改定診療報酬点数表参考資料

（令和４年４月１日実施）

Ⅰ．医科診療報酬点数表等

	告　示		通　知
１　基本診療料			
⑴　初・再診料	（２）		（８）
⑵　入院料等			
通則／①入院基本料	（26）		（37）
②入院基本料等加算	（68）		（77）
③特定入院料	(120)		(132)
④短期滞在手術等基本料	(165)		(168)
２　特掲診療料			
⑴　医学管理等	(172)		(207)
⑵　在宅医療	(283)		(312)
⑶　検査	(381)		(400)
⑷　画像診断	(455)		(459)
⑸　投薬	(475)		(479)
⑹　注射	(489)		(491)
⑺　リハビリテーション	(499)		(503)
⑻　精神科専門療法	(529)		(536)
⑼　処置	(568)		(576)
⑽　手術	(615)		(652)
⑾　麻酔	(697)		(700)
⑿　放射線治療	(710)		(712)
⒀　病理診断	(716)		(718)
３　介護老人保健施設入所者の診療料	(721)		(722)
４　経過措置	(724)		―

Ⅱ．施設基準等

	告　示		通　知
○基本診療料の施設基準等	(725)		(773)
○特掲診療料の施設基準等	(886)		(921)

Ⅲ．その他

関係省令・告示・通知	(1067)
○療担規則等　○掲示事項等　○複数手術　○材料価格基準 ○訪問看護療養費　○先進医療及び患者申出療養　○健康保険法施行規則 ○様式集（基本診療料施設基準等）	

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

日 本 医 師 会

○厚生労働省告示第　　号

健康保険法（大正十一年法律第七十号）第七十六条第二項（同法第百四十九条において準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第七十一条第一項の規定に基づき、診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の一部を次のように改正し、令和四年四月一日から適用する。ただし、同年三月三十一日において現にこの告示による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号Ａ１００の１のへに係る届出を行っている保険医療機関の病棟については、急性期一般入院料６の算定に係る規定は、同年九月三十日までの間、なおその効力を有するものとし、同年三月三十一日において現に旧算定方法別表第一区分番号Ａ３０８の５又は６に係る届出を行っている保険医療機関の病棟については、回復期リハビリテーション病棟入院料５又は回復期リハビリテーション病棟入院料６の算定に係る規定は、令和五年三月三十一日までの間、なおその効力を有するものとする。

令和四年　　月　　日

厚生労働大臣　後藤　茂之

別表第一から別表第三までを次のように改める。

診療報酬の算定方法

一　健康保険法第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関に係る療養（高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高齢者医療確保法」という。）の規定による療養を含む。以下同じ。）に要する費用の額は、歯科診療以外の診療にあっては別表第一医科診療報酬点数表により、歯科診療にあっては別表第二歯科診療報酬点数表により算定するものとする。ただし、別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養（健康保険法第六十三条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項に規定する食事療養、生活療養、評価療養、患者申出療養及び選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一項第一号から第三号までに掲げる療養並びに高齢者医療確保法第六十四条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項に規定する食事療養、生活療養、評価療養、患者申出療養及び選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一項第一号から第三号までに掲げる療養に限る。）に要する費用の額は、当該療養を提供する病院の病棟ごとに別に厚生労働大臣が定めるところにより算定するものとする。

二　保険医療機関に係る療養に要する費用の額は、一点の単価を十円とし、別表第一又は別表第二に定める点数を乗じて算定するものとする。

三　健康保険法第六十三条第三項第一号に規定する保険薬局に係る療養に要する費用の額は、別表第三調剤報酬点数表により、一点の単価を十円とし、同表に定める点数を乗じて算定するものとする。

四　前三号の規定により保険医療機関又は保険薬局が毎月分につき保険者（高齢者医療確保法第七条第二項に規定する保険者をいう。）又は後期高齢者医療広域連合（同法第四十八条に規定する後期高齢者医療広域連合をいう。）ごとに請求すべき療養に要する費用の額を算定した場合において、その額に一円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算するものとする。

五　特別の事由がある場合において、都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合における療養に要する費用の額は、前各号により算定した額に当該療養担当手当の額を加算して算定するものとする。

六　前各号の規定により保険医療機関又は保険薬局において算定する療養に要する費用の額は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第六十二条に規定する要介護被保険者等については、算定しないものとする。

七　別表第一から別表第三までにおける届出については、届出を行う保険医療機関又は保険薬局の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。

別添１

医科診療報酬点数表に関する事項

＜通則＞

１　１人の患者について療養の給付に要する費用は、第１章基本診療料及び第２章特掲診療料又は第３章介護老人保健施設入所者に係る診療料の規定に基づき算定された点数の総計に 10 円を乗じて得た額とする。

２　基本診療料は、簡単な検査（例えば、血圧測定検査等）の費用、簡単な処置の費用等（入院の場合には皮内、皮下及び筋肉内注射並びに静脈内注射の注射手技料等）を含んでいる。

３　特掲診療料は、特に規定する場合を除き、当該医療技術に伴い必要不可欠な衛生材料等の費用を含んでいる。

４　基本診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和４年厚生労働省告示第 55 号）による改正後の「基本診療料の施設基準等（平成 20 年厚生労働省告示第 62 号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。

５　特掲診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和４年厚生労働省告示第 56 号）による改正後の「特掲診療料の施設基準等（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。

６　「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和４年厚生労働省告示第 54 号）による改正後の診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和 23 年政令第 326 号）及び医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせて標榜する場合も含むものであること。

７　特掲診療料に掲げられている診療行為を行うに当たっては、医療安全の向上に資するため、当該診療行為を行う医師等の処遇を改善し負担を軽減する体制の確保に努めること。

８　署名又は記名・押印を要する文書については、自筆の署名（電子的な署名を含む。）がある場合には印は不要である。

第１章　基本診療料

第１部　初・再診料

通則

１　健康保険法第63条第１項第１号及び高齢者医療確保法第64条第１項第１号の規定による初診及び再診の費用は、第１節又は第２節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に２以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注５のただし書、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注３及び区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注５に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、１回として算定する。

２　歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。

３　入院中の患者（第２部第４節に規定する短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５及び注６に規定する加算並びに区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注８及び注９に規定する加算を除く。）は、第２部第１節、第３節又は第４節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

第１節　初診料

区分

Ａ０００　初診料　288点

注１　保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。

２　病院である保険医療機関（特定機能病院（医療法（昭和23年法律第205号）第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下この表において同じ。）、地域医療支援病院（同法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下この表において同じ。）（同法第７条第２項第５号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）の数が200未満であるものを除く。）及び外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の２第１項に規定する外来機能報告対象病院等をいう。以下この表において同じ。）（同法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１本文の規定にかかわらず、214点（注１のただし書に規定する場合にあっては、186点）を算定する。

３　病院である保険医療機関（許可病床（医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床をいう。以下この表において同じ。）の数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院、外来機能報告対象病院等（同法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）及び一般病床の数が200未満であるものを除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して初診を行った場合には、注１本文の規定にかかわらず、214点（注１のただし書に規定する場合にあっては、186点）を算定する。

４　医療用医薬品の取引価格の妥結率（当該保険医療機関において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量に薬価を乗じた価格を合算したものをいう。以下同じ。）に占める卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第34条第５項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保

険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額の割合をいう。以下同じ。）に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において初診を行った場合には、注１本文の規定にかかわらず、特定妥結率初診料として、214点（注１のただし書に規定する場合にあっては、186点）を算定する。

５　１傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合は、それらの傷病に係る初診料は、併せて１回とし、第１回の初診のときに算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、２つ目の診療科に限り144点（注１のただし書に規定する場合にあっては、125点）を、この場合において注２から注４までに規定する場合は、107点（注１のただし書に規定する場合にあっては、93点）を算定できる。ただし書の場合においては、注６から注14までに規定する加算は算定しない。

６　６歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、乳幼児加算として、75点を所定点数に加算する。ただし、注７又は注８に規定する加算を算定する場合は算定しない。

７　保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（深夜（午後10時から午前６時までの間をいう。以下この表において同じ。）及び休日を除く。以下この表において同じ。）、休日（深夜を除く。以下この表において同じ。）又は深夜において初診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ85点、250点又は480点（６歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ200点、365点又は695点）を所定点数に加算する。ただし、専ら夜間における救急医療の確保のために設けられている保険医療機関にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間において初診を行った場合は、230点（６歳未満の乳幼児の場合にあっては、345点）を所定点数に加算する。

８　小児科を標榜（ぼう）する保険医療機関（注７のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において６歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合は、注７の規定にかかわらず、それぞれ200点、365点又は695点を所定点数に加算する。

９　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）が、午後６時（土曜日にあっては正午）から午前８時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であって、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において初診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注７のただし書又は注８に規定する加算を算定する場合にあっては、この限りでない。

10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において初診を行った場合は、機能強化加算として、80点を所定点数に加算する。

11　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において初診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。

12　注11に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、連携強化加算として、月１回に限り３点を更に所定点数に加算する。

13　注11に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等

に届け出た保険医療機関において初診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月１回に限り１点を更に所定点数に加算する。

14　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で初診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月１回に限り７点を所定点数に加算する。ただし、当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等にあっては、月１回に限り３点を所定点数に加算する。

第２節　再診料

区分

Ａ００１　再診料　73点

注１　保険医療機関（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上のものを除く。）において再診を行った場合（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において情報通信機器を用いた再診を行った場合を含む。）に算定する。

２　医療用医薬品の取引価格の妥結率に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床以上である病院に限る。）において再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、特定妥結率再診料として、54点を算定する。

３　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注１の規定にかかわらず、２つ目の診療科に限り、37点（注２に規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注４から注８まで及び注10から注18までに規定する加算は算定しない。

４　６歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注５又は注６に規定する加算を算定する場合は算定しない。

５　保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（６歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（６歳未満の乳幼児の場合にあっては、250点）を所定点数に加算する。

６　小児科を標榜（ひょうぼう）する保険医療機関（区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において６歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注５の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。

７　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注９に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）が、午後６時（土曜日にあっては正午）から午前８時までの間（深夜及び休日を除く。）、休日又は深夜であって、当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間において再診を行った場合は、夜間・早朝等加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、注５のただし書又は注６に規定する場合にあっては、この限りでない。

８　入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛（とう）疾患管理並びに別に厚生労働大臣が定める検査並びに第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、第９部処置、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療を行わないものとして別に厚生労働大臣が定める計画的な医学管理を行った場合は、外来管理加算として、52点を所定点数に加算する。

９　患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合においても、再診料を算定することができる。ただし、この

場合において、注８、注12、注13及び注15から注18までに規定する加算は算定しない。

10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　時間外対応加算１　５点

ロ　時間外対応加算２　３点

ハ　時間外対応加算３　１点

11　個別の費用の計算の基礎となった項目ごとに記載した明細書の発行等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）を受診した患者については、明細書発行体制等加算として、１点を所定点数に加算する。

12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち２以上の疾患を有する患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　地域包括診療加算１　25点

ロ　地域包括診療加算２　18点

13　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に１以上の疾患（疑いのものを除く。）を有するものであって、１処方につき５種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて３種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合には、認知症地域包括診療加算として、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　認知症地域包括診療加算１　35点

ロ　認知症地域包括診療加算２　28点

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

15　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において再診を行った場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。

16　注15に該当する場合であって、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、連携強化加算として、月１回に限り３点を更に所定点数に加算する。

17　注15に該当する場合であって、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において再診を行った場合は、サーベイランス強化加算として、月１回に限り１点を更に所定点数に加算する。

18　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月１回に限り４点を所定点数に加算する。

Ａ００２　外来診療料　74点

注１　許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上である保険医療機関において再診を行った場合に算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた再診を行った場合には、73点を算定する。

２　病院である保険医療機関（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、55点を算定する。

３　病院である保険医療機関（許可病床数が400床以上である病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限る。）を除く。）に限る。）であって、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低いものにおいて、別に厚生労働大臣が定める患者に対して再診を行った場合には、注１の規定にかかわらず、55点を算定する。

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

５　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、別の診療科を再診として受診した場合は、注１の規定にかかわらず、２つ目の診療科に限り37点（注２から注４までに規定する場合にあっては、27点）を算定する。この場合において、注６のただし書及び注７から注10までに規定する加算は算定しない。

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

イ　尿検査
　区分番号Ｄ０００からＤ００２－２までに掲げるもの

ロ　糞便検査
　区分番号Ｄ００３（カルプロテクチン（糞便）を除く。）に掲げるもの

ハ　血液形態・機能検査
　区分番号Ｄ００５（ヘモグロビンＡ１c（ＨｂＡ１ｃ）、デオキシチミジンキナーゼ（ＴＫ）活性、ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（ＴｄＴ）、骨髄像及び造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき）を除く。）に掲げるもの

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

ホ　削除

ヘ　皮膚科軟膏処置
　100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満のもの

ト　膀胱洗浄

チ　腟洗浄

リ　眼処置
ヌ　瞳毛抜去
ル　耳処置
ヲ　耳管処置
ワ　鼻処置
カ　口腔、咽頭処置
ヨ　間接喉頭鏡下喉頭処置
タ　ネブライザ
レ　超音波ネブライザ
ソ　介達牽引
ツ　消炎鎮痛等処置

7　６歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、乳幼児加算として、38点を所定点数に加算する。ただし、注８又は注９に規定する加算を算定する場合は算定しない。

8　保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において再診を行った場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算として、それぞれ65点、190点又は420点（６歳未満の乳幼児の場合にあっては、それぞれ135点、260点又は590点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関にあっては、同注のただし書に規定する時間において再診を行った場合は、180点（６歳未満の乳幼児の場合においては、250点）を所定点数に加算する。

9　小児科を標榜する保険医療機関（区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定するものを除く。）にあっては、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜（当該保険医療機関が表示する診療時間内の時間に限る。）において６歳未満の乳幼児に対して再診を行った場合は、注８の規定にかかわらず、それぞれ135点、260点又は590点を所定点数に加算する。

10　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で再診を行った場合は、電子的保健医療情報活用加算として、月１回に限り４点を所定点数に加算する。

Ａ００３　削除

第１章　基本診療料

第１部　初・再診料

＜通則＞

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

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

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

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

ア　初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合

イ　往診等の後に薬剤のみを取りに来た場合

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

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

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

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

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

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

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

第１節　初診料

Ａ０００　初診料

（１）　特に初診料が算定できない旨の規定がある場合を除き、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった場合に、初診料を算定する。なお、同一の保険医が別の医療機関において、同一の患者について診療を行った場合は、最初に診療を行った医療機関において初診料を算定する。

（２）　「注１」のただし書に規定する情報通信機器を用いた診療については、以下のアからキまでの取扱いとする。

ア　厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下「オンライン指針」という。）に沿って情報通信機器を用いた診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を診療録に記載すること。

イ　情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、オンライン指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。

ウ　情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行うこと。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、診療録に記載しておくこと。

（イ）当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名

（ロ）当該患者に「かかりつけの医師」がいない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意

エ　オンライン指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応

することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。

オ　情報通信機器を用いた診療を行う際には、オンライン指針に沿って診療を行い、オンライン指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療がオンライン指針に沿った適切な診療であることを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、処方を行う際には、オンライン指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方がオンライン指針に沿った適切な処方であることを診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

カ　情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

キ　情報通信機器を用いた診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

（３）　患者が異和を訴え診療を求めた場合において、診断の結果、疾病と認むべき徴候のない場合にあっても初診料を算定できる。

（４）　自他覚的症状がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該保険医が、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、初診料は算定できない。

ただし、当該治療（初診を除く。）については、医療保険給付対象として診療報酬を算定できること。

（５）　（４）にかかわらず、健康診断で疾患が発見された患者が、疾患を発見した保険医以外の保険医（当該疾患を発見した保険医の属する保険医療機関の保険医を除く。）において治療を開始した場合には、初診料を算定できる。

（６）　労災保険、健康診断、自費等（医療保険給付対象外）により傷病の治療を入院外で受けている期間中又は医療法に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中にあっては、当該保険医療機関において医療保険給付対象となる診療を受けた場合においても、初診料は算定できない。

（７）　「注２」又は「注３」に規定する保険医療機関において、病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの文書による紹介がなく、初診を行った場合は、「注１」の規定にかかわらず「注２」又は「注３」の所定点数を算定する（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）。この場合において、患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、「注１」との差額に相当する療養部分について選定療養として、その費用を患者から徴収することができる。なお、保健所及び市町村等の医師が、健康診断等の結果に基づき治療の必要性を認め、当該患者に対し必要な診療が可能な保険医療機関を特定し、当該保険医療機関あてに文書による紹介を行った患者については、紹介のある患者とみなすことができる。

また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合（以下「紹介割合」という。）等が低い保険医療機関とは、「注２」にあっては、紹介割合の実績が 50%未満又は逆紹介割合の実績が 30‰未満の特定機能病院、地域医療支援病院（医療法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。）（一般病床の数が 200 床未満の病院を除く。）及び同法第 30 条の 18 の２第１項に規定する外来機能報告

対象病院等（同法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限り、一般病床の数が 200 床未満であるものを除く。以下「紹介受診重点医療機関」という。）をいい、「注３」にあっては、紹介割合の実績が 40％未満又は逆紹介割合の実績が 20‰未満の許可病床の数が 400 床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が400床以上の地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200 床未満の病院を除く。）をいう。紹介割合及び逆紹介割合の実績の算定期間は、報告年度の前年度１年間（ただし、前年度１年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する６か月間。また、新規に対象となる保険医療機関については、届出前３か月間の実績を有していること。）とし、当該期間の紹介割合及び逆紹介割合の実績が基準を上回る場合には、紹介割合等が低い保険医療機関とはみなされない。

※　紹介割合及び逆紹介割合の計算については、下記のとおりとする。

紹介割合（％）　＝　（紹介患者数＋救急患者数）÷ 初診の患者数　× 100

逆紹介割合（‰）　＝　逆紹介患者数 ÷ （初診の患者数＋再診の患者数）　× 1,000

なお、 初診の患者数、再診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数、救急患者数については、それぞれ次に掲げる数をいう。

ア　初診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第 30 条の４に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者の数を除く。）とする。

イ　再診の患者数については、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった患者以外の患者の数（地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された患者、当該地域医療支援病院が医療法第 30 条の４に基づいて作成された医療計画において位置づけられた救急医療事業を行う場合にあっては、当該救急医療事業において休日又は夜間に受診した救急患者、区分番号「Ｂ００５－11」遠隔連携診療料又は「Ｂ０１１」連携強化診療情報提供料を算定している患者及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者の数を除く。）とする。

ウ　紹介患者数については、他の保険医療機関（特別の関係（第２部通則７の(３)に規定する「特別の関係」をいう。以下同じ。）にある保険医療機関を除く。）から診療情報提供書の提供を受け、紹介先保険医療機関において医学的に初診といわれる診療行為（情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。）があった患者の数とする。

エ　逆紹介患者数については、診療（情報通信機器を用いた診療のみを行った場合を除く。）に基づき他の保険医療機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該他の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った患者（開設者と直接関係のある他の機関に紹介した患者を除き、区分番号「Ｂ００５－11」遠隔連携診療料又は区分番号「Ｂ０１１」連携強化診療情報提供料を算定している患者を含む。）の数とする。

オ　救急患者数については、地方公共団体又は医療機関に所属する救急自動車により搬送された初診の患者の数（搬送された時間を問わない。）とする。

（８） 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）、紹介受診重点医療機関（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）は、紹介割合及び逆紹介割合を別紙様式28により、毎年10月に地方厚生（支）局長へ報告すること。また、報告を行った保険医療機関であって、報告年度の連続する６か月間で実績の基準を満たした保険医療機関については、翌年の４月１日までに地方厚生（支）局長へ報告すること。

なお、紹介割合及び逆紹介割合の計算等については、令和５年４月１日から適用する。

（９） 許可病床の数が400床以上の病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関並びに一般病床の数が200床未満の病院を除く。）のうち、前年度１年間の紹介割合の実績が 40%未満又は逆紹介割合の実績が 20‰未満の保険医療機関の取扱いについては、（８）と同様であること。

(10) 「注４」に規定する保険医療機関において、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、毎年９月末日においても妥結率が低い状況又は妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況が報告していない状況のまま、初診を行った場合は、特定妥結率初診料を算定する。

(11) 妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和●年●月●日保医発●第●号）別添１の第２の５を参照のこと。

(12) (11)に規定する報告の際には、保険医療機関と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料を併せて提出すること。

(13) 現に診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できない。

ただし、「注５」のただし書に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病（１つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、新たに別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を初診として受診した場合（１つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科を除く診療科１つに限り、同ただし書の所定点数を算定できる。また、診療継続中以外の患者であって、同一日に他の傷病で２以上の診療科を初診として受診する場合においても、２つ目の診療科に限り、同ただし書の所定点数を算定できる。この場合において、「注６」から「注 14」までに規定する加算は、算定できない。なお、患者が専門性の高い診療科を適切に受診できるよう保険医療機関が設置した総合外来等については、診療科とみなさず、総合外来等を受診後、新たに別の診療科を受診した場合であっても同ただし書の所定点数は算定できない。

(14) 患者が任意に診療を中止し、１月以上経過した後、再び同一の保険医療機関において診療を受ける場合には、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、その際の診療は、初診として取り扱う。なお、この場合において、１月の期間の計算は、例えば、２月10日～３月９日、９月15日～10月14日等と計算する。

(15) (14)にかかわらず、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療は、初診として取り扱わない。

(16)　Ａ保険医療機関には、検査又は画像診断の設備がないため、Ｂ保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合には、次のように取り扱うものとする。（区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料(Ⅰ)の(5)から(7)までを参照。）

ア　Ｂ保険医療機関が単に検査又は画像診断の設備の提供にとどまる場合

Ｂ保険医療機関においては、診療情報提供料、初診料、検査料、画像診断料等は算定できない。なお、この場合、検査料、画像診断料等を算定するＡ保険医療機関との間で合議の上、費用の精算を行うものとする。

イ　Ｂ保険医療機関が、検査又は画像診断の判読も含めて依頼を受けた場合

Ｂ保険医療機関においては、初診料、検査料、画像診断料等を算定できる。

(17)　乳幼児加算

初診料を算定しない場合には、特に規定する場合を除き、「注６」の乳幼児加算は、算定できない。

(18)　時間外加算

ア　各都道府県における医療機関の診療時間の実態、患者の受診上の便宜等を考慮して一定の時間以外の時間をもって時間外として取り扱うこととし、その標準は、概ね午前８時前と午後６時以降（土曜日の場合は、午前８時前と正午以降）及び休日加算の対象となる休日以外の日を終日休診日とする保険医療機関における当該休診日とする。

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

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

ウ　保険医療機関は診療時間を分かりやすい場所に表示する。

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

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

(19)　休日加算

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

イ　休日加算は次の患者について算定できるものとする。

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

①　地域医療支援病院

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

③　「救急医療対策の整備事業について」（昭和 52 年医発第 692 号）に規定された

保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関

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

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

(20) 深夜加算

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

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

ウ 深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。

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

① 地域医療支援病院

② 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

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

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

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

(21) 時間外加算の特例

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

① 地域医療支援病院

② 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

③ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

イ 別に厚生労働大臣が定める時間とは、当該地域において一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜及び休

日を除く。）とし、その標準は、概ね午前８時前と午後６時以降（土曜日の場合は、午前８時前と正午以降）から、午後 10 時から午前６時までの間を除いた時間とする。

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

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

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

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

ウ　休日加算の対象となる休日、深夜加算の対象となる深夜の基準は、「注７」に係る休日、深夜の基準の例によるものとする。

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

(23)　夜間・早朝等加算

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

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

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

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

オ　夜間・早朝等加算は、当該加算の算定対象となる時間に受付を行った患者について算

定するものであり、多数の患者の来院による混雑や、保険医療機関の都合（やむを得ない事情の場合を除く。）により当該加算の算定対象となる時間に診療が開始された場合は算定できない。

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

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

(24)　機能強化加算

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

イ　機能強化加算を算定する保険医療機関においては、かかりつけ医機能を有する医療機関として、必要に応じ、患者に対して以下の対応を行うとともに、当該対応を行うことができる旨を院内及びホームページ等に掲示し、必要に応じて患者に対して説明すること。

(イ)　患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うとともに、診療録に記載すること。なお、必要に応じ、担当医の指示を受けた看護職員等が情報の把握を行うことも可能であること。

(ロ)　専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。

(ハ)　健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。

(ニ)　保健・福祉サービスに係る相談に応じること。

(ホ)　診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。

(25)　外来感染対策向上加算

「注 11」に規定する外来感染対策向上加算は、診療所における、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画、新興感染症の発生時等に都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制の確保を更に推進する観点から、外来診療時の感染防止対策に係る体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た診療所において初診料を算定する場合に、患者１人につき月１回に限り加算することができる。

(26)　連携強化加算

「注 12」に規定する連携強化加算は、（25）の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が、感染対策向上加算１を算定する保険医療機関に対し、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行ってい

る場合に算定する。

(27)　サーベイランス強化加算

「注 13」に規定するサーベイランス強化加算は、（25）の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が、院内感染対策サーベイランス（ＪＡＮＩＳ）、感染対策連携共通プラットフォーム（Ｊ－ＳＩＰＨＥ）等、地域や全国のサーベイランスに参加している場合に算定する。

(28)　電子的保健医療情報活用加算

「注 14」に規定する電子的保健医療情報活用加算は、オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することを評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第３条第 13 項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合に、月１回に限り算定する。

ただし、初診の場合であって、健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認により、「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等」にあっては、令和６年３月 31 日までの間に限り、月１回に限り３点を算定する。

第２節　再診料

Ａ００１　再診料

（１）　再診料は、診療所又は一般病床の病床数が 200 床未満の病院において、再診の都度（同一日において２以上の再診があってもその都度）算定できる。

（２）　「注１」に規定する情報通信機器を用いた再診については、区分番号「Ａ０００」初診料の（２）の取扱いと同様である。ただし、この場合にあっては外来管理加算は算定できない。

（３）　「注２」に規定する保険医療機関の取扱いについては、区分番号「Ａ０００」初診料の(10)から(12)までと同様である。

（４）　２以上の傷病について同時に再診を行った場合の再診料は、当該１日につき１回に限り算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病（１つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、患者の意思に基づき、別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を再診として受診した場合（１つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科１つに限り、「注３」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注４」から「注８」まで、「注 10」から「注 18」までに規定する加算は、算定できない。

（５）　Ａ傷病について診療継続中の患者が、Ｂ傷病に罹り、Ｂ傷病について初診があった場合、当該初診については、初診料は算定できないが、再診料を算定できる。

（６）　再診料における時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外特例加算及び夜間・早朝等加算の取扱いは、初診料の場合と同様である。

（７）　外来管理加算

ア　外来管理加算は、処置、リハビリテーション等（診療報酬点数のあるものに限る。）を行わずに計画的な医学管理を行った場合に算定できるものである。

イ　外来管理加算を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上の注意点等を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。

［提供される診療内容の事例］

1　問診し、患者の訴えを総括する。

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

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

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

3　これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。

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

4　患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

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

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

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

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

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

超音波検査等

脳波検査等

神経・筋検査

耳鼻咽喉科学的検査
眼科学的検査
負荷試験等
ラジオアイソトープを用いた諸検査
内視鏡検査

（８） 電話等による再診

ア　当該保険医療機関で初診を受けた患者について、再診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という。）による場合を含む。）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。

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

イ　電話又はビデオ通話による再診（聴覚障害者である患者に係る再診に限り、ファクシミリ又は電子メール等によるものを含む。）は、患者の病状の変化に応じ療養について医師の指示を受ける必要のある場合であって、当該患者又はその看護に当たっている者からの医学的な意見の求めに対し治療上必要な適切な指示をした場合に限り算定する。ただし、電話又はビデオ通話による指示等が、同一日における初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる場合、時間おきに病状の報告を受ける内容のものである場合等は、再診料を算定できない。また、ファクシミリ又は電子メール等による再診については、再診の求めに速やかに応じた場合に限り算定できるものとし、この場合においては、診療録に当該ファクシミリ等の送受信の時刻を記載するとともに、当該ファクシミリ等の写しを添付すること。

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

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

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

（イ）地域医療支援病院
（ロ）救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所
（ハ）「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪

番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

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

（9）　時間外対応加算

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

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

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

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

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

(11)　地域包括診療加算

ア　地域包括診療加算は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。なお、地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出を行うことができる。

イ　地域包括診療加算の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）及び認知症の６疾病のうち、２つ以上（疑いを除く。）を有する者である。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記６疾病のうち２つ）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも当該加算、認知症地域包括診療加算、地域包括診療料又は認知症地域包括診療料を算定可能とする。

ウ　当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該加算を算定する。なお、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒、その他療養を行うに当たっての問題点等に係る生活面の指導については、必要に応じて、当該医師の指示を受けた看護師、管理栄養士又は薬剤師が行っても差し支えない。

エ　当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。

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

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

こと。

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

(ニ)　院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。

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

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

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

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

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

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

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

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

(チ)　必要に応じ、患者の予防接種の実施状況を把握すること等により、当該患者からの予防接種に係る相談に対応すること。

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

(ヌ)　当該加算を算定する場合は、投薬の部に掲げる「７種類以上の内服薬の投薬を行う場合」の規定は適用しないものであること。

(ル)　認知症の患者に対し本加算を算定する場合であって、当該患者の病状から、患者への説明及び患者の同意について、患者の家族等への説明及び当該患者の家族等による同意による方が適切と考えられる場合には、当該部分について「患者」を「患者の家族等」と読み替えるものとする。

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

（イ） 健康相談を行っていること。

（ロ） 介護保険に係る相談を行っていること。

（ハ） 予防接種に係る相談を行っていること。

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

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

（イ） 24 時間の連絡体制

（ロ） 連絡を受けて行う往診又は外来診療の体制

(12) 認知症地域包括診療加算

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

（イ） 認知症以外に１以上の疾病（疑いを除く。）を有する者

（ロ） 同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていない患者

① １処方につき５種類を超える内服薬があるもの

② １処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて３種類を超えて含むもの

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

イ (11)のウからカまで（エの(ヌ)を除く。）を満たすこと。

ウ 認知症地域包括診療加算１を算定する場合には、(11)のキを満たすこと。

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

(13) 薬剤適正使用連携加算

「注 12」に規定する地域包括診療加算又は「注 13」に規定する認知症地域包括診療加算を算定する患者であって、他の保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所していたものについて、以下の全てを満たす場合に、退院日又は退所日の属する月の翌月までに１回算定する。なお、他の保険医療機関又は介護老人保健施設（以下(13)において「保険医

療機関等」という。）との情報提供又は連携に際し、文書以外を用いた場合には、情報提供内容を診療録等に記載すること。

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

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

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

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

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

(ロ)　アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数

(14)　再診料における外来感染対策向上加算、連携強化加算及びサーベイランス強化加算の取扱いは、初診料の場合と同様である。ただし、同一月に区分番号「Ａ０００」の「注 11」、医学管理等の部の通則３、在宅医療の部の通則５又は区分番号「Ｉ０１２」に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合にあっては算定できない。

(15)　電子的保健医療情報活用加算

「注 18」に規定する電子的保健医療情報活用加算は、オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することを評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合に、月１回に限り算定する。

ただし、同一月に区分番号「Ａ０００」の「注 14」に規定する当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行い、電子的保健医療情報活用加算を算定した場合にあっては算定できない。なお、「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等」の点数を算定した場合には、同一月であっても算定できるものとする。

Ａ００２　外来診療料

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

（２）　「注１」のただし書に規定する情報通信機器を用いた診療については、区分番号「Ａ０００」の（２）の取扱いと同様である。

（３）　「注２」又は「注３」に規定する保険医療機関において、病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の病院（一般病床の病床数が 200 床未満のものに限る。）又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患

者については、「注１」の規定にかかわらず、「注２」又は「注３」の所定点数を算定する（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）。この場合において、患者に対し十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意があった場合には、「注１」との差額に相当する療養部分について､選定療養としてその費用を患者から徴収することができる。

また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合等が低い保険医療機関とは、区分番号「Ａ０００」初診料の(7)と同様である。

（４） 特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関のうち、前年度１年間の紹介割合の実績が 50％未満又は逆紹介割合の実績が 30‰未満の保険医療機関においては、紹介割合及び逆紹介割合を別紙様式 28 により、毎年 10 月に地方厚生（支）局長へ報告すること。また、報告を行った保険医療機関であって、報告年度の連続する６か月間で実績の基準を満たした保険医療機関については、翌年の４月１日までに地方厚生（支）局長へ報告すること。

なお、紹介割合及び逆紹介割合の計算等については、令和５年４月１日から適用する。

（５） 許可病床の数が 400 床以上の病院（特定機能病院、地域医療支援病院及び紹介受診重点医療機関を除く。）のうち、前年度１年間の紹介割合の実績が 40％未満又は逆紹介割合の実績が 20‰未満の保険医療機関の取扱いについては、（３）と同様であること。

（６） 「注４」に規定する保険医療機関の取扱いについては、区分番号「Ａ０００」初診料の(10)から(12)までと同様である。

（７） 同一保険医療機関において、同一日に他の傷病（１つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、患者の意思に基づき、別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を再診として受診した場合（１つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診療を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科１つに限り、「注５」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注６」のただし書及び「注７」から「注９」までに規定する加算は、算定できない。

（８） 外来診療料の取扱いについては、再診料の場合と同様である。ただし、電話等による再診料及び外来管理加算は算定できない。

（９） 包括されている検査項目に係る検査の部の款及び注に規定する加算は、別に算定できない。ただし、検査の部の第１節第１款検体検査実施料の通則３に規定する加算は、検査の部において算定することができる。

(10) 外来診療料には、包括されている検査項目に係る判断料が含まれず、別に算定できる。なお、当該検査項目が属する区分（尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料の２区分）の判断料について、当該区分に属する検査項目のいずれをも行わなかった場合は、当該判断料は算定できない。

(11) 外来診療料には、包括されている処置項目に係る薬剤料及び特定保険医療材料料は含まれず、処置の部の薬剤料及び特定保険医療材料料の定めるところにより別に算定できる。また、熱傷に対する処置についても別に算定できる。

(12) 爪甲除去（麻酔を要しないもの）、穿刺排膿後薬液注入、後部尿道洗浄（ウルツマン）、義眼処置、矯正固定、変形機械矯正術、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射及び肛門処置は外来診療料に含まれ別に算定できない。

(13)　電子的保健医療情報活用加算

「注 10」に規定する電子的保健医療情報活用加算は、オンライン資格確認システムの活用により、診断及び治療等の質の向上を図る観点から、外来において、オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施することを評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して、健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認により、当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行った場合に、月１回に限り算定する。

ただし、同一月に区分番号「Ａ０００」の「注 14」に規定する当該患者に係る診療情報等を取得した上で診療を行い、電子的保健医療情報活用加算を算定した場合にあっては算定できない。なお、「当該患者に係る診療情報等の取得が困難な場合又は他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報等の提供を受けた場合等」に該当し、電子的保健医療情報活用加算を算定した場合には、同一月であっても算定できるものとする。

Ａ００３　削除

第２部　入院料等

通則

１　健康保険法第63条第１項第５号及び高齢者医療確保法第64条第１項第５号による入院及び看護の費用は、第１節から第４節までの各区分の所定点数により算定する。この場合において、特に規定する場合を除き、通常必要とされる療養環境の提供、看護及び医学的管理に要する費用は、第１節、第３節又は第４節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

２　同一の保険医療機関において、同一の患者につき、第１節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）を含む。）、第３節の各区分に掲げる特定入院料及び第４節の各区分に掲げる短期滞在手術等基本料を同一の日に算定することはできない。

３　別に厚生労働大臣が定める患者の場合には、特別入院基本料等、区分番号Ａ１０８に掲げる有床診療所入院基本料又は区分番号Ａ１０９に掲げる有床診療所療養病床入院基本料を算定する場合を除き、入院日から起算して５日までの間は、区分番号Ａ４００の３に掲げる短期滞在手術等基本料３を算定し、６日目以降は第１節の各区分に掲げる入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の各区分に掲げる特定入院料のいずれかを算定する。

４　歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、当該患者の主傷病に係る入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料を算定する。

５　第１節から第４節までに規定する期間の計算は、特に規定する場合を除き、保険医療機関に入院した日から起算して計算する。ただし、保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合には、急性増悪その他やむを得ない場合を除き、最初の保険医療機関に入院した日から起算して計算する。

６　別に厚生労働大臣が定める入院患者数の基準又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

７　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、第１節（特別入院基本料等を含む。）及び第３節の各区分に掲げる入院料の所定点数を算定する。

８　７に規定する別に厚生労働大臣が定める基準のうち、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない保険医療機関（診療所を除き、別に厚生労働大臣が定める基準を満たすものに限る。）については、第１節（特別入院基本料等を除く。）、第３節及び第４節（短期滞在手術等基本料１を除く。）の各区分に掲げるそれぞれの入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料の所定点数から１日につき40点を減算する。

第１節　入院基本料

区分

Ａ１００　一般病棟入院基本料（１日につき）

１　急性期一般入院基本料	
イ　急性期一般入院料１	1,650点
ロ　急性期一般入院料２	1,619点
ハ　急性期一般入院料３	1,545点
ニ　急性期一般入院料４	1,440点
ホ　急性期一般入院料５	1,429点
ヘ　急性期一般入院料６	1,382点
２　地域一般入院基本料	
イ　地域一般入院料１	1,159点
ロ　地域一般入院料２	1,153点
ハ　地域一般入院料３	988点

注１　療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料又は精神病棟入院基本料を算定する病棟以外の病院の病棟（以下この表において「一般病棟」という。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、通則第６号に規定する保険医療機関の病棟については、この限りでない。

２　注１に規定する病棟以外の一般病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、607点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近３月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

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

イ　14日以内の期間	450点（特別入院基本料等については、300点）
ロ　15日以上30日以内の期間	192点（特別入院基本料等については、155点）

４　地域一般入院基本料を算定する病棟において、当該患者が他の保険医療機関から転院してきた者であって、当該他の保険医療機関において区分番号Ａ２４６に掲げる入退院支援加算３を算定したものである場合には、重症児（者）受入連携加算として、入院初日に限り2,000点を所定点数に加算する。

５　地域一般入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護保険法第８条第29項に規定する介護医療院（以下「介護医療院」という。）、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の５に規定する特別養護老人ホーム（以下この表において「特別養護老人ホーム」という。）、同法第20条の６に規定する軽費老人ホーム（以下この表において「軽費老人ホーム」という。）、同法第29条第１項に規定する有料老人ホーム（以下この表において「有料老人ホーム」という。）等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。

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

イ　年６日以内であること。

ロ　当該日が属する月が連続する２月以内であること。

７　注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。

８　退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

９　入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

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

イ　総合入院体制加算
ロ　急性期充実体制加算（急性期一般入院料１を算定するものに限る。）
ハ　地域医療支援病院入院診療加算
ニ　臨床研修病院入院診療加算
ホ　紹介受診重点医療機関入院診療加算
ヘ　救急医療管理加算
ト　超急性期脳卒中加算
チ　妊産婦緊急搬送入院加算
リ　在宅患者緊急入院診療加算
ヌ　診療録管理体制加算
ル　医師事務作業補助体制加算
ヲ　急性期看護補助体制加算
ワ　看護職員夜間配置加算
カ　乳幼児加算・幼児加算
ヨ　難病等特別入院診療加算
タ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
レ　看護配置加算
ソ　看護補助加算
ツ　地域加算
ネ　離島加算
ナ　療養環境加算
ラ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算
ム　二類感染症患者療養環境特別加算
ウ　重症者等療養環境特別加算
ヰ　小児療養環境特別加算
ノ　無菌治療室管理加算
オ　放射線治療病室管理加算
ク　緩和ケア診療加算
ヤ　精神科リエゾンチーム加算
マ　強度行動障害入院医療管理加算
ケ　依存症入院医療管理加算
フ　摂食障害入院医療管理加算
コ　がん拠点病院加算
エ　栄養サポートチーム加算
テ　医療安全対策加算
ア　感染対策向上加算
サ　患者サポート体制充実加算
キ　報告書管理体制加算
ユ　褥瘡ハイリスク患者ケア加算
メ　ハイリスク妊娠管理加算
ミ　ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）
シ　呼吸ケアチーム加算
ヱ　術後疼痛管理チーム加算（急性期一般入院基本料に限る。）
ヒ　後発医薬品使用体制加算
モ　病棟薬剤業務実施加算１
セ　データ提出加算
ス　入退院支援加算（１のイ、２のイ又は３に限る。）
ン　認知症ケア加算
イイ　せん妄ハイリスク患者ケア加算（急性期一般入院基本料に限る。）
イロ　精神疾患診療体制加算
イハ　薬剤総合評価調整加算
イニ　排尿自立支援加算
イホ　地域医療体制確保加算（急性期一般入院基本料に限る。）

11　当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院するものについては、注１から注10までの規定にかかわらず、区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の例により算定する。

12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（急性期一般入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ＡＤＬ維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、１日につき80点を所定点数に加算する。

Ａ１０１　療養病棟入院基本料（１日につき）

１　療養病棟入院料１

イ　入院料Ａ　1,813点（健康保険法第63条第２項第２号及び高齢者医療確保法第64条第２項第２号の療養（以下この表において「生活療養」という。）を受ける場合にあっては、1,798点）
ロ　入院料Ｂ　1,758点（生活療養を受ける場合にあっては、1,744点）
ハ　入院料Ｃ　1,471点（生活療養を受ける場合にあっては、1,457点）
ニ　入院料Ｄ　1,414点（生活療養を受ける場合にあっては、1,399点）
ホ　入院料Ｅ　1,386点（生活療養を受ける場合にあっては、1,372点）
ヘ　入院料Ｆ　1,232点（生活療養を受ける場合にあっては、1,217点）
ト　入院料Ｇ　968点（生活療養を受ける場合にあっては、953点）
チ　入院料Ｈ　920点（生活療養を受ける場合にあっては、905点）
リ　入院料Ｉ　815点（生活療養を受ける場合にあっては、801点）

２　療養病棟入院料２

イ　入院料Ａ　1,748点（生活療養を受ける場合にあっては、1,734点）
ロ　入院料Ｂ　1,694点（生活療養を受ける場合にあっては、1,680点）
ハ　入院料Ｃ　1,406点（生活療養を受ける場合にあっては、1,392点）
ニ　入院料Ｄ　1,349点（生活療養を受ける場合にあっては、1,335点）
ホ　入院料Ｅ　1,322点（生活療養を受ける場合にあっては、1,307点）
ヘ　入院料Ｆ　1,167点（生活療養を受ける場合にあっては、1,153点）
ト　入院料Ｇ　903点（生活療養を受ける場合にあっては、889点）
チ　入院料Ｈ　855点（生活療養を受ける場合にあっては、841点）
リ　入院料Ｉ　751点（生活療養を受ける場合にあっては、736点）

注１　病院の療養病棟（医療法第７条第２項第４号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）に係る病棟として地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、看護補助配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分及び当該患者の疾患、状態、ＡＤＬ等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、１又は２の入院料Ａ、Ｂ又はＣを算定する場合であって、当該病棟において中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されていると認められない場合には、それぞれ１又は２の入院料Ｄ、Ｅ又はＦを算定し、注３のただし書に該当する場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ１又は２の入院料Ｉを算定する。

２　注１に規定する病棟以外の療養病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、577点（生活療養を受け

る場合にあっては、563点）を算定できる。

3　療養病棟入院基本料を算定する患者に対して行った第３部検査、第５部投薬、第６部注射、第７部リハビリテーション（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）及び第13部病理診断並びに第４部画像診断及び第９部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、別に厚生労働大臣が定める薬剤及び注射薬（以下この表において「除外薬剤・注射薬」という。）の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して３日前までの当該費用については、この限りでない。

4　当該病棟に入院している患者のうち、別に厚生労働大臣が定める状態のものに対して、必要な褥瘡対策を行った場合に、患者の褥瘡の状態に応じて、１日につき次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　褥瘡対策加算１　15点

ロ　褥瘡対策加算２　５点

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

6　当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者及び当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、転院又は転棟した日から起算して14日を限度として、急性期患者支援療養病床初期加算として、１日につき300点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して14日を限度として、在宅患者支援療養病床初期加算として、１日につき350点を所定点数に加算する。

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

イ　地域医療支援病院入院診療加算

ロ　臨床研修病院入院診療加算

ハ　紹介受診重点医療機関入院診療加算

ニ　在宅患者緊急入院診療加算

ホ　診療録管理体制加算

ヘ　医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）

ト　乳幼児加算・幼児加算

チ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

リ　地域加算

ヌ　離島加算

ル　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算

ヲ　療養病棟療養環境加算

ワ　療養病棟療養環境改善加算

カ　重症皮膚潰瘍管理加算

ヨ　栄養サポートチーム加算

タ　医療安全対策加算

レ　感染対策向上加算

ソ　患者サポート体制充実加算

ツ　報告書管理体制加算

ネ　病棟薬剤業務実施加算１

ナ　データ提出加算

ラ　入退院支援加算（１のロ又は２のロに限る。）

ム　認知症ケア加算

ウ　薬剤総合評価調整加算

ヰ　排尿自立支援加算

8　別に厚生労働大臣が指定する期間において、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）第６条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及びその疑似症患者が入院した場合に区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料を算定する旨を地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、当該患者について、注１の規定にかかわらず、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の例により算定する。

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

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

11　注１に規定する病棟以外の病棟であって、注１に規定する療養病棟入院料２の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合（別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限る。）に限り、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、療養病棟入院料２のそれぞれの所定点数（入院料Ｄ、Ｅ又はＦを算定する場合であって、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定する患者に対して、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）の測定を行っていない場合には、それぞれ入院料Ｇ、Ｈ又はＩの点数）の100分の75に相当する点数を算定する。

12　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ　夜間看護加算　50点

ロ　看護補助体制充実加算　55点

Ａ１０２　結核病棟入院基本料（１日につき）

１　７対１入院基本料　1,654点

２　10対１入院基本料　1,385点

３　13対１入院基本料　1,165点

４　15対１入院基本料　998点

５　18対１入院基本料　854点

６　20対１入院基本料　806点

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

オ　後発医薬品使用体制加算
ク　病棟薬剤業務実施加算１
ヤ　データ提出加算
マ　入退院支援加算（１のロ又は２のロに限る。）
ケ　認知症ケア加算
フ　精神疾患診療体制加算
コ　薬剤総合評価調整加算
エ　排尿自立支援加算
テ　地域医療体制確保加算（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定するものに限る。）

６　注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注２本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、591点を算定できる。

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

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

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

Ａ１０３　精神病棟入院基本料（１日につき）

１	10対１入院基本料	1,287点
２	13対１入院基本料	958点
３	15対１入院基本料	830点
４	18対１入院基本料	740点
５	20対１入院基本料	685点

注１　病院（特定機能病院を除く。）の精神病棟（医療法第７条第２項第１号に規定する精神病床に係る病棟として地方厚生局長等に届出のあったものをいう。以下この表において同じ。）であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

２　注１に規定する病棟以外の精神病棟については、当分の間、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、561点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該

でない。

２　注１に規定する病棟以外の結核病棟については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、特別入院基本料として、581点を算定できる。ただし、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近３月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

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

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

イ　14日以内の期間　400点
（特別入院基本料等については、320点）
ロ　15日以上30日以内の期間　300点
（特別入院基本料等については、240点）
ハ　31日以上60日以内の期間　200点
（特別入院基本料等については、160点）
ニ　61日以上90日以内の期間　100点

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

イ　地域医療支援病院入院診療加算
ロ　臨床研修病院入院診療加算
ハ　紹介受診重点医療機関入院診療加算
ニ　救急医療管理加算
ホ　妊産婦緊急搬送入院加算
ヘ　在宅患者緊急入院診療加算
ト　診療録管理体制加算
チ　医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）
リ　乳幼児加算・幼児加算
ヌ　難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）
ル　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
ヲ　看護配置加算
ワ　看護補助加算
カ　地域加算
ヨ　離島加算
タ　療養環境加算
レ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算
ソ　二類感染症患者療養環境特別加算
ツ　栄養サポートチーム加算
ネ　医療安全対策加算
ナ　感染対策向上加算
ラ　患者サポート体制充実加算
ム　報告書管理体制加算
ウ　褥瘡ハイリスク患者ケア加算
ヰ　ハイリスク妊娠管理加算
ノ　術後疼痛管理チーム加算

病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に適合しなくなった後の直近３月に限り、月平均夜勤時間超過減算として、それぞれの所定点数から100分の15に相当する点数を減算する。なお、別に厚生労働大臣が定める場合には、算定できない。

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

イ　14日以内の期間　465点
（特別入院基本料等については、300点）

ロ　15日以上30日以内の期間　250点
（特別入院基本料等については、155点）

ハ　31日以上90日以内の期間　125点
（特別入院基本料等については、100点）

ニ　91日以上180日以内の期間　10点

ホ　181日以上１年以内の期間　３点

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して１月以内の期間に限り、重度認知症加算として、１日につき300点を所定点数に加算する。

５　当該病棟に入院する患者が、入院に当たって区分番号Ａ２３８－７に掲げる精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定したものである場合には、入院した日から起算して14日を限度として、救急支援精神病棟初期加算として、１日につき100点を所定点数に加算する。

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

イ　地域医療支援病院入院診療加算
ロ　臨床研修病院入院診療加算
ハ　紹介受診重点医療機関入院診療加算
ニ　救急医療管理加算
ホ　妊産婦緊急搬送入院加算
ヘ　在宅患者緊急入院診療加算
ト　診療録管理体制加算
チ　医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）
リ　乳幼児加算・幼児加算
ヌ　難病等特別入院診療加算
ル　特殊疾患入院施設管理加算
ヲ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
ワ　看護配置加算
カ　看護補助加算
ヨ　地域加算
タ　離島加算
レ　療養環境加算
ソ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算
ツ　二類感染症患者療養環境特別加算
ネ　精神科措置入院診療加算
ナ　精神科措置入院退院支援加算
ラ　精神科応急入院施設管理加算
ム　精神科隔離室管理加算
ウ　精神病棟入院時医学管理加算
ヰ　精神科地域移行実施加算
ノ　精神科身体合併症管理加算（18対１入院基本料及び20対１入院基本料を算定するものを除く。）
オ　強度行動障害入院医療管理加算
ク　依存症入院医療管理加算
ヤ　摂食障害入院医療管理加算
マ　栄養サポートチーム加算
ケ　医療安全対策加算
フ　感染対策向上加算
コ　患者サポート体制充実加算
エ　報告書管理体制加算
テ　褥瘡ハイリスク患者ケア加算
ア　ハイリスク妊娠管理加算
サ　ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）
キ　精神科救急搬送患者地域連携受入加算
ユ　後発医薬品使用体制加算
メ　病棟薬剤業務実施加算１
ミ　データ提出加算
シ　精神科急性期医師配置加算（10対１入院基本料又は13対１入院基本料を算定するものに限る。）
ヱ　薬剤総合評価調整加算
ヒ　排尿自立支援加算
モ　地域医療体制確保加算（10対１入院基本料を算定するものに限る。）

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

８　精神保健福祉士配置加算を算定した場合は、区分番号Ａ２３０－２に掲げる精神科地域移行実施加算、区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２、区分番号Ｂ００５－１－２に掲げる介護支援等連携指導料、区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料及び区分番号Ｉ０１１－２に掲げる精神科退院前訪問指導料は、算定しない。

９　注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出ていた病棟であって、当該基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た病棟については、注２の規定にかかわらず、当該病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当分の間、夜勤時間特別入院基本料として、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数を算定できる。ただし、当該点数が注２本文に規定する特別入院基本料の点数を下回る場合は、本文の規定にかかわらず、571点を算定できる。

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

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

Ａ１０４　特定機能病院入院基本料（１日につき）

１　一般病棟の場合
イ　７対１入院基本料　1,718点
ロ　10対１入院基本料　1,438点

２　結核病棟の場合
イ　７対１入院基本料　1,718点
ロ　10対１入院基本料　1,438点
ハ　13対１入院基本料　1,210点

ニ　15対１入院基本料　1,037点

３　精神病棟の場合

イ　７対１入院基本料　1,450点

ロ　10対１入院基本料　1,373点

ハ　13対１入院基本料　1,022点

ニ　15対１入院基本料　933点

注１　特定機能病院の一般病棟、結核病棟又は精神病棟であって、看護配置、看護師比率、平均在院日数その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

２　注１の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める患者については、区分番号Ａ１０２に掲げる結核病棟入院基本料の注３に規定する特別入院基本料の例により算定する。

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

イ　一般病棟の場合

⑴　14日以内の期間　712点

⑵　15日以上30日以内の期間　207点

ロ　結核病棟の場合

⑴　30日以内の期間　330点

⑵　31日以上90日以内の期間　200点

ハ　精神病棟の場合

⑴　14日以内の期間　505点

⑵　15日以上30日以内の期間　250点

⑶　31日以上90日以内の期間　125点

⑷　91日以上180日以内の期間　30点

⑸　181日以上１年以内の期間　15点

４　当該病棟（精神病棟に限る。）に入院している患者が別に厚生労働大臣が定めるものである場合には、入院した日から起算して１月以内の期間に限り、重度認知症加算として、１日につき300点を所定点数に加算する。

５　当該病棟に入院している患者の重症度、医療・看護必要度（以下この表において「看護必要度」という。）につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ　看護必要度加算１　55点

ロ　看護必要度加算２　45点

ハ　看護必要度加算３　25点

６　退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

７　入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（一般病棟に限る。）は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

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

イ　臨床研修病院入院診療加算

ロ　救急医療管理加算

ハ　超急性期脳卒中加算（一般病棟に限る。）

ニ　妊産婦緊急搬送入院加算

ホ　在宅患者緊急入院診療加算

ヘ　診療録管理体制加算

ト　医師事務作業補助体制加算

チ　急性期看護補助体制加算（一般病棟に限る。）

リ　看護職員夜間配置加算（一般病棟に限る。）

ヌ　乳幼児加算・幼児加算

ル　難病等特別入院診療加算（二類感染症患者入院診療加算は一般病棟又は精神病棟に限る。）

ヲ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

ワ　看護補助加算

カ　地域加算

ヨ　離島加算

タ　療養環境加算

レ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算

ソ　二類感染症患者療養環境特別加算

ツ　重症者等療養環境特別加算（一般病棟に限る。）

ネ　小児療養環境特別加算（一般病棟に限る。）

ナ　無菌治療室管理加算（一般病棟に限る。）

ラ　放射線治療病室管理加算（一般病棟に限る。）

ム　緩和ケア診療加算（一般病棟に限る。）

ウ　精神科措置入院診療加算（精神病棟に限る。）

ヰ　精神科措置入院退院支援加算（精神病棟に限る。）

ノ　精神科応急入院施設管理加算（精神病棟に限る。）

オ　精神科隔離室管理加算（精神病棟に限る。）

ク　精神病棟入院時医学管理加算（精神病棟に限る。）

ヤ　精神科地域移行実施加算（精神病棟に限る。）

マ　精神科身体合併症管理加算（精神病棟に限る。）

ケ　精神科リエゾンチーム加算（一般病棟に限る。）

フ　強度行動障害入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）

コ　依存症入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）

エ　摂食障害入院医療管理加算（一般病棟又は精神病棟に限る。）

テ　がん拠点病院加算（一般病棟に限る。）

ア　栄養サポートチーム加算

サ　医療安全対策加算

キ　感染対策向上加算

ユ　患者サポート体制充実加算

メ　報告書管理体制加算

ミ　褥瘡ハイリスク患者ケア加算

シ　ハイリスク妊娠管理加算

ヱ　ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）（一般病棟又は精神病棟に限る。）

ヒ　呼吸ケアチーム加算（一般病棟に限る。）

モ　術後疼痛管理チーム加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）

セ　後発医薬品使用体制加算

ス　病棟薬剤業務実施加算１

ン　データ提出加算

イイ　入退院支援加算（一般病棟は１のイ、２のイ又は３に限り、結核病棟は１のロ又は２のロに限る。）

イロ　認知症ケア加算（一般病棟又は結核病棟に限る。）

イハ　せん妄ハイリスク患者ケア加算（一般病棟に限る。）

イニ　精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）

イホ　精神科急性期医師配置加算（精神病棟の７対１入院基本料、10対１入院基本料又は13対１入院基本料を算定するものに限る。）
イヘ　薬剤総合評価調整加算
イト　排尿自立支援加算
イチ　地域医療体制確保加算（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定するものに限る。）

９　当該病棟（一般病棟に限る。）のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院するものについては、注１から注８までの規定にかかわらず、区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の例により算定する。

10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟（一般病棟に限る。）に入院している患者について、ＡＤＬ維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、１日につき80点を所定点数に加算する。

11　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者に対して、管理栄養士が必要な栄養管理を行った場合には、入院栄養管理体制加算として、入院初日及び退院時にそれぞれ１回に限り、270点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２３３－２に掲げる栄養サポートチーム加算及び区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

12　注11に該当する場合であって、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成17年法律第123号）第34条第１項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第１号に規定する福祉型障害児入所施設と共有した場合には、栄養情報提供加算として、退院時１回に限り、50点を更に所定点数に加算する。

Ａ１０５　専門病院入院基本料（１日につき）

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

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

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

イ	14日以内の期間	512点
ロ	15日以上30日以内の期間	207点

３　当該病棟に入院している患者の看護必要度につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ	看護必要度加算１	55点
ロ	看護必要度加算２	45点
ハ	看護必要度加算３	25点

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、１日につき５点を所定点数に加算する。

５　退院が特定の時間帯に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める患者の退院日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

６　入院日及び退院日が特定の日に集中しているものとして別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、所定点数の100分の92に相当する点数により算定する。

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

イ　臨床研修病院入院診療加算
ロ　救急医療管理加算
ハ　超急性期脳卒中加算
ニ　妊産婦緊急搬送入院加算
ホ　在宅患者緊急入院診療加算
ヘ　診療録管理体制加算
ト　医師事務作業補助体制加算
チ　急性期看護補助体制加算
リ　看護職員夜間配置加算
ヌ　乳幼児加算・幼児加算
ル　難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）
ヲ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
ワ　看護補助加算
カ　地域加算
ヨ　離島加算
タ　療養環境加算
レ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算
ソ　二類感染症患者療養環境特別加算
ツ　重症者等療養環境特別加算
ネ　小児療養環境特別加算
ナ　無菌治療室管理加算
ラ　放射線治療病室管理加算
ム　緩和ケア診療加算
ウ　精神科リエゾンチーム加算
ヰ　強度行動障害入院医療管理加算
ノ　依存症入院医療管理加算
オ　摂食障害入院医療管理加算
ク　がん拠点病院加算
ヤ　栄養サポートチーム加算
マ　医療安全対策加算
ケ　感染対策向上加算
フ　患者サポート体制充実加算
コ　報告書管理体制加算
エ　褥瘡ハイリスク患者ケア加算
テ　ハイリスク妊娠管理加算
ア　呼吸ケアチーム加算
サ　術後疼痛管理チーム加算
キ　後発医薬品使用体制加算
ユ　病棟薬剤業務実施加算１
メ　データ提出加算

ミ　入退院支援加算（１のイ、２のイ又は３に限る。）
シ　認知症ケア加算
ヱ　精神疾患診療体制加算
ヒ　薬剤総合評価調整加算
モ　排尿自立支援加算
セ　地域医療体制確保加算（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定するものに限る。）

８　当該病棟のうち、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者であって、当該病棟に90日を超えて入院するものについては、注１から注７までの規定にかかわらず、区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の例により算定する。

９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、ＡＤＬ維持向上等体制加算として、入院した日から起算して14日を限度とし、１日につき80点を所定点数に加算する。

10　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の５に相当する点数を減算する。
イ　年６日以内であること。
ロ　当該日が属する月が連続する２月以内であること。

Ａ１０６　障害者施設等入院基本料（１日につき）

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

注１　障害者施設等一般病棟（児童福祉法第42条第２号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第７条第２項に規定する重症心身障害児をいう。）を入所させるものに限る。）及びこれらに準ずる施設に係る一般病棟並びに別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟をいう。）であって、看護配置、看護師比率その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た一般病棟に入院している患者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

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

３　当該病棟の入院患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。
イ　14日以内の期間　312点
ロ　15日以上30日以内の期間　167点

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

５　当該病棟に入院している特定患者（当該病棟に90日を超えて入院する患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。）をいう。）に該当する者（第３節の特定入院料を算定する患者を除く。）については、注１から注３まで及び注12の規定にかかわらず、特定入院基本料として969点を算定する。ただし、月平均夜勤時間超過減算として所定点数の100分の15に相当する点数を減算する患者については、863点を算定する。この場合において、特定入院基本料を算定する患者に対して行った第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断並びに第４部画像診断及び第９部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

６　当該病棟に入院する重度の意識障害（脳卒中の後遺症であるものに限る。）の患者であって、基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３⑵のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１及び注３の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。
イ　７対１入院基本料又は10対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,496点
⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,358点
ロ　13対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,343点
⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,206点
ハ　15対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,244点
⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,107点

７　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、次に掲げる加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。
イ　臨床研修病院入院診療加算
ロ　在宅患者緊急入院診療加算
ハ　診療録管理体制加算
ニ　医師事務作業補助体制加算
ホ　乳幼児加算・幼児加算
ヘ　難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）
ト　特殊疾患入院施設管理加算
チ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
リ　看護配置加算
ヌ　看護補助加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）
ル　地域加算
ヲ　離島加算
ワ　療養環境加算
カ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算
ヨ　二類感染症患者療養環境特別加算
タ　重症者等療養環境特別加算
レ　強度行動障害入院医療管理加算
ソ　栄養サポートチーム加算
ツ　医療安全対策加算
ネ　感染対策向上加算
ナ　患者サポート体制充実加算
ラ　報告書管理体制加算
ム　褥瘡ハイリスク患者ケア加算

ウ　後発医薬品使用体制加算（特定入院基本料を算定するものを除く。）
キ　データ提出加算
ノ　入退院支援加算（１のロ又は２のロに限る。）
オ　認知症ケア加算
ク　排尿自立支援加算

８　注６又は注12に規定する点数を算定する患者に対して行った第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第13部病理診断並びに第４部画像診断及び第９部処置のうち別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含み、除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。ただし、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の他の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合には、その日から起算して３日前までの当該費用については、この限りでない。

９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）については、当該基準に係る区分に従い、かつ、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ　看護補助加算
⑴　14日以内の期間　146点
⑵　15日以上30日以内の期間　121点
ロ　看護補助体制充実加算
⑴　14日以内の期間　151点
⑵　15日以上30日以内の期間　126点

10　夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（７対１入院基本料又は10対１入院基本料を現に算定している患者に限る。）について、夜間看護体制加算として、入院初日に限り150点を所定点数に加算する。

11　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の入院基本料（注２の規定により算定される入院基本料及び注５に規定する特定入院基本料を含む。）は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の５に相当する点数を減算する。

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

12　当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３⑴のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３⑵のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１及び注３の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ　７対１入院基本料又は10対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,345点
⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,221点
ロ　13対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,207点
⑵　医療区分１の患者に相当するもの　1,084点
ハ　15対１入院基本料の施設基準を届け出た病棟に入院している場合
⑴　医療区分２の患者に相当するもの　1,118点
⑵　医療区分１の患者に相当するもの　995点

Ａ１０７　削除

Ａ１０８　有床診療所入院基本料（１日につき）

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

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

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

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度として、有床診療所急性期患者支援病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として、有床診療所在宅患者支援病床初期加算として、１日につき300点を所定点数に加算する。

４　夜間の緊急体制確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、夜間緊急体制確保加算として、１日につき15点を所定点数に加算する。

５　医師配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ　医師配置加算１　120点
ロ　医師配置加算２　90点

6　看護配置等につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ　看護配置加算１　60点
ロ　看護配置加算２　35点
ハ　夜間看護配置加算１　105点
ニ　夜間看護配置加算２　55点
ホ　看護補助配置加算１　25点
ヘ　看護補助配置加算２　15点

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

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

イ　救急医療管理加算
ロ　超急性期脳卒中加算
ハ　妊産婦緊急搬送入院加算
ニ　在宅患者緊急入院診療加算
ホ　診療録管理体制加算
ヘ　医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）
ト　乳幼児加算・幼児加算
チ　難病等特別入院診療加算（難病患者等入院診療加算に限る。）
リ　特殊疾患入院施設管理加算
ヌ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
ル　地域加算
ヲ　離島加算
ワ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算
カ　二類感染症患者療養環境特別加算
ヨ　小児療養環境特別加算
タ　無菌治療室管理加算
レ　放射線治療病室管理加算
ソ　重症皮膚潰瘍管理加算
ツ　有床診療所緩和ケア診療加算
ネ　医療安全対策加算
ナ　感染対策向上加算
ラ　患者サポート体制充実加算
ム　報告書管理体制加算
ウ　ハイリスク妊娠管理加算
ヰ　ハイリスク分娩等管理加算（地域連携分娩管理加算に限る。）
ノ　後発医薬品使用体制加算
オ　入退院支援加算（１のイ又は２のイに限る。）
ク　薬剤総合評価調整加算
ヤ　排尿自立支援加算

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

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

11　１から３までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者については、有床診療所在宅復帰機能強化加算として、入院日から起算して15日以降に１日につき20点を所定点数に加算する。

12　１から３までを算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たすものに入院している患者のうち、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第２条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満のもの又は65歳以上のものについては、当該基準に係る区分に従い、入院日から起算して15日以降30日までの期間に限り、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ　介護連携加算１　192点
ロ　介護連携加算２　38点

Ａ１０９　有床診療所療養病床入院基本料（１日につき）

1　入院基本料Ａ　1,057点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,042点）
2　入院基本料Ｂ　945点
（生活療養を受ける場合にあっては、929点）
3　入院基本料Ｃ　827点
（生活療養を受ける場合にあっては、813点）
4　入院基本料Ｄ　653点
（生活療養を受ける場合にあっては、638点）
5　入院基本料Ｅ　564点
（生活療養を受ける場合にあっては、549点）

注１　有床診療所（療養病床に係るものに限る。）であって、看護配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者について、当該患者の疾患、状態、ＡＤＬ等について別に厚生労働大臣が定める区分に従い、当該患者ごとにそれぞれ所定点数を算定する。ただし、注３のただし書に該当する場合には、入院基本料Ｅを算定する。

２　注１に規定する有床診療所以外の療養病床を有する有床診療所については、当分の間、地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該有床診療所に入院している患者について、特別入院基本料として、488点（生活療養を受ける場合にあっては、473点）を算定できる。

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

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

イ　褥瘡対策加算１　15点
ロ　褥瘡対策加算２　５点

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

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者については、転院した日から起算して21日を限度として、有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算として、１日につき300点を所定点数に加算し、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する当該患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行った場合に、入院した日から起算して21日を限度として、有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算として、１日につき350点を所定点数に加算する。

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

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

イ　在宅患者緊急入院診療加算
ロ　診療録管理体制加算
ハ　医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）
ニ　乳幼児加算・幼児加算
ホ　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算
ヘ　地域加算
ト　離島加算
チ　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算
リ　診療所療養病床療養環境加算
ヌ　診療所療養病床療養環境改善加算
ル　重症皮膚潰瘍管理加算
ヲ　有床診療所緩和ケア診療加算
ワ　医療安全対策加算
カ　感染対策向上加算
ヨ　患者サポート体制充実加算
タ　報告書管理体制加算
レ　入退院支援加算（１のロ又は２のロに限る。）
ソ　薬剤総合評価調整加算
ツ　排尿自立支援加算

９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関については、注１から注８までの規定にかかわらず、当該保険医療機関に入院している患者について、区分番号Ａ１０８に掲げる有床診療所入院基本料の例により算定できる。

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

11　有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所である保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者については、有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算として、１日につき10点を所定点数に加算する。

12　有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所である保険医療機関に入院している患者のうち、当該保険医療機関において、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、Ｊ０３８－２に掲げる持続緩徐式血液濾過、Ｊ０３９に掲げる血漿交換療法又はＪ０４２に掲げる腹膜灌流を行っている患者については、慢性維持透析管理加算として、１日につき100点を所定点数に加算する。

＜通則＞

１　入院基本料、特定入院料及び短期滞在手術等基本料は、基本的な入院医療の体制を評価するものであり、療養環境（寝具等を含む。）の提供、看護師等の確保及び医学的管理の確保等については、医療法の定めるところによる他、「病院、診療所等の業務委託について（平成５年２月15日指第14号）」等に従い、適切に実施するものとし、これに要する費用は、特に規定する場合を除き、入院基本料、特定入院料及び短期滞在手術等基本料に含まれる。

２　１に規定する他、寝具等について次の基準のいずれかに該当しない場合には、入院基本料、特定入院料、短期滞在手術等基本料は算定できない。

（１）　患者の状態に応じて寝具類が随時利用できるよう用意されていること。なお、具備されるべき寝具は、敷布団（マットレスパッドを含む。）、掛布団（毛布、タオルケット、綿毛布を含む。）、シーツ類、枕、枕覆等である。

（２）　寝具類が常時清潔な状態で確保されていること。シーツ類は、週１回以上の交換がなされていること。

（３）　消毒は必要の都度行われていること。

３　入院期間の確認について（入院料の支払要件）

（１）　保険医療機関の確認等

ア　保険医療機関は、患者の入院に際し、患者又はその家族等に対して当該患者の過去３か月以内の入院の有無を確認すること。過去３か月以内に入院がある場合は、入院の理由を確認すること。同一傷病による入院である場合には前保険医療機関における入院期間、算定入院基本料等及び入院に係る傷病名を当該患者の前保険医療機関又は保険者に照会し、当該保険医療機関の入院初日に追加される選定療養に係る入院期間及び当該患者の入院が選定療養に該当するか否かを確認すること。

イ　保険医療機関は、当該患者の退院に際しては、他保険医療機関からの当該患者の入院履歴に係る問い合わせに対し速やかに対応できるよう必要な体制を整えておくこと。円滑な運用のために別紙様式１又はこれに準ずる様式による文書を退院証明書として患者に渡すことが望ましい。

ウ　ア、イに定める確認等を怠っている場合は、入院料は算定できないものであること。

（２）　入院患者の申告等

患者は、入院に際しては、保険医療機関からの求めに応じ、自己の入院履歴を申告すること。なお、虚偽の申告等を行った場合は、それにより発生する損失について、後日費用徴収が行われる可能性があるものである。

４　１日入院

眼科、耳鼻科等において手術を行い、同一の日に入院及び退院した場合、医師が入院の必要を認めて病室に入院させて入院医療が行われた場合にあっては、入院基本料又は特定入院料を算定できるが、単なる覚醒、休養等の目的で入院させた場合は、入院基本料又は特定入院料は算定しない。なお、短期滞在手術等基本料については、第４節に規定するところによる。

５　入院中の患者の他医療機関への受診

（１）　入院中の患者が、当該入院の原因となった傷病以外の傷病に罹患し、入院している保険

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

（2） 入院中の患者（ＤＰＣ算定病棟に入院している患者を除く。）に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）は、他医療機関において当該診療に係る費用を算定することができる。ただし、短期滞在手術等基本料３、医学管理等（診療情報提供料を除く。）、在宅医療、投薬、注射（当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬又は注射に係る費用を除き、処方料、処方箋料及び外来化学療法加算を含む。）及びリハビリテーション（言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料を除く。）に係る費用は算定できない。

（3） （2）のただし書にかかわらず、出来高入院料を算定する病床に入院している患者の場合には、他医療機関における診療に要する費用のうち、当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた投薬に係る費用は算定できる。

（4） 本通則において、出来高入院料とは、特定入院料、一般病棟入院基本料（「注 11」の規定により療養病棟入院料１の例により算定する場合に限る。）、特定機能病院入院基本料（「注９」の規定により療養病棟入院料１の例により算定する場合に限る。）、専門病院入院基本料（「注８」の規定により療養病棟入院料１の例により算定する場合に限る。）、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料（「注６」又は「注 12」の例により算定する場合に限る。）、有床診療所療養病床入院基本料及び特定入院基本料（以下本通則において「特定入院料等」という。）を除く入院基本料をいう。

（5） 入院中の患者が他医療機関を受診する場合には、入院医療機関は、当該他医療機関に対し、当該診療に必要な診療情報（当該入院医療機関での算定入院料及び必要な診療料を含む。）を文書により提供する（これらに要する費用は患者の入院している保険医療機関が負担するものとする。）とともに、診療録にその写しを添付すること。

（6） （2）の規定により入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、１点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。

ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の 10%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、区分番号「Ｅ１０１」シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、区分番号「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影、区分番号「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、区分番号「Ｅ１０１－４」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、区分番号「Ｅ１０１－５」乳房用ポジトロン断層撮影、区分番号「Ｍ００１」体外照射の３の強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、区分番号「Ｍ００１－２」ガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「Ｍ００１－３」直線加速器による放射線治療の１の定位放射線治療の場合又は区分番号「Ｍ００１－４」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の５％を控除した点数により算定すること。

イ 入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該

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

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

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

（７）　他医療機関において診療を行った場合には、入院医療機関から提供される当該患者に係

る診療情報に係る文書を診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に「入院医療機関名」、「当該患者の算定する入院料」、「受診した理由」、「診療科」及び「㊟（受診日数：○日）」を記載すること。

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

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

6　外泊期間中の入院料等

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

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

なお、当該外泊期間は、７の入院期間に算入する。

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

7　入院期間の計算

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

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

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

ただし、次のいずれかに該当する場合は、新たな入院日を起算日とする。

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

関に入院した場合

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

（３）「特別の関係」とは、次に掲げる関係をいう。

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

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

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

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

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

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

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

ウ　「親族等」とは、親族関係を有する者及び以下に掲げる者をいう。

（イ）事実上婚姻関係と同様の事情にある者

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

（ハ）（イ）又は（ロ）に掲げる者の親族でこれらの者と生計を一にしているもの

８　病棟移動時の入院料

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

９　退院時処方に係る薬剤料の取扱い

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

10　定数超過入院に該当する保険医療機関、医療法に定める人員標準を著しく下回る保険医療機関の取扱いについては、「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」（平成 18 年厚生労働省告示第 104 号）に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。

11　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合に限り入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料３の算定を行うものであり、基準に適合していることを示す資料等を整備しておく必要がある。

12　救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合は、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床（区分番号「Ａ２０５」救急医療管理加算又は区分番号「Ａ３００」救命救急入院料を算定する病床に限る。）に入院したものとみなすものであること。

13　退院が特定の時間帯に集中している場合の入院基本料の算定について

（１）　以下のいずれも満たす病棟を有する保険医療機関を対象とする。

ア　一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定している病棟を有する保険医療機関であること。

イ　当該病棟の退院全体のうち、正午までに退院するものの割合が９割以上の保険医療機関であること。

（２）　減算の対象となる入院基本料は、一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料のうち、当該病棟に 30 日を超えて入院している者の退院日の入院基本料であって、以下のいずれも満たすものとする。

ア　退院日に 1,000 点以上の処置又は手術を算定していないもの

イ　入退院支援加算を算定していないもの

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

ア　電子カルテ等で退院時間が明らかな場合については、以下により算定する。

１月当たりの当該病棟の退院患者のうち、正午以前に退院した患者数／１月当たりの退院患者数

イ　退院時間が明らかでない場合は、毎月 16 日を含む１週間（例えば 16 日が火曜日の場合は 14 日(日)から 20 日(土)までの７日間）に当該病棟を退院した患者を対象とし、該当する退院患者の退院日、退院日前日の食事回数をもとに以下により算定する。

（退院日前日に退院患者に提供した夕食数－退院日に退院患者に提供した昼食数）／退院日前日に退院患者に提供した夕食数

ウ　ア又はイのいずれかの方法により、直近６か月の月ごとの割合を算定し、当該６か月のいずれも９割以上の場合、翌月から(２)に該当する入院基本料は、所定点数の 100 分の 92 に相当する点数により算定する。

14　入院日及び退院日が特定の日に集中している場合の入院基本料の算定について

（１）　以下のいずれも満たす保険医療機関を対象とする。

ア　一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定している病棟を有する保険医療機関

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

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

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

（１月当たりの金曜日入院患者数／１月当たりの全入院患者数）×100

＋（１月当たりの月曜日退院患者数／１月当たりの全退院患者数）×100

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

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

第１節　入院基本料

Ａ１００　一般病棟入院基本料

（１）　一般病棟入院基本料は、「注１」の入院基本料、「注２」の特別入院基本料並びに月平均夜勤時間超過減算及び「注７」の夜勤時間特別入院基本料から構成され、「注１」の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た一般病棟に入院している患者について、各区分の所定点数を算定し、「注２」の特別入院基本料並びに月平均夜勤時間超過減算及び「注 7」の夜勤時間特別入院基本料については、届け出た一般病棟に入院している患者について算定する。

（２）　当該保険医療機関において複数の一般病棟がある場合には、当該病棟のうち、障害者施設等入院基本料等又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）

を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の一般病棟入院基本料を算定するものとする。ただし、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別紙２に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が 400 床以上の病院、ＤＰＣ対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料１のみを届け出ている病院を除く。）の一般病棟においては、病棟ごとに違う区分の入院基本料を算定しても差し支えない。

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

（４） 「注４」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「Ａ２４６」入退院支援加算３が算定された患者を一般病棟（地域一般入院基本料に限る。）で受け入れた場合に入院初日に算定する。ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

（５） 「注５」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者や介護老人保健施設、介護保険法（平成９年法律第 123 号）第８条第 29 項に規定する介護医療院（以下「介護医療院」という。）、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等（以下「介護老人保健施設等」という。）の入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、一般病棟（地域一般入院基本料、13 対１入院基本料又は 15 対１入院基本料に限る。）が有する以下のような機能を評価したものであり、転院又は入院した日から起算して 14 日を限度に算定できる。当該加算を算定するに当たっては、入院前の患者の居場所（転院の場合は入院前の医療機関名）、自院の入院歴の有無、入院までの経過等を診療録に記載すること。

ア　急性期医療を担う病院に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を速やかに一般病棟が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、急性期一般入院基本料、７対１入院基本料若しくは 10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料又は小児入院医療管理料を算定する病棟であること。なお、同一医療機関において当該一般病棟に転棟した患者については、算定できない。

イ　自宅や介護老人保健施設等で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、一般病棟（地域一般入院基本料、13 対１入院基本料又は 15 対１入院基本料に限る。）が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していることにより、自宅や介護老人保健施設等における療養の継続を後方支援する。なお、当該加算を算定する一般病棟を有する病院に介護老人保健施設等が併設されている場合は、当該併設介護老人保健施設等から受け入れた患者については算定でき

ないものとする。

（６） 一般病棟入院基本料の算定患者が 90 日を超える期間一般病棟に入院している場合（（８）に規定するアの方法により算定している患者を除く。）は、平均在院日数の算定の対象から除外すること。このため、一般病棟入院基本料の算定患者を入院させる保険医療機関においては、当該患者の人数等が明確に分かるような名簿を月ごとに作成し、適切に管理しておく必要があること。

（７） 一般病棟入院基本料を算定する病棟については、「注 10」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

（８） 一般病棟入院基本料（特別入院基本料を除く。）を算定する病棟に入院している患者であって、当該病棟に 90 日を超えて入院する患者については、下記のいずれかにより算定する。

ア 引き続き一般病棟入院基本料を算定する（平均在院日数の算定の対象となる。）。

イ 一般病棟入院基本料の「注 11」の規定により、区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院料１の例により算定する。（平均在院日数の算定の対象とならない。）

上記については、当該保険医療機関の病棟ごとの取扱いとなるが、上記イにより算定する場合については、あらかじめ地方厚生（支）局長に届け出た病棟に限る。

平成 26 年３月 31 日時点で当該病棟（平成 26 年改定前における７対１入院基本料又は 10 対１入院基本料に限る。）に入院していた患者であって、イの方法により算定する者については、当分の間、医療区分を３とする。

（９） （８）のイにより、区分番号「Ａ１０１」の療養病棟入院料１の例により算定する場合の費用の請求については、当該保険医療機関に入院した日を入院初日として、下記のとおりとする。

ア 区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の「注３」に規定する費用は入院基本料に含まれるため、別に算定できない。

イ 区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の「注４」に規定する褥瘡対策加算１又は２を算定することができる。

ウ 区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の「注５」に規定する重症児（者）受入連携加算及び「注６」に規定する急性期患者支援療養病床初期加算及び在宅患者支援療養病床初期加算は算定することができない。

エ 区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の「注７」に規定する加算のうち、以下のものを算定することができる。

（イ） 乳幼児加算・幼児加算

（ロ） 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（算定日数の上限については、療養病棟に入院しているものとして取り扱う。）

（ハ） 地域加算

（ニ） 離島加算

（ホ） ＨＩＶ感染者療養環境特別加算

（ヘ） 療養病棟療養環境加算（別に届出を行った場合に限る。）

（ト） 重症皮膚潰瘍管理加算（別に届出を行った場合に限る。）

（チ） 栄養サポートチーム加算（ただし、当該保険医療機関に入院した日を入院初日と

起算して算定する。）

（リ） 感染対策向上加算３（ただし、当該保険医療機関に入院した日を入院初日と起算して算定する。）（ヌ） 入退院支援加算（ただし、当該保険医療機関に入院した日を入院初日として、区分番号「Ａ２４６」入退院支援加算１又は２のロに規定する療養病棟入院基本料等の場合の例により算定する。）

（ル） データ提出加算

（ヲ） 排尿自立支援加算

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

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

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

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

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

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

ア 入院患者に対する定期的なＡＤＬの評価は、別紙様式７の２又はこれに準ずる様式を

用いて行っていること。

イ　入院患者に対するＡＤＬの維持、向上等を目的とした指導を行っていること。

ウ　必要最小限の抑制とした上で、転倒転落を防止する対策を行っていること。

エ　必要に応じて患者の家族に対して、患者の状況を情報提供していること。

オ　入院患者のＡＤＬの維持、向上等に係るカンファレンスが定期的に開催されており、医師、看護師及び必要に応じてその他の職種が参加していること。

カ　指導内容等について、診療録等に記載すること。

キ　自宅等、想定される退棟先の環境を把握し、退棟後に起こりうるリスクについて、多職種のカンファレンスで共有していること。

ク　必要に応じて他の職種と共同し、機能予後について患者がどのように理解しているかを把握し、多職種のカンファレンスで共有していること。

ケ　必要に応じて他の職種と共同し、患者が再び実現したいと願っている活動や社会参加等について、その優先順位と共に把握し、多職種のカンファレンスで共有していること。

また、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

Ａ１０１　療養病棟入院基本料

（１）　療養病棟入院基本料は、「注１」の入院料及び「注２」の特別入院基本料から構成され、「注１」の入院料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た療養病棟に入院している患者について、別に厚生労働大臣が定める区分（１日に２つ以上の区分に該当する場合には、該当するもののうち最も高い点数の区分）に従い、当該患者ごとに入院料Ａ等の各区分の所定点数を算定し、「注２」の特別入院基本料については、届け出た療養病棟に入院している患者について算定する。ただし、「注１」の入院料を算定している場合において、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟する場合にはその前日を１日目として３日前までの間、別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合にはその当日を１日目として３日前までの間は、その日ごとに入院料Ｉを算定することができる。

（２）　当該保険医療機関において複数の療養病棟がある場合には、当該病棟のうち、回復期リハビリテーション病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、「注１」の入院料又は「注２」の特別入院基本料のいずれかを算定するものとする。

（３）　「注１」の入院料のうち、入院料Ａから入院料Ｆまでのいずれかの算定に当たっては、定期的（少なくとも月に１回）に患者又はその家族等に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式２又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写しを交付のうえ十分な説明を行うとともに診療録に添付すること。また、やむを得ない理由により説明を行うことが困難な場合であっても、患者又はその家族等の求めに応じ、当該書面又はその写しを交付するとともに診療録に添付すること。なお、患者又はその家族等への説明に当たり、特に悪性腫瘍等の患者に対しては、患者本人の治療方針に関する理解状況を踏まえ、療養上著しく不適切なことが生じないよう配慮すること。

「注１」ただし書の療養病棟入院料１又は２を算定する病棟に入院する中心静脈栄養を実施している状態にある患者については、当該病棟において摂食機能又は嚥下機能の回復

に必要な体制が確保されているものと認められない場合には、それぞれ１又は２の入院料Ａ、Ｂ又はＣの算定に代えて入院料Ｄ、Ｅ又はＦを算定する。

なお、令和４年３月 31 日において現に療養病棟入院料１又は２に係る届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月 30 日までの間に限り、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制が確保されているものとみなす。また、令和４年３月 31 日において現に療養病棟入院料１又は２を算定している患者であって、医療区分３のうち「中心静脈注射を実施している状態」に該当しているものについては、当該患者が入院している病棟における摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制の確保の状況にかかわらず、当該状態が継続している間に限り、医療区分３に該当する場合の点数を算定できる。

（４） 基本診療料の施設基準等別表第五に掲げる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤、特定保険医療材料又は区分番号「Ｊ２０１」酸素加算の費用並びに浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については療養病棟入院基本料に含まれる。なお、療養病棟入院基本料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、療養病棟入院基本料に含まれているものであるため別に算定できない。ただし、「注１」のただし書の規定により、入院料Ｉを算定する場合については、この限りではない。

（５） 療養病棟入院基本料を算定する病棟は主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する施設であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。なお、「注１」のただし書の規定により入院料Ｉを算定した場合においても、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

（６） 療養病棟入院基本料を算定するに当たっては、次の点に留意する。

ア 定期的（少なくとも月に１回）に患者の状態の評価及び入院療養の計画を見直し、その要点を診療録に記載する。なお、入院時と退院時のＡＤＬの程度を診療録に記載する。

イ 患者の状態に著しい変化がみられた場合には、その都度、患者の状態を評価した上で、治療やケアを見直し、その要点を診療録等に記載する。

（７） 「注４」に規定する褥瘡対策加算１及び２は、ＡＤＬ区分３の状態の患者について、「別紙様式 46」の「褥瘡対策に関する評価」を用いて褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ毎日評価し、以下により算定すること。なお、以下において、「褥瘡対策に関する評価」における褥瘡の状態の評価項目のうち「深さ」の項目の点数は加えない当該患者の DESIGN-R2020 の合計点数を「DESIGN-R2020 の合計点」といい、暦月内における DESIGN-R2020 の合計点が最も低かった日の点数を当該月における「実績点」という。また、褥瘡の状態の評価の結果を別添１の２の別紙様式２の「医療区分・ＡＤＬ区分等に係る評価票」の所定欄に記載し、治療及び看護の計画を見直した場合には、その内容を診療録等に記載すること。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

ア 褥瘡対策加算１については、入院後若しくは新たに当該加算に係る評価を始めて暦月で３月を超えない間又は褥瘡対策加算２を算定する日以外の日において算定する。

イ 褥瘡対策加算２については、直近２月の実績点が２月連続して前月の実績点を上回った場合であって、DESIGN-R2020 の合計点が前月の実績点より上回った日に算定する。

（８） 「注５」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の

医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「Ａ２４６」入退院支援加算３が算定された患者を、療養病棟で受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

（９）「注６」に規定する急性期患者支援療養病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者支援療養病床初期加算は在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療及び在宅での療養を支えることを目的として、療養病棟が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して 14 日を限度に算定できる。また、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

ア　急性期患者支援療養病床初期加算については、急性期医療を担う病院の一般病棟に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を、速やかに療養病棟が受け入れることにより、急性期医療を担う病院の後方支援を評価するものである。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、急性期一般入院基本料、７対１入院基本料若しくは 10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、地域一般入院基本料又は 13 対１入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、地域一般入院基本料又は 13 対１入院基本料を算定する保険医療機関にあっては、区分番号「Ａ２０５」救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。また、一般病棟と療養病棟が同一の病院に併存する場合で、当該一般病棟から療養病棟に転棟した患者については、１回の転棟に限り算定できるものとする。

イ　在宅患者支援療養病床初期加算については、介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状を来したために入院医療を要する状態になった際に、療養病棟が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するものである。なお、当該加算を算定する療養病棟を有する病院に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。

(10)　療養病棟入院基本料を算定する病棟（「注 11」を算定する病棟を含む。）については、「注７」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

(11)　「注８」の規定は、新型インフルエンザ等感染症がまん延している期間として別に厚生労働大臣が指定する期間において、療養病棟入院基本料の届出を行っている病棟においても、新型インフルエンザ等感染症等の患者が当該病棟に入院した場合には、届出を行った上で、一般病棟入院基本料の例により算定することができるようにしたものであること。

(12)　「注８」の規定により新型インフルエンザ感染症等の患者を入院させる際には、院内感染防止対策を十分に行うこと。

(13)　「注８」の規定により、区分番号「Ａ１００」の一般病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、当該保険医療機関に入院した日を入院初日として、以下のとおりとする。

ア　区分番号「Ａ１００」一般病棟入院基本料の「注４」に規定する重症児（者）受入連携加算は算定することができない。

イ　区分番号「Ａ１００」一般病棟入院基本料の「注５」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算は算定することができない。

ウ　区分番号「Ａ１００」一般病棟入院基本料の「注 10」に規定する加算について、当該病棟において各加算の要件を満たしている場合には算定できる。

エ　区分番号「Ａ１００」一般病棟入院基本料の「注 12」に規定するＡＤＬ維持向上等体制加算は算定することができない。

(14)　「注９」に規定する慢性維持透析管理加算は、療養病棟における透析患者の診療を評価したものであり、自院で人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を行っている場合に算定する。なお、これらの項目については、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はない。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

(15)　「注 10」に規定する在宅復帰機能強化加算は、在宅復帰機能の高い病棟を評価したものである。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

(16)　「注 11」の規定により、療養病棟入院料２を算定する病棟に入院する患者について、入院料Ｄ、Ｅ又はＦを算定する場合であって、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定する場合に、機能的自立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「ＦＩＭ」という。）の測定を行っていないときには、それぞれ入院料Ｇ、Ｈ又はＩの所定点数の 100 分の 75 に相当する点数を算定する。

(17)　「注 11」について、当該病棟に入院している患者であって、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定する患者に対して、１月に１回以上、ＦＩＭの測定を行っていない場合は、入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料について、一日につき２単位を超えるものは、当該入院基本料に含まれるものとする。

(18)　「注 11」に規定するＦＩＭの測定に係る取扱いについては、以下のとおりとする。なお、令和４年３月 31 日において現に療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月 30 日までの間に限り、ＦＩＭの測定を行っているものとみなすものであること。

ア　前月までの６か月間に当該医療機関の療養病棟から退棟した患者（イ及びエの規定によって計算対象から除外する患者を除く。）について、以下の①の総和を②の総和で除したもの（以下「療養病棟リハビリテーション実績指数」という。）を各年度４月、７月、10 月及び１月において算出していること。

①　退棟時のＦＩＭ運動項目の得点から、入棟時のＦＩＭ運動項目の得点を控除したも

の。

② 各患者の入棟から退棟までの日数を、回復期リハビリテーション病棟入院料「注１」に規定する厚生労働大臣が定める日数の上限のうち当該患者の入棟時の状態に応じたもので除したもの（回復期リハビリテーションを要する状態に該当しない患者については、180 日で除すること。）

［計算例］

① 前月までの６か月間に 50 人退棟し、入棟時にＦＩＭ運動項目が 50 点、退棟時に 80 点だったものが 30 人、入棟時にＦＩＭ運動項目が 40 点、退棟時に 65 点だったものが 20 人とすると、(80-50)×30＋(65-40)×20 = 1,400

② 前月までの６か月間に 50 人退棟し、そのうち 30 人が大腿骨骨折手術後（回復期リハビリテーション病棟入院料における算定日数上限が 90 日）で実際には 72 日で退棟、残り 20 人が脳卒中（回復期リハビリテーション病棟入院料における算定日数上限が 150 日）で実際には 135 日で退棟したとすると、(72/90)×30 +（135/150)×20 = 42

従って、この例では療養病棟リハビリテーション実績指数は①／②＝33.3 となる。

イ 在棟中に一度も疾患別リハビリテーション料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者は療養病等リハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数の 100 分の 30 を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。

① ＦＩＭ運動項目の得点が 20 点以下のもの

② ＦＩＭ運動項目の得点が 76 点以上のもの

③ ＦＩＭ認知項目の得点が 24 点以下のもの

④ 年齢が 80 歳以上のもの

ウ イの除外の判断に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、療養病棟リハビリテーション実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。

エ 在棟中にＦＩＭ運動項目の得点が１週間で 10 点以上低下したものについては、療養リハビリテーション実績指数の算出においては、当該低下の直前の時点をもって退棟したものとみなすことができる。

オ 各年度４月、７月、10 月及び１月においてア及びイで算出した内容等について、毎年７月に別紙様式 53 を用いて地方厚生（支）局長に報告すること。

(19) 「注 12」に規定する夜間看護加算及び看護補助体制充実加算は、療養生活の支援が必要な患者が多い病棟において、看護要員の手厚い夜間配置を評価したものであり、当該病棟における看護に当たって、次に掲げる身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。

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

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

ウ やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見いだされるまでの間のやむを得ない対

応として行われるものであることから、可及的速やかに解除するよう努める。

エ　身体的拘束を実施するに当たっては、次の対応を行う。

（イ）　実施の必要性等のアセスメント

（ロ）　患者家族への説明と同意

（ハ）　身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録

（ニ）　二次的な身体障害の予防

（ホ）　身体的拘束の解除に向けた検討

オ　身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも１日に１度は行う。なお、身体的拘束を実施することを避けるために、ウ及びエの対応をとらず家族等に対し付添いを強要することがあってはならない。

(20)　「注 12」に規定する夜間看護加算及び看護補助体制充実加算を算定する各病棟における夜勤を行う看護要員の数は、「基本診療料の施設基準等」の第五の三の⑴イ①に定める夜間の看護職員の最小必要数を超えた看護職員１人を含む看護要員３人以上でなければ算定できない。なお、「注 11」の規定により入院料を算定する場合及び特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

Ａ１０２　結核病棟入院基本料

（１）　結核病棟入院基本料は、「注１」の入院基本料、「注２」の特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、「注６」の夜勤時間特別入院基本料及び「注７」の重症患者割合特別入院基本料から構成され、「注１」の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た結核病棟に入院している患者について、７対１入院基本料等の各区分の所定点数を算定し、「注２」の特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算、「注６」の夜勤時間特別入院基本料並びに「注７」の重症患者割合特別入院基本料については、届け出た結核病棟に入院している患者について算定する。

（２）　結核病棟に入院している結核患者に化学療法を行う際には、日本結核病学会が作成した「院内ＤＯＴＳガイドライン」を踏まえ、下記の服薬支援計画の作成、服薬確認の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行っていること。当該基準を満たさない場合は、「注２」の特別入院基本料として 581 点を算定する。

ア　服薬支援計画の作成

個々の患者の服薬中断リスクを分析し、服薬確認、患者教育、保健所との連携等に関する院内ＤＯＴＳ計画を策定すること。計画の策定に当たっては、患者の病態、社会的要因、副作用の発生や退院後の生活状態等による服薬中断リスクを考慮すること。

イ　服薬確認の実施

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

ウ　患者教育の実施

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

エ　保健所との連携

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

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

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

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

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

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

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

（５）　「注４」の加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則５に規定する起算日とする。

（６）　当該保険医療機関において複数の結核病棟がある場合には、当該病棟全てについて同じ区分の結核病棟入院基本料を算定するものとする。

（７）　結核病棟入院基本料を算定する病棟については、「注５」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

Ａ１０３　精神病棟入院基本料

（１）　精神病棟入院基本料は、「注１」の入院基本料、「注２」の特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算並びに「注９」の夜勤時間特別入院基本料から構成され、「注１」の入院基本料及び「注２」の特別入院基本料についてはそれぞれ別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た精神病棟に入院している患者について、10 対１入院基本料等の各区分の所定点数を算定し、「注９」の夜勤時間特別入院基本料については、届け出た精神病棟に入院している患者について算定する。

（２）　当該保険医療機関において複数の精神病棟がある場合には、当該病棟のうち、精神科急性期治療病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の精神病棟入院基本料を算定するものとする。

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

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

ア　入院時において、当該加算の施設基準に基づくランクがMであること。

イ　当該加算の施設基準に基づき、患者の身体障害の状態及び認知症の状態を評価するとともに、当該加算の施設基準に基づく評価、これらに係る進行予防等の対策の要点及び

評価日を診療録に記載するものとする。当該加算は、対策の要点に基づき、計画を立て、当該計画を実行した日から算定する。

ウ　当該加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該加算の算定根拠となる評価（当該加算の施設基準に基づくランク等）及び評価日を記載すること。

（５）「注５」の救急支援精神病棟初期加算は、当該病棟に入院する患者が、精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定したものである場合には、入院した日から起算して 14 日を限度として加算する。

（６）精神病棟入院基本料を算定する病棟については、「注６」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

（７）「注７」の精神保健福祉士配置加算は、入院中の患者の早期退院を目的として精神保健福祉士の病棟配置を評価したものであり、当該病棟の全ての入院患者に対して、医師、看護師、作業療法士、公認心理師等の関係職種と共同して別紙様式６の２又はこれに準ずる様式を用いて、退院支援計画を作成し、必要に応じて患家等を訪問し、患者の希望を踏まえ、適切な保健医療サービス又は福祉サービス等を受けられるよう、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携しつつ、在宅療養に向けた調整を行った場合に算定する。なお、病棟に配置された精神保健福祉士は当該病棟の入院患者の退院調整等を行うものであり、他病棟の患者の退院調整について行うことはできない。

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

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

Ａ１０４　特定機能病院入院基本料

（１）特定機能病院入院基本料は、「注１」に規定する入院基本料について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た一般病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者について、７対１入院基本料等の各区分の所定点数を算定する。

（２）結核病棟に入院している結核患者に化学療法を行う際には、日本結核病学会が作成した「院内ＤＯＴＳガイドライン」を踏まえ、下記の服薬支援計画の作成、服薬確認の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行っていること。当該基準を満たさない場合は、区分番号「Ａ１０２」結核病棟入院基本料の「注２」の特別入院基本料として 581 点を算定する。

ア　服薬支援計画の作成

個々の患者の服薬中断リスクを分析し、服薬確認、患者教育、保健所との連携等に関する院内ＤＯＴＳ計画を策定すること。計画の策定に当たっては、患者の病態、社会的要因、副作用の発生や退院後の生活状態等による服薬中断リスクを考慮すること。

イ　服薬確認の実施

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

ウ　患者教育の実施

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

エ　保健所との連携

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ア　入院時において、当該加算の施設基準に基づくランクがＭであること。

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

ウ　当該加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該加算の算定根拠となる評価（当該加算の施設基準に基づくランク等）及び評価日を記載すること。

（８）「注５」に規定する看護必要度加算は、10 対１入院基本料（一般病棟に限る。）を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院している患者について算定すること。

（９）特定機能病院入院基本料を算定する病棟については、「注８」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

（10）特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）を算定する病棟に入院している患者であ

って、当該病棟に 90 日を超えて入院する患者の取扱いについては、一般病棟入院基本料の(６)及び(８)から(10)までの例による。

(11)　「注 10」に規定するＡＤＬ維持向上等体制加算については、一般病棟入院基本料の(11)の例による。

(12)　「注 11」に規定する入院栄養管理体制加算については、病棟に常勤管理栄養士を配置して患者の病態・状態に応じた栄養管理を実施できる体制を確保していることを評価したものであり、当該病棟に入院中の患者に対して入院初日及び退院時に算定する。ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。また、当該加算を算定する場合にあっては、区分番号「Ａ２３３－２」栄養サポートチーム加算及び区分番号「Ｂ００１」の「10」入院栄養食事指導料は算定できない。

(13)　病棟の管理栄養士は、次に掲げる管理を実施する。

ア　入院前の食生活等の情報収集、入退院支援部門との連携、入院患者に対する栄養スクリーニング、食物アレルギーの確認、栄養状態の評価及び栄養管理計画の策定を行う。

イ　当該病棟に入院している患者に対して、栄養状態に関する定期的な評価、必要に応じミールラウンドや栄養食事指導又は当該患者の病態等に応じた食事内容の調整等の栄養管理を行う。

ウ　医師、看護師等と連携し、当該患者の栄養管理状況等について共有を行う。

(14)　「注 12」に規定する栄養情報提供加算は、「注 11」に規定する加算を算定する患者であって、次のアからエまでに該当するものについて、管理栄養士が退院後の栄養及び食事管理に関する指導を行うとともに、当該指導内容及び入院中の栄養管理の状況等に関する情報（必要栄養量、摂取栄養量、食事形態（嚥下食コードを含む。）、禁止食品、栄養管理に係る経過等）を示す文書について、当該患者に説明及び交付し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成 17 年法律第 123 号。以下「障害者総合支援法」という。）第 34 条第１項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 42 条第１号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士等に対して提供した場合に、退院時１回に限り算定する。ただし、当該文書を提供する保険医療機関と特別の関係にある機関に情報提供が行われた場合は、算定できない。また、当該文書を他の保険医療機関等へ提供した場合には、当該文書の写しを栄養指導記録に添付する。なお、診療情報を示す文書等が交付されている場合にあっては、当該文書等と併せて他の保険医療機関等に情報提供すること。

ア　栄養情報提供加算の対象患者は、疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する特掲診療料の施設基準等別表第三に掲げる特別食を必要とする患者又は次のいずれかに該当する者をいう。

（イ）がん患者

（ロ）摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者

（ハ）低栄養状態にある患者

イ　特別食には、心臓疾患及び妊娠高血圧症候群等の患者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の患者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の患者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食、高度肥満

症(肥満度が＋40％以上又はＢＭＩが30以上)の患者に対する治療食並びにてんかん食(難治性てんかん(外傷性のものを含む。)、グルコーストランスポーター１欠損症又はミトコンドリア脳筋症の患者に対する治療食であって、グルコースの代わりケトン体を熱量源として供給することを目的に炭水化物量の制限と脂質量の増加が厳格に行われたものに限る。)を含む。ただし、高血圧症の患者に対する減塩食(塩分の総量が６ｇ未満のものに限る。)及び小児食物アレルギー患者(食物アレルギー検査の結果(他の保険医療機関から提供を受けた食物アレルギー検査の結果を含む。)、食物アレルギーを持つことが明らかな９歳未満の小児に限る。)に対する小児食物アレルギー食については、入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の特別食加算の場合と異なり、特別食に含まれる。なお、妊娠高血圧症候群の患者に対する減塩食は、日本高血圧学会、日本妊娠高血圧学会等の基準に準じていること。

ウ　アの（ロ）の摂食機能又は嚥下機能が低下した患者とは、医師が、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した嚥下調整食(日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づく。)に相当する食事を要すると判断した患者をいう。

エ　アの（ハ）の低栄養状態にある患者とは、次のいずれかを満たす患者をいう。

（イ）　血中アルブミンが 3.0g/dL 以下である患者

（ロ）　医師が栄養管理により低栄養状態の改善を要すると判断した患者

(15)　(14)の「介護老人保健施設等」とは、次の施設をいうものとする。

ア　介護保険法第８条第 28 項に規定する介護老人保健施設

イ　介護老人福祉施設（介護保険法第８条第 22 項に規定する地域密着型介護老人福祉施設及び同条第 27 項に規定する介護老人福祉施設をいう。）

ウ　健康保険法等の一部を改正する法律（平成 18 年法律第 83 号）附則第 130 条の２第１項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第 26 条の規定による改正前の介護保険法第８条第 26 項に規定する介護療養型医療施設

エ　介護保険法第８条第 29 項に規定する介護医療院

Ａ１０５　専門病院入院基本料

（１）　専門病院入院基本料は、「注１」に規定する入院基本料について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た一般病棟に入院している患者について、７対１入院基本料等の各区分の所定点数を算定する。

（２）　当該専門病院において複数の一般病棟がある場合には、当該病棟のうち、障害者施設等入院基本料又は緩和ケア病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の専門病院入院基本料を算定するものとする。

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

（４）　「注３」に規定する看護必要度加算は、10 対１入院基本料を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院している患者について算定すること。

（５）　「注４」に規定する一般病棟看護必要度評価加算は、13 対１入院基本料を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院しており、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度（以下この節において「看護必要度」という。）の測定及び評価が行われた患者について算定すること。

（６）　専門病院入院基本料を算定する病棟については、「注７」に掲げる入院基本料等加算に

ついて、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

（7） 専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者であって、当該病棟に 90 日を超えて入院する患者の取扱いについては、一般病棟入院基本料の(6)及び(8)から(10)までの例による。

（8） 「注９」に規定するＡＤＬ維持向上等体制加算については、一般病棟入院基本料の(11)の例による。

Ａ１０６　障害者施設等入院基本料

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

（2） 当該保険医療機関において複数の障害者施設等一般病棟がある場合には、当該病棟全てについて同じ区分の障害者施設等入院基本料を算定するものとする。

（3） 「注３」及び「注９」の加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則５に規定する起算日とする。

（4） 「注４」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「Ａ２４６」入退院支援加算３が算定された患者を、障害者施設等で受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（5） 「注５」に規定する特定患者は、特定入院基本料（969 点又は 863 点）を算定すること。

（6） 特定患者とは、90 日を超える期間、同一の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を含む。）の一般病棟（障害者施設等入院基本料を算定する病棟に限り、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料を除く。）に入院している患者であって、当該 90 日を経過する日の属する月（90 日経過後にあってはその後の各月とする。以下、下の表において単に「月」という。）に下の表の左欄に掲げる状態等にあって、中欄の診療報酬点数に係る療養のいずれかについて、右欄に定める期間等において実施している患者（以下「基本料算定患者」という。）以外のものをいう。

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

状　態　等	診療報酬点数	実施の期間等
1　難病患者等入院診療加算を算定する患者	難病患者等入院診療加算	当該加算を算定している期間
2　重症者等療養環境特別加算を算定する患者	重症者等療養環境特別加算	当該加算を算定している期間

3　重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等（※１参照）	――	左欄の状態にある期間
4　悪性新生物に対する治療（重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。）を実施している状態（※２参照）	動脈注射 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 点滴注射 中心静脈注射 骨髄内注射 放射線治療（エックス線表在治療又は血液照射を除く。）	左欄治療により、集中的な入院加療を要する期間
5　観血的動脈圧測定を実施している状態	観血的動脈圧測定	当該月において２日以上実施していること
6　リハビリテーションを実施している状態（患者の入院の日から起算して 180 日までの間に限る。）	心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーション	週３回以上実施している週が、当該月において２週以上であること
7　ドレーン法若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態	ドレーン法（ドレナージ） 胸腔穿刺 腹腔穿刺	当該月において２週以上実施していること
8　頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態（※３参照）	喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出 気管支カテーテル薬液注入法	１日に８回以上（夜間を含め約３時間に１回程度）実施している日が、当該月において 20 日以上であること
9　人工呼吸器を使用している状態	間歇的陽圧吸入法、体外式陰圧人工呼吸器治療 人工呼吸	当該月において１週以上使用していること
10　人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過 血漿交換療法	各週２日以上実施していること 当該月において２日以上実施していること
11　全身麻酔その他これに準	脊椎麻酔	

ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態（当該手術を実施した日から起算して 30 日までの間に限る。）	開放点滴式全身麻酔 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	

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

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

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

b　重度の意識障害者

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

ア　意識障害レベルがＪＣＳ(Japan Coma Scale)でⅡ－３（又は 30）以上又はＧＣＳ（Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態が２週以上持続している患者

イ　無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

c　以下の疾患に罹患している患者

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

※２　４の「重篤な副作用のおそれがあるもの等」とは、以下のものである。

a　肝障害、間質性肺炎、骨髄抑制、心筋障害等の生命予後に影響を与えうる臓器障害を有する腫瘍用薬による治療

b　放射線治療

c　末期の悪性新生物に対する治療

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

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

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

（８） 「注６」に定める脳卒中を原因とする重度の意識障害によって当該病棟に入院する患者及び「注 12」に定める脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）については、区分番号「Ａ１０１」に掲げる療養病棟入院基本料における医療区分（１日に２つ以上の区分に該当する場合には、該当するもののうち最も高い点数の区分）の例に従い、当該患者ごとに各医療区分に相当する所定点数を算定する。その際、当該患者の疾患及び状態の該当する医療区分の項目について、医療機関において診療録等に記録する。

（９） 「注６」又は「注 12」に定める所定点数を算定する場合は、第２章特掲診療料の算定については、区分番号「Ａ１０１」に掲げる療養病棟入院基本料の規定に従って算定し、第１章第２部第２節入院基本料等加算については、障害者施設等入院基本料の規定に従って算定する。

(10) 平成 30 年３月 31 日時点で、継続して６月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害により障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者であって、引き続き当該病棟に入院しているもの及び令和４年３月 31 日時点で脳卒中又は脳卒中の後遺症により障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、引き続き当該病棟に入院しているものについては、医療区分３に相当するものとみなす。なお、脳卒中を原因とする重度の意識障害によって障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者であって、その疾患及び状態等が医療区分３に規定する疾患及び状態等に相当するものについては、「注６」の規定によらず、障害者施設等入院基本料に規定する所定点数を算定する。

(11) 障害者施設等入院基本料を算定する病棟については、「注７」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

(12) 「注９」に規定する看護補助加算及び看護補助体制充実加算は、当該病棟において入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員については、看護補助者とみなして（以下「みなし看護補助者」という。）計算することができる。ただし、「基本診療料の施設基準等」の第五の七の（７）のイの②及びロの①（イの②に限る。）に定める夜勤を行う看護補助者の数は、みなし補助者を除いた看護補助者を夜勤時間帯に配置している場合のみ算定できる。

(13) 「注９」に規定する看護補助加算及び看護補助体制充実加算を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の(19)の例による。

Ａ１０８　有床診療所入院基本料

（１） 有床診療所入院基本料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院している患者について、有床診療所入院基本料１等の各区分の所定点数を算定する。

（２） 有床診療所入院基本料に係る入院期間の起算日は、第２部通則５に規定する起算日とする。

（３） 「注２」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の

医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「Ａ２４６」入退院支援加算３が算定された患者を、有床診療所で受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（４） 「注３」に規定する有床診療所急性期患者支援病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、有床診療所在宅患者支援病床初期加算は在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療及び在宅での療養を支えることを目的として、有床診療所が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して 21 日を限度に算定できる。

ア 有床診療所急性期患者支援病床初期加算については、急性期医療を担う病院の一般病棟に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を、速やかに有床診療所の一般病床が受け入れることにより、急性期医療を担う病院の後方支援を評価するものである。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、急性期一般入院基本料、７対１入院基本料若しくは 10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、地域一般入院基本料又は 13 対１入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、地域一般入院基本料又は 13 対１入院基本料を算定する保険医療機関にあっては、区分番号「Ａ２０５」救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。

イ 有床診療所在宅患者支援病床初期加算については、介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、有床診療所の一般病床が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するものである。なお、当該加算を算定する一般病床を有する有床診療所に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。

（５） 有床診療所入院基本料を算定する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所において、夜間に医師を配置している、又は近隣の保険医療機関が連携して入院患者の急変に備えて夜間の緊急診療体制を確保した場合について、その体制を入院患者に対して文書で説明し、夜間に緊急対応できる医師名を院内に掲示している場合に、「注４」に掲げる加算を算定することができる。

（６） 有床診療所入院基本料１から６までを算定する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所において、療養病床の有無に関わらず、当該診療所に勤務する医師が２人以上の場合に、各区分に応じて「注５」に掲げる加算を算定することができる。

（７） 有床診療所入院基本料１から６までを算定する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所において、各区分に応じて「注６」のイからへまでに掲げる加算を算定することができる。イとロ、ハとニ、ホとへは併算定

出来ないものであること。

（８） 「注７」に規定する看取り加算は、夜間に１名以上の看護職員が配置されている有床診療所において、入院の日から 30 日以内に看取った場合に算定する。この場合、看取りに係る診療内容の要点等を診療録に記載する。なお、当該加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則５に規定する起算日とする。

（９） 有床診療所入院基本料を算定する診療所については、「注８」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

(10) 有床診療所入院基本料を算定する診療所のうち、区分番号「Ａ１０９」有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床を有する診療所においては、有床診療所入院基本料を算定する病床に入院している患者であっても、患者の状態に応じて、区分番号「Ａ１０９」有床診療所療養病床入院基本料を算定することができる。

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

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

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

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

この場合において、入退院支援加算については、区分番号「Ａ２４６」入退院支援加算１又は２のロの療養病棟入院基本料等の場合の例により算定する。

(12) 区分番号「Ａ１０９」の入院基本料Ａ、入院基本料Ｂ又は入院基本料Ｃのいずれかの算定に当たっては、定期的（少なくとも月に１回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式２又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写しを交付の上十分な説明を行うとともに診療録に添付しておくこと。

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

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

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

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

エ 管理栄養士をはじめとして、医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して栄養管理を行う体制を整備し、あらかじめ栄養管理手順（栄養スクリーニングを含む栄養

状態の評価、栄養管理計画、定期的な評価等）を作成すること。

オ　栄養管理は、次に掲げる内容を実施するものとする。

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

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

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

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

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

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

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

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

(14)　「注 11」に規定する有床診療所在宅復帰機能強化加算は、在宅復帰機能の高い有床診療所を評価したものであること。

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

Ａ１０９　有床診療所療養病床入院基本料

（１）　有床診療所療養病床入院基本料は、「注１」の入院基本料及び「注２」の特別入院基本料から構成され、「注１」の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所（療養病床に係るものに限る。）に入院している患者について、別に厚生労働大臣が定める区分（１日に２つ以上の区分に該当する場合には、該当するもののうち最も高い点数の区分）に従い、当該患者ごとに入院基本料Ａ等の各区分の所定点数を算定し、「注２」の特別入院基本料については、届け出た診療所（療養病床に係るものに限る。）に入院している患者について算定する。ただし、「注１」の入院基本料を算定している場合において、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室する場合にはその前日を１日目として３日前までの間、別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合にはその当日を１日目として３日前までの間は、その日ごとに入院基本料Ｅを算定することができる。

（２）　「注１」の入院基本料のうち、入院基本料Ａ、入院基本料Ｂ又は入院基本料Ｃのいずれかの算定に当たっては、定期的（少なくとも月に１回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式２又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写しを交付の上十分な説明を行うとともに診療録に添付しておくこと。なお、やむを得ない理由により説明を行うことが困難な場合であっても、患者又はその家族の求めに応じ、当該書面又はその写しを交付するとともに診療録に添付しておくこと。また、患者又はその家族等への説明に当たり、特に悪性腫瘍等の患者に対しては、患者本人の治療方針に関する理解状況を踏まえ、療養上著しく不適切なことが生じないよう配慮すること。

（３）　基本診療料の施設基準等別表第五に掲げる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤、特定保険医療材料又は区分番号「Ｊ２０１」に掲げる酸素加算の費用並びに浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については有床診療所療養病床入院基本料に含まれる。なお、有床診療所療養病床入院基本料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、有床診療所療養病床入院基本料に含まれているものであるため別に算定できない。

ただし、「注１」のただし書の規定により、入院基本料Ｅを算定する場合については、この限りではない。

（４）　有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床は主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する施設であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病床への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。なお、「注１」のただし書の規定により入院基本料Ｅを算定した場合においても、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

（５）　有床診療所療養病床入院基本料を算定するに当たっては、次の点に留意する。

ア　定期的（少なくとも月に１回）に患者の状態の評価及び入院療養の計画を見直し、その要点を診療録に記載する。なお、入院時と退院時のＡＤＬの程度を診療録に記載する。

イ　患者の状態に著しい変化がみられた場合には、その都度、患者の状態を評価した上で、治療やケアを見直し、その要点を診療録等に記載する。

（６）　「注４」に規定する褥瘡対策加算１及び２については、区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の(７)の例による。

（７）　「注５」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「Ａ２４６」入退院支援加算３が算定された患者を、有床診療所で受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（８）　「注６」に規定する有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算は在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療及び在宅での療養を支えることを目的として、有床診療所療養病床が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して 21 日を限度に算

定できる。

ア　有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算については、急性期医療を担う病院の一般病棟に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を、速やかに有床診療所の一般病床が受け入れることにより、急性期医療を担う病院の後方支援を評価するものである。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、急性期一般入院基本料、７対１入院基本料若しくは 10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、地域一般入院基本料又は 13 対１入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、地域一般入院基本料又は 13 対１入院基本料を算定する保険医療機関にあっては、区分番号「Ａ２０５」救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。

イ　有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算については、介護保険施設、居住系施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、有床診療所の療養病床が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護保険施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するものである。なお、当該加算を算定する療養病床を有する有床診療所に介護保険施設等が併設されている場合は、当該併設介護保険施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。

（９）「注７」に規定する看取り加算は夜間に１名以上の看護職員が配置されている有床診療所において、入院の日から 30 日以内に看取った場合に算定する。この場合、看取りに係る診療内容の要点等を診療録に記載する。なお、当該加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則５に規定する起算日とする。

(10)　有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床については、「注８」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

(11)　有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所のうち、区分番号「Ａ１０８」有床診療所入院基本料を算定する病床を有する診療所においては、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床に入院している患者であっても、患者の状態に応じて、区分番号「Ａ１０８」有床診療所入院基本料の例により算定することができる。

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

(12)　区分番号「Ａ１０８」の有床診療所入院基本料の例により算定する場合、区分番号「Ａ１０８」有床診療所入院基本料の「注２」から「注７」までの加算並びに「注８」、「注 11」及び「注 12」に掲げる各加算については、当該診療所に入院した日を初日として、それぞれの算定要件を満たす場合に算定することができる。

この場合において、入退院支援加算については、区分番号「Ａ２４６」入退院支援加算１又は２のイの一般病棟入院基本料等の場合の例により算定する。

(13)　「注 10」に規定する栄養管理実施加算の算定については、有床診療所入院基本料の(13)の例による。

(14)　「注 11」に規定する有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算は、在宅復帰機能の高い

療養病床を持つ有床診療所を評価したものであること。

(15)　「注 12」に規定する慢性維持透析管理加算は、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床における透析患者の診療を評価したものであり、自院で人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法又は腹膜灌流を行っている場合に算定する。なお、これらの項目については、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はない。

第２節　入院基本料等加算

区分

Ａ２００　総合入院体制加算（１日につき）

１　総合入院体制加算１　240点

２　総合入院体制加算２　180点

３　総合入院体制加算３　120点

注　急性期医療を提供する体制、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、総合入院体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２００－２に掲げる急性期充実体制加算は別に算定できない。

Ａ２００－２　急性期充実体制加算（１日につき）

１　７日以内の期間　460点

２　８日以上11日以内の期間　250点

３　12日以上14日以内の期間　180点

注１　高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、急性期充実体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２００に掲げる総合入院体制加算は別に算定できない。

２　精神疾患を有する患者の受入れに係る充実した体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、精神科充実体制加算として、30点を更に所定点数に加算する。

Ａ２０１からＡ２０３まで　削除

Ａ２０４　地域医療支援病院入院診療加算（入院初日）　1,000点

注　地域医療支援病院である保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域医療支援病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２０４－３に掲げる紹介受診重点医療機関入院診療加算は別に算定できない。

Ａ２０４－２　臨床研修病院入院診療加算（入院初日）

１　基幹型　40点

２　協力型　20点

注　医師法（昭和23年法律第201号）第16条の２第１項に規定する都道府県知事の指定する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、臨床研修病院入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、現に臨床研修を実施している期間について、入院初日に限り所定点数に加算する。

Ａ２０４－３　紹介受診重点医療機関入院診療加算（入院初日）　800点

注　外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が200未満であるものを除く。）である保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、紹介受診重点医療機関入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２０４に掲げる地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。

Ａ２０５　救急医療管理加算（１日につき）

１　救急医療管理加算１　1,050点

２　救急医療管理加算２　420点

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

２　救急医療管理加算を算定する患者が６歳未満である場合には、乳幼児加算として、400点を更に所定点数に加算する。

３　救急医療管理加算を算定する患者が６歳以上15歳未満である場合には、小児加算として、200点を更に所定点数に加算する。

Ａ２０５－２　超急性期脳卒中加算（入院初日）　10,800点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、超急性期脳卒中加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、組織プラスミノーゲン活性化因子を投与した場合又は当該施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た他の保険医療機関の外来において、組織プラスミノーゲン活性化因子の投与後に搬送され、入院治療を行った場合に、入院初日に限り所定点数に加算する。

Ａ２０５－３　妊産婦緊急搬送入院加算（入院初日）　7,000点

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

Ａ２０６　在宅患者緊急入院診療加算（入院初日）

１　他の保険医療機関との連携により在宅療養支援診療所（区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１に規定する在宅療養支援診療所をいう。）若しくは在宅療養支援病院（区分番号Ｃ０００に掲げる往診料の注１に規定する在宅療養支援病院をいう。）（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の体制を確保している保険医療機関において、当該他の保険医療機関の求めに応じて行う場合又は在宅療養後方支援病院（区分番号Ｃ０１２に掲げる在宅患者共同診療料の注１に規定する在宅療養後方支援病院をいう。）が他の保険医療機関の求めに応じて行う場合　2,500点

２　連携医療機関である場合（１の場合を除く。）　2,000点

３　１及び２以外の場合　1,000点

注１　別の保険医療機関（診療所に限る。）において区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料、区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料又は第２章第２部第２節第１款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料（区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院した日の属する月又はその前月に算定している患者の病状の急変等に伴い、当該保険医療機関の医師の求めに応じて入院させた

場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、在宅患者緊急入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

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

Ａ２０７　診療録管理体制加算（入院初日）

１　診療録管理体制加算１　100点

２　診療録管理体制加算２　30点

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

Ａ２０７－２　医師事務作業補助体制加算（入院初日）

１　医師事務作業補助体制加算１

イ　15対１補助体制加算　1,050点

ロ　20対１補助体制加算　835点

ハ　25対１補助体制加算　705点

ニ　30対１補助体制加算　610点

ホ　40対１補助体制加算　510点

ヘ　50対１補助体制加算　430点

ト　75対１補助体制加算　350点

チ　100対１補助体制加算　300点

２　医師事務作業補助体制加算２

イ　15対１補助体制加算　975点

ロ　20対１補助体制加算　770点

ハ　25対１補助体制加算　645点

ニ　30対１補助体制加算　560点

ホ　40対１補助体制加算　475点

ヘ　50対１補助体制加算　395点

ト　75対１補助体制加算　315点

チ　100対１補助体制加算　260点

注　勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を図るための医師事務作業の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、医師事務作業補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

Ａ２０７－３　急性期看護補助体制加算（１日につき）

１　25対１急性期看護補助体制加算（看護補助者５割以上）　240点

２　25対１急性期看護補助体制加算（看護補助者５割未満）　220点

３　50対１急性期看護補助体制加算　200点

４　75対１急性期看護補助体制加算　160点

注１　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助の体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、急性期看護補助体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

２　夜間における看護業務の補助の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、１日につき次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

イ　夜間30対１急性期看護補助体制加算　125点

ロ　夜間50対１急性期看護補助体制加算　120点

ハ　夜間100対１急性期看護補助体制加算　105点

３　夜間における看護業務の体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間看護体制加算として、60点を更に所定点数に加算する。

４　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、１日につき５点を更に所定点数に加算する。

Ａ２０７－４　看護職員夜間配置加算（１日につき）

１　看護職員夜間12対１配置加算

イ　看護職員夜間12対１配置加算１　110点

ロ　看護職員夜間12対１配置加算２　90点

２　看護職員夜間16対１配置加算

イ　看護職員夜間16対１配置加算１　70点

ロ　看護職員夜間16対１配置加算２　45点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、看護職員夜間配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

Ａ２０８　乳幼児加算・幼児加算（１日につき）

１　乳幼児加算

イ　病院の場合（特別入院基本料等を算定する場合を除く。）　333点

ロ　病院の場合（特別入院基本料等を算定する場合に限る。）　289点

ハ　診療所の場合　289点

２　幼児加算

イ　病院の場合（特別入院基本料等を算定する場合を除く。）　283点

ロ　病院の場合（特別入院基本料等を算定する場合に限る。）　239点

ハ　診療所の場合　239点

注１　乳幼児加算は、保険医療機関に入院している３歳未満の乳幼児（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

２　幼児加算は、保険医療機関に入院している３歳以上６歳未満の幼児（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、乳幼児加算・幼児加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

Ａ２０９　削除

Ａ２１０　難病等特別入院診療加算（１日につき）

１　難病患者等入院診療加算　250点

２　二類感染症患者入院診療加算　250点

注１　難病患者等入院診療加算は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として保険医療機関に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める状態にあるもの（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料

のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

２　二類感染症患者入院診療加算は、感染症法第６条第15項に規定する第二種感染症指定医療機関である保険医療機関に入院している同条第３項に規定する二類感染症の患者及び同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者並びにそれらの疑似症患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、難病等特別入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

Ａ２１１　特殊疾患入院施設管理加算（１日につき）　350点

注　重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病院の病棟又は有床診療所に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟又は有床診療所に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、特殊疾患入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。ただし、この場合において、難病等特別入院診療加算は算定しない。

Ａ２１２　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算（１日につき）

１　超重症児（者）入院診療加算

イ　６歳未満の場合　800点

ロ　６歳以上の場合　400点

２　準超重症児（者）入院診療加算

イ　６歳未満の場合　200点

ロ　６歳以上の場合　100点

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

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

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

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

Ａ２１３　看護配置加算（１日につき）　25点

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

Ａ２１４　看護補助加算（１日につき）

１　看護補助加算１　141点

２　看護補助加算２　116点

３　看護補助加算３　88点

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

２　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、夜間75対１看護補助加算として、入院した日から起算して20日を限度として55点を更に所定点数に加算する。

