療計画加算の施設基準
 - イ 当該地域において、当該病院からの転院後又は退院後の治療等を担う複数の保険医療機関又は介護サービス事業所等を記載した地域連携診療計画をあらかじめ作成し、地方厚生局長等に届け出ていること。
 - ロ 地域連携診療計画において連携する保険医療機関又は介護サービス事業所等として定めた保険医療機関又は介護サービス事業所等との間で、定期的な、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価等を行うための機会を設けていること。
 - (5) 入退院支援加算の注5に規定する厚生労働大臣が定める地域別表第六の二に掲げる地域
 - イ 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1を除く。）を算定する病棟を有する病院（特定機能病院及び許可病床数が四百床以上の病院並びに診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を有する病院を除く。）であること。
 - ロ 入院時支援加算を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - イ 入院前支援を行う者として、入退院支援及び地域連携業務を担う部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師又は入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること。ただし、許可病床数が二百床未満の保険医療機関にあっては、本文の

- ホ 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (2) 病棟薬剤業務実施加算2の施設基準
 - イ 病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
 - ロ 病棟薬剤業務実施加算1に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
 - ハ 治療室ごとに専任の薬剤師が配置されていること。
 - ニ 薬剤師が実施する治療室における薬剤関連業務につき、病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性に資するために十分な時間が確保されていること。
 - ホ ハの薬剤師を通じて、当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。
 - 三十五の五 データ提出加算の施設基準
 - (1) データ提出加算1及び3の施設基準
 - イ 診療録管理体制加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。ただし、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料のいずれか又はその両方のみの届出を行う保険医療機関にあっては、本文の規定にかかわらず、七の(1)又は(2)を満たすものであること。
 - ロ 入院患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。
 - (2) データ提出加算2及び4の施設基準
 - イ 診療録管理体制加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。ただし、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料のいずれか又はその両方のみの届出を行う保険医療機関にあっては、本文の規定にかかわらず、七の(1)又は(2)を満たすものであること。
 - ロ 入院患者及び外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。
 - (3) 提出データ評価加算の施設基準
 - イ データ提出加算2のロ又は4のロに係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
 - ロ 診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されていること。
 - 三十五の六 入退院支援加算の施設基準
 - (1) 入退院支援加算1に関する施設基準
 - イ 当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。
 - ロ 当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。
 - ハ 当該部門に専任の看護師が配置されている場合には専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には専任の看護師が配置されていること。

規定にかかわらず、入院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師が配置されていること。

- ロ 入院連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (8) 入院時支援加算に規定する厚生労働大臣が定めるもの
- イ 自宅等から入院する予定入院患者（他の保険医療機関から転院する患者を除く。）であること。
- ロ 入院支援加算を算定する患者であること。

(9) 総合機能評価加算の施設基準

当該保険医療機関内に、総合的な機能評価に係る研修を受けた常勤の医師若しくは歯科医師又は総合的な機能評価の経験を有する常勤の医師若しくは歯科医師が一名以上配置されていること。

- (10) 総合機能評価加算に規定する厚生労働大臣が定めるもの
- イ 入院支援加算1又は2を算定する患者であること。
- ロ 介護保険法施行令第二条各号に規定する疾病を有する四十歳以上六十五歳未満の患者又は六十五歳以上の患者であること。

三十五の七 認知症ケア加算の施設基準等

(1) 認知症ケア加算1の施設基準

当該保険医療機関において、認知症を有する患者のケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 認知症ケア加算2の施設基準

当該保険医療機関において、認知症を有する患者のケアを行うにつき適切な体制が整備されていること。

(3) 認知症ケア加算3の施設基準

当該保険医療機関において、認知症を有する患者のケアを行うにつき必要な体制が整備されていること。

(4) 認知症ケア加算の対象患者

認知症又は認知症の症状を有し、日常生活を送る上で介助が必要な状態である患者
三十五の七の二 セン妄ハイリスク患者ケア加算の施設基準
入院中の患者に対して、せん妄のリスク確認及びせん妄対策を行うにつき必要な体制が整備されていること。

三十五の八 精神疾患診療体制加算の施設基準

(1) 許可病床数が百床（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては八十床）以上の病院であること。

(2) 救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準

(1) 通則

当該病棟において、常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一年以上配置されていること。

(2) 精神科急性期医師配置加算1の施設基準

- イ 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。
- ロ 治療抵抗性統合失調症患者に対する入院医療に係る実績を相当程度有していること。
- ハ 精神科急性期治療病棟入院料1を算定する精神病棟であること。

(3) 精神科急性期医師配置加算2のイの施設基準

イ 精神科入院基本料（十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟（七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）であること。

ロ 精神科患者であつて身体疾患を有する患者に対する急性期治療を行うにつき十分な体制を有する保険医療機関の精神病棟であること。

ハ 許可病床（精神病床を除く。）の数が百床（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては八十床）以上の病院であること。

(4) 精神科急性期医師配置加算2のロの施設基準

(2)のイ及びハを満たすものであること。

(5) 精神科急性期医師配置加算3の施設基準

イ 精神科救急医療に係る実績を一定程度有していること。

- ロ 治療抵抗性統合失調症患者に対する入院医療に係る実績を一定程度有していること。
- ハ (2)のハを満たすものであること。

三十五の十 排尿自立支援加算の施設基準等

(1) 排尿自立支援加算の施設基準

排尿に関するケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 排尿自立支援加算の対象患者

尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者であつて、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの。

三十五の十一 地域医療体制確保加算の施設基準

- (1) 救急搬送に係る実績を相当程度有していること。
- (2) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

三十六 地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準

- (1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出を行っていること。
- (2) 当該地域において、歯科診療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

第九 特定入院料の施設基準等

一 通則

- (1) 病院であること。
- (2) 看護又は看護補助は、当該保険医療機関の看護職員又は当該保険医療機関の主治医若しくは看護師の指示を受けた看護補助者が行うものであること。
- (3) 入院基本料を算定していない保険医療機関（特別入院基本料等を算定している保険医

療機関を含む。) において算定する特定入院料は、別表第十五のものに限ること。
 (4) 厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準又は医師等の員数の基準のいずれにも該当しないこと。

二 救命救急入院料の施設基準等

(1) 救命救急入院料の注1に規定する入院基本料の施設基準

イ 救命救急入院料1の施設基準

- ① 都道府県が定める病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
- ② 当該治療室内に重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。
- ③ 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。
- ④ 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な専用施設を有していること。
- ⑤ 当該治療室に入院している患者の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

ロ 救命救急入院料2の施設基準

- 1 次の(1)のイを満たすものであること。
- 2 次の(1)のロを満たすものであること。
- 3 次の(1)のハを満たすものであること。
- 4 次の(1)のニを満たすものであること。
- 5 次の(1)のイから④までを満たすものであること。
- 6 次の(1)のハを満たすものであること。

ハ 救命救急入院料3の施設基準

- 1 次の(1)のイを満たすものであること。
- 2 次の(1)のロを満たすものであること。
- 3 次の(1)のハを満たすものであること。
- 4 次の(1)のニを満たすものであること。
- 5 次の(1)のイから④までを満たすものであること。
- 6 次の(1)のハを満たすものであること。

ニ 救命救急入院料4の施設基準

- 1 次の(1)のイを満たすものであること。
- 2 次の(1)のロを満たすものであること。
- 3 次の(1)のハを満たすものであること。
- 4 次の(1)のニを満たすものであること。
- 5 次の(1)のイから④までを満たすものであること。
- 6 次の(1)のハを満たすものであること。

イ 救命救急入院料

- ① 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ② 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ③ 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ④ 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ⑤ 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ⑥ 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料

- ① 広範囲熱傷特定集中治療管理料が定める状態
- ② 広範囲熱傷特定集中治療管理料が定める状態
- ③ 広範囲熱傷特定集中治療管理料が定める状態
- ④ 広範囲熱傷特定集中治療管理料が定める状態
- ⑤ 広範囲熱傷特定集中治療管理料が定める状態
- ⑥ 広範囲熱傷特定集中治療管理料が定める状態

ハ 救命救急入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める状態

- ① 救命救急入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める状態
- ② 救命救急入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める状態
- ③ 救命救急入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める状態
- ④ 救命救急入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める状態
- ⑤ 救命救急入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める状態
- ⑥ 救命救急入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める状態

イ 救急体制充実加算1の施設基準
 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき充実した体制が整備されていること。

ロ 救急体制充実加算2の施設基準
 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ハ 救急体制充実加算3の施設基準
 重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ニ 救命救急入院料の注4に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(5) 救命救急入院料の注6に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(6) 救命救急入院料の注6に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

当該保険医療機関内に、専任の小児科の医師が常時配置されていること。

三 特定集中治療室管理料の施設基準等

(1) 特定集中治療室管理料の注1に規定する入院基本料の施設基準

イ 特定集中治療室管理料1の施設基準

- ① 病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
- ② 当該治療室内に集中治療を行うにつき十分な医師が常時配置されていること。
- ③ 当該治療室内に集中治療を行うにつき十分な看護師が配置されていること。
- ④ 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が二又はその端数を増すごとに一以上であること。
- ⑤ 集中治療を行うにつき十分な専用施設を有していること。
- ⑥ 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を八割以上入院させる治療室であること。

ロ 特定集中治療室管理料2の施設基準

- 1 次の(1)のイを満たすものであること。
- 2 次の(1)のロを満たすものであること。
- 3 次の(1)のハを満たすものであること。
- 4 次の(1)のニを満たすものであること。
- 5 次の(1)のイから④までを満たすものであること。
- 6 次の(1)のハを満たすものであること。

ハ 特定集中治療室管理料3の施設基準

- 1 次の(1)のイを満たすものであること。
- 2 次の(1)のロを満たすものであること。
- 3 次の(1)のハを満たすものであること。
- 4 次の(1)のニを満たすものであること。
- 5 次の(1)のイから④までを満たすものであること。
- 6 次の(1)のハを満たすものであること。

ニ 特定集中治療室管理料4の施設基準

- 1 次の(1)のイを満たすものであること。
- 2 次の(1)のロを満たすものであること。
- 3 次の(1)のハを満たすものであること。
- 4 次の(1)のニを満たすものであること。
- 5 次の(1)のイから④までを満たすものであること。
- 6 次の(1)のハを満たすものであること。

イ 特定集中治療室管理料

- ① 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ② 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ③ 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ④ 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ⑤ 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ⑥ 広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料

- ① 広範囲熱傷特定集中治療管理料が定める状態
- ② 広範囲熱傷特定集中治療管理料が定める状態
- ③ 広範囲熱傷特定集中治療管理料が定める状態
- ④ 広範囲熱傷特定集中治療管理料が定める状態
- ⑤ 広範囲熱傷特定集中治療管理料が定める状態
- ⑥ 広範囲熱傷特定集中治療管理料が定める状態

ハ 救命救急入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める状態

- ① 救命救急入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める状態
- ② 救命救急入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める状態
- ③ 救命救急入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める状態
- ④ 救命救急入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める状態
- ⑤ 救命救急入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める状態
- ⑥ 救命救急入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める状態

- ロ 広範囲熱傷特定集中治療管理料
 - 広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者
 - 特定集中治療室管理料の注1に規定する厚生労働大臣が定める状態
 - 広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態
 - 特定集中治療室管理料の注2に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
 - 当該保険医療機関内に、専任の小児科医が常時配置されていること。
 - 特定集中治療室管理料の注4に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
 - イ 早期の麻痺を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - ロ 心大血管疾患患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - （6） 特定集中治療室管理料の注5に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
- 四 当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。
- ハ イケアユニット入院医療管理料の施設基準
 - （1） ハイケアユニット入院医療管理料1の施設基準
 - イ 病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
 - ロ 当該治療室の病床数は、三十床以下であること。
 - ハ ハイケアユニット入院医療管理を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。
 - ニ 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一年以上であること。
 - ホ ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を八割以上入院させる治療室であること。
 - ヘ 当該病院の一般病棟の入院患者の平均在院日数が十九日以内であること。
 - ト 診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - チ ハイケアユニット入院医療管理を行うにつき十分な専用施設を有していること。
 - （2） ハイケアユニット入院医療管理料2の施設基準
 - イ （1）のイからハまでの基準を満たすものであること。
 - ロ 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が五又はその端数を増すごとに一年以上であること。
 - ハ ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を六割以上入院させる治療室であること。
- 五 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準
 - （1） 病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
 - （2） 脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。
 - （4） 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が三又はその端数を増すごとに一年以上であること。
 - （5） 当該治療室において、常勤の理学療法士又は作業療法士が一名以上配置されていること。
- 六 脳梗塞、脳出血及びくも膜下出血の患者をおおむね八割以上入院させる治療室であること。
- （6） 脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにつき十分な専用施設を有していること。
- （7） 脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにつき必要な器械・器具を有していること。
- （8） 脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにつき必要な重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡについて継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。
- 五の二 小児特定集中治療室管理料の施設基準
 - （1） 病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
 - （2） 当該治療室内に小児集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。
 - （3） 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が二又はその端数を増すごとに一年以上であること。
 - （4） 集中治療を行うにつき十分な体制及び専用施設を有していること。
 - （5） 他の保険医療機関において救命救急入院料若しくは特定集中治療室管理料を算定している患者又は救急搬送診療料を算定した患者の当該治療室への受け入れについて、相当の実績を有していること。
- 六 新生児特定集中治療室管理料の施設基準等
 - （1） 新生児特定集中治療室管理料1の施設基準
 - イ 病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
 - ロ 当該治療室内に集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。
 - ハ 当該治療室における助産師又は看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が三又はその端数を増すごとに一年以上であること。
 - ニ 集中治療を行うにつき十分な専用施設を有していること。
 - ホ 集中治療を行うにつき十分な実績を有していること。
 - （2） 新生児特定集中治療室管理料2の施設基準
 - イ （1）のイ、ハ及びニの基準を満たすものであること。
 - ロ 当該保険医療機関内に集中治療を行うにつき必要な専任の医師が常時配置されていること。
 - ハ 集中治療を行うにつき相当の実績を有していること。
 - （3） 新生児特定集中治療室管理料の注1に規定する厚生労働大臣が定める疾病別表第十四に掲げる疾患
- 六の二 総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準等
 - （1） 総合周産期特定集中治療室管理料1の施設基準
 - イ 病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
 - ロ 当該治療室内に集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。
 - ハ 当該治療室における助産師又は看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が三又はその端数を増すごとに一年以上であること。
 - ニ 集中治療を行うにつき十分な専用施設を有していること。

- (2) 総合周産期特定集中治療室管理料2の施設基準
- イ (1)のイからニまでの基準を満たすものであること。
 - ロ 集中治療を行うにつき十分な実績を有していること。
 - (3) 総合周産期特定集中治療室管理料の注1に規定する厚生労働大臣が定める疾患別表第十四に掲げる疾患
- 六の三 新生児治療回復室入院医療管理料の施設基準等
- (1) 病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
 - (2) 当該保険医療機関内に新生児治療回復室入院医療管理を行うにつき必要な小児科の専任の医師が常時配置されていること。
 - (3) 当該治療室における助産師又は看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに二以上であること。
 - (4) 新生児治療回復室入院医療管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (5) 新生児治療回復室入院医療管理を行うにつき十分な構造設備を有していること。
 - (6) 新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - (7) 新生児治療回復室入院医療管理料の注1に規定する厚生労働大臣が定める疾患別表第十四に掲げる疾患
- 七 一類感染症患者入院医療管理料の施設基準等
- (1) 一類感染症患者入院医療管理料の施設基準
 - イ 病院の治療室を単位として行うものであること。
 - ロ 当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が二又はその端数を増すごとに二以上であること。
 - (2) 一類感染症患者入院医療管理料の対象患者別表第八に掲げる患者
- 八 特殊疾患入院医療管理料の施設基準
- (1) 特殊疾患入院医療管理料の施設基準
 - イ 脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等をおおむね八割以上入院させた病室であって、一般病棟の病室を単位として行うものであること。
 - ロ 当該病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに二以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者を含む二以上であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員及び看護補助者を含む二以上であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者の数が二百又はその端数を増すごとに二に相当する数以下であること。
 - ハ 当該病室を有する病棟において、看護職員及び看護補助者の最小必要数の五割以上
- 九 小児入院医療管理料の施設基準
- (1) 通則
 - イ 小児科を標榜している病院であること。
 - ロ 医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。
 - ハ 小児医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (2) 小児入院医療管理料1の施設基準
 - イ 当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が二十名以上配置されていること。
 - ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに二以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数が九又はその端数を増すごとに二以上であることとするが、この場合であっても、当該病棟における看護師の数は、夜勤の時間帯も含め、常時当該病棟の入院患者の数が九又はその端数を増すごとに二以上であること。
 - ハ 専ら十五歳未満の小児（小児慢性特定疾病医療支援（児童福祉法第六条の二第二項に規定する小児慢性特定疾病医療支援をいう。以下同じ。）の対象である場合は、二歳未満の者）を入院させる病棟であること。
 - ニ 専ら小児の入院医療に係る相当の実績を有していること。
 - ホ 入院を要する小児救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - ヘ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日以内であること。
 - (3) 小児入院医療管理料2の施設基準
 - イ 当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が九名以上配置されていること。
 - ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに二以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
 - ハ 専ら十五歳未満の小児（小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、二十歳未満の者）を入院させる病棟であること。
 - ニ 入院を要する小児救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - ホ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日以内であること。
 - (4) 小児入院医療管理料3の施設基準
- 十 小児入院医療管理料の施設基準
- (1) 通則
 - イ 小児科を標榜している病院であること。
 - ロ 医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。
 - ハ 小児医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (2) 小児入院医療管理料1の施設基準
 - イ 当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が二十名以上配置されていること。
 - ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに二以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数が九又はその端数を増すごとに二以上であることとするが、この場合であっても、当該病棟における看護師の数は、夜勤の時間帯も含め、常時当該病棟の入院患者の数が九又はその端数を増すごとに二以上であること。
 - ハ 専ら十五歳未満の小児（小児慢性特定疾病医療支援（児童福祉法第六条の二第二項に規定する小児慢性特定疾病医療支援をいう。以下同じ。）の対象である場合は、二歳未満の者）を入院させる病棟であること。
 - ニ 専ら小児の入院医療に係る相当の実績を有していること。
 - ホ 入院を要する小児救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - ヘ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日以内であること。
 - (3) 小児入院医療管理料2の施設基準
 - イ 当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が九名以上配置されていること。
 - ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに二以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
 - ハ 専ら十五歳未満の小児（小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、二十歳未満の者）を入院させる病棟であること。
 - ニ 入院を要する小児救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - ホ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日以内であること。
 - (4) 小児入院医療管理料3の施設基準

- イ 当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が五名以上配置されていること。
- ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- ハ 専ら十五歳未満の小児（小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、二十歳未満の者）を入院させる病棟であること。
- ニ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日以内であること。
- (5) 小児入院医療管理料 4 の施設基準
 - イ 当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が三名以上配置されていること。
 - ロ 当該病棟を有する病棟において、一日に看護を行う看護員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
 - ハ 当該病棟において、看護員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
 - ニ 当該病棟において、専ら小児を入院させる病床が十床以上であること。
 - ホ 当該保険医療機関の当該病棟を含めた一般病棟の入院患者の平均在院日数が二十八日以内であること。
- (6) 小児入院医療管理料 5 の施設基準
 - イ 当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が一名以上配置されていること。
 - ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
 - ハ 当該病棟において、看護員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
 - ニ 特定機能病院以外の病院であること。
- (7) 小児入院医療管理料の注 2 に規定する加算の施設基準
 - イ 当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士（国家戦略特別区域法（平成二十五年法律第七号）第十二条の五第五項に規定する事業実施区域域内にある保険医療機関にあっては、保育士又は当該事業実施区域域に係る国家戦略特別区域限定保育士）が一名以上配置されていること。
 - ロ 小児患者に対する療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- (8) 小児入院医療管理料の注 4 に規定する加算の施設基準
 - イ 当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士が一名以上配置されていること。

- ロ 小児患者に対する療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- ハ 他の保険医療機関において新生児特定集中治療室管理料を算定した患者及び第八の十の(1)に規定する超重症の状態又は同(2)に規定する準超重症の状態に該当する十五歳未満の患者の当該病棟への受入れについて、相当の実績を有していること。
- 十 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等
 - (1) 通則
 - イ 回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を八割以上入院させ、一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。
 - ロ 回復期リハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。
 - ハ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定するリハビリテーションに係る適切な実施計画を作成する体制及び適切な当該リハビリテーションの効果、実施方法等を評価する体制がとられていること。
 - ニ 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、一日当たり二車位以上のリハビリテーションが行われていること。
 - ホ 当該病棟に専任の常勤医師が一名以上配置されていること。
 - ヘ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五（回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 にあっては十三）又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員 3 から 6 ままであって、看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は一以上）であることとする。
 - ト 当該病棟において、看護職員が最小必要数の四割（回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 にあっては七割）以上が看護師であること。
 - チ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数減じた数以上）であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに二に相当する数以下であること。
 - リ 当該病棟に専任の常勤の理学療法士が二名（回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 にあっては三名）以上、作業療法士が一名（回復期リハビリテーション病棟入院料 1 及び 2 にあっては二名）以上配置されていること。
 - ヌ 特定機能病院以外の病院であること。
 - (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 の施設基準

- イ 当該病棟に専従の常勤の言語聴覚士が一名以上配置されていること。
 - ロ 当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。
 - ハ 当該病棟に在宅復帰支援を担当する専任の常勤の社会福祉士等が一名以上配置されていること。
 - ニ 休日を含め、週七日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。
 - ホ 当該病棟において、新規入院患者のうち三割以上が重症の患者であること。
 - ヘ 当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が七割以上であること。
 - ト 重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又は機能的自立度評価法 (Function Independence Measure) (以下「FIM」という。) が改善していること。
 - チ データ提出加算に係る実績の指数が四十以上であること。
 - リ リハビリテーションの効果を有している保険医療機関であること。
 - (3) 回復期リハビリテーション病棟入院料2の施設基準
 - (2)のイ及びハからチまでを満たすものであること。
 - (4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3の施設基準
 - イ 当該病棟において、新規入院患者のうち二割以上が重症の患者であること。
 - ロ 当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が七割以上であること。
 - ハ 重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又はFIMが改善していること。
 - ニ データ提出加算に係る実績の指数が三十五以上であること。
 - ホ リハビリテーションの効果を有している保険医療機関であること。
 - (5) 回復期リハビリテーション病棟入院料4の施設基準
 - (4)のイからニまでを満たすものであること。
 - (6) 回復期リハビリテーション病棟入院料5の施設基準
 - イ リハビリテーションの効果を有している保険医療機関であること。
 - ロ データ提出加算に係る実績の指数が三十以上であること。
 - (7) 回復期リハビリテーション病棟入院料6の施設基準
 - (6)のロを満たすものであること。
 - (8) 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数
 - 別表第九に掲げる状態及び日数
 - (9) 休日リハビリテーション提供体制加算の施設基準
 - 休日を含め、週七日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。
 - (10) 回復期リハビリテーション病棟入院料の注3に規定する費用
 - 別表第九の三に掲げる費用
 - (11) 回復期リハビリテーション病棟入院料の注3の除外薬剤・注射薬
 - 自己連続携行式腹膜灌流用灌流液及び別表第五の一の二に掲げる薬剤・注射薬
 - (12) 体制強化加算の施設基準
 - イ 当該病棟において、リハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専従の常勤医師が適切に配置されていること。
 - ロ 当該病棟において、入院患者の退院に係る調整 (以下「退院調整」という。) を行うにつき十分な経験を有する専従の常勤社会福祉士が適切に配置されていること。
- 十一 削除
- 十一の二 地域包括ケア病棟入院料の施設基準等
- (1) 通則
- イ 当該病棟又は病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟又は病室を有する病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一年以上であること。ただし、当該病棟又は病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟又は病室を有する病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること (地域包括ケア病棟入院料の注8の場合を除く。) とする。
 - ロ 当該病棟又は病室を有する病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
 - ハ 次のいずれかに該当すること。
 - ① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一朝四分以上入院させる病棟又は病室であること。
 - ② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を一朝一分以上入院させる病棟又は病室であること。
 - ニ 当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。
 - ホ 当該病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が一名以上配置されていること。
 - ヘ データ提出加算の届出を行っていること。
 - ト 特定機能病院以外の病院であること。
 - チ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 - リ 救急医療又は在宅医療を提供する体制等の地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な体制を有していること。
 - ヌ 許可病床数が四百床以上の保険医療機関にあつては、当該病棟における入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転院したものの割合が六割未満であること。
 - ル 当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

- (2) 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準
- イ 地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な構造設備を有していること。
- ロ 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割以上であること。
- ハ 当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が一割五分以上であること。
- ニ 当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において六人以上であること。
- ホ 次のいずれか二つ以上を満たしていること。
- ① 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。
- ② 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を前三月間において六十回以上算定している保険医療機関であること。
- ③ 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法(平成二十年厚生労働省告示第六十七号)に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。
- ④ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。
- ⑤ 介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。
- ⑥ 退院時共同指導料2を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。
- ヘ 許可病床数が二百床(別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床)未満の保険医療機関であること。
- ト 病院一般病棟又は療養病棟の病棟を単位として行うものであること。
- (3) 地域包括ケア入院医療管理料1の施設基準
- イ 当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割以上あること。
- ロ 当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が一割五分以上であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあっては、前三月間において、自宅等から入院した患者が六人以上であること。
- ハ 当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において六人以上であること。
- ニ (2)のイ及びロを満たすものであること。
- ホ 病院一般病棟又は療養病棟の病室を単位として行うものであること。
- (4) 地域包括ケア病棟入院料2の施設基準
- イ 許可病床数が四百床未満の保険医療機関であること。
- ロ (2)のイ、ロ及びトを満たすものであること。
- (5) 地域包括ケア入院医療管理料2の施設基準
- (2)のイ及びヘ並びに(3)のイ及びロを満たすものであること。
- (6) 地域包括ケア病棟入院料3の施設基準
- (2)のロからトまでを満たすものであること。
- (7) 地域包括ケア入院医療管理料3の施設基準
- イ (2)のホ及びヘまでを満たすものであること。
- ロ (3)のロ、ハ及びホを満たすものであること。
- (8) 地域包括ケア病棟入院料4の施設基準
- イ 許可病床数が四百床未満の保険医療機関であること。
- ロ (2)のトを満たすものであること。
- (9) 地域包括ケア入院医療管理料4の施設基準
- (2)のヘ及び(3)のホを満たすものであること。
- (10) 地域包括ケア病棟入院料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める地域別表第六の二に掲げる地域
- (11) 地域包括ケア病棟入院料の注2に規定する施設基準
- イ 病院一般病棟又は病室を単位で行うものであること。
- ロ 当該病棟又は病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟又は病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟又は病室を有する病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- ハ 当該病棟又は病室を有する病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
- ニ 地域包括ケア病棟入院料1若しくは2又は地域包括ケア入院医療管理料1若しくは2については、当該病棟又は病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割以上であること。
- ホ 地域包括ケア病棟入院料1若しくは2又は地域包括ケア入院医療管理料1若しくは2については、地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な構造設備を有していること。
- ヘ 地域包括ケア病棟入院料1又は3については、(2)のハからヘまでを満たすものであること。
- ト 地域包括ケア入院医療管理料1又は3については、(2)のロ及びヘ並びに(3)のロ及びハを満たすものであること。
- (12) 看護職員配置加算の施設基準
- イ 一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟又は病室を含む病棟の入院患者

者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者の数が二百又は一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又は一日に事務的業務を行う看護補助者の数に、一日に事務的業務を行う看護補助者の数にその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。

ハ 当該病棟において、看護職員及び看護補助者の最小必要数の五割以上が看護職員であること。

ニ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。

ホ 特殊疾患病棟を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2) 特殊疾患病棟入院料 2 の施設基準

次のいずれかに該当する病棟であること。

イ 児童福祉法第四十二条第二号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児を入所させるものに限る。）又は同法第六条の二第二第三項に規定する指定発達支援医療機関に係る一般病棟であること。

ロ 次のいずれにも該当する病棟であること。

① 重度の肢体不自由児（者）等（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の障害者（1）のイに掲げる者を除く。）をおおむね八割以上入院させる一般病棟又は精神病棟であって、病棟単位で行うものであること。

② (1)の施設基準のロからホまでを満たすものであること。

(3) 特殊疾患病棟入院料 5 の除外薬剤・注射薬

別表第五の一の二に掲げる薬剤・注射薬

十三 緩和ケア病棟入院料の施設基準等

(1) 緩和ケア病棟入院料 1 の施設基準

イ 主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。

ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに二以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

ハ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ニ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること（当該病棟において緩和ケア病棟入院料を算定する悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。

ホ 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。

ヘ 当該病棟における患者の入退病を判定する体制がとられていること。

ト 健康保険法第六十三条第二項第五号及び高齢者医療確保法第六十四条第二項第五号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること。

の数が五十又はその端数を増すごとに二以上であること。

ロ 看護職員の負担の軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。

(13) 看護補助者配置加算の施設基準

イ 一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟又は病室を含む病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに二以上であること。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに二に相当する数以下であること。

ロ 看護職員の負担の軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。

(14) 地域包括ケア病棟入院料の注 6 の除外薬剤・注射薬

自己注射用点滴液及び別表第五の一の三に掲げる薬剤及び注射薬

(15) 地域包括ケア病棟入院料の注 7 に規定する施設基準

イ 当該病棟又は病室を含む病棟において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに二以上であること。

ロ 当該病棟のうちの三割以上が認知症等の患者であること。

ハ 看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。

(16) 地域包括ケア病棟入院料の注 7 に規定する厚生労働大臣が定める日

当該病棟又は病室を含む病棟における夜勤を行う看護職員の数が三未満である日

(17) 地域包括ケア病棟入院料の注 8 に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関許可病床数が百未満のものであること。

(18) 地域包括ケア病棟入院料の注 8 に規定する厚生労働大臣が定める日

次のいずれにも該当する各病棟又は病室を有する各病棟において、夜間の救急外来を受診した患者に対応するため、当該各病棟のいずれか一病棟において夜勤を行う看護職員の数及び、一時的に二未満となった日

イ 看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、患者の看護に支障がないと認められること。

ロ 看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、看護職員及び看護補助者の数が、看護職員一を含む二以上であること。ただし、入院患者数が三十人以上の場合にあっては、看護職員の数が一以上であること。

(19) 地域包括ケア病棟入院料の注 9 に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの

(1) のヌの基準

十二 特殊疾患病棟入院料の施設基準等

(1) 特殊疾患病棟入院料 1 の施設基準

イ 特殊損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等をおおむね八割以上入院させる一般病棟であって、病棟単位で行うものであること。

ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助者を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに二以上であること。

ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助者を行う看護補助

- 又 精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。
- (2) 精神科救急入院料の対象患者
別表第十一に掲げる患者
- (3) 精神科救急入院料の注2の除外薬剤・注射薬
別表第五の一の四に掲げる薬剤・注射薬
- (4) 精神科救急入院料の注4に規定する厚生労働大臣が定める状態
統合失調症、統合失調型障害又は気分(感情)障害のもの
- (5) 精神科救急入院料の注5に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準
イ 当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上であること。
ロ 当該保険医療機関において、入院患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置していること。
ハ 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。
- ニ 看護職員の負担の軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。
- (6) 精神科救急入院料の注5に規定する厚生労働大臣が定める日
当該病棟における夜勤を行う看護職員の数が三未満である日
- 十五 精神科急性期治療病棟入院料の施設基準等
(1) 通則
イ 主として急性期の集中的な治療を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。
ロ 医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。
- ハ 医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。
- ニ 当該病院に他の精神病棟を有する場合は、精神科病棟入院基本料の十対一入院基本料、十三対一入院基本料、十五対一入院基本料、十八対一入院基本料若しくは二十対一入院基本料又は特定入院料を算定している病棟であること。
- ホ 当該地域における精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設であること。
- (2) 精神科急性期治療病棟入院料1の施設基準
イ 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、看護師一を含む二以上(看護補助者が夜勤を行う場合においては看護師の数は一)であることとする。

- チ がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。
- リ 連携する保険医療機関の医師・看護師等に対して研修を実施していること。
- 又 次のいずれかに該当すること。
 - ① 入院を希望する患者の速やかな受入れにつき十分な体制を有すること。
 - ② 在宅における緩和ケアの提供について、相当の実績を有していること。
 - ル 次のいずれかに係る届出を行っていること。
 - ① 区分番号A226-2に掲げる緩和ケア診療加算
 - ② 区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料
 - ③ 区分番号C003に掲げる在宅がん医療総合診療料
- (2) 緩和ケア病棟入院料2の施設基準
(1)のイからリまでを満たすものであること。
- (3) 緩和ケア病棟入院料の注3の除外薬剤・注射薬
別表第五の一の二に掲げる薬剤・注射薬
- 十四 精神科救急入院料の施設基準等
(1) 精神科救急入院料の施設基準
イ 主として急性期の集中的な治療を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。
ロ 医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。
ハ 医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。
- ニ 当該病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上であること。
- ホ 当該病棟に常勤の精神保健指定医(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。)が一名以上配置されており、かつ、当該病棟を有する保険医療機関に常勤の精神保健指定医が五名以上配置されていること。
- ハ 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- ト 当該地域における精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設であること。
- チ 精神科救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- リ 精神科救急医療を行うにつき十分な構造設備を有していること。

十五の二 精神科救急・合併症入院料の施設基準等

- (1) 精神科救急・合併症入院料の施設基準
 - イ 補道庁長官が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している病院の病棟単位で行うものであること。
 - ロ 主として急性期の集中的な治療を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神科病棟を単位として行うものであること。
 - ハ 医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数が配置されていること。
- ニ 医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。
- ホ 当該病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上であること。
- ヘ 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神科医が五名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が三名以上配置されていること。
- ト 当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- チ 当該地域における精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設であること。
- リ 精神科救急・合併症医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ヌ 精神科救急・合併症医療を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- ル 精神科救急・合併症医療に係る実績を相当程度有していること。
- (2) 精神科救急・合併症入院料の注2の除外薬剤・注射薬
 - 別表第五の一の四に掲げる薬剤・注射薬
- (3) 精神科救急・合併症入院料の対象患者
 - 別表第十に掲げる患者
- (4) 精神科救急・合併症入院料の注4に規定する厚生労働大臣が定める状態
 - 統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害又は気分（感情）障害のもの
- (5) 看護職員夜間配置加算の施設基準
 - イ 当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上であること。
 - ロ 当該保険医療機関において、入院患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等が構成された委員会を設置していること。
 - ハ 夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。
- ニ 看護職員の負担の軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。

- ハ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
- ニ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文中に規定する数にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数に減じた数以上）であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。
- ホ 精神科急性期治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ヘ 精神科急性期治療を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- (3) 精神科急性期治療病棟入院料2の施設基準
 - イ 当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が一名以上配置されていること。
 - ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文中の規定にかかわらず、看護師一を含む二以上（看護補助者が夜勤を行う場合においては看護師の数は一）であることとする。
 - ハ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
 - ニ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文中の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数に減じた数以上）であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。
 - ホ 精神科急性期治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - ヘ 精神科急性期治療病棟入院料の注2の除外薬剤・注射薬
 - (4) 精神科急性期治療病棟入院料の注2の除外薬剤・注射薬
 - 別表第五の一の四に掲げる薬剤・注射薬
 - (5) 精神科急性期治療病棟入院料の対象患者
 - 別表第十に掲げる患者
 - (6) 精神科急性期治療病棟入院料の注4に規定する厚生労働大臣が定める状態
 - 統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害又は気分（感情）障害のもの

- (6) 精神科救急・合併症入院料の注5に規定する厚生労働大臣が定める日
当該病棟における夜勤を行う看護職員の数が三未満である日
- 十五の三 児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準
- (1) 二十歳未満の精神疾患を有する患者をおおむね八割以上入院させる病棟（精神病棟に限る。）又は治療室（精神病棟に係るものに限る。）を単位として行うものであること。
- (2) 医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。
- (3) 医療法施行規則第十九条第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。
- (4) 当該病棟又は治療室に小児医療及び児童・思春期の精神医療に関し経験を有する常勤の医師が二名以上配置されており、うち一名は精神保健指定医であること。
- (5) 当該病棟又は当該治療室を有する病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟又は当該治療室を有する病棟の入院患者の数が十又ははその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟又は当該治療室を有する病棟において、一日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
- (6) 二十歳未満の精神疾患を有する患者に対する療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (7) 二十歳未満の精神疾患を有する患者に対する療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- 十六 精神療養病棟入院料の施設基準等
- (1) 精神療養病棟入院料の施設基準
- イ 主として長期の入院を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。
- ロ 退院調整を担当する者が配置されていること。
- ハ 医療法施行規則第十九条第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。
- ニ 当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟に専任の常勤精神科医が一名以上配置されていること。
- ホ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又ははその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、その端数を増すごとに一に相当する数以下であること。
- ヘ 当該病棟において、看護職員及び看護補助者の最小必要数の五割以上が看護職員で

- あること。
- ト 当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。
- チ 精神療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- リ 精神療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- (2) 精神療養病棟入院料の注2の除外薬剤・注射薬
- (3) 別表第五の一の五に掲げる薬剤・注射薬
- (3) 重症者加算1の対象患者の状態
- GAF尺度による判定が三十以下であること。
- (4) 重症者加算2の対象患者の状態
- GAF尺度による判定が四十以下であること。
- (5) 重症者加算1の施設基準
- 当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関であること。
- (6) 退院調整加算の施設基準
- イ 当該保険医療機関において、入院患者の退院に係る支援に関する部門が設置されていること。
- ロ 退院調整を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (7) 精神保健福祉士配置加算の施設基準
- イ 当該病棟に専任の精神保健福祉士が一名以上配置されていること。
- ロ 入院患者の退院が着実に進められている保険医療機関であること。
- 十七 削除
- 十八 認知症治療病棟入院料の施設基準
- (1) 通則
- 主として急性期の集中的な治療を要する認知症患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。
- (2) 認知症治療病棟入院料1の施設基準
- イ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又ははその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の最小必要数）であることとする。
- ロ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。
- ハ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又ははその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては看護職員の最小必要数）であることとする。
- ヘ 当該病棟において、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又ははその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。

- へ 現に看護を行っている病棟ごとの看護職員の数と当該病棟の入院患者の数の割合を当該病棟の見やすい場所に掲示していること。
- ト 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の本数(三十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、一以上であることとする。
- (3) 特定一般病棟入院料2の施設基準
 - イ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
 - ロ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
 - ハ 当該病棟の入院患者の平均在院日数が六十日以内であること。
 - ニ (2)のイ、ニ及びへを満たすものであること。
 - (4) 一般病棟看護必要度評価加算の施設基準
 - イ 特定一般病棟入院料1に係る届出を行っている病棟であること。
 - ロ 当該加算を算定する患者について測定した一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの結果に基づき、当該病棟における当該看護必要度の評価を行っていること。
 - イ 病室を単位として行うものであること。
 - ロ 次のいずれかに該当すること。
 - ① 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一回四分以上入院させる病室であること。
 - ② 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を一回一分以上入院させる病室であること。
 - ③ 当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が一回五分以上であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあつては、前三月間において、自宅等から入院した患者が六以上であること。
 - ④ 当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において六人以上であること。
 - ⑤ 次のいずれか二つ以上を満たしていること。
 - 1 在宅患者訪問診療料(Ⅱ)及び在宅患者訪問診療料(Ⅲ)を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。
 - 2 在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を前三月間において六十回以上

- が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。
- (3) 認知症治療病棟入院料2の施設基準
 - イ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、一以上であることとする。
 - ロ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。
 - ハ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。
 - (4) 退院調整加算の施設基準
 - イ 当該保険医療機関において、入院患者の退院に係る支援に関する部門が設置されていること。
 - ロ 退院調整を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - (5) 認知症夜間対応加算の施設基準
 - イ 当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数が三以上(看護職員が夜勤を行う場合においては、三から当該看護職員の数を減じた数以上)であること。
 - ロ 当該保険医療機関において、入院患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置していること。
 - (6) 認知症治療病棟入院料の注4の除外薬剤・注射薬
 - 別表第五の一の二に掲げる薬剤・注射薬
 - 別表第六の二に掲げる地域
 - 十九 特定一般病棟入院料の施設基準等
 - (1) 特定一般病棟入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める地域
 - 別表第六の二に掲げる地域
 - (2) 特定一般病棟入院料1の施設基準
 - イ 一般病棟(診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病棟の病棟を除く。)であること。
 - ロ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
 - ハ 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
 - ニ 看護職員及び看護補助者の労働時間が適切なるものであること。
 - ホ 夜勤については、看護師一を含む二以上の数の看護職員が行うこと。

- ハ 当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟に専任の常勤精神科医が一名以上配置されていること。
- ニ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一年以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士が本文中に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員、看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一名を含む二以上であること。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一年以上に相当する数以下であること。
- ホ 当該病棟において、看護職員、看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数の六割以上が看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士であること。
- ヘ 当該病棟において、看護職員、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数（当該必要数が看護職員数を上回る場合には看護職員数）の二割以上が看護師であること。
- ト 当該病棟に専任の常勤の精神保健福祉士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の精神保健福祉士が一名以上（入院患者数が四十を超える場合は二名以上）配置されていること。
- チ 精神疾患を有する患者の退院に係る支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- リ 当該保険医療機関において、入院患者の退院に係る支援に関する部門が設置されていること。
- ス 長期の入院患者の当該病棟からの退院が着実に進んでおり、当該保険医療機関の精神病床の数が減少していること。
- ル 精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
- (2) 重症者加算 1 の対象患者の状態
 - ③ 重症者加算 2 の対象患者の状態
 - GAF尺度による判定が三十以下であること。
 - GAF尺度による判定が四十以下であること。
 - (4) 重症者加算 1 の施設基準
 - 当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関であること。
 - (5) 地域移行機能強化病棟入院料の注 4 の除外薬剤・注射薬
 - 別表第五の一の五に掲げる薬剤及び注射薬

第十

- 一 通則
 - 短期滞在手術等基本料を算定する手術等は、別表第十一に掲げるものとする。
 - 短期滞在手術等基本料 1 の施設基準
 - (1) 局所麻酔による短期滞在手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。

- 算定している保険医療機関であること。
- 3 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。
- 4 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。
- 5 介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。
- 6 退院時共同指導料 2 を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。
- ⑥ 当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。
- ⑦ 許可病床数が二百八十床未満の保険医療機関であること。
- ハ 当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師又は専任の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専任の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士が、専任の社会福祉士が配置されていること。
- ニ 当該病室を含む病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が一名以上配置されていること。
- ホ データ提出加算の届出を行っていること。
- ヘ 心大血管疾患リハビリテーション科、脳血管疾患等リハビリテーション科、銃用症候群リハビリテーション科、運動器リハビリテーション科、呼吸器リハビリテーション科又はがん患者リハビリテーション科に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ト 地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な体制を有していること。
- チ 地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な構造設備を有していること。
- リ 当該病室において、退院患者に占める、自宅等に退院するものの割合が七割以上であること。
- (6) 特定一般病棟入院料の注 8 の除外薬剤・注射薬
 - 自己連続移行式腹蔵灌流液及び別表第五の一の三に掲げる薬剤及び注射薬
- 二十 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等
 - (1) 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準
 - イ 主として精神疾患により長期に入院していた患者であって、退院に向けた集中的な支援を特に必要とするものを入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。
 - ロ 医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。

- 第八の一の(1)の(1)への②、第八の一の(2)のイ(1)の(1)への②に限る。)及び第八の一の(3)のイ(1)の(1)への②に限る。)に該当するものとみなす。
- 五 令和三年三月三十一日において現に次の(1)から(16)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、次の(1)から(16)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(16)までに定めるものに該当するものとみなす。
- (1) 急性期一般入院料 1 第五の一の(1)のイの②の1
 - (2) 急性期一般入院料 2 第五の一の(1)のイの③の1
 - (3) 急性期一般入院料 3 第五の一の(1)のイの④の1
 - (4) 急性期一般入院料 5 第五の一の(1)のイの⑥
 - (5) 急性期一般入院料 6 第五の一の(1)のイの⑦
 - (6) 結核病棟入院基本料の七対一入院基本料 第五の四の(1)のイの③
 - (7) 特定機能病棟入院基本料の一般病棟の七対一入院基本料 第五の五の(1)のイの①の②
 - (8) 特定機能病棟入院基本料の注5のイ 第五の五の(4)のイの②
 - (9) 特定機能病棟入院基本料の注5のロ 第五の五の(4)のロの②
 - (10) 特定機能病棟入院基本料の注5のハ 第五の五の(4)のハの②
 - (11) 専門病棟入院基本料の七対一入院基本料 第五の六の(2)のイの④
 - (12) 専門病棟入院基本料の注3のイ 第五の六の(3)のイの②
 - (13) 専門病棟入院基本料の注3のロ 第五の六の(3)のロの②
 - (14) 専門病棟入院基本料の注3のハ 第五の六の(3)のハの②
 - (15) 地域包括ケア病棟入院料 第九の十一の二の(1)のハ
 - (16) 特定一般病棟入院料の注7 第九の十九の(5)のロの①又は②
- 六 令和三年三月三十一日において現に急性期一般入院料4に係る届出を行っている病棟については、令和三年三月三十一日までの間に限り、第五の二の(1)のイの⑤に該当するものとみなす。
- 七 令和三年三月三十一日において現に急性期一般入院料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関(許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。)であって、第五の二の(1)のイの③又は第五の二の(1)のイの④の届出を行うものについては、令和四年三月三十一日までの間に限り、第五の二の(1)のイの③の1の(一)中「二割八分」とあるのは「二割六分」と、第五の二の(1)のイの④の1の(一)中「二割五分」とあるのは「二割四分」と、第五の二の(1)のイの④の1の(二)中「二割三分」とあるのは「二割一分」とする。
- 八 令和三年三月三十一日において現に急性期一般入院料3に係る届出を行っている保険医療機関(許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。)であって、第五の二の(1)のイの④の届出を行うものについては、令和四年三月三十一日までの間に限り、第五の二の(1)のイの④の1の(一)中「二割五分」とあるのは「二割三分」と、第五の二の(1)のイの④の1の(二)中「二割三分」とあるのは「二割一分」とする。
- 九 令和三年三月三十一日において現に急性期一般入院料4に係る届出を行っている保険医

4

- (2) 短期滞在手術を行うにつき回復室その他適切な施設を有していること。
- (3) 当該回復室における看護士の数は、常時、当該回復室の患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。
- 三 短期滞在手術等基本料2の施設基準
- (1) 全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊髄麻酔による短期滞在手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - (2) 短期滞在手術を行うにつき適切な施設を有していること。
 - (3) 診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病棟の病棟を有する病院でないこと。ただし、歯科点数表の短期滞在手術等基本料の注1の規定により医科点数表の短期滞在手術等基本料の例によることとされた場合においては、この限りでない。
- 四 厚生労働大臣が定める保険医療機関
- 診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を有する病院又は診療所でないこと。
- 五 短期滞在手術等基本料の注5の除外薬剤・注射薬
- 別表第一の一の三に掲げる薬剤及び注射薬
- 第十一 経過措置
- 一 看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関については、第五の四の二の(2)の規定にかかわらず、当分の間は、なお従前の例によることができる。
- 二 当分の間は、第九の九の(1)のロ中「医師の員数以上の員数」とあるのは「医師の員数以上の員数(同令第五十条の規定の適用を受ける間、この規定により有しななければならない医師の員数以上の員数)」と、第九の十五の(1)のロ、第九の十五の(1)のイ、第九の十五の(2)中「医師の員数以上の員数」とあるのは「医師の員数以上の員数(同令第四十九条及び第五十条の規定の適用を受ける間、それぞれこれら第九の十五の(1)のハ、第九の十五の(1)のニ、第九の十五の(3)及び第九の十六の(1)のハ中「看護師及び准看護師の員数以上の員数」とあるのは「看護師及び准看護師の員数以上の員数(医療法施行規則等の一部を改正する省令(平成十三年厚生労働省令第八号)附則第二十条の規定の適用を受ける病院にあつては、この規定の適用を受ける間、この規定により有しななければならない看護師及び准看護師の員数以上の員数)」とする。
- 三 平成二十六年三月三十一日において現に保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟(一般病棟入院基本料七対一入院基本料若しくは十対一入院基本料、特定機能病棟入院基本料又は専門病棟入院基本料)に入院する特定患者(診療報酬の算定方法の一部を改正する件(平成二十六年厚生労働省告示第五十七号)による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号A100の注8に規定する特定患者をいう。)については、当分の間、医療区分3とみなす。
- 四 平成三十年三月三十一日において、当該保険医療機関と同一建物内に特別介護老人ホーム、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設を設置している保険医療機関については、

療機関（許可病床数が二百床未満の保険医療機関に限る。）であって、第五の二の(1)のイの⑤の届出を行うものについては、令和四年三月三十一日までの間に限り、第五の二の(1)のイの⑤の1中「二割二分」とあるのは「二割」と、第五の二の(1)のイの⑤の2中「二割」とあるのは「一割八分」とする。

十 令和二年三月三十一日において現に次の(1)から(3)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟（許可病床が二百床未満の保険医療機関に限る。）については、令和四年三月三十一日までの間に限り、次の(1)から(3)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(3)までに定めるものに該当するものとみなす。

- (1) 療養病棟入院基本料 第五の三の(1)のイの⑧
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料5 第九の十の(6)のロ
- (3) 回復期リハビリテーション病棟入院料6 第九の十の(7)

十一 令和二年三月三十一日において現に次の(1)から(3)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟について、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（十三対一般入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4まで又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟又は回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するものうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において二百床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、次の(1)から(3)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(3)までに定めるものに該当するものとみなす。

- (1) 療養病棟入院基本料 第五の三の(1)のイの⑧
- (2) 回復期リハビリテーション病棟入院料5 第九の十の(6)のロ
- (3) 回復期リハビリテーション病棟入院料6 第九の十の(7)

十二 令和二年三月三十一日において現に急性期一般入院料1から6までに係る届出を行っている病棟（許可病床数が四百床以上の保険医療機関に限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第五の二の(1)のイの①の5に該当するものとみなす。

十三 令和二年三月三十一日において現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている病棟については、同年九月三十日までの間に限り、第五の三の(1)のイの⑥及び⑦に該当するものとみなす。

十四 令和二年三月三十一日において現に総合入院体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、同年九月三十日までの間に限り、第八の一の(1)のイのイ、第八の一の(2)のイ（1）のイに限る。）及び第八の一の(3)のホに該当するものとみなす。

十五 令和二年三月三十一日において現に急性期看護補助体制加算に係る届出を行っている保険医療機関（急性期一般入院料7又は十対一般入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第八の七の三の(1)のへ、第八の七の三の(2)（(1)のへに限る。）、第八の七の三の(3)のロ（(1)のへに限る。）及び

び第八の七の三の(4)のロ（(1)のへに限る。）に該当するものとみなす。

十六 令和二年三月三十一日において現に看護職員夜間配置加算に係る届出を行っている保険医療機関（急性期一般入院料7又は十対一般入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第八の七の四の(1)のニ、第八の七の四の(2)（(1)のニに限る。）及び第八の七の四の(3)のロ（(1)のニに限る。）に該当するものとみなす。

十七 令和二年三月三十一日において現に看護補助加算1に係る届出を行っている保険医療機関（地域一般入院料1若しくは地域一般入院料2又は十三対一般入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第八の十の(1)のハに該当するものとみなす。

十八 令和二年三月三十一日において現に入退院支援加算3に係る届出を行っている保険医療機関であって、当該保険医療機関に基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（令和二年厚生労働省告示第 号）による改正前の基本診療料の施設基準等（以下「旧告示」という。）第八の三五の六の(3)のロの規定により配置されている専従の看護師について患者の在宅移行に関する研修を受けたものとみなす。

十九 令和二年三月三十一日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料1に係る届出を行っている病棟については、令和三年三月三十一日までの間に限り、第九の十の(2)のロに該当するものとみなす。

二十 令和二年三月三十一日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料1又は3に係る届出を行っている病棟については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十の(2)のロに該当するものとみなす。

二十一 令和二年三月三十一日において現に小児入院医療管理料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟（特定機能病院に限る。）については、令和四年三月三十一日までの間に限り、第九の九の(6)のニ又は第九の十の(1)のヌに該当するものとみなす。

二十二 令和二年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟については、令和三年三月三十一日までの間に限り、第九の十一の二の(1)のニに該当するものとみなす。

二十三 令和二年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有する保険医療機関（許可病床数が四百床以上のものに限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(1)のヌに該当するものとみなす。

二十四 令和二年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(1)のルに該当するものとみなす。

二十五 令和二年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料1若しくは地域包括ケア入院医療管理料1又は地域包括ケア病棟入院料3若しくは地域包括ケア入院医療管理料3に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、そ

れぞれ第九の十一の二の(2)のハ、ニ及びホ若しくは第九の十一の二の(3)のロ、ハ及びニの(2)のホに限る。)又は第九の十一の二の(6)のハ、ニ及びホに限る。)若しくは第九の十一の二の(7)のイ(2)のホに限る。)及びロ(3)のロ及びハに限る。)に該当するものとみなす。

二十六 令和二年三月三十一日において現に特定一般病棟入院料の注7に係る届出を行っている病棟については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十九の(5)のロの③から⑥までに該当するものとみなす。

二十七 令和二年三月三十一日において現に特定一般病棟入院料の注7に係る届出を行っている病棟については、令和三年三月三十一日までの間に限り、第九の十九の(5)のハに該当するものとみなす。

二十八 旧告示別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関であって、令和二年三月三十一日において現に緩和ケア診療加算の注2、栄養サポートチーム加算の注2、褥瘡ハイリスク患者ケア加算の注2、入院支援加算の注5、精神疾患診療体制加算、精神科急性期医師配置加算(旧告示第八の三十五の九の(2)のイを満すものとして届出を行っている場合に限る。)、地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア病棟入院料2若しくは4又は地域包括ケア病棟入院料の注2を除く。)、地域包括ケア病棟入院料の注2又は特定一般病棟入院料に係る届出を行っているものは、令和四年三月三十一日までの間に限り、別表第六の二に規定する地域に所在するものとみなす。

別表第一から別表第十五までを次のように改める。

別表第一 地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る手術
J 013 口腔内消炎手術(顎炎又は顎骨髄炎等に限る。)

J 016 口腔底悪性腫瘍手術

J 018 舌悪性腫瘍手術

J 031 口唇悪性腫瘍手術

J 032 口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術

J 035 頬粘膜悪性腫瘍手術

J 036 術後性上顎膿瘍抽出術

J 039 上顎骨悪性腫瘍手術

J 042 下顎骨悪性腫瘍手術

J 043 顎骨腫瘍抽出術

J 066 歯槽骨折靭血的整復術

J 068 上顎骨折靭血的手術

J 069 上顎骨形成術

J 070 頬骨折靭血的整復術

J 072 下顎骨折靭血的手術

J 072-2 下顎前歯突起骨折靭血的手術

J 075 下顎骨形成術

J 076 顔面多発骨折靭血的手術

J 087 上顎洞根治手術

別表第二 平均在院日数の計算対象としない患者

一 精神科身体合併症管理加算を算定する患者

二 救命救急入院料(広範囲熱傷特定集中治療管理料に限る。)を算定する患者

三 特定集中治療管理料(広範囲熱傷特定集中治療管理料に限る。)を算定する患者

四 小児特定集中治療管理料を算定する患者

五 新生児特定集中治療管理料を算定する患者

六 総合周産期特定集中治療管理料を算定する患者

七 新生児治療回復室入院医療管理料を算定する患者

八 一類感染症患者入院医療管理料を算定する患者

九 特殊疾患入院医療管理料を算定する患者

十 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者

十一 地域包括ケア病棟入院料を算定する患者

十二 特殊疾患病棟入院料を算定する患者

十三 緩和ケア病棟入院料を算定する患者

十四 精神科救急入院料を算定する患者

十五 精神科救急・合併症入院料を算定する患者

十六 精神科急性期治療病棟入院料を算定する患者

十七 児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する患者

十八 精神療養病棟入院料を算定する患者

十八の二 地域移行機能強化病棟入院料を算定する患者

十九 一般病棟(一般病棟入院基本料、特定機能病棟入院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病棟入院基本料を算定する病棟を除く。)に入院した日から起算して九十日を超えて入院している患者であって、医科点数表第一章第二節障害者施設等入院基本料の注5に規定する厚生労働大臣の定める状態等にあるもの

二十 一般病棟に入院した日から起算して九十日を超えて入院している患者であって、医科点数表第一章第二節一般病棟入院基本料の注11、特定機能病棟入院基本料の注9又は専門病棟入院基本料の注8の規定により療養病棟入院料1の例により算定している患者

二十一 認知症治療病棟入院料を算定している患者

二十二 短期滞在手術等基本料1及び3(入院した日から起算して五日までの期間に限る。)を算定している患者

二十三 診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病棟の有する病棟において、別表第十一の二に規定する手術を行った患者(入院した日の翌日までに退院した患者に限る。))又は別表第十一の三に規定する手術、検査又は放射線治療を行った患者(入院した日から起算して五日までに退院した患者に限る。))

別表第三 看護配置基準の計算対象としない治療室、病室又は専用施設

一 救命救急入院料に係る治療室

二 特定集中治療室管理料に係る治療室

- 三 ハイケアユニット入院医療管理料に係る治療室
 - 四 脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る治療室
 - 五 小児特定集中治療室管理料に係る治療室
 - 六 新生児特定集中治療室管理料に係る治療室
 - 七 総合周産期特定集中治療室管理料に係る治療室
 - 八 新生児治療回復室入院医療管理料に係る治療室
 - 九 一類感染症患者入院医療管理料に係る治療室
 - 十 短期滞在手術等基本料 1 に係る回復室
 - 十一 外来化学療法加算に係る専用施設
 - 別表第四 厚生労働大臣が定める状態等にある患者
 - 一 難病患者等医療費控除特別加算を算定する患者
 - 二 重症者等療養環境特別加算を算定する患者
 - 三 重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等
 - 四 悪性新生物に対する治療（重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。）を実施している状態にある患者
 - 五 輸血的動脈圧測定を実施している状態にある患者
 - 六 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を実施している状態にある患者（患者の入院の日から起算して百八十日までの間に限る。）
 - 七 ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態にある患者
 - 八 顔面に喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を実施している状態にある患者
 - 九 人工呼吸器を使用している状態にある患者
 - 十 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態にある患者
 - 十一 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態（当該手術を実施した日から起算して三十日までの間に限る。）にある患者
- 別表第五 特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注6の点数及び有床診療所療養病棟入院基本料に含まれる画像診断及び処置並びにこれらに含まれない除床診療所療養病棟入院基本料に含まれる画像診断及び処置並びにこれらに含まれない除床診療所療養病棟入院基本料に含まれる画像診断
- 一 これらに含まれる画像診断
 - 写真診断（単純撮影（エックス線診断料に係るものに限る。）に限る。）
 - 撮影（単純撮影（エックス線診断料に係るものに限る。）に限る。）
 - 二 これらに含まれる処置
 - 創傷処置（手術日から起算して十四日以内の患者に対するものを除く。）
 - 喀痰吸引
 - 排便
 - 酸素吸入

- 酸素テント
 - 皮膚科軟膏処置
 - 膀胱洗浄
 - 留置カテーテル設置
 - 導尿
 - 顔洗浄
 - 眼処置
 - 耳処置
 - 鼻処置
 - 口腔、咽頭処置
 - 間接喉頭鏡下喉頭処置
 - ネブライザー
 - 超音波ネブライザー
 - 介達牽引
 - 消炎鎮痛等処置
 - 鼻腔栄養
 - 長期療養患者褥瘡等処置
- 三 これらに含まれない除床薬剤（特定入院基本料に係る場合を除く。）及び抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）及び疼痛コントロールのための医療用麻薬
- 四 これらに含まれない注射薬（特定入院基本料に係る場合を除く。）、抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）、エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、エポエチンベータボゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）及び疼痛コントロールのための医療用麻薬
- 別表第五の一の二 特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注6の点数及び有床診療所療養病棟入院基本料に含まれない除床薬剤・注射薬並びに特殊患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料及び認知症治療病棟入院料の除外薬剤・注射薬
- インテグラーフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）
- 抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）
- 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体注回活性複合体
- 別表第五の一の三 地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料及び短期滞在手術等基本料

の除外薬剤・注射薬

抗悪性腫瘍剤 (悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。)、移植コントロールのための医療用麻薬、エリスロポエチン (人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。)、ダルベポエチン (人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。)、エポエチンベータベゴル (人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。)、インターフェロニン製剤 (B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。)、抗ウイルス剤 (B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。) 及び血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体注回活性複合体

別表第五の一の四 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の除外薬剤・注射薬

インターフェロニン製剤 (B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。)

抗ウイルス剤 (B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。)

血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体注回活性複合体

クロザピン (治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。)

持続性抗精神病注射薬剤 (投与開始日から起算して六十日以内に投与された場合に限る。)

別表第五の一の五 精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料の除外薬剤・注射薬

インターフェロニン製剤 (B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。)

抗ウイルス剤 (B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。)

血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体注回活性複合体

クロザピン (治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。)

持続性抗精神病注射薬剤 (投与開始日から起算して六十日以内に投与された場合に限る。)

別表第五の二 療養病棟入院基本料の入院料A、入院料B及び入院料C並びに有床診療所療養病棟入院基本料の入院基本料Aに係る疾患及び状態

一 対象疾患の名称
スモン

二 対象となる状態
医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

中心静脈注射を実施している状態

二十四時間持続して点滴を実施している状態
人工呼吸器を使用している状態

ドレーン又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態
気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態

酸素療法を実施している状態 (密度の高い治療を要する状態に限る。)
感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

別表第五の三 療養病棟入院基本料の入院料D、入院料E及び入院料F並びに有床診療所療養病棟入院基本料の入院基本料B及び入院基本料Cに係る疾患及び状態等

一 対象疾患の名称
筋ジストロフィー症

多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患 (進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病 (ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がII度又はIII度の状態に限る。)) その他の指定難病等 (スモンを除く。)

脊髄損傷 (頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。)

慢性閉塞性肺疾患 (ヒュー・ジョーンズの分類がV度の状態に該当する場合に限る。)

悪性腫瘍 (医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)

二 対象となる状態
閉塞に対する治療を実施している状態

尿路感染症に対する治療を実施している状態
傷病等によるリハビリテーションが必要となる状態 (原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。)

脱水に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態
消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

咽頭の嘔吐に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態
褥瘡に対する治療を実施している状態 (皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。)

末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態
せん妄に対する治療を実施している状態

うつ症状に対する治療を実施している状態
他者に対する暴行が毎日認められる状態

人工腎臓、持続経静脈式血液濾過、腹膜灌流又は血液交換療法を実施している状態
経鼻胃管や胃腸等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態

一日八回以上の喀痰吸引を実施している状態
気管切開又は気管内挿管が行われている状態 (発熱を伴う状態を除く。)

咽頭の血糖検査を実施している状態
創傷 (手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下肢若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感

- 感染症に対する治療を実施している状態
 療養療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態を除く。）
- 三 対象となる患者
 次に掲げる保険医療機関の療養病棟であって、平成十八年六月三十日において現に特殊疾患療養病棟入院料又は特殊疾患入院施設管理加算を算定するものに入院している患者（重度の肢体不自由児（者）又は知的障害者に限る。）
- (1) 児童福祉法第四十二条第二号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児を入所させるものに限る。）
- (2) 児童福祉法第六条の二第三項に規定する指定発達支援医療機関
- (3) 身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号）第十八条第二項に規定する指定医療機関

別表第五の四 療養病棟入院基本料及び病床診療所療養病棟入院基本料の注4に規定する厚生労働大臣が定める状態

ADL区分三の状態

別表第六 難病患者等入院診療加算に係る疾患及び状態

- 一 対象疾患の名称
 多発性硬化症
 重症筋無力症
 スモン
 筋萎縮性側索硬化症
 脊髄小脳変性症
 ハンチントン病
 パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病）
 多系統萎縮症（線糸体黒質変性症、オリープ橋小脳萎縮症及びシヤイ・ドレーガー症候群）
 フリオン病
 急性性硬化性全脳炎
 ライオンズーム病
 副腎白質ジストロフィー
 脊髄性筋萎縮症
 球形髄性筋萎縮症
 嚙性炎症性脱髄性多発神経炎
 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症（開胸心手術又は直腸悪性腫瘍手術の後に発症したものに限る。）
 後天性免疫不全症候群（HIV感染を含む。）
 多剤耐性結核
- 二 対象となる状態

- (1) 多剤耐性結核以外の疾患を主病とする患者にあつては、当該疾患を原因として日常生活動作に著しい支障を来している状態（後天性免疫不全症候群（HIV感染を含む。）については当該疾患に罹患している状態に、パーキンソン病についてはパーキンソン病の重症度分類がステージ三以上であつて生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。）

- (2) 多剤耐性結核を主病とする患者にあつては、治療上の必要があつて、適切な隣住管理を行うために必要な構造及び設備を有する病室に入院している状態

別表第六の二 厚生労働大臣が定める地域

- 一 北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域
 二 北海道日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町の地域
 三 北海道樺南市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び稚延町の地域
 四 北海道帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町の地域
 五 北海道根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町の地域
 六 青森県五所川原市、つがる市、鯉ヶ沢町、深浦町、鶴田町及びび中泊町の地域
 七 青森県むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村の地域
 八 岩手県花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町の地域
 九 岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域
 十 岩手県宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村の地域
 十一 岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域
 十二 秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域
 十三 秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域
 十四 秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域
 十五 山形県新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮎川村及び戸沢村の地域
 十六 東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域
 十七 新潟県十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町の地域
 十八 新潟県佐渡市の地域
 十九 福井県大野市及び勝山市の地域
 二十 山梨県市川三郷町、早川町、身延町、南都町及び富士川町の地域
 二十一 長野県木曾郡の地域
 二十二 長野県大町市及び北安曇野郡の地域
 二十三 岐阜県高山市、飛騨市、下呂市及び白川町の地域
 二十四 愛知県新城市、設楽町、東栄町及び豊根村の地域
 二十五 滋賀県長浜市及び米原市の地域

- 二六 滋賀県高島市の地域
- 二七 兵庫県豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町の地域
- 二八 奈良県五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、川上山村、川上町及び東吉野村の地域
- 二九 島根県雲南市、奥出雲町及び飯南町の地域
- 三十 島根県大田市及び邑智郡の地域
- 三一 島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町の地域
- 三二 香川県小豆郡の地域
- 三三 長崎県五島市の地域
- 三四 長崎県小値賀町及び新上五島町の地域
- 三五 長崎県老坂市の地域
- 三六 長崎県対馬市の地域
- 三七 鹿児島県西之表市及び姶摩郡の地域
- 三八 鹿児島県奄美市及び大島郡の地域
- 三九 沖縄県宮古島市及び与那国町の地域
- 四十 沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域
- 上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域
- 別表第六の二 ハイリスク妊娠管理加算の対象患者
- 妊娠二十二週から三十二週未満の早産の患者
- 妊娠高血圧症候群重症の患者
- 前置胎盤 (妊娠二十八週以降で出血等の症状を伴うものに限る。) の患者
- 妊娠三十週未満の切迫早産 (子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの兆候を示すもの等に限る。) の患者
- 多胎妊娠の患者
- 心疾患 (New York Heart Associationの心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患又はモニター監視を必要とする不整脈) の患者
- 手術又は直達・介達[※]を要する骨折の患者
- 脊髄損傷の患者
- 重篤な内分泌・代謝性疾患 (インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患又は肝硬変に伴う高アンモニア血症) の患者
- 甲狀腺疾患 (治療中のものに限る。) の患者
- 腎疾患 (治療中のものに限る。) の患者
- 膠原病 (治療中のものに限る。) の患者
- 特発性血小板減少性紫斑病 (治療中のものに限る。) の患者
- 白血病 (治療中のものに限る。) の患者
- 血友病 (治療中のものに限る。) の患者
- 出血傾向のある状態 (治療中のものに限る。) の患者
- HIV陽性の患者

- Rb不適合の患者
- 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行う予定のある患者
- 精神疾患の患者 (精神療法が実施されているものに限る。)
- 別表第七 ハイリスク分娩管理加算の対象患者
- 妊娠二十二週から三十二週未満の早産の患者
- 四十歳以上の初産婦である患者
- 分娩前のBMIが三十五以上の初産婦である患者
- 妊娠高血圧症候群重症の患者
- 常位胎盤早期剥離の患者
- 前置胎盤 (妊娠二十八週以降で出血等の症状を伴うものに限る。) の患者
- 双胎間輸血症候群の患者
- 多胎妊娠の患者
- 子宮内胎児発育遅延の患者
- 心疾患 (治療中のものに限る。) の患者
- 糖尿病 (治療中のものに限る。) の患者
- 特発性血小板減少性紫斑病 (治療中のものに限る。) の患者
- 白血病 (治療中のものに限る。) の患者
- 血友病 (治療中のものに限る。) の患者
- 出血傾向のある状態 (治療中のものに限る。) の患者
- HIV陽性の患者
- 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行う予定のある患者
- 精神疾患の患者 (精神療法が実施されているものに限る。)
- 別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者
- 呼吸器系疾患 (肺炎、喘息発作、肺気腫、間質性肺炎の急性増悪、肺塞栓又は気胸) の患者
- 心疾患 (New York Heart Associationの心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患又はモニター監視を必要とする不整脈) の患者
- 手術又は直達・介達[※]を要する骨折の患者
- 脊髄損傷の患者
- 重篤な内分泌・代謝性疾患 (インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患又は肝硬変に伴う高アンモニア血症) の患者
- 泌疾患又は肝硬変に伴う高アンモニア血症) の患者
- 重篤な栄養障害 (Body Mass Index 13未満の摂食障害) の患者
- 意識障害 (急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等) の患者
- 全身感染症 (結核、後天性免疫不全症候群、梅毒1期、2期又は敗血症) の患者
- 中枢神経系の感染症 (髄膜炎、脳炎等) の患者
- 急性腹症 (消化管出血、イレウス等) の患者
- 劇症肝炎又は重症急性肝臓炎の患者

- 悪性症候群又は横紋筋融解症の患者
 広範囲（半肢以上）熱傷の患者
 手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍の患者
 透析導入時の患者
 重篤な血液疾患（ヘモグロビン7g/dl以下の貧血又は頻回に輸血を要する状態）の患者
 急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全、ネフロローゼ症候群又は糸球体腎炎）の患者
 手術室での手術を必要とする状態の患者
 腫瘍病（専門医による管理を必要とする状態に限る。）の患者
 妊娠中である患者
 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号）第五十五条第一項に規定する指定難病の患者（同法第七条第四項に規定する医療受給者証を交付されているもの（この場合を含む。））
- 別表第八 一類感染症患者入院医療管理料の対象患者
- 一 感染症法第六十九条に規定する新感染症又は同条第二項に規定する一類感染症に罹患している患者
 - 二 前号の感染症の疑似症患者又はは無症状態病原体保有者
- 別表第九 回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数
- 一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシヤント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬皮症、脳神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態（算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内）
 - 二 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態（算定開始日から起算して九十日以内）
 - 三 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態（算定開始日から起算して九十日以内）
 - 四 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は韌帯損傷後の状態（算定開始日から起算して六十日以内）
 - 五 股関節又は膝関節の置換術後の状態（算定開始日から起算して九十日以内）
- 別表第九の二 回復期リハビリテーションを要する状態
- 一 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシヤント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬皮症、脳神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態
 - 二 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態
 - 三 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態

- 四 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は韌帯損傷後の状態
 - 五 股関節又は膝関節の置換術後の状態
- 別表第九の三 回復期リハビリテーション病棟入院料における厚生労働大臣が定める費用入院中の患者の三 回復期リハビリテーション病棟入院料にハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であったり一日につき六単位を超えるもの（特掲診療料の施設基準等別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後六十日以内のものに対して行ったものを除く。）の費用（当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有するとともに、効果に係る相当程度の実績が認められない場合に限る。）
- 別表第十 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の対象患者

- 一 精神科救急入院料の対象患者
- (1) 精神科救急及び精神障害者福祉に関する法律第二十九条第一項又は第二十九条の第二項の規定により入院する患者
 - (2) (1)以外の患者であって、精神科救急入院料に係る病棟に入院する前三月間において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神科病棟に入院（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成十五年法律第一百十号）第四十二条第一号又は第六十一条第一号第一号の決定による入院（以下「医療観察法入院」という。）を除く。）をしたことがない患者
 - (3) 精神科救急入院料の届出を行っている病棟を有する保険医療機関に入院している患者のうち、(1)又は(2)以外の患者であって、治療抵抗性統合失調症治療薬による治療を行うために当該病棟に転棟するもの
- 二 精神科急性期治療病棟入院料の対象患者
- (1) 精神科急性期治療病棟に入院する前三月間において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神科病棟に入院（医療観察法入院を除く。）をしたことがない患者
 - (2) 精神科急性期治療病棟を有する保険医療機関に入院している患者であって、急性増悪のため当該病棟における治療が必要なもの
 - (3) 精神科急性期治療病棟入院料の届出を行っている病棟を有する保険医療機関に入院している患者のうち、(1)又は(2)以外の患者であって、治療抵抗性統合失調症治療薬による治療を行うために当該病棟に転棟するもの
- 三 精神科救急・合併症入院料の対象患者
- (1) 精神科救急及び精神障害者福祉に関する法律第二十九条第一項又は第二十九条の第二項の規定により入院する患者
 - (2) (1)以外の患者であって、精神科救急・合併症入院料に係る病棟に入院する前三月間において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神科病棟（精神科病棟のみを有する保険医療機関の精神科病棟を除く。）に入院（医療観察法入院を除く。）

- をしたことがない患者
- (3) (2)にかかわらず、当該病棟における治療中に、当該保険医療機関においてより高度な管理を行った後、再度、当該病棟において治療を行う患者
- (4) 精神科救急・合併症入院料の届出を行っている病棟を有する保険医療機関に入院している患者のうち、(1)、(2)又は(3)以外の患者であって、治療抵抗性統合失調症治療薬による治療を行うために当該病棟に転棟するもの
- 別表第十一 短期滞在手術等基本料1が算定できる手術
- 一 短期滞在手術等基本料1が算定できる手術
- K005 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部) 3 長径四センチメートル以上、(六歳未満に限る。)
 - K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部以外) 3 長径六センチメートル以上十二センチメートル未満 (六歳未満に限る。)
 - K006 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (露出部以外) 4 長径十二センチメートル以上 (六歳未満に限る。)
 - K008 腋臭症手術
 - K008 半月板切除術
 - K068 2 関節鏡下半月板切除術
 - K068 2 関節鏡下半月板切除術
 - K093 手根管開放手術
 - K093 2 関節鏡下手根管開放手術
 - K282 水晶体再建術
 - K474 乳腺腫瘍摘出術
 - K508 気管支狭窄拡張術 (気管支鏡によるもの)
 - K510 気管支腫瘍摘出術 (気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの)
 - K653 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術 1 早期悪性腫瘍粘膜切除術
 - K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径二センチメートル未満
 - K841 2 経尿道的レーザー前立腺・蒸散術
- 二 短期滞在手術等基本料2が算定できる手術
- K067 関節鏡摘出手術
 - K067 2 関節鏡下半節 肩、摘出手術
 - K069 半月板縫合術
 - K069 2 関節鏡下半月板縫合術
 - K074 靭帯断裂縫合術
 - K074 2 関節鏡下靭帯断裂縫合術
 - K453 顎下腺腫瘍摘出術 (歯科点数表においてはJ056)
 - K454 顎下腺摘出術 (歯科点数表においてはJ055)
 - K461 甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術
 - K672 2 腹腔鏡下胆嚢摘出術
 - K718 2 腹腔鏡下虫垂切除術

- K743 痔核手術 (脱肛を含む。) 4 根治手術 (硬化療法 (四段階注射法によるもの) を伴わないもの)
 - K743 痔核手術 (脱肛を含む。) 5 根治手術 (硬化療法 (四段階注射法によるもの) を伴うもの)
 - K781 経尿道的経路結石除去術 (超音波下に行った場合も含む。)
 - K823 尿失禁手術
 - K888 子宮内付属器腫瘍摘出術 (両側) 2 腹腔鏡によるもの
- 三 短期滞在手術等基本料3を算定する手術、検査又は放射線治療
- D291 2 小児食物アレルギー負荷検査
 - D413 前立腺針生検法
 - K093 2 関節鏡下手根管開放手術
 - K196 2 胸腔鏡下交感神経節切除術 (両側)
 - K282 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 ロ その他のもの
 - K474 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満
 - K616 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 1 初回
 - K616 4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合
 - K617 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
 - K617 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法 (一連として)
 - K617 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
 - K633 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア
 - K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術 (両側)
 - K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径二センチメートル未満
 - K721 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径二センチメートル以上
 - K743 痔核手術 (脱肛を含む。) 2 硬化療法 (四段階注射法によるもの)
 - K768 体外衝撃波腎・尿管結石破壊術 (一連につき)
 - K867 子宮頸部 (腺部) 切除術
 - M001 2 ガンマナイフによる定位放射線治療

別表第十二

- 骨髄損傷
- 筋ジストロフィー症
- 多発性硬化症
- 重症筋無力症
- スモン
- 筋萎縮性側索硬化症
- 骨髄小脳変性症
- パーキンソン病関連疾患 (進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病 (ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がII度又はIII度の

状態に限る。)

- ハンチントン病
- 多系統萎縮症 (線条体黒質変性症、オリープ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)
- プリオン病 (クロイツフェルト・ヤコブ病、グルストマン・ストロイスラー・シャインカ一病、致死性家族性不眠症)

重急性硬脳性全脳炎

仮性球麻痺

脳性麻痺

別表第十三 在宅患者緊急入院診療加算に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等

多発性硬化症

重症筋無力症

スモム

筋萎縮性側索硬化症

脊髄小脳変性症

ハンチントン病

進行性筋ジストロフィー症

パーキンソン病関連疾患 (進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 (ホーエン・ヤールの重症度分類がステージⅢ以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))

多系統萎縮症 (線条体黒質変性症、オリープ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)

プリオン病

重急性硬脳性全脳炎

ライソソーム病

副腎白質ジストロフィー

脊髄性筋萎縮症

慢性炎症性脱髄性多発神経炎

後天性免疫不全症候群

頭頸損傷

十五歳未満の者であって人工呼吸器を使用している状態のもの又は十五歳以上のものであって人工呼吸器を使用している状態が十五歳未満から継続しているもの (体重が二十キログラム未満である場合に限る。)

別表第十四 新生児特定集中治療室管理料の注1、総合周産期特定集中治療室管理料の注1及び新生児治療回復室入院医療管理料の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患

先天性水頭症

全前脳胞症

二分脊椎 (脊椎破裂)

アーノルド・キアリ奇形

後鼻孔閉鎖

先天性喉頭軟化症

先天性気管支軟化症

先天性のう胞肺

肺低形成

食道閉鎖

十二指腸閉鎖

小腸閉鎖

鎖肛

ヒルシニユスブルング病

総排泄管遺残

頭蓋骨早期癒合症

骨 (軟骨を含む。) 無形成・低形成・異形成

腹壁破裂

膈疝ヘルニア

ダウン症候群

18トリソミー

13トリソミー

多発奇形症候群

先天性心疾患 (人工呼吸、一酸化窒素吸入療法、経皮的運動脈インターベンション治療若しくは開胸手術を実施したもの又はフロスタグラジンE1製剤を投与したものに限る。)

別表第十五 特定入院料のみで届出可能な対象入院料

A307 小児入院医療管理料5

A308 回復期リハビリテーション病棟入院料

A308-3 地域包括ケア病棟入院料1、地域包括ケア病棟入院料2、地域包括ケア病棟入院料3又は地域包括ケア病棟入院料4 (許可病床数が二百床 (別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては二百八十床) 未満の保険医療機関が算定する場合に限る。)

A309 特殊疾患病棟入院料1又は特殊疾患病棟入院料2

A310 緩和ケア病棟入院料

A311 精神科救急入院料1又は精神科救急入院料2

A311-2 精神科急性期治療病棟入院料1又は精神科急性期治療病棟入院料2 (他の特定入院料を届け出ている保険医療機関が算定する場合に限る。)

A311-3 精神科救急・合併症入院料

A311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料

A312 精神療養病棟入院料

A314 認知症治療病棟入院料1又は認知症治療病棟入院料2

A317 特定一般病棟入院料1又は特定一般病棟入院料2

A318 地域移行機能強化病棟入院料

殿

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長

（公 印 省 略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官

（公 印 省 略）

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

請記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和2年厚生労働省告示第●号）の公布に伴い、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和2年厚生労働省告示第●号）の公布され、令和2年4月1日より適用されることとなつたところであるが、保険医療機関からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に同知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮をお願いしたい。

なお、従前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成30年3月5日保医発 0305 第2号）は、令和2年3月31日限り廃止する。

記

第1 基本診療料の施設基準等

基本診療料の施設基準等については、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の「基本診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第62号）に定めるものの他、下記のとおりとし、下記の施設基準を歯科診療について適用する場合には、必要に応じて、当該基準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

- 1 初・再診療の施設基準等は別添1のとおりとする。
- 2 入院基本料等の施設基準等は別添2のとおりとする。
- 3 入院基本料等加算の施設基準等は別添3のとおりとする。
- 4 特定入院料の施設基準等は別添4のとおりとする。

5 短期滞在手術等基本料の施設基準等は別添5のとおりとする。

6 基本診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療料については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療料名に他の事項を組み合わせて標榜する場合も含むものであること。

7 診療等に要する書面等は別添6のとおりである。
なお、当該書面による形式として示しているものは、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている形式であれば、別添6の様式と同じでなくとも差し支えないものであること。

また、当該様式の作成や保存方法等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたい。

8 基本診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業（以下「産前産後休業」という。）、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第2条第1項に規定する育児休業（以下「育児休業」という。）、同条第2号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）、同法第23条第2項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第24条第1項（第2号に係る部分に限る。）の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業（以下「育児休業に準ずる休業」という。）を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる賃金を有する複数の非常勤従事者の常勤稼算後の人員数を原則として含めるものであること。

また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、週30時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

第2 届出に関する手続き

- 1 基本診療料の施設基準等に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位で行うものであること。
- 2 「基本診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行うおとすとする保険医療機関の開設者は、当該保険医療機関の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添7の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を1通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。
- 3 届出書の提出があった場合は、届出書に基づき、「基本診療料の施設基準等」及び本通知の第1に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として2週間以内を標準とし、遅くとも概ね1か月以内（届出書の補正に要する期間は除く。）とするものであること。
- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に規定する場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。ただし、次に掲げる入院料に係る実績については、それぞれ以下に定めるところによること。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者

及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。 精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料の施設基準に ついては届出前4か月、回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病 棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4 及び回復期リハビリテーション病棟入院料5の施設基準については届出前6か月、地域移行機能 強化病棟入院料の施設基準については届出前1年間の実績を有していること。	号	結核病棟入院基本料	号	(結核入院)第
5 基本診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関が、次のいずれかに該当する場合に あっては当該届出の受理は行わないものであること。 (1) 当該届出の受理は行わないものに関し、不正又は不当な届出(法 令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがある場合。 (2) 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び療担基準に基づき厚生労働大臣が定める指示事項等(平成18年厚生労働省告示第107号)に違反したことがある保 険医療機関である場合。 (3) 地方厚生(支)局長に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院 患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法(平成18年厚生労働省 告示第104号)に該当している保険医療機関である場合。 (4) 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法(大正11年法律第70号)第78条第1 項(同項を準用する場合を含む。)及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律 第80号)(以下「高齢者医療確保法」という。)第72条第1項の規定に基づく検査等の結 果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた 場合とは、「[保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について](平成12年5月31日 保発第105号厚生省保険局長通知)に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はそ の他の処分を受けた場合とする。	号	精神科病棟入院基本料	号	(精神入院)第
6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理 番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであるこ と。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付して通知すること。	号	特定機能病院入院基本料	号	(特定入院)第
機能強化加算	号	専門病院入院基本料	号	(専門入院)第
初診料(唐科)の注1に掲げる基準	号	障害者施設等入院基本料	号	(障害入院)第
時間外対応加算1	号	有床診療所入院基本料	号	(診入院)第
時間外対応加算2	号	有床診療所入院基本料在宅復帰機能強化加算	号	(診入院)第
時間外対応加算3	号	有床診療所療養病棟入院基本料	号	(診療養入院)第
地域包括診療加算	号	総合入院体制加算1	号	(総合1)第
地域唐科診療支援病院唐科初診料	号	総合入院体制加算2	号	(総合2)第
唐科外来診療環境体制加算1	号	総合入院体制加算3	号	(総合3)第
唐科外来診療環境体制加算2	号	救急医療管理加算	号	(救急医療)第
唐科診療特別対応連携加算	号	急性期管理加算	号	(急性期)第
オンライン診療料	号	診療録管理体制加算1	号	(診療録1)第
一般病棟入院基本料	号	診療録管理体制加算2	号	(診療録2)第
療養病棟入院基本料	号	医師事務作業補助体制加算1	号	(事務1)第
	号	医師事務作業補助体制加算2	号	(事務2)第
	号	急性期看護補助体制加算	号	(急性看護)第
	号	看護職員夜間配置加算	号	(看護夜配)第
	号	特殊疾患入院施設管理加算	号	(特殊)第
	号	看護配置加算	号	(看護配)第
	号	看護補助加算	号	(看護補)第
	号	療養環境加算	号	(療)第
	号	重症者等療養環境特別加算	号	(重)第
	号	療養病棟療養環境加算1	号	(療養1)第
	号	療養病棟療養環境加算2	号	(療養2)第
	号	療養病棟療養環境改善加算1	号	(療養改1)第
	号	療養病棟療養環境改善加算2	号	(療養改2)第
	号	診療所療養病棟療養環境改善加算	号	(診療療養改)第
	号	診療所療養病棟療養環境改善加算	号	(診療療養改)第
	号	無菌治療室管理加算1	号	(無菌1)第
	号	無菌治療室管理加算2	号	(無菌2)第
	号	緩和ケア診療加算	号	(緩和)第
	号	有床診療所緩和ケア診療加算	号	(診療緩和)第
	号	精神科応急入院施設管理加算	号	(精応)第
	号	精神科病棟入院時医学管理加算	号	(精入学)第
	号	精神科地域移行実施加算	号	(精移行)第
	号	精神科身体合併症管理加算	号	(精合併)第
	号	精神科リエゾンチーム加算	号	(精リエ)第

重度アルコール依存症入院医療管理加算
 摂食障害入院医療管理加算
 栄養サポートチーム加算
 医療安全対策加算 1
 医療安全対策加算 2
 感染防止対策加算 1
 感染防止対策加算 2
 患者サポート体制充実加算
 褥瘡ハイリスク患者ケア加算
 ハイリスク妊婦管理加算
 ハイリスク分娩管理加算
 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算
 精神科救急搬送患者地域連携受入加算
 呼吸ケアチーム加算
 後発医薬品使用体制加算 1
 後発医薬品使用体制加算 2
 後発医薬品使用体制加算 3
 病棟薬剤業務支援加算 1
 病棟薬剤業務支援加算 2
 データ提出加算
 入院支援加算
 認知症ケア加算
 せん妄ハイリスク患者ケア加算
 精神疾患診療体制加算
 精神科急性期医師配置加算
 排尿自立支援加算
 地域医療体制確保加算
 地域歯科診療支援病院入院加算
 救命救急入院料 1
 救命救急入院料 2
 救命救急入院料 3
 救命救急入院料 4
 特定集中治療室管理料 1
 特定集中治療室管理料 2
 特定集中治療室管理料 3
 特定集中治療室管理料 4
 ハイケアユニット入院医療管理料 1
 ハイケアユニット入院医療管理料 2
 脳卒中ケアユニット入院医療管理料
 小児特定集中治療室管理料

(重アル)第
 (摂食障害)第
 (栄養サポ)第
 (医療安全 1)第
 (医療安全 2)第
 (感染防止 1)第
 (感染防止 2)第
 (患サポ)第
 (褥瘡ケア)第
 (ハイ妊婦)第
 (ハイ分娩)第
 (精救急紹介)第
 (精救急受入)第
 (呼吸チ)第
 (後発使 1)第
 (後発使 2)第
 (後発使 3)第
 (病棟薬 1)第
 (病棟薬 2)第
 (データ提)第
 (入退支)第
 (認知ケ)第
 (せん妄ケア)第
 (精疾診)第
 (精急医配)第
 (排自立)第
 (地医確保)第
 (地普入院)第
 (救 1)第
 (救 2)第
 (救 3)第
 (救 4)第
 (集 1)第
 (集 2)第
 (集 3)第
 (集 4)第
 (ハイケア 1)第
 (ハイケア 2)第
 (脳卒中ケア)第
 (小集)第

新生児特定集中治療室管理料 1
 新生児特定集中治療室管理料 2
 総合周産期特定集中治療室管理料
 新生児治療期回復室入院医療管理料
 一類感染症患者入院医療管理料
 特殊疾患入院医療管理料
 小児入院医療管理料 1
 小児入院医療管理料 2
 小児入院医療管理料 3
 小児入院医療管理料 4
 小児入院医療管理料 5
 回復期リハビリテーション病棟入院料 1
 回復期リハビリテーション病棟入院料 2
 回復期リハビリテーション病棟入院料 3
 回復期リハビリテーション病棟入院料 4
 回復期リハビリテーション病棟入院料 5
 回復期リハビリテーション病棟入院料 6
 地域包括ケア病棟入院料 1 及び地域包括ケア入院医療管理料 1
 地域包括ケア病棟入院料 2 及び地域包括ケア入院医療管理料 2
 地域包括ケア病棟入院料 3 及び地域包括ケア入院医療管理料 3
 地域包括ケア病棟入院料 4 及び地域包括ケア入院医療管理料 4
 特殊疾患病棟入院料 1
 特殊疾患病棟入院料 2
 緩和ケア病棟入院料 1
 緩和ケア病棟入院料 2
 精神科救急入院料 1
 精神科救急入院料 2
 精神科急性期治療病棟入院料 1
 精神科急性期治療病棟入院料 2
 精神科救急・合併症入院料
 児童・思春期精神科入院医療管理料
 精神療養病棟入院料
 認知症治療病棟入院料 1
 認知症治療病棟入院料 2
 特定一般病棟入院料 1
 特定一般病棟入院料 2
 地域移行機能強化病棟入院料
 短期滞在手術等基本料 1
 短期滞在手術等基本料 2
 各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合、翌月の 1 日から当該届出に係る診

(新 1)第
 (新 2)第
 (周)第
 (新回)第
 (一類)第
 (特入)第
 (小入 1)第
 (小入 2)第
 (小入 3)第
 (小入 4)第
 (小入 5)第
 (回 1)第
 (回 2)第
 (回 3)第
 (回 4)第
 (回 5)第
 (回 6)第
 (地包ケア 1)第
 (地包ケア 2)第
 (地包ケア 3)第
 (地包ケア 4)第
 (特疾 1)第
 (特疾 2)第
 (緩 1)第
 (緩 2)第
 (精救 1)第
 (精救 2)第
 (精急 1)第
 (精急 2)第
 (精合併)第
 (児養入)第
 (精療)第
 (認知 1)第
 (認知 2)第
 (特般 1)第
 (特般 2)第
 (移機強)第
 (短手 1)第
 (短手 2)第

療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する。なお、令和2年4月●日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。

8 届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に対して通知するものであること。

第3 届出受理後の措置等

1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関の開設者は選那なく変更の届出を行うものであること。また、病床数に著しい増減があった場合にはその都度届出を行う。(病床数の著しい増減とは、病床数の変更や、病床の種別ごとの病床数に対して1割以上の病床数の増減があった場合等のことであるが、これに該当しない病床数の変更の場合であっても、病床数の増減により届出の基準を満たさなくなった場合には、当然、変更の届出は必要である。)

ただし、次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

(1) 平均在院日数及び月平均夜勤時間数については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。

(2) 医師と患者の比率については、暦月で3か月を超えない期間の次に掲げる範囲の一時的な変動

ア 医療法に定める標準数を満たしていることが届出に係る診療料の算定要件とされている場合

当該保険医療機関における医師の配置数が、医療法に定める標準数から1を減じた数以上である範囲

イ 「基本診療料の施設基準等」第五の二の(1)のイの②の3、四の(1)のイの④及び六の(2)のイの⑤の場合

常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に100分の10を乗じて得た数から1を減じた数以上

(3) 1日当たり勤務する看護師又は看護補助者(以下「看護要員」という。)の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師(以下「看護職員」という。)の数に対する看護師の比率については、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。

(4) 医療法上の許可病床数(感染症病床を除く。)が100床未満の病院及び特別入院基本料(月平均夜勤時間超過減算により算定する場合を除く。)を算定する保険医療機関にあっては、1日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。

(5) 算定要件(一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡ(以下「重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡ」という。))の評価方法を用いる要件は除く。)中の該当患者の割合については、暦月で3か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動。

(6) 算定要件中の紹介率及び逆紹介率については、暦月で3か月間の一時的な変動。

2 1による変更の届出は、1のただし書の場合を除き、届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に速やかに行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月(変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の1日)から変更後の入院基本料等を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の入院基本料等を算定すること。

3 届出を受理した保険医療機関については、適時調査を行い(原則として年1回、受理後6か月以内を自認)、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。

4 基本診療料の施設基準等に適合しないことが判明した場合は、所要の指導の上、変更の届出を行わねるものであること。その上で、なお改善がなれない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関の開設者に弁明を行う機会を与えるものとする。

5 届出を行った保険医療機関は、毎年7月1日現在で施設基準の適合性を確認し、その結果について報告を行うものであること。

6 地方厚生(支)局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとする。

7 届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生(支)局において閲覧(ホームページへの掲載等を含む。)に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめ、保険者等に提供できるよう努めるものとする。また、保険医療機関においても、保険医療機関及び保険医療担当規則(昭和32年厚生省令第15号)及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準(昭和58年厚生省告示第14号)の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導するものであること。

(1) 入院患者数42人の一般病棟で、一般病棟入院基本料の急性期一般入院料7を算定している病棟の例

「当病棟では、1日に13人以上の看護職員(看護師及び准看護師)が勤務しています。

なお、時間帯毎の配置は次のとおりです。」

- ・ 朝9時から夕方17時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は6人以内です。
- ・ 夕方17時から深夜1時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は14人以内です。
- ・ 深夜1時から朝9時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は14人以内です。

(2) 有床診療所入院基本料1を算定している診療所の例

「当診療所には、看護職員が7人以上勤務しています。」

第4 経過措置等

1 第2及び第3の規定にかかわらず、令和2年3月31日現在において入院基本料等の届出が受理されている保険医療機関については、次の取扱いとする。

令和2年3月31日において現に表1及び表2に掲げる入院基本料等以外の入院基本料等を算定している保険医療機関であって、引き続き当該入院基本料等を算定する場合には、新たな届出

を要しないが、令和2年4月以降の実績により、届出を行っている入院基本料等の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表1 新たに施設基準が創設されたことにより、令和2年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

オンライン診療料(頭痛患者の診療に係る規定を満たすことにより算定する場合に限る。)
 結核病棟入院基本料の注7に掲げる重症患者割合特別入院基本料(重症度、医療・看護必要度に係る基準及び常勤医師の員数の基準に該当する場合に限る。)
 緩和ケア治療加算(別添3の第14の1の(1)に規定する緩和ケアチームのうち身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師が第14の1の(5)のウに規定する研修のみ終了している者である場合に限る。)

入院院支援加算の注8に掲げる総合機能評価加算

認知症ケア加算2

せん妄ハイリスク患者ケア加算

精神科急性期医師配置加算1

精神科急性期医師配置加算3

排尿自立支援加算

地域医療体前臨床加算

特定集中治療室管理料の注5に掲げる早期栄養介入管理加算

緩和ケア病棟入院料1

表2 施設基準の改正により、令和2年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、令和2年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

認知症ケア加算3(令和2年3月31日において、現に旧算定方法別表A247に掲げる認知症ケア加算2に係る届出を行っている保険医療機関であって、令和2年4月1日以降に引き継ぎ算定する場合に限る。)
 精神科急性期医師配置加算2のイ及びロ(令和2年3月31日において、現に旧算定方法別表A249に掲げる精神科急性期医師配置加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、令和2年4月1日以降に引き継ぎ算定する場合に限る。)

一般病棟入院基本料(急性期一般入院料7、地域一般入院基本料を除く。)(急性期一般入院料1、2、3、5及び6については令和2年10月1日以降に引き継ぎ算定する場合、急性期一般入院料4については令和3年4月1日以降に引き継ぎ算定する場合に限る。)

療養病棟入院基本料(当該入院料の施設基準における「中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針を策定していること。」及び「適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。」について既に届け出ている保険医療機関を除く。)(令和2年10月1日以降に引き継ぎ算定する場合に限る。)

療養病棟入院基本料(許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。)(令和2年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包

括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するものうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、データ提出加算に係る届出を行う事が困難であることについて正当な理由があるものを除く。)(令和4年4月1日以降に引き継ぎ算定する場合に限る。)

結核病棟入院基本料(7対1入院基本料に限る。)(令和2年10月1日以降に引き継ぎ算定する場合に限る。)

特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。)(7対1入院基本料に限る。)(令和2年10月1日以降に引き継ぎ算定する場合に限る。)

特定機能病院入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算(令和2年10月1日以降に引き継ぎ算定する場合に限る。)

専門病院入院基本料(7対1入院基本料に限る。)(令和2年10月1日以降に引き継ぎ算定する場合に限る。)

専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算(令和2年10月1日以降に引き継ぎ算定する場合に限る。)

総合入院体制加算(令和2年10月1日以降に引き継ぎ算定する場合に限る。)

救急医療管理加算

急性期看護補助期間加算(急性期一般入院料7又は10対1入院基本料に限る。)(令和2年10月1日以降に引き継ぎ算定する場合に限る。)

看護職員夜間配置加算(急性期一般入院料7又は10対1入院基本料に限る。)(令和2年10月1日以降に引き継ぎ算定する場合に限る。)

看護補助加算1(令和2年10月1日以降に引き継ぎ算定する場合に限る。)

データ提出加算

入院院支援加算3(「入院院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師」の規定を満たすことにより令和3年4月1日以降に引き継ぎ算定する場合に限る。)

回復期リハビリテーション病棟入院料1(管理栄養士の配置に係る規定に限る。)(令和3年4月1日以降に引き継ぎ算定する場合に限る。)

回復期リハビリテーション病棟入院料1又は3(リハビリテーションの実績の指数に係る規定に限る。)(令和2年10月1日以降に引き継ぎ算定する場合に限る。)

回復期リハビリテーション病棟入院料(許可病床数が200床未満の医療機関に限る。)(データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。)(令和2年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合に限る。)、専門病院入院基本料(13対1入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包

括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、療養病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する病棟のいずれかを有するものうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、データ提出加算に係る届出を行う事が困難であることについて正当な理由があるものを除く。)(令和4年4月1日以降に引き継ぎ算定する場合に限る。)

地域包括ケア病棟入院料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定を除く。）（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 地域包括ケア入院医療管理料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定を除く。）（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 地域包括ケア病棟入院料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る。）（令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 地域包括ケア入院医療管理料（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る。）（令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 精神科救急入院料（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 精神科急性期治療病棟入院料（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 精神科救急・合併症入院料（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 特定一般病棟入院料の注7（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定を除く。）（令和2年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）
 特定一般病棟入院料の注7（入退院支援及び地域連携業務を担う部門に係る規定に限る。）（令和3年4月1日移行に引き続き算定する場合に限る。）

2 精神科病棟入院基本料の特別入院基本料の施設基準のうち「当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること」については、看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であつて、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められているものについては、当該施設基準の規定にかかわらず、なお従前の例によることことができる。

別添1

初・再診療の施設基準等

第1 夜間・早朝等加算

- 1 夜間・早朝等加算に関する施設基準等
- (1) 1週間当たりの表示診療時間の合計が30時間以上の診療所である保険医療機関であること。なお、一定の決まった日又は決まった時間に行われる訪問診療の時間については、その実施する時間を表示している場合に限り、1週間当たりの表示診療時間を含めて差し支えない。
- (2) (1)の規定にかかわらず、概ね月1回以上、当該診療所の保険医が、客観的に深夜における救急医療の確保のための診療を行っていることと認められる次に掲げる保険医療機関に付き夜間・休日の診療に協力している場合は、1週間当たりの表示診療時間の合計が27時間以上でよいこと。また、当該診療所が次のイ及びウの保険医療機関である場合も同様に取り扱うものであること。
- ア 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）
 イ 救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所
 ウ 「救急医療対策の整備事業について（昭和52年医発第692号）」に規定された保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関
- (3) (1)及び(2)の規定にかかわらず、表示診療時間とされる場合であつて、当該診療所が常態として医師が不在となる時間（訪問診療に要する時間を除く。）は、1週間当たりの表示診療時間の合計に含まれない。
- (4) 診療時間については、当該保険医療機関の建造物の外部かつ敷地内に表示し、診療可能な時間を地域に周知していること。なお、当該保険医療機関が建造物の一部を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の外部に表示していること。
- 2 届出に関する事項
- 夜間・早朝等加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対し、届出を行う必要はないこと。

第1の2 機能強化加算

- 1 機能強化加算に関する施設基準
- 次のいずれにも該当すること。
- (1) 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。
 (2) 次のいずれかに係る届出を行っていること。
 ア 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算
 イ 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料
 ウ 区分番号「B001-2-11」に掲げる小児かかりつけ診療料
 エ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所（区分番号「B004」退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。以下同じ。）又

は在宅療養支援病院（区分番号「C000」住診料の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。以下同じ。）に限る。）

才 区分番号「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）

(3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健・福祉サービスに関する相談、夜間・休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に提示していること。

また、医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関等の地域の医療機関を検索できることを、当該医療機関の見やすい場所に提示していること。

(4) (3)に基づき提示している内容を記載した文書を当該保険医療機関内の見やすい場所に置き、患者が持ち帰ることができるようにすること。また、患者の求めがあった場合には、当該文書を交付すること。

2 届出に関する事項
機能強化加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式1を用いること。

第2 時間外対応加算

1 通則

(1) 診療所であること。
(2) 標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。

2 時間外対応加算1に関する施設基準

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができるとの体制がとられていること。

3 時間外対応加算2に関する施設基準

(1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができるとの体制がとられていること。

(2) 休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

4 時間外対応加算3に関する施設基準

(1) 診療所（連携している診療所を含む。）を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による連携により対応する体制がとられていること。

(2) 当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や当番日の標榜時間外の夜間の数時間に、

やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができるとの体制がとられていること。

(3) 当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。

(4) 複数の診療所の連携により対応する場合、連携する診療所の数は、当該診療所を含め最大で3つまでとすること。

5 届出に関する事項
時間外対応加算に係る届出は、別添7の様式を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第2の2 明細書発行体制等加算

1 明細書発行体制等加算に関する施設基準

(1) 診療所であること。
(2) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求又は光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っていること。
(3) 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付していること。また、その旨の院内掲示を行っていること。

2 届出に関する事項

明細書発行体制等加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第2の3 地域包括診療加算

1 地域包括診療加算1に関する施設基準

(1)から(9)までの基準を全て満たしていること。

(1) 診療所であること。
(2) 当該医療機関は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下「担当医」という。）を配置していること。
(3) 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。
(4) 当該患者に対し院外処方を行う場合は、24時間対応をしている薬局と連携をしていること。

(5) 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。
ア 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。
イ 保険医療機関が建物の一部分が禁煙である場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

(6) 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。

ア 介護保険法（平成9年法律第123号）第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者の指定を受けており、かつ、常勤の介護支援専門員（介護保険法第7条第5項に規定するものをいう。）を配置していること。

イ 介護保険法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導又は同条第10項に規定する短期

- 1 入所療養介護等を提供した実績があること。
- ウ 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所（介護保険法に規定する事業を実施するものに限る。）を併設していること。
- エ 担当医師が「地域包括支援センター」を設置していること。
- オ 1018001号・老衰発 1018001号・老老発 1018001号厚生労働省若者健康計画課長・振興課長・老人保健課課長通知）に規定する地域ケア会議に年1回以上出席していること。
- カ 介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同条第8項に規定する通所リハビリテーション、第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーション、同条第6項に規定する介護予防通所リハビリテーション）に限る。）を提供していること。（なお、要介護被保険者等に対して、維持期の運動器リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション又は統用症候群リハビリテーション料を原則として算定できないことに留意すること。）
- キ 担当医師が、介護保険法第14条に規定する介護認定審査会の委員の経験を有すること。
- ク 担当医師が、介護支援専門員の資格を有していること。
- ク 担当医師が、都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会を受講していること。
- (7) 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること。（「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月30日医発第023第3号）の第9在宅療養支援診療所の施設基準の1の(1)）に規定する在宅療養支援診療所以外の診療所については、連携医療機関の協力を得て行うものを含む。）
- (8) 以下のいずれか1つを満していること。
 - ア 時間外対応加算1、2又は3の届出を行っていること。
 - イ 常勤換算3名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。
 - ウ 在宅療養支援診療所であること。
- (9) 外来診療から訪問診療への移行に係る実績について、以下の全てを満たしていること。
 - ア 直近1年間に、当該医療機関での継続的な外来診療を経て、区分番号「C000」往診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「1」又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)（注1のイ）の場合に限る。）を算定した患者の数の合計が、在宅療養支援診療所については10人以上、在宅療養支援診療所以外については3人以上であること。
 - イ 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること。
- 2 地域包括診療加算2に関する施設基準
 - (1) 以下の全てを満たしていること。
 - (2) 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の連絡体制を確保していること。
- 3 届出に関する事項
 - 地域包括診療加算1又は2の施設基準に係る届出は、別添7の様式2の3を用いること。

第2の4 認知症地域包括診療加算

- 1 認知症地域包括診療加算1に関する基準
 - 第2の3に掲げる地域包括診療加算1の届出を行っていること。
 - 第2の3に掲げる地域包括診療加算2に関する基準
 - 第2の3に掲げる地域包括診療加算2の届出を行っていること。
 - 届出に関する事項
 - 地域包括診療加算1又は2の届出を行えばよく、認知症地域包括診療加算1又は2として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。
- 第2の5 特定委託率初診料、特定委託率再診料及び特定委託率外来診療料
 - 1 保険医療機関と卸売販売業者との価格交渉においては、「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」について（平成30年1月23日医発第0123第9号、保発0123第3号）に基づき、原則として全ての品目について単品単価契約とすることが望ましいこと、個々の医薬品の価値を無視した値引き交渉、医薬品の安定供給や卸売業者の経営に影響を及ぼすような流通コストを全く考慮しない値引き交渉を模心すること等に留意するとともに、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、委託率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況を報告すること等について規定しているものであり、具体的な取扱いについては以下のとおりとする。
 - (1) 委託率の報告における委託とは、取引価格が決定しているものであり、契約書等の通知事項により、取引価格が適及し変更することが可能な場合には未妥結とする。また、取引価格は決定したが、支払期間が決定しないなど、取引価格に影響しない契約事項が未決定の場合には妥結とする。
 - ※ 委託率の計算については、下記のとおりとする。
 - 委託率＝卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律145号）医薬品医療機器等法第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。以下同じ。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したもの）／当該保険医療機関において購入された医療用医薬品の薬価総額
 - (2) 単品単価契約とは、「品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約」をいう。
 - ※ 単品単価契約率の計算については、下記のとおりとする。
 - 単品単価契約率＝単品単価契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額／卸売販売業者と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額
 - (3) 一律値引き契約とは、「卸売販売業者と当該保険医療機関との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合った医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約」をいう。この場合、一定割合以上とは、以下の計算により得られた割合が5割以上であることとし、全体的に医療用医薬品が一律値引きにより価格決定した場合を含むものとする。また、一律値引き契約に係る状況については、一律値引き契約の該当の有無及び該当有りとした場合にあっては、取引卸売販売業者ごとの当該契約における値引き率（薬価と取引価格（税込み）との差を薬価で除し、これに100を乗じて得た率）を報告すること。

※ 一律値引き契約における割合の計算については、下記のとおりとする。

総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることとを合意した契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額/卸売販売業者と当該保険医療機関との間で取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額

2 妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、別添7の様式2の4により、毎年10月1日から11月末日までに、同年4月1日から9月30日までの期間における実績を地方厚生(支)局長へ報告することとし、11月末日までの報告に基づく特定妥結率初診料、特定妥結率再診料及び特定妥結率外来診療料は、12月1日から翌年11月末日まで適用する。

第2の6 オンライン診療料

1 オンライン診療料に関する施設基準

- (1) 厚生労働省が定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に脳神経外科又は脳神経内科の経験を5年以上有する医師又は頭痛患者に対する情報通信機器を用いた診療に係る研修を修了した医師を配置していること(頭痛患者に対して情報通信機器を用いた診療を行う場合に限る。)
- (3) 当該保険医療機関において、1月当たりの区分番号「A001」再診料(注9による場合は除く。)、区分番号「A002」外来診療料、区分番号「A003」オンライン診療料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の算定回数に占める区分番号「A003」オンライン診療料の算定回数の割合が1割以下であること。

2 届出に関する事項

オンライン診療料の施設基準に係る届出は、別添7の様式2の5を用いること。

第2の7 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準

1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準

- (1) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染防止対策を講じていること。
- (2) 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。
- (3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (4) 職員を対象とした院内感染防止対策にかかわる標準予防策等の院内研修等を実施していること。
- (5) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。
- (6) 年に1回、院内感染対策の実施状況等について、様式2の7により地方厚生(支)局長に報告していること。
- (7) 令和2年3月31日において、現に歯科点数表の初診料の注1の届出を行っている保険医療機関については、令和2年6月30日までの間に限り、1の(4)の基準を満たしている

ものとみなす。

2 届出に関する事項

- (1) 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準に係る届出は、別添7の様式2の6を用いること。
- (2) 当該届出については、届出にあたり支障を要しない。ただし、様式2の7により報告を行うこと。

第3 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等

1 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等

- (1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する文書により紹介された患者の数及び当該保険医療機関における初診患者の数については、届出前1か月間(暦月)の数値を用いる。
- (2) 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する基準における手術の数については、届出前1年間(暦年)の数値を用いる。
- (3) 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した患者の月平均患者数については、届出前3か月間(暦月)の月平均の数値を用いる。
- (4) (1)の「文書により紹介された患者の数」とは、別の保険医療機関等からの文書(別添6の別紙1又はこれに準ずる様式)により紹介された歯科、小児歯科、矯正歯科又は口腔外科を標榜する診療科に来院し、初診料を算定した患者(当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関からの紹介患者は除く。)の数をいい、当該保険医療機関における「初診の患者の数」とは、当該診療科で初診料を算定した患者の数(時間外、休日又は深夜に受診した6歳未満の患者を除く。)をいう。単に電話での紹介を受けた場合等は紹介患者には該当しない。
- (5) 「特別の関係にある保険医療機関」とは「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成28年3月4日保医発 0304 第3号)の別添1第1章第2節通則7の(3)に規定する特別の関係にある保険医療機関をいう。
- (6) 当該病院が当該病院の存する地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
- (7) 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染防止対策を講じていること。
- (8) 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。
- (9) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- (10) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

2 届出に関する事項

- (1) 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出は、別添7の様式2の8及び様式3を用いること。様式2の8について、院内感染防止対策に係る研修を4年以内に修了していることが確認できる文書を添付すること。

- (2) 届出受理後の措置については、毎年3月末日までに、前年1年間(暦年)の実績について別添7の様式による報告を行い、必要があれば区分の変更を行う。
- (3) 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修については、平成31年3月31日までは要件を満たしているものとして取り扱い、様式2の8について届出を省略して差し支えない。この場合において、平成31年4月1日以降も届出を継続する場合は、様式2の8による届け出を行うこと。
- (4) 届出を行った日の属する月の翌月から起算して4年を経過するまでに様式2の8を用いて再度の届出を行うこと。ただし、平成30年4月1日から平成30年9月30日までの間に届出を行った場合にあっては、平成30年10月から起算して4年経過するまでに様式2の8を用いて再度の届出を行うこと。

第4 歯科外来診療環境体制加算1及び歯科外来診療環境体制加算2

- 1 歯科外来診療環境体制加算1及び歯科外来診療環境体制加算2に関する施設基準
- (1) 歯科外来診療環境体制加算1に関する施設基準
- ア 歯科医療を担当する保険医療機関(歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料にかかる施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。)であること。
- イ 歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準の届出を行っていること。
- ウ 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- エ 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ一名以上配置されていること。
- オ 患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等が有していること。また、自動体外式除細動器(AED)については保有していることがわかる院内掲示を行っていること。

(イ) 自動体外式除細動器(AED)

(ロ) 経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)

(ハ) 酸素(人工呼吸・酸素吸入用のもの)

(ニ) 血圧計

(ホ) 救急蘇生セット

(ヘ) 歯科用吸引装置

カ 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。ただし、医科歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療料との連携体制が確保されている場合は、この限りでない。

キ 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削や義歯の調整、歯の被せ物の調整時等に飛散する細かな物質を吸引できる装置を確保していること。

ク 当該保険医療機関の見やすい場所に、緊急時における連携保険医療機関との連携方法やその対応等、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

(2) 歯科外来診療環境体制加算2に関する施設基準

ア 歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行った保険医療機関であること。

イ (1)のウからクまでの施設基準をすべて満たすこと。

ウ 歯科外来診療において発生した医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善策を実施する体制を整備していること。

2 届出に関する事項

歯科外来診療環境体制加算1又は歯科外来診療環境体制加算2の施設基準に係る届出は、別添7の様式4を用いること。また、偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策に係る研修を全て修了していることが確認できる文書を添付すること。

第5 歯科診療特別対応連携加算

1 歯科診療特別対応連携加算に関する施設基準

(1) 歯科診療特別対応連携加算に関する基準における歯科診療報酬点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定している月平均外来患者数については、届出前3か月間(暦月)の数値を用いる。

(2) 当該患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次に掲げる十分な装置・器具を有していること。

ア 自動体外式除細動器(AED)

イ 経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)

ウ 酸素(人工呼吸・酸素吸入用のもの)

エ 救急蘇生セット

(3) 緊急時に円滑な対応ができるよう別の医科診療を担当する病院である保険医療機関との連携体制が整備されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療料との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

2 届出に関する事項

歯科診療特別対応連携加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式4の2を用いること。

別添2

入院基本料等の施設基準等

第1 入院基本料（特別入院基本料、月平均勤働時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。

1 入院診療計画の基準

- (1) 当該保険医療機関において、入院診療計画が策定され、説明が行われていること。
- (2) 入院の際に、医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、患者に対し、別添6の別紙2又は別紙2の3を参考として、文書により病名、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、入院後7日以内に説明を行うこと。ただし、高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合は療養看護における入院診療計画については、別添6の別紙2の2を参考とする。なお、当該様式にかかわらず、入院中から退院後の生活がイメージできよう内容であり、年月日、経過、達成目標、日ごとの治療、処置、検査、活動・安静度、リハビリ、食事、清潔、排洩、特別な栄養管理の必要性の有無、教育・指導（栄養・服薬）、説明、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点が電子カルテなどに組み込まれ、これらを活用し、患者に対し、文書により説明が行われている場合には、各保険医療機関が使用している様式で差し支えない。
- (3) 入院時に治療上の必要性から患者に対し、病名について情報提供し難い場合であっても、可能な範囲において情報提供を行い、その旨を診療録に記載すること。
- (4) 医師の病名等の説明に対して理解できないと認められる患者（例えば小児、意識障害患者）については、その家族等に対して行ってよい。
- (5) 説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等）に交付するとともに、その写しを診療録に添付するものとする。
- (6) 入院期間が通算される再入院の場合であっても、患者の病態により当初作成した入院診療計画に変更等が必要な場合には、新たな入院診療計画書を作成し、説明を行う必要がある。

2 院内感染防止対策の基準

- (1) 当該保険医療機関において、院内感染防止対策が行われていること。
- (2) 当該保険医療機関において、院内感染防止対策委員会が設置され、当該委員会が1回程度、定期的に開催されていること。なお、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。
- (3) 院内感染防止対策委員会は、病院長又は診療所長、看護部長、薬剤師等の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に相当の経験を有する医師等の職員から構成されていること（診療所においては各部門の責任者を兼務した者で差し支えない。）。

- (4) 当該保険医療機関内において（病院である保険医療機関内においては、当該病院にある検査部において）、各病棟（有床診療所においては、当該有床診療所の有する全ての病床。以下この項において同じ。）の微生物学的検査に係る状況を記した「感染情報レポート」が週1回程度作成されており、当該レポートが院内感染防止対策委員会において十分に活用される体制がとられていること。当該レポートは、入院中の患者からの各種細菌の検出状況や薬剤感受性試験のマスター等が病棟又は有床診療所の理学情報として把握、活用されることを目的として作成されるものであり、各病棟からの拭き取り等による各種細菌の検出状況を記すものではない。
- (5) 院内感染防止対策として、職員等に対し流水による手洗いの励行を徹底させるとともに、各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液が設置されていること。ただし、精神病棟、小児病棟等においては、患者の特性から病室に前項の消毒液を設置することが適切でない」と判断される場合を除き、携帯用の速乾式消毒液等を用いても差し支えないものとする。

3 医療安全管理体制の基準

- (1) 当該保険医療機関において、医療安全管理体制が整備されていること。
- (2) 安全管理のための指針が整備されていること。
- (3) 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。
- (4) 安全管理のための委員会が開催されていること。
- (5) 安全管理の責任者等が構成される委員会が月1回程度開催されていること。なお、安全管理の責任者が必ずしも対面でも対面ではなくてよいと判断した場合においては、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。
- (6) 安全管理の体制確保のための職員研修が開催されていること。

4 褥瘡対策の基準

- (1) 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。
- (2) 当該保険医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。
- (3) 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、(2)に掲げる専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。ただし、当該医師及び当該看護職員が作成した診療計画に基づきものであれば、褥瘡対策の実施は、当該医師又は当該看護職員以外でも差し支えない。また、様式については褥瘡に関する危険因子評価票と診療計画書が別添6の別紙3のように1つの様式ではなく、それぞれ独立した様式となっていること。また、褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会が定期的に開催されていることが望ましい。

- (5) 患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散マットレス等を適切に選択し使用する体制を整えられていること。
 - (6) 毎年7月において、褥瘡患者数等について、別添7の様式5の4により届け出ること。
- 5 栄養管理体制の基準
- (1) 当該病院である保険医療機関（特別入院院基本料等を算定する病棟のみを有するものを除く。）内に、常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
 - (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。
 - (3) 入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診断計画書に記載していること。
 - (4) (3)において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画（別添6の別紙23又はこれに準じた様式とする。）を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に算定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に算定することとする。
 - (5) 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、特別食の有無等）、栄養食事相談に関する事項（入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等）、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書又はその写しを診療録等に添付すること。
 - (6) 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。
 - (7) 特別入院院基本料等及び非常勤の管理栄養士又は常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
 - (8) (1)に規定する管理栄養士は、1か月以内の欠勤については、欠勤期間中も(1)に規定する管理栄養士に算入することができる。なお、管理栄養士が欠勤している間も栄養管理のための適切な体制を確保していること。
 - (9) 当該保険医療機関（診療所を除く。）において、管理栄養士の職職又は長期欠勤のため、当該届出を行った日の属する月を含む3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる。
- 6 医科点数表第1章第2節通則第8号及び医科点数表第1章第2節入院院料等通則第7号に規定する基準
- 当該保険医療機関内に、非常勤の管理栄養士又は常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- 第1の2 医科点数表第1章基本診療料第2節入院院料等通則第6号ただし書に規定する入院院基本料（特別入院院基本料等を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準
- 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。

- 1 第1の1から4までのいずれにも該当するものであること。
 - 2 栄養管理体制の基準
 - (1) 当該保険医療機関内（診療所を除く。）に、栄養管理を担当する管理栄養士が1名以上配置されていること。
 - (2) 管理栄養士をはじめとして、歯科医師、看護職員、その他医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。
 - (3) 入院時に患者の栄養状態を歯科医師、看護師、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診断計画書に記載していること。
 - (4) (3)において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、歯科医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画（別添6の別紙23又はこれに準じた様式とする。）を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に算定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に算定することとする。
 - (5) 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、特別食の有無等）、栄養食事相談に関する事項（入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等）、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書又はその写しを診療録等に添付すること。
 - (6) 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。
 - (7) 特別入院院基本料等及び短期滞在手術等基本料1を算定する場合は、(1)から(6)までの体制を満たしていることが望ましい。
 - (8) (1)に規定する管理栄養士は、1か月以内の欠勤については、欠勤期間中も(1)に規定する管理栄養士に算入することができる。なお、管理栄養士が欠勤している間も栄養管理のための適切な体制を確保していること。
 - (9) 当該保険医療機関（診療所を除く。）において、管理栄養士の職職又は長期欠勤のため、当該届出を行った日の属する月を含む3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる。
- 第2 病院の入院院基本料等に関する施設基準
- 病院である保険医療機関の入院基本料等に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。
- 1 病棟の概念は、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとする。なお、高層建築等の場合であって、複数階（原則として2つの階）を1病棟として認めることは差し支えないが、三つ以上の階を1病棟とすることは、2つの病棟を満たしている場合と異なり、特例として認められるものであること。また、感染症病棟が別棟にある場合は、隣接して看護を円滑に実施できる一般病棟に含めて1病棟とすることができる。平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な結核病棟を有する保険医療機関については、一般病棟（一般病棟入院院基本料、特定機能病院入院院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院院基本料又は障害者施設等入院院基本料を算定する病棟）と結核病棟を併せて1看護単位とすること

はできるが、看護配置基準が同じ入院基本料を算定する場合に限る。ただし、結核病棟を構造上区分すること等医療法で規定する構造設備の基準は遵守するものとし、平均在院日数の計算に当たっては、一般病棟のみにより計算するものとし、一般病棟が急性期一般入院基本料、7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出を行う病棟である場合及び結核病棟が7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出を行う病棟である場合には、原則として一般病棟及び結核病棟で別々に重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの評価を行うものとするが、7対1入院基本料の結核病棟のみで重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たさない場合に限り、両病棟全体で重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの評価を行い、重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たすことと差し支えないものとする。

2 1病棟当たりの病床数に係る取扱いについては、次のとおりとする。

(1) 1病棟当たりの病床数については、①効率的な看護管理、②夜間における適正な看護の確保、③当該病棟に係る建物等の構造の観点から、総合的に判断した上で決定されるものであり、原則として60床以下を標準とする。ただし、精神病棟については、70床まではやむを得ないものとする。

(2) (1)の病床数の標準を上回っている場合については、①2以上の病棟に分割した場合には、片方について1病棟として成り立たない、②建物構造上の事情で標準を満たすことが困難である、③近く建物改築がなされる等、やむを得ない理由がある場合に限り、認められるものであること。

(3) 複数階で1病棟を構成する場合又は別棟にある感染症病棟を含めて1病棟を構成する場合については上記(1)及び(2)と同様であるが、いわゆるサブナース・ステーションの設置や看護要員の配置を工夫すること。

3 平均在院日数については次の点に留意すること。

(1) 平均在院日数を算出するに当たり対象となる入院患者は、保険診療に係る入院患者（「基本診療料の施設基準等」の別表第三に規定する入院患者を除く。）であること。
(2) 平均在院日数については、直近3か月間の数値を用いて別添6の別紙4により計算すること。なお、平均在院日数は小數点以下は切り上げること。また、短期滞在手術等基本料3を算定した患者であつて6日以降も入院する場合は、入院日から起算した日数を含めて平均在院日数を計算すること。

4 入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。

(1) 入院患者の数については、次の点に留意する。
ア 入院患者の数は、当該日の24時現在当該病棟に入院中の患者をいい、当該病棟に入院してその日のうちに退院又は死亡した患者を含むものである。また、保険診療に係る入院患者のほか、正常の妊娠婦、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、人間ドックなどの保険外診療の患者であつて、看護要員を保険診療を担当する者と保険外診療を担当する者とに明確に区分できない場合の患者を含むものであること。なお、救急患者として受け入れ、処置室、手術室等において死亡した患者について入院料を算定する場合であつても、当該患者については、入院患者の数に計上しない。

イ 入院患者の数については、届出時の直近1年間（届出前1年から6か月の間に開設又は増床を行った保険医療機関にあっては、直近6か月間とする。）の延入院患者数を延日数で除して得た数とし、小數点以下は切り上げる。

なお、届出前6か月の間に開設又は増床した病棟を有する保険医療機関に係る入院患者の数の取扱いについては、便宜上、開設又は増床した病床数に対し、一般病棟にあっては一般病棟の病床数の80%、療養病棟にあっては療養病棟の病床数の90%、結核病棟にあっては結核病棟の病床数の80%、精神病棟にあっては精神病棟の病床数の100%を、実績の値に加えた数とする。

また、一般病棟に感染症病床がある場合は、届出時の直近1年間の入院患者数が0であつても、感染症病床数の5%をもつて感染症病床に係る入院患者の数とすることができ、
ウ 届出前1年間の間に減床を行った保険医療機関については、減床後の実績が3か月以上ある場合は、減床後の延入院患者数を延日数で除して得た数とする。なお、減床後から3か月未満の期間においては、減床後の入院患者数の見込みをもつて届出を行うことができるものとするが、当該入院患者数が、減床後3か月の時点での減床後の延入院患者数を延日数で除して得た数を満たしていないことが判明したときは、当該届出は遡って無効となり、変更の届出を行わせること。

エ 病棟単位で算定する特定入院料（区分番号「A317」）に掲げる特定一般病棟入院料を除く。）、「基本診療料の施設基準等」の別表第三に規定する治療室、病室及び短期滞在手術等基本料1に係る回復室に入院中の患者については、入院患者の数から除く。
(2) 看護要員の数については、次の点に留意する。

ア 看護要員の数は、届出時の看護要員の数とする。

イ 当該届出病棟に配置されている看護要員の数は、1勤務帯8時間で1日3勤務帯を標準として、月平均1日当たりの要件を満たしていること。なお、出産、育児又は家族介護に関する休業等が確保されるよう配慮を行うこと。

ウ 看護要員の数は、病棟において実際に入院患者の看護に当たっている看護要員の数であり、その算定に当たっては、看護部長等（専ら、病院全体の看護管理に従事する者を含む。）が、当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等の看護要員の数は算入しない。

エ 病棟勤務と外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務又は集中治療室勤務等を兼務する場合は、勤務実績表による病棟勤務の時間を看護要員の数に算入する。

オ 臨時職員であつても継続して勤務に当たる者は、給与の支払方式が日給制であるか否かにかかわらず、看護要員の数に算入することができ、ただし、継続勤務については、特に被保険者証等により確認する必要はなく、実態に応じ判断すること。なお、職業安定法（昭和22年法律第141号）の規定に基づき、職業紹介事業を行う者からの紹介又は労働者供給事業を行う者からの供給により看護要員を雇用了した場合、労働者派遣事業の適切な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律（昭和60年法律第88号）に基づき、紹介予定派遣として派遣された場合及び産前産後休業、育児休業、育児休業に準ずる休業又は介護休業中の看護要員の勤務を派遣労働者が代替する場合は、雇用期間にかかわらず看護要員の数に算入することができる。また、看護補助者の雇用形態は問わない。（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式等を除く。）

カ 病棟単位で算定する特定入院料（区分番号「A317」）に掲げる特定一般病棟入院料を

除く。)に係る病棟並びに「基本診療料の施設基準等」の別表第三に規定する治療室、病室、短期滞在手術等基本料1に係る回復室及び外来化学療法に係る専用施設に勤務する看護要員の数は、兼務者を除き算入できない。

キ 看護補助者の数については、次の点に留意する。

(イ) 看護補助者の数を算出するに当たっては、看護職員を看護補助者とみなして差し支えない。なお、入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員を看護補助者とみなす(以下「みなし看護補助者」という。)場合には、看護職員を看護補助者として算入することが必要となる看護職員数の総勤務時間数を、当該届出区分において勤務している看護職員数の総勤務時間数を差し引いた数を、看護補助者の勤務時間数として算入する。

(ロ) 小児病棟又は特殊療養入院施設管理加算を算定している病棟等において小児患者の保育に当たっている保育士は、看護補助者の数に算入することができる。ただし、小児入院医療管理料の加算の届出に係る保育士については、看護補助者として算入することではない。

(ハ) 主として事務的業務を行う看護補助者を行う看護補助者を行う場合は、常時、当該病棟の入院患者の数が200又はその端数を増すごとに1以下であること。

主として事務的業務を行う看護補助者の数の算出に当たっては、当該医療機関間の院内規程において、看護補助者が行う事務的業務の内容を定めた上で、1人の看護補助者の延べ勤務時間数のうち事務的業務が占める割合を占める看護補助者を、「主として事務的業務を行う看護補助者」として算入すること。また、主として事務的業務を行う看護補助者については、当該病棟において事務的業務以外の業務を行った時間数も含めて、当該看護補助者の勤務時間数を算入すること。

ク 1か月以上長期欠勤の看護要員、身体障害者(児)に対する機能訓練指導員及び主として洗濯、掃除等の業務を行う者は看護要員に算入しない。

(3) 夜間における勤務(以下「夜勤」という。)については、次の点について留意する。

ア 「夜勤」とは、各保険医療機関が定める午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間(以下「夜勤時間帯」という。)の間において、現に勤務することを行い、当該夜勤時間帯に現に勤務した時間数を「夜勤時間数」という。なお、各保険医療機関において、当該夜勤時間帯を定める場合には、夜勤時間帯以外の時間帯(以下「日勤帯」という。)が、夜勤時間帯と重なる時間が、当該日勤帯の2分の1以下とすること。

イ 看護要員の名簿及び勤務実績表により、各病棟(精神病棟入院基本料の特別入院基本料等以外の特別入院基本料等を算定する病棟を除く。)ごとに次の要件が満たされること。

(イ) 看護要員は、常時2人以上であること。

(ロ) 一般病棟、結核病棟及び精神病棟においては、看護職員を2人以上配置していること。(精神病棟入院基本料の特別入院基本料等を除く。)

(ハ) 療養病棟においては、看護職員1人と看護補助者1人以上の配置であつても差し支えない。

(ニ) (イ)から(ハ)までの要件を満たしている場合は、曜日や時間帯によって、夜勤の

従事者が変動することは差し支えない。

ウ 特定入院料(施設包括ケア入院医療管理料を除く。また、小児入院医療管理料4、特殊疾患入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料については、病棟単位で算定する場合に限る。)を算定している病棟に係る看護要員は、夜勤時間数の計算対象としな

いこと。

エ 夜勤に従事する看護要員の月当たり夜勤時間数は、1か月又は4週間の当該夜勤時間帯に従事した時間数をいう。

オ 月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体(同一の入院基本料を算定する複数の病棟(看護単位)を持つ病院にあっては、当該複数の病棟を合わせた全体)で届出前1か月又は4週間の夜勤時間帯に従事する看護職員の延べ夜勤時間数を、夜勤時間帯に従事した実人員数を除して得た数とし、当該月当たりの平均夜勤時間数を、直近1か月又は直近4週間の実績の平均値により、72時間以下であること。すなわち、月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で計算するものであり、病棟(看護単位)ごとに計算するものではないため、病棟(看護単位)ごとに月平均夜勤時間数が72時間以下である必要はないものであること。

また、新規届出直後においては、当該病棟の直近3か月間又は12週間の実績の平均値が要件を満たしていれば差し支えない。

なお、療養病棟入院基本料を算定する病棟の看護職員については、この限りではないこと。

カ 月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び延べ夜勤時間数については、次の点に留意する。

(イ) 専ら夜勤時間帯に従事する者(以下「夜勤専従者」という。)は、実人員数及び延べ夜勤時間数に含まれないこと。

(ロ) 夜勤時間帯に看護職員が病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合は、当該看護職員が夜勤時間帯に当該病棟で勤務した月当たりの延べ時間を、当該看護職員の月当たりの延べ夜勤時間(病棟と病棟以外の勤務の時間を含む。)で除して得た数を、夜勤時間帯に従事した実人員数として算入すること。

(ハ) 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料及び10対1入院基本料の病棟の実人員数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤時間数が16時間未満の者は含まないこと。ただし、短時間正職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職員については、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のもを含む。

(ニ) 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料及び10対1入院基本料以外の病棟の実人員数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤時間数が8時間未満の者は含まないこと。

(ホ) 夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間は、申し送った看護職員の夜勤時間から除いて差し支えない。ただし、当該申し送りに要した時間の除外の有無については、原則として、同一の入院基本料を算定する病棟単位において、月単位で選択すること。

キ 週当たりの所定労働時間は、40時間以内であること。

ク 夜勤専従者の夜勤時間については、夜勤による勤務負担が適重とならないよう十分配

ケ 上記(2)の7からクまで及び(3)のアからクまでに係る看護要員の配置数、人員構成及び夜間勤務に係る具体的な算出方法等については、別添6の別紙5の例を参考とすること。

コ 看護要員の勤務形態は、次の点に留意する。

ア 看護要員の勤務形態は、保険医療機関の実情に応じて病棟ごとに交代制の勤務形態をとること。

イ 同一の入院基本料を算定する病棟全体で1日当たり勤務する看護要員の数が所定の要件を満たす場合は、24時間一定の範囲で傾斜配置することができる。すなわち、1日当たり勤務する看護要員の数の要件は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で要件を満たしていればよく、病棟（看護単位）ごとに要件を満たす必要はない。また、看護（看護単位）ごとに異なる看護要員の配置を行うことととも、1つの病棟の中でも24時間の範囲で各勤務帯において異なる看護要員の配置を行うことができるものであること。なお、各勤務帯に配置する看護要員の数については、各病棟における入院患者の状態（重症度、医療・看護必要度等）について評価を行い、実情に合わせた適正な配置数（確保されるよう管理すること）。

ウ 特別入院基本料を算定している保険医療機関については、各病棟の看護要員数の2割を看護師とすることが望ましい。

エ 看護要員の配置に係る情報提供は、次の点に留意する。

ア 各勤務帯のそれぞれで、1人の看護要員が、実際に受け持っている入院患者の数を各病棟内に掲示すること。また、複数の病棟間で傾斜配置をしている場合には、各病棟の看護要員の配置状況を掲示すること。

イ アの掲示については、第3「届出受理後の措置等」の7の掲示例によること。

ア 看護は、当該保険医療機関の看護要員のみによって行われるものであり、当該保険医療機関において患者の負担による付添看護が行われてはならない。ただし、患者の病状に直り、又は治療に対する理解が困難な小児患者又は知的障害を有する患者等の場合は、医師の許可を得て家族等患者の負担によらない者が付き添うことは差し支えない。なお、患者の負担によらない家族等による付添いであっても、それらが当該保険医療機関の看護要員による看護を代替し、又は当該保険医療機関の看護要員の看護力を補充するようないことがあってはならない。

イ ①病状の観察、②病状の報告、食事、排泄等の世話等療養上の世話、④診察の介助、⑤身業・注射、⑥帯交換等の治療の介助及び処置、⑥検温、血圧測定、検査体の採取・測定、検査の介助、⑦患者、家族に対する療養上の指導等患者の病状に直接影響のある看護は、看護師又は看護師の指示を受けた准看護師が行うものである。看護補助者は、看護師長及び看護職員の手導の下に、原則として療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）、病室内の環境整備やベッドメーカーキーン等のほか、病棟内において、看護用品及び消耗品の整理整頓、看護職員が行う書類・伝票の整理及び作成の代行、診療録の準備等の業務を行うこととする。

なお、看護補助者の業務範囲について、「平成19年12月28日医政発第1228001号」にある、次の役割分担の推進について（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある、

「2 役割分担の具体例（1）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担」に基づき院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備していること。

ウ 個々の患者の病状にあった適切な看護が実施されていること。また、効果的な医療が提供できるよう患者ごとに看護計画が立てられ、その計画に沿って看護が実施されるよう留意すること。

エ 看護に関する記録としては、看護体制の1単位ごとに別添6の別紙6に掲げる記録がなされている必要がある。なお、これらの記録の様式・名称等は各病院が適当とする方法で差し支えないが、記録の作成に際しては、重複を避け簡潔明瞭を旨とすること。

オ 当該届出に係る各病棟の看護単位ごとに看護の責任者が配置され、看護チームによる交代制勤務等の看護が実施され、ナース・ステーション等の設備を有し、看護に必要な器具器械が備え付けられていること。

4の2 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料1に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。

(1) 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病棟入院基本料（精神病棟を除く。）及び専門病棟入院基本料）、10対1入院基本料（特定機能病棟入院基本料（一般病棟に限る。））、専門病棟入院基本料）及び地域一般入院料1を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している全ての患者の状態を別添6の別紙7の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて測定を行い、その結果に基づいて評価を行っていること。なお、許可病床数400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院基本料（急性期一般入院料7を除く。）を算定する病棟及び7対1入院基本料（特定機能病棟入院基本料（一般病棟に限る。））を算定する病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。

(2) 急性期一般入院基本料（急性期一般入院料7を除く。）及び7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病棟入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病棟入院基本料）については、測定の結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、別表1のいづれかに該当する患者（以下「基準を満たす患者」という。）の割合が、別表2の基準以上であること。また「基準を満たす患者」という。）の割合が、別表2の基準以上であること。また急性期一般入院基本料（特定機能病棟入院基本料（結核病棟入院基本料に限る。））、10対1入院基本料（特定機能病棟入院基本料（一般病棟に限る。））、専門病棟入院基本料）及び地域一般入院料1については、別添6の別紙7により、直近3月において入院している全ての患者の状態を継続的に測定し、その結果に基づいて評価を行っていること。ただし、許可病床数200床未満の保険医療機関であって、令和2年3月31日時点で旧算定方法別表第一区分番号A100に掲げる急性期一般入院料1又は2の届出を行っている病棟にあっては、急性期一般入院料2及び3の基準を満たす患者の割合、当該時点で旧算定方法別表第一区分番号A100に掲げる急性期一般入院料3の届出を行っている病棟にあっては、急性期一般入院料3の基準を満たす患者の割合、当該時点で旧算定方法別表第一区分番号A100に掲げる急性期一般入院料4の届出を行っている病棟にあっては、急性期一般入院料4の基準を満たす患者の割合が、本文の規定にかかわらず、それぞれ別表3の

基準以上であること。

別表1

A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
A得点が3点以上の患者	3割1分	2割9分
C得点が1点以上の患者	2割8分	2割6分
	2割5分	2割3分
	2割2分	2割
	2割	1割8分
	1割8分	1割5分

別表2

急性期一般入院料1	3割1分	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
急性期一般入院料2	2割8分	3割	2割8分
急性期一般入院料3	2割5分	3割	2割8分
急性期一般入院料4	2割2分	1割1分	0.9割
急性期一般入院料5	2割		
急性期一般入院料6	1割8分		
7対1入院基本料(特定機能病 院入院基本料(一般病棟に限 る。))			
7対1入院基本料(専門病院内 院基本料)	3割		
7対1入院基本料(結核病棟入 院基本料)	1割1分		

別表3

急性期一般入院料2	2割6分	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
急性期一般入院料3	2割3分	2割6分	2割4分
急性期一般入院料4	2割	2割3分	2割1分
		2割	1割8分

(3) 第2の1にある小規模な結核病棟を有し、一般病棟と併せて1看護単位としている病棟において、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定している場合、重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの評価は一般病棟と結核病棟とで重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれか同一の評価票を用いて別々に行い、それぞれの病棟において(2)の割合を満たすものとする。ただし、7対1入院基本料の結核病棟のみで重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たさない場合に限り、両病棟全体で重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの評価を行い、一般病棟における重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たすことで差し支えないものとする。

(4) 評価に当たっては、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等(平成20年厚生労働省告示第62号)の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合(基本診療料の施設基準等第十の三(3)及び四に係る要件以外)の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限る。)は、対象から除外すること。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者(同一入院中に医科の診察も行う期間については除く。)は、対象から除外すること。

(5) 10対1入院基本料であっても、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定機能病院入院基本料(結核病棟及び精神病棟に限る。))については、評価を行わずとも差し支えない。

(6) 重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。ただし、●●に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選内取の判断を行う必要はない。

実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で検証を行うこと。

(7) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院基本料の届出時に併せて届出ること。なお、評価方法の変更を行う場合については、別添7の様式10を用いて届出なければならないこと。ただし、評価方法の変更による新たな評価方法への切り替えは4月又は10月(以下「切替月」という。)のみとし、切替月の10月までに届出ること。

(8) 毎年7月において、直近3月の評価の結果を別添7の様式10により地方厚生(支)局長に報告すること。

(9) 旧算定方法別表第一区分番号「A100」急性期一般入院基本料(急性期一般入院料7を除く。)及び7対1入院基本料(結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))及び専門病院内院基本料)の経過措置については、令和2年3月31日において、現に急性期一般入院基本料(急性期一般入院料7を除く。)及び7対1入院基本料(結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))及び専門病院内院基本料)に係る届出を行っている病棟であって、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前(令和2年度改定前)の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和2年9月30日までは令和2年度改定後の別表2の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなすものであること。また、令和2年3月31日時点で急性期一般入院料7、地域一般入院料1、特定機能病院入院基本料の7対1入院基本料(結核病棟に限る。))若しくは10対1入院基本料(一般病棟に限る。))及び専門病院内院基本料の10対1入院基本料の届出を行っている病棟にあつては、令和2年9月30日までの間に限り、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成30年3月5日保医発第0305第2号)の別添6の別紙7の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

4の3 急性期一般入院料1及び7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料及び障害者施設等入

院基本料を除く。)に係る入院患者数及び医師の数については、次の点に留意すること。
(1) 急性期一般入院料1及び7対1入院基本料に係る患者数

(2) 常勤の医師の数
ア 医師数は、常勤(週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が32時間以上であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあつては、所定労働時間が30時間以上であること)の医師の他、非常勤医師の実労働時間を常勤換算し算入することができる。
イ ウの医師数の計算方法における医師数は、届出時の医師数とする。

ウ 急性期一般入院料1及び7対1入院基本料に係る医師数の計算方法

(イ) 急性期一般入院料1及び7対1入院基本料の7対1入院基本料に係る医師数
医療法上の一般病棟(感染症病棟を含む。)に入院する患者数から急性期一般入院料1及び7対1入院基本料を算定する病棟に入院する患者数を減じた数を16で除した数、結核病棟に入院する患者数を16で除した数、療養病棟に入院する患者数を48で除した数及び精神病棟に入院する患者数を48で除した数を合計した数を病院全体の医師数から減じた数

(ロ) 結核病棟入院基本料の7対1入院基本料に係る医師数
医療法上の一般病棟(感染症病棟を含む。)に入院する患者数を16で除した数、療養病棟に入院する患者数を48で除した数及び精神病棟に入院する患者数を48で除した数を合計した数を病院全体の医師数から減じた数
(3) 「基本診療料の施設基準等」第五の二の(1)のイの②の3及び⑥の(2)のイの⑤については以下のとおりとする。

(2)のウの(イ)による医師数が、(1)による患者数が100分の10を乗じた数以上、当該病棟に係る入院患者数が30人未満の場合は、3人以上。

(4) 「基本診療料の施設基準等」第五の四の(1)のイの④については以下の通りとする。
(2)のウの(ロ)による医師数が、(1)による患者数が100分の10を乗じた数以上、当該病棟に係る入院患者数が30人未満の場合は、3人以上。

4の4 急性期一般入院料1、7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))及び専門病院入院基本料1、7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))に係る自宅等に退院するもの割合について
(1) 急性期一般入院料1、7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))に係る自宅等に退院するものとは、他の保険医療機関(地域包括ケア病院入院料(入院医療管理料を含む。))、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病棟入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。)に転院した患者以外の患者をいう。

(2) 当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数にイに掲げる数で除して算出する。

ア 直近6か月間に退院した患者数(第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転院患者及び死亡退院した患者を除く。)のうち、自宅等に退院するもの

数
イ 直近6か月間に退院した患者数(第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転院患者及び死亡退院した患者を除く。)

4の5 急性期一般入院料及び7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))及び専門病院入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))及び7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))に係る患者数を算定する病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料1若しくは2を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料1若しくは2を算定する病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものは、当分の間、当該基準を満たしているものとする。なお、当該基準については、別添7の様式40の7を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。

4の5の2 「基本診療料の施設基準等」第五の二の(1)のイの③の3及び第五の二の(1)のイの④の3について

急性期一般入院料2又は3を算定する保険医療機関については、厚生労働省が入院医療を担う保険医療機関の機能や役割について分析・評価するために調査に参加すること。ただし、やむを得ない事情が存在する場合には、この限りでない。

4の5の3 許可病床数400床以上の保険医療機関であつて急性期一般入院基本料(急性期一般入院料2及び3を除く。)を算定するもの又は7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))を算定するもの又は7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))を算定する保険医療機関については、厚生労働省が入院医療を担う保険医療機関の機能や役割について分析・評価するために調査に参加することが望ましい。

4の5の4 基本診療料の施設基準等第五の二の(1)のイの①の4について
急性期一般入院料2を届け出る場合その他やむを得ない事情とは、新たに保険医療機関の指定を受け、入院基本料の施設基準に係る届出を行う場合、又は急性期一般入院基本料1から7のいずれかを既に届け出ている保険医療機関であつて第26の4の4(3)の規定によりデータ提出加算を算定できなかった場合は、新たに保険医療機関を指定する日又はデータ提出加算に係る施設基準を満たさなくなった日の属する月の翌月から起算して1年に限り、急性期一般入院料7について、データ提出加算に係る届出を行っているものとみなすことができる。

4の6 月平均夜勤時間超過減算による入院基本料及び夜勤時間特別入院基本料を算定する病棟については、次の点に留意する。

(1) 月平均夜勤時間超過減算による入院基本料
ア 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める基準(夜勤を行う看護職員の

1人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること)のみを満たせなくなった場合、当該基準を満たせなくなつてから直近3月に限り、算定できるものであること。ただし、病院の個別にかかわらず、月平均夜勤時間超過減算による入院基本料又は夜勤時間特別入院基本料を最後に算定した月から起算して1年以内は、当該減算による入院基本料の算定はできないものであること。

イ 本通知の第3の1の(1)に規定する一時的な変動に該当する場合には、当該一時的な変動に該当しなくなつてから直近3月に限り、算定できるものであること。

ウ 月平均夜勤時間超過減算により入院基本料を算定する場合は、看護職員の採用活動状況等に関する書類を毎月10日までに地方厚生(支)局長に提出すること。

(2) 夜勤時間特別入院基本料

ア 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び精神病棟入院基本料を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める基準(夜勤を行う看護職員の1人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること。)のみを満たせなくなった場合、算定できるものであること。

イ 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合は、医療勤務環境改善センターに相談し、その相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を毎月10日までに地方厚生(支)局長に提出すること。

(3) 月平均夜勤時間超過減算による入院基本料又は夜勤時間特別入院基本料を算定する保険医療機関においては、保険医療機関及び保険医療従事者担当規則第11条の2に規定されているように、保険医療機関は、看護を実施するに当たって必要な看護職員の確保に努めなければならないこととされており、看護職員定着のための処遇改善等についてなお一層の努力をすること。また、月平均夜勤時間超過減算による入院基本料又は夜勤時間特別入院基本料の算定期間中は、看護職員の夜勤時間について規定がないため、特定の看護職員に夜勤時間が偏重することがないように配慮すること。

(4) 月平均夜勤時間超過減算による入院基本料又は夜勤時間特別入院基本料の届出を行う場合は、別添7の様式6及び様式9を用いること。

4の7 看護必要度加算及び一般病棟看護必要度評価加算を算定する病棟については、次の点に留意する。

(1) 10対1入院基本料(特定機能病棟入院基本料(一般病棟に限る。))及び専門病棟入院基本料)及び13対1入院基本料(専門病棟入院基本料に限る。))を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果に基づいて評価を行っていること。10対1入院基本料(特定機能病棟入院基本料(一般病棟に限る。))及び専門病棟入院基本料)を算定する病棟については、評価の結果、4の2(2)別表1のいずれれかにか該当する患者の割合が別表4のとおりであること。

別表4

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ
---------------------	---------------------

看護必要度加算1	2割2分	2割
看護必要度加算2	2割	1割8分
看護必要度加算3	1割8分	1割5分

(2) 評価に当たっては、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料2又はその対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合(基本診療料の施設基準等第十の三(3)及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料又は3に係る要件を満たす場合に限る。)は対象から除外すること。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者(同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。)は、対象から除外すること。

(3) 重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。ただし、●●に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で確認を行うこと。

(4) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院基本料の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法の変更を行う場合については、別添7の別紙10を用いて届け出ることがあること。ただし、評価方法の変更による新たな評価方法への切り替えは切替月のみとし、切替月の10日までに届け出ること。

(5) 毎年7月において、直近3月の評価の結果を別添7の様式10により地方厚生(支)局長に報告すること。

(6) 看護必要度加算の経過措置について、令和2年3月31日において、現に看護必要度加算1、2又は3を算定するものについては、令和2年9月30日まではそれぞれ令和2年度改定後の看護必要度加算1、2若しくは3の基準を満たすものとみなすものであること。

4の8 ADL維持向上等体罰加算の施設基準

急性期一般入院基本料、7対1入院基本料(特定機能病棟入院基本料(一般病棟に限る。))及び専門病棟入院基本料)又は10対1入院基本料(特定機能病棟入院基本料(一般病棟に限る。))及び専門病棟入院基本料)を算定する病棟において、以下の基準を満たすこと。

(1) 当該病棟は、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)が2名以上配置されていること又は専従の理学療法士等が1名、かつ、専任の理学療法士等2名以上配置されていること。なお、複数の病棟において当該加算の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれ専従の理学療法士等が配置されていること。また、当該理学療法士等(専従のものに限る。)は、区分番号「H0000」心大血管病患リハビリテーション科、区分番号「H0011」脳血管疾患等リハビリテーション科、区分番号「H0012」廃用症候群リハビリテーション科、区分番号「H0021」運動器リハビリテーション科、区分番号「H0031」呼吸器リハビリテーション科、区分番号「H0041」摂食機能療法、区分番号「H0051」視能訓練、区分番号「H0061」難病患者リハビリテーション科、区分番号「H0071」障害児(者)リハビリテーション科、区分番号「H0072」がん患者リハビリテーション科、区分番号「H0073」認知

未満であること。なお、入院日から起算して4日以内に外科手術を行い、当該外科手術の日から起算して3日目のADLが入院時より30以上低下した場合は、退院又は転院時におけるADLは、入院時のADLとではなく当該外科手術の日から起算して3日目のADLと比較するものとする。

なお、新規に届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができ。なお、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなつた後、再度届出を行う場合については新規に届出をする場合には該当しない。

イ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R 分類 d2以上とする。）を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。なお、その割合は、次の(イ)に掲げる数(を(ロ)に掲げる数で除して算出する。ただし、届出時の直近月の初日（以下この項において「調査日」という。）における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が5人以下であること。

(イ) 調査日に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数
 (ロ) 調査日の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める。）

なお、届出以降は、別添7の様式5の4に基づき、院内で発生したDESIGN-R 分類 d2以上の褥瘡を保有している入院患者の割合を調査すること。

(6) 発熱リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っていること。

4の9 障害者施設等入院基本料に係る7対1入院基本料を算定する病棟について「基本診療料の施設基準等」第五の七の(2)のイの③については、直近1か月における当該病棟に入院する超重症児(者)及び準超重症児(者)の数の和の1日平均を、直近1か月における当該病棟に入院する患者数の1日平均で除して算出する。

4の10 精神病棟入院基本料及び特定機能病院内院基本料（精神病棟に限る。）を算定する病棟について

(1) 7対1入院基本料（特定機能病棟の精神病棟に限る。）又は10対1入院基本料を算定する病棟については、以下の基準を満たすこと。

当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の5割以上が入院時においてGAF尺度30以下であること。

(2) 13対1入院基本料を算定する病棟については、以下の基準を満たすこと。

ア 当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の4割以上が、入院時においてGAF尺度30以下又は区分番号A230-3に掲げる精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。

イ 身体合併症を有する患者の治療が行えるよう、必要に応じて、当該保険医療機関の精神科以外の医師が治療を行う体制が確保されていること。

4の11 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)のイの⑥に規定する「適切な意思決定に関する指針」について

「適切な意思決定を例に関する指針を定めていること」とは、当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容

知症患者リハビリテーション料及び区分番号「H008」集団コミュニケーション療法料（以下(1)において「疾患別リハビリテーション等」という。）を担当する専従者との兼務はできないものであること。当該理学療法士等（専従のものに限る。）がADL維持向上等を算定加算の算定を終了した当該病棟の患者に対し、引き続き疾患別リハビリテーション等を算定すべきリハビリテーションを提供する場合は、1日6単位まで算定できる。

ただし、当該病棟内に区分番号「A308-3」に規定する地域包括ケア入院医療管理料1、2、3又は4を算定する病室がある場合には、当該病室における理学療法士等の業務について兼務しても差し支えない。

(2) 当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が1名以上勤務していること。

ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。

イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。

(3) (2)の要件のうちイにおけるリハビリテーションに係る研修とは、医療関係団体等が主催する急性期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む研修であり、2日以上かつ10時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。なお、当該研修には、次の内容を含むものである。

ア リハビリテーション概論について（急性期リハビリテーションの目的、障害の考え方、チームアプローチを含む。）

イ リハビリテーション評価法について（評価の意義、急性期リハビリテーションに必要な評価を含む。）

ウ リハビリテーション治療法について（運動療法、作業療法、言語聴覚療法、義肢装具療法及び薬物療法を含む。）

エ リハビリテーション処方について（リハビリテーション処方の実際、患者のリスク評価、リハビリテーションカンファレンスを含む。）

オ 高齢者リハビリテーションについて（薬用症候群とその予防を含む。）

カ 脳・神経系疾患（急性期）に対するリハビリテーションについて

キ 心臓疾患（ICUでのリハビリテーションを含む。）に対するリハビリテーションについて

ク 呼吸器疾患に対するリハビリテーションについて

ク 運動器疾患のリハビリテーションについて

コ 周術期におけるリハビリテーションについて（ICUでのリハビリテーションを含む。）

(4) 当該病棟の直近1年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は、循環器系、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者が6割以上であること。

(5) アウトカム評価として、以下の基準を全て満たすこと。患者のADLは、基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「BI」という。）を用いて評価することとする。

ア 直近1年間に、当該病棟を退院又は転院した患者（死亡退院を除く。）のうち、退院又は転院時におけるADL（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和2年3月9日医発第●第●号）の別添1の2の別紙様式7の2の合計得点という。）以下(5)において同じ。）が入院時と比較して低下した患者の割合が3%

- を踏まえ、意思決定支援に関する指針を定めていることを行う。
- 4の12 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)のイの④に規定する「中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制」について
- 中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制として、次の体制を整備していること。
- ア 中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針を策定していること。
- イ 当該療養病棟に入院する個々の患者について、中心静脈注射用カテーテルに係る感染症の発生状況を継続的に把握し、その結果を「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項」について(令和2年3月5日保医発 0305 第1号)の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等」に係る評価票」の所定の欄に記載すること。
- 5 療養病棟入院料1及び2を算定する病棟の入院患者に係る「基本診療料の施設基準等」の別添第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者(以下別添2において「医療区分3の患者」という。)及び別添第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者及び同表の三に掲げる患者(以下別添3において「医療区分2の患者」という。)の割合の算出方法等
- イ 医療区分3及び医療区分2の患者の割合については、次のアに掲げる数で除して算出する。
- ア 直近3か月における各病棟の入院患者ごとの医療区分3の患者及び医療区分2の患者に該当する日数之和
- イ 直近3か月における各病棟の入院患者ごとの入院日数の和
- 6 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(2)に規定する区分
- 当該療養病棟に入院する患者については、別添6の別紙8の「医療区分・ADL区分等」に係る評価票 評価の再引き」を用いて毎日評価を行い、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平30年3月5日保医発 0305 第1号)の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等」に係る評価票」の所定の欄に記載すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。
- 7 医療区分2に定める「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、入院又は転院時既に褥瘡を有していた患者に限り、治癒又は癒後後も30日に限り、引き続き医療区分2として取り扱うことができる。ただし、当該取扱いを行う場合においては、入院している患者に係る褥瘡の発生割合について、当該患者又は家族の求めに応じて説明を行うこと。なお、褥瘡の発生割合とは、当該病棟の全入院患者数に占める当該病棟内で発生した褥瘡患者数(入院又は転院時既に発生していた褥瘡患者を除く。)の割合である。
- 8 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)のイの④に規定する褥瘡の発生割合等の継続的な測定及び評価
- 当該療養病棟に入院する個々の患者について、褥瘡又は尿路感染症の発生状況や身体抑制の実施状況を継続的に把握し、その結果を「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(令和2年3月5日保医発 0305 第1号)の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等」に係る評価票」の所定の欄に記載すること。
- 9 療養病棟入院料1に規定する在宅復帰機能強化加算について
- 次の施設基準を全て満たしていること。
- (1) 療養病棟入院料1を届け出ている保険医療機関であること。

- (2) 次のいずれにも適合すること。
- ア 当該病棟から退院した患者(当該保険医療機関の他病棟(療養病棟入院料基本料を算定していない病棟に限る。)から当該病棟に転院した患者については、当該病棟に入院した期間が1月以上ものに限る。以下この項において同じ。)に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上であり、その割合は、次の(イ)に掲げる数(ロ)に掲げる数で除して算出するものであること。なお在宅に退院した患者とは、同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟へ転院した患者、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者を除く患者をいひ、退院した患者の在宅での生活が1月以上(医療区分3の患者については14日以上)継続する見込みであることを確認できた患者をいう。
- (イ) 直近6月間に退院した患者(第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。)のうち、在宅に退院した患者数
- (ロ) 直近6か月間に退院した患者数(第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した患者等を含む。ただし、病状の急性増悪等により、他の保険医療機関(当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。)での治療が必要になり転院した患者を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳細の一覧を、届出の際に添付の上提出する。)
- イ 在宅に退院した患者の退院後1月以内(医療区分3の患者については14日以内)に、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問することにより、又は当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けることにより、当該患者の在宅における生活が1月以上(退院時に医療区分3である場合にあつては14日以上)継続する見込みであることを確認し、記録していること。
- (3) 当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室(一般病棟入院料基本料、特定機能病棟入院料基本料(一般病棟に限る。)、専門病棟入院料基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は地域包括ケア病棟入院料を算定するものに限る。)から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数(当該保険医療機関の他病棟から当該病棟に転院して1か月以内に退院した患者を除く。)を、当該病棟の1年間の1日平均入院患者数で除した数が100分の15以上であること。
- 10 療養病棟入院料基本料の注11の規定により入院料を算定する病棟については、次の点に留意する。療養病棟入院料基本料の注11に規定する病棟以外の病棟であつて、療養病棟入院料2の施設基準のうち、別に厚生労働大臣が定めるもの(当該病棟において1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が20若しくはその端数を増すごとに1以上であること)若しくは当該病棟において1日に看護補助を行う看護補助者の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が20若しくはその端数を増すごとに1以上であること又は当該病棟に入院している患者のうち、医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が5割以上であること)のみを満たせなくなく、第1に掲げる療養病棟入院料基本料の注11又は注12に係る届出を行っていた病棟に限り、算定できる。ただし、別に厚生労働大臣が定めるもののうち、「当該病棟において1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに1以上であるこ

と」又は「当該病棟において1日に看護補助を行う看護補助者の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が20若しくはその端数を増すごとに1以上であること。」を満たせなくなった場合については、令和2年3月31日時点で旧算定方法別表第1に掲げる療養病棟入院基本本の注11又は注12に係る届出を行っていた病棟において、夜勤を行う看護補助者の数が25又はその端数を増すごとに1以上及び当該病棟において1日に看護補助を行う看護補助者の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上である必要があること。

11 療養病棟入院基本本の注12に規定する夜間看護加算の施設基準

- (1) 当該病棟において、夜勤を行う看護要員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。ただし、看護要員の配置については、療養病棟入院基本本を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。なお、当該病棟において、夜勤を行う看護要員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護要員の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員1を含む看護要員3以上であることとする。ただし、看護要員の配置については、同一の入院基本本を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。
- (2) 夜間看護加算を算定するものとして届け出た病棟に入院している患者全体（延べ患者数）に占めるADL区分3の患者の割合が5割以上であること。
- (3) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。

ア 当該保険医療機関内に、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該保険医療機関に勤務する看護職員の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

イ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。

ウ イの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成次第等を含めた看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。

エ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

(4) 内容を含み院内研修に従事する看護補助者は、以下の基礎知識を習得でき、更にない場合は、2回目以降の研修は省略して差し支えない。

ア 医療制度の概要及び病棟の機能と組織の理解

イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解

ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術

エ 日常生活にかかわる業務

オ 守秘義務、個人情報等の保護

カ 看護補助業務における感染防止等

(5) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年1回以上見直しを行うこと。また、次に掲げる所定の研修を修了した（修了証が交付されているもの）看護師長等が配置されていることが望ましいこと。

ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（5時間程度）

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

(ロ) 看護補助者の活用に関する制度等の概要

(ハ) 看護職員との連携と業務整理

(ニ) 看護補助者の育成・研修・能力評価

(ホ) 看護補助者の雇用形態と処遇等

13 精神病棟入院基本本の注4及び特定機能病棟入院基本本の注4に規定する重症認知症加算の施設基準

精神病棟入院基本本料及び特定機能病棟入院基本本料（精神病棟に限る。）を算定する患者について加算できる施設基準等は以下のとおりである。

(1) 精神病棟入院基本本の注4の施設基準等

ア 「基本診療料の施設基準等」の第五の四の(5)のイの基準を満たしていること。

イ 算定対象となる重症認知症の状態とは、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年4月3日老発第0403003号、別添6の別紙12及び別紙13参照）におけるランクMに該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（JCS（Japan Coma Scale）でⅡ-3（又は30）以上又はGCS（Glasgow Coma Scale）で8点以下の状態にある者）を除く。

(2) 特定機能病棟入院基本本の注4の基準

(1)のイの基準を満たしていること。

14 精神病棟入院基本本の注7に規定する精神保健福祉士配置加算の施設基準

(1) 当該病棟に、専従の常勤精神保健福祉士が1名以上配置されていること。

(2) 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、当該部署に専従する精神保健福祉士が1名以上配置されていること。なお、当該病棟に専従する精神保健福祉士と退院支援部署に専従する精神保健福祉士は兼任できないが、退院支援部署は、退院調整加算又は精神科地域移行実地加算と退院支援部署又は地域移行推進室と同一でもよい。

(3) 措置入院患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。）以下「医療観察法」という。）第34条第1項若しくは第60条第1項に規定する鑑定入院の命令を受けた者又は第37条第5項若しくは第62条第2項に規定する鑑定入院の決定を受けた者（以下「鑑定入院患者」という。）及び第42条第1項第1号若しくは第61条第1項第1号に規定する同法による入院（以下「医療観察法入院」という。）の決定を受けた者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当該病棟の入院患者のうち9割以上が入院日から起算して1年以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患者、介護老人保健施設、介護医療院又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ

移行することである。なお、ここでいう「患者」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関間の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

15 「基本診療料の施設基準等」の第五の六専門病院入院基本料の施設基準の(1)の通則の主として悪性腫瘍患者又は循環器疾患患者を当該病院の一般病棟に7割以上入院させ、高度かつ専門的な医療を行っている病院とは、具体的に、次の各号に掲げる基準を満たすものをいう。

- (1) 悪性腫瘍に係る専門病院について
 - ア 200床以上の一般病棟を有していること。
 - イ 一般病棟（障害者施設等入院基本料及び特定入院料（救命救急入院料、特定集中治療室管理料及び緩和ケア病棟入院料を除く。）を算定する病棟を除く。以下この項において同じ。）に勤務する常勤の医師の員数が許可病床（当該一般病棟に係るものに限る。）数の100分の6を乗じて得た数以上であること。
 - ウ リニアック等の機器が設置されていること。
 - エ 一般病棟の入院患者の7割以上が悪性腫瘍患者であること。
 - オ 外来患者の3割以上が紹介患者であること。
- (2) 循環器疾患に係る専門病院について
 - イ 特定集中治療室管理の施設基準に係る届出を行い受理された病院であること。
 - ウ (1)のイ、イ及びオを満たしていること。
- 16 「基本診療料の施設基準等」の第五の七障害者施設等入院基本料の対象となる病棟は、次のいずれかの基準を満たすものをいう。ただし、7割1入院基本料の対象となる病棟は、次の(1)の別添7の模式19を用いること。
 - (1) 次のいずれかに該当する一般病棟
 - ア 児童福祉法（昭和22年法律164号）第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第7条第2項に規定する重症心身障害児をいう。）を入所させるものに限る。）
 - イ 児童福祉法第6条の2の2第3項に規定する指定発達支援医療機関
 - (2) 次のいずれにも該当する一般病棟
 - ア 重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「重度の肢体不自由児（者）」という。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「脊髄損傷等の重度障害者」という。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を概ね7割以上入院させている病棟であること。なお、重度の意識障害者とは、次に掲げるものをいうものであり、病棟が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。
 - (イ) 意識障害レベルがJCS（Japan Coma Scale）でⅡ-3（又は30）以上又はGCS（Glasgow Coma Scale）で8点以下の状態が2週以上持続している患者
 - (ロ) 無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外奏症候群等）

イ 当該病棟において、1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すことに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数が前段に規定する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員1を含む2以上であることをとする。

- 17 障害者施設等入院基本料の注9に規定する看護補助加算について
 - (1) 当該病棟において、1日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すことに1に相当する数以上であること。
 - (2) 当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すことに1に相当する数以上であること。
 - (3) 看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、同一の入院基本料を届け出ている病棟を含め、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できる。
 - (4) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、11(3)の例による。
 - (5) 看護補助加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。なお、研修内容については、11(4)の例による。
 - (6) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年1回以上見直しを行うこと。また、所定の研修を修了した（修了証が交付されているもの）看護師長等が配置されていることが望ましいこと。なお、所定の研修の内容については、11(5)の例による。
- 18 障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算について
 - 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、4項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、(1)及び(3)から(10)までのうち、4項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。
 - (1) 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。
 - (2) 3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務開始時刻が、直前の勤務の開始時刻の概ね24時間以降となる勤務編成であること。
 - (3) 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。
 - (4) 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。
 - (5) 当該病棟の看護要員について、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や退勤等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。

- (6) 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支拂するため、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間で業務連携に取組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。
- (7) 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者の業務のうち5割以上が療養生活上の世話であること。
- (8) 当該病棟において、みな看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。
- (9) 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。
- (10) 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を画行っていること。19 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、専門病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料における夜間看護体制特定日減算について

当該減算は、許可病床数が100床未満の病院において、夜間、病棟の看護職員が一時的に救急外来で勤務する間、病棟の看護職員1名を含め看護職員と看護補助者を合わせて2名以上であること。ただし、当該時間帯の入院患者数が30人以下の場合、看護職員1名で支えられない。加えて、当該時間帯に当該病棟の看護職員が一時的に救急外来で勤務する間、当該病棟の看護に支障がないと当該病棟を担当する医師及び看護の管理者が判断した場合に限ること。

- ア 当該診療所（療養病棟を除く。）における看護職員の数が、7以上であること。
イ 次の施設基準のうち、(イ)に該当すること又は(ロ)から(ウ)までのうち2つ以上に該当すること。
- (イ) 過去1年間に、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第8条第8項に規定する通所リハビリテーション又は同法第8条の2第8項に規定する介護予防通所リハビリテーション）、同法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導、同法第10項に規定する短期入所療養介護、同法第23項に規定する複合型サービス、同法第8条の2第6項に規定する介護予防居宅療養管理指導若しくは同法第10項に規定する介護予防短期入所療養介護を提供した実績があること、同法第8条第29項に規定する介護医療院を併設していること、又は同法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者若しくは同法第63条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者であること。
- (ロ) 在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
- (ハ) 過去1年間の急変時の入院件数が6件以上であること、なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。
- (ニ) 注6に規定する夜間看護配置加算1又は2の届出を行っていること。
- (ホ) 区分番号「A001」に掲げる再診料の注10に規定する時間外対応加算1の届出を行っていること。
- (ヘ) 過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入が1割以上であること。なお、急性期医療を担う病院の一般病棟とは、一般病棟入院基本料、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病棟入院基本料に限る。）、10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病棟入院基本料に限る。）、13対1入院基本料（専門病棟入院基本料に限る。）又は15対1入院基本料（専門病棟入院基本料に限る。）又は13対1入院基本料（専門病棟入院基本料に限る。）又は15対1入院基本料（専門病棟入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、地域一般入院基本料、13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定する保険医療機関にあっては区分番号「A205」に掲げる救急医療管理加算の算定を行っている場合に限るものとする。
- (ト) 過去1年間の当該保険医療機関内における看取りの実績が2件以上であること。
- (チ) 過去1年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数（分科を除く。）が30件以上であること。
- (リ) 区分番号「A317」に掲げる特定一般病棟入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める地域に所在する有床診療所であること。
- (ヌ) 過去1年間の分科を行った総数（帝王切開を含む。）が30件以上であること。
- (ル) 過去1年間に、区分番号「A208」に掲げる乳幼児加算・幼児加算、区分番号「A212」に掲げる超重症児（若）入院診療加算・連超重症児（若）入院診療加算又は区分番号「A21-2」に掲げる小児療養環境特別加算を算定した実績があること。
- (2) 有床診療所入院基本料2の施設基準
- ア 当該診療所（療養病棟を除く。）における看護職員の数が、4以上7未満であること。
イ (1)のイを満たしていること。
- (3) 有床診療所入院基本料3の施設基準
- ア 当該診療所（療養病棟を除く。）における看護職員の数が、1以上4未満であること。

パートタイム労働者の1か月の実労働時間
常勤職員の所定労働時間

による。ただし、計算に当たっては1人のパートタイム労働者の実労働時間が常勤職員の所定労働時間を超えた場合は、所定労働時間以上の勤務時間は算入せず、「1人」として算出する。なお、常勤職員の適当な時間帯の所定労働時間が32時間未満の場合は、32時間を所定労働時間として計算する。

- 5 有床診療所入院基本料の施設基準
- (1) 有床診療所入院基本料1の施設基準

- (3) 夜間看護配置加算1については、夜間の看護要員の数が、看護職員1名を含む2名以上であること。なお、2名のうち1名は当直で良いが、看護職員が1名のみである場合には、当該看護職員については当直によることはできないものであること。
- (4) 夜間看護配置加算2については、夜間の看護職員の数が1名以上であること。ただし、夜間看護配置加算1と該当する場合を除く。なお、当該看護職員については、当直でも良い。
- (5) 看護配置加算1と看護配置加算2は併算できないものであること。また、夜間看護配置加算1と夜間看護配置加算2も同様に併算できないものであること。

11 看護補助配置加算の施設基準

- (1) 看護補助配置加算1については、当該診療所(療養病床を除く。)における看護補助者の数が2名以上であること。
- (2) 看護補助配置加算2については、当該診療所(療養病床を除く。)における看護補助者の数が1名であること。
- (3) 看護補助配置加算1と看護補助配置加算2は併算できないものであること。

12 看護取り加算の施設基準

当該診療所における夜間の看護職員の数が1以上であること。ただし、有床診療所入院基本料と有床診療所療養病床入院基本料のいずれも届け出ている保険医療機関においては、届出を行っているいづれかの病床で夜間の看護職員の数が1以上であること。

13 栄養管理実施加算の基準

栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。

14 療養病床を有する場合は、長期にわたり療養を必要とする患者にふさわしい看護を行うのに必要な器具設備が備え付けられていること。

15 有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床の入院患者に対する「基本診療料の施設基準等」の医療区分3の患者及び医療区分2の患者の割合の算出方法等

(1) 医療区分3及び医療区分2の患者の割合については、次のアに掲げる数を用いて掲げる数で算出する。

ア 直近3か月における当該有床診療所の療養病床の入院患者ごとの医療区分3の患者及び医療区分2の患者に該当する日数の和

イ 直近3か月における当該有床診療所の療養病床の入院患者ごとの入院日数の和

(2) 当該病床の入院患者のうち、医療区分3と医療区分2の患者の合計が8割以上に該当する場合となった場合は、有床診療所療養病床入院基本料については「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(2)のロの「4対1配置保険医療機関」への変更の届出を翌月速やかに行うこと。この場合、同月1日に遡って受理したものととして処理すること。また、当該変更の届出前において、4対1配置保険医療機関の実績を要する必要があること。

(3) 当該病床の入院患者のうち、医療区分3と医療区分2の患者の合計が8割以上の場合であって、次のいずれかに該当しない場合においては、入院基本料Eを算定する病床の届出を翌月速やかに行うものとする。この場合、同月1日に遡って受理したものととして処理すること。

ア 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が4又はその端数を増すごとに1以上であること。

イ 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の

イ (1)のイを満たしていること。

(4) 有床診療所入院基本料4の施設基準

(1)のイを満たしていること。

(5) 有床診療所入院基本料5の施設基準

(2)のイを満たしていること。

(6) 有床診療所入院基本料6の施設基準

(3)のイを満たしていること。

6 有床診療所入院基本料1、2、4又は5の届出をしている診療所にあつては、看護師を1人以上配置することが望ましいこと。

7 夜間(当該診療所に診療応需の態勢を解除し、概ね午後6時から午前8時までをいう。)における緊急時の体制を整備することとし、看護要員を1人以上配置していること。

8 有床診療所一般病床初期加算の施設基準

次のいずれかに該当すること。

(1) 在宅療養支援診療所であつて、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。

(2) 全身麻酔、脊髄麻酔又は硬膜外麻酔(手術を実施した場合に限る。)の患者数が年間30件以上であること。

(3) 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所であること。

(4) 「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医師又は病院群輪番制に参加している有床診療所であること。

(5) 区分番号B001の「2」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定していること。

(6) 注6に規定する夜間看護配置加算1又は2を算定しており、夜間の診療応需態勢を確保していること。

9 医師配置加算の施設基準

(1) 医師配置加算1については、次のいずれかに該当する診療所であること。

ア 在宅療養支援診療所であつて、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。

イ 全身麻酔、脊髄麻酔又は硬膜外麻酔(手術を実施した場合に限る。)の患者数が年間30件以上であること。

ウ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所であること。

エ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医師又は病院群輪番制に参加している有床診療所であること。

オ 区分番号B001の「2」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定していること。

カ 注6に規定する夜間看護配置加算1又は2を算定しており、夜間の診療応需態勢を確保していること。

(2) 施設基準に係る当該有床診療所における医師数は、常勤の医師(週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上である者をいう。)の他、非常勤医師の実労働時間を常勤換算し算入することができる。

10 看護配置に係る加算の施設基準

(1) 看護配置加算1については、看護職員の数が、看護師3名を含む10名以上であること。

(2) 看護配置加算2については、看護職員の数が10名以上であること。ただし、看護配置加算1に該当する場合は除く。

- 数は、当該療養病棟の入院患者の数が4又はその端数を増すごとに1以上であること。
- 16 「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(2)のロに規定する区分
別添2の第2の6と同様に取り扱うものであること。
- 17 医療区分2に定める「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、入院又は転院時既に褥瘡を有していた患者に限り、治療又は転院後も30日間に限り、引き続き医療区分2として取り扱うことができる。ただし、当該取扱いを行う場合においては、入院し続ける患者を除く褥瘡の発生割合については、当該患者又は家族の求めに応じて説明を行うこと。なお、褥瘡の発生割合とは、有床診療所療養病棟入院基本料を算定する全入院患者数に占める褥瘡患者数（入院又は転院時既に発生していた褥瘡患者を除く。）の割合である。
- 18 救急・在宅等支援療養病棟初期加算の施設基準
在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
- 19 「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(2)のイの③に規定する褥瘡の発生割合等の継続的な測定及び評価
当該施設（療養病棟に限る。）に入院する個々の患者について、褥瘡又は尿路感染症の発生状況や身体抑制の実施状況を継続的に把握していること。なお、その結果を「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和2年3月●日保医第●●第●●号）の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定の欄に記載することが望ましい。
- 20 有床診療所入院基本料の注11に規定する在宅復帰機能強化加算の施設基準
次の施設基準を全て満たしていること。
(1) 有床診療所入院基本料1、有床診療所入院基本料2又は有床診療所入院基本料3を掲げている保険医療機関であること。
(2) 次のイのいずれにも適合すること。
ア 当該病棟から退院した患者に占める在宅に退院した患者の割合が7割以上であり、その割合は、次のイのイ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除した数であること。なお、在宅に退院した患者とは、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入院する患者を除く患者をいい、退院した患者の在宅での生活が1月以上継続する見込みであることを確認できる患者をいう。
イ) 直近6月間に退院した患者（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅に退院した患者数
(ロ) 直近6か月間に退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した患者等を含む。ただし、病状の急性増悪等により、他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）での治療が必要になり転院した患者を除く。なお、当該患者の救急及び各患者の症状詳細の一覧を、届出の際に添付の上提出する。）

イ 在宅に退院した患者の退院後1月以内に、当該患者の在宅における生活が1月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。なお、当該確認は、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問すること、又は当該患者が当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けること、又は当該患者が当該保険医療機関を受診した際に情報提供を受けることによっても行うことを原則とするが、当該患者の居宅が遠方にある場合等、これら

の方法によりがたい場合には、電話等により確認することができる。

- (3) 平均在院日数が90日以内であること。
21 有床診療所療養病棟入院基本料の注11に規定する在宅復帰機能強化加算の施設基準
(1) 当該病棟から退院した患者に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上であること。なお、その割合を算出するに当たっては、有床診療所入院基本料の注11に規定する在宅復帰機能強化加算に係る算出方法によるものであること。
(2) 在宅に退院した患者の退院後1月以内に、当該患者の在宅における生活が1月以上（医療区分3の患者については14日以上）継続する見込みであることを確認し、記録していること。なお、当該確認は、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問すること、当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けること又は当該患者が当該保険医療機関を受診した際に情報提供を受けることによっても行うことを原則とするが、当該患者の居宅が遠方にある場合等、これらの方法によりがたい場合には、電話等により確認することができる。
(3) 平均在院日数が365日以内であること。
22 有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護連携加算1の施設基準
次の施設基準を全て満たしていること。
(1) 有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を掲げている保険医療機関であること。
(2) 5の(1)のイのイ)を満たしていること。
23 有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護連携加算2の施設基準
次の施設基準を全て満たしていること。
(1) 有床診療所入院基本料3を掲げている保険医療機関であること。
(2) 5の(1)のイのイ)を満たしていること。

第4 削除

第5 入院基本料の届出に関する事項

- 1 病院の入院基本料の施設基準に係る届出について
(1) 病院の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添7の様式5から様式11（様式11については、一般病棟において感染症病棟を有する場合に限る。）までを用いること。なお、別添7の様式6の2については、療養病棟入院基本料を掲げる場合に用い、別添7の様式7の様式10の2及び様式10の5については、急性期一般入院料1及び7対1入院基本料を掲げる場合に用い、別添7の様式10については、急性期一般入院料2から7まで、10対1入院基本料、看護必要度加算又は一般病棟看護必要度評価加算を掲げる場合に用い、別添7の様式5の5については、ADL維持向上等体罰加算を掲げる場合に用い、別添7の様式10の8については、在宅復帰機能強化加算を掲げる場合に用い、別添7の様式10の7については、精神保健福祉士配置加算を掲げる場合（精神病棟入院基本料を算定している病院に限る。）に用いること。また、当該病棟に勤務する看護要員の名簿については別添7の様式8を用いること。ただし、一般病棟、療養病棟及び結核病棟の特別入院基本料等その他は、別添7の様式6及び様式7を用いること。

- (2) 令和2年10月1日以降において、急性期一般入院料2から6までの届出を行うに当たっては、現に急性期一般入院基本料を届け出ている病棟であって、重症度、医療・看護必要度に係る基準以外の施設基準を満たしている場合に限り、(1)の規定にかかわらず、様式10のみを用いて届け出れば足りることとする。
- (3) 療養病棟入院基本料の注12に規定する夜間看護加算及び障害者施設等入院基本料の注9に規定する看護補助加算を届け出る場合は、別添7の様式9、様式13の3及び様式18の3を用い、当該加算に係る看護職員の見込み及び処遇の改善に資する体制について、毎年7月において、前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する計画の取組状況を評価するため、別添7の様式13の3を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり直近の7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の3の届出を略すことができること。
- (4) 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料(特定機能病院内院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病院内院基本料に限る。))又は療養病棟入院基本料を届け出る際にはデータ提出加算の届出の写しを添付すること。
- (5) (1)又は(3)において別添7の様式8及び様式9を用いる場合は、それぞれの様式にまためて必要事項を記載すれば、当該各様式について、1部のみ届出で差し支えない。
- (6) 療養病棟入院基本料の施設基準における「適切な意思決定支援に関する指針」及び「中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制」に係る第2の4の12のアの届出については、別添7の様式5の6を用いること。
- 2 一般病棟入院基本料(特別入院基本料を除く。)、特定機能病院内院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病院内院基本料を算定する病棟のうち、当該病棟に90日を超えて入院する患者について、療養病棟入院料1の例により算定を行う病棟については、別添の様式10の6により地方厚生(支)局長に届け出ること。
- 3 診療所の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添7の様式5及び様式12から様式12の10までを用いること。ただし、有床診療所(療養病棟に限る。))の特別入院基本料の届出は、別添7の様式12を用い、有床診療所の栄養管理実施加算の届出は、別添7の様式12の8を用いること。また、有床診療所の在宅復健機能強化加算の届出は入院基本料の届出とは別に行うこととし、一般病棟については別添7の様式12の9を用い、療養病棟については別添7の様式12の10を用いること。
- 4 管理栄養士の職職又は長期欠勤のため栄養管理体制の基準を満たせなくなつた病院については、栄養管理体制の基準が一部満たせなくなつた保険医療機関として、別添7の様式5の3及び様式6を用いて届出を行うこと。
- 5 届出は、病院である保険医療機関において、全病棟包括的に行うことを原則とするが、一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟を有する保険医療機関については、一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟につき、それぞれ区分し、当該病棟種類の病棟全体につき包括的に届出を行う。
- 6 5の規定にかかわらず、別添2に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。)において、一般病棟入院基本料の届出を行う場合には、病棟全体で包括的に届出を行うのではなく、看護配

- 置が異なる病棟ごとに届出を行っても差し支えない。
- 7 病棟内に特定入院料の各区分に該当する入院医療を行う病棟を有する場合(特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料4及び地域包括ケア入院医療管理料1、2、3又は4を算定している病棟を除く。)は、これらの病棟以外の病棟全体(複数の病棟種類がある場合は、当該病棟種類の病棟全体)を単位として行う。
- 8 有床診療所入院基本料の届出は、当該診療所の全病棟(療養病棟に係る病棟を除く。)について包括的にを行い、有床診療所療養病棟入院基本料の届出は、療養病棟に係る病棟について包括的に行う。
- 9 入院基本料等の施設基準の届出に当たっては、届出を行うおととする基準について、特に規定がある場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。なお、届出前1か月の実績は、例えば一般病棟である特殊疾患病棟入院料を算定していた病棟を、療養病棟に転換し療養病棟入院基本料の施設基準の届出を行う場合に、特殊疾患病棟入院料を算定していた期間の人員配置基準を実績として用いるなど、入院料の種類の異なる期間の実績であっても差し支えないこと。なお、有床診療所入院基本料の夜間看護配置加算1又は2の届出を行う場合の届出前1か月の実績には、入院患者がない日を除くことができることとする。
- 10 平均在院日数の要件は満たしていないものの、看護職員の数及びその他の要件を全て満たしている保険医療機関の開設者から、届出直後の3か月間における平均在院日数を所定の日数以内とすることができ、これを明らかにした病棟運営計画書を添付した場合には、届出の受理を行うことができ、この場合、届出直後の3か月間における平均在院日数が、所定の日数以内とならなかつたことが判明したときには、当該届出は無効となる。
- 11 新たに開設された保険医療機関が入院基本料の施設基準に係る届出を行う場合は、届出時点で、精神病棟入院基本料の特別入院基本料の基準を満たしていれば、実績がなくとも入院基本料の特別入院基本料の届出を行うことができる。また、有床診療所入院基本料にあっては、有床診療所入院基本料6の基準を満たしていれば、実績がなくとも有床診療所入院基本料6の届出を行うことが判明したときは、当該届出は無効となる。1か月後に適時調査を行い、所定の基準を満たしていないことが判明したときは、当該届出は無効となる。
- 12 当該保険医療機関が届け出ている入院基本料を算定する病棟において、増床又は減床が行われ、届出の内容と異なる事情等が生じた場合には、速やかに変更の届出を行うこと。なお、増床に伴い、既に届け出ている入院基本料の入院基本料の届け出の必要が生じた場合には、実績がなくとも基準を満たした入院基本料の届け出を行うことができる。ただし、1か月後に適時調査を行い、所定の基準を満たしていないことが判明したときは、当該届出は無効となる。
- 13 第2の2(1)の1病棟の病床数の標準を上回る場合の届出に係る取扱いは次のとおりであること。
- (1) 第2の2(1)に該当することが確認された場合には、届出を受理する。なお、当該事情が解消され次第、標準規模の病棟になるよう指導すること。
- (2) 既に標準を超えた規模で届出が受理されている病棟については、新たな届出を行う際に改善をさせた上で届出を受理するものとする。ただし、第2の2(2)の①から③までに掲げたやむを得ない理由が存在する場合には、届出を受理しても差し支えないものとする。なお、当該事情が解消され次第、標準規模のものとなるよう指導するものとする。
- 14 医療法及び感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114

号) (以下「感染症法」という。)の規定に基づき、感染症指定医療機関の指定を受けようとする保険医療機関は、その旨を届け出ること。

別添 3

入院基本料等加算の施設基準等

入院基本料等加算に関する基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。なお、病棟単位で届出を行う入院基本料等加算を算定する病棟が複数ある場合であっても、それぞれの病棟において当該入院基本料等加算の施設基準の要件を満たすことが必要であること。

第1 総合入院体制加算

1 総合入院体制加算 1 に関する施設基準等

- (1) 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する保険医療機関であること。
- (2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。

ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議(医療法第20条の14第1項に規定する協議の場をいう。)で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たしているものとする。

なお、精神科については、24時間対応できる体制を確保し、医療法第7条第2項第1号に規定する精神病棟を有していること。また、区分番号「A103」精神科病棟入院基本料、区分番号「A311」精神科救急入院科、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院科、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院科、区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理科又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院科のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

(3) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。

- ア 人工心臓を用いた手術 40件/年以上
 - イ 悪性腫瘍手術 400件/年以上
 - ウ 腹腔鏡下手術 100件/年以上
 - エ 放射線治療(体外照射法) 4000件/年以上
 - オ 化学療法 1000件/年以上
 - カ 分娩件数 100件/年以上
- (4) 手術等の定義については、以下のとおりであること。
- ア 全身麻酔

全身麻酔とは、医科点数表第2章第11部に掲げる麻酔のうち区分番号「L007」開放点滴式全身麻酔又は区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔をいう。また、手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術(輸血管理料を除く。)をいう。

イ 人工心臓を用いた手術

人工心臓を用いた手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、区分番号

「K541」から「K544」まで、「K551」、「K553」、「K554」から「K556」まで、「K557」から「K557-3」まで、「K558」、「K560」、「K560-2」、「K568」、「K570」、「K571」から「K574」まで、「K576」、「K577」、「K579」から「K580」まで、「K582」から「K589」まで及び「K592」から「K594」までに掲げる人工心臓を用いた手術をいう。

ウ 悪性腫瘍手術

悪性腫瘍手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる悪性腫瘍手術をいう。（病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限る。）

エ 腹腔鏡下手術

腹腔鏡下手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「K524-3」、「K526」の「3」、「K530-2」、「K532-3」、「K534-3」、「K537-2」、「K627-2」、「K627-3」、「K627-4」、「K633-2」、「K634」、「K636-3」、「K636-4」、「K639-3」、「K642-2」、「K642-3」、「K643-2」、「K647-2」、「K649-2」、「K654-3」、「K655-2」、「K655-5」、「K666.4」、「K665」の「1」（腹腔鏡によるものに限る。）、「K666-2」、「K667-2」、「K671-2」、「K672-2」、「K674-2」、「K684-2」、「K692-2」、「K695-2」、「K697-2」の「1」、「K697-3」の「1」のイ、「K697-3」の「2」のイ、「K700-3」、「K702-2」、「K703-2」、「K711-2」、「K714-2」、「K715-2」、「K716-2」、「K718-2」、「K719-2」、「K719-3」、「K725-2」、「K726-2」、「K729-3」、「K734-2」、「K735-3」、「K740-2」、「K742-2」、「K751-3」、「K754-2」、「K754-3」、「K755-2」、「K756-2」、「K769-2」、「K769-3」、「K770-2」、「K770-3」、「K772-2」、「K772-3」、「K773-2」、「K773-3」、「K773-5」、「K778-2」、「K779-3」、「K785-2」、「K802-4」から「K802-6」まで、「K803-3」、「K803-4」、「K804-2」、「K809-3」、「K823-4」、「K834-2」、「K836-2」、「K843-2」、「K843-3」、「K844-4」、「K859-2」、「K863」、「K865-2」、「K872-2」、「K876-2」、「K877-2」、「K878-2」、「K879-2」、「K886」の「2」、「K887」の「2」、「K887-2」の「2」、「K887-3」の「2」、「K887-4」の「2」、「K888」の「2」、「K888-2」の「2」、「K890-3」、「K912」の「2」又は「K913-2」の「2」をいう。

オ 放射線治療（体外照射法）

放射線治療とは、医科点数表第2章第12部に掲げる放射線治療（血液照射を除く。）をいう。

カ 化学療法

化学療法とは、悪性腫瘍に対する抗腫瘍剤、ホルモン療法、免疫療法等の抗腫瘍効果を有する薬剤（手術中又は退院時に処方されたものは含まない。）を使用するものとし、抗生剤のみを使用、G-CSF製剤、鎮吐剤等の副作用に依る薬剤のみの使用及び内服薬のみの使用等は含まない。

キ 分娩件数

当該医療機関において分娩を行った総数（帝王切開術を含む。）とする。

(5) 24時間の救急医療提供として、「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年7月6日医師第692号）に定める第3「救命救急センター」又は第4「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。

(6) 外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。

ア 病院の初診に係る測定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。

イ 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B009」診療情報提供料（I）の「注8」の加算を算定する退院患者数及び転輸が治療で必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数（ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。）のうち、4割以上であること。

(7) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、医師事務作業補助体制加算や急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、勤務医又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。

ア 当該保険医療機関内に、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

イ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。また、当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年1回以上出席すること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。

ウ イの計画は、医療従事者の現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とする。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。

エ イの計画には次に掲げる項目のうち少なくとも3項目以上を含んでいること。

(イ) 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組（計可削減数が400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含まむこと。）

(ロ) 院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい）

(ハ) 医師事務作業補助者の配置による医師の事務作業の負担軽減

(ニ) 医師の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善

(ホ) 保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の2第5号の規定による指定研修機関において行われる研修を修了した看護師の複数を配置及び活用

- による医師の負担軽減
- (へ) 院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減
- (ト) 看護補助者の配置による看護職員負担軽減
- オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

- (8) 地域の他の保険医療機関との連携体制の下、円滑に退院患者の受け入れが行われるための地域連携室を設置していること。
- (9) 画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。
- (10) 薬剤師が、夜間直を行うことにより、講評を24時間実施できる体制を確保していること。

- (11) 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。
- ア 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。

- イ 敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。
- ウ 保険医療機関が建造物の一部を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- エ 緩和ケア病棟入院料、精神科入院料、特定機能病院入院基本料（精神科棟に限る。）、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している病棟を有する場合は、敷地内に喫煙所を設けても差し支えない。

- オ 敷地内に喫煙所を設ける場合は、喫煙場所から非喫煙場所にはばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めることともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示すること。

- (12) 次のいずれにも該当すること。

- ア 区分番号「A101」療養病棟入院基本料又は区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない保険医療機関であること。

- イ 当該保険医療機関と同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していないこと。ただし、平成30年3月31日時点で総合入院体制作加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、当該施設（介護医療院を除く。）を設置している保険医療機関については、当該時点で設置している当該施設（介護医療院を除く。）を維持することができず。

- (13) 総合入院体制作加算を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している全ての患者の求態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、下記別表1のいずれれに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。）の割合が別表2のとおりであること。ただし、産科患者、15歳未満の小

児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等（令和2年厚生労働省告示〇号）第の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たした場合に限る。）は別定対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、産科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届ける他の評価方法の変更を届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。

別表1

A	得点が2点以上の患者
C	得点が1点以上の患者

別表2

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
総合入院体制作加算1、2	3割5分	3割3分
総合入院体制作加算3	3割2分	3割

- (14) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。ただし、●に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレポート電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で検証を行うこと。

- (15) 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院は、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院であるとして日本医療機能評価機構が定める機能評価を受けている病院又は当該評価の基準と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。

- 2 総合入院体制作加算2に関する施設基準等

- (1) 総合入院体制作加算1の施設基準（(1)、(6)から(10)まで、(12)から(15)までに限る。）を満たしていること。
- (2) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも4つ以上を満たしていること。手術等の定義については、1の(4)と同様である。

- ア 人工心臓を用いた手術 40 件/年以上
 イ 悪性腫瘍手術 400 件/年以上
 ウ 腹腔鏡下手術 100 件/年以上
 エ 放射線治療(体外照射法)4000 件/年以上
 オ 化学療法 1000 件/年以上
 カ 分娩件数 100 件/年以上
- (3) 救急用の自動車(消防法(昭和23年法律第186号)及び消防法施行令(昭和36年政令第37号)に規定する市町村又は普通道庁県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法(昭和35年法律第105号)及び道路交通法施行令(昭和35年政令第270号)に規定する緊急自動車(傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。))をいう。)又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法(平成19年法律第103号)第2条に規定する救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間2000件以上であること。
- (4) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。
 ア 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する(第二次)救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について(平成29年3月31日医政発第0331第3号)」の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針」に規定する「周産期医療の体制構築に係る指針」(以下「周産期医療の体制構築に係る指針」という。))による総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関
 イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関
- (5) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療料に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、精神科については、24時間対応できる体制(自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制を含む。)があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないものであるが、この場合であっても、以下のいずれも満たすものであること。
 ア 区分番号「A230-4」精神科リエゾンチーム加算又は区分番号「A247」認知症ケア加算1の届出を行っていること。
 イ 区分番号「A248」精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急患者の入院3日以内における区分番号「I001」入院精神療法若しくは区分番号「A300」救命救急入院料の注2に規定する加算の算定件数が合計で年間20件以上であること。
- 3 総合入院体制加算3に関する施設基準等
 (1) 総合入院体制加算1の施設基準((1)、(6)から(10)まで、(12)のイ、(13)及び(14)に限る。)を満たしていること。
 (2) 総合入院体制加算2の施設基準((4)に限る。)を満たしていること。
 (3) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療料に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、精神科については、24時間対応できる体制(自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。)があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないものであるが、以下のいずれかを満たすものであること。
 ア 区分番号「A230-4」精神科リエゾンチーム加算又は区分番号「A247」認知症
- ケア加算1の届出を行っていること。
 イ 区分番号「A248」精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急患者の入院3日以内における区分番号「I001」入院精神療法若しくは区分番号「A300」救命救急入院料の注2に規定する加算の算定件数が合計で年間20件以上であること。
- (4) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のうちからかまふの定義を満たすことが望ましいものであり、少なくとも2つ以上を満たしていること。手術等の定義については、1の(4)と同様である。
 ア 人工心臓を用いた手術 40 件/年以上
 イ 悪性腫瘍手術 400 件/年以上
 ウ 腹腔鏡下手術 100 件/年以上
 エ 放射線治療(体外照射法)4000 件/年以上
 オ 化学療法 1000 件/年以上
 カ 分娩件数 100 件/年以上
- (5) 区分番号「A101」療養病棟入院基本料又は区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料(地域包括ケア入院医療管理料を含む。)の届出を行っていない保険医療機関であること。ただし、平成26年3月31日以前に総合入院体制加算に係る届出を行っている場合には、当該基準は適用しない。
- 4 総合入院体制加算については、令和2年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関にあつては、令和2年9月30日までの間、令和2年度改定後の総合入院体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。
- 5 総合入院体制加算の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する体制については、令和2年3月31日までの間に限り、令和2年度改定後の当該加算の当該基準を満たすものとみなすものであること。
- 6 届出に関する事項
 (1) 新規届出時における退院患者数の割合については、届出前3か月間の実績を有していること。
 (2) 総合入院体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式10、様式13及び様式13の2を用いること。
 (3) 毎年7月において、前年度における手術件数等及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、別添7の様式13及び様式13の2により届け出る。なお、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制については、令和2年7月の届出においては令和2年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、令和3年7月以降の届出においては、令和2年度改定後の基準で届け出ること。
 (4) 当該加算の変更の届出に当たり、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近7月に届け出した内容と変更がない場合は、様式13の2の届出を略すことができること。
 (5) 地域医療連携懇話会等で合意を得て、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療料に係る入院医療の提供を行わない場合は、当該加算の届出に当たり、合意を得た会議の概要

を書面にまとめたものを提出すること。なお、当該書面は届出を行う保険医療機関が作成したもので差し支えない。

第2 臨床研修病院入院診療加算

1 臨床研修病院入院診療加算に関する施設基準（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）

(1) 基幹型の施設基準

- ア 指導医は臨床経験が7年以上有する医師であること。
- イ 研修医2.5人以上につき、指導医1人以上であること。
- ウ 当該保険医療機関の医師の数は、医業法に定める標準を満たしていること。
- エ 加算の対象となる保険医療機関は、臨床研修病院であって研修管理委員会が設置されている基幹型臨床研修病院（医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修病院をいう。）（平成14年厚生労働省令第158号）第3条第1号に規定する基幹型臨床研修病院をいう。）又は単独型相当大学病院（医師法第16条の2第2項に規定する医学を履修する課程を置く大学に付属する病院のうち、他の病院又は診療所として臨床研修を行う病院であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。
- オ 当該保険医療機関の全職種の職員を対象とした保険診療に関する講習（当該保険医療機関が自ら行うもの）を指し、当該保険医療機関以外のものにより実施される場合を除く。）が年2回以上実施されていること。

カ 研修医数は、病床数を10で除した数又は年間入院患者数を100で除して得た数を超えないものであること。

(2) 協力型の施設基準

- ア 協力型臨床研修病院（医師法第16条の2第2項に規定する臨床研修に関する省令第3条第2号に規定する協力型臨床研修病院をいう。）又は協力型相当大学病院（医師法第16条の2第1項に規定する医学を履修する課程を置く大学に付属する病院のうち、他の病院と共同して臨床研修を行う病院（基幹型相当大学病院を除く。）をいう。）であって、1の(1)のアからウまで及びカを満たしていること。
- イ 研修医が基幹型臨床研修病院又は基幹型相当大学病院において実施される保険診療に関する講習を受けていること。
- 2 臨床研修病院入院診療加算に関する施設基準（歯科診療に係るものに限る。）

(1) 単独型又は管理型の施設基準

- ア 指導医は歯科医師1人以上であること。
- イ 研修歯科医2人以上につき、指導歯科医1人以上であること。
- ウ 当該保険医療機関の歯科医師の数は、医業法に定める標準を満たしていること。

エ 加算の対象となる病院である保険医療機関は、臨床研修施設であって研修管理委員会を設置されている単独型臨床研修施設（歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令（平成17年厚生労働省令第103号）第3条第1号に規定する単独型臨床研修施設をいう。）若しくは管理型臨床研修施設（同条第2号に規定する管理型臨床研修施設をいう。）又は単独型相当大学病院（歯科医師法第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に付属する病院（歯科医業を行わないものを除

く。）のうち、単独若しくは歯科医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令第3条第1号に規定する研修協力施設と共同して臨床研修を行う病院をいう。以下同じ。）若しくは管理型相当大学病院（歯科医師法第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に付属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院を除く。）であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。

オ 当該保険医療機関の職員を対象とした保険診療に関する講習（当該保険医療機関が自ら行うもの）を指し、当該保険医療機関以外のものにより実施される場合を除く。）が年2回以上実施されていること。

(2) 協力型の施設基準

ア 協力型臨床研修施設（歯科医師法第16条の2第2項に規定する臨床研修に関する省令第3条第3号に規定する協力型臨床研修施設をいう。）又は協力型相当大学病院（歯科医師法第16条の2第1項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に付属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院及び管理型相当大学病院を除く。）であって、2の(1)のアからウまでを満たしていること。

イ 研修歯科医が単独型臨床研修施設若しくは管理型臨床研修施設又は単独型相当大学病院若しくは管理型相当大学病院において実施される保険診療に関する講習を受けていること。

3 届出に関する事項
臨床研修病院入院診療加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第2の2 救急医療管理加算

1 救急医療管理加算に関する施設基準

(1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思はれる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。

ア 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）

ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に

参加している有床診療所又は共同利用型病院

なお、精神科救急医療施設等の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」（平成20年5月26日障発第0526001号）に従い実施されたい。

(2) 二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかにも重症救急患者の受け入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。

(3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日や地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

2 届出に関する事項

救急医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7-2を用いること。

第3 超急性期脳卒中加算

1 超急性期脳卒中加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、専ら脳卒中中の診断及び治療を担当する常勤の医師(専ら脳卒中中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。)が1名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会を受講していること。
- (2) 脳外科治療が迅速に行える体制が整備されていること。
- (3) 脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICUやSCUと兼用であっても構わないものとする。
- (4) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、これらの装置及び器具を他の治療室と共有しているも緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
 - ア 救急搬送装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等)
 - イ 除颤器
 - ウ 心電計
 - エ 呼吸器監視装置
- (5) コンピュータ一断層撮影、磁気共鳴コンピュータ一断層撮影等の必要な脳画像撮影及び診断、一般血液検査及び凝固学的検査並びに心電図検査が常時行える体制であること。

2 届出に関する事項

超急性期脳卒中加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式15を用いること。

第3の2 妊産婦緊急搬送入院加算

1 妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準

- (1) 産科又は産婦人科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 妊産婦である患者の受診時に、緊急の分娩について十分な経験を有する専ら産科又は産婦人科に従事する医師が配置されており、その他緊急の分娩に対応できる十分な体制がとられていること。
- (3) 妊産婦である患者の受診時に、緊急に使用可能な分娩設備等を有しており、緊急の分娩にも対応できる十分な設備を有していること。

2 届出に関する事項

妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第4 診療録管理体制作算

1 診療録管理体制作算1に関する施設基準

- (1) 診療記録(過去5年間の診療録及び過去3年間の手術記録、看護記録等)の全てが保管・管理されていること。
- (2) 中央病歴管理室が設置されており、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライ

ン」(平成29年5月厚生労働省)以下、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」という。)に準拠した体制であること。

- (3) 診療録管理部門又は診療記録管理委員会が設置されていること。
- (4) 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。
- (5) 年間の退院患者数2,000名ごとに1名以上の専任の常勤診療記録管理者が配置されており、うち1名以上専任であること。なお、診療記録管理者は、診療情報の管理、入院患者についての疾病統計(ICD10による疾病分類等)を行うものであり、診療報酬の請求事務(DPCのコーディングに係る業務を除く。)・窓口の受付業務、医療機関の経営・運営の務としてのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については診療記録管理者の業務となし、なお、当該専任の診療記録管理者は医師事務作業補助体制作算に係る医師事務作業補助者を兼ねることはできない。
- (6) 入院患者についての疾病統計には、ICD(国際疾病分類)上の規定に基づき、4桁又は5桁の細分類目に沿って疾病分類がなされていること。
- (7) 以下に掲げる項目を全て含む電子的一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに検索・抽出できること。なお、当該データベースについては、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。また、当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報取扱いのためのガイドランス」(平成29年4月14日(個人情報保護委員会、厚生労働省))「以下「医療・介護関係事業者における個人情報取扱いのためのガイドランス」という。)に基づく管理が実施されていること。
- ア 退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所(郵便番号を含む。)
- イ 入院日、退院日
- ウ 担当医、担当診療科
- エ ICD(国際疾病分類)コードによって分類された疾患名
- オ 手術コード(医科点数表の区分番号)によって分類された当該入院中に実施された手術
- (8) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。また、前月に退院した患者のうち、退院日の翌日から起算して14日以内に退院時要約が作成されて中央病歴管理室に提出された者の割合が毎月9割以上であること。なお、退院時要約については、全患者について退院後30日以内に作成されていることが望ましい。
- (9) 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。なお、この場合、「診療情報の提供等に関する指針の策定について」(平成15年9月12日医政発第0912001号)を参考にすること。

2 診療録管理体制作算2に関する施設基準

- (1) 1の(1)から(4)まで及び(9)を満たしていること。
- (2) 1名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。
- (3) 入院患者についての疾病統計には、ICD9大分類程度以上の疾病分類がされていること。
- (4) 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。
- (5) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。

3 届出に関する事項

診療録管理体制作算の施設基準に係る届出は、別添7の様式17を用いること。

第4の2 医師事務作業補助体制加算

1 通則

(1) 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、総合入院体制加算や急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。

ア 当該保険医療機関内に、医師の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該保険医療機関に勤務する医師の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について報告するための責任者を配置すること。

イ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、医師の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。

ウ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、「医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。また、当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年1回以上出席すること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。

エ ウの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。

オ 当該計画には以下の項目を含むこと。

医師と医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（例えば、初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など）について計画に記載し、医療機関内の職員に向けて周知徹底するとともに、ウに規定する委員会等で取組状況を定期的に評価し、見直しを行うこと。

カ 当該計画には、医師の勤務体制等に係る取組について、次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。

- ① 勤務計画と、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ② 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
- ③ 予征手荷前日の当直や夜勤に対する配慮
- ④ 当直翌日の業務内容に対する配慮
- ⑤ 交替勤務制・複数主治医師の実施
- ⑥ 育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

キ 医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

(2) (1)の計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を、15対1補助体制加算の場合は当該加算の届出を行った病床数（以下この項において同じ。）15床ごとに1名以上、20対1補助体制加算の場合は20床ごとに1名以上、25対1補助体制加算の場合は25床ごとに1名以上、30対1補助体制加算の場合は30床ごとに1名以上、40対1補助体制加算の場合は40床ごとに1名以上、50対1補助体制加算の場合は50床ごとに1名以上、75対1補助体制加算の場合は75床ごとに1名以上、100対1補助体制加算の場合は100床ごとに1名以上を配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない派遣職員と上置きが、指揮命令権が当該保険医療機関ないし請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週4日以上常勤として勤務し、かつ所定労働時間が週32時間以上である者）をいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあつては、所定労働時間が週30時間以上であること。）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。ただし、当該医療機関において医療従事者として勤務している看護職員を医師事務作業補助者として配置することはできない。

(3) 保険医療機関で算定した勤務医負担軽減策を踏まえ、医師事務作業補助者以外の職員、医師事務作業補助者の業務を管理・改善するための責任者（医師事務作業補助者以外の職員であつて、常勤の者に限る。）を置くこと。当該責任者は適宜勤務医師の意見を取り入れ、医師事務作業補助者の配置状況や業務内容等について見直しを行い、実際に勤務医の事務作業の軽減に資する体制を確保することに努めること。なお、医師事務作業補助者が実際に勤務する場所については、業務として医師の指示に基づく医師の事務作業補助を行う限り問わないことから、外来における事務補助や、診断書作成のための部屋等における勤務も可能であること。ただし、医師事務作業補助体制加算1を算定する場合は、医師事務作業補助者の指示に基づく診断書作成補助、診療録の代行入力及び医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師等の教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）に限っては、当該保険医療機関内における実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含めることができる。

(4) 当該責任者は、医師事務作業補助者を新たに配置してから6か月間は研修期間として、業務内容について必要な研修を行うこと。なお、6か月の研修期間内に32時間以上の研修（医師事務作業補助者としての業務を行いながらの職場内研修を含む。）を実施するものとせし、当該医師事務作業補助者には実際に医師の負担軽減及び処遇の改善に資する業務を行わせるものであること。研修の内容については、次の項目に係る基礎知識を習得すること。また、職場内研修を行う場合には、その実施作業における業務状況の確認及び問題点に対する改善の取組みを行うこと。

ア 医師法、医療法、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和33年法律第145号）（以下「医薬品医療機器等法」という。）、健康保険法等の関連法規の概要

- イ 個人情報保護の促進に関する事項
- ウ 当該医療機関で提供される一般的な医療内容における医療内容や用語等
- エ 診療録等の記載・管理及び代筆、代行入力
- オ 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）
- (5) 医療機関内に次の診療業務（オーダーリングシステムを含む。）
- ア 医師事務作業補助者の業務範囲と、医師及び医療関係職と事務職員等との間での役割分担の推進について（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある、「2 役割分担の具体例（1）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担」1）書類作成等）に基づき院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備していること。
- イ 診療記録（診療録並びに手術記録、看護記録等）の記載について、「診療録等の記載について」（昭和63年5月6日総第17号）等に沿った体制であり、当該体制について、規程を文書で整備していること。
- ウ 個人情報保護について、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に準拠した体制であり、当該体制について、規程を文書で整備していること。
- エ 電子カルテシステム（オーダーリングシステムを含む。）について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に準拠した体制であり、当該体制について、規程を文書で整備していること。特に、「成りすまし」がないよう、電子カルテシステムの真正性について十分留意していること。医師事務作業補助者が電子カルテシステムに入力する場合は代行入力機能を使用し、代行入力機能を有しないシステムの場合は、業務範囲を限定し、医師事務作業補助者が当該システムの入力業務に携わらないこと。
- 2 医師事務作業補助体制加算1の施設基準
- 医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の8割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、かつ、それぞれの配置区分ごとに、以下の(1)から(4)までの基準を満たしていること。
- ア 病棟とは、入院医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。
- イ 外来とは、外来医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。
- ただし、前掲の規定にかかわらず、医師の指示に基づく診断書作成補助、診療録の代行入力及び医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師等の教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）に限っては、当該保険医療機関内における実施の場を問わず、病棟又は外来での医師事務作業補助の業務時間に含むことができる。
- (1) 15 対1補助体制加算の施設基準
- 次のいずれかの要件を満たしていること。

- ア 「救急医療対策事業実施要綱」に規定する第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。
- イ 年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院であること。
- (2) 20 対1、25 対1、30 対1及び40 対1補助体制加算の施設基準
- 次のいずれかの要件を満たしていること。
- ア 「(1) 15 対1補助体制加算の施設基準」を満たしていること。
- イ 「災害時における医療体制の充実強化について」（平成24年3月21日医政発第321第2号）に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」（平成13年5月16日医政発第529号）に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。
- ウ 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であること。エ 年間の緊急入院患者数が200名以上又は全身麻酔による手術件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。
- (3) 50 対1、75 対1及び100 対1補助体制加算の施設基準
- 次のいずれかの要件を満たしていること。
- ア 「(1) 15 対1補助体制加算の施設基準」又は「(2) 20 対1、25 対1、30 対1及び40 対1補助体制加算の施設基準」を満たしていること。
- イ 年間の緊急入院患者数が100名以上（75 対1及び100 対1補助体制加算については50名以上）の実績を有する病院であること。
- (4) 緊急入院患者数とは、救急搬送（特別の関係にある保険医療機関に入院する患者を除く。）により緊急入院した患者数及び当該保険医療機関を受診した次に掲げる状態の患者であつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認められた重症患者のうち、緊急入院した患者数の合計をいう。なお、「周産期医療対策整備事業の実施について」（平成8年5月10日児発第488号）に規定される周産期医療を担う医療機関において救急搬送となった保険診療の対象となる妊産婦については、母体数と胎児数を別に数える。
- ア 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
- イ 意識障害又は昏睡
- ウ 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
- エ 急性薬物中毒
- オ ショック
- カ 重篤な代謝異常（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- キ 広範囲熱傷
- ク 外傷、破傷風等で重篤な状態
- ケ 緊急手術を必要とする状態
- コ 「ア」から「ク」までに準ずる状態又はその他の重症な状態であつて、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認められた重症患者
- 3 医師事務作業補助体制加算2の施設基準
- それぞれの配置区分ごとに、2の(1)から(4)までの基準を満たしていること。

4 届出に関する事項

- (1) 医師事務作業補助体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式13の4、様式18及び様式18の2を用いること。
- (2) 毎年7月において、前年度における医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、別添7の様式13の4により届け出ること。
- (3) 当該加算の変更の届出に当たり、医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の4の届出を略することができること。

第4の3 急性期看護補助体制加算

1 通則

- (1) 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病棟又は「前産科医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。緊急入院患者数については、第4の2の2(4)と同様に取扱いを行うこと。
- (2) 年間の救急自動車及び救急医療ヘリコプターによる搬送人数を把握していること。
- (3) 次のいずれかを算定する病棟であること。

- ア 急性期一般入院基本科
- イ 特定機能病院内院基本科（一般病棟）の7対1入院基本科又は10対1入院基本科
- ウ 専門病院内院基本科の7対1入院基本科又は10対1入院基本科

- (4) 急性期看護補助体制加算を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院し、又はIIに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、下記別表のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。）の割合が急性期一般入院科7又は10対1入院基本科を算定する病棟においては一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Iで0.7割以上、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度IIで0.6割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等（令和2年厚生労働省告示〇号）第十三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限る。）は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度IIの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に歯科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。評価にあつては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度I又はIIのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度I又はIIのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出ること。変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。

別表

A 得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者
B 得点が3点以上の患者
C 得点が1点以上の患者

- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入については、第1の1の(1)4)と同様であること。
 - (6) 急性期看護補助体制加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。なお、院内研修の内容については、別添2の第2の11の(4)の例による。
 - (7) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年1回以上直見を行うこと。また、所定の研修を修了した（修了証が交付されているもの）看護師長等が配置されていることが望ましいこと。なお、所定の研修の内容については、別添2の第2の11の(5)の例による。
 - (8) 看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、同一の入院基本料を届け出ている病棟間を含め、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できる。
 - (9) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の11の(3)の例による。
- 2 25 対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割以上）の施設基準
 - (1) 当該病棟において、1日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すことに1に相当する数以上であること。
 - (2) 当該加算の届出に必要な看護補助者の最小必要数の5割以上が看護補助者（みなし看護補助者を除く。）であること。
 - 3 25 対1急性期看護補助体制加算（看護補助者5割未満）の施設基準
 - (1) 当該病棟において、1日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すことに1に相当する数以上であること。
 - (2) 当該病棟において、届出の対象となる看護補助者の最小必要数の5割未満が看護補助者（みなし看護補助者を除く。）であること。
 - 4 50 対1急性期看護補助体制加算の施設基準

当該病棟において、1日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すことに1に相当する数以上であること。
 - 5 75 対1急性期看護補助体制加算の施設基準

当該病棟において、1日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が75又はその端数を増すことに1に相当する数以上であること。
 - 6 夜間30 対1急性期看護補助体制加算の施設基準

当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すことに1に相当する数以上であること。
 - 7 夜間50 対1急性期看護補助体制加算の施設基準

当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すことに1に相当する数以上であること。

10 急性期看護補助体制加算について、令和2年3月31日において、現に当該加算に係る届出を行っていない保険医療機関にあっては、令和2年9月30日までの間は、令和2年度改定後の急性期看護補助体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。

11 届出に関する事項

- (1) 急性期看護補助体制加算、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間看護体制加算に関する施設基準に係る届出は別添7の様式8、様式9、様式10、様式13の3及び様式18の3を用いること。なお、9の(2)に掲げる項目のうち3項目以上満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になった場合であっても夜間看護体制加算に関する変更の届出は不要であること。また、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であっても、別添7の様式8及び9を用いる場合は、それぞれの様式にまとめて必要事項を記載すれば、当該各様式について1部の届出で差し支えない。
- (2) 毎年7月において、前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、別添7の様式13の3を届け出ること。
- (3) 当該加算の変更の届出にあたり、看護職員の負担軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の3の届出を略すことができること。

第4の4 看護職員夜間配置加算

1 看護職員夜間12対1配置加算の施設基準

- (1) 年間の緊急入院患者数が200名以上の実態を有する病院又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。緊急入院患者数については、第4の2の2(4)と同様に取り扱うものであること。
- (2) 年間の救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送人数を増強していること。
- (3) 次のいずれかを算定する病棟であること。

ア 急性期一般入院基本料

- イ 特定機能病院入院基本料（一般病棟）の7対1入院基本料又は10対1入院基本料
- ウ 専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料
- (4) 看護職員夜間配置加算を算定するものとして届け出た病棟に、直近3月において、入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病棟に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、下記別表のいずれかにか該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。）の割合が急性期一般入院料7又は10対1入院基本料を算定する病棟において重症度、医療・看護必要度Ⅰで0.7割以上、重症度、医療・看護必要度Ⅱで0.6割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別添第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等（令和2年度厚生労働省告示〇号）第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限る。）は対象から除外する。また、重症度、

増数を増すごとに1に相当する数以上であること。
 8 夜間100対1急性期看護補助体制加算の施設基準
 当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が100又はその増数を増すごとに1に相当する数以上であること。

9 夜間看護体制加算の施設基準

- (1) 夜間30対1急性期看護補助体制加算、夜間50対1急性期看護補助体制加算又は夜間100対1急性期看護補助体制加算のいずれかを算定している病棟であること。
- (2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、3項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、7及びウからケまでのうち、3項目以上を満たしていること。
- ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。
- イ 3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること。
- ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。
- エ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。
- オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。
- カ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。
- キ 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。
- ク 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。
- ケ 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。
- (3) (2)のアからエまでについては、届出前1か月に当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の各勤務のうち、やむを得ない理由により各項目を満たさない勤務が0.5割以内の場合は、各項目の要件を満たしていることとみなす。(2)のキについては、暦月で1か月を超えない期間の一時的な変動は要件を満たしていることとみなす。(2)のクについては、院内保育所の保育時間1割以内の一時的な変動は要件を満たしていることとみなす。(2)のウについては、院内保育所の利用者がいない日についてはこの限りではないこととみなすこと。ただし、当該院内保育所の利用者がいない日についてはこの限りではないこと。また、当該病棟において、使用機器等が看護要員の業務負担軽減に資するかどうかについて、1年に1回以上、当該病棟に勤務する看護要員による評価を実施し、評価結果をもとに必要に応じて活用方法の見直しを行うこと。

医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医師の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれかを用いた評価を行う場合は、入院料等の届出時に併せて届ける他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合については、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。

別表

A	得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者
A	得点が3点以上の患者
C	得点が1点以上の患者

(5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入については、第1の1の(1)と同様であること。

(6) 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が12又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。ただし、同一の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。なお、当該病棟における夜間に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、3以上であることとする。

(7) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の11の(3)の例による。

(8) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に關する項目のうち、4項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代勤務又は変則2交代勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからエまでのうち、4項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。

ア 当該病棟において、夜勤を含む交代勤務に従事する看護職員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。

イ 3交代勤務又は変則3交代勤務の病棟において、夜勤を含む交代勤務に従事する看護職員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること。

ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代勤務に従事する看護職員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。

エ 当該病棟において、夜勤を含む交代勤務に従事する看護要員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。

オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。

カ 当該保険医療機関において、所屬部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。

キ 夜間30対1急性期看護補助体制加算、夜間50対1急性期看護補助体制加算又は夜間100対1急性期看護補助体制加算を届け出ている病棟であること。

ク 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。

ケ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置していること。

コ 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。

2 看護職員夜間12対1配置加算2の施設基準

1の(1)から(7)までを満たすものであること。

3 看護職員夜間16対1配置加算1の施設基準

(1) 1の(1)から(5)まで及び(7)から(8)までを満たすものであること。

(2) 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。ただし、同一の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。なお、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、3以上であることとする。

4 看護職員夜間16対1配置加算2の施設基準

(1) 1の(1)、(2)、(5)及び(7)並びに3の(2)を満たすものであること。

(2) 急性期一般入院料2から6までのいずれかかを算定する病棟であること。

5 看護職員夜間配置加算について、令和2年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関にあつては、令和2年9月30日までの間、令和2年度改定後の看護職員夜間配置加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。

6 届出に関する事項

(1) 看護職員夜間配置加算に関する施設基準に係る届出は別添7の様式8、様式9、様式10、様式13の3及び様式18の3を用いること。なお、1の(8)に掲げる項目のうち4項目以上を満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になつた場合であっても変更の届出は不要であること。また、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届ける場合であつて、別添7の様式8及び9を用いる場合は、それぞれの様式にまとめて必要事項を記載すれば、当該各様式について1部のみの届出で差し支えない。

(2) 毎年7月において、前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取込状況を評価するため、別添7の様式13の3を届け出ること。

(3) 当該加算の変更の届出にあたり、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の3の届出を略すことができ

第4の5 削除

第5 特殊疾患入院施設管理加算

- 1 特殊疾患入院施設管理加算に関する施設基準
 - (1) 病院である傷疾医療機関の一般病棟（障害者施設等一般病棟に限る。）、精神病棟又は有床診療所（一般病棟に限る。）を単位とすること。
 - (2) 当該病棟又は当該有床診療所（一般病棟に限る。）における直近1か月間の入院患者数の概ね7割以上が、重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者であること。
 - (3) 重度の意識障害者とは、次に掲げる者をいう。
 - ア 意識障害レベルがJCS (Japan Coma Scale)でⅡ-3（又は30）以上又はGCS (Glasgow Coma Scale) で8点以下の状態が2週以上持続している患者
 - イ 無動性の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外恣症候群等）

- (4) 神経難病患者とは、多発性硬化症、重症筋無力症、スモム、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上）であって生活機能障害度がⅢ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線形体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライオンズーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎又ははもやもや病（ウイリス動脈輪閉塞症）に罹患している患者をいう。

2 届出に関する事項

特殊疾患入院施設管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式19及び様式20を用いること。また、当該管理の行われる病棟又は有床診療所（一般病棟に限る。）の配置図及び平面図を添付すること。

第6 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算に規定する状態

- 1 超重症児（者）とは判定基準による判定スコアが25点以上であって、介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等、特別の医学的管理が必要な状態が6月上継続している状態であること。ただし、新生児集中治療室又は新生児特定集中治療室を退室した患児であって当該治療室での状態が引き続き継続する患児については、当該状態が1月以上継続する場合とする。なお、新生児集中治療室又は新生児特定集中治療室を退室した後、症状増悪又は新たな疾患の発生については、その後の状態が6月上継続する場合とする。

- 2 準超重症児（者）とは判定基準による判定スコアが10点以上であって、超重症児（者）に準ずる状態であること。

- 3 「基本診療料の施設基準等」における超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準による判定スコアについては、別添6の別紙14を参照のこと。

第6の2 看護配置加算

1 看護配置加算に関する施設基準

- (2) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入については、第1の1の(1)

- (1) 地域一般入院料3、障害者施設等入院基本料15対1入院基本料又は結核病棟入院基本料若しくは精神病棟入院基本料の15対1入院基本料、18対1入院基本料若しくは20対1入院基本料を算定する病棟であること。

- (2) 当該病棟において、看護職員の見守り要員の7割以上が看護師であること。

2 届出に関する事項

看護配置加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式8及び様式9を用いること。なお、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であって、別添7の様式8及び9を用いる場合は、それぞれの様式にまとめて必要事項を記載すれば、当該各様式について1部のみの届出で差し支えない。

第7 看護補助加算

1 看護補助加算に関する施設基準

- (1) 看護補助加算Ⅰを算定するものとして届け出た病床（地域一般入院料1若しくは地域一般入院料2を算定する病棟又は13対1入院基本料を算定する病棟に限る。）に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、下記別表のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。）の割合が重症度、医療・看護必要度Ⅰで0.6割以上、重症度、医療・看護必要度Ⅱで0.5割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等（令和2年厚生労働省告示〇号）第十一の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限る。）は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いる評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日まで届け出ることにする。なお、評価方法の変更のみを行う場合については、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。

別表

A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者
A得点が3点以上の患者
C得点が1点以上の患者

- カ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間で業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。
- キ 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者の業務のうち5割以上が療養生活上の世話であること。
- ク 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。
- ケ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。
- コ 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。
- 4 届出に関する事項
- (1) 看護補助加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式13の3及び様式18の3を用いるが、地域一般入院科1若しくは地域一般入院科2又は13対1入院基本料を算定する病棟において看護補助加算1を届け出る場合さらに別添7の様式10も用いること。なお、3の(2)に掲げる項目のうち4項目以上満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になった場合であっても変更の届出は不要であること。また、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であって、別添7の様式8及び9を用いる場合は、それぞれの様式にまとめて必要事項を記載すれば、当該各様式について1部のみの届出で差し支えない。
- (2) 毎年7月において、前年度における看護要員の負担の軽減及び処遇の改善に資する取組状況の評価するため、別添7の様式13の3を届け出ること。
- (3) 当該加算の変更の届出にあたり、看護要員の負担の軽減及び処遇の改善の取組状況について、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の3の届出を略すことができること。
- 第8 地域加算
- 一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3第1項に規定する人事院規則で定められた地域及び当該地域に準じる地域は、別紙1のとおりであること。
- 第9 療養環境加算
- 1 療養環境加算に関する施設基準
- (1) 病棟を単位とすること。
- (2) 病室に係る病床の面積が、1病室当たり6.4平方メートル未満の病室を有する場合は算定できない。
- (3) 要件となる1病室当たり面積は、医療法上の許可等を受けた病床に係る病室（特別の療養環境の提供に係る病室を除く。）の総床面積を当該病床数（特別の療養環境の提供に係る病室に係る病床を除く。）で除して得た面積とすること。
- (4) 病棟内であっても、診察室、廊下、手術室等病室以外の部分の面積は算入しないこと。な
- 4) と同様であること。
- (3) 看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、同一の入院基本料を届け出ている病棟間を含め、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できること。
- (4) 看護要員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の11の(3)の例による。
- (5) 看護補助加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。なお、院内研修の内容については、別添2の第2の11の(4)の例による。
- (6) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年1回以上見直しを行うこと。また、所定の研修を修了した（修了証が交付されているもの）看護師長等が配置されていることが望ましいこと。なお、所定の研修の内容については、別添2の第2の11の(5)の例による。
- (7) 看護補助加算1については、令和2年3月31日において既に当該加算に係る届出を行っていている保険医療機関にあっては、令和2年9月30日までの間は、令和2年度改定後の看護補助加算1の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。
- 2 夜間75対1看護補助加算の施設基準
- 次のいずれかを算定する病棟であること。
- (1) 地域一般入院科1又は地域一般入院科2
- (2) 専門病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病棟入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る。）の13対1入院基本料
- 3 夜間看護体制加算の施設基準
- (1) 看護補助者を夜勤時間帯に配置していること。
- (2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、4項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代勤務又は変則2交代勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからエまでのうち、4項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。
- ア 当該病棟において、夜勤を含む交代勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。
- イ 3交代勤務又は変則3交代勤務の病棟において、夜勤を含む交代勤務に従事する看護要員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること。
- ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。
- エ 当該病棟において、夜勤を含む交代勤務に従事する看護要員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。
- オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や運出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。

- イ 当該療養病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。
- ウ 当該療養病棟に係る病室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.8メートル以上であること。ただし、両側に居室(両側にある居室の出入口が当該廊下に面している場合に限る。)がある廊下の幅は、2.7メートル以上であること。なお、廊下の幅は、柱等の構造物(手すりを除く。)も含めた最も狭い部分において、基準を満たすこと。
- エ 当該病院に機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の床面積は、内法による測定で、40平方メートル以上であること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその付属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具(角度計、握力計等)である。

- オ 療養病棟に係る病室に入院している患者1人につき、内法による測定で1平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。
- カ 療養病棟の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、オに規定する食堂と兼用であっても差し支えない。
- キ 当該保険医療機関内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。
- ク 当該病棟に係る病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、16平方メートル以上であること。なお、病室床面積の算定に当たっては、当該病棟内にある治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等を面積に算入しても差し支えない。

- (2) 療養病棟療養環境改善第2に関する施設基準
 - (1)のアからキまでを満たしていること。

- 2 届出に関する事項
 - (1) 療養病棟療養環境改善第1及び第2の施設基準に係る届出は、別添7の様式24及び様式24の2を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図(当該加算を算定する病室の面積等が分かるもの。)を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。
 - (2) 平成26年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

- 第11の2 療養病棟療養環境改善第1に関する施設基準
 - 1 療養病棟療養環境改善第1に関する施設基準
 - (1) 療養病棟療養環境改善第1に関する施設基準
 - ア 当該療養病棟に係る病室の病床数は、1病室につき4床以下であること。
 - イ 当該療養病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。
 - ウ 当該病院に機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の床面積は、内法による測定で、40平方メートル以上であること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその付属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具(角度計、握力計等)である。
 - エ 療養病棟に係る病室に入院している患者1人につき、内法による測定で1平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。

- 第11の2 療養病棟療養環境改善第2に関する施設基準
 - 1 療養病棟療養環境改善第2に関する施設基準
 - (1) 療養病棟療養環境改善第2に関する施設基準
 - ア 当該療養病棟に係る病室の病床数は、1病室につき4床以下であること。
 - イ 当該療養病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。
 - ウ 当該病院に機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の床面積は、内法による測定で、40平方メートル以上であること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその付属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具(角度計、握力計等)である。
 - エ 療養病棟に係る病室に入院している患者1人につき、内法による測定で1平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。

- お、病室内に付属している浴室・便所等の面積は算入の対象となるものであること。
- (5) 特別の療養環境の提供に係る病床又は特定入院料を算定している病床若しくは病室については、当該加算の対象から除外すること。
- (6) 当該病院の医師及び看護要員の数は、医療法に定める標準を満たしていること。
- (7) 平成26年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。

- 2 届出に関する事項
 - 療養環境改善第2の施設基準に係る届出は、別添7の様式22を用いること。また、当該保険医療機関の配置図及び平面図(当該加算を算定する病室の面積等が分かるもの。)を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

- 第10 重症者等療養環境特別加算
 - 1 重症者等療養環境特別加算に関する施設基準
 - (1) 病院である保険医療機関の一般病棟(特殊疾患入院施設管理加算に係る病棟を除く。)における特定の病床を単位として行うこと。
 - (2) 当該基準の届出の対象となる病床は次のいずれにも該当すること。
 - ア 個室又は2人部屋である。
 - イ 重症者等の容態が常時監視できるような設備又は構造上の配慮がなされている。(心拍監視装置等の患者監視装置を備えている場合又は映像による患者観察システムを有する場合を含む。)
 - ウ 酸素吸入、吸引のための設備が整備されている。
 - エ 特別の療養環境の提供に係る病室でないこと。

- (3) 当該基準の届出の対象となる病床数は、当該保険医療機関の一般病棟に入院している重症者等(重症者等療養環境特別加算を算定できる入院料に係る届出を行っている病室に入院している患者に限る。)の届出前1月間の平均数を上限とする。ただし、当該保険医療機関の当該加算を算定できる入院料に係る平均入院患者数の8%未満とし、当該保険医療機関が特別の診療機能等を有している場合であっても、当該加算を算定できる入院料に係る届出を行っている病床の平均入院患者数の10%を超えないこと。

- 2 届出に関する事項
 - 重症者等療養環境特別加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式23及び様式23の2を用いること。また、当該届出に係る病棟の配置図及び平面図(当該施設基準に係る病床及びナースステーションが明示されているもの。)を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

- 第11 療養病棟療養環境改善第1に関する施設基準
 - 1 療養病棟療養環境改善第1に関する施設基準
 - (1) 療養病棟療養環境改善第1に関する施設基準
 - ア 当該療養病棟に係る病室の病床数は、1病室につき4床以下であること。

オ 療養病棟の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、エに規定する食堂と兼用であっても差し支えない。

カ 当該保険医療機関内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。

キ 当該加算を算定できる期間については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間とする。

(2) 療養病棟療養環境改善加算 2 に関する施設基準

ア (1)のエからカまでを満たしていること。

イ 当該病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者 1 人につき、6.0 平方メートル以上であること。

ウ 当該病院に機能訓練室を有していること。

エ 当該加算の対象病棟については、平成 24 年 3 月 31 日において、現に療養病棟療養環境改善加算 4 に係る届出を行っている病棟のみとする。

オ 当該加算を算定できる期間については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間とする。

(3) 平成 26 年 3 月 31 日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。

2 届出に関する事項

療養病棟療養環境改善加算 1 及び 2 の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 24 及び様式 24 の 2 を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図(当該加算を算定する病棟の面積等が分かるもの。)を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

また、当該病棟の療養環境の改善に資する計画を、別添 7 の様式 24 の 3 に準じて策定し、届け出るとともに、毎年 7 月にその改善状況について地方厚生(支)局長に報告すること。

第 12 診療所療養病棟療養環境改善加算

1 診療所療養病棟療養環境改善加算

(1) 診療所である保険医療機関において、当該療養病棟を単位として行う。

(2) 当該療養病棟に係る病室の病床数は、1 病室につき 4 床以下であること。

(3) 当該療養病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者 1 人につき、6.4 平方メートル以上であること。

(4) 当該療養病棟に係る病室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.8 メートル以上であること。ただし、同側に居室(両側にある居室の出入口が当該廊下に面している場合に限る。)がある廊下の幅は、2.7 メートル以上であること。なお、廊下の幅は、柱等の構造物(手すりを除く。)も含めた最も狭い部分において、基準を満たすこと。

(5) 当該診療所に機能訓練室を有していること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその付属品、姿勢矯正用履、車椅子、各種杖、各種測定用具(角度計、握力計等)であること。

(6) 療養病棟に係る病棟に入院している患者 1 人につき、内法による測定で 1 平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。

(7) 当該診療所内に、療養病棟の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、(6)に定める食堂と兼用であっても差し支えない。

(8) 当該診療所内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。

2 届出に関する事項

(1) 診療所療養病棟療養環境改善加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 25 を用いること。また、当該診療所の配置図及び平面図(当該加算を算定する病棟の面積等が分かるもの。)を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

(2) 平成 26 年 3 月 31 日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

第 12 の 2 診療所療養病棟療養環境改善加算

1 診療所療養病棟療養環境改善加算に関する施設基準

(1) 診療所である保険医療機関において、当該療養病棟を単位として行う。

(2) 当該療養病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者 1 人につき、6.0 平方メートル以上であること。

(3) 当該診療所に機能訓練室を有していること。

(4) 当該加算を算定できる病棟については、平成 24 年 3 月 31 日時点で診療所療養病棟療養環境改善加算 2 を算定している病棟のみとする。

(5) 当該加算を算定できる期間については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間とする。

(6) 平成 26 年 3 月 31 日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。

2 届出に関する事項

診療所療養病棟療養環境改善加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 25 を用いること。また、当該診療所の配置図及び平面図(当該加算を算定する病棟の面積等が分かるもの。)を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

また、当該病棟の療養環境の改善に資する計画を、別添 7 の様式 25 の 2 に準じて策定し、届け出るとともに、毎年 7 月にその改善状況について地方厚生(支)局長に報告すること。

第 12 の 3 無菌治療室管理加算

1 無菌治療室管理加算に関する施設基準

(1) 無菌治療室管理加算 1 に関する施設基準

ア 滅菌水の供給が常時可能であること。

イ 滅菌水の供給が常時可能であること。

ウ 個室であること。

エ 室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時 ISO クラス 6 以上であること。

オ 当該治療室の空調設備が垂直層流方式、水平層流方式又はその双方を併用した方式であ

ること。

(2) 無菌治療室管理加算 2 に関する施設基準

- ア 室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時 ISOクラス 7 以上であること。

イ (1) のア及びイを満たしていること。

2 届出に関する事項

- (1) 無菌治療室管理加算 1 及び無菌治療室管理加算 2 の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 26 の 2 を用いること。

(2) 当該保険医療機関の配置図及び平面図（当該届出に係る自家発電装置が分かるもの）を添付すること。

(3) 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（当該届出に係る病室が明示されており、滅菌水の供給場所及び空調設備の概要が分かるもの）を添付すること。

第 13 重症皮膚潰瘍管理加算

1 重症皮膚潰瘍管理に関する施設基準

(1) 個々の患者に対する看護計画の策定、患者の状態の継続的評価、適切な医療機器の使用、褥瘡等の皮膚潰瘍の早期発見及び重症化の防止にふさわしい体制にあること。

(2) その他褥瘡等の皮膚潰瘍の予防及び治療に関する必要な処置を行うにふさわしい体制にあること。

2 届出に関する事項

重症皮膚潰瘍管理加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 14 緩和ケア診療加算

1 緩和ケア診療加算に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関内に、以下の 4 名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。

ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師

イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師

ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師

エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師

なお、アからエまでのうちいずれか 1 人は専任であること。ただし、当該緩和ケアチームが診察する患者数が 1 日に 15 人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

また、緩和ケア診療加算の注 2 に規定する点数を算定する場合には、以下の 4 名から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。

オ 身体症状の緩和を担当する常勤医師

カ 精神症状の緩和を担当する医師

キ 緩和ケアの経験を有する看護師

ク 緩和ケアの経験を有する薬剤師

(2) 緩和ケアチームの構成員は、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任で

あって差し支えない。

また、緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲において、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない。（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の 2 分の 1 以下であること。）

(3) (1) のア又はオに掲げる医師は、悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした 3 年以上の経験を有すること。なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした 3 年以上の経験を有する者であっても差し支えない。また、週 3 日以上常勤として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした 3 年以上の経験に限る。（末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした 3 年以上の経験を有する者であること。）を 2 名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該 2 名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(4) (1) のイ又はカに掲げる医師は、3 年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。なお、イに掲げる常勤医師については、週 3 日以上常勤として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（3 年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する医師に限る。）を 2 名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該 2 名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(5) (1) のア及びイに掲げる医師のうち、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していただくこと。

ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等

ウ 日本心不全学会により開催される基本的な緩和ケアトレーニングコース

(6) (1) のウ又はオに掲げる看護師は、5 年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了している者であることをいう。なお、ここでいう緩和ケア病棟等における研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。（600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）

イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

第14の2 有床診療所緩和ケア診療加算

1 有床診療所緩和ケア診療加算に関する施設基準

- (イ) 当該保険医療機関内に、身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師が配置されていること。
- (ロ) 当該診療所における夜間の看護職員の数が1以上であること。
- (ハ) 院内の見やすい場所に緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。
- (ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
- (ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
- (ヘ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ
- (ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
- (チ) コンサルテーション方法
- (リ) ケアの質を確保するためのデータ収集、分析等について

エ 実習により、事例に基づいたアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

- (7) (1)のエ又はロに掲げる医師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。
- (8) (1)のイ及びロに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。
- (9) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う医師、看護師、薬剤師などが参加していること。
- (10) 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。
- (11) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

- (イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要
- (ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の心理過程
- (ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の支援方法
- (ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
- (ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
- (ヘ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ
- (ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
- (チ) コンサルテーション方法
- (リ) ケアの質を確保するためのデータ収集、分析等について

エ 実習により、事例に基づいたアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

- (7) (1)のエ又はロに掲げる医師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。
- (8) (1)のイ及びロに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。
- (9) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う医師、看護師、薬剤師などが参加していること。
- (10) 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。
- (11) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

- (イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要
- (ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の心理過程
- (ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の支援方法
- (ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
- (ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
- (ヘ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ
- (ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
- (チ) コンサルテーション方法
- (リ) ケアの質を確保するためのデータ収集、分析等について

エ 実習により、事例に基づいたアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

- (7) (1)のエ又はロに掲げる医師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。
- (8) (1)のイ及びロに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。
- (9) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う医師、看護師、薬剤師などが参加していること。
- (10) 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。
- (11) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

第15 精神科応急入院施設管理加算

1 有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準に関する施設基準

- (イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要
- (ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のアセスメントとその治療
- (ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程
- (ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
- (ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
- (ヘ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ
- (ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
- (チ) コンサルテーション方法
- (リ) ケアの質を確保するためのデータ収集、分析等について

エ 実習により、事例に基づいたアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

- (7) (1)のエ又はロに掲げる医師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。
- (8) (1)のイ及びロに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。
- (9) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う医師、看護師、薬剤師などが参加していること。
- (10) 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。
- (11) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

- (イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要
- (ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の心理過程
- (ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の支援方法
- (ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
- (ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
- (ヘ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ
- (ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
- (チ) コンサルテーション方法
- (リ) ケアの質を確保するためのデータ収集、分析等について

エ 実習により、事例に基づいたアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

- (7) (1)のエ又はロに掲げる医師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。
- (8) (1)のイ及びロに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。
- (9) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う医師、看護師、薬剤師などが参加していること。
- (10) 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。
- (11) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

- (イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要
- (ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の心理過程
- (ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の支援方法
- (ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
- (ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
- (ヘ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ
- (ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
- (チ) コンサルテーション方法
- (リ) ケアの質を確保するためのデータ収集、分析等について

エ 実習により、事例に基づいたアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

- (7) (1)のエ又はロに掲げる医師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。
- (8) (1)のイ及びロに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。
- (9) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う医師、看護師、薬剤師などが参加していること。
- (10) 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。
- (11) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

1 精神科急性入院施設管理加算に関する施設基準

- (1) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号。以下「精神保健福祉法」という。）第 18 条第 1 項の規定により指定された精神保健指定医（以下「精神保健指定医」という。）1 名以上及び看護師、その他の者 3 名以上が、あらかじめ定められた日に、適時、同法第 33 条の 4 第 1 項及び同法第 34 条第 1 項から第 3 項までの規定により移送される患者（以下「急性入院患者等」という。）に対して診療志願の態勢を整えていること。
- (2) 当該病棟の病床について、1 日に看護を行う看護職員及び看護補助者の数は、常時、当該病棟を含む当該病棟において、1 日に看護を行う看護職員及び看護補助者を行う看護補助者の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合は、当該看護補助者を行う看護補助者の数が 2 以上であり、かつ、看護職員の数が最小必要数の 8 割以上であり、かつ、看護職員の 2 割以上が看護師であること。ただし、地域における急性入院患者等に係る医療及び保護を提供する体制の確保を図る上でやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。
- (3) 急性入院患者等のための病床として、あらかじめ定められた日に 1 床以上確保していること。
- (4) 急性入院患者等の医療及び保護を行うにつき必要な検査が速やかに行われる態勢にあること。

している病棟であること。

- (3) 当該病院に専門の部門（以下この項において「地域移行推進室」という。）が設置され、地域移行推進のための体制が院内に確保されていること。
- (4) 地域移行推進室に常勤の精神保健福祉士が 1 名以上配置されていること。なお、当該精神保健福祉士は、入院患者の地域移行支援に係る業務（当該患者又はその家族等に対して、退院後地域で生活するに当たっての留意点等について面接等を行うなどの業務）に専任して、退院後地域で生活するに当たっての留意点等に関する業務を行う場所が地域移行推進室である必要はないこと。また、当該ことが必要であり、業務を行う場所が地域移行推進室である必要はないこと。また、当該精神保健福祉士は、区分番号「A312」に掲げる精神療養病棟入院料の「注 5」等に規定する退院支援部署と兼務することができ、地域移行推進室と退院支援部署は同一でも差し支えない。
- (5) 当該保険医療機関における入院期間が 5 年を超える入院患者数のうち、退院した患者（退院後 3 月以内に再入院した患者を除く。）の数が 1 年間で 5% 以上の実績（以下この項において「退院に係る実績」という。）があること。
- (6) 退院に係る実績は、1 月から 12 月までの 1 年間にわたる実績とし、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の 4 月 1 日から翌々年の 3 月末日まで所定点数を算定できるものとする。従って、1 月から 12 月までの 1 年間の実績において、要件を満たさない場合には、翌年の 4 月 1 日から翌々年の 3 月末日までは所定点数を算定できない。なお、退院に係る実績については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。
 - ア 1 月 1 日において入院期間が 5 年以上である患者のうち、1 月から 12 月までの間に退院した患者（退院後 3 月以内に再入院した患者を除く。）数
 - イ 1 月 1 日において入院期間が 5 年以上である患者数
- (7) (6) にかかわらず、当該施設基準の届出を初めて行う場合は、届出を行う月の前月から始めて 1 年間にわたる退院に係る実績が 5% 以上であれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の 1 日から翌年の 3 月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の初日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該初日から翌年の 3 月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、(6) によるものであること。
- (8) 死亡又は他の医療機関への転院による退院については、退院に係る実績に算入しない。
- (9) (6) のアの期間内に入院期間が 5 年以上となり、かつ退院した患者については次年度の実績として算入する。

2 届出に関する事項

精神科地域移行実施加算の施設基準は、別添 7 の様式 30 を用いること。

第 16 の 2 精神科地域移行実施加算

- 1 精神科地域移行実施加算の施設基準
 - (1) 精神科を専務する病院である保険医療機関において病棟を単位として行うものとする。
 - (2) 区分番号「A103」精神科入院基本料（15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料及び 20 対 1 入院基本料に限る。）、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料（15 対 1 精神科入院基本料に限る。）、区分番号「A312」精神療養病棟入院料のいずれかを算定

第 16 の 3 精神科身体合併症管理加算

- 1 精神科身体合併症管理加算の施設基準
 - (1) 精神科を専務する病院であって、当該病棟に専任の内科又は外科の医師が 1 名以上配置されていること。
 - (2) 区分番号「A103」精神科入院基本料（10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料及び 15 対 1 入院基本料に限る。）、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料（精神科

である7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料及び15対1入院基本料に
限る。)、区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性
期治療病棟入院料及び区分番号「A314」認知症治療病棟入院料のいずれかを算定してい
る病棟であること。

(3) 必要に応じて患者の受入れが可能で精神科以外の診療科を有する医療機関との連携(他の
医療医療機関を含む。)が確保されていること。

2 届出に関する事項
精神科身体合併症管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式31を用いること。

第17 精神科リエゾンチーム加算

1 精神科リエゾンチーム加算の施設基準
(1) 当該保険医療機関内に、以下の3名以上から構成される精神医療に係る専門的知識を有し
た多職種からなるチーム(以下「精神科リエゾンチーム」という。)が設置されていること。
ア 5年以上の勤務経歴を有する専任の精神科の医師(他の保険医療機関を主たる勤務先と
する精神科の医師が対診等により精神科リエゾンチームに参画してもよい。)
イ 精神科等の経験を3年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師(精神科
等の経験は入院患者の看護の経験1年以上を含むこと。)
ウ 精神科病棟又は一般病棟での精神医療に3年以上の経験を有する専任の常勤薬剤師、常
勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤公認心理師のうち、いずれか1人。ただし、
当該精神科リエゾンチームで診察する患者数が週に15人以内である場合は、精神科病院
又は一般病棟での精神医療に3年以上の経験を有する専任の常勤薬剤師、常勤作業療法士、
常勤精神保健福祉士又は常勤公認心理師のうち、いずれか1人で差し支えない。この場合
であっても、週16時間以上精神科リエゾンチームの診療に従事する必要があること。
(2) (1)のイに掲げる看護師は、次の事項とは、次の事項に該当する研修のことという。
なお、ここでいう研修とは、次の事項に該当する研修のことであること。
ア 国又は医療機関関係団体が主催する研修であること(600時間以上の研修期間であって、
修了証が交付されるもの)。
イ 精神看護関連領域に係る専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修で
あること。

ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものである。
(イ) 精神看護関連領域に必要な理論及び保健医療福祉制度等の概要
(ロ) 精神症状の病因・病態、治療
(ハ) 精神看護関連領域における倫理的課題と対応方法
(ニ) 精神看護関連領域に関するアセスメントと援助技術
(ホ) 患者・家族の支援、関係調整
(ヘ) ケアの連携体制の構築(他職種・他機関との連携、社会資源の活用)
(ト) ストレスマネジメント
(チ) コミュニケーション方法
エ 実習により、事例に基づいたアセスメントと精神看護関連領域に必要な看護実践を含むも
のであること。

(3) 精神科リエゾンチームが設置されている保険医療機関の入院患者の精神状態や算定対象と
なる患者への診療方針などに係るカンファレンスが週1回程度開催されており、精神科リエ
ゾンチームの構成員及び必要に応じて当該患者の診療を担当する医師、看護師などが参加し
ていること。

(4) 精神科リエゾンチームによる診療実施計画書や治療評価書には、精神症状等の重症度評価、
治療目標、治療計画等の内容を含んでいること。

(5) 精神科リエゾンチームによる当該診療を行った患者数や診療の回数等について記録してい
ること。

(6) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみ
なす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 届出に関する事項
精神科リエゾンチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式32を用いること。

第17の2 強度行動障害入院医療管理加算

1 強度行動障害入院医療管理加算の施設基準
次の各号のいずれかに該当する病棟であること。

(1) 児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設(主として重症心身障害児を
入所させるものに限る。)又は同法第6条の2の2第3項に規定する独立行政法人国立病院
機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するものに係る障害者施設等入院基本
料を算定する病棟であること。

(2) 児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟であること。

2 強度行動障害入院医療管理加算の対象患者

「基本診療料の施設基準等」における強度行動障害スコア、医療度判定スコアについては、別
添6の別紙14の2を参照のこと。

3 届出に関する事項

強度行動障害入院医療管理加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしてい
ればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第17の3 重度アルコール依存症入院医療管理加算

1 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準

(1) 精神科を標榜する保険医療機関であること。

(2) 当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が2名以上配置されていること。なお、週3日
以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている精
神保健指定医である非常勤医師を2名以上組み合わせることににより、当該常勤医師の勤務時
帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を
常勤換算し常勤医師数に算入することができる。

(3) 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師1名以上及び看護
師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。

ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか1名が研修を修了していること。

研修については、以下の要件を満たすものであること。

ア 医師の研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する医師の養成を目的とした20時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

- (イ) アルコール精神医学
- (ロ) アルコールの公衆衛生学
- (ハ) アルコール依存症と家族
- (ニ) 再飲酒防止プログラム
- (ホ) アルコール関連問題の予防
- (ヘ) アルコール内科学及び生化学
- (ト) 病棟実習

イ 看護師の研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした25時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

- (イ) アルコール依存症の概念と治療
- (ロ) アルコール依存症の心理
- (ハ) アルコール依存症の看護・事例検討
- (ニ) アルコール依存症と家族
- (ホ) アルコールの内科学
- (ト) 病棟実習

ウ 精神保健福祉士・公認心理師等の研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する精神保健福祉士・公認心理師等の養成を目的とした25時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

- (イ) アルコール依存症の概念と治療
- (ロ) アルコール依存症のインテーク面接
- (ハ) アルコール依存症と家族
- (ニ) アルコール内科学
- (ホ) アルコール依存症のケースワーク・事例検討
- (ト) 病棟実習

(4) 必要に応じて、当該保険医療機関の精神科以外の医師が治療を行う体制が確保されていること。

(5) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 届出に関する事項
重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式32の3を用いること。

第17の4 摂食障害入院医療管理加算

1 摂食障害入院医療管理加算の施設基準
(1) 摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が10人以上であること。

(2) 摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、管理栄養士及び公認心理師がそれぞれ1人以上当該保険医療機関に配置されていること。なお、摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師の配置について、週3日以上常勤として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師（摂食障害の専門的治療の経験を有する医師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間等と同じ時間帯にこれららの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(3) 精神療法を行うために必要な面接室を有していること。

(4) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 届出に関する事項

摂食障害入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式32の4を用いること。

第18 がん拠点病院加算

1 がん拠点病院加算の1のイに関する施設基準

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、がん診療連携拠点病院（地域がん診療連携拠点病院（特例型）を除く。）の指定を受けていること。なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

2 がん拠点病院加算の1のロに関する施設基準

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療連携拠点病院（特例型）又は地域がん診療病院の指定を受けていること。

3 がん拠点病院加算の2に関する施設基準

「小児がん拠点病院の整備について」（平成30年7月31日健康0731第2号厚生労働省健康労働局長通知）に基づき、小児がん拠点病院の指定を受けていること。なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

4 がんがん拠点病院加算に関する施設基準

「がんがん医療中核拠点病院等の整備について」（令和元年7月19日健康0719第3号厚生労働省健康局長通知）に基づき、がんがん医療中核拠点病院又はがんがん医療拠点病院の指定を受けていること。

5 届出に関する事項

がん拠点病院加算又はがんがん医療拠点病院の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第19 栄養サポートチーム加算

1 栄養サポートチーム加算に関する施設基準

(1) 当該医療医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係るチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。ただし、当該栄養サポートチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

- ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師
- イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
- ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師
- エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士
なお、アからエまでのほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

注2に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される栄養サポートチームにより、栄養管理に係る専門的な診察が行われていること。

- オ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師
- カ 栄養管理に係る所定の研修を修了した看護師
- キ 栄養管理に係る所定の研修を修了した薬剤師
- ク 栄養管理に係る所定の研修を修了した管理栄養士

(2) (1)のア及びオにおける栄養管理に係る医師の研修とは、医療関係団体等が実施する栄養管理のための専門的な知識・技術を有する医師の養成を目的とした10時間以上を要する研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

- ア 栄養不良がもたらす影響
 - イ 栄養評価法と栄養スクリーニング
 - ウ 栄養補給ルートと栄養管理プランニング
 - エ 中心静脈栄養法の実施と合併症及びその対策
 - オ 末梢静脈栄養法の実施と合併症及びその対策
 - カ 経腸栄養法の実施と合併症及びその対策
 - キ 栄養サポートチームの運営方法と活動の実態
- また、(1)のア又はオに掲げる常勤医師については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（栄養管理に係る所定の研修を修了した医師に限る。）を2名組み合わせることににより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が栄養サポートチームの業務に専任する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(3) (1)のイ、ウ、エ、カ、キ及びクにおける栄養管理に係る所定の研修とは、次の事項に該当する研修であること。

- ア 医療関係団体等が認定する教育施設において実施され、40時間以上を要し、当該団体より修了証が交付される研修であること。
- イ 栄養管理のための専門的な知識・技術を有する看護師、薬剤師及び管理栄養士等の養成を目的とした研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。
 - (イ) 栄養障害例の抽出・早期対応（スクリーニング法）
 - (ロ) 栄養薬剤・栄養剤・食品の選択・食品の選択・適正使用法の指導

- (ハ) 経静脈栄養剤の調剤投与方法・薬液配合変化の指導
 - (ニ) 経静脈輸液適正調剤法の取得
 - (ホ) 経静脈栄養のプランニングとモニタリング
 - (ヘ) 経腸栄養剤の衛生管理・適正調剤法の指導
 - (ト) 経腸栄養・経口栄養のプランニングとモニタリング
 - (チ) 簡易観察法の実施と有用性の理解
 - (リ) 栄養療法に関する合併症の予防・発症時の対応
 - (ス) 栄養療法に関する問題点・リスクの抽出
 - (ル) 栄養管理についての患者・家族への説明・指導
 - (ヲ) 在宅栄養・院外施設での栄養管理法の指導
- (4) 当該医療機関内において、栄養サポートチームが組織上明確に位置づけられていること。
- (5) 算定対象となる病棟の見やすい場所に栄養サポートチームによる診察が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

2 届出に関する事項

栄養サポートチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式34を用いること。なお、当該加算の届出については義務を要しない。

第20 医療安全対策加算

1 医療安全対策加算1に関する施設基準

(1) 医療安全管理体制に関する基準

ア 当該医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。

- (イ) 国又は医療関係団体等が主催するものであること。
- (ロ) 医療安全管理者としての業務を実施する上で必要な内容を含む通算して40時間以上のものであること。

(ハ) 講義又は具体例に基づき演習等により、医療安全の基礎的知識、安全管理体制の構築、医療安全についての職員に対する研修の企画・運営、医療安全に資する情報収集と分析、対策立案、フィードバック、評価、事故発生時の対応、安全文化の醸成等について研修するものであること。

イ 医療に係る安全管理を行う部門（以下「医療安全管理部門」という。）を設置していること。

ウ 医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の具体的な業務内容が整備されていること。

エ 医療安全管理部門に診療部門、薬剤部門、看護部門、看護部門等の全ての部門の専任の職員が配置されていること。

オ 医療安全管理者が、安全管理のための委員会（以下「医療安全管理対策委員会」という。）と連携し、より実効性のある医療安全対策を実施できる体制が整備されていること。

カ 当該保険医療機関の見やすい場所に医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の掲示をすなど、患者に対して必要な情報提供が行われていること。

(2) 医療安全管理者の業務に関する事項

ア 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。
イ 定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のための必要な具体的な対策を推進すること。

ウ 各部門における医療事故防止担当者への支援を行うこと。

エ 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。

オ 医療安全管理に関する体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。
カ 相談窓口の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。

(3) 医療安全管理部門が行う業務に関する基準

ア 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を記録していること。

イ 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録していること。

ウ 医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されており、医療安全管理対策委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者等が参加していること。

2 医療安全対策加算2に関する施設基準

(1) 医療安全管理体制に関する基準

ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、1の(1)のイに掲げる研修である。

イ 1の(1)のイからカまでの基準を満たすこと。

(2) 1の(2)及び(3)の基準を満たすこと。

3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準

(1) 医療安全対策加算1に係る届出を行っていること。
(2) 当該保険医療機関内に、医療安全対策に3年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、1の(1)のイに掲げる研修である。

この場合、1の(1)のイの規定に関わらず、当該専任医師が医療安全管理者として配置され、1の(1)のイの規定された専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていることと差し支えない。

(3) 他の医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関及び医療安全対策加算2に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、それぞれ少なくとも年1回程度、医療安全対策地域連携加算1に関して連携しているいずれかの保険医療機関に赴いて医療安全対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携している医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関

間より評価を受けていること。なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算1に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

(4) (3)に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。

ア 医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理委員会の活動状況

イ) 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策

(ロ) 当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知(医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む)

(ハ) 当該対策の遵守状況の把握

イ 当該保険医療機関内の各部門における医療安全対策の実施状況
具体的な評価方法及び評価項目については、当該保険医療機関の課題や実情に合わせて連携する保険医療機関と協議し定めること。その際、独立行政法人国立病院機構作成の「医療安全相互チェックシート」を参考にされたい。

4 医療安全対策地域連携加算2の施設基準

(1) 医療安全対策加算2に係る届出を行っていること。

(2) 医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、医療安全対策地域連携加算2に関して連携しているいずれかの保険医療機関より医療安全対策に関する評価を受けていること。なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算2に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

(3) (2)に係る評価については、3の(4)に掲げる内容に対する評価を含むものである。

5 届出に関する事項

(1) 医療安全対策加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式35を用いること。

(2) 医療安全対策地域連携加算1及び医療安全対策地域連携加算2の施設基準に係る届出は、別添7の様式35の4を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第21 感染防止対策加算

1 感染防止対策加算1の施設基準

(1) 感染防止に係る部門(以下「感染防止対策部門」という。)を設置していること。この場合において、第20の(1)のイに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。

(2) (1)に掲げられた部門に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師(歯科医師を担当する保険医療機関)にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師

イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

ウ 3年以上の病院勤務経験を有する専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験を有する専任の臨床検査技師

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。

当該保険医療機関内に上記の者うち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は区分番号「A234」に掲げる医療安全対策加算に規定する医療安全管理者とは兼任できないが、第2節通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務を行うことができる。

また、アに掲げる常勤医師については、週3日以上勤務として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(感染症対策に3年以上の経験を有する医師に限る。)を2名組み合わせたことにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(3) (2)のイにおける感染管理に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。(600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)

イ 感染管理のための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

- (イ) 感染予防・管理システム
 - (ロ) 医療関連感染サーベイランス
 - (ハ) 感染防止技術
 - (ニ) 職業感染管理
 - (ホ) 感染管理指導
 - (ヘ) 感染管理相談
 - (ト) 洗浄・消毒・滅菌とリアシリアティマネジメント等について
- (4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者又は感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。
- (5) (2)に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の实情に合わせた標準予防策、感染経路予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書(マニュアル)を作成し、各部署に配布していること。

なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。

(6) (2)に掲げるチームとして、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。

(7) (2)に掲げるチームにより、感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。

(8) (7)に規定するカンファレンスは、(2)のアからエ及び2の(3)のアからエの構成員それぞれ1名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、以下のアからウを満たす場合は、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(以下「ビデオ通話」という。)

が可能な機器を用いて参加することができる。

ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面に参加していること。

イ (2)に掲げるチームと2の(3)に掲げる感染制御チームは、4回中1回以上一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること。なお、感染制御チームを構成する各職種は、それぞれ1名以上当該カンファレンスに参加していればよいこと。

ウ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。

(9) 当該保険医療機関又は感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関が「別添3」の「別添2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般精神入院基本科に係る届出において急性期一般入院科1のみを届け出ている病院を除く。)の場合は、以下のア及びイを満たすときに限り、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面に参加していること。

イ 感染制御チームを構成する各職種が4回中1回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。

(10) ビデオ通話を用いる場合において、患者の個人情報や当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(11) (2)に掲げるチームにより、感染防止対策加算2を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けていること。

(12) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬(広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等)については、届出制又は許可制の体制をとること。

(13) (2)に掲げるチームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。

(14) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。

(15) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。

(16) 院内感染対策サーベイランス(JANIS)等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。

2 感染防止対策加算2の施設基準

(1) 当該保険医療機関の一般病床の数が300床以下を標準とする。

(2) 感染防止対策部門を設置していること。ただし、第20の1の(1)イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。

(3) (2)に掲げる部門に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日

- 業務を行うこと。
- ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）
- イ 5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師
- ウ 3年以上の病院勤務経験を有する専任の薬剤師
- エ 3年以上の病院勤務経験を有する専任の臨床検査技師
- 当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務を行うことができる。
- (4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者若しくは感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。
- (5) (3)に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。
- (6) (3)に掲げるチームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。
- (7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年4回程度、感染防止対策加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染防止対策加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年4回以上参加していること。
- (8) (7)に規定するカンファレンスは、(3)のアからエ及び1の(2)のアからエの構成員それぞれ1名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、以下のアからウを満たす場合は、ビデオ通話を用いて参加することができる。なお、患者の個人情報取扱いについては、1の(10)の例による。
- ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面に参加していること。
- イ (3)に掲げるチームの(2)に掲げる感染制御チームは、4回中1回以上一室に会し直接対面するカンファレンスを行っていること。なお、感染制御チームを構成する各職種は、それぞれ1名以上当該カンファレンスに参加していなければならないこと。
- ウ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。
- (9) 当該保険医療機関又は感染防止加算1に係る届出を行った医療機関が、「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般精神入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届出している病院を除く。）の場合は、以下のア及びイを満たすときに限り、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

- ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面に参加していること。
- イ 感染制御チームを構成する各職種が4回中1回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。
- (10) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制又は許可制の体制をとること。
- (11) (3)に掲げるチームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。
- (12) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (13) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。
- (14) 地域や全国のカーベイライランスに参加していることが望ましい。
- 3 感染防止対策地域連携加算の施設基準
- (1) 感染防止対策加算1に係る届出を行っていること。
- (2) 他の感染防止対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関する評価を行い、当該保険医療機関紙24又はこれに準じた様式に基づき感染防止対策に関する評価を相互に送付し、少なくとも年1回程度、当該加算に関する評価を受けられていること。なお、医療安全対策地域連携加算1又は2を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と感染防止対策地域連携加算に係る評価を併せて実施しても差し支えない。
- 4 抗菌薬適正使用支援加算の施設基準
- (1) 感染防止対策加算1に係る届出を行っていること。
- (2) 以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。
- ア 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）
- イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
- ウ 3年以上の病院勤務経験を有する専任の薬剤師
- エ 3年以上の病院勤務経験を有する微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師
- アからエのうちいずれか1人は専任であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの専任の職員については、感染制御チームの業務を行う場合には、抗菌薬適正使用支援チームの専任の職員と異なることが望ましい。また、抗菌薬適正使用支援チームの業務については専任とみなすことができる。
- また、アに掲げる常勤医師については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（感染症の診療について3年以上の経験を有する医師に限る。）を2名組み合わせることににより、常勤医師の勤務時

間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

- (3) (2)のイにおける感染管理に係る適切な研修とは、1の(3)に掲げる研修である。
 - (4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。
 - ア AMRS A 菌及び抗緑膿菌作用のある抗菌薬を含めた広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全が懸念の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設した対象患者を把握後、適切な微生物検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗菌薬の選択・用法・用量の適切性、必要に応じた治療薬物モニタリングの実施、微生物検査等の治療方針への活用状況などを経時的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行い、その旨を診療録等に記載する。
 - ウ 適切な検体採取と培養検査の提出（血液培養の複数セット採取など）や、施設内のアンチバイオグラムの作成など、微生物検査・臨床検査が適正に利用可能な体制を整備する。
 - エ 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量などのアウトカム指標を定期的の評価する。
 - オ 当該保険医療機関の外来における過去1年間の急性気道感染症及び急性下痢症の患者数並びに当該患者に対する経口抗菌薬の処方状況を把握する。
 - カ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも毎年2回実施する。なお、当該院内研修については、感染防止対策に係る院内感染対策に関する研修と併せて実施しても差し支えない。また、院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。当該院内研修及びマニュアルには、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に、外来における抗菌薬適正使用の内容も含めること。なお、令和2年3月31日時点や抗菌薬適正使用支援加算の実施を行っている保険医療機関にあつては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。
 - キ 当該保険医療機関内で使用可能な抗菌薬の種類、用量等について定期的に見直し、必要性の低い抗菌薬について医療機関での使用中止を提案する。
 - ク 1の(12)に規定する院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制に係る業務については、施設の実態に応じた、感染制御チームではなく、抗菌薬適正使用支援チームが実施しても差し支えない。
 - (5) 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制を整備していること。また、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制があることについて、1の(7)に規定する定期的なカンファレンスの場を通じて、他の医療機関に周知すること。
- 5 届出に関する事項
 - (1) 感染防止対策加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添7の様式35の2を用いること。
 - (2) 感染防止対策地域連携加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式35の3を用いること。
 - (3) 抗菌薬適正使用支援加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式35の5を用いること。

また、抗菌薬適正使用支援に係る実績等について、別添7の様式35の6により毎年7月1日地方厚生(支)局長に報告すること。

- (4) (1)から(3)までに係る当該加算の届出についてはいずれも実績を要しない。

第21の2 患者サポート体制充実加算

1 患者サポート体制充実加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に患者又はその家族（以下「患者等」という。）からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等、様々な相談に対応する窓口を設置していること。
 - (2) (1)における当該窓口は専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他医療有資格者等が当該保険医療機関の業務時間内において常時1名以上配置されており、患者等からの相談に対して適切な対応に資する体制をとっている必要がある。なお、当該窓口は区分番号「A234」に掲げる医療安全対策加算に規定する窓口と兼用であっても差し支えない。
 - (3) (1)における当該窓口には配置されている職員は医療関係団体等が実施する医療対話仲介者の養成を目的とした研修を修了していることが望ましい。
 - (4) 当該保険医療機関内に患者等に対する支援体制が整備されていること。なお、患者等に対する支援体制とは以下のことをいう。
 - ア 患者支援体制確保のため、(1)における相談窓口と各部門とが十分に連携していること。
 - イ 各部門において、患者支援体制に係る担当者を配置していること。
 - ウ 患者支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回開催されており、必要に応じて各部門の患者支援体制に係る担当者等が参加していること。
 - エ 各部門において、患者等から相談を受けた場合の対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。
 - オ (1)における相談窓口及び各部門で対応した患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の患者支援に関する実績を記録していること。また、区分番号「A234」に掲げる医療安全対策加算を算定している場合は、医療安全管理対策委員会と十分に連携し、その状況を記録していること。
 - カ 定期的に患者支援体制に関する取組の見直しを行っていること。
 - (5) 当該保険医療機関内の見やみ場所に、(1)における相談窓口が設置されていること及び患者等に対する支援の実施について記載している取組を掲示していること。また、当該保険医療機関の入院患者について、入院時に文書を用いて(1)における相談窓口について説明を行っていること。
 - (6) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者の評価を受けていることが望ましい。
- 2 届出に関する事項
 - 患者サポート体制充実加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式36を用いること。

第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を5年以上有する看護

師等であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了したした者が褥瘡管理者として専従で配置していること。なお、ここでいう褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修とは、次の内容を含むものということ。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修
イ 講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

注2に規定する点数を算定する場合は、褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を5年以上有する看護師等であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修（ア及びイによるもの。）を修了した者を褥瘡管理者として配置していること。

(2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。

(3) 別添6の別紙16の褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成し、それに基づく重点的な褥瘡ケアの実施状況及び評価結果を記録していること。

(4) 褥瘡対策チームとの連携状況、院内研修の実績、褥瘡リスクアセスメント実施件数、褥瘡ハイリスク患者特定数、褥瘡予防治療計画件数及び褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数を記録していること。

(5) 褥瘡対策に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、褥瘡対策チームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。

(6) 総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施していること。

(7) 重点的な褥瘡ケアが必要な入院患者（褥瘡の予防・管理が難しい患者又は褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する入院患者をいい、褥瘡リスクアセスメント票を用いて判定する。）に対して、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画の作成、継続的な褥瘡ケアの実施及び評価、褥瘡等の早期発見及び重症化防止のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること。

(8) 毎年7月において、褥瘡患者数等について、別添7の様式37の2により届け出ること。

2 褥瘡管理者の行う業務に関する事項

(1) 褥瘡管理者は、院内の褥瘡対策チームと連携して、所定の方法により褥瘡リスクアセスメントを行うこと。

(2) (1)の結果、特に重点的な褥瘡ケアが必要と認められる患者について、当該患者の診療を担う医師、看護師、その他必要に応じて関係職種が共同して褥瘡の発生予防等に関する予防治療計画を個別に立案すること。

(3) 当該計画に基づく重点的な褥瘡ケアを継続して実施し、その評価を行うこと。

(4) (1)から(3)までの他、院内の褥瘡対策チーム及び当該患者の診療を担う医師と連携して、院内の褥瘡発生状況の把握・報告を含む総合的な褥瘡管理対策を行うこと。

3 届出に関する事項

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式37を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第22の2 ハイリスク妊娠管理加算

1 ハイリスク妊娠管理加算に関する施設基準

- (1) 産婦人科又は産科を擔持する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が、1名以上配置されていること。

(3) 緊急の分娩に対応できる十分な体制及び設備を有していること。

(4) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

2 届出に関する事項

ハイリスク妊娠管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式38を用いること。

第23 ハイリスク分娩管理加算

1 ハイリスク分娩管理加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師が、3名以上配置されていること。なお、週3日以上常勤として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専ら産婦人科又は産科に従事する非常勤医師を2名以上組み合わせることにし、当該常勤の医師の勤務時間等と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤の医師のうち2名までに限る。

(2) 当該保険医療機関内に、常勤の助産師が3名以上配置されていること。

(3) 1年間の分娩件数、配置医師数及び配置助産師数を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(4) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

2 届出に関する事項

ハイリスク分娩管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式38を用いること。

第24から第24の4まで 削除

第24の5 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算

1 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算に関する施設基準

- (1) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、精神科救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行っていること。

(2) 区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料又は区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

- (3) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算の届出を行っていない保険医療機関であること。
 2 届出に関する事項
 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式39の3を用いること。

第24の6 精神科救急搬送患者地域連携受入加算

- 1 精神科救急搬送患者地域連携受入加算に関する施設基準
 (1) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、精神科救急患者の転院体制に適合してあらかじめ協議を行っていること。
 (2) 区分番号「A1103」精神科入院料基本料、区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療費理料、区分番号「A312」精神療養病棟入院料又は区分番号「A314」認知症治療病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
 (3) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の届出を行っていない保険医療機関であること。
 2 届出に関する事項
 精神科救急搬送患者地域連携受入加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式39の3を用いること。

第25 削除

第26 呼吸ケアチーム加算

- 1 呼吸ケアチーム加算の施設基準
 (1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係るチーム（以下「呼吸ケアチーム」という。）が設置されていること。
 ア 人工呼吸器管理等について十分な経験のある専任の医師
 イ 人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師
 ウ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する専任の臨床工学技士
 エ 呼吸器リハビリテーション等の経験を5年以上有する専任の理学療法士
 (2) (1)のイに掲げる看護師は、5年以上呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう研修とは、次の事項に該当する研修のことという。
 ア 国又は医療関係団体が主催する研修であること。（600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）
 イ 呼吸ケアに必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
 ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。
 (イ) 呼吸ケアに必要な看護理論及び医療制度等の概要
 (ロ) 呼吸機能障害の病態生理及びその治療
 (ハ) 呼吸ケアに関するアセスメント（呼吸機能、循環機能、脳・神経機能、栄養・代謝機能、免疫機能、感覚・運動機能、痛み、検査等）
 (ニ) 患者及び家族の心理・社会的アセスメントとケア

- (ホ) 呼吸ケアに関する看護技術（気道管理、酸素療法、人工呼吸管理、呼吸リハビリテーション等）
 (ヘ) 安全管理（医療機器の知識と安全対策、感染防止と対策等）
 (ト) 呼吸ケアのための組織的取組とチームアプローチ
 (チ) 呼吸ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
 (リ) コンサルテーション方法

- エ 実習により、事例に基づくアセスメントと呼吸機能障害を有する患者への看護実践
 (3) 当該患者の状態に応じて、歯科医師又は歯科衛生士が呼吸ケアチームに参加することが望ましい。
 (4) 呼吸ケアチームによる診療計画書には、人工呼吸器装着患者の安全管理、合併症予防、人工呼吸器離脱計画、呼吸器リハビリテーション等の内容を含んでいること。
 (5) 呼吸ケアチームは当該診療を行った患者数や診療の回数、当該患者のうち人工呼吸器離脱に至った患者数、患者の1人当たりの平均人工呼吸器装着日数等について記載していること。
 2 届出に関する事項
 呼吸ケアチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の2を用いること。

第26の2 後発医薬品使用体制加算

- 1 後発医薬品使用体制加算の施設基準
 (1) 病院では、薬剤師門において後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
 有床診療所では、薬剤師又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
 (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤師を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに算じた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算1にあつては85%以上、後発医薬品使用体制加算2にあつては80%以上85%未満、後発医薬品使用体制加算3にあつては70%以上80%未満であること。
 (3) 当該保険医療機関において調剤した薬剤（(4)に掲げる医薬品を除く。）の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。
 (4) 後発医薬品規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品
 ア 経腸成分栄養剤
 エンターナル配合内用剤、エレクターP乳幼児用配合内用剤、エンジュア・リキッド、エンジュア・H、ツイインラインNF配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用液、エネーが配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用半固形剤及びミノラス配合経腸用液
 イ 特殊ミルック製剤
 フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。

ア 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況（使用品量、使用量、投与日数等を含む。）

イ 当該保険医療機関において発生した医薬品に係る副作用（医薬品医療機器等法第 68 条の 10 第 2 項に規定されている厚生労働大臣に報告しなければならない副作用をいう。なお、同法第 68 条の 10 第 1 項に規定されている副作用についても、同様の体制を講じていることが望ましい。）、ヒヤリハット、インシデント等の情報

ウ 公的機関、医薬品製造販売業者、卸売業者、学術誌、医療機関外の医療従事者等外部から入手した医薬品の有効性、安全性、品質、ヒヤリハット、インシデント等の情報（後発医薬品に関するこれらの情報も含む。）

(7) 医薬品安全性情報等（(6)アからウまでに掲げるものをいう。以下同じ。）のうち、迅速な対応が必要となるものを把握した際に、電子媒体に保存された診療録、薬剤管理指導記録等の活用により、当該医薬品を処方した医師及び投与された患者（入院中の患者以外の患者を含む。）を速やかに特定でき、必要な措置を迅速に講じることができている体制を有していること。

(8) 病棟専任の薬剤師と医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各病棟での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が病棟薬剤業務を実施するにつき必要な情報が提供されていること。

(9) データベースの構築などにより医療従事者が、必要な時に医薬品情報管理室で管理している医薬品安全性情報等を容易に入手できる体制を有していること。

(10) 上記(6)から(9)までに規定する内容の具体的実施手順及び新たに入手した情報の重要性に応じて、安全管理委員会、薬事委員会等の迅速な開催、関連する医療従事者に対する周知方法等に関する手順が、あらかじめ「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書（医薬品業務手順書）」に定められており、それに従って必要な措置が実施されていること。

(11) 区分番号「B008」薬剤管理指導料に係る届出を行っていること。

(12) 病棟専任の薬剤師の氏名が病棟内に掲示されていること。

2 病棟薬剤業務実施加算 2 の施設基準

(1) 病棟薬剤業務実施加算 1 に係る届出を行っていること。

(2) 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該加算を算定する治療室に配置されていること。

(3) 当該保険医療機関において、治療室専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近 1 か月の実施時間が合算して 1 週間につき 20 時間相当に満たない治療室があつてはならないこと。

(4) 病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料及び退院時薬剤情報管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれないものであること。

(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、院内からの相談に対応できる体制が整備されていること。なお、院内からの相談に対応できる体制とは、当該保険医療機関の医師等からの相談に応じる体制があることを当該医師等に周知していただくべく、医薬品情報管理室に薬剤師が常時配置されている必要はない。

(6) 医薬品情報管理者が、病棟専任の薬剤師を通じて、次のアからウまでに掲げる情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。

(6) 治療室専任の薬剤師と医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各治療室での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が病棟薬剤業務を実施するにつ

ウ 生薬（薬効分類番号 510）
エ 漢方製剤（薬効分類番号 520）

オ その他の生薬及び処方方に基づき医薬品（薬効分類番号 590）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

2 届出に関する事項

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 40 の 3 を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第 26 の 3 病棟薬剤業務実施加算

1 病棟薬剤業務実施加算 1 の施設基準

(1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2 名以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。なお、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤薬剤師を 2 名組み合わせることににより、当該非常勤薬剤師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤薬剤師が配置されている場合には、これらの非常勤薬剤師の実労働時間を常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができ、ただし、常勤換算し常勤薬剤師に算入することができるのは、常勤薬剤師のうち 1 名までに限ること。

(2) 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該保険医療機関の全ての病棟（区分番号「A106」障害者施設等入院施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）に配置されていること。ただし、この場合において、複数の薬剤師が一の病棟において病棟薬剤業務を実施することを妨げない。

病棟の概念及び 1 病棟当たりの病床数に係る取扱いについては、別添 2 の第 2 の 1 及び 2 によるものであること。

なお、病棟薬剤業務実施加算を算定できない手術室、治療室及び特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟においても、病棟薬剤業務の実施に努めること。

(3) 当該保険医療機関において、病棟専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近 1 か月の実施時間が合算して 1 週間につき 20 時間相当に満たない病棟（区分番号「A106」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）があつてはならないこと。

(4) 病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料及び退院時薬剤情報管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれないものであること。

(5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、院内からの相談に対応できる体制が整備されていること。なお、院内からの相談に対応できる体制とは、当該保険医療機関の医師等からの相談に応じる体制があることを当該医師等に周知していただくべく、医薬品情報管理室に薬剤師が常時配置されている必要はない。

(6) 医薬品情報管理者が、病棟専任の薬剤師を通じて、次のアからウまでに掲げる情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、

3 届出に関する事項

- き必要な情報が提供されていること。
- (1) 病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の4を用いること。
 - (2) 調剤、医薬品情報管理、薬剤情報管理、在宅患者訪問薬剤管理指導又は病棟薬剤業務のいずれに就事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載する。

第26の4 データ提出加算

1 データ提出加算の施設基準

- (1) 区分番号「A207」診療録管理体補助加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ただし、次のアからウの保険医療機関にあっては、区分番号「A207」の診療録管理体補助加算1又は2の施設基準を満たしていれば足りること。

- 回復期リハビリテーション病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関
- 地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関
- 回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関

- (2) 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」（以下「DPC調査」という。）に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及びDPC調査事務局と常時電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず2名指定すること。

- (3) DPC調査に適切に参加し、DPC調査に準拠したデータを提出すること。なお、データ提出加算1及び3にあっては、入院患者に係るデータを、データ提出加算2及び4にあっては、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出すること。

- (4) 「適切なコーディングに関する委員会」（以下「コーディング委員会」という。）を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

コーディング委員会とは、標準的な診断及び治療方法について院内で周知を徹底し、適切なコーディング（適切な国際疾病分類に基づく適切な疾病分類等の決定をいう。）を行う体制を確保することを目的として設置するものとし、コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師及び診療録情報を管理する部門又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とする委員会のことをいう。

なお、病院内の他の委員会において、目的及び構成員等がコーディング委員会の要件を満たしている場合には、当該委員会をコーディング委員会と見なすことができる。ただし、当該委員会の設置規定等に適切なコーディングに関する事項を明記し、適切なコーディングに関するテーマについて、年2回以上、委員会を開催しなければならぬ。

2 データ提出に関する事項

- (1) データの提出を希望する保険医療機関（DPC対象病院又はDPC準備病院である病院を除く）は、令和2年5月20日、8月20日、11月20日、令和3年2月22日、5月20日、8月20日、11月22日又は令和4年2月21日までに別添7の様式40の5について、地方

厚生（支）局医療課を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出すること。

- (2) (1)の届出を行った保険医療機関は、当該届出の期限となっている月の翌月から起算して2月分のデータ（例として、令和2年7月に届出を行った場合は、令和2年8月20日の期限に合わせた届出となるため、実行データは令和2年9月及び10月の2月分となる。）（以下「実行データ」という。）を厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、DPC導入の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに厚生労働省がDPC調査の一部事務を委託するDPC調査事務局（以下「DPC調査事務局」という。）へ提出すること。

- (3) 実行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡（以下「データ提出事務連絡」という。）を行うこと。
- (2)の担当者宛てに電子メールにて発出する。
なお、当該連絡のあった保険医療機関においては、この連絡以後、データ提出加算の届出を行うことが可能となる。

3 提出データ評価加算に関する事項

- (1) データ提出加算2のロ又は4のロの届出を行っていること。
- (2) 診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されているものとして、次のいずれにも該当すること。
 - 当該加算を算定する月の前6か月間に1度もデータ提出の遅延等がないこと。
 - 当該加算を算定する月の前月以前に提出した直近3か月分のデータ及び提出データと同じ期間における未コード化傷病名の割合を満たすこと。

- (3) (2)のデータ提出の遅延等とは、調査実施説明資料に定められた期日までに、当該医療機関のデータについて、DPC調査事務局宛てに提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料に定められた方法以外で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められた提出すべきデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をいう。（以下、第26の4において、同じ。）

- (4) (2)のイに規定する未コード化傷病名の割合の基準を満たす場合は、次のいずれにも該当する場合をいう。
 - 調査実施説明資料に定められた様式1へ入力されたレセプト電算処理用の傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード（レセプト電算処理用の傷病名コード：0000999）の割合が2%未満
 - 科の全ての診療報酬明細書（DPC対象病院においては、入院、入院外及びDPCを、DPC対象病院以外の病院においては、入院及び入院外）に記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード（レセプト電算処理用の傷病名コード：0000999）の割合が10%未満

4 届出に関する事項

- (1) データ提出加算の施設基準に係る届出は別添7の様式40の7を用いること。
- (2) 入院患者に係るデータを提出する場合はデータ提出加算1及び3、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出する場合はデータ提出加算2及び4を届け出ること。なお、データ提出加算1及び3の届出を行っている保険医療機関が、新たに外来患者に係るデータを出発するものとしてデータ提出加算2及び4の届出を行うことは可能である。ただデータを提出するものとして、データ提出加算1及び3へ届出を変更することはできない。
- (3) 各調査年度において、累積して3回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。
- (4) データ提出を取りやめやめる場合、1の基準を満たさなくなった場合及び(3)に該当した場合については、別添7の様式40の8を提出すること。なお、様式40の8を提出しデータ提出加算に係る届出を辞退した場合、当該加算の届出が施設基準の1つとなっていない入院基本料等も算定できなくなる。
- (5) (4)の届出を行い、その後再度データ提出を行う場合には、2の手続きより開始すること。
- (6) 基本診療料の施設基準等（令和2年厚生労働省告示●号）第十一の九に掲げる、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、電子カルテシステムを導入していない場合や「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する物理的安全対策や技術的安全対策を講ずることが困難である場合等が該当する。

第26の5 入退院支援加算

1 入退院支援加算1に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門（以下第26の5において「入退院支援部門」という。）が設置されていること。
- (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。（ただし、区分番号「A307」小児入院医療管理に代えて精神保健福祉士の配置であっても差し支えない。以下、第26の5において同じ。）なお、当該専従の看護師又は社会福祉士（以下この項において「看護師等」という。）については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤看護師等（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師等に限り。）を2名以上組み合わせることにし、非常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしていること。

なすことができる。

- (3) 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。当該専任の看護師又は社会福祉士が配置されている病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る。なお、20床未満の病棟及び治療室については、病棟数の算出から除いてよいが、病床数の算出には含まれること。また、病棟に専任の看護師又は社会福祉士が、入退院支援部門の専従の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない。
- (4) 病院又は退院援助等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設入居サービス事業者又は障害者、日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「指定相対支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児利用支援事業者等（以下「連携機関」という。）」の数が20以上であること。また、(2)又は(3)の職員と、それぞれ「連携機関」の職員が年3回以上との頻度で面会し、情報の共有等を行っていること。なお、これの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年3回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧でできるよう記録すること。
- (5) (4)に規定する連携機関の職員との年3回の面会は、対面で行うことが原則であるが、当該3回中1回（当該保険医療機関又は連携機関が、「別添3」の「別添2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）又は連携機関の場合、当該3回中3回）に限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会することができる。なお、患者の個人情報取得については、第21の1の(10)の例による。
- (6) 過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相対支援専門員との連携回数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。）の合計回数が、以下のア及びイを合計した数を上回ること。
 - ア 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数の合計
 - イ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）に0.05を乗じた数
 なお、相対支援専門員との連携は、相対支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる障害福祉サービス、地域相談支援又は障害児通所支援や、当該地域において提供可能な障害福祉サービス、地域相談支援又は障害児通所支援等の情報を提供するものとする。
- (7) 病棟の廊下等の見やすい場所に、患者及び家族から分かりやすいように、入退院支援及び地域連携業務に係る病棟に専任の職員及びその担当業務を掲示していること。

2 入退院支援加算2に関する施設基準

- (1) 1の(1)及び(2)の施設基準を満たしていること。
- (2) 有床診療所の場合は、当該入退院支援部門に、入退院支援に関する経験を有する専任の看護

- 護師、准看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。
- 3 入退院支援加算3に関する施設基準
- (1) 1の(1)の施設基準を満たしていること。
- (2) 当該入退院支援部門に入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を完了した専任の看護師又は入退院支援及び5年以上、新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専任の社会福祉士は、週30時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。また、当該専任の社会福祉士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤社会福祉士を2名以上組み合わせている場合には、常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤社会福祉士が配置されていることにより、常勤社会福祉士とみなすことができる。
- (3) (2)に掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
- ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること。(修了証が交付されるもの)
- イ 小児の在宅移行支援に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
- ウ 講義及び演習は、次の内容について9時間以上含むものであること。
- (イ) 小児の在宅療養に係る社会資源に関する知識
- (ロ) 医療的ケア児とその家族への援助技術
- (ハ) 家族や多職種との調整やコミュニケーション方法
- (ニ) 在宅移行支援に伴う倫理的問題への対応方法
- (ホ) 医療的ケア児の在宅等の療養環境に関する知識
- 4 地域連携診療計画加算に関する施設基準
- (1) あらかじめ疾患や患者の求態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携機関と共有されていること。
- (2) 連携機関の職員と当該保険医療機関の職員が、地域連携診療計画に係る情報交換のために、年3回以上の頻度で面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われていること。
- (3) 入退院支援加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
- 5 入退院支援加算の「注5」に規定する施設基準
- (1) 1の(1)の施設基準を満たしていること。
- (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること。
- 6 入院時支援加算に関する施設基準
- (1) 入退院支援加算1又は2を届け出ている場合にあっては1の(2)で、入退院支援加算3を届け出ている場合にあっては3の(2)で求める人員に加え、入院前支援を行う者として、当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師が1名以上又は入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、当該入院前支援を行う専従の看護師については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が2

- 2 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤看護師(入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師に限る。)を2名以上組み合わせることにし、常勤看護師と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとなすことができる。ただし、許可病床数が200床未満の保険医療機関にあっては、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師が1名以上配置されていること。当該専任の看護師が、入退院支援加算1又は2を届け出ている場合にあっては1の(2)で、入退院支援加算3を届け出ている場合にあっては3の(2)で求める専任の看護師を兼ねることは差し支えない。
- (2) 転院又は退院体制等について、連携機関とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制を整備していること。
- 7 総合機能評価加算に関する施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した常勤の医師若しくは歯科医師又は総合的な機能評価の経験を1年以上有する常勤の医師若しくは歯科医師が1名以上いること。
- (2) 総合的な機能評価に係る適切な研修とは、次のものをいう。
- ア 医療関係団体等が実施するものであること。
- ウ 研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれたものであること。
- エ 研修期間は通算して16時間程度のものであること。
- (3) 当該保険医療機関内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施することと望ましい。
- 8 届出に関する事項
- (1) 入退院支援加算、地域連携診療計画加算、入院時支援加算及び総合機能評価加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の9を用いること。
- (2) 地域連携診療計画加算に係る届出は、「特種診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添2の続きの取扱いについて「別添2の様式12を用いること。これに添付する地域連携診療計画は、「特種診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添2の様式12の2に準じた様式を用いること。
- (3) 3の(2)に掲げる「小児患者の在宅移行に係る適切な研修」の規定については、令和2年3月31日において、現に入退院支援加算3に係る届出を行っている保険医療機関であって、当該保険医療機関に基本診療料の施設基準等の一部を改正する件による改正前(令和2年度改定前)の基本診療料の施設基準等における当該加算の施設基準の規定により、同時点で配置されている「入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専従の看護師」については、令和3年3月31日までの間に限り、当該研修を修了しているものとみなす。
- 第26の6 認知症ケア加算
- 1 認知症ケア加算1の施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム(以下「認知症ケアチーム」という。)が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、原則週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。
- ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師

イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護士であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護士

ウ 認知症患者等の退院調整について経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士

なお、アからウまでのほか、患者の状態に応じて、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士が参加することが望ましい。

(2) (1)のウに掲げる医師は、精神科の経験を3年以上有する医師、神経内科の経験を3年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師であること。なお、ここでいう適切な研修とは、国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であり、認知症診断について適切な知識・技術等を修得することを目的とした研修で、2日間、7時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものであること。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（精神科の経験を3年以上有する医師、神経内科の経験を3年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師に限る。）を2名以上組み合わせることにし、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配属されている場合には、当該2名以上の非常勤医師が認知症ケアチームの業務に従事する場合に限る。当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(3) (1)のイに掲げる認知症看護に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。(600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)

イ 認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護士の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。

(イ) 認知症の原因疾患・病態及び治療・ケア・予防

(ロ) 認知症に関わる保健医療福祉制度の変遷と概要

(ハ) 認知症患者に特有な倫理的課題と対応方法

(ニ) 認知症看護に必要なアセスメントと援助技術

(ホ) コミュニケーションスキル

(ヘ) 認知症の特性を踏まえた生活・療養環境の調整方法、行動・心理症状 (BPSD) への対応

(ト) ケアマネジメント (各専門職・他機関との連携、社会資源の活用方法)

(チ) 家族への支援・関係調整

エ 実習により、事例に基づいたアセスメントと認知症看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。

(4) (1)のウに掲げる社会福祉士又は精神保健福祉士は、認知症患者又は要介護者の退院調整の経験のある者又は介護支援専門員の資格を有する者であること。

(5) 認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。

ア 認知症患者のケアに係るカンファレンスが週1回程度開催されており、チームの構成員及び当該患者の入院する病棟の看護士等、必要に応じて当該患者の診療を担う医師などが

参加していること。

イ チームは、週1回以上、各病棟を巡回し、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況の把握や病棟職員への助言等を行うこと。

ウ チームにより、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書 (マニュアル) を作成し、関係医療機関内に周知し活用すること。なお、認知症ケアの実施状況を踏まえ、定期的に当該手順書の見直しを行うこと。

エ チームにより、認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的に実施すること。

(6) 認知症患者に関わる全ての病棟の看護士等は、原則として年に1回、認知症患者のアセスメントや看護手法等について、当該チームによる研修又は院外の研修を受講すること (ただし、既に前年度又は前々年度に研修を受けた看護士等についてはこの限りではない)。また、原則として、全ての病棟 (小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神科を除く。) に、2の(4)に掲げる認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修又は院内研修を受けた看護士を1名以上配置することが望ましい。

(7) 当該医療関係機関において、当該チームが組織上明確に位置づけられていること。

2 認知症ケア加算2の施設基準

(1) 当該医療関係機関に、認知症患者の診療に十分な経験を有する専任の常勤医師又は認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護士であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護士を配置すること。

(2) (1)に掲げる医師については、1の(2)を満たすものであること。また、(1)に掲げる認知症看護に係る適切な研修については、1の(3)の例による。

(3) 原則として、全ての病棟 (小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神科を除く。) に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護士を3名以上配置すること。

(4) (3)に掲げる認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。ただし、(3)に掲げる3名以上の看護士のうち1名については、次の事項に該当する研修を受けた看護士が行う認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る院内研修を受講をもって満たすものとして差し支えない。

ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること。(修了証が交付されるもの)

イ 認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護士の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習は、次の内容について9時間以上含むものであること。

(イ) 認知症の原因疾患・病態・治療

(ロ) 入院中の認知症患者に対する看護に必要なアセスメントと援助技術

(ハ) コミュニケーション方法及び療養環境の調整方法

(ニ) 行動・心理症状 (BPSD)、せん妄の予防と対応法

(ホ) 認知症に特有な倫理的課題と意思決定支援

(5) (1)の医師又は看護士は、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を把握し、

に係る指針」に規定する総合産婦科医療センターを設置している保険医療機関
イ アと同様、24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

- 2 届出に関する事項
精神疾患診療体制加算に係る届出は別添7の様式40の12を用いること。

第26の8 精神科急性期医師配置加算

1 通則

当該病棟における常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が16又はその病数を増すごとに1以上配置されていること。なお、当該病棟における常勤の医師は、他の病棟に配置される医師と兼任はできない。

2 精神科急性期医師配置加算1に関する基準

- (1) 措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）及びクロザピンを新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患者、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患者」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院科に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入院した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第1章第2節通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。
- (2) 当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間6件以上であること。
- (3) 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話等再診を除く。）件数が年間20件以上であり、かつ、入院件数が年間8件以上であること。

3 精神科急性期医師配置加算2のイに関する施設基準

区分番号「A103」精神科入院基本料（10対1入院基本料及び13対1入院基本料に限る。）及び区分番号「A104」特定機能病院入院基本料（精神科病棟の7対1入院基本料、10対1入院基本料及び13対1入院基本料に限る。）を算定する病棟については、以下の要件を満たしていること。

- (1) 精神科病床を除く当該保険医療機関全体の許可病床数が100床（「基本診療科の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関においては80床）以上であること。
- (2) 当該保険医療機関の精神科病床に係る許可病床数が当該保険医療機関全体の許可病床数の50%未満かつ届出を行っている精神科病棟が2病棟以下であること。
- (3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている保険医療機関であること。
 - ア 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合産婦科母子医療センターを設置している保険医療機関

病棟職員に対して必要な助言等を行うこと。
(6) (1)の医師又は看護師を中心として、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

- (7) (1)の医師又は看護師を中心として、認知症患者に関わる職員に対し、少なくとも年に1回は研修や事例検討会等を実施すること。

3 認知症ケア加算3の施設基準

- (1) 2の(3)及び(4)の施設基準を満たしていること。
- (2) 身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。
- (3) 2の(3)に掲げる認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を中心として、病棟の看護師等に対し、少なくとも年に1回は研修や事例検討会等を実施すること。

4 届出に関する事項

- (1) 認知症ケア加算1の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の10を用いること。
- (2) 認知症ケア加算2又は3の届出は、保険医療機関単位で届け出るが、その際、小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神科病床を除いて届け出ることができること。また、施設基準に係る届出は、別添7の様式40の11を用いること。

第26の6の2 セン妄ハイリスク患者ケア加算

1 セン妄ハイリスク患者ケア加算の施設基準

(1) 区分番号「A100」一般精神科入院基本料（急性期一般入院基本料に限る。）、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、区分番号「A300」救命救急入院科、区分番号「A301」特定集中治療室管理科、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理科又は区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理科のいずれかを算定する病棟であること。

- (2) セン妄のリスク因子の鑑認のためのチェックリスト及びセン妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。

2 届出に関する事項

せん妄ハイリスク患者ケア加算に係る届出は別添7の2を用いること。

第26の7 精神疾患診療体制加算

1 精神疾患診療体制加算に関する施設基準

- (1) 内科及び外科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関の精神科病床に係る許可病床数が当該保険医療機関全体の許可病床数の50%未満であること。
 - (3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。
 - ア 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築

- イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れられている保険医療機関
- (4) 区分番号「A230-4」精神科リエンゾンチーム加算に係る届出を行っていること。
- (5) 当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の5%以上が入院時に区分番号「A230-3」精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。
- (6) 当該保険医療機関の精神科医が、救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を速やかに診療できる体制を有し、当該保険医療機関到着後12時間以内に毎月5人以上（直近3か月間の平均）診察していること。

4 精神科急性期医師配置加算2のロに関する施設基準

- 2の(1)及び(3)を満たすものであること。
- 5 精神科急性期医師配置加算3に関する施設基準
 - (1) 措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロナゾピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。なお、当該要件にかかる留意点については2の(1)と同様であること。
 - (2) 当該病棟においてクロナゾピンを新規に導入した実績が年間3件以上であること。
 - (3) 2の(3)を満たすものであること。

6 届出に関する事項

精神科急性期医師配置加算に係る届出は別添7の様式40の13及び様式53を用いること。

第26の9 排尿自立支援加算

- 1 排尿自立支援加算に関する施設基準
 - (1) 保険医療機関内に、以下から構成される排尿ケアに係るチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）が設置されていること。
 - ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師（他の保険医療機関を主たる勤務先とする医師が対診等により当該チームに参画してもよい。）
 - イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士
 - (2) (1)のアに掲げる医師は、3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、他の保険医療機関を主たる勤務先とする医師（3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師に限る。）が対診等により当該チームに参画しても差し支えない。また、ここでいう適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
 - ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。

- イ 下部尿路機能障害の病態、診断、治療、予防及びケアの内容が含まれるものであること。
- ウ 通算して6時間以上のものであること。
- (3) (1)のイに掲げる所定の研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
 - ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。
 - イ 下部尿路機能障害の病態生理、その治療と予防、評価方法、排尿ケア及び事例分析の内容が含まれるものであること。

- ウ 排尿日誌による評価、エコーを用いた残尿測定、排泄用具の使用、骨盤底筋訓練及び自己導尿に関する指導を含む内容であり、下部尿路機能障害患者の排尿自立支援について十分な知識及び経験ある医師及び看護師が行う演習が含まれるものであること。

- エ 通算して16時間以上のものであること。
- (4) 排尿ケアチームの構成員は、区分番号「B005-9」外来排尿自立指導料に規定する排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。
- (5) 排尿ケアチームは、対象となる患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定）等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該保険医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。
- (6) 包括的排尿ケアの計画及び実施に当たっては、下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドライン等遵守すること。

2 届出に関する事項

当該加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の14を用いること。

第26の10 地域医療体制確保加算

- 1 地域医療体制確保加算に関する施設基準
 - (1) 区分番号「A100」一般病棟入院基本料（地域一般入院基本料を除く。）、区分番号「A102」結核病棟入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、区分番号「A103」精神病棟入院基本料（10対1入院基本料に限る。）、区分番号「A104」特定機能病棟入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料、区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料、区分番号「A303-2」新生児治療回復室入院医療管理料、区分番号「A305」一感感染症患者入院医療管理料、区分番号「A307」小児入院医療管理料（小児入院医療管理料5を除く。）、区分番号「A311」精神科救急入院料又は区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院料を算定する病棟であること。
 - (2) 救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。
 - (3) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算又は急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制、

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制又は看護職員の見守り体制の整備に資する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。

① 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

② 病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。
 ③ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善の計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の把握を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。

④ ③の計画は、現状の病院勤務医の勤務状況を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組内容と目標達成率等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とするともに、定期的に評価し、見直しを行うこと。

⑤ ③の計画の作成に当たっては、次に掲げるア～キの項目を踏まえ検討した上で、必要な事項を記載すること。

ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（例えば、初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など）

イ 勤務計画と、連続当直を行わない勤務体制の実施
 ウ 前日の終業時刻と翌日の始業時刻との間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）

エ 予休手前前日の当直や夜勤に対する配慮
 オ 当直翌日の業務内容に対する配慮
 カ 交替勤務制・複数主治医制の実施

キ 育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用
 ⑥ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等で公開すること。

(4) (2)の救急医療に係る実績は、1月から12月までの1年間における実績とし、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

2 届出に関する事項

(1) 地域医療体制確保加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の15及び様式40の16を用いること。

(2) 毎年7月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、別添7の様式40の16により届出すること。

(3) 当該加算の変更の届出に当たり、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式40の16の届出を略することができること。

第27 地域歯科診療支援病院入院加算

1 地域歯科診療支援病院入院加算に関する施設基準

(1) 歯科診療報酬点数表の初診料の注2に規定する地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の届出を行った病院である保険医療機関であって、次の要件を満たしていること。

ア 連携する別の保険医療機関において歯科診療報酬点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定している患者若しくは歯科訪問診療料を算定している患者に対して、入院して歯科診療を行う体制を確保していること。

イ 連携する別の保険医療機関との調整担当者を1名以上配置していること。
 (2) 地域において歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

2 届出に関する事項

地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式41を用いること。

別紙1

人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域

人事院規則九一四九第2条に規定する地域

級地区分	都府県	地	城
1 級地	東京都	特別区	
	茨城県	取手市、つくば市	
2 級地	埼玉県	和光市	
	千葉県	袖ヶ浦市、印西市	
3 級地	東京都	武蔵野市、調布市、町田市、小平市、日野市、国分寺市、狛江市、清瀬市、多摩市	
	神奈川県	横浜市、川崎市、厚木市	
	愛知県	刈谷市、豊田市	
	大阪府	大阪市、守口市	
	茨城県	守谷市	
	埼玉県	さいたま市、志木市	
	千葉県	千葉市、成田市	
	東京都	八王子市、青梅市、府中市、東村山市、国立市、福生市、稲城市、西東京市	
	神奈川県	鎌倉市	
	愛知県	名古屋市、豊明市	
4 級地	大阪府	池田市、高槻市、大東市、門真市	
	兵庫県	西宮市、芦屋市、宝塚市	
	茨城県	牛久市	
	埼玉県	東松山市、朝霞市	
	千葉県	船橋市、浦安市	
	東京都	立川市	
	神奈川県	相模原市、藤沢市	
	三重県	鈴鹿市	
	京都府	京田辺市	
	大阪府	豊中市、吹田市、寝屋川市、箕面市、羽曳野市	
5 級地	兵庫県	神戸市	
	奈良県	天理市	
	宮城県	多賀城市	
	茨城県	水戸市、日立市、土浦市、龍ヶ崎市	
	埼玉県	坂戸市	
	千葉県	市川市、松戸市、佐倉市、市原市、富津市	
東京都	三鷹市、あきる野市		
神奈川県	横浜新市、平塚市、小田原市、茅ヶ崎市、大和市		

愛知県	西尾市、知多市、みよし市	
三重県	四日市市	
滋賀県	大津市、草津市、栗東市	
京都府	京都市	
大阪府	堺市、枚方市、茨木市、八尾市、柏原市、東大阪市、交野市	
兵庫県	尼崎市、伊丹市、三田市	
奈良県	奈良市、大和郡山形	
広島県	広島市	
福岡県	福岡市、春日市、福津市	
6 級地	宮城県	仙台市
	茨城県	古河市、ひたちなか市、神栖市
	栃木県	宇都宮市、大田原市、下野市
	群馬県	高崎市
	埼玉県	川越市、川口市、行田市、所沢市、飯能市、加須市、春日部市、羽生市、鴻巣市、深谷市、上尾市、草加市、越谷市、戸田市、入間市、久喜市、三郷市、比企郡滑川町、比企郡鳩山町、北葛飾郡杉戸町
	千葉県	野田市、茂原市、東金市、柏市、流山市、印旛郡酒々井町、印旛郡栄町
神奈川県	三浦市、三浦郡葉山町、中郡二宮町	
山梨県	甲府市	
長野県	塩尻市	
岐阜県	岐阜市	
静岡県	静岡市、沼津市、磐田市、御殿場市	
愛知県	岡崎市、瀬戸市、春日井市、豊川市、豊川市、津島市、碧南市、安城市、犬山市、江南市、田原市、弥富市、西春日井郡豊山町	
三重県	津市、桑名市、亀山市	
滋賀県	彦根市、守山市、甲賀市	
京都府	宇治市、亀岡市、向日市、木津川市	
大阪府	岸和田市、泉大津市、泉佐野市、富田林市、河内長野市、和泉市、藤井寺市、泉南市、阪南市、泉南郡熊取町、泉南郡田尻町、泉南郡岬町、南河内郡太子町	
兵庫県	明石市、赤穂市	
奈良県	大和郡田市、橿原市、香芝市、北葛城郡王寺町	
和歌山県	和歌山市、橋本町	
香川県	高松市	
福岡県	太宰府市、糸島市、糟屋郡新宮町、糟屋郡粕屋町	
北海道	札幌市	
宮城県	名取市	
7 級地		

茨城県	空間市、鹿嶋市、筑西市
栃木県	栃木市、鹿沼市、小山市、真岡市
群馬県	前橋市、太田市、渋川市
埼玉県	熊谷市
千葉県	木更津市、君津市、八街市
東京都	武蔵村山市
新潟県	新潟市
富山県	富山市
石川県	金沢市、河北郡内灘町
福井県	福井市
山梨県	南アルプス市
長野県	長野市、松本市、諏訪市、伊那市
岐阜県	大垣市、多治見市、美濃加茂市、各務原市、可児市
静岡県	浜松市、三島市、富士宮市、富士市、焼津市、掛川市、藤枝市、袋井市
愛知県	豊橋市、一宮市、半田市、常滑市、小牧市、海部郡飛島村
三重県	名張市、伊賀市
滋賀県	長浜市、東近江市
兵庫県	姫路市、加古川市、三木市
奈良県	桜井市、宇陀市
岡山県	岡山市
広島県	三原市、東広島市、廿日市市、安芸郡海田町、安芸郡坂町
山口県	周南市
徳島県	徳島市、鳴門市、阿南市
香川県	坂出市
福岡県	北九州市、筑紫野市、糟屋郡宇美町
長崎県	長崎市

備考 この表の「地域」欄に掲げる名称は、平成27年4月1日においてそれらの名称を有する市、町又は特別区の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。

人事院規則で定める地域に準じる地域

級地区分	都道府県	地	城
3級地	東京都	東久留米市	
	愛知県	大府市	
4級地	千葉県	習志野市	
	東京都	昭島市	
	神奈川県	愛川町、清川村	

5級地	茨城県	阿見町、稲敷市、つくばみらい市
	千葉県	八千代市、四街道市
	東京都	小金井市、羽村市、日の出町、檜原村
	神奈川県	座間市、綾瀬市、寒川町、伊勢原市、秦野市、海老名市
	愛知県	東海市、日進市、東郷町
	京都府	八幡市
	大阪府	島本町、摂津市、四條畷市
	兵庫県	川西市、猪名川町
	奈良県	川西町、生駒市、平群町
	広島県	安芸郡府中町
	宮城県	利府町、七ヶ浜町
	茨城県	東海村、那珂市、大洗町、坂東市、境町、五霞町、常総市、利根町、河内町
	栃木県	さくら市
	群馬県	明和町
	埼玉県	八潮市、吉川市、松伏町、幸手市、宮代町、白岡市、蓮田市、桶川市、川島町、蕨市、新座市、富士見市、三芳町、狭山市、鶴ヶ島市、日高市、毛呂山町、越生町、ときがわ町
6級地	千葉県	我孫子市、白井市、鎌ヶ谷市、大網白里市、長柄町、長南町、香取市
	東京都	奥多摩町
	神奈川県	逗子市、大磯町、中井町
	愛知県	蒲郡市、幸田町、知立市、尾張旭市、長久手市、扶桑町、あま市、蟹江町、愛西市
	三重県	東員町、朝日町、川越町、木曾岬町
	滋賀県	湖南市、野洲市
	京都府	精華町、井手町、城陽市、久御山町、長岡京市、南丹市、宇治田原町、和束町、笠置町
	大阪府	松原市、大阪狭山市、高石市、忠岡町、貝塚市、河内町、千早赤阪村、豊能町
	奈良県	御所市、葛城市、斑鳩町、上牧町、広陵町、五條市、三郷町
	和歌山県	かつらぎ町、紀の川市、岩出市
	福岡県	古賀市、久山町
	佐賀県	佐賀市
	宮城県	村田町
	茨城県	城里町、茨城町、桜川市、石岡市、下妻市、結城市、八千代町、潮来市
	7級地	栃木県
群馬県		伊勢崎市、沼田市、東吾妻町、玉村町、吉岡町、練馬村、桐生市、大泉町、千代田町、みどり市、板倉町

別紙2

医療を提供しているが、医療資源の少ない地域

埼玉県	吉見町、嵐山町
千葉県	富里市、山成市、大多喜町、鴨川市
東京都	東大和市、瑞穂町
神奈川県	箱根町、山北町、大井町
富山県	南砺市
石川県	津幡町
山梨県	甲斐市、昭南町、中央市、市川三郷町、北杜市、早川町、南部町、身延町、富士河口湖町
長野県	上田市、筑北村、大町市、長和町、茅野市、下諏訪町、岡谷市、箕輪町、辰野町、南箕輪村、朝日村、木祖村、木曾町、大鹿村、飯田市
岐阜県	土岐市、八百津町、板祝町、関市、岐南町、笠松町、羽島市、瑞穂市、高山市、御嵩町、海津町
静岡県	小山町、裾野市、長泉町、清水町、函南町、川根本町、島田市、森町、湖西市
愛知県	新城市、東浦町、阿久比町、武豊町、大口町、岩倉市、北名古屋市、清須市、高浜市、稲沢市
三重県	菟野町、いなべ市
滋賀県	米原市、多賀町、愛荘町、日野町、竜王町、高島市
京都府	南山城村
兵庫県	加東市、小野市、稲美町、播磨町、高砂市、加西市
奈良県	山添村、吉野町、明日香村、田原本町、曽爾村、安堵町、河合町
岡山県	備前市
広島県	世羅町、安芸高田市、安芸太田町、竹原市、熊野町、呉市
山口県	岩国市
徳島県	小松島市、勝浦町、松茂町、北島町、藍住町
香川県	綾川町
福岡県	須恵町、志免町、飯塚市、大野城市、那珂川町、篠栗町

備考 この表の「地域」欄に掲げる名称は、平成27年4月1日においてそれらの名称を有する市、町又は村の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。

都道府県	二次医療圏	市 町 村
	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町、奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、襟似町、えりも町、新ひだか町
北海道	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町、幌延町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、帯別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
	西北五地域	五所川原市、つがる市、鯉ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町
青森県	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村
	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市、西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市、住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村、洋野町
	北秋田	北秋田市、上小阿仁村
秋田県	大仙・仙北	大仙市、仙北市、美郷町
	湯沢・雄勝	湯沢市、羽後町、東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大藏村、鮎川村、戸沢村
	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
	佐渡	佐渡市
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町
	木曾	木曾郡(上松町、南木曾町、木祖村、王滝村、大桑村、木曾町)
長野県	夫北	大町市、北安曇野郡(池田町、松川村、白馬村、小谷村)
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川町
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
	湖北	長浜市、米原市
滋賀県	湖西	高島市

奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町、簸南町
	大田	大田市、邑智郡(川本町、美郷町、邑南町)
香川県	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
	小豆	小豆郡(土庄町、小豆島町)
	五島	五島市
長崎県	上五島	小畑賀町、新上五島町
	老岐	老岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡(中種子町、南種子町、屋久島町)
	奄美	奄美市、大島郡(大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町)
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法(昭和28年法律第72号)第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法(昭和29年法律第189号)第1条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法(昭和44年法律第79号)第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法(平成14年法律第14号)第3条第3号に規定する離島の地域に該当する地域

別添4

特定入院料の施設基準等

特定入院料に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

- 1 特定入院料の施設基準に係る届出は、各入院料につき個別に規定するもののほか、別添7の様式5、様式6及び様式7を用いること。
- 2 特定入院料の施設基準は、治療室、病床又は病棟ごとに要件を満たすことが必要であること。
- 3 特定入院料を算定する病棟及び治療室等のみの保険医療機関又は特定入院料を算定する病棟及び治療室等以外に算定する入院基本料等が特別入院基本料等のみの保険医療機関において、届出及び算定可能な特定入院料は、回復期リハビリテーション病棟入院料1、2、3、4、5及び6、地域包括ケア病棟入院料1、2、3及び4(地域包括ケア入院医療管理料を含む。)、精神科救急入院料1及び2、精神科急性期治療病棟入院料1及び2、精神科救急入院料、認知症治療病棟入院料1及び2、地域移行機能強化病棟入院料、特定一般病棟入院料1及び2、小児入院医療管理料5、特殊疾患病棟入院料1及び2、緩和ケア病棟入院料1及び2、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料に限る。このうち精神科急性期治療病棟入院料1及び2は、他の特定入院料を届け出ている場合に限る。なお、小児入院医療管理料5、特殊疾患病棟入院料1及び2、緩和ケア病棟入院料1及び2、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料については、当該保険医療機関において、このうちらる種類の特定入院料まで、かつ、これらの届出病床の合計が200床までに限るものであること。

第1 救命救急入院料

1 救命救急入院料1に関する施設基準

- (1) 専任の医師が、午前0時より午後12時までの間常に(以下「常時」という。)救命救急治療室内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制にとられていること。ただし、患者の当該治療室への入室などに際しては、看護師と連携をとりつつ当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。
- (2) 重要な救急患者に対する手術等の診療体制に必要な看護師が常時治療室内に勤務していること。
- (3) 重要な救急患者に対する医療を行うのに必要な次に掲げる装置及び器具を治療室内に常時備え付けていること。ただし、ウからカまでについては、当該保険医療機関内に備え、必要の際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
 - ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等)
 - イ 除細動器
 - ウ ベースメーター
 - エ 心電計
 - オ ポータグラフエックス線撮影装置
 - カ 呼吸器監視装置

- (4) 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電圧測定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。なお、当該治療室以外の病棟を有しない病棟は、一般病棟入院基本料の届出も同時に行うこと。
- (5) 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (6) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度」に係る評価票を用いて測定し評価すること。ただし、該当する患者を有する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十から当該患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三）及び四に係る要件の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限る。）は対象から除外する。
- (7) 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。
- 2 救命救急入院料2に関する施設基準
- 救命救急入院料1の(1)から(5)までの施設基準を満たすほか、特定集中治療室管理料1又は3の施設基準を満たすものであること。
- 3 救命救急入院料3に関する施設基準
- (1) 救命救急入院料1の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療室を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。また、平成26年3月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。
- (2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。
- 4 救命救急入院料4に関する施設基準
- (1) 救命救急入院料2の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。また、平成28年3月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。
- (2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。
- 5 救命救急入院料の「注3」に掲げる加算の施設基準
- (1) 救急体制充実加算1の施設基準
- 「救命救急センターの新しい充実段階評価について」（平成30年2月16日医政地発021第6第1号、以下「新評価基準」という。）の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Sであるものであること。
- (2) 救急体制充実加算2の施設基準
- 新評価基準の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Aであるものであること。

- (3) 救急体制充実加算3の施設基準
- 新評価基準の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Bであるものであること。
- 6 救命救急入院料の「注4」に掲げる加算の施設基準
- 「救命救急対策事業実施要綱」（昭和52年7月6日医務第692号）第4に規定する高度救命救急センターであること。
- 7 救命救急入院料の「注6」に掲げる小児加算の施設基準
- 専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関であること。
- 8 届出に関する事項
- (1) 救命救急入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式42及び様式43を用いること。また、当該治療室の配置図及び平面図（面積等の分かるもの。）を添付すること。なお、当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及び診療ニックス線技師については、別添7の様式20を用いること。
- (2) 令和2年3月31日時点が救命救急入院料の届出を行っている病院にあっては、令和2年9月30日までの間に限り、旧医科点数表の別添17の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価しても差し支えないこと。
- 第2 特定集中治療室管理料
- 1 特定集中治療室管理料1に関する施設基準
- (1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験が5年以上有する医師を2名以上含むこと。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。
- (2) 集中治療を必要とする患者の看護に専任した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。なお、専任の常勤看護師を2名組み合わせることにより、当該治療室内に週20時間以上配置しても差し支えないが、当該2名の勤務が重複する時間帯については1名についてのみ計上すること。また、ここでいう「適切な研修」とは、国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるもの）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術をする看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第37条の第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。
- (3) 専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務していること。
- (4) 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり20平方メートル以上であること。ただし、新生児用の特定集中治療室にあっては、1床当たり9平方メートル以上であること。
- (6) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。ただし、ウカスカについては、当該保険医療機関内に備え、必要に応じて迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
- ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

て測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が7割以上いること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合第十の三(3)及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限り、)は対象から除外する。

4 特定集中治療室管理料4(広範囲熱傷特定集中治療室管理料)に関する施設基準

- (1) 特定集中治療室管理料3の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療室を行うふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。
- (2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。

5 特定集中治療室管理料の「注2」に掲げる小児加算の施設基準

専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関であること。

6 特定集中治療室管理料の「注4」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準

- (1) 当該治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていること。

ア 集中治療に関する5年以上の経験を有する専任の医師

イ 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 急性期医療を提供する保険医療機関において5年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士

- (2) 当該保険医療機関内に複数の特定集中治療室が設置されている場合、(1)に規定するチームが複数の特定集中治療室の早期離床・リハビリテーションに係るチームを兼ねることは差し支えない。

- (3) (1)のアに掲げる専任の医師は、特定集中治療室に配置される医師が兼ねることは差し支えない。また、特定集中治療室を複数設置している保険医療機関にあっては、当該医師が配置される特定集中治療室の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、別の特定集中治療室の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。

- (4) (1)のイに掲げる集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修とは、国又は医療機関係団体が主催する600時間以上の研修(修了証が交付されるもの)であり、講義及び演習より集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第37条の2第2項第5号の規定による指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。

- (5) (1)のイに掲げる専任の常勤看護師は、特定集中治療室管理料1及び2を届け出る治療室に配置される1の(2)の看護師が兼ねることは差し支えない。また、特定集中治療室を複数設置している保険医療機関にあっては、当該看護師が配置される特定集中治療室の患者の看護に支障がない体制を確保している場合は、別の特定集中治療室の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。

- (6) (1)のウに掲げる専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士は、救命救急入院科、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料又は脳卒中ケアユニット入院医療管

- イ 除動器
- ウ ベースモニター
- エ 心電計
- オ ポータブルエックス線撮影装置
- カ 呼吸監視装置

- (6) 新生児用の特定集中治療室にあっては、(5)に掲げる装置及び器具のほか、次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。

ア 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置

イ 酸素濃度測定装置

ウ 光線治療器

- (7) 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。

- (8) 原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること。

(9) 当該治療室勤務の医師は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。

(10) 当該入院科を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別表6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が8割以上いること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合(基本診療料の施設基準等第十の三(3)及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限り、)は対象から除外する。

- (11) 「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。

2 特定集中治療室管理料2(広範囲熱傷特定集中治療室管理料)に関する施設基準

- (1) 特定集中治療室管理料1の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療室を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり20平方メートル以上であること。

- (2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。

3 特定集中治療室管理料3に関する施設基準

- (1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。

- (2) 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。ただし、新生児用の特定集中治療室にあっては、1床当たり9平方メートル以上であること。

- (3) 特定集中治療室管理料1の(5)から(9)まで及び(11)を満たすこと。

- (4) 当該入院科を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別表6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用い

理料を届け出た病棟(以下「特定集中治療室等」という。)を有する保険医療機関で5年以上の経験を有すること。ただし、特定集中治療室等を有する保険医療機関での経験が5年に満たない場合は、回復期リハビリテーション病棟に専従で勤務した経験とあわせて5年以上であったりも差し支えない。

(7) 特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションの早期離床・リハビリテーションの実施状況等を踏まえ、定期的に当該プロトコルの見直しを行うこと。

(8) 区分番号「H000」心血管疾患リハビリテーション科、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション科又は区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション科に係る届出を行っている保険医療機関であること。

7 特定集中治療室管理料の「注5」に掲げる早期栄養介入管理加算の施設基準

(1) 特定集中治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。

ア 別添2の第19の(3)に規定する研修を修了し、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る3年以上の経験を有すること

イ 特定集中治療室における3年以上の経験を有すること

(2) (1)のイに掲げる管理栄養士は、以下の知識及び技能を有していることが望ましい。

ア 特定集中治療室への入室翌日までに入室患者全員の栄養スクリーニングを実施し、重点的な栄養管理を必要とする患者を特定することができること

イ 腸管機能として腸蠕動音、鼓音及び腹部膨満等を確認するとともに、Refeeding Syndrome、Over feedingについてのアセスメント及びモニタリングをすることができること

ウ 栄養管理に係る計画及び治療目的を多職種と共有し、アセスメントによって把握された徴候及び症状を動察し、可能な限り入院前の日常生活機能等に近づけるよう栄養補給について立案することができること

エ 経腸栄養投与継続が困難と評価した場合は、担当医に報告し、栄養管理に係る計画を再考することができること

オ 経口摂取移行時においては、摂食嚥下機能について確認し、必要に応じて言語聴覚士等との連携を図ることができること

(3) 特定集中治療室管理料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。

(4) 早期栄養介入管理加算を算定した患者の人数等について、別添7の様式42の5を用いて、地方厚生(支)局長に報告すること。

8 1から4までに掲げる内法の規定の適用について、平成26年3月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

9 届出に関する事項

(1) 特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式42及び43を用いること。また、当該治療室の配置図及び平面図(面積等の分かるもの。)を添付すること。なお、当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及び診療エックス線技師については、別添7の様式20を用いること。

(2) 早期離床・リハビリテーション加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式42の3を用

いること。

(3) 早期栄養介入管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式42の4を用いること。

(4) 令和2年3月31日時点で特定集中治療室管理料の届出を行っている病棟にあっては、令和2年9月30日までの間に限り、旧医科点数表の別添6の別紙17の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

第3 ハイケアユニット入院医療管理料

1 ハイケアユニット入院医療管理料1に関する施設基準

(1) 当該ハイケアユニット入院医療管理料1に専任の常勤医師が常時1名以上いること。

(2) 当該保険医療機関の一般病床に、ハイケアユニット入院医療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。

(3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が特定集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を特定集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。

ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等)

イ 除動器

ウ 心電計

エ 呼吸循環監視装置

(4) 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。

(5) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて毎日測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が8割以上いること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第2の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合(基本診療料の施設基準等第十の三(3)及び四に係る要件以外)の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限る。)は対象から除外する。

(6) 「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。

2 ハイケアユニット入院医療管理料2に関する施設基準

(1) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて毎日測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が6割以上いること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第2の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合(基本診療料の施設基準等第十の三(3)及び四に係る要件以外)の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限る。)は対象から除外する。

(2) 1の(1)から(4)まで及び(6)の施設基準を満たしていること。

3 届出に関する事項

(1) ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式44を用いるこ

と。また、当該治療室に勤務する従事者については、別添7の様式20を用いること。

(2) 令和2年3月31日時点でハイケアユニット入院医療管理料の届出を行っている病棟にあっては、令和2年9月30日までの間に限り、田医科点数表の別添6の別紙18の重症度、医療・看護必要度に関する評価票を用いて評価しても差し支えないこと。

第4 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

1 脳卒中ケアユニット入院医療管理料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いること。ただし、夜間又は休日において、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する医師が、当該保険医療機関の外にいる場合であつて、当該医師に対して常時連絡することや、頭部の詳細な画像検査結果を含め診療上必要な情報を直ちに送受信することが可能であり、かつ、当該医師が迅速に判断を行い、必要な場合には当該保険医療機関に赴くことが可能である体制が確保されている時間に限り、必要な場合には当該保険医療機関内、神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時1名以上いればよいこととする。なお、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たっては、端末の管理や情報機器の政定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保すること。
- (2) 脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。
- (3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が特定集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を特定集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
- ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）
- イ 除細動器
- ウ 心電計
- エ 呼吸器監視装置

(4) 当該治療室の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での稼働を併せて行わないものとする。

(5) 脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士が1名以上、当該治療室に勤務していること。なお、当該理学療法士又は当該作業療法士は、疾患別リハビリテーションを担当する専従者との兼務はできないものであること。

(6) 当該治療室の入院患者数の概ね8割以上が、脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の患者であること。

(7) コンピュータ断層撮影、磁気共鳴コンピュータ断層撮影、脳血管造影等の必要な画像撮影及び診断が常時行える体制であること。

(8) 脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)の届出を行っていること。

(9) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に関する評価票Ⅰ又はⅡを用いて測定し評価すること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当す

る患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限る。）は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度に関する評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。

(10) 重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。ただし、●に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。

2 届出に関する事項

- (1) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式10及び様式45を用いること。
- (2) 1の(1)及び(5)に掲げる医師及び理学療法士又は作業療法士の経験が備設できる文書を添付すること。
- (3) 1の(1)、(4)及び(5)に掲げる医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士の勤務の経歴（常勤・非常勤、専従・専任の別）及び勤務時間を、別添7の様式20を用いて提出すること。
- (4) 令和2年3月31日時点で脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出を行っている病棟にあっては、令和2年9月30日までの間に限り、田医科点数表の別添6の別紙7の重症度、医療・看護必要度に関する評価票を用いて評価しても差し支えないこと。

第4の2 小児特定集中治療室管理料

1 小児特定集中治療室管理料に関する施設基準

- (1) 小児入院医療管理料1の届出を行っている医療機関であること。
- (2) 専任の医師が常時、小児特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、小児特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。
- (3) 小児特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の小児特定集中治療室を有しており、当該治療室の病床数は、8床以上であること。また、当該小児特定集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。

(4) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。ただし、リカカについては、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用できる、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。

イ 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

イ 除細動器

ウ ベースメーガー

エ 心電計

オ ポータブルエコー線撮影装置

カ 呼吸器監視装置

- キ 体外補助循環装置
- ク 急性血液浄化療法に必要な装置
- (5) 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。
- (6) 原則として、当該治療室内はバイオケリウムであること。
- (7) 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (8) 次のいずれかの基準を満たしていること。
- ア 当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者（転院時に他の保険医療機関で区分番号「A300」救命救急入院科、区分番号「A301」特定集中治療室管理料を算定するものに限る。）が直近1年間に20名以上であること。
- イ 当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた患者（転院時に他の保険医療機関又は当該保険医療機関で区分番号「C004」救急搬送診療料を算定したものに限り。）が直近1年間に50名以上（そのうち、当該治療室に入室後24時間以内に人工呼吸（5時間以上（手術時の麻酔や検査のために実施した時間を除く。）のものに限る。）を実施した患者（当該治療室に入室後又は当該他の保険医療機関で開始されたものに限り、日常的に人工呼吸を実施している患者は含まない。）が30名以上）であること。
- 2 1の(3)に掲げる内法の規定の適用について、平成26年3月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。
- 3 届出に関する事項
- 小児特定集中治療室管理料に係る届出は、別添7の様式43、43の2及び48を用いること。また、当該治療室の配置図及び平面図（面積等の分かるもの。）を添付すること。なお、当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及び診療エックス線技師については、別添7の様式20を用いること。
- 第5 新生児特定集中治療室管理料
- 1 新生児特定集中治療室管理料1に関する施設基準
- (1) 専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務していること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。
- (2) 新生児特定集中治療室管理を行うのに必要な専用設備を有していること。また、平成26年3月31日において、現に当該管理料の届出を行っていること。また、平成26年3月31日において、現に当該管理料の届出を行っていること。
- (3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を新生児特定集中治療室内に常時備えていること。

- ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット）
- イ 新生児用呼吸循環監視装置
- ウ 新生児用人工換気装置
- エ 微量輸液装置
- オ 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置
- カ 酸素濃度測定装置
- キ 光線治療器
- (4) 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。
- (5) 原則として、当該治療室はバイオケリウムであること。
- (6) 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、治療室又は治療室、中間室及び回復室からなる病棟（正常新生児室及び一般小児病棟は含まれない。）以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (7) 次のいずれかの基準を満たしていること。
- ア 直近1年間の出生体重1,000グラム未満の新生児の新規入院患者数が4件以上であること。
- イ 直近1年間の当該治療室に入院している患者について行った開胸手術、開頭手術又は開腹手術の年間実施件数が6件以上であること。
- 2 新生児特定集中治療室管理料2に関する施設基準
- (1) 専任の医師が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。なお、当該医師のみで対応できない緊急時には別の医師が速やかに診療に参加できる体制を整えていること。
- (2) 1の(2)から(5)までの施設基準を満たしていること。
- (3) 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (4) 直近1年間の出生体重2,500グラム未満の新生児の新規入院患者数が30件以上であること。
- 3 新生児特定集中治療室管理料の届出を行っている病床数を一時的に超えて入院患者を受け入れした場合（超過する病床数は2床を上限とする。）であっても、他の医療機関において受入困難な状況での緊急入院などのやむを得ない事情がある場合には、次に掲げる要件を満たす場合に限り、新生児特定集中治療室管理料を算定できるものとする。また、常態として届け出た病床数を超過して患者を受け入れられている場合には、新生児特定集中治療室管理料を算定する病床数の変更の届出を行うこと。
- (1) 常時4対1以上の看護配置（当該治療室内における助産師又は看護師の数が、常時、当該治療室の入院患者の数が4又はその端数を増すごとに1以上であること）より手厚い看護配置の入院患者の数が4又はその端数を増すごとに1以上であること。
- (2) (1)の看護配置について、常時3対1以上の看護配置（当該治療室内における助産師又は看護師の数が、常時、当該治療室の入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上であること）の基準を満たさなくなつてから24時間以内に常時3対1以上の看護配置に戻していること。

- (3) 定員超過した病床数、時刻及びその際の看護配置状況等について記録を備えておくこと。
- 4 届出に関する事項
 新生児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式42の2及び様式20を用いること。

第6 総合周産期特定集中治療室管理料

1 総合周産期特定集中治療室管理料に関する施設基準

- (1) 母体・胎児集中治療室管理料に関する施設基準
 ア 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」(平成29年3月31日医政地発0331第3号)に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。

イ 専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。

ウ 母体・胎児集中治療室管理を行うにふさわしい専用の母体・胎児集中治療室を有しており、当該集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。また、当該治療室に3床以上設置されていること。

エ 帝王切開術が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるよう保険医療機関内に、医師その他の各職員が配置されていること。

オ 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を母体・胎児集中治療室内に常時備えていること。ただし、(ロ)及び(ハ)については、当該保険医療機関内に備え、必要の際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。

(イ) 救急蘇生装置(気管内挿管セット、人工呼吸装置等)

(ロ) 心電計

(ハ) 呼吸弾震監視装置

(ニ) 分娩監視装置

(ホ) 超音波診断装置(カラードップラー法による血流測定が可能なものに限る。)

カ 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。

キ 原則として、当該治療室はバイオリームであること。

ク 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。

(2) 新生児集中治療室管理料に関する施設基準

ア 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」(平成29年3月31日医政地発0331第3号)に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。

イ 第5の1の(1)から(7)までを全て満たしていること。

ウ 当該治療室に病床が6床以上設置されていること。

2 新生児集中治療室管理料について、届出を行った病床数を一時的に超えて入院患者を受け入れた場合(超過する病床数は2床を上限とする。)は、第5の3の規定と同様に取扱いを行うものであること。

3 1の(1)のウに掲げる内法の規定の適用について、平成26年3月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を準たしているものとする。

4 届出に関する事項

総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式42の2及び様式20を用いること。

第7 新生児治療回復室入院医療管理料

1 新生児治療回復室入院医療管理料に関する施設基準

(1) 病院である保険医療機関の一般病棟における特定の治療室を単位とすること。

(2) 当該保険医療機関内に、専任の小児科の常勤医師又は週3日以上常駐として勤務しており、かつ、所定労働時間が週2時間以上の勤務を行っている専任の小児科の非常勤医師が常時1名以上配置されていること。

(3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りでない。

ア 救急蘇生装置(気管内挿管セット)

イ 新生児用呼吸弾震監視装置

ウ 新生児用人工換気装置

エ 微量輸液装置

オ 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置

カ 酸濃度測定装置

キ 光線治療器

(4) 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。

2 届出に関する事項

新生児治療回復室入院医療管理料に関する施設基準に係る届出は、別添7の様式45の2、様式20及び様式42の2を用いること。

第8 一類感染症患者入院医療管理料

1 一類感染症患者入院医療管理料に関する施設基準

当該治療室を有する医療機関は感染症法第6条第13項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第6条第14項に規定する第一種感染症指定医療機関であること。

2 届出に関する事項

一類感染症患者入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9及び様式46を用いること。

第9 特殊疾患入院医療管理料

1 特殊疾患入院医療管理料に関する施設基準

- (1) 当該病室の入院患者数の概ね8割以上が、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者であること。なお、重度の意識障害者とは、次に掲げるものをいうものとする。なお、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。
 - ア 意識障害レベルがJCS (Japan Coma Scale)でⅡ-3 (又はは30) 以上又はGCS (Glasgow Coma Scale)で8点以下の状態が2週以上持続している患者
 - イ 無動症の患者 (閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等)
- (2) 当該病室を有する当該病棟において、日勤時間帯以外の時間帯において看護要員が常時2人以上配置されており、そのうち1名以上は看護職員であること。
- (3) 当該病室に係る病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、6.4平方メートル以上であること。

2 届出に関する事項

特殊疾患入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20及び様式47を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図 (面積等が分かるもの。) を添付すること。

第10 小児入院医療管理料

1 小児入院医療管理料に関する施設基準

- (1) 小児入院医療管理料1、2、3又は4と小児入院医療管理料5の双方を算定することはできないものであること。
- (2) 小児入院医療管理料において、小児科の常勤の医師とは、小児科又は小児外科を専任する常勤の医師のことをいう。
- (3) 小児入院医療管理料において、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている小児科又は小児外科の非常勤医師を2人以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配属されている場合には、これらの非常勤医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、小児入院医療管理料1を算定する病棟において、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤の医師のうち10名までに限る。

2 小児入院医療管理料1、2、3及び4の施設基準

- (1) 一般病棟入院基本料又は専門病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関であること。なお、小児入院医療管理料1、2及び3を算定しようとする保険医療機関であって、他に一般病棟入院基本料を算定すべき病棟がない場合には、小児入院医療管理料を算定しようとする病棟に関し、一般病棟入院基本料に係る届出を行うこと。
- (2) 当該病棟においては、看護職員による複数夜勤体制がとられていること。
- (3) 同一保険医療機関内に小児入院医療管理料1、2及び3を算定すべき病棟と、小児入院医療管理料4を算定すべき病棟を持つ病棟とは混在することはできないものであること。
- (4) 小児入院医療管理料1を算定しようとする保険医療機関では、次に掲げる要件を全て満た

していること。

- ア 新生児及び6歳未満の乳幼児の入院を伴う手術件数が年間200件以上であること。
- イ 区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303a」の2、新生児集中治療室管理料の届出を行っていること。
- ウ 年間の小児緊急入院患者数が800件以上であること。なお、小児緊急入院患者数とは、次に掲げる患者数の合計をいう。

(イ) 救急搬送(特別の関係にある保険医療機関に入院する患者又は通院する患者を除く。)により緊急入院した15歳未満の患者数

(ロ) 当該保険医療機関を受診した患者であって、医師が診察の結果、緊急に入院が必要と認められた15歳未満の患者数

(ハ) 出生直後に集中治療のために入院した新生児の患者数

- (5) 小児入院医療管理料2を算定しようとする保険医療機関では、入院を要する小児緊急医療の提供を24時間365日行っていること。

3 小児入院医療管理料の注2に規定する加算の施設基準

- (1) 当該病棟に小児入院患者を専ら対象とする保育士が1名以上常勤していること。
- (2) 内法による測定で30平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内(小児入院医療管理料5においては、主として小児が入院する病棟)にあることが望ましい。
- (3) プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。

4 小児入院医療管理料の注4に規定する加算の施設基準

- (1) 小児入院医療管理料3、4又は5を届け出ている保険医療機関であること。
- (2) 当該病棟に小児入院患者を専ら対象とする保育士が1名以上常勤していること。
- (3) 内法による測定で30平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内(小児入院医療管理料5においては、主として小児が入院する病棟)にあることが望ましい。
- (4) プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。
- (5) 当該病棟において、他の保険医療機関から転院してきた患者(転院前の保険医療機関において新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定した患者に限る。)が直近1年間に5名以上であること。
- (6) 当該病棟において、15歳未満の重症児又は準超重症児(医療型短期入院サービス費又は医療型特定短期入院サービス費を算定する短期入院の者を含む。)が直近1年間に10名以上入院していること。なお、入院期間が通算される入院については、合わせて1名として計上すること。

5 届出に関する事項

小児入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式48から様式48の3までを用いること。

第11 回復期リハビリテーション病棟入院料

1 通則

- （1）心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること。
- （2）回復期リハビリテーション病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。
- （3）患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。
- （4）病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8メートル以上であることが望ましい。
- （5）別添6の別紙19又は別紙20に基づきリハビリテーションの実施計画の作成の体制及び適切な当該リハビリテーションの効果、実施方法等を定期的に評価する体制がとられていること。
- （6）当該病棟への入院時等に測定する日常生活機能評価については、別添6の別紙21を用いて測定すること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等（令和2年厚生労働省告示〇号）第十の三（3）及び四に係る要件以外）の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限り、）は対象から除外する。当該日常生活機能評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を受けたもの（修了証が交付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。
- ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（1日程度）
- イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
- （イ）日常生活機能評価の考え方、日常生活機能評価票の構成と評価方法
- （ロ）日常生活機能評価に係る院内研修の企画・実施・評価方法
- （7）毎年7月において、1年間（前年7月から6月までの間、）に当該入院料を算定する病棟に入院していた患者の日常生活機能評価について、別添7の様式49の4により地方厚生（支）局長に報告を行うこと。また、毎年7月において、各年度4月、7月、10月及び11月において「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和2年3月●日保医第●号）別添1のA308の（11）のア及びビで算出した内容等について、別紙様式45を用いて地方厚生（支）局長に報告を行うこと。
- （8）回復期リハビリテーション料を算定する状態の患者に対する1日当たりの回復期リハビリテーション提供単位数は平均2単位数以上であること。なお、次のアに掲げる数えイに掲げる数で除して算出するものであること。
- ア 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院する回復期リハビリテーション料を要する状態の患者（「基本診療料の施設基準等」別表第九の二に掲げる状態の患者。以下同じ。）に対して提供された心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、療用症除群リハビリテーション、運動器リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数（その費用が回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるもの及び認定療養として行われたものを除く。）
- イ 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーション

- ョンを要する状態の患者の延入院日数
- （9）他の保険医療機関へ転院した患者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転院した患者、他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添2の第3の5の（1）のイ）に該当するものに限り。）を算定する病棟を除く。）へ転院した患者及び介護老人保健施設に入院する患者のことをいう。なお、退院患者のうちの他の保険医療機関へ転院した患者を除く者の割合は、次のアに掲げる数えイに掲げる数で除して算出するものであること。
- ア 直近6か月間に退院した患者数（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数
- イ 直近6か月間に退院した患者数（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病棟入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病棟入院基本料を算定する病棟に限る。）へ転院した患者及び他の保険医療機関に転院した患者（一般病棟入院基本料、特定機能病棟入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病棟入院基本料を算定する病棟に限る。）を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳細の一覧を、届出の際に添付の上提出すること。）
- （10）次に掲げるものを少なくとも3か月ごとに当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。
- ア 前月までの3か月間に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟から退院した患者の数及び当該退院患者の基本診療料の施設基準等別表第九の二に掲げる回復期リハビリテーション料を要する状態の区分別内訳
- イ 回復期リハビリテーション病棟における直近の回復期リハビリテーション実績指数（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和2年3月●日保医第●号）別添1第1章第2部第3節A308（11）イに示す方法によって算出したもの）をいう。以下第11において同じ。）
- （11）特定機能病院（医業法第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下同じ。）以外の保険医療機関であること。

2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及びびの施設基準

- （1）リハビリテーション科を標榜しており、当該病棟に専任の医師1名以上、専任の理学療法士3名以上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、専任の管理栄養士1名以上（回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定するものに限り。）及び在宅復帰支援を担当する専任の社会福祉士等1名以上の常勤配置を行うこと。なお、週3日以上常勤として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ2名以上組み合わせたことにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士、常勤作業療法士又は非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士と同等と見做すこととする。

動言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士又は常勤作業療法士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は2名、作業療法士は1名までに限る。

また、回復期リハビリテーション病棟2を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれに従事者が配置されていること。

- (2) (1)に規定する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、次のいずれも満たす場合に限り、当該病棟において現に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者及び当該病棟から同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟へ転棟した日から起算して3か月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者であって、当該保険医療機関に入院中の患者に限る。）に対する退院前の訪問指導並びに当該病棟を退棟した日から起算して3か月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者を除く。）に対する外来におけるリハビリテーション又は介護老人保健施設に入所する患者を除く。）に対する外来におけるリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施しても差し支えないものとする。

ア 届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算出したリハビリテーション実績指数が40以上であること。

イ 当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施していること。

- (3) (2)のア又はイのいずれかを満たさない場合には、(1)に規定する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士は、当該月以降、(2)の業務を実施できないこととする。なお、その後の別月（4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。）において、ア及びイのいずれも満たす場合には、当該月以降、(2)の業務を実施しても差し支えないものとする。

なお、(2)のア及びイについては、毎年7月に別紙様式45を用いて地方厚生(支)局長に報告することとするが、ア及びイのいずれも満たす場合からア又はイのいずれかを満たさなくとも満たす場合及び、その後、別の月（4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。）にア及びイのいずれも満たすようになった場合には、その都度同様に報告する。

- (4) 当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2を算定する場合、重症の患者（別添6の別紙21に定める日常生活機能評価で10点以上又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下「FIM」という。）得点で55点以下の患者をいう。以下この項において同じ。）が新規入院患者のうち3割以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうちの重症の患者数

イ 直近6か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）

- (5) 直近6か月間に当該病棟を退院した患者であって、入院時の判定で重症であったもの（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうち、3割以上の患者が退院時において入院時と比較して日常生活機能評価で4点以上又はFIM総得点で16

点以上改善していること。

- (6) 当該保険医療機関において、休日を含め全ての日ににおいて、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病棟におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数も平均2単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。

- (7) 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士若しくは(1)に規定する常勤換算の対象となる専従の非常勤の理学療法士又は専従の常勤作業療法士若しくは(1)に規定する常勤換算の対象となる専従の非常勤作業療法士のうち1名以上がいずれの日においても配置されていること。

- (8) 当該病棟において看護又は看護補助を行う看護要員の配置が当該保険医療機関の休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮すること。

- (9) 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算出したリハビリテーション実績指数が40以上であること。

- (10) データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。また、当該基準については別添7の様式40の7を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。

3 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5及び6の施設基準

- (1) リハビリテーション科を標榜しており、当該病棟に専任の医師1名以上、専従の理学療法士2名以上及び作業療法士1名以上の常勤配置を行うこと。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士又は非常勤作業療法士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士の実労働時間を常勤換算し常勤従事者数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は1名までに限る。

なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれの従事者が配置されていること。

また、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

- (2) (1)に規定する理学療法士及び作業療法士については、次のいずれも満たす場合に限り、当該病棟において現に回復期リハビリテーション病棟を算定している患者及び当該病棟から同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した日から起算して3か月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者であって、当該保険医療機関に入院中の患者に限る。）に対する退院前の訪問指導並びに当該病棟を退棟した日から起算して3か月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。ただし、保険医療機関に入院中の患者又は介護老人保健施設に入所する患者を除く。）に対する外来におけるリハビリテーション又は訪問リハビリテー

シヨンプ導を実施しても差し支えないこととする。
ア 届出を行う月及び毎年度4月、7月、10月及び1月に算出したリハビリテーション実績指数が35(回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6にあっては、30)以上であること。

イ 当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施していること。

(3) (2)のA又はBのいずれかを満たさない場合には、(1)に規定する理学療法士及び作業療法士は、当該以降、(2)の業務を実施できないこととする。なお、その後、別の月(4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。)において、A及びBのいずれも満たす場合には、当該以降、(2)の業務を実施しても差し支えないものとする。

なお、(2)のA及びBについては、毎年7月に別添様式45を用いて地方厚生(支)局長に報告することとするが、A及びBのいずれも満たす場合からA又はBのいずれかを満たさなくなった場合及び、その後、別の月(4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。)にA及びBのいずれも満たすようになつた場合には、その都度同様に報告する。

(4) 回復期リハビリテーション病棟入院料3又は4を算定しようとする療棟では、次に掲げる要件を全て満たしていること。

ア 重症の患者が新規入院患者のうち2割以上であること。

イ 直近6か月間に当該療棟を退院した患者であつて、入院時の判定で重症であつたもの(第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。)のうち、3割以上の患者が退院時において入院時と比較して日常生活機能評価で3点以上又はFIM総得点で12点以上改善していること。

(5) 回復期リハビリテーション病棟入院料3を算定しようとする場合は、届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算出したリハビリテーション実績指数が35以上であること。

(6) 回復期リハビリテーション病棟入院料5を算定しようとする場合は、届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算出したリハビリテーション実績指数が30以上であること。

(7) データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。また、当該基準については別添7の様式40の7を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。ただし令和2年3月31日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6に係る届出を行っている保険医療機関(許可病床数が200床未満のものに限る。)については、令和4年3月31日までの間に限り、令和2年3月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病棟入院基本料(一般病棟の場合に限る。)、専門病棟入院基本料(13対1入院基本料を除く。)、回復期リハビリテーション病棟入院料1から4若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する療棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であつて、療養病棟入院料1若しくは2を算定する療棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている療棟若しくは回復期リハビリテーション病棟入院料5若しくは6を算定する療棟のいずれかを有するものうち、これらの療棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものは、当分の間、当該基準を満たしているものとみなすものであること。

ること。

4 休日リハビリテーション提供体制加算の施設基準

(1) 回復期リハビリテーション病棟入院料3、4、5又は6の届出を行っていること。

(2) 当該保険医療機関において、休日を含めての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関その他の病棟におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の1日当たりリハビリテーション提供単位数が平均2単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制をとること。

(3) 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士若しくは3の(1)に規定する常勤換算対象となる専従の非常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士若しくは3の(1)に規定する常勤換算の対象となる専従の非常勤作業療法士のうち1名以上がいずれの日においても配置されていること。

(4) 当該病棟において看護又は看護補助を行う看護要員の配置が当該保険医療機関の休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮すること。

5 体制強化加算1の施設基準

(1) 回復期リハビリテーション病棟入院料1又は2の届出を行っていること。

(2) 当該病棟に専従の常勤医師1名以上及び専従の常勤社会福祉士1名以上が配置されていること。

(3) (2)に掲げる医師については、次のいずれも満たすこと。

ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。

イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。

(4) (3)のイに掲げるリハビリテーションに係る研修とは、医療関係団体等が開催する回復期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む数日程度の研修(修了証が交付されるもの)であり、研修期間は通算して14時間程度のものである。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

ア 回復期リハビリテーションの総論

イ 脳血管リハビリテーション

ウ 運動器リハビリテーション

エ 回復期リハビリテーションに必要な評価

オ 高次脳機能障害

カ 摂食嚥下、口腔ケア

キ 地域包括ケア

(5) (2)に掲げる社会福祉士については、退院調整に関する3年以上の経験を有する者であること。

6 体制強化加算2の施設基準

(1) 体制強化加算1の(1)、(3)から(5)まで及び(2)において「専従の常勤医師1名以上」

を「専従の常勤医師2名以上」と読み替えたものを満たすこと。

(2) 当該病棟に専任する常勤医師のうち2名は、以下のアからエまでの全てを満たしていれば、

当該療棟の業務に従事するとされていない日や時間において、当該保険医療機関における

他の業務に従事できる。なお、当該医師について、いずれも他の施設基準において専従医師として届出することはできない。

ア 当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施していること。

イ 当該2名の医師それぞれについて、当該病棟の業務に従事する曜日、時間をあらかじめ決めてのこと。

ウ 週のうち32時間以上において、当該2名の医師のうち少なくともいずれか1名が当該病棟業務に従事していること。

エ 当該2名の医師は、いずれも当該病棟業務に週に8時間以上従事していること。

7 届出に関する事項

(1) 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式20、様式49から様式49の7(様式49の4を除く。)までを用いること。

(2) 異なる区分の回復期リハビリテーション病棟入院料を組み合わせて届出を行う場合には、別表1のいずれか1に該当する組み合わせであること。

(3) 新たに回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行う場合は、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6を届け出ることとし、その届出から6月間に限り、(2)の規定にかかわらず、別表2のいずれか1に該当する組み合わせによる届出を行うことができること。なお、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は6の算定から6月が経過し、当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料1、2、3又は4の施設基準を満たさないことが明らかなる場合に、別表2のいずれか1に該当する組み合わせによる届出を行うことはできない。

別表1 ※○：組み合わせでの届出可、－：組み合わせでの届出不可

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
入院料1	○	○	○	○	○	○
入院料2	○	○	○	○	○	○
入院料3	○	○	○	○	○	○
入院料4	○	○	○	○	○	○
入院料5	○	○	○	○	○	○
入院料6	○	○	○	○	○	○

別表2

入院料1及び入院料5	入院料2及び入院料5
入院料2及び入院料6	入院料3及び入院料5
入院料4及び入院料6	入院料1、入院料3及び入院料5
入院料2、入院料3及び入院料5	入院料2、入院料4及び入院料6

第12 地域包括ケア病棟入院料

1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準

(1) 当該病棟又は病室を含む病棟において、1日に看護を行う看護員の数は、常時、当該

病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すことに1以上であること。ただし、当該病棟又は病室を含む病棟において、1日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、2以上であること。また、看護職員の最小必要数(7割以上が看護師であること。なお、注2の届出を行う場合にあっては、当該病棟又は病室を含む病棟において、1日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すことに1以上であること。ただし、当該病棟又は病室を含む病棟において、1日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、2以上であること。また、看護職員の最小必要数(4割以上が看護師であること。)

(2) 当該入院料を算定するものとして届け出ている病棟又は病室に、直近3月において入院している全ての患者の健康について、別添6の別添7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価値におけるモニタリング及び処置等の項目(A項目)及び手術等の医学的状況の項目(C項目)を用いて測定し、その結果、当該病棟又は当該病室へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者(別添6の別添7による評価の結果、看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者又はC項目の得点が1点以上の患者をいう。)の割合が、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰで1割4分以上、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱで1割1分以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、長期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合(基本診療料の施設基準等第十の三(3)及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限り。)は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者(同一入院中に医師の診察も行う期間については除く。)は、対象から除外する。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票の記入(●)に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目は除く。)は、院内研修を受けたものが行うものであること。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法の変更を行う場合には、別添7の様式10を用いて届け出ること。ただし、評価方法の変更による新たな評価方法への切り替えは、切替月のみとし、切替月の10日までに届け出ること。

(3) 当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合において専任の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専任の看護師又は社会福祉士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士(入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師又は社会福祉士に限る。)を2名組み合わせることににより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たし

- イ 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添1第16の3に規定する在宅療養後方支援病院的届出を行っており、直近1年間の在宅患者の受入実績が3件以上(区分番号「A206」在宅患者緊急入院診療料加算の1を算定したものに限る。)であること。
- ウ 医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。
- エ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。
- オ 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること
- (11) 許可病床数が400床以上の病院にあっては、当該病棟における、入院患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満であること。なお、一般病棟から転棟した患者とは、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))又は専門病院入院基本料に限る。)、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料又は小児入院医療管理料を算定する病棟又は病室から転棟した患者のことをいう。
- (12) 同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者の占める割合は、直近3か月間に一般病棟から転棟した患者を直近3か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。
- (13) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。
- 2 地域包括ケア病棟入院料1の施設基準
- (1) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割以上であること。地域包括ケア病棟入院料に係る在宅等に退院するものとは、次のアからイまでのいずれにも該当しない患者をいう。
- ア 他の保険医療機関(有床診療所入院基本料(別添2の第3の5の(1)のイ)に該当するものに限る。)を算定する病床を除く。)に転院した患者
- イ 介護老人保健施設に入所した患者
- ウ 同一の保険医療機関の当該入院料にかかまる病棟以外の病棟への転棟患者
- (2) 当該病棟から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数にイに掲げる数で除して算出する。
- ア 直近6か月間に退院又は転院した患者数(第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。)のうち、在宅等に退院するものの数
- イ 直近6か月間に退院又は転院した患者数(第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。)

- ているとみなすことができる。
- また、当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)が1名以上配置されていること。なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーションについては疾患別リハビリテーション等を算定することはできない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるADL維持向上等団体計算に係る専従者と兼務することはできる。なお、注2の届出を行う場合にあっては、専任の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常勤として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専従の常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間等と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たすこととみなすことができる。
- (4) データ提出加算に係る届出を行っていること。また、当該基準については別添7の様式40の7を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。
- (5) 特定機能病院以外の保険医療機関であること。
- (6) 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)若しくは(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)又は(Ⅲ)患者リハビリテーション料の届出を行っていること。
- (7) (6)のリハビリテーションを提供する患者については、1日平均単位以上提供していること。ただし、1患者が1日に算入できる単位数は0単位までとする。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することとはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含まれるものとする。なお、リハビリテーションの提供に当たっては、当該患者の入院又は入室時に測定したADL等を参考に、患者又はその家族等に説明すること。
- (8) 病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7メートル以上であることが望ましい。なお、廊下の幅が1.8メートル(両側居室の場合は2.7メートル)に満たない医療機関については、全面的な改築を行うまでの間は1.8メートル(両側居室の場合は2.7メートル)未満であつても差し支えないが、全面的な改築等の予定について年1回報告を行うこと。
- (9) 当該病棟若しくは病室を含む病棟に、又は当該医療機関内における当該病棟若しくは病室を含む病棟の近傍に患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。
- (10) 次のいづれかの基準を満たしていること。
- ア 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添1第14の2に規定する在宅療養支援病院的届出を行っていること。

- (3) 当該病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。なお、平成27年3月31日までの間に、床面積について、壁芯による測定で届出が行われたものについては、平成27年4月1日以降も有効なものとして取扱う。
- (4) 許可病床200床未満（基本診療料の施設基準等）別添第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床）の保険医療機関であること。
- (5) 当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が1割5分以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、自宅又は介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型グループホーム若しくは有料老人ホーム等（以下「有料老人ホーム等」という。）から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。
- (6) 自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近3か月間に自宅等から入棟した患者を直近3か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。
- (7) 当該病棟において自宅等からの緊急入院患者の受入れが直近3か月間で6人以上であること。自宅等からの緊急入院患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者で、かつ、予定された入院以外の患者のことをいう。
- (8) 次に掲げる項目のうち少なくとも2つを満たしていること。
- ア 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- イ 当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上であること。
- ウ 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上であること。
- エ 当該保険医療機関において区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
- オ 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、介護保険法第8条第2項に規定する訪問介護、同法第4項に規定する訪問看護、同法第5項に規定する訪問リハビリテーション、同法第8条の2第3項に規定する介護予防訪問看護又は同法第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- カ 当該保険医療機関において区分番号「B005」退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上であること。
- (9) 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。
- 3 地域包括ケア入院医療管理料1の施設基準
- (1) 当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が7割以上であること。当該病室から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。
- ア 直近6か月間において、当該病室から退院又は転棟した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅等に退院するものの数
- イ 直近6か月間に退院又は転棟した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）
- (2) 当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が1割5分以上であること。ただし、当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前3月において6人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。
- (3) 自宅等から入室した患者の占める割合は、直近3か月間に自宅等から入室した患者を直近3か月に当該病室に入室した患者の数で除して算出するものであること。
- (4) 当該病室において自宅等からの緊急入院患者の受入れが直近3か月間で6人以上であること。自宅等からの緊急入院患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者で、かつ、予定された入院以外の患者のことをいう。
- (5) 病院の一般病棟又は療養病棟の病室単位で行うものであること。
- (6) 2の(3)、(4)及び(8)を満たすものであること。
- 4 地域包括ケア病棟入院料2の施設基準
- (1) 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。
- (2) 2の(1)から(3)までを満たすものであること。
- (3) 許可病床数400床未満の保険医療機関であること。
- 5 地域包括ケア入院医療管理料2の施設基準
- (1) 病院の一般病棟又は療養病棟の病室単位で行うものであること。
- (2) 2の(3)及び(4)並びに3の(1)を満たすものであること。
- (3) 許可病床数400床未満の保険医療機関であること。
- (4) 病院の一般病棟又は療養病棟の病室単位で行うものであること。
- (5) 2の(4)から(8)までを満たすものであること。
- 6 地域包括ケア病棟入院料3の施設基準
- (1) 病院の一般病棟又は療養病棟の病室単位で行うものであること。
- (2) 2の(4)及び(8)並びに3の(2)から(4)までを満たすものであること。
- 7 地域包括ケア入院医療管理料3の施設基準
- (1) 病院の一般病棟又は療養病棟の病室単位で行うものであること。
- (2) 2の(4)及び(8)並びに3の(2)から(4)までを満たすものであること。
- 8 地域包括ケア病棟入院料4の施設基準
- (1) 病院の一般病棟又は療養病棟の病室単位で行うものであること。
- (2) 4の(3)を満たすものであること。9 地域包括ケア入院医療管理料4の施設基準
- (1) 病院の一般病棟又は療養病棟の病室単位で行うものであること。
- (2) 2の(4)を満たすものであること。
- 10 地域包括ケア病棟入院料の「注3」に掲げる看護職員配置加算の施設基準
- (1) 当該病棟（地域包括ケア入院医療管理料を算定する病棟は、当該病室を有する病棟）において、1日に看護を行う看護職員の数が、当該入院料の施設基準の最小必要人数に加え、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すことに1以上であること。なお、看護職員の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できること。
- (2) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制につい

こと。
 14 届出に関する事項
 地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、10、20、50から50の3までを用いること。また、1の(8)のなお書きに該当する場合は、年1回、全面的な改築等の予定について別添7の様式50又は50の2により地方厚生(支)局長に報告すること。

「注3」、「注4」、「注7」及び「注9」に規定する看護職員配置加算、看護補助者配置加算、看護職員夜間配置加算及び地域包括ケア病棟特別入院基本料の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式13の3、様式18の3、様式50及び様式50の2を用いること。なお、看護職員配置加算、看護補助者配置加算及び看護職員夜間配置加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年7月における別添7の様式13の3を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略すことができ、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であれば、別添7の様式8及び9を用いる場合は、それぞれの様式にまとめて必要事項を記載すれば、当該各様式について1部のみ届出で差し支えない。

また、急性期一般入院料1又は7対1入院基本料(専門病院入院基本料に限る。)に係る届出を行っている病棟が当該届出を行う場合に限り、2の(1)及び(2)又は3の(1)について実績を要しない。

なお、平成26年3月31日時点で10対1入院基本料(一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。)、13対1入院基本料(一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。)又は15対1入院基本料(一般病棟入院基本料に限る。)を算定する病院において、地域包括ケア病棟入院料の届出を行った場合には、当該入院料の届出を行っている期間において、急性期一般入院料1又は7対1入院基本料の届出を行うことはできない。

許可病床数が400床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料の届出を行うことはできない。ただし、令和2年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関であって、現に許可病床数が400床以上のものについては、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。

また、以下の場合にあつては、届出をすることができない病棟は1病棟に限る。ただし、(3)について、平成28年11月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1若しくは2を2病棟以上届け出ている保険医療機関であつて、(3)に掲げる施設基準を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。

- (1) 療養病床により届出を行う場合
- (2) 許可病床数が200床(「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては280床)未満の保険医療機関であつて、地域包括ケア入院医療管理料1、2、3又は4の届出を行う場合
- (3) 区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関であつて、地域包括ケア病棟入院料1、2、3

ては、別添2の第2の11の(3)の例による。

11 地域包括ケア病棟入院料の「注4」に掲げる看護補助者配置加算の施設基準
 (1) 当該病棟(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合、当該病室を有する病棟)において、1日に看護補助を行う看護補助者の数が、当該入院料の施設基準の最小必要人数に加え、当時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上であること。なお、当該加算は、みなし看護補助者を除いた看護補助者の配置を行っている場合のみ算定できる。

また、看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置ができること。

(2) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の11の(3)の例による。

(3) 看護補助者配置加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。なお、院内研修の内容については、別添2の第2の11の(4)の例による。

(4) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年1回以上見直しを行うこと。また、所定の研修を修了した(修了証が交付されているもの)看護師長等が配置されていることが望ましいこと。なお、所定の研修の内容については、別添2の第2の11の(5)の例による。

12 地域包括ケア病棟入院料の「注7」に掲げる看護職員夜間配置加算の施設基準

(1) 当該病棟(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を有する病棟)において、夜勤を行う看護職員の数は、当時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。

(2) 認知症等の患者の割合は、当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に入院している全ての患者に対し別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Iに係る評価票の患者の状況等の項目(B項目)のうち、認知症及びせん妄状態に関する項目(「14. 診療・療養上の指示が通じる」又は「15. 危険行動」)に該当する患者の割合が、3割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等(令和2年厚生労働省告示●号)の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合(基本診療料の施設基準等(令和2年厚生労働省告示○号)第十の三(3)及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限る。)及び対象から除外する。

(3) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の11の(3)の例による。

13 地域包括ケア病棟入院料の「注8」に掲げる夜間看護体制特定削減について
 当該減算は、許可病床数が100床未満の病院において、夜間、病棟の看護職員が一時的に救急外来で勤務する間、病棟の看護職員1名を含め看護職員と看護補助者を合わせて2名以上であること。ただし、当該時間帯の入院患者数が30人以下の場合は、看護職員1名で差し支えない。加えて、当該時間帯に当該病棟の看護職員が一時的に救急外来で勤務する間、当該病棟の看護に支障がないと当該病棟を担当する医師及び看護の管理者が判断した場合に限る

又は4の届出を行う場合

第13 特殊疾患病棟入院料

1 特殊疾患病棟入院料に関する施設基準

(1) 特殊疾患病棟入院料1又は2の施設基準

- ア 当該病棟に専任の医師が常勤していること。
- イ 当該病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあっては看護要員が常時2人以上配置されており、そのうち1名以上は看護職員であること。
- ウ 当該病棟に係る病棟床面積は、患者1人につき内法による測定で、16平方メートル以上であること。なお、病棟床面積の算定に当たっては当該病棟内にある治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を算入しても差し支えない。

(2) 特殊疾患病棟入院料1の施設基準

当該病棟の入院患者数の概ね8割以上が、脊髄損傷等の重度障害者(平成20年10月1日以降は、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)中、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者であること。なお、重度の意識障害者とは、次に掲げるものをいうものであり、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

- ア 意識障害レベルがJCS(Japan Coma Scale)でⅡ-3(又は30)以上又はGCS(Glasgow Coma Scale)で8点以下の状態が2週以上持続している患者
- イ 無動症の患者(閉じ込め症候群、無動性無言、失外恠症候群等)

(3) 特殊疾患病棟入院料2の施設基準

次のいずれかの基準を満たしていること。

- ア 次のいずれかに該当する一般病棟又は精神病棟
 - (イ) 児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設(主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児(同法第7条第2項に規定する重症心身障害児をいう。以下同じ。)を入所させるものに限る。)
 - (ロ) 児童福祉法第6条の2の第3項に規定する指定発達支援医療機関
- イ 当該病棟の入院患者数の概ね8割以上が、重度の肢体不自由児(者)(日常生活自立度のランクB以上に限る。)等の重度の障害者(ただし、(2)に掲げる脊髄損傷等の重度障害者、筋ジストロフィー患者、神経難病患者、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者(平成20年10月1日以降に限る。))を除く。)であること。

2 届出に関する事項

特殊疾患病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20、様式24の2及び様式51を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図(面積等の分かるもの。)を添付すること。

第14 緩和ケア病棟入院料

1 緩和ケア病棟入院料1に関する施設基準等

- (1) 主として悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケ

- アを行う病棟を単位として行うこと。
- (2) 夜間において、看護師が複数配置されていること。
- (3) 当該病院の医師の員数は、医療法に定める標準を満たしていること。
- (4) 当該病棟内に緩和ケアを担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとに1名以上の常勤医師が配置されていること。

(5) (4)に掲げる医師は次のいずれかの研修を修了している者であること。

- ア 「がん等の診療に係る緩和ケア研修会」(平成29年12月1日付健発1201第2号厚生労働省健康局長通知)に準拠した緩和ケア研修会(平成29年度までに開催したものであって、「がん診療に係る医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠したものを含む。)
- イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がん研究センター主催)等

(6) 当該病棟に係る病棟床面積は、患者1人につき内法による測定で、30平方メートル以上であり、病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、8平方メートル以上であること。

(7) 当該病棟内に、患者家族の控え室、患者専用の台所、面談室、一定の広さを有する談話室を備えていること。

(8) 当該病棟は全室個室であつて差し支えないが、特別の療養環境の提供に係る病床の数が5割以下であること。

(9) 入退棟に関する基準が作成されていること。

(10) 緩和ケアの内容に関する患者向けの案内が作成され、患者・家族に対する説明が行われていること。

(11) 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、地域の在宅医療を担う保険医療機関と連携し、緊急時に在宅での療養を行う患者が入院できる体制を保険医療機関として確保していること。

(12) 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、連携している保険医療機関の患者に関し、緊急の相談等に対処できるよう、24時間連絡を受ける体制を保険医療機関として確保していること。

(13) 緩和ケア病棟においては、連携する保険医療機関の医師、看護師又は薬剤師に対して、実習を伴う専門的な緩和ケアの研修を行っていること。

(14) がん診療の拠点となる病院は、別添3の第14の1の(13)と同様であること。

また、がん診療の拠点となる病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中枢的な役割を担うと認められた病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価(緩和ケア病院)と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。

(15) 当該病棟への入院を希望する患者の紹介を受けた場合に、(4)の医師が入院の適応を判断し、当該医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が入院までの待機期間や待機中の緊急時の対応方針等について、患者に説明を行う体制を設けること。

(16) 以下のア又はイを満たしていること。

- ア 当該病棟直近1年間の入院患者について、以下の(イ)から(ロ)までの期間の平均が

- (9) 必要な検査及びCT撮影が必要に応じて速やかに実施できる体制にあること。ただし、CT撮影については、他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されていなければならない。
- (10) 1月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、4割以上が新規患者の延べ入院日数であること。
- (11) 当該病棟の年間の新規患者のうち6割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、緊急入院、鑑定入院及び医療観察法入院のいずれかに係るものであること。
- (12) 以下の地域における前近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上、又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

ア 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）

- イ 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域

- (13) 当該病棟の病床数は、当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該保険医療機関の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。ただし、平成30年3月31日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあつては、令和4年3月31日までの間、当該時点で現に届出している病床数を維持することができる。

2 精神科救急入院料1に関する施設基準等

- (1) 当該保険医療機関が、精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること。

- ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等診療を除く。）件数の実績が年間150件以上、又は1の(12)のA又はイの地域における人口1万人当たり1.87件以上であること。そのうち初診患者（精神疾患について過去3か月間に当該保険医療機関を受診していない患者）の件数が30件以上又は2割以上であること。

- イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間40件以上又はアの地域における人口1万人当たり0.5件以上であること。そのうち8件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター・精神科救急相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下この項において同じ。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。
- ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、ア及びイの「件上」を「届出病床数を乗じた数以上」と読み替えること。

エ 全ての入院形式の患者受け入れが可能であること。

- (2) 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピン新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患者、介護老人保健施設、介護医療院又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）

- 14日未満であること。
- (イ) (4)の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日

- (ロ) 患者が当該病棟に入院した日
- イ 直近1年間において、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が15%以上であること。

- (イ) 他の保険医療機関（療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病棟入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者

- (ロ) 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。）への転棟患者

(ハ) 死に退院の患者

- (17) 次のいずれかに係る届出を行っていること。

ア 区分番号「A226-2」に掲げる緩和ケア診療加算

イ 区分番号「B001」「24」に掲げる外来緩和ケア管理料

ウ 区分番号「C003」に掲げる在宅がん医療総合診療料

- (18) 毎年7月において、前年度に当該入院料を算定する病棟に入院していた患者の(16)のAに掲げる期間の平均及びイに掲げる割合について、別添7の様式52の2により地方厚生(支)局長に報告を行うこと。

2 緩和ケア病棟入院料2に関する施設基準等

- 1の(1)から(4)までを満たしていること。

3 届出に関する事項

緩和ケア病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20及び様式52を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（面積等が分かるもの。）を添付すること。

第15 精神科救急入院料

1 精神科救急入院料に関する施設基準等

- (1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
- (2) 当該保険医療機関内に、精神保健指定医が5名以上常勤していること。

- (3) 当該保険医療機関内に他の精神保健指定医が存在する場合は、当該他の精神科病棟入院基本料の10対1入院基本料、13対1入院基本料、15対1入院基本料、18対1入院基本料若しくは20対1入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならぬこと。

- (4) 当該各病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上であること。

- (5) 当該各病棟に2名以上の常勤の精神保健福祉士が配置されていること。

- (6) 当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあっては、看護師が常時2名以上配置されていること。

- (7) 当該病棟の病床数は、1看護単位当たり60床以下であること。

- (8) 当該病棟の病床のうち、隔離室を含む個室が半数以上を占めていること。

ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間の11時間以上であること。

イ 3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること。

ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。

エ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。

オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や運出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。

カ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間で業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。

キ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。

ク 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。

ク 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の11の(3)の例による。

5 届出に関する事項

(1) 精神科救急入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式20(精神科保健指定区については、備考欄に指定番号を記載すること。)、様式53及び様式54を用いることとし、当該病棟の配置図(隔離室の位置が分かるもの。)を添付すること。なお、当該入院料に係る精神科救急医療の整備等に係る実績を評価するため、毎年7月において様式53及び様式54を届け出ること。

(2) 「注5」に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式13の3及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱について」の別添2の様式48を用いること。なお、当該加算の様式48に係る届出については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。ただし、当該加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年7月において様式13の3を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略すことができること。

第16 精神科急性期治療病棟入院料

1 精神科急性期治療病棟入院料に関する施設基準等

(1) 同一保険医療機関内に精神科急性期治療病棟入院料1を算定すべき病棟と精神科急性期治

へ移行することである。なお、ここでいう「患者」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転床した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神科看護者施設に入所した場合を除いたものをいう。(以下この項において同じ。)

3 精神科救急入院料2に関する施設基準等

(1) 当該保険医療機関が、精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること。

ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療(電話等再診を除く。)件数の実績が年間120件以上、又は1の(12)の地域における人口1万人当たり1.5件以上であること。そのうち初診患者(精神疾患に對し過去3か月間に当該保険医療機関を受診していない患者)の件数が25件以上又は2割以上であること。

イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間30件以上又はアの地域における人口1万人当たり0.37件以上であること。そのうち6件以上又は2割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口(精神科救急医療体制整備事業)、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)からの依頼であること。

ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、ア及びイの「件以上」を「届出病棟数を乗じた数以上」と読み替えること。

エ 全ての入院形式の患者受入れが可能であること。

(2) 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患者、介護老人保健施設、介護医療院又は精神科看護者施設へ移行することである。

4 看護職員夜間配置加算の施設基準

(1) 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すことに1に相当する数以上であること。

(2) 行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っていること。

ア 行動制限についての基本的考え方、やむを得ず行動制限する場合は手順等を盛り込んだ基本指針の整備

イ 患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月1回程度の病状改善、行動制限の状況の通約性及び行動制限最小化のための検討会議の開催

ウ 当該保険医療機関における精神科診療に携わる職員全てを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会の年2回程度の実施

(3) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、2項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからクまでのうち、2項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添3の第4の3の9の(3)と同様であること。

- (1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
- (2) 当該保険医療機関内に、精神科医師が5名以上常勤していること。
- (3) 当該保険医療機関内に当該入院科を算定する病床以外の他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の10 対1入院基本料、13 対1入院基本料、15 対1入院基本料、18 対1入院基本料若しくは20 対1入院基本料又は特定入院科を算定している病棟でなければならぬ。
- (4) 当該各病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が16 又はその端数を増すごとに1以上であること。
- (5) 当該各病棟に6名以上の常勤の精神保健福祉士が配置されていること。
- (6) 当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあっては、看護師が常時2人以上配置されていること。
- (7) 当該病棟の病床数は、1看護単位当たり60床以下であること。
- (8) 当該病棟に以下に定める合併症ユニットを有しており、当該病棟の病床のうち、隔離室を含む個室が半数以上を占めること。なお、合併症ユニットの病床は個室として算入することができる。
- ア 当該病棟の治療室単位であり、当該病棟の病床数の2割以上であること。
- イ 当該治療室に入院する患者は、常時8割以上が下記の身体疾患を持つ精神障害者であること。
- (イ) 呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫、間質性肺炎の急性増悪、肺塞栓又は気胸）
- (ロ) 心疾患（New York Heart Association の心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患又はモニター監視を必要とする不整脈）
- (ハ) 手術又は直達・介達牽引を要する骨折
- (ニ) 腎臓損傷
- (ホ) 重篤な内分泌・代謝性疾患（インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診察を要する内分泌疾患又は肝硬変に伴う高アンモニア血症）
- (ヘ) 重篤な栄養障害（Body Mass Index 13未満の摂食障害）
- (ト) 意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等）
- (チ) 全身感染症（結核、後天性免疫不全症候群、梅毒1期、2期又は敗血症）
- (リ) 中脳神経系の感染症（髄膜炎、脳炎等）
- (ヌ) 急性腹症（消化管出血、イレウス等）
- (ル) 劇症肝炎又は重症急性肝炎
- (レ) 悪性症候群又は横紋筋融解症
- (ワ) 広範囲（半肢以上）熱傷
- (ヲ) 手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍
- (ヨ) 重篤な血液疾患（ヘモグロビン 7g/dl 以下の貧血又は頻回に輸血を要する状態）の患者
- (ヨ) 急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全、ネフローゼ症候群又は糸球体腎炎）の患者

- 療病棟入院科を算定すべき病棟が混在することはできない。
- (2) 精神科急性期治療病棟入院科1又は2の施設基準
- ア 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
- イ 当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあっては看護要員が常時2人以上配置されており、そのうち1人以上は看護師であること。
- ウ 当該保険医療機関に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の10 対1入院基本料、13 対1入院基本料、15 対1入院基本料、18 対1入院基本料若しくは20 対1入院基本料又は特定入院科を算定している病棟でなければならぬこと。
- エ 当該各病棟に精神保健指定医及び精神保健福祉士又は公認心理師が常勤していること。
- オ 当該保険医療機関が精神救急医療システムに参加していること。
- カ 当該病棟の病床数は、当該保険医療機関の精神病床数が300床以下の場合には60床以下であり、当該保険医療機関の精神病床数が300床を超える場合にはその2割以下であること。
- キ 当該病棟の病床数は、1看護単位当たり60床以下であること。
- ク 当該病棟に隔離室があること。
- ケ 1月間の当該入院科を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、4割以上が新規患者の延べ入院日数であること。
- コ 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患者、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患者」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院科に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入院した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第1章第2節通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。
- (3) 平成31年4月1日から当分の間、次のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。
- ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
- イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者
- 2 届出に関する事項
- 精神科急性期治療病棟入院科の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）及び様式53を用いること。また、当該病棟の配置図（隔離室の位置が分かるもの。）を添付すること。

第16の2 精神科救急・合併症入院科

- 1 精神科救急・合併症入院科に関する施設基準等

- (レ) 人工透析中又は腎不全で透析導入を要する状態
 - (ロ) 手術室での手術を必要とする状態
 - (ハ) 合併症妊娠・出産
 - (ニ) 膠原病（専門医による管理を必要とする状態）
 - ウ 身体合併症管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該病棟内に常時備えていること。
 - (イ) 救急蘇生装置
 - (ロ) 除細動器
 - (ハ) 心電計
 - (ニ) 呼吸循環監視装置
- (9) 必要な検査及びCT撮影が必要に応じて速やかに実施できる体制にあること。
- (10) 1月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、4割以上が新規患者の延べ入院日数であること。
- (11) 措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロナジンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転棟した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定による入院期間が算定される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

- えは政令市若しくは市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。)は、当該圏域
- 2 看護職員夜間配置加算の施設基準
- (1) 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すことに1に相当する数以上であること。
 - (2) 行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っていること。
 - ア 行動制限最小化の基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針の整備
 - イ 患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月1回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議の開催
 - ウ 当該保険医療機関における精神科診療に携わる職員全てを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、離障拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会の年2回程度の実施
 - (3) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、2項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代勤務又は変則2交代勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからクまでのうち、2項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添3の第4の3.9の(3)と同様であること。

- ア 当該病棟において、夜動を含む交代勤務に従事する看護職員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。
 - イ 3交代勤務又は変則3交代勤務の病棟において、夜動を含む交代勤務に従事する看護職員の勤務開始時刻が、直前の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること。
 - ウ 当該病棟において、夜動を含む交代勤務に従事する看護職員の連続して行う夜動の数が2回以下であること。
 - エ 当該病棟において、夜動を含む交代勤務に従事する看護要員の夜動後の暦日の休日が確保されていること。
 - オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。
 - カ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。
 - キ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内依存所を設置しており、夜動を含む交代勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。
 - ク 当該病棟において、ICT、AI、IoT等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。
 - (4) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の11の(3)の例による。
- 3 届出に関する事項

- (1) 精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）、様式53及び様式55を用いることとし、当該病棟の配置図（合併症ユニット及び隔離室の位置が分かるもの。）を添付すること。なお、精神科救急医療体制の整備等に係る実績を評価するため、毎年7月において様式53及び様式55を届け出ること。
- (2) 「注5」に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式13の3及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添2の様式48を用いること。なお、当該加算の様式48に係る届出については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。ただし、当該加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年7月において様式13の3を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略すことができること。

第16の3 児童・思春期精神科入院医療管理料

1 児童・思春期精神科入院医療管理料に関する施設基準

- (1) 精神科を専修する病院において精神病棟又は治療室を単位とすること。
- (2) 当該病棟又は治療室における直近1か月間の入院患者数の概ね8割以上が、20歳未満の精神疾患を有する患者（精神作用物質使用による精神及び行動の障害の患者並びに知的障害の患者を除く。）であること。
- (3) 当該病棟又は治療室に小児医療及び児童・思春期の精神医療の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、うち1名は精神保健指定医であること。
- (4) 当該病棟又は治療室に専従の常勤の精神保健福祉士及び常勤の公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (5) 当該保険医療機関内に学習室が設けられていること。
- (6) 当該治療室の病床は30床以下であり、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、便所、学習室が、当該病棟の他の治療室とは別に設置されていること。
- (7) 平成31年4月1日から当分の間、次のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

- ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
- イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者
- 2 届出に関する事項
- 児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9及び様式57を用いること。また、学習室が設けられていることが確認できる当該施設の平面図を添付すること。

第17 精神療養病棟入院料

1 精神療養病棟入院料の施設基準等

- (1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
- (2) 当該病棟に精神科医師である常勤の専任医師及び常勤の作業療法士又は作業療法の経験を

有する常勤の看護職員が配置されていること。

なお、作業療法の経験を有する看護職員とは、専門機関等が主催する作業療法又は生活技能訓練に関する所定の研修を修了したものであること。

- (3) 当該病棟における専任の精神科医師は他の病棟に配置される医師と兼任はできない。また、当該医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務への従事は週2日以内とすること。
- (4) 当該病棟に医療法施行規則第19条第1項第1号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること（当該病棟において、1日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその倍数を揃うことに1日以上である場合は除く。）。
- (5) 当該各病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあっては看護要員が常時2人以上配置されており、そのうち1名以上は看護職員であること。
- (6) 当該保険医療機関に、精神保健福祉士又は公認心理師が常勤していること。

(7) 当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という。）を、平成26年4月1日以後に当該病棟に入院した患者1人につき1人以上、入院した日から起算して7日以内に指定し、当該保険医療機関内に配置していること。なお、退院支援相談員は、次のいずれかの者であること。

- ア 精神保健福祉士
- イ 保健師、看護師、看護師、作業療法士又は社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する者
- (8) 1人の退院支援相談員が担当する患者の数は60床以下であること。また、退院支援相談員が担当する患者の一覧を作成していること。
- (9) 退院支援相談員の担当する当該病棟の入院患者について退院に向けた支援を推進するための委員会（「退院支援委員会」という。）を設置していること。
- (10) 当該病棟の病床数は、1看護単位当たり60床以下であること。
- (11) 当該病棟に係る病棟床面積は、1病室につき6床以下であること。
- (12) 当該病棟に係る病棟床面積は、患者1人につき内法による測定で18平方メートル以上あり、病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、5.8平方メートル以上であること。

なお、病棟床面積の測定に当たっては当該病棟内にある治療室、食堂、談話室、面会室、浴室、廊下、サースステーション及び便所等の面積を算入しても差し支えない。

(13) 当該病棟に、当該病棟の入院患者同士が使用できる談話室、食堂、面会室、浴室（又はシャワー室）及び公衆電話が設けられている。ただし、談話室、食堂、面会室については兼用であっても差し支えない。

(14) 当該病棟に録音機がないこと。ただし、既存の病棟については、届出後1年間の経過措置を認める。

(15) 当該保険医療機関内に、専用の作業療法室又は生活機能回復訓練室を有していること。

(16) 病棟における患者の金銭管理が適切に行われていること。

(17) 平成31年4月1日から当分の間、次のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 重症者加算1の施設基準

当該病棟を有する保険医療機関が次のいずれかの要件を満たすこと。

- (1) 精神科救急医療体制整備事業の常時対応型精神科救急医療施設、身体合併症対応施設、地域搬送受入対応施設又は身体合併症後方搬送対応施設であること。
- (2) 精神科救急医療体制整備事業の輪番対応型精神科救急医療施設又は協力施設であって、ア又はイのいずれかに該当すること。

ア 時間外、休日又は深夜における入院件数が4件以上であること。そのうち1件以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談口(精神科救急医療体制整備事業)、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする。以下重症者加算1において同じ。)、市町村、保健所、警察、消防(救急車)からの依頼であること。

イ 時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年10件以上であること。なお、精神科救急情報センター・精神医療相談口(精神科救急医療体制整備事業)、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数を含む。

- (3) 当該保険医療機関の精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保への協力を行っていること。具体的にはア又はイのいずれかに該当すること。

ア 時間外、休日又は深夜における外来対応施設(自治体等の夜間・休日急患センター等)や精神科救急医療体制整備事業の常時対応型又は輪番型の外来対応施設等)での外来診療又は救急医療機関への診療協力(外来、当直又は着診)を年6回以上行うこと。(イ) ずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。)

イ 精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務(措置診察等)について、都道府県に積極的に協力し、診療業務等を年1回以上行うこと。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、(イ)から(ホ)までのいずれかの診療あるいは業務を年1回以上行うこと。

- (イ) 措置入院及び緊急措置入院時の診察
- (ロ) 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察
- (ハ) 精神医療審査会における業務
- (ニ) 精神科病院への立入検査での診察
- (ホ) その他都道府県の依頼による公務員としての業務

3 退院調整加算の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従する1人の従事者(看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は公認心理師のうちいずれか1名)が勤務し、退院支援計画の作成等の退院調整を行っていること。また、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができ、区分番号「A318」に掲げる地域移行機能強化精神入院料等の施設基準において、退院支援部署と地域移行推進室は同一でもよい。

- (2) 平成31年4月1日から当分の間、次のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

4 精神保健福祉士配置加算の施設基準

- (1) 当該病棟に、専従の常勤精神保健福祉士が1名以上配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士が1名以上配置されていること。なお、当該病棟に専従する精神保健福祉士と退院支援部署に専従する精神保健福祉士は兼任できないが、退院支援部署は、退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室と同一でもよい。

- (3) 措置入院患者、確定入院患者及び医療観察法入院患者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当該病棟の入院患者のうち7割5分以上が入院日から起算して1年以内に退院し、自宅等へ移行する。「自宅等へ移行する」とは、患者、介護老人保健施設に退院し、自宅等へ移行することである。なお、ここでいう「患者」とは、患者、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患者」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転床した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

5 届出に関する事項

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20(作業療法等の経験)を有する看護職員については、その旨を備考欄に記載すること。)、様式24の2、様式55の2及び様式55の3を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図(面積並びに談話室、食堂、面会室、浴室及び公衆電話の位置等が分かるもの。)を添付すること。

第18 削除

第19 認知症治療病棟入院料

1 認知症治療病棟入院料の施設基準等

- (1) 精神科を専務している病院である保険医療機関であること。
- (2) 同一保険医療機関内に認知症治療病棟入院料1を算定すべき病棟と認知症治療病棟入院料2を算定すべき病棟が混在することではないこと。

(3) 認知症治療病棟入院料1の施設基準

ア 当該保険医療機関内に、精神科医師及び認知症治療病棟に専従する作業療法士がそれぞれ1人以上勤務していること。

イ 当該病棟に勤務する看護職員の最小必要数の半数以上は、精神病棟に勤務した経験を有する看護職員であること。

ウ 当該病棟に勤務する看護補助者の最小必要数の半数以上は、精神病棟に勤務した経験を有する看護補助者であること。

エ 当該保険医療機関内に、専従する精神保健福祉士又は専従する公認心理師がいずれか1人以上勤務していること。

オ 当該病棟における1看護単位は、概ね40から60床までを上限とすること。

カ 当該病棟の患者1人当たりの面積は、内法による測定で、18平方メートル(管理部分を除く。)を標準とすること。ただし、平成20年3月31日時点で特殊疾患療養病棟入院料

料2を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、内法による測定で、16平方メートル(治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等)の面積を含む。)であっても、認めることとする。

キ 認知症治療病棟入院医業を行うにふさわしいデイルーム等の共有空間がある等高齢者の行動しやすさ(廊下)を有していること。

ク 認知症治療病棟入院医業を行うにふさわしい、広さ60平方メートル以上(内法による測定に基づく。)の専用の生活機能回復訓練室(平成20年3月31日時点で特殊疾患療養病棟入院料2を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、代用的に生活機能回復訓練等が行える場所(デイルーム等))を有し、当該病棟に入院している全ての患者に対して、次に掲げる生活機能回復訓練等を行うこと。

- (イ) 医師の指導監督の下で、作業療法士、看護師、精神保健福祉士の従事者により、精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的に看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行う。
- (ロ) 医師の診察に基づき心理検査の結果等を踏まえて作成した患者ごとの治療計画に基づき、看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行うとともに、定期的にその評価を行う等計画的な治療を行う。
- (ハ) 生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者1人当たり1日4時間、週5回行う。ただし、当該訓練及び指導は患者の状態に応じて行うものとし、認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法を算定した場合は、その時間を含めて差し支えない。

(4) 認知症治療病棟入院料2の施設基準
ア (3)のイからエまでを満たしている。

イ 当該保険医療機関内に、精神科医師及び認知症治療病棟に専従する作業療法士がそれぞれ1人以上勤務している。ただし、認知症患者の作業療法の経験を有する看護師が1人以上勤務する認知症治療病棟にあっては、作業療法士が週1回以上当該病棟において患者の作業療法についての評価を行う場合には、当分の間、作業療法士が1人以上勤務していることとみなす。なお、作業療法の経験を有する看護師とは、専門機関等が主催する認知症指導に関する所定の研修を修了した者である。この場合、当該看護師は当該入院料を算定する際の看護師の員数には算入しない。

ウ 当該病棟における1看護師単位は、概ね60床を上限とする。
エ 当該病棟の患者1人当たりの面積は、内法による測定で、18平方メートル(管理部分を除く。)以上とする。ただし、平成20年3月31日時点で特殊疾患療養病棟入院料2を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、内法による測定で、16平方メートル(治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等)の面積を含む。)であっても、認めることとする。

オ 認知症治療病棟入院医業を行うにふさわしい、広さ60平方メートル以上(内法による測定に基づく。)の専用の生活機能回復訓練室(平成20年3月31日時点で特殊疾患療養病棟入院料2を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、代用的に生活機能回復訓練等が行える場所(デイルーム等))を有し、当該病棟に入院している全ての患者に対して、次に掲げる生活機能回復訓練等を行うこと。

(イ) 医師の指導監督の下で、作業療法士、看護師又は精神保健福祉士の従事者により、精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的に看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行う。

(ロ) 医師の診察に基づき心理検査の結果等を踏まえて作成した患者ごとの治療計画に基づき、看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行うとともに、定期的にその評価を行う等計画的な治療を行う。

(ハ) 生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者1人当たり1日4時間、週5回行う。ただし、当該訓練及び指導は患者の状態に応じて行うものとし、認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法を算定した場合は、その時間を含めて差し支えない。

- (6) 退院調整加算の施設基準
当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従する1人の従事者(看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は公認心理師のうちいずれか1名)が勤務しており、退院支援計画の作成等の退院調整を行っていること。また、当該従事者(精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができ、区分番号「A312」に掲げる精神療養病棟入院料の「注5」等の施設基準において、退院支援部署に配置することとされている専従の従事者とみなすことができる。なお、退院支援部署と地域移行推進室は同一でも良い。

(6) 認知症夜間対応加算の施設基準
ア 認知症治療病棟入院料1、認知症治療病棟入院料2のいずれの場合も、夜勤を行う看護要員が3名以上の場合に算定できる。

イ 行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っていること。

- (イ) 行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等盛り込んだ基本指針の整備
- (ロ) 患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月1回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議の開催
- (ハ) 当該保険医療機関における精神科診療に携わる職員全てを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会の年2回程度の実施
- (ニ) (3)及び(4)の内法の規定の適用については、平成26年3月31日において、現に当該入院料の届出を行っている 保険医療機関については、当該病棟の構築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)及び(4)の内法の規定を準用するものとする。
- (ホ) 平成31年4月1日から当分の間、次のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者
2 届出に関する事項

認知症治療病棟入院料に係る施設基準の届出は、別添7の様式9、様式20及び様式56を用いることとし、当該病棟の配置図及び平面図を添付すること。また、「注3」に規定する認知症夜間対応加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9及び「特掲診療料の施設基準

準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添2の様式48を用いること。なお、認知症夜間対応加算の様式48に係る届出については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第20 特定一般病棟入院料

1 特定一般病棟入院料の施設基準等

(1) 医療提供体制の確保の状況に鑑み、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関のうち、一般病棟が1病棟で構成される病院である保険医療機関であること。

(2) 特定一般病棟入院料1の施設基準

当該病室を有する病棟において、常時13対1以上の看護配置(当該病棟における看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者数が13又はその端数を増すごとに1以上であること。)よりも手厚い看護配置であること。ただし、夜勤を行う看護職員数は、2以上であること。

(3) 特定一般病棟入院料2の施設基準

当該病室を有する病棟において、常時15対1以上の看護配置(当該病棟における看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者数が15又はその端数を増すごとに1以上であること。)よりも手厚い看護配置であること。ただし、夜勤を行う看護職員数は、2以上であること。

(4) 一般病棟看護必要度評価加算の施設基準

注5に掲げる一般病棟看護必要度評価加算を算定する病棟は、当該加算を算定するものとして届け出た病棟に、直近3月について入院している全ての患者の状態を、別添6の別添7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票のI又はIIを用いて継続的に測定し、その結果に基づいて評価を行っていること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等(令和2年厚生労働省告示第●号)の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合(基本診療料の施設基準等(令和2年厚生労働省告示○号)第三(3)及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料に係る要件を満たす場合に限る。)は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度IIの評価に当たっては、歯科の入院患者(同一入院中に医師の診療も行う期間については除く。)は、対象から除外する。なお、重症度、医療・看護必要度I又はIIに係る評価票の記入は、院内研修を受けたものを行うものである。ただし、●に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。

(5) 特定一般病棟入院料(地域包括ケア1)の施設基準等

ア 注7に規定する地域包括ケア入院医療管理を行う病室を有する病棟において、常時15対1以上の看護配置(当該病棟における看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者数が15又はその端数を増すごとに1以上であること。)よりも手厚い看護配置であること。ただし、夜勤を行う看護職員数は、2以上であること。

イ 当該病室を有する病棟において、病室を含む病棟に、専任の常勤理学療法士、専任の

常勤作業療法士又は専任の言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤理学療法士、専任の非常勤作業療法士又は専任の非常勤言語聴覚士をそれぞれ2人以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たすこととみなすことができる。

ウ 当該 保険医療機関内に入院院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入院院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師又は専任の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専任の看護師が配置されている場合にあつては専任の社会福祉士が、専任の社会福祉士が配置されている場合にあつては専任の看護師が配置されていること。なお、当該専任の看護師又は社会福祉士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤の看護師又は社会福祉士(入院院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師又は社会福祉士に限る。)を2名組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

エ 心大血管疾患リハビリテーション科(I)、脳血管疾患等リハビリテーション科(I)、(II)若しくは(III)又は運動器リハビリテーション科(I)若しくは(II)、呼吸器リハビリテーション科(I)又はがん患者リハビリテーション科の届出を行っていること。

オ エのリハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上提供していること。なお、リハビリテーションの提供に当たっては、当該患者の入院又は入室時に測定したADL等を参考にリハビリテーションの必要性を判断し、その結果について診療録等に記載するとともに、患者又はその家族等に説明すること。

カ 当該病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。なお、平成27年3月31日までの間に、床面積について、壁芯による測定で届出が行われたものについては、平成27年4月1日以降も有効なものとして取り扱う。

キ 病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8メートル以上であることが望ましい。ただし、所定の居室がある廊下の幅は、2.7メートル以上であることが望ましい。なお、廊下の幅が1.8メートル(両側居室の場合は2.7メートル)に満たない医療機関については、全面的な改築等を行うまでの間は1.8メートル(両側居室の場合は2.7メートル)未満であっても差し支えないが、全面的な改築等の予定について年1回報告を行うこと。

ク 当該病室を含む病棟に、又は当該医療機関内における当該病室を含む病棟の近傍に患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。

ク 当該入院料を算定するものとして届け出ている病室に、直近3月において入院している全ての患者の状態について、別添6の別添7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度I又はIIに係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目(A項目)及び手術等の医学的状況の項目(C項目)を用いて測定し、その結果、当該病棟又は当該病室へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者(別添6の別添7による評価の結果、看護必要度評価票

A項目の得点が1点以上の患者又はC項目の得点が1点以上の患者をいう。)の割合が重症度、医療・看護必要度Ⅰで1割4分以上又は重症度、医療・看護必要度Ⅱで1割1分以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の(3)又は放射線治療を行った場合(基本診療料の施設基準等第十の三(3)及び④に係る要件以外の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たさず場合に限る。)は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、療科の入院患者(同一入院中に医師の診療も行う期間については除く。)は、対象から除外する。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡ」に照準して評価を行う項目は、院内研レセプト電算処理システム用コード一覧を用いて評価を行う項目は除く。)、は、院内研修を受けたものを行うものであること。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡは①及び②を用いて評価を行う場合は、入院料等の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添7の様式10を用いて届け出ること。なお、令和2年度の間の期間、令和2年度改定後の当該入院料の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。

コ 次のいずれかの基準を満たしていること。

- ① 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添1の第14の2に規定する在宅療養支援病院の届出を行っていること。
 - ② 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添1の第16の3に規定する在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の直近1年間の受入実績が3件以上(区分番号「A206」在宅患者緊急入院診療加算の1を算定したものに限る。)であること。
 - ③ 医療法第30条の4の規定に基づき軌道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。
 - ④ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。
 - ⑤ 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内又は隣接する敷地内に設置されていること。
- サ 当該病室を退院した患者に占める在宅等に退院するものが割合が7割以上であること。この場合における在宅等に退院するものとは、次の①及び②のいずれにも該当しない患者をいう。
- ① 他の保険医療機関(有床診療所入院基本料(別添2の第3の5の(1)のイ)に該当するものに限る。)を算定する病室を除く。)に転院した患者
 - ② 介護老人保健施設に入所した患者
- シ 当該病室から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次の①に掲げる数を②に掲げる数で除して算出する。
- ① 直近6か月間において、当該病室から退院した患者数(第2部「通則5」に規定す

る入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。)のうち、自宅等に退院するもの数

- ② 直近6か月間に退院した患者数(第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。)
- ス データ提出加算の届出を行っていること。また、当該基準については別添7の様式40の7を用いた届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。
- セ 当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の割合が1割5分以上であること。ただし、当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前3月において6人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟又は病室を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。
- ソ 自宅等から入室した患者の占める割合は、直近3か月間に自宅等から入室した患者を直近3か月間に当該病棟に入室した患者の数で除して算出するものであること。
- タ 当該病室において自宅等からの緊急入院患者の受入数が直近3か月間で6人以上であること。自宅等からの緊急入院患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者で、かつ、予定された入院以外の患者のことをいう。
- チ 次に掲げる項目のうち少なくとも2つを満たしていること。

- ① 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定回数が直近3か月間で30回以上であること。
 - ② 当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数(直近3か月間で60回以上)であること。
 - ③ 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数(直近3か月間で300回以上)であること。
 - ④ 当該保険医療機関において区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数(直近3か月間で30回以上)であること。
 - ⑤ 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、介護保険法第8条第2項に規定する訪問介護、同条4項に規定する訪問看護、同条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同法第8条の2第3項に規定する介護予防訪問看護又は同条第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
 - ⑥ 当該保険医療機関において区分番号「B005」退院時共同指導料2の算定回数(直近3か月間で6回以上)であること。
- ツ 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。
- テ 許可病床280床未満の保険医療機関であること。
- (6) 特定一般病棟入院料(地域包括ケア2)の施設基準等(5)のアからの基準を満たしていること。

(9) 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従する1人の従事者(看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は公認心理師のうちいずれか1名)が配置されていること。退院支援部署と精神科地域移行実施加算の地域移行推進室は同一でもよい。当該専従の従事者は、区分番号「A312」に掲げる精神障害者病棟入院料の「注5」等の施設基準において、退院支援部署に専従することとされている専従の従事者とみなすことができる。また、退院支援部署に専従する従事者が精神保健福祉士の場合には、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができる。

(10) 当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者(以下「退院支援相談員」という)を、当該病棟に入院した患者1人につき1人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。なお、退院支援相談員は、次のいずれかの人であること。

ア 精神保健福祉士(当該病棟専従の者でも可)

イ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を3年以上有する者

(11) 1人の退院支援相談員が同時に担当する患者の数は20以下であること。また、退院支援相談員が担当する患者の一覧を作成していること。

(12) 退院支援相談員の担当する当該病棟の入院患者について退院に向けた支援を推進するための委員会(「退院支援委員会」という)を設置していること。

(13) 当該病棟の病床数は、1看護単位当たり60床以下であること。

(14) 届出時点で、次のいずれかの要件も満たしていること。

ア 届出前月に、以下の(イ)又は(ロ)いずれか小さい値を(ハ)で除して算出される数値が0.85以上であること。なお、届出に先立ち精神病床の許可病床数を減少させることにより0.85以上としても差し支えないこと。

(イ) 届出前月の当該保険医療機関全体の精神病床における平均入院患者数

(ロ) 届出前1年間の当該保険医療機関全体の精神病床における平均入院患者数

(ハ) 届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数

イ 以下の式で算出される数値が2.4%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患者、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患者」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転床した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入院した場合を除いたものをいう。

当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の1か月当たりの平均(届出の前月までの3か月間における平均)÷当該病棟の届出病床数×100(%)

(15) 算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が2.4%以上であること。

当該保険医療機関に1年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の1か月当たりの平均(地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均)÷当該病棟の届出病床数×100(%)

(16) 算定開始以降、1年ごとに1回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。

(7) 特定一般病棟入院料(地域包括ケア3)の施設基準等
(5)のガ、サ及びジを除く全ての基準を満たしていること。
(8) 特定一般病棟入院料(地域包括ケア4)の施設基準等
(5)のアからオ、キからコ及びスの基準を満たしていること。

2 届出に関する事項

(1) 特定一般病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9及び様式57の2を用いること。

(2) 注5に規定する一般病棟看護必要度評価加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式10を用いること。

(3) 注7又は注9に規定する地域包括ケアに係る病室の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式10、様式20、様式50から様式50の3までを用いること。

(4) 当該病棟に90日を超えて入院する患者について、療養病棟入院料1の例により算定を行う病棟については、別添7の様式57の3により地方厚生(支)局長に届け出ること。

第21 地域移行機能強化病棟入院料

1 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等

(1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。

(2) 当該保険医療機関に医療法施行規則第19条第1項第1号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

(3) 当該病棟に精神科医師である常勤の専任医師及び非常勤の専任作業療法士又は作業療法の経験を有する常勤の看護職員が配置されていること。なお、作業療法の経験を有する看護職員とは、専門機関等が主催する作業療法又は生活技能訓練に関する所定の研修を修了したものであること。

(4) 当該病棟における専任の精神科医師は他の病棟に配置される医師と兼任はできない。また、当該医師の専任の業務及び他病棟の入院患者の診療業務への従事は週2日以内とすること。

(5) 当該各病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあっては看護要員、作業療法士及び精神保健福祉士が常時2人以上配置されており、そのうち1名以上は看護職員であること。

(6) 当該保険医療機関において、看護要員の病棟勤務時間を算出する際には、当該保険医療機関内及び当該保険医療機関外で、退院支援業務に従事している時間を含めることができること。従事している時間には、1名以上の専任の常勤精神保健福祉士及び1名以上の専任の常勤精神保健福祉士が常時2人以上配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者数が40を超える場合には、1名以上の専任の常勤精神保健福祉士及び1名以上の専任の常勤精神保健福祉士が常時2人以上配置されていること。

(7) 当該保険医療機関に常勤の公認心理師が配置されていること。

(8) 当該病棟に1名以上の専任の常勤精神保健福祉士及び1名以上の専任の常勤精神保健福祉士(入院患者数が40を超える場合は2名以上)が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者数が40を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、1名以上の専任の常勤精神保健福祉士及び1名以上の専任の常勤精神保健福祉士と、1名以上の専任の常勤社会福祉士が配置されていなければならないこと。

- 一 等や精神科救急医療体制整備事業の常時対応型又は輪番型の外来対応施設等)で
の外来診療又は救急医療機関への診療協力(外来、当直又は対応)を年6回以上行
うこと。(いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。)
- (ロ) 精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務(措置診察等)につい
て、都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年1回以上行うこと。具体的には、
都道府県に連絡などを要し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画
し、①から⑥までのいずれかかの診察又は業務を年1回以上行うこと。
- ① 措置入院及び緊急措置入院時の診察
② 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察
③ 精神医療審査会における業務
④ 精神科病院への立入検査での診察
⑤ その他都道府県の依頼による公務員としての業務
- 3 届出に関する事項
地域移行機能強化病棟入院料に係る届出は、別添7の様式9、様式20(作業療法等の総額
を有する看護職員及び専任の社会福祉士(身体合併症等を有する患者の退院支援業務のため
に1名以上の専任の常勤精神保健福祉士及び1名以上の専任の常勤保健福祉士に加えて配置
する場合に限る。))については、その旨を備考欄に記載すること。)及び様式57の4を用い
ること。作業療法士及び精神保健福祉士を看護配置に含める場合には、様式9の勤務実績表
において、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士を准看護師として記入すること。また、
当該届出は令和6年3月31日までに限り行うことができるものであること。
- なお、重症者加算1について、精神療養病棟入院料の重症者加算1の届出を行っている場合
は、地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算1として特に地方厚生(支)局長に対して届出
を行う必要はないこと。
- 届出前月末日時点での精神病棟の許可病床数一(当該病棟の届出病床数の30%×当該病
棟の算定年数)
(17) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げた際には、許可病床数が以下の式で算
出される数値以下であること。
届出前月末日時点での精神病棟の許可病床数一(当該病棟の届出病床数の30%×当該病
棟の算定年数÷12)
- (18) 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げた後、再度地域移行機能強化病棟入院
料を届け出る場合には、今回届出前月末日時点での精神病棟の許可病床数が、直近の届出を
取り下げた時点での精神病棟の許可病床数以下であること。
- (19) 保健所、市区町村の障害福祉担当部署、指定特定相談支援事業者及び指定一般相談支援事
業者と連携を有していること。当該保険医療機関の担当者あらかじめ指定し、その連絡
先を保健所等に文書で情報提供するとともに、保健所等の担当者の氏名及び連絡先の提供
を受けていること。
- (20) 平成31年4月1日から当分の間、次のいずれかかの要件に該当する者は、公認心理師とみ
なす。
ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者
- (21) 令和2年3月31日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟に
ついては、(14)から(17)までの規定に限り、なお従前の例による。
- 2 重症者加算1の施設基準
当該病棟を有する保険医療機関が次のいずれかの要件を満たすこと。
- (1) 精神療養病棟入院料の重症者加算1の届出を行っていること。
(2) 次のいずれかかの要件を満たすこと
- ア 精神科救急医療体制整備事業の常時対応型精神科救急医療施設、身体合併症対応施設、
地域搬送受入対応施設又は身体合併症後方搬送対応施設であること。
- イ 精神科救急医療体制整備事業の輪番対応型精神科救急医療施設又は協力施設であって、
(イ)又は(ロ)のいずれかに該当すること。
(イ) 時間外、休日又は深夜における入院件数が年4件以上であること。そのうち1件
以上は、精神科救急情報センター・精神科救急相談窓口(精神科救急医療体制整備事
業)、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むもの
とする。以下重症者加算1において同じ。)、市町村、保健所、警察、消防(救急
車)からの依頼であること。
(ロ) 時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年10件以上であること。なお、精
神科救急情報センター・精神科救急相談窓口(精神科救急医療体制整備事業)、救急
医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急
車)等からの依頼の場合には、日中の対応であっても件数に含む。
- ウ 当該保険医療機関の精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保への協力を行って
いること。具体的には(イ)又は(ロ)のいずれかに該当すること。
(イ) 時間外、休日又は深夜における外来対応施設(自治体等の夜間・休日急患センター

別添5

短期滞在手術等基本料の施設基準等

短期滞在手術等基本料に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

- 1 短期滞在手術等基本料1に関する施設基準
 - (1) 術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、当該病床は必ずしも許可病床である必要はない。
 - (2) 看護師が常時患者4人に1人の割合で回復室に勤務していること。
 - (3) 当該保険医療機関が、退院後概ね3日間の患者に対して24時間緊急対応の可能な状態にあること。又は当該保険医療機関と密接に連携しており、当該手術を受けた患者について24時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること。
 - (4) 短期滞在手術等基本料に係る手術が行われる日において、麻酔科医が勤務していること。
 - (5) 術前に患者に十分に説明し、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」における別紙様式8を参考として同意を得ること。
- 2 短期滞在手術等基本料2に関する施設基準
 - (1) 当該保険医療機関が病院にあっては、一般病棟入院基本料若しくは7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料、15対1入院基本料、18対1入院基本料又は20対1入院基本料のいずれかの基準を、有床診療所においては有床診療所入院基本料1又は4の基準を満たしていること。ただし、平成22年3月31日において現に届出を行っている有床診療所については、(2)及び(3)の施設基準を満たしている間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。
 - (2) 1の(3)及び(4)を満たしていること。
 - (3) 術前に患者に十分に説明し、短期滞在手術等基本料1の例により同意を得ること。
- 3 届出に関する事項

短期滞在手術等基本料の施設基準に係る届出は、別添7の様式S8を用いること。

○厚生労働省告示第 号
 診療報酬の算定方法 (平成二十年厚生労働省告示第五十九号) の規定に基づき、特掲診療料の施設基準等 (平成二十年厚生労働省告示第六十三号) の一部を次のように改正し、令和二年四月一日から適用する。

令和二年 月 日

厚生労働大臣 加藤 勝信

本則を次のように改める。

特掲診療料の施設基準等

第一 届出の通則

- 一 保険医療機関 (健康保険法 (大正十一年法律第七十号) 第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。) 及び保険薬局 (同号に規定する保険薬局をいう。以下同じ。) (以下「保険医療機関等」という。) は、第二から第十五までに規定する施設基準に及び、適正に届出を行わなければならないこと。
- 二 保険医療機関等は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。
- 三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十五までに規定する施設基準に適合しない場合は、当該届出又は届出の変更は無効であること。
- 四 届出については、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長 (以下「地方厚生支局長等」という。) に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生支局長又は地方厚生支局長の分室がある場合には、当該分室を経由して行うこと。

第二 施設基準の通則

- 一 地方厚生支局長等に対して当該届出を行う前六ヶ月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出 (法令の規定に基づくものに限る。) を行ったことがないこと。
- 二 地方厚生支局長等に対して当該届出を行う前六ヶ月間において届担規則及び届担規則並びに届担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等 (平成十八年厚生労働省告示第七百七号) 第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 三 地方厚生支局長等に対して当該届出を行う前六ヶ月間において、健康保険法第七十八条第一項及び高齢者の医療の確保に関する法律 (昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。) 第七十二条第一項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 四 地方厚生支局長等に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法 (平成十八年厚生労働省告示第七百四号) に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

第三 医学管理等

- 一 特定疾患療養管理料に規定する疾患
 平成二十七年総務省告示第三十五号 (統計法第二十八条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類を定める件) の「(1) 基本分類表」 (以下「分類表」という。) に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病

一の二 特定疾患療養管理料の注5に規定する施設基準

オンライン診療料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

二 特定疾患治療管理料に規定する施設基準等

- (1) ウイルス疾患指導料の注2に規定する施設基準
 イ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の医師が配置されていること。
- ロ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の看護師が配置されていること。
- ハ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な専任の薬剤師が配置されていること。
- ニ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ホ 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。

(2) 特定薬剤治療管理料 I の対象患者

別表第二の一に掲げる患者

(2) の 2 小児特定疾患カウンセリング料の対象患者

別表第二の二に掲げる患者

(2) の 3 小児科療養指導料の注6に規定する施設基準

オンライン診療料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(2) の 4 てんかん指導料の注6に規定する施設基準

オンライン診療料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(3) 難病外来指導管理料の対象疾患

難病の患者に対してする医療等に関する法律 (平成二十六年法律第五十号) 第五条第一項に規定する指定難病 (同法第七条第四項に規定する医療受給者証を交付されている患者 (同条第一項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。) に係るものに限る。) その他これに準ずる疾患

(3) の 2 難病外来指導管理料の注6に規定する施設基準

オンライン診療料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(4) 皮膚科特定疾患指導管理料(I)の対象疾患

分類表に規定する疾病のうち別表第二の四に掲げる疾病

(5) 皮膚科特定疾患指導管理料(II)の対象疾患

分類表に規定する疾病のうち別表第二の五に掲げる疾病

(6) 外来栄養食事指導料の注2に規定する基準

イ 第二章第六部注特通則第七号に規定する連携充実加算の施設基準に該当する保険医療機関であること。

- ロ 外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対する栄養食事指導を行うにつき、十分な体制が確保されていること。
- (6) 2 外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料の対象患者疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者
- (6) 3 集団栄養食事指導料に規定する特別食疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる特別食
- (6) 4 心臓ペースメーカー指導管理料の注4に規定する施設基準当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (6) 5 心臓ペースメーカー指導管理料の注5に規定する施設基準イ 心臓植込型電気デバイス^{（イ）}の管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ロ 循環器疾患の診療につき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていること。
- (7) 高度難聴指導管理料の施設基準次のいずれかに該当すること。
- イ 人工内耳植込術の施設基準を満たしていること。
- ロ 当該療養を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が耳鼻咽喉科に配置されていること。
- (7) 2 慢性維持透析患者外来医学管理料の注3に規定する腎代替療法実績加算の施設基準イ 腎代替療法を行うにつき十分な説明を行っていること。
- ロ 腎代替療法を行うにつき必要な実績を有していること。
- (8) 喘息治療管理料の注2に規定する施設基準イ 当該保険医療機関内に専任の看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が常時一人以上配置されていること。
- ロ 喘息治療管理を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。
- ハ 緊急時の入院体制が確保されていること。
- (9) 糖尿病合併症管理料の施設基準イ 当該保険医療機関内に糖尿病足病変の指導を担当する専任の常勤医師（当該指導について相応な経験を有するものに限る。）が配置されていること。
- ロ 当該保険医療機関内に糖尿病足病変の指導を担当する専任の看護師（当該指導について相応な経験を有し、かつ、当該指導に係る研修を受けたものに限る。）が配置されていること。
- (10) 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料の対象患者十五歳未満の滲出性中耳炎（疾患の反復や遷延がみられるものに限る。）の患者
- (11) がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準当該保険医療機関内に緩和ケアを担当する医師（歯科医師を担当する保険医療機関に

あっては、医師又は歯科医師）（緩和ケアに係る研修を受けたものに限る。）が配置されていること。

- (12) がん患者指導管理料の施設基準等イ がん患者指導管理料の施設基準がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ロ がん患者指導管理料の注4に規定する患者乳癌、卵巣癌又は卵管癌と診断された患者のうち、遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる患者
- (13) 外来緩和ケア管理料の施設基準等イ 外来緩和ケア管理料の注1に規定する施設基準① 緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ② 当該体制において、身体症状の緩和を担当する医師、精神症状の緩和を担当する医師、緩和ケアに関する相応の経験を有する看護師及び薬剤師が適切に配置されていること。
- ロ 外来緩和ケア管理料の注4に規定する厚生労働大臣が定める地域基本診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十二号）の別表第六の二に掲げる地域ハ 外来緩和ケア管理料の注4に規定する施設基準① 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1を除く。）を算定する病棟を有する病院（特定機能病院及び許可病床数が四百床以上の病院並びに診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を有する病院を除く。）であること。
- ② 緩和ケア診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (14) 移植後患者指導管理料の施設基準イ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ロ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤医師が配置されていること。
- ハ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤看護師（臓器移植又は造血幹細胞移植に係る研修を受けたものに限る。）が配置されていること。
- ニ 当該保険医療機関内に常勤の薬剤師が配置されていること。
- (15) 糖尿病透析予防指導管理料の施設基準等イ 糖尿病透析予防指導管理料の施設基準① 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ② 当該保険医療機関内に糖尿病に関する指導について十分な経験を有する専任の医師及び看護師又は保健師並びに管理栄養士が適切に配置されていること。
- ロ 糖尿病透析予防指導管理料の注1に規定する厚生労働大臣が定める者透析を要する状態となることを予防するために重点的な指導管理を要する患者