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

４　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善を図るための看護業務の補助に係る十分な体制につき別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、看護補助体制充実加算として、１日につき５点を更に所定点数に加算する。

Ａ２１５からＡ２１７まで　削除

Ａ２１８　地域加算（１日につき）

１　１級地　18点

２　２級地　15点

３　３級地　14点

４　４級地　11点

５　５級地　９点

６　６級地　５点

７　７級地　３点

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

Ａ２１８－２　離島加算（１日につき）　18点

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

Ａ２１９　療養環境加算（１日につき）　25点

注　１床当たりの平均床面積が８平方メートル以上である病室（健康保険法第63条第２項第５号及び高齢者医療確保法第64条第２項第５号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係るものを除く。）として保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、療養環境加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

Ａ２２０　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算（１日につき）

１　個室の場合　350点

２　２人部屋の場合　150点

注　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算は、保険医療機関に入院している後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含

む。）又は第３節の特定入院料のうち、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。

Ａ２２０－２　二類感染症患者療養環境特別加算（１日につき）

１　個室加算　300点

２　陰圧室加算　200点

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

Ａ２２１　重症者等療養環境特別加算（１日につき）

１　個室の場合　300点

２　２人部屋の場合　150点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室に入院している重症者等（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、重症者等療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、小児療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。

Ａ２２１－２　小児療養環境特別加算（１日につき）　300点

注　治療上の必要があって、保険医療機関において、個室に入院した15歳未満の小児（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、小児療養環境特別加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は無菌治療室管理加算を算定するものを除く。）について、所定点数に加算する。

Ａ２２２　療養病棟療養環境加算（１日につき）

１　療養病棟療養環境加算１　132点

２　療養病棟療養環境加算２　115点

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

Ａ２２２－２　療養病棟療養環境改善加算（１日につき）

１　療養病棟療養環境改善加算１　80点

２　療養病棟療養環境改善加算２　20点

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

Ａ２２３　診療所療養病床療養環境加算（１日につき）　100点

注　診療所の療養病床であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者について、所定点数に加算する。

Ａ２２３－２　診療所療養病床療養環境改善加算（１日につき）　35点

注　診療所の療養病床であって、療養環境の改善につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出たものに入院している患者について、所定点数に加算する。

Ａ２２４　無菌治療室管理加算（１日につき）

１　無菌治療室管理加算１　3,000点

２　無菌治療室管理加算２　2,000点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があって無菌治療室管理が行われた入院患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、無菌治療室管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限り、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算又は小児療養環境特別加算を算定するものを除く。）について、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として所定点数に加算する。

Ａ２２５　放射線治療病室管理加算（１日につき）

１　治療用放射性同位元素による治療の場合　6,370点

２　密封小線源による治療の場合　2,200点

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があって放射線治療病室管理が行われた入院患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であって、治療用放射性同位元素による治療が行われたものに限る。）について、所定点数に加算する。

２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病室において、治療上の必要があって放射線治療病室管理が行われた入院患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、放射線治療病室管理加算を算定できるものを現に算定している患者であって、密封小線源による治療が行われたものに限る。）について、所定点数に加算する。

Ａ２２６　重症皮膚潰瘍管理加算（１日につき）　18点

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

Ａ２２６－２　緩和ケア診療加算（１日につき）　390点

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

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

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

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

Ａ２２６－３　有床診療所緩和ケア診療加算（１日につき）　250点

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

Ａ２２７　精神科措置入院診療加算（入院初日）　2,500点

注　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）第29条又は第29条の２に規定する入院措置に係る患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科措置入院診療加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する。

Ａ２２７－２　精神科措置入院退院支援加算（退院時１回）　600点

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

Ａ２２８　精神科応急入院施設管理加算（入院初日）　2,500点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第33条の７第１項に規定する入院等に係る患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科応急入院施設管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該措置に係る入院初日に限り所定点数に加算する。

Ａ２２９　精神科隔離室管理加算（１日につき）　220点

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

Ａ２３０　精神病棟入院時医学管理加算（１日につき）　５点

注　医師の配置その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た精神病棟に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）のうち、精神病棟入院時医学管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。

Ａ２３０－２　精神科地域移行実施加算（１日につき）　20点

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

Ａ２３０－３　精神科身体合併症管理加算（１日につき）

１　７日以内　450点

２　８日以上15日以内　300点

注　精神科を標榜する病院であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める身体合併症を有する精神障害者である患者に対して必要な治療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科身体合併症管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該疾患の治療開始日から起算して15日を限度として、当該患者の治療期間に応じ、所定点数に加算する。

Ａ２３０－４　精神科リエゾンチーム加算（週１回）　300点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、抑うつ若しくはせん妄を有する患者、精神疾患を有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して、当該患者の精神症状の評価等の必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科リエゾンチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ２４７に掲げる認知症ケア加算１は別に算定できない。

Ａ２３１　削除

Ａ２３１－２　強度行動障害入院医療管理加算（１日につき）　300点

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

Ａ２３１－３　依存症入院医療管理加算（１日につき）

１　30日以内　200点

２　31日以上60日以内　100点

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

Ａ２３１－４　摂食障害入院医療管理加算（１日につき）

１　30日以内　200点

２　31日以上60日以内　100点

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

Ａ２３２　がん拠点病院加算（入院初日）

１　がん診療連携拠点病院加算

イ　がん診療連携拠点病院　500点

ロ　地域がん診療病院　300点

２　小児がん拠点病院加算　750点

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

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

Ａ２３３　削除

Ａ２３３－２　栄養サポートチーム加算（週１回）　200点

注１　栄養管理体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、栄養管理を要する患者として別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の

保険医、看護師、薬剤師、管理栄養士等が共同して必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、栄養サポートチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週１回（療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（結核病棟又は精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して１月以内の期間にあっては週１回、入院した日から起算して１月を超え６月以内の期間にあっては月１回）（障害者施設等入院基本料を算定している患者については、月１回）に限り所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料、区分番号Ｂ００１の11に掲げる集団栄養食事指導料及び区分番号Ｂ００１－２－３に掲げる乳幼児育児栄養指導料は別に算定できない。

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

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

Ａ２３４　医療安全対策加算（入院初日）

１　医療安全対策加算１　85点

２　医療安全対策加算２　30点

注１　別に厚生労働大臣が定める組織的な医療安全対策に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、医療安全対策加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限りそれぞれ所定点数に加算する。

２　医療安全対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（特定機能病院を除く。）に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。

イ　医療安全対策地域連携加算１　50点

ロ　医療安全対策地域連携加算２　20点

Ａ２３４－２　感染対策向上加算（入院初日）

１　感染対策向上加算１　710点

２　感染対策向上加算２　175点

３　感染対策向上加算３　75点

注１　組織的な感染防止対策につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、感染対策向上加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り（３については、入院初日及び入院期間が90日を超えるごとに１回）それぞれ所定点数に加算する。

２　感染対策向上加算１を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、指導強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。

３　感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する場合について、感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、連携強化加算として、30点を更に所定点数に加算する。

４　感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する場合について、感染防止対策に資する情報を提供する体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については、サーベイランス強化加算として、５点を更に所定点数に加算する。

Ａ２３４－３　患者サポート体制充実加算（入院初日）　70点

注　患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）、第３節の特定入院料又は第４節の短期滞在手術等基本料のうち、患者サポート体制充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

Ａ２３４－４　重症患者初期支援充実加算（１日につき）　300点

注　特に重篤な患者及びその家族等に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第３節の特定入院料のうち、重症患者初期支援充実加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院した日から起算して３日を限度として所定点数に加算する。

Ａ２３４－５　報告書管理体制加算（退院時１回）　７点

注　組織的な医療安全対策の実施状況の確認につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、当該入院中に第４部画像診断又は第13部病理診断に掲げる診療料を算定したもの（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、報告書管理体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、退院時１回に限り、所定点数に加算する。

Ａ２３５　削除

Ａ２３６　褥瘡ハイリスク患者ケア加算（入院中１回）　500点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、重点的な褥瘡ケアを行う必要を認め、計画的な褥瘡対策が行われた場合に、入院中１回に限り、所定点数に加算する。

２　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算（特定地域）として、250点を所定点数に加算することができる。

Ａ２３６－２　ハイリスク妊娠管理加算（１日につき）　1,200点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、ハイリスク妊娠管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院中にハイリスク妊娠管理を行った場合に、１入院に限り20日を限度として所定点数に加算する。

Ａ２３７　ハイリスク分娩等管理加算（１日につき）

１　ハイリスク分娩管理加算　3,200点

２　地域連携分娩管理加算　3,200点

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち

、ハイリスク分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、１入院に限り８日を限度として所定点数に加算する。

２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）のうち、地域連携分娩管理加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、分娩を伴う入院中に地域連携分娩管理を行った場合に、１入院に限り８日を限度として所定点数に加算する。

３　ハイリスク分娩管理又は地域連携分娩管理と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、１又は２に含まれるものとする。

Ａ２３８からＡ２３８－５まで　削除

Ａ２３８－６　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算（退院時１回）　1,000点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、緊急に入院した患者（第３節の特定入院料のうち、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該入院した日から起算して60日以内に、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に１回に限り、所定点数に加算する。

Ａ２３８－７　精神科救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日）　2,000点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関において区分番号Ａ２３８－６に掲げる精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した患者を入院させた場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、入院初日に限り所定点数に加算する。

Ａ２３８－８からＡ２４１まで　削除

Ａ２４２　呼吸ケアチーム加算（週１回）　150点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、臨床工学技士、理学療法士等が共同して、人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、呼吸ケアチーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、週１回に限り所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ０１１－４に掲げる医療機器安全管理料の１は別に算定できない。

Ａ２４２－２　術後疼痛管理チーム加算（１日につき）　100点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者であって、継続して手術後の疼痛管理を要するものに対して、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師、看護師、薬剤師等が共同して疼痛管理を行った場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、術後疼痛管理チーム加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、手術日の翌日から起算して３日を限度として所定点数に加算する。

Ａ２４３　後発医薬品使用体制加算（入院初日）

１　後発医薬品使用体制加算１　47点

２　後発医薬品使用体制加算２　42点

３　後発医薬品使用体制加算３　37点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）又は第３節の特定入院料のうち、後発医薬品使用体制加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ入院初日に限り所定点数に加算する。

Ａ２４４　病棟薬剤業務実施加算

１　病棟薬剤業務実施加算１（週１回）　120点

２　病棟薬剤業務実施加算２（１日につき）　100点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者について、薬剤師が病棟等において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に、当該患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）及び第３節の特定入院料のうち、病棟薬剤業務実施加算１又は病棟薬剤業務実施加算２を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、病棟薬剤業務実施加算１にあっては週１回に限り、病棟薬剤業務実施加算２にあっては１日につき所定点数に加算する。この場合において、療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定している患者については、入院した日から起算して８週間を限度とする。

Ａ２４５　データ提出加算

１　データ提出加算１（入院初日）

イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　140点

ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　210点

２　データ提出加算２（入院初日）

イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　150点

ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　220点

３　データ提出加算３（入院期間が90日を超えるごとに１回）

イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　140点

ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　210点

４　データ提出加算４（入院期間が90日を超えるごとに１回）

イ　許可病床数が200床以上の病院の場合　150点

ロ　許可病床数が200床未満の病院の場合　220点

注１　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り所定点数に加算する。

２　３及び４については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、手術の実施状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合に、当該保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、データ提出加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を届け出た病棟又は病室に入院しているものについて、当該基準に係る区分に従い、入院期間が90日を超えるごとに１回、所定点数に加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関に入院している患者については、提出データ評価加算として、40点を更に所定点数に加算する。

Ａ２４６　入退院支援加算（退院時１回）

１　入退院支援加算１
　イ　一般病棟入院基本料等の場合　700点
　ロ　療養病棟入院基本料等の場合　1,300点
２　入退院支援加算２
　イ　一般病棟入院基本料等の場合　190点
　ロ　療養病棟入院基本料等の場合　635点
３　入退院支援加算３　1,200点
注１　入退院支援加算１は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時１回に限り、所定点数に加算する。
　イ　退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、入退院支援加算１を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して入退院支援を行った場合
　ロ　連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、入退院支援加算１を算定できるものを現に算定している患者に限る。）の転院（１回の転院に限る。）を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合
２　入退院支援加算２は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、入退院支援加算２を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、入退院支援を行った場合に、退院時１回に限り、所定点数に加算する。
３　入退院支援加算３は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時１回に限り、所定点数に加算する。
　イ　当該保険医療機関に入院している患者であって、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料又は区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定したことがあるもの（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、入退院支援加算３を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院支援計画を作成し、入退院支援を行った場合
　ロ　他の保険医療機関において当該加算を算定した患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、入退院支援加算３を算定できるものを現に算定している患者に限る。）の転院（１回の転院に限る。）を受け入れ、当該患者に対して、退院支援計画を作成し、入退院支援を行った場合
４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、地域連携診療計画加算として、退院時１回に限り、300点を更に所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００３に掲げる開放型病院共同指導料Ⅰ、区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２、区分番号Ｂ００５－１－２に掲げる介護支援等連携指導料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料Ⅰ及び区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料は別に算定できない。
　イ　当該保険医療機関において入退院支援加算の届出を行っている病棟に入院している患者（あらかじめ地域連携診療計画を作成し、当該計画に係る疾患の治療等を担う他の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、当該患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく当該患者の診療計画を作成及び説明し、文書により提供したものに限る。）について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合
　ロ　他の保険医療機関からの転院（１回の転院に限る。）患者（当該他の保険医療機関において当該加算を算定したものであって、当該患者の同意を得た上で、入院時にあらかじめ作成した地域連携診療計画に基づき当該患者の診療計画を作成及び説明し、文書により提供したものに限る。）について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合
５　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注２に規定する届出の有無にかかわらず、注２に規定する加算の点数に代えて、入退院支援加算（特定地域）として、それぞれ95点又は318点を所定点数に加算することができる。
６　入退院支援加算１又は入退院支援加算２を算定する患者が15歳未満である場合には、小児加算として、200点を更に所定点数に加算する。
７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、入院前に支援を行った場合に、その支援の内容に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ更に所定点数に加算する。
　イ　入院時支援加算１　230点
　ロ　入院時支援加算２　200点
８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った上で、その結果を踏まえて、入退院支援を行った場合に、総合機能評価加算として、50点を更に所定点数に加算する。

Ａ２４７　認知症ケア加算（１日につき）
１　認知症ケア加算１
　イ　14日以内の期間　160点
　ロ　15日以上の期間　30点
２　認知症ケア加算２
　イ　14日以内の期間　100点
　ロ　15日以上の期間　25点
３　認知症ケア加算３
　イ　14日以内の期間　40点
　ロ　15日以上の期間　10点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、認知症ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して必要なケアを行った場合に、当該基準に係る区分に従い、当該患者が入院した日から起算し、当該患者の入院期間に応じ、それぞれ所定点数に加算する。ただし、認知症ケア加算１を算定する場合は、区分番号Ａ２３０－４に掲げる精神科リエゾンチーム加算は別に算定できない。
２　身体的拘束を実施した日は、所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

Ａ２４７－２　せん妄ハイリスク患者ケア加算（入院中１回）　100点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、せん妄ハイリスク患者ケア加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、せん妄のリスクを確認し、その結果に基づいてせん妄対策の必要を認め、当該対策を行った場合に、入院

中１回に限り、所定点数に加算する。

Ａ２４８　精神疾患診療体制加算

１　精神疾患診療体制加算１（入院初日）　1,000点

２　精神疾患診療体制加算２（入院初日から３日以内に１回）　330点

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

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

Ａ２４９　精神科急性期医師配置加算（１日につき）

１　精神科急性期医師配置加算１　600点

２　精神科急性期医師配置加算２

イ　精神病棟入院基本料等の場合　500点

ロ　精神科急性期治療病棟入院料の場合　450点

３　精神科急性期医師配置加算３　400点

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

Ａ２５０　薬剤総合評価調整加算（退院時１回）　100点

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

イ　入院前に６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていた患者について、当該処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合

ロ　精神病棟に入院中の患者であって、入院直前又は退院１年前のいずれか遅い時点で抗精神病薬を４種類以上内服していたものについて、当該抗精神病薬の処方の内容を総合的に評価した上で、当該処方の内容を変更し、かつ、療養上必要な指導を行った場合

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

イ　注１のイに該当する場合であって、当該患者の退院時に処方する内服薬が２種類以上減少した場合

ロ　注１のロに該当する場合であって、退院日までの間に抗精神病薬の種類数が２種類以上減少した場合その他これに準ずる場合

Ａ２５１　排尿自立支援加算（週１回）　200点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第１節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第３節の特定入院料のうち、排尿自立支援加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者１人につき、週１回に限り12週を限度として所定点数に加算する。

Ａ２５２　地域医療体制確保加算（入院初日）　620点

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

第２節　入院基本料等加算

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

Ａ２００　総合入院体制加算

総合入院体制加算は、十分な人員配置及び設備等を備え総合的かつ専門的な急性期医療を 24 時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価した加算であり、入院した日から起算して 14 日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。当該加算を算定する場合は、区分番号「Ａ２００－２」急性期充実体制加算は別に算定できない。

Ａ２００－２　急性期充実体制加算

（１）　急性期充実体制加算は、地域において急性期・高度急性期医療を集中的・効率的に提供する体制を確保する観点から、手術等の高度かつ専門的な医療に係る実績及び高度急性期医療を実施する体制を評価したものであり、入院した日から起算して 14 日を限度として、当該患者の入院期間に応じて所定点数を算定する。なお、ここでいう入院した日とは、当該患者が当該加算を算定できる病棟に入院又は転棟した日のことをいう。当該加算を算定する場合は、区分番号「Ａ２００」総合入院体制加算は別に算定できない。

（２）　「注２」に規定する精神科充実体制加算は、高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供する十分な体制を有した上で、精神疾患を有する患者の充実した受入体制を確保している体制を評価するものである。

Ａ２０４　地域医療支援病院入院診療加算

（１）　地域医療支援病院入院診療加算は、地域医療支援病院における紹介患者に対する医療提供、病床や高額医療機器等の共同利用、24 時間救急医療の提供等を評価するものであり、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。当該加算を算定する場合は、区分番号「Ａ２０４－３」紹介受診重点医療機関入院診療加算は別に算定できない。

（２）　（１）にかかわらず入院初日に病棟単位で行うべき特定入院料以外の特定入院料を算定した場合については、入院基本料の入院期間の計算により一連の入院期間とされる期間中に特定入院料を算定しなくなった日（当該日が退院日の場合は、退院日）において１回に限り算定する。

Ａ２０４－２　臨床研修病院入院診療加算

（１）　臨床研修病院入院診療加算は、研修医が、当該保険医療機関の研修プログラムに位置づけられた臨床研修病院及び臨床研修協力施設において、実際に臨床研修を実施している場合に、入院初日に限り算定できる。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（２）　（１）において研修を実施している場合とは、基幹型臨床研修病院においては実際に研修医が研修を実施している期間及び研修医が協力型臨床研修病院又は協力施設において研修を実施している期間、協力型臨床研修病院においては実際に研修医が研修を実施している期間のことをいう。

（３）　研修医の診療録の記載に係る指導及び確認は、速やかに行うこととし、診療録には指導

の内容が分かるように指導医自らが記載を行い、署名をすること。

Ａ２０４－３　紹介受診重点医療機関入院診療加算

（１）　紹介受診重点医療機関入院診療加算は、紹介受診重点医療機関における、入院の前後の外来や医療機器・設備等、医療資源の活用が大きく、紹介患者への外来を基本とする外来を担う機能等を評価するものであり、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。当該加算を算定する場合は、区分番号「Ａ２０４」地域医療支援病院入院診療加算は別に算定できない。

（２）　（１）にかかわらず入院初日に病棟単位で行うべき特定入院料以外の特定入院料を算定した場合については、入院基本料の入院期間の計算により一連の入院期間とされる期間中に特定入院料を算定しなくなった日（当該日が退院日の場合は、退院日）において１回に限り算定する。

Ａ２０５　救急医療管理加算

（１）　救急医療管理加算は、緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に、入院した日から起算して７日に限り算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

（２）　救急医療管理加算１の対象となる患者は、次に掲げる状態のうちアからサのいずれかの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。

なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。

ア　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態

イ　意識障害又は昏睡

ウ　呼吸不全又は心不全で重篤な状態

エ　急性薬物中毒

オ　ショック

カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷

ク　外傷、破傷風等で重篤な状態

ケ　緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又は t-PA 療法を必要とする状態

コ　消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態

サ　蘇生術を必要とする重篤な状態

シ　その他の重症な状態

（３）　救急医療管理加算２の対象となる患者は、（２）のアからサまでに準ずる状態又はシの状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。

なお、当該加算は、患者が入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して当該状態でなくても算定できる。

（４）　救急医療管理加算１を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　（２）のアからサまでのうち該当する状態

イ　（２）のイ、ウ、オ、カ又はキの状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標

ウ　当該重症な状態に対して、入院後３日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

エ　重症患者の状態のうち、（２）のイに掲げる状態であってＪＣＳ（Japan Coma Scale）０の状態、（２）のウに掲げる状態であって NYHA Ⅰ度若しくは P/F 比 400 以上の状態、又は（２）のキに掲げる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であって Burn Index０の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠

（５）　救急医療管理加算２を算定する場合は、以下の内容について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　（２）のアからサまでに準ずる状態又はシの状態として該当するもの

イ　（２）のイ、ウ、オ、カ又はキに準ずる状態に該当する場合は、それぞれの入院時の状態に係る指標

ウ　当該重症な状態に対して、入院後３日以内に実施した検査、画像診断、処置又は手術のうち主要なもの

エ　重症患者の状態のうち、（２）のイに掲げる状態に準ずる状態であってＪＣＳ（Japan Coma Scale）０の状態、（２）のウに掲げる状態に準ずる状態であって NYHA Ⅰ度若しくは P/F 比 400 以上の状態、又は（２）のキに掲げる状態に準ずる状態（顔面熱傷若しくは気道熱傷を除く。）であって Burn Index０の状態について、緊急入院が必要であると判断した医学的根拠

（６）　都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設において、緊急に入院を必要とする重症患者（精神疾患であり、入院させなければ医療及び保護を図る上で支障のある状態）に対して救急医療が行われた場合にも算定できる。ただし、精神科応急入院施設管理加算又は精神科措置入院診療加算を算定した患者については算定できない。なお、精神科救急医療施設の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」（平成 20 年５月 26 日障発第 0526001 号）に従い実施されたい。

（７）　加算の起算日となる入院日については、夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供した日（午前０時から午後 12 時まで）であって、その旨を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知している日（あらかじめ定められた当番日以外の日でもよい。）とする。また、午前０時をまたいで夜間救急医療を提供する場合においては、夜間の救急医療を行った前後２日間とする。なお、当該加算の起算日に行う夜間又は休日の救急医療にあっては、第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していることとする。

（８）　「注２」に規定する乳幼児加算は、６歳未満の緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に７日を限度として算定する。

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

Ａ２０５－２　超急性期脳卒中加算

（１）　超急性期脳卒中加算は脳梗塞と診断された患者であって、発症後4.5時間以内に組織プラスミノーゲン活性化因子を投与されたものに対して、入院治療を行った場合又は脳梗塞を発症後 4.5 時間以内に「基本診療料の施設基準等」第八の六の三に定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た他の保険医療機関の外来で組織プラスミノーゲン活性化因子を投与された患者を受け入れ、入院治療を行った場合に入院初日に限り所定点数に加算する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（２）　「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に所在する保険医療機関において、情報通信機器を用いて他の保険医療機関と連携し、診療を行うに当たっては、日本脳卒中学会が定める「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）ガイドライン」に沿って診療を行うこと。なお、この場合の診療報酬の請求については（６）と同様である。

（３）　投与に当たっては、日本脳卒中学会脳卒中医療向上・社会保険委員会 rt-PA（アルテプラーゼ）静注療法指針改訂部会作成の「rt-PA（アルテプラーゼ）静注療法適正治療指針」を踏まえ適切に行われるよう十分留意すること。

（４）　投与を行う保険医は日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞 t-PA 適正使用に係る講習会を受講していること。

（５）　組織プラスミノーゲン活性化因子の投与に当たっては、必要に応じて、薬剤師、診療放射線技師又は臨床検査技師と連携を図ること。

（６）　組織プラスミノーゲン活性化因子を投与した保険医療機関と投与後に入院で治療を行った保険医療機関が異なる場合の当該診療報酬の請求は、組織プラスミノーゲン活性化因子の投与後に入院治療を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ａ２０５－３　妊産婦緊急搬送入院加算

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

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

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

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

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

（３）（１）において、受診歴とは妊婦健診及び往診等による受診を含むものである。ただし、（１）のウの場合において、当該保険医療機関が当該助産所の嘱託医療機関である場合又は当該保険医療機関の保険医が当該助産所の嘱託医である場合においては、嘱託医療機関又は嘱託医が実施した妊婦健診は、受診歴に含まない。なお、この場合においては、嘱託医療機関であること又は嘱託医の氏名を診療録に記載すること。

（４） 妊産婦とは産褥婦を含む（以下この節において同じ。）。

Ａ２０６　在宅患者緊急入院診療加算

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

（２） 診療所において区分番号「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料、区分番号「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料、区分番号「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料又は第２章第２部第２節第１款に掲げる在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料（区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院の月又はその前月に算定している患者について、当該患者の病状の急変等に伴い当該診療所の保険医の求めに応じて入院させた場合に、受入保険医療機関において、当該入院中１回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

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

（４） 在宅患者緊急入院診療加算の「１」は、以下の場合に算定する。

ア 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の第９に掲げる在宅療養支援診療所（当該基準を満たすものを以下この項において「在宅療養支援診療所」という。）の施設基準の１の（２）又は第 14 の２に掲げる在宅療養支援病院（当該基準を満たすものを以下この項において「在宅療養支援病院」という。）の施設基準の１の（２）に規定する在宅支援連携体制を構築している在宅療養支援診療所が診療を行っている患者を、当該診療所の保険医の求めに応じて、同じく当該体制を構築している、病床を有する他の在宅療養支援診療所（在宅療養支援診療所の施設基準の１の（２）の在宅療養支援診療所に限る。）又は在宅療養支援病院（在宅療養支援病院の施設基準の１（２）の在宅療養支援病院に限る。）に入院させた場合

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

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

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

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

Ａ２０７　診療録管理体制加算

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

Ａ２０７－２　医師事務作業補助体制加算

（１） 医師事務作業補助体制加算は、医師の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制を確保することを目的として、医師、医療関係職員、事務職員等との間での業務の役割分担を推進し、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を配置している体制を評価するものである。

（２） 医師事務作業補助体制加算は、当該患者の入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（３） 医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書等の文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、教育や研修・カンファレンスのための準備作業等）、入院時の案内等の病棟における患者対応業務及び行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（ＤＰＣのコーディングに係る業務を含む。）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。

（４） 医師事務作業補助者は、院内の医師の業務状況等を勘案して配置することとし、病棟における業務以外にも、外来における業務や、医師の指示の下であれば、例えば文書作成業務専門の部屋等における業務も行うことができる。

Ａ２０７－３　急性期看護補助体制加算

（１） 急性期看護補助体制加算は、地域の急性期医療を担う保険医療機関において、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を確保することを目的として、看護業務を補助する看護補助者を配置している体制を評価するものである。

（２） 急性期看護補助体制加算は、当該加算を算定できる病棟において、看護補助者の配置基準に応じて算定する。なお、当該病棟において入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員については、看護補助者とみなして計算することができるが、25 対１急性期看護補助体制加算は、当該加算の配置基準に必要な看護補助者の数に対するみなし看護補助者を除いた看護補助者の比率に応じた点数を算定すること。

（３） 急性期看護補助体制加算を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の(16)の例

による。

（４） 夜間急性期看護補助体制加算は、みなし看護補助者ではなく、看護補助者の配置を夜勤時間帯に行っている場合にのみ算定できる。

（５） 急性期看護補助体制加算及び夜間急性期看護補助体制加算は、当該患者が入院した日から起算して 14 日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第２部入院料等の通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

（６） 「注３」に規定する夜間看護体制加算は、「注２」に規定する夜間 30 対１急性期看護補助体制加算、夜間 50 対１急性期看護補助体制加算又は夜間 100 対１急性期看護補助体制加算を算定している病棟において算定する。

（７） 「注４」に規定する看護補助体制充実加算は、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制を評価するものである。

Ａ２０７－４　看護職員夜間配置加算

（１） 看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、当該基準を満たしていても、基本診療料の施設基準等の第５の１の(７)に定める夜勤の看護職員の最小必要数を超えた３人以上でなければ算定できない。

（２） 看護職員夜間配置加算は、当該患者が入院した日から起算して 14 日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第２部入院料等の通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

Ａ２０８　乳幼児加算・幼児加算

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

Ａ２１０　難病等特別入院診療加算

（１） メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症患者については、菌の排出がなくなった後、３週間を限度として算定する。

（２） 特殊疾患入院施設管理加算を算定している患者については算定できない。

Ａ２１１　特殊疾患入院施設管理加算

（１） 重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「重度の肢体不自由児（者）」という。）、脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等を主として入院させる障害者施設等一般病棟等その他の病棟及び有床診療所（一般病床に限る。）において算定する。

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

ア　意識障害レベルがＪＣＳ(Japan Coma Scale)でⅡ－３（又は 30）以上又はＧＣＳ（Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態が２週以上持続している患者

イ　無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

（３） 神経難病患者とは、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、

オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎又はもやもや病（ウイリス動脈輪閉塞症）に罹患している患者をいう。

Ａ２１２　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

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

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

（２）　超重症児（者）入院診療加算の対象となる超重症の状態は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添６の別紙 14 の「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが 25 以上のものをいう。

（３）　準超重症児（者）入院診療加算の対象となる準超重症の状態は、当該「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが 10 以上のものをいう。

（４）　「注３」の救急・在宅重症児（者）受入加算については、超重症児（者）又は準超重症児（者）の判定基準を満たす患者が自宅から入院する場合又は急性期医療を担う病院から転院する場合に、入院又は転院した日から起算して５日を限度として算定する。急性期医療を担う病院から転院する場合の患者については、特定集中治療室管理料の「注２」の小児加算、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料を算定したことのある患者であること。なお、同一医療機関において転棟した患者については、当該加算は算定できない。また、ここでいう入院した日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

（５）　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算は、一般病棟（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定する病棟又は病室を除く。）においては、入院した日から起算して 90 日間に限り算定する。なお、ここでいう入院した日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

Ａ２１３　看護配置加算

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

Ａ２１４　看護補助加算

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

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

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

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

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

エ　身体的拘束を実施するに当たっては、次の対応を行う。

（イ） 実施の必要性等のアセスメント

（ロ） 患者家族への説明と同意

（ハ） 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録

（ニ） 二次的な身体障害の予防

（ホ） 身体的拘束の解除に向けた検討

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

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

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

（４） 「注４」に規定する看護補助体制充実加算は、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制を評価するものである。

Ａ２１８　地域加算

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

Ａ２１８－２　離島加算

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

Ａ２１９　療養環境加算

（１） 特別の療養環境の提供に係る病室については、加算の対象とはならない。

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

Ａ２２０　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算

後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者については、ＣＤ４リンパ球数の値にかかわらず、抗体の陽性反応があれば、患者の希望により特別の設備の整った個室に入室する場合を除き、当該加算を算定する。

Ａ２２０－２　二類感染症患者療養環境特別加算

（１）　二類感染症患者療養環境特別加算の対象となる者は、感染症法第６条第３項に規定する二類感染症の疾病を有する患者、新型インフルエンザの患者及びそれらの疑似症患者であって、保険医が他者へ感染させるおそれがあると認め、状態に応じて、個室又は陰圧室に入院した者である。

（２）　個室かつ陰圧室である場合には、個室加算及び陰圧室加算を併算定できる。

（３）　陰圧室加算を算定する場合は、結核患者等を収容している日にあっては、病室及び特定区域の陰圧状態を煙管（ベビーパウダー等を用いて空気流の状況を確認する方法で代用可能）又は差圧計等によって点検し、記録をつけること。ただし、差圧計はその位置によって計測値が変わることに注意すること。差圧計によって陰圧の確認を行う場合、差圧計の動作確認及び点検を定期的に実施すること。

Ａ２２１　重症者等療養環境特別加算

（１）　重症者等療養環境特別加算の対象となる者は、次のいずれかに該当する患者であって、特に医療上の必要から個室又は２人部屋の病床に入院した者である。

ア　病状が重篤であって絶対安静を必要とする患者

イ　必ずしも病状は重篤ではないが、手術又は知的障害のため常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする患者

（２）　インキュベーターに収容した新生児又は乳幼児は、加算の対象とならない。

（３）　当該加算の対象となった患者の氏名及び入院日数を記録し、３年間保存しておくこと。

Ａ２２１－２　小児療養環境特別加算

（１）　小児療養環境特別加算の対象となる患者は、次のいずれかの状態に該当する 15 歳未満の小児患者であって、保険医が治療上の必要から個室での管理が必要と認めたものである。

ア　麻疹等の感染症に罹患しており、他の患者への感染の危険性が高い患者

イ　易感染性により、感染症罹患の危険性が高い患者

（２）　当該加算を算定する場合は、（１）のア又はイのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（３）　当該患者の管理に係る個室が特別の療養環境の提供に係る病室であっても差し支えないが、患者から特別の料金の徴収を行うことはできない。

Ａ２２２　療養病棟療養環境加算

（１）　療養病棟療養環境加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供される療養環境を総合的に評価したものである。

（２）　特別の療養環境の提供に係る病室に入室しており、かつ、患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

Ａ２２２－２　療養病棟療養環境改善加算

（１）　療養病棟療養環境改善加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供するための療養環境の整備に資する取組みを総合的に評価したものである。

（２）　患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

Ａ２２３　診療所療養病床療養環境加算

（１）　診療所療養病床療養環境加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供される療養環境を総合的に評価したものである。

（２） 特別の療養環境の提供に係る病室に入室しており、かつ、患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

Ａ２２３－２　診療所療養病床療養環境改善加算

（１） 診療所療養病床療養環境改善加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供するための療養環境の整備に資する取組みを総合的に評価したものである。

（２） 患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

Ａ２２４　無菌治療室管理加算

（１） 無菌治療室管理加算は、保険医療機関において、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者に対して、必要があって無菌治療室管理を行った場合に算定する。なお、無菌治療室管理とは、当該治療室において、医師等の立入等の際にも無菌状態が保たれるよう必要な管理をいう。

（２） 当該加算は、一連の治療につき、無菌室に入室した日を起算日として 90 日を限度として算定する。

Ａ２２５　放射線治療病室管理加算

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

Ａ２２６　重症皮膚潰瘍管理加算

（１） 重症皮膚潰瘍管理とは、重症な皮膚潰瘍（Shea の分類Ⅲ度以上のものに限る。）を有している者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行うことをいう。

（２） 当該加算を算定する場合は、当該患者の皮膚潰瘍が Shea の分類のいずれに該当するかについて、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ａ２２６－２　緩和ケア診療加算

（１） 緩和ケア診療加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。

（２） 末期心不全の患者とは、以下のアからウまでの基準及びエからカまでのいずれかの基準に該当するものをいう。

ア　心不全に対して適切な治療が実施されていること。

イ　器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的に NYHA 重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。

ウ　過去１年以内に心不全による急変時の入院が２回以上あること。なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院を除く。

エ　左室駆出率が 20%以下であること。

オ　医学的に終末期であると判断される状態であること。

カ　エ又はオに掲げる状態に準ずる場合であること。

（３） 緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケ

アチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者を診療する際には当該研修を修了していなくても当該加算は算定できる。

（４） 緩和ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療を担う保険医、看護師及び薬剤師などと共同の上別紙様式３又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付すること。

（５） 当該加算を算定する患者については入院精神療法の算定は週に１回までとする。

（６） １日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね 30 人以内とする。ただし、「注２」に規定する点数を算定する場合は、１日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね 15 人以内とする。

（７） 症状緩和に係るカンファレンスが週１回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師などが参加している。

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

（９） 「注４」に規定する点数は、緩和ケア診療加算を算定している患者について、緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、個別の患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合に算定する。

(10) 「注４」に規定する点数を算定する場合は、緩和ケア診療実施計画に基づき実施した栄養食事管理の内容を診療録等に記載又は当該内容を記録したものを診療録等に添付すること。

Ａ２２６－３　有床診療所緩和ケア診療加算

（１） 有床診療所緩和ケア診療加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、医師、看護師が共同して緩和ケアに係る診療が行われた場合に算定する。なお、末期心不全の患者については、Ａ２２６－２緩和ケア診療加算の（２）の基準に該当するものに限る。

（２） 緩和ケアに従事する医師、看護師は、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアに従事する医師又は看護師のいずれかは緩和ケアに関する研修を修了していること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者を診療する際には当該研修を修了していなくても当該加算は算定できる。

（３） 緩和ケアに係る診療に当たり、医師、看護師が共同の上別紙様式３（主治医、精神科医、緩和ケア医は同一で差し支えない。）又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付すること。

（４） 当該加算を算定する患者については入院精神療法の算定は週に１回までとする。

Ａ２２７　精神科措置入院診療加算

精神科措置入院診療加算は、措置入院又は緊急措置入院に係る患者について当該入院期間中１回に限り入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。ただし、応急入院患者として入院し、入院後措置入院又は緊急措置入院が決定した場合は、当該措置入院又は緊急措置入院が決定した日に算定する。また、この場合にあっては、精神科応急入院施設管理加算は算定できない。

Ａ２２７－２　精神科措置入院退院支援加算

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

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

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

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

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

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

Ａ２２８　精神科応急入院施設管理加算

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

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

（３）　応急入院患者等として入院した場合であっても、入院後、精神保健福祉法第 29 条第１項に規定する措置入院として措置が決定した場合は精神科応急入院施設管理加算は算定でき

ない。なお、応急入院等の後の入院形態の変更については、各都道府県の衛生担当部局との連絡を密にすること。

（４） 診療報酬明細書を審査支払機関に提出した後に措置入院が決定した場合にあっては、遅滞なく、精神科応急入院施設管理加算の請求を取り下げる旨を当該保険医療機関が審査支払機関に申し出ること。

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

Ａ２２９　精神科隔離室管理加算

（１） 精神科隔離室管理加算が算定できる隔離とは、精神保健福祉法第 36 条第３項の規定に基づいて行われるものをいう。患者の隔離に当たっては、同法第 37 条第１項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準に従うとともに、隔離を行っている間は１日１回以上診察を行うこと。

（２） 精神科隔離室管理加算を算定する場合には、その隔離の理由を診療録に記載し、１日１回の診察の内容を診療録に記載すること。

（３） 精神保健福祉法第 36 条第３項に規定する隔離が数日間にわたり連続して行われた場合にあっては、当該隔離の開始日及び終了日についても精神科隔離室管理加算を算定できる。

（４） 隔離時間が 12 時間以下の場合や患者本人の意思に基づいて隔離を行った場合には算定できない。また、当該加算は、月に７日を超えて算定できない。なお、応急入院中の期間及び精神科措置入院診療加算を算定した日に行った隔離については、当該加算の日数には数えない。

（５） 精神科応急入院施設管理加算を算定した入院患者について、当該応急入院中に行った隔離については、精神科隔離室管理加算は算定できない。ただし、当該応急入院の終了後も措置入院等で入院を継続している場合であって、精神保健福祉法第 36 条第３項の規定に基づく隔離を行った場合は算定できる。

（６） 精神科措置入院診療加算を算定する同一日に行った隔離については、精神科隔離室管理加算は算定できない。

（７） 当該加算は、「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」に規定する基準に該当する保険医療機関については、算定できない。

Ａ２３０　精神病棟入院時医学管理加算

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

Ａ２３０－２　精神科地域移行実施加算

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

Ａ２３０－３　精神科身体合併症管理加算

（１） 精神科身体合併症管理加算は、精神科を標榜する保険医療機関であって、精神科以外の診療科の医療体制との連携が取られている病棟において、精神病床に入院している身体合

併症を併発した精神疾患患者に対して、精神疾患、身体疾患両方について精神科を担当する医師と内科又は外科を担当する医師が協力し、治療が計画的に提供されることを評価したものである。

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

（３） 精神科身体合併症管理加算の注に規定する厚生労働大臣が定める身体合併症のうち、肺炎については、抗生物質又はステロイドの投与を要する状態、意識障害については、意識レベルにかかわらず、規定された疾患や手術後によるせん妄状態に準ずる状態である。また、手術又は直達・介達牽引を要する骨折については、骨折の危険性が高い骨粗鬆症であって骨粗鬆症治療剤の注射を要する状態を含むものとする。

（４） 当該加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、別に厚生労働大臣が定める身体合併症の患者のいずれに該当するかを記載する。

Ａ２３０－４　精神科リエゾンチーム加算

（１） 精神科リエゾンチーム加算は、一般病棟におけるせん妄や抑うつといった精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者の精神状態を把握し、精神科専門医療が必要な者を早期に発見し、可能な限り早期に精神科専門医療を提供することにより、症状の緩和や早期退院を推進することを目的として、精神科医、専門性の高い看護師、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等多職種からなるチーム（以下「精神科リエゾンチーム」という。）が診療することを評価したものである。

（２） 精神科リエゾンチーム加算の算定対象となる患者は、せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した患者であり、当該患者に対して精神科医療に係る専門的知識を有した精神科リエゾンチームによる診療が行われた場合に週１回に限り算定する。

（３） １週間当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね 30 人以内とする。

（４） 精神科リエゾンチームは以下の診療を行うこと。

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

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

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

エ　退院又は転院後も継続した精神科医療が必要な場合、退院又は転院後も継続できるよ

うな調整を行うこと。紹介先保険医療機関等に対して、診療情報提供書を作成した場合は、当該計画書及び評価書を添付する。

（５） 精神科リエゾンチーム加算を算定した患者に精神科専門療法を行った場合には別に算定できる。

（６） 精神科リエゾンチームは、現に当該加算の算定対象となっていない患者の診療を担当する医師、看護師等からの相談に速やかに応じ、必要に応じて精神状態の評価等を行うこと。

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

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

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

Ａ２３１－２ 強度行動障害入院医療管理加算

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

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

Ａ２３１－３ 依存症入院医療管理加算

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

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

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

（４） 家族等に対して面接相談等適切な指導を適宜行う。

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

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

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

Ａ２３１－４ 摂食障害入院医療管理加算

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

（２） 摂食障害入院医療管理加算の算定対象となる患者は、摂食障害による著しい体重減少が

認められる者であって、ＢＭＩ（Body Mass Index）が 15 未満であるものをいう。

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

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

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

Ａ２３２ がん拠点病院加算

（１） がん診療の拠点となる病院として、当該加算の対象となる病院は、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 30 年７月 31 日健発 0731 第１号厚生労働省健康局長通知）に定めるがん診療連携拠点病院等（がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院（高度型及び特例型を含む。））、特定領域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院）又は「小児がん拠点病院の整備について」（平成 30 年７月 31 日健発 0731 第２号厚生労働省健康局長通知）に定める小児がん拠点病院をいう。特定領域がん診療連携拠点病院については、当該特定領域の悪性腫瘍の患者についてのみ、がん拠点病院加算の１のイを算定する（以下同じ。）。

（２） がん拠点病院加算の１のイは、キャンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、がん診療連携拠点病院（地域がん診療連携拠点病院（特例型）を除く。）として指定された病院を評価したものである。

（３） がん拠点病院加算の１のロは、がんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、地域がん診療連携拠点病院（特例型）又は地域がん診療病院として指定された病院を評価したものである。

（４） がん拠点病院加算の２は、地域における小児がん医療及び支援を提供する中心施設として、キャンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、長期フォローアップ体制、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター、適切な療育環境等の体制を備えた、小児がん拠点病院として指定された病院を評価したものである。

（５） 当該加算は、他の保険医療機関又は健康診断を実施した医療機関の医師により、悪性腫瘍の疑いがあるとされた患者（最終的に悪性腫瘍と診断された患者に限る。）又は悪性腫瘍と診断された患者であって、これらの保険医療機関等からの紹介により、当該がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院又は小児がん拠点病院に入院した患者（小児がん拠点病院に入院した患者については、20 歳未満のものに限る。）について、当該入院中１回に限り、入院初日に算定する。ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。なお、悪性腫瘍の疑いがあるとされ、入院中に悪性腫瘍と診断された患者については、入院初日に限らず、悪性腫瘍と確定診断を行った日に算定する。

（６） 当該加算の対象患者は、（５）に定める患者であり、別の保険医療機関からの紹介を受け、当該がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院又は小児がん拠点病院で通院治療を行った後入院した患者を含むものであること。なお、悪性腫瘍以外の疾患で別の保険医療機関から紹介を受け、当該がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院又は小児がん拠点病院にお

いて悪性腫瘍と診断された患者は含まれない。

（７） 「注２」に規定する加算は、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として、遺伝子パネル検査等の実施及び治療への活用、遺伝性腫瘍等の患者に対する専門的な遺伝カウンセリングの実施、がんゲノム情報に基づく臨床研究・治験の実施等の体制を評価したものであり、がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院において算定する。

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

Ａ２３３－２　栄養サポートチーム加算

（１） 栄養サポートチーム加算は、栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進及び感染症等の合併症予防等を目的として、栄養管理に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が診療することを評価したものである。

（２） 栄養サポートチーム加算は、栄養管理計画を策定している患者のうち、次のアからエまでのいずれかに該当する者について算定できる。

ア　栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が3.0g/dL以下であって、栄養障害を有すると判定された患者

イ　経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者

ウ　経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者

エ　栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者

（３） １日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね 30 人以内とする。ただし、「注２」に規定する点数を算定する場合、１日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね 15 人以内とする。

（４） 療養病棟、結核病棟及び精神病棟において、栄養サポートチーム加算は入院日から起算して 180 日以内に限り算定可能とするが、180 日を超えても定期的に栄養サポートチームによる栄養管理を行うことが望ましい。

（５） 栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、栄養状態を改善させ、また、必要に応じて経口摂取への円滑な移行を促進することが必要である。

ア　栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週１回程度開催されており、栄養サポートチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等が参加している。

イ　カンファレンス及び回診の結果を踏まえて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同の上で、別紙様式５又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付する。

ウ　栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し、適宜フォローアップを行う。

エ　治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時等指導を行い、その内容を別紙様式５又はこれに準じた栄養治療実施報告書として記録し、その写しを患者等に交付するとともに診療録等に添付する。

オ　当該患者の退院・転院時に、紹介先保険医療機関等に対して診療情報提供書を作成し

た場合は、当該報告書を添付する。

（６） 栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、当該保険医療機関における栄養管理体制を充実させるとともに、当該保険医療機関において展開されている様々なチーム医療の連携を図ることが必要である。

ア　現に当該加算の算定対象となっていない患者の診療を担当する保険医、看護師等からの相談に速やかに応じ、必要に応じて栄養評価等を実施する。

イ　褥瘡対策チーム、感染制御チーム、緩和ケアチーム、摂食嚥下支援チーム等、当該保険医療機関において活動している他チームとの合同カンファレンスを、必要に応じて開催し、患者に対する治療及びケアの連携に努めること。

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

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

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

Ａ２３４　医療安全対策加算

（１） 医療安全対策加算は、組織的な医療安全対策を実施している保険医療機関を評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中１回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（２） 組織的な医療安全対策とは、医療安全管理部門に所属する医療安全管理者が、医療安全管理委員会と連携しつつ、当該保険医療機関の医療安全に係る状況を把握し、その分析結果に基づいて医療安全確保のための業務改善等を継続的に実施していることをいう。

（３） 医療安全確保のための職員研修を計画的に実施するとともに、医療安全管理者が必要に応じて各部門における医療安全管理の担当者への支援を実施し、その結果を記録していること。

（４） 「注２」に掲げる加算は、医療安全対策加算を算定する複数の医療機関が連携し、互いに医療安全対策に関する評価を行っている場合に算定する。

Ａ２３４－２　感染対策向上加算

（１） 感染対策向上加算は、第２部通則７に規定する院内感染防止対策を行った上で、更に院内に感染制御チームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことによる医療機関の感染防止対策の実施や地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策の取組、新興感染症の発生時等に都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制等の確保を評価するものであり、当該保険医療機関に入院している患者につ

いて、感染対策向上加算１及び感染対策向上加算２は入院初日、感染対策向上加算３は入院初日及び入院期間が 90 日を超えるごとに１回算定する。90 日を超えるごとの計算は、入院日から起算して 91 日目、181 日目等と計算する。なお、ここでいう入院とは、第２部通則５に規定する入院期間中の入院のことをいい、感染対策向上加算１及び２については入院期間が通算される再入院の場合は算定できず、感染対策向上加算３については通算した入院期間から算出し算定する。

（２） 感染制御チームは以下の業務を行うものとする。

ア 感染制御チームは、１週間に１回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。また、院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。

イ 感染制御チームは微生物学的検査を適宜利用し、抗菌薬の適正使用を推進する。感染対策向上加算１及び感染対策向上加算２の届出を行っている保険医療機関にあっては、バンコマイシン等の抗ＭＲＳＡ薬及び広域抗菌薬等の使用に際して届出制又は許可制をとり、投与量、投与期間の把握を行い、臨床上問題となると判断した場合には、投与方法の適正化をはかる。感染対策向上加算３の届出を行っている保険医療機関にあっては、感染対策向上加算１を算定する他の保険医療機関又は地域の医師会とのカンファレンス等により助言を受け、適切に抗ＭＲＳＡ薬及び広域抗菌薬等が使用されているか確認する。

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

エ 感染制御チームは緊急時に地域の医療機関同士が速やかに連携して各医療機関の対応への支援がなされるよう、日常的な相互の協力関係を築く。なお、その際、感染対策向上加算１の届出を行っている保険医療機関の感染制御チームが中心的な役割を担う。

オ 感染制御チームは保健所や地域の医師会と適切な連携体制を構築する。

（３） 「注２」に規定する指導強化加算は、感染対策向上加算１の届出を行っている保険医療機関が感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は区分番号「Ａ０００」の「注 11」若しくは区分番号「Ａ００１」の「注 15」に掲げる外来感染対策向上加算を算定する他の保険医療機関に対し、院内感染対策等に係る助言を行っている場合に算定する。

（４） 「注３」に規定する連携強化加算は、感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３の届出を行っている保険医療機関が、感染対策向上加算１の届出を行っている保険医療機関に対し、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合に算定する。

（５） 「注４」に規定するサーベイランス強化加算は、感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３を算定する保険医療機関が、院内感染対策サーベイランス（ＪＡＮＩＳ）、感染対策連携共通プラットフォーム（Ｊ－ＳＩＰＨＥ）等、地域や全国のサーベイランスに参加している場合に算定する。

Ａ２３４－３ 患者サポート体制充実加算

（１） 患者サポート体制充実加算は、医療従事者と患者との対話を促進するため、患者又はその家族等（以下この項において「患者等」という。）に対する支援体制を評価したもので

あり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中１回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（２） 当該保険医療機関に相談支援窓口を設置し、患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等に関する相談について懇切丁寧に対応すること。

（３） 医療従事者と患者等との良好な関係を築くため、患者支援体制が整備されていること。

（４） 区分番号「Ａ２３２」に掲げるがん拠点病院加算を算定している場合は算定できない。

Ａ２３４－４　重症患者初期支援充実加算

（１） 重症患者初期支援充実加算は、集中治療領域において、患者の治療に直接関わらない専任の担当者（以下「入院時重症患者対応メディエーター」という。）が、特に重篤な状態の患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、当該患者及びその家族等に対して、治療方針・内容等の理解及び意向の表明を支援する体制を評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院した日から起算して３日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、当該患者が当該加算を算定できる治療室に入院又は転棟した日のことをいう。

（２） 入院時重症患者対応メディエーターは、以下の業務を行うものとする。

ア　当該患者及びその家族等の同意を得た上で、当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明することを、当該患者の治療を行う医師・看護師等の他職種とともに、支援を行う。

イ　当該患者及びその家族等に対して支援を行うに当たっては、支援の必要性が生じてから可能な限り早期に支援が開始できるよう取り組む。

ウ　当該患者及びその家族等の心理状態に配慮した環境で支援を行う。

エ　当該患者及びその家族等に対して実施した支援の内容及び実施時間について診療録等に記載する。

Ａ２３４－５　報告書管理体制加算

（１） 報告書管理体制加算は、医療機関全体の医療安全の一環として行われる、画像診断報告書・病理診断報告書（以下この項において「報告書」という。）の確認漏れによる診断又は治療開始の遅延を防止する取組を評価するものであり、当該保険医療機関に入院している患者であって、第４部画像診断又は第 13 部病理診断に掲げる診療料を算定するものについて、退院時１回に限り算定する。

（２） 組織的な報告書管理とは、画像診断部門、病理診断部門又は医療安全管理部門に所属する報告書確認管理者が、医療安全管理対策委員会と連携し、当該保険医療機関内の報告書の確認漏れによる診断及び治療開始の遅れを防止する取組に係る状況を把握するとともに、当該保険医療機関内に報告書確認対策チームを設置し、当該チームが、報告書管理のための支援や業務改善等を継続的に実施していることをいう。

Ａ２３６　褥瘡ハイリスク患者ケア加算

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

（２） 褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、褥瘡ケアを実施するための適切な知識・技術を有する

専従の褥瘡管理者が、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡予防・治療のための予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続して実施した場合、当該入院期間中１回に限り算定する。なお、当該加算は、第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院であっても別に算定できる。

（３） 褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者とは、ベッド上安静であって、次に掲げるものをいう。

ア　ショック状態のもの

イ　重度の末梢循環不全のもの

ウ　麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

エ　６時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの

オ　特殊体位による手術を受けたもの

カ　強度の下痢が続く状態であるもの

キ　極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、ＧＶＨＤ、黄疸等）であるもの

ク　皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

ケ　褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があって既に褥瘡を有するもの

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

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

Ａ２３６－２　ハイリスク妊娠管理加算

（１） ハイリスク妊娠管理加算の算定対象となる患者は、次に掲げる疾患等の妊婦であって、医師がハイリスク妊娠管理が必要と認めた者であること。

ア　妊娠 22 週から 32 週未満の早産の患者（早産するまでの患者に限る。）

イ　妊娠高血圧症候群重症の患者

ウ　前置胎盤（妊娠 28 週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者

エ　妊娠 30 週未満の切迫早産の患者であって、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの兆候を示しかつ以下のいずれかを満たすものに限る。

（イ）　前期破水を合併したもの

（ロ）　羊水過多症又は羊水過少症のもの

（ハ）　経腟超音波検査で子宮頸管長が 20㎜ 未満のもの

（ニ）　切迫早産の診断で他の医療機関より搬送されたもの

（ホ）　早産指数(tocolysis index)が３点以上のもの

オ　多胎妊娠の患者

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

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

（２）　当該加算は、１入院に 20 日を限度として所定点数に加算する。ただし、第２部通則５に規定する入院期間が通算される入院については、１入院として取り扱うものであること。

（３）　１入院の期間中に、区分番号「Ａ２３７」ハイリスク分娩等管理加算を算定するハイリスク分娩管理又は地域連携分娩管理とハイリスク妊娠管理を併せて行うことは可能であり、ハイリスク妊娠管理加算とハイリスク分娩管理加算又は地域連携分娩管理加算を併せ、１入院当たり 28 日を限度として算定できるが、ハイリスク分娩管理加算又は地域連携分娩管理加算を算定する日と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算又は地域連携分娩管理加算に含まれ、別に算定できない。

（４）　妊婦とは産褥婦を含まない。

［早産指数（tocolysis index）］

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

Ａ２３７　ハイリスク分娩等管理加算

（１）　「１」に掲げるハイリスク分娩管理加算の算定対象となる患者は、次に掲げる疾患等の

妊産婦であって、医師がハイリスク分娩管理が必要と認めた者であること。

ア　妊娠 22 週から 32 週未満の早産の患者

イ　40 歳以上の初産婦である患者

ウ　分娩前のＢＭＩが 35 以上の初産婦である患者

エ　妊娠高血圧症候群重症の患者

オ　常位胎盤早期剥離の患者

カ　前置胎盤（妊娠 28 週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者

キ　双胎間輸血症候群の患者

ク　多胎妊娠の患者

ケ　子宮内胎児発育遅延の患者

コ　心疾患（治療中のものに限る。）の患者

サ　糖尿病（治療中のものに限る。）の患者

シ　特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者

ス　白血病（治療中のものに限る。）の患者

セ　血友病（治療中のものに限る。）の患者

ソ　出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者

タ　ＨＩＶ陽性の患者

チ　当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術（腹腔鏡による手術を含む。）を行った患者又は行う予定のある患者

ツ　精神疾患の患者（当該保険医療機関において精神療法を実施している者又は他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）

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

（２）　「２」に掲げる地域連携分娩管理加算の算定対象となる患者は、次に掲げる疾患等の妊産婦であって、医師が地域連携分娩管理が必要と認めた者であること。

ア　40 歳以上の初産婦である患者

イ　子宮内胎児発育遅延の患者（重度の子宮内胎児発育遅延の患者以外の患者であって、総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センター（以下この項において「総合周産期母子医療センター等」という。）から当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）

ウ　糖尿病の患者（２型糖尿病又は妊娠糖尿病の患者（食事療法のみで血糖コントロールが可能なものに限る。）であって、専門医又は総合周産期母子医療センター等から当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提出されているものに限る。）

エ　精神疾患の患者（他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）

ただし、ア～エに該当する妊産婦であっても、当該患者が複数の疾患等を有する場合においては、当該加算は算定できない。

（３）　地域連携分娩管理加算の算定に当たっては、当該患者の分娩を伴う入院前において、当該保険医療機関から、当該保険医療機関と連携している総合周産期母子医療センター等に

対して当該患者を紹介し、当該患者が受診している必要があること。

（４） ハイリスク分娩管理加算又は地域連携分娩管理加算は、ハイリスク分娩管理又は地域連携分娩管理の対象となる妊産婦に対して、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理又は地域連携分娩管理を行った場合に、８日を限度として算定する。ただし、第２部通則５に規定する入院期間が通算される入院については、１入院として取り扱うものであること。

（５） １入院の期間中に、区分番号「Ａ２３６－２」ハイリスク妊娠管理加算を算定するハイリスク妊娠管理とハイリスク分娩管理又は地域連携分娩管理を併せて行うことは可能であり、ハイリスク妊娠管理加算とハイリスク分娩管理加算又は地域連携分娩管理加算を併せ、１入院当たり 28 日を限度として算定できるが、ハイリスク妊娠管理加算を算定するハイリスク妊娠管理とハイリスク分娩管理又は地域連携分娩管理を同一日に行う場合には、ハイリスク分娩管理加算又は地域連携分娩管理加算のみを算定する。

Ａ２３８　削除

Ａ２３８－３　削除

Ａ２３８－４　削除

Ａ２３８－５　削除

Ａ２３８－６　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算

Ａ２３８－７　精神科救急搬送患者地域連携受入加算

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

（２） 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算は、精神科救急医療機関が緊急入院患者を受け入れ、入院後 60 日以内に、あらかじめ連携している後方病床の役割を担う保険医療機関に当該患者に関する診療情報を提供し、転院した場合に、精神科救急医療機関において転院時に算定する。なお、この場合において、診療情報提供料(Ⅰ)は算定できない。

（３） 精神科救急搬送患者地域連携受入加算は、後方病床の役割を担う保険医療機関が精神科救急医療機関に緊急入院した患者を、当該緊急入院から 60 日以内に受け入れた場合に、後方病床の役割を担う保険医療機関において入院時に算定する。

（４） 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算は、他の保険医療機関から転院してきた患者を後方病床の役割を担う保険医療機関に更に転院させた場合には算定できないものとする。ただし、当該他の保険医療機関への入院時から 48 時間以内に、患者の症状の増悪等により精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を届け出ている精神科救急医療機関に転院した後、精神科救急医療機関への入院から 60 日以内に後方病床の役割を担う保険医療機関に転院させた場合に限り、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものとする。精神科救

急搬送患者地域連携受入加算も同様とする。

Ａ２３８－８　削除

Ａ２３８－９　削除

Ａ２４０　削除

Ａ２４２　呼吸ケアチーム加算

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

（２）　呼吸ケアチーム加算の算定対象となる患者は、48 時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であって、人工呼吸器を装着している状態で当該病棟に入院した日から１月以内の患者又は当該病棟に入院した後人工呼吸器を装着し、装着日から１月以内の患者であること。ただし、人工呼吸器離脱の過程において、一時的に短時間、人工呼吸器を装着していない時間については、継続して装着しているものとみなす。

（３）　呼吸ケアチーム加算は、人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係る専任のチーム（以下「呼吸ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に週１回に限り算定する。

（４）　呼吸ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療計画書を作成し、その内容に基づき、人工呼吸器離脱のために当該患者の状態に応じたチームによる診療を行い、その評価を行うこと。なお、必要に応じて呼吸ケアチーム以外の医師、看護師等に人工呼吸器の管理や呼吸ケア等の指導を行うこと。

（５）　呼吸ケアチームは当該患者の診療を担う保険医、看護師等と十分に連携を図ること。

Ａ２４２－２　術後疼痛管理チーム加算

（１）　術後疼痛管理チーム加算は、質の高い疼痛管理による患者の疼痛スコアの減弱、生活の質の向上及び合併症予防等を目的として、術後疼痛管理に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「術後疼痛管理チーム」という。）が必要な疼痛管理を実施することを評価したものである。

（２）　術後疼痛管理チーム加算は、区分番号「Ｌ００８」に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を受けた患者であって、手術後に継続した硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入、神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入又は麻薬を静脈内注射により投与しているもの（覚醒下のものに限る。）に対して、術後疼痛管理チームが必要な疼痛管理を行った場合に、手術日の翌日から起算して３日を限度として、所定点数に加算する。

（３）　術後疼痛管理チームは、術後疼痛管理プロトコルを作成し、その内容に基づき、術後疼痛管理が必要な患者の状態に応じた疼痛管理及びその評価を行い、その内容を診療録に記載すること。なお、必要に応じて当該患者の診療を行う医師及び術後疼痛管理チーム以外の医師、看護師等と連携して対応すること。

Ａ２４３　後発医薬品使用体制加算

（１）　後発医薬品使用体制加算は、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したものである。

（２）　後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発

医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が 75%以上、85%以上又は 90%以上であるとともに、入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関に入院している患者について、入院期間中１回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

Ａ２４４　病棟薬剤業務実施加算

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

（２）　病棟薬剤業務実施加算の「１」については、区分番号「Ａ１００」一般病棟入院基本料、区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料、区分番号「Ａ１０２」結核病棟入院基本料、区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料、区分番号「Ａ１０４」特定機能病院入院基本料、区分番号「Ａ１０５」専門病院入院基本料又は区分番号「Ａ３０７」小児入院医療管理料のいずれかを算定している患者に対して、病棟薬剤業務実施加算の「２」については、区分番号「Ａ３００」救命救急入院料、区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０１－２」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「Ａ３０１－３」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、区分番号「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料のいずれかを算定している患者に対して、薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務を実施している場合に算定する。

（３）　病棟薬剤業務とは、次に掲げるものであること。

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

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

ウ　当該保険医療機関において投薬される医薬品について、以下の情報を知ったときは、

速やかに当該患者の診療を担当する医師に対し、当該情報を文書により提供すること。

ⅰ　緊急安全性情報、安全性速報

ⅱ　医薬品・医療機器等安全性情報

ⅲ　医薬品・医療機器等の回収等

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

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

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

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

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

ケ　退院時の薬学的管理指導について、可能な限り実施すること。

（４）　病棟薬剤業務の実施に当たっては、次の点に留意すること。

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

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

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

Ａ２４５　データ提出加算

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

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

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

（２）　当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、データ作成対象病棟（以下「対象病棟」という。）に入院している患者について算定する。データ提出加算１及び２は入院初日、データ提出加算３及び４は入院期間が 90 日を超えるごとに１回算定

する。90 日を超えるごと、の計算は、入院日から起算して 91 日目、181 日目等と計算する。なお、ここでいう入院とは第２部通則５に規定する入院期間中の入院のことをいい、データ提出加算１及び２については入院期間が通算される再入院の場合には算定できず、データ提出加算３及び４については通算した入院期間から算出し算定する。

（３） データの提出（データの再照会に係る提出を含む。）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省がＤＰＣ調査の一部事務を委託するＤＰＣ調査事務局宛てに、ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をいう。

（４） データの作成は月単位で行うものとし、作成されたデータには月の初日から末日までの診療に係るデータが全て含まれていなければならない。

（５） （２）の対象病棟とは、第１節の入院基本料（区分番号「Ａ１０８」有床診療所入院基本料及び区分番号「Ａ１０９」有床診療所療養病床入院基本料を除く。）、第３節の特定入院料及び第４節の短期滞在手術等基本料（区分番号「Ａ４００」の「１」短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定する病棟をいう。

（６） （２）の「データ提出の実績が認められた保険医療機関」とは、データの提出が厚生労働省保険局医療課において確認され、その旨を通知された保険医療機関をいう。

（７） データ提出加算１及び３は、入院患者に係るデータを提出した場合に算定し、データ提出加算２及び４は、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出した場合に算定することができる。

（８） 「注３」に規定する提出データ評価加算を算定する場合は、当該加算を算定する月の前々月において、調査実施説明資料に定められた様式１において入力されるレセプト電算処理用の傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード（レセプト電算処理用の傷病名コード：0000999）の割合、外来ＥＦファイルに入力される傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名の割合がそれぞれ２％未満、かつ、医科の全ての診療報酬明細書に記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名の割合が 10%未満であって、当該保険医療機関において、その結果を記録し保存している場合に、データ提出加算２のロ又は４のロを算定する医療機関において算定できる。

（９） 「注３」に規定する提出データ評価加算は、（３）による遅延等が認められ、データ提出加算を算定できない月がある場合、データ提出加算を算定できない月から６か月間、当該加算を算定できない。例えば、４月 22 日に提出すべきデータが遅延等と認められ、６月にデータ提出加算を算定できない場合、当該加算は６月から 11 月までの６か月間算定できない。

Ａ２４６　入退院支援加算

（１） 入退院支援加算は、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価するものである。なお、第２部通則５

に規定する入院期間が通算される入院については、１入院として取り扱うものとするが、入退院支援加算１にあってはこの限りでない。

（２） 入退院支援加算１にあっては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後３日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算２にあっては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後７日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。

ア　悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること

イ　緊急入院であること

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

エ　家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること

オ　生活困窮者であること

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

キ　排泄に介助を要すること

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

ケ　退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと

コ　入退院を繰り返していること

サ　入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること

シ　家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること

ス　児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること

セ　その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合

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

（４） ここでいう退院支援計画の内容は、以下の内容を含むものとする。

ア　患者氏名、入院日、退院支援計画着手日、退院支援計画作成日

イ　退院困難な要因

ウ　退院に関する患者以外の相談者

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

オ　退院に係る問題点、課題等

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

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

（６） 退院支援計画については、文書で患者又は家族に説明を行い、交付するとともに、その内容を診療録等に添付又は記載する。また、当該計画に基づき、患者又は家族に退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、必要に応じて退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整、介護サービス又は障害福祉サービス、地域相談支援若しくは障害児通所支援の導入に係る支援を行う。なお、当該計画を患者又は家族に交付した後、計画内容が変更となった場合は、患者又は家族に説明を行い、必要時、変更となった計画を交付する。

（７） 入退院支援加算１については、当該病棟又は入退院支援部門の入退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等を訪れるなどしてこれらの職員と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有等を行う。

（８） 入退院支援加算３は、当該入院期間中に区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料を算定した退院困難な要因を有する患者及び他の保険医療機関において入退院支援加算３を算定した上で転院した患者について、当該患者又はその家族の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。

ア 先天奇形

イ 染色体異常

ウ 出生体重 1,500g 未満

エ 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る。）

オ その他、生命に関わる重篤な状態

（９） 入退院支援加算３について、入院後７日以内に退院困難な要因を有する患者を抽出し、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始する。この他、家族等に対して退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、転院・退院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援等を行う。

（10） 入退院支援加算３について、入院後１か月以内に退院支援計画の作成に着手し、文書で家族等に説明を行い交付するとともに診療録等に添付又は記載する。なお、退院支援計画は「別紙様式６」を参考として関係職種と連携して作成することとし、病棟及び入退院支援部門の看護師並びに社会福祉士等の関係職種が共同してカンファレンスを行った上で作成及び実施すること。また、退院時には家族等に対して、緊急時の連絡先等を文書で提供し、24 時間連絡が取れる体制を取る。

（11） 入退院支援加算と退院時共同指導料を同時に算定する場合には、在宅療養を担う保険医療機関等と患者が在宅療養に向けて必要な準備を確認し、患者に対して文書により情報提供する。

(12)　退院先については、診療録等に記載し、又は退院先を記載した文書を診療録等に添付すること。

(13)　死亡による退院については算定できない。また、入退院支援加算１の「ロ」又は２の「ロ」の療養病棟入院基本料等の場合については、他の保険医療機関に入院するために転院した患者については算定できない。

(14)　入退院支援加算１の「ロ」又は２の「ロ」の療養病棟入院基本料等の場合について、当該加算を算定する病棟に転棟後、当該病棟から退院する場合にあっては、転棟後 14 日以上入院していた場合に限り算定できる。

(15)　「注４」において、地域連携診療計画は、疾患ごとに作成され、一連の治療を担う複数の保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者、施設サービス事業者、障害者総合支援法第 51 条の 17 第１項第１号に規定する指定特定相談支援事業者（以下「指定特定相談支援事業者」という。）、児童福祉法第 24 条の 26 第１項第１号に規定する指定障害児相談支援事業者（以下「指定障害児相談支援事業者」という。）等（以下「Ａ２４６」において「連携保険医療機関等」という。）との間であらかじめ共有して活用されるものであり、病名、入院時の症状、予定されている診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間、退院に当たり予想される患者の状態に関する退院基準、その他必要な事項が記載されたものであること。

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

(16)　地域連携診療計画加算の算定に当たっては、地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後７日以内に地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付するとともに診療録に添付又は記載する。

(17)　地域連携診療計画加算について、当該患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療等が行われる場合には、連携保険医療機関等に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。

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

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

(19)　「注７」に規定する入院時支援加算は、入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージでき、安心して入院医療が受け入れられるよう、

入院前の外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、入院前の服薬状況の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し、支援することを評価するものである。

(20)　「注７」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまで（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。入院前にアからク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）までを全て実施して療養支援の計画書（以下「療養支援計画書」という。）を作成した場合は入院時支援加算１を、患者の病態等によりアからクまでの全ては実施できず、ア、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を含む一部の項目を実施して療養支援計画書を作成した場合は、入院時支援加算２を算定する。

ア　身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握

イ　入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握

ウ　褥瘡に関する危険因子の評価

エ　栄養状態の評価

オ　服薬中の薬剤の確認

カ　退院困難な要因の有無の評価

キ　入院中に行われる治療・検査の説明

ク　入院生活の説明

(21)　「注７」に規定する入院時支援加算を算定するに当たって、作成した療養支援計画書を、患者の入院前に入院予定先の病棟職員に共有すること。また、当該計画書については、入院前又は入院日に患者又はその家族等に説明を行い交付するとともに、診療録に添付又は記載すること。なお、第１章第２部の通則７の規定に基づき作成する入院診療計画書等をもって、当該計画書としても差し支えない。

(22)　患者の栄養状態の評価や服薬中の薬剤の確認に当たっては、必要に応じて、管理栄養士や薬剤師等の関係職種と十分に連携を図ること。

(23)　「注８」に規定する総合機能評価加算については、介護保険法施行令第２条各号に規定する疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満である者又は 65 歳以上である者について、身体機能や退院後に必要となりうる介護サービス等について総合的に評価を行った上で、当該評価の結果を入院中の診療や適切な退院支援に活用する取組を評価するものである。

(24)　「注８」に規定する総合機能評価加算は、患者の病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価（以下「総合的な機能評価」という。）を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に算定する。

(25)　総合的な機能評価に係る測定は、医師又は歯科医師以外の医療職種が行うことも可能であるが、当該測定結果に基づく評価は、研修を修了した医師若しくは歯科医師、総合的な機能評価の経験を１年以上有する医師若しくは歯科医師又は当該患者に対する診療を担う医師若しくは歯科医師が行わなければならない。なお、総合的な機能評価の実施に当たっては、関係学会等より示されているガイドラインに沿った適切な評価が実施されるよう十

分留意すること。

(26) 総合的な機能評価の結果については、患者及びその家族等に説明するとともに、説明内容を診療録に記載又は添付すること。

Ａ２４７　認知症ケア加算

（１） 認知症ケア加算は、認知症による行動・心理症状や意思疎通の困難さが見られ、身体疾患の治療への影響が見込まれる患者に対し、病棟の看護師等や専門知識を有した多職種が適切に対応することで、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられることを目的とした評価である。

（２） 認知症ケア加算の算定対象となる患者は、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成 18 年４月３日老発第 0403003 号）（「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添６の別紙 12 参照）におけるランクⅢ以上に該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（ＪＣＳ（Japan Coma Scale）でⅡ－３（又は 30）以上又はＧＣＳ（Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態にある者）を除く。

（３） 身体的拘束を実施した場合の点数については、理由によらず、身体的拘束を実施した日に適用する。この点数を算定する場合は、身体的拘束の開始及び解除した日、身体的拘束が必要な状況等を診療録等に記載すること。

（４） 身体的拘束について

ア　身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。

イ　入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。

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

エ　身体的拘束を実施するに当たっては、以下の対応を行うこと。

（イ） 実施の必要性等のアセスメント

（ロ） 患者家族への説明と同意

（ハ） 身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録

（ニ） 二次的な身体障害の予防

（ホ） 身体的拘束の解除に向けた検討

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

（５） 認知症ケア加算１

ア　認知症ケアに係る専門知識を有した多職種からなるチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が当該患者の状況を把握・評価するなど当該患者に関与し始めた日から算定できることとし、当該患者の入院期間に応じ所定点数を算定する。

イ　当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。

① 当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。

② 当該計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、その評価を定期的に行う。身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも１日に１度は行う。

③ 計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討し、円滑な退院支援となるよう取り組む。

④ ①から③までについて診療録等に記載する。

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

① 認知症患者のケアに係るチームによるカンファレンスを週１回程度開催し、症例等の検討を行う。カンファレンスには、病棟の看護師等が参加し、検討の内容に応じ、当該患者の診療を担う医師等が参加する。

② 週１回以上、各病棟を巡回し、病棟における認知症ケアの実施状況を把握し、病棟職員及び患者家族に対し助言等を行う。

③ 当該加算の算定対象となっていない患者に関するものを含め、患者の診療を担当する医師、看護師等からの相談に速やかに応じ、必要なアセスメント及び助言を実施する。

④ 認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的に実施する。

（６） 認知症ケア加算２

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

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

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

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

（７） 認知症ケア加算３

（６）のア、イ及びエを満たすものであること。

Ａ２４７－２ せん妄ハイリスク患者ケア加算

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

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

（３） せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策は、各保険医療機関において作成したチェックリストに基づいて行うこと。なお、当該チェックリストを作成するに当たっては、別紙様式７の３を参考にすること。

（４） せん妄のリスク因子の確認は患者の入院前又は入院後３日以内、ハイリスク患者に対するせん妄対策はリスク因子の確認後速やかに行うこと。また、リスク因子の確認及びせん妄対策に当たっては、それぞれの病棟において、医師、看護師及び薬剤師等の関係職種が連携を図ること。

（５） せん妄のハイリスク患者については、せん妄対策を実施した上で、定期的にせん妄の有無を確認し、早期発見に努めること。なお、せん妄ハイリスク患者ケア加算は、せん妄対策を実施したが、結果的にせん妄を発症した患者についても算定可能であること。

Ａ２４８　精神疾患診療体制加算

（１） 精神疾患診療体制加算は、身体合併症を有する精神疾患患者の転院の受入れや、身体疾患や外傷のために救急搬送された患者であって、精神症状を伴う者の診療を行った場合を評価するものである。

（２） 精神疾患診療体制加算１は、他の保険医療機関の精神病棟に入院する精神疾患患者の身体合併症の入院治療のために、当該他の保険医療機関の求めに応じて転院を受け入れた場合に入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（３） 精神疾患診療体制加算１を算定する患者の精神疾患に係る薬剤は、当該保険医療機関で処方する必要があること。やむを得ず他の保険医療機関が処方した持参薬を投与する場合は、入院後５日以内に限られること。この場合には、持参した薬剤名、規格、剤形等を確認し、診療録等に記載すること。

（４） 精神疾患診療体制加算２は、当該保険医療機関の精神保健福祉法第 18 条第１項に規定する精神保健指定医（以下「精神保健指定医」という。）若しくは精神科医又は当該保険医療機関の求めに応じた他の保険医療機関の精神保健指定医が、身体疾患や外傷に加え、精神症状等を有する患者であって、救急用の自動車等（消防法（昭和 23 年法律第 186 号）及び消防法施行令（昭和 36 年政令第 37 号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和 35 年法律第 105 号）及び道路交通法施行令（昭和 35 年政令第 270 号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成 19 年法律第 103 号）第２条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者を診察した場合に、入院初日から３日以内に１回に限り算定すること。

（５）（４）において、精神症状を有する患者とは、以下の場合をいうこと。

イ　過去６か月以内に精神科受診の既往がある患者

ロ　医師が、抑うつ、せん妄、躁状態等、精神状態の異常を認めた患者

ハ　アルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者

（６） 精神疾患診療体制加算２を算定した場合には、区分番号「Ａ３００」救命救急入院料の注２に規定する加算及び区分番号「Ｉ００１」入院精神療法は算定できない。ただし、精神保健指定医又は精神科医による初回の診察の結果、継続して精神疾患の管理が必要と判断された場合には、入院した日から起算して４日目以降に限り、区分番号「Ｉ００１」入院精神療法を算定することができる。

Ａ２４９　精神科急性期医師配置加算

精神科急性期医師配置加算は、精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者及び治療抵抗性統合失調症患者（クロザピンの新規導入を目的とした患者に限る。）に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。

Ａ２５０　薬剤総合評価調整加算

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

（８） 患者に対してポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行うに当たっては、「高齢者が気を付けたい多すぎる薬と副作用」（日本老年医学会、日本老年薬学会）等を参考にすること。

（９） 「注２」に規定する薬剤調整加算は、「注１」に規定する薬剤総合評価調整加算に係る算定要件を満たした上で、薬効の重複する薬剤の減少等により、退院時に処方される内服薬が減少したことを評価したものである。

(10) 「注２」に規定する薬剤調整加算は、「注１」に規定する薬剤総合評価調整加算に係る算定要件を満たした上で、退院時に処方される内服薬が２種類以上減少し、その状態が４週間以上継続すると見込まれる場合又は退院までの間に、抗精神病薬の種類数が２種類以上減少した場合に算定する。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、別紙 36 の２に示す係数を用い、クロルプロマジン換算で 2,000mg 以上内服していたものについて、クロルプロマジン換算で 1,000mg 以上減少した場合を含めることができる。

(11) 「注２」に規定する薬剤調整加算の算定に当たっては、内服薬が減少する前後の内服薬の種類数（クロルプロマジン換算の評価による場合はクロルプロマジン換算した量）を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(12) 「注２」に規定する薬剤調整加算の算定に当たっては、当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から２種類以上減少した場合については、区分番号「Ｂ００８－２」薬剤総合評価調整管理料と合わせて、１か所の保険医療機関に限り算定できることとする。この場合には、当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(13) 「注２」に規定する薬剤調整加算は、当該保険医療機関で薬剤調整加算又は区分番号「Ｂ００８－２」薬剤総合評価調整管理料を１年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から、更に２種類以上減少しているときに限り新たに算定することができる。

Ａ２５１　排尿自立支援加算

（１） 排尿自立支援加算は、当該保険医療機関に排尿に関するケアに係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）を設置し、当該患者の診療を担う医師、看護師等が、排尿ケアチームと連携して、当該患者の排尿自立の可能性及び下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法等を組み合わせるなど、下部尿路機能の回復のための包括的なケア（以下「包括的排尿ケア」という。）を実施することを評価するものである。

（２） 当該指導料は、次のいずれかに該当する者について算定できる。

ア 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有するもの

イ 尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの

（３） 病棟の看護師等は、次の取組を行った上で、排尿ケアチームに相談すること。

ア 尿道カテーテル抜去後の患者であって、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者を抽出する。

イ アの患者について下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定等）を行う。

ウ 尿道カテーテル挿入中の患者について、尿道カテーテル抜去後の、排尿自立の可能性について評価し、抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるが、排尿自立の可能性がある患者を抽出する。

（４） 排尿ケアチームは、（３）を基に下部尿路機能障害を評価し、病棟の看護師等と共同して、排尿自立に向けた包括的排尿ケアの計画を策定する。包括的排尿ケアの内容は、看護師等による排尿誘導や生活指導、必要に応じ理学療法士等による排尿に関連する動作訓練、医師による薬物療法等を組み合わせた計画とする。

（５） 排尿ケアチーム、病棟の看護師等及び関係する従事者は、共同して（４）に基づく包括的排尿ケアを実施し、定期的な評価を行う。

（６） （３）から（５）までについて、診療録等に記載する。

（７） 排尿ケアチームが当該患者の状況を評価する等の関与を行うと共に、病棟の看護師等が、包括的排尿ケアの計画に基づいて患者に対し直接的な指導又は援助を行った場合について、週１回に限り、12 週を限度として算定できる。排尿ケアチームによる関与と、病棟の看護師等による患者への直接的な指導又は援助のうち、いずれか片方のみしか行われなかった週については算定できない。また、排尿が自立し指導を終了した場合には、その後については算定できない。

（８） 退院後に外来において、引き続き、包括的排尿ケアを実施する必要性を認めた場合には、診療録等にその旨を記載すること。

Ａ２５２ 地域医療体制確保加算

（１） 地域医療体制確保加算は、地域の救急医療体制、周産期医療体制又は小児救急医療体制において重要な機能を担うとともに、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する取組を実施する体制を評価するものである。

（２） 地域医療体制確保加算は、当該患者の入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

別表１（第１節入院基本料、第３節特定入院料及び第４節短期滞在手術等基本料との関係）

○　算定可（特定入院料は，包括されず別途算定可という意味。）
×　算定不可（特定入院料は，包括されており別途算定不可という意味。）
㊀　50対１補助体制加算，75対１補助体制加算及び100対１補助体制加算に限る。
①　医師事務作業補助体制加算１に限る。
注　短期滞在手術等基本料３はＤＰＣ対象病院を除く。

●　難病患者等入院診療加算に限る。
★　看護配置等による制限あり
△　A300の「注２」加算を算定しない場合に限る。
□　精神病棟を除く。
▲母体・胎児集中治療室管理料に限る。

| | 入院基本料 | | |

| | 特定入院料 | | |

別表１（第１節入院基本料、第３節特定入院料及び第４節短期滞在手術等基本料との関係）

○　算定可（特定入院料は，包括されず別途算定可という意味。）
×　算定不可（特定入院料は，包括されており別途算定不可という意味。）
㊀　50対１補助体制加算，75対１補助体制加算及び100対１補助体制加算に限る。
①　医師事務作業補助体制加算１に限る。
注　短期滞在手術等基本料３はＤＰＣ対象病院を除く。

●　難病患者等入院診療加算に限る。
★　看護配置等による制限あり
△　A300の「注２」加算を算定しない場合に限る。
□　精神病棟を除く。
▲母体・胎児集中治療室管理料に限る。

<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="3"></th><th colspan="50">入院基本料</th><th colspan="30">特定入院料</th></tr>
<tr><th rowspan="2">特別入院基本料等</th><th colspan="10">A100</th><th colspan="2">A101</th><th colspan="2">A102</th><th>A103</th><th colspan="3">A104</th><th>A105</th><th colspan="3">A106</th><th colspan="2">A108</th><th colspan="2">A109</th><th>A300</th><th>A301</th><th>A301-2</th><th>A301-3</th><th>A301-4</th><th>A302</th><th>A303</th><th>A303-2</th><th>A305</th><th>A306</th><th colspan="6">A307</th></tr>
<tr><th>急性期一般入院料１</th><th>急性期一般入院料２</th><th>急性期一般入院料３</th><th>急性期一般入院料４</th><th>急性期一般入院料５</th><th>急性期一般入院料６</th><th>地域一般入院料１</th><th>地域一般入院料２</th><th>地域一般入院料３</th><th>療養病棟入院料１</th><th>療養病棟入院料２</th><th>療養病棟入院料　注11</th><th>結核病棟入院基本料</th><th>重症患者割合特別入院基本料</th><th>精神病棟入院基本料</th><th>特定機能病院入院基本料（一般病棟）</th><th>特定機能病院入院基本料（結核病棟）</th><th>特定機能病院入院基本料（精神病棟）</th><th>専門病院入院基本料</th><th>障害者施設等入院基本料</th><th>特定入院基本料</th><th>医療区分（１・２）に応じた点数</th><th>有床診療所入院基本料</th><th>有床診療所療養病床入院基本料</th><th>救命救急入院料</th><th>特定集中治療室管理料</th><th>ハイケアユニット入院医療管理料</th><th>脳卒中ケアユニット入院医療管理料</th><th>小児特定集中治療室管理料</th><th>新生児特定集中治療室管理料</th><th>総合周産期特定集中治療室管理料</th><th>新生児治療回復室入院医療管理料</th><th>一類感染症患者入院医療管理料</th><th>特殊疾患入院医療管理料</th><th>医療区分（１・２）に応じた点数</th><th>小児入院医療管理料１</th><th>小児入院医療管理料２</th><th>小児入院医療管理料３</th><th>小児入院医療管理料４</th><th>小児入院医療管理料５</th></tr>
<tr><th></th><th></th><th>一般</th><th>一般</th><th>一般</th><th>一般</th><th>一般</th><th>一般</th><th>一般</th><th>一般</th><th>一般</th><th>療養</th><th>療養</th><th>療養</th><th>結核</th><th>結核</th><th>精神</th><th>一般</th><th>結核</th><th>精神</th><th>一般</th><th>一般</th><th>一般</th><th>一般</th><th>一般</th><th>療養</th><th>一般</th><th>一般</th><th>一般</th><th>一般</th><th>一般</th><th>一般</th><th>一般</th><th>一般

| | 特定入院料 | | |

第３節　特定入院料

区分

Ａ３００　救命救急入院料（１日につき）

１　救命救急入院料１

イ　３日以内の期間　10,223点

ロ　４日以上７日以内の期間　9,250点

ハ　８日以上の期間　7,897点

２　救命救急入院料２

イ　３日以内の期間　11,802点

ロ　４日以上７日以内の期間　10,686点

ハ　８日以上の期間　9,371点

３　救命救急入院料３

イ　救命救急入院料

(1)　３日以内の期間　10,223点

(2)　４日以上７日以内の期間　9,250点

(3)　８日以上の期間　7,897点

ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料

(1)　３日以内の期間　10,223点

(2)　４日以上７日以内の期間　9,250点

(3)　８日以上60日以内の期間　8,318点

４　救命救急入院料４

イ　救命救急入院料

(1)　３日以内の期間　11,802点

(2)　４日以上７日以内の期間　10,686点

(3)　８日以上の期間　9,371点

ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料

(1)　３日以内の期間　11,802点

(2)　４日以上７日以内の期間　10,686点

(3)　８日以上14日以内の期間　9,371点

(4)　15日以上60日以内の期間　8,318点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重篤な患者に対して救命救急医療が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（救命救急入院料３及び救命救急入院料４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（救命救急入院料３又は救命救急入院料４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

２　当該保険医療機関において、自殺企図等による重篤な患者であって精神疾患を有するもの又はその家族等からの情報等に基づいて、当該保険医療機関の精神保健指定医又は精神科の医師が、当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合は、精神疾患診断治療初回加算として、当該精神保健指定医等による最初の診療時に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ２４８に掲げる精神疾患診療体制加算は別に算定できない。

イ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合　7,000点

ロ　イ以外の場合　3,000点

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

イ　救急体制充実加算１　1,500点

ロ　救急体制充実加算２　1,000点

ハ　救急体制充実加算３　500点

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において救命救急医療が行われた場合には、１日につき100点を所定点数に加算する。

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

イ　急性薬毒物中毒加算１（機器分析）　5,000点

ロ　急性薬毒物中毒加算２（その他のもの）　350点

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

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

イ　入院基本料

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ　第２章第３部の各区分の検査（同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。）

ニ　点滴注射

ホ　中心静脈注射

ヘ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト　留置カテーテル設置

チ　第13部第１節の病理標本作製料

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

９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

10　注２のイに該当する場合であって、当該患者に対し、生活上の課題又は精神疾

患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合は、当該患者の退院時に１回に限り、2,500点を更に所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｉ００２－３に掲げる救急患者精神科継続支援料は別に算定できない。

11　重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者（救命救急入院料２又は救命救急入院料４に係る届出を行った保険医療機関の病室に入院した患者に限る。）について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　３日以内の期間　750点
ロ　４日以上７日以内の期間　500点
ハ　８日以上14日以内の期間　300点

Ａ３０１　特定集中治療室管理料（１日につき）

１　特定集中治療室管理料１
イ　７日以内の期間　14,211点
ロ　８日以上の期間　12,633点

２　特定集中治療室管理料２
イ　特定集中治療室管理料
⑴　７日以内の期間　14,211点
⑵　８日以上の期間　12,633点
ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料
⑴　７日以内の期間　14,211点
⑵　８日以上60日以内の期間　12,833点

３　特定集中治療室管理料３
イ　７日以内の期間　9,697点
ロ　８日以上の期間　8,118点

４　特定集中治療室管理料４
イ　特定集中治療室管理料
⑴　７日以内の期間　9,697点
⑵　８日以上の期間　8,118点
ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料
⑴　７日以内の期間　9,697点
⑵　８日以上60日以内の期間　8,318点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分及び当該患者の状態について別に厚生労働大臣が定める区分（特定集中治療室管理料２及び４に限る。）に従い、14日（別に厚生労働大臣が定める状態の患者（特定集中治療室管理料２及び４に係る届出を行った保険医療機関に入院した患者に限る。）にあっては60日、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、急性血液浄化（腹膜透析を除く。）又は体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とするものにあっては25日、臓器移植を行ったものにあっては30日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合には、小児加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ　７日以内の期間　2,000点
ロ　８日以上14日以内の期間　1,500点

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

イ　入院基本料
ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）
ハ　第２章第３部の各区分の検査（同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。）
ニ　点滴注射
ホ　中心静脈注射
ヘ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）
ト　留置カテーテル設置
チ　第13部第１節の病理標本作製料

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

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

６　重症患者の対応に係る体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者について、重症患者対応体制強化加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　３日以内の期間　750点
ロ　４日以上７日以内の期間　500点
ハ　８日以上14日以内の期間　300点

Ａ３０１－２　ハイケアユニット入院医療管理料（１日につき）

１　ハイケアユニット入院医療管理料１　6,855点
２　ハイケアユニット入院医療管理料２　4,224点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があってハイケアユニット入院医療管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、21日を限度として算定する。

２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、ハイケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ　入院基本料
ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神

科リエゾンチーム加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ　第２章第３部の各区分の検査（同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。）

ニ　点滴注射

ホ　中心静脈注射

ヘ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト　留置カテーテル設置

チ　第13部第１節の病理標本作製料

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

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

Ａ３０１－３　脳卒中ケアユニット入院医療管理料（１日につき）　6,013点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の患者に対して、専門の医師等により組織的、計画的に脳卒中ケアユニット入院医療管理が行われた場合に、発症後14日を限度として算定する。

２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、脳卒中ケアユニット入院医療管理料に含まれるものとする。

イ　入院基本料

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科リエゾンチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ　第２章第３部の各区分の検査（同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。）

ニ　点滴注射

ホ　中心静脈注射

ヘ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト　留置カテーテル設置

チ　第13部第１節の病理標本作製料

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

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

Ａ３０１－４　小児特定集中治療室管理料（１日につき）

１　７日以内の期間　16,317点

２　８日以上の期間　14,211点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）に対し、必要があって小児特定集中治療室管理が行われた場合に、14日（急性血液浄化（腹膜透析を除く。）を必要とする状態、心臓手術ハイリスク群、左心低形成症候群、急性呼吸窮迫症候群又は心筋炎・心筋症のいずれかに該当する小児にあっては21日、体外式心肺補助（ＥＣＭＯ）を必要とする状態の小児にあっては35日、手術を必要とする先天性心疾患の新生児にあっては55日）を限度として算定する。

２　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、小児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ　入院基本料

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ　第２章第３部の各区分の検査（同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。）

ニ　点滴注射

ホ　中心静脈注射

ヘ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト　留置カテーテル設置

チ　第13部第１節の病理標本作製料

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から離床等に必要な治療を行った場合に、早期離床・リハビリテーション加算として、入室した日から

起算して14日を限度として500点を所定点数に加算する。この場合において、同一日に区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及びＨ００７－２に掲げるがん患者リハビリテーション料は、算定できない。

4　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室に入院している患者に対して、入室後早期から必要な栄養管理を行った場合に、早期栄養介入管理加算として、入室した日から起算して７日を限度として250点（入室後早期から経腸栄養を開始した場合は、当該開始日以降は400点）を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料は別に算定できない。

Ａ３０２　新生児特定集中治療室管理料（１日につき）

1　新生児特定集中治療室管理料１　10,539点

2　新生児特定集中治療室管理料２　8,434点

注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生児特定集中治療室管理が行われた場合に、当該基準に係る区分に従い、区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては110日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

2　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児特定集中治療室管理料に含まれるものとする。

イ　入院基本料

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ　第２章第３部の各区分の検査（同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。）

ニ　点滴注射

ホ　中心静脈注射

ヘ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト　インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

チ　第13部第１節の病理標本作製料

Ａ３０３　総合周産期特定集中治療室管理料（１日につき）

1　母体・胎児集中治療室管理料　7,381点

2　新生児集中治療室管理料　10,539点

注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって総合周産期特定集中治療室管理が行われた場合に、１については妊産婦である患者に対して14日を限度として、２については新生児である患者に対して区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３－２に掲げる新生児治療回復室入院医療管理料を算定した期間と通算して21日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては35日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては90日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては105日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては110日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては60日）を限度として、それぞれ所定点数を算定する。

2　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、総合周産期特定集中治療室管理料（ロに掲げる術後疼痛管理チーム加算及びトにあっては母体・胎児集中治療室管理料に限り、チにあっては新生児集中治療室管理料に限る。）に含まれるものとする。

イ　入院基本料

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算２、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ　第２章第３部の各区分の検査（同部第１節第２款の検体検査判断料を除く。）

ニ　点滴注射

ホ　中心静脈注射

ヘ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト　留置カテーテル設置

チ　インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

リ　第13部第１節の病理標本作製料

3　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦に対して、当該保険医療機関の医師、助産師、看護師、社会福祉士、公認心理師等が共同して必要な支援を行った場合に、成育連携支援加算として、入院中１回に限り、1,200点を所定点数に加算する。

Ａ３０３－２　新生児治療回復室入院医療管理料（１日につき）　5,697点

注1　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要があって新生児治療回復室入院医療管理が行われた場合に、区分番号Ａ３０２に掲げる新生児特定集中治療室管理料及び区分番号Ａ３０３の２に掲げる新生児集中治療室管理料を算定した期間と通算して30日（出生時体重が1,500グラム以上であって、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病として入院している新生児にあっては50日、出生時体重が1,000グラム未満の新生児にあっては120日（出生時体重が500グラム以上750グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては135日、出生時体重が500グラム未満であって慢性肺疾患の新生児にあっては140日）、出生時体重が1,000グラム以上1,500グラム未満の新生児にあっては90日）を限度として算定する。

2　第１章基本診療料並びに第２章第３部検査、第６部注射、第９部処置及び第13部病理診断のうち次に掲げるものは、新生児治療回復室入院医療管理料に含まれるものとする。

イ　入院基本料

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、重症患者初期支援充実加算、報告書管理

体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイ及び3に限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ　第2章第3部の各区分の検査（同部第1節第2款の検体検査判断料を除く。）

ニ　点滴注射

ホ　中心静脈注射

ヘ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ト　インキュベーター（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

チ　第13部第1節の病理標本作製料

Ａ３０４　削除

Ａ３０５　一類感染症患者入院医療管理料（1日につき）

1	14日以内の期間	9,371点
2	15日以上の期間	8,108点

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

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

イ　入院基本料

ロ　入院基本料等加算（臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、データ提出加算、入退院支援加算（1のイに限る。）、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）

ハ　酸素吸入（使用した酸素及び窒素の費用を除く。）

ニ　留置カテーテル設置

ホ　第13部第1節の病理標本作製料

Ａ３０６　特殊疾患入院医療管理料（1日につき）　2,070点

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

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

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

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

イ	医療区分2の患者に相当するもの	1,909点
ロ	医療区分1の患者に相当するもの	1,743点

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

6　当該病室に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第5の3(1)のロに規定する医療区分2の患者又は第5の3(2)のトに規定する医療区分1の患者に相当するものについては、注1の規定にかかわらず、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ	医療区分2の患者に相当するもの	1,717点
ロ	医療区分1の患者に相当するもの	1,569点

Ａ３０７　小児入院医療管理料（1日につき）

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

注1　別に厚生労働大臣の定める小児を入院させる病棟又は施設に関する基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜する保険医療機関の病棟（療養病棟を除く。）に入院している15歳未満の小児（児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20歳未満の者）について、当該基準に係る区分に従い、所定点数を算定する。ただし、小児入院医療管理料5を算定する病棟において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の15対1入院基本料の例により算定する。

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

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

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

5　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病室において、造血幹細胞移植を実施する患者に対して、治療上の必要があって無菌治療室管理が行われた場合は、当該基準に係る区分に従い、90日を限度として、1日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、区分番号Ａ２２１－2小児療養環境特別加算を算定する場合は算定しない。

イ	無菌治療管理加算1	2,000点
ロ	無菌治療管理加算2	1,500点

6　当該病棟に入院している児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者又は同法第56条の6第2項に規定する障害児である患者について、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った上で、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者に係る調剤に際して必要な情報等を文書により提供した場合は、退院時薬剤情報管理指導連携加算として、退院の日に1回に限り、150点を所

定点数に加算する。

7　患者に対する支援体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者について、養育支援体制加算として、入院初日に限り300点を所定点数に加算する。

8　当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制の確保につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の病棟に入院している患者（小児入院医療管理料１又は小児入院医療管理料２を現に算定している患者に限る。）について、当該基準に係る区分に従い、入院初日に限り、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　時間外受入体制強化加算１　300点

ロ　時間外受入体制強化加算２　180点

9　診療に係る費用（注２、注３及び注５から注８までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、緩和ケア診療加算、がん拠点病院加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料１及び小児入院医療管理料２に含まれるものとする。

10　診療に係る費用（注２から注７までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算を除く。）は、小児入院医療管理料３及び小児入院医療管理料４に含まれるものとする。

11　診療に係る費用（注２から注７までに規定する加算並びに当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部第２節病理診断・判断料の費用並びに第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、術後疼痛管理チーム加算、病棟薬剤業務実施加算１、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ及び３に限る。）、精神疾患診療体制加算（精神病棟を除く。）及び排尿自立支援加算を除く。）は、小児入院医療管理料５に含まれるものとする。

Ａ３０８　回復期リハビリテーション病棟入院料（１日につき）

１　回復期リハビリテーション病棟入院料１　2,129点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,115点）

２　回復期リハビリテーション病棟入院料２　2,066点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,051点）

３　回復期リハビリテーション病棟入院料３　1,899点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,884点）

４　回復期リハビリテーション病棟入院料４　1,841点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,827点）

５　回復期リハビリテーション病棟入院料５　1,678点
（生活療養を受ける場合にあっては、1,664点）

注１　主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該基準に係る区分に従い、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の入院料Ｉ又は療養病棟入院料２の入院料Ｉの例により、それぞれ算定する。

２　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料３、回復期リハビリテーション病棟入院料４又は回復期リハビリテーション病棟入院料５を現に算定している患者に限る。）が入院する保険医療機関について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、休日リハビリテーション提供体制加算として、患者１人につき１日につき60点を所定点数に加算する。

３　診療に係る費用（注２及び注４に規定する加算、当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するものに限る。）、第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

４　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者（回復期リハビリテーション病棟入院料１又は回復期リハビリテーション病棟入院料２を現に算定している患者に限る。）が入院する病棟について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合（注１のただし書に規定する場合を除く。）は、当該基準に係る区分に従い、患者１人につき１日につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　体制強化加算１　200点

ロ　体制強化加算２　120点

５　５については、算定を開始した日から起算して２年（回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３又は回復期リハビリテーション病棟入院料４を算定していた病棟にあっては、１年）を限度として算定する。

Ａ３０８－２　削除
Ａ３０８－３　地域包括ケア病棟入院料（１日につき）

１　地域包括ケア病棟入院料１　2,809点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,794点）
２　地域包括ケア入院医療管理料１　2,809点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,794点）
３　地域包括ケア病棟入院料２　2,620点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,605点）
４　地域包括ケア入院医療管理料２　2,620点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,605点）
５　地域包括ケア病棟入院料３　2,285点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,270点）
６　地域包括ケア入院医療管理料３　2,285点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,270点）
７　地域包括ケア病棟入院料４　2,076点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,060点）
８　地域包括ケア入院医療管理料４　2,076点
（生活療養を受ける場合にあっては、2,060点）

注１　１、３、５及び７については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、２、４、６及び８については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病室を有する保険医療機関において、当該届出に係る病室に入院している患者について、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度としてそれぞれ所定点数（当該病棟又は病室に係る病床が療養病床である場合にあっては、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、所定点数の100分の95に相当する点数）を算定する。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の入院料Ｉ又は療養病棟入院料２の入院料Ｉの例により、それぞれ算定する。

２　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室を有するものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、地域包括ケア病棟入院料１（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料１（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料２（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料２（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料３（特定地域）、地域包括ケア入院医療管理料３（特定地域）、地域包括ケア病棟入院料４（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料４（特定地域）について、所定点数に代えて、当該病棟又は病室に入院した日から起算して60日を限度として、１日につき、それぞれ2,433点、2,433点、2,244点、2,244点、1,984点、1,984点、1,774点又は1,774点（生活療養を受ける場合にあっては、それぞれ2,418点、2,418点、2,230点、2,230点、1,970点、1,970点、1,760点又は1,760点）を算定することができる。ただし、当該病棟又は病室に入院した患者が地域包括ケア病棟入院料（特定地域）又は地域包括ケア入院医療管理料（特定地域）に係る算定要件に該当しない場合は、当該病棟又は病室を有する病棟が一般病棟であるときには区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により、当該病棟又は病室を有する病棟が療養病棟であるときには区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の入院料Ｉ又は療養病棟入院料２の入院料Ｉの例により、それぞれ算定する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員配置加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。
イ　看護補助者配置加算　160点
ロ　看護補助体制充実加算　165点

５　当該病棟又は病室に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は当該保険医療機関（急性期医療を担う保険医療機関に限る。）の一般病棟から転棟した患者については、急性期患者支援病床初期加算として、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者については、治療方針に関する患者又はその家族の意思決定に対する支援を行った場合に、在宅患者支援病床初期加算として、転棟若しくは転院又は入院した日から起算して14日を限度として、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。
イ　急性期患者支援病床初期加算
⑴　許可病床数が400床以上の保険医療機関の場合
①　他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合　150点
②　①の患者以外の患者の場合　50点
⑵　許可病床数が400床未満の保険医療機関の場合
①　他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）の一般病棟から転棟した患者の場合　250点
②　①の患者以外の患者の場合　125点
ロ　在宅患者支援病床初期加算
⑴　介護老人保健施設から入院した患者の場合　500点
⑵　介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合　400点

６　診療に係る費用（注３から注５まで及び注７に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第２章第２部在宅医療、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理料２、地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４及び地域包括ケア入院医療管理料４に含まれるものとする。

７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟又は病室に入院している患者については、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。

８　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関においては、別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の５に相当する点数を減算する。
イ　年６日以内であること。

ロ　当該日が属する月が連続する２月以内であること。

9　注１に規定する地域包括ケア病棟入院料２又は地域包括ケア病棟入院料４の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の85に相当する点数を算定する。

10　注１に規定する地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４又は地域包括ケア入院医療管理料４の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

11　注１に規定する地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア入院医療管理料２、地域包括ケア病棟入院料４又は地域包括ケア入院医療管理料４の施設基準のうち別に厚生労働大臣が定めるもののみに適合しなくなったものとして地方厚生局長等に届け出た場合に限り、当該病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

12　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２又は地域包括ケア入院医療管理料２を算定する病棟又は病室に入院している患者については、それぞれの所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

Ａ３０９　特殊疾患病棟入院料（１日につき）

1　特殊疾患病棟入院料１	2,070点
2　特殊疾患病棟入院料２	1,675点

注１　別に厚生労働大臣が定める重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を主として入院させる病棟に関する施設基準に適合しているものとして、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

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

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

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

イ　特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(1)　医療区分２の患者に相当するもの	1,910点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	1,745点

ロ　特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(1)　医療区分２の患者に相当するもの	1,657点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	1,491点

5　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のロ及び２のロに限る。）、認知症ケア加算並びに排尿自立支援加算並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特殊疾患病棟入院料に含まれるものとする。

6　当該病棟に入院する脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、基本診療料の施設基準等第５の３(1)のロに規定する医療区分２の患者又は第５の３(2)のトに規定する医療区分１の患者に相当するものについては、注１の規定にかかわらず、当該患者が入院している病棟の区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ算定する。

イ　特殊疾患病棟入院料１の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(1)　医療区分２の患者に相当するもの	1,717点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	1,569点

ロ　特殊疾患病棟入院料２の施設基準を届け出た病棟に入院している場合

(1)　医療区分２の患者に相当するもの	1,490点
(2)　医療区分１の患者に相当するもの	1,341点

Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料（１日につき）

1　緩和ケア病棟入院料１

イ　30日以内の期間	5,107点
ロ　31日以上60日以内の期間	4,554点
ハ　61日以上の期間	3,350点

2　緩和ケア病棟入院料２

イ　30日以内の期間	4,870点
ロ　31日以上60日以内の期間	4,401点
ハ　61日以上の期間	3,298点

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

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

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

4　当該病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合は、緩和ケア疼痛評価加算として、１日につき100点を所定点数に加算する。

Ａ３１１　精神科救急急性期医療入院料（１日につき）

1　30日以内の期間	2,400点
2　31日以上60日以内の期間	2,100点
3　61日以上90日以内の期間	1,900点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の15対１入院基本料の例により算定する。

２　診療に係る費用（注３から注６までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科救急急性期医療入院料を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急急性期医療入院料に含まれるものとする。

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

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

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、当該基準に係る区分に従い、入院した日から起算して90日を限度として、精神科救急医療体制加算として、次に掲げる点数（別に厚生労働大臣が定める場合にあっては、それぞれの点数の100分の60に相当する点数）をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ　精神科救急医療体制加算１　600点

ロ　精神科救急医療体制加算２　590点

ハ　精神科救急医療体制加算３　500点

Ａ３１１－２　精神科急性期治療病棟入院料（１日につき）

１　精神科急性期治療病棟入院料１

イ　30日以内の期間　2,000点

ロ　31日以上60日以内の期間　1,700点

ハ　61日以上90日以内の期間　1,500点

２　精神科急性期治療病棟入院料２

イ　30日以内の期間　1,885点

ロ　31日以上60日以内の期間　1,600点

ハ　61日以上90日以内の期間　1,450点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の15対１入院基本料の例により算定する。

２　診療に係る費用（注３及び注４に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、精神科急性期医師配置加算（精神科急性期治療病棟入院料１を算定するものに限る。）、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれるものとする。

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

４　当該病棟に入院している、別に厚生労働大臣が定める状態にある患者（区分番号Ａ２４９に掲げる精神科急性期医師配置加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、入院した日から起算して７日以内に、当該保険医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等が共同して院内標準診療計画を作成し、当該患者が入院した日から起算して60日以内に当該計画に基づき退院した場合に、院内標準診療計画加算として、退院時１回に限り200点を所定点数に加算する。

Ａ３１１－３　精神科救急・合併症入院料（１日につき）

１　30日以内の期間　3,600点

２　31日以上60日以内の期間　3,300点

３　61日以上90日以内の期間　3,100点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者（別に厚生労働大臣が定める基準に適合するものに限る。）について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の15対１入院基本料の例により算定する。

２　診療に係る費用（注３から注５までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、妊産婦緊急搬送入院加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科応急入院施設管理加算、精神科身体合併症管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算及び地域医療体制確保加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料及び区分番号Ｈ００７－２に掲げるがん患者リハビリテーション料、第８部精神科専門療法、第９部処置

の区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）、第10部手術、第11部麻酔及び第12部放射線治療並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神科救急・合併症入院料に含まれるものとする。

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

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

5　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者については、入院した日から起算して30日を限度として、看護職員夜間配置加算として、１日（別に厚生労働大臣が定める日を除く。）につき70点を所定点数に加算する。

Ａ３１１－４　児童・思春期精神科入院医療管理料（１日につき）　2,995点

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

2　診療に係る費用（第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算並びに第２章第５部投薬、第６部注射、第10部手術、第11部麻酔及び第13部第２節病理診断・判断料の費用を除く。）は、児童・思春期精神科入院医療管理料に含まれるものとする。

Ａ３１２　精神療養病棟入院料（１日につき）　1,091点

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

2　診療に係る費用（注３から注６までに規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科地域移行実施加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料、区分番号Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料、区分番号Ｈ００３－２に掲げるリハビリテーション総合計画評価料、第８部精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、精神療養病棟入院料に含まれるものとする。

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

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

イ　重症者加算１　60点
ロ　重症者加算２　30点

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

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

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

Ａ３１３　削除

Ａ３１４　認知症治療病棟入院料（１日につき）

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

2　認知症治療病棟入院料２
イ　30日以内の期間　1,318点
ロ　31日以上60日以内の期間　1,112点
ハ　61日以上の期間　988点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

2　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関において、当該病棟に６月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行った場合は、退院調整加算として、退院時に300点を所定点数に加算する。

3　当該病棟が、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟である場合には、認知症夜間対応加算として、当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ　30日以内の期間　84点
ロ　31日以上の期間　40点

4　診療に係る費用（注２及び注３に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、精神科身体合併症管理加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体

制加算、精神科救急搬送患者地域連携受入加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第７部リハビリテーションの区分番号Ｈ００３－２に掲げるリハビリテーション総合計画評価料（１に限る。）、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｈ００７－３に掲げる認知症患者リハビリテーション料、第８部精神科専門療法、第９部処置の区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓（入院した日から起算して60日以内の期間に限る。）、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（入院した日から起算して60日以内の期間における区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。

Ａ３１５及びＡ３１６　削除

Ａ３１７　特定一般病棟入院料（１日につき）

１　特定一般病棟入院料１　1,152点

２　特定一般病棟入院料２　987点

注１　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関（一般病棟が１病棟のものに限る。）が、一定地域で必要とされる医療を当該保険医療機関で確保するための体制につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者について、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

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

イ　14日以内の期間　450点

ロ　15日以上30日以内の期間　192点

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

４　当該病棟に入院している患者のうち、急性期医療を担う他の保険医療機関の一般病棟から転院した患者又は介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等若しくは自宅から入院した患者については、転院又は入院した日から起算して14日を限度として、救急・在宅等支援病床初期加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た病棟において、当該患者の看護必要度について測定を行った場合には、一般病棟看護必要度評価加算として、１日につき５点を所定点数に加算する。

６　当該病棟においては、第２節の各区分に掲げる入院基本料等加算のうち、総合入院体制加算、急性期充実体制加算、臨床研修病院入院診療加算、救急医療管理加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、在宅患者緊急入院診療加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算、乳幼児加算・幼児加算、難病等特別入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算、看護配置加算、看護補助加算、地域加算、離島加算、療養環境加算、ＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算、重症者等療養環境特別加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、緩和ケア診療加算、精神科リエゾンチーム加算、強度行動障害入院医療管理加算、依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん拠点病院加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）、呼吸ケアチーム加算、術後疼痛管理チーム加算、後発医薬品使用体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイ、２のイ及び３に限る。）、認知症ケア加算、せん妄ハイリスク患者ケア加算、精神疾患診療体制加算、薬剤総合評価調整加算及び排尿自立支援加算について、同節に規定する算定要件を満たす場合に算定できる。

７　当該病棟の病室のうち、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに入院する患者に対し、必要があって地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、注１から注６までの規定にかかわらず、当該病室に入院した日から起算して60日を限度として、それぞれ2,432点、2,243点、1,983点又は1,773点を算定する。ただし、当該病室に入院した患者が算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。

８　注７本文の規定により所定点数を算定する場合においては、診療に係る費用（区分番号Ａ３０８－３に掲げる地域包括ケア病棟入院料の注３から注５まで及び注７に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、在宅患者緊急入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第２章第２部在宅医療、区分番号Ｈ００４に掲げる摂食機能療法、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ００４２に掲げる腹膜灌流、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ００４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）及び除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、当該所定点数に含まれるものとする。

９　注１から注６までの規定にかかわらず、保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者（注７の規定により地方厚生局長等に届け出た病室に入院する者を除く。）であって、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、区分番号Ａ１０１に掲げる療養病棟入院料１の例により算定する。

Ａ３１８　地域移行機能強化病棟入院料（１日につき）　1,539点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る精神病棟に入院している患者について算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料の15対１入院基本料の例により算定する。

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

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

イ　重症者加算１　60点

ロ　重症者加算２　30点

４　診療に係る費用（注２及び注３本文に規定する加算、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（50対１補助体制加算、75対１補助体制加算又は100対１補助体制加算に限る。）、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科措置入院退院支援加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、薬剤総合評価調整加算並びに排尿自立支援加算、第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料２、第８部精神科専門療法（区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料及び区分番号Ｉ０１１－２に掲げる精神科退院前訪問指導料を除く。）並びに除外薬剤・注射薬に係る費用を除く。）

は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれるものとする。

Ａ３１９　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料　2,129点

（生活療養を受ける場合にあっては、2,115点）

注１　主として回復期リハビリテーションを行う病棟に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関（特定機能病院に限る。）が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、別に厚生労働大臣が定める回復期リハビリテーションを要する状態にあるものについて、当該病棟に入院した日から起算して、それぞれの状態に応じて別に厚生労働大臣が定める日数を限度として所定点数を算定する。ただし、当該病棟に入院した患者が当該入院料に係る算定要件に該当しない場合は、区分番号Ａ１００に掲げる一般病棟入院基本料の注２に規定する特別入院基本料の例により算定する。

２　診療に係る費用（当該患者に対して行った第２章第１部医学管理等の区分番号Ｂ００１の10に掲げる入院栄養食事指導料、第２部在宅医療、第７部リハビリテーションの費用（別に厚生労働大臣が定める費用を除く。）、第２節に規定する臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算、地域加算、離島加算、医療安全対策加算、感染対策向上加算、患者サポート体制充実加算、報告書管理体制加算、データ提出加算、入退院支援加算（１のイに限る。）、認知症ケア加算、薬剤総合評価調整加算、排尿自立支援加算、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流、区分番号Ｊ４００に掲げる特定保険医療材料（区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又は区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流に係るものに限る。）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。

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

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

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

Ａ３００　救命救急入院料

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

ア　意識障害又は昏睡

イ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

ウ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）

エ　急性薬物中毒

オ　ショック

カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ　広範囲熱傷

ク　大手術を必要とする状態

ケ　救急蘇生後

コ　その他外傷、破傷風等で重篤な状態

（２）　広範囲熱傷特定集中治療管理料の算定対象となる患者とは、第２度熱傷 30%程度以上の重症広範囲熱傷患者であって、医師が広範囲熱傷特定集中治療が必要であると認めた者であること。なお、熱傷には電撃傷、薬傷及び凍傷が含まれる。

（３）　救命救急入院料は、救命救急医療に係る入院初期の医療を重点的に評価したものであり、救命救急入院後症状の安定等により他病棟に転棟した患者又は他病棟に入院中の患者が症状の増悪等をきたしたことにより当該救命救急センターに転棟した場合にあっては、救命救急入院料は算定できない。

（４）　「注１」に掲げる臓器移植を行った患者とは、当該入院期間中に心臓、肺又は肝臓の移植を行った患者のことをいう。

（５）　「注２」に規定する精神疾患診断治療初回加算については、自殺企図及び自傷又はそれが疑われる行為により医師が救命救急入院が必要であると認めた重篤な患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう。）、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害又は精神症状を伴う脳器質性障害等（以下この節において「精神疾患」という。）を有する患者又はその家族等に対して、精神保健指定医又は当該保険医療機関の精神科の常勤医師が、患者又は家族等からの情報を得て、精神疾患に対する診断治療等を行った場合に、救命救急入院料の算定期間中における当該精神保健指定医又は当該精神科の常勤医師の最初の診察時に算定する。この場合の精神保健指定医は当該保険医療機関を主たる勤務先とする精神保健指定医以外の者であっても算定できる。ただし、当該加算を算定する場合には、区分番号「Ａ２４８」精神疾患診療体制加算は算定できない。

（６）　「注５」に規定する急性薬毒物中毒加算１については、急性薬毒物中毒（催眠鎮静剤、抗不安剤による中毒を除く。）が疑われる患者（以下「急性薬毒物中毒患者」という。）の原因物質について、日本中毒学会が作成する「急性中毒標準診療ガイド」における機器分析法に基づく機器分析を当該保険医療機関において行い、必要な救命救急管理を実施した場合に算定する。

（７）　「注５」に規定する急性薬毒物中毒加算２については、急性薬毒物中毒患者の原因物質等について、（５）の機器分析以外の検査を当該保険医療機関において行い、必要な救命救急管理を実施した場合に算定する。

（８）　「注５」に規定する急性薬毒物中毒加算１又は２については、入院初日にいずれか一方のみを算定することができる。

（９）　「注５」に規定する急性薬毒物中毒加算については、薬毒物中毒を疑って検査を実施した結果、実際には薬毒物中毒ではなかった場合には、算定できない。

(10)　「注６」に規定する小児加算については、専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関において、15 歳未満の重篤な救急患者に対して救命救急医療が行われた場合に入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

(11)　「注８」に規定する早期離床・リハビリテーション加算は、救命救急入院料を算定する病室に入室した患者に対する、患者に関わる医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言

語聴覚士又は臨床工学技士等の多職種と早期離床・リハビリテーションに係るチーム（以下「早期離床・リハビリテーションチーム」という。）による総合的な離床の取組を評価したものであり、当該加算を算定する場合の取扱いは、区分番号「Ａ３０１」の特定集中治療室管理料の(５)と同様であること。

(12)　「注９」に掲げる早期栄養介入管理加算は、重症患者の救命救急入院料を算定する病室への入室後、早期に管理栄養士が当該治療室の医師、看護師、薬剤師等と連携し、早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を評価したものであり、当該加算を算定する場合の取扱いは、区分番号「Ａ３０１」の特定集中治療室管理料の(６)から(８)までと同様であること。

(13)　「注 10」については、「注２」の「イ」に掲げる別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師若しくは社会福祉士が、自殺企図や精神状態悪化の背景にある生活上の課題の状況を確認した上で、解決に資する社会資源について情報提供する等の援助を行う他、かかりつけ医への受診や定期的な服薬等、継続して精神疾患の治療を受けるための指導や助言を行った場合に、退院時に１回に限り算定する。この場合、区分番号「Ｉ００２－３」救急患者精神科継続支援料は別に算定できない。なお、指導等を行う精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師等は、適切な研修を受講している必要があること。

(14)　「注 11」に規定する重症患者対応体制強化加算は、重症患者対応に係る体制について、集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成に係る体制を評価したものである。

(15)　「注 11」に規定する重症患者対応体制強化加算は、救命救急入院料２又は４を算定している患者について、当該患者の入院期間に応じて算定する。

(16)　救命救急入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

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

また、区分番号「Ａ１０４」の特定機能病院入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ１０４」の「注５」に規定する看護必要度加算及び同「注 10」に規定するＡＤＬ維持向上等体制加算は算定できず、同「注８」に規定する加算は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。その他、区分番号「Ａ１０５」の専門病院入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ１０５」の「注３」に規定する看護必要度加算、同「注４」に規定する一般病棟看護必要度評価加算及び同「注９」に規定するＡＤＬ維持向上等体制加算は算定できず、同「注７」に規定する加算は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。

Ａ３０１　特定集中治療室管理料

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

ア　意識障害又は昏睡

イ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

ウ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）

エ　急性薬物中毒
オ　ショック
カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
キ　広範囲熱傷
ク　大手術後
ケ　救急蘇生後
コ　その他外傷、破傷風等で重篤な状態

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

（３）　「注１」に掲げる臓器移植を行った患者とは、当該入院期間中に心臓、肺又は肝臓の移植を行った患者のことをいう。（４）　「注２」に規定する小児加算については、専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関において、15 歳未満の重篤な患者に対して特定集中治療室管理が行われた場合に 14 日を限度として算定する。

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

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

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

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

エ　アからウまでの取組等の内容及び実施時間について診療録等に記載すること。

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

（７）　「注５」に規定する加算を算定する場合には、日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」に沿った栄養管理を実施すること。また、入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出された患者に対し、次の項目を実施すること。なお、ア及びイ（「注５」に規定する「入室後早期から経腸栄養を開始した場合」の所定点数を算定する場合にあっては、アからウまで）は入室後 48 時間以内に実施すること。

ア　栄養アセスメント
イ　栄養管理に係る早期介入の計画の作成及び計画に基づく栄養管理の実施
ウ　腸管機能評価を実施し、入室後 48 時間以内に経腸栄養等を開始
エ　経腸栄養開始後は、１日に３回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ、必要に応じて計画を見直すとともに栄養管理を実施

オ　再アセスメントを実施し、胃管からの胃内容物の逆流の有無等を確認

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

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

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

（９）「注６」に規定する重症患者対応体制強化加算は、重症患者対応に係る体制について、集中治療領域における重症患者対応の強化及び人材育成に係る体制を評価したものである。

(10)「注６」に規定する重症患者対応体制強化加算は、特定集中治療室管理料を算定している患者について、当該患者の入院期間に応じて算定する。

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

この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ３００」の救命救急入院料の(16)と同様であること。

Ａ３０１－２　ハイケアユニット入院医療管理料

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

ア　意識障害又は昏睡

イ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

ウ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）

エ　急性薬物中毒

オ　ショック

カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ　広範囲熱傷

ク　大手術後

ケ　救急蘇生後

コ　その他外傷、破傷風等で重篤な状態

（２）「注３」に規定する早期離床・リハビリテーション加算は、ハイケアユニット入院医療管理料を算定する病室に入室した患者に対する、早期離床・リハビリテーションチームによる総合的な離床の取組を評価したものであり、当該加算を算定する場合の取扱いは、区分番号「Ａ３０１」の特定集中治療室管理料の(５)と同様であること。

（３）「注４」に規定する早期栄養介入管理加算は、重症患者のハイケアユニット入院医療管理料を算定する病室への入室後、早期に管理栄養士が当該治療室の医師、看護師、薬剤師等と連携し、早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を評価したものであり、当該加算を算定する場合の取扱いは、区分番号「Ａ３０１」の特定集中治療室管理料の(６)から(８)までと同様であること。

（４）ハイケアユニット入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入

院した場合には、入院基本料等を算定する。

この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ３００」の救命救急入院料の(16)と同様であること。

Ａ３０１－３　脳卒中ケアユニット入院医療管理料

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

ア　脳梗塞

イ　脳出血

ウ　くも膜下出血

（２）　「注３」に規定する早期離床・リハビリテーション加算は、脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する病室に入室した患者に対する、早期離床・リハビリテーションチームによる総合的な離床の取組を評価したものであり、当該加算を算定する場合の取扱いは、区分番号「Ａ３０１」の特定集中治療室管理料の(５)と同様であること。

（３）　「注４」に規定する早期栄養介入管理加算は、重症患者の脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する病室への入室後、早期に管理栄養士が当該治療室の医師、看護師、薬剤師等と連携し、早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を評価したものであり、あり、当該加算を算定する場合の取扱いは、区分番号「Ａ３０１」の特定集中治療室管理料の(６)から(８)までと同様であること。

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

この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ３００」の救命救急入院料の(16)と同様であること。

Ａ３０１－４　小児特定集中治療室管理料

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

ア　意識障害又は昏睡

イ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

ウ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）

エ　急性薬物中毒

オ　ショック

カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ　広範囲熱傷

ク　大手術後

ケ　救急蘇生後

コ　その他外傷、破傷風等で重篤な状態

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

（３）　「注１」に掲げる手術を必要とする先天性心疾患の新生児とは、当該入院期間中に新生児であったものを含むものとする。

（４）　「注３」に規定する早期離床・リハビリテーション加算は、小児特定集中治療室管理料を算定する病室に入室した患者に対する早期離床・リハビリテーションチームによる総合的な離床の取組を評価したものであり、当該加算を算定する場合の取扱いは、区分番号「Ａ３０１」の特定集中治療室管理料の(５)と同様であること。