- 三の二 小児科外来診療料の注4に規定する小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準
- (1) 抗菌薬の適正な使用を推進するための体制が整備されていること。
 - (2) 当該保険医療機関が病院の場合には、データ提出加算2に係る届出を行っていること。
- 四 地域連携小児夜間・休日診療料の施設基準等
- (1) 地域連携小児夜間・休日診療料の施設基準
 - イ 地域連携小児夜間・休日診療料1の施設基準
 - ① 当該保険医療機関において、別の保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する保険医及び当該保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する保険医により、六歳未満の小児を夜間(2)に規定する時間をいう。)、休日又は深夜に診療することができている体制が整備されていること。
 - ② 地域医療との連携体制が確保されていること。
 - ③ 小児夜間・休日診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - ④ 小児夜間・休日診療を行うにつき十分な構造設備を有していること。
 - ⑤ 緊急時の入院体制が整備されていること。
 - ロ 地域連携小児夜間・休日診療料2の施設基準
 - ① 当該保険医療機関において、専ら小児科を担当する保険医が常時一人以上配置されていること。
 - ② 当該保険医療機関において、別の保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する保険医及び当該保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する保険医により、六歳未満の小児を二十四時間診療することができている体制が整備されていること。
 - ③ 地域医療との連携体制が確保されていること。
 - ④ 小児夜間・休日診療を行うにつき十分な構造設備を有していること。
 - ⑤ 緊急時の入院体制が整備されていること。
 - (2) 地域連携小児夜間・休日診療料に規定する時間に診療心需の態勢を解除した後、翌日に診療心需の態勢を再開するまでの時間(深夜(午後十時から午前六時までの時間をいう。以下同じ。))及び休日を除く。)
- 四の二 削除
- 四の三 地域連携夜間・休日診療料の施設基準等
- (1) 地域連携夜間・休日診療料の施設基準
 - イ 当該保険医療機関において、別の保険医療機関を主たる勤務先とする保険医及び当該保険医療機関を主たる勤務先とする保険医により、夜間(2)に規定する時間をいう。)、休日又は深夜に診療することができている体制が整備されていること。
 - ロ 地域医療との連携体制が確保されていること。
 - ハ 夜間・休日診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - ニ 夜間・休日診療を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- ハ 糖尿病透析予防指導管理料の注4に規定する厚生労働大臣が定める地域基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域糖尿病透析予防指導管理料の注4に規定する施設基準
- ① 一般病棟入院基本料(急性期一般入院料)を除く。)を算定する病棟を有する病院(特定機能病院及び許可病床数が四百床以上の病院並びに診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を有する病院を除く。)であること。
 - ② 当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ホ 糖尿病透析予防指導管理料の注5に規定する施設基準
- 当該療養を行うにつき相当の実績を有していること。
- ヘ 糖尿病透析予防指導管理料の注6に規定する施設基準
- オンライン診療料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (16) 小児運動器疾患指導管理料の基準
 - イ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する整形外科を担当する常勤の医師が配置されていること。
 - ロ 当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - (17) 乳癌炎症化予防ケア・指導料の施設基準
 - イ 当該保険医療機関内に乳癌炎に係る包括的なケア及び指導を行うにつき十分な経験を有する医師が配置されていること。
 - ロ 当該保険医療機関内に乳癌炎に係る包括的なケア及び指導を行うにつき十分な経験を有する専任の助産師が配置されていること。
 - (18) 婦人科特定疾患治療管理料の施設基準
 - イ 婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
 - ロ 当該保険医療機関内に婦人科疾患の診療を行うにつき十分な経験を有する医師が配置されていること。
 - (19) 腎代替療法指導管理料の施設基準等
 - イ 腎代替療法指導管理料の施設基準
 - ① 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
 - ② 当該療養を行うにつき必要な実績を有していること。
 - ③ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する腎臓内科を担当する常勤の医師が配置されていること。
 - ④ 当該保険医療機関内に腎臓病に関する指導について十分な経験を有する看護師が適切に配置されていること。
 - ロ 腎代替療法指導管理料の対象患者
 - ① 腎代替療法指導管理料を要する慢性腎臓病の患者
 - ② 急速に腎機能が低下しており、腎代替療法の指導管理を要する患者
- 三 小児科外来診療料の注2に規定する厚生労働大臣が定める薬剤パブリスマズ

- ホ 緊急時の入院体制が整備されていること。
- (2) 地域連携夜間・休日診療料に規定する時間
当該地域において一般の保険医療機関がおおむね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間(深夜及び休日を除く。)
- 四の四 院内トリアージ実施料の施設基準等
- (1) 院内トリアージ実施料の施設基準
イ 院内トリアージを行うにつき十分な体制が整備されていること。
ロ 院内トリアージの実施基準を定め、当該保険医療機関の見やすい場所に提示していること。
- (2) 院内トリアージ実施料に規定する時間
当該地域において一般の保険医療機関がおおむね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間(深夜及び休日を除く。)
- 四の五 夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準等
- (1) 夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準
イ 休日及び夜間における救急医療の確保のための診療を行っていること。
ロ 夜間休日救急搬送医学管理料の注3に規定する救急搬送看護体制加算1の施設基準
イ 救急搬送について、十分な実績を有していること。
ロ 救急患者の受入れを担当する専任の看護師が複数配置されていること。
- (3) 夜間休日救急搬送医学管理料の注3に規定する救急搬送看護体制加算2の施設基準
イ 救急搬送について、相当の実績を有していること。
ロ 救急患者の受入れを担当する専任の看護師が配置されていること。
- 四の六 外来リハビリテーション診療料の施設基準
(1) 理学療法士、作業療法士等が適切に配置されていること。
(2) リハビリテーションを適切に実施するための十分な体制が確保されていること。
- 四の七 外来放射線照射診療料の施設基準
(1) 放射線治療を行うにつき必要な医師、看護師及び診療放射線技師等が適切に配置されていること。
(2) 緊急時における放射線治療を担当する医師との連絡体制等が放射線治療を適切に実施するための十分な体制が確保されていること。
- 四の八 地域包括診療料の施設基準
(1) 地域包括診療料1の施設基準
イ 当該保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち二以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ロ 往診又は訪問診療を行っている患者のうち、継続的に外来診療を行っている患者が一定数いること。
- ハ 地域包括診療料加算の届出を行っていること。
(2) 地域包括診療料2の施設基準

- (1) のイ及びひを満たすものであること。
- (3) 地域包括診療料の注4に規定する施設基準
オンライン診療料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 四の八の二 認知症地域包括診療料の施設基準
(1) 認知症地域包括診療料1の施設基準
地域包括診療料1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
(2) 認知症地域包括診療料2の施設基準
地域包括診療料2に係る届出を行っている保険医療機関であること。
(3) 認知症地域包括診療料の注4に規定する施設基準
オンライン診療料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 四の八の三 小児かかりつけ診療料の施設基準等
当該保険医療機関において、小児の患者のかかりつけ医として療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (2) 小児かかりつけ診療料の注4に規定する小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準
抗菌薬の適正な使用を推進するための体制が整備されていること。
- 四の九 生活習慣病管理料の注4に規定する施設基準
オンライン診療料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 五 ニコチン依存症管理料の施設基準等
(1) ニコチン依存症管理料の施設基準
イ ニコチン依存症管理を適切に実施できた患者のうち喫煙を止めたものの割合等を地方厚生局長等に報告していること。
ロ ニコチン依存症管理料を算定した患者のうち喫煙を止めたものの割合等を地方厚生局長等に報告していること。
- (2) ニコチン依存症管理料の注1に規定する基準
当該保険医療機関における過去一年間のニコチン依存症管理料の平均継続回数が二回以上であること。ただし、過去一年間にニコチン依存症管理料の算定の実績を有しない場合は、この限りでない。
- 五の一の二 療養・就労面立支援指導料の施設基準等
(1) 療養・就労面立支援指導料の注1に規定する疾患
別表第三の一の二に掲げる疾患
(2) 療養・就労面立支援指導料の注3に規定する相談支援加算の施設基準
患者の療養と療養に係る支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 五の二 開放型病院共同指導料(1)の施設基準
(1) 病院であること。
(2) 当該病院が当該病院の存する地域の全ての医師又は歯科医師の利用のために開放されていること。
(3) (2)の目的のための専用の病床が適切に備えられていること。
- 六 在宅療養支援診療所の施設基準

次のいずれかに該当するものであること。

- (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。
 - イ 保険医療機関である診療師が三名以上配置されていること。
 - ロ 在宅医療を担当する常勤の医師が三名以上配置されていること。
 - ハ 当該診療所において、二十四時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患者に提供していること。
 - ニ 当該診療所において、患者の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書に提供していること。
 - ホ 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、患者の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者、担当日等を文書により患者に提供していること。
 - ヘ 有床診療所においては当該診療所において、無床診療所においては別の保険医療機関との連携により、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病室を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。
 - ト 連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、その療養等に必要となる情報を文書で当該保険医療機関又は訪問看護ステーションに提供できていること。
 - チ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - リ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
 - ヌ 定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。
 - ル 緊急の往診及び在宅における看取り等について、相当の実績を有していること。
 - ヲ 主として往診又は訪問診療を実施する診療所にあつては、次のいずれにも該当するものであること。
 - ① 他の保険医療機関から文書による紹介を受けた患者の訪問診療について、相当の実績を有していること。
 - ② 看取り等について、十分な実績を有していること。
 - ③ 施設入居者等以外の患者の診療及び重症の患者の診療について、相当の実績を有していること。
- (2) 他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては二百八十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している保険医療機関である診療所であつて、次のいずれの基準にも該当するものであること。
 - イ 当該診療所及び当該連携体制を構成する他の保険医療機関において、在宅医療を担当する常勤の医師が合わせて三名以上配置されていること。
 - ロ 当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、二十四時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患者に提供していること。

こと。

- ハ 当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、患者の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
 - ニ 当該診療所において、又は当該連携体制を構成する他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、患者の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者、担当日等を文書により患者に提供していること。
 - ホ 当該診療所又は当該連携体制を構成する他の保険医療機関において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病室を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。ただし、当該診療所及び当該連携体制を構成する他の保険医療機関のいずれも病室を有しない場合には、別の保険医療機関との連携により、必要な緊急時の病床の確保及び地方厚生局長等への届出を行っていること。
 - ヘ 連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、その療養等に必要となる情報を文書で当該保険医療機関又は訪問看護ステーションに提供できていること。
 - ト 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - チ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
 - リ 定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。
 - ヌ 緊急の往診及び在宅における看取り等について、当該連携体制を構成する他の保険医療機関と合わせて、相当の実績を有していること。
 - ル 主として往診又は訪問診療を実施する診療所にあつては、次のいずれにも該当するものであること。
 - ① 他の保険医療機関から文書による紹介を受けた患者の訪問診療について、相当の実績を有していること。
 - ② 看取り等について、十分な実績を有していること。
 - ③ 施設入居者等以外の患者の診療及び重症の患者の診療について、相当の実績を有していること。
- (3) 次のいずれにも該当するものであること。
 - イ 保険医療機関である診療所であること。
 - ロ 当該診療所において、二十四時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患者に提供していること。
 - ハ 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患者の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
 - ニ 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連

携により、患者の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。

ホ 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。

ヘ 連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、その療養等に必要情報を文書で当該保険医療機関又は訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。

ト 患者に関する診療記録を行うにつき必要な体制が整備されていること。

チ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

リ 定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。

ス 主として往診又は訪問診療を実施する診療所にあつては、次のいずれにも該当するものであること。

- ① 他の保険医療機関から文書による紹介を受けた患者の訪問診療について、相当の実績を有していること。
- ② 看取り等について、十分な実績を有していること。
- ③ 施設入居者等以外の患者の診療及び重症の患者の診療について、相当の実績を有していること。

六の二 退院時共同指導料 1 及び退院時共同指導料 2 を二回算定できる疾病等の患者

別表第三の一の三に掲げる患者

六の二の二 退院時共同指導料 1 の注 2 に規定する別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にある患者

別表第八に掲げる者

六の二の三 かかりつけ歯科機能強化型歯科診療所の施設基準

- (1) 保険医療機関である歯科診療所であること。
- (2) 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ一名以上配置されていること。
- (3) 歯科疾患の重症化予防に関する継続的な管理の実績があること。
- (4) 歯科訪問診療料の算定又は在宅療養支援歯科診療所 1 若しくは在宅療養支援歯科診療所 2 との連携の実績があること。
- (5) 歯科疾患の継続管理等に係る適切な研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。
- (6) 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (7) 当該地域において、保険医療機関、介護・福祉施設等と連携していること。
- (8) 医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。

六の二の四 歯科疾患管理料の注 111 に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料

の施設基準

(1) 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理する体制が整備されていること。

(2) 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師が一名以上かつ歯科衛生士若しくは看護師が一名以上配置されていること。

(3) 当該患者の全身状態の管理を行うにつき十分な装置・器具を有していること。

(4) 緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との連携体制（病院である歯科併設の保険医療機関（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関をいう。以下同じ。）にあつては、当該保険医療機関の歯科診療科との連携体制）が確保されていること。

六の三 在宅療養支援歯科診療所の施設基準

(1) 在宅療養支援歯科診療所 1 の施設基準

イ 保険医療機関である歯科診療所であつて、歯科訪問診療 1 又は歯科訪問診療 2 を算定していること。

ロ 高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。

ハ 歯科衛生士が一名以上配置されていること。

ニ 当該保険医療機関が歯科訪問診療を行う患者に対し、患者の求めに応じて、迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保し、歯科訪問診療を担う担当歯科医の氏名、診療可能日等を、文書により患者に提供していること。

ホ 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

ヘ 定期的に、在宅患者等の口腔機能管理を行っている患者数等を地方厚生局長等に報告していること。

ト 当該地域において、保険医療機関、介護・福祉施設等との十分な連携の実績があること。

チ 主として歯科訪問診療を実施する診療所にあつては、次のいずれにも該当するものであること。

- ① 当該診療所で行われる歯科訪問診療の患者のうち、六割以上が歯科訪問診療 1 を実施していること。
- ② 在宅歯科医師を担当する常勤の歯科医師が配置されていること。
- ③ 直近一年間に五つ以上の病院又は診療所から、文書による紹介を受けて歯科訪問診療を開始した実績があること。
- ④ 在宅歯科医師を行うにつき十分な機器を有していること。
- ⑤ 歯科訪問診療における処置等の実施について相当の実績を有すること。

(2) 在宅療養支援歯科診療所 2 の施設基準

イ (1)のイからハまで及びギに該当するものであること。

ロ 当該地域において、保険医療機関、介護・福祉施設等との必要な連携の実績がある

一 テル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの。

九の七の二 ハイリスク妊産婦連携指導料1及びハイリスク妊産婦連携指導料2の施設基準
精神疾患を有する妊産婦の診療について、十分な実績を有していること。

九の七の三 遠隔連携診療料の施設基準等

(1) 遠隔連携診療料の施設基準
情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 遠隔連携診療料の対象患者

イ 難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の疑いがある患者

ロ てんかん（外傷性のてんかんを含む。）の疑いがある患者

九の八 退院後訪問指導料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

(1) 別表第八に掲げる状態の患者

(2) 認知症又は認知症の症状を有し、日常生活を送る上で介助が必要な状態の患者

十 薬剤管理指導料の施設基準等

(1) 薬剤管理指導料の施設基準

イ 当該保険医療機関内に薬剤管理指導を行うにつき必要な薬剤師が配置されていること。

ロ 薬剤管理指導を行うにつき必要な医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有していること。

ハ 入院中の患者に対し、患者ごとに適切な薬学的管理（副作用に関する状況の把握を含む。）を行い、薬剤師による服薬指導を行っていること。

(2) 薬剤管理指導料の対象患者

別表第三の三に掲げる医薬品が投薬又は注射されている患者

十の二 診療情報提供料(1)の地域連携診療計画加算の施設基準

連携する保険医療機関等とあらかじめ地域連携診療計画を共有しており、診療情報を含めて評価等を行うための機会を定期的に設けていること。

十の二の三 診療情報提供料(1)の検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料の施設基準

(1) 他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受が可能でネットワークを構築していること。

(2) 他の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること。

十の四 診療情報提供料(III)の施設基準等

(1) 診療情報提供料(III)の注1に規定する施設基準

当該保険医療機関の敷地内において取扱いが禁止されていること。

(2) 診療情報提供料(III)の注1に規定する他の保険医療機関の基準

次のいずれかに係る届出を行っていること。

こと。

七から八の二まで 削除

九 ハイリスク妊産婦共同管理料(1)及びハイリスク妊産婦共同管理料(II)の施設基準等

(1) ハイリスク妊産婦共同管理料(1)及びハイリスク妊産婦共同管理料(II)の施設基準

イ 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。

ロ ハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関の名称等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(2) ハイリスク妊産婦共同管理料(1)に規定する状態にある患者

保険診療の対象となる合併症を有している妊婦又は妊産婦であって、別表第三の二に掲げるもの

九の二 がん治療連携計画策定料の施設基準

(1) がん診療の拠点となる病院又はそれに準じる病院であること。

(2) 当該地域において当該病院からの退院後の治療を担う複数の保険医療機関を記載した地域連携診療計画をあらかじめ作成し、地方厚生局長等に届け出ていること。

九の三 がん治療連携指導料の施設基準

(1) 地域連携診療計画において連携する保険医療機関として定められている保険医療機関であって、当該地域連携診療計画をがん治療連携計画策定料を算定する病院と共有するとともに、あらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。

(2) がん治療連携計画策定料を算定する病院の紹介を受けて、当該地域連携診療計画の対象となる患者に対して、当該地域連携診療計画に基づいた治療を行うことができる体制が整備されていること。

九の四 がん治療連携管理料の施設基準

がん診療の拠点となる病院であること。

九の四の二 外来がん患者在宅連携指導料の施設基準

外来緩和ケア管理料又は外来化学療法加算2の施設基準を満たしていること。

九の五 認知症専門診断管理料の施設基準

(1) 認知症に関する専門の保険医療機関であること。

(2) 当該保険医療機関内に認知症に係る診療を行うにつき十分な経験を有する専任の医師が配置されていること。

九の六 肝炎インターフェロン治療計画料の施設基準

(1) 肝疾患に関する専門の保険医療機関であること。

(2) 当該保険医療機関内に肝炎インターフェロン治療を行うにつき十分な経験を有する専任の医師が配置されていること。

九の七 外来排尿自立指導料の施設基準等

(1) 外来排尿自立指導料の施設基準

排尿に関するケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 外来排尿自立指導料の対象患者

当該保険医療機関の入院中に排尿自立支援加算を算定していた患者のうち、尿道カテ

- イ 区分番号A0001の注12に規定する地域包括診療加算
 - ロ 区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
 - ハ 区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料
 - ニ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所(医科点数表の区分番号B004)に掲げる退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。以下同じ。)又は在宅療養支援病院(区分番号C000に掲げる往診料の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。以下同じ。)に限る。)
 - ホ 区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)
 - (3) 診療情報提供料(Ⅲ)の注1に規定する厚生労働大臣が定める患者妊娠中の者であって、他の保険医療機関から紹介された患者
 - (4) 診療情報提供料(Ⅲ)の注2に規定する施設基準
 - イ 当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。
 - ロ 次のいずれかに係る届出を行っていること。
 - ① 区分番号A001の注12に規定する地域包括診療加算
 - ② 区分番号B001-2-9に掲げる地域包括診療料
 - ③ 区分番号B001-2-11に掲げる小児かかりつけ診療料
 - ④ 区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)
 - ⑤ 区分番号C002-2に掲げる施設入居時等医学総合管理料(在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。)
 - (5) 診療情報提供料(Ⅲ)の注3に規定する施設基準(歯科点数表においては注2)

当該保険医療機関内に妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 十の二 医療機安全管理料の施設基準
- (1) 臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合の施設基準
 - イ 当該保険医療機関内に生命維持管理装置等の医療機器の管理及び保守点検を行う常勤の臨床工学技士が一名以上配置されていること。
 - ロ 生命維持管理装置等の医療機器の安全管理につき十分な体制が整備されていること。
 - (2) 放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合の施設基準
 - イ 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師(放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。)が一名以上配置されていること。
 - ロ 当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - ハ 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
- 十の三 精神科退院時共同指導料の施設基準
- 精神科退院時共同指導料を行うにつき十分な体制が整備されていること。

- 十一 歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患分類表に規定する疾病のうち別表第四に掲げる疾病
 - 第四 在宅医療
 - 一 在宅療養支援病棟の施設基準
 - (1) 次のいずれの基準にも該当するものであること。
 - イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床(基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床)未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内診療所が存在しないものであること。
 - ロ 在宅医療を担当する常勤の医師が三名以上配置されていること。
 - ハ 当該病院において、二十四時間連絡を受ける担当者あらかじめ指定し、その連絡先を文書で患者に提供していること。
 - ニ 当該病院において、患者の求めに応じ、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
 - ホ 往診担当医は、当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること。
 - ヘ 当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、患者の求めに応じ、当該病院の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
 - ト 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。
 - チ 訪問看護ステーションと連携する場合には、当該訪問看護ステーションが緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、その療養等に必要の情報や文書を当該訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。
 - リ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - ヌ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
 - ル 定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。
 - ヲ 緊急の往診及び在宅における看取り等について、相当の実績を有していること。
 - (2) 他の保険医療機関(診療所又は許可病床数が二百床(基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床)未満の病院に限る。)と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している病院であって、次のいずれの基準にも該当するものであること。
 - イ 保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床(基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床)未満のものであること。
 - ロ 当該病院及び当該連携体制を構成する他の保険医療機関において、在宅医療を担当する常勤の医師が合わせて三名以上配置されていること。

- ハ 当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、二十四時間連絡を受け、担当者あらかじめ指定し、その連絡先を文書で患者に提供していること。
- ニ 当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、患者の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
- ホ 往診担当医は、当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること。
- ヘ 当該病院において、又は当該連携体制を構成する他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、患者の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
- ト 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。
- チ 連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、その療養等に必要となる情報を文書で当該保険医療機関又は訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。
- リ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ス 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスの連携調整を担当する者と連携していること。
- ル 定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。
- ヲ 緊急の往診及び在宅における看取り等について、当該連携体制を構成する他の保険医療機関と合わせて、相当の実績を有していること。
- イ 保険医療機関である病院であつて、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては二百八十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。
- ロ 当該病院において、二十四時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患者に提供していること。
- ハ 当該病院において、患者の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
- ニ 往診担当医は、当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること。
- ホ 当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、患者の求めに応じた、当該病院の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
- ヘ 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。
- ト 訪問看護ステーションと連携する場合にあつては、当該訪問看護ステーションが緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、その療養等に必要となる

- 情報を文書で当該訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。
- チ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- リ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスの連携調整を担当する者と連携していること。
- ス 定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。
- 一の二 往診料、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料並びに在宅がん医療総合診療料に規定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であつて別に厚生労働大臣が定めるもの
- 第三の六(Ⅰ)及び(Ⅱ)に該当する在宅療養支援診療所及び第四の一(Ⅰ)及び(Ⅱ)に該当する在宅療養支援病院
- 一の三 往診料に規定する時間
- 保険医療機関において専ら診療に従事している一部の時間
- 一の四 往診料、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料の注7及び注12、施設入居時等医学総合管理料の注3並びに在宅がん医療総合診療料に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準等
- (1) 在宅緩和ケアホスピス診療所・病院加算の施設基準
- 在宅緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。
- (2) 在宅療養実績加算1の施設基準
- 緊急の往診及び在宅における看取りについて、相当の実績を有していること。
- (3) 在宅療養実績加算2の施設基準
- 緊急の往診及び在宅における看取りについて、相当の実績を有していること。
- イ 緊急の往診及び在宅における看取りについて、相当の実績を有していること。
- ロ 当該保険医療機関内に在宅医療を担当する医師であつて、緩和ケアに関する適切な研修を受けたものが配置されていること。
- 一の五 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)に規定する疾病等別表第七に掲げる疾病等
- 一の六 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等
- (1) 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準
- イ 当該保険医療機関内に在宅医療の調整担当者有一名以上配置されていること。
- ロ 患者に対して医療を提供できる体制が継続的に確保されていること。
- (2) 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者
- 別表第八の二に掲げる患者
- (3) 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する診療に係る費用診療報酬の算定方法別表第一「医科診療報酬点数表(以下「医科点数表」という。)
- 第二章第一部医学管理等、第二節在宅医療及び第九節処置に掲げる診療に係る費用のうち次に掲げるもの
- イ 区分番号B0000に掲げる特定疾患療養管理料

- ロ 区分番号B001の4に掲げる小児特定疾患カウンセリング料
- ハ 区分番号B001の5に掲げる小児科薬療指導料
- ニ 区分番号B001の6に掲げるかん指導料
- ホ 区分番号B001の7に掲げる難病外来指導管理料
- ヘ 区分番号B001の8に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料
- ト 区分番号B001の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料
- チ 区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料
- リ 区分番号B001-3に掲げる生活習慣病管理料
- ス 区分番号C007の注3に掲げる衛生材料等提供加算
- ル 区分番号C109に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料
- ヲ 区分番号1012-2の注3に掲げる衛生材料等提供加算
- ワ 区分番号J000に掲げる創傷処置
- カ 区分番号J001-7に掲げる爪甲除去
- ヨ 区分番号J001-8に掲げる癬刺排膿後薬液注入
- タ 区分番号J018に掲げる喀痰吸引
- レ 区分番号J018-3に掲げる干渉低周波去痰器による喀痰排出
- エ 区分番号J043-3に掲げるストーマ処置
- ツ 区分番号J053に掲げる皮膚科軟膏処置
- ネ 区分番号J060に掲げる膀胱洗浄
- ナ 区分番号J060-2に掲げる後部尿道洗浄(ウルツマン)
- ラ 区分番号J064に掲げる留置カテーテル設置
- ム 区分番号J064に掲げる導尿(尿道拡張を要するもの)
- ウ 区分番号J118に掲げる介達牽引
- キ 区分番号J118-2に掲げる矯正固定
- ノ 区分番号J118-3に掲げる変形機械矯正術
- オ 区分番号J119に掲げる消炎鎮痛等処置
- ク 区分番号J119-2に掲げる腰部又は胸部固定帯固定
- ヤ 区分番号J119-3に掲げる低出力レーザー照射
- マ 区分番号J119-4に掲げる肛門処置
- ケ 区分番号J120に掲げる鼻腔栄養
- (4) 頻回訪問加算に規定する状態等にある患者
別表第三の一の三に掲げる者
- (5) 在宅時医学総合管理料の注8(施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により運用する場合を含む。)に規定する基準
保険医療機関であって、主として往診又は訪問診療を実施する診療所以外の診療所であるものとして、地方厚生局長等に出したものであること。
- (6) 在宅時医学総合管理料の注10(施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により運用する場合を含む。)に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

- 別表第八の三に掲げる患者
- (7) 在宅時医学総合管理料の注11及び施設入居時等医学総合管理料の注4に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者
別表第八の四に掲げる患者
一の六の二 オンライン在宅管理料の施設基準等
オンライン診療料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (1) オンライン在宅管理料の施設基準
- (2) 厚生労働大臣が定める患者
在宅時医学総合管理料を算定している患者であって、当該管理料の所定点数を算定すべき医学管理を最初に行った月から三月を経過しているもの。
- 一の七 歯科訪問診療料の注7に規定する時間
保険医療機関において専ら診療に従事している一部の時間
- 一の八 歯科訪問診療料の注13に規定する基準
歯科医療を担当する保険医療機関であって、主として歯科訪問診療を実施する診療所以外の診療所であるものとして、地方厚生局長等に出したものであること。
- 二 在宅がん医療総合診療料の施設基準
(1) 在宅がん医療を提供するにつき必要な体制が整備されていること。
(2) 緊急時の入院体前が整備されていること。
- 三 削除
- 四 在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の施設基準等
(1) 在宅患者訪問看護・指導料の注1及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注1に規定する疾病等
イ 別表第七に掲げる疾病等
ロ 別表第八に掲げる状態等
(2) 在宅患者訪問看護・指導料の注2及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注2に規定する施設基準
セリケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が配置されていること。
(3) 在宅患者訪問看護・指導料の注5(同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定により運用する場合を含む。)に規定する長時間の訪問を要する者及び厚生労働大臣が定める者
イ 長時間の訪問を要する者
① 十五歳未満の小児であって、超重症児(者)入院診療加算・超超重症児(者)入院診療加算の注1に規定する超重症の状態又は超重症児(者)入院診療加算・超超重症児(者)入院診療加算の注2に規定する超超重症の状態にあるもの
② 別表第八に掲げる者
③ 医師が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めた者

- 四の三の三 在宅患者訪問看護・指導料の注14 (同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定により運用する場合を含む。)に規定する厚生労働大臣が定める地域
- (1) 離島振興法 (昭和二十八法律七十二号) 第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
 - (2) 奄美群島振興開発特別措置法 (昭和二十九法律第八十九号) 第一条に規定する奄美群島の地域
 - (3) 山村振興法 (昭和四十年法律第六十四号) 第七條第一項の規定により振興山村として指定された山村の地域
 - (4) 小笠原諸島振興開発特別措置法 (昭和四十四年法律第七十九号) 第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域
 - (5) 過疎地域自立促進特別措置法 (平成十二年法律第十五号) 第二条第一項に規定する過疎地域
 - (6) 沖縄振興特別措置法 (平成十四年法律第十四号) 第三条第三号に規定する離島
- 四の三の四 在宅患者訪問看護・指導料の注15 (同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定により運用する場合を含む。)に規定する訪問看護・指導体制を有していること。
- 四の四 介護職員等略称吸引等指示料に規定する別に厚生労働大臣が定める者
- (1) 介護保険法 (平成九年法律第二十三号) 第四十二條第一項第二号及び第三号の規定による特別居宅介護サービス費の支給に係る同法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第三項に規定する訪問入浴介護、同条第七項に規定する通所介護、同条第九項に規定する短期入所生活介護 (医師が置かれていない場合に限る。)又は同条第十一項に規定する特定施設入居者生活介護を行う者
 - (2) 介護保険法第四十二条の三第一項第二号の規定による特別地域密着型介護サービス費の支給に係る地域密着型サービス (地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を除く。)を行う者
 - (3) 介護保険法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者 (同法第八条の二第二項に規定する介護予防訪問入浴介護又は同条第九項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護 (以下「介護予防訪問入浴介護等」という。))に係る指定を受けている者に限る。)
 - (4) 介護保険法第五十四條第一項第二号及び第三号の規定による特別介護予防サービス費の支給に係る介護予防訪問入浴介護等又は同法第八条の二第七項に規定する介護予防短期入所生活介護 (医師が置かれていない場合に限る。)を行う者
 - (5) 介護保険法第五十四條の二第一項に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者
 - (6) 介護保険法第五十四條の三第一項第二号の規定による特別地域密着型介護予防サービス費の支給に係る地域密着型介護予防サービスを行う者
 - (7) 介護保険法第百十五條の四十五第一項第一号イに規定する第一号訪問事業若しくは同号ロに規定する第一号通所事業を行う者
 - (8) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づき指定障害福祉

- ロ 厚生労働大臣が定める者
- ① 十五歳未満の小児であつて、超重症児 (者) 入院診療加算・準超重症児 (者) 入院診療加算・準超重症児 (者) の注1に規定する超重症の状態又は超重症児 (者) 入院診療加算・準超重症児 (者) の注2に規定する準超重症の状態にあるもの
 - ② 十五歳未満の小児であつて、別表第八に掲げる者
- (4) 在宅患者訪問看護・指導料の注11 (同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定により運用する場合を含む。)に規定する状態等にある患者
別表第八に掲げる者
 - (5) 在宅患者訪問看護・指導料の注11 (同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定により運用する場合を含む。)に規定する状態等にある患者のうち重症度等の高いもの
別表第八第一号に掲げる者
- 四の二 在宅患者訪問看護・指導料の注7及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注4に規定する複数名訪問看護・指導加算に係る厚生労働大臣が定める者及び厚生労働大臣が定める場合
- (1) 厚生労働大臣が定める者
 - 一人の保健師、助産師、看護師又は准看護師 (以下「看護師等」という。)による訪問看護・指導が困難な者であつて、次のいずれかに該当するもの
 - イ 別表第七に掲げる疾病等の患者
 - ロ 別表第八に掲げる者
 - ハ 医師が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めた患者
 - ニ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる患者
 - ホ 患者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護・指導が困難と認められる者 (看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合に限る。)
 - ヘ その他患者の状況等から判断して、イからホまでのいずれかに準ずると認められる者 (看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合に限る。)
 - (2) 厚生労働大臣が定める場合
 - イ 別表第七に掲げる疾病等の患者に対して訪問看護・指導を行う場合
 - ロ 別表第八に掲げる者に対して訪問看護・指導を行う場合
 - ハ 医師が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めた患者に対して訪問看護・指導を行う場合
- 四の三 在宅患者訪問看護・指導料の注1、同一建物居住者訪問看護・指導料の注1及び訪問看護指示料の注2に規定する者
- 気管カニューレを使用している状態にある者又は真皮を越える褥瘡の状態にある者
- 四の三の二 在宅患者訪問看護・指導料の注13 (同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定により運用する場合を含む。)に規定する厚生労働大臣が定める者
- 口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃管若しくは腸管による経管栄養又は経鼻経管栄養を必要とする者

サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準(平成十八年厚生労働省令第七十一号)第四十一条に規定する指定居宅介護の事業、同条第二項に規定する重度訪問介護に係る指定障害福祉サービスの事業、同条第三項に規定する同行保護に係る指定障害福祉サービスの事業又は同条第四項に規定する行動保護に係る指定障害福祉サービスの事業者、同条第四十三条の二に規定する共生型居宅介護の事業を行う者、同条第四十四条第一項に規定する基幹該当居宅介護事業者、同条第四十八条第二項の重度訪問介護、同行保護及び行動保護に係る基幹該当障害福祉サービスの事業者を行う者、同条第九十一条に規定する共生型重度訪問介護の事業を行う者、同条第九十二条の二に規定する共生型生活介護の事業を行う者、同条第九十四条の二に規定する基幹該当生活介護事業者、同条第九十八条第一項に規定する指定短期入所事業者(医療機関が行う場合及び医師を置くこととされていない場合を除く。)、同条第九十九条の二に規定する共生型短期入所の事業を行う者、同条第一百零五号の五に規定する基幹該当短期入所事業者(医療機関が行う場合及び医師を置くこととされている場合を除く。)、同条第一百零七条第一項に規定する指定居宅介護事業者等(包括支援事業者、同条第一百五十六条第一項に規定する指定自立訓練(機能訓練)事業者、同条第六十二号の二に規定する共生型自立訓練(機能訓練)事業者、同条第六十三号の二に規定する基幹該当自立訓練(機能訓練)事業者、同条第六十六号第一項に規定する指定自立訓練(生活訓練)事業者、同条第七十一条の二に規定する共生型自立訓練(生活訓練)の事業者を行う者、同条第七十二条第一項に規定する基幹該当自立訓練(生活訓練)事業者、同条第七十五条第一項に規定する指定就労移行支援事業者、同条第八十六条第一項に規定する指定就労継続支援A型事業者、同条第二百一条第一項に規定する指定就労継続支援B型事業者、同条第二百三十三条第一項に規定する基幹該当就労継続支援B型事業者、同条第二百八条に規定する指定共同生活援助事業者、同条第二百三十三号の二に規定する日中サービス支援型指定共同生活援助事業者及び同条第二百三十三号の十四に規定する外部サービス利用型指定共同生活援助事業者

(9) 児童福祉法に基づき指定障害児通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準(平成二十四年厚生労働省令第十五号)第四条に規定する指定児童発達支援の事業者を行う者(当該事業を行う事業所が児童福祉法(昭和二十二年法律第六十四号)第四十三条に規定する児童発達支援センター又は主として重症心身障害児(同法第七十条第二項に規定する重症心身障害児をいう。以下同じ。)を通わせるものである場合を除く。)、同法第五十四号の二に規定する共生型児童発達支援の事業を行う者、同法第五十四条第六に規定する基幹該当児童発達支援事業者、同法第六十五条に規定する指定放課後等デイサービスの事業者を行う者(当該事業を行う事業所が主として重症心身障害児を通わせるものである場合を除く。)、同法第七十一条の二に規定する共生型放課後等デイサービスの事業を行う者及び同法第七十一条の三に規定する基幹該当放課後等デイサービス事業者

(10) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成十七年法律第

百二十三号。以下「障害者総合支援法」という。)第五条第二十六項に規定する移動支援事業を行う者、同条第二十七項に規定する地域活動支援センターを経営する事業を行う者、同条第二十八項に規定する福祉ホームを経営する事業を行う者並びに同法第七十七条及び第七十八条に規定する地域生活支援事業を行う者(同法第五条第二十四項に規定する移動支援事業を行う者、同条第二十七項に規定する地域活動支援センターを経営する事業を行う者及び同条第二十八項に規定する福祉ホームを経営する事業を行う者を除く。)

(11) 学校教育法(昭和二十二年法律第二十六号)第一条に規定する学校(社会福祉士及び介護福祉士法(昭和六十二年法律第三十号)附則第二十條に規定する登録特定行為者に限る。)

五 在宅患者訪問栄養食事指導料に規定する別に厚生労働大臣が定める患者
疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者

五の二 在宅療養後方支援病院の施設基準等

イ 在宅療養後方支援病院の施設基準

イ 許可病床数が二百床(基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては百六十床)以上の保険医療機関である病院であること。
ロ 在宅療養後方支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 在宅患者共同診療料に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等

基本診療料の施設基準等の別表第十三に掲げる疾病等

五の三 在宅患者訪問褥瘡管理指導料の施設基準

(1) 医師、看護師及び管理栄養士からなる在宅褥瘡対策チームを構成していること。

(2) 在宅褥瘡対策チームに、在宅褥瘡管理者を配置すること。

(3) 在宅における重症化予防等のための褥瘡管理対策を行うにつきふさわしい体制が整備されていること。

五の四 在宅療養指導管理料に規定する別に厚生労働大臣の定める患者

十五歳未満の者であつて人工呼吸器を使用している状態のもの又は十五歳以上の者であつて人工呼吸器を使用している状態が十五歳未満から継続しているもの(体重が二十キログラム未満である場合に限る。)

六 在宅自己注射指導管理料、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬

別表第九に掲げる注射薬

六の二 在宅自己注射指導管理料の注5に規定する施設基準

オンライン診療料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

六の三 在宅妊産婦糖尿病患者指導管理料1及び血糖自己測定器加算に規定する厚生労働大臣が定める者

妊娠中の糖尿病患者又は妊産婦糖尿病の患者であつて周産期における合併症の危険性が高

- い 血糖の自己測定を必要としたものに限る。)
- 六の三 在宅血液透析指導管理料の施設基準
在宅血液透析に係る医療を提供するにつき必要な体制が整備されていること。
- 六の三の二 在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算の施設基準
情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師及び看護師が配置されていること。
- (2) 呼吸器疾患の診療につき十分な経験を有する常勤の医師及び看護師が配置されていること。
- 六の四 在宅小児経管栄養法指導管理料に規定する厚生労働大臣が定める者
次のいずれかに該当する者
- (1) 経口摂取が著しく困難な十五歳未満の者
- (2) 十五歳以上の者であつて経口摂取が著しく困難である状態が十五歳未満から継続して
いるもの(体重が二十キログラム未満である場合に限る。)
- 六の四の二 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料に規定する厚生労働大臣が定める者
経口摂取が著しく困難なため胃薬を造設している者であつて、医師が、経口摂取の回復
に向けて在宅半固形栄養経管栄養法を行う必要を認め、胃薬造設術後一年以内に当該栄養
法を開始するもの。
- 六の四の三 在宅特設陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算の施設基準
電話以外による指導を行う場合は、情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制
が整備されていること。
- 六の五 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関の
保険医
- 緩和ケアに関する研修を受けた医師
- 六の六 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料に規定する疾患
別表第九の一の二に掲げる疾患
- 六の七 在宅植込型補助人工心臓(非拍動型)指導管理料の施設基準
在宅植込型補助人工心臓(非拍動型)指導管理を行うにつき十分な体制が整備されて
いること。
- 六の七の二 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料の施設基準
在宅腫瘍治療電場療法を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 六の七の三 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料の施設基準
経肛門的自己洗腸の指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 六の七の四 注入器加算に規定する注射液
- 六の八 持続血糖測定器加算の施設基準
別表第九の一の三に掲げる注射液
- (1) 間断注入シリッジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合
- イ 当該保険医療機関内に当該測定器の使用につき必要な医師が配置されていること。
- ロ 当該測定器の使用につき十分な体制が整備されていること。
- (2) 間断注入シリッジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合

- イ 当該保険医療機関内に当該測定器の使用につき必要な医師が配置されていること。
- ロ 当該測定器の使用につき十分な体制が整備されていること。
- 六の九 経腸投薬用ポンプ加算に規定する内服薬
別表第九の一の四に掲げる内服薬
- 六の十 注入ポンプ加算に規定する注射液
別表第九の一の五に掲げる注射液
- 六の十一 横隔神経電気刺激装置加算の施設基準
横隔神経電気刺激装置の使用につき十分な体制が整備されていること。
- 七 地域医療連携体制加算の施設基準
- (1) 診療所であること。
- (2) 夜間、休日等における緊急時の体制を継続的に確保するため、診療報酬の算定方法別
表第二歯科診療報酬点数表(以下「歯科点数表」という。)区分番号A000に掲げる
初診料の注2の届出を行っている病院である保険医療機関及びその他の歯科の保険医療
機関との連携による地域医療支援体制を備えていること。
- 七の二 在宅歯科医療推進加算の施設基準
- (1) 歯科医療を担当する診療所である保険医療機関であること。
- (2) 当該診療所で行われる歯科訪問診療の延べ患者数が月平均五人以上であつて、そのう
ち六割以上の患者が歯科訪問診療1を算定していること。
- 八 歯科疾患在宅療養管理料の注4に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療
時医療管理料の施設基準
- (1) 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師により、治療前、治療中
及び治療後における当該患者の全身状態を管理する体制が整備されていること。
- (2) 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師が一名以上かつ歯科衛生士若しく
は看護師が一名以上配置されていること。
- (3) 当該患者の全身状態の管理を行うにつき十分な装置・器具を有していること。
- (4) 緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との連携体制(病院である歯科
歯科併設の保険医療機関にあつては、当該保険医療機関の歯科診療科との連携体制)が
確保されていること。
- 第五 検査
- 一 検体検査実施料に規定する検体検査
別表第九の二に掲げる検査
- 二 削除
- 三 造血器腫瘍遺伝子検査の施設基準
検体検査管理加算(II)の施設基準を満たしていること。
- 三の一の二 遺伝学的検査の施設基準等
- (1) 遺伝学的検査の施設基準
当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 遺伝学的検査の注に規定する疾患

難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病のうち、当該疾患に対する遺伝学的検査の実施に当たって十分な体制が必要なもの

三の一の三 骨髄微小残存病変定量測定の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の一の三の二 BRCA1/2 遺伝子検査の施設基準

当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の一の三の三 がんゲノムプロファイリング検査の施設基準

当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の一の三の四 角膜シストロフィア・遺伝子検査の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の一の三の五 先天性代謝異常症検査の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の一の四 デングウイルス抗原定性及びデングウイルス抗原・抗体同時測定性の施設基準

基本診療料の施設基準等の第九の二の(1)のイの救命救急入院料1、ロの救命救急入院料2、ハの救命救急入院料3若しくはニの救命救急入院料4、三の(1)のイの特定集中治療室管理料1、ロの特定集中治療室管理料2、ハの特定集中治療室管理料3若しくはニの特定集中治療室管理料4、四の(1)のハイクアニット入院医療管理料1若しくは(2)のハイクアニット入院医療管理料2又は五の二の小児特定集中治療室管理料の施設基準を満たしていること。

三の一の五 抗HLA抗体(スクリーニング検査)及び抗HLA抗体(抗体特異性同定検査)の施設基準

当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の二 HPV核酸検出及びHPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の二の二 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の施設基準等

(1) ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の施設基準

- イ 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- ロ 当該検査の対象患者の治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の対象患者

次のいずれにも該当する患者

- イ 重症の呼吸器感染症と診断された、又は疑われる患者
- ロ 集中治療を要する患者

三の二の三 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出の施設基準

基本診療料の施設基準等の第八の二十九の二の(1)の感染防止対策加算1又は(2)の感染防止対策加算2の施設基準を満たしていること。

三の二の四 クロストリジオイデス・デフィシルのトキシンB遺伝子検出の施設基準

- (1) 検体検査管理加算(II)の施設基準を満たしていること。

(2) 基本診療料の施設基準等の第八の二十九の二の(1)の感染防止対策加算1の施設基準を満たしていること。

四 検体検査管理加算の施設基準

(1) 検体検査管理加算(I)の施設基準

- イ 院内検査を行っている病院又は診療所であること。
- ロ 当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 検体検査管理加算(II)の施設基準

- イ 院内検査を行っている病院又は診療所であること。
- ロ 当該保険医療機関内に臨床検査を担当する常勤の医師が配置されていること。

ハ 当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(3) 検体検査管理加算(III)の施設基準

- イ 院内検査を行っている病院又は診療所であること。
- ロ 当該保険医療機関内に臨床検査を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。

ハ 当該保険医療機関内に臨床検査技術師が四名以上配置されていること。

ニ 当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(4) 検体検査管理加算(IV)の施設基準

- イ 院内検査を行っている病院又は診療所であること。
- ロ 当該保険医療機関内に臨床検査を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。

ハ 当該保険医療機関内に臨床検査技術師が十名以上配置されていること。

ニ 当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

四の二 国際標準検査管理加算の施設基準

国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けている保険医療機関であること。

五 遺伝カウンセリング加算の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に遺伝カウンセリングを要する治療に係る十分な経験を有する常勤の医師が配置されていること。

- (2) 当該カウンセリングを受けた全ての患者又はその家族に対して、それぞれの患者が受けたカウンセリングの内容が文書により交付され、説明がなされていること。

五の二 遺伝性腫瘍カウンセリング加算の施設基準

当該カウンセリングを行うにつき十分な体制が整備されていること。

六 心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算及び長期継続頭蓋内脳波検査の施設基準

- (1) 当該検査を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。
- (2) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師及び看護師が配置されていること。

- 八 脳磁図の施設基準
- (1) 自発活動を測定するものの施設基準
- イ 当該検査を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
- ロ 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ハ てんかんに係る診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) その他のものの施設基準
- イ 当該検査を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
- ロ 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ハの二 終夜睡眠ポリグラフィの安全精度管理下で行うものの施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ハの三 脳波検査判断料1の施設基準
- てんかんに係る診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ハの四 脳波検査判断料の注3に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準
- (1) 送信側
- 脳波検査の実施及び送受信を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
- (2) 受信側
- てんかんに係る診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 九 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図の施設基準
- (1) 当該検査を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
- (2) (1)に掲げる検査機器での検査を目的とした別の保険医療機関からの依頼により検査を行った症例数が、当該検査機器の使用症例数の一定割合以上であること。
- 九の二 単線描筋電図の施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 十 神経学的検査の施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 十の二 補聴器適合検査の施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な装置・器具を有していること。
- 十の三 黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図の施設基準
- (1) 当該検査を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 十一 コンタクトレンズ検査料の施設基準
- (1) 通則
- イ 当該検査を含む診療に係る費用について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (3) 緊急事態に対応するための体制その他当該業務につき必要な体制が整備されていること。
- 六の二 植込型心電図検査の施設基準
- 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 六の三 時間内歩行試験の施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 六の三の二 シャトルウォーキングテストの施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 六の四 胎児エコー法の施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 六の五 ヘッドアップティルト試験の施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 六の六 皮下連続式グルコース測定の施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 六の七 人工脳臓検査の施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師及び看護師が配置されていること。
- (2) 緊急事態に対応するための体制その他当該業務につき必要な体制が整備されていること。
- 六の八 長期脳波ビデオ同時記録検査1の施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (3) てんかんに係る診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 七 光トポグラフィの施設基準
- (1) 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用する場合の診療料を算定するための施設基準
- イ 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- ロ 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 適合していない場合には所定点数の百分の八十に相当する点数により算定することとなる施設基準
- イ 当該検査を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
- ロ イに掲げる検査機器での検査を目的とした別の保険医療機関からの依頼により検査を行った症例数が、当該検査機器の使用症例数の一定割合以上であること。

- ロ 当該検査を受けている全ての患者に対して、当該検査を含む診療に係る費用について説明がなされていること。
- (2) コンタクトレンズ検査料1の施設基準
- イ 次のいずれれかに該当すること。
- ① 当該保険医療機関を受診した患者のうち、コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の割合が三割未満であること。
- ② 当該保険医療機関を受診した患者のうち、コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の割合が四割未満であり、かつ、当該保険医療機関内に眼科診療を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
- ロ 次のいずれれかに該当すること。
- ① 入院施設を有すること。
- ② 当該保険医療機関を受診した患者のうち、コンタクトレンズ検査料を算定した患者数が年間一万人未満であること。
- ③ コンタクトレンズに係る検査を実施した患者のうち、施設においてコンタクトレンズを交付した割合が九割五分未満であること。
- (3) コンタクトレンズ検査料2の施設基準
- イ (2)のイに該当すること。
- ロ (2)のロに該当しないこと。
- (4) コンタクトレンズ検査料3の施設基準
- イ (2)のイに該当しないこと。
- ロ (2)のロに該当すること。
- 十一の二 ロービジョン検査料の施設基準
- 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な常勤の医師が配置されていること。
- 十二 小児食物アレルギー負荷検査の施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 十三 内服・点滴誘発試験の施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 十四 センチネルリンパ節生検(片側)の施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 十五 C T透視下気管支鏡検査料の施設基準
- (1) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。
- 十五の二 経気管支凍結生検法の施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

- 十六 有床義歯咀嚼機能検査の施設基準
- (1) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。
- 十七 咀嚼能力検査の施設基準
- (1) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。
- 十八 咬合圧検査の施設基準
- (1) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。
- 十九 精密触覚機能検査の施設基準
- (1) 当該検査に係る研修を受けた歯科医師が一名以上配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。
- 二十 睡眠時歯科筋電図検査の施設基準
- (1) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。
- 第六 画像診断
- 一 画像診断管理加算の施設基準
- (1) 画像診断管理加算1の施設基準
- イ 放射線科を標榜している保険医療機関であること。
- ロ 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
- ハ 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- イ 放射線科を標榜している病院であること。
- ロ 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
- ハ 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断及びコンピュータ断層撮影診断について、ロに規定する医師の指示の下に画像情報等の管理を行っていること。
- ニ 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピュータ断層撮影診断のうち、少なくとも八割以上のもの読影結果が、ロに規定する医師により運くとも撮影日の翌診療日までに主治医に報告されていること。
- (3) 画像診断管理加算3の施設基準
- イ 放射線科を標榜している特定機能病院であること。
- ロ 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
- ハ 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断及びコンピュータ断層撮影診断について、ロに規定する医師の指示の下に画像情報等の管理を行っていること。
- ニ 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピュータ断層撮影診断のうち、少なくとも八割以上のもの読影結果が、ロに規定する医師により運くとも撮影日の翌診療日までに主治医に報告されていること。
- ホ 当該保険医療機関において、夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること。

二 遠隔画像診断による写真診断（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、基本的エックス線診断料（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、核医学診断及びびコンピュータ断層診断の施設基準

- (1) 送信側
離島等に所在する保険医療機関その他の保険医療機関であって、画像の撮影及び送信を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
- (2) 受信側
イ 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されており、高度の医療を提供するためのと認められる病院であること。
ロ 遠隔画像診断を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三 ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影及び乳房用ポジトロン断層複合撮影の施設基準

- (1) ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層複合撮影に係る診療料を算定するための施設基準
イ 画像診断を担当する常勤の医師（核医学診断について、相当の経験を有し、かつ、核医学診断に係る研修を受けた者に限る。）が配置されていること。
ロ 当該断層撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
ハ 当該断層撮影を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 適合しない場合に出所点数の百分の八十に相当する点数により算定することとなる施設基準
次のいずれかに該当すること。

イ (1)のロに掲げる診断撮影機器での撮影を目的とした別の保険医療機関からの依頼により撮影を行った症例数が、当該診断撮影機器の使用症例数の一定割合以上であること。

ロ 特定機能病院、がん診療の拠点となる病院又は高度専門医療に関する研究等を行う国立研究開発法人に関する法律（平成二十年法律第九十三号）第三条の二に規定する国立高度専門医療研究センターの設置する医療機関であること。

四 CT撮影及びDMRI撮影の施設基準

- (1) 通則
当該撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
- (2) 64列以上のマルチスライス型の機器によるCT撮影及び3テスラ以上の機器によるMRI撮影に関する施設基準
イ 画像診断管理加算2の施設基準を満たしていること。
ロ 専任の診療放射線技師が一名以上配置されていること。
- (3) CT撮影の注8及びMRI撮影の注6に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準
(1)に掲げる診断撮影機器での撮影を目的とした別の保険医療機関からの依頼により撮影を行った症例数が、当該診断撮影機器の使用症例数の一割以上であること。

五 冠動脈CT撮影加算、血流予備量比コンピュータ断層撮影、心臓MRI撮影加算、乳房MRI撮影加算、小児軟骨下MRI撮影加算、頭部MRI撮影加算及び全身MRI撮影加算の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
- (2) 当該撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
- (3) 当該撮影を行うにつき十分な体制が整備されていること。

五の二 外傷全身CT加算の施設基準

- (1) 都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している病院であること。
- (2) 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
- (3) 当該撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
- (4) 当該撮影を行うにつき十分な体制が整備されていること。

五の三 大腸CT撮影加算の施設基準

当該撮影を行うにつき十分な機器を有していること。

六 歯科画像診断管理加算1の施設基準

- (1) 歯科点数表区分番号A000に掲げる初診料の注2の届出を行っている病院である保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が配置されていること。
- (3) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

六の二 歯科画像診断管理加算2の施設基準

- (1) 歯科点数表区分番号A000に掲げる初診料の注2の届出を行っている病院である保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関における歯科用3次元エックス線断層撮影及びコンピュータ断層診断（歯科診療に係るものに限る。）について、(2)に規定する歯科医師の指示の下に画像情報等の管理を行っていること。
- (4) 当該保険医療機関における歯科用3次元エックス線断層撮影及びコンピュータ断層診断（歯科診療に係るものに限る。）のうち、少なくとも八割以上のものの撮影結果が、(2)に規定する歯科医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに主治の歯科医師に報告されていること。

七 遠隔画像診断による写真診断（歯科診療に係るものに限る。）、基本的エックス線診断料（歯科診療に係るものに限る。）及びびコンピュータ断層診断（歯科診療に係るものに限る。）の施設基準

- (1) 送信側
離島等に所在する保険医療機関その他の保険医療機関であって、画像の撮影及び送信を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
- (2) 受信側
イ 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されており、高度の医療を提供するためのと認められる病院であること。
ロ 遠隔画像診断を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三 ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影及び乳房用ポジトロン断層複合撮影の施設基準

- (1) ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層複合撮影に係る診療料を算定するための施設基準
イ 画像診断を担当する常勤の医師（核医学診断について、相当の経験を有し、かつ、核医学診断に係る研修を受けた者に限る。）が配置されていること。
ロ 当該断層撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
ハ 当該断層撮影を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 適合しない場合に出所点数の百分の八十に相当する点数により算定することとなる施設基準
次のいずれかに該当すること。

イ (1)のロに掲げる診断撮影機器での撮影を目的とした別の保険医療機関からの依頼により撮影を行った症例数が、当該診断撮影機器の使用症例数の一定割合以上であること。

ロ 特定機能病院、がん診療の拠点となる病院又は高度専門医療に関する研究等を行う国立研究開発法人に関する法律（平成二十年法律第九十三号）第三条の二に規定する国立高度専門医療研究センターの設置する医療機関であること。

四 CT撮影及びDMRI撮影の施設基準

- (1) 通則
当該撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
- (2) 64列以上のマルチスライス型の機器によるCT撮影及び3テスラ以上の機器によるMRI撮影に関する施設基準
イ 画像診断管理加算2の施設基準を満たしていること。
ロ 専任の診療放射線技師が一名以上配置されていること。
- (3) CT撮影の注8及びMRI撮影の注6に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準
(1)に掲げる診断撮影機器での撮影を目的とした別の保険医療機関からの依頼により撮影を行った症例数が、当該診断撮影機器の使用症例数の一割以上であること。

五 冠動脈CT撮影加算、血流予備量比コンピュータ断層撮影、心臓MRI撮影加算、乳房MRI撮影加算、小児軟骨下MRI撮影加算、頭部MRI撮影加算及び全身MRI撮影加算の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
- (2) 当該撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
- (3) 当該撮影を行うにつき十分な体制が整備されていること。

五の二 外傷全身CT加算の施設基準

- (1) 都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している病院であること。
- (2) 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
- (3) 当該撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
- (4) 当該撮影を行うにつき十分な体制が整備されていること。

五の三 大腸CT撮影加算の施設基準

当該撮影を行うにつき十分な機器を有していること。

六 歯科画像診断管理加算1の施設基準

- (1) 歯科点数表区分番号A000に掲げる初診料の注2の届出を行っている病院である保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が配置されていること。
- (3) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

イ 当該保険医療機関内に画像診断等に画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が配置されており、高度の医療を提供するものと認められる病院であること。

ロ 遠隔画像診断を行うにつき十分な体制が整備されていること。

第七 投薬

一 処方薬及び処方箋料に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤
抗不安剤、催眠鎮静剤、精神神経用剤又はその他の中枢神経系用薬のいずれかに該当する医薬品のうち、不安又は不眠症の効能又は効果を有し、医師による特別な医学管理を必要とするものであること。

一の二 処方薬料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患

(1) 医科点數求の処方薬並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患

分類表に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病

(2) 歯科点數求の処方薬料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患

分類表に規定する疾病のうち別表第四に掲げる疾病

二 処方薬料及び処方箋料に規定する抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準

抗悪性腫瘍剤処方管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

三 処方料の注8、薬剤の注4及び処方箋料の注2に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤

投与期間が三十日以上必要なものであること。

四 外来後発医薬品使用体制加算の施設基準

(1) 外来後発医薬品使用体制加算1の施設基準

イ 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。

ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位数に数えた数量（以下「規格単位数」という。）に占める後発医薬品の規格単位数の割合が八割五分以上であること。

ハ 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数の割合が五割以上であること。

ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の見やすい場所に提示していること。

(2) 外来後発医薬品使用体制加算2の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。

ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を

合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が七割五分以上であること。

ハ 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数の割合が五割以上であること。

ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の見やすい場所に提示していること。

(3) 外来後発医薬品使用体制加算3の施設基準

イ 後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。

ロ 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が七割以上であること。

ハ 当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数の割合が五割以上であること。

ニ 後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の見やすい場所に提示していること。

第八 注射

一 外来化学療法加算の施設基準

(1) 外来化学療法を行う体制がそれぞれの加算に応じた整備されていること。

(2) 外来化学療法を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること。

一の二 連携充実加算の施設基準

(1) 外来化学療法加算1に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

(2) 化学療法を実施している患者の栄養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(3) 他の保険医療機関及び保険薬局との連携体制が確保されていること。

二 中心静脈注射用カテーテル挿入の注3に規定する対象患者

別表第九の二の二に掲げる者

三 無菌製剤処理料の施設基準等

(1) 無菌製剤処理料の施設基準

イ 病院であること。

ロ 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設を有していること。

ハ 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2) 無菌製剤処理料の対象患者

イ 無菌製剤処理料1の対象患者

悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入又は点滴注射が行われる患者

ロ 無菌製剤処理料2の対象患者

動脈注射若しくは点滴注射が行われる入院中の患者であって次の①から③までに掲

けるもの又は中心静脈注射若しくは植込型カテーテルによる中心静脈注射が行われる患者

- ① 無菌治療室加算を算定する患者
- ② HIV感染療養環境特別加算を算定する患者
- ③ ①又は②に準ずる患者

第九 リハビリテーション

一 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料の施設基準等

- (1) 料点数表第二章第七部リハビリテーション通則第4号に規定する患者
- (2) 別表第九の三に掲げる患者
- (3) 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料の施設基準
 - イ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を担当する専任の常勤医師がそれぞれ適切に配置されていること。
 - ロ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を担当する常勤の看護師、理学療法士又は言語聴覚士がそれぞれ適切に配置されていること。
 - ハ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を行うにつきそれぞれ十分な施設を有していること。
 - ニ 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を行うにつきそれぞれ必要な器械・器具が具備されていること。

(3) 心大血管疾患リハビリテーション料の対象患者

別表第九の四に掲げる患者

- (4) 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者
- 別表第九の五に掲げる患者
- (5) 運動器リハビリテーション料の対象患者
- 別表第九の六に掲げる患者
- (6) 呼吸器リハビリテーション料の対象患者
- 別表第九の七に掲げる患者
- (7) 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する算定日数の上限の除外対象患者

別表第九の八に掲げる患者

- (8) 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する別に厚生労働大臣が定める場合
- 別表第九の九に掲げる場合

- (9) 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する初回加算の施設基準

当該保険医療機関内にリハビリテーション料の常勤医師が配置されていること。

- (10) リハビリテーション料の総合計画評価料の注5に規定する患者

脳卒中又は春個障害の急性発症に伴う上肢又は下肢の運動機能障害を有する患者であつて、発症日から起算して六十日以内のもの

一の二 摂食機能療法の注3に規定する施設基準

- (1) 摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 摂食機能に係る栄養についての実績を地方厚生局長等に報告していること。

二 難病患者リハビリテーション料の施設基準等

(1) 難病患者リハビリテーション料の施設基準

イ 当該保険医療機関内に難病患者リハビリテーションを担当する専任の常勤医師が一名以上配置されていること。

ロ 当該保険医療機関内に難病患者リハビリテーションを担当する専任の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。

ハ 患者数は、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を含む従事者の数に対し適切なものであること。

ニ 難病患者リハビリテーションを行うにつき十分な専用施設を有していること。

ホ 難病患者リハビリテーションを行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。

(2) 難病患者リハビリテーション料に規定する疾患及び状態

イ 難病患者リハビリテーション料に規定する疾患

別表第十に掲げる疾患

ロ 難病患者リハビリテーション料に規定する状態

別表第十に掲げる疾患を原因として日常生活動作に著しい支障を来している状態（身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号）第十五条に規定する身体障害者手帳の交付を受けている場合を除く。）

三 障害児（者）リハビリテーション料の施設基準等

(1) 障害児（者）リハビリテーション料の施設基準

イ 児童福祉法第四十二条第二号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児を入所させるものに限る。）若しくは同法第六条の二の二に規定する指定発達支援医療機関又は保険医療機関であつて当該保険医療機関

においてリハビリテーションを実施している患者のうち、おおむね八割以上が別表第十の二に該当する患者（ただし加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。）であるもの。

ロ 当該保険医療機関内に障害児（者）リハビリテーションを担当する専任の常勤医師が一名以上配置されていること。

ハ 当該保険医療機関内に障害児（者）リハビリテーションを担当する専任の常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士が適切に配置されていること。

ニ 言語聴覚療法を行う場合にあつては、ハに加え、常勤の言語聴覚士が適切に配置されていること。

ホ 障害児（者）リハビリテーションを行うにつき十分な専用施設を有していること。

ヘ 障害児（者）リハビリテーションを行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。

(2) 障害児（者）リハビリテーション料の対象患者

別表第十の二に掲げる患者

三の二 がん患者リハビリテーション料の施設基準等

(1) がん患者リハビリテーション料の施設基準

イ 当該保険医療機関内にがん患者に対するリハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専任の常勤医師が一名以上配置されていること。

ロ 当該保険医療機関内にがん患者に対するリハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専任の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が二名以上配置されていること。

ハ 当該患者について、リハビリテーション総合計画評価料に規定するリハビリテーション計画を月一回以上作成していること。

ニ がん患者に対するリハビリテーションを行うにつき十分な専用施設を有していること。

ホ がん患者に対するリハビリテーションを行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。

(2) がん患者リハビリテーション料の対象患者

別表第十の二に掲げる患者

三の三 認知症患者リハビリテーション料の施設基準

(1) 認知症治療病棟入院料を算定する保険医療機関又は認知症患者医療センターであること。

(2) 当該保険医療機関内に重度認知症患者に対するリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が一名以上配置されていること。

(3) 当該保険医療機関内に重度認知症患者に対するリハビリテーションを担当する専任の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が一名以上配置されていること。

(4) 当該患者について、リハビリテーション総合計画評価料に規定するリハビリテーション計画を月一回以上作成していること。

(6) 重度認知症患者に対するリハビリテーションを行うにつき十分な専用施設を有していること。

(6) 重度認知症患者に対するリハビリテーションを行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。

三の三の二 リンパ浮腫複合的治療料の施設基準

リンパ浮腫の患者に対する複合的治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

四 集団コミュニケーション療法料の施設基準等

(1) 集団コミュニケーション療法料の施設基準

イ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)若しくは脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)又は障害児（者）リハビリテーション料の届出を行っている施設であること。

ロ 当該保険医療機関内に集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を担当する専任の常勤医師が一名以上配置されていること。

ハ 当該保険医療機関内に集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を担当する専任の言語聴覚士が適切に配置されていること。

ニ 患者数は、言語聴覚士の数に対し適切なものであること。

ホ 集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。

ヘ 集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。

(2) 集団コミュニケーション療法の対象患者

別表第十の二の三に掲げる患者

五 歯科口腔リハビリテーション料2の施設基準

(1) 歯科又は歯科口腔外科を担当する歯科医師として相当の経験を有する歯科医師が一名以上配置されていること。

(2) 当該療養を行うにつき十分な機器を有していること又は十分な機器を有している病院との連携が確保されていること。

第十 精神科専門療法

一 経頭蓋磁気刺激療法の施設基準

経頭蓋磁気刺激療法を行うにつき十分な体制が整備されていること。

一の一の二 通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算の施設基準

二十歳未満の精神疾患を有する患者の診療を行うにつき十分な体制及び相当の実績を有していること。

一の一の三 通院・在宅精神療法の注6に規定する別に厚生労働大臣が定める要件

別表第十の二の四に掲げる要件

一の一の四 通院・在宅精神療法の注8に規定する施設基準

療養生活環境整備のための指導を行うにつき十分な体制が確保されていること。

一の二 精神科継続外来支援・指導料の注5に規定する別に厚生労働大臣が定める要件

- 行う必要を認めた者
- (2) 厚生労働大臣が定める者
- イ 十五歳未満の小児であって、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注1に規定する超重症の状態又は超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注2に規定する準超重症の状態にあるもの
- ロ 十五歳未満の小児であって、別表第八に掲げる者
- 一の八 精神科訪問看護・指導料の注11に規定する厚生労働大臣が定める者
- 口中 嚥下嚥内、鼻腔内の嚥下嚥内、気管カニューレ内部の嚥下嚥内、胃腸若しくは腸管による経管栄養又は経鼻経管栄養を必要とする者
- 一の九 精神科訪問看護・指導料の注12に規定する厚生労働大臣が定める地域
- 一〇 離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
- (2) 奄美群島振興特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域
- (3) 山村振興法第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村の地域
- (4) 小笠原諸島振興特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域
- (5) 過疎地域自立促進特別措置法第二条第一項に規定する過疎地域
- (6) 沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島
- 一〇の十 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の施設基準
- (1) 当該保険医療機関に統合失調症の診断及び治療に関する十分な経験を有する常勤医師及び常勤の薬剤師が配置されていること。
- (2) 薬剤による副作用が発現した場合に適切に対応するための体制が整備されていること。
- 二 医療保護入院等診療料の施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に精神保健指定医が適切に配置されていること。
- (2) 医療保護入院等に係る患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置していること。
- 三 重度認知症患者デイ・ケア料の夜間ケア加算の施設基準
- 夜間において、必要な従事者が適切に配置されていること。
- 四 精神科在宅患者支援管理料の施設基準等
- (1) 精神科在宅患者支援管理料1のイ及びロ、2並びに3の施設基準
- イ 当該保険医療機関内に精神科の常勤医師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士が適切に配置されていること。
- ロ 当該保険医療機関において、又は訪問看護ステーションとの連携により訪問看護の提供が可能な体制を確保していること。
- ハ 患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること。
- (2) 精神科在宅患者支援管理料1のハの施設基準
- イ 当該保険医療機関内に在宅医療を担当する精神科の常勤医師及び常勤の精神保健福祉士が適切に配置されていること。
- ロ 当該保険医療機関において、又は訪問看護ステーションとの連携により訪問看護の

- 別表第十の二の四に掲げる要件
- 一の三 救急患者精神科継続支援料の施設基準
- 自殺凶器凶器の精神疾患の患者に対する指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- 一の四 認知療法・認知行動療法の施設基準
- (1) 当該保険医療機関における認知療法、認知行動療法に関する講習を受けた医師の有無を地方厚生局長等に届けていること。
- (2) 認知療法、認知行動療法2にあつては、(1)の基準に加え、当該保険医療機関内に認知療法、認知行動療法について経験等を有する専任の常勤看護師が一名以上配置されていること。
- 一の五 依存症集団療法の施設基準
- (1) 薬物依存症の場合の施設基準
- 当該療法を行うにつき必要な常勤医師及び常勤看護師又は常勤作業療法士が適切に配置されていること。
- (2) キャンプル依存症の場合の施設基準
- イ (1)を満たすものであること。
- ロ キャンプル依存症に関する専門の保険医療機関であること。
- 一の六 精神科作業療法、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケア又は重度認知症患者デイ・ケアの施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に精神科作業療法については作業療法士が、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアについては必要な従事者が、それぞれ適切に配置されていること。
- (2) 患者数は、精神科作業療法については作業療法士の数に対して、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケア又は重度認知症患者デイ・ケア又は重度認知症患者デイ・ケアについては必要な従事者の数に対して、それぞれ適切なるものであること。
- (3) 当該精神科作業療法、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケア又は重度認知症患者デイ・ケアを行うにつき十分な専用施設を有していること。
- 一の七 精神科訪問看護・指導料の注5に規定する長時間の訪問を要する者及び厚生労働大臣が定める者
- (1) 長時間の訪問を要する者
- イ 十五歳未満の小児であつて、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注1に規定する超重症の状態又は超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注2に規定する準超重症の状態にあるもの
- ロ 別表第八に掲げる者
- ハ 医師が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を

- 提供が可能な体制を確保していること。
- (3) 精神科在宅患者支援管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める患者
 重度の精神障害を有する者
- 五 精神科オンライン在宅管理料の施設基準等
- (1) 精神科オンライン在宅管理料の施設基準
 オンライン診療料に係る患者に除く下段末梢動脈疾患の重症患者を評価し、療養上必要な指導管理を行うための十分な体制が整備されていること。
- (2) 厚生労働大臣が定める患者
 精神科在宅患者支援管理料を算定している患者であって、当該管理料を算定すべき医学管理を最初に行った月から三月を経過しているもの
- 第十一 処置
- 一 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準
- (1) 休日、保険医療機関の表示する診療時間以外の時間及び深夜の処置に対応するための十分な体制が整備されていること。
- (2) 急性期医療に係る実績を相当程度有している病院であること。
- 一の二 静脈圧迫処置(慢性静脈不全に対するもの)の施設基準
 慢性静脈不全の患者に対する静脈圧迫処置を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 一の三 多血小板血薬処置の施設基準
 当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- 一の四 硬膜外自家血注入の施設基準
 当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- 二 エタノールの局所注入の施設基準
- (1) 甲狀腺又は副甲狀腺に対するエタノールの局所注入を行うにつき必要な器具が整備されていること。
- (2) 甲狀腺又は副甲狀腺に対するエタノールの局所注入を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- 二の二 人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等
- (1) 人工腎臓に規定する患者
 HIF-PH阻害剤を院外処方している患者以外の患者
- (2) 導入期加算の施設基準
- イ 導入期加算1の施設基準
 当該療法を行うにつき十分な説明を行っていること。
- ロ 導入期加算2の施設基準
 ① 導入期加算1の施設基準を満たしていること。
 ② 当該療法を行うにつき必要な実績を有していること。
- (3) 人工腎臓に規定する薬剤
 別表第十の三に掲げる薬剤
- (4) 人工腎臓の注8に規定する算定回数上限の除外患者
 妊娠中の患者
- (5) 透析液水質確保加算の施設基準
 透析治療に用いる透析液の水質を管理するにつき十分な体制が整備されていること。
- (6) 下肢末梢動脈疾患指導管理加算の施設基準
 人工腎臓を実施している患者に除く下肢末梢動脈疾患の重症患者を評価し、療養上必要な指導管理を行うための十分な体制が整備されていること。
- (7) 人工腎臓の施設基準
- イ 慢性維持透析を行った場合1の施設基準
- ① 次のいずれかに該当すること。
- 1 当該保険医療機関における透析用監視装置が一定数未満であること。
- 2 当該保険医療機関における透析用監視装置の台数に対する人工腎臓を行う患者の数の割合が一定割合未満であること。
- ② 透析液の水質を管理する専任の医師又は専任の臨床工学技士が一名以上配置されていること。
- ロ 慢性維持透析を行った場合2の施設基準
- ① 当該保険医療機関における透析用監視装置が一定数以上であること。
- ② 当該保険医療機関における透析用監視装置の台数に対する人工腎臓を行う患者の数の割合が一定割合であること。
- ③ 透析液の水質を管理する専任の医師又は専任の臨床工学技士が一名以上配置されていること。
- (8) 慢性維持透析濾過加算の施設基準
 複雑な慢性維持透析濾過を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 二の二の二 人工臓臓療法^ニの施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に人工臓臓療法を行うにつき必要な医師及び看護師が配置されていること。
- (2) 緊急事態に対応するための体制その他当該療養につき必要な体制が整備されていること。
- 二の三 磁気による膀胱等刺激法の施設基準
 磁気による膀胱等刺激法を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- 二の四 手術用顕微鏡加算の施設基準
 当該処置を行うにつき十分な体制を整備していること。
- 二の五 口腔粘膜炎処置の施設基準
 (1) 当該処置を行うにつき十分な機器を有していること。
 (2) 当該処置を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 三 歯科点数表第二章第八節処置に規定する特定薬剤
 使用薬剤の薬価(薬価基準)別表第四部歯科用薬剤外用薬(1)に掲げる薬剤及び別表第十の一に掲げる薬剤

植術、早期悪性腫瘍大腸肛門腫瘍、小腸腫瘍摘出術（内視鏡によるもの）、結腸腫瘍摘出術（内視鏡によるもの）、腹腔鏡下小切開閉鎖性腫瘍、体外衝撃波腎・尿管結石破壊術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術、腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腎（腎盂）腫瘍摘出術（内視鏡によるもの）、同種死体腎移植術、生体腎移植術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、尿管腫瘍摘出術（内視鏡によるもの）、膀胱水圧拡張術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、膀胱腫瘍摘出術（内視鏡によるもの）、尿道形成手術（前部尿道）（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、陰茎形成術（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、人工尿道括約筋植込・陰茎交換術、陰茎全摘術（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、精巣摘出術（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、腫瘍摘出術（内視鏡によるもの）、造瘻術、腫瘍摘出術（逆腸疝によるもの、腸管形成によるもの又は筋皮弁移植によるもの）（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、腹腔鏡下仙骨腫瘍摘出術、子宮全摘術（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、腹腔鏡下子宮全摘術（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術、子宮付属器腫瘍摘出術（向側）（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術、胎児胸腔・羊水腔シャント術、無心体双胎焼灼術及び胎児輸血術の施設基準

イ 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。ただし、脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置交換術、治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるものに限る。）、組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。）、角膜移植術（内皮移植加算を算定する場合に限る。）、斜内障手術（斜内障治療用インプラント挿入術（プレート）のあるもの）、水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術（網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）、乳癌悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳癌全摘術）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの））、乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの））、胸筋切除術（内視鏡下によるものを含む。）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの））、胸筋切除術を併施しないもの及び拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）については、乳がんセンチネルリンパ節加算1又は乳がんセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。）、ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）、経皮的活動脈形成術、経皮的活動脈ステント留置術、植込型心電図記録計移植術、植込型心電図記録計挿出術、腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）、膀胱水

圧拡張術、ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術、大動脈バルーンパンピング法（IABP法）及び腹腔鏡下仙骨腫瘍摘出術については、診療所（脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置交換術、乳癌悪性腫瘍手術、膀胱水圧拡張術及び腹腔鏡下仙骨腫瘍摘出術については有床診療所）に限り、植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計挿出術についてはペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術に係る届出を行っている診療所に限る。）でもよいこととする。

ロ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師が配置されていること。

(3) 同一患者が第二章第十部手術通則第4号に規定する患者
性同一性障害の患者

二 医科点数表第二章第十部手術通則第5号及び第6号並びに歯科点数表第二章第九部手術通則第4号に掲げる手術の施設基準

- (1) 緊急事態に対応するための体制その他当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (3) 当該手術の一年間の実施件数を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 手術を受ける全ての患者に対して、それぞれ別の患者が受ける手術の内容が文書により交付され、説明がなされていること。

二の二 手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準

- (1) 休日、保険医療機関の表示する診療時間以外の時間及び深夜の手術に対応するための十分な体制が整備されていること。
- (2) 急性期医療に係る負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
- (3) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

二の三 医科点数表第二章第十部手術通則第16号に掲げる手術における適用しない場合には所定点数の百分の八十に相当する点数により算定することとなる施設基準

- (1) 摂食機能に係る療養を行うにつき相当の実績を有していること。
- (2) 摂食機能に係る療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

二の四 医科点数表第二章第十部手術通則第17号に掲げる手術

医科点数表の人工関節置換術若しくは人工関節再置換術（股関節）に対して実施したものに限る。）、第6款（顔面・口腔・頸部）、第7款（胸部）及び第9款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術若しくは第8款（心・尿管（動脈及び静脈は除く。））に掲げる手術をそれぞれ全身麻酔下で実施した場合又は造血幹細胞移植を実施した場合

二の五 医科点数表第二章第十部手術通則第18号に掲げる手術の施設基準等

(1) 通則
緊急事態に対応するための体制その他当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。

- (2) 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術、胸腔鏡下良性神経腫瘍手術、胸腔鏡下閉悪性腫瘍手術（区域切除及び肺葉切除又は1肺葉を超えるものに限る。）、

胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術、縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術、胸腔鏡下弁形成術、腹腔鏡下胃切除術、腹腔鏡下噴門胃切除術、腹腔鏡下胃全摘術、腹腔鏡下嚢体尾部腫瘍切除術、腹腔鏡下腰部腫瘍切除術、腹腔鏡下直腸切除・切断術、腹腔鏡下胃孟形成手術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下仙骨腫瘍切除術、腹腔鏡下腫式子宮全摘術、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）の施設基準

イ 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。

ロ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師が配置されていること。

二の六 医科点数表第二章第十部手術通則第19号に掲げる手術の施設基準
当該手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三 手術の所定点数に含まれる薬剤

外皮用消毒剤に係る薬剤

三の二 不整脈手術の注1に規定する対象患者

開胸式心大血管手術を受けてる患者のうち、手術前に心房細動又は心房粗動と診断され、特に左心耳閉鎖術を併せて実施することが適当と認められるもの

三の二 輸血管理料の施設基準

(1) 輸血管理料Ⅰの施設基準

イ 当該保険医療機関内に臨床検査技師が常時一名以上配置されていること。

ロ 輸血管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 輸血管理料Ⅱの施設基準

輸血管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(3) 輸血適正使用加算の施設基準

輸血製剤が適正に使用されていること。

(4) 貯血式自己血輸血管理体制加算の施設基準

貯血式自己血輸血管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の二の二 コーディネート体制充実加算の施設基準

造血幹細胞移植における同種移植のコーディネートを行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の二の三 自己生体組織接合剤作成術、自己クリオプレシビテート作製術（用法）及び同種クリオプレシビテート作製術の施設基準

(1) 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている病院であること。

(2) 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師が配置されていること。

三の二の四 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の施設基準

当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師が配置されていること。

三の二の五 胃腸造設時嚥下機能評価加算における適合していない場合には所定点数の百分の八十に相当する点数により算定することとなる施設基準

(1) 摂食機能に係る療養を行うにつき相当の実績を有していること。

(2) 摂食機能に係る療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の二の六 凍結保存同種組織加算の施設基準

(1) 当該療養を行うにつき十分な経験を有する医師が一名以上配置されていること。

(2) 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の二の七 歯根端切除手術の注3に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準

当該手術を行うにつき十分な体制を整備していること。

三の二の八 口腔粘膜血管腫疑固術の施設基準

(1) 当該手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 当該手術を行うにつき十分な機器を有していること。

三の三 歯周組織再生誘導手術の施設基準

歯科又は歯科口腔外科を担当する歯科医師として相当の経験を有する歯科医師が一名以上配置されていること。

三の四 手術時歯根面レーザー応用加算の施設基準

当該療養を行うにつき十分な体制を整備していること。

三の五 歯科点数表第二章第九部手術に掲げる上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）の施設基準

(1) 緊急事態に対応するための体制その他当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2) 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。

(3) 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な歯科医師及び看護師が配置されていること。

三の六 広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準

(1) 歯科又は歯科口腔外科を担当する歯科医師として相当の経験を有する常勤の歯科医師が二名以上配置されていること。

(2) 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(3) 当該療養を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

三の七 レーザー機器加算の施設基準

(1) 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 当該療養を行うにつき十分な機器を有していること。

三の八 歯科点数表第二章第九部手術に掲げる顎関節人工関節全置換術の施設基準

(1) 緊急事態に対応するための体制その他当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2) 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。

(3) 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な歯科医師及び看護師が配置されていること。

四 歯科点数表の第二章第九部手術に規定する特定薬剤

使用薬剤の薬価（薬価基準）別表第四部歯科用薬剤外用薬(1)に掲げる薬剤及び別表第十一に掲げる薬剤

第十二の二 麻酔

- 一 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔に規定する麻酔が困難な患者
別表第十一の二に掲げる患者であって、麻酔が困難なもの
- 一の二 神経ブロック併施加算のイの対象患者
手術後の疼痛管理を目的とした硬膜外麻酔が適応となる手術を受ける患者であって、当該麻酔の代替として神経ブロックが必要と医学的に認められるもの
- 二 麻酔管理料(Ⅰ)の施設基準
 - (1) 麻酔料を擔荷している保険医療機関であること。
 - (2) 常勤の麻酔に従事する医師(麻酔科につき医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第六条の六第一項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。以下「麻酔科標榜医師」という。)が配置されていること。
 - (3) 麻酔管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三 麻酔管理料(Ⅱ)の施設基準

- (1) 麻酔科を擔荷している保険医療機関であること。
- (2) 常勤の麻酔科標榜医が五名以上配置されていること。
- (3) 麻酔管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

四 歯科麻酔管理料の施設基準

- (1) 常勤の麻酔に従事する歯科医師が配置されていること。
- (2) 麻酔管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

第十三 放射線治療

一 放射線治療専任加算の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師(放射線治療)について、相当の経験の有するものに限る。)が一名以上配置されていること。
- (2) 当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (3) 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

一の二 遠隔放射線治療計画加算の施設基準

- (1) 放射線料を擔荷している保険医療機関であること。
- (2) 当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (3) 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

二 高エネルギー放射線治療の施設基準

- 当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- 二の二 高エネルギー放射線治療の一回線量増加算の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療)について、相当の経験の有するものに限る。)が一名以上配置されていること。
 - (2) 高エネルギー放射線治療による全乳照射を行うにつき必要な体制が整備されていること。

二の三 強度変調放射線治療 (IMRT) の施設基準等

- (1) 強度変調放射線治療 (IMRT) の施設基準

- イ 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師が二名以上配置されており、うち一名以上は放射線治療について相当の経験を有するものであること。

ロ 当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ハ 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

(2) 強度変調放射線治療 (IMRT) の対象患者

別表第十一の三に掲げる患者

(3) 強度変調放射線治療 (IMRT) の一回線量増加算の施設基準

イ 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療)について、相当の経験を有するものに限る。)が一名以上配置されていること。

ロ 強度変調放射線治療 (IMRT) による前立腺照射を行うにつき必要な体制が整備されていること。

二の四 画像誘導放射線治療加算の施設基準

(1) 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師(放射線治療)について、相当の経験を有するものに限る。)が一名以上配置されていること。

(2) 当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(3) 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

二の五 体外照射呼吸性移動対策加算の施設基準

(1) 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する医師(放射線治療)について、相当の経験を有するものに限る。)が配置されていること。

(2) 当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(3) 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

三 定位放射線治療の施設基準

(1) 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療)について、相当の経験を有するものに限る。)が一名以上配置されていること。

(2) 当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(3) 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

三の二 定位放射線治療呼吸性移動対策加算の施設基準

(1) 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する医師(放射線治療)について、相当の経験を有するものに限る。)が配置されていること。

(2) 当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(3) 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

四 粒子線治療の施設基準等

(1) 粒子線治療の施設基準

イ 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師が二名以上配置されており、うち一名以上は放射線治療について相当の経験を有するものであること。

ロ 当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ハ 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

(4) 当該療養につき顎切除等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

二 顎口腔機能診断科（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）の施設基準

(1) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成十八年厚生労働省令第十九号）第三十六条第一号及び第二号に規定する医療について、障害者総合支援法第五十四条第二項に規定する都道府県知事の指定を受けた医療機関（歯科矯正に関する医療を担当するものに限る。）であること。

(2) 当該療養を行うにつき十分な専用施設を有していること。

(3) 当該療養を行うにつき顎離断等の手術を担当する別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

第十四の二 病理診断

一 保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準

(1) 標本の送付制
離島等に所在する保険医療機関その他の保険医療機関であって、病理標本の作製につき十分な体制が整備されていること。

(2) 標本の受取制

イ 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算に係る届出を行っている施設であること。
ロ 病理診断を行うにつき十分な体制が整備された医療機関であること。

ハ 衛生検査所（臨床検査技師等に関する法律（昭和三十三年法律第七十六号）第二十条の三第一項に規定する衛生検査所をいう。）で作製され、送付された病理標本のうち、同一の者が開設する衛生検査所で作製された病理標本が一定割合以下であること。

ニ 保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製及び迅速細胞診の施設基準

(1) 送信制

離島等に所在する保険医療機関その他の保険医療機関であって、病理標本の作製を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 受信制

当該保険医療機関内に病理診断を担当する常勤の医師又は歯科医師が配置されており、病理診断を行うにつき十分な体制が整備された病院であること。

二の二 病理標本のデジタル病理画像による病理診断の施設基準

(1) 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算に係る届出を行っている施設であること。
(2) デジタル病理画像の管理を行うにつき十分な体制が整備していること。

三 病理診断管理加算の施設基準

(1) 病理診断管理加算 I の施設基準

イ 当該保険医療機関内に病理診断を専ら担当する常勤の医師が一名以上配置されていること。

(2) 粒子線治療の注 1 に規定する患者別表第十一の四に掲げる患者

五 粒子線治療適応判定加算の施設基準

(1) 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する専従の常勤医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が二名以上配置されていること。

(2) 当該治療の適応判定を行うにつき必要な体制が整備されていること。

六 粒子線治療医学管理加算の施設基準

(1) 当該保険医療機関内に放射線治療を担当する専従の常勤医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が二名以上配置されていること。

(2) 当該医学管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(3) 当該医学管理を行うにつき必要な機器を有していること。

七 画像誘導密閉小線源治療加算の施設基準

(1) 当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が一名以上配置されていること。

(2) 当該治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(3) 当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

第十三の二 歯科修復及び欠損補綴

一 口腔歯科的常形成加算の施設基準

当該療養を行うにつき十分な体制を整備していること。

一の二 CAD/CAM 症

(1) 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 当該療養を行うにつき十分な機器及び設備を有していること又は十分な機器及び設備を有している歯科工所との連携が確保されていること。

二 有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算 I 及び II の施設基準

(1) 歯科技工士を配置していること。

(2) 歯科技工室及び歯科技工に必要な機器を整備していること。

(3) 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯を修理する体制が整備されている旨を院内掲示していること。

三 広範囲顎骨支持型補綴及び広範囲顎骨支持型補綴物修理に規定する特定保険医療材料

特定保険医療材料及び材料価格（材料価格基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十一号）の別表の VII に掲げる特定保険医療材料のうち別表第十三に掲げる特定保険医療材料

料

第十四 歯科矯正

一 歯科矯正診断科の施設基準

(1) 当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の歯科医師が一名以上配置されていること。

(2) 常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。

(3) 当該療養を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること。

は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下同じ。)のうち、これに属する他の保険薬局において、保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が最も高い保険医療機関が同一の場合、当該他の保険薬局の処方箋の受付回数を含む。)が、一月に四千回を超えること。(イからニまでに該当する場合を除く。)

- (3) 調剤基本料3のイの施設基準
次のいずれかに該当する保険薬局であること。
イ 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に三万五千回を超え、四万回以下のグループに属する保険薬局(二の二の(1)に該当するものを除く。)
ロ 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数があること。
イ 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が九割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。
ロ 同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四万回を超え、四十万回以下のグループに属する保険薬局(二の二の(1)に該当するものを除く。)
イ 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える又は特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。
(4) 調剤基本料3のロの施設基準
同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が一月に四十万回を超えるグループに属する保険薬局(二の二の(1)に該当するものを除く。)
イ 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超えること。
ロ 特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引があること。

第十五 調剤

- 一 調剤基本料1の施設基準
(1) 調剤基本料1の施設基準
(2) から(4)まで又は二の(1)のいずれにも該当しない保険薬局であること。
(2) 調剤基本料2の施設基準
次のいずれかに該当する保険薬局(3)、(4)及び二の(1)に該当するものを除く。)であること。
イ 処方箋の受付回数が一月に四千回を超えること。(特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超える場合に限る。)
ロ 処方箋の受付回数が一月に二千回を超えること。(イに該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える場合に限る。)
ハ 処方箋の受付回数が一月に千八百回を超えること。(イ又はロに該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が九割五分を超える場合に限る。)
ニ 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数(当該保険薬局の所在する建物内に複数の保険医療機関が所在している場合は、当該複数の保険医療機関に係る処方箋の受付回数を全て合算した回数とする。)が一月に四千回を超えること。(イからハまでに該当する場合を除く。)
- 二 調剤基本料2の施設基準
次のいずれかに該当する保険薬局であること。
(1) 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局(当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関(診療所に限る。)が所在している場合を除く。)
イ 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超えること。
(2) 一の(1)から(4)までのいずれかに適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局であること。
三 調剤基本料の注4に規定する保険薬局
次のいずれかに該当する保険薬局であること。

- ロ 病理診断管理を行うにつき十分な体制が整備された保険医療機関であること。
(2) 病理診断管理加算2の施設基準
イ 当該保険医療機関内に病理診断を専ら担当する常勤の医師が二名以上配置されていること。
ロ 病理診断管理を行うにつき十分な体制が整備された病院であること。
三の二 悪性腫瘍病理組織標本加算の施設基準
(1) 当該保険医療機関内に病理診断を専ら担当する医師が一名以上配置されていること。
(2) 病理診断管理を行うにつき十分な体制が整備された保険医療機関であること。

- 四 口腔病理診断管理加算1の施設基準
(1) 口腔病理診断管理加算1の施設基準
イ 当該保険医療機関内に口腔病理診断を行うにつき十分な体制が整備された保険医療機関であること。
ロ 口腔病理診断管理を行うにつき十分な体制が整備された病院であること。
イ 当該保険医療機関内に口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が一名以上配置されていること。
ロ 口腔病理診断管理を行うにつき十分な体制が整備された保険医療機関であること。
イ 当該保険医療機関内に口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が二名以上配置されていること。
ロ 口腔病理診断管理を行うにつき十分な体制が整備された病院である保険医療機関であること。

第十五 調剤

- 一 調剤基本料1の施設基準
(1) 調剤基本料1の施設基準
(2) から(4)まで又は二の(1)のいずれにも該当しない保険薬局であること。
(2) 調剤基本料2の施設基準
次のいずれかに該当する保険薬局(3)、(4)及び二の(1)に該当するものを除く。)であること。
イ 処方箋の受付回数が一月に四千回を超えること。(特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超える場合に限る。)
ロ 処方箋の受付回数が一月に二千回を超えること。(イに該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が八割五分を超える場合に限る。)
ハ 処方箋の受付回数が一月に千八百回を超えること。(イ又はロに該当する場合を除き、特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が九割五分を超える場合に限る。)
ニ 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数(当該保険薬局の所在する建物内に複数の保険医療機関が所在している場合は、当該複数の保険医療機関に係る処方箋の受付回数を全て合算した回数とする。)が一月に四千回を超えること。(イからハまでに該当する場合を除く。)
- 二 調剤基本料2の施設基準
次のいずれかに該当する保険薬局であること。
(1) 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局(当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関(診療所に限る。)が所在している場合を除く。)
イ 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が七割を超えること。
(2) 一の(1)から(4)までのいずれかに適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局以外の保険薬局であること。
三 調剤基本料の注4に規定する保険薬局
次のいずれかに該当する保険薬局であること。

- (1) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率 (医科点数表の初診料の注4に規定する医療用医薬品の取引価格の妥結率をいう。以下同じ。) が五割以下であることを。
- (2) 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率 (卸売販売業者 (医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 (昭和三十一年法律第百四十五号) 第三十四条第三項に規定する卸売販売業者をいう。以下同じ。)) と当該保険薬局との間で取引された医療用医薬品に係る契約に占める、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約の割合をいう。) 及び一律値引き契約 (卸売販売業者と当該保険薬局との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。) に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。
- (3) 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を一年間実施していない保険薬局 (処方箋の受付回数が一月に六百回以下の保険薬局を除く。) であること。

四 地域支援体制加算の施設基準

- 次のいずれかに該当する保険薬局であること。
- (1) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。
- イ 調剤基本料1を算定している保険薬局であること。
- ロ 地域医療への貢献に係る十分な体制が整備されていること。
- ハ 地域医療への貢献に係る十分な実績を有していること。
- (2) 次のいずれにも該当する保険薬局であること。
- イ 調剤基本料1以外を算定している保険薬局であること。
- ロ 地域医療への貢献に係る必要な体制が整備されていること。
- ハ 地域医療への貢献に係る相当の実績を有していること。

五 後発医薬品調剤体制加算の施設基準

- (1) 通則
当該保険薬局において調剤した薬剤の規格単位数に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数の割合が五割以上であること。
- (2) 後発医薬品調剤体制加算1の施設基準
当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が七割五分以上であること。
- (3) 後発医薬品調剤体制加算2の施設基準
当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が八割以上であること。
- (4) 後発医薬品調剤体制加算3の施設基準
当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が八割五分以上であること。

五の二 調剤基本料の注7に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局

次のいずれかに該当する保険薬局であること。

- (1) 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数に占める後発医薬品の規格単位数の割合が四割以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものは除く。
- (2) (1)に係る報告を地方厚生局長等に報告していない保険薬局であること。

六 調剤料の注2に規定する無償調剤処理加算の施設基準

- (1) 薬局であること。
- (2) 無償調剤処理を行うにつき十分な施設又は設備を有していること。ただし、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則 (昭和三十六年厚生省令第一号) 第九十九条の九第一項のただし書の場合、この限りでない。
- (3) 無償調剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

六の二 調剤料の注4に規定する厚生労働大臣が定める時間

当該地域において一般の保険薬局がおおむね調剤応需の態勢を解除した後、翌日に調剤応需の態勢を再開するまでの時間 (深夜 (午後十時から午前六時までの時間をいう。)) を除く。)

七 調剤料の注6ただし書に規定する薬剤

使用薬剤の薬価 (薬価基準) 別表に記載されている薬剤と同一規格を有する薬剤

八 調剤料の注8に規定する施設基準

- (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注1に規定するあらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導料を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局であること。
- (2) 在宅患者に対する薬学的管理及び指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (3) 麻薬及び向精神薬取締法 (昭和二十八年法律第十四号) 第三条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。

九 調剤料の注8に規定する患者

- (1) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定している患者
- (2) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者
- (3) 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準 (平成十二年厚生省告示第十九号) に規定する居宅療養管理指導料 (薬局の薬剤師が行う場合に限る。)) を算定している患者
- (4) 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準 (平成十八年厚生労働省告示第二十七号) に規定する介護予防居宅療養管理指導料 (薬局の薬剤師が行う場合に限る。)) を算定している患者

九の二 薬剤服用歴管理指導料の注3に規定する保険薬局の施設基準

- (1) 情報通信機器を用いた服薬指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 当該保険薬局において、一月当たりの次に掲げるものの算定回数の合計に占める情報通信機器を用いた服薬指導の算定回数の割合が一割以下であること。

① 区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料

② 区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料

- 九の三 薬剤服用歴管理指導料の注3に規定する厚生労働大臣が定めるもの
原則三月以内に区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料1又は2を算定したものの
別表第三の三に掲げる医薬品
- 十 薬剤服用歴管理指導料の注6又はかかりつけ薬剤師指導料の注4に規定する医薬品
- 十の二 特定薬剤指導料2の施設基準
当該管理及び指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- 十の三 薬剤服用歴管理指導料の注7に規定する厚生労働大臣が定める患者
次のいずれにも該当する患者であること。
(1) 医科点数表の第二章第六部注射通則第7号に規定する連携充実加算を届け出ている保
険医療機関において、化学療法(抗悪性腫瘍剤が注射されている場合に限る。)及び必
要な指導が行われている悪性腫瘍の患者
(2) 当該保険薬局において、悪性腫瘍の治療に係る薬剤の調剤を受ける患者
- 十の四 薬剤服用歴管理指導料の注10に規定する厚生労働大臣が定めるもの
次のいずれかに該当するものであること。
(1) 新たにインスリン製剤又はスルファオニル尿素系製剤が処方されたもの
(2) インスリン製剤又はスルファオニル尿素系製剤に係る投薬内容の変更が行われたもの
- 十の五 薬剤服用歴管理指導料の注13に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局
適切な手帳の活用実績が相当程度であると認められぬ保険薬局であること。
- 十一 かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準
当該指導等を行うにつき十分な経験等を有する薬剤師が配置されていること。
- 十一の一 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注2に規定する施設基準
区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料の4に係る届出を行っている保険薬局であ
ること。
- 十一の三 在宅患者訪問薬剤管理指導料の注2に規定する厚生労働大臣が定めるもの
区分番号15の在宅患者訪問薬剤管理指導料を月一回算定しているもの
- 十二 退院時共同指導料の注ただし書に規定する疾病等の患者
別表第三の一の二に掲げる患者
- 十三 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の注1に規定する患者
(1) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定している患者
(2) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定している患者
(3) 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準に規定する居宅療養管理指導
費(薬局の薬剤師が行う場合に限る。)を算定している患者
(4) 指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準に規定する介護予防居宅
療養管理指導費(薬局の薬剤師が行う場合に限る。)を算定している患者
- 第十六 介護老人保健施設入所者について算定できない検査等
一 介護老人保健施設入所者について算定できない検査
二 介護老人保健施設入所者について算定できる内服薬及び外用薬の費用
- 抗悪性腫瘍剤(悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。)の費用
用
抗腫瘍コントロールのための医療用医薬品の費用
抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫
不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。)の費用
三 介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬の費用
医科点数表第二章第六部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算
医科点数表区分番号G001に掲げる動脈注射(保険医療機関の保険医が平成十八年
七月一日から令和四年三月三十一日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並
びに運営に関する基準(平成三十一年厚生省令第四十号)附則第十三条に規定する転換を行
って開設した介護老人保健施設(以下「療養病床から転換した介護老人保健施設」とい
う。))に赴いて行うもの又は医科点数表第二章第六部注射通則第6号に規定する外来化学
療法加算を算定するものに限る。)
- 医科点数表区分番号G002に掲げる動脈注射(医科点数表第二章第六部注射通則第6
号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。)
- 医科点数表区分番号G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入(医科点数表第二章第
六部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。)
- 医科点数表区分番号G003-3に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈注入
(医科点数表第二章第六部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するもの
に限る。)
- 医科点数表区分番号G004に掲げる点滴注射(保険医療機関の保険医が療養病床から
転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの又は医科点数表第二章第六部注射通則第6号
に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。)
- 医科点数表区分番号G005に掲げる中心静脈注射(医科点数表第二章第六部注射通則
第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。)
- 医科点数表区分番号G006に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射(医科点数
表第二章第六部注射通則第6号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。)
- エリスロポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にある
ものに投与された場合に限る。)の費用
用
ダルベポエチン(人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるも
のに投与された場合に限る。)の費用
用
抗悪性腫瘍剤(悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。)の費用
用
抗腫瘍コントロールのための医療用医薬品の費用
インターフェロニン製剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。)
の費用
抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全
症候群又はHIV感染症の効能又は効果を有するものに限る。)の費用

血友病の治療に係る血液凝固因子抗体^α阻害剤及び血液凝固因子抗体^α阻害剤複合体の費用

- 四 介護老人保健施設入所者について算定できないリハビリテーション
- 別表第十三号に掲げるリハビリテーション
- 五 介護老人保健施設入所者について算定できない処置
- 別表第十二号に掲げる処置
- 六 介護老人保健施設入所者について算定できない手術
- 別表第十二号に掲げる手術
- 七 介護老人保健施設入所者について算定できない麻酔
- 別表第十二号に掲げる麻酔
- 第十七 経過措置

一 第十五の五の二の(1)に係る規定は、令和二年九月三十日までの間に限り、なお従前の例による。

二 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件 (令和二年厚生労働省告示第●号) による改正前の基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関であつて、令和二年三月三十一日において現に外来診療とケア管理料の注4、糖尿病透析予防指導管理料の注4、在宅療養支援診療所 (特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件 (令和二年厚生労働省告示第●号) による改正前の特掲診療料の施設基準等第三の六の(2)を満たすものとして届け出ている場合に限る。)、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院又は調剤基本料の注1ただし書に係る届出を行っているものは、令和四年三月三十一日までの間に限り、基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在するものとみなす。

別表第一から別表第十三までを次のように改める。

別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算1及び特定疾患処方管理加算2に規定する疾患

- 結核
- 悪性新生物
- 甲状腺障害
- 処置後甲状腺機能低下症
- 糖尿病
- スフィンゴリビド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害
- ムコ脂質症
- リポ蛋白代謝障害及びその他の脂 (質) 血症
- リポストロフィー
- ローノア・ペンゾード腺脂肪腫症
- 高血圧性疾患
- 虚血性心疾患
- 不整脈
- 心不全

脳血管疾患

- 一過性脳虚血発作及び関連症候群^α
- 単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎
- 詳細不明の慢性気管支炎
- その他の慢性閉塞性肺疾患
- 肺炎腫
- 喘息
- 喘息発作重症状態
- 気管支拡張症
- 胃潰瘍
- 十二指腸潰瘍
- 胃炎及び十二指腸炎
- 肝疾患 (経過が慢性なものに限る。)
- 慢性ウイルス肝炎^α
- アルコール性慢性肝炎
- その他の慢性肝炎
- 思春期早発症
- 性染色体異常

別表第二 特定疾患治療管理料に規定する疾患等

一 特定薬剤治療管理料1の対象患者

- (1) テオフィリン製剤を投与している患者
 - (2) 不整脈用剤を投与している患者
 - (3) ハロペリドール製剤又はプロムペリドール製剤を投与している患者
 - (4) リチウム製剤を投与している患者
 - (5) 免疫抑制剤を投与している患者
 - (6) サリチル酸系製剤を投与している若年性関節リウマチ、リウマチ熱又は関節リウマチの患者
 - (7) メトトレキサートを投与している悪性腫瘍の患者
 - (8) アミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質又はトリアゾール系抗真菌剤を投与している入院中の患者
 - (9) イマチニブを投与している患者
 - (10) シロリムス製剤を投与している患者
 - (11) スニチニブを投与している患者
 - (12) (1)から(11)までに掲げる患者に準ずるもの
- 二 小児特定疾患カウンセリング料の対象患者
- 十八歳未満の気分障害、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体的要因に関連した行動症候群、心理的発達障害又は小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害の患者

- 三 削除
- 四 皮膚科特定疾患指導管理料（I）の対象疾患
 - 天疱瘡てんぱうそう
 - 類天疱瘡るいてんぱうそう
 - エリテマトーデス（紅斑性狼瘡こうはんせいろうそう）
 - 紅皮症
 - 尋常性乾癬じゆんじやうけんせん
 - 掌跖膿疱症てんせつじゆんぱうじやう
 - 先天性魚鱗癬てんせうじやうぎょりんせん
 - 類乾癬るいてんせうじやうけんせん
 - 扁平苔癬へいぺんたいせん
 - 結節性痒疹けつせつじやうしんその他の痒疹（慢性型で経過が一年以上のものに限る。）
- 五 皮膚科特定疾患指導管理料（II）の対象疾患
 - 帯状疱疹たいじやうたしん
 - じんましん
 - アトピー性皮膚炎（十六歳以上の患者が罹患している場合に限る。）
 - 尋常性白斑
 - 円形脱毛症
 - 脂漏性皮膚炎

別表第三 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料に規定する特別食

- 腎臓食
- 肝臓食
- 糖尿食
- 胃潰瘍食
- 貧血食
- 膀胱食
- 脂質異常症食
- 痛風食
- てんかん食
- フェニケトン尿症食
- 楓糖尿症食
- ホモシスチン尿症食
- 尿素サイクル異常症食
- メチルマロン酸血症食
- プロピオン酸血症食
- 極長鎖アシル-C₂₀-A脱水素酵素欠損症食
- 糖原病食

- ガラクトース血症食
- 治療乳
- 無菌食
- 小児食物アレルギー食（外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料に限る。）
- 特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）
- 別表第三の一の二 療養・疲労回復支援指導料の注1に規定する疾患
 - 悪性新生物
 - 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患
 - 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号）第五十一条に規定する指定難病（同法第七条第四項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第一項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基礎を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）その他これに限る疾患
- 別表第三の一の三 退院時共同指導料1及び退院時共同指導料2を二回算定できる疾病等の患者並びに頻回訪問加算に規定する状態等にある患者
 - 一 末期の悪性腫瘍あくせうしゆりやうの患者（在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く。）
 - 二 (1)であって、(2)又は(3)の状態である患者
 - (1) 在宅自己腹液みづ循環指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍等患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
 - (2) ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
 - (3) 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- 三 在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの
 - 別表第三の二 ハイリスク妊産婦共同管理料(1)に規定する状態等である患者
 - 一 妊婦であって次に掲げる状態にあるもの
 - 妊娠二十二週から三十二週未満の早産の患者
 - 妊娠高血圧症候群重症の患者
 - 前置胎盤（妊娠二十八週以降で出血等の病状を伴うものに限る。）の患者
 - 妊娠三十週未満の切迫早産（子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの兆候を示すもの等に限る。）の患者
 - 多胎妊娠の患者
 - 子宮内胎児発育遅延の患者
 - 心疾患（治療中のものに限る。）の患者
 - 糖尿病（治療中のものに限る。）の患者
 - 甲状腺疾患（治療中のものに限る。）の患者
 - 腎疾患（治療中のものに限る。）の患者
 - 膠原病（治療中のものに限る。）の患者

特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者
 白血病（治療中のものに限る。）の患者
 血友病（治療中のものに限る。）の患者
 出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者
 HIV陽性の患者
 Rh 不適合の患者
 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行うことを予定している患者
 精神疾患の患者（精神療法が実施されているものに限る。）
 妊娠中であって次に掲げる状態にあるもの
 妊娠二十二週から三十二週未満の早産の患者
 四十歳以上の初産婦の患者
 分娩前のBMIが三十五以上の初産婦の患者
 妊娠高血圧症候群重症の患者
 常位胎盤早期剥離の患者
 前置胎盤（妊娠二十八週以降で出血等の病状を伴うものに限る。）の患者
 双胎間輸血症候群の患者
 多胎妊娠の患者
 子宮内胎児発育遅延の患者
 心疾患（治療中のものに限る。）の患者
 糖尿病（治療中のものに限る。）の患者
 特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者
 白血病（治療中のものに限る。）の患者
 血友病（治療中のものに限る。）の患者
 出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者
 HIV陽性の患者
 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行うことを予定している患者
 精神疾患の患者（精神療法が実施されているものに限る。）
 別表第三の三、薬剤管理指導料の対象患者及び薬剤服用管理指導料及びかかりつけ薬剤師指
 導料に規定する医薬品
 抗悪性腫瘍剤
 免疫抑制剤
 不整脈剤
 抗てんかん剤
 血液凝固阻剤（内服薬に限る。）
 ジギタリス製剤
 テオフィリン製剤
 カリウム製剤（注射薬に限る。）
 精神経用剤

糖尿病用剤
 臓臓ホルモン剤
 抗HIV薬
 別表第四、歯科特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方薬料に規定する疾患
 口腔領域の悪性新生物（エナメル上皮腫を含む。）
 顎・口腔の先天異常
 舌痛症（心因性によるものを含む。）
 口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る。）
 口腔領域のエンジュグレン症候群
 尋常性天疱瘡又は類天疱瘡
 口腔乾燥症（放射線治療又は化学療法を原因とするものに限る。）
 睡眠時無呼吸症候群（口腔内装置治療を要するものに限る。）
 骨吸収抑制薬関連事件様死（骨露出を伴うものに限る。）又は放射線性顎骨壊死
 三叉神経ニューロパチー
 別表第五及び第六、削除
 別表第七、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)並びに在宅患者訪問看護・指
 導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する疾病等
 末期の悪性腫瘍
 多発性硬化症
 重症筋無力症
 スモモン
 筋萎縮性側索硬化症
 脊髄小脳変性症
 ハンチントン病
 進行性筋ジストロフィー症
 パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
 (ドーパミン・チャールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度
 のものに限る。))
 多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候
 群)
 ブリオン病
 亜急性硬化性全脳炎
 ライソゾーム病
 副腎白質ジストロフィー
 脊髄性筋萎縮症
 球形髄性筋萎縮症
 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
 後天性免疫不全症候群

頸髄損傷

人工呼吸器を使用している状態

- 別表第八 退院時共同指導料1の注2に規定する特別な管理を要する状態等にある患者並びに退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者
- 一 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
 - 二 在宅自己腹膜透析指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅手術高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
 - 三 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
 - 四 真皮を越える褥瘡の状態にある者
 - 五 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

別表第八の二 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

- 一 次に掲げる疾患に罹患している患者
 - 末期の悪性腫瘍

スモン

難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病

後天性免疫不全症候群

脊髄損傷

真皮を越える褥瘡

二 次に掲げる状態の患者

- 在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている状態
- 在宅血液透析を行っている状態
- 在宅酸素療法を行っている状態
- 在宅中心静脈栄養法を行っている状態
- 在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態
- 在宅自己導尿を行っている状態
- 在宅人工呼吸を行っている状態
- 植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態
- 肺高血圧症であって、プロスタグランジン₁製剤を投与されている状態
- 気管切開を行っている状態
- 気管カニューレを使用している状態

ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態

人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

別表第八の三 在宅時医学総合管理料の注10（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定によ

り適用する場合を含む。）に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

要介護二以上の状態又はこれに準ずる状態

日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さのために、介護を必要とする認知症の状態

頻回の訪問看護を受けている状態

訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態

介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態

その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態

別表第八の四 在宅時医学総合管理料の注11及び施設入居時等医学総合管理料の注4に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

別表第八の二に掲げる状態

要介護二以上の状態又はこれに準ずる状態

訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態

介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態

がんの治療を受けている状態

精神疾患以外の疾患の治療のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態

別表第九 在宅自己注射指導管理料、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬

インスリン製剤

性腺刺激ホルモン製剤

ヒト成長ホルモン剤

遺伝子組換え活性型血液凝固第VII因子製剤

遺伝子組換え型血液凝固第VIII因子製剤

遺伝子組換え型血液凝固第IX因子製剤

乾燥濃縮人血液凝固第X因子加活性化第VII因子製剤

乾燥人血液凝固第VIII因子製剤

乾燥人血液凝固第IX因子製剤

顆粒球コロニー形成刺激因子製剤

性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤

ソマトスタチンアナログ

ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体

グルカゴン製剤

グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト

ヒトソマトメジンC製剤

インターフェロニアア製剤
 インターフェロンベータ製剤
 エタネセプト製剤
 ベグビソマブ製剤
 スマトリプタム製剤
 グリチルリン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤
 アダリムマブ製剤
 テリバラチド製剤
 アドレナリン製剤
 ヘパリンカルシウム製剤
 アボメルヒネ塩酸塩製剤
 セルトリズマブベゴル製剤
 トシリズマブ製剤
 メトレプレチン製剤
 アバタセプト製剤
 p H4 処理酸性人免疫グロブリン (皮下注射) 製剤
 アスホターゼ アルファ製剤
 グラチラマー酢酸塩製剤
 セクキスマブ製剤
 エポクマブ製剤
 プロダルマブ製剤
 アリロクマブ製剤
 ベリムマブ製剤
 イキセキスマブ製剤
 ゴリムマブ製剤
 エミズスマブ製剤
 イカチバン製剤
 サリルマブ製剤
 デュピルマブ製剤
 インスリン・グルカゴン様ペプチド-1 受容体アゴニスト配合剤
 ヒドコロチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤
 別表第九の二 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料に規定する疾患
表皮水疱症
水疱型先天性魚鱗糠様紅皮症
 別表第九の三 注入器加算に規定する注射液
 別表第九に規定する注射液のうち、p H4 処理酸性人免疫グロブリン (皮下注射) 製剤以
 外のもの
 別表第九の四 経腸投薬用ポンプ加算に規定する内服薬

レボドパ・カルビドパ水和物製剤
 別表第九の五 注入ポンプ加算に規定する注射液
 p H4 処理酸性人免疫グロブリン (皮下注射) 製剤
 別表第九の二 検体検査実施料に規定する検体検査
 一 医科点数表区分番号D0002に掲げる尿中一般物質定性半定量検査
 二 医科点数表区分番号D0002に掲げる尿沈渣³ (鏡検法)
 三 医科点数表区分番号D0003に掲げる糞便検査のうち次のもの
 糞便中ヘモグロビン
 四 医科点数表区分番号D0005に掲げる血液形態・機能検査のうち次のもの
 赤血球沈降速度 (ESR)
 末梢血液一般検査
 ヘモグロビンA1c (HbA1c)
 五 医科点数表区分番号D0006に掲げる出血・凝固検査のうち次のもの
 プロトロンビン時間 (PT)
 フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 定性
 フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 半定量
 フィブリン・フィブリノゲン分解産物 (FDP) 定量
 Dダイマー
 六 医科点数表区分番号D0007に掲げる血液化学検査のうち次のもの
 総ビリルビン
 総蛋白
 アルブミン (BCP改良法・BCG法)
 尿素窒素
 クレアチニン
 尿酸
 アルカリホスファターゼ (ALP)
 コリンエステラーゼ (ChE)
 γ-グルタミルトランスフェラーゼ (γ-GT)
 中性脂肪
 ナトリウム及びクロール
 カリウム
 カルシウム
 グルコース
 乳酸デヒドロゲナーゼ (LD)
 クレアチンキナーゼ (CK)
 HDL-コレステロール
 総コレステロール
 アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST)

- アラニンアミノトランスフェラーゼ (ALT)
LDL-Cコレステロール
グリコ点数表区分番号D0008に掲げる内分泌学的検査のうち次のもの
- 七 アーリアルブミン
甲状腺刺激ホルモン (TSH)
遊離サイロキシン (FT4)
遊離トリヨードサイロニン (FT3)
医科点数表区分番号D009に掲げる腫瘍マーカーのうち次のもの
- 八 α-フェータリブリン (AFP)
前立腺特異抗原 (PSA)
CA19-9
医科点数表区分番号D015に掲げる血漿蛋白免疫学的検査のうち次のもの
- 九 C反応性蛋白 (CRP)
医科点数表区分番号D017に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査のうち次のもの
- 十 その他のもの
別表第九の二の二 中心静脈注射用カテーテル挿入の注3に規定する患者
三歳未満の乳幼児であった次の疾患である者
先天性小腸閉鎖症
鎖肛
ヒルシュスプルング病
短腸症候群
- 別表第九の三 医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第4号に規定する患者
回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
脳血管疾患等の患者のうちで発症後六十日以内のもの
入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として心大血管疾患等リハビリテーション料(1)、脳血管疾患等リハビリテーション料(1)、廃用症候群リハビリテーション料(1)、運動器リハビリテーション料(1)又は呼吸器リハビリテーション料(1)を算定するもの
- 別表第九の四 心大血管疾患等リハビリテーション料の対象患者
一 急性心筋梗塞、狭心症発作その他の急性発症した心大血管疾患又はその手術後の患者
二 慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者
- 別表第九の五 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者
一 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者
二 脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者

- 三 多発性神経炎、多発性硬化症、末梢神経障害その他の神経疾患の患者
四 パーキンソン病、脊髄小脳変性症その他の慢性の神経筋疾患の患者
五 失語症、失認及び失行症並びに高次脳機能障害の患者
六 聴覚や人工耳植込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者
七 顎・口唇の先天異常に伴う構音障害を有する患者
八 舌悪性腫瘍等の手術による構音障害を有する患者
九 リハビリテーションを要する状態の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの(ただし、心大血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、障害児(者)リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料の対象患者に該当するものを除く。)

別表第九の六 運動器リハビリテーション料の対象患者
一 上・下肢の複合損傷、骨格損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者

二 関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者

別表第九の七 呼吸器リハビリテーション料の対象患者
一 肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者
二 肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者
三 慢性閉塞性肺疾患(COPD)、気管支喘息その他の慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者

別表第九の八 心大血管疾患等リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料に規定する算定日数の上限の除外対象患者
一 失語症、失認及び失行症の患者
高次脳機能障害の患者
重度の頭頸部損傷の患者
頭部外傷及び多部位外傷の患者
慢性閉塞性肺疾患(COPD)の患者
心筋梗塞の患者

狭心症の患者
軸索断裂の状態にある末梢神経損傷(発症後一年以上のものに限る。)の患者
外傷性の肩関節脱臼損傷(受傷後百八十日以内のものに限る。)の患者
回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
回復期リハビリテーション病棟において在籍中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者であって、当該病棟を退棟した日から起算して三月以内の患者(保険医療機関に入院中の患者、介護老人保健施設又は介護医療院に入所する患者を除く。)

難病患者リハビリテーション料に規定する患者 (先天性又は進行性の神経・筋疾患の者を除く。)

障害児 (者) リハビリテーション料に規定する患者 (加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者に限る。)

その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者又は難用症候群リハビリテーション料に規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要である

と医学的に認められるもの

二 先天性又は進行性の神経・筋疾患の患者

障害児 (者) リハビリテーション料に規定する患者 (加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。)

別表第九の九 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、難用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する別に厚生労働大臣が定める場合

一 別表第九の八第一号に規定する患者については、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合

二 別表第九の八第二号に規定する患者については、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合

別表第十 難病患者リハビリテーション料に規定する疾患

- ペーチェット病
- 多発性硬化症
- 重症筋無力症
- 全身性エリテマトーデス
- スモン
- 筋萎縮性側索硬化症
- 強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎
- 結節性動脈周囲炎
- ビュルガー病
- 脊髄小脳変性症
- 悪性関節リウマチ
- パーキンソン病関連疾患 (進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病)
- アミロイドーシス
- 後縦筋骨化症
- ハンチントン病
- モヤモヤ病 (ウィリス動脈輪閉塞症)
- ウエグナー肉芽腫症
- 多系統萎縮症 (線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)
- 広範脊柱管狭窄症

- 特発性大脳脊髄頂葉死症
 - 混合型結合組織病
 - ブリオン病
 - ギラン・バレー症候群
 - 黄色黏帯骨化症
 - シェーグレン症候群
 - 成人発症ステル病
 - 関節リウマチ
 - 亜急性硬化性全脳炎
 - ライソゾーム病
 - 副腎白質ジストロフィー
 - 脊髄性筋萎縮症
 - 球脊髄性筋萎縮症
 - 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- 別表第十の二 障害児 (者) リハビリテーション料の対象患者
- 脳性麻痺の患者
- 胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者
- 顎・口腔の先天異常の患者
- 先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者
- 先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者
- 先天性又は進行性の神経筋疾患の患者
- 神経障害による麻痺及び後遺症の患者
- 言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者
- 別表第十の二の二 がん患者リハビリテーション料の対象患者
- 一 食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、大腸がん又は膵臓がんと診断された患者であって、これらのがんの治療のために入院している間に閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定のもの又は行われたもの
- 二 舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がんその他頸部リンパ節郭清を必要とするがんと診断された患者であって、これらのがんの治療のために入院している間に放射線治療若しくは閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定のもの又は行われたもの
- 三 乳がんと診断された患者であって、乳がんの治療のために入院している間にリンパ節郭清を伴う乳腺悪性腫瘍手術が行われる予定のもの又は行われたもの
- 四 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移と診断された患者であって、これらのがんの治療のために入院している間にこれらの部位に対する手術、化学療法若しくは放射線治療が行われる予定のもの又は行われたもの
- 五 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍と診断された患者であって、これらのがんの治療のために入院している間に手術若しくは放射線治療が行われる予定のもの又は行われたもの
- 六 血液腫瘍と診断された患者であって、血液腫瘍の治療のために入院している間に化学療

法若しくは造血幹細胞移植が行われる予定のもの又は行われたもの
 七 がんと診断された患者であって、がんの治療のために入院している間に化学療法（骨髄
 抑制が見込まれるものに限る。）が行われる予定のもの又は行われたもの
 八 緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状の
 増悪により入院している間に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの
 別表第九の二の三 集団コミュニケーション療法の対象患者
 別表第九の五若しくは別表第十の二に掲げる患者又は廃用症候群リハビリテーション科に
 規定する患者であって、言語・聴覚機能の障害を有するもの
 別表第十の二の四 通院・在宅精神療法の注6及び精神科継続外来支援・指導料の注5に規定
 する別に厚生労働大臣が定める要件
 次に掲げる要件をいずれも満たすこと。

一 当該保険医療機関における三種類以上の抗うつ薬及び三種類以上の抗精神病薬の投与の
 頻度が低いこと。

二 当該患者に対し、適切な説明及び医学管理が行われていること。

三 当該処方者が臨時の投薬等のもの又は患者の病状等によりやむを得ないものであること。

別表第十の三 人工腎臓に規定する薬剤

エリスロポエチン
 ダルベパオエチン
 エポエチンベンターペゴル
 HIF-PH阻害剤（院内処方されたものに限る。）

別表第十一

一 歯科点数表第二章第八部処置に規定する特定薬剤

オルテクサーロ腔用

歯科用（口腔用）アフタゾロン

アラ・コートリル軟膏

デキサメタゾン腔用

二 歯科点数表第二章第九部手術に規定する特定薬剤

オルテクサーロ腔用

アクリノール

歯科用（口腔用）アフタゾロン

アラ・コートリル軟膏

デキサメタゾン腔用

生理想塩水

別表第十一の二 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔に規定する麻酔が困難な患
 者

心不全の患者

冠動脈疾患の患者

弁膜症の患者

不整脈の患者
 先天性心疾患の患者
 肺動脈性肺高血圧症の患者
 呼吸不全の患者
 呼吸器疾患の患者
 糖尿病の患者
 腎不全の患者
 肝不全の患者
 血球減少の患者
 血液凝固異常の患者
 出血傾向のある患者
 敗血症の患者
 神経障害の患者
 BMIが三十五以上の患者
 別表第十一の三 強度変調放射線治療（IMRT）の対象患者
 限局性の固形悪性腫瘍の患者
 別表第十一の四 粒子線治療の注1に規定する対象患者
 小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）の患者
 手術による根治的な治療が困難な骨軟部腫瘍の患者
 頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）の患者
 限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）の患者

別表第十二 介護老人保健施設入所者について算定できない検査、処置、処置、
 手術及び麻酔

一 算定できない検査

(1) 検体検査（医科点数表区分番号D007の386に掲げる血液ガス分析及び当該検査に係
 る医科点数表区分番号D026の4に掲げる生化学的検査（I）判断料並びに医科点数表
 区分番号D419の3に掲げる動脈血採取であって、保険医療機関の保険医が療養病床
 から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）

(2) 呼吸循環機能検査のうち医科点数表区分番号D208に掲げる心電図検査及び医科
 点数表区分番号D209に掲げる負荷心電図検査（心電図検査の注に規定する加算であ
 って、保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行う診
 察に係るものを除く。）

(3) 負荷試験のうち肝及び腎のクリアランステスト、内分泌負荷試験及び糖負荷試験

(4) (1)から(3)までに掲げる検査に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定
 される特殊な検査

二 算定できないリハビリテーション

(1) 脳血管疾患等リハビリテーション

(2) 廃用症候群リハビリテーション

- (3) 運動器リハビリテーション
 - (4) 摂食機能療法
 - (5) 視能訓練
 - (6) (1)から(5)までに掲げるリハビリテーションに最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な処置
- 三 算定できない処置
- (1) 一般処置のうち次に掲げるもの
 - イ 創傷処置 (六平方センチメートル以上のもの (褥瘡に係るものを除く。)) を除く。)
 - ロ 手術後の創傷処置
 - ハ ドレーン法 (ドレナージ)
 - ニ 腰椎穿刺
 - ホ 胸腔穿刺 (洗浄、注入及び排液を含む。)(保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。)
 - ヘ 腹腔穿刺 (洗浄、注入及び排液を含む。)(保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。)
 - ト 喀痰吸引
 - チ 高位洗腸、高圧洗腸、洗腸
 - リ 排便
 - ス 酸素吸入
 - ル 酸素テント
 - ラ 間歇的腸圧吸入法
 - ワ 肛門拡張法 (徒手又はプジーによるもの)
 - カ 非選納性ヘルニア徒手整復法 (保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。)
 - ヨ 痔核嵌頓整復法 (脱肛を含む。)
 - (2) 救急処置のうち次に掲げるもの
 - イ 救命のための気管内挿管
 - ロ 人工呼吸
 - ハ 非閉鎖的心マッサージ
 - ニ 気管内洗浄
 - ホ 胃洗浄
 - (3) 泌尿器科処置のうち次に掲げるもの
 - イ 膀胱洗浄 (薬液注入を含む。)
 - ロ 留置カテーテル設置
 - ハ 嵌頓包茎整復法 (陰茎絞扼等)
 - (4) 整形外科的処置 (縫針等による直達牽引を除く。)
 - (5) 栄養処置のうち次に掲げるもの

- イ 鼻腔栄養
 - ロ 栄養洗腸
- (6) (1)から(5)までに掲げる処置に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な処置
- 四 算定できない手術

- (1) 創傷処理 (長径五センチメートル以上で筋肉、臓器に達するもの及び保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。)
 - (2) 皮膚切開術 (長径二十センチメートル未満のものに限る。)
 - (3) テブリードマン (巨平方センチメートル未満のものに限る。)
 - (4) 爪甲除去術
 - (5) ひょう疽手術
 - (6) 外耳道異物除去術 (複雑なものを除く。)
 - (7) 咽頭異物摘出術 (保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。)
 - (8) 顎関節脱臼非観血的整復術 (保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。)
 - (9) 血管露出術
 - (10) (1)から(9)までに掲げる手術に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な手術
- 五 算定できない麻酔
- (1) 静脈麻酔
 - (2) 神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入
 - (3) (1)及び(2)に掲げる麻酔に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な麻酔

- 別表第十三 広範囲顎骨支持型補綴及び広範囲顎骨支持型補綴物修理に規定する特定保険医療材料
- スクリュー
 - アバットメント
 - アタッチメント
 - シンリンダー

保 医 発 第 号
令 和 年 月 日

地方厚生（支）局 医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

殿

厚生労働省保険局 医療課長
(公 印 省 略)

厚生労働省保険局腫瘍科医療管理官
(公 印 省 略)

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和2年厚生労働省告示第●号）の公布に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和2年厚生労働省告示第●号）が公布され、令和2年4月1日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関及び保険薬局からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。
なお、従前の「特掲診療料の施設基準に関する手続きの取扱いについて」（平成30年3月5日保医発 0305第3号）は、令和2年3月31日限り廃止する。

記

- 第1 特掲診療料の施設基準等
- 1 特掲診療料の施設基準等は、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）に定めるもの他、別添1のとおりとする。
 - 2 別添1に定める施設基準を歯科診療について適用する場合は、必要に応じて、当該基準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

3 特掲診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療料については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療料名に他の事項を組み合わせて標榜する場合も含むものである。

4 特掲診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号、以下「育児・介護休業法」という。）第2条第1号に規定する育児休業、同条第2号に規定する介護休業、同法第23条第2項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第24条第1項（第2号に係る部分に限る。）の規定により同項第2号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資格を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。

また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあつては、週30時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

第2 届出に関する手続き

- 1 特掲診療料の施設基準等に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位又は当該保険薬局単位で行うものであること。
- 2 「特掲診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行うおとする保険医療機関又は保険薬局の開設者は、当該保険医療機関又は保険薬局の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添2の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を1通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。
- 3 届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「特掲診療料の施設基準等」及び本通知に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として2週間以内を標準とし、遅くとも概ね1か月以内（提出者の補正に要する期間を除く。）とするものであること。
- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実練期間を要しない。

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

(1) 開放型病院の施設基準

届出前30日間の実績を有していること。

- (2) 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図、光トポグラフィ、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影、コンピュータ断層撮影、磁気共鳴コンピュータ断層撮影に係る施設共同利用率、輸血管理料に係る新幹凍結血漿・赤血球濃厚液割合等及び保険医療機関間の連携による病理診断に係る病理標本割合

了 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び

他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとす。

イ アにかかわらず、新規届出の場合、届出前6月の実績を有していれば足りるものとす。届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとす。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとす。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなったり、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであら。

ウ 既に施設基準の要件を満たし所定点数を算定している場合であって、当該基準に係る機器を増設する場合には、実績期間を要しないものとす。この場合において、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで、当該機器についても所定点数を算定することができるものとす。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで当該機器についても所定点数を算定することができるものとす。

エ イとはウに該当する場合に、当該要件及び他の要件を満たしている場合の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるものとす。

新規届出の場合

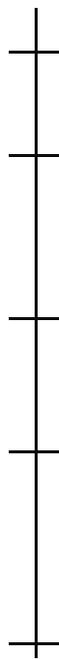
- 例1：8月1日から算定を開始した場合
- ・翌年3月末日(③の前日)までは算定可

- ・施設基準に適合している場合は、④～⑤までの期間算定可
- ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



- 例2：2月1日から算定を開始した場合
- ・翌年の3月末日(③の前日)までは算定可

- ・施設基準に適合している場合は、④～⑤までの期間算定可
- ・施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



①2月1日

②12月末日

③4月1日

④12月末日

⑤3月末日

- (3) 在宅勤務治療電場療法指導管理料、長期医療ビデオ同時記録検査1、光トポグラフィ
一、終夜睡眠ポリグラフィ(1及び2以外の場合)(安全精度管理下で行うもの)、筋
電図検査(単純神経筋电图(一連につき))、骨移植術(軟骨移植術を含む。)(自家培養
軟骨移植術)、後腹動脈瘤化症手術(前方進入によるもの)、脳腫瘍覚醒マッピング加
算、網膜付着組織を含む硝子体切除術(眼内内視鏡を用いるもの)、人工耳植込術、人
工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術、植込型骨導補聴器交換術、鏡視下咽頭悪性腫瘍
手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)鏡視下喉頭悪性腫瘍手術、胸腔鏡下拡大胸腺摘出
術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支
援機器を用いる場合)、胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場
合)、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除又は肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡
手術用支援機器を用いる場合)、生体部分肝移植術、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術(内視鏡
手術用支援機器を用いる場合)、経膈鏡下食道悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用
いる場合)、経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)、胸腔鏡下弁形成術、胸
腔鏡下弁形成術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、胸腔鏡下弁置換術、経カテー
テル大動脈弁置換術、経皮的僧帽弁クリップ術、胸腔鏡下動脈管閉鎖術、不整脈手術
(左心耳閉鎖術)(経カテーテル的手術によるもの)、磁気ナビゲーション加算、経皮的
中隔心筋梗約術、ペースメーカー移植術(リードレスペースメーカーの場合)、両心室ベ
ースメーカー移植術(心筋電極の場合)及び両心室ペースメーカー交換術(心筋電極の場
合)、両心室ペースメーカー移植術(経静脈電極の場合)及び両心室ペースメーカー交換
術(経静脈電極の場合)、植込型除細動器移植術(心筋リードを用いるもの)及び植込型
除細動器交換術(心筋リードを用いるもの)、植込型除細動器移植術(経静脈リードを用
いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの)及び植込型除細動器交換術(その他の場
合)、経静脈電極除去術、両心室ペースメーカー移植術(心筋電極の場合)、両心室ベ
ースメーカー移植術(心筋電極の場合)及び両心室ペースメーカー移植術(心筋電極の場
合)及び両心室ペースメーカー移植術(経静脈電極の場合)及び両心室ペースメーカー交
換術(経静脈電極の場合)、植込型除細動器移植術(心筋リードを用いるもの)及び植込
型除細動器交換術(心筋リードを用いるもの)、経皮的循環補助法(ポンプカテーテルを用
いたもの)、補助人工心臓、小児補助人工心臓、植込型補助人工心臓(非拍動型)、内視
鏡下下腔静脈瘤不全穿通枝離断術、胸腔鏡下十二指腸高所切除術(内視鏡設置を併施する
もの)、胸腔鏡手術用支援機器を用いる場合)、胸腔鏡手術用全摘術(内視鏡手術用切
除術)、胸腔鏡手術用支援機器を用いる場合)、胸腔鏡下胃全摘術(内視鏡手術用切
除術)、胸腔鏡下胃腸小腸(スリーブ)切除によるもの、胸腔鏡下胆道閉鎖症
を用いる場合)、胸腔鏡下胃腸小腸(スリーブ)切除によるもの、胸腔鏡下胆道閉鎖症
手術、胸腔鏡下肝切除術、生体部分肝移植術、胸腔鏡下喉頭腫瘍摘出術、胸腔鏡下顎体尾部
腫瘍切除術、胸腔鏡下顎体尾部腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、腹腔
鏡下顎頭部腫瘍切除術、腹腔鏡下顎頭部腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場
合)、同種死体臓器移植術、生体部分小腸移植術、早期悪性腫瘍大腸結腸下層剥離術、腹
腔鏡下直腸切除・切断術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)、胸腔鏡下腎悪性腫瘍手
術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)、胸腔鏡下腎盂成形手術(内視鏡手術用支援機
器を用いる場合)、生体腎移植術、胸腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、胸腔鏡下膀胱悪性腫瘍手

術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下仙骨靭固定術、腹腔鏡下仙骨靭固定術（内視鏡手術用支援機器を用いた場合）、腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、高エネルギー放射線治療、1回線量増加並びに強度変調放射線治療（IMRT）に係る年間実施件数

ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前6月以内の実施件数が、要件とされる年間実施件数の半数以上であれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定できなくなるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。ただし、建物の工事等に伴いやむを得ず当該治療を実施できなくなると、施設基準に適合しなくなった後、再度届出を行う場合には、新規届出として取り扱うものとする。

ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月末日までの実施件数をもって施設基準の適合性を判断し（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

エ 医科点数表第2章第10部第1節手術料に掲げる手術のうち、通則18に掲げる内視鏡手術用支援機器を用いて行っていた場合にも算定できるとされているものにおける実施件数は、別に規定する場合を除き、内視鏡又は内視鏡手術用支援機器による実施件数を合算して施設基準の適合性を判断するものとする。

新規届出の場合

- 例1：3月1日から算定を開始した場合
- ・ 翌年3月末日（③の前日）までは算定可
- ・ ①～②までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）
- ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
- ・ 施設基準に適合していない場合は、②～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から算定を開始した場合

- ・ 翌年3月末日（③の前日）までは算定可
- ・ ①～②までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）
- ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
- ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



(4) コンタクトレンズ検査料1から3までに係る検査割合及び院内交付割合

ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ アにかかわらず、新規に届出をする場合は、届出前6月の実績（当該保険医療機関の新規開設又は眼科的検査を実施する診療科を新規開設する場合であって、当該新規開設後6月以内に届け出る場合は、届出前3月の実績）をもって施設基準の適合性を判断し、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定できなくなるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定できなくなるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規に届出をする場合には該当しないものであること。

ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断（コンタクトレンズ検査料を算定した患者数については、施設基準に規定する年間患者数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数をもって判断する。なお、エに該当する場合においても同様の取扱いとする。）し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

エ アにかかわらず、コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズ装用のための眼科的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科的検査）を実施した患者の診療報酬明細書の件数が、届出時の実績が1月当たり平均500件を超える保険医療機関にあつて

は、1月から6月までの6か月間の実績（イ）に該当し、かつ、6月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年6月末日までの実績）をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、同年の10月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定できるものとし、7月から12月までの6か月間の実績（イ）に該当し、かつ、12月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年12月末日までの実績）をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から9月30日まで所定点数を算定できるものとする。

オ コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びびコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査）に係る患者数の割合が、暦月1月間での30%（又は44%）を超えた場合は、③（又は40%）以上33%（又は44%）未満の場合が暦月で3か月を超えた場合は、遅滞なく変更の届出を行うものとする。

新規届出の場合

- 例1：8月1日から算定を開始した場合
- ・ 翌年3月末（③の前日）までは算定可
 - ・ ①～②までの実績により適合性を判断
 - ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
 - ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



- 例2：2月1日から算定を開始した場合
- ・ 翌年3月末（③の前日）までは算定可
 - ・ ①～②までの実績により適合性を判断
 - ・ 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
 - ・ 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
 - ・ ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



- (5) 後医薬品調剤体附加算及び外来後医薬品使用体附加算の施設基準届出前3月間の実績を有していること。
- (6) 高度腎機能障害患者指導加算に係る施設基準
- ア 新規に届出をする場合は、届出のあった月の4月前までの3か月間に糖尿病透析予防

指導管理料を算定した患者で、別添1第4の6(9)のアの他の要件に該当するものうち、イに該当するものの割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たす場合には、当該月の翌月から2か月間に限り所定点数を算定できる。また、月の最初の開行日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から起算して3か月間に限り所定点数を算定することができる。

イ 継続して所定点数を算定しようとする場合は、その月の4月前までの3か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、別添1第4の6(9)のアの他の要件に該当するもののうち、イに該当するものの割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、当該月の1日から起算して3か月間に限り所定点数を算定することができる。

(7) 処置の休日加算¹、時間外加算¹及び深夜加算¹に係る年間実施日数

ア 緊急入院患者及び全身麻酔による手術の患者の実績数

1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びイを含む他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ 全ての診療料における予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日に当直等を行っている者がいる日数

(イ) 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びイを含む他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

(ロ) (イ)にかかわらず、新規届出の場合は実績期間を要しない。なお、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開行日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から翌年3月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。

(ハ) (ロ)に該当する場合は、所定点数の算定を開始した月の初日から同年12月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し（実施日数が、施設基準に規定する年間実施日数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以下であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

例：イの(ハ)による届出の場合

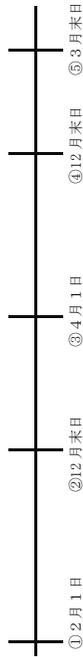
- 8月1日から新規に算定を開始した場合
- ・ 翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・ ①～②までの実績により実施日数に係る基準の適合性を判断（実施日数が、各施設基準に規定する年間実施日数を12で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以下であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）

- ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
- ・施設基準に適合していない場合は、②～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例2：2月1日から新規に算定を開始した場合

- ・翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ・①～②までの実績により適合性を判断
- ・施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
- ・施設基準に適合していない場合は、②～⑤までの期間算定不可
- ・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



(8) 手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1に係る年間実施日数
手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1については、(9) 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の例による。

(9) 人工腎臓（慢性維持透析を行った場合1及び2に限る。）に係る透析用監視装置一台あたりのJ038人工腎臓を算定した患者数の割合
ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるとする。

イ アにかかわらず、新規に届出をする場合は、届出前12月の実績（届出前12月の実績がない場合は届出前3月の実績）をもって施設基準の適合性を判断し、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から所定点数を算定することができるものとする。

ウ イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の翌月初日から同年12月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断（透析用監視装置一台あたりのJ038人工腎臓を算定した患者数については、施設基準に規定する透析用監視装置の台数及びJ038人工腎臓を算定した患者数の各月の合計を月数で除して得た値を用いて求める。）し、当該要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年の3月末日まで所定点数を算定できるとする。

エ アにかかわらず、届出前12月の実績をもって施設基準の適合性を判断し、適合する施設

基準に変更が生じた場合は、変更の届出を行うことができるものとする。

新規届出の場合

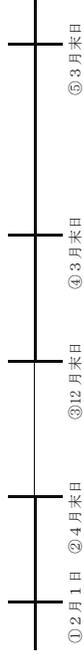
例1：7月10日から算定を開始した場合

- ・①から②までの実績により適合性を判断
- ・施設基準に適合している場合は、①から④までの期間算定可
- ・④の翌日以降の期間の施設基準の適合性は、①から③までの期間における実績により適合性を判断
- ・施設基準に適合している場合は、④の翌日から⑤までの期間算定可



例2：1月10日から算定を開始した場合

- ・①から②までの実績により適合性を判断
- ・施設基準に適合している場合は、①から④までの期間算定可
- ・④の翌日以降の期間の施設基準の適合性は、①から③までの期間における実績により適合性を判断
- ・施設基準に適合している場合は、④の翌日から⑤までの期間算定可



(10) 胃腸造設術（経皮的内視鏡下胃腸造設術、腹腔鏡下胃腸造設術）及び胃腸造設時嚥下機能評価加算に係る年間実施件数
ア 胃腸造設術（経皮的内視鏡下胃腸造設術及び腹腔鏡下胃腸造設術を含む。）を実施した症例数

1月から12月までの1年間の患者数をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びその他の要件を満たしている場合は、翌年4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるとする。

イ 経口摂取回復率

経口摂取回復率については、(6) 経口摂取回復促進加算1に係る施設基準のイの例による。この場合において、同イ)中「別添1の第45の2の1の(3)のア又はイ」とあるのは、「別添1の第79の3の1の(2)のイの①の(ア)又は(イ)」と読み替えるものとする。

(11) 調剤基本料の施設基準

ア 処方箋受付回数

- (イ) 前年3月1日から前年2月末日までの1年間の処方箋受付回数をもって施設基準の適否性を判断し、当年4月1日から翌年3月末日まで所定点数を算定する。
- (ロ) (イ)にかかわらず、前年3月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局については、次のとおりとし、処方箋受付回数及び回数調整の有無が判断されるまでは、調剤基本料1に該当しているものとして取り扱う(ただし、保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係有しているものとして別添1の第90の1(1)から(4)までに該当する場合は、特別調剤基本料とする。特別調剤基本料の施設基準に該当する場合は、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3とする。)
- a 前年3月1日から前年11月30日までの間に新規に指定された保険薬局について指定日の属する月の翌月1日から当年2月末日までの処方箋受付回数で判定し、当年4月1日から翌年3月31日まで適用する。
- b 前年12月1日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について指定日の属する月の翌月1日から3か月間の処方箋受付回数で判定し、当該3か月の最終月の翌々月1日から翌年3月31日まで適用する。

- (ハ) 開設者の変更(親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等)又は薬局の改築等の理由により医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)(以下「医薬品医療機器等法」という。))上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、(ロ) bにかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。
- 新規届出の場合
- 例：30年8月1日に新規指定された薬局(ロ)の場合
- ・①から④までは調剤基本料1に該当するものとして取り扱う(ただし、保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして第90の1(1)から(4)までに該当する場合は、特別調剤基本料とする。特別調剤基本料の施設基準に該当する場合は、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料3とする。)
 - ・⑤から⑧までにおける実績で判断し、その翌々月(④の翌日)から⑥まで適用する。
 - ・31年4月1日(⑥の翌日)から令和3年3月末日(⑦)までの調剤基本料の施設基準の適用は②から⑤までの期間における実績で判断する。

①30年8月1日	②9月1日	③11月末日	④12月末日	⑤31年2月末日	⑥3月末日	⑦令和3年3月末日
----------	-------	--------	--------	----------	-------	-----------

- (12) 調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準
当年2月末日時点の状況をもって施設基準の適合性を判断し、当年4月1日から翌年3月

末日まで所定点数を算定する。ただし、当年4月1日から翌年3月末日までの間に、新たに施設基準に適合した場合は、届出を行うことができ、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から翌年の3月末日まで所定点数を算定することができるとする。

- (13) 妥結率の実績
- イ 妥結率の実績の算定期間は、報告年度の当年4月1日から9月30日までとし、翌年4月1日から翌々年3月31日まで適用する。
- ロ 1日から4月31日まで、妥結率の報告年度の当年4月2日以後に新規に保険薬局に指定された薬局においては、翌々年3月31日までは妥結率が5割を超えているものとみなす。
- ハ 開設者の変更(親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等)又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、ロにかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

新規届出の場合

例：30年5月1日に新規指定された薬局の場合

- ・①から④までは妥結率が5割を超えていると見なす
- ・②から③までの実績を令和2年4月1日(④の翌日)から⑤まで適用する。

①30年5月1日	②31年4月1日	③9月末日	④令和2年3月末日	⑤令和3年3月末日
----------	----------	-------	-----------	-----------

- (14) 調剤基本料の注6に規定する保険薬局
届出前3月間の実績にて判定すること。

- 5 特掲診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関又は保険薬局が、次のいずれかに該当する場合は当該届出の受理は行わないものであること。
- (1) 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に關し、不正又は不当な届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。
- (2) 当該届出を行う前6か月間において専担規則及び兼担規則並びに療基基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等(平成18年厚生労働省告示第107号)に違反したことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。
- (3) 地方厚生(支)局長に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに当該届出に係る事項に関する保険医療機関である場合(平成18年厚生労働省告示第104号)に規定する基準のいずれかに該当している保険医療機関である場合。
- (4) 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法(大正11年法律第70号)第78条第1項(同項を準用する場合を含む。)及び高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律

第80号) (以下「高齢者医療確保法」という。) 第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容若しくは調剤内容又は診療報酬若しくは調剤報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関又は保険薬局である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」(平成12年5月31日保発第105号厚生省保険局長通知)に規定する監査要綱に基づき、警告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。

6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。

診療料	番号	診療料	番号
胃腸疾患患者指導料	(医管)第 号	泌尿疾患管理料の注11に掲げる総合医療管理料	(医管)第 号
喘息治療管理料	(ウ指)第 号	ウイルス疾患指導料	第 号
心臓ペースメーカー指導管理料の注5に掲げる遠隔モニタリング加算	(喘管)第 号	喘息治療管理料	第 号
糖尿病合併症管理料	(遠隔ベ)第 号	がん患者指導管理料	第 号
がん性疼痛緩和指導管理料	(腫管)第 号	がん患者指導管理料ロ	第 号
がん患者指導管理料イ	(腫管)第 号	がん患者指導管理料ハ	第 号
がん患者指導管理料ロ	(がん疼)第 号	がん患者指導管理料ニ	第 号
がん患者指導管理料ハ	(がん指イ)第 号	外来緩和ケア管理料	第 号
がん患者指導管理料ニ	(がん指ロ)第 号	移植後患者指導管理料(臓器移植後)	第 号
外来緩和ケア管理料	(がん指ハ)第 号	移植後患者指導管理料(造血幹細胞移植後)	第 号
移植後患者指導管理料(臓器移植後)	(外緩)第 号	糖尿病透析予防指導管理料	第 号
移植後患者指導管理料(造血幹細胞移植後)	(移植管職)第 号	小児運動器疾患指導管理料	第 号
糖尿病透析予防指導管理料	(移植管造)第 号	乳脈炎重症化予防・ケア指導料	第 号
小児運動器疾患指導管理料	(小運指管)第 号	婦人科特定疾患治療管理料	第 号
乳脈炎重症化予防・ケア指導料	(小運指管)第 号	腎代替療法指導管理料	第 号
婦人科特定疾患治療管理料	(乳脈ケア)第 号	小児科外来診療料	第 号
腎代替療法指導管理料	(婦特管)第 号	地域連携小児夜間・休日診療料1	第 号
小児科外来診療料	(腎代替管)第 号	地域連携小児夜間・休日診療料2	第 号
地域連携小児夜間・休日診療料1	(小外診)第 号	地域連携夜間・休日診療料	第 号
地域連携小児夜間・休日診療料2	(小夜1)第 号	院内トリートメント実施料	第 号
地域連携夜間・休日診療料	(小夜2)第 号	夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる救急搬送看護体制作加算	第 号
院内トリートメント実施料	(夜)第 号	外来放射線照射診療料	第 号
夜間休日救急搬送医学管理料の注3に掲げる救急搬送看護体制作加算	(トリ)第 号	地域包括診療料	第 号
外来放射線照射診療料	(救観看体)第 号	小児かかりつけ診療料	第 号
地域包括診療料	(放射診)第 号	ニコチン依存症管理料	第 号
小児かかりつけ診療料	(放料診)第 号	療養・航方面立支援指導料の注3に掲げる相談支援加算	第 号
ニコチン依存症管理料	(小か診)第 号		
療養・航方面立支援指導料の注3に掲げる相談支援加算	(ニコ)第 号		
	(面立支援)第 号		

診療料	番号	診療料	番号
開放型病院共同指導料	(開)第 号	外来排尿自立指導料	第 号
別添1の「第9」の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診1)第 号	肝炎インターフェロン治療計画料	第 号
別添1の「第9」の1の(2)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診2)第 号	ハイリスク妊産婦連携指導料1	第 号
別添1の「第9」の1の(3)に規定する在宅療養支援診療所	(支援診3)第 号	ハイリスク妊産婦連携指導料2	第 号
別添1の「第9」の2の(3)に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	(在緩和)第 号	薬剤管理指導料	第 号
(在緩和)第 号		地域連携診療計画加算	第 号
別添1の「第9」の2の(4)に規定する在宅療養実績加算1	(在診実1)第 号	検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	第 号
別添1の「第9」の2の(5)に規定する在宅療養実績加算2	(在診実2)第 号	医療機器安全管理料1	第 号
ハイリスク妊産婦共同管理料(1)	(ハハイ1)第 号	医療機器安全管理料2	第 号
がん治療連携計画算定料	(がん計)第 号	医療機器安全管理料(歯科)	第 号
がん治療連携指導料	(がん指)第 号	精神科退院時共同指導料1及び2	第 号
		在宅療養支援歯科診療所1	第 号
		在宅療養支援歯科診療所2	第 号
		かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	第 号
		別添1の「第14」の2の(1)に規定する在宅療養支援病院	第 号
		別添1の「第14」の2の(2)に規定する在宅療養支援病院	第 号
		別添1の「第14」の2の(3)に規定する在宅療養支援病院	第 号
		別添1の「第14」の2の(2)に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	第 号
		(在緩和)第 号	
		別添1の「第14」の2の(3)に規定する在宅療養実績加算1	第 号
		別添1の「第14」の2の(4)に規定する在宅療養実績加算2	第 号
		歯科疾患在宅療養管理料の注4に掲げる在宅総合医療管理料及び在宅患者歯科治療時医療管理料	第 号
		(在宅管)第 号	
		在宅がん医療総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	第 号
		(在宅総管)第 号	
		在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注2	第 号
		(在宅)第 号	
		在宅患者訪問看護・指導料の注15(同一建物居住者訪問看護・指導料)の注6の規定により準用する場合を含む。)に掲げる訪問看護・指導体制充実加算	第 号
		(訪准充)第 号	
		在宅療養後方支援病院	第 号
		(在後病)第 号	

在宅患者訪問看護管理指導料	号	胎児心エコー法	号
在宅血液透析指導管理料	号	時間内歩行試験及びシヤントルトウウォーキーングテスト	号
在宅酸素療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算	号	ヘッドアップટેイイト試験	号
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注2に掲げる遠隔モニタリング加算	号	人工呼吸療法	号
在宅植込型補助人工心臓（非拍動型）指導管理料	号	長期継続頭蓋内脳液検査	号
在宅重聴治療電場療法指導管理料	号	長期脳波ビデオ同時記録検査1	号
在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	号	脳波検査判断料1	号
持続血糖測定器加算及び皮下連続式グルコース測定	号	遠隔脳波診断	号
持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）	号	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	号
持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合）	号	車線補助電図	号
地域医療連携体制加算	号	光トポグラフィ	号
遺伝学的検査	号	脳磁図（自発活動を測定するもの）	号
歯科訪問診療料の注13に規定する基準	号	脳磁図（その他のもの）	号
在宅歯科医家推進加算	号	終夜睡眠ポリグラフィ（安全精度管理下で行うもの）	号
有床義歯咀嚼機能検査Ⅰのイ	号	神経学的検査	号
有床義歯咀嚼機能検査Ⅰのロ及び咀嚼能力検査	号	補聴器適合検査	号
有床義歯咀嚼機能検査Ⅱのイ	号	黄斑局所網膜電図	号
有床義歯咀嚼機能検査Ⅱのロ及び咬合圧検査	号	全視野精密網膜電図	号
精密触覚機能検査	号	ロービジョン検査判断料	号
睡眠時歯科筋電図検査	号	コンタクトレンズ検査料1	号
骨髄微小残存病変量測定	号	コンタクトレンズ検査料2	号
BRCA1/2遺伝子検査	号	コンタクトレンズ検査料3	号
がんゲノムプロファイリング検査	号	小児食物アレルギー負荷検査	号
角膜ジストロフィー遺伝子検査	号	内服・点滴誘発試験	号
先天性代謝異常症検査	号	C T透視下気管支腫瘍検査加算	号
抗HLA抗体（スクリーニング検査）及び抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）	号	経気管支凍結生検法	号
HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	号	画像診断管理加算1	号
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	号	画像診断管理加算2	号
検体検査管理加算（Ⅰ）	号	画像診断管理加算3	号
検体検査管理加算（Ⅱ）	号	歯科画像診断管理加算1	号
検体検査管理加算（Ⅲ）	号	歯科画像診断管理加算2	号
検体検査管理加算（Ⅳ）	号	遠隔画像診断	号
国際標準検査管理加算	号	ポジトロン断層撮影	号
遺伝カウンセリング加算	号	ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影	号
遺伝性腫瘍カウンセリング加算	号	乳房用ポジトロン断層撮影	号
心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	号	C T撮影及びMRI撮影	号
	号	冠動脈C T撮影加算	号
	号	血流予備量比コンピュータ断層撮影	号
	号	外傷全身C T加算	号
	号	心臓MRI撮影加算	号

乳房MRI 撮影加算	号	精神科ナイト・ケア	号
小児鎮静下MR I 撮影加算	号	精神科デイ・ナイト・ケア	号
頭部MR I 撮影加算	号	抗精神病特定薬剤治療指導管理料 (治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。)	号
全身MR I 撮影加算	号	(抗うつ) 第	号
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	号	(認知) 第	号
外来後発医薬品使用体制加算	号	(医療保護) 第	号
外来化学療法加算 1	号	(精在宅療) 第	号
外来化学療法加算 2	号	(医処外) 第	号
連携充実加算	号	(医処外) 第	号
無菌剤処理料	号	(歯処外) 第	号
心大血管疾患リハビリテーション料(I)	号	(歯処外) 第	号
心大血管疾患リハビリテーション料(II)	号	(歯処外) 第	号
脳血管疾患等リハビリテーション料(I)	号	(歯処外) 第	号
脳血管疾患等リハビリテーション料(II)	号	(歯処外) 第	号
脳血管疾患等リハビリテーション料(III)	号	(歯処外) 第	号
運動器リハビリテーション料(I)	号	(口腔治療) 第	号
運動器リハビリテーション料(II)	号	(口血凝) 第	号
運動器リハビリテーション料(III)	号	(手治療) 第	号
呼吸器リハビリテーション料(I)	号	(静注) 第	号
呼吸器リハビリテーション料(II)	号	(多血) 第	号
摂食機療法に注るに掲げる摂食嚥下支援加算	号	(血入) 第	号
難病患者リハビリテーション料	号	(エタ甲) 第	号
障害児 (若) リハビリテーション料	号	(エタ副甲) 第	号
がん患者リハビリテーション料	号	(人工腎臓) 第	号
リンパ浮腫複合的治療料	号	(導入) 第	号
集団コミュニケーション療法料	号	(導入 2) 第	号
歯科口腔リハビリテーション料 2	号	(透折水) 第	号
経頭蓋磁気刺激療法	号	(磁剤) 第	号
児童思春期精神科専門管理加算	号	(手頭微加) 第	号
療養生活環境整備指導加算	号	(う他無痛) 第	号
救急患者精神科継続支援料	号	(心遠運) 第	号
精神科作業療法	号	(歩行ゴボ) 第	号
認知療法・認知行動療法 1	号	(歯CAD) 第	号
認知療法・認知行動療法 2	号	(手術歯根) 第	号
依存症集団療法 1	号	(歯技工) 第	号
依存症集団療法 2	号	(セ箇) 第	号
精神科ショート・ケア「大規模なもの」	号	(皮膚植) 第	号
精神科ショート・ケア「小規模なもの」	号	四肢・駆幹軟部悪性腫瘍手術及び骨悪性腫瘍手術の注に掲げる処理骨再建加算	号
精神科デイ・ケア「大規模なもの」	号	組織拡張器による再建手術 (乳房 (再建手術) の場合に限る。)	号
精神科デイ・ケア「小規模なもの」	号	骨移植術 (軟骨移植術を含む。)	号
	号	(同種骨移植 (非生体) (同種骨移植 (特許なものを限	号

乳癌悪性腫瘍手術（乳輪温存乳肉切除術（腋窩部温存乳肉切らないもの）及び乳輪温存乳肉切除術（腋窩部温存乳肉切らないもの））	号	（同種）第	乳癌悪性腫瘍手術（乳輪温存乳肉切除術（腋窩部温存乳肉切らないもの）及び乳輪温存乳肉切除術（腋窩部温存乳肉切らないもの））	号
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	号	（自家）第		号
後縦筋骨化症手術（前方流入によるもの）	号	（後縦筋）第		号
椎間板内静注薬法	号	（椎静注）第		号
腫瘍骨椎骨全摘術	号	（骨椎摘）第		号
脳腫瘍覚醒下マッピング加算	号	（脳覚）第		号
原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	号	（脳光）第		号
頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	号	（頭骨）第		号
頭蓋骨形成手術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺刺激装置交換術	号	（脳刺）第		号
頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（7本以上の電極による場合）に限る。）	号	（頭深電）第		号
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	号	（脊刺）第		号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（更失禁）	号	（仙神交便）第		号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便通活動膀胱）	号	（仙神交便）第		号
治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は著状角膜変性に係るものに限る。））	号	（角膜切）第		号
角膜移植術（内皮移植加算）	号	（内移）第		号
羊膜移植術	号	（羊膜移）第		号
緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	号	（緑内イ）第		号
緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	号	（緑内ド）第		号
網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	号	（硝切）第		号
網膜再建術	号	（網膜再）第		号
人工内耳植込術	号	（人工中耳）第		号
人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	号	（植補聴）第		号
内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）	号	（内鼻V）第		号
鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）	号	（鏡咽悪）第		号
鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	号	（鏡喉悪）第		号
喉頭形成手術（甲狀軟骨固定器具を用いたもの）	号	（喉頭形成）第		号
上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）	号	（顎移）第		号
上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）	号	（齒科）第		号
顎前人工関節全置換術	号	（顎人工）第		号
内視鏡下甲狀腺部分切除、腫瘍摘出術、内視鏡下ハセドウトウ甲狀腺全摘（亜全摘）術（両葉、）	号	（内下）第		号
内視鏡下甲狀腺全摘術	号	（内甲全）第		号
内視鏡下甲狀腺悪性腫瘍手術	号	（乳腺ガ）第		号
乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）（MRIによるもの）	号	（乳切性腫）第		号
乳房切除術（性別同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	号	（乳セ1）第		号
乳がんセンチネルリンパ節加算1及びセンチネルリンパ節生検（併用）	号	（乳セ2）第		号
乳がんセンチネルリンパ節加算2及びセンチネルリンパ節生検（単独）	号			号
乳癌悪性腫瘍手術（腋窩部温存乳肉切らないもの）	号	（乳腫）第		号
ゲル充填人工乳肉を用いた乳房再建術（乳肉切除後）	号	（ゲル乳再）第		号
胸壁拡大胸腺腫摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	号	（胸壁拡張）第		号
胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	号	（胸腔鏡悪）第		号
胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	号	（胸腔鏡善）第		号
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除で内視鏡支援機器を用いる場合）	号	（胸腔鏡悪区）第		号
肺悪性腫瘍手術（縦割・臓側胸膜全切除（縦隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）	号	（肺腫）第		号
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	号	（胸腔鏡悪）第		号
同種死体肺移植術	号	（肺植）第		号
生体部分肺移植術	号	（生肺）第		号
食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの、内視鏡下胃、十二指腸穿孔孔閉鎖術、胃腸閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸癒着閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸癒着閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸癒着閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸癒着閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸癒着閉鎖術（内視鏡によるもの）、膈腸癒着閉鎖術（内視鏡によるもの）	号	（穿腫胃）第		号
胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	号	（胸腔食道悪）第		号
縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	号	（縦隔食道悪）第		号
内視鏡下筋層切開術	号	（内筋）第		号
経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	号	（経特）第		号
胸腔鏡下弁形成術	号	（胸腔弁形）第		号
胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	号	（胸腔弁形内）第		号
経カテーテル大動脈弁置換術	号	（カテ弁置）第		号
胸腔鏡下弁置換術	号	（胸腔弁置）第		号
経皮的僧帽弁クリップ術	号	（経僧帽）第		号
胸腔鏡下動脈管閉塞閉鎖術	号	（腔動閉）第		号
不整脈手術 左心耳閉鎖術（経カテーテルの手術によるもの）	号	（不整脈カ）第		号
磁気ナビゲーション加算	号	（磁導カ）第		号
経皮的中心隔心筋焼灼術	号	（経中）第		号
ペーペースメーカー移植術及びペーペースメーカー交換術	号	（ペ）第		号
ペーペースメーカー移植術及びペーペースメーカー交換術（リードレスペーペースメーカー）	号	（ペリ）第		号
両心室ペーペースメーカー移植術（心筋電極の場合）及び両心室ペーペースメーカー交換術（心筋電極の場合）	号	（両ペ心）第		号
両心室ペーペースメーカー移植術（経静脈電極の場合）及び両心室ペーペースメーカー交換術（経静脈電極の場合）	号	（両ペ静）第		号
植込型除細動器移植術（心筋リードを用いるもの）及び植込型除細動器交換術（心筋リードを	号			号

用いるもの)	(除心) 第	号	内視鏡下腔体尾部腫瘍切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹腔切支) 第	号
植込型除細動器移植術 (経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの)、植	(除心) 第	号	腹腔鏡下腔体尾部腫瘍切除術	(腹腔切支) 第	号
込型除細動器交換術 (その他のもの) 及び経静脈電極抜き術	(除静) 第	号	腹腔鏡下腔体腫瘍切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹腔切支) 第	号
両室ペースンク機能付き植込型除細動器移植術 (心筋電極の場合) 及び両室ペースンク機能付	(両除心) 第	号	同種死体腎移植術、同種死体腎移植術	(腎臓) 第	号
き植込型除細動器交換術 (心筋電極の場合)	(両除心) 第	号	同種死体腎移植術	(腎臓) 第	号
両室ペースンク機能付き植込型除細動器移植術 (経静脈電極の場合)	(六) 第	号	生体部分小腸移植術	(生小腸) 第	号
付き植込型除細動器交換術 (経静脈電極の場合)	(六) 第	号	同種死体小腸移植術	(小腸移植) 第	号
大動脈バルーンパンピング法 (I A B P法)	(経術補) 第	号	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剝離術	(早大腸) 第	号
経皮的循環補助法 (ポンプカテーターを用いたもの)	(補心) 第	号	腹腔鏡下直腸切除・切筋術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹直腸切支) 第	号
補助人工心臓	(補心) 第	号	腹腔鏡下腎盂形成手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腎形支) 第	号
小児補助人工心臓	(小補心) 第	号	体外衝撃波腎・尿管結石砕砕術	(腎) 第	号
植込型補助人工心臓 (非拍動型)	(植補心非) 第	号	腎腫瘍凝固・焼灼術 (冷凍凝固によるもの)	(腎凝固) 第	号
同種心移植術	(心植) 第	号	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	(腎悪) 第	号
骨格筋由来細胞シート心表面移植術	(筋心移植) 第	号	同種死体腎移植術	(腎植) 第	号
経皮的下肢動脈形成術	(経下肢動) 第	号	生体腎移植術	(腎植) 第	号
内視鏡下下肢静脈不全穿通枝切離術	(内下不切) 第	号	膀胱水圧拡張術	(膀胱) 第	号
腹腔鏡下リンパ節郭清術 (後腹膜)	(腹リ後腹) 第	号	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(膀胱悪支) 第	号
腹腔鏡下リンパ節郭清術 (傍大動脈)	(腹リ傍大) 第	号	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	(膀胱悪) 第	号
腹腔鏡下小切開腎臓内リンパ節郭清術、腹腔鏡下小切開腎臓外リンパ節郭清術、腹腔鏡下	(腎下切開) 第	号	尿道形成手術 (前部尿道) (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(尿道) 第	号
小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節郭清術、腹腔鏡下	(腎下切開) 第	号	尿道下裂形成手術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(尿道) 第	号
小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍手術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹	(尿管) 第	号	尿道下裂形成手術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(尿道) 第	号
腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開前立	(尿管) 第	号	陰茎形成術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(陰茎) 第	号
腺悪性腫瘍手術	(尿管) 第	号	人工尿道括約筋植込・置換術	(人工尿) 第	号
腹腔鏡下胃切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹胃切支) 第	号	陰茎全摘術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(陰茎) 第	号
腹腔鏡下噴門胃切除術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹胃切支) 第	号	精巣摘出術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(精巣) 第	号
腹腔鏡下十二指腸腸所切除術 (内視鏡処置を併施するもの)	(腹十二腸) 第	号	焦点式高エネルギー超音波療法	(焦超) 第	号
腹腔鏡下胃縮小術 (スリーブ状切除によるもの)	(腹胃縮) 第	号	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	(腹前) 第	号
腹腔鏡下胃全摘術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(腹胃全) 第	号	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いるもの)	(腹前) 第	号
バルーン閉塞下行性経静脈的塞栓術	(経静脈) 第	号	会陰形成手術 (筋層に及ばないもの) (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(会陰) 第	号
胆管悪性腫瘍手術 (腔頭十二指腸切除及び肝切除 (葉以上) を伴うものに限る。)	(胆腫) 第	号	造瘻術、閉門鎖症術 (遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの)	(造瘻) 第	号
体外衝撃波胆石砕砕術	(胆) 第	号	(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(造瘻閉鎖) 第	号
腹腔鏡下胆道胃鏡症手術	(胆胆閉鎖) 第	号	腹腔鏡下仙骨腫瘍手術	(腹仙骨腫) 第	号
腹腔鏡下肝切除術	(腹肝) 第	号	腹腔鏡下仙骨腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いた場合)	(腹仙骨腫) 第	号
生体部分肝移植術	(生) 第	号	子宮全摘術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(子宮全摘) 第	号
同種死体肝移植術	(肝植) 第	号	腹腔鏡下膣式子宮全摘術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(膣子宮全摘) 第	号
体外衝撃波脾石砕砕術	(脾石砕) 第	号	腹腔鏡下膣式子宮全摘術 (性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	(膣子宮全摘) 第	号
腹腔鏡下腔腫瘍摘出術	(腔腫) 第	号	腹腔鏡下膣式子宮全摘術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)	(膣子宮全摘) 第	号
腹腔鏡下腔体尾部腫瘍切除術	(腔切) 第	号			

腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡下手術用支援機器を用いる場合） （腹子宮内支）第	号	外来放射線治療加算	号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。） （腹子宮）第	号	遠隔放射線治療計画加算	号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。） （腹子宮頸）第	号	高エネルギー放射線治療	号
子宮内臓器腫瘍摘出術（剖開）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。） （子宮内臓器腫瘍）第	号	1 回線量増加加算	号
内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術 （内胎）第	号	強度変調放射線治療（IMRT）	号
胎児胸腔・羊水腔シャント術 （胎児）第	号	画像誘導放射線治療（IGRT）	号
無心体双胎焼灼術 （無心）第	号	体外照射呼吸性移動対策加算	号
胎児輸血術 （胎輸）第	号	定位放射線治療	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の休日加算1 （医手休）第	号	粒子線治療	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の時間外加算1 （医手外）第	号	粒子線治療通定加算	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の12に掲げる手術の深夜加算1 （医手深）第	号	粒子線治療医学管理加算	号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の休日加算1 （歯手休）第	号	画像誘導密封小線源治療加算	号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の時間外加算1 （歯手外）第	号	保険医療機関間の連携による病理診断	号
歯科点数表第2章第9部手術の通則第9号に掲げる手術の深夜加算1 （歯手深）第	号	保険医療機関間の連携によるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製 （連携組織）第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の16に掲げる手術 （胃製造）第	号	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診 （連携細胞診）第	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術（運送性乳腺腫瘍検診患者に対する乳房切除術に限る。） （乳切運伝）第	号	病理診断管理加算1	号
医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術（運送性乳腺腫瘍検診患者に対する乳房切除術） （子宮内臓器腫瘍摘出術に対する乳房切除術）第	号	デジタル病理画像による病理診断	号
輸血管理料Ⅰ （輸血Ⅰ）第	号	悪性腫瘍病理組織標本加算	号
輸血管理料Ⅱ （輸血Ⅱ）第	号	口腔病理診断管理加算1	号
肝血自己血輸血管理体制加算 （輸血）第	号	口腔病理診断管理加算2	号
コーデイナーネート体補充加算 自己生体組織接合着床術 （コ体充）第	号	クラウン・ブリッジ維持管理料	号
自己生体組織接合着床術 （自生接）第	号	歯科矯正診断料	号
同種クリオプレシビテート作製術（用手法） （自己ク）第	号	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	号
人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算 （造設前）第	号	調剤基本料1	号
胃造設時嚥下機能評価加算 （胃造設嚥）第	号	調剤基本料2	号
凍結保存同種組織加算 （凍保組）第	号	調剤基本料3イ	号
広範囲顎骨支持装置埋入手術 （歯顎人工）第	号	調剤基本料3ロ	号
顎関節人工関節全置換術（歯科） （歯切顎微）第	号	調剤基本料1（注1のただし書に該当する場合）	号
歯根端切除手術の注3 （歯管Ⅰ）第	号	地味支援体制加算	号
麻酔管理料（Ⅰ） （麻管Ⅰ）第	号	後発医薬品調剤体加算1	号
麻酔管理料（Ⅱ） （麻管Ⅱ）第	号	後発医薬品調剤体加算2	号
歯科麻酔管理料 （歯麻管）第	号	後発医薬品調剤体加算3	号
放射線治療専任加算 （放専）第	号	無菌製剤処理加算	号
		在宅患者調剤加算	号
		薬剤服用歴管理指導料の4に掲げる情報通信機器を用いた服薬指導	号
		薬剤服用歴管理指導料の注7に掲げる特定薬剤管理指導加算2	号

かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料 (作業) 第 号

7 次の(1)から(10)までに掲げるものについては、それらの点数のうちいずれか1つについて届出を行っていただければ、当該届出を行った点数と同一の区分に属する点数も算定できるものであり、点数ごとに別々の届出を行う必要はないものであること。

- (1) 持続血糖測定器加算 (同感注入シリジンプラスと連動する持続血糖測定器を用いる場合)、皮下連続式グルコース測定
- (2) 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開閉経手術、腹腔鏡下小切開腎袖部分切除術、腹腔鏡下小切開腎袖摘出術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術
- (3) センチネルリンパ節生検(併用)、乳がんセンチネルリンパ節加算1
- (4) センチネルリンパ節生検(単独)、乳がんセンチネルリンパ節加算2
- (5) 人工関節検査、人工関節療法
- (6) 時間内歩行試験、シャトルウォーキングテスト
- (7) 検査・画像情報提供加算、電子的診療情報評価料
- (8) 導入期加算2、腎代替療法実績加算
- (9) 透析液水質確保加算、慢性維持透析濾過加算
- (10) 食道縫合術(穿孔、損傷)(内視鏡によるもの)、内視鏡下胃、十二指腸穿孔穿孔閉鎖術、胃腸閉鎖術(内視鏡によるもの)、小腸腫瘍摘術(内視鏡によるもの)、結腸腫瘍摘術(内視鏡によるもの)、腎(腎盂)腫瘍摘術(内視鏡によるもの)、尿管腫瘍摘術(内視鏡によるもの)、膀胱腫瘍摘術(内視鏡によるもの)、陰嚢腫瘍摘術(内視鏡によるもの)

8 4に定めるもののほか、各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の1日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の1日から算定する。なお、平成30年4月16日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月1日に遡って算定することができるものとする。

9 届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を届出者に対して通知するものであること。

第3 届出受理後の措置等

1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関又は保険薬局の開設者は届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に変更の届出を行うものであること。ただし、神経学的検査、精密触覚機能検査、画像診断管理加算1、2及び3、歯科画像診断管理加算1及び2、麻酔管理料(1)、歯科麻酔管理料、歯科矯正診断料並びに顎口腔機能診断料について届出している医師に変更があった場合にはその都度届出を行い、届出にあたり使用する機器を届け出ている施設基準については、当該機器に変更があった場合には、

その都度届出を行うこと。また、CT撮影及びVMR1撮影について届け出ている撮影に使用する機器に変更があった場合にはその都度届出を行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月(変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された職員)は当該月の1日)から変更後の特掲診療料を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員(配置要件のみの変更の場合など)月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の特掲診療料を算定すること。

2 届出を受理した保険医療機関又は保険薬局は、適時調査を行い(原則として年1回、受理後6か月以内を目的)、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。

3 特掲診療料の施設基準等に適合しないことが判明した場合は、所要の指導の上、変更の届出を行わせるものであること。その上で、なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関又は当該保険薬局の開設者に弁明を行う機会を与えるものとする。

4 届出を行った保険医療機関又は保険薬局は、毎年7月1日現在で届出の基準の適合性を確認し、その結果について報告を行うものであること。

5 地方厚生(支)局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとする。

6 届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生(支)局において関電(ホムムベージへの掲載等を含む。)に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関及び保険薬局においても、保険医療機関及び保険医療業担当規則(昭和32年厚生省令第15号)、高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準(昭和58年厚生省告示第14号)及び保険薬局及び保険薬局師療養担当規則(昭和32年厚生省令第16号)の規定に基づき、院内の見やすい場所(届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること)。

第4 経過措置等

第2及び第3の規定にかかわらず、令和2年3月31日現在において特掲診療料の届出が受理されている保険医療機関及び保険薬局については、次の取扱いとする。

令和2年3月31日において表1及び表2に掲げる特掲診療料を算定して、新たな届出を要しないが、令和2年4月以降の実績をもって、該当する特掲診療料の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表1 新たに施設基準が創設されたことにより、令和2年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

外来栄養食事指導料(注2に掲げる外来化学療法の実施患者の栄養食事指導を行う場合)

心臓ペースメーカー指導管理料の注5に掲げる遠隔モニタリング加算
がん患者指導管理料の二
婦人科特定疾患治療管理料
腎代替療法指導管理料
ニコチン依存症管理料（情報通信機器を用いる診察に係る規定を満たすことにより算定する場
合に限る。）
療養・就労面立支援指導料の注3に掲げる相談支援加算
外来排尿自立指導料
精神科退院時共同指導料1
精神科退院時共同指導料2
在宅患者訪問看護・指導料の注15（同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定により準用する場合を含む。）に掲げる訪問看護・指導体制充実加算
持続血糖測定器加算（即座注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合）

睡眠時虚血酸素飽和度検査
BRCA1/2遺伝子検査
がんゲノムプロファイル検査
角膜炎ストロブライナー遺伝子検査
先天性代謝異常症検査
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出
検体検査判断料の注7に掲げる遺伝性腫瘍カウンセリング加算
車線維持電図
脳磁図（自発活動を測定するもの）
終夜睡眠ポリグラフアイー（安全管理下で行うもの）
黄斑局所網膜電図
全視野精密網膜電図
経気管支凍結生検法
血流量比コンピュータ断層撮影
全身MRI撮影加算
連続充実加算
経頭蓋磁気刺激療法
療養生活質評価指導加算
依存症集団療法2
静脈圧追処置（慢性肺不全に対するもの）
多血小板血算処置
心不全に対する遠赤外線温熱療法
乳房切除術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術に限る。）
子宮頸部風腫瘍摘出術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術に限る。）
四肢・脛脛部悪性性腫瘍手術及び骨悪性腫瘍手術の注に掲げる処理費再建加算
椎間板内閉塞注入療法

頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（7本以上の電極による場合）に限る。）
角膜移植術（内皮移植加算）
鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）
鏡視下喉頭悪性腫瘍手術
顎関節人工関節全置換術
胸腔鏡下拡大肺腫瘍摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除で内視鏡支援機器を用いる場合）
縦膈鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
不整脈ペースメーカー閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）
両心室ペースメーカー移植術（心筋電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（心筋電極の場合）
植込型除細動器移植術（心筋リードを用いるもの）及び植込型除細動器交換術（心筋リードを用いるもの）
能付き植込型除細動器交換術（心筋電極の場合）
経皮的下肢動脈形成術
腹腔鏡下下リンパ節群鞘滑術（後腹膜）
腹腔鏡下下リンパ節群鞘滑術（傍大動脈）
腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併用したもの）
腹腔鏡下腹腔体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
腹腔鏡下頸頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
同種死体臓器移植術
腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
腹腔鏡下山骨腫瘍固定術（内視鏡手術用支援機器を用いた場合）
無心体双胎胎産術
胎児輸血術
同種クリオプレシビテート作製術
顎関節人工関節全置換術（歯科）
歯科歯槽管理料
歯科歯槽管理料
薬剤服用歴管理指導料の4に掲げる情報通信機器を用いた服薬指導
薬剤服用歴管理指導料の注7に掲げる特定薬剤管理指導加算2

表2 施設基準の改正により、令和2年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であっても、令和2年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

小児運動器疾患指導管理料
小児科外来診療料
摂食機能療法の注3に掲げる摂食嚥下支援加算
導入期加算2

胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）

麻酔管理料（Ⅱ）（麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合に限る。）

調剤基本料の注5に掲げる地域支援体制加算（調剤基本料1を算定している保険薬局で、令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表3 施設基準等の名称が変更されたが、令和2年5月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

持続血糖測定器加算	→	持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）
脳磁図	→	脳磁図（その他のもの）
依存症集団療法	→	依存症集団療法1
腹腔鏡下腔頭十二指腸切除術	→	腹腔鏡下腔頭十二指腸切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）
両心室ベースメーカ—移植術及び両心室ベースメーカ—交換術	→	両心室ベースメーカ—移植術（経静脈電極の場合）及び両心室ベースメーカ—交換術（経静脈電極の場合）
植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術	→	植込型除細動器移植術（経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの）、植込型除細動器交換術（その他のもの）及び経静脈電極抜去術に関する施設基準
両室ベーンシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ベーンシング機能付き植込型除細動器交換術	→	両室ベーンシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極の場合）及び両室ベーンシング機能付き植込型除細動器交換術（経静脈電極の場合）

別添1

特掲診療料の施設基準等

第1 特定疾患療養管理料

- 1 特定疾患療養管理料の注5に関する施設基準
「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和2年3月●日医医発第●第●号)別添●の●に掲げるオンライン診療料の届出を行っていること。

2 届出に関する事項

特定疾患療養管理料の注5に関する施設基準については、オンライン診療料の届出を行っていただく、特定疾患療養管理料の注5として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第1の2 ウイルス感染症指導料

- 1 ウイルス感染症指導料の注2に規定する加算に関する施設基準
(1) HIV感染者の診療に従事した経験が5年以上有する専任の医師が1名以上配置されていること。
(2) HIV感染者の看護に従事した経験を2年以上有する専任の看護師が1名以上配置されていること。
(3) HIV感染者の服薬指導を行う専任の薬剤師が1名以上配置されていること。
(4) 社会福祉士又は精神保健福祉士が1名以上勤務していること。
(5) プライバシーの保護に配慮した診察室及び相談室が備えられていること。

2 届出に関する事項

- (1) ウイルス感染症指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式1を用いること。
(2) 1の(1)及び(2)に掲げる医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。
(3) 1の(1)から(3)までに掲げる医師、看護師、薬剤師及び1の(4)に掲げる社会福祉士又は精神保健福祉士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用いて届出すること。

第1の3 小児科療養指導料

- 1 小児科療養指導料の注6に関する施設基準
「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和2年3月●日医医発第●第●号)別添●の●に掲げるオンライン診療料の届出を行っていること。

2 届出に関する事項

小児科療養指導料の注6に関する施設基準については、オンライン診療料の届出を行っていただく、小児科療養指導料として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第1の4 てんかん指導料

- 1 てんかん指導料の注6に関する施設基準
「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和2年3月●

日医医発第●第●号)別添●の●に掲げるオンライン診療料の届出を行っていること。

2 届出に関する事項

てんかん指導料の注6に関する施設基準については、オンライン診療料の届出を行っていただく、てんかん指導料の注6として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第1の5 難病外来指導管理料

1 難病外来指導管理料の対称患者

特掲診療料の施設基準等第3の2の(3)難病外来指導管理料の対象疾患に定める「その他これに準ずる疾患」とは、「特定疾患治療研究事業について」(昭和48年4月17日衛発第242号)に掲げる疾患(当該疾患に罹患している患者として都道府県知事から受給者証の交付を受けられているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。)又は「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱について」(平成元年7月24日医医発第896号)に掲げる疾患(当該疾患に罹患している患者として都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。)をいう。

2 難病外来指導管理料の注6に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和2年3月●日医医発第●第●号)別添●の●に掲げるオンライン診療料の届出を行っていること。

3 届出に関する事項

難病外来指導管理料の注6に関する施設基準については、オンライン診療料の届出を行っていただく、難病外来指導管理料の注6として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第1の6 外来栄養食事指導料

1 外来栄養食事指導料の注2に規定する施設基準

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド(点滴注射による化学療法を実施するに適用したリクライニングシート等を含む。)を有する治療室を併有し、専任の常勤管理栄養士が1人以上配置されていること。
(2) (1)に掲げる管理栄養士は、医療関係団体等が実施する悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していることが望ましい。

2 届出に関する事項

外来栄養食事指導料の注2に規定する施設基準に係る届出は、別添2の様式2を用いること。

第1の7 心臓ペースメーカー指導管理料

1 植込型除細動器移行期加算に関する施設基準

下記のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

- (1) 区分番号「K599」植込型除細動器移植術、区分番号「K599-2」植込型除細動器交換術及び区分番号「K599-5」経静脈電極法去術(レーザーシースを用いるもの)
- (2) 区分番号「K599-3」両室ペースメーカー機能付き植込型除細動器移植術及び区分番号

「K599-4」両室ベレーン加算の施設基準

2 遠隔モニタリング加算に関する施設基準

- (1) 循環器内科、小児循環器内科又は心臓血管外科についての専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。なお、不整脈及び心臓植込み型電気デバイスについての専門的な臨床経験を3年以上有していることが望ましい。
 - (2) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関(循環器内科、小児循環器内科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。)において、区分番号「K597」ペースメーカー移植術、「K597-2」ペースメーカー交換術、「K598」両心室ベレーン加算の施設基準から「K599-4」両室ベレーン加算の施設基準に引き継がれていること。
 - (3) 関連学会から示されているガイドライン等を遵守すること。
- 3 届出に関する事項
- (1) 植込型除細動器移行期加算の施設基準に係る取扱いについては、植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極去術(レーザージェンシスを用いるもの)又は両室ベレーン加算の施設基準に引き継がれていること。
 - (2) 遠隔モニタリング加算の施設基準に係る取扱いについては、植込型除細動器移行期加算として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。
 - (3) 遠隔モニタリング加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式1の3を用いること。

第2 高度難聴指導管理料

1 高度難聴指導管理料に関する施設基準

- (1) 人工内耳植込術の施設基準を満たしていること。
 - (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている耳鼻咽喉科の非常勤医師(5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する医師に限る。)を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- 2 届出に関する事項
- 高度難聴指導管理料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第2の2 慢性維持透析患者外来医学管理料の腎代替療法実績加算に関する施設基準

慢性維持透析患者外来医学管理料の腎代替療法実績加算に関する施設基準及び届出に関する事項は、第57の2における2の(2)導入期加算2の例による。

第3 喘息治療管理料

1 喘息治療管理料の注2に規定する加算に関する施設基準

- (1) 専任の看護師又は准看護師が常時1人以上配置され、患者からの問い合わせ等に24時間対応できる体制を整えていること。
- (2) ピークフロー値及び一秒量等を計測する機器を備えるとともに、患者から定期的に報告される検査値等の情報を適切に蓄積、解析し、管理できる体制を整えていること。
- (3) 検査・保険医療機関において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急入院を受け入れる体制を常に確保していること。

2 届出に関する事項

- (1) 喘息治療管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式3を用いること。
- (2) 1の(1)から(3)までに掲げる事項についてその概要を記載すること。

第4 糖尿病合併症管理料

1 糖尿病合併症管理料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する専任の常勤医師が1名以上配置されていること。
- なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する医師に限る。)を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(2) 当該保険医療機関内に糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の看護師であったり、糖尿病足病変の指導に係る適切な研修を修了した者が1名以上配置されていること。

なお、ここでいう適切な研修とは、次のものをいうこと。

- ア 国又は医療関係団体等(糖尿病重症化予防(フットケア)研修を行っている日本糖尿病教育・看護学会等)が主催する研修であること。
- イ 糖尿病患者へのフットケアの意義・基礎知識、糖尿病足病変に対する評価方法、フットケア技術、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容が含まれるものであること。
- ウ 糖尿病足病変に関する患者指導について十分な知識及び経験のある看護師等が行う演習が含まれるものであること。

エ 通算して16時間以上のものであること。

2 届出に関する事項

- (1) 糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5を用いること。
- (2) 1の(1)に掲げる医師及び(2)に掲げる看護師の経験が確認できる文書を添付すること。

第4の2 がん性疼痛緩和指導管理料

1 がん性疼痛緩和指導管理料に関する施設基準

当該保険医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。なお、緩和ケアの経験を有する医師とは、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。

- (1) 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」(平成29年12月1日付け健発1201第2号厚生労働省健康局長通知)に準拠した緩和ケア研修会(平成29年度

- までに開催したものであって、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠したものを含む。）
- (2) 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等
- 2 届出に関する事項
- (1) がん性状緩和指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の2を用いること。
- (2) 1に掲げる医師の経験が確認できる文書を添付すること。

第4の3 がん患者指導管理料

- 1 がん患者指導管理料イに関する施設基準
- (1) 緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (2) (1)に掲げる医師は、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。
- ア 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠した緩和ケア研修会（平成29年度までに開催したものであって、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠したものを含む。）

- イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等
- (3) (1)に掲げる看護師は、5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいうがん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
- ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。（600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）

イ がん看護又はがん看護関連領域における専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

- ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
- (イ) がん看護又はがん看護関連領域に必要な看護理論及び医療制度等の概要
- (ロ) 臨床倫理（告知、意思決定、インフォームド・コンセントにおける看護師の役割）
- (ハ) がん看護又はがん看護関連領域に関するアセスメントと看護実践
- (ニ) がん看護又はがん看護関連領域の患者及び家族の心理過程
- (ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
- (ヘ) がん患者のための医療機関における組織的取組とチームアプローチ
- (ト) がん看護又はがん看護関連領域におけるストレスマネジメント
- (チ) コミュニケーション方法
- エ 実習により、事例に基づきアセスメントとがん看護又はがん看護関連領域に必要な看護実践

- (4) 患者に対して診断結果及び治療方針の説明等を行う場合に、患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバイシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。
- 2 がん患者指導管理料ロに関する施設基準

- (1) 緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (2) (1)に掲げる医師は、1の(2)を満たすこと。

- (3) (1)に掲げる看護師は、1の(3)を満たすこと。
- (4) 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバイシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。

3 がん患者指導管理料ハに関する施設基準

- (1) 化学療法の実績を5年以上有する医師及び専任の薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (2) (1)に掲げる薬剤師は、5年以上薬剤師としての業務に従事した経験及び3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例（複数のがん種であることが望ましい。）以上有するものであること。
- (3) 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバイシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。
- 4 がん患者指導管理料ニに関する施設基準
- (1) BRCA1/2遺伝子検査の血液を検体とするものの施設基準に係る届出を行っていること。
- (2) 患者のプライバイシーに十分配慮した構造の個室を備えていること。

5 届出に関する事項

- (1) がん患者指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の3を用いること。
- (2) 1の(2)に掲げる医師及び(3)に掲げる看護師、2の(2)に掲げる医師及び(3)に掲げる看護師3の(2)に掲げる薬剤師の経験が確認できる文書を添付すること。

第4の4 外来緩和ケア管理料

- 1 外来緩和ケア管理料に関する施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。
- ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師
- イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師
- ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師
- エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師
- なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診療する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。
- また、注4に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。

- オ 身体症状の緩和を担当する常勤医師
- カ 精神症状の緩和を担当する医師
- キ 緩和ケアの経験を有する看護師
- ク 緩和ケアの経験を有する薬剤師
- (2) 緩和ケアチームの構成員は、緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。
- また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっては、緩和ケア診

療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲においては、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。) (3) (1)のイ又はイに掲げる医師は、悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。なお、末期不全の患者を対象とする場合には、末期不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であっても差し支えない。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(悪性腫瘍患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とする3年以上の経験を有する医師に限る。)を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(4) (1)のイ又はイに掲げる医師は、3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。また、イに掲げる医師については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する医師に限る。)を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(5) (1)のア、イ、オ及びイに掲げる医師のうち、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していてもよい。

ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指図書研修会(国立研究開発法人国立がん研究センター主催)等

ウ 日本心不全学会により開催される基本的な心不全緩和ケアトレーニングコース

(6) (1)のウ又はイに掲げる研修は、5年以上悪性腫瘍の患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了している者であること。なお、ここでいう緩和ケア病棟等における研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。(600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)

イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

(イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要

(ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療

(ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程

(二) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法

(ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法

(ヘ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ

(ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーディングとストレスマネジメント

(チ) コンサルテーション方法

(リ) ケアの質を促すためのデータ取集・分析等について

エ 実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

(7) (1)のエ又はイに掲げる薬剤師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍の患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。

(8) (1)のア、イ、オ及びイに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務を担う保険医、看護師、薬剤師などが参加していること。

(9) 当該緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師、薬剤師などが参加していること。

(10) 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。

(11) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

2 届出に関する事項

外来緩和ケア管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の4を用いること。

第4の5 移植後患者指導管理料

1 臓器移植後に関する施設基準

(1) 当該医療機関内に、以下の職種が連携して、診療を行う体制があること。

(7) 臓器移植に従事した経験を2年以上有し、下記のいずれかの経験症例を持つ専任の常勤医師。

なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(臓器移植に従事した経験を2年以上有し、下記のいずれかの経験症例を持つ医師に限る。)を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

① 腎臓移植領域 10例以上

② 肝臓移植領域 10例以上

③ ①、②以外の臓器移植領域 3例以上

(イ) 臓器移植に従事した経験を2年以上有し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

(ウ) 免疫抑制状態の患者の薬剤管理の経験を有する常勤薬剤師

(2) (1)の(イ)における移植医療に係る適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。

- (2) (1)のアに掲げる医師は、糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を5年以上有する者であること。
- (3) (1)のイに掲げる看護師は、次のいずれかに該当する者であること。
- ア 糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を2年以上有し、かつ、この間に通算1,000時間以上糖尿病患者の療養指導を行った者であって、適切な研修を修了した者
- なお、ここでいう適切な研修とは、次の要件を満たすものをいうこと。
- ① 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。
 - ② 糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容が含まれるものであること。
 - ③ 糖尿病患者の療養指導について十分な知識及び経験のある医師、看護師等が行う演習が含まれるものであること。
 - ④ 通算して10時間以上のものであること。
- イ 糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を5年以上有する者
- (4) (1)のイに掲げる保健師は、糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を2年以上有する者であること。
- (5) (1)のウに掲げる管理栄養士は、糖尿病及び糖尿病性腎症の栄養指導に従事した経験を5年以上有する者であること。
- (6) (2)から(4)までに規定する医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも1名以上は常勤であること。
- (7) (2)から(5)までに規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士のほか、薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましいこと。
- (8) 注4に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される透析予防診療チームにより、透析予防に係る専門的な診療が行われていること。
- ア 糖尿病指導の経験を有する医師(2)を満たすこと。))
- イ 糖尿病指導の経験を有する看護師又は保健師(看護師にあつては、(3)のアを満たすこと。保健師にあつては、(4)を満たすこと。)
- ウ 糖尿病指導の経験を有する管理栄養士((5)を満たすこと。)
- (9) 注5に規定する高度腎機能障害患者指導加算を算定する場合は、次に掲げるイのアに対する割合が5割を超えていること。
- ア 4月前までの3か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、同期内に算出したeGFR_{ys}又はeGFR_{cr}(ml/分/1.73㎡)が30未満であったもの(死亡したものの、透析を導入したものの及び腎臓移植を受けたものを除き6人以上が該当する場合に限る。)
- イ アの算定時点(複数ある場合は最も早いもの。以下同じ。)から3月以上経過した時点で以下のいずれかに該当している患者
- (イ) 血清クレアチニン又はシスタチンCがアの算定時点から不変又は低下していること
 - (ロ) アたんばく排泄量がアの算定時点から20%以上低下していること
 - (ハ) アでeGFR_{ys}又はeGFR_{cr}を算出した時点から前年3月時点のeGFR_{ys}又はeGFR_{cr}を比較し、その1月当たりの低下が30%以上軽減していること
- (10) 糖尿病教室を定期的に実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。

- (7) 医療関係団体が主催するものであること。
- (イ) 移植医療に関する業務を実施する上で必要な内容を含み、通算して3日間以上の、講義、演習又は実習等からなる研修であること。ただし、実習を除く、講義又は演習等は10時間以上のものとする。
- (ウ) 講義又は演習等により、臓器移植の特性に応じた、移植の適応、免疫反応、感染症等の合併症、移植プロセスに応じたコーディネーション等について研修するものであること。
- (3) 移植医療に特化した専門外来が設置されていること。
- 2 造血幹細胞移植後に関する施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に、以下の職能が連携して、診療を行う体制があること。
- (7) 造血幹細胞移植に従事した経験を2年以上有し、造血幹細胞移植を10例以上(小児科の場合は7例以上)の経験例を10例以上(小児科の場合は7例以上)の経験例を持つ医師とし、造血幹細胞移植を10例以上(小児科の場合は7例以上)の経験例を持つ医師に限る。)を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- (イ) 造血幹細胞移植に従事した経験を2年以上有し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師
- (ウ) 免疫抑制状態の患者の薬剤管理の経験を有する常勤薬剤師
- (2) (1)の(イ)における移植医療に係る適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。
- (7) 医療関係団体が主催するものであること。
- (イ) 移植医療に関する業務を実施する上で必要な内容を含み、通算して3日間以上の、講義、演習又は実習等からなる研修であること。ただし、実習を除く、講義又は演習等は10時間以上のものとする。
- (ウ) 講義又は演習等により、造血幹細胞移植の特性に応じた、移植の適応、免疫反応、感染症等の合併症、移植プロセスに応じたコーディネーション等について研修するものであること。
- (3) 移植医療に特化した専門外来が設置されていること。
- 3 届出に関する事項
- 移植後患者指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の5を用いること。
- 第4の6 糖尿病透析予防指導管理料
- 1 糖尿病透析予防指導管理料に関する施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
- ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
- イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
- ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士

- (11) 糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者の状態の変化等について、別添2の様式5の7を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。
- 2 糖尿病透析予防指導管理料の注6に関する施設基準
「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和2年3月●日医発第●新号)別添●の●に掲げるオンライン診療料の届出を行っていること。
- 3 届出に関する事項
 - (1) 糖尿病透析予防指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の6を用いること。
なお、高度腎臓病重症患者指導加算に係る届出は、別添2の様式5の8を用いること。
 - (2) 1の(2)に掲げる医師、(3)又は(4)に掲げる看護師又は保健師及び(5)に掲げる管理栄養士の経験が確認できる文書を添付すること。
 - (3) 糖尿病透析予防指導管理料の注6に関する施設基準については、オンライン診療料の届出を行っているればよく、糖尿病透析予防指導管理料の注6として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第4の7 小児運動器疾患指導管理料

- 1 小児運動器疾患指導管理料に関する基準
 - (1) 以下の要件を全て満たす常勤の医師が1名以上勤務していること。
ア 整形外科の診療に従事した経験を5年以上有していること。
イ 小児の運動器疾患に係る適切な研修を修了していること。
 - (2) 当該保険医療機関において、小児の運動器疾患の診断・治療に必要な単純撮影を行う体制を有していること。
 - (3) 必要に応じて、当該保険医療機関の病床又は連携する保険医療機関の病床において、入院可能な体制を有していること。
- 2 届出に関する事項
小児運動器疾患指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の8の2を用いること。

第4の8 乳腺炎重症化予防ケア・指導料

- 1 乳腺炎重症化予防ケア・指導料に関する施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に、乳腺炎の重症化及び再発予防の指導並びに乳房に係る疾患の診療の経験を有する医師が配置されていること。
 - (2) 当該保険医療機関内に、乳腺炎の重症化及び再発予防並びに母乳育児に係るケア及び指導に従事した経験を5年以上有し、助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証された専任の助産師が、1名以上配置されていること。
- 2 届出に関する事項
(1) 乳腺炎重症化予防ケア・指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の9を用いること。
(2) 1の(2)に掲げる助産師についての医療関係団体等からの認証が確認できる文書を添付すること。

第4の9 婦人科特定疾患治療管理料

- 1 婦人科特定疾患治療管理料に関する施設基準
 - (1) 当該保険医療機関内に婦人科疾患の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - (2) (1)に掲げる医師は、器質性月経困難症の治療に係る適切な研修を修了していること。ただし、研修を受講していない場合においては、令和2年9月30日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。なお、ここでいう適切な研修とは次のものをいうこと。
ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。
イ 器質性月経困難症の病態、診断、治療及び予防の内容が含まれるものであること。
ウ 通算して6時間以上のものであること。
- 2 届出に関する事項
婦人科特定疾患治療管理料の施設基準に係る届出は、様式5の10を用いること。

第4の10 腎代替療法指導管理料

- 1 腎代替療法指導管理料に関する施設基準
 - (1) 以下の要件を満たしていること。
ア 説明に当たっては、関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき説明を行うこと。
イ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること。
 - ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年度に3人以上いること。なお、腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。
 - (2) 当該保険医療機関内に、以下の職種が連携して診療を行う体制があること。
ア 腎臓内科の診療に3年以上従事した経験を有する専任の常勤医師
イ 5年以上看護師として医療に従事し、腎臓病患者の看護について3年以上の経験を有する専任の常勤看護師
 - (3) 腎臓病について患者及びその家族等に対する説明を目的とした腎臓病教室を定期的に実施すること。
- 2 届出に関する事項
(1) 腎代替療法指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式2の2を用いること。
(2) 1の(2)のアに掲げる医師及びイに掲げる看護師の経験が確認できる文書を添付すること。

第5 小児科外来診療料の届出に関する事項及び小児抗腫瘍薬適正使用支援加算の施設基準

- 1 小児科外来診療料の届出に関する事項
小児科外来診療料の施設基準に係る届出は、別添2の2を用いること。
- 2 小児抗腫瘍薬適正使用支援加算の施設基準
薬剤関係協議会(AMR)対策アクションプラン(平成28年4月5日 国際的に脅威となる感染症対策関係協議会)に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク(仮称)」に係る活動に参加

し、又は感染症にかかると参加していること。
3 小児抗薬菌薬適正使用支援助算の施設基準の届出に関する事項
当該基準を満たしていない場合、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第6 地域連携小児夜間・休日診療科

1 地域連携小児夜間・休日診療科1に関する施設基準

(1) 小児を夜間・休日又は深夜において診療することができる体制を有していること。
(2) 夜間、休日又は深夜に小児科を担当する医師(近隣の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。)として3名以上を届け出ており、うち2名以上は専ら小児科を担当する医師であること。

(3) 地域に、夜間、休日又は深夜であって小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間が周知されていること。

(4) 緊急時に小児が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に小児が入院できる体制が整備されていること。

2 地域連携小児夜間・休日診療科2に関する施設基準

(1) 小児を24時間診療することができる体制を有していること。
(2) 専ら小児科を担当する医師(近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。)として3名以上を届け出ていること。
(3) 地域に、小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関が6歳未満の小児を24時間診療することができる体制が周知されていること。
(4) 緊急時に小児が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に小児が入院できる体制が整備されていること。

3 届出に関する事項

(1) 地域連携小児夜間・休日診療科1及び2の施設基準に係る届出は、別添2の様式7を用いること。
(2) 開放利用に関わる地域の医師会等との契約及び当該医療機関の運営規程等を記載すること。
(3) 2の(1)に掲げる事項については、その体制の概要を添付すること。

第6の2 削除

第6の3 地域連携夜間・休日診療科

1 地域連携夜間・休日診療科に関する施設基準

(1) 救急患者を夜間、休日又は深夜において診療することができる体制を有していること。
(2) 夜間、休日又は深夜に診療を担当する医師(近隣の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。)として3名以上を届け出ること。また診療を行う時間においては、当該保険医療機関内に常時医師が2名以上が配置されており、患者の来院状況に応じて速やかに対応できる体制を有していること。届出医師、診療に当たる医師については地域連携小児夜間・休日診療科における届出医師、診療に当たる医師と兼務可能であるが、成人を診療できる体制で

あること。

(3) 地域に、夜間、休日又は深夜であって救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間が周知されていること。

(4) 緊急時に患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に入院できる体制が整備されていること。

(6) 当該保険医療機関において、末梢血液一般検査、エックス線撮影を含む必要な診療が常時実施できること。なお、末梢血液一般検査及びエックス線撮影を含む必要な診療が常時実施できる体制をとっていない場合は、当該保険医療機関と同一の敷地内にある別の保険医療機関の設備を用いても差し支えない。

2 届出に関する事項

(1) 地域連携夜間・休日診療科の施設基準に係る届出は、別添2の様式7の2を用いること。
(2) 開放利用に関わる地域の医師会等との契約及び当該医療機関の運営規程等を記載すること。

第6の4 院内トリアージ実施科

1 院内トリアージ実施科に関する施設基準

(1) 以下の項目を含む院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っていること。

ア トリアージ目標開始時間及び再評価時間

イ トリアージ分類

ウ トリアージの流れ

なお、トリアージの流れの中で初回の評価から一定時間後に再評価すること。

(2) 患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすい場所への掲示等により周知を行っていること。

(3) 専任の医師又は救急医科に関する3年以上の経験を有する専任の看護師が配置されていること。

2 届出に関する事項

院内トリアージ実施科の施設基準に係る届出は、別添2の様式7の3を用いること。

第6の5 夜間休日救急搬送医学管理科

1 夜間休日救急搬送医学管理科に関する施設基準

(1) 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると思われる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。

ア 地域医療支援病院(医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院)

イ 救急病院等を定める省令(昭和39年厚生省令第8号)に基づき認定された救急病院又は救急診療所

ウ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

なお、精神科救急医療施設設置の運営については、平成7年10月27日健医第321号厚

- 生省保健医療局長通知に従い実施されたい。
- (2) 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
- (3) 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急輸送機関等にあらかじめ周知していること。
- 2 救急搬送看護体制加算 1 に関する施設基準
- (1) 救急用の自動車(消防法(昭和23年法律第186号)及び消防法施行令(昭和36年政令第37号)に規定する消防車又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法(昭和35年法律第105号)及び道路交通法施行令(昭和35年政令第270号)に規定する緊急自動車(傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。))又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法(平成19年法律第103号)第2条に規定する救急医療用ヘリコプターによる搬送件数(以下この区分において「救急搬送件数」という。))が、年間1,000件以上であること。
- (2) 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師が複数名配置されていること。当該専任の看護師は、区分番号「B001-2-5」院内トリアージ実施料に係る専任の看護師を兼ねることができる。
- 3 救急搬送看護体制加算 2 に関する施設基準
- (1) 救急搬送件数が年間200件以上であること。
- (2) 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師が配置されていること。当該専任の看護師は、区分番号「B001-2-5」院内トリアージ実施料に係る専任の看護師を兼ねることができる。
- 4 届出に関する事項
- 夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。ただし、救急搬送看護体制加算 1 又は 2 の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 7 の 3 により届け出ること。
- 第 6 の 6 外来リハビリテーション診療料
- 1 外来リハビリテーション診療料に関する施設基準
- (1) 心大血管疾患リハビリテーション科、脳血管疾患等リハビリテーション科、運動器リハビリテーション科又は呼吸器リハビリテーション科の届出を行っていること。
- (2) 当該診療料を算定する患者がリハビリテーションを実施している間、患者の急変時等に連絡を受けるとともに、リハビリテーションを担当する医師が直ちに診察を行える体制にあること。
- 2 届出に関する事項
- 心大血管疾患リハビリテーション科、脳血管疾患等リハビリテーション科、運動器リハビリテーション科又は呼吸器リハビリテーション科の届出を行っていればよく、外来リハビリテーション診療料として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 6 の 7 外来放射線照射診療料

- 1 外来放射線照射診療料に関する施設基準
- (1) 放射線照射の実施時において、当該保険医療機関に放射線治療区(放射線治療の経軌を 5 年以上有するものに限る。)が配置されていること。
- (2) 専従の看護師及び専従の診療放射線技師がそれぞれ 1 名以上勤務していること。なお、当該専従の診療放射線技師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、1 回線量増加加算、強度変調放射線治療(1MRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。なお、専従の看護師は、粒子線治療医学管理加算に係る常勤の看護師を兼任することできない。
- (3) 放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための管理を専ら担当する技術者(放射線治療の経軌を 5 年以上有するものに限る。)が 1 名以上勤務していること。なお、当該技術者は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、1 回線量増加加算、強度変調放射線治療(1MRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師との兼任ができないが、医療機器安全管理料 2 に係る技術者を兼任することができる。また、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療(1MRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者と兼任もできない。
- (4) 合併症の発生により速やかに対応が必要である場合等、緊急時に放射線治療区が対応できる連絡体制をとること。
- 2 届出に関する事項
- 外来放射線照射診療料の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 7 の 6 を用いること。
- 第 6 の 8 地域包括診療料
- 1 地域包括診療料 1 に関する施設基準
- (1) から (8) までの基準を全て満たしていること。
- (1) 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院であること。
- (2) 診療所又は患者の指導に係る適切な研修を修了した医師(以下この区分において「担当医」という。)を配置していること。
- (3) 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。
- (4) 診療所において、当該患者に対し院外処方を行う場合は、24 時間対応をしている薬局と連携していること。
- (5) 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。
- ア 当該保険医療機関の敷地内に禁煙であること。
- イ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の床有又は借用している部分が禁煙であること。
- (6) 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に

- 係る主治医同意書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。
- ア 介護保険法（平成9年法律第123号）第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者の指定を受けており、かつ、常勤の介護支援専門員（同法第7条第5項に規定するものをいう。）を配置していること。
- イ 介護保険法第8条第6項に規定する居宅介護管理指導又は同条第10項に規定する短期入所療養介護等を提供した実績があること。
- ウ 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所（介護保険法に規定する事業を実施するものに限る。）を併設していること。
- エ 担当医が「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老社発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号）厚生労働省健康局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に年1回以上出席していること。
- オ 介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同条第8項に規定する通所リハビリテーション、第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーション、同条第6項に規定する介護予防通所リハビリテーションに限る。）を提供していること。（なお、要介護被保険者等に対して、維持期の運動器リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は服用症候群リハビリテーション料を原則として算定できないことに留意すること。）
- カ 担当医が、介護保険法第14条に規定する介護認定審査会の委員の経験を有すること。
- キ 担当医が、都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会を受講していること。
- ク 担当医が、介護支援専門員の資格を有していること。
- ケ 病院の場合は、区分番号「A246」入院支援加算の注8に規定する総合機能評価加算の届出を行っていること又は介護支援連携指導料を算定していること
- (7) 以下の全てを満たしていること。
- ア 診療所の場合
- (イ) 時間外対応加算1の届出を行っていること。
- (ロ) 常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること。
- (ハ) 在宅療養支援診療所であること。
- イ 病院の場合
- (イ) 地域包括ケア精神入院料の届出を行っていること。
- (ロ) 在宅療養支援病棟の届出を行っていること。
- (8) 外来診療から訪問診療への移行に係る実績について、以下の全てを満たしていること。
- ア 直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)（注1のイの理由に限る。）又は区分番号「C000」往診料を算定した患者の数の合計が、10人以上であること。
- イ 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70%未満であること。
- 2 地域包括診療料2に関する施設基準
- 1の(1)から(7)までの基準を全て満たしていること。

- 3 地域包括診療料の注4に関する施設基準
- 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月●日保医発第●●●号）別添●●●に掲げるオンライン診療料の届出を行っていること。
- 4 届出に関する事項

- (1) 地域包括診療料1又は2の施設基準に係る届出は、別添2の様式7の7を用いること。
- (2) 地域包括診療料の注4に関する施設基準については、オンライン診療料の届出を行っているればよく、地域包括診療料の注4として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第6の8の2 認知症地域包括診療料

- 1 認知症地域包括診療料1に関する基準
- 第6の8に掲げる地域包括診療料1の届出を行っていること。
- 2 認知症地域包括診療料2に関する基準
- 第6の8に掲げる地域包括診療料2の届出を行っていること。
- 3 認知症地域包括診療料の注4に関する施設基準
- 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月●日保医発第●●●号）別添●●●に掲げるオンライン診療料の届出を行っていること。
- 4 届出に関する事項

- (1) 地域包括診療料1又は2の届出を行えばよく、認知症地域包括診療料1又は2として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。
- (2) 認知症地域包括診療料の注4に関する施設基準については、オンライン診療料の届出を行えばよく、認知症地域包括診療料の注4として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第6の8の3 小児かかりつけ診療料

- 1 小児かかりつけ診療料に関する施設基準
- (1) 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (2) 区分番号「B001-2」小児科外来診療料に係る届出を行っていること。
- (3) 区分番号「A001」の注10に規定する時間外対応加算1又は時間外対応加算2に係る届出を行っていること。
- (4) (1)に掲げる医師が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。
- ア 在宅当番医師等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を月1回以上頻度で行っていること
- イ 母子保健法（昭和40年法律第141号）第12条又は13条の規定による乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする）1歳6か月、3歳児等の乳幼児の健康診査）を実施していること
- ウ 予防接種法（昭和23年法律第68号）第5条第1項の規定による予防接種（定期予防接種）を実施していること
- エ 過去1年間に15歳未満の重症児又は準重症児に対して在宅医療を提供した実績を有していること

- オ 幼稚園の園医又は保育所の嘱託医に就任していること
- 2 小児抗薬適正使用支援加算に関する施設基準
 薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン (平成 28 年 4 月 5 日国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議) に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク (仮称)」に係る活動に参加し、又は感染症にかかると定期的に研修会等に参加していること。
- 3 届出に関する事項
 小児かかりつけ診療料の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 7 の 8 を用いること。小児抗薬適正使用支援加算の施設基準については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。
- 第 6 の 9 生活習慣管理料
 1 生活習慣管理料の注 4 に関する施設基準
 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和 2 年 9 月 9 日医発第 896 号) 別添 2 の第 9 の 9 に掲げるオンライン診療料の届出を行っていること。
- 2 届出に関する事項
 生活習慣管理料の注 4 に関する施設基準については、オンライン診療料の届出を行っているればよく、生活習慣管理料の注 4 として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。
- 第 7 ニコチン依存症管理料
 1 ニコチン依存症管理料に関する施設基準
 (1) 禁煙治療を行っている旨を保険医療機関内見やすい場所に掲示していること。
 (2) 禁煙治療の回数と有する医師が 1 名以上勤務していること。なお、当該医師の診療料は問わないものであること。
 (3) 禁煙治療に係る専任の看護師又は准看護師を 1 名以上配置していること。
 (4) 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。
 (5) 保険医療機関の敷地内が禁煙であること。なお、保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
 (6) 情報通信機器を用いて診療を行う保険医療機関にあっては、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有すること。
 (7) ニコチン依存症管理料を算定した患者の指導の平均継続回数及び喫煙を止めたものの割合等を、別添 2 の様式 8 の 2 を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。
- 2 ニコチン依存症管理料の注 1 に規定する基準
 (1) ニコチン依存症管理料を算定した患者の指導に関する過去 1 年間の平均継続回数は、次の 1 年間に当該医療機関において掲げた数を合計した数を 5 人以下である場合は、当該 1 年間に当該医療機関において当該管理料を算定している患者が 5 人以上である場合は、当該 1 年間に当該医療機関において当該管理料を算定した患者を、7 から 9 までの数から除くことができる。
 ア 1 年間の当該保険医療機関において実施したニコチン依存症管理料 1 の延べ算定回数(初回から 5 回目までの治療を含む。)
 イ 1 年間の当該保険医療機関においてニコチン依存症管理料 2 を算定した患者の延べ指導回

- 数
 ウ ニコチン依存症管理料 1 のイに掲げる初回の治療の算定回数及びニコチン依存症管理料 2 の算定回数を合計した数
 (2) ニコチン依存症管理料を算定した患者の指導に関する過去 1 年間の平均継続回数の計算期間は、前年 4 月 1 日から当年 3 月 31 日までとし、当該平均継続回数の実績に基づく所定点数の算定は、当年 7 月 1 日より行う。
- (3) 注 1 に規定する基準を満たさない場合には、ニコチン依存症管理料の所定点数の 100 分の 70 に相当する点数を算定することとなるが、過去 1 年間に当該管理料の算定の実績が無い場合は、この限りでないこと。

3 届出に関する事項

- (1) ニコチン依存症管理料の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 8 を用いること。
 (2) 当該治療管理に従事する医師及び看護師又は准看護師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤・専従・非常従・専任・非専任の別)及び勤務時間を別添 2 の様式 4 を用いて提出すること。

第 7 の 2 療養・就労面立支援指導料

- 1 特掲診療料の施設基準等別表第三の一の二に掲げる療養・就労面立支援指導料の注 1 に規定する疾患
 特掲診療料の施設基準等別表第三の一の二に掲げる「その他これに準ずる疾患」とは、「特定疾患治療研究事業について」(昭和 48 年 4 月 17 日衛発第 242 号)に掲げる疾患(当該疾患に罹患している患者として都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合を含む。)又は「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱について」(平成元年 7 月 24 日健医発第 896 号)に掲げる疾患(当該疾患に罹患している患者として都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。)をいう。
- 2 相談支援加算に関する基準
 専任の看護師又は社会福祉士を配置していること。なお、当該職員は区分番号「A 2 3 4 - 3」患者サポート体研実加算に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、専任の看護師又は社会福祉士については、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める同立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること。
- 3 届出に関する事項
 相談支援加算の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 8 の 3 を用いること。
- 第 8 開放型病院共同指導料
 1 開放型病院共同指導料に関する施設基準
 (1) 当該病院の施設・設備の開放について、開放利用に関わる地域の医師会等との合意(契約等)があり、かつ、病院の運営規程等にこれが明示されていること。
 (2) 次のア又はイのいずれかに該当していること。
 ア 当該 2 次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない(雇用関係にない) 20 以上の診

療所の医師若しくは歯科医師が登録していること又は当該地域の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。

イ 当該2次医療圏の一つの診療科を主として擔務する、当該病院の開設者と関係のない(雇用関係のない)10以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること又は当該地域の当該診療科の医師若しくは歯科医師の5割以上が登録していること。この場合は、当該診療科の医師が常勤勤務していること。(なお、医師が24時間、365日勤務することが必要であり、医師の宅直は認めない。)

(3) 開放病床は概ね3床以上あること。

(4) 次の項目に関する届出前30日間の実績を有すること。

ア 実績期間中に当該病院の開設者と直接関係のない複数の診療所の医師又は歯科医師が、開放病床を利用した実績がある。

イ これらの医師又は歯科医師が当該病院の医師と共同指導を行った実績がある。

ウ 次の計算式により計算した実績期間中の開放病床の利用率が2割以上である。ただし、地域医療支援病院においてはこの限りではない。

開放病床利用率 = (30日間の開放型病院に入院した患者の診療を担当している診療所の保険医の紹介による延べ入院患者数)

÷ (開放病床 × 30日間)

(5) 地域医療支援病院にあっては、上記(1)から(4)までを満たしているものとして取り扱う。

2 届出に関する事項

- (1) 開放型病院共同指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式9を用いること。
- (2) 届出前30日間における医師又は歯科医師の開放病床使用及び共同指導の実績並びに当該基準の1の(4)のウにより計算した開放病床利用率を記載すること。
- (3) 開放利用に係る地域医師会等との契約、当該病院の運営規程等を記載すること。
- (4) 登録医師又は歯科医師の名簿(登録医師等の所属する保険医療機関名を含む。)を別添2の様式10を用いて提出すること。
- (5) 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図(開放病床が明示されていること。)を記載すること。
- (6) 地域医療支援病院にあっては、上記(2)から(5)までの記載を要せず、地域医療支援病院である旨を記載すること。

第9章 在宅療養支援診療所

1 在宅療養支援診療所の施設基準

次の(1)から(3)までのいずれかにも該当するものを在宅療養支援診療所という。
なお、(1)又は(2)のいずれかにも該当するものが、区分番号「C000」(往診料の注1に規定する加算、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の注6に規定する在宅ターミナルケア加算、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注5に規定する在宅ターミナルケア加算、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料、区分番号「C002-1」施設入居時等医学総合管理料及び区分番号「C003」在宅がん医療総合診療料(以下「往診料の加算等」という。)に規定する「在宅療養支援診療所」であつて別に厚生労働大臣が定めるもの)である。

(1) 診療所であつて、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア 在宅療養を担当する常勤の医師が3名以上配置されていること。

なお、在宅療養を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。

イ 当該診療所において、24時間連絡を受けられる保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

ウ 当該診療所において、患者の求めに応じて、24時間往診が可能で体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。

エ 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患者の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能で体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。

オ 有床診療所にあつては当該診療所において、無床診療所にあつては別の保険医療機関(許可病床数が200床以上の病院を含む。)との連携により、緊急時に居宅において療養を行う患者が入院できる病室を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生(支)局長に届け出ていること。

カ 別の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を文書(電子媒体を含む。)により随時提供していること。

キ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ク 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者に連携していること。

ケ 年に1回、入居、在宅療養取り等数を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。

コ 当該診療所において、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。

なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。

サ 当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び難重症児に対する在宅医療の実績(3回以上定期的な訪問診療を実施し、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-1」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限り、)を4件以上有していること。なお、あらかじめ聴取した患者・家族の意向に基づき、オにおける受入医療機関で7日以内の入院を経て死亡した患者に対し、当該診療所が、当該入院日を含む直近6月間において訪問診療を実施していた場合(当該保険医療機関が、区分番号「C001」在宅

- 患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「イ」又は区分番号「C003」在宅がん医療総合診療料を算定している場合に限る。)も、在宅における看取りの実績を含めることができる。
- シ 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が9割5分以上の保険医療機関にあっては、上記からサまでの基準に加え、次の要件のいずれも満たすこと。
- (イ) 直近1年間に5つ以上の病院又は診療所から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績があること。
- (ロ) 当該診療所において、過去1年間在宅における看取りの実績を20件以上有していること又は重症児の十分な診療実績等を有していること。なお、ここでいう重症児の十分な診療実績とは、過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績(3回以上の定期的な訪問診療を実施し、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。)を10件以上有していることという。
- (ハ) 直近1か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が7割以下であること。
- (ニ) 直近1か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、要介護3以上又は特掲診療料の施設基準等別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が5割以上であること。
- (2) 他の保険医療機関と地域における在宅療養支援に係る連携体制(診療所又は許可病床数が200床(「基本診療料の施設基準等」別表第六の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床)未満の病院により構成されたもの)に限る。以下この項において「在宅支援連携体制」という。)を構築している診療所であって、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間診療できる体制等を確保していること。
- ただし、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の数は、当該診療所を含めて10未満とする。
- なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院(許可病床数が200床(「基本診療料の施設基準等」別表第六の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床)未満のもの)に限る。)が、診療所にあつては第14の2の1(2)の要件を全て満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定しているものである。
- ア 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されていること。
- なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。
- イ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を一元化した上で、当該担当医及び当該連絡先、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に

対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとを担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者を文書上に明示すること。

ウ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患者の求めに応じて、24時間往診が可能となる体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。

エ 当該診療所又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患者の求めに応じて、24時間訪問看護の提供が可能となる体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。

オ 当該診療所又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関において、緊急時に居宅において看護を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生(支)局長に届け出ていること。

ただし、当該診療所又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関のいずれも病床を有しない場合には、別の保険医療機関(許可病床数が200床以上の病院を含む。)との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生(支)局長に届け出ていること。

カ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を文書(電子媒体を含む。)により随時提供していること。

なお、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関において、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月1回以上の定期的なカンファレンスを実施すること。

キ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制を整備されていること。

ク 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

ケ 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。また、当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関の実績を含めた在宅看取り数等を、別途、別添2の様式11の4を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。なお、報告に当たっては、当該連携体制を構築する複数の保険医療機関のうち、1つ以上の保険医療機関が取りまとめて報告することで差し支えない。

コ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有し、かつ、当該診療所において4件以上有すること。

なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。

サ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有していること。また、当該診療所において過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績(3回以上定期的な訪問診療を実施し、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。)を2件以上有すること。なお、あらかじめ聴取した患者・家族の意

向に基づき、当該診療所又はオにおける受入医療機関で7日以内の入院を籍で死亡した患者に対し、当該診療所が、当該入院日を含む直近6月間において訪問診療を実施していた場合(当該保険医療機関が、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「イ」又は区分番号「C003」在宅分業医療総合診療料を算定している場合に限る。)も、当該診療所における在宅における看取りの実績に含めることができる。

シ 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が9割5分以上の保険医療機関にあつては、上記アからサまでの基準に加え、(1)のシの(イ)から(ニ)までの要件のいずれも満たすこと。

(3) 以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア 当該診療所において、24時間連絡を受け、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

イ 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。

ウ 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患者の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。

エ 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生(支)局長に届け出ていること。

オ 他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を連携する保険医療機関等に文書(電子媒体を含む。)により随時提供していること。

カ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

キ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

ク 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。

ケ 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が9割5分以上の保険医療機関にあつては、上記アからクまでの基準に加え、(1)のシの(イ)から(ニ)までの要件のいずれも満たすこと。

なお、区分番号「1016」精神科在宅患者支援管理料の届出を行っている診療所であ

つて、GAF尺慮による判定が40以下の統合失調症の患者を10人以上診療している保険医療機関にあつては、(1)のシの(イ)から(ニ)までの要件を満たしていないと差し支えないものとする。

2 往診料の加算等の適用

(1) 往診料の加算等に規定する「病床を有する場合」とは、1の(1)のオに規定する有床診療所、1の(2)のオに規定する当該診療所又は在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関において緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保している場合をいう。

なお、1の(2)のオに規定する在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関において1つでも病床を有する場合、当該在宅支援連携体制を構築する全ての保険医療機関の往診料の加算等に規定する「病床を有する場合」に該当するものとする。

(2) 往診料の加算等に規定する「病床を有しない場合」とは、1の(1)のオに規定する無床診療所、1の(2)のオに規定する当該診療所又は在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関のいずれも病床を有しない場合をいう。

(3) 往診料の加算等に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の施設基準

ア 1の(1)又は(2)に規定する在宅療養支援診療所であつて、過去1年間の緊急の往診の実績を15件以上有し、かつ、過去1年間の在宅における看取りの実績を20件以上有していること。

イ 末期の悪性腫瘍等の患者であつて、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに対し、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経路のある常勤医師が配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与(投与経路は問わぬが、定期的な投与と服用により患者が自ら疼痛を管理できるものに限る。)した実績を過去1年間に10件以上有していること。

ウ 第4の2がら疼痛緩和指導管理料の施設基準に定める「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。

エ 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師(在宅医療を担当する医師に限る。)がいること。院示の見やせり場所等に、過去1年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の指示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていること。

(4) 往診料の加算等に規定する在宅療養支援診療所1の施設基準

1の(3)に規定する在宅療養支援診療所であつて、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有し、かつ、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有していること。

(5) 往診料の加算等に規定する在宅療養支援診療所2の施設基準

ア 1の(3)に規定する在宅療養支援診療所であつて、過去1年間の緊急の往診の実績を4件以上有し、かつ、過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有していること。

イ 第4の2がら疼痛緩和指導管理料の施設基準に定める「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会」又は「緩和ケアの基本教

3 届出に関する事項
 3 育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。

1の(1)の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式11及び様式11の3を用いること。1の(2)の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式11、様式11の3及び様式11の4を用いること。1の(3)の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式11を用いること。2の(3)の在宅療養ケア充実診療所・病院加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式11及び様式11の3を用いること。2の(4)の在宅療養連携加算1及び2の(5)の在宅療養連携加算2の施設基準に係る届出は、別添2の様式11及び様式11の5を用いること。

第10 削除

第11 ハイリスク妊産婦共同管理料

1 ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)に関する施設基準
 ハイリスク妊産婦共同管理を共同で行う保険医療機関の名称、住所及び電話番号を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
 2 届出に関する事項
 ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式13を用いること。

3 都道府県により周産期医療ネットワークが設置されており、それを介して患者を紹介し共同管理を行う場合については、そのネットワークの運営会議等において、当該保険医療機関若しくは当該保険医療機関の所属する団体(各地域の産婦人科医学会等)の代表と他の保険医療機関との間でハイリスク妊産婦の医療に関する情報交換を行えば、届出時に、周産期ネットワークの概要、運営会議への参加医療機関及び運営会議への参加団体に所属する保険医療機関の分かる書類を添付すれば、様式に個別の医療機関を記載することを要しない。

その場合には、1の規定にかかわらず、当該保険医療機関が所在する地域の周産期医療ネットワークを院内に掲示すること。

4 ハイリスク妊産婦共同管理料の算定対象となる患者について

ア 治療中のものは、対象疾患について専門的治療が行われているものを指し、単なる経過観察のために年に数回程度通院しているのみの患者は算定できない。
 イ 妊娠30週未満の切迫早産の患者とは、子宮収縮、子宮出血、頭管の開大、短縮又は軟化のいずれかの切迫早産の兆候を示しかつ以下のいずれかを満たすものに限る。

- (イ) 前期破水を合併したものと
- (ロ) 羊水過多症又は羊水過少症を合併したものと
- (ハ) 経膈超音波検査で子宮頸管長が20mm未満のもの
- (ニ) 切迫早産の診断で他の医療機関より搬送されたもの
- (ホ) 早産指数(tocolysis index)が3点以上のもの

[早産指数 (tocolysis index)]

--	--	--	--

スコア	0	1	2	3	4
子宮収縮	無	不規則	規則的	—	—
破水	無	有	高位破水	—	低位破水
出血	無	—	—	—	—
子宮口の開大度	無	1 cm	2 cm	3 cm	4 cm以上

ウ 精神療法が実施されているものとは、当該保険医療機関で精神療法が実施されているもの又は他の保険医療機関で精神療法が実施されており、当該保険医療機関に対して当該患者の診療情報が文書により提供されているものを指す。

エ 妊産婦とは産褥婦を含み、妊婦とは産褥婦を含まない。

第11の2 がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料

1 がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料の施設基準
 あらかじめ計画策定病院において疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携医療機関と共有されていること。
 2 がん治療連携計画策定料の施設基準
 がん診療の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院等の整備について」(平成30年7月31健康0731第1号厚生労働省健康局長通知)に基づき、がん診療連携拠点病院等(がん診療連携拠点病院(都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院)、特定領域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院)の指定を受けた病院又は「小児がん拠点病院の整備について」(平成30年7月31健康発第0731第2号厚生労働省健康局長通知)に基づき小児がん拠点病院の指定を受けた病院をいう。特定領域がん診療連携拠点病院については、当該特定領域の悪性腫瘍の患者についてのみ、がん診療連携拠点病院に準じたものとして取り扱う。(以下同じ。)また、がん診療連携拠点病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院をいう。

3 届出に関する事項

(1) がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式13の2を用いること。なお、届出に当たっては、計画策定病院において、がん治療連携指導料の算定を行う連携医療機関に係る届出を併せて行っても差し支えない。
 (2) 計画策定病院が当該届出を行う際には、がんの種類や治療法ごとに作成され、連携医療機関とあらかじめ共有されている地域連携診療計画を添付すること。なお、その様式は別添2の様式13の3を参考にすること。

第11の3 がん治療連携管理料

1 がん治療連携管理料の1に関する施設基準
 「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。なお、キャンセルボーードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

- 2 がん治療連携管理料の2に関する施設基準
「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療病院の指定を受けていること。
- 3 がん治療連携管理料の3に関する施設基準
「小児がん拠点病院の整備について」に基づき、小児がん拠点病院の指定を受けていること。なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。
- 4 届出に関する事項
がん治療連携管理料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の3の2 外来がん患者在宅連携指導料

- 1 外来がん患者在宅連携指導料に関する保険医療機関の基準
外来緩和ケア管理料又は外来化学療法加算1若しくは2の届出を行っていること。
- 2 届出に関する事項
外来緩和ケア管理料又は外来化学療法加算1若しくは2の届出を行っている医師、外来がん患者在宅連携指導料として、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の3の3 外来排尿自立指導料

- 1 外来排尿自立指導料の施設基準
 - (1) 保険医療機関内に、以下から構成される排尿ケアに係るチーム(以下「排尿ケアチーム」という。)が設置されていること。
ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師
イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師
ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士
 - (2) (1)のイに掲げる医師は、3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、他の保険医療機関を主たる勤務先とする医師(3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師に限る。)が対象となり当該チームに参画しても差し支えない。また、ここでいう適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。
イ 下部尿路機能障害の病態、診断、治療、予防及びケアの内容が含まれるものであること。
- ウ 通算して6時間以上のものであること。
- (3) (1)のイに掲げる所定の研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。
イ 下部尿路機能障害の病態生理、その治療と予防、評価方法、排尿ケア及び事例分析の

内容が含まれるものであること。
ウ 排尿日記による評価、非器具を用いた残尿測定、非器具の使用、骨盤底筋訓練及び自己導尿に関する指導を含む内容であり、下部尿路機能障害患者の排尿自立支援について十分な知識及び経験のある医師及び看護師が行う演習が含まれるものであること。

エ 通算して16時間以上のものであること。

(4) 排尿ケアチームの構成員は、区分番号「A251」非尿自立支援加算に規定する排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。

(5) 包括的排尿ケアの計画及び実施に当たっては、下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドライン等を遵守すること。

2 届出に関する事項

当該指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式13の4を用いること。

第11の3の4 ハイリスク妊産婦連携指導料

- 1 ハイリスク妊産婦連携指導料1の施設基準
(1) 患者の同意を得た上で、支援を要する妊産婦の情報(産婦健康診査の結果を含む)が速やかに市町村に報告されるよう、市町村等との連携体制の整備を図ること。
(2) 原則として当該保険医療機関を受診する全ての妊産婦を対象に、エジンバラ産後うつ病質問票(E-PDS)等を参考にしてメンタルヘルスのスクリーニングを適切に実施していること。
- 2 ハイリスク妊産婦連携指導料2の施設基準
患者の同意を得た上で、支援を要する妊産婦の情報が速やかに市町村等に報告されるよう、市町村等との連携体制の整備を図るよう努めること。
- 3 届出に関する事項
ハイリスク妊産婦連携指導料の施設基準に係る届出は、別添2の2を用いること。

第11の3の5 遠隔連携診療料

- 1 遠隔連携診療料の施設基準
厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
- 2 届出に関する事項
遠隔連携診療料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の4 認知症専門診断管理料

- 1 認知症専門診断管理料1に関する施設基準
「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」(平成26年7月9日老発0709第3号)の別添2「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医療センターであること。」
- 2 認知症専門診断管理料2に関する施設基準
1の認知症疾患医療センターのうち、基幹型又は地域型であること。

3 届出に関する事項

認知症専門診療管理料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよ
く、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の5 肝炎インターフェロニン治療計画料

1 肝炎インターフェロニン治療計画料に関する施設基準

- (1) 肝炎疾患に関する専門的な知識を持つ医師による診断(活動度及び時期を含む。)と治療方針の決定が行われていること。
- (2) インターフェロニン等の抗ウイルス療法を適切に実施できる体制を有していること。
- (3) 肝がんの高危危険群の同定と早期診断を適切に実施できる体制を有していること。

2 届出に関する事項

肝炎インターフェロニン治療計画料の施設基準に係る届出は、別添2の様式13の6を用いる
こと。

第11の6 退院後訪問指導料

退院後訪問指導料の対象の患者は、「特掲診療料の施設基準等」別表第8に掲げる状態の患
者又は「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成18年4月3日老
発第0403003号)におけるランクⅢ以上の患者であること。

第12 薬剤管理指導料

1 薬剤管理指導料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2名以上配置されているとともに、薬剤管理指導に
必要な体制がとられていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労
働時間が5週22時間以上の勤務を行っている非常勤薬剤師を2人組み合わせることに
当該非常勤薬剤師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤薬剤師が配置されている場合に
は、これらの非常勤薬剤師の実労働時間を常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる
こと。ただし、常勤換算し常勤薬剤師に算入することができるのは、常勤薬剤師のうち1名ま
でに限る。

- (2) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設(以下「医薬品情報管理室」という。)
を有し、院内からの相談に対応できる体制が整備されていること。なお、院内からの相談に
対応できる体制とは、当該保険医療機関の医師等からの相談に応じる体制があることを当該
医師等に周知していればよく、医薬品情報管理室に薬剤師が常時配置されている必要はな
い。

- (3) 医薬品情報管理室の薬剤師が、有効性、安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情
報提供を行っていること。

- (4) 当該保険医療機関の薬剤師は、入院中の患者ごとに薬剤管理指導記録を作成し、投薬又は
注射に際して必要な薬学的管理の管理的指導(副作用に関する状況把握を含む。)を行い、必要事項
を記入することとともに、当該記録に基づく適切な患者指導を行っていること。

- (5) 投薬・注射の管理は、原則として、注射薬については、その都度処方箋により行うものとす
るが、緊急やむを得ない場合においてはこの限りではない。

- (6) 当該基準については、やむを得ない場合に限り、特定の診療料につき区分して届出を受理
して差し支えない。

2 薬剤管理指導料の対象患者

薬剤管理指導料の「1」に掲げる「特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている
患者」とは、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈剤、抗てんかん剤、血液凝固阻害剤、ジギ
タリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤(注射薬に限る。)、精神神経用剤、糖尿用
剤、降糖ホルモン剤又は抗HIV薬が投薬又は注射されている患者をいう。

3 届出に関する事項

- (1) 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式14を用いること。
- (2) 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、
専任・非専任の別)及び勤務時間を別添2の様式14を用いて提出すること。
- (3) 調剤、医薬品管理、病棟薬剤業務、薬剤管理指導、薬剤管理指導、又は在宅患者訪問薬剤管理指導の
いずれに従事しているかを(兼務の場合はその旨を)備考欄に記載すること。
- (4) 調剤所及び医薬品情報管理室の平面図を提出すること。

第12の1の2 診療情報提供料(1)及び電子診療情報評価料

1 診療情報提供料(1)の地域連携診療計画加算に関する施設基準

- (1) あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携保険医療機
関等と共有されていること。
- (2) 連携保険医療機関等の職員と当該保険医療機関の職員が、地域連携診療計画に係る情報
交換のために、年3回以上の頻度で面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直
しが適切に行われていること。

- 2 診療情報提供料(1)の検査・画像情報提供加算及び電子診療情報評価料に関する施設基準
- (1) 他の医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能とな
ネットワークを構築していること。なお、電子的な送受信又は閲覧が可能となる情報は、原則
として、検査結果、画像情報、投薬内容、注射内容及び退院要約が含まれていること。ま
た、画像診断の所見についても含まれていることが望ましい。

- (2) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関に提供する
場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安
全な通信環境を確保すること。また、保険医療機関において、個人単位の情報の閲覧権限
の管理など個人情報の保護が確実に実施されていること。
- (3) 常時データを閲覧できるネットワークを用いる際に、ストレージを活用する場合には、
原則として厚生労働省標準規格に基づく標準化されたたストレージ機能を有する情報蓄積環
境を確保すること(ただし、当該規格を導入するためのシステム改修が必要な場合は、そ
れを行うまでの間はこの限りでない。)、また、診療情報提供書を送付する際には、原則
として、厚生労働省標準規格に基づく診療情報提供書様式を用いること。

- (4) 情報の提供側の保険医療機関においては、提供した診療情報は閲覧可能とした情報の
処理及び日時が記録されており、必要に応じ随時確認できること。また、情報を提供され
た側の保険医療機関においては、提供を受けた情報を保管している、又は閲覧した情報及

ひ閲覧者名を含むアクセスログを一年間記録していること。これらの記録については、(1)のネットワークを運営する事務局が保険医療機関に代わって記録を行っている場合は、当該加算・評価料を算定する保険医療機関は、当該事務局から必要に応じて随時記録を取り寄せることができること。

3 届出に関する事項

(1) 地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出は別添2の様式12により届け出ること。これに添付する地域連携診療計画は別添2の様式12の2に準じた様式を用いること。

(2) 検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料の施設基準に係る届出は、別添2の様式14の2を用いること。

第12の1の3 診療情報提供料(Ⅲ)

1 診療情報提供料(Ⅲ)の注1に関する施設基準

当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。

- (1) 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。
- (2) 敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。
- (3) 保険医療機関が建造物の一部份を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借している部分が禁煙であること。

(4) 緩和ケア病棟入院料、精神科入院料、特定機能病院入院基本料、特定機能病院入院基本料(精神科病棟に限る。)、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している病棟を有する場合は、敷地内に喫煙所を設けても差し支えない。

(5) 敷地内に喫煙所を設ける場合は、喫煙場所から非喫煙場所にはばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を指定した場合には、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めること。例えば、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと。

2 診療情報提供料(Ⅲ)の注2に関する施設基準

当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、1を満たすこと。

(1) 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、1の(1)から(5)までを満たすこと。

(2) 当該保険医療機関内に、産科若しくは産婦人科を担当している医師又は妊娠又は妊娠している者の診療に係る適切な研修を修了した医師を配置していることが望ましいこと。

(3) (2)の適切な研修とは、次の要件を満たすものをいうこと。

ア 都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること。

イ 研修内容に以下の内容を含むこと。

- ① 妊娠前後及び産後の生理的変化と検査値異常
- ② 妊娠している者の診療時の留意点
- ③ 妊娠している者に頻度の高い合併症や診断が困難な疾患

④ 妊娠している者に対する画像検査(エックス線撮影やコンピュータ断層撮影)の可否の判断

⑤ 胎児への影響に配慮した薬剤の選択

4 届出に関する事項

診療情報提供料(Ⅲ)の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して届出を行う必要はないこと。

第12の2 医療機器安全管理料

1 医療機器安全管理料1に関する施設基準

- (1) 医療機器安全管理に係る常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- (2) 医療に係る安全管理を行う部門(以下「医療安全管理部門」という。)を設置していること。
- (3) 当該保険医療機関において、医療機器の安全管理のための責任者(以下「医療機器安全管理責任者」という。)が配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関において、従業員に対する医療機器の安全管理のための研修が行われていること。
- (5) 当該保険医療機関において医療機器の保守点検が適切に行われていること。

2 医療機器安全管理料2に関する施設基準

(1) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療の経験が5年以上有するものに限る。)が1名以上いること。なお、当該常勤の医師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

(2) 放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全管理のための精度管理を専ら担当する技術者(放射線治療の経験が5年以上有するものに限る。)が1名以上いること。なお、当該技術者は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療呼吸性移動対策加算との兼任はできないが、外来放射線照射診療料に係る常勤の診療放射線技師との兼任はできないが、外来放射線照射診療料に係る技術者を兼任することができる。また、遠隔放射線治療及び画像誘導密封小線源治療加算(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者との兼任もできない。

(3) 当該保険医療施設において高エネルギー放射線治療装置又はガンマナイフ装置を備えていること。

3 届出に関する事項

医療機器安全管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式15を用いること。

なお、歯科診療に係る医療機器安全管理料の施設基準に係る届出は、医療機器安全管理料2

に準じて行うこと。

第 12 3 精神科退院時共同指導料

- 1 精神科退院時共同指導料の施設基準
当該保険医療機関内に、専任の精神保健福祉士が1名以上配置されていること。
- 2 精神科退院時共同指導料 1 に関する保険医療機関の施設基準
精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関であること。
- 3 精神科退院時共同指導料 2 に関する保険医療機関の施設基準
精神科を標榜する保険医療機関である病院であること。
- 4 届出に関する事項
精神科退院時共同指導料の施設基準に係る届出は様式 16 を用いること。

第 13 歯科疾患管理料の注 11 に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料

- 1 歯科疾患管理料の注 11 に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料に関する施設基準
(1) 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されていること。
- (2) 常勤の歯科医師が複数名配置されていること又は常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、非常勤の歯科衛生士又は看護師を2名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関が規定する常勤歯科衛生士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間帯に歯科衛生士又は看護師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- (3) 当該患者の全身状態の管理を行うにつき以下の十分な装置・器具等を有していること。

ア 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）

イ 酸素供給装置

ウ 救急蘇生セット

(4) 緊急時に円滑な対応ができるよう病院である別の保険医療機関との連携体制が整備されていること。ただし、病院で円滑な対応ができるよう病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療料との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

2 届出に関する事項

歯科疾患管理料の注 11 に規定する総合医療管理加算及び歯科治療時医療管理料の施設基準に係る届出は別添 2 の様式 17 を用いること。

第 13 2 かかりつけ歯科医療強化型歯科診療所

1 かかりつけ歯科医療強化型歯科診療所の施設基準

次の要件のいずれにも該当するものをかかりつけ歯科医療強化型歯科診療所という。

- (1) 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (2) 次のいずれれにも該当すること。

ア 過去1年間に歯周病安定期治療(Ⅰ)又は歯周病安定期治療(Ⅱ)をあわせて30回以上算定していること。

イ 過去1年間にフッ化物歯面塗布処置又は歯科疾患管理料のエンメル質初期う蝕管理加算をあわせて10回以上算定していること。

ウ クラウン・ブリッジ維持管理料を算定する旨を届け出ていること。

エ 歯科点数表の初診料の注 1 に規定する施設基準を届け出ていること。

(3) 過去1年間に歯周病診療1若しくは歯科訪問診療2の算定回数又は連携する在宅療養支援歯科診療所1若しくは在宅療養支援歯科診療所2に依頼した歯科訪問診療の回数があわせて5回以上であること。

(4) 過去1年間に診療情報提供料又は診療情報連携共有料をあわせて5回以上算定している実績があること。

(5) 当該保険機関に、歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修(口腔機能の管理を含むものであること。)、高齢者の心身の特性及び緊急時対応等の適切な研修を修了した歯科医師が1名以上在籍していること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補完することができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。ただし、医科歯科併設の診療所にあっては、当該保険医療機関の医科診療料との連携体制が確保されている場合は、この限りではない。

(6) 当該診療所において歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な歯科医師をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。

(7) 当該診療所において歯科訪問診療が、以下の項目のうち、3つ以上に該当すること。

ア 過去1年間に、居宅療養管理指導を提供した実績があること。

イ 地域ケア会議に年1回以上出席していること。

ウ 介護認定審査会の委員の経験を有すること。

エ 在宅医療に関するサードサービス担当者会議や病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議等に年1回以上出席していること。

オ 過去1年間に、栄養サポートチーム等連携加算1又は栄養サポートチーム連携加算2を算定した実績があること。

カ 在宅医療又は介護に関する研修を受講していること。

キ 過去1年間に、退院時共同指導料1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定した実績があること。

ク 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講していること。

ケ 自治体が実施する事業に協力していること。

コ 学校歯科医等に就任していること。

サ 過去1年間に、歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算を算定した実績があること。

(9) 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯の切削や養歯の調整、歯冠補綴物の調整時等に飛散する細かな物質を吸引できる環境を確保していること。

(10) 患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を

有していること。

ア 自動体外式除細動器 (AED)
イ 経皮的酸素飽和度測定器 (パルスオキシメーター)

ウ 酸素供給装置

エ 血圧計

オ 救急蘇生セット

カ 歯科用吸引装置

なお、自動体外式除細動器 (AED) については保有していることがわかる院内掲示

を行っていることが望ましい。

2 届出に関する事項

かかりつけ歯科医師機能強化型歯科診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式17の2を用いること。また、研修については、該当する研修を全て修了していることが確認できる文書を添付すること。

第14 在宅療養支援歯科診療所1及び在宅療養支援歯科診療所2

1 在宅療養支援歯科診療所1及び在宅療養支援歯科診療所2の施設基準

(1) 在宅療養支援歯科診療所1の施設基準

次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医面から支援できる体制等を確保していること。

ア 過去1年間に歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2を合計15回以上を算定していること。

イ 高齢者の心身の特性 (認知症に関する内容を含むもの。) 、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することも差し支えない。

ウ 歯科衛生士が配置されていること。

エ 当該診療所において、歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な保険医をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。

オ 歯科訪問診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医医療機関との連携体制が確保されていること。

カ 当該診療所において、過去1年間の在宅医療を担う他の保険医医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が5回以上であること。

キ 以下のいずれか1つに該当すること。

(イ) 当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に年1回以上出席していること。

(ロ) 過去1年間に、病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力を行っていること。

(ハ) 歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年1回以上あること。
ク 過去1年間に、以下のいずれかの算定が1つ以上あること。

(イ) 栄養サポートチーム等連携加算1又は2の算定があること。

(ロ) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定があること。

(ハ) 退院時共同指導料1、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定があること。

ケ 直近1か月以上歯科訪問診療及び外来で歯科診療を行った患者のうち、歯科訪問診療を行った患者数の割合が9割5分以上の診療所にあつては、次のいずれにも該当するものであること。

(イ) 過去1年間に、5か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていること。

(ロ) 直近3か月に当該診療所で行われた歯科訪問診療のうち、6割以上が歯科訪問診療1を算定していること。

(ハ) 在宅歯科医療に係る3年以上の経験を有する歯科医師が勤務していること。

(ニ) 歯科用ポータブルユニット、歯科用ポータブルパキキュム及び歯科用ポータブルレントゲンを有していること。

(ホ) 歯科訪問診療において、過去1年間の診療実績 (歯科点数表に掲げる区分番号のうち、次に掲げるものの算定実績をいう。) が次の要件のいずれにも該当していること。

① 区分番号「I005」に掲げる抜歯及び区分番号「I006」に掲げる感染根管処置の算定実績が合わせて20回以上であること。

② 区分番号「J000」に掲げる抜歯手術の算定実績が20回以上であること。

③ 区分番号「M018」に掲げる有床療養を新規した回数、区分番号「M029」に掲げる有床療養修理及び区分番号「M030」に掲げる有床療養内面適合法の算定実績が合わせて40回以上であること。ただし、それぞれの算定実績は5回以上であること。

コ 年に1回、歯科訪問診療の患者数を別添2の様式18の2を用いて、地方厚生

(支) 局長に報告していること。

(2) 在宅療養支援歯科診療所2の施設基準

次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医面から支援できる体制等を確保していること。

ア 過去1年間に歯科訪問診療1及び歯科訪問診療2を合計10回以上算定していること。

イ (1)のイからカまで及びケのいずれにも該当すること。

ウ 年に1回、歯科訪問診療の患者数を別添2の様式18の2を用いて、地方厚生

(支) 局長に報告していること。

2 届出に関する事項

在宅療養支援歯科診療所1及び在宅療養支援歯科診療所2の施設基準に係る届出は、別添2の様式18を用いること。

第14の2 在宅療養支援病院

1 在宅療養支援病棟の施設基準

次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。
 なお、(1)又は(2)のいずれかに該当するものが、区分番号「C000」往診料の注1に規定する加算、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の注6に規定する在宅ターミナルケア加算、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注5に規定する在宅ターミナルケア加算、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料、区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料及び区分番号「C003」在宅がん医療総合診療料(以下「往診料の加算等」という。)に規定する「在宅療養支援病院であつて別に厚生労働大臣が定めるもの」である。

(1) 病院であつて、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア 許可病床数が200床(「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては280床)未満の病院であること又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内の診療所が存在しないものであること。なお、半径4キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。

また、当該病院が届出を行った後に半径4キロメートル以内に診療所が開設された場合にあつても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。

イ 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されていること。

なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。

ウ 当該病院において、24時間連絡を受ける担当者あらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。この場合においては当該病院の24時間連絡を受けることができることであつて、曜日、時間帯ごとに担当者異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

エ 当該病院において、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。往診担当医が複数名にわたる場合にあつても、それらの者及び「カ」に規定する訪問看護の担当者との間で患者に関する診療情報が共有されていること。

オ 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。なお、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保していれば、必ずしも当該保険医療機関内に待機していなくても良いものとす。

カ 当該病院において、又は訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患者の求め

に応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。訪問看護の担当者が複数名にわたる場合であつても、それらの者及び「エ」に規定する往診担当医との間で当該患者の診療情報が共有されていること。

キ 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常備していること。

ク 訪問看護ステーションと連携する場合には、当該訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を訪問看護ステーションに文書(電子媒体を含む。)により随時提供していること。

ケ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

コ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスの連携調整を担当する者として連携していること。

サ 年に1回、在宅看取り数等別添2の様式11の3を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。

シ 当該病院において、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。

なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。

ス 当該病院において、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準重症児に対する在宅医療の実績(3回以上定期的な訪問診療を実施し、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。)を4件以上有していること。なお、あらかじめ聴取した患者・家族の意向に基づき、当該病院における7日以内の入院を経て死亡した患者に対し、当該病院が、当該入院日を含む直近6月間において訪問診療を実施していた場合(当該保険医療機関が、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「1」、区分番号「C001-2」在宅がん医療総合診療料を算定している場合に限る。)も、在宅における看取りの実績に含めることができる。

(2) 他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制(診療所又は許可病床数が200床(「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては280床)未満の病院により構成されたものに限る。以下この項において「在宅支援連携体制」という。)を構築している病院であつて、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ただし、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の数は、当該病院を含めて10未満とする。
 なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院(許可病床数が200床(「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては280床)未満のものに限る。)が、診療所にあつては第9の1(2)の要件、病院にあつては以下の要件を全て満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定しているものである。

- ア 許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床）未満の病院であること。
- イ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されていること。
- なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。
- ウ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を一元化した上で、当該担当者及び当該連絡先、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。この場合において連絡を受ける担当者とは当該病院の24時間連絡を受けることのできる部門を指定することであり支えない。なお、担当者として個人を指定している場合であって、曜日、時間帯ごとの担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとに担当者を文書上に明示すること。
- エ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患者の求めに応じて、24時間往診が可能となる場合に、往診担当医が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び「カ」に規定する訪問看護の担当者との間で患者に関する診療情報が共有されていること。
- オ 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。なお、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保していれば、必ずしも当該保険医療機関内に待機していなくても良いものとする。
- カ 当該病院又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護部等との連携により、患者の求めに応じて、24時間訪問看護の提供が可能となる体制を確保し、訪問看護の担当者、担当日等を文書により患者に提供していること。訪問看護の担当者が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び「エ」に規定する往診担当医との間で当該患者の診療情報が共有されていること。
- キ 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常確保していること。
- ク 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。
- コ なお、在宅支援連携体制を構築する保険医療機関においては、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月1回以上の定期的なカンファレンスを実施すること。
- ケ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ク 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
- カ 年に1回、在宅看取り数等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

また、当該在宅療養支援体制を構築する他の保険医療機関の実績を含めた在宅看取り数等を別添2の様式11の4を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

なお、報告に当たっては、当該連携体制を構築する複数の保険医療機関のうち、1つの保険医療機関が取りまとめを報告することと差し支えない。

シ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有し、かつ、当該病院において4件以上有すること。

なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。

ス 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有していること。また、当該病院において過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び弾超重症児に對する在宅医療の実績（3回以上定期的な訪問診療を実施し、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）を2件以上有すること。なお、あらかじめ聴取した患者、家族の意向に基づき、当該病院における7日以内の入院を経て死亡した患者に対し、当該病院が、当該入院日を含む直近6月間において訪問診療を実施していた場合（当該保険医療機関が、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の「イ」又は区分番号「C003」在宅がん医療総合診療料を算定している場合に限る。）も、当該病院による在宅における看取りの実績に含めることができる。

(3) 以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア 許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床）未満の病院であること又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内の診療所が存在しないものであること。なお、半径4キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しないものでもない。

また、当該病院が届出を行った後に半径4キロメートル以内に診療所が開設された場合にあっても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うことと差し支えない。

イ 当該病院において、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。この場合において連絡を受ける担当者とは当該病院の24時間連絡を受けることのできる部門を指定することであり支えない。なお、担当者として個人を指定している場合であって、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者が当該担当者として直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

ウ 当該病院において、患者の求めに応じて、24時間往診が可能となる体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。往診担当医が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び「オ」に規定する訪問看護の担当者との間で患者に関する診療情報が共有されていること。

エ 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものとして、なお、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保しなければ、必ずしも当該保険医療機関内に待機していただくものとする。

オ 当該病院において又は訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患者の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。訪問看護の担当者が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び「ウ」に規定する往診担当医師の間で当該患者の診療情報が共有されていること。

カ 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。

キ 訪問看護ステーションと連携する場合には、当該訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を訪問看護ステーションに文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

ク 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要となる体制が整備されていること。

ケ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者として連携していること。

コ 年に1回、在宅看取り等若しくは別添2の様式11の3を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

2 往診料の加算等の適用

(1) 1の(1)及び(2)に規定する在宅療養支援診療所は、往診料の加算等に規定する「病状を有する場合」に該当するものとする。

(2) 往診料の加算等に規定する在宅療養支援診療所・病院は、別添2の(3)に規定する要件を満たしていること。

(3) 往診料の加算等に規定する在宅療養支援診療所・病院は、別添2の(3)に規定する要件を満たしていること。

1の(3)に規定する在宅療養支援診療所は、別添2の様式11の2及び様式11の3を用いること。1の(2)の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2、以上有し、かつ、過去1年間在宅における看取りの実績を4件以上有していること。

(4) 往診料の加算等に規定する在宅療養支援加算2の施設基準は、別添2の様式11の2を用いること。2の(2)の在宅療養支援診療所・病院加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の3を用いること。2の(3)の在宅療養支援加算1及び2の(4)の在宅療養支援加算2の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2及び様式11の5を用いること。

3 届出に関する事項

1の(1)の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2及び様式11の3を用いること。1の(2)の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2、様式11の3及び様式11の4を用いること。1の(3)の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2を用いること。2の(2)の在宅療養支援診療所・病院加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の3を用いること。2の(3)の在宅療養支援加算1及び2の(4)の在宅療養支援加算2の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2及び様式11の5を用いること。

第14の3 歯科疾患在宅療養管理料の注4に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料

1 歯科疾患在宅療養管理料の注4に規定する在宅総合医療管理加算及び加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料に関する施設基準

(1) 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されていること。

(2) 常勤の歯科医師が複数名配置されていること又は常勤の歯科医師及び非常勤の歯科衛生士又は看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、非常勤の歯科衛生士又は看護師を2名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関が規定する常勤歯科衛生士又は非常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間帯に歯科衛生士又は看護師が配置されている場合は、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(3) 当該患者の全身状態の管理を行うにつき以下の十分な装置・器具等を有していること。

ア 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）

イ 酸素供給装置

ウ 救命蘇生セット

(4) 緊急時に円滑な対応ができるよう病院である別の保険医療機関との連携体制が整備されていること。ただし、病院である歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

2 届出に関する事項

歯科疾患在宅療養管理料の注4に規定する在宅総合医療管理加算及び在宅患者歯科治療時医療管理料の施設基準に係る届出は別添2の様式17を用いること。

第15 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料

1 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に関する施設基準

(1) 次の要件のいずれをも満たすものであること。

ア 介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスの連携調整を担当する者を配置していること。

イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。

(2) 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整に努めるとともに、当該保険医療機関は、市町村、在宅介護支援センター等に対する情報提供にも併せて努めること。

(3) 地域医師会等の協力・調整等の下、緊急時等の協力体制を整えることが望ましいこと。

2 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の注8に規定する基準

直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が9割5分未満の保険医療機関（診療所に限る。）であること。

3 届出に関する事項

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準に係る届出は別添2の様式19を用いること。ただし、「2」については、当該基準を満たしていればよく、当該基準を満

たしている場合には、改めて地方厚生（支）局長に届出を行う必要はないこと。

第 15 の 2 オンライン在宅管理科

1 オンライン在宅管理科に関する施設基準

「基本診療科の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添 1 の第 2 の 6 に掲げるオンライン診療科の届出を行っていること。

2 届出に関する事項

オンライン診療科の届出を行っていればよく、オンライン在宅管理科として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 16 在宅がん医療総合診療科

1 在宅がん医療総合診療科に関する施設基準

- (1) 在宅がん医療総合診療科又は在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に係る施設基準の届出を行っていること。
- (2) 居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供できること。
- (3) 患者に対し、定期的に訪問診療及び訪問看護を実施できる体制があること。
- (4) 患者の症状急変等により、患者等から求めがあった場合に、常時対応ができる体制があること。
- (5) 上記(3)における訪問看護及び(4)については、当該保険医療機関と連携を有する保険医療機関又は訪問看護ステーションと共同して、これに当たっても差し支えないものとする。

2 届出に関する事項

- (1) 在宅がん医療総合診療科の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 20 を用いること。
- (2) 当該保険医療機関において主として在宅がん医療総合診療に当たる医師、看護師の氏名を記載すること。
- (3) 緊急時の連絡・対応方法について患者等への説明文書の例を添付すること。
- (4) 悪性腫瘍患者の過去 1 か月間の診療状況について下記の事項を記載すること。

ア 入院患者数（延べ患者数）

イ 外来患者数（延べ患者数）

ウ 往診、訪問診療、訪問看護を行った患者の数（延べ患者数）

第 16 の 2 在宅患者訪問看護・指導科及び同一建物居住者訪問看護・指導科

1 在宅患者訪問看護・指導科の注 2 及び同一建物居住者訪問看護・指導科の注 2 に関する施設基準

当該保険医療機関において、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

なお、ここでいう緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに関する専門の研修とは、それぞれ、次に該当するものをいうこと。

- (1) 緩和ケアに係る専門の研修
ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。（600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）

イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

(イ) ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要

(ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のアセスメントとその治療

(ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程

(ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法

(ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法

(ヘ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ

(ト) ホスピスケア・緩和ケアにおけるリターゲティングとストレスマネジメント

(チ) コンサルテーション方法

(リ) ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について

(ヌ) 実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

(2) 褥瘡ケアに係る専門の研修

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要となる褥瘡等の創傷ケア知識・技術を習得することができる 600 時間以上の研修
イ 講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を実施する研修

(3) 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な人工肛門及び人工膀胱のケアに関する知識・技術を習得できる 600 時間以上の研修

イ 講義及び演習等により、人工肛門及び人工膀胱管理のための皮膚障害に関するアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を実施する研修

2 在宅患者訪問看護・指導科の注 15（同一建物居住者訪問看護・指導科の注 6 の規定により準用する場合を含む。）に規定する訪問看護・指導科制充実加算に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患者の求めに応じて、当該保険医療機関の保険医の指示に基づき、24 時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護を担当する保険医療機関又は訪問看護ステーションの名称、担当日等を文書により患者に提供していること。

(2) 次に掲げる項目のうち少なくとも 2 つを満たしていること。ただし、許可病床数が 400 床以上の病院にあつては、アを含めた 2 項目以上を満たしていること。

ア 在宅患者訪問看護・指導科 3 又は同一建物居住者訪問看護・指導科 3 の前年度の算定回数が計 5 回以上であること。

イ 在宅患者訪問看護・指導科の注 7（同一建物居住者訪問看護・指導科の注 6 の規定により準用する場合を含む。）に掲げる乳幼児加算の前年度の算定回数が計 25 回以上であること。

ウ 特掲診療科の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者について、在宅患者訪問看護・指導科又は同一建物居住者訪問看護・指導科の前年度の算定回数が計 25 回以上であること。

(6) (5)に規定する診療情報等に基づき、当該病院の入院希望患者の最新の一覧表を作成していること。

(7) 年に1回、在宅療養患者の受入状況等を別添2の様式20の5を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。

2 届出に関する事項

在宅療養後方支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式20の4及び様式20の5を用いること。

第16の4 在宅患者訪問看護管理指導料

1 在宅患者訪問看護管理指導料に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関に以下の3名から構成される在宅看護対策チームが設置されていること。

ア 常勤の医師

イ 保健師、助産師、看護師又は准看護師

ウ 管理栄養士

当該保険医療機関の医師と管理栄養士又は当該保険医療機関以外(公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。)の管理栄養士が、当該患者に対して継続的に訪問看護を行う訪問看護ステーションの看護師と連携して在宅看護対策を行う場合及び他の保険医療機関等の看護師(准看護師を除く。)を(2)に掲げる看護管理者とする場合に限り、当該看護師は在宅看護対策チームの構成員とすることができる。なお、必要に応じて、理学療法士、薬剤師等が配置されていることが望ましい。

(2) 在宅看護対策チームのア又はイ(准看護師を除く。)のいずれか1名以上については、以下のいずれの要件も満たす在宅看護管理者であること。

ア 5年以上医師又は看護師として医療に従事し、看護対策について1年以上の経験を有する者

イ 在宅看護ケアに係る所定の研修を修了している者

ただし、当該保険医療機関に在宅看護管理者の要件を満たす者がいない場合には、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料及び「訪問看護療養費に係る指定訪問看護療養費」の額の算定方法(平成20年厚生労働省告示第67号)の区分番号「01」訪問看護基本療養費の注2に規定される他の保険医療機関等の看護ケアに係る専門の研修を修了した看護師のイにおける在宅看護ケアに関する研修を有すること。

(3) (2)のイにおける在宅看護ケアに係る研修とは、学会等が実施する在宅看護管理のための専門的な知識、技術を有する医師、看護師等の養成を目的とした6時間以上を要する講義及び研修予防・管理ガイドラインに準拠した予防、治療、ケアの実施に関する症例報告5事例以上の演習を含む研修であり、当該学会等より修了証が交付された研修であることを要する。なお、当該学会等においては、症例報告については、症例報告について適切な予防対策・治療であったことを評価する体制が整備されていること。また、当該研修の講義に係る内容については、次の内容を含むものであること。

ア 管理の基本

と。

エ 在宅患者訪問看護・指導料の注10(同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定により準用する場合を含む。)に掲げる在宅タラミナルケア加算の前年度の算定回数(注4)回以上であること。

オ 退院時共同指導料1又は2の前年度の算定回数が計25回以上であること。

カ 開放型病院共同指導料(1)又は(II)の前年度の算定回数が計40回以上であること。

3 届出に関する事項

1 の在宅患者訪問看護・指導料の注2及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注2に係る届出は、別添2の様式20の2を用いること。2 の在宅患者訪問看護・指導料の注15(同一建物居住者訪問看護・指導料の注6の規定により準用する場合を含む。)に規定する訪問看護・指導料加算加算に係る届出は、別添2の様式20の3を用いること。

第16の3 在宅療養後方支援病院

1 在宅療養後方支援病院の施設基準

(1) 許可病床数が200床(「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては160床)以上の病院であること。

(2) 在宅医療を提供する医療機関(以下「連携医療機関」という。)と連携していること。その際、当該病院において、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で連携医療機関に対して提供していること。

(3) 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者(連携医療機関が在宅医療を行っており、緊急時に当該病院への入院を希望するものとして、あらかじめ別添2の様式20の6又はこれに準じた様式の文書を用いて当該病院に届け出した患者をいう。)の診療が24時間可能な体制を確保し、当該体制についてあらかじめ入院希望患者に説明を行っていること(連携医療機関を通じて説明を行うもよい)。なお、入院希望患者が届け出した文書については、連携医療機関及び入院希望患者にそれぞれ写しを交付するとともに、当該医療機関において保管しておくこととし、届出内容に変更があった場合には、適宜更新すること。

また、入院希望患者の届出は1病院につき1患者を想定したものであり、1人の患者が複数の医療機関に当該届出を行うことは想定されないため、当該届出を受理する際は患者が他に当該届出を行っている病院がないか、十分に連携医療機関及び患者に確認すること。

(4) 当該病院において、入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に入院できる病床を常に確保していること。入院希望患者に緊急入院の必要が生じたにもかかわらず、やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、当該病院が他に入院可能な病院を探し、入院希望患者を紹介すること。

(6) 連携医療機関との間で、3月に1回以上患者の診療情報の交換をしていること。なお、その際、区分番号「B009」診療情報提供料(1)は算定できない。また、当該診療情報は、詳細な診療内容が記載されている必要はないが、現時点において患者が引き継ぎ当該病院に緊急時に入院することを希望している場合、(3)の届出内容の変更の旨及び期間中の特記すべき出来事の有無(ある場合はその内容)が記載されている必要がある。なお、フリップシリアルや電子メール等を用いた情報交換でも差し支えないが、記録の残らない電話等は認められない。

イ 褥瘡の概要

ウ 褥瘡の予防方法

エ 褥瘡の治療

オ 発症後の褥瘡ケア

カ 在宅褥瘡医療の推進

また、(2)の在宅褥瘡管理者について、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導科及び「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」の区分番号「01」訪問看護基本療養費の注2に規定される褥瘡ケアに係る専門の研修を修了した看護師については、当該研修を修了したものとみなすものであること。

2 届出に関する事項

在宅患者訪問褥瘡管理指導科の施設基準に係る届出は、別添2の様式20の7を用いること。なお、当該管理指導科の届出については実績を要しない。また、毎年7月において、前年における実績を別添2の様式20の8により届け出ること。

第16の4の2 在宅自己注射指導管理科

1 在宅自己注射指導管理科の注5に関する施設基準

「基本診療科の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和2年●月●日版医業第●●号)別添●の第●の●に掲げるオンライン診療科の届出を行っていること。

2 在宅自己注射指導管理科の注5に関する施設基準については、オンライン診療科の届出を行っていただければよく、在宅自己注射指導管理科の注5として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第16の5 在宅血液透析指導管理科

1 在宅血液透析指導管理科の施設基準

- (1) 在宅血液透析指導管理を実施する保険医療機関は専用透析室及び人工腎臓装置を備えなければならない。
- (2) 当該保険医療機関又は別の保険医療機関との連携により、患者が当該管理科に係る疾患について緊急に入院を要する状態となった場合に入院できる病床を確保していること。
- (3) 患者が血液透析を行う時間においては緊急時に患者からの連絡を受けられる体制をとっていること。

2 届出に関する事項

在宅血液透析指導管理科の施設基準に係る届出は別添2の様式20の2を用いること。

第16の6 在宅酸素療法指導管理科

1 遠隔モニタリング加算の施設基準

- (1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
- (2) 呼吸器内科について3年以上の経験を有する常勤の医師を配置していること。
- (3) 呼吸器内科について3年以上の経験を有する看護師を配置していること。

2 届出に関する事項

在宅酸素療法指導管理科遠隔モニタリング加算の施設基準に係る届出は別添2の様式20の3

の2を用いること。

第16の7 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理科

1 遠隔モニタリング加算の施設基準

リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な情報通信機器を用いて指導を行う場合は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

遠隔モニタリング加算の施設基準に係る届出は別添2の様式20の3の2を用いること。

第16の8 在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理科

1 在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理科の施設基準

以下のいずれかを満たす施設であること。

- (1) 植込型補助人工心臓(非拍動流型)に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関であること。
- (2) 当該指導管理を行うに当たり関係学会から認定され、その旨が当該学会のホームページ等で広く周知された施設であること。

2 届出に関する事項

在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理科の施設基準に関する届出は、別添2の様式20の9を用いること。

第16の9 在宅腫瘍治療電場療法指導管理科

1 在宅腫瘍治療電場療法指導管理科の施設基準

- (1) 脳神経外科を標榜している病院であること。
- (2) 膠芽腫の治療を過去5年間に5例以上実施していること。
- (3) 膠芽腫の治療を過去5年間に5例以上有し、脳神経外科の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (4) 関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了した医師が1名以上配置されていること。
- (5) 関係学会から示されている基準に基づき、当該治療が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

(1) 在宅腫瘍治療電場療法指導管理科に係る届出は、別添2の様式52及び様式20の10を用いること。

(2) 関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了した医師が配置されていることを証する文書の写しを添付すること。

第16の10 在宅経肛門的自己洗腸指導管理科

1 在宅経肛門的自己洗腸指導管理科の施設基準

- (1) 脊髄障害を原因とする非障害を含めた大腸肛門疾患の診療について5年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。
- (2) 脊髄障害を原因とする非障害を有する患者の看護について3年以上の経験を有する専任の看護師が配置されていること。
- 2 届出に関する事項

当該指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式20の11を用いること。

第16の11 持続血糖測定器加算

- 1 持続血糖測定器加算に関する施設基準
 - (1) 間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合
 - ア 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - イ 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。
 - ア 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合
 - ア 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - イ 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。
 - ウ 糖尿病の治療に関し、持続皮下インスリン注入療法に従事した経験を2年以上有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の看護師又は薬剤師が1名以上配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次の事項に該当することをいう。
 - (イ) 医療関係団体が主催する研修であること。
 - (ロ) 糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援、持続血糖測定器に関する理解・活用及び事例分析・評価等の内容が含まれているものであること。
- 2 届出に関する事項

持続血糖測定器加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式24の5を用いること。

第16の12 横膈神経電気刺激装置加算

- 1 横膈神経電気刺激装置加算に関する施設基準

区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション科の「1」呼吸器リハビリテーション科

 - (1) 又は「2」呼吸器リハビリテーション科(Ⅱ)の施設基準に準ずる。
- 2 届出に関する事項

区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション科の「1」呼吸器リハビリテーション科

 - (1) 又は「2」呼吸器リハビリテーション科(Ⅱ)の届出を行っていただく、横膈神経電気刺激装置加算として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第17 歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算

- 1 歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算に関する施設基準
 - (1) 歯科を標榜する診療所である保険医療機関であること。
 - (2) 当該保険医療機関において、次のアに該当する保険医療機関及びイに該当する保険医療機関との連携により、緊急時の歯科診療ができる連携体制を確保していること。
 - ア 歯科点数表区分番号A000に掲げる初診料の注2の届出を行った地域歯科診療支援病院で次の要件を満たしていること。
 - ① 緊急時に当該患者に対する歯科診療を行う体制を確保していること。
 - ② 在宅歯科医療の調整担当者1名以上配置していること。
 - ③ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - イ 当該患者に対する歯科訪問診療を行う体制が整備されている保険医療機関であること。
 - (3) 当該連携保険医療機関において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者又はその家族の同意を得て、その治療等に必要な情報を連携保険医療機関に対してあらかじめ別添2の様式21の2又はこれに準じた様式の文書をもって提供し、その写しを診療録に添付しておくこと。
 - (4) 地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関にあっては、患者又はその家族等に連携保険医療機関の名称、住所、在宅歯科医療の調整担当者又は担当の歯科医師の氏名及び連絡方法等を記載した別添2の様式21の2及び様式21の3又はこれに準じた様式の文書を必ず交付することにより、地域医療連携体制の円滑な運営を図るものであること。
- 2 届出に関する事項

地域医療連携体制加算の施設基準に係る届出は別添2の様式21を用いること。

第17の1の2 歯科訪問診療料の注13に規定する基準

- 1 歯科訪問診療料の注13に規定する基準に関する施設基準

直近1か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を提供した患者のうち、歯科訪問診療を提供した患者数の割合が9割5分未満の保険医療機関であること。
- 2 届出に関する事項

歯科訪問診療料の注13に規定する基準に係る届出は別添2の様式21の3の2を用いること。

第17の2 在宅歯科医療推進加算

- 1 在宅歯科医療推進加算に関する施設基準
 - (1) 歯科を標榜する診療所である保険医療機関であること。
 - (2) 当該保険医療機関における歯科訪問診療の月平均延べ患者数が5人以上であり、そのうち6割以上が歯科訪問診療1を算定していること。
 - (3) 届出前3箇月の月平均延べ患者数を用いること。
- 2 届出に関する事項

在宅歯科医療推進加算に係る届出は、別添2の様式21の4を用いること。

第18 遠隔医療推進伝子検査

- 1 BRCA1/2 遺伝子検査の腫瘍細胞を検体とするものに関する施設基準
 - (1) 化学療法を経験を5年以上有する常勤医師又は産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を活かして6年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。
 - (2) 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。ただし、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関と連携体制をとっており、当該患者に対して遺伝カウンセリングを実施することが可能である場合はこの限りでない。

- 2 BRCA1/2 遺伝子検査の血液を検体とするものに関する施設基準
 - (1) 卵巣癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査を実施する場合には、化学療法を経験を5年以上有する常勤医師又は産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を活かして6年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。
 - (2) 乳癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査を実施する場合には、化学療法を経験を5年以上有する常勤医師又は乳癌外科の専門的な研修の経験を経験を5年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。
 - (3) 乳癌又は卵巣癌患者に対して、遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として検査を実施する場合には、(1)又は(2)のいずれかを満たすこと。
 - (4) 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。ただし、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関と連携体制をとっており、当該患者に対して遺伝カウンセリングを実施することが可能である場合はこの限りでない。

3 届出に関する事項

BRCA1/2 遺伝子検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式23の3を用いること。

第18の1の5 がんゲノムプロファイリング検査

- 1 がんゲノムプロファイリング検査に関する施設基準
 - (1) がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院又はがんゲノム医療連携病院であること。
 - (2) 次世代シーケンシングを用いた検査に係る適切な第三者認定を受けていること。ただし、当該検査を同様の第三者認定を受けた衛生検査所に委託する場合はこの限りでない。
 - (3) 患者からの求めに応じて、当該患者のシーケンスデータ (FASTQ又はBAM)、解析データ (VCF又はXML) 等を患者に提供できる体制を整備すること。
 - (4) 次に掲げる事項を記載した管理簿等を作成し、当該検査を実施した全ての患者について管理簿等により管理すること。

- ア 検査を実施した者の氏名及びID
- イ 検体を衛生検査所等に発送した年月日
- ウ 衛生検査所等からの解析結果の受取の有無及び受け取った年月日
- エ (1) がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院でエキスパートパネルが開催された年月日
- オ エキスパートパネルから検査結果を受け取った年月日
- カ 検査結果を患者に説明した年月日
- キ 検査結果を説明した後、がんゲノム情報管理センター (C-CAT) 等からの情報に基づいた、臨床試験又は治療等の新たな治療方針の説明の有無及び説明した年月日

- 1 造血器腫瘍遺伝子検査に関する施設基準
 - ア 検体検査管理加算(II)、(III)又は(IV)の施設基準に準ずる。
- 2 届出に関する事項
 - ア 検体検査管理加算 (II)、(III) 又は (IV) の届出を行っていればよく、造血器腫瘍遺伝子検査として特に地方厚生 (支) 局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第18の1の2 遺伝学的検査

- 1 遺伝学的検査の施設基準の対象疾患

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成30年3月5日保医発0305第1号)の別添1「医師診療報酬単点数表に関する事項」第2章第3部第1節第1款D006-4 遺伝学的検査(1)のユに掲げる疾患
- 2 遺伝学的検査の施設基準

関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していること。なお、当該検査の一部を他の保険医療機関又は衛生検査所に委託する場合は、当該施設基準の届出を行っている他の保険医療機関又は関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していることが公表されている衛生検査所による委託すること。

3 届出に関する事項

遺伝学的検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式23を用いること。

第18の1の3 骨髄微小残存病変定量測定

- 1 骨髄微小残存病変定量測定に関する施設基準
 - (1) 当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合には、次に掲げる基準を全て満たしていること。
 - ア 内科又は小児科を標榜する保険医療機関であること。
 - イ 内科又は小児科の5年以上の経験を有する常勤医師が配置されていること。
 - ウ 血液内科の経験を5年以上有している常勤医師が3名以上配置されていること。
 - エ 関係学会により認定された施設であること。
- オ 関係学会の定める遺伝子関連検査検体品質管理マニュアルを遵守し検査を実施していること。
- (2) 当該検査を当該保険医療機関以外に施設に委託する場合には、次に掲げる基準を全て満たしていること。
 - ア 内科又は小児科を標榜する保険医療機関であること。
 - イ 内科又は小児科の5年以上の経験を有する常勤医師が配置されていること。
 - ウ 血液内科の経験を5年以上有している常勤医師が1名以上配置されていること。
 - エ (1) を全て満たすものとして地方厚生 (支) 局長に届出を行っている他の保険医療機関又は関係学会による認定を受けている衛生検査所による委託すること。

2 届出に関する事項

骨髄微小残存病変定量測定に関する施設基準に係る届出は、別添2の様式23の2を用いること。

第18の1の4 BRCA1/2 遺伝子検査

ク C-CATへのデータ提出及びデータの二次利用に係る患者の同意の有無
 ケ C-CATに対してシークエンスデータ、解析データ及び臨床情報等を提出した年月日
 2 届出に関する事項
 がんゲノムプロファイリング検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式23の4を用いること。

第18の1の6 角膜ストロフィー-遺伝子検査

- 1 角膜ストロフィー-遺伝子検査に関する施設基準
 - (1) 当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合には、次に掲げる基準を全て満たしていること。
 - ア 眼科を標榜している病院であること。
 - イ 眼科の医師を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - ウ 常勤の臨床検査技師が配置されていること。
 - エ 当該検査に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。
 - オ 区分番号「D026」検査判断料の「注6」遺伝子検査センシング加算の施設基準に係る届出を行っている、又は当該基準の届出を行っている他の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。
 - (2) 当該検査を当該保険医療機関以外に施設に委託する場合には、次に掲げる基準を全て満たしていること。
 - ア 眼科を標榜している病院であること。
 - イ 眼科の医師を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - ウ 区分番号「D026」検査判断料の「注6」遺伝子検査センシング加算の施設基準に係る届出を行っている、又は当該基準の届出を行っている他の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。
 - エ (1)を全て満たすものとして地方厚生(支)局長に届出を行っている他の保険医療機関又は関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していることが公表されている衛生検査所のみ委託すること。
- 2 届出に関する事項
 角膜ストロフィー-遺伝子検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式23の5を用いること。

第18の1の7 先天性代謝異常検査

- 1 先天性代謝異常検査に関する施設基準
 - (1) 小児科を標榜している保険医療機関であること。
 - (2) 児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医である常勤医師が1名以上配置されていること。
- 2 届出に関する事項
 先天性代謝異常検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式23の6を用いること。

第18の1の8 デングウイルス抗原定性及びデングウイルス抗体同時測定定性

- 1 デングウイルス抗原定性及びデングウイルス抗体・抗体同時測定定性に関する施設基準
 下記のいずれかの施設基準の届出を行った保険医療機関において算定できる。
 - (1) 区分番号「A300」救命救急入院料の「1」から「4」までのいずれか
 - (2) 区分番号「A301」特定集中治療室管理料の「1」から「4」までのいずれか
 - (3) 区分番号「A302-2」ハイケアユニット入院医療管理料の「1」又は「2」のいずれか
- か
- (4) 区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料
- 2 届出に関する事項
 1のいずれかの届出を行っているればよく、デングウイルス抗原定性及びデングウイルス抗体・抗体同時測定定性として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第18の1の9 抗HLA抗体(スクリーニング検査)及び抗HLA抗体(抗体特異性同定検査)に関する施設基準

- 1 抗HLA抗体(スクリーニング検査)及び抗HLA抗体(抗体特異性同定検査)に関する施設基準
 - (1) 当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合には、次に掲げる基準を全て満たしていること。
 - ア 区分番号「B001」の「25」移植後患者指導管理料(臓器移植後の場合に限る。)に関する施設基準の届出を行っていること。
 - イ 関係学会の作成する指針を遵守し検査を実施していること。
 - (2) 当該検査を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合には、次に掲げる基準を全て満たしていること。
 - ア 区分番号「B001」の「25」移植後患者指導管理料(臓器移植後の場合に限る。)に関する施設基準の届出を行っていること。
 - イ (1)を全て満たすものとして地方厚生(支)局長に届出を行っている他の保険医療機関又は関係学会の作成する指針を遵守し当該検査を実施していることが公表されている衛生検査所のみ委託すること。
- 2 届出に関する事項
 抗HLA抗体(スクリーニング検査)及び抗HLA抗体(抗体特異性同定検査)の施設基準に係る届出は、別添2の様式5の5を用いること。

第18の2 H P V核酸検出及びH P V核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)

- 1 H P V核酸検出及びH P V核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)に関する施設基準
 - (1) 産婦人科の医師を5年以上有している医師が配置されていること。
 - (2) 当該保険医療機関が産婦人科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。
- 2 届出に関する事項
 H P V核酸検出及びH P V核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)の施設基準に係る届出は、別添2の様式22の2を用いること。

第18の2の2 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出

- 1 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出に関する基準
区分番号「A234-2」感染防止対策加算の「1」又は「2」の施設基準に準ずる。
- 2 届出に関する事項
区分番号「A234-2」感染防止対策加算の「1」又は「2」の届出を行ってはいわばよく、細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第18の2の3 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出

- 1 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出に関する施設基準
(1) 感染症に係る診療を専ら担当する常勤医師（専ら感染症に係る診療の経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上又は臨床検査を専ら担当する常勤医師（専ら臨床検査を担当した経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者という。
(2) 次のいずれかの施設基準の届出を行った保健医療機関であること。

- ア 区分番号「A300」救命救急入院科の「1」から「4」までのいずれか
- イ 区分番号「A301」特定集中治療室管理料の「1」から「4」までのいずれか
- ウ 区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料の「1」又は「2」のいずれか
- エ 区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料の「1」又は「2」のいずれか
- オ 区分番号「A303」総合産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料

- 2 ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の対象患者
「重症の呼吸器感染症と診断された、又は疑われる患者」とは、次のいずれかに該当するものをいう。

- ア 小児においては、日本小児呼吸器学会及び日本小児感染症学会の「小児呼吸器感染症診療ガイドライン」における上気道炎の重症度分類であるWestleyのクループスコア若しくは気道狭窄の程度で重症以上又は小児市中肺炎の重症度分類で重症と判定される患者
- イ 成人においては、日本呼吸器学会の「成人肺炎診療ガイドライン」における市中肺炎若しくは医療・介護関連肺炎の重症度分類で重症以上又は院内肺炎の重症度分類で中等症以上と判定される患者

- 3 届出に関する事項
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の施設基準に係る届出は、別添2の様式22の3を用いること。

第18の2の4 クロストリジオオシス・ディフィシルのトキシンB遺伝子検出

- 1 クロストリジオオシス・ディフィシルのトキシンB遺伝子検出に関する施設基準
(1) 区分番号「D026」検体検査判断料の「注4」の「ロ」検体検査管理加算（Ⅱ）、「ハ」検体検査管理加算（Ⅲ）又は「ニ」検体検査管理加算（Ⅳ）の施設基準に準ずる。
(2) 区分番号「A234-2」感染防止対策加算の「1」感染防止対策加算1の施設基準に準

ずる。

2 届出に関する事項

- 区分番号「D026」検体検査判断料の「注4」の「ロ」検体検査管理加算（Ⅱ）、「ハ」検体検査管理加算（Ⅲ）又は「ニ」検体検査管理加算（Ⅳ）及び区分番号「A234-2」感染防止対策加算の「1」感染防止対策加算1の届出を行ってはいわばよく、クロストリジオオシス・ディフィシルのトキシンB遺伝子検出として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第19 検体検査管理加算（Ⅰ）

- 1 検体検査管理加算（Ⅰ）に関する施設基準
検体検査管理加算（Ⅳ）の施設基準のうち（3）から（6）までの全てを満たしていること。

2 届出に関する事項

- (1) 検体検査管理加算（Ⅰ）の施設基準に係る届出は、別添2の様式22を用いること。（「1 臨床検査を専ら担当する常勤医師の氏名」を除く。）
- (2) 「3 検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

第19の2 検体検査管理加算（Ⅱ）

- 1 検体検査管理加算（Ⅱ）に関する施設基準
(1) 臨床検査を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、臨床検査を担当する医師とは、検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理及び運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者であること。
- (2) 検体検査管理加算（Ⅳ）の施設基準のうち（3）から（6）までの全てを満たしていること。

2 届出に関する事項

- (1) 検体検査管理加算（Ⅱ）の施設基準に係る届出は、別添2の様式22を用いること。
- (2) 「3 検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

第20 検体検査管理加算（Ⅲ）

1 検体検査管理加算（Ⅲ）に関する施設基準

- (1) 臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上、常勤の臨床検査技師が4名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理及び運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者という。
- (2) 検体検査管理加算（Ⅳ）の施設基準のうち（2）から（6）までの全てを満たしていること。

2 届出に関する事項

- (1) 検体検査管理加算（Ⅲ）の施設基準に係る届出は、別添2の様式22を用いること。
- (2) 「3 検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

第 20 の 2 検体検査管理加算(IV)

1 検体検査管理加算(IV)に関する施設基準

- (1) 臨床検査を専ら担当する常勤の医師が1名以上、常勤の臨床検査技師が10名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理及び運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいう。
- (2) 院内検査に用いる検査機器及び試薬の全てが受託業者から提供されていないこと。
- (3) 次に掲げる緊急検査が当該医療機関内で常時実施できる体制にあること。
 - ア 血液学的検査のうち末梢血液一般検査
 - イ 生化学的検査のうち末梢血液一般検査
 - ロ ビルリビン、総蛋白、尿酸窒素、クレアチニン、グルコース、アミラーゼ、クレアチンキナーゼ (CK)、ナトリウム及びクロル、カリウム、カルシウム、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ (AST)、アラニアミノトランスフェラーゼ (ALT)
 - ト、血液ガス分析
 - ウ 免疫学的検査のうち以下に掲げるもの
 - ABO血液型、Rh (D) 血液型、Combs 試験 (直接、間接)
 - エ 微生物学的検査のうち以下に掲げるもの
 - 排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査 (その他のものに限る。)
 - (4) 定期的な臨床検査の精度管理を行っていること。
 - (5) 外部の精度管理事業に参加していること。
 - (6) 臨床検査の適正化に関する委員会が設置されていること。

2 届出に関する事項

第 21 の 2 遺伝性腫瘍カウンセリング加算

1 遺伝性腫瘍カウンセリング加算に関する施設基準

がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院又はがんゲノム医療連携病院であること。

2 届出に関する事項

遺伝性腫瘍カウンセリング加算の施設基準に係る届出は別添2の様式23の4を用いること。

第 22 心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算

1 心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算に関する施設基準

- (1) 循環器内科の経験を5年以上有する医師が1名以上配置されていること。
- (2) 当該医療機関が心臓血管外科を標榜しており、心臓血管外科の経験を5年以上有する常勤の医師が配置されていること。ただし、心臓血管外科を標榜しており、かつ、心臓血管外科の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されている他の保険医療機関と必要かつ密接な連携体制をとり、緊急時に対応が可能である場合は、この限りでない。

2 届出に関する事項

心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式24を用いること。

第 22 の 2 植込型心電図検査

1 植込型心電図検査に関する施設基準

次のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

- (1) 区分番号「K597」ペースメーカー移植及び区分番号「K597-2」ペースメーカー交換術
- (2) 区分番号「K598」両心室ペースメーカー移植及び区分番号「K598-2」両心室ペースメーカー交換術
- (3) 区分番号「K599」植込型除細動器移植及び区分番号「K599-2」植込型除細動器交換術
- (4) 区分番号「K599-3」両室ペースメーキング機能付き植込型除細動器移植及び区分番号「K599-4」両室ペースメーキング機能付き植込型除細動器交換術

2 届出に関する事項

ペースメーカー移植及びペースメーカー交換術、両心室ペースメーカー移植及び両心室ペースメーカー交換術、植込型除細動器移植及び植込型除細動器交換術又は両室ペースメーキング機能付き植込型除細動器移植及び両室ペースメーキング機能付き植込型除細動器交換術のいずれか

第 20 の 3 国際標準検査管理加算

1 国際標準検査管理加算に関する施設基準

- (1) 国際標準検査管理加算が定められた臨床検査に関する国際規格に基づき技術能力の認定を受けていること。
- (2) 「3 検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

2 届出に関する事項

第 21 遺伝カウンセリング加算

1 遺伝カウンセリング加算に関する施設基準

がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院又はがんゲノム医療連携病院であること。

2 届出に関する事項

遺伝性腫瘍カウンセリング加算の施設基準に係る届出は別添2の様式23の4を用いること。

第 22 心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算

1 心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算に関する施設基準

- (1) 循環器内科の経験を5年以上有する医師が1名以上配置されていること。
- (2) 当該医療機関が心臓血管外科を標榜しており、心臓血管外科の経験を5年以上有する常勤の医師が配置されていること。ただし、心臓血管外科を標榜しており、かつ、心臓血管外科の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されている他の保険医療機関と必要かつ密接な連携体制をとり、緊急時に対応が可能である場合は、この限りでない。

2 届出に関する事項

心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式24を用いること。

第 22 の 2 植込型心電図検査

1 植込型心電図検査に関する施設基準

次のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

- (1) 区分番号「K597」ペースメーカー移植及び区分番号「K597-2」ペースメーカー交換術
- (2) 区分番号「K598」両心室ペースメーカー移植及び区分番号「K598-2」両心室ペースメーカー交換術
- (3) 区分番号「K599」植込型除細動器移植及び区分番号「K599-2」植込型除細動器交換術
- (4) 区分番号「K599-3」両室ペースメーキング機能付き植込型除細動器移植及び区分番号「K599-4」両室ペースメーキング機能付き植込型除細動器交換術

2 届出に関する事項

ペースメーカー移植及びペースメーカー交換術、両心室ペースメーカー移植及び両心室ペースメーカー交換術、植込型除細動器移植及び植込型除細動器交換術又は両室ペースメーキング機能付き植込型除細動器移植及び両室ペースメーキング機能付き植込型除細動器交換術のいずれか

第 22 の 1 届出を行っていればよく、植込型心電図検査として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 22 の 3 時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト

1 時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテストに関する施設基準

- (1) 当該検査の経験を有し、循環器内科又は呼吸器内科の経験を 5 年以上有する常勤の医師が 1 名以上配置されていること。
- (2) 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。
- (3) 次に掲げる緊急の検査及び画像診断が当該保険医療機関内で実施できる体制にあること。

ア 生化学的検査のうち、血液ガス分析

イ 画像診断のうち、単純撮影（胸部）

2 届出に関する事項

時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテストの施設基準に係る届出については、別添 2 の様式 24 の 6 及び様式 52 を用いること。

第 22 の 4 胎児心エコー法

1 胎児心エコー法に関する施設基準

- (1) 循環器内科、小児科又は産婦人科の経験を 5 年以上有し、胎児心エコー法を 20 症例以上経験している医師が配置されていること。
 - (2) 当該保険医療機関が産婦人科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が 2 名以上配置されていること。ただし、胎児心エコー法を実施する医師が専ら循環器内科又は小児科に従事している場合においては、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。
 - (3) 倫理委員会が設置されており、必要ときは事前に開催すること。
- ##### 2 届出に関する事項
- 胎児心エコー法の施設基準に係る届出については、別添 2 の様式 24 の 3 を用いること。

第 22 の 5 ヘッドアップティルト試験

1 ヘッドアップティルト試験に関する施設基準

- (1) 当該試験の経験を有し、脳神経内科、循環器内科又は小児科（専ら神経疾患又は循環器疾患に係る診療を行う小児科）の経験を 5 年以上有する常勤の医師が配置されていること。
 - (2) 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該試験を行うための体制が整備されていること。
- ##### 2 届出に関する事項
- ヘッドアップティルト試験の施設基準に係る届出については、別添 2 の様式 24 の 7 及び様式 52 を用いること。

第 23 人工臓臓検査

1 人工臓臓検査に関する施設基準

- (1) 患者の緊急事態に対応する緊急検査が可能な検査体制を有していること。
- (2) 担当する医師が常時待機しており、糖尿病の治療に関し、専門の知識及び 5 年以上の経験を有する常勤の医師が 2 名以上配置されていること。
- (3) 人工臓臓検査を行うために必要な次に掲げる検査が当該保険医療機関内で常時実施できるように必要な機器を備えていること。

ア 血液学的検査

イ 赤血球数、白血球数、血小板数、ヘマトクリット値

ウ 生化学的検査

グルコース、尿酸酵素、インスリン、ナトリウム、クロール、カリウム

(4) 100 人以上の糖尿病患者を入院又は外来で現に管理していること。

(5) 入院基本料（特別入院基本料を除く。）を算定していること。

(6) 前記各項という「常時」とは、勤務態様の如何にかかわらず、午前 0 時より午後 12 時までの間のことである。

(7) 医療法第 30 条の 4 第 1 項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該検査に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 人工臓臓検査の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 24 の 4 を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添 2 の様式 4 を用いて提出すること。
- (3) 当該地域における必要性を記載すること。（理由書）

第 23 の 2 皮下連続式グルコース測定

1 皮下連続式グルコース測定に関する施設基準

- (1) 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び 5 年以上の経験を有する常勤の医師が 1 名以上配置されていること。
 - (2) 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。
- ##### 2 届出に関する事項
- 皮下連続式グルコース測定に関する施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 24 の 5 を用いること。

第 24 長期継続頭蓋内脳波検査

1 長期継続頭蓋内脳波検査に関する施設基準

- (1) 脳神経外科を標榜している病院であること。
- (2) 脳神経外科の常勤医師が 1 名以上配置されていること。なお、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている脳神経外科の非常勤医師を 2 名以上組み合わせたことにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

2 届出に関する事項

長期継続頭蓋内脳波検査の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 25 を用いること。

第24の2 長期脳波ビデオ同時記録検査1

- 1 長期脳波ビデオ同時記録検査1に関する施設基準
 - (1) 小児科、脳神経内科、脳神経外科、精神科、神経科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。
 - (2) 長期脳波ビデオ同時記録検査を年間50例以上実施していること。
 - (3) てんかんの治療を目的とする手術を年間10例以上実施していること。ただし、てんかんの治療を目的とする手術を年間10例以上実施している保険医療機関との連携体制が整備されている場合、この限りではない。
 - (4) 3テスラ以上のMR1装置、ボジトロン断層撮影装置及びシングルホトエミツジョンコンピュータ断層撮影装置を有していること。ただし、これらの装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。
 - (5) てんかんに係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - (6) 長期脳波ビデオ同時記録検査の経験を1年以上有する常勤の看護師及び常勤の臨床検査技師がそれぞれ1名以上配置されていること。
 - (7) てんかん発作の常時監視及びてんかん発作に対する迅速な対応が可能な体制がとられていること。
 - (8) 複数診療科によるてんかん診療に関するカンファレンス、内科的治療と外科的治療との連携等、専門的で高度なてんかん医療を行っていること。
 - (9) 関係学会により教育研修施設として認定された施設であること。
 - (10) 当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託していないこと。
 - (11) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。
- 2 届出に関する事項

長期脳波ビデオ同時記録検査1の施設基準に係る届出は、別添2の様式25の2及び様式52を用いること。

第25 中脳神経電気刺激による誘発筋電図

- 1 中脳神経電気刺激による誘発筋電図に関する施設基準

施設共同利用率について別添2の様式26に定める計算式により算出した数値が100分の20以上であること。
 - 2 届出に関する事項

中脳神経電気刺激による誘発筋電図の施設基準に係る届出は、別添2の様式26を用いること。
- 第25の2 単線維筋電図
- 1 単線維筋電図に関する施設基準
 - (1) 脳神経内科、リハビリテーション科又は小児科を標榜している保険医療機関であること。

- (2) 脳神経内科、リハビリテーション科又は小児科を担当する常勤の医師(専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有するものに限る。)が1名以上配置されていること。
- (3) 筋電図・神経伝導検査を100例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、当該医師は(2)に掲げる医師と同一の者であっても差し支えない。
- (4) 筋電図・神経伝導検査を年間50例以上実施していること。
- (5) 日本神経学会が示されている重症筋無力症に係る診療ガイドラインに基づき、当該検査が適切に実施されていること。

- 2 届出に関する事項

単線維筋電図の施設基準に係る届出は、別添2の様式27の4及び様式52を用いること。

第25の3 光トポグラフィ

- 1 抑うつ症状の鑑別診療の補助に使用する場合の診療料を算定するための施設基準
 - (1) 精神科又は心療内科及び脳神経内科又は脳神経外科を標榜する病院であること。
 - (2) 当該療法に習熟した医師の指導の下に、当該療法を5例以上実施した経験を有する常勤の精神保健指定医が1名以上配置されていること。
 - (3) 脳神経内科又は脳神経外科において、常勤の医師が配置されていること。
 - (4) 常勤の臨床検査技師が配置されていること。
 - (5) 当該療養に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。
 - (6) 国立精神・神経医療研究センターが実施している所定の研修を修了した常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - (7) 当該療法の実施状況を別添2の様式28の3により毎年地方厚生(支)局長に報告していること。
 - 2 適合していない場合については別添2の様式28の2に定める点数により算定することとなる施設基準

施設共同利用率について別添2の様式26の2に定める計算式により算出した数値が100分の20以上であること。
 - 3 届出に関する事項

光トポグラフィの施設基準に係る届出は、別添2の様式26の2及び様式52を用いること。
- 第26 脳磁図
- 1 自発活動測定に関する施設基準
 - (1) 脳磁図に係る診療の経験を3年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師(脳磁図に係る診療の経験を3年以上有する医師に限る。)を2名以上組み合わせることにし、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
 - (2) 他の保険医療機関からの依頼による診断が行われていること。
 - (3) 区分番号「D235-3」の「1」長期脳波ビデオ同時記録検査1の施設基準に係る届出を行っていること。
 - 2 その他のものに関する施設基準

- (1) 脳磁図に係る診療の経験が3年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師（脳磁図に係る診療の経験を3年以上有する医師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- (2) 他の保険医療機関からの依頼による診断が行われていること。

3 届出に関する事項

脳磁図の施設基準に係る届出は、別添2の様式27を用いること。

第26の1の2 終夜睡眠ポリグラフィー

1 安全精度管理下で行うものに関する施設基準

- (1) 睡眠障害又は睡眠呼吸障害に係る診療の経験を5年以上有し、日本睡眠学会等が主催する研修会を受講した常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関の検査部門において、常勤の臨床検査技師が3名以上配置されていること。
- (3) 終夜睡眠ポリグラフィーの「3」1及び2以外の場合を年間50症例以上及び回復睡眠時試験（MSLT）検査を年間5件以上実施していること。
- (4) 当該保険医療機関内で、睡眠検査に関する安全管理マニュアルを策定し、これを遵守すること。
- (5) 日本睡眠学会から示されている指針等に基づき、当該検査が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

終夜睡眠ポリグラフィーの安全精度管理下で行うものの施設基準に係る届出は、別添2の様式27の2の2を用いること。

第26の1の3 脳波検査判断科1

1 脳波検査判断科1に関する施設基準

- (1) 小児科、脳神経内科、脳神経外科、精神科、神経科又は心臓内科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) MRI装置を有していること。ただし、MRI装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。
- (3) 脳波診断に係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (4) 脳波検査の経験を1年以上有する常勤の臨床検査技師が1名以上配置されていること。
- (5) 関係学会により教育研修施設として認定された施設であること。
- (6) 当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託していないこと。
- (7) 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報を送信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

2 届出に関する事項

脳波検査判断科1の施設基準に係る届出は、別添2の様式27の2を用いること。

第26の1の4 遠隔脳波診断

1 遠隔脳波診断に関する施設基準

- (1) 送信側（脳波検査が実施される保険医療機関）においては、以下の基準を全て満たすこと。
- ア 脳波検査の実施及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を有していること。
- イ 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報を送信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。
- (2) 受信側（脳波検査の結果について診断が行われる病院である保険医療機関）においては、以下の基準を全て満たすこと。
- ア 脳波検査判断科1に関する届出を行っている保険医療機関であること。
- イ 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報を送信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

2 届出に関する事項

遠隔脳波診断の施設基準に係る届出は、別添2の様式27の3を用いること。なお、届出については、送信側、受信側の双方の医療機関がそれぞれ届出を行うことが必要であり、また、送信側の医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

第26の2 神経学的検査

1 神経学的検査に関する施設基準

- (1) 脳神経内科、脳神経外科又は小児科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 神経学的検査に関する所定の研修を修了した脳神経内科、脳神経外科又は小児科を担当する常勤の医師（専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている脳神経内科、脳神経外科又は小児科を担当する非常勤医師（神経学的検査に関する所定の研修を修了し、専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

2 届出に関する事項

神経学的検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式28を用いること。

第27 補聴器適合検査

1 補聴器適合検査に関する施設基準

- (1) 耳鼻咽喉科を標榜している保険医療機関であり、厚生労働省主催補聴器適合判定医師研修会を修了した耳鼻咽喉科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている耳鼻咽喉科を担当する非常勤医師（厚生労働省主催補聴器適合判定医師研修会を修了

した医師に限る。)を2名以上組み合わせることで、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

- (2) 当該検査を行うために必要な次に掲げる装置・器具を常時備えていること。
 ア 音場での補聴器装着度検査に必要な機器並びに装置(スピーカー法による聴覚検査が可能なおアージオメータ等)
 イ 騒音・環境音・雑音などの検査用音源又は発声装置
 ウ 補聴器周波数特性測定装置
- 2 届出に関する事項
 補聴器適合検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式29又はそれに準ずる様式を用いること。

第27の2 黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図

- 1 黄斑局所網膜電図に関する施設基準
 (1) 眼科を標榜している保険医療機関であって、眼科の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 (2) 黄斑局所網膜電図を記録する装置を有する施設であること。
- 2 全視野精密網膜電図に関する施設基準
 (1) 眼科を標榜している保険医療機関であって、眼科の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 (2) 国際臨床電気生理学会の推奨する刺激条件で、全視野刺激により網膜の杆体系と錐体系の網膜電図をそれぞれ分離して記録する装置を有する施設であること。
- 3 届出に関する事項
 黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図に係る届出は、別添2の様式29の3を用いること。

第27の3 ロービジョン検査判断料

- 1 ロービジョン検査判断料に関する施設基準
 眼科を標榜している保険医療機関であり、厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会(眼鏡等適合判定医師研修会)を修了した眼科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- 2 届出に関する事項
 ロービジョン検査判断料の施設基準に係る届出は、別添2の様式29の2に準ずる様式を用いること。

第28 コンタクトレンズ検査料

- 1 コンタクトレンズ検査料に関する施設基準
 (1) コンタクトレンズ検査料1から4までに関する施設基準
 ア 次に掲げる事項を内容とするコンタクトレンズ検査料を含む診療に係る費用について、

保険医療機関の外来受付(複数診療料を有する場合は、コンタクトレンズに係る診療を行う診療料の外来受付)及び支払窓口の分かりやすい場所に掲示していること。

- ① 初診料及び再診料(許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上の保険医療機関にあっては外来診療料)の点数
 当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別にある保険医療機関において過去にコンタクトレンズ検査料が算定されている場合には、再診料を算定する旨
- ② 当該保険医療機関において算定するコンタクトレンズ検査料の区分の点数
 当該診療日にコンタクトレンズ診療を行っている医師の氏名及び眼科診療記録
- ③ 以上の項目について、患者の求めがあった場合には、説明を行う旨
- イ アについて、患者の求めがあった場合には説明を行っていること。
 (2) コンタクトレンズ検査料1に関する施設基準
- ア 次のうちいずれかかの基準を満たしていること。

- ① コンタクトレンズに係る診療料(複数の診療料を有する場合は、コンタクトレンズに係る診療を行う診療料)において、初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者(複数の診療料を有する保険医療機関において、同一日に他の診療料を併せて受診していることにより初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。)のうち、コンタクトレンズに係る検査(コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者(既装用の場合を含む。以下同じ。)に対する眼科学的検査)を実施した患者の割合が3割未満であること。
- ② コンタクトレンズに係る診療料(複数の診療料を有する場合は、コンタクトレンズに係る診療を行う診療料)において、初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者(複数の診療料を有する保険医療機関において、同一日に他の診療料を併せて受診していることにより初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。)のうち、コンタクトレンズに係る検査(コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対する眼科学的検査)を実施した患者の割合が4割未満であり、かつ当該保険医療機関に眼科診療を専ら担当する常勤の医師(眼科診療の経験を10年以上有する者に限る。)が配置されていること

イ 次のうちいずれかに該当すること。

- ① 眼科の病床を有すること。
 ② コンタクトレンズの自施設交付割合が9割5分未満であること。
 (3) コンタクトレンズ検査料2に関する施設基準
 ア コンタクトレンズ検査料1の施設基準のうち「ア」を満たしていること。
 イ コンタクトレンズ検査料1の施設基準のうち「イ」に該当しないこと。
 (4) コンタクトレンズ検査料3に関する施設基準
 ア コンタクトレンズ検査料1の施設基準のうち「ア」を満たしていないこと。
 イ コンタクトレンズ検査料1の施設基準のうち「イ」に該当すること。
 2 届出に関する事項
 コンタクトレンズ検査料1から3までの施設基準に係る届出は、別添2の様式30を用いること。

センチネルリンパ節生検（片側）の施設基準に係る届出は、別添2の様式31の3及び様式52を用いること。

第29の4 CT透視下気管支鏡検査加算

1 CT透視下気管支鏡検査加算に関する施設基準

- (1) 区分番号「E200」コンピュータ断層撮影の「1」CT撮影の「イ」64列以上のマルチスライス型の機器による場合又は「ロ」16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合に係る施設基準は、いずれかを現に届けていること。
 - (2) 専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を5年以上有する常勤の医師が配置されていること。
 - (3) 診療放射線技師が配置されていること。
- 2 届出に関する事項
- CT透視下気管支鏡検査加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

第29の4の2 経気管支凍結生検法

1 経気管支凍結生検法に関する施設基準

- (1) 専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を5年以上有する常勤の医師が2名以上配置されていること。そのうち少なくとも1名は10年以上の経験を有していること。
 - (2) 診療放射線技師が配置されていること。
 - (3) 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。
- 2 届出に関する事項
- 経気管支凍結生検法の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の4を用いること。

第29の5 有床養歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査

1 有床養歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査に関する施設基準

- (1) 有床養歯咀嚼機能検査1のイの施設基準
次のいずれにも該当すること。
 - ア 歯科補綴治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。
 - イ 当該保険医療機関内に歯科用顎運動測定器（非接触型）及び咀嚼能率測定用のグルコース分析装置を備えていること。
- (2) 有床養歯咀嚼機能検査1のロ及び咀嚼能力検査の施設基準
次のいずれにも該当すること。
 - ア 歯科補綴治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。
 - イ 当該保険医療機関内に咀嚼能率測定用のグルコース分析装置を備えていること。
- (3) 有床養歯咀嚼機能検査2のイの施設基準
次のいずれにも該当すること。

第29 小児食物アレルギー検査

1 小児食物アレルギー検査に関する施設基準

- (1) 小児科を標榜している保険医療機関であること。
 - (2) 小児食物アレルギーの診断及び治療の経験を10年以上有する小児科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上勤務を行っている小児科を担当する非常勤医師（小児食物アレルギーの診断及び治療の経験を10年以上有する医師に限る。）を2名以上組み合わせる場合には、当該基準を満たすこととみなすことができる。
 - (3) 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。
- 2 届出に関する事項
- (1) 小児食物アレルギー検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式31を用いること。
 - (2) 小児科を担当する医師の小児食物アレルギーの診断及び治療経験が分かるものを添付すること。

第29の2 内服・点滴誘発試験

1 内服・点滴誘発試験に関する施設基準

- (1) 皮膚科を標榜している保険医療機関であること。
 - (2) 薬疹の診断及び治療の経験を10年以上有する皮膚科を担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - (3) 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。
- 2 届出に関する事項
- (1) 内服・点滴誘発試験の施設基準に係る届出は、別添2の様式31の2を用いること。
 - (2) 皮膚科を担当する医師の薬疹の診断及び治療の経験が分かるものを添付すること。

第29の3 センチネルリンパ節生検（片側）

1 センチネルリンパ節生検（片側）に関する施設基準

- (1) 乳癌外科又は外科の経験を5年以上有しており、乳がんセンチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5症例以上経験している医師が配置されていること。
 - (2) 当該保険医療機関が乳癌外科又は外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が2名以上配置されていること。ただし、「2 単独法」のうち、色素のみによるもののみを実施する施設にあっては、放射線科を標榜していなくても差し支えない。
 - (3) 麻酔科標榜医が配置されていること。
 - (4) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
- 2 届出に関する事項

ア 歯科補綴治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。

イ 当該保険医療機関内に歯科用下顎運動測定器(非接触型)及び歯科用咬合力計を備えていること。

(4) 有床義歯咀嚼機能検査2のロ及び咬合圧検査の施設基準

次のいずれにも該当すること。

ア 歯科補綴治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。

イ 当該保険医療機関内に歯科用咬合力計を備えていること。

2 届出に関する事項

有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の1の2を用いること。

第29の6 精密触覚機能検査

1 精密触覚機能検査に関する施設基準

(1) 歯科医療を担当する保険医療機関であること。

(2) 口腔顔面領域の感覚検査及び三叉神経損傷の診断と治療法に関する研修を修了した歯科医師が1名以上配置されていること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することも差し支えない。

(3) 当該医療機関内にSemmes-Weinstein monofilament setを備えていること。

2 届出に関する事項

精密触覚機能検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の1の3を用いること。

第29の7 睡眠時歯科筋電図検査

1 睡眠時歯科筋電図検査に関する施設基準

(1) 当該業種を行うにつき、十分な経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。

(2) 当該保険医療機関内に歯科用筋電計を備えていること。

2 届出に関する事項

睡眠時歯科筋電図検査の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の1の4を用いること。

第30 画像診断管理加算

1 画像診断管理加算1に関する施設基準

(1) 放射線科を標榜している保険医療機関であること。

(2) 画像診断を専ら担当する常勤の医師(専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該業種について関係学会から示されている2年以上の所定の研修(専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology (IR)及び核医学に関する事項を含むものであること。)を修了し、その旨が登録されている医師に限る。)が1名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

(3) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(4) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。

(5) 電子の方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を受受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

2 画像診断管理加算2に関する施設基準

(1) 放射線科を標榜している病院であること。

(2) 画像診断を専ら担当する常勤の医師(専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該業種について関係学会から示されている2年以上の所定の研修(専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology (IR)及び核医学に関する事項を含むものであること。)を修了し、その旨が登録されている医師に限る。)が1名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

(3) 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、(2)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われていること。

(4) 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピュータ層診断のうち、少なくとも8割以上の読影結果が、(2)に規定する医師により速くとも撮影日の翌診療日まで当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。

(5) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(6) 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。

(7) 電子の方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を受受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

(8) 関係学会の定める指針を遵守し、MRI装置の適切な安全管理を行っていること。

3 画像診断管理加算3に関する施設基準

(1) 放射線科を標榜している特定機能病院であること。

(2) 画像診断を専ら担当する常勤の医師(専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該業種について関係学会から示されている2年以上の所定の研修(専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology (IR)及び核医学に関する事項を含むものであること。)を修了し、その旨が登録されている医師に限る。)が6名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

(3) 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、(2)の医師の下に画像情報の管理が行われていること。

(4) 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピュータ層診断のうち、少なくとも8割以上の読影結果が、(2)の医師により速くとも撮影日の翌診療日まで当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。

(5) 当該保険医療機関において、夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること。

(6) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されており、当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理を行っていること。

- (7) 当該保険医療機関以外の施設に撮影又は診断を委託していないこと。
- (8) 電子的方法によって、個々の患者の診察に関する情報を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。
- (9) 問診録、安全な通信環境を確保していること。
- (10) 問診学会の定める指針に基づいて、適切な搬はく輸量管理を行っていること。その際、施設内の全てのCT検査の線量情報を電子的に記録し、患者単位及び検査プロトコル単位で集計・管理の上、被ばく線量の最適化を行っていること。

4 届出に関する事項

画像診断管理の施設基準に係る届出は、別添2の様式32を用いること。なお、画像診断管理加算1の施設基準の届出については、画像診断管理加算2又は3の届出をもってこれに代えることができる。

第31 歯科画像診断管理加算

1 歯科画像診断管理加算1に関する施設基準

- (1) 歯科診療報酬点数表の初診料の注2の届出（地域歯科診療支援病院歯科初診料に係るものに限る。）を行った保険医療機関であること。
- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が1名以上いること。なお、画像診断を専ら担当する歯科医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は撮影に携わっている者をいう。
- (3) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (4) 当該保険医療機関以外の施設に撮影又は診断を委託していないこと。
- (5) 電子的方法によって、個々の患者の診察に関する情報を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

2 歯科画像診断管理加算2に関する施設基準

- (1) 歯科診療報酬点数表の初診料の注2の届出（地域歯科診療支援病院歯科初診料に係るものに限る。）を行った保険医療機関であること。
- (2) 画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が1名以上いること。なお、画像診断を専ら担当する歯科医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は撮影に携わっている者をいう。
- (3) 当該保険医療機関において実施される全ての歯科用3次元エックス線断層撮影及びコンピュータ断層診断（歯科診療に係るものに限る。）について、(2)に規定する歯科医師の下に画像情報の管理が行われていること。
- (4) 当該保険医療機関における歯科用3次元エックス線断層撮影診断及びコンピュータ断層診断（歯科診療に係るものに限る。）のうち、少なくとも8割以上の撮影結果が、(2)に規定する歯科医師により運くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診察を担当する歯科医師に報告されていること。
- (5) 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (6) 当該保険医療機関以外の施設に撮影又は診断を委託していないこと。

- (7) 電子的方法によって、個々の患者の診察に関する情報を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

3 届出に関する事項

歯科画像診断管理の施設基準に係る届出は、別添2の様式33を用いること。

第32 遠隔画像診断

1 遠隔画像診断に関する施設基準

- (1) 送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）においては以下の基準を全て満たすこと。
- ア 画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を有しており、受信側の保険医療機関以外の施設へ撮影又は診断を委託していないこと。
- イ 電子的方法によって、個々の患者の診察に関する情報を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。
- (2) 受信側（画像診断が行われる病院である保険医療機関）においては以下の基準を全て満たすこと。ただし、歯科診療に係る画像診断については、歯科画像診断管理加算の要件を満たしていれば足りるものであること。
- ア 画像診断管理加算1、2又は3に関する施設基準を満たすこと。
- イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院又は基本診療科の施設基準等別表第6の二に規定する地域に所在する病院であること。
- ウ 電子的方法によって、個々の患者の診察に関する情報を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

2 届出に関する事項

遠隔画像診断の施設基準に係る届出は、別添2の様式34又は様式35を用いること。なお、届出については、送信側、受信側の双方の医療機関がそれぞれ届出を行うことが必要であり、また、送信側の医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

第33 ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層複合撮影

- 1 ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層複合撮影に係る費用を算定するための施設基準
- (1) 核医学診断の経験を3年以上有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師が1名以上いること。
- (2) 診断撮影機器ごとに、PET製剤の取扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師が1名以上いること。
- 2 該当しない場合は所定点数の100分の80に相当する点数を算定することとなる施設基準
- ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層複合撮影に使用する画像診断機器の施設

共同利用率について、別添2の様式36に定める計算式により算出した数値が100分の30以上であること(ただし、特定機能病院、がん診療の拠点となる病院又は高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律(平成20年法律第48号)第4条第1項に規定する国立高度専門医療研究センターの設置する保険医療機関を除く。)。がん診療の拠点となる病院とは、第1の2ががん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料の2と同様であること。

3 届出に関する事項
ボジトロン断層撮影、ボジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、ボジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影又は乳房ボジトロン断層撮影の施設基準に係る届出は、別添2の様式36を用いること。

第34 C T撮影及びOMR I 撮影

1 C T撮影及びOMR I 撮影に関する施設基準
(1) 64列以上、16列以上64列未満若しくは4列以上16列未満のマルチスライスC T装置又は3テスラ以上若しくは1.5テスラ以上3テスラ未満のMR I 装置のいずれかを有していること。

(2) 64列以上のマルチスライスC T装置又は3テスラ以上のMR I 装置においては、画像診断管理加算2又は3に関する施設基準の届出を行っていること。

(3) 64列以上のマルチスライスC T装置又は3テスラ以上のMR I 装置においては、C T撮影に係る部門又はMR I 撮影に係る部門にそれぞれ専従の診療放射線技師が1名以上勤務していること。

2 C T撮影の注8及びOMR I 撮影の注6に規定する施設基準
C T撮影及びOMR I 撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、別添2の様式37に定める計算式により算出した数値が100分の10以上であること。

3 届出に関する事項
(1) C T撮影及びOMR I 撮影の施設基準に係る届出は、別添2の様式37を用いること。
(2) 当該撮影を行う画像診断機器の機種名、型番、メーカー名、テスラ数(MR I の場合)を記載すること。
(3) C T撮影及びOMR I 撮影に係る安全管理責任者の氏名を記載し、C T撮影装置、MR I 撮影装置及び造影剤注入装置の保守管理計画を添付すること。

第35 冠動脈C T撮影加算

1 冠動脈C T撮影加算に関する施設基準
(1) 64列以上のマルチスライス型のC T装置を有していること。
(2) 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。
2 届出に関する事項
冠動脈C T撮影加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

第35の2 血流量予備量比コンピュータ断層撮影

1 血流量予備量比コンピュータ断層撮影に関する施設基準
(1) 64列以上のマルチスライス型のC T装置を有していること。

(2) 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。
(3) 次のいずれにも該当すること。

ア 許可病床数が200床以上の病院であること。
イ 循環器内科、心臓血管外科及び放射線科を擔持している保険医療機関であること。
ウ 5年以上の循環器内科の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。

エ 5年以上の心臓血管インターベンション治療の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、ウに掲げる医師と同一の者であっても差し支えない。
オ 経皮的冠動脈形成術を年間100例以上実施していること。

カ 画像診断を専ら担当する常勤の医師(専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該職業について関係学会から示されている2年以上の所定の研修(専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology (IR)及び核医学に関する事項を全て含むものであること。)を修了し、その旨が登録されているものに限る。)が3名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報撮影又は読影に携わっている者をいう。

キ 放射線治療に専従の常勤の医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が1名以上配置されていること。

ク 日本循環器学会の研修施設、日本心臓血管インターベンション治療学会の研修施設及び日本医学放射線学会の総合研修機関のいずれにも該当すること。

2 届出に関する事項
血流量予備量比コンピュータ断層撮影の施設基準に係る届出は、別添2の様式37の2を用いること。

第35の3 外傷全身C T加算

1 外傷全身C T加算に関する施設基準
(1) 救命救急入院科の施設基準の届出を行っていること。
(2) 64列以上のマルチスライス型のC T装置を有していること。
(3) 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準の届出を行っていること。
2 届出に関する事項
外傷全身C T加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

第35の4 大腸C T撮影加算

1 大腸C T撮影加算に関する施設基準
区分番号「E200」コンピュータ断層撮影の1「C T撮影」の「イ」64列以上のマルチスライス型の機器による場合又は「ロ」16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合に係る施設基準を別に届け出ていること。
2 届出に関する事項

コンピュータ断層撮影の1「C T撮影」の「イ」64列以上のマルチスライス型の機器による場合又は「ロ」16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合の届出を行っているればよく、大腸C T撮影加算として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

- と。
- (4) 当該保険医療機関において、夜間及び休日に撮影を行う体制が整備されていること。
- (5) 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、CT撮影及びMR I撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理を行っていること。
- (6) 関係学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること。その際、施設内の全てのCT検査の線量情報を電子的に記録し、患者単位及び検査プロトコル単位で集計・管理の上、被ばく線量の最適化を行っていること。
- 2 届出に関する事項
- 心臓MR I撮影加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

第36の1の5 全身MR I撮影加算

- 1 全身MR I撮影加算に関する施設基準
- (1) 1.5テスラ以上のMR I装置を有していること。
- (2) 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。
- (3) 画像診断を専ら担当する常勤の医師(専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該業務について関係学会から示されている2年以上の所定の研修(専ら放射線診断に關するものとし、画像診断、Interventional Radiology (IVR)及び核医学に関する事項を全て含むものであること。)を修了し、その旨が登録されているものに限る。)が3名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。
- (4) 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、CT撮影及びUMR I撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理を行っていること。
- (5) 関係学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること。その際、施設内の骨シンチグラフィの線量情報を電子的に記録し、患者単位で集計・管理の上、被ばく線量の最適化を行っていること。
- 2 届出に関する事項
- 全身MR I撮影加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

第36の2 抗悪性腫瘍剤処方管理加算

- 1 抗悪性腫瘍剤処方管理加算に関する施設基準
- (1) 許可病床数が200床以上の病院であること。
- (2) 化学療法の実験を5年以上有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。
- 2 届出に関する事項
- (1) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の2を用いること。
- (2) 1の(2)に掲げる医師の経験が確認できる文書を添付すること。

第36の3 外来後発医薬品使用体制加算

- 1 外来後発医薬品使用体制加算に関する施設基準
- (1) 診療所であって、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえた後発医薬品の採用を決定する体制が整備されているこ

- と。
- 心臓MR I撮影加算
- 1 心臓MR I撮影加算に関する施設基準
- (1) 1.5テスラ以上のMR I装置を有していること。
- (2) 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。
- 2 届出に関する事項
- 心臓MR I撮影加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

第36の1の2 乳房MR I撮影加算

- 1 乳房MR I撮影加算に関する施設基準
- (1) 1.5テスラ以上のMR I装置を有していること。
- (2) 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。
- (3) 関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。
- 2 届出に関する事項
- 乳房MR I撮影加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

第36の1の3 小児鎮静下MR I撮影加算

- 1 小児鎮静下MR I撮影加算に関する施設基準
- (1) 1.5テスラ以上のMR I装置を有していること。
- (2) 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。
- (3) 小児救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (4) 小児のMR I撮影及び画像診断に関して十分な知識と経験を有する常勤の医師及び小児の麻酔・鎮静に十分な知識と経験を有する常勤の医師が、それぞれ1名以上配置されていること。
- (5) 関係学会から示されているMR I撮影時の鎮静に関する指針に基づき、鎮静下のMR I撮影を適切に実施していること。
- 2 届出に関する事項
- 小児鎮静下MR I撮影加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

第36の1の4 頭部MR I撮影加算

- 1 頭部MR I撮影加算に関する施設基準
- (1) 3テスラ以上のMR I装置を有していること。
- (2) 画像診断管理加算2又は3に関する施設基準を満たすこと。
- (3) 画像診断を専ら担当する常勤の医師(専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該業務について関係学会から示されている2年以上の所定の研修(専ら放射線診断に關するものとし、画像診断、Interventional Radiology (IVR)及び核医学に関する事項を全て含むものであること。)を修了し、その旨が登録されているものに限る。)が3名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で1名以上（1診療科の場合は、2名以上）の代表者であること。）、業務に携わる看護師、薬剤師及び必要に応じてその他の職種から構成されるものとす。

2 外来化学療法加算2に関する施設基準

- (1) 外来化学療法を始めるための専用のベッド（点滴注射による化学療法を始めるに適用したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- (2) 化学療法の経験を有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。

(3) 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。

(4) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。

(5) 外来化学療法加算の届出に当たっては、関節リウマチ患者及びびくローン病患者に対するインフリキシマブ製剤の投与についても、悪性腫瘍の患者に対する抗悪性腫瘍剤の投与と同等の体制を確保することが原則であるが、常勤薬剤師の確保が直ちに困難な場合であって、既に関節リウマチ患者及びびくローン病患者の診療を行っている診療所であって、改正前の外来化学療法加算の章定を行っている診療所については、外来化学療法加算2の届出を行うことができない。

3 連携充実加算に関する施設基準

- (1) 外来化学療法加算1に係る届出を行っていること。
- (2) 1の(6)に規定するレジメンに係る委員会に管理栄養士が参加していること。
- (3) 地域の保険医療機関及び保険薬局との連携体制として、次に掲げる体制が整備されていること。

ア 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメンを当該保険医療機関のホームページ等で閲覧できるようにしておくこと。

イ 当該保険医療機関において外来化学療法に関わる職員及び地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施すること。

ウ 他の保険医療機関及び保険薬局からのレジメンに関する照会や患者の状況に関する相談及び情報提供等に応じる体制を整備すること。また、当該体制について、ホームページ等で研修会等で周知すること。

(4) 外来化学療法を実施している保険医療機関に5年以上勤務し、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士が勤務していること。

(5) 令和2年3月31日時点で外来化学療法加算1の届出を行っている保険医療機関については、令和2年9月30日までの間に限り、上記(3)のイの基準を満たしているものとす。

4 届出に関する事項

- (1) 外来化学療法加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添2の様式39を用いること。

と。

(2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位数ごとに数えた数量（以下「規格単位数」という。）に占める後発医薬品の規格単位数の割合が、外来後発医薬品使用体制加算1にあっては85%以上、外来後発医薬品使用体制加算2にあっては75%以上85%未満、外来後発医薬品使用体制加算3にあっては70%以上75%未満であること。

(3) 当該保険医療機関において調剤した薬剤（(4)に掲げる医薬品を除く。）の規格単位数に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数の割合が50%以上であること。

(4) 後発医薬品の規格単位数の割合を算出する際に除外する医薬品

- ① 経腸成分栄養剤
エレンタール配合内用剤、エレランタームP乳幼児用配合内用剤、エンシチュア・リキッド、エンシチュア・H、ツインラインNF配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用液、エネ一が配合経腸用液、ラコールNF配合経腸用半固形剤及びイノラス配合経腸用液
 - ② 特殊ミルグ製剤
フェニルアラニン除去ミルグ配合散「雷印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルグ配合散「雷印」
 - ③ 生薬（薬効分類番号510）
 - ④ 漢方製剤（薬効分類番号520）
 - ⑤ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号590）
- (5) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

2 届出に関する事項

外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式38の3を用いること。

第37 外来化学療法加算

1 外来化学療法加算1に関する施設基準

(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適用したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。

(2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。

(3) 化学療法の経験を5年以上有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。

(4) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務していること。

(5) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。

(6) 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。

- (2) 連携充実加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式39の2を用いること。
- (3) 当該治療室の平面図を添付すること。

第37の2 無菌製剤処理料

- 1 無菌製剤処理料に関する施設基準
 - (1) 2名以上の常勤の薬剤師がいること。
 - (2) 無菌製剤処理を行うための専用の部屋（内法による測定で5平方メートル以上）を有していること。なお、平成26年3月31日において、現に当該処理料の届出を行っている保険医療機関については、当該専用の部屋の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、内法の規定を満たしているものとする。
 - (3) 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。

2 無菌製剤処理料の対象患者

- (1) 無菌製剤処理料1の対象患者は、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であった細胞毒性を有するものに関し、皮下注射、筋肉注射、動脈注射、抗悪性腫瘍補助剤持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入又は点滴注射が行われる患者であり、この場合に於いて、「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であった細胞毒性を有するもの」とは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）第4条第5項第1号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（平成16年厚生労働省告示第185号）のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。
- (2) 無菌製剤処理料2の対象患者は、以下のア又はイに該当する患者である。
 - ア 動脈注射又は点滴注射が行われる入院中の患者のうち、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者及び後天性免疫不全症候群の病原体に感染し抗体の陽性反応がある患者であって、無菌治療室管理加算若しくはH1V感染患者療養環境特別加算を算定する患者又はこれら患者と同等の状態にある患者
 - イ 中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射が行われる患者

3 届出に関する事項

- (1) 無菌製剤処理料の施設基準に係る届出は、別添2の様式40を用いること。
- (2) 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて届出すること。なお、調剤、医薬品情報管理、病棟薬劑業務、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているか（兼務の場合はその旨）並びに無菌製剤処理業務に従事している場合はその旨を備考欄に記載すること。
- (3) 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。

第38 心大血管疾患リハビリテーション料(1)

- 1 心大血管疾患リハビリテーション料(1)に関する施設基準
 - (1) 届出保険医療機関（循環器内科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、循環器内科又は心臓血管外科の医師が、心大血管疾患リハビリ

テーションを実施している時間帯において常勤勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。この場合において、心大血管疾患リハビリテーションを受ける患者の急変時等に連絡を受けるとともに、当該保険医療機関又は連携する保険医療機関において適切な対応ができるような体制を有すること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上で勤務を行っている専任の非常勤医師（心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

- (2) 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせ2名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士若しくは専従の常勤看護師のいずれか一方が2名以上勤務していること。また、必要に応じて、心機能に依った日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。ただし、いずれの場合であっても、2名のうち1名は専任の従事者でも差し支えないこと。また、これらの者については、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟の配置従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーションを実施しない時間帯において、他の疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。また、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあつては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることが可能である。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士又は専従の非常勤看護師（心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する理学療法士又は看護師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士又は非常勤看護師がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士又は非常勤看護師の勤務時間が週22時間以上で勤務している場合を除く。）をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士又は非常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士又は非常勤看護師がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士又は非常勤看護師の勤務時間が週22時間以上で勤務していることとみなすことができる。

- (3) 専用の機能訓練室（少なくとも、病院については、内法による測定で30平方メートル以上、診療所については、内法による測定で20平方メートル以上）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用法に使用することは差し支えない。また、当該療法を実施する時間帯に、他の疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室で行う場合には、それぞれの施設基準を満たしていれば差し支えない。それぞれの施設基準を満たす場合は、例えば、心大血管疾患リハビリテーションと脳血管疾患等リハビリテーションを同一の時間帯に実施する場合には、機能訓練室の面積は、それぞれのリハビリテーションの施設基準で定められた面積を合計したものと以上である必要がある必要があり、必要器械・器具についても、兼用ではなく、それぞれのリハビリテーション専用のものとし

- て備える必要があること。
- (4) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション科の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。
- (5) 専用の機能訓練室には、当該療法を行うために必要な以下の器械・器具を備えていること。
- ア 酸素供給装置
 - イ 除細動器
 - ウ 心電図モニター装置
 - エ トレットミル又はエールゴメータ
 - オ 血圧計
 - カ 救急カート
- また、当該保険医療機関内に以下の器械を備えていること。
- 運動負荷試験装置
- (6) リハビリテーション科に関する記録(医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (7) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- (8) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関(循環器内科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。)において、緊急手術や、緊急の血管造影検査を行うことができる体制が確保されていること。
- (9) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、救命救急入院科又は特定集中治療室管理料の届出がされており、当該治療室が心臓血管疾患リハビリテーションの実施上生じた患者の緊急事態に使用できること。

- 2 初期算に関する施設基準
- 当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を2名以上組み合わせるにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- 3 届出に関する事項
- (1) 心臓血管疾患リハビリテーション科(I)の施設基準に係る届出は、別添2の様式41を用いること。
 - (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士及び看護士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)等について別添2の様式44の2を用いて提出すること。
 - (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

- 第39 心臓血管疾患リハビリテーション科(II)
- 1 心臓血管疾患リハビリテーション科(II)に関する施設基準
- (1) 届出保険医療機関において、心臓血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯に循環器

内科又は心臓血管外科を担当する医師(非常勤を含む。)及び心臓血管疾患リハビリテーション科の経験を有する医師(非常勤を含む。)が1名以上勤務していること。

- (2) 心臓血管疾患リハビリテーション科の経験を有する専従の理学療法士又は看護師のいずれか1名以上が勤務するリハビリテーション科の経験に、心機能に応じた日常生活動作に関する訓練等の心臓血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることとが望ましい。ただし、専従者については、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟の配置従事者との兼任はできないが、心臓血管疾患リハビリテーションを実施しない時間帯において、他の疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。また、心臓血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合においては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることは可能である。

- (3) 専用の機能訓練室(少なくとも、病院については、内法による測定で、30平方メートル以上、診療所については、内法による測定で、20平方メートル以上)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、当該療法を実施する時間帯に、他の疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室で行う場合には、それぞれの施設基準を満たしていれば差し支えない。それぞれの施設基準を満たす場合とは、例えば、心臓血管疾患リハビリテーションと脳血管疾患等リハビリテーションを同一の時間帯に実施する場合は、機能訓練室の面積は、それぞれのリハビリテーションの施設基準で定める面積を合計したものであり、必要は器械・器具についても、兼用ではなく、それぞれのリハビリテーション専用のもので備える必要があること。
- (4) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション科の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。
- (5) 専用の機能訓練室には、当該療法を行うために必要な以下の器械・器具を備えていること。

- ア 酸素供給装置
- イ 除細動器
- ウ 心電図モニター装置
- エ トレットミル又はエールゴメータ
- オ 血圧計
- カ 救急カート

また、当該保険医療機関内に以下の器械を備えていること。

運動負荷試験装置

- (6) リハビリテーション科に関する記録(医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (7) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

- (8) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関（循環器内科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、緊急手術や、緊急の血管造影検査を行うことができる体制が確保されている。
- (9) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出がされており、当該治療室が心臓血管疾患リハビリテーションの実施上生じた患者の緊急事態に使用できること。
- 2 初期加算に関する施設基準
当該保険医療機関にリハビリテーション科の医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- 3 届出に関する事項
(1) 心大血管疾患リハビリテーション科(II)の施設基準に係る届出は、別添2の様式41を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師及び理学療法士、作業療法士又は看護士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等について別添2の様式44の2を用いて提出すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第40 脳血管疾患等リハビリテーション科(1)

1 脳血管疾患等リハビリテーション科(1)に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が2名以上勤務していること。ただし、そのうち1名は、脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する3年以上の臨床経験又は脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する研修会、講習会の受講歴（又は講師歴）を有すること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する3年以上の臨床経験又は脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する研修会、講習会の受講歴（又は講師歴）を有する常勤医師についてこれらの非常勤医師による常勤換算を行う場合にあつては、当該経験又は受講歴（又は講師歴）を有する非常勤医師に限る。
- (2) 次のアからエまでを全て満たしていること。

- ア 専従の常勤理学療法士が5名以上勤務していること。ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション科病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士の兼任はできないが、療用症候群リハビリテーション科(1)、(II)又は(III)、運動器リハビリテーション科(1)、(II)又は(III)、呼吸器リハビリテーション科(1)又は(II)、障害児(者)リハビリテーション科及びがん患者リハビリテーション科における常勤理学療法

士の兼任は可能であること。

イ 専従の常勤作業療法士が3名以上勤務していること。ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション科病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤作業療法士の兼任はできないが、療用症候群リハビリテーション科(1)、(II)又は(III)、運動器リハビリテーション科(1)、(II)又は(III)、呼吸器リハビリテーション科(1)又は(II)、障害児(者)リハビリテーション科及びがん患者リハビリテーション科における常勤作業療法士の兼任は可能であること。

ウ 言語聴覚法を行つた場合は、専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。なお、第7部リハビリテーション科の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求めるとの項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。

エ アからウまでの専従の従事者が合わせて10名以上勤務すること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定めるところの労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は非常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は非常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置の理学療法士は4名、作業療法士は2名、言語聴覚士は1名までに限る。

オ 次の(イ)又は(ロ)の要件を満たす場合であつて、アからウまでの専従の従事者が疾患別リハビリテーションを提供すべき患者がいない時間帯には、脳血管疾患等リハビリテーションの実施時間中であつても、当該専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事しても差し支えない。

(イ) 疾患別リハビリテーション科の施設基準における専従の従事者以外の全ての理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が、介護保険のリハビリテーションその他疾患別リハビリテーション以外の業務に従事していること。

(ロ) 当該保険医療機関に配置された全ての理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が、いずれかの疾患別リハビリテーション科の施設基準における専従の従事者であること。

- (3) 治療・訓練を分営実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、内法による測定で160平方メートル以上）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、

障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心臓血管疾患リハビリテーションを行う場合には、それぞれの施設基準を満たしていること。なお、言語聴覚療法を行う場合は、遮断等に配慮した専用の個別療法室(内法による測定で8平方メートル以上)1室以上を別に有していること。

(4) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。これらの器械等については、当該保険医療機関が、指定通所リハビリテーションを実施する場合であって、リハビリテーションの基具に支障が生じない場合に、指定通所リハビリテーション事業所の利用者が使用しても差し支えない。

歩行補助具、訓練ベルト、治療台、砂鏝などの重錘、各種測定器具(角度計、握力計等)、血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種器具(長・短下肢器具等)、家事用設備、各種日常生活活動作用設備等。ただし、言語聴覚療法を行う場合は、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録システム等を有すること。必要に依り、麻痺側の関節の屈曲・伸張を補助し運動量を増加させるためのリハビリテーション用医療機器を備えること。

(5) 言語聴覚療法のみを実施している場合において、以下のアからエまでの基準を全て満たす場合は、上記基準にかかわらず、脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅰ)の基準を満たすものとする。

ア 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

イ 専任の常勤言語聴覚士が3名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤言語聴覚士を2名以上組み合わせることにより、常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合にはこれららの非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち2名までに限る。

ウ 遮断等に配慮した専用の個別療法室(内法による測定で8平方メートル以上)を有していること。

エ 言語聴覚療法に必要な、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等の器械・器具を具備していること。

(6) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション科の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室等の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)及び(5)の内法の規定を満たすものとする。

(7) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

(8) 定期的に行う多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

(9) (2)のアからイまでの専任の従事者以外の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通

所リハビリテーションに従事可能であること。

2 初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

3 届出に関する事項

- (1) 脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅰ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いていること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専任・非専任の別)等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第40の2 脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅱ)

1 脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅱ)に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(2) 次のアからエまでを全て満たしていること。

ア 専任の常勤理学療法士が1名以上勤務していること。ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション科(Ⅱ)に算入する病棟及び地域包括ケア病棟に算入する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理科を算定する病棟を有する病棟における常勤理学療法士の兼任はできないが、療用症候群リハビリテーション科(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション科(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション科(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児(者)リハビリテーション科及びがん患者リハビリテーション科における常勤理学療法士の兼任は可能である。

イ 専任の常勤作業療法士が1名以上勤務していること。ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション科(Ⅱ)に算入する病棟及び地域包括ケア病棟に算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理科を算定する病棟を有する病棟における常勤作業療法士の兼任はできないが、療用症候群リハビリテーション科(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション科(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション科(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児(者)リハビリテーション科及びがん患者リハビリテーション科における常勤作業療法士の兼任は可能である。

ウ 言語聴覚療法を行う場合は、専任の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。なお、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専任の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。

エ アからウまでの専従の従事者が合わせて4名以上勤務していること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患等リハビリテーションを除く）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ1名以上勤務している場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士の実際の労働時間を常勤換算し常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することは、常勤配置のうちそれぞれ1名までに限る。

オ アからウまでの専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事する場合については、第40の1の(2)のオの例によること。

(3) 治療・訓練を十分実施し得る機能訓練室（少なくとも、病院については内法による測定で100平方メートル以上、診療所については内法による測定で45平方メートル以上）を有していること。専用機能訓練室は、当該療養を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行う場合は、それぞれ別の施設基準を満たしていること。なお、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で8平方メートル以上）1室以上を別に有していること。

(4) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション科の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。

(5) 当該療養を行うために必要な施設及び器械、器具として、以下のものを具備していること。歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具（長・短下肢装具等）、家事用設備、各種日常生活動作用設備等。ただし、言語聴覚療法を行う場合は、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等を有すること。

(6) 言語聴覚療法のみを実施する場合には、以下のアからエまでの基準を全て満たす場合は、上記基準にかかわらず、脳血管疾患等リハビリテーション科(II)の基準を満たすものとする。

ア 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を2名以上

上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

イ 専従の常勤言語聴覚士が2名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤言語聴覚士を2名組み合わせることにより、常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合にはこれらの非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち1名までに限る。

ウ 遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で8平方メートル以上）を有していること。

エ 言語聴覚療法に必要な、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等の器械・器具を具備していること。

(7) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

(8) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

(9) (2)のアからウまでの専従の従事者以外の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事可能であること。

2 初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

3 届出に関する事項

(1) 脳血管疾患等リハビリテーション科(II)の施設基準に係る届出は、別添2の様式(2)を用いること。

(2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の氏名、勤務の様態（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。

(3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第41 脳血管疾患等リハビリテーション科(III)

1 脳血管疾患等リハビリテーション科(III)に関する施設基準

(1) 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(2) 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士のいずれか1名以上勤務していること。ただし、ADL維持向上等個別加算、回復期リハビリテーション科併入院料及び

地域包括ケア病棟入院科を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理科を算定する病室を有する病棟における常勤の従事者との兼任はできないが、廃用症候群リハビリテーション科(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション科(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション科(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児(者)リハビリテーション科及びがん患者リハビリテーション科における常勤の従事者との兼任は可能であること。また、言語聴覚士の場合に別項については、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求めた別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定め所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士との勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれを有していることとみなすことができる。専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事する場合には、第40の1の(2)のオの例によること。

- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、病院については内法による測定で100平方メートル以上、診療所については内法による測定で45平方メートル以上とする。)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することとは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションというところであり、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合には、それぞれに施設基準を満たしていること。なお、言語聴覚療法を行う場合は、遮断等に配慮した専用の個別療法室(内法による測定で8平方メートル以上)1室以上を別に有していることとし、言語聴覚療法のみを行う場合は、当該個別療法室が有れば前段に規定する専用の施設は要しない。
- (4) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション科の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室等の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。
- (5) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として以下のものを具備していること。
歩行補助具、訓練マット、治療台、砂灘などの重錘、各種測定用器具等。ただし、言語聴覚療法を行う場合は、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等を有すること。
- (6) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (7) 定期的担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

(8) (2)の専従の従事者以外の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションから初回算定に関する施設基準

- 2 初回算定に関する施設基準
 - ① 当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
 - 3 届出に関する事項
 - (1) 脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅲ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。
 - (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。
 - (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第41の2 廃用症候群リハビリテーション科(Ⅰ)

- 1 廃用症候群リハビリテーション科(Ⅰ)に関する施設基準
 - (1) 脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅰ)を届け出ていること。なお、言語聴覚療法のみを実施する保険医療機関で、第40の1の(1)から(4)までのいずれか1を満たさず、(5)のAからエまでを全て満たすことで脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅰ)の基準を満たしたものである。言語聴覚療法のみについては、言語聴覚療法のみについて廃用症候群リハビリテーション科(Ⅰ)を算定できる。
 - (2) 脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅰ)の施設基準における専任の医師、専従の理学療法士、専従の作業療法士及び専従の言語聴覚士は、それぞれ廃用症候群リハビリテーション科(Ⅰ)の専任者又は専従者を兼ねるものとする。
- 2 初回算定に関する施設基準
 - ① 当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯に当該医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
 - 3 届出に関する事項
 - ① 脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅰ)の届出を行ってはいればよく、廃用症候群リハビリテーション科(Ⅰ)として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第41の3 廃用症候群リハビリテーション科(Ⅱ)

- 1 廃用症候群リハビリテーション科(Ⅱ)に関する施設基準
 - (1) 脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅱ)を届け出ていること。

(2) 脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅱ)の施設基準における専任の医師、専従の理学療法士、専従の作業療法士及び専従の言語聴覚士は、それぞれ雇用症候群リハビリテーション科(Ⅱ)の専任者又は専従者を兼ねるものとする。

2 初期加算に関する施設基準
当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

3 届出に関する事項
脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅱ)の届出を行っていればよく、雇用症候群リハビリテーション科(Ⅱ)として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第41の4 雇用症候群リハビリテーション科(Ⅲ)
1 雇用症候群リハビリテーション科(Ⅲ)に関する施設基準
(1) 脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅲ)を届け出ていること。
(2) 脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅲ)の施設基準における専任の医師、専従の理学療法士、専従の作業療法士及び専従の言語聴覚士は、それぞれ雇用症候群リハビリテーション科(Ⅲ)の専任者又は専従者を兼ねるものとする。

2 初期加算に関する施設基準
当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

3 届出に関する事項
脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅲ)の届出を行っていればよく、雇用症候群リハビリテーション科(Ⅲ)として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第42 運動器リハビリテーション科(Ⅰ)
1 運動器リハビリテーション科(Ⅰ)に関する施設基準
(1) 当該保険医療機関において、運動器リハビリテーション科の経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、運動器リハビリテーション科の経験を有する医師とは、運動器リハビリテーション科の経験を3年以上有する医師又は適切な運動器リハビリテーション科に係る研修を修了した医師であることが望ましい。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている運動器リハビリテーション科の経験を有する専任の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(2) 専従の常勤作業療法士又は専従の非常勤作業療法士が合わせて4名以上勤務していること。

なお、当該専従の従事者は、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション科病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤作業療法士又は非常勤作業療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、雇用症候群リハビリテーション科(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション科(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児(者)リハビリテーション科及びがん患者リハビリテーション科における常勤理学療法士又は非常勤作業療法士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合は、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤作業療法士又は非常勤作業療法士をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤作業療法士又は非常勤作業療法士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤作業療法士又は非常勤作業療法士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤作業療法士又は非常勤作業療法士の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数又は常勤作業療法士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数又は常勤作業療法士数に算入することはできない。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数又は専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事する場合について

は、第40の1の(2)のオの例によること。

(3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、病院については内法による測定で100平方メートル以上、診療所については内法による測定で45平方メートル以上)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを

行う場合にあつては、それぞれの施設基準を満たしていること。

(4) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション科の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室等の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。

(5) 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。
各種測定用器具(角度計、握力計等)、血圧計、平行棒、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具等

(6) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

(7) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

(8) (2)の専従の従事者以外の理学療法士及び作業療法士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事可能であること。

- 2 初期加算に関する施設基準
当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を2名以上組み合わせることににより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- 3 届出に関する事項
- (1) 運動器リハビリテーション科(Ⅰ)及び「注5」の施設基準に係る届出は、別添2の様式4-2を用いること。
 - (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。
 - (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第42の2 運動器リハビリテーション科(Ⅱ)

- 1 運動器リハビリテーション科(Ⅱ)に関する施設基準
 - (1) 当該保険医療機関において、運動器リハビリテーション科の経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、運動器リハビリテーション科の経験を有する医師とは、運動器リハビリテーション科の経験を3年以上有する医師又は適切な運動器リハビリテーション科に係る研修を修了した医師であることが望ましい。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている運動器リハビリテーション科の経験を有する専任の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

- (2) 次のアからウまでのいずれかを満たしていること。ただし、アからウまでのいずれの場合にも、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション科併入入院料及び地域包括ケア併入入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション科(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、廃用症候群リハビリテーション科(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション科(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児(者)リハビリテーション科及びがん患者リハビリテーション科における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)・障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

- ア 専任の常勤理学療法士が2名以上勤務していること。
 - イ 専任の常勤作業療法士が2名以上勤務していること。
 - ウ 専任の常勤理学療法士及び専任の常勤作業療法士が合せて2名以上勤務していること。
- なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士をそれぞれ2名以上組み合わせて

ることにより、常勤理学療法士又は常勤作業療法士との勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤常勤理学療法士又は非常勤作業療法士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤常勤理学療法士又は非常勤作業療法士の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数又は常勤作業療法士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数又は非常勤作業療法士数にそれぞれ算入することは、常勤配置のうちそれぞれ1名までに限る。また、当該期間、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した看護師、准看護師、あん摩マッサージ指圧師又は柔道整復師が、専任の常勤職員として勤務している場合であつて、運動器リハビリテーション科の経験を有する医師の監督下に当該療法を実施する体制が確保されている場合に限る。理学療法士が勤務しているものとして届け出ることができる。ただし、当該あん摩マッサージ指圧師等は、呼吸器リハビリテーション科(Ⅱ)等との兼任はできないこと。専任の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事する場合については、第40の1の(2)のオの例によること。

- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、病院については内法による測定で100平方メートル以上、診療所については内法による測定で45平方メートル以上)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合であつては、それぞれの施設基準を満たしていること。
- (4) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション科の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。

- (5) 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。
各種測定用器具(角度計、握力計等)、血圧計、平行棒、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具等

- (6) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

- (7) 定期的担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- (8) (2)の専任の従事者以外の理学療法士及び作業療法士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事可能であること。

2 初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を2名以上組み合わせることににより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

3 届出に関する事項

- (1) 運動器リハビリテーション料(II)の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第43 運動器リハビリテーション料(III)

- 1 運動器リハビリテーション料(III)に関する施設基準
 - (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
 - (2) 専従の非常勤作業療法士又は常勤作業療法士がいずれか1名以上勤務していること。ただし、ADL維持向上等体動加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤の従事者との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児(者)リハビリテーション料及びびがん患者リハビリテーション料及びびがん患者リハビリテーション料以外の業務に従事することは差し支えない。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たしていることとみなすことができる。専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事する場合は、第40の1の(2)のオの例によること。
 - (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、内法による測定で45平方メートル以上とする。)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合は、それぞれの施設基準を満たしていること。
 - (4) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医

療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。

- (5) 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。
 - 歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定器具等
- (6) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に記録従事者により閲覧が可能であること。
- (7) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- (8) (2)の専従の従事者以外の理学療法士及び作業療法士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事可能であること。
- 2 初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- 3 届出に関する事項
 - (1) 運動器リハビリテーション料(III)の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。
 - (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。
 - (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第44 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)

- 1 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準
 - (1) 当該保険医療機関において、呼吸器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている呼吸器リハビリテーションの経験を有する専任の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
 - (2) 呼吸器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤理学療法士1名を含む常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が合わせて2名以上勤務していること。ただし、専任の常勤理学療法士1名については、ADL維持向上等体動加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する常勤理学療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、障害児(者)リハビリテーション料及びびがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士との兼任は可能であるこ

と。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士と同一時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、これら非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士それぞれの実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は非常勤言語聴覚士数それぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は非常勤言語聴覚士数に算入することは、常勤配置のうちそれぞれ1名までに限る。また、呼吸器リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士について当該非常勤理学療法士による常勤換算を行う場合には、当該経験を有する専従の非常勤理学療法士に限る。

(3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、病院については内法による測定で100平方メートル以上、診療所については内法による測定で45平方メートル以上とする。)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーションにおいて同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合には、それぞれの施設基準を満たしていること。

(4) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。

(5) 治療・訓練を行うための以下の各種計測用器具等を具備していること。
呼吸機能検査機器、血ガス検査機器等

(6) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

(7) 定期的担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

2 初期算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

3 届出に関する事項

(1) 呼吸器リハビリテーション料(1)の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いるこ

と。

(2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。

(3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第45 呼吸器リハビリテーション料(II)

1 呼吸器リハビリテーション料(II)に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(2) 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士のいずれか1名以上が勤務していること。ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理棟を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士の兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、(II)又は(III)、廃用症候群リハビリテーション料(I)、(II)又は(III)、運動器リハビリテーション料(I)、(II)又は(III)、障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、これら非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は非常勤言語聴覚士数それぞれ算入することができる。

(3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、内法による測定で45平方メートル以上とする。)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーションにおいて同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合には、それぞれの施設基準を満たしていること。

イ 摂食嚥下障害看護に必要な専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。

- (イ) 摂食嚥下障害の原因疾患・病態及び治療
 - (ロ) 摂食嚥下機能の評価とその方法、必要なアセスメント
 - (ハ) 摂食嚥下障害に対する援助と訓練
 - (ニ) 摂食嚥下障害におけるリスクマネジメント
 - (ホ) 摂食嚥下障害と患者の権利擁護と患者家族の意思決定支援
 - (ヘ) 摂食嚥下障害者に関する社会資源と関連法規
 - (ト) 摂食嚥下リハビリテーションにおける看護の役割とチームアプローチ
- エ 実習により、事例に基づくアセスメントと摂食嚥下障害看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。
- (3) 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週1回以上のカンファレンスについては、摂食嚥下支援チームのうち、常勤の医師又は歯科医師、常勤の看護師、常勤の言語聴覚士、常勤の薬剤師及び常勤の管理栄養士が参加していること。なお、歯科衛生士及び理学療法士又は作業療法士については、必要に応じて参加することが望ましい。
 - (4) 年に1回、摂食嚥下支援加算を算定した患者について、入院時及び退院時の嚥下機能の評価等を、別添2の様式43の6を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。
 - (5) (1)のイに掲げる「摂食嚥下障害看護を有する患者の看護に従事した経験が5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に関する適切な研修を修了した専任の常勤看護師」の規定について、(1)のイにおいて、(令和2年度改定前)の区分番号「H004」摂食機能療法の「注3」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、当該加算の施設基準に規定する「専任の常勤言語聴覚士」として令和2年3月31日において届出を行っていた者が、(1)のウに掲げる「専任の常勤言語聴覚士」として引き続き届出を行う場合に限り、令和4年3月31日までの間、当該規定を満たしているものとする。

2 届出に関する事項

- (1) 摂食嚥下支援加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式43の6の2を用いること。
- (2) 摂食嚥下支援チームの医師その他の従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専任・非常任、専任・非常任の別)等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。

第46 難病患者リハビリテーション科

1 難病患者リハビリテーション科に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- (2) 専任する2名以上の従事者(理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が1名以上であり、

- (4) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション科の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。
- (5) 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。
呼吸機能検査機器、血液ガス検査機器等
- (6) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (7) 定期的担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

2 初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

3 届出に関する事項

- (1) 呼吸器リハビリテーション科(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専任・非常任、専任・非常任の別)等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第45の2 摂食嚥下支援加算

1 摂食嚥下支援加算に関する施設基準

- (1) 保険医療機関内に、以下から構成される摂食機能及び嚥下機能の回復に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム(以下「摂食嚥下支援チーム」という。)が設置されていること。ただし、力については、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合に限り必要に応じて参加していること。

ア 専任の常勤医師又は常勤歯科医師

イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験が5年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 専任の常勤言語聴覚士

エ 専任の常勤薬剤師

オ 専任の常勤管理栄養士

カ 専任の歯科衛生士

キ 専任の理学療法士又は作業療法士

- (2) (1)のイに掲げる摂食嚥下障害看護に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

- ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。(600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)

かつ、看護師が1名以上)が勤務していること。ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士との兼任ではないこと。なお、あらかじめ難病患者リハビリテーションを行う旨を決めている場合、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち、施設基準において、専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は看護師の勤務を要するものであって、あらかじめ当該難病患者リハビリテーションを行う日には実施しないこととしているものについては兼任できる。また、当該保険医療機関において難病患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

(3) 取り扱う患者数は、従事者1人につき1日20人を限度とすること。

(4) 難病患者リハビリテーションを行うにふさわしい専用の機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の広さは、内法による測定で60平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は、内法による測定で4.0平方メートルを標準とする。なお、専用の機能訓練室に於ては疾患別リハビリテーション又は障害児(者)リハビリテーションを行う機能訓練室を充てて差し支えない。

(5) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(4)の内法の規定を満たしているものとする。

(6) 当該訓練を行うために必要な専用の器械・器具として、以下のものを具備していること。

- ア 訓練マットとその付属品
 - イ 姿勢矯正用鏡
 - ウ 車椅子
 - エ 各種杖
 - オ 各種測定器具(角度計、握力計等)
- 2 届出に関する事項
- (1) 難病患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添2の様式43を用いること。
 - (2) 当該治療に従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。
 - (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第47 リハビリテーション科

1 障害児(者)リハビリテーション科に関する施設基準

(1) 当該リハビリテーションを実施する保険医療機関は、次のいずれかであること。

ア 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設(主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児(同法第7条第2項に規定する重症心身障害児をいう。)を入所させるものに限る。)

イ 児童福祉法第6条の2の2に規定する指定発達支援医療機関

ウ 当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している外来患者のうち、概ね8割以上が別表第十の二に該当する患者(ただし加齢に伴って生ずる心身の变化に起因する疾病の者を除く。)である医療機関(概ね8割であることの要件については、履月で3か月を超えない期間の1割以内の変動である場合)が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(2) 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(3) ア又はイのいずれかに該当していること。

ア 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて2名以上勤務していること。

イ 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士のいずれか1名以上及び障害児(者)リハビリテーションの態様を有する専従の常勤看護師1名以上が合わせて2名以上が勤務していること。

ただし、ADL維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)及び呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)における常勤従事者との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師(障害児(者)リハビリテーションの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師がそれぞれ配置されている場合に換算し、常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は非常勤看護師数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤看護師数に算入することができるのは、常勤配置のうちそれぞれ1名までに限る。

(4) 言語聴覚法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。なお、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤言語聴覚士を2名以上組み合わせることにより、常勤言語聴覚士の勤務時間と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

- (5) 障害児(者)リハビリテーションを行うにふさわしい専用の機能訓練室(少なくとも、病院については、内法による測定で60平方メートル以上、診療所については、内法による測定で45平方メートル以上とする。)を有すること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する訓練室以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションを同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合においては、それぞれの施設基準を満たしていること。また、言語聴覚療法を行う場合は、遮音等に配慮した専用の個別療法室(内法による測定で8平方メートル以上)1室以上を有していること。
- (6) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室等の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(5)の内法の規定を満たしているものとする。
- (7) 当該訓練を行うために必要な専用の器械、器具として、以下のものを具備していること。

- ア 訓練マットとその付属品
 イ 姿勢矯正用靴
 ウ 車椅子
 エ 各種杖
 オ 各種測定器具(角度計、握力計等)
- (8) リハビリテーションに関する記録(医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等)は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。
- (9) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- 2 届出に関する事項
- (1) 障害児(者)リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添2の様式43を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専任・非専任、専従・非専従、専任・非専任の別)等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第47の2 がん患者リハビリテーション料

- 1 がん患者リハビリテーション料に関する施設基準
- (1) 当該保険医療機関において、がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する医師に限る。)を2名以上組み合わせることで、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。十分な経験を有する専任の常勤医師とは、以下のいずれも満たす者のことをいう。

- ア リハビリテーションに関して十分な経験を有すること。
 イ がん患者のリハビリテーションに関し、適切な研修を修了していること。なお、適切な研修とは以下の要件を満たすものをいう。
- (ロ) 医療関係団体等が主催するものであること。
 (リ) 研修期間とは通算して14時間程度のものであること。
 (ハ) 研修内容に以下の内容を含むこと。

- (a) がんのリハビリテーションの概要
 (b) 周術期リハビリテーションについて
 (c) 化学療法及び放射線療法中あるいは療法後のリハビリテーションについて
 (d) がん患者の摂食・嚥下・コミュニケーションの障害に対するリハビリテーションについて
- (e) がんやがん治療に伴う合併症とリハビリテーションについて
 (f) 進行癌患者に対するリハビリテーションについて
- (二) 研修にはワークショップや、実際のリハビリテーションに係る手技についての実技を含むこと。

- (ホ) リハビリテーションに関するチーム医療の観点から、同一の医療機関から、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が2名以上配置されていること。なお、十分な経験を有する言語聴覚士又は非常勤言語聴覚士が2名以上配置されていること。また、専任する言語聴覚士がいる場合、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション(心大血管疾患リハビリテーションを除く。)・障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる期間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士(それぞれががんリハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する者に限る。)をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうちそれぞれ1名までに限る。

- (3) 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室(少なくとも、内法による測定で100平方メートル以上)を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室

は、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児(者)リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合については、それぞれの施設基準を満たしていること。

(4) 平成26年3月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。

(5) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。

歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具等

2 届出に関する事項

- (1) がん患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添2の様式43の2を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様及び勤務時間等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。なお、当該従事者ががん患者リハビリテーションの経験を有する者である場合は、その旨を経験欄に記載するとともに、証明する修了証等を添付すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第47の3 認知症患者リハビリテーション料

1 認知症患者リハビリテーション料に関する施設基準

- (1) 認知症患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師(認知症患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する医師に限る。)を2名以上組み合わせることにし、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。十分な経験を有する専任の常勤医師とは、以下のいずれかの者をいう。

ア 認知症患者の診療の経験を5年以上有する者

イ 認知症患者のリハビリテーションに関し、適切な研修を修了した者

なお、適切な研修とは、次の事項に該当する研修である。

- (イ) 国又は医療関係団体等が主催する研修であること(6時間以上の研修期間であるもの)。
- (ロ) 認知症患者のリハビリテーションについて専門的な知識・技能を有する医師の養成を目的とした研修であること。
- (ハ) 講義及び演習により次の内容を含むものであること。

- (a) 認知症医療の方向性
- (b) 認知症のリハビリテーションの概要

(c) 認知症の非薬物療法について

(d) 認知症の鑑別と適する非薬物療法

(e) 認知症の生活機能障害の特徴とリハビリテーション

(f) 進行情報知症のリハビリテーションの考え方

(二) ワークショップや、実際の認知症患者へのリハビリテーションに係る手法についての実技等を含むこと。

(2) 専任の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。ただし、ADL維持向上体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士との兼任はできず。なお、当該保険医療機関において、認知症患者リハビリテーションが行われる時間がない場合、当該保険医療機関の所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。また、専任する言語聴覚士がいる場合、第7節リハビリテーションの各項目のうち専任の常勤言語聴覚士を求めると別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たしていることとみなすことができる。

(3) 治療、訓練を実施し得る専用の機能訓練室を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を行う時間帯において「専用」ということであり、当該療法を実施する時間帯以外時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。

(4) 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を対象患者の状態と当該療法の目的に応じて具備すること。

(5) 認知症疾患医療センターとは、「認知症対策等総合支援事業の実施について」(平成26年7月9日老発0709第3号老健局長通知)における、基幹型センター及び地域型センターとして、都道府県知事又は指定都市市長が指定した保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

- (1) 認知症患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添2の様式43の3を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様及び勤務時間等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。なお、当該従事者が認知症患者リハビリテーションの経験を有する者である場合は、その旨を経験欄に記載するとともに、証明する修了証等を添付すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

第47の3の2 リンパ浮腫複合的治療料

1 リンパ浮腫複合的治療料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関に、次の要件を全て満たす専任の常勤医師1名以上及び専任の常勤看

講師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士1名以上が勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師、非常勤看護師、非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士（それぞれ次の要件を全て満たす者に限る。）をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤医師、常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師、非常勤看護師、非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たしていることとみなすことができる。

ア それぞれの資格を取得後2年以上経過していること。
 ウ 直近2年以内にリンパ浮腫を5例以上経験していること。
 エ リンパ浮腫の複合的治療について下記(イ)から(ハ)までの要件を全て満たす研修を修了していること。なお、医学の研修を実施した主体と実技を伴う研修を実施した主体が異なっても、それぞれが下記(イ)から(ハ)までの要件を全て満たしていれば差し支えない。

(イ) 関係学会、医療関係団体等、過去概ね3年以上にわたり医師、看護師、理学療法士又は作業療法士を対象とした教育・研修の実績があるものが主催し、修了証が交付されるものであること。

(ロ) 内容、実施時間等について「専門的なリンパ浮腫研修に関する教育要綱」（厚生労働省委託事業「がんのリハビリテーション研修」リンパ浮腫研修委員会）に沿ったものであること。ただし、医師（専らリンパ浮腫複合的治療に携わる他の従事者の監督を行い、自身では直接治療を行わないものに限る。）については、医学の研修のみを修了すればよい。

(ハ) 研修の修了に当たっては原則として試験を実施し、理解が不十分な者については再度の受講等を求めるものであること。

(2) 当該保険医療機関が、直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していること。又は、リンパ浮腫の診療等に係る連携先として届け出た保険医療機関において、直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していること。

(3) 当該保険医療機関又は合併症治療に係る連携先として届け出た別の保険医療機関において、入院施設を有し、内科、外科又は皮膚科を標榜し、蜂窩織炎等のリンパ浮腫に係る併症に対する診療を適切に行うことができること。

(4) 治療を行うために必要な施設及び器械・器具として以下のものを具備していること。
 歩行補助具、治療台、各種測定器具（巻尺等）

(5) 治療に関する記録（医師の指示、実施時間、実施内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能である。

2 届出に関する事項
 リンパ浮腫複合的治療料の施設基準に係る届出は、様式43の7を用いること。

第47の4 集団コミュニケーション療法料

1 集団コミュニケーション療法料に関する施設基準

(1) 専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を2名以上

組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(2) 専任する常勤言語聴覚士が4名以上勤務すること。なお、当該言語聴覚士は、第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専任の常勤言語聴覚士を求め別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。なお、週3日以上常態として勤務としており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤言語聴覚士を2名以上組み合わせることにより、常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(3) 次に掲げる当該療法を行うための専用の療法室及び必要な器械・器具を有していること。

ア 専用の療法室

集団コミュニケーション療法を行うに当たっては、集団コミュニケーション療法室（内法による測定で8平方メートル以上）を1室以上有していること（言語聴覚療法以外の目的で使用するのは集団コミュニケーション療法室に該当しないものとする。なお、言語聴覚療法における個別療法室と集団コミュニケーション療法室の共用は可能なものとする。）

イ 必要な器械・器具（主なもの）

簡易聴力スクリーニング検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム、各種言語・心理・認知機能検査機器・用具、発声発語検査機器・用具、各種診断・治療材料（絵カード他）

(4) 平成26年3月31日において、現に集団コミュニケーション療法料の届出を行っている保険医療機関については、当該療法室の増築又は全面的な改装を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。

(5) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。
 2 届出に関する事項

(1) 集団コミュニケーション療法料の施設基準に係る届出は、別添2の様式44を用いること。

(2) 当該治療に従事する医師及び言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専任・非専任、専任・非専任の別）等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。

(3) 当該治療が行われる専用の療法室の配置図及び平面図を添付すること。

第47の5 歯科口腔リハビリテーション料2

1 歯科口腔リハビリテーション料2に関する施設基準

(1) 歯科又は歯科口腔外科を標榜し、当該診療科に係る5年以上の経験及び当該療養に係る3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。

(2) 顎関節症の診断に用いる磁気共鳴コンピュータ断層撮影（MR I 撮影）機器を設置していること。なお、当該医療機器を設置していない保険医療機関は、当該医療機器を設置していない病院と連携が図られていること。

2 届出に関する事項
 借科口腔リハビリテーション科2の施設基準に係る届出は、別添2の様式44の4を用いること。

第47の6 経頭蓋磁気刺激療法

- 1 経頭蓋磁気刺激療法に関する施設基準
 - (1) 精神科を標榜している病院であること
 - (2) うつ病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有し、本治療に関する所定の研修を修了している常勤の精神科の医師が1名以上勤務していること。
 - (3) 認知療法、認知行動療法に関する研修を修了した専任の認知療法、認知行動療法に習熟した医師が1名以上勤務していること。
 - (4) 次のいずれかの施設基準に係る届出を行っている病院であること。
 - (イ) 「A230-4」精神科リエゾンチーム加算
 - (ロ) 「A238-6」精神科救急搬送患者地域連携紹介加算
 - (ハ) 「A238-7」精神科救急搬送患者地域連携受入加算
 - (ニ) 「A249」精神科急性期医師配置加算
 - (ホ) 「A311」精神科救急入院科
 - (ヘ) 「A311-2」精神科急性期治療病棟入院科
 - (ト) 「A311-3」精神科救急・合併症入院科

2 届出に関する事項
 経頭蓋磁気刺激療法に関する施設基準に係る届出は、別添2の様式44の8を用いること。

第47の7 通院・在宅精神療法

- 1 通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算に関する施設基準

20歳未満の精神疾患を有する患者の診療を行うにつき相当の実績を有している保険医療機関であること。なお、「相当の実績を有する」とは以下のことをいう。

 - (1) 当該保険医療機関に、精神保健指定医に指定されてから5年以上にわたって20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を有する専任の常勤精神保健指定医が1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（精神保健指定医に指定されてから5年以上にわたって主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を有する精神保健指定医に限る。）を2名以上組み合わせることににより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
 - (2) (1)の他、主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験1年以上を含む精神科の経験3年以上の専任の常勤精神科医が、1名以上勤務していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤精神科医（主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を1年以上を含む精神科の経験3年以上の医師に限る。）を2名以上組み合わせることににより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満

たしていることとみなすことができる。

- (3) 20歳未満の患者に対する当該療法に専任の精神保健福祉士又は公認心理師が1名以上配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関が過去6か月間に当該療法を実施した16歳未満の患者の数が、月平均40人以上であること。

- (5) 診療所である保険医療機関の場合は、(1)から(4)までに加え、当該保険医療機関が過去6か月間に当該療法を実施した患者のうち、50%以上が16歳未満の者であること。
- (6) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

- ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
 - イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者
- 2 通院・在宅精神療法の療養生活環境整備指導加算の施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に、当該指導に専任の精神保健福祉士が1名以上勤務していること。
 - (2) 保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活環境整備指導の対象患者の数は1人につき30人以下であること。また、それぞれ保健師、看護師又は精神保健福祉士が担当する患者の一覧を作成していること。

3 届出に関する事項

- (1) 通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算に関する施設基準に係る届出は、別添2の様式4及び様式44の5を用いること。
- (2) 通院・在宅精神療法の療養生活環境整備指導加算に関する施設基準に係る届出は、別添2の様式44の5の2を用いること。

第47の8 救急患者精神科継続支援料

1 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準

- (1) 区分番号「A230-4」精神科リエゾンチーム加算の届出を行っていること。
- (2) 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導を行うための適切な研修を修了した専任の常勤医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した医師に限る。）を2名以上組み合わせることににより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- (3) 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導を行うための適切な研修を修了した専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤精神保健福祉士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、1名以上配置されていること。
- (4) (2)及び(3)における適切な研修とは、次のものをいうこと。
 - ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（16時間以上の研修期間であるもの）。
 - イ 講義及び演習により次の内容を含むものであること。
 - (イ) 自殺死亡者及び自殺企図後の患者についての基本的事項

(ロ) 救急搬送された自殺企図後の患者のケースマネジメントの概要

- (ハ) 自殺企図のリスク因子と防衛因子について
 - (ニ) 自殺企図後の患者とのコミュニケーション技法について
 - (ホ) 初回ケースマネジメント面接について
 - (ヘ) 定期ケースマネジメントについて
 - (ト) ケースマネジメントの終了について
 - (チ) インシデント対応について
 - (リ) ポストセッションについて
 - (ス) チーム医療とセルフケアについて
 - ウ 研修にはグループワークや、救急搬送された自殺企図後の患者のケースマネジメントを豊富に経験している者による実技指導やロールプレイ等を含むこと。
- (5) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。
- ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
 - イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 届出に関する事項

救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出は、別添2の様式44の6を用いること。専任の常勤医師及び専任の常勤看護師等については、研修修了を証明する書類を添付すること。

第48 認知療法・認知行動療法

1 認知療法・認知行動療法1に関する施設基準

当該保険医療機関内に、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が1名以上勤務していること。

2 認知療法・認知行動療法2に関する施設基準

- (1) 1を満たしていること。
 - (2) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が1名以上勤務していること。
- ア 認知療法・認知行動療法1の届出医療機関における外来に2年以上勤務し、治療に係る面接に120回以上同席した経験があること。

イ うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を週に10症例120回以上実施し、その内容のうち5症例60回以上のもので、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、1の専任の医師又はウの研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。

- ウ 認知療法・認知行動療法について下記の内容を全て満たす研修を修了していること。
- (イ) 国、関係学会、医療関係団体等が主催し修了証が交付されるものであること。
- (ロ) 厚生労働科学研究班作成の「うつ病の認知療法・認知行動療法治療法用マニュアル」(平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」)に準拠したプログラムによる2日以上のものであること。
- (ハ) 講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。

3 届出に関する事項

認知療法・認知行動療法の施設基準に係る届出は、別添2の様式44の3を用いること。

第48の1の2 依存症集団療法

1 依存症集団療法(薬物依存の場合)に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関に、専任の精神科医及び専任の看護師又は専任の作業療法士がそれぞれ1名以上勤務していること(いずれも薬物依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了した者に限る。)

(2) (1)における適切な研修とは以下のものをいうこと。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること(14時間以上の研修期間であるもの)。

イ 研修内容に以下の内容を含むこと。

- (イ) 依存症の疫学、依存性薬物の薬理学的特徴と乱用の動向
- (ロ) 依存症患者の精神医学的特性
- (ハ) 薬物の使用に対する司法上の対応
- (ニ) 依存症に関連する社会資源
- (ホ) 依存症に対する集団療法の概要と適応
- (ヘ) 集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点
- ウ 研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含むこと。

2 依存症集団療法(キャンブル依存症の場合)に関する施設基準

(1) 「依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の整備について」(平成29年6月13日 障発0813第4号)における依存症専門医療機関であること。

(2) 当該保険医療機関に、専任の精神科医及び専任の看護師又は専任の作業療法士がそれぞれ1名以上勤務していること(キャンブル依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了した者に限る。)

(3) (2)における適切な研修とは以下のものをいうこと。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること(8時間以上の研修期間であるもの)。

イ 研修内容に以下の内容を含むこと。

- (イ) キャンブル依存症の疫学、キャンブル依存症の特徴
- (ロ) キャンブル依存症患者の精神医学的特性
- (ハ) キャンブル依存症に関連する社会資源
- (ニ) キャンブル依存症に対する集団療法の概要と適応
- (ホ) 集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点
- ウ 研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含むこと。

3 届出に関する事項

依存症集団療法の施設基準に係る届出は、別添2の様式44の7を用いること。専任の精神科医及び専任の看護師等については、研修修了を証明する書類を添付すること。

アと精神科作業療法等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科作業療法等の専従者として届け出ることとは可能である。

ア 精神科医師の専従する3人の従事者（作業療法士又は精神科シヨート・ケア若しくは精神科デイ・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人、看護師1人、公認心理師、精神保健福祉士のいずれか1人を含む。）の4人で構成される場合にあっては、患者数は、当該従事者4人に対して1回50人を限度とする。

イ アに規定する4人で構成される従事者に、更に、精神科医師1人及びアに規定する精神科医師以外の従事者1人を加えて、6人で従事者を構成する場合にあっては、患者数は、当該従事者6人に対して1回70人を限度とする。

(2) 精神科シヨート・ケアを行うにふさわしい専用の施設（内法による測定で広さ60平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は、内法による測定で4.0平方メートルを標準とする。）又は同等の面積を有する精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有すること。

(3) 平成26年3月31日において、現に精神科シヨート・ケアを行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。

(4) (1)で規定する従事者が共同して、別添2の様式46の2又はこれに準じる様式により疾患等に応じた診療計画が作成されていること。

(5) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 届出に関する事項

(1) 精神科シヨート・ケア「大規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添2の様式46を用いること。

(2) 当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。なお、精神科シヨート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

(3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第50 精神科シヨート・ケア「小規模なもの」

1 精神科シヨート・ケア「小規模なもの」に関する施設基準

(1) 精神科医師及び専従する1人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士又公認心理師のいずれか1人）の2人で構成される場合には、患者数は、当該従事者2人に対しては1回20人を限度とする。なお、看護師は精神科シヨート・ケア又は精神科デイ・ケアの実経験を有していることが望ましい。ただし、専従者については、精神科シヨート・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下この項において「精神科作業療法等」という）に従事することは差し支えない。また、精神科シヨート・ケアと精神科作業

第48の2 精神科作業療法
1 精神科作業療法に関する施設基準

(1) 作業療法士は、専従者として最低1人が必要であること。ただし、精神科作業療法を実施しない時間帯において、精神科シヨート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下この項において「精神科シヨート・ケア等」という）に従事することは差し支えない。また、精神科作業療法と精神科シヨート・ケア等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科シヨート・ケア等の専従者として届け出ることとは可能である。

(2) 患者数は、作業療法士1人に対しては、1日50人を標準とすること。

(3) 作業療法士1人に対して50平方メートル（内法による測定による。）を基準とすること。なお、当該専用の施設は、精神科作業療法を実施している時間帯において「専用」ということであり、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。

(4) 平成26年3月31日において、現に精神科作業療法の届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。

(5) 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を対象者の状態と当該療法の目的に応じ具備すること。

代表的な諸活動：創作活動（手工芸、絵画、音楽等）、日常生活活動（調理等）、通信・コミュニケーション・表現活動（パーソナルコンピュータ等によるものなど）、各種余暇・身体活動（ゲーム、スポーツ、園芸、小児を対象とする場合は各種玩具等）、職業関連活動等

(6) 精神科病院又は精神科病棟を有する一般病院にあって、入院基本料（特別入院基本料を除く。）、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科養護病棟入院料を算定する入院医療を行っていること。ただし、当分の間、精神科入院基本料の特別入院基本料を算定している場合も算定できるとする。

2 届出に関する事項

(1) 精神科作業療法の施設基準に係る届出は、別添2の様式45を用いること。

(2) 当該治療に従事する作業療法士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。

(3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第49 精神科シヨート・ケア「大規模なもの」

1 精神科シヨート・ケア「大規模なもの」に関する施設基準

(1) 精神科シヨート・ケアであって大規模なものを実施するに当たっては、その従事者及び1日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。ただし、専従者については、精神科シヨート・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下この項において「精神科作業療法等」という）に従事することは差し支えない。また、精神科シヨート・ケ

療法等の実施日・時間を異なる場合には、精神科作業療法等の専従者として届け出ることとは可能である。

(2) 精神科ショート・ケアを行うにふさわしい専用の施設（内法による測定で広さ30平方メートル以上とし、患者1人当たりの面積は、内法による測定で3.3平方メートルを標準とする。）又は同等の面積を有する精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有すること。

(3) 平成26年3月31日において、現に精神科ショート・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。

(4) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 届出に関する事項

(1) 精神科ショート・ケア「小規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添2の様式46を用いること。

(2) 当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

(3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第51 精神科デイ・ケア「大規模なもの」

1 精神科デイ・ケア「大規模なもの」に関する施設基準

(1) 精神科デイ・ケアであって大規模なものを実施するに当たっては、その従事者及び1日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。ただし、専従者については、精神科デイ・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科ショート・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下この項において「精神科作業療法等」という）に従事することは差し支えない。また、精神科デイ・ケアと精神科作業療法等の実施日・時間が異なる場合には、精神科作業療法等の専従者として届出することは可能である。

ア 精神科医師及び専従する3人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人、看護師1人、公認心理師、精神保健福祉士の1人）の4人で構成される場合においては、患者数は、当該従事者4人に対して1日50人を限度とする。

イ 5人に規定する4人で構成される従事者に、更に、精神科医師1人及びアに規定する精神科医師以外の従事者1人を加えて、6人で従事者を構成する場合には、患者数は、当該従事者6人に対して1日70人を限度とする。

(2) 精神科デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の

広さは、内法による測定で60平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は内法による測定で4.0平方メートルを標準とすること。

(3) 平成26年3月31日において、現に精神科デイ・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。

(4) (1)で規定する従事者が共同して、別添2の様式46の2又はこれをこれに準じる様式により患者等に応じた診療計画が作成されていること。

(5) なお、精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する保険医療機関にあっては、両者を同一時間帯に滞在して実施してはならない。

(6) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 届出に関する事項

(1) 精神科デイ・ケア「大規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添2の様式46を用いること。

(2) 当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

(3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第52 精神科デイ・ケア「小規模なもの」

1 精神科デイ・ケア「小規模なもの」に関する施設基準

(1) 精神科医師及び専従する2人の従事者（作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師等のいずれか1人、看護師1人）の3人で構成される場合には、患者数は、当該従事者3人に対しては1日30人を限度とする。なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を有していることが望ましい。ただし、専従者については、精神科デイ・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科ショート・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下この項において「精神科作業療法等」という）に従事することは差し支えない。また、精神科デイ・ケアと精神科作業療法等の実施日・時間が異なる場合には、精神科作業療法等の専従者として届出することは可能である。

(2) 精神科デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、内法による測定で40平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は、内法による測定で3.3平方メートルを標準とするものであること。

(3) 平成26年3月31日において、現に精神科デイ・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。

(4) なお、精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する保険医療機関にあつては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならない。

(5) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 届出に関する事項

(1) 精神科デイ・ケア「小規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添2の様式46を用いること。

(2) 当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。なお、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

(3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第53 精神科ナイト・ケア

1 精神科ナイト・ケアに関する施設基準

(1) 精神科医師及び専従する2人の従事者(作業療法士又は精神科シヨート・ケア、精神科デイ・ケア若しくは精神科ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人、看護師又は精神保健福祉士若しくは公認心理師等のいずれか1人)の3人で構成される場合には、患者数は、当該従事者3人に対しては、1日20人を限度とすること。ただし、専従者については、精神科ナイト・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科シヨート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア(以下この項において「精神科作業療法等」という)に従事することは差し支えない。また、精神科ナイト・ケアと精神科作業療法等の実施日・時間が異なる場合には、精神科作業療法等の専従者として届け出ることが可能である。

(2) 精神科ナイト・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科シヨート・ケア、精神科デイ・ケア若しくは精神科ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、内法による測定で40平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は、内法による測定で3.3平方メートルを標準とすること。

(3) 平成26年3月31日において、現に精神科ナイト・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。

(4) なお、精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する保険医療機関にあつては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならない。

(5) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 届出に関する事項

- (1) 精神科ナイト・ケアの施設基準に係る届出については、別添2の様式46を用いること。
- (2) 当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。なお、精神科シヨート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第54 精神科デイ・ナイト・ケア

1 精神科デイ・ナイト・ケアに関する施設基準

(1) 精神科デイ・ナイト・ケアを実施するに当たっては、その従事者及び1日当たり患者数の限度が次のいずれか1人及び看護師、精神保健福祉士、公認心理師又は栄養士のいずれか1人の3人で構成する場合には、患者数が当該従事者3人に対して1日30人を限度とする。ただし、専従者については、精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか1人及び看護師、精神保健福祉士、公認心理師又は栄養士のいずれか1人の3人で構成する場合は、患者数が当該従事者3人に対して1日30人を限度とすること。なお、看護師又は准看護師の代わりには、1名に限り、看護補助者をもって充てることができ、精神科デイ・ナイト・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科シヨート・ケア、精神科デイ・ケア若しくは精神科ナイト・ケアと兼用の施設を有しているものであり、当該施設の広さは、内法による測定で40平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は、内法による測定で3.3平方メートルを標準とすること。なお、当該施設には調理設備を有することが望ましい。

(2) 平成26年3月31日において、現に精神科デイ・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。

(4) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみ

なす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 届出に関する事項

- (1) 精神科デイ・ナイト・ケアの施設基準に係る届出については、別添2の様式46を用いること。
- (2) 当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第54の2 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

1 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する常勤医師と常勤薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師（統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する医師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

- (2) 副作用に対処できる体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の施設基準に係る届出は別添2の様式46の3を用いること。

第55 重度認知症患者デイ・ケア料

1 重度認知症患者デイ・ケア料に関する施設基準

- (1) 重度認知症患者デイ・ケアを実施するに当たっては、その従事者及び1日当たりの患者数の限度が次のいずれかであること。ただし、専従者については、重度認知症患者デイ・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア及び精神科デイ・ナイト・ケア（以下この項において「精神科作業療法等」という）に従事することは差し支えない。また、重度認知症患者デイ・ケア料と精神科作業療法等の実施日・時間が異なる場合にあつては、精神科作業療法等の専従者として届け出ることが可能である。

ア 精神科医師及び専従する3人の従事者（作業療法士1人、看護師1人及び精神科病棟に勤務した経験を有する看護師、精神保健福祉士又は公認心理師のいずれか1人）の4人で構成する場合にあつては、患者数が当該従事者4人に對して1日25人を限度とする。
イ アに規定する4人で構成される従事者に加えて、精神科医師1人及び専従する3人の従事者（作業療法士1人、看護師1人及び精神科病棟に勤務した経験を有する看護師、精神保健福祉士又は公認心理師のいずれか1人）の8人で構成する場合にあつては、患者数が

当該従事者8人に対し1日50人を限度とする。

ウ 夜間ケアを実施するに当たっては、アに規定する4人に、アに規定する精神科医師以外の専従の従事者1人を加えて、5人で従事者を構成する場合にあつては、患者数が当該従事者5人に対し1日25人を限度とする。

エ 夜間ケアを実施するに当たっては、イに規定する8人に、イに規定する精神科医師以外の専従の従事者2人を加えて、10人で従事者を構成する場合にあつては、患者数が当該従事者10人に対し1日50人を限度とする。

(2) 重度認知症患者デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設を有しているものであり、当該専用施設の広さは、内法による測定で60平方メートル以上とし、かつ、患者1人当たりの面積は、内法による測定で4.0平方メートルを基準とすること。

(3) 平成28年3月31日において、現に重度認知症患者デイ・ケア料の届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとす。

(4) 重度認知症患者デイ・ケアを行うために必要な専用の器械・器具を具備しているものであること。

(5) 平成31年4月1日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 届出に関する事項

- (1) 重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出は、別添2の様式47を用いること。
- (2) 重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出の受理は、医療法第70条に規定する精神科を診療科名として標榜している保険医療機関を単位として行うものであること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第55の2 精神科在宅患者支援管理料

1 精神科在宅患者支援管理料に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関において、以下の要件を満たしていること。ただし、精神科在宅患者支援管理料1のみのみを算定する保険医療機関においては、ア及びイのみを満たしていればよいこと。

ア 在宅医療を担当する精神科の常勤医師を配置していること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている精神科の非常勤医師（在宅医療を担当する医師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

イ 常勤精神保健福祉士を配置していること。

ウ 作業療法士を配置していること。

(2) 当該保険医療機関において精神科訪問看護・指導を担当する常勤の保健師若しくは看護師を配置していること又は精神科訪問看護基本療養費を算定する訪問看護ステーションとして届出を行っている訪問看護ステーションと連携していること。

(3) 精神科在宅患者支援管理料(1のハを除く。)を算定する医療機関においては、以下のいずれにも該当し、緊急の連絡体制を確保すると共に、24時間の往診又は24時間の精神科訪問看護若しくは24時間の精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保していること。

ア 当該保険医療機関において24時間連絡を受ける担当者あらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡が取れる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとに担当者及び当該担当者と直接連絡が取れる連絡先電話番号等を明示すること。

イ 当該保険医療機関において、患者又はその家族等から電話等により意見を求められた場合に常時対応でき、かつ、必要に応じて往診又は精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。なお、当該保険医療機関が24時間往診の体制を有さない場合には、連携する訪問看護ステーション等による24時間の精神科訪問看護又は当該保険医療機関による24時間の精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保すること。

ウ 往診又は精神科訪問看護・指導を行う者は、当該保険医療機関の当直体制を担う者とは別の者であること。なお、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保していれば、必ずしも当該保険医療機関内に待機していなくても良いものとする。

エ 標榜時間外において、当該保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じることができる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していること。具体的には、(イ)又は(ロ)のいずれかの要件を満たしていること。

(イ) 区分番号「A001」再診料の注10に規定する時間外対応加算1の届出を行っていること。

(ロ) 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により電話等による問い合わせに对应することができなかつた場合であっても、速やかにコールバックすることができるとされていること。

2 精神科在宅患者支援管理料「3」に関する施設基準

精神科在宅患者支援管理料「3」又は「2」の届出を行っていること。

3 届出に関する事項

(1) 精神科在宅患者支援管理料「1」及び「2」の施設基準に係る届出は別添2の様式47の2を用いること。

(2) 精神科在宅患者支援管理料「3」の施設基準に係る届出は別添2-2を用いること。

第55の3 精神科オンライン在宅管理料

1 精神科オンライン在宅管理料に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添1の第2の

6に掲げるオンライン診療料の届出を行っていること。

2 届出に関する事項

オンライン診療料の届出を行えばよく、精神科オンライン在宅管理料として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第56 医療保護入院等診療料

1 医療保護入院等診療料に関する施設基準

(1) 常勤の精神保健指定医が1名以上配置されていること。ただし、週3日以上常勤として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている精神保健指定医である非常勤医師を2名以上組み合わせることににより、常勤医師の勤務時間帯と同一時間帯にこれららの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

(2) 行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っていること。

ア 行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針の整備。

イ 措置入院、緊急措置入院、医療保護入院及び応急入院に係る患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月1回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議。

ウ 当該保険医療機関における精神科診療に携わる職員全てを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会の年2回程度の実施。

2 届出に関する事項

医療保護入院等診療料の施設基準に係る届出は別添2の様式48を用いること。

第56の2 医科点数表第2章第9部処置の通則の5並びに歯科点数表第2章第8部処置の通則の6に掲げる処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1及び夜加算1の施設基準

1 処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1を算定する診療料を届け出ていること。

2 次のいずれかを満たしていること。

(1) 「救急医療対策事業実施要綱」(昭和52年7月6日医発第692号)に規定する第三次救急医療機関、小児成急医療拠点病院又は「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」(平成29年3月31日医政地発0331第3号)の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針」による総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。

(2) 「災害時における医療体制の充実強化について」(平成24年3月31日医政地発0331第3号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成13年5月16日医政発第529号)に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。

(3) 基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関であること。

- (6) 当該計画には以下の項目を含むこと。
 - ア 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（例えば、初診時の手診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手間の説明の実施、服薬指導など）について計画に記載し、院内の職員に向けて周知徹底するとともに、(3)に規定する委員会等で取組状況を定期的に評価し、見直しを行うこと
 - イ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮等
- (6) 当該計画には、医師（当該加算を算定している診療科以外の医師も含む）の勤務体制等に係る取組について、次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。
 - ① 勤務計画と、連続当直を行わない勤務体制の実施
 - ② 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）
 - ③ 当該翌日の業務内容に対する配慮
 - ④ 交替勤務制・複数主治医制の実施
 - ⑤ 育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

- (7) 医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。
 - 5 静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、次のいずれも実施していること。
 - (1) 静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として医師以外の医療従事者が実施することとし、以下のアからウまでのいずれかの場合のみ医師が対応することとしていること。
 - ア 教育的観点から、臨床研修の責任者が必要とあらからかじめ認める場合であって、臨床研修1年目の医師が実施する場合。（ただし、当該臨床研修医が所属する診療科において行われるものであって、研修プログラムに支障のない範囲に留まる場合に限る。）
 - イ 医師以外の医療従事者が、実際に患者に静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保を試みたが、実施が困難であると判断した場合。（患者を実際に観察し、穿刺を行う前に判断する場合を含む。）
 - ウ 新生児に対して実施する場合。
 - (2) 静脈採血、静脈注射又は留置針によるルート確保が実施可能な医師以外の者が各部門又は病棟ごとに常時1名以上配置されており、当該医師以外の者の氏名について、院内掲示等により、職員に周知徹底されていること。

- 6 当該加算を算定している全ての診療科において、予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮として、次のいずれも実施していること。
 - (1) 年間の当直表（当該保険医療機関全体の当直の実績が分かるもの）及び当該加算を算定している全ての診療科における予定手術に係る当直の実績一覧及び緊急呼出し当直表（勤務実績が分かるもの）を少なくとも5年間保管していること。
 - (2) 当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前5時まで）をいう。以下、同様

- (4) 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院であること。
- (5) 全身麻酔による手術の件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。
- 3 緊急入院患者数とは、救急搬送（特別の関係にある保険医療機関に入院する患者を除く。）により緊急入院した患者数及び当該保険医療機関を受診した次に掲げる状態の患者であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた重症患者のうち、緊急入院した患者数の合計をいう。なお、「同産期医療対策整備事業の実施について」（平成8年5月10日児発第488号）に規定される同産期医療を担う医療機関において救急搬送となった保険診療の対象となる妊産婦については、母体数と胎児数を別に数える。
 - (1) 吐血、咯血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
 - (2) 意識障害又は昏睡
 - (3) 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
 - (4) 急性薬物中毒
 - (5) ショック
 - (6) 重篤な代謝異常（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
 - (7) 広範囲熱傷
 - (8) 外傷、破傷風等で重篤な状態
 - (9) 緊急手術を必要とする状態
 - (10) (1)から(9)までに準するような状態又はその他の重症な状態であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた重症患者

- 4 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、総合入院体制加算や急性期看護補助体制加算等を掲げ出ている保険医療機関において、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制又は看護職員等の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算等に係る体制と合わせて整備して差し支えない。
 - (1) 当該保険医療機関内に、医師の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該保険医療機関に勤務する医師の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること
 - (2) 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、医師の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を算定し、職員に周知徹底していること
 - (3) 当該保険医療機関内に、多職種からなる使節分担推進のための委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、「医師の負担の軽減及び処遇の改善」に資する計画を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。また、当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年1回以上出席すること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない
 - (4) (3)の計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること

とする。)に当直、夜勤及び緊急呼出し当番(以下「当直等」という。)を行っている者があるか確認し、当直等を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日の一覧を作成していること。また、当該記録について、毎年1月から12月までのものを作成し、少なくとも5年間保管していること。

- (3) (2)の当直等を行った日が届出を行っている診療科全体で年間12日以内(ただし、当直医師を毎日6人以上(集中治療室等に勤務する医師を除く。)配置する保険医療機関が、全ての診療科について届出を行う場合にあっては年間24日以内)であること。ただし、緊急呼出し当番を行う者について、当番日の夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっても、当該日数には数えない。

7 当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。

- (1) 交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。
- ア 当該診療科に常勤の医師が3名以上配置されていること。
- イ 夜勤時間帯において、1名以上の医師が勤務していること。
- ウ 夜勤を行った医師については、翌日の日勤帯は、休日としていること。
- エ 日勤から連続して夜勤を行う場合は、当該夜勤時間帯に2名以上の医師が勤務していることとし、夜勤時間帯に、日勤から連続して勤務している者1名につき、4時間以上の休養を確保すること。

オ 原則として、当該診療科において夜勤時間帯に行われる診療については、夜勤を行う医師のみによって実施されていること。また、緊急呼出し当番を担う医師を置かなくとも差し支えない。ただし、同時に2列以上の手術を行う場合は、夜勤を行う医師以外の医師が行ってもよい。また、同時に2列以上の手術を行う場合、手術を行う医師(夜勤を行っている医師を除く。)は、6(2)における当直等を行っている者には数えない。

カ 交代勤務の勤務実績を少なくとも5年間保管していること。また、6(1)に加え、交代勤務制を導入している全ての診療科について、予定手術以外の手術の一覧(術者及び全ての助手の医師の氏名並びに開始時間及び終了時間が分かるもの)を作成し、少なくとも5年間保管していること。

キ 交代勤務制の概要を、診療科ごとにとりまとめ、地方厚生(支)局長に報告していること。

- (2) チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。

ア 休日、時間外又は深夜(以下「休日等」という。)において、当該診療科に配置されている医師の数が5名又はその端数を増すごとに1名の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。

イ 休日等において、当該診療科における診療が必要な場合は、原則として緊急呼出し当番又は当直医(当該診療科以外の医師を含む。)が行うこと。(ただし、当該診療科において、緊急手術を行う場合は、緊急呼出し当番以外の者が手術に参加しても良い。)

ウ 夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくとも差し支えない。

エ 夜勤時間帯において、緊急手術を行った医師(術者及び全ての助手をいう。)について、翌日の予定手術を行う場合は、6(2)における当直等を行っている者として数える。

オ 6(1)に加え、チーム制を導入している全ての診療科について、予定手術以外の手術の一覧(術者及び全ての助手の医師の氏名並びに開始時間及び終了時間が分かるもの)及び緊急呼出しを実施した実績一覧(実際に保険医療機関内で診療を行ったものを含むこと)と、また、保険医療機関内で診療を行った医師の氏名及び保険医療機関内の診療を開始した時間と終了した時間が分かるものを作成し、少なくとも5年間保管していること。

カ 緊急呼出し当番の方法等に関する概要を診療科ごとにとりまとめ、地方厚生(支)局長に報告していること。

- (3) 医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生(支)局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に1名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。ただし、休日等において、当該診療科における緊急呼出し当番以外の医師の診療も必要な場合は、緊急呼出し当番以外の医師も診療を行っているもよい。この場合、緊急呼出し当番以外の医師が夜勤時間帯において手術を行っているも、6(2)における当直等を行っている者としては数えないが、特定の医師に夜勤時間帯の手術が集中しないような配慮を行い、4の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に反映すること。

ア 当該診療科において、医師が、休日等の手術又は処置(所定点数が1,000点以上の処置に限る。)を行った場合、その都度、休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等とは別の手当を支給しており、その内容を当該保険医療機関内の全ての医師に通知していること。

イ 当該診療科において、医師が、休日等の手術又は処置(所定点数が1,000点以上の処置に限る。)を年間に行った数に応じた手当を支給しており、その内容を当該保険医療機関内の全ての医師に通知していること。

イ 当該診療科において、医師が、休日等の手術又は処置(所定点数が1,000点以上の処置に限る。)を年間に行った数に応じた手当を支給しており、その内容を当該保険医療機関内の全ての医師に通知していること。

- 8 「夜勤」とは、各保険医療機関が定める午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間の間にあって、現に勤務することをいう。

9 届出に関する事項

- (1) 施設基準の届出は別添2の様式48の2、48の2の2、48の3及び48の4を用いること。また、毎年7月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(令和2年3月●日保医発●第●号)の別添7の様式13の4により届出すること。

(2) 静脈採血、静脈注射又は留置針によるルーチン確保が実施可能な医師以外の氏名を、別添2の様式4を用いて提出すること。

(3) 当該加算の変更の届出に当たり、医師の負担の軽減及び処遇の改善の取組状況について、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の4の届出を略すことができるこ

外科の医師が配置されていない場合にあつては、脳神経外科又は整形外科の専門的知識及び技術を有する医師が配置された医療機関との連携体制を構築していること。

第 56 の 2 の 2 静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）

1 静脈圧迫処置の施設基準

- (1) 血管外科、心臓血管外科、皮膚科、形成外科又は循環器内科を専ら担当する専任の常勤医師 1 名以上及び専任の常勤看護師 1 名以上が勤務していること。
- (2) 静脈疾患に係る 3 年以上の経験を有しており、所定の研修を修了した専任の常勤医師が 1 名以上配置していること。
- (3) 静脈疾患の診断に必要な検査機器を備えている又は当該検査機器を備えている他の医療機関と連携していること。

2 届出に関する事項

- (1) 静脈圧迫処置の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 48 の 5 を用いること。

第 56 の 2 の 3 多血小板血漿処置

1 多血小板血漿処置の施設基準

- (1) 形成外科、血管外科又は皮膚科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 形成外科、血管外科又は皮膚科の常勤医師が 2 名以上配置されていること。また、このうち 1 名以上は当該診療科について 5 年以上の経験を有していること。
- (3) 常勤の薬剤師又は臨床工学技士が 1 名以上配置されていること。また、臨床検査技師が配置されていることが望ましい。
- (4) 当該処置の実施に当たり、再生医療等の安全性の確保等に関する法律第 3 条に規定する再生医療等提供基準を遵守していること。
- (5) 関係学会等から示されている指針に基づき、当該処置を適切に実施していること。

2 届出に関する事項

- (1) 多血小板血漿処置に係る届出は、別添 2 の様式 48 の 7 を用いること。
- (2) 再生医療等の安全性の確保等に関する法律第 3 条に規定する再生医療等提供基準を遵守していることを証する文書として、地方厚生（支）局で受理された再生医療等提供計画の写しを添付すること。

第 56 の 3 硬膜外自家血注入

1 硬膜外自家血注入の施設基準

- (1) 脳神経外科、整形外科、神経内科又は麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 脳神経外科、整形外科、神経内科又は麻酔科について 5 年以上及び当該業務について 1 年以上の経験を有している常勤の医師が 1 名以上配置されていること。また、当該医師は、当該業務を専らとして実施する医師として 3 例以上の症例を実施していること。
- (3) 病床を有していること。
- (4) 当直体制が整備されていること。
- (5) 緊急手術体制が整備されていること。
- (6) 当該処置後の硬膜下血腫等の合併症等に対応するため、(2) について脳神経外科又は整形

2 届出に関する事項

硬膜外自家血注入に係る届出は、別添 2 の様式 48 の 6 及び様式 52 を用いること。

第 57 エタノールの局所注入

1 甲状腺に対する局所注入の診療料を算定するための施設基準

- (1) 甲状腺治療に關し、専門的知識及び 5 年以上の経験を有する医師が 1 名以上いること。
- (2) カラー Doppler エコー（解像度 7.5MHz 以上）を備えていること。
- 副甲状腺に対する局所注入の診療料を算定するための施設基準
- (1) 副甲状腺治療に關し、専門的知識及び 5 年以上の経験を有する医師が 1 名以上いること。
- (2) カラー Doppler エコー（解像度 7.5MHz 以上）を備えていること。

3 届出に関する事項

エタノールの局所注入の施設基準に係る届出は別添 2 の様式 49 又は様式 49 の 2 を用いること。

第 57 の 2 人工腎臓

1 人工腎臓の施設基準

- (1) 慢性維持透析を行った場合 1 の施設基準

ア 次のいずれかに該当する保険医療機関であること。

- ① 透析用監視装置の台数が 26 台未満であること。
- ② 透析用監視装置一台当たりの区分番号「J038」人工腎臓の「1」から「3」を算定した患者数（外来患者に限る。）の割合が 3.5 未満であること。

イ 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。

ウ 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が 1 名以上配置されていること。

- (2) 慢性維持透析を行った場合 2 の施設基準

ア 次のいずれにも該当する保険医療機関であること。

- ① 透析用監視装置の台数が 26 台以上であること。
- ② 透析用監視装置一台当たりの区分番号「J038」人工腎臓の「1」から「3」を算定した患者数（外来患者に限る。）の割合が 3.5 以上 4.0 未満であること。

イ 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。

ウ 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が 1 名以上配置されていること。

- (3) 透析用監視装置の台数

透析用監視装置の台数の計算に当たり、以下のいずれも満たす透析用監視装置を台数に数えることとする。

ア 透析室に配置されていること。

イ 患者に対して使用できる状態であること。

なお、直近 12 か月の各月はじめの人工腎臓を行う日の透析用監視装置の台数の合計を 12

で除した値をもって透析用監視装置の台数とする。

- (4) (1)のアの②及び(2)のアの②における人工腎臓を算定した患者数
 直近12か月の各月の患者数(外来患者に限る。)の合計を12で除した値をもって患者数
 とする。なお、人工腎臓を算定した患者数の計算に当たり、外来で人工腎臓を実施した回数
 が当該月において5回以下の患者は、当該月の患者数の合計に数えないこととする。

2 導入期加算の施設基準

- (1) 導入期加算1の施設基準
 関連学会の作成した資料又はそれを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの応応に
 応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。

- (2) 導入期加算2の施設基準

- 次のすべてを満たしていること。
 ア 導入期加算1の施設基準を満たしていること。
 イ 区分番号「C102」在宅自己腹膜透析指導管理料を過去1年間で12回以上算定し
 ていること。
 ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向け
 た手術を行った患者が前年度に3人以上いること。なお、腎移植に向けた手術を行
 った患者とは、臓器移植ネットワークに腎移植候補希望者として新規に登録された患者、
 先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。

3 透析液水質確保加算の施設基準

- 月1回以上水質検査を実施し、関連学会から示されている基準を満たした血液透析用液の置
 換液を作製し、使用していること。

4 慢性維持透析濾過加算の施設基準

- 慢性維持透析濾過加算の施設基準及び届出に関する事項は、第57の2の「3」透析液水質確
 保加算の例による。

5 届出に関する事項

- (1) 人工腎臓の施設基準に係る届出は別添2の様式87の4を用いること。なお、透析機器安
 全管理委員会において作成した透析機器及び水処理装置の管理計画を添付すること。
 (2) 導入期加算1及び2の施設基準に係る届出は別添2の様式2の2を用いること。
 (3) 透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算の施設基準に係る届出は別添2の様式49
 の3を用いること。

第57の2の2 下肢末梢動脈疾患指導管理加算

- 1 下肢末梢動脈疾患指導管理加算に関する施設基準

- (1) 当該医療機関において慢性維持透析を実施している全ての患者に対し、下肢末梢動脈疾患
 に関するリスク評価を行っていること。また、当該内容を元に当該医療機関において慢性維
 持透析を実施している全ての患者に指導管理等を行い、臨床所見、検査実施日、検査結果及
 び指導内容等を診療録に記載していること。
 (2) 検査の結果、ABI検査0.7以下又はSPP検査40mmHg以下の患者については、患者や
 家族に説明を行い、同意を得た上で、専門的な治療体制を有している医療機関へ紹介を行っ
 ていること。また、当該医療機関が専門的な治療体制を有している医療機関の要件を満たし

ている場合は、当該医療機関内の専門科と連携を行っていること。

- (3) 専門的な治療体制を有している医療機関をあらかじめ定められた上で、当該医療機関について
 事前に届出を行っていること。また、当該医療機関について、院内掲示をすること。なお、
 専門的な治療体制を有している医療機関とは、次に掲げるアからウまでの全ての診療科を標
 榜している病院のことをいう。

ア 循環器内科

イ 胸部外科又は血管外科

ウ 整形外科、皮膚科又は形成外科

2 届出に関する事項

- 下肢末梢動脈疾患指導管理加算の施設基準に係る届出は別添2の様式49の3の2を用いるこ
 と。

第57の2の3 人工腎臓療法

1 人工腎臓療法に関する施設基準

- (1) 患者の緊急事態に対応する緊急検査が可能な検査体制を有していること。
 (2) 担当する医師が常時待機しており、糖尿病の治療に關し、専門の知識及び少なくとも5年
 以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。
 (3) 人工腎臓療法を行うために必要な次に掲げる検査が当該医療機関内で常時実施できる
 ように必要な機器を備えていること。

ア 血液学的検査

赤血球数、白血球数、血小板数、ヘマトクリット値

イ 生化学的検査

グルコース、尿酸窒素、インスリン、ナトリウム、クロール、カリウム

- (4) 100人以上の慢性疾患患者を入院又は外来で現に管理していること。

- (5) 入院基本料(特別入院基本料を除く。)を算定していること。

- (6) 前記各項でいう「常時」とは、勤務態様の如何にかかわらず、午前0時より午後12時ま
 での間のことである。

- (7) 医療法第30条の4第1項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該療
 法に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 人工腎臓療法に係る届出は、別添2の様式24の4を用いること。
 (2) 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専
 任の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。
 (3) 当該地域における必要性を記載すること。(理由書)

第57の3 磁気による膀胱等刺激療法

1 磁気による膀胱等刺激療法に関する施設基準

- 5年以上の泌尿器科の経験又は5年以上の産婦人科の経験を有する常勤の医師が併せて2名以
 上配置されていること。

2 届出に関する事項

磁気による膀胱等刺激法に関する施設基準に係る届出は別添2の様式49の4を用いること。

第57の4 一酸化窒素吸入療法（新生児の低酸素呼吸不全に対して実施するものに限る。）

1 一酸化窒素吸入療法（新生児の低酸素呼吸不全に対して実施するものに限る。）に関する施設基準

新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行っている保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行っていただくと、一酸化窒素吸入療法（新生児の低酸素呼吸不全に対して実施するものに限る。）として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第57の4の2 心不全に対する遠赤外線温熱療法

1 心不全に対する遠赤外線温熱療法に関する施設基準

(1) 区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション科（Ⅰ）又は（Ⅱ）に係る届出を行っていること。

(2) 当該療法の経験を有し、循環器内科又は心臓血管外科の経験を5年以上有する常勤の医師が2名以上配置されていること。

(3) 関係学会が主催又は後援する所定の研修を修了した医師が1名以上配置されていること。

(4) 当該療法に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。

(5) 関係学会から示されている指針に基づき、当該療法が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

心不全に対する遠赤外線温熱療法の施設基準に係る届出は、別添2の様式49の4の2を及び様式52を用いること。

第57の4の3 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）

1 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関において、神経・筋疾患の診療及びリハビリテーションに3年以上の経験を有しており、所定の研修を修了した専任の常勤医師が1名以上勤務していること。

(2) 従事者の職種、人数及び勤務形態並びに訓練室の具備すべき条件（装置、広さ等）について、関係学会が監修する適正使用ガイドに規定された基準を満たすこと。

(3) 定期的に、担当の履修職種が参加し、当該処置による歩行運動機能改善効果を検討するカンファレンスが開催されていること。

(4) 当該処置に関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者、歩行運動機能改善効果に係る検計結果等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

2 届出に関する事項

(1) 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）の施設基準に係る届出は、別添2の様式49の6を用いること。

(2) 当該処置に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専任・非専任

任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。

(3) 当該処置に従事する理学療法士、作業療法士、作業療法士、看護師等の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専任・非専任、専任・非専任の別）等を別添2の様式49の7を用いて提出すること。

(4) 当該処置が行われる機能訓練室及び歩行路の平面図を添付すること。

第57の4の4 手術用顕微鏡加算

1 手術用顕微鏡加算に関する施設基準

(1) 手術用顕微鏡を用いた治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。

(2) 保険医療機関内に手術用顕微鏡が設置されていること。

2 届出に関する事項

手術用顕微鏡加算の施設基準に係る届出については、別添2の様式49の8を用いること。

第57の4の5 口腔粘膜処置

1 口腔粘膜処置に関する施設基準

(1) 当該レーザー治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上いること。

(2) 口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。

2 届出に関する事項

口腔粘膜処置に係る届出は別添2の様式49の9を用いること。

第57の5 う蝕歯無痛窩洞形成加算

1 う蝕歯無痛窩洞形成加算に関する施設基準

(1) 当該レーザー治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上いること。

(2) 無痛的に充填のためのう蝕の除去及び窩洞形成が可能なレーザー機器を備えていること。

2 届出に関する事項

う蝕歯無痛窩洞形成加算の施設基準に係る届出は別添2の様式50を用いること。

第57の6 CAD/CAM冠

1 CAD/CAM冠に関する施設基準

(1) 歯科補綴治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。

(2) 保険医療機関内に歯科用CAD/CAM装置が設置されている場合は、歯科技工士を配置していること。

(3) 保険医療機関内に歯科用CAD/CAM装置が設置されていない場合は、当該装置を設置している歯科技工士との連携が図られていること。

2 届出に関する事項

CAD/CAM冠の施設基準に係る届出は、別添2の様式50の2を用いること。

の(3)に係る契約に関する文書の写しも併せて提出すること。

第57の7 有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算1及び2

- 1 有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算1及び2に関する施設基準
 - (1) 常勤の歯科技工士を配置すること。なお、非常勤の歯科技工士を2名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関が規定する常勤歯科技工士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤歯科技工士が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
 - (2) 歯科医療機関内に歯科技工室を有していること。
 - (3) 歯科技工士に必要な機器を有していること。
 - (4) 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯の修理及び床裏装を行う体制が整備されている旨を院内掲示していること。
- 2 届出に関する事項

有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添2の様式50の3を用いること。

第57の8 皮膚悪性腫瘍切除術(センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。)

- 1 皮膚悪性腫瘍切除術(センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。)の施設基準
 - (1) 皮膚科、形成外科、耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科の経験を5年以上有しており、皮膚悪性腫瘍切除術におけるセンチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5症例以上経験している医師が配置されていること。
 - (2) 当該保険医療機関が皮膚科、形成外科、耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。
 - (3) 麻酔科標榜医が配置されていること。
 - (4) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
- 2 届出に関する事項

(1) 皮膚悪性腫瘍切除術(センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。)の施設基準に係る届出は、別添2の様式50の4及び様式52を用いること。

(2) 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。

第57の8の2 皮膚移植術(死体)

- 1 皮膚移植術(死体)に関する施設基準
 - (1) 広範囲熱傷及び重症熱傷の治療の実績を有する施設であること。
 - (2) 関連学会の主催する講習会を受講し、同種皮膚移植の十分な経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - (3) 日本組織移植学会の設定する、採取して保存した組織を他施設へ供給できる組織バンクと、当該保存同種組織の適切な使用及び保存方法等について契約している保険医療機関であること。
- 2 届出に関する事項

皮膚移植術(死体)に係る届出は、別添2の様式87の6及び様式52を用いること。なお、1

第57の9 組織拡張器による再建手術(一連につき)(乳房(再建手術)の場合に限る。)

- 1 組織拡張器による再建手術(一連につき)(乳房(再建手術)の場合に限る。)に関する施設基準
 - (1) 形成外科又は乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有している医師若しくはその指導下で研修を行う医師が1名以上配置されていること。
 - (2) 関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師が1名以上配置されていること。
 - (3) 一次再建の場合は、乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有している常勤の医師が1名以上及び形成外科の専門的な研修の経験を5年以上有している常勤又は非常勤の医師が配置されており、連携して手術を行うこと。
 - (4) 二次再建の場合は、形成外科の専門的な研修の経験を5年以上有している常勤の医師が1名以上配置されていること又は乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有している常勤の医師が1名以上及び形成外科の専門的な研修の経験を5年以上有している常勤又は非常勤の医師が1名以上及び形成外科の専門的な研修の経験を5年以上有している常勤又は非常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - (5) 関係学会から示されている指針に基づき、乳房再建術が適切に実施されていること。
- 2 届出に関する事項

組織拡張器による再建手術(一連につき)(乳房(再建手術)の場合に限る。)の施設基準に係る届出は、別添2の様式50の5を用いること。

第57の9の2 処理骨再建加算に関する施設基準

- 1 処理骨再建加算に関する施設基準
 - (1) 整形外科を標榜している病院であること。
 - (2) 整形外科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - (3) 骨・軟部腫瘍手術を術者として50例(このうち10例は骨・軟部悪性腫瘍手術であること)以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師が1名以上配置されていること。
 - (4) 処理骨を作製するにつき、必要な設備や機器等を備えていること。
 - (5) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
 - (6) 緊急手術が可能な体制を有していること。
 - (7) 関係学会から示されている指針等に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
- 2 届出に関する事項

処理骨再建加算に係る届出は、別添2の様式50の5の3及び様式52を用いること。

第57の9の3 骨移植術(軟骨移植術を含む。)(同種骨移植(非生体)(同種骨移植(特殊なもの

- 1 骨移植術(軟骨移植術を含む。)(同種骨移植(非生体)(同種骨移植(特殊なものに限る。))に関する施設基準
 - (1) 整形外科を標榜している病院であること。
 - (2) 整形外科について5年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。

(3) 日本組織移植学会の認定する採取して保存した組織を他施設へ供給できる組織バンクを有していること。当該バンクを有していない場合は、当該バンクを有する保険医療機関とあらかじめ当該保存組織の適切な使用及び保存方法等について契約を有していること。

2 届出に関する事項
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。））に係る届出は、別添2の様式50の5の2を用いること。なお、1の(3)に係る契約に関する文書の写しも併せて提出すること。

第57の10 骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）

1 骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）に関する施設基準次のいずれにも該当する保険医療機関において実施すること。

- (1) CT撮影及びMRI撮影の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていること。
- (2) 運動器リハビリテーション科(Ⅰ)又は運動器リハビリテーション科(Ⅱ)の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていること。
- (3) 関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節軟骨移植再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術を年間100症例以上実施していること又は大学病院本院であること。