（５）　「注４」に規定する早期栄養介入管理加算は、重症患者の小児特定集中治療室管理料を算定する病室への入室後、早期に管理栄養士が当該集中治療室の医師、看護師、薬剤師等と連携し、早期の経口移行・維持及び低栄養の改善等につながる栄養管理を評価したものであり、当該加算を算定する場合の取扱いは、区分番号「Ａ３０１」の特定集中治療室管理料の(６)から(８)までと同様であること。

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

　この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ３００」の救命救急入院料の(16)と同様であること。

Ａ３０２　新生児特定集中治療室管理料

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

ア　高度の先天奇形

イ　低体温

ウ　重症黄疸

エ　未熟児

オ　意識障害又は昏睡

カ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

キ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）

ク　急性薬物中毒

ケ　ショック

コ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

サ　大手術後

シ　救急蘇生後

ス　その他外傷、破傷風等で重篤な状態

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

　この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ３００」の救命救急入院料の(16)と同様であること。

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

Ａ３０３　総合周産期特定集中治療室管理料

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

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

ア　合併症妊娠

イ　妊娠高血圧症候群

ウ　多胎妊娠

エ　胎盤位置異常

オ　切迫流早産

カ　胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの

（３）　「２」の新生児集中治療室管理料の算定対象となる新生児は、区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料の(１)に掲げる状態にあって、医師が新生児集中治療室管理が必要であると認めたものであること。

（４）　「注３」の成育連携支援加算については、胎児が重篤な状態であると診断された、又は疑われる妊婦が入院している場合に、当該保険医療機関の医師、助産師、看護師、社会福祉士及び公認心理師等が共同して、胎児の疾患に係る十分な情報提供その他必要な支援を行った場合に、入院中１回に限り算定する。なお、ここでいう胎児が重篤な状態とは、以下のものである。

ア　先天奇形

イ　染色体異常

ウ　出生体重 1,500g 未満

（５）　「注３」の成育連携支援加算について、対象となる妊婦とその家族等に対し、分娩方針、母胎の病状、胎児の予後、出生後必要となる治療及び出生後利用可能な福祉サービス等について、十分な説明を行うこと。また、当該説明内容は、成育連携チーム及び必要に応じ関係職種が共同してカンファレンスを行った上で決定するものとし、妊婦又はその家族等に対し、文書により行うとともに、その写しを診療録に添付すること。なお、妊婦とその家族等の求めがあった場合には、懇切丁寧に対応すること。

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

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

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

　この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ３００」の救命救急入院料の(16)と同様であること。

（８）　「１」の母体・胎児集中治療室管理料を算定する場合は、(２)のアからカまでのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

　「２」の新生児集中治療室管理料を算定する場合は、区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料の(１)のアからスまでのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ａ３０３－２　新生児治療回復室入院医療管理料

（１）　新生児治療回復室入院医療管理料は、集中的な医療を必要とする新生児に対して十分な体制を整えた治療室において医療管理を行った場合に算定する。

（２）　新生児治療回復室入院医療管理料の算定対象となる新生児は、次に掲げる状態にあって、医師が入院医療管理が必要であると認めた者である。

ア　高度の先天奇形

イ　低体温

ウ　重症黄疸

エ　未熟児

オ　意識障害又は昏睡

カ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

キ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）

ク　急性薬物中毒

ケ　ショック

コ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

サ　大手術後

シ　救急蘇生後

ス　その他外傷、破傷風等で重篤な状態

（３）　新生児治療回復室入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ３００」の救命救急入院料の(16)と同様であること。

（４）　新生児治療回復室入院医療管理料を算定する場合は、（２）のアからスまでのいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ａ３０５　一類感染症患者入院医療管理料

（１）　一類感染症患者入院医療管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる患者であって、医師が一類感染症患者入院医療管理が必要と認めた者であること。

ア　感染症法第６条第９項に規定する新感染症又は同法第６条第２項に規定する一類感染症に罹患している患者

イ　アの感染症の疑似症患者又は無症状病原体保有者

（２）　一類感染症患者入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ３００」の救命救急入院料の(16)と同様であること。

Ａ３０６　特殊疾患入院医療管理料

（１）　特殊疾患入院医療管理料を算定する病室は、主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する病室であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病室への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

（２）　特殊疾患入院医療管理料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、特殊疾患入院医療管理料に含まれ、別に算定できない。

（３） 特殊疾患入院医療管理料を算定している患者に対して、１日５時間を超えて体外式陰圧人工呼吸器を使用した場合は、「注２」の加算を算定できる。

（４） 「注２」に掲げる加算を算定する際に使用した酸素及び窒素の費用は、「酸素及び窒素の価格」（平成２年厚生省告示第 41 号）に定めるところによる。

（５） 「注３」に掲げる重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の保険医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の保険医療機関において入退院支援加算３が算定された患者を、特殊疾患入院医療管理料を算定する病床において受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（６） 「注４」に定める脳卒中を原因とする重度の意識障害によって当該病室に入院するもの及び「注６」に定める脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）については、区分番号「Ａ１０１」の療養病棟入院基本料における医療区分（１日に２つ以上の区分に該当する場合には、該当するもののうち最も高い点数の区分）に従い、当該患者ごとに各医療区分に相当する所定点数を算定する。その際、当該患者の疾患及び状態の該当する医療区分の項目について、保険医療機関において診療録等に記録する。

（７） 平成 28 年３月 31 日時点で、継続して６か月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者であって、引き続き同病室に入院しているもの及び令和４年３月 31 日時点で脳卒中又は脳卒中の後遺症により特殊疾患入院医療管理料を算定する病棟に入院している患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、引き続き同病棟に入院しているものについては、医療区分３に相当するものとみなす。なお、脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者であって、その疾患及び状態等が医療区分３に規定する疾患及び状態等に相当するものについては、注４によらず、特殊疾患入院医療管理料に規定する所定点数を算定すること。

Ａ３０７　小児入院医療管理料

（１） 小児入院医療管理料は、届け出た保険医療機関における入院中の 15 歳未満の患者（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20 歳未満の患者）を対象とする。ただし、当該患者が他の特定入院料を算定できる場合は、小児入院医療管理料は算定しない。

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

（２） 「注２」に掲げる加算については、当該入院医療管理料を算定する病棟において算定するものであるが、小児入院医療管理料５を算定する医療機関にあっては、院内の当該入院医療管理料を算定する患者の全てについて算定できる。

（３） 「注３」に掲げる加算を算定する際に使用した酸素及び窒素の費用は、「酸素及び窒素の価格」に定めるところによる。

（４） 「注４」に規定する重症児受入体制加算は、高度急性期の医療機関から集中治療を経た新生児の受入れを行う等、重症児の受入機能が高い病棟を評価したものである。

（５） 小児入院医療管理料を算定している患者に対して、１日５時間を超えて体外式陰圧人工呼吸器を使用した場合は、「注３」の加算を算定できる。

（６） 小児入院医療管理料１から４までにおいて、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟に入院した場合には、当該医療機関が算定している入院基本料等を算定する。この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ３００」の救命救急入院料の（16）と同様であること。

（７） 小児入院医療管理料５において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、精神病棟入院基本料の 15 対１入院基本料を算定する。

（８） （７)により、区分番号「Ａ１０３」の精神病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、当該保険医療機関に入院した日を入院初日として、以下のとおりとする。

ア 区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料の「注４」に規定する重度認知症加算は算定することができない。

イ 区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料の「注５」に規定する救急支援精神病棟初期加算は算定することができない。

ウ 区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料の「注６」に規定する加算について、当該病棟において各加算の要件を満たしている場合に算定できる。

エ 区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料の「注７」に規定する精神保健福祉士配置加算は算定することができない。

（９） 「注５」に規定する無菌治療管理加算１及び２については、保険医療機関において、造血幹細胞移植を実施する患者に対して、必要があって無菌治療室管理を行った場合に、一連の治療につき、90 日を限度として算定する。

なお、無菌治療室管理とは、当該治療室において、医師等の立入等の際にも無菌状態が保たれるよう必要な管理をいう。

(10) 「注６」に規定する退院時薬剤情報管理指導連携加算は、当該保険医療機関の医師又は医師の指示に基づき薬剤師が、小児慢性特定疾病の児童等又は医療的ケア児の退院時に、当該患者又はその家族等に対し退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行い、当該患者又はその家族等の同意を得て、患者又はその家族等が選択する保険薬局に対して当該患者の調剤に関して必要な情報等を文書により提供した場合に、退院の日に１回に限り算定する。保険薬局への情報提供に当たっては、「薬剤管理サマリー（小児版）」（日本病院薬剤師会）等の様式を参照して、以下の事項を記載した情報提供文書を作成し、作成した文書の写しを診療録等に添付すること。

ア 患者の状態に応じた調剤方法

イ 服用状況に合わせた剤形変更に関する情報

ウ 服用上の工夫

エ 入院前の処方薬の変更又は中止に関する情報や変更又は中止後の患者の状態等に関する情報

(11) 当該文書の交付方法は、患者又はその家族等が選択する保険薬局に直接送付することに代えて、患者又はその家族等に交付し、患者又はその家族等が保険薬局に持参することで

も差し支えない。

(12) 患者１人につき複数の保険薬局に対し情報提供を行った場合においても、１回のみの算定とする。また、死亡退院の場合は算定できない。

(13) 「注７」に規定する養育支援体制加算は、虐待等不適切な養育が行われていることが疑われる小児患者に対する必要な支援体制を評価するものであり、当該病棟に入院している患者について、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

(14) 「注８」に規定する時間外受入体制強化加算は、保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、緊急に入院を必要とする小児患者を受け入れる体制を確保していることを評価するものであり、当該病棟に入院している患者について、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

Ａ３０８　回復期リハビリテーション病棟入院料

（１） 回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ＡＤＬの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時８割以上入院している病棟をいう。なお、リハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行いリハビリテーション実施計画書を作成する必要がある。

（２） 医療上特に必要がある場合に限り回復期リハビリテーション病棟から他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

（３） 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

（４） 回復期リハビリテーション病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、当該病棟が一般病棟である場合は特別入院基本料を、当該病棟が療養病棟である場合は療養病棟入院基本料の入院料Ｉを算定する。

この場合において、当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料１から４までを算定する病棟である場合は、療養病棟入院料１の入院料Ｉにより、回復期リハビリテーション病棟入院料５を算定する病棟である場合は、療養病棟入院料２の入院料Ｉにより算定する。

この際、区分番号「Ａ１００」の注２に規定する特別入院基本料を算定する場合の費用の請求については、同「注４」に規定する重症児（者）受入連携加算、同「注５」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算、同「注 12」に規定するＡＤＬ維持向上等体制加算は算定できず、同「注 10」に規定する加算（特別入院基本料において算定できるものに限る。）は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。また、区分番号「Ａ１０１」の療養病棟入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ１００」一般病棟入院基本料の(９)に準ずるものとする。

（５） 必要に応じて病棟等における早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が行われることとする。

（６） 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者は、転院してきた場合においても、転院先の保険医療機関で当該入院料を継続して算定できることとする。ただし、その場合にあっては、当該入院料の算定期間を通算する。なお、診療報酬明細書の摘要欄に転院前の保険医療機関における当該入院料の算定日数を記載すること。

（７） 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価又はＦＩＭの測定を行い、その結果について診療録等に記載すること。なお、区分番号「Ａ２４６」入退院支援加算の注４に規定する地域連携診療計画加算を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に転院してきた場合には、原則として当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価又はＦＩＭの結果を入院時に測定された日常生活機能評価又はＦＩＭとみなす。

（８） 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該入院料を算定する患者に対し、入棟後２週間以内に入棟時のＦＩＭ運動項目の得点について、また退棟（死亡の場合を除く。）に際して退棟時のＦＩＭ運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を記載したリハビリテーション実施計画書を作成し、説明すること。なお、患者の求めがあった場合には、作成したリハビリテーション実施計画書を交付すること。

（９） 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合は、区分番号「Ｈ００３－２」リハビリテーション総合計画評価料を算定できる。

(10) 「注２」に掲げる休日リハビリテーション提供体制加算は、患者が入院当初から集中的なリハビリテーションを継続して受けられるよう、休日であっても平日と同様のリハビリテーションの提供が可能な体制をとる保険医療機関を評価したものである。

(11) 「注３」に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る取扱いについては、以下のとおりとする。

ア 基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有する」場合とは、①及び②を各年度４月、７月、10 月及び１月において算出し、①が 10 名以上かつ②が６単位以上である状態が２回連続した場合をいう。②の算出には、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添４第 11 の１(８)に示した式において「直近１か月間」とあるものを「直近６か月間」と読み替えた計算式を用いる。

① 前月までの６か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数（ウ及びエの規定により計算対象から除外するものを除く。）

② 直近６か月間の回復期リハビリテーションを要する状態の患者（在棟中に死亡した患者、入棟日においてウの①から④までのいずれかに該当した患者及びエの規定によりリハビリテーション実績指数の計算対象から除外した患者を含む。）に対する１日当たりのリハビリテーション提供単位数の平均値

イ 基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「効果に係る相当程度の実績が認

められない場合」とは、前月までの６か月間に当該医療機関の回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者（ウ及びエの規定によって計算対象から除外する患者を除く。）について、以下の①の総和を②の総和で除したもの（以下「リハビリテーション実績指数」という。）を各年度４月、７月、10 月及び１月において算出し、リハビリテーション実績指数が２回連続して 27 を下回った場合をいう。

① 退棟時のＦＩＭ運動項目の得点から、入棟時のＦＩＭ運動項目の得点を控除したもの。

② 各患者の入棟から退棟までの日数を、「注１」に規定する厚生労働大臣が定める日数の上限のうち当該患者の入棟時の状態に応じたもので除したもの

［計算例］

① 前月までの６か月間に 50 人退棟し、入棟時にＦＩＭ運動項目が 50 点、退棟時に 80 点だったものが 30 人、入棟時にＦＩＭ運動項目が 40 点、退棟時に 65 点だったものが 20 人とすると、(80-50)×30＋(65-40)×20 = 1,400

② 前月までの６か月間に 50 人退棟し、そのうち 30 人が大腿骨骨折手術後（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が 90 日）で実際には 72 日で退棟、残り 20 人が脳卒中（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が 150 日）で実際には 135 日で退棟したとすると、(72/90)×30 + (135/150)×20 = 42

従って、この例ではリハビリテーション実績指数は①／②＝33.3 となる。

ウ 在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者はリハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数（入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の 100 分の 30 を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。ただし、次の⑤に該当する患者について算出対象から除外する場合であっても、当該患者に係るＦＩＭの測定を行うこと。

① ＦＩＭ運動項目の得点が 20 点以下のもの

② ＦＩＭ運動項目の得点が 76 点以上のもの

③ ＦＩＭ認知項目の得点が 24 点以下のもの

④ 年齢が 80 歳以上のもの

⑤ 基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当するもの

エ 前月までの６か月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。）の数に対する高次脳機能障害の患者（基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当し、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定開始日から起算して 180 日まで算定できるものに限る。）の数の割合が４割以上である保険医療機関においては、当該月に入棟した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション実績指数の算出から全て除外することができる。除外する場合、ウについては、「当該月の入棟患者数（入棟

時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の 100 分の 30」を、「当該月の入棟患者数（入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の 100 分の 30」と読み替えるものとする。

オ　ウ及びエの除外の判断に当たっては、除外した患者の氏名と除外の理由を一覧性のある台帳に順に記入するとともに、当該患者の入棟月の診療報酬明細書の摘要欄に、リハビリテーション実績指数の算出から除外する旨とその理由を記載する。

カ　在棟中にＦＩＭ運動項目の得点が１週間で 10 点以上低下したものについては、リハビリテーション実績指数の算出においては、当該低下の直前の時点をもって退棟したものとみなすことができる。

キ　ア及びイによって算出した実績等から、「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有するとともに、効果に係る相当程度の実績が認められない場合」に該当した場合、当該月以降、１日につき６単位を超える疾患別リハビリテーション料（脳血管疾患等の患者であって発症後 60 日以内のものに対して行ったものを除く。）は回復期リハビリテーション病棟入院料に包括される。なお、その後、別の月（４月、７月、10 月又は１月以外の月を含む。）において、アの①が 10 名未満、アの②が６単位未満、又はイのリハビリテーション実績指数が 27 以上となった場合、当該月以降、再び１日につき６単位を超える疾患別リハビリテーション料を出来高により算定することができる。

ク　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する保険医療機関は、各年度４月、７月、10 月及び１月においてア及びイで算出した内容等について、毎年７月に別紙様式 45 を用いて地方厚生（支）局長に報告する。また、各年度４月、７月、10 月及び１月において「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有するとともに、効果に係る相当程度の実績が認められない場合」に該当した場合及びキの規定によりその後、別の月（４月、７月、10 月又は１月以外の月を含む。）にア及びイの算出を行った場合には、その都度同様に報告する。

(12)　「注４」に規定する体制強化加算１及び２は、患者の早期機能回復及び早期退院を促進するために、専従の医師及び専従の社会福祉士の配置を評価したものである。

(13)　回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するに当たっては、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うこと。

ア　当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うこと。なお、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目については、必ず記載すること。

イ　当該入院料を算定する全ての患者について、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び栄養管理に係る計画の見直しを共同して行うこと。

ウ　当該入院料を算定する患者のうち、栄養障害の状態にあるもの又は栄養管理をしな

ければ栄養障害の状態になることが見込まれるものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、栄養状態に関する再評価を週１回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図ること。

(14)　回復期リハビリテーション病棟入院料２から５を算定するに当たっては、専任の常勤管理栄養士を配置し、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うことが望ましい。

ア　当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うとともに、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目に記載すること。

イ　当該入院料を算定する全ての患者について、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び計画の見直しを共同して行うこと。

ウ　当該入院料を算定する患者のうち、栄養障害の状態にあるもの又は栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれるものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、栄養状態に関する再評価を週１回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図ること。

(15)　回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定している患者については、区分番号「Ｂ００１」の「10」入院栄養食事指導料を別に算定できる。

(16)　急性心筋梗塞等の患者（基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当する患者であって、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定開始日から起算して 90 日まで算定できるものに限る。）については、「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」（日本循環器学会、日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン）の内容を踏まえ、心肺運動負荷試験（ＣＰＸ（cardiopulmonary exercise testing））を入棟時及び入棟後月に１回以上実施することが望ましい。

(17)　令和４年３月 31 日時点において、それぞれ回復期リハビリテーション病棟入院料５又は６を算定する病棟については、令和５年３月 31 日までの間に限り、改定前の算定方法の例により、それぞれ回復期リハビリテーション病棟入院料５又は６を算定できるものとする。なお、この場合において、翌日以降に当該病棟において改定後の回復期リハビリテーション病棟入院料５を算定する場合にあっては、令和６年３月 31 日までの間に限り、算定できるものとする。

(18)　令和４年４月１日以降に、新たに回復期リハビリテーション病棟入院料５を算定する病棟については、当該算定を行った日から起算して、２年の間に限り、また、回復期リハビリテーション病棟入院料１、２、３又は４を算定する病棟について、新たに回復期リハビリテーション病棟入院料５を算定しようとする場合にあっては、当該算定の日から起算して、１年の間に限り、当該入院料を算定できるものとする。

Ａ３０８－３　地域包括ケア病棟入院料

（１）　地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料（以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）を算定する病棟又は病室は、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地

域包括ケアシステムを支える役割を担うものである。

（２） リハビリテーションに係る費用（区分番号「Ｈ００４」摂食機能療法を除く。）及び薬剤料（基本診療料の施設基準等別表第五の一の三に掲げる薬剤及び注射薬に係る薬剤料を除く。）等は、地域包括ケア病棟入院料等に含まれ、別に算定できない。

（３） 地域包括ケア病棟入院料等を算定する患者が当該病室に入院してから７日以内（当該病室に直接入院した患者を含む。）に、医師、看護師、在宅復帰支援を担当する者、その他必要に応じ関係職種が共同して新たに診療計画（退院に向けた指導・計画等を含む。）を作成し、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添６の別紙２を参考として、文書により病状、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、患者に対して説明を行い、交付するとともに、その写しを診療録等に添付するものとする。（ただし、同一保険医療機関の他の病室から地域包括ケア病棟入院料等を算定する病室へ移動した場合、すでに交付されている入院診療計画書に記載した診療計画に変更がなければ別紙様式７を参考に在宅復帰支援に係る文書のみを交付するとともに、その写しを診療録等に添付することでも可とする。）

（４） 地域包括ケア病棟入院料等を算定した患者が退室した場合、退室した先について診療録に記載すること。

（５） 「注２」に規定する地域の保険医療機関であって、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添２「入院基本料等の施設基準等」第５の６の規定により看護配置の異なる病棟毎に一般病棟入院基本料を算定しているものについては、各病棟の施設基準に応じて、「注１」に規定する点数又は「注２」に規定する点数を算定する。

（６） 「注３」及び「注４」に規定する看護職員配置加算及び看護補助者配置加算又は看護補助体制充実加算は、看護職員及び看護補助者の配置について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た病棟又は病室において算定する。

（７） 「注４」に規定する看護補助者配置加算又は看護補助体制充実加算を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の(19)の例による。

（８） 「注５」に規定する急性期患者支援病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者支援病床初期加算は介護老人保健施設等の入居者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療及び在宅での療養を支えることを目的として、地域包括ケア病棟入院料等を届け出た病棟又は病室が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して 14 日を限度に算定できる。当該加算を算定するに当たっては、入院前の患者の居場所（転院の場合は入院前の医療機関名）、自院の入院歴の有無、入院までの経過等を診療録に記載すること。

ア 急性期患者支援病床初期加算については、急性期医療を担う病院に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を速やかに当該病棟又は病室が受け入れることにより、急性期医療を担う病院の後方支援を評価するものである。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、急性期一般入院基本料、７対１入院基本料若しくは 10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本

料に限る。）、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、特殊疾患入院医療管理料又は小児入院医療管理料を算定する病棟であること。

イ　在宅患者支援病床初期加算については、介護老人保健施設等又は自宅で療養を継続している患者が、軽微な発熱や下痢等の症状をきたしたために入院医療を要する状態になった際に、当該病棟又は病室が速やかに当該患者を受け入れる体制を有していること及び厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うことにより、自宅や介護老人保健施設等における療養の継続に係る後方支援を評価するものである。なお、当該加算を算定する病棟又は病室を有する病院に介護老人保健施設等が併設されている場合は、当該併設介護老人保健施設等から受け入れた患者については算定できないものとする。

（９）　「注７」に規定する看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、当該基準を満たしていても、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、「基本診療料の施設基準等」の第九の十一の二の（１）のイに定める夜間の看護職員の最小必要数を超えた看護職員３人以上でなければ算定できない。

(10)　診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が同一保険医療機関内の地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟に転棟した場合については、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅱまでの間、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転室した場合については、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅲまでの間、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定する。なお、入院日Ⅱ又はⅢを超えた日以降は、医科点数表に従って当該入院料又は管理料を算定することとするが、その算定期間は診療報酬の算定方法にかかわらず、当該病棟又は病室に最初に入棟又は入室した日から起算して 60 日間とする。

(11)　地域包括ケア病棟入院料等に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟等に入院した場合には、当該病棟が一般病棟等である場合は特別入院基本料を、当該病棟が療養病棟等である場合は療養病棟入院基本料の入院料Ｉを算定する。その際、地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２又は地域包括ケア入院医療管理料２の場合は療養病棟入院料１のＩを、地域包括ケア病棟入院料３、地域包括ケア入院医療管理料３、地域包括ケア病棟入院料４又は地域包括ケア入院医療管理料４の場合は療養病棟入院料２のＩを算定する。この際、区分番号「Ａ１００」の注２に規定する特別入院基本料又は区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ３０８」の回復期リハビリテーション病棟の（４）と同様であること。

(12)　地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院医療管理料の「注１」及び「注９」から「注 12」までの減算に係る算定方法について、これらのうち複数に該当する場合は、最初に所定点数に「注１」（100 分の 95）、「注９」（100 分の 85）、「注 10」（100 分の 90）、「注 11」（100 分の 90）、「注 12」（100 分の 90）のうち該当するものを乗じ、次に該当するものの加算等を行い、最後に小数点以下第一位を四捨五入した点数を算定する。

Ａ３０９　特殊疾患病棟入院料

（１）　特殊疾患病棟は、主として長期にわたり療養が必要な重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者（病因が脳卒中の後遺症の患者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者が入院する病棟であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

（２）　特殊疾患病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、特殊疾患病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

（３）　特殊疾患病棟入院料を算定している患者に対して、１日５時間を超えて体外式陰圧人工呼吸器を使用した場合は、「注２」の加算を算定できる。

（４）　「注２」に掲げる加算を算定する際に使用した酸素及び窒素の費用は、「酸素及び窒素の価格」に定めるところによる。

（５）　「注３」に掲げる重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の保険医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の保険医療機関において入退院支援加算３が算定された患者を、特殊疾患病棟入院料を算定する病床において受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（６）　「注４」に定める脳卒中を原因とする重度の意識障害によって当該病棟に入院するもの「注６」に定める脳卒中又は脳卒中の後遺症の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）については、区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料における医療区分（１日に２つ以上の区分に該当する場合には、該当するもののうち最も高い点数の区分）に従い、当該患者ごとに各医療区分に相当する所定点数を算定する。その際、当該患者の疾患及び状態の該当する医療区分の項目について、保険医療機関において診療録等に記録する。

（７）　平成 28 年３月 31 日時点で、継続して６か月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患病棟入院料を算定する病棟に入院している患者であって、引き続き同病棟に入院しているもの及び令和４年３月 31 日時点で脳卒中又は脳卒中の後遺症により特殊疾患病棟入院料を算定する病棟に入院している患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、引き続き同病棟に入院しているものについては、医療区分３に相当するものとみなす。なお、脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患病棟入院料を算定する病棟に入院している患者であって、その疾患及び状態等が医療区分３に規定する疾患及び状態等に相当するものについては、注４によらず、特殊疾患病棟入院料に規定する所定点数を算定すること。

Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料

（１）　緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。

（２）　緩和ケア病棟入院料を算定する日に使用するものとされた薬剤に係る薬剤料は緩和ケア

病棟入院料に含まれるが、退院日に退院後に使用するものとされた薬剤料は別に算定できる。

（３） 悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。この際、同特別入院基本料の費用の請求については、区分番号「Ａ３０８」の回復期リハビリテーション病棟入院料の(４)と同様であること。

（４） 緩和ケア病棟における悪性腫瘍患者のケアに関しては、「がん疼痛薬物療法ガイドライン」（日本緩和医療学会）、「新版 がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班」）等の緩和ケアに関するガイドラインを参考とする。

（５） 「注２」に規定する緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）（以下本項において「連携保険医療機関」という。）から在宅緩和ケアを受ける患者の病状が急変し、症状緩和のために一時的に入院治療を要する場合の緩和ケア病棟への受入れを通じ、在宅での緩和ケアを後方支援することを評価するものである。

当該保険医療機関と連携保険医療機関の間では、過去１年以内に、緩和ケアを受ける患者の紹介、緩和ケアに係る研修又は共同でのカンファレンスの実施等の際に、医師その他の職員が面会した実績が記録されている必要がある。

また、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。

（６） 「注４」に規定する緩和ケア疼痛評価加算を算定する場合には、「がん疼痛薬物療法ガイドライン」（日本緩和医療学会）、「新版がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班」）等の緩和ケアに関するガイドラインを参考として、疼痛の評価その他の療養上必要な指導等を実施すること。

Ａ３１１ 精神科救急急性期医療入院料

（１） 精神科救急急性期医療入院料の算定対象となる患者は、次のア若しくはイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）又はウに該当する患者であること。

ア 措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者

イ ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前３か月において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟に入院（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号）第 42 条第１項第１号又は第 61 条第１項第１号に規定する同法による入院（医療観察法入院）を除く。）したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め２日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）

ウ ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟（精神科救急

急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。）から当該病棟に転棟した患者又は他の保険医療機関（精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。）から当該病棟に転院した患者

（２） 当該入院料は、入院日から起算して３月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から３月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が３月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。

（３） （１）のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟又は他の保険医療機関から転院後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して３月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。

ア クロザピン投与による無顆粒球症又は好中球減少症により、投与を中止した場合は、投与中止日から２週間まで当該入院料を算定できる

イ ア以外の事由により、投与を中止した場合は、投与中止日まで当該入院料を算定できる。

（４） 精神科救急急性期医療入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、精神科救急急性期医療入院料に含まれ、別に算定できない。

（５） 精神科救急急性期医療入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神病棟入院基本料の 15 対１入院基本料を算定する。

（６） （５）により、区分番号「Ａ１０３」の精神病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ３０７」の小児入院医療管理料の（８）と同様であること。

（７） 当該入院料の算定対象となる患者は以下の障害を有する者に限る。

ア 症状性を含む器質性精神障害（精神症状を有する状態に限り、単なる認知症の症状を除く。）

イ 精神作用物質使用による精神及び行動の障害（アルコール依存症にあっては、単なる酩酊状態であるものを除く。）

ウ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害

エ 気分（感情）障害

オ 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危険を伴う状態に限る。）

カ 成人の人格及び行動の障害（精神症状を有する状態に限る。）

キ 知的障害（精神症状を有する状態に限る。）

（８） 「注３」に規定する非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類については、別紙 36 を参考にすること。ただし、クロザピンはこれに含めない。

（９） 「注３」に規定する加算は、非定型抗精神病薬を投与している統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に算定する。

（10） 「注３」に規定する加算を算定する場合には、１月に１度、治療計画及び指導内容の要

点を診療録に記載し、投与している薬剤名を診療報酬明細書に記載する。

(11) 「注４」に規定する加算は、統合失調症、統合失調型障害若しくは妄想性障害又は気分（感情）障害の患者に対して、入院日から起算して７日以内に、医師、看護師、精神保健福祉士等の関係職種が共同して、別紙様式 37 又は別紙様式 37 の２若しくはこれに準じた様式を用いて院内標準診療計画書を策定し、患者又は家族等に対して説明の上、当該計画に基づき患者が 60 日以内に退院した場合に、退院時１回に限り算定する。ただし、死亡又は他の医療機関への転院による退院については、算定しない。なお、ここでいう退院時とは、第２部通則５に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される最後の退院時において１回に限り算定できる。

(12) 患者の病態により当初作成した院内標準診療計画書に変更等が必要な場合には、新たな院内標準診療計画書を作成し、説明を行う必要がある。

(13) 院内標準診療計画は、第２部通則７に定める入院診療計画とは別に作成すること。

(14) 「注５」に規定する看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであり、当該病棟における看護にあたり以下の隔離及び身体的拘束その他の行動制限を最小化する取組を実施した上で算定する。

ア 入院患者に対し、日頃より行動制限を必要としない状態となるよう環境を整える。

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

ウ 行動制限を実施するに当たっては、以下の対応を行う。

(イ) 実施の必要性等のアセスメント

(ロ) 患者家族への説明と同意

(ハ) 行動制限の具体的行為や実施時間等の記録

(ニ) 二次的な身体障害の予防

(ホ) 行動制限の解除に向けた検討

エ 行動制限を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも１日に１度は行う。なお、行動制限を実施することを避けるために、イ及びウの対応をとらず家族等に対し付添いを強要することがあってはならない。

(15) 「注５」に規定する看護職員夜間配置加算を算定する病院は、行動制限を最小化するための委員会において、入院医療について定期的（少なくとも月１回）な評価を行う。

(16) 「注５」に規定する看護職員夜間配置加算は、当該患者が入院した日から起算して 30 日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第２部入院料等の通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

(17) 「注５」に規定する看護職員夜間配置加算を算定する各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、「基本診療料の施設基準等」の第九の十四の⑴のへに定める夜間の看護師の最小必要数を超えた看護職員３人以上でなければ算定できない。

(18) （１）のウに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を（３）のア又はイのいずれか該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。あわせて、（１）のウに該当する患者と

して当該病棟へ転棟又は転院する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟又は転院する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、通算の投与中止回数に（３）のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含めないこと。

(19)　「注６」に規定する精神科救急医療体制加算は、地域における役割に応じた精神科救急入院医療の体制の確保を評価したものであり、当該病棟に入院した日から起算して90日を限度として算定する。

(20)　「注６」の算定対象となる患者は以下の障害を有する者に限る。

ア　認知症を除く症状性を含む器質性精神障害（精神症状を有する状態に限る。）（ただし、令和６年３月 31 日までの間は、精神症状を有する状態に限り、認知症を含むものとする。）

イ　精神作用物質使用による精神及び行動の障害（アルコール依存症にあっては、単なる酩酊状態であるものを除く。）

ウ　統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害

エ　気分（感情）障害（躁状態又は自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危険を伴う状態に限る。）

オ　神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危険を伴う状態に限る。）

カ　成人の人格及び行動の障害（精神症状を有する状態に限る。）

キ　知的障害（精神症状を有する状態に限る。）

(21)　「注６」に規定する精神科救急医療体制加算を算定する病棟の病床数（精神病床に限る。）は120床までとする。ただし、令和４年３月31日時点で、現に旧医科点数表の精神科救急入院料を算定している病棟において、都道府県等から当該病棟を有する保険医療機関に対し、地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等に係る文書が提出されていることが確認できる場合に限り、同時点で精神科救急入院料を算定する病棟の病床数を上限として算定することができる。ただし、この場合にあっては、120 床を超えていない病床数も含め、それぞれの所定点数の100分の60に相当する点数により算定する。

Ａ３１１－２　精神科急性期治療病棟入院料

（１）　精神科急性期治療病棟入院料の算定対象となる患者は、次に掲げる患者である。

ア　入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該保険医療機関への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め２日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）（以下この項において「新規患者」という。）

イ　他の病棟から当該病棟に移動した入院患者又は当該病棟に入院中の患者であって当該入院料を算定していない患者のうち、意識障害、昏迷状態等の急性増悪のため当該病院の精神保健指定医が当該病棟における集中的な治療の必要性を認めた患者（以下この項において「転棟患者等」という。）

ウ　ア及びイにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟（精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定

する病棟を除く。）から当該病棟に転棟した患者又は他の保険医療機関（精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。）から当該病棟に転院した患者

（２） 新規患者については入院日から起算して３月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から３月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が３月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。

（３） 転棟患者等については、１年に１回に限り、１月を限度として算定する。１年とは暦年をいい、同一暦年において当該入院料の算定開始日が２回にはならない。なお、転棟患者等が当該入院料を算定する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（４） （１）のウに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟又は他の保険医療機関から転院後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して３月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。

ア クロザピン投与による無顆粒球症又は好中球減少症により、投与を中止した場合は、投与中止日から２週間まで当該入院料を算定できる。

イ ア以外の事由により、投与を中止した場合は、投与中止日まで当該入院料を算定できる。

（５） 精神科急性期治療病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

（６） 精神科急性期治療病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神病棟入院基本料の 15 対１入院基本料を算定する。

（７） （６）により、区分番号「Ａ１０３」の精神病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ３０７」の小児入院医療管理料の（８）と同様であること。

（８） 当該入院料の算定対象となる患者は、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料の（７）の例による。

（９） 「注３」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料の（８）から(10)までの例による。

(10) 「注４」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料の(11)から(13)までの例による。ただし、算定対象となる患者は、統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害又は気分（感情）障害の患者のうち、区分番号「Ａ２４９」精神科急性期医師配置加算を算定するものに限る。

(11) （１）のウに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を（４）のア又はイのいずれか該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。あわせて、（１）のウに該当する患者として当該病棟へ転棟又は転院する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟又は転院する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、通算の投与中止回数に（４）

のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含めないこと。

(12)　精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟の病床（精神病床に限る。）数は合計で 130 床を上限として算定できる。

Ａ３１１－３　精神科救急・合併症入院料

（１）　精神科救急・合併症入院料の算定対象となる患者は、次のアからウまでのいずれかに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）又はエに該当する患者であること。

ア　措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者

イ　ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前３か月において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟（精神病床のみを有する保険医療機関の精神病棟を除く。）に入院（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第 42 条第１項第１号又は第 61 条第１項第１号に規定する同法による入院（医療観察法入院）を除く。）したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め２日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）

ウ　イの規定にかかわらず、精神科救急・合併症入院料を算定した後に、身体合併症の病状が悪化等して、当該医療機関において特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料を算定するものに限る。）を算定し、再度精神科救急・合併症入院料を算定する病棟へ入院した患者

エ　アからウまでにかかわらず、クロザピンを新規に導入することを目的として、当該入院料に係る病棟を有する保険医療機関において、当該保険医療機関の他の病棟（精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。）から当該病棟に転棟した患者又は他の保険医療機関（精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料を算定する病棟を除く。）から当該病棟に転院した患者

（２）　当該入院料は、入院日から起算して３月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から３月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が３月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。

（３）　（１）のエに該当する患者については、当該保険医療機関の他の病棟から転棟又は他の保険医療機関から転院後、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日から起算して３月を限度として算定する。ただし、クロザピンの投与後に投与を中止した場合については、以下の取扱いとする。

ア　クロザピン投与による無顆粒球症又は好中球減少症により、投与を中止した場合は、投与中止日から２週間まで当該入院料を算定できる。

イ　ア以外の事由により、投与を中止した場合は、投与中止日まで当該入院料を算定できる。

（４）　精神科救急・合併症入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、精神科救急・合併症入院料に含まれ、別に算定できない。

（５） 精神科救急・合併症入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神病棟入院基本料の 15 対１入院基本料を算定する。

（６） （５）により、区分番号「Ａ１０３」の精神病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ３０７」の小児入院医療管理料の（８）と同様であること。

（７） 当該入院料の算定対象となる患者は、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料の（７）の例による。

（８） 「注３」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料の（８）から(10)までの例による。

（９） 「注４」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料の(11)から(13)までの例による。

(10) 「注５」に規定する看護職員夜間配置加算の算定に当たっては、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料の(14)から(16)までの例による。

(11) 「注５」に規定する看護職員夜間配置加算を算定する各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、「基本診療料の施設基準等」の第九の十五の二の（１）のトに定める夜間の看護師の最小必要数を超えた看護職員３人以上でなければ算定できない。

(12) （１）のエに該当する患者について、当該病棟においてクロザピンの投与を開始した日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、当該病棟において、クロザピンの投与を中止した場合は、投与中止日及び投与を中止した理由を（３）のア又はイのいずれか該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。あわせて、同一の保険医療機関において、（１）のエに該当する患者として当該病棟へ転棟又は転院する以前にクロザピンの投与を中止したことがある場合は、転棟又は転院する以前の直近の投与中止日及び同一入院期間中における通算の投与中止回数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、通算の投与中止回数に（３）のア又はイのいずれかに該当するものとして中止した場合は含めないこと。

Ａ３１１－４ 児童・思春期精神科入院医療管理料

（１） 児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟又は治療室は、児童及び思春期の精神疾患患者に対して、家庭及び学校関係者等との連携も含めた体制の下に、医師、看護師、精神保健福祉士及び公認心理師等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供される病棟又は治療室である。

（２） 当該入院料の対象は、20 歳未満の精神疾患を有する患者（精神作用物質使用による精神及び行動の障害の患者並びに知的障害の患者を除く。）である。

（３） 当該入院料を算定する場合には、医師は看護師、精神保健福祉士及び公認心理師等と協力し、保護者等と協議の上、別紙様式４又は別紙様式４の２若しくはこれに準ずる様式を用いて、詳細な診療計画を作成する。また、作成した診療計画を保護者等に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付する。なお、これにより入院診療計画の基準を満たしたものとされる。

（４） 当該入院料を算定する場合には、保護者、学校関係者等に対して面接相談等適切な指導を適宜行う。

（５） 児童・思春期精神科入院医療管理に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟又は治療室に入院した場合には、精神病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。

（６）（５）により、区分番号「Ａ１０３」の精神病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ３０７」の小児入院医療管理料の（８）と同様であること。

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

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

Ａ３１２　精神療養病棟入院料

（１）精神療養病棟は、主として長期にわたり療養が必要な精神障害患者が入院する病棟として認められたものであり、医療上特に必要がある場合に限り他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

（２）精神療養病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、精神療養病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

（３）当該病棟の入院患者に対して退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という）は、以下アからウまでの全ての業務を行う。

ア　退院に向けた相談支援業務

（イ）当該患者及びその家族等からの相談に応じ、退院に向けた意欲の喚起等に努めること。相談を行った場合には、当該相談内容について看護記録等に記録をすること。

（ロ）退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医の指導を受けるとともに、その他当該患者の治療に関わる者との連携を図ること。

イ　退院支援委員会に関する業務

退院支援相談員は、担当する患者について退院に向けた支援を推進するための委員会（以下「退院支援委員会」という）を、当該患者１人につき月１回以上行うこと。なお、医療保護入院の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（昭和 25 年厚生省令第 31 号）第 15 条の６に基づき行われる医療保護入院者退院支援委員会の開催をもって、退院支援委員会の開催とみなすことができること。

ウ　退院調整に関する業務

患者の退院に向け、居住の場の確保等の退院後の環境にかかる調整を行うとともに、必要に応じて相談支援事業所等と連携する等、円滑な地域生活への移行を図ること。

（４）退院支援委員会の出席者は、以下のとおりとすること。

ア　当該患者の主治医

イ　看護職員（当該患者を担当する看護職員が出席することが望ましい）

ウ　当該患者について指定された退院支援相談員

エ　アからウまで以外の病院の管理者が出席を求める当該病院職員

オ　当該患者

カ　当該患者の家族等

キ　相談支援事業所等の当該精神障害者の退院後の生活環境に関わる者

なお、オ及びカについては、必要に応じて出席すること。また、キの出席については、当該患者の同意を得ること。

（５）退院支援委員会の開催に当たっては、別紙様式 38 又はこれに準じた様式を用いて会議の

記録を作成し、その写しを診療録等に添付すること。なお、医療保護入院の者について、医療保護入院者退院支援委員会の開催をもって、退院支援委員会の開催とみなす場合については、「医療保護入院者の退院促進に関する措置について」（平成 26 年１月 24 日障発 0124 第２号）に規定する医療保護入院者退院支援委員会の審議記録の写しを代わりに診療録等に添付する必要があること。

（６）「注３」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料の（８）から（10）までの例による。

（７）「注４」の重症者加算１は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た病院である保険医療機関であって、算定する日においてＧＡＦ尺度による判定が 30 以下の患者である場合に算定する。

（８）「注４」の重症者加算２は、算定する日においてＧＡＦ尺度による判定が 40 以下の患者である場合に算定する。

（９）「注５」の退院調整加算の届出を行っている保険医療機関においては、別紙様式６を参考として看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師等の関係職種が連携して退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行う。

（10）「注６」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料の（７）の例による。

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

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

Ａ３１４　認知症治療病棟入院料

（１）認知症治療病棟入院料は、精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者を対象とした急性期に重点をおいた集中的な認知症治療病棟入院医療を行うため、その体制等が整備されているものとして、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関の精神病棟に入院している患者について算定する。なお、精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者とは、ＡＤＬにかかわらず認知症に伴って幻覚、妄想、夜間せん妄、徘徊、弄便、異食等の症状が著しく、その看護が著しく困難な患者をいう。

（２）認知症治療病棟入院医療を行う病棟は重度認知症患者を入院させる施設として特に認められたものであり、他の病棟への移動は医療上特に必要がある場合に限るものとし、単に検査のために短期間他の病棟に転棟すること等は認められない。

なお、必要があって他の病棟へ移動した場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書に詳細に記載すること。

（３）認知症治療病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、認知症治療病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

（４）生活機能回復のための訓練及び指導の内容の要点及び実施に要した時間については、診療録等に記載すること。

（５）「注２」の退院調整加算の届出を行っている保険医療機関においては、別紙様式６を参考として看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師等の関係職種が

連携して退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行う。

（６） 「注３」の認知症夜間対応加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとしての届け出た保険医療機関において、当該病棟に夜勤を行う看護要員が３人以上の場合に算定できる。

（７） 「注３」の認知症夜間対応加算を算定する病棟は、行動制限を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料の(14)及び(15)の例による。なお、当該加算に係る入院期間の起算日は、第２部入院料等の通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

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

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

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

Ａ３１７ 特定一般病棟入院料

（１） 特定一般病棟は、医療提供体制の確保の状況に鑑み、自己完結した医療を提供しているが、医療資源の少ない地域に所在する一般病棟が１病棟から成る保険医療機関の一般病棟であり、当該病棟に入院した患者について算定する。

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

（３） 「注５」に規定する一般病棟看護必要度評価加算は、特定一般病棟入院料を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院しており、看護必要度の測定が行われた患者について算定すること。

（４） 特定一般病棟入院料を算定する病棟については、「注６」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

（５） 「注７」に規定する点数については、地域包括ケア入院医療管理を行うものとして地方厚生（支）局長に届け出た病室において、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等の地域包括ケアシステムを支える医療を提供した場合に、特定一般病棟入院料（地域包括ケア１）として 2,432 点、特定一般病棟入院料（地域包括ケア２）として 2,243 点、特定一般病棟入院料（地域包括ケア３）として1,983点又は特定一般病棟入院料（地域包括ケア４）として1,773点を算定する。

Ａ３１８ 地域移行機能強化病棟入院料

（１） 地域移行機能強化病棟は、当該保険医療機関に１年以上入院している患者又は当該保険医療機関での入院が１年以上に及ぶ可能性がある患者に対し、退院後に地域で安定的に日常生活を送るための訓練や支援を集中的に実施し、地域生活への移行を図る病棟であること。

（２） 地域移行機能強化病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

（３） 当該病棟の入院患者には、主治医を含む多職種が共同して、以下の支援を行うこと。このうち、アからオまでについては、入院患者全員に行う必要があること。個々の患者に応じた具体的支援の内容については退院支援委員会で議論し、退院支援計画に記載すること。

これらの支援については、必要に応じ、退院後の居住先や日中の活動場所を訪問して行う必要があること。

ア　保健所、指定特定相談支援事業所・指定一般相談支援事業所の職員、障害福祉サービス事業者の職員、ピアサポーター等との定期的な交流機会を通じた退院意欲の喚起

イ　家事能力や服薬管理等、日常生活に必要な能力を習得する訓練や外出等、地域生活を念頭に置いた実際的なプログラムの実施

ウ　退院後の医療の確保に関すること

（イ）　通院医療機関の確保

（ロ）　訪問診療及び訪問看護の必要性の検討（必要な場合には、対応可能な医療機関や訪問看護ステーションも確保）

（ハ）　薬物療法のアドヒアランスの確認と安定に向けた介入

エ　居住先に関すること

（イ）　居住の場の検討と居住先（自宅を含む。）の確保

（ロ）　居住先等での試験外泊や訓練の実施

オ　退院後の生活に関すること

（イ）　障害福祉サービスや介護保険サービス等の利用の必要性の検討

（ロ）　後見人、補佐人又は補助人の必要性の検討

（ハ）　退院後の相談支援に応じる者の検討と確保（指定一般相談支援事業者、指定特定相談支援事業者、市町村の精神保健相談員又は市町村の保健師等）

（ニ）　症状の悪化時等、トラブル時の対処方法や連絡先の一覧の作成（作成した一覧の写しを診療録に添付するとともに、患者及び家族等患者の日常生活を支援する者に交付すること）

カ　その他

（イ）　市区町村役所での諸手続や居住先で必要な日用品購入等への同行

（ロ）　適切な日中の活動場所の検討

（ハ）　活動場所への移動手段に応じた訓練

（４）　主治医は、当該病棟入院時に、患者と面談し、当該病棟で行われる訓練や治療の内容や目的等について説明すること。併せて退院時にも、精神症状や日常生活能力の評価及び改善の可能性、退院後の治療継続の必要性について、患者に説明すること。

（５）　当該病棟の入院患者に対して退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下本項において「退院支援相談員」という。）は、以下アからエまでの全ての業務を行う。

ア　退院に向けた意欲の喚起及び個別相談支援業務

（イ）　月１回以上、当該患者と面談し、本人の意向や退院後の生活に関する疑問等を聴取し、退院に向けた意欲の喚起に努めること。

（ロ）　(イ)とは別に、当該患者及びその家族等の求めに応じ、随時退院に向けた相談に応じる機会を設けること。

（ハ）　(イ)及び(ロ)で患者から聴取した内容や、助言・指導の要点を看護記録等に記録をすること。

（ニ）　退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医、当該患者の治療に関わる者及び相談支援事業者又は居宅介護支援事業者等の当該精神障害者の退院後の生活環

境の調整に関わる者との連携を図ること。

イ　退院支援委員会に関する業務

退院支援相談員は、退院支援委員会を、当該患者１人につき月１回以上開催し、退院支援計画の進捗状況について検証すること。また、退院支援委員会の議事の要点を診療録等に記載すること。

なお、医療保護入院の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第 15 条の６に基づき行われる医療保護入院者退院支援委員会の開催をもって、退院支援委員会の開催とみなすことができること。この際、「医療保護入院者の退院促進に関する措置について」に規定する医療保護入院者退院支援委員会の審議記録の写しを診療録等に添付する必要があること。

ウ　退院調整に関する業務

患者の退院に向け、居住の場の確保等の退院後の環境に係る調整を行うとともに、必要に応じて相談支援事業所等と連携する等、円滑な地域生活への移行を図ること。

エ　退院支援計画の作成及び患者等への説明

担当する患者について、当該患者の意向や退院支援委員会での議事等を踏まえ、具体的な支援の内容とスケジュールを明記した退院支援計画を作成すること。退院支援計画の作成に当たっては、別紙様式６の３又はこれに準ずる様式を用いて作成し、作成した退院支援計画の内容を患者又はその家族等に文書で説明すること。退院支援計画は、退院支援委員会の議事等を踏まえ、少なくとも月に１回以上変更の必要性を検討するとともに、変更が必要な場合には変更点を患者又はその家族等に文書で説明すること。説明に用いた文書及び退院支援計画の写しを診療録に添付すること。

（６）　退院支援委員会の出席者は、以下のとおりとすること。

ア　当該患者の主治医

イ　看護職員（当該患者を担当する看護職員が出席することが望ましい）

ウ　当該患者について指定された退院支援相談員

エ　アからウまで以外の病院の管理者が出席を求める当該病院職員

オ　当該患者

カ　当該患者の家族等

キ　指定特定相談支援事業者、指定一般相談支援事業者、居宅介護支援事業者等の当該精神障害者の退院後の生活環境に関わる者

なお、オ及びカについては、必要に応じて出席すること。また、キについては、当該患者の同意が得られない場合を除き、必ず出席を求めること。

（７）　退院を予定している患者（指定特定相談支援事業者又は居宅介護支援事業者が退院後のサービス等利用計画を作成している患者に限る。）に係る他の保険医療機関における区分番号「Ｉ００８－２」精神科ショート・ケア又は区分番号「Ｉ００９」精神科デイ・ケアの利用については、第２部通則５に規定する入院料の基本点数の控除を行わないものとする。

（８）　精神疾患を有する患者が地域で生活するために必要な保健医療福祉資源の確保に努めること。必要な地域資源が十分に確保できない場合には、当該保険医療機関自ら地域資源の整備に取り組むことが望ましい。

（９）　「注２」については、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料の(８)から(10)までの例により、「注３」については、区分番号「Ａ３１２」精神療養病棟入院料の(７)及び(８)の例による。

Ａ３１９　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

（１）　特定機能病院リハビリテーション病棟は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ＡＤＬの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを特に集中的に行うための病棟であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時８割以上入院している病棟をいう。なお、リハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行いリハビリテーション実施計画書を作成する必要がある。

（２）　医療上特に必要がある場合に限り特定機能病院リハビリテーション病棟から他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

（３）　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

（４）　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、区分番号「Ａ１００」の注２に規定する特別入院基本料を算定する。

　区分番号「Ａ１００」の注２に規定する特別入院基本料を算定する場合の費用の請求については、同「注４」に規定する重症児（者）受入連携加算、同「注５」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算、同「注 12」に規定するＡＤＬ維持向上等体制加算は算定できず、同「注 10」に規定する加算（特別入院基本料において算定できるものに限る。）は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。

（５）　必要に応じて病棟等における早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が行われることとする。

（６）　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料又は回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者は、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟へ転院してきた場合においても、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を継続して算定できることとする。ただし、その場合にあっては、当該入院料の算定期間を通算する。なお、診療報酬明細書の摘要欄に転院前の保険医療機関における当該入院料の算定日数を記載すること。

（７）　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該特定機能病院リハビリテーション病棟への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価、ＦＩＭ及びSection　GGの測定を行い、その結果について診療録等に記載すること。

（８）　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該入院料を算定する患者に対し、入棟後１週間以内 に入棟時のＦＩＭ運動項目の得点について、また退棟（死亡の場合を除く。）に際して退棟時のＦＩＭ運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を記載したリハビリテーション実施計画書を作成し、説明すること。なお、患者の求めがあった場合には、作成したリハビリテーション実施計画書を交付すること。

（９） 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合は、区分番号「Ｈ００３－２」リハビリテーション総合計画評価料を算定できる。

(10) 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うこと。

ア 当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うこと。なお、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目については、必ず記載すること。

イ 当該入院料を算定する全ての患者について、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び栄養管理に係る計画の見直しを共同して行うこと。

ウ 当該入院料を算定する患者のうち、栄養障害の状態にあるもの又は栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれるものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、栄養状態に関する再評価を週１回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図ること。

(11) 急性心筋梗塞等の患者（基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」に該当する患者であって、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定開始日から起算して 90 日まで算定できるものに限る。）については、「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン」（日本循環器学会、日本心臓リハビリテーション学会合同ガイドライン）の内容を踏まえ、心肺運動負荷試験（ＣＰＸ（cardiopulmonary exercise testing））を入棟時及び入棟後月に１回以上実施することが望ましい。

第４節　短期滞在手術等基本料

区分

Ａ４００　短期滞在手術等基本料

１　短期滞在手術等基本料１（日帰りの場合）

イ　麻酔を伴う手術を行った場合　2,947点

ロ　イ以外の場合　2,718点

２　短期滞在手術等基本料３（４泊５日までの場合）

イ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの　10,549点
（生活療養を受ける場合にあっては、10,475点）

ロ　Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　ロ　その他のもの　8,744点
（生活療養を受ける場合にあっては、8,670点）

ハ　Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）　11,485点
（生活療養を受ける場合にあっては、11,411点）

ニ　Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）　8,312点
（生活療養を受ける場合にあっては、8,238点）

ホ　Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査　5,040点
（生活療養を受ける場合にあっては、4,966点）

ヘ　Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの　10,197点
（生活療養を受ける場合にあっては、10,123点）

ト　Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術　33,572点
（生活療養を受ける場合にあっては、33,498点）

チ　Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。）　16,224点
（生活療養を受ける場合にあっては、16,150点）

リ　Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）　32,937点
（生活療養を受ける場合にあっては、32,863点）

ヌ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。）　20,611点
（生活療養を受ける場合にあっては、20,537点）

ル　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）　21,057点
（生活療養を受ける場合にあっては、20,983点）

ヲ　Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）　15,180点
（生活療養を受ける場合にあっては、15,106点）

ワ　Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）　13,878点
（生活療養を受ける場合にあっては、13,804点）

カ　Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術　17,621点
（生活療養を受ける場合にあっては、17,547点）

ヨ　Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）　35,663点
（生活療養を受ける場合にあっては、35,589点）

タ　Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの　11,312点
（生活療養を受ける場合にあっては、11,238点）

レ　Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法　10,654点
（生活療養を受ける場合にあっては、10,580点）

ソ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法　18,016点
（生活療養を受ける場合にあっては、17,942点）

ツ　Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの　16,347点
（生活療養を受ける場合にあっては、16,273点）

ネ　Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）　9,431点
（生活療養を受ける場合にあっては、9,357点）

ナ　Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法　18,326点
（生活療養を受ける場合にあっては、18,252点）

ラ　Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施　22,496点
（生活療養を受ける場合にあっては、22,422点）

ム　Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）　20,426点
（生活療養を受ける場合にあっては、20,352点）

ウ　Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術　37,155点
（生活療養を受ける場合にあっては、37,081点）

キ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（片側）　17,888点
（生活療養を受ける場合にあっては、17,814点）

ノ　Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの（両側）　32,130点
（生活療養を受ける場合にあっては、32,056点）

オ　Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（片側）　15,059点
（生活療養を受ける場合にあっては、14,985点）

ク　Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合（両側）　25,312点
（生活療養を受ける場合にあっては、25,238点）

ヤ　Ｋ３１８　鼓膜形成手術　30,571点
（生活療養を受ける場合にあっては、30,497点）

マ　Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術　18,809点
（生活療養を受ける場合にあっては、18,735点）

ケ　Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの　26,312点
（生活療養を受ける場合にあっては、26,238点）

フ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満　17,302点
（生活療養を受ける場合にあっては、17,228点）

コ　Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上　25,366点
（生活療養を受ける場合にあっては、25,292点）

エ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回　28,842点
（生活療養を受ける場合にあっては、28,768点）

テ　Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合　28,884点
（生活療養を受ける場合にあっては、28,810点）

ア　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術　19,798点
（生活療養を受ける場合にあっては、19,724点）

サ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）　9,149点
（生活療養を受ける場合にあっては、9,075点）

キ　Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術　9,494点
（生活療養を受ける場合にあっては、9,420点）

ユ　Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術　23,090点
（生活療養を受ける場合にあっては、23,016点）

メ　Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術　20,130点
（生活療養を受ける場合にあっては、20,056点）

ミ　Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術　22,252点
（生活療養を受ける場合にあっては、22,178点）
シ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。）　33,785点
（生活療養を受ける場合にあっては、33,711点）
ヱ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。）　24,296点
（生活療養を受ける場合にあっては、24,222点）
ヒ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（６歳以上15歳未満に限る。）　21,275点
（生活療養を受ける場合にあっては、21,201点）
モ　Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア（15歳以上に限る。）　23,648点
（生活療養を受ける場合にあっては、23,574点）
セ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。）　70,492点
（生活療養を受ける場合にあっては、70,418点）
ス　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。）　53,309点
（生活療養を受ける場合にあっては、53,235点）
ン　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上15歳未満に限る。）　41,081点
（生活療養を受ける場合にあっては、41,007点）
イイ　Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15歳以上に限る。）　48,934点
（生活療養を受ける場合にあっては、48,860点）
イロ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径２センチメートル未満　12,560点
（生活療養を受ける場合にあっては、12,486点）
イハ　Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径２センチメートル以上　16,258点
（生活療養を受ける場合にあっては、16,184点）
イニ　Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの）　10,604点
（生活療養を受ける場合にあっては、10,530点）
イホ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）　10,792点
（生活療養を受ける場合にあっては、10,718点）
イヘ　Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）　8,415点
（生活療養を受ける場合にあっては、8,341点）
イト　Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）　25,894点
（生活療養を受ける場合にあっては、25,820点）
イチ　Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）　24,703点
（生活療養を受ける場合にあっては、24,629点）
イリ　Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術　23,870点
（生活療養を受ける場合にあっては、23,796点）
イヌ　Ｋ８６７　子宮頸部（膣部）切除術　14,607点
（生活療養を受ける場合にあっては、14,533点）
イル　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの　21,709点
（生活療養を受ける場合にあっては、21,635点）
イヲ　Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　２　その他のもの　18,652点
（生活療養を受ける場合にあっては、18,578点）
イワ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの　35,191点
（生活療養を受ける場合にあっては、35,117点）
イカ　Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの　33,460点
（生活療養を受ける場合にあっては、33,386点）
イヨ　Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術　109,045点
（生活療養を受ける場合にあっては、108,971点）
イタ　Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療　58,496点
（生活療養を受ける場合にあっては、58,422点）

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める手術を行った場合（同一の日に入院及び退院した場合に限る。）は、短期滞在手術等基本料１を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病又は負傷につき、退院の日から起算して７日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。

２　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関において、当該手術を行った場合（入院した日から起算して５日までの期間に限る。）は、短期滞在手術等基本料３を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して７日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。

３　第２章第３部検査、第４部画像診断及び第11部麻酔のうち次に掲げるものは、短期滞在手術等基本料１に含まれるものとする。

イ　尿中一般物質定性半定量検査

ロ　血液形態・機能検査
末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査

ハ　出血・凝固検査
出血時間、プロトロンビン時間（ＰＴ）及び活性化部分トロンボプラスチン時間（ＡＰＴＴ）

ニ　血液化学検査
総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、γ－グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Ｆｅ）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、リン脂質、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）並びにイオン化カルシウム

ホ　感染症免疫学的検査
梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）半定量、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定量、抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）定性、抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、ＨＩＶ－１抗体、肺炎球菌抗原定性（尿・髄液）、ヘモフィルス・インフルエンザｂ型（Ｈｉｂ）抗原定性（尿・髄液）、単純ヘルペスウイルス抗原定性、ＲＳウイルス抗原定性及び淋菌抗原定性

ヘ　肝炎ウイルス関連検査
ＨＢｓ抗原定性・半定量及びＨＣＶ抗体定性・定量

ト　血漿蛋白免疫学的検査
Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）定性及びＣ反応性蛋白（ＣＲＰ）

チ　心電図検査
　区分番号Ｄ２０８の１に掲げるもの
リ　写真診断
　区分番号Ｅ００１の１に掲げるもの
ヌ　撮影
　区分番号Ｅ００２の１に掲げるもの
ル　麻酔管理料(Ⅰ)
　区分番号Ｌ００９に掲げるもの
ヲ　麻酔管理料(Ⅱ)
　区分番号Ｌ０１０に掲げるもの

４　第１章基本診療料及び第２章特掲診療料に掲げるもの（当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。）は、短期滞在手術等基本料３に含まれるものとする。

Ａ４００　短期滞在手術等基本料

（１）　短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等（日帰り及び４泊５日入院による手術、検査及び放射線治療）を行うための環境及び当該手術等を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したものであり、次に定める要件を満たしている場合に限り算定できる。

ア　手術室を使用していること（（４）のアからカまでを算定する場合を除く。）。なお、内視鏡を用いた手術を実施する場合については、内視鏡室を使用してもよい。

イ　術前に十分な説明を行った上で、別紙様式８を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること。

ウ　退院翌日に患者の状態を確認する等、十分なフォローアップを行うこと。

エ　退院後概ね３日間、患者が１時間以内で当該医療機関に来院可能な距離にいること（短期滞在手術等基本料３を除く。）。

（２）　短期滞在手術等基本料を算定した後、当該患者が同一の疾病につき再入院した場合であって、当該再入院日が前回入院の退院の日から起算して７日以内である場合は、当該再入院においては短期滞在手術等基本料を算定せず、第１章基本診療料（第２部第４節短期滞在手術等基本料を除く。）及び第２章特掲診療料に基づき算定する。

（３）　ＤＰＣ対象病院においては、短期滞在手術等基本料３を算定できない。

（４）　ＤＰＣ対象病院及び診療所を除く保険医療機関において、入院した日から起算して５日以内に以下の手術等を行う場合には、特に規定する場合を除き、全ての患者について短期滞在手術等基本料３を算定する。

ア　「Ｄ２３７」終夜睡眠ポリグラフィーの「３」「１」及び「２」以外の場合の「イ」安全精度管理下で行うもの

イ　「Ｄ２３７」終夜睡眠ポリグラフィーの「３」「１」及び「２」以外の場合の「ロ」その他のもの

ウ　「Ｄ２３７－２」反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）

エ　「Ｄ２８７」内分泌負荷試験の「１」下垂体前葉負荷試験の「イ」成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）

オ　「Ｄ２９１－２」小児食物アレルギー負荷検査

カ　「Ｄ４１３」前立腺針生検法の「２」その他のもの

キ　「Ｋ００７－２」経皮的放射線治療用金属マーカー留置術

ク　「Ｋ０３０」四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術の「２」手、足（手に限る。）

ケ　「Ｋ０４６」骨折観血的手術の「２」前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）

コ　「Ｋ０４８」骨内異物（挿入物を含む。）除去術の「３」前腕、下腿（前腕に限る。）

サ　「Ｋ０４８」骨内異物（挿入物を含む。）除去術の「４」鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）

シ　「Ｋ０４８」骨内異物（挿入物を含む。）除去術の「４」鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）

ス　「Ｋ０７０」ガングリオン摘出術の「１」手、足、指（手、足）（手に限る。）

セ　「Ｋ０９３－２」関節鏡下手根管開放手術
ソ　「Ｋ１９６－２」胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）
タ　「Ｋ２０２」涙管チューブ挿入術の「１」涙道内視鏡を用いるもの
チ　「Ｋ２１７」眼瞼内反症手術の「２」皮膚切開法
ツ　「Ｋ２１９」眼瞼下垂症手術の「１」眼瞼挙筋前転法
テ　「Ｋ２１９」眼瞼下垂症手術の「３」その他のもの
ト　「Ｋ２２４」翼状片手術（弁の移植を要するもの）
ナ　「Ｋ２４２」斜視手術の「２」後転法
ニ　「Ｋ２４２」斜視手術の「３」前転法及び後転法の併施
ヌ　「Ｋ２５４」治療的角膜切除術の「１」エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
ネ　「Ｋ２６８」緑内障手術の「６」水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
ノ　「Ｋ２８２」水晶体再建術の「１」眼内レンズを挿入する場合の「ロ」その他のもの（片側）
ハ　「Ｋ２８２」水晶体再建術の「１」眼内レンズを挿入する場合の「ロ」その他のもの（両側）
ヒ　「Ｋ２８２」水晶体再建術の「２」眼内レンズを挿入しない場合（片側）
フ　「Ｋ２８２」水晶体再建術の「２」眼内レンズを挿入しない場合（両側）
ヘ　「Ｋ３１８」鼓膜形成手術
ホ　「Ｋ３３３」鼻骨骨折整復固定術
マ　「Ｋ３８９」喉頭・声帯ポリープ切除術の「２」直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
ミ　「Ｋ４７４」乳腺腫瘍摘出術の「１」長径５センチメートル未満
ム　「Ｋ４７４」乳腺腫瘍摘出術の「２」長径５センチメートル以上
メ　「Ｋ６１６－４」経皮的シャント拡張術・血栓除去術の「１」初回
モ　「Ｋ６１６－４」経皮的シャント拡張術・血栓除去術の「２」１の実施後３月以内に実施する患者
ヤ　「Ｋ６１７」下肢静脈瘤手術の「１」抜去切除術
ユ　「Ｋ６１７」下肢静脈瘤手術の「２」硬化療法（一連として）
ヨ　「Ｋ６１７」下肢静脈瘤手術の「３」高位結紮術
ラ　「Ｋ６１７－２」大伏在静脈抜去術
リ　「Ｋ６１７－４」下肢静脈瘤血管内焼灼術
ル　「Ｋ６１７－６」下肢静脈瘤血管内塞栓術
レ　「Ｋ６３３」ヘルニア手術の「５」鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。）
ロ　「Ｋ６３３」ヘルニア手術の「５」鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。）
ワ　「Ｋ６３３」ヘルニア手術の「５」鼠径ヘルニア（６歳以上 15 歳未満に限る。）
ヰ　「Ｋ６３３」ヘルニア手術の「５」鼠径ヘルニア（15 歳以上に限る。）
ヱ　「Ｋ６３４」腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。）
ヲ　「Ｋ６３４」腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。）
ン　「Ｋ６３４」腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上 15 歳未満に限る。）

アア　「Ｋ６３４」腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15 歳以上に限る。）

アイ　「Ｋ７２１」内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術の「１」長径２センチメートル未満

アウ　「Ｋ７２１」内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術の「２」長径２センチメートル以上

アエ　「Ｋ７４３」痔核手術（脱肛を含む。）の「２」硬化療法(四段階注射法によるもの)

アオ　「Ｋ７４７」肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）

アカ　「Ｋ７４７」肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）

アキ　「Ｋ７６８」体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）

アク　「Ｋ８２３－６」尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）

アケ　「Ｋ８３４－３」顕微鏡下精索静脈瘤手術

アコ　「Ｋ８６７」子宮頸部(腟部)切除術

アサ　「Ｋ８７２－３」子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術の「１」電解質溶液利用のもの

アシ　「Ｋ８７２－３」子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術の「２」その他のもの

アス　「Ｋ８７３」子宮鏡下子宮筋腫摘出術の「１」電解質溶液利用のもの

アセ　「Ｋ８７３」子宮鏡下子宮筋腫摘出術の「２」その他のもの

アソ　「Ｋ８９０－３」腹腔鏡下卵管形成術

アタ　「Ｍ００１－２」ガンマナイフによる定位放射線治療

（５）　以下のアからオまでに該当する場合は、短期滞在手術等基本料３を算定しない。なお、イ及びウについては、例えば眼科で同一の手術を両眼に実施した場合等、同一の手術又は検査を複数回実施する場合は含まれない。また、エについては、手術等を実施した保険医療機関、転院先の保険医療機関ともに短期滞在手術等基本料３を算定しない。

ア　特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する保険医療機関の場合

イ　入院した日から起算して５日以内に（４）のアからアタまでに掲げる検査、手術又は放射線治療の中から２以上を実施した場合

ウ　入院した日から起算して５日以内に（４）のアからアタまでに掲げる検査、手術又は放射線治療に加えて、手術（第２章特掲診療料第 10 部手術に掲げるもの）を実施した場合

エ　入院した日から起算して５日以内に（４）のアからアタまでに掲げる検査、手術又は放射線治療を実施した後、入院した日から起算して５日以内に他の保険医療機関に転院した場合

オ　区分番号「Ｋ７２１」内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術を行う場合であって、内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術の「注１」又は「注２」に規定する加算を算定する場合

（６）　短期滞在手術等基本料３を算定する場合は、当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、区分番号「Ｊ０３８」

に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料（第２章第５部第３節薬剤料に掲げる各所定点数をいう。）並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除き、医科点数表に掲げる全ての項目について、別に算定できない。また、入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院医療機関が入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該又は他の保険医療機関等で処方された薬剤を患者に持参させ、入院医療機関が使用することは特別な理由がない限り認められない（やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合については、当該特別な理由を診療録に記載すること。）。

（７） 短期滞在手術等基本料３を算定する患者について、６日目以降においても入院が必要な場合には、６日目以降の療養に係る費用は、第１章基本診療料（第２部第４節短期滞在手術等基本料を除く。）及び第２章特掲診療料に基づき算定すること。

（８） 短期滞在手術等を行うことを目的として本基本料１に包括されている検査及び当該検査項目等に係る判断料並びに画像診断項目を実施した場合の費用は短期滞在手術等基本料１に含まれ、別に算定できない。ただし、当該手術の実施とは別の目的で当該検査又は画像診断項目を実施した場合は、この限りでない。この場合において、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（９） 短期滞在手術等基本料を算定している月においては、血液学的検査判断料、生化学的検査（Ⅰ）判断料又は免疫学的検査判断料は算定できない。ただし、短期滞在手術等基本料３を算定している月においては、入院日の前日までに行った血液学的検査判断料、生化学的検査（Ⅰ）判断料又は免疫学的検査判断料はこの限りではない。

(10) 短期滞在手術等基本料を算定した同一月に心電図検査を算定した場合は、算定の期日にかかわらず、所定点数の 100 分の 90 の点数で算定する。ただし、短期滞在手術等基本料３を算定している月においては、退院日の翌日以降に限る。

(11) 短期滞在手術等基本料１を算定する際、使用したフィルムの費用は、区分番号「Ｅ４００」のフィルムの所定点数により算定する。

(12) 同一の部位につき短期滞在手術等基本料１に含まれる写真診断及び撮影と同時に２枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合における第２枚目から第５枚目までの写真診断及び撮影の費用は、それぞれの所定点数の 100 分の 50 に相当する点数で別に算定できるものとする。なお、第６枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。

(13) 短期滞在手術等基本料１の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術等基本料の対象となる手術等を行った場合であって入院基本料を算定する場合には、短期滞在手術等基本料を算定しない詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(14) 短期滞在手術等基本料１を算定する場合、実施した当該基本料の対象手術等を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(15) 本基本料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合を含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

通則

１　医学管理等の費用は、第１節の各区分の所定点数により算定する。

２　医学管理等に当たって、プログラム医療機器等の使用に係る医学管理を行った場合又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第２節又は第３節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

３　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第１節の各区分に掲げる医学管理料等のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15、第２部の通則第５号又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。

イ　小児科外来診療料
ロ　外来リハビリテーション診療料
ハ　外来放射線照射診療料
ニ　地域包括診療料
ホ　認知症地域包括診療料
ヘ　小児かかりつけ診療料
ト　外来腫瘍化学療法診療料
チ　救急救命管理料
リ　退院後訪問指導料

４　感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注12及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注16に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、連携強化加算として、月１回に限り３点を更に所定点数に加算する。

５　感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注13及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注17に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第３号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、サーベイランス強化加算として、月１回に限り１点を更に所定点数に加算する。

第１節　医学管理料等

区分

Ｂ０００　特定疾患療養管理料

１	診療所の場合	225点
２	許可病床数が100床未満の病院の場合	147点
３	許可病床数が100床以上200床未満の病院の場合	87点

注１　別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に、月２回に限り算定する。

２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に行った管理又は当該初診の日から１月以内に行った管理の費用は、初診料に含まれるものとする。

３　入院中の患者に対して行った管理又は退院した患者に対して退院の日から起算して１月以内に行った管理の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

４　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号Ｂ００１の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った管理の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理

料に含まれるものとする。

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、特定疾患療養管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、１、２又は３の所定点数に代えて、それぞれ196点、128点又は76点を算定する。

Ｂ００１　特定疾患治療管理料

１　ウイルス疾患指導料

イ　ウイルス疾患指導料１　240点

ロ　ウイルス疾患指導料２　330点

注１　イについては、肝炎ウイルス疾患又は成人Ｔ細胞白血病に罹患している患者に対して、ロについては、後天性免疫不全症候群に罹患している患者に対して、それぞれ療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に、イについては患者１人につき１回に限り、ロについては患者１人につき月１回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ロの指導が行われる場合は、220点を所定点数に加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ウイルス疾患指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又はロの所定点数に代えて、それぞれ209点又は287点を算定する。

２　特定薬剤治療管理料

イ　特定薬剤治療管理料１　470点

ロ　特定薬剤治療管理料２　100点

注１　イについては、ジギタリス製剤又は抗てんかん剤を投与している患者、免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者その他別に厚生労働大臣が定める患者に対して、薬物血中濃度を測定して計画的な治療管理を行った場合に算定する。

２　イについては、同一の患者につき特定薬剤治療管理料を算定すべき測定及び計画的な治療管理を月２回以上行った場合においては、特定薬剤治療管理料は１回に限り算定することとし、第１回の測定及び計画的な治療管理を行ったときに算定する。

３　イについては、ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合又はてんかん重積状態の患者に対して、抗てんかん剤の注射等を行った場合は、所定点数にかかわらず、１回に限り740点を特定薬剤治療管理料１として算定する。

４　イについては、抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者以外の患者に対して行った薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、４月目以降のものについては、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

５　イについては、てんかんの患者であって、２種類以上の抗てんかん剤を投与されているものについて、同一暦月に血中の複数の抗てんかん剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、当該管理を行った月において、２回に限り所定点数を算定できる。

６　イについては、臓器移植後の患者に対して、免疫抑制剤の投与を行った場合は、臓器移植を行った日の属する月を含め３月に限り、2,740点を所定点数に加算する。

７　イについては、入院中の患者であって、バンコマイシンを投与しているものに対して、血中のバンコマイシンの濃度を複数回測定し、その測定結果に基づき、投与量を精密に管理した場合は、１回に限り、530点を所定点数に加算する。

８　イについては、注６及び注７に規定する患者以外の患者に対して、特定薬剤

治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は、１回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り、280点を所定点数に加算する。

９　イについては、ミコフェノール酸モフェチルを投与している臓器移植後の患者であって、２種類以上の免疫抑制剤を投与されているものについて、医師が必要と認め、同一暦月に血中の複数の免疫抑制剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、６月に１回に限り250点を所定点数に加算する。

10　イについては、エベロリムスを投与している臓器移植後の患者であって、２種類以上の免疫抑制剤を投与されているものについて、医師が必要と認め、同一暦月に血中の複数の免疫抑制剤の濃度を測定し、その測定結果に基づき、個々の投与量を精密に管理した場合は、エベロリムスの初回投与を行った日の属する月を含め３月に限り月１回、４月目以降は４月に１回に限り250点を所定点数に加算する。

11　ロについては、サリドマイド及びその誘導体を投与している患者について、服薬に係る安全管理の遵守状況を確認し、その結果を所定の機関に報告する等により、投与の妥当性を確認した上で、必要な指導等を行った場合に月１回に限り所定点数を算定する。

３　悪性腫瘍特異物質治療管理料

イ　尿中ＢＴＡに係るもの　220点

ロ　その他のもの

⑴　１項目の場合　360点

⑵　２項目以上の場合　400点

注１　イについては、悪性腫瘍の患者に対して、尿中ＢＴＡに係る検査を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り第１回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

２　ロについては、悪性腫瘍の患者に対して、区分番号Ｄ００９に掲げる腫瘍マーカーに係る検査（注１に規定する検査を除く。）のうち１又は２以上の項目を行い、その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り第１回の検査及び治療管理を行ったときに算定する。

３　注２に規定する悪性腫瘍特異物質治療管理に係る腫瘍マーカーの検査を行った場合は、１回目の悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定すべき月に限り、150点をロの所定点数に加算する。ただし、当該月の前月に腫瘍マーカーの所定点数を算定している場合は、この限りでない。

４　注１に規定する検査及び治療管理並びに注２に規定する検査及び治療管理を同一月に行った場合にあっては、ロの所定点数のみにより算定する。

５　腫瘍マーカーの検査に要する費用は所定点数に含まれるものとする。

６　注１及び注２に規定されていない腫瘍マーカーの検査及び計画的な治療管理であって特殊なものに要する費用は、注１又は注２に掲げられている腫瘍マーカーの検査及び治療管理のうち、最も近似するものの所定点数により算定する。

４　小児特定疾患カウンセリング料

イ　医師による場合

⑴　月の１回目　500点

⑵　月の２回目　400点

ロ　公認心理師による場合　200点

注　小児科又は心療内科を標榜（ぼう）する保険医療機関において、小児科若しくは心療内科を担当する医師又は医師の指示を受けた公認心理師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、療養上必要なカウンセリングを同一月内に１回以上行った場合に、２年を限度として月２回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｉ００２に掲げる通院・在宅精神療法又は区分番号Ｉ００４に掲げる心身医学療法を算定している

患者については算定しない。

5　小児科療養指導料　270点

注１　小児科を標榜する保険医療機関において、慢性疾患であって生活指導が特に必要なものを主病とする15歳未満の患者であって入院中以外のものに対して、必要な生活指導を継続して行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００１の７に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号Ｂ００１の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。

２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

３　入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から起算して１月以内に行った指導の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

４　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号Ｂ００１の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。

５　人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して１月を限度として、１回に限り、500点を所定点数に加算する。

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、小児科療養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、235点を算定する。

6　てんかん指導料　250点

注１　小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、その標榜する診療科を担当する医師が、てんかん（外傷性のものを含む。）の患者であって入院中以外のものに対して、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から１月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

３　退院した患者に対して退院の日から起算して１月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

４　区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００１の５に掲げる小児科療養指導料又は区分番号Ｂ００１の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については算定しない。

５　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、てんかん指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、218点を算定する。

7　難病外来指導管理料　270点

注１　入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から１月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

３　退院した患者に対して退院の日から起算して１月以内に指導を行った場合に

おける当該指導の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

４　区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号Ｂ００１の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については算定しない。

５　人工呼吸器管理の適応となる患者と病状、治療方針等について話し合い、当該患者に対し、その内容を文書により提供した場合は、人工呼吸器導入時相談支援加算として、当該内容を文書により提供した日の属する月から起算して１月を限度として、１回に限り、500点を所定点数に加算する。

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病外来指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、235点を算定する。

８　皮膚科特定疾患指導管理料

イ　皮膚科特定疾患指導管理料⑴　250点

ロ　皮膚科特定疾患指導管理料⑵　100点

注１　皮膚科又は皮膚泌尿器科を標榜（ぼう）する保険医療機関において、皮膚科又は皮膚泌尿器科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患（り）している患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該疾患の区分に従い、それぞれ月１回に限り算定する。

２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から１月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

３　入院中の患者に対して指導を行った場合又は退院した患者に対して退院の日から１月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又はロの所定点数に代えて、それぞれ218点又は87点を算定する。

９　外来栄養食事指導料

イ　外来栄養食事指導料１

⑴　初回

①　対面で行った場合　260点

②　情報通信機器等を用いた場合　235点

⑵　２回目以降

①　対面で行った場合　200点

②　情報通信機器等を用いた場合　180点

ロ　外来栄養食事指導料２

⑴　初回

①　対面で行った場合　250点

②　情報通信機器等を用いた場合　225点

⑵　２回目以降

①　対面で行った場合　190点

②　情報通信機器等を用いた場合　170点

注１　イの⑴の①及び⑵の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な

献立等によって月２回以上の指導を行った場合に限り、月の２回目の指導時にイの⑵の①の点数を算定する。ただし、区分番号Ｂ００１－２－12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料を算定した日と同日であること。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき当該保険医療機関の専門的な知識を有する管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に限り、月１回に限り260点を算定する。

４　イの⑴の②及び⑵の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。

５　ロの⑴の①及び⑵の①については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。

６　ロの⑴の②及び⑵の②については、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関（診療所に限る。）の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が電話又は情報通信機器によって必要な指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。

10　入院栄養食事指導料（週１回）

イ　入院栄養食事指導料１

⑴　初回　260点

⑵　２回目　200点

ロ　入院栄養食事指導料２

⑴　初回　250点

⑵　２回目　190点

注１　イについては、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中２回に限り算定する。

２　ロについては、診療所において、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合に、入院中２回に限り算定する。

３　別に厚生労働大臣が定める患者に対して、退院後の栄養食事管理について指導するとともに、入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設等又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第34条第１項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第42条第１号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士と共有した場合に、入院中１回に限り、栄養情報提供加算として50点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２は別に算定できない。

11　集団栄養食事指導料　80点

注　別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする複数の患者に対して、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が栄養指導を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

12　心臓ペースメーカー指導管理料

イ　着用型自動除細動器による場合　360点

ロ　ペースメーカーの場合　300点
ハ　植込型除細動器又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器の場合　520点
注１　体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者（ロについては入院中の患者以外のものに限る。）に対して、療養上必要な指導を行った場合に、１月に１回に限り算定する。
２　区分番号Ｋ５９７に掲げるペースメーカー移植術、区分番号Ｋ５９８に掲げる両心室ペースメーカー移植術、区分番号Ｋ５９９に掲げる植込型除細動器移植術又は区分番号Ｋ５９９－３に掲げる両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術を行った日から起算して３月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。
３　区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。
４　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該患者（イを算定する場合に限る。）に対して、植込型除細動器の適応の可否が確定するまでの期間等に使用する場合に限り、初回算定日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り、植込型除細動器移行期加算として、31,510点を所定点数に加算する。
５　ロ又はハを算定する患者について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、それぞれ260点又は480点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、11月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

13　在宅療養指導料　170点
注１　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者又は器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者１人につき月１回（初回の指導を行った月にあっては、月２回）に限り算定する。
２　１回の指導時間は30分を超えるものでなければならないものとする。

14　高度難聴指導管理料
イ　区分番号Ｋ３２８に掲げる人工内耳植込術を行った日から起算して３月以内の期間に行った場合　500点
ロ　イ以外の場合　420点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、高度難聴の患者に対して必要な療養上の指導を行った場合に算定する。
２　区分番号Ｋ３２８に掲げる人工内耳植込術を行った患者については月１回に限り、その他の患者については年１回に限り算定する。
３　区分番号Ｋ３２８に掲げる人工内耳植込術を行った患者に対して、人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合は、人工内耳機器調整加算として６歳未満の乳幼児については３月に１回に限り、６歳以上の患者については６月に１回に限り800点を所定点数に加算する。

15　慢性維持透析患者外来医学管理料　2,211点
注１　入院中の患者以外の慢性維持透析患者に対して検査の結果に基づき計画的な医学管理を行った場合に、月１回に限り算定する。
２　第３部検査及び第４部画像診断のうち次に掲げるものは所定点数に含まれるものとし、また、区分番号Ｄ０２６に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料、生化学的検査(Ⅱ)判断料又は免疫学的検査判断料は別に算定できないものとする。
イ　尿中一般物質定性半定量検査
ロ　尿沈渣（鏡検法）

ハ　糞便検査
　糞便中ヘモグロビン定性
ニ　血液形態・機能検査
　赤血球沈降速度（ＥＳＲ）、網赤血球数、末梢血液一般検査、末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）、ヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）
ホ　出血・凝固検査
　出血時間
ヘ　血液化学検査
　総ビリルビン、総蛋白、アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、アミラーゼ、γ－グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、鉄（Ｆｅ）、マグネシウム、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）、グリコアルブミン、１，５－アンヒドロ－Ｄ－グルシトール（１，５ＡＧ）、１，25－ジヒドロキシビタミンD_3、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）、蛋白分画、血液ガス分析、アルミニウム（Ａｌ）、フェリチン半定量、フェリチン定量、シスタチンＣ、ペントシジン
ト　内分泌学的検査
　トリヨードサイロニン（T_3）、サイロキシン（T_4）、甲状腺刺激ホルモン（ＴＳＨ）、副甲状腺ホルモン（ＰＴＨ）、遊離トリヨードサイロニン（FT_3）、Ｃ－ペプチド（ＣＰＲ）、遊離サイロキシン（FT_4）、カルシトニン、心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮＰ）、脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）
チ　感染症免疫学的検査
　梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、梅毒血清反応（ＳＴＳ）半定量、梅毒血清反応（ＳＴＳ）定量
リ　肝炎ウイルス関連検査
　ＨＢｓ抗原、ＨＢｓ抗体、ＨＣＶ抗体定性・定量
ヌ　血漿蛋白免疫学的検査
　Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）、血清補体価（CH_{50}）、免疫グロブリン、C_3、C_4、トランスフェリン（Ｔｆ）、β_2－マイクログロブリン
ル　心電図検査
ヲ　写真診断
　単純撮影（胸部）
ワ　撮影
　単純撮影（胸部）

３　腎代替療法に関して別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関においては、腎代替療法実績加算として、100点を所定点数に加算する。

16　喘息治療管理料

イ　喘息治療管理料１

⑴	１月目	75点
⑵	２月目以降	25点

ロ　喘息治療管理料２　280点

注１　イについては、入院中の患者以外の喘息の患者に対して、ピークフローメーターを用いて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

２　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度喘息である20歳以上の患者（中等度以上の発作により当該保険医療機関に緊急受診（区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５又は区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注８に規定する加算を算定したものに限る。）した回数が過去１年間に３回以上あるものに限る。）に対して、治療計画を策定する際に、日常の服薬方法、急性増悪時における対応方法について、その指導内容を文書により交付し、週１回以上ピークフローメーターに加え一秒量等計測器を用い、検査値等を報告させた上で管理した場合に、重度喘息患者治療管理加算として、次に掲げる点数を月１回に限り加算する。

イ　１月目　2,525点

ロ　２月目以降６月目まで　1,975点

３　ロについては、入院中の患者以外の喘息の患者（６歳未満又は65歳以上のものに限る。）であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに対して、吸入補助器具を用いた服薬指導等を行った場合に、初回に限り算定する。

17　慢性疼痛疾患管理料　130点

注１　診療所である保険医療機関において、入院中の患者以外の慢性疼痛に係る疾患を主病とする患者に対して、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

２　区分番号Ｊ１１８に掲げる介達牽引、区分番号Ｊ１１８－２に掲げる矯正固定、区分番号Ｊ１１８－３に掲げる変形機械矯正術、区分番号Ｊ１１９に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号Ｊ１１９－２に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号Ｊ１１９－３に掲げる低出力レーザー照射及び区分番号Ｊ１１９－４に掲げる肛門処置の費用（薬剤の費用を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

18　小児悪性腫瘍患者指導管理料　550点

注１　小児科を標榜する保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする15歳未満の患者であって入院中の患者以外のものに対して、計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料又は区分番号Ｂ００１の５に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については算定しない。

２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

３　入院中の患者に対して行った指導又は退院した患者に対して退院の日から起算して１月以内に行った指導の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

４　第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料又は区分番号Ｂ００１の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者に対して行った指導の費用は、各区分に掲げるそれぞれの指導管理料に含まれるものとする。

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、小児悪性腫瘍患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、479点を算定する。

19　削除

20　糖尿病合併症管理料　170点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、

月１回に限り算定する。

２　１回の指導時間は30分以上でなければならないものとする。

21　耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料　150点

注１　耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中以外のものに対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から１月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

３　退院した患者に対して退院の日から起算して１月以内に指導を行った場合における当該指導の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

22　がん性疼痛緩和指導管理料　200点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、ＷＨＯ方式のがん性疼痛の治療法に基づき、当該保険医療機関の緩和ケアに係る研修を受けた保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、月１回に限り算定する。

２　当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に50点を加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん性疼痛緩和指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、174点を算定する。

23　がん患者指導管理料

イ　医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合　500点

ロ　医師、看護師又は公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合　200点

ハ　医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合　200点

ニ　医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合　300点

注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき１回（当該患者について区分番号Ｂ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回）に限り算定する。

２　ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき看護師若しくは公認心理師が、患者の心理的不安を軽減するための面接を行った場合に、患者１人につき６回に限り算定する。

3　ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射を受けているものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示に基づき薬剤師が、投薬又は注射の前後にその必要性等について文書により説明を行った場合に、患者１人につき６回に限り算定する。

4　ニについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が、区分番号Ｄ００６－18に掲げるＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の血液を検体とするものを実施する前にその必要性及び診療方針等について文書により説明を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

5　ロについて、区分番号Ａ２２６－２に掲げる緩和ケア診療加算、区分番号Ｂ００１の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料又は区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料は、別に算定できない。

6　ハについて、区分番号Ｂ００１の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号Ｂ００１－２－12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料、区分番号Ｂ００８に掲げる薬剤管理指導料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料の注７に規定する加算又は区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料の注６に規定する加算は、別に算定できない。

7　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ、ロ、ハ又はニの所定点数に代えて、それぞれ435点、174点、174点又は261点を算定する。

24　外来緩和ケア管理料　290点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緩和ケアを要する入院中の患者以外の患者（症状緩和を目的として麻薬が投与されている患者に限る。）に対して、当該保険医療機関の保険医、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

2　当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に150点を加算する。

3　区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料は、別に算定できない。

4　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、外来緩和ケア管理料（特定地域）として、150点を算定する。

5　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来緩和ケア管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、252点（注４に規定する外来緩和ケア管理料（特定地域）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合にあっては、131点）を算定する。

25　移植後患者指導管理料

イ　臓器移植後の場合　300点

ロ　造血幹細胞移植後の場合　300点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、臓器移植後又は造血幹細胞移植後の患者であって、入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の保険医、看

護師、薬剤師等が共同して計画的な医学管理を継続して行った場合に、月１回に限り算定する。

２　区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、移植後患者指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、イ又ロの所定点数に代えて、それぞれ261点を算定する。

26　植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料　810点

注１　植込型輸液ポンプ持続注入療法（髄腔内投与を含む。）を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

２　植込術を行った日から起算して３月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。

27　糖尿病透析予防指導管理料　350点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、当該保険医療機関の医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

２　区分番号Ｂ００１の９に掲げる外来栄養食事指導料及び区分番号Ｂ００１の11に掲げる集団栄養食事指導料は、所定点数に含まれるものとする。

３　区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

４　医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注１に規定する届出の有無にかかわらず、所定点数に代えて、糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）として、175点を算定する。

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、高度腎機能障害の患者に対して医師が必要な指導を行った場合には、高度腎機能障害患者指導加算として、100点を所定点数に加算する。

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、糖尿病透析予防指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、305点（注４に規定する糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合にあっては、152点）を算定する。

28　小児運動器疾患指導管理料　250点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患を有する20歳未満のものに対し、小児の運動器疾患に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、６月に１回（初回算定日の属する月から起算して６月以内は月１回）に限り算定する。ただし、同一月に区分番号Ｂ００１の５に掲げる小児科療養指導料を算定している患者については、算定できない。

29　乳腺炎重症化予防ケア・指導料

イ　初回　500点

ロ　２回目から４回目まで　150点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等

に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、乳腺炎が原因となり母乳育児に困難を来しているものに対して、医師又は助産師が乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行った場合に、１回の分娩につき４回に限り算定する。

30　婦人科特定疾患治療管理料　250点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤（器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。）を投与している患者に対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、３月に１回に限り算定する。

２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

31　腎代替療法指導管理料　500点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対して、当該患者の同意を得て、看護師と共同して、当該患者と診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者１人につき２回に限り算定する。

２　１回の指導時間は30分以上でなければならないものとする。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、腎代替療法指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、435点を算定する。

32　一般不妊治療管理料　250点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、一般不妊治療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、３月に１回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ００１の33に掲げる生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない。

２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

33　生殖補助医療管理料

イ　生殖補助医療管理料１　300点

ロ　生殖補助医療管理料２　250点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、月１回に限り算定する。

２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日の同月内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

34　二次性骨折予防継続管理料

イ　二次性骨折予防継続管理料１　1,000点

ロ　二次性骨折予防継続管理料２　750点

ハ　二次性骨折予防継続管理料３　500点

注１　イについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、大腿骨近位部骨折に対する手術を行ったものに対して、二次性骨折の予防を目的として、骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院

中１回に限り算定する。

２　ロについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関においてイを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、当該入院中１回に限り算定する。

３　ハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、イを算定したものに対して、継続して骨粗鬆症の計画的な評価及び治療等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り算定する。

35　アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料

イ　１月目　280点

ロ　２月目以降　25点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、入院中の患者以外のアレルギー性鼻炎の患者に対して、アレルゲン免疫療法による治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を文書を用いて行い、当該患者の同意を得た上で、アレルゲン免疫療法による計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

36　下肢創傷処置管理料　500点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、下肢の潰瘍を有するものに対して、下肢創傷処置に関する専門の知識を有する医師が、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、区分番号Ｊ０００－２に掲げる下肢創傷処置を算定した日の属する月において、月１回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料は、別に算定できない。

Ｂ００１－２　小児科外来診療料（１日につき）

１　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合

イ　初診時　599点

ロ　再診時　406点

２　１以外の場合

イ　初診時　716点

ロ　再診時　524点

注１　小児科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（６歳未満の乳幼児に限る。）に対して診療を行った場合に、保険医療機関単位で算定する。

２　区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注９に規定する場合、区分番号Ｂ００１－２－11に掲げる小児かかりつけ診療料を算定する場合、第２部第２節第１款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定している場合又は別に厚生労働大臣が定める薬剤を投与している場合については、算定しない。

３　注４に規定する加算、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７、注８及び注10に規定する加算、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５及び注６に規定する加算、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注８及び注９に規定する加算、通則第３号から第５号までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ００１－２－５に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号Ｂ００１－２－６に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)、区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号Ｃ０００に掲げる往診料（同区分番号の注１から注３までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児科外来診療料に含まれるものとする。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７及び注８に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から115点を減

じた点数を、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５及び注６に規定する加算並びに区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注８及び注９に規定する加算を算定する場合については、それぞれの加算点数から70点を減じた点数を算定するものとする。

４　１のイ又は２のイについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月１回に限り80点を所定点数に加算する。

Ｂ００１－２－２　地域連携小児夜間・休日診療料

１　地域連携小児夜間・休日診療料１　450点

２　地域連携小児夜間・休日診療料２　600点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た小児科を標榜（ぼう）する保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（６歳未満の小児に限る。）に対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

Ｂ００１－２－３　乳幼児育児栄養指導料　130点

注１　小児科を標榜（ぼう）する保険医療機関において、小児科を担当する医師が、３歳未満の乳幼児に対する初診時に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行った場合に算定する。

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳幼児育児栄養指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、113点を算定する。

Ｂ００１－２－４　地域連携夜間・休日診療料　200点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料を算定する患者を除く。）に対して診療を行った場合に算定する。

Ｂ００１－２－５　院内トリアージ実施料　300点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間、休日又は深夜において、入院中の患者以外の患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された者を除く。）であって、区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する患者に対し、当該患者の来院後速やかに院内トリアージが実施された場合に算定する。

Ｂ００１－２－６　夜間休日救急搬送医学管理料　600点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間（土曜日以外の日（休日を除く。）にあっては、夜間に限る。）、休日又は深夜において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に限り算定する。

２　急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去６月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合には、精神科疾患患者等受入加算として、400点を所定点数に加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、必要な医学管理を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　救急搬送看護体制加算１　400点

ロ　救急搬送看護体制加算２　200点

Ｂ００１－２－７　外来リハビリテーション診療料

１　外来リハビリテーション診療料１　73点

２　外来リハビリテーション診療料２　110点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、リハビリテーション（区分番号Ｈ０００に掲げる心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料、区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料又は区分番号Ｈ００３に掲げる呼吸器リハビリテーション料を算定するものに限る。以下この区分番号において同じ。）を要する入院中の患者以外の患者に対して、リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に、外来リハビリテーション診療料１については７日間に１回に限り、外来リハビリテーション診療料２については14日間に１回に限り算定する。

２　外来リハビリテーション診療料１を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料２は、算定しない。

３　外来リハビリテーション診療料２を算定する日から起算して14日以内の期間においては、当該リハビリテーションの実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料及び外来リハビリテーション診療料１は、算定しない。

Ｂ００１－２－８　外来放射線照射診療料　297点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を要する入院中の患者以外の患者に対して、放射線治療の実施に関し必要な診療を行った場合に、７日間に１回に限り算定する。

２　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間に４日以上の放射線治療を予定していない場合には、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

３　外来放射線照射診療料を算定する日から起算して７日以内の期間においては、当該放射線治療の実施に係る区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料及び区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料は、算定しない。

Ｂ００１－２－９　地域包括診療料（月１回）

１　地域包括診療料１　1,660点

２　地域包括診療料２　1,600点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち２以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者に対して、当該患者の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者１人につき月１回に限り算定する。

２　地域包括診療を受けている患者に対して行った注３に規定する加算並びに区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５から注７までに規定する加算、通則第３号から第５号までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)及び区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第２章第２部在宅医療（区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第５部投薬（区分番号Ｆ１００に掲げる処方料及び区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状

の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

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

Ｂ００１－２－10　認知症地域包括診療料（月１回）

1　認知症地域包括診療料１　1,681点

2　認知症地域包括診療料２　1,613点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、認知症の患者（認知症以外に１以上の疾患（疑いのものを除く。）を有する入院中の患者以外のものであって、１処方につき５種類を超える内服薬の投薬を行った場合及び１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬又は睡眠薬を合わせて３種類を超えて投薬を行った場合のいずれにも該当しないものに限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養上必要な指導及び診療を行った場合（初診の日を除く。）に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ患者１人につき月１回に限り算定する。

２　認知症地域包括診療を受けている患者に対して行った注３に規定する加算並びに区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５から注７までに規定する加算、通則第３号から第５号までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)及び区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料並びに第２章第２部在宅医療（区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料及び区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料を除く。）及び第５部投薬（区分番号Ｆ１００に掲げる処方料及び区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料を除く。）を除く費用は、認知症地域包括診療料に含まれるものとする。ただし、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用は、所定点数が550点未満のものに限り、当該診療料に含まれるものとする。

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

Ｂ００１－２－11　小児かかりつけ診療料（１日につき）

1　小児かかりつけ診療料１

イ　処方箋を交付する場合

(1)　初診時　641点

(2)　再診時　448点

ロ　処方箋を交付しない場合

(1)　初診時　758点

(2)　再診時　566点

2　小児かかりつけ診療料２

イ　処方箋を交付する場合

⑴ 初診時 630点
⑵ 再診時 437点
ロ 処方箋を交付しない場合
⑴ 初診時 747点
⑵ 再診時 555点

注１ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、未就学児（６歳以上の患者にあっては、６歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者であって入院中の患者以外のものに対して診療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

２ 区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注９に規定する場合については、算定しない。

３ 注４に規定する加算、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７、注８及び注10に規定する加算、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注５及び注６に規定する加算、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注８及び注９に規定する加算並びに通則第３号から第５号までに規定する加算、区分番号Ｂ００１－２－２に掲げる地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号Ｂ００１－２－５に掲げる院内トリアージ実施料、区分番号Ｂ００１－２－６に掲げる夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴、区分番号Ｂ００９－２に掲げる電子的診療情報評価料、区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料⑵、区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料及び区分番号Ｃ０００に掲げる往診料（同区分番号の注１から注３までに規定する加算を含む。）を除き、診療に係る費用は、小児かかりつけ診療料に含まれるものとする。

４ 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合（初診時に限る。）は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月１回に限り80点を所定点数に加算する。

Ｂ００１－２－12 外来腫瘍化学療法診療料

１ 外来腫瘍化学療法診療料１
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 700点
ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 400点

２ 外来腫瘍化学療法診療料２
イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 570点
ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 270点

注１ 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍を主病とする患者であって入院中の患者以外のものに対して、外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるものに限る。）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料（注６から注８までに規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００１に掲げる再診料（注４から注６までに規定する加算を除く。）、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料（注７から注９までに規定する加算を除く。）、区分番号Ｂ００１の23に掲げるがん患者指導管理料のハ又は区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料は、別に算定できない。

２ １のイ及び２のイについては、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月３回に限り算定する。

３ １のロ及び２のロについては、１のイ又は２のイを算定する日以外の日において、当該患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に、週１回に限り算定する。

４　退院した患者に対して退院の日から起算して７日以内に行った治療管理の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

５　当該患者が15歳未満の小児である場合には、小児加算として、所定点数に200点を加算する。

６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１のイを算定した患者に対して、当該保険医療機関の医師又は当該医師の指示に基づき薬剤師が、副作用の発現状況、治療計画等を文書により提供した上で、当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は、連携充実加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。

７　当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。

Ｂ００１－３　生活習慣病管理料

１　脂質異常症を主病とする場合　570点

２　高血圧症を主病とする場合　620点

３　糖尿病を主病とする場合　720点

注１　保険医療機関（許可病床数が200床未満の病院又は診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、糖尿病を主病とする場合にあっては、区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない。

２　生活習慣病管理を受けている患者に対して行った第２章第１部医学管理等（区分番号Ｂ００１の20に掲げる糖尿病合併症管理料、区分番号Ｂ００１の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料、区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料及び区分番号Ｂ００１の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれるものとする。

３　糖尿病を主病とする患者（２型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行った場合は、血糖自己測定指導加算として、年１回に限り所定点数に500点を加算する。

４　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、外来データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

Ｂ００１－３－２　ニコチン依存症管理料

１　ニコチン依存症管理料１

イ　初回　230点

ロ　２回目から４回目まで

⑴　対面で行った場合　184点

⑵　情報通信機器を用いた場合　155点

ハ　５回目　180点

２　ニコチン依存症管理料２（一連につき）　800点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、禁煙を希望する患者であって、スクリーニングテスト（ＴＤＳ）等によりニコチン依存症であると診断されたものに対し、治療の必要を認め、治療内容等に係る説明を行い、当該患者の同意を文書により得た上で、禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行うとともに、その内容を文書により情報提供した場合に、１の場合は５回に限り、２の場合は初回時に１回

に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれの所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

2　区分番号Ｄ２００に掲げるスパイログラフィー等検査の４の呼気ガス分析の費用は、所定点数に含まれるものとする。

3　１のロの⑵を算定する場合は、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ｃ０００に掲げる往診料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑴は別に算定できない。

Ｂ００１－４　手術前医学管理料　1,192点

注１　手術前に行われる検査の結果に基づき計画的な医学管理を行う保険医療機関において、手術の実施に際して区分番号Ｌ００２に掲げる硬膜外麻酔、区分番号Ｌ００４に掲げる脊椎麻酔又は区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日に算定する。

2　同一の患者につき１月以内に手術前医学管理料を算定すべき医学管理を２回以上行った場合は、第１回目の手術前医学管理に係る手術料を算定した日１回に限り、手術前医学管理料を算定する。

3　手術前医学管理料を算定した同一月に区分番号Ｄ２０８に掲げる心電図検査を算定した場合には、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90に相当する点数を算定する。

4　同一の部位につき当該管理料に含まれる区分番号Ｅ００１に掲げる写真診断及び区分番号Ｅ００２に掲げる撮影と同時に２枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合における第２枚目から第５枚目までの写真診断及び撮影の費用は、それぞれの所定点数の100分の50に相当する点数で別に算定できる。この場合において、第６枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。

5　第３部検査及び第４部画像診断のうち次に掲げるもの（手術を行う前１週間以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。ただし、当該期間において同一の検査又は画像診断を２回以上行った場合の第２回目以降のものについては、別に算定することができる。

イ　尿中一般物質定性半定量検査

ロ　血液形態・機能検査

末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査

ハ　出血・凝固検査

出血時間、プロトロンビン時間（ＰＴ）及び活性化部分トロンボプラスチン時間（ＡＰＴＴ）

ニ　血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、γ－グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Ｆｅ）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）、リン脂質、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）並びにイオン化カルシウム

ホ　感染症免疫学的検査

梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）半定量、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定量、抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）定性、抗ストレプトキナーゼ（ＡＳＫ）半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、ＨＩＶ－１抗体、肺炎球菌抗原定性（尿・髄液）、ヘモフィルス・インフルエンザｂ型（Ｈｉｂ）抗原定性（尿・髄液）、単純ヘルペスウイルス抗原定性、ＲＳウイルス抗原定性及び淋菌抗原定性

ヘ　肝炎ウイルス関連検査

ＨＢｓ抗原定性・半定量及びＨＣＶ抗体定性・定量

ト　血漿蛋白免疫学的検査

Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）定性及びＣ反応性蛋白（ＣＲＰ）

チ　心電図検査

区分番号Ｄ２０８の１に掲げるもの

リ　写真診断

区分番号Ｅ００１の１のイに掲げるもの

ヌ　撮影

区分番号Ｅ００２の１に掲げるもの

６　区分番号Ｄ０２６に掲げる血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料又は免疫学的検査判断料を算定している患者については算定しない。

７　第１章第２部第３節に掲げる特定入院料又は区分番号Ｄ０２７に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定しない。

Ｂ００１－５　手術後医学管理料（１日につき）

１　病院の場合　1,188点

２　診療所の場合　1,056点

注１　病院（療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院している患者について、入院の日から起算して10日以内に行われた区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術後に必要な医学管理を行った場合に、当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して３日に限り算定する。

２　同一の手術について、同一月に区分番号Ｂ００１－４に掲げる手術前医学管理料を算定する場合は、本管理料を算定する３日間については、所定点数の100分の95に相当する点数を算定する。

３　第３部検査のうち次に掲げるもの（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して３日以内に行ったものに限る。）は、所定点数に含まれるものとする。

イ　尿中一般物質定性半定量検査

ロ　尿中特殊物質定性定量検査

尿蛋白及び尿グルコース

ハ　血液形態・機能検査

赤血球沈降速度（ＥＳＲ）、末梢血液像（自動機械法）、末梢血液像（鏡検法）及び末梢血液一般検査

ニ　血液化学検査

総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、γ－グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Ｆｅ）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）、リン脂質、ＨＤＬ－コレステロール、ＬＤＬ－コレステロール、無

機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）、イオン化カルシウム並びに血液ガス分析

ホ　心電図検査

ヘ　呼吸心拍監視

ト　経皮的動脈血酸素飽和度測定

チ　終末呼気炭酸ガス濃度測定

リ　中心静脈圧測定

ヌ　動脈血採取

４　区分番号Ｄ０２６に掲げる尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料又は生化学的検査(Ⅰ)判断料を算定している患者については算定しない。

５　第１章第２部第３節に掲げる特定入院料又は区分番号Ｄ０２７に掲げる基本的検体検査判断料を算定している患者については算定しない。

６　区分番号Ａ３００の救命救急入院料又は区分番号Ａ３０１の特定集中治療室管理料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者については算定しない。

Ｂ００１－６　肺血栓塞栓症予防管理料　305点

注１　病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって肺血栓塞栓症を発症する危険性が高いもの（結核病棟に入院中の患者においては手術を伴うもの、精神病棟に入院中の患者においては治療上必要があって身体拘束が行われているものに限る。）に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な機器又は材料を用いて計画的な医学管理を行った場合に、当該入院中１回に限り算定する。

２　肺血栓塞栓症の予防を目的として行った処置に用いた機器及び材料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｂ００１－７　リンパ浮腫指導管理料　100点

注１　保険医療機関に入院中の患者であって、鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行ったもの又は原発性リンパ浮腫と診断されたものに対して、当該手術を行った日の属する月又はその前月若しくは翌月のいずれか（原発性リンパ浮腫と診断されたものにあっては、当該診断がされた日の属する月又はその翌月のいずれか）に、医師又は医師の指示に基づき看護師、理学療法士若しくは作業療法士が、リンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を実施した場合に、入院中１回に限り算定する。

２　注１に基づき当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関又は当該患者の退院後において区分番号Ｂ００５－６の注１に規定する地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関（当該患者について区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した場合に限る。）において、退院した日の属する月又はその翌月に注１に規定する指導を再度実施した場合に、当該指導を実施した、いずれかの保険医療機関において、１回に限り算定する。

Ｂ００１－８　臍ヘルニア圧迫指導管理料　100点

注　保険医療機関において、医師が１歳未満の乳児に対する臍ヘルニアについて療養上の必要な指導を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

Ｂ００１－９　療養・就労両立支援指導料

１　初回　800点

２　２回目以降　400点

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患している患者に対して、当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに、当該患者の同意を得て、当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第13条第１項に規定する産業医、同法第10条第１項

に規定する総括安全衛生管理者、同法第12条に規定する衛生管理者若しくは同法第12条の２に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第13条の２の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下「産業医等」という。）に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報を提供した場合に、月１回に限り算定する。

２　２については、当該保険医療機関において１を算定した患者について、就労の状況を考慮して療養上の指導を行った場合に、１を算定した日の属する月又はその翌月から起算して３月を限度として、月１回に限り算定する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該患者に対して、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が相談支援を行った場合に、相談支援加算として、50点を所定点数に加算する。

４　注１の規定に基づく産業医等への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)又は区分番号Ｂ０１０に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、療養・就労両立支援指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、１又は２の所定点数に代えて、それぞれ696点又は348点を算定する。

Ｂ００２　開放型病院共同指導料(Ⅰ)　350点

注１　診察に基づき紹介された患者が、別に厚生労働大臣が定める開放利用に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（以下この表において「開放型病院」という。）に入院中である場合において、当該開放型病院に赴いて、当該患者に対して療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者１人１日につき１回算定する。

２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ｃ０００に掲げる往診料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は別に算定できない。

Ｂ００３　開放型病院共同指導料(Ⅱ)　220点

注　診察に基づき紹介された患者が開放型病院に入院中である場合において、当該開放型病院において、当該患者を診察した保険医療機関の医師と共同して療養上必要な指導を行った場合に、患者１人１日につき１回算定する。

Ｂ００４　退院時共同指導料１

１　在宅療養支援診療所（地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）の場合　1,500点

２　１以外の場合　900点

注１　保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分番号、区分番号Ｂ００５、区分番号Ｂ０１５及びＩ００２において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師（以下この区分番号及び区分番号Ｂ００５において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回に限り、在宅療養担当医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、在宅療養担当医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機

関の保険医又は看護師等と１回以上共同して行う場合は、当該入院中２回に限り算定できる。

２　注１の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、所定点数に200点を加算する。

３　区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ｂ００２に掲げる開放型病院共同指導料(1)、区分番号Ｃ０００に掲げる往診料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(1)又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(2)は別に算定できない。

Ｂ００５　退院時共同指導料２　400点

注１　保険医療機関に入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中１回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と１回以上、共同して行う場合は、当該入院中２回に限り算定できる。

２　注１の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び在宅療養担当医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、300点を所定点数に加算する。ただし、注３に規定する加算を算定する場合は、算定できない。

３　注１の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員（介護保険法第７条第５項に規定する介護支援専門員をいう。以下同じ。）又は相談支援専門員（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第28号）第３条第１項又は児童福祉法に基づく指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第29号）第３条第１項に規定する相談支援専門員をいう。以下同じ。）のうちいずれか３者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導加算として、2,000点を所定点数に加算する。

４　注１の規定にかかわらず、区分番号Ａ２４６に掲げる入退院支援加算を算定する患者にあっては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等の療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを在宅療養担当医療機関と共有した場合に限り算定する。

５　区分番号Ｂ００３に掲げる開放型病院共同指導料(2)は別に算定できない。

Ｂ００５－１－２　介護支援等連携指導料　400点

注　当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説

明及び指導を行った場合に、当該入院中２回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号Ｂ００５の注３に掲げる加算（介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

Ｂ００５－１－３　介護保険リハビリテーション移行支援料　500点

注　入院中の患者以外の患者（区分番号Ｈ００１の注４、区分番号Ｈ００１－２の注４又は区分番号Ｈ００２の注４の規定により所定点数を算定する者に限る。）に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員等と連携し、当該患者を介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション、同条第８項に規定する通所リハビリテーション、同法第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同条第６項に規定する介護予防通所リハビリテーション（以下「介護リハビリテーション」という。）に移行した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

Ｂ００５－２からＢ００５－３－２まで　削除

Ｂ００５－４　ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)　800点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、診療に基づき紹介した患者（別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が病院である別の保険医療機関（区分番号Ａ２３６－２に掲げるハイリスク妊娠管理加算の注又は区分番号Ａ２３７に掲げるハイリスク分娩管理加算の注１に規定する施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に限る。）に入院中である場合において、当該病院に赴いて、当該病院の保険医と共同してハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を共同して行った場合に、当該患者を紹介した保険医療機関において患者１人につき１回算定する。

Ｂ００５－５　ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)　500点

注　区分番号Ａ２３６－２に掲げるハイリスク妊娠管理加算の注又は区分番号Ａ２３７に掲げるハイリスク分娩管理加算の注１に規定する施設基準に適合するものとして届け出た病院である保険医療機関において、ハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理が必要であるとして別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た別の保険医療機関から紹介された患者（区分番号Ｂ００５－４に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)の注に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等であるものに限る。）が当該病院に入院中である場合において、当該患者を紹介した別の保険医療機関の保険医と共同してハイリスク妊娠又はハイリスク分娩に関する医学管理を行った場合に、当該病院において、患者１人につき１回算定する。

Ｂ００５－６　がん治療連携計画策定料

１　がん治療連携計画策定料１　750点

２　がん治療連携計画策定料２　300点

注１　がん治療連携計画策定料１については、入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（以下この表において「計画策定病院」という。）が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、当該患者の同意を得た上で、入院中又は当該保険医療機関を退院した日から起算して30日以内に、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時又は退院した日から起算して30日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時又は退院した日から起算して30日以内に１回に限り所定点数を算定する。

２　がん治療連携計画策定料２については、当該保険医療機関において注１に規定するがん治療連携計画策定料１を算定した患者であって、他の保険医療機関において区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定しているもの

について、状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により、当該患者を診療し、当該患者の治療計画を変更した場合に、患者１人につき月１回に限り所定点数を算定する。

３　注１及び注２の規定に基づく当該別の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

４　区分番号Ｂ００３に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２は、別に算定できない。

５　がん治療連携計画策定料２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がん治療連携計画策定料２を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、261点を算定する。

Ｂ００５－６－２　がん治療連携指導料　300点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画策定病院を除く。）が、区分番号Ｂ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料１又はがん治療連携計画策定料２を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月１回に限り算定する。

２　注１の規定に基づく計画策定病院への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)及び区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｂ００５－６－３　がん治療連携管理料

１　がん診療連携拠点病院の場合　500点

２　地域がん診療病院の場合　300点

３　小児がん拠点病院の場合　750点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、１人につき１回に限り所定点数を算定する。

Ｂ００５－６－４　外来がん患者在宅連携指導料　500点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、外来で化学療法又は緩和ケアを実施している進行がんの患者であって、在宅での緩和ケアに移行が見込まれるものについて、患者と診療の方針等について十分に話し合い、当該患者の同意を得た上で、在宅で緩和ケアを実施する他の保険医療機関に対して文書で紹介を行った場合に、１人につき１回に限り所定点数を算定する。

２　注１の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、外来がん患者在宅連携指導料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、435点を算定する。

Ｂ００５－７　認知症専門診断管理料

１　認知症専門診断管理料１

イ　基幹型又は地域型の場合　700点

ロ　連携型の場合　500点

２　認知症専門診断管理料２

イ　基幹型又は地域型の場合　300点

ロ　連携型の場合　280点

注１　認知症専門診断管理料１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、他の保険医療機関から紹介された認知症の疑いのある患者

であって、入院中の患者以外のもの又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定するとともに、認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成し、これらを患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において療養を担う他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、１人につき１回に限り所定点数を算定する。

２　認知症専門診断管理料２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関が、地域において診療を担う他の保険医療機関から紹介された患者であって認知症の症状が増悪したもの（入院中の患者以外の患者又は当該他の保険医療機関の療養病棟に入院している患者に限る。）に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、診療を行った上で今後の療養計画等を患者に説明し、文書により提供するとともに、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、３月に１回に限り所定点数を算定する。

３　注１及び注２の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)及び区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

４　区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料は、別に算定できない。

Ｂ００５－７－２　認知症療養指導料

１　認知症療養指導料１　350点

２　認知症療養指導料２　300点

３　認知症療養指導料３　300点

注１　１については、当該保険医療機関の紹介により他の保険医療機関において認知症の鑑別診断を受け、区分番号Ｂ００５－７に掲げる認知症専門診断管理料１を算定した患者であって、入院中の患者以外の患者又は療養病棟に入院している患者に対して、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者又はその家族等の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め６月を限度として、月１回に限り算定する。

２　２については、当該保険医療機関の紹介により他の保険医療機関において区分番号Ｂ００５－７－３に掲げる認知症サポート指導料を算定した患者であって、入院中の患者以外のものに対して、当該他の保険医療機関から認知症の療養方針に係る助言を得て、当該保険医療機関において、認知症療養計画に基づいた治療を行うとともに、当該患者又はその家族等の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、当該治療を行った日の属する月を含め６月を限度として、月１回に限り算定する。

３　３については、新たに認知症と診断された患者又は認知症の病状変化により認知症療養計画の再検討が必要な患者であって、入院中の患者以外のものに対して、認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、当該患者又はその家族等の同意を得て、療養方針を決定し、認知症療養計画を作成の上、これらを当該患者又はその家族等に説明し、文書により提供するとともに、当該保険医療機関において当該計画に基づく治療を行う場合に、当該治療を開始した日の属する月を含め６月を限度として、月１回に限り算定する。

４　注１及び注２の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)及び区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

５　１から３までは同時に算定できず、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号Ｉ００２に掲げる通院・在宅精神療法は、別に算定できない。

Ｂ００５－７－３　認知症サポート指導料　450点

注１　認知症患者に対する支援体制の確保に協力している医師が、他の保険医療機関からの求めに応じ、認知症を有する入院中の患者以外の患者に対し、当該患者又はその家族等の同意を得て療養上の指導を行うとともに、当該他の保険医療機関

に対し、療養方針に係る助言を行った場合に、６月に１回に限り算定する。

２　注１の規定に基づく他の保険医療機関への助言に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)及び区分番号Ｂ０１１に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｂ００５－８　肝炎インターフェロン治療計画料　700点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者に対して、当該患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において治療を担う他の保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、１人につき１回に限り算定する。

２　注１の規定に基づく他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)の費用は、所定点数に含まれるものとする。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、肝炎インターフェロン治療計画料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、609点を算定する。

Ｂ００５－９　外来排尿自立指導料　200点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、包括的な排尿ケアを行った場合に、患者１人につき、週１回に限り、区分番号Ａ２５１に掲げる排尿自立支援加算を算定した期間と通算して12週を限度として算定する。ただし、区分番号Ｃ１０６に掲げる在宅自己導尿指導管理料を算定する場合は、算定できない。

Ｂ００５－10　ハイリスク妊産婦連携指導料１　1,000点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を担当する医師への紹介が必要であると判断された妊婦又は出産後２月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、産科又は産婦人科を担当する医師及び保健師、助産師又は看護師が共同して精神科又は心療内科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

２　同一の保険医療機関において、区分番号Ｂ００５－10－２に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料２を同一の患者について別に算定できない。

Ｂ００５－10－２　ハイリスク妊産婦連携指導料２　750点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有する又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産後６月以内であるものに対して、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を担当する医師が産科又は産婦人科と連携し、診療及び療養上必要な指導を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

２　同一の保険医療機関において、区分番号Ｂ００５－10に掲げるハイリスク妊産婦連携指導料１を同一の患者について別に算定できない。

Ｂ００５－11　遠隔連携診療料

１　診断を目的とする場合　750点

２　その他の場合　500点

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診断を目的として、当該施設基準を満たす難病又はて

んかんに関する専門的な診療を行っている保険医療機関の医師と情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、当該診断の確定までの間に３月に１回に限り算定する。

２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、対面診療を行っている入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、てんかんの治療を目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して１年を限度として、３月に１回に限り算定する。

Ｂ００５－12　こころの連携指導料(Ⅰ)　350点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、地域社会からの孤立の状況等により、精神疾患が増悪するおそれがあると認められるもの又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断されたものに対して、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、患者１人につき月１回に限り算定する。

Ｂ００５－13　こころの連携指導料(Ⅱ)　500点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、区分番号Ｂ００５－12に掲げるこころの連携指導料(Ⅰ)を算定し、当該保険医療機関に紹介されたものに対して、精神科又は心療内科を担当する医師が、診療及び療養上必要な指導を行い、当該患者の同意を得て、当該患者を紹介した医師に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、患者１人につき月１回に限り算定する。

Ｂ００６　救急救命管理料　500点

注１　患者の発生した現場に保険医療機関の救急救命士が赴いて必要な処置等を行った場合において、当該救急救命士に対して必要な指示を行った場合に算定する。

２　救急救命士が行った処置等の費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｂ００６－２　削除

Ｂ００６－３　退院時リハビリテーション指導料　300点

注　患者の退院時に当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。この場合において、同一日に、区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２（注１の規定により、入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

Ｂ００７　退院前訪問指導料　580点

注１　入院期間が１月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中１回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、２回）に限り算定する。

２　注１に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

Ｂ００７－２　退院後訪問指導料　580点

注１　当該保険医療機関が、保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定める状態の患者の地域における円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、在宅での療養上の指導を行った場合に、当該患者が退院した日から起算して１月（退院日を除く。）を限度として、５回に限り算定する。

２　在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の保健師、助産師、看護師又は准看護師と同行し、必要な指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後１回に限り、20点を所定点数に加算する。

３　注１及び注２に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

Ｂ００８　薬剤管理指導料

１　特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者の場合　380点

２　１の患者以外の患者の場合　325点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者のうち、１については別に厚生労働大臣が定める患者に対して、２についてはそれ以外の患者に対して、それぞれ投薬又は注射及び薬学的管理指導を行った場合は、当該患者に係る区分に従い、患者１人につき週１回かつ月４回に限り算定する。

２　麻薬の投薬又は注射が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、麻薬管理指導加算として、１回につき50点を所定点数に加算する。

Ｂ００８－２　薬剤総合評価調整管理料　250点

注１　入院中の患者以外の患者であって、６種類以上の内服薬（特に規定するものを除く。）が処方されていたものについて、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する内服薬が２種類以上減少した場合に、月１回に限り所定点数を算定する。

２　処方の内容の調整に当たって、別の保険医療機関又は保険薬局に対して、照会又は情報提供を行った場合、連携管理加算として、50点を所定点数に加算する。ただし、連携管理加算を算定した場合において、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料⑴（当該別の保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る。）は同一日には算定できない。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬剤総合評価調整管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、所定点数に代えて、218点を算定する。

Ｂ００９　診療情報提供料⑴　250点

注１　保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。

２　保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、当該患者の居住地を管轄する市町村又は介護保険法第46条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第58条第１項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第１項第１号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第24条の26第１項第１号に規定する指定障害児相談支援事業者等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

３　保険医療機関が、診療に基づき保険薬局による在宅患者訪問薬剤管理指導の必要を認め、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの同意を得て、当該保険薬局に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

４　保険医療機関が、精神障害者である患者であって、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）に入所若しくは通所しているもの又は介護老人保健施設に入所しているものの同意を得て、当該精神障害者施設又は介護老人保健施設に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者の社会復帰の促進に必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定す

る。

5　保険医療機関が、診療に基づき患者の同意を得て、介護老人保健施設又は介護医療院に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

6　保険医療機関が、認知症の状態にある患者について、診断に基づき認知症に関する専門の保険医療機関等での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、認知症に関する専門の保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

7　保険医療機関が、児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である患者、同法第56条の６第２項に規定する障害児である患者又はアナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者について、診療に基づき当該患者又はその家族等の同意を得て、当該患者が通園又は通学する同法第39条第１項に規定する保育所又は学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する学校（大学を除く。）等の学校医等に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者が学校生活等を送るに当たり必要な情報を提供した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

8　保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して紹介を行った場合は、200点を所定点数に加算する。

9　区分番号Ｂ００５－４に掲げるハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等の患者の同意を得て、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付してハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)に規定する別の保険医療機関に対して紹介を行った場合は、ハイリスク妊婦紹介加算として、当該患者の妊娠中１回に限り200点を所定点数に加算する。

10　保険医療機関が、認知症の疑いのある患者について専門医療機関での鑑別診断等の必要を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機関紹介加算として、100点を所定点数に加算する。

11　保険医療機関が、認知症の専門医療機関において既に認知症と診断された患者であって入院中の患者以外のものについて症状が増悪した場合に、当該患者又はその家族等の同意を得て、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、認知症専門医療機関連携加算として、50点を所定点数に加算する。