(4) 整形外科の経験が5年以上有しており、関節軟骨修復術10症例以上を含む膝関節手術を術者として100症例以上実施した経験を有する常勤の医師であって、所定の研修を修了している常勤の整形外科の医師が1名以上配置されていること。なお、当該研修は次の内容を含むものであること。

- 自家培養軟骨の適応に関する事項
- 変形性膝関節症との鑑別点に関する事項
- 軟骨採取法に関する事項
- 周術期管理に関する事項
- 合併症への対応に関する事項
- リハビリテーションに関する事項
- 全例調査方法に関する事項
- 手術方法に関する事項（自家培養軟骨に類似した人工物を用いた手法を含む。）

2 届出に関する事項
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）の施設基準に係る届出は、別添2の様式50の6及び様式52を用いること。

第57の11 後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）

- 後縦靭帯骨化症手術に関する施設基準
- (1) 整形外科又は脳神経外科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 脊椎又は骨椎に係る手術について100例以上の経験を有し、かつ、後縦靭帯骨化症に係る手術について20例以上の経験を有する医師が配置されていること。
- (3) 整形外科又は脳神経外科について10年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。

(4) 顕微鏡下に手術が実施できる体制を有していること。

(5) 緊急手術が可能な体制を有していること。

2 届出に関する事項
後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）に係る届出は、別添2の様式52及び様式87の7を用いること。

第57の12 椎間板内毒素注入療法

1 椎間板内毒素注入療法に関する施設基準

- (1) 整形外科又は脳神経外科を標榜している病院であること。
- (2) 整形外科又は脳神経外科について10年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 緊急手術が可能な体制を有していること。ただし、緊急手術が可能な保険医療機関との連携（当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る。）により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない。
- (4) 椎間板内毒素注入療法を行うに当たり関係学会より認定された施設であること。

2 届出に関する事項

- (1) 椎間板内毒素注入療法に係る届出は、別添2の様式50の7を用いること。
- (2) 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第58 腫瘍脊椎骨全摘術

1 腫瘍脊椎骨全摘術

- (1) 整形外科を標榜している病院であること。
- (2) 当該保険医療機関において、常勤の整形外科の医師が2名以上配置されていること。
- (3) 区分番号「K118」、「K131-2」から「K136」まで、「K138」、「K139」、「K142」及び「K142-2」に掲げる脊椎手術を、術者として300例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師が1名以上配置されていること。
- (4) 当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として、当該手術を3例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師が1名以上配置されていること。
- (5) 手術の際の緊急事態に対応可能な体制を有していること。

2 届出に関する事項

腫瘍脊椎骨全摘術に係る届出は、別添2の様式51及び様式52を用いること。

第58の2 頭蓋内腫瘍摘出術（脳腫瘍覚醒下マッピング加算を算定する場合に限る。）

- 頭蓋内腫瘍摘出術（脳腫瘍覚醒下マッピング加算を算定する場合に限る。）に関する施設基準
- (1) 脳神経科及び麻酔科を標榜している病院であること。
- (2) 当該療養を行うに当たり関係学会から認定された施設であること。
- (3) 5年以上の脳神経外科の経験を有しており、所定の研修を修了している常勤の医師が2名以上配置されており、そのうち1名以上は当該手術を主として実施する医師又は補助を行う医師として合わせて5例以上実施した経験を有すること。
- (4) 5年以上の麻酔科の経験を有しており、所定の研修を修了している常勤の医師が1名以上

配置されていること。

(5) 頭蓋内腫瘍摘出術を年間5例以上実施していること。

2 届出に関する事項

- (1) 頭蓋内腫瘍摘出術（脳腫瘍覚醒下マッピング加算を算定する場合に限る。）に係る届出は、別添2の様式51の2及び様式52を用いること。
- (2) 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第58の3 頭蓋内腫瘍摘出術（原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。）

1 頭蓋内腫瘍摘出術（原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。）に関する施設基準

次の要件のいずれにも該当する医療機関において実施された場合に算定する。

- (1) 脳神経外科を専務している病院であること。
- (2) 5年以上の脳神経外科の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されており、このうち1名以上は関係学会から示されている悪性脳腫瘍患者に対する光線力学療法に関する所定の研修を修了していること。
- (3) 脳腫瘍摘出術中の病理検査が可能で体制が整っていること。
- (4) 脳腫瘍摘出術に伴う合併症への対応ができる体制が整っていること。
- (5) 当該療養に用いる機器について、適切に使用管理区域の設定がなされていること。
- (6) 悪性脳腫瘍患者に対する光線力学療法の研修プログラムを受講した機器管理責任者（医師又は臨床工学技士）が選定されており、当該療養に用いる装置が適切に保守管理されていること。
- (7) 実際の手法に当たって、5年以上の脳神経外科の経験を有する常勤の医師であって関係学会から示されている所定の研修を修了している医師が1名以上参加すること。

2 届出に関する事項

頭蓋内腫瘍摘出術（原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。）に係る届出は、別添2の様式51の3を用いること。

第59 頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）

1 頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）に関する施設基準

- (1) 形成外科及び脳神経外科を専務している病院であること。
- (2) 頭蓋骨形成手術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5例以上実施した経験を有する常勤の形成外科及び脳神経外科の医師（当該診療科について5年以上の経験を有するものに限る。）がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関において頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）が5例以上実施されていること。
- (4) 関係学会から示されている指針に基づき当該手術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）に係る届出は、別添2の様式52及び様式54を用いること。

第60 脳刺刺激装置植込術及び脳刺刺激装置交換術、脊髄刺刺激装置植込術及び脊髄刺刺激装置交換術

1 脳刺刺激装置植込術及び脳刺刺激装置交換術、脊髄刺刺激装置植込術及び脊髄刺刺激装置交換術に関する施設基準

- (1) 脳刺刺激装置植込術及び脳刺刺激装置交換術
- 第24の長期継続頭蓋内脳波検査の施設基準に準ずる。

(2) 脊髄刺刺激装置植込術及び脊髄刺刺激装置交換術
脳神経外科、整形外科又は麻酔科を専務しており、当該診療科の常勤医師が1名以上配置されていること。なお、診療所である保険医療機関においても届出が可能であること。

2 届出に関する事項

脳刺刺激装置植込術、脳刺刺激装置交換術、脊髄刺刺激装置植込術又は脊髄刺刺激装置交換術の施設基準に係る届出は、別添2の様式25を用いること。

第60の2 頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（7本以上の電極による場合）に限る。）

1 頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（7本以上の電極による場合）に限る。）に関する施設基準

- (1) 脳神経外科及び脳神経内科を専務している病院であること。
- (2) 5年以上の脳神経外科の経験を有する常勤の医師及びびてんかんに係る診療の経験を5年以上有する常勤の医師がそれぞれ1名以上配置されており、このうち1名以上は関係学会から示されている頭蓋内電極植込術に関する所定の研修を修了していること。
- (3) 頭蓋内電極植込術に伴う合併症への対応ができる体制が整っていること。
- (4) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- (5) 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
- (6) 関係学会の定める指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（7本以上の電極による場合）に限る。）に係る届出は、別添2の様式25の3を用いて提出すること。

第60の2の2 仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術

1 仙骨神経刺激装置植込術、仙骨神経刺激装置交換術（併失禁に対して実施する場合）に関する施設基準

(1) 大腸肛門疾患の診療の経験を5年以上有する常勤の医師が2名以上配置されており、そのうち1名以上は所定の研修を修了していること。

(2) 大腸肛門疾患の診療の経験を5年以上有する常勤の医師で、所定の研修を修了している者が実施すること。

(3) 緊急事態に対応するための体制を整備されていること。

(4) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2 仙骨神経刺激装置植込術、仙骨神経刺激装置交換術（通活動筋脈に対して実施する場合）に関する施設基準

- (1) 下部尿路機能障害の診療の経験を5年以上有する常勤の医師が2名以上配置されており、そのうち1名以上は所定の研修を修了していること。

- (2) 下部尿路機能障害の診療の経験を5年以上有する常勤の医師で、所定の研修を修了している者が実施すること。
- (3) 緊急事態に対応するための体制が整備されていること。
- (4) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
- 3 届出に関する事項
如骨神経刺激装置種込術及び仙骨神経刺激装置交換術に係る届出は、別添2の様式53を用いて適応ごとにそれぞれ提出すること。

第60の3 治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるものに限る。）

- 1 治療的角膜切除術に関する施設基準（エキシマレーザーによるものに限る。）
- (1) 眼科の経験を5年以上有しており、エキシマレーザーによる治療的角膜切除術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として10症例以上経験している医師が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関が眼科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が1名以上配置されていること。
- 2 届出に関する事項
治療的角膜切除術に係る届出は、別添2の様式52及び様式54の2を用いること。

第60の3の2 角膜移植術

- 1 内皮移植加算に関する施設基準
- (1) 眼科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 眼科の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が2名以上配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関において、角膜移植術を年間5例以上実施していること。
- 2 届出に関する事項
(1) 内皮移植に係る届出は、別添2の様式52及び様式54の2の2を用いること。

第60の4 羊膜移植術

- 1 羊膜移植術に関する施設基準
- (1) 眼科の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
当該医師として6例以上の経験を有する常勤の医師が3名以上配置されていること。
- (2) 当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が3名以上配置されていること。
- (3) 日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守している旨を届け出ていること。
- 2 届出に関する事項
羊膜移植術に係る届出は、別添2の様式52及び様式54の3を用いること。

第60の5 緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））

- 1 緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））に関する施設基準

- (1) 眼科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 眼科の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関において、濾過手術又は緑内障インプラント手術が合わせて50例以上実施されていること。
- (4) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））に係る届出は、別添2の様式52及び様式54の4を用いること。

第60の6 緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）

- 1 緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）に関する施設基準
- (1) 眼科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 眼科の経験を5年以上有し、水晶体再建術の手術を100例以上及び観血的緑内障手術を10例以上経験している常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式54の8を用いること。

第60の7 網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）

- 1 網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）に関する施設基準
- (1) 眼科に係る診療の経験を10年以上有し、区分番号「K277-2」、「K280」の「1」、「K280」の「2」又は「K281」の手術を、1年間に、主たる術者として併せて30例以上行った常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (2) 眼科を標榜している医療機関であること。
- (3) 当該手術に必要なモニター、眼内内視鏡等の設備を有しており、保守管理に係る計画がなされていること。なお、当該設備は、リース等であっても差し支えない。

2 届出に関する事項

- (1) 網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）に係る届出は、別添2の様式52及び様式54の5を用いること。
- (2) 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第60の8 網膜再建術

- 1 網膜再建術に関する施設基準
- (1) 眼科及び麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 常勤の眼科の医師が2名以上配置されており、このうち1名以上は当該手術に習熟した医師の指導の下に3例以上実施した経験を有する医師（当該診療科について10年以上の経験を有するものに限る。）であること。
- (3) 常勤の麻酔科標榜医が1名以上配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関において増殖性硝子体網膜症手術が10例以上実施されていること。

(5) 緊急手術が可能な体制を有していること。又は「K394-2」鏡視下喉頭悪性腫瘍手術を術者として3例以上実施した経験を有している常勤の医師が1名以上配置されていること。

(3) 緊急手術の体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

第61 人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術に関する施設基準
 1 人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術に関する施設基準
 (1) 耳鼻咽喉科を標榜している病院であること。
 (2) 耳鼻咽喉科又は頭頸部外科について10年以上の経験を有し、区分番号「K374」咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。) に係る届出は、別添2の様式別添5の7及び様式52を用いること。

第61の2の3 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術

1 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術に関する施設基準

- (1) 耳鼻咽喉科又は頭頸部外科を標榜している病院であること。
- (2) 耳鼻咽喉科又は頭頸部外科について10年以上の経験を有し、区分番号「K374」咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。) 又は「K394」喉頭悪性腫瘍手術の術者と合わせて5例以上実施した経験及び区分番号「K374-2」鏡視下喉頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。) 又は「K394-2」鏡視下喉頭悪性腫瘍手術を術者として3例以上実施した経験を有している常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 緊急手術の体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

鏡視下喉頭悪性腫瘍手術に係る届出は、別添2の別添56の7及び様式52を用いること。

第61の2の4 喉頭形成手術(甲狀軟骨固定器具を用いたもの)

1 喉頭形成手術(甲狀軟骨固定器具を用いたもの)に関する施設基準

- (1) 耳鼻咽喉科の経験を5年以上有する常勤の医師が2名以上配置されていること。以上が耳鼻咽喉科について10年以上の経験を有していること。
- (2) (1)の医師のうち1名以上は、20例以上の喉頭形成手術の手術経験を有し、関係学会による手術講習会を受講していること。
- (3) 音声障害に対する言語聴覚士による指導・訓練を実施できる十分な体制を築いていること。

2 届出に関する事項

喉頭形成手術(甲狀軟骨固定器具を用いたもの)の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式87の5を用いること。

第61の3 上顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。) (歯科診療以外の診療に係るものに限る。) 及び下顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。) (歯科診療以外の診療に係るものに限る。)

1 上顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。) 及び下顎骨形成術(骨移動を伴う場合に限る。)に関する施設基準

- (1) 形成外科又は耳鼻咽喉科を標榜している病院であること。
- (2) 上顎骨形成術又は下顎骨形成術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として合わせて5例以上実施した経験を有する常勤の形成外科又は耳鼻咽喉科の医師(当該診療科について5年以上の経験を有するものに限る。) が1名以上配置されていること。

(5) 緊急手術が可能な体制を有していること。又は「K394-2」鏡視下喉頭悪性腫瘍手術を術者として3例以上実施した経験を有している常勤の医師が1名以上配置されていること。

2 届出に関する事項

第61 人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術に関する施設基準
 1 人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術に関する施設基準
 (1) 耳鼻咽喉科を標榜している病院であること。
 (2) 内耳又は中耳の手術が年間30例以上あること。
 (3) 常勤の耳鼻咽喉科の医師が3名以上配置されており、このうち2名以上は耳鼻咽喉科の経験を5年以上有しており、1名は少なくとも1例以上の人工内耳植込術の経験を有していること。

(4) 言語聴覚療法に専従する職員が2名以上配置されていること。なお、届出を行う保険医療機関と密接な連携を有する保険医療機関で人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術を実施した患者のリハビリテーションを行う場合は、リハビリテーションを実施する施設に常勤の耳鼻咽喉科医師が1名以上及び言語聴覚療法に専従する職員が2名以上配置されれば差し支えない。

2 届出に関する事項

人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式55を用いること。

第61の2 内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型(拡大副鼻腔手術)

1 内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型(拡大副鼻腔手術)に関する施設基準

- (1) 耳鼻咽喉科、脳神経外科及び眼科を標榜している病院であること。
- (2) 耳鼻咽喉科の経験を5年以上有する常勤の医師が2名以上配置されており、このうち1名以上は少なくとも5例以上の内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型(拡大副鼻腔手術)の経験を有していること。
- (3) 脳神経外科又は眼科の経験を5年以上有する常勤の医師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (4) 緊急手術が可能な体制を有していること。

2 届出に関する事項

内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型(拡大副鼻腔手術)に係る届出は、別添2の様式52及び様式54の7を用いること。

第61の2の2 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)

1 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。)に関する施設基準

- (1) 耳鼻咽喉科又は頭頸部外科を標榜している病院であること。
- (2) 耳鼻咽喉科又は頭頸部外科について10年以上の経験を有し、区分番号「K374」咽頭悪性腫瘍手術(軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。) 又は「K394」喉頭悪性腫瘍手術の術者と合わせて5例以上実施した経験及び区分番号「K374-2」鏡視下喉頭悪性腫瘍手術

- 1 内視鏡下甲状腺部分切除、腫瘍摘出術、内視鏡下パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腫瘍摘出術に関する施設基準
 - (1) 外科、頭頸部外科、耳鼻咽喉科又は内分泌外科を標榜している病院であること。
 - (2) 外科、頭頸部外科、耳鼻咽喉科又は内分泌外科について10年以上及び区分番号「K461-2」、「K462-2」及び「K464-2」の手術を術者として合わせて5例以上実施した経験を有している常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - (3) 緊急手術体制が整備されていること。
- 2 届出に関する事項
 - 1 内視鏡下甲状腺部分切除、腫瘍摘出術、内視鏡下パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腫瘍摘出術に係る届出は、別添2の様式52及び様式56の4を用いること。

第61の4の5 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術

- 1 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術に関する施設基準
 - (1) 外科、頭頸部外科、耳鼻咽喉科又は内分泌外科を標榜している病院であること。
 - (2) 外科、頭頸部外科、耳鼻咽喉科又は内分泌外科について10年以上の経験を有し、区分番号「K461-2」、「K462-2」及び「K464-2」の手術を術者として合わせて5例以上実施した経験及び内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術を術者として3例以上実施した経験を有している常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - (3) 緊急手術体制が整備されていること。
- 2 届出に関する事項
 - 1 内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術に係る届出は、別添2の様式52及び様式56の4を用いること。

第61の4の6 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（MIR Iによるもの）

- 1 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（MIR Iによるもの）に関する施設基準
 - (1) 1.5テラス以上のMIR I装置を有していること。
 - (2) 画像診断管理加算1、2又は3に関する施設基準を満たすこと。
 - (3) 関係学会より乳がんの専門的な診療が可能として認定された施設であること。
- 2 届出に関する事項
 - 1 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（MIR Iによるもの）の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。

- 第61の5 乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの）・胸筋切除を伴ったものによるものを含む。）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの）・胸筋切除を伴ったもの、乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの）・胸筋切除を伴ったもの及びびび大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を伴うもの）については、乳がんセンターリンパ節加算1又は乳がんセンターリンパ節加算2を算定する場合に限る。）
 - 1 乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンターリンパ節加算1又は乳がんセンターリンパ節加算2を算定する場合に限る。）に関する施設基準

- (3) 当該保険医療機関において当該手術が5例以上実施されていること。
- (4) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
- 2 届出に関する事項
 - 1 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）に係る届出は、別添2の様式52及び様式56を用いること。

第61の4 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）

- 1 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）に関する施設基準
 - (1) 歯科口腔外科を標榜している病院であること。
 - (2) 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）又は下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）を、当該手術に習熟した歯科医師の指導の下に、術者として合わせて5例以上実施した経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師（当該診療科について5年以上の経験を有するものに限る。）が1名以上配置されていること。
 - (3) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
- 2 届出に関する事項
 - (1) 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）に係る届出は、別添2の様式52及び様式56の3を用いること。
 - (2) 歯科口腔外科を担当する歯科医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

第61の4の2 顎関節人工関節全置換術（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）

- 1 顎関節人工関節全置換術に関する施設基準
 - (1) 形成外科又は耳鼻咽喉科を標榜している病院であること。
 - (2) 関連学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、形成外科又は耳鼻咽喉科について5年以上の経験を有する常勤医師が1名以上配置されていること。
- 2 届出に関する事項
 - 1 顎関節人工関節全置換術に係る届出は、別添2の様式56の8を用いること。

第61の4の3 顎関節人工関節全置換術の施設基準（歯科診療に係るものに限る。）

- 1 顎関節人工関節全置換術に関する施設基準
 - (1) 歯科口腔外科を標榜している病院であること。
 - (2) 関連学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、当該診療科について5年以上の経験を有する常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- 2 届出に関する事項
 - 1 顎関節人工関節全置換術に係る届出は別添2の様式56の8を用いること。

- 第61の4の4 内視鏡下甲状腺部分切除、腫瘍摘出術、内視鏡下パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腫瘍摘出術

- (1) 乳癌外科又は外科の経験を5年以上有しており、乳房悪性腫瘍手術における乳がんセンチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として5症例以上経験している医師が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関が乳癌外科又は外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が2名以上配置されていること。ただし、「注2」の乳がんセンチネルリンパ節加算2のうち、色素のみによるもののみを算定する保険医療機関にあっては、放射線科を標榜してなくても差し支えない。
- (3) 麻酔科標榜医が配置されていること。
- (4) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
- 2 乳癌悪性腫瘍手術(乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴わないもの)及び乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの))に関する施設基準
- (1) 乳癌悪性腫瘍手術が年間20例以上あること。
- (2) 乳癌外科又は外科の経験を5年以上有しており、乳輪温存乳房切除術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として10症例以上経験している医師が配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関が乳癌外科又は外科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が2名以上配置されていること。
- (4) 麻酔科標榜医が配置されていること。
- (5) 病理部門が設置され、病理医が配置されかつ迅速病理検査の体制が整っていること。

3 届出に関する事項

- 乳癌悪性腫瘍手術(単純乳房切除術(乳腺全摘術)、乳房部分切除術(腋窩郭清を伴わないもの)、乳房切除術(腋窩郭清を伴わないもの)、乳房部分切除術(腋窩郭清を伴うもの)(内視鏡下によるものを含む。))、乳房切除術(腋窩郭清下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施しないもの、乳房切除術(腋窩郭清下部郭清を伴うもの)・胸筋切除を併施するもの及び拡大乳房切除術(胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの)については、乳がんセンチネルリンパ節加算1又は乳がんセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。)の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式56の2を用いること。乳癌悪性腫瘍手術(乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴わないもの)及び乳輪温存乳房切除術(腋窩郭清を伴うもの))に関する施設基準については、別添2の様式52及び様式56の5を用いること。

第61の6 ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)

1 ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)に関する施設基準

- (1) 形成外科又は乳癌外科の専門的な研修の経験を5年以上有している医師若しくはその指導下で研修を行う医師が1名以上配置されていること。
- (2) 関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師が1名以上配置されていること。
- (3) 一次一期的再建の場合は、乳癌外科の専門的な研修の経験を5年以上有している常勤の医師が1名以上及び形成外科の専門的な研修の経験を5年以上有している常勤又は非常勤の医師が1名以上配置されており、両者が術者となり共同して手術を行うこと。
- (4) 一次二期的再建の場合は、形成外科の専門的な研修の経験を5年以上有している常勤の医師が1名以上配置されていること又は乳癌外科の専門的な研修の経験を5年以上有している

常勤の医師が1名以上及び形成外科の専門的な研修の経験を5年以上有している常勤又は非常勤の医師が1名以上配置されており、両者が術者となり共同して手術を行うこと。

- (5) 二次再建の場合は、形成外科の専門的な研修の経験を5年以上有している常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (6) 関係学会から示されている指針に基づき、乳房再建術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術(乳房切除後)に係る届出は、別添2の様式50の5を用いること。

第61の6の2 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)

1 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)の施設基準

- (1) 呼吸器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。
- (2) 以下のアからエまでの手術を術者として、合わせて10例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- ア 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- イ 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- ウ 胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- エ 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除及び肺葉切除又は1肺葉を超えるものに限る。)(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- (3) 当該保険医療機関において、胸腺関連疾患に係る手術を年間5例以上施行しており、このうち当該手術又は胸腔鏡下手術を3例以上実施していること。
- (4) 5年以上の呼吸器外科の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、そのうち1名以上は10年以上の呼吸器外科の経験を有していること。
- (5) 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
- (6) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- (7) 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
- (8) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適否等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
- (9) 関連学会の定める指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式87の22を用いること。
- (2) 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第61の7 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)

1 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)の施設基準

- (1) 呼吸器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。
- (2) 以下のアからエまでの手術を術者として、合わせて10例以上実施した経験を有する常勤

視鏡手術用支援機器を用いる場合)の手術を術者として、合わせて10例以上実施した経験
を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
(3) 当該保険医療機関において、肺悪性腫瘍に係る手術を年間50例以上実施されており、こ
ういう胸腔鏡下手術を年間20例以上実施していること。
(4) 5年以上の呼吸器外科の経験及び専門的知識を有する常勤の医師が2名以上配置されてお
り、そのうち1名以上は10年以上の呼吸器外科の経験を有していること。

- (5) 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
- (6) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- (7) 当該装置に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
- (8) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及
び術後の管理等を行っていること。
- (9) 関連学会の定める指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項
(1) 胸腔鏡下手術用支援機器を用いる場合(区域切除及び肺葉切除又は1肺葉を超えるものに限る。)
(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様
式87の17を用いること。
(2) 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第62 同種死体肺移植術

- 1 同種死体肺移植術に関する施設基準
移植関係学会合同委員会において、肺の移植実施施設として選定された施設であること。
- 2 届出に関する事項
(1) 同種死体肺移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式57を用いること。
(2) 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付す
ること。

第62の2 生体部分肺移植術

- 1 生体部分肺移植術に関する施設基準
(1) 肺切除術が年間20例以上あること。
(2) 当該手術を担当する診療科の常勤医師が5名以上配置されており、このうち少なくとも1
名は臓器移植の経験を有していること。
(3) 生体部分肺移植術の実施に当たり、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針(ガイド
ライン)、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本
移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守していること。
- 2 届出に関する事項
(1) 生体部分肺移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式58を用いること。
(2) 臓器の移植に関する法律の運用に関する指針(ガイドライン)、世界保健機関「ヒト臓器
移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会
「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守する旨の文書(様式任意)を添付すること。

の医師が1名以上配置されていること。
ア 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
イ 胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
ウ 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除及び肺葉切除又は1肺葉を超えるものに限る。)
(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)

- エ 胸腔鏡下拡大部切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- (3) 当該保険医療機関において、縦隔腫瘍に係る手術を年間10例以上施行しており、このう
ち当該手術又は胸腔鏡下手術を年間5例以上実施していること。
- (4) 5年以上の呼吸器外科の経験及び専門的知識を有する常勤の医師が2名以上配置されてお
り、そのうち1名以上は10年以上の呼吸器外科の経験を有していること。
- (5) 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
- (6) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- (7) 当該装置に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
- (8) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及
び術後の管理等を行っていること。
- (9) 関連学会の定める指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用い
る場合)の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式87の8を用いること。
- (2) 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第61の2 肺悪性腫瘍手術(縦膈・臓胸胸全切除(横膈膜、心臓合併切除を除くもの)に限
る。)

- 1 肺悪性腫瘍手術(縦膈・臓胸胸全切除(横膈膜、心臓合併切除を除くもの)に限る。)に関
する施設基準
(1) 呼吸器外科の経験を15年以上有しており、悪性胸膜中皮腫に係る手術を、当該手術に習
熟した医師の指導下に、術者として5例以上経験している常勤の医師が配置されているこ
と。
- (2) 当該保険医療機関に呼吸器内科及び放射線科の経験を5年以上有している常勤の医師がそ
れぞれ1名以上配置されていること。
- 2 届出に関する事項
肺悪性腫瘍手術(縦膈・臓胸胸全切除(横膈膜、心臓合併切除を除くもの)に限る。)の施
設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式56の6を用いること。

第61の3 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除及び肺葉切除又は1肺葉を超えるものに限
る。)(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)

- 1 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除及び肺葉切除又は1肺葉を超えるものに限る。)(内視鏡
手術用支援機器を用いる場合)の施設基準
(1) 呼吸器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。
(2) 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術(区域切除及び肺葉切除又は1肺葉を超えるものに限る。)(内

- 第 62 の 2 の 2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- 1 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合) の施設基準
- (1) 外科又は消化器外科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。
 - (2) 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合) を術者として 5 例以上実施した経験を有する常勤の医師が 1 名以上配置されていること。
 - (3) 当該保険医療機関において、以下のアからエまでの手術を合わせて年間 10 例以上実施していること。
 - ア 食道悪性腫瘍手術 (単に切除のもの)
 - イ 食道悪性腫瘍手術 (消化管再建手術を併施するもの)
 - ウ 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術
 - エ 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術
 - (4) 外科又は消化器外科について専門の知識及び 5 年以上の経験を有する常勤の医師が 2 名以上配置されており、そのうち 1 名以上が外科又は消化器外科について 10 年以上の経験を有すること。
 - (5) 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
 - (6) 常勤の臨床工学技士が 1 名以上配置されていること。
 - (7) 当該薬業に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
 - (8) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
- 2 届出に関する事項
- (1) 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合) の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 52 及び様式 87 の 10 を用いること。
 - (2) 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。
- 第 62 の 2 の 3 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- 1 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合) の施設基準
- (1) 外科又は消化器外科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。
 - (2) 以下のア又はイの手術を術者として、合わせて 5 例以上実施した経験を有する常勤の医師が 1 名以上配置されていること。
 - ア 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
 - イ 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
 - (3) 当該保険医療機関において、以下のアからエまでの手術を合わせて年間 10 例以上実施していること。
 - ア 食道悪性腫瘍手術 (単に切除のもの)
 - イ 食道悪性腫瘍手術 (消化管再建手術を併施するもの)
 - ウ 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術
 - エ 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術
 - (4) 外科又は消化器外科について専門の知識及び 5 年以上の経験を有する常勤の医師が 2 名以上配置されており、そのうち 1 名以上が外科又は消化器外科について 10 年以上の経験を有すること。

- すること。
- (5) 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
 - (6) 常勤の臨床工学技士が 1 名以上配置されていること。
 - (7) 当該薬業に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
 - (8) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
 - (9) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
- 2 届出に関する事項
- (1) 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術 (内視鏡手術用支援機器を用いる場合) の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 52 及び様式 87 の 10 の 2 を用いること。
 - (2) 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第 62 の 2 の 4 内視鏡下筋層切開術

1 内視鏡下筋層切開術に関する施設基準

- (1) 消化器内科又は消化器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。
 - (2) 当該薬業機関において、当該手術が 10 例以上実施されていること。
 - (3) 消化器外科又は消化器内科について 5 年以上の経験を有し、内視鏡的食道結腸切開術 (早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術に限る。) について 20 例以上の経験を有する常勤の医師が 1 名以上配置されていること。また、当該医師は、当該手術について又は補助を行う医師として 15 例 (このうち 5 例は術者として実施しているものに限る) 以上の経験を有していること。
 - (4) 実施診療科において、常勤の医師が 3 名以上配置されていること。ただし、消化器外科において、医師が 1 名以上配置されていること。
 - (5) 常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。
 - (6) 緊急手術体制が整備されていること。
- 2 届出に関する事項
- 内視鏡下筋層切開術に係る届出は、別添 2 の様式 52 及び様式 58 の 2 を用いること。
- 第 62 の 2 の 5 食道縫合術(穿孔、損傷)(内視鏡によるもの)、内視鏡下胃、十二指腸穿孔膿孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、小腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、結腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、腎 (腎盂) 腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、尿管腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、膀胱腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの) 及び肛門瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)
- 1 食道縫合術(穿孔、損傷)(内視鏡によるもの)、内視鏡下胃、十二指腸穿孔膿孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、小腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、結腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、腎 (腎盂) 腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、尿管腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの)、膀胱腸瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの) 及び肛門瘻閉鎖術 (内視鏡によるもの) に関する施設基準
- (1) 消化器内科又は消化器外科を標榜している病院であること
 - (2) 消化器外科において、医師が 1 名以上配置されていること
 - (3) 関係学会により認定された施設であること

(4) 緊急手術の体制が整備されていること

2 届出に関する事項

- (1) 食道吻合術(穿孔、損傷)(内視鏡によるもの)、内視鏡下胃、十二指腸穿孔縫合閉鎖術、胃瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、小腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、結腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、腎(腎盂)腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)、尿管腸瘻閉鎖術(内視鏡によるもの)に係る届出は、別添2の様式87の9を用いること。
- (2) 関連学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第62の3 経皮的冠動脈形成術

1 経皮的冠動脈形成術に関する施設基準

当該手術について、前年(1月から12月まで)の以下の手術件数を院内掲示すること。

- (1) 急性心筋梗塞に対するもの
(2) 不安定狭心症に対するもの
(3) その他のもの

2 届出に関する事項

経皮的冠動脈形成術の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第63 経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)

1 経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)に関する施設基準

- (1) 循環器内科を標榜している病院であること。
(2) 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術に係る緊急手術が実施可能な体制を有していること。ただし、緊急手術が可能な保険医療機関との連携(当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る。)により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない。
(3) 5年以上の循環器内科の経験を有する医師が1名以上配置されていること。
(4) 経皮的冠動脈形成術について術者として実施する医師として300例以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
(5) 日本心臓インターベンション治療学会の定める指針を遵守していること。

2 届出に関する事項

経皮的冠動脈形成術(特殊カテーテルによるもの)の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式69を用いて提出すること。

第63の2 経皮的冠動脈ステント留置術

1 経皮的冠動脈ステント留置術に関する施設基準

当該手術について、前年(1月から12月まで)の以下の手術件数を院内掲示すること。

- (1) 急性心筋梗塞に対するもの
(2) 不安定狭心症に対するもの
(3) その他のもの

2 届出に関する事項

経皮的冠動脈ステント留置術の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第63の2の2 胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡下弁置換術

1 胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡下弁置換術に関する施設基準

- (1) 心臓血管外科及び麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
(2) 体外循環を使用する手術を年間50例以上(心臓弁膜症手術30例以上を含む。)実施していること又は心臓弁膜症手術を術者として200例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
(3) 5年以上の心臓血管外科の経験及び専門的知識を有する常勤の医師が2名以上配置されており、そのうち1名以上は10年以上の心臓血管外科の経験を有していること。
(4) 経食道心エコーを年間100例以上実施していること。
(5) 常勤の臨床工学士が2名以上配置されており、そのうち1名以上は手術における体外循環の操作を30例以上実施した経験を有していること。
(6) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
(7) 胸腔鏡下弁形成術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)に関する施設基準
(1) 心臓血管外科及び麻酔科を標榜している病院であること。
(2) 体外循環を使用する手術を年間100例以上(心臓弁膜症手術60例以上を含む)実施していること。
(3) 胸腔鏡下弁形成術を20例以上実施していること。
(4) 胸腔鏡下弁形成術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)を術者として、5例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
(5) 5年以上の心臓血管外科の経験及び専門的知識を有する常勤の医師が2名以上配置されており、そのうち1名以上は10年以上の心臓血管外科の経験を有していること。
(6) 経食道心エコーを年間100例以上実施していること。
(7) 常勤の臨床工学士が2名以上配置されており、そのうち1名以上は手術における体外循環の操作を30例以上実施した経験を有していること。
(8) 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
(9) 当該施設に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
(10) 関連学会の定める指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
(11) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

3 届出に関する事項

- (1) 胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡弁置換術及び胸腔鏡下弁形成術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)に係る届出は、別添2の様式52及び様式87の11を用いること。
(2) 胸腔鏡下弁形成術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)に係る届出を行う場合は、当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第 63 の 3 経カテーテル大動脈弁置換術

1 経カテーテル大動脈弁置換術に関する施設基準

- (1) 循環器内科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。
- (2) 次のいずれにも該当すること。
 - ア 緊急開心・胸部大動脈手術の経験があること。
 - イ 大動脈弁置換術(大動脈基部置換術を含む)を年間20例以上実施しており、かつ、大動脈に対するステントグラフト内挿術を年間10例以上実施していること。
 - ウ 冠動脈に関する血管内治療(PCI)を年間100例以上実施していること。
 - エ 経食道心エコー検査を年間200例以上実施していること。

- (3) 5年以上の循環器内科の経験を有する常勤の医師が3名以上配置されていること。

- (4) 5年以上の心臓血管インターベンション治療の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、(3)に掲げる医師と同一の者であっても差し支えない。

- (6) 以下のいずれも満たす手術室を有していること。

- ア 設置型透視装置を備えていること。
- イ 高性能フィロタクを使用し、周辺諸室に対して適切な空気圧と気流の方向を維持していること。
- ウ 必要な設備及び装置を清潔下で使用できる十分なスペースがあること。
- エ 速やかに開胸手術に移行可能であること。
- (7) 術中経食道心エコー検査、経皮的肺動脈挿管及び緊急開心・胸部大動脈手術が実施可能であること。
- (8) 実際の手術に当たって、5年以上の循環器内科の経験を有する常勤の医師と5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師がそれぞれ1名以上参加すること。
- (9) 関係学会の策定する実施施設基準を遵守すること。

2 届出に関する事項

- (1) 経カテーテル大動脈弁置換術に係る届出は、別添2の様式52及び様式59の2を用いること。
- (2) 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 63 の 4 経皮的僧帽弁クリップ術

1 経皮的僧帽弁クリップ術に関する施設基準

- (1) 循環器内科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。
- (2) 次のいずれにも該当すること。
 - ア 経食道心エコー検査を年間100例以上実施していること。
 - イ 経食道心エコー検査を年間100例以上実施していること。
- (3) 5年以上の循環器内科の経験を有する医師が3名以上配置されていること。
- (4) 5年以上の心臓血管インターベンション治療の経験を有する常勤の医師が1名以上配置され

ていること。なお、(3)に掲げる医師と同一の者であっても差し支えない。

- (5) 経皮的僧帽弁クリップ術を行うに当たり関係学会より認定された施設であること。
- (6) 関係学会から示されている指針に基づき、経皮的僧帽弁クリップ術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 経皮的僧帽弁クリップ術に係る届出は、別添2の様式52及び様式87の12を用いること。
- (2) 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 63 の 5 胸腔鏡下動脈管閉鎖術

1 胸腔鏡下動脈管閉鎖術に関する施設基準

- (1) 心臓血管外科、麻酔科及び小児科を標榜している病院であること。
- (2) 当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が2名以上配置されていること。
- (3) 常勤の麻酔科麻酔医が配置されていること。
- (4) 直視下又は胸腔鏡下の動脈管閉鎖術を3年間に10例以上実施していること。
- (5) 区分番号「K552」から「K605-4」までに掲げる手術(経皮的手術、区分番号「K591」、「K596」から「K602」までに掲げるもの及び2日目以降の補助人工心臓(植込型を含む)に係るものを除く。)を年間50例以上(16歳未満に実施したものに限る。)実施していること。

- (6) 心臓血管外科の経験を5年以上有し、当該療法を術者として又は補助を行う医師として10例(このうち5例は術者として実施しているものに限る。)以上実施した経験及び直視下動脈管閉鎖術を術者として20例以上実施した経験を有する常勤の心臓血管外科医が1名以上配置されていること。
- (7) 緊急手術が可能ない体制を有していること。

2 届出に関する事項

- 胸腔鏡下動脈管閉鎖術に係る届出は、別添2の様式52及び様式59の3を用いること。

第 63 の 5 の 2 不整脈手術(左心耳閉鎖術(経カテーテルの手術によるもの)に限る。)

- 1 不整脈手術(左心耳閉鎖術(経カテーテルの手術によるもの)に限る。)に関する施設基準
 - (1) 循環器内科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。
 - (2) 経カテーテル大動脈弁置換術、経皮的動脈管閉鎖術、経皮的僧帽弁拡張術、経皮的僧帽弁クリップ術、経皮的動脈管閉鎖術、経皮的動脈挿管術、経皮的肺動脈挿管術、経皮的肺動脈成形術、経皮的肺動脈狭窄・拡大術、心房中隔欠損作成術(経皮的心房中隔欠損作成術(ラッシュェンド法)に限る。)、経皮的左心耳閉鎖術(経カテーテルの手術によるものに限る。)、経皮的カテーテル心筋焼灼術又は経皮的中隔心筋焼灼術を合わせて年間50例以上実施していること。
- (3) 5年以上の循環器内科の経験を有する医師が2名以上配置されていること
- (4) 心臓血管外科の経験を有する医師が2名以上配置されており、うち1名以上は5年以上の心臓血管外科の経験を有する医師であること。

(5) 5年以上の心臓血管インターベンション治療の経験を有する常勤の医師及び5年以上の不整脈についての治療の経験を有している常勤の医師がそれぞれ1名以上配置されていること。
と。なお、(3)に掲げる医師と同一の者であっても差し支えない。

(6) 緊急手術が可能ない体制を有していること。
(7) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
(8) 不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）を行うに当たり関係学会より認定された施設であること。
(9) 関係学会から示されている指針に基づき、不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

(1) 不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式59の3の2を用いること。
(2) 関連学会より認定された施設であることを添付すること。

第63の6 経皮的カテーテル心筋焼灼術（磁気ナビゲーション加算を算定する場合に限る。）

1 経皮的カテーテル心筋焼灼術（磁気ナビゲーション加算を算定する場合に限る。）に関する施設基準

(1) 循環器内科及び麻酔科を標榜している病院であること。
(2) 経皮的カテーテル心筋焼灼術を年間50例以上実施していること。
(3) 循環器内科についての専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、このうち1名以上は5名以上の不整脈についての治療の経験を5年以上有していること。
(4) 麻酔科の標榜医が1名以上配置されていること。
(5) 緊急手術が可能ない体制を有していること。
(6) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
(7) 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

2 届出に関する事項

経皮的カテーテル心筋焼灼術（磁気ナビゲーション加算を算定する場合に限る。）に係る届出は、別添2の様式52及び様式59の4を用いること。

第64 経皮的中隔心筋焼灼術

1 経皮的中隔心筋焼灼術に関する施設基準

(1) 循環器内科を標榜している保険医療機関であること。
(2) 経皮的冠動脈閉鎖切断術又は経皮的冠動脈閉鎖切断術又は経皮的冠動脈ステント留置術に関し、10年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
(3) 5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。ただし、5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が配置されている保険医療機関との連携（当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る。）により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない。
(4) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。

(5) 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈閉鎖切断術又は経皮的冠動脈ステント留置術を年間合計100例以上実施していること。

2 届出に関する事項

(1) 経皮的中隔心筋焼灼術の施設基準に係る届出及び届出前1年間の経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈閉鎖切断術及び経皮的冠動脈ステント留置術の実施件数は、別添2の様式52及び様式60を用いて届出すること。

(2) 経皮的中隔心筋焼灼術に係る届出を行う場合であって、他の保険医療機関との連携により1の(3)に掲げる要件を充足するものとする場合は、当該他の保険医療機関との連携に係る契約に関する文書の写しを提出すること。

なお、当該契約においては、緊急事態が発生したときは、当該他の保険医療機関が即時に適切な対応を図ることが明記されているものであること。

第65 ベースメーカ移植術及びベースメーカ交換術

1 ベースメーカ移植術及びベースメーカ交換術に関する施設基準

(1) 循環器内科又は心臓血管外科の経験を5年以上有する医師が1名以上配置されていること。なお、診療所である保険医療機関においても届出が可能であること。
(2) リードレスベースメーカの場合には、区分番号「K597」ベースメーカ移植術又は区分番号「K597-2」ベースメーカ交換術を合わせて年間10例以上実施していること。
(3) リードレスベースメーカの場合には、緊急手術が可能ない体制を有していること。ただし、緊急手術が可能ない保険医療機関との連携（当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る。）により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない。
(4) 届出に関する事項
ベースメーカ移植術、ベースメーカ交換術の施設基準に係る届出は、別添2の様式24及び様式52を用いること。

第65の2 植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術

1 植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術に関する施設基準

下記のいずれかの施設基準の届出を行った保険医療機関において算定できる。

(1) 区分番号「K597」ベースメーカ移植術及び区分番号「K597-2」ベースメーカ交換術
(2) 区分番号「K598」両心室ベースメーカ移植術及び区分番号「K598-2」両心室ベースメーカ交換術
(3) 区分番号「K599」植込型除細動器移植術及び区分番号「K599-2」植込型除細動器交換術
(4) 区分番号「K599-3」両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び区分番号「K599-4」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

2 届出に関する事項

ベースメーカ移植術及びベースメーカ交換術、両心室ベースメーカ移植術及び両心室ベ

ースメーカー交換術、植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術又は両室ペースメーカー交換術機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペースメーカー移植術(心筋電極の場合)及び両心室ペースメーカー移植術(心筋電極の場合)及び両心室ペースメーカー交換術(心筋電極の場合)に関する施設基準

- 第66 両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術
- 1 両心室ペースメーカー移植術(心筋電極の場合)及び両心室ペースメーカー交換術(心筋電極の場合)に関する施設基準
 - (1) 循環器内科又は小児循環器内科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。
 - (2) 心臓電気生理学的検査又は体外式ペースメーカーを用いた循環器集中管理を年間50例以上実施していること。
 - (3) 開心術、冠動脈バイパス術、大血管(ただし、動脈管閉存に対する根治術を除く。)、弁疾患又は短絡手術を合わせて年間30例以上実施しており、かつ、経静脈電極によるペースメーカー移植術を年間10例以上又は心筋電極によるペースメーカー移植術を3年間に3例以上実施していること。
 - (4) 体外式を含む補助人工心臓等の経験又は区分番号「A301」特定集中治療管理料若しくは区分番号「A301-4」小児特定集中治療管理料の届出を行っている十分な体制や設備を備えた、重症心不全治療に対して適切に対応できる施設であること。
 - (5) 所定の研修を修了した常勤の循環器内科又は小児循環器内科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ2名以上配置されていること。
 - (6) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。
- ア 血液学的検査
イ 生化学的検査
ウ 画像診断
- (7) 定期的に循環器内科又は小児循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する、重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスが開催されていること。
- 2 両心室ペースメーカー移植術(経静脈電極の場合)及び両心室ペースメーカー交換術(経静脈電極の場合)に関する施設基準
- (1) 循環器内科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。
 - (2) 心臓電気生理学的検査を年間50例以上実施していること。
 - (3) 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間30例以上実施しており、かつ、ペースメーカー移植術を年間10例以上実施していること。
 - (4) 体外式を含む補助人工心臓等を用いた重症心不全治療の十分な経験のある施設であること。
 - (5) 常勤の循環器内科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ2名以上配置されており、そのうち2名以上は、所定の研修を修了していること。
 - (6) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。
- ア 血液学的検査

イ 生化学的検査
ウ 画像診断

- 3 届出に関する事項
 - 両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式61を用いること。

第67 植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極移植術

- 1 植込型除細動器移植術(心筋リードを用いるもの)及び植込型除細動器交換術(心筋リードを用いるもの)に関する施設基準
 - (1) 循環器内科又は小児循環器内科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。
 - (2) 心臓電気生理学的検査又は体外式ペースメーカーを用いた循環器集中管理を年間50例以上実施していること。なお、このうち5例以上は致死性不整脈(心室性頻拍性不整脈症候又は開心術術後不整脈)に対するものであること。
 - (3) 開心術、冠動脈又は大動脈バイパス移植術を合わせて年間30例以上実施しており、かつ、経静脈電極によるペースメーカー移植術を年間10例以上又は心筋電極によるペースメーカー移植術を3年間に3例以上実施していること。
 - (4) 常勤の循環器内科又は小児循環器内科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ3名以上配置されており、そのうち2名以上は、所定の研修を修了していること。
 - (5) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。
 - ア 血液学的検査
イ 生化学的検査
ウ 画像診断
 - (6) 定期的に循環器内科又は小児循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する、重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスが開催されていること。
- 2 植込型除細動器移植術(経静脈リードを用いるもの)又は皮下植込型リードを用いるもの、植込型除細動器交換術(その他のもの)及び経静脈電極移植術に関する施設基準
- (1) 循環器内科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。
 - (2) 心臓電気生理学的検査を年間50例以上実施していること。なお、このうち5例以上は心室性頻拍性不整脈症例に対するものである。
 - (3) 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間30例以上実施しており、かつ、ペースメーカー移植術を年間10例以上実施していること。
 - (4) 常勤の循環器内科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ2名以上配置されており、そのうち2名以上は、所定の研修を修了していること。
 - (5) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。
- ア 血液学的検査
イ 生化学的検査
ウ 画像診断
- 3 届出に関する事項

植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極除去術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式62を用いること。

第67の2 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

1 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（心筋電極の場合）に関する施設基準

- (1) 循環器内科又は小児循環器内科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。
- (2) 心臓電気生理学的検査又は体外式ペースメーカーを用いた循環器集中管理を年間50例以上実施していること。なお、このうち5例以上は致死性不整脈（心室性頻拍性不整脈症例又は開心術後不整脈）に対するものであること。
- (3) 開心術、冠動脈又は大動脈バイパス移植術を合わせて年間30例以上実施しており、かつ、経静脈電極によるペースメーカー移植術を年間10例以上又は心筋電極によるペースメーカー移植術を3年間に3例以上実施していること。
- (4) 常勤の循環器内科又は小児循環器内科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ2名以上配置されており、そのうち2名以上は、所定の研修を修了していること。
- (5) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できよう、必要な機器を備えていること。

ア 血液学的検査

イ 生化学的検査

ウ 画像診断

- (6) 定期的に循環器内科又は小児循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する、重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスが開催されていること。

2 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（経静脈電極の場合）に関する施設基準

- (1) 循環器内科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。
- (2) 心臓電気生理学的検査を年間50例以上実施しており、このうち5例以上は心室性頻拍性不整脈症例に対するものであること。
- (3) 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間30例以上実施しており、かつ、ペースメーカー移植術を年間10例以上実施していること。
- (4) 常勤の循環器内科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ2名以上配置されており、そのうち2名以上は所定の研修を修了していること。

(5) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できよう、必要な機器を備えていること。

ア 血液学的検査

イ 生化学的検査

ウ 画像診断

3 届出に関する事項

両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式63を用いること。

第68 大動脈バルーンパンピング法（IABP法）

1 大動脈バルーンパンピング法（IABP法）に関する施設基準

循環器内科、心臓血管外科又は麻酔科のうち、いずれか一つの診療科の経験を5年以上有する医師が1名以上配置されていること。

2 届出に関する事項

大動脈バルーンパンピング法（IABP法）の施設基準に係る届出は、別添2の様式24を用いること。

第68の2 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）

1 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）に関する施設基準

(1) 循環器内科の経験を5年以上有する常勤医師及び心臓血管外科の経験を5年以上有する常勤医師（小児を対象とする場合は小児循環器内科の経験を5年以上有する常勤の医師）がそれぞれ1名以上配置されていること。

(2) 次のいずれにも該当すること。

ア 心臓血管手術の症例が年間100例以上であり、小児を対象とする場合は、そのうち18歳未満の症例に対する心臓手術が年間50例以上であること。

イ 経皮的冠動脈形成術を3年間に300例以上実施していること。ただし、小児を対象とする場合を除く。

ウ 区分番号「K600」大動脈バルーンパンピング法を3年間に30例以上及び区分番号「K602」経皮的心臓補助法を3年間に20例以上実施していること。ただし、小児を対象とする場合を除く。

エ 小児を対象とする場合は11歳未満の症例に対する機械的循環補助を過去5年間で3例以上経験していること。なお、機械的循環補助とは、補助人工心臓、左心バイパス又は左心系脱血を伴う臓型人工肺の装着を指す。

(3) 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）を行うに当たり関係学会より認定された施設であること。

(4) 関係学会から送られている指針に基づき、経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

(1) 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）に係る届出は、別添2の様式52及び様式87の13を用いること。

(2) 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

(3) 経皮的循環補助法の施設基準に係る届出書添付書類及び経皮的循環補助法（小児を対象とする場合）の施設基準に係る届出書添付書類ともに届出を行う場合は別にそれぞれ届け出ることを要する。

第69 補助人工心臓

1 補助人工心臓に関する施設基準

(1) 心臓血管外科を標榜している病院であること。

- (2) 開心術(冠動脈、大動脈バイパス移植術を含む。)の症例が年間50例以上あること。
 (3) 常動の心臓血管外科の医師が5名以上配置されており、このうち2名以上は心臓血管外科の経験を5年以上有しており、1名は少なくとも1例以上の補助人工心臓の経験を有していること。
 (4) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できる
 よう、必要な機器を備えていること。
 ア 血液学的検査
 イ 生化学的検査
 ウ 画像診断
 2 届出に関する事項
 補助人工心臓の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式64を用いること。

第69の2 小児補助人工心臓

- 1 小児補助人工心臓に関する施設基準
 (1) 心臓血管手術の症例が年間100例以上であり、そのうち18歳未満の症例に対する心臓手術が年間50例以上であること。
 (2) 11歳未満の症例に対する機械的循環補助を過去5年間で3例以上経験していること。なお、機械的循環補助とは、補助人工心臓、左心バイパス又は左心系脱血を伴う臍型人工肺の装着を指す。
 (3) 常動の心臓血管外科の医師が3名以上配置されており、このうち2名以上は心臓血管外科の経験を5年以上有しており、1名は少なくとも1例以上の補助人工心臓の経験を有していること。
 (4) 5年以上の経験を有する小児循環器内科の医師が1名以上配置されていること。
 (5) 当該療養を行うに当たり関係学会から認定され、その旨が当該学会のホームページ等で広く周知された施設であること。
 2 届出に関する事項
 小児補助人工心臓の施設基準に関する届出は、別添2の様式52及び様式64の2を用いること。

第70の2 植込型補助人工心臓(非拍動流型)

- 1 植込型補助人工心臓(非拍動流型)に関する施設基準
 (1) 心臓血管外科を専精している病院であること。
 (2) 開心術の症例が年間100例以上であること。
 (3) 常動の心臓血管外科の医師が5名以上配置されており、このうち2名以上は心臓血管外科の経験を5年以上有しており、1名は少なくとも1例以上の補助人工心臓の経験を有していること。
 (4) 補助人工心臓の装着経験が5例以上あり、うち3例は過去3年間に経験していること。そのうち1例は90日以上連続して補助人工心臓を行った経験があること。
 (5) 当該療養を行うに当たり関係学会から認定された施設であること。
 (6) 所定の研修を修了している常動医師が2名以上配置されていること。

- (7) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できる
 よう、必要な機器を備えていること。
 ア 血液学的検査
 イ 生化学的検査
 ウ 画像診断

- (8) 補助人工心臓装着の適応を検討する循環器内科医を含めた委員会が組織され、装着患者を統合的に治療、看護する体制が組めること。
 (9) 体外設置型補助人工心臓駆動装置について、緊急時の装着がいつでも施行可能な体制を確保していること。
 2 届出に関する事項
 (1) 植込型補助人工心臓(非拍動流型)の施設基準に関する届出は、別添2の様式52及び様式65の3を用いること。
 (2) 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第71 同種心臓移植術

- 1 同種心臓移植術に関する施設基準
 移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設であること。
 2 届出に関する事項
 (1) 同種心臓移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式57を用いること。
 (2) 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第72 同種心臓移植術

- 1 同種心臓移植術に関する施設基準
 移植関係学会合同委員会において、心臓同時移植実施施設として選定された施設であること。
 2 届出に関する事項
 (1) 同種心臓移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式57を用いること。
 (2) 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第72の1の2 骨格筋由来細胞シート心表面移植術

- 1 骨格筋由来細胞シート心表面移植術に関する施設基準
 (1) 植込型補助人工心臓(非拍動流型)の実施施設として届出のある施設又は植込型補助人工心臓(非拍動流型)の実施施設として届出のある施設と連携可能な施設であること。
 (2) 医薬品医療機器等法に基づき薬局等構造設備規則又は再生医療等の安全性の確保等に関する法律(平成25年法律第85号)に基づく細胞培養加工施設の構造設備に関する基準に則した設備を有すること。
 (3) 循環器内科の経験を5年以上有する常動医師及び心臓血管外科の経験を5年以上有する常動医師がそれぞれ1名以上配置され、これらの医師は所定の研修を修了していること。
 (4) 定期的に循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する、心臓移植を含む重症心不全

患者の治療方針を決定するカンファレンスが開催されていること。
(5) 関連学会の定める「ヒト（自己）骨格筋由来細胞シート」の使用要件等の基準について」に
おいて定められた実施施設基準に準じていること。

2 届出に関する事項

- (1) 骨格筋由来細胞シート心表面移植術に係る届出は、別添2の様式65の3の2を用いること。
- (2) 過去1年間に実施した、心臓移植を含む重症心不全患者の治療方針を決定するカンファレンスの議事録を、個人情報等をマスクした上で、添付すること。

第72の2 経皮的動脈造形術

- 1 経皮的動脈造形術に関する施設基準
区分番号「A300」救命救急入院料又は区分番号「A301」特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。
- 2 届出に関する事項
救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出を行っているればよく、経皮的動脈造形術として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第72の2の2 経皮的下肢動脈形成術

- 1 経皮的下肢動脈形成術に関する施設基準
(1) 外科又は心臓血管外科を標榜している病院であること。
(2) 当該保険医療機関に日本IVR学会、日本心血管インターベンション治療学会又は日本血管外科学会が認定する常勤の医師が1名以上配置されていること。
(3) 緊急手術が可能な体制を有していること。
(4) 日本IVR学会、日本心血管インターベンション治療学会又は日本血管外科学会により認定された施設であること。
(5) 日本IVR学会、日本心血管インターベンション治療学会及び日本血管外科学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
- 2 届出に関する事項
(1) 経皮的下肢動脈形成術に係る届出は、別添2の様式65の3の3を用いること。
(2) 日本IVR学会、日本心血管インターベンション治療学会又は日本血管外科学会により認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第72の3 内視鏡下下肢静脈縮不全穿通枝切離術

- 1 内視鏡下下肢静脈縮不全穿通枝切離術に関する施設基準
(1) 外科、血管外科又は心臓血管外科を標榜している病院であること。
(2) 当該保険医療機関において、血管外科又は心臓血管外科の経験を合わせて5年以上有し、かつ、当該療法を術者として10例以上実施した経験の医師が配置されていること。
(3) 下肢静脈縮手術（抜去切除術、硬化療法及び高位結紮術をいう。）、大伏在静脈結紮術、下肢静脈縮血管内焼灼術及び内視鏡下下肢静脈縮不全穿通枝切離術を合わせて年間50例以

上実施していること。

2 届出に関する事項

内視鏡下下肢静脈縮不全穿通枝切離術に係る届出は、別添2の様式62及び様式65の4を用いること。

第72の4 腹腔鏡下リンパ節群郭清術

- 1 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）に関する施設基準
(1) 泌尿器科を標榜している病院であること。
(2) 以下のアからキまでの手術を術者として、合わせて20例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が2名以上配置されていること。
 - ア 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（骨盤）
 - イ 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）
 - ウ 腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術
 - エ 腹腔鏡下腎摘出術
 - オ 腹腔鏡下副腎摘出術
 - カ 腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術
 - キ 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術
- (3) 当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術、腹腔鏡下リンパ節群郭清術（骨盤）又は腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術を術者として合わせて10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が1名以上配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関において当該手術、腹腔鏡下リンパ節群郭清術（骨盤）又は腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術が合わせて10例以上実施されていること。
- (5) 関係学会から示されている指針に基づき適切に実施されていること。
- 2 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）に関する施設基準
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）及び病理診断管理加算2に係る届出を行っている施設であること。
- 3 届出に関する事項
(1) 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）に係る届出は、別添2の様式62及び様式65の4の2を用いること。
(2) 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）に係る届出は、別添2の2を用いること。

第72の4の2 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術

- 1 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術に関する施設基準
(1) 泌尿器科を標榜している病院であること。
(2) 以下のアからタまでの手術を術者として、合わせて20例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が2名以上配置されていること。
 - ア 腹腔鏡下リンパ節群郭清術
 - イ 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術
 - ウ 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術
 - エ 腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術

- オ 腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術
 - カ 腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
 - キ 腹腔鏡下腎摘出術
 - ク 腹腔鏡下副腎摘出術
 - ケ 腹腔鏡下小切開副腎摘出術
 - コ 腹腔鏡下小切開副腎摘出術
 - サ 腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
 - シ 腹腔鏡下腎(尿管)悪性腫瘍手術
 - ス 腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術
 - セ 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
 - ソ 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍手術
 - タ 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術
- (3) 当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が1名以上配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関において当該手術が10例以上実施されていること。
- (5) 問診録に記述されている指針に基づき適切に実施されていること。
- 2 届出に関する事項
- 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群淋節の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式65の5を用いること。

第72の5 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群淋節の施設基準及び届出に関する事項は、第72の4の2腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群淋節の例による。

- 第72の6 ダメージコントロール手術
- 1 ダメージコントロール手術に関する施設基準
区分番号「A300」救命救急入院料又は区分番号「A301」特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。
- 2 届出に関する事項
救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出を行っていただくべく、ダメージコントロール手術として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第72の7 腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群淋節の施設基準及び届出に関する事項は、第72の4の2腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群淋節の例による。

- 第72の7の2 腹腔鏡下十二指腸局所切除術(内視鏡処置を併施するもの)
- 1 腹腔鏡下十二指腸局所切除術(内視鏡処置を併施するもの)の施設基準
(1) 当該保険医療機関において、胃悪性腫瘍に係る手術(区分番号「K654-2」、「K654-3」、「K655」、「K655-2」(内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。))、「K655-4」、「K655-5」(内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。))、「K657」及び「K657-2」(内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。))、

- む。))を年間40例以上施行していること。
- (2) 当該保険医療機関において、腹腔鏡手術を年間50例以上実施していること。
- (3) 当該保険医療機関において、腔鏡十二指腸局所切除術(区分番号「K703」及び「K703-2」)を年間10例以上施行していること。
- (4) 当該保険医療機関において、粘膜下層剥離術(区分番号「K526-2」の「2」)又は「K653」の「2」を年間20例以上実施していること。
- (5) 外科又は消化器外科、消化器内科及び麻酔科を備えている保険医療機関であること。
- (6) 外科又は消化器外科について専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、そのうち1名以上が外科又は消化器外科について10年以上の経験を有していること。
- (7) 消化管内視鏡手術について5年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。
- (8) 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
- (9) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術応急等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
- 2 届出に関する事項
- 腹腔鏡下十二指腸局所切除術(内視鏡処置を併施するもの)に係る届出は、別添2の様式52及び様式65の8を用いること。
- 第72の7の3 腹腔鏡下胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- 1 腹腔鏡下胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)の施設基準
(1) 外科又は消化器外科、放射線科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を備えている病院であること。
(2) 以下のアからカまでの手術を術者として、合わせて10例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。

- ア 腹腔鏡下胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
 - イ 腹腔鏡下専門側副胃切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
 - ウ 腹腔鏡下胃全摘術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
- (3) 当該保険医療機関において、以下のアからカまでの手術を年間50例以上実施しており、このうちイ、エ及びカの手術を合わせて年間20例以上実施していること。
- ア 胃切除術
 - イ 腹腔鏡下胃切除術
 - ウ 噴門側副胃切除術
 - エ 腹腔鏡下専門側副胃切除術
 - オ 胃全摘術
 - カ 腹腔鏡下胃全摘術
- (4) 外科又は消化器外科について専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、そのうち1名以上が外科又は消化器外科について10年以上の経験を有していること。
- (6) 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
- (8) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- (7) 当該薬業に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

(8) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

(9) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式87の14を用いること。
- (2) 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第72の7の4 腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

1 腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

- (1) 外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。
- (2) 以下のアからウまでの手術について、イ又はウの手術を1例以上含み、合わせて10例以上を術者として実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - ア 腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 - イ 腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
 - ウ 腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
- (3) 当該保険医療機関において、以下のアからウまでの手術を年間50例以上実施しており、このうちイ、エ及びウの手術を合わせて年間20例以上実施していること。

ア 胃切除術

イ 腹腔鏡下胃切除術

ウ 噴門側胃切除術

エ 腹腔鏡下噴門側胃切除術

オ 胃全摘術

カ 腹腔鏡下胃全摘術

(4) 外科又は消化器外科について専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、そのうち1名以上が外科又は消化器外科について10年以上の経験を有していること。

(5) 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

(6) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。

(7) 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

(8) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

(9) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式87の14を用いること。
- (2) 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第72の7の5 腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

1 腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

- (1) 外科又は消化器外科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

(2) 以下のアからウまでの手術について、ウの手術を1例以上含み、合わせて10例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。

ア 腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

イ 腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

ウ 腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
(3) 当該保険医療機関において、以下のアからウまでの手術を年間50例以上実施しており、このうちイ、エ及びウの手術を合わせて年間20例以上実施していること。

ア 胃切除術

イ 腹腔鏡下胃切除術

ウ 噴門側胃切除術

エ 腹腔鏡下噴門側胃切除術

オ 胃全摘術

カ 腹腔鏡下胃全摘術

(4) 外科又は消化器外科について専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、そのうち1名以上が外科又は消化器外科について10年以上の経験を有していること。

(5) 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

(6) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。

(7) 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

(8) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

(9) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式87の14を用いること。
- (2) 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第72の8 腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）

1 腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）に関する施設基準

(1) 外科又は消化器外科、麻酔科及び内科、循環器内科、内分泌内科、代謝内科又は糖尿病内科を標榜している保険医療機関であること。

(2) 腹腔鏡を使用した胃の手術（区分番号「K647-2」、「K649-2」、「K654-3」、「K655-2」（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）」、「K655-5」（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）」、「K656-2」、「K657-2」（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）」、「K662-2」、「K666-2」、「K667-2」又は「K667-3」）が1年間に合わせて20例以上実施されていること。

(3) 外科又は消化器外科について5年以上の経験を有し、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として5例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。

- (4) 当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が2名以上配置されていること。
 - (5) 常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。
 - (6) 高血圧症、脂質異常症、糖尿病又は肥満症に関する診療について合わせて5年以上の経験を有する常勤の医師1名が配置されていること。
 - (7) 常勤の管理栄養士が配置されていること。
 - (8) 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
 - (9) 前年度の実績等を地方厚生(支)局長等に届け出ていること。
 - (10) 当該保険医療機関において当該手術を実施した患者に対するフォローアップ(年に1回、体重、生活習慣等の重症度を把握することを行う。)を行っており、フォローアップの内訳が一元的に記録されていること。なお、術後5年目の補起率が7割5分以上であることが望ましい。
- 2 届出に関する事項
 - 腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)に係る届出は、別添2の様式52及び様式65の6を用いること。

第72の8の2 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術

- 1 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術に関する施設基準
 - (1) 当該手術を術者として5例以上実施した経験を有する常勤の医師が配置されていること。
 - (2) 消化器内科の経験を5年以上有している常勤の医師が1名以上配置されており、そのうち1名以上が消化器内視鏡検査について5年以上の経験を有していること。
 - (3) 放射線科の経験を5年以上有している常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - (4) 外科又は消化器外科、内科又は消化器内科及び放射線科を標榜している保険医療機関であること。
 - (5) 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

2 届出に関する事項

- バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術に係る届出は、別添2の様式52及び様式87の15を用いること。

第72の9 胆管悪性腫瘍手術(胆頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うものに限る。)

- 1 胆管悪性腫瘍手術(胆頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うものに限る。)に関する施設基準
 - (1) 当該医療機関において、胆頭十二指腸切除術又は肝切除術を年間20例以上実施していること。
 - (2) 外科又は消化器外科について5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。
- 2 届出に関する事項
 - 胆管悪性腫瘍手術(胆頭十二指腸切除及び肝切除(葉以上)を伴うものに限る。)の施設基準に係る届出については、別添2の様式52及び様式65の7を用いること。

第73 体外衝撃波胆石破砕術

- 1 体外衝撃波胆石破砕術に関する施設基準
 - (1) 体外衝撃波胆石破砕術を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するための緊急手術が可能な手術室を有していること。ただし、体外衝撃波胆石破砕術、体外衝撃波碎石破砕術及び体外衝撃波腎・尿管結石破砕術を行う専用の室は同一のものであって差し支えない。

- (2) 担当する医師が常時待機しており、胆石症の治療に關し専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。

- (3) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

- ア 生化学的検査
- イ 血液学的検査
- ウ 微生物学的検査
- エ 画像診断

- (4) 医療法第30条の4第1項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該手術に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 体外衝撃波胆石破砕術の施設基準に係る届出は、別添2の様式66を用いること。
- (2) 当該治療が行われる専用の施設の平面図を添付すること。
- (3) 当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。

第73の2 腹腔鏡下肝切除術

1 腹腔鏡下肝切除術(部分切除及び外側区域切除)に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術を、1年間に10例以上実施していること。
- (2) 腹腔鏡を用いる手術について、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針についての検討を適切に実施すること。
- (3) 腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関が消化器外科及び麻酔科を標榜しており、消化器外科において常勤の医師が3名以上配置されており、そのうち1名以上が消化器外科について5年以上の経験を有していること。
- (5) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
- (6) 緊急手術が可能な体制を有していること。

2 腹腔鏡下肝切除術(Ⅱ区域切除、Ⅰ区域切除(外側区域切除を除く。))、Ⅱ区域切除及びⅢ区域切除以上のものに関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術を、1年間に20例以上実施していること。
- (2) 当該保険医療機関において腹腔鏡手術を年間100例以上実施していること。
- (3) 腹腔鏡を用いる手術について、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針についての検討を適切に実施すること。
- (4) 腹腔鏡下肝切除術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の医師が配置されていること。

- ること。
- (5) 当該保険医療機関が消化器外科及び麻酔科を標榜しており、消化器外科において常勤の医師が3名以上配置されており、そのうち1名以上が消化器外科について5年以上の経験を持っていること。
- (6) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
- (7) 緊急手術が可能な体制を有していること。
- (8) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
- 3 届出に関する事項
 腹腔鏡下肝切除術に係る届出は、別添2の様式52及び様式66の2を用いること。

第73の3 腹腔鏡下胆道閉鎖症手術

- 1 腹腔鏡下胆道閉鎖症手術の施設基準
- (1) 当該療養を5名以上実施した経験を有する常勤の医師が配置されていること
- (2) 当該保険医療機関において、胆道閉鎖症に係る手術（区分番号「K684」先天性胆道閉鎖症手術又は「K684-2」腹腔鏡下胆道閉鎖症手術）が1年間に合わせて2例以上実施されていること
- (3) 当該保険医療機関において、腹腔鏡を用いる手術（16歳未満に実施したものに限る。区分番号「K634」腹腔鏡下胆道ヘルニア手術（両側）を除く。）が1年間に50例以上実施されていること
- 2 届出に関する事項
 腹腔鏡下胆道閉鎖症手術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式87の16を用いること。

第74 生体部分肝移植術

- 1 生体部分肝移植術に関する施設基準
- (1) 肝切除術が年間20例以上あること、又は小児科及び小児外科の病床数が合わせて100床以上の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術が合わせて年間10例以上あること。
- (2) 当該手術を担当する診療科の常勤医師数が5名以上配置されており、このうち少なくとも1名は臓器移植の経験を有していること。
- (3) 生体部分肝移植術の実施に当たり、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針、日本移植学会「肝移植ガイドライン」及び日本移植研究会「生体肝移植研究会倫理指針」を遵守していること。
- 2 届出に関する事項
 (1) 生体部分肝移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式67を用いること。
 (2) 臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針、日本移植学会「肝移植ガイドライン」及び日本移植研究会「生体肝移植研究会」を遵守する旨の文

書（様式任意）を添付すること。

第75 同種死体肝移植術

- 1 同種死体肝移植術に関する施設基準
 移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設であること。
- 2 届出に関する事項
 (1) 同種死体肝移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式57を用いること。
 (2) 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第75の2 体外衝撃波碎石破砕術（一連につき）

- 1 体外衝撃波碎石破砕術（一連につき）に関する施設基準
- (1) 体外衝撃波碎石破砕術を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能な手術室を有していること。ただし、体外衝撃波胆石破砕術、体外衝撃波碎石破砕術及び体外衝撃波腎・尿管結石破砕術を行う専用の室は同一のものであって差し支えない。
- (2) 担当する医師が常時待機（院外での対応も含む。）しており、胆石の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。
- (3) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。
- ア 生化学的検査
 イ 血液学的検査
 ウ 微生物学的検査
 エ 画像診断
- (4) 胆石に対する内視鏡的治療が可能な体制を有していること。
- (5) なお、医療法第30条の4第1項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該手術に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。
- 2 届出に関する事項
 体外衝撃波碎石破砕術（一連につき）に係る届出は、別添2の様式66を用いること。

第75の3 腹腔鏡下胆道腫瘍摘出術及び腹腔鏡下胆体尾部腫瘍切除術

- 1 腹腔鏡下胆道腫瘍摘出術及び腹腔鏡下胆体尾部腫瘍切除術の施設基準
- (1) 当該保険医療機関において、胆臓手術（内視鏡によるものを除く。）を1年間に5例以上実施していること。
- (2) 腹腔鏡を用いる手術について、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針についての検討を適切に実施すること。
- (3) 腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。
- (4) 当該保険医療機関において、消化器外科及び麻酔科を標榜しており、消化器外科において、医師が3名以上配置されており、そのうち1名以上が消化器外科について5年以上の経験を有していること。

- (5) 病理解剖が設置され、病理医が配置されていること。
- (6) 緊急手術が可能な体制を有していること。
- 2 腹腔鏡下腹腔体尾部腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)の施設基準
 - (1) 外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。
 - (2) 以下のア又はイの手術を術者として、合わせて5例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - ア 腹腔鏡手術用支援機器を用いる場合)
 - イ 腹腔鏡下腹腔体尾部腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
 - (3) 腹腔鏡下腹腔体尾部腫瘍切除術又は腹腔鏡下腹腔体尾部腫瘍切除術を術者として20例以上実施した経験を有する常勤医師が配置されていること。
 - (4) 当該保険医療機関において、腹腔鏡に係る手術を年間50例以上実施しており、そのうち腹腔鏡十二指腸切除術を年間20例以上実施していること。
 - (5) 当該保険医療機関において腹腔鏡手術を年間100例以上、かつ、胆嚢摘出術を除く腹腔鏡下上腹部手術を年間20例以上実施していること。
 - (6) 病理解剖が設置され、病理医が配置されていること。
 - (7) 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
 - (8) 当該業務に用いる機器が1名以上配置されていること。
 - (9) 当該業務に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
 - (10) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
 - (11) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

- 3 届出に関する事項
 - (1) 腹腔鏡下腹腔体尾部腫瘍切除術の施設基準に係る届出については、別添2の様式52及び様式67の2を用いること。
 - (2) 腹腔鏡下腹腔体尾部腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)の施設基準に係る届出については、別添2の様式52及び様式67の2の4を用いること。
 - (3) 外科又は消化器外科を担当する医師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を、別添2の様式4により提出すること。

第76 同種死体腎移植術、同種死体腎移植術

- 1 同種死体腎移植術、同種死体腎移植術に関する施設基準
 - 移植関係学会合同委員会において、移植移植実施施設として選定された施設であること。
- 2 届出に関する事項
 - (1) 同種死体腎移植術、同種死体腎移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式57を用いること。
 - (2) 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第76の2 同種死体腎移植術

- 1 同種死体腎移植術に関する施設基準
 - (1) 当該保険医療機関において、同種死体腎移植術、同種死体腎移植術又は同種死体腎移植術を合わせて3年間に5例以上実施していること。ただし、令和4年3月31日までの間は、過去5年間に2例以上の実績がある場合、当該基準を満たしているものとみなす。

- (5) 病理解剖が設置され、病理医が配置されていること。
- (6) 緊急手術が可能な体制を有していること。
- 2 腹腔鏡下腹腔体尾部腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)の施設基準
 - (1) 外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。
 - (2) 以下のア又はイの手術を術者として、合わせて5例以上実施した経験を有する常勤の医師が3名以上配置されていること。
 - ア 腹腔鏡手術用支援機器を用いる場合)
 - イ 腹腔鏡下腹腔体尾部腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)
 - (3) 当該保険医療機関において、腹腔鏡に係る手術を年間20例以上実施していること。
 - (4) 外科又は消化器外科について専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師が3名以上配置されていること。
 - (5) 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
 - (6) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
 - (7) 当該業務に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
 - (8) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
 - (9) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

- 3 届出に関する事項
 - (1) 腹腔鏡下腹腔体尾部腫瘍摘出術及び腹腔鏡下腹腔体尾部腫瘍切除術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式67の2を用いること。
 - (2) 腹腔鏡下腹腔体尾部腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式67の2を用いること。
 - (3) 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第75の4 腹腔鏡下腹腔体尾部腫瘍切除術

- 1 腹腔鏡下腹腔体尾部腫瘍切除術の施設基準
 - (1) 当該保険医療機関で腹腔鏡に係る手術を年間50例以上施行しており、そのうち十二指腸切除術を年間20例以上施行していること。
 - (2) 当該保険医療機関において腹腔鏡手術を年間100例以上、かつ、胆嚢摘出術を除く腹腔鏡下上腹部手術を年間20例以上実施していること。
 - (3) 腹腔鏡下腹腔体尾部腫瘍切除術又は腹腔鏡下腹腔体尾部腫瘍切除術を術者として20例以上実施した経験を有する常勤医師が配置されていること。
 - (4) 外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
 - (5) 病理解剖が設置され、病理医が配置されていること。
 - (6) 外科又は消化器外科において常勤の医師が5名以上配置されており、そのうち1名以上が消化器外科について15年以上の経験を有していること。
 - (7) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
- 2 腹腔鏡下腹腔体尾部腫瘍切除術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)の施設基準

(2) 当該手術を担当する診療科の常勤医師数が2名以上配置されており、このうち1名以上は3例以上の同種死体臓器移植術の経験を有していること。

(3) 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、このうち1名以上は臓器移植又は臓器移植患者の診療の経験を有していること。

(4) 日本臓器移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守している旨を届け出ていること。

(5) 同種死体臓器移植術の実施に当たり、再生医療等の安全性の確保等に関する法律第3条に規定する再生医療等提供基準を遵守していること。

2 届出に関する事項

(1) 同種死体臓器移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式57の2を用いること。

(2) 関連学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

(3) 再生医療等の安全性の確保等に関する法律第3条に規定する再生医療等提供基準を遵守していることを証する文書として、地方厚生(支)局で受理された再生医療等提供計画の写しを添付すること。

第76の2の2 生体部分小腸移植術

1 生体部分小腸移植術に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関において、生体部分肝移植術又は生体部分小腸移植術を合わせて1年間に5例以上実施していること。

(2) 当該手術を担当する診療科の常勤医師数が5名以上配置されており、このうち少なくとも1名は生体部分小腸移植術又は同種死体小腸移植術の経験を有していること。

(3) 生体部分小腸移植術の実施に当たり、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針(ガイドライン)、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体小腸移植実施指針」を遵守していること。

2 届出に関する事項

(1) 生体部分小腸移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式87の17の2を用いること。

(2) 臓器の移植に関する法律の運用に関する指針(ガイドライン)、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体小腸移植実施指針」を遵守する旨の文書(様式任意)を添付すること。

第76の3 同種死体小腸移植術

1 同種死体小腸移植術に関する施設基準

移植関係学会合同委員会において、小腸移植実施施設として選定された施設であること。
2 届出に関する事項

(1) 同種死体小腸移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式57を用いること。

(2) 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付する

こと。

第76の4 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術

1 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術の施設基準

(1) 当該保険医療機関において、粘膜下層剥離術(区分番号「K52.6-2」の「2」、「K65.3」の「2」若しくは「3」及び「K72.1-4」)を年間20件以上実施していること。

(2) 消化器内科、消化器外科、内視鏡内科又は内視鏡外科を標榜していること。

(3) 当該保険医療機関において、消化管内視鏡手術について5年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

(4) 緊急手術が可能な体制を有していること。

2 届出に関する事項

早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式67の3を用いること。

第76の5 腹腔鏡下小切開胃摘出術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の4の2腹腔鏡下小切開胃摘出術の施設基準の例による。

第76の6 腹腔鏡下直腸切除・切断術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)

1 腹腔鏡下直腸切除・切断術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)の施設基準

(1) 外科又は消化器外科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

(2) 腹腔鏡下直腸切除・切断術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)を術者として、10例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。

(3) 当該保険医療機関において、以下のア及びイの手術を年間30例以上実施しており、このうちイの手術を年間10例以上実施していること。

ア 直腸切除・切断術

イ 腹腔鏡下直腸切除・切断術

(4) 外科又は消化器外科について専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、そのうち1名以上が、外科又は消化器外科について10年以上の経験を有すること。

(5) 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

(6) 常勤の臨床工学士が1名以上配置されていること。

(7) 当該業務に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

(8) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

(9) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2 届出に関する事項

(1) 腹腔鏡下直腸切除・切断術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式87の18を用いること。

(2) 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第77の3の2 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)

1 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)

- (1) 泌尿器科及び麻酔科を標榜している病院であること。
- (2) 泌尿器科について5年以上の経験を有しており、また、当該療養について10例以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。
- (3) 泌尿器科において常勤の医師2名を有し、いずれも泌尿器科について専門の知識及び5年以上の経験を有すること。

- (4) 麻酔科の標榜医が配置されていること。
- (5) 当該保険医療機関において、腎悪性腫瘍手術に係る手術(区分番号「K773」及び「K773-4」又は「K773-5」)が1年間に合わせて10例以上実施されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)に係る届出は、別添2の様式52及び様式68の3を用いること。
- (2) 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。
- (3) 緊急手術体制が整備されていること。
- (4) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- (5) 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

第77の3の3 腹腔鏡下腎盂形成手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)

1 腹腔鏡下腎盂形成手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)

- (1) 泌尿器科及び麻酔科を標榜している病院であること。
- (2) 以下のア又はイの手術を術者として、合わせて10例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。

- ア 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)
- イ 腹腔鏡下腎盂形成手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)

2 届出に関する事項

- (1) 当該治療が行われる専用の施設の平面図を添付すること。
- (2) 当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。
- (3) 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

第77の2 腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術

1 腎腫瘍凝固・焼灼術(冷凍凝固によるもの)の施設基準

- (1) 泌尿器科を標榜している病院であること。
- (2) 当該療養を担当する医師が常時待機(院外での対応を含む。)しており、腎腫瘍の治療に關し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師が2名以上配置されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 泌尿器科において常勤の医師2名を有し、いずれも泌尿器科について専門の知識及び5年以上の経験を有すること。
- (2) 緊急手術体制が整備されていること。
- (3) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- (4) 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

第77 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術

1 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術に関する施設基準

- (1) 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能となる手術室を有していること。ただし、体外衝撃波胆石破碎術、体外衝撃波膀胱石破碎術及び体外衝撃波腎・尿管結石破碎術を行う専用の室は同一のものであって差し支えない。
- (2) 担当する医師が常時待機(院外での対応も含む。)しており、腎・尿管結石の治療に關し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されていること。
- (3) 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア 生化学的検査

イ 血液学的検査

ウ 微生物学的検査

エ 画像診断

- (4) なお、医療法第30条の4第1項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該手術に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 体外衝撃波腎・尿管結石破碎術の施設基準に係る届出は、別添2の様式66を用いること。
- (2) 当該治療が行われる専用の施設の平面図を添付すること。
- (3) 当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。

第77の2 腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術

1 腎腫瘍凝固・焼灼術(冷凍凝固によるもの)の施設基準

- (1) 泌尿器科を標榜している病院であること。
- (2) 当該療養を担当する医師が常時待機(院外での対応を含む。)しており、腎腫瘍の治療に關し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師が2名以上配置されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 泌尿器科において常勤の医師2名を有し、いずれも泌尿器科について専門の知識及び5年以上の経験を有すること。
- (2) 緊急手術体制が整備されていること。
- (3) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- (4) 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

2 届出に関する事項

- (1) 腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る届出は、別添2の様式52及び様式69の2を用いること。
- (2) 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第77の4 同種死体腎移植術

- 1 同種死体腎移植術に関する施設基準
腎臓移植実施施設として、(社)日本臓器移植ネットワークに登録された施設であること。

2 届出に関する事項

- (1) 同種死体腎移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式57を用いること。
- (2) (社)日本臓器移植ネットワークに登録された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第77の5 生体腎移植術

- 1 生体腎移植術に関する施設基準
 - (1) 腎尿路系手術（区分番号「L008」マスタ又は尿管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴うものに限る。）が年間10例以上あること。
 - (2) 当該手術を担当する診療科の常勤の医師が2名以上配置されており、このうち少なくとも1名は、1例以上の死体腎移植又は5例以上の生体腎移植の経験を有していること。
 - (3) 生体腎移植術の実施に当たり、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体腎移植ガイドライン」を原則として遵守していること。
- 2 届出に関する事項
 - (1) 生体腎移植術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式69を用いること。
 - (2) 臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体腎移植ガイドライン」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

第77の6 腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の4腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節腫瘍摘出術の例による。

第77の7 膀胱水圧拡張術

- 1 膀胱水圧拡張術に関する施設基準
 - (1) 泌尿器科の経験を5年以上有しており、膀胱水圧拡張術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として、5例以上実施した経験を有する医師が配置されていること。
 - (2) 当該保険医療機関が泌尿器科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。
 - (3) 麻酔科標榜医が配置されていること。
 - (4) 緊急手術が可能ない体制を有していること。

2 届出に関する事項

膀胱水圧拡張術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式69の2を用いること。

第77の8 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の4腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節腫瘍摘出術の例による。

第77の9 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術

- 1 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術に関する施設基準
 - (1) 当該保険医療機関において、膀胱悪性腫瘍手術（区分番号「K803」、[K803-1]及び「K803-3」）を1年間に10例以上実施していること。
 - (2) 腹腔鏡を用いる手術について、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針について、検討を適切に実施すること。
 - (3) 腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。
 - (4) 当該保険医療機関が泌尿器科及び麻酔科を標榜している医療機関であり、泌尿器科において常勤の医師が2名以上配置されており、そのうち少なくとも1名は、5年以上の経験を有すること。
 - (5) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
 - (6) 緊急手術が可能ない体制を有していること。
- 2 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る施設基準
 - (1) 泌尿器科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。
 - (2) 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、5例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - (3) 当該保険医療機関において、以下のアからウまでの手術を合わせて年間10例以上実施していること。
 - ア 膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの、尿管S状結腸吻合を利用して尿路変更を行うもの、回腸若しくは結腸導管を利用して尿路変更を行うもの又は代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）に限る。）
 - イ 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
 - ウ 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術
 - (4) 泌尿器科において常勤の医師が2名以上配置され、いずれも泌尿器科について専門の知識及び5年以上の経験を有すること。
 - (5) 緊急手術体制を整備されていること。
 - (6) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
 - (7) 当該手術に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
 - (8) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
 - (9) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
- 3 届出に関する事項
 - (1) 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出

腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式69の3を用いること。

(2) 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)に係る届出
ア 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いる場合)に係る届出は、別添2の様式52及び様式69の5を用いること。
イ 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第77の10 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は、第77の9の1 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術の例による。

第77の11 人工尿道括約筋植込・置換術
1 人工尿道括約筋植込・置換術の施設基準
(1) 泌尿器科を専務している医療機関であり、泌尿器科において常勤の医師が2名以上配置されており、そのうち少なくとも1名は、5年以上の経験を有すること。
(2) 緊急手術体制が整備されていること。
2 届出に関する事項
人工尿道括約筋植込・置換術の施設基準に係る届出は、別添2の様式69の4を用いること。

第77の12 焦点式高エネルギー超音波療法
1 焦点式高エネルギー超音波療法に関する施設基準
(1) 泌尿器科を専務している病院であること。
(2) 当該手術を主として実施する医師及び補助を行う医師としてそれぞれ5例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師(当該診療料について5年以上の経験を有するものに限る。)が1名以上配置されていること。
(3) 当該保険医療機関において当該手術が5例以上実施されていること。
(4) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
2 届出に関する事項
焦点式高エネルギー超音波療法の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式70を用いること。

第78 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術
1 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に関する施設基準
(1) 当該保険医療機関において、前立腺悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術を、1年間に合わせて10例以上実施していること。
(2) 当該保険医療機関が、泌尿器科及び麻酔科を専務している医療機関であり、泌尿器科において5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、このうち1名は少なくとも10年以上の経験を有すること。
(3) 腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されており、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿

器科の医師が1名以上配置されており、少なくとも1名以上は手術に参加すること。
(4) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
(5) 緊急手術が可能な体制を有していること。
(6) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
2 届出に関する事項
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に係る届出は、別添2の様式52及び様式71を用いること。

第78の2 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術
腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は第72の4 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群摘除術の例による。

第78の2の2 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)
1 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)に関する施設基準
(1) 泌尿器科及び麻酔科を専務している病院であること。
(2) 泌尿器科において常勤の医師2名を有し、いずれも泌尿器科について専門の知識及び5年以上の経験を有すること。
(3) 麻酔科の専務医が配置されていること。
(4) 当該保険医療機関において前立腺悪性腫瘍手術に係る手術(区分番号「K843」,「K843-2」,「K843-3」又は「K843-4」)が1年間に合わせて20例以上実施されていること。
(5) 緊急手術が可能な体制を有していること。
(6) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
(7) 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
2 届出に関する事項
(1) 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術(内視鏡手術用支援機器を用いるもの)に係る届出は、別添2の様式52及び様式71の2を用いること。
(2) 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第78の2の3 腹腔鏡下仙骨固定術
1 腹腔鏡下仙骨固定術に関する施設基準
(1) 産婦人科又は泌尿器科を専務している保険医療機関であること。
(2) 当該保険医療機関において当該手術が5例以上実施されていること。
(3) 産婦人科又は泌尿器科について5年以上の経験を有し、当該療養を術者として5例以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
(4) 麻酔科専務医が配置されていること。
(5) 麻酔科専務医が配置されていること。
(6) 緊急手術体制が整備されていること。
(7) 病床を有していること。
2 腹腔鏡下仙骨固定術(内視鏡手術用支援機器を用いた場合)に関する施設基準
(1) 産婦人科又は婦人科、泌尿器科、放射線科及び麻酔科を専務している病院であること。

- (2) 以下のアからエまでの手術について、イの手術を3例以上含む、合わせて10例以上を術者として実施した経験の有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- ア 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
- イ 腹腔鏡下小骨盤固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
- ウ 腹腔鏡下膈式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
- (3) 当該保険医療機関において、膀胱癌、膀胱悪性腫瘍、子宮脱又は子宮腫瘍に係る手術を合わせて年間30例以上実施しており、このうち腹腔鏡下小骨盤固定術を年5例以上実施していること。
- (4) 産婦人科、婦人科又は泌尿器科について専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、このうち1名以上が産婦人科、婦人科又は泌尿器科について10年以上の経験を有していること。
- (5) 麻酔科標榜医が配置されていること。
- (6) 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
- (7) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- (8) 当該薬業に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
- (9) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
- (10) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
- 3 届出に関する事項
- (1) 腹腔鏡下小骨盤固定手術に係る届出は、別添2の様式52及び様式71の1の3を用いること。
- (2) 腹腔鏡下小骨盤固定手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る届出は、別添2の様式52及び様式71の1の4を用いること。
- (3) 腹腔鏡下小骨盤固定手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出を行う場合は、当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第78の3 腹腔鏡下膈式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

- 1 施設基準
- (1) 産婦人科又は婦人科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。
- (2) 腹腔鏡下膈式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として5例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関において、以下のアからエまでの手術を年間30例以上実施しており、このうちイ手術を年間10例以上実施していること。
- ア 子宮全摘術
- イ 腹腔鏡下膈式子宮全摘術
- ウ 子宮悪性腫瘍手術
- エ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術
- (4) 産婦人科又は婦人科について専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、そのうち1名以上が産婦人科又は婦人科について10年以上の経験を有していること。

- (5) 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
- (6) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- (7) 当該薬業に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
- (8) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
- (9) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
- 2 届出に関する事項
- (1) 腹腔鏡下膈式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る届出は、別添2の様式52及び様式87の19を用いること。
- (2) 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第78の3の2 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術

- 1 施設基準
- (1) 産婦人科又は婦人科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 産婦人科又は婦人科について5年以上の経験を有し、開腹の子宮悪性腫瘍手術について20例以上実施した経験、腹腔鏡下膈式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）について20例以上実施した経験及び腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）について術者として5例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が2名以上配置されていること。
- (4) 常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。
- (5) 病理部門が設置され、常勤の病理医が配置されていること。
- (6) 子宮悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）が1年間に合わせて20例以上実施されていること。
- (7) 緊急手術が可能な体制を有していること。
- (8) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
- 2 施設基準
- (1) 産婦人科又は婦人科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 産婦人科又は婦人科について5年以上の経験を有し、開腹の子宮悪性腫瘍手術について20例以上実施した経験、腹腔鏡下膈式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）について20例以上実施した経験及び腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）について術者として3例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が2名以上配置されていること。
- (4) 常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。
- (5) 病理部門が設置され、常勤の病理医が配置されていること。
- (6) 子宮悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）が1年間に合わせて20例以上実施されていること。
- (7) 緊急手術が可能な体制を有していること。
- (8) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

3 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

- (1) 産婦人科又は婦人科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。
- (2) 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、10例以上実施した経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関において、以下のア又はイの手術を年間20例以上実施しているおり、このうちイの手術を年間5例以上実施していること。
 - ア 子宮悪性腫瘍手術
 - イ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術
- (4) 産婦人科又は婦人科について専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、そのうち1名以上が産婦人科又は婦人科について10年以上の経験を有すること。
- (5) 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
- (6) 常勤の臨床工学技士が1名以上配置されていること。
- (7) 当該薬品に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
- (8) 当該手術を支援する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
- (9) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

4 届出に関する事項

- (1) 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）及び腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頭がんに限る。）の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式71の2を、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式71の5を用いること。
- (2) 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出を行う場合は、当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第78の4 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術

- 1 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術の施設基準
 - (1) 産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科を標榜していること。
 - (2) 当該保険医療機関において、双胎間輸血症候群に関する十分な経験を有した常勤の医師が配置されていること。
 - (3) 区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること又は緊急帝王切開に対応できる体制を有しており、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。
- 2 届出に関する事項
- (1) 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式71の3を用いること。
 - (2) 医師が経験した当該手術の症例数が分かる書類を添付すること。

(3) 倫理委員会の開催要綱（運営規定等）の写しを添付すること。

第78の5 胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）

- 1 胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）に関する施設基準
 - (1) 産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科を標榜し、それぞれの診療科において2名以上の医師が配置されており、そのうち1名以上は5年以上の経験を有する医師であること。
 - (2) 5例以上の胎児胸水症例を経験した常勤の医師が配置されていること。
 - (3) 区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること又は緊急帝王切開に対応できる体制を有しており、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。
- 2 届出に関する事項
 - 胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）に係る届出は、別添2の様式52及び様式71の4を用いること。

第78の5の2 無心体双胎焼灼術（一連につき）

- 1 無心体双胎焼灼術の施設基準
 - (1) 産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科を標榜していること。
 - (2) 当該保険医療機関において、無心体双胎に関する十分な経験を有した常勤の医師が配置されていること。
 - (3) 区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること又は緊急帝王切開に対応できる体制を有しており、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。
 - (4) 倫理委員会が設置されており、必要ときは事前に開催すること。
- 2 届出に関する事項
- (1) 無心体双胎焼灼術の施設基準に係る届出は、別添2の様式71の4を用いること。
 - (2) 医師が経験した当該手術の症例数が分かる書類を添付すること。
 - (3) 倫理委員会の開催要綱（運営規定等）の写しを添付すること。

第78の5の3 胎児輸血術（一連につき）

- 1 胎児輸血術（一連につき）に関する施設基準
 - (1) 産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科を標榜し、それぞれの診療科において2名以上の医師が配置されており、そのうち1名以上は5年以上の経験を有する医師であること。
 - (2) 超音波ガイド下の胎児治療に十分な治療経験を有し、2例以上の臍帯穿刺又は胎児輸血を経験した常勤の医師が配置されていること。
 - (3) 区分番号「A303」総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること又は緊急帝王切開に対応できる体制を有しており、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。
- 2 届出に関する事項
 - 胎児輸血術（一連につき）に係る届出は、別添2の様式52及び様式71の4を用いること。

第 78 の 6 医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則 4 (性同一性障害の患者に対して行うものに限る。)に掲げる手術

1 医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則 4 (性同一性障害の患者に対して行うものに限る。)に掲げる手術の施設基準

- (1) 形成外科、泌尿器科又は産婦人科を標榜する一般病床を有する病院であること。
- (2) 当該保険医療機関に関連学会が認定する常勤又は非常勤の医師が 1 名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関において、医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則 4 (性同一性障害の患者に対して行うものに限る。)に掲げる手術を合わせて 20 例以上実施していること。ただし、当該保険医療機関において、形成外科、泌尿器科又は産婦人科については 5 年以上の経験を有し当該手術を合わせて 20 例以上実施した経験を有する関連学会が認定する常勤の医師が 1 名以上配置されている場合は、この限りではない。
- (4) 関連学会のガイドラインを遵守していること。
- (5) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適否等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

2 届出に関する事項

医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則 4 (性同一性障害の患者に対して行うものに限る。)に掲げる手術の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 52 及び様式 87 の 20 を用いること。

第 79 医科点数表第 2 章第 10 部手術の通則の 5 及び 6 (歯科点数表第 2 章第 9 部手術の通則 4 を含む。)に掲げる手術

1 手術を受ける全ての患者に対して、当該手術の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望のあった場合、その都度手術に関して十分な情報を提供する。

2 患者への説明を要する全ての手術とは、手術の施設基準を設定されている手術だけではなく、当該医療機関において行われている全ての手術を対象とする。

なお、患者への説明は、図、画像、映像、模型等を用いて行うことも可能であるが、説明した内容については文書(書式様式は自由)で交付、診療録に添付するものであること。また、患者への説明が困難な状況にあっては、事後の説明又は家族等関係者に説明を行っても差し支えない。ただし、その旨を診療録に記載すること。

3 当該手術について、以下の区分ごとに前年(1月から12月まで)の手術件数を院内掲示すること。

- (1) 区分 1 に分類される手術
 - ア 頭蓋内腫瘍摘出術等(頭蓋内腫瘍摘出術、頭蓋内腫瘍摘出術、経鼻的下垂体腫瘍摘出術、脳動脈瘤被覆術、脳動脈瘤流入血管クリッピング、脳動脈瘤頸部クリッピング、広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術、機能的定位脳手術、顕微鏡使用によるてんかん手術、脳刺激装置植込術、脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置交換術及び脳神経手術(開頭して行うもの)をいう。)

イ 黄斑下手術等(黄斑下手術、硝子体基底部鏡下離断術、増殖性硝子体網膜症手術、眼窩内腫瘍摘出術(表在性)、眼窩内腫瘍摘出術(深在性)、眼窩悪性腫瘍手術、眼窩内異物

除去術(表在性)、眼窩内異物除去術(深在性)、眼筋移動術、毛様体腫瘍切除術及び眼絡膜腫瘍切除術をいう。)

ウ 鼓室形成手術等(鼓室形成手術、内耳窓閉鎖術、経耳の蝸牛腫瘍摘出術及び経迷路の内耳窓開放術をいう。)

エ 肝悪性腫瘍手術等(肝悪性腫瘍手術、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術、肝切除術、肺悪性腫瘍摘出術、腫瘍摘除術、胸膜肺切除術(通常のもの)と胸腔鏡下のもの)、胸膜外肺剥皮術、胸腔鏡下腫瘍摘除術、腫瘍摘有基筋内弁充填術、腫瘍摘有基大網充填術、胸郭形成手術(腫瘍手術の場合)及び気管支形成手術をいう。)

オ 区分 2 に分類される手術

ア 靱帯断裂形成手術等(靱帯断裂形成手術、関節鏡下靱帯断裂形成手術、靱帯の関節腔移動術、関節鏡下関節腔移動術、骨悪性腫瘍手術及び骨椎、骨盤悪性腫瘍手術をいう。)

イ 水頭症手術等(水頭症手術、髄液シヤンク除去術、脳血管内手術及び経皮的脳血管形成術をいう。)

ウ 鼻副鼻腔悪性腫瘍手術等(深囊鼻腔吻合術、鼻副鼻腔悪性腫瘍手術及び上咽頭悪性腫瘍手術をいう。)

エ 尿道形成手術等(尿道下裂形成手術、陰茎形成術、前立腺悪性腫瘍手術、尿道上裂形成手術、尿道形成手術、経皮的尿路結石除去術、経皮的腎盂腫瘍切除術、膀胱癌根治切除術及び膀胱悪性腫瘍手術(経尿道の手術を除く。)をいう。)

オ 角膜移植術

カ 肝切除術等(肝切除術、腹腔鏡下肝切除術、腔体尾部腫瘍切除術、腹腔鏡下降頭部腫瘍切除術、腔鏡下腫瘍切除術、骨盤内臓全摘術、胆管悪性腫瘍手術、肝門部胆管悪性腫瘍手術及び副腎悪性腫瘍手術をいう。)

キ 子宮附属器悪性腫瘍手術等(子宮附属器悪性腫瘍手術(両側)、卵管鏡下卵管形成術、脳悪性腫瘍手術、造精術、脳閉鎖症術(拉強器利用によるものを除く。)、女子外生殖器悪性腫瘍手術及び子宮鏡下子宮内臓癌術をいう。)

(3) 区分 3 に分類される手術

ア 上顎骨形成術等(顔面神経麻痺形成手術、上顎骨形成術、顎骨変形治療骨矯正術及び顔面多発骨打腫血の手術をいう。)

イ 上顎骨悪性腫瘍手術等(上下顎悪性腫瘍手術、上顎骨悪性腫瘍手術、喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術、舌悪性腫瘍手術及び口腔癌、顎、顔面悪性腫瘍切除術をいう。)

ウ パセドフ甲狀腺全摘(亜全摘)術(両葉)

エ 母指化手術等(自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管吻合のもの)、神経血管吻合植皮術(手・足)、母指化手術及び指移植手術をいう。)

オ 内反足手術等(内反足手術及び先天性気管支瘻症手術をいう。)

カ 食道切除再建術等(食道切除再建術、食道腫瘍摘出術(開胸又は開腹手術によるもの、胸腔鏡下、総経膈下又は胸腔鏡下によるもの)、食道悪性腫瘍手術(単に切除のみもの)、食道裂孔ヘルニア手術及び咽頭鏡下食道裂孔ヘルニア手術をいう。)

キ 同種死体腎移植術等(移植用腎採取術(生体)、腹腔鏡下移植用腎採取術(生体)、同

種死体腎移植術及び生体腎移植術をいう。))

(4) 区分4に分類される手術

胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)、漏斗胸手術(胸腔鏡によるもの)、胸腔鏡下試験開胸術、胸腔鏡下試験切除術、胸腔鏡下胸管結紮術(乳糜胸手術)、胸腔鏡下縦隔切除術、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術、胸腔鏡下肺切除術、胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術、胸腔鏡下肋骨結紮術、胸腔鏡下食道頸部切除術、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術、縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術、胸腔鏡下食道アランシア形成手術、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術、縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術(併置に限る。)、胸腔鏡下ヘルニア手術、胸腔鏡下心臓閉塞術、腹上部血行悪術術、胸腔鏡下(胸腔鏡下を含む。))横膈膜縫合術、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術(両側)、胸腔鏡下試験切除術、胸腔鏡下汎癌性腹膜炎手術、胸腔鏡下大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術、胸腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術、胸腔鏡下胃吊上げ固定術(胃下垂手術)、胃捻転症手術、胸腔鏡下胃局所切除術、胸腔鏡下胃切除術、胸腔鏡下嚔門閉鎖手術、胸腔鏡下胃全摘術、胸腔鏡下食道迷走神経切断術、胸腔鏡下嚔門形成術、胸腔鏡下嚔門閉鎖術、胸腔鏡下胆管切開術、胸腔鏡下胆管固定術、胸腔鏡下胆嚢摘出術、胸腔鏡下総胆管拡張症手術、胸腔鏡下肝嚢胞切開術、胸腔鏡下胆嚢摘出術、胸腔鏡下胆嚢炎手術、胸腔鏡下胆嚢切除術、胸腔鏡下胆嚢重積症整復術、胸腔鏡下小腸切除術、胸腔鏡下下垂切除術、胸腔鏡下結腸切除術、胸腔鏡下結腸悪性腫瘍手術、胸腔鏡下全結腸・直腸切除術、胸腔鏡下人工肛門造設術、胸腔鏡下腸腰、虫垂嚢造設術、胸腔鏡下腸閉塞症手術、胸腔鏡下人工肛門閉鎖術(悪性腫瘍に対する直腸切除術のものに限る。)、胸腔鏡下腸回転異常常症手術、胸腔鏡下先天性巨大結腸症手術、胸腔鏡下直腸切除術、胸腔鏡下直腸脱手術、胸腔鏡下鎖肛手術(腹会陰、腹仙骨式)、胸腔鏡下副腎摘出術、胸腔鏡下副腎嚢腫腫瘍摘出術(褐色細胞腫)、胸腔鏡下副腎悪性腫瘍手術、胸腔鏡下腎部分切除術、胸腔鏡下腎囊胞切除術、胸腔鏡下腎摘出術、胸腔鏡下腎盂形成手術、胸腔鏡下腎摘出術、胸腔鏡下腎嚢腫摘出術(生体)、胸腔鏡下膀胱部分切除術、胸腔鏡下膀胱脱手術、胸腔鏡下尿管摘出術、胸腔鏡下膀胱内手術、胸腔鏡下尿道狭窄手術、胸腔鏡下尿管全摘術、胸腔鏡下尿管内腫瘍摘出術、子宮頸部悪性腫瘍手術、胸腔鏡下子宮内膜癌摘除術、胸腔鏡下子宮筋腫摘出術(絨出)術、胸腔鏡下子宮頸上部切除術、胸腔鏡によるもの)、卵巣部分切除術(産式を含む。)(腹腔内腫瘍腫瘍摘出術、子宮卵管留置手術によるもの)、卵管結紮術(産式を含む。)(両側)胸腔鏡によるもの)に限る。)、卵巣管口閉鎖術(胸腔鏡によるもの)、胸腔鏡下多嚢胞性卵巣摘出術、子宮卵管腫瘍腫瘍摘出術(両側)(胸腔鏡によるもの)、卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留置手術(両側)(胸腔鏡によるもの)、胸腔鏡下卵管形成術、子宮外妊娠手術(胸腔鏡によるもの)、性腺摘出術(胸腔鏡によるもの)

(5) その他の区分

ア 人工関節置換術
イ 1歳未満の乳児に対する先天性食道閉鎖症根治手術、胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術、胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術、胸腺摘出術、胸腺炎ヘルニア手術、経皮的肺動脈造影・拡大術、車心室又は三尖弁閉鎖症手術

(心室中隔造形成術)、大血管転位症手術、左心低形成症候群手術(ノルウッド手術)、先天性胆道閉鎖症手術、肝切除術、鎖肛手術(仙骨会陰式及び腹会陰式並びに腹仙骨式)、仙骨奇形腫瘍手術及び腎(尿管)悪性腫瘍手術(以下「乳児外科施設基準対象手術」という。)に関する施設基準

ウ ベースメーカ一移植術及びベーズメーカ一交換術

エ 冠動脈、大動脈バイパス移植術(人工心肺を使用しないものを含む。)及び体外循環を要する手術

オ 経皮的冠動脈造影術、経皮的冠動脈造影術及び経皮的冠動脈ステント留置術
4 同種死体腎移植術等(移植用腎採取術(生体)、胸腔鏡下移植用腎採取術(生体)、同種死体移植術及び生体腎移植術をいう。)の実施に当たっては、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針(ガイドライン)、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針、日本移植学会「生体腎移植実施までの手順」を遵守していること。

5 3の(1)区分3から(3)区分3までに分類される手術であって胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術及び3の(4)区分4に分類される手術の実施に当たっては、次のいずれにも該当すること。
(1) 速やかに開胸手術や開腹手術に移行できる体制を整えていること。
(2) 関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針についての検討を適切に実施すること。

(3) 胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。
6 届出に関する事項
(1) 当該施設基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

(2) 同種死体腎移植術等(移植用腎採取術(生体)、胸腔鏡下移植用腎採取術(生体)、同種死体腎移植術及び生体腎移植術をいう。)の実施に当たっては、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針(ガイドライン)、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針、日本移植学会「生体腎移植実施までの手順」を遵守する旨の文書(様式注意)を添付すること。

第79の2 医科点数表第2章第10部手術の通則の12並びに歯科点数表第2章第9部手術の通則の9に掲げる手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準
手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の施設基準及び届出に関する事項は、第56の2処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1の例による。この場合において、同一中「処置」とあるのは、「手術」と読み替えるものとする。

第79の3 医科点数表第2章第10部手術の通則の16に掲げる手術
1 該当しない場合は所定点数の100分の80に相当する点数を算定することとなる施設基準次のいずれかに該当すること。
(1) 胃瘻造設術(内視鏡下胃瘻造設術、胸腔鏡下胃瘻造設術を含む。)(以下「胃瘻造設術」という。)を要した症例数(区分番号「K664-3」薬剤投与用胃瘻造設術の症例数及び頸頭部悪性腫瘍患者に対して行った胃瘻造設術の症例数を除く。ただし、薬剤投与用の胃瘻から栄養剤投与を行った場合は、その時点で当該症例数に計上する。)が1年間に50未

講であること。

(2) 胃腸造設術を実施した症例数(区分番号「K664-3」薬剤投与用胃腸造設術の症例数及び頸頭部転位腫瘍患者に対して行った胃腸造設術の症例数を除く。ただし、薬剤投与用の胃腸から栄養剤投与を行った場合は、その時点で当該症例数に計上する。)が1年間に50以上である場合であって、以下のア又はイのいずれも満たしていること。

ア 当該保険医療機関において胃腸造設術を行う全ての患者(以下の①から⑥までに該当する患者を除く。)に対して、事前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を行っていること。

- ① 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃腸造設を行う患者
- ② 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃腸造設が必要な患者
- ③ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃腸造設が必要な患者
- ④ 意識障害等がある場合、認知症等で検査上の指示が理解できない場合、誤嚥性肺炎を繰り返す場合等嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が危険であると判断される患者者(ただし、意識障害が回復し、安全に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が可能と判断された場合は、速やかに実施すること。)

- ⑤ 顔面外傷により嚥下が困難な患者
- ⑥ 筋萎縮性側索硬化症、多系統萎縮症、脊髄小脳変性症又は6歳未満の乳幼児であって、明らかに嚥下が困難と判断される患者

イ 以下の①又は②のいずれかを満たしていること。
① 経口摂取以外の栄養剤を使用している患者であって、以下の(ア)又は(イ)のいずれかに該当する患者(転院又は退院した患者を含む。)の合計数(ウ)に該当する患者を除く。)の割合5分以下について、鼻腔栄養を導入した日又は胃腸を造設した日から起算して1年以内に栄養剤が経口摂取のみである状態へ回復させていること。

(ア) 他の保険医療機関等から紹介された患者で、鼻腔栄養又は胃腸を使用している者であって、当該保険医療機関において、摂食機能療法を実施した患者
(イ) 当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養を導入又は胃腸を造設した患者
② 当該保険医療機関において胃腸造設術を行う全ての患者に対して、以下(ア)及び(イ)のいずれも実施していること。

(ア) 胃腸造設術を行う患者に対し多職種による術前カンファレンスを行っていること。なお、カンファレンスの出席者については、当該患者を担当する医師1名、当該手術を実施する医師1名、リハビリテーション/医療に関する経歴を3年以上有する医師、耳鼻咽喉科に関する経歴を3年以上有する医師又は神経内科に関する経歴を3年以上有する医師のうち1名の合計3名以上の出席を必須とし、その他歯科医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士などが参加することが望ましい。また、カンファレンスを実施した際には、当該カンファレンスの概要及び出席者は診療録に記載していること。更に、当該カンファレンスに出席した医師については、その診療科名及び経歴年数も記録していること。

(イ) 胃腸造設術を行う患者に対し、当該患者の臨床症状、検査所見及び経口摂取回復の思込み等を記した計画書を作成し、本人又はその家族等に十分に説明を行った上

で胃腸造設術を実施していること。

ウ 以下の①から⑥までの患者はイの①の合計数には含まないものとする。

① 鼻腔栄養を導入した日又は胃腸を造設した日から起算して1年以内に死亡した患者(栄養剤が経口摂取のみである状態を回復した患者を除く。)
② 鼻腔栄養を導入した日又は胃腸を造設した日から起算して1か月以内に栄養剤が経口摂取のみである状態へ回復した患者

③ (2)イ①の(ア)に該当する患者であって、当該保険医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃腸を造設した日から起算して1年以上が経過している患者

- ④ 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃腸造設を行う患者
- ⑤ 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃腸造設が必要な患者
- ⑥ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃腸造設が必要な患者

(3) (2)イの①でいう「栄養剤が経口摂取のみである状態」とは、以下のア又はイの状態をいう。

ア 鼻腔栄養の患者にあつては、経鼻経管を抜去した上で、1か月以上におわたつて栄養剤が経口摂取のみである状態。

イ 胃腸を造設している患者にあつては、胃腸除去術又は胃腸閉鎖術を実施しており、かつ、1か月以上におわたつて栄養剤が経口摂取のみである状態。

(4) 栄養剤が経口摂取である状態に回復した日とは、鼻腔栄養の患者にあつては、経鼻経管を抜去した日、胃腸の患者にあつては、胃腸除去術又は胃腸閉鎖術を実施した日とする。ただし、(3)の条件を満たすこと。

2 届出に関する事項

胃腸造設術に係る届出は別添2の様式43の4及び様式43の5を用いること。

第79の4 医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術

1 乳房切除術(遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行うものに限る。)

(1) 乳腺外科又は外科及び麻酔科を標榜しており、乳腺外科の専門的な研修の経験を5年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修を修了していること。

(2) 臨床遺伝学診療科に係る経験を3年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修を修了していること。

(3) 乳房切除術を行う施設においては乳房MR1加算の施設基準に係る届出を行っていること。

(4) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

(5) 麻酔科標榜医が配置されていること。

(6) 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。

2 子宮附件腫瘍摘出術(遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行うものに限る。)手術の施設基準

- (1) 産婦人科又は婦人科及び麻酔科を標榜しており、産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて6年以上有する常勤医師が1名以上配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修を修了していること。
- (2) 臨床遺伝学診療に係る経験を3年以上有する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修を修了していること。
- (3) 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
- (4) 麻酔科標榜医が配置されていること。
- (5) 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。

3 届出に関する事項

医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術に係る届出は別添2の様式87の23を用いること。

第80 輸血管理科

1 輸血管理料Iに関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関の輸血部門において、当該保険医療機関の輸血業務全般に関する責任者として専任の常勤医師が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関の輸血部門において、臨床検査技師が常時配置されており、専任の常勤臨床検査技師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関の輸血部門において、輸血用血液製剤及びアルブミン製剤(加熱人血製剤を含む。)の一元管理がなされていること。
- (4) 次に掲げる輸血用血液検査が常時実施できる体制が構築されていること。
 ABO血液型、Rh(D)血液型、血液交叉試験又は間接Coombs検査、不規則抗体検査
- (5) 輸血療法委員会が設置され、年6回以上開催されるとともに、血液製剤の使用実態の報告がなされる等、輸血実態に当たっての適正化の取組がなされていること。
- (6) 輸血前後の感染性検査の実施又は輸血前の検体の保存が行われ、輸血に係る副作用監視体制が構築されていること。
- (7) (5)、(6)及び血液製剤の使用に当たっては、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改正について(平成26年11月12日付薬食発1112第12号厚生労働省医薬食品局長通知)を遵守し適正に実施されていること。特に、血液製剤の使用に当たっては、投与前の検査値の把握に努めるとともに、これらの検査値及び患者の病態を踏まえ、その適切な実施に配慮されていること。

2 輸血管理料IIに関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関の輸血部門において、当該保険医療機関の輸血業務全般に責任を有する常勤医師を配置していること。
- (2) 当該保険医療機関の輸血部門において、専任の常勤臨床検査技師が1名以上配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関の輸血部門において輸血用血液製剤の一元管理がなされていること。
- (4) 輸血管理料Iの施設基準のうち、(4)から(7)までの全てを満たしていること。

3 輸血適正使用加算の施設基準

- (1) 「1」の輸血管理料Iを算定する保険医療機関において、新鮮凍結血漿(FFP)の使用量を赤血球濃厚液(MAP)の使用量で除した値が0.54未満であり、かつ、アルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液(MAP)の使用量で除した値が2未満であること。なお、新鮮凍結血漿(FFP)及びアルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液(MAP)の使用量で除した値は次により算出すること。
- ① 赤血球濃厚液(MAP)の使用量
 ② 新鮮凍結血漿(FFP)の全使用量
 ③ 血漿交換療法における新鮮凍結血漿(FFP)の使用量
 ④ アルブミン製剤の使用量
 ⑤ 血漿交換療法におけるアルブミン製剤の使用量
 (2)-(3)/(2)/(1)=0.54未満
 (4)-(5)/(4)=2未満

- (2) 「2」の輸血管理料IIを算定する保険医療機関において、新鮮凍結血漿(FFP)の使用量を赤血球濃厚液(MAP)の使用量で除した値が0.27未満であり、かつ、アルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液(MAP)の使用量で除した値が2未満であること。なお、新鮮凍結血漿(FFP)及びアルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液(MAP)の使用量で除した値は次により算出すること。
- ① 赤血球濃厚液(MAP)の使用量
 ② 新鮮凍結血漿(FFP)の全使用量
 ③ 血漿交換療法における新鮮凍結血漿(FFP)の使用量
 ④ アルブミン製剤の使用量
 ⑤ 血漿交換療法におけるアルブミン製剤の使用量
 (2)-(3)/(2)/(1)=0.27未満
 (4)-(5)/(4)=2未満

4 貯血式自己血輸血管理体制加算の施設基準

- (1) 関係学会から示されている指針に基づき、貯血式自己血輸血が十分な体制のもとに適正に管理及び保存されていること。
- (2) 関係学会から示された指針の要件を満たし、その旨が登録されている常勤の医師及び看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- 5 輸血管理料の届出に関する事項
 輸血管理料I、II、輸血適正使用加算及び貯血式自己血輸血管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式73を用いること。
- 第80の2 コーディネート体制充実加算
 1 コーディネート体制充実加算に関する施設基準
 (1) 当該療養について専門的知識及び10年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 (2) 同種移植のコーディネーター体制が十分に整備されていること。
 (3) 当該手術を担当する診療科が関係学会による認定を受けていること。

2 届出に関する事項

- (1) コーディネイト体制充実加算に係る届出は、別添2の様式87の21を用いること。
- (2) 当該手術を担当する診療科が関係学会により認定されていることを証する文書の写しを添付すること。

第80の3 自己生体組織接着剤作成術

1 自己生体組織接着剤作成術に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関の輸血部門において、当該保険医療機関の輸血業務全般に関する責任を有する常勤医師が配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関の輸血部門において、専任の常勤臨床検査技師が1名以上配置されていること。
- (3) 血液製剤の使用に当たって「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改正について「遵守し適正に実施されていること。特に血液製剤の使用に当たっては、投与直前の検査値の把握に努めるとともに、これらの検査値及び患者の病態を踏まえ、その適切な実施に配慮されていること。
- (4) 当該技術の適応の判断及び実施に当たって、関係学会から示されているガイドラインを遵守していること。

2 届出に関する事項

- (1) 自己生体組織接着剤作成術の施設基準に係る届出は、別添2の様式73の2を用いること。
- (2) 臨床検査技師の勤務状況について具体的に分かるものを添付すること。

第80の3の2 自己クリオプレシビテート作製術（用手法）及び同種クリオプレシビテート作製術

1 自己クリオプレシビテート作製術（用手法）及び同種クリオプレシビテート作製術に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関の輸血部門において、当該保険医療機関の輸血業務全般に関する責任を有する常勤医師が配置されていること。
 - (2) 当該保険医療機関の輸血部門において、専任の常勤臨床検査技師が1名以上配置されていること。
 - (3) 血液製剤の使用に当たって「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改正について「遵守し適正に実施されていること。特に血液製剤の使用に当たっては、投与直前の検査値の把握に努めるとともに、これらの検査値及び患者の病態を踏まえ、その適切な実施に配慮されていること。
 - (4) 当該技術の適応の判断及び実施に当たって、関係学会から示されているガイドラインを遵守していること。
- ## 2 届出に関する事項
- (1) 自己クリオプレシビテート作製術（用手法）及び同種クリオプレシビテート作製術の施設基準に係る届出は、別添2の様式73の2を用いること。
 - (2) 臨床検査技師の勤務状況について具体的に分かるものを添付すること。

第80の4 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算

1 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算に関する施設基準

- (1) 人工肛門又は人工膀胱造設に関する十分な経験を有する常勤の医師が配置されていること。
- (2) 5年以上の急性期患者の看護に従事した経験を有し、急性期看護又は排泄ケア関連領域における適切な研修を修了した常勤の看護師が配置されていること。なお、ここでいう急性期看護又は排泄ケア等に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
 - ア 医療関係団体等が認定する教育施設において実施され、20時間以上を要し、当該団体がより修了証が交付される研修であること。
 - イ 急性期看護又は排泄ケア関連領域における専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
- 2 届出に関する事項
 - (1) 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式73の3を用いること。
 - (2) 人工肛門又は人工膀胱造設に関する十分な経験を有する常勤の医師の勤務状況について具体的に分かるものを添付すること。
 - (3) 常勤看護師について、急性期看護又は排泄ケア等に係る適切な研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。

第80の5 胃腸造設時嚥下機能評価加算

- 胃腸造設時嚥下機能評価加算の施設基準及び届出に関する事項は、第79の3医科点数表表2章第10部手術の通則の16に掲げる手術の例による。

第80の5の2 凍結保存同種組織加算

1 凍結保存同種組織加算に関する施設基準

- (1) 外科、心臓血管外科又は小児外科及び麻酔科を標榜している病院であること。
 - (2) 当該医療機関において、当該療養が3例以上実施されていること。
 - (3) 外科、心臓血管外科又は小児外科について10年以上及び当該療養について5年以上の経験を有し、また、当該療養について術者として実施する医師又は補助を行う医師として8例以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。そのうち、術者として5例以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。
 - (4) 実施診療科において常勤の医師が3名以上配置されていること。
 - (5) 常勤の麻酔科臨床医が配置されていること。
 - (6) 臨床検査技師が配置されていること。
 - (7) 緊急手術体制が整備されていること。
 - (8) 日本組織移植学会の認定する採取する組織を他施設へ供給できる組織バンクを有していること。当該バンクを有していない場合は、当該バンクを有する保険医療機関とあらかじめ当該同種保存組織の適切な使用及び保存方法等について契約を有していること。
- ## 2 届出に関する事項
- 凍結保存同種組織加算に係る届出は、別添2の様式52及び様式73の5を用いること。なお、

1 の凍結保存同種組織加算に関する施設基準の(8)に係る契約に関する文書の写しも併せて提出すること。

第80の6 歯周組織再生誘導手術

1 歯周組織再生誘導手術に関する施設基準
 歯科又は歯科口腔外科を標榜し、歯周病治療に係る専門の知識及び5年以上の経験を有する歯科医師が1名以上いること。

2 届出に関する事項

歯周組織再生誘導手術の施設基準に係る届出は別添2の様式74を用いること。

第80の7 手術時歯根面レーザー応用加算

1 手術時歯根面レーザー応用加算に関する施設基準

(1) 当該レーザー治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上いること。

(2) 歯周組織再生誘導手術について当該療養を行う場合は、歯周組織再生誘導手術の届出を行った保険医療機関であること。

(3) 歯肉剥離療法手術又は歯周組織再生誘導手術において、レーザー照射により当該手術の対象の歯根面の歯石除去を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。

2 届出に関する事項

手術時歯根面レーザー応用加算に係る届出は別添2の様式50を用いること。

第80の8 広範囲顎骨支持型装置埋入手術

1 広範囲顎骨支持型装置埋入手術に関する施設基準

(1) 歯科又は歯科口腔外科を標榜している保険医療機関であること。

(2) 当該診療料に係る5年以上の経験及び当該療養に係る3年以上の経験を有する常勤の歯科医師が2名以上配置されていること。

(3) 病院であること。

(4) 当直体制が整備されていること。

(5) 医療機器保守管理及び医薬品に係る安全確保のための体制が整備されていること。

(6) 当該療養に必要な検査機器を設置していること。

2 届出に関する事項

広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る届出は別添2の様式74の3を用いること。

第80の9 歯根端切除手術の注3

1 歯根端切除手術の注3に関する施設基準

(1) 手術用顕微鏡を用いた治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。

(2) 保険医療機関内に手術用顕微鏡が設置されていること。

2 届出に関する事項

歯根端切除手術の注3の施設基準に係る届出については、別添2の様式49の8を用いること。

と。

第80の10 口腔粘膜血管腫凝固留術

1 口腔粘膜血管腫凝固留術に関する施設基準

(1) 当該レーザー治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する歯科医師が1名以上配置されていること。

(2) 口腔粘膜に生じた血管腫等の血管病変に対する凝固を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。

2 届出に関する事項

口腔粘膜血管腫凝固留術に係る届出は別添2の様式74の4を用いること。

第80の11 レーザー機器加算の施設基準

1 レーザー機器加算に関する施設基準

(1) 当該レーザー治療に係る専門の知識及び3年以上の経験を有する医師又は歯科医師が1名以上配置されていること。

(2) 口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。

2 届出に関する事項

レーザー機器加算に係る届出は別添2の様式49の9を用いること。

第81 麻酔管理料(1)

1 麻酔管理料(1)の施設基準

(1) 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

(2) 常勤の麻酔に従事する医師(医療法第6条の6第1項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。以下「麻酔科標榜医」という。)が1名以上配置されていること。

(3) 常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制が確保されていること。

2 届出に関する事項

麻酔管理料(1)の施設基準に係る届出は、別添2の様式75を用いること。

第81の2 麻酔管理料(II)

1 麻酔管理料(II)の施設基準

(1) 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

(2) 常勤の麻酔科標榜医が5名以上配置されていること。なお、週3日以上常勤として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている麻酔科標榜医である非常勤医師を2名以上組み合わせることにし、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の其労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤配属のうち4名までに限る。

(3) 常勤の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保されていること。

(4) 24時間緊急手術の麻酔に対応できる体制を有していること。

医学管理加算及び画像誘導密閉小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任すること
ができる。

ニ 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器及び施設を備えていること。

- ① 直線加速器
- ② 治療計画用CT装置及び三次元放射線治療計画システム
- ③ セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システム
- ④ 第三者機関による直線加速器の出力線量の評価

ホ 遠隔放射線治療の支援施設の放射線治療を専ら担当する医師と、常時連絡がとれる体制にあること。

ヘ 遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針が策定されていること。

ト 関係学会の定めるガイドラインに基づき、当該治療を適切に実施していること。

(2) 放射線治療を支援する施設は、次の施設基準を満たしていること。

イ 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置されており、そのうち1名は5年以上の放射線治療の経験を有すること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼気性移動対策加算、粒子線治療、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療呼気性移動対策加算及び画像誘導密閉小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算及び粒子線治療医学管理加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。

ロ 照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が1名以上配置されていること。なお、当該担当者は強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼気性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密閉小線源治療加算に係る担当者兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。

ハ セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システムを備えていること。

ニ 遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針が策定されており、実際の遠隔放射線治療の支援が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な遠隔放射線治療の実施に係る記録が保存されていること。

ホ 関係学会の定めるガイドラインに基づき、当該支援を適切に実施していること。

2 届出に関する事項

遠隔放射線治療計画加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式76の2を用いること。

第83 高エネルギー放射線治療

1 高エネルギー放射線治療に関する施設基準

照射方法を問わず、高エネルギー放射線治療を年間合計100例以上実施又は小児入院医療管理料1を届け出ていること。

2 届出に関する事項

高エネルギー放射線治療の施設基準に係る届出は、別添2の様式77を用いること。

第83の2 1回線量増加加算

1 高エネルギー放射線治療の1回線量増加加算に関する施設基準

(1) 照射方法を問わず、高エネルギー放射線治療を年間100例以上実施していること。

(2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼気性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密閉小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

(3) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼気性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密閉小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。

2 強度変調放射線治療（IMRT）の1回線量増加加算に関する施設基準

(1) 照射方法を問わず、高エネルギー放射線治療を年間100例以上実施していること。

(2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼気性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密閉小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

(3) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼気性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密閉小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。

(4) 強度変調放射線治療（IMRT）を行うために必要な機器及び施設を備えていること。

(5) 強度変調放射線治療（IMRT）を年間10例以上実施しており、かつ区分番号「IM001」の「注4」の「ハ」画像誘導放射線治療（腫瘍の位置情報によるもの）を年間10例以上実施していること。

3 届出に関する事項

1 回線量増加加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式77を用いること。

第83の3 強度変調放射線治療（IMRT）

1 強度変調放射線治療（IMRT）に関する施設基準

- (3) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が1名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療(I-MRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。
 - (4) 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者(診療放射線技師その他の技術者等)が1名以上配置されていること。なお、当該担当者は、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療(I-MRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。
 - (5) 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。
 - ア 直線加速器
 - イ 治療計画用CT装置
 - ウ 三次元放射線治療計画システム
 - エ 照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置
 - オ 微小容量電極線量計又は半導体線量計(ダイヤモンド線量計を含む。)及び併用する水ファントム又は水等個体ファントム
- 2 届出に関する事項
- 定位放射線治療の施設基準に係る届出は、別添2の様式79を用いること。
- 第84の2 定位放射線治療呼吸性移動対策加算
- 1 定位放射線治療呼吸性移動対策加算(動体追尾法)の施設基準
 - (1) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置されており、このうち1名は放射線治療の経験を5年以上有する者であること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療(I-MRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、体外照射呼吸性移動対策加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る医師を兼任することができる。
 - (2) 体外照射呼吸性移動対策加算(2)から(5)までを満たすこと。ただし、「定位放射線治療呼吸性移動対策加算」は「体外照射呼吸性移動対策加算」と読み替えるものとする。
 - 2 定位放射線治療呼吸性移動対策加算(その他のもの)の施設基準
 - 体外照射呼吸性移動対策加算の(1)から(5)までを満たすこと。ただし、「定位放射線治療呼吸性移動対策加算」は「体外照射呼吸性移動対策加算」と読み替えるものとする。
 - 3 届出に関する事項
 - 定位放射線治療呼吸性移動対策加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式78の3を用いること。

- 第85の5 体外照射呼吸性移動対策加算
- 1 体外照射呼吸性移動対策加算の施設基準
 - (1) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療(I-MRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る医師を兼任することができる。
 - (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が1名以上配置されていること。なお、当該診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療(I-MRT)、画像誘導放射線治療加算、定位放射線治療、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療呼吸性移動対策加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。
 - (3) 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者(診療放射線技師その他の技術者等)が1名以上配置されていること。なお、当該担当者は遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療(I-MRT)、画像誘導放射線治療加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。
 - (4) 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器が当該治療を行う室内に設置されていること。
 - ア 呼吸性移動が10mm以上の腫瘍(左乳癌)に対して行う場合は、標的)に対して、呼吸性移動を補償するために必要な照射範囲の拡大が5mm以下とするために必要な装置
 - イ 実際の照射野内に腫瘍(左乳癌)に対して行う場合は、標的)が含まれていることを毎回照射直前又は照射中に確認・記録するためが必要な装置
 - (5) 当該医療機関において、当該治療に係る公開可能な実施記録と精度管理に係る記録が保存されていること。
 - 2 届出に関する事項
 - 体外照射呼吸性移動対策加算の施設基準に係る届出は別添2の様式78の3を用いること。
- 第84 定位放射線治療
- 1 定位放射線治療に関する施設基準
 - (1) 放射線料を標榜している保険医療機関であること。
 - (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療(I-MRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

第84の2の2 粒子線治療

1 粒子線治療に関する施設基準

- (1) 放射線科を専務している保険医療機関であること。
- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が2名以上配置されていること。このうち1名は、放射線治療の経験を10年以上有するとともに、陽子線治療については陽子線治療の経験を、重粒子線治療については重粒子線治療の経験を2年以上（放射線治療（四門以上の照射、運動照射、原体照射又は強度変調放射線治療（IMRT）による体外照射に限る。）による療養については1年以上の経験を有すること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理科2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対象加算、定位放射線治療、定位放射線治療加算、粒子線治療専任加算、粒子線治療加算、粒子線治療加算及び画像誘導密閉小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、遠隔放射線治療計画加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。
- (3) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師が配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療科、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対象加算、定位放射線治療、定位放射線治療加算、粒子線治療加算及び画像誘導密閉小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。
- (4) 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が1名以上配置されていること。なお、当該担当者は、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対象加算、定位放射線治療、定位放射線治療加算、粒子線治療加算及び画像誘導密閉小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。
- (5) 当該治療を行うために必要次に掲げる機器、施設を備えていること。
 - ア 粒子線治療装置
 - イ 治療計画用CT装置
 - ウ 粒子線治療計画システム
 - エ 照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置
 - オ 微小容量電離線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び作用する水ファントム又は水等価固体ファントム
- (6) 当該治療に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。
- (7) 重粒子線治療については重粒子線治療の実績を、陽子線治療については陽子線治療の実績を10例以上有していること。

2 届出に関する事項

粒子線治療の施設基準に係る届出は、別添2の様式52及び様式79の1の2を用いること

第84の2の3 粒子線治療適応判定加算

1 粒子線治療適応判定加算に関する施設基準

- (1) 放射線治療に専従する常勤の医師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る）が2名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理科2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対象加算、定位放射線治療、定位放射線治療加算、粒子線治療加算、粒子線治療加算及び画像誘導密閉小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、遠隔放射線治療計画加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。
- (2) 粒子線治療に係るキャンサマーボードについて、以下のいずれかを満たしていること。
 - ア 当該保険医療機関において「がん診療連携拠点病院等の整備について」に準拠したキャンサマーボード（手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケア）に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門とする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換、共有、検討、確認等を行うためのカンファレンスを当り、以下同じ。）が開催され、当該キャンサマーボードによって、当該保険医療機関で当該治療を受けようとする患者に対して、粒子線治療の適応判定等が実施される体制を有すること。
 - なお、当該キャンサマーボードについては、月に1回以上開催されており、手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアの分野に携わる専門的な知識及び技能を有する医師のうち3分野以上の医師が毎回出席していること。

2 届出に関する事項

粒子線治療適応判定加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式79の1の3を用いること。

第84の2の4 粒子線治療医学管理加算

1 粒子線治療医学管理加算に関する施設基準

- (1) 放射線治療に専従する常勤の医師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る）が2名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理科2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対象加算、定位放射線治療、定位放射線治療加算、粒子線治療加算、粒子線治療加算及び画像誘導密閉小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、遠隔放射線治療計画加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。
- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が粒子線治療室1つにつき2名以上、かつ当該保険医療機関を合計3名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療科、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対象加算、定位放射線治療、定位放射線治療加算、粒子線治療加算、粒子線治療加算及び画像誘導密閉小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、遠隔放射線治療計画加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。

放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療及びび腫瘍放射線治療を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療科に係る常勤の診療放射線技師を兼任することできない。

- (3) 診療放射線技師その他の技術者、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者(診療放射線技師以外の技術者)が1名以上配置されていること。なお、当該担当者(診療放射線技師)が1名以上配置されていること。また、画像誘導放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療科及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。
- (4) 放射線治療に専従する常勤の看護師が1名以上配置されていること。なお、当該常勤の看護師は、外来放射線照射診療科に係る常勤の看護師を兼任することはできない。
- (5) 次に掲げる機器を備えていること(なお、アとイについては、患者ごとのスキャニング法による照射を行う場合にはこの限りではない)。

ア 患者毎のコリメーターを用いる照射野形成装置

イ 患者毎のボローラスを用いる深部線量分布形成装置

ウ 2方向以上の透視が可能な装置、画像照合可能なCT装置、又は画像照合可能な超音波装置(いずれも治療室内に設置されているものに限る。)

2 届出に関する事項

粒子線治療適応判定加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式79の1の3を用いること。

第84の2の5 画像誘導密封小線源治療加算

1 画像誘導密封小線源治療加算に関する施設基準

- (1) 放射線科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)が配置されていること。なお、当該常勤の医師又は歯科医師は、医療機器安全管理料2、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算及び粒子線治療医学管理加算に係る常勤の医師又は歯科医師を兼任することができる。

(3) 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師(放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。)及び看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療科、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、1回線量増加加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療及びび腫瘍放射線治療を兼任すること

ができる。

(4) 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者(診療放射線技師その他の技術者等)が1名以上配置されていること。なお、当該担当者は、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療(IMRT)、画像誘導放射線治療加算、

算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療及びび腫瘍放射線治療に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療科及び医療機器安全管理料2における技術者との兼任はできない。

- (5) 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器を有していること。

ア 画像照合可能なCT又はMR1装置

イ 遠隔操作式密封小線源治療装置

ウ 小線源治療用三次元的治療計画装置

(6) 当該保険医療機関において、画像誘導密封小線源治療に関する手法と機器の精度管理に関する指針が策定されており、実際の画像誘導の精度管理が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な実施記録と精度管理に係る記録が保存されていること。

2 届出に関する事項

画像誘導密封小線源治療加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式78の2を用いること。

第84の3 保険医療機関間の連携による病理診断

1 保険医療機関間の連携による病理診断に関する施設基準

(1) 標本、検体又はデジタル病理画像(以下「標本等」という。)の送付又は送付(検体採取が行われる保険医療機関)においては、病理診断業務について5年以上の経験を有し、病理標本作製を行うことが可能な常勤の検査技師(臨床検査技師又は衛生検査技師)が1名以上配置されていることが望ましい。

(2) 標本等の受取又は受信側(病理標本等の観察及び評価が行われる保険医療機関)においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

ア 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出を行っている施設であること。

イ 特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、基本診療科の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関又は病理診断科を標榜する医療機関であること。

ウ イに掲げる医療機関のうち、特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院及び基本診療科の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関以外の医療機関であったり、病理診断科を標榜する医療機関における病理診断に当たっては、同一の病理組織標本等について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師又は常勤の歯科医師が観察を行い、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断に当たっては歯科医師のうち少なくとも1名以上は、病理診断の経験を7年以上有していること。

エ 病理標本が送付される場合においては、受取側の保険医療機関に送付される病理標本について、別添2の様式79の2に定める計算式により算出した数値が100分の80以下であること。

オ デジタル病理画像の観察及び評価を行う場合は、デジタル病理画像による病理診断の施設基準に係る届出を行っていること。

2 届出に関する事項

保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準に係る届出は、別添2の様式79の2を用いること。

(4) 年間の剖検数・生検数が十分にあり、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていることが望ましい。

2 病理診断管理加算2に関する施設基準

(1) 病理診断科を標榜している保険医療機関であること。

(2) 病理診断を専ら担当する常勤の医師（専ら病理診断を担当した経験が5年以上有するものに限る。）が1名以上及び病理診断を専ら担当する常勤の医師（専ら病理診断を担当した経験が7年以上有するものに限る。）が1名以上配置されていること。なお、病理診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において病理標本の作製又は病理診断に携わっている者をいう。

(3) 病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されている病院であること。

(4) 年間の剖検数・生検数が十分にあり、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていること。

(5) 臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合（CPC：Clinicalpathological Conference）を少なくとも年2回以上行っていること。

(6) 同一の病理組織標本について、病理診断を専ら担当する複数の医師が鏡検し、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断に当たる医師のうち少なくとも1名以上は専ら病理診断を担当した経験を5年以上有すること。

3 届出に関する事項

病理診断管理加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式80の2を用いること。

第84の8 悪性腫瘍病理組織標本加算に関する施設基準

1 悪性腫瘍病理組織標本加算に関する施設基準

病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算に係る届出を行っている施設であるか、以下の全てを満たす施設であること。

ア 病理診断科を標榜している保険医療機関であること。

イ 専ら病理診断を担当した経験を7年以上有する医師が1名以上配置されていること。

ウ 病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

エ 年間の剖検数・生検数が十分にあり、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていることが望ましい。

2 届出に関する事項

悪性腫瘍病理組織標本加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式80の2を用いること。

第84の9 口腔病理診断管理加算【略】

第85 クラウン・ブリッジ維持管理科の届出に関する事項【略】

第86 歯科矯正診断科【略】

第87 顎口腔機能診断科【略】

第84の4 保険医療機関間の連携によるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製に関する施設基準

(1) 送信側（検体採取が行われる保険医療機関）においては、病理診断業務の経験5年以上有し、凍結切片を作製することが可能な常勤の検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）が1名以上配置されていること。

(2) 受信側（病理診断が行われる保険医療機関）においては、病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師が勤務する特定機能病院、臨床研修指定病院又はへき地医療拠点病院であること。

2 届出に関する事項

保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製の施設基準に係る届出は、別添2の様式80を用いること。

第84の5 保険医療機関間の連携による迅速細胞診

1 保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診に関する施設基準

(1) 送信側（検体採取が行われる保険医療機関）においては、病理診断業務の経験5年以上有し、細胞診の経験を十分に有する常勤の検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）が1名以上配置されていること。

(2) 受信側（病理診断が行われる保険医療機関）においては、病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師が勤務する特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院又は基本院療科の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関であること。

2 届出に関する事項

保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診の施設基準に係る届出は、別添2の様式80を用いること。

第84の6 デジタル病理画像による病理診断に関する施設基準

1 デジタル病理画像による病理診断に関する施設基準

(1) 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算に係る届出を行っている施設であること。

(2) デジタル病理画像の作成及び管理を行うにつき、十分な体制を整備していること。

2 届出に関する事項

デジタル病理画像による病理診断の施設基準に係る届出は、別添2の様式80の2を用いること。

第84の7 病理診断管理加算

1 病理診断管理加算1に関する施設基準

(1) 病理診断科を標榜している保険医療機関であること。

(2) 病理診断を専ら担当する常勤の医師（専ら病理診断を担当した経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上配置されていること。なお、病理診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において病理標本の作製又は病理診断に携わっている者をいう。

(3) 病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

関係省令・告示・通知

1. 療養担当規則等 新旧対照表	
①保険医療機関及び保険医療養担当規則（省令）	968
②診療録・処方箋（新様式）	976
③高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び 担当に関する基準（告示）	980
2. 療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事 項等（告示）	987
3. 「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事 項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施 上の留意事項について（抄）（通知）	993
4. 医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書 の交付について（抄）（通知）	1029
5. 複数手術に係る費用の特例（告示）	1038
6. 特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（告示）	1045
7. 入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の実施 上の留意事項について（通知）	1060
8. 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（省令）	1066
9. 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（告示）	1067
10. 訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実 施上の留意事項について（通知）	1073
11. 訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等（告示）	1085
12. 指定訪問看護の事業を行う事業所に係る健康保険法第88条第1項の規定に 基づく指定等の取扱いについて（通知）	1086
13. 訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて（通 知）	1089
14. 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について（通知）	1093
15. 健康保険法施行規則（省令）	1100

〔参考〕様式集

①点数表等の別紙様式	1101
②別添6 基本診療料の施設基準等に係る別紙	1166
③別添7 基本診療料の施設基準等に係る届出書（抄）	1215
④別添2 特掲診療料の施設基準等に係る届出書（抄）	1220

※ ③④については、様式の掲載を省略しています。各種様式は、日医ホームページ
（メンバーズルーム）に掲載しておりますので、ダウンロードの上ご活用ください。

◎保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令

(保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正)

第一条 保険医療機関及び保険医療養担当規則(昭和三十二年厚生省令第十五号)の一部を次のように改正する。

次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
<p>(特定の保険薬局への誘導の禁止)</p> <p>第二条の五 保険医療機関は、当該保険医療機関において健康保険の診療に従事している保険医(以下「保険医」という。)の行う<u>処方箋</u>の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならない。</p> <p>2 保険医療機関は、保険医の行う<u>処方箋</u>の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。</p> <p>(一部負担金等の受領)</p> <p>第五条 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法(昭和三十二年法律第二百五号) <u>第七条第二項第五号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)</u>を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院 <u>(一般病床の数が二百未満であるものを除く。)</u>及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> <p>一・二 (略)</p>	<p>(特定の保険薬局への誘導の禁止)</p> <p>第二条の五 保険医療機関は、当該保険医療機関において健康保険の診療に従事している保険医(以下「保険医」という。)の行う<u>処方せん</u>の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行ってはならない。</p> <p>2 保険医療機関は、保険医の行う<u>処方せん</u>の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。</p> <p>(一部負担金等の受領)</p> <p>第五条 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法(昭和三十二年法律第二百五号) 第四条第一項に規定する地域医療支援病院 <u>(同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床(第十一条第二項において「許可病床」という。)の数が四百以上であるものに限る。)</u>及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。</p> <p>一・二 (略)</p>

(入院)

第十一条 (略)

2 保険医療機関は、病院にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数の範囲内で、診療所にあつては、同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

第十九条の三 保険医は、処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。

2 保険医は、処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

(診療の具体的方針)

第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一・二 (略)

三 処方箋の交付

イ 処方箋の使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。

ロ 前イによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

四～七 (略)

(入院)

第十一条 (略)

2 保険医療機関は、病院にあつては、許可病床数の範囲内で、診療所にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

第十九条の三 保険医は、処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。

2 保険医は、処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。

(診療の具体的方針)

第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一・二 (略)

三 処方せんの交付

イ 処方せんの使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。

ロ 前イによるほか、処方せんの交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

四～七 (略)

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一・二 (略)

三 処方箋の交付

イ 処方箋の使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。

ロ 前イによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

四・五 (略)

六 歯冠修復及び欠損補綴

歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。

イ (略)

ロ 欠損補綴

(1) (略)

(2) ブリッジ

(一) (略)

(二) ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はポンティックに限つて使用する。

(3) (略)

七～九 (略)

(歯科診療の具体的方針)

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一・二 (略)

三 処方せんの交付

イ 処方せんの使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。

ロ 前イによるほか、処方せんの交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

四・五 (略)

六 歯冠修復及び欠損補綴

歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。

イ (略)

ロ 欠損補綴

(1) (略)

(2) ブリッジ

(一) (略)

(二) ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はポンティックに限つて使用する。

(3) (略)

七～九 (略)

様式第一号(一)の1、様式第一号(二)の1(略)、様式第二号及び様式第二号の二を次のように改める。

第二条 保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部を次の表のように改正する。

改正後	改正前
<p>(受給資格の確認)</p> <p>第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、<u>次に掲げるいずれかの方法</u>によつて療養の給付を受ける資格があることを<u>確認</u>しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によつて<u>当該確認を行う</u>ことができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。</p> <p>一 <u>健康保険法(大正十一年法律第七十号。以下「法」という。)第三条第十三項に規定する電子資格確認</u></p> <p>二 <u>患者の提出する被保険者証</u></p>	<p>(受給資格の確認)</p> <p>第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、<u>その者の提出する被保険者証</u>によつて療養の給付を受ける資格があることを<u>確認</u>しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によつて<u>被保険者証を提出する</u>ことができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>
<p>(被保険者証の返還)</p> <p>第四条 保険医療機関は、<u>第三条第二号に掲げる方法により、療養の給付を受ける資格があることを確認した患者</u>に対する療養の給付を担当しなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。ただし、当該患者が死亡した場合は、<u>法</u>第百条、第百五条又は第百十三条の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料を受けべき者に返還しなければならない。</p>	<p>(被保険者証の返還)</p> <p>第四条 保険医療機関は、<u>当該患者</u>に対する療養の給付を担当しなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。ただし、当該患者が死亡した場合は、<u>健康保険法(大正十一年法律第七十号。以下「法」という。)</u>第百条、第百五条又は第百十三条の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料を受けべき者に返還しなければならない。</p>
<p>(読替規定)</p> <p>第二十四条 日雇特例被保険者の保険及び船員保険に関してこの省令を適用するについては、次の表の第一欄に掲げるこの省令の規定中の字句で、同表の第二欄に掲げるも</p>	<p>(読替規定)</p> <p>第二十四条 日雇特例被保険者の保険及び船員保険に関してこの省令を適用するについては、次の表の第一欄に掲げるこの省令の規定中の字句で、同表の第二欄に掲げるも</p>

のは、日雇特例被保険者の保険にあつては同表の第三欄に掲げる字句と、船員保険にあつては同表の第四欄に掲げる字句とそれぞれ読み替えるものとする。

(略)	(略)	(略)	(略)
第三条第一号	健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。） 第三条第十三項に規定する電子資格確認	健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。） 第三条第十三項に規定する電子資格確認	船員保険法（昭和十四年法律第七十三号。以下「法」という。） 第二条第二項に規定する電子資格確認
第三条第二号	被保険者証	受給資格者票（特別療養費受給票を含む。）	被保険者証
第四条	法第百五条又は第百十三条の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料	法第百三十六条又は第百四十三条の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料	法第七十二条又は第八十条の規定により葬祭料又は家族葬祭料

のは、日雇特例被保険者の保険にあつては同表の第三欄に掲げる字句と、船員保険にあつては同表の第四欄に掲げる字句とそれぞれ読み替えるものとする。

(略)	(略)	(略)	(略)
(新設)	(新設)	(新設)	(新設)
第三条	被保険者証	受給資格者票（特別療養費受給票を含む。）	被保険者証
第四条	健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。） 第百条、第百五条又は第百十三条の規定によ	健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。） 第百三十六条又は第百四十三条の規定によ	船員保険法（昭和十四年法律第七十三号。以下「法」という。） 第七十二条又は第八十条の規定によ

					り埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料	埋葬料、埋葬費又は家族埋葬料	葬祭料又は家族葬祭料
(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)

(保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部改正)

第三条 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和三十二年厚生省令第十六号)の一部を次の表のように改正する。

改正後	改正前
<p>(<u>処方箋</u>の確認)</p> <p>第三条 保険薬局は、被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者である患者(以下単に「患者」という。)から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する<u>処方箋</u>が健康保険法(大正十一年法律第七十号。以下「法」という。)第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師(以下「保険医等」という。)が交付した<u>処方箋</u>であること及びその<u>処方箋</u>又は被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確めなければならない。</p> <p>(<u>処方箋</u>等の保存)</p> <p>第六条 保険薬局は、患者に対する療養の給付に関する<u>処方箋</u>及び調剤録をその完結の日から三年間保存しなければならない。</p> <p>(調剤の一般的方針)</p> <p>第八条 保険薬局において健康保険の調剤に従事する保険薬剤師(以下「保険薬剤師」という。)は、保険医等の交付した<u>処方箋</u>に基いて、患者の療養上妥当適切に調剤並</p>	<p>(<u>処方せん</u>の確認)</p> <p>第三条 保険薬局は、被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者である患者(以下単に「患者」という。)から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する<u>処方せん</u>が健康保険法(大正十一年法律第七十号。以下「法」という。)第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師(以下「保険医等」という。)が交付した<u>処方せん</u>であること及びその<u>処方せん</u>又は被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確めなければならない。</p> <p>(<u>処方せん</u>等の保存)</p> <p>第六条 保険薬局は、患者に対する療養の給付に関する<u>処方せん</u>及び調剤録をその完結の日から三年間保存しなければならない。</p> <p>(調剤の一般的方針)</p> <p>第八条 保険薬局において健康保険の調剤に従事する保険薬剤師(以下「保険薬剤師」という。)は、保険医等の交付した<u>処方せん</u>に基いて、患者の療養上妥当適切に調剤</p>

<p>びに薬学的管理及び指導を行わなければならない。</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険薬剤師は、<u>処方箋</u>に記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であつて、当該<u>処方箋</u>を発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。</p>	<p>並びに薬学的管理及び指導を行わなければならない。</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険薬剤師は、<u>処方せん</u>に記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であつて、当該<u>処方せん</u>を発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。</p>
---	--

第四条 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を次の表のように改正する。

改正後	改正前
<p>(処方箋の確認)</p> <p>第三条 保険薬局は、被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師（以下「保険医等」という。）が交付した処方箋であること及びその処方箋、<u>法第三条第十三項に規定する電子資格確認又は患者の提出する被保険者証</u>によつて療養の給付を受ける資格があることを<u>確認</u>しなければならない。</p>	<p>(処方箋の確認)</p> <p>第三条 保険薬局は、被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が健康保険法（大正十一年法律第七十号。以下「法」という。）第六十三条第三項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師（以下「保険医等」という。）が交付した処方箋であること及びその処方箋<u>又は被保険者証</u>によつて療養の給付を受ける資格があることを<u>確認</u>しなければならない。</p>

（保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令の一部改正）

第五条 保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成二十八年厚生労働省令第二十七号）の一部を次の表のように改正する。

改正後	改正前
<p style="text-align: center;">附 則</p> <p>第三条 新療担規則第五条の二の二第一項に規定する保険医療機関又は第二条の規定による改正後の保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「新薬担規則」という。）第四条の二の二第一項に規定する保険薬局において、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の規定にかかわらず、平成三十年三月三十一日までの間（診療所にあつては、当面の間）、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を患者から求められたときに交付することで足りるものとする。</p> <p>2 （略）</p>	<p style="text-align: center;">附 則</p> <p>第三条 新療担規則第五条の二の二第一項に規定する保険医療機関又は第二条の規定による改正後の保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「新薬担規則」という。）第四条の二の二第一項に規定する保険薬局において、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の規定にかかわらず、平成三十年三月三十一日までの間（診療所にあつては、当面の間）、新療担規則第五条の二の二第一項又は新薬担規則第四条の二の二第一項の明細書を交付することを要しない。</p> <p>2 （略）</p>

附 則

（施行期日）

1 この省令は、令和二年四月一日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。

一 第二条及び第四条の規定 医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第九号）附則第一条第四号の政令で定める日

二 第五条の規定 令和四年四月一日

（経過措置）

2 第一条の規定による改正後の保険医療機関及び保険医療養担当規則第五条第三項の規定により、同項各号に掲げる措置を講ずることを要する保険医療機関（この省令の施行の日前において、同項各号に掲げる措置を講ずることを要しなかったものに限る。）において、同項第二号に掲げる措置を講ずることが困難であることについて正当な理由がある場合は、同号の規定にかかわらず、令和二年九月三十日までの間、同号に掲げる措置を講ずることを要しない。

診 療 録

公費負担者番号				保 険 者 番 号			
公費負担医療の受給者番号				被保険者手帳 記号・番号		(枝番)	
受 診 者	氏 名			有 効 期 限		令和 年 月 日	
	生 年 月 日		明大昭平令 年 月 日生	被 保 険 者 氏 名		昭和 平成 令和 年 月 日	
	住 所			事 業 所 所 在 地		電 話 局 番 号	
	職 業			保 険 者 名 称		電 話 局 番 号	
			被保険者との続柄				
傷 病 名		職 務	開 始	終 了	転 帰	期間満了予定日	
		上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日	
		上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日	
		上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日	
		上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日	
		上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日	
		上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日	
		上・外	月 年 日	月 年 日	治ゆ・死亡・中止	月 年 日	
傷 病 名		労 務 不 能 に 関 する 意 見			入 院 期 間		
		意見書に記入した労務不能期間		意 見 書 交 付			
		自 月 日 日間	年 月 日	自 月 日 日間			
		自 月 日 日間	年 月 日	自 月 日 日間			
		自 月 日 日間	年 月 日	自 月 日 日間			
業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨							
備 考	公費負担者番号						
	公費負担医療の受給者番号						

処方箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

公費負担者番号						保険者番号					
公費負担医療の受給者番号						被保険者証・被保険者手帳の記号・番号					(枝番)

患者	氏名					保険医療機関の所在地及び名称					
	生年月日	明大昭平令	年	月	日	男・女	電話番号				
	区分	被保険者	被扶養者			保険医氏名 (印)					
		都道府県番号	点数表番号	医療機関コード							

交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
-------	----------	----------	----------	--

処方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。									
----	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

備考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。									
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供											

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号									
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名		(印)	公費負担医療の受給者番号								

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、A列5番を標準とすること。
 3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

処 方 箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

分割指示に係る処方箋 分割の__回目

公費負担者番号		保 険 者 番 号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	(枝番)

患 者	氏 名	保険医療機関の所在地及び名称				
	生年月日	明 大 昭 平 令	年 月 日	男・女	電 話 番 号	
	区 分	被保険者	被扶養者	保 険 医 氏 名 (印)		
		都道府県番号	点数表番号	医療機関コード		

交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
-------	----------	----------	----------	--

処 方 箋	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
-------------	------	--

備 考	保険医署名 （「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。）
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供	

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)	公費負担医療の受給者番号	

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。

2. この用紙は、A列5番を標準とすること。

3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

分割指示に係る処方箋（別紙）

(発行保険医療機関情報)

処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 _____

F A X 番号 _____

その他の連絡先 _____

(受付保険薬局情報)

1 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

2 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

3 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

◎高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件の一部を改正する告示

(高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部改正)

第一条 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
<p>(特定の保険薬局への誘導の禁止)</p> <p>第二条の五 保険医療機関は、当該保険医療機関において療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を担当する医師又は歯科医師（以下「保険医」という。）の行う<u>処方箋</u>の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。</p> <p>2 保険医療機関は、保険医の行う<u>処方箋</u>の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。</p>	<p>(特定の保険薬局への誘導の禁止)</p> <p>第二条の五 保険医療機関は、当該保険医療機関において療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を担当する医師又は歯科医師（以下「保険医」という。）の行う<u>処方せん</u>の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。</p> <p>2 保険医療機関は、保険医の行う<u>処方せん</u>の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。</p>
<p>(一部負担金の受領等)</p> <p>第五条 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法（昭和三十二年法律第二百五号）<u>第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、健康保険法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲</u></p>	<p>(一部負担金の受領等)</p> <p>第五条 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険医療機関のうち、医療法（昭和三十二年法律第二百五号）<u>第四条第一項に規定する地域医療支援病院（同法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（第十一条第二項において「許可病床」という。）の数が四百以上であるものに限る。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、健康保険法第七十条第三項に規定する</u>保険医療機関相互間の機能の分担及び業務</p>

げる措置を講ずるものとする。

一・二 (略)

4 (略)

(入院)

第十一条 (略)

2 保険医療機関は、病院にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数の範囲内で、診療所にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

3 (略)

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

第十九条の三 保険医は、処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。

2 保険医は、処方箋の交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。

(診療の具体的方針)

第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一～三 (略)

四 処方箋の交付

イ 処方箋の使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の

の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。

一・二 (略)

4 (略)

(入院)

第十一条 (略)

2 保険医療機関は、病院にあつては、許可病床数の範囲内で、診療所にあつては、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は通知をした病床数の範囲内で、それぞれ患者を入院させなければならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

3 (略)

(特定の保険薬局への誘導の禁止)

第十九条の三 保険医は、処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行つてはならない。

2 保険医は、処方せんの交付に関し、患者に対して特定の保険薬局において調剤を受けるべき旨の指示等を行うことの対償として、保険薬局から金品その他の財産上の利益を收受してはならない。

(診療の具体的方針)

第二十条 医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一～三 (略)

四 処方せんの交付

イ 処方せんの使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期

旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。

ロ 施設入所者に対しては、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、健康保険法第六十三条第三項第一号に規定する保険薬局（以下「保険薬局」という。）における薬剤又は治療材料の支給を目的とする処方箋を交付してはならない。

ハ イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

五～八 （略）

（歯科診療の具体的方針）

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一～三 （略）

四 処方箋の交付

イ 処方箋の使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。

ロ イによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

五・六 （略）

七 歯冠修復及び欠損補綴

歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。

イ （略）

ロ 欠損補綴

（１） （略）

（２） ブリッジ

（一） （略）

（二） ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用す

の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。

ロ 施設入所者に対しては、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、健康保険法第六十三条第三項第一号に規定する保険薬局（以下「保険薬局」という。）における薬剤又は治療材料の支給を目的とする処方せんを交付してはならない。

ハ イ及びロによるほか、処方せんの交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

五～八 （略）

（歯科診療の具体的方針）

第二十一条 歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一～三 （略）

四 処方せんの交付

イ 処方せんの使用期間は、交付の日を含めて四日以内とする。ただし、長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合は、この限りでない。

ロ イによるほか、処方せんの交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

五・六 （略）

七 歯冠修復及び欠損補綴

歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。

イ （略）

ロ 欠損補綴

（１） （略）

（２） ブリッジ

（一） （略）

（二） ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用す

る。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はポンティックに限って使用する。

(3) (略)

八～九 (略)

(処方箋の交付)

第二十三条 保険医は、処方箋を交付する場合には、健康保険の例により、処方箋に必要な事項を記載しなければならない。

2 保険医は、その交付した処方箋に関し、保険薬剤師から疑義の照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。

(処方箋の確認)

第二十六条 保険薬局は、患者から療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が保険医が交付した処方箋であること及びその処方箋又は被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確かめなければならない。

(処方箋等の保存)

第二十八条 保険薬局は、患者に対する療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養に関する処方箋及び調剤録をその完結の日から三年間保存しなければならない。

(調剤の一般的方針)

第三十条 保険医療機関又は保険薬局において療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を担当する薬剤師（以下「保険薬剤師」という。）は、後期高齢者の心身の特性を踏まえて、保険医が交付した処方箋に基づき、患者の療養上妥当適切に調剤並びに薬学的管理及び指導を行わなければなら

る。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はポンティックに限って使用する。

(3) (略)

八～九 (略)

(処方せんの交付)

第二十三条 保険医は、処方せんを交付する場合には、健康保険の例により、処方せんに必要な事項を記載しなければならない。

2 保険医は、その交付した処方せんに関し、保険薬剤師から疑義の照会があつた場合には、これに適切に対応しなければならない。

(処方せんの確認)

第二十六条 保険薬局は、患者から療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方せんが保険医が交付した処方せんであること及びその処方せん又は被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確かめなければならない。

(処方せん等の保存)

第二十八条 保険薬局は、患者に対する療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養に関する処方せん及び調剤録をその完結の日から三年間保存しなければならない。

(調剤の一般的方針)

第三十条 保険医療機関又は保険薬局において療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を担当する薬剤師（以下「保険薬剤師」という。）は、後期高齢者の心身の特性を踏まえて、保険医が交付した処方せんに基づき、患者の療養上妥当適切に調剤並びに薬学的管理及び指導を行わなければなら

<p>い。</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険薬剤師は、<u>処方箋</u>に記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であつて、当該<u>処方箋</u>を発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。</p>	<p>ない。</p> <p>2 (略)</p> <p>3 保険薬剤師は、<u>処方せん</u>に記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品である場合であつて、当該<u>処方せん</u>を発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。</p>
--	---

第二条 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
<p>(受給資格の確認)</p> <p>第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付又は保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、<u>次に掲げるいずれかの方法</u>によつて療養の給付を受ける資格があることを<u>確認</u>しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によつて<u>当該確認を行うことができない患者</u>であつて療養の給付を受ける資格があることが明らかであるものについては、この限りでない。</p> <p><u>一 健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認</u></p> <p><u>二 患者の提出する被保険者証</u></p> <p>2 (略)</p> <p>(被保険者証の返還)</p> <p>第四条 保険医療機関は、<u>第三条第一項第二号に掲げる方法</u>により、療養の給付を受け</p>	<p>(受給資格の確認)</p> <p>第三条 保険医療機関は、患者から療養の給付又は保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、<u>その者の提示する被保険者証</u>によつて療養の給付を受ける資格があることを<u>確かめ</u>なければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によつて<u>被保険者証を提示することができない患者</u>であつて療養の給付を受ける資格があることが明らかであるものについては、この限りでない。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p> <p>2 (略)</p> <p>(被保険者証の返還)</p> <p>第四条 保険医療機関は、<u>患者</u>に対して行つた療養の給付及び保険外併用療養費に係る</p>

る資格があることを確認した患者に対して行つた療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を取り扱わなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。

(処方箋の確認)

第二十六条 保険薬局は、患者から療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が保険医が交付した処方箋であること及びその処方箋、健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認又は患者の提出する被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。

療養を取り扱わなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。

(処方箋の確認)

第二十六条 保険薬局は、患者から療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が保険医が交付した処方箋であること及びその処方箋又は被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確かめなければならない。

(高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件の一部改正)

第三条 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件(平成二十八年厚生労働省告示第五十号)の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
<p>附 則</p> <p>第二条 新療担基準第五条の二の二第一項に規定する保険医療機関又は新療担基準第二十六条の五の二第一項に規定する保険薬局において、<u>新療担基準第五条の二の二第一項又は第二十六条の五の二第一項の明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、新療担基準第五条の二の二第一項又は第二十六条の五の二第一項の規定にかかわらず、平成三十年三月三十一日までの間</u>(診療所にあつて</p>	<p>附 則</p> <p>第二条 新療担基準第五条の二の二第一項に規定する保険医療機関又は新療担基準第二十六条の五の二第一項に規定する保険薬局において、<u>新療担基準第五条の二の二第一項又は第二十六条の五の二第一項の明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、新療担基準第五条の二の二第一項又は第二十六条の五の二第一項の規定にかかわらず、平成三十年三月三十一日までの間</u>(診療所にあつて</p>

<p>は、当面の間)、新療担基準第五条の二の二第一項又は第二十六条の五の二第一項の明細書を<u>患者から求められたときに交付すること</u>で足りるものとする。</p>	<p>は、当面の間)、新療担基準第五条の二の二第一項又は第二十六条の五の二第一項の明細書を<u>交付することを要しない</u>。</p>
<p>2 (略)</p>	<p>2 (略)</p>

附 則

- 1 この告示は、令和二年四月一日から適用する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から適用する。
 - 一 第二条の規定 医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第九号）附則第一条第四号の政令で定める日
 - 二 第三条の規定 令和四年四月一日
- 2 この告示の適用の日以後、第一条の規定による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準第五条第三項の規定により、同項各号に掲げる措置を講ずることを要する保険医療機関（この告示の適用の日前において、同項各号に掲げる措置を講ずることを要しなかったものに限る。）において、同項第二号に掲げる措置を講ずることが困難であることについて正当な理由がある場合は、同号の規定にかかわらず、令和二年九月三十日までの間、同号に掲げる措置を講ずることを要しない。

◎療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部を改正する件

本則を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
<p>第一～第五 (略)</p> <p>第六 療担規則第十九条第一項本文及び療担基準第十九条第一項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品</p> <p>使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成二十年厚生労働省告示第六十号)の別表に記載されている医薬品(令和二年十月一日以降においては別表第1に記載されている医薬品を、令和三年四月一日以降においては別表第2に記載されている医薬品を除く。)並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、焼セッコウ及び別表第3に記載されている医薬品</p>	<p>第一～第五 (略)</p> <p>第六 療担規則第十九条第一項本文及び療担基準第十九条第一項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品</p> <p>使用薬剤の薬価(薬価基準)(平成二十年厚生労働省告示第六十号)の別表に記載されている医薬品(平成三十年十月一日以降においては別表第1に記載されている医薬品を、平成三十一年四月一日以降においては別表第2に記載されている医薬品を、<u>同年十月一日以降においては別表第4に記載されている医薬品を、平成三十二年四月一日以降においては別表第5に記載されている医薬品を除く。</u>)並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、<u>焼セッコウ及び別表第3に記載されている医薬品(平成三十二年四月一日以降においては別表第6に記載されている医薬品を除く。)</u></p>
<p>第七～第九 (略)</p> <p>第十 厚生労働大臣が定める注射薬等</p> <p>一 療担規則第二十条第二号ト及び療担基準第二十条第三号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬</p> <p>インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第VII因子製剤、乾燥濃縮人血液凝固第X因子加活性化第VII因子製剤、乾燥人血液凝固第VIII因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第VIII因子製剤、乾燥人血液凝固第IX因子製</p>	<p>第七～第九 (略)</p> <p>第十 厚生労働大臣が定める注射薬等</p> <p>一 療担規則第二十条第二号ト及び療担基準第二十条第三号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬</p> <p>インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第VII因子製剤、乾燥濃縮人血液凝固第X因子加活性化第VII因子製剤、乾燥人血液凝固第VIII因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第VIII因子製剤、乾燥人血液凝固第IX因子製</p>

剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体注回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液（在宅血液透析を行っている患者（以下「在宅血液透析患者」という。）に対して使用する場合に限る。）、血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）、生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合及び本号に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。）、プロスタグランジンI₂製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、エタネルセプト製剤、注射用水（本号に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。）、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H₂遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、ブチルスコポラミ

剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体注回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液（在宅血液透析を行っている患者（以下「在宅血液透析患者」という。）に対して使用する場合に限る。）、血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）、生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合及び本号に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。）、プロスタグランジンI₂製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、エタネルセプト製剤、注射用水（本号に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。）、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H₂遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、ブチルスコポラミ

ン臭化物製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）、ダルベポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、アポモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレレプチン製剤、アバタセプト製剤、pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、電解質製剤、注射用抗菌薬、エダラボン製剤（筋萎縮性側索硬化症患者に対して使用する場合に限る。）、アスホターゼ アルファ製剤、グラチラマー酢酸塩製剤、脂肪乳剤、セクキヌマブ製剤、エボロクマブ製剤、プロダルマブ製剤、アリロクマブ製剤、ベリムマブ製剤、イキセキズマブ製剤、ゴリムマブ製剤、エミシズマブ製剤、イカチバント製剤、サリルマブ製剤、デュピルマブ製剤、ヒドロモルフオン塩酸塩製剤、インスリン・グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト配合剤及びヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤

二 投薬期間に上限が設けられている医薬品

(一) 療担規則第二十条第二号へ及びト並びに第二十一条第二号へ並びに療担基準第二十条第三号へ及びト並びに第二十一条第三号への厚生労働大臣が定める投薬量又は投与量が十四日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに

ン臭化物製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）、ダルベポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、アポモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレレプチン製剤、アバタセプト製剤、pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、電解質製剤、注射用抗菌薬、エダラボン製剤（筋萎縮性側索硬化症患者に対して使用する場合に限る。）、アスホターゼ アルファ製剤、グラチラマー酢酸塩製剤、脂肪乳剤、セクキヌマブ製剤、エボロクマブ製剤、プロダルマブ製剤、アリロクマブ製剤、ベリムマブ製剤、イキセキズマブ製剤、ゴリムマブ製剤、エミシズマブ製剤、イカチバント製剤、サリルマブ製剤、デュピルマブ製剤、ヒドロモルフオン塩酸塩製剤及びインスリン・グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト配合剤

二 投薬期間に上限が設けられている医薬品

(一) 療担規則第二十条第二号へ及びト並びに第二十一条第二号へ並びに療担基準第二十条第三号へ及びト並びに第二十一条第三号への厚生労働大臣が定める投薬量又は投与量が十四日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに

注射薬

イ・ロ (略)

ハ 新医薬品（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第十四条の四第一項第一号に規定する新医薬品をいう。）であって、使用薬剤の薬価（薬価基準）への収載の日の属する月の翌月の初日から起算して一年（厚生労働大臣が指定するものにあつては、厚生労働大臣が指定する期間）を経過していないもの（次に掲げるものを除く。）

ビクタルビ配合錠、ロソーゼット配合錠HD、ロソーゼット配合錠LD、テリルジー一〇〇エリプター四吸入用、テリルジー一〇〇エリプター三〇吸入用、シムツーザ配合錠、アイベータ配合点眼液、ドウベイト配合錠及びピフェルトロ錠一〇〇mg

(二)・(三) (略)

第十一 療担規則第二十一条第九号ただし書の矯正に係る厚生労働大臣が定める場合

一 (略)

二 歯科点数表の第2章第13部区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の規定に

注射薬

イ・ロ (略)

ハ 新医薬品（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第十四条の四第一項第一号に規定する新医薬品をいう。）であって、使用薬剤の薬価（薬価基準）への収載の日の属する月の翌月の初日から起算して一年（厚生労働大臣が指定するものにあつては、厚生労働大臣が指定する期間）を経過していないもの（次に掲げるものを除く。）

コムクロシャンブー〇・〇五%、カナリア配合錠、アトーゼット配合錠HD、アトーゼット配合錠LD、アイセントレス錠六〇〇mg、スージャヌ配合錠、オデフシィ配合錠、ジェミーナ配合錠（一回の投薬量が三十日分以内である場合に限る。）、トラディアンス配合錠AP、トラディアンス配合錠BP、メトアナ配合錠HD、メトアナ配合錠LD、ジェルカ配合錠、ビクタルビ配合錠、ロソーゼット配合錠HD、ロソーゼット配合錠LD、テリルジー一〇〇エリプター四吸入用、テリルジー一〇〇エリプター三〇吸入用、シムツーザ配合錠、アイベータ配合点眼液、ドウベイト配合錠及びピフェルトロ錠一〇〇mg

(二)・(三) (略)

第十一 療担規則第二十一条第九号ただし書の矯正に係る厚生労働大臣が定める場合

一 (略)

二 歯科点数表の第2章第13部区分番号N000に掲げる歯科矯正診断料の規定に

より別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行うゴールドデンハー症候群（鯉弓異常症を含む。）、鎖骨頭蓋骨異形成、トリーチャ・コリンズ症候群、ピエール・ロバン症候群、ダウン症候群、ラッセル・シルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウイーデマン症候群、顔面半側萎縮症、先天性ミオパチー、筋ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、顔面半側肥大症、エリス・ヴァンクレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、プラダー・ウィリー症候群、顔面裂（横顔裂、斜顔裂及び正中顔裂を含む。）、大理石骨病、色素失調症、口腔・顔面・指趾症候群、メビウス症候群、歌舞伎症候群、クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群、ウイリアムズ症候群、ビンダー症候群、スティックラー症候群、小舌症、頭蓋骨癒合症（クルーゾン症候群及び尖頭合指症を含む。）、骨形成不全症、フリーマン・シェルドン症候群、ルビンスタイン・ティビ症候群、染色体欠失症候群、ラーセン症候群、濃化異骨症、六歯以上の先天性部分無歯症、CHARGE症候群、マーシャル症候群、成長ホルモン分泌不全性低身長症、ポリエックス症候群（XX症候群、XXXX症候群及びXXXXX症候群を含む。）、リング18症候群、リンパ管腫、全前脳胞症、クライنفェルター症候群、偽性低アルドステロン症、ソトス症候群、線維性骨異形成症、スタージ・ウェーバ症候群、ケルビズム、偽性副甲状腺機能低下症、Ekman－Westborg－Julin症候群、常染色体重複症候群若しくは

より別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行うゴールドデンハー症候群（鯉弓異常症を含む。）、鎖骨頭蓋骨異形成、トリーチャ・コリンズ症候群、ピエール・ロバン症候群、ダウン症候群、ラッセル・シルバー症候群、ターナー症候群、ベックウィズ・ウイーデマン症候群、顔面半側萎縮症、先天性ミオパチー、筋ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、顔面半側肥大症、エリス・ヴァンクレベルド症候群、軟骨形成不全症、外胚葉異形成症、神経線維症、基底細胞母斑症候群、ヌーナン症候群、マルファン症候群、プラダー・ウィリー症候群、顔面裂、大理石骨病、色素失調症、口腔・顔面・指趾症候群、メビウス症候群、歌舞伎症候群、クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群、ウイリアムズ症候群、ビンダー症候群、スティックラー症候群、小舌症、頭蓋骨癒合症（クルーゾン症候群及び尖頭合指症を含む。）、骨形成不全症、フリーマン・シェルドン症候群、ルビンスタイン・ティビ症候群、染色体欠失症候群、ラーセン症候群、濃化異骨症、六歯以上の先天性部分（性）無歯症、CHARGE症候群、マーシャル症候群、成長ホルモン分泌不全性低身長症、ポリエックス症候群、リング18症候群、リンパ管腫、全前脳胞症、クライنفェルター症候群、偽性低アルドステロン症、ソトス症候群若しくはグリコサミノグリカン代謝障害（ムコ多糖症）若しくはその他顎・口腔の先天異常に起因した咬合異常又は三歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常における療養であって歯科矯正の必要が認められる場合

<p>グリコサミノグリカン代謝障害（ムコ多糖症）若しくはその他顎・口腔の先天異常に起因した咬合異常又は三歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常における療養であって歯科矯正の必要が認められる場合</p> <p>三 （略）</p> <p>第十二 療担基準第二十条第四号ロの処方箋の交付に係る厚生労働大臣が定める場合</p> <p>一～九 （略）</p> <p><u>十 エポエチンベータペゴル（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合</u></p> <p><u>十一～十三</u> （略）</p> <p>第十三～第十五 （略）</p>	<p>三 （略）</p> <p>第十二 療担基準第二十条第四号ロの処方箋の交付に係る厚生労働大臣が定める場合</p> <p>一～九 （略）</p> <p>（新設）</p> <p><u>十一～十三</u> （略）</p> <p>第十三～第十五 （略）</p>
---	--

別表第1から別表第3までを次のように改め、別表第4から別表第6までを削る。（略）

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長 } 殿

厚生労働省保険局医療課長
（公 印 省 略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公 印 省 略）

「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について

標記については、今般、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和2厚生労働省告示第●号）、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部を改正する件」（令和●厚生労働省告示第42号）等が公布され、それぞれ令和2年4月1日より適用されることとなったことに伴い、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」（平成18年3月13日保医発第0313003号）の一部を下記のように改めるので、その取扱いに遺漏のないよう、関係者に対し周知徹底を図られたい。

記

記以下を別添のとおり改める。

第1 厚生労働大臣が定める掲示事項（掲示事項等告示第1関係）

- 1 保険医療機関が提供する医療サービスの内容及び費用に関する事項について、患者に対する情報の提供の促進を図る観点から、療養担当規則上院内掲示が義務付けられている保険外併用療養費に係るものを除き、届出事項等を院内掲示の対象としたこと。
- 2 具体的には、従来から院内掲示とされていたものを含め、以下の5つの事項を院内掲示事項として定めたこと。

(1) 入院基本料に関する事項

保険医療機関は、入院基本料に係る届出内容の概要（看護要員の対患者割合、看護要員の構成）を掲示するものとする。

（揭示例）

- ① 入院患者数42人の一般病棟で、一般病棟入院基本料の急性期一般入院料7を算定している病院の例

「当病棟では、1日に13人以上の看護職員（看護師及び准看護師）が勤務しています。なお、時間帯毎の配置は次のとおりです。」

- ・ 朝9時～夕方17時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は6人以内です。
- ・ 夕方17時～深夜1時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は14人以内です。
- ・ 深夜1時～朝9時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は14人以内です。

- ② 有床診療所入院基本料1を算定している診療所の例

「当診療所には、看護職員が7名以上勤務しています。」

- (2) 厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数（平成24年厚生労働省告示第165号）別表第一から第三までの病院の欄に掲げる病院であること

(3) 地方厚生（支）局長への届出事項に関する事項

- ① 診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号。以下「算定告示」という。）又は入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第99号）に基づき、保険医療機関が地方厚生（支）局長へ届け出ることとされている事項を届け出た場合は、当該届け出た事項を掲示するものとする。
- ② 具体的には、各種施設基準及び入院時食事療養（Ⅰ）又は入院時生活療養（Ⅰ）の基準に適合するものとして届け出た内容のうち、当該届出を行ったことにより患者が受けられるサービス等を分かりやすく掲示するものであること。

（揭示例）

入院時食事療養（Ⅰ）に係る食事療養を実施している病院の例

「入院時食事療養（Ⅰ）の届出を行っており、管理栄養士又は栄養士によって管理された食事を適時（夕食については午後6時以降）、適温で提供しています。」

(4) 明細書の発行状況に関する事項

- ① 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号。以下「療担規則」という。）第5条の2第2項及び第5条の2の2第1項並びに高齢者の医療の確保に関する

る法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号。以下「療担基準」という。）第5条の2第2項及び第5条の2の2第1項に規定する明細書の発行状況に関する事項について、院内掲示するものとする。

② 具体的には、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（令和2年3月5日保発0305第●号）によるものであること。

(5) 保険外負担に関する事項

① いわゆる保険外負担については、その適切な運用を期するため、院内掲示の対象とすることとしたものであること。なお、保険外負担の在り方については、「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」（平成17年9月1日保医発第0901002号）等を参考にされたいこと。

② 具体的には、次に掲げる事項を掲示するものとする。

ア 法令の規定に基づかず、患者から費用の支払を受けている個々の「サービス」又は「物」について、その項目とそれに要する実費

イ 「介護料」「衛生材料費」等の、治療(看護)行為及びそれに密接に関連した「サービス」又は「物」については、患者から費用を徴収することは認められていないこと。

また、「施設管理費」「雑費」等曖昧な名目での費用徴収は認められていないこと。

(掲示例)

「当院では、以下の項目について、その使用量、利用回数に応じた実費の負担をお願いします。

紙おむつ代	1枚につき	〇〇円
理髪代	1回につき	〇〇〇〇円
――	――	――円

なお、衛生材料等の治療(看護)行為及びそれに密接に関連した「サービス」や「物」についての費用の徴収や、「施設管理費」等の曖昧な名目での費用の徴収は、一切認められていません。」

③ なお、保険外併用療養費に係る事項については、従前より、療担規則第5条の4第2項及び療担基準第2条の6に基づき、その内容及び費用につき院内掲示を行う旨定められているところであるが、今後とも当該事項を院内の見やすい場所に掲示することの徹底が図られるべきものであること。

第2 明細書を交付しなければならない保険医療機関（揭示事項告示第1の5及び第1の6関係）

1 領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、個別の診療報酬点数の算定項目（投薬等に係る薬剤又は特定保険医療材料の名称を含む。）が分かる明細書を無償で交付しなければならない保険医療機関として、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付費等の請求を行うことが義務付けられた保険医療機関を定めたものであること。

2 明細書の発行に当たっては、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」によるものであること。

第3 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等（揭示事項等告示第2、第2の2及び第3並びに医薬品等告示関係）

- 1 別に厚生労働大臣が定める先進医療（先進医療ごとに別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する保険医療機関において行われるものに限る。）に関する事項
 - (1) 保険外併用療養費の支給対象となる先進医療は、先進医療ごとに別に厚生労働大臣が定める施設基準の設定を求める旨の厚生労働大臣への届出に基づき、施設基準が設定されたものとする。
 - (2) 保険外併用療養費の支給対象となる先進医療の実施に当たっては、先進医療ごとに、保険医療機関が別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合していることを地方厚生（支）局長に届け出るものとする。
 - (3) 保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置等並びに歯冠修復及び欠損補綴等並びに薬価基準に記載されていない医薬品、保険適用されていない医療機器及び保険適用されていない再生医療等製品の費用については含まれないものであること。
 - (4) 保険医療機関は、保険外併用療養費の支給対象となる先進医療を行うに当たり、あらかじめ患者に対し、その内容及び費用に関して説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得るものとする。したがって、先進医療の内容を患者等に説明することが医療上好ましくないと認められる等の場合にあっては、保険外併用療養費の支給対象としないものとする。
 - (5) 患者から先進医療に係る費用を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとする。
 - (6) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。
 - (7) 保険外併用療養費の支給対象となる先進医療を実施する保険医療機関は、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合の報告及び定期的な報告を、「厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準の制定等に伴う実施上の留意事項及び先進医療に係る届出等の取扱いについて」（平成 28 年 3 月 4 日医政発 0304 第 2 号、薬生発 0304 第 2 号、保発 0304 第 16 号）により行うものとする。
- 2 医薬品の治験に係る診療に関する事項
 - (1) 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号。以下「医薬品医療機器等法」という。）第 2 条第 17 項の規定によるもの（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）とすること。
 - (2) したがって、治験の実施に当たっては、医薬品医療機器等法及び医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和 36 年厚生省令第 1 号。以下「医薬品医療機器等法施行規則」という。）の関係規定によるほか、医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成 9 年厚生省令第 28 号）によるものとする。
 - (3) 保険外併用療養費の支給対象となる期間については、治験の対象となる患者ごとに当該治験を実施した期間とすること。
 - (4) 保険外併用療養費の支給対象となる診療については、治験依頼者の依頼による治験においては、医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担を図る観点から、治験に係る診療のう

ち、検査及び画像診断に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはせず、また、投薬及び注射に係る費用については、当該治験の被験薬の予定される効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品（以下「同種同効薬」という。）並びに当該治験の被験薬及び対照薬に係る診療については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。また、自ら治験を実施する者による治験においては、治験に係る診療のうち、当該治験の被験薬及び対照薬（ただし、同種同効薬を除く。）に係る投薬及び注射に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。なお、いずれの場合においても、これらの項目が包括化された点数を算定している保険医療機関において治験が行われた場合の当該包括点数の取扱いについては、当該包括点数から、当該診療において実施した保険外併用療養費の支給対象とはならない項目のうち当該包括点数に包括されている項目の所定点数を合計した点数を差し引いた点数に係るものについて、保険外併用療養費の支給対象とすること。

- (5) 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、患者に対する情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られるものとし、したがって、治験の内容を患者等に説明することが医療上好ましくないと認められる等の場合にあっては、保険外併用療養費の支給対象としないものとする。
- (6) 保険外併用療養費の支給対象となる治験において、患者から当該治験の被験薬の薬剤料等を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとする。
- (7) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当な範囲の額とすること。
- (8) 保険外併用療養費の支給対象となる治験を実施した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、治験の実施状況について別紙様式6により地方厚生（支）局長に報告するものとする。また、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式6の2により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

3 医療機器の治験に係る診療に関する事項

- (1) 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、医薬品医療機器等法第2条第17項の規定によるもの（機械器具等に係るものに限る。）とすること。
- (2) したがって、治験の実施に当たっては、医薬品医療機器等法及び医薬品医療機器等法施行規則の関係規定によるほか、医療機器の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成17年厚生労働省令第36号）によるものとする。
- (3) 保険外併用療養費の支給対象となる診療については、治験依頼者の依頼による治験においては、医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担を図る観点から、治験に係る診療のうち、手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴の前後1週間（2以上の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた場合は、最初の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して8日目に当たる日から最後の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して8日を経過する日までの間とする。）に行われた検査及び画像診断、当該治験の被験機器及び対照機器（以下「当該治験機器」という。）並びに診療報酬上評価されていない手術、処置、歯冠修復及び欠損補綴に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。また、自ら治験を実施する者による治

験においては、治験に係る診療のうち、当該治験機器並びに診療報酬上評価されていない手術、処置、歯冠修復及び欠損補綴に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。なお、いずれの場合においても、保険外併用療養費の支給対象とされない検査等が包括化された点数を算定している保険医療機関において治験が行われた場合の当該包括点数の取扱いについては、当該包括点数から、次の点数を差し引いた点数に係るものについて、保険外併用療養費の支給対象とすること。

ア 当該診療において実施した当該検査等の所定点数

イ 当該治験機器を使用するために通常要する費用に基づき 算定した点数

- (4) 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、患者に対する情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られるものとし、したがって、治験の内容を患者等に説明することが医療上好ましくないと認められる等の場合にあっては、保険外併用療養費の支給対象としないものとする。
- (5) 保険外併用療養費の支給対象となる治験において、患者から当該治験の被験機器の費用等を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとする。
- (6) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当な範囲の額とすること。
- (7) 保険外併用療養費の支給対象となる治験を実施した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、治験の実施状況について別紙様式8により地方厚生（支）局長に報告するものとする。また、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式8の2により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

4 再生医療等製品の治験に係る診療に関する事項

- (1) 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、医薬品医療機器等法第2条第17項の規定によるもの（加工細胞等（医薬品医療機器等法施行規則第275条の2の加工細胞等をいう。）に係るものに限る。）とすること。
- (2) したがって、治験の実施に当たっては、医薬品医療機器等法及び医薬品医療機器等法施行規則の関係規定によるほか、再生医療等製品の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成26年厚生労働省令第89号）によるものとする。
- (3) 保険外併用療養費の支給対象となる診療については、治験依頼者の依頼による治験においては、医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担を図る観点から、治験に係る診療のうち、手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴の前後1週間（2以上の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた場合は、最初の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して8日目に当たる日から最後の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して8日を経過する日までの間とする。）に行われた検査及び画像診断、当該治験の被験製品及び対照製品（以下「当該治験製品」という。）並びに診療報酬上評価されていない手術、処置、歯冠修復及び欠損補綴に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。また、自ら治験を実施する者による治験においては、治験に係る診療のうち、当該治験製品並びに診療報酬上評価されていない手術、処置、歯冠修復及び欠損補綴に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とは

しないものとする。なお、いずれの場合においても、保険外併用療養費の支給対象とされない検査等が包括化された点数を算定している保険医療機関において治験が行われた場合の当該包括点数の取扱いについては、当該包括点数から、次の点数を差し引いた点数に係るものについて、保険外併用療養費の支給対象とすること。

ア 当該診療において実施した当該検査等の所定点数

イ 当該治験製品を使用するために通常要する費用に基づき算定した点数

- (4) 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、患者に対する情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られるものとし、したがって、治験の内容を患者等に説明することが医療上好ましくないと認められる等の場合にあっては、保険外併用療養費の支給対象としないものとする。
- (5) 保険外併用療養費の支給対象となる治験において、患者から当該治験の被験製品の費用等を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとする。
- (6) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。
- (7) 保険外併用療養費の支給対象となる治験を実施した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、治験の実施状況について別紙様式15により地方厚生（支）局長に報告するものとする。また、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式15の2により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

5 医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた医薬品の投与に関する事項

- (1) 医薬品医療機器等法上の承認（同法第14条第1項又は第19条の2第1項の規定による承認）を受けた者が製造販売した当該承認に係る医薬品のうち、使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に記載されていないものに対する患者のニーズに対応する観点から、医薬品医療機器等法上の承認を受けた医薬品の投与について、当該投与に係る薬剤料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。
- (2) 保険外併用療養費の支給額には、薬剤料そのものの費用は含まれないものであること。
- (3) 病院又は診療所にあっては、以下の要件を満たすものであること。
 - ア 当該病院又は診療所に常勤の薬剤師が、2名以上配置されていること。
 - イ 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。
 - ウ 医薬品情報管理室の薬剤師が、有効性、安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。
- (4) 薬局にあっては、算定告示別表第三調剤報酬点数表（以下「調剤報酬点数表」という。）第1節に規定する調剤基本料の注4の規定に基づく届出を行った薬局であって、(3)の要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方箋に基づき医薬品を投与するものであること。
- (5) 医薬品医療機器等法上の承認を受けた日から起算して90日以内に行われた投薬について特別の料金を徴収することができるものとする。なお、投薬時点が90日以内であれば、服用時

点が91日目以後になる場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

- (6) 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該医薬品の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。したがって、患者の自由な選択と同意がなされたものと認められない場合は、特別の料金の徴収は認められないこと。
 - (7) 処方箋を交付する場合であっても、(6)の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該医薬品の交付が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。
 - (8) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。
 - (9) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式9により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。
- 6 医薬品医療機器等法に基づく承認等を受けた医療機器又は体外診断用医薬品の使用等に関する事項
- (1) 医薬品医療機器等法上の承認（同法第23条の2の5第1項又は第23条の2の17第1項の規定による承認）又は認証（同法第23条の2の23第1項の規定による認証）を受けた者が製造販売した当該承認又は認証に係る医療機器又は体外診断用医薬品のうち、保険適用されていないものに対する患者のニーズに対応する観点から、医薬品医療機器等法上の承認又は認証を受けた医療機器又は体外診断用医薬品の使用又は支給について、当該医療機器又は体外診断用医薬品に係る費用等に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。
 - (2) 保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該医療機器及び当該体外診断用医薬品の費用については含まれないものであること。
 - (3) 病院又は診療所にあつては、医療機器については以下のア及びイの要件を、体外診断用医薬品についてはウ及びエの要件を、それぞれ満たすことが望ましい。
 - ア 医療機器の保守管理等を行うための専用施設（以下「医療機器管理室」という。）を有し、臨床工学技士等の医療機器の専門家（以下「臨床工学技士等」という。）が配置されていること。
 - イ 医療機器管理室の臨床工学技士等が、医療機関内における医療機器の保守管理等を一括して実施し、医療機器の操作方法、安全性情報等の医師等に対する情報提供を行っていること。
 - ウ 体外診断用医薬品の管理等を行うための施設（以下「体外診断用医薬品管理室」という。）を有し、臨床検査技師等の体外診断用医薬品の専門家（以下「臨床検査技師等」という。）が配置されていること。
 - エ 体外診断用医薬品管理室の臨床検査技師等が、体外診断用医薬品の有効性等に関する情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。
 - (4) 薬局にあつては、調剤報酬点数表第1節に規定する調剤基本料の注4の規定に基づく届出

を行った薬局であって、(3)のア及びイの要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方箋に基づき医療機器又は体外診断用医薬品を支給するものであること。

- (5) 「医療機器の保険適用等に関する取扱いについて」(令和2年2月7日医政発 0207 第3号、保発0207 第4号)又は「体外診断用医薬品の保険適用に関する取扱いについて」(令和2年2月7日医政発 0207 第4号、保発 0207 第5号)に規定する保険適用希望書が受理された日から当該保険適用希望に係る保険適用上の取扱いが決定されるまでの期間(240日を上限とする。)の範囲内で行われた医療機器又は体外診断用医薬品の使用又は支給について特別の料金を徴収することができるものとする。なお、支給時点が240日以内であれば、使用時点がそれ以後になる場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。
- (6) 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該医療機器又は体外診断用医薬品の名称、使用目的又は効果、使用方法、不具合等に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。したがって、患者の自由な選択と同意がなされたものと認められない場合は、特別の料金の徴収は認められないこと。
- (7) 処方箋を交付する場合であっても、(6)の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該医療機器又は体外診断用医薬品の支給が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。
- (8) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。
- (9) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式12により地方厚生(支)局長にその都度報告するものとする。

7 医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた再生医療等製品の使用又は支給に関する事項

- (1) 医薬品医療機器等法上の承認(同法第23条の25第1項又は第23条の37第1項の規定による承認)を受けた者が製造販売した当該承認に係る再生医療等製品のうち、保険適用されていないものに対する患者のニーズに対応する観点から、医薬品医療機器等法上の承認を受けた再生医療等製品の使用又は支給について、当該再生医療等製品に係る費用等に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。
- (2) 保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該再生医療等製品の費用については含まれないものであること。
- (3) 病院又は診療所にあつては、以下の要件を満たすことが望ましい。
 - ア 再生医療等製品の安全性等に関する情報の収集及び伝達を行うための専用施設(以下「再生医療等製品管理室」という。)を有し、再生医療等製品の安全性等に関して十分な知識を持つ常勤の担当者が1名以上配置されていること。
 - イ 再生医療等製品管理室の担当者が、再生医療等製品の品質、有効性、安全性等に関する情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。
- (4) 薬局にあつては、調剤報酬点数表第1節に規定する調剤基本料の注4の規定に基づく届出を行った薬局であつて、(3)のア及びイの要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方箋に基づき再生医療等製品を投与又は支給するものであること。
- (5) 保険適用希望書が受理された日から当該保険適用希望に係る保険適用上の取扱いが決定さ

れるまでの期間（240 日を上限とする。）の範囲内で行われた再生医療等製品の使用又は支給について特別の料金を徴収することができるものとする。なお、支給時点が 240 日以内であれば、使用時点がそれ以後になる場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

- (6) 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該再生医療等製品の名称、用法、用量、使用方法、効能、効果、性能、不具合等に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。したがって、患者の自由な選択と同意がなされたものと認められない場合は、特別の料金の徴収は認められないこと。
 - (7) 処方箋を交付する場合であっても、(6)の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該再生医療等製品の投与又は支給が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。
 - (8) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当な適切な範囲の額とする。
 - (9) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式 16 により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。
- 8 薬価基準に記載されている医薬品の医薬品医療機器等法に基づく承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果に係る投与に関する事項
- (1) 薬価基準に記載されている医薬品の医薬品医療機器等法第 14 条第 1 項又は第 19 条の 2 第 1 項の規定による承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果に係る投与に対する患者のニーズに対応する観点から、当該投与に係る薬剤料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。
 - (2) 保険外併用療養費の支給額には、薬剤料そのものの費用は含まれないものであること。
 - (3) 医薬品医療機器等法第 14 条第 9 項（同法第 19 条の 2 第 5 項において準用する場合を含む。）の規定による承認事項（用法、用量、効能又は効果に限る。）の一部変更の承認（以下「医薬品一部変更承認」という。）の申請（申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。）を行うことが適当と認められるものとして厚生労働省設置法（平成 11 年法律第 97 号）第 11 条に規定する薬事・食品衛生審議会が事前の評価を開始した医薬品（当該評価期間が終了したものを除く。）の投与にあつては、当該評価が開始された日から 6 月、医薬品一部変更承認の申請（申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。）が受理された医薬品（薬事・食品衛生審議会の事前評価が終了したものを除く。）の投与にあつては、当該申請が受理された日から 2 年（当該期間内に当該申請に対する処分があったとき又は当該申請の取下げがあったときは、当該処分又は取下げがあった日までの期間）の範囲内で行われたものについて特別の料金を徴収することができるものとする。なお、投薬時点が上記期間内

であれば、服用時点が上記期間を超える場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

- (4) 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該医薬品の名称、医薬品医療機器等法に基づく承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。したがって、患者の自由な選択と同意がなされたものと認められない場合は、特別の料金の徴収は認められないこと。
 - (5) 処方箋を交付する場合であっても、(4)の情報の提供は医療機関において行うものとする。
 - (6) 特別の料金については、当該医薬品について薬価基準の別表に定める価格を標準とする。
 - (7) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式11により地方厚生(支)局長にその都度報告するものとする。
- 9 保険適用されている医療機器の医薬品医療機器等法に基づく承認に係る使用目的若しくは効果又は操作方法若しくは使用方法と異なる使用目的若しくは効果又は操作方法若しくは使用方法に係る使用に関する事項
- (1) 保険適用されている医療機器の医薬品医療機器等法第23条の2の5第1項若しくは第23条の2の17第1項の規定による承認又は同法第23条の2の23第1項の規定による認証に係る使用目的若しくは効果又は操作方法若しくは使用方法(以下「使用目的等」という。)と異なる使用目的等に係る使用(支給を含む。以下9において同じ。)に対する患者のニーズに対応する観点から、当該医療機器に係る費用等に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。
 - (2) 保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該医療機器の費用については含まれないものであること。
 - (3) 病院又は診療所にあつては、以下の要件を満たすことが望ましい。
 - ア 医療機器管理室を有し、臨床工学技士等が配置されていること。
 - イ 医療機器管理室の臨床工学技士等が、医療機関内における医療機器の保守管理等を一括して実施し、医師等に対する医療機器の操作方法、安全性情報等の情報提供を行っていること。
 - (4) 薬局にあつては、調剤報酬点数表第1節に規定する調剤基本料の注4の規定に基づく届出を行った薬局であつて、(3)のア及びイの要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方箋に基づき医療機器を支給するものであること。
 - (5) 医薬品医療機器等法第23条の2の5第11項(同法第23条の2の17第5項において準用する場合を含む。)の規定による承認事項(使用目的等に限る。)の一部変更の承認(以下「医療機器一部変更承認」という。)の申請(申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。)を行うことが適当と認められるものとして厚生労働省設置法第11条に規定する薬事・食品衛生審議会が事前の評価を開始した医療機器の使用にあつては、当該評価が開始された日から6月(当該期間内に医療機器一部変更承認の申請が受理されたときは、当該申請が受理された日までの期間)、医療機器一部変更承認の申請(申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学

薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。)が受理された医療機器の使用にあつては、当該申請が受理された日から2年(当該期間内に当該申請に対する処分があつたとき又は当該申請の取下げがあつたときは、当該処分又は取下げがあつた日までの期間)の範囲内で行われたものについて特別の料金を徴収することができるものとする。なお、支給時点が上記期間内であれば、患者による使用時点が上記期間を超える場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

- (6) 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該医療機器の名称、医薬品医療機器等法に基づく承認に係る使用目的等、不具合等に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。したがって、患者の自由な選択と同意がなされたものと認められない場合は、特別の料金の徴収は認められないこと。
 - (7) 処方箋を交付する場合であっても、(6)の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該医療機器の支給が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。
 - (8) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当な適切な範囲の額とする。
 - (9) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式12の2により地方厚生(支)局長にその都度報告するものとする。
- 10 保険適用されている再生医療等製品の医薬品医療機器等法に基づく承認に係る用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能と異なる用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能に係る使用又は支給に関する事項
- (1) 保険適用されている再生医療等製品の医薬品医療機器等法第23条の25第1項又は第23条の37第1項の規定による承認に係る用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能(以下「用法等」という。)と異なる用法等に係る使用又は支給に対する患者のニーズに対応する観点から、当該再生医療等製品に係る費用等に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。
 - (2) 保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該再生医療等製品の費用については含まれないものであること。
 - (3) 病院又は診療所にあつては、以下の要件を満たすことが望ましい。
 - ア 再生医療等製品管理室を有し、再生医療等製品の安全性等に関して十分な知識を持つ常勤の担当者が1名以上配置されていること。
 - イ 再生医療等製品管理室の担当者が、再生医療等製品の品質、有効性、安全性等に関する情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。
 - (4) 薬局にあつては、調剤報酬点数表第1節に規定する調剤基本料の注4の規定に基づく届出を行った薬局であつて、(3)のア及びイの要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方箋に基づき再生医療等製品を投与又は支給するものであること。
 - (5) 医薬品医療機器等法23条の25第9項(同法第23条の37第5項において準用する場合を

含む。)の規定による承認事項(用法等に限る。)の一部変更の承認(以下「再生医療等製品一部変更承認」という。)の申請(申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。)を行うことが適当と認められるものとして厚生労働省設置法第11条に規定する薬事・食品衛生審議会が事前の評価を開始した再生医療等製品の使用又は支給にあっては、当該評価が開始された日から6月(当該期間内に再生医療等製品一部変更承認の申請が受理されたときは、当該申請が受理された日までの期間)、再生医療等製品一部変更承認の申請(申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。)が受理された再生医療等製品の使用又は支給にあっては、当該申請が受理された日から2年(当該期間内に当該申請に対する処分があったときは又は当該申請の取下げがあったときは、当該処分又は取下げがあった日までの期間)の範囲内で行われたものについて特別の料金を徴収することができるものとする。なお、支給時点が上記期間内であれば、患者による使用時点が上記期間を超える場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

- (6) 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該再生医療等製品の名称、医薬品医療機器等法に基づく承認に係る用法等、不具合等に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。したがって、患者の自由な選択と同意がなされたものと認められない場合は、特別の料金の徴収は認められないこと。
 - (7) 処方箋を交付する場合であっても、(6)の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該再生医療等製品の投与又は支給が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。
 - (8) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当な適切な範囲の額とする。
 - (9) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式17により地方厚生(支)局長にその都度報告するものとする。
- 11 別に厚生労働大臣が定める患者申出療養(当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。)に関する事項
- (1) 保険外併用療養費の支給対象となる患者申出療養は、厚生労働大臣に個別に認められたものとする。
 - (2) 保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置等並びに歯冠修復及び欠損補綴等並びに薬価基準に記載されていない医薬品、保険適用されていない医療機器及び保険適用されていない再生医療等製品の費用については含まれないものであること。
 - (3) 保険医療機関は、保険外併用療養費の支給対象となる患者申出療養を行うに当たり、あらかじめ患者に対し、その内容及び費用に関して説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得るものとする。

- (4) 患者から患者申出療養に係る費用を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとする。
- (5) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当な範囲の額とすること。
- (6) 患者申出療養について、患者の希望に基づき、保険医療機関において申出に係る相談を実施した場合及び臨床研究中核病院において健康保険法第63条第4項又は高齢者の医療の確保に関する法律第64条第4項に規定する意見書その他必要な書類を作成した場合には、当該相談及び書類作成に係る費用について、患者から徴収しても差し支えないものとする。ただし、この場合、「療養の給付と直接関係のないサービス等の取扱いについて」（平成17年9月1日保医発第0901002号）に定める費用徴収する場合の従うこと。

12 特別の療養環境の提供に係る基準に関する事項

i) 入院医療に係る特別の療養環境の提供

- (1) 療養環境の向上に対するニーズが高まりつつあることに対応して、患者の選択の機会を広げるために、(2)の要件を満たす病床について保険医療機関の病床（健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号の指定に係る病床（健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法（平成9年法律第123号）第48条第1項第3号に規定する指定介護療養施設サービスを行う同法第8条第26項に規定する療養病床等を除く。）に限る。以下第3において同じ。）の数の5割まで患者に妥当な範囲の負担を求めることを認めることとしたものであること。
- (2) 療養環境については、患者が特別の負担をする上でふさわしい療養環境である必要があり、次の①から④までの要件を充足するものでなければならないこと。
 - ① 特別の療養環境に係る一の病室の病床数は4床以下であること。
 - ② 病室の面積は1人当たり6.4平方メートル以上であること。
 - ③ 病床ごとのプライバシーの確保を図るための設備を備えていること。
 - ④ 特別の療養環境として適切な設備を有すること。
- (3) (1)にかかわらず、厚生労働大臣が次に掲げる要件を満たすものとして承認した保険医療機関にあっては、当該承認に係る病床割合まで患者に妥当な範囲の負担を求めることを認めることとしたものであること。
 - ① 当該保険医療機関の所在地を含む区域（医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第2項第10号に規定する区域をいう。）における療養病床（同法第7条第2項第4号に規定する療養病床をいう。）及び一般病床（同法第7条第2項第5号に規定する一般病床をいう。以下同じ。）の数が、同法第30条の4第1項に規定する医療計画において定める当該区域の療養病床及び一般病床に係る基準病床数に既に達しており、かつ、特別の療養環境に係る病床数の当該保険医療機関の病床数に対する割合を増加しても患者が療養の給付を受けることに支障を来すおそれがないこと。

この場合においては、当該保険医療機関におけるこれまでの特別の病室の稼働の状況、特別の病室の申し込みの状況等を勘案し、当該保険医療機関の特別の病室を増加しても、

患者が療養の給付を受けることに支障を来すおそれがないかどうか判断するものとする
こと。

- ② 経験を有する常勤の相談員により、特別の療養環境の提供に係る病室への入退室及び特別の料金等に関する相談体制が常時とられていること。
 - ③ 必要に応じ、患者を適切かつ迅速に他の保険医療機関に紹介することができる等の他の保険医療機関との連携体制が整えられていること。
 - ④ 当該保険医療機関における特別の療養環境の提供に係る病室の全てについて、一の病室の病床数が2床以下であり、かつ、病室の面積及び設備については(2)の②から④までの要件を充足するものであること。
 - ⑤ 算定告示別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）第1章第2部第1節又は別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）第1章第2部第1節に規定する急性期一般入院基本料、7対1入院基本料及び10対1入院基本料、療養病棟入院基本料（特別入院基本料等を除く。）並びに有床診療所入院基本料1及び有床診療所入院基本料4を算定する保険医療機関であること。
 - ⑥ 医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第19条第1項第1号及び第2号に定める医師及び歯科医師の員数を満たしていること。
 - ⑦ 厚生労働大臣から当該承認を受ける前6月間において掲示事項等告示第3の基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- (4) (3)の承認に係る病床割合については、次の事項を基準として設定すること。
- ① 医科点数表又は歯科点数表に掲げる療養環境加算、重症者等療養環境特別加算等を算定する病室として当該保険医療機関が届出を行っている病室における病床は、承認に係る病床から除外すること。
 - ② 特定集中治療室、小児特定集中治療室、新生児特定集中治療室、母体・胎児集中治療室、一類感染症患者入院医療管理治療室等患者の治療上の必要があるために入院するものとして設けられている病室における病床は、承認に係る病床から除外すること。
 - ③ 地域医療支援病院（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。）、救急病院等を定める省令（昭和39年厚生省令第8号）に基づき認定された救急病院等、「救急医療対策の整備事業について」（昭和52年医発第692号）に規定された保険医療機関等において救急患者のために設けられた専用病床等は、承認に係る病床から除外すること。
 - ④ ①から③までのほか、当該保険医療機関におけるこれまでの特別療養環境室以外の病室への入院状況、特別療養環境室への入院希望の状況、救急患者の割合等を総合的に勘案し、特別療養環境室に係る病床以外の病床を一定割合確保すること。
- (5) (1)及び(3)にかかわらず、特定機能病院以外の保険医療機関であって、国又は地方公共団体が開設するものにあつては、その公的性格等に鑑み、国が開設するものにあつては病床数の2割以下、地方公共団体が開設するものにあつては病床数の3割以下としたこと。
- (6) 特別の療養環境の提供は、患者への十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要があり、患者の意に反して特別療養環境室に入院させられることのないようにしなければならないこと。
- (7) 特別療養環境室へ入院させた場合においては、次の事項を履行するものであること。