12　精神科以外の診療科を標榜（ひょうぼう）する保険医療機関が、入院中の患者以外の患者について、うつ病等の精神障害の疑いによりその診断治療等の必要性を認め、当該患者の同意を得て、精神科を標榜（ひょうぼう）する別の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で患者の紹介を行った場合は、精神科医連携加算として、200点を所定点数に加算する。

13　保険医療機関が、治療計画に基づいて長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者であって入院中の患者以外のものの同意を得て、当該保険医療機関と連携して治療を行う肝疾患に関する専門医療機関に対して、治療計画に基づく診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合は、肝炎インターフェロン治療連携加算として、50点を所定点数に加算する。

14　保険医療機関が、患者の口腔（こうくう）機能の管理の必要を認め、歯科診療を行う他の保険医療機関に対して、患者又はその家族等の同意を得て、診療情報を示す文書を添えて、当該患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算１として、100

点を所定点数に加算する。

15　保険医療機関が、周術期等における口腔機能管理の必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て、歯科を標榜する他の保険医療機関に当該患者が受診する日の予約を行った上で当該患者の紹介を行った場合は、歯科医療機関連携加算２として100点を所定点数に加算する。

16　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、患者の退院日の属する月又はその翌月に、連携する保険医療機関において区分番号Ａ２４６の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定して当該連携保険医療機関を退院した患者（あらかじめ共有されている地域連携診療計画に係る入院中の患者以外の患者に限る。）の同意を得て、当該連携保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の地域連携診療計画に基づく療養に係る必要な情報を提供した場合に、地域連携診療計画加算として、50点を所定点数に加算する。

17　保険医療機関が、患者の同意を得て、当該患者が入院又は入所する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して文書で診療情報を提供する際、当該患者に対して定期的に訪問看護を行っている訪問看護ステーションから得た療養に係る情報を添付して紹介を行った場合は、療養情報提供加算として、50点を所定点数に加算する。

18　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、他の保険医療機関に対し、電子的方法により閲覧可能な形式で提供した場合又は電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に、検査・画像情報提供加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イについては、注８に規定する加算を算定する場合は算定しない。

イ　退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合　200点

ロ　入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合　30点

Ｂ００９－２　電子的診療情報評価料　30点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者に係る検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容、退院時要約等の診療記録のうち主要なものについて、電子的方法により閲覧又は受信し、当該患者の診療に活用した場合に算定する。

Ｂ０１０　診療情報提供料(Ⅰ)　500点

注　保険医療機関が、治療法の選択等に関して当該保険医療機関以外の医師の意見を求める患者からの要望を受けて、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の別の医療機関において必要な情報を添付し、診療状況を示す文書を患者に提供することを通じて、患者が当該保険医療機関以外の医師の助言を得るための支援を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

Ｂ０１０－２　診療情報連携共有料　120点

注１　歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、検査結果、投薬内容等を文書により提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回に限り算定する。

２　区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した同一月においては、別に算定できない。

Ｂ０１１　連携強化診療情報提供料　150点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する

日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。

2　注１に該当しない場合であって、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす外来機能報告対象病院等（医療法第30条の18の４第１項第２号の規定に基づき、同法第30条の18の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所として都道府県が公表したものに限る。）である保険医療機関において、他の保険医療機関（許可病床の数が200未満の病院又は診療所に限る。）から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。

3　注１又は注２に該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。

4　注１から注３までのいずれにも該当しない場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第５条第１項に規定する指定難病の患者又はてんかんの患者（当該疾病が疑われる患者を含む。）について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りではない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき月１回に限り算定する。

5　注１から注４までのいずれにも該当しない場合であって、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する日を除く。ただし、当該保険医療機関に次回受診する日の予約を行った場合はこの限りでない。）に、提供する保険医療機関ごとに患者１人につき３月に１回（別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関から紹介された妊娠中の患者又は産科若しくは産婦人科を標榜する別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、他の保険医療機関から紹介された妊娠中の患者について、診療に基づき、頻回の情報提供の必要を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合にあっては、月１回）に限り算定する。

6　区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)（同一の保険医療機関に対して紹介を行った場合に限る。）を算定した月は、別に算定できない。

Ｂ０１１－２　削除

Ｂ０１１－３　薬剤情報提供料　10点

注１　入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供した場合に、月１回に限り（処方の内容に変更があった場合は、その都度）算定する。

2　注１の場合において、処方した薬剤の名称を当該患者の求めに応じて患者の薬剤服用歴等を経時的に記録する手帳（以下単に「手帳」という。）に記載した場

合には、手帳記載加算として、３点を所定点数に加算する。

３　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した患者については、算定しない。

Ｂ０１１－４　医療機器安全管理料

１　臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合（１月につき）　100点

２　放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合（一連につき）　1,100点

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療が必要な患者に対して、放射線治療計画に基づいて治療を行った場合に算定する。

Ｂ０１１－５　がんゲノムプロファイリング評価提供料　12,000点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、区分番号Ｄ００６－19に掲げるがんゲノムプロファイリング検査により得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するためのがん薬物療法又は遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等による検討会での検討を経た上で患者に提供し、かつ、治療方針等について文書を用いて当該患者に説明した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

Ｂ０１２　傷病手当金意見書交付料　100点

注　健康保険法第99条第１項の規定による傷病手当金に係る意見書を交付した場合に算定する。

Ｂ０１３　療養費同意書交付料　100点

注　健康保険法第87条の規定による療養費（柔道整復以外の施術に係るものに限る。）に係る同意書を交付した場合に算定する。

Ｂ０１４　退院時薬剤情報管理指導料　90点

注１　保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に１回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２（注１の規定により、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合に限る。）は、別に算定できない。

２　保険医療機関が、入院前の内服薬の変更をした患者又は服用を中止した患者について、保険薬局に対して、当該患者又はその家族等の同意を得て、その理由や変更又は中止後の当該患者の状況を文書により提供した場合に、退院時薬剤情報連携加算として、60点を所定点数に加算する。

Ｂ０１５　精神科退院時共同指導料

１　精神科退院時共同指導料１（外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関の場合）

イ　精神科退院時共同指導料(Ⅰ)　1,500点

ロ　精神科退院時共同指導料(Ⅱ)　900点

２　精神科退院時共同指導料２（入院医療を提供する保険医療機関の場合）　700点

注１　１のイについては、精神保健福祉法第29条若しくは第29条の２に規定する入院措置に係る患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第42条第１項第１号若しくは第61条第１項第１号に規定する同法による入院若しくは同法第42条第１項第２号に規定す

る同法による通院をしたことがあるもの又は当該入院の期間が１年以上のものに対して、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該患者が入院している他の保険医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に１回に限り算定する。

２　１のロについては、療養生活環境の整備のため重点的な支援を要する患者に対して、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該患者が入院している他の保険医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に１回に限り算定する。

３　１について、区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ｂ００２に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅰ)、区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１、区分番号Ｃ０００に掲げる往診料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は別に算定できない。

４　２については、精神病棟に入院している患者であって、他の保険医療機関において１を算定するものに対して、当該患者が入院している保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、当該患者の外来を担う保険医療機関又は在宅療養担当医療機関と共同して、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に、入院中に１回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ００３に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)、区分番号Ｂ００５に掲げる退院時共同指導料２又は区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料は、別に算定できない。

Ｂ０１６からＢ０１８まで　削除

第２節　プログラム医療機器等医学管理加算

区分

Ｂ１００　禁煙治療補助システム指導管理加算　140点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｂ００１－３－２に掲げるニコチン依存症管理料の１のイ又は２を算定する患者に対して、禁煙治療補助システムに係る指導管理を行った場合に、当該管理料を算定した日に１回に限り加算する。

２　禁煙治療補助システムを使用した場合は、禁煙治療補助システム加算として、2,400点を更に所定点数に加算する。

第３節　特定保険医療材料料

区分

Ｂ２００　特定保険医療材料　材料価格を10円で除して得た点数

注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第２章　特掲診療料

＜通則＞

１　第１部に規定する特定疾患療養管理料、ウイルス疾患指導料、小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、慢性疼痛疾患管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料及び耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料並びに第２部第２節第１款の各区分に規定する在宅療養指導管理料及び第８部精神科専門療法に掲げる心身医学療法は特に規定する場合を除き同一月に算定できない。

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

第１部　医学管理等

＜通則＞

１　医学管理等の費用は、第１節医学管理料等、第２節プログラム医療機器等医学管理加算及び第３節特定保険医療材料料に掲げる所定点数を合算した点数により算定する。

２　「通則３」の外来感染対策向上加算は、診療所における、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画、新興感染症の発生時等に都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制の確保を更に推進する観点から、診療時の感染防止対策に係る体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た診療所において次に掲げるものを算定する場合に、患者１人につき月１回に限り加算することができる。ただし、同一月に区分番号「Ａ０００」の「注 11」、区分番号「Ａ００１」の「注 15」、第２章第２部の通則第５号又は区分番号「Ｉ０１２」の「注 13」に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合にあっては算定できない。

（１）　小児科外来診療料
（２）　外来リハビリテーション診療料
（３）　外来放射線照射診療料
（４）　地域包括診療料
（５）　認知症地域包括診療料
（６）　小児かかりつけ診療料
（７）　外来腫瘍化学療法診療料
（８）　救急救命管理料
（９）　退院後訪問指導料

３　「通則４」の連携強化加算は、２の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が、区分番号「Ａ２３４－２」感染対策向上加算１を算定する保険医療機関に対し、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合に算定する。

４　「通則５」のサーベイランス強化加算は、２の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が、院内感染対策サーベイランス（ＪＡＮ

ＩＳ）、感染対策連携共通プラットフォーム（Ｊ－ＳＩＰＨＥ）等、地域や全国のサーベイランスに参加している場合に算定する。

第１節　医学管理料等

Ｂ０００　特定疾患療養管理料

（１）　特定疾患療養管理料は、生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したものであり、許可病床数が200床以上の病院においては算定できない。

（２）　特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に、月２回に限り算定する。

（３）　第１回目の特定疾患療養管理料は、区分番号「Ａ０００」初診料（「注５」のただし書に規定する所定点数を算定する場合を含む。特に規定する場合を除き、以下この部において同じ。）を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して１か月を経過した日以降に算定する。ただし、本管理料の性格に鑑み、１か月を経過した日が休日の場合であって、その休日の直前の休日でない日に特定疾患療養管理料の「注１」に掲げる要件を満たす場合には、その日に特定疾患療養管理料を算定できる。

（４）　区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して１か月を経過した日が翌々月の１日となる場合であって、初診料を算定した初診の日又は退院の日が属する月の翌月の末日（その末日が休日の場合はその前日）に特定疾患療養管理料の「注１」に掲げる要件を満たす場合には、本管理料の性格に鑑み、その日に特定疾患療養管理料を算定できる。

（５）　診察に基づき計画的な診療計画を立てている場合であって、必要やむを得ない場合に、看護に当たっている家族等を通して療養上の管理を行ったときにおいても、特定疾患療養管理料を算定できる。

（６）　管理内容の要点を診療録に記載する。

（７）　同一保険医療機関において、２以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。

（８）　特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする者に対し、実際に主病を中心とした療養上必要な管理が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が当該保険医療機関では行われていない場合には算定できない。

（９）　主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、対診又は依頼により検査のみを行っている保険医療機関にあっては算定できない。

(10)　入院中の患者については、いかなる場合であっても特定疾患療養管理料は算定できない。従って、入院中の患者に他の疾患が発症し、別の科の外来診療室へ行って受診する場合であっても、当該発症については特定疾患療養管理料の算定はできない。

(11)　別に厚生労働大臣が定める疾病名は、「疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表（平成27年総務省告示第35号）」（以下「分類表」という。）に規定する分類に該当する疾病の名称であるが、疾病名について各医療機関での呼称が異なっていても、その医学的内容が分類表上の対象疾病名と同様である場合は算定の対象となる。ただし、混乱を避けるた

め、できる限り分類表上の名称を用いることが望ましい。

(12) 「注５」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

Ｂ００１　特定疾患治療管理料

１　ウイルス疾患指導料

（１） 肝炎ウイルス、ＨＩＶ又は成人Ｔ細胞白血病ウイルスによる疾患に罹患しており、かつ、他人に対し感染させる危険がある者又はその家族に対して、療養上必要な指導及びウイルス感染防止のための指導を行った場合に、肝炎ウイルス疾患又は成人Ｔ細胞白血病については、患者１人につき１回に限り算定し、後天性免疫不全症候群については、月１回に限り算定する。

（２） ウイルス疾患指導料は、当該ウイルス疾患に罹患していることが明らかにされた時点以降に、「注１」に掲げる指導を行った場合に算定する。なお、ウイルス感染防止のための指導には、公衆衛生上の指導及び院内感染、家族内感染防止のための指導等が含まれる。

（３） ＨＩＶの感染者に対して指導を行った場合には、「ロ」を算定する。

（４） 同一の患者に対して、同月内に「イ」及び「ロ」の双方に該当する指導が行われた場合は、主たるもの一方の所定点数のみを算定する。

（５） 「注２」に掲げる加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、後天性免疫不全症候群に罹患している患者又はＨＩＶの感染者に対して療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に算定する。

（６） 指導内容の要点を診療録に記載する。

（７） 「注３」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

２　特定薬剤治療管理料

（１） 特定薬剤治療管理料１

ア　特定薬剤治療管理料１は、下記のものに対して投与薬剤の血中濃度を測定し、その結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合、月１回に限り算定する。

（イ） 心疾患患者であってジギタリス製剤を投与しているもの

（ロ） てんかん患者であって抗てんかん剤を投与しているもの

（ハ） 臓器移植術を受けた患者であって臓器移植における拒否反応の抑制を目的として免疫抑制剤を投与しているもの

（ニ） 気管支喘息、喘息性（様）気管支炎、慢性気管支炎、肺気腫又は未熟児無呼吸発作の患者であってテオフィリン製剤を投与しているもの

（ホ） 不整脈の患者であって不整脈用剤を継続的に投与しているもの

（ヘ） 統合失調症の患者であってハロペリドール製剤又はブロムペリドール製剤を投与しているもの

（ト） 躁うつ病の患者であってリチウム製剤を投与しているもの

（チ） 躁うつ病又は躁病の患者であってバルプロ酸ナトリウム又はカルバマゼピンを投与しているもの

（リ） ベーチェット病の患者であって活動性・難治性眼症状を有するもの又はその他の非感染性ぶどう膜炎（既存治療で効果不十分で、視力低下のおそれのある活動性の中間部又は後部の非感染性ぶどう膜炎に限る。）、再生不良性貧血、赤芽球癆、尋常性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症、関節症性乾癬、全身型重症筋無力症、アトピー性皮膚炎（既存治療で十分な効果が得られない患者に限る。）、ネフローゼ症候群若しくは川崎病の急性期の患者であってシクロスポリンを投与しているもの

（ヌ） 全身型重症筋無力症、関節リウマチ、ループス腎炎、潰瘍性大腸炎又は間質性肺炎（多発性筋炎又は皮膚筋炎に合併するものに限る。）の患者であってタクロリムス水和物を投与しているもの

（ル） 若年性関節リウマチ、リウマチ熱又は慢性関節リウマチの患者であってサリチル酸系製剤を継続的に投与しているもの

（ヲ） 悪性腫瘍の患者であってメトトレキサートを投与しているもの

（ワ） 結節性硬化症の患者であってエベロリムスを投与しているもの

（カ） 入院中の患者であってアミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質又はトリアゾール系抗真菌剤を数日間以上投与しているもの

（ヨ） 重症又は難治性真菌感染症又は造血幹細胞移植の患者であってトリアゾール系抗真菌剤を投与（造血幹細胞移植の患者にあっては、深在性真菌症の予防を目的とするものに限る。）しているもの

（タ） イマチニブを投与しているもの

（レ） リンパ脈管筋腫症の患者であってシロリムス製剤を投与しているもの

（ソ） 腎細胞癌の患者であって抗悪性腫瘍剤としてスニチニブを投与しているもの

（ツ） 片頭痛の患者であってバルプロ酸ナトリウムを投与しているもの

（ネ） 統合失調症の患者であって治療抵抗性統合失調症治療薬を投与しているもの

イ　特定薬剤治療管理料１を算定できる不整脈用剤とはプロカインアミド、Ｎ－アセチルプロカインアミド、ジソピラミド、キニジン、アプリンジン、リドカイン、ピルジカイニド塩酸塩、プロパフェノン、メキシレチン、フレカイニド、シベンゾリンコハク酸塩、ピルメノール、アミオダロン、ソタロール塩酸塩及びベプリジル塩酸塩をいう。

ウ　特定薬剤治療管理料１を算定できるグリコペプチド系抗生物質とは、バンコマイシン及びテイコプラニンをいい、トリアゾール系抗真菌剤とは、ボリコナゾールをいう。

エ　特定薬剤治療管理料１を算定できる免疫抑制剤とは、シクロスポリン、タクロリムス水和物、エベロリムス及びミコフェノール酸モフェチルをいう。

オ　特定薬剤治療管理料１を算定できる治療抵抗性統合失調症治療薬とは、クロザピンをいう。

カ　当該管理料には、薬剤の血中濃度測定、当該血中濃度測定に係る採血及び測定結果に基づく投与量の管理に係る費用が含まれるものであり、１月のうちに２回以上血中濃度を測定した場合であっても、それに係る費用は別に算定できない。ただし、別の疾患に対して別の薬剤を投与した場合（例えば、てんかんに対する抗てんかん剤と気管支喘息に対するテオフィリン製剤の両方を投与する場合）及び同一疾患についてア

の(イ)から(ネ)までのうち同一の区分に該当しない薬剤を投与した場合（例えば、発作性上室性頻脈に対してジギタリス製剤及び不整脈用剤を投与した場合）はそれぞれ算定できる。

キ　薬剤の血中濃度、治療計画の要点を診療録に添付又は記載する。

ク　ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合は、１回に限り急速飽和完了日に「注３」に規定する点数を算定することとし、当該算定を行った急速飽和完了日の属する月においては、別に特定薬剤治療管理料１は算定できない。なお、急速飽和とは、重症うっ血性心不全の患者に対して２日間程度のうちに数回にわたりジギタリス製剤を投与し、治療効果が得られる濃度にまで到達させることをいう。

ケ　てんかん重積状態のうち算定の対象となるものは、全身性けいれん発作重積状態であり、抗てんかん剤を投与している者について、注射薬剤等の血中濃度を測定し、その測定結果をもとに投与量を精密に管理した場合は、１回に限り、重積状態が消失した日に「注３」に規定する点数を算定することとし、当該算定を行った重積状態消失日の属する月においては、別に特定薬剤治療管理料１は算定できない。

コ　「注３」に規定する点数を算定する場合にあっては、「注８」に規定する加算を含め別に特定薬剤治療管理料１は算定できない。

サ　「注４」に規定する「抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者」には、躁うつ病又は躁病によりバルプロ酸又はカルバマゼピンを投与している患者が含まれ、当該患者は４月目以降においても減算対象とならない。また、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する「４月目以降」とは、初回の算定から暦月で数えて４月目以降のことである。

シ免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者については、臓器移植を行った日の属する月を含め３月に限り、臓器移植加算として「注６」に規定する加算を算定し、「注８」に規定する初回月加算は算定しない。また、「注６」に規定する加算を算定する場合には、「注９」及び「注 10」に規定する加算は算定できない。

ス　「注７」に規定する加算は、入院中の患者であって、バンコマイシンを数日間以上投与しているものに対して、バンコマイシンの安定した血中至適濃度を得るため頻回の測定を行った場合は、１回に限り、初回月加算（バンコマイシンを投与した場合）として「注７」に規定する加算を算定し、「注８」に規定する加算は別に算定できない。

セ　「注８」に規定する初回月加算は、投与中の薬剤の安定した血中至適濃度を得るため頻回の測定が行われる初回月に限り算定できるものであり、薬剤を変更した場合においては算定できない。

ソ　「注９」に規定する加算を算定する場合は、ミコフェノール酸モフェチルの血中濃度測定の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細を記載すること。

タ　「注 10」に規定する加算を算定する場合は、エベロリムスの初回投与から３月の間に限り、当該薬剤の血中濃度測定の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細を記載すること。

チ　「注９」及び「注 10」に規定する加算は同一月内に併せて算定できない。

ツ　特殊な薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、特に本項を準用する必要

のあるものについては、その都度当局に内議し、最も近似する測定及び治療管理として準用が通知された算定方法により算定する。

（2） 特定薬剤治療管理料２

ア 特定薬剤治療管理料２は、胎児曝露を未然に防止するための安全管理手順を遵守した上でサリドマイド製剤及びその誘導体の処方及び調剤を実施した患者に対して、医師及び薬剤師が、当該薬剤の管理の状況について確認及び適正使用に係る必要な説明を行い、当該医薬品の製造販売を行う企業に対して確認票等を用いて定期的に患者の服薬に係る安全管理の遵守状況等を報告した場合において、月に１回につき算定する。

イ サリドマイド製剤及びその誘導体とは、サリドマイド、レナリドミド及びポマリドミドをいう。

ウ 安全管理手順については「サリドマイド製剤安全管理手順（TERMS）」及び「レブラミド・ポマリスト適正管理手順（RevMate）」を遵守すること。

エ 特定薬剤治療管理料２を算定する場合は、診療録等に指導内容の要点を記録すること。

3 悪性腫瘍特異物質治療管理料

（1） 悪性腫瘍特異物質治療管理料は、悪性腫瘍であると既に確定診断がされた患者について、腫瘍マーカー検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

（2） 悪性腫瘍特異物質治療管理料には、腫瘍マーカー検査、当該検査に係る採血及び当該検査の結果に基づく治療管理に係る費用が含まれるものであり、１月のうち２回以上腫瘍マーカー検査を行っても、それに係る費用は別に算定できない。

（3） 腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点を診療録に添付又は記載する。

（4） 「注３」に規定する初回月加算は、適切な治療管理を行うために多項目の腫瘍マーカー検査を行うことが予想される初回月に限って算定する。ただし、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定する当該初回月の前月において、区分番号「Ｄ００９」腫瘍マーカーを算定している場合は、当該初回月加算は算定できない。

（5） 区分番号「Ｄ００９」腫瘍マーカーにおいて、併算定が制限されている項目を同一月に併せて実施した場合には、１項目とみなして、本管理料を算定する。

（6） 当該月に悪性腫瘍特異物質以外の検査（本通知の腫瘍マーカーの項に規定する例外規定を含む。）を行った場合は、本管理料とは別に、検査に係る判断料を算定できる。

（例） 肝癌の診断が確定している患者で α－フェトプロテインを算定し、別に、区分番号「Ｄ００８」内分泌学的検査を行った場合の算定

悪性腫瘍特異物質治療管理料「ロ」の「(1)」

＋区分番号「Ｄ００８」内分泌学的検査の実施料

＋区分番号「Ｄ０２６」の「５」生化学的検査(Ⅱ)判断料

（7） 特殊な腫瘍マーカー検査及び計画的な治療管理のうち、特に本項を準用する必要のあるものについては、その都度当局に内議し、最も近似する腫瘍マーカー検査及び治療管理として準用が通知された算定方法により算定する。

4 小児特定疾患カウンセリング料

（1） 「イ」については、乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家

族に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、小児科（小児外科を含む。以下この部において同じ。）又は心療内科の医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する。

（2） 「ロ」については、乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族等に対して、日常生活の環境等を十分勘案した上で、当該患者の診療を担当する小児科又は心療内科の医師の指示の下、公認心理師が当該医師による治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを 20 分以上行った場合に算定する。なお、一連のカウンセリングの初回は当該医師が行うものとし、継続的にカウンセリングを行う必要があると認められる場合においても、３月に１回程度、医師がカウンセリングを行うこと。

（3） カウンセリングを患者の家族等に対して行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。

（4） 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者は、次に掲げる患者である。

ア 気分障害の患者

イ 神経症性障害の患者

ウ ストレス関連障害の患者

エ 身体表現性障害（小児心身症を含む。また、喘息や周期性嘔吐症等の状態が心身症と判断される場合は対象となる。）の患者

オ 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群（摂食障害を含む。）の患者

カ 心理的発達の障害（自閉症を含む。）の患者

キ 小児期又は青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（多動性障害を含む。）の患者

（5） 小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者及び家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある者を含むものであること。

（6） 小児特定疾患カウンセリング料は、同一暦月において第１回目及び第２回目のカウンセリングを行った日に算定する。

（7） 「ロ」を算定する場合、公認心理師は、当該疾病の原因と考えられる要素、治療計画及び指導内容の要点等についてカウンセリングに係る概要を作成し、指示を行った医師に報告する。当該医師は、公認心理師が作成した概要の写しを診療録に添付する。

（8） 小児特定疾患カウンセリング料を算定する場合には、同一患者に対し第１回目のカウンセリングを行った年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（9） 電話によるカウンセリングは、本カウンセリングの対象とはならない。

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

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

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

5 小児科療養指導料

（1） 小児科のみを専任する医師が作成する一定の治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に限り算定する。治療計画を作成する医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあっては算定できない。ただし、アレルギー科を併せ担当している場合はこの限りでない。

（２） 小児科療養指導料の対象となる疾患及び状態は、脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、血小板減少性紫斑病、先天性股関節脱臼、内反足、二分脊椎、骨系統疾患、先天性四肢欠損、分娩麻痺、先天性多発関節拘縮症及び児童福祉法第６条の２第１項に規定する小児慢性特定疾病（同条第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）並びに同法第 56 条の６第２項に規定する障害児に該当する状態であり、対象となる患者は、15 歳未満の入院中の患者以外の患者である。また、出生時の体重が 1,500ｇ未満であった６歳未満の者についても、入院中の患者以外の患者はその対象となる。

（３） 小児科療養指導料は、当該疾病又は状態を主病とする患者又はその家族に対して、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に月１回に限り算定する。ただし、家族に対して指導を行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。

（４） 第１回目の小児科療養指導料は、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日の属する月の翌月の１日又は当該保険医療機関から退院した日から起算して１か月を経過した日以降に算定する。

（５） 指導内容の要点を診療録等に記載する。

（６） 必要に応じ、患者の通学する学校との情報共有・連携を行うこと。

（７） 日常的に車椅子を使用する患者であって、車椅子上での姿勢保持が困難なため、食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者については、医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士等が、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや附属品の選定や調整を行うことが望ましい。

（８） 「注５」に規定する加算は、長期的に人工呼吸器による呼吸管理が必要と見込まれる患者に対して、患者やその家族等の心理状態に十分配慮された環境で、医師及び看護師が必要に応じてその他の職種と共同して、人工呼吸器による管理が適応となる病状及び治療方法等について、患者やその家族等が十分に理解し、同意した上で治療方針を選択できるよう、説明及び相談を行った場合に算定する。説明及び相談に当たっては、患者及びその家族が理解できるよう、必要時に複数回に分けて説明や相談を行う。なお、説明等の内容の要点を診療録等に記載する。

（９） 「注６」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

６ てんかん指導料

（１） てんかん指導料は、小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、当該標榜診療科の専任の医師が、てんかん（外傷性を含む。）の患者であって入院中以外のもの又はその家族に対し、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

（２） 第１回目のてんかん指導料は、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して１か月を経過した日以降に算定できる。

（３） 診療計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。

（４） 「注６」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

7　難病外来指導管理料

（１） 難病外来指導管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾病を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

（２） 第１回目の難病外来指導管理料は、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して１か月を経過した日以降に算定できる。

（３） 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者にあっても、実際に主病を中心とした療養上必要な指導が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が行われていない場合には算定できない。

（４） 診療計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。

（５） 「注５」に規定する加算は、長期的に人工呼吸器による呼吸管理が必要と見込まれる患者に対して、患者やその家族等の心理状態に十分配慮された環境で、医師及び看護師が必要に応じてその他の職種と共同して、人工呼吸器による管理が適応となる病状及び治療方法等について、患者やその家族等が十分に理解し、同意した上で治療方針を選択できるよう、説明及び相談を行った場合に算定する。説明及び相談に当たっては、患者及びその家族が理解できるよう、必要時に複数回に分けて説明や相談を行う。なお、説明等の内容の要点を診療録等に記載する。

（６） 「注６」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

8　皮膚科特定疾患指導管理料

（１） 皮膚科を標榜する保険医療機関とは、皮膚科、皮膚泌尿器科又は皮膚科及び泌尿器科、形成外科若しくはアレルギー科を標榜するものをいい、他の診療科を併せ標榜するものにあっては、皮膚科又は皮膚泌尿器科を専任する医師が本指導管理を行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあっては算定できない。

（２） 皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅰ)の対象となる特定疾患は、天疱瘡、類天疱瘡、エリテマトーデス（紅斑性狼瘡）、紅皮症、尋常性乾癬、掌蹠膿疱症、先天性魚鱗癬、類乾癬、扁平苔癬並びに結節性痒疹及びその他の痒疹（慢性型で経過が１年以上のものに限る。）であり、皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)の対象となる特定疾患は、帯状疱疹、じんま疹、アトピー性皮膚炎（16 歳以上の患者が罹患している場合に限る。）、尋常性白斑、円形脱毛症及び脂漏性皮膚炎である。ただし、アトピー性皮膚炎については、外用療法を必要とする場合に限り算定できる。

（３） 医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要な指導管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

（４） 第１回目の皮膚科特定疾患指導管理料は、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して１か月を経過した日以降に算定する。

（５） 「注４」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿

って診療を行った場合に算定する。

（6） 皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)は、同一暦月には算定できない。

（7） 診療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

9 外来栄養食事指導料

（1） 外来栄養食事指導料（「注２」及び「注３」を除く。）は、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を保険医療機関の医師が必要と認めた者又は次のいずれかに該当する者に対し、管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、初回にあっては概ね 30 分以上、２回目以降にあっては概ね 20 分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定する。

ア がん患者

イ 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者

ウ 低栄養状態にある患者

（2） 特別食には、心臓疾患及び妊娠高血圧症候群等の患者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の患者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の患者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食、高度肥満症（肥満度が＋40%以上又はＢＭＩが 30 以上）の患者に対する治療食並びにてんかん食（難治性てんかん（外傷性のものを含む。）、グルコーストランスポーター１欠損症又はミトコンドリア脳筋症の患者に対する治療食であって、グルコースに代わりケトン体を熱量源として供給することを目的に炭水化物量の制限と脂質量の増加が厳格に行われたものに限る。）を含む。ただし、高血圧症の患者に対する減塩食（塩分の総量が６ｇ未満のものに限る。）及び小児食物アレルギー患者（食物アレルギー検査の結果（他の保険医療機関から提供を受けた食物アレルギー検査の結果を含む。）、食物アレルギーを持つことが明らかな９歳未満の小児に限る。）に対する小児食物アレルギー食については、入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の特別食加算の場合と異なり、特別食に含まれる。なお、妊娠高血圧症候群の患者に対する減塩食は、日本高血圧学会、日本妊娠高血圧学会等の基準に準じていること。

（3） 管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものとし、熱量・熱量構成、蛋白質、脂質その他の栄養素の量、病態に応じた食事の形態等に係る情報のうち医師が必要と認めるものに関する具体的な指示を含まなければならない。

（4） 管理栄養士は常勤である必要はなく、要件に適合した指導が行われていれば算定できる。

（5） 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者とは、医師が、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した嚥下調整食（日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づく。）に相当する食事を要すると判断した患者をいう。

（6） 低栄養状態にある患者とは、次のいずれかを満たす患者をいう。

ア 血中アルブミンが 3.0g/dL 以下である患者

イ 医師が栄養管理により低栄養状態の改善を要すると判断した患者

（7） 外来栄養食事指導料１は、保険医療機関の管理栄養士が当該保険医療機関の医師の指示に基づき、指導を行った場合に算定する。

また、外来栄養食事指導料２は、当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき、指導を行った場合に算定する。

（８） 外来栄養食事指導料（「注２」及び「注３」を除く。）は初回の指導を行った月にあっては１月に２回を限度として、その他の月にあっては１月に１回を限度として算定する。ただし、初回の指導を行った月の翌月に２回指導を行った場合であって、初回と２回目の指導の間隔が 30 日以内の場合は、初回の指導を行った翌月に２回算定することができる。

（９） 「注２」については、区分番号「Ｂ００１－２－12」に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の注６に規定する連携充実加算の施設基準を満たす外来化学療法室を担当する管理栄養士が外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、具体的な献立等によって月２回以上の指導をした場合に限り、指導の２回目に外来栄養食事指導料の「イ」の「(２)」の「①」を算定する。ただし、当該指導料を算定する日は、区分番号「Ｂ００１－２－12」に掲げる外来腫瘍化学療法診療料を算定した日と同日であること。

なお、外来栄養食事指導料の留意事項の(１)の初回の要件を満たしている場合は、外来栄養食事指導料の「イ」の「(１)」の所定点数を算定できる。

(10) 「注１」に規定する「イ」の「(２)」の「①」、「注２」に規定する「イ」の「(２)」の「①」及び「注３」に規定する指導料は、同一月に併せて算定できない。

(11) 「注３」については、専門的な知識を有した管理栄養士が医師の指示に基づき、外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、療養のため必要な指導を行った場合に算定する。

(12) 「注４」及び「注６」については、以下の要件を満たすこと。

ア 管理栄養士が（１）の患者に対し、電話又はビデオ通話が可能な情報通信機器等（以下この区分において「情報通信機器等」という。）を活用して、指導を行うこと。

イ 外来受診した場合は必ず対面にて指導を行うこと。

ウ 情報通信機器等による指導の実施に当たっては、事前に対面による指導と情報通信機器等による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する。また、外来受診時等に受診結果等を基に、必要に応じて指導計画を見直すこと。なお、当該保険医療機関を退院した患者に対して、初回から情報通信機器等による指導を実施する場合は、当該指導までの間に指導計画を作成すること。

エ 当該指導において、患者の個人情報を情報通信機器等の画面上で取り扱う場合には、患者の同意を得ること。また、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応していること。加えて、情報通信機器等による指導の実施に際しては、オンライン指針を参考に必要な対応を行うこと。

オ 情報通信機器等による指導は、原則として当該保険医療機関内において行うこと。なお、当該保険医療機関外で情報通信機器等による指導を実施する場合であっても上記「エ」に沿った対応を行うとともに、指導を実施した場所については、事後的に実施状況が確認可能な場所であること。

(13) 「イ」の「(１)」の「①」については「イ」の「(１)」の「②」と、「イ」の「(２)」

の「①」については「イ」の「(２)」の「②」と、「ロ」の「(１)」の「①」については「ロ」の「(１)」の「②」と、並びに「ロ」の「(２)」の「①」については「ロ」の「(２)」の「②」と同一月に併せて算定できない。

(14)　「注４」及び「注６」の指導を行う際の情報通信機器等の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

(15)　外来栄養食事指導料を算定するに当たって、管理栄養士は、患者ごとに栄養指導記録を作成するとともに、指導内容の要点、指導時間（「注２」及び「注３」を除く。）及び指導した年月日（「注４」及び「注６」に限る。）を記載すること。

(16)　「注２」の場合、指導した年月日を全て診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

10　入院栄養食事指導料

（１）　入院栄養食事指導料は、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を保険医療機関の医師が必要と認めた者又は次のいずれかに該当する者に対し、管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、初回にあっては概ね30分以上、２回目にあっては概ね20分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に入院中２回に限り算定する。ただし、１週間に１回に限り算定する。

ア　がん患者

イ　摂食機能又は嚥下機能が低下した患者

ウ　低栄養状態にある患者

（２）　入院栄養食事指導料１は、当該保険医療機関の管理栄養士が当該保険医療機関の医師の指示に基づき、指導を行った場合に算定する。

また、入院栄養食事指導料２は、有床診療所において、当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき、対面による指導を行った場合に算定する。

（３）　入院栄養食事指導料を算定するに当たって、上記以外の事項は区分番号「Ｂ００１」の「９」外来栄養食事指導料における留意事項の(２)から(６)まで及び(15)の例による。

（４）　「注３」に規定する栄養情報提供加算は、栄養食事指導に加え、退院後の栄養及び食事管理に関する指導とともに、医療機関間の有機的連携の強化及び保健又は福祉関係機関等へ栄養情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、両者の患者の栄養に関する情報（必要栄養量、摂取栄養量、食事形態（嚥下食コードを含む。）、禁止食品、栄養管理に係る経過等）を相互に提供することにより、継続的な栄養管理の確保等を図るものである。

（５）　「注３」に規定する栄養情報提供加算は、栄養指導に加え、当該指導内容及び入院中の栄養管理の状況等を含む栄養に関する情報を示す文書を患者に退院の見通しが立った際に説明するとともにこれを他の保険医療機関、介護老人保健施設等、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第 34 条第１項に規定する指定障害者支援施設等若しくは児童福祉法第 42 条第１号に規定する福祉型障害児入所施設の医師又は管理栄養士に対して提供した場合に、入院中１回に限り、所定の点数に加算する。

（６）　ここでいう介護老人保健施設等とは、次の施設をいうものとする。

ア　介護保険法第８条第 28 項に規定する介護老人保健施設

イ　介護老人福祉施設（介護保険法第８条第 22 項に規定する地域密着型介護老人福祉施設及び同条第 27 項に規定する介護老人福祉施設をいう。）

ウ　健康保険法等の一部を改正する法律附則第 130 条の２第１項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法第８条第26項に規定する介護療養型医療施設

エ　介護保険法第８条第 29 項に規定する介護医療院

（７）　当該情報を提供する保険医療機関と特別な関係にある機関に情報提供が行われた場合は、算定できない。

（８）　栄養情報提供に当たっては、(５)に掲げる事項を記載した文書を患者に交付するとともに交付した文書の写しを栄養指導記録に添付する。なお、診療情報を示す文書等が交付されている場合にあっては、当該文書等と併せて他の保険医療機関等に情報提供すること。

11　集団栄養食事指導料

（１）　集団栄養食事指導料は、別に厚生労働大臣が定める特別食を保険医療機関の医師が必要と認めた者に対し、当該保険医療機関の管理栄養士が当該保険医療機関の医師の指示に基づき、複数の患者を対象に指導を行った場合に患者１人につき月１回に限り所定点数を算定する。

（２）　集団栄養食事指導料は、入院中の患者については、入院期間が２か月を超える場合であっても、入院期間中に２回を限度として算定する。

（３）　入院中の患者と入院中の患者以外の患者が混在して指導が行われた場合であっても算定できる。

（４）　１回の指導における患者の人数は 15 人以下を標準とする。

（５）　１回の指導時間は 40 分を超えるものとする。

（６）　それぞれの算定要件を満たしていれば、区分番号「Ｂ００１」の「11」集団栄養食事指導料と区分番号「Ｂ００１」の「９」外来栄養食事指導料又は区分番号「Ｂ００１」の「10」入院栄養食事指導料を同一日に併せて算定することができる。

（７）　集団栄養食事指導料を算定する医療機関にあっては、集団による指導を行うのに十分なスペースを持つ指導室を備えるものとする。ただし、指導室が専用であることを要しない。

（８）　管理栄養士は、患者ごとに栄養指導記録を作成するとともに、指導内容の要点及び指導時間を記載する。

（９）　集団栄養食事指導料を算定するに当たって、上記以外の事項は区分番号「Ｂ００１」の「９」外来栄養食事指導料における留意事項の(２)から(４)までの例による。ただし、同留意事項の(２)の小児食物アレルギー患者（９歳未満の小児に限る。）に対する特別食の取扱いを除く。

12　心臓ペースメーカー指導管理料

（１）　「注１」に規定する「体内植込式心臓ペースメーカー等」とは特定保険医療材料のペースメーカー、植込型除細動器、両室ペーシング機能付き植込型除細動器及び着用型自動除細動器を指す。

（2） 心臓ペースメーカー指導管理料は、電気除細動器、一時的ペーシング装置、ペースメーカー機能計測装置（ペーサーグラフィー、プログラマー等）等を有する保険医療機関において、体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者であって入院中の患者以外のものについて、当該ペースメーカー等のパルス幅、スパイク間隔、マグネットレート、刺激閾値、感度等の機能指標を計測するとともに、療養上必要な指導を行った場合に算定する。この場合において、プログラム変更に要する費用は所定点数に含まれる。

（3） 計測した機能指標の値及び指導内容の要点を診療録に添付又は記載する。

（4） 心臓ペースメーカー患者等の指導管理については、関係学会より示された留意事項を参考とすること。

（5） 「注４」の植込型除細動器移行期加算は、次のいずれかに該当する場合に算定する。当該加算を算定する場合は、着用型自動除細動器の使用開始日及び次のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 心室頻拍又は心室細動による心臓突然死のリスクが高く、植込型除細動器（以下「ＩＣＤ」という。）の適応の可否が未確定の患者を対象として、除細動治療を目的に、ＩＣＤの適応の可否が確定するまでの期間に限り使用する場合

イ ＩＣＤの適応であるが、患者の状態等により直ちにはＩＣＤが植え込めない患者を対象として、ＩＣＤの植え込みを行うまでの期間に限り使用する場合

（6） 「注５」の遠隔モニタリング加算は、遠隔モニタリングに対応した体内植込式心臓ペースメーカー、植込型除細動器又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器を使用している患者であって、入院中の患者以外のものについて、適切な管理を行い、状況に応じて適宜患者に来院等を促す体制が整っている場合に算定する。この場合において、当該加算は、遠隔モニタリングによる来院時以外の期間における体内植込式心臓ペースメーカー等の機能指標の計測等を含めて評価したものであり、このような一連の管理及び指導を行った場合において、11 か月を限度として来院時に算定することができる。なお、この場合において、プログラム変更に要する費用は所定点数に含まれる。また、患者の急変等により患者が受診し、療養上必要な指導を行った場合は、「ロ」又は「ハ」を算定することができる。

13 在宅療養指導料

（1） 在宅療養指導管理料を算定している患者又は入院中の患者以外の患者であって、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。

（2） 保健師、助産師又は看護師が個別に 30 分以上療養上の指導を行った場合に算定できるものであり、同時に複数の患者に行った場合や指導の時間が 30 分未満の場合には算定できない。なお、指導は患者のプライバシーが配慮されている専用の場所で行うことが必要であり、保険医療機関を受診した際に算定できるものであって、患家において行った場合には算定できない。

（3） 療養の指導に当たる保健師、助産師又は看護師は、訪問看護や外来診療の診療補助を兼ねることができる。

（4） 保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録

に指導の要点、指導実施時間を明記する。

14　高度難聴指導管理料

（１）　高度難聴指導管理料は、区分番号「Ｋ３２８」人工内耳植込術を行った患者、伝音性難聴で両耳の聴力レベルが 60ｄＢ以上の場合、混合性難聴又は感音性難聴の患者について、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、耳鼻咽喉科の常勤医師が耳鼻咽喉科学的検査の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合に算定する。

（２）　人工内耳植込術を行った患者については、１か月に１回を限度として、その他の患者については年１回に限って算定する。

（３）　指導内容の要点を診療録に記載する。

（４）　「注３」に規定する人工内耳機器調整加算は、耳鼻咽喉科の常勤医師又は耳鼻咽喉科の常勤医師の指示を受けた言語聴覚士が人工内耳用音声信号処理装置の機器調整を行った場合に算定する。なお、６歳の誕生日より前に当該加算を算定した場合にあっては、６歳の誕生日以後、最初に算定する日までは６歳未満の乳幼児の算定方法の例によるものとする。また、前回の算定年月日（初回の場合は初回である旨）を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（５）　人工内耳用音声信号処理装置の機器調整とは、人工内耳用音声信号処理装置と機器調整専用のソフトウエアが搭載されたコンピューターを接続し、人工内耳用インプラントの電気的な刺激方法及び大きさ等について装用者に適した調整を行うことをいう。

15　慢性維持透析患者外来医学管理料

（１）　慢性維持透析患者外来医学管理料は、安定した状態にある慢性維持透析患者について、特定の検査結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定し、本管理料に含まれる検査の点数は別途算定できない。なお、安定した状態にある慢性維持透析患者とは、透析導入後３か月以上が経過し、定期的に透析を必要とする入院中の患者以外の患者をいう（ただし、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る。）、有床診療所入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、有床診療所療養病床入院基本料及び地域移行機能強化病棟入院料を算定する場合における入院中の患者の他医療機関への受診時の透析を除く。）。なお、診療録に特定の検査結果及び計画的な治療管理の要点を添付又は記載すること。

（２）　特定の検査とは「注２」に掲げるものをいい、実施される種類及び回数にかかわらず、所定点数のみを算定する。これらの検査料及び区分番号「Ｄ０２６」尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査（Ⅰ）判断料、生化学的検査（Ⅱ）判断料、免疫学的検査判断料は本管理料に含まれ、別に算定できない。また、これらの検査に係る検査の部の通則、款及び注に規定する加算は、別に算定できない。

（３）　同一検査名で、定性、半定量及び定量測定がある場合は、いずれの検査も本管理料に含まれ、別に算定できない。試験紙法等による血中の糖の検査についても同様である。

（４）　慢性維持透析患者外来医学管理料に包括される検査以外の検体検査を算定する場合には、その必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（５） 包括されている画像診断に係る画像診断の部の通則、節及び注に規定する加算は別に算定できる。なお、本管理料を算定した月において、本管理料に包括されていない区分番号「Ｅ００１」の「１」単純撮影（胸部を除く。）及び区分番号「Ｅ００２」の「１」単純撮影（胸部を除く。）を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に撮影部位を記載すること。

（６） 透析導入後３か月目が月の途中である場合は、当該月の翌月より本管理料を算定する。

（７） 同一月内に２以上の保険医療機関で透析を定期的に行っている場合は、主たる保険医療機関において本管理料を請求し、その配分は相互の合議に委ねるものとする。

（８） 同一の保険医療機関において同一月内に入院と入院外が混在する場合、又は人工腎臓と自己腹膜灌流療法を併施している場合は、本管理料は算定できない。

（９） 区分番号「Ｃ１０２－２」在宅血液透析指導管理料は、本管理料と別に算定できる。

(10) 下記のアからカまでに掲げる要件に該当するものとして、それぞれ算定を行った場合は、該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア 出血性合併症を伴った患者が手術のため入院した後退院した場合、退院月の翌月における末梢血液一般検査は、月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

イ 副甲状腺機能亢進症に対するパルス療法施行時のカルシウム、無機リンの検査は、月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について月２回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。また、副甲状腺機能亢進症に対するパルス療法施行時のＰＴＨ検査は、月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について月１回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

ウ 副甲状腺機能亢進症により副甲状腺切除を行った患者に対するカルシウム、無機リンの検査は、退院月の翌月から５か月間は、月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。また、副甲状腺機能亢進症により副甲状腺切除を行った患者に対するＰＴＨ検査は、月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について月１回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

エ シナカルセト塩酸塩、エテルカルセチド、エボカルセト又はウパシカルセトナトリウムの初回投与から３か月以内の患者に対するカルシウム、無機リンの検査は、月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について月２回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。また、当該薬剤の初回投与から３か月以内の患者に対するＰＴＨ検査を月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について月１回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

オ 透析導入後５年以上経過した透析アミロイド症に対して、ダイアライザーの選択に当たりβ_2－マイクログロブリン除去効果の確認が必要な場合においては、その選択をした日の属する月を含めた３か月間に、β_2－マイクログロブリン検査を月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について月１回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

カ　高アルミニウム血症とヘモクロマトージスを合併した透析患者に対して、デフェロキサミンメシル酸塩を投与している期間中におけるアルミニウム（Al）の検査は、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

(11)　慢性維持透析患者の検査の実施に当たっては、関係学会より標準的な検査項目及びその頻度が示されており、それらを踏まえ患者管理を適切に行うこと。

16　喘息治療管理料

（1）　喘息治療管理料１は、保険医療機関が、ピークフローメーター、ピークフロー測定日記等を患者に提供し、計画的な治療管理を行った場合に月１回に限り算定する。なお、当該ピークフローメーター、ピークフロー測定日記等に係る費用は所定点数に含まれる。なお、喘息治療管理料１において、「１月目」とは初回の治療管理を行った月のことをいう。

（2）　喘息治療管理料２は、６歳未満又は 65 歳以上の喘息の患者であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに対して、吸入補助器具を患者に提供し、服薬指導等を行った場合に、初回に限り算定する。指導に当たっては、吸入補助器具の使用方法等について文書を用いた上で患者等に説明し、指導内容の要点を診療録に記載する。なお、この場合において、吸入補助器具に係る費用は所定点数に含まれる。

（3）　喘息治療管理料を算定する場合、保険医療機関は、次の機械及び器具を備えていなければならない。ただし、これらの機械及び器具を備えた別の保険医療機関と常時連携体制をとっている場合には、その旨を患者に対して文書により説明する場合は、備えるべき機械及び器具はカ及びキで足りるものとする。

ア　酸素吸入設備

イ　気管内挿管又は気管切開の器具

ウ　レスピレーター

エ　気道内分泌物吸引装置

オ　動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態にあるもの）

カ　スパイロメトリー用装置（常時実施できる状態にあるもの）

キ　胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態にあるもの）

（4）　ピークフローメーターによる治療管理の実施に当たっては、関係学会よりガイドラインが示されているので、治療管理が適切になされるよう十分留意されたい。

（5）　「注２」に規定する加算については、当該加算を算定する前１年間において、中等度以上の発作による当該保険医療機関への緊急外来受診回数が３回以上あり、在宅での療養中である 20 歳以上の重度喘息患者を対象とし、初回の所定点数を算定する月（暦月）から連続した６か月について、必要な治療管理を行った場合に月１回に限り算定すること。

（6）　当該加算を算定する場合、ピークフローメーター、一秒量等計測器及びスパイロメーターを患者に提供するとともに、ピークフローメーター、一秒量等計測器及びスパイロメーターの適切な使用方法、日常の服薬方法及び増悪時の対応方法を含む治療計画を作成し、その指導内容を文書で交付すること。

（7）　当該加算を算定する患者に対しては、ピークフロー値、一秒量等を毎日計測させ、その検査値について週に１度以上報告させるとともに、その検査値等に基づき、随時治療

計画の見直しを行い、服薬方法及び増悪時の対応について指導すること。

（８） 当該加算を算定する患者が重篤な喘息発作を起こすなど、緊急入院による治療が必要となった場合は、適切に対応すること。

17 慢性疼痛疾患管理料

（１） 慢性疼痛疾患管理料は、変形性膝関節症、筋筋膜性腰痛症等の疼痛を主病とし、疼痛による運動制限を改善する等の目的でマッサージ又は器具等による療法を行った場合に算定することができる。

（２） 区分番号「Ｊ１１８」介達牽引、区分番号「Ｊ１１８－２」矯正固定、区分番号「Ｊ１１８－３」変形機械矯正術、区分番号「Ｊ１１９」消炎鎮痛等処置、区分番号「Ｊ１１９－２」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「Ｊ１１９－３」低出力レーザー照射及び区分番号「Ｊ１１９－４」肛門処置の費用は所定点数に含まれるが、これらの処置に係る薬剤料は、別途算定できるものとする。

18 小児悪性腫瘍患者指導管理料

（１） 小児悪性腫瘍患者指導管理料は、小児科を標榜する保険医療機関において、小児悪性腫瘍、白血病又は悪性リンパ腫の患者であって入院中以外のもの又はその家族等に対し、治療計画に基づき療養上必要な指導管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、家族等に対して指導を行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。

（２） 第１回目の小児悪性腫瘍患者指導管理料は、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日の属する月の翌月の１日以降又は当該保険医療機関から退院した日から起算して１か月を経過した日以降に算定する。

（３） 治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

（４） 必要に応じ、患者の通学する学校との情報共有・連携を行うこと。

（５） 「注５」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

19 削除

20 糖尿病合併症管理料

（１） 糖尿病合併症管理料は、次に掲げるいずれかの糖尿病足病変ハイリスク要因を有する入院中の患者以外の患者（通院する患者のことをいい、在宅での療養を行うものを除く。）に対し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた場合に、月１回に限り算定する。

ア 足潰瘍、足趾・下肢切断既往

イ 閉塞性動脈硬化症

ウ 糖尿病神経障害

（２） 当該管理料は、専任の常勤医師又は当該医師の指示を受けた専任の看護師が、(１)の患者に対し、爪甲切除（陥入爪、肥厚爪又は爪白癬等に対して麻酔を要しないで行うもの）、角質除去、足浴等を必要に応じて実施するとともに、足の状態の観察方法、足の清潔・爪切り等の足のセルフケア方法、正しい靴の選択方法についての指導を行った場合に算定する。

（３） 当該管理料を算定すべき指導の実施に当たっては、専任の常勤医師又は当該医師の指示を受けた専任の看護師が、糖尿病足病変ハイリスク要因に関する評価を行い、その結

果に基づいて、指導計画を作成すること。

（４） 当該管理を実施する医師又は看護師は、糖尿病足病変ハイリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録又は療養指導記録に記載すること。

（５） 同一月又は同一日においても第２章第１部の各区分に規定する他の医学管理等及び第２部第２節第１款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。

（６） （２）及び（３）の常勤医師については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を５年以上有する医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯に当該医師が配置されている場合には、当該２名以上の非常勤医師が連携して当該管理料に係る指導を実施した場合に限り、常勤医師の配置基準を満たしているものとして算定できる。

21 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料

（１） 耳鼻咽喉科と他の診療科を併せ標榜する保険医療機関にあっては、耳鼻咽喉科を専任する医師が当該指導管理を行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せて担当している場合にあっては算定できない。

（２） 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料の対象となる患者は、15 歳未満の患者であって、発症から３か月以上遷延している若しくは当該管理料を算定する前の１年間において３回以上繰り返し発症している滲出性中耳炎の患者である。

（３） 医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要な指導管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

（４） 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料は、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して１か月を経過した日以降に算定する。

（５） 診療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

22 がん性疼痛緩和指導管理料

（１） がん性疼痛緩和指導管理料は、医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して、ＷＨＯ方式のがん性疼痛の治療法（がんの痛みからの解放－ＷＨＯ方式がんの疼痛治療法－第２版）に従って、副作用対策等を含めた計画的な治療管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り、当該薬剤に関する指導を行い、当該薬剤を処方した日に算定する。なお、当該指導には、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明、疼痛時に追加する臨時の薬剤の使用方法に関する説明を含めるものであること。

（２） がん性疼痛緩和指導管理料は、緩和ケアの経験を有する医師（緩和ケアに係る研修を受けた者に限る。）が当該指導管理を行った場合に算定する。

（３） がん性疼痛緩和指導管理料を算定する場合は、麻薬の処方前の疼痛の程度（疼痛の強さ、部位、性状、頻度等）、麻薬の処方後の効果判定、副作用の有無、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

（４） 同一月又は同一日においても第２章第１部の各区分に規定する他の医学管理等及び第２部第２節第１款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。

（５） 「注３」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿

って診療を行った場合に算定する。

23　がん患者指導管理料

（1）　がん患者指導管理料イ

ア　悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師及びがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、診断結果及び治療方法等について患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師及びがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に算定する。なお、化学療法の対象となる患者に対しては、外来での化学療法の実施方法についても説明を行うこと。

イ　当該患者について区分番号Ｂ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回算定できる。ただし、当該悪性腫瘍の診断を確定した後に新たに診断された悪性腫瘍（転移性腫瘍及び再発性腫瘍を除く。）に対して行った場合は別に算定できる。

ウ　指導内容等の要点を診療録又は看護記録に記載すること。

エ　患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

オ　「注７」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

（2）　がん患者指導管理料ロ

ア　悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師、がん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師又はがん患者への心理支援に従事した経験を有する専任の公認心理師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、外来での化学療法の実施方法、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。なお、患者の理解に資するため、必要に応じて文書を交付するなど、分かりやすく説明するよう努めること。

イ　がん患者指導管理料ロの算定対象となる患者は、がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、ＳＴＡＳ－Ｊ（ＳＴＡＳ日本語版）で２以上の項目が２項目以上該当する者、又はＤＣＳ（Dicisional Conflict Scale）４０点以上のものであること。なお、ＳＴＡＳ－Ｊについては日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団（以下「ホスピス財団」という。）の「ＳＴＡＳ－Ｊ（ＳＴＡＳ日本語版）スコアリングマニュアル第３版」（ホスピス財団ホームページに掲載）に沿って評価を行うこと。

ウ　看護師又は公認心理師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った看護師又は公認心理師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、患者の状態、指導内容等について情報提供等を行わなければならない。

エ　指導内容等の要点を診療録又は看護記録に記載すること。

オ　患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

カ　「注７」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

（３）　がん患者指導管理料ハ

ア　悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤を投薬又は注射されている者（予定を含む。）に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又は抗悪性腫瘍剤に係る業務に従事した経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、抗悪性腫瘍剤の投薬若しくは注射の開始日前 30 日以内、又は投薬若しくは注射をしている期間に限り、薬剤の効能・効果、服用方法、投与計画、副作用の種類とその対策、日常生活での注意点、副作用に対応する薬剤や医療用麻薬等の使い方、他の薬を服用している場合は薬物相互作用、外来での化学療法の実施方法等について文書により説明を行った場合に算定する。

イ　薬剤師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った薬剤師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、指導内容、過去の治療歴に関する患者情報（患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴等）、服薬状況、患者の不安の有無等について情報提供するとともに、必要に応じて、副作用に対応する薬剤、医療用麻薬等又は抗悪性腫瘍剤の処方に関する提案等を行わなければならない。

ウ　指導内容等の要点を診療録若しくは薬剤管理指導記録に記載又は説明に用いた文書の写しを診療録等に添付すること。

エ　患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

オ　「注７」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

（４）　がん患者指導管理料ニ

ア　乳癌、卵巣癌又は卵管癌と診断された患者のうち遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる患者に対して、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師及びがん診療の経験を有する医師が共同で、診療方針、診療計画及び遺伝子検査の必要性等について患者が十分に理解し、納得した上で診療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。

イ　説明及び相談内容等の要点を診療録に記載すること。

ウ　説明した結果、区分番号「Ｄ００６―18」の「２」に掲げるＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の血液を検体とするものを実施し、区分番号「Ｄ０２６」検体検査判断料の注６に掲げる遺伝カウンセリング加算を算定する場合は、がん患者指導管理料ニの所定点数は算定できない。

エ　遺伝カウンセリング加算に係る施設基準の届出を行っている他保険医療機関の臨床

遺伝学に関する十分な知識を有する医師と連携して指導を行った場合においても算定できる。なお、その場合の診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。ただし、その場合であっても区分番号「Ｄ０２６」検体検査判断料の注６に掲げる遺伝カウンセリング加算を算定する場合は、がん患者指導管理料ニの所定点数は算定できない。

オ　「注７」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

24　外来緩和ケア管理料

（１）　外来緩和ケア管理料については、医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している入院中の患者以外の悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。

（２）　末期心不全の患者とは、以下のアからウまでの基準及びエからカまでのいずれかの基準に該当するものをいう。

ア　心不全に対して適切な治療が実施されていること。

イ　器質的な心機能障害により、適切な治療にもかかわらず、慢性的に NYHA 重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。

ウ　過去１年以内に心不全による急変時の入院が２回以上あること。なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院を除く。

エ　左室駆出率が 20%以下であること。

オ　医学的に終末期であると判断される状態であること。

カ　エ又はオに掲げる状態に準ずる場合であること。

（３）　緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者を診療する際には当該研修を修了していなくても本管理料は算定できる。

（４）　緩和ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療を担う保険医、看護師及び薬剤師などと共同の上、別紙様式３又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付すること。

（５）　１日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね 30 人以内とする。ただし、「注４」に規定する点数を算定する場合は、１日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね 15 人以内とする。

（６）　症状緩和に係るカンファレンスが週１回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師などが参加していること。

（７）　当該保険医療機関に緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。

（８）　院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

（９）　当該緩和ケアチームは、緩和ケア診療加算の緩和ケアチームと兼任可能である。

（10）　「注４」に規定する点数は、基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に

所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、ＤＰＣ対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料１のみを届け出ている病院を除く。）において、算定可能である。

(11)　「注５」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

25　移植後患者指導管理料

（１）　移植後患者指導管理料は、臓器移植（角膜移植を除く。）又は造血幹細胞移植を受けた患者（以下「臓器等移植後の患者」という。）が、移植した臓器又は造血幹細胞を長期にわたって生着させるために、多職種が連携して、移植の特殊性に配慮した専門的な外来管理を行うことを評価するものである。臓器移植後の患者については「イ 臓器移植後の場合」を、造血幹細胞移植後の患者については「ロ 造血幹細胞移植後の場合」を算定する。

（２）　移植後患者指導管理料は、臓器等移植後の患者に対して、移植に係る診療科に専任する医師と移植医療に係る適切な研修を受けた専任の看護師が、必要に応じて、薬剤師等と連携し、治療計画を作成し、臓器等移植後の患者に特有の拒絶反応や移植片対宿主病（ＧＶＨＤ）、易感染性等の特性に鑑みて、療養上必要な指導管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

（３）　移植医療に係る適切な研修を受けた看護師は、関係診療科及び関係職種と緊密に連携をとり、かつ適切な役割分担を考慮しつつ、医師の指示のもと臓器等移植後の患者に対して提供される医療について調整を行うこと。

（４）　臓器等移植後患者であっても、移植後の患者に特有な指導が必要ない状態となった場合は移植後患者指導管理料は算定できない。

（５）　「注３」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

26　植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料

（１）　植込型輸液ポンプを使用している患者であって、入院中の患者以外の患者について、診察とともに投与量の確認や調節など、療養上必要な指導を行った場合に、１月に１回に限り算定する。この場合において、プログラム変更に要する費用は所定点数に含まれる。

（２）　指導内容の要点を診療録に記載する。

27　糖尿病透析予防指導管理料

（１）　糖尿病透析予防指導管理料は、入院中の患者以外の糖尿病患者（通院する患者のことをいい、在宅での療養を行う患者を除く。）のうち、ヘモグロビン A1c（HbA1c）がＪＤＳ値で 6.1%以上（ＮＧＳＰ値で 6.5%以上）又は内服薬やインスリン製剤を使用している者であって、糖尿病性腎症第２期以上の患者（現に透析療法を行っている者を除く。）に対し、医師が糖尿病透析予防に関する指導の必要性があると認めた場合に、月１回に限り算定する。

（２）　当該指導管理料は、専任の医師、当該医師の指示を受けた専任の看護師（又は保健師）及び管理栄養士（以下「透析予防診療チーム」という。）が、(１)の患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制

限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。

（3） 当該指導管理料を算定すべき指導の実施に当たっては、透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成すること。

（4） 当該管理を実施する透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に記載すること。

（5） 「注４」に規定する点数は、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が 400 床以上の病院、ＤＰＣ対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料１のみを届け出ている病院を除く。）において、算定可能である。

（6） 同一月又は同一日においても、「注２」及び「注３」に規定するものを除き、第２章第１部の各区分に規定する他の医学管理等及び第２部第２節第１款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。

（7） 当該管理料を算定する場合は、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添２の様式５の７に基づき、１年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。

（8） 「注５」に規定する高度腎機能障害患者指導加算は、eGFR （mL/分/1.73 ㎡）が 45 未満の患者に対し、専任の医師が、当該患者が腎機能を維持する観点から必要と考えられる運動について、その種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導し、また既に運動を開始している患者についてはその状況を確認し、必要に応じて更なる指導を行った場合に算定する。なお、指導については日本腎臓リハビリテーション学会から「保存期ＣＫＤ患者に対する腎臓リハビリテーションの手引き」が示されているので、指導が適切になされるよう留意されたい。

（9） 本管理料を算定する患者について、保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合には、患者の同意を得て、必要な協力を行うこと。

(10) 「注６」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

(11) 「注６」に規定する点数を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。

ア 透析予防診療チームが、情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行う月において、(1)の患者に対し、ビデオ通話が可能な情報通信機器を活用して、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限、蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施する。なお、情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行う月にあっては、医師又は医師の指示を受けた看護師若しくは管理栄養士による指導等について、各職種が当該月の別日に指導等を実施した場合においても算定できる。

イ 当該指導等の実施に当たっては、透析予防診療チームは、事前に、対面による指導と情報通信機器を用いた診療による指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する。

ウ　透析予防診療チームは、情報通信機器を用いた診療により実施した指導内容、指導実施時間等を診療録、療養指導記録又は栄養指導記録に記載する。

28　小児運動器疾患指導管理料

（1）　小児運動器疾患指導管理料は、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患に対し継続的な管理を必要とするものに対し、専門的な管理を行った場合に算定するものであり、小児の運動器疾患に関する適切な研修を修了した医師が、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に算定できる。

（2）　対象患者は、以下のいずれかに該当する 20 歳未満の患者とする。

ア　先天性股関節脱臼、斜頚、内反足、ペルテス病、脳性麻痺、脚長不等、四肢の先天奇形、良性骨軟部腫瘍による四肢変形、外傷後の四肢変形、二分脊椎、脊髄係留症候群又は側弯症を有する患者

イ　装具を使用する患者

ウ　医師が継続的なリハビリテーションが必要と判断する状態の患者

エ　その他、手術適応の評価等、成長に応じた適切な治療法の選択のために、継続的な診療が必要な患者

（3）　初回算定時に治療計画を作成し、患者の家族等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導の要点を診療録に記載すること。

（4）　日常的に車椅子を使用する患者であって、車椅子上での姿勢保持が困難なため、食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者については、医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士等が、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや附属品の選定や調整を行うことが望ましい。

29　乳腺炎重症化予防ケア・指導料

（1）　乳腺炎重症化予防ケア・指導料は、入院中以外の乳腺炎の患者であって、乳腺炎が原因となり母乳育児に困難がある患者に対して、医師がケア及び指導の必要性があると認めた場合で、乳腺炎の重症化及び再発予防に係る指導並びに乳房に係る疾患を有する患者の診療について経験を有する医師又は乳腺炎及び母乳育児に関するケア・指導に係る経験を有する助産師が、当該患者に対して乳房のマッサージや搾乳等の乳腺炎に係るケア、授乳や生活に関する指導、心理的支援等の乳腺炎の早期回復、重症化及び再発予防に向けた包括的なケア及び指導を行った場合に、分娩 1 回につき 4 回に限り算定する。

（2）　当該ケア及び指導を実施する医師又は助産師は、包括的なケア及び指導に関する計画を作成し計画に基づき実施するとともに、実施した内容を診療録等に記載する。

30　婦人科特定疾患治療管理料

（1）　婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関において、入院中の患者以外の器質性月経困難症の患者であって、ホルモン剤（器質性月経困難症に対して投与されたものに限る。）を投与しているものに対して、婦人科又は産婦人科を担当する医師が、患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、３月に１回に限り算定すること。

（2）　治療計画を作成し、患者に説明して同意を得るとともに、毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。なお、治療計画の策定に当たっては、患者の病態、社会的要因、

薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。

（３） 治療に当たっては、関連学会等から示されているガイドラインを踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。

31 腎代替療法指導管理料

（１） 腎代替療法指導管理料は、腎臓内科の経験を有する常勤医師及び腎臓病患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が、当該患者への腎代替療法の情報提供が必要と判断した場合に、腎代替療法について指導を行い、当該患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に、患者１人につき２回に限り算定する。なお、２回目の当該管理料の算定に当たっては、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（２） 当該管理料の対象となる患者は、次のいずれかの要件を満たすものとする。

ア 慢性腎臓病の患者であって、３月前までの直近２回の eGFR（mL/分/1.73m^2）がいずれも 30 未満の場合

イ 急速進行性糸球体腎炎等による腎障害により、急速な腎機能低下を呈し、不可逆的に慢性腎臓病に至ると判断される場合

（３） 当該管理料を算定すべき指導の実施に当たっては、(２)の要件を満たす慢性腎臓病患者の腎代替療法選択にとって、適切と判断される時期に行うこととし、血液透析、腹膜透析、腎移植等の腎代替療法のうち、いずれについても情報提供すること。なお、当該情報提供は、腎臓病教室とは別に行うこと。

（４） 指導内容等の要点を診療録に記載する。なお、説明に用いた文書の写しの診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。

（５） 説明に当たっては、関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき説明を行うこと。

（６） 当該管理料を算定する場合にあっては、(２)のア又はイのうち該当するものに応じて、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア (２)のアに該当する場合は、直近の血液検査における eGFR の検査値について、以下の(イ)から(ハ)までのうちいずれかに該当するもの。

(イ) 25mL/min/1.73m^{2}以上 30mL/min/1.73m^{2}未満

(ロ) 15mL/min/1.73m^{2}以上 25mL/min/1.73m^{2}未満

(ハ) 15mL/min/1.73m^{2}未満

イ (２)のイに該当する場合は、当該指導管理の実施について適切な時期と判断した理由。

（７） 「注３」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

32 一般不妊治療管理料

（１） 一般不妊治療管理料は、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、一般不妊治療を実施しているものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、３月に１回に限り算定する。

（２） 治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下この区分において同じ。）に文書を用いて説明の上交付し、文書によ

る同意を得ること。また、交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付すること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。

（3） 少なくとも６月に１回以上、当該患者及びそのパートナーに対して治療内容等に係る同意について確認するとともに、必要に応じて治療計画の見直しを行うこと。なお、治療計画の見直しを行った場合には、当該患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付し、文書による同意を得ること。また、交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付すること。

（4） 治療計画の作成に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。また、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行うこと。なお、必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他の保険医療機関への紹介を行うこと。

（5） 当該患者に対する毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。

（6） 当該管理料の初回算定時に、当該患者及びそのパートナーを不妊症と診断した理由について、診療録に記載すること。

（7） 当該管理料の初回算定時に、以下のいずれかに該当することを確認すること。

ア 当該患者及びそのパートナーが、婚姻関係にあること。

イ 当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。

（8） (7)の確認に当たっては、確認した方法について、診療録に記載するとともに、提出された文書等がある場合には、当該文書等を診療録に添付すること。

33 生殖補助医療管理料

（1） 生殖補助医療管理料は、入院中の患者以外の不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているもの（実施するための準備をしている者を含み、当該患者又はそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下この区分において同じ。）のうち女性の年齢が当該生殖補助医療の開始日において 43 歳未満である場合に限る。）に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月に１回に限り算定する。

（2） 治療計画を作成し、当該患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付し、文書による同意を得ること。また、交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付すること。なお、治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーの病態、就労の状況を含む社会的要因、薬物療法の副作用や合併症のリスク等を考慮すること。

（3） 治療計画は、胚移植術の実施に向けた一連の診療過程ごとに作成すること。また、当該計画は、採卵術（実施するため準備を含む。）から胚移植術（その結果の確認を含む。）までの診療過程を含めて作成すること。ただし、既に凍結保存されている胚を用いて凍結・融解胚移植術を実施する場合には、当該胚移植術の準備から結果の確認までを含めて作成すればよい。

（4） 治療計画の作成に当たっては、当該患者及びそのパートナーのこれまでの治療経過を把握すること。特に、治療計画の作成時点における胚移植術の実施回数の合計について

確認した上で、診療録に記載するとともに、当該時点における実施回数の合計及び確認した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、確認に当たっては、患者及びそのパートナーからの申告に基づき確認するとともに、必要に応じて、過去に治療を実施した他の保険医療機関又は保険者に照会すること。

（５） 少なくとも６月に１回以上、当該患者及びそのパートナーに対して治療内容等に係る同意について確認するとともに、必要に応じて治療計画の見直しを行うこと。なお、治療計画の見直しを行った場合には、当該患者及びそのパートナーに文書を用いて説明の上交付し、文書による同意を得ること。また、交付した文書の写し及び同意を得た文書を診療録に添付すること。

（６） 治療計画の作成に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、薬物療法等の治療方針について適切に検討すること。また、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを行うこと。

（７） 治療計画を作成し、又は見直した場合における当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、２回目以降の胚移植術に向けた治療計画を作成した場合には、その内容について当該患者及びそのパートナーに説明して同意を得た年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（８） 当該患者に対する毎回の指導内容の要点を診療録に記載すること。

（９） 治療に当たっては、当該患者の状態に応じて、必要な心理的ケアや社会的支援について検討し、適切なケア・支援の提供又は当該支援等を提供可能な他の施設への紹介等を行うこと。

(10) 当該管理料の初回算定時に、当該患者及びそのパートナーを不妊症と診断した理由について、診療録に記載すること。

(11) 当該管理料の初回算定時に、以下のいずれかに該当することを確認すること。ただし、同一保険医療機関において、当該患者又はそのパートナーに対して区分番号「Ｂ００１」の「32」一般不妊治療管理料に係る医学管理を行っていた場合にあっては、この限りではない。

ア 当該患者及びそのパートナーが、婚姻関係にあること。

イ 当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。

(12) (11)の確認に当たっては、確認した方法について、診療録に記載するとともに、提出された文書等がある場合には、当該文書等を診療録に添付すること。

34 二次性骨折予防継続管理料

（１） 二次性骨折予防継続管理料は、骨粗鬆症の治療による二次性骨折の予防を推進する観点から、骨粗鬆症を有する大腿骨近位部骨折患者に対して早期から必要な治療を実施した場合について評価を行うものである。大腿骨近位部骨折の患者に対して、関係学会のガイドラインに沿って継続的に骨粗鬆症の評価を行い、必要な治療等を実施した場合に、「イ」及び「ロ」については入院中に１回、「ハ」については初回算定日より１年を限度として月に１回に限り算定する。

（２） 「イ」を算定した患者が当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に転院した場合又は同一の保険医療機関のリハビリテーション医療等を担う病棟に転棟した場合

において「ロ」は算定できない。

（３） 「イ」又は「ロ」を算定した患者が退院し、入院していた保険医療機関と同一の保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関の外来を受診した場合について、「イ」又は「ロ」を算定した同一月において「ハ」は算定できない。

（４） 「イ」については、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療等が実施された場合に算定する。

（５） 「ロ」及び「ハ」は、関係学会より示されている「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」及び「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」に沿った適切な評価及び治療効果の判定等、必要な治療を継続して実施した場合に算定する。

（６） 当該管理料を算定すべき医学管理の実施に当たっては、骨量測定、骨代謝マーカー、脊椎エックス線写真等による必要な評価を行うこと。

35 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料

（１） アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料は、入院中の患者以外のアレルギー性鼻炎と診断された患者に対して、アレルゲン免疫療法による計画的な治療管理を行った場合に月１回に限り算定する。なお、アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料イにおいて「１月目」とは初回の治療管理を行った月のことをいう。

（２） アレルゲン免疫療法を開始する前に、治療内容、期待される効果、副作用等について文書を用いた上で患者に説明し、同意を得ること。また、説明内容の要点を診療録に記載する。

（３） 学会によるガイドライン等を参考にすること。

36 下肢創傷処置管理料

（１） 下肢創傷処置管理料は、入院中の患者以外の患者であって、下肢の潰瘍に対し継続的な管理を必要とするものに対し、区分番号「Ｊ０００－２」に掲げる下肢創傷処置と併せて、専門的な管理を行った場合に算定するものであり、下肢創傷処置に関する適切な研修を修了した医師が、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に算定できる。

（２） 初回算定時に治療計画を作成し、患者及び家族等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導の要点を診療録に記載すること。

（３） 学会によるガイドライン等を参考にすること。

Ｂ００１－２ 小児科外来診療料

（１） 小児科外来診療料は、入院中の患者以外の患者であって、６歳未満の全ての者を対象とする。また、対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行うものとする。

（２） 小児科外来診療料は、小児科を標榜する保険医療機関において算定する。ただし、区分番号「Ｂ００１－２－11」小児かかりつけ診療料を算定している患者、第２部第２節第１款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定している患者（他の保険医療機関で算定している患者を含む。）及びパリビズマブを投与している患者(投与当日に限る。)については、小児科外来診療料の算定対象とはならない。

（３） 当該患者の診療に係る費用は、「注４」の小児抗菌薬適正使用支援加算、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料及び区分番号「Ａ００２」外来診療

料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、区分番号「Ａ０００」初診料の機能強化加算、区分番号「Ｂ００１－２－２」地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号「Ｂ００１－２－５」院内トリアージ実施料、区分番号「Ｂ００１－２－６」夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号「Ｂ０１０」診療情報提供料(Ⅱ)、区分番号「Ｂ０１１」連携強化診療情報提供料並びに区分番号「Ｃ０００」往診料（往診料の加算を含む。）を除き、全て所定点数に含まれる。ただし、初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ 85 点、250 点、580 点又は 230 点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ 65 点、190 点、520 点又は 180 点を算定する。

（４） 同一日において、同一患者の再診が２回以上行われた場合であっても、１日につき所定の点数を算定する。

（５） 同一月において、院外処方箋を交付した日がある場合は、当該月においては、「１」の所定点数により算定する。ただし、この場合であっても、院外処方箋を交付している患者に対し、夜間緊急の受診の場合等やむを得ない場合において院内投薬を行う場合は、「２」の所定点数を算定できるが、その場合には、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（６） 当該保険医療機関において、院内処方を行わない場合は、「１　処方箋を交付する場合」の所定点数を算定する。

（７） 小児科外来診療料を算定している保険医療機関において、６歳未満の小児が初診を行いそのまま入院となった場合の初診料は、小児科外来診療料ではなく、初診料を算定し、当該初診料の請求は入院の診療報酬明細書により行う。

（８） ６歳の誕生日が属する月において、６歳の誕生日前に当該保険医療機関を受診し、小児科外来診療料を算定した場合にあっては、６歳の誕生日後に当該保険医療機関を受診しても、当該月の診療に係る請求は小児科外来診療料により行うものとする。

（９） 小児科外来診療料を算定している保険医療機関のうち、許可病床数が 200 床以上の病院においては、他の保険医療機関等からの紹介なしに受診した６歳未満の乳幼児の初診については、保険外併用療養費に係る選定療養の対象となる。したがって、小児科外来診療料の初診時の点数を算定した上に、患者からの特別の料金を徴収できる。

(10) 本診療料を算定する保険医療機関の保険医が「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成 18 年３月 31 日保医発第 0331002 号）に定める「配置医師」であり、それぞれの配置されている施設に赴き行った診療については、本診療料は算定できないが、それぞれの診療行為に係る所定点数により算定できるものとする。

(11) 本診療料を算定する場合、抗菌薬の適正な使用を推進するため、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に、抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていること。

(12) 「注４」に規定する小児抗菌薬適正使用支援加算は、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科を担当する専任の医師が診療を行った初診時に、月に１回に限り算定する。なお、インフルエンザウイルス感染の患者又はイン

フルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

Ｂ００１－２－２　地域連携小児夜間・休日診療料

（１）　地域連携小児夜間・休日診療料は、保険医療機関が地域の小児科を専ら担当する診療所その他の保険医療機関の医師と連携をとりつつ、小児の救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に小児の診療が可能な体制を保つことを評価するものである。

（２）　地域連携小児夜間・休日診療料１については、夜間、休日又は深夜であって、保険医療機関があらかじめ地域に周知している時間に、地域連携小児夜間・休日診療料２については、保険医療機関が 24 時間診療することを周知した上で、夜間、休日又は深夜に、それぞれ６歳未満の小児を診療した場合に算定する。

（３）　地域連携小児夜間・休日診療料は、夜間、休日又は深夜に急性に発症し、又は増悪した６歳未満の患者であって、やむを得ず当該時間帯に保険医療機関を受診するものを対象としたものである。したがって、慢性疾患の継続的な治療等のための受診については算定できない。

（４）　夜間、休日又は深夜における担当医師名とその主たる勤務先について、予定表を作成し院内に掲示するものとする。

（５）　地域連携小児夜間・休日診療料を算定する場合にあっては、診療内容の要点、診療医師名及びその主たる勤務先名を診療録に記載するものとする。

（６）　一連の夜間及び深夜又は同一休日に、同一の患者に対しては、地域連携小児夜間・休日診療料は原則として１回のみ算定する。なお、病態の度重なる変化等による複数回の受診のため２回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。

（７）　入院中の患者については、地域連携小児夜間・休日診療料は算定できない。ただし、患者が地域連携小児夜間・休日診療料を算定すべき診療を経た上で入院した場合は、算定できる。

（８）　患者本人が受診せず、家族などに対して指導等を行った場合には、当該診療料は算定できない。

（９）　地域連携小児夜間・休日診療料は地域の夜間・急病センター、病院等において地域の医師が連携・協力して、診療に当たる体制を評価したものであり、在宅当番医制で行う夜間・休日診療においては算定できない。

Ｂ００１－２－３　乳幼児育児栄養指導料

（１）　乳幼児育児栄養指導料は、小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が３歳未満の乳幼児に対して区分番号「Ａ０００」初診料（「注５」のただし書に規定する初診を除く。）を算定する初診を行った場合に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行ったときに算定する。この場合、指導の要点を診療録に記載すること。ただし、初診料を算定する初診を行った後、即入院となった場合には算定できない。

（２）　「注２」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

Ｂ００１－２－４　地域連携夜間・休日診療料

（１）　地域連携夜間・休日診療料は、保険医療機関が地域の他の保険医療機関の医師と連携をとりつつ、救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に診療が可能な体制を保つこと

を評価するものである。

（２） 地域連携夜間・休日診療料については、夜間、休日又は深夜であって、保険医療機関があらかじめ地域に周知している時間に、患者を診療した場合に算定する。

（３） 地域連携夜間・休日診療料は、夜間、休日又は深夜に急性に発症し、又は増悪した患者であって、やむを得ず当該時間帯に保険医療機関を受診するものを対象としたものである。したがって、慢性疾患の継続的な治療等のための受診については算定できない。

（４） 夜間、休日又は深夜における担当医師名とその主たる勤務先について、予定表を作成し院内に掲示するものとする。

（５） 地域連携夜間・休日診療料を算定する場合にあっては、診療内容の要点、診療医師名及びその主たる勤務先名を診療録に記載するものとする。

（６） 一連の夜間及び深夜又は同一休日に、同一の患者に対しては、地域連携夜間・休日診療料は原則として１回のみ算定する。なお、病態の度重なる変化等による複数回の受診のため２回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。

（７） 入院中の患者については、地域連携夜間・休日診療料は算定できない。ただし、患者が地域連携夜間・休日診療料を算定すべき診療を経た上で入院した場合は、算定できる。

（８） 患者本人が受診せず、家族などに対して指導等を行った場合には、当該診療料は算定できない。

（９） 地域連携夜間・休日診療料は地域の夜間・急病センター、病院等において地域の医師が連携・協力して、診療に当たる体制を評価したものであり、在宅当番医制で行う夜間・休日診療においては算定できない。

Ｂ００１－２－５　院内トリアージ実施料

（１） 院内トリアージ実施料については、院内トリアージ体制を整えている保険医療機関において、夜間、休日又は深夜に受診した患者であって初診のものに対して当該保険医療機関の院内トリアージ基準に基づいて専任の医師又は救急医療に関する３年以上の経験を有する専任の看護師により患者の来院後速やかに患者の状態を評価し、患者の緊急度区分に応じて診療の優先順位付けを行う院内トリアージが行われ、診療録等にその旨を記載した場合に算定できる。ただし、「Ｂ００１－２－６」夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者については算定できない。

（２） 院内トリアージを行う際には患者又はその家族等に対して、十分にその趣旨を説明すること。

Ｂ００１－２－６　夜間休日救急搬送医学管理料

（１） 夜間休日救急搬送医学管理料については、第二次救急医療機関（都道府県が作成する医療計画において、入院を要する救急医療を担う医療機関であって、第三次救急医療機関以外のものをいう。）又は都道府県知事若しくは指定都市市長の指定する精神科救急医療施設において、深夜、時間外(土曜日以外の日（休日を除く。）にあっては、夜間に限る。)、休日に、救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第２条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって初診のものについて、必要な医学管理が行われた場

合に算定する。

なお、夜間及び深夜の取扱いは、往診料の場合と同様である。

（２） 「注２」に規定する精神科疾患患者等受入加算の対象患者は、深夜、時間外又は休日に救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターで搬送された患者のうち、以下のいずれかのものとする。

イ 過去６月以内に精神科受診の既往がある患者

ロ アルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者

（３） Ｂ００１－２－５「院内トリアージ実施料」を算定した患者には夜間休日救急搬送医学管理料は算定できない。

Ｂ００１－２－７ 外来リハビリテーション診療料

（１） 外来リハビリテーション診療料は、医師によるリハビリテーションに関する包括的な診察を評価するものである。

（２） 外来リハビリテーション診療料１の対象患者は、状態が比較的安定している患者であって、リハビリテーション実施計画書において心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に掲げるリハビリテーション（以下「疾患別リハビリテーション」という。）を１週間に２日以上提供することとしている患者である。

（３） 外来リハビリテーション診療料１を算定した日から起算して７日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料は算定できないものとし、当該７日間は、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。

（４） 外来リハビリテーション診療料２の対象患者は、状態が比較的安定している患者であって、リハビリテーション実施計画書において疾患別リハビリテーションを２週間に２日以上提供することとしている患者である。

（５） 外来リハビリテーション診療料２を算定した日から起算して 14 日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料は算定できないものとし、当該 14 日間は区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。

（６） 外来リハビリテーション診療料１及び２を算定している場合は、疾患別リハビリテーションを提供する日において、リハビリテーションスタッフ（疾患別リハビリテーションの実施に係る理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等をいう。以下同じ。）がリハビリテーション提供前に患者の状態を十分に観察し、療養指導記録に記載すること。また、患者の状態を観察した際に、前回と比べて状態の変化が認められた場合や患者の求めがあった場合等には、必要に応じて医師が診察を行うこと。

（７） 外来リハビリテーション診療料１及び２を算定している場合は、医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したリハビリテーションスタッフからの報告を受け、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況等を確認し、診療録等に記載すること。なお、リハビリテーションスタッフからの報告は、カンファレ

ンスの実施により代えることとしても差し支えない。

Ｂ００１－２－８　外来放射線照射診療料

（１）　放射線治療医（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が診察を行った日に算定し、算定日から起算して７日間は放射線照射の実施に係る区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料は算定できないものとし、当該７日間は、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できるものとする。

（２）　外来放射線照射診療料を算定した場合にあっては、第２日目以降の看護師、診療放射線技師等による患者の観察については、照射ごとに記録し、医師に報告すること。

（３）　放射線治療を行う前に、放射線治療により期待される治療効果や成績などとともに、合併症、副作用等についても必ず患者又はその家族に説明し、文書等による同意を得ること。

（４）　関係学会による放射線精度管理等のガイドラインを遵守すること。

（５）　算定した日を含め、３日間以内で放射線照射が終了する場合は、本点数の 100 分の 50 に相当する点数を算定する。

Ｂ００１－２－９　地域包括診療料

（１）　地域包括診療料は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。なお、地域包括診療料と区分番号「Ａ００１」再診料の「注 12」地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる。

（２）　地域包括診療料の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）及び認知症の６疾病のうち、２つ以上（疑いを除く。）を有する者である。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記６疾病のうち２つ）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも当該診療料、区分番号「Ａ００１」再診料の「注 12」地域包括診療加算、同「注 13」認知症地域包括診療加算又は区分番号「Ｂ００１－２－10」認知症地域包括診療料を算定可能である。

（３）　当該患者を診療する担当医を決めること。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。なお、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒、その他療養を行うに当たっての問題点等に係る生活面の指導については、必要に応じて、当該医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師が行っても差し支えない。

（４）　当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。

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

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

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

エ　病院において、患者の同意が得られた場合は、以下の全てを満たす薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。

（イ）24 時間開局している薬局であること。なお、24 時間開局している薬局のリストを患者に説明した上で患者が選定した薬局であること。

（ロ）当該患者がかかっている医療機関を全て把握した上で、薬剤服用歴を一元的かつ継続的に管理し、投薬期間中の服薬状況等を確認及び適切な指導を行い、当該患者の服薬に関する情報を医療機関に提供している薬局であること。

（ハ）病院において院外処方を行う場合は、以下の通りとする。

①　当該患者が受診している医療機関のリスト及び当該患者が当該診療料を算定している旨を、処方箋に添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行うこと。

②　患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局若しくは当該医療機関が発行するお薬手帳を持参させること。また、当該患者の院外処方を担当する保険薬局から文書で情報提供を受けることでもよい。なお、保険薬局から文書で情報提供を受けた場合も、当該患者に対し、事後的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。

③　また、診療録にお薬手帳のコピー若しくは保険薬局からの文書のコピーを添付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

オ　診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。

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

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

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

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

（ホ）また、診療録にお薬手帳のコピー若しくは保険薬局からの文書のコピーを添付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録等に記載すること。

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

キ　当該患者について、当該医療機関で検査（院外に委託した場合を含む。）を行うこと。

ク　健康診断や検診の受診勧奨を行い、その結果等を診療録に添付又は記載するとともに、患者に提供し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。

ケ　必要に応じ、要介護認定に係る主治医意見書を作成すること。

コ　必要に応じ、患者の予防接種の実施状況を把握すること等により、当該患者からの予防接種に係る相談に対応すること。

サ　患者の同意について、当該診療料の初回算定時に、別紙様式 48 を参考に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録等に添付すること。ただし、直近１年間に４回以上の受診歴を有する患者については、別紙様式 48 を参考に診療の要点を説明していれば、同意の手続きは省略して差し支えない。なお、当該医療機関自ら作成した文書を用いることでよい。

シ　当該診療料を算定する場合は、投薬の部に掲げる「７種類以上の内服薬の投薬を行う場合」の規定は適用しないものであること。

ス　認知症の患者に対し当該診療料を算定する場合であって、当該患者の病状から、患者への説明及び患者の同意について、患者の家族等への説明及び当該患者の家族等による同意による方が適切と考えられる場合には、当該部分について「患者」を「患者の家族等」と読み替えるものとする。

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

ア　健康相談を行っていること。

イ　介護保険に係る相談を行っていること。

ウ　予防接種に係る相談を行っていること。

（６）　地域包括診療料を算定する医療機関においては、往診又は訪問診療を提供可能であること。往診又は訪問診療の対象の患者には、24 時間対応可能な夜間の連絡先を提供し、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合には、往診、外来受診の指示等、速やかに必要な対応を行うこと。「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の第９在宅療養支援診療所の施設基準の１の(１)に規定する在宅療養支援診療所以外の在宅療養支援診療所においては、連絡を受けて行う往診又は外来診療の体制について、連携する他の保険医療機関とともに行うことも可能であること。

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

（８）　「注３」の薬剤適正使用連携加算については、区分番号「Ａ００１」再診料の「注 14」に規定する薬剤適正使用連携加算の例によること。

Ｂ００１－２－10　認知症地域包括診療料

（１）　認知症地域包括診療料は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、認知症患者であって以下の全ての要件を満たす患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。

ア　認知症以外に１以上の疾病（疑いを除く。）を有する者

イ　同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていない患者

（イ）　１処方につき５種類を超える内服薬があるもの

（ロ）　１処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬をあわせて３種類を超え

て含むもの

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

（２） 区分番号「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料の(３)から(７)((４)のシを除く。)までを満たすこと。

（３） 「注３」の薬剤適正使用連携加算については、区分番号「Ａ００１」再診料の「注 14」に規定する薬剤適正使用連携加算の例によること。

（４） 認知症地域包括診療料１を算定する場合には、区分番号「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料の(６)を満たすこと。

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

Ｂ００１－２－11　小児かかりつけ診療料

（１） 小児かかりつけ診療料は、かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、原則として１人の患者につき１か所の保険医療機関が算定する。

（２） 小児かかりつけ診療料は、当該保険医療機関を４回以上受診（予防接種の実施等を目的とした保険外のものを含む。）した未就学児（６歳以上の患者にあっては、６歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者を対象とする。なお、過去に当該診療料の算定を行っていた患者が、当該診療料の算定を行わなくなった場合、６歳以上の患者については、再度当該診療料を算定することはできない。

（３） 同一日において、同一患者の再診が２回以上行われた場合であっても、１日につき所定の点数を算定する。

（４） 同一月において、院外処方箋を交付した日がある場合は、当該月においては、「イ」の所定点数により算定する。ただし、この場合であっても、院外処方箋を交付している患者に対し、夜間緊急の受診の場合等やむを得ない場合において院内投薬を行う場合は、「ロ」の所定点数を算定できるが、その場合には、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（５） 当該保険医療機関において院内処方を行わない場合は、「イ　処方箋を交付する場合」の所定点数を算定する。

（６） 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。

ア　急性疾患を発症した際の対応の仕方や、アトピー性皮膚炎、喘息その他乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の管理等について、かかりつけ医として療養上必要な指導及び診療を行うこと。

イ　他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと。

ウ　患者について、健康診査の受診状況及び受診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じること。

エ　患者について、予防接種の実施状況を把握するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する指導を行うこと。

オ　かかりつけ医として、上記アからエまでに掲げる指導等を行う旨を患者に対して書面（別紙様式10を参考とし、各医療機関において作成すること。）を交付して説明し、同意を得ること。また、小児かかりつけ医として上記アからエまでに掲げる指導等を行っている旨を、当該保険医療機関の外来受付等の見やすい場所に掲示していること。

（７）　小児かかりつけ診療料を算定した場合は、区分番号「Ｂ００１－２」小児科外来診療料は算定できない。

（８）　小児かかりつけ診療料を算定する場合、抗菌薬の適正な使用を推進するため、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に、抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていること。

（９）　「注４」に規定する小児抗菌薬適正使用支援加算は、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科を担当する専任の医師が診療を行った初診時に、月に１回に限り算定する。なお、インフルエンザウイルス感染の患者又はインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

Ｂ００１－２－12　外来腫瘍化学療法診療料

（１）　外来腫瘍化学療法診療料は、入院中の患者以外の悪性腫瘍を主病とする患者に対して、患者の同意を得た上で、化学療法の経験を有する医師、化学療法に従事した経験を有する専任の看護師及び化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行った場合に算定する。

（２）　「１」の「ロ」及び「２」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。

なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。

（３）　外来化学療法の実施及びその他必要な治療管理を行うに当たっては、患者の心理状態に十分配慮された環境で、以下の説明及び指導等を行うこと。

なお、患者の十分な理解が得られない場合又は患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

ア　初回、レジメンを変更した際、及び必要に応じて、患者に対して、抗悪性腫瘍剤の効能・効果、投与計画、副作用の種類とその対策、副作用に対する薬剤や医療用麻薬等の使い方、他の薬を服用している場合は薬物相互作用、日常生活での注意点、抗悪性腫瘍剤ばく露の予防方法等について文書により説明を行うこと。

なお、抗悪性腫瘍剤ばく露の予防方法については、関係学会から示されている抗悪性腫瘍剤ばく露対策の指針に基づき、患者及びその家族等に対して指導を行うこと。

イ　アについては、医師の指示を受けた、抗悪性腫瘍剤に係る業務に従事した経験を有する専任の薬剤師が実施しても差し支えない。ただし、その場合、アに加えて、指導を行った薬剤師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、指導内容、過去の治療歴に関する患者情報（患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴等）、服薬状況、患者からの症状及び不安等の訴えの有無等について医師に報告するとともに、必要に応じて、副作用に対応する薬剤、医療用麻薬等又は抗悪性腫瘍剤の処方に関する提案等を行うこと。

ウ　指導内容等の要点を診療録若しくは薬剤管理指導記録に記載又は説明に用いた文書の写しを診療録等に添付すること。

（4）　抗悪性腫瘍剤の注射による投与を行うに当たっては、外来化学療法に係る専用室において、投与を行うこと。

（5）　当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対して24時間対応できる体制を確保し、連絡先電話番号及び緊急時の注意事項等について、文書により提供すること。

（6）　外来腫瘍化学療法診療料１は、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会（他の保険医療機関と連携し、共同で開催する場合を含む。）において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定でき、それ以外の場合には、算定できない。

（7）　「注６」に規定する連携充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料１を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料１を算定する日に、次に掲げる全ての業務を実施した場合に月１回に限り算定する。

ア　化学療法の経験を有する専任の医師又は化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、患者に注射又は投薬されている抗悪性腫瘍剤等の副作用の発現状況を評価するとともに、副作用の発現状況を記載した治療計画等の治療の進捗に関する文書を患者に交付すること。なお、当該文書に次に掲げる事項が記載されていること。

（イ）　患者に実施しているレジメン

（ロ）　当該レジメンの実施状況

（ハ）　患者に投与した抗悪性腫瘍剤等の投与量

（ニ）　主な副作用の発現状況（「有害事象共通用語規準 v5.0 日本語訳 JCOG 版」に基づく副作用の重篤度のスケール（Grade）及び関連する血液・生化学的検査の結果等）

（ホ）　その他医学・薬学的管理上必要な事項

イ　治療の状況等を共有することを目的に、交付した治療計画等の治療の進捗に関する文書を他の保険医療機関の医師若しくは薬剤師又は保険薬局の薬剤師に提示するよう患者に指導を行うこと。

ウ　他の保険医療機関又は保険薬局から服薬状況、抗悪性腫瘍剤等の副作用等に関する情報が提供された場合には、必要な分析又は評価等を行うこと。

エ　悪性腫瘍の治療を担当する医師の診察に当たっては、あらかじめ薬剤師、看護師等と連携して服薬状況、抗悪性腫瘍剤等の副作用等に関する情報を収集し、診療に活用することが望ましい。

オ　療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、管理栄養士と連携を図ること。

（８）「注７」に規定するバイオ後続品導入初期加算については、当該患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性等について説明した上で、バイオ後続品を使用した場合に、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して、３月に限り、月１回に限り算定する。

Ｂ００１－３　生活習慣病管理料

（１）生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。この場合において、当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施しても差し支えない。なお、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。

（２）生活習慣病管理料は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式９又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。また、交付した療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については血糖値及びＨｂＡ１ｃの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載すること。

（３）当該患者の診療に際して行った第１部医学管理等（「Ｂ００１」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料及び同「27」糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第６部注射及び第 13 部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。

（４）生活習慣病管理料を算定している患者に対しては、少なくとも１月に１回以上の総合的な治療管理が行われなければならない。

（５）生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定健診・特定保健指導に係る情報提供及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式９の２又はこれに準じた様式とする。）を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても４月に１回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に添付しておくものとする。

（６）当該月に生活習慣病管理料を算定した患者の病状の悪化等の場合には、翌月に生活習慣病管理料を算定しないことができる。

（７）同一保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者について、生活習慣病管理料を算定するものと算定しないものが混在するような算定を行うことができるものとする。

（８）糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関す

る管理方針の変更、薬物療法の導入、投薬内容の変更等、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載していること。

（９） 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にする。

(10) 本管理料を算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意の有無を確認し療養計画書に記載するとともに、患者の同意が得られている場合は必要な協力を行うこと。

(11) 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年１回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。

(12) 「注３」に規定する加算については、中等度以上の糖尿病（２型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）の患者を対象とし、必要な指導を行った場合に１年に１回に限り算定する。なお、中等度以上の糖尿病の患者とは、当該加算を算定する当月若しくは前月においてヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）が JDS 値で 8.0%以上（NGSP 値で 8.4%以上）の者をいう。

(13) 「注３」の加算を算定する患者に対しては、患者教育の観点から血糖自己測定器を用いて月 20 回以上血糖を自己測定させ、その検査値や生活状況等を報告させるとともに、その報告に基づき、必要な指導を行い療養計画に反映させること。

当該加算は、血糖試験紙（テスト・テープ）又は固定化酵素電極（バイオセンサー）を給付し、在宅で血糖の自己測定をさせ、その記録に基づき指導を行った場合に算定するものであり、血糖試験紙、固定化酵素電極、穿刺器、穿刺針及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合における費用その他血糖自己測定に係る全ての費用は当該加算点数に含まれ、別に算定できない。

(14) 「注４」に規定する外来データ提出加算を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。

ア 厚生労働省が毎年実施する「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」（以下「外来医療等調査」という。）に準拠したデータを正確に作成し、継続して提出されることを評価したものである。

提出されたデータについては、特定の患者個人を特定できないように集計し、厚生労働省保険局において外来医療等に係る実態の把握・分析等のために適宜活用されるものである。

イ 当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、生活習慣病管理料を現に算定している患者について、データを提出する外来診療に限り算定する。

ウ データの提出を行っていない場合又はデータの提出（データの再照会に係る提出も含む。）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月以降について、算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省が調査の一部事務を委託する調査事務局宛てに、外来医療等調査の調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をいう。

また、算定ができなくなった月以降、再度、データ提出の実績が認められた場合は、

翌々月以降について、算定ができる。

エ　データの作成は３月単位で行うものとし、作成されたデータには第１月の初日から第３月の末日までにおいて対象となる診療に係るデータが全て含まれていなければならない。

オ　イの「データ提出の実績が認められた保険医療機関」とは、データの提出が厚生労働省保険局医療課において確認され、その旨を通知された保険医療機関をいう。

Ｂ００１－３－２　ニコチン依存症管理料

（１）　ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。）に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して 12 週間にわたり計５回の禁煙治療を行った場合に算定する。なお、加熱式たばこを喫煙している患者についても、「禁煙治療のための標準手順書」に沿って禁煙治療を行う。

（２）　ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者は、次の全てに該当するものであって、医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めたものであること。

ア　「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト（ＴＤＳ）で、ニコチン依存症と診断されたものであること。

イ　35 歳以上の者については、１日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が 200 以上であるものであること。

ウ　直ちに禁煙することを希望している患者であって、「禁煙治療のための標準手順書」に則った禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているものであること。

（３）　ニコチン依存症管理料は、初回算定日より起算して１年を超えた日からでなければ、再度算定することはできない。

（４）　治療管理の要点を診療録に記載する。

（５）　情報通信機器を用いて診察を行う医師は、初回に診察を行う医師と同一のものに限る。

（６）　情報通信機器を用いて診察を行う際には、オンライン指針に沿って診療を行う。

（７）　情報通信機器を用いた診察は、当該保険医療機関内において行う。

（８）　情報通信機器を用いた診察時に、投薬の必要性を認めた場合は、区分番号「Ｆ１００」処方料又は区分番号「Ｆ４００」処方箋料を別に算定できる。

（９）　情報通信機器を用いて診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収を行うことはできない。

(10)　情報通信機器を用いた診察を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

(11)　ニコチン依存症管理料２を算定する場合は、患者の同意を文書により得た上で初回の指導時に、診療計画書を作成し、患者に説明し、交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。

(12)　ニコチン依存症管理料２を算定した患者について、２回目以降の指導予定日に受診しなかった場合は、当該患者に対して電話等によって、受診を指示すること。また、受診を中断する場合には、受診を中断する理由を聴取し、診療録等に記載すること。

(13)　ニコチン依存症管理料２を算定する場合においても、２回目から４回目の指導について、

情報通信機器を用いて実施することができる。なお、その場合の留意事項は、(5)から(10)まで及び(12)に示すものと同様である。

(14) (2)に規定するニコチン依存症管理料の算定対象となる患者について、「注１」に規定する厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、所定点数の 100 分の 70 に相当する点数を算定する。

Ｂ００１－４　手術前医学管理料

（１） 手術前医学管理料は硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下で行われる手術の前に行われる定型的な検査・画像診断について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「Ｌ００２」硬膜外麻酔、区分番号「Ｌ００４」脊椎麻酔若しくは区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下に手術が行われた場合に、月１回に限り、疾病名を問わず全て本管理料を算定する。

（２） 手術前１週間に本管理料に包括されている検査及び画像診断項目（以下この項において「検査項目等」という。）のいずれも行わなかった場合は、本管理料は算定しない。なお、「手術を行う前１週間以内に行ったもの」とは、手術を行う日の前日を起算日として１週間前の日から当該手術を実施した当日の手術実施前までに行ったものをいう。

（３） 手術前医学管理料には、包括されている検査項目等に係る判断料が含まれており、手術前医学管理料を算定した月に区分番号「Ｄ０２６」血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料及び免疫学的検査判断料は別に算定できない。

（４） 手術前医学管理料を算定する際使用したフィルムの費用は、区分番号「Ｅ４００」フィルムの所定点数により算定する。

（５） 本管理料を算定する手術前１週間において、入院と入院外が混在する場合においても、本管理料に包括されている検査項目等の１回目の所定点数については別に算定できない。

（６） 本管理料を月初めに算定し、手術前１週間が月をまたがる場合においても、本管理料の所定点数に包括されている検査項目等の１回目の所定点数については別に算定できない。

（７） 同一の患者について、月をまたがって１週間以内に硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下の手術を２回以上行った場合には、最初に行った手術の際に手術前医学管理料を算定し、２回目の手術の際には手術前医学管理料を算定せず、それぞれの検査項目等の所定点数により算定する。

（例）　当該月の 29 日に硬膜外麻酔、脊椎麻酔、全身麻酔下の手術を行い、翌月の３日に再び硬膜外麻酔、脊椎麻酔、全身麻酔下の手術を行った場合の算定。

当該月の 29 日に手術前医学管理料を算定し、翌月の手術の３日の際には手術前医学管理料を算定せず、それぞれの検査項目等の所定点数で算定する。

（８） 本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

Ｂ００１－５　手術後医学管理料

（１） 手術後医学管理料は、区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術後に必要な医学的管理を評価するとともに、手術後に行われる定型的な検査について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「Ａ３００」救命救急入院料又は区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料に係る届出を行っ

ていない保険医療機関の一般病棟に入院する患者について算定する。

（２） 手術後医学管理料には、包括されている検査項目に係る判断料が含まれており、手術後医学管理料を算定した月に区分番号「Ｄ０２６」尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料及び生化学的検査（Ｉ）判断料は別に算定できない。ただし、本管理料を算定する３日間が月をまたがる場合は、本管理料を算定する最初の日が属する月に係るこれらの判断料は別に算定できないが、その翌月にこれらの判断料の対象となる検査を実施した場合には、別に算定できる。

（３） 同一保険医療機関において、同一月に本管理料を算定するものと算定しないものが混在するような算定はできない。

（４） 手術後医学管理料の算定開始日となる入院の日とは、第１章第２部通則５に定める起算日のことをいう。

Ｂ００１－６　肺血栓塞栓症予防管理料

（１） 肺血栓塞栓症予防管理料は、肺血栓塞栓症を発症する危険性が高い患者に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な医学管理を行った場合を評価するものである。

（２） 肺血栓塞栓症予防管理料は、病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって、肺血栓塞栓症を発症する危険性の高いもの（結核病棟においては手術を伴う患者、精神病棟においては治療上の必要から身体拘束が行われている患者に限る。）に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、弾性ストッキング（患者の症状により弾性ストッキングが使用できないなどやむを得ない理由により使用する弾性包帯を含む。）又は間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行った場合に、入院中１回に限り算定する。なお、当該管理料は、肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキング又は間歇的空気圧迫装置を用いた場合に算定できるものであり、薬剤のみで予防管理を行った場合には算定できない。また、第１章第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の場合においても、各々の入院において入院中１回算定できるものであること。

（３） 肺血栓塞栓症の予防を目的として使用される弾性ストッキング及び間歇的空気圧迫装置を用いた処置に要する費用は所定点数に含まれており、別に区分番号「Ｊ１１９」消炎鎮痛等処置の点数は算定できない。肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキングが複数回使用される場合であっても、当該費用は所定点数に含まれる。なお、肺血栓塞栓症の予防を目的としない区分番号「Ｊ１１９」消炎鎮痛等処置は別に算定できるものであること。また、同一の弾性ストッキングを複数の患者に使用しないこと。

（４） 肺血栓塞栓症の予防に係る計画的な医学管理を行うに当たっては、関係学会より標準的な管理方法が示されているので、患者管理が適切になされるよう十分留意されたい。

Ｂ００１－７　リンパ浮腫指導管理料

（１） リンパ浮腫指導管理料は、手術前若しくは手術後又は診断時若しくは診断後において、以下に示す事項について、個別に説明及び指導管理を行った場合に算定できる。

当該指導管理料は、当該指導管理料の算定対象となる手術を受けた保険医療機関に入院中に当該説明及び指導管理を行った場合に１回、当該保険医療機関を退院した後に、当該保険医療機関又は当該患者の退院後において区分番号「Ｂ００５－６」の「注１」に規定する地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関（当該患者について区分番

号「Ｂ００５－６－２」がん治療連携指導料を算定した場合に限る。）において当該説明及び指導管理を行った場合にいずれか一方の保険医療機関において１回に限り、算定できる。

ア　リンパ浮腫の病因と病態

イ　リンパ浮腫の治療方法の概要

ウ　セルフケアの重要性と局所へのリンパ液の停滞を予防及び改善するための具体的実施方法

（イ）　リンパドレナージに関すること

（ロ）　弾性着衣又は弾性包帯による圧迫に関すること

（ハ）　弾性着衣又は弾性包帯を着用した状態での運動に関すること

（ニ）　保湿及び清潔の維持等のスキンケアに関すること

エ　生活上の具体的注意事項

リンパ浮腫を発症又は増悪させる感染症又は肥満の予防に関すること

オ　感染症の発症等増悪時の対処方法

感染症の発症等による増悪時における診察及び投薬の必要性に関すること

（２）　指導内容の要点を診療録等に記載する。

（３）　手術前においてリンパ浮腫に関する指導を行った場合であって、結果的に手術が行われなかった場合にはリンパ浮腫指導管理料は算定できない。

Ｂ００１－８　臍ヘルニア圧迫指導管理料

（１）　臍ヘルニア圧迫指導管理料は、臍ヘルニアの患者の保護者に対して以下に示す事項について、個別に説明及び指導管理を行った場合に算定できる。

ア　臍ヘルニアの病態

イ　臍ヘルニア圧迫療法の概要及び具体的実施方法

ウ　臍ヘルニア圧迫療法の治癒率と治癒しなかった場合の治療法

エ　想定される合併症及び緊急時の対処方法

（２）　指導内容の要点を診療録に記載する。

Ｂ００１－９　療養・就労両立支援指導料

（１）　療養・就労両立支援指導料は、就労中の患者の療養と就労の両立支援のため、患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して、療養上の指導を行うこと及び当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）第 13 条第１項に規定する産業医、同法第 10 条第１項に規定する総括安全衛生管理者、同法第 12 条に規定する衛生管理者若しくは同法第 12 条の２に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第 13 条の２の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下この区分において「産業医等」という。）に就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行った場合を評価するものである。

（２）　療養・就労両立支援指導料は、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患しているものの求めを受けて、患者の同意を得て、以下の全ての医学管理を実施した場合に、月１回に限り算定する。

ア　治療を担当する医師が、患者から当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作

成した勤務情報を記載した文書を当該患者から受け取ること。

イ　治療を担当する医師が、アの文書の内容を踏まえ、療養上の指導を行うとともに、当該医師又は当該医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は、公認心理師が、患者から就労の状況を聴取した上で、治療や疾患の経過に伴う状態変化に応じた就労上の留意点に係る指導を行うこと。

ウ　治療を担当する医師が、①又は②のいずれかにより、当該患者が勤務する事業場において選任されている産業医等に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報の提供を行うこと。

①　病状、治療計画、治療に伴い予想される症状、就労上必要な配慮等について、「別紙様式 49」、「別紙様式 49 の２」又はこれに準ずる様式を用いて、患者の勤務する事業場の産業医等に対して就労と療養の両立に必要な情報を記載した文書の提供を行い、当該文書の写しを診療録に添付すること。患者の勤務する事業場の産業医等があらかじめ指定した様式を用いて就労上の留意点等を提供することも差し支えない。なお、当該患者が勤務する事業場において産業医が選任されている場合は、当該産業医に対して当該患者の就労と療養の両立に必要な情報の提供を行うこと。

②　当該患者の診察に同席した産業医等に対して、就労と療養の両立に必要なことを説明し、説明の内容を診療録等に記載すること。

（３）「２」については、「１」を算定した患者について、情報提供を行った診療の次回以降の受診時に、就労の状況等を確認し、必要な療養上の指導を行った場合に、「１」を算定した日の属する月又はその翌月から起算して３月を限度として、月１回に限り算定する。なお、「１」を算定した日の属する月に「２」を算定しなかった場合に限り、その翌月から起算すること。

（４）「注３」に規定する相談支援加算については、専任の看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が、療養上の指導に同席し、相談支援を行った場合に算定できる。

（５）「１」については、事業場の産業医等への就労と療養の両立に必要な情報を記載した文書の作成に係る評価を含むことから、当該指導料を算定する場合、当該文書の発行に係る費用を、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できない。

（６）治療を担当する医師と産業医が同一の者である場合及び治療を担当する医師が患者の勤務する事業場と同一資本の施設で勤務している場合においては、当該指導料は算定できない。

（７）「注５」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

Ｂ００２　開放型病院共同指導料(Ⅰ)、Ｂ００３　開放型病院共同指導料(Ⅱ)

（１）開放型病院共同指導料(Ⅰ)は、開放型病院に自己の診察した患者を入院させた保険医が、開放型病院に赴き、開放型病院の保険医と共同で診療、指導等を行った場合に１人の患者に１日につき１回算定できるものであり、その算定は当該患者を入院させた保険医が属する保険医療機関において行う。

（２）開放型病院共同指導料(Ⅰ)を算定した場合は、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料、区分番号「Ａ００２」外来診療料、区分番号「Ｃ０００」往診料及び区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「１」等は算定できない。

（３） 診療所による紹介に基づき開放型病院に入院している患者に対して、当該診療所の保険医が開放型病院に赴き診療、指導等を行った場合において、その患者について、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）が既に算定されている場合であっても、開放型病院共同指導料（Ⅰ）を算定できる。

（４） 開放型病院共同指導料（Ⅰ）を算定する場合、当該患者を入院させた保険医の診療録には、開放型病院において患者の指導等を行った事実を記載し、開放型病院の診療録には当該患者を入院させた保険医の指導等が行われた旨を記載する。

（５） 開放型病院共同指導料（Ⅱ）は、当該患者を入院させた保険医の属する保険医療機関が開放型病院共同指導料（Ⅰ）を算定した場合に、開放型病院において算定する。

Ｂ００４ 退院時共同指導料１、Ｂ００５ 退院時共同指導料２

（１） 退院時共同指導料１又は退院時共同指導料２は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師、看護師若しくは准看護師（以下この区分において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回に限り、それぞれの保険医療機関において算定するものである。ただし、特掲診療料の施設基準等の別表第三の一の三に掲げる「退院時共同指導料１及び退院時共同指導料２を二回算定できる疾病等の患者」であって、当該入院中に２回算定する場合は、当該２回中１回はそれぞれの保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師が共同して指導すること。なお、当該患者の在宅療養担当医療機関の准看護師と当該患者が入院中の保険医療機関の准看護師が共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行う場合には、それぞれの保険医療機関の医師又は看護師の指示を受けて行うものであること。また、ここでいう入院とは、第１章第２部通則５に定める入院期間が通算される入院のことをいう。

（２） 退院時共同指導料は、患者の家族等退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。

（３） 行った指導の内容等について、要点を診療録等に記載し、又は患者若しくはその家族等に提供した文書の写しを診療録等に添付する。

（４） 退院時共同指導料１の「１」は、在宅療養支援診療所の医師が当該患者に対して、その退院後に往診及び訪問看護により 24 時間対応できる体制等を確保し、在宅療養支援診療所において、24 時間連絡を受ける医師又は看護師等の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供した場合に限り算定できる。

（５） 退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。ただし、退院時共同指導料２の「注４」は、本文の規定にかかわらず、退院後在宅で療養を行う患者に加え、退院後に介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設を含

む。）、特定施設（地域密着型特定施設を含む。）又は障害者支援施設（生活介護を行う施設又は自立訓練（機能訓練）を行う施設に限る。）、福祉型障害児入所施設若しくは医療型障害児入所施設（以下この区分において「介護施設等」という。）に入所する患者も対象となる。なお、当該患者が当該保険医療機関に併設する介護施設等に入所する場合は算定することはできない。

（６） 退院時共同指導料１の「注２」に規定する加算は、当該患者が厚生労働大臣の定める特別な管理を必要とする者であった場合、１人の患者に対して入院中１回に限り算定できる。ただし、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については当該入院中に２回に限り算定できる。

（７） 退院時共同指導料２の「注１」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。

（８） 退院時共同指導料１の「注１」及び退院時共同指導料２の「注１」の共同指導は、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。。

（９） 退院時共同指導料２の「注３」に規定する加算は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のいずれかのうち３者以上と共同して行った場合に算定する。

(10) （９）における共同指導は、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

(11) 退院時共同指導料２の「注３」に規定する指導と同一日に行う「注２」に規定する指導に係る費用及び区分番号「Ｂ００５－１－２」介護支援等連携指導料は、「注３」に規定する加算に含まれ、別に算定できない。

(12) 退院時共同指導料２の「注４」は、地域連携診療計画と同等の事項（当該医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等）に加えて退院後の在宅又は介護施設等での療養上必要な指導を行うために必要な看護及び栄養管理の状況等の情報を当該患者及び家族に別紙様式 50 を参考に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関のほか、訪問看護ステーション、介護施設等と共有すること。

(13) （８）及び(10)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末において共同指導を実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(14) 退院時共同指導料２については、入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合は、同一日に区分番号「Ｂ００６－３」退院時リハビリテーション指導料は別に算定できない。また、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を

行った場合は、同一日に区分番号「Ｂ０１４」退院時薬剤情報管理指導料は別に算定できない。

(15)　同一日に退院時共同指導料２と区分番号「Ｂ００６－３」退院時リハビリテーション指導料又は区分番号「Ｂ０１４」退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、共同指導を行った者の職種及び年月日を記載すること。

Ｂ００５－１－２　介護支援等連携指導料

（１）　介護支援等連携指導料は、入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービス又は障害福祉サービス、地域相談支援若しくは障害児通所支援（以下この区分において「介護等サービス」という。）を導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護等サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者（以下この区分において「指定特定相談支援事業者等」という。）の相談支援専門員と連携し退院後のケアプラン又はサービス等利用計画若しくは障害児支援利用計画（以下この区分において「ケアプラン等」という。）の作成につなげることを評価するものである。

（２）　介護支援等連携指導料は、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護等サービスから考え適切な医療関係職種が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員若しくは相談支援専門員又は退院後のケアプラン等の作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、介護保険施設等の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護等サービスや、当該地域において提供可能な介護等サービス等の情報を提供した場合に入院中２回に限り算定できるものである。

（３）　ここでいう介護保険施設等とは、介護保険の給付が行われる保健医療サービス又は福祉サービスを提供する施設であって、次の施設をいうものとする。

ア　介護老人福祉施設（介護保険法第８条第 22 項に規定する地域密着型介護老人福祉施設及び同条第 27 項に規定する介護老人福祉施設のことをいう。）

イ　介護保険法第８条第 28 項に規定する介護老人保健施設

ウ　健康保険法等の一部を改正する法律附則第 130 条の２第１項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第 26 条の規定による改正前の介護保険法第８条第 26 項に規定する介護療養型医療施設

エ　介護保険法第８条第 29 項に規定する介護医療院

オ　特定施設（介護保険法第８条第 11 項に規定する特定施設、同条第 21 項に規定する地域密着型特定施設及び同法第８条の２第９項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護を提供する施設のことをいい、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成 11 年厚生省令第 37 号)第 192 条の２に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護を受けている患者が入居する施設を含む。）

カ　認知症対応型グループホーム（介護保険法第８条第 20 項に規定する認知症対応型共同生活介護及び同法第８条の２第 15 項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護を提

供する施設のことをいう。）

キ　小規模多機能居宅介護事業所（介護保険法第８条第 19 項に規定する小規模多機能型居宅介護及び同法第８条の２第 14 項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護を提供する施設のことをいう。）

ク　複合型サービス事業所（介護保険法第８条第 23 項に規定する複合型サービスを提供する施設のことをいう。）

（４）　初回の指導は、介護等サービスの利用の見込みがついた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護等サービスや要介護認定の申請の手続き等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで、適切な療養場所の選択や手続きの円滑化に資するものであり、２回目の指導は、実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプラン等の原案の作成に資するような情報の収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導を行うこと等を想定したものである。

（５）　行った指導の内容等について、要点を診療録等に記載する。また、指導の内容を踏まえ作成されたケアプラン等については、患者の同意を得た上で、当該介護支援専門員又は相談支援専門員に情報提供を求めることとし、ケアプラン等の写しを診療録等に添付すること。

（６）　介護支援等連携指導料を算定するに当たり共同指導を行う介護支援専門員又は相談支援専門員は、介護等サービスの導入を希望する患者の選択によるものであり、患者が選択した場合には、当該医療機関に併設する居宅介護事業所の介護支援専門員又は指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員であっても介護支援等連携指導料の算定を妨げるものではない。ただし、当該医療機関に併設する介護保険施設等の介護支援専門員と共同指導を行った場合については介護支援等連携指導料を算定することはできない。

（７）　同一日に区分番号「Ｂ００５」退院時共同指導料２の「注３」に掲げる加算を算定すべき介護支援専門員又は相談支援専門員を含めた共同指導を行った場合には、介護支援等連携指導料あるいは退院時共同指導料２の「注３」に掲げる加算の両方を算定することはできない。

（８）　当該共同指導は、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。この場合において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末において共同指導を実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

Ｂ００５－１－３　介護保険リハビリテーション移行支援料

（１）　介護保険リハビリテーション移行支援料は、維持期のリハビリテーション（区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料の「注４」、区分番号「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料の「注４」及び区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料の「注４」に規定するものをいう。）を受けている入院中の患者以外の者に対して、患者の同意を得て、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション、同法第８条第８項に規定する通所リハビリテーション、同法第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同法第８条の２第６項に規定する介護予防通所リハビリテーションをいう。）へ移行するため、居宅介

護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）及び必要に応じて、介護保険によるリハビリテーションを当該患者に対して提供する事業所の従事者と連携し、介護サービス計画書（ケアプラン）作成を支援した上で、介護保険によるリハビリテーションを開始し、維持期のリハビリテーションを終了した場合に、患者１人につき１回に限り算定できる。なお、維持期のリハビリテーションと介護保険によるリハビリテーションを併用して行うことができる２月間（「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成 28 年３月 25 日保医発 0325 第８号）の第４の 10 に規定する２月間をいう。）は、当該支援料を算定できない。

（２） 患者の同意を得た上で、介護支援専門員より情報提供を受け、介護サービス計画書（ケアプラン）の写しを診療録等に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に当該患者が介護保険によるリハビリテーションを開始した日及び維持期のリハビリテーションを終了した日を記載する。

（３） 当該患者が、当該医療機関内で維持期のリハビリテーションから介護保険によるリハビリテーションに移行した場合は算定できない。

Ｂ００５－２、Ｂ００５－３、Ｂ００５－３－２　削除

Ｂ００５－４　ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)、Ｂ００５－５　ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)

（１） ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)は、診療に基づき患者を紹介した医師（以下この項において「紹介元医師」という。）が、当該患者が入院中である紹介先の病院に赴き、紹介先の病院の医師と共同で、医学管理等を行った場合に患者１人につき１回に限り、算定できるものであり、その算定は紹介元医師が属する保険医療機関において行う。

（２） ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)を算定した場合は、区分番号「Ａ００１」再診料、区分番号「Ａ００２」外来診療料、区分番号「Ｃ０００」往診料及び区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「１」等は算定できない。

（３） 紹介元医師による紹介に基づき紹介先の病院に入院している患者に対して、当該紹介元医師が病院に赴き診療、指導等を行った場合において、その患者について、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料(Ⅰ)が既に算定されている場合であっても、その算定された日を除き、ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)を算定できる。

（４） ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)を算定する場合、紹介元医師の診療録には、紹介先の病院において患者の医学管理等を行った事実を記載し、紹介先の病院の診療録には紹介元医師による医学管理等が行われた旨を記載する。

（５） ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)は、紹介元医師の属する保険医療機関がハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)を算定した場合に、紹介先の病院において算定する。

（６） 自院にて診療していた妊産婦の状態に異常が認められたために、他院へ搬送する場合において、医師が搬送先医療機関まで付き添い、搬送先の病院の医師と共同で医学管理等を行った場合においても算定できる。

（７） ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)は、区分番号「Ｃ００４」救急搬送診療料と併せて算定することができる。

Ｂ００５－６　がん治療連携計画策定料、Ｂ００５－６－２　がん治療連携指導料

（１） がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料は、がん診療連携拠点病院、地域がん診

療病院又は小児がん拠点病院を中心に策定された地域連携診療計画に沿ったがん治療に関わる医療機関の連携により、がん患者に対して地域における切れ目のない医療が提供されることを評価したものである。

（２） 地域連携診療計画は、あらかじめがん診療連携拠点病院等において、がんの種類や治療方法等ごとに作成され、当該がん診療連携拠点病院等からの退院後の治療を共同して行う複数の連携保険医療機関との間で共有して活用されるものであり、病名、ステージ、入院中に提供される治療、退院後、計画策定病院で行う治療内容及び受診の頻度、連携医療機関で行う治療の内容及び受診の頻度、その他必要な項目が記載されたものであること。

（３） がん治療連携計画策定料１は、がんと診断され、がんの治療目的に初回に入院した際に、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合に、退院時又は退院した日から起算して 30 日以内に計画策定病院において算定する。その際、患者に交付した治療計画書の写しを診療録に添付すること。

（４） がん治療連携計画策定料１は、病理診断の結果が出ない又は退院後一定期間の外来診療を必要とする等の理由で、個別の患者の治療計画を入院中に策定できない場合であっても、退院した日から起算して 30 日以内に速やかに個別の治療計画を策定するとともに、文書にて患者又は家族に提供した場合にあっては、算定可能とする。その際、交付した治療計画書の写しを診療録に添付すること。