- ① 保険医療機関内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に特別療養環境室の各々についてそのベッド数、特別療養環境室の場所及び料金を患者にとって分かりやすく掲示しておくこと。
 - ② 特別療養環境室への入院を希望する患者に対しては、特別療養環境室の設備構造、料金等について明確かつ懇切丁寧に説明し、患者側の同意を確認のうえ入院させること。
 - ③ この同意の確認は、料金等を明示した文書に患者側の署名を受けることにより行うものであること。なお、この文書は、当該保険医療機関が保存し、必要に応じ提示できるようにしておくこと。
- (8) 患者に特別療養環境室に係る特別の料金を求めてはならない場合としては、具体的には以下の例が挙げられること。なお、③に掲げる「実質的に患者の選択によらない場合」に該当するか否かは、患者又は保険医療機関から事情を聴取した上で、適宜判断すること。
- ① 同意書による同意の確認を行っていない場合（当該同意書が、室料の記載がない、患者側の署名がない等内容が不十分である場合を含む。）
 - ② 患者本人の「治療上の必要」により特別療養環境室へ入院させる場合
(例)
 - ・ 救急患者、術後患者等であって、病状が重篤なため安静を必要とする者、又は常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする者
 - ・ 免疫力が低下し、感染症に罹患するおそれのある患者
 - ・ 集中治療の実施、著しい身体的・精神的苦痛を緩和する必要のある終末期の患者
 - ・ 後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者（患者が通常の個室よりも特別の設備の整った個室への入室を特に希望した場合を除く。）
 - ・ クロイツフェルト・ヤコブ病の患者（患者が通常の個室よりも特別の設備の整った個室への入室を特に希望した場合を除く。）
 - ③ 病棟管理の必要性等から特別療養環境室に入院させた場合であって、実質的に患者の選択によらない場合
(例)
 - ・ MRSA等に感染している患者であって、主治医等が他の入院患者の院内感染を防止するため、実質的に患者の選択によらず入院させたと認められる者の場合
 - ・ 特別療養環境室以外の病室の病床が満床であるため、特別療養環境室に入院させた患者の場合なお、「治療上の必要」に該当しなくなった場合等上記②又は③に該当しなくなったときは、(6)及び(7)に示した趣旨に従い、患者の意に反して特別療養環境室への入院が続けられることがないよう改めて同意書により患者の意思を確認する等、その取扱いに十分に配慮すること。
- (9) 患者が事実上特別の負担なしでは入院できないような運営を行う保険医療機関については、患者の受診の機会が妨げられるおそれがあり、保険医療機関の性格から当を得ないものと認められるので、保険医療機関の指定又は更新による再指定に当たっては、十分改善がなされた上で、これを行う等の措置も考慮すること。(3)に掲げる保険医療機関については、特に留意すること。
- (10) 平成6年3月31日現在、従来の特別の病室として特別の料金を徴収している病室が(2)の

②に掲げる要件を満たしていない場合は、当該病床を含む病棟の改築又は建替までは経過的に当該要件を課さないこととするが、早急に改善されるべきものであること。

(11) 保険医療機関は、特別の療養環境の提供に係る病床数、特別の料金等を定期的に地方厚生(支)局長に報告するとともに、当該事項を定め又は変更しようとする場合には、別紙様式1により地方厚生(支)局長にその都度報告するものとする。

ii) 外来医療に係る特別の療養環境の提供

(1) 外来医療においても療養環境の向上に対するニーズが高まりつつあることに対応して、患者の選択の機会を広げるために、一定の要件を満たす診察室等について、患者に妥当な範囲の負担を求めることを認めることとしたものであること。

(2) 特別の療養環境の適切な提供を確保するため、診療に要する時間が長時間にわたる場合に限り特別の療養環境を提供することができるものであること。具体的には、一連の診療に要する時間が概ね1時間を超える場合をいうものであること。

(3) 療養環境については、患者が特別の負担をする上でふさわしい療養環境である必要があり、次の①及び②の要件を充足するものでなければならないこと。

① 特別療養環境室は完全な個室環境を生じさせることができるものに限られ、間仕切り等により個人の区画を確保するようなものは認められないこと。

② 患者が静穏な環境下で受診できる構造設備等が確保されていること。

(4) 特別の療養環境の提供は、患者への十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要があり、患者の意に反して特別療養環境室における受診が強いられることのないようにしなければならないこと。このため、特別療養環境室は通常の診療室等における応需態勢を確保した上で提供される必要があり、通常の診察室が空いていない等の理由により特別療養環境室での受診が求められることのないようにしなければならないこと。なお、一定期間における複数回の受診について包括的に同意を得ることは差し支えないが、その際には期間等を明示した上で同意を確認すること。

(5) 特別の療養環境の提供を受ける患者は他の患者に比べ予約の順位が優先されるなど、療養環境の提供以外の便宜を図ることは認められないこと。

(6) i) (7) から (9) まで及び (11) に掲げる事項について、外来医療における特別の療養環境の提供においても準用するものであること。(様式については別紙様式1の2によること。)

13 予約に基づく診察に関する事項

(1) 予約診察による特別の料金の徴収については、当該予約診察が保険医療機関において対面で行われるものでなければ認められないものであること。

(2) 予約診察による特別の料金の徴収に当たっては、それぞれの患者が予約した時刻に診療を適切に受けられるような体制が確保されていることが必要であり、予約時間から一定時間(30分程度)以上患者を待たせた場合は、予約料の徴収は認められないものであること。

(3) 予約料を徴収しない時間を各診療科ごとに少なくとも延べ外来診療時間の2割程度確保するものとする。なお、この時間帯の確保に当たっては、各診療科における各医師又は歯科医師の同一診療時間帯に、予約患者とそうでない患者を混在させる方法によっても差し支えないものとする。

(4) 予約患者でない患者についても、概ね2時間以上待たせることのないよう、適宜診察を行

うものとする。

- (5) 予約患者については、予約診察として特別の料金を徴収するのにふさわしい診療時間(10分程度以上)の確保に努めるものとし、医師又は歯科医師1人につき1日に診察する予約患者の数は概ね40人を限度とすること。
 - (6) 上記の趣旨を患者に適切に情報提供する観点から、当該事項について院内に患者にとって分かりやすく掲示するとともに、保険医療機関の受付窓口の区分、予約でない患者に対する受付窓口での説明、予約患者でない患者への番号札の配布等、各保険医療機関に応じた方法により、予約患者とそうでない患者のそれぞれについて、当該取扱いが理解されるよう配慮するものとする。
 - (7) 予約料の徴収は、患者の自主的な選択に基づく予約診察についてのみ認められるものであり、病院側の一方的な都合による徴収は認められないものであること。
 - (8) 予約料の額は、曜日・時間帯、標榜科等に応じて複数定めても差し支えないが、社会的に見て妥当適切なものでなければならないこと。
 - (9) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式3により地方厚生(支)局長にその都度報告するものとする。
 - (10) 専ら予約患者の診察に当たる医師又は歯科医師がいても差し支えないものとする。
 - (11) 予約診察を行う時刻は夜間、休日又は深夜であっても差し支えないものとする。ただし、この場合には、当該予約患者については保険医療機関において診療応需の態勢をとっているといえることから、医科点数表又は歯科点数表に規定する時間外加算、休日加算及び深夜加算は算定できないこと。
- 14 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察(以下単に「時間外診察」という。)に関する事項
- (1) 本制度は、国民の生活時間帯の多様化や時間外診察に係るニーズの動向を踏まえて創設されたものであり、したがって、本制度の対象となるのは、緊急の受診の必要性はないが患者が自由な選択に基づき、自己の都合により時間外診察を希望した場合に限られ、緊急やむを得ない事情による時間外の受診については従前通り診療報酬点数表上の時間外加算の対象となり、患者からの費用徴収は認められないものであること。
 - (2) 時間外診察に係る特別の料金の徴収については、当該時間外診察が保険医療機関において対面で行われるものでなければ認められないものであること。
 - (3) 本制度に基づき時間外診察に係る費用徴収を行おうとする保険医療機関は、時間外診察に係る費用徴収についての掲示をあらかじめ院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく示しておかなければならないこと。
 - (4) 社会通念上時間外とされない時間帯(例えば平日の午後4時)であっても、当該保険医療機関の標榜診療時間帯以外であれば、診療報酬上の時間外加算とは異なり、本制度に基づく時間外診察に係る費用徴収は認められるものであること。
 - (5) 患者からの徴収額については、診療報酬点数表における時間外加算の所定点数相当額を標準とすること。
 - (6) 患者からの徴収額及び標榜診療時間帯を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式4により地方厚生(支)局長にその都度報告するものとする。
- 15 200床(一般病床に係るものに限る。)以上の病院の初診に関する事項

- (1) 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの紹介なしに一般病床の数が 200 床以上の病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、初診料を算定する初診に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたところであるが、当該療養の取扱いについては、以下のとおりとすること。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。
- ① 患者の疾病について医学的に初診といわれる診療行為が行われた場合に徴収できるものであり、自ら健康診断を行った患者に診療を開始した場合等には、徴収できない。
 - ② 同時に 2 以上の傷病について初診を行った場合においても、1 回しか徴収できない。
 - ③ 1 傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合においても、第 1 回の初診時にしか徴収できない。
 - ④ 医科・歯科併設の病院においては、お互いに関連のある傷病の場合を除き、医科又は歯科においてそれぞれ別に徴収できる。
 - ⑤ ①から④までによるほか、初診料の算定の取扱いに準ずるものとする。
- (2) 初診に係る特別の料金を徴収しようとする場合は、患者への十分な情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであり、当該情報提供に資する観点から、「他の保険医療機関等からの紹介によらず、当該病院に直接来院した患者については初診に係る費用として〇〇〇〇円を徴収する。ただし、緊急その他やむを得ない事情により、他の保険医療機関からの紹介によらず来院した場合にあっては、この限りでない。」旨を病院の見やすい場所に患者にとって分かりやすく明示するものとする。
- (3) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当な適切な範囲の額とすること。
- (4) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式 2 により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。また、特別の料金を徴収した患者数並びに特別の料金を徴収しなかった場合における当該患者数及びその理由等特別の料金の徴収に係る状況について、記録しておくこと。

患者から特別の料金を徴収した保険医療機関については、毎年 の 定例報告の際に、上記を含む実施状況について地方厚生（支）局長に報告すること。

- (5) 国の公費負担医療制度の受給対象者については、「やむを得ない事情がある場合」に該当するものとして、初診に係る特別の料金の徴収を行うことは認められないものであること。
- (6) いわゆる地方単独の公費負担医療（以下「地方単独事業」という。）の受給対象者については、当該地方単独事業の趣旨が、特定の障害、特定の疾病等に着眼しているものである場合には、(5)と同様の取扱いとすること。
- (7) 社会福祉法（昭和 26 年法律第 45 号）第 2 条第 3 項第 9 号に規定するいわゆる無料低額診療事業の実施医療機関において当該制度の対象者について初診に係る特別の料金の徴収を行うこと、及びエイズ拠点病院において HIV 感染者について初診に係る特別の料金の徴収を行うことは、「やむを得ない事情がある場合」に該当するものとして認められないものであること。

16 特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床に係るものの数が 200 床未満の病院を除く。）の初診に関する事項

- (1) 特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床の数が 200 床未満の病院を除く。）は、健

康保険法第70条第3項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、患者の病状その他の患者の事情に応じた適切な他の保険医療機関を当該患者に紹介することと併せて、他の保険医療機関等からの紹介なしに受診した患者については、選定療養として、初診時に5,000円（歯科医師である保険医による初診の場合は3,000円）以上の金額の支払を受けることとしたところであるが、その取扱いについては、（2）から（6）までに定めるとおりとすること。なお、当該初診の取扱い及び病床数の計算の仕方については、15の（1）と同様の取扱いとすること。

（2）（1）の措置は、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成18年厚生労働省告示第495号）第2条第4号に掲げる初診として行われるものであり、（1）の金額の支払を受ける場合には、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。

（3）救急の患者その他15の（5）から（7）までに定める患者については、「緊急やむを得ない場合」に該当するものとして、特別の料金の徴収を行うことは認められないものであること。

（4）（3）に定める場合のほか、正当な理由がある場合は、他の保険医療機関等からの紹介なしに受診した患者について、（1）の金額の支払を求めないことができること。なお、正当な理由がある場合とは、次に掲げる患者に初診を行う場合であること。

- ① 自施設の他の診療科を受診している患者
- ② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
- ③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
- ④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
- ⑤ 外来受診から継続して入院した患者
- ⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
- ⑦ 治験協力者である患者
- ⑧ 災害により被害を受けた患者
- ⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
- ⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者

（5）（1）の金額の支払を受けることについて、地方自治体による条例の制定等を要する公的医療機関等については、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（令和2年厚生労働省令第●号）附則第2条及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件（令和2年厚生労働省告示第●号）附則第1条に規定する正当な理由を有するものとして、令和2年9月30日までの間に限り、（1）の金額の支払を受けることを要しないこと。

（6）その他、15の（2）、（4）及び（5）に定める取扱いに準ずること。

17 200床（一般病床に係るものに限る。）以上の病院の再診に関する事項

（1）病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の病院（又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、外来診療料又は再診料に相当する療養部分についてその費用を患者

から徴収することができることとしたものであるが、同時に2以上の傷病について再診を行った場合においては、当該2以上の傷病の全てにつき、以下(2)から(4)までの要件を満たさない限り、特別の料金の徴収は認められないものである。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。

- (2) 外来診療料又は地域歯科診療支援病院歯科再診料を算定する療養に相当する療養が行われた場合に特別の料金を徴収することができるものである。
- (3) 再診に係る特別の料金を徴収しようとする場合は、患者への十分な情報提供を前提とされるものであり、当該情報提供に資する観点から、必要な情報を病院の見やすい場所に患者にとって分かりやすく明示するものとする。
- (4) 他の病院又は診療所に対する文書による紹介を行う旨の申出については、当該医療機関と事前に調整した上で行うものとし、以下の事項を記載した文書を交付することにより行うものであること。また、当該文書による申出を行った日については、特別の料金の徴収は認められないものであること。

ア 他の病院又は診療所に対し文書により紹介を行う用意があること。

イ 紹介先の医療機関名

ウ 次回以降特別の料金として〇〇円を徴収することとなること。

- (5) その他、200床（一般病床に係るものに限る。）以上の病院の初診に関する事項の(3)から(7)までの取扱いに準ずるものとする。

18 特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床に係るものの数が200床未満の病院を除く。）の再診に関する事項

- (1) 特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）は、健康保険法第70条第3項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、患者の病状その他の患者の事情に応じた適切な他の保険医療機関を当該患者に紹介することと併せて、他の病院又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者については、選定療養として、再診時に2,500円（歯科医師である保険医による再診の場合は1,500円）以上の金額の支払を受けることとしたところであるが、その取扱い等については、(2)から(4)までに定めるとおりとすること。
- (2) 特定機能病院及び地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）は、患者の病状が安定している場合その他当該保険医療機関以外の病院又は診療所に紹介することが適当と認めるときは、他の病院又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行うものとし、当該申出を行ったにもかかわらず患者が受診した場合には、(1)の金額の支払を受けること。
- (3) (1)の措置は、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第2条第5号に掲げる再診として行われるものであり、(1)の金額の支払を受ける場合には、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。
- (4) その他、16の(3)から(5)まで及び17の取扱いに準ずるものとする。

19 医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療であって別に厚生労働大臣が定めるものに関する事項

- (1) 本制度は、患者の要望に従い、患者の自己の選択に係るものとして、医科点数表等に規定

する回数を超えて行う診療であって、①検査（腫瘍マーカーのうち、「 α -フェトプロテイン（AFP）」及び「癌胎児性抗原（CEA）」、「前立腺特異抗原（PSA）」及び「CA19-9」、②リハビリテーション（「心大血管疾患リハビリテーション料」、「脳血管疾患等リハビリテーション料」、「廃用症候群リハビリテーション料」、「運動器リハビリテーション料」及び「呼吸器リハビリテーション料」）、③精神科専門療法（「精神科ショート・ケア」、「精神科デイ・ケア」、「精神科ナイト・ケア」及び「精神科デイ・ナイト・ケア」）について、その費用を患者から徴収することができることとしたものである。

ただし、①については、患者の不安を軽減する必要がある場合、②については、患者の治療に対する意欲を高める必要がある場合、③については、患者家族の負担を軽減する必要がある場合に限り実施されるものであること。

なお、当該診療の実施に当たっては、その旨を診療録に記載すること。

- (2) 本制度に基づき医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療を実施する場合において、「特掲診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第63号）等により施設基準が定められている場合には、これに適合する旨を地方厚生（支）局長に届け出ていること。
- (3) 医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療に係る特別の料金の徴収を行おうとする保険医療機関は、本制度の趣旨を患者に適切に情報提供する観点から、当該事項について院内の見やすい場所に分かりやすく掲示しておかなければならない。
- (4) 保険医療機関は、医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療を実施するに当たり、あらかじめ患者に対し、その内容及び費用に関して明確かつ懇切に説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得るものとし、この同意の確認は、特別の料金等を明示した文書に患者側の署名を受けることにより行うこと。
- (5) 患者から、医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療に係る費用を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとする。
- (6) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とし、医科点数表等に規定する基本点数をもとに計算される額を標準とすること。
- (7) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式13により地方厚生（支）局長にその都度報告すること。また、患者から特別の料金を徴収した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、その実施状況について地方厚生（支）局長に報告すること。

20 入院期間が180日を超える入院に関する事項

- (1) 入院医療の必要性が低いが患者側の事情により長期にわたり入院している者への対応を図る観点から、通算対象入院料（一般病棟入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料を含み、医科点数表の注11に規定する療養病棟入院料1の例により算定する場合（歯科点数表第1章第2部第1節通則1の規定により医科点数表の例により算定する場合を含む。）を除く。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限り、医科点数表の注9に規定する療養病棟入院料1の例により算定する場合（歯科点数表第1章第2部第1節通則1の規定により医科点数表の例により算定する場合を含む。）を除く。）及び専門病院入院基本料（医科点数表の注8に規定する療養病棟入院料1の例により

算定する場合（歯科点数表第1章第2部第1節通則1の規定により医科点数表の例により算定する場合を含む。）を除く。）をいう。以下同じ。）を算定する保険医療機関への180日を超える入院（（6）に定める患者の入院を除く。）については、患者の自己の選択に係るものとして、その費用を患者から徴収することができることとしたものである。

- (2) 入院期間は、以下の方法により計算されるものであり、医科点数表及び歯科点数表（以下「医科点数表等」という。）の例により計算されるものではないことに留意すること。
- ① 保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は他の保険医療機関に入院した場合（当該疾病又は負傷が一旦治癒し、又は治癒に近い状態（寛解状態を含む。）になった後に入院した場合を除く。）にあつては、これらの保険医療機関において通算対象入院料を算定していた期間を通算する。
 - ② ①の場合以外の場合にあつては、現に入院している保険医療機関において通算対象入院料を算定していた期間を通算する。
- (3) 退院の日から起算して3月以上（悪性腫瘍、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条に規定する指定難病（同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）又は「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年4月17日衛発第242号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）に罹患している患者については1月以上。以下同じ。）の期間、同一傷病について、いずれの保険医療機関に入院することなく経過した後、当該保険医療機関又は他の保険医療機関に入院した場合は、（2）の②に該当するものであり、入院期間の計算方法は、現に入院している保険医療機関において通算対象入院料を算定していた期間を通算するものであること。また、同一の保険医療機関内の介護療養病床等に3月以上の期間入院した場合についても（2）の②に準じて取り扱うものとし、当該介護療養病床等から通算対象入院料を算定する病棟に転棟した場合における入院期間は、当該転棟の日から起算して計算するものであること。
- (4) 入院期間の確認については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和2年3月5日保医発0305第1号）別添1第1章第2部通則3に従うものであること。
- (5) 保険外併用療養費の支給額は、所定点数から通算対象入院料の基本点数の100分の15に相当する点数を控除した点数をもとに計算されるものであるが、通算対象入院料の基本点数とは、それぞれの区分の注1（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料の場合は注2）に掲げられている点数であるものである。なお、控除する点数に1点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算するものとする。また、外泊期間中は、保険外併用療養費は支給しないものとする。なお、外泊期間中であっても、特別の料金を徴収することができることとし、その標準については、（9）に規定するところによるものとする。
- (6) 当該制度は、入院医療の必要性が低い患者側の事情により入院しているものへの対応を図るためのものであることから、以下の表の左欄に掲げる状態等にあつて、中欄の診療報酬点数に係る療養のいずれかについて、右欄に定める期間等において実施している患者の入院

については、選定療養には該当せず、特別の料金を徴収することは認められないものである。なお、左欄に掲げる状態等にある患者が、退院等により右欄に定める実施期間等を満たさない場合においては、当該月の前月において選定療養に該当していない場合に限り、当該月においても同様に取扱う。他の病院から転院してきた患者についても同様の取扱いとする。

状態等	診療報酬点数	実施の期間等
1 難病患者等入院診療加算を算定する患者	難病患者等入院診療加算	当該加算を算定している期間
2 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	重傷者等療養環境特別加算	当該加算を算定している期間
3 重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、脊椎損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等（注1参照）		左欄の状態にある患者
4 悪性新生物に対する腫瘍用薬（重篤な副作用を有するものに限る。）を投与している状態（注2参照）	動脈注射	左欄治療により、集中的な入院加療を要する期間
	抗悪性腫瘍剤局所持続注入	
	点滴注射	
	中心静脈注射	
	骨髄内注射	
5 悪性新生物に対する放射線治療を実施している状態	放射線治療（エックス線表在治療又は血液照射を除く。）	
6 ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態（注3参照）	ドレーン法（ドレナージ）	当該月において2週以上実施していること
	胸腔穿刺	
	腹腔穿刺	
7 人工呼吸器を使用している状態	間歇的陽圧吸入法、体外式陰圧人工呼吸器治療	当該月において1週以上使用していること
	人工呼吸	
8 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過	各週2日以上実施していること（注4参照）

法を実施している状態	血漿交換療法	当該月において2日以上実施していること
9 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態（当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。）	脊椎麻酔	
	開放点滴式全身麻酔	
	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	
10 末期の悪性新生物に対する治療を実施している状態	薬剤料（麻薬に限る。） （注5参照）	左欄の状態にある期間
	神経ブロック（注6参照）	
11 呼吸管理を実施している状態	救命のための気管内挿管 （注7参照） 気管切開術（注8参照） 酸素吸入（注9参照）	
12 頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態（注10参照）	喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出	当該月において1日あたり8回（夜間を含め約3時間に1回程度）以上実施している日が20日を超えること
	気管支カテーテル薬液注入法	
13 肺炎等に対する治療を実施している状態	薬剤料（抗生剤に限る。） （注11参照）	左欄の状態にある期間
14 集中的な循環管理が実されている先天性心疾患等の患者（注12参照）	薬剤料（強心剤等に限る。）	
15 15歳未満の患者		左欄の年齢にある期間
16 児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援を受けている患者		当該支援を受けている期間
17 児童福祉法第20条の育成医療の給付を受けている患者		当該給付を受けている期間
18 造血幹細胞移植又は臓器移植後の拒絶反応に対する治療を実施している患者		左欄の状態にある期間

注1 3の左欄に掲げる状態等にある患者は具体的には以下のような状態等にあるものを

いうものであること。

- a 重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）
なお、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者については、当該傷病が主たる傷病である患者のことをいう。
 - b 重度の意識障害者
重度の意識障害者とは、次に掲げる者をいう。なお、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。
ア 意識障害レベルが J C S (Japan Coma Scale) でⅡ-3（又は 30）以上又は G C S (Glasgow Coma Scale) で 8 点以下の状態が 2 週以上持続している患者
イ 無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）
 - c 以下の疾患に罹患している患者
筋ジストロフィー、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ 3 以上でかつ生活機能障害度Ⅱ度又はⅢ度のものに限る。）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎及びもやもや病（ウイルス動脈輪閉塞症）
 - d 重度の肢体不自由者については、「「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について」（平成 3 年 11 月 18 日老健第 102-2 号）においてランク B（以下「ランク B」という。）以上に該当するものが対象となるものであり、ランク B 以上に該当する旨を診療報酬明細書に記載すること。
- 2 4 の「重篤な副作用を有するもの」とは、肝障害、間質性肺炎、骨髄抑制、心筋障害等の生命予後に影響を与えうる臓器障害を有する腫瘍用薬であること。
 - 3 6 に係る胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、当該胸腔穿刺又は腹腔穿刺に関し洗浄を行った旨を診療報酬明細書に記載すること。
 - 4 8 の「人工腎臓を実施している状態」にある患者については、ランク B 以上に該当するものが対象となるものであり、ランク B 以上に該当する旨を診療報酬明細書に記載すること。
 - 5 10 の中欄に規定する「麻薬」については、使用薬剤を診療報酬明細書に記載すること。
 - 6 10 の中欄に規定する「神経ブロック」とは、医科点数表第 2 章第 11 部第 2 節区分番号「L 1 0 0」神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）、区分番号「L 1 0 1」神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）又は区分番号「L 1 0 5」硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入であること。
 - 7 11 の中欄に規定する「救命のための気管内挿管」を実施している患者については、気管内挿管を実施している旨を診療報酬明細書に記載すること。
 - 8 11 の中欄に規定する「気管切開術」を実施している患者については、ランク B 以上

に該当するものが対象となるものであり、ランク B 以上に該当する旨及び気管切開術を実施している旨を診療報酬明細書に記載すること。

9 11 の中欄に規定する「酸素吸入」を実施している患者については、ランク B 以上に該当し、かつ、酸素吸入を実施しない場合には経皮的動脈血酸素飽和度が 90% 以下となるものが対象となるものであり、ランク B 以上に該当する旨及び酸素吸入を実施しない場合の経皮的動脈血酸素飽和度の値及び酸素吸入を実施している旨を診療報酬明細書に記載すること。

10 12 の左欄に規定する「頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態」については、ランク B 以上に該当するものが対象となるものであり、ランク B 以上に該当する旨及び喀痰吸引又は干渉低周波去痰器による喀痰排出の内容（喀痰吸引等の頻度、喀痰吸引に伴う排痰処置等）について、診療報酬明細書に記載すること。また、頻回の喀痰吸引を長期間必要とする理由（気管切開等の呼吸管理を行っておらず、かつ、長期間喀痰吸引を実施している場合は、特にその理由を診療録に記載する。）及びその内容（喀痰吸引等の頻度、喀痰吸引に伴う排痰処置等）を診療録に記載すること。

11 13 の中欄に規定する抗生剤（病原生物に対する医薬品をいう。）は、主として全身性の感染症に対する治療のために投与される注射薬に限るものとし、使用薬剤並びに当該治療に係る細菌培養同定検査等及び薬剤感受性検査の結果を診療報酬明細書に記載又は添付すること。

12 14 の「集中的な循環管理が実施されている先天性心疾患等の患者」については、常時モニタリング下に、塩酸ドパミン、塩酸ドブタミン、ミルリノン、アムリノン、塩酸オルプリノン、不整脈用剤又はニトログリセリン（いずれも注射薬に限る。）を投与されている先天性心疾患等の患者が対象となるものであり、循環管理の内容（モニタリングの内容、使用薬剤等）を診療報酬明細書に記載すること。

(7) 急性増悪のため、通算対象入院料を算定する病棟又は介護療養病床等から、一般病棟に転棟させた場合（一般病棟に入院中の患者が急性増悪した場合を含む。）は当該転棟の日（一般病棟に入院中の患者については急性増悪の日）から 30 日間は、特別の料金を徴収することは認められない取扱いとすること。ただし、30 日間を経過した後は、(6) に規定する基準に従い、当該患者の入院が選定療養となるか否かを判断するものであること。なお、この場合においては、一般病棟に転棟させた理由を診療報酬明細書に詳細に記載すること。

(8) 特別の料金を徴収しようとする場合は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、特別の料金の額等に関する情報を文書により提供しなければならないものとする。

(9) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とし、通算対象入院料の基本点数の 100 分の 15 に相当する点数をもとに計算される額を標準とする。

(10) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式 10 により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。また、患者から特別の料金を徴収した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、その実施状況について別紙様式 10 により地方厚生（支）局長に報告するものとする。

21 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給に関する事項

(1) 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金とは、金属歯冠修復であって、その

金属として金合金又は白金加金を用いたものであること。なお、硬質レジン前装冠に用いる金合金又は白金加金は対象としないこと。

- (2) 保険外併用療養費の額は、再診、補綴時診断、印象採得、咬合採得、金属歯冠修復製作（材料料を含む。）、装着に係る所定点数を合計して算出すること。
- (3) 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金に係る費用については、社会的にみて妥当適切なものでなければならないこと。
- (4) 本制度に基づき、前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金に係る費用を徴収する保険医療機関は、金合金又は白金加金に係る費用について、あらかじめ院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示しておかなければならないこと。
- (5) 本制度が適用されるのは、患者に対して前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金に関する十分な情報提供がなされ、医療機関との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであること。
- (6) 保険医療機関が、前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金に係る費用を定めた場合又は変更しようとする場合は、別紙様式14により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。
- (7) 患者から前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとする。
- (8) 本制度に基づき、前歯部の金属歯冠修復の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的に金合金又は白金加金の支給の実施状況について地方厚生（支）局長に報告するものとする。

22 金属床による総義歯の提供に関する事項

- (1) 本制度は、有床義歯に係る患者のニーズの動向等を踏まえて創設されたものであること。
- (2) 金属床総義歯とは、義歯床粘膜面の大部分が金属で構成されていて顎粘膜面にその金属が直接接触する形態で、なおかつ金属部分で咬合・咀嚼力の大部分を負担できる構造の総義歯をいうものであること。
- (3) 金属床総義歯を提供する場合は熱可塑性樹脂を用いたものとみなして保険外併用療養費を支給するが、その費用は患者に対し実際に行った再診、顎運動関連検査、補綴時診断、印象採得、仮床試適、義歯製作（材料料を含む。）、装着及び新製有床義歯管理（1回のみ）に係る所定点数を合計して算出すること。
- (4) 金属床総義歯に係る費用については、社会的にみて妥当適切なものでなければならないこと。
- (5) 本制度に基づき、金属床総義歯に係る費用を徴収する保険医療機関は、金属床総義歯の概要及び金属床総義歯に係る費用について、あらかじめ院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示しておかなければならないこと。
- (6) 本制度が適用されるのは、患者に対して総義歯に関する十分な情報提供がなされ、医療機関との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであること。
- (7) 保険医療機関が、保険外併用療養費及び特別の料金からなる金属床総義歯に係る費用等を定めた場合又は変更しようとする場合は、別紙様式5により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

- (8) 患者から金属床総義歯に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとする。
- (9) 本制度に基づき、金属床総義歯の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的に金属床総義歯に係る費用を含めた金属床総義歯の実施状況について地方厚生（支）局長に報告するものとする。

23 う蝕に罹患している患者の指導管理に関する事項

- (1) 本制度は、小児う蝕の再発抑制に対するニーズが高まりつつあることを踏まえて創設されたものであること。
- (2) 本制度の対象となる指導管理（以下「継続管理」という。）は、う蝕多発傾向を有しない13歳未満の患者であって継続的な管理を要するものに対するフッ化物局所応用又は小窩裂溝填塞による指導管理に限られるものとし、保険外併用療養費の額は、再診料、歯科疾患管理料及び歯科衛生実地指導料に係る所定点数を合計して算出すること。なお、13歳以上の患者については、本制度の対象としないこと。
- (3) フッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用については、社会的にみて妥当適切なものでなければならないこと。
- (4) 本制度に基づき、フッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用を徴収する保険医療機関は、継続管理の概要並びにフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用について、あらかじめ院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示しておかなければならないこと。
- (5) 本制度が適用されるのは、患者又は患者の保護者に対して継続管理に関する十分な情報提供がなされ、医療機関との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものとする。
- (6) 保険医療機関が、フッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式7により地方厚生（支）局長に報告するものとする。
- (7) 患者又は患者の保護者からフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとする。
- (8) 本制度に基づき、継続管理の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的にフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用を含めた継続管理の実施状況について地方厚生（支）局長に報告するものとする。

第4 療担規則第11条の3第1項及び療担基準第11条の3の厚生労働大臣が定める報告事項（厚生労働大臣が定める掲示事項等第4関係）

- 1 健康保険法第63条第2項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第64条第2項に規定する評価療養、患者申出療養及び選定療養に関する事項
- 2 酸素及び窒素の購入価格に関する事項
- 3 歯科点数表の第2章第1部区分番号B001-2に規定する歯科衛生実地指導料に関する事項
- 4 算定告示及び「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」に基づき、地方厚生（支）局長に届け出た事項に関する事項

- 5 療担規則第5条の2第2項及び第5条の2の2第1項並びに療担基準第5条の2第2項及び第5条の2の2第1項に規定する明細書の発行状況に関する事項
- 6 保険医療機関が、地方厚生（支）局長に届け出た事項については、毎年7月1日現在の届出事項に係る状況等を地方厚生（支）局長に報告するものであること。この中には、算定告示に係る届出に関する事項が含まれているものであること。

第5 特殊療法に係る厚生労働大臣が定める療法等（揭示事項等告示第5関係）

特殊療法等の禁止の例外である療担規則第18条及び療担基準第18条の厚生労働大臣が定める療法等として、次の療法を定めたものであること。

厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条各号に掲げる評価療養及び1条の2に規定する患者申出療養に係る療法

第6 保険医の使用医薬品（揭示事項等告示第6関係）

薬価基準に記載されている医薬品等について、保険医が施用し又は処方することができることとしたものであること。その他保険医の使用医薬品に係る留意事項については、別途通知するものであること。

第7 医薬品の使用に係る厚生労働大臣が定める場合（揭示事項等告示第7関係）

- 1 保険医について、第6に規定する医薬品以外の医薬品の使用が認められる場合は、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第4号に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合又は厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準第3項各号に掲げる先進医療に係る薬物を使用する場合であること。

- 2 1のほか、他医薬品の使用等に関し留意すべき事項は以下のとおりであること。

- (1) 我が国の健康保険制度においては、一連の診療の中で、①保険医が保険診療と特殊療法等を併せて行うこと、②保険診療と自由診療とを併せて行い、保険医療機関が、自由診療部分について患者から追加的な負担を求めることは、原則として禁止されており、これを行った場合には、当該診療は健康保険制度の対象としない（全て自由診療とする。）こととしているため、日本で承認を受けていない医薬品を医師が個人的に輸入し、患者に処方した場合、当該診療は健康保険制度の対象とならないものであること。

ただし、患者自身が、自己の責任においてこのような医薬品を輸入し、これを使用すること自体は禁止されておらず、また、このような患者に対する保険給付が一律に制限されるものではない。

なお、このような医薬品の輸入・使用は、患者個人の責任において行われるものであり、当該医薬品の使用により生ずる副作用等については、公的な補償の対象とならないものであること。

- (2) 保険医が使用することが認められる医薬品は、揭示事項等告示第6に定められており、当該告示に規定されている医薬品を、当該医薬品の医薬品医療機器等法上の承認に係る効能・効果の範囲外で使用すること自体は禁止されているものではないこと。
- (3) 保険薬局において、患者の希望に基づき次の①から③までに定めるサービスを提供した場合には、当該サービスについて、患者からその費用を徴収しても差し支えないものとするこ

と。ただし、患者から費用を徴収する場合には、「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」に定める手続きを経る必要があるものであること。

① 患者の希望に基づく内服薬の一包化（治療上の必要性がない場合に限る。）

ア 一包化とは、服用時点の異なる2種類以上の内服用固形剤又は1剤であっても3種類以上の内服用固形剤が処方されているとき、その種類にかかわらず服用時点毎に一包として患者に投与することであること。なお、一包化に当たっては、錠剤等は直接の被包から取り出した後行うものであること。

イ 治療上の必要性の有無について疑義がある場合には、処方箋を交付した医師に確認すること。

ウ 患者の服薬及び服用する薬剤の識別を容易にすること等の観点から、錠剤と散剤を別々に一包化した場合、臨時の投薬に係る内服用固形剤とそれ以外の内服用固形剤を別々に一包化した場合等は、その理由を調剤録に記載すること。

② 患者の希望に基づく甘味剤等の添加（治療上の必要性がなく、かつ、治療上問題がない場合に限る。）

治療上の必要性及び治療上の問題点の有無について疑義がある場合には、処方箋を交付した医師に確認すること。

③ 患者の希望に基づく服薬カレンダー（日付、曜日、服用時点等の別に薬剤を整理することができる資材をいう。）の提供

第8 保険医の使用歯科材料（揭示事項等告示第8関係）

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成20年厚生労働省告示第61号）に掲げられている歯科材料について、歯冠修復及び欠損補綴において使用することができることとしたものである。

第9 厚生労働大臣が定める歯科材料の使用に係る場合（揭示事項等告示第9関係）

第8に規定する歯科材料以外の歯科材料の使用が認められる場合として、次の場合を定めたものであること。

- ① 金合金又は白金加金を前歯部の金属歯冠修復に使用する場合
- ② 揭示事項等告示第8に掲げる保険医療材料（金属であるものに限る。）以外の金属を総義歯の床部に使用する場合
- ③ 医薬品医療機器等法第80条の3第1項に規定する治験に係る機械器具等を使用する場合
- ④ 厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準第3項各号に掲げる先進医療に係る機械器具等を使用する場合

第10 厚生労働大臣が定める注射薬等（揭示事項等告示第10関係）

- 1 保険医が投与することができる注射薬として電解質製剤等を定めたものである。
- 2 在宅血液透析を行っている患者とは以下に定めるものであること。
 - ① 在宅血液透析指導管理料を算定している患者
 - ② 介護老人保健施設入所者であって、当該介護老人保健施設内で人工腎臓を行っている患者
 - ③ 「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年3月31日保医

発第 0331002 号) の 1 の(1)から(6)に規定される施設に入所している者又はサービスを利用している者であって、当該施設内で人工腎臓を行っている患者

3 在宅腹膜灌流を行っている患者とは以下に定めるものであること。

- ① 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者
- ② 介護老人保健施設入所者であって、当該介護老人保健施設内で腹膜灌流を行っている患者
- ③ 「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の 1 の(1)から(6)に規定される施設に入所している者又はサービスを利用している者であって、当該施設内で腹膜灌流を行っている患者

4 投薬期間に上限が設けられている医薬品

- ① 投薬量又は投与量が 14 日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬として、麻薬及び向精神薬取締法(昭和 28 年法律第 14 号)第 2 条第 1 号に規定する麻薬等を定めたものである。
- ② 投薬量又は投与量が 30 日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬として、アルプラゾラム等を定めたものである。
- ③ 投薬量が 90 日分を限度とされる内服薬として、ジアゼパム等を定めたものである。
- ④ 投与期間に上限が設けられている麻薬又は向精神薬の処方は、薬物依存症候群の有無等、患者の病状や疾患の兆候に十分注意した上で、病状が安定し、その変化が予測できる患者に限って行うものとする。

そのほか、当該医薬品の処方に当たっては、当該患者に既に処方した医薬品の残量及び他の医療機関における同一医薬品の重複処方の有無について患者に確認し、診療録に記載するものとする。

第 11 処方箋の交付に係る厚生労働大臣が定める場合(揭示事項等告示第 12 関係)

介護老人保健施設の入所者である患者に対する薬剤又は治療材料の支給を目的とした処方箋の交付の禁止の例外として、次の場合を定めたものであること。

- ① 悪性新生物に罹患している患者に対して抗悪性腫瘍剤(注射薬を除く。)の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ② 疼痛コントロールのための医療用麻薬の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ③ 抗ウイルス剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はH I V感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。)の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ④ インターフェロン製剤(B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。)の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ⑤ 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複体の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ⑥ 自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ⑦ 調剤報酬点数表第 4 節区分番号 30 に掲げる特定保険医療材料の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ⑧ エリスロポエチン(在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。)の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ⑨ ダルベポエチン(在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあ

るものに対して使用する場合に限る。)の支給を目的とする処方箋を交付する場合

- ⑩ 人工腎臓用透析液（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ⑪ 血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ⑫ 生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

第12 保険薬局に係る厚生労働大臣が定める揭示事項（揭示事項等告示第13関係）

保険薬局が揭示しなければならない事項として次の3つの事項を定めたものであること。

- ① 調剤報酬点数表の第2節区分番号10に掲げる薬剤服用歴管理指導料に関する事項
- ② 調剤報酬点数表に基づき地方厚生（支）局長に届け出た事項に関する事項
- ③ 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）第4条の2第2項及び第4条の2の2第1項並びに療担基準第26条の5第2項及び第26条の5の2第1項に規定する明細書の発行状況に関する事項

第12の2 明細書を発行しなければならない保険薬局（揭示事項等告示第13の2及び第13の3関係）

- ① 領収証を交付するときは、個別の調剤報酬点数の算定項目が分かる明細書を無償で交付しなければならない保険薬局として、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付費等の請求を行うことが義務付けられた保険薬局を定めたものであること。
- ② 明細書の発行に当たっては、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」によるものであること。

第13 保険薬剤師の使用医薬品（揭示事項等告示第14関係）

薬価基準に記載されている医薬品等について、保険薬剤師が使用することができることとしたものであること。その他保険薬剤師の使用医薬品に係る留意事項については、別途通知するものであること。

第14 保険薬剤師の医薬品の使用に係る厚生労働大臣が定める場合（揭示事項等告示第15関係）

保険薬剤師について、第14に規定する医薬品以外の医薬品の使用が認められる場合は、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第4号に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合であること。

(別紙様式1)

特別の療養環境の提供の実施（変更）報告書

(入院医療に係るもの)

上記について報告します。
平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

開設者名

区分	費用徴収を行わない病床数	費用徴収を行うこととしている病床		金額
		計	内訳	
個室	床	床	床	円
2人室	床	床	床	円
3人室	床	床	床	円
4人室	床	床	床	円
合計		①	床	円

②全病床数	床
費用徴収病床割合(①÷②)	%

注1 病床数については、「費用徴収を行わない病床数」、「費用徴収を行うこととしている病床」、「全病床数」の全てについて、健康保険法第63条第3項第1号の指定に係る病床（健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法第48条第1項第3号に規定する指定介護療養施設サービスを行う同法第8条第26項に規定する療養病床等を除く。）について記載すること。

注2 「費用徴収を行うこととしている病床」欄については、徴収金額ランクごとに記載することとし、枠が足りない場合は、適宜取り繕うこと。

注3 「費用徴収病床割合」欄については、小数点以下第2位を四捨五入した数を記載すること。

(別紙様式1-2)

特別の療養環境の提供の実施（変更）報告書

(外来医療に係るもの)

上記について報告します。
平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

開設者名

開設者名

開設者名

(実施日・変更日 年 月 日)

計	費用徴収を行うこととしている診察室		金額
	内	訳	
室	室	室	円
室	室	室	円
室	室	室	円
室	室	室	円

注 「費用徴収を行うこととしている診察室」欄については、徴収金額ランクごとに記載することとし、枠が足りない場合は、適宜取り繕うこと。

(別紙様式2)

病床数が200床以上の病院等について受けた
初診・再診の実施(変更)報告書

上記について報告します。
平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

□

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

1 届出種別

- ア 200床以上の病院(イを除く。)
- イ 特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院

注 該当する方に○をつけること。

2 特別の料金等の内容

区分	徴収額
初診	
再診	円

注 初診又は再診のいずれか該当する方に○をつけること。

(別紙様式3)

予約に基づく診察の実施(変更)報告書

上記について報告します。
平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

□

殿

(実施日・変更日 年 月 日)

1 診療科

2 保険外併用療養費に係る予約診察を行う時間帯

曜日	標準診療時間帯	予約診察を行う 診療時間帯	予約以外の従事する医師又は 歯科医師の数は	予約診察に従事する医師又は 歯科医師の数は	予約料
曜日	午前()時()時 午後()時()時	()時()時 ()時()時			円
曜日	午前()時()時 午後()時()時	()時()時 ()時()時			円
曜日	午前()時()時 午後()時()時	()時()時 ()時()時			円
曜日	午前()時()時 午後()時()時	()時()時 ()時()時			円
曜日	午前()時()時 午後()時()時	()時()時 ()時()時			円
曜日	午前()時()時 午後()時()時	()時()時 ()時()時			円
曜日	午前()時()時 午後()時()時	()時()時 ()時()時			円
曜日	午前()時()時 午後()時()時	()時()時 ()時()時			円

注1 本添付書類は、予約診療を行う診療科ごとに記載すること。

注2 枠が足りない場合は、適宜取り繕うこと。

(別紙様式4)

保険医療機関が表示する診療時間以外の
時間における診療の実施(変更)報告書

上記について報告します。
平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

殿 (実施日・変更日 年 月 日)

曜 日	標 榜 診 療 時 間 帯
曜日 午前 午後	() 時 () 時 ~ ~
曜日 午前 午後	() 時 () 時 ~ ~
曜日 午前 午後	() 時 () 時 ~ ~
曜日 午前 午後	() 時 () 時 ~ ~
曜日 午前 午後	() 時 () 時 ~ ~
曜日 午前 午後	() 時 () 時 ~ ~
曜日 午前 午後	() 時 () 時 ~ ~

徴 収 額 円

(別紙様式13)

医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療であって
別に厚生労働大臣が定めるものの実施(変更)報告書

上記について報告します。
平成 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

殿 (実施日・変更日 年 月 日)

診 療 の 名 称	施設基準の届出受理 年月日及び受理番号	患者からの徴収額
	年 月 日 () 第 号	円
	年 月 日 () 第 号	円
	年 月 日 () 第 号	円
	年 月 日 () 第 号	円
	年 月 日 () 第 号	円

注1 「診療の名称」欄については、「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」
(平成18年厚生労働省告示第498号)第7号の5に掲げる名称を記載すること。
注2 「施設基準の届出受理年月日及び受理番号」欄については、「特掲診療料の施設基準等及び
その届出に関する手続きの取扱いについて」(平成30年3月5日保医発0305第3号)の規定
に基づく地方厚生(支)局長への施設基準の届出受理内容について記載すること。
ただし、当該医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療に施設基準が定められていない
場合は、記載する必要がないこと。

地方厚生（支）局長
都道府県知事

} 殿

厚生労働省保険局長
(公印省略)

医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について

標記については、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付費等の請求を行うこと（以下「レセプト電子請求」という。）が義務付けられた保険医療機関及び保険薬局において、義務付けられているところだが、保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令（令和2年厚生労働省令第●号）及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付費の取扱い及び担当に関する基準及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付費の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する告示（令和2年厚生労働省告示第●号）により、公費負担医療に係る給付により自己負担のない患者について、明細書交付が困難であることについて正当な理由を有する診療所においても、患者からの求めがある場合には、明細書を交付する義務が設けられ、令和4年4月1日からの施行となる。

これに併せ、医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付については、令和4年4月1日より、下記のとおり取り扱うこととするので、御了知の上、管内保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者に対し、周知徹底を図られたい。なお、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（平成30年3月5日保発0305第2号）については、令和4年3月31日限り廃止する。

記

- 1 保険医療機関及び保険薬局に交付が義務付けられる領収証は、医科診療報酬及び歯科診療報酬にあつては点数表の各部単位で、調剤報酬にあつては点数表の各節単位で金額の内訳の分かるものとし、医科診療報酬については別紙様式1を、歯科診療報酬については別紙様式2を、調剤報酬については別紙様式3を標準とすること。
- 2 指定訪問看護事業者については、健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第9項及び健康保険法施行規則（大正15年内務省令第36号）第72条の規定により、患者から指定訪問看護に要した費用の支払を受ける際、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を交付しなければならないこととされているが、指定訪問看護事業者にあつても、保険医療機関及び保険薬局と同様に、正当な理由がない限り無償で交付しなければならないものであるとともに、交付が義務付

けられている領収証は、指定訪問看護の費用額算定表における訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費及び訪問看護ターミナルケア療養費の別に金額の内訳の分かるものとし、別紙様式4を標準とするものであること。

3 レセプト電子請求が義務付けられた保険医療機関（正当な理由を有する診療所を除く。）及び保険薬局については、領収証を交付するに当たっては、明細書を無償で交付しなければならないこと。その際、病名告知や患者のプライバシーにも配慮するため、明細書を発行する旨を院内掲示等により明示するとともに、会計窓口に「明細書には薬剤の名称や行った検査の名称が記載されます。ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への交付も含めて、明細書の交付を希望しない場合は事前に申し出て下さい。」と掲示すること等を通じて、その意向を的確に確認できるようにすること。院内掲示は別紙様式7を参考とすること。

4 3の「正当な理由」に該当する診療所については、患者から明細書の発行を求められた場合には明細書を交付しなければならないものであり、「正当な理由」に該当する旨及び希望する患者には明細書を発行する旨（明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額、当該金額が1,000円を超える場合には料金設定の根拠及びレセプトコンピュータ若しくは自動入金機の改修時期を含む。）を院内掲示等で明示するとともに、別紙届出様式により、地方厚生（支）局長に届出を行うこと。院内掲示等の例は別紙様式8を参考とすること。なお、「正当な理由」に該当する診療所とは、以下に該当する場合であること。

- (1) 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している場合
- (2) 自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な場合

5 レセプト電子請求が義務付けられた保険医療機関及び保険薬局は、公費負担医療の対象である患者等、一部負担金等の支払いがない患者（当該患者の療養に要する費用の負担の全額が公費により行われるものを除く。）についても、明細書を無償で発行しなければならないこと。ただし、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある診療所については患者から求められたときに交付することで足りるものとする。なお、院内掲示等については、3と同様に扱うこと。

6 5の「正当な理由」に該当する診療所については、「正当な理由」に該当する旨並びに明細書を発行する場合には費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額、当該金額が1,000円を超える場合には料金設定の根拠及びレセプトコンピュータ又は自動入金機の改修時期を院内掲示等で明示するとともに、別紙届出様式により、地方厚生（支）局長に届出を行うこと。ただし、4により届出を行っている診療所については、別途届出を行うことは要しないこと。院内掲示等の例は別紙様式8を参考とすること。なお、「正当な理由」に該当する診療所とは、以下に該当する場合であること。

- (1) 一部負担金等の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している場合
- (2) 自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な場合

7 明細書については、療養の給付に係る一部負担金等の費用の算定の基礎となった項目（5の場合にあつては、療養に要する費用の請求に係る計算の基礎となった項目）ごとに明細が記載されているものとし、具体的には、個別の診療報酬点数又は調剤報酬点数の算定項目（投薬等

に係る薬剤又は保険医療材料の名称を含む。以下同じ。)が分かるものであること。なお、明細書の様式は別紙様式5を標準とするものであるが、このほか、診療報酬明細書又は調剤報酬明細書の様式を活用し、明細書としての発行年月日等の必要な情報を付した上で発行した場合にも、明細書が発行されたものとして取り扱うものとする。

さらに、明細書の発行が義務付けられた保険医療機関及び保険薬局において、無償で発行する領収証に個別の診療報酬点数の算定項目が分かる明細が記載されている場合には、明細書が発行されたものとして取り扱うこととし、当該保険医療機関及び保険薬局において患者から明細書発行の求めがあった場合にも、別に明細書を発行する必要はないこと。

- 8 レセプト電子請求が義務付けられていない保険医療機関及び保険薬局については、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく必要がある一方で、明細書を即時に発行する基盤が整っていないと考えられることから、当該保険医療機関及び保険薬局の明細書発行に関する状況（明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額を含む。）を院内又は薬局内に掲示すること。院内掲示等の例は別紙様式9を参考とすること。
- 9 患者から診断群分類点数に関し明細書の発行を求められた場合は、入院中に使用された医薬品、行われた検査について、その名称を付記することを原則とし、その明細書の様式は別紙様式6を参考とするものであること。
- 10 指定訪問看護事業者においても、患者から求められたときは、明細書の発行に努めること。
- 11 明細書の発行の際の費用について、仮に費用を徴収する場合にあっても、実費相当とするなど、社会的に妥当適切な範囲とすることが適当であり、実質的に明細書の入手の妨げとなるような高額な料金を設定してはならないものであること。特に、現在の状況等を踏まえれば、例えば、1,000円を超えるような額は、実費相当としてふさわしくないものであること。
- 12 明細書の記載内容が毎回同一であるとの理由により、明細書の発行を希望しない患者に対しても、診療内容が変更された場合等、明細書の記載内容が変更される場合には、その旨を患者に情報提供するよう努めること。
- 13 「正当な理由」に該当する診療所において着実に明細書の無償発行体制を整備するため、当該診療所は、4及び6の届出の記載事項について、毎年7月1日現在の状況の報告を行うこと。

(別紙届出様式)

明細書発行について「正当な理由」に該当する旨の届出書(新規・報告)

年 月 日

保険医療機関の所在地
及び名称

殿

開設者名

印

1. 以下の「正当な理由」に該当(いずれかの番号に○)

- | | |
|---|---|
| 1 | 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用しているため。(自己負担がある患者に係る場合を含む。) |
| 2 | 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要であるため(自己負担がある患者に係る場合を含む。) |
| 3 | 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用しているため(自己負担のない患者に係る場合に限る。) |
| 4 | 自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要であるため(自己負担のない患者に係る場合に限る。) |

2. レセプトコンピュータ又は自動入金機の改修時期について

改修予定年月を(1)に記載し、()内のいずれかに○を記載すること。未定の場合は(2)に記載すること。

(1) 年 月 (レセプトコンピュータ・自動入金機)

(2) 年第 四半期 目途

3. 明細書発行についての状況

- | | |
|-----|--|
| 1 | 希望する患者への明細書発行の手続き (○を記載) |
| (1) | 発行場所 ① 会計窓口 ②別の窓口 ③その他() |
| (2) | 発行のタイミング ① 即時発行 ②その他() |
| 2 | 費用徴収の有無 有 ・ 無 |
| 3 | 費用徴収を行っている場合その金額 円 |
| 4 | 当該金額が1,000円を超える場合料金設定の根拠 (※実費相当であることが分かるよう、具体的な根拠を明記すること。) |

4. 「正当な理由」に該当しなくなったため、届出を取り下げます。

注1) 本届出書は、レセプト電子請求が義務付けられているが、上記1の「正当な理由」に該当するため、明細書を全患者(自己負担のない患者を含む。)に無料で発行していない診療所が提出するものであること。

注2) 正当な理由の1には、明細書発行機能が付与されているが、明細書発行に対応したソフトの購入が必要なレセプトコンピュータを使用している診療所であって、当該ソフトを購入していない場合を含むものである。

注3) 自己負担のない患者に明細書を無料で発行しないことについて届出を行う場合は、3の1の記載は要しないものであること。

注4) 本届出書を提出した後、領収証の交付等に当たって明細書を無料で交付することとした診療所は、取下げの届出を行うこと。

(別紙様式5)

診療明細書

患者番号 変診科	入院/入院外	氏名	受診日	回数	点数	項目名	回数

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

(別紙様式1)

(医科診療報酬の例)

領 収 証

患者番号	氏 名	請求期間 (入院の場合)
		年 月 日 ~ 年 月 日

受診科	入・外	領収書No.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
			年 月 日				

保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
	病理診断	診断群分類 (DPC)	食事療養	生活療養			
点	点	円	円				

保険外負担	評価療養・選定療養	その他
	(内訳)	(内訳)

	保 険	保 険 (食事・生活)	保険外負担
合 計	円	円	円
負担額	円	円	円
領収額 合 計			円

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇〇病院 〇〇 〇〇

領収印

診療明細書(記載例)

患者番号	氏名	様	受診日	YYYY/MM/DD
変診科	入院			

部	項目名	点数	回数
医学管理	*薬剤管理指導料2(1の患者以外の患者)	325	1
注射	*点滴注射 サークルス注0.1% 0.1% 100mL 1瓶 生理食塩液500mL 1瓶 *点滴注射料 *無菌製剤処理科2	276 97 40	1 1 1
処置	*救命のための気管内挿管 *カフシリンジ等(その他) *人工呼吸(5分間起) 30分 *非開胸的心マッサージ 60分	500 3500 819 290	1 1 1 1
検査	*微生物学的検査判断料 *検体検査管理加算(2) *HCV検定量	150 100 437	1 1 1
リハビリ	*心大血管疾患リハビリテーション料(1) 早期リハビリテーション加算 初期加算	280	12
入院料	*急性期一般入院料7 一般病棟入院期間加算(14日以内) *医師業務作業補助料加算1(50対1) *新発急入院料1(3日以内) *救命救急入院料1(4日以上7日以内)	1782 270 9868 8929	7 1 3 2

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇〇〇区〇〇〇〇 〇〇〇〇病院 〇〇〇〇

診療明細書(記載例)

患者番号	氏名	様	受診日	YYYY/MM/DD
変診科	入院外			

部	項目名	点数	回数
基本料	*外来診療料	73	1
在宅	*在宅自己注射指導管理料(月28回以上) *血糖自己測定器加算(月100回以上)(1型糖 尿病の患者に限る)	750 1490	1 1
処方	*処方箋料(その他)	68	1
検査	*生化学的検査(1)判断料 *血液学的検査判断料 *B-U/V *検体検査管理加算(1) *血中微生物 *生化学的検査(1)(10項目以上) ALP LAP γ-GTP CK ChE Amy TP Alb BIL/総 BIL/直	144 125 30 40 40 112	1 1 1 1 1 1
画像診断	*胸部単純撮影(デジタル撮影) 画像記録用フィルム(半切) 1枚	177	1

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇〇〇区〇〇〇〇 〇〇〇〇病院 〇〇〇〇

診療明細書

入院 患者番号 受診科	入院 氏名	保険 氏名	受診日
-------------------	----------	----------	-----

区分	項目名	点数	回数
診療科分類 (DPC) 医薬品 検査			

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇〇病院 〇〇〇〇

診療明細書(記載例)

入院 患者番号 受診科	入院 氏名	保険 氏名	受診日
-------------------	----------	----------	-----

区分	項目名	点数	回数
診療科分類 (DPC) 医薬品 検査	<ul style="list-style-type: none"> *DPC 5日間包括算定 ラックビー錠100mg *点滴注射 ラクテックG注500mL フルマリン静注用1g 生食100mL *点滴注射 フルマリン静注用1g 生食100mL *末梢血液一般検査 *CRP *血液採取(静脈) *血液学的検査判断料 *免疫学的検査判断料 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: fit-content;"> 使用された医薬品、行われた検査の名称を記載する </div>	13844	1

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇〇病院 〇〇〇〇

(別紙様式 7)

院内揭示例

○年○月
▲ ▲ 病院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、○年○月○日より、領収証の発行の際に、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を無料で発行することと致しました。

また、公費負担医療の受給者で医療費の自己負担のない方についても、●年●月●日より、明細書を無料で発行することと致しました。

なお、明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点、御理解いただき、ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への発行も含めて、明細書の発行を希望されない方は、会計窓口にてその旨お申し出下さい。

(別紙様式 8)

院内揭示例 (正当な理由に該当する場合)

○年○月
▲ ▲ 診療所

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、希望される方には、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行しております。明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点、御理解頂いた上で、発行を希望される方は○番窓口までお申し出下さい。発行手数料は1枚○円になります。

なお、全ての患者さんへの明細書の発行、公費負担医療の受給者で医療費の自己負担のない患者さんへの明細書の発行については、自動入金機の改修が必要なため、現時点では行っておりませんので、その旨ご了承ください。

(別紙様式 9-1)

院内揭示例 (電子請求を行っていないが明細書を発行している場合)

○年○月
▲▲病院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、希望される方には、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行しております。明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものであります。その点、御理解頂いた上で、発行を希望される方は○番窓口までお申し出下さい。発行手数料は1枚○円になります。

(別紙様式 9-2)

院内揭示例 (明細書を発行していない場合)

○年○月
▲▲診療所

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行するシステムを備えていないため、明細書の発行はしておりません。

その点御理解いただき、診療にかかる費用については、初・再診料、投薬、注射などの区分ごとに費用を記載した領収証を発行いたしますのでご確認ください。

◎複製手術に係る費用の特例（平成三十年厚生労働省告示第七十二号）の一部を改正する件（改
正案）

別表第一及び別表第三を次のように改める。

別表第一

K015	皮弁作成術、移動術、切断術、 遷延皮弁術	その他の手術
K021-2	粘膜炎手術	その他の手術
K022	組織拡張器による再建手術（一 連につき） 2 その他の場合	その他の手術
K611	抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹 腔内持続注入用植込型カテー テル設置	その他の手術
K618	中心静脈注射用植込型カテーテ ル設置	その他の手術
K006	皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部 以外） 3 長径6センチメー トル以上12センチメートル未満	K746 痔瘻根治手術
K006	皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部 以外） 4 長径12センチメー トル以上	K746 痔瘻根治手術
K022	組織拡張器による再建手術（一 連につき） 1 乳房（再建手 術）の場合	K475 乳房切除術（遺伝性乳癌卵巣 癌症候群の患者に限る。）
		K476 乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切 除術（乳腺全摘術）、乳房切除 術（腋窩部郭清を伴わないも の）、乳房切除術（腋窩鎖骨下 部郭清を伴うもの）・胸筋切除 を併施しないもの、乳輪温存乳 房切除術（腋窩郭清を伴わない もの）及び乳輪温存乳房切除術 （腋窩郭清を伴うもの）に限 る。）
K034	腱切離・切除術（関節鏡下に よるものを含む。）（手指、中 手部又は手関節に限る。）	K046 骨折観血的手術（手指、中手 部又は手関節に限る。）
		K182 神経縫合術（手指、中手 部又は手関節に限る。）
		K182-3 神経再生誘導術（手指、中 手部又は手関節に限る。）
		K610 動脈形成術、吻合術（手指、中 手部又は手関節に限る。）
		K623 静脈形成術、吻合術（手指、中 手部又は手関節に限る。）

K035	腱剥離術（関節鏡下によるも のを含む。）（手指、中手 部又は手関節に限る。）	K035-2 腱滑膜切除術
K046	骨折観血的手術（手指、中手 部又は手関節に限る。）	K046 骨折観血的手術（手指、中手 部又は手関節に限る。）
K182	神経縫合術（手指、中手 部又は手関節に限る。）	K182 神経縫合術（手指、中手 部又は手関節に限る。）
		K182-3 神経再生誘導術（手指、中 手部又は手関節に限る。）
K610	動脈形成術、吻合術（手指、中 手部又は手関節に限る。）	K610 動脈形成術、吻合術（手指、中 手部又は手関節に限る。）
K623	静脈形成術、吻合術（手指、中 手部又は手関節に限る。）	K623 静脈形成術、吻合術（手指、中 手部又は手関節に限る。）
K038	腱延長術（手指、中手 部又は手関節に限る。）	K038 腱延長術（手指、中手 部又は手関節に限る。）
		K182 神経縫合術（手指、中手 部又は手関節に限る。）
		K182-3 神経再生誘導術（手指、中 手部又は手関節に限る。）
		K610 動脈形成術、吻合術（手指、中 手部又は手関節に限る。）
		K623 静脈形成術、吻合術（手指、中 手部又は手関節に限る。）
K039	腱移植術（人工腱形成術を含 む。）（手指、中手 部又は手関節に限る。）	K039 腱移植術（人工腱形成術を含 む。）（手指、中手 部又は手関節に限る。）

K182	神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）	K182	神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
K182-3	神経再生誘導術（手指、中手部又は手関節に限る。）	K182-3	神経再生誘導術（手指、中手部又は手関節に限る。）
K610	動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）	K610	動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
K623	静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）	K623	静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
K046	骨折靱血の手術（手指、中手部又は手関節に限る。）	K046	骨折靱血の手術（手指、中手部又は手関節に限る。）
K182	神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）	K182	神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
K182-3	神経再生誘導術（手指、中手部又は手関節に限る。）	K182-3	神経再生誘導術（手指、中手部又は手関節に限る。）
K610	動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）	K610	動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
K623	静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）	K623	静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
K081	人工骨頭挿入術	K081	人工骨頭挿入術
K082	人工関節置換術	K082	人工関節置換術
K068-2	関節鏡下半月板切除術	K068-2	関節鏡下半月板切除術
K069-3	関節鏡下半月板縫合術	K069-3	関節鏡下半月板縫合術
K068-2	関節鏡下半月板切除術	K068-2	関節鏡下半月板切除術
K069-3	関節鏡下半月板縫合術	K069-3	関節鏡下半月板縫合術
K182	神経縫合術（手指に限る。）	K182	神経縫合術（手指に限る。）
K182-3	神経再生誘導術（手指に限る。）	K182-3	神経再生誘導術（手指に限る。）
K142	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）（椎間板摘出術を実施した椎間及び当該椎間に隣接する椎弓に係るものを除く。）	K142	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）（椎間板摘出術を実施した椎間及び当該椎間に隣接する椎弓に係るものを除く。）

K134-2	内視鏡下椎間板摘出（切除）術	K134-2	内視鏡下椎弓切除術（内視鏡下椎間板摘出（切除）術を実施した椎間及び当該椎間に隣接する椎弓に係るものを除く。）
K144	体外式脊椎固定術	K116	脊椎、骨盤骨置術
		K118	脊椎、骨盤靱帯靱血的手術
		K135	脊椎、骨盤腫瘍切除術
		K136	脊椎、骨盤悪性腫瘍手術
		K142	脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）
K182	神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）	K610	動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
K182-3	神経再生誘導術	K623	静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
		K437	下顎骨部分切除術
		K438	下顎骨離断術
		K439	下顎骨悪性腫瘍手術
		K610	動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
		K623	静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
K224	翼状片手術（糸の移植を要するもの）	K260-2	羊膜移植術
K259	角膜移植術	K279	硝子体切除術
		K280	硝子体茎頸微鏡下離断術
		K281	増殖性硝子体網膜症手術
		K282	水晶体再建術
K268	緑内障手術	K280	硝子体茎頸微鏡下離断術
		K281	増殖性硝子体網膜症手術
		K282	水晶体再建術
		K284	硝子体置換術
K282	水晶体再建術	K224	翼状片手術（糸の移植を要するもの）
		K277-2	黄斑下手術
		K279	硝子体切除術
		K280	硝子体茎頸微鏡下離断術
		K281	増殖性硝子体網膜症手術
K319	鼓室形成手術	K296	耳介形成手術 1 耳介軟骨形成を要するもの
		K299	小耳症手術

K 4 0 3	気管形成手術（管状気管、気管移植等）	K 3 0 5	乳突削開術
K 4 3 6	顎骨腫瘍摘出術	K 4 0 4	拔牙手術（1歯につき）
K 4 4 4	下顎骨形成術 1 おとがいの形成の場合	K 4 4 4	下顎骨形成術 2 短縮又は伸長の場合
K 4 7 6-4	ケル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	K 4 7 5	乳房切除術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に限る。）
		K 4 7 6	乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を伴わないもの、乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの）に限る。）
K 5 0 4	縦隔悪性腫瘍手術	K 5 1 1	肺切除術
		K 6 1 0	動脈形成術、吻合術
		K 6 2 3	静脈形成術、吻合術
K 5 1 1	肺切除術	K 5 2 7	食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）
		K 5 2 9	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）
		K 5 5 2	冠動脈、大動脈バイパス移植術
		K 5 5 2-2	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）
		K 5 6 0	大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）
		K 5 6 0-2	オーブンプン型ステントグラフト内挿術
K 5 1 4	肺悪性腫瘍手術	K 5 0 4	縦隔悪性腫瘍手術
		K 5 5 2	冠動脈、大動脈バイパス移植術
		K 5 5 2-2	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）
		K 5 7 0	肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術 2 右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの

K 5 7 2	肺静脈形成術	K 6 1 0	動脈形成術、吻合術
		K 6 2 3	静脈形成術、吻合術
K 5 2 7	食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）	K 3 9 5	喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術（頭部、胸部、腹部等の操作による再建を含む。）
K 5 2 7-2	食道切除術（単に切除のみのもの）	K 5 6 0-2	オーブンプン型ステントグラフト内挿術
K 5 2 9	食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）	K 5 6 1	ステントグラフト内挿術
K 5 3 5	胸腹裂孔ヘルニア手術	K 3 9 5	喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術（頭部、胸部、腹部等の操作による再建を含む。）
K 5 5 2	冠動脈、大動脈バイパス移植術	K 7 3 4	腸回転異常症手術
		K 5 5 4	弁形成術
		K 5 5 5	弁置換術
K 5 5 2-2	冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）	K 5 6 0	大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）
		K 5 6 0-2	オーブンプン型ステントグラフト内挿術
		K 5 6 1	ステントグラフト内挿術
K 5 5 4	弁形成術	K 5 4 4	心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術
		K 5 5 3	心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）
		K 5 5 3-2	左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術
K 5 5 4	弁形成術（1弁のもの（大動脈弁を除く。）に限る。）	K 5 6 0	大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）
		K 5 6 0-2	オーブンプン型ステントグラフト内挿術
K 5 5 5	弁置換術	K 5 4 4	心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術
		K 5 5 3	心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）

K 5 5 3 - 2	左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術	
K 5 5 5	弁置換術（1弁のもの（大動脈弁を除く。）に限る。）	
K 5 6 1	ステントグラフト内挿術 2 1 以外の場合	胸部大動脈
K 5 7 0 - 3	経皮的肺動脈形成術	
K 5 9 4	不整脈手術 3	メイズ手術
K 5 9 4	不整脈手術 4	左心耳閉鎖術 I 開胸手術によるもの
K 5 5 4	弁形成術	
K 5 5 5	弁置換術	
K 5 5 7	大動脈弁上置換手術	
K 5 5 7 - 2	大動脈弁下置換手術（線維性、筋肥厚性を含む。）	
K 5 5 7 - 3	弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	
K 5 6 0	大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）	
K 5 9 4	不整脈手術 3	メイズ手術
K 5 9 4	体外循環を用いない心臓大血管手術	
K 6 1 7 - 5	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切除術	
K 6 1 7 - 2	大伏在静脈瘤摘去術	
K 6 1 7 - 4	下肢静脈瘤血管内焼灼術	
K 6 3 3	ヘルニア手術 4	膈疝ヘルニア
K 5 9 4 - 2	肺静脈隔離術	
K 6 3 6 - 2	ダメージコントロール手術	
K 6 4 3	後腹膜悪性腫瘍手術	
K 6 5 4 - 2	胃角切除術	
K 6 5 5	胃切除術	

K 6 7 2	胆嚢摘出術	
K 6 9 5	肝切除術	
K 7 0 2	腺体尾部腫瘍切除術 1	腺体尾部腫瘍切除術の場合
K 7 1 1	脾摘出術	
K 7 1 6	小腸切除術	
K 7 1 9	結腸切除術	
K 6 7 1 - 2	腹腔鏡下胆管切開結石摘出術	
K 6 7 2 - 2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	
K 7 1 1 - 2	腹腔鏡下脾摘出術	
K 7 1 6 - 2	腹腔鏡下小腸切除術	
K 7 1 9 - 2	腹腔鏡下結腸切除術	
K 7 1 9 - 3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	
K 6 7 1	胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む。）	
K 6 7 2	胆嚢摘出術	
K 6 9 5	肝切除術	
K 7 0 2	腺体尾部腫瘍切除術 1	腺体尾部腫瘍切除術の場合
K 7 1 1	脾摘出術	
K 7 1 6	小腸切除術	
K 7 1 9	結腸切除術	
K 6 7 2	胆嚢摘出術	
K 6 9 5	肝切除術	
K 7 0 2	腺体尾部腫瘍切除術 1	腺体尾部腫瘍切除術の場合
K 7 1 1	脾摘出術	
K 7 1 6	小腸切除術	
K 7 1 9	結腸切除術	
K 6 7 2 - 2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	
K 7 1 1 - 2	腹腔鏡下脾摘出術	
K 7 1 6 - 2	腹腔鏡下小腸切除術	
K 7 1 9 - 2	腹腔鏡下結腸切除術	
K 7 1 9 - 3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	
K 6 6 4	胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	
K 6 6 7 - 2	腹腔鏡下噴門形成術	
K 6 6 7 - 2	腹腔鏡下噴門形成術	

K 6 7 2	胆嚢摘出術	術を含む。)
K 6 9 7 - 3	肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法 (一連として)	
K 7 1 1	脾摘出術	
K 7 1 1 - 2	腹腔鏡下脾摘出術	
K 6 9 7 - 5	生体部分肝移植術	
K 6 9 5	肝切除術 1 部分切除	神経芽細胞腫に係る摘出術
K 6 9 5	肝切除術	
K 6 9 7 - 5	生体部分肝移植術	
K 7 1 6	小腸切除術	
K 6 7 2	胆嚢摘出術	
K 6 9 5	肝切除術	
K 7 1 1	脾摘出術	
K 7 1 4	腸管癒着症手術	
K 8 0 1	膀胱単純摘除術 1 腸管利用の尿路変更を行うもの	
K 8 7 2	子宮筋腫摘出 (核出) 術 1 腹式	
K 8 7 7	子宮全摘術	
K 8 7 9	子宮悪性腫瘍手術	
K 8 8 8	子宮付属器悪性腫瘍摘出術 (両側)	
K 8 8 9	子宮付属器悪性腫瘍手術 (両側)	
K 6 7 2 - 2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	
K 7 1 1 - 2	腹腔鏡下脾摘出術	
K 8 7 2 - 2	腹腔鏡下子宮筋腫摘出 (核出) 術	
K 8 7 7 - 2	腹腔鏡下腹式子宮全摘術	
K 8 8 8	子宮付属器悪性腫瘍摘出術 (両側)	
K 6 7 2	胆嚢摘出術	
K 6 9 5	肝切除術	
K 7 1 1	脾摘出術	
K 7 1 4	腸管癒着症手術	
K 8 0 1	膀胱単純摘除術 1 腸管利用の尿路変更を行うもの	
K 8 7 2	子宮筋腫摘出 (核出) 術 1 腹式	
K 8 7 7	子宮全摘術	
K 8 7 9	子宮悪性腫瘍手術	
K 8 8 8	子宮付属器悪性腫瘍摘出術 (両側)	

K 8 8 9	子宮付属器悪性腫瘍手術 (両側)	1 開腹によるもの
K 6 7 2 - 2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	
K 7 1 1 - 2	腹腔鏡下脾摘出術	
K 8 7 2 - 2	腹腔鏡下子宮筋腫摘出 (核出) 術	
K 8 7 7 - 2	腹腔鏡下腹式子宮全摘術	
K 8 8 8	子宮付属器悪性腫瘍摘出術 (両側)	
K 6 7 2 - 2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	
K 6 9 5 - 2	腹腔鏡下肝切除術 (部分切除又は外側区域切除に限る。)	
K 7 1 1 - 2	腹腔鏡下脾摘出術	
K 8 7 2 - 2	腹腔鏡下子宮筋腫摘出 (核出) 術	
K 8 7 7 - 2	腹腔鏡下腹式子宮全摘術	
K 8 8 8	子宮付属器悪性腫瘍摘出術 (両側)	
K 7 1 7	小腸腫瘍、小腸憩室摘出術 (メックェル憩室炎手術を含む。)	
K 7 1 7	小腸憩室摘出術 (メックェル憩室炎手術を含む。)	
K 7 2 9	腸胃癒着症手術	
K 6 7 2	胆嚢摘出術	
K 6 9 5	肝切除術	
K 7 1 1	脾摘出術	
K 7 1 9	結腸切除術	
K 7 9 9	膀胱単純摘除術	
K 8 0 1	膀胱単純摘除術 1 腸管利用の尿路変更を行うもの	
K 8 4 3	前立腺悪性腫瘍手術	
K 8 7 2	子宮筋腫摘出 (核出) 術 1 腹式	
K 8 7 7	子宮全摘術	
K 8 7 9	子宮悪性腫瘍手術	
K 8 8 8	子宮付属器悪性腫瘍摘出術 (両側)	
K 8 8 9	子宮付属器悪性腫瘍手術 (両側)	
K 6 7 2 - 2	腹腔鏡下胆嚢摘出術	
K 7 1 9 - 2	腹腔鏡下結腸切除術	
K 7 1 9 - 3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	
K 7 3 4	腸回転異常症手術	
K 7 4 0	直腸切除・切断術	
K 7 4 0 - 2	腹腔鏡下直腸切除・切断	

K711-2	腹腔鏡下臍臍摘出術	
K719-2	腹腔鏡下結腸切除術	
K719-3	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	
K872-2	腹腔鏡下子宮筋腫摘出(核出)術	
K877-2	腹腔鏡下腔式子宮全摘術	
K888	子宮附属器腫瘍摘出術(両側)	
K744	裂肛又は肛門潰瘍根治手術	
K746	痔瘻根治手術	
K747	肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術	
K749	肛門拡張術(観血的なもの)	
K752	肛門形成手術	
K138	脊椎裂手術	
K191	脊髄腫瘍摘出術 1 髄外のもの	
K751-2	仙尾節奇形腫手術	
K809-2	膀胱尿管逆流手術	
K859	造脛術、尿管閉鎖術	
K764	経皮的尿管結石除去術(経皮的腎囊造設術を含む。)	
K773	腎(尿管)悪性腫瘍手術	
K619	静脈血栓摘出術	
K702	腓体尾部腫瘍切除術 1 腓尾部切除術の場合	
K711	喉摘出術	
K716	小腸切除術	
K719	結腸切除術	
K740	直腸切除・切断術	
K772	腎摘出術	
K841	経尿道的前立腺手術	
K841-2	経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術 1 ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの	
K841-5	経尿道的前立腺核出術	
K716	小腸切除術	
K719	結腸切除術	
K740	直腸切除・切断術	
K849	女子外性器腫瘍摘出術	

K872	子宮筋腫摘出(核出)術 1 腹式	
K877	子宮全摘術	
K879	子宮悪性腫瘍手術	
K888	子宮附属器腫瘍摘出術(両側) 1 開腹によるもの	
K889	子宮附属器悪性腫瘍手術(両側)	
K825	陰茎全摘術(性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。)	
K836	停留精巢固定術	
K859	造脛術、尿管閉鎖術 3 尿管端塞上によるもの	
K886	子宮附属器癒着剥離術(両側) 2 腹腔鏡によるもの	
K888	子宮附属器腫瘍摘出術(両側) 1 開腹によるもの	
K886	子宮附属器癒着剥離術(両側) 2 腹腔鏡によるもの	
K888	子宮附属器腫瘍摘出術(両側) 2 腹腔鏡によるもの	
K872-2	腹腔鏡下子宮筋腫摘出(核出)術	
K877	子宮全摘術	
K886	子宮附属器癒着剥離術(両側) 1 開腹によるもの	
K888	子宮附属器腫瘍摘出術(両側) 1 開腹によるもの	
K878-2	腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術	
K886	子宮附属器癒着剥離術(両側) 2 腹腔鏡によるもの	
K888	子宮附属器腫瘍摘出術(両側) 2 腹腔鏡によるもの	
K872	子宮筋腫摘出(核出)術 1 腹式	
K878	広靱帯内腫瘍摘出術	
K886	子宮附属器癒着剥離術(両側) 1 開腹によるもの	
K888	子宮附属器腫瘍摘出術(両側) 1 開腹によるもの	
K878-2	腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術	
K886	子宮附属器癒着剥離術(両側) 2 腹腔鏡によるもの	
K888	子宮附属器腫瘍摘出術(両側) 2 腹腔鏡によるもの	
K872	子宮筋腫摘出(核出)術 1 腹式	
K878	広靱帯内腫瘍摘出術	
K886	子宮附属器癒着剥離術(両側) 1 開腹によるもの	
K888	子宮附属器腫瘍摘出術(両側) 1 開腹によるもの	

K 9 1 2	異所性妊娠手術	K 8 8 6	子宮附属器着床剝離術（両側）
		K 8 8 8	子宮附属器腫瘍摘出術（両側）
別表第三			
J 0 9 1	皮弁作成術、移動術、切断術、 遷延皮弁術		その他の手術
J 0 9 9 - 2	抗悪性腫瘍動脈、静脈又は 腹腔内持続注入用植込 型カテーテル設置		その他の手術
J 1 0 0 - 2	中心静脈注射用植込型カテ ーテル設置		その他の手術
J 0 0 3	歯根嚢胞摘出手術	J 0 0 4	歯根端切除手術（1歯につき）
J 0 4 3	顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を 除く。）	J 0 0 0	抜歯手術（1歯につき）
J 0 4 3	顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を 除く。）（顎骨嚢胞を摘出 した場合に限る。）	J 0 0 4	歯根端切除手術（1歯につき）
J 0 6 6	歯槽骨骨折観血的整復術	J 0 0 4 - 2	歯の再植術
J 0 6 8	上顎骨折観血的手術	J 0 0 4 - 2	歯の再植術
J 0 7 2	下顎骨折観血的手術	J 0 0 4 - 2	歯の再植術
J 0 7 5	下顎骨形成術 1 おとがい形 成の場合	J 0 7 5	下顎骨形成術 2 短縮又は伸 長の場合
J 1 0 1 - 2	神経再生誘導術	J 0 4 0	下顎骨部分切除術
		J 0 4 1	下顎骨離断術
		J 0 4 2	下顎骨悪性腫瘍手術

◎特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）

別表					
I	診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の第2章第2部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格				
001	靭膜透析液交換セット				
	(1) 交換キット	554円			
	(2) 回路				
	① Yセット	884円			
	② APDセット	5,470円			
	③ IPDセット	1,040円			
002	在宅中心静脈栄養用輸液セット				
	(1) 本体	1,520円			
	(2) 付属品				
	① フーバー針	419円			
	② 輸液バッグ	414円			
003	在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用チューブ				
	(1) 一般型				
	① カフ付き気管切開チューブ				
	ア カフ上部吸引機能あり				
	i 一重管	4,190円			
	ii 二重管	5,790円			
	イ カフ上部吸引機能なし				
	i 一重管	3,800円			
	ii 二重管	6,140円			
	② カフなし気管切開チューブ	4,080円			
	(2) 輪状甲状膜切開チューブ	3,510円			
	(3) 保持用気管切開チューブ	6,180円			
004	在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用デバイスボーンザルカテター				
	(1) 2管一般(I)	233円			
	(2) 2管一般(II)				
	① 標準型	561円			
	② 閉鎖式導尿システム	645円			
	(3) 2管一般(III)				
	① 標準型	1,650円			
	② 閉鎖式導尿システム	1,720円			
	(4) 特定(I)	741円			
	(5) 特定(II)	2,090円			
005	在宅寝たきり患者処置用栄養用デバイスボーンザルカテター				
	(1) 経鼻用				
	① 一般用	183円			
	② 乳幼児用	94円			
	ア 一般型	147円			
	イ 非DEHP型	1,630円			
	③ 経腸栄養用	2,110円			
	④ 特殊型	3,880円			
	(2) 経管挿入用				
	① 在宅寝たきり患者処置用特定保険医療材料（回路を含む。）				
	(1) ダイアライザー				
	① I型	1,500円			
	② II型				
	③ III型				
	④ S型				
	⑤ 特定積層型				
	(2) 吸着型血液浄化器（β-ミクログロブリン除去用）				
	携帯型デバイスボーンザル注入ポンプ				
	(1) 化学療法用				
	(2) 標準型	3,240円			
	(3) PCA型	3,150円			
	(4) 皮膚欠損用創傷被覆材	4,330円			
	(1) 真皮に至る創傷用				
	(2) 皮下組織に至る創傷用	1㎤当たり6円			
	① 標準型				
	② 異形型				
	(3) 筋・骨に至る創傷用				
	非固着性シリコンガーゼ				
	(1) 広範囲熱傷用	1,080円			
	(2) 平坦部位用	142円			
	(3) 凹凸部位用	309円			
010	水循環回路セット	1,100,000円			
011	膀胱薬用カテター	3,790円			
012	交換用胃腸カテター				
	(1) 胃留置型				
	① バンパ型				
	ア ガイドワイヤーあり	21,700円			
	イ ガイドワイヤーなし	16,500円			
	② バルーン型	7,480円			
	(2) 小腸留置型				
	① バンパ型	26,500円			
	② 一般型	15,800円			
013	局所陰圧閉鎖処置用材料				
014	陰圧創傷治療用カートリッジ	1㎤当たり20円			
II	医科点数表の第2章第3部、第4部、第5部、第6部、第9部、第10部、第11部及び第12部に規定する特定保険医療材料（フィルムを除く。）及びその材料価格				
001	血管造影用シースインストロデュースーセット				
	(1) 一般用	2,210円			
	(2) 転行血管用	2,850円			
	(3) 選択的導入用（ガイディングカテターを兼ねるもの）	14,400円			
	(4) 大動脈用ステントグラフト用	29,900円			
	(5) 遠位端可動型	121,000円			
	① 標準型	2,490円			
002	ダイレーター				
003	動脈圧測定用カテター				
	(1) 肺動脈圧及び肺動脈楔入圧測定用カテター	14,100円			
	(2) 末梢動脈圧測定用カテター	2,130円			
004	冠状静脈洞内血液採取用カテター	3,520円			
005	サーモダイリユーション用カテター				
	(1) 一般型				
	① 標準型				

ア	標準型	10,000円	(1) 化学療法用	3,240円
イ	輸液又はペーシングリード用ルーラーメンあり	16,700円	(2) 標準型	3,150円
②	混合静脈血酸素飽和度モニタ－機能あり	52,400円	(3) P C A型	4,330円
③	ペーシング機能あり	38,200円		
(2)	連続心拍出量測定機能あり			
①	混合静脈血酸素飽和度モニタ－機能あり	51,100円		1,790円
②	混合静脈血酸素飽和度モニタ－機能なし	46,700円		7,210円
(3)	一側肺動脈閉塞試験機能あり	74,600円		2,290円
006	体外式連続心拍出量測定用センサー	37,200円		7,490円
007	血管内超音波プローブ			20,000円
(1)	標準型			35,200円
①	太径	63,600円		9,730円
②	細径	80,300円		
(2)	バルーン付			
①	太径	173,000円		1,700円
②	細径	183,000円		7,320円
008	血管内視鏡カテーテル	13,400円		13,400円
009	血管造影用カテーテル	30,900円		20,900円
(1)	一般用	3,400円		
(2)	バルーン型(I)	1,870円		
(3)	バルーン型(II)	3,400円		
(4)	心臓マルチバ－バス型	3,230円		
(5)	サイジング機能付加型			
010	血管造影用マイイロカテーテル			
(1)	オーバ－ザワイヤー			
①	選択的アプローチャ型			
ア	ブレードあり	37,900円		2,810円
イ	ブレードなし	35,800円		6,150円
②	造影能強化型	30,400円		12,100円
③	デタッチャブルコイル用	52,200円		74,900円
(2)	フローダイレクト	64,300円		
(3)	遠位端可動型治療用	74,500円		
011	心臓造影用センサー付カテーテル	113,000円		1,990円
012	血管造影用ガイドワイヤー			5,150円
(1)	交換用	2,370円		2,540円
(2)	微細血管用	13,700円		48,000円
013	経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤー			183円
(1)	一般用	11,900円		
(2)	複合・高度狭窄部位用	16,600円		94円
014	冠動脈造影用センサー付ガイドワイヤー			147円
(1)	フローセンサー型	158,000円		1,630円
(2)	コンビネーション型	211,000円		2,110円
015	弁拡張用カテーテル用ガイドワイヤー			3,880円
(1)	ガイドワイヤー	24,400円		
(2)	僧帽弁誘導用スタイレット	24,500円		
016	テクネチウム ^{99m} ガス吸入装置用患者吸入セット	5,970円		
017	3管分離逆止弁付バルーン直腸カテーテル	1,120円		2,610円
018	削除			569円
019	携帯型ディスプレイポスター注入ポンプ			616円
020	削除			
021	中心静脈用カテーテル			
(1)	中心静脈カテーテル			
①	標準型			
ア	シングルルーメン			
イ	マルチルーメン			
②	抗血栓性型			
③	極細型			
④	カフ付き			
⑤	酸素飽和度測定機能付き			
⑥	抗菌型			
(2)	末梢留置型中心静脈カテーテル			
①	標準型			
ア	シングルルーメン			
イ	マルチルーメン			
②	特殊型			
ア	シングルルーメン			
イ	マルチルーメン			
022	削除			
023	涙液・涙道シリコチチューブ			
024	涙・脊髄腔用カニューレ			
(1)	排痰用			
①	皮下・硬膜外用			
②	頭蓋内用			
③	脊髄クモ膜下腔用			
(2)	脳圧測定用			
025	套管針カテーテル			
(1)	シングルルーメン			
①	標準型			
②	細径穿刺型			
(2)	ダブルルーメン			
026	栄養カテーテル			
(1)	経鼻用			
①	一般用			
②	乳幼児用			
ア	一般型			
イ	非DEHP型			
③	経腸栄養用			
④	特殊型			
(2)	腸瘻用			
027	気管内チューブ			
(1)	カフあり			
①	カフ上部吸引機能あり			
②	カフ上部吸引機能なし			
(2)	カフなし			

028	胃管カテーテル	88円	(2) ダイレーター	2,670円
	(1) シングルルーメン		① シースあり	2,140円
	(2) ダブルルーメン	447円	② シースなし	1,910円
	① 標準型	1,510円	(3) 穿刺針	18,800円
	② 特殊型	6,250円	(4) 経鼻法用ワイヤー	7,330円
029	吸引留置カテーテル		(5) 経鼻法用カテーテル	
	(1) 能動吸引型		034 胆道ステントセット	
	① 胸腔用	1,700円	(1) 一般型	
	ア 一般型	1,150円	① 永久留置型	
	i 軟質型	2,950円	ア ステント	
	ii 硬質型	15,500円	i ロング	93,600円
	イ 抗血栓性	35,400円	ii ショート	78,900円
	② 心嚢・縦膈穿刺用		イ デリバリーシステム	25,400円
	③ 肺全摘術後用	4,630円	② 一時留置型	3,860円
	④ 制御用	4,060円	ア ステント	13,100円
	ア 軟質型	2,530円	イ デリバリーシステム	
	イ 硬質型	264円	イ 自動装着システム付	
	⑤ サンプルドレーン	897円	① 永久留置型	231,000円
	(2) 受動吸引型		ア カバーあり	218,000円
	① フィルム型		イ カバーなし	45,600円
	ア フィルム型	2,000円	② 一時留置型	
	イ チューブ型	12,700円	ア カバーあり	15,300円
	② 胆腔用	5,800円	イ カバーなし	23,800円
	ア 胆管チューブ		② 一時留置型	139,000円
	イ 胆嚢管チューブ		(2) 外挿用	
	ウ 腔管チューブ		① 腎盂留置型	
030	イレウス用ロングチューブ		ア 標準型	7,900円
	(1) 標準型	22,500円	イ 異物付着防止型	29,600円
	① 経鼻挿入型	42,300円	② 尿管留置型	2,010円
	② スプリント機能付加型	36,100円	(3) エンドバイロトミー用	21,600円
031	腎臓又は膀胱薬用材料		036 尿道ステント	
	(1) 腎臓用カテーテル	740円	(1) 一時留置 (交換) 型	169,000円
	① ストレート型	6,090円	① 長期留置型	33,600円
	② マレコ型	10,200円	② 短期留置型	
	③ カテーテルステンテン型	2,290円	交換用胃腸カテーテル	
	④ 腎盂バルーン型	3,790円	(1) 胃留置型	
	(2) 膀胱薬用カテーテル		① パンパ型	
	(3) ダイレーター	2,490円	ア ガイドワイヤーあり	21,700円
	① シースあり	2,140円	イ ガイドワイヤーなし	16,500円
	② シースなし	1,910円	② バルーン型	7,480円
	(4) 穿刺針	5,820円	(2) 小腸留置型	
	(5) 膀胱薬用穿孔針		① パンパ型	26,500円
032	経皮置換気チューブ	4,010円	② 一般型	15,800円
	(1) 短期留置型	2,320円	② 一般型	
	(2) 長期留置型	4,600円	038 気管切開後留置用チューブ	
033	経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレーン用材料		(1) 一般型	
	(1) カテーテル		① カフ付き気管切開チューブ	
			ア カフ上部吸引機能あり	

	i 一重管	4,190円			
	ii 二重管	5,790円			
	イ カフ上部吸引機能なし				
	i 一重管	3,800円			
	ii 二重管	6,140円			
	② カフなし気管切開チューブ	4,080円			
	(2) 輪状甲状膜切開チューブ	3,510円			
	(3) 保持用気管切開チューブ	6,180円			
039	膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル				
	(1) 2管一般Ⅰ	233円			
	(2) 2管一般Ⅱ	561円			
	① 標準型	645円			
	② 閉鎖式導尿システム				
	(3) 2管一般Ⅲ				
	① 標準型	1,650円			
	② 閉鎖式導尿システム	1,720円			
	(4) 特定Ⅰ	741円			
	(5) 特定Ⅱ	2,090円			
	(6) 圧迫止血	4,610円			
040	人工腎臓用特定保険医療材料(回路を含む。)				
	(1) ダイアライザー				
	① Ia型	1,500円			
	② Ib型	1,500円			
	③ IIa型	1,490円			
	④ IIb型	1,570円			
	⑤ S型	1,620円			
	⑥ 特定積層型	5,700円			
	(2) ヘモフィルタ	4,590円			
	(3) 吸着型血液浄化器(β-ミキミクログロブリン除去用)	21,700円			
	(4) 持続緩徐式血液濾過器				
	① 標準型	27,000円			
	② 特殊型	27,400円			
	(5) ヘモダイアライター	2,720円			
041	削除				
042	緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル				
	(1) シンチラルーメン				
	① 一般型	7,980円			
	② 交換用	1,870円			
	(2) ダブルルーメン以上				
	① 一般型	14,600円			
	② カフ型	42,400円			
043	削除				
044	血漿交換用血漿分離器	30,200円			
045	血漿交換用血漿成分分離器	24,100円			
046	血漿交換法用特定保険医療材料				
	(1) 血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器(劇症肝炎用)	70,800円			
	(2) 血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器(劇症肝炎用以外)	83,600円			
047	吸着式血液浄化用浄化器(エンドトキシン除去用)	362,000円			
048	吸着式血液浄化用浄化器(肝性昏睡用又は薬物中毒用)	133,000円			
049	白血球吸着用材料				
	(1) 一般用	125,000円			
	(2) 低体重者・小児用	128,000円			
050	削除				
051	腹膜透析用接続チューブ	12,900円			
052	腹膜透析用カテーテル				
	(1) 長期留置型				
	① 補強部あり	96,100円			
	② 補強部なし	48,600円			
	(2) 緊急留置型	825円			
053	腹膜透析液交換セット				
	(1) 交換キット	554円			
	(2) 回路				
	① Yセット	884円			
	② APDセット	5,470円			
	③ IPDセット	1,040円			
054	腹水濾過器、濃縮再静注用濃縮器(回路を含む。)	63,700円			
055	副鼻腔炎治療用カテーテル	3,220円			
056	副木				
	(1) 軟化成形使用型				
	① 手指・足指用	1,450円			
	② 上肢用	1,770円			
	③ 下肢用	4,700円			
	④ 鼻骨用	1,030円			
	(2) 形状賦形型				
	① 手指・足指用	118円			
	② 上肢用	410円			
	③ 下肢用	648円			
	④ 鼻骨用	5,140円			
	(3) ハローベースト(ベスト部分)	254,000円			
	(4) ヒール	370円			
057	人工股関節用材料				
	(1) 骨盤側材料				
	① 臼蓋形成用カップ(直接固定型)	131,000円			
	ア 標準型	185,000円			
	イ 特殊型	146,000円			
	ウ デュアルモビリティ用	59,400円			
	② 臼蓋形成用カップ(間接固定型)				
	③ カップ・ライナー一体型(間接固定型)				
	ア カップ・ライナー一体型Ⅰ	77,000円			
	イ カップ・ライナー一体型Ⅱ	96,500円			
	④ ライナー				
	ア 標準型	48,000円			
	イ 特殊型	73,000円			
	ウ デュアルモビリティ対芯型	77,200円			
	⑤ デュアルモビリティ対芯型	57,800円			
	(2) 大腿骨側材料				
	① 大腿骨ステム(直接固定型)	310,000円			
	ア 標準型				

イ	特殊型		
②	大腿骨ステム（間接固定型）	499,000円	
③	大腿骨ステムヘッド	182,000円	
ア	大腿骨ステムヘッド(I)	83,300円	
イ	大腿骨ステムヘッド(II)	113,000円	
④	人工骨頭用		
ア	モノポニーラカップ	87,200円	
イ	バイポーラカップ(I)	104,000円	
ウ	バイポーラカップ(II)	139,000円	
⑤	大腿骨ネック	96,400円	
(3)	単純人工骨頭	101,000円	
058	人工膝関節用材料		
(1)	大腿骨側材料		
①	全置換用材料（直接固定型）	251,000円	
②	全置換用材料（間接固定型）		
ア	標準型	242,000円	
イ	特殊型	358,000円	
③	片側置換用材料（直接固定型）	177,000円	
④	片側置換用材料（間接固定型）		
ア	標準型	142,000円	
イ	特殊型	185,000円	
(2)	脛骨側材料		
①	全置換用材料（直接固定型）	147,000円	
ア	標準型	204,000円	
イ	特殊型	145,000円	
②	全置換用材料（間接固定型）	161,000円	
③	片側置換用材料（直接固定型）	105,000円	
④	片側置換用材料（間接固定型）		
(3)	膝蓋骨材料		
①	膝蓋骨置換用材料(I)	34,100円	
②	膝蓋骨置換用材料(II)	47,600円	
(4)	インサート(I)	52,600円	
(5)	インサート(II)	71,500円	
059	オプシヨン部品		
(1)	人工関節用部品		
①	一般オプシヨン部品	19,400円	
②	カフササポート	26,700円	
(2)	人工膝関節用部品		
①	人工関節用部品(I)	65,500円	
②	人工関節用部品(II)	219,000円	
(3)	人工関節固定強化部品		
①	人工関節固定強化部品(I)	11,900円	
②	人工関節固定強化部品(II)	15,700円	
(4)	再建用強化部品	588,000円	
(5)	人工股関節用部品		
①	骨盤用(I)	204,000円	
②	骨盤用(II)	209,000円	
(6)	その他の関節固定用材料用部品	204,000円	
060	固定用内副子（スクリュー）		
イ	一般スクリュー（生体用合金Ⅰ）		
①	標準型	5,970円	
②	特殊型	7,020円	
(2)	一般スクリュー（生体用合金Ⅱ）	1,530円	
(3)	中空スクリュー・S	17,500円	
(4)	中空スクリュー・L	24,400円	
(5)	その他のスクリュー		
①	標準型		
ア	小型スクリュー（頭蓋骨・顔面・上下顎骨用）	2,930円	
ア	軟骨及び軟部組織用		
i	特殊固定用アンカー	29,600円	
ii	座金型	21,500円	
イ	圧迫調整固定用・両端ねじ型		
i	大腿骨頭部用	78,700円	
ii	一般用	30,900円	
061	固定用内副子（プレート）		
(1)	ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・S）	19,600円	
(2)	ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・L）	27,400円	
(3)	ストレートプレート（生体用合金Ⅱ・S）	3,560円	
(4)	ストレートプレート（生体用合金Ⅱ・L）	8,290円	
(5)	有角プレート（生体用合金Ⅰ）	36,100円	
(6)	有角プレート（生体用合金Ⅱ）	29,400円	
(7)	骨端用プレート（生体用合金Ⅰ）		
①	標準型	77,000円	
②	内外反変形矯正用（小児）	87,600円	
③	患者適合型	81,900円	
(8)	骨端用プレート（生体用合金Ⅱ）	30,100円	
(9)	その他のプレート		
①	標準		
ア	指骨、頭蓋骨、顔面骨、上下顎骨用		
i	ストレート型・異形型	11,700円	
ii	メッシュ型	60,800円	
イ	下顎骨・骨盤再建用	62,300円	
ウ	人工顎関節用	115,000円	
エ	頭蓋骨閉鎖用		
i	バーホル型	13,600円	
ii	クランプ型	18,700円	
②	特殊		
ア	骨延長用	116,000円	
イ	スクリュー非使用型	176,000円	
062	大腿骨外側固定用内副子		
(1)	つばなしプレート	51,300円	
(2)	つばつきプレート	91,900円	
(3)	ラフスクリュー	28,200円	
(4)	スライディングラフスクリュー	29,900円	
(5)	圧迫固定スクリュー	7,050円	
063	固定用内副子用ワッシャー、ナット類		
(1)	ワッシャー	2,970円	

064	064	ナット	466円	② 中手骨側材料	上に同じ。
		脊椎固定用材料		(2) 人工足関節用材料	
		(1) 脊椎ロッド	36,600円	① 脛骨側材料	362,000円
		(2) 脊椎プレート	37,500円	② 距骨側材料	287,000円
		① 標準型	42,700円	人工指関節用材料	
		② バスケケット型	66,700円	(1) 人工手関節用材料	
		(3) 椎体フック	64,300円	① 人工手根中手関節用材料	149,000円
		(4) 脊椎スクリュー (固定型)	97,100円	ア 大菱形骨側材料	176,000円
		(5) 脊椎スクリュー (可動型)	34,500円	イ 中手骨側材料	
		(6) 脊椎スクリュー (アンカー型)	39,800円	ア 近位側材料	108,000円
		(7) 脊椎コネクタ	61,600円	イ 遠位側材料	92,900円
		(8) トランスバース固定器	36,500円	ウ 一体型	96,900円
		(9) 椎体ステープル	3,460円	(2) 人工足指関節用材料	
		(10) 骨充填用スベーター		① 近位側材料	保険医療機関における購入価格による。
065	065	人工肩関節用材料		② 遠位側材料	96,300円
		(1) 肩甲骨側材料		③ 一体型	
		① グレノイドコンポーネント	129,000円	上肢再建用人工関節用材料	
		ア 標準型	144,000円	(1) 再建用上腕骨近位補綴用材料	409,000円
		イ 特殊型	158,000円	(2) 再建用上腕骨遠位補綴用材料	600,000円
		② 関節窩ヘッド	167,000円	(3) 再建用尺骨側材料	465,000円
		ア 標準型		(4) 再建用尺骨側材料	
		イ 部分補正型	167,000円	(5) 再建用人工関節用材料	
		③ ベースプレート		(1) 再建用臼蓋形成カップ	589,000円
		ア 標準型	167,000円	(2) 再建用大腿骨近位補綴用材料	886,000円
		イ 特殊型	187,000円	(3) 再建用大腿骨遠位補綴用材料	756,000円
		(2) 上腕骨側材料		(4) 再建用大腿骨表面置換用材料	626,000円
		① 上腕骨ステム	284,000円	(5) 再建用脛骨近位補綴用材料	733,000円
		ア 標準型	316,000円	(6) 再建用脛骨表面置換用材料	698,000円
		イ 特殊型		カステムメイド人工関節及びカステムメイド人工骨	
		② ステムヘッド及びトレイ		(1) カステムメイド人工関節	保険医療機関における購入価格による。
		ア ステムヘッド	214,000円	(2) カステムメイド人工骨	
		イ トレイ	50,900円	① カステムメイド人工骨 (S)	773,000円
		③ スベーター	100,000円	② カステムメイド人工骨 (M)	847,000円
		④ インサーター	33,100円	(3) カステムメイドプレート	804,000円
		ア 標準型	54,300円	人工骨頭帽	243,000円
		イ 特殊型	40,300円	072 人工骨頭帽	
		(3) 切換用		073 脛内釘	
		人工肘関節用材料		(1) 脛内釘	
		(1) 上腕骨ステム	221,000円	① 標準型	138,000円
		(2) 尺骨ステム	172,000円	② 大腿骨頭部型	151,000円
		(3) 橈骨側材料	156,000円	③ 集束型	6,710円
		(4) コンダイル	25,300円	④ 可変延長型	301,000円
		(5) ペアリング		(2) 横止めスクリュー	
		① 標準型	1セッット当たり163,000円	① 標準型	15,000円
		② 特殊型	1セッット当たり194,000円	② 大腿骨頭部型	34,000円
		人工手関節・足関節用材料		③ 特殊型	17,100円
		(1) 人工手関節用材料		(3) ナット	19,800円
		① 橈骨側材料		(4) 位置情報表示装置 (プロープ・ドリル)	23,400円

074	固定釘				
	(1) 平面型	16,300円			
	(2) 立体特殊型	30,700円			
075	固定用金属線				
	(1) 金属線				
	① ワイヤー	1 cm当たり16円			
	② ケーブル	40,700円			
	③ バンド	1 cm当たり242円			
	(2) 大転子専用締結器	122,000円			
076	固定用金属ピン				
	(1) 創外固定器用				
	① 標準型	22,200円			
	② 抗緊張ピン				
	ア 一般型	13,800円			
	イ 特殊型	25,600円			
	(2) 一般用				
	① 標準型	505円			
	② リング型	21,100円			
077	人工粉帯				
	(1) 固定器具なし	57,600円			
	(2) 固定器具つき	63,800円			
078	人工骨				
	(1) 汎用型				
	① 非吸収型				
	ア 顆粒・ファイラー	1 g当たり6,390円			
	イ 多孔体	1 mL当たり13,200円			
	ウ 形状賦形型	1 mL当たり15,000円			
	② 吸収型				
	ア 顆粒・ファイラー	1 g当たり12,900円			
	イ 多孔体				
	i 一般型	1 mL当たり14,300円			
	ii 蛋白質配合型	1 mL当たり14,800円			
	(2) 専用型				
	① 人工耳小骨	11,100円			
	② 開頭穿孔術用	8,930円			
	③ 頭蓋骨・喉頭気管用	40,100円			
	④ 椎弓・棘間用	31,600円			
	⑤ 椎体固定用				
	ア 1椎体用	152,000円			
	イ その他	314,000円			
	⑥ 骨盤用				
	ア 肋骨稜用	61,200円			
	イ その他	162,000円			
	⑦ 肋骨・胸骨・四肢骨用	30,300円			
	⑧ 椎体骨創部留置用	1 mL当たり14,600円			
	⑨ スクリュー併用用	1 mL当たり14,200円			
079	骨セメント				
	(1) 頭蓋骨用	1 g当たり621円			
	(2) 人工関節固定用	1 g当たり302円			
080	合成吸収性骨片接合材料				
	(1) スクリュー				
	① 一般用	60,300円			
	② 頭蓋・顎・顔面・小骨用	33,000円			
	(2) 中空スクリュー	70,500円			
	(3) ストレートプレート	38,200円			
	(4) その他のプレート	54,200円			
	(5) 骨・軟部組織固定用アンカー	44,300円			
	(6) ワッシャー	17,000円			
	(7) ピン				
	① 一般用	39,500円			
	② 肋骨・肋骨用	32,300円			
	(8) シート・メッシュ型 (15cm以上25cm未満)	67,400円			
	(9) シート・メッシュ型 (25cm以上)	108,000円			
	(10) 頭蓋骨閉鎖用クランプ				
	① 一般型	39,500円			
	② 簡易型	19,500円			
081	脳動脈瘤手術クリップ				
	(1) 標準型	17,500円			
	(2) 特殊型	20,200円			
082	脳血流遮断用クリップ	7,450円			
083	脳動脈奇形手術用等クリップ	6,280円			
084	人工硬膜				
	(1) 非吸収型	1 cm当たり824円			
	(2) 吸収型	1 cm当たり1,280円			
085	脳深部刺激装置用リードセット (4極用)	135,000円			
086	脳・脊髄刺激装置用リード及び仙骨神経刺激装置用リード				
	(1) リードセット				
	① 4極又は8極	155,000円			
	② 16極以上	363,000円			
	(2) アダプター	35,400円			
087	植込型脳・脊髄電気刺激装置				
	(1) 疼痛除去用				
	① 4極用	1,350,000円			
	② 8極用	1,500,000円			
	③ 16極以上用	1,740,000円			
	④ 16極用・充電式	1,900,000円			
	⑤ 16極以上用・充電式・体位変換対応型	2,160,000円			
	⑥ 32極用・充電式	1,880,000円			
	(2) 振戦軽減用				
	① 4極用	1,260,000円			
	② 16極以上用	1,710,000円			
	③ 16極以上用・充電式	2,130,000円			
088	脳波測定用頭蓋内電極				
	(1) 硬膜下電極 (10極以下)	47,200円			
	(2) 硬膜下電極 (11極以上)	89,200円			
	(3) 深部電極	37,200円			
089	滅点プラグ	3,930円			

090	人工内耳用材料		
(1)	人工内耳用インプラント（電極及び受信－刺激器）	1,650,000円	
(2)	人工内耳用音声信号処理装置		
①	標準型	940,000円	
②	残存聴力活用型	932,000円	
(3)	人工内耳用ヘッドセット		
①	マイクrohホン	38,700円	
②	送信コイル	10,700円	
③	送信ケーブル	2,740円	
④	マグネット	7,840円	
⑤	接続ケーブル	4,480円	
091	削除		
092	鼻孔プロテゼ	3,850円	
093	人工喉頭		
(1)	音声回復用人工補装具		
①	一般型	9,810円	
②	長期留置型	43,000円	
(2)	呼吸弁	51,100円	
094	気管・気管支・大静脈ステント		
(1)	一時留置型		
①	ストレーテ型	53,400円	
②	Y字型	53,800円	
(2)	永久留置型		
①	標準型	146,000円	
②	特殊型	151,000円	
095	食道用ステント	127,000円	
096	胃・食道静脈瘤圧迫止血用チューブ		
(1)	食道止血用	29,300円	
(2)	胃止血用	29,200円	
(3)	胃・食道止血用	56,600円	
097	食道静脈瘤硬化療法用セット		
(1)	食道静脈瘤硬化療法用穿刺針	3,910円	
(2)	食道静脈瘤硬化療法用内視鏡固定用バルーン	7,200円	
(3)	食道静脈瘤硬化療法用止血バルーン	4,370円	
(4)	食道静脈瘤硬化療法用ガイドチューブ	34,200円	
098	内視鏡的食道静脈瘤結紮セット		
(1)	内視鏡的食道静脈瘤結紮セット（単発式）	15,400円	
(2)	内視鏡的食道静脈瘤結紮セット（連続式）	24,600円	
099	組織代用人工織維布		
(1)	心血管系用		
①	血管用フェルト・フアブリック	1 c㎡当たり133円	
②	心臓シート	1 c㎡当たり394円	
③	心血管修復パッチ一般用	1 c㎡当たり1,070円	
④	心血管修復パッチ小児用	1 c㎡当たり1,570円	
(2)	ヘルニア修復・胸壁補強用		
①	一般	1 c㎡当たり75円	
②	形状付加型	19,500円	
③	腹膜欠損用	1 c㎡当たり413円	
(3)	臓器欠損補強用	1 c㎡当たり167円	
(4)	自動縫合器対応用		
(5)	ブレンジェット・チューブ		2枚1組17,600円
100	合成吸引性癒着防止材		179円
(1)	シート型		1 c㎡当たり169円
(2)	スプレ－型		1 ml当たり7,200円
101	皮膚欠損用創傷被覆材		
(1)	真皮に至る創傷用		1 c㎡当たり6円
①	標準型		1 c㎡当たり10円
②	異形型		1 g 当たり35円
(2)	筋・骨に至る創傷用		1 c㎡当たり25円
(3)	筋・骨に至る創傷用		1 c㎡当たり452円
102	真皮欠損用グラフト		
103	非固着性シリコンガーゼ		
(1)	広範囲熱傷用	1,080円	
(2)	平坦部位用	142円	
(3)	凹凸部位用	309円	
104	ゼラチンスポンジ止血材	1,240円	
105	デキストランノマー	1 g 当たり145円	
106	微繊維性コラーゲン	1 c㎡当たり13,000円	
107	経皮的血管形成術用穿刺部止血材料	28,400円	
108	頭・静脈、腹腔シヤントバルブ		
(1)	標準型		
①	標準機能		
ア	近位カテーテル		
i	標準型	22,400円	
ii	内視鏡型	43,600円	
イ	リザーバー	20,800円	
ウ	バルブ		
i	圧固定式	46,600円	
ii	流量調節・圧可変式	178,000円	
エ	遠位カテーテル		
i	標準型	30,800円	
ii	細径一体型	27,000円	
オ	コネクタ		
i	ストレーテ	7,630円	
ii	スリーウェイ	12,400円	
②	特殊機能		
(2)	胸水・腹水シヤントバルブ		
(1)	シヤントバルブ	65,300円	
(2)	交換用部品	58,300円	
①	カテーテル	175,000円	
ア	腹腔・胸腔用		
イ	静脈用		
②	コネクタ		
110	植込型輸液ポンプ	24,200円	
111	植込型輸液ポンプ用胸腔カテーテル		
(1)	標準型	25,600円	
(2)	強化型	4,830円	
		1,420,000円	
		72,300円	
		89,000円	

112	ベースメーカ		
	(1) シングルチャヤンバ		
	① 標準型	529,000円	
	② リード一体型	1,060,000円	
	(2) デュアルチャヤンバ (I型・II型)	553,000円	
	(3) デュアルチャヤンバ (III型)	403,000円	
	(4) デュアルチャヤンバ (IV型)	720,000円	
	(5) デュアルチャヤンバ (V型)	792,000円	
	(6) トリプルチャヤンバ (I型)	1,300,000円	
	(7) トリプルチャヤンバ (II型)		
	① 単極用又は双極用	1,540,000円	
	② 4極用	1,580,000円	
	(8) トリプルチャヤンバ (III型)		
	① 自動調整機能付き	1,660,000円	
	② 4極用・自動調整機能付き	1,710,000円	
113	植込式心臓ペースメーカ用リード		
	(1) リード		
	① 経静脈リード		
	ア 標準型	88,600円	
	イ シングルバスVDDリード	114,000円	
	ウ 眠感知防止型	126,000円	
	エ 4極	135,000円	
	② 心筋用リード		
	ア 単極	87,900円	
	イ 双極	113,000円	
	(2) アダプター	26,400円	
	(3) アクセサリー	3,830円	
114	体外式ペースメーカ用カテーテル電極		
	(1) 一時ベレーン型	15,600円	
	(2) 心臓電気生理学的検査機能付加型		
	① 標準型	51,000円	
	② 冠状静脈洞型	73,400円	
	③ 房室弁輪部型	167,000円	
	④ 心房内・心室内全域型	403,000円	
	⑤ 温度センサ付き	87,700円	
	⑥ 除細動機能付き	218,000円	
	(3) 再製造		
	① 房室弁輪部型	117,000円	
115	体表面ベレーン型用電極	4,480円	
116	体外式ペースメーカ用心臓植込ワイヤー		
	(1) 単極		
	① 固定機能あり	4,300円	
	② 固定機能なし	2,510円	
	(2) 双極以上	6,500円	
117	植込型除細動器		
	(1) 植込型除細動器 (III型)		
	① 標準型	2,880,000円	
	② 皮下植込式電極併用型	3,120,000円	
	(2) 植込型除細動器 (V型)	2,950,000円	
118	植込型除細動器用カテーテル電極		
	(1) 植込型除細動器用カテーテル電極 (シングル)	633,000円	
	(2) 植込型除細動器用カテーテル電極 (マルチ (一式))	202,000円	
	(3) アダプター	268,000円	
	(4) 植込型除細動器用カテーテル電極 (皮下植込式)	602,000円	
	機械弁	772,000円	
119	生体弁		
	(1) 異種大動脈弁	780,000円	
	(2) 異種心臓弁(I)	547,000円	
	(3) 異種心臓弁(II)		
	① 期限付改良加算なし	953,000円	
	② 期限付改良加算あり	995,000円	
	(4) 異種心臓弁(II)システム	1,050,000円	
121	弁付きグラフィト (生体弁)	825,000円	
122	人工弁輪		
	(1) 僧帽弁用	272,000円	
	(2) 三尖弁用	210,000円	
	(3) 僧帽弁・三尖弁兼用	242,000円	
123	経皮的カテーテル心筋薬剤用カテーテル		
	(1) 熱アブレーション用		
	① 標準型	124,000円	
	② イリゲーション型	146,000円	
	③ バルーン型	505,000円	
	④ 体外式ベレーン型機能付き	293,000円	
	⑤ 体外式ベレーン型機能付き・特殊型	395,000円	
	(2) 冷凍アブレーション用		
	① バルーン型	649,000円	
	② 標準型	147,000円	
124	ディスプレイザブル人工肺 (膜型肺)		
	(1) 体外循環型 (リザーバー機能あり)		
	① 一般用	103,000円	
	② 低体重者・小児用	125,000円	
	(2) 体外循環型 (リザーバー機能なし)		
	① 一般用	76,200円	
	② 低体重者・小児用	121,000円	
	(3) 補助循環・補助呼吸型		
	① 一般用	141,000円	
	② 低体重者・小児用	153,000円	
125	遠心式体外循環用血液ポンプ		
	(1) シール型		
	① 抗血栓性あり	63,800円	
	② 抗血栓性なし	46,500円	
	(2) シールレス型	56,500円	
126	体外循環用カニューレ		
	(1) 成人用		
	① 送脱血カニューレ		
	ア シングル標準	4,620円	
	イ シングル強化	6,770円	
	ウ 2段標準	8,640円	

エ	2段強化	8,190円	(3) 心筋保護回路	14,600円
②	心筋保護用カニューレ	3,950円	(4) 血液濃縮回路	25,200円
ア	ルート	6,120円	(5) 分離体外循環回路	41,100円
イ	コナリー	19,000円	(6) 個別機能品	
ウ	レトロ		① 貯血槽	9,050円
③	ベントカテテル	3,350円	② カンディオトミトリザンバー	27,800円
ア	一般型	4,500円	③ ハードシエール静脈リザンバー	27,000円
イ	ガス注入型		④ 心筋保護用貯液槽	8,950円
④	経皮的挿入用カニューレ	38,200円	⑤ ラインフィルター	13,000円
ア	一般型		⑦ 回路洗浄用フィルター	4,100円
イ	先端強化型	41,000円	⑦ 血液学的パラメーター測定用セル	7,110円
ii	ダブルルーメン	186,000円	ア	
(2) 小児用			イ	ガス分圧センサー付き
①	送脱血カニューレ	4,770円	⑧ 熱交換器	
ア	シングル標準	6,810円	⑨ 安全弁	
イ	シングル強化	8,640円	128	バルーンパンピング用バルーンカテテル
ウ	2段標準	8,340円	(1) 一般用標準型	160,000円
エ	2段強化		(2) 一般用末梢循環温存型	131,000円
②	心筋保護用カニューレ	4,060円	(3) 一般用センサー内蔵型	182,000円
ア	ルート	6,420円	(4) 小児用	202,000円
イ	コナリー	19,900円	補助人工心臓セット	
ウ	レトロ		(1) 体外型	3,270,000円
③	ベントカテテル	3,510円	① 成人用	
ア	一般型	4,500円	② 小児用	
イ	ガス注入型		ア	血液ポンプ
④	経皮的挿入用カニューレ	39,000円	ウ	心尖部脱血用カニューレ
ア	一般型		エ	心房脱血用カニューレ
イ	先端強化型	42,400円	オ	動脈送血用カニューレ
ii	ダブルルーメン	186,000円	カ	アクセサリーセット
注	生体適合性を付加した送脱血カニューレ、心筋保護用カニューレ又はベントカテテル		キ	ドライピングチューブ
にあつてはそれぞれ材料価格に1,600円を加算し、生体適合性を付加した経皮的挿入用カ			ク	カニューレコネクティングセット
ニューレにあつては材料価格に3,500円を加算する。			ク	カニューレエクステンションセット
127	人工心臓回路		(2) 植込型 (非拍動流型)	226,000円
(1) メイン回路			① 磁気浮上型	18,300,000円
①	抗血栓性あり	117,000円	② 水循環型	18,900,000円
ア	成人用	134,000円	③ 軸流型	1,100,000円
イ	小児用		(3) 水循環回路セット	35,500円
②	抗血栓性なし	110,000円	心臓手術用カテテル	157,000円
ア	成人用	124,000円	(1) 経皮的冠動脈形成術用カテテル	146,000円
イ	小児用		① 一般型	121,000円
(2) 補助循環回路			② インフュージョン型	102,000円
①	抗血栓性あり	69,600円	③ パーフュージョン型	173,000円
ア	成人用	70,900円	④ カットティング型	38,500円
イ	小児用		⑤ スリッピング防止型	
②	抗血栓性なし	40,400円	⑥ 再狭窄抑制型	
ア	成人用	40,400円	(2) 冠動脈造影部貫通用カテテル	
イ	小児用		(3) 冠動脈用ステントセット	
			① 一般型	113,000円
			② 救急処置型	290,000円

③ 再狭窄抑制型	161,000円	③ リードロッキングデバイス	91,000円
④ 生体吸収・再狭窄抑制型	249,000円	④ リード抜きスネアセット	143,000円
(4) 特殊カテーテル	209,000円	⑤ 大血管用ローテーションシース	268,000円
(5) 弁拡張用カテーテル	151,000円	⑥ 血栓除去用カテーテル	
(6) 心房中隔欠損作成術用カテーテル		① バルーン付き	
① バルーン型	25,500円	ア 一般型	11,600円
② ブレード型	210,000円	イ 極細型	15,400円
	786,000円	ウ ダブルルーマン	17,900円
	10,700円	② 残存血栓除去用	35,400円
	21,800円	③ 経皮的血栓除去用	37,100円
	25,000円	ア ワイヤ型	286,000円
	90,300円	ウ 破砕吸引型	450,000円
	19,500円	エ 自己拡張型	386,000円
		エ 直接吸引型	273,000円
		④ 血栓除去用	
		④ コイル	
131 経皮的心房中隔欠損閉鎖型	97,200円	① コイル	
132 ガイディングカテーテル	194,000円	② 標準型	10,800円
(1) 冠動脈用	174,000円	ア 機械式データタッチャブル型	56,400円
(2) 脳血管用	233,000円	イ 電気式データタッチャブル型	118,000円
① 標準型		エ 水圧式・ワイヤー式データタッチャブル型	98,800円
② 特殊型		オ 特殊型	145,000円
③ 高度屈曲対心型		② ブッシュヤー	16,300円
④ その他血管用		③ コイル留置用ステント	466,000円
(3) その他血管用		(1) 汎用型圧測定用プローブ	77,300円
133 血管内手術用カテーテル		(2) 循環機能評価用動脈カテーテル	29,300円
(1) 経皮的脳血管形成術用カテーテル		(3) 静脈カッター	
① 先端閉鎖型	37,800円	① 切開径固定型	24,800円
② 先端開放型	55,200円	② 切開径変動型	86,700円
③ 末梢血管用ステントセット	134,000円	③ オーバーザワイヤー型	87,600円
① 一般型	52,500円	(4) 頸動脈用ステントセット	172,000円
② 再狭窄抑制型		(5) 椎骨部貫通用カテーテル	44,300円
(3) PTAバルーンカテーテル		(6) 下肢動脈狭窄部置通用カテーテル	179,000円
① 一般型	61,600円	(7) 血管塞栓用プラグ	131,000円
ア 標準型	66,900円	(8) 交換用カテーテル	18,700円
イ 特殊型	173,000円	(9) 体温調節用カテーテル	
③ 脳血管導管治療用		① 発熱管理型	77,400円
④ 大動脈用ステントグラフト用		② 体温管理型	85,000円
ア 血流遮断型(胸部及び腹部)		(10) 脳血管用ステントセット	501,000円
イ 血流非遮断型(胸部及び腹部)		(11) 脳動脈瘤治療用フローダライバーターシステム	1,420,000円
⑤ スリッピング防止型		(12) エキシメラザー血管形成用カテーテル	219,000円
⑥ 再狭窄抑制型		人工血管	
(4) 下大静脈留置フィルター		(1) 永久留置型	
① 標準型	158,000円	ア 大血管用	
② 特殊型	171,000円	イ 分岐なし	
(5) 冠動脈灌流用カテーテル	24,500円	i 標準型	
(6) オクリュージョンカテーテル	19,400円	ii 特殊型	
① 標準型	109,000円	イ 1分岐	
② 特殊型	116,000円	i 標準型	
(7) 血管内血栓異物除去用留置カテーテル			
① 一般型	186,000円		
② 頸動脈用ステント併用型	190,000円		
ア フィルター型	160,000円		
イ 遠位バルーン型			
ウ 近位バルーン型			
(8) 血管内異物除去用カテーテル			
① 細血管用	88,800円		
② 大血管用	42,900円		

134

ii 特殊型	227,000円	① 標準型	3,990,000円
ウ 2分岐以上		② 自動調整機能付き	4,620,000円
i 標準型	245,000円	145 肝動脈塞栓材	15,400円
ii 特殊型	289,000円	146 大動脈用ステントグラフト	
エ 腹大動脈分岐用		(1) 腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)	
i 標準型	137,000円	① 標準型	1,320,000円
ii 特殊型	153,000円	② AUI型	1,110,000円
ア 小血管用		(2) 腹部大動脈用ステントグラフト(補助部分)	299,000円
② 標準型	1 cm当たり2,560円	(3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)	1,430,000円
i 外部サポートあり	1 cm当たり1,940円	① 標準型	2,060,000円
ii 外部サポートなし		② 血管分岐部対応型	299,000円
イ セルフシーリング	1 cm当たり4,050円	(4) 胸部大動脈用ステントグラフト(補助部分)	1,550,000円
i ヘパリン非使用型	1 cm当たり4,200円	(5) 大動脈解離用ステントグラフト(メイン部分)	344,000円
ii ヘパリン使用型		(6) 大動脈解離用ステントグラフト(補助部分)	894,000円
ウ ヘパリン使用型	1 cm当たり3,700円	(7) 大動脈解離用ステントグラフト(ペアーステント)	7,230円
i 外部サポートあり	1 cm当たり2,710円	147 内視鏡用粘着下注入材	
ii 外部サポートなし		148 カプセル型内視鏡	
エ 特殊型		(1) 小腸用	76,500円
i 外部サポートあり	1 cm当たり3,030円	(2) 大腸用	83,200円
ii 外部サポートなし	1 cm当たり2,240円	149 血管内光断層撮影用カテーテル	139,000円
(2) 一時留置型	54,500円	150 ヒート自家移植組織	
(1) 尿管・尿道用		① 採取・培養表皮	
(2) 腎臓用	40,100円	(1) 採取・培養キット	4,460,000円
135 尿路拡張用カテーテル	41,400円	(2) 調製・移植キット	1 枚当たり154,000円
(1) 経皮的バルーンカテーテル		(2) 自家培養軟骨	
(2) 経内視鏡バルーンカテーテル	14,200円	① 採取・移植キット	895,000円
① ダブルルーメン	31,300円	② 調製・移植キット	1,270,000円
② トリプルルーメン	35,300円	151 ゼンブ由来吸収性局所止血材	1 g当たり12,700円
③ 十二指腸乳頭拡張機能付き	64,200円	(1) 肋骨変形矯正用材料	
④ 十二指腸乳頭切開機能付き	62,200円	(1) 肋骨間用	1,580,000円
(3) 採石用バスケットカテーテル	38,100円	(2) 肋骨腰椎間用	1,540,000円
(4) 砕石用バスケットカテーテル		(3) 肋骨腸骨間用	1,470,000円
① 全デイスボーズガブル型	42,000円	(4) 固定クリップ(伸張術時交換用)	71,500円
② 一部デイスボーズガブル型	14,900円	(5) 部品連結用	
137 腎・尿管結石除去用カテーテルセット	32,500円	① 縦型	188,000円
138 削除		② 横型	348,000円
139 組織拡張器		153 経皮的動脈管閉鎖セット	
(1) 一般用	32,600円	(1) 開口部留置型	347,000円
(2) 乳房用	66,000円	(2) 動脈管内留置型	416,000円
140 輸血用血液フィルタ(微小凝集塊除去用)	2,500円	154 脳動脈奇形術前塞栓材	138,000円
141 輸血用血液フィルタ(赤血球製剤用白血球除去用)	2,850円	155 植込型心電図記録計	
142 輸血用血液フィルタ(血小板製剤用白血球除去用)	3,340円	(1) 標準型	394,000円
143 網膜硝子体手術用材料	28,300円	(2) 特殊型	451,000円
144 同室ペーシング機能付き植込型除細動器		156 合成吸収性硬膜補強材	65,100円
(1) 単極又は双極用		157 消化管用ステントセット	
① 標準型	3,590,000円	(1) カバーなし	216,000円
② 自動調整機能付き	4,310,000円	(2) カバーあり	270,000円
(2) 4極用		158 皮下グルコース測定用電極	6,390円
		159 局所陰圧閉鎖処置用材料	1 cm当たり20円

160	植込型迷走神経電気刺激装置	1,710,000円	(2) 回収・調製キット	1枚当たり1,710,000円
161	迷走神経刺激装置用リードセット	187,000円	人工中耳用材料	
162	経皮的心腔内リード除去用レーザーシステムセット	311,000円	(1) 人工中耳用インプラント	1,120,000円
163	膀胱尿管逆流症治療用注入材	73,400円	(2) 人工中耳用音声信号処理装置	649,000円
164	椎体形成用材料セット	386,000円	(3) 人工中耳用オープンション部品	44,000円
165	脊椎神経留置材料	229,000円	191 末梢血管用ステントグラフト	
166	外科用接着用材料		(1) 標準型	322,000円
			(2) 長柄対芯型	344,000円
167	交換用経皮経食道胃管カテーテル	1g当たり12,100円	192 経皮的胆道拡張用バルーンカテーテル	65,400円
168	心腔内超音波プローブ	1g当たり13,800円	193 補助循環用ポンプカテーテル	2,600,000円
		17,200円	194 人工椎間板	301,000円
		299,000円	195 体表面用電場電極	35,900円
		327,000円	196 経皮的留置弁クリップシステム	2,280,000円
169	血管造影用圧センサ付材料	143,000円	注 経皮的留置弁クリップシステムのクリップを2個以上使用する場合は、追加する1個当たり償還価格の100分の50に相当する価格を加算する。	
	(1) 血管造影用圧センサ付ガイドワイヤ	136,000円	197 ガイドワイヤ	1,950円
	(2) 血管造影用圧センサ付カテーテル	5,100円	198 ドレナージカテーテル	5,700円
170	輸血用血液フィルター(カリウム除去用)	70,700円	199 甲狀軟骨固定用器具	194,000円
171	生体組織接着剤調製用キット		200 放射線治療用合成吸収性材料	
172	尿道括約筋用補綴材	170,000円	(1) ハイドロゲル型	196,000円
	(1) カフ	156,000円	(2) シート型	516,000円
	(2) 圧力調整バルーン	427,000円	201 腔鏡用穿孔形成補綴材留置システム	502,000円
173	中心静脈血酸素飽和度測定用プローブ	24,500円	202 腹部開放創用局所陰圧閉鎖キット	101,000円
174	植込型骨導補聴器	415,000円	203 顔面神経電気刺激装置	
	(1) 音振動変換器	127,000円	(1) 電極込キット	1,260,000円
	(2) 接合子付骨導端子	66,200円	(2) 体外式パルス発生器	617,000円
	(3) 骨導端子	70,600円	(3) 接続ケーブル	4,480円
	(4) 接合子	38,700円	204 経皮的左心耳閉鎖システム	1,500,000円
175	脳手術用カテーテル	18,700円	205 経皮的卵円孔閉鎖セット	865,000円
176	子宮用止血バルーンカテーテル	54,100円	206 人工顎関節用材料	1,110,000円
177	心房中隔穿刺針	406,000円	III 医科点数表の第2章第4部及び別表第二歯科診療報酬点数表(以下「歯科点数表」という。)の第2章第4部に規定するフィルム及びその材料価格	
178	神経再生誘導材	20,100円	001 半切	120円
179	気管支用充填材	19,800円	002 大角	115円
180	陰圧創傷治療用カートリッジ	72,600円	003 大四つ切	76円
181	人工乳房	4,510,000円	004 四つ切	62円
182	経カテーテル人工生体弁セット	3,740,000円	005 六つ切	48円
	(1) バルーン拡張型人工生体弁セット		006 八つ切	46円
	(2) 自己拡張型人工生体弁システム		007 カビネ	38円
183	血管内塞栓材	9,040円	008 30cm×35cm	87円
	(1) 止血用	27,600円	009 24cm×30cm	68円
	(2) 動脈塞栓療法用	103,000円	010 18cm×24cm	46円
	(3) 動脈化学塞栓療法用	1,010,000円	011 標準型(3cm×4cm)	29円
184	仙骨神経刺激装置	1,110,000円	012 咬翼型(5.7cm×7.6cm、5.5cm×7.5cm又は5.4cm×7cm)	27円
185	オーブン型ステントグラフト	329,000円	013 咬翼型(4.1cm×3cm又は2.1cm×3.5cm)	40円
186	気管支手術用カテーテル	229,000円	014 オールソバントモ型	103円
187	半導体レーザー用プローブ		20.3cm×30.5cm	120円
188	削除		15cm×30cm	
189	ヒト骨格筋由来細胞シート	6,480,000円		
	(1) 採取・継代培養キット			

015	小児用 2.2cm×3.5cm 2.4cm×3cm	31円 23円	④ 特殊型 (2) 腸瘻用	2,110円 3,880円
016	間接撮影用フィルム 10cm×10cm 7cm×7cm 6cm×6cm	29円 22円 15円	007 万年筆型注入器用注射針 (1) 標準型 (2) 超微細型	17円 18円
017	オデロカ用フィルム 10cm×10cm 7cm×7cm	33円 22円	008 携帯型ディスプレイポーター用注入ポンプ (1) 化学療法用 (2) 標準型	3,240円 3,150円 4,330円
018	マンモグラフィ用フィルム 24cm×30cm 20.3cm×25.4cm 18cm×24cm	135円 135円 125円	009 在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用チューブ (1) 一般型 ① カフ付き気管切開チューブ ア カフ上部吸引機能あり i 一重管 ii 二重管 イ カフ上部吸引機能なし i 一重管 ii 二重管	4,190円 5,790円
019	画像記録用フィルム (1) 半切 (2) 大角 (3) 大四ツ切 (4) B4 (5) 四ツ切 (6) 六ツ切 (7) 24cm×30cm	226円 188円 187円 150円 135円 119円 145円	010 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスプレイポーター用カテーテル (1) 2管一般Ⅰ (2) 2管一般Ⅱ ① 標準型 ② 閉鎖式導尿システム ③ 2管一般Ⅲ ④ カフなし気管切開チューブ (2) 輪状甲狀腺切開チューブ (3) 保持用気管切開チューブ	3,800円 6,140円 4,080円 3,510円 6,180円
IV	歯科点数表の第2章第6部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格(略)			233円
V	歯科点数表の第2章第5部、第8部、第9部、第10部及び第11部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格(略)			561円 645円
VI	歯科点数表の第2章第12部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格(略)			1,650円
VII	歯科点数表の第2章第13部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格(略)			1,720円 741円
VIII	別表第三調剤報酬点数表に規定する特定保険医療材料及びその材料価格 001 インスリン製剤等注射用ディスプレイポーター用注射器 002 削除 003 ホルモン製剤等注射用ディスプレイポーター用注射器 004 腹膜透析液交換セット (1) 交換キット (2) 回路 ① Yセット ② APDセット ③ IPDセット 005 在宅中心静脈栄養用輸液セット (1) 本体 (2) 付属品 ① フーンバー針 ② 輸液バッグ 006 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスプレイポーター用カテーテル (1) 経鼻用 ① 一般用 ② 乳幼児用 ア 一般型 イ 非DEHP型 ③ 経腸栄養用	17円 11円 554円 884円 5,470円 1,040円 1,520円 419円 414円 183円 94円 147円 1,630円	④ 特定Ⅰ ⑤ 特定Ⅱ (1) 在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む。) (1) ダイアライザー ① Ia型 ② Ib型 ③ IIa型 ④ IIb型 ⑤ S型 ⑥ 特定積層型 (2) 吸着型血液浄化器(β-ミクログロブリン除去用) 011 皮膚欠損用創傷被覆材 (1) 真皮に至る創傷用 (2) 皮下組織に至る創傷用 ① 標準型 ② 異形型 (3) 筋・骨に至る創傷用 012 非固着性シリコンガーゼ (1) 広範囲熱傷用 (2) 平坦部位用	2,090円 1,500円 1,500円 1,490円 1,570円 1,570円 1,620円 5,700円 21,700円 1cm ² 当たり6円 1cm ² 当たり10円 1g当たり35円 1cm ² 当たり25円 1,080円 142円

309円
1,100,000円

(3) 凹凸部応用
014 水循環回路セット
経過措置

IX

(1) IIの規定にかかわらず、薬事法等の一部を改正する法律（平成25年法律第84号）第1条の規定による改正前の薬事法（昭和35年法律第145号）第14条第1項又は医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第23条の2の5第1項の規定による承認を受け、次の表の左欄に掲げる特定保険医療材料の同表の中欄に掲げる期間における材料価格は、それぞれ同表の右欄に掲げる材料価格とする。

133 血管内手術用カテーテル (4) 血栓除去用カテーテル エ 直接吸引型 (承認番号) 23000BZ00367000	令和2年4月1日から 令和3年8月31日まで	286,000円
199 甲状軟骨固定用器具 (承認番号) 22900BZ00409000	令和2年4月1日から 令和2年5月31日まで	204,000円

(2) IIの規定にかかわらず、特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件（平成30年厚生労働省告示第47号。以下「改正告示」という。）による改正前の材料価格基準別表IIに掲げる特定保険医療材料のうち、次の表の旧材料価格基準の欄に掲げる区分に該当する特定保険医療材料が、改正告示による改正後の特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の別表IIに掲げる区分に該当する特定保険医療材料であつて次の表の新材料価格基準の欄に掲げる区分に該当するものであるときは、同表の期間の欄に掲げる期間における材料価格は、同表の材料価格の欄に掲げる材料価格とする。

旧材料価格基準	新材料価格基準	期間	材料価格
075 固定用金属線 (2) 大転子専用締結器	076 固定用金属ピン (2) 一般用 ② リング型	令和2年4月1日から 令和2年12月31日まで 令和3年1月1日から 令和3年3月31日まで 令和4年3月31日まで	68,100円 57,600円 47,200円

(3) IIの規定にかかわらず、次の表の左欄に掲げる特定保険医療材料の同表の期間の欄に掲げる期間における材料価格は、それぞれ同表の右欄に掲げる材料価格とする。

014 冠動脈造影用センサ付ガイドワイヤー (2) コンビネーション型	令和2年4月1日から 令和2年12月31日まで 令和3年1月1日から 令和3年3月31日まで 令和2年12月31日まで	252,000円 232,000円 40,800円 36,500円 32,200円
035 尿管ステントセット (2) 外挿用 ① 腎盂留置型 イ 異物付着防止型	令和3年1月1日から 令和3年3月31日まで 令和3年4月1日から 令和3年12月31日まで	91,300円 81,700円 72,100円

062 大腿骨外側固定用内副子 (4) スライディングラグスクリュー	令和4年1月1日から 令和4年3月31日まで 令和2年4月1日から 令和2年12月31日まで 令和3年1月1日から 令和3年3月31日まで 令和3年4月1日から 令和3年12月31日まで 令和4年1月1日から 令和4年3月31日まで 令和2年4月1日から 令和2年12月31日まで 令和3年1月1日から 令和3年3月31日まで	62,500円 56,800円 50,800円 44,900円 38,900円 50,800円 47,500円 842,000円 753,000円 665,000円 129,000円 116,000円 102,000円
080 合成吸収性骨片接合材料 (5) 骨・軟部組織固定用アンカー	令和2年4月1日から 令和2年12月31日まで 令和3年1月1日から 令和3年3月31日まで	50,800円 47,500円
118 植込型除細動器用カテーテル電極（皮下植込式）	令和2年4月1日から 令和2年12月31日まで 令和3年1月1日から 令和3年3月31日まで	842,000円 753,000円 665,000円
133 血管内手術用カテーテル (1) 経皮的脳血管形成用カテーテル ① 先端閉鎖型	令和2年4月1日から 令和2年12月31日まで 令和3年1月1日から 令和3年3月31日まで	129,000円 116,000円 102,000円

「入院時食事療養費に係る食事療養費及び入院時生活療養費に係る生活療養の実施上の留意事項について」（平成18年3月6日保医発第0306009号）

1 一般的事項

(1) 食事は医療の一環として提供されるべきものであり、それぞれ患者の病状に応じて必要とする栄養量が与えられ、食事の質の向上と患者サージビスの改善をめざして行われるべきものである。

また、生活療養の温度、照明及び給水に関する療養環境は医療の一環として形成されるべきものであり、それぞれの患者の病状に応じて適切に行われるべきものである。

(2) 食事の提供に関する業務は保険医療機関自らが行うことが望ましいが、保険医療機関の管理者が業務遂行上必要な注意を果たし得るような体制と契約内容により、食事療養の業務が確保される場合には、保険医療機関の最終的責任の下で第三者に委託することができ。なお、業務の委託にあたっては、医療法（昭和23年法律205号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定によること。食事提供業務の第三者への一部委託については「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」（平成5年2月15日健政発第98号厚生省健康政策局長通知）の第3及び「病院診療所等の業務委託について」（平成5年2月15日指第14号厚生省健康政策局指導課長通知）に基づき行うこと。

(3) 患者への食事提供については病棟関連部門と食事療養部門との連絡が十分とられていることが必要である。

(4) 入院患者の栄養補給量は、本来、性、年齢、体位、身体活動レベル、病状等によって個々に適正量が算定されるべき性質のものである。従って、一般食を提供している患者の栄養補給量についても、患者個々に算定された医師の食事箋による栄養補給量又は栄養管理計画に基づく栄養補給量を用いることを原則とするが、これらによらない場合には、次により算定するものとする。なお、医師の食事箋とは、医師の署名又は記名・押印がされたものを原則とするが、オーダーリングシステム等により、医師本人の指示によるものであることが確認できるものについても認めるものとする。

一般食患者の推定エネルギー必要量及び栄養素（脂質、たんぱく質、ビタミンA、ビタミンB1、ビタミンB2、ビタミンC、カルシウム、鉄、ナトリウム（食塩）及び食物繊維）の食事摂取基準については、健康増進法（平成14年法律第103号）第16条の2に基づき定められた食事摂取基準の数値を適切に用いるものとすること。

なお、患者の体位、病状、身体活動レベル等を考慮すること。また、推定エネルギー必要量は治療方針にそって身体活動レベルや体重の増減等を考慮して適宜増減することが望ましいこと。

イ アに示した食事摂取基準についてはあくまでも賦立作成の目安であるが、食事の提供に際しては、病状、身体活動レベル、アレルギー等個々の患者の特性について十分考慮すること。

(5) 調理方法、味付け、盛り付け、配膳等について患者の嗜好を配慮した食事が提供されており、嗜好品以外の飲食物の摂取（補食）は原則として認められないこと。

なお、果物類、菓子類等病状に影響しない程度の嗜好品を適量摂取することは差し支えないこと。

(6) 当該保険医療機関における療養の実態、当該地域における日常の生活サイクル、患者の希望等を総合的に勘案し、適切な時刻に食事提供が行われていること。

(7) 適切な温度の食事が提供されていること。

(8) 食事療養に伴う衛生は、医療法及び医療法施行規則の基準並びに食品衛生法（昭和22年法律233号）に定める基準以上のものであること。

なお、食事の提供に使用する食器等の消毒も適正に行われていること。

(9) 食事療養の内容については、当該保険医療機関の医師を含む会議において検討が加えられていること。

(10) 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養は1食単位で評価するものであることから、食事提供数は、入院患者ごとに実際に提供された食数を記録していること。

(11) 患者から食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額（入院時生活療養の食事の提供たる療養に係るものに限る。以下同じ。）を超える費用を徴収する場合は、あらかじめ食事の内容及び特別の料金が患者に説明され、患者の同意を得て行っていること。

(12) 実際に患者に食事を提供した場合に1食単位で、1日につき3食を限度として算定するものであること。

(13) 1日の必要量を数回に分けて提供した場合は、提供された回数に相当する食数として算定して差し支えないこと（ただし、食事時間外に提供されたおやつを除き、1日に3食を限度とする。）

2 入院時食事療養又は入院時生活療養

(1) 入院時食事療養(1)又は入院時生活療養(1)の届出を行っている保険医療機関においては、下記の点に留意する。

① 医師、管理栄養士又は栄養士による検査が毎食行われ、その所見が検査簿に記載入されている。

② 普通食（常食）患者年齢構成表及び給与栄養目標量については、必要に応じて見直しを行っていること。

流動食を除くものである。また治療乳とは、いわゆる乳児栄養障害（離乳を終らない者の栄養障害）に対する直接調製する治療乳をいい、治療乳既製品（ブレミルク等）を用いる場合及び添加含水炭素の選定使用等は含まない。

ここでは努めて一般的な名称を用いたが、各医療機関での呼称が異なっているため、実質内容が告示したものと同等である場合は加算の対象となる。ただし、混乱を避けるため、できる限り告示の名称を用いることが望ましい。

(4) 心臓疾患、妊娠高血圧症候群等に対して減塩食療法を行う場合は、腎臓食に準じて取り扱うことができるものである。なお、高血圧症に対して減塩食療法を行う場合は、このような取扱いは認められない。

(5) 腎臓食に準じて取り扱うことができる心臓疾患等の減塩食については、食塩相当量が総量（1日量）6g未満の減塩食をいう。ただし、妊娠高血圧症候群の減塩食の場合は、日本高血圧学会、日本妊娠高血圧学会等の基準に準じていること。

(6) 肝臓食とは、肝硬変食、肝炎食、肝硬変食、閉鎖性黄疸食（胆石症及び胆嚢炎による閉鎖性黄疸の場合も含む。）等をいう。

(7) 十二指腸潰瘍の場合も胃潰瘍食として取り扱って差し支えない。手術前後に与える高カロリー食は加算の対象としないが、侵襲の大きな消化管手術の術後において胃潰瘍食に準ずる食事を提供する場合は、特別食の加算が認められる。また、クローン病、潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食については、特別食として取り扱って差し支えない。

(8) 高度肥満症（肥満度が70%以上又はBMIが35以上）に対して食事療法を行う場合は、脂質異常症食に準じて取り扱うことができる。

(9) 特別な場合の検査食とは、潜血食をいう。

(10) 大腸X線検査・大腸内視鏡検査のために特に残渣の少ない調剤食品を使用した場合は、「特別な場合の検査食」として取り扱って差し支えない。ただし、外来患者に提供した場合は、保険給付の対象外である。

(11) てんかん食とは、難治性てんかん（外傷性のものを含む。）の患者に対し、グルコースに代わりケトン体を熱量源として供給することを目的に炭水化物量の制限及び脂質量の増加が厳格に行われた治療食をいう。ただし、グルコーストランスポーター1次損傷又はミトコンドリア脳筋症の患者に対し、治療食として当該食事を提供した場合は、「てんかん食」として取り扱って差し支えない。

(12) 特別食として提供される脂質異常症食の対象となる患者は、空腹時定常状態におけるLDL-Cコレステロール値が140mg/dL以上である者又はHDL-Cコレステロール値が50mg/dL未満である者若しくは中性脂肪種が150mg/dL以上である者である。

⑥ 食事の提供に当たっては、喫食調査等を踏まえて、また必要に応じて食事箋、献立表、患者入院記録簿及び食料品消費日計表等の食事療養関係帳簿を使用して食事の質の向上に努めること。

⑦ 患者の病状等により、特別食を必要とする患者については、医師の発行する食事箋に基づき、適切な特別食が提供されていること。

⑧ 適時の食事の提供に關しては、実際に病棟に患者に夕食が配膳される時間、原則として午後6時以降とする。

ただし、当該保険医療機関の施設構造上、厨房から病棟への配膳に時間を要する場合には、午後6時を中心として各病棟で若干のばらつきを生じることやむを得ない。この場合においても、最初に病棟において患者に夕食が配膳される時間は午後5時30分より後である必要がある。

⑨ 保温食器等を用いた適温の食事の提供については、中央配膳に限らず、病棟において盛り付けを行っている場合であっても差し支えない。

⑩ 医師の指示の下、医療の一環として、患者に十分な栄養指導を行うこと。

(2) 「流動食のみを経管栄養法により提供したとき」とは、当該食事療養又は当該食事の提供たる療養として食事の大半を経管栄養法による流動食（市販されているものに限る。以下この項において同じ。）により提供した場合を指すものであり、栄養管理が概ね経管栄養法による流動食によって行われている患者に対し、流動食とは別に又は流動食と混合して、少量の食品又は飲料を提供した場合（経口摂取が経管栄養の別を問わない。）を含むものである。

3 特別食加算

(1) 特別食加算は、入院時食事療養(1)又は入院時生活療養(1)の届出を行った保険医療機関において、患者の病状等に対応して医師の発行する食事箋に基づき、「入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等」(平成6年厚生省告示第238号)の第2号に示された特別食が提供された場合に、1食単位で1日3食を限度として算定する。ただし、流動食（市販されているものに限る。）のみを経管栄養法により提供したときは、算定しない。なお、当該加算を行う場合は、特別食の献立表が作成されている必要がある。

(2) 加算の対象となる特別食は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づいて提供される患者の年齢、病状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食、無菌食及び特別な場合の検査食をいうものであり、治療乳を除く乳児の人工栄養のための調乳、離乳食、幼児食等並びに治療食のうちで単なる流動食及び軟食は除かれる。

(3) 治療食とは、腎臓食、肝臓食、糖尿病食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、痔瘻食、脂質異常症食、痛風食、てんかん食、フェニトールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシステチン尿症食、ガラクトース血症食及び治療乳をいうが、胃潰瘍食については

- (13) 特別食として提供される貧血食の対象となる患者は、血中ヘモグロビン濃度が10g/dL以下であり、その原因が鉄分の欠乏に由来する患者である。
- (14) 特別食として提供される無菌食の対象となる患者は、無菌治療室管理加算を算定している患者である。

- (15) 経管栄養であっても、特別食加算の対象となる食事として提供される場合は、当該特別食に準じて算定することができる。
- (16) 薬物療法や食事療法等の数値が改善された場合でも、医師が疾病治療の直接手段として特別食に係る食事箋の発行の必要性を認めなくなるまで算定することができる。

4 食堂加算

- (1) 食堂加算は、入院時食事療養(1)又は入院時生活療養(1)の届出を行っている保険医療機関であって、(2)の要件を満たす食堂を備えている病棟又は診療所に入院している患者(療養病棟に入院している患者を除く。)について、食事の提供が行われた時に1日につき、病棟又は診療所単位で算定する。
- (2) 他の病棟に入院する患者との共用、談話室等との兼用は差し支えない。ただし、当該加算の算定に該当する食堂の床面積は、内法で当該食堂を利用する病棟又は診療所に係る病床1床当たり0.5平方メートル以上とする。
- (3) 診療所療養病床療養環境加算1、精神療養病棟入院料等の食堂の設置が要件の一つとなっている点数を算定している場合は、食堂加算をあわせて算定することはできない。
- (4) 食堂加算を算定する病棟を有する保険医療機関は、当該病棟に入院している患者のうち、食堂における食事が可能となる患者については、食堂において食事を提供するよう努めること。

5 鼻腔栄養との関係

- (1) 患者が経口摂取不能のために鼻腔栄養を行った場合は下記のとおり算定する。
- ア 薬師基準に収載されている高カロリー薬を経鼻経管的に投与した場合は、診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号)医科診療報酬点数表区分「J120」鼻腔栄養の手術料及び薬剤料を算定し、食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供されていない流動食に係る費用は別に算定しない。
- イ 薬師基準に収載されていない流動食を提供した場合は、区分「J120」鼻腔栄養の手術料及び食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供したる療養に係る費用を算定する。

イの場合において、流動食(市販されているものを除く。)が特別食の算定要件を満たしているときは特別食の加算を算定して差し支えない。薬師基準に収載されている高カロリー薬及び薬師基準に収載されていない流動食を併せて

- 投与及び提供した場合は、ア又はイのいずれかのみにより算定する。
- (2) 食道瘻を手術した後、胃瘻より流動食を点滴注入した場合は、鼻腔栄養に準じて取り扱う。

6 特別料金の支払を受けることによる食事の提供

入院患者に提供される食事に関して多様なニーズがあることに対応して、患者から特別の料金の支払を受ける特別メニューの食事(以下「特別メニューの食事」という。)を別に用意し、提供した場合は、下記の要件を満たした場合に妥当な範囲内の患者の負担は差し支えない。

- (1) 特別メニューの食事の提供に際しては、患者への十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要があるが、患者の意に反して特別メニューの食事が提供されることのないようにしなければならないものであり、患者の同意がない場合は食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の支払を受けることによる食事(以下「標準食」という。)を提供しなければならない。また、あらかじめ提示した金額以上に患者から徴収してはならない。なお、同意書による同意の確認を行う場合の様式は、各医療機関で定められたもので差し支えない。
- (2) 患者の選択に資するためには、各病棟内等の見やすい場所に特別メニューの食事のメニュー及び料金を掲示するとともに、文書を交付し、わかりやすく説明するなど、患者が自己の選択に基づき特定の日にあらかじめ特別のメニューの食事を選択できるようにする。
- (3) 特別メニューの食事は、通常の入院時食事療養又は入院時生活療養の食事の提供したる療養の費用では提供が困難な高価な材料を使用し特別な調理を行う場合や標準食の材料と同程度の価格であるが、異なる材料を用いるため別途費用が掛かる場合などであって、その内容が入院時食事療養又は入院時生活療養の食事の提供したる療養の費用を超える特別の料金の支払を受けるのにふさわしいものでなければならない。また、特別メニューの食事を提供する場合は、当該患者の療養上支障がないことについて、当該患者の診療を担う保険医の確認を得る必要がある。なお、複数メニューの選択については、あらかじめ決められた基本となるメニューと患者の選択により代替可能なメニューのうち、患者が後者を選択した場合に限り、基本メニュー以外のメニューを準備するためにかかる追加的な費用として、1食あたり17円を標準として社会的に妥当な額の支払を受けることができること。この場合17円を標準としても、入院時食事療養又は入院時生活療養の提供したる療養に当たる部分については、入院時食事療養費及び入院時生活療養費が支給されること。
- (4) 当該保険医療機関は、特別メニューの食事を提供することにより、それ以外の食事の内容及び質を損なうことがないように配慮する。

ア 一般病床から療養病床へ転床した日は、療養病棟入院基本料等を算定することとなることから、入院時生活療養に係る生活療養（温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の提供たる療養に係るもの）が支給され、温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の提供たる療養に係る生活療養標準負担額（患者負担額）を徴収する。

イ 療養病床から一般病床へ転床した日は、一般病棟入院基本料等を算定することとなることから、入院時生活療養に係る生活療養（温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の提供たる療養に係るもの）は支給されず、温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の提供たる療養に係る生活療養標準負担額（患者負担額）は徴収しない。

ウ 医療療養病床から介護療養病床へ転床した日又は介護療養病床から医療療養病床へ転床した日は、療養病棟入院基本料等を算定することとなることから、入院時生活療養に係る生活療養（温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の提供たる療養に係るもの）が支給され、温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の提供たる療養に係る生活療養標準負担額（患者負担額）を徴収する。

(5) 栄養補給量については、当該保険医療機関においては、患者ごとに栄養記録を作成し、医師との連携の下に管理栄養士又は栄養士により個別的な医学的・栄養学的管理が行われることが望ましい。また、食堂の設置、食器への配慮等食事の提供を行う環境の整備についてもあわせて配慮がなされていることが望ましい。

(6) 特別メニューの食事の提供を行っている保険医療機関は、毎年7月1日現在で、その内容及び料金などを入院時食事療養及び入院時生活療養に関する報告とあわせて地方厚生（支）局長に報告する。

7 揭示

特別のメニューの食事の提供を行っている保険医療機関は、各々次に掲げる事項を病棟内等の患者に見えやすい場所に掲示するものとする。

(1) 当該保険医療機関においては毎日、又は予め定められた日に、予め患者に提示したメニューから、患者の自己負担により特別メニューの食事を患者の希望により選択できること。

(2) 特別メニューの食事の内容及び特別料金

具体的には、例えば1週間分の食事のメニューの一覧表（複数メニューを含む特別のメニューの食事については、基本メニューと区分して、特別料金を示したもの等）。あわせて、文書等を交付しわかりやすく説明すること。

8 その他

(1) 一般病床と療養病床を有する保険医療機関において、一般病床から療養病床へ転床した日は、療養病棟入院基本料等を算定し、生活療養を受けることとなることから、転床前の食事も含め、全ての食事について入院時生活療養費（食事の提供たる療養に係るもの）が支給され、食事の提供たる療養に係る生活療養標準負担額（患者負担額）を徴収する。一方、療養病床から一般病床へ転床した日は、転床前の食事も含め、全ての食事について入院時食事療養費が支給され、食事療養標準負担額（患者負担額）を徴収する。

(2) 医療療養病床と介護療養病床を有する保険医療機関において、介護療養病床から医療療養病床へ転床し生活療養を受ける場合においては、転床した日の転床後の食事は、医療保険における入院時生活療養費（食事の提供たる療養に係るもの）が支給され、食事の提供たる療養に係る生活療養標準負担額（患者負担額）を徴収する。一方、医療療養病床から介護療養病床へ転床した場合には、転床した日の転床前の食事は、医療保険における入院時生活療養費（食事の提供たる療養に係るもの）が支給され、食事の提供たる療養に係る生活療養標準負担額（患者負担額）を徴収する。

(3) 転床した場合の入院時生活療養に係る生活療養（温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の提供たる療養に係るもの）の支給は次のとおりとする。

別添 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に係る施設基準等

1 一般的事項

- (1) 届出は、当該保険医療機関の全病棟について包括的に行うことを原則とする。
- (2) 届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関については、入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の届出を行うことにはできない。

ただし、離島等所在保険医療機関のうち、医師又は歯科医師の確保に関する具体的な計画が定められているものについては、この限りではない。

なお、この取扱いは、医政局地域医療計画課と調整済であるので、医務関係主管課と十分連携を図り、運用されたい。

- (3) 入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の届出を行わない保険医療機関は、入院時食事療養(Ⅱ)又は入院時生活療養(Ⅱ)を算定する。

- 2 入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)等の届出
入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の届出に当たっては、下記の全ての事項を満たすものであることとする。

- (1) 病院である保険医療機関にあっては入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養を担当する部門が組織化されており、常勤の管理栄養士又は栄養士が入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養部門の責任者となっていること。また、診療所においては管理栄養士又は栄養士が入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の指導を行っていること。

- (2) 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に関する業務は、質の向上と患者サービスの向上を目指して行われるべきものであるが、当該業務を保険医療機関が自ら行うほか、保険医療機関の管理者が業務上必要な注意を果たしうような体制と契約内容により、入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の質が確保される場合には、保険医療機関の最終的責任の下で第三者に委託することができるものである。

- (3) 一般食を提供している患者の栄養補給量については、患者個々に算定された医師の食事箋又は栄養管理計画による栄養補給量を用いることを原則とするが、これらに当たらない場合には、推定エネルギー必要量及び栄養素（脂質、たんぱく質、ビタミンA、ビタミンB1、ビタミンB2、ビタミンC、カルシウム、鉄、ナトリウム（食塩）、及び食物繊維）については、健康増進法（平成14年法律第105号）第16条の2に基づき定められた食事摂取基準の数値を適切に用いるものとすること。

なお、患者の体位、病状、身体活動レベル等を考慮すること。

また、推定エネルギー必要量は治療方針にそって身体活動レベルや体重の増減等を考慮して適宜増減することが望ましいこと。

- (4) 患者の病状により、特別食を必要とする患者については、適切な特別食が提供されていること。

- (5) 当該保険医療機関の療養の実態、当該地域における日常生活サイクル、患者の希望等を総合的に勘案し、適切な時間に適切な温度の食事が提供されていること。この場合においては、それぞれ患者の病状に応じて必要とする栄養量を与えられていること。

- (6) 提供食数（日報、月報）、食事箋、献立表、患者入退院簿、食料消費日計表等の入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養関係の帳簿が整備されている。ただし、これらの名称及び様式については当該保険医療機関の実情に、食品納入・消費・在庫等に関する諸帳簿は、各保険医療機関の実情を勘案し、適したものを採用して差し支えない。なお、関係事務業務の省力化を図るために、栄養管理体制を整備している施設又は栄養管理実施加算を算定している施設（有床診療所に限る。）においては、下記の場合において、各帳簿を必ず備えなくても差し支えない。

- (7) 栄養管理体制を整備している施設又は栄養管理実施加算を算定している施設（有床診療所に限る。）においては、下記の場合において、各帳簿を必ず備えなくても差し支えない。

- ①患者の入退院等の管理をしており、必要に応じて入退院患者数等の確認ができ
る場合は、提供食数（日報、月報等）、患者入退院簿

- ②栄養管理体制の基準を満たし、患者ごとに栄養管理を実施している場合は、喫
食調査

- ③特別治療食等により個別に栄養管理を実施している場合は、患者年齢構成表、
給与栄養目標量

- ④病院として食料等の購入管理を実施し、求めに応じてその内容確認ができる
場合は、食料消費日計表、食品納入、消費、在庫等に関する帳簿

また、(2)の通り、保険医療機関の最終的責任の下で第三者に委託した場合は、保険医療機関が確認する帳簿を定め、①から④までにより必ず備えなくても差し支えないとした帳簿であっても整備すること。

- (8) 帳簿等については、電子カルテやオーダーリングシステム等により電子的に必
要な情報が変更履歴等を含め作成し、保存されているれば、紙で保管する必要はな
い。

- (9) 通時の食事の提供が行われていること。なお、夕食に関しては病棟で患者に配
膳される時間が午後6時以降であること。ただし、当該保険医療機関の施設構造上、
厨房から病棟への配膳に時間を要する場合には、午後6時を中心として各病棟で若干
のばらつきを生じることがやむを得ない。この場合においても、最初に病棟において
患者に夕食が配膳される時間は午後5時30分より後である必要がある。

- (1) 業務委託の有無
- (2) 委託先
- (3) 病院内受託責任者氏名
- (4) 委託契約書 (添付すること。)
- (5) 院外調理の有無
- 4 管理栄養士等の数
- (1) 管理栄養士名 (常勤、非常勤)
- (2) 栄養士名
- (3) 調理師名
- (4) 給食業務従事者名
- 5 適時適温の食事の状況
- (1) 適時の食事の提供に関する事項
夕食時刻午後時分
- (2) 適温の食事の提供に関する事項
ア 使用器具 (□)には、使用している場合「レ」を記入すること。)
- 保温・保冷配膳車台
- 保温配膳車
- 保温トレイ
- 保温食器
- イ 食堂
方法 ()
- 6 その他
- (1) 特別食の食数
- (2) 献立表 (添付すること。)
- (3) 職員食の提供状況：患者食と同一の給食組織、その他

〔記載上の注意〕

- 1 1日平均入院患者数については届出前1年間の数値を記載する。
- 2 管理栄養士又は栄養士については氏名及び勤務時間を記載した名簿を提出する。
- 3 夕食時刻は各病棟で配膳を開始する平均的な時刻を記入する。
- 4 食堂を使用して適温の食事療養を行っている場合はその方法を記入する。

(10) 保温食器等を用いた適温の食事の提供が行われていること。

即ち、適温の食事の提供のために、保温・保冷配膳車、保温配膳車、保温トレイ、保温食器、食堂のいずれかを用いており、入院患者全員に適温の食事を提供する体制が整っていること。

なお、上記適温の食事を提供する体制を整えず、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合は含まない。

また、検査等により配膳時間に患者に配膳できなかった場合等の対応のため適切に衛生管理がされていた食事を電子レンジ等で温めることは、差し支えない。

また、食堂における適温の食事の提供とは、その場で調理を行っているか、又は保温庫等を使用している場合をいう。保温食器は名称・材質の如何を問わず、保温機能を有する食器であれば差し支えない。

また、クックチル、クックフリーズ、真空調理 (真空パック) 法により料理を行う過程において急速冷却し、提供する際に再度加熱する場合は、電子レンジ等で一度冷えた食事を温めた場合にはあたらさない。

(11) 職員に提供される食事と患者に提供される食事との区分が明確になっていること。

なお、患者に提供される食事とそれ以外の食事の提供を同一の組織で行っている場合においては、その帳簿類、出納及び献立盛りつけなどが明確に区別されていること。

(12) 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養に伴う衛生管理は、医療法 (昭和23年法律第205号) 及び同法施行規則 (昭和23年厚生省令第50号) の基準並びに食品衛生法 (昭和22年法律第233号) に定める基準以上のものである。

(13) 障害者施設等入院基本料を算定している病棟又は特殊疾患入院施設管理加算若しくは特殊疾患病棟入院料を算定している病棟については、個々の患者の病状に応じた食事の提供が行われている場合には、必ずしも(8)の要件を満たす必要はないものとする。

(届出書添付書類)

- 1 保険医療機関の概要
- (1) 病院/診療所
- (2) 許可病床数床
- (3) 1日平均入院患者数人
- 2 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養部門の名称
- (1) 入院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養部門の名称
- (2) 責任者氏名 (職種)
- 3 業務委託 (業務委託を行っている場合に記載する。)

◎指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の一部を改正する省令

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成十二年厚生省令第八十号）の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
<p>(受給資格の確認)</p> <p>第八条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供を求められた場合は、次に掲げるいづれかの方法によって、指定訪問看護を受ける資格があることを確認しなければならない。</p> <p>二 健康保険法（大正十一年法律第七十号）<u>第十三項に規定する電子資格確認</u></p> <p>二 指定訪問看護を受けようとする者の提示する健康保険法施行規則（大正十五年内務省令第三十六号）<u>第四十七条第一項に規定する被保険者証又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第五十四条第三項に規定する被保険者証</u></p>	<p>(受給資格の確認)</p> <p>第八条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供を求められた場合は、その者の提示する健康保険法施行規則（大正十五年内務省令第三十六号）<u>第四十七条第一項に規定する被保険者証又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第五十四条第三項に規定する被保険者証</u>によって、指定訪問看護を受ける資格があることを確認しなければならない。</p> <p>(新設)</p> <p>(新設)</p>

附 則

この省令は、医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第九号）附則第一条第四号の政令で定める日から施行する。

◎訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第六十七号）

別表を次のように改める。

別表

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法

通則

1 健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第76条第1項に規定する指定訪問看護（以下「指定訪問看護」と総称する。）の費用の額は、区分番号0.2の注7に規定する場合を除き、区分番号0.1又は区分番号0.1-2により算定される額に区分番号0.2から区分番号0.5までにより算定される額を加えた額とする。

2 前号の規定により算定する指定訪問看護の費用の額は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、介護保険法（平成9年法律第123号）第62条に規定する要介護被保険者等については、算定しないものとする。

3 区分番号0.1の注2及び注4、区分番号0.1-2の注1から注3まで及び注10並びに区分番号0.2の注1から注3まで及び注10における届出については、届出を行う訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分支がある場合には、当該分支を經由して行うものとする。

区分

0.1 訪問看護基本療養費（1日につき）

1 訪問看護基本療養費①

イ 保健師、助産師又は看護師による場合（ハを除く。）

(1) 週3日目まで 5,550円

(2) 週4日目以降 6,550円

ロ 准看護師による場合

(1) 週3日目まで 5,050円

(2) 週4日目以降 6,050円

ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合

12,850円

5,550円

ニ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合

訪問看護基本療養費②

イ 保健師、助産師又は看護師による場合（ハを除く。）

(1) 同一日に2人 5,550円

(2) 週3日目まで 6,550円

(3) 週4日目以降 6,550円

(4) 同一日に3人以上 2,780円

(5) 週3日目まで 3,280円

ロ 准看護師による場合

(1) 同一日に2人 5,050円

(2) 週3日目まで 6,050円

(3) 週4日目以降 6,050円

(4) 同一日に3人以上 2,530円

(5) 週3日目まで 3,030円

ハ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合

12,850円

ニ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合

(1) 同一日に2人 5,550円

(2) 同一日に3人以上 2,780円

3 訪問看護基本療養費① 8,500円

注1 1（ハを除く。）については、指定訪問看護を受けようとする者（注3に規定する同一建物居住者を除く。）に対して、その主治医（健康保険法第63条第3項第1号に規定する保険医療機関（以下「保険医療機関」という。）の保険医又は介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）若しくは同条第29項に規定する介護医療院（以下「介護医療院」という。）の医師に限る。以下この区分番号において同じ。）から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者の当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所（以下「訪問看護ステーション」という。）の保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看以下「利用者」という。）1人につき、訪問看護基本療養費①（ハを除く。）並びに区分番号0.1-2の精神科訪問看護基本療養費①及び②を算定する日と合わせて週3日を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。

2 1のハについては、悪性腫瘍の腫瘍療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の区分番号C.0.1.3に掲げる在宅患者訪問療養管理指導料を算定する場合にあっては真夜までの状態の利用者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者の場合（いずれも同一建物居住者を除く。）に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの看護師ア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合において、同一日に区分番号0.2に掲げる訪問看護管理療養費として算定できない。

3 2（ハを除く。）については、指定訪問看護を受けようとする者であって、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に對して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合当該者をいう。以下同じ。）であるものに対して、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合に、利用者1人につき、訪問看護基本療養費①（ハを除く。）並びに区分番号0.1-2の精神科訪問看護基本療養費①及び②を算定する日と合わせて週3日を限度（注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。

4 2のハについては、悪性腫瘍の腫瘍療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（医科点数表の区分番号C.0.1.3に掲げる在宅患者訪問療養管理指導料を算定する場合にあっては真夜までの状態の利用者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者（いずれも同一建物居住者に限る。）に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に、当該利用

者1人について、それぞれ月1回を限度として算定する。この場合において、同一日に区分番号02に掲げる訪問看護管理費は算定できない。

5 3については、指定訪問看護を受けようとする者（入院中のものに限る。）であつて、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対し、その者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合に、入院中1回（注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等を利用する場合02に掲げる訪問看護管理費は算定できない。）

6 1及び2（いずれもハを除く。）については、指定訪問看護を受けようとする者の主治医（介護老人保健施設又は介護医療院の医師を除く。）から当該者の急性期等のにより一時的に頻回の訪問看護の必要がある旨の訪問看護指示書（以下「特別訪問看護指示書」という。）の交付を受け、当該特別訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、注1及び注3の規定にかかわらず、1月に1回（別に厚生労働大臣が定める者については、月2回）に限り、当該指示があった日から起算して14日を限度として算定する。

7 1及び2（いずれもハを除く。）については、注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等を利用者又は注6に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。

- イ 所定額を加算する場合
- (1) 同一建物内1回 4,500円
 - (2) 同一建物内1人 4,500円
 - (3) 同一建物内3人以上 4,000円
- ロ 1日に3回以上の場合
- (1) 同一建物内1人 8,000円
 - (2) 同一建物内2人 8,000円
 - (3) 同一建物内3人以上 7,200円

8 訪問看護ステーションの看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者家庭までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して指定訪問看護を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定額の100分の50に相当する額を加算する。

イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行う場合

ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行う場合

9 1及び2（いずれもハを除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じ、その主治医（診療所又は医科点検等の区分番号C000の注1に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、1日につき2,650円を所定額に加算する。

10 1及び2（いずれもハを除く。）については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が、長時間にわたる指定訪問看護を行った場合には、長時間訪問看護加算として、週1日（別に厚生労働大臣が定める者の場合は週3日）を限度として、5,200円を所定額に加算する。

11 1及び2（いずれもハを除く。）については、6歳未満の乳幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、乳幼児加算として、1日

につき1,500円を所定額に加算する。

12 1及び2（いずれもハを除く。）については、同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週1日を、ハの場合にあっては週3日を限度として算定する。

イ 所定額を加算する指定訪問看護を行う看護師が他の看護師等（准看護師を除く。）と同時に指定訪問看護を行う場合

- (1) 同一建物内1人 4,500円
- (2) 同一建物内2人 4,500円
- (3) 同一建物内3人以上 4,000円

ロ 所定額を加算する指定訪問看護を行う看護師が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合

- (1) 同一建物内1人 3,800円
- (2) 同一建物内2人 3,800円
- (3) 同一建物内3人以上 3,400円

ハ 所定額を加算する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）

- (1) 同一建物内1人 3,000円
- (2) 同一建物内2人 3,000円
- (3) 同一建物内3人以上 2,700円

ニ 所定額を加算する指定訪問看護を行う看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

- (1) 1日に1回の場合
 - ① 同一建物内1人 3,000円
 - ② 同一建物内2人 3,000円
 - ③ 同一建物内3人以上 2,700円
- (2) 1日に2回の場合
- ① 同一建物内1人 6,000円
 - ② 同一建物内2人 6,000円
 - ③ 同一建物内3人以上 5,400円

- (3) 1日に3回以上の場合
- ① 同一建物内1人 10,000円
 - ② 同一建物内2人 10,000円
 - ③ 同一建物内3人以上 9,000円

13 1及び2（いずれもハを除く。）については、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。以下同じ。）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。以下同じ。）に指定訪問看護を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として2,100円を所定額に加算し、深夜（午後10時から午前6時までの時間をいう。以下同じ。）に指定訪問看護を行った場合は、深夜訪問看護加算として4,200円を所定額に加算する。

14 利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合については、この限りでない。

イ 病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院等の医師又は看護師若しくは准看護師が配置されている施設に現に入院又は入所している場合

ロ 介護保険法第8条第41項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第19項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ハ、他の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護（注2及び注4の場合を除く。）を受けている場合（次に掲げる場合を除く。）

(1) 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者がある場合

(2) 特別訪問看護指示書の交付の対象となつた利用者であつて週4日以上指定訪問看護が計画されているものも現に他の1つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

(3) 注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者であつて週7日の指定訪問看護が計画されているものも現に他の2つ以下の訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

(4) 注2又は注4に規定する緩和ケア、療養ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師の指定訪問看護を受けようとする場合

01-2 精神科訪問看護基本療養費（1日につき）

イ 保健師、看護師又は作業療法士による場合

- (1) 週3日目まで 30分以上の場合 5,550円
- (2) 週3日目まで 30分未満の場合 4,250円
- (3) 週4日目以降 30分以上の場合 6,550円
- (4) 週4日目以降 30分未満の場合 5,100円

ロ 准看護師による場合

- (1) 週3日目まで 30分以上の場合 5,050円
- (2) 週3日目まで 30分未満の場合 3,870円
- (3) 週4日目以降 30分以上の場合 6,050円
- (4) 週4日目以降 30分未満の場合 4,720円

2 削除

3 精神科訪問看護基本療養費

イ 保健師、看護師又は作業療法士による場合

- (1) 同一日に2人
 - ① 週3日目まで 30分以上の場合 5,550円
 - ② 週3日目まで 30分未満の場合 4,250円
 - ③ 週4日目以降 30分以上の場合 6,550円
 - ④ 週4日目以降 30分未満の場合 5,100円
- (2) 同一日に3人以上
 - ① 週3日目まで 30分以上の場合 2,780円
 - ② 週3日目まで 30分未満の場合 2,130円
 - ③ 週4日目以降 30分以上の場合 3,280円
 - ④ 週4日目以降 30分未満の場合 2,550円

ロ 准看護師による場合

- (1) 同一日に2人
 - ① 週3日目まで 30分以上の場合 5,050円
 - ② 週3日目まで 30分未満の場合 3,870円
 - ③ 週4日目以降 30分以上の場合 6,050円
 - ④ 週4日目以降 30分未満の場合 4,720円
- (2) 同一日に3人以上
 - ① 週3日目まで 30分以上の場合 2,530円
 - ② 週3日目まで 30分未満の場合 1,940円
 - ③ 週4日目以降 30分以上の場合 3,030円
 - ④ 週4日目以降 30分未満の場合 2,360円

ハ 精神科訪問看護基本療養費

注1 1については、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者又はその家族等（注2に規定する同一建物居住者を除く。）に対して、その主治医（保険医療機関の保険医であつて精神科を担当するものに限る。以下この区分番号において同じ。）から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士（精神障害を有する者に対する看護について相当の経験を有するものに限る。以下この区分番号において「保健師等」という。）が指定訪問看護を行った場合に、利用者1人につき、精神科訪問看護基本療養費Ⅲ並びに区分番号01の訪問看護基本療養費Ⅱ（ハを除く。）及びⅡ（ハを除く。）を算定する日と合わせて週3日（当該利用者の退院後3月以内の期間において行われる場合は週5日）を限度として算定する。

2 3については、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者又はその家族等であつて、同一建物居住者であるものに対して、その主治医から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合に、利用者1人につき、精神科訪問看護基本療養費Ⅱ（ハを除く。）及びⅡ（ハを除く。）を算定する日と合わせて週3日（当該利用者の退院後3月以内の期間において行われる場合は週5日）を限度として算定する。

3 4については、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者（入院中のものに限る。）であつて、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対し、その主治医から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合に、利用者1人につき、精神科訪問看護基本療養費Ⅱ（ハを除く。）及びⅡ（ハを除く。）を算定する日と合わせて週3日（当該利用者の退院後3月以内の期間において行われる場合は週5日）を限度として算定する。

4 1及び3については、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者の主治医から精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、当該精神科特別訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合には、注1及び注2の規定にかかわらず、1月に1回に限り、当該指示があつた日から起算して14日を限度として算定する。

5 訪問看護ステーションの保健師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が1時間以上である者に対して指定訪問看護を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定額の100分の50に相当する額を加算する。

イ 別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行う場合
ロ 別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する訪問看護ステーションの保健師等が別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行う場合

6 1及び3については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は在宅療養支援病院の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの保健師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、精神科緊急訪問看護加算として、1日につき2,650円を所定額に加算する。

7 1及び3については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの保健師等が、長時間にわたる指定訪問看護を行った場合には、長時間精神科訪問看護加算として、週1日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週3日）を限度として、5,200円を所定額に加算する。

8 1及び3（いずれも90未満の場合を除く。）については、訪問看護ステーションの保健師又は看護師が、当該訪問看護ステーションの他の保健師等、看護補助者又は精神保健福祉士と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名精神科訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、ハの場合にあつては週1日を限度として算定する。

イ 所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師又は作業療法士と同時に指定訪問看護を行う場合

- (1) 1日に1回の場合
 - ① 同一建物内1人 4,500円
 - ② 同一建物内2人 4,500円
 - ③ 同一建物内3人以上 4,000円
 - (2) 1日に2回の場合
 - ① 同一建物内1人 9,000円
 - ② 同一建物内2人 9,000円
 - ③ 同一建物内3人以上 8,100円
 - (3) 1日に3回以上の場合
 - ① 同一建物内1人 14,500円
 - ② 同一建物内2人 14,500円
 - ③ 同一建物内3人以上 13,000円
- ロ 所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合
- (1) 1日に1回の場合
 - ① 同一建物内1人 3,800円
 - ② 同一建物内2人 3,800円
 - ③ 同一建物内3人以上 3,400円
 - (2) 1日に2回の場合
 - ① 同一建物内1人 7,600円
 - ② 同一建物内2人 7,600円
 - ③ 同一建物内3人以上 6,800円
 - (3) 1日に3回以上の場合
 - ① 同一建物内1人 12,400円
 - ② 同一建物内2人 12,400円
 - ③ 同一建物内3人以上 11,200円

ハ 所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が看護補助者又は精神保健福祉士と同時に指定訪問看護を行う場合

- (1) 同一建物内1人 3,000円
 - (2) 同一建物内2人 3,000円
 - (3) 同一建物内3人以上 2,700円
- 9 1及び3については、夜間又は早朝に指定訪問看護を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として2,100円を所定額に加算し、深夜に指定訪問看護を行った場合は、深夜訪問看護加算として4,200円を所定額に加算する。

10 1及び3については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師等が、医科点数表の区分番号I016に掲げる精神科在宅患者支援管理料（1のハを除く。）を算定する利用者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師等が、医科点数表の区分番号I016に掲げる精神科在宅患者支援管理料（1のハを除く。）を算定する利用者）にあっては、精神科複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、1日につき、いずれかを所定額に加算する。

- イ 1日に2回の場合

- (1) 同一建物内1人 4,500円
 - (2) 同一建物内2人 4,500円
 - (3) 同一建物内3人以上 4,000円
- ロ 1日に3回以上の場合
- (1) 同一建物内1人 8,000円
 - (2) 同一建物内2人 8,000円
 - (3) 同一建物内3人以上 7,200円
- 11 利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合については、この限りでない。

- イ 病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院等の医師又は看護師若しくは准看護師が配置されている施設に現に入院又は入所している場合
- ロ 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第9項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合
- ハ 他の訪問看護ステーションから指定訪問看護（区分番号0.1の注2及び注4の場合を除く。）を受けている場合（次に掲げる場合を除く。）
- (1) 区分番号0.1の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者が現に他の1つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合
 - (2) 精神科特別訪問看護指示書の交付の対象となつた利用者であつて週4日以上指定訪問看護が計画されているものが現に他の1つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合
 - (3) 区分番号0.1の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者であつて週7日の指定訪問看護が計画されているものが現に他の2つ以下の訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

0.2 訪問看護管理療養費

- 1 月の初日の訪問の場合
- イ 機能強化型訪問看護管理療養費 1 12,530円
 - ロ 機能強化型訪問看護管理療養費 2 9,500円
 - ハ 機能強化型訪問看護管理療養費 3 8,470円
 - ニ イからハまで以外の場合 7,440円
- 2 月の2日目以降の訪問の場合（1日につき）
- 注1 指定訪問看護を行うにつき安全な環境体制が整備されている訪問看護ステーション（イ、ロ及びハについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションに限る。）であつて、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の医師又は介護老人保健師若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する2時間の対応体制がある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、2時間対応体制加算として、月1回に限り、6,400円を所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。

3 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、指定訪問看護に關し特別な管理を必要とする利用者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者に限る。以下この注において同じ。）に對して、当該基準に定めるところにより、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に關

する計画的な管理を行った場合には、特別管理加算として、月に1回を限度として2,500円を所定額に加算する。ただし、特別な管理を必要とする利用者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者については、5,000円を加算する。

4 指定訪問看護を受ける者であって、保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に入院中又は入所中のものの退院又は退所に当たり、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院の主治医又は職員と共同し、当該者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合には、退院又は退所後の最初の指定訪問看護が行われた際に、退院時共同指導加算として、当該退院又は退所につき1回に限り8,000円を所定額に加算する。ただし、区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者については、当該退院又は退所につき2回に限り加算できる。

5 注4に規定する者が注3本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある場合には、特別管理指導加算として、更に2,000円を所定額に加算する。

6 退院時共同指導加算は、他の訪問看護ステーションにおいて当該加算を算定している場合（区分番号01の注1に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者にあつては、当該加算を2回算定している場合）は、算定しない。

7 指定訪問看護を受けようとする者が、退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に5,000円を加算する。ただし、当該者が退院日、死亡又は再入院することとなったときに算定する。

8 訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、利用者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、唐科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者連携指導加算として、月に1回に限り、3,000円を所定額に加算する。

9 訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、在宅で療養を行っている利用者であつて通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である唐科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は医科点数表の区分番号B 0 0 5の注3に規定している介護支援専門員若しくは相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月に2回に限り、2,000円を所定額に加算する。

10 別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等が届け出た訪問看護ステーションの保健師、看護師、看護士又は作業療法士が、当該利用者（医科点数表の区分番号I 0 1 6に掲げる精神科在宅患者支援管理料2を現に算定する利用者に限る。）に対して、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関と連携し、支援計画等に基づき、定期的な訪問看護を行った場合には、精神科重症患者支援管理連携加算として、月に1回に限り、次に掲げる区分に依り、いすかを所定額に加算する。

- イ 精神科在宅患者支援管理料2のイを算定する利用者に定期的な訪問看護を行う場合 8,400円
- ロ 精神科在宅患者支援管理料2のロを算定する利用者に定期的な訪問看護を行う場合 5,800円

11 別に厚生労働大臣が定める者について、訪問看護ステーションの看護師又は准看護師が、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48条の3第1項の登録を受けたる登録受験引等事業者又は同法附則第20条第1項の登録を受けた登録受験引等事業者と連携し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第19号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下この項において「登録受験引等」という。）が円滑に行われるよう、登録受験引等に関するこれらの事業者の介護の業務に従事する者に限り2,500円を所定額に加算する。

0 3 訪問看護情報提供療養費

- 1 訪問看護情報提供療養費 1 1,500円
- 2 訪問看護情報提供療養費 2 1,500円
- 3 訪問看護情報提供療養費 3 1,500円

注1 1については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。）又は都道府県（以下「市町村等」という。）に対して、当該市町村等からの求めに応じ、指定訪問看護の状態を示す文書を送って、当該利用者に係る登録福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該市町村等に対して情報を提供する。ことにより訪問看護情報提供療養費1を算定している場合は、算定しない。

2 2については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者（昭和62年法律第164号）第39条第1項に規定する保育所等、学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部（以下「学校等」とい。）へ通園又は通学する利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該学校等からの求めに応じ、指定訪問看護の状態を示す文書を送って必要な情報を提供した場合には、利用者1人につき各年度1回に限り算定する。また、入園若しくは入学又は転入若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる場合には、当該学校等につき月1回に限り、別に算定できる。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該学校等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費2を算定している場合は、算定しない。

3 3については、保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院（以下この注において「保険医療機関等」という。）に入院し、又は入所する利用者について、当該利用者の診療を示す文書を送って紹介を行うに当たって、訪問看護ステーションが、当該診療状況を示す文書を送って紹介を行うに当たって、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該保険医療機関に指定訪問看護に係る情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該保険医療機関に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費3を算定している場合は、算定しない。

0 4 削除

0 5 訪問看護ターミナルケア療養費

- 1 訪問看護ターミナルケア療養費 1 25,000円
- 2 訪問看護ターミナルケア療養費 2 10,000円

注1 1については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は老人福祉法（昭和35年法律第133号）第20条の5に規定する特別養護老人ホーム（以下これに準ずる施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む。）を算定する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示

第21号) 別表の1に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算(以下「看取り介護加算等」という。)を算定している利用者を除く。)に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。

2 2については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、特別養護老人ホーム等で死亡した利用者(ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、看取り介護加算等を算定している利用者に限る。)に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、2回以上指定訪問看護を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。

3 1及び2については、他の訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定している場合には、算定しない。

反復して生じている状態にある利用者若しくは人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者若しくは在宅療養を担う介護職員若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に1回を限度として、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が所属する訪問看護ステーションが算定できるものである。なお、当該所定額を算定する場合には、同一日に訪問看護管理療養費は算定できない。

(4) (3)の場合の指示として、当該利用者の主治医から、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師に対するものであり、その指示に基づき、共同して行われるものであること。その際においては、共同して指定訪問看護を行った看護師若しくは准看護師と共に、訪問看護報告書等により当該利用者の主治医へ報告又は相談を行うこと。

(2) 訪問看護基本療養費(Ⅱ)(ハを除く。)については、指定訪問看護を受けようとする同一建物居住者に対して、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が当該指示書に記載された有効期間内に同一日に行った指定訪問看護について、以下のア又はイにより、利用者1人につき週3日を限度として算定する。なお、同一建物居住者に係る人数については、同一日に訪問看護基本療養費を算定する利用者数と精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者数とを合算した人数とすること。

ア 同一建物居住者が2人の場合は、当該利用者全員に対して、イの(1)の①、ロの(2)の①又はニの(1)により算定

イ 同一建物居住者が3人以上の場合は、当該利用者全員に対して、イの(2)の①、ロの(2)の①又はニの(2)により算定
ただし、基報告示第2の1に規定する疾病等の利用者については、週4日以上算定でき、この場合において、週4日以降の日については、以下のウ又はエにより、訪問看護基本療養費(Ⅱ)の所定額を算定すること。

ウ 同一建物居住者が2人の場合は、当該利用者全員に対して、イの(1)の②、ロの(2)の②又はニの(1)により算定

エ 同一建物居住者が3人以上の場合は、当該利用者全員に対して、イの(2)の②、ロの(2)の②又はニの(2)により算定

(2) 同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法(昭和25年法律第201号)第2条第1号に掲げる建築物に居住する複数の利用者のことをいうが、具体的には、例えば以下のような利用者のことをいう。

ア 老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の4に規定する養護老人ホーム、同法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、同法第20条の6に規定する低費老人ホーム、同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム、マンションなどの集合住宅等に同居又は入所している複数の利用者

イ 介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、同条第19項に規定する小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型サービス)の事業の人員、設備及び運営に関する基準第5項に規定する宿泊サービスに限る。)・同条第20項に規定する認知症対応型共同生活介護、同法第8条の2第7項に規定する介護予防短期入所生活介護、同条第14項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サー

係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第36号)第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。)・同条第15項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の利用者

(3) (1)の場合において、基報告示第2の1に規定する疾病等の利用者を除き、訪問看護基本療養費(Ⅰ)(ハを除く。)及び精神科訪問看護療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)を算定する日と合わせて、利用者1人につき週3日を限度とする。

(4) 訪問看護基本療養費(Ⅱ)のハについては、第2の1の(3)及び(4)の場合と同様である。

3 (1) 訪問看護基本療養費(Ⅲ)は、入院中に退院後に指定訪問看護を受けようとする者(基報告示第2の2に規定する者(特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者若しくは別表第8に掲げる者又はその他在宅療養に備えた一時的な外泊に当たり、訪問看護が必要であると認められた者を含む。))に限る。)が、在宅療養に備えた一時的な外泊をする際、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った時には、入院1回に限り算定できる。ただし、基報告示第2の1に規定する疾病等の利用者で、外泊が必要と認められた者に関しては、入院中2回まで算定可能とする。この場合の外泊とは、1泊2日以上の外泊のことをいう。

【基報告示第2の2に規定する者】

- 特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者
- 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- その他在宅療養に備えた一時的な外泊に当たり、訪問看護が必要であると認められた者

(2) 当該所定額を算定する場合にあつては、同一日に訪問看護管理療養費は算定できない。

4 (1) 指定訪問看護を受けようとする者(基報告示第2の1に規定する疾病等の利用者を除く。)であつて法6に規定する特別訪問看護指示書が交付された者に対する指定訪問看護については、当該特別訪問看護指示書の交付の日から起算して14日以内に行つた場合は、月1回(気管カニューレを使用している状態にある者又は真皮を越える褥瘡の状態にある者については、月2回)に限り、14日を限度として所定額を算定できる。

(2) 特別訪問看護指示書の交付の日の属する週及び当該交付のあつた日から起算して14日目の日の属する週においては、当該週のうち特別訪問看護指示書の期間中に算定した日を除き週3日を限度として算定する。また、特別訪問看護指示書が交付された利用者に対する指定訪問看護については、当該利用者の病状等を十分把握し、一時的に頻回に指定訪問看護が必要と認められた理由を記録書に記載し、訪問看護計画書の作成及び指定訪問看護の実施等において、主治医と連携を密にすること。特別訪問看護指示書が連続して交付されている利用者については、その旨を訪問看護療養費明細書に記載すること。

5 (1) 注7に規定する難病等療養費加算は、基報告示第2の1に規定する疾病等の利用者又は特別訪問看護指示書が交付された利用者に対して、必要に応じて1日に2回又は3回以上指定訪問看護を実施した場合に所定額に加算する。

(2) 訪問看護基本療養費(Ⅱ)を算定する場合には、同一建物内において、当該加算又は精神科療養費加算(1日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。)を同一日に算定する利用者的人数に応じて、以下のアからウまでにより算定する。

ア 同一建物内に1人の場合は、当該加算を算定する利用者全員に対して、イの(1)又はロの(1)により算定

イ 同一建物内に2人の場合は、当該加算を算定する利用者全員に対して、イの(2)又はロの(2)により算定

きの取扱いについて（令和2年3月3日●日保医発03●第●号）別添6の別紙14の超重症児（者）・重症重症児（者）判定基準による判定スコアが10以上のものを用いる。

(2) 長時間訪問看護加算を算定した日以外の日に、指定訪問看護に要する平均的な時間を超える訪問看護を行った場合は、「厚生労働大臣が定める指定訪問看護」（平成12年厚生省告示第169号）第1に規定する指定訪問看護に該当し、指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成12年厚生省告示第169号）第13条第1項に規定する利用料を受け取ることができ。

9 注11に規定する乳幼児加算は、6歳未満の利用者に対して、指定訪問看護を実施した場合に1日に2回に限り加算する。

10(1) 注12に規定する複数名訪問看護加算は、基準告示第2の4の(1)に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める者に該当する1人の利用者に対して当該利用者又はその家族等の同意を得て、保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）と他の看護師等又は看護補助者の複数名が同時に指定訪問看護を実施した場合に、1日につき12のイからニまでのいずれかを算定する。なお、単に2人の看護師等又は看護補助者が同時に指定訪問看護を行ったことのみをもって算定することはできない。

ア 看護職員が他の看護師等（准看護師を除く。）と同時に指定訪問看護を行う場合は、週1日に限り、注12のロを算定する。

イ 看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合は、週1日に限り、注12のロを算定する。

ウ 看護職員が看護補助者と同時に、基準告示第2の4の(1)に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める者のうち、同(2)に規定する厚生労働大臣が定める場合に該当しない利用者に対して訪問看護を行う場合は、週3日に限り、注12のハを算定する。

エ 看護職員が看護補助者と同時に、基準告示第2の4の(1)に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める者のうち、同(2)に規定する厚生労働大臣が定める場合に該当する利用者に対して訪問看護を行う場合は注12のニを、1日当たり回数の区分が同じ場合に限り、以下の回数に応じた回数により算定する。

(2) 訪問看護基本療養費(II)を算定する場合は、同一建物内において、当該加算又は複数名精神科訪問看護加算（同時に指定訪問看護を実施する職種及び1日当たり回数の区分が同じ場合に限り。）を同一日に算定する利用者の人数に応じ、以下のアからウまでにより算定する。

ア 同一建物内に1人の場合は、当該加算を算定する利用者全員に対して、イの(1)、ロの(1)ハ、ニの(1)の①、ニの(2)の①又はニの(3)の①により算定
イ 同一建物内に2人の場合は、当該加算を算定する利用者全員に対して、イの(2)、ロの(2)ハ、ニの(2)の②又はニの(3)の②により算定
ウ 同一建物内に3人以上の場合は、当該加算を算定する利用者全員に対して、イの(3)ハ、ロの(3)ハ、ニの(3)の③、ニの(2)の③又はニの(3)の③により算定

(3) 同時に複数の看護師等による指定訪問看護を行う場合は、1人以上は看護職員である場合に算定できる。

(4) 看護職員と同行する看護補助者は、常に同行の必要はないが、必ず利用者の居宅において両者が同時に滞在する一定の時間が確保された場合に算定できる。

11(1) 注13に規定する夜間・早朝訪問看護加算は、夜間（午後6時から午後10時までをいう。以下同じ）又は早朝（午前8時から午前6時までの時間をいう。以下同じ）に指定

ウ 同一建物内に3人以上の場合は、当該加算を算定する利用者全員に対して、イの(3)又はロの(3)により算定

6(1) 注8に規定する特別地域訪問看護加算は、訪問看護ステーションの所在地から利用者1家庭までの訪問につき、最も合理的な通常の経路及び方法で片道1時間以上を要する利用者に対して、基準告示第3に規定する地域（以下「特別地域」という。）に所在する訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合は特別地域外に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、特別地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行った場合に相当する額を加算する。

なお、当該加算は、交通事情等の特別の事情により訪問に要した時間が片道1時間以上となった場合は算定できない。

(2) 特別地域訪問看護加算を算定する訪問看護ステーションは、その所在地又は利用者の家庭の所在地が特別地域に該当するか否かについては、主治医（診療所又は）

7(1) 注9に規定する緊急訪問看護加算は、訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、利用者又はその家族等の緊急の求めに応じて、主治医（診療所又は在宅療養支援病院の保険医に限る。7において同じ。）の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合に1日につき1回に限り所定額に加算する。なお、主治医の属する診療所が、他の保険医療機関と連携して24時間の在宅診療及び連携体制を構築し、当該利用者に対して医科点数教養の区分番号C002に掲げる在宅時医学総合管理科の注9に規定する継続診療加算（以下「継続診療加算」という。）を算定している場合、主治医が対応していない夜間等においては、連携先の保険医療機関の医師の指示により緊急に指定訪問看護を行った場合においても算定できる。

(2) (1)の場合であって、複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうち他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行った場合は、緊急の指定訪問看護を行った訪問看護ステーションは緊急訪問看護加算のみ算定する。ただし、当該緊急の指定訪問看護を行った訪問看護ステーションが24時間対応加算を届け出していない場合は当該利用者に対して過去1月以内に指定訪問看護を実施していない場合は算定できない。

(3) 当該加算は、診療所又は在宅療養支援病院が、24時間在宅及び指定訪問看護により対応できる体制を確保し、診療所又は在宅療養支援病院において、24時間連絡を受けられる医師又は保健師、助産師、看護師若しくは准看護師（以下「連絡担当者」という。）の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している利用者限り算定できる。なお、指示を行った主治医は、指示内容を診療録に記載すること。

(4) 緊急の指定訪問看護を行った場合は、速やかに主治医に利用者の病状等を報告するとともに、必要な場合は特別訪問看護指示書の交付を受け、訪問看護計画について見直しを行うこと。

8(1) 注10に規定する長時間訪問看護加算は、基準告示第2の3の(1)に規定する長時間の訪問を要する者に対して、1回の指定訪問看護の時間が90分を超えた場合について算定するものであり、週1回（基準告示第2の3の(2)に規定する者）にあっては週3回に限り算定できるものとする。なお、基準告示第2の3の(2)に規定する超重症児及び準超重症児については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続

訪問看護を行った場合に、深夜訪問看護加算は、深夜（午後10時から午前6時までをいう。以下同じ。）に指定訪問看護を行った場合は、それぞれ所定額に加算する。

(2) (1)の場合については、利用者又はその家族等の求めに応じて、当該時間に指定訪問看護を行った場合にも算定でき、当該訪問看護を行った場合は、当該訪問看護の都合により、当該訪問看護加算と併算定が可能であること。

(3) 当該加算は緊急訪問看護加算と併算定が可能であること。

12(1) 利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、基準告示第4の2に定める場合については、この限りでない。

- ア 病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院等の医師又は看護師若しくは准看護師が配置されている施設に入院中又は入所中の場合
- イ 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第20項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合
- ウ すでに他の訪問看護ステーションからの指定訪問看護（注2又は注4に規定する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア）及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による指定訪問看護はその数から除く。）を利用している場合（下記のイ）から（ニ）までの場合を除く。）

(イ) 基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者がすでに他の1つの訪問看護ステーションから訪問看護を受けている場合

(ロ) 特別訪問看護指示書の交付の対象となった利用者であって週4日以上指定訪問看護が計画されている場合

(ハ) 基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者であって週7日の指定訪問看護が計画されているものがすでに他の2つ以下の訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

(ニ) 注2又は注4に規定する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師の指定訪問看護を受けようとする場合

(2) (1)のウにおいて、1人の利用者に対し複数の訪問看護ステーションが指定訪問看護を実施している場合であっても、同一日にそれぞれ訪問看護ステーションが訪問看護加算は算定できないこと。ただし、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合には訪問看護加算を算定できる。

(3) (1)のウの(ロ)に該当する利用者に対して2つの訪問看護ステーションが指定訪問看護を行うことができ期間は、特別訪問看護指示書の指示期間中であって、週4日以上指定訪問看護が計画されている週に限ること。ただし、特別訪問看護指示期間の開始日の属する週及び当該指示期間の終了日の属する週においては、当該週で週4日以上指定訪問看護が計画されていること。

(4) (1)のウの(ハ)に該当する利用者に対して3つの訪問看護ステーションが指定訪問看護を行うことができ期間は、週7日の指定訪問看護が計画されている期間に限る。

第3 精神科訪問看護基本療養費について

1 精神科訪問看護基本療養費を算定する場合には、次のいずれかに該当する精神疾患を有する者に対する看護に相当する経験を有する保健師、看護師、准看護師又は作業療法士（以下「保健師等」という。）が指定訪問看護を行うこと。

(1) 精神科を標榜する保険医療機関において、精神科棟又は精神科外来に勤務した経験を

1年以上有する者

(2) 精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験を1年以上有する者

(3) 精神保健福祉センター又は保健平等における精神保健に関する業務の経験を1年以上有する者

(4) 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する精神科訪問看護に関する研修を修了している者

2(1) 精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)は、指定訪問看護を受けようとする精神疾患を有する者又はその家族等（精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定するものを除く。）に対し、て、それらの者の主治医（精神科を標榜する保険医療機関において精神科を担当する医師に限る。第3において同じ。）から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画に基づき、訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合に所定額を算定する。なお、指定訪問看護は訪問看護計画に基づき行われるため、精神科訪問看護計画についても、相当の経験を有する保健師等（准看護師を除く。）が作成するものである。

(2) (1)の場合において、利用者1人につき、精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)及び訪問看護基本療養費(Ⅰ)（ハを除く。）及び(Ⅱ)（ハを除く。）を算定する日と合わせて週3日（当該利用者の退院日から起算して3月以内（ただし退院日は含まない。）の期間において行われる場合は週5日）を限度とする。また、当該利用者が退院後3月となる週においては、当該週のうち退院後3月の期間中に算定した日を除き週3日を限度として算定する。

3(1) 精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)は、指定訪問看護を受けようとする精神疾患を有する者又はその家族等であって同一建物居住者に対して、それらのもの主治医から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画に基づき、訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合に、以下のア又はイにより、所定額を算定する。なお、同一建物居住者に係る人数については、同一日に訪問看護基本療養費を算定する利用者数と精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者数とを合算した人数とすること。

ア 同一建物居住者が2人の場合は、訪問回数及び訪問時間の別に応じ、当該利用者全員に対して、イ(1)の①から④まで、又はロ(1)の①から④までにより算定

イ 同一建物居住者が3人以上の場合は、訪問日数及び訪問時間の別に応じ、当該利用者全員に対して、イ(2)の①から④まで、又はロ(2)の①から④までにより算定

(2) (1)の場合において、利用者1人につき、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び訪問看護基本療養費(Ⅰ)（ハを除く。）及び(Ⅱ)（ハを除く。）を算定する日と合わせて週3日（当該利用者の退院日から起算して3月以内（ただし退院日は含まない。）の期間において行われる場合は週5日）を限度とする。また、当該利用者が退院後3月となる週においては、当該週のうち退院後3月の期間中に算定した日を除き週3日を限度として算定する。

(3) 同一建物居住者とは、第2の2(2)に規定するものと同様である。

4 精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)については、1回の指定訪問看護の実施時間に基つき、30分未満の場合又は30分以上の場合の時間区分のいずれか一方を算定する。30分未満の訪問については、当該利用者に短時間訪問の必要性がある医師が認め、精神科訪問看護指示書に明記されている場合のみ算定する。

5 精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定する場合には、訪問看護記録書、訪問看護報告書及び訪問看護費用明細書に、月の初日の指定訪問看護時におけるG.A.F.尺度

により判定した値を記載する。

6(1) 精神科訪問看護基本療養費(W)は、入院中に退院後の指定訪問看護を受けようとする者(基準告示第2の2に規定する者に限る。)が、在宅療養に備えて一時的に外泊をする際、訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合に、入院中1回に限り算定できる。ただし、基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者で、外泊が必要と認められた者に関しては、入院中2回まで算定可能とする。この場合の外泊とは、1泊2日以上以上の外泊をいう。

(2) 当該所定額を算定する場合にあっては、同一日に訪問看護管理療養費は算定できない。

7 指定訪問看護を受けようとする者であって注4に規定する精神科特別訪問看護指示書が交付された者に対する指定訪問看護については、当該精神科特別訪問看護指示書の交付の日から算して14日以内に行った場合は、月1回に限り、14日を限度として所定額を算定できる。

なお、精神科特別訪問看護指示書の交付の日の属する週及び当該交付の日から起算して14日目の日の属する週においては、当該週のうち精神科特別訪問看護指示書の期間中に算定した日を除き週3日を限度として算定すること。また、精神科特別訪問看護指示書が交付された利用者に対する指定訪問看護については、当該利用者の病状等を十分把握し、一時的に頻回に指定訪問看護が必要な理由を記録書に記載し、訪問看護計画書の作成及び指定訪問看護の実施等において、主治医と連携を密にすること。頻回に精神科特別訪問看護指示書が交付されている利用者については、その旨を訪問看護業務明細書に記載すること。

8(1) 注5に規定する特別地域訪問看護加算は、当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの訪問につき、最も合理的な通常の経路及び方法で片道1時間以上要する利用者に対して、特別地域に所在する訪問看護ステーションの保健師等が、指定訪問看護を行った場合又は特別地域外に所在する訪問看護ステーションの保健師等が、特別地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行った場合に、精神科訪問看護基本療養費の所定額(注に規定する加算は含まない。)の100分の50に相当する額を加算する。

なお、当該加算は、交通事情等の特別の事情により訪問に要した時間が片道1時間以上となった場合は算定できない。

(2) 特別地域訪問看護加算を算定する訪問看護ステーションは、その所在地又は利用者の家庭の所在地が特別地域に該当するか否かについては、地方厚生(支)局に確認すること。

9(1) 注6に規定する精神科緊急訪問看護加算は、訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、利用者又はその家族等の緊急の求めに応じて、主治医(診療所又は在宅療養支援病院の保険医に限る。9において同じ。)の指示により、連携する訪問看護ステーションの保健師等が訪問看護を行った場合に1日につき1回に限り加算する。なお、主治医の所属する診療所が、他の保険医療機関と連携して24時間の往診体制及び連絡体制を構築し、当該利用者に対して継続診療加算を算定している場合、主治医が対応していない夜間等においては、連携先の保険医療機関の医師の指示により緊急に指定訪問看護を行った場合においても算定できる。

(2) (1)の場合であって、複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうちその他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行った場合は、緊急の指定訪問看護を行った訪問看護ステーションは精神科緊急訪問看護加算のみ算定すること。ただし、当該緊急の指定訪問看護

を行った訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を届け出していない場合又は当該利用者に対して過去1月以内に指定訪問看護を実施していない場合は算定できない。

(3) 当該加算は、診療所又は在宅療養支援病院が、24時間往診及び指定訪問看護により対応できる体制を確保し、診療所又は在宅療養支援病院において、24時間連絡を受けられる連絡担当者(氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等)について、文書により提供している利用者に限り算定できる。なお、指示を行った診療所又は在宅療養支援病院の主治医は、指示内容を診療録に記載すること。

(4) 緊急の指定訪問看護を行った場合は、速やかに主治医に利用者の病状等を報告するとともに、必要な場合は精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、訪問看護計画について見直しを行うこと。

10(1) 注7に規定する長時間精神科訪問看護加算は、基準告示第2の3の(1)に規定する長時間の訪問を要する者に対し、1回の指定訪問看護の時間が90分を超えた場合又は週3回)に限り算定できるものとする。

(2) 長時間精神科訪問看護加算を算定した日以外の日に、指定訪問看護に要する平均的な時間を超える訪問看護を行った場合は、厚生労働大臣が定める指定訪問看護第1に規定する指定訪問看護に該当し、指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準第13条第1項に規定する利用料を受け取ることができること。

11(1) 注8に規定する複数名精神科訪問看護加算は、同時に保健師又は看護師と保健師等、看護補助者又は精神保健福祉士との同行による指定訪問看護を実施した場合(30分未満の場合を除く。)、1日につき注8のイ、ロ又はハのいずれかを所定額に加算する。指定訪問看護を行う保健師又は看護師に保健師、看護師、作業療法士が同行する場合はイを、准看護師が同行する場合はロを、1日当たりの回数に応じて算定する。また、看護補助者又は精神保健福祉士が同行する場合はハを算定する。ただし、看護補助者又は精神保健福祉士が同行する場合には、週1日に限り所定額に加算する。

(2) 精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定する場合にあっては、同一建物内において、当該加算又は複数名訪問看護加算(同時に指定訪問看護を実施する職種及び1日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。)を同一日に算定する利用者の人数に応じて、以下のアからウまでにより算定する。

ア 同一建物内に1人の場合は、当該加算を算定する利用者全員に対して、イの(1)の①、イの(2)の①、イの(3)の①、ロの(2)の①、ロの(3)の①又はハの(1)により算定