（５） 計画策定病院は、治療計画に基づき、患者に対して治療を提供するとともに、患者の同意を得て、適切に連携医療機関と情報共有を図るとともに、必要に応じて適宜治療計画を見直すものとする。なお、がん治療連携計画策定料２は、当該患者の状態の変化等により連携医療機関から紹介を受け、当該患者を診療した上で、当該患者の治療計画を変更し、患者又はその家族等に説明するとともに、文書にて提供した場合に計画策定病院において算定する（連携医療機関において区分番号「Ｂ００５－６－２」がん治療連携指導料を算定している患者に限る。）。その際、交付した治療計画書の写しを診療録に添付すること。

（６） がん治療連携指導料は、連携医療機関において、患者ごとに作成された治療計画に基づく診療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する情報提供をした際に算定する。計画策定病院に対する情報提供の頻度は、基本的には治療計画に記載された頻度に基づくものとするが、患者の状態の変化等により、計画策定病院に対し治療方針等につき、相談・変更が必要となった際に情報提供を行った際にも算定できるものである。

（７） がん治療連携計画策定料又はがん治療連携指導料を算定した場合は、区分番号「Ａ２４６」入退院支援加算の注４及び区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）の注 16 に規定する地域連携診療計画加算は算定できない。

（８） がん治療連携計画策定料の「注５」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

Ｂ００５－６－３　がん治療連携管理料

（１） がん治療連携管理料は、がんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院又は小児がん拠点病院として指定された病院を評価したものである。

（２） 別の保険医療機関又は健康診断を実施した医療機関の医師により、悪性腫瘍の疑いがあるとされた患者（最終的に悪性腫瘍と診断された患者に限る。）又は悪性腫瘍と診断された患者に対し、がん治療連携管理料の「１」についてはこれらの保険医療機関等から紹介を受けたがん診療連携拠点病院が、がん治療連携管理料の「２」についてはこれらの保険医療機関等から紹介を受けた地域がん診療病院が、外来における化学療法又は放射線治療を行った場合に、患者１人につき１回に限り所定点数を算定する。

（３） がん治療連携管理料の「３」は、別の保険医療機関又は健康診断を実施した医療機関の医師により、悪性腫瘍の疑いがあるとされた小児の患者（最終的に悪性腫瘍と診断された患者に限る。）又は悪性腫瘍と診断された小児の患者に対し、これらの保険医療機関等から紹介を受けた小児がん拠点病院が、外来における化学療法又は放射線治療を行った場合に、患者１人につき１回に限り所定点数を算定する。

（４） 当該管理料の対象患者は、(２)及び(３)に定める患者であり、悪性腫瘍以外の疾患で別の保険医療機関から紹介を受け、当該がん診療連携拠点病院において悪性腫瘍と診断された患者は含まれない。

（５） がん治療連携管理料を算定した場合は、区分番号「Ａ２３２」がん拠点病院加算は算定できない。

Ｂ００５－６－４　外来がん患者在宅連携指導料

（１） 外来がん患者在宅連携指導料は、進行がん患者の緩和ケアに係る外来から在宅への切れ目のない移行を図り、在宅において質の高い緩和ケアを提供する体制を実現するため、進行がん患者に対して外来で化学療法又は緩和ケアを行う保険医療機関が、当該患者を在宅で緩和ケアを実施する別の保険医療機関に適切な時期に紹介することを評価したものである。

（２） 外来がん患者在宅連携指導料を算定する保険医療機関においては、在宅での緩和ケアを行う保険医療機関や訪問看護ステーションと連携関係を構築するとともに、そのリストを整備し、患者の特性や居住する地域に応じて患者に紹介できる体制を確保する。

（３） 進行がん患者に対して外来で化学療法又は緩和ケアを提供する病院は、当該患者の病状が進行した際に在宅で緩和ケアを実施する体制を早期に整えることのできるよう、外来において化学療法等を実施している段階から、在宅で実施することが見込まれる緩和ケア及び見込まれる予後等について十分に患者に説明し、患者の同意を得た上で、在宅で緩和ケアを実施する保険医療機関を紹介する。

（４） 「注３」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

Ｂ００５－７　認知症専門診断管理料

（１） 認知症専門診断管理料１は、基幹型、地域型又は連携型認知症疾患医療センターが他の保険医療機関から紹介された患者に対して、患者又は家族等の同意を得た上で、認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定（認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成）し、説明し、それを文書にて患者又は家族等に提供した場合であって、紹介を受けた他の保険医療機関に対して文書にて報告した場合に、１人につき１回に限り算定する。なお、患者に交付した文書の写しを診療録等に添付すること。

（２） 「注１」に規定する認知症療養計画は、「別紙様式 32」及び「別紙様式 32 の２」又はこ

れらに準じて作成された、病名、検査結果、症状の評価（認知機能（ＭＭＳＥ、ＨＤＳ－Ｒ等）、生活機能（ＡＤＬ、ＩＡＤＬ等）、行動・心理症状（ＮＰＩ、ＤＢＤ等）等）、家族又は介護者等による介護の状況（介護負担度の評価（ＮＰＩ等）等）、治療計画（受診頻度、内服薬の調整等）、必要と考えられる医療連携や介護サービス、緊急時の対応、その他必要な項目が記載されたものであり、認知症に係る専門知識を有する多職種が連携していることが望ましい。認知症専門診断管理料１を算定するに当たり文書にて報告した他の保険医療機関と定期的に診療情報等の共有を図ることが望ましい。

（３） 認知症専門診断管理料２は、基幹型、地域型又は連携型認知症疾患医療センターが認知症の症状が増悪した患者に対して、患者又は家族等の同意を得た上で、今後の療養計画等を説明し、それを文書にて患者又は家族等に提供した場合であって、紹介を受けた他の保険医療機関に対して文書にて報告した場合に、患者１人につき３月に１回に限り算定する。なお、患者に交付した文書の写しを診療録に添付すること。

Ｂ００５－７－２　認知症療養指導料

（１） 認知症療養指導料は、保険医療機関が認知症の患者に対して、認知症療養計画に基づき、症状の定期的な評価（認知機能（ＭＭＳＥ、ＨＤＳ－Ｒ等）、生活機能（ＡＤＬ、ＩＡＤＬ等）、行動・心理症状（ＮＰＩ、ＤＢＤ等）等）、家族又は介護者等による介護の状況（介護負担度の評価（ＮＰＩ等））の定期的な評価、抗認知症薬等の効果や副作用の有無等の定期的な評価等を行い、診療録にその要点を記載し、療養指導を行うこと。

（２） 「１」については、認知症疾患医療センターで認知症と診断された患者について、当該認知症疾患医療センターにおいて作成された認知症療養計画に基づき、(１)に規定する定期的な評価等を行った場合に算定する。

（３） 「２」については、認知症の患者であって、病状悪化や介護負担の増大等が生じたものについて、療養に係る助言を得ることを目的に、地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医に紹介した場合であって、当該認知症サポート医の助言を受けて、認知症に係る療養計画を作成した上で、(１)に規定する定期的な評価等を行った場合に算定する。ただし、当該認知症サポート医からの文書により、当該認知症サポート医が区分番号「Ｂ００５－７－３」認知症サポート指導料を算定していることが明らかな場合に限る。また、認知症に係る療養計画については診療録に記載すること。

（４） 「３」については、初めて認知症と診断された患者又は認知症の患者であって病状悪化や介護負担の増大等が生じたものに対し、地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医が、「別紙様式 32」及び「別紙様式 32 の２」又はこれらに準じて認知症療養計画を作成した上で、(１)に規定する定期的な評価等を行った場合に算定する。

（５） 地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医とは、アに加え、イ又はウのいずれかを満たす医師をいう。

ア　国立研究開発法人国立長寿医療研究センターが都道府県又は指定都市の委託を受けて実施する認知症サポート医養成研修を修了した医師であること。

イ　直近１年間に、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。

ウ　直近１年間に、都道府県医師会又は指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医等を対

象とした認知症対応力の向上を図るための研修の講師を務めた実績があること。

Ｂ００５－７－３　認知症サポート指導料

（１）　認知症サポート指導料は、地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医が、他の保険医療機関から紹介された認知症の患者に対して、患者又は家族等の同意を得た上で、患者又は家族等に文書を用いて療養上の指導を行うとともに、今後の療養方針について、紹介を受けた他の保険医療機関に対して文書にて助言を行った場合に、１人につき６月に１回に限り算定する。なお、患者及び紹介を受けた他の医療機関に交付した文書の写しを診療録に添付すること。

（２）　地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医については、「Ｂ００５－７－２」認知症療養指導料の例による。

（３）　紹介を受けた他の保険医療機関に対して助言を行う文書において、認知症サポート指導料を算定した患者である旨を記載すること。

Ｂ００５－８　肝炎インターフェロン治療計画料

（１）　肝炎インターフェロン治療計画料は、インターフェロン治療を受ける肝炎患者に対して、治療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域で連携して当該インターフェロン治療を行う保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、１人につき１回に限り算定する。患者に交付した治療計画書の写しを診療録に添付すること。

（２）　治療計画の策定に当たっては、患者の求めに応じて夜間や休日に診療を行っている医療機関を紹介するなど、当該患者が長期の治療を継続できるよう配慮を行うこと。

（３）　入院中の患者については退院時に算定すること。

（４）　「注３」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

Ｂ００５－９　外来排尿自立指導料

（１）　外来排尿自立指導料は、当該保険医療機関に排尿に関するケアに係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）を設置し、入院中から当該患者の排尿自立の可能性及び下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法等を組み合わせるなど、下部尿路機能の回復のための包括的なケア（以下「包括的排尿ケア」という。）を実施していた患者に対して、入院中に退院後の包括的排尿ケアの必要性を認めた場合に、外来において、引き続き包括的排尿ケアを実施することを評価するものである。

（２）　当該指導料は、当該保険医療機関の入院中に区分番号「Ａ２５１」排尿自立支援加算を算定し、かつ、退院後に継続的な包括的排尿ケアの必要があると認めたものであって、次のいずれかに該当する者について算定できる。なお、排尿自立支援加算に規定するとおり、退院後に継続的な包括的排尿ケアの必要があると認めた旨を診療録等に記載していること。

ア　尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有するもの

イ　尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの

（３）　排尿ケアチーム及び当該患者の診療を担う医師又は看護師等は、共同して、入院中に策

定した包括的排尿ケアの計画に基づき包括的排尿ケアを実施し、定期的に評価を行う。必要に応じて排尿ケアチームが当該計画の見直しを行う。

（4） （3）について、診療録等に記載する。なお、見直した計画については、計画書を診療録等に添付することとしても差し支えない。

（5） 当該指導料を算定するに当たっては、排尿ケアチームが当該患者の状況を評価する等の関与を行い、かつ、排尿ケアチーム、当該患者の診療を担う医師又は当該医師の指示を受けた看護師等が、包括的排尿ケアの計画に基づいて患者に対し直接的な指導又は援助を行うこと。当該指導料は、週１回に限り、排尿自立支援加算を算定した期間と通算して計 12 週を限度として算定できる。

Ｂ００５－10　ハイリスク妊産婦連携指導料１

（1） ハイリスク妊産婦連携指導料１の算定対象となる患者とは、当該保険医療機関で精神療法が実施されている患者若しくは他の保険医療機関で精神療法が実施されている患者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されている又はエジンバラ産後うつ病質問票（ＥＰＤＳ）等を参考にしてメンタルヘルスのスクリーニングを実施し、精神疾患が疑われるものとして精神科若しくは心療内科を標榜する保険医療機関に対して診療情報が文書により提供された妊婦又は出産後２ヶ月以内であるものに限る。

（2） 精神療法が他の保険医療機関で実施されている場合については、患者の同意を得て、当該他の保険医療機関との間で当該患者に係る診療情報が相互かつ定期的に提供されていること。

（3） 必要に応じて小児科と適切に連携して診療する体制を有していること。

（4） 産科又は産婦人科を担当する医師又は当該医師の指示を受けた保健師、助産師若しくは看護師が、概ね月に１回の頻度で、患者の心理的不安を軽減するための面接及び療養上の指導を行うこと。

（5） 当該患者の診療方針等に係るカンファレンスが概ね２か月に１回の頻度で開催されていること。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。

ア　当該患者の診療を担当する産科又は産婦人科を担当する医師

イ　当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師

ウ　当該患者の診療を担当する保健師、助産師又は看護師（ア及びイの診療科からそれぞれ参加していること。）

エ　市町村又は都道府県の担当者

オ　必要に応じて、精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師等

（6） （5）のカンファレンスは、関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。なお、（5）のカンファレンスにおいて、ビデオ通話が可能な機器を用いる場合、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

（7） （5）の規定にかかわらず、カンファレンスに市町村等の担当者が参加しなかった場合は、その都度、患者の同意を得た上で、市町村等の担当者にその結果を文書により情報提供す

ることに代えることとしても差し支えない。

（８） 当該患者について、出産後の養育について支援を行うことが必要と認められる場合、その旨を患者に説明し、当該患者の同意を得た上で、市町村等に相談し、情報提供を行うこと。

（９） 以上の実施に当たっては、日本産婦人科医会が作成した「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル～産後ケアへの切れ目のない支援に向けて～」を参考にすること。

(10) 当該連携指導料を算定する場合は、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料(Ⅰ)は別に算定できないこと。

Ｂ００５－10－２　ハイリスク妊産婦連携指導料２

（１） ハイリスク妊産婦連携指導料２の算定対象となる患者とは、当該保険医療機関で精神療法が実施されている又は精神疾患が疑われるものとして産科若しくは産婦人科を担当する医師から紹介された妊婦又は出産後６月以内であるものに限る。

（２） 産科又は産婦人科に係る診療が他の保険医療機関で実施されている場合については、患者の同意を得て、当該他の保険医療機関との間で当該患者に係る診療情報が相互かつ定期的に提供されていること。特に、向精神薬が投与されている患者については、当該薬剤が妊娠、出産等に与える影響等の情報について、当該他の保険医療機関に対し適切に提供していること。

（３） 必要に応じて小児科と適切に連携して診療する体制を有していること。

（４） 精神科又は心療内科を担当する医師が、精神疾患及びその治療による妊娠、出産等への影響について患者に説明し、療養上の指導を行うこと。

（５） 当該患者の診療方針等に係るカンファレンスが概ね２か月に１回の頻度で開催されていること。また、当該カンファレンスには以下に掲げる者が参加していること。

ア　当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師

イ　当該患者の診療を担当する産科又は産婦人科を担当する医師

ウ　当該患者の診療を担当する保健師、助産師又は看護師（ア及びイの診療科からそれぞれ参加していること。）

エ　市町村又は都道府県の担当者

オ　必要に応じて、精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師等

なお、出産後、産科又は産婦人科による医学的な管理が終了した場合については、当該カンファレンスへの産科又は産婦人科を担当する医師の参加は不要であること。

（６） (５)のカンファレンスは、関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。なお、(５)のカンファレンスにおいて、ビデオ通話が可能な機器を用いる場合、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

（７） (５)の規定にかかわらず、カンファレンスに市町村等の担当者が参加しなかった場合は、その都度、患者の同意を得た上で、市町村等の担当者にその結果を文書により情報提供することに代えることとしても差し支えない。

（８） 当該患者について、出産後の養育について支援を行うことが必要と認められる場合、その旨を患者に説明し、当該患者の同意を得た上で、市町村等に相談し、情報提供を行うこと。

（９） 当該連携指導料を算定する場合は、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）及び区分番号「Ｂ０１１」連携強化診療情報提供料は別に算定できないこと。

Ｂ００５－11　遠隔連携診療料

（１） 注１については、難病の患者に対する医療等に関する法律第５条第１項に規定する指定難病又はてんかん（外傷性のてんかん及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の診断を行うことを目的として、患者の同意を得て、難病又はてんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、患者の診断の確定までの間に３月に１回に限り算定する。

（２） 注２については、てんかん（知的障害を有する者に係るものに限る。）の治療を行うことを目的として、患者の同意を得て、てんかんに関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の医師に事前に診療情報提供を行った上で、当該患者の来院時に、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った場合に、当該診療料を最初に算定した日から起算して１年を限度として、３月に１回に限り算定する。

（３） 遠隔連携診療料の算定に当たっては、患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師が、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、当該医師と連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。

（４） 他の保険医療機関の医師と連携して診療を行った際には、患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、当該診療の内容、診療を行った日、診療時間等の要点を診療録に記載すること。

（５） 当該他の保険医療機関は、「都道府県における地域の実情に応じた難病の医療提供体制の構築について」（平成 29 年４月 14 日健難発 0414 第３号厚生労働省健康局難病対策課長通知）に規定する難病診療連携拠点病院又は「てんかん地域診療連携体制整備事業の実施について」（平成 27 年５月 28 日障発 0528 第１号）に定めるてんかん診療拠点機関であること。

（６） 連携して診療を行う他の保険医療機関の医師は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行うこと。また、当該他の保険医療機関内において診療を行うこと。

（７） 事前の診療情報提供については、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）は別に算定できない。

（８） 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｂ００５－12　こころの連携指導料（Ⅰ）

（１） 精神疾患が増悪するおそれがあると認められる患者又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断された患者とは、ＳＡＤ Ｐｅｒｓｏｎｓスケール、ＥＰＤＳ、ＰＨＱ―９又はＫ－６等によるスクリーニングにより、精神科又は

心療内科への紹介が必要であると認められる患者をいう。

（２） 診療及び療養上必要な指導においては、患者の心身の不調に配慮するとともに、当該患者の生活上の課題等について聴取し、その要点を診療録に記載すること。

（３） 当該患者に対する２回目以降の診療等においては、連携する精神科又は心療内科を担当する医師から提供された当該患者に係る診療情報等を踏まえ、適切な診療及び療養上必要な指導に努めること。また、２回目以降の診療等に関し、連携する精神科又は心療内科を担当する医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。

（４） 初回の診療等における他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号「Ｂ００９」に掲げる診療情報提供料（Ｉ）の費用は、別に算定できない。

（５） 必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

Ｂ００５－13　こころの連携指導料（Ⅱ）

（１） 当該指導料は、連携体制を構築しているかかりつけ医等からの診療情報等を活用し、患者の心身の不調に対し早期に専門的に対応することを評価したものである。

（２） 当該患者に対する２回目以降の診療等については、当該患者を紹介した医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。

（３） 初回の診療等における他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号「Ｂ００９」に掲げる診療情報提供料（Ｉ）及び区分番号「Ｂ０１１」に掲げる連携強化診療情報提供料の費用は、別に算定できない。

（４） 必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

Ｂ００６　救急救命管理料

（１） 保険医療機関に所属する救急救命士に対して、必要な指示等を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。

（２） 救急救命士の行った処置等の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（３） 救急救命士の所属する保険医療機関と指示等を行った医師の所属する保険医療機関が異なる場合においても、当該指示等を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。

（４） 医師が救急救命士に指示を行ったのみで、診察をしていない場合には、救急救命管理料のみを算定し、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料は算定できない。

Ｂ００６－３　退院時リハビリテーション指導料

（１） 退院時リハビリテーション指導料は、入院していた患者の退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。

（２） 退院時リハビリテーション指導料は、指導を行った者及び指導を受けたものが患者又はその家族等であるかの如何を問わず、退院日に１回に限り算定する。

（３） 当該患者の入院中主として医学的管理を行った医師又はリハビリテーションを担当した

医師が、患者の退院に際し、指導を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて、保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士とともに指導を行った場合にも算定できる。

（４） 指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、家屋の適切な改造、患者の介助方法、患者の居住する地域において利用可能な在宅保健福祉サービスに関する情報提供等に関する指導とする。

（５） 指導（又は指示）内容の要点を診療録等に記載する。

（６） 死亡退院の場合は、算定できない。

Ｂ００７　退院前訪問指導料

（１） 退院前訪問指導料は、継続して１月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中（外泊時を含む。）又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。なお、入院期間は暦月で計算する。

（２） 退院前訪問指導料は、指導の対象が患者又はその家族等であるかの如何を問わず、１回の入院につき１回を限度として、指導の実施日にかかわらず、退院日に算定する。ただし、入院後早期（入院後 14 日以内とする。）に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に２回分を算定する。

（３） 退院前訪問指導料は、退院して家庭に復帰する患者が算定の対象であり、特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。

（４） 医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。

（５） 指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。

（６） 退院前訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障をきたすことのないよう留意する。

（７） 保険医療機関は、退院前訪問指導の実施に当たっては、市町村の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分配意する。

Ｂ００７－２　退院後訪問指導料

（１） 退院後訪問指導料は、医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、患者が入院していた保険医療機関（以下この区分において「入院保険医療機関」という。）が退院直後において行う訪問指導を評価するものである。

（２） 退院後訪問指導料は、入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患家、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、介護老人保健施設に入所中又は医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。

（３） 指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。

（４） 退院後訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障をきたすことのないよう留意する。

（５） 「注２」に規定する訪問看護同行加算は、当該患者の在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行して患家等を訪問し、当該看護師等への技術移転又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。

（６） 退院後訪問指導料を算定した場合は、同一の保険医療機関において、区分番号「Ｉ０１６」精神科在宅患者支援管理料は算定できない。

（７） 退院後訪問指導料を算定した日においては、区分番号「Ｃ０１３」在宅患者訪問褥瘡管理指導料は算定できない。

（８） 退院後訪問指導料を算定した日においては、同一の保険医療機関及び特別の関係にある保険医療機関は、区分番号「Ｃ０００」往診料、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料、区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料を算定できない。ただし、退院後訪問指導を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。

Ｂ００８　薬剤管理指導料

（１） 薬剤管理指導料は、当該保険医療機関の薬剤師が医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導（処方された薬剤の投与量、投与方法、投与速度、相互作用、重複投薬、配合変化、配合禁忌等に関する確認並びに患者の状態を適宜確認することによる効果、副作用等に関する状況把握を含む。）を行った場合に週１回に限り算定できる。

　また、薬剤管理指導料の算定対象となる小児及び精神障害者等については、必要に応じて、その家族等に対して服薬指導等を行った場合であっても算定できる。

　なお、施設基準を満たしていても、上記要件に該当しない場合にあっては、区分番号「Ｆ５００」調剤技術基本料の「１」により算定する。

（２） 薬剤管理指導料の「１」は、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤（内服薬に限る。）、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤又は抗ＨＩＶ薬が投薬又は注射されている患者に対して、これらの薬剤に関し、薬学的管理指導を行った場合に算定する。なお、具体的な対象薬剤については、その一覧を厚生労働省のホームページに掲載している。

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

（４） 薬剤管理指導料の算定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（５） 当該保険医療機関の薬剤師が患者ごとに作成する薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低３年間保存する。

　患者の氏名、生年月日、性別、入院年月日、退院年月日、診療録の番号、投薬・注射歴、副作用歴、アレルギー歴、薬学的管理指導の内容、患者への指導及び患者からの相談事項、

薬剤管理指導等の実施日、記録の作成日及びその他の事項

なお、薬剤管理指導記録を診療録等とともに管理する場合にあっては、上記の記載事項のうち、重複する項目については、別途記録の作成を要しない。また、薬剤管理指導記録に添付が必要な文書等を別途保存することは差し支えないが、この場合にあっては、薬剤管理指導記録と当該文書等を速やかに突合できるような管理体制を整備すること。

（６） 「注２」の麻薬管理指導加算は、当該指導料を算定している患者のうち、麻薬が投与されている患者に対して、投与される麻薬の服用に関する注意事項等に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

（７） 薬剤管理指導料を算定している患者に投薬された医薬品について、当該保険医療機関の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに当該患者の診療を担う保険医に対し、当該情報を文書により提供するとともに、当該保険医に相談の上、必要に応じ、患者に対する薬学的管理指導を行うものとする。

ア　緊急安全性情報、安全性速報

イ　医薬品・医療機器等安全性情報

（８） 「注２」の麻薬管理指導加算の算定に当たっては、前記の薬剤管理指導記録に少なくとも次の事項についての記載がされていなければならない。

ア　麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の服薬状況、疼痛緩和の状況等）

イ　麻薬に係る患者への指導及び患者からの相談事項

ウ　その他麻薬に係る事項

（９） 薬剤管理指導及び麻薬管理指導を行った場合は、必要に応じ、その要点を文書で医師に提供すること。

Ｂ００８－２　薬剤総合評価調整管理料

（１） 薬剤総合評価調整管理料は、内服を開始して４週間以上経過した内服薬が６種類以上処方されている入院中の患者以外の患者に対して、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について、当該患者の病状及び生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動等について十分に考慮した上で、総合的に評価を行い、処方内容を検討した結果、処方される内服薬が減少した場合について評価したものである。

（２） 薬剤総合評価調整管理料は、当該保険医療機関で処方された内服薬の種類数が２種類以上減少し、その状態が４週間以上継続すると見込まれる場合に算定する。ただし、他の保険医療機関から投薬を受けていた患者については、当該保険医療機関及び当該他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から２種類以上減少した場合については、区分番号「Ａ２５０」に掲げる薬剤総合評価調整加算と合わせて、１か所の保険医療機関に限り算定できることとする。この場合には当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、保険薬局からの提案を踏まえて、処方内容の評価を行い、処方内容を調整した場合には、その結果について当該保険薬局に情報提供を行う。

（３） 連携管理加算は、処方内容の総合調整に当たって、薬効の類似した処方又は相互作用を有する処方等について、患者が受診する他の保険医療機関又は保険薬局に照会を行った場合及び当該他の保険医療機関等からの情報提供を受けて、処方内容の調整又は評価を行い、その結果について当該他の保険医療機関等に情報提供を行った場合に算定する。

（４） 受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、屯服薬については内服薬の種類数から除外する。また、服用を開始して４週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外する。

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

（６） 医師が内服薬を総合的に評価及び調整するに際しては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）、日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考にすること。

（７） 医師が内服薬を調整するに当たっては、評価した内容や調整の要点を診療録に記載する。

（８） 当該保険医療機関で区分番号「Ａ２５０」の「注２」に掲げる薬剤調整加算又は薬剤総合評価調整管理料を１年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から更に２種類以上減少しているときに限り新たに算定することができる。

（９） 「注３」に規定する情報通信機器を用いた医学管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

Ｂ００９　診療情報提供料（Ⅰ）

（１） 診療情報提供料（Ⅰ）は、医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、両者の患者の診療に関する情報を相互に提供することにより、継続的な医療の確保、適切な医療を受けられる機会の増大、医療・社会資源の有効利用を図ろうとするものである。

（２） 保険医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。

（３） 紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、下記の紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。

ア　イ、ウ及びエ以外の場合　　別紙様式 11 又は別紙様式 11 の２

イ　市町村又は指定居宅介護支援事業者等　　別紙様式 12 から別紙様式 12 の４まで

ウ　介護老人保健施設又は介護医療院　　別紙様式 13

エ　保育所等又は幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、高等専門学校若しくは専修学校

別紙様式 14 の１から別紙様式 14 の３まで

（４） 当該情報を提供する保険医療機関と特別の関係にある機関に情報提供が行われた場合や、市町村等が開設主体である保険医療機関が当該市町村等に対して情報提供を行った場合は算定できない。

（５） Ａ保険医療機関には、検査又は画像診断の設備がないため、Ｂ保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合には、診療情報提供料（Ⅰ）は算定できる。

（６）（５）の場合において、Ｂ保険医療機関が単に検査又は画像診断の設備の提供にとどまる場合には、Ｂ保険医療機関においては、診療情報提供料（Ⅰ）、初診料、検査料、画像診断料等は算定できない。なお、この場合、検査料、画像診断料等を算定するＡ保険医療機関との間で合議の上、費用の精算を行うものとする。

（７）（５）の場合において、Ｂ保険医療機関が、検査又は画像診断の判読も含めて依頼を受け、その結果をＡ保険医療機関に文書により回答した場合には、診療情報提供料（Ⅰ）を算定できる。なお、この場合に、Ｂ保険医療機関においては、初診料、検査料、画像診断料等を算定でき、Ａ保険医療機関においては検査料、画像診断料等は算定できない。

（８）提供される情報の内容が、患者に対して交付された診断書等であって、当該患者より自費を徴収している場合、意見書等であって、意見書の交付について診療報酬又は公費で既に相応の評価が行われている場合には、診療情報提供料（Ⅰ）は算定できない。

（９）下記のア、イの場合については、患者１人につき月１回に限り、所定点数を算定する。また、いずれの場合も診療情報の提供に当たって交付した文書の写しを診療録に添付する。

ア　区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から２週間以内に、当該患者に対して継続して区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は区分番号「Ｃ００６」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療日、診療内容、患者の病状、日常生活動作能力等の診療情報を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合

イ　区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は区分番号「Ｃ００６」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から２週間以内に、別の保険医療機関に対して、病歴、診療内容、患者の病状等の診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合

(10) 診療情報の提供に当たり、レントゲンフィルム等をコピーした場合には、当該レントゲンフィルム等及びコピーに係る費用は当該情報提供料に含まれ、別に算定できない。

(11) 「注２」に掲げる「市町村又は介護保険法第 46 条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第 58 条第１項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者総合支援法第 51 条の 17 第１項第１号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第 24 条の 26 第１項第１号に規定する指定障害児相談支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所若しくは精神保健福祉センター、児童相談所、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者をいう（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）。また、「保健福祉サービスに必要な情報」とは、当該患者に係る健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービス又はホームヘルプサービス、ホームケア促進事業、ショートステイ、デイサービス、日常生活用具の給付等の介護保険の居宅サービス若しくは福祉サービスを有効かつ適切に実施するために必要な診療並びに

家庭の状況に関する情報をいう。

(12) 「注２」に掲げる「市町村」又は「指定居宅介護支援事業者等」に対する診療情報提供は、入院患者については、退院時に患者の同意を得て退院の日の前後２週間以内の期間に診療情報の提供を行った場合にのみ算定する。ただし、退院前に算定する場合、介護支援等連携指導料を算定した患者については算定できない。また、「市町村」又は「指定居宅介護支援事業者等」に対する診療情報提供においては、自宅に復帰する患者が対象であり、別の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設等に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者についてその診療情報を市町村又は指定居宅介護支援事業者等に提供しても、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料(Ⅰ)の算定対象とはならない。

(13) 「注３」については、在宅での療養を行っている疾病、負傷のため通院困難な患者（以下「在宅患者」という。）に対して、適切な在宅医療を確保するため、当該患者の選択する保険薬局の保険薬剤師が、訪問薬剤管理指導を行う場合であって、当該患者又はその看護等に当たる者の同意を得た上で、当該保険薬局に対して処方箋又はその写しに添付して、当該患者の訪問薬剤管理指導に必要な診療情報を提供した場合に算定する。この場合において、交付した文書の他、処方箋の写しを診療録に添付する。

なお、処方箋による訪問薬剤管理指導の依頼のみの場合は診療情報提供料(Ⅰ)は算定できない。

(14) 「注４」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注５」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。

ア　グループホーム（障害者総合支援法第５条第 17 項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。）

イ　障害者支援施設（障害者総合支援法第５条第 11 項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第７項に規定する生活介護を行うものを除く。）

ウ　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成 18 年厚生労働省令第 19 号）第６条の７第２号に規定する自立訓練（生活訓練）を行う事業所

エ　障害者総合支援法第５条第 13 項に規定する就労移行支援を行う事業所

オ　障害者総合支援法第５条第 14 項に規定する就労継続支援を行う事業所

カ　障害者総合支援法第５条第 28 項に規定する福祉ホーム

(15) 「注６」に掲げる「認知症に関する専門の保険医療機関等」とは、「認知症施策等総合支援事業の実施について」（平成 26 年７月９日老発 0709 第３号（一部改正、平成 27 年６月 26 日老発 0626 第３号）老健局長通知）に規定されている認知症疾患医療センターであること。

(16) 「注７」に掲げる児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象患者又は同法第 56 条の６第２項に規定する、人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児である患者については、当該患者が通園又は通学する学校等の学校医等に対して、当該学校等において当該患者（18歳に達する日以後最初の３月 31 日以前の患者をいう）が生活するに当たり看護職員が実施する診療の補助に係る行

為について、学校医等が指導、助言等を行うに当たり必要な診療情報を提供した場合に算定する。

なお、当該患者の診療情報に係る文書を交付する場合にあっては、患者又は家族等を介して当該学校等に交付できるものであること。

(17) 「注７」に掲げるアナフィラキシーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者については、保険医療機関が交付する生活管理指導表のアナフィラキシーありに該当する患者若しくは食物アレルギーあり（除去根拠のうち、食物経口負荷試験陽性又は明らかな症状の既往及びＩｇＥ抗体等検査結果陽性に該当する者に限る。）に該当する患者であって、当該患者が通園又は通学する学校等の学校医等に対して、当該学校等において当該患者（18歳に達する日以後最初の３月 31 日以前の患者をいう）が生活するに当たり必要な診療情報や学校生活上の留意点等を記載した生活管理指導表を交付した場合に算定する。

なお、アナフィラキーの既往歴のある患者若しくは食物アレルギー患者に生活管理指導表を交付する場合にあっては、患者又は家族等を介して当該学校等に交付できるものであること。ただし、食物アレルギー患者については、当該学校等からの求めに応じて交付するものであること。

(18) 「注７」に掲げる「学校等」とは、児童福祉法第 39 条第１項に規定する保育所、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律（平成 18 年法律第 77 号）第２条第６項に規定する認定こども園、児童福祉法第６条の３第９項に規定する家庭的保育事業を行う者、同条第 10 項に規定する小規模保育事業を行う者及び同条第 12 項に規定する事業所内保育事業を行う者並びに学校教育法（昭和 22 年法律第 26 号）第１条に規定する幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、高等専門学校及び同法第 124 条に規定する専修学校をいう。

(19) 「注７」に掲げる「学校医等」とは、当該学校等の学校医、嘱託医又は当該学校等が医療的ケアについて助言や指導を得るために委嘱する医師をいう。

(20) 「注７」については、当該保険医療機関の主治医と学校医等が同一の場合は算定できない。

(21) 「注８」に掲げる退院患者の紹介に当たっては、心電図、脳波、画像診断の所見等診療上必要な検査結果、画像情報等及び退院後の治療計画等を添付すること。また、添付した写し又はその内容を診療録に添付又は記載すること。なお、算定対象が介護老人保健施設又は介護医療院である場合は、当該加算を算定した患者にあっては、その後６か月間、当該加算は算定できない。

(22) 「注９」の加算は、区分番号「Ｂ００５―４」ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)が算定されない場合であっても算定できる。

(23) 「注 10」に掲げる「専門医療機関」とは、鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行うとともに、かかりつけの医師や介護サービス等との調整を行う保険医療機関であること。

(24) 「注 11」に規定する認知症専門医療機関連携加算は、区分番号「Ｂ００５－７」に掲げる認知症専門診断管理料２を算定する専門医療機関において既に認知症と診断された患者が、症状の増悪や療養方針の再検討を要する状態となった場合に、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合に算定する。

(25) 「注 12」に規定する精神科医連携加算については、身体症状を訴えて精神科以外の診療

科を受診した患者について、当該精神科以外の診療科の医師が、その原因となりうる身体疾患を除外診断した後に、うつ病等の精神疾患を疑い、精神医療の必要性を認め、患者に十分な説明を行い、同意を得て、精神科を標榜する別の保険医療機関の精神科に当該患者が受診する日（紹介した日より１月間以内とし、当該受診日を診療録に記載すること。）について予約を行った上で、患者の紹介を行った場合に算定する。

(26) 「注 13」に規定する肝炎インターフェロン治療連携加算は、区分番号「Ｂ００５－８」に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料を算定する専門医療機関において作成された治療計画に基づいて行った診療の状況を示す文書を添えて、当該専門医療機関に対して当該患者の紹介を行った場合に算定する。

(27) 「注 14」に規定する歯科医療機関連携加算１は、保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。

ア 歯科を標榜していない病院が、医科点数表第２章第 10 部手術の第１節第６款、第７款及び第９款に掲げる悪性腫瘍手術（病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限る。）又は第８款に掲げる心・脈管系（動脈・静脈を除く。）の手術、人工関節置換術若しくは人工関節再置換術（股関節に対して行うものに限る。）又は造血幹細胞移植の手術を行う患者について、手術前に歯科医師による周術期口腔機能管理の必要性を認め、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合

イ 医科の保険医療機関又は医科歯科併設の保険医療機関の医師が、歯科訪問診療の必要性を認めた患者について、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合

(28) 「注 15」に規定する歯科医療機関連携加算２については、（27）のアによる情報提供を行う際に、患者に十分な説明を行い、同意を得て、歯科を標榜する他の保険医療機関に当該患者が受診する日（手術前に必要な歯科診療を行うことができる日とし、当該受診日を診療録に記載すること。）について予約を行った場合に算定する。なお、「注 14」に規定する歯科医療機関連携加算１と併せて算定することができる。

(29) 「注 16」に規定する地域連携診療計画加算は、あらかじめ地域連携診療計画を共有する連携保険医療機関において、区分番号「Ａ２４６」の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定して退院した入院中の患者以外の患者について、地域連携診療計画に基づく療養を提供するとともに、患者の同意を得た上で、退院時の患者の状態や在宅復帰後の患者の状況等について、退院の属する月又はその翌月までに当該連携保険医療機関に対して情報提供を行った場合に算定する。

(30) 「注 17」に規定する療養情報提供加算は、在宅で療養を行う患者の診療を担う保険医療機関が、当該患者が入院又は入所する他の保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院（以下この区分において「保険医療機関等」という。）に対し患者の紹介を行う際に、当該患者に訪問看護を行っている訪問看護ステーションから得た訪問看護に係る情報を診療情報提供書に添付し、当該患者の保険医療機関等への入院又は入所後速やかに情報提供を行った場合に算定する。なお、訪問看護ステーションからの情報を添付し保険医療機関

等へ診療情報を提供した際は、その旨を当該訪問看護ステーションに共有すること。

(31) 「注 18」に規定する検査・画像情報提供加算は、保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の診療記録のうち主要なもの（少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。画像診断の所見を含むことが望ましい。また、イについては、平成 30 年４月以降は、退院時要約を含むものに限る。）について、①医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ他の保険医療機関に常時閲覧可能なよう提供した場合、又は②電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に加算する。なお、多数の検査結果及び画像情報等を提供する場合には、どの検査結果及び画像情報等が主要なものであるかを併せて情報提供することが望ましい。

Ｂ００９－２　電子的診療情報評価料

（１） 電子的診療情報評価料は、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、同時に電子的方法により提供された検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等のうち主要なものを電子的方法により閲覧又は受信し、当該検査結果等を診療に活用することによって、質の高い診療が効率的に行われることを評価するものである。

（２） 保険医療機関が、他の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等のうち主要なもの（少なくとも検査結果及び画像情報を含む場合に限る。）を①医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ閲覧、又は②電子的に送付された診療情報提供書と併せて受信し、当該検査結果や画像を評価して診療に活用した場合に算定する。その際、検査結果や画像の評価の要点を診療録に記載する。

（３） 電子的診療情報評価料は、提供された情報が当該保険医療機関の依頼に基づくものであった場合は、算定できない。

（４） 検査結果や画像情報の電子的な方法による閲覧等の回数にかかわらず、区分番号「Ｂ００９」に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）を算定する他の保険医療機関からの１回の診療情報提供に対し、１回に限り算定する。

Ｂ０１０　診療情報提供料(Ⅱ)

（１） 診療情報提供料(Ⅱ)は、診療を担う医師以外の医師による助言（セカンド・オピニオン）を得ることを推進するものとして、診療を担う医師がセカンド・オピニオンを求める患者又はその家族からの申し出に基づき、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報等、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又はその家族に提供した場合に算定できるものである。なお、入院中の患者に対して当該情報を提供した場合であっても算定できるものである。

（２） 診療情報提供料(Ⅱ)は、患者又はその家族からの申し出に基づき、診療に関する情報を患者に交付し、当該患者又はその家族が診療を担う医師及び当該保険医療機関に所属する医師以外の医師による助言を求めるための支援を行うことを評価したものであり、医師が別の保険医療機関での診療の必要性を認め、患者の同意を得て行う区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料(Ⅰ)を算定すべき診療情報の提供とは明確に区別されるべきものであること。

（３） 診療情報提供料(Ⅱ)を算定すべき診療情報の提供に当たっては、患者又はその家族からの希望があった旨を診療録に記載する。

（４） 助言を受けた患者又はその家族の希望については、その後の治療計画に十分に反映させるものであること。

Ｂ０１０－２　診療情報連携共有料

（１） 診療情報連携共有料は、歯科診療を担う別の保険医療機関との間で情報共有することにより、質の高い診療が効率的に行われることを評価するものであり、歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、当該患者に関する検査結果、投薬内容等の診療情報を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに３月に１回に限り算定する。

（２） 診療情報を提供するに当たっては、次の事項を記載した文書を作成し、患者又は提供する保険医療機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付すること。

ア　患者の氏名、生年月日、連絡先

イ　診療情報の提供先保険医療機関名

ウ　提供する診療情報の内容（検査結果、投薬内容等）

エ　診療情報を提供する保険医療機関名及び担当医師名

（３） 診療情報連携共有料を算定するに当たっては、歯科診療を担う別の保険医療機関と連携を図り、必要に応じて問い合わせに対応できる体制（窓口の設置など）を確保していること。

（４） 同一の患者について、同一の保険医療機関に対して紹介を行い区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料(Ⅰ)を算定した月においては、診療情報連携共有料は別に算定できない。

Ｂ０１１　連携強化診療情報提供料

（１） 連携強化診療情報提供料は、かかりつけ医機能を有する保険医療機関、外来機能報告対象病院等（医療法第 30 条の 18 の４第１項第２号の規定に基づき、同法第 30 条の 18 の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限る。）又は難病若しくはてんかんに係る専門的な外来医療を提供する保険医療機関又は産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関等と他の保険医療機関が連携することで、質の高い診療が効率的に行われることを評価するものであり、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関等からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、患者１人につき提供する保険医療機関ごとに１月に１回又は３月に１回に限り算定する。

（２） 診療状況を示す文書については、次の事項を記載し、患者又は提供する保険医療機関に交付すること。また、交付した文書の写しを診療録に添付すること。

ア　患者の氏名、生年月日、連絡先

イ　診療情報の提供先保険医療機関名

ウ　診療の方針、患者への指導内容、検査結果、投薬内容その他の診療状況の内容

エ　診療情報を提供する保険医療機関名及び担当医師名

（３） 必要に応じて、紹介元の保険医療機関が「注１」に規定する別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関であるかを確認すること。

（４） 「次回受診する日の予約を行った場合」については、次回受診する日を診療録に記載す

ること。なお、予約診療を実施していない保険医療機関については、次回受診する日を決めた上で、次回受診する日を診療録に記載していればよい。

（５） 次回受診する日の予約を行った上で、初診時に連携強化診療情報提供料を算定した場合は、次回受診時に予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

（６） 「注５」については、３月に１回に限り算定する。ただし、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合に、月１回に限り算定する。

（７） 同一の患者について、同一の保険医療機関に対して紹介を行い区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料(Ⅰ)を算定した保険医療機関においては、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料(Ⅰ)を算定した月について、当該患者に対して連携強化診療情報提供料は別に算定できない。

（８） 当該情報を提供する保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に情報提供が行われた場合は算定できない。

Ｂ０１１－３　薬剤情報提供料

（１） 薬剤情報提供料は入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称（一般名又は商品名）、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を、当該処方に係る全ての薬剤について、文書（薬袋等に記載されている場合も含む。）により提供した場合に月１回に限り所定点数を算定する。

（２） 「注１」に規定する場合において、さらに、当該患者の求めに応じて薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳に、処方した薬剤の名称（一般名又は商品名）、保険医療機関名及び処方年月日を記載した場合には、月１回に限り「注２」に規定する手帳記載加算を算定できる。なお、この場合の「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次のアからウまでに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。

ア　患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録

イ　患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録

ウ　患者の主な既往歴等疾病に関する記録

また、所有している手帳を持参しなかった患者に対して薬剤の名称が記載された簡潔な文書（シール等）を交付した場合は、手帳記載加算を算定できない。

（３） やむを得ない理由により、薬剤の名称に関する情報を提供できない場合は、これに代えて薬剤の形状（色、剤形等）に関する情報を提供することにより算定できる。また、効能、効果、副作用及び相互作用に関する情報については患者が理解しやすい表現であることが必要である。

（４） 同一薬剤であっても、投与目的（効能又は効果）が異なる場合には、当該情報を提供すれば薬剤情報提供料を算定できる。また、類似する効能又は効果を有する薬剤への変更の場合にあっても薬剤情報提供料を算定できる。

（５） 処方の内容に変更があった場合については、その都度薬剤情報提供料を算定できる。ただし、薬剤の処方日数のみの変更の場合は、薬剤情報提供料は算定できない。

（６） 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、同一日に２以上の診療科で処方された場合であっても、１回のみの算定とする。

（７） 薬剤情報提供料を算定した場合は、薬剤情報を提供した旨を診療録等に記載する。

Ｂ０１１－４　医療機器安全管理料

（１）　医療機器安全管理料を算定する保険医療機関においては、医療機器の安全使用のための職員研修を計画的に実施するとともに、医療機器の保守点検に関する計画の策定、保守点検の適切な実施及び医療機器の安全使用のための情報収集等が適切に行われていること。

（２）　医療機器安全管理料１は、医師の指示の下に、生命維持管理装置の安全管理、保守点検及び安全使用を行う臨床工学技士を配置した保険医療機関を評価したものであり、当該保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に１月に１回に限り算定する。

（３）　生命維持管理装置とは、人工心肺装置及び補助循環装置、人工呼吸器、血液浄化装置（人工腎臓を除く。）、除細動装置及び閉鎖式保育器をいう。

（４）　医療機器安全管理料２は、医師の指示の下に、放射線治療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を行う体制を評価したものであり、当該保険医療機関において、照射計画に基づく放射線治療が行われた場合、一連の照射につき当該照射の初日に１回に限り算定する。

（５）　放射線治療機器とは、高エネルギー放射線治療装置（直線加速器）及びガンマナイフ装置をいう。

Ｂ０１１－５　がんゲノムプロファイリング評価提供料

（１）　がんゲノムプロファイリング評価提供料は、固形がん患者について、区分番号Ｄ「００６－19」がんゲノムプロファイリング検査を行い、得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、当該検査結果を医学的に解釈するための多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等）による検討会（エキスパートパネル）での検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合に患者１人につき１回に限り算定する。

（２）　当該検査実施時に患者から得られた同意に基づき、当該患者のがんゲノムプロファイルの解析により得られた遺伝子のシークエンスデータ（ＦＡＳＴＱ又はＢＡＭ）、解析データ（ＶＣＦ又はＸＭＬ）及び臨床情報等を、保険医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（Ｃ－ＣＡＴ）に提出した場合に算定する。ただし、患者から同意が得られなかった場合については、この限りではない。

（３）　Ｃ－ＣＡＴへのデータ提出に係る手続きに当たっては、個人情報の保護に係る諸法令を遵守すること。

Ｂ０１２　傷病手当金意見書交付料

（１）　傷病手当金意見書交付料は、医師・歯科医師が労務不能と認め証明した期間ごとにそれぞれ算定できる。

（２）　傷病手当金意見書交付料は、意見書の交付時点において当該被保険者に対し療養の給付を行うべき者に対し請求する。

（３）　傷病手当金を受給できる被保険者が死亡した後に、その遺族等が当該傷病手当金を受給するために意見書の交付を求め、医師・歯科医師が意見書を交付した場合は、当該遺族等に対する療養の給付として請求する。

なお、この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に(相続)と表示し、また、傷病名欄

には、遺族等が他に療養の給付を受けていない場合は意見書の対象となった傷病名を、他に療養の給付を受けている場合は遺族自身の傷病名と意見書の対象となった傷病名の両方を記載する。

（４） 医師・歯科医師が傷病手当金意見書を被保険者に交付した後に、被保険者が当該意見書を紛失し、再度医師・歯科医師が意見書を交付した場合は、最初の傷病手当金意見書交付料のみを算定する。この場合、２度目の意見書の交付に要する費用は、被保険者の負担とする。

（５） 感染症法第 37 条の２による医療を受けるべき患者に対して、公費負担申請のために必要な診断書の記載を行った場合は、傷病手当金意見書交付料の所定点数の 100 分の 100 を、更に被保険者である患者について、この申請手続に協力して保険医療機関が代行した場合は、同じく傷病手当金意見書交付料の所定点数の 100 分の 100 を算定できる。なお、感染症法第 37 条による結核患者の入院に係る感染症法関係の診断書についても所定点数の 100 分の 100 を算定できる。

（６） 健康保険法若しくは国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）に基づく出産育児一時金若しくは出産手当金に係る証明書又は意見書については算定しない。

Ｂ０１３　療養費同意書交付料

（１） 療養費同意書交付料は、当該疾病について現に診察している主治の医師（緊急その他やむを得ない場合は主治の医師に限らない。）が、当該診察に基づき、（２）から（４）までの療養費の支給対象に該当すると認めた患者に対し、あん摩・マッサージ・指圧、はり、きゅうの施術に係る同意書又は診断書（以下「同意書等」という。）を交付した場合に算定する。

（２） あん摩・マッサージ・指圧の施術に係る療養費の支給対象となる適応症は、一律にその診断名によることなく筋麻痺・関節拘縮等であって、医療上マッサージを必要とする症例について支給対象とされている。

（３） はり、きゅうの施術に係る療養費の支給対象となる疾病は、慢性病であって医師による適当な治療手段がないものとされており、主として神経痛・リウマチなどであって、類症疾患についてはこれらの疾病と同一範疇と認められる疾病(頸腕症候群・五十肩・腰痛症及び頸椎捻挫後遺症等の慢性的な疼痛を症状とする疾患）に限り支給対象とされているものである。具体的には、神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症について、保険医より同意書の交付を受けて施術を受けた場合は、保険者は医師による適当な治療手段のないものとし療養費の支給対象として差し支えないものとされている。また、神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症及び頸椎捻挫後遺症以外の疾病による同意書又は慢性的な疼痛を主症とする６疾病以外の類症疾患について診断書が提出された場合は、記載内容等から医師による適当な治療手段のないものであるか支給要件を保険者が個別に判断し、支給の適否が決定されるものである。なお、これらの疾病については、慢性期に至らないものであっても差し支えないものとされている。

（４） あん摩・マッサージ・指圧及びはり、きゅうについて、保険医療機関に入院中の患者の施術は、当該保険医療機関に往療した場合、患者が施術所に出向いてきた場合のいずれであっても療養費は支給されず、はり、きゅうについて、同一疾病に係る療養の給付(診察、検査及び療養費同意書交付を除く。)との併用は認められていない。

（５） 患者が同意書等により療養費の支給可能な期間（初療又は同意の日から６月。変形徒手矯正術に係るものについては１月）を超えてさらにこれらの施術を受ける必要がある場合において、医師が当該患者に対し同意書等を再度交付する場合にも別に算定できる。ただし、同意書等によらず、医師の同意によった場合には算定できない。

（６） 同意書等を再度交付する場合、前回の交付年月日が月の 15 日以前の場合は当該月の４ヶ月後の月の末日、月の 16 日以降の場合は当該月の５ヶ月後の月の末日までの交付については算定できない。ただし、変形徒手矯正術については、前回の交付年月日から起算して１月以内の交付については１回に限り算定できる。

（７） 医師が同意書等を交付した後に、被保険者等が当該同意書等を紛失し、再度医師が同意書等を交付した場合は、最初に同意書等を交付した際にのみ算定できる。この場合において、２度目の同意書等の交付に要する費用は、被保険者の負担とする。

Ｂ０１４　退院時薬剤情報管理指導料

（１） 退院時薬剤情報管理指導料は、医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、患者の入院時に、必要に応じ保険薬局に照会するなどして薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。）を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳（区分番号「Ｂ０１１－３」薬剤情報提供料の（２）に掲げる手帳をいう。以下同じ。）に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に１回に限り算定する。なお、ここでいう退院とは、第１章第２部通則５に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院日には算定できない。

（２） 入院時に、医薬品の服用状況及び薬剤服用歴を手帳等により確認するとともに、患者が、医薬品等を持参している場合には、当該医薬品等について実際に確認し、その名称等及び確認した結果の要点を診療録等に記載する。

（３） 入院中に使用した薬剤のうち、どの薬剤について手帳に記載するかは、患者の病態や使用する薬剤の種類によるが、少なくとも、退院直前（概ね退院前１週間以内）に使用した薬剤及び入院中に副作用が発現した薬剤については記載する。副作用が発現した薬剤については、投与量、当該副作用の概要、投与継続の有無を含む講じた措置、転帰等について記載する。

（４） 患者の退院に際して、当該患者又はその家族等に、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導（保険医療機関を受診する際や保険薬局に処方箋を提出する際に、手帳を提示する旨の指導を含む。）を行うとともに、退院後の療養を担う保険医療機関での投薬又は保険薬局での調剤に必要な服薬の状況及び投薬上の工夫に関する情報について、手帳に記載すること。なお、指導の要点についても、分かりやすく手帳に記載し、必要に応じて退院時の処方に係る薬剤の情報を文書で提供すること。なお、退院後、在宅療養を必要とする患者であって、手帳にかかりつけ薬剤師の氏名が記載されている場合は、退院後の薬学的管理及び指導に関しかかりつけ薬剤師への相談を促すよう努めること。

また、入院時に当該患者が持参した医薬品の服用状況等について保険薬局から提供を受けた場合には、患者の退院に際して、患者の同意を得たうえで、当該保険薬局に対して当該患者の入院中の使用薬剤や服薬の状況等について情報提供すること。

（５） 手帳を所有している患者については、原則として、退院時までに家族等に持参してもらうこととするが、持参できない場合には、必要な情報が記載された簡潔な文書（シール等）を交付し、所有している手帳に添付するよう、患者に対して指導を行った場合又は新たに手帳を発行した場合でも算定できる。

（６） 退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、薬剤情報を提供した旨及び提供した情報並びに指導した内容の要点を診療録等に記載する。なお、区分番号「Ｂ００８」薬剤管理指導料を算定している患者の場合にあっては、薬剤管理指導記録に記載することで差し支えない。

（７） 「注２」に規定する退院時薬剤情報連携加算は、地域における継続的な薬学的管理指導を支援するため、保険医療機関から保険薬局に対して、患者の入院前の処方薬の変更又は中止に関する情報や変更又は中止後の患者の状態等に関する情報を提供することを評価するものである。

（８） 「注２」に規定する退院時薬剤情報連携加算は、退院時薬剤情報管理指導料の算定対象となる患者であって、入院前の処方の内容に変更又は中止の見直しがあったものに対して、患者又はその家族等の同意を得て、退院時に見直しの理由や見直し後の患者の状態等を、患者又はその家族等の選択する保険薬局に対して、文書で情報提供を行った場合に、退院の日に１回に限り算定する。なお、患者１人につき複数の保険薬局に対し情報提供を行った場合においても、１回のみの算定とする。

（９） 保険薬局への情報提供に当たっては、「薬剤管理サマリー」（日本病院薬剤師会）等の様式を参照して情報提供文書を作成し、当該文書を患者若しくはその家族等又は保険薬局に交付する。この場合において交付した文書の写しを診療録等に添付する。

(10) 死亡退院の場合は算定できない。

Ｂ０１５ 精神科退院時共同指導料

（１） 精神科退院時共同指導料１については、他の保険医療機関の精神病棟に入院中の患者であって、(２)又は(３)に定める患者に対して、当該患者の外来又は在宅療養を担う保険医療機関の多職種チームが、入院中の保険医療機関の多職種チームとともに、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に外来又は在宅療養を担う精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、入院中に１回に限り算定すること。

（２） 「１」の「イ」については、精神病棟に入院中の患者であって、精神保健福祉法第 29 条又は第 29 条の２に規定する入院措置に係る患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第 42 条第１項第１号又は第 61 条第１項第１号に規定する同法による入院又は同法第 42 条第１項第２号に規定する同法による通院をしたことがある患者又は当該入院の期間が１年以上の患者（この区分において「措置入院患者等」という。）に対して、当該保険医療機関の多職種チームが、当該患者が入院中の保険医療機関の多職種チームとともに、共同指導を行った場合に算定すること。なお、共同指導を行う当該保険医療機関の多職種チームには、以下のアからウまでの職種がそれぞれ１名以上参加していること。また、必要に応じてエからコまでの職種が参加していること。ただし、アからカまでについては、当該保険医療機関の者に限る。

ア 精神科の担当医

イ　保健師又は看護師（この区分において「看護師等」という。）
ウ　精神保健福祉士
エ　薬剤師
オ　作業療法士
カ　公認心理師
キ　在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等
ク　在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの作業療法士
ケ　市町村若しくは都道府県、保健所を設置する市又は特別区等（この区分において「市町村等」という。）の担当者
コ　その他の関係職種

（3）　「1」の「ロ」については、「1」の「イ」以外の患者であって、平成 28～30 年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、別紙様式 51 に掲げる「包括的支援マネジメント　実践ガイド」における「包括的支援マネジメント　導入基準」を１つ以上満たした療養生活環境の整備のため重点的な支援を要する患者（この区分において「重点的な支援を要する患者」という。）に対して、当該保険医療機関の多職種チームが、当該患者が入院中の保険医療機関の多職種チームとともに、共同指導を行った場合に算定すること。なお、共同指導を行う当該保険医療機関の多職種チームには、(2)のア又はイ及びウの職種がそれぞれ１名以上参加していること。また、必要に応じてエからコまでの職種が参加していること。ただし、アからカまでについては、当該保険医療機関の者に限る。

（4）　精神科退院時共同指導料２については、精神病棟に入院中の患者であって、措置入院患者等又は重点的な支援を要する患者に対して、入院中の保険医療機関の多職種チームが、当該患者の外来又は在宅療養を担う他の保険医療機関の多職種チームとともに、当該患者の同意を得て、退院後の療養上必要な説明及び指導を共同で行った上で、支援計画を作成し、文書により情報提供した場合に入院医療を担う保険医療機関において、入院中に１回に限り算定すること。

（5）　「2」については、(4)に規定する患者に対して、当該保険医療機関の精神科の医師、看護師等及び精神保健福祉士並びに必要に応じて薬剤師、作業療法士、公認心理師、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等若しくは作業療法士又は市町村等の担当者等が共同指導を行った場合に算定すること。

（6）　重点的な支援を要する患者に対して共同指導を実施する場合、「包括的支援マネジメント　導入基準」のうち該当するものを診療録等に添付又は記載すること。

（7）　共同指導の実施及び支援計画の作成に当たっては、平成 28～30 年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント　実践ガイド」を参考にすること。なお、患者又はその家族等に対して提供する文書については、別紙様式 51 の２「療養生活環境の整備に関する支援計画書」を用いること。また、当該文書の写しを診療録等に添付すること。

（8）　共同指導は、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。なお、ビデオ通話が可能な機器を用いる場合、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際

は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

（９） 精神科退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。

(10) 精神科退院時共同指導料を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、当該指導料の対象となる患者の状態について記載すること。

第２節 プログラム医療機器等医学管理加算

Ｂ１００ 禁煙治療補助システム指導管理加算

（１） 禁煙治療補助システム指導管理加算は、区分番号「Ｂ００１－３－２」に掲げるニコチン依存症管理料の「１」の「イ」又は「２」を算定する患者に対して、ニコチン依存症の喫煙者に対する禁煙の治療補助を目的に薬事承認されたアプリ及びアプリと併用するものとして薬事承認された呼気一酸化炭素濃度測定器に係る指導管理を行った場合に、当該管理料を算定した日に１回に限り算定する。ただし、呼気一酸化炭素濃度が上昇しないたばこを使用している場合には当該加算は算定できない。

（２） 「注２」に規定する禁煙治療補助システム加算は、ニコチン依存症の喫煙者に対する禁煙の治療補助を目的に薬事承認されたアプリ及びアプリと併用するものとして薬事承認された呼気一酸化炭素濃度測定器を使用した場合に限り算定する。なお、禁煙治療補助システム加算は、当該患者が呼気一酸化炭素濃度の上昇しないたばこを使用している場合には算定できない。

第２部　在宅医療

通則

１　在宅医療の費用は、第１節又は第２節の各区分の所定点数により算定する。

２　在宅療養指導管理に当たって患者に対して薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第３節の所定点数を合算した点数により算定する。

３　在宅療養指導管理に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前２号により算定した点数及び第４節の所定点数を合算した点数により算定する。

４　第１節又は第２節に掲げられていない在宅医療であって特殊なものの費用は、第１節又は第２節に掲げられている在宅医療のうちで最も近似する在宅医療の各区分の所定点数により算定する。

５　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）において、第１節の各区分に掲げる在宅患者診療・指導料のうち次に掲げるものを算定した場合は、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15、第１部の通則第３号又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料の注13にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。

イ　在宅患者訪問診療料(Ⅰ)

ロ　在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

ハ　在宅患者訪問看護・指導料

ニ　同一建物居住者訪問看護・指導料

ホ　在宅患者訪問点滴注射管理指導料

ヘ　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

ト　在宅患者訪問薬剤管理指導料

チ　在宅患者訪問栄養食事指導料

リ　在宅患者緊急時等カンファレンス料

６　感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注12及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注16に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、前号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、連携強化加算として、月１回に限り３点を更に所定点数に加算する。

７　感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注13及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注17に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、第５号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、サーベイランス強化加算として、月１回に限り１点を更に所定点数に加算する。

第１節　在宅患者診療・指導料

区分

Ｃ０００　往診料　720点

注１　別に厚生労働大臣が定める時間において入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している場合に緊急に行う往診、夜間（深夜を除く。）又は休日の往診、深夜の往診を行った場合には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院（地域において在宅療養を提供する診療所がないことにより、当該地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）等の区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。

イ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの保険医が行う場合

⑴　病床を有する場合
　①　緊急往診加算　850点
　②　夜間・休日往診加算　1,700点
　③　深夜往診加算　2,700点
⑵　病床を有しない場合
　①　緊急往診加算　750点
　②　夜間・休日往診加算　1,500点
　③　深夜往診加算　2,500点

ロ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の保険医が行う場合
⑴　緊急往診加算　650点
⑵　夜間・休日往診加算　1,300点
⑶　深夜往診加算　2,300点

ハ　イからロまでに掲げるもの以外の保険医療機関の保険医が行う場合
⑴　緊急往診加算　325点
⑵　夜間・休日往診加算　650点
⑶　深夜往診加算　1,300点

２　患家における診療時間が１時間を超えた場合は、患家診療時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。

３　患家において死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。

４　保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による往診を行った場合で、特殊の事情があったときの往診料は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

５　往診に要した交通費は、患家の負担とする。

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

Ｃ００１　在宅患者訪問診療料⑴（１日につき）

１　在宅患者訪問診療料１
イ　同一建物居住者以外の場合　888点
ロ　同一建物居住者の場合　213点

２　在宅患者訪問診療料２
イ　同一建物居住者以外の場合　884点
ロ　同一建物居住者の場合　187点

注１　１については、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合及び有料老人ホームその他これに準ずる施設（以下この区分番号及び区分番号Ｃ００１－２において「有料老人ホーム等」という。）に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者をいう。以下この区分番号において同じ。）以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、それぞれ、当該患者１人につき週３回（同一の患者について、イ及びロを併せて算定する場合において同じ。）に限り（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）算定する。この場合において、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料又は区分番号Ｃ０００に掲げる往診料は、算定しない。

2　2については、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合（有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該有料老人ホーム等に入居している患者に対して行った場合を除く。）に、当該患者が同一建物居住者以外である場合はイを、当該患者が同一建物居住者である場合はロを、当該患者１人につき、訪問診療を開始した日の属する月から起算して６月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）を限度として、月１回に限り算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料又は区分番号Ｃ０００に掲げる往診料は、算定しない。

3　1について、保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要性を認め、計画的な医学的管理の下に、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問診療を行った場合は、注１の規定にかかわらず、１月に１回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定する。

4　６歳未満の乳幼児に対して訪問診療を行った場合には、乳幼児加算として、400点を所定点数に加算する。

5　患家における診療時間が１時間を超えた場合は、患家診療時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、100点を所定点数に加算する。

6　在宅で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（１を算定する場合に限る。）には、当該患者に係る区分等に従い、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を更に所定点数に加算する。

イ　有料老人ホーム等に入居する患者以外の患者

⑴　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

①　病床を有する場合　6,500点

②　病床を有しない場合　5,500点

⑵　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（⑴に規定するものを除く。）の場合　4,500点

⑶　⑴及び⑵に掲げるもの以外の場合　3,500点

ロ　有料老人ホーム等に入居する患者

⑴　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

①　病床を有する場合　6,500点

②　病床を有しない場合　5,500点

⑵　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（⑴に規定するものを除く。）の場合　4,500点

⑶　⑴及び⑵に掲げるもの以外の場合　3,500点

7　往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合（１を算定する場合に限る。）には、看取り加算として、3,000点を所定点数に加算する。

8　死亡診断を行った場合（１を算定する場合に限る。）には、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、注７に規定する加算を算定する場合

は、算定できない。

9　保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による訪問診療を行った場合で、特殊の事情があったときの在宅患者訪問診療料⑴は、別に厚生労働大臣が定めるところによって算定する。

10　往診料を算定する往診の日の翌日までに行った訪問診療（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が行ったものを除く。）の費用は算定しない。

11　訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。

Ｃ００１－２　在宅患者訪問診療料⑵（１日につき）　150点

注１　有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が、当該施設に入居している患者に対して、次のいずれかに該当する訪問診療を行った場合に算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料又は区分番号Ｃ０００に掲げる往診料は、算定しない。

イ　当該保険医療機関が、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料の算定要件を満たす保険医療機関として、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合（区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に訪問して診療を行った場合を除く。）

ロ　区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料の算定要件を満たす他の保険医療機関の求めに応じ、当該他の保険医療機関から紹介された患者に対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に訪問して診療を行った場合

２　注１のイの場合については、当該患者１人につき週３回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）に限り算定する。

３　注１のロの場合については、当該患者１人につき訪問診療を開始した日の属する月から起算して６月（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者に対する場合を除く。）を限度として、月１回に限り算定する。

４　注１のイの場合について、保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問診療を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、訪問診療を行った場合は、注２の規定にかかわらず、１月に１回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問診療については14日を限度として算定する。

５　患者の居住する有料老人ホーム等で死亡した患者（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に当該有料老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）に対してその死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上の往診又は訪問診療を実施した場合（注１のイの場合に限る。）には、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。ただし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、それぞれ1,000点、750点又は500点を、がん患者に対して酸素療法を行っていた場合は酸素療法加算として2,000点を、更に所定点数に加算する。

イ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

⑴　病床を有する場合　6,200点

⑵　病床を有しない場合　5,200点

ロ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（イに規定するものを除く。）の場合　4,200点

ハ　イ及びロに掲げるもの以外の場合　3,200点

６　区分番号Ｃ００１の注４、注５、注７、注８及び注10の規定は、在宅患者訪問診療料⑵について準用する。この場合において、同注７中「在宅」とあるのは「

患者の入居する有料老人ホーム等」と、「１を算定する場合」とあるのは「注１のイの場合」と、同注８中「１を算定する場合」とあるのは「注１のイの場合」と、「注７に規定する加算」とあるのは「注６において準用するＣ００１の注７に規定する加算」と読み替えるものとする。

Ｃ００２　在宅時医学総合管理料（月１回）

１　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

イ　病床を有する場合

⑴　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合

①　単一建物診療患者が１人の場合　5,400点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　4,500点

③　①及び②以外の場合　2,880点

⑵　月２回以上訪問診療を行っている場合（⑴の場合を除く。）

①　単一建物診療患者が１人の場合　4,500点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,400点

③　①及び②以外の場合　1,200点

⑶　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（⑴及び⑵の場合を除く。）

①　単一建物診療患者が１人の場合　3,029点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,685点

③　①及び②以外の場合　880点

⑷　月１回訪問診療を行っている場合

①　単一建物診療患者が１人の場合　2,760点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,500点

③　①及び②以外の場合　780点

⑸　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

①　単一建物診療患者が１人の場合　1,515点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　843点

③　①及び②以外の場合　440点

ロ　病床を有しない場合

⑴　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合

①　単一建物診療患者が１人の場合　5,000点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　4,140点

③　①及び②以外の場合　2,640点

⑵　月２回以上訪問診療を行っている場合（⑴の場合を除く。）

①　単一建物診療患者が１人の場合　4,100点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,200点

③　①及び②以外の場合　1,100点

⑶　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（⑴及び⑵の場合を除く。）

①　単一建物診療患者が１人の場合　2,789点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,565点

③　①及び②以外の場合　820点

⑷　月１回訪問診療を行っている場合

①　単一建物診療患者が１人の場合　2,520点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,380点

③　①及び②以外の場合　720点

⑸　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機

器を用いた診療を行っている場合
① 単一建物診療患者が１人の場合 1,395点
② 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 783点
③ ①及び②以外の場合 410点

２ 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合

イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合
⑴ 単一建物診療患者が１人の場合 4,600点
⑵ 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 3,780点
⑶ ⑴及び⑵以外の場合 2,400点

ロ 月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）
⑴ 単一建物診療患者が１人の場合 3,700点
⑵ 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,000点
⑶ ⑴及び⑵以外の場合 1,000点

ハ 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）
⑴ 単一建物診療患者が１人の場合 2,569点
⑵ 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,465点
⑶ ⑴及び⑵以外の場合 780点

ニ 月１回訪問診療を行っている場合
⑴ 単一建物診療患者が１人の場合 2,300点
⑵ 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,280点
⑶ ⑴及び⑵以外の場合 680点

ホ 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
⑴ 単一建物診療患者が１人の場合 1,285点
⑵ 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 733点
⑶ ⑴及び⑵以外の場合 390点

３ １及び２に掲げるもの以外の場合

イ 別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月に２回以上訪問診療を行っている場合
⑴ 単一建物診療患者が１人の場合 3,450点
⑵ 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 2,835点
⑶ ⑴及び⑵以外の場合 1,800点

ロ 月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）
⑴ 単一建物診療患者が１人の場合 2,750点
⑵ 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,475点
⑶ ⑴及び⑵以外の場合 750点

ハ 月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（イ及びロの場合を除く。）
⑴ 単一建物診療患者が１人の場合 2,029点
⑵ 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 1,180点
⑶ ⑴及び⑵以外の場合 660点

ニ 月１回訪問診療を行っている場合
⑴ 単一建物診療患者が１人の場合 1,760点
⑵ 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 995点
⑶ ⑴及び⑵以外の場合 560点

ホ 月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
⑴ 単一建物診療患者が１人の場合 1,015点
⑵ 単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合 590点

⑶　⑴及び⑵以外の場合　330点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、在宅での療養を行っている患者（特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム又は有料老人ホームその他入居している施設において療養を行っている患者（以下「施設入居者等」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合に、訪問回数及び単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関が訪問診療を実施し、医学管理を行っているものをいう。以下この表において同じ。）の人数に従い、所定点数を月１回に限り算定する。

２　注１において、処方箋を交付しない場合は、300点を所定点数に加算する。

３　在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理を行った場合においては、別に厚生労働大臣が定める診療に係る費用及び投薬の費用は、所定点数に含まれるものとする。

４　在宅医療に移行後、当該点数を算定した日の属する月から起算して３月以内の期間、月１回に限り、在宅移行早期加算として、100点を所定点数に加算する。ただし、在宅医療に移行後、１年を経過した患者については算定しない。

５　在宅時医学総合管理料を算定すべき医学管理に関し特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものに限る。）に対して、１月に４回以上の往診又は訪問診療を行った場合には、患者１人につき１回に限り、頻回訪問加算として、600点を所定点数に加算する。

６　区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料を算定している患者については算定しない。

７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。

イ　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　400点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　200点

⑶　⑴及び⑵以外の場合　100点

ロ　在宅療養実績加算１

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　300点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　150点

⑶　⑴及び⑵以外の場合　75点

ハ　在宅療養実績加算２

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　200点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　100点

⑶　⑴及び⑵以外の場合　50点

８　３について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を算定する。

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

イ　在宅療養移行加算１　216点

ロ　在宅療養移行加算２　116点

10　１のイの⑵から⑸まで、１のロの⑵から⑸まで、２のロからホまで及び３のロからホまでについて、別に厚生労働大臣が定める状態の患者については、包括的支援加算として、150点を所定点数に加算する。

11　区分番号Ｉ００２に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴の１を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。

12　１のイの⑶及び⑸、１のロの⑶及び⑸、２のハ及びホ並びに３のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

13　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

Ｃ００２－２　施設入居時等医学総合管理料（月１回）

１　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

イ　病床を有する場合

⑴　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合

①　単一建物診療患者が１人の場合　3,900点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　3,240点
③　①及び②以外の場合　2,880点

⑵　月２回以上訪問診療を行っている場合（⑴の場合を除く。）

①　単一建物診療患者が１人の場合　3,200点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,700点
③　①及び②以外の場合　1,200点

⑶　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（⑴及び⑵の場合を除く。）

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

⑷　月１回訪問診療を行っている場合

①　単一建物診療患者が１人の場合　1,980点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,080点
③　①及び②以外の場合　780点

⑸　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

①　単一建物診療患者が１人の場合　1,125点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　633点
③　①及び②以外の場合　440点

ロ　病床を有しない場合

⑴　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合

①　単一建物診療患者が１人の場合　3,600点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,970点
③　①及び②以外の場合　2,640点

⑵　月２回以上訪問診療を行っている場合（⑴の場合を除く。）

①　単一建物診療患者が１人の場合　2,900点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,550点
③　①及び②以外の場合　1,100点

⑶　月２回以上訪問診療等を行っている場合であって、うち１回以上情報通信機器を用いた診療を行っている場合（⑴及び⑵の場合を除く。）

①　単一建物診療患者が１人の場合　2,069点
②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,175点

③　①及び②以外の場合　820点

⑷　月１回訪問診療を行っている場合

①　単一建物診療患者が１人の場合　1,800点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　990点

③　①及び②以外の場合　720点

⑸　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合

①　単一建物診療患者が１人の場合　1,035点

②　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　588点

③　①及び②以外の場合　410点

２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合

イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　3,300点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,700点

⑶　⑴及び⑵以外の場合　2,400点

ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,600点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,400点

⑶　⑴及び⑵以外の場合　1,000点

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

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,909点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,105点

⑶　⑴及び⑵以外の場合　780点

ニ　月１回訪問診療を行っている場合

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,640点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　920点

⑶　⑴及び⑵以外の場合　680点

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

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　955点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　553点

⑶　⑴及び⑵以外の場合　390点

３　１及び２に掲げるもの以外の場合

イ　別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　2,450点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　2,025点

⑶　⑴及び⑵以外の場合　1,800点

ロ　月２回以上訪問診療を行っている場合（イの場合を除く。）

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,950点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　1,025点

⑶　⑴及び⑵以外の場合　750点

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

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,549点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　910点

⑶　⑴及び⑵以外の場合　660点

ニ　月１回訪問診療を行っている場合

⑴　単一建物診療患者が１人の場合　1,280点

⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　725点
⑶　⑴及び⑵以外の場合　560点

ホ　月１回訪問診療等を行っている場合であって、２月に１回に限り情報通信機器を用いた診療を行っている場合
⑴　単一建物診療患者が１人の場合　775点
⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　455点
⑶　⑴及び⑵以外の場合　330点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）において、施設入居者等であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合、訪問回数及び単一建物診療患者の人数に従い、所定点数を月１回に限り算定する。

２　区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料を算定している患者については算定しない。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ更に所定点数に加算する。

イ　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
⑴　単一建物診療患者が１人の場合　300点
⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　150点
⑶　⑴及び⑵以外の場合　75点

ロ　在宅療養実績加算１
⑴　単一建物診療患者が１人の場合　225点
⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　110点
⑶　⑴及び⑵以外の場合　56点

ハ　在宅療養実績加算２
⑴　単一建物診療患者が１人の場合　150点
⑵　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　75点
⑶　⑴及び⑵以外の場合　40点

４　区分番号Ｉ００２に掲げる通院・在宅精神療法を算定している患者であって、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴の１又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵（注１のイの場合に限る。）を算定しているものについては、別に厚生労働大臣が定める状態の患者に限り、算定できるものとする。

５　区分番号Ｃ００２の注２から注５まで及び注８から注10までの規定は、施設入居時等医学総合管理料について準用する。この場合において、同注３及び同注５中「在宅時医学総合管理料」とあるのは、「施設入居時等医学総合管理料」と読み替えるものとする。

６　１のイの⑶及び⑸、１のロの⑶及び⑸、２のハ及びホ並びに３のハ及びホについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、50点を所定点数に加算する。

Ｃ００３　在宅がん医療総合診療料（１日につき）

１　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるものの場合

イ　病床を有する場合
⑴　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,800点

⑵　処方箋を交付しない場合　2,000点

ロ　病床を有しない場合

⑴　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,650点

⑵　処方箋を交付しない場合　1,850点

２　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院（１に規定するものを除く。）の場合

イ　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付する場合　1,495点

ロ　処方箋を交付しない場合　1,685点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）において、在宅での療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供した場合に１週を単位として算定する。

２　死亡診断を行った場合は、死亡診断加算として、200点を所定点数に加算する。

３　注２に規定する加算及び特に規定するものを除き、診療に係る費用は、在宅がん医療総合診療料に含まれるものとする。

４　在宅がん医療総合診療に要した交通費は、患家の負担とする。

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２として、150点、110点又は75点を、それぞれ更に所定点数に加算する。

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

７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合は、在宅データ提出加算として、月１回に限り、50点を所定点数に加算する。

Ｃ００４　救急搬送診療料　1,300点

注１　患者を救急用の自動車等で保険医療機関に搬送する際、診療上の必要から、当該自動車等に同乗して診療を行った場合に算定する。

２　新生児又は６歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該診療を行った場合には、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ1,500点又は700点を所定点数に加算する。

３　注１に規定する場合であって、当該診療に要した時間が30分を超えた場合には、長時間加算として、700点を所定点数に加算する。

４　注１に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、重篤な患者に対して当該診療を行った場合には、重症患者搬送加算として、1,800点を所定点数に加算する。

Ｃ００５　在宅患者訪問看護・指導料（１日につき）

１　保健師、助産師又は看護師（３の場合を除く。）による場合

イ　週３日目まで　580点

ロ　週４日目以降　680点

２　准看護師による場合

イ　週３日目まで　530点

ロ　週４日目以降　630点

３　悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡（じょくそう）ケア又は人工肛門（こうもん）ケア及び人工膀胱（ぼうこう）ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合　1,285点

注１　１及び２については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問看

護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号及び区分番号Ｃ００５－１－２において「同一建物居住者」という。）を除く。注８及び注９において同じ。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下この部において「看護師等」という。）を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者１人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（３を除く。）又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週３日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、１月に１回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月２回）に限り、週７日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。

２　３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号Ｃ０１３に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者（いずれも同一建物居住者を除く。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者１人について、それぞれ月１回に限り算定する。

３　１及び２については、注１ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週７日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上訪問看護・指導を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、それぞれ450点又は800点を所定点数に加算する。

４　１及び２については、患者又はその看護に当たっている者の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に訪問看護・指導を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、１日につき265点を所定点数に加算する。

５　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる訪問看護・指導を実施した場合には、長時間訪問看護・指導加算として、週１日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週３日）に限り、520点を所定点数に加算する。

６　１及び２については、６歳未満の乳幼児に対し、保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、乳幼児加算として、１日につき150点を所定点数に加算する。

７　１及び２については、同時に複数の看護師等又は看護補助者による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の看護師等が、当該保険医療機関の他の看護師等又は看護補助者（以下この部において「その他職員」という。）と同時に訪問看護・指導を行うことについて、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週１日を、ハの場合にあっては週３日を限度として算定する。

イ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合　450点

ロ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に

訪問看護・指導を行う場合　380点

ハ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）　300点

ニ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

⑴　１日に１回の場合　300点

⑵　１日に２回の場合　600点

⑶　１日に３回以上の場合　1,000点

８　１及び２については、訪問診療を実施している保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月１回に限り300点を所定点数に加算する。

９　１及び２については、保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の保険医の求めにより、当該他の保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同で、カンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月２回に限り200点を所定点数に加算する。

10　１及び２については、在宅で死亡した患者又は特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下この注において「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した患者に対して、保険医療機関の保険医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者及び家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合は、在宅ターミナルケア加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。

イ　在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した患者を含む。）又は特別養護老人ホーム等で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含み、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の１に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下この注において「看取り介護加算等」という。）を算定しているものを除く。）　2,500点

ロ　特別養護老人ホーム等で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に当該特別養護老人ホーム等以外で死亡した患者を含む。）であって、看取り介護加算等を算定しているもの　1,000点

11　１及び２については、訪問看護・指導に関して特別な管理を必要とする患者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該患者に係る訪問看護・指導に関する計画的な管理を行った場合は、患者１人につき１回に限り、在宅移行管理加算として、250点を所定点数に加算する。ただし、特別な管理を必要とする患者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものについては、患者１人につき１回に限り、500点を所定点数に加算する。

12　１及び２については、夜間（午後６時から午後10時までの時間をいう。）又は早朝（午前６時から午前８時までの時間をいう。）に訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として210点を所定点数に加算し、深夜に訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として420点を所定点数に加算する

。

13　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録喀痰吸引等事業者（社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48条の３第１項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者をいう。以下同じ。）又は登録特定行為事業者（同法附則第27条第１項の登録を受けた登録特定行為事業者をいう。以下同じ。）と連携し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第１条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下「喀痰吸引等」という。）が円滑に行われるよう、喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月１回に限り250点を所定点数に加算する。

14　保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患家までの移動にかかる時間が１時間以上である者に対して訪問看護・指導を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

イ　別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を行う場合

ロ　別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域に居住する患者に対して訪問看護・指導を行う場合

15　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合には、訪問看護・指導体制充実加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。

16　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関の緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修（以下「特定行為研修」という。）を修了した看護師が、訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合には、専門管理加算として、月１回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。

イ　緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合（悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号Ｃ０１３に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者に対して行った場合に限る。）　250点

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

17　在宅患者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。

18　訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。

Ｃ００５－１－２　同一建物居住者訪問看護・指導料（１日につき）

１　保健師、助産師又は看護師（３の場合を除く。）による場合

イ　同一日に２人

⑴　週３日目まで　580点

⑵　週４日目以降　680点

ロ　同一日に３人以上

⑴　週３日目まで　293点

⑵　週４日目以降　343点

２　准看護師による場合

イ　同一日に２人

⑴　週３日目まで　530点

⑵　週４日目以降　630点

ロ　同一日に３人以上

⑴　週３日目まで　268点

⑵　週４日目以降　318点

３　悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合　1,285点

注１　１及び２については、保険医療機関が、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、看護師等を訪問させて看護又は療養上必要な指導を行った場合に、患者１人について日単位で算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者以外の患者については、区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料を算定する日と合わせて週３日（保険医療機関が、診療に基づき患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めて、訪問看護・指導を行う場合にあっては、１月に１回（別に厚生労働大臣が定めるものについては、月２回）に限り、週７日（当該診療の日から起算して14日以内の期間に行われる場合に限る。））を限度とする。

２　３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号Ｃ０１３に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な患者（いずれも同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づく訪問看護計画により、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、当該患者１人について、それぞれ月１回に限り算定する。

３　１及び２については、注１ただし書に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は同注ただし書の規定に基づき週７日を限度として所定点数を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上訪問看護・指導を実施した場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。

イ　１日に２回の場合

⑴　同一建物内１人又は２人　450点

⑵　同一建物内３人以上　400点

ロ　１日に３回以上の場合

⑴　同一建物内１人又は２人　800点

⑵　同一建物内３人以上　720点

４　１及び２については、同時に複数の看護師等又は看護補助者による訪問看護・指導が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対して、保険医療機関の看護師等が、当該保険医療機関のその他職員と同時に訪問看護・指導を行うことについて、当該患者又はその家族等の同意を得て、訪問看護・指導を実施した場合には、複数名訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週１日を、ハの場合にあっては週３日を限度として算定する。

イ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の保健師、助産師又

は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合
⑴　同一建物内１人又は２人　450点
⑵　同一建物内３人以上　400点
ロ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合
⑴　同一建物内１人又は２人　380点
⑵　同一建物内３人以上　340点
ハ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）
⑴　同一建物内１人又は２人　300点
⑵　同一建物内３人以上　270点
ニ　所定点数を算定する訪問看護・指導を行う看護師等がその他職員と同時に訪問看護・指導を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）
⑴　１日に１回の場合
①　同一建物内１人又は２人　300点
②　同一建物内３人以上　270点
⑵　１日に２回の場合
①　同一建物内１人又は２人　600点
②　同一建物内３人以上　540点
⑶　１日に３回以上の場合
①　同一建物内１人又は２人　1,000点
②　同一建物内３人以上　900点

５　同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料は、算定しない。

６　区分番号Ｃ００５の注４から注６まで、注８から注16まで及び注18の規定は、同一建物居住者訪問看護・指導料について準用する。この場合において、同注８中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者連携指導加算」とあるのは「同一建物居住者連携指導加算」と、同注９中「在宅で療養を行っている患者」とあるのは「在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）」と、「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」とあるのは「同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算」と、同注10中「在宅ターミナルケア加算」とあるのは「同一建物居住者ターミナルケア加算」と読み替えるものとする。

Ｃ００５－２　在宅患者訪問点滴注射管理指導料（１週につき）　100点

注　区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき訪問看護・指導を受けている患者又は指定訪問看護事業者（健康保険法第88条第１項に規定する指定訪問看護事業者、介護保険法第41条第１項の規定による指定居宅サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定、同法第42条の２第１項の規定による指定地域密着型サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）の指定又は同法第53条第１項の規定による指定介護予防サービス事業者（訪問看護事業を行う者に限る。）をいう。）から訪問看護を受けている患者であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医の診療に基づき、週３日以上の点滴注射を行う必要を認めたものについて、訪問を行う看護師又は准看護師に対して、点滴注射に際し留意すべき事項等を記載した文書を交付して、必要な管理指導を行った場合に、患者１人につき週１回に限り算定する。

Ｃ００６　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料（１単位）

１　同一建物居住者以外の場合　300点
２　同一建物居住者の場合　255点

注１　１については、在宅で療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住す

る他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問リハビリテーション指導管理を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、２については、在宅で療養を行っている患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該診療を行った保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合に、患者１人につき、１と２を合わせて週６単位（退院の日から起算して３月以内の患者にあっては、週12単位）に限り算定する。

２　保険医療機関が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーション指導管理を行う必要性を認め、計画的な医学管理の下に、在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して訪問リハビリテーション指導管理を行った場合は、注１の規定にかかわらず、１と２を合わせて、６月に１回に限り、当該診療の日から14日以内に行った訪問リハビリテーション指導管理については、14日を限度として１日４単位に限り、算定する。

３　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理に要した交通費は、患家の負担とする。

Ｃ００７　訪問看護指示料　300点

注１　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第１項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第１項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第１項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、又は、介護保険法第42条の２第１項に規定する指定地域密着型サービス事業者（定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は複合型サービスを行う者に限る。）からの指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は指定複合型サービス（いずれも訪問看護を行うものに限る。）の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

２　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、当該患者の急性増悪等により一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、その旨を記載した訪問看護指示書を交付した場合は、特別訪問看護指示加算として、患者１人につき月１回（別に厚生労働大臣が定める者については、月２回）に限り、100点を所定点数に加算する。

３　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき、保健師助産師看護師法第37条の２第２項第１号に規定する特定行為に係る管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、同項第２号に規定する手順書を交付した場合は、手順書加算として、患者１人につき６月に１回に限り、150点を所定点数に加算する。

４　注１の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛生材料等提供加算として、患者１人につき月１回に限り、80点を所定点数に加算する。

５　訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号Ｉ０１２－２に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。

Ｃ００７－２　介護職員等喀痰吸引等指示料　240点

注　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき介護保険法第41条第１項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第８条第２項に規定する訪問介護、同条第３項に規定する訪問入浴介護、同条第７項に規定する通所介護又は同条第11項に規定する特定施設入居者生活介護に係る指定を受けている者に限る。

）、同法第42条の２第１項に規定する指定地域密着型サービス事業者（同法第８条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設を除く。）その他別に厚生労働大臣が定める者による喀痰吸引等の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して介護職員等喀痰吸引等指示書を交付した場合に、患者１人につき３月に１回に限り算定する。

Ｃ００８　在宅患者訪問薬剤管理指導料

１　単一建物診療患者が１人の場合　650点

２　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　320点

３　１及び２以外の場合　290点

注１　在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、当該保険医療機関の薬剤師が訪問し薬学的管理指導を行っているものをいう。）の人数に従い、患者１人につき月４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週２回かつ月８回）に限り算定する。この場合において、１から３までを合わせて薬剤師１人につき週40回に限り算定できる。

２　麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の使用に関し、その服用及び保管の状況、副作用の有無等について患者に確認し、必要な薬学的管理指導を行った場合は、１回につき100点を所定点数に加算する。

３　在宅患者訪問薬剤管理指導に要した交通費は、患家の負担とする。

４　６歳未満の乳幼児に対して、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行った場合には、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。

Ｃ００９　在宅患者訪問栄養食事指導料

１　在宅患者訪問栄養食事指導料１

イ　単一建物診療患者が１人の場合　530点

ロ　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　480点

ハ　イ及びロ以外の場合　440点

２　在宅患者訪問栄養食事指導料２

イ　単一建物診療患者が１人の場合　510点

ロ　単一建物診療患者が２人以上９人以下の場合　460点

ハ　イ及びロ以外の場合　420点

注１　１については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関の管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者（当該患者が居住する建物に居住する者のうち、管理栄養士が訪問し栄養食事指導を行っているものをいう。注２において同じ。）の人数に従い、患者１人につき月２回に限り所定点数を算定する。

２　２については、在宅で療養を行っており通院が困難な患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続して行い、かつ、保険医療機関の医師の指示に基づき当該保険医療機関以外の管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって栄養管理に係る指導を行った場合に、単一建物診療患者の人数に従い、患者１人につき月２回に限り所定点数を算定する。

３　在宅患者訪問栄養食事指導に要した交通費は、患家の負担とする。

Ｃ０１０　在宅患者連携指導料　900点

注１　訪問診療を実施している保険医療機関（診療所、在宅療養支援病院及び許可病床数が200床未満の病院（在宅療養支援病院を除く。）に限る。）の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、歯科訪問診療を実施している保険医療機関、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局又は訪問看護ステーションと文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、月１回に

限り算定する。

2　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日に行った指導又は当該初診の日から１月以内に行った指導の費用は、初診料に含まれるものとする。

3　当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して１月以内に行った指導の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

4　区分番号Ｂ００１の１に掲げるウイルス疾患指導料、区分番号Ｂ００１の６に掲げるてんかん指導料、区分番号Ｂ００１の７に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号Ｂ００１の12に掲げる心臓ペースメーカー指導管理料を算定している患者については算定しない。

5　在宅患者連携指導料を算定すべき指導を行った場合においては、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料及び区分番号Ｂ００１の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定すべき指導管理の費用は、所定点数に含まれるものとする。

6　区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料又は区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料を算定している患者については算定しない。

Ｃ０１１　在宅患者緊急時等カンファレンス料　200点

注　訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該保険医の求め又は当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同でカンファレンスを行い又はカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月２回に限り算定する。

Ｃ０１２　在宅患者共同診療料

1　往診の場合　1,500点

2　訪問診療の場合（同一建物居住者以外）　1,000点

3　訪問診療の場合（同一建物居住者）　240点

注１　１については、在宅療養後方支援病院（在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なもの（当該在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望するものに限る。以下この区分番号において同じ。）に対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて共同で往診を行った場合に、１から３までのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内に、患者１人につき１から３までを合わせて２回に限り算定する。

2　２については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、１から３までのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内に、患者１人につき１から３までを合わせて２回に限り算定する。

3　３については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床未満の病院に限る

。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、１から３までのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内に、患者１人につき１から３までを合わせて２回に限り算定する。

４　注１から注３までの規定にかかわらず、在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者に対して行った場合については、１から３までのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内に、患者１人につき１から３までを合わせて12回に限り算定する。

５　往診又は訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。

Ｃ０１３　在宅患者訪問褥瘡管理指導料　750点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士又は当該保険医療機関以外の管理栄養士及び看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して６月以内に限り、当該患者１人につき３回に限り所定点数を算定する。

２　区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号Ｃ００９に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。ただし、カンファレンスを行う場合にあっては、この限りでない。

Ｃ０１４　外来在宅共同指導料

１　外来在宅共同指導料１　400点

２　外来在宅共同指導料２　600点

注１　１については、保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者１人につき１回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。

２　２については、注１に規定する場合において、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関において、患者１人につき１回に限り算定する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ｃ０００に掲げる往診料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は別に算定できない。

第２節　在宅療養指導管理料

通則

在宅療養指導管理料の費用は、第１款及び第２款の各区分の所定点数を合算した費用により算定する。

第１款　在宅療養指導管理料

通則

１　本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料は、特に規定する場合を除き、月１回に限り算定し、同一の患者に対して１月以内に指導管理を２回以上行った場合においては、第１回の指導管理を行ったときに算定する。

２　同一の患者に対して、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料に規定する在宅療養指導管理のうち２以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。

３　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療

養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合（紹介が行われた月に限る。）及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合（Ｃ１０２に規定する指導管理とＣ１０２－２に規定する指導管理、Ｃ１０３に規定する指導管理とＣ１０７に規定する指導管理、Ｃ１０７－２に規定する指導管理又はＣ１０７－３に規定する指導管理、Ｃ１０４に規定する指導管理とＣ１０５に規定する指導管理、Ｃ１０４に規定する指導管理とＣ１０５－２に規定する指導管理、Ｃ１０５に規定する指導管理とＣ１０５－２に規定する指導管理、Ｃ１０５－２に規定する指導管理とＣ１０９に規定する指導管理、Ｃ１０５－２に規定する指導管理とＣ１０５－３に規定する指導管理、Ｃ１０５－３に規定する指導管理とＣ１０９に規定する指導管理、Ｃ１０７に規定する指導管理とＣ１０７－２に規定する指導管理又はＣ１０７－３に規定する指導管理、Ｃ１０７－２に規定する指導管理とＣ１０７－３に規定する指導管理、Ｃ１０８に規定する指導管理とＣ１１０に規定する指導管理、Ｃ１０８－２に規定する指導管理とＣ１１０に規定する指導管理及びＣ１０９に規定する指導管理とＣ１１４に規定する指導管理の組合せを除く。）には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。

４　入院中の患者に対して退院時に本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合においては、各区分の規定にかかわらず、当該退院の日に所定点数を算定できる。この場合において、当該退院した患者に対して行った指導管理（当該退院した日の属する月に行ったものに限る。）の費用は算定しない。

区分

Ｃ１００　退院前在宅療養指導管理料　120点

注１　入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に算定する。

２　６歳未満の乳幼児に対して在宅療養に関する指導管理を行った場合には、乳幼児加算として、200点を所定点数に加算する。

Ｃ１０１　在宅自己注射指導管理料

１　複雑な場合　1,230点

２　１以外の場合

イ　月27回以下の場合　650点

ロ　月28回以上の場合　750点

注１　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定する。ただし、同一月に区分番号Ｂ００１－２－12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料又は第６部の通則第６号に規定する外来化学療法加算を算定している患者については、当該管理料を算定できない。

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

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

４　患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を処方した場合には、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して３月を限度として、150点を所定点数に加算する。

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅自己注射指導管理料を算定すべき医学管理を情報通信機器を用いて行った場合は、１又は２のイ若しくはロの所定点数に代えて、それぞれ1,070点又は566点若しくは653点を算定する。

Ｃ１０１－２　在宅小児低血糖症患者指導管理料　820点

注　12歳未満の小児低血糖症であって入院中の患者以外の患者に対して、重篤な低血糖の予防のために適切な指導管理を行った場合に算定する。

Ｃ１０１－３　在宅妊娠糖尿病患者指導管理料

１　在宅妊娠糖尿病患者指導管理料１　150点

２　在宅妊娠糖尿病患者指導管理料２　150点

注１　１については、妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）であって入院中の患者以外の患者に対して、周産期における合併症の軽減のために適切な指導管理を行った場合に算定する。

２　２については、１を算定した入院中の患者以外の患者に対して、分娩後も継続して血糖管理のために適切な指導管理を行った場合に、当該分娩後12週の間、１回に限り算定する。

Ｃ１０２　在宅自己腹膜灌流指導管理料　4,000点

注１　在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己連続携行式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合は、同一月内の２回目以降１回につき2,000点を月２回に限り算定する。

２　当該指導管理を算定する同一月内に区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓又はＪ０４２に規定する腹膜灌流の１を算定する場合は、注１に規定する２回目以降の費用は、算定しない。

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

Ｃ１０２－２　在宅血液透析指導管理料　10,000点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して在宅血液透析に関する指導管理を行った場合に算定するものとし、頻回に指導管理を行う必要がある場合には、当該指導管理料を最初に算定した日から起算して２月までの間は、同一月内の２回目以降１回につき2,000点を月２回に限り算定する。

２　当該指導管理を算定する同一月内に区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓を算定する場合は、注１に規定する２回目以降の費用は、算定しない。

Ｃ１０３　在宅酸素療法指導管理料

１　チアノーゼ型先天性心疾患の場合　520点

２　その他の場合　2,400点

注１　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅酸素療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、２を算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点に当該期間の月数（当該指導を行った月に限り、２月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

Ｃ１０４　在宅中心静脈栄養法指導管理料　3,000点

注　在宅中心静脈栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅中心静脈栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。

Ｃ１０５　在宅成分栄養経管栄養法指導管理料　2,500点

注　在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅成分栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。

Ｃ１０５－２　在宅小児経管栄養法指導管理料　1,050点

注　在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅小児経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定する。

Ｃ１０５－３　在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料　2,500点

注　在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対して、在宅半固形栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に、最初に算定した日から起算して１年を限度として算定する。

Ｃ１０６　在宅自己導尿指導管理料　1,400点

注１　在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅自己導尿に関する指導管理を行った場合に算定する。

２　カテーテルの費用は、第２款に定める所定点数により算定する。

Ｃ１０７　在宅人工呼吸指導管理料　2,800点

注　在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅人工呼吸に関する指導管理を行った場合に算定する。

Ｃ１０７－２　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

１　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料１　2,250点

２　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２　250点

注１　在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅持続陽圧呼吸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、２を算定し、ＣＰＡＰを用いている患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点に当該期間の月数（当該管理を行った月に限り、２月を限度とする。）を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

Ｃ１０７－３　在宅ハイフローセラピー指導管理料　2,400点

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

Ｃ１０８　在宅悪性腫瘍等患者指導管理料　1,500点

注　在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

Ｃ１０８－２　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料　1,500点

注　別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医が、他の保険医療機関において区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

Ｃ１０９　在宅寝たきり患者処置指導管理料　1,050点

注１　在宅における創傷処置等の処置を行っている入院中の患者以外の患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。

２　区分番号Ｂ００１の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。

Ｃ１１０　在宅自己疼痛管理指導管理料　1,300点

注　疼痛除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において自己疼痛管理を行っている入院中の患者以外の難治性慢性疼痛の患者に対して、在宅自己疼痛管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

Ｃ１１０－２　在宅振戦等刺激装置治療指導管理料　810点

注１　振戦等除去のため植込型脳・脊髄刺激装置を植え込んだ後に、在宅において振戦等管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅振戦等管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

２　植込術を行った日から起算して３月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。

Ｃ１１０－３　在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料　810点

注１　てんかん治療のため植込型迷走神経電気刺激装置を植え込んだ後に、在宅においてでんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅でんかん

管理に関する指導管理を行った場合に算定する。

２　植込術を行った日から起算して３月以内の期間に行った場合には、導入期加算として、140点を所定点数に加算する。

Ｃ１１０－４　在宅仙骨神経刺激療法指導管理料　810点

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

Ｃ１１０－５　在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料　810点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、在宅において舌下神経電気刺激療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅舌下神経電気刺激療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

Ｃ１１１　在宅肺高血圧症患者指導管理料　1,500点

注　肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外の患者に対して、プロスタグランジンＩ$_2$製剤の投与等に関する医学管理等を行った場合に算定する。

Ｃ１１２　在宅気管切開患者指導管理料　900点

注　気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外のものに対して、在宅における気管切開に関する指導管理を行った場合に算定する。

Ｃ１１２－２　在宅喉頭摘出患者指導管理料　900点

注　喉頭摘出を行っている患者であって入院中の患者以外のものに対して、在宅における人工鼻材料の使用に関する指導管理を行った場合に算定する。

Ｃ１１３　削除

Ｃ１１４　在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料　1,000点

注１　皮膚科又は形成外科を担当する医師が、別に厚生労働大臣が定める疾患の患者であって、在宅において皮膚処置を行っている入院中の患者以外のものに対して、当該処置に関する指導管理を行った場合に算定する。

２　区分番号Ｂ００１の７に掲げる難病外来指導管理料又は区分番号Ｂ００１の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料を算定している患者については、算定しない。

Ｃ１１５　削除

Ｃ１１６　在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料　45,000点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、体内植込型補助人工心臓（非拍動流型）を使用している患者であって入院中の患者以外のものに対して、療養上必要な指導を行った場合に算定する。

Ｃ１１７　在宅経腸投薬指導管理料　1,500点

注　入院中の患者以外の患者であって、レボドパ・カルビドパ水和物製剤の経腸投薬を行っているものに対して、投薬等に関する医学管理等を行った場合に算定する。

Ｃ１１８　在宅腫瘍治療電場療法指導管理料　2,800点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって、在宅腫瘍治療電場療法を行っているものに対して、療養上必要な指導を行った場合に算定する。

Ｃ１１９　在宅経肛門的自己洗腸指導管理料　800点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅で経肛門的に自己洗腸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経肛門的自己洗腸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

２　経肛門的自己洗腸を初めて実施する患者について、初回の指導を行った場合は、当該初回の指導を行った月に限り、導入初期加算として、500点を所定点数に加算する。

Ｃ１２０　在宅中耳加圧療法指導管理料　1,800点

注　在宅中耳加圧療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅中耳加圧療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

Ｃ１２１　在宅抗菌薬吸入療法指導管理料　800点

注１　在宅抗菌薬吸入療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅抗菌薬吸入療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

２　在宅抗菌薬吸入療法を初めて実施する患者について、初回の指導を行った場合は、当該初回の指導を行った月に限り、導入初期加算として、500点を所定点数に加算する。

第２款　在宅療養指導管理材料加算

通則

１　本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第１款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、月１回に限り算定する。

２　前号の規定にかかわらず、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算のうち、保険医療材料の使用を算定要件とするものについては、当該保険医療材料が別表第三調剤報酬点数表第４節の規定により調剤報酬として算定された場合には算定しない。

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

区分

Ｃ１５０　血糖自己測定器加算

１	月20回以上測定する場合	350点
２	月30回以上測定する場合	465点
３	月40回以上測定する場合	580点
４	月60回以上測定する場合	830点
５	月90回以上測定する場合	1,170点
６	月120回以上測定する場合	1,490点
７	間歇スキャン式持続血糖測定器によるもの	1,250点

注１　１から４までについては、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

イ　インスリン製剤又はヒトソマトメジンＣ製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者及び膵全摘後の患者を除く。）

ロ　インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者又は膵全摘後の患者に限る。）

ハ　12歳未満の小児低血糖症の患者

ニ　妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）

２　５及び６については、入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、血糖自己測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

イ　インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている患者（１型糖尿病の患者又は膵全摘後の患者に限る。）

ロ　12歳未満の小児低血糖症の患者

ハ　妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）

３　７については、インスリン製剤の自己注射を１日に１回以上行っている入院中の患者以外の患者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うため、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

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

Ｃ１５１　注入器加算　300点

注　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入器を処方した場合に、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１５２　間歇注入シリンジポンプ加算

１　プログラム付きシリンジポンプ　2,500点

２　１以外のシリンジポンプ　1,500点

注　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、間歇注入シリンジポンプを使用した場合に、２月に２回に限り第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１５２－２　持続血糖測定器加算

１　間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合

イ　２個以下の場合　1,320点

ロ　３個又は４個の場合　2,640点

ハ　５個以上の場合　3,300点

２　間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合

イ　２個以下の場合　1,320点

ロ　３個又は４個の場合　2,640点

ハ　５個以上の場合　3,300点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続血糖測定器を使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。

２　当該患者に対して、プログラム付きシリンジポンプ又はプログラム付きシリンジポンプ以外のシリンジポンプを用いて、トランスミッターを使用した場合は、２月に２回に限り、第１款の所定点数にそれぞれ3,230点又は2,230点を加算する。ただし、この場合において、区分番号Ｃ１５２に掲げる間歇注入シリンジポンプ加算は算定できない。

Ｃ１５２－３　経腸投薬用ポンプ加算　2,500点

注　別に厚生労働大臣が定める内服薬の経腸投薬を行っている入院中の患者以外の患者に対して、経腸投薬用ポンプを使用した場合に、２月に２回に限り第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１５３　注入器用注射針加算

１　治療上の必要があって、１型糖尿病若しくは血友病の患者又はこれらの患者に準ずる状態にある患者に対して処方した場合　200点

２　１以外の場合　130点

注　別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入器用の注射針を処方した場合に、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１５４　紫外線殺菌器加算　360点

注　在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、紫外線殺菌器を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１５５　自動腹膜灌流装置加算　2,500点

注　在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自動腹膜灌流装置を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１５６　透析液供給装置加算　10,000点

注　在宅血液透析を行っている入院中の患者以外の患者に対して、透析液供給装置を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１５７　酸素ボンベ加算

１　携帯用酸素ボンベ　880点

２　１以外の酸素ボンベ　3,950点

注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素ボンベを使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１５８　酸素濃縮装置加算　4,000点

注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、酸素濃縮装置を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号Ｃ１５７に掲げる酸素ボンベ加算の２は算定できない。

Ｃ１５９　液化酸素装置加算

１　設置型液化酸素装置　3,970点

２　携帯型液化酸素装置　880点

注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、液化酸素装置を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１５９－２　呼吸同調式デマンドバルブ加算　291点

注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者（チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。）に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１６０　在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算　2,000点

注　在宅中心静脈栄養法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、輸液セットを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１６１　注入ポンプ加算　1,250点

注　在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法若しくは在宅小児経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者、在宅における鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者又は別に厚生労働大臣が定める注射薬の自己注射を行っている入院中の患者以外の患者に対して、注入ポンプを使用した場合に、２月に２回に限り、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１６２　在宅経管栄養法用栄養管セット加算　2,000点

注　在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法又は在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院中の患者以外の患者（在宅半固形栄養経管栄養法を行っている患者については、区分番号Ｃ１０５－３に掲げる在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定しているものに限る。）に対して、栄養管セットを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１６３　特殊カテーテル加算

１　再利用型カテーテル　400点

２　間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル

イ　親水性コーティングを有するもの

⑴　60本以上90本未満の場合　1,700点

⑵　90本以上120本未満の場合　1,900点

⑶　120本以上の場合　2,100点

ロ　イ以外のもの　1,000点

３　間歇バルーンカテーテル　1,000点

注　在宅自己導尿を行っている入院中の患者以外の患者に対して、再利用型カテーテル、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル又は間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１６４　人工呼吸器加算

１　陽圧式人工呼吸器　7,480点

注　気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。

２　人工呼吸器　6,480点

注　鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器を使用した場合に算定する。

３　陰圧式人工呼吸器　7,480点

注　陰圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。

注　在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、人工呼吸器を使用した場合に、いずれかを第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１６５　在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算

１　ＡＳＶを使用した場合　3,750点

２　ＣＰＡＰを使用した場合　1,000点

注　在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１６６　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算　2,500点

注　在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１６７　疼痛等管理用送信器加算　600点

注　疼痛除去等のため植込型脳・脊髄刺激装置又は植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅疼痛管理、在宅振戦管理又は在宅てんかん管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、疼痛等管理用送信器（患者用プログラマを含む。）を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１６８　携帯型精密輸液ポンプ加算　10,000点

注　肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のものに対して、携帯型精密輸液ポンプを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１６８－２　携帯型精密ネブライザ加算　3,200点

注　肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外のものに対して、携帯型精密ネブライザを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１６９　気管切開患者用人工鼻加算　1,500点

注　気管切開を行っている患者であって入院中の患者以外のものに対して、人工鼻を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１７０　排痰補助装置加算　1,829点

注　在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患等の患者に対して、排痰補助装置を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１７１　在宅酸素療法材料加算

１　チアノーゼ型先天性心疾患の場合　780点

２　その他の場合　100点

注　在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１７１－２　在宅持続陽圧呼吸療法材料加算　100点

注　在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１７１－３　在宅ハイフローセラピー材料加算　100点

注　在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１７２　在宅経肛門的自己洗腸用材料加算　2,400点

注　在宅で経肛門的に自己洗腸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、自己洗腸用材料を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１７３　横隔神経電気刺激装置加算　600点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、横隔神経電気刺激装置を使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１７４　在宅ハイフローセラピー装置加算　1,600点

注　在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピー装置を使用した場合に、３月に３回に限り、第１款の所定点数に加算する。

Ｃ１７５　在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算

１　１月目　7,480点

２　２月目以降　1,800点

注　在宅抗菌薬吸入療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、超音波ネブライザを使用した場合に、第１款の所定点数に加算する。

第３節　薬剤料

区分

Ｃ２００　薬剤　　薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。

注１　薬価が15円以下である場合は、算定しない。

２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第４節　特定保険医療材料料

区分

Ｃ３００　特定保険医療材料　　材料価格を10円で除して得た点数

注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

＜通則＞

１　在宅医療の費用は、第１節在宅患者診療・指導料、第２節在宅療養指導管理料第１款在宅療養指導管理料、第２節在宅療養指導管理料第２款在宅療養指導管理材料加算、第３節薬剤料及び第４節特定保険医療材料料に掲げる所定点数を合算した点数により算定する。

２　在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、使用した薬剤の費用については第３節薬剤料により、特定保険医療材料の費用については第４節特定保険医療材料料により、当該保険医療機関において算定する。

３　「通則５」の外来感染対策向上加算は、診療所における、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画、新興感染症の発生時等に都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制の確保を更に推進する観点から、診療時の感染防止対策に係る体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た診療所において次に掲げるものを算定する場合に、患者１人につき月１回に限り加算することができる。ただし、同一月に区分番号「Ａ０００」の「注 11」、区分番号「Ａ００１」の「注 15」、第２章第１部の通則第３号又は区分番号「Ｉ０１２」の「注 13」に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合にあっては算定できない。

（１）　在宅患者訪問診療料（Ｉ）
（２）　在宅患者訪問診療料（Ⅱ）
（３）　在宅患者訪問看護・指導料
（４）　同一建物居住者訪問看護・指導料
（５）　在宅患者訪問点滴注射管理指導料
（６）　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料
（７）　在宅患者訪問薬剤管理指導料
（８）　在宅患者訪問栄養食事指導料
（９）　在宅患者緊急時等カンファレンス料

４　「通則６」の連携強化加算は、３の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が、区分番号「Ａ２３４－２」感染対策向上加算１を算定する保険医療機関に対し、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合に算定する。

５　「通則７」のサーベイランス強化加算は、３の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が、院内感染対策サーベイランス（ＪＡＮＩＳ）、感染対策連携共通プラットフォーム（Ｊ－ＳＩＰＨＥ）等、地域や全国のサーベイランスに参加している場合に算定する。

第１節　在宅患者診療・指導料

１　保険医療機関は、同一の患者について、区分番号「Ｃ０００」往診料、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号「Ｃ

００５」在宅患者訪問看護・指導料、区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「Ｃ００６」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、区分番号「Ｃ００８」在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号「Ｃ００９」在宅患者訪問栄養食事指導料又は区分番号「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料（以下この部において「訪問診療料等」という。）のうち、いずれか１つを算定した日においては、他のものを算定できない。

ただし、在宅患者訪問診療等を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。

2　一の保険医療機関が訪問診療料等のいずれか１つを算定した日については、当該保険医療機関と特別の関係にある他の保険医療機関は訪問診療料等を算定できない。

ただし、訪問診療等を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。

3　保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーションが、当該保険医療機関の医師から訪問看護指示書の交付を受けた患者について、訪問看護療養費を算定した日においては、当該保険医療機関は訪問診療料等を算定できない。

ただし、当該訪問看護を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。また、区分番号「Ｉ０１６」精神科在宅患者支援管理料の「１」を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日に訪問看護を実施した場合における精神科訪問看護・指導料（作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限る。）及び精神科訪問看護基本療養費の算定については、この限りでない。

4　在宅療養支援診療所とは、地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有するものであり、患者からの連絡を一元的に当該診療所で受けるとともに、患者の診療情報を集約する等の機能を果たす必要があること。このため、緊急時の連絡体制及び 24 時間往診できる体制等を確保しなければならない。なお、当該診療所が他の保険医療機関（特別の関係にあるものを含む。）又は訪問看護ステーション（特別の関係にあるものを含む。）（以下この部において「連携保険医療機関等」という。）と連携する場合には、連携保険医療機関等の保険医又は看護師等との診療情報の共有に際し、当該患者の診療情報の提供を行った場合、これに係る費用は各所定点数に含まれ別に算定できない。

5　連携保険医療機関等の保険医又は看護師等であって、在宅療養支援診療所の保険医の指示により、緊急の往診又は訪問看護を行うものは、患者の診療情報について、あらかじめ在宅療養支援診療所の保険医から提供を受け、緊急時に十分活用できる体制にて保管する必要があること。また、当該緊急の往診又は訪問看護の後には、診療内容等の要点を診療録等に記載するとともに、在宅療養支援診療所の保険医が患者の診療情報を集約して管理できるよう、速やかに在宅療養支援診療所の保険医に対し、診療情報の提供を行うこと。なお、在宅療養支援診療所の保険医に対し、連携保険医療機関等から当該患者の診療情報の提供を行った場合の費用は、各所定点数に含まれ別に算定できない。

6　当該患者の病状急変時等に、連携保険医療機関等の保険医又は看護師等が往診又は訪問看護を行った場合には、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料、区分番号「Ｃ０００」往診料又は区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料は往診等を行った保険医又は看護師等の属する保険医療機関において算定する。

7　連携保険医療機関等が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により往診又は訪問看護を行っ

た場合は、診療報酬明細書の摘要欄に連携する在宅療養支援診療所の名称及び(支援)と記載すること。

Ｃ０００　往診料

（１）　往診料は、患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患家に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

（２）　緊急往診加算は、保険医療機関において、標榜時間内であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。

（３）　「注１」に規定する「別に厚生労働大臣が定める時間」とは、保険医療機関において専ら診療に従事している時間であって、概ね午前８時から午後１時までの間とする。

（４）　「注１」における緊急に行う往診とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合（15 歳未満の小児（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20 歳未満の者）については、これに加えて、低体温、けいれん、意識障害、急性呼吸不全等が予想される場合）をいう。また、医学的に終末期であると考えられる患者（当該保険医療機関又は当該保険医療機関と連携する保険医療機関が訪問診療を提供している患者に限る。）に対して往診した場合にも緊急往診加算を算定できる。

（５）　「注１」における所定点数とは、往診料に「注２」及び「注４」における加算点数を合算した点数をいう。

（６）　夜間（深夜を除く。）とは午後６時から午前８時までとし、深夜の取扱いについては、午後 10 時から午前６時までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診加算及び深夜往診加算は算定できない。

（７）　休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律第３条に規定する休日をいう。なお、１月２日及び３日並びに 12 月 29 日、30 日及び 31 日は、休日として取り扱う。

（８）　「注１のイ」に規定する「在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの」とは、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の第９在宅療養支援診療所の施設基準の１の（１）及び(２)に規定する在宅療養支援診療所、第 14 の２在宅療養支援病院の施設基準の１の(１)及び（２）に規定する在宅療養支援病院である。

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

（９）　「注２」における診療時間とは、実際に診療に当たっている時間をいう。交通機関の都合その他診療の必要以外の事由によって患家に滞在又は宿泊した場合においては、その患家滞在の時間については、診療時間に算入しない。

(10)　同一の患家又は有料老人ホーム等であって、その形態から当該ホーム全体を同一の患家とみなすことが適当であるものにおいて、２人以上の患者を診療した場合は、２人目以降

の患者については往診料を算定せず、区分番号「Ａ０００」初診料又は区分番号「Ａ００１」再診料若しくは区分番号「Ａ００２」外来診療料及び第２章特掲診療料のみを算定する。この場合において、２人目以降のそれぞれの患者の診療に要した時間が１時間を超えた場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、往診料の「注２」に規定する加算を算定する。

(11)　往診又は訪問診療を行った後に、患者又はその家族等が単に薬剤を取りに医療機関に来た場合は、再診料又は外来診療料は算定できない。

(12)　「注３」に規定する加算は、患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診を行い、死亡診断を行った場合に算定する。

(13)　保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が 16 キロメートルを超える往診については、当該保険医療機関からの往診を必要とする絶対的な理由がある場合に認められるものであって、この場合の往診料の算定については、16 キロメートル以内の場合と同様、本区分及び「注１」、「注２」、「注３」、「注６」により算定する。この絶対的に必要であるという根拠がなく、特に患家の希望により 16 キロメートルを超える往診をした場合の往診料は保険診療としては算定が認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が 16 キロメートルを超えた場合」とは、当該保険医療機関を中心とする半径 16 キロメートルの圏域の外側に患家が所在する場合をいう。

(14)　(13)にかかわらず、往診距離が片道 16 キロメートルを超えて又は海路によりアの適用地域に往診した場合であって、イの各号の一に該当する特殊の事情があったときの往診料は、ウの算定方法によって算定する。

ア　適用地域

次の各号の一に該当する地域であって、イに掲げる特殊の事情のいずれかが一般的に存するものについて、地方厚生（支）局長が厚生労働大臣の承認を得て指定した地域とする。

なお、指定地域が指定要件を欠くに至ったときは、当局に内議のうえ、速やかに地域の指定を取り消すものとする。

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

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

イ　特殊の事情

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

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

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

め、往診に相当長時間を要する事情にあること。

ウ　算定方法

往診料の項に定める算定方法に準じて算定した点数（720 点に「注１」、「注２」、「注３」又は「注６」による点数を加算した点数）に、次の点数（１号地域については次のｉの(イ)及び(ロ)により算出した点数、２号地域については、次のⅱにより算出した点数）を加算する。

ｉ　１号地域に対する往診の場合

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

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

ⅱ　２号地域に対する往診の場合

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

(15)　保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が 16 キロメートル以上の地域に居住する保険医に対して在宅での療養を行う患者の診療を担う保険医が往診による対診を求めることができるのは、患家の所在地から半径 16 キロメートル以内に患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在しない場合や、患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在していても当該保険医療機関が往診等を行っていない場合などのやむを得ない絶対的理由のある場合に限られるものである。

(16)　「注５」に規定する交通費は実費とする。

(17)　交通費には自家用車による費用を含む。

(18)　自転車、スクーター等の費用は往診料に含まれているので前項は適用されず、したがって「注５」に規定する患家の負担となる交通費には該当しない。

(19)　往診を求められて患家へ赴いたが、既に他医に受診していたため、診察を行わないで帰った場合の往診料は、療養の給付の対象としない扱いとする。したがって患者負担とする。

(20)　特定の被保険者の求めに応ずるのではなく、保険診療を行う目的をもって定期又は不定期に事業所へ赴き、被保険者（患者）を診療する場合は、往診料として取り扱うことは認められない。

(21)　複数事業所の衛生管理医をしている保険医が、衛生管理医として毎日又は定期的に事業所に赴いた（巡回）際、当該事業所において常態として診療を行う場合は、(20)と同様である。

(22)　同一保険医が２か所の保険医療機関を開設している場合の往診料は、往診の依頼を受けた医療機関を起点とするのではなく、当該保険医が患家に赴くために出発した保険医療機関から患家までの距離により算定する。

(23)　定期的又は計画的に行われる対診の場合は往診料を算定できない。

Ｃ００１　在宅患者訪問診療料(Ⅰ)

（１）　在宅患者訪問診療料(Ⅰ)は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関以外の保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合の評価であり、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来において区分番号「Ａ００１」再診料の「注 12」地域包括診療加算又は区分番号「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料が算定可能である。

（２）　在宅での療養を行っている患者とは、保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院で療養を行っている患者以外の患者をいうこと。

ただし、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（平成 20 年厚生労働省告示第 128 号）、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成 18 年３月 31 日保医発第 0331002 号）等（以下「給付調整告示等」という。）に規定する場合を除き、医師の配置が義務づけられている施設に入所している患者については算定の対象としない。

（３）　「在宅患者訪問診療料(Ⅰ)」の「同一建物居住者の場合」は、同一建物居住者に対して保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合に、患者１人につき所定点数を算定する。同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法（昭和 25 年法律第 201 号）第２条第１号に掲げる建築物に居住する複数の者（往診を実施した患者、末期の悪性腫瘍と診断した後に訪問診療を行い始めた日から 60 日以内の患者、又は死亡日からさかのぼって 30 日以内の患者を除く。）のことをいう。

（４）　保険医療機関の保険医が、同一建物に居住する当該患者１人のみに対し訪問診療を行う場合は、「同一建物居住者以外の場合」の所定点数を算定する。

（５）　同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患家において２人以上の患者を診療した場合には、(３)の規定にかかわらず、１人目は、「同一建物居住者以外の場合」を算定し、２人目以降の患者については、区分番号「Ａ０００」初診料又は区分番号「Ａ００１」再診料若しくは区分番号「Ａ００２」外来診療料及び第２章特掲診療料のみを算定する。この場合において、２人目の患者の診療に要した時間が１時間を超えた場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注５」に規定する加算を算定する。

（６）　「１」は、１人の患者に対して１つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、１日につき１回に限り算定するが、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日には算定できない。

ただし、区分番号「Ｃ１０８－２」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定する場合に限り、１人の患者に対して２つの保険医療機関の保険医が、１日につきそれぞれ１回に限り算定できる。なお、この場合においても、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日には算定できない。

（７）　「２」は、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療

機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から６月を限度として算定できる。ただし、当該他の保険医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、当該他の保険医療機関との間で情報共有し、主治医である保険医がその診療状況を把握した上で、医学的に必要と判断し、以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、６月を超えて算定できる。また、この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に、継続的な訪問診療の必要性について記載すること。

ア　その診療科の医師でなければ困難な診療

イ　既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療

（８）（７）の前段の規定にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、６月を超えて算定することも差し支えない。この場合において、診療を求めた当該他の保険医療機関に対し、概ね６月ごとに診療の状況を情報提供するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者のいずれに該当するかを記載すること。

【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を使用している状態の患者

（９）「１」の算定については週３回を限度とするが、（８）に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の患者についてはこの限りでない。

(10)　「１」について、診療に基づき患者の病状の急性増悪、終末期等により一時的に週４回以上の頻回な訪問診療の必要を認め、当該患者の病状に基づいた訪問診療の計画を定め、当該計画に基づいて患家を定期的に訪問し、診療を行った場合には、

ア　当該訪問診療が必要な旨

イ　当該訪問診療の必要を認めた日

ウ　当該訪問診療を行った日

を診療報酬明細書に付記することにより、１月に１回に限り、当該診療を行った日から 14 日以内について 14 日を限度として算定することができる。

(11)　定期的・計画的な訪問診療を行っている期間における緊急の場合の往診の費用の算定については、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)は算定せず、往診料及び再診料又は外来診療料を算定する。ただし、当該緊急往診を必要とした症状が治まったことを在宅での療養を行っている患者の療養を担う保険医が判断した以降の定期的訪問診療については、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の算定対象とする。

(12)　訪問診療を実施する場合には、以下の要件を満たすこと。

①　当該患者又はその家族等の署名付の訪問診療に係る同意書を作成した上で診療録に添付すること。

② 訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載すること。「２」を算定する場合には、主として診療を行う医師である保険医が所属する他の保険医療機関が診療を求めた傷病も記載すること。

③ 訪問診療を行った日における当該医師の当該在宅患者に対する診療時間（開始時刻及び終了時刻）及び診療場所について、診療録に記載すること。

(13) 「注４」に規定する乳幼児加算は、６歳未満の乳幼児に対して訪問診療を実施した場合に、１日につき１回に限り算定できるものとする。

(14) 「注６」に規定する在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に２回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

(15) 「注６のイの(１)」に規定する「在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの」とは、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の第９在宅療養支援診療所の施設基準の１の(１)及び(２)に規定する在宅療養支援診療所、第 14 の２在宅療養支援病院の施設基準の１の(１)及び(２)に規定する在宅療養支援病院である。

「注６のイの(１)の①」に規定する「病床を有する場合」、「注６のイの(１)の②」に規定する「病床を有しない場合」とは、同通知の第９在宅療養支援診療所の施設基準の２の(１)及び(２)、第 14 の２在宅療養支援病院の施設基準の２の(１)の規定による。「注６のロ」についても、この例によること。

(16) 「注６のイ」及び「注６のロ」に規定する有料老人ホーム等に入居する患者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう。

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

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

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

(17) 「注６」に規定する酸素療法加算は、悪性腫瘍と診断されている患者に対し、死亡した月において、在宅酸素療法を行った場合に算定する。在宅酸素療法を指示した医師は、在宅酸素療法のための酸素投与方法（使用機器、ガス流量、吸入時間等）、緊急時連絡方法等を装置に掲示すると同時に、夜間も含めた緊急時の対処法について、患者に説明を行うこと。酸素療法加算を算定した月については、区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料、区分番号「Ｃ１５７」酸素ボンベ加算、区分番号「Ｃ１５８」酸素濃縮装置加算、区分番号「Ｃ１５９」液化酸素装置加算、区分番号「Ｃ１６４」人工呼吸器加算、区分番号「Ｊ０１８」喀痰吸引、区分番号「Ｊ０１８－３」干渉低周波去痰器による喀痰排出、区分番号「Ｊ０２４」酸素吸入、区分番号

「Ｊ０２４－２」突発性難聴に対する酸素療法、区分番号「Ｊ０２５」酸素テント、区分番号「Ｊ０２６」間歇的陽圧吸入法、区分番号「Ｊ０２６－２」鼻マスク式補助換気法、区分番号「Ｊ０２６－３」体外式陰圧人工呼吸器治療及び区分番号「Ｊ０４５」人工呼吸は算定できない。

(18)　「注７」に規定する看取り加算は、事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために充分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、当該患者を患家で看取った場合に算定する。この場合、診療内容の要点等を当該患者の診療録に記載すること。

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

ア　当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。

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

ウ　特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。

(20)　患家における診療時間が１時間を超える場合の加算の算定方法、保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が 16 キロメートルを超えた場合又は海路による訪問診療を行った場合であって特殊な事情があった場合の在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の算定方法及び訪問診療に要した交通費の取扱いは、往診料における取扱いの例による。

(21)　往診の日又はその翌日に行う訪問診療の費用については、算定できない。ただし、在宅療養支援診療所若しくは在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を含む。）又は在宅療養支援病院の保険医が、往診及び訪問看護により 24 時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に対して、往診を行った場合はこの限りではない。

(22)　「注 11」に規定する交通費は実費とする。

Ｃ００１－２　在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

（１）　在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される

保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合の評価であり、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族又は介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来において区分番号「Ａ００１」再診料の「注 12」地域包括診療加算又は区分番号「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料が算定可能である。

（２） 有料老人ホーム等に入居している患者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう。

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

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

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

（３） 有料老人ホーム等に併設される保険医療機関とは、有料老人ホーム等と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する保険医療機関をいう。

（４） 「注２」から「注５」の取扱いについては、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の例によること。この場合において、「１」及び「２」については、それぞれ「注１のイ」及び「注１のロ」と読み替えるものとする。

Ｃ００２ 在宅時医学総合管理料、Ｃ００２－２ 施設入居時等医学総合管理料

（１） 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料は、在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るものである。

（２） 在宅時医学総合管理料は、在宅での療養を行っている患者であって、通院困難な者（(３)で規定する施設入居時等医学総合管理料の対象患者を除く。）に対して、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、定期的に訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行った場合の評価であることから、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、在宅時医学総合管理料は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来において区分番号「Ａ００１」再診料の「注 12」地域包括診療加算又は区分番号「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料が算定可能である。

（３） 施設入居時等医学総合管理料は、施設において療養を行っている次に掲げる患者であって、通院困難な者に対して個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、定期的に訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行った場合の評価であることから、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、施設入居時等医学総合管理料は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来において区分番号「Ａ００１」再診料の「注 12」地域包括診療加算又は区分番号「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料が算定可能である。なお、施設入居時等医学総合管理料の算定の対象となる患者は、給付調整告示等の規定によるものとする。

ア　次に掲げるいずれかの施設において療養を行っている患者

（イ）　養護老人ホーム

（ロ）　軽費老人ホーム（「軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準」（平成 20 年厚生労働省令第 107 号）附則第２条第１号に規定する軽費老人ホームＡ型に限る。）

（ハ）　特別養護老人ホーム

（ニ）　有料老人ホーム

（ホ）　高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成 13 年法律第 26 号）第５条第１項に規定するサービス付き高齢者向け住宅

（ヘ）　認知症対応型共同生活介護事業所

イ　次に掲げるいずれかのサービスを受けている患者

（イ）　短期入所生活介護

（ロ）　介護予防短期入所生活介護

（４）　在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料は、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関の保険医が、在宅療養計画に基づき診療を行った場合に月１回に限り算定する。特掲診療料の施設基準等別表第八の二に掲げる「別に厚生労働大臣が定める状態の患者」に対して、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「１」又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)（注１のイの場合に限る。）を月２回以上算定した場合には「別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合」を単一建物診療患者の人数に従い算定する。同様に、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「１」又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)（注１のイの場合に限る。）を月２回以上算定した場合には「月２回以上訪問診療を行っている場合」を、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「１」又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)（注１のイの場合に限る。）を月１回算定した場合には「月１回訪問診療を行っている場合」を単一建物診療患者の人数に従い算定する。ここでいう単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が区分番号「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料又は区分番号「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料を算定する者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。）の人数をいう。なお、ユニット数が３以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、施設入居時等医学総合管理料を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。また、同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患家において２人以上の患者を診療した場合に、２人目以降の患者について、区分番号「Ａ０００」初診料又は区分番号「Ａ００１」再診料若しくは区分番号「Ａ００２」外来診療料及び第２章特掲診療料のみを算定した場合においては、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「１」又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)（注１のイの場合に限る。）を算定したものとみなすことができる。

「１」及び「２」については、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が、往診及び訪問看護により 24 時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに

往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限り、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院において算定し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が、当該患者以外の患者に対し、継続して訪問した場合には、「３」を算定する。

なお、「１」に規定する「在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの」とは、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の第９在宅療養支援診療所の施設基準の１の(１)及び(２)に規定する在宅療養支援診療所、第 14 の２在宅療養支援病院の施設基準の１の(１)及び(２)に規定する在宅療養支援病院である。

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

(５) 個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、その内容を患者、家族及びその看護に当たる者等に対して説明し、在宅療養計画及び説明の要点等を診療録に記載すること。

(６) 他の保健医療サービス又は福祉サービスとの連携に努めること。

(７) 当該患者が診療科の異なる他の保険医療機関を受診する場合には、診療の状況を示す文書を当該保険医療機関に交付する等十分な連携を図るよう努めること。

(８) 当該保険医療機関以外の保険医療機関が、当該患者に対して診療を行おうとする場合には、当該患者等に対し照会等を行うことにより、他の保険医療機関における在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の算定の有無を確認すること。

(９) 当該患者について在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料が算定されている月において、区分番号「Ｂ０００」特定疾患療養管理料、区分番号「Ｂ００１」の「４」小児特定疾患カウンセリング料、同区分番号の「５」小児科療養指導料、同区分番号の「６」てんかん指導料、同区分番号の「７」難病外来指導管理料、同区分番号の「８」皮膚科特定疾患指導管理料、同区分番号の「18」小児悪性腫瘍患者指導管理料、同区分番号の「27」糖尿病透析予防指導管理料、区分番号「Ｂ００１－３」生活習慣病管理料、区分番号「Ｃ００７」の注４に規定する衛生材料等提供加算、区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号「Ｉ０１２－２」の注４に規定する衛生材料等提供加算、区分番号「Ｊ０００」創傷処置、区分番号「Ｊ００１－７」爪甲除去、区分番号「Ｊ００１－８」穿刺排膿後薬液注入、区分番号「Ｊ０１８」喀痰吸引、区分番号「Ｊ０１８－３」干渉低周波去痰器による喀痰排出、区分番号「Ｊ０４３－３」ストーマ処置、区分番号「Ｊ０５３」皮膚科軟膏処置、区分番号「Ｊ０６０」膀胱洗浄、区分番号「Ｊ０６０－２」後部尿道洗浄、区分番号「Ｊ０６３」留置カテーテル設置、区分番号「Ｊ０６４」導尿、区分番号「Ｊ１１８」介達牽引、区分番号「Ｊ１１８－２」矯正固定、区分番号「Ｊ１１８－３」変形機械矯正術、区分番号「Ｊ１１９」消炎鎮痛等処置、区分番号「Ｊ１１９－２」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「Ｊ１１９－３」低出力レーザー照射、区分番号「Ｊ１１９－４」肛門処置及び区分番号「Ｊ１２０」鼻腔栄養は所定点数に含まれ、別に算定できない。

なお、在宅での総合的な医学管理に当たって必要な薬剤（投薬に係るものを除く。）及び特定保険医療材料については、第３節薬剤料及び第４節特定保険医療材料料において算

定することができる。

(10) 当該点数を算定した月において、当該点数を算定する保険医療機関の外来を受診した場合においても第５部投薬の費用は算定できない。

(11) １つの患家に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の対象となる同居する同一世帯の患者が２人以上いる場合の在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料は、患者ごとに「単一建物診療患者が１人の場合」を算定すること。また、在宅時医学総合管理料について、当該建築物において当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者数が、当該建築物の戸数の 10%以下の場合又は当該建築物の戸数が 20 戸未満であって、当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者が２人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が１人の場合」を算定すること。

(12) 同一月内において院外処方箋を交付した訪問診療と院外処方箋を交付しない訪問診療とが行われた場合は、在宅時医学総合管理料の「注２」又は施設入居時等医学総合管理料の「注５」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注２」に係る加算は算定できない。

(13) 投与期間が 30 日を超える薬剤を含む院外処方箋を交付した場合は、その投与期間に係る在宅時医学総合管理料の「注２」又は施設入居時等医学総合管理料の「注５」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注２」に係る加算は算定できない。

(14) 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料は、当該患者に対して主として診療を行っている保険医が属する１つの保険医療機関において算定するものであること。

(15) 区分番号「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料を算定した日の属する月にあっては、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料は算定できないものであること。

(16) 在宅時医学総合管理料の「注４」又は施設入居時等医学総合管理料の「注５」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注４」に規定する在宅移行早期加算は、退院後に在宅において療養を始めた患者であって、訪問診療を行うものに対し、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の算定開始月から３月を限度として、１月１回に限り所定点数に加算する。

(17) 在宅移行早期加算は、退院から１年を経過した患者に対しては算定できない。ただし、在宅移行早期加算を既に算定した患者が再度入院し、その後退院した場合にあっては、新たに３月を限度として、月１回に限り所定点数に加算できるものとする。

(18) 在宅時医学総合管理料の「注５」又は施設入居時等医学総合管理料の「注５」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注５」に係る加算は、特掲診療料の施設基準等別表第三の一の三に掲げる患者に対し、月４回以上の往診又は訪問診療を行い、必要な医学管理を行っている場合に頻回訪問加算として算定する。

(19) 別に厚生労働大臣が定める状態等のうち、特掲診療料の施設基準等別表第三の一の三第三号に掲げる「高度な指導管理を必要とするもの」とは、別表第三の一の三第二号の(１)に掲げる指導管理を２つ以上行っているものをいう。

(20) 在宅時医学総合管理料の「注９」又は施設入居時等医学総合管理料の「注５」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注９」に規定する在宅療養移行加算１及び２は、在宅療養支援診療所以外の診療所が、当該診療所の外来を４回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して訪問診療を実施した場合に、以下により算定する。

ア　在宅療養移行加算１については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算１を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得て(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。

（イ）　当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24 時間の往診体制及び 24 時間の連絡体制を有していること。

（ロ）　訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関又は連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。

（ハ）　当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。

イ　在宅療養移行加算２については、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。なお、在宅療養移行加算２を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、市町村や地域医師会との協力により(イ)又は(ロ)に規定する体制を確保することでも差し支えない。

（イ）　往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していること。

（ロ）　当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24 時間の連絡体制を有していること。

（ハ）　訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関、連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。

（ニ）　当該医療機関又は連携する医療機関の診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。

(21)　(20)のアの（イ）及びイの（イ）に掲げる連携する他の医療機関が訪問診療を行った場合には、当該他の医療機関では、在宅時医学総合管理料は算定できない。また、当該他の医療機関が、患家を訪問して診療を行った場合には、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は算定できず、区分番号「Ｃ０００」往診料を算定すること。また、訪問看護が必要な患者については、当該患者の訪問看護を提供する訪問看護ステーション等に対し、当該他の医療機関の医師による指示についても適切に対応するよう、連携を図ること。

(22)　在宅時医学総合管理料の「注 10」又は施設入居時等医学総合管理料の「注５」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注 10」に規定する包括的支援加算は、特掲診療料の施設基準等別表八の三に規定する状態の患者に対し、訪問診療を行っている場合に算定する。当該状態については、以下のとおりとし、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　「要介護二以上の状態又はこれに準ずる状態」とは、介護保険法第７条に規定する要介護状態区分における要介護２、要介護３、要介護４若しくは要介護５である状態又は障害者総合支援法における障害支援区分において障害支援区分２以上と認定されている状態をいう。

イ　「日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さのために、介護を必要とする認知症の状態」とは、医師が「認知症高齢者の日常生活自立度」におけるランクⅡｂ以上と診断した状態をいう。

ウ　「頻回の訪問看護を受けている状態」とは、週１回以上訪問看護を受けている状態をいう。

エ　「訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態」とは、訪問診療又は訪問看護において、注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置（特掲診療料の施設基準等第四の一の六(３)に掲げる処置のうち、ワからヨまで及びレからマまでに規定する処置を除く。）を受けている状態をいう。

オ　「介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態」とは、特定施設、認知症対応型共同生活介護事業所、特別養護老人ホーム、障害者総合支援法第５条第 11 項に規定する障害者支援施設等に入居又は入所する患者であって、医師による文書での指示を受け、当該施設に配置された看護職員による注射又は処置を受けている状態をいう。処置の範囲はエの例による。

カ　「その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態」とは、以下のいずれかに該当する患者の状態をいう。

(イ)　脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、血小板減少性紫斑病、先天性股関節脱臼、内反足、二分脊椎、骨系統疾患、先天性四肢欠損、分娩麻痺、先天性多発関節拘縮症、児童福祉法第６条の２第１項に規定する小児慢性特定疾病（同条第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）及び同法第 56 条の６第２項に規定する障害児に該当する状態である 15 歳未満の患者

(ロ)　出生時の体重が 1,500ｇ未満であった１歳未満の患者

(ハ)　「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが 10 以上である患者

(ニ)　訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置（特掲診療料の施設基準等第四の一の六(３)に掲げる処置のうち、ワからケまでに規定する処置をいう。）を行っている患者

(23)　算定対象となる患者が入居又は入所する施設と特別の関係にある保険医療機関においても、算定できる。

(24)　「３」について、主として往診又は訪問診療を実施する診療所で算定する場合は、それぞれ所定点数の 100 分の 80 に相当する点数を算定する。

(25)　悪性腫瘍と診断された患者については、医学的に末期であると判断した段階で、当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、適時情報提供すること。

(26)　在宅時医学総合管理料の「注 11」について、当該医療機関において、区分番号「Ｉ００２」通院・在宅精神療法及び区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ｉ)の「１」を算

定している場合には、在宅時医学総合管理料は算定できない。また、施設入居時等医学総合管理料の「注４」について、当該医療機関において、区分番号「Ｉ００２」通院・在宅精神療法及び区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ｉ)の「１」又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)（注１のイの場合に限る。）を算定している場合には、施設入居時等医学総合管理料は算定できない。

ただし、特掲診療料の施設基準等別表第八の四に規定する状態の患者に対し、訪問診療を行っている場合にはこの限りでない。当該別表第八の四に規定する状態のうち、別表第八の二に掲げる状態以外の状態については、以下のとおりとする。

ア　「要介護二以上の状態又はこれに準ずる状態」とは、介護保険法第７条に規定する要介護状態区分における要介護２、要介護３、要介護４若しくは要介護５である状態又は身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号）第４条に規定する身体障害者であって、障害者総合支援法第４条第４項に規定する障害支援区分において障害支援区分２、障害支援区分３、障害支援区分４若しくは障害支援区分５である状態をいう。

イ　「訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態」及び「介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態」については、それぞれ(22)のエ及びオの例によること。

ウ　「がんに対し治療を受けている状態」及び「精神疾患以外の疾患の治療のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態」は、それぞれ悪性腫瘍と診断された患者であって、悪性腫瘍に対する治療（緩和ケアを含む。）を行っている状態及び(22)のカに該当する状態をいう。

(27)　情報通信機器を用いた診療を行っている場合については、次の点に留意すること。

ア　情報通信機器を用いた診療は、訪問診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づいて、計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものである。

イ　患者の同意を得た上で、訪問診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた在宅診療計画を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載する。

ウ　当該計画に沿って、情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行った際には、当該管理の内容、当該管理に係る情報通信機器を用いた診療を行った日、診察時間等の要点を診療録に記載すること。

エ　情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が、同一の保険医療機関に所属するチームで診療を行っている場合であって、あらかじめ診療を行う医師について在宅診療計画に記載し、複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師が情報通信機器を用いた診療による医学管理を行っても差し支えない。

オ　情報通信機器を用いた診療を行う際には、オンライン指針に沿って診察を行う。

カ　情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情

報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、オンライン指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。

キ　当該管理料を算定する場合、情報通信機器を用いた診療を受ける患者は、当該患者の自宅において情報通信機器を用いた診療を受ける必要がある。また、複数の患者に対して同時に情報通信機器を用いた診療を行った場合、当該管理料は算定できない。

ク　当該診察を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

(28)　在宅時医学総合管理料の「注13」又は施設入居時等医学総合管理料の「注7」に規定する在宅データ提出加算を算定する場合には、次の点に留意すること。

ア　厚生労働省が毎年実施する外来医療等調査に準拠したデータを正確に作成し、継続して提出されることを評価したものである。

　提出されたデータについては、特定の患者個人を特定できないように集計し、厚生労働省保険局において外来医療等に係る実態の把握・分析等のために適宜活用されるものである。

イ　当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を現に算定している患者について、データを提出する診療に限り算定する。

ウ　データの提出を行っていない場合又はデータの提出（データの再照会に係る提出も含む。）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月以降について、算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省が調査の一部事務を委託する調査事務局宛てに、調査実施説明資料に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をいう。

　また、算定ができなくなった月以降、再度、データ提出の実績が認められた場合は、翌々月以降について、算定ができる。

エ　データの作成は３月単位で行うものとし、作成されたデータには第１月の初日から第３月の末日までにおいて対象となる診療に係るデータが全て含まれていなければならない。

オ　イの「データ提出の実績が認められた保険医療機関」とは、データの提出が厚生労働省保険局医療課において確認され、その旨を通知された保険医療機関をいう。

Ｃ００３　在宅がん医療総合診療料

（１）　在宅がん医療総合診療料は、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関である在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、在宅での療養を行っている通院が困難な末期の悪性腫瘍の患者（医師又は看護師等の配置が義務付けられている施設に入居又は入所している患者（給付調整告示等に規定する場合を除く。）の場合を除く。）であって、往診及び訪問看護により 24 時間対応

できる体制を確保し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供しているものに対して、計画的な医学管理の下に、次に掲げる基準のいずれにも該当する総合的な医療を提供した場合に、１週間（日曜日から土曜日までの暦週をいう。本項において同じ。）を単位として当該基準を全て満たした日に算定する。

ア　当該患者に対し、訪問診療又は訪問看護を行う日が合わせて週４日以上であること（同一日において訪問診療及び訪問看護を行った場合であっても１日とする。）。

イ　訪問診療の回数が週１回以上であること。

ウ　訪問看護の回数が週１回以上であること。

（２）　在宅がん医療総合診療料は、１週間のうちに全ての要件を満たさなかった場合、１週間のうちに在宅医療と入院医療が混在した場合には算定できない。ただし、現に在宅がん医療総合診療料を算定している患者が、当該在宅療養支援診療所又は当該在宅療養支援病院に一時的に入院する場合は、引き続き計画的な医学管理の下に在宅における療養を継続しているものとみなし、当該入院の日も含めた１週間について、(１)のアからウまでの要件を満たす場合には、在宅がん医療総合診療料を算定できるものとする。ただし、この場合には、入院医療に係る費用は別に算定できない。

（３）　在宅療養支援診療所において、連携により必要な体制を確保する場合にあっては、緊急時の往診又は訪問看護を連携保険医療機関等の医師又は看護師等が行うことが有り得ることを予め患者等に説明するとともに、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急時の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に文書（電子媒体を含む。）により随時提供し、当該提供した診療情報は当該患者の診療録に添付すること。なお、連携保険医療機関等の保険医又は看護師等との診療情報の共有に際し、当該患者の診療情報の提供を行った場合、これに係る費用は各所定点数に含まれ別に算定できない。

（４）　在宅療養支援診療所と連携保険医療機関等、又は在宅療養支援病院と訪問看護ステーションが共同で訪問看護を行い、又は緊急時の往診体制をとっている場合は、当該患者の訪問看護、往診に係る費用は、在宅がん医療総合診療料を算定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医の属する保険医療機関において一括して算定する。

（５）　連携保険医療機関等又は在宅療養支援病院と連携する訪問看護ステーションが当該患者に訪問看護を行った場合又は当該患者の病状急変時等に連携保険医療機関の保険医が往診を行った場合は、当該連携保険医療機関等又は在宅療養支援病院と連携する訪問看護ステーションは、診療内容等を在宅がん医療総合診療料を算定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医に速やかに報告し、当該保険医は診療内容等の要点を当該患者の診療録に記載する必要がある。ただし、これに係る診療情報提供の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

（６）　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院は、算定の対象となる患者について、総合的な在宅医療計画を策定し、これに基づいて訪問診療及び訪問看護を積極的に行うとともに、他の保健医療サービス又は福祉サービスとの連携に努めること。なお、在宅がん医療総合診療は、同一の患者に対して継続的に行うことが望ましい。

（７）　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該患者に対して診療を行おうとする場

合には、当該患者等に対し照会等を行うことにより、他の保険医療機関における在宅がん医療総合診療料の算定の有無を確認すること。

（８） 「１」に規定する「在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの」とは、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の第９在宅療養支援診療所の施設基準の１の(１)及び(２)に規定する在宅療養支援診療所、第 14 の２在宅療養支援病院の施設基準の１の(１)及び(２)に規定する在宅療養支援病院である。

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

（９） １週間のうち院外処方箋を交付した日がある場合は、当該１週間分を「院外処方箋を交付する場合」で算定し、それ以外の場合は「院外処方箋を交付しない場合」で算定する。

なお、当該診療を開始又は終了（死亡による場合を含む。）した週にあって、当該１週間のうちに(１)に掲げる基準を満たした場合には、当該診療の対象となった日数分について算定する。

(10) 「注２」に規定する加算は、在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。ただし、(12)のイに基づき、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注７」又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注６の規定により準用する区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注７」に規定する加算を算定する場合には、算定できない。

(11) 当該患者の診療に係る費用は、(12)に掲げる費用及び「注２」の加算を除き、全て所定点数に含まれる。ただし、同一月において在宅がん医療総合診療料が算定された日の前日までに算定された検体検査判断料等については、別に算定できる。

(12) 「注３」の特に規定するものとは次の費用であり、当該費用は、要件を満たせば在宅がん医療総合診療料と別に算定できる。

ア 週３回以上の訪問診療を行った場合であって、訪問診療を行わない日に患家の求めに応じて緊急に往診を行った場合の往診料（区分番号「Ｃ０００」往診料の「注１」及び「注２」の加算を含む。）（ただし、週２回を限度とする。）

イ 区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注６」に規定する加算及び「注７」に規定する加算並びに区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「注５」に規定する加算及び「注６」の規定により準用する区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注７」に規定する加算（ただし、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注６」に規定する加算又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「注５」の加算を算定する場合には、区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料の「注 10」の加算及び「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」の規定により準用する区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料の「注 10」の加算、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注７」の加算又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「注６」の規定により準用する区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注７」の加算を算定する場合には、在宅がん

医療総合診療料の「注２」の加算、区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料の「注 10」の加算及び「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」の規定により準用する区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料の「注 10」の加算は別に算定できない。なお、在宅療養支援診療所及びその連携保険医療機関が連携して区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注６」の加算又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「注５」に規定する加算の要件を満たした場合には在宅療養支援診療所が、当該区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注７」の加算又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「注６」の規定により準用する区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注７」の加算の要件を満たした場合については、看取った保険医療機関が診療報酬請求を行い、それぞれの費用の分配は相互の合議に委ねることとする。）

(13)　当該患者を担当する居宅介護支援事業者に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、適時情報提供すること。

(14)　「注４」に規定する交通費は実費とする。

(15)　「注６」に掲げる小児加算については、15 歳未満（児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20 歳未満）の患者に対して診療が行われた場合に週に１回を限度として算定する。

(16)　「注７」に規定する在宅データ提出加算の取扱いは、区分番号「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料及び区分番号「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料の(28)と同様である。

Ｃ００４　救急搬送診療料

（１）　救急用の自動車とは、消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車であって当該保険医療機関に属するものをいう。

（２）　救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第２条に規定する「救急医療用ヘリコプター」により搬送される患者に対して、救急医療用ヘリコプター内において診療を行った場合についても救急搬送診療料を算定することができる。

（３）　診療を継続して提供した場合、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料は、救急搬送の同一日に１回に限り算定する。

（４）　搬送先の保険医療機関の保険医に立会診療を求められた場合は、初診料、再診料又は外来診療料は１回に限り算定し、区分番号「Ｃ０００」往診料は併せて算定できない。ただし、患者の発生した現場に赴き、診療を行った後、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合は、往診料を併せて算定できる。

（５）　救急搬送診療料は、救急用の自動車等に同乗して診療を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。

（６）　入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定できない。ただし、以下のいずれかに該当する場合においては、入院患者についても救急搬送診療料を算定することができる。

ア　搬送元保険医療機関以外の保険医療機関の医師が、救急用の自動車等に同乗して診療

を行った場合

イ　救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、日本集中治療医学会の定める指針等に基づき、患者の搬送を行う場合

（７）「注２」の加算は、新生児又は６歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して救急搬送診療料を算定する場合に加算する。

（８）「注３」の加算は、患者の発生した現場に赴き、診療を開始してから、医療機関に到着し、医療機関内で診療を開始するまでの時間が 30 分を超えた場合に加算する。

（９）「注４」の加算は、救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、日本集中治療医学会の定める指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合に加算する。

(10) 同一の搬送において、複数の保険医療機関の医師が診療を行った場合、主に診療を行った医師の所属する保険医療機関が診療報酬請求を行い、それぞれの費用の分配は相互の合議に委ねることとする。

Ｃ００５　在宅患者訪問看護・指導料、Ｃ００５－１－２　同一建物居住者訪問看護・指導料

（１）在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料は、在宅での療養を行っている通院困難な患者の病状に基づいて訪問看護・指導計画を作成し、かつ、当該計画に基づき実際に患家を定期的に訪問し、看護及び指導を行った場合に、１日に１回を限度として算定する。ただし、医師又は看護師の配置が義務付けられている施設に入所している患者（給付調整告示等により規定する場合を除く。）については、算定の対象としない。

在宅患者訪問看護・指導料は、在宅での療養を行っている患者（同一建物居住者であるものを除く。）に対して、同一建物居住者訪問看護・指導料は、同一建物居住者であるものに対して算定する。

（２）在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料（以下「在宅患者訪問看護・指導料等」という。）は、訪問看護・指導を実施する保険医療機関において医師による診療のあった日から１月以内に行われた場合に算定する。

ただし、当該患者（患者の病状に特に変化がないものに限る。）に関し、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)等を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から２週間以内に、当該患者に対して継続して訪問看護・指導を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供（区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料(Ⅰ)の場合に限る。）を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から１月以内に行われた場合に算定する。

（３）同一建物居住者訪問看護・指導料については、以下のア又はイにより算定すること。なお、同一建物居住者に係る人数については、同一日に同一建物居住者訪問看護・指導料を算定する患者数と区分番号「Ｉ０１２」の「３」精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を算定する患者数とを合算した人数とすること。

ア　同一建物居住者が２人の場合は、当該患者全員に対して、１のイ又は２のイにより算定

イ　同一建物居住者が３人以上の場合は、当該患者全員に対して、１のロ又は２のロにより算定

（４）　在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週３日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週４日以上算定できる。

【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】

○特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を使用している状態

○特掲診療料の施設基準等の別表第八に掲げる状態等の患者

在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者、在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者、真皮を越える褥瘡の状態にある者、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

（５）　診療に基づき、患者の病状の急性増悪、終末期、退院直後等により一時的に週４日以上の頻回の訪問看護・指導が必要であると認められた患者（厚生労働大臣が定める疾病等の患者を除く。）については、月１回（気管カニューレを使用している状態にある者又は真皮を越える褥瘡の状態にある者については、月２回）に限り、当該診療を行った日から 14 日以内の期間において、14 日を限度として算定できる。また、当該患者に対する訪問看護・指導については、当該患者の病状等を十分把握し、一時的に頻回に訪問看護・指導が必要な理由を訪問看護計画書及び訪問看護報告書等に記載し、訪問看護・指導の実施等において、医師と連携を密にすること。また、例えば、毎月、恒常的に週４日以上の訪問看護・指導が頻回に必要な場合については、その理由を訪問看護計画書及び報告書に記載すること。

当該患者が介護保険法第 62 条に規定する要介護被保険者等である場合には、看護記録に頻回の訪問看護・指導が必要であると認めた理由及び頻回の訪問看護・指導が必要な期間（ただし 14 日間以内に限る。）を記載すること。

（６）　（４）又は（５）により、週４回以上在宅患者訪問看護・指導料等を算定する場合は、在宅患者訪問看護・指導料等の「１」の「ロ」又は「２」の「ロ」、同一建物居住者訪問看護・指導料の「１」の「イ」の（２）、「１」の「ロ」の（２）、「２」の「イ」の（２）又は「２」の「ロ」の（２）により算定する。

（７） 在宅患者訪問看護・指導料等の「３」については、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号「Ｃ０１３」在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態にある患者若しくは人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する患者に対し、別に定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関が専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者訪問看護・指導料等の「３」により当該患者につきそれぞれ月１回を限度として、当該専門の看護師が所属する保険医療機関において算定する。この場合、当該医療機関で別に定める専従要件となっている場合であっても、別に定める専従業務に支障が生じなければ訪問しても差し支えない。

（８） 「１」の助産師による在宅患者訪問看護・指導料等の算定の対象となる患者は、在宅での療養を行っている通院困難な妊産婦及び乳幼児であって、疾病等に係る療養上の指導等が必要な患者であり、療養上必要と認められない一般的保健指導を専ら行う場合は算定しない。

（９） 訪問看護・指導計画は、医師又は保健師、助産師若しくは看護師が患家を訪問し、患者の家庭における療養状況を踏まえて作成し、当該計画は少なくとも１月に１回は見直しを行うほか、患者の病状に変化があった場合には適宜見直す。

訪問看護・指導計画には、看護及び指導の目標、実施すべき看護及び指導の内容並びに訪問頻度等を記載すること。

(10) 医師は、保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下この区分において「看護師等」という。）に対して行った指示内容の要点を診療録に記載すること。また、保健師、助産師又は看護師が准看護師に対して指示を行ったときは、その内容の要点を記録すること。また、保険医療機関における日々の訪問看護・指導を実施した患者氏名、訪問場所、訪問時間（開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。

(11) 看護師等は、患者の体温、血圧等基本的な病態を含む患者の状態並びに行った指導及び看護の内容の要点を記録すること。

(12) 他の保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料等を算定している患者については、在宅患者訪問看護・指導料等を算定できない。ただし、保険医療機関を退院後１月以内の患者に対して当該保険医療機関が行った訪問看護・指導及び緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して行った訪問看護・指導については、この限りではない。

(13) 同一の患者について、訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月については、在宅患者訪問看護・指導料等を算定できない。ただし、次に掲げる場合はこの限りではない。

ア （４）の厚生労働大臣が定める疾病等の患者について、訪問看護療養費を算定した場合

イ 急性増悪等により一時的に週４日以上の頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めた患者

ウ 当該保険医療機関を退院後１月以内の患者

エ　緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師と共同して訪問看護・指導を行った場合

(14)　(13)において、同一の患者について、在宅患者訪問看護・指導料等及び訪問看護療養費を算定できる場合であっても、訪問看護療養費を算定した日については、在宅患者訪問看護・指導料等を算定できない。ただし、(13)のウ及びエの場合は、この限りではない。

(15)　同一の患者について、複数の保険医療機関や訪問看護ステーションにおいて訪問看護・指導を行う場合は、保険医療機関間及び保険医療機関と訪問看護ステーションとの間において十分に連携を図る。具体的には、訪問看護・指導の実施による患者の目標の設定、訪問看護・指導計画の立案、訪問看護・指導の実施状況及び評価を共有する。

(16)　介護保険法第８条第 20 項に規定する認知症対応型共同生活介護を行う施設、高齢者の居住の安定確保に関する法律第５条第１項に規定するサービス付き高齢者向け住宅、障害者総合支援法第５条第１項に規定する障害福祉サービスを行う施設、その他の高齢者向け施設等に入所している患者に訪問看護・指導を行う場合においては、介護保険又は障害福祉サービスによる医療及び看護サービスの提供に係る加算の算定等を含む当該施設における利用者の医療ニーズへの対応について確認し、当該施設で行われているサービスと十分に連携する。また、当該施設において当該保険医療機関が日常的な健康管理等（医療保険制度の給付によるものを除く。）を行っている場合は、健康管理等と医療保険制度の給付による訪問看護・指導を区別して実施する。

(17)　在宅患者訪問看護・指導料の「注３」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注３」に規定する難病等複数回訪問加算は、（４）の厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要が認められた患者に対して、１日に２回又は３回以上訪問看護・指導を実施した場合に算定する。

また、同一建物居住者訪問看護・指導料の「注３」に規定する難病等複数回訪問加算を算定する場合にあっては、同一建物内において、当該加算又は区分番号「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料の「注 10」に規定する精神科複数回訪問加算（１日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。）を同一日に算定する患者の人数に応じて、以下のア又はイにより算定する。

ア　同一建物内に１人又は２人の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注３」の「イ」の(１)又は「ロ」の(１)により算定

イ　同一建物内に３人以上の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注３」の「イ」の(２)又は「ロ」の(２)により算定

(18)　在宅患者訪問看護・指導料の「注４」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注６」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注４」に規定する緊急訪問看護加算は、訪問看護・指導計画に基づき定期的に行う訪問看護・指導以外であって、緊急の患家の求めに応じて、診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、当該保険医の属する保険医療機関又は連携する保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導した場合に１日につき１回に限り算定する。その際、当該保険医はその指示内容を診療録に記載すること。なお、当該加算は、診療所又は在宅療養支援病院が 24 時間往診及び訪問看護により対応できる体制を確保し、診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、

担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限り算定できる。

(19)　在宅患者訪問看護・指導料の「注５」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注６」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注５」に規定する長時間訪問看護・指導加算は、特掲診療料の施設基準等第四の四の（３）のイに規定する長時間の訪問を要する者に対して、１回の訪問看護・指導の時間が 90 分を超えた場合について算定するものであり、週１回（特掲診療料の施設基準等第四の四の（３）のロに規定する者にあっては週３回）に限り算定できるものとする。なお、特掲診療料の施設基準等第四の四の（３）のロに規定する者のうち、超重症児・準超重症児については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添６の別紙 14 の超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準による判定スコアが 10 以上のものをいう。

(20)　在宅患者訪問看護・指導料の「注６」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注６」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注６」に規定する乳幼児加算は、６歳未満の乳幼児に対して、訪問看護・指導を実施した場合に１日につき１回に限り算定できるものとする。

(21)　在宅患者訪問看護・指導料の「注７」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」に規定する複数名訪問看護・指導加算は、特掲診療料の施設基準等第四の四の二の（１）に規定する複数名訪問看護・指導加算に係る厚生労働大臣が定める者に該当する１人の患者に対して、患者又はその家族等の同意を得て、看護師等と他の看護師等又は看護補助者（以下「その他職員」という。）の複数名が同時に訪問看護・指導を実施した場合に、１日につき在宅患者訪問看護・指導料の「注７」の「イ」から「ニ」まで又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」の「イ」から「ニ」までのいずれかを、以下のアからエまでにより算定する。なお、単に２人の看護師等又は看護補助者が同時に訪問看護・指導を行ったことのみをもって算定することはできない。

ア　看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合は、週１日に限り、在宅患者訪問看護・指導料の「注７」の「イ」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」の「イ」を算定する。

イ　看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合は、週１日に限り、在宅患者訪問看護・指導料の「注７」の「ロ」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」の「ロ」を算定する。

ウ　看護師等がその他職員と同時に、特掲診療料の施設基準等第四の四の二の(１)に規定する複数名訪問看護・指導加算に係る厚生労働大臣が定める者のうち、同(２)に規定する厚生労働大臣が定める場合に該当しない患者に訪問看護・指導を行う場合は、週３日に限り、在宅患者訪問看護・指導料の「注７」の「ハ」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」の「ハ」を算定する。

エ　看護師等がその他職員と同時に、特掲診療料の施設基準等第四の四の二の(１)に規定する複数名訪問看護・指導加算に係る厚生労働大臣が定める者のうち、同(２)に規定する厚生労働大臣が定める場合に該当する患者に訪問看護・指導を行う場合は在宅患者訪問看護・指導料の「注７」の「ニ」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」の「ニ」を、１日当たりの回数に応じて算定する。

また、同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」に規定する複数名訪問看護・指導加算を算定する場合にあっては、同一建物内において、当該加算又は区分番号「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料の「注４」に規定する複数名精神科訪問看護・指導加算（同時に訪問看護・指導を実施する職種及び１日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。）を同一日に算定する患者の人数に応じて、以下のオ又はカにより算定する。

オ　同一建物内に１人又は２人の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注４」の「イ」の(１)、「ロ」の(１)、「ハ」の(１)、「ニ」の(１)の①、「ニ」の(２)の①又は「ニ」の(３)の①により算定

カ　同一建物内に３人以上の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注４」の「イ」の(２)、「ロ」の(２)、「ハ」の(２)、「ニ」の(１)の②、「ニ」の(２)の②又は「ニ」の(３)の②により算定

(22)　在宅患者訪問看護・指導料の「注８」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注６」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注８」に規定する在宅患者連携指導加算又は同一建物居住者連携指導加算は、以下の要件を満たす場合に算定すること。

ア　当該加算は、在宅での療養を行っている患者の診療情報等を、当該患者の診療等を担う保険医療機関等の医療関係職種間で文書等により共有し、それぞれの職種が当該診療情報等を踏まえ診療等を行う取組を評価するものである。

イ　在宅での療養を行っている患者であって通院が困難な者に対して、患者の同意を得て、月２回以上医療関係職種間で文書等（電子メール、ファクシミリでも可）により共有された診療情報を基に、患者に対して指導等を行った場合に、月１回に限り算定できる。

ウ　単に医療関係職種間で当該患者に関する診療情報等を交換したのみの場合は算定できない。

エ　他職種から情報提供を受けた場合、できる限り速やかに患者への指導等に反映させるよう留意しなければならない。また、当該患者の療養上の指導に関する留意点がある場合には、速やかに他職種に情報提供するよう努めなければならない。

オ　当該患者の診療を担う保険医療機関の保険医との間のみで診療情報等を共有し、訪問看護・指導を行った場合は、所定点数を算定できない。

カ　他職種から受けた診療情報等の内容及びその情報提供日並びにその診療情報等を基に行った指導等の内容の要点及び指導日を看護記録に記載すること。

(23)　在宅患者訪問看護・指導料の「注９」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注６」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注９」に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算は、以下の要件を満たす場合に算定する。

ア　当該加算は、在宅で療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会しカンファレンスを行うことにより、より適切な診療方針を立てること及び当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能とすることは、患者及びその家族が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組に対して評価するものである。

イ　関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が患者に対して療養上必要な指導

を行った場合に月２回に限り算定する。なお、当該カンファレンスは、原則として患家で行うこととするが、患者又は家族が患家以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りではない。

ウ　当該カンファレンスは、１者以上が患家に赴きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

エ　ウにおいて、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

オ　カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を看護記録に記載すること。

カ　当該患者の診療を担う保険医療機関の保険医と当該患者の訪問看護を担う看護師等（当該保険医療機関の保険医とは異なる保険医療機関の看護師等に限る。）と２者でカンファレンスを行った場合であっても算定できる。

キ　在宅患者緊急時等カンファレンス加算及び同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算は、カンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえた療養上必要な指導を行った場合に、当該指導日以降最初の在宅患者訪問看護・指導料等を算定する日に合わせて算定すること。また、必要に応じ、カンファレンスを行った日以降に当該指導を行う必要がある場合には、カンファレンスを行った日以降できる限り速やかに指導を行うこと。

なお、当該指導とは、在宅患者訪問看護・指導料等を算定する訪問看護・指導とは異なるものであるが、例えば、当該指導とは別に継続的に実施している訪問看護・指導を当該指導を行った日と同一日に行う場合には、当該指導を行った日において在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料を合わせて算定することは可能であること。

(24)　在宅患者訪問看護・指導料の「注 10」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注６」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注 10」に規定する在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者ターミナルケア加算について

ア　在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者ターミナルケア加算は、在宅患者訪問看護・指導料等を死亡日及び死亡日前 14 日以内の計 15 日間に２回以上算定し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制（訪問看護に係る連絡担当者の氏名、連絡先電話番号、緊急時の注意事項等）について患者及びその家族に対して説明した上でターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。ターミナルケアにおいては、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者と連携の上対応する。当該加算を算定した場合は、死亡した場所、死亡時刻等を看護記録に記録すること。１つの保険医療機関において、死亡日及び死亡日前 14 日以内の計 15 日間に介護保険制度又は医療保険制度の給付の対象となる訪問看護をそれぞれ１日以上実施した場合は、最後に実施した訪問看護が医療保険制度の給付による場合に、当該加算を算

定する。また、同一の患者に、他の保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算を算定している場合又は訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定している場合においては算定できない。

イ　在宅ターミナルケア加算のイ又は同一建物居住者ターミナルケア加算のイは、在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は指定居宅サービス基準第 174 条第１項に規定する指定特定施設、指定地域密着型サービス基準第 90 条第１項に規定する指定認知症対応型共同生活介護事業所若しくは介護保険法第 48 条第１項第１号に規定する指定介護老人福祉施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した患者（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成 12 年厚生省告示第 21 号）別表の１に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下「看取り介護加算等」という。）を算定している者を除き、ターミナルケアを行った後、24 時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む。）に対して、ターミナルケアを行った場合に算定する。

ウ　在宅ターミナルケア加算のロ又は同一建物居住者ターミナルケア加算のロについては、特別養護老人ホーム等で死亡した患者（看取り介護加算等を算定している者に限り、ターミナルケアを行った後、24 時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む。）に対して、ターミナルケアを行った場合に算定する。

(25)　在宅患者訪問看護・指導料の「注 11」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注６」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注 11」に規定する在宅移行管理加算は、当該保険医療機関を退院した日から起算して１月以内の期間に次のいずれかに該当する患者又はその家族からの相談等に対して、24 時間対応できる体制が整備されている保険医療機関において、患者１人につき１回に限り算定する。

この場合において、特別な管理を必要とする患者はアからオまでに掲げるものとし、そのうち重症度等の高い患者は、アに掲げるものとする。なお、エにおいて当該加算を算定する場合は、定期的（１週間に１回以上）に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価（褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット）を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケアについて看護記録に記録すること。なお、実施したケアには必要に応じて患者の家族等への指導も含むものである。

ア　区分番号「Ｃ１０８」在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定している患者、区分番号「Ｃ１１２」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者、気管カニューレを使用している患者及び留置カテーテルを使用している患者

イ　区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料、区分番号「Ｃ１０２－２」在宅血液透析指導管理料、区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「Ｃ１０４」在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号「Ｃ１０５」在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、区分番号「Ｃ１０６」在宅自己導尿指導管理料、区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料、区分番号「Ｃ１０７－２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料、区分番号「Ｃ１１０」在宅自己疼痛管理指導管理料又は区分番号「Ｃ１１１」在宅肺高血圧症患者指導管理料のうちいずれかを算定している患者

ウ　人工肛門又は人工膀胱を設置している患者であってその管理に配慮を必要とする患者

エ　以下の(イ)又は(ロ)のいずれかの真皮を越える褥瘡の状態にある者

（イ）　NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度

（ロ）　DESIGN-R2020 分類（日本褥瘡学会によるもの）Ｄ３、Ｄ４又はＤ５

オ　区分番号「Ｃ００５－２」在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している患者

(26)　在宅患者訪問看護・指導料の「注 12」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注６」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注 12」に規定する夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算については、夜間（午後６時から午後 10 時までをいう。）又は早朝（午前６時から午前８時までの時間をいう。）、深夜（午後 10 時から午前６時までをいう。）に患家の求めに応じて訪問看護・指導を行った場合に算定する。またこれは、緊急訪問看護加算との併算定を可とする。

(27)　在宅患者訪問看護・指導料の「注 13」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注６」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注 13」に規定する看護・介護職員連携強化加算については、保険医療機関の看護師又は准看護師が、口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃瘻若しくは腸瘻による経管栄養又は経鼻経管栄養を必要とする患者に対して、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）第 48 条の３第１項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者又は同法附則第 27 条第１項の登録を受けた登録特定行為事業者（以下「登録喀痰吸引等事業者等」という。）の介護職員等（以下「介護職員等」という。）が実施する社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和 62 年厚生省令第 49 号）第１条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下「喀痰吸引等」という。）の業務が円滑に行われるよう支援を行う取組を評価するものである。

ア　当該加算は、患者の病状やその変化に合わせて、医師の指示により、(イ)及び(ロ)の対応を行っている場合に算定する。

（イ）　喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言

（ロ）　介護職員等に同行し、患者の居宅において喀痰吸引等の業務の実施状況についての確認

イ　当該加算は、次の場合には算定できない。

（イ）　介護職員等の喀痰吸引等に係る基礎的な技術取得や研修目的での同行訪問

（ロ）　同一の患者に、他の保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて看護・介護職員連携強化加算を算定している場合

ウ　当該加算は、介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の訪問看護・指導の実施日に算定する。また、その内容を訪問看護記録書に記録すること。

エ　登録喀痰吸引等事業者等が、患者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のために会議を行う場合は、当該会議に出席し連携する。また、その場合は、会議の内容を訪問看護記録書に記録すること。

オ　患者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に対応できるよう、患者又はその家族等に対して、保険医療機関の名称、所在地、電話番号並びに時間外及び緊急時の連絡方法を記載した文書を交付すること。

(28)　在宅患者訪問看護・指導料の「注 14」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注６」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注 14」に規定する特別地域訪問看護

加算は、当該保険医療機関の所在地から患家までの訪問につき、最も合理的な通常の経路及び方法で片道１時間以上要する患者に対して、特掲診療料の施設基準等第四の四の三の三に規定する地域（以下「特別地域」という。）に所在する保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を行った場合又は特別地域以外に所在する保険医療機関の看護師等が特別地域に居住する患者に対して訪問看護・指導を行った場合に、在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物訪問看護・指導料の所定点数（注に規定する加算は含まない。）の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。なお、当該加算は、交通事情等の特別の事情により訪問に要した時間が片道１時間以上となった場合は算定できない。特別地域訪問看護加算を算定する保険医療機関は、その所在地又は患家の所在地が特別地域に該当するか否かについては、地方厚生（支）局に確認すること。

(29)　在宅患者訪問看護・指導料の「注 15」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注６」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注 15」に規定する訪問看護・指導体制充実加算は、訪問看護・指導に係る十分な体制を整備し、訪問看護・指導等に係る相当の実績を有する保険医療機関における訪問看護・指導を評価するものであり、別に定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に、月１回に限り算定する。

(30)　在宅患者訪問看護・指導料の「注 16」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注６」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注 16」に規定する専門管理加算について

ア　専門管理加算のイは、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、真皮を越える褥瘡の状態にある患者（区分番号「Ｃ０１３」在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態にある患者若しくは人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する患者に対して、別に定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関の緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、定期的（１月に１回以上）に訪問看護・指導を行うとともに、当該患者に係る訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合に、月１回に限り所定点数に加算する。

イ　専門管理加算のロは、保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 37 条の２第２項第１号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。）に係る管理の対象となる患者に対して、別に定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関の同項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した看護師が、同項第２号に規定する手順書に基づき、定期的（１月に１回以上）に訪問看護・指導を行うとともに、当該患者に係る訪問看護・指導の実施に関する計画的な管理を行った場合に、月１回に限り所定点数に加算する。また、手順書について、医師と共に、利用者の状態に応じて手順書の妥当性を検討すること。なお、特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものとは、以下の（イ）から（ト）までに掲げるものをいう。

（イ）　気管カニューレの交換

（ロ）　胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換

（ハ） 膀胱ろうカテーテルの交換
（ニ） 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
（ホ） 創傷に対する陰圧閉鎖療法
（ヘ） 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
（ト） 脱水症状に対する輸液による補正

(31) (30)において、当該医療機関で別に定める専従要件となっている場合であっても、別に定める専従業務に支障が生じなければ訪問しても差し支えない。

(32) 訪問看護・指導の実施に当たっては、保険医療機関における看護業務に支障を来すことのないよう留意するとともに、市町村の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分留意する。

(33) 在宅患者訪問看護・指導料の「注 18」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注６」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注 18」に規定する交通費は実費とする。

Ｃ００５－２ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料

（１） 在宅患者訪問点滴注射管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、通院困難な者について、当該患者の在宅での療養を担う保険医の診療に基づき、週３日以上の点滴注射を行う必要を認め、当該保険医療機関の看護師又は准看護師（以下この項において「看護師等」という。）に対して指示を行い、その内容を診療録に記載した場合又は指定訪問看護事業者に別紙様式 16、別紙様式 17 の２又は別紙様式 18 を参考に作成した在宅患者訪問点滴注射指示書に有効期間（７日以内に限る。）及び指示内容を記載して指示を行った場合において、併せて使用する薬剤、回路等、必要十分な保険医療材料、衛生材料を供与し、１週間（指示を行った日から７日間）のうち３日以上看護師等が患家を訪問して点滴注射を実施した場合に３日目に算定する。なお、算定要件となる点滴注射は、看護師等が実施した場合であり、医師が行った点滴注射は含まれない。

（２） 点滴注射指示に当たっては、その必要性、注意点等を点滴注射を実施する看護師等に十分な説明を行うこと。

（３） 点滴注射を実施する看護師等は、患者の病状の把握に努めるとともに、当該指示による点滴注射の終了日及び必要を認めた場合には在宅での療養を担う保険医への連絡を速やかに行うこと。なお、その連絡は電話等でも差し支えないこと。

（４） 在宅での療養を担う保険医は、患者、患者の家族又は看護師等から容態の変化等についての連絡を受けた場合は、速やかに対応すること。

（５） 在宅患者訪問点滴注射管理指導料には、必要な回路等の費用が含まれており、別に算定できない。

（６） 区分番号「Ｃ１０４」在宅中心静脈栄養法指導管理料又は区分番号「Ｃ１０８」在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定した場合には、当該管理指導料は算定できない。

（７） 在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る薬剤料は別に算定できる。

（８） 週３日以上実施できなかった場合においても、使用した分の薬剤料は算定できる。

Ｃ００６ 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

（１） 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院してリハビリテーションを受けることが困難な者又はその家

族等患者の看護に当たる者に対して、医師の診療に基づき、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させて、患者の病状及び療養環境等を踏まえ療養上必要な指導を 20 分以上行った場合（以下この区分において「１単位」という。）に算定する。

（２） 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の「１」は、在宅での療養を行っている患者（同一建物居住者であるものを除く。）に対して、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の「２」は、同一建物居住者であるものに対して、必要な指導を行わせた場合に算定する。

（３） 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定は週６単位を限度（末期の悪性腫瘍の患者の場合を除く。）とする。ただし、退院の日から起算して３月以内の患者に対し、入院先の医療機関の医師の指示に基づき継続してリハビリテーションを行う場合は、週 12 単位まで算定できる。

（４） 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、訪問診療を実施する保険医療機関において医師の診療のあった日から１月以内に行われた場合に算定する。

ただし、当該患者（患者の病状に特に変化がないものに限る。）に関し、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「１」又は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注１の「イ」を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から２週間以内に、当該患者に対して継続して在宅患者訪問リハビリテーション指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供（区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料(Ⅰ)の場合に限る。）を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から１月以内に行われた場合に算定する。

（５） 指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、言語機能又は聴覚機能等に関する指導とする。

（６） 医師は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容の要点を診療録に記載する。

（７） 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点及び指導に要した時間を記録すること。

（８） 他の保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定している患者については、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定できない。

（９） 「注３」に規定する交通費は実費とする。

(10) 保険医療機関が診療に基づき、１月にバーセル指数又はＦＩＭが５点以上悪化し、一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要であると認められた患者については、６月に１回に限り、当該診療を行った日から 14 日以内の期間において、14 日を限度として１日に４単位まで算定できる。

当該患者が介護保険法第 62 条に規定する要介護被保険者等である場合には、診療録に頻回の訪問リハビリテーションが必要であると認めた理由及び頻回の訪問リハビリテーションが必要な期間（ただし 14 日間以内に限る。）を記載する。

Ｃ００７　訪問看護指示料

（１） 訪問看護指示料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院

による療養が困難な者に対する適切な在宅医療を確保するため、指定訪問看護に関する指示を行うことを評価するものであり、在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医（患者が選定する保険医療機関の保険医に限る。以下この項において「主治医」という。）が、診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、当該患者の同意を得て、別紙様式 16 を参考に作成した訪問看護指示書に有効期間（６月以内に限る。）を記載して、当該患者が選定する訪問看護ステーション等に対して交付した場合に算定する。なお、１か月の指示を行う場合には、訪問看護指示書に有効期間を記載することを要しない。

（２） 主治医は、在宅療養に必要な衛生材料及び保険医療材料（以下この項において「衛生材料等」という。）の量の把握に努め、十分な量の衛生材料等を患者に支給すること。

（３） 指定訪問看護の指示は、当該患者に対して主として診療を行う保険医療機関が行うことを原則とし、訪問看護指示料は、退院時に１回算定できるほか、在宅での療養を行っている患者について１月に１回を限度として算定できる。なお、同一月において、１人の患者について複数の訪問看護ステーション等に対して訪問看護指示書を交付した場合であっても、当該指示料は、１月に１回を限度に算定するものであること。

ただし、Ａ保険医療機関と特別の関係にあるＢ保険医療機関において区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料及び区分番号「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料を算定している月においては、Ａ保険医療機関は当該患者について訪問看護指示料は算定できない。

（４） 「注２」に規定する特別訪問看護指示加算は、患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪、終末期、退院直後等の事由により、週４回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認めた場合であって、当該患者の同意を得て、別紙様式 18 を参考に作成した特別訪問看護指示書を、当該患者が選定する訪問看護ステーション等に対して交付した場合に、１月に１回（別に厚生労働大臣が定める者については２回）を限度として算定する。ここでいう頻回の訪問看護を一時的に行う必要性とは、恒常的な頻回の訪問看護の必要性ではなく、状態の変化等で日常行っている訪問看護の回数では対応できない場合であること。また、その理由等については、特別訪問看護指示書に記載すること。

なお、当該頻回の指定訪問看護は、当該特別の指示に係る診療の日から 14 日以内に限り実施するものであること。

【厚生労働大臣が定める者】

ア　気管カニューレを使用している状態にある者

イ　以下の（イ）又は（ロ）のいずれかの真皮を越える褥瘡の状態にある者

（イ） NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度

（ロ） DESIGN-R2020 分類（日本褥瘡学会によるもの）Ｄ３、Ｄ４又はＤ５

（５） 患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーション等に交付すること。

なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーション等に交付できるものであること。

（６） 主治医は、交付した訪問看護指示書等の写しを診療録に添付すること。

（７） 患者の主治医は、当該訪問看護指示書交付後であっても、患者の病状等に応じてその期間を変更することができるものであること。なお、指定訪問看護の指示を行った保険医療機関は、訪問看護ステーション等からの対象患者について相談等があった場合には、懇切丁寧に対応すること。

（８） 区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料の(４)に掲げる疾病等の患者について、２つの訪問看護ステーション等に対して訪問看護指示書を交付する場合には、それぞれの訪問看護指示書に、他の訪問看護ステーション等に対して訪問看護指示書を交付している旨及び当該他の訪問看護ステーション等の名称を記載すること。

（９） 「注３」に規定する手順書加算は、患者の主治医が、診療に基づき、訪問看護において保健師助産師看護師法第 37 条の２第２項第１号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。）に係る管理の必要を認め、同項第２号に規定する手順書を当該患者が選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して交付した場合に、患者１人につき６月に１回を限度として算定する。手順書を交付した主治医は当該訪問看護ステーション等の当該看護師と共に、患者の状態に応じて手順書の妥当性を検討すること。なお、特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものとは、以下のアからキまでに掲げるものをいう。

ア 気管カニューレの交換

イ 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換

ウ 膀胱ろうカテーテルの交換

エ 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去

オ 創傷に対する陰圧閉鎖療法

カ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整

キ 脱水症状に対する輸液による補正

(10) 「注４」に規定する衛生材料等提供加算は、在宅療養において衛生材料等が必要な患者に対し、当該患者へ訪問看護を実施している訪問看護ステーション等から提出された訪問看護計画書及び訪問看護報告書を基に、療養上必要な量について判断の上、必要かつ十分な量の衛生材料等を患者に支給した場合に算定する。

(11) 区分番号「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料、区分番号「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料、区分番号「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料、区分番号「Ｃ００５－２」在宅患者訪問点滴注射管理指導料、第２節第１款の各区分に規定する在宅療養指導管理料を算定した場合は、「注４」の加算は当該管理料等に含まれ別に算定できない。

Ｃ００７－２ 介護職員等喀痰吸引等指示料

介護職員等喀痰吸引等指示料は、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、特定施設入居者生活介護等の指定居宅サービス事業者その他別に厚生労働大臣が定めるものによる社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第１条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して、別紙様式 34 を参考に作成した介護職員等喀痰吸引等指示書に有効期限（６月以内に限る。）を記載して交付した場合に、患者１人につき３月に１回に限り算定す

る。

Ｃ００８　在宅患者訪問薬剤管理指導料

（１）　在宅患者訪問薬剤管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者について、保険医療機関の薬剤師が当該保険医療機関の医師及び当該患者の同意を得て、患家を訪問して薬剤管理指導記録に基づいて直接患者又はその家族等に服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導を行った場合に算定する。

ただし、薬学的管理指導の対象となる患者が他の保険医療機関に入院している場合、医師若しくは薬剤師の配置が義務付けられている施設に入居若しくは入所している場合（給付調整告示等に規定する場合を除く。）又は現に他の保険医療機関若しくは保険薬局の薬剤師が在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。

（２）　在宅患者訪問薬剤管理指導料は、単一建物診療患者の人数に従い算定する。ここでいう単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。以下この区分において同じ。）の人数をいう。なお、ユニット数が３以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。

（３）　１つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が２人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者が１人の場合」を算定する。また、当該建築物において、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の 10%以下の場合又は当該建築物の戸数が 20 戸未満であって、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者が２人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が１人の場合」を算定する。

（４）　在宅患者訪問薬剤管理指導料は、「１」、「２」及び「３」を合わせて１月に４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週２回かつ月８回）を限度として算定できるが、その場合であっても薬剤師１人につき週 40 回に限るものとする。ただし、月２回以上算定する場合にあっては、本指導料を算定する日の間隔は６日以上とする。なお、この場合には診療報酬明細書の摘要欄に当該算定日を記載すること。

（５）　当該保険医療機関の薬剤師は、指導に当たって、過去の投薬及び副作用発現状況等の基礎的事項を把握するとともに、指導の対象となる患者ごとに薬剤管理指導記録を作成すること。なお、当該薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低３年間保存すること。

ア　患者の氏名、生年月日、性別、住所、診療録の番号

イ　患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴

ウ　薬学的管理指導の内容（医薬品の保管状況、服薬状況、残薬の状況、重複投薬、配合禁忌等に関する確認及び実施した服薬支援措置を含む。）

エ　患者への指導及び患者からの相談の要点

オ　訪問指導等の実施日、訪問指導を行った薬剤師の氏名

カ　その他の事項

（６） 「注２」の麻薬管理指導加算は、本指導料を算定している患者のうち、麻薬が投与されている患者に対して、定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱上の注意事項等に関し、必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

（７） 麻薬管理指導加算の算定に当たっては、（５）の薬剤管理指導記録に、少なくとも次の事項について記載しなければならないこと。

ア 麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、疼痛緩和の状況、副作用の有無の確認等）

イ 麻薬に係る患者・家族への指導・相談事項（麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）

ウ 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項

エ その他麻薬に係る事項

（８） 乳幼児加算は、乳幼児に係る薬学的管理指導の際に、患者の体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する。

（９） 「注３」に規定する交通費は実費とする。

(10) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者に投薬された医薬品について、当該保険医療機関の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医に対し、当該情報を文書により提供するとともに、当該保険医に相談の上、必要に応じ、患者に対する薬学的管理指導を行うものとする。

ア 緊急安全性情報、安全性速報

イ 医薬品・医療機器等安全性情報

Ｃ００９ 在宅患者訪問栄養食事指導料

（１） 在宅患者訪問栄養食事指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者について、保険医療機関の医師が当該患者に特掲診療料の施設基準等に規定する特別食を提供する必要性を認めた場合又は次のいずれかに該当するものとして医師が栄養管理の必要性を認めた場合であって、当該医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、患者の生活条件、し好等を勘案した食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立等を示した栄養食事指導箋を患者又はその家族等に対して交付するとともに、当該指導箋に従い、食事の用意や摂取等に関する具体的な指導を 30 分以上行った場合に算定する。

ア がん患者

イ 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者

ウ 低栄養状態にある患者

（２） 在宅患者訪問栄養食事指導料１は、保険医療機関の管理栄養士が当該保険医療機関の医師の指示に基づき、指導を行った場合に算定する。

また、在宅患者訪問栄養食事指導料２は、診療所において、当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーショ

ン」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき、対面による指導を行った場合に算定する。

（３） 在宅患者訪問栄養食事指導料は、単一建物診療患者の人数に従い算定する。ここでいう単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。以下この区分において同じ。）の人数をいう。なお、ユニット数が３以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。

（４） １つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が２人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者が１人の場合」を算定する。また、当該建築物において、当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の 10%以下の場合又は当該建築物の戸数が 20 戸未満であって、当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者が２人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が１人の場合」を算定する。

（５） 「注３」に規定する交通費は実費とする。

（６） 上記以外の点に関しては、区分番号「Ｂ００１」の「９」外来栄養食事指導料における留意事項の例による。

Ｃ０１０　在宅患者連携指導料

（１） 在宅患者連携指導料は、在宅での療養を行っている患者の診療情報等を、当該患者の診療等を担う保険医療機関等の医療関係職種間で文書等により共有し、それぞれの職種が当該診療情報等を踏まえ診療等を行う取組を評価するものである。

例えば、在宅での療養を行っている一人の患者に対して、保険医療機関の保険医と保険医である歯科医師がそれぞれ訪問診療により当該患者の診療を担っている場合において、保険医である歯科医師が訪問診療を行った際に得た当該患者の口腔内の状態に関する診療情報を保険医に対して文書等で提供し、保険医が当該患者に訪問診療を行った際に、その情報を踏まえた指導を行った場合に算定できる。

（２） 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難な者に対して、患者の同意を得て、月２回以上医療関係職種間で文書等（電子メール、ファクシミリでも可）により共有された診療情報を基に、患者又はその家族等に対して指導等を行った場合に、月１回に限り算定する。

（３） 単に医療関係職種間で当該患者に関する診療情報を交換したのみの場合や訪問看護や訪問薬剤指導を行うよう指示を行ったのみでは算定できない。

（４） 他職種から情報提供を受けた場合、できる限り速やかに患者への指導等に反映させるよう留意しなければならない。また、当該患者の療養上の指導に関する留意点がある場合には、速やかに他職種に情報提供するよう努めなければならない。

（５） 他職種から受けた診療情報の内容及びその情報提供日並びにその診療情報を基に行った診療の内容又は指導等の内容の要点及び診療日を診療録に記載すること。

Ｃ０１１　在宅患者緊急時等カンファレンス料

（１） 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、在宅での療養を行っている患者の状態の急変や

診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会す等、カンファレンスを行うことにより、より適切な治療方針を立てること及び当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能とすることは、患者及びその家族等が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組に対して評価するものである。

（２） 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、在宅での療養を行っている患者の病状が急変した場合や、診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に、患家を訪問し、関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が患者に対して療養上必要な指導を行った場合に月２回に限り算定する。

（３） 当該カンファレンスは、１者以上が患家に赴きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

（４） （３）において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

（５） 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、カンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえた療養上必要な指導を行った場合に、当該指導を行った日に算定することとし、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は併せて算定できない。また、必要に応じ、カンファレンスを行った日以降に当該指導を行う必要がある場合には、カンファレンスを行った日以降できる限り速やかに指導を行うこと。

なお、当該指導とは、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する訪問診療とは異なるものであるが、例えば、当該指導とは別に継続的に実施している訪問診療を当該指導を行った日と同一日に行う場合には、当該指導を行った日において区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を併せて算定することは可能であること。

（６） 当該在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定する場合には、カンファレンスの実施日及び当該指導日を診療報酬明細書に記載すること。

（７） 当該カンファレンスは、原則として患家で行うこととするが、患者又は家族が患家以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りでない。

（８） 在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医は、当該カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を診療録に記載すること。

Ｃ０１２　在宅患者共同診療料

（１） 在宅患者共同診療料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難かつ在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望する患者に対して、在宅療養後方支援病院が、在宅医療を提供する医療機関（以下「連携医療機関」

という。）からの求めに応じて共同で往診又は訪問診療を行った場合に算定する。

（２） 在宅療養後方支援病院は、訪問診療を行った後に、連携医療機関と十分情報交換を行った上で計画を策定することとする。

（３） 15 歳未満の人工呼吸器装着患者、15 歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が 20 キログラム未満の患者又は神経難病等の患者を対象とする場合については、当該診療料を１年に 12 回算定することができる。

Ｃ０１３　在宅患者訪問褥瘡管理指導料

（１） 在宅患者訪問褥瘡管理指導料は、在宅褥瘡管理に係る専門的知識・技術を有する在宅褥瘡管理者を含む多職種からなる在宅褥瘡対策チームが、褥瘡予防や管理が難しく重点的な褥瘡管理が必要な者に対し、褥瘡の改善等を目的として、共同して指導管理を行うことを評価したものであり、褥瘡の改善等を目的とした指導管理のための初回訪問から起算して、当該患者１人について６月以内に限り、カンファレンスを実施した場合に３回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から１年以内は当該指導料を算定することはできない。

（２） 重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既に DESIGN-R2020 による深さの評価が d2 以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからオまでのいずれかを有する者をいう。

ア　重度の末梢循環不全のもの

イ　麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

ウ　強度の下痢が続く状態であるもの

エ　極度の皮膚脆弱であるもの

オ　皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

（３） 在宅褥瘡対策チームは、褥瘡の改善、重症化予防、発生予防のための以下の計画的な指導管理を行う。

ア　初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員の他、必要に応じて当該患者の診療を行う医療関係職種が患家に一堂に会し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンス（以下「初回カンファレンス」という。）を実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。

イ　初回カンファレンス実施後、評価のためのカンファレンスの実施までの間、在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月１回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。

ウ　初回訪問後３月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び必要に応じて見直し（以下「評価等」という。）のためのカンファレンスを行う。２回目のカンファレンスにおいて評価等の結果、更に継続して指導管理が必要な場合に限り、初回カンファレンスの後４月以上６月以内の期間に３回目のカンファレンスにおいて評価等を実施することができる。なお、３回目のカンファレンスでの評価等は、２回目のカンファレンスの評価等の実施日から起算して３月以内に実施しなければならない。

（４） 初回カンファレンス及び２回目以降のカンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、以下のいずれも満たす場合は、ビデオ通話が可能な機器を用い

て参加することができる。

ア　当該カンファレンスに、当該保険医療機関から在宅褥瘡対策チームの構成員として複数名参加すること

イ　当該保険医療機関の在宅褥瘡対策チームの構成員のうち、１名以上は患家に赴きカンファレンスを行っていること

（５）（４）において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

（６）　カンファレンス及び月１回以上の指導管理の結果を踏まえ、在宅褥瘡対策チームにおいて別紙様式 43 又はこれに準じた在宅褥瘡診療計画を作成し、その内容を患者等に説明するとともに、診療録に添付すること。

（７）　「注１」について、当該保険医療機関以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士は、当該保険医療機関の保険医の指示に基づき、管理指導を実施すること。

（８）　「注１」については、初回カンファレンスを実施した場合に算定する。

なお、初回カンファレンス以降に在宅褥瘡対策チームの各構成員が月１回以上、計画に基づき行う適切な指導管理については、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）（Ⅲ）、区分番号「Ｃ００９」在宅患者訪問栄養食事指導料、訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅲ）を算定することができる。

（９）　「注２」については、褥瘡の指導管理のために患家に訪問して行われる初回カンファレンスのほか、２回目以降のカンファレンスを患家で行った日に、当該カンファレンスとは別に継続的に実施する必要のある訪問診療、訪問看護、訪問栄養指導を併せて行う場合には、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「Ｃ００９」在宅患者訪問栄養食事指導料、区分番号「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)、(Ⅲ)、訪問看護基本療養費(Ⅰ)、(Ⅱ)、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)、(Ⅲ)を算定することができる。また、当該保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーションによる場合においても、算定することができる。ただし、当該保険医療機関が訪問看護を実施している訪問看護ステーションと連携する場合は、当該保険医療機関において、訪問看護に係る費用を算定できないものとする。なお、当該保険医療機関及び継続的に訪問看護を実施している訪問看護ステーションに適切な在宅褥瘡管理者がいない場合において、褥瘡ケアに係る専門的な研修を受けた看護師が所属する保険医療機関等と共同して行った場合は、区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料の３、区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料の３、訪問看護基本療養費(Ⅰ)のハ又は訪問看護基本療養費(Ⅱ)のハのいずれか

を算定することができる。

(10) （８）、（９）の算定に当たっては、カンファレンスの実施日、DESIGN-R2020 による深さの評価及び（２）のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｃ０１４　外来在宅共同指導料

（１） 外来在宅共同指導料１又は外来在宅共同指導料２は、保険医療機関の外来において継続して４回以上受診している患者について、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者１人につき１回に限り、それぞれの保険医療機関において算定するものである。

（２） 外来在宅共同指導料は、患者の家族等在宅での患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。

（３） 外来から在宅への移行に当たって、在宅での療養上必要な指導を行うために必要な看護及び栄養管理の状況等の情報を当該患者及び家族等に別紙様式●を参考に文書で説明し、必要に応じて、治療等を担う他の保険医療機関のほか、訪問看護ステーション、介護施設、市町村等と共有すること。

（４） 行った指導の内容等について、要点を診療録等に記載し、又は患者若しくはその家族等に提供した文書の写しを診療録等に添付すること。

（５） 外来在宅共同指導料は、在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム又は高齢者の居住の安定確保に関する法律第５条第１項に規定するサービス付き高齢者向け住宅その他施設等に入院若しくは入所する患者については、対象とはならない。

（５） 外来在宅共同指導料は、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関と在宅療養を担う保険医療機関が特別の関係にある場合は算定できない。

（６） 診療報酬明細書の摘要欄に、共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称及び年月日を記載すること。

（７） 外来在宅共同指導料の共同指導は、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関と当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等の関係者全員が、患家において実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。ただし、この場合であっても、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医は、患家に赴き共同指導していること。

（８） 当該指導において、患者の個人情報を情報通信機器等の画面上で取り扱う場合には、患者の同意を得ること。また、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応していること。

（９） 情報通信機器等の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

(10) 外来在宅共同指導料２を算定する場合には、区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００１に掲げる再診料、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料、区分番号Ｃ０００に掲げる往診料、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料（Ｉ）又は区分番号Ｃ００

１－２に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は別に算定できない。

第２節　在宅療養指導管理料

第１款　在宅療養指導管理料

１　在宅療養指導管理料は、当該指導管理が必要かつ適切であると医師が判断した患者について、患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該医師が療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行った上で、当該患者の医学管理を十分に行い、かつ、各在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行い、併せて必要かつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料（以下この項において「衛生材料等」という。）を支給した場合に算定する。

ただし、当該保険医療機関に来院した患者の看護者に対してのみ当該指導を行った場合には算定できない。

なお、衛生材料等の支給に当たっては、以下の２又は３の方法によることも可能である。

２　衛生材料又は保険医療材料の支給に当たっては、当該患者へ訪問看護を実施している訪問看護事業者から、訪問看護計画書（「訪問看護計画書等の記載要領等について」別紙様式１）により必要とされる衛生材料等の量について報告があった場合、医師は、その報告を基に療養上必要な量について判断の上、患者へ衛生材料等を支給する。

また、当該訪問看護事業者から、訪問看護報告書（「訪問看護計画書等の記載要領等について」別紙様式２）により衛生材料等の使用実績について報告があった場合は、医師は、その内容を確認した上で、衛生材料等の量の調整、種類の変更等の指導管理を行う。

３　また、医師は、２の訪問看護計画書等を基に衛生材料等を支給する際、保険薬局（当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行っており、地域支援体制加算又は在宅患者調剤加算の届出を行っているものに限る。）に対して、必要な衛生材料等の提供を指示することができる。

４　在宅療養指導管理料は１月１回を限度として算定し、特に規定する場合を除き、同一の患者に対して同一月に指導管理を２回以上行った場合は、第１回の指導管理を行ったときに算定する。

５　２以上の保険医療機関が同一の患者について同一の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行っている場合には、特に規定する場合を除き、主たる指導管理を行っている保険医療機関において当該在宅療養指導管理料を算定する。

６　同一の保険医療機関において、２以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数を算定する。

７　通則６について、15 歳未満の人工呼吸器を装着している患者又は 15 歳未満から引き続き人工呼吸器を装着しており体重が 20 キログラム未満の患者に対して、区分番号「Ａ２０６」在宅患者緊急入院診療加算に規定する在宅療養後方支援病院と連携している保険医療機関が、在宅療養後方支援病院と異なる在宅療養指導管理を行った場合には、それぞれの保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定できる。なお、この場合は、それぞれの保険医療機関において算定している在宅療養指導管理料について、適切な情報交換を行い、重複した算定がないよう留意すること。

８　入院中の患者に対して、退院時に退院後の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合には、退院の日１回に限り、在宅療養指導管理料の所定点数を算定できる。この場合においては、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療にて行った指導管

理の費用は算定できない。また、死亡退院の場合又は他の病院若しくは診療所へ入院するため転院した場合には算定できない。

9　退院した患者に対して、当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、当該患者について当該保険医療機関において退院日に在宅療養指導管理料を算定していない場合に限り、在宅療養指導管理料を算定することができる。ただし、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定する場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に当該算定理由を記載すること。このため、在宅療養指導管理料を算定する場合は、患者に対し当該月の入院の有無を確認すること。

10　在宅療養を実施する保険医療機関においては、緊急事態に対処できるよう施設の体制、患者の選定等に十分留意すること。特に、入院施設を有しない診療所が在宅療養指導管理料を算定するに当たっては、緊急時に必要かつ密接な連携を取り得る入院施設を有する他の保険医療機関において、緊急入院ができる病床が常に確保されていることが必要であること。

11　当該在宅療養を指示した根拠、指示事項（方法、注意点、緊急時の措置を含む。）、指導内容の要点を診療録に記載すること。

12　保険医療機関が在宅療養指導管理料を算定する場合には、当該指導管理に要するアルコール等の消毒薬、衛生材料（脱脂綿、ガーゼ、絆創膏等）、酸素、注射器、注射針、翼状針、カテーテル、膀胱洗浄用注射器、クレンメ等は、当該保険医療機関が提供すること。なお、当該医療材料の費用は、別に診療報酬上の加算等として評価されている場合を除き所定点数に含まれ、別に算定できない。

13　関連学会より留意事項が示されている在宅療養については、指示、管理に当たってはこれらの事項を十分参考とするものとする（例：「がん緩和ケアに関するマニュアル」（厚生労働省・日本医師会監修））。

Ｃ１００　退院前在宅療養指導管理料

（１）　入院中の患者に対して外泊時に退院後の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合には、外泊の初日１回に限り退院前在宅療養指導管理料を算定する。

（２）　退院前在宅療養指導管理料を算定した同一月に他の在宅療養指導管理料を算定することができるが、退院前在宅療養指導管理料を算定した日には他の在宅療養指導管理料及び在宅療養指導管理材料加算は算定できない。

（３）　入院料の取扱い上は外泊とならない１泊２日の場合であっても、退院前在宅療養指導管理料の算定要件を満たせば当該指導管理料を算定することができる。

（４）　退院前在宅療養指導管理料を算定できるのは、あくまでも退院した場合であり、病状の悪化等により退院できなかった場合には算定できない。また、外泊後、帰院することなく転院した場合には算定できない。

（５）　「注２」に規定する乳幼児加算は、６歳未満の乳幼児に対して退院前在宅療養指導管理料を算定する場合に加算する。

Ｃ１０１　在宅自己注射指導管理料

（１）　インターフェロンベータ製剤については、多発性硬化症に対して用いた場合に限り算定する。

（２）　インターフェロンアルファ製剤については、Ｃ型慢性肝炎におけるウイルス血症の改善

（血中ＨＣＶ　ＲＮＡ量が高い場合を除く。）を目的として単独投与に用いた場合、Ｃ型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善（セログループ１の血中ＨＣＶ ＲＮＡ量が高い場合を除く。）を目的として単独投与に用いた場合、ＨＢｅ抗原陽性でかつＤＮＡポリメラーゼ陽性のＢ型慢性活動性肝炎のウイルス血症の改善を目的として単独投与に用いた場合及びＨＴＬＶ－１関連脊髄症（ＨＡＭ）に対して用いた場合に限り算定する。なお、ペグインターフェロンアルファ製剤については算定できない。

（３） グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・Ｌ-システイン塩酸塩配合剤については、慢性肝疾患における肝機能異常の改善に対して用い、在宅自己注射での静脈内投与について十分な経験を有する患者であって、医師により必要な指導を受けた場合に限り算定する。

（４） 顆粒球コロニー形成刺激因子製剤については、再生不良性貧血及び先天性好中球減少症の患者に対して用いた場合に限り算定する。

（５） アドレナリン製剤については、蜂毒、食物及び毒物等に起因するアナフィラキシーの既往のある患者又はアナフィラキシーを発現する危険性の高い患者に対して、定量自動注射器を緊急補助的治療として用いた場合に限り算定する。

（６） 「１」複雑な場合については、間歇注入シリンジポンプを用いて在宅自己注射を行っている患者について、診察を行った上で、ポンプの状態、投与量等について確認・調整等を行った場合に算定する。この場合、プログラムの変更に係る費用は所定点数に含まれる。

（７） 在宅自己注射の導入前に、入院又は２回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行った場合に限り算定する。ただし、アドレナリン製剤については、この限りではない。また、指導内容を詳細に記載した文書を作成し患者に交付すること。なお、第２節第１款の在宅療養指導管理料の通則の留意事項に従い、衛生材料等については、必要かつ十分な量を支給すること。

（８） 「２」については、医師が当該月に在宅で実施するよう指示した注射の総回数に応じて所定点数を算定する。なお、この場合において、例えば月の途中にて予期せぬ入院等があり、やむを得ずあらかじめ指示した回数が在宅で実施されなかった場合であっても、当該指示回数に応じて算定することができる。ただし、予定入院等あらかじめ在宅で実施されないことが明らかな場合は、当該期間中の指示回数から実施回数を除して算定すること。また、「２」は区分番号「Ｂ００１」の「７」難病外来指導管理料との併算定は可とする。

（９） 「注２」に規定する導入初期加算については、新たに在宅自己注射を導入した患者に対し、３月に限り、月１回に限り算定する。ただし、処方の内容に変更があった場合は、さらに１回に限り算定することができる。

(10) 「注３」に規定する「処方の内容に変更があった場合」とは、処方された特掲診療料の施設基準等の別表第九に掲げる注射薬に変更があった場合をいう。また、先行バイオ医薬品とバイオ後続品の変更を行った場合及びバイオ後続品から先行バイオ医薬品が同一であるバイオ後続品に変更した場合には算定できない。なお、過去１年以内に処方されたことがある特掲診療料の施設基準等の別表第九に掲げる注射薬に変更した場合は、算定できない。

(11) 「注４」に規定するバイオ後続品導入初期加算については、当該患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性等について説明した上で、バイオ後続品を処方した場合に、当該バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して、３月に限り、月１回に限り算定す

る。「バイオ後続品を処方した場合」とは、バイオ後続品の一般的名称で処方した場合（例えば、「○○○○○○（遺伝子組換え）［●●●●●後続１］」と処方した場合をいう。）又はバイオ後続品の販売名で処方した場合（例えば、「●●●●● ＢＳ 注射液 含量 会社名」と処方した場合をいう。）をいう。

(12) 「注２」及び「注３」に規定する導入初期加算並びに「注４」に規定するバイオ後続品導入初期加算は、対面診療を行った場合に限り、算定できる。

(13) 在宅自己注射指導管理料を算定している患者の外来受診時（緊急時に受診した場合を除く。）に、当該在宅自己注射指導管理に係る区分番号「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「Ｇ００１」静脈内注射を行った場合の費用及び当該注射に使用した当該患者が在宅自己注射を行うに当たり医師が投与を行っている特掲診療料の施設基準等の別表第九に掲げる注射薬の費用は算定できない。なお、緊急時に受診した場合の注射に係る費用を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に緊急時の受診である旨を記載すること。

(14) 在宅自己注射指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に行った区分番号「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「Ｇ００１」静脈内注射及び区分番号「Ｇ００４」点滴注射の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

(15) 同一月に区分番号「Ｂ００１－２－12」外来腫瘍化学療法診療料又は第２章第６部の通則６に規定する外来化学療法加算を算定している患者の外来受診時に、当該加算に係る注射薬を用いて当該患者に対して自己注射に関する指導管理を行った場合については、当該管理料を算定できない。

(16) トシリズマブ製剤については、皮下注射により用いた場合に限り算定する。

(17) アバタセプト製剤については、皮下注射により用いた場合に限り算定する。

(18) ２以上の保険医療機関が同一の患者について、異なった疾患に対する当該指導管理を行っている場合には、いずれの保険医療機関においても、当該在宅療養指導管理料を算定できる。なお、この場合にあっては、相互の保険医療機関において処方されている注射薬等を把握すること。

(19) ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤については、急性副腎皮質機能不全（副腎クリーゼ）の既往のある患者又は急性副腎皮質機能不全（副腎クリーゼ）を発症する危険性の高い患者に対して、筋肉内注射により用いた場合に限り算定する。

(20) 「注５」に規定する情報通信機器を用いた医学指導管理については、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

Ｃ１０１－２ 在宅小児低血糖症患者指導管理料

在宅小児低血糖症患者指導管理料は、12 歳未満の小児低血糖症の患者であって、薬物療法、経管栄養法若しくは手術療法を現に行っているもの又はそれらの終了後６月以内のものに対して、患者及びその家族等に対して適切な療養指導を行った場合に算定する。

Ｃ１０１－３ 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料

（1） 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料１は、妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者であって、下記の者のうち、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖測定器を現に使用している者に対して、適切な療養指導を行った場合に算定する。

妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、以下のア又はイに該当する者

ア　以下のいずれかを満たす糖尿病である者（妊娠時に診断された明らかな糖尿病）

（イ）　空腹時血糖値が 126mg/dL 以上

（ロ）　HbA1c がＪＤＳ値で 6.1%以上（ＮＧＳＰ値で 6.5%以上）

（ハ）　随時血糖値が 200mg/dL 以上

（注）(ハ)の場合は、空腹時血糖値又は HbA1c で確認すること。

（ニ）　糖尿病網膜症が存在する場合

イ　ハイリスクな妊娠糖尿病である者

（イ）　HbA1c がＪＤＳ値で 6.1%未満（ＮＧＳＰ値で 6.5％未満）で 75gOGTT2 時間値が 200mg/dL 以上

（ロ）　75gOGTT を行い、次に掲げる項目に２項目以上該当する場合又は非妊娠時の BMI が 25 以上であって、次に掲げる項目に１項目以上該当する場合

①　空腹時血糖値が 92mg/dL 以上

②　１時間値が 180mg/dL 以上

③　２時間値が 153mg/dL 以上

（２）　在宅妊娠糖尿病患者指導管理料２は、(１)に該当し、妊娠中に在宅妊娠糖尿病患者指導管理料１を算定した患者であって、引き続き分娩後における血糖管理を必要とするものについて、当該分娩後 12 週間以内に適切な療養指導を行った場合に、１回に限り算定する。

Ｃ１０２　在宅自己腹膜灌流指導管理料

（１）　「注１」の「頻回に指導管理を行う必要がある場合」とは、次のような患者について指導管理を行う場合をいう。

ア　在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの

イ　糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの

ウ　腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの

エ　腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの

オ　その他医師が特に必要と認めるもの

（２）　１か月に２回以上在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に(１)のアからオまでの中から該当するものを明記する。

（３）　在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）は週１回を限度として、区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓又は区分番号「Ｊ０４２」腹膜灌流の１の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。なお、当該管理料を算定している患者に対して、他の医療機関において連続携行式腹膜灌流を行っても、当該所定点数は算定できない。また、当該管理料を算定している患者に対して、他の保険医療機関において人工腎臓を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓を算定している他の保険医療機関名及び他の保険医療機関での実施の必要性を記載すること。

（４）　遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア　自動腹膜灌流用装置に搭載された情報通信機能により、注液量、排液量、除水量、体重、血圧、体温等の状態について継続的なモニタリングを行うこと。

イ　モニタリングの状況に応じて、適宜患者に来院を促す等の対応を行うこと。

ウ　当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた所見等及び行った指

導管理の内容を診療録に記載すること。

エ　モニタリングの実施に当たっては、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応すること。

Ｃ１０２－２　在宅血液透析指導管理料

（１）　在宅血液透析とは、維持血液透析を必要とし、かつ、安定した病状にあるものについて、在宅において実施する血液透析療法をいう。

（２）　導入時に頻回の指導を行う必要がある場合とは、当該患者が初めて在宅血液透析を行う場合であり、保険医療機関の変更によるものは含まれない。

（３）　「注１」の「頻回に指導管理を行う必要がある場合」とは、次のような患者について指導管理を行う場合をいう。

ア　在宅血液透析の導入期にあるもの

イ　合併症の管理が必要なもの

ウ　その他医師が特に必要と認めるもの

（４）　在宅血液透析指導管理料を算定している患者は、週１回を限度として、区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓を算定できる。

（５）　日本透析医会が作成した「在宅血液透析管理マニュアル」に基づいて患者及び介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において在宅血液透析に係る説明及び同意を受けた上で、在宅血液透析が実施されていること。また、当該マニュアルに基づいて在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。

Ｃ１０３　在宅酸素療法指導管理料

（１）　チアノーゼ型先天性心疾患に対する在宅酸素療法とは、ファロー四徴症、大血管転位症、三尖弁閉鎖症、総動脈幹症、単心室症などのチアノーゼ型先天性心疾患患者のうち、発作的に低酸素又は無酸素状態になる患者について、発作時に在宅で行われる救命的な酸素吸入療法をいう。

この場合において使用される酸素は、小型酸素ボンベ（500 リットル以下）又はクロレート・キャンドル型酸素発生器によって供給されるものとする。

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

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

（４）　「その他の場合」の対象となる患者は、高度慢性呼吸不全例のうち、在宅酸素療法導入時に動脈血酸素分圧 55㎜Hg 以下の者及び動脈血酸素分圧 60㎜Hg 以下で睡眠時又は運動負荷時に著しい低酸素血症を来す者であって、医師が在宅酸素療法を必要であると認めたもの、慢性心不全患者のうち、医師の診断により、ＮＹＨＡⅢ度以上であると認められ、睡眠時のチェーンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数（１時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。）が 20 以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されている症例及び関連学会の診断基準により群発頭痛と診断されている患者のうち、群発期間中の患者であっ

て、１日平均１回以上の頭痛発作を認めるものとする。この場合、適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いることができる。

ただし、経皮的動脈血酸素飽和度測定器、区分番号「Ｄ２２３」経皮的動脈血酸素飽和度測定及び区分番号「Ｄ２２３－２」終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれており別に算定できない。

（５） 在宅酸素療法指導管理料の算定に当たっては、動脈血酸素分圧の測定を月１回程度実施し、その結果について診療報酬明細書に記載すること。この場合、適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いることができる。ただし、経皮的動脈血酸素飽和度測定器、経皮的動脈血酸素飽和度測定及び終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれており別に算定できない。

（６） 在宅酸素療法を指示した医師は、在宅酸素療法のための酸素投与方法（使用機器、ガス流量、吸入時間等）、緊急時連絡方法等を装置に掲示すると同時に、夜間も含めた緊急時の対処法について、患者に説明を行うこと。

（７） 在宅酸素療法を実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない。

ア　酸素吸入設備

イ　気管内挿管又は気管切開の器具

ウ　レスピレーター

エ　気道内分泌物吸引装置

オ　動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態であるもの）

カ　スパイロメトリー用装置（常時実施できる状態であるもの）

キ　胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態であるもの）

（８） 在宅酸素療法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ０２４」酸素吸入、区分番号「Ｊ０２４－２」突発性難聴に対する酸素療法、区分番号「Ｊ０２５」酸素テント、区分番号「Ｊ０２６」間歇的陽圧吸入法、区分番号「Ｊ０２６－３」体外式陰圧人工呼吸器治療、区分番号「Ｊ０１８」喀痰吸引、区分番号「Ｊ０１８－３」干渉低周波去痰器による喀痰排出及び区分番号「Ｊ０２６－２」鼻マスク式補助換気法（これらに係る酸素代も含む。）の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

（９） 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア　「その他の場合」の対象で、かつ、日本呼吸器学会「ＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン」の病期分類でⅢ期以上の状態となる入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用して、脈拍、酸素飽和度、機器の使用時間及び酸素流量等の状態について定期的にモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、２月を限度として来院時に算定することができる。

イ　患者の同意を得た上で、対面による診療とモニタリングを組み合わせた診療計画を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載し、当該計画に沿ってモニタリングを行った上で、状況に応じて適宜患者に来院を促す等の対応を行う。なお、当該モニタリングの開始に当たっては、患者やその家族等に対し、情報通信機器の基本

的な操作や緊急時の対応について十分に説明する。

ウ　当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた臨床所見等及び行った指導内容を診療録に記載すること。

エ　療養上必要な指導はビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、オンライン指針に沿って行うこと。なお、当該診療に関する費用は当該加算の所定点数に含まれる。

Ｃ１０４　在宅中心静脈栄養法指導管理料

（１）　在宅中心静脈栄養法とは、諸種の原因による腸管大量切除例又は腸管機能不全例等のうち、安定した病態にある患者について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する栄養法をいう。

（２）　対象となる患者は、原因疾患の如何にかかわらず、中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な者で、当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者とする。

（３）　在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｇ００５」中心静脈注射及び区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定できない。

（４）　在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に行った区分番号「Ｇ００１」静脈内注射、区分番号「Ｇ００４」点滴注射及び区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

Ｃ１０５　在宅成分栄養経管栄養法指導管理料

（１）　在宅成分栄養経管栄養法とは、諸種の原因によって経口摂取ができない患者又は経口摂取が著しく困難な患者について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する栄養法をいう。このうち在宅成分栄養経管栄養法指導管理料算定の対象となるのは、栄養維持のために主として栄養素の成分の明らかなもの（アミノ酸、ジペプチド又はトリペプチドを主なタンパク源とし、未消化態タンパクを含まないもの。以下同じ。）を用いた場合のみであり、栄養維持のために主として単なる流動食（栄養素の成分の明らかなもの以外のもの。）を用いており、栄養素の成分の明らかなものを一部用いているだけの場合や単なる流動食について鼻腔栄養を行った場合等は該当しない。

（２）　対象となる患者は、原因疾患の如何にかかわらず、在宅成分栄養経管栄養法以外に栄養の維持が困難な者で、当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者とする。

（３）　在宅成分栄養経管栄養法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ１２０」鼻腔栄養の費用は算定できない。

Ｃ１０５－２　在宅小児経管栄養法指導管理料

（１）　在宅小児経管栄養法とは、諸種の原因によって経口摂取が著しく困難な 15 歳未満の患者又は 15 歳以上の患者であって経口摂取が著しく困難である状態が 15 歳未満から継続しているもの（体重が 20 キログラム未満である場合に限る。）について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する栄養法をいう。

（２）　対象となる患者は、原因疾患の如何にかかわらず、在宅小児経管栄養法以外に栄養の維持が困難な者で、当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者とする。

（３）　在宅小児経管栄養法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）について

は、区分番号「Ｊ１２０」鼻腔栄養の費用は算定できない。

Ｃ１０５－３　在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料

（１）　在宅半固形栄養経管栄養法とは、諸種の原因によって経口摂取が著しく困難な患者であって栄養管理を目的として胃瘻を造設しているものについて、在宅での療養を行っている患者自らが実施する栄養法をいう。このうち在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料算定の対象となるのは、栄養維持のために、主として、使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成 20 年厚生労働省告示第 60 号。以下「薬価基準」という。）に収載されている高カロリー薬又は薬価基準に収載されていない流動食（市販されているものに限る。以下この区分において同じ。）であって、投与時間の短縮が可能な形状にあらかじめ調整された半固形状のもの（以下「半固形栄養剤等」という。）を用いた場合のみであり、主として、単なる液体状の栄養剤等、半固形栄養剤等以外のものを用いた場合は該当しない。ただし、半固形栄養剤等のうち、薬価基準に収載されていない流動食を使用する場合にあっては、入院中の患者に対して退院時に当該指導管理を行っている必要がある。

（２）　対象となる患者は、原因疾患の如何にかかわらず、在宅半固形栄養経管栄養法により、単なる液体状の栄養剤等を用いた場合に比べて投与時間の短縮が可能な者で、経口摂取の回復に向けて当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者とする。

（３）　在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定している患者については、経口摂取の回復に向けた指導管理（口腔衛生管理に係るものを含む。）を併せて行う。なお、経口摂取の回復に向けた指導管理は、胃瘻造設術を実施した保険医療機関から提供された情報（嚥下機能評価の結果、嚥下機能訓練等の必要性や実施すべき内容、嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態や量の情報等を含む嚥下調整食の内容等）も利用して行う。

（４）　在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ１２０」鼻腔栄養の費用は算定できない。

Ｃ１０６　在宅自己導尿指導管理料

（１）　在宅自己導尿とは、諸種の原因により自然排尿が困難な患者について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する排尿法をいう。

（２）　対象となる患者は、下記の患者のうち、残尿を伴う排尿困難を有する者であって在宅自己導尿を行うことが必要と医師が認めた者とする。

ア　諸種の原因による神経因性膀胱

イ　下部尿路通過障害（前立腺肥大症、前立腺癌、膀胱頸部硬化症、尿道狭窄等）

ウ　腸管を利用した尿リザーバー造設術の術後

（３）　在宅自己導尿指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ０６４」導尿（尿道拡張を要するもの）、区分番号「Ｊ０６０」膀胱洗浄、区分番号「Ｊ０６０－２」後部尿道洗浄（ウルツマン）及び区分番号「Ｊ０６３」留置カテーテル設置の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

Ｃ１０７　在宅人工呼吸指導管理料

（１）　在宅人工呼吸とは、長期にわたり持続的に人工呼吸に依存せざるを得ず、かつ、安定した病状にあるものについて、在宅において実施する人工呼吸療法をいう。

（２）　次のいずれも満たす場合に、当該指導管理料を算定する。

ア　患者が使用する装置の保守・管理を十分に行うこと（委託の場合を含む。）。

イ　装置に必要な保守・管理の内容を患者に説明すること。

ウ　夜間・緊急時の対応等を患者に説明すること。

エ　その他、療養上必要な指導管理を行うこと。

（３）　対象となる患者は、病状が安定し、在宅での人工呼吸療法を行うことが適当と医師が認めた者とする。なお、睡眠時無呼吸症候群の患者（Adaptive Servo Ventilation（ASV）を使用する者を含む。）は対象とならない。

（４）　在宅人工呼吸療法を実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない。

ア　酸素吸入設備

イ　気管内挿管又は気管切開の器具

ウ　レスピレーター

エ　気道内分泌物吸引装置

オ　動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態であるもの）

カ　胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態であるもの）

（５）　人工呼吸装置は患者に貸与し、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（６）　在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ０２４」酸素吸入、区分番号「Ｊ０２４－２」突発性難聴に対する酸素療法、区分番号「Ｊ０２５」酸素テント、区分番号「Ｊ０２６」間歇的陽圧吸入法、区分番号「Ｊ０２６－３」体外式陰圧人工呼吸器治療、区分番号「Ｊ０１８」喀痰吸引、区分番号「Ｊ０１８－３」干渉低周波去痰器による喀痰排出、区分番号「Ｊ０２６－２」鼻マスク式補助換気法及び区分番号「Ｊ０４５」人工呼吸の費用（これらに係る酸素代を除き、薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

（７）　指導管理の内容について、診療録に記載する。

（８）　脊髄損傷又は中枢性低換気症候群の患者に対して、呼吸補助を行うことを目的として横隔神経電気刺激装置を使用する場合には、関連学会の定める適正使用指針を遵守して指導管理を行うこと。

Ｃ１０７－２　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

（１）　在宅持続陽圧呼吸療法とは、睡眠時無呼吸症候群又は慢性心不全である患者について、在宅において実施する呼吸療法をいう。

（２）　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料１の対象となる患者は、以下の全ての基準に該当する患者とする。

ア　慢性心不全患者のうち、医師の診断により、ＮＹＨＡⅢ度以上であると認められ、睡眠時にチェーンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が 20 以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されているもの

イ　CPAP 療法を実施したにもかかわらず、無呼吸低呼吸指数が 15 以下にならない者に対して ASV 療法を実施したもの

（３）　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２の対象となる患者は、以下のアからウまでのいずれかの基準に該当する患者とする。

ア　慢性心不全患者のうち、医師の診断により、ＮＹＨＡⅢ度以上であると認められ、睡

眠時にチェーンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が 20 以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されているもので、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料１の対象患者以外に ASV 療法を実施した場合

イ　心不全である者のうち、日本循環器学会・日本心不全学会による ASV 適正使用に関するステートメントに留意した上で、ASV 療法を継続せざるを得ない場合

ウ　以下の(イ)から(ハ)までの全ての基準に該当する患者。ただし、無呼吸低呼吸指数が 40 以上である患者については、(ロ)の要件を満たせば対象患者となる。

（イ）　無呼吸低呼吸指数（１時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。）が 20 以上

（ロ）　日中の傾眠、起床時の頭痛などの自覚症状が強く、日常生活に支障を来している症例

（ハ）　睡眠ポリグラフィー上、頻回の睡眠時無呼吸が原因で、睡眠の分断化、深睡眠が著しく減少又は欠如し、持続陽圧呼吸療法により睡眠ポリグラフィー上、睡眠の分断が消失、深睡眠が出現し、睡眠段階が正常化する症例

（４）　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料については、当該治療の開始後最長２か月間の治療状況を評価し、当該療法の継続が可能であると認められる症例についてのみ、引き続き算定の対象とする。

（５）　保険医療機関が在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する場合には、持続陽圧呼吸療法装置は当該保険医療機関が患者に貸与する。

（６）　遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２の対象で、かつ、持続陽圧呼吸療法（ＣＰＡＰ）を実施している入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合又は患者の状態を踏まえた療養方針について診療録に記載した場合に、２月を限度として来院時に算定することができる。

イ　患者の同意を得た上で、対面による診療とモニタリングを組み合わせた診療計画を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載し、当該計画に沿ってモニタリングを行った上で、状況に応じて適宜患者に来院を促す等の対応を行う。

ウ　当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた臨床所見等を診療録に記載しており、また、必要な指導を行った際には、当該指導内容を診療録に記載していること。

エ　療養上必要な指導は電話又はビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて行う。情報通信機器を用いて行う場合は、オンライン指針に沿って行うこと。なお、当該診療に関する費用は当該加算の所定点数に含まれる。

Ｃ１０７－３　在宅ハイフローセラピー指導管理料

（１）　在宅ハイフローセラピーとは、慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）の患者のうち、安定した病態にある退院患者について、在宅において実施するハイフローセラピーをいう。

（２）　次のいずれも満たす場合に、当該指導管理料を算定する。

ア　患者が使用する装置の保守・管理を十分に行うこと（委託の場合を含む。）。

イ　装置に必要な保守・管理の内容を患者に説明すること。

ウ　夜間・緊急時の対応等を患者に説明すること。

エ　その他、療養上必要な指導管理を行うこと。

（3）　対象となる患者は、在宅ハイフローセラピー導入時に以下のいずれも満たす慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）の患者であって、病状が安定し、在宅でのハイフローセラピーを行うことが適当と医師が認めた者とする。

ア　呼吸困難、去痰困難、起床時頭痛・頭重感等の自覚症状を有すること。

イ　在宅酸素療法を実施している患者であって、次のいずれかを満たすこと。

（イ）　在宅酸素療法導入時又は導入後に動脈血二酸化炭素分圧 45mmHg 以上 55mgHg 未満の高炭酸ガス血症を認めること。

（ロ）　在宅酸素療法導入時又は導入後に動脈血二酸化炭素分圧 55mmHg 以上の高炭酸ガス血症を認める患者であって、在宅人工呼吸療法が不適であること。

（ハ）　在宅酸素療法導入後に夜間の低換気による低酸素血症を認めること（終夜睡眠ポリグラフィー又は経皮的動脈血酸素飽和度測定を実施し、経皮的動脈血酸素飽和度が 90%以下となる時間が５分間以上持続する場合又は全体の 10%以上である場合に限る。）。

（4）　在宅ハイフローセラピーを実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない。

ア　酸素吸入設備

イ　気管内挿管又は気管切開の器具

ウ　レスピレーター

エ　気道内分泌物吸引装置

オ　動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態であるもの）

カ　スパイロメトリー用装置（常時実施できる状態であるもの）

キ　胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態であるもの）

（5）　在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ０２４」酸素吸入、区分番号「Ｊ０２４－２」突発性難聴に対する酸素療法、区分番号「Ｊ０２５」酸素テント、区分番号「Ｊ０２６」間歇的陽圧吸入法、区分番号「Ｊ０２６－３」体外式陰圧人工呼吸器治療、区分番号「Ｊ０１８」喀痰吸引、区分番号「Ｊ０１８－３」干渉低周波去痰器による喀痰排出、区分番号「Ｊ０２６－２」鼻マスク式補助換気法及び区分番号「Ｊ０２６－３」ハイフローセラピー（これらに係る酸素代も含む。）の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

（6）　指導管理の内容について、診療録に記載する。

Ｃ１０８　在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、Ｃ１０８－２　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料

（1）　在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の注に掲げる「在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法」とは、末期の悪性腫瘍又は筋萎縮性側索硬化症若しくは筋ジストロフィーの患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。

（2）　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料の注に掲げる「悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法」と

は、末期の悪性腫瘍の患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。

（３）（１）及び（２）の鎮痛療法とは、ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤又はヒドロモルフォン塩酸塩製剤を注射又は携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて注入する療法をいう。なお、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤又はヒドロモルフォン塩酸塩製剤を使用できるのは、以下の条件を満たすバルーン式ディスポーザブルタイプの連続注入器等に必要に応じて生理食塩水等で希釈の上充填して交付した場合に限る。

ア　薬液が取り出せない構造であること

イ　患者等が注入速度を変えることができないものであること

また、（１）及び（２）の化学療法とは、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて中心静脈注射若しくは植込型カテーテルアクセスにより抗悪性腫瘍剤を注入する療法又はインターフェロンアルファ製剤を多発性骨髄腫、慢性骨髄性白血病、ヘアリー細胞白血病又は腎癌の患者に注射する療法をいう。

（４）　対象となる患者が末期であるかどうかは在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医の判断によるものとする。なお、化学療法の適応については、末期でない悪性腫瘍の患者も末期の悪性腫瘍の患者に準じて取り扱う。

（５）　外来と在宅において化学療法を行うものについては、主に在宅において化学療法を行う場合は在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定し、主に外来で行う場合には在宅悪性腫瘍等患者指導管理料は算定せず、区分番号「Ｂ００１－２－12」外来腫瘍化学療法診療料等を算定する。なお、外来で抗悪性腫瘍剤の注射を行い、注入ポンプなどを用いてその後も連続して自宅で抗悪性腫瘍剤の注入を行う等の治療法のみを行う場合は当該指導管理料の対象には該当しない。

（６）　在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する月は、区分番号「Ｇ００３」抗悪性腫瘍剤局所持続注入の費用は算定できない。ただし、抗悪性腫瘍剤局所持続注入に用いる薬剤に係る費用は算定できる。

（７）　在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する月は区分番号「Ｂ００１－２－12」外来腫瘍化学療法診療料等及び第６部通則６に規定する外来化学療法加算は算定できない。

（８）　在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定している患者の外来受診時に、当該在宅悪性腫瘍等患者指導管理料に係る区分番号「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「Ｇ００１」静脈内注射、区分番号「Ｇ００４」点滴注射、区分番号「Ｇ００５」中心静脈注射及び区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬（在宅で使用していない抗悪性腫瘍剤も含む。）及び特定保険医療材料の費用は算定できない。ただし、当該在宅悪性腫瘍等患者指導管理料に係らない区分番号「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「Ｇ００１」静脈内注射、区分番号「Ｇ００４」点滴注射、区分番号「Ｇ００５」中心静脈注射及び区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬及び特定保険医療材料の費用は算定で

きる。

（9） 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に行った区分番号「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「Ｇ００１」静脈内注射、区分番号「Ｇ００４」点滴注射、区分番号「Ｇ００５」中心静脈注射及び区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射の手技料、注射薬及び特定保険医療材料の費用は算定できない。

(10) 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料は、在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該保険医療機関の保険医と、在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する保険医療機関の保険医とが連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

(11) 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定する医師は、以下のいずれかの緩和ケアに関する研修を修了している者であること。

ア 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成 29 年 12 月１日付け健発 1201 第２号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会（平成 29 年度までに開催したものであって、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠したものを含む。）

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等

Ｃ１０９ 在宅寝たきり患者処置指導管理料

（1） 在宅における創傷処置等の処置とは、家庭において療養を行っている患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものが、在宅において自ら又はその家族等患者の看護に当たる者が実施する創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む。）、皮膚科軟膏処置、留置カテーテル設置、膀胱洗浄、導尿（尿道拡張を要するもの）、鼻腔栄養、ストーマ処置、喀痰吸引、介達牽引又は消炎鎮痛等処置をいう。

（2） 「これに準ずる状態にあるもの」とは、以下に掲げる疾患に罹患しているものとして、常時介護を要する状態にあるものを含むものである。

ア 難病の患者に対する医療等に関する法律第５条に規定する指定難病（同法第７条第４項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第１項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）

イ 「特定疾患治療研究事業について」（昭和 48 年４月 17 日衛発第 242 号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）

（3） 在宅寝たきり患者処置指導管理料は、原則として、当該医師が患家に訪問して指導管理を行った場合に算定する。ただし、寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものが、家族等に付き添われて来院した場合については、例外的に算定することができる。

（4） 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ０００」創傷処置、区分番号「Ｊ００１－７」爪甲除去（麻酔を要し

ないもの）、区分番号「Ｊ００１－８」穿刺排膿後薬液注入、区分番号「Ｊ０５３」皮膚科軟膏処置、区分番号「Ｊ０６３」留置カテーテル設置、区分番号「Ｊ０６０」膀胱洗浄、区分番号「Ｊ０６０－２」後部尿道洗浄（ウルツマン）、区分番号「Ｊ０６４」導尿（尿道拡張を要するもの）、区分番号「Ｊ１２０」鼻腔栄養、区分番号「Ｊ０４３－３」ストーマ処置、区分番号「Ｊ０１８」喀痰吸引、区分番号「Ｊ０１８－３」干渉低周波去痰器による喀痰排出、区分番号「Ｊ１１８」介達牽引、区分番号「Ｊ１１８－２」矯正固定、区分番号「Ｊ１１８－３」変形機械矯正術、区分番号「Ｊ１１９」消炎鎮痛等処置、区分番号「Ｊ１１９－２」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「Ｊ１１９－３」低出力レーザー照射及び区分番号「Ｊ１１９－４」肛門処置の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

Ｃ１１０　在宅自己疼痛管理指導管理料

（１）　在宅自己疼痛管理指導管理料は、疼痛除去のために植込型脳・脊髄電気刺激装置を植え込んだ後に、在宅において、患者自らが送信器を用いて疼痛管理を実施する場合に算定する。

（２）　対象となる患者は難治性慢性疼痛を有するもののうち、植込型脳・脊髄電気刺激装置を植え込み、疼痛管理を行っている患者のうち、在宅自己疼痛管理を行うことが必要と医師が認めたものである。

Ｃ１１０－２　在宅振戦等刺激装置治療指導管理料

（１）　在宅振戦等刺激装置治療指導管理料は、植込型脳・脊髄電気刺激装置を植え込んだ後に、在宅において、患者自らが送信器等を用いて治療を実施する場合に、診察とともに治療効果を踏まえ、装置の状態について確認・調節等を行った上で、当該治療に係る指導管理を行った場合に算定する。

（２）　プログラムの変更に係る費用は所定点数に含まれる。

（３）　計測した指標と指導内容を診療録に添付又は記載すること。

Ｃ１１０－３　在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料

（１）　在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料は、植込型迷走神経電気刺激装置を植え込んだ後に、在宅において、患者自らがマグネット等を用いて治療を実施する場合に、診察とともに治療効果を踏まえ、装置の状態について確認・調整等を行った上で、当該治療に係る指導管理を行った場合に算定する。

（２）　プログラムの変更に係る費用は所定点数に含まれる。

（３）　計測した指標と指導内容を診療録に添付又は記載すること。

Ｃ１１０－４　在宅仙骨神経刺激療法指導管理料

（１）　在宅仙骨神経刺激療法指導管理料は、植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅において、患者自らが送信器等を用いて治療を実施する場合に、診察とともに治療効果を踏まえ、装置の状態について確認・調節等を行った上で、当該治療に係る指導管理を行った場合に算定する。

（２）　プログラムの変更に係る費用は所定点数に含まれる。

（３）　計測した指標と指導内容を診療録に添付又は記載すること。

Ｃ１１０－５　在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料

（１）　在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料は、舌下神経電気刺激装置を植え込んだ閉塞性睡眠時無呼吸症候群患者に対し、診察とともに使用状況・治療効果を踏まえ、装置の状態について確認・調整等を行った上で、当該治療に係る指導管理を行った場合に算定する。

（２）　プログラムの変更に係る費用は所定点数に含まれる。

（３）　計測した指標と指導内容を診療録に添付又は記載すること。

Ｃ１１１　在宅肺高血圧症患者指導管理料

「プロスタグランジンＩ$_2$製剤の投与等に関する医学管理等」とは、在宅において、肺高血圧症患者自らが携帯型精密輸液ポンプ又は携帯型精密ネブライザを用いてプロスタグランジンＩ$_2$製剤を投与する場合に、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法、注意点及び緊急時の措置等に関する指導を行い、当該患者の医学管理を行うことをいう。

Ｃ１１２　在宅気管切開患者指導管理料

（１）　「在宅における気管切開に関する指導管理」とは、諸種の原因により気管切開を行った患者のうち、安定した病態にある退院患者について、在宅において実施する気管切開に関する指導管理のことをいう。

（２）　在宅気管切開患者指導管理を実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない。

ア　酸素吸入設備

イ　レスピレーター

ウ　気道内分泌物吸引装置

エ　動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態であるもの）

オ　胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態であるもの）

（３）　在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ０００」創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む。）、区分番号「Ｊ００１－７」爪甲除去（麻酔を要しないもの）、区分番号「Ｊ００１－８」穿刺排膿後薬液注入、区分番号「Ｊ０１８」喀痰吸引及び区分番号「Ｊ０１８－３」干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定できない。Ｃ１１２－２　在宅喉頭摘出患者指導管理料

（１）　「在宅における人工鼻材料の使用に関する指導管理」とは、喉頭摘出患者について、在宅において実施する人工鼻材料に関する指導管理のことをいう。

（２）　在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ０００」創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む。）、区分番号「Ｊ００１－７」爪甲除去（麻酔を要しないもの）、区分番号「Ｊ００１－８」穿刺排膿後薬液注入、区分番号「Ｊ０１８」喀痰吸引及び区分番号「Ｊ０１８－３」干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定できない。

Ｃ１１４　在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

（１）　在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料は、表皮水疱症患者又は水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症患者であって、難治性の皮膚病変に対する特殊な処置が必要なものに対して、水疱、びらん又は潰瘍等の皮膚の状態に応じた薬剤の選択及び被覆材の選択等について療養上の指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

（２） 特定保険医療材料以外のガーゼ等の衛生材料や、在宅における水疱の穿刺等の処置に必要な医療材料に係る費用は当該指導管理料に含まれる。

（３） 当該指導管理料を算定している患者に対して行う処置の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は別に算定できる。

Ｃ１１５ 削除

Ｃ１１６ 在宅植込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料

（１） 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料は、植込型補助人工心臓（非拍動流型）を使用している患者であって入院中の患者以外のものについて、当該月に区分番号「Ｋ６０４－２」植込型補助人工心臓（非拍動流型）を算定したか否かにかかわらず、月に１回に限り算定できる。

（２） 当該指導管理料は、駆動状況の確認と調整、抗凝固療法の管理等の診察を行った上で、緊急時の対応を含む療養上の指導管理を行った場合に算定する。

（３） 当該指導管理に要する療養上必要なモニター、バッテリー、充電器等の回路部品その他附属品等に係る費用及び衛生材料等は、第４節に定めるものを除き、当該指導管理料に含まれ、別に算定できない。

（４） 機器の設定内容と、指導管理の内容を診療録に添付又は記載すること。

Ｃ１１７ 在宅経腸投薬指導管理料

パーキンソン病の患者に対し、レボドパ・カルビドパ水和物製剤を経胃瘻空腸投与する場合に、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法、注意点及び緊急時の措置等に関する指導を行い、当該患者の医学管理を行った場合に算定する。

Ｃ１１８ 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料

（１） 在宅腫瘍治療電場療法とは、テント上膠芽腫の治療を目的として交流電場を形成する治療法を在宅で患者自らが行うことをいい、当該指導管理料は、初発膠芽腫の治療を目的とした場合に算定する。

（２） 次のいずれも満たす場合に、当該指導管理料を算定する。

ア 患者が使用する装置の保守・管理を十分に行うこと（委託の場合を含む。）。

イ 装置に必要な保守・管理の内容を患者に説明すること。

ウ 夜間・緊急時の対応等を患者に説明すること。

エ その他、療養上必要な指導管理を行うこと。

（３） 交流電場腫瘍治療システム（ジェネレーター）は患者に貸与し、電極以外の装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（４） 指導管理の内容について、診療録に記載する。

Ｃ１１９ 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料

（１） 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料は、３月以上の保存的治療によっても十分な改善を得られない、脊髄障害を原因とする排便障害を有する患者（直腸手術後の患者を除く。）に対し、在宅で療養を行っている患者自ら経肛門的自己洗腸用の器具を用いて実施する洗腸について、指導管理を行った場合に算定する。

（２） 指導に当たっては、経肛門的自己洗腸の適応の可否についての評価を行い、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添１の第16の10に掲げる医師及び看護師が指導計画を作成する。指導計画及び実施した指導内容は診療録等に

記載する。

（３） 「注２」に規定する導入初期加算については、新たに経肛門的自己洗腸を導入する患者に対し、（２）の医師又は看護師が十分な指導を行った場合、当該初回の指導を行った月に１回に限り算定する。

（４） 実施に当たっては、関係学会の定める経肛門的自己洗腸の適応及び指導管理に関する指針を遵守すること。

Ｃ１２０　在宅中耳加圧療法指導管理料

（１） メニエール病又は遅発性内リンパ水腫の患者に対し、在宅中耳加圧装置を用いた療養を実施する場合に、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法、注意点及び緊急時の措置等について療養上の指導を行った場合に算定する。

（２） 関連学会の定める適正使用指針を遵守して実施した場合に限り算定する。なお、療養上必要な機器等に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｃ１２１　在宅抗菌薬吸入療法指導管理料

（１） マイコバクテリウム・アビウムコンプレックス（ＭＡＣ）による肺非結核性抗酸菌症患者であって、多剤併用療法による前治療において効果不十分な患者自らが、在宅において、超音波ネブライザを用いてアミカシン硫酸塩吸入用製剤を投与する場合において、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法及び注意点等に関する指導管理を行った場合に算定する。

（２） 「注２」に規定する導入初期加算については、新たに在宅抗菌薬吸入療法を導入する患者に対し、十分な指導を行った場合、当該初回の指導を行った月に１回に限り算定する。

第２款　在宅療養指導管理材料加算

１　在宅療養指導管理材料加算は、要件を満たせば、第１款在宅療養指導管理料を算定するか否かにかかわらず、別に算定できる。

２　同一の保険医療機関において、２以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数を算定する。この場合にあって、在宅療養指導管理材料加算及び当該２以上の指導管理に使用した薬剤、特定保険医療材料の費用は、それぞれ算定できる。

３　在宅療養指導管理材料加算は、例えば「酸素ボンベを使用した場合」とは当該保険医療機関の酸素ボンベを在宅で使用させた場合をいう等、保険医療機関が提供すること及び在宅における状態であることを前提にしているものであること。

なお、保険医療機関が所有する装置（酸素濃縮装置等）を患者に貸与する場合、保険医療機関は、当該装置の保守・管理を十分に行うこと。また、これらの装置の保守・管理を販売業者に委託する場合には、保険医療機関は、当該販売業者との間で、これらの装置の保守・管理に関する契約を締結し、保守・管理の内容を患者に説明した上で、定期的な確認と指導を行い、当該装置の保守・管理が当該販売業者により十分に行われている状況を維持すること。

４　「２」の「保険医療材料の使用を算定要件とするもの」とは、区分番号「Ｃ１６０」在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算等をいう。

５　「３」の加算については、６歳未満の乳幼児に対する在宅呼吸管理を行い、専用の経皮的動脈血酸素飽和度測定器その他附属品を貸与又は支給したときに算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄に貸与又は支給した機器等の名称及びその数量を記載すること。

Ｃ１５０　血糖自己測定器加算

（１）　血糖自己測定器加算は、インスリン製剤又はヒトソマトメジンＣ製剤の在宅自己注射を毎日行っている患者のうち血糖値の変動が大きい者又は 12 歳未満の小児低血糖症患者に対して、医師が、血糖のコントロールを目的として当該患者に血糖試験紙（テスト・テープ）、固定化酵素電極（バイオセンサー）又は皮下グルコース用電極を給付し、在宅で血糖又は間質液中のグルコース濃度の自己測定をさせ、その記録に基づき指導を行った場合に、区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料、区分番号「Ｃ１０１－２」在宅小児低血糖症患者指導管理料又は区分番号「Ｃ１０１－３」在宅妊娠糖尿病患者指導管理料に加算するものである。

なお、血糖試験紙、固定化酵素電極、穿刺器、穿刺針、皮下グルコース用電極及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合における費用その他血糖自己測定に係る全ての費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　入院中の患者に対して、退院時に区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料、区分番号「Ｃ１０１－２」在宅小児低血糖症患者指導管理料又は区分番号「Ｃ１０１－３」在宅妊娠糖尿病患者指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日に限り、在宅自己注射指導管理料、在宅小児低血糖症患者指導管理料又は在宅妊娠糖尿病患者指導管理料の所定点数及び血糖自己測定器加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料、在宅小児低血糖症患者指導管理料又は在宅妊娠糖尿病患者指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び血糖自己測定器加算は算定できない。

（３）　当該加算は、１月に２回又は３回算定することもできるが、このような算定ができる患者は、区分番号「Ｃ１０１」に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している患者のうちインスリン製剤を２月分又は３月分以上処方している患者又は区分番号「Ｃ１０１－２」に掲げる在宅小児低血糖症患者指導管理料を算定している患者に限るものである。

（４）　グルカゴン様ペプチドー１受容体アゴニストの自己注射を承認された用法及び用量に従い１週間に１回以上行っている者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うために血糖自己測定器を使用した場合には、インスリン製剤の自己注射を行っている者に準じて、所定点数を算定する。

（５）　「７」においては、糖尿病の治療に関し、専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師又は当該専門の医師の指導の下で糖尿病の治療を実施する医師が、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用して血糖管理を行った場合に算定する。

（６）　「７」においては、間歇スキャン式持続血糖測定器以外の血糖自己測定については所定点数に含まれ、別に算定できない。

（７）　注３の場合を除き、間歇スキャン式持続血糖測定器を使用する場合には、間歇スキャン式持続血糖測定器以外の血糖自己測定をした回数を基準に算定する。

（８）　「注４」の血中ケトン体自己測定器加算は、ＳＧＬＴ２阻害薬を服用している１型糖尿病の患者に対し、糖尿病性ケトアシドーシスのリスクを踏まえ、在宅で血中のケトン体濃度の自己測定を行うために血中ケトン体自己測定器を給付した場合に算定する。なお、血中ケトン体測定用電極及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合における費用その他血

中ケトン体自己測定に係る全ての費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｃ１５１　注入器加算

（１）「注入器」とは、自己注射適応患者（性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤の自己注射を除く。）に対するディスポーザブル注射器（注射針一体型に限る。）、自動注入ポンプ、携帯用注入器又は針無圧力注射器のことをいい、加算の算定はこれらを処方した月に限って可能であり、単に注入器の使用を行っているのみでは算定できない。注入器加算は、針付一体型の製剤を処方した場合には算定できない。

（２）入院中の患者に対して、退院時に区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び注入器加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び注入器加算は算定できない。

Ｃ１５２　間歇注入シリンジポンプ加算

（１）「間歇注入シリンジポンプ」とは、インスリン、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤又はソマトスタチンアナログを間歇的かつ自動的に注入するシリンジポンプをいう。

（２）「プログラム付きシリンジポンプ」とは、間歇注入シリンジポンプのうち、基礎注入と独立して追加注入がプログラム可能であり、また基礎注入の流量について、１日につき 24 プログラム以上の設定が可能なものをいう。

（３）入院中の患者に対して、退院時に区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び間歇注入シリンジポンプ加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び間歇注入シリンジポンプ加算は算定できない。

（４）間歇注入シリンジポンプを使用する際に必要な輸液回路、リザーバーその他療養上必要な医療材料の費用については、所定点数に含まれる。

Ｃ１５２－２　持続血糖測定器加算

（１）入院中の患者以外の患者であって次に掲げる者に対して、持続的に測定した血糖値に基づく指導を行うために持続血糖測定器を使用した場合に算定する。

ア　間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合

（イ）血糖コントロールが不安定な１型糖尿病患者又は膵全摘後の患者であって、持続皮下インスリン注入療法を行っている者。

（ロ）低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている血糖コントロールが不安定な２型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある、持続皮下インスリン注入療法を行っている者。

イ　間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合

（イ）急性発症若しくは劇症１型糖尿病患者又は膵全摘後の患者であって、皮下インスリン注入療法を行っている者。

（ロ）内因性インスリン分泌の欠乏（空腹時血清 C ペプチドが 0.5mg/mL 未満を示すものに限る。）を認め、低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている血糖コン

トロールが不安定な２型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある、皮下インスリン注入療法を行っている者。

（２） 持続血糖測定器加算を算定する場合は、(１)のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、(１)のイの(ロ)に該当する場合、直近の空腹時血清 C ペプチドの測定値を併せて記載すること。

（３） 間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合、同一月において、区分番号「Ｃ１５２」間歇注入シリンジポンプ加算と当該加算は、併せて算定できない。ただし、間歇注入インスリンポンプと連動していない持続血糖測定器については「注２」の加算を算定できず、間歇注入インスリンポンプを併用した場合には区分番号「Ｃ１５２」間歇注入シリンジポンプ加算を併せて算定できる。

（４） 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器と間歇注入インスリンポンプを併用した場合には、「注２」に規定する加算は算定できず、区分番号「Ｃ１５２」間歇注入シリンジポンプ加算を併せて算定できる。

（５） 入院中の患者に対して、退院時に区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び持続血糖測定器加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び持続血糖測定器加算は算定できない。

（６） 「注２」に規定するシリンジポンプを使用する際に必要な輸液回路、リザーバーその他療養上必要な医療材料の費用については、所定点数に含まれる。

（７） 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合には、次のいずれも満たす場合に算定できる。

ア 関連学会が定める適正使用指針を遵守すること。

イ １日当たり少なくとも２回の自己血糖測定を行っていること。

ウ 次のいずれかに掲げる者が、患者又は患者家族等に対し、持続血糖測定器の使用方法の十分な説明や持続血糖測定器の結果に基づく低血糖及び高血糖への対応等、必要な指導を行っていること。

（イ） 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び５年以上の経験を有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の医師

（ロ） 糖尿病の治療に関し、治療持続皮下インスリン注入療法に従事した経験を２年以上有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の看護師又は薬剤師

エ ウの（イ）及び（ロ）に掲げる適切な研修とは、次のいずれにも該当する研修のことをいう。

（イ） 医療関係団体が主催する研修であること。

（ロ） 糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援、持続血糖測定器に関する理解・活用及び事例分析・評価等の内容が含まれているものであること。

（８） 間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合は、患者ごとに指導者名が記載されている指導記録を作成し、患者に提供すること。また、指導記録の写しを