イ 同一建物内に2人の場合は、当該加算を算定する利用者全員に対して、イの(1)の②、イの(2)の②、イの(3)の②、ロの(2)の②、ロの(3)の②又はハの(2)により算定

ウ 同一建物内に3人以上の場合は、当該加算を算定する利用者全員に対して、イの(1)の③、イの(2)の③、イの(3)の③、ロの(1)の③、ロの(2)の③、ロの(3)の③又はハの(3)により算定

(3) 同時に複数の保健師等による指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得る。

(4) 当該加算は、医師が複数名訪問の必要性があると認め、精神科訪問看護指示書にその旨の記載がある場合に算定する。

(5) 単に2人の保健師等、看護補助者又は精神保健福祉士が同時に指定訪問看護を行ったことのみをもって複数名精神科訪問看護加算を算定することはできない。

- (6) 同時に複数の保健師等による指定訪問看護を行う場合は、1人以上は保健師又は看護師である場合に算定できる。
- (6) 保健師又は看護師と同行する看護補助者は、常に同行の必要はないが、必ず利用者の居宅において向者が同時に滞在する一定の時間が確保された場合に算定できる。
- 12(1) 注9に規定する夜間・早朝訪問看護加算は、夜間又は早朝に指定訪問看護を行った場合に、深夜訪問看護加算は深夜に指定訪問看護を行った場合に、それぞれ所定額に加算する。
- (2) (1)の場合については、利用者の求めに応じて、当該時間に指定訪問看護を行った場合にのみ算定できるものであり、訪問看護ステーションの都合により、当該時間に指定訪問看護を行った場合には算定できない。
- (3) 当該加算は精神科緊急訪問看護加算と併算定が可能である。
- 13(1) 注10に規定する精神科複数回訪問加算は、医科点数表の区分番号1016に掲げる精神科在宅患者支援管理料(以下同じ。)(1)のハを除く。)を算定し、主治医が複数の訪問看護が必要であると認められた利用者に対して、1日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合、精神科訪問看護基本療養費に加算する。
- (2) 精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定する場合には、同一建物内において、当該加算又は難病等複数回訪問加算(1)に当たりの回数の区分が同じ場合に限り、)を同一日に算定する利用者の人数に応じて、以下のアからウまでにより算定する。
- ア 同一建物内に1人の場合は、当該加算を算定する利用者全員に対して、イの(1)又はイの(2)により算定
- イ 同一建物内に2人の場合は、当該加算を算定する利用者全員に対して、イの(2)又はイの(1)により算定
- ウ 同一建物内に3人以上の場合は、当該加算を算定する利用者全員に対して、イの(3)又はイの(3)により算定
- (3) 精神科在宅患者支援管理料(ハを除く。)又は3を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合は、当該訪問看護ステーションは訪問看護療養費に係る精神科複数回訪問加算を算定せず、当該保険医療機関が医科点数表の区分番号1012に掲げる精神科訪問看護・指導料の「注10」に規定する精神科複数回訪問加算を算定する。
- (4) 精神科在宅患者支援管理料2を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合、当該訪問看護ステーションは訪問看護療養費に係る精神科複数回訪問加算を算定し、当該保険医療機関は精神科訪問看護・指導料の「注10」に規定する精神科複数回訪問加算を算定できない。
- 14 利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、基準告示第4の2に定める場合については、この限りでない。
- (1) 病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院等の医師又は看護師若しくは准看護師が配置されている施設に入院中又は入所中の場合
- (2) 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第20項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合
- (3) すでに他の訪問看護ステーションからの指定訪問看護を利用している場合(下記のアからウまでの場合を除く。)
- ア 基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者がすでに他の1つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合
- イ 精神科特別訪問看護指示書の交付の対象となった利用者であった利用者であった週4日以上の指定

- 訪問看護が計画されているものがすでに他の1つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合
- ウ 基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者であった週7日の指定訪問看護が計画されているものがすでに他の2つ以下の訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

第4 訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費の共通事項について

- 1 (1) 同一の利用者について、保険医療機関において医科点数表の区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料、区分番号C005-1-1-2に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料(以下第4の1においては「在宅患者訪問看護・指導料等」という。)のいずれかを算定した月においては、訪問看護療養費を算定できないこと。ただし、次に掲げる場合はこの限りではないこと。なお、カの場合については、精神科訪問看護・指導料及び訪問看護基本療養費を算定する日と合わせて週3日(退院後3月以内の期間)に行われて行われている場合には、週5日を限度とする。
- ア 基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者について、在宅患者訪問看護・指導料等を算定した場合
- イ 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者であった週4日以上指定訪問看護が計画されている場合
- ウ 保険医療機関を退院後1月以内の利用者であった当該保険医療機関が在宅患者訪問看護・指導料若しくは同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合又は保険医療機関を退院後3月以内の利用者であった当該保険医療機関が精神科訪問看護・指導料を算定した場合
- エ 緑内障、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を修了した看護師が、訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合
- オ 精神科在宅患者支援管理料(1)のハを除く。)を算定する利用者
- カ 精神科在宅患者支援管理料(1)のハを除く。)の施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出ている保険医療機関において、精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導料を行った場合
- (2) 訪問看護ステーションと特別の関係にあり、かつ、当該訪問看護ステーションに訪問看護指示書を交付した医師が所属する保険医療機関等において、往診料、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、在宅がん医療総合診療料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者訪問栄養食事指導料(以下第4の1において「往診料等」という。)のいずれかを算定した日については、当該訪問看護ステーションは訪問看護療養費を算定できない。
- ア 当該訪問看護ステーションが指定訪問看護を行った後、利用者の病状の急変等により、保険医療機関等が往診を行った往診料を算定した場合
- イ 利用者が保険医療機関等を退院後1月を経過するまでに往診料等のいずれかを算定した場合
- ウ 在宅患者訪問療養管理指導料の算定に必要なカンファレンスを実施する場合であった、当該利用者に対して、継続的な訪問看護を実施する必要がある場合。(ただし、医科点数表の区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号C009に掲げる在宅患者訪問

と。

イ 訪問先等が発生した事故、インシデント等が報告され、その分析を通じた改善策が実施される体制が整備されていること。

ウ 日常生活の自立度が低い利用者につき、褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある利用者及び既に褥瘡を有する利用者については、適切な褥瘡対策の看護計画を作成、実施及び評価を行うこと。なお、褥瘡アセスメントの記録については、参考様式（褥瘡対策に関する看護計画書）を踏まえて記録すること。

エ 毎年7月において、褥瘡を有する利用者数等について地方厚生（支）局長へ報告を行うこと。

(3) 行方不明者（医療情報システムの安全管理に関するガイドライン）を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名・押印に代わり、厚生労働省の定める単独型監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI: Healthcare Public Key Infrastructure）による電子署名を施すこと。

(4) 訪問看護ステーションの営業時間内における利用者又はその家族等との電話連絡、居室における療養に関する相談等、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理（他の訪問看護ステーションとの連絡調整を含む。）に要する費用は、訪問看護管理療養費に含まれる。

(5) 利用者の主治医に対して訪問看護報告書を提出した場合、当該報告書の写しを訪問看護記録書に添付しておくこと。ただし、訪問看護報告書と訪問看護記録書の内容が同一の場合は、訪問看護記録書に提出年月日を記録することでこれに代えることができる。

(6) 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員（准看護師を除く。）と理学療法士等が連携して作成する。また、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成に当たっては、指定訪問看護の利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行うこと。訪問看護計画書には訪問看護を提供する予定の職種について、訪問看護報告書には訪問看護を提供した職種について、それぞれ記載すること。

(7) 1人の利用者に対し、複数の訪問看護ステーションや保険医療機関において訪問看護を行う場合は、訪問看護ステーション間及び訪問看護ステーションと保険医療機関との間において十分に連携を図る。具体的には、訪問看護の実施による利用者の目標の設定、訪問の立案、訪問看護の実施状況及び評価を共有する。

(8) 介護保険法第8条第20項に規定する認知症対応型共同生活介護を行う施設、高齢者（居住の安定確保に関する法律（平成13年法律第26号）第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅、障害者（平成17年法律第123号）第5条第1項に規定する障害福祉サービスを行う施設又はその他の高齢者向け施設等）に入所している利用者（指定訪問看護を行う場合においては、介護保険等による医療及び看護サービスの提供に係る加算の算定等を含む当該施設における利用者の医療ニーズへの対応について確認し、当該施設で行われているサービスと十分に連携する。また、当該施設において当該訪問看護ステーションが日常的な健康管理等（医療保険制度の給付によるものを除く。）を行っている場合は、健康管理等と医療保険制度の給付による指定訪問看護を区別して実施する。）

(9) 指定訪問看護の実施に関する計画的な管理に当たっては、市町村（特別区を含む。）

栄養食事指導料を算定する場合に限る。）

(3) (2)の「特別の関係」とは、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和2年3月30日保医発 03-第●号）の別添1第1章第2節通則7の項について」という関係を用いる。

(4) (1)において、同一の利用者について、在宅患者訪問看護・指導料等を算定できる場合であっても、在宅患者訪問看護・指導料等を算定した日については、訪問看護療養費を算定できない。ただし、(1)のウ及びエの場合並びに特別の関係にある保険医療機関が精神科在宅患者支援管理料1（ハを除く。）又は3を算定する利用者に対して精神科訪問看護・指導料（作業療法士又は精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導料）が算定される場合又は保険医療機関が精神科在宅患者支援管理料2を算定する利用者に対して精神科訪問看護・指導料を算定した場合は、この限りではない。

2 指定訪問看護の実施時間は、1回の訪問につき、訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)については30分から1時間30分程度を標準とする。

3 初回の訪問時においては、訪問看護記録書に、病歴、家族の構成、家庭での看護の状況、家庭の状況、日常生活活動の状況、保健福祉サービスの利用状況等の概要を記入すること。

4 毎回の訪問時においては、訪問看護記録書に、訪問年月日、利用者の体温、脈拍等の心身の状態、利用者の病状、家庭等での看護の状況、実施した指定訪問看護の内容、指定訪問看護に要した時間等の概要（精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定する場合は、第3の5に掲げる内容も加えて記入すること。）及び訪問に要した時間（特別地域訪問看護加算を算定する場合に限る。）を記入すること。また、訪問看護ステーションにおける日々の訪問看護利用者氏名、訪問場所、訪問時間（開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数について記録し、保管しておくこと。

5 指定訪問看護は、当該利用者の診療を担う保険医療機関の主治医から交付される指定訪問看護に係る指示書（以下「指示書」という。）に基づき行われるものである。ただし、同一の保険医療機関において同一の診療所に所属する複数の医師が、主治医として利用者の診療を共同で担っている場合には当該複数の医師のいずれかにより交付された指示書に基づき、指定訪問看護を行うことは可能である。なお、複数の傷病を有する利用者が、複数の保険医療機関において診療を受けている場合は、原則として指定訪問看護が必要となる主傷病の診療を担う主治医によって交付された指示書に基づき行われた指定訪問看護については訪問看護療養費が算定できる。

第5 訪問看護管理療養費について

1 (1) 訪問看護管理療養費は、訪問看護ステーションにおいて指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されており、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っていない訪問看護ステーションが、利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書又は精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を主治医に書面又は電子的な方法により提出することにも、主治医との連携確保や訪問看護計画の見直し等を含め、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する休日・祝日も含めた計画的な管理を継続して行った場合に算定する。

なお、月の初日の訪問の場合であつて、常勤看護職員の数等について基準告示の第一の六(1)(2)又は(3)に掲げる基準を満たす場合には、機能強化型訪問看護管理療養費としてイ、ロ又はハをそれぞれ算定し、それ以外の場合はニを算定する。

(2) (1)の安全な提供体制の整備とは、以下の要件を満たすものである。

ア 安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法等が文書化されているこ

下同じ。)、保健所又は精神保健福祉センターにおいて実施する保健福祉サービスの連携に十分配慮すること。

- (10) 衛生材料を使用している利用者について、療養に必要な衛生材料が適切に使用されているか確認し、療養に支障が生じている場合、必要な量、種類及び大きさ等について訪問看護計画書に記載するとともに、使用実績を訪問看護報告書に記載し、主治医に報告し療養生活を整えること。

(21)ア 注2に規定する24時間対応体制加算は、必要時の緊急時訪問看護に加えて、営業時間外における利用者や家族等との電話連絡及び利用者又はその家族等への指導等による日々の状況の適切な管理といった対応やその体制整備を評価するものである。

イ 24時間対応体制加算は、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にある場合であって、緊急時訪問看護を必要に応じて行う体制にあるものとして地方厚生(支)局長に届け出た訪問看護ステーションにおいて、看護職員(准看護師を除く。)が指定訪問看護を受けようとする者に対して当該体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月1回に限り所定額に加算する。

ウ 24時間対応体制加算に係る指定訪問看護を受けようとする者に対する説明に当たっては、当該者に対して、訪問看護ステーションの名称、所在地、電話番号並びに時間外及び緊急時の連絡方法を記載した文書を交付すること。

エ 24時間対応体制加算は、1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。このため、24時間対応体制加算に係る指定訪問看護を受けようとする者に対する説明に当たっては、当該者に対して、他の訪問看護ステーションから24時間対応体制加算に係る指定訪問看護を受けられないか確認すること。

オ 24時間対応体制加算に関し、利用者等から電話等により看護に関する意見を求められ、これに対応した場合及び緊急に指定訪問看護を実施した場合は、その日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。

(2) 特別地域又は「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(令和2年3月●日医発 03●第●号)」別添●の別紙●に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーションにおいては、2つの訪問看護ステーションが連携することによって(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生(支)局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員(准看護師を除く。)が指定訪問看護を受けようとする者に対して、(1)に規定する24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月1回に限り所定額に加算することも可能とする。1つの訪問看護ステーションにおいて連携して届け出ることができず訪問看護ステーションは、他の1つの訪問看護ステーションのみであり、当該訪問看護ステーション間においては、利用者の状況や体制について十分に連携を図ること。なお、24時間対応体制加算は1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいて一括して算定する。

(3) 機能強化型訪問看護管理療養費3を届け出ている訪問看護ステーションにおいて、同一敷地に訪問看護ステーションと同一開設者である保険医療機関が併設されている場合は、営業時間外の利用者又はその家族等からの電話等による看護に関する相談への対応は、併設する当該保険医療機関の看護師が行うことができる。この場合、訪問看護ステーションの看護職員(准看護師を除く。)が指定訪問看護を受けようとする者に対して、併設している保険医療機関の看護師と連携し営業時間外の電話等に対応する体制に

ある旨を説明し、利用者の同意を得るとともに、当該利用者の指定訪問看護に関する情報を当該保険医療機関の看護師と共有することについても利用者の同意を得ること。

なお、当該保険医療機関の看護師が電話等の対応をした結果、主治医の指示により緊急時訪問看護を行う必要がある場合は、訪問看護ステーションの看護師等が実施する。そのため、営業時間外の電話対応等を併設する保険医療機関の看護が行う場合は、当該保険医療機関の看護師が訪問看護ステーションの看護師等に常に連絡がとれる体制を確保しているとともに、日頃より訪問看護ステーションと当該保険医療機関の連携に努めること。

3(1) 注3に規定する特別管理加算は、指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者に対して指定訪問看護を行うにつき、当該利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制その他必要な体制が整備されているものとして地方厚生(支)局長に届け出た訪問看護ステーションにおいて、指定訪問看護を受けようとする者に対して、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合等に、月1回に限り所定額に加算する。

(2) (1)の「指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者」とは、基準告示第2の5に規定する状態等にある利用者をいい、特別な管理を必要とする利用者のうちで重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態にある利用者とは、基準告示第2の6に規定するものをいう。

(3) 基準告示第2の5に規定する特掲診療料の施設基準等別表8に掲げる者のうち、「真反を越える褥瘡の状態にある者」に対して特別管理加算を算定する場合は、定期的(1週間に1回以上)に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価(褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット)を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケアについて訪問看護記録書に記録すること。なお、実施したケアには必要に応じて利用者の家族等への指導も含むものである。

(4) (2)のオの「在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している利用者」に対して特別管理加算を算定する場合は、当該管理指導に係る指示書による点滴注射が終了した日及びその他必要が認められる場合には、主治医への連絡を速やかに行うこと。また、訪問看護記録書に在宅患者訪問点滴注射指示書を添付の上、点滴注射の実施内容を記録すること。

(5) 訪問の際、症状が重篤であった場合には、速やかに医師による診療を受けることができよう必要な支援を行うこととする。

4(1) 注4に規定する退院時共同指導加算は、指定訪問看護を受けようとする者が主治医の所属する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に入院中又は入所中である場合において、その退院又は退所に当たって、当該訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、当該主治医又はその所属する保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院の職員とともに、当該指定訪問看護を受けようとする者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合に、初日の指定訪問看護の実施時に1回に限り訪問看護の管理療養費の1の所定額に加算する。ただし、基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者の場合、当該2回の加算は初日の指定訪問看護の実施した場合に限り、2回に限り加算ができる。

なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院時共同指導を行った場合においても算定できる。

(2) 退院時共同指導加算を算定する利用者のうち、基準告示第2の5(特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者をいう。)に該当する利用者について、さらに特別管理指導

- 加算を算定できる。
- (3) 退院時共同指導加算は、1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。ただし、基幹告示第2の1に規定する疾病等の利用者に対して複数の訪問看護ステーション又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師等が退院時指導を行った場合には、合わせて2回まで算定できる。
 - (4) 退院時共同指導を行った日数については、訪問看護管理療養費の算定に係る訪問日数に入算しない。
 - (5) 退院時共同指導を行った場合は、その内容を訪問看護記録書に記載すること。
 - (6) 退院時共同指導は対面（以下「ビデオ通話」という。）が可能ない機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。
 - (7) 退院後の在宅での療養に必要な説明及び指導を、当該利用者が入院している保険医療機関の保険医又は看護職員が、在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は看護職員、保険医である歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（看護師を除く。）、介護支援専門員又は相談支援専門員のいずれかのうち3者以上と共同して行った場合においては、当該利用者が入院している保険医療機関と在宅療養を担う保険医療機関の関係者全員が、利用者が入院している保険医療機関において共同指導することが原則であるが、ビデオ通話が可能ない機器を用いて参加したときでも算定可能である。ただし、この場合であっても、在宅療養を担う保険医療機関等のうち2者以上は、利用者が入院している保険医療機関に付き共同指導していること。
 - (8) (6)及び(7)において、利用者の個人情報等を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、利用者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末において共同指導を実施する場合には、厚生労働省「医療情報システム安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- 5 (1) 注7に規定する退院支援指導加算は基幹告示第2の7に規定する状態にある利用者（看護師を除く。）が、退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合に初日の指定日の翌日以降初日に1回に限り訪問看護管理療養費に算入する。ただし、当該者が退院日は、死亡若しくは再入院日に算定する。なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院支援指導を行った場合においても算定できる。
- (2) 退院支援指導加算は、利用者の退院時に訪問看護指示書の交付を受けている場合に算定する。
- (3) 退院支援指導加算は、1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものである。ただし、当該利用者が入院する保険医療機関の看護師等が行う退院日の訪問指導とは、併算定可とする。
- (4) 退院支援指導を行った場合は、その内容を訪問看護記録書に記載すること。
- 6 (1) 注8に規定する在宅患者連携指導加算は、在宅での療養を行っている利用者の診療情報等、当該利用者の診療等を担う保険医療機関等の医療関係職種間で文書等により共有し、それぞれの職種が当該診療情報等を踏まえ診療を行う取組を評価するものである。
- (2) 在宅で療養を行っている利用者であって通院が困難な者について、利用者又はその家族等の同意を得て、月2回以上医療関係職種間で文書等（電子メール、フロッピーディスク等）により共有された診療情報等を基に、利用者又はその家族等に対して指導等を行う場合、月1回に限り加算する。
- (3) 単に医療関係職種間で当該利用者に関する診療情報を交換したのみの場合は算定できない。
- (4) 他職種から情報提供を受けた場合、できる限り速やかに利用者又はその家族等への指導等に反映させるよう留意しなければならない。また、当該利用者の療養上の指導に関与する留意点がある場合は、速やかに他職種に情報提供するよう努めなければならない。
- (5) 留医した時の診療を担う保険医療機関の主治医との間のみで診療情報等を共有し、訪問看護を行った場合は、所定額を算定できない。
- (6) 他医療関係職種から受けた診療情報等の内容及び指導の要点及び指導日を訪問看護記録書に記載すること。情報等を基に行った指導等の内容を要点及び指導日を訪問看護記録書に記載すること。
- 7 (1) 注9に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算は、在宅での療養を行っている利用者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該利用者に対する診療を行う医療関係職種等が一室に会しカンファレンスを行うことにより、より適切な診療方針を立てることに伴う当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能にすることは、利用者及びその家族等が安心して療養生活を行う上で重要なことから、そのような取組に対して評価を行うものである。
- (2) 関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した利用者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が当該利用者又はその家族等に対して療養上必要な指導を行った場合に月2回に限り算定すること。なお、複数の訪問看護ステーションのみが参加した場合カンファレンスを行った場合は、所定額は算定しないこと。
- また、当該カンファレンスは、原則利用者の居住する場で行うこととするが、利用者又は家族が利用者の居住する場以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りではない。
- (3) 当該カンファレンスは、関係者全員が利用者の居宅に付き実施することが原則であるが、以下のA及びBを満たす場合は、関係者のうちいずれかが、ビデオ通話が可能ない機器を用いて参加した場合でも算定可能である。
- A 当該カンファレンスに3者以上が参加すること
 - イ 当該3者のうち2者以上は、利用者の居宅に付きカンファレンスを行っていること
 - ロ 当該3者のうち1者以上は、利用者の居宅に付きカンファレンスを行っていること
 - ナ 参加、訪問看護ステーションがビデオ通話が可能ない機器を用いて当該カンファレンスに参加しても差し支えない。
- (4) また、関係者のうちいずれかが「基本診療科の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（令和2年3月30日医発 03第●号）」の「別添3」の「別添2」に掲げる医師を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床400床以上の病院、DPC対象病院及び急性期一般入院科1のみを届け出ている病院を除く。）等の場合において、以下のアからウを満たすときは、関係者のうちいずれかがビデオ通話を用いて参加した場合でも算定可能である。
- ア 当該カンファレンスを当該月に2回実施する場合は2回目のカンファレンスであること
 - イ 当該2回目のカンファレンスに3者以上が参加すること
 - ウ イにおいて、当該3者のうち1者以上は、利用者の居宅に付きカンファレンスを行っていること
- (5) (3)及び(4)において、利用者の個人情報等を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、利用者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合はこの限りではない。

は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(6) カンファレンスの目的のみをもって利用者の居宅を訪問しカンファレンスの結果を受けた指導以外特段の指導を行わなかった場合、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費は併せて算定できない。(この場合、カンファレンスを実施した後に実施した指定訪問看護の実施時に加算すること。)

(7) 当該利用者に対する診療を担う保険医療機関の保険医と当該利用者の訪問看護ステーションの看護師等と2者でカンファレンスを行った場合であっても算定できる。

(8) カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、利用者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を訪問看護記録簿に記載すること。

8(1) 注10に規定する精神科重症患者支援管理連携加算は、精神科在宅患者支援管理料2を算定する利用者の主治医が属する保険医療機関と連携し、当該保険医療機関の職員と共同で会議を行い、支援計画を策定し、精神科訪問看護を精神科在宅患者支援管理料2のイを算定する利用者においては週2回以上、2のロを算定する利用者において1回以上の訪問看護を実施した場合に、月1回に限り加算し、1人の利用者に対し1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものである。なお、区分01-2及び3に規定する指定訪問看護の他に保険医療機関が1012の1及びび3に規定する精神科訪問看護・指導（作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限る。）を実施している場合は、その回数を要件となる訪問回数に含めども差し支えない。

(2) 保険医療機関と連携して設置する多職種チームに、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士のいずれか1名以上が参加していること。緊急時に円滑な対応ができるよう、連携する医療機関との定期的なカンファレンスの他、あらかじめ利用者又はその家族等の同意を得て、当該利用者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急対応に必要な診療情報について随時提供を受けていること。

(3) 当該加算イの算定にあたっては、多職種チームによるカンファレンス（以下「チームカンファレンス」という。）を週1回以上開催し、うち、月1回以上は保健師又は精神保健福祉センター等と共同してカンファレンス（以下「チームカンファレンス」という。）を開催する。ロについては、チームカンファレンスを月1回以上開催し、必要に応じて共同カンファレンスを行うこと

(4) チームカンファレンス及び共同カンファレンスの開催に当たっては、以下の点に留意する。

ア チームカンファレンス及び共同カンファレンスにおいて、利用者についての診療情報共有、支援計画の作成と見直し、具体的な支援内容、訪問日程の計画及び支援終了時期等について協議を行うこと。

イ 可能な限り、利用者又はその家族等が同席することが望ましい。

ウ 支援計画の内容については、利用者又はその家族等へ文書による説明を行い、説明に用いた文書を交付すること。また、カンファレンスの要点及び参加者の職種と署名を看護記録簿に記載し、説明に用いた文書の写しを添付すること。

エ 当該加算において、チームカンファレンスは、関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能 な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。

オ 当該加算のイにおいて、共同カンファレンスは、初回は関係者全員が一堂に会し実施すること。2回目以降についても、関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能 な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。

カ 当該加算のロにおいて、共同カンファレンスは、関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、ビデオ通話可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。

キ エ、オ及びカにおいて、利用者の個人情報や当該ビデオ通話の画面上で共有する際も、利用者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(5) 特別の関係にある医療機関と連携して行う場合は、当該加算を算定することはできない。

(6) 当該訪問看護ステーションと連携する保険医療機関が、往診科、在宅患者訪問診療料(1)、在宅患者訪問診療料(2)、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬物管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料を算定した場合、同一時間に行う訪問看護基本療養費(1)又は(2)、精神科訪問看護基本療養費(1)又は(3)は算定できない。

(7) 精神科在宅患者支援管理料1（ハを除く。）又は3を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、当該訪問看護ステーションは訪問看護基本療養費(1)又は(2)、精神科訪問看護基本療養費(1)又は(3)を算定せず、当該保険医療機関が精神科訪問看護・指導料(1)又は(3)を算定する。

(8) 精神科在宅患者支援管理料2を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、当該訪問看護ステーションが精神科訪問看護基本療養費(1)又は(3)を算定し、当該保険医療機関は在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者精神科訪問看護・指導料(1)又は(3)を算定できない。

(9) 精神科在宅患者支援管理料2を算定する保険医療機関が24時間の往診又は精神科訪問看護・指導を行うことができ体制を確保していない場合であって、当該訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を届け出ていないときは、当該加算を算定することはできない。

9(1) 注11に規定する看護・介護職員連携強化加算については、訪問看護ステーションの看護師又は准看護師が、口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃液若しくは腸液による経管栄養又は経鼻経管栄養を必要とする利用者に対して、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48条の3第1項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者又は同法附則第20条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者（以下「登録喀痰吸引等事業者等」という。）の介護の業務に従事する者（以下「介護職員等」という。）が実施する社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下「喀痰吸引等」という。）の業務が円滑に行われるよう支援を行う取組を評価するものである。

(2) 当該加算は、利用者の病状やその変化に合わせて、主治医の指示により、ア及びイの対応を行っている場合に算定する。

ア 喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言

イ 介護職員等と同行し、利用者の居宅において喀痰吸引等の業務の実施状況についての確認

(3) 24時間対応体制加算を届け出ている場合に算定可能である。

- 等に対して情報を提供した場合に算定する。
- (3) (1)に掲げる「保育所等」には、児童福祉法第 39 条第 1 項に規定する保育所、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律（平成 18 年法律第 77 号）第 2 条第 6 項に規定する認定こども園、児童福祉法第 6 条第 9 項に規定する家庭的保育事業を行う者、同法第 6 条の 3 第 10 項に規定する小規模保育事業を行う者及び同法第 6 条の 3 第 12 項に規定する事業所内保育事業を行う者が含まれる。
- (4) 当該学校等において当該利用者の医療的ケアの実施等に当たる看護職員と連携するた

- めの情報を提供すること。
- (5) 訪問看護情報提供療養費 2 は、文書を提供する前 6 月の期間において、定期的に当該利用者に指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが算定できる。
- (6) 当該学校等の情報提供の依頼者及び依頼日については、訪問看護記録書に記載するとともに、当該学校等に対して提供した文書については、その写しを訪問看護記録書に添付しておくこと。
- (7) 当該情報を提供する訪問看護ステーションの開設主体が、利用者が在籍する学校等の開設主体と同じである場合には、訪問看護情報提供療養費 2 は算定できない。
- (8) 訪問看護情報提供療養費 2 は、1 人の利用者に対し、1 つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できる。このため、学校等に対して情報の提供を行う場合には、利用者に対し、他の訪問看護ステーションにおいて学校等に対して情報の提供が行われているか確認すること。

(9) 訪問看護情報提供療養費 2 を算定するに当たっては、当該療養費の前回の算定年月日、入園若しくは入学又は転園若しくは転学による算定の場合はその旨を、訪問看護療養費明細書に記載すること。

- 3 (1) 訪問看護情報提供療養費 3 は、利用者が保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院（以下「保険医療機関等」という。）に入院又は入所し、在宅から保険医療機関等へ療養の場所を変更する場合には、訪問看護ステーションと保険医療機関等の実施する看護の有機的な連携を強化し、利用者が安心して療養生活を送ることができるよう、切れ目のない支援と継続した看護の実施を推進することを目的とするものである。
- (2) 訪問看護情報提供療養費 3 は、保険医療機関等に入院又は入所し、在宅から保険医療機関等へ療養の場所を変更する利用者について、訪問看護ステーションが利用者の同意を得て、指定訪問看護に係る情報を別紙様式 4 の文書により主治医に提供した場合に、利用者 1 人につき 1 回に限り算定する。また、当該文書の写しを、求めに応じて、入院又は入所先の保険医療機関等と共有する。
- (3) 訪問看護ステーションは、入院又は入所時に保険医療機関等が適切に情報を活用することができると、速やかに情報提供を行い、主治医に対して提供した文書については、その写しを訪問看護記録書に添付しておくこと。
- (4) 利用者が入院又は入所する保険医療機関等が、訪問看護ステーションと特別の関係にある場合及び主治医の所属する保険医療機関と同一の場合には算定できない。
- (5) 訪問看護情報提供療養費 3 は、1 人の利用者に対し、1 つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できる。このため、主治医に対して情報の提供を行う場合には、利用者に対し、他の訪問看護ステーションにおいて主治医に対して情報の提供が行われているか確認すること。

第 7 訪問看護ターミナルケア療養費について

- 1 訪問看護ターミナルケア療養費は、主治医との連携の下に、訪問看護ステーションの看護師等が在宅での終末期の看護の提供を行った場合を評価するものであること。ターミナルケ

- (4) 当該加算は、次の場合には算定できない。
- ア 介護職員等の喀痰吸引等に係る基礎的な技術取得や研修目的での同行訪問
- イ 同一の利用者に、他の訪問看護ステーション又は保険医療機関において看護・介護職員連携強化加算を算定している場合
- (5) 当該加算は、介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の指定訪問看護の実施日に算定する。また、その内容を訪問看護記録書に記録すること。
- (6) 登録喀痰吸引等事業者等が、利用者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のために会議を行う場合は、当該会議に出席し連携する。また、その場合は、会議の内容を訪問看護記録書に記録すること。

第 6 訪問看護情報提供療養費について

1 (1) 訪問看護情報提供療養費 1 は、訪問看護ステーションと市町村及び郡道庁県（以下「市町村等」という。）の実施する保健福祉サービスとの有機的な連携を強化し、利用者に対する総合的な在宅療養を推進することを目的とするものである。

- (2) 訪問看護情報提供療養費 1 は、基準告示第 2 の 9 に規定する利用者について、訪問看護ステーションが利用者の同意を得て、利用者の居住地を管轄する市町村等に対して、市町村等からの求めに応じて、健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービスが利用者に対して、健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービスを含む。）等の福祉サービスを有効に提供するために必要な情報を提供した場合には、利用者 1 人につき 1 回に限り算定する。
- なお、指定訪問看護を行った日から 2 週間以内、別紙様式 1 又は 2 の文書により、市町村等に対して情報を提供した場合に算定する。

(3) 市町村等の情報提供の依頼者及び依頼日については、訪問看護記録書に記載するとともに、市町村等に対して提供した文書については、その写しを訪問看護記録書に添付しておく。

(4) 市町村等が指定訪問看護事業者である場合には、当該市町村等に居住する利用者に係る訪問看護情報提供療養費 1 は算定できない。

(5) 訪問看護情報提供療養費 1 は、1 人の利用者に対し、1 つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。このため、市町村等に対して情報の提供を行う場合には、利用者に対し、他の訪問看護ステーションにおいて市町村等に対して情報の提供が行われているか確認すること。

- 2 (1) 訪問看護情報提供療養費 2 は、指定訪問看護を利用して利用者が、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 39 条第 1 項に規定する保育所等、学校教育法（昭和 22 年法律第 26 号）第 1 条に規定する幼稚園、小学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程又は特別支援学校の小学部若しくは中学部（以下「学校等」という。）に通園又は通学するに当たって、当該学校等における生活を安心して安全に送ることができると、訪問看護ステーションと学校等の連携を推進することを目的とするものである。
- (2) 訪問看護情報提供療養費 2 は、基準告示第 2 の 10 に規定する利用者について、訪問看護ステーションが利用者及びその家族等の同意を得て、当該学校等からの求めに応じて、医療的ケアの実施方法等の指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者 1 人につき各年度 1 回に限り算定する。また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき 1 回に限り、別に算定できる。

なお、指定訪問看護を行った日から 2 週間以内に、別紙様式 3 の文書により、学校

アの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者と連携の上対応すること。

2 訪問看護ターミナルケア療養費は、在宅で死亡した利用者について、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制（訪問看護ステーションの連絡担当者、連絡先電話番号、緊急時の注意事項等）について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。1つの訪問看護ステーションにおいて、死亡日及び死亡日前14日以内に介護保険制度又は医療保険制度の給付の対象となる訪問看護をそれぞれ1日以上実施した場合は、最後に実施した指定訪問看護が医療保険制度の給付による場合に、訪問看護ターミナルケア療養費を算定する。

3 訪問看護ターミナルケア療養費1は、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は指定居宅サービス基準第174条第1項に規定する指定特定施設、指定地域密着型サービス基準第90条第1項に規定する指定認知症対応型共同生活介護事業所若しくは介護保険法第48条第1項第1号に規定する指定介護老人福祉施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した利用者（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の1に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下「看取り介護加算等」という。）を算定している利用者を除き、ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む。）に対して、ターミナルケアを行った場合に算定する。

4 訪問看護ターミナルケア療養費2については、特別養護老人ホーム等で死亡した利用者（看取り介護加算等を算定している利用者）に限り、ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む。）に対して、ターミナルケアを行った場合に算定する。

5 同一の利用者に、他の訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定している場合又は保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算を算定している場合においては算定できないこと。

6 訪問看護ターミナルケア療養費を算定した場合は、死亡した場所及び死亡時刻等を訪問看護記録書に記載すること。

◎訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第六十七号）の規定に基づき、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等（平成十八年厚生労働省告示第百三十三号）の一部を次の表のように改正し、令和二年四月一日から適用する。
（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
第一 訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準 一～五 (略) 六 訪問看護管理療養費の基準 (1) 機能強化型訪問看護管理療養費1の基準 次のいずれにも該当するものであること。 イ (略) ロ 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準第二条第一項に規定する看護師等のうち、六人以上が同項第一号に規定する看護職員であること。 ハ (略) 三 ターミナルケア並びに重症児及び特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者に対する訪問看護について十分な実績を有すること。 ホ (略) (2) 機能強化型訪問看護管理療養費2の基準 次のいずれにも該当するものであること。 イ (略) ロ (1)のロを満たすものであること。 ハ (略) 三 ターミナルケア並びに重症児及び特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者に対する訪問看護について相応な実績を有すること。	第一 訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準 一～五 (略) 六 訪問看護管理療養費の基準 (1) 機能強化型訪問看護管理療養費1の基準 次のいずれにも該当するものであること。 イ (略) (新設) ロ (略) ハ ターミナルケア並びに重症児及び特掲診療料の施設基準等別表七に掲げる疾病等の者に対する訪問看護について十分な実績を有すること。 三 (略) (2) 機能強化型訪問看護管理療養費2の基準 次のいずれにも該当するものであること。 イ (略) (新設) ロ (略) ハ ターミナルケア並びに重症児及び特掲診療料の施設基準等別表七に掲げる疾病等の者に対する訪問看護について相応な実績を有すること。

ホ (略)	三 (略)
(3) 機能強化型訪問看護管理療養費3の基準 次のいずれにも該当するものであること。 イ (略) ロ (1)のロを満たすものであること。 ハ～ト (略) (4)～(6) (略) 第二 指定訪問看護に係る厚生労働大臣の定める疾病等の利用者等 一・二 (略) 三 訪問看護基本療養費の注10及び精神科訪問看護基本療養費の注7に規定する長時間訪問看護加算及び長時間精神科訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者及び厚生労働大臣が定める者 (1)・(2) (略) 四～八 (略) 九 訪問看護情報提供療養費の注1に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者等 (1)～(3) (略) (新設) 十 (略) 第三・第四 (略) (新設)	(3) 機能強化型訪問看護管理療養費3の基準 次のいずれにも該当するものであること。 イ (略) (新設) ロ～ト (略) (4)～(6) (略) 第二 指定訪問看護に係る厚生労働大臣の定める疾病等の利用者等 一・二 (略) 三 訪問看護基本療養費の注10及び精神科訪問看護基本療養費の注7に規定する長時間訪問看護加算及び長時間精神科訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者及び厚生労働大臣が定める者 (1)・(2) (略) 四～八 (略) 九 訪問看護情報提供療養費の注1に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者等 (1)～(3) (略) (新設) 十 (略) 第三・第四 (略) (新設)

地方厚生(支)局長
都 道 府 県 知 事

殿

厚生労働省保険局長
(公 印 省 略)

指定訪問看護の事業を行う事業所に係る
健康保険法第88条第1項の規定に基づく指定等の取扱いについて

「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件」(令和2年厚生労働省告示第●号)等が公布され、令和2年4月1日より適用されること等に伴い、標記について令和2年4月1日から下記のとおり取り扱うこととしたので、その実施に建請のないよう関係者に対し周知徹底を図られたい。なお、「指定訪問看護の事業を行う事業所に係る健康保険法第88条第1項の規定に基づく指定等の取扱いについて」(平成12年3月31日保発第72号・老発第400号)は、令和2年3月31日限り廃止する。

記

第一 健康保険法(大正11年法律第70号。以下「健康法」という。)第89条第1項の規定に基づく指定訪問看護ステーション(指定訪問看護事業者(健康法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者をいう。以下同じ。))が当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所をいう。以下同じ。)に係る指定の申請等について

- 1 指定の申請について
(1) 健康法第89条第1項の規定に基づく指定訪問看護ステーションの指定の申請に際しては、健康保険法施行規則(大正15年内務省令第36号。以下「施行規則」という。)第74条の規定に従い、必要事項を記載した様式第1の申請書及び関係書類を当該申請に係る事業所の所在地を管轄する地方厚生(支)局長に提出するものとする。
(2) 施行規則第74条の規定により指定申請書及び関係書類に記載すべき事項の具体的な内容及び留意点は次に示すとおりであるので、記入に際して十分指導され、適切な取扱いをされたいこと。

① 健康法第89条第4項第1号の規定に基づき制定された「指定訪問看護事業者の指定を受けることができる者」(平成4年2月厚生省告示第32号。以下「告示第32号」という。)により、申請者が厚生労働大臣の認定を要する者であるときは、別途通知する

手続きにより指導されたいこと。

- ② 施行規則第74条第1項第2号という名称については、指定訪問看護の事業を行う事業所であることを明確にする必要があることを踏まえ、利用者に誤解を与えおそれのあるものや、病院、診療所、デイサービスセンター、在宅介護支援センター、ナーズセンター(ナーズバンク)又は看護師家政婦紹介(派遣)所と紛らわしいものを使用することは適当ではないこと。
 - ③ 同条第3号という開始の予定年月日は、指定訪問看護の事業の業務開始予定年月日というものであること。
 - ④ 同条第4号は、申請者が医療法人、社会福祉法人等であるときは、定款又は寄附行為等の写しを、また、申請者が地方公共団体であるときは、条例の写しを提出させるものであること。
 - ⑤ 同条第5号及び第6号は、申請者が他に訪問看護ステーション、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の開設者である場合及び開設しようとしている場合について、その確認を行うこととしたものであること。
 - ⑥ 同条第7号は、事業所の平面図及び設備、備品等の概要を提出させ、指定訪問看護ステーションとなる事業所の構造設備等の確認を行うこととしたものであること。
 - ⑦ 同条第8号の利用者の予定数は、当該指定訪問看護ステーションの1か月間の延べ予定利用者というものであること。
 - ⑧ 同条第9号については、以下の点に留意するものであること。
イ 管理者については、「指定訪問看護の事業に係る人員及び運営に関する基準について」(令和2年3月30日保発第●号。以下「基準通知」という。)第三の2の(2)の規定に該当する者であることを、その経歴及び免許証の写しにより確認するものであること。
ロ 看護師等については、基準通知第三の2の(1)の規定を満たしていることを、その経歴及び免許証の写しにより確認するものであること。特に、定数の算出に当たっては、同条第11号に基づき提出される勤務体制及び勤務形態と照合し、確認することが必要であること。
 - ⑨ 同条第10号は、運営規程により、当該指定訪問看護ステーションの事業の運営について確認することとしたものであること。
 - ⑩ 同条第11号にいう職員の体制とは職員の勤務の体制及び勤務時間割表を、勤務形態とは常勤、非常勤、兼務の別を示したものをいうものであること。
 - ⑪ 同条第12号にいう事業計画とは、当該指定訪問看護ステーションにおける1か月間の訪問回数等業務の内容の予定を記載したものであること。
 - ⑫ 同条第13号は、保健、医療又は福祉サービスの提供主体との連携の内容について確認することとしたものであること。
 - ⑬ 同条第14号は、指定訪問看護ステーションごとに指定訪問看護の事業に係る資産の目録、当該年度の事業計画及び収支予算書を提出させることにより、当該事業を行うために必要な経理的基礎を有していることの確認を行うこととしたものであること。例えば、指定訪問看護の提供に係る損害賠償保険に加入する等事故が生じた場合に十分な賠償能力を有していることを要するものであること。
- (3) 健康法第89条第4項の規定により、次の場合には指定をしてはならないものであること。
- ① 当該申請者が、地方公共団体、医療法人、社会福祉法人その他厚生労働大臣が定める者(告示第32号)でないとき。

- (1) 施行規則第 77 条の規定により、指定訪問看護事業者が指定訪問看護の事業に関する変更について 10 日以内に地方厚生(支)局長に届出をしなければならぬ事項は次のとおりであること。
- ① 指定訪問看護事業者の名称及び主たる事業所の所在地並びにその代表者の氏名及び住所
 - ② 指定訪問看護事業者の定款、寄附行為又は条例等
 - ③ 指定訪問看護事業者が現に他の指定訪問看護ステーション、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の開設者である場合における当該施設等の概要
 - ④ 当該指定訪問看護ステーションの管理者の氏名、経歴(免許証の写しを添付すること。)及び住所
 - ⑤ 運営規程
- (2) 変更届出書に記載すべき事項については、変更の内容が明確に把握できることとなるよう、参考様式 1 に準じて、記入に際して十分指導されたいこと。また、必要に応じて変更内容の関係書類を提出させる等確認に慎重を期されたいこと。また、(1)の①に規定する事項のうち、単なる名称の変更でなく、指定訪問看護事業者が変更される場合は新たな指定が必要となるので留意すること。
- (3) なお、変更の内容が基準省令を満たすことができないと認められる場合には、地方厚生(支)局長又は都道府県知事は健康保険法第 91 条又は高齢者の医療の確保に関する法律(昭和 57 年法律第 80 号。以下「高齢者医療確保法」という。)第 80 条の規定による指導を行うとともに、地方厚生(支)局長は健康保険法第 95 条の規定により指導を取り消すことができるものであること。
- 4 休廃止等の届出について
- (1) 施行規則第 78 条の規定により、指定訪問看護事業者が指定訪問看護の事業の廃止、休止又は再開について 10 日以内に地方厚生(支)局長に届出をしなければならぬ事項は次のとおりであること。
 - ① 廃止、休止又は再開した年月日
 - ② 廃止又は休止した場合にあつては、その理由
 - ③ 廃止又は休止した場合にあつては、現に指定訪問看護の提供を受けていた者に対する措置
 - ④ 休止した場合にあつては、休止の予定期間
 - (2) 休廃止等に係る届出書については、参考様式 2 に準じること。
 - (3) 届出の内容が基準省令を満たすことができないと認められる場合には、地方厚生(支)局長又は都道府県知事は健康保険法第 91 条又は高齢者医療確保法第 80 条の規定による指導を行うとともに、地方厚生(支)局長は健康保険法第 95 条の規定により指導を取り消すことができるものであること。
 - 5 事前審査の取扱いについて
 - (1) 指定手続きを支援なくためるために、予め指定申請者から計画段階での事前協議を受け付け、計画内容を十分確認し、基準省令、基準通知等に適合するよう指導、助言を行われたいこと。
 - (2) 事前審査の段階においては、指定申請者の適格性、事業計画等について十分検討されたいこと。なお、指定の申請者が告示第 32 号の第 13 号に該当する者であるときは、指定の申請前に厚生労働大臣の認定を受けていることが必要であるので、事前に認定手続きを行うよう指導されたいこと。
 - (3) 関係主管筋局と必要な調整を図ること。
 - (4) 設置所在地の市町村との連携が確保されるよう指定申請者を指導されたいこと。

- ② 「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」(平成 12 年厚生省令第 80 号。以下「基準省令」という。)を満たさないと認められるとき。
- ③ 基準省令に従って適正な指定訪問看護の事業の運営をすることができないと認められるとき。
- ④ 申請者が、健康法の規定により、指定訪問看護事業者に係る同法第 88 条第 1 項の指定を取り消され、その取消の日から 5 年を経過しない者であるとき。
- ⑤ 申請者が、健康法その他国民の保健医療に関する法律で健康保険法施行令第 33 条の第 3 項で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるときの者であるとき。
- なお、前述のその他国民の保健医療に関する法律は、下記のとおりであること。
- ・船員保険法
 - ・医師法
 - ・歯科医師法
 - ・保健師助産師看護師法
 - ・医療法
 - ・私立学校教職員共済法
 - ・国家公務員共済組合法
 - ・国民健康保険法
 - ・医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律
 - ・業列師法
 - ・地方公務員等共済組合法
 - ・高齢者の医療の確保に関する法律
 - ・再生医療等の安全性の確保等に関する法律
 - ・臨床研究法
- ⑥ 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- ⑦ 前 6 号のほか、申請者が、指定訪問看護事業者として著しく不適当と認められる者であるとき。
- (4) 指定訪問看護事業者から第三者へ指定訪問看護の事業の委託等を行うことは認められないものであること。
- 2 指定の通知、公示等について
- (1) 地方厚生(支)局長は、指定を行ったときは、速やかに指定通知書に指定訪問看護ステーションコードを付記し、これを申請者に交付するほか、審査支払機関に通知すること。
 - (2) 地方厚生(支)局長は、指定訪問看護ステーションに関し、指定台帳の作成を行い、その管理等を行うこと。
 - (3) 地方厚生(支)局長は、指定、変更等の届出の受理若しくは指定の取消しを行った場合は、施行規則第 79 条の規定により、速やかに次の事項を公示すること。
 - ① 指定、変更等の届出の届出の受理若しくは指定の取消しに係る年月日
 - ② 指定訪問看護事業者の名称及び主たる事業所の所在地
 - ③ 指定訪問看護ステーションの名称及び住所
 - (4) 指定訪問看護事業者は、施行規則第 75 条の規定により、指定訪問看護ステーションの見やすい場所に、指定訪問看護ステーションであることを掲示しなければならないこと。
- 3 変更の届出について

① 当該申請に係る居宅サービス事業又は指定地域密着型サービス事業を行う事業所の名称及び住所

② 当該指定居宅サービス事業又は地域密着型サービス事業を行う事業所の名称及び住所

③ 指定訪問看護の事業を行わない旨

(3) 申出書の提出を受けた場合には、地方厚生(支)局長は、記載事項を確認して受理するものとする。また、申出の要件を満たしているものとして申出書を受理した場合にあつては、受理番号を決定し、提出者に対して通知するものとする。なお、当該事務を実施するに当たっては、地方厚生(支)局及び都道府県介護保険主管部(局)又は市町村介護保険主管部(局)の間で十分な連携をとりつつ行われたこと。

3 変更等の届出について

(1) 健保法及び介護保険法の各法に基づき、双方の指定訪問看護の指定を受けている事業者が、健保法第93条又は介護保険法第75条の規定により当該指定に関する変更等の届出を行う場合は、各法の規定に基づき、健保法上の指定訪問看護については地方厚生(支)局長に対して、介護保険法上の指定訪問看護については都道府県知事又は市町村長に対して、それぞれ別に行う必要があること。

(2) 地方厚生(支)局長又は都道府県知事若しくは市町村長に対して事業者からの変更等の届出があつた場合には、当該事業者が健保法及び介護保険法の両方の指定を受けている者であるか否かを確認し、両方の指定を受けている者である場合については、当該事業者に対し、改めて(1)について説明する必要があること。

(3) 地方厚生(支)局長又は都道府県知事若しくは市町村長が、変更等に係る届出を受理するにあつては、相互に連携し、同日付で受理するよう努めること。

第二 健保法第89条第2項の規定に基づき指定訪問看護事業者の指定があつたものとみなされる場合の取扱いについて

1 指定があつたものとみなされる場合について

(1) 健保法第89条第2項の規定により、介護保険法(平成9年法律第123号)第41条第1項本文の規定による指定居宅サービス事業者(訪問看護事業を行う者のうち、管理者要件(管理者が保健師、助産師又は看護師であることをいう。以下同じ。))及び人員要件(当該事業所において訪問看護に従事する保健師、看護師又は准看護師(以下「看護職員」という。))の員数について、当該事業所の看護職員の勤務延長時間を当該事業所において常勤の看護職員が勤務すべき時間数で除して得た数が2.5以上であることをいう。以下同じ。))を満たすものに限る。以下同じ。))の指定を受けようとする者、同法第42条の2第1項本文の規定による指定地域密着型サービス事業者(訪問看護事業を行う者のうち、管理者要件及び人員要件を満たすものに限る。以下同じ。))の指定を受けようとする者及び同法第53条第1項本文の規定による指定介護予防サービス事業者(訪問看護事業を行う者のうち、管理者要件及び人員要件を満たすものに限る。以下同じ。))の指定を受けようとする者(以下「申請者」という。))が健保法第89条第2項ただし書きに規定する別段の申出(以下「別段の申出」という。))を行わないときは、当該申請者は、指定居宅サービス事業者、指定地域密着型サービス事業者又は指定介護予防サービス事業者の指定を受けることにより、同時に健保法第89条第1項の指定があつたものとみなされるものであること。

(2) 申請者から指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者の指定申請を受けたとき及び指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者の指定を行ったときは、都道府県知事又は市町村長はその旨を地方厚生(支)局長に通知するものとする。なお、市町村長は、すでに指定訪問看護ステーションの指定を受けている事業所が、当該事業所と一体的に運営する指定地域密着型サービス事業所(訪問看護の事業を行う場合に限る。以下同じ。))の指定を新たに受ける場合についても、地方厚生(支)局長に通知すること。

(3) 都道府県知事が指定居宅サービス事業者の指定を行った場合又は市町村長が地域密着型サービス事業者の指定を行った場合において、健保法第89条第2項の規定により指定訪問看護事業者の指定があつたものとみなされる場合には、地方厚生(支)局長は、(2)の都道府県知事又は市町村長からの通知を受け、速やかに指定通知書に指定訪問看護ステーションコードを付記し、これを申請者に交付するほか、審査支払機関に通知すること。

(4) 地方厚生(支)局長は、健保法第89条第2項の規定により指定訪問看護事業者の指定があつたものとみなされたものも含め、指定訪問看護ステーションに関する指定台帳を作成し、その管理等を行うこととする。

2 指定訪問看護事業者の別段の申出について

(1) 健保法第89条第2項ただし書きの規定により、申請者が別段の申出を行った場合には、健保法第89条第1項の指定訪問看護事業者の指定があつたものとみなされないこととされているが、その申出に際しては、施行規則第76条の規定に従い、指定居宅サービス事業者又は指定地域密着型サービス事業者の指定申請書の提出にあわせて、必要事項を記載した様式第2の申出書を当該申出に係る訪問看護を行う事業所の所在地を管轄する地方厚生(支)局長に提出すること。

(2) 施行規則第76条の規定により申出書に記載すべき事項の具体的内容は次のとおりであること。

地方厚生（支）医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県老人医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長
(公 印 省 略)

訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて

本日、「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件」（令和●●
年厚生労働省告示第●●号）等が公布され、令和 2 年 4 月 1 日より適用されたこととなったところ
であるが、当該基準に規定する届出の受理の取扱いについては、下記の事項に留意の上、貴管下
の保険医療機関、訪問看護ステーション及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに違
ないよう特段のご配慮を願いたい。

なお、従前の「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて（通
知）」（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 4 号）は、令和 2 年 3 月 31 日限り廃止する。

記

第 1 届出基準
訪問看護ステーションの基準は、「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等」
（平成 18 年厚生労働省告示第 103 号）の他別添のとおりとすること。

第 2 届出に関する手続き

1 訪問看護ステーションの基準に規定する精神科訪問看護基本療養費、精神科複数回訪問加算、
精神科重症患者支援管理連携加算、24 時間対応体制加算、特別管理加算、訪問看護基本療養費
の注 2 及び注 4 に規定する専門の研修を受けた看護師又は機能強化型訪問看護管理療養費に係
る届出は、当該訪問看護ステーション単体で行うものであること。

したがって、指定訪問看護を行う訪問看護ステーションについて、健康保険法（大正 11 年法
律第 70 号）に基づく指定訪問看護又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 67 年法律第 80
号）に基づく指定訪問看護の一方についてのみの届出は認められないこと。

2 当該届出を行う指定訪問看護事業者は、当該訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方
厚生（支）局長に対し、別紙様式 1 から 6 による届出書の 1 通を提出すること。なお、地方厚
生（支）局及び都道府県においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報の交換を
行うなど、相互に協力するよう努めるものとする。

3 地方厚生（支）局長は届出書の提出を受けた場合は、届出書を基に、別添「届出基準」に基
づいて要件等の審査を行い、記載事項等を確認して受理又は不受理を決定すること。また、補
正が必要な場合は適宜補正を求めること。なお、この審査に要する期間は届出を受け付けた日
から 2 週間以内を標準とすること。

4 当該基準に係る届出を行う訪問看護ステーションが、次のいずれかに該当する場合にあって
は当該届出の受理は行わないこと。

- (1) 当該訪問看護ステーションが、当該届出を行う前 6 月間において当該届出に係る事項に
関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行っている場合
- (2) 当該訪問看護ステーションが、当該届出を行う前 6 月間において「保険医療機関等及び
保険医等の指導及び監査について」（平成 12 年 5 月 31 日保険発第 105 号）に規定する監
査事項に基づき戒告又は注意又はその他の処分を受けたことがある場合
- (3) 当該訪問看護ステーションが、「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」（

平成 12 年厚生省令第 80 号）第 2 条第 1 項に規定する員数を満たしていない場合

5 地方厚生（支）局長は、届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決
定し、届出者に対して受理番号を付して通知するとともに、併せて、審査支払機関に対して、
受理番号を付して通知すること。

- 精神科訪問看護基本療養費 (訪看 10) 第 号
- 24 時間対応体制加算 (訪看 23) 第 号
- 特別管理加算 (訪看 25) 第 号
- 訪問看護基本療養費の注 2 及び注 4 に規定する専門の研修を受けた看護師 (訪看 26) 第 号
- 精神科複数回訪問加算 (訪看 27) 第 号
- 精神科重症患者支援管理連携加算 (訪看 28) 第 号
- 機能強化型訪問看護管理療養費 1 (訪看 29) 第 号
- 機能強化型訪問看護管理療養費 2 (訪看 30) 第 号
- 機能強化型訪問看護管理療養費 3 (訪看 31) 第 号

6 受理番号の管理は、地方厚生（支）局長が行うものであること。

7 当該届出に係る算定に当たっては、各月の月末までに受理したものはその翌月から、月の最
初の開行日に受理した場合は、当該月の 1 日から当該療養費を算定すること。なお、令和 2 年
4 月 14 日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え、届出の受理が行われた
ものについては、同月 1 日に遡って当該療養費を算定すること。

8 不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を届出者に対し通知すること。

第 3 届出受理後の措置

1 届出受理後において、届出内容と異なった事情が生じた場合には、指定訪問看護事業者に対
して、遅滞なく変更の届出を行わせること。

- 2 届出の受理を行った訪問看護ステーションについては、適宜調査を行い、届出と内容が異なる状況にある場合には届出の変更を行うなど運用の適正を期すこと。
- 3 訪問看護ステーションの基準に適合しないことが判明し、所要の指導の上、なお改善が見られない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該訪問看護ステーションに係る指定訪問看護事業者に弁明を行う機会を与えること。
- 4 前記3により届出が無効となった場合は、審査支払機関に対し、速やかにその旨を通知すること。
- 5 前記3による届出の無効後の取扱いについては、当該届出による算定は不当利得になるため、返還措置を講ずることとし、不正又は不当な届出をした訪問看護ステーションに対しては、その届出に係る新たな届出は、受理取消後6月間は受け付けないものであること。
- 6 届出事項については、地方厚生(支)局において閲覧に供するとともに、保険者等に提供するように努めること。
- 7 届出を行った訪問看護ステーションは、当該届出による算定を行う訪問看護ステーションである旨の掲示を行うものであること。
- 8 届出を行った訪問看護ステーションは、毎年7月1日現在で届出書の記載事項等について、地方厚生(支)局長へ報告を行うものであること。

第4 経過措置等

- 1 第2及び第3の規定に関わらず、令和2年3月31日現在において、届出が受理されている訪問看護ステーションについては、次の取扱いとする。

令和2年3月31日において現に表1及び表2に掲げる訪問看護療養費以外の訪問看護療養費を算定している訪問看護ステーションであって、引き続き当該訪問看護療養費を算定する場合には、新たな届出を要しないが、令和2年4月以降の実績により、届出を行っている訪問看護ステーションの基準の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表1 新たに基準が創設されたことにより、令和2年4月以降において当該療養費を算定するに当たり届出の必要なもの

24時間対応体制加算(「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(令和2年3月30日保医発第●●号)別添●の別紙●)に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーションにおいて、2つの訪問看護ステーションが連携し要件を満たす場合に限る。)

表2 基準の改正により、令和2年3月31日において現に当該療養費を算定していた訪問看護ステーションであっても、令和2年4月以降において当該療養費を算定するに当たり届出の必要なもの

機能強化型訪問看護管理療養費1(令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
機能強化型訪問看護管理療養費2(令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)
機能強化型訪問看護管理療養費3(令和3年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。)

- 2 別添「届出基準」の6のイ、(2)のイ及び(3)のイに掲げる機能強化型訪問看護管理療養費における「看護職員(割合)」の規定については、令和2年3月31日において、現に機能強化型訪問看護管理療養費1、2又は3の届出を行っている訪問看護ステーションにあっては、令和3年3月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

別添 届出基準

1 精神科訪問看護基本療養費

当該訪問看護基本療養費を算定する訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士は、次のいずれかにか該当する者であり、該当者でなければ精神科訪問看護基本療養費は算定できないこと。届出については、別紙様式1を用いること。ただし、令和2年3月31日において、現に当該療養費に係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、(4)に該当する者のうち、当該届出に係る指定訪問看護を行う者としてすでに届出内容に含まれている者については、(4)のクに掲げる内容を受講していなくても差し支えない。

- (1) 精神科を標榜する保険医療機関において、精神科棟又は精神科外来に勤務した経験を1年以上有する者
- (2) 精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験を1年以上有する者
- (3) 精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務の経験を1年以上有する者
- (4) 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する精神科訪問看護に関する知識・技術の習得を目的とした20時間以上を要し、修了証が交付される研修を修了している者。なお、研修は次の内容を含むものである。

- ア 精神疾患を有する者に関するアセスメント
- イ 病状悪化の早期発見・危機介入
- ウ 精神科薬物療法に関する援助
- エ 医療継続の支援
- オ 利用者との信頼関係構築、対人関係の援助
- カ 日常生活の援助
- キ 多職種との連携
- ク GAF尺度による利用者の状態の評価方法

2 24時間対応体制加算

次のいずれの要件も満たすものであること。届出については、別紙様式2を用いること。ただし、基準告示第3に規定する地域又は「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添●の別紙●に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーションにおいて、2つの訪問看護ステーションが連携し要件を満たす場合の届出は、別紙様式3を用いること。

- (1) 24時間対応体制加算を算定する訪問看護ステーションにあっては、その定める営業日以外の日及び営業時間以外の時間において、利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談が直接受けられる体制が整備されていること。

なお、当該訪問看護ステーション以外の施設又は従事者を経由するよりな連絡体制に係る連絡相談体制及び訪問看護ステーション以外の者が所有する電話を連絡先とすることは認められないこと。

機能強化型訪問看護管理療養費3の届出を行っている訪問看護ステーションにおいて、併設する保険医療機関の看護師が営業時間外の利用者又はその家族等からの電話等に対応する場合を除き、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者は、原則として、当該訪問

る知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

- (3) 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修
ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な人工肛門及び人工膀胱のケアに関する知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの
イ 講義及び演習等により、人工肛門及び人工膀胱管理のための皮膚障害に関するアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

5 精神科複数回訪問加算及び精神科重症患者支援管理連携加算

- (1) 精神科複数回訪問加算
ア 精神科複数回訪問加算の要件も満たすものであること。
イ 24時間対応体制加算の届出を行っている訪問看護ステーションであること。
(2) 精神科重症患者支援管理連携加算
次のいずれの要件も満たすものであること。
ア 精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている訪問看護ステーションであること。
イ 精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている訪問看護ステーションであること。
イ 当該訪問看護ステーションが24時間対応体制加算の届出を行っていること又は診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一に規定する精神科在宅患者支援管理料2を算定する利用者の主治医が属する保険医療機関が24時間の往診若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保していること。

6 機能強化型訪問看護管理療養費

届出については、別紙様式6を用いること。
ただし、(1)のイ、(2)のイ及び(3)のイに掲げる基準については、暦月で3月を超えない期間の1割以内の一時的な変動があった場合であっても、変更の届出を行わなければならないこと。

また、(1)のエ及び(2)のエに掲げる超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数については、暦月で3月を超えない期間の1人以内の一時的な変動があった場合であっても、変更の届出を行わせる必要はないこと。なお、超重症児及び準超重症児とは、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添6の別紙14の超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準による判定スコアが10以上のものをいう。

(1) 機能強化型訪問看護管理療養費1

- 次のいずれにも該当するものであること。
ア 常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師(以下「看護職員」という。)の数が7以上であること(中テラレイに配置している看護職員も含む)。当該職員数のうち6については、常勤職員のみの数とし、1については、非常勤看護職員の実労働時間を常勤換算し算入することができること。

ただし、訪問看護ステーションの同一敷地内に、指定地域密着型サービスの事業の人

看護ステーションの保健師又は看護師とし、勤務体制等を明確にすること。

- (2) 当該加算を算定する訪問看護ステーションにおいては、利用者又はその家族等に訪問看護ステーションの所在地、電話番号及び直接連絡のとれる連絡先電話番号等を記載した文書を必ず交付すること等により、24時間対応体制加算の円滑な運営を図るものであること。
また、24時間対応体制加算の趣旨にかんがみ、直接連絡のとれる連絡先は複数とすること。

3 特別管理加算

- (1) 次のいずれの要件も満たすものであること。届出については、別紙様式2を用いること。
(2) 24時間対応体制加算を算定できる体制を整備していること。
(3) 当該加算に該当する重傷者に対応できる職員体制、勤務体制が確保されていること。
(4) 特別管理加算を算定する訪問看護ステーションにおいては、医療器具等の管理、病状の変化に適切に対応できるように、医療機関等との密接な連携体制が確保されていること。

4 訪問看護基本療養費の注2及び注4に規定する専門の研修を受けた看護師

次の当該訪問看護ステーションにおいて、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。
なお、ここでいう緩和ケアに係る専門の研修とは(1)の、褥瘡ケアに係る専門の研修とは(2)の、人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修とは(3)のいずれの要件も満たすものであること。届出については、別紙様式4を用いること。

(1) 緩和ケアに係る専門の研修

- ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。(600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの)
イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

- (イ) ホスピスケア、疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要
- (ロ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療
- (ハ) 悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程
- (ニ) 緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
- (ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
- (ヘ) ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ
- (ト) ホスピスケア、緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
- (チ) コンサルテーション方法
- (リ) ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について
- (ス) 実習により、事例に基づいたアセスメントとホスピスケア、緩和ケアの実践

(2) 褥瘡ケアに係る専門の研修

- ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの
イ 講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する

員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第38条に規定する療養通所介護事業所、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条の2の2第2項に規定する児童発達支援を行う事業所又は同条第4項に規定する放課後等デイサービスを行う事業所として指定を受けており、当該訪問看護ステーションと開設者が同じである事業所が設置されている場合は、当該事業所の常勤職員のうち1人まで当該訪問看護ステーションの常勤職員の数に含めてよい。又は当該事業所の常勤換算した非常勤職員1人まで当該訪問看護ステーションの非常勤職員の数に含めてよい。

イ 「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」第2条第1項に規定する看護師等のうち、6割以上が看護職員であること。なお、看護職員の割合の算出に当たっては、当該訪問看護ステーションにおける看護職員の数を、常勤換算した看護師等の数で除して得た数とすること。

ウ 24時間対応体制加算を届け出ていること。

エ 次のいずれかを満たすこと。

(イ) 訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、介護保険制度によるターミナルケア加算の算定件数、在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数及び当該訪問看護ステーションが6月以上の指定訪問看護を実施した利用者であって、あらかじめ聴取した利用者及びその家族等の意向に基づき、7日以内の入院を経て連携する保険医療機関で死亡した利用者数（以下「ターミナルケア件数」という。）を合計した数が前年度に20以上。

(ロ) ターミナルケア件数を合計した数が前年度に15以上、かつ、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時4人以上。

(ハ) 15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時6人以上。オ 特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）別表第七に該当する利用者が月に10人以上いること。

カ 次のいずれかを満たすこと。

(イ) 訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護ステーションの介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成が必要な利用者（介護保険制度の給付による訪問看護の利用者を含む。）のうち、例えば、特に医療的な管理が必要な利用者1割程度について、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成していること。

(ロ) 訪問看護ステーションと特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護ステーションのサービス等利用計画又は障害児支援利用計画の作成が必要な利用者のうち1割程度について、当該特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所によりサービス等利用計画又は障害児支援利用計画を作成していること。

キ 休日、祝日等も含め計画的な指定訪問看護を行うこと。また、営業日以外であっても、24時間365日訪問看護を必要とする利用者に対して、訪問看護を提供できる体制を確保し、対応すること。

ク 地域住民等に対する情報提供や相談、人材育成のための研修を実施していることが望

ましい。特に、人材育成のための研修については、看護学生の実習、病院及び地域において在宅療養を支援する医療従事者の知識及び技術の習得等、在宅医療の推進に資する研修であること。

(2) 機能強化型訪問看護管理療養費2

次のいずれにも該当するものであること。

ア 常勤の看護職員の数が5以上であること（サテライトに配置している看護職員も含む）。当該職員のうち4については、常勤職員のみを数とし、1については、非常勤看護職員の実労働時間を常勤換算し算入することができること。

ただし、訪問看護ステーションの同一敷地内に、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第38条に規定する療養通所介護事業所、児童福祉法第6条の2の2第2項に規定する児童発達支援を行う事業所又は同条第4項に規定する放課後等デイサービスを行う事業所として指定を受けており、当該訪問看護ステーションと開設者が同じである事業所が設置されている場合は、当該事業所の常勤職員のうち1人まで当該訪問看護ステーションの常勤職員の数に含めてよい。又は当該事業所の常勤換算した非常勤職員1人まで当該訪問看護ステーションの非常勤職員の数に含めてよい。

イ (1)のイを満たすものであること。

ウ 24時間対応体制加算を届け出ていること。

エ 次のいずれかを満たすこと。

(イ) ターミナル件数を合計した数が前年度に15以上。

(ロ) ターミナル件数を合計した数が前年度に10以上、かつ、15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時3人以上。

(ハ) 15歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時5人以上。オ 特掲診療料の施設基準等別表第七に該当する利用者が月に7人以上いること。

カ (1)のイからイまでを満たすものであること。

(3) 機能強化型訪問看護管理療養費3

次のいずれにも該当するものであること。

ア 常勤の看護職員の数が4以上であること（サテライトに配置している看護職員も含む）。当該職員数については、常勤職員のみを数とすること。

イ (1)のイを満たすものであること。

ウ 24時間対応体制加算を届け出ていること。

なお、訪問看護ステーションと同一開設者である保険医療機関が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護ステーションの利用者又はその家族等からの電話等による看護に関する相談への対応は、当該保険医療機関の看護師が行うことができること。

エ 特掲診療料の施設基準等別表第七に規定する疾病等の利用者、特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者又は診療報酬の算定方法別表第一に規定する精神科在患者支援管理料（1のイを除く。）を算定する利用者が月に10人以上いること又は複数の訪問看護ステーションで共同して訪問看護を提供する利用者が月に10人以上いること。

オ 直近3月において、クにおける地域の保険医療機関以外の保険医療機関と共同して実施した退院時の共同指簿による退院時共同指簿加算の算定の実績があること。

カ 同一敷地内に訪問看護ステーションと同一開設者の保険医療機関が設置されている場

各 都道府県知事 殿

合は、直近1月において、当該保険医療機関以外の医師を主治医とする利用者の割合が訪問看護ステーションの利用者の1割以上であること。なお、利用者の割合の算出に当たっては、医療保険制度及び介護保険制度の給付の対象となる訪問看護を実施する利用者を含めること。

キ 直近1年間に、当該訪問看護ステーションにおいて、地域の保険医療機関の看護職員による指定訪問看護の提供を行う従業者としての一定期間の勤務について実績があること。

ク 直近1年間に、地域の保険医療機関や訪問看護ステーションを対象とした研修を2回以上実施していること。

ケ 直近1年間に、地域の訪問看護ステーション又は住民等に対して、訪問看護に関する情報提供を行うとともに、地域の訪問看護ステーション又は住民等からの相談に応じている実績があること。

コ (1)のキを満たすものであること。

厚生労働省保険局長
厚生労働省老健局長

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について

指定訪問看護及び指定老人訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準については、「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について」(平成12年3月31日老発第397号・保発第70号)により取り扱われてきたところであるが、本日「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準についての一部を改正する省令」(令和2年厚生省令第●●号)が公布され、医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律(令和元年法律第九号)附則第一条第四号の政令で定める日から施行されることとなったことに伴い、その取扱いについては、下記によることとしたので、その実施に遺憾のないよう関係者に対して周知徹底を図らたい。

なお、これに伴い、「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について」(平成12年3月31日老発第397号・保発第70号)は、医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律(令和元年法律第九号)附則第一条第四号の政令で定める日限り廃止する。

第一 総論

- 1 本基準は、指定訪問看護の事業がその目的を達成するために必要な最低限度の基準を定めたものであり、指定訪問看護事業者は、常にその事業の運営の向上に努めなければならないこと。
- 2 基準を満たさない場合には、指定訪問看護事業者の指定は受けられず、また、運営開始後、基準を下回るに至った場合、地方厚生（支）局の指導等の対象となり、この指導後に従わない場合には、当該指定を取り消すことができるものであること。
- 3 指定訪問看護事業者の指定は、原則として事業所ごとに行うものとするが、例外的に、待機や道具の保管、着替え等を行う出張所等（以下「従たる事業所」という。）であって、次の要件を満たすものについては、一体的な指定訪問看護の提供の単位として当該事業所に含めて指定することができる取扱いとすること。
 - ① 利用申込みに係る調整、指定訪問看護の提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一体的に行われること。
 - ② 職員の勤務体制、勤務内容等が一体的に管理されること。また、必要な場合に随時、主たる事業所との間で相互支援が行える体制（例えば、従たる事業所の従業員が急病等で指定訪問看護の提供ができなくなった場合に、主たる事業所から急速代替要員を派遣できるような体制）にあること。
 - ③ 苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制にあること。
 - ④ 事業の目的や運営方針、営業日及び営業時間、利用料等を定める同一の運営規程が定められること。
 - ⑤ 人事、給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われること。

第二 用語の定義

基準中に用いられている用語であって、定義規定が置かれていないものの意味を明らかにするものである。

- 1 「勤務延時間数」
勤務表上、当該事業に係る指定訪問看護の提供に従事する時間又は当該事業に係る指定訪問看護の提供のための準備等を行う時間（待機の時間を含む。）として明確に位置づけられている時間の合計数とする。なお、従業員1人につき、勤務延時間数に参入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき時間数を上限とすること。
- 2 「常勤」
指定訪問看護事業者の当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所（以下「指定訪問看護ステーション」という。）における勤務時間が、当該指定訪問看護ステーションにおいて定められている常勤の従業員が勤務すべき時間数（週当たり32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいうものである。

ただし、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号）第23条第1項、同条第3項又は同条第24条に規定する所定労働時間の短縮措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業員が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とする。

3 「専ら従事する」

原則として、指定訪問看護の提供の時間帯を通じて指定訪問看護以外の職務に従事しないことをいうものである。この場合の指定訪問看護の提供の時間帯とは、当該従業員の当該指定訪問看護ステーションにおける勤務時間をいうものであり、当該従業員の常勤・非常勤の別を問わない。

第三 指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準

1 基本方針

基準第1条は、指定訪問看護の事業の基本方針を示したものであり、指定訪問看護の事業の各般にわたってこの基本方針が生かされることが望まれること。

2 人員に関する事項

指定訪問看護ステーションの職員には、それぞれの職務を遂行する熟意と能力を有するものを充てることが、利用者の療養生活の質の向上を図る観点から極めて重要であること。

また、基準第2条及び第3条の運用に当たっては、次の点に留意すること。

(1) 看護師等の員数

- ① 基準第2条第1項第1号に規定する保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）の員数については、指定訪問看護ステーションの看護職員の勤務延時間数を当該指定訪問看護ステーションにおいて常勤の看護職員が勤務すべき時間数で除して得た数が2.5以上と定められたが、これについては、職員の支援体制等を考慮した最小限の員数として定められたものであり、各地域における指定訪問看護の利用の状況や利用者数及び指定訪問看護の事業の業務量を考慮し、適切な員数の人員を確保するものとする。
- ② 勤務日及び勤務時間が不規則な看護職員（以下「登録看護職員」という。）について、勤務延時間数の算定については、次のとおりと取扱いとする。
 - イ 登録看護職員によるサービス提供の実績がある指定訪問看護ステーションについては、登録看護職員1人当たりの勤務時間数は、当該指定訪問看護ステーションの登録看護職員の前年度の週当たりの平均稼働時間（指定訪問看護等の提供時間及び移動時間をいう。）とすること。
 - ロ 登録看護職員による指定訪問看護の実績がない指定訪問看護ステーション又は極めて短期の実績しかない等のためイの方法によって勤務延時間数の算定を行うことが適当でないとして認められる指定訪問看護ステーションについては、当該登録看護職員が確実に稼働できるものとして勤務表に明記されている時間のみを勤務延時間数に参入すること。なお、この場合においても、勤

務表上の勤務時間数は、指定訪問看護の提供実態に即したものでなければならず、勤務表上の勤務時間と実態が乖離していると認められる場合は、勤務表上の勤務時間の適正化の指導の対象となること。

③ 従たる事業所があるときは、看護職員の勤務延長時間には、従たる事業所における勤務延長時間も含めるものとする。

④ 同条第2項は、指定訪問看護ステーションの看護職員のうち1名は、常勤でなければならないことを規定したものであること。

(2) 管理者

① 基準第3条第1項の規定により指定訪問看護ステーションに置くべき管理者は、当該指定訪問看護ステーションに専従、かつ、常勤の者でなければならぬこととし、例えば、同時に他の指定訪問看護ステーション等を管理することは認められないものであること。ただし、以下の場合であって、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、他の職務を兼ねることができる。

イ 当該指定訪問看護ステーションの看護職員としての職務に従事する場合
ロ 当該指定訪問看護ステーションが介護保険法による指定を受けている指定訪問看護ステーションである場合に、当該指定訪問看護ステーションの管理者又は看護職員としての職務に従事する場合

ハ 同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該指定訪問看護ステーションの管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、併設される入所施設における看護業務（管理業務を含む。）との兼務は管理者の業務に支障があると考えられるが、施設における勤務時間が極めて限られている職員の場合には、例外的に認められる場合もあり得る。）

② 管理者は管理者としてふさわしいと認められなければならないものであって、次のいずれにも該当しない者でなければならないものであること。

イ 保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第14条第1項の規定により保健師、助産師又は看護師の業務の停止を命ぜられ、業務停止の期間終了後5年を経過しない者

ロ 健康保険法第91条又は94条の規定により、指定訪問看護ステーションの管理者として変更の指導を受け、変更された後5年を経過しない者又は取消処分を受けた訪問看護ステーションの当該管理者（ただし、取消処分が当該管理者の責務に関わる場合に限り、）であって、取消日後5年を経過しない者

③ 基準第3条第2項ただし書の規定により、保健師、助産師又は看護師以外の者に指定訪問看護ステーションを管理させることができる場合は、管理者の長期間の傷病又は出張等のやむを得ない理由があり、かつ、指定訪問看護ステーションの管理をする者が、利用者の療養生活の質の向上に關し相当の知識、経験及び熟意を有し、過去の経歴等を勘案して指定訪問看護ステーションの管

理者としてふさわしいと認められる者であるものとして地方厚生（支）局長の承認を受けた場合に限られるものであること。ただし、この場合においても、可能な限り速やかに常勤の保健師、助産師又は看護師の管理者が確保されるように努めなければならないものであること。

④ 管理者は、医療機関における看護、訪問看護又は健康増進法（平成14年法律第103号）第17条第1項の規定による保健指導（健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）第7条による改正前の老人保健法（昭和57年法律第80号）第19条に規定する訪問看護等を含む。）の業務に従事した経験のある者であること。さらに、管理者としての資質を確保するために関連機関が提供する研修等を受講していることが望ましい。

(3) 従たる事業所の人員配置

従たる事業所のうち、4の(1)に掲げる訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成等の業務も含めて行うなど訪問看護の提供の拠点としての機能を果たしているものについては、当該従たる事業所において、利用者数に応じた適正な員数を確保することとし、配置する看護師等（基準第2条第1項に規定する看護師等という。以下同じ。）のうち1人以上は保健師、助産師又は看護師とすること。

また、その場合にあつては、利用者に対する看護やサービス提供の質について定期的に主たる事業所のスタッフによって一体的にカンファレンスが行われ、その内容について記録がなされ、全スタッフが共有すること。

3 設備に関する事項

① 指定訪問看護ステーションには、事業の運営に必要な面積を有する専用の事務室を設ける必要がある。ただし、当該指定訪問看護ステーションが介護保険法による指定を受けている指定訪問看護ステーションである場合には、両者で共有することは差し支えない。また、当該指定訪問看護ステーションが、他の事業の事業所を兼ねる場合には、必要な広さの専用の区画を設けることで差し支えないものとする。なお、この場合に、区分されていないにもかかわらず業務に支障がないときは、指定訪問看護の事業を行うための区画が明確に特定されていれば足りるものである。

② 事務室については、利用申込みの受付、相談等に対応するのに適切なスペースを確保するものとする。

③ 指定訪問看護に必要な設備及び備品等を確保する必要がある。特に、感染症予防に必要な設備等に配慮する必要がある。ただし、他の事業所、施設等と同敷地内にある場合であつて、指定訪問看護の事業又は当該他の事業所、施設等の運営に支障がない場合は、当該他の事業所、施設等に備え付けられた設備及び備品等を使用することができるものとする。

4 運営に関する事項

指定訪問看護ステーションの運営については、基準第5条から第31条に定めるもののほか、次の点に留意すること。

(1) 内容及び手続の説明及び同意（基準第5条関係）

基準第5条は、利用者に対し適切な指定訪問看護を提供するため、その提供の關

① 基準第10条第1項は、指定訪問看護の事業が地域社会に根ざした事業として運営されていくためには、その運営に関して市町村（特別区を含む。以下同じ。）をはじめ他の保健、医療又は介護を含む福祉サービスを提供する者と密接な連携がとれていることが必要であることから、市町村の保健・福祉部門、保健所及び民間の在宅ケアサービスの介護を含む福祉サービスの提供主体等と十分な連携を図ることを定めたものであること。なお、連携に当たっては、指定訪問看護以外のサービスの提供内容を十分に確認するとともに、市町村に設けられた地域ケア会議、在宅介護支援センター等を積極的に活用すること。

② 同条第2項は、指定訪問看護の終了に際しては、利用者又はその家族等に対する適切な指導を行うとともに、指定訪問看護の提供の終了後においても必要なサービスが継続して提供されるよう、終了後の主治医に対する情報提供及び市町村等の保健・福祉サービスの提供主体等との連携について規定したものであること。なお、この場合、特に市町村に設けられた地域ケア会議及び在宅介護支援センターとの連携について十分配慮すること。

(7) 身分を証する書類の携行（基準第11条関係）
基準第11条は、利用者が安心して指定訪問看護の提供を受けることができるよう、指定訪問看護事業者は、当該指定訪問看護ステーションの看護師等に身分を明らかにする証書や名札等を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導しなければならぬこととしたものであること。また、この証書等には、当該指定訪問看護ステーションの名称、当該看護師等の氏名を記載するものとし、当該看護師等の写真の貼付や職能の記載を行うことが望ましいこと。

(8) 利用料（基準第13条関係）

基準第13条は、利用者から支払われる利用料の範囲等について規定したものであり、その運用に当たっては、次の点に留意すること。

① 基本利用料については、訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第67号）により算定した額から訪問看護療養費若しくは家族訪問看護療養費として支給された額に相当する額を控除した額により算定した額を徴収しなければならないものであること。

その他、利用料については、次の点に留意すること。
イ 「厚生労働大臣の定める指定訪問看護等」（平成12年3月厚生省告示第169号）に定める指定訪問看護に係る特別料金の料金は、利用者の選定に基づき提供される場合に限り徴収できるものであり、指定訪問看護事業者の都合による場合には徴収できないものであること。

ロ イの利用料の額については、指定訪問看護ステーションごとに当該指定訪問看護の提供に要する費用の範囲内で設定できるものであること。

ハ 交通費、おむつ代及び家事援助に要する費用等であつて、指定訪問看護の提供以外のサービスの提供に要する費用については、当該サービスに要する実費

始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族等に対し、運営規程の概要、看護師等の勤務の体制その他の利用申込者が指定訪問看護を選択するに当たつての重要事項を記載した文書を交付し説明し、提供の開始についての同意を得なければならぬこととしたものであること。なお、当該同意については、利用者及び指定訪問看護事業者双方の保護の立場から書面によって確認することが望ましいものであること。

(2) 提供拒否の禁止（基準第6条関係）

基準第6条は、原則として、利用申込に対しては応じなければならないことを規定したものであり、特に、必要とする療養上の世話の程度が重いことをもって利用を拒否することを禁止することであること。

(3) 提供困難時の対応（基準第7条関係）

基準第7条は、利用申込者の病状が重篤なために指定訪問看護ステーションでの対応が困難である場合、利用申込者の居住地と指定訪問看護ステーションの所在地との間が遠距離である場合、指定訪問看護ステーションの看護師等の現員からは利用申込に応じきれない場合等、自ら適切に指定訪問看護の提供をすることが困難であると認められた場合についてのみ基準第6条の例外を認めることとしたものであるが、この場合にあつても、速やかに主治医への連絡を行い、適当な他の指定訪問看護事業者を紹介する等の必要な措置を講じなければならないものであること。

(4) 受給資格の確認（基準第8条関係）

① 基準第8条は、指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の利用の開始に当たつて、利用申込者が指定訪問看護の提供を受ける資格があることをその者の提示する被保険者証等により確かめなければならない旨規定したものであること。特に、現に他の指定訪問看護ステーションにより指定訪問看護が提供されている場合にあつては、重ねて訪問看護療養費又は家族訪問看護療養費が提供される等により、現に留意し、利用申込者等に対し問い合わせ、訪問時に確認する等により、他の指定訪問看護ステーションによる指定訪問看護を受けているか否かを確認すること。ただし、被保険者等で確認できる場合は、この限りでないものであること。

② 利用者が介護保険法第7条第5項の規定による居宅サービス（同条第8項に規定する訪問看護に係るものに限る。）の提供を受け、居宅介護サービスの支給を受けることができるときは、訪問看護療養費又は家族訪問看護療養費の支給は行われないので、指定訪問看護事業者は、必要に応じ、当該利用者が同法第62条に規定する要介護被保険者等であるか否かの確認を行う必要があること。

(5) 心身の状況等の把握（基準第9条関係）

基準第9条は、適切な指定訪問看護が提供されるようにするため、利用者の病歴、病状、介護の状況、家屋の構造等の家庭環境、他の保健、医療又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるべきことを規定したものであり、これらの利用者に関する記録は、訪問看護記録書に記入し、基準第30条の規定に基づき保存しておくなければならないものであること。

(6) 保健医療サービス及び福祉サービスの連携（基準第10条関係）

相当額を利用料として徴収できるものであること。

なお、指定訪問看護の提供と連続して行われた在宅での死後の処置については、当該サービスに要する実費相当額を徴収できるものであること。

- ② 利用料については、指定訪問看護を提供する前に、あらかじめ、利用者やその家族等に対し、基本利用料並びにその他の利用料の内容及び額に関して説明を行い、同意を得なければならないこと。また、利用者から利用料の支払を受ける場合には、費用の細目を記載した領収書を交付する必要があること。

- ⑨ 指定訪問看護の基本取扱方針及び具体的取扱方針（基準第14、15条関係）

基準第14条及び第15条にいう指定訪問看護の取扱方針において、特に留意すべきことは、次のとおりであること。

- ① 指定訪問看護は、利用者の心身の特性を踏まえて、利用者の療養上妥当適切に行い、日常の療養生活の充実に資するようにするとともに、漫然かつ画一的なものにならないよう、主治医との密接な連携のもとに看護目標及び訪問看護計画に沿って行うこととしたものであること。

- ② 指定訪問看護の提供については、目標達成の度合いやその効果等については評価を行うとともに、訪問看護計画の修正を行い、改善を図る等に努めなければならないこと。

- ③ 利用者の病状、心身の状況及び経過、その置かれている環境、看護目標、具体的なサービスの内容その他の療養上必要な事項について利用者及びその家族に理解しやすいうちに指導又は説明を行うこと。

- ④ 指定訪問看護の提供に当たっては、医学の進歩に対応した適切な看護の技術をもって行うことができるよう、新しい技術の習得等、研鑽を積むことを定めたものであること。

- ⑤ 医学の立場を堅持し、広く一般に認められていない看護等については行っていないこと。

- (10) 主治医との関係（基準第16条関係）

- ① 指定訪問看護ステーションの管理者は、主治医の指示に基づき指定訪問看護が行われるよう、主治医との連絡調整、指定訪問看護の提供を担当する看護師等の監督等必要な管理を行わなければならないこと。なお、主治医とは、利用申込者の選定により加算している保険医療機関の保険医をいい、主治医以外の複数の医師から指示書の交付を受けることはできないものであること。

- ② 基準第16条第2項は、指定訪問看護の利用対象者は、その主治医が指定訪問看護の必要性を認められるものに限られるものであることを踏まえ、指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供の開始に際し、利用者の主治医が発行する訪問看護等の指示の文書（以下「指示書」という。）の交付を受けなければならないこととしたものであること。

- ③ 同条第3項は、指定訪問看護事業者は、利用者について、その病状及び心身の状態に照らし、定期に指定訪問看護の提供を継続するかどうかについて相談しなければならないこととしたものであること。具体的には、指定訪問看護の提供の要

否の判定は、病状及び心身の状態に応じて適宜実施されるべきものであるが、指定訪問看護事業者は、指示書交付時等において主治医に指定訪問看護の継続の要否の相談を行い、その結果を記録書に記入しておくなければならないものであること。なお、特別訪問看護指示書交付時においても症状及び心身の状態の変化等を踏まえ、頻回な訪問看護の必要性について相談を行い、その結果を記録書に記入しなければならないものであること。

- ④ 指定訪問看護事業者は、主治医と連携を図り、適切な指定訪問看護を提供するため、定期的な訪問看護計画書及び訪問看護報告書を書面又は電子的な方法により主治医に提出しなければならないこと。なお、電子的方法によって、個々の利用者の訪問看護に関する計画を主治医に提出する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤（HPKI：Healthcare Public Key Infrastructure）による電子署名を施すこと。

- ⑤ 訪問看護の実施に当たっては、特に保険医療機関内の場合と異なり、看護師が単独で行うことに十分留意するとともに慎重な状況判断等が要求されることを踏まえ、主治医との密接かつ適切な連携を図ること。

- (11) 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成（基準第17条関係）

- ① 基準第17条第1項は、看護師等（准看護師を除く。以下(11)において同じ。）が利用者ごとに、訪問看護計画書及び訪問看護報告書を作成することとしたものであること。

- ② 看護師等は、訪問看護計画書には、利用者の希望、主治医の指示及び心身の状況等を踏まえて、看護目標、具体的サービス内容等を記載すること。

- ③ 看護師等は、作成した訪問看護計画書に記載された看護目標や具体的サービスの内容等について、利用者及びその家族に理解しやすいう方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行う必要があること。

- ④ 看護師等は、訪問看護報告書には、訪問を行った日、提供した看護内容及びサービス提供結果等を記載すること。なお、特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を行った場合については、病状及び心身の状態等の変化等頻回な訪問看護を行う必要性とそれに対して提供した看護内容、サービス提供結果等を記載すること。

- ⑤ 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が訪問看護を提供している利用者については、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員（准看護師を除く。）と理学療法士等が連携して作成すること。

- ⑥ 指定訪問看護ステーションの管理者にあつては、訪問看護計画書に沿った実施状況を把握し、訪問看護計画書及び訪問看護報告書に関し、助言、指導等必要な管理を行わなければならないこと。

- ⑦ 指定訪問看護事業者は、主治医との連携を図り、適切な指定訪問看護を提供するため、訪問看護計画書及び訪問看護報告書を定期的に主治医に提出しなければならない

理者は、看護師等が感染源となることを予防し、また看護師等を感染の危険から守るため、使い捨ての手袋等感染を予防するための備品等を備え付けるなど対策を講じる必要があること。

(18) 掲示（基準第 24 条関係）

基準第 24 条は、利用者に対し適切な指定訪問看護を提供するため、指定訪問看護ステーション内の見やすい場所に、運営規程の概要、職員の勤務体制その他の利用申込者の選択に資すると思われる事項を掲示し、周知しなければならないこととしたものであること。

(19) 秘密保持（基準第 25 条関係）

① 基準第 25 条第 1 項は、指定訪問看護の事業に関しては、利用者の家庭において行われる事業であることに鑑み、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者またはその家族等の秘密を漏らしてはならないこととしたものであること。また、訪問看護情報提供療養費に係る市町村等への情報提供の際についても、必ず本人又はその家族等の同意を得なければならないものであること。

② 同条第 2 項は、指定訪問看護事業者に対して、過去に当該指定訪問看護ステーションの従業者であった者が、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を取ることを義務づけたものであり、具体的には、指定訪問看護事業者は、当該指定訪問看護ステーションの従業者が従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用時等に取り決め、例えば違約金についての定めを置くなどの措置を講ずべきこととするものであること。

(20) 広告（基準第 26 条関係）

基準第 26 条は、指定訪問看護の事業が地域に開かれた事業として、利用者やその家族に対する支援機能を果たすため、必要な事項については、これを広告することができるとしたものであること。

なお、必要な事項とは次に掲げる事項であり、その内容について虚偽にわたってはならないこと。

- ① 指定訪問看護事業者及び指定訪問看護ステーションの名称、電話番号及び所在の場所を表示する事項
- ② 指定訪問看護ステーションに勤務する看護師等の氏名、経歴
- ③ 看護師等の配置員数
- ④ 指定訪問看護ステーションの営業日及び営業時間
- ⑤ 提供されるサービスの概要
- ⑥ 利用料の内容
- ⑦ その他地方厚生（支）局長の承認を受けた事項

(21) 苦情処理（基準第 27 条関係）

基準第 27 条にいう「必要な措置」とは、具体的には、相談窓口、苦情処理の体制及び手段等当該指定訪問看護ステーションにおける利用者等からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を明らかにし、利用申込者に指定訪問看護の内容を説明する文

らないこと。

(12) 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の具体的な記載要領等については、別に通知するところによるものであること。

(14) 利用者に関する全国健康保険協会、後期高齢者医療広域連合又は健康保険組合への通知（基準第 18 条関係）
基準第 18 条は、指定訪問看護ステーションが、利用者に対する訪問看護療養費又は家族訪問看護療養費の支給が不適当であると認める場合であって全国健康保険協会、後期高齢者医療広域連合又は健康保険組合に通知しなければならない理由を列記したものであること。

(13) 緊急時の対応（基準第 19 条関係）

基準第 19 条は、看護師等が現に指定訪問看護の提供を行っているときに、利用者の病状に急変等が生じた場合には、運営規程に定められた緊急時の対応方法に基づき、速やかに主治医に連絡を行い指示を求めるとともに、必要に応じて臨時応急の指示を行う等の必要な措置を講じなければならないこととしたものであること。

(14) 管理者の責務（基準第 20 条関係）

基準第 20 条は、管理者の責務について規定したものであり、管理者は指定訪問看護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握等の管理を一元的に行い、併せて、適切な指定訪問看護を提供できるよう、運営に関する事項を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

(15) 運営規程（基準第 21 条関係）

基準第 21 条は、指定訪問看護の事業の適正な運営及び利用者等に対する適切な指定訪問看護の提供を確保するため、同条第 1 号から第 7 号までに掲げる事項を内容とする規程を定めることを指定訪問看護ステーションごとに義務づけたものであること。

(16) 勤務体制の確保等（基準第 22 条関係）

基準第 22 条は、利用者等に対する適切な指定訪問看護の提供を確保するため、職員の勤務体制等を規定したものであるが、このほか次の点に留意すること。

① 職員の毎月の勤務体制及び職務内容を定めること。また、看護師等については、日々の勤務体制を明確に定めるとともに、非常勤又は兼務の看護師等の勤務についても、あらかじめ計画された勤務表により行うこと。

② 同条第 2 項は、指定訪問看護事業者は、その雇用する看護師等によって指定訪問看護を提供するべきものであることを規定したものであり、例えば、第三者への委託等を行うことは認められないものであること。

③ 同条第 3 項は、指定訪問看護ステーションの各職種等にわたって、統一した運営方針のもとに指定訪問看護の提供を行い、かつ、その向上を図るため、計画的に職員の研修の機会を確保しなければならないものとしたものであること。

(17) 衛生管理等（基準第 23 条関係）

基準第 23 条は、指定訪問看護ステーションの管理者は、看護師等の清潔の保持及び健康状態の管理並びに指定訪問看護ステーションの設備及び備品等の衛生的な管理に努めるべきことを規定したものであること。特に、指定訪問看護ステーションの管

書に苦情に対する措置の概要についても併せて記載するとともに、指定訪問看護ステーションに掲示すること等であること。

(22) 事故発生時の対応（基準第28条関係）

基準第28条は、利用者が安心して指定訪問看護の提供を受けることができよう、指定訪問看護事業者は、利用者に対する指定訪問看護の提供により事故が発生した場合、是全国健康保険協会、後期高齢者医療広域連合又は健康保険組合、当該利用者の家族等に対して連絡を行う等の必要な措置を講じるべきこととともに、当該利用者に対する指定訪問看護の提供により賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を速やかに行わなければならないこととしたものである。

このほか、以下の点に留意するものとする

- ① 利用者に対する指定訪問看護の提供により事故が発生した場合の対応方法については、あらかじめ指定訪問看護事業者が定めておくことが望ましいこと。
- ② 指定訪問看護事業者は、賠償すべき事態において速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくか、又は賠償能力を有することが望ましいこと。
- ③ 指定訪問看護事業者は、事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じること。

(23) 会計の区分（基準第29条関係）

① 基準第29条は、指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに経理を区分するとともに、指定訪問看護の事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければならないこととしたものであること。

② 具体的な会計処理の方法等については、「指定老人訪問看護の事業及び指定訪問看護の事業の会計・経理準則の制定について」（平成7年6月1日老健第122号・保発第57号厚生省老人保健福祉局長・保険局長連名通知）によることとしたものであること。

(24) 記録の整備（基準第30条関係）

基準第30条は、指定訪問看護の事業の日々の運営及び利用者に対する指定訪問看護の提供等に関する事項を記録し、常時当該指定訪問看護の事業の状況を適正に把握するため、少なくとも次に掲げる記録をその完結の日から2年間備えておかなければならないこととしたものであること。

① 管理に関する記録

- イ 事業日誌
- ロ 職員の勤務状況、給与及び研修等に関する記録
- ハ 月間及び年間の事業計画表及び事業実施状況表
- ② 市町村等との連絡調整に関する記録
- ③ 指定訪問看護に関する記録

イ 記録書

- ロ 指示書、訪問看護計画書及び訪問看護報告書
- ハ 市町村等に対する情報提供書
- ④ 会計経理に関する記録

⑤ 設備及び備品等に関する記録
(25) 事業報告（基準第31条関係）

基準第31条は、指定訪問看護ステーションの管理者は、その管理する指定訪問看護ステーションに関して、指定訪問看護の事業について、報告しなければならない旨定めたものであること。

なお、具体的な事業報告の方法等については、別に通知するところによるものであること。

◎健康保険法施行規則の一部を改正する省令

健康保険法施行規則（大正十五年内務省令第三十六号）の一部を次の表のように改正する。
（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
<p>(法第八十八条第一項の厚生労働省令で定める基準)</p> <p>第六十七条 法第八十八条第一項の厚生労働省令で定める基準は、病状が安定し、又はこれに準ずる状態にあり、かつ、居宅において看護師等（看護師その他次に規定する者をいう。第七十四条第一項第九号及び第七十七条において同じ。）が行う療養上の世話及び必要な診療の補助を要することとする。</p> <p>(指定訪問看護事業者に係る指定の申請)</p> <p>第七十四条 法第八十八条第一項の指定を受けようとする者は、次に掲げる事項を記載した申請書及び書類を当該申請に係る訪問看護事業を行う事業所の所在地を管轄する地方厚生局長等に提出しなければならない。</p> <p>一～四 (略)</p> <p>五 申請者が、現に他の訪問看護ステーション、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の開設者であるときは、その概要</p> <p>その概要</p> <p>六 申請者が、同時に他の訪問看護ステーション、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院を開設しようとするときは、その概要</p> <p>七～十五 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>(変更の届出)</p> <p>第七十七条 法第九十三条の厚生労働省令で</p>	<p>(法第八十八条第一項の厚生労働省令で定める基準)</p> <p>第六十七条 法第八十八条第一項の厚生労働省令で定める基準は、病状が安定し、又はこれに準ずる状態にあり、かつ、居宅において看護師等（看護師その他次に規定する者をいう。第七十四条第一項第九号において同じ。）が行う療養上の世話及び必要な診療の補助を要することとする。</p> <p>(指定訪問看護事業者に係る指定の申請)</p> <p>第七十四条 法第八十八条第一項の指定を受けようとする者は、次に掲げる事項を記載した申請書及び書類を当該申請に係る訪問看護事業を行う事業所の所在地を管轄する地方厚生局長等に提出しなければならない。</p> <p>一～四 (略)</p> <p>五 申請者が、現に他の訪問看護ステーション、病院、診療所又は介護老人保健施設の開設者であるときは、その概要</p> <p>六 申請者が、同時に他の訪問看護ステーション、病院、診療所又は介護老人保健施設を開設しようとするときは、その概要</p> <p>七～十五 (略)</p> <p>2 (略)</p> <p>(変更の届出)</p> <p>第七十七条 法第九十三条の厚生労働省令で</p>

定める事項は、第七十四条第一項第一号、第四号、第五号、第九号及び第十号に掲げる事項（同項第九号に掲げる事項については、訪問看護ステーションとなる事業所の管理者の氏名、経歴（看護師等については、免許証の写しを含む。）及び住所に関する。）とする。

<p>定める事項は、第七十四条第一項第一号、第四号、第五号、第九号及び第十号に掲げる事項（同項第九号に掲げる事項については、訪問看護ステーションとなる事業所の管理者の氏名、経歴（看護師等については、免許証の写しを含む。）及び住所に関する。）とする。</p>	<p>定める事項は、第七十四条第一項第一号、第四号、第五号、第九号及び第十号に掲げる事項とする。</p>
--	--

附 則

この省令は、令和二年四月一日から施行する。

様式集(点数表・施設基準等)

※日医ホームページ上に掲載します

①点数表等の別紙様式

- 別紙様式 1 退院証明書
- 別紙様式 2 医療区分・ADL区分に係る評価票
- 別紙様式 3 緩和ケア実施計画書
- 別紙様式 4 児童・思春期精神医療入院診療計画書
- 別紙様式 4 の 2 同・(医療保護入院者用)
- 別紙様式 5 栄養治療実施計画 兼 栄養治療実施報告書
- 別紙様式 6 退院支援計画書
- 別紙様式 6 の 2 退院支援計画書 (PSW配置加算)
- 別紙様式 6 の 3 退院支援計画書 (地域移行病棟)
- 別紙様式 7 地域包括ケア病棟入院診療計画書
- 別紙様式 7 の 2 ADL維持向上等体制加算に係る評価書
- 別紙様式 7 の 3 (新)せん妄ハイリスク患者ケア加算に係るチェックリスト
- 別紙様式 8 短期滞在手術同意書
- 別紙様式 9 生活習慣病 療養計画書 初回用
- 別紙様式 9 の 2 生活習慣病 療養計画書 継続用
- 別紙様式 10 「小児かかりつけ診療料」説明書・同意書
- 別紙様式 11 診療情報提供書 (医療機関宛)
- 別紙様式 11 の 2 (新) 診療情報提供書 (届出状況)
- 別紙様式 12 診療情報提供書 (市町村宛)
- 別紙様式 12 の 2 診療情報提供書 (市町村宛/18歳未満・子)
- 別紙様式 12 の 3 診療情報提供書 (市町村宛/18歳未満・親)
- 別紙様式 12 の 4 診療情報提供書 (居宅介護支援事業所向け)
- 別紙様式 13 診療情報提供書 (介護老人保健施設宛)
- 別紙様式 14 (新) 診療情報提供書 (学校宛)
- 別紙様式 16 訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書
- 別紙様式 17 精神科訪問看護指示書
- 別紙様式 17 の 2 精神科特別訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書
- 別紙様式 18 特別訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書
- 別紙様式 19 神経学的検査チャート
- 別紙様式 19 の 2 小児神経学的検査チャート
- 別紙様式 20 血漿成分製剤輸注文書 (同意書)
- 別紙様式 21 リハビリテーション実施計画書
- 別紙様式 21 の 2 リハビリテーション実施計画書
- 別紙様式 21 の 3 リハビリテーション実施計画書
- 別紙様式 21 の 4 リハビリテーション実施計画書
- 別紙様式 21 の 5 リハビリテーション実施計画書
- 別紙様式 21 の 6 リハビリテーション実施計画書
- 別紙様式 22 廃用症候群に係る評価表
- 別紙様式 22 (参考資料) 疾病コード
- 別紙様式 23 リハビリテーション総合実施計画書
- 別紙様式 23 の 2 リハビリテーション総合実施計画書
- 別紙様式 23 の 3 リハビリテーション総合実施計画書
- 別紙様式 23 の 4 リハビリテーション総合実施計画書
- 別紙様式 23 の 5 目標設定等支援・管理シート
- 別紙様式 24 (精神科) 退院療養計画書
- 別紙様式 25 酸素の購入価格に関する届出書
- 別紙様式 26 輸血文書
- 別紙様式 27 90日超一般病棟入院患者 退院支援状況報告書
- 別紙様式 28 初診料及び外来診療料の注2、注3に規定する施設基準に係る報告書
- 別紙様式 29 精神科リエゾンチーム治療評価書
- 別紙様式 29 の 2 精神科リエゾンチーム診療実施計画書
- 別紙様式 30 病棟薬剤業務日誌
- 別紙様式 31 精神科デイ・ケア等の実施状況に係る報告書
- 別紙様式 32 認知症療養計画書
- 別紙様式 32 の 2 認知症療養計画書

- 別紙様式 33 DIEPSS (薬原性錐体外路症状評価尺度) 全項目評価用紙
- 別紙様式 34 介護職員等喀痰吸引等指示書
- 別紙 36 向精神薬種類一覧
- 別紙 36 の 2 抗精神病薬のクロルプロマジン換算係数
- 別紙様式 37 統合失調症用 院内標準診療計画書
- 別紙様式 37 の 2 気分(感情)障害用 院内標準診療計画書
- 別紙様式 38 退院支援委員会会議記録
- 別紙様式 39 精神科の診療に係る経験を十分に有する医師に係る届出書添付書類
- 別紙様式 40 向精神薬多剤投与に係る報告書
- 別紙様式 41 総合支援計画書
- 別紙様式 42 入院時訪問指導に係る評価書
- 別紙様式 43 褥瘡対策に関する診療計画書
- 別紙様式 44 保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式
- 別紙様式 45 回復期リハビリテーション病棟入院料における実績指数等に係る報告書
- 別紙様式 46 褥瘡対策に関する評価
- 別紙様式 47 地域包括診療加算等説明書・同意書
- 別紙様式 48 地域包括診療料等説明書・同意書
- 別紙様式 49 職場復帰の可否等についての主治医意見書
- 別紙様式 49 の 2 治療の状況や就職継続の可否等についての主治医意見書
- 別紙様式 50 退院時共同指導料2注4(看護・栄養管理等情報)
- 別紙様式 51 (新) 包括的支援マネジメント 導入基準

②別添 6 基本診療料の施設基準等に係る別紙

- 別紙 1 診療情報提供書
- 別紙 2 入院診療計画書
- 別紙 2 の 2 入院診療計画書
- 別紙 2 の 3 入院診療計画書
- 別紙 3 褥瘡対策に関する診療計画書
- 別紙 4 平均在院日数の算定方法
- 別紙 5 看護要員(看護職員及び看護補助者をいう)の配置状況(例)
- 別紙 6 入院基本料に係る看護記録
- 別紙 7 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票
- 別紙 8 医療区分・ADL区分に係る評価票 評価の手引き
- 別紙 12 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準
- 別紙 13 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準
- 別紙 14 超重症児(者)・準超重症児(者)の判定基準
- 別紙 14 の 2 強度行動障害児(者)の医療度判定基準
- 別紙 16 褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書
- 別紙 17 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票
- 別紙 18 ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票
- 別紙 19 リハビリテーション総合実施計画書
- 別紙 20 リハビリテーション総合実施計画書
- 別紙 21 日常生活機能評価票
- 別紙 23 栄養管理計画書
- 別紙 24 感染防止対策地域連携加算チェック項目表

③別添 7 基本診療料の施設基準等に係る届出書

④別添 2 特掲診療料の施設基準等に係る届出書

(別紙様式 1)

退院証明書

保険医療機関名称
住所
電話番号
主治医氏名

患者氏名 患者住所 電話番号 生年月日 (明・大・昭・平・令) 年 月 日 (歳)	性別 (男・女)
1. 当該保険医療機関における入院年月日及び退院年月日 <input type="checkbox"/> 入院年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退院年月日 年 月 日	
2. 当該保険医療機関における入院基本料等 (特定入院料を含む。) の種別及び算定期間 (種数ある場合はそれぞれ記載のこと。) <input type="checkbox"/> 入院基本料等の種別 : _____ 日 (_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 算定期間 : _____ 日 (_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日)	
3. 当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間 <input type="checkbox"/> 日 (_____ 年 月 日 現在)	
4. 当該保険医療機関の入院に係る傷病名 <input type="checkbox"/> 傷病名 : _____	
5. 転帰 (該当するものに○をつける。) <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治癒に近い状態 (寛解状態を含む。) <input type="checkbox"/> その他	
6. その他の特記事項 	

別添 1 の 2

< 通則 >

医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する書面等は別紙様式のとおりである。
 なお、当該様式は、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、当該別紙様式と同じでなくても差し支えないものであること。
 また、当該別紙様式の作成や保存等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたいこと。
 自筆の署名がある場合には印は不要であること。
 署名又は記名・押印を要する文書については、電子的な署名を含む。
 様式 11、12、12 の 2、12 の 3、12 の 4、13、16、17、17 の 2、18 について、電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関、保険薬局等に提供する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成 25 年 10 月)を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤 (PKI : Healthcare Public Key Infrastructure) による電子署名を施すこと。

※別紙様式 15 は欠番である。

年 月 分

氏名	1男 2女	1明 2次 3照 4平 5令	生
----	-------	----------------	---

- 入院元(入院した月に限り記載)
- 一般病棟(自院以外の急性期病院からの転院)
 - 一般病棟(自院の急性期病棟からの転院)
 - 他の病棟(急性期医療を担う保健医療機関の一般病棟以外)
 - 介護医療院
 - 介護老人保健施設
 - 特別養護老人ホーム
 - 有料老人ホーム等
 - 自宅

- 退院先(退院した月に限り記載)
- 一般病棟(急性期病棟への転院・転棟)
 - 他の病棟(急性期医療を担う保健医療機関の一般病棟以外)
 - 介護医療院
 - 介護老人保健施設
 - 特別養護老人ホーム
 - 有料老人ホーム等
 - 自宅
 - 死亡

【留意事項】
 養老病棟に入院する患者については、別添6の別紙8の「医療区分・ADL区分等に係る評価票 評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、患者の状態像に応じて、該当する区分に「○」を記入すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。また、頻度が定められていない項目については必ず「○」を記入すること。

Ⅰ 算定期間に限りの区分

医療区分3	期間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1 24時間持続して点滴を実施している状態	7																															
2 尿路感染症に対する治療を実施している状態	14																															
3 痛病等によりリハビリテーションが必要な状態	30																															
4 81、かつ、83の状態	7																															
5 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態	7																															
6 82、かつ、83の状態	3																															
7 せん妄に対する治療を実施している状態	7																															
8 84、かつ、82又は83の状態	7																															
9 頻回の血糖検査を実施している状態	3																															

Ⅱ 算定期間に限らない区分

医療区分3	☆	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
10 スモン	<input type="checkbox"/>																															
11 注1を参照	<input type="checkbox"/>																															
12 80に該当、かつ、1～38(12を除く。)に1項目以上該当する状態	<input type="checkbox"/>																															
13 中心静脈栄養を実施している状態	<input type="checkbox"/>																															
14 人工呼吸器を使用している状態	<input type="checkbox"/>																															
15 ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態	<input type="checkbox"/>																															
16 85、かつ、83の状態	<input type="checkbox"/>																															
17 酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態に限る。)	<input type="checkbox"/>																															
18 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態	<input type="checkbox"/>																															
医療区分2	☆																															
19 筋ジストロフィー	<input type="checkbox"/>																															
20 多発性硬化症	<input type="checkbox"/>																															
21 筋萎縮性側索硬化症	<input type="checkbox"/>																															
22 <small>パーキンソン病(認知症を伴わない場合)、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病(認知症を伴う場合)のいずれかにより診断された患者(注1を参照)に限る。</small>	<input type="checkbox"/>																															
23 その他の指定難病等 (10及び19～22までを除く。)	<input type="checkbox"/>																															
24 骨髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)	<input type="checkbox"/>																															
25 慢性閉塞性肺疾患(ニューモニアの分類が7月の状態に該当する場合に限る。)	<input type="checkbox"/>																															
26 人工腎臓、持続経皮式血液濾過、膜濾過又は血漿交換療法を実施している状態	<input type="checkbox"/>																															
27 注2を参照	<input type="checkbox"/>																															
28 基本診療科の施設基準等の別表第五の三の三の患者	<input type="checkbox"/>																															
29 悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)	<input type="checkbox"/>																															
30 肺炎に対する治療を実施している状態	<input type="checkbox"/>																															
31 褥瘡に対する治療を実施している状態(皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が1期以上に認められる場合に限る。)	<input type="checkbox"/>																															
32 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態	<input type="checkbox"/>																															
33 うつ症状に対する治療を実施している状態	<input type="checkbox"/>																															
34 他者にに対する暴行が毎日認められる場合	<input type="checkbox"/>																															
35 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態	<input type="checkbox"/>																															
36 気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く。)	<input type="checkbox"/>																															
37 褥瘡(褥瘡創や褥瘡創を含む)、皮膚潰瘍又は下腿前又は足部の褥瘡、眼等の悪性腫瘍に対する治療を実施している状態	<input type="checkbox"/>																															
38 酸素療法を実施している状態(17を除く。)	<input type="checkbox"/>																															
39 80に該当、かつ、1～38(12を除く。)に該当しない状態	<input type="checkbox"/>																															

医療区分3の該当有無

医療区分2の該当有無

医療区分3・2いずれも0(医療区分1)

81 脱水に対する治療を実施している状態	<input type="checkbox"/>																												
82 頻回の嘔吐に対する治療をしている状態	<input type="checkbox"/>																												
83 発熱がある状態	<input type="checkbox"/>																												
84 経鼻胃管や胃導管等の経腸栄養が行われている状態	<input type="checkbox"/>																												
85 気管切開又は気管内挿管が行われている状態	<input type="checkbox"/>																												
86 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態	<input type="checkbox"/>																												
87 中心静脈カテーテル関連血流感染症に対して治療を実施している状態	<input type="checkbox"/>																												
91 身体抑制を実施している	<input type="checkbox"/>																												

Ⅲ ADL区分評価

【留意事項】

月初め(月の途中から入院又は転棟してきた場合には、入院又は転棟時に、必ず各項目に評価点(0~6)を記入することとし、その後ADLが変化した場合は該当日に評価点を記入すること。なお、該当日以降に各区分のADLの変化がなければ記入しなくても良い。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
a ベッド上の可動性																																
b 移乗																																
c 食事																																
d トイレの使用																																
ADL得点(合計得点0~24)																																

患者の状態像評価

【留意事項】

月初め(月の途中から入院した場合に、入院時に)、必ずⅠ~Ⅲの評価結果に基づき、該当する区分に「○」を記入することとし、その後状態等が変化し、該当しなくなった場合には「×」を記入すること。なお、該当日以降に状態等の変化がなければ記入しなくても良い。

1. 病院の場合

医療区分の評価		ADL区分の評価		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
A	医療区分3 医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分3	ADL得点 23~24																															
B	医療区分3 医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分2	ADL得点 11~22																															
C	医療区分3 医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL得点 0~10																															
D	医療区分2 医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分3	ADL得点 23~24																															
E	医療区分2 医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分2	ADL得点 11~22																															
F	医療区分2 医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL得点 0~10																															
G	医療区分1 医療区分3の評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分3	ADL得点 23~24																															
H	医療区分1 医療区分3の評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分2	ADL得点 11~22																															
I	医療区分1 医療区分3の評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分1	ADL得点 0~10																															

※ 当該患者に係る疾患又は状態等、ADL区分評価については、該当する全てのものについて記入すること。

2. 診療所の場合

医療区分の評価		ADL区分の評価		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
A	医療区分3 医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分3	ADL得点 0~24																															
B	医療区分3 医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分3~2	ADL得点 11~24																															
C	医療区分2 医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL得点 0~10																															
D	医療区分1 医療区分3の評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分3	ADL得点 23~24																															
E	医療区分1 医療区分3の評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分2~1	ADL得点 0~22																															

※ 当該患者に係る疾患又は状態等、ADL区分評価については、該当する全てのものについて記入すること。ただし、該当する疾患又は状態等について全て記入することが困難である場合にあつては、主となる疾患又は状態等の記入でも差し支えないこと。

注1

- ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であつて別表第五の二若しくは別表第五の三の患者
- イ 「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる神経難病等の患者であつて、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する療養病棟に入院している患者(仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。)
- ウ 平成20年3月31日において現に特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等
- エ 平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等

注2

- ア 平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であつて別表第五の二又は別表第五の三の患者以外の患者
- イ 「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる神経難病等の患者であつて、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する療養病棟に入院している患者(仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。)(別表第五の二の患者は除く。)
- ウ 平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)等、重度の障害者(脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。)(別表第五の二の患者は除く。)

褥瘡の状態の評価

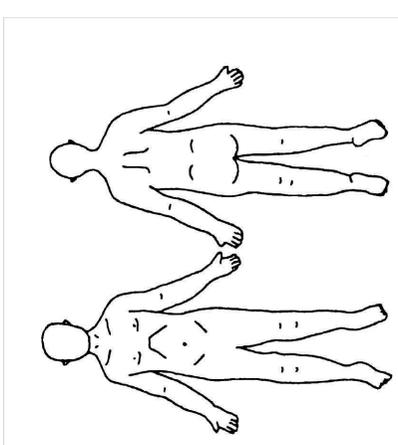
【留意事項】

ADL区分3の状態の患者において、褥瘡対策加算を算定する日は、別紙様式46f褥瘡対策に関する評価)を用いて評価した当該日のDESIGN-Rの合計点(深さの点数は加えない)を必ず記入すること。なお、ADL区分3以外の状態の日又は褥瘡対策加算を算定しない日は記入しなくても良い。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
DESIGN-Rの合計点(深さの点数は加えない)																																		

緩和ケア実施計画書

(別紙様式3)

氏名	(ふりがな)		年齢	ID																																																																						
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日																																																																						
主訴	歳																																																																									
診断	5)																																																																									
	6)																																																																									
	7)																																																																									
	8)																																																																									
現病歴	年 月 日																																																																									
既往歴	年 月 日																																																																									
身体症状	<p>【重症度】</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr><td>1. 痛み</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>2. 呼吸困難</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>3. 倦怠感</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>4. 発熱</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>5. 口渇</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>6. 咳・痰</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>7. 食欲不振</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>8. 嘔気・嘔吐</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>9. 腹部膨満感</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>10. 便秘</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>11. 尿閉、失禁</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>12. 浮腫</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>13. 栄養障害</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>14. その他(具体的に)</td><td colspan="4"></td></tr> </table> <p>【症状の性質、分布】</p> <div style="text-align: center;">  </div>				1. 痛み	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	2. 呼吸困難	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	3. 倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	4. 発熱	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	5. 口渇	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	6. 咳・痰	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	7. 食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	8. 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	9. 腹部膨満感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	10. 便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	11. 尿閉、失禁	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	12. 浮腫	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	13. 栄養障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	14. その他(具体的に)				
1. 痛み	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
2. 呼吸困難	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
3. 倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
4. 発熱	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
5. 口渇	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
6. 咳・痰	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
7. 食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
8. 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
9. 腹部膨満感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
10. 便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
11. 尿閉、失禁	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
12. 浮腫	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
13. 栄養障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
14. その他(具体的に)																																																																										
身体活動状態	<p>全脱 <input type="checkbox"/> 全脱なし <input type="checkbox"/> 1. 経度の症状があるも、軽い労働は可能 <input type="checkbox"/> 2. 時に介助が必要、一日の半分以上は起きている <input type="checkbox"/> 3. しほしほ介助が必要、一日の半分以下は起きている <input type="checkbox"/> 4. 常に介助が必要、終日臥床している <input type="checkbox"/> 5. 歩行 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 不可</p>																																																																									

精神状態	<p>【重症度】</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr><td>1. 不安</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>2. 抑うつ</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>3. せん妄</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>4. 不眠</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>5. 脱力</td><td><input type="checkbox"/>なし</td><td><input type="checkbox"/>軽</td><td><input type="checkbox"/>中</td><td><input type="checkbox"/>重</td></tr> <tr><td>6. その他(具体的に)</td><td colspan="4"></td></tr> </table>				1. 不安	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	2. 抑うつ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	3. せん妄	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	4. 不眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	5. 脱力	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	6. その他(具体的に)				
1. 不安	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																														
2. 抑うつ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																														
3. せん妄	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																														
4. 不眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																														
5. 脱力	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																														
6. その他(具体的に)																																		
その他の問題	<p><input type="checkbox"/>家族 <input type="checkbox"/>経済 <input type="checkbox"/>仕事・趣味・交際などの活動や生きがい <input type="checkbox"/>その他 本人の希望</p>																																	
治療目標 (優先順に)	①	②	③																															
緩和治療・検査計画	<p><input type="checkbox"/>薬物療法 <input type="checkbox"/>精神療法(カウンセリング、リラクゼーション) <input type="checkbox"/>理学・作業療法 <input type="checkbox"/>栄養食事管理 <input type="checkbox"/>その他</p>																																	
備考																																		
説明日	年	月	日																															
本人の署名	<p>家族の署名 (続柄)</p> <p>精神科医</p> <p>緩和ケア担当看護師</p> <p>緩和ケア担当薬剤師 (緩和ケア担当管理栄養士)</p>																																	

児童・思春期精神医療入院診療計画書

患者氏名	(男・女)	生年月日	昭・平・令	年	月	日	生 (歳)
診断名 (状態名)	ICD-10(コード番号):						

I. 発育・社会的環境

発達・生育歴 <input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> あり	家族構成: (同居家族を含む)	社会的環境: a. 進学状況 b. 教育歴 (継続学歴:)	c. 職業 d. 交友関係など

II. 入院時の状況

入院年月日	年 月 日 (曜日)	入院 形態	<input type="checkbox"/> 任意入院 <input type="checkbox"/> 措置入院 <input type="checkbox"/> その他
主訴	患者: _____ 家族 (父・母・その他): _____		

特別な栄養管理の必要性: 有 ・ 無

症状および 問題行動:

A. 行動:	a. 動き: <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 躁動 <input type="checkbox"/> 常向症 <input type="checkbox"/> 拒絶症 <input type="checkbox"/> 奇妙な動作 ()
	b. 表情: <input type="checkbox"/> 不安・恐怖・心配 <input type="checkbox"/> 憂うつ <input type="checkbox"/> 敵意 <input type="checkbox"/> 無表情
	c. 話し方: <input type="checkbox"/> 健忘 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 吃音 <input type="checkbox"/> 反響言語
	d. その他: <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 食行動異常 <input type="checkbox"/> 排泄障害 <input type="checkbox"/> 習癖異常
B. 情緒:	<input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 無感情 <input type="checkbox"/> 怒り・敵意 <input type="checkbox"/> 不安・恐怖・心配 <input type="checkbox"/> 高揚 <input type="checkbox"/> 抑うつ気分 <input type="checkbox"/> 感情の不調和
C. 対人関係:	<input type="checkbox"/> ひきこもり <input type="checkbox"/> 自己中心的 <input type="checkbox"/> 共感性欠如
D. 知的機能:	<input type="checkbox"/> 注意散漫 <input type="checkbox"/> 興味喪失 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 学習 (能力) 障害
E. 意識:	<input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 意識障害
F. 意欲:	<input type="checkbox"/> 消極性 <input type="checkbox"/> 意欲減退 <input type="checkbox"/> 無為 <input type="checkbox"/> 意欲亢進
G. 行為:	<input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 他害・暴行 <input type="checkbox"/> 盗み <input type="checkbox"/> 器物破壊
H. 知覚:	<input type="checkbox"/> 錯覚 <input type="checkbox"/> 幻覚
I. 思考:	<input type="checkbox"/> 心気症 <input type="checkbox"/> 強迫観念・行為 <input type="checkbox"/> 恐怖症 <input type="checkbox"/> 自殺念慮・自殺企図 <input type="checkbox"/> 離人体験 <input type="checkbox"/> 病的な空想 <input type="checkbox"/> 作為体験 <input type="checkbox"/> 罪業妄想 <input type="checkbox"/> 被害・関係妄想 <input type="checkbox"/> その他の妄想 () <input type="checkbox"/> 連合障害
J. その他:	<input type="checkbox"/> 病識欠如 <input type="checkbox"/> 不登校 <input type="checkbox"/> 計画的な行動がとれない <input type="checkbox"/> 衝動コントロールの欠如 <input type="checkbox"/> 主体性の未確立

具体的な事例:

(※) 担当者名

主治医	看護師	精神保健福祉士	公認心理師	その他

III. 治療計画

予定治療期間 (週(月))	基本方針:
本人の希望:	
家族の希望:	治療と検査: A. 治療: 精神療法: <input type="checkbox"/> 個人精神療法: 回/週 <input type="checkbox"/> 集団精神療法: 回/週 <input type="checkbox"/> 認知行動療法: 回/週 <input type="checkbox"/> 生活療法: 回/週 薬物療法: <input type="checkbox"/> 抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> 抗躁薬 <input type="checkbox"/> 抗不安薬 <input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 <input type="checkbox"/> 睡眠導入剤 <input type="checkbox"/> その他 () B. 検査: 理化学検査: <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT (MRI) 検査 <input type="checkbox"/> その他 () 心理検査: <input type="checkbox"/> 知能検査 () <input type="checkbox"/> 性格検査 ()
目標の設定:	
同意事項: <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 診断の確定 <input type="checkbox"/> 薬物療法の調整 <input type="checkbox"/> 精神症状の改善 <input type="checkbox"/> 問題行動の改善 <input type="checkbox"/> 生活リズムの改善 <input type="checkbox"/> 家族関係の調整 <input type="checkbox"/> 主体性の確立 <input type="checkbox"/> 社会復帰 <input type="checkbox"/> その他 ()	
行動制限: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (電話、面会、外出、外泊、その他)	隔離室・個室使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
退院後の目標: <input type="checkbox"/> 家庭内適応 <input type="checkbox"/> 復学 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 地域作業所 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ()	

IV. 家族へのアプローチ

面接:	<input type="checkbox"/> 家族面談: 回/週・月 (<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 ())
その他:	<input type="checkbox"/> 本人との面談面談: 回/週・月 <input type="checkbox"/> 家族療法: 回/週・月 <input type="checkbox"/> その他: 回/週・月

V. 学校・教育へのアプローチ

入院中の教育的配慮:	学校への教育的アプローチ: <input type="checkbox"/> 本人の同意 <input type="checkbox"/> 保護者の同意 <input type="checkbox"/> 院内学級・院内分校への通級 (学) <input type="checkbox"/> 担任 <input type="checkbox"/> 兼護教諭 <input type="checkbox"/> 生徒指導担当 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 地元 (県籍) 校への通学 <input type="checkbox"/> 訪問学級 <input type="checkbox"/> 現状での課題点 () <input type="checkbox"/> 通信教育 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 今後の方向性 ()
------------	--

上記説明を受けました。 年 月 日 本人サイン 保護者サイン

(注) 内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わりが得るものである。
(児童・思春期精神医療入院診療計画書記載上の注意)

1. 入院の早い時期に、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師などの関係者が協力し、治療計画を決めること
2. 予めやかに、患者、保護者へ説明を行うとともに交付すること。(病状によっては、別紙2のみ交付でも可)

児童・思春期精神医療入院診療計画書(医療保護入院者用)

患者氏名	(男・女) 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 生 (歳)
診断名(状態徴名)	ICD-10(コード番号) :

I. 発育・社会的環境

発達・生育歴 □特記事項なし □あり	家族構成: (同居家族を含む) a. 就学状況 b. 教育歴 (最終学歴:)	社会的環境: c. 職歴 d. 交友関係など
--------------------------	---	------------------------------

II. 入院時の状況

入院年月日	年 月 日 (曜日)	入院形態	□任意入院 □医療保護入院 □措置入院 □その他
-------	--------------	------	-----------------------------

主訴 患者: _____
家族(父・母・その他): _____

特別な栄養管理の必要性: 有 ・ 無

症状および問題行動:

- A. 行動: a. 動き: □多動 □常同症 □拒絶症 □奇妙な動作 ()
b. 表情: □不安・恐怖・心配 □憂うつ □怒り・敵意 □無表情
c. 話し方: □臆黙 □不明瞭 □吃音 □反響言語
d. その他: □睡眠障害 □食行動異常 □排便異常 □習癖異常
- B. 情緒: □不安定 □無感情 □怒り・敵意 □不安・恐怖・心配 □高揚 □抑うつ気分 □感情の不調和
- C. 対人関係: □ひきこもり □自己中心的 □他罰的 □共感性欠如
- D. 知的機能: □注意散漫 □興味限局 □記憶障害 □知的障害 □学習(能力)障害
- E. 意識: □見当識障害 □意識障害
- F. 意欲: □消極性 □意欲減退 □無為 □意欲亢進
- G. 行為: □自傷 □他害・暴行 □盗み □器物破壊
- H. 知覚: □錯覚 □幻覚
- I. 思考: □心気症 □強迫観念・行為 □恐怖症 □自暴念慮・自殺念図 □離人体験 □病的な空想 □作為体験 □非業妄想 □被害・関係妄想 □その他の妄想 () □連合障害
- I. その他: □常識欠如 □不登校 □計画的な行動がとれない □衝動コントロールの欠如 □主体性の未確立

具体的な事柄:

主治医	看護師	精神保健福祉士	公認心理師	その他
-----	-----	---------	-------	-----

(※) 担当者名

III. 治療計画 (患者氏名)

推定される入院期間 (週間/月) (うち医療保護入院による入院期間:)	基本方針:
本人の希望:	治療と検査: A. 治療: 精神療法: □個人精神療法: 回/週 □集団精神療法: 回/週 □認知行動療法: 回/週 □生活療法: 回/週 薬物療法: □抗精神病薬 □抗うつ薬 □抗躁薬 □抗不安薬 □抗てんかん薬 □睡眠導入剤 □その他 () B. 検査: 理化学検査: □血液検査 □心電図 □腐波 □X線 □CT (MRI) 検査 □その他 () 心理学検査: □知能検査 () □性格検査 ()
家族の希望:	同意事項: □検査 □診断の確定 □薬物療法の調整 □精神症状の改善 □問題行動の改善 □生活リズムの改善 □家族関係の調整 □主体性の確立 □社会復帰 □その他 ()
目標の設定:	行動制限: □なし □あり (電話、面会、外出、外泊、その他) 隔離室・個室使用: □なし □あり
退院後の目標:	退院後の目標: □家庭内適応 □復学 □就労 □デイクア □地域作業所 □施設入所 □その他 ()

IV. 家族へのアプローチ

面談:	□家族面接: 回/週・月 (□父親 □母親 □その他 ())	具体的アプローチ
その他:	□本人との同席面談: 回/週・月	
	□家族療法: 回/週・月 □その他: 回/週・月	

V. 学校・教育へのアプローチ

入院中の教育的配慮:	学校への具体的アプローチ: □本人の同意 □保護者の同意 □担任 □養護教諭 □生徒指導担当 □その他 ()
□院内学級・院内分校への通級(学)	
□地元(原籍)校への通学 □訪問学級	
□通信教育 □その他 ()	

上記内容を受けました。 年 月 日 本人サイン 保護者サイン

(注)内容を考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わりが得るものである。

- 1 入院の早い時期に、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師などの関係者が協力し、治療計画を決めること。
2. すみやかに、患者、保護者へ説明を行うとともに交付すること。(病状によっては、別紙2のみ交付でも可)

栄養治療実施計画 兼 栄養治療実施報告書

患者氏名	患者ID	性：男・女	年齢	歳	入院日	年 月 日
病棟	主治医	NST患者担当者			初回回診日	年 月 日
NST回診実施者名	医師	看護師	薬剤師	管理栄養士		
NST回診実施者名	歯科医師 歯科衛生士	臨床検査技師	PT・OT・ST MSWほか	NST専従者氏名		
現疾患		褥瘡	なしあり()	嚥下障害	なしあり()	前回回診日 年 月 日
その他の合併疾患※1		感染症	なしあり()	社会的問題点	なしあり()	回診日 年 月 日
身長	cm	現体重	kg	BMI:	標準体重 (BMI=22)	kg
栄養評価	主観的栄養評価	アルブミン (g/dL)	リンパ球数 (/mm ³)	ヘモグロビン (g/dL)	中性脂肪 (mg/dL)	トランスサイレチン (TTR:プレアルブミン) (mg/dL)
	良・普通・悪	検査日 月 日	検査日 月 日	検査日 月 日	検査日 月 日	検査日 月 日
前回との比較	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪
栄養管理法						
経口栄養	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 該当無し <input type="checkbox"/> 咀嚼困難食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 <input type="checkbox"/> 学会分類コード: () <input type="checkbox"/> 濃厚流動食・経腸栄養剤	経腸栄養※2	<input type="checkbox"/> 該当無し <input type="checkbox"/> 経鼻() <input type="checkbox"/> 胃瘻() <input type="checkbox"/> 腸瘻()	経静脈栄養	<input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養 <input type="checkbox"/> 該当無し <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (鎖骨下・ソケイ部・PICC・リザーバー)	
栄養投与方法の推移(前回との比較) (例:経腸栄養 → 経口栄養、経口栄養 → 中心静脈栄養)			<input type="checkbox"/> 無し () → ()			
投与組成・投与量(該当無しの場合□にチェックを入れること)						
	水分量 (ml/日)	エネルギー (kcal/日)	たんぱく質・アミノ酸 (g/日)			
前回栄養管理プラン※3	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し
実投与量	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し
投与バランス※4	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し
新規栄養管理プラン	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し
栄養管理上の注意点・特徴※5						
活動状況・評価						
他チームとの連携状況	摂食嚥下チーム (あり なし)	褥瘡対策チーム (あり なし)	感染対策チーム (あり なし)	緩和ケアチーム (あり なし)	その他のチーム (チーム)	
治療法の総合評価※6	【評価項目】※7 1. 身体的栄養評価: 改善度 5・4・3・2・1 (改善項目:) 2. 血液学的栄養評価: 改善度 5・4・3・2・1 (改善項目:) 3. 摂食・嚥下状態: 改善度 5・4・3・2・1 4. 褥瘡: 改善度 5・4・3・2・1 5. 感染・免疫力: 改善度 5・4・3・2・1 6. 7.			コメント※8【入院中・転院・退院】:		
【 】 ①改善 ②不変 ③増悪						

※1: 褥瘡・嚥下障害・感染症以外で、栄養管理に際して重要と思われる疾患を優先的に記載すること。
 ※2: 投与速度と形状(半固形化の有無など)を含めて記載すること。
 ※3: 初回時には記載を要しない。
 ※4: 必要に応じ患者及び家族等に確認し、提供している食事・薬剤のみではなく、間食等の状況を把握した上で、体内へ入った栄養量を記載するよう努めること。
 ※5: 栄養管理の上で特に注意を要する点や特徴的な点を記載すること。
 ※6: 栄養療法による効果判定を総合的に行うこと。【 】内には、①～③のいずれかを記載すること。
 ※7: 評価項目中変化があった項目を選択し、程度を「5:極めて改善」「4:改善」「3:不変」「2:やや悪化」「1:悪化」の5段階で記載すること。また、改善項目の詳細も記載すること。なお、必要に応じて項目を追加しても構わない。
 ※8: 治療評価時の状況として「入院中」「転院」「退院」のうちいずれか一つを選択し、栄養治療の効果についての補足事項や詳細を記載すること。特に、「転院」又は「退院」の場合にあっては、患者及び家族に対して今後の栄養管理の留意点等(在宅での献立を含む。)について丁寧な説明を記載するとともに、転院先又は退院先で当該患者の栄養管理を担当する医師等に対し、治療継続の観点から情報提供すべき事項について記載すること。

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

入院日： 年 月 日
計画着手日： 年 月 日
計画作成日： 年 月 日

病棟(病室)	
病名 (他に考え得る病名)	
退院に關する患者以外の 相談者	家族・その他関係者()
退院支援計画を 行う者の氏名 (下担当者を除く)	
退院困難な要因	
退院に係る問題点、 課題等	
退院へ向けた目標設 定、支援期間、支援必要	
予想される退院先	
退院後に利用が予想さ れる福祉サービス等	
退院後に利用が予想さ れる福祉サービスの 担当者	

注)上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

説明・交付日： 年 月 日
(病棟の退院支援担当者) 印
(入退院支援部門の担当者) 印
(本人)

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

入院日： 年 月 日
計画着手日： 年 月 日
計画作成日： 年 月 日

病棟(病室)	
病名	
患者以外の相談者	家族・その他関係者()
患者の状態	
患者の意向	
退院困難な要因 (医学的要素)	1. 精神症状 2. 問題行動 3. ADLの低下 4. IADLの低下 5. 身体合併症
退院困難な要因 (社会・環境的要素)	1. 家族内調整() 2. 受け入れ先の確保が困難() 3. 生活費の確保が困難() 4. 自己負担の増加() 5. その他()
退院に係る問題点、 課題等	
退院へ向けた目標 設定、詳細時期、支援必要	1. 退院へ向けた目標 2. 詳細時期 3. 支援必要
予想される退院先	1. 自宅() 2. 介護施設(サービスによる入居施設()) 3. 介護施設(サービスによる入居施設()) 4. その他()
退院後に利用が予想さ れる福祉サービス等	
退院後に利用が予想さ れる福祉サービスの 担当者	

注)上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

説明・交付日： 年 月 日
(担当医) 印
(病棟退院支援計画担当精神保健福祉士) 印
(本人)

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

(担当医)

(担当退院支援相談員)

地球移行機能強化病棟への転棟日: _____年____月____日
 退院支援委員会開催日: _____年____月____日
 患者等への説明日: _____年____月____日
 計画の委嘱日: _____年____月____日

1	病名	
2	患者以外の相談者	家族・その他関係者()
3	退院についての 患者の意向、希望 (本人の言葉で記述)	
4	退院後の生活の目標	<p>【本人の要行入れ】</p> <p><input type="checkbox"/>退院意欲 <input type="checkbox"/>退院そのものへの不安</p> <p>【生活意欲領域】 <input type="checkbox"/>生活環境 <input type="checkbox"/>住環境</p> <p>【経済管理】 <input type="checkbox"/>経済管理 <input type="checkbox"/>食費管理 <input type="checkbox"/>病気の理解(病識) <input type="checkbox"/>身体疾患の管理</p> <p>【日常生活領域】 <input type="checkbox"/>体力 <input type="checkbox"/>危機管理 <input type="checkbox"/>睡眠 <input type="checkbox"/>外出</p> <p>【家事の準備】 <input type="checkbox"/>食料管理 <input type="checkbox"/>洗濯 <input type="checkbox"/>就学 <input type="checkbox"/>就労</p> <p>【社会生活技能/社会参加領域】 <input type="checkbox"/>日中の過ごし方 <input type="checkbox"/>就学 <input type="checkbox"/>就労</p> <p>【家族関係】 <input type="checkbox"/>家族関係 <input type="checkbox"/>家族関係調整</p> <p>【その他】 <input type="checkbox"/>家族への情報提供 <input type="checkbox"/>家族関係調整</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>問題点・課題等の詳細</p>
5	退院支援で留意すべき 主な問題点、課題等	<p>退院支援委員会の開催 を踏まえ、退院支援 において、特に重点的 に解決を図る必要がある と考えられるもの(優先 3つ)を選択した上で、 関連する精神症状の状 況等とともに、詳細を記</p>
6	その他退院支援で留意すべき 問題点、課題等	<p>5以外の問題点、課題 等について優先順位を</p>
7	退院予定時期	

8	退院意欲の喚起に関すること	<p>【目標】</p> <p>退院支援内容(スケジュール)には時期と担当者を併記すること</p> <p>【実施内容とスケジュール】</p>
	地域生活を 念頭に置いた プログラムや 訓練の導入に 関すること	<p>【目標】</p> <p>院内 プログラム</p> <p>【実施内容】 <input type="checkbox"/>心理教育 <input type="checkbox"/>家族心理教育 <input type="checkbox"/>教育・理学支援 <input type="checkbox"/>個別認知行動療法 <input type="checkbox"/>集団認知行動療法 <input type="checkbox"/>デイ・ケア等体験利用 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>【今後のスケジュール】</p>
	退院後の医療サービスに関する課題	<p>【目標】</p> <p>退院後の医療サービスに関する課題</p> <p>【実施内容】 <input type="checkbox"/>買い物 <input type="checkbox"/>公共・金融機関利用 <input type="checkbox"/>交通機関利用 <input type="checkbox"/>宿泊 <input type="checkbox"/>住居見学 <input type="checkbox"/>通所施設見学 <input type="checkbox"/>余暇活動 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>【今後のスケジュール】</p>
	退院後の医療サービスの確保に関すること	<p>【目標】</p> <p>退院後の医療サービスに関する課題</p> <p>【必要な医療サービス】 <input type="checkbox"/>外来通院先の確保 <input type="checkbox"/>身体疾患治療のための通院先の確保 <input type="checkbox"/>訪問診療 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>デイ・ケア等 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>【必要な支援と今後のスケジュール】</p>

居住先に関すること(※)	<p>【評価】 自宅 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし 同居家族 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし その他、居住先に関する課題： 【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】</p>	<p>【適切な居住先の課題と必要な支援】 【今後の支援のスケジュール】</p>
収入と金融管理に関すること(※)	<p>【評価】 障害年金 <input type="checkbox"/>受給中 生活保護 <input type="checkbox"/>受給中 その他、退院後の収入と金融管理に関する課題： 【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】</p>	<p>【収入と金融管理に関する必要な支援】 【今後の支援のスケジュール】</p>
事業採択・調理・火の管理に関すること(※)	<p>【事業採択等に関する課題と必要な支援】 【今後の支援のスケジュール】</p>	
障害福祉サービス等の利用に関すること(※)	<p>【評価】 指定特定相談支援事業所 <input type="checkbox"/>未定(年 月頃までに決定予定) <input type="checkbox"/>不要 担当者：() 障害者手帳 <input type="checkbox"/>取得済(級) <input type="checkbox"/>申請予定(年 頃まで) <input type="checkbox"/>不要 障害支援区分 <input type="checkbox"/>認定済(区分) <input type="checkbox"/>申請予定(年 頃まで) <input type="checkbox"/>不要 要介護認定 <input type="checkbox"/>認定済 <input type="checkbox"/>申請予定(年 頃まで) <input type="checkbox"/>不要 【その他、障害福祉サービス等に関する課題】 【今後の支援のスケジュール】</p>	<p>【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】</p>

成年後見制度に関すること(※)	<p>【成年後見制度利用に関する課題と必要な支援】 【今後の支援のスケジュール】</p>	
退院後、主に相談援助に関与する者に関すること(※)	<p>【現時点で考えられる主たる援助者】 【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】</p>	<p>【今後の支援のスケジュール】</p>
日中の活動に関すること(※) (趣味や生きがいを考慮すること)	<p>【日中の活動に関する課題と必要な支援】 【外部の支援者（相談支援事業者等）の意見】</p>	<p>【今後の支援のスケジュール】</p>
その他退院支援に関する特記事項		

(※)指定一般相談支援事業者等、外部の支援を活用する場合には、「今後の支援のスケジュール」に外部の支援を活用するスケジュールを記載すること。

ADL 維持向上等体制加算に係る評価書

(別紙様式 7)

地域包括ケア病棟入院診療計画書
(在宅復帰支援に関する事項)

(患者氏名) _____ 課

病棟 (病室)	年 月 日
在宅復帰支援担当者名	
病名 (他に考え得る病名)	
推定される入院期間	
在宅復帰支援計画	

注 1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わらうるものである。

注 2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) _____ 印

バーセルインデックス (Barthel Index 機能的評価)

		点数	質問内容	得点
1	食事	10	自立、自動具などの装着可、標準的時間内に食べ終える	
		5	部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう)	
		0	全介助	
2	車椅子から ベッドへの 移動	15	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む)	
		10	軽度の部分介助または監視を要する	
		5	座ることは可能であるがほぼ全介助	
		0	全介助または不可能	
3	整容	5	自立(洗面、整髪、歯 磨き、ひげ剃り)	
		0	部分介助または不可能	
4	トイレ 動作	10	自立(衣服の操作、後始末も含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む)	
		5	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	
		0	全介助または不可能	
5	入浴	5	自立	
		0	部分介助または不可能	
6	歩行	15	45M 以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わず	
		10	45M 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む	
		5	歩行不能の場合、車椅子にて 45M 以上の操作可能	
		0	上記以外	
		10	自立、手すりなどの使用の有無は問わない	
7	階段 昇降	5	介助または監視を要する	
		0	不能	
8	着替え	10	自立、靴、フアスナー、装具の着脱を含む	
		5	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える	
		0	上記以外	
9	排便 コントロール	10	失禁なし、洗腸、坐薬の取り扱しも可能	
		5	ときに失禁あり、洗腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む	
		0	上記以外	
10	排尿 コントロール	10	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能	
		5	ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む	
		0	上記以外	
			合計得点 (/ 100点)	

※1 得点：0～15点 ※2 得点が高いほど、機能的評価が高い。

せん妄ハイリスク患者ケア加算に係るチェックリスト

(患者氏名) _____ 殿

入院日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 リスク因子確認日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 せん妄対策実施日 : 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. せん妄のリスク因子の確認
 (該当するものにチェック)

- 70 歳以上
- 脳器質的障害
- 認知症
- アルコール多飲
- せん妄の既往
- リスクとなる薬剤 (特にベンゾジアゼピン系薬剤) の使用
- 全身麻酔を要する手術後又はその予定があること



2. ハイリスク患者に対するせん妄対策
 (リスク因子に1項目以上該当する場合は、以下の対応を実施)

- 認知機能低下に対する介入 (見当識の維持等)
- 脱水の治療・予防 (適切な補液と水分摂取)
- リスクとなる薬剤 (特にベンゾジアゼピン系薬剤) の漸減・中止
- 早期離床の取組
- 疼痛管理の強化 (痛みの客観的評価の併用等)
- 適切な睡眠管理 (非薬物的な入眠の促進等)
- 本人及び家族へのせん妄に関する情報提供



3. 早期発見
 せん妄のハイリスク患者については、せん妄対策を実施した上で、定期的にせん妄の有無を確認し、早期発見に努める。

- ※1 せん妄のリスク因子の確認は入院前又は入院後3日以内に行う。
- ※2 せん妄対策はリスク因子の確認後速やかに行う。

(別紙様式 8)

短期滞在手術同意書

(患者氏名) _____ 殿

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病名	
症状	
治療計画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
手術後に起こりうる症状とその際の対処	

(主治医氏名) _____ 印

私は、現在の疾病の診療に關して、上記の説明を受け、十分に理解した上で短期滞在手術を受けることに同意します。

(患者氏名) _____ 印

生活習慣病 療養計画書 初回用

(記入日: 年 月 日)

患者氏名: (男・女) 生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日 生() 才

主病: 糖尿病 高血圧症 脂質異常症

ねらい: 検査結果を解釈できるところ、自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【検査項目】

□身長 (cm) □体重:現在 (kg) □HbA1c:現在 (％) □BMI (kg/cm²) □空腹血糖 (mg/dl) □空腹血糖:現在 (mg/dl) □HbA1c:現在 (％) □糖化ヘモグロビン (％) □空腹血糖:現在 (mg/dl) □中性脂肪 (mmHg) □LDLコレステロール (mg/dl) □収縮期/拡張期血圧:現在 (mmHg) □LDLコレステロール (mg/dl) □運動負荷心電図 □その他 ()

□食事の状況 □運動の状況 □たばこ □その他の生活

【①達成目標】:患者と相談した目標

【②行動目標】:患者と相談した目標

医師氏名 (EP)

【重点を置く領域と指導項目】

□食事摂取量を適正にする □食塩、調味料を控える □野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項 □油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他() を週(回) □朝食:減らす(種類・量:) □間食:減らす(種類・量:) □食べ方:(ゆづり食べると、その他()) □食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる □運動処方:種類(ウォーキング、) 時間(30分以上、)、強度(ほぼ毎日・週 拍/分 or 日) □日常生活の活動量増加(例:1日1万歩、) □運動時の注意事項など() □たばこ □禁煙、節煙の有効性 □禁煙の実施方法等 □非喫煙者である □禁煙の確保(質・量) □減量 □家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) □食事 □その他() □たばこ □禁煙、節煙の有効性 □禁煙の実施方法等 □禁煙の確保(質・量) □減量 □家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) □その他() □たばこ □禁煙、節煙の有効性 □禁煙の実施方法等 □禁煙の確保(質・量) □減量 □家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) □その他()

【療養を行うにあたっての問題点】

【他の施設の利用状況について】

【特定保健指導の受診の有無】 □有 □無

【特定保健指導の利用の有無】 □有 □無

【保健者からの情報提供の求めに対する協力の有無】 □有 □無

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入 患者署名 医師氏名

【検査項目】

□身長 (cm) □体重:現在 (kg) □HbA1c:現在 (％) □BMI (kg/cm²) □空腹血糖 (mg/dl) □空腹血糖:現在 (mg/dl) □HbA1c:現在 (％) □糖化ヘモグロビン (％) □空腹血糖:現在 (mg/dl) □中性脂肪 (mmHg) □LDLコレステロール (mg/dl) □収縮期/拡張期血圧:現在 (mmHg) □LDLコレステロール (mg/dl) □運動負荷心電図 □その他 ()

【①達成目標】:患者と相談した目標

【②行動目標】:患者と相談した目標

医師氏名 (EP)

生活習慣病 療養計画書 継続用

(記入日: 年 月 日)

患者氏名: (男・女) 生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日 生() 才

主病: 糖尿病 高血圧症 脂質異常症

ねらい: 重点目標の達成状況を理解できるところ、目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組みること

【検査項目】

□身長 (cm) □体重:現在 (kg) □HbA1c:現在 (％) □BMI (kg/cm²) □空腹血糖 (mg/dl) □空腹血糖:現在 (mg/dl) □HbA1c:現在 (％) □糖化ヘモグロビン (％) □空腹血糖:現在 (mg/dl) □中性脂肪 (mmHg) □LDLコレステロール (mg/dl) □収縮期/拡張期血圧:現在 (mmHg) □LDLコレステロール (mg/dl) □運動負荷心電図 □その他 ()

□食事の状況 □運動の状況 □たばこ □その他の生活

【①達成目標】:患者と相談した目標

【②行動目標】:患者と相談した目標

医師氏名 (EP)

【重点を置く領域と指導項目】

□食事摂取量を適正にする □食塩、調味料を控える □野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項 □油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他() を週(回) □朝食:減らす(種類・量:) □間食:減らす(種類・量:) □食べ方:(ゆづり食べると、その他()) □食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる □運動処方:種類(ウォーキング、) 時間(30分以上、)、強度(ほぼ毎日・週 拍/分 or 日) □日常生活の活動量増加(例:1日1万歩、) □運動時の注意事項など() □たばこ □禁煙、節煙の有効性 □禁煙の実施方法等 □非喫煙者である □禁煙の確保(質・量) □減量 □家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) □食事 □その他() □たばこ □禁煙、節煙の有効性 □禁煙の実施方法等 □禁煙の確保(質・量) □減量 □家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) □その他() □たばこ □禁煙、節煙の有効性 □禁煙の実施方法等 □禁煙の確保(質・量) □減量 □家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) □その他()

【療養を行うにあたっての問題点】

【他の施設の利用状況について】

【特定保健指導の受診の有無】 □有 □無

【特定保健指導の利用の有無】 □有 □無

【保健者からの情報提供の求めに対する協力の有無】 □有 □無

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入 患者署名 医師氏名

【検査項目】

□身長 (cm) □体重:現在 (kg) □HbA1c:現在 (％) □BMI (kg/cm²) □空腹血糖 (mg/dl) □空腹血糖:現在 (mg/dl) □HbA1c:現在 (％) □糖化ヘモグロビン (％) □空腹血糖:現在 (mg/dl) □中性脂肪 (mmHg) □LDLコレステロール (mg/dl) □収縮期/拡張期血圧:現在 (mmHg) □LDLコレステロール (mg/dl) □運動負荷心電図 □その他 ()

【①達成目標】:患者と相談した目標

【②行動目標】:患者と相談した目標

医師氏名 (EP)

「小児かかりつけ診療料」に関する説明書

当院では、当院を継続して受診され、同意された患者さんに、小児科の「かかりつけ医」として、次のような診療を行います。

- 急な病気の際の診療や、慢性疾患の指導管理を行います。
- 発達段階に応じた助言・指導等を行い、健康相談に応じます。
- 予防接種の接種状況を確認し、接種の時期についての指導を行います。また、予防接種の有効性・安全性に関する情報提供を行います。
- 「小児かかりつけ診療料」に同意する患者さんからの電話等による問い合わせに常時対応しています。

当院がやむを得ず対応できない場合などには、下記の提携医療機関や、小児救急電話相談にご相談ください。

連絡先	▲▲医院	●●●—●●●—●●●●
	提携医療機関 ◆◆医院	●●●—●●●—●●●●
	小児救急電話相談	#●●●●

患者さん・ご家族へのお願い

- 緊急時など、都合により他の医療機関を受診した場合には、次に当院を受診した際にお知らせください。(他の医療機関で受けた投薬なども、お知らせください。)
- 健康診断の結果や、予防接種の受診状況を定期的に確認しますので、受診時にお持ちください。(母子健康手帳に記載されています。)

「小児かかりつけ診療料」に関する同意書

「小児かかりつけ診療料」について説明を受け、理解した上で、▲▲医院 医師 ○○○○を主治医として、病気の際の診療、継続的な医学管理、予防接種や健康に関する相談・指導等を受けることに同意いたします。

※ 「小児かかりつけ診療料」は1人の患者さんにつき1か所の医療機関が対象となっています。他の医療機関で同じ説明を受けた方は、署名する前にお申し出ください。

(患者氏名)

(保護者署名)

(別紙様式11)

紹介元医療機関等名

担当医

科

殿

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名

印

患者氏名	性別	男	・	女
患者住所				
電話番号				
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日
				職業

傷病名	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	

- 備考
1. 必要がある場合は経紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介元医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

(別紙様式11の2)

紹介元医療機関等名

担当医

殿

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

以下の診療報酬項目の届出状況

地域包括診療料 地域包括診療料 小児かかりつけ診療料

在宅時医学総合管理料 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院

在宅時医学総合管理料 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院

施設入居時等時医学総合管理料 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院

医師氏名

印

患者氏名	性別	男	・	女
患者住所				
電話番号				
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日
				職業

傷病名	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	

- 備考
1. 必要がある場合は経紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介元医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

情報提供先市町村

市町村長 殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師氏名

印

患者氏名
性別 (男 ・ 女) 生年月日 明・大・昭 年 月 日生 (歳) 職業
住所
電話番号

診 療 形 態	1. 外来 2. 往診 3. 入院 (年 月 日)	情報提供回数	回
傷病名 (疑いを含む)	1. 脳梗塞 (ア.脳血栓 イ.脳塞栓 ウ.不明) 2. 脳出血 3. クモ膜下出血		
	4. その他の脳血管障害		
	発 症 年 月 日	年 月 日	
	受 診 年 月 日	年 月 日	
初 発 / 再 発	1. 初発 2. 再発 (年 月 日 初発)		

その他の傷病名

寝たきり度 (該当するものに○)

J 一部自立 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。

A 準寝たきり 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。

B 寝たきり 1 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。

C 寝たきり 2 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。

日常生活活動 (ADL) の状況 (該当するものに○)

移動	自立・一部介助・全面介助	食事	自立・一部介助・全面介助
排泄	自立・一部介助・全面介助	入浴	自立・一部介助・全面介助
着替	自立・一部介助・全面介助	整容	自立・一部介助・全面介助

認知症である老人の日常生活自立度 (該当するものに○)

I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。

II 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。

III 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。

IV 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。

M 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等

訪問診療 有 ・ 無 訪問看護 有 ・ 無

必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容

注意 1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
 2. わかりやすく記入すること。
 3. 必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。

(別紙様式12の2)

市町村長 殿
紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号
医師名
年 月 日
情報提供先市町村
印

患児の氏名	男・女	年	月	日	出生
傷病名	その他の傷病名				
病状 既往症 治療状況等	(疑いを含む)				
父母の氏名	父: 職業() 歳()	母: 職業() 歳()			
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)				
退院先の住所	電話番号 (自宅・実家・その他)				
入院日	年	月	日	退院(予定)日	年
出生場所	当院・他院 家族構成				
出生時の状況	在胎:()週	単胎・多胎	()子中()子	体重:()g	身長:()cm
	出生時の特記事項:	無・有()		妊娠中の異常の有無:	無・有()
	妊婦健診の受診有無:	無・有()	回:	育児への支援者:	無・有()
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください					
発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他()				
情緒	・表情が乏しい・極端におびえる・大人の顔色をかうら・多動・乱暴				
	・身体接触を極端にいやがる・多動・誰ともべたべたする				
日常の世話の状況	その他()				
健康状態等	・健康・予防接種未受診・不潔・その他()				
ことへの思い・態度	・疾患()・障害()				
家族関係	・出産後の状況(マタニティ・ブリーズ、産後うつ等)・その他()				
同胞の状況	・拒否的・無関心・過干渉・権威的				
養育環境	・同胞に疾患()・同胞に障害()				
	・養育者との分離歴				
情報提供の目的とその理由	・出産後の長期入院・施設入所等・その他()				

*備考 1. 必要がある場合は縦紙に記載して添付すること。
2. 本様式は、患者が18歳以下である場合について用いること。

(別紙様式12の3)

市町村長 殿
紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号
医師名
年 月 日
情報提供先市町村
印

患者の氏名	男・女	年	月	日	出生
傷病名	(疑いを含む)				
病状 既往症 治療状況等	その他の傷病名				
児の氏名	男・女	年	月	日	生まれ
住所	電話番号 (自宅・実家・その他)				
退院先の住所	電話番号 (自宅・実家・その他)				
入院日	年	月	日	退院(予定)日	年
出生場所	当院・他院 家族構成				
出生時の状況	在胎:()週	単胎・多胎	()子中()子	体重:()g	身長:()cm
	出生時の特記事項:	無・有()		妊娠中の異常の有無:	無・有()
	妊婦健診の受診有無:	無・有()	回:	育児への支援者:	無・有()
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください					
発育・発達	・発育不良・発達のおくれ・その他()				
日常の世話の状況	・健康・予防接種未受診・不潔・その他()				
家族関係	・面会が極端に少ない・その他()				
他の児の状況	・疾患()・障害()				
ことへの分離歴	・出産後の長期入院・施設入所等・その他()				
情報提供の目的とその理由					

*備考 1. 必要がある場合は縦紙に記載して添付すること。
2. 本様式は、患者が現に子供の養育に関わっている者である場合について用いること。
3. 出産時の状況及び児の状況については、今回出産をした児のことについて記入すること。

(別紙様式12の4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書

情報提供先事業所

担当 _____ 殿

年 月 日

(別紙様式13)

年 月 日

介護老人保健施設・介護医療院

殿

医療機関名

住 所

電 話

(FAX)

医師氏名

医師氏名 _____ (印)

印

患者氏名	性別	男・女
電話番号	職業	明治・大正・昭和 年 月 日生 () 歳
患者住所	生年月日	
情報提供の目的	生活機能低下の原因になっているもの	
傷病名	発症日: 年 月 日	
その他の傷病名	発症日: 年 月 日	
傷病の経過及び治療状況		
診療形態	外来・訪問診療・入院	入院患者の場合 入院日: 年 月 日 退院日: 年 月 日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等		
障害高齢者の生活自立度	□自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者の日常生活自立度 □自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	

患者氏名		男・女
生年月日	明・大・昭	日生 (歳)

病 名	
現 症	
所見及び診断	

今後の診療に関する情報

訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

令和 年 月 日

情報提供先学校名 _____ 殿
学校医等 _____

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号 _____
医師名 _____

訪問看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳
患者住所 _____ 電話 (_____) _____

患児の氏名	男・女	平成 令和	年	月	日生
患児の住所	電話番号				
傷病名	その他の傷病名				
病状、既往歴、治療状況等					
日常生活に必要な医療的ケアの状況(使用している医療機器等の状況を含む)					
学校生活上の留意事項					
その他					

*備考 1. 必要がある場合は紙に記載して添付すること。
2. わかりやすく記入すること。
3. 必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。

主たる傷病名	(1)	(2)	(3)
病状・治療態			
投与中の薬剤の用量・用法	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____		
日常生活状況	寝たきり度	J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2	
自立程度	認知症の状況	I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
後項目	要介護認定の状況	要支援 (1 2)	要介護 (1 2 3 4 5)
後項目	深さ	DESIGN分類 D 3 D 4 D 5	NPUP分類 Ⅱ度 Ⅲ度 Ⅳ度
後項目	装着・使用用医療機器等	1. 自動脈漏流法装置 2. 透液供給装置 3. 酸素療法 (1 / min) 4. 吸引器 5. 中心動脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・経胃) : サイズ _____ 8. 留置カテーテル (部位 : _____) : サイズ _____ 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式 : 設定 _____) 10. 気管カニューレ (サイズ _____) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 (_____)	

留意事項及び指示事項

I 療養生活指導上の留意事項

1. リハビリテーション
2. 褥瘡の処置等
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理
4. その他

在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)

緊急時の連絡先

不在時の対応 _____

特記すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、アレルギー・アレルギー関連疾患の罹患状況は併記してください)

他の訪問看護ステーションへの指示
(無) 有 : 指征訪問看護ステーション名 _____
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示
(無) 有 : 訪問介護事業所名 _____

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名 _____
住所 _____
電話 _____
(FAX) _____
医師氏名 _____

事業所

殿

印

精神科訪問看護指示書

指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
患者住所	電話 () -	施設名
主たる傷病名	(1) (2) (3)	

病状・治療状況	
投与中の薬剤の用量・用法	あり ・ なし
病名告知	あり ・ なし
治療の受け入れ	あり ・ なし
複数名訪問の必要性	理由： 1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 2. 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 4. その他 ()
短時間訪問の必要性	あり ・ なし
複数回訪問の必要性	あり ・ なし
日常生活自立度	認知症の状況 (I IIa IIb IIIa IIIb IV M)

精神科訪問看護に関する留意事項及び指示事項
1 生活リズムの確立 2 家事能力、社会技能等の獲得 3 対人関係の改善 (家族含む) 4 社会資源活用の実援 5 薬物療法継続への援助 6 身体合併症の発症・悪化の防止 7 その他
緊急時の連絡先 不在時の対応法
主治医との情報交換の手段
特記すべき留意事項

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

医療機関名	住所	年 月 日
電話 (FAX)	医師氏名	印

指定訪問看護ステーション 殿

精神科特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
病状・主訴:		

一時的に訪問看護が頻回に必要な理由:
留意事項及び指示事項 (注:点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい)
複数名訪問の必要性 あり ・ なし 理由: 1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 2. 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 4. その他 () 短時間訪問の必要性 あり ・ なし 理由: ()

特に観察を要する項目 (該当する項目に○をつけてください)
1 服薬確認 2 水分及び食物摂取の状況 3 精神症状 (観察が必要な事項) 4 身体症状 (観察が必要な事項) 5 その他 ()
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)
緊急時の連絡先等

上記のとおり、指示いたします。

医療機関名	住所	年 月 日
電話 (FAX)	医師氏名	印

事業所 殿

特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

患者氏名 生年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
病状・主訴:
一時的に訪問看護が頻回に必要な理由:
留意事項及び指示事項 (注: 点滴注射療法の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい)

点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)

緊急時の連絡先等

上記のとおり、指示いたします。

医療機関名
電 話
(FAX)
医師氏名

事業所

殿

印

年 月 日

神経学的検査チャート

患者氏名
患者ID
患者性別 男 女 年齢

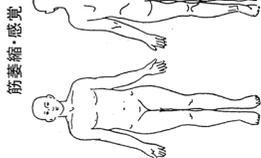
- 意識・精神 a) 意識 : 清明、異常 ()
状態 * Japan Coma Scale (1, 2, 3, 10, 20, 30, 100, 200, 300)
* Glasgow Coma Scale (E 1, 2, 3, 4, V 1, 2, 3, 4, 5, M 1, 2, 3, 4, 5, 6 total)
b) 検査への協力 : 協力的、非協力的
c) はいれん : なし、あり ()
d) 見当識 : 正常、障害 ()
e) 記憶 : 正常、障害 ()
f) 数字の逆唱 : 286、3529
g) 計算 : 100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = ()
h) 失行 ()、失認 ()
- 言語 正常、失語 ()、構音障害 ()、嚙声、閉鼻声
- 利き手 右、左
- 脳神経

	右	左
視力	正、低下	正、低下
視野	正、⊕	正、⊕
眼底	正常、動脈硬化 () 度、出血、白斑、うっ血乳頭、視神経萎縮	
眼瞼	> = <	
眼瞼下垂	(-) (+)	(-) (+)
眼球位置	正、斜視 ()、偏視 ()、突出 ()	
眼球運動	上直筋 下斜筋 外直筋 下直筋 上斜筋 内直筋 上直筋 下斜筋 外直筋 下直筋 上斜筋 内直筋	上直筋 下斜筋 外直筋 下直筋 上斜筋 内直筋 上直筋 下斜筋 外直筋 下直筋 上斜筋 内直筋
眼振	⇐ ⇨	
複視	(-) (+) : 方向 ()	
瞳孔 大きさ	(正、縮、散) mm > = < mm (正、縮、散)	
形	正円、不正	
対光反射	速、鈍、消失	
輻辳反射	正常、障害	
角膜反射	正常、障害	
顔面感覚	正常、障害	
上部顔面筋	正常、麻痺	
下部顔面筋	正常、麻痺	
聴力	正常、低下	
めまい	(-) (+) : 回転性・非回転性 ()	
耳鳴り	(-) (+)	
軟口蓋	正常、麻痺	
咽頭反射	(+) (-)	
嚙下	正常、障害 ()	
胸鎖乳突筋	正常、麻痺	
上部僧帽筋	正常、麻痺	
舌優位	(-) (+) : 偏倚 (右 左)	
舌萎縮	(-) (+)	
舌線維索性収縮	(-) (+)	

神経学的所見のまとめ

- 5) 運動系 a) 筋トースス 上肢(右・左、正常) 痙縮 強剛 低下) その他()
 下肢(右・左、正常) 痙縮 強剛 低下)
 b) 筋萎縮 ()
 c) 繊維束性収縮 : 部位 ()
 d) 関節 変形、拘縮 : 部位 ()
 e) 不随意運動 ()、性質 ()
 f) 無動・運動緩慢 ()
 g) 筋力 正常、麻痺 : 部位 ()、程度 ()

	右	左	右	左
頸部屈曲	C1~6	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	(-) (+) (-) (+)
伸展	C1~T1	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	(-) (+) (-) (+)
三角筋	C5,6	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	Mingazzini (-) (+) (-) (+)
上腕二頭筋	C5,6	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	握力 kg
上腕三頭筋	C6~8	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	
手関節背屈	C6~8	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	
掌屈	C6~8,T1	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	
母指対立筋	C8,T1	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	
腕屈筋	L1~4	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	
腕伸筋	L2~4	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	
大腿屈筋群	L4,5,S1,2	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	
大腿屈筋	L4,5	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	
下腿三頭筋	S1,2	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0	



- 6) 感覚系 a) 触覚 正常、障害 : 部位 ()
 b) 痛覚 正常、障害 : 部位 ()
 c) 温度覚 正常、障害 : 部位 ()
 d) 振動覚 正常、障害 : 部位 ()
 e) 位置覚 正常、障害 : 部位 ()
 f) 異常感覚・神経痛 (-) (+) : 部位 ()

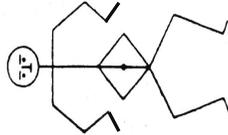
7) 反射

	右	左	右	左
Hoffman	(-) (+)	(-) (+)	ハビンスキー (-) (+)	(-) (+)
トレンナー (膝壁) 上	(-) (+)	(-) (+)	チャドツク (膝加-32)	(-) (+)
下			足加-32	(-) (+)

8) 協調運動

	右	左
指一鼻一指	正常、拙劣	正常、拙劣
かかと一膝	正常、拙劣	正常、拙劣
反復指抗運動	正常、拙劣	正常、拙劣

- 9) 脳腫刺激徴候 項部痙直 (-) (+)、ケルニツ比徴候 (-) (+)
 10) 姿勢 正常、異常 ()、ラゼーグ徴候 (-) (+)
 11) 姿勢 正常、異常 ()
 12) 自律神経 排尿機能 正常、異常 ()
 排便機能 正常、異常 ()
 起立性低血圧 (-) (+)
 13) 起立、歩行 ロンベルグ試験 正常、異常、マン試験 正常、異常 ()
 歩行 正常、異常 ()
 つぎ足歩行 (可能・不可能)、しゃかみ立ち (可能・不可能)



神経学的検査担当医師 署名 _____

小児神経学的検査子ヤート

患者氏名 _____ (男、女)
 患者 ID _____
 生年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日
 年齢 ____ 歳 ____ 月 (修正 歳 ____ 月)

嚔声 (- / +) 鼻声 (- / +)
 XI 胸膈乳突筋 (右: 左:) 僧帽筋 (右: 左:)
 XII 舌運動 (正常, 異常) 舌萎縮 (- / +) 線維索性萎縮 (- / +)
 8 感覚 痛覚 正常, 障害 (部位 _____)

9 筋力 年長児はMMT(0~5)、乳幼児はADLでの評価で代用可

	右	左
上肢ハジメ	- / +	- / +
上腕二頭筋	012345	012345
上腕三頭筋	012345	012345
握力	Kg	Kg
大腿四頭筋	012345	012345
大腿屈筋群	012345	012345
前脛骨筋	012345	012345
腓腸筋	012345	012345

10 筋肉量
 筋萎縮 (- / +) (部位: _____)
 肥大/仮性肥大 (- / +) (部位: _____)

11 筋緊張
 硬さ 正常 亢進 低下 (部位 _____)
 被動性 正常 亢進 低下 (部位 _____)
 伸展性 Double folding (- / +) 逆U姿勢 (- / +)
 Slip through sign (- / +) スカーフ徴候 (- / +) 踵耳徴候 (- / +)

	右	左
関節可動域		
股関節外転	正常, 亢進, 低下	正常, 亢進, 低下
膝窩角度	正常, 亢進, 低下	正常, 亢進, 低下
足関節背屈角度	正常, 亢進, 低下	正常, 亢進, 低下
手関節掌屈 (背屈) 角度	正常, 亢進, 低下	正常, 亢進, 低下
関節拘縮	- / + (部位 _____)	
関節変形	- / + (部位 _____)	

12 深部腱反射

	右	左
下顎		- + 2+
上腕二頭筋	- + 2 + 3+	- + 2 + 3+
上腕三頭筋	- + 2 + 3+	- + 2 + 3+
腕七つ骨筋	- + 2 + 3+	- + 2 + 3+
膝蓋腱	- + 2 + 3+	- + 2 + 3+

- 1 身体発育: 身長 ____ cm (____ SD)、体重 ____ kg (____ SD)、頭囲 ____ cm (____ SD)
 2 発達指数 (DQ) ____ 運動発達指数は性別別標準値または子ヤートバー式標準スコア(2歳未満で修正)を参照。
 口達城寺 移動 ____、手運動 ____、基本習慣 ____、対人関係 ____、発語 ____、言語理解 ____
 ロテンバー 粗大運動 ____、言語 ____、微細運動 ____、適応 ____、個人・社会 ____
 3 精神状態
 a) 意識: 清明、意識不鮮明、煩眠、混迷、半昏睡、昏睡、せん妄
 b) Japan coma scale (1, 2, 3, 10, 20, 30, 100, 200, 300)
 4 行動 多動、無関心、マイペース、視線を合わせない、こだわり、過敏、(____)
 5 姿勢・姿勢・不随常運動 (剛たきり、露返り可、座位可、つかまり立ち可、立位可)
 除脳硬直、除皮質硬直、蛙肢位、(____)
 不随常運動 (- +) 種類 _____ 部位: _____)
 6 移動、起立、歩行
 背這い、寝返り、座位移動、すり這い、高這い、伝い歩き、独歩
 片足立ち (____ 右 ____ 秒 / 左 ____ 秒、不能) つき足歩行 (____ 可能 ____ 不能)
 かかと歩き (____ 可能 ____ 不能) つま先歩き (____ 可能 ____ 不能)
 カワーズ徴候 (- / +)
 7 脳神経
 II 視力 (右: 正常, 低下 左: 正常, 低下)
 視野 (右: 正常, 低下 左: 正常, 低下)
 眼底: 乳頭 (正常、浮腫、充血、萎縮)、網膜 (正常、 ____)
 III, IV, VI (固視、追視、 ____)
 眼瞼下垂 (右: - / + 左: - / +) 眼球位置 (正常, 斜視, 共同偏視)
 眼球運動 (正常, 異常 (____)) 眼振 (- / +)
 瞳孔: (正円, 不正, 縮瞳, 散瞳, 瞳孔不同) 対光反射 (右: - / + 左: - / +)
 V 咀嚼について問診 (正常・異常 (____))
 下顎の運動 (正常、異常) 咬筋 側頭筋 (正常、異常)
 VI 口角 (対称、非対称) 閉眼 (正常, 異常)
 VII 聴力 (正常、異常) 視運動性眼振 (- / +) 回転誘発眼振 (- / +)
 VIII 嚔下障害 (- / +) 咽頭反射 (- / +) 軟口蓋 (対称、非対称)

(別紙様式20)

年 月 日

アキレス腱	- ± + 2 + 3 +	- ± + 2 + 3 +
-------	---------------	---------------

13 病的反射、クローヌス

	右	左
ハビンスキー	- +	- +
チャドツク	- +	- +
手掌蹼	- +	- +
ワルテンベルグ	- +	- +
足クローヌス	- +	- +

- 14 原始反射 乳探し反射 (-/+) 吸乳反射 (-/+)
 モロー反射 (-/+) 手掌把握 (-/+) 足底把握 (-/+)
 逃避反射 (-/+) 交差伸展反射 (-/+)
 足踏み反射 (-/+) 踏み廻り反射 (-/+) ギャラン反射 (-/+)
 15 姿勢反射 非対称性緊張性頭反射 (-/+) 引き起こし反射 (-/+)
 陽性支持反射 (-/+) パラシュート反射 前方 (-/+)
 ランドー反射 (-/+) ホッピング反射 (-/+)
 16 髄膜刺激症状 大泉門 (x cm、陥凹、膨隆)
 頂部硬直 (-/+)
 17 神経学的所見のまとめ
 ケルニツヒ徴候 (-/+) フルジンスキー徴候 (-/+)

主治医氏名	
1. 血漿成分製剤の種類及び輸注量等	
2. 血漿成分製剤輸注の必要性及び輸注を行わない場合の危険性等	
3. 血漿成分製剤の輸注により起こりうる副作用等	
4. 血漿成分製剤の輸注に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
5. その他留意点 (副作用 ・感染症救済制度等)	

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で血漿成分製剤輸注を受けることに同意しました。

(患者氏名) 印

(家族等氏名) 印

(患者との続柄:)

神経学的検査担当医師

署名

※ 患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

リハビリテーション実施計画書

患者氏名: _____ 男・女 _____ 生年月日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 計画評価実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

主治医 _____ リハ担当医 _____ PT _____ OT _____ ST _____

診断名、障害名(施設日、手術日、診断日): _____ 合併症(コントロール状態): _____ 発症前の活動、社会参加:

日常生活自立度: JL, B, A1, A2, B1, B2, C1, C2 _____ 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M

※回復期リハビリテーション病棟入院料控除を受ける場合は、管理栄養士の氏名を主表に記載の上、主表の「栄養」欄に必ず記入してください。

評価項目・内容 (コントロールの後ろに具体的な内容を記入)

心身機能・構造

- 運動機能: 歩行速度 歩幅・歩行リズム 歩行開始・終了
- 感覚機能: 痛覚 温度覚 振動覚 位置覚
- 呼吸・循環機能: 呼吸 循環
- 筋力: 握力 肘関節可動域制限 腕関節可動域制限 肩関節可動域制限 股関節可動域制限 膝関節可動域制限 足関節可動域制限
- 平衡・転倒予防: 歩行時の姿勢 歩行時の歩幅 歩行時の歩速
- 認知機能: 記憶 注意 実行機能
- 生活機能: 食事 排泄 入浴 移動 社会参加
- その他: _____

活動度 (安静度の有無とその理由、活動時のリスクについて)

ADL (B.I)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)	介助内容
食事	10	5	0		
移乗	15	10	→	監視下	
能えるが移れない	5	0	0		
整容	5	0	0		
トイレ動作	10	5	0		
入浴	5	0	0		
平地歩行	15	10	→	歩行器等	歩行
車椅子操作が可能	→	5	0	車椅子	
階段	10	5	0		
更衣	10	5	0		
排便管理	10	5	0		
排尿管理	10	5	0		
合計(0→100点)					点

身長: ()cm, 体重: ()kg, BMI: ()kg/m² ※身長測定が困難な場合は各院可

栄養補給方法(経口摂取): 経口 食事 補助食品 経管栄養 静脈栄養 (未精 中心)

栄養状態: 良好 軽度 中等 重度

栄養管理: 経口 経管 静脈 経管・静脈 (kcal, たんぱく質 ()g)

栄養管理: 経口 経管 静脈 経管・静脈 (kcal, たんぱく質 ()g)

目標 (1ヶ月後、退院時): _____

リハビリテーションの目標方針: _____

目標到達予想時期: _____

本人・家族への説明: _____ 年 _____ 月 _____ 日 説明を受けた人: 本人、家族 () 署名: _____

リハビリテーション実施計画書

患者氏名 _____ 性別 (男・女) _____ 年齢 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病歴 _____ 手術 _____ 年 _____ 月 _____ 日

リハ開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

入院理由 _____

主治医 _____ 看護部長 _____ 作業療法 _____ 理学療法 _____ 言語聴覚 _____

入院後患部・全症 _____

心身機能・構造

- 運動機能: 歩行速度 歩幅・歩行リズム 歩行開始・終了
- 感覚機能: 痛覚 温度覚 振動覚 位置覚
- 呼吸・循環機能: 呼吸 循環
- 筋力: 握力 肘関節可動域制限 腕関節可動域制限 肩関節可動域制限 股関節可動域制限 膝関節可動域制限 足関節可動域制限
- 平衡・転倒予防: 歩行時の姿勢 歩行時の歩幅 歩行時の歩速
- 認知機能: 記憶 注意 実行機能
- 生活機能: 食事 排泄 入浴 移動 社会参加
- その他: _____

日常生活活動(動作) 実行状況 実行時間 (分)

項目	自立	一部介助	全介助	使用用具及び介助内容等
起床	10	5	0	
着脱	5	0	→	5.0
更衣(上半身)	→	5.0	→	5.0
更衣(下半身)	→	10.0	→	10.0
トイレ	→	10.0	→	10.0
入浴	→	10.0	→	10.0
歩行	→	15.0	→	15.0
階段	→	5.0	→	5.0
移動	→	15.0	→	15.0
食事	→	5.0	→	5.0
排便	→	10.0	→	10.0
排尿	→	5.0	→	5.0
小計 (FM 18-120)				

リハビリテーション実施計画書

患者氏名 _____ 性別 (男・女) _____ 年齢 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病歴 _____ 手術 _____ 年 _____ 月 _____ 日

リハ開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

入院理由 _____

主治医 _____ 看護部長 _____ 作業療法 _____ 理学療法 _____ 言語聴覚 _____

入院後患部・全症 _____

心身機能・構造

- 運動機能: 歩行速度 歩幅・歩行リズム 歩行開始・終了
- 感覚機能: 痛覚 温度覚 振動覚 位置覚
- 呼吸・循環機能: 呼吸 循環
- 筋力: 握力 肘関節可動域制限 腕関節可動域制限 肩関節可動域制限 股関節可動域制限 膝関節可動域制限 足関節可動域制限
- 平衡・転倒予防: 歩行時の姿勢 歩行時の歩幅 歩行時の歩速
- 認知機能: 記憶 注意 実行機能
- 生活機能: 食事 排泄 入浴 移動 社会参加
- その他: _____

リハビリテーション実施計画書(1)

計画評価実施日 年 月 日

利用者氏名: 性別: 男・女 生年月日 年 月 日 (歳) 要介護度:

健康状態(原因疾患、発症・受傷日等)	合併疾患・コントロール状態 (高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等)	心身機能 <input type="checkbox"/> 運動機能障害: <input type="checkbox"/> 感覚機能障害: <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害: <input type="checkbox"/> 内臓:(部位) <input type="checkbox"/> 関節痛:(部位) <input type="checkbox"/> その他() 認知能に関する評価
参加 主目標 (コロン(:)の後に具体的内容を記入)		
退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他: <input type="checkbox"/> 退院未定		
家庭内役割(家事への参加、等):		
社会活動:		
外出(内容・頻度等):		
余暇活動(内容・頻度等):		
退院後利用資源:		

自立・介護 状況 項目	現在の評価及び目標					具体的なアプローチ						
	自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介助内容 つたいもたれ等	到達 時期	重 点 項 目	PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等	その他の従事者が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
日常生活・ 社会活動	トイレへの 移動											
	階段昇降											
	屋内移動											
	屋外移動											
	食事											
	排泄(昼)											
	排泄(夜)											
	整容											
	更衣											
	入浴											
コミュニケー ション												
家事												
外出												

自立・介護 状況 項目	現在の評価及び目標					具体的なアプローチ						
	自 立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	行 わ ず	使用用具 杖・装具・歩 行器・車椅子 など	介助内容 つたいもたれ等	到達 時期	重 点 項 目	PT、OT、STが 実施する 内容・頻度等	その他の従事者が 実施する 内容・頻度等	実施上の留意点
起居動作	寝返り											
	起き上がり											
	座位											
	立ち上がり											
	立位											
摂食・嚥下												

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例: ① 目標 ② 実行状況 ③ 能力

身長^{#1}: ()cm、体重: ()kg、BMI^{#1}: ()kg/m² #1 身長測定が困難な場合は省略可
 栄養状態: 問題なし、低栄養、低栄養リスク、過栄養、その他()
 栄養補給方法(複数選択可): 経口 (食事、補助食品)、経管栄養、静脈栄養(末梢、中心)
 嚥下調整食の必要性: 無、有(学会分類コード:)
 【問題なし】以外に該当した場合、以下も記入
 必要栄養量: ()kcal、たんぱく質()g
 総摂取栄養量^{#2}(経口・経管・静脈全て含む): ()kcal、たんぱく質()g #2 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

※回復期リハビリテーション病棟入院科1を算定する場合は必ず記入のこと(リハビリテーション実施計画書(2)の担当者一覧に管理栄養士の氏名も記載)

疾病コードと疾病分類の対応表

001 腸管感染症	041 屈折及び調節の障害	084 その他の消化器系の疾患
002 結核	042 その他の眼及び付属器の疾患	皮膚及び皮下組織の疾患
003 主として性的伝播様式をとる感染症	耳及び耳様突起の疾患	085 皮膚及び皮下組織の感染症
004 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患	043 外耳炎	086 皮膚炎及び皮膚下組織の疾患
005 ウイルス肝炎	044 その他の外耳疾患	087 その他の皮膚及び皮下組織の疾患
006 その他のウイルス性疾患	045 中耳炎	筋骨格系及び結合組織の疾患
007 真菌症	046 その他の中耳及び中耳炎発症の疾患	088 炎症性多発性関節痛
008 感染症及び寄生虫の感染、後遺症	047 メニエール病	089 関節痛
009 その他の感染症及び寄生虫症	048 その他の内耳疾患	090 脊髄障害 (脊髄症を含む)
010 胃の悪性新生物	049 その他の耳疾患	091 椎間板障害
011 結腸の悪性新生物	循環器系の疾患	092 頭痛症候群
012 胆管S状屈折部及び胆道の悪性新生物	050 高血圧性疾患	093 腰痛症及び坐骨神経痛
013 胆管及び肝内胆管の悪性新生物	051 虚血性心疾患	094 その他の脊髄障害
014 気管、気管支及び肺の悪性新生物	052 その他の心疾患	095 肩の障害<損傷>
015 乳房の悪性新生物	053 くも膜下出血	096 骨の断裂及び構造的障害
016 子宮の悪性新生物	054 脳内出血	097 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患
017 悪性リンパ腫	055 脳腫瘍	腎臓系疾患の疾患
018 白血病	056 脳動脈硬化(症)	098 糸状糸虫及び腎臓腸間質性疾患
019 その他の悪性新生物	057 その他の脳血管疾患	099 腎不全
020 良性新生物及びその他の新生物	058 動脈硬化(症)	100 尿路結石症
021 貧血	059 痔核	101 その他の腎臓系の疾患
022 その他の肉体的活動から生じた怪我	060 低血圧(症)	102 前立腺肥大(症)
023 甲状腺障害	呼吸器系の疾患	103 その他の男性生殖系の疾患
024 糖尿病	061 その他の循環器系の疾患	104 月経障害及び閉経期初期障害
025 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	062 急性鼻咽喉炎[かぜ]＜感冒＞	105 乳腺及びその他の女性生殖系の疾患
026 血管性及び詳細不明の認知症	063 急性咽喉炎及び急性扁桃炎	妊娠、分娩及び産後よく
027 精神作用物使用による精神及び行動の障害	064 その他の急性上気道感染症	106 流産
028 単合性眼症、緑内障、白内障及び斜視性眼症	065 肺炎	107 妊娠高血圧症候群
029 気分障害 (うつ病を含む)	066 急性気管支炎及び急性細気管支炎	108 単胎自然分娩
030 神経性食慾不振、過食症及び身体観念障害	067 アレルギー性鼻炎	109 その他の妊娠、分娩及び産後よく
031 知的障害＜精神遅滞＞	068 慢性副鼻腔炎	腫瘍期に発生した疾患
032 その他の精神及び行動の障害	069 急性又は慢性と明示されない気管支炎	110 妊娠及び流産発育中に関連する障害
033 パーキンソン病	070 慢性閉塞性肺疾患	111 その他の腫瘍期に発生した、病態
034 アルツハイマー病	071 喘息	先天奇形、変形及び染色体異常
035 てんかん	072 その他の呼吸器系の疾患	112 心臓の先天奇形
036 脳卒中及びその他の脳血管性疾患群	消化器系の疾患	113 その他の先天奇形、変形及び染色体異常
037 自律神経系の障害	073 うち	症状、徴候及び異常発育まで他に分類されないもの
038 その他の神経系の疾患	074 歯肉炎及び歯周炎	114 先天性眼瞼下垂症及び他の先天性目の
039 結膜炎	075 その他の歯及び歯の支持組織の障害	損傷、骨折及びその他の外因の影響
040 白内障	076 胃腸炎及び十二指腸炎	115 骨折
	077 胃炎及び十二指腸炎	116 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
	078 アルコール性肝疾患	117 熱傷及び凍傷
	079 肝臓炎(アルコール性)のもの(を除く)	118 中毒
	080 肝臓炎(アルコール性)のもの(を除く)	119 その他の損傷及びその他の外因の影響
	081 その他の肝疾患	
	082 胆石症及び胆のう炎	
	083 膀胱炎	

(別紙様式22) 廃用症候群に係る評価表

患者氏名	男・女	入院	外来
生年月日	日(歳)	入院日	年月日
主病名		廃用症候群の診断日	年月日
要介護度	要支援	リハビリテーション起算日	年月日

算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)	廃用症候群リハビリテーション料		I . . . II . . . III	
	1	廃用を生じる契機となった疾患等		
2	廃用に至った経緯等			
3	手術の有無	有	無	
4	治療開始時のADL	BI	点	FIM
	月	BI	点	FIM
	月	BI	点	FIM
	月	BI	点	FIM
	月	BI	点	FIM
	月	BI	点	FIM
	月	BI	点	FIM
5	一月当たりのリハビリテーション単位数	実施日数	日	単位
6	リハビリテーションの内容	具体的に記載すること		
7	改善に要する見込み期間	□ 2週間以内	□ 2週間から1ヶ月	
		□ 1ヶ月から3ヶ月	□ 3ヶ月から6ヶ月	
		□ 6ヶ月以上		
8	前回の評価からの改善や変化			

(記載上の注意)

- 「1」の要因については、別紙疾病分類表より疾病コードを記載するとともに、発症時期や治療の有無、治療内容等について記載すること。
- 「2」の廃用に至った経緯等については、「1」の疾患によって安眠を余儀なくされた理由、安眠の程度、安眠期間の長さ等を含めて記載すること。
- 「4」の月毎の評価点数については、直近月からさかのぼり6ヶ月間記載すること。
- 「6」については、筋力、心肺機能、関節拘縮防止、作業療法等の具体的なリハビリテーションの内容について記載すること。

リハビリテーション総合実施計画書

計画詳細実施日： 年 月 日
 右・右(矯正)・左

計画詳細実施日： 年 月 日 (歳) 利き手 右・右(矯正)・左

PT OT ST 看護 SW等

リハビリテーション歴:

日常生活自立度: JL, B, A1, A2, B1, B2, C1, C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV, M

患者氏名: 男・女 生年月日(西暦) 年 月 日

主治医: リハビリ当医 診察名(障害名(病歴日、手術日、診断日): 合併症(コントロール状態):

評価項目・内容 (コメントの後ろに具体的な内容を記入)	短期目標 (週間後)	具体的アプローチ
<p>□音読障害 (JCS, GCS):</p> <p>□単語理解:</p> <p>□記号力障害:</p> <p>□運動障害:</p> <p>□感覚障害:</p> <p>□咀嚼障害:</p> <p>□呼吸、循環障害:</p> <p>□音声、発話障害(構音、失調):</p> <p>□関節可動域制限:</p> <p>□筋力低下:</p> <p>□構音:</p> <p>□移乗:</p> <p>□坐位/立位間転換:</p> <p>□注意力障害:</p> <p>□構音障害:</p> <p>□その他:</p>		
<p>基本動作 (自立) □自立 □部分助 □全介助</p> <p>起き上がり (自立) □自立 □部分助 □全介助</p> <p>座位 (自立) □自立 □部分助 □全介助</p> <p>立ち上がり (自立) □自立 □部分助 □全介助</p> <p>立位 (自立) □自立 □部分助 □全介助</p>		
<p>活動度 (活動度の制限とその理由、活動時のリスクについて)</p>		
<p>ADL (B, I, I.)</p> <p>自立 介助 全介助 使用用具(杖、装具、介助内容)</p> <p>食事 10 5 0</p> <p>移乗 15 10 0 階段下</p> <p>座れる/移れない 5 0</p> <p>整容 5 0 0</p> <p>トイレ動作 10 5 0</p> <p>入浴 5 0 0</p> <p>平地歩行 1.5 10 0 歩行器等 歩行</p> <p>車椅子操作が可能 → 5 0 車椅子:</p> <p>階段 10 5 0</p> <p>更衣 10 5 0</p> <p>排便管理 10 5 0</p> <p>排便管理 10 5 0</p> <p>合計(0~100点) 点</p>		
<p>活動</p>		
<p>理解</p>		
<p>表出</p>		

評価	短期目標	具体的アプローチ
<p>職業 (□無職、□短欠中、□休職中、□短休後退職、□退職予定)</p> <p>職種・業種(仕事内容):</p> <p>復職時期:</p> <p>仕事内容:</p> <p>通勤方法:</p> <p>家庭内役割:</p> <p>社会活動:</p> <p>余暇活動(内容、頻度等):</p>	<p>退院先 (□自宅、□親族宅、□医療機関、□その他)</p> <p>復職 (□就職候補、□転職、□配置転換、□退職不可、□その他)</p> <p>復職時期:</p> <p>仕事内容:</p> <p>通勤方法:</p> <p>家庭内役割:</p> <p>社会活動:</p> <p>余暇活動(内容、頻度等):</p>	
<p>参加</p>	<p>身長^a、()cm、体重^b、()kg</p> <p>BMI^c、()kg/m² (身長測定が困難な場合は指節可</p> <p>栄養補給方法(複数選択可):</p> <p>□経口(□食事、□補助食品)</p> <p>□経管栄養、□静脈栄養(□末梢、□中心)</p> <p>嚥下調整表の必要性:</p> <p>□無、□有(学会分類コード:)</p> <p>栄養状態: □問題なし、□低栄養、□低栄養リスク</p> <p>※ □過栄養、□その他()</p> <p>【問題なし以外に該当した場合、以下記入】</p> <p>必要栄養量: ()kcal、たんぱく質()g</p> <p>総摂取栄養量^d(経口・経管・静脈全て含む): ()kcal、たんぱく質()g</p> <p>※ 入浴直後等で不明な場合は総摂取栄養量でも可</p> <p>抑うつ:</p> <p>購者の否認:</p> <p>その他:</p>	
<p>心理</p>	<p>自宅改造</p> <p>□不要、□要:</p> <p>福祉機器</p> <p>□不要、□要:</p> <p>社会保険サービス</p> <p>□不要、□要:</p> <p>介護保険サービス</p> <p>□不要、□要:</p> <p>退院後の主介護者</p> <p>□不要、□要:</p> <p>家族構成の変化</p> <p>□不要、□要:</p> <p>家庭内役割の変化</p> <p>□不要、□要:</p> <p>家族の社会活動変化</p> <p>□不要、□要:</p> <p>本人の希望:</p> <p>家族の希望:</p>	
<p>1か月後の目標:</p>	<p>発病による家族の変化</p> <p>社会生活:</p> <p>健康上の問題の発生:</p> <p>心理的問題の発生:</p>	<p>リハビリテーションの治療方針:</p> <p>退院時の目標と見込み時期:</p> <p>退院後のリハビリテーション計画 (種類・頻度・期間):</p>
<p>理解</p>	<p>外泊訓練計画:</p>	

退院後の社会参加の見込み:

説明者署名:

本人・家族への説明: 年 月 日 説明を受けた人:本人、家族() 署名: ()

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

1. 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寛たき)判定基準」の活用について(平成3年1月18日 老健第102-2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクI, J2, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
2. 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日 老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクI, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV又はMに該当するものであること。
3. 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthel Indexに代えてFIMを用いてもよい。

※ 回復期リハビリテーション病棟入院料Hを算定する場合は、「栄養」欄も必ず記入のこと(体計画書上段)に「管理栄養士の氏名」も記入)

(別紙様式230の3)

リハビリテーション総合実施計画書

評価実施日: 年 月 日

氏名:	男・女	生年月日	年 月 日	利き手	右・左(矯正)人・左
主治医	リハ担当医	看護	ST	職科ケア	
PT	OT	併存疾患:			
原発病(発症・診断確定日):	病期分類(ステージ):	併存疾患:			
既用症候群:	リハビリテーション歴:	PS又はKPS:			
入院の目的:	治療内容:	予定入院期間:			
入院の目的と治療内容	治療に生じる可能性のある副作用・合併症:	退院後の治療予定:			
身体症状とともに残っている対策:	<input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 不安・抑鬱 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 骨転移 <input type="checkbox"/> 骨転移あり(部位) <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 骨転移の診断 <input type="checkbox"/> 骨転移なし <input type="checkbox"/> 骨転移あり(部位) <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 病的骨折のリスク <input type="checkbox"/> 単純レントゲンで骨質性変化 <input type="checkbox"/> 骨シンチで異常集積				
骨転移検査の有無	<input type="checkbox"/> 半年以内の骨シンチ <input type="checkbox"/> 単純レントゲン <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 骨転移なし <input type="checkbox"/> 骨転移あり(部位) <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 単純レントゲンで骨質性変化 <input type="checkbox"/> 骨シンチで異常集積				
骨転移の診断					
病的骨折のリスク					
評価項目・内容(具体的内容を記載)	具体的アプローチ				
心身機能・構造	<input type="checkbox"/> 言語障害(UCS、GCS)せん妄: <input type="checkbox"/> 意識障害: <input type="checkbox"/> 感覚障害: <input type="checkbox"/> 視覚・聴覚・触覚・味覚・嗅覚・痛覚・温度覚・振動覚・位置覚・深部圧覚・下腿痛: <input type="checkbox"/> 呼吸・循環・消化器・泌尿器・生殖器・神経系: <input type="checkbox"/> 栄養・水分・排泄: <input type="checkbox"/> 関節可動域制限: <input type="checkbox"/> 筋力低下: <input type="checkbox"/> 疼痛: <input type="checkbox"/> その他: 動基立上(自立) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 全介助) 作本立位(自立) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 全介助) 安静度の判断(その理由、活動域のリスク(手技後の合併症、放射線・化学療法中・後の副作用、がんの進行)ともなる影響を考慮)				
ADL(B.I.に準じる)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)介助内容	
食事	10	5	0		
移乗	15	10	5	0	
整容	5	0	0		
トイレ動作	10	5	0		
入浴	5	0	0		
平地歩行	15	10	5	0	
階段	10	5	0		
更衣	10	5	0		
排便管理	10	5	0		
排尿管理	10	5	0		
合計(0~100点)					

評価項目・内容(具体的内容を記載)	具体的アプローチ
職業 <input type="checkbox"/> あり(仕事内容:) 参加 <input type="checkbox"/> なし 家庭内役割: 余暇(趣味など): その他:	
身長 ^{#1} : ()cm、体重: ()kg BMI ^{#1} : ()kg/m ² #1 身長測定が困難な場合は指節可 栄養供給方法(種類・選択目): <input type="checkbox"/> 経口(口食事) <input type="checkbox"/> 補助食品) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養(口未梢 <input type="checkbox"/> 中心) 嚥下調整の必要性: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(学会分類コード:) 栄養状態: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 低栄養リスク <input type="checkbox"/> 過栄養 <input type="checkbox"/> その他() ※	
【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ()kcal、たんぱく質()g 総摂取栄養量 ^{#2} (経口・経管・静脈全て含む): ()kcal、たんぱく質()g #2 入院経過後等で不明の場合は総摂取栄養量でも可	
心理 <input type="checkbox"/> 抑うつ気分 <input type="checkbox"/> 興味・喜びの著しい減退 <input type="checkbox"/> 食欲の障害 <input type="checkbox"/> 睡眠の障害 <input type="checkbox"/> 焦燥又は抑止 <input type="checkbox"/> 易疲労感又は気力の減退 <input type="checkbox"/> 無価値感又は自責感 <input type="checkbox"/> 集中力低下又は決断困難 <input type="checkbox"/> 希死念慮 その他:	自宅改造・福祉機器 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 介護保険サービス <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 その他:
同居家族: 家屋: 環境 その他:	本人の希望: 家族の希望:
2週間後の目標:	
リハビリテーションの治療方針:	
退院時の目標と見込み時期:	

退院後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間):

退院後の社会参加の見込み:

※ 回診時リハビリテーション療養費(入院料)を算定する場合は「栄養」欄も必ず記入のこと(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)

本人・家族への説明
 説明を受けた人: 本人・家族()年 月 日
 署名
 説明者: 署名

リハビリテーション総合実施計画書

ID 患者氏名 男・女
 生年月日 (明・大・昭・平・令・西暦) 年 月 日 歳

評価日: 令和・西暦 年 月 日 (回目・ ヶ月日)

診断名: (病)・手術日:

発症日:

治療内容(術式):

合併症:

危険因子(既往): 高血圧症 脂質異常症 糖尿病 肥満 高尿酸血症 家族歴 喫煙

慢性腎臓病 (CKD) 狭心症 陳旧性心筋梗塞 他 ()

標準体重 kg: 現在の体重 kg: BMI(18.5~25.9)

目標血圧 / mmHg 現在の血圧(又は家庭血圧) / mmHg

血液検査結果

HbA1c % LDL-C mg/dl

HDL-C mg/dl 中性脂肪 mg/dl

他 ()

心機能 左室駆出率 (EF) [正常・低下] %

他 ()

身体機能:

関節可動域制限 (部位:) 疼痛 (部位:)

筋力低下 (部位:) バランス障害 ()

他 ()

栄養*

栄養補給方法: 経口 (食事 補助食品)

経管栄養 静脈栄養 (末梢 中心)

嚥下調整食の必要性: 無 有 (学会分類コード:)

栄養状態: 問題なし 低栄養 低栄養リスク 過栄養 その他 ()

【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】

必要栄養量: () kcal, たんぱく質 () g

総摂取栄養量#: () kcal, たんぱく質 () g

(注) #: 体重・体表面積を以て算出

入院期間等で不測の場合には総摂取栄養量でも可

* 回復期リハビリテーション病棟入病棟1を測定する場合は必ず記入のこと (担当各一覧に管理栄養士の氏名も記入)

運動負荷試験結果 (運動処方)

運動耐容能 [良好・低下] (健康人の) %: MET (s)

運動処方 (脈拍・血圧): bpm / mmHg

自転車 W 分 / 回/週

歩行 km/h 分 / 回/週

他注意事項:

今後の運動療法継続について

当院にて 自宅にて 他施設にて ()
 今後の検査・期間等について

説明日: 令和・西暦 年 月 日 本人・家族氏名
 医師: 理学療法士:
 看護師: 他職種 ():

参加 無職 家事 休職中 発症後退職 退職予定
 転職 転職予定 配置転換 現職復帰
 ・職種/業務内容/通勤方法等 ()
 ・余暇・社会活動等 ()

具体的な目標とその770-F:

活動

ADL 車椅子 [自立・他人操作] 杖歩行 屋内歩行 屋外歩行

入浴 入浴 半身浴 シャワー浴 他 ()

トイレ 問題なし 問題あり ()

他 ()

具体的な目標とその770-F:

環境

独居 同居 ()、家族の協力体制【あり・困難】

戸建 (1階・2階以上) 集合住宅: 階居住、エレベーター (あり・なし)

その他 ()

具体的な目標とその770-F: 自宅改造/福祉機器 (要・不要) 介護保険サービス (要・不要)

心理

・自身の病気に対する不安 なし あり (具体的に:)

・日常生活活動に対する不安 なし あり (具体的に:)

・睡眠 良好 不良 (入眠障害・中途覚醒・他 ())

・食欲 良好 減退

具体的な目標とその770-F:

第三者の不利 (疾病による家族の社会生活変化や健康/心理問題の発生)

なし あり (具体的に:)

具体的な目標とその770-F: 家族の役割/社会活動変化の必要性の有無

再発予防・健康維持・回復のための目標

病気の理解 体力向上 食事管理 内服管理 運動習慣の獲得 他 ()

再発防止に対する理解と支援・指導の必要性

できる できない

【自己帰属】 実施している 実施していない

【家庭血圧・体重測定】 理解している 理解していない

【自分に合った運動】 実践している 実践していない

【適切な食事・摂取量】 理解している 理解していない

【正しい服薬】 服薬忘れなし 他人 ()

【薬の管理】 自分 家族 ()

【要指導】 要指導 要支援

【要実践】 要実践している 要支援

【要理解】 要理解している 要支援

【要服薬】 要服薬忘れなし 他人 ()

『タバコ』
『症状出現時の対処法』
他『
禁煙 受動喫煙 喫煙 ()
理解している 要指導 ()
 ()
 ()

本人・家族の希望

別紙様式 23 の 5

目標設定等支援・管理シート

作成日 年 月 日
 説明・交付日 年 月 日

患者氏名： 生年月日： 年 月 日

1. 発症からの経過（リハビリテーション開始日： 年 月 日）

--

2. ADL評価 (Barthel Index または FIM による評価) (リハビリ開始時及び現時点)
 (Barthel Index の場合)

	リハビリテーション開始時点			現時点		
	自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助
食事	10	5	0	10	5	0
移乗	15	10.5	0	15	10.5	0
整容	5	0	0	5	0	0
トイレ動作	10	5	0	10	5	0
入浴	5	0	0	5	0	0
平地歩行	15	10.5	0	15	10.5	0
階段	10	5	0	10	5	0
更衣	10	5	0	10	5	0
排便管理	10	5	0	10	5	0
排泄管理	10	5	0	10	5	0
合計(0-100点)	10	5	0	10	5	0

FIM による評価の場合

大項目	中項目	小項目	リハビリテーション		現時点 得点
			開始時点 得点		
運動	セルフ ケア	食事 整容			
		清拭・入浴			
		更衣 (上半身)			
		更衣 (下半身)			
		トイレ			
	排泄	排便コントロール			
		排便コントロール			
		ペット、椅子、車椅子			
	移乗	浴槽・シャワー			
		歩行・車椅子			
階段					
小計					
認知	コミュニケーション	理解			
		表出			
	社会認識	社会交流			
		問題解決 記憶			
小計					
合計					

3. 現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在のリハビリテーションの内容との関連

目標としているもの	関連する現在の リハビリテーションの内容
心身機能	

活動	
----	--

社会参加	
------	--

4. 今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し

- ・医師の説明の内容
- ・患者の受け止め

5. 介護保険のリハビリテーションの利用の見通し（あり・なし）
介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性（あり・なし）
紹介した事業所名

事業所名	連絡方法	備考（事業所の特徴等）

説明医師署名： 患者又は家族等署名：

【記載上の注意】

1. 本シートの交付、説明は、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の交付、説明と一体として行って差し支えない。
2. 「今後の見通し」について、必要な場合は、「今後のリハビリテーションが順調に進んだ場合」等の前提をおき、場合分けごとに記載してもよい。
3. 「現在のリハビリテーションの目標」は、医師及びその他の従事者が記載した後、本シートの説明を通じて患者又は家族等と面談し、患者の価値観等を踏まえてよりよい目標設定ができると考えた場合は、赤字で追加、修正する等してよい。

(精神科) 退院療養計画書

(患者氏名) _____ 殿

病棟 (病室)	_____	_____年 _____月 _____日
主治医以外の担当者名	_____	
予想される退院日	_____	
退院後の治療計画	_____	
退院後の留意点	_____	
退院後必要となる 保健医療サービス 又は福祉サービス	_____	
その他の	_____	

(注) 退院日等は、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) 印

酸素の購入価格に関する届出書 (年度)

1 前年の1月から12月までの酸素の購入実績

購入年月	定置式液化酸素貯槽 (C E)		可搬式液化酸素貯槽 (LGC)		大型ボンベ (3,000L超)		小型ボンベ (3,000L以下)	
	購入容積 (kg)	購入対価 (円)	購入容積 (kg)	購入対価 (円)	購入容積 (kg)	購入対価 (円)	購入容積 (kg)	購入対価 (円)
年 1 月								
2 月								
3 月								
4 月								
5 月								
6 月								
7 月								
8 月								
9 月								
10 月								
11 月								
12 月								
計								
単価								

2 前年1年間において酸素の購入実績がない場合 (当該診療月前の酸素の購入実績)

購入年月	定置式液化酸素貯槽 (C E)		可搬式液化酸素貯槽 (LGC)		大型ボンベ (3,000L超)		小型ボンベ (3,000L以下)	
	購入容積 (kg)	購入対価 (円)	購入容積 (kg)	購入対価 (円)	購入容積 (kg)	購入対価 (円)	購入容積 (kg)	購入対価 (円)
年 1 月								
2 月								
3 月								
4 月								
5 月								
6 月								
7 月								
8 月								
9 月								
10 月								
11 月								
12 月								
計								
単価								

3 その他

購入業者名	種別 (液化酸素、ボンベ)

上記のとおり届出します。
年 月 日

医療機関コード

所在地
名称
開設者

保険医療機関

印

殿

[記載上の注意事項]

- 1 届出は、当該前年の1月1日から12月31日までの間に購入したすべての酸素について記載すること。
効力は、当該前年1月1日より前年9月30日までの間に医療機関が購入したのものについては、当該対価
は、平成20年1月1日より前年9月30日までの間に医療機関が購入したのものについては、当該対価
に108分の110を乗じて得た額の1円未満の端数を四捨五入した額とする。

主治医氏名	
1. 輸血の種類(自己血輸血*を含む。)と使用量等	
2. 輸血の必要性及び輸血を行わない場合の危険性等	
3. 輸血の副作用等	
4. 輸血に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
5. その他留意点(副作 用・感染症救済制度 等)	

* 自己血輸血を実施しない場合は、その理由を説明すること。

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で輸血を受けることに同意しました。

(患者氏名) 印

(家族等氏名) 印

(患者との続柄) 印
※ 患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

90日を超えて一般病棟に入院している患者に関する退院支援状況報告書

患者名	明(天)昭(平)幸(年)月(日) 男(女)	入院日	年 月 日
生年月日	() 歳	退院日	年 月 日
入院の契機となった 傷病名	() () ()	(既に退院している場合) 治療を長期化させる 原因となった傷病名	ア 脳卒中の経過症 イ 認知症 ウ その他 ()
入院前の状況 (当てはまるものを全てに○を つける)	一人暮らし・同居家族あり(両親・配偶者・子・その他)・施設等 同居していないが家族あり・その他()		
治療の経過及び治療 が長期化した理由			
日常的に行われてい る医療行為その他特 記すべき病状等	ア 呼吸器科 → 1日()回 イ 産科 → 手法・胃ろう・輸液栄養 ウ 中心神経系 エ 気管切開又は気管挿管 オ 褥瘡に対する処置 → 褥瘡ができてからの期間 ()日 カ その他の創傷処置 キ 酸素投与 ク その他()		
現在の医学的な状態	安定・要動はあるが概ね安定・要動が大きい・全く安定していない 具体的内容。		
看護職員による看護 提供の状況	ア 定時の観察のみで対応 イ 定時以外に1日1回~数回の観察および処置が必要 ウ 頻回の観察および処置が必要	理由()	
退院支援を主に担う者 (当てはまるものを全てに○を つける)	ア 担当医 イ 退院支援専任の医師 ウ 病棟看護職員 エ 退院支援に専任の看護職員 オ 社会福祉士 カ その他()		
退院に係る問題点、 課題等	ア 患者の医学的状態が安定しない イ 医療的状態が安定しており退院が可能 ロ 退院の日程は急ぎであり、退院後の状態 ハ 退院先は決定しているが、退院の日程が決定していない ニ 自宅の受け入れ状況の調整のため ホ 退院先等に受け入れが決定しているが、日程が未定のため ヘ 退院先も退院日程も決定していない ヘ 退院後の転院が適切と考えられるが受け入れ先がない ニ 介護施設・福祉施設等への入所が適切と考えられるが受け入れ先がない ホ 特別養護老人ホーム・介護老人保健施設等が適切でない ト 適切な退院先がわからない チ 今後の療養に關する患者・家族の希望が決定していない リ 今後の療養に關する本人の希望と家族の希望が一致しないため ル その他()		
退院へ向けた支援の 概要		退院後に利用が予想される社会福 祉サービス等	
予想される退院先	ア 自宅 イ 特別養護老人ホーム・グループホーム等の施設 ウ 特別養護老人ホーム・介護老人保健施設等の介護施設又は障害者施設 エ 療養病床等の長期療養型医療施設 オ その他()		

(医療機関名)

(退院支援計画担当者) 印

精神科リエゾンチーム治療評価書

作成日 年 月 日

(ふりがな) 氏名 性別 (男・女) ID:

生年月日 明・大昭・平・令 年 月 日(歳) 病棟:

診断(身体疾患) 1) 診断(精神疾患) 1) 2)

- 実施要件: せん妄又は抑うつを有する 自殺企図で入院 精神疾患を有する その他()

精神症状: 不安・焦燥, 抑うつ, せん妄, 興奮, 自疑念慮, 不眠, 傾眠, 問題行動, 意識障害, 認知機能障害

【重症度評価】 軽症・入院治療継続に支障がない 中等症・入院治療継続に支障がでている 重症・入院治療継続が困難である

<その他の状態> 精神機能の全体的評価(GAF) R 度 [] (0-100) 身体活動状態 全般

- 重症度: 軽症, 中等症, 重症, 最重症

<総合評価と今後の方針> 実際の状況

精神症状を伴っている, 精神症状を伴い、入院治療に繋がっている, 精神症状を伴い、入院治療の継続が困難である, 精神症状を伴い、一般病棟では治療継続できない

初診料及び外来診療料の注2、注3に規定する施設基準に係る報告書

報告年月日: 年 月 日

Table with columns for district type (区分の種類), insurance medical institution types (保険医療機関の種類), and patient counts (患者数) for initial, referral, and reverse referral visits.