診療録に添付すること。

Ｃ１５２－３　経腸投薬用ポンプ加算

経腸投薬用ポンプ加算は、レボドパ・カルビドパ水和物製剤を経胃瘻空腸投与することを目的とした場合に限り算定できる。

Ｃ１５３　注入器用注射針加算

（１）　区分番号「Ｃ１５１」注入器加算における「注入器」を処方せず、注射針一体型でないディスポーザブル注射器を処方した場合は、注入器用注射針加算のみ算定する。

（２）　注入器用注射針加算は、注入器用注射針を処方した場合に算定できる。この場合において、「１」の加算は、以下のいずれかの場合に算定できるものであり、算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に次のいずれに該当するかを記載すること。

ア　糖尿病等で１日概ね４回以上自己注射が必要な場合

イ　血友病で自己注射が必要な場合

（３）　注入器用注射針加算は、針付一体型の製剤又は針無圧力注射器を処方した場合には算定できない。

（４）　入院中の患者に対して、退院時に区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び注入器用注射針加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び注入器用注射針加算は算定できない。

Ｃ１５４　紫外線殺菌器加算

在宅自己連続携行式腹膜灌流液交換用熱殺菌器を使用した場合には、紫外線殺菌器加算の点数を算定する。

Ｃ１５６　透析液供給装置加算

透析液供給装置は患者１人に対して１台を貸与し、透析液供給装置加算には、逆浸透を用いた水処理装置・前処理のためのフィルターの費用を含む。

Ｃ１５７　酸素ボンベ加算

（１）　チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して指導管理を行った場合は、酸素ボンベ加算は別に算定できない。

（２）　「１」の加算は、医療機関への通院等に実際に携帯用小型ボンベを使用した場合に算定できる。なお、用いられるボンベのうち概ね 1,500 リットル以下の詰め替え可能なものについて算定の対象とし、使い捨てのものについては算定の対象としない。

（３）　同一患者に対して酸素ボンベ（携帯用酸素ボンベを除く。）、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて３月に３回に限り算定する。

（４）　同一患者に対して、携帯用酸素ボンベ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて３月に３回に限り算定する。

Ｃ１５８　酸素濃縮装置加算

（１）　チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して指導管理を行った場合は、酸素濃縮装置加算は別に算定できない。

（２） 同一患者に対して酸素ボンベ（携帯用酸素ボンベを除く。）、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて３月に３回に限り算定する。

（３） 同一患者に対して携帯用酸素ボンベ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて３月に３回に限り算定する。

Ｃ１５９　液化酸素装置加算

（１） チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して指導管理を行った場合は、液化酸素装置加算は別に算定できない。

（２） 液化酸素装置加算を算定する場合、設置型液化酸素装置から携帯型液化酸素装置へ液化酸素の移充填を行う場合の方法、注意点、緊急時の措置等に関する患者への指導が必要である。この場合、「設置型液化酸素装置」とは、20～50 リットルの内容積の設置型液化酸素装置のことをいい、「携帯型液化酸素装置」とは、１リットル前後の内容積の携帯型液化酸素装置のことをいう。なお、使用した酸素の費用及び流量計、加湿器等の費用は加算点数に含まれ、別に算定できない。

（３） 設置型液化酸素装置に係る加算と携帯型液化酸素装置に係る加算とは併せて算定できるが、それぞれ３月に３回に限り算定する。

（４） 同一患者に対して酸素ボンベ（携帯用酸素ボンベを除く。）、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて３月に３回に限り算定する。

（５） 同一患者に対して携帯用酸素ボンベ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて３月に３回に限り算定する。

Ｃ１５９－２　呼吸同調式デマンドバルブ加算

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

Ｃ１６０　在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算

「輸液セット」とは、在宅で中心静脈栄養法を行うに当たって用いる輸液用器具（輸液バッグ）、注射器及び採血用輸血用器具（輸液ライン）をいう。

Ｃ１６１　注入ポンプ加算

「注入ポンプ」とは、在宅で中心静脈栄養法、成分栄養経管栄養法若しくは小児経管栄養法、鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法又は注射薬の精密自己注射を行うに当たって用いる注入ポンプをいう。なお、「在宅における鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法」とは、末期の悪性腫瘍又は筋萎縮性側索硬化症若しくは筋ジストロフィーの患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。

Ｃ１６２　在宅経管栄養法用栄養管セット加算

在宅経管栄養法用栄養管セット加算と区分番号「Ｃ１６１」注入ポンプ加算とは、併せて算定することができるが、それぞれ月１回に限り算定する。

Ｃ１６３　特殊カテーテル加算

（１） 在宅療養において在宅自己導尿が必要な患者に対し、療養上必要なカテーテルについて

判断の上、必要かつ十分な量のカテーテルを患者に支給した場合に算定する。

（2） 「2」の「イ」親水性コーティングを有するものについては、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルとして、親水性コーティングが施されたカテーテルであって、包装内に潤滑剤が封入されており、開封後すぐに挿入可能なもののみを使用した場合に算定する。

（3） 「2」の「イ」親水性コーティングを有するものについては、排尿障害が長期間かつ不可逆的に持続し、代替となる排尿方法が存在せず、適切な消毒操作が困難な場所において導尿が必要となる場合等、当該カテーテルを使用する医学的な妥当性が認められる場合に使用することとし、原則として次のいずれかに該当する患者に使用した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからエまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載すること。

ア 脊髄障害

イ 二分脊椎

ウ 他の中枢神経を原因とする神経因性膀胱

エ その他

（4） 「2」の「イ」親水性コーティングを有するものについては、1月あたり 60 本以上使用した場合（他のカテーテルを合わせて用いた場合を含む。）に算定することとし、これに満たない場合は「2」の「イ」以外の主たるものの所定点数を算定する。

（5） 「3」の「間歇バルーンカテーテル」とは、患者自身が間歇導尿を行うことが可能なカテーテルであって、当該カテーテルに接続してバルーンを膨らませるためのリザーバーを有し、患者自身が消毒下で携帯することが可能であるものをいう。

（6） 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル、間歇バルーンカテーテル又は再利用型カテーテルのいずれかを併せて使用した場合は、主たるもののみを算定する。

Ｃ１６４ 人工呼吸器加算

療養上必要な回路部品その他附属品（療養上必要なバッテリー及び手動式肺人工蘇生器等を含む。）の費用は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｃ１６５ 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算

（1） 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算１については、区分番号「Ｃ１０７―２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料１並びに区分番号「Ｃ１０７―２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２のア及びイの要件に該当する患者に対して保険医療機関が患者に貸与する持続陽圧呼吸療法装置のうち、ASV を使用して治療を行った場合に、３月に３回に限り算定できる。なお、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２のア及びイの要件に該当する患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書の摘要欄に、算定の根拠となった要件（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２のア又はイ）を記載する。なお、イの要件を根拠に算定をする場合は、当該患者に対する ASV 療法の実施開始日も併せて記載すること。

（2） 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算２については、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２のウの要件に該当する患者に対して保険医療機関が患者に貸与する持続陽圧呼吸療法装置のうち、CPAP を使用して治療を行った場合に、３月に３回に限り算定できる。

Ｃ１６６ 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算

外来で抗悪性腫瘍剤の注射を行い、携帯型ディスポーザブル注入ポンプなどを用いてその後も連続して自宅で抗悪性腫瘍剤の注入を行う場合においては、本加算を算定できない。

Ｃ１６８　携帯型精密輸液ポンプ加算

携帯型精密輸液ポンプ加算には、カセット、延長チューブその他携帯型精密輸液ポンプに必要な全ての機器等の費用が含まれ、別に算定できない。

Ｃ１６８－２　携帯型精密ネブライザ加算

（１）　本加算は、吸入用のプロスタグランジンＩ２製剤を使用するに当たり、一定量の薬液を効率的に吸入させるため、患者の呼吸に同調して薬液を噴霧する機構を備えた携帯型精密ネブライザを使用した場合に算定する。

（２）　携帯型精密ネブライザ加算には、携帯型精密ネブライザを使用するに当たって必要な全ての費用が含まれ、別に算定できない。

Ｃ１６９　気管切開患者用人工鼻加算

喉頭摘出患者において、人工鼻材料を使用する場合は算定できない。

Ｃ１７０　排痰補助装置加算

（１）　排痰補助装置加算は、在宅人工呼吸を行っている患者であって、換気能力が低下し、自力での排痰が困難と医師が認めるものに対して、排痰補助装置を使用した場合に算定できる。

（２）　注に規定する神経筋疾患等の患者とは、筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症、脳性麻痺、脊髄損傷等の患者をさす。

Ｃ１７１　在宅酸素療法材料加算

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

（２）　在宅酸素療法材料加算２は、区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料の「２」を算定すべき指導管理を行った患者に対し、保険医療機関から在宅酸素療法装置が提供される場合に、３月に３回に限り算定できる。なお、本加算には当該装置に係る費用のうち、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用が含まれるものであること。

Ｃ１７１－２　在宅持続陽圧呼吸療法材料加算

在宅持続陽圧呼吸療法材料加算には、区分番号「Ｃ１０７－２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する患者に対し、保険医療機関が貸与する持続陽圧呼吸療法装置に係る費用のうち、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用が含まれ、３月に３回に限り算定できる。

Ｃ１７１－３　在宅ハイフローセラピー材料加算

在宅ハイフローセラピー材料加算は、区分番号「Ｃ１０７－３」在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定すべき指導管理を行った患者に対し、保険医療機関から在宅ハイフローセラピー装置が提供される場合に、３月に３回に限り算定できる。なお、本加算には当該装置に係る費用のうち、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用が含まれるものであること。

Ｃ１７２　在宅経肛門的自己洗腸用材料加算

在宅経肛門的自己洗腸用材料加算は、在宅療養において経肛門的自己洗腸が必要な患者に対して、自己洗腸用材料を使用した場合に、３月に３回に限り算定できる。

Ｃ１７３　横隔神経電気刺激装置加算

（１）　横隔神経電気刺激装置加算は、在宅人工呼吸を行っている脊髄損傷又は中枢性低換気症候群の患者に対して、呼吸補助を行うことを目的として横隔神経電気刺激装置を使用した場合に算定する。

（２）　関連学会の定める適正使用指針を遵守して使用した場合に限り算定する。なお、横隔神経電気刺激装置を使用するに当たり必要なバックアップ用体表面不関電極セット、コネクタホルダ、ストレインリリーフブートキット、その他療養上必要な医療材料の費用は、所定点数に含まれる。

Ｃ１７５　在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算

（１）　在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算は、マイコバクテリウム・アビウムコンプレックス（ＭＡＣ）による肺非結核性抗酸菌症患者であって、多剤併用療法による前治療において効果不十分な患者（入院中の患者以外のものに限る。）に対して、アミカシン硫酸塩吸入用製剤を投与するに当たり、超音波ネブライザを使用した場合に算定する。なお、在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算において、「１月目」とは初回の投与を行った月のことをいう。

（２）　入院中の患者又はその看護に当たる者に対して、退院時に区分番号「Ｃ１２１」在宅抗菌薬吸入療法指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日に限り、在宅抗菌薬吸入療法指導管理料の所定点数及び在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅抗菌薬吸入療法指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算は算定できない。

第３節　薬剤料

Ｃ２００　薬剤

（１）　次の厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる。

【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、乾燥濃縮人血液凝固第Ｘ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチドー１受容体アゴニスト、ヒトソマトメジンＣ製剤、人工腎臓用透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩液、プロスタグランジン$Ｉ_2$製剤、エタネルセプト製剤、注射用水、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害

剤、H_2遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、ブチルスコポラミン臭化物製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・Ｌ－システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン、ダルベポエチン、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、アポモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレレプチン製剤、アバタセプト製剤、ｐＨ４処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、電解質製剤、注射用抗菌薬、エダラボン製剤、アスホターゼ　アルファ製剤、グラチラマー酢酸塩製剤、脂肪乳剤、セクキヌマブ製剤、エボロクマブ製剤、ブロダルマブ製剤、アリロクマブ製剤、ベリムマブ製剤、イキセキズマブ製剤、ゴリムマブ製剤、エミシズマブ製剤、イカチバント製剤、サリルマブ製剤、デュピルマブ製剤、ヒドロモルフォン塩酸塩製剤、インスリン・グルカゴン様ペプチドー１受容体アゴニスト配合剤、ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤、遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤、ブロスマブ製剤、アガルシダーゼ アルファ製剤、アガルシダーゼ ベータ製剤、アルグルコシダーゼ アルファ製剤、イデュルスルファーゼ製剤、イミグルセラーゼ製剤、エロスルファーゼ アルファ製剤、ガルスルファーゼ製剤、セベリパーゼ アルファ製剤、ベラグルセラーゼアルファ製剤 、ラロニダーゼ製剤 、メポリズマブ製剤、オマリズマブ製剤、テデュグルチド製剤、サトラリズマブ製剤、ビルトラルセン製剤及びレムデシビル製剤

（２）　上記の注射薬の投与日数は、以下のとおりである。

ア　投与日数に制限のないもの

イ及びウに該当しない注射薬

イ　14 日分を限度に投与することができるもの

（イ）　新医薬品（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号。以下「医薬品医療機器等法」という。）第 14 条の４第１項第１号に規定する新医薬品をいう。）であって、薬価基準への収載の日の属する月の翌月の初日から起算して１年を経過していない注射薬（次に掲げるものを除く。）

ガニレスト皮下注 0.25mg シリンジ、セトロタイド注射用 0.25mg

（ロ）　複方オキシコドン製剤、ヒドロモルフォン塩酸塩製剤

ウ　30 日分を限度に投与することができるもの

ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤

（３）　厚生労働大臣の定める注射薬のうち、「在宅中心静脈栄養法用輸液」とは、高カロリー輸液をいう。なお、高カロリー輸液を投与する場合には、これ以外にビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

（４）　厚生労働大臣の定める注射薬のうち、「電解質製剤」とは、経口摂取不能又は不十分な場合の水分・電解質の補給・維持を目的とした注射薬（高カロリー輸液を除く。）をいい、電解質製剤以外に電解質補正製剤（電解質製剤に添加して投与する注射薬に限る。）、ビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

（５）　厚生労働大臣の定める注射薬のうち、「注射用抗菌薬」とは、病原体に殺菌的又は静菌的に作用する注射薬をいう。

（６） 初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、当該保険医療機関において、本区分により点滴又は処置等に用いた薬剤（当該患者に対し使用した分に限る。）の費用を算定する。なお、この場合にあっては、当該薬剤が使用された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。ただし、区分番号「Ａ０００」初診料の算定のみの場合にあっては、当該薬剤料の費用は算定できない。

第４節　特定保険医療材料料

Ｃ３００　特定保険医療材料

初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、当該保険医療機関において、本区分により点滴又は処置等に用いた特定保険医療材料（当該患者に対し使用した分に限る。）の費用を算定する。なお、この場合にあっては、当該特定保険医療材料が使用された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

第３部　検査

通則

１　検査の費用は、第１節又は第３節の各区分の所定点数により算定する。ただし、検査に当たって患者から検体を穿刺し又は採取した場合は、第１節又は第３節の各区分の所定点数及び第４節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

２　検査に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、前号により算定した点数及び第５節の所定点数を合算した点数により算定する。

３　検査に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前２号により算定した点数及び第６節の所定点数を合算した点数により算定する。

４　第１節又は第３節に掲げられていない検査であって特殊なものの費用は、第１節又は第３節に掲げられている検査のうちで最も近似する検査の各区分の所定点数により算定する。

５　対称器官に係る検査の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の検査料に係る点数とする。

６　保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律（昭和33年法律第76号）第２条に規定する検査を委託する場合における検査に要する費用については、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

第１節　検体検査料

通則

検体検査の費用は、第１款及び第２款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

第１款　検体検査実施料

通則

１　入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において検体検査を行った場合は、時間外緊急院内検査加算として、第１款の各区分の所定点数に１日につき200点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一日に第３号の加算は別に算定できない。

２　特定機能病院である保険医療機関においては、入院中の患者に係る検体検査実施料は、基本的検体検査実施料に掲げる所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。

３　入院中の患者以外の患者に対して実施した検体検査であって、別に厚生労働大臣が定めるものの結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供し、当該検査の結果に基づく診療が行われた場合に、５項目を限度として、外来迅速検体検査加算として、第１節第１款の各区分に掲げる検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ10点を加算する。

区分

（尿・糞便等検査）

Ｄ０００　尿中一般物質定性半定量検査　26点

注　当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。

Ｄ００１　尿中特殊物質定性定量検査

１　尿蛋白　７点

２　ＶＭＡ定性（尿）、尿グルコース　９点

３　ウロビリノゲン（尿）、先天性代謝異常症スクリーニングテスト（尿）、尿浸透圧　16点

４　ポルフィリン症スクリーニングテスト（尿）　17点

５　Ｎ－アセチルグルコサミニダーゼ（ＮＡＧ）（尿）　41点

６　アルブミン定性（尿）　49点

７　黄体形成ホルモン（ＬＨ）定性（尿）、フィブリン・フィブリノゲン分解産物（ＦＤＰ）（尿）　72点

８　アルブミン定量（尿）　99点

９　トランスフェリン（尿）　101点

10　ウロポルフィリン（尿）、トリプシノーゲン２（尿）　105点

11　δアミノレブリン酸（δ－ＡＬＡ）（尿）　109点

12　ポリアミン（尿）　115点

13　ミオイノシトール（尿）　120点

14　コプロポルフィリン（尿）　131点

15　Ⅳ型コラーゲン（尿）　184点

16　総ヨウ素（尿）　186点

17　ポルフォビリノゲン（尿）　191点

18　シュウ酸（尿）　200点

19　Ｌ型脂肪酸結合蛋白（Ｌ－ＦＡＢＰ）（尿）、好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン（ＮＧＡＬ）（尿）　210点

20　尿の蛋白免疫学的検査　区分番号Ｄ０１５に掲げる血漿蛋白免疫学的検査の例により算定した点数

21　その他　検査の種類の別により区分番号Ｄ００７に掲げる血液化学検査、区分番号Ｄ００８に掲げる内分泌学的検査、区分番号Ｄ００９に掲げる腫瘍マーカー又は区分番号Ｄ０１０に掲げる特殊分析の例により算定した点数

注　区分番号Ｄ００７に掲げる血液化学検査、区分番号Ｄ００８に掲げる内分泌学的検査、区分番号Ｄ００９に掲げる腫瘍マーカー又は区分番号Ｄ０１０に掲げる特殊分析の所定点数を準用した場合は、当該区分の注についても同様に準用するものとする。

Ｄ００２　尿沈渣（鏡検法）　27点

注１　同一検体について当該検査と区分番号Ｄ０１７に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。

２　当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。

３　染色標本による検査を行った場合は、染色標本加算として、９点を所定点数に加算する。

Ｄ００２－２　尿沈渣（フローサイトメトリー法）　24点

注１　同一検体について当該検査と区分番号Ｄ０１７に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。

２　当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。

Ｄ００３　糞便検査

１　虫卵検出（集卵法）（糞便）、ウロビリン（糞便）　15点

２　糞便塗抹顕微鏡検査（虫卵、脂肪及び消化状況観察を含む。）　20点

３　虫体検出（糞便）　23点

４　糞便中脂質　25点

５　糞便中ヘモグロビン定性　37点

６　虫卵培養（糞便）　40点

７　糞便中ヘモグロビン　41点

８　糞便中ヘモグロビン及びトランスフェリン定性・定量　56点

９　カルプロテクチン（糞便）　270点

Ｄ００４　穿刺液・採取液検査

１　ヒューナー検査　20点

２　関節液検査　50点

３　胃液又は十二指腸液一般検査　55点

４　髄液一般検査　62点

５　精液一般検査　70点

６　頸管粘液一般検査　75点

７　顆粒球エラスターゼ定性（子宮頸管粘液）、ＩｇＥ定性（涙液）　100点

８　顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液）　119点

9　マイクロバブルテスト　200点
10　ｌｇＧインデックス　402点
11　オリゴクローナルバンド　522点
12　ミエリン塩基性蛋白（ＭＢＰ）（髄液）　570点
13　タウ蛋白（髄液）　622点
14　リン酸化タウ蛋白（髄液）　641点
15　髄液蛋白免疫学的検査　区分番号Ｄ０１５に掲げる血清蛋白免疫学的検査の例により算定した点数
16　髄液塗抹染色標本検査　区分番号Ｄ０１７に掲げる排泄物、渗出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査の例により算定した点数
17　その他　検査の種類の別により区分番号Ｄ００７に掲げる血液化学検査、区分番号Ｄ００８に掲げる内分泌学的検査、区分番号Ｄ００９に掲げる腫瘍マーカー又は区分番号Ｄ０１０に掲げる特殊分析の例により算定した点数
注　区分番号Ｄ００７に掲げる血液化学検査、区分番号Ｄ００８に掲げる内分泌学的検査、区分番号Ｄ００９に掲げる腫瘍マーカー又は区分番号Ｄ０１０に掲げる特殊分析の所定点数を準用した場合は、当該区分の注についても同様に準用するものとする。

Ｄ００４－２　悪性腫瘍組織検査
1　悪性腫瘍遺伝子検査
イ　処理が容易なもの
(1)　医薬品の適応判定の補助等に用いるもの　2,500点
(2)　その他のもの　2,100点
ロ　処理が複雑なもの　5,000点
注１　患者から１回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して１に掲げる検査を実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ　２項目　4,000点
ロ　３項目　6,000点
ハ　４項目以上　8,000点
２　患者から１回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して口に掲げる検査を実施した場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ　２項目　8,000点
ロ　３項目以上　12,000点
2　抗悪性腫瘍剤感受性検査　2,500点

（血液学的検査）
Ｄ００５　血液形態・機能検査
1　赤血球沈降速度（ＥＳＲ）　9点
注　当該保険医療機関内で検査を行った場合に算定する。
2　網赤血球数　12点
3　血液浸透圧、好酸球（鼻汁・喀痰）、末梢血液像（自動機械法）　15点
4　好酸球数　17点
5　末梢血液一般検査　21点
6　末梢血液像（鏡検法）　25点
注　特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ27点を所定点数に加算する。
7　血中微生物検査、ＤＮＡ含有赤血球計数検査　40点
8　赤血球抵抗試験　45点
9　ヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）　49点
10　自己溶血試験、血液粘調度　50点
11　ヘモグロビンＦ（ＨｂＦ）　60点
12　デオキシチミジンキナーゼ（ＴＫ）活性　233点
13　ターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（ＴｄＴ）　250点
14　骨髄像　788点
注　特殊染色を併せて行った場合は、特殊染色加算として、特殊染色ごとにそれぞれ40点を所定点数に加算する。
15　造血器腫瘍細胞抗原検査（一連につき）　1,940点

Ｄ００６　出血・凝固検査
1　出血時間　15点
2　プロトロンビン時間（ＰＴ）　18点
3　血餅収縮能、毛細血管抵抗試験　19点
4　フィブリノゲン半定量、フィブリノゲン定量、クリオフィブリノゲン　23点
5　トロンビン時間　25点
6　蛇毒試験、トロンボエラストグラフ、ヘパリン抵抗試験　28点
7　活性化部分トロンボプラスチン時間（ＡＰＴＴ）　29点
8　血小板凝集能　50点
9　血小板粘着能　64点
10　アンチトロンビン活性、アンチトロンビン抗原　70点
11　フィブリン・フィブリノゲン分解産物（ＦＤＰ）定性、フィブリン・フィブリノゲン分解産物（ＦＤＰ）半定量、フィブリン・フィブリノゲン分解産物（ＦＤＰ）定量、プラスミン、プラスミン活性、α_1－アンチトリプシン　80点
12　フィブリンモノマー複合体定性　93点
13　プラスミノゲン活性、プラスミノゲン抗原、凝固因子インヒビター定性（クロスミキシング試験）　100点
14　Ｄダイマー定性　122点
15　プラスミンインヒビター（アンチプラスミン）、Ｄダイマー半定量　128点
16　ｖｏｎ　Ｗｉｌｌｅｂｒａｎｄ因子（ＶＷＦ）活性　129点
17　Ｄダイマー　130点
18　α_2－マクログロブリン　138点
19　ＰＩＶＫＡ－Ⅱ　143点
20　凝固因子インヒビター　144点
21　ｖｏｎ　Ｗｉｌｌｅｂｒａｎｄ因子（ＶＷＦ）抗原　147点
22　プラスミン・プラスミンインヒビター複合体（ＰＩＣ）　154点
23　プロテインＳ抗原　158点
24　プロテインＳ活性　163点
25　β－トロンボグロブリン（β－ＴＧ）、トロンビン・アンチトロンビン複合体（ＴＡＴ）　176点
26　血小板第４因子（ＰＦ４）　178点
27　プロトロンビンフラグメントＦ１＋２　192点
28　トロンボモジュリン　204点
29　フィブリンモノマー複合体　221点
30　凝固因子（第Ⅱ因子、第Ⅴ因子、第Ⅶ因子、第Ⅷ因子、第Ⅸ因子、第Ⅹ因子、第Ⅺ因子、第Ⅻ因子、第ⅩⅠ因子、第ⅩⅡ因子、第ⅩⅢ因子）　223点
31　プロテインＣ抗原　232点
32　プロテインＣ活性　234点
33　ｔＰＡ・ＰＡＩ－１複合体　240点
34　ＡＤＡＭＴＳ13活性　400点
35　ＡＤＡＭＴＳ13インヒビター　1,000点
注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の14から33までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。

イ　３項目又は４項目　530点
ロ　５項目以上　722点

Ｄ００６－２　造血器腫瘍遺伝子検査　2,100点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。

Ｄ００６－３　ＢＣＲ－ＡＢＬ１
１　Ｍａｊｏｒ　ＢＣＲ－ＡＢＬ１（ｍＲＮＡ定量（国際標準値））
イ　診断の補助に用いるもの　2,520点
ロ　モニタリングに用いるもの　2,520点
２　ｍｉｎｏｒ　ＢＣＲ－ＡＢＬ　ｍＲＮＡ
イ　診断の補助に用いるもの　2,520点
ロ　モニタリングに用いるもの　2,520点

Ｄ００６－４　遺伝学的検査
１　処理が容易なもの　3,880点
２　処理が複雑なもの　5,000点
３　処理が極めて複雑なもの　8,000点
注　別に厚生労働大臣が定める疾患の患者については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

Ｄ００６－５　染色体検査（全ての費用を含む。）
１　ＦＩＳＨ法を用いた場合　2,553点
２　その他の場合　2,553点
注１　分染法を行った場合は、分染法加算として、397点を所定点数に加算する。
２　２については、流産検体を用いた絨毛染色体検査を行う場合は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行う場合に限り算定する。

Ｄ００６－６　免疫関連遺伝子再構成　2,373点
Ｄ００６－７　ＵＤＰグルクロン酸転移酵素遺伝子多型　2,004点
Ｄ００６－８　サイトケラチン19（ＫＲＴ19）　ｍＲＮＡ検出　2,400点
Ｄ００６－９　ＷＴ１ ｍＲＮＡ　2,520点
Ｄ００６－10　ＣＣＲ４タンパク（フローサイトメトリー法）　10,000点
Ｄ００６－11　ＦＩＰ１Ｌ１－ＰＤＧＦＲα融合遺伝子検査　3,105点
Ｄ００６－12　ＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）　2,100点
注　同一の患者につき同一月において検査を２回以上実施した場合における２回目以降の当該検査の費用は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

Ｄ００６－13　骨髄微小残存病変量測定
１　遺伝子再構成の同定に用いるもの　3,500点
２　モニタリングに用いるもの　2,100点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。

Ｄ００６－14　ＦＬＴ３遺伝子検査　4,200点
Ｄ００６－15　膀胱がん関連遺伝子検査　1,597点
Ｄ００６－16　ＪＡＫ２遺伝子検査　2,504点
Ｄ００６－17　Ｎｕｄｉｘ　ｈｙｄｒｏｌａｓｅ　15（ＮＵＤＴ15）遺伝子多型　2,100点
Ｄ００６－18　ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査
１　腫瘍細胞を検体とするもの　20,200点
２　血液を検体とするもの　20,200点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。

Ｄ００６－19　がんゲノムプロファイリング検査　44,000点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。
２　抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として他の検査を実施した場合であって、当該他の検査の結果により区分番号Ｂ０１１－５に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合は、所定点数から当該他の検査の点数を減算する。

Ｄ００６－20　角膜ジストロフィー遺伝子検査　1,200点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

Ｄ００６－21　血液粘弾性検査（一連につき）　600点
Ｄ００６－22　ＲＡＳ遺伝子検査（血漿）　7,500点
Ｄ００６－23　遺伝子相同組換え修復欠損検査　32,200点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。

Ｄ００６－24　肺癌関連遺伝子多項目同時検査　10,000点
Ｄ００６－25　ＣＹＰ２Ｃ９遺伝子多型　2,037点
Ｄ００６－26　染色体構造変異解析　8,000点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。

Ｄ００６－27　悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿）
１　ＲＯＳ１融合遺伝子検査　2,500点
２　ＡＬＫ融合遺伝子検査　2,500点
３　ＭＥＴｅｘ14遺伝子検査　5,000点
４　ＮＴＲＫ融合遺伝子検査　5,000点
注１　患者から１回に採取した血液又は血漿を用いて本区分の１若しくは２に掲げる検査又は区分番号Ｄ００６－12に掲げるＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）を２項目又は３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ4,000点又は6,000点を算定する。
２　患者から１回に採取した血液又は血漿を用いて本区分の３及び４に掲げる検査を行った場合は、所定点数にかかわらず、8,000点を算定する。

Ｄ００６－28　Ｙ染色体微小欠失検査　3,770点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に算定する。

（生化学的検査(Ⅰ)）

Ｄ００７　血液化学検査
１　総ビリルビン、直接ビリルビン又は抱合型ビリルビン、総蛋白、アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）、尿素窒素、クレアチニン、尿酸、アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）、コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）、γ－グルタミルトランスフェラーゼ（γ－ＧＴ）、中性脂肪、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、マグネシウム、クレアチン、グルコース、乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）、アミラーゼ、ロイシンアミノペプチダーゼ（ＬＡＰ）、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、アルドラーゼ、遊離コレステロール、鉄（Ｆｅ）、血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの）、不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）、総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）　11点
２　リン脂質　15点
３　ＨＤＬ－コレステロール、無機リン及びリン酸、総コレステロール、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）　17点
４　ＬＤＬ－コレステロール、蛋白分画　18点
５　銅（Ｃｕ）　23点
６　リパーゼ　24点

7　イオン化カルシウム　26点
8　マンガン（Mn）　27点
9　ケトン体　30点
10　アポリポ蛋白
　イ　1項目の場合　31点
　ロ　2項目の場合　62点
　ハ　3項目以上の場合　94点
11　アデノシンデアミナーゼ（ADA）　32点
12　グアナーゼ　35点
13　有機モノカルボン酸、胆汁酸　47点
14　ALPアイソザイム、アミラーゼアイソザイム、γ－GTアイソザイム、LDアイソザイム、重炭酸塩　48点
15　ASTアイソザイム、リポ蛋白分画　49点
16　アンモニア　50点
17　CKアイソザイム、グリコアルブミン　55点
18　コレステロール分画　57点
19　ケトン体分画、遊離脂肪酸　59点
20　レシチン・コレステロール・アシルトランスフェラーゼ（L－CAT）　70点
21　グルコース－6－リン酸デヒドロゲナーゼ（G－6－PD）、リポ蛋白分画（PAGディスク電気泳動法）、1，5－アンヒドロ－D－グルシトール（1，5AG）、グリココール酸　80点
22　CK－MB（蛋白量測定）　90点
23　LDアイソザイム1型、総カルニチン、遊離カルニチン　95点
24　ALPアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ（BAP）　96点
25　フェリチン半定量、フェリチン定量　105点
26　リポ蛋白（a）　107点
27　ヘパリン、エタノール　108点
28　KL－6　111点
29　心筋トロポニンI、心筋トロポニンT（TnT）定性・定量、アルミニウム（Al）　112点
30　シスタチンC　115点
31　25－ヒドロキシビタミン　117点
32　ペントシジン　118点
33　イヌリン　120点
34　リポ蛋白分画（HPLC法）　129点
35　肺サーファクタント蛋白－A（SP－A）、ガラクトース　130点
36　血液ガス分析、Ⅳ型コラーゲン、ミオグロビン定性、ミオグロビン定量、心臓由来脂肪酸結合蛋白（H－FABP）定性、心臓由来脂肪酸結合蛋白（H－FABP）定量、アルブミン非結合型ビリルビン　135点
　注　血液ガス分析については、当該保険医療機関内で行った場合に算定する。
37　肺サーファクタント蛋白－D（SP－D）、プロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（P－Ⅲ－P）、亜鉛（Zn）　136点
38　アンギオテンシンI転換酵素（ACE）、ビタミンB_{12}　140点
39　セレン　144点
40　Ⅳ型コラーゲン・7S　148点
41　ピルビン酸キナーゼ（PK）、葉酸　150点
42　膣分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白1型（IGFBP－1）定性　175点
43　ヒアルロン酸、レムナント様リポ蛋白コレステロール（RLP－C）　179点
44　ALPアイソザイム（PAG電気泳動法）　180点
45　心室筋ミオシン軽鎖I　184点
46　アセトアミノフェン　185点
47　トリプシン　189点
48　Mac－2結合蛋白糖鎖修飾異性体、マロンジアルデヒド修飾LDL（MDA－LDL）、オートタキシン　194点
49　ホスフォリパーゼA_2（PLA_2）　204点
50　赤血球コプロポルフィリン　210点
51　リポ蛋白リパーゼ（LPL）　219点
52　肝細胞増殖因子（HGF）　227点
53　ビタミンB_1　239点
54　ビタミンB_2　242点
55　2，5－オリゴアデニル酸合成酵素活性　250点
56　赤血球プロトポルフィリン　272点
57　ロイシンリッチα_2グリコプロテイン　276点
58　プロカルシトニン（PCT）定量、プロカルシトニン（PCT）半定量　284点
59　プレセプシン定量　301点
60　ビタミンC　305点
61　インフリキシマブ定性　310点
62　1，25－ジヒドロキシビタミンD_3　388点
63　血管内皮増殖因子（VEGF）　460点
64　FGF23　788点
　注　患者から1回に採取した血液を用いて本区分の1から8までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
　　イ　5項目以上7項目以下　93点
　　ロ　8項目又は9項目　99点
　　ハ　10項目以上　106点
　　注　入院中の患者について算定した場合は、入院時初回加算として、初回に限り20点を所定点数に加算する。

（生化学的検査Ⅱ）

D008　内分泌学的検査
1　ヒト絨毛性ゴナドトロピン（HCG）定性　55点
2　11－ハイドロキシコルチコステロイド（11－OHCS）　60点
3　ホモバニリン酸（HVA）　69点
4　バニールマンデル酸（VMA）　90点
5　5－ハイドロキシインドール酢酸（5－HIAA）　95点
6　プロラクチン（PRL）　98点
7　トリヨードサイロニン（T_3）　99点
8　レニン活性　100点
9　甲状腺刺激ホルモン（TSH）、ガストリン　101点
10　インスリン（IRI）　103点
11　レニン定量　105点
12　サイロキシン（T_4）　108点
13　成長ホルモン（GH）、卵胞刺激ホルモン（FSH）、C－ペプチド（CPR）、黄体形成ホルモン（LH）　108点
14　テストステロン　122点
15　遊離サイロキシン（FT_4）、遊離トリヨードサイロニン（FT_3）、コルチゾール　124点
16　アルドステロン　125点
17　サイロキシン結合グロブリン（TBG）　130点
18　サイログロブリン　131点
19　ヒト絨毛性ゴナドトロピン－βサブユニット（HCG－β）　132点
20　脳性Na利尿ペプチド（BNP）、カルシトニン　133点

21　抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗ＧＡＤ抗体）、ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）定量、ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）半定量　134点
22　脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ）、ヒト胎盤性ラクトーゲン（ＨＰＬ）　136点
23　サイロキシン結合能（ＴＢＣ）　137点
24　プロゲステロン　147点
25　グルカゴン　150点
26　低カルボキシル化オステオカルシン（ｕｃＯＣ）　154点
27　Ⅰ型コラーゲン架橋Ｎ－テロペプチド（ＮＴＸ）、酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（ＴＲＡＣＰ－５ｂ）　156点
28　オステオカルシン（ＯＣ）　157点
29　遊離テストステロン　159点
30　骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）　161点
31　インタクトⅠ型プロコラーゲンⅠ－Ｎ－プロペプチド（Ｉｎｔａｃｔ　ＰＩＮＰ）　163点
32　Ⅰ型プロコラーゲンⅠ－Ｎ－プロペプチド（ＰＩＮＰ）　164点
33　低単位ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）半定量、副甲状腺ホルモン（ＰＴＨ）、カテコールアミン分画　165点
34　Ⅰ型コラーゲン架橋Ｃ－テロペプチド－β異性体（β－ＣＴＸ）（尿）、デヒドロエピアンドロステロン硫酸抱合体（ＤＨＥＡ－Ｓ）　169点
35　セクレチン、Ⅰ型コラーゲン架橋Ｃ－テロペプチド－β異性体（β－ＣＴＸ）、サイクリックＡＭＰ（ｃＡＭＰ）　170点
36　エストラジオール（E_2）　172点
37　エストリオール（E_3）、エストロゲン半定量、エストロゲン定量、副甲状腺ホルモン関連蛋白Ｃ端フラグメント（Ｃ－ＰＴＨｒＰ）　180点
38　副甲状腺ホルモン関連蛋白（ＰＴＨｒＰ）、副腎皮質刺激ホルモン（ＡＣＴＨ）、カテコールアミン　189点
39　デオキシピリジノリン（ＤＰＤ）（尿）　191点
40　17－ケトジェニックステロイド（17－ＫＧＳ）　200点
41　エリスロポエチン　209点
42　ソマトメジンＣ　212点
43　17－ケトステロイド分画（17－ＫＳ分画）、17α－ヒドロキシプロゲステロン（17α－ＯＨＰ）、抗ＩＡ－２抗体、プレグナンジオール　213点
44　メタネフリン　217点
45　17－ケトジェニックステロイド分画（17－ＫＧＳ分画）、メタネフリン・ノルメタネフリン分画　220点
46　心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮＰ）　221点
47　抗利尿ホルモン（ＡＤＨ）　230点
48　プレグナントリオール　232点
49　ノルメタネフリン　250点
50　インスリン様成長因子結合蛋白３型（ＩＧＦＢＰ－３）　280点
51　遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画　320点
52　抗ミュラー管ホルモン（ＡＭＨ）　600点
53　レプチン　1,000点

注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の13から51までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ　３項目以上５項目以下　410点
ロ　６項目又は７項目　623点
ハ　８項目以上　900点

Ｄ００９　腫瘍マーカー

1　尿中ＢＴＡ　80点
2　癌胎児性抗原（ＣＥＡ）　99点
3　α－フェトプロテイン（ＡＦＰ）　101点
4　扁平上皮癌関連抗原（ＳＣＣ抗原）　104点
5　組織ポリペプタイド抗原（ＴＰＡ）　110点
6　ＮＣＣ－ＳＴ－439、ＣＡ15－３　115点
7　ＤＵＰＡＮ－２　118点
8　エラスターゼ１　123点
9　前立腺特異抗原（ＰＳＡ）、ＣＡ19－９　124点
10　ＰＩＶＫＡ－Ⅱ半定量、ＰＩＶＫＡ－Ⅱ定量　135点
11　ＣＡ125　140点
12　神経特異エノラーゼ（ＮＳＥ）　142点
13　核マトリックスプロテイン22（ＮＭＰ22）定量（尿）、核マトリックスプロテイン22（ＮＭＰ22）定性（尿）　143点
14　ＳＰan－１、シアリルＬｅˣ－ｉ抗原（ＳＬＸ）　144点
15　ＣＡ72－４、シアリルＴn抗原（ＳＴＮ）　146点
16　塩基性フェトプロテイン（ＢＦＰ）、遊離型ＰＳＡ比（ＰＳＡ　Ｆ／Ｔ比）　150点
17　ＢＣＡ225、サイトケラチン19フラグメント（シフラ）　158点
18　サイトケラチン８・18（尿）、シアリルＬｅˣ抗原（ＣＳＬＥＸ）　160点
19　抗ｐ53抗体　163点
20　Ⅰ型コラーゲンⅠ－Ｃ－テロペプチド（ＩＣＴＰ）　170点
21　ガストリン放出ペプチド前駆体（ＰｒｏＧＲＰ）　175点
22　ＣＡ54／61、癌関連ガラクトース転移酵素（ＧＡＴ）　184点
23　ＣＡ602、α－フェトプロテインレクチン分画（ＡＦＰ－Ｌ３％）、組織因子経路インヒビター２（ＴＦＰＩ２）　190点
24　γ－セミノプロテイン（γ－Ｓｍ）　194点
25　ヒト精巣上体蛋白４（ＨＥ４）　200点
26　可溶性メソテリン関連ペプチド　220点
27　プロステートヘルスインデックス（phi）　281点
28　癌胎児性抗原（ＣＥＡ）定性（乳頭分泌液）、癌胎児性抗原（ＣＥＡ）半定量（乳頭分泌液）　305点
29　ＨＥＲ２蛋白　320点
30　可溶性インターロイキン－２レセプター（ｓＩＬ－２Ｒ）　438点

注１　診療及び腫瘍マーカー以外の検査の結果から悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して、腫瘍マーカーの検査を行った場合に、１回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ００１の３に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定している患者については算定しない。

２　患者から１回に採取した血液等を用いて本区分の２から30までに掲げる検査を２項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ　２項目　230点
ロ　３項目　290点
ハ　４項目以上　396点

Ｄ０１０　特殊分析
1　糖分析（尿）　38点
2　結石分析　117点
3　チロシン　200点
4　アミノ酸
イ　１種類につき　279点
ロ　５種類以上　1,141点

5　総分岐鎖アミノ酸／チロシンモル比（ＢＴＲ）　283点
6　アミノ酸定性　350点
7　脂肪酸分画　405点
8　先天性代謝異常症検査
イ　尿中有機酸分析　1,141点
ロ　血中極長鎖脂肪酸　1,141点
ハ　タンデムマス分析　1,141点
ニ　その他　1,141点
注１　イ、ロ及びハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している
ものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に
、患者１人につき月１回に限り算定する。
２　ニについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとし
て地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関内で検
査を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

（免疫学的検査）

Ｄ０１１　免疫血液学的検査
1　ＡＢＯ血液型、Ｒｈ（Ｄ）血液型　24点
2　Ｃｏｏｍｂｓ試験
イ　直接　34点
ロ　間接　47点
3　Ｒｈ（その他の因子）血液型　148点
4　不規則抗体　159点
注　第10部手術第７款の各区分に掲げる胸部手術、同部第８款の各区分に掲げる心
・断管手術、同部第９款の各区分に掲げる腹部手術又は同部第11款の各区分に掲
げる性器手術のうち区分番号Ｋ８９８に掲げる帝王切開術等を行った場合に算定
する。
5　ＡＢＯ血液型関連糖転移酵素活性　181点
6　血小板関連ＩｇＧ（ＰＡ－ＩｇＧ）　193点
7　ＡＢＯ血液型亜型　260点
8　抗血小板抗体　261点
9　血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ抗体）　378点
10　血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ、ＩｇＭ及びＩｇＡ抗体）
390点

Ｄ０１２　感染症免疫学的検査
1　梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、抗トレポネーマリポジン（ＡＳＯ）定性、抗トレ
ポネーマリポジン（ＡＳＯ）半定量、抗トレポネーマリポジン（ＡＳＯ）定量　15点
2　トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量　26点
3　抗トレポネーマ（ＡＳＫ）定性、抗トレポネーマ（ＡＳＫ）半定量　29点
4　梅毒トレポネーマ抗体定性、マイコプラズマ抗体定性、マイコプラズマ抗体半定
量　32点
5　梅毒血清反応（ＳＴＳ）半定量、梅毒血清反応（ＳＴＳ）定量　34点
6　梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量　53点
7　アデノウイルス抗原定性（糞便）、迅速ウレアーゼ試験定性　60点
8　ロタウイルス抗原定性（糞便）、ロタウイルス抗原定量（糞便）　65点
9　ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量、クラミドフィラ・ニューモニエＩｇ
Ｇ抗体　70点
10　クラミドフィラ・ニューモニエＩｇＡ抗体　75点
11　ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（１項目当たり）　79点
注　同一検体についてウイルス抗体価（定性・半定量・定量）の測定を行った場合
は、８項目を限度として算定する。
12　クロストリジオイデス・ディフィシル抗原定性、ヘリコバクター・ピロリ抗体、
百日咳菌抗体定性、百日咳菌抗体半定量　80点
13　ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体定性、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体半定量　85点
14　トキソプラズマ抗体　93点
15　トキソプラズマＩｇＭ抗体　95点
16　ＨＩＶ－１、２抗体定性、ＨＩＶ－１、２抗体半定量、ＨＩＶ－１、２抗原・抗
体同時測定定性　112点
17　抗酸菌抗体定量、ＨＩＶ－１抗体、抗酸菌抗体定性　116点
18　Ａ群β溶連菌迅速試験定性　124点
19　ＨＩＶ－１、２抗体定量、ＨＩＶ－１、２抗原・抗体同時測定定量　127点
20　ヘモフィルス・インフルエンザｂ型（Ｈｉｂ）抗原定性（尿・髄液）　132点
21　カンジダ抗原定性、カンジダ抗原半定量、カンジダ抗原定量、梅毒トレポネーマ
抗体（ＦＴＡ－ＡＢＳ試験）定性、梅毒トレポネーマ抗体（ＦＴＡ－ＡＢＳ試験）
半定量　134点
22　インフルエンザウイルス抗原定性　136点
23　ＲＳウイルス抗原定性　138点
24　ヘリコバクター・ピロリ抗原定性、ヒトメタニューモウイルス抗原定性　142点
25　肺炎球菌抗原定性（尿・髄液）　146点
26　ノロウイルス抗原定性、インフルエンザ菌（無莢膜型）抗原定性、マイコプラズ
マ抗原定性（免疫クロマト法）　150点
27　クラミドフィラ・ニューモニエＩｇＭ抗体　152点
28　クラミジア・トラコマチス抗原定性　156点
29　アスペルギルス抗原　157点
30　Ｄ－アラビニトール　160点
31　大腸菌Ｏ157抗体定性、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体　163点
32　大腸菌Ｏ157抗原定性　165点
33　クリプトコックス抗原半定量　169点
34　マイコプラズマ抗原定性（ＦＡ法）　170点
35　クリプトコックス抗原定性　174点
36　大腸菌血清型別　175点
37　淋菌抗原定性、単純ヘルペスウイルス抗原定性　180点
38　アデノウイルス抗原定性（糞便を除く。）、肺炎球菌細胞壁抗原定性　184点
39　肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）　193点
40　ブルセラ抗体定性、ブルセラ抗体半定量、グロブリンクラス別クラミジア・トラ
コマチス抗体　200点
41　（１→３）－β－Ｄ－グルカン　201点
42　グロブリンクラス別ウイルス抗体価（１項目当たり）　206点
注　同一検体についてグロブリンクラス別ウイルス抗体価の測定を行った場合は、
２項目を限度として算定する。
43　ツツガムシ抗体定性、ツツガムシ抗体半定量　207点
44　単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）、単純ヘルペスウイルス抗原定性（性器
）、アニサキスＩｇＧ・ＩｇＡ抗体　210点
45　レジオネラ抗原定性（尿）　211点
46　百日咳菌抗原定性　217点
47　赤痢アメーバ抗体半定量、赤痢アメーバ抗原定性　223点
48　水痘ウイルス抗原定性（上皮細胞）　227点
49　デングウイルス抗原定性、デングウイルス抗原・抗体同時測定定性、白癬菌抗原
定性　233点
注　デングウイルス抗原定性及びデングウイルス抗原・抗体同時測定定性につい
ては、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において実施した
場合に算定する。

50　エンドトキシン　236点
51　百日咳菌抗体　257点
52　ＨＩＶ－１抗体（ウエスタンブロット法）　280点
53　結核菌群抗原定性　291点
54　サイトメガロウイルスpp65抗原定性　366点
55　ＨＩＶ－２抗体（ウエスタンブロット法）　380点
56　ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）　425点
57　ＨＩＶ抗原　600点
58　ＨＩＶ－１特異抗体・ＨＩＶ－２特異抗体　660点
59　抗トリコスポロン・アサヒ抗体　847点
60　鳥特異的ＩｇＧ抗体　873点
61　抗アデノ随伴ウイルス９型（ＡＡＶ９）抗体　12,850点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。

Ｄ０１３　肝炎ウイルス関連検査
1　ＨＢｓ抗原定性・半定量　29点
2　ＨＢｓ抗体定性、ＨＢｓ抗体半定量　32点
3　ＨＢｓ抗原、ＨＢｓ抗体　88点
4　ＨＢｅ抗原、ＨＢｅ抗体　101点
5　ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＣＶコア蛋白　105点
6　ＨＢｃ抗体半定量・定量　133点
7　ＨＣＶコア抗体　143点
8　ＨＡ－ＩｇＭ抗体、ＨＡ抗体、ＨＢｃ－ＩｇＭ抗体　146点
9　ＨＣＶ構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性、ＨＣＶ構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量　160点
10　ＨＥ－ＩｇＡ抗体定性　210点
11　ＨＣＶ血清群別判定　221点
12　ＨＢＶコア関連抗原（ＨＢｃｒＡｇ）　259点
13　デルタ肝炎ウイルス抗体　330点
14　ＨＣＶ特異抗体価、ＨＢＶジェノタイプ判定　340点
注　患者から１回に採取した血液を用いて本区分の３から14までに掲げる検査を３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定する。
イ　３項目　290点
ロ　４項目　360点
ハ　５項目以上　425点

Ｄ０１４　自己抗体検査
1　寒冷凝集反応　11点
2　リウマトイド因子（ＲＦ）定量　30点
3　抗サイログロブリン抗体半定量、抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量　37点
4　Donath－Landsteiner試験　55点
5　抗核抗体（蛍光抗体法）定性、抗核抗体（蛍光抗体法）半定量、抗核抗体（蛍光抗体法）定量　102点
6　抗核抗体（蛍光抗体法を除く。）、抗インスリン抗体　110点
7　抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定性、抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定量　114点
8　マトリックスメタロプロテイナーゼ－３（ＭＭＰ－３）　116点
9　抗Ｊｏ－１抗体定性、抗Ｊｏ－１抗体半定量、抗Ｊｏ－１抗体定量、抗サイログロブリン抗体　140点
10　抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体　142点
11　抗ＲＮＰ抗体定性、抗ＲＮＰ抗体半定量、抗ＲＮＰ抗体定量　144点
12　抗Ｓｍ抗体定性、抗Ｓｍ抗体半定量、抗Ｓｍ抗体定量　151点
13　C_1q結合免疫複合体　153点
14　抗Ｓｃｌ－70抗体定性、抗Ｓｃｌ－70抗体半定量、抗Ｓｃｌ－70抗体定量　157点
15　抗ＳＳ－Ｂ／Ｌａ抗体定性、抗ＳＳ－Ｂ／Ｌａ抗体半定量、抗ＳＳ－Ｂ／Ｌａ抗体定量　158点
16　抗ＳＳ－Ａ／Ｒｏ抗体定性、抗ＳＳ－Ａ／Ｒｏ抗体半定量、抗ＳＳ－Ａ／Ｒｏ抗体定量　161点
17　抗ＤＮＡ抗体定量、抗ＤＮＡ抗体定性　163点
18　抗ＲＮＡポリメラーゼⅢ抗体　170点
19　抗セントロメア抗体定量、抗セントロメア抗体定性　174点
20　抗ミトコンドリア抗体定性、抗ミトコンドリア抗体半定量　181点
21　抗ミトコンドリア抗体定量　189点
22　抗ＡＲＳ抗体　190点
23　モノクローナルＲＦ結合免疫複合体　194点
24　ＩｇＧ型リウマトイド因子、抗シトルリン化ペプチド抗体定性、抗シトルリン化ペプチド抗体定量　198点
25　抗ＬＫＭ－１抗体　215点
26　抗ＴＳＨレセプター抗体（ＴＲＡｂ）　220点
27　抗カルジオリピンβ_2グリコプロテインⅠ複合体抗体　223点
28　抗カルジオリピンＩｇＧ抗体、抗カルジオリピンＩｇＭ抗体、抗β_2グリコプロテインⅡＩｇＧ抗体、抗β_2グリコプロテインⅡＩｇＭ抗体　226点
29　IgG_2（ＴＩＡ法によるもの）　239点
30　抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（ＭＰＯ－ＡＮＣＡ）　258点
31　抗好中球細胞質プロテイナーゼ３抗体（ＰＲ３－ＡＮＣＡ）　259点
32　抗糸球体基底膜抗体（抗ＧＢＭ抗体）　262点
33　抗デスモグレイン３抗体、抗ＢＰ180－ＮＣ16ａ抗体　270点
34　抗ＭＤＡ５抗体、抗ＴＩＦ１－γ抗体、抗Ｍｉ－２抗体　270点
35　ループスアンチコアグラント定量、ループスアンチコアグラント定性　273点
36　抗好中球細胞質抗体（ＡＮＣＡ）定性　290点
37　抗デスモグレイン１抗体　300点
38　甲状腺刺激抗体（ＴＳＡｂ）　340点
39　IgG_4　377点
40　IgG_2（ネフェロメトリー法によるもの）　388点
41　抗ＧＭ１ＩｇＧ抗体、抗ＧＱ１ｂＩｇＧ抗体　460点
42　抗デスモグレイン１抗体、抗デスモグレイン３抗体及び抗ＢＰ180－ＮＣ16ａ抗体同時測定　490点
43　抗アセチルコリンレセプター抗体（抗ＡＣｈＲ抗体）　798点
44　抗グルタミン酸レセプター抗体　970点
45　抗アクアポリン４抗体、抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体、抗Ｐ／Ｑ型電位依存性カルシウムチャネル抗体（抗Ｐ／Ｑ型ＶＧＣＣ抗体）　1,000点
46　抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）　1,000点
47　抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）　4,850点
注１　本区分の９から16まで、18、22及び34に掲げる検査を２項目又は３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ320点又は490点を算定する。
２　本区分の46及び47に掲げる検査については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において実施した場合に限り算定する。

Ｄ０１５　血漿蛋白免疫学的検査
1　Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）定性、Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）　16点
2　赤血球コプロポルフィリン定性、グルコース－６－ホスファターゼ（Ｇ－６－Ｐase）　30点

3　グルコース－6－リン酸デヒドロゲナーゼ（G－6－PD）定性、赤血球プロトポルフィリン定性　34点
4　血清補体価（CH_{50}）、免疫グロブリン　38点
5　クリオグロブリン定性、クリオグロブリン定量　42点
6　血清アミロイドA蛋白（SAA）　47点
7　トランスフェリン（Tf）　60点
8　C_3、C_4　70点
9　セルロプラスミン　90点
10　非特異的IgE半定量、非特異的IgE定量　100点
11　β_2－マイクログロブリン　101点
12　トランスサイレチン（プレアルブミン）　104点
13　特異的IgE半定量・定量　110点
注　特異的IgE半定量・定量検査は、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定する。ただし、患者から1回に採取した血液を用いて検査を行った場合は、1,430点を限度として算定する。
14　α_1－マイクログロブリン、ハプトグロビン（型補正を含む。）　132点
15　レチノール結合蛋白（RBP）　136点
16　C_3プロアクチベータ　160点
17　免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）、インターロイキン－6（IL－6）　170点
18　ヘモペキシン　180点
19　TARC　184点
20　APRスコア定性　191点
21　アトピー鑑別試験定性　194点
22　Bence　Jones蛋白同定（尿）　201点
23　癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管腟分泌液）　204点
24　免疫電気泳動法（特異抗血清）　218点
25　C_1インアクチベータ　260点
26　SCCA2　300点
27　免疫グロブリンL鎖κ／λ比　330点
28　インターフェロン－λ3（IFN－λ3）、sFlt－1／PIGF比　340点
29　免疫グロブリン遊離L鎖κ／λ比　388点
30　結核菌特異的インターフェロン－γ産生能　594点

D016　細胞機能検査
1　B細胞表面免疫グロブリン　157点
2　T細胞サブセット検査（一連につき）　185点
3　T細胞・B細胞百分率　198点
4　顆粒球機能検査（種目数にかかわらず一連につき）　200点
5　顆粒球スクリーニング検査（種目数にかかわらず一連につき）　220点
6　赤血球・好中球表面抗原検査　320点
7　リンパ球刺激試験（LST）
イ　1薬剤　345点
ロ　2薬剤　425点
ハ　3薬剤以上　515点
（微生物学的検査）

D017　排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査
1　蛍光顕微鏡、位相差顕微鏡、暗視野装置等を使用するもの　50点
注　集菌塗抹法を行った場合には、集菌塗抹法加算として、35点を所定点数に加算する。
2　保温装置使用アメーバ検査　45点
3　その他のもの　64点
注　同一検体について当該検査と区分番号D002に掲げる尿沈渣（鏡検法）又は区分番号D002－2に掲げる尿沈渣（フローサイトメトリー法）を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみ算定する。

D018　細菌培養同定検査
1　口腔、気道又は呼吸器からの検体　170点
2　消化管からの検体　190点
3　血液又は穿刺液　220点
4　泌尿器又は生殖器からの検体　180点
5　その他の部位からの検体　170点
6　簡易培養　60点
注1　1から6までについては、同一検体について一般培養と併せて嫌気性培養を行った場合は、嫌気性培養加算として、122点を所定点数に加算する。
2　入院中の患者に対して、質量分析装置を用いて細菌の同定を行った場合は、質量分析装置加算として、40点を所定点数に加算する。

D019　細菌薬剤感受性検査
1　1菌種　180点
2　2菌種　230点
3　3菌種以上　290点
4　薬剤耐性菌検出　50点
5　抗菌薬併用効果スクリーニング　150点

D019－2　酵母様真菌薬剤感受性検査　150点

D020　抗酸菌分離培養検査
1　抗酸菌分離培養（液体培地法）　300点
2　抗酸菌分離培養（それ以外のもの）　209点

D021　抗酸菌同定（種目数にかかわらず一連につき）　361点

D022　抗酸菌薬剤感受性検査（培地数に関係なく）　400点
注　4薬剤以上使用した場合に限り算定する。

D023　微生物核酸同定・定量検査
1　細菌核酸検出（白血球）（1菌種あたり）　130点
2　クラミジア・トラコマチス核酸検出　193点
3　淋菌核酸検出　204点
4　HBV核酸定量　263点
5　淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出　270点
6　マイコプラズマ核酸検出　291点
7　レジオネラ核酸検出　292点
8　EBウイルス核酸定量　310点
9　HCV核酸検出　340点
10　HPV核酸検出　350点
注　HPV核酸検出については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がASC－USと判定された患者又は過去に区分番号K867に掲げる子宮頸部（腟部）切除術、区分番号K867－3に掲げる子宮頸部摘出術（腟部切断術を含む。）若しくは区分番号K867－4に掲げる子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定する。
11　HPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）　352点
注　HPV核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がASC－USと判定された患者又は過去に区分番号K867に掲げる子宮頸部（腟部）切除術、区分番号K867－3に掲げる子宮頸部摘出術（腟部切断術を含む。）若しくは区分番号K867－4に掲げる子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療を行った患者に対して

行った場合に限り算定する。

12　百日咳菌核酸検出、肺炎クラミジア核酸検出　360点

13　インフルエンザ核酸検出、抗酸菌核酸同定、結核菌群核酸検出　410点

14　マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（ＭＡＣ）核酸検出　421点

15　ＨＣＶ核酸定量　424点

16　ＨＢＶ核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出、ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出、ＳＡＲＳコロナウイルス核酸検出、ＨＴＬＶ－１核酸検出、単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量、サイトメガロウイルス核酸定量　450点

17　ＨＩＶ－１核酸定量　520点

注　検体の超遠心による濃縮前処理を加えて行った場合は、濃縮前処理加算として、130点を所定点数に加算する。

18　サイトメガロウイルス核酸検出　825点

19　結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出　850点

20　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出　963点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定する。

21　細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出　1,700点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において実施した場合に算定する。

22　ＨＰＶジェノタイプ判定　2,000点

23　ＨＩＶジェノタイプ薬剤耐性　6,000点

注　６、７、12（百日咳菌核酸検出に限る。）又は13（結核菌群核酸検出に限る。）に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合は、迅速微生物核酸同定・定量検査加算として、100点を所定点数に加算する。

Ｄ０２３－２　その他の微生物学的検査

１　黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白２’（ＰＢＰ２’）定性　55点

２　尿素呼気試験（ＵＢＴ）　70点

３　大腸菌ベロトキシン定性　189点

４　クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンＢ遺伝子検出　450点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において実施した場合に算定する。

Ｄ０２４　削除

（基本的検体検査実施料）

Ｄ０２５　基本的検体検査実施料（１日につき）

１　入院の日から起算して４週間以内の期間　140点

２　入院の日から起算して４週間を超えた期間　110点

注１　特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行った検体検査について算定する。

２　次に掲げる検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。

イ　尿中一般物質定性半定量検査

ロ　尿中特殊物質定性定量検査

ハ　尿沈渣（鏡検法）

ニ　糞便検査（カルプロテクチン（糞便）を除く。）

ホ　穿刺液・採取液検査

ヘ　血液形態・機能検査

ト　出血・凝固検査

チ　造血器腫瘍遺伝子検査

リ　血液化学検査

ヌ　免疫血液学的検査

ＡＢＯ血液型及びRh（Ｄ）血液型

ル　感染症免疫学的検査

梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定性、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）半定量、抗ストレプトリジンＯ（ＡＳＯ）定量、トキソプラズマ抗体定性、トキソプラズマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定性、梅毒血清反応（ＳＴＳ）半定量、梅毒血清反応（ＳＴＳ）定量、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量及びＨＩＶ－１抗体

ヲ　肝炎ウイルス関連検査

ＨＢｓ抗原定性・半定量、ＨＢｓ抗体定性、ＨＢｓ抗体半定量、ＨＢｓ抗原、ＨＢｓ抗体、ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＣＶ構造蛋白及び非構造蛋白抗体定性及びＨＣＶ構造蛋白及び非構造蛋白抗体半定量

ワ　自己抗体検査

寒冷凝集反応及びリウマトイド因子（ＲＦ）定量

カ　血漿蛋白免疫学的検査

Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）定性、Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）、血清補体価（CH_{50}）及び免疫グロブリン

ヨ　微生物学的検査

３　療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第１章第２部第２節に規定するＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第３節に規定する特定入院料を算定している患者については適用しない。

第２款　検体検査判断料

区分

Ｄ０２６　検体検査判断料

１　尿・糞便等検査判断料　34点

２　遺伝子関連・染色体検査判断料　100点

３　血液学的検査判断料　125点

４　生化学的検査(Ⅰ)判断料　144点

５　生化学的検査(Ⅱ)判断料　144点

６　免疫学的検査判断料　144点

７　微生物学的検査判断料　150点

注１　検体検査判断料は該当する検体検査の種類又は回数にかかわらずそれぞれ月１回に限り算定できるものとする。ただし、区分番号Ｄ０２７に掲げる基本的検体検査判断料を算定する患者については、尿・糞便等検査判断料、遺伝子関連・染色体検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅱ)判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料は別に算定しない。

２　注１の規定にかかわらず、区分番号Ｄ０００に掲げる尿中一般物質定性半定量検査の所定点数を算定した場合にあっては、当該検査については尿・糞便等検査判断料は算定しない。

３　区分番号Ｄ００４－２の１、区分番号Ｄ００６－２からＤ００６－９まで、区分番号Ｄ００６－11からＤ００６－20まで及び区分番号Ｄ００６－22からＤ００６－28までに掲げる検査は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。

４　検体検査管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者（検体検査管理加算(Ⅰ)、検体検査管理加算(Ⅱ)及び検体検査管理加算(Ⅳ)については入院中の患者に限る。）１人につき月１回に限り、次に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、いずれかの検体検査管

理加算を算定した場合には、同一月において他の検体検査管理加算は、算定しない。

イ　検体検査管理加算Ⅰ　40点

ロ　検体検査管理加算Ⅱ　100点

ハ　検体検査管理加算Ⅲ　300点

ニ　検体検査管理加算Ⅳ　500点

5　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、検体検査管理加算Ⅰ、検体検査管理加算Ⅱ又は検体検査管理加算Ⅲを算定した場合は、国際標準検査管理加算として、40点を所定点数に加算する。

6　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、難病に関する検査（区分番号Ｄ００６－４に掲げる遺伝学的検査及び区分番号Ｄ００６－２０に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（区分番号Ｄ００６－１９に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を除く。）を実施し、その結果について患者又はその家族等に対し遺伝カウンセリング加算として、患者１人につき月１回に限り、１，０００点を所定点数に加算する。

7　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、区分番号Ｄ００６－１９に掲げるがんゲノムプロファイリング検査を実施し、その結果を文書により報告した場合は、遺伝カウンセリング加算として、240点を所定点数に加算する。

9　区分番号Ｄ０１５の１７に掲げる免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）又は２４に掲げる免疫電気泳動法（特異抗血清）を行った場合に、当該検査に関する専門の知識を有する医師が、その結果を文書により報告した場合は、免疫電気泳動法診断加算として、50点を所定点数に加算する。

Ｄ０２７　基本的検体検査判断料　604点

注１　特定機能病院である保険医療機関において、尿・糞便等検査、血液学的検査、生化学的検査Ⅰ、免疫学的検査又は微生物学的検査の各項に掲げる検体検査を入院中の患者に対して行った場合に、当該検体検査の種類又は回数にかかわらず月１回に限り算定できるものとする。

２　区分番号Ｄ０２６に掲げる検体検査判断料の注４本文及び注５に規定する施設基準に適合しているものとして届出を行った保険医療機関（特定機能病院に限る。）において、検体検査を行った場合には、当該基準に係る区分に従い、患者１人につき月１回に限り、同注に掲げる点数を所定点数に加算する。ただし、同注に掲げる点数のうちいずれかの点数を算定した場合には、同一月において同注に掲げる他の点数は、算定しない。

第２節　削除

第３節　生体検査料

通則

１　新生児又は３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して本節に掲げる検査（次に掲げるものを除く。）を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、各区分に掲げる所定点数にそれぞれ所定点数の１００分の１００又は１００分の７０に相当する点数を加算する。

イ　呼吸機能検査等判断料

ロ　心臓カテーテル法による諸検査

ハ　心電図検査の注に掲げるもの

ニ　負荷心電図検査の注１に掲げるもの

ホ　呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ

ヘ　経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定

ト　経皮的酸素ガス分圧測定

チ　深部体温計による深部体温測定

リ　前頭部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察

ヌ　脳波検査の注２に掲げるもの

ル　脳波検査判断料

ヲ　神経・筋検査判断料

ワ　ラジオアイソトープ検査判断料

カ　内視鏡検査の通則第３号に掲げるもの

ヨ　超音波内視鏡検査を実施した場合の加算

タ　肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法

２　３歳以上６歳未満の幼児に対して区分番号Ｄ２００からＤ２４２までに掲げる検査（次に掲げるものを除く。）、区分番号Ｄ３０６に掲げる食道ファイバースコピー、区分番号Ｄ３０８に掲げる胃・十二指腸ファイバースコピー、区分番号Ｄ３１０に掲げる小腸内視鏡検査、区分番号Ｄ３１２に掲げる直腸ファイバースコピー、区分番号Ｄ３１３に掲げる大腸内視鏡検査、区分番号Ｄ３１７に掲げる膀胱尿道ファイバースコピー又は区分番号Ｄ３２５に掲げる肺臓力テーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法を行った場合は、幼児加算として、各区分に掲げる所定点数に所定点数の１００分の４０に相当する点数を加算する。

イ　呼吸機能検査等判断料

ロ　心臓カテーテル法による諸検査

ハ　心電図検査の注に掲げるもの

ニ　負荷心電図検査の注１に掲げるもの

ホ　呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ

ヘ　経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定

ト　経皮的酸素ガス分圧測定

チ　深部体温計による深部体温測定

リ　前頭部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察

ヌ　脳波検査の注２に掲げるもの

ル　脳波検査判断料

ヲ　神経・筋検査判断料

区分

（呼吸循環機能検査等）

通則

１　区分番号Ｄ２００からＤ２０４までに掲げる呼吸機能検査等については、各所定点数及び区分番号Ｄ２０５に掲げる呼吸機能検査等判断料の所定点数を合算した点数により算定し、区分番号Ｄ２０６からＤ２１４－２までに掲げる呼吸循環機能検査等については、特に規定する場合を除き、同一の患者につき同一月において同一検査を２回以上実施した場合における２回目以降の当該検査の費用は、所定点数の１００分の９０に相当する点数により算定する。

２　使用したガスの費用として、購入価格を１０円で除して得た点数を所定点数に加算する。

Ｄ２００　スパイログラフィー等検査

１　肺気量分画測定（安静換気量測定及び最大換気量測定を含む。）　９０点

２　フローボリューム カーブ（強制呼出曲線を含む。）　１００点

３　機能的残気量測定　１４０点

４　呼気ガス分析　１００点

５　左右別肺機能検査　１，０１０点

Ｄ２０１　換気力学的検査
　１　呼吸抵抗測定
　　イ　広域周波オシレーション法を用いた場合　150点
　　ロ　その他の場合　60点
　２　コンプライアンス測定、気道抵抗測定、肺粘性抵抗測定、１回呼吸法による吸気分布検査　135点
Ｄ２０２　肺内ガス分布
　１　指標ガス洗い出し検査　135点
　２　クロージングボリューム測定　135点
Ｄ２０３　肺胞機能検査
　１　肺拡散能力検査　180点
　２　死腔量測定、肺内シャント検査　135点
Ｄ２０４　基礎代謝測定　85点
Ｄ２０５　呼吸機能検査等判断料　140点
　注　呼吸機能検査等の種類又は回数にかかわらず、月１回に限り算定するものとする。
Ｄ２０６　心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査について）
　１　右心カテーテル　3,600点
　２　左心カテーテル　4,000点
　注１　新生児又は３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該検査を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、１については10,800点又は3,600点を、２については12,000点又は4,000点を、それぞれ所定点数に加算する。
　２　当該検査に当たって、卵円孔又は欠損孔を通しての左心カテーテル検査、経中隔左心カテーテル検査（ブロッケンブロー）、伝導機能検査、ヒス束心電図、診断ペーシング、期外（早期）刺激法による測定・誘発試験、冠攣縮誘発薬物負荷試験又は冠動脈造影を行った場合は、卵円孔・欠損孔加算、ブロッケンブロー加算、伝導機能検査加算、ヒス束心電図加算、診断ペーシング加算、期外刺激法加算、冠攣縮誘発薬物負荷試験加算又は冠動脈造影加算として、それぞれ800点、2,000点、400点、400点、400点、800点、800点又は1,400点を加算する。
　３　血管内超音波検査又は血管内光断層撮影を実施した場合は、血管内超音波検査加算又は血管内光断層撮影加算として、400点を所定点数に加算する。
　４　冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、冠動脈血流予備能測定検査加算として、600点を所定点数に加算する。
　５　循環動態解析装置を用いて冠動脈血流予備能測定検査を実施した場合は、冠動脈血流予備能測定検査加算（循環動態解析装置）として、7,200点を所定点数に加算する。
　６　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、血管内視鏡検査を実施した場合は、血管内視鏡検査加算として、400点を所定点数に加算する。
　７　同一月中に血管内超音波検査、血管内光断層撮影、冠動脈血流予備能測定検査及び血管内視鏡検査のうち、２以上の検査を行った場合には、主たる検査の点数を算定する。
　８　カテーテルの種類、挿入回数によらず一連として算定し、諸監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、肺血流量測定、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、全て所定点数に含まれるものとする。
　９　エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号Ｅ４００に掲げるフィルムの所定点数により算定する。
　10　心腔内超音波検査を実施した場合は、心腔内超音波検査加算として、400点を所定点数に加算する。
Ｄ２０７　体液量等測定
　１　体液量測定、細胞外液量測定　60点
　２　血流量測定、皮膚灌流圧測定、皮弁血流検査、循環血流量測定（色素希釈法によるもの）、電子授受式発消色性インジケーター使用皮膚表面温度測定　100点
　３　心拍出量測定、循環時間測定、循環血液量測定（色素希釈法以外によるもの）、脳循環測定（色素希釈法によるもの）　150点
　注１　心拍出量測定に際してカテーテルを挿入した場合は、心拍出量測定加算として、開始日に限り1,300点を所定点数に加算する。この場合において、挿入に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
　２　カテーテルの交換の有無にかかわらず一連として算定する。
　４　血管内皮機能検査（一連につき）　200点
　５　脳循環測定（笑気法によるもの）　1,350点
Ｄ２０８　心電図検査
　１　四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導　130点
　２　ベクトル心電図、体表ヒス束心電図　150点
　３　携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査　150点
　４　加算平均心電図による心室遅延電位測定　200点
　５　その他（６誘導以上）　90点
　注　当該保険医療機関以外の医療機関で描写した心電図について診断を行った場合は、１回につき70点とする。
Ｄ２０９　負荷心電図検査
　１　四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導　380点
　２　その他（６誘導以上）　190点
　注１　当該保険医療機関以外の医療機関で描写した負荷心電図について診断を行った場合は、１回につき70点とする。
　２　区分番号Ｄ２０８に掲げる心電図検査であって、同一の患者につき、負荷心電図検査と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。
Ｄ２１０　ホルター型心電図検査
　１　30分又はその端数を増すごとに　90点
　２　８時間を超えた場合　1,750点
　注　解析に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。
Ｄ２１０－２　体表面心電図、心外膜興奮伝播図　1,500点
Ｄ２１０―３　植込型心電図検査　90点
　注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
　２　30分又はその端数を増すごとに算定する。
　３　解析に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。
Ｄ２１０－４　Ｔ波オルタナンス検査　1,100点
Ｄ２１１　トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査　1,600点
　注１　負荷の回数又は種類にかかわらず所定点数により算定する。
　２　区分番号Ｄ２００に掲げるスパイログラフィー等検査又は区分番号Ｄ２０８に掲げる心電図検査であって、同一の患者につき当該検査と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。
　３　運動療法における運動処方の作成、心・肺疾患の病態や重症度の判定、治療方針の決定又は治療効果の判定を目的として連続呼気ガス分析を行った場合には、連続呼気ガス分析加算として、520点を所定点数に加算する。
Ｄ２１１－２　喘息運動負荷試験　800点
　注　喘息の気道反応性の評価、治療方針の決定等を目的として行った場合に算定する。
Ｄ２１１－３　時間内歩行試験　200点
　注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

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

Ｄ２１１－４　シャトルウォーキングテスト　200点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

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

Ｄ２１２　リアルタイム解析型心電図　600点

Ｄ２１２－２　携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査　500点

Ｄ２１３　心音図検査　150点

Ｄ２１４　脈波図、心機図、ポリグラフ検査

１　１検査　60点

２　２検査　80点

３　３又は４検査　130点

４　５又は６検査　180点

５　７検査以上　220点

６　血管伸展性検査　100点

注１　数種目を行った場合でも同時に記録を行った最高検査数により算定する。

２　脈波図、心機図又はポリグラフ検査の一部として記録した心電図は、検査数に数えない。

３　検査の実施ごとに１から６までに掲げる所定点数を算定する。

Ｄ２１４－２　エレクトロキモグラフ　260点

（超音波検査等）

通則

区分番号Ｄ２１５（３のニの場合を除く。）及びＤ２１６に掲げる超音波検査等について、同一患者につき同一月において同一検査を２回以上実施した場合における２回目以降の当該検査の費用は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

Ｄ２１５　超音波検査（記録に要する費用を含む。）

１　Ａモード法　150点

２　断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）

イ　訪問診療時に行った場合　400点

注　訪問診療時に行った場合は、月１回に限り算定する。

ロ　その他の場合

(1)　胸腹部　530点

(2)　下肢血管　450点

(3)　その他（頭頸部、四肢、体表、末梢血管等）　350点

３　心臓超音波検査

イ　経胸壁心エコー法　880点

ロ　Ｍモード法　500点

ハ　経食道心エコー法　1,500点

ニ　胎児心エコー法　300点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、月１回に限り算定する。

２　当該検査に伴って診断を行った場合は、胎児心エコー法診断加算として、1,000点を所定点数に加算する。

ホ　負荷心エコー法　2,010点

４　ドプラ法（１日につき）

イ　胎児心音観察、末梢血管血行動態検査　20点

ロ　脳動脈血流速度連続測定　150点

ハ　脳動脈血流速度マッピング法　400点

５　血管内超音波法　4,290点

注１　２又は３について、造影剤を使用した場合は、造影剤使用加算として、180点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔に係るものを除く。）は、加算点数に含まれるものとする。

２　２について、パルスドプラ法を行った場合は、パルスドプラ法加算として、150点を所定点数に加算する。

３　心臓超音波検査に伴って同時に記録した心電図、心音図、脈波図及び心機図の検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。

４　ドプラ法について、口及びハを併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

５　血管内超音波法について、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。

６　血管内超音波法と同一月中に行った血管内視鏡検査は所定点数に含まれるものとする。

７　４のロについて、微小栓子シグナル（ＨＩＴＳ／ＭＥＳ）の検出を行った場合は、微小栓子シグナル加算として、150点を所定点数に加算する。

Ｄ２１５－２　肝硬度測定　200点

Ｄ２１５－３　超音波エラストグラフィー　200点

注　区分番号Ｄ２１５－２に掲げる肝硬度測定を算定する患者については、大腿骨頸部骨密度測定の費用は別に算定しない。

Ｄ２１５－４　超音波減衰法検査　200点

注　区分番号Ｄ２１５－２に掲げる肝硬度測定又は区分番号Ｄ２１５－３に掲げる超音波エラストグラフィーを算定する患者については、当該検査の費用は別に算定しない。

Ｄ２１６　サーモグラフィー検査（記録に要する費用を含む。）　200点

注　負荷検査を行った場合は、負荷検査加算として、負荷の種類又は回数にかかわらず100点を所定点数に加算する。

Ｄ２１６－２　残尿測定検査

１　超音波検査によるもの　55点

２　導尿によるもの　45点

注　残尿測定検査は、患者１人につき月２回に限り算定する。

Ｄ２１７　骨塩定量検査

１　ＤＥＸＡ法による腰椎撮影　360点

注　同一日にＤＥＸＡ法により大腿骨撮影を行った場合には、大腿骨同時撮影加算として、90点を所定点数に加算する。

２　ＲＥＭＳ法（腰椎）　140点

注　同一日にＲＥＭＳ法により大腿骨の骨塩定量検査を行った場合には、大腿骨同時検査加算として、55点を所定点数に加算する。

３　ＭＤ法、ＳＥＸＡ法等　140点

４　超音波法　80点

注　検査の種類にかかわらず、患者１人につき４月に１回に限り算定する。

（監視装置による諸検査）

Ｄ２１８　分娩監視装置による諸検査

１　１時間以内の場合　510点

２　１時間を超え１時間30分以内の場合　700点

３　１時間30分を超えた場合　890点

Ｄ２１９　ノンストレステスト（一連につき）　210点
Ｄ２２０　呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ
　１　１時間以内又は１時間につき　50点
　２　３時間を超えた場合（１日につき）
　　イ　７日以内の場合　150点
　　ロ　７日を超え14日以内の場合　130点
　　ハ　14日を超えた場合　50点
　注１　心電曲線及び心拍数のいずれも観察した場合に算定する。
　　２　呼吸曲線を同時に観察した場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。
　　３　人工呼吸と同時に行った呼吸心拍監視の費用は、人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。
　　４　同一の患者につき、区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔と同一日に行われた場合における当該検査の費用は、当該麻酔の費用に含まれる。
Ｄ２２１　削除
Ｄ２２１－２　筋肉コンパートメント内圧測定　620点
　注　筋肉コンパートメント内圧測定は骨折、外傷性の筋肉内出血、長時間の圧迫又は動脈損傷等により、臨床的に疼痛、皮膚蒼白、脈拍消失、感覚異常及び麻痺を認める等、急性のコンパートメント症候群が疑われる患者に対して、同一部位の診断を行う場合に、測定の回数にかかわらず１回のみ算定する。
Ｄ２２２　経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定
　１　１時間以内又は１時間につき　100点
　２　５時間を超えた場合（１日につき）　630点
Ｄ２２２－２　経皮的酸素ガス分圧測定（１日につき）　100点
Ｄ２２３　経皮的動脈血酸素飽和度測定（１日につき）　35点
　注　人工呼吸と同時に行った経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は、人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。
Ｄ２２３－２　終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定（一連につき）　100点
Ｄ２２４　終末呼気炭酸ガス濃度測定（１日につき）　100点
Ｄ２２５　観血的動脈圧測定（カテーテルの挿入に要する費用及びエックス線透視の費用を含む。）
　１　１時間以内の場合　130点
　２　１時間を超えた場合（１日につき）　260点
　注　カテーテルの交換の有無にかかわらず一連として算定する。
Ｄ２２５－２　非観血的連続血圧測定（１日につき）　100点
　注　人工呼吸と同時に行った非観血的連続血圧測定の費用は、人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。
Ｄ２２５－３　24時間自由行動下血圧測定　200点
Ｄ２２５－４　ヘッドアップティルト試験　1,030点
　注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
Ｄ２２６　中心静脈圧測定（１日につき）
　１　４回以下の場合　120点
　２　５回以上の場合　240点
　注　カテーテルの交換の有無にかかわらず一連として算定する。
Ｄ２２７　頭蓋内圧持続測定
　１　１時間以内又は１時間につき　200点
　２　３時間を超えた場合（１日につき）　800点
Ｄ２２８　深部体温計による深部体温測定（１日につき）　100点
Ｄ２２９　前額部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察（１日につき）　100点
Ｄ２３０　観血的肺動脈圧測定
　１　１時間以内又は１時間につき　180点
　２　２時間を超えた場合（１日につき）　570点
　注１　バルーン付肺動脈カテーテルを挿入した場合は、バルーン付肺動脈カテーテル挿入加算として、開始日に限り1,300点を所定点数に加算する。この場合において、挿入に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
　　２　カテーテルの交換の有無にかかわらず一連として算定する。
Ｄ２３１　人工膵臓検査（一連につき）　5,000点
　注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
Ｄ２３１－２　皮下連続式グルコース測定（一連につき）　700点
　注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
　　２　注１に規定する届出を行った診療所において行われる場合は、６月に２回に限り算定する。
Ｄ２３２　食道内圧測定検査　780点
Ｄ２３３　直腸肛門機能検査
　１　１項目行った場合　800点
　２　２項目以上行った場合　1,200点
　注　直腸肛門機能検査は、患者１人につき月１回に限り算定する。
Ｄ２３４　胃・食道内24時間ｐＨ測定　2,000点
（脳波検査等）
通則
　区分番号Ｄ２３５からＤ２３７－２までに掲げる脳波検査等については、各所定点数及び区分番号Ｄ２３８に掲げる脳波検査判断料の所定点数を合算した点数により算定する。
Ｄ２３５　脳波検査（過呼吸、光及び音刺激による負荷検査を含む。）　720点
　注１　検査に当たって睡眠賦活検査又は薬物賦活検査を行った場合は、賦活検査加算として、これらの検査の別にかかわらず250点を所定点数に加算する。
　　２　当該保険医療機関以外の医療機関で描写した脳波について診断を行った場合は、１回につき70点とする。
Ｄ２３５－２　長期継続頭蓋内脳波検査（１日につき）　500点
　注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
Ｄ２３５－３　長期脳波ビデオ同時記録検査（１日につき）
　１　長期脳波ビデオ同時記録検査１　3,500点
　２　長期脳波ビデオ同時記録検査２　900点
　注　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
Ｄ２３６　脳誘発電位検査（脳波検査を含む。）
　１　体性感覚誘発電位　850点
　２　視覚誘発電位　850点
　３　聴性誘発反応検査、脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査、中間潜時反応聴力検査　850点
　注　２種類以上行った場合は、主たるもののみ算定する。
　４　聴性定常反応　1,010点
Ｄ２３６－２　光トポグラフィー
　１　脳外科手術の術前検査に使用するもの　670点
　２　抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの
　　イ　地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合　400点

ロ　イ以外の場合　200点

注１　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

Ｄ２３６－３　脳磁図

１　自発活動を測定するもの　17,100点

２　その他のもの　5,100点

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、てんかんの診断を目的として行われる場合に限り算定する。

２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー

１　携帯用装置を使用した場合　720点

２　多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合　250点

３　１及び２以外の場合

イ　安全精度管理下で行うもの　4,760点

ロ　その他のもの　3,570点

注　３のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）　5,000点

Ｄ２３８　脳波検査判断料

１　脳波検査判断料１　350点

２　脳波検査判断料２　180点

注１　脳波検査等の種類又は回数にかかわらず月１回に限り算定するものとする。

２　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

３　遠隔脳波診断を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が脳波検査判断料１の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において常勤の医師が脳波診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、脳波検査判断料１を算定することができる。

（神経・筋検査）

通則

区分番号Ｄ２３９からＤ２４０までに掲げる神経・筋検査については、各所定点数及び区分番号Ｄ２４１に掲げる神経・筋検査判断料の所定点数を合算した点数により算定する。

Ｄ２３９　筋電図検査

１　筋電図（１肢につき（針電極にあっては１筋につき））　320点

２　誘発筋電図（神経伝導速度測定を含む。）（１神経につき）　200点

３　中枢神経磁気刺激による誘発筋電図（一連につき）　800点

４　単線維筋電図（一連につき）　1,500点

注１　２については、２神経以上に対して行う場合には、複数神経加算として、１神経を増すごとに150点を所定点数に加算する。ただし、加算点数は1,050点を超えないものとする。

２　３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合には、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

３　４については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

Ｄ２３９－２　電流知覚閾値測定（一連につき）　200点

Ｄ２３９－３　神経学的検査　500点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

Ｄ２３９－４　全身温熱発汗試験　600点

Ｄ２３９－５　精密知覚機能検査　280点

Ｄ２４０　神経・筋負荷テスト

１　テンシロンテスト（ワゴスチグミン眼筋力テストを含む。）　130点

２　瞳孔薬物負荷テスト　130点

３　乏血運動負荷テスト（乳酸測定等を含む。）　200点

Ｄ２４１　神経・筋検査判断料　180点

注　神経・筋検査等の種類又は回数にかかわらず月１回に限り算定するものとする。

Ｄ２４２　尿水力学的検査

１　膀胱内圧測定　260点

２　尿道圧測定図　260点

３　尿流測定　205点

４　括約筋筋電図　310点

（耳鼻咽喉科学的検査）

Ｄ２４３　削除

Ｄ２４４　自覚的聴力検査

１　標準純音聴力検査、自記オージオメーターによる聴力検査　350点

２　標準語音聴力検査、ことばのききとり検査　350点

３　簡易聴力検査

イ　気導純音聴力検査　110点

ロ　その他（種目数にかかわらず一連につき）　40点

４　後迷路機能検査（種目数にかかわらず一連につき）　400点

５　内耳機能検査（種目数にかかわらず一連につき）、耳鳴検査（種目数にかかわらず一連につき）　400点

６　中耳機能検査（種目数にかかわらず一連につき）　150点

Ｄ２４４－２　補聴器適合検査

１　１回目　1,300点

２　２回目以降　700点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、患者１人につき月２回に限り算定する。

Ｄ２４５　鼻腔通気度検査　300点

Ｄ２４６　アコースティックオトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査　100点

Ｄ２４７　他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査

１　鼓膜音響インピーダンス検査　290点

２　チンパノメトリー　340点

３　耳小骨筋反射検査　450点

４　遊戯聴力検査　500点

５　耳音響放射（ＯＡＥ）検査

イ　自発耳音響放射（ＳＯＡＥ）　100点

ロ　その他の場合　300点

Ｄ２４８　耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定　450点

Ｄ２４９　蝸電図　750点

Ｄ２５０　平衡機能検査

１　標準検査（一連につき）　20点

２　刺激又は負荷を加える特殊検査（１種目につき）　120点

３　頭位及び頭位変換眼振検査
イ　赤外線ＣＣＤカメラ等による場合　300点
ロ　その他の場合　140点
４　電気眼振図（誘導数にかかわらず一連につき）
イ　皿電極により４誘導以上の記録を行った場合　400点
ロ　その他の場合　260点
５　重心動揺計、下肢加重検査、フォースプレート分析、動作分析検査　250点
６　ビデオヘッドインパルス検査　300点
注　５について、パワー・ベクトル分析を行った場合には、パワー・ベクトル分析加算として200点を、刺激又は負荷を加えた場合には、刺激又は負荷加算として、１種目につき120点を所定点数に加算する。

Ｄ２５１　音声言語医学的検査
１　喉頭ストロボスコピー　450点
２　音響分析　450点
３　音声機能検査　450点

Ｄ２５２　扁桃マッサージ法　40点

Ｄ２５３　嗅覚検査
１　基準嗅覚検査　450点
２　静脈性嗅覚検査　45点

Ｄ２５４　電気味覚検査（一連につき）　300点
（眼科学的検査）

通則
コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、区分番号Ｄ２８２－３に掲げるコンタクトレンズ検査料のみ算定する。

Ｄ２５５　精密眼底検査（片側）　56点

Ｄ２５５－２　汎網膜硝子体検査（片側）　150点
注　患者１人につき月１回に限り算定する。ただし、汎網膜硝子体検査と併せて行った、区分番号Ｄ２５５に掲げる精密眼底検査（片側）、Ｄ２５７に掲げる細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）又はＤ２７３に掲げる細隙灯顕微鏡検査（前眼部）に係る費用は所定点数に含まれるものとする。

Ｄ２５６　眼底カメラ撮影
１　通常の方法の場合
イ　アナログ撮影　54点
ロ　デジタル撮影　58点
２　蛍光眼底法の場合　400点
３　自発蛍光撮影法の場合　510点
注１　使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を所定点数に加算する。（１のロの場合を除く。）
２　広角眼底撮影を行った場合は、広角眼底撮影加算として、100点を所定点数に加算する。

Ｄ２５６－２　眼底三次元画像解析　200点
注　患者１人につき月１回に限り算定する。ただし、眼底三次元画像解析と併せて行った、区分番号Ｄ２５６の１に掲げる眼底カメラ撮影の通常の方法の場合に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｄ２５６－３　光干渉断層血管撮影　400点
注　光干渉断層血管撮影は、患者１人につき月１回に限り算定する。ただし、当該検査と併せて行った、区分番号Ｄ２５６に掲げる眼底カメラ撮影に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｄ２５７　細隙灯顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）　112点
注　使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を所定点数に加算する。

Ｄ２５８　網膜電位図（ＥＲＧ）　230点

Ｄ２５８－２　網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）　500点

Ｄ２５８－３　黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図　800点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

Ｄ２５９　精密視野検査（片側）　38点

Ｄ２６０　量的視野検査（片側）
１　動的量的視野検査　195点
２　静的量的視野検査　290点

Ｄ２６１　屈折検査
１　６歳未満の場合　69点
２　１以外の場合　69点
注　１について、弱視又は不同視と診断された患者に対して、眼鏡処方箋の交付を行わずに矯正視力検査を実施した場合には、小児矯正視力検査加算として、35点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｄ２６３に掲げる矯正視力検査は算定しない。

Ｄ２６２　調節検査　70点

Ｄ２６３　矯正視力検査
１　眼鏡処方箋の交付を行う場合　69点
２　１以外の場合　69点

Ｄ２６３－２　コントラスト感度検査　207点
注　コントラスト感度検査は、患者１人につき手術の前後においてそれぞれ１回に限り算定する。

Ｄ２６４　精密眼圧測定　82点
注　水分の多量摂取、薬剤の注射、点眼、暗室試験等の負荷により測定を行った場合は、負荷測定加算として、55点を所定点数に加算する。

Ｄ２６５　角膜曲率半径計測　84点

Ｄ２６５－２　角膜形状解析検査　105点
注　角膜形状解析検査は、患者１人につき月１回に限り算定する。ただし、当該検査と同一月内に行った区分番号Ｄ２６５に掲げる角膜曲率半径計測は所定点数に含まれるものとする。

Ｄ２６６　光覚検査　42点

Ｄ２６７　色覚検査
１　アノマロスコープ又は色相配列検査を行った場合　70点
２　１以外の場合　48点

Ｄ２６８　眼筋機能精密検査及び輻輳検査　48点

Ｄ２６９　眼球突出度測定　38点

Ｄ２６９－２　光学的眼軸長測定　150点

Ｄ２７０　削除

Ｄ２７０－２　ロービジョン検査判断料　250点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に１月に１回に限り算定する。

Ｄ２７１　角膜知覚計検査　38点

Ｄ２７２　両眼視機能精密検査、立体視検査（三杆法又はステレオテスト法による）、網膜対応検査（残像法又はバゴリニ線条試験による）　48点

Ｄ２７３　細隙灯顕微鏡検査（前眼部）　48点
注　使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を所定点数に加算する。

Ｄ２７４　前房隅角検査　38点

Ｄ２７４－２　前眼部三次元画像解析　265点
注　前眼部三次元画像解析は、患者１人につき月１回に限り算定する。ただし、当該

検査と併せて行った区分番号Ｄ２６５－２に掲げる角膜形状解析検査及び区分番号Ｄ２７４に掲げる前房隅角検査に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｄ２７５　圧迫隅角検査　76点

Ｄ２７５－２　前房水漏出検査　149点

注　緑内障濾過手術後の患者であって、術後から１年を経過していないものについて、前房水漏出が強く疑われる症例に対して当該検査を行った場合に限り算定する。

Ｄ２７６　削除

Ｄ２７７　涙液分泌機能検査、涙管通水・通色素検査　38点

Ｄ２７７－２　涙道内視鏡検査　640点

注　同一日に区分番号Ｋ２０２に掲げる涙管チューブ挿入術を実施した場合には、涙道内視鏡検査は算定できない。

Ｄ２７８　眼球電位図（ＥＯＧ）　280点

Ｄ２７９　角膜内皮細胞顕微鏡検査　160点

Ｄ２８０　レーザー前房蛋白細胞数検査　160点

Ｄ２８１　瞳孔機能検査（電子瞳孔計使用）　160点

Ｄ２８２　中心フリッカー試験　38点

Ｄ２８２－２　行動観察による視力検査

１　ＰＬ（Preferential Looking）法　100点

２　乳幼児視力測定（テラーカード等によるもの）　60点

Ｄ２８２－３　コンタクトレンズ検査料

１　コンタクトレンズ検査料１　200点

２　コンタクトレンズ検査料２　180点

３　コンタクトレンズ検査料３　56点

４　コンタクトレンズ検査料４　50点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料１、２又は３を算定し、当該保険医療機関以外の保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものにおいて、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料４を算定する。

２　注１により当該検査料を算定する場合は、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注９及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注７に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。

３　当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去にコンタクトレンズの装用を目的に受診したことのある患者について、当該検査料を算定した場合は、区分番号Ａ０００に掲げる初診料は算定せず、区分番号Ａ００１に掲げる再診料又は区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料を算定する。

（皮膚科学的検査）

Ｄ２８２－４　ダーモスコピー　72点

注　検査の回数又は部位数にかかわらず、４月に１回に限り算定する。

（臨床心理・神経心理検査）

Ｄ２８３　発達及び知能検査

１　操作が容易なもの　80点

２　操作が複雑なもの　280点

３　操作と処理が極めて複雑なもの　450点

注　同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの１種類のみの所定点数により算定する。

Ｄ２８４　人格検査

１　操作が容易なもの　80点

２　操作が複雑なもの　280点

３　操作と処理が極めて複雑なもの　450点

注　同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの１種類のみの所定点数により算定する。

Ｄ２８５　認知機能検査その他の心理検査

１　操作が容易なもの

イ　簡易なもの　80点

ロ　その他のもの　80点

２　操作が複雑なもの　280点

３　操作と処理が極めて複雑なもの　450点

注　同一日に複数の検査を行った場合であっても、主たるもの１種類のみの所定点数により算定する。

（負荷試験等）

Ｄ２８６　肝及び腎のクリアランステスト　150点

注１　検査に当たって、尿管カテーテル法、膀胱尿道ファイバースコピー又は膀胱尿道鏡検査を行った場合は、区分番号Ｄ３１８に掲げる尿管カテーテル法、Ｄ３１７に掲げる膀胱尿道ファイバースコピー又はＤ３１７－２に掲げる膀胱尿道鏡検査の所定点数を併せて算定する。

２　検査に伴って行った注射、採血及び検体測定の費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｄ２８６－２　イヌリンクリアランス測定　1,280点

Ｄ２８７　内分泌負荷試験

１　下垂体前葉負荷試験

イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）　1,200点

注　患者１人につき月２回に限り算定する。

ロ　ゴナドトロピン（ＬＨ及びＦＳＨ）（一連として月１回）　1,600点

ハ　甲状腺刺激ホルモン（ＴＳＨ）（一連として月１回）　1,200点

ニ　プロラクチン（ＰＲＬ）（一連として月１回）　1,200点

ホ　副腎皮質刺激ホルモン（ＡＣＴＨ）（一連として月１回）　1,200点

２　下垂体後葉負荷試験（一連として月１回）　1,200点

３　甲状腺負荷試験（一連として月１回）　1,200点

４　副甲状腺負荷試験（一連として月１回）　1,200点

５　副腎皮質負荷試験

イ　鉱質コルチコイド（一連として月１回）　1,200点

ロ　糖質コルチコイド（一連として月１回）　1,200点

６　性腺負荷試験（一連として月１回）　1,200点

注１　１月に3,600点を限度として算定する。

２　負荷試験に伴って行った注射、採血及び検体測定の費用は、採血回数及び測定回数にかかわらず、所定点数に含まれるものとする。ただし、区分番号Ｄ４１９の５に掲げる副腎静脈サンプリングを行った場合は、当該検査の費用は別に算定できる。

Ｄ２８８　糖負荷試験

１　常用負荷試験（血糖及び尿糖検査を含む。）　200点

２　耐糖能精密検査（常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中Ｃ－ペプチド測定を行った場合）、グルカゴン負荷試験　900点

注　注射、採血及び検体測定の費用は、採血回数及び測定回数にかかわらず所定点数に含まれるものとする。

Ｄ２８９　その他の機能テスト

１　膵機能テスト（ＰＦＤテスト）　100点

２　肝機能テスト（ＩＣＧ１回又は２回法、ＢＳＰ２回法）、ビリルビン負荷試験、馬尿酸合成試験、フィッシュバーグ、水利尿試験、アジスカウント（Addis尿沈渣

定量検査）、モーゼンタール法、ヨードカリ試験　100点
３　胆道機能テスト、胃液分泌刺激テスト　700点
４　セクレチン試験　3,000点
注　検査に伴って行った注射、検体採取、検体測定及びエックス線透視の費用は、全て所定点数に含まれるものとする。

Ｄ２９０　卵管通気・通水・通色素検査、ルピンテスト　100点

Ｄ２９０－２　尿失禁定量テスト（パッドテスト）　100点

Ｄ２９１　皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量（ＭＥＤ）測定
１　21箇所以内の場合（１箇所につき）　16点
２　22箇所以上の場合（一連につき）　350点

Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査　1,000点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、16歳未満の患者に対して食物アレルギー負荷検査を行った場合に、年３回に限り算定する。
２　小児食物アレルギー負荷検査に係る投薬、注射及び処置の費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｄ２９１－３　内服・点滴誘発試験　1,000点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、２月に１回に限り算定する。

（ラジオアイソトープを用いた諸検査）

通則

区分番号Ｄ２９２及びＤ２９３に掲げるラジオアイソトープを用いた諸検査については、各区分の所定点数及び区分番号Ｄ２９４に掲げるラジオアイソトープ検査判断料の所定点数を合算した点数により算定する。

Ｄ２９２　体外からの計測によらない諸検査
１　循環血液量測定、血漿量測定　480点
２　血球量測定　800点
３　吸収機能検査、赤血球寿命測定　1,550点
４　造血機能検査、血小板寿命測定　2,600点
注１　同一のラジオアイソトープを用いて区分番号Ｄ２９２若しくはＤ２９３に掲げる検査又は区分番号Ｅ１００からＥ１０１－４までに掲げる核医学診断のうちいずれか２以上を行った場合の検査料又は核医学診断料は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。
２　検査に数日を要した場合であっても同一のラジオアイソトープを用いた検査は、一連として１回の算定とする。
３　核種が異なる場合であっても同一の検査とみなすものとする。

Ｄ２９３　シンチグラム（画像を伴わないもの）
１　甲状腺ラジオアイソトープ摂取率（一連につき）　365点
２　レノグラム、肝血流量（ヘパトグラム）　575点
注　核種が異なる場合であっても同一の検査とみなすものとする。

Ｄ２９４　ラジオアイソトープ検査判断料　110点
注　ラジオアイソトープを用いた諸検査の種類又は回数にかかわらず月１回に限り算定するものとする。

（内視鏡検査）

通則

１　超音波内視鏡検査を実施した場合は、超音波内視鏡検査加算として、300点を所定点数に加算する。

２　区分番号Ｄ２９５からＤ３２３まで及びＤ３２５に掲げる内視鏡検査について、同一の患者につき同一月において同一検査を２回以上実施した場合における２回目以降の当該検査の費用は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

３　当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合は、１回につき70点とする。

４　写真診断を行った場合は、使用したフィルムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を所定点数に加算する。

５　緊急のために休日に内視鏡検査を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である内視鏡検査（区分番号Ｄ３２４及びＤ３２５に掲げるものを除く。）を行った場合において、当該内視鏡検査の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。
イ　休日加算　所定点数の100分の80に相当する点数
ロ　時間外加算（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。）　所定点数の100分の40に相当する点数
ハ　深夜加算　所定点数の100分の80に相当する点数
ニ　イからハまでにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である内視鏡検査を行った場合　所定点数の100分の40に相当する点数

Ｄ２９５　関節鏡検査（片側）　760点

Ｄ２９６　喉頭直達鏡検査　190点

Ｄ２９６－２　鼻咽腔直達鏡検査　220点

Ｄ２９７　削除

Ｄ２９８　嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー（部位を問わず一連につき）　600点

Ｄ２９８－２　内視鏡下嚥下機能検査　720点

Ｄ２９９　喉頭ファイバースコピー　600点

Ｄ３００　中耳ファイバースコピー　240点

Ｄ３００－２　顎関節鏡検査（片側）　1,000点

Ｄ３０１　削除

Ｄ３０２　気管支ファイバースコピー　2,500点
注　気管支肺胞洗浄法検査を同時に行った場合は、気管支肺胞洗浄法検査同時加算として、200点を所定点数に加算する。

Ｄ３０２－２　気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査　320点

Ｄ３０３　胸腔鏡検査　7,200点

Ｄ３０４　縦隔鏡検査　7,000点

Ｄ３０５　削除

Ｄ３０６　食道ファイバースコピー　800点
注１　粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。
２　拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。

Ｄ３０７　削除

Ｄ３０８　胃・十二指腸ファイバースコピー　1,140点
注１　胆管・膵管造影法を行った場合は、胆管・膵管造影法加算として、600点を所定点数に加算する。ただし、諸監視、造影剤注入手技及びエックス線診断の費用（フィルムの費用は除く。）は所定点数に含まれるものとする。
２　粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。
３　胆管・膵管鏡を用いて行った場合は、胆管・膵管鏡加算として、2,800点を所定点数に加算する。
４　拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。

Ｄ３０９　胆道ファイバースコピー　4,000点

Ｄ３１０　小腸内視鏡検査

1　バルーン内視鏡によるもの　6,800点
2　スパイラル内視鏡によるもの　6,800点
3　カプセル型内視鏡によるもの　1,700点
4　その他のもの　1,700点

注1　2種類以上行った場合は、主たるもののみ算定する。
2　3について、15歳未満の患者に対して、内視鏡的挿入補助具を用いて行った場合は、内視鏡的留置術加算として、260点を所定点数に加算する。
3　4について、粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。

D310－2　消化管通過性検査　600点
D311　直腸鏡検査　300点
D311－2　肛門鏡検査　200点
D312　直腸ファイバースコピー　550点

注　粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。

D312－2　回腸瘻ファイバースコピー　550点
D313　大腸内視鏡検査
1　ファイバースコピーによるもの
イ　S状結腸　900点
ロ　下行結腸及び横行結腸　1,350点
ハ　上行結腸及び盲腸　1,550点
2　カプセル型内視鏡によるもの　1,550点

注1　粘膜点墨法を行った場合は、粘膜点墨法加算として、60点を所定点数に加算する。
2　拡大内視鏡を用いて、狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。
3　1のハについて、バルーン内視鏡を用いて行った場合は、バルーン内視鏡加算として、450点を所定点数に加算する。
4　2について、15歳未満の患者に対して、内視鏡的挿入補助具を用いて行った場合は、内視鏡的留置術加算として、260点を所定点数に加算する。

D314　腟鏡検査　2,270点
D315　腟腔ファイバースコピー　2,160点
D316　クルドスコピー　400点
D317　膀胱尿道ファイバースコピー　950点

注　狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。

D317－2　膀胱尿道鏡検査　890点

注　狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。

D318　尿管カテーテル法（ファイバースコープによるもの）（両側）　1,200点

注　膀胱尿道ファイバースコピー及び膀胱尿道鏡検査の費用は、所定点数に含まれるものとする。

D319　腎盂尿管ファイバースコピー（片側）　1,800点
D320　ヒステロスコピー　620点
D321　コルポスコピー　210点
D322　子宮ファイバースコピー　800点
D323　乳管鏡検査　960点
D324　血管内視鏡検査　2,040点

注1　血管内視鏡検査は、患者1人につき月1回に限り算定する。
2　呼吸心拍監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、造影剤注入手技及びエックス線診断の費用（フィルムの費用は除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

D325　肺腫カテーテル法、肝腫カテーテル法、膵腫カテーテル法　3,600点

注1　新生児又は3歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して当該検査を行った場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ10,800点又は3,600点を所定点数に加算する。
2　カテーテルの種類、挿入回数によらず一連として算定し、諸監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、肺血流量測定、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、全て所定点数に含まれるものとする。
3　エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号Ｅ４００に掲げるフィルムの所定点数により算定する。

第4節　診断穿刺・検体採取料

通則

1　手術に当たって診断穿刺又は検体採取を行った場合は算定しない。
2　処置の部に共通の項目は、同一日に算定できない。

区分

D400　血液採取（1日につき）
1　静脈　37点
2　その他　6点

注1　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。
2　6歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、30点を所定点数に加算する。
3　血液回路から採血した場合は算定しない。

D401　腟穿刺　500点

注　6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。

D402　後頭下穿刺　300点

注　6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。

D403　腰椎穿刺、胸椎穿刺、頭蓋穿刺（脳脊髄圧測定を含む。）　220点

注　6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。

D404　骨髄穿刺
1　胸骨　260点
2　その他　280点

注　6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。

D404－2　骨髄生検　730点

注　6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。

D405　関節穿刺（片側）　100点

注　3歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。

D406　上顎洞穿刺（片側）　60点
D406－2　扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺（片側）　180点
D407　腎盂胞又は水腎症穿刺　240点

注　6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。

D408　ダグラス窩穿刺　240点
D409　リンパ節等穿刺又は針生検　200点
D409－2　センチネルリンパ節生検（片側）
1　併用法　5,000点
2　単独法　3,000点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳がんの患者に対して、1については放射性同位元素及び色素を用いて行った場合に、2については放射性同位元素又は色素を用いて行った場合に算定する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

D410　乳腺穿刺又は針生検（片側）　690点
1　生検針によるもの

２　その他　200点
Ｄ４１１　甲状腺穿刺又は針生検　150点
Ｄ４１２　経皮的針生検法（透視、心電図検査及び超音波検査を含む。）　1,600点
Ｄ４１２－２　経皮的腎生検法　2,000点
Ｄ４１３　前立腺針生検法
１　ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの　8,210点
２　その他のもの　1,540点
注　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合に限り算定する。
Ｄ４１４　内視鏡下生検法（１臓器につき）　310点
Ｄ４１４－２　超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（ＥＵＳ－ＦＮＡ）　4,800点
Ｄ４１５　経気管肺生検法　4,800点
注１　ガイドシースを用いた超音波断層法を併せて行った場合は、ガイドシース加算として、500点を所定点数に加算する。
２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ＣＴ透視下に当該検査を行った場合は、ＣＴ透視下気管支鏡検査加算として、1,000点を所定点数に加算する。
３　プローブ型顕微内視鏡を用いて行った場合は、顕微内視鏡加算として、1,500点を所定点数に加算する。ただし、注１に規定するガイドシース加算は別に算定できない。
Ｄ４１５－２　超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法（ＥＢＵＳ－ＴＢＮＡ）　5,500点
Ｄ４１５－３　経気管肺生検法（ナビゲーションによるもの）　5,500点
Ｄ４１５－４　経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合）　5,000点
注　ガイドシースを用いた超音波断層法を併せて行った場合は、ガイドシース加算として、500点を所定点数に加算する。
Ｄ４１５－５　経気管支凍結生検法　5,500点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
Ｄ４１６　臓器穿刺、組織採取
１　開胸によるもの　9,070点
２　開腹によるもの（腎を含む。）　5,550点
注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、2,000点を所定点数に加算する。
Ｄ４１７　組織試験採取、切採法
１　皮膚（皮下、筋膜、腱及び腱鞘を含む。）　500点
２　筋肉（心筋を除く。）　1,500点
３　骨、骨盤、脊椎　4,600点
４　眼
イ　後眼部　650点
ロ　その他（前眼部を含む。）　350点
５　耳　400点
６　鼻、副鼻腔　400点
７　口腔　400点
８　咽頭、喉頭　650点
９　甲状腺　650点
10　乳腺　650点
11　直腸　650点
12　精巣（睾丸）、精巣上体（副睾丸）　400点
13　末梢神経　1,620点
14　心筋　6,000点
注　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、100点を所定点数に加算する。
Ｄ４１８　子宮膣部等からの検体採取
１　子宮頸管粘液採取　40点
２　子宮膣部組織採取　200点
３　子宮内膜組織採取　370点
Ｄ４１９　その他の検体採取
１　胃液・十二指腸液採取（一連につき）　210点
２　胸水・腹水採取（簡単な液検査を含む。）　180点
注　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、40点を所定点数に加算する。
３　動脈血採取（１日につき）　55点
注１　血液回路から採血した場合は算定しない。
２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、30点を所定点数に加算する。
４　前房水採取　420点
注　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、90点を所定点数に加算する。
５　副腎静脈サンプリング（一連につき）　4,800点
注１　カテーテルの種類、挿入回数によらず一連として算定し、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影及びエックス線診断の費用は、全て所定点数に含まれるものとする。
２　エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号Ｅ４００に掲げるフィルムの所定点数により算定する。
３　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、1,000点を所定点数に加算する。
６　鼻腔・咽頭拭い液採取　25点
Ｄ４１９－２　眼内液（前房水・硝子体液）検査　1,000点
第５節　薬剤料
区分
Ｄ５００　薬剤　薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。
注１　薬価が15円以下である場合は、算定しない。
２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。
第６節　特定保険医療材料料
区分
Ｄ６００　特定保険医療材料　材料価格を10円で除して得た点数
注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第３部　検査

＜通則＞

1　検査の費用には、検査を行う医師、看護師及び技術者等の人件費、試薬、デッキグラス、試験管等の材料費、機器の減価償却費、管理費及び患者の衣類等の費用が含まれる。なお、患者に施用する薬剤及び特定保険医療材料の費用は検査料とは別に算定する。

2　検査に当たって施用した薬剤の費用は別に算定できるが、第２章第５部投薬の部に掲げる処方料、調剤料、処方箋料及び調剤技術基本料並びに同第６部注射の部に掲げる注射料は、別に算定できない。なお、検査に当たって施用される薬剤（検査用試薬を含む。）は、原則として医薬品として承認されたものであることを要する。

3　撮影した画像を電子媒体に保存した場合、保存に要した電子媒体の費用は検査にかかる所定点数に含まれる。

4　第１節及び第３節に掲げられていない検査で簡単な検査は、基本診療料に含まれ、別に算定できない。なお、基本診療料に含まれる検査の主なものは、次のとおりである。

（１）　血圧測定
（２）　視野眼底検査のうち簡単なもの
（３）　眼科検査のうち斜照法、徹照法、細隙燈検査（ルーペ式）、機器を使用しない眼圧測定検査
（４）　区分番号「Ｄ２４４」自覚的聴力検査の「３」の簡易聴力検査に該当しない簡単な聴力検査
（５）　精液pH測定
（６）　デビス癌反応検査
（７）　鼓膜運動検査
（８）　イクテロメーター黄疸反応検査
（９）　簡易循環機能検査
　ア　スラッジテスト
　イ　指尖部皮膚毛細血管像検査
　ウ　皮膚粘膜撮影検査
　エ　寒冷血圧検査
　オ　ビッケンバッハ起立試験
　カ　ヒスタミンテスト
　キ　レジチンテスト
　ク　末梢の静脈圧測定
　ケ　ビュルゲル病及び脱疽等の場合における電気的皮膚温度測定
　　a　単純な場合
　　b　負荷を行った場合
　コ　ギボン－ランディステスト
　サ　基礎代謝率簡易測定法
　注　簡易循環機能検査とは、生体に対して物理的又は化学的負荷をかけ、血圧、脈拍等の理学所見の観察を行うことにより循環機能を検査することを目的とする簡易な検査であり、負荷の種類としては起立、寒冷、運動及び薬物等がある。

（10）　自律神経機能検査
（11）　アルコール中毒に対する飲酒試験における症状監視
（12）　皮膚のインピーダンス検査（皮電図記録作成）
（13）　６誘導未満の心電図検査
（14）　尿中ブロムワレリル尿素検出検査
（15）　尿脚気反応（沢田氏反応）
（16）　シュミット氏昇汞試験
（17）　糞便のストール氏虫卵数計算法
（18）　髄膜透過性検査
（19）　横田氏反応
（20）　ユーグロブリン全プラスミン測定法（ユーグロブリン分屑ＳＫ活性化プラスミン値測定）
（21）　緒方法等の補体結合反応による梅毒脂質抗原使用検査
（22）　卵白アルブミン感作血球凝集反応検査
（23）　ラクトアルブミン感作血球凝集反応検査
（24）　Miller Kurzrok 検査
（25）　Schick 反応
（26）　Dick 反応
（27）　Frei 反応
（28）　光田反応
（29）　松原反応
（30）　伊藤反応
（31）　トキソプラズマ症、ジストマ症及び猩紅熱の皮内テスト
（32）　膨疹吸収時間測定
（33）　ジアゾ反応
（34）　インジカン
（35）　血液比重測定
（36）　末梢血液像及び骨髄像における特殊染色のＢＲＡＣＨＥＴ試験
（37）　赤血球抵抗試験のリビエール法
（38）　ナイアシンテスト
（39）　ＲＰＨＡ法による α－フェトプロテイン（ＡＦＰ）
（40）　リウマチ因子スクリーニング
（41）　α_1－酸性糖蛋白測定
（42）　β－リポ蛋白
（43）　モノアミンオキシダーゼ（ＭＡＯ）
（44）　ヴィダール反応
（45）　ヒト絨毛性ゴナドトロピン β（ＨＣＧβ）分画定性
（46）　凝集法及び免疫染色法による抗ＤＮＡ抗体
（47）　全血凝固溶解時間測定
（48）　血清全プラスミン測定

5　第１節又は第３節に掲げる検査料の項に掲げられていない検査のうち、特殊なものの費用については、その都度当局に内議し、最も近似する検査として通知されたものの算定方法及び注（特に定めるものを除く。）を準用して、準用された検査に係る判断料と併せて算定する。

6　点数表において２つの項目を「及び」で結んで規定している検査については、特に定めるものを除き、当該両項目の検査を併せて行った場合にのみ算定する。

7　検査に当たって、麻酔を行った場合は、第２章第 11 部麻酔に規定する所定点数を別に算定する。ただし、麻酔手技料を別に算定できない麻酔を行った場合の薬剤料は、第５節薬剤料の規定に基づき算定できる。

8　同一検体について、定性検査、半定量検査及び定量検査のうち２項目以上を併せて行った場合又はスクリーニング検査とその他の検査とを一連として行った場合は、それぞれ主たる検査の所定点数のみ算定する。ただし、併せて行う検査の区分が異なる場合は、それぞれについて算定する。

9　「分画」と記されている検査について、同一検体の各分画に対して定量検査を行った場合は、所定点数を１回のみ算定する。

10　定性、半定量又は定量の明示がない検査については、定量検査を行った場合にのみ当該検査の所定点数を算定する。

11　測定方法又は検査方法が明示されていない検査については、測定又は検査の方法の如何にかかわらず、その検査料の項に掲げる所定点数を算定する。

12　同時又は一連として行った２以上の検査の結果から計算して求めた内容が、検査料に掲げられた項目に該当する場合であっても、当該内容についての点数は算定できない。

13　２回目以降について所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定することとされている場合において「所定点数」とは、当該項目に掲げられている点数及び当該注に掲げられている加算点数を合算した点数である。

14　同一項目について検査方法を変えて測定した場合には、測定回数にかかわらず、主たる測定方法の所定点数のみを算定する。

15　算定回数が複数月に１回又は年１回のみとされている検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載する。

16　第３部検査の部において用いられる検査法の略号については下記のとおりである。

ＰＨＡ：Passive hemagglutination 受身赤血球凝集反応
ＲＰＨＡ：Reversed passive hemagglutination 逆受身赤血球凝集反応
ＬＡ：Latex agglutination ラテックス凝集法
（ＬＰＩＡ：Latex photometric immuno assay）
ＰＣＩＡ：Particle counting immuno assay 微粒子計数免疫凝集測定法
ＰＡＭＩＡ：Particle mediated immuno assay 粒度分布解析ラテックス免疫測定法
ＩＡＨＡ：Immuno adherence hemagglutination 免疫粘着赤血球凝集反応
ＲＩＡ：Radio immuno assay 放射性免疫測定法
ＲＩＳＴ：Radio immuno sorbent test
ＲＡＳＴ：Radio allergo sorbent test
ＲＡ：Radioassay ラジオアッセイ
ＲＲＡ：Radioreceptorassay ラジオレセプターアッセイ

ＣＰＢＡ：Competitive protein binding analysis 競合性蛋白結合分析法
ＥＩＡ：Enzyme immuno assay 酵素免疫測定法
（ＥＬＩＳＡ：Enzyme linked immuno sorbent assay）
ＦＡ：Fluorescent antibody method 蛍光抗体法
ＦＰＡ：Fluorescence polarization assay 蛍光偏光法
ＦＰＩＡ：Fluorescence polarization immuno assay 蛍光偏光免疫測定法
ＴＲ－ＦＩＡ：Time resolved fluoro immuno assay 時間分解蛍光免疫測定法
ＩＲＭＡ：Immuno radiometric assay 免疫放射定量法
ＳＲＩＤ：Single radial immuno diffusion method 一元拡散法
ＥＳ：Electrosyneresis method 向流電気泳動法
ＴＩＡ：Turbidimetric immuno assay 免疫比濁法
ＨＰＬＣ：High performance liquid chromatography 高性能液体クロマトグラフィー
ＧＬＣ：Gas-liquid chromatography 気液クロマトグラフィー
ＧＣ：Gas chromatography ガスクロマトグラフィー
ＣＬＩＡ：Chemiluminescent immuno assay 化学発光免疫測定法
ＣＬＥＩＡ：Chemiluminescent enzyme immuno assay 化学発光酵素免疫測定法
ＥＣＬＩＡ：Electrochemiluminescence immuno assay 電気化学発光免疫測定法
ＳＩＡ：Split immuno assay
ＰＣＲ：Polymerase chain reaction
ＰＣＲ－ｒＳＳＯ：Polymerase chain reaction - reverse sequence specific oligonucleotide
ＥＶ－ＦＩＡ：Evanescent wave fluoro immuno assay エバネセント波蛍光免疫測定法
ＦＩＡ：Fluoro immuno assay 蛍光免疫測定法
ＬＢＡ：Liquid-phase binding assay 液相結合法
ＦＩＳＨ：Fluorescence in situ hybridization
ＳＩＳＨ：silver in situ hybridization
ＬＡＭＰ：Loop-mediated isothermal amplification
ＴＭＡ：Transcription-mediated amplification
ＳＤＡ：Strand displacement amplification
ＳＳＣＰ：Single strand conformation polymorphism
ＲＦＬＰ：Restriction fragment length polymorphism
ＬＣＲ：Ligase chain reaction
ＨＤＲＡ：Histoculture drug response assay
ＣＤ－ＤＳＴ：Collagen gel droplet embedded culture drug sensitivity test
ＴＲＣ：Transcription Reverse-transcription Concerted reaction

注　ＬＡ（測定機器を用いるもの）とは、抗原抗体反応によりラテックス粒子が形成する凝集塊を光学的な分析機器を用いて定量的に測定する方法をいう。

17　「定性」とは分析物の有無を判定するもの、「半定量」とは段階希釈などを用いて得られる最高希釈倍率や一定濃度の標準品との対比によって得られる濃度段階区分など、相対的な多寡を判定・分類するもの、「定量」とは分析物の量を標準品との対比によって精密に測定するも

のをいう。

18　初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合は、当該保険医療機関において、第１節第１款検体検査実施料を算定するとともに、検体採取に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給すること。なお、この場合にあっては、当該検体採取が実施された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

第１節　検体検査料

第１款　検体検査実施料

時間外緊急院内検査加算

（１）　時間外緊急院内検査加算については、保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に入院中の患者以外の患者に対して診療を行った際、医師が緊急に検体検査の必要性を認め、当該保険医療機関において、当該保険医療機関の従事者が当該保険医療機関内に具備されている検査機器等を用いて当該検体検査を実施した場合に限り算定できる。

なお、当該加算の算定に当たっては、当該加算の対象たる検査の開始時間をもって算定する。

（２）　検査の開始時間が診療時間以外の時間、休日又は深夜に該当する場合に当該加算を算定する。なお、時間外等の定義については、区分番号「Ａ０００」初診料の注７に規定する時間外加算等における定義と同様であること。

（３）　同一患者に対して、同一日に２回以上、時間外、休日又は深夜の診療を行い、その都度緊急の検体検査を行った場合（複数の区分にまたがる場合を含む。）も、１日につき１回のみ算定する。

（４）　現に入院中の患者については算定できない。ただし、時間外、休日又は深夜に外来を受診した患者に対し、検体検査の結果、入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合は、この限りでない。

（５）　時間外緊急院内検査加算を算定する場合においては、区分番号「Ａ０００」初診料の注９及び区分番号「Ａ００１」再診料の注７に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。

（６）　緊急の場合とは、直ちに何らかの処置・手術等が必要である重篤な患者について、通常の診察のみでは的確な診断が困難であり、かつ、通常の検査体制が整うまで検査の実施を見合わせることができないような場合をいう。

外来迅速検体検査加算

（１）　外来迅速検体検査加算については、当日当該保険医療機関で行われた検体検査について、当日中に結果を説明した上で文書により情報を提供し、結果に基づく診療が行われた場合に、５項目を限度として、検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ 10 点を加算する。

（２）　以下の多項目包括規定に掲げる点数を算定する場合には、その規定にかかわらず、実施した検査項目数に相当する点数を加算する。

区分番号「Ｄ００６」出血・凝固検査の注の場合

区分番号「Ｄ００７」血液化学検査の注の場合

区分番号「Ｄ００８」内分泌学的検査の注の場合

区分番号「Ｄ００９」腫瘍マーカーの注２の場合

例　患者から１回に採取した血液等を用いて区分番号「Ｄ００９」腫瘍マーカーの「２」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）と「９」のＣＡ19－９を行った場合、検体検査実施料の請求は区分番号「Ｄ００９」腫瘍マーカーの「注２」の「イ」２項目となるが、外来迅速検体検査加算は、行った検査項目数が２項目であることから、20 点を加算する。

（３）　同一患者に対して、同一日に２回以上、その都度迅速に検体検査を行った場合も、１日につき５項目を限度に算定する。

（４）　区分番号「Ａ００２」外来診療料に含まれる検体検査とそれ以外の検体検査の双方について加算する場合も、併せて５項目を限度とする。

（５）　現に入院中の患者については算定できない。ただし、外来を受診した患者に対し、迅速に実施した検体検査の結果、入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合は、この限りでない。

Ｄ０００　尿中一般物質定性半定量検査

（１）　検体検査を行った場合は所定の判断料を算定できるものであるが、尿中一般物質定性半定量検査を実施した場合は、当該検査に係る判断料は算定できない。

（２）　尿中一般物質定性半定量検査

ア　尿中一般物質定性半定量検査とは、試験紙、アンプル若しくは錠剤を用いて検査する場合又は試験紙等を比色計等の機器を用いて判定する場合をいい、検査項目、方法にかかわらず、１回につき所定点数により算定する。

イ　尿中一般物質定性半定量検査に含まれる定性半定量の検査項目は、次のとおりである。

（イ）　比重

（ロ）　pH

（ハ）　蛋白定性

（ニ）　グルコース

（ホ）　ウロビリノゲン

（ヘ）　ウロビリン定性

（ト）　ビリルビン

（チ）　ケトン体

（リ）　潜血反応

（ヌ）　試験紙法による尿細菌検査（亜硝酸塩）

（ル）　食塩

（ヲ）　試験紙法による白血球検査（白血球エステラーゼ）

（ワ）　アルブミン

（３）　尿中一般物質定性半定量検査は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に対して速やかに報告されるような場合は、所定点数を算定できる。