【記載上の注意】

- 1. 「①」から「④」に規定する初診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数は、特定機能病院... 2. 「①」〜「④」の「期間」というのは、原則として報告時の前年度の1年間とする。

精神科リエゾンチーム診療実施計画書

作成日 年 月 日

(ふりがな)	性別	ID:
氏名	(男・女)	病棟:
生年月日	明・大昭・平・令	年齢
診断(身体疾患)	1)	2)
診断(精神疾患)	1)	2)
実施要件	<input type="checkbox"/> セン妄又は抑うつを有する <input type="checkbox"/> 自殺企図で入院 <input type="checkbox"/> 精神疾患を有する <input type="checkbox"/> その他()	
精神症状	<input type="checkbox"/> 不安・焦燥 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> セン妄 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 自殺念慮 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 薬保特困難	
睡眠障害	<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為	
問題行動	<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為	
意識障害	<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為	
認知機能障害	<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為	
その他(具体的に)	<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為	

【重症度評価】 軽症:入院治療継続に支障がない 中等症:入院治療継続に支障がでている 重症:入院治療継続が困難である

精神機能の全体的評価(GAF)R度	[] (0-100)
身体活動状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 軽度の症状があるも、日常生活動作は自立 <input type="checkbox"/> 時に介助が必要、1日の半分以上は起きている <input type="checkbox"/> しばしば介助が必要、1日の半分以上は臥床している <input type="checkbox"/> 常に介助が必要、終日臥床している <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 入浴
歩行	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題なし
排泄	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題なし
食事	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題なし
入浴	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題なし

総合評価と今後の方針	チームでの対応方法
重症度	<input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 最重症
具体的状況	<input type="checkbox"/> チーム回診でのフォロー <input type="checkbox"/> チーム回診でのフォロー + 通宜診療 <input type="checkbox"/> チーム回診でのフォロー + 通宜診療 + 精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等)
精神科医	<input type="checkbox"/> 精神科医 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 薬剤師
作業療法士	()
公認心理師	()
今後の再評価予定日	年 月 日
本人・家族への説明日	年 月 日

今後の治療計画	
薬物療法	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
心理療法	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
ソーシャルワーク	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
心理教育	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
服薬指導	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
作業療法	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
その他	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
退院後も精神科医療(外来など)が継続できるような調整	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
精神症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪
睡眠障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪
問題行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪
意識障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪
認知機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪
その他(具体的に)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪
精神機能の全体的評価(GAF)R度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪
身体活動状態	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪
主治医	精神科医
看護師	精神保健福祉士
作業療法士	薬剤師
公認心理師	()
今後の再評価予定日	年 月 日
本人・家族への説明日	年 月 日

病棟薬剤業務日誌

年 月 日
 病棟名：
 病棟専任の薬剤師名：

時間

1 この病棟におけるこの日の病棟薬剤業務の実施時間

2 業務時間・業務内容・実施薬剤師名

業務時間 時間帯	業務内容		実施 薬剤師名	業務内容	実施 薬剤師名
	小計	薬剤師名			

※ 実施した業務の内容を次の業務の番号から選択して「業務内容」欄へ記入するとともに、当該業務の実施に要した時間を「業務時間」欄へ、実施した薬剤師の氏名を「実施薬剤師名」欄へ記入すること。業務の内容についての〇を選択した場合には、その内容を具体的に記載すること。

- ① 医薬品の投薬・注射状況の把握
- ② 医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需
- ③ 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案
- ④ 2種以上の薬剤を同時に投与する場合には投与前の相互作用の確認
- ⑤ 患者等に対するハイレベル薬等に係る投与前の詳細な説明
- ⑥ 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施
- ⑦ その他（業務内容を具体的に記入すること。）

※ 当該病棟以外の場所で実施した病棟薬剤業務についても、実施場所とともに記載すること。

3 その他

治療目標	<input type="checkbox"/> セン妄又は抑うつつの改善		具体的アプローチ
	<input type="checkbox"/> 自殺念慮の消失 <input type="checkbox"/> 精神疾患の治療継続、軽快 <input type="checkbox"/> その他()		
治療計画 (1)	<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 抗精神病薬 <input type="checkbox"/> 抗うつ薬 <input type="checkbox"/> 気分安定薬 <input type="checkbox"/> 抗不安薬 <input type="checkbox"/> 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 認知症治療薬 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> ソーシャルワーク <input type="checkbox"/> 心理療法 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 心理教育 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 作業療法		
	現 症	短期目標	
治療計画 (1)	不安・焦燥		
	抑うつ		
	せん妄		
	幻覚・妄想		
	興奮		
	自殺念慮		
	睡眠障害 ()		
	問題行動 ()		
	意識障害		
	認知機能障害		
その他 (具体的に)	()		
主治医	精神科医		
看護師	精神医療福祉士		
作業療法士	薬剤師		
公認心理師	()		
次回の再評価予定日			年 月 日
本人・家族への説明日			年 月 日

(別紙様式32)

認知症療養計画書

説明日 年 月 日

患者氏名	性別	年齢	生年月日

病名	
検査結果	
介護認定	申請予定・申請中 非該当・要支援(I・II)・要介護(I・II・III・IV・V)

I. 症状	
認知障害 (MMSE、HDS-r等)	
生活障害 (ADL、ADL)	
行動・心理症状 (DBD等)	
介護上特に問題 となる症状	

II. 家族又は介護者による介護の状況	
---------------------	--

III. 治療計画	短期計画	中期計画	長期計画
認知障害			
生活障害			
行動・心理症状			
総合			

IV. 必要と考えられる医療連携や介護サービス

V. 緊急時の対応方法・連絡先

VI. 特記事項

担当医
本人又は家族又は介護者の署名

別紙様式 31

精神科デイ・ケア等の実施状況に係る報告書

報告年月日： 年 月 日

1 月 14 回以上精神科デイ・ケア等を実施する患者の割合

(1) 精神科デイ・ケア等を月 1 回以上実施した患者の数の平均	人
(2) 精神科デイ・ケア等を月 14 回以上実施した患者の数の平均	人
(3) (2) ÷ (1)	

2 精神科デイ・ケア等の平均実施期間

精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から 報告年の9月末までの月数の平均	月
---	---

[記載上の注意点]

- 1 精神科デイ・ケア等とは、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び精神科ナイト・ケアをいうこと。
- 2 「1」の(1)について、報告年度の4月から9月の各月について、当該保険医療機関において精神科デイ・ケア等を1回以上実施した患者数を算出した上で、一月あたりの平均患者数を記入すること。
- 3 「1」の(2)について、報告年度の4月から9月の各月について、当該保険医療機関において精神科デイ・ケア等を14回以上実施した患者の数を求めた上で、一月あたりの平均患者数を記入すること。
- 4 「2」について、「1」(3)が0.8未満である場合には、記載する必要はないこと。記載する場合には、報告年度の9月1日から9月30日に1回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者について、当該保険医療機関の精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から9月末までの月数を算出した上で、平均の月数を記入すること。

認知症療養計画書

ID 番号 _____ 患者氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年齢 _____ 歳) _____ 説明医 _____

説明年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

かかりつけ医へ伝達事項 (注: 認知症療養指導料 3 を算定する場合には、今後の療養指導に必要な事項として記載のこと)

● 症状 (認知機能障害 / 行動・心理症状) 経過等, 生活状況等

● 身体合併症・身体機能障害, 血液検査, 神経画像検査, 診断等

● 要介護認定の状況 (※該当に○をつける)

未申請・申請中, 非該当, 要支援 1・要支援 2・要介護 1・要介護 2・要介護 3・要介護 4・要介護 5

● 現在の医療, 介護等の社会支援サービス, その他

● 今後の医療, 必要とされる介護等の社会支援サービス, その他

本人・家族へ伝達事項

● 診察結果 (病状, 身体合併症等)

● 今後の生活上の留意点, その他

説明を受けた方 (本人または家族・介護者等) の署名 _____ 続柄 (_____)

(別紙様式 33)

DIEPSS (薬原性錐体外路症状評価尺度) 全項目評価用紙

患者: _____ コード _____

評価者: _____ 0 = なし, 正常

評価日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 1 = ごく軽度, 不確実

評価時間: _____ 2 = 軽度

3 = 中等度

4 = 重度

1 歩行 Gait 適当なもの 1 つに丸をつける。 0 1 2 3 4

小刻みな速い歩む方, 速度の低下, 歩幅の減少, 上肢の振れの減少, 前屈姿勢や前方突進現象の程度を評価する。

2 動作緩慢 Bradykinesia 0 1 2 3 4

動作がらくなしいこと, 動作の開始または終了の遅延または困難, 顔面の表情変化の乏しさ (仮面様顔貌) や単語で意味を話し方の遅延も評価する。

3 流涎 Sialorrhea 0 1 2 3 4

唾液分泌過多。

4 筋強剛 Muscle rigidity 0 1 2 3 4

上肢の屈伸に対する抵抗, 歯車現象, 鉛管様強剛や手首の曲がり具合の程度も評価する。

5 振戦 Tremor 0 1 2 3 4

口唇, 手指, 四肢, 顔面に認められる反復的, 規則的 (4 ~ 8 Hz) で, リズミカルな運動。

6 アカシニア Akathisia 0 1 2 3 4

静座中に対する自覚, 下肢のふぞろい感, ソワソワ感, 動かさず動いていたいという衝動などの肉体的苦痛症状とそれに関連した苦痛, 運動亢進症状 (身体の振り動かし, 下肢の振り回し, 足踏み, 足の組み換え, ウロウロ歩き等) についても評価する。

7 ジストニア Dystonia 0 1 2 3 4

筋緊張の異常な変動によって引き起こされる症状, 舌, 顔筋, 四肢, 顔筋などにみられる筋節の捻転やつつばり, 持続的な異常ボクシジョン, 舌の突出捻転, 斜頸, 後頭, 牙間緊急, 眼球上転, ビサ症候群などを評価する。

8 ジスキネジア Dyskinesia 0 1 2 3 4

運動の異常に充満した状態, 顔面, 口唇, 舌, 頰, 四肢, 顔筋にみられる他覚的に編目的で不規則な不随意運動, 舞踏様運動, アテト-ゼ様運動は含むが, 振戦は評価しない。

9 概括重症度 Overall severity 0 1 2 3 4

錐体外路症状全体の重症度。

介護職員等特定行為等指示書

標記の枠について、下記の通り指示いたします。 指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

事業者		事業者種別	
事業者名称		事業者名称	
氏名	生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日 (歳)
住所	電話 () - ()		
対象者	要介護認定区分	要支援 (1 2)	要介護 (1 2 3 4 5)
	障害程度区分	区分1 区分2 区分3 区分4 区分5 区分6	
	主たる疾患(病名)		
実施行為種別	口腔内の嚥下吸引 ・ 鼻腔内の嚥下吸引 ・ 気管カニューレ内部の嚥下吸引 胃ろうによる経管栄養 ・ 腸ろうによる経管栄養 ・ 経鼻経管栄養		
	具体的な実施内容		
指示内容	嚥下吸引 (吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む)		
	経管栄養 (栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む)		
	その他留意事項 (介護職員等)		
	その他留意事項 (指導職員)		
(参考) 使用医療機器等	1. 経鼻胃管	サイズ: _____ Fr、種類: _____	
	2. 胃ろう・腸ろうカテーテル	種類: ポンプ型・チューブ型、サイズ: _____ Fr、_____ cm	
	3. 吸引器	機種: _____	
	4. 人工呼吸器	機種: _____	
	5. 気管カニューレ	サイズ: 外径 _____ mm、長さ _____ mm	
	6. その他		
緊急時の連絡先 不在時の対応法			

※1. 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者総合支援法等による事業者の種別を記載すること。
 ※2. 「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日
 機関名
 住所
 電話
 (FAX)
 医師氏名 (印)

(登録看護師等 (特定行為) 事業者の長) 殿

- 別紙36
- 抗不安薬
- オキザゾラム
 - クロキサゾラム
 - クロラゼパム
 - ジアゼパム
 - フルジアゼパム
 - プロマゼパム
 - メダゼパム
 - ロラゼパム
 - アルプラゾラム
 - フルタゾラム
 - メキサゾラム
 - トフィンハム
 - フルトプラゼパム
 - クロラゼパム
 - ロプラゼパム
 - タンデスピロンクエン酸塩
 - ヒドロキシジン塩酸塩
 - クロチアゼパム
 - ヒドロキシジンハモ酸塩
 - エチゾラム
 - ガンマオキサノール
- 睡眠薬
- プロモヘパリル原薬
 - 抱水クロラール
 - エスタゾラム
 - フルラゼパム塩酸塩
 - ニトラゼパム
 - ニメタゼパム
 - ハロキサゾラム
 - トリアゾラム
 - フルニトラゼパム
 - プロチゾラム

ロルメタゼパム
クアゼパム
アモハルピタール
バルピタール
フェノバルピタール
フェノバルピタールナトリウム
ベントバルピタールカルシウム
トリクロホスナトリウム
リルマザホン塩酸塩水和物
ゾピクロン
ゾルピデム酒石酸塩
エスビクロン
ラルファオン
スボレキサント

抗うつ薬

クロミプラミン塩酸塩
ロフェプラミン塩酸塩
トリミプラミンマレイン酸塩
イミプラミン塩酸塩
アモキサピン
アミトリプチリン塩酸塩
ナルトリプチリン塩酸塩
マプロチリン塩酸塩
ベモリン
ドスレピン塩酸塩
ミアンセリン塩酸塩
セチプチリンマレイン酸塩
トラントル塩酸塩
フルボキサミンマレイン酸塩
ミルナシリン塩酸塩
ハロキセチン塩酸塩水和物
塩酸セルトラリン
ミルタザピン
デフェキサチン塩酸塩
エスシタロプララムシユウ酸塩

ベンラファキシン塩酸塩
ボルチオキセチン臭化水素酸塩

抗精神病薬 (○印は非定型抗精神病薬、△は特異性抗精神病注射薬剤)
<定型薬>

クロルプロマジン塩酸塩
クロルプロマジンフェノールナトリウム酸塩
ペルフェナジンフェンジノ酸塩
ペルフェナジン
ペルフェナジンマレイン酸塩
プロペリシアジン
フルフェナジンマレイン酸塩
フルフルペラジンマレイン酸塩
レボメプロマジンマレイン酸塩
ピハンパロン塩酸塩
オキシペルチン
スピペロン
スルピリド
ハロペリドール
ピモジド
ゾテピン
チミペロン
フロムペリドール
クロカプラミン塩酸塩水和物
スルトプリド塩酸塩
モサプラミン塩酸塩
ネモナプリド
レセルピン
△ ハロペリドールデカン酸エステル
△ フルフェナジンデカン酸エステル

<非定型薬>

○△リスベリド
○ クエチアピン fumarate 酸塩
○ ペロスピロン塩酸塩水和物 (ペロスピロン塩酸塩)
○ オランザピン
○△アリピプラゾール (アリピプラゾール水和物)

別紙 36 の 2

抗精神病薬一般名	クロルプロマジン100mg相当量
クロルプロマジン 塩酸塩	100 mg
クロルプロマジンフェノールフタリン酸塩	100 mg
ペルフェナジンフェンジノ酸塩	10 mg
ペルフェナジン	10 mg
ペルフェナジンマレイン酸塩	10 mg
プロペリシアジン	20 mg
フルフェナジンマレイン酸塩	2 mg
プロクロルペラジンマレイン酸塩	15 mg
レボメプロマジンマレイン酸塩	100 mg
ピバンペロン塩酸塩	200 mg
オキシペルチン	80 mg
スピペロン	1 mg
スルピリド	200 mg
ハロペリドール	2 mg
ピモジド	4 mg
ゾチピン	66 mg
チミペロン	1.3 mg
プロムペリドール	2 mg
クロカプラミン塩酸塩水和物	40 mg
スルトプリド塩酸塩	200 mg
モサプラミン塩酸塩	33 mg
ネモナプリド	4.5 mg
レセルピン	0.15 mg
リスベリドン	1 mg
クエチアピン fumarate 塩酸塩水和物 (ペロスピロン塩酸塩)	66 mg
オランザピン	8 mg
アリピプラゾール	2.5 mg
プロナンセリン	4 mg
クロザピン	4 mg
バリベリドン	50 mg
バリベリドンハルミチン酸エステル	1.5 mg
バリベリドンハルミチン酸エステル	1.5 mg

- プロナンセリン
- クロザピン
- バリベリドン
- △バリベリドンハルミチン酸エステル
- アセナピンマレイン酸塩
- ブレクスピプラゾール

統合失調症、統合失調型障害及び変性性器用 院内臨床評価計画書

患者氏名 姓(姓) 名(名) 年 月 日(生) 性別 科/病室 病室 精神科医士 作業療法士 その他の担当者

Table with 11 columns: 項目, 入院予定日, 入院日, 入院予定日, 入院日, 入院予定日, 入院日, 入院予定日, 入院日, 入院予定日, 入院日. Rows include 精神科医士の情報, 医師, 看護師, 作業療法士, 心理士, 社会福祉士, 精神科医士, 作業療法士, 心理士, 社会福祉士, 精神科医士, 作業療法士, 心理士, 社会福祉士.

※1 業務改善、個別や共同の評価による者
※2 生活自立支援プログラムによる者
※3 生活自立支援プログラムによる者
※4 生活自立支援プログラムによる者
※5 生活自立支援プログラムによる者
※6 生活自立支援プログラムによる者
※7 生活自立支援プログラムによる者
※8 生活自立支援プログラムによる者
※9 生活自立支援プログラムによる者
※10 生活自立支援プログラムによる者
※11 生活自立支援プログラムによる者
※12 生活自立支援プログラムによる者
※13 生活自立支援プログラムによる者
※14 生活自立支援プログラムによる者
※15 生活自立支援プログラムによる者
※16 生活自立支援プログラムによる者
※17 生活自立支援プログラムによる者
※18 生活自立支援プログラムによる者
※19 生活自立支援プログラムによる者
※20 生活自立支援プログラムによる者

統合失調症、統合失調型障害及び変性性器用 院内臨床評価計画書

患者氏名 姓(姓) 名(名) 年 月 日(生) 性別 科/病室 病室 精神科医士 作業療法士 その他の担当者

Table with 11 columns: 項目, 入院予定日, 入院日, 入院予定日, 入院日, 入院予定日, 入院日, 入院予定日, 入院日, 入院予定日, 入院日. Rows include 精神科医士の情報, 医師, 看護師, 作業療法士, 心理士, 社会福祉士, 精神科医士, 作業療法士, 心理士, 社会福祉士, 精神科医士, 作業療法士, 心理士, 社会福祉士.

※1 業務改善、個別や共同の評価による者
※2 生活自立支援プログラムによる者
※3 生活自立支援プログラムによる者
※4 生活自立支援プログラムによる者
※5 生活自立支援プログラムによる者
※6 生活自立支援プログラムによる者
※7 生活自立支援プログラムによる者
※8 生活自立支援プログラムによる者
※9 生活自立支援プログラムによる者
※10 生活自立支援プログラムによる者
※11 生活自立支援プログラムによる者
※12 生活自立支援プログラムによる者
※13 生活自立支援プログラムによる者
※14 生活自立支援プログラムによる者
※15 生活自立支援プログラムによる者
※16 生活自立支援プログラムによる者
※17 生活自立支援プログラムによる者
※18 生活自立支援プログラムによる者
※19 生活自立支援プログラムによる者
※20 生活自立支援プログラムによる者

退院支援委員会会議記録

(録者氏名) _____ 殿 年 月 日 委員会開催日: 年 月 日

病棟(病室)	
病名	
入院年月日	
担当退院支援相談員 の氏名	
出席者	主名(), 主治医以外の医師() 看護職員() 本人(出席・欠席)、 家族() その他()
退院阻害な要因 (医学的要因)	1. 精神症状 2. 関節行動 3. ADLの低下 4. ADLの低下 5. 身体合併症
退院阻害な要因 (社会・環境的要因)	1. 家庭内調整() 2. 受け入れ先の環境が阻害() 3. 経済的負担() 4. 自己負担の費用が増加() 5. その他()
退院に係る問題点、 課題等	
退院へ向けた目標 設定、評価時期、文庫調整	1. 退院へ向けた目標 2. 評価時期 3. 支援必要
予想される退院先	1. 自宅 2. 障害福祉サービスによる入所施設() 3. 介護保険サービスによる入所施設() 4. その他()
退院後に利用が予想さ れる社会福祉サービ ス	
退院後に利用が予想さ れる社会福祉サービ スの 担当者	

印 (担当要)
印 (記録者署名)

別紙様式39

精神科の診療に係る経験を十分に有する医師に係る届出書添付書類
(区分番号「F100」処方料、「F200」薬剤料、「F400」処方せん料、「I002」
通院・在宅精神療法、「I002-2」精神科継続外来支援・指導料の向精
神薬多剤投与に係る部分)

区 分	氏 名
精神科の診療に係る 経験を十分に有する 医師	

【記載上の注意】

- 以下の要件を満たす医師の氏名を記載すること。
 - 臨床経験を5年以上有する医師であること。
 - 適切な保険医療機関において3年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。
 - 精神疾患に関する専門的な知識と、I0D-10(平成21年総務省告示第176号(統計法第28条及び附則第3条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件)の「3」の「(1) 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう)においてF0からF9の全てについて主治医として治療した経験を有すること。
 - 精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。
- 「1」について確認できる文書を添付すること。

向精神薬多剤投与に係る報告書

直近3月に受診した外来患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関の提出すること。

保険医療機関名							
郵便番号							
住所							
科	精神科	心療内科	・	どちらもない			
対象期間	年	月	日から	年	月	日の3月間	
「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」の数 (届出時点)							名

1 向精神薬の投与を受けている患者数、その内訳（対象となる患者は直近3か月間に受診した外来患者）

※ここでいう向精神薬とは、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬をさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①	
うち、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者数②	
うち、抗うつ薬の投与を受けている患者数③	うち、抗精神病薬の投与を受けている患者数④
名	名
名	名

2 向精神薬多剤投与を受けている患者数とその内訳（対象となる患者は直近3か月間に受診した外来患者）

※ここでいう向精神薬多剤投与とは、抗不安薬3種類以上、睡眠薬3種類以上、抗うつ薬3種類以上、抗精神病薬3種類以上又は抗不安薬及び睡眠薬4種類以上に該当することをさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①	
向精神薬多剤投与を受けている患者数⑤	うち、抗不安薬3種類以上又は抗精神病薬3種類以上の投与を受けている患者数⑥
うち、抗不安薬3種類以上の投与を受けている患者数⑥	うち、抗精神病薬3種類以上の投与を受けている患者数⑦
名	名
名	名
名	名
名	名
名	名

⑧/② = %

※ ⑧/②が10%未満であるか、又は⑧が20名未満である場合、「1002」通院・在宅精神療法(17)のAに続ける要件を満たす。

【記載上の注意】

- 直近3か月とは、届出を行う日の前月から起算して3か月をいう。
- 患者数は、条件に該当するものを、「F100」処方料(3)(イ)から(ニ)への該当の有無にかかわらず全て、それぞれ実人数で計上すること。例えば、期間中に抗うつ薬及び抗精神病薬の療法の投与を受けた患者がいる場合には、③と④に重複して計上され、③と④の和が②より大きくなる。同様に、期間中に抗うつ薬3種類以上及び抗精神病薬3種類以上の投与を受けた患者がいる場合には、⑨と⑩に重複して計上され、⑨と⑩の和が⑧より大きくなる。
- 「1」と「2」の①にはそれぞれ同じ数字を記入すること。
- 平成30年7月以降の報告において、⑤の患者数に、4種類の抗不安薬及び睡眠薬の投与を受けている患者数を含めること。

1ヶ月月目・2ヶ月月目・3ヶ月月目・4ヶ月月目・5ヶ月月目・6ヶ月月目 (該当する項目を○で囲んでください)

総支給計画書

フリガナ氏名	明治・大正 昭和・平成 令和	性別	男・女
生年月日	年 月 日	年齢	歳
病名	従たる精神障害: _____		
主たる精神障害: _____	身体合併症: _____		
(1) 直近の入院状況	・直近の入院日: 年 月 日 ・退院日: 年 月 日 ・入院期間: 年 月 日 ・入院形態: □任意 □医療保護 □措置 (緊急措置含) □成急 □医療観察法 ・退院時 GAF () ・退院困難な理由 ()		
(2) 現在の病状、状態等 (本人の訴え、及び医療者の評価をもとに記載)	本人 _____ 医療者 _____		
(3) 処方内容	① 処方薬 □家族等と同居 □入所 (施設名:) □その他 () ② 日常生活動作 (ADL) ・歩行 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大級の援助 □全面的援助 ・食事 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大級の援助 □全面的援助 ・トイレの使用 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大級の援助 □全面的援助 ・入浴 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大級の援助 □全面的援助 ・衣服の清拭 □自立 □準備のみ □観察 □部分的な援助 □広範な援助 □最大級の援助 □全面的援助 ◎先月と比較して、[改善・不変・悪化] 3. 日常生活能力の判定 ・適切な食事摂取 □自発的にできる □部分的な援助 □最大級の援助 ・身辺の清潔保持・規則正しい生活 □自発的にできる □部分的な援助 □最大級の援助 ・買物 □自発的にできる □部分的な援助 □最大級の援助 ・服薬管理 □自発的にできる □部分的な援助 □最大級の援助 ・服薬管理 □自発的にできる □部分的な援助 □最大級の援助 ・対人関係 □自発的にできる □部分的な援助 □最大級の援助 ・身の安全保持・危機対応 □自発的にできる □部分的な援助 □最大級の援助 ・社会的手続きや公共施設の利用 □自発的にできる □部分的な援助 □最大級の援助 ・趣味・娯楽への関心 □自発的にできる □部分的な援助 □最大級の援助 ・交通手段の利用 □自発的にできる □部分的な援助 □最大級の援助 ◎先月と比較して、[改善・不変・悪化] (6) 各種サービス利用状況 (支援計画確定時点) ・精神障害者保健福祉手帳 (□1級、□2級、□3級、□申請中、□非該当、□申請なし) ・障害年金 (□1級、□2級、□3級、□申請中、□非該当、□申請なし) ・障害程度/支援区分 (□区分1、□区分2、□区分3、□区分4、□区分5、□区分6、□申請中、□非該当、□申請なし) ・要介護認定 (□要介護1、□要介護2、□要介護3、□要介護4、□要介護5、□申請中、□非該当、□申請なし) ・障害者総合支援法等に規定する各種サービスの利用の有無 □有 □無		
(7) 再発予防・継続維持のための目標 (1ヶ月毎)	□病気への理解 □体力向上 □食事管理 □内服管理 □日常生活の管理 □趣味・娯楽への関心 □就労・就学 □その他 ()		

(8) 今後必要とされる収入源	□障害年金 □障害者年金 □老齢基礎年金 □生活保護 □その他 ()
(9) 今後必要とされる各種のサービス	1. 精神科医療 □精神科通院 (当院、他院) □精神科デイケア □精神科ナイトケア □グループホーム (回/週) □地域活動支援センター (回/週) 2. 障害者総合支援法等に規定するサービス □重度訪問介護 (回/週) □行動援護 (回/週) □グループホーム (回/週) □地域活動支援センター (回/週) □生活介護 (回/週) □居宅介護 (ホームヘルプ) (回/週) □居宅介護支援センター (回/週) □居宅訪問介護 (回/週) □その他サービス (回/週) 3. その他 ()
(10) 連携すべき関係機関	□保健所 □精神保健福祉センター □市町村 □相談支援事業所 □居宅介護支援事業所 □その他 ()
(11) この1ヶ月間での本人・家族の希望、回復への目標	_____
(12) 訪問予定日	□「訪問診療」(担当) 月 日()、月 日()、月 日()、月 日()、月 日() □「精神科訪問看護、精神科訪問看護・指導」 月 日() [担当]、月 日() [担当]
(13) (7) ~ (11) を達成するための、具体的な支援計画	□「病気の症状・お薬について」 担当者/職種 _____) 支援計画 () □「看護・介護について」 担当者/職種 _____) 支援計画 () □「社会生活機能の回復について」 担当者/職種 _____) 支援計画 () □「社会資源について」 担当者/職種 _____) 支援計画 () □「その他行うべき支援」 担当者/職種 _____) 支援計画 ()
本人・家族氏名:	_____ 看護師: _____
医師:	_____ 精神保健福祉士: _____
作業療法士:	_____
その他関係職種:	_____
医療機関所在地:	_____ 診療担当科名: _____
名称:	_____ 医師氏名 (自署又は記名押印) _____
電話番号:	_____
緊急時電話番号:	_____

入院時訪問指導に係る評価書

作成日 年 月 日

1. 基本情報

患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
訪問日	年 月 日	入院日	年 月 日
訪問先種別	訪問先住所		
訪問者職種	訪問者氏名		
同行者職種 ・氏名	職種:	氏名:	
	職種:	氏名:	
	職種:	氏名:	

2. 情報収集及び評価

患者の病状や 障害像	■ 退院時 ADL 予後: 主な移動方法 () 一自立・要介助・全介助 ■ 認知症の有・無
家族の状況	
退院後生活する 住環境の状況	■ 主な居室 () と主たる移動場所 () ■ 室内の段差: 無・有り (場所) ■ 手すり: 無・あり (場所) ■ 近隣の店までの距離 (m)
患者、家族の 住環境に関する 希望等	
その他 (食事、整容、入浴、排泄、介護状況、移動手段等の特記事項)	
コメント・評価 (解決すべき住環境課題について記入)	
3. 住環境の状況の分かる写真や写真を添付 (作成、添付することが望ましい) ■ 作図の場合、全体間取りと段差、手すりを記入した上で、解決課題箇所を丸で囲むこと	

【記入上の注意】

- 訪問先種別は自宅、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等を記入すること。
- 退院後生活する住環境は、家屋構造、室内の段差、手すりの場所、近隣の店までの距離等を含めて、リハビリテーション総合実施計画立案に必要な情報を記入すること。
(参考) 作図の場合

褥瘡対策に関する診療計画書

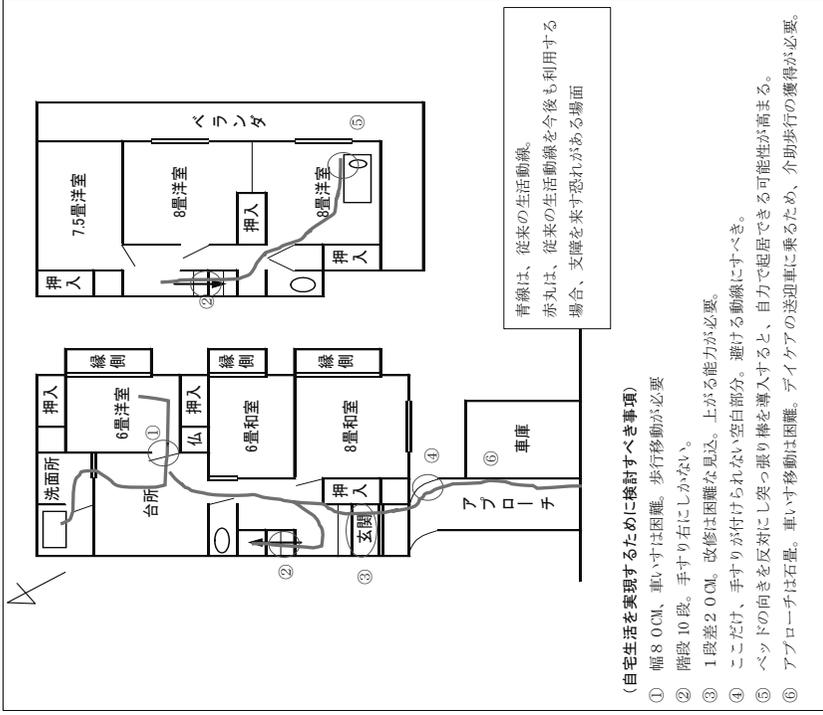
氏名 _____ 性別 _____ 年齢 _____ 計画作成日 _____

1. 現在 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大殿子部、踵部、その他()) 褥瘡発生日 _____

2. 過去 なし あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大殿子部、踵部、その他())

危険因子	J(1,2) A(1,2) B(1,2) C(1,2)		対処
	できる	できない	
・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換)	できる	できない	
・褥瘡の骨突出	なし	あり	「あり」もしくは「でない」が1つ以上の場合は、看護計画を立案し実施する
・関節拘縮	なし	あり	
・栄養状態低下	なし	あり	
・皮膚湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)	なし	あり	
・皮膚の脆弱性(浮腫)	なし	あり	
・皮膚の脆弱性(スキンケアの保存、既往)	なし	あり	

褥瘡の深さ	※両括弧内は点数	
	褥瘡の深さ	褥瘡の深さ
深さ	①なし ②重さ:毎日の交換を要しない ③中等量:1日1回の交換 ④少量:1日2回以上の交換	①深さ約2cm ②深さ約3cm ③深さ約4cm ④深さ約5cm ⑤深さ約6cm ⑥深さ約7cm ⑦深さ約8cm ⑧深さ約9cm ⑨深さ約10cm ⑩深さ約11cm ⑪深さ約12cm ⑫深さ約13cm ⑬深さ約14cm ⑭深さ約15cm ⑮深さ約16cm ⑯深さ約17cm ⑰深さ約18cm ⑱深さ約19cm ⑲深さ約20cm
滲出液	①なし ②少量:毎日交換を要しない ③中等量:1日1回の交換 ④少量:1日2回以上の交換	①なし ②少量:毎日交換を要しない ③中等量:1日1回の交換 ④少量:1日2回以上の交換
大きさ(cm) ² 湿潤する最大面積 (褥瘡する皮膚の範囲)を含む	①なし ②10cm ² 以上 ③15cm ² 以上 ④20cm ² 以上 ⑤25cm ² 以上 ⑥30cm ² 以上 ⑦35cm ² 以上 ⑧40cm ² 以上 ⑨45cm ² 以上 ⑩50cm ² 以上 ⑪55cm ² 以上 ⑫60cm ² 以上 ⑬65cm ² 以上 ⑭70cm ² 以上 ⑮75cm ² 以上 ⑯80cm ² 以上 ⑰85cm ² 以上 ⑱90cm ² 以上 ⑲95cm ² 以上 ⑳100cm ² 以上	①なし ②10cm ² 以上 ③15cm ² 以上 ④20cm ² 以上 ⑤25cm ² 以上 ⑥30cm ² 以上 ⑦35cm ² 以上 ⑧40cm ² 以上 ⑨45cm ² 以上 ⑩50cm ² 以上 ⑪55cm ² 以上 ⑫60cm ² 以上 ⑬65cm ² 以上 ⑭70cm ² 以上 ⑮75cm ² 以上 ⑯80cm ² 以上 ⑰85cm ² 以上 ⑱90cm ² 以上 ⑲95cm ² 以上 ⑳100cm ² 以上
炎症・感染	①なし ②軽微な炎症 ③軽微な感染 ④軽微な炎症・感染 ⑤軽微な炎症・感染 ⑥軽微な炎症・感染 ⑦軽微な炎症・感染 ⑧軽微な炎症・感染 ⑨軽微な炎症・感染 ⑩軽微な炎症・感染 ⑪軽微な炎症・感染 ⑫軽微な炎症・感染 ⑬軽微な炎症・感染 ⑭軽微な炎症・感染 ⑮軽微な炎症・感染 ⑯軽微な炎症・感染 ⑰軽微な炎症・感染 ⑱軽微な炎症・感染 ⑲軽微な炎症・感染 ⑳軽微な炎症・感染	①なし ②軽微な炎症 ③軽微な感染 ④軽微な炎症・感染 ⑤軽微な炎症・感染 ⑥軽微な炎症・感染 ⑦軽微な炎症・感染 ⑧軽微な炎症・感染 ⑨軽微な炎症・感染 ⑩軽微な炎症・感染 ⑪軽微な炎症・感染 ⑫軽微な炎症・感染 ⑬軽微な炎症・感染 ⑭軽微な炎症・感染 ⑮軽微な炎症・感染 ⑯軽微な炎症・感染 ⑰軽微な炎症・感染 ⑱軽微な炎症・感染 ⑲軽微な炎症・感染 ⑳軽微な炎症・感染
肉芽形成 良性肉芽が占める割合	①なし ②少量 ③中等量 ④大量 ⑤少量 ⑥中等量 ⑦大量 ⑧少量 ⑨中等量 ⑩大量 ⑪少量 ⑫中等量 ⑬大量 ⑭少量 ⑮中等量 ⑯大量 ⑰少量 ⑱中等量 ⑲大量 ⑳少量 ㉑中等量 ㉒大量 ㉓少量 ㉔中等量 ㉕大量 ㉖少量 ㉗中等量 ㉘大量 ㉙少量 ㉚中等量 ㉛大量 ㉜少量 ㉝中等量 ㉞大量 ㉟少量 ㊱中等量 ㊲大量 ㊳少量 ㊴中等量 ㊵大量 ㊶少量 ㊷中等量 ㊸大量 ㊹少量 ㊺中等量 ㊻大量 ㊼少量 ㊽中等量 ㊾大量 ㊿少量	①なし ②少量 ③中等量 ④大量 ⑤少量 ⑥中等量 ⑦大量 ⑧少量 ⑨中等量 ⑩大量 ⑪少量 ⑫中等量 ⑬大量 ⑭少量 ⑮中等量 ⑯大量 ⑰少量 ⑱中等量 ⑲大量 ⑳少量 ㉑中等量 ㉒大量 ㉓少量 ㉔中等量 ㉕大量 ㉖少量 ㉗中等量 ㉘大量 ㉙少量 ㉚中等量 ㉛大量 ㉜少量 ㉝中等量 ㉞大量 ㉟少量 ㊱中等量 ㊲大量 ㊳少量 ㊴中等量 ㊵大量 ㊶少量 ㊷中等量 ㊸大量 ㊹少量 ㊺中等量 ㊻大量 ㊼少量 ㊽中等量 ㊾大量 ㊿少量
壊死組織	①なし ②少量 ③中等量 ④大量 ⑤少量 ⑥中等量 ⑦大量 ⑧少量 ⑨中等量 ⑩大量 ⑪少量 ⑫中等量 ⑬大量 ⑭少量 ⑮中等量 ⑯大量 ⑰少量 ⑱中等量 ⑲大量 ⑳少量 ㉑中等量 ㉒大量 ㉓少量 ㉔中等量 ㉕大量 ㉖少量 ㉗中等量 ㉘大量 ㉙少量 ㉚中等量 ㉛大量 ㉜少量 ㉝中等量 ㉞大量 ㉟少量 ㊱中等量 ㊲大量 ㊳少量 ㊴中等量 ㊵大量 ㊶少量 ㊷中等量 ㊸大量 ㊹少量 ㊺中等量 ㊻大量 ㊼少量 ㊽中等量 ㊾大量 ㊿少量	①なし ②少量 ③中等量 ④大量 ⑤少量 ⑥中等量 ⑦大量 ⑧少量 ⑨中等量 ⑩大量 ⑪少量 ⑫中等量 ⑬大量 ⑭少量 ⑮中等量 ⑯大量 ⑰少量 ⑱中等量 ⑲大量 ⑳少量 ㉑中等量 ㉒大量 ㉓少量 ㉔中等量 ㉕大量 ㉖少量 ㉗中等量 ㉘大量 ㉙少量 ㉚中等量 ㉛大量 ㉜少量 ㉝中等量 ㉞大量 ㉟少量 ㊱中等量 ㊲大量 ㊳少量 ㊴中等量 ㊵大量 ㊶少量 ㊷中等量 ㊸大量 ㊹少量 ㊺中等量 ㊻大量 ㊼少量 ㊽中等量 ㊾大量 ㊿少量
ポイント(cm) ² 潰瘍面を占めるポイント面積(潰瘍面を占めるポイント面積)	①なし ②10cm ² 以上 ③15cm ² 以上 ④20cm ² 以上 ⑤25cm ² 以上 ⑥30cm ² 以上 ⑦35cm ² 以上 ⑧40cm ² 以上 ⑨45cm ² 以上 ⑩50cm ² 以上 ⑪55cm ² 以上 ⑫60cm ² 以上 ⑬65cm ² 以上 ⑭70cm ² 以上 ⑮75cm ² 以上 ⑯80cm ² 以上 ⑰85cm ² 以上 ⑱90cm ² 以上 ⑲95cm ² 以上 ⑳100cm ² 以上	①なし ②10cm ² 以上 ③15cm ² 以上 ④20cm ² 以上 ⑤25cm ² 以上 ⑥30cm ² 以上 ⑦35cm ² 以上 ⑧40cm ² 以上 ⑨45cm ² 以上 ⑩50cm ² 以上 ⑪55cm ² 以上 ⑫60cm ² 以上 ⑬65cm ² 以上 ⑭70cm ² 以上 ⑮75cm ² 以上 ⑯80cm ² 以上 ⑰85cm ² 以上 ⑱90cm ² 以上 ⑲95cm ² 以上 ⑳100cm ² 以上



青線は、従来の生活動線。赤丸は、従来の生活動線を今後も利用する場合は、支障を来す恐れがある場面

- (自宅生活を実現するために検討すべき事項)
- ① 幅80cm、車いすは困難、歩行移動が必要
 - ② 階段10段、手すり右にしかない。
 - ③ 1段差20cm、改修は困難な見込。上がる能力が必要。
 - ④ ここだけ、手すりが付けれられない空白部分。避ける動線にすべき。
 - ⑤ ベッドの向きを反対にし突っ張り棒を導入すると、自力で起居できる可能性が高まる。
 - ⑥ アプローチは石畳。車いす移動は困難。ディケアの送迎車に乗るため、介助歩行の獲得が必要。

組織的な管理が必要なる理由

計画

実施した内容(御回答及び調査報告書)アンケートの返答及び1回以上の構成員の出席履歴の記載(有無)について(区別)口

カンファレンス実施日	開催場所	参加した構成員の署名	議事概要
初回 月 日			
2回目 月 日			
3回目 月 日			

解説

年 月 日

説明日

本人又は家族(縁柄)の署名
在宅介護対策チーム構成員の署名
医師
看護師
管理栄養士
在宅介護管理者

【記載上の注意】

1. 日常生活自立度の判定に当たっては「高齢老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準J」の活用について、(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保健課高齢者福祉部長通知 老健第109-2号)を参照のこと。
2. 日常生活自立度がJ1～A2である患者については、当該評価書の作成を要しないものであること。

別紙様式44

保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式

標本等の受取又は受信側

病理標本等の受取又は受信側の医療機関名:	
担当医:	依頼日: 年 月 日
標本等の送付又は受信側	

病理標本等の送付又は送信側の医療機関名:

所在地:	提出医サイン:
電話番号:	医師氏名:
送付又は送信する材料	<input type="checkbox"/> 病理組織標本 <input type="checkbox"/> 病理検体 <input type="checkbox"/> 病理組織標本のデジタル病理画像
標本作製の場所(標本又はデジタル病理画像を送付する場合):	院内・院外(施設名称:)
患者氏名:	(フリガナ) 性別: 男・女
患者住所:	
生年月日: 明・大・昭・平・令 年 月 日 ()	職業: (具体的に) 電話番号: ()
保険医療機関間の連携による病理診断についての患者の了解: 有・無	
傷病名:	
臨床診断・臨床経過:	
肉眼所見・診断(略図等):	
病理材料のマクロ写真と切り出し図(鉛字生検等は除く):	
採取日又は手術日:	年 月 日
提出臓器とそれぞれの標本又はデジタル病理画像の枚数:	1. 2. 3. その他
既往歴:	
家族歴:	
感染症の有無: 有()・無	
治療情報・治療経過:	
現在の処方:	
病理診断に際しての要望:	
備考:	

病理診断科使用欄：病理診断科ID
 病理診断管理加算1 病理診断管理加算2 慢性腫瘍病理組織標本加算 標本作製料 病理診断料 免疫染色料
 ※1 内視鏡生検等では、内視鏡伝票又は生検部位の写真添付すること
 ※2 手術材料等では病変部の写真等を含む画像診断報告書資料を添付すること

別紙様式 45

回復期リハビリテーション病棟入院料におけるリハビリテーション実績指数
等に係る報告書

保険医療機関名
郵便番号
住所
報告年月日
直近の報告年月日

1. 退棟患者数

	() 月 () 月 () 月 () 月 () 月 () 月 () 月 () 月	名	名	名	名	名
①	前月までの6か月間に回復					
②	期リハビリテーション病棟から退棟した患者数					

2. 1日当たりのリハビリテーション提供単位数

	() 月 () 月 () 月 () 月 () 月 () 月 () 月 () 月	日	日	日	日	日	日	単位	単位	単位	単位	単位	単位
①	前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延べ入院日数												
③	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数 (i + ii + iii + iv + v)												
④	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数												
再掲	i	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された心血管疾患リハビリテーションの総単位数											
	ii	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された脳血管疾患											

	等リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
iii	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された痰用症候群リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
iv	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
v	前月までの6か月間に③の患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
⑤	1日当たりのリハビリテーション提供単位数 (④/③)	単位	単位	単位	単位

3. リハビリテーション実績指数

①	前月までの6か月間に回復期リハビリテーション病棟を退院した回復期リハビリテーションを要する状態の患者数	名	名	名	名
②	⑥のうち、リハビリテーション実績指数の計算対象とした患者数	名	名	名	名
③	⑦の患者の退院時のFIM得点(運動項目)から入棟時のFIM得点(運動項目)を控除したものの総和	名点	名点	名点	名点
④	⑦の各患者の入棟から退院までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限で除したものの総和	名点	名点	名点	名点
⑤	リハビリテーション実績指数 (③/④)	点	点	点	点

4. 除外患者について(届出の前月までの6か月について以下を記入する。)

⑥	届出の前月までの6ヶ月	()	()	()	()	()	()	()	()
---	-------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

⑦	入棟患者数	名	名	名	名	名	名
⑧	高次脳機能障害患者が退院患者数の40%以上であることによる除外の有無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
⑨	⑧による除外がある場合(⑩)が有る除外後の入棟患者数(⑩が有る場合のみ)	名	名	名	名	名	名
⑩	リハビリテーション実績指数の計算対象から除外した患者数	名	名	名	名	名	名
⑪	除外割合 (⑩÷⑦又は⑩)	%	%	%	%	%	%

5. 高次脳機能障害患者が40%以上であることによる除外について(⑩)が有る場合には、それぞれ⑩の7か月前から前月までの6か月間の状況について記入。)

※()	にはそれぞれ⑩の前月を記載	()月までの6か月					
⑫	6か月間の退院患者数	名	名	名	名	名	名
⑬	⑫のうち、高次脳機能障害の患者数	名	名	名	名	名	名
⑭	高次脳機能障害患者の割合 (⑬÷⑫)	%	%	%	%	%	%

6. 前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施(あり・なし)

【記載上の注意】

- ①については、毎年7月に報告する際には、前年10月、当該年1月、4月及び7月について記入する。別の月に報告する際には、報告を行う月及び報告を行う月以前で1月、4月、7月及び10月のうち直近の月について記入する。ただし、新規に当該入院料の届出を行うなど、当該月について算出を行っていない項目については、記入は不要である。
- ②はリハビリテーション実績指数の計算対象となったものに限る。
- ④は選定療養として行われたもの及びその費用が回復期リハビリテーション病棟入院料に包括されたものを除く。
- ⑫は入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。
- ⑮の除外患者数は、入棟日においてFIM運動項目の得点が20点以下若しくは76点以上、FIM認知項目の得点が24点以下、又は年齢が80歳以上であったことによりリハビリテーション実績指数の計算対象から除外したものに限る。
- ⑯の除外割合は、⑬が「有」の場合は⑮÷⑭、「無」の場合は⑰÷⑱とする。
- ⑰は在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。
- ⑬、⑭、⑱の高次脳機能障害とは、「基本診療料の施設基準等」別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する、回復期リハビリテーション入院料が算定開始日から起算して180日以内まで算定できるものに限る。
- 「前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施」については「あり」又は「なし」の該当するものを○で囲むこと。

(別添紙様式46)

褥瘡対策に関する評価

1 褥瘡の状態（部位毎に記載）

褥瘡 部位 (部位名)	1 () 2 () 3 () 4 ()				1	2	3	4
	深さ	浸透する赤	周囲の赤	周囲の赤				
深さ	① 皮膚損傷・発赤なし	② 真皮までの損傷	③ 皮下組織までの損傷	④ 皮下組織を超越する損傷	⑤ 脚部、腰、臀部に生じる褥瘡	⑥ 深さ：判定が不能の場合		
浸出液	① なし	② 少量：毎日の交換を要しない	③ 中等量：1日1回の交換	④ 多量：1日2回以上の交換	(15)100以上			
大きさ (cm ²) 長さ×長さ に亘交する 最大径 (特 殊する発赤 の範囲も含 む)	① 4以上16未満	② 16以上36未満	③ 36以上64未満	④ 64未満	(12)64以上100未満			
炎症・感染	① 局所の炎症微徴なし	② 局所の炎症微徴あり(発赤、腫脹、熱感、疼痛)	③ 局所の明らかな感染徴候あり(炎症微候、膿、悪臭)	④ 全身的影響あり(発熱など)				
肉芽形成	① 治癒の早い割合を占める	② 治癒の早い割合を占める	③ 治癒の早い割合を占める	④ 治癒の早い割合を占める	⑤ 治癒の早い割合を占める			
癒着組織	① なし	② 柔らかい癒着組織あり	③ 硬く厚い癒着した癒着組織あり	④ 癒着した癒着組織あり				
ポケット (cm ²) 潰瘍面も含 めたポケット 全周 (ポケッ トの長さ× 奥行き)に亘交 する前大径) 一箇所面積	① なし	② 16以上16未満	③ 16以上36未満	④ 36以上	(24)36以上			

DESIGN-Rの合計点 (深さの点数は加えない)

※該当する状態について、面括弧内の点数を合計し、「合計点」に配賦すること。ただし、深さの点数は加えないこと。

2 褥瘡の状態の変化

DESIGN-Rの合計点	評価日 (月 日)	1月前 (月 日)	2月前 (月 日)	3月前 (月 日)

- 1 前月までのDESIGN-Rの合計点は、履月内で最も低い合計点を記載する。
- 2 褥瘡の部位により合計点が異なる場合は、最も低い合計点を記載する。

(別紙様式 4 7)

「地域包括診療加算」・「認知症地域包括診療加算」に関する説明書

当院では、「地域包括診療加算」等を算定する患者さんに、
「かかりつけ医」として、次のような診療を行います。

- 生活習慣病や認知症等に対する治療や管理を行います。
- 他の医療機関で処方されるお薬を含め、服薬状況等を踏まえたお薬の管理を行います。
- 予防接種や健康診断の結果に関する相談等、健康管理に関するご相談に応じます。必要に応じ、専門の医療機関をご紹介します。
- 介護保険の利用に関するご相談に応じます。
- 必要に応じ、訪問診療や往診に対応します。
- 体調不良時等、患者さんからの電話等による問い合わせに対応しています。

連絡先 ▲▲医院



患者さん・ご家族へのお願い

- 他の医療機関を受診される場合、お急ぎの場合を除き、担当医にご相談ください。お急ぎの場合に、他の医療機関を受診した場合には、次に当院を受診した際にお知らせください。(他の医療機関で受けた投薬なども、お知らせください。)
- 受診時にはお薬手帳をご持参ください。
- 処方を受けている薬局のお名前をお知らせください。
- 健康診断の結果については、担当医にお知らせください。

(別紙様式 4 7)

「地域包括診療加算」 ・ 「認知症地域包括診療加算」
に関する同意書

「地域包括診療加算」 ・ 「認知症地域包括診療加算」
について説明を受け、理解した上で、▲▲医院 医師 ○○
○○を担当医として、生活習慣病等(●●、□□)に対する継
続的な診療、お薬の管理、健康管理に関する相談・指導等を
受けることに同意いたします。

※ 他の医療機関で「地域包括診療加算」「認知症地域包括診療加算」「地域包括診療料」「認知症地域包括診療料」を算定している方は、署名する前にお申し出ください。

(患者氏名) _____

(別紙様式 4 8)

「地域包括診療料」・「認知症地域包括診療料」に関する説明書

当院では、「地域包括診療料」等を算定する患者さんに、
「かかりつけ医」として、次のような診療を行います。

- 生活習慣病や認知症等に対する治療や管理を行います。
- 他の医療機関で処方されるお薬を含め、服薬状況等を踏まえたお薬の管理を行います。
- 予防接種や健康診断の結果に関する相談等、健康管理に関するご相談に応じます。必要に応じ、専門の医療機関をご紹介します。
- 介護保険の利用に関するご相談に応じます。
- 必要に応じ、訪問診療や往診に対応します。
- 体調不良時等、患者さんからの電話等による問い合わせに対応しています。

連絡先 ▲▲医院



患者さん・ご家族へのお願い

- 他の医療機関を受診される場合、お急ぎの場合を除き、担当医にご相談ください。お急ぎの場合に、他の医療機関を受診した場合には、次に当院を受診した際にお知らせください。(他の医療機関で受けた投薬なども、お知らせください。)
- 受診時にはお薬手帳をご持参ください。
- 処方を受けている薬局のお名前をお知らせください。
- 健康診断の結果については、担当医にお知らせください。

(別紙様式 48)

「地域包括診療料」 ・ 「認知症地域包括診療料」
に関する同意書

「地域包括診療料」 ・ 「認知症地域包括診療料」
について説明を受け、理解した上で、▲▲医院 医師 ○○
○○を担当医として、生活習慣病等 (●●、□□) に対する継
続的な診療、お薬の管理、健康管理に関する相談・指導等を
受けることに同意いたします。

※ 他の医療機関で「地域包括診療加算」「認知症地域包括診療加算」「地域包括診療料」「認知症地域包括診療料」を算定している方は、署名する前にお申し出ください。

(患者氏名) _____

職場復帰の可否等についての主治医意見書

患者氏名 住所	生年月日	年	月	日
------------	------	---	---	---

復職に関する意見	<input type="checkbox"/> 復職可 <input type="checkbox"/> 条件付き可 <input type="checkbox"/> 現時点で不可 (休業：～ 年 月 日) 意見			
業務の内容について職場で配慮したほうがよいこと (望ましい就業上の措置)	例：重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期の出張や海外出張は避ける など 注) 提供された勤務情報を勘まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。			
その他配慮事項	例：通院時間を確保する、休憩場所を確保する など 注) 治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。			
上記の措置期間	年	月	日	～ 年 月 日
上記内容を確認しました。 年 月 日 (本人署名) _____				

上記のとおり、職場復帰の可否等に関する意見を提出します。

年 月 日 (主治医署名) _____

(注)この様式は、患者が病状を悪化させることなく治療と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。

治療の状況や就業継続の可否等についての主治医意見書

患者氏名 住所	生年月日	年	月	日
------------	------	---	---	---

病名	(運動や業務遂行に影響を及ぼし得る症状や薬の副作用等)			
現在の症状	(入院治療・通院治療の必要性、今後のスケジュール (半年間、月1回の通院が必要、等))			
治療の予定				
退院後/治療中の就業継続の可否	<input type="checkbox"/> 可 (職務の健康への悪影響は見込まれない) <input type="checkbox"/> 条件付きで可 (就業上の措置があれば可能) <input type="checkbox"/> 現時点で不可 (療養の継続が望ましい)			
業務の内容について職場で配慮したほうがよいこと (望ましい就業上の措置)	例：重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期の出張や海外出張は避ける など 注) 提供された勤務情報を勘まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。			
その他配慮事項	例：通院時間を確保する、休憩場所を確保する など 注) 治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。			
上記の措置期間	年	月	日	～ 年 月 日

上記内容を確認しました。
年 月 日 (本人署名) _____

上記のとおり、診断し、就業継続の可否等に関する意見を提出します。

年 月 日 (主治医署名) _____

(注)この様式は、患者が病状を悪化させることなく治療と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。

包括的支援マネジメント 導入基準

評価日	患者氏名	評価者
年 月 日		(職種)
		(氏名)

過去1年間において、基準を満たすもの全てについて、□に✓を記入すること。

1	6ヶ月間継続して社会的役割(就労・就学・通所・家事労働を中心的に担う)を遂行することに重大な問題がある。	<input type="checkbox"/>
2	自分1人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(家族が過剰に負担している場合を含む)。	<input type="checkbox"/>
3	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある。	<input type="checkbox"/>
4	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある。	<input type="checkbox"/>
5	自傷や自殺を企てたことがある。	<input type="checkbox"/>
6	家族への暴力、暴言、拒絶がある。	<input type="checkbox"/>
7	警察・保健所介入履歴がある。	<input type="checkbox"/>
8	定期的な服薬ができなかったことが2か月以上あった。	<input type="checkbox"/>
9	外来受診をしないことが2か月以上あった。	<input type="checkbox"/>
10	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。	<input type="checkbox"/>
11	直近の入院は措置入院である。	<input type="checkbox"/>
12	日常生活に必要な購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。	<input type="checkbox"/>
13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。	<input type="checkbox"/>
14	支援を支える家族がいない(家族が拒否的・非協力的・天涯孤独)。	<input type="checkbox"/>
15	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている(介護・教育・障害等)。	<input type="checkbox"/>

健康生活環境の整備に関する支援計画書

評価項目	達成の必要性	達成状況	本人の支援事項	支援者の実施事項	達成状況
環境要因	<input type="checkbox"/>				
生活機能(活動)	<input type="checkbox"/>				
社会参加	<input type="checkbox"/>				
心身の状態	<input type="checkbox"/>				
支援体制に関する課題(注1)	<input type="checkbox"/>				
行動に関する課題(注2)	<input type="checkbox"/>				

(※1) 課題内容、本人の側面に対する実施事項を記載すること

(※2) 関係の機関の現状や自己認識等 (※3) アルコールや薬物、自他の安全確保に関する課題、ごたわり等

自分ができるサイン 関与が乏しくなるサイン

自分ができること 関与の入りやすくなること

緊急連絡先: 氏名 所属 連絡先

緊急連絡先: 氏名 所属 連絡先

緊急連絡先: 氏名 所属 連絡先

<通則>

医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する書面等は別紙のとおりである。
 なお、当該別紙は、参考として示している事項が全て記載
 されていない場合は、当該別紙と同じでなくとも差し支えないものであること。
 また、当該別紙の作成や保存等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点か
 ら各保険医療機関において工夫されたいこと。
 自載の署名がある場合には印は不要であること。

※別紙9、10、11、15、22は欠番である。

別紙1

紹介先医療機関等名

担当医 科 殿

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称
 電話番号

医師氏名 印

患者氏名	性別	男・女
患者住所		
電話番号		
生年月日	年 月 日 (歳)	
職業		
傷病名		
紹介目的		
既往歴及び家族歴		
症状経過及び検査結果		
治療経過		
現在の処方		
備考		

備考 1. 必要がある場合は別紙に記載して添付すること。
 2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
 3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険
 薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記
 入すること。

入院診療計画書

（患者氏名） _____ 歳

病棟（病室）	平成 年 月 日
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名 *	
病名 (他に考え得る病名)	
症状	
治療計画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間	
特別な栄養管理の必要性	有 ・ 無 (どちらかに○)
その他の ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
在宅復帰支援計画 *	
総合的な機能評価 ◇	

- 注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わりが得るものである。
 注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。
 注3) *印は、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する患者にあっては必ず記入すること。
 注4) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。
 注5) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

（主治医氏名） _____ 印
 （本人・家族） _____

入院診療計画書

（患者氏名） _____ 歳

病棟（病室）	年 月 日
主治医以外の担当者名	
病名 (他に考え得る病名)	
症状 治療により改善すべき点等	
全身状態の評価 (ADLの評価を含む)	
治療計画 (定期的検査、日常生活機能の保持・回復、入院治療の目標等を含む)	
リハビリテーションの計画 (目標を含む)	
栄養摂取に関する計画	(特別な栄養管理の必要性： 有 ・ 無)
感染症、皮膚潰瘍等の皮膚疾患に関する対策 (予防対策を含む)	
その他の ・看護計画 ・退院に向けた支援計画 ・入院期間の見込み等	

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わりが得るものである。

（主治医氏名） _____ 印
 （本人・家族） _____

入院診療計画書

(患者氏名) 殿

年月日

Table with columns for patient information, medical history, treatment plan, and examination details.

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

注3) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

注4) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式的変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

(主治医氏名)

(本人・家族)

印

療養対策に関する診療計画書

Header information including patient name, sex, age, date of birth, and medical history.

Table with columns for patient status (e.g., bedridden, wheelchair-bound) and assessment results.

Table detailing the patient's condition, including mobility, nutrition, and other clinical aspects.

Table for care plan, including goals and interventions for the patient.

【記載上の注意】
1 日常生活自立度の判定については「障害者の日常生活と社会参加の支援に関するガイドライン」を参照のこと。
2 日常生活自立度が「1〜A2」である患者については、当該評価書の付録を差し替えないものであること。

看護要員（看護職員及び看護補助者をいう）の配置状況（例）

急性期一般入院基本病室の場合の例

【 1病棟（1看護単位）入院患者数40人で急性期一般入院料2の届出を行う場合 】

- 1勤務帯8時間、1日3勤務帯を標準として、月平均1日当たり必要となる看護職員の数当該病区において、月平均1日当たり勤務することが必要となる看護職員（看護師及び准看護師をいう）の数に対する実際に勤務した月平均1日当たりの看護士の比率が70%以上であること。
- 当該病棟が交代制の勤務形態であること。
- 夜間勤務の看護職員配置については、看護師1人を含む2人以上であること。
- 当該病棟の平均在院日数が21日以内であること。

(1) 看護職員配置の算出方法

- ① 各勤務帯に従事している看護職員の1人当たりの受け持ち患者数が10人以内であること。
 $(40人 \times 1 / 10) \times 3 = 12人$ （小数が以下切り上げ）以上の看護職員が勤務していること。
- ② 月平均1日当たり勤務することが必要となる看護職員の数に対する実際に勤務した月平均1日当たりの看護士の比率が70%を満たすこと。
 当該病棟の月平均1日当たり勤務することが必要となる看護職員の数が12人の場合、実際に勤務する月平均1日当たりの看護師は8.4人以上であること。
 $12人 \times 70\% = 8.4人$

(2) 看護職員1人当たりの月平均夜勤時間数の算出方法

- 各病棟において、夜勤時間帯に従事した看護職員1人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること。

$\frac{\text{当該病棟の看護職員の月延夜勤時間数}}{\text{月平均夜勤時間数} = \frac{\text{夜勤時間帯の従事者数}}{\text{（夜勤時間帯及び夜勤16時間未満の看護職員を除く）}}}$

- ① 当該保険医療機関で夜勤時間帯を設定：16時から翌朝8時まで（16時間）
- ② 夜勤時間に従事者数：2人以上の看護職員が配置されている。
 $16時 \sim 24時 30分$ （看護師3人、計3人）
 $0時 \sim 8時 30分$ （看護師2人、准看護師1人、計3人）
- ③ 1日当たり夜勤時間帯に従事する実人員数：23人（8人+11人+4人）
 $8人 \times 72時間$ （夜勤を月9日） = 576時間 (a)
 $11人 \times 64時間$ （夜勤を月8日） = 704時間 (b) ※
 $4人 \times 40時間$ （夜勤を月5日） = 160時間 (c)
 ※ 夜勤時間帯の中で申し送り要した時間（24時から24時30分）は申し送った従事者の夜勤時間及び夜勤帯に帯棟以外で勤務した時間は夜勤時間には含まれない。
- ④ 月延夜勤時間数：1,440時間（(a)～(c)の合計）
- ⑤ 月平均夜勤時間数：72時間以下である。
 $1,440時間 \div 23人 = 62.6時間$ （小数が2位以下切り捨て）

平均在院日数の算定方法

- 1 入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数の算定は、次の式による。

$\frac{\text{①に掲げる数}}{\text{②に掲げる数}}$

- ① 当該病棟における直近3か月間の在院患者延日数
 ②（当該病棟における当該3か月間の新入棟患者数+当該病棟における当該3か月間の新退棟患者数）/2
 なお、小数が以下は切り上げる。
- 2 上記算定式において、在院患者とは、毎日24時間現在当該病棟に在院中の患者をいい、当該病棟に入院してその日のうちに退院又は死亡した者を含むものである。なお、患者が当該病棟から他の病棟へ移動したときは、当該移動した日は当該病棟における入院日として在院患者延日数に含まれる。
- 3 上記算定式において、新入棟患者数とは、当該3か月間に新たに当該病棟に入院した患者の数が移動した場合は、1回目の入棟のみを新入棟患者数として数える。
 当該病棟を退院後、当該病棟に再入院した患者は、新入院患者数には算入しない。
 当該3か月以前から当該病棟に入院していた患者は、新入院患者数として取り扱う。
- 4 上記算定式において、新退棟患者数とは、当該3か月間に当該病棟から退院（死亡を含む。）した患者数と当該病棟から他の病棟に移動した患者数をいう。ただし、当該入院における1回目の当該病棟からの退棟のみを数え、再退棟は数えないこととする。
 病棟別別の異なる病棟が2以上ある場合において、当該2以上の病棟間を同一の患者が移動した場合は、1回目の退棟のみを新退棟患者数として数えるものとする。
- 5 「基本診療料の施設基準等」の別表第二に規定する入院患者は1の①及び②から除く。
- 6 短期滞在手術等基本料3を算定した患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者であつて6日以降も入院する場合は、①及び②に含めるものとし、入院日から起算した日数を含めて平均在院日数を計算すること。

一般診療用の重症度、医療・看護必要度1に係る評価票

		【配点】		
		0点	1点	2点
A	モニタリング及び処置等	なし	あり	
1	呼吸器 (1) 呼吸器の重症(呼吸の重症を除く)、 (2) 呼吸器の重症(呼吸の重症を除く)	なし	あり	
2	中央ア 呼吸器科の患者(笑)	なし	あり	
3	点検アイン材料3 以上の管理	なし	あり	
4	心臓病モニター管理	なし	あり	
5	シンクロナイズ管理	なし	あり	
6	輸液/点滴/吸入管理	なし	あり	
7	呼吸器科の患者 (1) 呼吸器科の重症(呼吸の重症を除く)、 (2) 呼吸器科の重症(呼吸の重症を除く)、 (3) 呼吸器科の重症(呼吸の重症を除く)、 (4) 呼吸器科の重症(呼吸の重症を除く)、 (5) 呼吸器科の重症(呼吸の重症を除く)、 (6) 呼吸器科の重症(呼吸の重症を除く)、 (7) 呼吸器科の重症(呼吸の重症を除く)、 (8) 呼吸器科の重症(呼吸の重症を除く)、 (9) 呼吸器科の重症(呼吸の重症を除く)、 (10) 呼吸器科の重症(呼吸の重症を除く)、 (11) 呼吸器科の重症(呼吸の重症を除く)、 (12) 呼吸器科の重症(呼吸の重症を除く)、 (13) 呼吸器科の重症(呼吸の重症を除く)、 (14) 呼吸器科の重症(呼吸の重症を除く)、 (15) 呼吸器科の重症(呼吸の重症を除く)	なし		あり
8	呼吸器科の重症(5日間)	なし		あり

		患者の状態		介助の実数		評価
		0点	1点	0	1	
B	患者の状況等	0点	1点			
9	意識	できる	神志が不明			
10	歩行	自立	一歩介助	実数なし	実数あり	
11	口唇清潔	自立	要介助	実数なし	実数あり	
12	食料摂取	自立	一部介助			
13	衣服の着脱	自立	一部介助	実数なし	実数あり	
14	排便・排尿上の問題が解消	はい	いいえ	実数なし	実数あり	
15	記録評価	ない	ある			

		A時点		B時点	
		0点	1点	0点	1点
C	研修等の修身的状況	なし	あり		
16	研修科目 (3日間)	なし	あり		
17	研修科目 (2日間)	なし	あり		
18	研修科目 (1日間)	なし	あり		
19	研修科目 (1週間)	なし	あり		
20	研修科目・研修科目 (5日間)	なし	あり		
21	研修科目・研修科目 (5日間)	なし	あり		
22	研修科目に係る研修科目 (5日間) (1) 研修科目に係る研修科目 (5日間) (2) 研修科目に係る研修科目 (5日間) (3) 研修科目に係る研修科目 (5日間) (4) 研修科目に係る研修科目 (5日間)	なし	あり		
23	研修科目に係る研修科目 (5日間)	なし	あり		
24	研修科目に係る研修科目 (5日間)	なし	あり		

注) 一般診療用の重症度、医療・看護必要度1に係る評価票については、一般診療用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票(評価の項目)に基づき、以下のとおり記載した記載について、A〜Cをそれぞれ合計する。
 ・ Aは17項目から5項目(5日間)までの記載を、B時点において記載されたモニタリング項目の記載を記録する。
 ・ Aは17項目から5項目(5日間)までの記載を、B時点において、別紙1に記載するモニタリング項目コードのうち、AXは1項目に該当する項目の記載を、それ以外の項目に、別紙1の「患者の状態」及び「介助の実数」に基づき別紙1の記載を記録する。
 ・ Bについては、評価日の「患者の状態」及び「介助の実数」に基づき別紙1の記載を記録する。

入院基本料に係る看護記録

入院基本料の届出を行った病棟においては、看護体制の1単位ごとに次に掲げる記録がなされている必要がある。ただし、その録式、名称等は各保険医療機関が適当とする方法で差し支えない。

1 患者の個人記録

(1) 経過記録

個々の患者について観察した事項及び実施した看護の内容等を看護要員が記録するもの。ただし、病状安定期においては診療録の面度表等に状態の記載欄を設け、その要点を記録する程度でもよい。

(2) 看護計画に関する記録

個々の患者について、計画的に適切な看護を行うため、看護の目標、看護の方法及び評価等を記録するもの。

2 看護業務の計画に関する記録

(1) 看護業務の管理に関する記録

患者の移動、特別な問題を持つ患者の状態及び特に行われた診療等に関する概要、看護要員の勤務交代並びに勤務交代に際して申し送る必要のある事項等を各勤務帯ごとに記録するもの。

(2) 看護業務の計画に関する記録

看護要員の勤務計画及び業務分担並びに看護師、准看護師の受け持ち患者相当等について看護チームごとに取り扱っておくもの。看護職員を適正に配置するための患者の状態に関する評価の記録。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度目に関する評価票

		(配点)	
A	モニタリング及び処置等	0点	1点
1	病状の把握 (病棟の把握を欠く)	なし	あり
2	病状の把握 (病棟把握の割合を欠く)	なし	あり
3	看護ケア (看護ケア以上の管理)	なし	あり
4	心電図モニター管理	なし	あり
5	シラントポンプ管理	なし	あり
6	輸液や輸血装置の管理	なし	あり
7	① 医師の診察・処置 ② 医師の処置の指示 (注釈欄のみ) ③ 加療や処置の指示 (注釈欄のみ) ④ 加療や処置の指示 (注釈欄のみ) ⑤ 加療や処置の指示 (注釈欄のみ) ⑥ 加療や処置の指示 (注釈欄のみ) ⑦ 加療や処置の指示 (注釈欄のみ) ⑧ 加療や処置の指示 (注釈欄のみ) ⑨ 加療や処置の指示 (注釈欄のみ) ⑩ 加療や処置の指示 (注釈欄のみ)	なし	あり
8	病室に必要となる薬品や装置 (5日単位)	なし	あり

		患者の状況		介助の状況		評価
B	患者の状況等	0点	1点	0	1	
9	患者の意識	できる	できない	実施なし	実施あり	点
10	呼吸	自立	一部介助	実施なし	実施あり	点
11	口腔ケア	自立	要介助	実施なし	実施あり	点
12	食事摂取	自立	一部介助	実施なし	実施あり	点
13	衣服の着脱	自立	一部介助	実施なし	実施あり	点
14	排便・排尿上の用介の要否	はい	いいえ	実施なし	実施あり	点
15	患部創傷	ない	ある	実施なし	実施あり	点

		0点	1点
C	手術等の医学的状況	なし	あり
16	手術前 (1日単位)	なし	あり
17	手術中 (2日単位)	なし	あり
18	手術後 (1日単位)	なし	あり
19	骨の手術 (1日単位)	なし	あり
20	手術・手術後の管理 (5日単位)	なし	あり
21	手術・手術後の管理 (5日単位)	なし	あり
22	検査等による外科的治療 (5日単位) ① 検査等による外科的治療 (5日単位) ② 検査等による外科的治療 (5日単位) ③ 検査等による外科的治療 (5日単位)	なし	あり
23	病室に定められた手術 (6日単位)	なし	あり
24	病室に定められた手術 (6日単位)	なし	あり

注) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度目に関する評価票は、(一般病棟用の重症度、医療・看護必要度目に関する評価票 評価の取り扱い)に基づき、以下のとおり記載した状態について、A～Cをそれぞれ評価する。
 ANは項目に該当する項目の合計点数をそれぞれ記載する。
 ・Bについては、評価日の「患者の状況」及び「手術の実施」に基づき判断した患者の状況等の記載を記載する。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に関する評価票 評価の手引き

＜一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I＞
 アセスメント共通事項

1. 評価の対象
 評価の対象は、急性期一般入院基本料 (許可病床数400床以上の保険医療機関であつて急性期一般入院基本料 (急性期一般入院料7を除く。))の届出を行っている場合を除く。)、7対1入院基本料 (結核病棟入院基本料、特定機能病棟入院基本料 (結核病棟に限る。))及び専門病棟入院基本料 (特定機能病棟入院基本料 (結核病棟に限る。))及び専門病棟入院基本料)、10対1入院基本料 (特定機能病棟入院基本料 (一般病棟に限る。))及び専門病棟入院基本料、地域一般入院料1、総合入院体附加算 (一般病棟入院基本料、特定一般病棟入院料)、看護補助加算1 (地域一般入院基本料、13対1入院基本料)、一般病棟看護必要度評価加算 (専門病棟入院基本料、特定一般病棟入院料)、脳卒中ケアユニット入院医療管理料並びに地域包括ケア病棟入院料 (地域包括ケア入院医療管理料 (地域包括ケア入院医療管理料)等)という。))
 行われる場合)を算定する場合も含む。以下「地域包括ケア病棟入院料」という。))
 を用いている病棟に入院している患者であり、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及びDPC対象病棟において短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者 (基本診療料の施設基準等第十の三(3)及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料に係る要件を満たさず場合に限る。))は評価の対象としない。

2. 評価日及び評価項目
 評価は、患者に行われたモニタリング及び処置等 (A項目)、患者の状況等 (B項目)並びに手術等の医学的状況 (C項目)について、毎日評価を行うこと。ただし、地域包括ケア病棟入院料等については、A項目及びC項目のみの評価とし、毎日評価を行うこと。

3. 評価対象時間
 評価対象時間は、0時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。
 ・ 外出・外出や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察を行うことができない患者の場合であっても、当該病棟に在籍していた場合があった場合は、評価の対象とする。ただし、評価対象日の0時から24時の間、外出している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

退院日は、当日の0時から退院時までを評価対象時間とする。退院日の評価は行うが、基準を満たさず患者の算出にあたり延べ患者数には含まない。ただし、入院した日に退院 (死亡退院を含む)した患者は、延べ患者数に含めるものとする。

4. 評価対象場所
 原則として、当該病棟内を評価の対象場所とし、当該病棟以外で実施された治療、処置、看護及び観察については、評価の対象場所に含まれない。ただし、A項目の専門的な治療・処置のうち、放射線治療及びC項目の手術等の医学的状況については、当該医療機関内における治療を評価の対象場所とする。

5. 評価対象の処置・介助等
 当該病棟で実施しなければならない処置・介助等の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該病棟に所属する看護職員でなければならない。ただし、一部の評価項目におい

て、薬剤師、理学療法士等が当該病棟内において実施することを評価することを評価する場合は、病棟所属の有無は問わない。
 なお、A項目の評価において、医師が単独で処置等を行った後に、当該病棟の看護職員が当該処置等を確認し、実施記録を残す場合も評価に含まれるものとする。
 A項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で実施する行為は評価の対象に含まれないが、B項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても評価の対象に含まれるものとする。
 A項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含まれるものとする。

6. 評価者
 評価は、院内研修を受けた者が行うこと。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

ただし、A項目及びC項目のうち、別表1に規定する「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るセプト電算処理システム用コード一覧」(以下、コード一覧という。)を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要がある。

7. 評価の判断
 評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項及び項目ごとこの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

8. 評価の根拠
 評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、A項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とす。A項目(A7「専門的な治療・処置等」の⑤、⑩及び⑪に限る。)の評価においては、後日、第三者が確認を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要があるが、項目ごとの記録を残す必要はない。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されているものであること。また、原則として医師及び当該病棟の看護職員による記録が評価の対象となるが、評価項目によっては、医師及び病棟の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること。

なお、B項目については、「患者の状態」が評価の根拠となることから、重複する記録を残す必要はない。

A モニタリング及び処置等

1. 創傷処置
 項目の定義

創傷処置は、①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護職員が医師の介助をした場合、あるいは医師又は看護職員が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
 創傷処置のいずれも実施しなかった場合をいう。
 「あり」
 創傷処置のいずれかを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

創傷処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 創傷の処置(褥瘡の処置を除く)

【定義】

創傷の処置(褥瘡の処置を除く)は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚又は粘膜が破綻をきたした状態であり、その敷、深さ、範囲の程度は問わない。

褥瘡創傷は創傷処置の対象に含まれるが、縫合のない穿創創傷は含まない。褥瘡は、鼻、口腔、膈及び肛門の粘膜であり、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが自覚できる場合に限り含まれる。気管切開口、胃瘻及びストーマ創については、造瘻から採末までを含め、採末後は、滲出液が見られ処置を必要とする場合を含める。

ここでいう処置とは、創傷の治癒を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合は評価に含まれない。陰圧閉鎖療法、眼科手術後の点眼及び非生物物の処理に関するストーママ処置は含まれない。

② 褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP分類Ⅱ度以上又はDESIGN-R分類d2以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡の処置の対象に含まれない。

ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合は評価に含まれない。また、陰圧閉鎖療法は含まれない。

【参考】

NPUAP分類(National Pressure Ulcer of Advisory Panel)Ⅱ度以上
 DESIGN-R分類(日本褥瘡学会によるもの)d2以上

2. 呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)
 項目の定義

呼吸ケアは、酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィーミングのいずれかの処置に対して、看護職員が自ら行うか医師の介助を行った場合、あるいは人工換気が必要な患者に対して、看護職員等が装着中の人工呼吸器の管理を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

<p>「なし」呼吸ケアを実施しなかった場合をいう。 「あり」呼吸ケアを実施した場合をいう。</p>	<p>判断に際しての留意点 喀痰吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。酸素吸入の方法は問われない。呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問われない。人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問われないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。 NIPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は人工呼吸器の使用に含めない。また、エアなお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。ウエイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。</p>
<p>3 点滴ライン同時3本以上の管理 項目の定義 点滴ライン同時3本以上の管理は、持続的に点滴ライン（ポトル、バッグ、シリンジ等）から末梢静脈、中心静脈、動脈シント、硬膜外、動脈、皮下に対する点滴・持続注入による薬液、輸血、血液製剤の流入経路）を3本以上同時に使用し、看護職員が管理を行った場合に評価する項目である。</p>	<p>選択肢の判断基準 「なし」同時に3本以上の点滴の管理を実施しなかった場合をいう。 「あり」同時に3本以上の点滴の管理を実施した場合をいう。</p>
<p>判断に際しての留意点 施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入箇所数は問われない。2つのポトルを連結させて1つのルートで滴下した場合、点滴ラインは1つとして数える。1カ所に刺入されていても3カ所迄検査のコネクタで接続された点滴ラインは本数に数える。これら点滴ラインを利用して、側管から持続的に点滴する場合も数えるが、手動で注射を実施した場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。 スワフガンツカテーターの加圧バッグについては、薬液の注入が目的ではないため本数に数えない。PCA（自己調節鎮痛法）による点滴ライン（携帯用を含む）は、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ本数に数える。</p>	<p>4 心電図モニターの管理 項目の定義 心電図モニターの管理は、持続的に看護職員が心電図のモニタリングを実施した場合に評価する項目である。 選択肢の判断基準 「なし」持続的な心電図のモニタリングを実施しなかった場合をいう。 「あり」持続的な心電図のモニタリングを実施した場合をいう。</p>

<p>判断に際しての留意点 心電図の誘導の種類や誘導法の種類は問われない。機器の設置・準備・後片付けは含めない。心電図モニターの装着時間や回数は問われないが、医師の指示により、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合であって、看護職員による心電図の評価の記録が必要である。心電図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含めない。心電図検査として一時的に測定を行った場合は含めない。ホルター心電図は定義に従い、看護職員による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。</p>	<p>5 シリンジポンプの管理 項目の定義 シリンジポンプの管理は、末梢静脈、中心静脈、硬膜外、動脈、皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。</p>
<p>選択肢の判断基準 「なし」末梢静脈、中心静脈、硬膜外、動脈、皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしなかった場合をいう。 「あり」末梢静脈、中心静脈、硬膜外、動脈、皮下に対して静脈注射・輸液・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をした場合をいう。</p>	<p>判断に際しての留意点 末梢静脈、中心静脈、硬膜外、動脈、皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。</p>
<p>6 輸血や血液製剤の管理 項目の定義 輸血や血液製剤の管理は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況が看護職員が管理した場合に評価する項目である。</p>	<p>選択肢の判断基準 「なし」輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。 「あり」輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。 判断に際しての留意点 輸血、血液製剤の種類及び単位数については問われないが、腹腔透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。</p>

照射方法は、外部照射と内部照射（腔内照射、小脳腫瘍治療）を問わない。放射線治療の対象には、エックス線表在治療、高エネルギー放射線治療、ガンマナイフ、直線加速器（リニアック）による定位放射線治療、全身照射、密封小脳腫瘍治療、放射性同位元素内用療法を放射線治療の対象に含める。
外部照射の場合は照射日のみを含めるが、外部照射の場合であっても、院外での実施は含めない。
外部照射か内部照射かは問わず、継続して内部照射を行なっている場合は、治療期間を通して評価の対象に含める。
放射線治療の実施が当該医療機関内であれば評価の対象場所に含まれる。

⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）
【留意点】
コード一覧を参照のこと。

⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）
【留意点】
コード一覧を参照のこと。

⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）
【留意点】
コード一覧を参照のこと。

⑨ 抗血栓薬の使用
【留意点】
コード一覧を参照のこと。

⑩ ドレナージの管理
【定義】
ドレナージの管理とは、排液、減圧の目的として、患者の創部や体腔に誘導管（ドレナージ）を継続的に留置し、滲出液や血液等を直接的に体外に誘導し、排液バッグ等に貯留する状態を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

【留意点】
誘導管は、当日の評価対象時間の間、継続的に留置されている場合にドレナージの管理の対象に含める。当日に設置して且つ抜去した場合は含めないが、誘導管を設置した日であって翌日も留置している場合、又は抜去した日であって前日も留置している場合は当日に6時間以上留置されていた場合には含める。
胃液（PEG）を減圧目的で開けられる場合であっても定義に従ってはいれは含める。また、体外へ直接誘導する場所のみ評価し、体内で閉鎖した膀胱留置カテーテルは含めない。血尿、腹膜透析や血液透析は含めない。経尿道的な膀胱留置カテーテルは含めないが、血尿がある場合は、血尿の状況を管理する場限り評価できる。陰圧閉鎖療法は、創部に誘導管（バッグ）が連結されている場合を含む）を留置して、定義に従った処置をしている場合は含める。
定義に基づき誘導管が目的に従って継続的に留置されている場合に含めるものがあるが、抜去や移動等の目的で、一時的であればクランプしていても良いものとする。

⑪ 無菌治療室での治療
【定義】
無菌治療室での治療とは、移植後、白血球、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合免疫不全症等の患者に対して、無菌治療室での治療が必要であると医師が判断し、無菌治療室での治療を6時間以上行った場合に評価する項目である。

7 専門的な治療・処置
項目の定義
専門的な治療・処置は、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、③麻薬の使用（注射剤のみ）、④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓薬の使用、⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療のいずれかの治療・処置を実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準
「なし」
専門的な治療・処置を実施しなかった場合をいう。
「あり」
専門的な治療・処置を一つ以上実施した場合をいう。ただし、①から④まで及び⑥から⑨までについては、評価日において、コード一覧に掲載されているコードが入力されている場合をいう。

判断に際しての注意点
専門的な治療・処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。
なお、①から④まで及び⑥から⑨までについては、内服薬のコードが入力されていない日に当該コードに該当する内服を指示した場合や、事前に処方や指示を行っており内服当日には当該コードが入力されていない場合等は、評価の対象とはならない。手術や麻酔中に用いた薬剤は評価の対象となる。また、検査や処置等、その他の目的で用いた薬剤については、EJ上統合ファイルにおけるデータ区分コードが20番台（袋薬）、30番台（注射）、50番（手術）及び54番（麻酔）の薬剤のみに限り、評価の対象となる。

① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）
【留意点】
コード一覧を参照のこと。

② 麻薬の内服の管理
【留意点】
コード一覧を参照のこと。

③ 麻薬の使用（注射剤のみ）
【留意点】
コード一覧を参照のこと。

④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理
【留意点】
コード一覧を参照のこと。

⑤ 放射線治療
【定義】
放射線治療は、固形腫瘍又は血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、病変部にX線、ガンマ線、電子線等の放射線を照射し、そのDNA分子間の結合破壊（電離作用）により目標病巣を死滅させることを目的として実施した場合に評価する項目である。
【留意点】

る。	
選択肢の判断基準	「できる」 「何にかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。 「何にかまらず、寝返り（片側だけでよい）」 ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何にかまれば1人で寝返りができる場合をいう。 「できない」 介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。
判断に際しての留意点	「何にかまらず、寝返り」状態とは、看護職員等が事前に嚥物を嚥せておくことにより、患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に「ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。医師の指示により、自力での寝返りを制限されている場合は「できない」とする。
1.0 移乗 項目の定義	移乗時の介助の必要の有無と、介助の実施状況の評価する項目である。 ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッツチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。
選択肢の判断基準 (患者の状態)	「自立」 介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が1人でできる場合を含む。 「一部介助」 患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る必要がある場合、あるいは1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が必要な場合をいう。 「全介助」 1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が必要な場合をいう。 (介助の実施) 「実施なし」 評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。 「実施あり」 評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。
判断に際しての留意点	患者が1人では動けず、スライド式の移乗補助具の使用が必要な場合は「全介助」となる。 車椅子等への移乗の際に、立つ向きを変え、後歩動く等に対して、患者自身も行うことができている(力が出せる)場合は「一部介助」となる。 医師の指示により、自力での移乗を制限されている場合は「全介助」とする。また、介助による移乗も制限されている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。

1.1 口腔清潔

【留意点】	無菌治療室とは、室内を無菌の状態に保つために十分な体制が整備されている必要がある。当該治療室において自家発電装置を有していることと滅菌水の供給が常時可能であること。また、個室であったり、室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ISOクラスA以上であること。 無菌治療室に入室した日及び無菌治療室を退室した日は評価の対象とする。
8. 救急搬送後の入院 項目の定義	救急搬送後の入院は、救急用の自動車（市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車に限る）又は救急医療用ヘリコプターにより当該医療機関に搬送され、入院した場合に評価する項目である。
選択肢の判断基準	「なし」 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター以外により搬送され入院した場合をいう。 「あり」 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターにより搬送され入院した場合をいう。
判断に際しての留意点	救急搬送後の患者が、直接、評価対象病棟に入院した場合のみを評価の対象とし、救命救急病棟、ICU等の治療室に一旦入院した場合は評価の対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価の対象に含める。 入院当日を含めた5日間を評価の対象とする。
B 患者の状況等 B項目共通事項	1. 義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。 2. 評価時間前うちに状態が変わり、異なる状態の記録が存在する場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。 3. 当該動作が制限されたいない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果をもとに「患者の状態」を評価すること。動作の確認をできなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「自立」とする。 4. 医師の指示によっても、当該動作が制限されていることが明確である場合には、各選択肢の留意点を参考して評価する。この場合、医師の指示に係る記録があること。ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「自立」とする。 5. B10「移乗」、B11「口腔清潔」、B12「食事摂取」、B13「衣服の着脱」については、「患者の状態」と「介助の実施」とを乗じた点数とすること。
9 寝返り 項目の定義	寝返りが自分で行なうことができるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何にかまればできるかどうかを評価する項目である。 ここでいう「寝返り」とは、仰臥位から（左向きから）側臥位になる動作である。

<p>「全介助」 1人では全く食べることができず全面的に介助が必要な場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要する場合は「全介助」とする。</p> <p>(介助の実施) 「実施なし」 評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。 「実施あり」 評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。</p>

<p>判断に際しての留意点 食事の種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養剤をさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行う必要がある場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行うことができずは「自立」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。看護職員等が、パンの袋切り、家庭を行った行為、食欲の観察は含まない。また、看護職員等が、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき等、卵の殻むき等を行う必要がある場合は「一部介助」とする。医師の指示により、食止めや絶食となっている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「実施なし」とする。</p>
--

<p>1.3 衣服の着脱 項目の定義 衣服の着脱については、介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活に必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、スポン、寝衣、ハンズ、オムツ等を含む。</p>
--

<p>選択肢の判断基準 (患者の状態) 「自立」 介助なしに1人で衣服を着たり脱いだりすることができる場合をいう。 「一部介助」 自助具等を使って行うことができる場合を含む。 衣服の着脱に一部介助が必要な場合をいう。例えば、途中で自分で脱いでいるが、最後に看護職員等がスポン・パンツ等を上げる必要がある場合は、「一部介助」を含む。看護職員等が手を出して介助する必要があるが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止のために、見守りや指示を行う必要がある場合も「一部介助」とする。 「全介助」 衣服の着脱の行為すべてに介助が必要な場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行うことができず、着脱行為そのものを患者が行うことができず、看護職員等がすべて介助する必要がある場合も「全介助」とする。 (介助の実施) 「実施なし」 評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。 「実施あり」 評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。</p>
--

<p>判断に際しての留意点 衣服の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。</p>

<p>項目の定義 口腔内を清潔にするための一連の行為が1人でできるかどうか、1人でできない場合に看護職員等が見守りや介助を実施したかどうかを評価する項目である。一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。</p>
--

<p>選択肢の判断基準 (患者の状態) 「自立」 口腔清潔に関する一連の行為すべてが1人でできる場合をいう。 「要介助」 口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。 (介助の実施) 「実施なし」 評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。 「実施あり」 評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。</p>
--

<p>判断に際しての留意点 口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、手のケア等の介助から、義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ボビドソノード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の腐敗、グリーゼの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似的行為が行われているかどうかに基づいて判断する。医師の指示により、自力での口腔清潔が制限されている場合は「要介助」とする。また、介助による口腔清潔も制限されている場合は、「要介助」かつ「実施なし」とする。</p>
--

<p>1.2 食事摂取 項目の定義 食事介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子への移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。</p>

<p>選択肢の判断基準 (患者の状態) 「自立」 介助・見守りなしに1人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。 「一部介助」 必要に応じて、食事摂取の行為の一部に介助が必要な場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。</p>
--

<p>通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。 靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含まない。</p>	<p>1.4 診療・療養上の指示が通じる 項目の定義 指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。</p>	<p>選択肢の判断基準 「はい」 診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。 「いいえ」 診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合をいう。</p>	<p>判断に際しての留意点 精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であることを、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。 医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診療・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。</p>	<p>1.5 危険行動 項目の定義 患者の危険行動の有無を評価する項目である。 ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己除去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去1週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。</p>	<p>選択肢の判断基準 「ない」 過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。 「ある」 過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。</p>	<p>判断に際しての留意点 危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手段を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含まれる。 認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起す疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含まない。 他施設からの転院、他病棟からの転棟の際には、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含まれる。</p>
--	--	--	--	--	--	--

C 手術等の医学的状況

C項目共通事項

1. コード一覧に掲載されているコードについて、評価日における入力の有無及び当該コードに係る手術等の実施当日からの日数によって判断すること。

2. 各選択肢の判断基準に示された手術等の実施当日からの日数については、実施当日を含む日数であること。

1.6 開胸手術
選択肢の判断基準
評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から13日間の場合、「あり」とする。

1.7 開胸手術
選択肢の判断基準
評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から12日間の場合、「あり」とする。

1.8 開腹手術
選択肢の判断基準
評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から7日間の場合、「あり」とする。

1.9 骨の手術
選択肢の判断基準
評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から11日間の場合、「あり」とする。

2.0 胸腔鏡・腹腔鏡手術
選択肢の判断基準
評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から5日間の場合、「あり」とする。

2.1 全身麻酔・脊髄麻酔の手術
選択肢の判断基準
評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から5日間の場合、「あり」とする。

2.2 救命等に係る内科的治療
選択肢の判断基準
①から③の各項目について、評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る治療の実施当日から5日間の場合、「あり」とする。

2.3 別に定める検査
選択肢の判断基準

評価日においてコード一覽に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る検査の実施日から2日間の場合、「あり」とする。

2.4 別に定める手術選択肢の判断基準

評価日においてコード一覽に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施日から6日間の場合、「あり」とする。

< 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ >

アセスメント共通事項

1. 評価の対象
評価の対象は、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病棟入院基本料（一般病棟、結核病棟に限る。）及び専門病棟入院基本料）、10対1入院基本料（特定機能病棟入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病棟入院基本料）、地域一般入院料1、総合入院体制作加算（一般病棟入院基本料、特定一般病棟入院料）、看護補助加算1（地域一般入院基本料、13対1入院基本料）、一般病棟看護必要度評価加算（専門病棟入院基本料、特定一般病棟入院料）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料並びに地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料及び特定一般病棟入院料（地域包括ケア病棟入院料等）という。）を届け出ている病棟に入院している患者であり、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及びDPC対象病院において短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（基本診療料に係る要件を満たす場合に限る。）は評価の対象とし、術中の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）についても評価の対象としない。

2. 評価日及び評価項目
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ（以下「必要度Ⅰ」という。）における記載内容を参照のこと。

3. 評価対象時間
必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

4. 評価対象場所
必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

5. 評価者
B項目の評価は、院内研修を受けた者が行うこと。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

6. 評価の判断
評価の判断は、アセスメント共通事項、A・B・Cの各項目の共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

A モニタリング及び処置等

1. 評価日において、各選択肢のコード一覽に掲載されているコードが入力されている場合を「あり」とする。ただし、A8「緊急に入院を必要とする状態」については、評価日においてコード一覽に掲載されているコードが入力されている場合に、入院当日を含めた5日間を「あり」とする。なお、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料においては、当該コードを評価対象に含めない。
2. 内服薬のコードが入力されていない日に当該コードに該当する内服を指示した場合や、事前に処方指示を行っており内服当日には当該コードが入力されていない場合等は、評価の対象とはならない。
3. 手術や麻酔中に用いた薬剤は評価の対象となる。また、検査や処置等、その他の目的で用いた薬剤については、EF統合ファイルにおけるデータ区分コードが20番台（投薬）、30番台（注射）、50番（手術）及び54番（麻酔）の薬剤に限り、評価の対象となる。
4. 臨床試験で用いた薬剤は評価の対象となる。
5. A3「点滴ライン同時3本以上の管理」及びA6「輸血や血液製剤の管理」で共通するコードが入力されている場合には、それぞれの選択肢において評価の対象としてよい。

B 患者の状況等

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

C 手術等の医学的状況

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

医療区分・ADL区分等に係る評価票 評価の手引き

「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の記入に当たっては、各項目の「項目の定義」に該当するか否かを判定すること。また、各項目の評価の単位については、「評価の単位」及び「留意点」に従うこと。なお、「該当する」と判定した場合には、診療録にその根拠を記載すること。ただし、判定以降に患者の状態等の変化がない場合には、診療録に記載しなくても良いが、状態等の変化が見られた場合には診療録にその根拠を記載すること。

I. 算定期間に限りがある区分

(1) 【医療区分8(別表第五の二)】

1. 24時間持続して点滴を実施している状態

項目の定義	24時間持続して点滴を実施している状態
評価の単位	1日毎

留意点

本項目でいう24時間持続して点滴を実施している状態とは、経口摂取が困難な場合、循環動態が不安定な場合又は電解質異常が認められるなど体液の不均衡が認められる場合に限るものとする。(初日を含む。)
また、連続した7日間を超えて24時間持続して点滴を行った場合は、8日目に降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

(2) 【医療区分2(別表第五の三)】

2. 尿路感染症に対する治療を実施している状態

項目の定義	尿培養で細菌尿が確認された場合、もしくは白血球尿(>10/HPF)であって、尿路感染症に対する治療を実施している状態
評価の単位	1日毎

留意点	連続する14日間を限度とし、15日目を降は該当しない。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。
-----	---

3. 傷病等によりリハビリテーションが必要となる状態(原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。)

項目の定義	傷病等によりリハビリテーションが必要となる状態(原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。)
-------	--

評価の単位	1日毎
-------	-----

留意点

実施されるリハビリテーションは、医科点数表上のリハビリテーションの部に規定されるものであること。リハビリテーションについては、継続的に適切に行われていれば、毎日行われていない必要はないものとする。

4. 脱水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態

項目の定義

脱水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態

評価の単位

1日毎

留意点

発熱に対する治療を行っている場合に限る。
尿量減少、体重減少、BUN/Cr比の上昇等が認められ、脱水に対する治療を実施している状態。連続した7日間を超えて脱水に対する治療を行った場合は、8日目を降は該当しない。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

5. 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

項目の定義

消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

8. 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態
項目の定義
経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態

評価の単位
1日毎

留意点
発熱又は嘔吐に対する治療を行っている場合に限る。 連続する7日間を限度とし、8日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

9. 頻回の血糖検査を実施している状態
項目の定義
頻回の血糖検査を実施している状態(1日3回以上の血糖検査が必要な場合に限る。)

評価の単位
1日毎

留意点
糖尿病に対するインスリン製剤又はポンチノジンの製剤の注射を1日1回以上行い、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態に限る。なお、検査日から3日間まで、本項目に該当するものとする。

II. 算定期間に限りが無い区分

(1) 【医療区分3(別表第五の二)】

10. スメン
項目の定義
スメン(特定疾患治療研究事業について(昭和48年4月17日衛発第242号)に定めるものを対象とする。)に罹患している状態
評価の単位
—

評価の単位
1日毎

留意点
本項目でいう消化管等の体内からの出血が反復継続している状態とは、例えば、黒色便、コーヒー残渣様嘔吐、喀血、痔核を除く持続性の便潜血が認められる状態をいう。 出血を認めた日から7日間まで、本項目に該当するものとする。

6. 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態
項目の定義
頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態(1日に複数回の嘔吐がある場合に限る。)

評価の単位
1日毎

留意点
発熱に対する治療が行われている場合に限る。 嘔吐のあった日から3日間は、本項目に該当する。

7. せん妄に対する治療を実施している状態
項目の定義
せん妄に対する治療を実施している状態(せん妄の症状に対応する治療を行っている場合に限る。)

評価の単位
1日毎

留意点
せん妄の兆候日は、以下の6項目のうち「この7日間は通常の状態と異なる」に該当する項目が1つ以上ある場合、本項目に該当するものとする。 a. 注意がそらされやすい b. 周囲の環境に関する認識が変化する c. 支離滅裂な会話が時々ある d. 落ち着きがない e. 無気力 f. 認知能力が1日の中で変動する 7日間を限度とし、8日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

14. 人工呼吸器を使用している状態

項目の定義
人工呼吸器を使用している状態

評価の単位
1日毎

留意点
診察報酬の算定方法の別表第一第二章第九部の「045 人工呼吸の3 5時間を越えた場合(1日につき)」を算定している場合に限る。

15. ドレーン法又は胸腔若しくは胸腔の洗浄を実施している状態

項目の定義
ドレーン法又は胸腔若しくは胸腔の洗浄を実施している状態

評価の単位
1日毎

留意点
胸腔または胸腔のドレーン又は洗浄を実施しているものに限る。

16. 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態

項目の定義
気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態

評価の単位
1日毎

留意点
投薬、処置等、発熱に対する治療が行われている場合に限る。

留意点
特定疾患医療受給者証の交付を受けているもの又は過去に当該疾患の公的な認定を受けたことが確認できる場合等をいう。

11. 次番
12. 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

項目の定義
循環動態および呼吸機能が不安定なため、常時、動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインを観察する必要がある等、医師及び看護職員により、24時間体制での監視及び管理を必要とする状態

評価の単位
1日毎

留意点
少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。(初日を含む。)動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも4時間以内の間隔で観察されていること。ただし、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。なお、当該項目は、当該項目を除く医療区分3又は医療区分2の項目に、1つ以上の該当項目がある場合に限り医療区分3として取り扱うものとし、それ以外の場合は医療区分2として取り扱うものとする。

13. 中心静脈栄養を実施している状態
- | |
|-----------------|
| 項目の定義 |
| 中心静脈栄養を実施している状態 |

評価の単位
1日毎

留意点
本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものには含まない。ただし、経管栄養のみでエネルギー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合作成し実施している場合作成し実施している場合に限る。経管栄養の一部併用の場合も該当するものとする。なお、毎月末において、当該中心静脈栄養を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。

17. 酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態に限る。)

<p>項目の定義</p> <p>酸素療法を実施している状態であって、次のいずれかに該当するもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・常時流量3L/分以上を必要とする場合 ・肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合 ・NYHA重症度分類のⅢ度又はⅣ度の心不全の状態である場合
--

<p>評価の単位</p> <p>1日毎</p>

<p>留意点</p> <p>酸素非投与下において、安静時、睡眠時、運動負荷いづれかで動脈血酸素飽和度が90%以下となる状態であって、以下の(1)又は(2)の状態。</p> <p>(1) 安静時に3L/分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度90%以上を維持できないうが、3L/分以上で維持できる状態。</p> <p>(2) 安静時に3L/分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度90%以上を維持できる状態であって、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合又はNYHA重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度の心不全の状態である場合。なお、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合には、点滴を実施した日から30日間で、本項目に該当する状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記録すること。</p>

18. 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

<p>項目の定義</p> <p>感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態</p>
<p>評価の単位</p> <p>1日毎</p>

<p>留意点</p> <p>感染症に対する治療又は管理が行われている期間に限る。</p>
--

(2) 医療区分2(別表第五の三)

19. 筋ジストロフィー

<p>項目の定義</p> <p>筋ジストロフィー(難病の患者)に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病(同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。))に係るものに限る。)として定めるものを対象とする。)に罹患している状態</p>
--

<p>評価の単位</p> <p>—</p>

<p>留意点</p> <p>筋ジストロフィーに罹患している患者であって、医療受給者証を交付されているもの、又は、特定医療費の支給認定に係る基準を満たす状態にあることを医療機関において確認されるものに限る。</p>
--

20. 多発性硬化症

<p>項目の定義</p> <p>多発性硬化症(難病の患者)に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病(同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。))に係るものに限る。)として定めるものを対象とする。)に罹患している状態</p>
--

<p>評価の単位</p> <p>—</p>

<p>留意点</p> <p>多発性硬化症に罹患している患者であって、医療受給者証を交付されているもの、又は、特定医療費の支給認定に係る基準を満たす状態にあることを医療機関において確認されるものに限る。</p>
--

21. 筋萎縮性側索硬化症

<p>項目の定義</p> <p>筋萎縮性側索硬化症(難病の患者)に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病(同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。))に係るものに限る。)として定めるものを対象とする。)に罹患している状態</p>

<p>評価の単位</p> <p>—</p>

留意点
(1)については、指定難病に罹患している患者であって、医療受給者証を交付されているもの、又は、特定医療費の支給認定に係る基準を満たす状態にあることを医療機関において確実に診断されるものに限る。 (2)及び(3)については、受給者証の交付を受けているものに限る。

24. 脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)

項目の定義
脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)
評価の単位
—
留意点
頸椎損傷の場合に限り該当するものとする。

25. 慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。)

項目の定義
慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。)
評価の単位
—
留意点
—

26. 人工腎臓、持続経徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態

項目の定義
人工腎臓、持続経徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態
評価の単位
月1回

留意点
筋萎縮性側索硬化症に罹患している患者であって、医療受給者証を交付されているもの、又は、特定医療費の支給認定に係る基準を満たす状態にあることを医療機関において確実に診断されるものに限る。

22. パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上)であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。))

項目の定義
パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上)であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))に罹患している状態。
進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病については、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病(同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすもの)として診断を受けたものを含む。))に属するものとする。

評価の単位
—

留意点
進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症又はパーキンソン病に罹患している患者であって、医療受給者証を交付されているもの、又は、特定医療費の支給認定に係る基準を満たす状態にあることを医療機関において確実に診断されるものに限る。また、パーキンソン症候群は含まない。

23. その他の指定難病等

項目の定義
以下の(1)、(2)又は(3)に掲げる疾患に罹患している状態。 (1) 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病(同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすもの)として診断を受けたものを含む。))に係るものに限る。ただし、筋ジストロフィー、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症及びパーキンソン病関連疾患を除く。 (2) 特定疾患治療研究事業について、(昭和48年4月17日新発第249号)に掲げる疾患(当該疾患に罹患している患者として都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。)。ただし、スモンを除く。 (3) 「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱について」(平成元年7月24日輔発第886号)に掲げる疾患(当該疾患に罹患している患者として都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。)
評価の単位
—

31. 褥瘡に対する治療を実施している状態 (DESIGN-R 分類d2以上の状態又は褥瘡が2か所以上に認められる場合に限る。)

<p>項目の定義</p> <p>褥瘡に対する治療を実施している状態 (DESIGN-R 分類d2以上に該当する場合若しくは褥瘡が2か所以上に認められる状態に限る。)</p> <p>d0: 皮膚損傷、発赤無し</p> <p>d1: 持続する発赤</p> <p>d2: 真皮までの損傷</p> <p>D3: 皮下組織までの損傷</p> <p>D4: 皮下組織を超える損傷</p> <p>D5: 関節腔、体腔に至る損傷</p> <p>DU: 深さ判定が不能の場合</p>
<p>評価の単位</p> <p>1日毎</p>

<p>留意点</p> <p>部位、大きさ、深さ等の褥瘡の程度について診療録に記載し、それぞれについての治療計画を立て治療を実施している場合に該当するものとする。</p> <p>ただし、入院又は転院時既に発生していた褥瘡に限り、治療に限り、治療又は転院後も、30日間に限り、引き続き医療区分2として取り扱われることができる。ただし、当該取り扱いを行う場合については、入院している患者に係る褥瘡の発生割合について、患者または家族の求めに応じて説明を行うこと。</p>

32. 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態

<p>項目の定義</p> <p>末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態 (以下の分類にて第2度以上に該当する場合に限る。)</p> <p>第1度: 皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない (皮膚の損傷はない)</p> <p>第2度: 皮膚層の部分的喪失; ひびく、水疱、浅いくぼみとして表れる</p> <p>第3度: 皮膚層がなくなったり褥瘡が皮下組織にまで及ぶ、深くくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることはあれば、及んでいないこともある</p> <p><small>DESIGN-R 分類d2以上の状態を指す。 診療録に記載し、それぞれについての治療計画を立て治療を実施している場合に該当するものとする。</small></p>
<p>留意点</p> <p>部位、大きさ、深さ等の褥瘡の程度について診療録に記載し、それぞれについての治療計画を立て治療を実施している場合に該当するものとする。</p> <p>ただし、入院又は転院時既に発生していた褥瘡に限り、治療に限り、治療又は転院後も、30日間に限り、引き続き医療区分2として取り扱われることができる。ただし、当該取り扱いを行う場合については、入院している患者に係る褥瘡の発生割合について、患者または家族の求めに応じて説明を行うこと。</p>

<p>評価の単位</p> <p>1日毎</p>

留意点
人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法について、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はないものとする。

- 27. 欠番
- 28. 省略
- 29. 悪性腫瘍 (医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)

<p>項目の定義</p> <p>悪性腫瘍 (医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)</p>
<p>評価の単位</p> <p>1日毎</p>

留意点
ここでいう医療用麻薬等とは、WHO's pain ladder に定められる第2段階以上のものをいう。

30. 肺炎に対する治療を実施している状態

留意点
肺炎に対し画像診断及び血液検査を行い、肺野に明らかな浸潤影を認め、血液検査上炎症所見を伴い、治療が必要な状態

<p>項目の定義</p> <p>肺炎に対し画像診断及び血液検査を行い、肺野に明らかな浸潤影を認め、血液検査上炎症所見を伴い、治療が必要な状態</p>
<p>評価の単位</p> <p>1日毎</p>

留意点
—

留意点	本項目でい「他者に対する暴行が毎日認められる状態とは、例えば、他者を打つ、押す、ひっかく等が認められる状態をいう。なお、医師又は看護師の合計2名以上(ただし、少なくとも1名は医師であることとする)により「他者に対する暴行が毎日認められる」との判断の一致がある場合に限る。なお、医師を含めた当該病棟(床)の医療従事者により、原因や治療方針等について検診を行い、治療方針に基づき実施したケアの内容について診療録等に記載すること。
-----	--

35. 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態	項目の定義
	1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態

評価の単位	1日毎
-------	-----

留意点	本項目でいう1日8回以上の喀痰吸引とは、夜間を含め3時間に1回程度の喀痰吸引を行っていることをいう。
-----	--

36. 気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く。)	項目の定義
	気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く。)

評価の単位	1日毎
-------	-----

留意点	—
-----	---

37. 創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下肢若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態	項目の定義
	創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下肢若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態(1日2回以上、ガーゼや創傷被覆材の交換が必要な場合に限る。)

留意点	—
-----	---

33. うつ症状に対する治療を実施している状態	項目の定義
	うつ症状に対する治療を実施している状態(精神保健指定医の処方によりうつ症状に対する薬を投与している場合、入院精神療法、精神科作業療法及び心身医学療法など、「診療報酬の算定方法」別表第一第2章第8部の精神科専門療法のいずれかを算定している場合に限る。)

評価の単位	1日毎
-------	-----

留意点	うつ症状は、以下の7項目のそれぞれについて、うつ症状が初めてみられた日以降において、3日間のうち毎日観察された場合を2点、1日又は2日観察された場合を1点として評価を行う。 a. 否定的な言葉を言った b. 自分や他者に対する確執した怒り c. 現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した d. 健康上の不満を繰り返した e. たびたび不安、心配事を訴えた f. 悲しみ、苦悶、心配した表情 g. 何回も泣いたり涙もろい 本評価によって、3日間における7項目の合計が4点以上であり、かつ、うつ症状に対する治療が行われている場合に限る。 なお、医師を含めた当該病棟(床)の医療従事者により、原因や治療方針等について検診を行い、治療方針に基づき実施したケアの内容について診療録等に記載すること。
-----	--

34. 他者に対する暴行が毎日認められる状態	項目の定義
	他者に対する暴行が毎日認められる状態

評価の単位	1日毎
-------	-----

評価の単位

1日毎

留意点

—

38. 酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態を除く。)

項目の定義

酸素療法を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

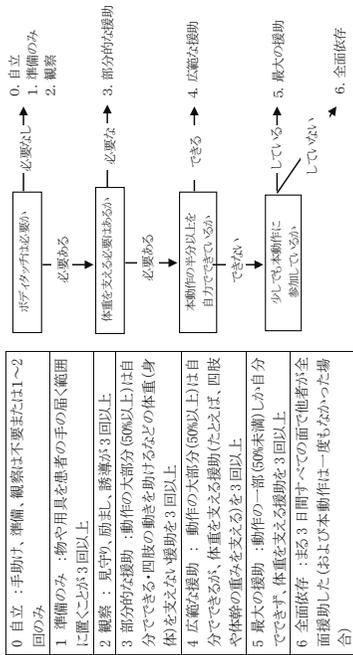
酸素非投与下において、安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで動脈血酸素飽和度が90%以下となる状態であって、医療区分3に該当する状態を除く。すなわち、安静時に3L/分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度90%以上を維持できる状態(肺病等急性増悪により点滴治療を要した状態(点滴を要した日から30日間までに限る。))及びNYHA重症度分類のⅢ度又はⅣ度の心不全の状態を除く。)をいう。なお、毎月末において当該酸素療法を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。

Ⅲ. ADL区分

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の項目(a～d.)に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。新入院(転棟)の場合は、入院(転棟)後の状態について評価する。

項目	内容	支援のレベル
a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうつたり、起き上がったたり、ベッド上の身体の位置を調整するか	
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか(浴槽や便座への移乗は除く)	
c. 食事	どのように食べたり、飲んだりするか。(上手、下手に関係なく)経管や経静脈栄養も含む	
d. トイレの使用	どのようにトイレ(ポータブルトイレ、便器、尿器を含む)を使用するか。排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服を整える(移乗は除く)	
		(合計点)

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（抜粋）



IV. その他

91. 身体抑制を実施している

<p>項目の定義</p> <p>次のいずれかの行為を1つでも行った場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・四肢の抑制 ・体幹部の抑制 ・ベルトを裾（サドル）で囲む ・介護衣（つなぎ服）の着用 ・車いすや椅子から立ち上ることができないようにする（仰制のための腰ベルトや立ち上ることができない椅子の使用） ・ミソンの着用（手指の機能抑制） ・自分の意思で開けることのできない居室等への隔離 	<p>留意点</p> <p>身体抑制を実施する場合は、身体抑制実施に係る3つの要件（强迫性・非代替性・一時性）に該当すること。また、3つの要件の該当状況、実施した身体抑制の行為、目的、理由及び抑制時間に関して、診療録等に記録すること。</p>
--	---

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
IIa	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれぞれまでできたことにミスが目立つ等
IIb	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
IIIa	日を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかると
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaと同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIと同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成18年4月3日老発第0403003号） 厚生省老人保健福祉局長通知

障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準（抜粋）

生活自立	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており自力で外出する 1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たきり状態の生活をしている
寝たきり	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車椅子に移乗する
寝たきり	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1 自力で寝返りをうつ 2 自力で寝返りも出来ない

※判定に当たっては補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について（平成3年11月18日 老健第102-2号） 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知

超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準

以下の各項目に規定する状態が6か月以上継続する場合*1に、それぞれのスコアを合算する。

1. 運動機能：座位まで
 2. 判定スコア (スコア)
- | | |
|--|------|
| (1) レスピレーター管理**2 | = 10 |
| (2) 気管内挿管、気管切開 | = 8 |
| (3) 鼻咽喉エアウェイ | = 5 |
| (4) O ₂ 吸入又はSpO ₂ 90%以下の状態が10%以上 | = 5 |
| (5) 1回/時間以上の頻回の吸引 | = 8 |
| 6回/日以上以上の頻回の吸引 | = 3 |
| (6) ネプライザー 6回/日以上または継続使用 | = 3 |
| (7) IVH | = 10 |
| (8) 経口摂取（全介助）**3 | = 3 |
| (9) 経管（経鼻・胃ろう含む）**3 | = 5 |
| (10) 腸ろう・腸管栄養**3 | = 8 |
| 持続注入ポンプ使用（腸ろう・腸管栄養時） | = 3 |
| (11) 手術・服薬にても改善しない過緊張で、発汗による更衣と姿勢修正を3回/日以上 | = 3 |
| (12) 継続する透析（膜膜濾流を含む） | = 10 |
| (13) 定期導尿（3回/日以上）**4 | = 5 |
| (14) 人工肛門 | = 5 |
| (15) 体位交換 6回/日以上 | = 3 |

（判定）

1の運動機能が座位までであり、かつ、2の判定スコアの合計が25点以上の場合を超重症児（者）、10点以上25点未満である場合を準超重症児（者）とする。

*1 新生児集中治療室を退室した日であって当該治療室での状態が引き続き継続する日については、当該状態が1か月以上継続する場合とする。ただし、新生児集中治療室を退室した後の症状増悪、又は新たな疾患の発生についてはその後の状態が6か月以上継続する場合とする。

*2 毎日行う機械的気道加圧を要するカマシ・NIPPV・CPAPなどは、レスピレーター管理を含む。

*3 (8) (9) は経口摂取、経管、腸ろう・腸管栄養のいずれかを選択。

*4 人工膀胱を含む

強度行動障害児(者)の医療度判定基準

II 医療度判定スコア

1	行動障害児に対する専門医療の実施の有無	5点
2	① 向精神薬等による治療 ② 行動療法、動作法、TEACCHなどの技法を取り入れた薬物療法以外の専門医療	5点
3	① 著しい精神状態の合併状態 ② てんかん発作が週1回以上、または6ヶ月以内のてんかん重積発作の既往 ③ 自閉症等によりこだわりが著しく対応困難 ④ その他の精神疾患や不眠に対し向精神薬等による治療が必要	5点 5点 5点 5点
4	① 自傷・他害による外傷、多動・てんかん発作での転倒による外傷の治療(6ヶ月以内) ② 慢性腎臓病・皮膚疹などによる外用剤・軟膏処置(6ヶ月以内)に1ヶ月以上継続 ③ 便秘のため週2回以上の浣腸、または座薬(下剤は定期服用していること) ④ 呼吸器感染症のための検査・処置・治療(6ヶ月以内)にあれば ⑤ その他の身体疾患での検査・治療(定期薬内服による副作用チェックのための検査以外、6ヶ月以内)にあれば	3点 3点 3点 3点 3点
5	① 自傷・他害・事故による外傷等のリスクを有する行動障害児への対応 ② 行動障害のため薬に1対1の対応が必要 ③ 行動障害のため個室対応等が必要(1対1の対応でも開放処遇困難) ※ いずれか一つを選択	3点 5点 10点
6	患者自身の死亡に繋がるリスクを有する行動障害児への対応 ① 食事(嘔食、他害につながるような盗食、詰め込みによる窒息の危険など) ② 排泄(排泄訓練が必要、糞食やトイレの水飲み、多動による転倒・外傷の危険) ③ 移動(多動のためどこへ行くか分からない、多動による転倒・外傷の危険) ④ 入浴(多動による転倒・外傷、湯水の危険、多動による水中中毒の危険) ⑤ 更衣(破衣・脱衣のための窒息の危険、異食の危険) ※ 次により配点 ・ 常時1対1で医療的観察が必要な場合及び入浴期間中の生命の危機回避のための個室対応や個別の時間での対応を行っている場合(5点) ・ 時に1対1で医療的観察が必要な場合(3点)	3点 5点 3点 5点 3点 5点

注) 「強度行動障害児(者)の医療度判定基準 評価の手引き」に基づき評価を行うこと。
「I」が10点以上、かつ「II」が24点以上。

I 強度行動障害スコア

行動障害の内容	行動障害の目的の例示	1点	3点	5点
1 ひどく自分の体を叩いたり傷つけたりする等の行為	肉が見えたり、頭部が変形に至るような叩きをしたり、つめをばぐなど。	週1回以上	日1回以上	1日中
2 ひどく叫びたり蹴ったりする等の行為	唾みつき、瀝り、なぐり、髪むき、頭突きなど、相手が怪我をしないような行動など。	月1回以上	週1回以上	1日中
3 激しいこだわり	強く指示しても、どうしても服を脱ぐとか、どうしても外出を拒みどおす、何百メートルも離れた場所に戻り取りに行く、などの行為で止めても止まれないもの。	週1回以上	日1回以上	1日中
4 激しい器物破壊	ガラス、家具、ドア、茶碗、椅子、眼鏡などをこわし、その結果危害が本人にもまわりにも大きいもの、服をなんとんでも破つてしまうなど。	月1回以上	週1回以上	1日中
5 睡眠障害	昼夜が逆転してしまっている、ベッドについていられず人や物に危害を加えるなど。	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
6 食べられないものを口に入れたり、逆食、反すう等の食事に関する行動	テーブルごとひっくり返す、食器ごと投げるほか、椅子に座つていれず、皆と一緒に食事できない。便や釘・石などを食べ体に異常をきたした偏食など。	週1回以上	ほぼ毎日	ほぼ毎日
7 排せつに関する強度の障害	便を手でこわたり、便を投げたり、便を壁面になすりつける。強制的に排便排便行為を繰り返すなど。	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
8 著しい多動	身体・生命の危険につながる飛出しをする。目を離すと一時も離れず走り回り。ペランダの上など高く危険なところにも上る。	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
9 通常と違う声や上けたり、大声を出す等の行動	たえられない程の大声を出す。一度泣き始めると大泣きが何時間もおも続く。	ほぼ毎日	1日中	ほぼ毎日
10 パニックへの対応が困難	一度パニックが出ると、体力的にもともおさめられずつきあつていられない状態を呈する。			困難
11 他人に恐怖感を与える程度の粗暴な行為があり、対応が困難	日常生活のちよとしたことを注意しても、爆発的な行動を呈し、かかわっている側が恐怖を感じさせられるような状況がある。			困難

「強度行動障害児(者)の医療度判定基準」評価の手引き

I 強度行動障害スコア

- 1 行動障害は、過去半年以上その行動が続いている場合を評価する。周期性のある行動障害についても半年を基準に、その行動の出現有無でチェックする。例えば、情緒不安定でパニックを起こしても評価時から6カ月以前の行動であれば該当しない。
- 2 定期薬服用者は服用している状態で評価する（向精神薬・抗てんかん薬など）。
- 3 頓服の不規則時薬・不眠時薬・注射等は使用しない状態で評価する。
- 4 現在身体疾患で一時的にベッド安静などの場合は、半年以内であれば治癒・回復を想定して評価する。半年以上継続していれば現在の状態で評価する。
- 5 評価は年1回以上定期的に行い、複数職種（医師、児童指導員、看護師など）でチェックを行う。
- 6 項目別留意点
 - (1) 「1 ひどい自傷」は、自傷行為を防ぐための器具（ヘッドギアなど）は着用していない状態を想定して評価する。
 - (2) 「4 ばげしい物壊し」は、器材や玩具などを自由に使用できる環境を想定して評価する。
 - (3) 「5 睡眠の大きな乱れ」は、問題行動があつて個室使用している場合は大部屋を想定して評価する。
 - (4) 「6 食事関係の強い障害」は、離席や盗食防止のための身体拘束があれば、開放状態を想定して評価する。問題行動のために食事場所を変える・時間をずらすなどの状態であれば本来の場所・時間を想定して評価する。
 - (5) 「7 排泄関係の著しい障害」は、オムツ使用であればその状態で評価する。つなぎなどの予防衣使用者は着用していない状態を想定して評価する。
 - (6) 「8 著しい多動」の項目は、開放病棟・行動制限なしの状況で評価する。

II 医療度判定スコア

- 1 患者特性に応じた個別的治療をチームとして統一性と一貫性のある計画的な診療を行うため、次を実施することを前提として記点
 - (1) 多面的な治療を計画的に提供するため、医師、看護師、児童指導員、保育士、臨床心理士、作業療法士等から構成されるチームにより、カンファレンスを実施し、患者の治療・観察必要性の評価、治療目標の共有化を図り、各職種の専門性を生かした診療計画を立案。
 - (2) 当該診療計画の実施について、当該チームによる定期的なカンファレンスを実施し、評価を

行い、診療録に記録。

- (3) 患者の状態に応じ、当該診療計画に見直しも行いつつ、評価、計画、実施、再評価のサイクルを重ねる。

2 行動障害に対する専門医療の実施有無

- (1) ①の「向精神薬等」とは、抗精神薬、抗うつ薬、抗躁薬、抗てんかん薬、気分安定薬（mood stabilizers）、抗不安薬、睡眠導入剤のほか、漢方薬なども含む。
- (2) ②は行動療法・動作法・TEAOHなどの技法を取り入れた薬物療法以外の治療的アプローチによる行動修正を行う専門医療。

3 神経・精神疾患の合併状態

- (1) ③の「自閉症等」とは広汎性発達障害全般（自閉症スペクトラム障害全般）を指す。
- (2) ④の「その他の精神疾患」とは、統合失調症、気分障害などを指す。「向精神薬等」は2-1(1)と同様。

4 身体疾患の合併状態

- (1) ①は生剤等の内服・点滴、創部処置、縫合を含む。
- (2) ④は胸部レントゲン検査や抗生剤内服または点滴治療などを含む。
- (3) ⑤の「その他の身体疾患」とは、低体温、GER・反すうを繰り返すことによる嘔吐・誤嚥、眼科・耳鼻科疾患、婦人科疾患、循環器疾患、循環器疾患、骨折やその他の整形外科的疾患、機能悪化・維持・改善のためのリハビリなども含む。

5 自傷・他害・事故による外傷等のリスクを有する行動障害への対応

- (1) ①、②、③はいずれか一つを手チェックする。
- (2) ②の「個室対応等」とは、個別の環境設定やスケジュール調整などにより、本来は個室使用が必要な患者を個室以外で保護・重点観察している場合も含める。

6 患者自身の死亡に繋がるリスクを有する行動障害への対応

現在患者が生活している環境で評価するが、各項目に関連する理由で個室対応や個別の時間での対応を行っている場合は5点とみなす。

褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書

氏名:	様	病棟	評価日	年	月	日
生年月日:	(歳)	性別	男・女	評価者名		
診断名:	褥瘡の有無(現在)	有・無	褥瘡の有無(過去)	有・無		
褥瘡ヘイリスク項目 [該当すべて○] ベッド上安静、シヨツク状態、重度の末梢循環不全、麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要、 6時間以上の手術(全身麻酔下、特殊体位)、強度の下相の特長、極度の皮膚の脆弱(低出生体重児、 GVHD、黄疸等)、医療関連機器の長期かつ持続的な使用(医療用挿生ストッキング、シーネ等)、 褥瘡の多発と再発						
その他の危険因子 [該当すべて○] 床上で自立位変換ができない、いす上で座位姿勢が保持できない、骨格背突出、関節拘縮、栄養状態 低下、皮膚の湿潤(多汗、尿失禁、便失禁)、浮腫(局所以外の部位)						
褥瘡の発生が予測される部位及び褥瘡の発生部位			リスクアセスメント結果			
重点的な褥瘡ケアの必要性			要・不要			
褥瘡管理者名						
褥瘡予防治療計画			褥瘡ヘイリスク患者ケアの開始年月日 年 月 日)			
褥瘡ケア結果の評価			褥瘡ヘイリスク患者ケアの終了年月日 年 月 日)			

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	A得点)		
		0点	1点	2点
1	心電図モニター等の管理	なし	あり	あり
2	輸液ポンプの管理	なし	あり	あり
3	褥瘡圧測定(褥瘡ライン)	なし	あり	あり
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	あり
5	中心静脈圧測定(中心静脈ライン)	なし	あり	あり
6	人工呼吸器の管理	なし	あり	あり
7	輸血や血液製剤等の管理	なし	あり	あり
8	褥瘡圧測定(スワノンゾフカテーテル)	なし	あり	あり
9	褥瘡圧測定(UMC-1107/1176, 褥瘡圧入念儀, 褥瘡圧入念儀)	なし	あり	あり

B	患者の状況等	患者の状態		介助の実態		評価
		0点	1点	0	1	
10	様変わり	である	ほとんどはでない	実施なし	実施あり	点
11	褥瘡	自立	一部介助	実施なし	実施あり	点
12	口腔管理	自立	一部介助	実施なし	実施あり	点
13	食事摂取	自立	一部介助	実施なし	実施あり	点
14	尿閉の管理	自立	一部介助	実施なし	実施あり	点
15	排便・排泄上の指示が通じる	はい	いいえ	実施なし	実施あり	点
16	脱臥行動	ない	ある	実施なし	実施あり	点

注) 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に関し、評価票の記入にあたっては、
 ・特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に関し、評価票の記入に際し、患者の「A」について、評価票において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。
 ・Aについては、評価票の「患者の状態」及び「介助の実態」に基づき、評価票の「患者の状態」及び「介助の実態」に記載された点数を記載する。
 <特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る得点(A得点)が4点以上かつ患者の状況等に係る得点(B得点)が5点以上、モニタリング及び処置等に係る得点(A得点)が4点以上かつ患者の状況等に係る得点(B得点)が5点以上、

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き
 アセスメント共通事項

1. 評価の対象
 評価の対象は、救命救急入院料及び特定集中治療室管理料を届け出ている治療室に入
 院している患者であり、短期滞在手術等基本料を算定する患者及びDPC対象病院にお
 いて短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患
 者（基本診療料の施設基準等第13の3（3）及び4に係る要件以外の短期滞在手術等基
 本料に係る要件を満たす場合に限る。）は評価の対象としない。

2. 評価日及び評価項目
 評価日は、患者に行われたモニタリング及び処置等（A項目）、患者の状況等（B項目）
 について、毎日評価を行うこと。

3. 評価対象時間
 評価対象時間は、0時から24時間の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。
 外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察を行うことができ
 ない患者の場合であっても、当該治療室に在室していた時間があった場合は、評価の
 対象とすること。ただし、評価対象日の0時から24時間の間、外泊している患者は、当該
 外泊日については、評価対象とならない。
 退室日は、当日の0時から退室時までを評価対象時間とする。退室日の評価は行わず、
 基準を満たす患者の算出にあたり延べ患者数には含まれない。ただし、入院した日に退院
 （死亡・退院を含む）した患者は、延べ患者数に含まれるものとする。

4. 評価対象場所
 当該治療室内を評価の対象場所とし、当該治療室以外で実施された治療、処置、看護
 及び観察については、評価の対象場所に含まれない。

5. 評価対象の処置・介助等
 当該治療室で実施しななければならない処置・介助等の実施者、又は医師の補助の実施
 者は、当該治療室に所属する看護職員でなければならない。ただし、一部の評価項目に
 おいて、薬剤師、理学療法士等が治療室内において実施することを評価する場合は、治
 療所属の有無は問わない。
 なお、A項目の評価において、医師が単独で処置等を行った後に、当該治療室の看護
 職員が当該処置等を確認し、実施記録を写す場合も評価に含まれるものとする。
 A項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で実施する行為は評価の対
 象に含まれないが、B項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても評
 価の対象に含まれるものとする。
 A項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含まれるものとする。

6. 評価者
 評価は、院内研修を受けた者が行うこと。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目
 の評価を行う場合も院内研修を受けること。

7. 評価の判断
 評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項及び項目ごとの選択肢の判断
 基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

8. 評価の根拠
 評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場
 合は評価できないため、A項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。
 A項目の評価においては、後日、第三者が確認を行う際に、記録から同一の評価を導く

根拠となる記録を残しておく必要があるが、項目ごとの記録を残す必要はない。
 記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されてい
 るものであること。また、原則として医師及び当該治療室の看護職員による記録が評価
 の対象となるが、評価項目によっては、医師及び当該治療室の看護職員以外の職種の記
 録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること。
 なお、B項目については、「患者の状態」が評価の根拠となることから、重複する
 記録を残す必要はない。

A モニタリング及び処置等

1. 心電図モニター管理
 項目の定義

心電図モニター管理は、持続的に看護職員が心電図のモニタリングを実施した場合に
 合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
 持続的な心電図のモニタリングを実施しなかった場合をいう。
 「あり」
 持続的な心電図のモニタリングを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類や誘導法の種類は問わない。
 機器の設置・準備、後片付けは含まれない。心電図モニターの装着時間や回数は問わ
 ないが、医師の指示により、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察
 を行っている場合であっても、看護職員による心電図の評価の記録が必要である。心電
 図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含まない。
 心電図検査として一時的に測定を行った場合は心電図モニターの管理の対象に含めない。
 従い、看護職員による持続的な評価の記録がある場合に限り告める。

2. 輸液ポンプ管理
 項目の定義

輸液ポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注
 射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを使用し、
 看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目であ
 る。

選択肢の判断基準

「なし」
 末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液
 製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプの管理をしなかった場合を
 いう。
 「あり」
 末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液
 製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

<p>末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプにセットしていても、作動させていない場合や、灌流等患部の汚染に使用している場合には使用してはいけないものとする。</p> <p>携帯用であっても輸液ポンプの管理に含めるが、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。</p>	<p>3 動脈圧測定 (動脈ライン) 項目の定義</p> <p>動脈圧測定は、動脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。</p>	<p>選択肢の判断基準</p> <p>「なし」 動脈圧測定を実施していない場合をいう。 「あり」 動脈圧測定を実施している場合をいう。</p>	<p>4 シリンジポンプの管理 項目の定義</p> <p>シリンジポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護職員が使用状況(投与時間、投与量等)を管理している場合に評価する項目である。</p>	<p>選択肢の判断基準</p> <p>「なし」 末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしない場合をいう。 「あり」 末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をした場合をいう。</p>	<p>判断に際しての留意点</p> <p>末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用してはいけないものとする。</p> <p>携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA(自己調節鎮痛法)によるシリンジポンプは、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。</p>	<p>5 中心静脈圧測定 (中心静脈ライン) 項目の定義</p> <p>中心静脈圧測定は、中心静脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に中心静脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。</p>	
<p>選択肢の判断基準</p> <p>「なし」 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)を実施していない場合をいう。 「あり」 中心静脈圧測定(中心静脈ライン)を実施している場合をいう。</p>	<p>判断に際しての留意点</p> <p>スワリガンカサテータールによる中心静脈圧測定についても中心静脈圧測定(中心静脈ライン)の対象に含める。</p> <p>中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスデューサーによる測定のみならず、いずれでもよい。</p>	<p>6 人工呼吸器の管理 項目の定義</p> <p>人工呼吸器の管理は、人工換気が必要な患者に対して、人工呼吸器を使用し管理した場合を評価する項目である。</p>	<p>選択肢の判断基準</p> <p>「なし」 人工呼吸器を使用していない場合をいう。 「あり」 人工呼吸器を使用している場合をいう。</p>	<p>判断に際しての留意点</p> <p>人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。</p> <p>NPV(非侵襲的陽圧換気)の実施は含める。</p>	<p>7 輸血や血液製剤の管理 項目の定義</p> <p>輸血や血液製剤の管理は、輸血(全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等)や血液製剤(アルブミン製剤等)の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。</p>	<p>選択肢の判断基準</p> <p>「なし」 輸血や血液製剤の使用状況の管理をしない場合をいう。 「あり」 輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。</p>	<p>判断に際しての留意点</p> <p>輸血、血液製剤の種類及び車位数については問わないが、腹腔透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は</p>

1 0 寝返り 項目の定義	寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド欄、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。 ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。
選択肢の判断基準	「できる」 何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。 「何かにつかまればできる」 ベッド欄、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。 「できない」 1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。
判断に際しての留意点	「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくことにより患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド欄に患者の手をつかまらせる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。 医師の指示により、自力での寝返りを制限されている場合は「できない」とする。
1 1 移乗 項目の定義	移乗時の介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。 ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。
選択肢の判断基準	（患者の状態） 「自立」 介助なしで移乗できる場合をいう。道って動いても、移乗が1人でできる場合も含む。 「一部介助」 患者の自身の状態等の理由から、事故等がないように見守る必要がある場合、あるいは1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が必要な場合をいう。 「全介助」 1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が必要な場合をいう。 （介助の実施） 「実施なし」 評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。 「実施あり」 評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

含める。	
8 肺動脈圧測定（スワンガンツカテーター） 項目の定義	肺動脈圧測定は、スワンガンツカテーターを挿入し、そのカテーターを介して直接的に肺動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。
選択肢の判断基準	「なし」 肺動脈圧測定を実施していない場合をいう。 「あり」 肺動脈圧測定を実施している場合をいう。
判断に際しての留意点	スワンガンツカテーター以外の肺動脈カテーターによる肺動脈圧測定についても肺動脈圧測定の評価に含める。
9 特殊な治療法等（CIED、IABP、PPCS、補助人工心臓、ICP 測定、ECMO） 項目の定義	特殊な治療法等は、CIED（持続的血液濾過透析）、IABP（大動脈バルーンパンペンク）、PPCS（経皮的冠動脈介入治療法）、補助人工心臓、ICP（頭蓋内圧）測定、ECMO（経皮的肺補助法）を実施した場合を評価する項目である。
選択肢の判断基準	「なし」 特殊な治療法等のいずれも行っていない場合をいう。 「あり」 特殊な治療法等のいずれかを行っている場合をいう。
B 患者の状況等	B項目共通事項 1. 義手・義足・コルセット等の器具を使用している場合には、器具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。 2. 評価時間帯のうちに状態が変わり、異なる状態の記録が存在する場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。 3. 当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果をもとに「患者の状態」を評価すること。動作の確認ができなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「自立」又は「自立」とする。 4. 医師の指示によっても「できる」又は「自立」とする。 5. 医師の指示を参考に評価すること。この場合、医師の指示に係る記録があること、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「自立」とする。 6. B11「移乗」、B12「口腔清潔」、B13「食事摂取」、B14「衣服の着脱」については、「患者の状態」と「介助の実施」とを乗じた点数とすること。

判断に際しての留意点

患者が1人で移動せず、スライド式の移乗用補助具の使用が必要な場合は「全介助」となる。
 車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、敬体動く等に対して、患者自身も行うことができる(力が出せる)場合は「一部介助」となる。
 医師の指示により、自力での移乗を制限されている場合は「全介助」とする。また、介助による移乗も制限されている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。

1.2 口腔清潔
 項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が1人でできるかどうか、1人でできない場合に看護職員等が見守りや介助を実施したかどうかを評価する項目である。
 一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
 口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

(患者の状態)
 「自立」
 口腔清潔に関する一連の行為が1人でできる場合をいう。
 「要介助」
 口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。
 (介助の実施)
 「実施なし」
 評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
 「実施あり」
 評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き』うがい、口腔内清拭、手のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、オビドロンヨード和等の薬剤による洗浄)も含まれる。舌や口腔内の腫瘍グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。
 また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。
 医師の指示により、自力での口腔清潔を制限されている場合は「要介助」とする。また、介助による口腔清潔も制限されている場合は、「要介助」かつ「実施なし」とする。

1.3 食事摂取
 項目の定義

食事介助の必要の有無と、介助の実施状況の評価する項目である。
 ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。
 食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子へ、

の移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

(患者の状態)
 「自立」
 介助・見守りなしに1人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。
 「一部介助」
 必要に応じて、食事摂取の行為の一部に介助が必要な場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為(小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等)が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。
 「全介助」
 1人で全てに介助を要する場合をいう。食事開始から終了まで介助を要する場合は「全介助」とする。
 (介助の実施)
 「実施なし」
 評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
 「実施あり」
 評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

食事の種類は問わず、一般(普通)食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行う必要がある場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行うことができる場合は「自立」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。
 家族が行った行為(食欲の観察は含めない)、また、看護職員等が、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等を行う必要がある場合は「一部介助」とする。
 医師の指示により、食止めや絶食となつている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。セツティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「実施なし」とする。

1.4 衣服の着脱
 項目の定義

衣服の着脱について、介助の有無と、介助の実施状況の評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

(患者の状態)
 「自立」
 介助なしに1人で衣服を着たり脱いだりすることができる場合をいう。
 自助具等を使って行うことができる場合も含む。
 「一部介助」
 衣服の着脱に一部介助が必要な場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を出して介助する必要がある場合は、「一部介助」に含まれる。看護職員等が手を出して介助する必要があるが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示を行う必要がある場合

等も「一部介助」とする。
 「全介助」
 着脱の着脱の行為すべてに介助が必要な場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行うことができても、着脱行為そのものを患者が行うことができず、看護職員等がすべて介助する必要がある場合も「全介助」とする。
 (介助の実施)
 「実施なし」
 評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
 「実施あり」
 評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

衣服の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。
 通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。
 靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含まれない。

1.5 診療・療養上の指示が通じる

項目の定義
 指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」
 診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。
 「いいえ」
 診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。
 医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診療・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。

1.6 危険行動

項目の定義
 患者の危険行動の有無を評価する項目である。
 ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチエューブ類、点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去1週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」

過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。
 「ある」
 過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。

判断に際しての留意点

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお患者が予測できなかつた危険行動の事実とその対応の手段を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含まれる。
 認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起す疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含まれない。
 他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票		A (重症)		B (軽度)	
		0点	1点	0点	1点
A	モニタリング及び処置等 （呼吸器の観察（細線の状態を除く）、 心拍数の観察）	なし	あり		
1	標準手術の施行	なし	あり		
2	標準ケア （呼吸器の吸引の頻度及び人工呼吸器の換気の確 保を要しない）	なし	あり		
3	点滴ライン・挿入3本以上の管理	なし	あり		
4	点滴ライン・挿入3本以上の管理	なし	あり		
5	中心静脈カテーテルの管理	なし	あり		
6	輸液ポンプの管理	なし	あり		
7	輸血の管理（輸血ライン）	なし	あり		
8	シリンジポンプの管理	なし	あり		
9	中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	あり		
10	人工呼吸器の管理	なし	あり		
11	輸血や血液製剤等の管理	なし	あり		
12	呼吸器圧測定（オキシゲンカウチンカウチン）	なし	あり		
13	特定の処置等 （呼吸器の吸引、挿入カテーテルの管理、 中心静脈圧測定、輸血人工呼吸器、 人工呼吸器、輸液ポンプ）	なし	あり		
					A得点
B	患者の状況等	0点	1点	2点	
14	意識あり	できる	160分以上は できる	できない	
15	移動	自立	一部介助	全介助	
16	口摂取	自立	一部介助	全介助	
17	排便管理	自立	一部介助	全介助	
18	衣服の管理	自立	一部介助	全介助	
19	診察・看護上の指示が理解する	はい	いいえ	ある	
20	他感行動	ない		ある	
					B得点

注) ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、
 ・ A) については、評価目において記載されたモニタリング及び処置等の合計数を記載する。
 ・ B) については、評価目の「患者の状況」及び「介助の実態」に基づき判断した患者の状況等の点数を記載する。
 <ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る重症度、
 モニタリング及び処置等に係る得点 (A 得点) 5.5 点以上かつ「患者の状況等」に係る得点 (B 得点) 3.4 点以上、

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票 評価の手引き

アセスメント共通事項

1. 評価の対象
 評価の対象は、ハイケアユニット入院医療管理科を届け出ている治療室に入院している患者であり、短期滞在手術等基本料を算定する患者及びDPC対象病院において短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（基本診療料の施設基準等第十三（3）及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料に係る要件を満たす場合に限る。）は評価の対象としない。

2. 評価日及び評価項目
 評価は、患者に行われたモニタリング及び処置等（A項目）、患者の状況等（B項目）について、毎日評価を行うこと。

3. 評価対象時間
 評価対象時間は、0時から24時間の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。外出、外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察を行うことができず、患者の場合であっても、当該治療室に在室していた時間があつた場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の0時から2時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象としない。
 退室日は、当日の0時から退室時までを評価対象時間とする。退室日の評価は行うが、基準を満たす患者の算出にあたり延べ患者数には含まない。ただし、入院した日に退院（死亡退院を含む）した患者は、延べ患者数に含まれるものとする。

4. 評価対象場所
 当該治療室内を評価の対象場所とし、当該治療室以外で実施された治療、処置、看護及び観察については、評価の対象場所に含まれない。

5. 評価対象の処置・介助等
 当該治療室で実施しなければならない処置・介助等の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該治療室に所属する看護職員でなければならない。ただし、一部の評価項目において、薬剤師、理学療法士等が治療室内において実施することを評価する場合は、治療室所属の育無は問わない。
 なお、A項目の評価において、医師が単独で処置等を行った後に、当該治療室の看護職員が当該処置等を確認し、実施記録を残す場合も評価に含まれるものとする。
 A項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で実施する行為は評価の対象に含まれないが、B項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても評価の対象に含まれるものとする。

A項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含まれるものとする。

6. 評価者
 評価は、院内研修を受けた者が行うこと。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

7. 評価の判断
 評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

8. 評価の根拠
 評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、A項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。A項目の評価においては、後日、第三者が確認を行う際に、記録から同一の評価を導く

根拠となる記録を残しておく必要があるが、項目ごとの記録を残す必要はない。
 記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されているものであること。また、原則として医師及び当該治療室の看護職員による記録が評価の対象となるが、評価項目によっては、医師及び当該治療室の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること。なお、B項目については、「患者の状態」が評価の根拠となることから、重複する記録を残す必要はない。

A モニタリング及び処置等

1 創傷処置 項目の定義

創傷処置は、①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護職員が医師の介助をした場合、あるいは医師又は看護職員が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」 創傷処置のいずれも実施しなかった場合をいう。
 「あり」 創傷処置のいずれかを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

創傷処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）

【定義】 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚又は粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。
 縫合の度は創傷処置の対象に含まれるが、縫合のない発熱創傷は含まない。粘膜は、鼻口腔、膣及び肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることと自認できる場合に限る。気管切開口、胃瘻及びストーマ等については、造設から抜糸までを含み、抜糸後は、滲出液が見られ処置を必要とする場合を含める。ここでいう処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した。陰圧閉鎖療法、観察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含まない。また、陰圧閉鎖療法、眼科手術後の点眼及び排泄物の処置に関するストーマ処置は含まない。

② 褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPIUP分類Ⅱ度以上又はDSSIGN-R分類d2以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡の処置の対象に含めない。
 ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、観察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含まない。また、陰圧閉鎖療法は含まない。

【参考】

NPIUP分類 (National Pressure Ulcer of Advisory Panel) Ⅱ度以上
 DESIGN-R分類 (日本褥瘡学会によるもの) d2 以上

2 蘇生術の施行 項目の定義

蘇生術の施行は、気管内挿管、気管切開術、人工呼吸器装着・除細動・心マッサージのいずれかが、蘇生を目的に施行されたかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」 蘇生術の施行がなかった場合をいう。
 「あり」 蘇生術の施行があった場合をいう。

判断に際しての留意点

当該治療室以外での評価は含まないため、手術室、救急外来等で蘇生術が行われたとしても、当該治療室で行われていなければ蘇生術の施行の対象に含めない。
 蘇生術の施行に含まれている人工呼吸器の装着とは、いままです装著していない患者が蘇生のために装着したことであり、蘇生術以外の人工呼吸器管理は、TA-10「人工呼吸器の管理」の項目において評価される。

3 呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く） 項目の定義

呼吸ケアは、酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィージングのいずれかの処置に対して、看護職員等が自ら行うか医師の介助を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」 呼吸ケアを実施しなかった場合をいう。
 「あり」 呼吸ケアを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

喀痰吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。
 呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。
 なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含まない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含まない。

4 点滴ライン同時3本以上の管理

項目の定義	<p>点滴ライン同時3本以上の管理は、持続的に点滴ライン（ボトル、バッグ、シリンジ等）から末梢静脈・中心静脈・動脈・硬膜外・動脈・皮下に対して点滴・輸液・血液・薬剤の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプの管理をしながら行う。</p> <p>点滴ライン同時3本以上の管理は、持続的に点滴ライン（ボトル、バッグ、シリンジ等）から末梢静脈・中心静脈・動脈・硬膜外・動脈・皮下に対して点滴・輸液・血液・薬剤の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプの管理をしながら行う。</p>
選択肢の判断基準	<p>「なし」 同時に3本以上の点滴の管理を実施しなかった場合をいう。 「あり」 同時に3本以上の点滴の管理を実施した場合をいう。</p>
判断に際しての留意点	<p>施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。 2つのボトルを連結管で連結させて1つのルートで滴下した場合、点滴ラインは1つとして数える。1カ所に刺入されていても3カ所経路等のコネクタで接続された点滴ラインは本数に数える。これら点滴ラインを利用して、側管から持続的に点滴する場合も本数に数えるが、手動で注射を実施した場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。 スワカガテの圧力バッグについては、薬液の注入が目的ではないため本数に数えない。PCA（自己調節鎮痛法）による点滴ライン（携帯用を含む）は、看護職員が投与時間と投与量の両方を管理を行い、持続的に注入している場合のみ本数に数える。</p>
5 心電図モニターの管理	<p>項目の定義 心電図モニターの管理は、持続的に看護職員が心電図のモニタリングを実施した場合に評価する項目である。</p>
選択肢の判断基準	<p>「なし」 持続的な心電図のモニタリングを実施しなかった場合をいう。 「あり」 持続的な心電図のモニタリングを実施した場合をいう。</p>
判断に際しての留意点	<p>心電図誘導の種類や誘導法の種類は問わない。 機器の設置・準備・後片付けは含まない。心電図モニターモニターの装着時間や回数は問わないが、医師の指示により、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合であって、看護職員による心電図の評価の記録が必要でない。心電図の機器による自動的な記録のみは心電図モニターの管理の対象に含めない。心電図検査として一時的に測定を行った場合は含めない。ホルター心電図は定義に従い、看護職員による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。</p>
6 輸液ポンプの管理	<p>項目の定義 輸液ポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・血液・薬剤の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。</p>
選択肢の判断基準	<p>「なし」 末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・血液・薬剤の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプの管理をしながら行う。 「あり」 末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・血液・薬剤の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプの管理をしながら行う。</p>
判断に際しての留意点	<p>末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・血液・薬剤の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプにセットしていても、携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。</p>
項目の定義	<p>「なし」 末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・血液・薬剤の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプの管理をしながら行う。 「あり」 末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・血液・薬剤の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプの管理をしながら行う。</p>
選択肢の判断基準	<p>「なし」 末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・血液・薬剤の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプにセットしていても、携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。</p>
判断に際しての留意点	<p>末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・血液・薬剤の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプにセットしていても、携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。</p>
7 動脈圧測定（動脈ライン）	<p>項目の定義 動脈圧測定は、動脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。</p>
選択肢の判断基準	<p>「なし」 動脈圧測定を実施していない場合をいう。 「あり」 動脈圧測定を実施している場合をいう。</p>
8 シリンジポンプの管理	<p>項目の定義 シリンジポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・血液・薬剤の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。</p>
選択肢の判断基準	<p>「なし」 末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・血液・薬剤の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしながら行う。 「あり」 末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・血液・薬剤の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしながら行う。</p>
判断に際しての留意点	<p>末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・血液・薬剤の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプにセットしていても、携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。</p>

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹腔透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含まない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

1.2 肺動脈圧測定 (スワンガンツカテーテル)

項目の定義

肺動脈圧測定は、スワンガンツカテーテルを挿入し、そのカテーテルを介して直接的に肺動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

- 「なし」 肺動脈圧測定を実施していない場合をいう。
- 「あり」 肺動脈圧測定を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテル以外の肺動脈カテーテルによる肺動脈圧測定についても肺動脈圧測定の評価に含める。

1.3 特殊な治療法等 (CHDF, IABP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定, ECMO) 項目の定義

特殊な治療法等は、CHDF (特続的血液濾過透析)、IABP (大動脈バルーンパンピング)、PCPS (経皮的肺補助法)、補助人工心臓、ICP (頭蓋内圧) 測定、ECMO (経皮的肺補助法) を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

- 「なし」 特殊な治療法等のいずれも行っていない場合をいう。
- 「あり」 特殊な治療法等のいずれかを行っている場合をいう。

B 患者の状況等

B項目共通事項

1. 義手・義足・コルセット等の器具を使用している場合には、器具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2. 評価時間帯のうちに状態が変わり、異なる状態の記録が存在する場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3. 当該動作が制限されない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果をもとに「患者の状態」を評価すること。動作の確立をできなかった場合には、通常、介助が必要ない状態であっても「できる」又は「自立」とする。
4. 医師の指示によって当該動作が制限されていることが明確である場合には、各選択肢の留意点を参考に評価する。この場合、医師の指示に係る記録があること。ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「自立」とする。
5. B15「移乗」、B16「口腔清潔」、B17「食事摂取」、B18「衣服の着脱」については、「患者の状態」と「介助の実施」とを兼じた点数とすること。

1.4 震返り

9 中心静脈圧測定 (中心静脈ライン) 項目の定義

中心静脈圧測定は、中心静脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に中心静脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

- 「なし」 中心静脈圧測定 (中心静脈ライン) を実施していない場合をいう。
- 「あり」 中心静脈圧測定 (中心静脈ライン) を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテルによる中心静脈圧測定についても中心静脈圧測定 (中心静脈ライン) の対象に含める。
中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスドューサーによる測定の内いずれでもよい。

1.0 人工呼吸器の管理 項目の定義

人工呼吸器の管理は、人工換気が必要ない患者に対して、人工呼吸器を使用した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

- 「なし」 人工呼吸器を使用していない場合をいう。
- 「あり」 人工呼吸器を使用している場合をいう。

判断に際しての留意点

人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。
NPV (非侵襲的陽圧換気) の実施は含める。

1.1 輸血や血液製剤の管理 項目の定義

輸血や血液製剤の管理は、輸血 (全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等) や血液製剤 (アルブミン製剤等) の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

- 「なし」 輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。
- 「あり」 輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

項目の定義

寝返りが自分ですることができるかどうか、あるいはベッド欄、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」
何かにつかまればできる、ベッド欄、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。
「できない」
介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくことにより、患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に「ベッド欄に患者の手をつかまらせる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。医師の指示により、自力での寝返りを制限されている場合は「できない」とする。

1 5 移乗

項目の定義

移乗時の介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

(患者の状態)
「自立」
介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が1人でできる場合も含む。
「一部介助」
患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る必要がある場合、あるいは1人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が必要な場合をいう。
「全介助」
1人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が必要な場合をいう。

(介助の実施)

「実施なし」
評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が1人では動けず、スライド式の移乗用補助具の使用が必要な場合は「全介助」となる。等への移乗の際に、立つ、向きを変える、姿勢動く等に対して、患者自身も行うことができている（力が出せる）場合は「一部介助」となる。また、医師の指示により、自力での移乗を制限されている場合は「全介助」とする。また、介助による移乗も制限されている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。

1 6 口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が1人でできるかどうか、1人でできない場合に看護職員等が見守りや介助を実施したかどうかを評価する項目である。一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

「自立」
口腔清潔に関する一連の行為が1人でできる場合をいう。
「要介助」
口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

(介助の実施)

「実施なし」
評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き』が、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、補綴中の吸引による口腔洗浄、ポビドンヨード液等の薬剤による口腔内清潔にも含まれる。舌や口腔内の糊砂ブリセラの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まれない。

また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。

医師の指示により、自力での口腔清潔が制限されている場合は「要介助」とする。また、介助による口腔清潔も制限されている場合は、「要介助」かつ「実施なし」とする。

1 7 食事摂取

項目の定義

食事介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。
ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。
食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。器具での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子への移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

(患者の状態)

<p>「自立」 介助・見守りなしに1人で食事摂取ができる場合をいう。また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。</p> <p>「一部介助」 必要に応じて、食事摂取の行為の一部に介助が必要な場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為(小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはすす等)が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。</p> <p>「全介助」 1人では全く食べることができず全面的に介助が必要な場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要する場合は「全介助」とする。</p> <p>(介助の実施)</p> <p>「実施なし」 評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。</p> <p>「実施あり」 評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。</p>
--

<p>判断に際しての留意点</p> <p>食事の種類は問わず、一般(普通)食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行う必要がある場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行うことができる場合は「自立」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれもも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。</p> <p>家族が行った行為、食欲の観察は含まない。また、看護職員等が、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等を行う必要がある場合は「一部介助」とする。</p> <p>医師の指示により、食止めや絶食となっている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。セツティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「実施なし」とする。</p>

<p>18 衣服の着脱 項目の定義</p> <p>衣服の着脱について、介助の有無と、介助の実施状況の評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。</p>
--

<p>選択肢の判断基準 (患者の状態)</p> <p>「自立」 自助具等を使って行うことができる場合を含む。</p> <p>「一部介助」 着脱に一部介助が必要な場合をいう。例えば、途中までは自分でやっているが、最後に看護職員等がズボン、パンツ等を上げる必要がある場合は、「一部介助」を含む。看護職員等が手を出して介助する必要はないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示を行う必要がある場合等も「一部介助」とする。</p> <p>「全介助」 衣服の着脱の行為すべてに介助が必要な場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を出す等の行為を行うことができても、着脱行為そのものを患者が行うことができず、看護職員等がすべて介助する必要がある場合も「全介助」とする。</p> <p>(介助の実施)</p>

<p>「実施なし」 評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。</p> <p>「実施あり」 評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。</p> <p>判断に際しての留意点</p> <p>衣服の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。 通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。 靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。</p>

<p>19 診療・療養上の指示が通じる 項目の定義</p> <p>指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。</p>
--

<p>選択肢の判断基準</p> <p>「はい」 診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。</p> <p>「いいえ」 診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合をいう。</p>
--

<p>判断に際しての留意点</p> <p>精神科領域、意識障害等の昏睡等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。</p> <p>医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診療・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。</p>

<p>20 危険行動 項目の定義</p> <p>患者の危険行動の有無を評価する項目である。 ここでいう「危険行動」は、「指差・検査中のフェューズ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去1週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。</p>

<p>選択肢の判断基準</p> <p>「ない」 過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。</p> <p>「ある」 過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。</p>
--

<p>判断に際しての留意点</p> <p>危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できないか下った危険行動の事実とその対応の手段を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認できず、評価日にも当該対策がもたれていない場合に評価の対象に</p>

退院後の社会参加の見込み:

説明者署名:

本人・家族への説明: 年 月 日 説明を受けた人: 本人、家族() 署名: ()

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)
 1. 日常生活自立度の欄については、「障害者の日常生活自立度(優たまり度)判定基準」の活用について(平成3年1月18日 老健第102-2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるアング1, J2, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
 2. 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の欄については、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日 老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるアング1, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IV又はMに該当するものであること。
 3. 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthel Indexに代えてFIMを用いてもよい。

※ 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する場合は、「栄養」欄も必ず記入のこと(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)

評価	経過目標	具体的アプローチ
職業 (□補職、□間欠中、□内職中、□完全後退職、□退職予定) 職种・業務・仕事内容: 経済状況: 社会参加(内容、頻度等): 余暇活動(内容、頻度等):	退院先 (□自宅、□親族宅、□医療機関、□その他) 復職 (□現職復帰、□転職、□配置転換、□復職不可、□その他) 復職時期: 仕事内容: 通勤方法: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
参加 身体①、()kg、体脂②、()% BMI③、()kg/m ² ① 身長測定は正確な場合は指節可 栄養供給方法(栄養選択可): □経口(□食事、□補助食品) □経管栄養、□静脈栄養(□点滴、□中心) 嚥下調整食の必要性: □無、□有(学会分科コード:) 栄養状態: □問題なし、□低栄養、□低栄養リスク □過栄養、□その他()	摂取栄養量(目標: kcal) 体重増加/減量(目標: kg) 栄養補給方法(複数選択可): □経口(□食事、□補助食品) □経管栄養 □静脈栄養(□点滴、□中心) その他:	
心理 購者の否認: その他:	【問題なし以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量: ()kcal、たんぱく質()g 総摂取栄養量(経口・経管・静脈全て含む): ()kcal、たんぱく質()g ※ 入院前後等で明らかな場合は総摂取栄養量でも可 抑うつ:	
同居家族: 親族関係: 家庭: 家庭周囲: 交通手段:	自宅改修: □不要、□要: 福祉機器: □不要、□要: 社会保険サービス: □不要、□身障手帳、□障害年金 □その他: 介護保険サービス: □不要、□要:	
発病による家族の変化 社会生活: 健康上の問題の発生: 心理的問題の発生:	退院後の主介護者: □不要、□要: 家族構成の変化: □不要、□要: 家庭内役割の変化: □不要、□要: 家族の社会活動変化: □不要、□要: 本人の希望: 家族の希望:	
1ヵ月後の目標:	本人の希望:	
リハビリテーションの看護方針:	外泊訓練計画:	
退院時の目標と見込み時期:		
退院後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間):		

日常生活機能評価票

患者の状況	得点		2点
	0点	1点	
床上安静の指示	なし	あり	/
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	/
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	/
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	介助なし	一部介助	全介助
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	/
口腔清潔	介助なし	介助あり	/
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
危険行動	ない	ある	/
合計得点			点

※ 得点：0～19点
 ※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。

1. 評価の対象は、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟に入院している患者とし、日常生活機能評価について、入院時と退院時又は転院時又は転院時に行うこと。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及びDIP対象病棟において短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院してから起算して5日までに退院した患者に限る。）は評価の対象としない。
2. 評価対象時間は、0時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。
3. 評価は、院内研修を受けた者が行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に熟練した者が行う指導者研修を履修2年以内に受けていることが望ましい。
4. 評価の判断は、項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準による評価してはならない。
5. 評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。
6. 評価手、義足、コルセット等の装具を使用している場合には、装具を着用した後の状態に基づいて評価を行う。
7. 評価時間帯のうち状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
8. 医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、「できない」又は「介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
9. 当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしない場合には、通常、介助が必要な状態であっても「でき」又は「介助なし」とする。
10. ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「介助なし」とする。
11. 日常生活機能評価に係る患者の状態については、看護職員、理学療法士等によって記録されていること。

1. 床上安静の指示
 項目の定義

医師の指示書やクリニックカルパス等に、床上安静の指示が記録されているかどうかを評価する項目である。『床上安静の指示』は、ベッドから離れることが許可されないことである。

選択肢の判断基準

「なし」 床上安静の指示がない場合をいう。
 「あり」 床上安静の指示がある場合をいう。

判断に際しての留意点

床上安静の指示は、記録上「床上安静」という語句が使用されていなくても、「ベッド上フリー」、「ベッド上ヘッドアップ30度まで可」等、ベッドから離れることが許可されていないことを意味する語句が指示内容として記録されていれば『床上安静の指示』とみなす。
 一方、「ベッド上安静、ただしポータブルトイレのみ可」等、日常生活上、部分的にでもベッドから離れることが許可されている指示は「床上安静の指示」とみなさない。
 「床上安静の指示」の患者でも、車椅子、ストレッチャー等で検査、治療、リハビリテーション等に出張する場合があるが、日常生活上は「床上安静の指示」であるため「あり」とする。

2. どちらかの手を胸元まで持ち上げられる
 項目の定義

『どちらかの手を胸元まで持ち上げられる』は、患者自身で自分の手を胸元まで持

<p>っていくことができるかどうかを評価する項目である。ここでいう「胸元」とは、首の下くちらひまで定め、「手」とは手関節から先と定める。座位、臥位等の体位は問わない。</p>	<p>選択肢の判断基準</p> <p>「できる」 いすれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられる場合をいう。座位ではできなくとも、臥位ではできる場合は、「できる」とする。 「できない」 寝仰姿勢を通して、介助なしにはいすれか一方の手も胸元まで持ち上げられない場合、あるいは関節可動域が制限されているために介助しても持ち上げられない場合をいう。</p> <p>判断に際しての留意点</p> <p>関節拘縮により、もともと胸元に手がある場合や、不随意運動等により手が偶然胸元まで上がったことが観察された場合は、それらを自ら動かさないことから「できない」と判断する。上肢の安静・ギプス固定等の制限があり、自ら動かさない、動かすことができない場合は「できない」とする。評価時間内にどちらからの手を胸元まで持ち上げる行為が観察できなかつた場合は、この行為を促して観察する。</p>	<p>3 寝返り 項目の定義</p> <p>寝返りが自分のできるかどうか、あるいはベッド欄、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。 ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。</p> <p>選択肢の判断基準</p> <p>「できる」 何にもつかまらば、寝返り（片側だけでよい）が1人でできる場合をいう。 「何かにつかまればできる」 ベッド欄、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば1人で寝返りができる場合をいう。 「できない」 介助なしでは1人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。</p> <p>判断に際しての留意点</p> <p>「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくことにより患者自身が1人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド欄に患者の手をつかまらせる等の介助看護職員等が行っている場合は「できない」となる。</p>	<p>4 起き上がり 項目の定義</p> <p>起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド欄、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。 ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起す動作である。</p> <p>選択肢の判断基準</p> <p>「介助なし」 介助なしで寝た状態から起き上がる場合をいう。この場合、患者が1人でできる場合もある。</p>	<p>「できる」 1人で起き上がることができる場合をいう。ベッド欄、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。 「できない」 介助なしでは1人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要となる場合をいう。途中で自分でできても最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。</p> <p>判断に際しての留意点</p> <p>自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかって、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。</p>	<p>5 座位保持 項目の定義</p> <p>座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。ここでいう『座位保持』とは、上半身を起して座位の状態を保持することである。 「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、患者自身の手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。</p> <p>選択肢の判断基準</p> <p>「できる」 支えなしで座位が保持できる場合をいう。 「支えがあればできる」 支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。 「できない」 支えがあったり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。</p> <p>判断に際しての留意点</p> <p>寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状況にかかわらず、「座位がとれるか」についての判断する。ベッド等の背もたれによる「支え」、背あけ角度がおおよそ 60 度以上を目安とする。</p>	<p>6 移乗 項目の定義</p> <p>移乗時の介助の状態を評価する項目である。 ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、ベッドからストレッチャーへ、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。</p> <p>選択肢の判断基準</p> <p>「介助なし」 介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が1人でできる場合も含む。 「一部介助」 患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る場合、あるいは1</p>
---	---	---	--	---	--	---

人では移乗ができなかったため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。
「全介助」
1人では移乗が全くできなために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が1人で動けず、スライド式の移乗用補助具を使用する場合は「全介助」となる。
車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、転歩動く等に対して、患者自身も行いたい(力が出せており、看護職員等が介助を行っていない場合は「一部介助」となる。医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「全介助」とする。
「移乗が制限されていないにもかかわらず、看護職員等が移乗を行わなかった場合は「介助なし」とする。

7 移動方法
項目の定義

『移動方法』は、ある場所から別の場所へ移る場合の方法を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「介助を要しない移動」
杖や歩行器等を使用せずに自力で歩行する場合、あるいは、杖、手すり、歩行器等につかまっただけで歩行する場合をいう。また、車椅子を自力で操作して、自力で移動する場合も含む。
「介助を要する移動（搬送を含む）」
搬送（車椅子、ストレッチャー等）を含み、介助によって移動する場合をいう。

判断に際しての留意点

この項目は、患者の能力を評価するのではなく、移動方法を選択するものであるため、本人が疲れているからと、自力歩行を拒否し、車椅子介助で移動した場合は「介助を要する移動」とする。

8 口腔清潔
項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が1人でできるかどうか、あるいは看護職員等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」
口腔清潔に関する一連の行為がすべて1人でできる場合をいう。
「介助あり」
口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き』が、口腔内清拭、手のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ボビドノンード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まれない。
また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。
ただし、口腔清潔が制限されていないにもかかわらず、看護職員等による口腔清潔がされなかった場合は、「介助なし」とする。

9 食事摂取
項目の定義

食事介助の状況を評価する項目である。
ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。
食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に合わせた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子への移乗の介助、エプロンのかけ等を含めない。

選択肢の判断基準

「介助なし」
介助、見守りなしに1人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。食止めや飽食とみなしている場合は、食事の動作を制限しているとはいえず、介助は発生しないため「介助なし」とする。
「一部介助」
必要に応じて、食事摂取の行為の一部を介助する場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が行われている場合をいう。患者の心身の状態等からの理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。
「全介助」
1人では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。

判断に際しての留意点

食事の種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをささし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して1人で行った場合は「介助なし」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。
家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護職員等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。
セツティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

10 衣服の着脱
項目の定義

衣服の着脱を看護職員等が介助する状況を評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。ハンカチの上衣、スボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

「介助なし」
介助なしに1人で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。自助具等を使って行っている場合

合も含む。

「一部介助」
衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護職員等がスボン・パンツ等を上げている場合等は、「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助はしていないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。

「全介助」
衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護職員等がすべて介助した場合は「全介助」とする。

判断に際しての留意点

衣類の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。
通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。

靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含まれない。

1.1. 他者への意思の伝達

項目の定義

患者が他者に何らかの意思伝達ができるかどうかを評価する項目である。
背景疾患や伝達できる内容は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」
常時、誰にでも確実に意思の伝達をしている状況をいう。筆談、ジェスチャー等や意思伝達が行われる時は「できる」と判断する。

「できない」
患者が家族等の他者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によつて、できる時とできない時がある場合をいう。例えば、家族には通じることが、看護職員等に通じない場合は、「できる時とできない時がある」とする。

「できない」
どのような手段を用いても、意思の伝達ができない場合をいう。また、重度の認知症や意識障害によって、自発的な意思の伝達ができない、あるいは、意思の伝達ができるか否かを判断できない場合等も含む。

判断に際しての留意点

背景疾患や伝達できる内容は問わない。

1.2. 診療・療養上の指示が通じる

項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」
診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。
「いいえ」
診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が1回でもみられた場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。
医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診療・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。

1.3. 危険行動項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。
ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去1週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」
過去1週間以内に危険行動がなかった場合をいう。
「ある」
過去1週間以内に危険行動があった場合をいう。

判断に際しての留意点

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかつた危険行動の事実とその対応の手段を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策もたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策もたれている場合に評価の対象に含める。
認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準とし、なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含まれない。
他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記録した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

栄養管理計画書

フリガナ _____ 計画作成日 _____

氏名 _____ 年 月 日 性 (男・女) 病棟 _____

入院日 _____ 年 月 日 生 (歳) 担当医師名 _____

入院時栄養状態に関するリスク _____ 担当管理栄養士名 _____

栄養状態の評価と課題 _____

栄養管理計画 _____

目標 _____

栄養補給に関する事項

栄養補給量	栄養補給方法	経口	経腸栄養	静脈栄養
・エネルギー kcal ・たんぱく質 g	経口	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
・水分	嚥下調整食の必要性			
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (学会分類コード:)			
	食事内容			
	留意事項			

栄養食事相談に関する事項

入院時栄養食事指導の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容)	実施予定日:	月 日
栄養食事相談の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容)	実施予定日:	月 日
退院時の指導の必要性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容)	実施予定日:	月 日

備考 _____

その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項 _____

栄養状態の再評価の時期 実施予定日: _____ 月 日

退院時及び終了時の総合的評価 _____

感染防止対策地域連携加算チェック項目表

評価基準	年 月 日	評価対象医療機関名	評価	コメント
<p>A:適切に行われている、あるいは十分に互換</p> <p>B:適切に行われているが改善が必要、あるいは十分ではない</p> <p>C:不適切である、あるいは行われていない</p> <p>X:判定不能(当該医療機関では実施の必要がない項目、確認が行えない項目等)</p>				
A. 感染防止の取組				
1. 院内感染対策委員会				
1) 委員会が定期的に開催されている				
2) 病院長をはじめとする病院管理者が参加している				
3) 議事録が適切である				
2. 感染制御を策定している				
1) 専任の院内感染管理者を配置、感染防止に係る部門を設置している				
※医師または看護師のうち				
5) 1人は専任であること				
2) 感染対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師がいる				
3) 感染対策に5年以上の経験を有し、感染管理に関する適切な研修を修了した専任看護師がいる				
4) 3年以上の勤務経験を有し、感染対策に関する専任の薬剤師がいる				
5) 3年以上の勤務経験を有し、感染対策に関する専任の検査技師がいる				
B. ICT活用				
1. 感染対策でマニュアル				
1) 感染対策上必要な項目についてのマニュアルが整備されている				
2) 必要に応じて改定がなされている				
2. 教育				
1) 定期的に病院感染対策に関する講習会が開催されている				
2) 講習会に職員1名あたり1年2回出席している				
3) 必要に応じて部署ごとの講習会や実習が行われている				
4) 全職員に対し感染防止に関する研修を行う手段がある				
5) 外部委託職員に教育を実施している (または適切に指導している)				
3. サイバーセキュリティ対策				
1) 部署を改めて必要なサイバーセキュリティ対策が行われている				
2) サイバーセキュリティ対策を各部署にフィードバックしている				
3) サイバーセキュリティ対策のチェックに基づいて必要な介入を行っている				

4. 抗菌薬適正使用	4)アウトブレイクに介入している		
5)検査データが疫学的に累積され、介入の目安が定められている			
1)抗菌薬の適正使用に関する監理、指導を行っている			
2)抗MRSA薬の使用に関する監理、指導を行っている			
3)抗菌薬の適正使用に関して病棟のラウンジを定期的にやっている			
4)抗MRSA薬やカルバペナム系抗菌薬などの広域抗菌薬に対して使用制限や許可制をきめて使用状況を把握している			
5. コンサルテーション	1)感染発生が原因に起因するコンサルテーションを日常的に行っている		
2)コンサルテーションの依頼が記録され、院内感染対策に活用されている			
3)迅速にコンサルテーションを行うシステムが整っている			
6. 職業感染リスクの防止	1)職員のHIV抗体の検査を実施している		
2)HIV抗体陽性者にはワチンを接種している			
3)結核接触者検診にOFTを活用している			
4)麻疹、風疹、ムンプス、水痘に関する職員の抗体価を把握し、必要に応じてワクチン接種を勧奨している			
5)針刺し、切創事例に対する対応、報告システムが整っている			
6)安全搬送付きの機材を導入している			
7. IoTラウンド	1)定期的なIoTラウンドを実施している		
2)感染対策の実態状況についてチェックを行っている			
3)病棟のみならず、外来、中央診療部門等にもラウンドを行っている			
C. 外来		評価	コメント
1. 外来患者の感染隔離	1)感染性の患者を早期に検出できる(ポスターなど)		
2)感染性の患者に早期にマスクを着用させている			
3)感染性の患者とそれ以外の患者を分けて診療できる			
2. 外来診療室	1)診療室に手洗いの設備がある		

2. 各診療室に簡式遠心性手排消毒器がある			
3)各診療室に超音波洗浄器などの医療器具の表面を消毒できるアルコール製剤がある			
3. 外来処置室	1)処置室の消毒器具が安全に管理されている (感染予防の要領に則している、など)		
2)処置室の消毒器具が定期的に点検されている			
3)検査機材が適切に保管されている			
4. がん化学療法外来	1)薬剤の無菌調製が適切に実施されている		
2)滅菌エチケットが確実に実施されている			
3)患者および職員の手指衛生が適切に行われている			
D. 病室		評価	コメント
1. 病室	1)廊下などに手洗い場がある		
2)床や廊下に物品が放置されていない			
3)必要なコホーテーションが行われている			
4)隔離室の医療器具は専用化されている			
5)隔離室には必要がPPEが整備されている			
6)空気のメンテナンスが行われ、HEPA filterが定期的に交換されている			
2. スタッフステーション	1)水道のシンク外周が拭き掃除されている		
2)処置室の消毒器具が適切に管理されている			
3)処置室の消毒器具が必要な場合に設置されている			
4)消毒液の保存場所が整備されている			
3. 処置室	1)清潔区域と不潔区域を区別している		
2)滅菌機材が適切に保管され、使用期間のチェックが行われている			
3)包交車が清潔と不潔のゾーニングがなされている			
4)包交車に不要な滅菌機材が積まれていない			

4. 薬剤の管理	1)清潔な状態で輸液調整が実施されている		
	2)希釈調整したヘパリン液は薬液に配置されていない		
	3)薬品管理の中が整理されている		
	4)薬剤の使用期限のチェックが行われている		
	5)薬剤開封後の使用期限の施設内基準を定めている*		
	6)保冷庫の温度管理が適切になされている		
E. 手洗		評価	コメント
1. 着衣および履物	1)入室時に手消毒を実施している		
	2)処置者は半そでの着衣である		
	3)処置者は時計をはずしている		
	4)ベッド間隔に十分なスペースがある		
	5)手洗いや速乾式手指消毒薬が適切に配置されている		
F. 手袋の管理		評価	コメント
1. 手洗い	1)職員の手指消毒が適切である		
	2)職員の手洗いの方法が適切である		
	3)手袋を着用する前後で手洗いをしている		
	4)手指消毒薬箱の向上のための教育を継続的に行っている		
2. 手袋	1)手袋を適切に使用している		
	2)手袋を使用した後、廃棄する場所が近くにある		
3. 個人防護具(PPE)	1)必要に応じてすぐ使えるように個人防護具(PPE)が整っている		
	2)マスク、ゴーグル、フェイスシールド、キャップ、ガウンなどのPPEの使用基準、方法を職員が理解している		
	3)個人防護具(PPE)の使用方法を教育している		
G. 感染予防対策		評価	コメント
1. 空気感染予防策	1)結核感染症時の対応マニュアルが整備されている*		

	2)隣接病室が整備されている		
	3)結核感染症時の対応マニュアルが整備されている*		
	4)水痘発生時の対応マニュアルが整備されている*		
	5)N95マスクが常備してある		
2. 結核感染予防対策	1)インフルエンザ感染症時の対応マニュアルが整備されている*		
	2)風疹感染症時の対応マニュアルが整備されている*		
	3)流行性耳下腺炎感染症時の対応マニュアルが整備されている*		
	4)可能な限り個室隔離としている		
	5)個室隔離が困難な場合、コホーティングしている		
	6)ベッド間隔が1メートル以上取られている		
	7)サージカルマスクの着用が入室前に可能である		
	8)飛沫感染対策が必要な患者であることが職員に通知されている		
3. 接触感染予防策	1)MRSNが検出された場合の対応マニュアルが整備されている*		
	2)手袋が適切に使用されている		
	3)必要なPPEが備置ごとに対応されている		
	4)処置時にはフェイスガードのエプロンを用いている		
	5)処置時必要な場合はマスクを着用している		
	6)必要な場合には保護者のスクリーニングを行っている		
	7)シーツやリネン類の処理が適切である		
	8)マニュアルの消毒薬の性状・有効成分・有効性はマニュアルの期間・効果が不明な消毒薬は、認可された消毒薬が各病室の消毒薬の選定と実用方法、接触感染リスクの発生制限が決定してある、などを確認する		
H. 消毒薬管理予防		評価	コメント
	1)除毛は術直前に行っている		
	2)薬剤開封作業がマニュアルで決定されている		

	評価	コメント
3)必要な場合、抗菌薬の前追加投与が行われている 4)ハシココマインをルーチンに使用していない(または使用率が極めて低い)		
1. 消毒薬の管理		
1. 消毒薬カチテル		
1) 集塵バッグが防塵より低い位置にあり、かつ床についていない		
2) 消毒液や消毒液がなければ、消毒カチテルは定期的に交換しない		
3) 集塵バッグの原包装は、非汚口と集塵袋を接続させない		
4) 原の包装後は患者用ごみ袋と交換している		
5) 日常的に除菌洗浄を実施していない		
6) 除菌洗浄の際に抗菌薬や消毒薬をルーチンに用いることはない		
2. 人工呼吸器		
1) 加湿器には滅菌水を使用している		
2) 気管内吸引チューブは消毒剤のシングルユース又は閉鎖式である		
3) 定期的に口腔内清拭を行っている		
3. 血管内留置カチテル		
1) 中心静脈カチテル管理についてのマニュアルがある		
2) 中心静脈カチテルの挿入はマシナル/リアリアクション(消毒手袋、滅菌ガウン、マスク、帽子、大きな重布)が行われている		
3) 常カトリ―輸液製剤への薬剤の混入はクリンペン手袋で行っている		
4) 輸液ラインやカチテルの接続部の消毒には消毒用エタノールを用いている		
5) ラインを確保した日付が確実に記録されている		
6) ライン挿入部やカチテル接続部の皮膚が観察できる状態で固定されている		
7) 末梢動脈血圧モニタリングにはディスプレイケーブルを使用している		
1. 消毒薬の管理		
1. 医療器具		
1) 病棟での一次洗浄、二次消毒が実施されている(計画がある)		
2) 生物学的滅菌保証・化学的滅菌保証が適切に行われている		
3) 消毒薬の希釈方法、保存、交換が適切である		

4) 乾燥が適切に行われている		
2. 内視鏡		
1) 内視鏡洗浄・管理が中央化されている(計画がある)		
2) 専任の内視鏡検査技師もしくは看護師が配置されている		
3) 用手洗浄が適切に行われている		
4) 管理を有する内視鏡は消毒ごとにアルコールフラッシュを行っている		
5) 消毒薬のバリチーコンが定期的に交換されている		
6) 自動洗浄・消毒機の管理責任者がいる		
7) 自動洗浄・消毒機の液の交換が記録されている		
8) 自動洗浄・消毒機のメインテナンスの期日が記録されている		
9) 内視鏡の保管が適切である		
10) 内視鏡の裏面に構構がない		
1. 検査器具		
1) 検査物の分別、梱包、表示が適切である		
2) 感染性検査物の取崩しに適切なバイオハザードマークが付いている		
3) 最終保管場所が整備されている		
4) 検査物の処理過程が適切である		
1. 検査器具		
1. 検査機器		
1) 安全キャビネット(クラスII以上)を備えている		
2) 安全キャビネットは定期点検(HIPPAフィルターのチェンジ・交換等)が行われている		
3) 菌体保存庫(冷凍庫等)は、カギを掛けている		
4) 検査材料の一時保管場所が定められている		
2. 検査業務		
1) 安全対策マニュアル等が整備されている		
2) 業務内容によりN95マスク、手袋、専用ガウン等を着用している		

3) 抗酸菌検査、検体分離等は安否キャビネット内で行っている	
4) 遠心操作は、安否置けき遠心機を使用している	
5) 感染は検査材料用輸送容器が準備されている	
6) 廃棄容器にバイオハザードマークが表示されている	
7) 感染防止のための手洗い対策が適正である	
8) 感染は検査物が適正に処理されている	
9) 関係者以外の立ち入りを制限している	

評価実施医療機関名： (評価責任者名：)

評価実施医療機関名： (評価責任者名：)

【配属上の注意】

- 1) チェック項目について、当該医療機関の事情に合わせて適宜増減しても差し支えない。
- 2) 評価を受ける医療機関は、当日までに提出となる書類等を準備しておくこと。
- 3) 評価を実施する医療機関は、コメント欄で内容を説明すること。特にB、C判定については、その理由を説明すること。
- 4) 評価を実施した医療機関は、定まるだけ早期に本チェック項目表を完成させ、報告書として評価を受けた医療機関へ送付すること。また、評価を実施した医療機関は、報告書の写しを保管しておくこと。

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		連絡先 担当者氏名： 電話番号：
<p>(届出事項)</p> <p><input type="checkbox"/> 機能強化加算 (※機能強化第 号)</p> <p><input type="checkbox"/> 救急医療管理加算 (※救急医療第 号)</p> <p><input type="checkbox"/> せん妄ハイリスク患者ケア加算 (※せん妄ケア第 号)</p>		
<p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。</p>		
<p>標記について、上記のすべてに適合し、施設基準を満たしているので、届出します。</p>		
<p>令和 年 月 日</p>		
<p>保険医療機関の所在地 及び名称</p>		
<p>開設者名</p>		<p>印</p>
<p>殿</p>		
<p>備考 1 <input type="checkbox"/>には、適合する場合「レ」を記入すること。 2 ※は記載する必要がないこと。 3 届出書は、1通提出のこと。</p>		

※ 本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7（又は別添7の2）
第1の2	機能強化加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	（別添7の2）
2	時間外対応加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2
2の3	地域包括診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の3
2の6	オンライン診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の5
2の7	歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の6, 2の8
3	地域歯科診療支援病院歯科初診料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式2の8, 3
4	歯科外来診療環境体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4
4の2	歯科診療特別対応連携加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式4の2
5	一般病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	療養病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	結核病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	精神病棟入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	特定機能病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	専門病院入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11
5	障害者施設等入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5～11, 19
5	有床診療所入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 12～12の10
5	有床診療所療養病床入院基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式5, 12～12の10
第1	総合入院体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式10, 13, 13の2
2の2	救急医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	（別添7の2）
3	超急性期脳卒中加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式15
4	診療録管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式17
4の2	医師事務作業補助体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式13の4, 18, 18の2
4の3	急性期看護補助体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 13の3, 18の3
4の4	看護職員夜間配置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 10, 13の3, 18の3
5	特殊疾患入院施設管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 19, 20
6の2	看護配置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9
7	看護補助加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 10, 13の3, 18の3
9	療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式22
10	重症者等療養環境特別加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式23, 23の2
11	療養病棟療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式24, 24の2
11の2	療養病棟療養環境改善加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式24, 24の2

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7（又は別添7の2）
12	診療所療養病床療養環境加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式25
12の2	診療所療養病床療養環境改善加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式25
12の3	無菌治療室管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式26の2
14	緩和ケア診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式27
14の2	有床診療所緩和ケア診療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式27の2
15	精神科応急入院施設管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 28
16	精神病棟入院時医学管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式29
16の2	精神科地域移行実施加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式30
16の3	精神科身体合併症管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式31
17	精神科リエゾンチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32
17の3	重度アルコール依存症入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32の3
17の4	摂食障害入院医療管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式32の4
19	栄養サポートチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式34
20	医療安全対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式35, 35の4
21	感染防止対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式35の2, 35の3
21	抗菌薬適正使用支援加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式35の5
21の2	患者サポート体制充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式36
22	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式37, 37の2
22の2	ハイリスク妊娠管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式38
23	ハイリスク分娩管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式38
24の5	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39の3
24の6	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式39の3
25	総合評価加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40
26	呼吸ケアチーム加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の2
26の2	後発医薬品使用体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の3
26の3	病棟薬剤業務実施加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の4
26の4	データ提出加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の5, 40の7, 40の8
26の5	入退院支援加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の9 (特掲別添2) 様式12, 12の2
26の6	認知症ケア加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の10, 40の11
26の6の2	せん妄ハイリスク患者ケア加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	(別添7の2)
26の7	精神疾患診療体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の12
26の8	精神科急性期医師配置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の13, 53
26の9	排尿自立支援加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の14
26の10	地域医療体制確保加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式40の15, 40の16
27	地域歯科診療支援病院入院加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式41
第1	救命救急入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42, 43
2	特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42, 42の3, 42の4, 43

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添7（又は別添7の2）
3	ハイケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 44
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式10, 20, 45
4の2	小児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 43, 43の2, 48
5	新生児特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2
6	総合周産期特定集中治療室管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2
7	新生児治療回復室入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式20, 42の2, 45の2
8	一類感染症患者入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 46
9	特殊疾患入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 47
10	小児入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 48～48の3
11	回復期リハビリテーション病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 20, 49～49の7(49の4を除く。)
12	地域包括ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 10, 13の3, 18の3, 20, 50～50の3
13	特殊疾患病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2, 51
14	緩和ケア病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 52, 52の2
15	精神科救急入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 13の3, 20, 53, 54, (特掲別添2) 様式48
16	精神科急性期治療病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 53
16の2	精神科救急・合併症入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 13の3, 20, 53, 55 (特掲別添2) 様式48
16の3	児童・思春期精神科入院医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 57
17	精神療養病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2, 55の2, 55の3
19	認知症治療病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 56, (特掲別添2) 様式48
20	特定一般病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式8, 9, 20, 50～50の3, 57の2, 57の3, (特掲別添2) 様式10
21	地域移行機能強化病棟入院料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式9, 20, 24の2, 57の4
	短期滞在手術等基本料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式58
	短期滞在手術等基本料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	様式58

※様式1, 2の2, 5の2, 9の2, 9の3, 9の4, 10の4, 13の4, 14, 14の2, 16, 21, 26, 32の2, 33, 39, 39の2, 40, 53の2は欠番

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	
------------------------	--

届出番号	
------	--

連絡先 担当者氏名： 電話番号：	
------------------------	--

(届出事項) [] の施設基準に係る届出

- 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。
- 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和 年 月 日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

印

殿

- 備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
 2 □には、適合する場合「√」を記入すること。
 3 届出書は、1通提出のこと。

※ 本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
1の2	ウイルス疾患指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1, 4
1の6	外来栄養食事指導料（注2）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1の2
1の7	遠隔モニタリング加算（ペースメーカー指導管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	1の3
3	喘息治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	3
4の3	がん患者指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の4, 4
4の5	移植後患者指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の5
4の6	糖尿病透析予防指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の6, 5の8
4の9	婦人科特定疾患治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の10
6	地域連携小児夜間・休日診療料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7
6の3	地域連携夜間・休日診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の2
6の4	院内トリアージ実施料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の3
6の5	救急搬送看護体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の3
6の7	外来放射線照射診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の6
6の8	地域包括診療料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の7
6の8	地域包括診療料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の7
6の8の3	小児かかりつけ診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	7の8
7	ニコチン依存症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	8, 4
7の2	療養・就労両立支援指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	8の3
8	開放型病院共同指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	9, 10
9	在宅療養支援診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11, 11の3, 11の4, 11の5
11	ハイリスク妊産婦共同管理料（I）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13
11の2	がん治療連携計画策定料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の2, 13の3
11の2	がん治療連携指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の2
11の3の3	排尿自立指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の4
11の5	肝炎インターフェロン治療計画料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	13の6
12	薬剤管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	14, 4
12の1の2	地域連携診療計画加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	12, 12の2
12の1の2	検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	14の2
12の2	医療機器安全管理料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料（歯科）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の3	精神科退院時共同指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	16
13	総合医療管理加算（歯科疾患管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
13	歯科治療時医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
13の2	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17の2
14	在宅療養支援歯科診療所 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18
14	在宅療養支援歯科診療所 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	18
14の2	在宅療養支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	11の2, 11の3, 11の4, 11の5
14の3	在宅総合医療管理加算（歯科疾患在宅療養管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
14の3	在宅患者歯科治療時医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	17
15	在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	19
16	在宅がん医療総合診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20
16の2	在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の2の2
16の2	訪問看護・指導体制充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3
16の3	在宅療養後方支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の4, 20の5
16の4	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の7
16の5	在宅血液透析指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の2
16の6	遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3の2
16の7	遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の3の3
16の8	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の9
16の9	在宅腫瘍治療電療療法指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の10, 52
16の10	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	20の11
16の11	持続血糖測定器加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の5
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21
17の1の2	歯科訪問診療料の注13に規定する基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21の3の2
17の2	在宅歯科医療推進加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	21の4
18の1の2	遺伝学的検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
18の1の3	骨髄微小残存病変量測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の2
18の1の4	BRCA1/2 遺伝子検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の3
18の1の5	がんゲノムプロファイリング検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の4
18の1の6	角膜ジストロフィー遺伝子検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の5
18の1の7	先天性代謝異常症検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の6
18の1の9	抗HLA抗体（スクリーニング検査）及び抗HLA抗体（抗体特異性同定検査）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	5の5
18の2	HPV核酸検出及びHPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の2
18の2の3	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22の3
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
20の3	国際標準検査管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	22
21	遺伝カウンセリング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23
21の2	遺伝性腫瘍カウンセリング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	23の4
22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
22の3	時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24の6, 52
22の4	胎児心エコー法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24の3, 52
22の5	ヘッドアップティルト試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24の7, 52
23	人工臓器検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24の4, 4
23の2	皮下連続式グルコース測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24の5
24	長期継続頭蓋内脳波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
24の2	長期脳波ビデオ同時記録検査 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25の2, 52
25	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
25の2	単線維筋電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27の4, 52
25の3	光トポグラフィー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26の2, 52
26	脳磁図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
26の1の2	安全精度管理下で行うもの（終夜睡眠ポリグラフィー）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27の2の2, 52
26の1の3	脳波検査判断料 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27の2
26の1の4	遠隔脳波診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26の2	神経学的検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
27	補聴器適合検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
27の2	黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29の3
27の3	ロービジョン検査判断料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29の2
28	コンタクトレンズ検査料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
29	小児食物アレルギー負荷検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
29の2	内服・点滴誘発試験	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（片側）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31の3, 52, 4
29の4	CT透視下気管支鏡検査加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
29の4の2	経気管支凍結生検法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38の4
29の5	有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38の1の2
29の6	精密触覚機能検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38の1の3
29の7	睡眠時歯科筋電図検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38の1の4
30	画像診断管理加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
30	画像診断管理加算 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
31	歯科画像診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33
32	遠隔画像診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34又は35
33	ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36
34	CT撮影及びMRI撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37
35	冠動脈CT撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
35の2	血流予備量比コンピューター断層撮影	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37の2
35の3	外傷全身CT加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
36	心臓MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
36の1の2	乳房MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
36の1の3	小児鎮静下MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
36の1の4	頭部MRI撮影加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の2
36の3	外来後発医薬品使用体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38の3
37	外来化学療法加算 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37	外来化学療法加算 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	39
37の2	無菌製剤処理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	40, 4
38	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
39	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	41, 44の2
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
40の2	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
42	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
42の2	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
43	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
44	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
45	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	42, 44の2
45の2	摂食機能療法（摂食嚥下支援加算）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の6の2
46	難病患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43, 44の2
47	障害児（者）リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43, 44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の2, 44の2
47の3	認知症患者リハビリテーション料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の3, 44の2
47の3の2	リンパ浮腫複合的治療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の7
47の4	集団コミュニケーション療法料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44, 44の2
47の5	歯科口腔リハビリテーション料 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の4
47の6	経頭蓋磁気刺激療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の8
47の7	通院・在宅精神療法（児童思春期精神科専門管理加算）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の5
47の7	通院・在宅精神療法（療養生活環境整備指導加算）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の5の2
47の8	救急患者精神科継続支援料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の6
48	認知療法・認知行動療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の3
48の1の2	依存症集団療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	44の7
48の2	精神科作業療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	45, 4
49	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
50	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
51	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
52	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
53	精神科ナイト・ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
54	精神科デイ・ナイト・ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46, 4
54の2	抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	46の3
55	重度認知症患者デイ・ケア料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	47, 4
55の2	精神科在宅患者支援管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	47の2
56	医療保護入院等診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
56の2	処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4 (基本別添7) 13の4
56の2の2	静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48の5
56の2の3	多血小板血漿処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	48の7
56の3	硬膜外自家血注入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 48の6
57	イタールの局所注入（甲状腺に対するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49
57	イタールの局所注入（副甲状腺に対するもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の2
57の2	人工腎臓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の4, 2の2, 49の3
57の2の2	下肢末梢動脈疾患指導管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の3の2
57の2の3	人工臓器療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	24の4
57の3	磁気による膀胱等刺激法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の4
57の4の2	心不全に対する遠赤外線温熱療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の4の2, 52
57の4の3	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の6, 4, 49の7
57の4の4	手術用顕微鏡加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の8
57の4の5	口腔粘膜処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の9
57の5	う蝕歯無痛の窩洞形成加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50
57の6	CAD/CAM冠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の2
57の7	有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の3
57の8	皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の4, 52, 4
57の8の2	皮膚移植術（死体）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の6, 52
57の9	組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の5
57の9の2	処理骨再建加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の5の3, 52
57の9の3	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の5の2
57の10	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の6, 52
57の11	後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の7
57の12	椎間板内酵素注入療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の7
58	腫瘍脊椎骨全摘術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51, 52, 4
58の2	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51の2, 52
58の3	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	51の3
59	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54
60	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25
60の2	頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（7本以上の電極による場合）に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	25の3
60の2の2	仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	53
60の3	治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の2
60の4	羊膜移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の3
60の5	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の4

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
60の6	緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の8
60の7	網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の5
60の8	網膜再建術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の6
61	人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 55
61の2	内視鏡下鼻・副鼻腔手術V型（拡大副鼻腔手術）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 54の7
61の2の2	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の7
61の2の3	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の7
61の2の4	喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の5
61の3	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56
61の4	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の3
61の4の2	顎関節人工関節全置換術（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	56の8
61の4の3	顎関節人工関節全置換術（歯科診療に係るものに限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	56の8
61の4の4	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の4
61の4の5	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の4
61の4の6	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（MRIによるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	38
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンチネルリンパ節加算1又は乳がんセンチネルリンパ節加算2を算定する場合に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の2
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の5
61の6	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50の5
61の7	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の8
61の7の2	肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 56の6
61の7の3	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもので、内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の17
62	同種死体肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	57
62の2	生体部分肺移植術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 58
62の2の2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の10
62の2の3	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の10の2
62の2の4	内視鏡下筋層切開術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 58の2
62の2の5	食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃・十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び陰腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の9
63	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 59
63の2の2	胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡下弁置換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の11
63の3	経カテーテル大動脈弁置換術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 59の2
63の4	経皮的僧帽弁クリップ術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 87の12
63の5	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 59の3

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
63の5の2	不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）	□	□ 年 月	□	52, 59の3の2
63の6	磁気ナビゲーション加算	□	□ 年 月	□	52, 59の4
64	経皮的中心隔心筋焼灼術	□	□ 年 月	□	52, 60
65	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	□	□ 年 月	□	24
66	両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	□	□ 年 月	□	52, 61
67	植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極除去術	□	□ 年 月	□	52, 62
67の2	両室ベーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ベーシング機能付き植込型除細動器交換術	□	□ 年 月	□	52, 63
68	大動脈バルーンパンピング法（IABP法）	□	□ 年 月	□	24
68の2	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）	□	□ 年 月	□	52, 87の13
69	補助人工心臓	□	□ 年 月	□	52, 64
69の2	小児補助人工心臓	□	□ 年 月	□	52, 64の2
70の2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）	□	□ 年 月	□	52, 65の3
71	同種心移植術	□	□ 年 月	□	57
72	同種心肺移植術	□	□ 年 月	□	57
72の1の2	骨格筋由来細胞シート心表面移植術	□	□ 年 月	□	65の3の2
72の2の2	経皮的下肢動脈形成術	□	□ 年 月	□	65の3の3
72の3	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	□	□ 年 月	□	52, 65の4
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）	□	□ 年 月	□	52, 65の4の2
72の4の2	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
72の5	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
72の7	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
72の7の2	腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）	□	□ 年 月	□	52, 65の8
72の7の3	腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の14
72の7の4	腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の14
72の7の5	腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の14
72の8	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）	□	□ 年 月	□	52, 65の6
72の8の2	バルーン閉塞下経静脈的塞栓術	□	□ 年 月	□	52, 87の15
72の9	胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）	□	□ 年 月	□	52, 65の7
73	体外衝撃波胆石破碎術	□	□ 年 月	□	66
73の2	腹腔鏡下肝切除術	□	□ 年 月	□	52, 66の2
73の3	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	□	□ 年 月	□	52, 87の16
74	生体部分肝移植術	□	□ 年 月	□	52, 67
75	同種死体肝移植術	□	□ 年 月	□	57
75の2	体外衝撃波膵石破碎術	□	□ 年 月	□	66
75の3	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	□	□ 年 月	□	52, 67の2
75の3	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 67の2の2
75の4	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術	□	□ 年 月	□	52, 67の2の3
75の4	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 67の2の4
76	同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	□	□ 年 月	□	57

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
76の2	同種死体膵島移植術	□	□ 年 月	□	52, 57の2
76の2の2	生体部分小腸移植術	□	□ 年 月	□	52, 87の17の2
76の3	同種死体小腸移植術	□	□ 年 月	□	57
76の4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	□	□ 年 月	□	52, 67の3
76の5	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
76の6	腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の18
77	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	□	□ 年 月	□	66
77の2	腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
77の3	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）	□	□ 年 月	□	68の2
77の3の2	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□ 年 月	□	52, 68の3
77の3の3	腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 68の4
77の4	同種死体腎移植術	□	□ 年 月	□	57
77の5	生体腎移植術	□	□ 年 月	□	52, 69
77の6	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
77の7	膀胱水圧拡張術	□	□ 年 月	□	52, 69の2
77の8	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	□	□ 年 月	□	52, 65の5
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 69の3
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 69の5
77の10	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 69の3
77の11	人工尿道括約筋植込・置換術	□	□ 年 月	□	69の4
77の12	焦点式高エネルギー超音波療法	□	□ 年 月	□	52, 70
78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 71
78の2	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 65の5, 4
78の2の2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□ 年 月	□	52, 71の1の2
78の2の3	腹腔鏡下仙骨腔固定術	□	□ 年 月	□	52, 71の1の3
78の2の3	腹腔鏡下仙骨腔固定手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 71の1の4
78の3	腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 87の19
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	□	□ 年 月	□	52, 71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）	□	□ 年 月	□	52, 71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□ 年 月	□	52, 71の5
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術	□	□ 年 月	□	52, 71の2
78の4	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	□	□ 年 月	□	52, 71の3
78の5	胎児胸腔・羊水腔シャント術	□	□ 年 月	□	52, 71の4
78の6	医科点数表第2章第10部手術の通則4（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術	□	□ 年 月	□	52, 87の20
79の2	手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1	□	□ 年 月	□	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4, (基本別添7)13の4
79の3	胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	□	□ 年 月	□	43の4, 43の5
80	輸血管理料Ⅰ	□	□ 年 月	□	73
80	輸血管理料Ⅱ	□	□ 年 月	□	73

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２）
80	輸血適正使用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80	貯血式自己血輸管理体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73
80の2	コーディネート体制充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の21
80の3	自己生体組織接着剤作成術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73の2
80の3の2	自己クリオプレシテート作製術（用手法）及び同種クリオプレシテート作製術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73の2
80の4	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	73の3
80の5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	43の4, 43の5
80の5の2	凍結保存同種組織加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	52, 73の5
80の6	歯周組織再生誘導手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74
80の7	手術時歯根面レーザー応用加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	50
80の8	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74の3
80の9	歯根端切除手術の注3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の8
80の10	口腔粘膜血管腫凝固術	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	74の4
80の11	レーザー機器加算の施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	49の9
81	麻酔管理料（Ⅰ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	75
81の2	麻酔管理料（Ⅱ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	75
81の3	歯科麻酔管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	75の2
82	放射線治療専任加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	76
82の2	外来放射線治療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	76
82の3	遠隔放射線治療計画加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	76の2
83	高エネルギー放射線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	77
83の2	1回線量増加加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	77
83の3	強度変調放射線治療（IMRT）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78
83の4	画像誘導放射線治療加算（IGRT）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の2
83の5	体外照射呼吸性移動対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の3
84	定位放射線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79
84の2	定位放射線治療呼吸性移動対策加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の3
84の2の2	粒子線治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79の1の2
84の2の3	粒子線治療適応判定加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79の1の3
84の2の4	粒子線治療医学管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79の1の3
84の2の5	画像誘導密封小線源治療加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	78の2
84の3	保険医療機関間の連携による病理診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	79の2
84の4	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80
84の5	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80
84の6	デジタル病理画像による病理診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の2
84の7	病理診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の2
84の8	悪性腫瘍病理組織標本作製	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の2
84の9	口腔病理診断管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	80の3
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	81
86	歯科矯正診断料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	82

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2）
87	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	83
88	調剤基本料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	84
89	調剤基本料の注1ただし書に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の2
92	地域支援体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87の3, 87の3の2, 4
93	後発医薬品調剤体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	87
95	保険薬局の無菌製剤処理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	88
96	在宅患者調剤加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	89
97	薬剤服用歴管理指導料の注3に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	91
98	特定薬剤管理指導加算2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	92
100	かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年 月	<input type="checkbox"/>	90

※様式2、6、7の4、7の5、13の5、24の2、65、65の2、68、72、73の4、74の2、86は欠番。

機能強化加算に係る院内掲示

当院は「かかりつけ医」として次のような取組みを行っています

- 健康診断の結果に関する相談等、健康管理に関するご相談に応じます。必要に応じ、専門の医師・医療機関をご紹介します。
- 介護・保健・福祉サービスの利用に関するご相談に応じます。
- 夜間・休日の問い合わせへの対応を行っています。
- 日本医師会かかりつけ医機能研修制度 応用研修会を修了しています。

医療機関名_____

※ 厚生労働省や都道府県のホームページにある「医療機能情報提供制度」のページで、かかりつけ医機能を有する医療機関等の地域の医療機関が検索できます。