Ｄ００１　尿中特殊物質定性定量検査

（１）　「３」の先天性代謝異常症スクリーニングテスト（尿）とは、次に掲げる物質の定性半

定量検査及び反応検査をいう。

ア　塩化鉄（Ⅲ）反応（フェニールケトン体及びアルカプトン体の検出を含む。）

イ　酸性ムコ多糖類

ウ　システイン、シスチン等のＳＨ化合物

エ　ヒスチジン定性

オ　メチルマロン酸

カ　Millon反応

キ　イサチン反応

ク　Benedict反応

（２）　「４」のポルフィリン症スクリーニングテスト（尿）として、Watson-Schwartz反応、Rimington反応又はDeanand Barnes反応を行った場合は、それぞれ所定点数を算定する。

（３）　「８」のアルブミン定量（尿）、「９」のトランスフェリン（尿）及び「15」のⅣ型コラーゲン（尿）は、糖尿病又は糖尿病性早期腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの（糖尿病性腎症第１期又は第２期のものに限る。）に対して行った場合に、３月に１回に限り算定できる。なお、これらを同時に行った場合は、主たるもののみ算定する。

（４）　トリプシノーゲン２（尿）

ア　「10」のトリプシノーゲン２（尿）は、免疫クロマト法により測定した場合に算定する。この場合、急性膵炎を疑う医学的根拠について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

イ　「10」のトリプシノーゲン２（尿）と、区分番号「Ｄ００７」血液化学検査の「１」アミラーゼ、「６」リパーゼ、「14」アミラーゼアイソザイム、「47」トリプシン又は区分番号「Ｄ００９」腫瘍マーカーの「８」エラスターゼ１を併せて実施した場合には、いずれか主たるもののみ算定する。

（５）　「13」のミオイノシトール（尿）は、空腹時血糖が110mg/dL以上126mg/dL未満の患者に対し、耐糖能診断の補助として、尿中のミオイノシトールを測定した場合に１年に１回に限り算定できる。ただし、既に糖尿病と診断されている場合は、算定できない。

（６）　「18」のシュウ酸（尿）は、再発性尿路結石症の患者に対して、キャピラリー電気泳動法により行った場合に、原則として１年に１回に限り算定する。

（７）　「19」のＬ型脂肪酸結合蛋白（Ｌ－ＦＡＢＰ）（尿）は、原則として３月に１回に限り算定する。ただし、医学的な必要性からそれ以上算定する場合においては、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（８）　好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン（ＮＧＡＬ）（尿）

ア　「19」の好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン（ＮＧＡＬ）（尿）は、急性腎障害の診断時又はその治療中に、ＣＬＩＡ法により測定した場合に算定できる。ただし、診断時においては１回、その後は急性腎障害に対する一連の治療につき３回を限度として算定する。なお、医学的な必要性からそれ以上算定する場合においては、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

イ　「19」のＬ型脂肪酸結合蛋白（Ｌ－ＦＡＢＰ）（尿）と好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン（ＮＧＡＬ）（尿）を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

（９）　同一日に尿、穿刺液・採取液及び血液を検体として生化学的検査（Ⅰ）又は生化学的検査

（Ⅱ）に掲げる検査項目につきそれぞれを実施した場合の、多項目包括規定の適用については、尿、穿刺液・採取液及び血液のそれぞれについて算出した項目数により所定点数を算定するのではなく、血液、尿、穿刺液・採取液それぞれに係る項目数を合算した項目数により、所定点数を算定する。ただし、同一日に行う２回目以降の血液採取による検体を用いた検査項目については、当該項目数に合算せず、所定点数を別途算定する。

（10）　蛋白質とクレアチニンの比を測定する目的で試験紙により実施した場合は、「21」のその他によるクレアチニン（尿）として算定し、その判断料は、区分番号「Ｄ０２６」検体検査判断料の「１」尿・糞便等検査判断料を算定する。

Ｄ００２　尿沈渣(鏡検法)

（１）　尿沈渣（鏡検法）の所定点数は、赤血球、白血球、上皮細胞、各種円柱、類円柱、粘液系、リポイド、寄生虫等の無染色標本検査の全ての費用を含む。

（２）　尿沈渣（鏡検法）は、区分番号「Ｄ０００」尿中一般物質定性半定量検査若しくは区分番号「Ｄ００１」尿中特殊物質定性定量検査において何らかの所見が認められ、又は診察の結果からその実施が必要と認められて実施した場合に算定すること。

（３）　尿沈渣（鏡検法）は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。

（４）　尿路系疾患が強く疑われる患者について、診療所が尿沈渣（鏡検法）を衛生検査所等に委託する場合であって、当該衛生検査所等が採尿後４時間以内に検査を行い、検査結果が速やかに当該診療所に報告された場合は、所定点数を算定できる。

（５）　当該検査と区分番号「Ｄ００２－２」尿沈渣（フローサイトメトリー法）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ００２－２　尿沈渣（フローサイトメトリー法）

（１）　本測定は区分番号「Ｄ０００」尿中一般物質定性半定量検査若しくは区分番号「Ｄ００１」尿中特殊物質定性定量検査において何らかの所見が認められ、又は診察の結果からその実施が必要と認められ、赤血球、白血球、上皮細胞、円柱及び細菌を同時に測定した場合に算定する。

（２）　本検査と区分番号「Ｄ００２」尿沈渣（鏡検法）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ００３　糞便検査

（１）　糞便中の細菌、原虫検査は、区分番号「Ｄ０１７」排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査により算定する。

（２）　ヘモグロビン検査を免疫クロマト法にて行った場合は、「５」の糞便中ヘモグロビン定性により算定する。

（３）　ヘモグロビン検査を金コロイド凝集法による定量法にて行った場合は、「７」の糞便中ヘモグロビンにより算定する。

（４）　カルプロテクチン（糞便）

ア　「９」のカルプロテクチン（糞便）を慢性的な炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎やクロー

ン病等）の診断補助を目的として測定する場合は、ＥＬＩＳＡ法、ＦＥＩＡ法又はＬＡ法により測定した場合に算定できる。ただし、腸管感染症が否定され、下痢、腹痛や体重減少などの症状が３月以上持続する患者であって、肉眼的血便が認められない患者において、慢性的な炎症性腸疾患が疑われる場合の内視鏡前の補助検査として実施すること。また、その要旨を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

イ　本検査を潰瘍性大腸炎又はクローン病の病態把握を目的として測定する場合、潰瘍性大腸炎についてはＥＬＩＳＡ法、ＦＥＩＡ法、金コロイド凝集法、イムノクロマト法又はＬＡ法により、クローン病についてはＦＥＩＡ法により測定した場合に、それぞれ３月に１回を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から、本検査を１月に１回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ウ　慢性的な炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎やクローン病等）の診断補助又は病態把握を目的として、本検査及び区分番号「Ｄ３１３」大腸内視鏡検査を同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ００４　穿刺液・採取液検査

（１）　「２」の関節液検査については、関節水腫を有する患者であって、結晶性関節炎が疑われる者に対して実施した場合、一連につき１回に限り算定する。なお、当該検査と区分番号「Ｄ０１７」排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（２）　「３」の胃液又は十二指腸液一般検査の所定点数には、量、色調、混濁、粘液量、臭気、酸度測定、ペプシン及び乳酸定量、ラブ酵素の証明、蛋白質の呈色反応（ニンヒドリン反応、ビウレット反応等）、毒物、潜血、虫卵、ウロビリン体の定性定量、コレステリン体の定量、液に含まれる物質の定性半定量の検査等の費用が含まれる。

（３）　「４」の髄液一般検査の所定点数には、外見、比重、ノンネアペルト、パンディ、ワイヒブロート等のグロブリン反応、トリプトファン反応、細胞数、細胞の種類判定及び蛋白、グルコース、ビリルビン、ケトン体等の定性半定量の検査等が含まれる。

（４）　「５」の精液一般検査の所定点数には、精液の量、顕微鏡による精子の数、奇形の有無、運動能等の検査の全ての費用が含まれる。

（５）　「６」の頸管粘液一般検査の所定点数には、量、粘稠度、色調、塗抹乾燥標本による顕微鏡検査（結晶、細菌、血球、腟上皮細胞等）等の費用が含まれる。

（６）　「７」の顆粒球エラスターゼ定性（子宮頸管粘液）は、フロースルー免疫測定法（赤色ラテックス着色法）により、絨毛羊膜炎の診断のために妊娠満 22 週以上満 37 週未満の妊婦で切迫早産の疑いがある者に対して測定した場合に算定する。

（７）　「７」のＩｇＥ定性（涙液）は、アレルギー性結膜炎の診断の補助を目的として判定した場合に月１回に限り算定できる。

（８）　「８」の顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液）は、絨毛羊膜炎の診断のために妊娠満 22 週以上満 37 週未満の妊婦で切迫早産の疑いがある者に対して行った場合に算定する。

（９）　「９」のマイクロバブルテストは妊娠中の患者又は新生児の患者に対して週に１回に限り算定できる。

（10）　「10」のＩｇＧインデックス、「11」のオリゴクローナルバンド及び「12」のミエリン

塩基性蛋白（ＭＢＰ）（髄液）は、多発性硬化症の診断の目的で行った場合に算定する。

（11）　「13」のタウ蛋白（髄液）は、クロイツフェルト・ヤコブ病の診断を目的に、患者１人につき１回に限り算定する。

（12）　「14」のリン酸化タウ蛋白（髄液）は、認知症の診断を目的に、患者１人につき１回に限り算定する。

（13）　同一日に尿、穿刺液・採取液及び血液を検体として生化学的検査(Ⅰ)又は生化学的検査(Ⅱ)に掲げる検査項目につきそれぞれを実施した場合の、多項目包括規定の適用については、尿、穿刺液・採取液及び血液のそれぞれについて算出した項目数により所定点数を算定するのではなく、血液、尿、穿刺液・採取液それぞれに係る項目数を合算した項目数により、所定点数を算定する。ただし、同一日に行う２回目以降の血液採取による検体を用いた検査項目については、当該項目数に合算せず、所定点数を別途算定する。

Ｄ００４－２　悪性腫瘍組織検査

（１）　「１」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍又は悪性リンパ腫の腫瘍細胞を検体とし、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査について、患者１人につき１回に限り算定する。ただし、肺癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査については、再発や増悪により、２次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できることとし、マイクロサテライト不安定性検査については、リンチ症候群の診断の補助を目的とする場合又は固形癌の抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的とする場合に、当該検査を実施した後に、もう一方の目的で当該検査を実施した場合にあっても、別に１回に限り算定できる。

早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的としてＢＲＡＦ遺伝子検査を実施した場合にあっては、Ｋ－ｒａｓ遺伝子検査又はＲＡＳ遺伝子検査を併せて算定できないこととし、マイクロサテライト不安定性検査を実施した年月日を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（２）　「１」の「イ」の「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品又は医療機器を用いて、リアルタイムＰＣＲ法、ＰＣＲ－ｒＳＳＯ法、マルチプレックスＰＣＲフラグメント解析法又は次世代シーケンシングにより行う場合に算定できる。

ア　肺癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査、ＲＯＳ１融合遺伝子検査、ＡＬＫ融合遺伝子検査、ＢＲＡＦ遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く。）、ＭＥＴｅｘ14 遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く。）

イ　大腸癌におけるＲＡＳ遺伝子検査、ＢＲＡＦ遺伝子検査

ウ　乳癌におけるＨＥＲ２遺伝子検査

エ　固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査

オ　濾胞性リンパ腫におけるＥＺＨ２遺伝子検査

（３）　「１」の「イ」の「(2)」その他のものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、ＰＣＲ法、ＳＳＣＰ法、ＲＦＬＰ法等により行う場合に算定できる。

ア　肺癌におけるＫ－ｒａｓ遺伝子検査

イ　膵癌におけるＫ－ｒａｓ遺伝子検査

ウ　悪性骨軟部組織腫瘍におけるＥＷＳ－Ｆｌｉ１遺伝子検査、ＴＬＳ－ＣＨＯＰ遺伝子検査、ＳＹＴ－ＳＳＸ遺伝子検査

エ　消化管間葉系腫瘍におけるｃ－ｋｉｔ遺伝子検査

オ　悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査

カ　大腸癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査、Ｋ－ｒａｓ遺伝子検査

キ　リンチ症候群におけるマイクロサテライト不安定性検査（使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を使用した場合を除く。）

（４）　「１」の「ロ」処理が複雑なものとは、次に掲げる遺伝子検査のことをいい、使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品又は医療機器を用いて、次世代シーケンシング等により行う場合に算定できる。

なお、その他の方法により悪性黒色腫におけるＢＲＡＦ遺伝子検査を行う場合は、令和４年３月 31 日までの間に限り、「１」の「イ」の「⑵」その他のものを算定できるものとする。

ア　肺癌におけるＢＲＡＦ遺伝子検査（次世代シーケンシング）、ＭＥＴｅｘ14 遺伝子検査（次世代シーケンシング）、ＲＥＴ融合遺伝子検査

イ　悪性黒色腫におけるＢＲＡＦ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法）

ウ　固形癌におけるＮＴＲＫ融合遺伝子検査、腫瘍遺伝子変異量検査

エ　胆道癌におけるＦＧＦＲ２融合遺伝子検査

（５）　患者から１回に採取した組織等を用いて同一がん種に対して「１」の「イ」処理が容易なものと「１」の「ロ」処理が複雑なものを実施した場合は、「注１」及び「注２」の規定に基づき、それぞれの検査の項目数に応じた点数を合算した点数により算定する。

（６）　「１」の悪性腫瘍遺伝子検査を算定するに当たっては、（２）から（４）までに掲げる遺伝子検査の中から該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（７）　「１」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「Ｄ００６－２」造血器腫瘍遺伝子検査、区分番号「Ｄ００６－６」免疫関連遺伝子再構成、区分番号「Ｄ００６－14」ＦＬＴ３遺伝子検査又は区分番号「Ｄ００６－16」ＪＡＫ２遺伝子検査のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

（８）　肺癌において、「１」の「イ」の「⑴」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、（２）のアに規定する肺癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査と区分番号「Ｄ００６－12」ＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）又は区分番号「Ｄ００６－24」肺癌関連遺伝子多項目同時検査を同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

（９）　肺癌において、「１」の「イ」の「⑴」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、（２）のアに規定する肺癌におけるＡＬＫ融合遺伝子検査と区分番号「Ｄ００６－24」肺癌関連遺伝子多項目同時検査、区分番号「Ｎ００２」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「６」ＡＬＫ融合タンパク又は区分番号「Ｎ００５－２」ＡＬＫ融合遺伝子標本作製を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

（10）　乳癌において、「１」の「イ」の「⑴」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、（２）のウに規定する乳癌におけるＨＥＲ２遺伝子検査と区分番号「Ｎ００５」ＨＥＲ２遺伝子標本作製を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

（11）　卵巣癌又は前立腺癌において、「１」の「イ」の「⑴」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、（２）のエに規定する固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査、又は「１」の「ロ」処理が複雑なもののうち、（４）のウに規定する固形癌におけるＮＴＲＫ融合遺伝子検査若しくは腫瘍遺伝子変異量検査と区分番号「Ｄ００６－18」ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の「１」腫瘍細胞を検体とするものを併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

（12）　次世代シーケンシングを用いて、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として特定の遺伝子の変異の評価を行う際に、包括的なゲノムプロファイルを併せて取得している場合には、包括的なゲノムプロファイルの結果ではなく、目的とする遺伝子変異の結果についてのみ患者に提供すること。また、その場合においては、目的以外の遺伝子の変異に係る検査結果については患者の治療方針の決定等には用いないこと。

（13）　「２」の抗悪性腫瘍剤感受性検査は、手術等によって採取された消化器癌、頭頸部癌、乳癌、肺癌、癌性胸膜・腹膜炎、子宮頸癌、子宮体癌又は卵巣癌の組織を検体とし、ＨＤＲＡ法又はＣＤ-ＤＳＴ法を用いて、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として行った場合に限り、患者１人につき１回に限り算定する。

（14）　当該検査の対象となる抗悪性腫瘍剤は、細胞毒性を有する薬剤に限る。また、当該検査に係る薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

（15）　リンチ症候群の診断の補助を目的としてマイクロサテライト不安定性検査を行う場合でも、使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いる場合には「１」の「イ」の「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるものの所定点数を算定する。

Ｄ００５　血液形態・機能検査

（１）　「１」の赤血球沈降速度（ＥＳＲ）は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。

（２）　「３」の末梢血液像（自動機械法）、「６」の末梢血液像（鏡検法）及び「14」の骨髄像の検査については、少なくともリンパ球、単球、好中球、好酸球、好塩基球の５分類以上の同定・比率計算を行った場合に算定する。

（３）　同一検体について、「４」の好酸球数及び「３」の末梢血液像（自動機械法）又は「６」の末梢血液像（鏡検法）を行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。

（４）　「５」の末梢血液一般検査は、赤血球数、白血球数、血色素測定（Hb）、ヘマトクリット値（Ht）、血小板数の全部又は一部を行った場合に算定する。

（５）　「６」の末梢血液像（鏡検法）及び「14」の骨髄像の検査に当たって、位相差顕微鏡又は蛍光顕微鏡を用いた場合であっても所定点数により算定する。また、末梢血液像（鏡検法）の検査の際に赤血球直径の測定を併せて行った場合であっても、所定点数により算定する。

（６）　「６」の「注」及び「14」の「注」にいう特殊染色は、次のとおりである。

ア　オキシダーゼ染色

イ　ペルオキシダーゼ染色
ウ　アルカリホスファターゼ染色
エ　パス染色
オ　鉄染色（ジデロブラスト検索を含む。）
カ　超生体染色
キ　脂肪染色
ク　エステラーゼ染色

（７）「７」のＤＮＡ含有赤血球計数検査は、マラリアが疑われた患者に対して、マラリアの診断を目的として、多項目自動血球分析装置を用いてＤＮＡ含有感染赤血球の計数に基づく定性判定を実施した場合に算定する。ただし、マラリアの診断を目的として、血中微生物検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（８）「８」の赤血球抵抗試験は、次のとおりである。

ア　シュガーウォーターテスト
イ　ハムテスト
ウ　クロスビーテスト
エ　パルパート法
オ　サンフォード法

（９）「９」のヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）、区分番号「Ｄ００７」血液化学検査の「17」グリコアルブミン又は同区分「21」の１，５－アンヒドロ－Ｄ－グルシトール（１，５ＡＧ）のうちいずれかを同一月中に併せて２回以上実施した場合は、月１回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、１型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して６月以内の患者、インスリン治療を開始して６月以内の患者等については、いずれか１項目を月１回に限り別に算定できる。また、クロザピンを投与中の患者については、「９」のヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）を月１回に限り別に算定できる。

（10）「12」のデオキシチミジンキナーゼ（ＴＫ）活性は、造血器腫瘍の診断又は治療効果判定のために行った場合に算定する。

（11）「13」のターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（ＴｄＴ）は、白血病又は悪性リンパ腫の診断又は治療効果判定のために行った場合に算定する。

（12）造血器腫瘍細胞抗原検査

ア　「15」の造血器腫瘍細胞抗原検査はモノクローナル抗体を用いて蛍光抗体法、酵素抗体法、免疫ロゼット法等により白血病細胞又は悪性リンパ腫細胞の表面抗原又は細胞内抗原の検索を実施して病型分類を行った場合に算定できる。

イ　対象疾病は白血病、悪性リンパ腫等である。

ウ　検査に用いられるモノクローナル抗体は、医薬品として承認されたものであり、検査に当たって用いたモノクローナル抗体の種類、回数にかかわらず、一連として所定点数を算定する。

Ｄ００６　出血・凝固検査

（１）出血時間測定時の耳朶採血料は、「１」の出血時間の所定点数に含まれる。

（２）「８」の血小板凝集能を測定するに際しては、その過程で血小板数を測定することから、区分番号「Ｄ００５」血液形態・機能検査の「５」末梢血液一般検査の所定点数を別に算

定することはできない。

（３）「13」の凝固因子インヒビター定性（クロスミキシング試験）は、原因不明のプロトロンビン時間延長又は活性化部分トロンボプラスチン時間延長がみられる患者に対して行った場合に限り算定できる。

（４）「19」のＰＩＶＫＡ－Ⅱは、出血・凝固検査として行った場合に算定する。

（５）「20」の凝固因子インヒビターは、第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子の定量測定を行った場合に、それぞれの測定１回につきこの項で算定する。

（６）「21」の von Willebrand 因子（ＶＷＦ）抗原は、ＳＲＩＤ法、ロケット免疫電気泳動法等によるものである。

（７）「28」のトロンボモジュリンは、膠原病の診断若しくは経過観察又はＤＩＣ若しくはそれに引き続いて起こるＭＯＦ観察のために測定した場合に限り算定できる。

（８）フィブリンモノマー複合体

ア　「29」のフィブリンモノマー複合体は、ＤＩＣ、静脈血栓症又は肺動脈血栓塞栓症の診断及び治療経過の観察のために実施した場合に算定する。

イ　「25」のトロンビン・アンチトロンビン複合体（ＴＡＴ）、「27」のプロトロンビンフラグメントＦ１＋２及び「29」のフィブリンモノマー複合体のうちいずれか複数を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。

（９）ＡＤＡＭＴＳ13活性

ア　「34」のＡＤＡＭＴＳ13 活性は、他に原因を認めない血小板減少を示す患者に対して、血栓性血小板減少性紫斑病の診断補助を目的として測定した場合又はその再発を疑い測定した場合に算定できる。

イ　血栓性血小板減少性紫斑病と診断された患者又はその再発が認められた患者に対して、診断した日又は再発を確認した日から起算して１月以内の場合には、１週間に１回に限り別に算定できる。なお、血栓性血小板減少性紫斑病と診断した日付又はその再発を確認した日付を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（10）ＡＤＡＭＴＳ13インヒビター

ア　「35」のＡＤＡＭＴＳ13 インヒビターは、ＡＤＡＭＴＳ13 活性の著減を示す患者に対して、血栓性血小板減少性紫斑病の診断補助を目的として測定した場合又はその再発を疑い測定した場合に算定できる。

イ　後天性血栓性血小板減少性紫斑病と診断された患者又はその再発が認められた患者に対して、診断した日又は再発を確認した日から起算して１月以内の場合には、１週間に１回に限り別に算定できる。なお、後天性血栓性血小板減少性紫斑病と診断した日付又はその再発を確認した日付を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｄ００６－２　造血器腫瘍遺伝子検査

（１）造血器腫瘍遺伝子検査は、ＰＣＲ法、ＬＣＲ法又はサザンブロット法により行い、月１回を限度として算定できる。

（２）区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「Ｄ００６－２」造血器腫瘍遺伝子検査、区分番号「Ｄ００６－６」免疫関連遺伝子再構成、区分番号「Ｄ００６－14」ＦＬＴ３遺伝子検査又は区分番号「Ｄ００６－16」ＪＡＫ２遺伝子検査のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定す

る。

Ｄ００６－３　ＢＣＲ－ＡＢＬ１

（１）「１」のＭａｊｏｒ　ＢＣＲ－ＡＢＬ１（ｍＲＮＡ定量（国際標準値））は、リアルタイムＲＴ－ＰＣＲ法により測定した場合に限り算定できる。

（２）「２」のｍｉｎｏｒ　ＢＣＲ－ＡＢＬ ｍＲＮＡは、リアルタイムＲＴ－ＰＣＲ法により測定した場合に限り算定できる。

Ｄ００６－４　遺伝学的検査

（１）遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者１人につき１回に限り算定できる。ただし、２回以上実施する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア　ＰＣＲ法、ＤＮＡシーケンス法、ＦＩＳＨ法又はサザンブロット法による場合に算定できるもの

①　デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー及び家族性アミロイドーシス

②　福山型先天性筋ジストロフィー及び脊髄性筋萎縮症

③　栄養障害型表皮水疱症及び先天性ＱＴ延長症候群

イ　ＰＣＲ法による場合に算定できるもの

①　球脊髄性筋萎縮症

②　ハンチントン病、網膜芽細胞腫、甲状腺髄様癌及び多発性内分泌腫瘍症１型

ウ　ア、イ、エ及びオ以外のもの

①　筋強直性ジストロフィー及び先天性難聴

②　フェニルケトン尿症、ホモシスチン尿症、シトルリン血症（１型）、アルギノコハク酸血症、イソ吉草酸血症、ＨＭＧ血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症１型、ＭＣＡＤ欠損症、ＶＬＣＡＤ欠損症、ＣＰＴ１欠損症、隆起性皮膚線維肉腫及び先天性銅代謝異常症

③　メープルシロップ尿症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、ＭＴＰ（ＬＣＨＡＤ）欠損症、色素性乾皮症、ロイスディーツ症候群及び家族性大動脈瘤・解離

エ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの

①　ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。）及び脆弱Ｘ症候群

②　プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状 20 番染色体症候群、ＰＣＤＨ 19 関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスムンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、１ｐ36 欠失症候群、４ｐ欠失症候群、５ｐ欠失症候群、第 14 番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22ｑ11.2 欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱Ｘ症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高ＩｇＤ症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、先天異常症候群、副腎皮質刺激ホルモン不応症、ＤＹＴ１ジストニア、ＤＹＴ６ジストニア／ＰＴＤ、ＤＹＴ８ジストニア／ＰＮＫＤ１、ＤＹＴ11 ジストニア／ＭＤＳ、ＤＹＴ12／ＲＤＰ／ＡＨＣ／ＣＡＰＯＳ及びパントテン酸キナーゼ関連神経変性症／ＮＢＩＡ１、根性点状軟骨異形成症１型及び家族性部分性脂肪萎縮症

③　神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、血管型エーラスダンロス症候群、遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群

オ　臨床症状や他の検査等では診断がつかない場合に、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの

①　ＴＮＦ受容体関連周期性症候群、中條－西村症候群、家族性地中海熱、ベスレムミオパチー、過剰自己貪食を伴うＸ連鎖性ミオパチー、非ジストロフィー性ミオトニー症候群、遺伝性周期性四肢麻痺、禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症、結節性硬化症及び肥厚性皮膚骨膜症

②　ソトス症候群、ＣＰＴ２欠損症、ＣＡＣＴ欠損症、ＯＣＴＮ－２異常症、シトリン欠損症、非ケトーシス型高グリシン血症、β－ケトチオラーゼ欠損症、メチルグルタコン酸血症、グルタル酸血症２型、先天性副腎低形成症、ＡＴＲ－Ｘ症候群、ハッチンソン・ギルフォード症候群、軟骨無形成症、ウンフェルリヒト・ルンドボルグ病、ラフォラ病、セピアプテリン還元酵素欠損症、芳香族Ｌ－アミノ酸脱炭酸酵素欠損症、オスラー病、ＣＦＣ症候群、コステロ症候群、チャージ症候群、リジン尿性蛋白不耐症、副腎白質ジストロフィー、ブラウ症候群、瀬川病、鰓耳腎症候群、ヤング・シンプソン症候群、先天性腎性尿崩症、ビタミンＤ依存性くる病／骨軟化症、ネイルパテラ症候群（爪膝蓋症候群）／ＬＭＸ１Ｂ関連腎症、グルコーストランスポーター１欠損症、甲状腺ホルモン不応症、ウィーバー症候群、コフィン・ローリー症候群、モワット・ウィルソン症候群、肝型糖原病（糖原病Ⅰ型、Ⅲ型、Ⅵ型、Ⅸa 型、Ⅸb 型、Ⅸc 型、Ⅳ型）、筋型糖原病（糖原病Ⅲ型、Ⅳ型、Ⅸd 型）、先天性プロテインＣ欠乏症、先天性プロテインＳ欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症、筋萎縮性側索硬化症、家族性特発性基底核石灰化症、縁取り空砲を伴う遠位型ミオパチー、シュワルツ・ヤンペル症候群、肥大型心筋症、家族性高コレステロール血症、先天性ミオパチー、皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症、神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症、先天性無痛無汗症、家族性良性慢性天疱瘡、那須・ハコラ病、カーニー複合、ペルオキシソーム形成異常症、ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症、プラスマローゲン合成酵素欠損症、アカタラセミア、原発性高シュウ酸尿症Ⅰ型、レフサム病、先天性葉酸吸収不全症、異型ポルフィリン症、先天性骨髄性ポルフィリン症、急性間欠性ポルフィリン症、赤芽球性プロトポルフィリン症、Ｘ連鎖優性プロトポルフィリン症、遺伝性コプロポルフィリン症、晩発性皮膚ポルフィリン症、肝性骨髄性ポルフィリン症、原発性高カイロミクロン血症、無βリポタンパク血症、タナトフォリック骨異形成症、遺伝性膵炎、嚢胞性線維症、アッシャー症候群（タイ

プ１、タイプ２、タイプ３）、カナバン病、先天性グリコシルホスファチジルイノシトール欠損症、大理石骨病、脳クレアチン欠乏症候群、ネフロン癆、家族性低βリポタンパク血症１（ホモ接合体）及び進行性家族性肝内胆汁うっ滞症

③　ドラベ症候群、コフィン・シリス症候群、歌舞伎症候群、肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）、ヌーナン症候群、骨形成不全症、脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く）、古典型エーラスダンロス症候群、非典型溶血性尿毒症症候群、アルポート症候群、ファンコニ貧血、遺伝性鉄芽球性貧血、アラジール症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群及びミトコンドリア病

（２）　検査の実施に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成 29 年４月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査･診断に関するガイドライン」（平成23年２月）を遵守すること。

（３）　（１）のエ及びオに掲げる遺伝子疾患に対する検査については、（２）に掲げるガイダンス及びガイドラインに加え、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

（４）　（１）のオに掲げる遺伝子疾患に対する検査を実施する場合には、臨床症状や他の検査等では当該疾患の診断がつかないこと及びその医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（５）　「１」の「処理が容易なもの」とは、（１）のアからオまでの①に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。

（６）　「２」の「処理が複雑なもの」とは、（１）のアからオまでの②に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。

（７）　「３」の「処理が極めて複雑なもの」とは、（１）のア及びウからオまでの③に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。

Ｄ００６－５　染色体検査

（１）　染色体検査の所定点数には、フィルム代、現像代、引伸印画作製代を含む。

（２）　染色体検査の「注１」の分染法加算については、その種類、方法にかかわらず、１回の算定とする。

（３）　「１」のＦＩＳＨ法を用いた場合については、患者１人につき１回に限り算定できる。ただし、びまん性大細胞型Ｂ細胞リンパ腫又は多発性骨髄腫の診断の目的で検査を行った場合に、患者の診断の確定までの間に３回に限り算定する。

（４）　自然流産の既往のある患者であって、流産手術を行った者に対して、流産検体を用いたギムザ分染法による絨毛染色体検査を実施した場合は、「２」のその他の場合で算定する。

Ｄ００６－６　免疫関連遺伝子再構成

（１）　免疫関連遺伝子再構成は、ＰＣＲ法、ＬＣＲ法又はサザンブロット法により、悪性リンパ腫、急性リンパ性白血病又は慢性リンパ性白血病の診断の目的で検査を行った場合に、６月に１回を限度として算定できる。

（２）　区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「Ｄ００６－２」造血器腫瘍遺伝子検査、区分番号「Ｄ００６－６」免疫関連遺伝子再構成、区分番号「Ｄ００６－14」ＦＬＴ３遺伝子検査又は区分番号「Ｄ００６－16」ＪＡＫ２遺伝子検査のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

Ｄ００６－７　ＵＤＰグルクロン酸転移酵素遺伝子多型

ＵＤＰグルクロン酸転移酵素遺伝子多型は、塩酸イリノテカンの投与対象となる患者に対して、その投与量等を判断することを目的として、インベーダー法又はＰＣＲ法により測定を行った場合、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針の決定までの間に１回を限度として算定する。

Ｄ００６－８　サイトケラチン 19（ＫＲＴ19）ｍＲＮＡ検出

サイトケラチン 19（ＫＲＴ19）ｍＲＮＡ検出は、視触診等による診断又は術前の画像診断でリンパ節転移陽性が明らかでない乳癌、胃癌、大腸癌又は非小細胞肺癌に対して、摘出された乳癌、胃癌、大腸癌又は非小細胞肺癌所属リンパ節中のサイトケラチン 19（ＫＲＴ19）ｍＲＮＡの検出によるリンパ節転移診断及び術式の選択等の治療方針の決定の補助を目的として、ＯＳＮＡ(One-Step Nucleic Acid Amplification)法により測定を行った場合に、一連につき１回に限り算定する。

Ｄ００６－９　ＷＴ１　ｍＲＮＡ

ＷＴ１　ｍＲＮＡは、リアルタイムＲＴ－ＰＣＲ法により、急性骨髄性白血病、急性リンパ性白血病又は骨髄異形成症候群の診断の補助又は経過観察時に行った場合に月１回を限度として算定できる。

Ｄ００６－10　ＣＣＲ４タンパク（フローサイトメトリー法）

ＣＣＲ４タンパク（フローサイトメトリー法）及び区分番号「Ｎ００２」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「５」ＣＣＲ４タンパクを同一の目的で行った場合には、原則としていずれか一方のみを算定する。ただし、医学的な必要性がある場合には、併せて実施した場合であっても、いずれの点数も算定できる。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

Ｄ００６－11　ＦＩＰ１Ｌ１－ＰＤＧＦＲα融合遺伝子検査

（１）　ＦＩＰ１Ｌ１－ＰＤＧＦＲα融合遺伝子検査は、二次性好酸球増加症を除外した上で、慢性好酸球性白血病又は好酸球増多症候群と診断した患者において、治療方針の決定を目的としてＦＩＳＨ法により行った場合に、原則として１回に限り算定できる。ただし、臨床症状・検査所見等の変化を踏まえ、治療法を選択する必要があり、本検査を再度実施した場合にも算定できる。

（２）　ＦＩＰ１Ｌ１－ＰＤＧＦＲα融合遺伝子検査を算定するに当たっては、本検査を必要と判断した理由又は本検査を再度実施した場合にはその理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｄ００６－12　ＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）

（１）　ＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）は、血漿を用いてリアルタイムＰＣＲ法又は次世代シーケンシングにより行った場合に算定できる。

（２）　肺癌の詳細な診断及び治療法を選択する場合、又は肺癌の再発や増悪により、ＥＧＦＲ遺伝子変異の２次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する場合に、患者１人につき、診断及び治療法を選択する場合には１回、再度治療法を選択する場合には２回に限り算定できる。ただし、本検査の実施は、医学的な理由により、肺癌の組織を検体として、区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」処理が

容易なものの「⑴」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、肺癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査を行うことが困難な場合に限る。

（３）　ＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）を実施した場合には、肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（４）　ＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）、肺癌の組織を検体とした区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」処理が容易なものの「⑴」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、肺癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査又は区分番号「Ｄ００６－24」肺癌関連遺伝子多項目同時検査を同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

Ｄ００６－13　骨髄微小残存病変量測定

（１）　骨髄微小残存病変量測定は、ＰＣＲ法により、急性リンパ性白血病の診断補助又は経過観察を目的に行った場合に算定できる。

（２）　「１」の遺伝子再構成の同定に用いるものについては、急性リンパ性白血病と診断された患者又は再発が認められた患者に対して、遺伝子再構成の同定及び当該遺伝子のプライマー作成を行った場合に、それぞれ１回に限り算定できる。

（３）　「２」のモニタリングに用いるものについては、「１」の遺伝子再構成に用いるものを行った患者に対して、ＰＣＲ法により急性リンパ性白血病の経過観察を目的として行った場合に、初発時と再発時にそれぞれ２回を限度として算定できる。

Ｄ００６－14　ＦＬＴ３遺伝子検査

（１）　ＦＬＴ３遺伝子検査は、再発又は難治性の急性骨髄性白血病（急性前骨髄性白血病を除く。）の骨髄液又は末梢血を検体とし、ＰＣＲ法及びキャピラリー電気泳動法により、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、ＦＬＴ３遺伝子の縦列重複（ＩＴＤ）変異及びチロシンキナーゼ（ＴＫＤ）変異の評価を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

（２）　区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「Ｄ００６－２」造血器腫瘍遺伝子検査、区分番号「Ｄ００６－６」免疫関連遺伝子再構成又は区分番号「Ｄ００６－16」ＪＡＫ２遺伝子検査のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

Ｄ００６－15　膀胱がん関連遺伝子検査

（１）　膀胱がん関連遺伝子検査は、膀胱がんの患者であって、上皮内癌（ＣＩＳ）と診断され、過去に区分番号「Ｋ８０３」膀胱悪性腫瘍手術の「６」経尿道的手術を行った者に対して、ＦＩＳＨ法により、再発の診断の補助を目的として実施した場合に、経尿道的手術後２年以内に限り、２回を限度として算定する。ただし、同時に膀胱鏡により、膀胱がん再発の所見が認められないことを確認した患者に対して実施した場合に限る。

（２）　本検査を実施した場合には、上皮内癌（ＣＩＳ）と診断された病理所見、区分番号「Ｋ８０３」膀胱悪性腫瘍手術の「６」経尿道的手術の実施日及び本検査を過去に算定している場合にはその算定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（３）　本検査と同時に区分番号「Ｎ００４」細胞診（１部位につき）の「２」穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるものを実施した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ００６－16　ＪＡＫ２遺伝子検査

（１）　ＪＡＫ２遺伝子検査は、骨髄液又は末梢血を検体とし、アレル特異的定量ＰＣＲ法により、真性赤血球増加症、本態性血小板血症及び原発性骨髄線維症の診断補助を目的として、ＪＡＫ２Ｖ６１７Ｆ遺伝子変異割合を測定した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

（２）　区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「Ｄ００６－２」造血器腫瘍遺伝子検査、区分番号「Ｄ００６－６」免疫関連遺伝子再構成又は区分番号「Ｄ００６－14」ＦＬＴ３遺伝子検査のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

Ｄ００６－17　Ｎｕｄｉｘ　ｈｙｄｒｏｌａｓｅ　15（ＮＵＤＴ15）遺伝子多型

ＮＵＤＴ15 遺伝子多型は、難治性の炎症性腸疾患、急性リンパ性白血病及び治療抵抗性のリウマチ性疾患（全身性血管炎（顕微鏡的多発血管炎、多発血管炎性肉芽腫症、結節性多発動脈炎、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症、高安動脈炎等）、全身性エリテマトーデス（ＳＬＥ）、多発性筋炎、皮膚筋炎、強皮症、混合性結合組織病及び難治性リウマチ性疾患）、自己免疫性肝炎の患者であって、チオプリン製剤の投与対象となる患者に対して、その投与の可否、投与量等を判断することを目的として、リアルタイムＰＣＲ法により測定を行った場合に、当該薬剤の投与を開始するまでの間に１回を限度として算定する。

Ｄ００６－18　ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査

（１）　「１」腫瘍細胞を検体とするものについては、初発の進行卵巣癌患者又は転移性去勢抵抗性前立腺癌患者の腫瘍細胞を検体とし、次世代シーケンシングにより、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、ＢＲＣＡ１遺伝子及びＢＲＣＡ２遺伝子の変異の評価を行った場合に限り算定する。

（２）　「２」血液を検体とするものについては、転移性若しくは再発乳癌患者、初発の進行卵巣癌患者、治癒切除不能な膵癌患者、転移性去勢抵抗性前立腺癌患者又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる乳癌若しくは卵巣癌患者の血液を検体とし、ＰＣＲ法等により、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として、ＢＲＣＡ１遺伝子及びＢＲＣＡ２遺伝子の変異の評価を行った場合に限り算定する。

（３）　「２」血液を検体とするものについて、遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として当該検査を実施するに当たっては、厚生労働省がん対策推進総合研究事業研究班作成の「遺伝性乳癌卵巣癌症候群（ＨＢＯＣ）診療の手引き２０１７年版」を参照すること。なお、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｄ００６－19　がんゲノムプロファイリング検査

（１）　固形腫瘍の腫瘍細胞又は血液を検体とし、100 以上のがん関連遺伝子の変異等を検出するがんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシングを用いて、包括的なゲノムプロファイルの取得を行う場合に、検体提出時に患者１人につき１回（以下のイの場合については、血液を検体とする検査を含めて２回）に限り算定できる。ただし、血液を検体とする場合については、以下に掲げる場合にのみ算定できる。

ア　医学的な理由により、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体としてがんゲノムプロファイリング検査を行うことが困難な場合。この際、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とした検査が実施困

難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

イ　固形腫瘍の腫瘍細胞を検体として実施したがんゲノムプロファイリング検査において、包括的なゲノムプロファイルの結果を得られなかった場合。この際、その旨を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（２）　標準治療がない固形がん患者又は局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了となった固形がん患者（終了が見込まれる者を含む。）であって、関連学会の化学療法に関するガイドライン等に基づき、全身状態及び臓器機能等から、当該検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高いと主治医が判断した者に対して実施する場合に限り算定できる。

（３）　がんゲノムプロファイルの解析により得られる遺伝子のシークエンスデータ（ＦＡＳＴＱ又はＢＡＭ）、解析データ（ＶＣＦ又はＸＭＬ）及び臨床情報等を、患者の同意に基づき、保険医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（Ｃ－ＣＡＴ）に提出すること。この際、当該データの提出及び二次利用について、患者に対して書面を用いて説明し、同意の有無について診療録及び管理簿等に記載すること。なお、これらの手続きに当たっては、個人情報の保護に係る諸法令を遵守すること。

（４）　Ｃ－ＣＡＴへのデータ提出又はデータの二次利用に係る同意が得られない場合であっても、当該検査を実施し、算定することができる。その際には同意が得られなかった旨を診療録及び管理簿に記載すること。

（５）　医療関係団体が定める「インフォームド・コンセント手順書」を遵守し、患者からの同意取得について適切な手続きを確保すること。

（６）　「注２」に係る規定は、固形腫瘍の腫瘍細胞又は血液を検体とし、100 以上のがん関連遺伝子の変異等を検出するがんゲノムプロファイリング検査に用いる医療機器等として薬事承認又は認証を得ている次世代シーケンシングを用いて、次に掲げる抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的とした検査を実施した際に併せて取得している包括的なゲノムプロファイルの結果を、標準治療後にエキスパートパネルでの検討を経た上で患者に提供し、治療方針等について文書を用いて患者に説明することにより、区分番号「Ｂ０１１－５」に掲げるがんゲノムプロファイリング評価提供料を算定する場合に適用する。なお、この場合には（２）から（５）までを満たすこと。この際、診療報酬明細書の摘要欄に、包括的なゲノムプロファイルの結果を併せて取得した検査の実施日を記載すること。

ア　肺癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査、ＲＯＳ１融合遺伝子検査、ＡＬＫ融合遺伝子検査

イ　大腸癌におけるＲＡＳ遺伝子検査

ウ　乳癌におけるＨＥＲ２遺伝子検査

エ　固形癌におけるマイクロサテライト不安定性検査

オ　肺癌におけるＭＥＴｅｘ14 遺伝子検査

カ　悪性黒色腫におけるＢＲＡＦ遺伝子検査

キ　固形癌におけるＮＴＲＫ融合遺伝子検査、腫瘍遺伝子変異量検査

ク　胆道癌におけるＦＧＦＲ２融合遺伝子検査

ケ　卵巣癌又は前立腺癌におけるＢＲＣＡ１遺伝子及びＢＲＣＡ２遺伝子検査

Ｄ００６－20　角膜ジストロフィー遺伝子検査

（１）　角膜ジストロフィー遺伝子検査は、角膜混濁等の前眼部病変を有する患者であって、臨床症状、検査所見、家族歴等から角膜ジストロフィーと診断又は疑われる者に対して、治療方針の決定を目的として行った場合に算定する。本検査を実施した場合には、その医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（２）　検査の実施に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成 29 年４月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査･診断に関するガイドライン」（平成23年２月）を遵守すること。

Ｄ００６－21　血液粘弾性検査（一連につき）

（１）　血液粘弾性検査は、心臓血管手術（人工心肺を用いたものに限る。）を行う患者に対して、血液製剤等の投与の必要性の判断又は血液製剤等の投与後の評価を目的として行った場合に算定できる。

（２）　術前、術中又は術後に実施した場合に、それぞれ１回ずつ算定できる。なお、所期の目的を達するために複数回実施した場合であっても、一連として算定する。

（３）　検査の実施に当たっては、日本心臓血管麻酔学会の定める指針を遵守し、適切な輸血管理を行うこと。

Ｄ００６－22　ＲＡＳ遺伝子検査（血漿）

（１）　ＲＡＳ遺伝子検査（血漿）は、大腸癌患者の血漿を検体とし、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、高感度デジタルＰＣＲ法とフローサイトメトリー法を組み合わせた方法により行った場合に、患者１人につき１回に限り算定できる。ただし、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できる。なお、本検査の実施は、医学的な理由により、大腸癌の組織を検体として、区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」の「イ」処理が容易なものの「⑴」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、大腸癌におけるＲＡＳ遺伝子検査又は区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」の「イ」処理が容易なものの「⑵」その他のもののうち、大腸癌におけるＫ－ｒａｓ遺伝子検査を行うことが困難な場合に限る。

（２）　本検査を実施した場合は、大腸癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書に記載する。

（３）　本検査と、大腸癌の組織を検体として、区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」の「イ」処理が容易なものの「⑴」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、大腸癌におけるＲＡＳ遺伝子検査又は区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」の「イ」処理が容易なものの「⑵」その他のもののうち、大腸癌におけるＫ－ｒａｓ遺伝子検査を同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

Ｄ００６－23　遺伝子相同組換え修復欠損検査

遺伝子相同組換え修復欠損検査は、卵巣癌患者の腫瘍組織を検体とし、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、次世代シーケンシングにより、相同組換え修復欠損の評価を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

Ｄ００６－24　肺癌関連遺伝子多項目同時検査

（１）　肺癌関連遺伝子多項目同時検査は、肺癌患者の腫瘍組織を検体とし、ＥＧＦＲ遺伝子検査、ＲＯＳ１融合遺伝子検査、ＡＬＫ融合遺伝子検査、ＢＲＡＦ遺伝子検査及びＭＥＴｅｘ14 遺伝子検査をリアルタイムＰＣＲ法により同時に実施した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

（２） 本検査と区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」の「イ」の「⑴」医薬品の適応判定の補助等に用いるもの（肺癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査、ＲＯＳ１融合遺伝子検査、ＡＬＫ融合遺伝子検査、ＢＲＡＦ遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く。）又はＭＥＴｅｘ14 遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く。）に限る。）、区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」の「ロ」処理が複雑なもの（肺癌におけるＢＲＡＦ遺伝子検査（次世代シーケンシング）又はＭＥＴｅｘ14 遺伝子検査（次世代シーケンシング）に限る。）、区分番号「Ｄ００６－12」ＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）、区分番号「Ｎ００２」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「６」ＡＬＫ融合タンパク又は区分番号「Ｎ００５－２」ＡＬＫ融合遺伝子標本作製を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ００６－25 ＣＹＰ２Ｃ９遺伝子多型

二次性進行型多発性硬化症患者に対するシポニモドフマル酸の投与の可否の判定又は投与量の判定を目的として、リアルタイムＰＣＲ法により、全血又は口腔粘膜から抽出されたゲノムＤＮＡ中の薬物代謝酵素ＣＹＰ２Ｃ９遺伝子多型を測定した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｄ００６－26 染色体構造変異解析

（１） 染色体構造変異解析は、薬事承認を得ている体外診断用医薬品を用いて、アレイＣＧＨ法により染色体ゲノムＤＮＡのコピー数変化及びヘテロ接合性の喪失を測定した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

（２） 本検査は、12q14 欠失症候群、15q13.3 欠失症候群、15q24 反復性微細欠失症候群、15q26 過成長症候群、16p11.2 重複症候群、16p11.2-p12.2 欠失症候群、16p11.2-p12.2 重複症候群、16p13.11 反復性微細欠失症候群、16p13.11 反復性微細重複症候群、17q21.31 反復性微細欠失症候群、1p36 欠失症候群、1q21.1 反復性微細欠失症候群、1q21.1 反復性微細重複症候群、1q21.1 領域血小板減少-橈骨欠損症候群、22q11.2 欠失症候群、22q11 重複症候群、22q11.2 遠位欠失症候群、22q13 欠失症候群（フェラン・マクダーミド症候群）、2p15-16.1 欠失症候群、2p21 欠失症候群、2q33.1 欠失症候群、2q37 モノソミー、3q29 欠失症候群、3q29 重複症候群、7q11.23 重複症候群、8p23.1 微細欠失症候群、8p23.1 重複症候群、8q21.11 欠失症候群、9q34 欠失症候群、アンジェルマン症候群、ATR-16 症候群、22q テトラソミー症候群（キャットアイ症候群）、シャルコー・マリー・トゥース病、5p-症候群、遺伝圧脆弱性ニューロパチー、レリー・ワイル症候群、ミラー・ディカー症候群、NF1 欠失症候群、ペリツェウス・メルツバッハ病（先天性大脳白質形成不全症）、ポトキ・ルプスキ症候群、ポトキ・シェイファー症候群、プラダー・ウィリ症候群、腎嚢胞－糖尿病症候群、16p12.1 反復性微細欠失症候群、ルビンシュタイン・テイビ症候群、スミス・マギニス症候群、ソトス症候群、裂手／裂足奇形1、ステロイドスルファターゼ欠損症、WAGR症候群、ウィリアムズ症候群、ウォルフ・ヒルシュホーン症候群、Xp11.22 連鎖性知的障害、Xp11.22-p11.23 重複症候群、MECP2 重複症候群、ベックウィズ・ヴィーデマン症候群、シルバー・ラッセル症候群、第 14 番染色体父親性ダイソミー症候群（鏡－緒方症候群）又は 14 番染色体母親性ダイソミーおよび類縁疾患のいずれかを疑う患者に対して実施すること。

（３） 本検査を実施する場合は、関連学会が定める指針を遵守し、本検査を実施する医学的な

理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｄ００６－27 悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿）

（１） 悪性腫瘍遺伝子検査（血液・血漿）は、固形癌患者の血液又は血漿を検体とし、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った場合に、それぞれ患者１人につき１回に限り算定する。

（２） ＲＯＳ１融合遺伝子検査

ア 「１」のＲＯＳ１融合遺伝子検査は、肺癌患者の血液を検体とし、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、次世代シーケンシングにより行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

イ 本検査は、医学的な理由により、肺癌の組織を検体として、区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」の「イ」処理が容易なものの「⑴」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、肺癌におけるＲＯＳ１融合遺伝子検査を行うことが困難な場合に算定でき、当該検査と本検査を併せて実施した場合には、本検査は算定できない。

ウ 本検査の実施に当たっては、肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（３） ＡＬＫ融合遺伝子検査

ア 「２」のＡＬＫ融合遺伝子検査は、肺癌患者の血液を検体とし、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、次世代シーケンシングにより行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

イ 本検査は、医学的な理由により、肺癌の組織を検体として、区分番号「Ｄ００４－２」の「１」の「イ」処理が容易なものの「⑴」医薬品の適応判定の補助等に用いるもののうち、肺癌におけるＡＬＫ融合遺伝子検査を行うことが困難な場合に算定でき、当該検査と本検査を併せて実施した場合には、本検査は算定できない。

ウ 本検査の実施に当たっては、肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

エ 本検査と区分番号「Ｎ００２」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「６」ＡＬＫ融合タンパク又は区分番号「Ｎ００５－２」ＡＬＫ融合遺伝子標本作製を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

（４） ＭＥＴｅｘ14 遺伝子検査

ア 「３」のＭＥＴｅｘ14 遺伝子検査は、肺癌患者の血漿を検体とし、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、次世代シーケンシングにより行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

イ 本検査は、医学的な理由により、肺癌の組織を検体として、区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」の「ロ」処理が複雑なもののうち、肺癌におけるＭＥＴｅｘ14 遺伝子検査を行うことが困難な場合に算定でき、当該検査と本検査を併せて実施した場合には、本検査は算定できない。

ウ 本検査の実施に当たっては、肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書に記載すること。

（５） ＮＴＲＫ融合遺伝子検査

ア 「４」のＮＴＲＫ融合遺伝子検査は、固形癌患者の血液を検体とし、抗悪性腫瘍剤に

よる治療法の選択を目的として、次世代シーケンシングにより行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

イ　本検査は、医学的な理由により、固形癌の組織を検体として、区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」の「ロ」処理が複雑なもののうち、固形癌におけるＮＴＲＫ融合遺伝子検査を行うことが困難な場合に算定でき、当該検査と本検査を併せて実施した場合には、本検査は算定できない。

ウ　本検査の実施に当たっては、固形癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

エ　卵巣癌、乳癌、膵癌又は前立腺癌において、本検査と区分番号「Ｄ００６－18」ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査を併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

（６）　次世代シーケンシングを用いて、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として特定の遺伝子の変異の評価を行う際に、包括的なゲノムプロファイルを併せて取得している場合には、包括的なゲノムプロファイルの結果ではなく、目的とする遺伝子変異の結果についてのみ患者に提供すること。また、その場合においては、目的以外の遺伝子の変異に係る検査結果については患者の治療方針の決定等には用いないこと。

Ｄ００６－28　Ｙ染色体微小欠失検査

Ｙ染色体微小欠失検査は、不妊症の患者であって、生殖補助医療を実施しているものに対して、ＰＣＲ－ｒＳＳＯ法により、精巣内精子採取術の適応の判断を目的として実施した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。なお、本検査を実施する医学的な理由を診療録に記載すること。

Ｄ００７　血液化学検査

（１）　「１」のナトリウム及びクロールについては、両方を測定した場合も、いずれか一方のみを測定した場合も、同一の所定点数により算定する。

（２）　「１」のカルシウム及び「７」のイオン化カルシウムを同時に測定した場合には、いずれか一方についてのみ所定点数を算定する。

（３）　「１」の総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）と不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）を同時に実施した場合は、「１」の不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）又は総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）の所定点数を算定する。

（４）　「１」のクレアチニンについて、ヤッフェ法を用いて実施した場合は算定できない。

（５）　「３」のＨＤＬ―コレステロール、「３」の総コレステロール及び「４」のＬＤＬ―コレステロールを併せて測定した場合は、主たるもの２つの所定点数を算定する。

（６）　「３」の無機リン及びリン酸については、両方を測定した場合も、いずれか一方のみを測定した場合も、同一の所定点数により算定する。

（７）　「４」の蛋白分画、「１」の総蛋白及びアルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）を併せて測定した場合は、主たるもの２つの所定点数を算定する。

（８）　「８」のマンガン（Ｍｎ）は、１月以上（胆汁排泄能の低下している患者については２週間以上）高カロリー静脈栄養法が行われている患者に対して、３月に１回に限り算定することができる。

（９）　「９」のケトン体及び「19」のケトン体分画の検査を併せて実施した場合は、ケトン体分画の所定点数のみ算定する。

（10）　「10」のアポリポ蛋白は、ＡⅠ、ＡⅡ、Ｂ、ＣⅡ、ＣⅢ及びＥのうち、測定した項目数に応じて、所定点数を算定する。

（11）　「13」の有機モノカルボン酸については、グルタチオン、乳酸、ピルビン酸及び α－ケトグルタール酸の各物質の測定を行った場合に、それぞれの測定ごとに所定点数を算定する。

（12）　同一検体について「14」の重炭酸塩及び「36」の血液ガス分析の検査を併せて行った場合は、血液ガス分析の所定点数のみ算定する。

（13）　「17」のグリコアルブミンは、ＨＰＬＣ（２カラム）、ＨＰＬＣ（１カラム）－発色法、アフィニティークロマトグラフィー・免疫比濁法によるグリコアルブミン測定装置を用いて測定した場合、ＥＩＡ法又は酵素法により測定した場合に所定点数を算定する。

（14）　区分番号「Ｄ００５」血液形態・機能検査の「９」のヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）、本区分「17」のグリコアルブミン又は「21」の１，５－アンヒドロ－Ｄ－グルシトール（１，５ＡＧ）のうちいずれかを同一月中に合わせて２回以上実施した場合は、月１回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、１型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して６月以内の患者、インスリン治療を開始して６月以内の患者等については、いずれか１項目を月１回に限り別に算定できる。

（15）　肝胆道疾患の診断の目的で尿中硫酸抱合型胆汁酸測定を酵素法により実施した場合は、「18」のコレステロール分画に準じて算定する。ただし、「13」の胆汁酸を同時に測定した場合には、いずれか一方の所定点数のみを算定する。

（16）　「23」のＬＤアイソザイム１型は酵素学的阻害法による。

（17）　総カルニチン及び遊離カルニチン

ア　「23」の総カルニチン及び遊離カルニチンは、関係学会の定める診療に関する指針を遵守し、酵素サイクリング法により測定した場合に算定する。

イ　本検査を先天性代謝異常症の診断補助又は経過観察のために実施する場合は、月に１回を限度として算定する。

ウ　静脈栄養管理若しくは経腸栄養管理を長期に受けている筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症若しくは小児の患者、人工乳若しくは特殊治療用ミルクを使用している小児患者、バルプロ酸ナトリウム製剤投与中の患者、Ｆａｎｃｏｎｉ症候群の患者又は慢性維持透析の患者におけるカルニチン欠乏症の診断補助若しくは経過観察のために、本検査を実施する場合は、６月に１回を限度として算定する。

エ　同一検体について、本検査と区分番号「Ｄ０１０」特殊分析の「８」先天性代謝異常症検査を併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

（18）　「24」のＡＬＰアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）は、アガロース電気泳動法によって、一連の検査によって同時に行った場合に算定する。また、区分番号「Ｄ００８」内分泌学的検査の「30」の骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）と併せて実施した場合には、いずれか主たるもののみ算定する。

（19）　「26」のリポ蛋白（ａ）は、３月に１回を限度として算定できる。

（20）　「27」のヘパリンの血中濃度測定においては、同一の患者につき１月以内に当該検査を２回以上行った場合においては、算定は１回とし、１回目の測定を行ったときに算定する。

（21）　「28」のＫＬ－６、「35」の肺サーファクタント蛋白―Ａ（ＳＰ－Ａ）及び「37」の肺

サーファクタント蛋白-D（ＳＰ－Ｄ）のうちいずれかを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。ＫＬ－６は、ＥＩＡ法、ＥＣＬＩＡ法又はラテックス凝集比濁法により、肺サーファクタント蛋白-A（ＳＰ－Ａ）及び肺サーファクタント蛋白-D（ＳＰ－Ｄ）は、ＥＩＡ法による。

(22)　「29」の心筋トロポニンＩと心筋トロポニンＴ（ＴｎＴ）定性・定量を同一月に併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(23)　25－ヒドロキシビタミンＤ

ア　「31」の 25－ヒドロキシビタミンＤは、原発性骨粗鬆症の患者に対して、ＥＣＬＩＡ法、ＣＬＩＡ法又はＣＬＥＩＡ法により測定した場合は、骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に１回に限り算定できる。なお、本検査を実施する場合は関連学会が定める実施方針を遵守すること。

イ　「31」の 25－ヒドロキシビタミンＤは、ビタミンＤ欠乏性くる病若しくはビタミンＤ欠乏性骨軟化症の診断時又はそれらの疾患に対する治療中にＥＣＬＩＡ法、ＣＬＩＡ法又はＣＬＥＩＡ法により測定した場合は、診断時においては１回を限度とし、その後は３月に１回を限度として算定できる。

(24)　シスタチンＣ

ア　「30」のシスタチンＣは、ＥＩＡ法、ラテックス凝集比濁法、金コロイド凝集法又はネフェロメトリー法により実施した場合に限り算定できる。

イ　シスタチンＣは、「１」の尿素窒素又は「１」のクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、３月に１回に限り算定できる。ただし、「32」のペントシジンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(25)　「32」のペントシジンは、「１」の尿素窒素又はクレアチニンにより腎機能低下（糖尿病性腎症によるものを除く。）が疑われた場合に、３月に１回に限り算定できる。ただし、「30」のシスタチンＣを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(26)　「33」のイヌリンは、「１」の尿素窒素又は「１」のクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、６月に１回に限り算定できる。ただし、「１」のクレアチニン（腎クリアランス測定の目的で行い、血清及び尿を同時に測定する場合に限る。）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(27)　「36」の血液ガス分析の所定点数には、ナトリウム、カリウム、クロール、ｐＨ、PO_2、PCO_2及びHCO_3^-の各測定を含むものであり、測定項目数にかかわらず、所定点数により算定する。なお、同時に行ったヘモグロビンについては算定しない。

(28)　「36」の血液ガス分析は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。

なお、在宅酸素療法を実施している入院施設を有しない診療所が、緊急時に必要、かつ、密接な連携を取り得る入院施設を有する他の保険医療機関において血液ガス分析を行う場合であって、採血後、速やかに検査を実施し、検査結果が速やかに当該診療所に報告された場合にあっては算定できるものとする。

(29)　「36」のⅣ型コラーゲン又は「40」のⅣ型コラーゲン・７Ｓは、「37」のプロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（Ｐ－Ⅲ－Ｐ）又は「48」のＭａｃ－２結合蛋白糖鎖修飾異性体と併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

(30)　「36」の心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）定性及び定量は、ＥＬＩＳＡ法、免疫クロマト法、ラテックス免疫比濁法又はラテックス凝集法により、急性心筋梗塞の診断を目的に用いた場合に限り算定する。

ただし、心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）定性又は定量と「36」のミオグロビン定性又は定量を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(31)　「36」のアルブミン非結合型ビリルビンは、診察及び他の検査の結果から、核黄疸に進展するおそれがある新生児である患者に対して、生後２週間以内に経過観察を行う場合に算定する。

(32)　「39」のセレンは、長期静脈栄養管理若しくは長期成分栄養剤を用いた経腸栄養管理を受けている患者、人工乳若しくは特殊治療用ミルクを使用している小児患者又は重症心身障害児（者）に対して、診察及び他の検査の結果からセレン欠乏症が疑われる場合の診断及び診断後の経過観察を目的として実施した場合に限り算定する。

(33)　「44」のＡＬＰアイソザイム（ＰＡＧ電気泳動法）、「24」のＡＬＰアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）及び区分番号「Ｄ００８」内分泌学的検査の「30」の骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(34)　腟分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白１型（ＩＧＦＢＰ－１）定性

ア　「42」の腟分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白１型（ＩＧＦＢＰ－１）定性は、免疫クロマト法により、破水の診断のために妊娠満 22 週以上満 37 週未満の者を対象として測定した場合に限り算定する。

イ　「42」の腟分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白１型（ＩＧＦＢＰ－１）定性及び区分番号「Ｄ０１５」血漿蛋白免疫学的検査の「23」癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管腟分泌液）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(35)　「43」のヒアルロン酸は、サンドイッチ バインディング プロテイン アッセイ法、^{125}Ｉによる競合法を用いたバインディング プロテイン アッセイ法、ＬＡ法（測定機器を用いるもの）又はＬＢＡ法による。ただし、本検査は慢性肝炎の患者に対して、慢性肝炎の経過観察及び肝生検の適応の確認を行う場合に算定できる。

(36)　「43」のレムナント様リポ蛋白コレステロール（ＲＬＰ－Ｃ）は免疫吸着法－酵素法又は酵素法により実施し、３月に１回を限度として算定できる。

(37)　「45」の心室筋ミオシン軽鎖Ｉは、同一の患者につき同一日に当該検査を２回以上行った場合は、１回のみ算定する。

(38)　「46」のアセトアミノフェンは、同一の患者につき１月以内に２回以上行った場合は、第１回目の測定を行ったときに１回に限り算定する。

(39)　「48」のマロンジアルデヒド修飾ＬＤＬ（ＭＤＡ－ＬＤＬ）は、冠動脈疾患既往歴のある糖尿病患者で、冠動脈疾患発症に関する予後予測の補助の目的で測定する場合に３月に１回に限り算定できる。ただし、糖尿病患者の経皮的冠動脈形成術治療時に、治療後の再狭窄に関する予後予測の目的で測定する場合、上記と別に術前１回に限り算定できる。

(40)　Ｍａｃ－２結合蛋白糖鎖修飾異性体

ア　「48」のＭａｃ－２結合蛋白糖鎖修飾異性体は、２ステップサンドイッチ法を用いた化学発光酵素免疫測定法により、慢性肝炎又は肝硬変の患者（疑われる患者を含む。）に対して、肝臓の線維化進展の診断補助を目的に実施した場合に算定する。

イ　本検査と「37」のプロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（Ｐ－Ⅲ－Ｐ）、「36」のⅣ型コラーゲン、「40」のⅣ型コラーゲン・７Ｓ又は「43」のヒアルロン酸を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(41)　オートタキシン

ア　「48」のオートタキシンは、サンドイッチ法を用いた蛍光酵素免疫測定法又は化学発光酵素免疫測定法により、慢性肝炎又は肝硬変の患者（疑われる患者を含む。）に対して、肝臓の線維化進展の診断補助を目的に実施した場合に算定する。

イ　本検査と「37」のプロコラーゲン－Ⅲ－ペプチド（Ｐ－Ⅲ－Ｐ）、「36」のⅣ型コラーゲン、「40」のⅣ型コラーゲン・７Ｓ、「43」のヒアルロン酸又は「48」のＭａｃ－２結合蛋白糖鎖修飾異性体を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(42)　「51」のリポ蛋白リパーゼ（ＬＰＬ）は、高トリグリセライド血症及びＬＰＬ欠損症が疑われる場合の鑑別のために測定した場合に限り算定できる。また、ヘパリン負荷が行われた場合、投与したヘパリンは区分番号「Ｄ５００」の薬剤として算定できるが、注射料は算定できない。

(43)　「52」の肝細胞増殖因子（ＨＧＦ）はＥＬＩＳＡ法により、肝炎にて劇症化が疑われる場合又は劇症肝炎の経過観察に用いた場合に限り算定する。

(44)　「55」の２，５－オリゴアデニル酸合成酵素活性は、ウイルス血症を伴う慢性活動性肝炎患者のインターフェロン製剤の投与量及び治療効果の判定に用いた場合に算定する。

(45)　ロイシンリッチ α_2グリコプロテイン

ア　「57」のロイシンリッチ α_2グリコプロテインは、潰瘍性大腸炎又はクローン病の病態把握を目的として測定した場合に３月に１回を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から、本検査を１月に１回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

イ　「57」のロイシンリッチα_2グリコプロテインと、区分番号「Ｄ００３」糞便検査の「９」のカルプロテクチン（糞便）又は区分番号「Ｄ３１３」大腸内視鏡検査を同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

(46)　「58」のプロカルシトニン（ＰＣＴ）定量又は同半定量は、敗血症（細菌性）を疑う患者を対象として測定した場合に算定できる。ただし、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「50」のエンドトキシンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(47)　プレセプシン定量

ア　「59」のプレセプシン定量は、敗血症（細菌性）を疑う患者を対象として測定した場合に算定できる。

イ　「59」のプレセプシン定量と「58」のプロカルシトニン（ＰＣＴ）定量、同半定量又は区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「50」エンドトキシンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(48)　「61」のインフリキシマブ定性は、関節リウマチの患者に対して、インフリキシマブ投与量の増量等の判断のために、イムノクロマト法により測定した場合に、患者１人につき３回を限度として算定できる。

(49)　「62」の１，25－ジヒドロキシビタミンD_3は、ラジオレセプターアッセイ法、ＲＩＡ法又はＥＬＩＳＡ法により、慢性腎不全、特発性副甲状腺機能低下症、偽性副甲状腺機能低下症、ビタミンＤ依存症Ⅰ型若しくは低リン血症性ビタミンＤ抵抗性くる病の診断時又はそれらの疾患に対する活性型ビタミンD_3剤による治療中に測定した場合に限り算定できる。ただし、活性型ビタミンD_3剤による治療開始後１月以内においては２回を限度とし、その後は３月に１回を限度として算定する。

(50)　「63」の血管内皮増殖因子（ＶＥＧＦ）は、クロウ・深瀬症候群（ＰＯＥＭＳ症候群）の診断又は診断後の経過観察の目的として、ＥＬＩＳＡ法により測定した場合に、月１回を限度として算定できる。

(51)　ＦＧＦ23

「64」のＦＧＦ23 は、ＣＬＥＩＡ法により、ＦＧＦ23 関連低リン血症性くる病・骨軟化症の診断時又は治療効果判定時に測定した場合に限り算定できる。ただし、診断時においては１回を限度とし、その後は腫瘍性骨軟化症の場合には腫瘍摘出後に１回、薬剤性の場合には被疑薬中止後に１回を限度として算定する。

(52)　血液化学検査の注に掲げる検査と併せて、血液化学検査の注に掲げる検査を準用することが認められている検査を行った場合は、当該検査も注に掲げる項目数の算定に含める。

(53)　血液化学検査の注のハの注に規定する 10 項目以上の包括点数を算定する場合の入院時初回加算は、入院時に初めて行われる検査は項目数が多くなることに鑑み、血液化学検査の注に掲げる検査を 10 項目以上行った場合に、入院時初回検査に限り 20 点を加算するものであり、入院後初回の検査以外の検査において 10 項目以上となった場合にあっては、当該加算は算定できない。また、基本的検体検査実施料を算定している場合にあっても、当該加算は算定できない。

Ｄ００８　内分泌学的検査

（１）　各種ホルモンの日内変動検査は、内分泌学的検査の該当する項目の測定回数により算定するが、その回数については妥当適切な範囲であること。

（２）　「１」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）定性及び「19」のヒト絨毛性ゴナドトロピン-β サブユニット（ＨＣＧ-β）は、免疫学的妊娠試験に該当するものである。

（３）　「８」のレニン活性と「11」のレニン定量を併せて行った場合は、一方の所定点数のみ算定する。

（４）　「13」のＣ－ペプチド（ＣＰＲ）を同時に血液及び尿の両方の検体について測定した場合は、血液の場合の所定点数のみを算定する。

（５）　「13」の黄体形成ホルモン（ＬＨ）はＬＡ法等による。

（６）　ヒト絨毛性ゴナドトロピン－β サブユニット（ＨＣＧ－β）

ア　「19」のヒト絨毛性ゴナドトロピン－β サブユニット（ＨＣＧ－β）は、ＨＣＧ産生腫瘍患者に対して測定した場合に限り算定できる。

イ　「19」のヒト絨毛性ゴナドトロピン－β サブユニット（ＨＣＧ-β）、「１」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）定性、「21」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）定量又は同半定量を併せて実施した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

（７） 脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）

ア 「20」の脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）は、心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月１回に限り算定する。

イ 「20」の脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）、「22」の脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ）及び「46」の心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮＰ）のうち２項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して１週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

ウ 「20」の脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）、「22」の脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ）及び「46」の心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮＰ）のうち２項目以上を実施した場合は、各々の検査の実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（８） 「21」の抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗ＧＡＤ抗体）は、すでに糖尿病の診断が確定した患者に対して１型糖尿病の診断に用いた場合又は自己免疫介在性脳炎・脳症の診断に用いた場合に算定できる。

（９） 「21」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）定量及び同半定量は、ＨＣＧ・ＬＨ検査（試験管法）を含むものである。

（10） 脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ）

ア 「22」の脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ）は、心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月１回に限り算定する。

イ 「22」の脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ）、「20」の脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）及び「46」の心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮＰ）のうち２項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して１週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

ウ 「20」の脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）、「22」の脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ）又は「46」の心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮＰ）のうち２項目以上を実施した場合は、各々の検査の実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（11） 「26」の低カルボキシル化オステオカルシン（ｕｃＯＣ）は、骨粗鬆症におけるビタミンK_2剤の治療選択目的で行った場合又は治療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては１回、その後は６月以内に１回に限り算定できる。

（12） 「27」のＩ型コラーゲン架橋Ｎ－テロペプチド（ＮＴＸ）及び「39」のデオキシピリジノリン（ＤＰＤ）（尿）は、原発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定、副甲状腺機能亢進症手術後の治療効果判定又は骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択に際して実施された場合に算定する。

なお、骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に１回、その後６月以内の薬剤効果判定時に１回に限り、また薬剤治療方針を変更したときは変更後６月以内に１回に限り算定できる。

（13） 「27」のＩ型コラーゲン架橋Ｎ－テロペプチド（ＮＴＸ）、「28」のオステオカルシン（ＯＣ）又は「39」のデオキシピリジノリン（ＤＰＤ）（尿）を併せて実施した場合は、いずれか１つのみ算定する。

（14） 「27」の酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（ＴＲＡＣＰ－５ｂ）は、代謝性骨疾患及び骨

転移（代謝性骨疾患や骨折の併発がない肺癌、乳癌、前立腺癌に限る）の診断補助として実施した場合に１回、その後６月以内の治療経過観察時の補助的指標として実施した場合に１回に限り算定できる。また治療方針を変更した際には変更後６月以内に１回に限り算定できる。

本検査と「27」のＩ型コラーゲン架橋Ｎ―テロペプチド（ＮＴＸ）、「28」のオステオカルシン（ＯＣ）又は「39」のデオキシピリジノリン（ＤＰＤ）（尿）を併せて実施した場合は、いずれか一つのみ算定する。

なお、乳癌、肺癌又は前立腺癌であると既に確定診断された患者について骨転移の診断のために当該検査を行い、当該検査に基づいて計画的な治療管理を行った場合は、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

（15） 「28」のオステオカルシン（ＯＣ）は、続発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定及び原発性又は続発性の副甲状腺機能亢進症による副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術後の治療効果判定に際して実施した場合に限り算定できる。

（16） 「30」の骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）、「31」のインタクトＩ型プロコラーゲン－Ｎ－プロペプチド（Ｉｎｔａｃｔ ＰＩＮＰ）、「32」のＩ型プロコラーゲン－Ｎ－プロペプチド（ＰＩＮＰ）及び区分番号「Ｄ００７」血液化学検査の「44」ＡＬＰアイソザイム（ＰＡＧ電気泳動法）のうち２項目以上を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（17） 「34」のＩ型コラーゲン架橋Ｃ－テロペプチド－β異性体（β－ＣＴＸ）（尿）は、骨粗鬆症におけるホルモン補充療法及びビスフォスフォネート療法等、骨吸収抑制能を有する薬物療法の治療効果判定又は治療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては１回、その後は６月以内に１回に限り算定できる。

（18） 「35」のＩ型コラーゲン架橋Ｃ－テロペプチド－β異性体（β－ＣＴＸ）は、骨粗鬆症におけるホルモン補充療法及びビスフォスフォネート療法等、骨吸収抑制能を有する薬物療法の治療効果判定又は治療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては１回、その後は６月以内に１回に限り算定できる。

また、「34」のＩ型コラーゲン架橋Ｃ－テロペプチド－β異性体（β－ＣＴＸ）（尿）と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（19） 「37」のエストロゲン半定量又は定量については、「37」のエストリオール（E_3）又は「36」のエストラジオール（E_2）と同時に実施した場合は算定できない。

（20） 「37」の副甲状腺ホルモン関連蛋白Ｃ端フラグメント（Ｃ－ＰＴＨｒＰ）又は「38」の副甲状腺ホルモン関連蛋白（ＰＴＨｒＰ）は、高カルシウム血症の鑑別並びに悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症に対する治療効果の判定のために測定した場合に限り算定する。

（21） 「41」のエリスロポエチンは、以下のいずれかの目的で行った場合に算定する。

ア 赤血球増加症の鑑別診断

イ 重度の慢性腎不全患者又はエリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータペゴル若しくはＨＩＦ－ＰＨ阻害薬投与前の透析患者における腎性貧血の診断

ウ 骨髄異形成症候群に伴う貧血の治療方針の決定

（22） 「43」の抗ＩＡ－２抗体は、すでに糖尿病の診断が確定し、かつ、「21」の抗グルタミ

ン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗ＧＡＤ抗体）の結果、陰性が確認された患者に対し、１型糖尿病の診断に用いた場合に算定する。

なお、当該検査を算定するに当たっては、抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗ＧＡＤ抗体）の結果、陰性が確認された年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(23)　「43」の 17α－ヒドロキシプロゲステロン（17α－ＯＨＰ）は、先天性副腎皮質過形成症の診断又は治療効果判定のために行った場合に算定する。

(24)　「46」の心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮＰ）、「20」の脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）及び「22」の脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ）のうち２項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して１週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

(25)　「49」のノルメタネフリンは、褐色細胞腫の診断又は術後の効果判定のため行った場合に算定し、「44」のメタネフリンを併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

(26)　インスリン様成長因子結合蛋白３型（ＩＧＦＢＰ－３）

ア　「50」のインスリン様成長因子結合蛋白３型（ＩＧＦＢＰ－３）は、成長ホルモン分泌不全症の診断と治療開始時の適応判定のために実施した場合に算定できる。なお、成長ホルモン分泌不全症の診断については、厚生労働省間脳下垂体機能障害に関する調査研究班「成長ホルモン分泌不全性低身長症診断の手引き」を、治療開始時の適応判定については（財）成長科学協会「ヒト成長ホルモン治療開始時の適応基準」を参照すること。

イ　「50」のインスリン様成長因子結合蛋白３型（ＩＧＦＢＰ－３）を「42」のソマトメジンＣと併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(27)　遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画

ア　「51」の遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画は、褐色細胞腫の鑑別診断を行った場合に１回に限り算定する。本検査を実施するに当たっては、関連学会が定める指針を遵守し、褐色細胞腫を疑う医学的な理由を診療録に記載すること。

イ　「44」メタネフリン、「45」メタネフリン・ノルメタネフリン分画、「49」ノルメタネフリン又は「51」遊離メタネフリン・遊離ノルメタネフリン分画のうちいずれかを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(28)　「52」の抗ミュラー管ホルモン（ＡＭＨ）は、不妊症の患者に対して、調節卵巣刺激療法における治療方針の決定を目的として、血清又は血漿を検体としてＥＩＡ法、ＣＬＥＩＡ法又はＥＣＬＩＡ法により測定した場合に、６月に１回に限り算定できる。

(29)　レプチン

ア　「53」のレプチンは、脂肪萎縮、食欲亢進、インスリン抵抗性、糖尿病及び脂質異常症のいずれも有する患者に対して、全身性脂肪萎縮症の診断の補助を目的として、ＥＬＩＳＡ法により測定した場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

イ　本検査の実施に当たっては、関連学会が定める指針を遵守し、脂肪萎縮の発症時期及び全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｄ００９　腫瘍マーカー

（１）　腫瘍マーカーは、悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合に、悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に１回を限度として算定する。

悪性腫瘍の診断が確定し、計画的な治療管理を開始した場合、当該治療管理中に行った腫瘍マーカーの検査の費用は区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料に含まれ、腫瘍マーカーは、原則として、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料と同一月に併せて算定できない。ただし、悪性腫瘍の診断が確定した場合であっても、次に掲げる場合においては、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料とは別に腫瘍マーカーの検査料を算定できる。

ア　急性及び慢性膵炎の診断及び経過観察のために「８」のエラスターゼ１を行った場合

イ　肝硬変、ＨＢｓ抗原陽性の慢性肝炎又はＨＣＶ抗体陽性の慢性肝炎の患者について、「３」のα－フェトプロテイン（ＡＦＰ）、「10」のＰＩＶＫＡ-Ⅱ半定量又は定量を行った場合（月１回に限る。）

ウ　子宮内膜症の診断又は治療効果判定を目的として「11」のＣＡ125 又は「23」のＣＡ602 を行った場合（診断又は治療前及び治療後の各１回に限る。）

エ　家族性大腸腺腫症の患者に対して「２」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）を行った場合

（２）　「１」の尿中ＢＴＡは、膀胱癌であると既に確定診断がされた患者に対して、膀胱癌再発の診断のために行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「イ」を算定する。

（３）　「２」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）と「７」のＤＵＰＡＮ－２を併せて測定した場合は主たるもののみ算定する。

（４）　「９」の前立腺特異抗原（ＰＳＡ）は、診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から、前立腺癌の患者であることを強く疑われる者に対して検査を行った場合に、前立腺癌の診断の確定又は転帰の決定までの間に原則として、１回を限度として算定する。ただし、前立腺特異抗原（ＰＳＡ）の検査結果が 4.0ng/mＬ以上であって前立腺癌の確定診断がつかない場合においては、３月に１回に限り、３回を限度として算定できる。

なお、当該検査を２回以上算定するに当たっては、検査値を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（５）　「11」のＣＡ125 及び「23」のＣＡ602 を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

（６）　上記（１）にかかわらず、（５）に掲げる項目について、１つを区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の項目とし、他の１つの検査を腫瘍マーカーの項目として算定することはできず、いずれか一方のみ算定する。

（７）　核マトリックスプロテイン 22（ＮＭＰ22）定性（尿）又は定量（尿）

ア　「13」の核マトリックスプロテイン 22（ＮＭＰ22）定量（尿）及び核マトリックスプロテイン 22（ＮＭＰ22）定性（尿）は、区分番号「Ｄ００２」尿沈渣（鏡検法）により赤血球が認められ、尿路上皮癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に限り算定する。

イ　「13」の核マトリックスプロテイン 22（ＮＭＰ22）定量（尿）及び核マトリックスプロテイン 22（ＮＭＰ22）定性（尿）については、尿路上皮癌の診断が確定した後に行った場合であっても、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物

質治療管理料は算定できない。

（８）　「13」の核マトリックスプロテイン 22（ＮＭＰ22）定量（尿）又は核マトリックスプロテイン 22（ＮＭＰ22）定性（尿）及び「18」のサイトケラチン８・18（尿）を同時に実施した場合は、いずれか一方の所定点数を算定する。

（９）　「16」の遊離型ＰＳＡ比（ＰＳＡ　Ｆ／Ｔ比）は、診療及び他の検査（前立腺特異抗原（ＰＳＡ）等）の結果から前立腺癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に限り算定する。

(10)　「17」のサイトケラチン 19 フラグメント（シフラ）は、悪性腫瘍であることが既に確定診断された患者については、小細胞癌を除く肺癌の場合に限り、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定できる。

(11)　サイトケラチン８・18（尿）

ア　「18」のサイトケラチン８・18（尿）は、区分番号「Ｄ００２」尿沈渣（鏡検法）により赤血球が認められ、尿路上皮癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に限り算定する。

イ　「18」のサイトケラチン８・18（尿）は、尿路上皮癌の診断が確定した後に行った場合であっても、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定できない。

(12)　シアリルＬｅ^{X}抗原（ＣＳＬＥＸ）

ア　「18」のシアリルＬｅ^{X}抗原（ＣＳＬＥＸ）は、診療及び他の検査の結果から乳癌の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合に算定する。

イ　「18」のシアリルＬｅ^{X}抗原（ＣＳＬＥＸ）と「６」のＣＡ15−3 を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(13)　「19」の抗 p53 抗体は、食道癌、大腸癌又は乳癌が強く疑われる患者に対して行った場合に月１回に限り算定できる。

(14)　「20」のＩ型コラーゲン-Ｃ-テロペプチド（ＩＣＴＰ）、区分番号「Ｄ００８」内分泌学的検査の「27」のＩ型コラーゲン架橋Ｎ−テロペプチド（ＮＴＸ）又は同区分「39」のデオキシピリジノリン（ＤＰＤ）（尿）は、乳癌、肺癌又は前立腺癌であると既に確定診断された患者について骨転移の診断のために当該検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

(15)　「21」のガストリン放出ペプチド前駆体（ＰｒｏＧＲＰ）を「12」の神経特異エノラーゼ（ＮＳＥ）と併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

(16)　「22」の癌関連ガラクトース転移酵素（ＧＡＴ）は、内膜症性嚢胞を有する患者又は内膜症性嚢胞が疑われる患者について、卵巣癌が疑われる場合に限り算定できる。

(17)　「23」の α-フェトプロテインレクチン分画（ＡＦＰ−Ｌ３％）は、電気泳動法及び抗体親和性転写法又はＬＢＡ法による。

(18)　「23」の組織因子経路インヒビター２（ＴＦＰＩ２）は、ＥＩＡ法により測定した場合に算定できる。

(19)　「25」のヒト精巣上体蛋白４（ＨＥ４）は、ＣＬＩＡ法又はＥＣＬＩＡ法により測定した場合に算定できる。

(20)　可溶性メソテリン関連ペプチド

ア　「26」の可溶性メソテリン関連ペプチドは、悪性中皮腫の診断の補助又は悪性中皮腫であると既に確定診断された患者に対して治療効果の判定若しくは経過観察を目的として実施した場合に算定する。

イ　本検査を悪性中皮腫の診断の補助を目的として実施する場合は、以下のいずれかに該当する患者に対して使用した場合に限り算定する。この場合、本検査が必要である理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（イ）　石綿曝露歴があり、胸水、腹水等の貯留が認められる患者

（ロ）　体腔液細胞診で悪性中皮腫が疑われる患者

（ハ）　画像診断で胸膜腫瘍、腹膜腫瘍等の漿膜腫瘍が認められる患者

ウ　本検査を悪性中皮腫の治療効果の判定又は経過観察を目的として実施する場合は、悪性中皮腫であると既に確定診断された患者に対して、本検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

(21)　プロステートヘルスインデックス（phi）

ア　「27」のプロステートヘルスインデックス（phi）は、診療及び他の検査（前立腺特異抗原（ＰＳＡ）等）の結果から前立腺癌の患者であることが強く疑われる者であって、以下の(イ)から(ハ)までのいずれかに該当する者に対して、ＣＬＥＩＡ法により、前立腺特異抗原（ＰＳＡ）、遊離型ＰＳＡ及び［-2］ｐｒｏＰＳＡを測定し、プロステートヘルスインデックス（phi）を算出した場合に限り算定する。

（イ）　前立腺特異抗原（ＰＳＡ）値が 4.0ng/mL 以上かつ 10.0ng/mL 以下

（ロ）　50 歳以上 65 歳未満であって、前立腺特異抗原（ＰＳＡ）値が 3.0ng/mL 以上かつ 10.0ng/mL 以下

（ハ）　65 歳以上 70 歳未満であって、前立腺特異抗原（ＰＳＡ）値 3.5ng/mL 以上かつ 10.0ng/mL 以下

イ　アに該当する患者に対して、前立腺癌の診断の確定又は転帰の決定までの間に、原則として１回を限度として算定する。ただし、前立腺針生検法等により前立腺癌の確定診断がつかない場合においては、３月に１回に限り、３回を限度として算定できる。

ウ　「９」の前立腺特異抗原（ＰＳＡ）を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

エ　「16」の遊離型ＰＳＡ比（ＰＳＡ　Ｆ／Ｔ比）を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

オ　本検査を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、前立腺特異抗原（ＰＳＡ）の測定年月日及び測定結果を記載すること。また、本検査を２回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその必要性を記載すること。

(22)　「28」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）定性（乳頭分泌液）又は同半定量（乳頭分泌液）は、乳頭異常分泌患者に対して非腫瘤性乳癌を強く疑って、乳頭分泌液中の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）を測定した場合に算定する。

(23)　「29」のＨＥＲ２蛋白は、悪性腫瘍が既に確定診断され、かつ、ＨＥＲ２蛋白過剰発現が認められている患者又は他の測定法により、ＨＥＲ２蛋白過剰発現の有無が確認されて

いない再発癌患者に対して、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

(24)　「30」の可溶性インターロイキン-２レセプター（ｓＩＬ－２Ｒ）は、非ホジキンリンパ腫、ＡＴＬ又はメトトレキサート使用中のリンパ増殖性疾患の診断の目的で測定した場合に算定できる。

また、非ホジキンリンパ腫又はＡＴＬであることが既に確定診断された患者に対して、経過観察のために測定した場合は、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」により算定する。

(25)　「注２」に係る規定は、本区分に掲げる血液を検体とする検査と「28」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）定性（乳頭分泌液）又は同半定量（乳頭分泌液）を同一日に行った場合にも、適用する。

Ｄ０１０　特殊分析

（１）　フェニール・アラニン又はヒスチジンを服用させ血清又は尿中のフェニール・アラニン又はヒスチジンの定量検査を行った場合は、それぞれ１回の測定につき「４」により算定し、使用した薬剤は、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。

（２）　「３」のチロシンは、酵素法による。

（３）　「５」の総分岐鎖アミノ酸／チロシンモル比（ＢＴＲ）は、酵素法による。

（４）　「８」の先天性代謝異常症検査は、臨床症状・検査所見・家族歴等から先天性代謝異常症等が強く疑われた患者に対し、疾患の診断又は経過観察を目的に行った場合に算定する。

ア　「イ」の尿中有機酸分析は、有機酸代謝異常症が疑われる患者に対して、ガスクロマトグラフ質量分析装置を用いて尿中有機酸の分析を行った場合に算定する。

イ　「ロ」の血中極長鎖脂肪酸は、副腎白質ジストロフィーやペルオキシソーム形成異常症、ペルオキシソームβ酸化系酵素欠損症が疑われる患者に対して、ガスクロマトグラフ質量分析装置を用いて血中極長鎖脂肪酸の測定を行った場合に算定する。

ウ　「ハ」のタンデムマス分析は、有機酸代謝異常症、脂肪酸代謝異常症が疑われる患者に対して、タンデム質量分析装置を用いて遊離カルニチン及びアシルカルニチンの分析を行った場合に算定する。

エ　「ニ」のその他は、ムコ多糖症、ムコリピドーシスが疑われる患者に対して、セルロースアセテート膜電気泳動を用いてムコ多糖体分画の定量検査等を行った場合に算定する。

Ｄ０１１　免疫血液学的検査

（１）　「３」のRh（その他の因子）血液型については、同一検体による検査の場合は因子の種類及び数にかかわらず、所定点数を算定する。

（２）　「４」の不規則抗体は、輸血歴又は妊娠歴のある患者に対し、第２章第 10 部手術第７款の各区分に掲げる胸部手術、同部第８款の各区分に掲げる心・脈管手術、同部第９款の各区分に掲げる腹部手術又は区分番号「Ｋ８７７」子宮全摘術、「Ｋ８７９」子宮悪性腫瘍手術、「Ｋ８８９」子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）、「Ｋ８９８」帝王切開術若しくは「Ｋ９１２」異所性妊娠手術が行われた場合に、手術の当日に算定する。

また、手術に際して輸血が行われた場合は、本検査又は区分番号「Ｋ９２０」輸血の

「注６」に定める不規則抗体検査加算のいずれかを算定する。

この場合、診療報酬明細書の摘要欄に輸血歴がある患者又は妊娠歴がある患者のいずれに該当するかを記載する。

（３）　「６」の血小板関連ＩｇＧ（ＰＡ－ＩｇＧ）は、特発性血小板減少性紫斑病の診断又は経過判定の目的で行った場合に算定する。

（４）　血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ、ＩｇＭ及びＩｇＡ抗体）、血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ抗体）

ア　「10」の血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ、ＩｇＭ及びＩｇＡ抗体）及び「９」の血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ抗体）は、ヘパリン起因性血小板減少症の診断を目的として行った場合に算定する。

イ　一連の検査で、「10」の血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ、ＩｇＭ及びＩｇＡ抗体）及び「９」の血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ抗体）を測定した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ０１２　感染症免疫学的検査

（１）　「１」及び「５」における梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、梅毒血清反応（ＳＴＳ）半定量及び梅毒血清反応（ＳＴＳ）定量は、従来の梅毒沈降反応（ガラス板法、ＶＤＲＬ法、ＲＰＲ法、凝集法等）をいい、梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、梅毒血清反応（ＳＴＳ）半定量及び梅毒血清反応（ＳＴＳ）定量ごとに梅毒沈降反応を併せて２種類以上ずつ行った場合でも、それぞれ主たるもののみ算定する。

（２）　「４」のマイコプラズマ抗体定性、マイコプラズマ抗体半定量、「26」のマイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）又は「34」のマイコプラズマ抗原定性（ＦＡ法）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（３）　「７」の迅速ウレアーゼ試験定性を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成 12 年 10 月 31 日保険発第 180 号）に即して行うこと。

（４）　「７」のアデノウイルス抗原定性（糞便）と「８」のロタウイルス抗原定性（糞便）又は定量（糞便）を同時に行った場合は、主たる検査のみ算定する。

（５）　ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量

ア　「９」のヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量は、ＬＡ法、免疫クロマト法、金コロイド免疫測定法又はＥＩＡ法（簡易法）により実施した場合に算定する。

イ　当該検査を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」に即して行うこと。

（６）　ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）

ア　「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）は、治療上必要な場合に行うものとし、次に掲げるものを当該検査の対象とする。

（イ）　アデノウイルス

（ロ）　コクサッキーウイルス

（ハ）　サイトメガロウイルス

（ニ）　ＥＢウイルス

（ホ） エコーウイルス
（ヘ） ヘルペスウイルス
（ト） インフルエンザウイルスＡ型
（チ） インフルエンザウイルスＢ型
（リ） ムンプスウイルス
（ヌ） パラインフルエンザウイルスⅠ型
（ル） パラインフルエンザウイルスⅡ型
（ヲ） パラインフルエンザウイルスⅢ型
（ワ） ポリオウイルスⅠ型
（カ） ポリオウイルスⅡ型
（ヨ） ポリオウイルスⅢ型
（タ） ＲＳウイルス
（レ） 風疹ウイルス
（ソ） 麻疹ウイルス
（ツ） 日本脳炎ウイルス
（ネ） オーム病クラミジア
（ナ） 水痘・帯状疱疹ウイルス

イ　ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）に当たって、同一検体について同一ウイルスに対する複数の測定方法を行った場合であっても、所定点数のみを算定する。

（７） 「12」のヘリコバクター・ピロリ抗体を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」に即して行うこと。

（８） 「13」のＨＴＬＶ－Ⅰ抗体定性又は半定量は、粒子凝集法により実施した場合に算定する。

（９） 「17」の抗酸菌抗体定量又は同定性は、金コロイド免疫測定法又はＥＩＡ法により実施した場合に算定する。

(10) 診療録等から非加熱血液凝固因子製剤の投与歴が明らかな者及び診療録等が確認できないため血液凝固因子製剤の投与歴は不明であるが、昭和53年から昭和63年の間に入院し、かつ、次のいずれかに該当する者に対して、「17」のＨＩＶ－１抗体、「16」のＨＩＶ－１，２抗体定性、同半定量、「19」のＨＩＶ－１，２抗体定量、「16」のＨＩＶ-１，２抗原・抗体同時測定定性又は「19」のＨＩＶ-１，２抗原・抗体同時測定定量を実施した場合は、ＨＩＶ感染症を疑わせる自他覚症状の有無に関わらず所定点数を算定する。

ただし、保険医療機関において採血した検体の検査を保健所に委託した場合は、算定しない。

ア　新生児出血症（新生児メレナ、ビタミンＫ欠乏症等）等の病気で「血が止まりにくい」との指摘を受けた者
イ　肝硬変や劇症肝炎で入院し、出血の著しかった者
ウ　食道静脈瘤の破裂、消化器系疾患により大量の吐下血があった者
エ　大量に出血するような手術を受けた者（出産時の大量出血も含む。）

なお、間質性肺炎等後天性免疫不全症候群の疾病と鑑別が難しい疾病が認められる場

合やＨＩＶの感染に関連しやすい性感染症が認められる場合、既往がある場合又は疑われる場合でＨＩＶ感染症を疑う場合は、本検査を算定できる。

(11) ＨＩＶ－１抗体及びＨＩＶ－１，２抗体定性、同半定量又は同定量、ＨＩＶ-１，２抗原・抗体同時測定定性又は同定量

ア　区分番号「Ｋ９２０」輸血（「４」の自己血輸血を除く。以下この項において同じ。）を算定した患者又は血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等）の輸注を行った患者に対して、一連として行われた当該輸血又は輸注の最終日から起算して、概ね２か月後に「17」のＨＩＶ－１抗体、「16」のＨＩＶ－１，２抗体定性、同半定量、「19」のＨＩＶ－１，２抗体定量、「16」のＨＩＶ-１，２抗原・抗体同時測定定性又は「19」のＨＩＶ-１，２抗原・抗体同時測定定量の測定が行われた場合は、ＨＩＶ感染症を疑わせる自他覚症状の有無に関わらず、当該輸血又は輸注につき１回に限り、所定点数を算定できる。
イ　他の保険医療機関において輸血料の算定又は血漿成分製剤の輸注を行った場合であってもアと同様とする。
ウ　ア又はイの場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に当該輸血又は輸注が行われた最終日を記載する。

(12) 「16」のＨＩＶ－１，２抗体定性、同半定量、及び「19」のＨＩＶ－１，２抗体定量は、ＬＡ法、ＥＩＡ法、ＰＡ法又は免疫クロマト法による。

(13) 「18」のA群 β 溶連菌迅速試験定性と区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査を同時に実施した場合は、A群 β 溶連菌迅速試験定性の所定点数のみを算定する。この場合において、A群 β 溶連菌迅速試験定性の結果が陰性のため、引き続いて細菌培養同定検査を実施した場合であっても、A群 β 溶連菌迅速試験定性の所定点数のみ算定する。

(14) 「21」のカンジダ抗原定性、半定量又は定量は、カンジダ血症又はカンジダ肺炎の診断の目的で行った場合に算定する。

(15) インフルエンザウイルス抗原定性

ア　「22」のインフルエンザウイルス抗原定性は、発症後 48 時間以内に実施した場合に限り算定することができる。
イ　本検査と「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）のインフルエンザウイルスＡ型若しくはインフルエンザウイルスＢ型を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。
ウ　本検査は光学的抗原抗体反応（ＯＩＡ法）により実施した場合にも算定できる。

(16) 「23」のＲＳウイルス抗原定性は、以下のいずれかに該当する患者について、当該ウイルス感染症が疑われる場合に適用する。

ア　入院中の患者
イ　１歳未満の乳児
ウ　パリビズマブ製剤の適応となる患者

(17) ヘリコバクター・ピロリ抗原定性

ア　「24」のヘリコバクター・ピロリ抗原定性は、ＥＩＡ法又は免疫クロマト法により測定した場合に限り算定できる。
イ　当該検査を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては

「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」に即して行うこと。

(18) ヒトメタニューモウイルス抗原定性

ア 「24」のヒトメタニューモウイルス抗原定性と「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）のインフルエンザウイルスA型若しくはインフルエンザウイルスB型、「22」のインフルエンザウイルス抗原定性又は「23」のＲＳウイルス抗原定性のうち３項目を併せて実施した場合には、主たるもの２つに限り算定する。ただし、「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）のインフルエンザウイルスA型若しくはインフルエンザウイルスB型又は「22」のインフルエンザウイルス抗原定性を併せて実施した場合は１項目として数える。

イ 本検査は、当該ウイルス感染症が疑われる６歳未満の患者であって、画像診断又は胸部聴診所見により肺炎が強く疑われる患者を対象として測定した場合に算定する。

(19) 「26」のインフルエンザ菌（無莢膜型）抗原定性は、ＥＬＩＳＡ法により、インフルエンザ菌感染が疑われる中耳炎又は副鼻腔炎患者に対して、インフルエンザ菌（無莢膜型）感染の診断の目的で実施した場合に算定する。

(20) 「26」のマイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）、「４」のマイコプラズマ抗体定性若しくは同半定量又は「34」のマイコプラズマ抗原定性（ＦＡ法）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(21) 「26」のノロウイルス抗原定性は、以下のいずれかに該当する患者について、当該ウイルス感染症が疑われる場合に算定する。

ア ３歳未満の患者

イ 65 歳以上の患者

ウ 悪性腫瘍の診断が確定している患者

エ 臓器移植後の患者

オ 抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、又は免疫抑制効果のある薬剤を投与中の患者

(22) 「27」のクラミドフィラ・ニューモニエＩｇＭ抗体を、「９」のクラミドフィラ・ニューモニエＩｇＧ抗体又は「10」のクラミドフィラ・ニューモニエＩｇＡ抗体と併せて実施した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

(23) 「28」のクラミジア・トラコマチス抗原定性は、泌尿器、生殖器、結膜又は鼻咽腔内からの検体によるものであり、本検査に係る検体採取料は所定点数に含まれる。

(24) 「28」のクラミジア・トラコマチス抗原定性について、結膜又は鼻咽腔内からの検体による場合は、封入体結膜炎若しくはトラコーマ又は乳児クラミジア・トラコマチス肺炎の診断のために実施した場合に算定できる。

(25) 「29」のアスペルギルス抗原はＬＡ法又はＥＬＩＳＡ法により、侵襲性肺アスペルギルス症の診断のために実施した場合にのみ算定できる。

(26) 「30」のＤ－アラビニトールは、カンジダ血症又はカンジダ肺炎の診断の目的で行った場合に算定する。

(27) 「32」の大腸菌O157 抗原定性、「31」の大腸菌O157 抗体定性及び区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査の「２」消化管からの検体によるもののうちいずれかを複数測定した場合は、主たるもののみ算定する。なお、「31」の大腸菌O157 抗体定性はＬＡ法による。

(28) 「34」のマイコプラズマ抗原定性（ＦＡ法）、「４」のマイコプラズマ抗体定性、同半定量又は「26」のマイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(29) 「36」の大腸菌血清型別は、区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査により大腸菌が確認され、及び区分番号「Ｄ０２３－２」その他の微生物学的検査の「３」大腸菌ベロトキシン定性により毒素が確認又は腸管出血性大腸菌用の選択培地に菌の発育が確認され、並びに血清抗体法により大腸菌のＯ抗原又はＨ抗原の同定を行った場合に、使用した血清の数、菌種等に関わらず算定する。この場合において区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査の費用は別に算定できない。

(30) 「37」の淋菌抗原定性は、区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査を同時に実施した場合は、別に算定できない。

(31) 「37」の単純ヘルペスウイルス抗原定性は、ヘルペスウイルスの型別確認を行った場合に算定できる。

(32) 肺炎球菌細胞壁抗原定性

ア 「38」の肺炎球菌細胞壁抗原定性は、次のいずれかの場合に算定する。

（イ） 喀痰又は上咽頭ぬぐいを検体として、イムノクロマト法により、肺炎又は下気道感染症の診断に用いた場合

（ロ） イムノクロマト法により、中耳炎及び副鼻腔炎の診断に用いた場合

イ 当該検査と「39」の肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

(33) 「39」の肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）は、免疫クロマト法により実施した場合に限り算定できる。

(34) グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体

ア 「40」のグロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体は、クラミジア・トラコマチス抗原検出不能又は検体採取の困難な疾患（骨盤内感染症、卵管炎、副睾丸炎、新生児・乳児肺炎等）の診断に際し、ＩｇＧ抗体価又はＩｇＡ抗体価を測定した場合又は新生児・乳幼児肺炎の診断に際し、ＩｇＭ抗体価を測定した場合に算定する。

イ ＩｇＧ抗体価、ＩｇＡ抗体価及びＩｇＭ抗体価のうち２項目以上を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(35) 「41」の(1→3)－β－Ｄ－グルカンは、発色合成基質法、比濁時間分析法又はＥＬＩＳＡ法により、深在性真菌感染症が疑われる患者に対する治療法の選択又は深在性真菌感染症に対する治療効果の判定に使用した場合に算定する。

なお、本検査を「21」のカンジダ抗原定性、同半定量、同定量、「29」のアスペルギルス抗原、「30」のＤ－アラビニトール、「33」のクリプトコックス抗原半定量又は「35」のクリプトコックス抗原定性と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(36) グロブリンクラス別ウイルス抗体価

ア 「42」のグロブリンクラス別ウイルス抗体価は、下記の項目のウイルスのＩｇＧ型ウイルス抗体価又はＩｇＭ型ウイルス抗体価を測定した場合に算定する。ただし、(ト)のヒトパルボウイルスB19 は、紅斑が出現している 15 歳以上の成人について、このウイルスによる感染症が強く疑われ、ＩｇＭ型ウイルス抗体価を測定した場合に算定する。

（イ）　ヘルペスウイルス
（ロ）　風疹ウイルス
（ハ）　サイトメガロウイルス
（ニ）　ＥＢウイルス
（ホ）　麻疹ウイルス
（ヘ）　ムンプスウイルス
（ト）　ヒトパルボウイルスＢ19
（チ）　水痘・帯状疱疹ウイルス

イ　同一ウイルスについてＩｇＧ型ウイルス抗体価及びＩｇＭ型ウイルス抗体価を測定した場合にあっては、いずれか一方の点数を算定する。

ウ　「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）と併せて測定した場合にあっては、いずれか一方の点数を算定する。

(37)　「43」のツツガムシ抗体半定量又は同定性は、各株ごとに算定する。

(38)　「44」のアニサキスＩｇＧ・ＩｇＡ抗体は、腸アニサキス症、肉芽腫を伴う慢性胃アニサキス症又はアニサキス異所迷入例（肺アニサキス症等）における診断のために実施した場合に限り算定できる。

(39)　「44」の単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）は、角膜ヘルペスが疑われる角膜上皮病変を認めた患者に対し、イムノクロマト法により行った場合に算定する。

(40)　「45」のレジオネラ抗原定性（尿）は、症状や所見からレジオネラ症が疑われる患者に対して、ＥＬＩＳＡ法又は免疫クロマト法により実施した場合に限り１回を限度として算定する。

(41)　百日咳菌抗原定性

ア　「46」の百日咳菌抗原定性は、関連学会が定めるガイドラインの百日咳診断基準における臨床判断例の定義を満たす患者に対して、イムノクロマト法により百日咳菌抗原を測定した場合に算定する。

イ　本検査と区分番号「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査の「12」百日咳菌核酸検出又は同区分「20」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(42)　「47」の赤痢アメーバ抗原定性は、腸管アメーバ症の症状を呈する患者に対して、アメーバ赤痢の診断を目的として、酵素免疫測定法（定性）により糞便中の赤痢アメーバ抗原を測定した場合に算定する。

(43)　デングウイルス抗原定性又は同抗原・抗体同時測定定性

ア　「49」のデングウイルス抗原・抗体同時測定定性は、デングウイルスＮＳ１抗原、ＩｇＧ抗体及びＩｇＭ抗体を、イムノクロマト法を用いて同時に測定した場合に算定できる。

イ　「49」のデングウイルス抗原定性及び同抗原・抗体同時測定定性は、国立感染症研究所が作成した「蚊媒介感染症の診療ガイドライン」に基づきデング熱を疑う患者が、入院を要する場合に限り算定できる。

ウ　「49」のデングウイルス抗原定性及び同抗原・抗体同時測定定性は、感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするための積極的疫学調査を目的として実施された場合は算定できない。

エ　「49」のデングウイルス抗原定性及び同抗原・抗体同時測定定性を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(44)　白癬菌抗原定性

ア　「49」の白癬菌抗原定性は、爪白癬が疑われる患者に対して、イムノクロマト法により爪中の白癬菌抗原を測定した場合に算定する。

イ　本検査は、以下のいずれかに該当する場合に算定できる。

（イ）　ＫＯＨ直接鏡検が陰性であったものの、臨床所見等から爪白癬が疑われる場合。なお、この場合においては、本検査を実施した医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（ロ）　ＫＯＨ直接鏡検が実施できない場合。なお、この場合においては、ＫＯＨ直接鏡検を実施できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ウ　本検査は、関連学会の定める指針に従って実施すること。

(45)　「52」のＨＩＶ－１抗体（ウエスタンブロット法）及び「55」のＨＩＶ－２抗体（ウエスタンブロット法）は、スクリーニング検査としての「16」のＨＩＶ－１，２抗体定性若しくは同半定量、「16」のＨＩＶ－１，２抗原・抗体同時測定定性、「17」のＨＩＶ－１抗体、「19」のＨＩＶ－１，２抗体定量又は「19」のＨＩＶ－１，２抗原・抗体同時測定定量によって陽性が確認された症例について、確定診断を目的としてウエスタンブロット法より行った場合に、それぞれ算定する。

(46)　「54」のサイトメガロウイルス pp65 抗原定性は免疫染色法により、臓器移植後若しくは造血幹細胞移植後の患者又はＨＩＶ感染者又は高度細胞性免疫不全の患者に対して行った場合に限り算定できる。ただし、高度細胞性免疫不全の患者については、当該検査が必要であった理由について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(47)　「56」のＨＴＬＶ－Ｉ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）は、「13」のＨＴＬＶ－Ｉ抗体定性、半定量又は「31」のＨＴＬＶ－Ｉ抗体によって陽性が確認された症例について、確定診断を目的としてウエスタンブロット法又はラインブロット法により行った場合に算定する。

(48)　「57」のＨＩＶ抗原は、ＨＩＶ感染者の経過観察又はＨＩＶ感染ハイリスク群が急性感染症状を呈した場合の確定診断に際して測定した場合に算定する。

(49)　「58」のＨＩＶ－１特異抗体・ＨＩＶ－２特異抗体は、スクリーニング検査としての「16」のＨＩＶ－１，２抗体定性若しくは同半定量、「16」のＨＩＶ－１，２抗原・抗体同時測定定性、「17」のＨＩＶ－１抗体、「19」のＨＩＶ－１，２抗体定量又は「19」のＨＩＶ－１，２抗原・抗体同時測定定量によって陽性が確認された症例について、確定診断を目的として、全血、血清又は血漿を検体とし、イムノクロマト法により測定した場合に算定する。なお、本検査を実施した場合、本区分の「52」ＨＩＶ－１抗体（ウエスタンブロット法）及び「55」ＨＩＶ－２抗体（ウエスタンブロット法）は、別に算定できない。

(50)　「59」の抗トリコスポロン・アサヒ抗体は、ＥＬＩＳＡ法により、夏型過敏性肺炎の鑑別診断を目的として測定した場合に算定できる。なお、鑑別診断目的の対象患者は、厚生省特定疾患びまん性肺疾患調査研究班による「過敏性肺炎の診断の手引と診断基準」により、夏型過敏性肺炎が疑われる患者とする。

(51)　「60」の鳥特異的ＩｇＧ抗体は、診察又は画像診断等により鳥関連過敏性肺炎が強く疑われる患者を対象として、ＥＩＡ法により測定した場合に算定する。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(52)　「61」の抗アデノ随伴ウイルス９型（ＡＡＶ９）抗体は、２歳未満の脊髄性筋萎縮症患者に対して、オナセムノゲンアベパルボベクの適応の判定の補助を目的として実施する場合に、原則として患者１人につき１回に限り算定できる。ただし、２回以上算定する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(53)　SARS-CoV-2 抗原検出（定性・定量）

ア　SARS-CoV-2 抗原検出（定性）は、当該検査キットが薬事承認された際の検体採取方法で採取された検体を用いて、SARS-CoV-2（新型コロナウイルスをいう。以下同じ。）抗原の検出（COVID-19（新型コロナウイルス感染症をいう。以下同じ。）の診断又は診断の補助）を目的として薬事承認又は認証を得ているものにより、COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し COVID-19 の診断を目的として行った場合に限り、「26」マイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）の所定点数２回分を合算した点数を準用して算定する。ただし、感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするための積極的疫学調査を目的として実施した場合は算定できない。

COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を１回に限り算定する。

ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19 以外の診断がつかない場合は、上記のように合算した点数をさらに１回に限り算定できる。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

なお、SARS-CoV-2 抗原検出（定性）を実施した場合、SARS-CoV-2 抗原検出（定量）については、別に算定できない。

イ　SARS-CoV-2 抗原検出（定量）は、当該検査キットが薬事承認された際の検体採取方法で採取された検体を用いて、SARS-CoV-2 抗原の検出（COVID-19 の診断又は診断の補助）を目的として薬事承認又は認証を得ているものにより、COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し COVID-19 の診断を目的として化学発光酵素免疫測定法（定量）又は電気化学発光免疫測定法（定量）による SARS-CoV-2 抗原検出（定量）を行った場合に限り、「52」ＨＩＶ－１抗体（ウエスタンブロット法）の所定点数２回分を合算した点数を準用して算定する。ただし、感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするための積極的疫学調査を目的として実施した場合は算定できない。

COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を１回に限り算定する。

ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19 以外の診断がつかない場合は、上記のように合算した点数をさらに１回に限り算定できる。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

上記に加え、COVID-19 の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として本検査を実施した場合は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）」（令和３年２月 25 日健感発 0225 第１号）の「第１退院に関する基準」に基づいて実施した場合に限り、１回の検査につき上記のように合算した点数を算定する。なお、検査を実施した日時及びその結果を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

なお、SARS-CoV-2 抗原検出（定量）を実施した場合、SARS-CoV-2 抗原検出（定性）については、別に算定できない。

(54)　SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出（定性）

ア　SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出（定性）は、当該検査キットが薬事承認された際の検体採取方法で採取された検体を用いて、SARS-CoV-2 抗原及びインフルエンザウイルス抗原の検出を目的として薬事承認又は認証を得ているものにより、COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し COVID-19 の診断を目的として行った場合に限り、「44」単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）の所定点数２回分を合算した点数を準用して算定する。ただし、感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするための積極的疫学調査を目的として実施した場合は算定できない。

イ　COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を１回に限り算定する。ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19 以外の診断がつかない場合は、上記のように合算した点数をさらに１回に限り算定できる。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ウ　SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出（定性）を実施した場合、本区分「22」のインフルエンザウイルス抗原定性、SARS-CoV-2 抗原検出（定性）及び SARS-CoV-2 抗原検出（定量）については、別に算定できない。

Ｄ０１３　肝炎ウイルス関連検査

（１）　「１」のＨＢｓ抗原定性・半定量は、免疫クロマト法、赤血球凝集法、粒子凝集法、ＥＩＡ法（簡易法）、金コロイド凝集法による。

（２）　「２」のＨＢｓ抗体半定量は、赤血球凝集法、粒子凝集法、ＥＩＡ法（簡易法）、金コロイド凝集法による。

（３）　免疫抑制剤の投与や化学療法を行う患者に対して、Ｂ型肝炎の再活性化を考慮し、当該治療開始前に「３」のＨＢｓ抗原、ＨＢｓ抗体及び「６」のＨＢｃ抗体半定量・定量を同時に測定した場合は、患者１人につきそれぞれ１回に限り算定できる。

（４）　「５」のＨＣＶコア蛋白は、ＥＩＡ法又はＩＲＭＡ法による。

（５）　「６」のＨＢc 抗体半定量・定量と「８」のＨＢc－ＩｇＭ抗体を同時に測定した場合は、一方の所定点数を算定する。

（６）　「８」のＨＡ抗体とＨＡ－ＩｇＭ抗体を同時に測定した場合は、一方の所定点数のみを算定する。

（７）　「11」のＨＣＶ血清群別判定は、ＥＩＡ法により、Ｃ型肝炎の診断が確定した患者に対して、Ｃ型肝炎の治療法の選択の目的で実施した場合に、患者１人につき１回に限り算定できる。

（８）　「12」のＨＢＶコア関連抗原（ＨＢｃｒＡｇ）は、ＨＢＶ感染の診断の補助及び治療効果の判定の目的で、血清又は血漿中のＨＢＶコア関連抗原（ＨＢｃｒＡｇ）を測定した場

合に１月に１回に限り算定する。なお、区分番号「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査の「４」のＨＢＶ核酸定量を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。

（９）「14」のＨＢＶジェノタイプ判定は、Ｂ型肝炎の診断が確定した患者に対して、Ｂ型肝炎の治療法の選択の目的で実施した場合に、患者１人につき１回に限り算定できる。

Ｄ０１４　自己抗体検査

（１）「２」のリウマトイド因子（ＲＦ）定量、「７」の抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定性、同定量、「８」のマトリックスメタロプロテイナーゼ－３（ＭＭＰ－３）、「13」のC_1q結合免疫複合体、「23」のモノクローナルＲＦ結合免疫複合体及び「24」のＩｇＧ型リウマトイド因子のうち３項目以上を併せて実施した場合には、主たるもの２つに限り算定する。

（２）「７」の抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定性、同定量は、ＥＣＬＩＡ法又はレクチン酵素免疫測定法による。なお、「２」のリウマトイド因子（ＲＦ）定量を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（３）「10」の抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体を、「３」の抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（４）「18」の抗ＲＮＡポリメラーゼⅢ抗体は、びまん性型強皮症の確定診断を目的として行った場合に、１回を限度として算定できる。また、その際陽性と認められた患者に関し、腎クリーゼのリスクが高い者については治療方針の決定を目的として行った場合に、また、腎クリーゼ発症後の者については病勢の指標として測定した場合に、それぞれ３月に１回を限度として算定できる。

（５）「19」の抗セントロメア抗体定量又は同定性は、原発性胆汁性肝硬変又は強皮症の診断又は治療方針の決定を目的に用いた場合に限り算定できる。

（６）「22」の抗ＡＲＳ抗体と「９」の抗Ｊｏ－１抗体定性、同半定量又は同定量を併せて実施した場合は主たるもののみ算定する。

（７）抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は同定量

ア　「24」の抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は同定量は、以下のいずれかの場合に算定できる。

（イ）関節リウマチと確定診断できない者に対して診断の補助として検査を行った場合に、原則として１回を限度として算定できる。ただし、当該検査結果が陰性の場合においては、３月に１回に限り算定できる。なお、当該検査を２回以上算定するに当たっては、検査値を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（ロ）（イ）とは別に、関節リウマチに対する治療薬の選択のために行う場合においては、患者１人につき原則として１回に限り算定する。ただし、当該検査結果は陰性であったが、臨床症状・検査所見等の変化を踏まえ、再度治療薬を選択する必要がある場合においては、３月に１回に限り算定できる。なお、当該検査を２回以上算定するに当たっては、その医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

イ　「24」の抗シトルリン化ペプチド抗体定性、同定量、「７」の抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定性、同定量、「８」のマトリックスメタロプロテイナーゼ－３（ＭＭＰ－３）、「13」のC_1q結合免疫複合体、「23」のモノクローナルＲＦ結合免疫複合体及び「24」のＩｇＧ型リウマトイド因子のうち２項目以上を併せて実施した場合には、主たるもの１つに限り算定する。

（８）抗ＬＫＭ－１抗体

ア　「25」の抗ＬＫＭ－１抗体は、ウイルス肝炎、アルコール性肝障害及び薬剤性肝障害のいずれでもないことが確認され、かつ、抗核抗体陰性の自己免疫性肝炎が強く疑われる患者を対象として測定した場合に限り算定できる。

イ　本検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に抗核抗体陰性を確認した年月日を記載すること。

（９）「26」の抗ＴＳＨレセプター抗体（ＴＲＡｂ）及び「38」の甲状腺刺激抗体（ＴＳＡｂ）を同時に行った場合は、いずれか一方のみ算定する。

(10)　「27」の抗カルジオリピンβ_2グリコプロテインⅠ複合体抗体と「28」の抗カルジオリピンＩｇＧ抗体、抗カルジオリピンＩｇＭ抗体、抗β_2グリコプロテインＩＩｇＧ抗体又は抗β_2グリコプロテインＩＩｇＭ抗体を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(11)　抗カルジオリピンＩｇＧ抗体、抗カルジオリピンＩｇＭ抗体、抗β_2グリコプロテインＩＩｇＧ抗体、抗β_2グリコプロテインＩＩｇＭ抗体

ア　「28」の抗カルジオリピンＩｇＭ抗体は、抗リン脂質抗体症候群の診断を目的として、ＥＬＩＳＡ法又はＣＬＩＡ法により実施した場合に、一連の治療につき２回に限り算定する。

イ　「28」の抗β_2グリコプロテインＩＩｇＧ抗体は、抗リン脂質抗体症候群の診断を目的として、ＣＬＥＩＡ法又はＣＬＩＡ法により実施した場合に、一連の治療につき２回に限り算定する。

ウ　「28」の抗β_2グリコプロテインＩＩｇＭ抗体は、抗リン脂質抗体症候群の診断を目的として、ＣＬＥＩＡ法又はＣＬＩＡ法により実施した場合に、一連の治療につき２回に限り算定する。

エ　「28」の抗カルジオリピンＩｇＧ抗体、抗カルジオリピンＩｇＭ抗体、抗β_2グリコプロテインＩＩｇＧ抗体及び抗β_2グリコプロテインＩＩｇＭ抗体を併せて実施した場合は、主たるもの３つに限り算定する。

(12)　「29」のＩｇG_2（ＴＩＡ法によるもの）及び「40」のＩｇG_2（ネフェロメトリー法によるもの）は、原発性免疫不全等を疑う場合に算定する。これらを併せて実施した場合は、「29」のＩｇG_2（ＴＩＡ法によるもの）により算定する。

(13)　「30」の抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（ＭＰＯ－ＡＮＣＡ）は、ＥＬＩＳＡ法、ＣＬＥＩＡ法又はラテックス免疫比濁法により、急速進行性糸球体腎炎の診断又は経過観察のために測定した場合に算定する。

(14)　「32」の抗糸球体基底膜抗体（抗ＧＢＭ抗体）は、抗糸球体基底膜抗体腎炎及びグッドパスチャー症候群の診断又は治療方針の決定を目的として行った場合に限り算定する。

(15)　抗デスモグレイン３抗体

ア　「33」の抗デスモグレイン３抗体は、ＥＬＩＳＡ法又はＣＬＥＩＡ法により、天疱瘡の鑑別診断又は経過観察中の治療効果判定を目的として測定した場合に算定できる。なお、鑑別診断目的の対象患者は、厚生労働省　難治性疾患政策研究事業研究班による「天疱瘡診断基準」により、天疱瘡が強く疑われる患者とする。

イ　尋常性天疱瘡の患者に対し、経過観察中の治療効果判定の目的で、本検査と「37」の

抗デスモグレイン１抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(16)　「33」の抗ＢＰ180－ＮＣ16ａ抗体は、ＥＬＩＳＡ法又はＣＬＥＩＡ法により、水疱性類天疱瘡の鑑別診断又は経過観察中の治療効果判定を目的として測定した場合に算定できる。

(17)　「34」の抗ＭＤＡ５抗体、抗ＴＩＦ１－γ抗体及び抗Ｍｉ－２抗体は、厚生労働省難治性疾患克服研究事業自己免疫疾患に関する調査研究班による「皮膚筋炎診断基準」を満たす患者において、ＥＬＩＳＡ法により測定した場合に算定できる。

(18)　「35」のループスアンチコアグラント定量及び同定性は、希釈ラッセル蛇毒試験法又はリン脂質中和法により、抗リン脂質抗体症候群の診断を目的として行った場合に限り算定する。

(19)　抗デスモグレイン１抗体

ア　「37」の抗デスモグレイン１抗体は、ＥＬＩＳＡ法又はＣＬＥＩＡ法により、天疱瘡の鑑別診断又は経過観察中の治療効果判定を目的として測定した場合に算定できる。なお、鑑別診断目的の対象患者は、厚生労働省難治性疾患政策研究事業研究班による「天疱瘡診断基準」により、天疱瘡が強く疑われる患者とする。

イ　落葉状天疱瘡の患者に対し、経過観察中の治療効果判定の目的で、本検査と「33」の抗デスモグレイン３抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(20)　「39」の$ＩｇＧ_4$は、ネフェロメトリー法又はＴＩＡ法による。

(21)　「41」の抗ＧＭ１ＩｇＧ抗体は、ＥＬＩＳＡ法により、進行性筋力低下又は深部腱反射低下等のギラン・バレー症候群が疑われる所見が見られる場合において、診断時に１回に限り算定でき、経過観察時は算定できない。

(22)　「41」の抗ＧＱ１ｂＩｇＧ抗体は、ＥＬＩＳＡ法により、眼筋麻痺又は小脳性運動失調等のフィッシャー症候群が疑われる場合において、診断時に１回に限り算定でき、経過観察時は算定できない。

(23)　抗デスモグレイン１抗体、抗デスモグレイン３抗体及び抗ＢＰ180－ＮＣ16ａ抗体同時測定

ア　「42」の抗デスモグレイン１抗体、抗デスモグレイン３抗体及び抗ＢＰ180－ＮＣ16ａ抗体同時測定は、天疱瘡又は水疱性類天疱瘡が疑われる患者に対して、間接蛍光抗体法（ＩＦ法）により、鑑別診断を目的として測定した場合に算定できる。なお、天疱瘡についての鑑別診断目的の対象患者は、厚生労働省　難治性疾患政策研究事業研究班による「天疱瘡診断基準」により、天疱瘡が強く疑われる患者とする。

イ　天疱瘡又は水疱性類天疱瘡の鑑別診断の目的で、本検査と「33」の抗デスモグレイン３抗体若しくは抗ＢＰ180－ＮＣ16ａ抗体又は「37」の抗デスモグレイン１抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(24)　抗アセチルコリンレセプター抗体（抗ＡＣｈＲ抗体）

ア　「43」の抗アセチルコリンレセプター抗体（抗ＡＣｈＲ抗体）は、重症筋無力症の診断又は診断後の経過観察の目的で行った場合に算定できる。

イ　本検査と「45」の抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(25)　「44」の抗グルタミン酸レセプター抗体は、ラスムッセン脳炎、小児の慢性進行性持続性部分てんかん又はオプソクローヌス・ミオクローヌス症候群の診断の補助として行った場合に、月１回を限度として算定できる。

(26)　「45」の抗アクアポリン４抗体は、ＥＬＩＳＡ法により視神経脊髄炎の診断（治療効果判定を除く。）を目的として測定した場合に算定できる。なお、当該検査の結果は陰性であったが、臨床症状・検査所見等の変化を踏まえ、視神経脊髄炎が強く疑われる患者に対して、疾患の診断を行う必要があり、当該検査を再度実施した場合においても算定できる。ただし、この場合、前回の検査実施日及び検査を再度実施する医学的な必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(27)　抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体

ア　「45」の抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体は、ＲＩＡ法により重症筋無力症の診断又は診断後の経過観察を目的として測定した場合に算定できる。

イ　本検査と「43」抗アセチルコリンレセプター抗体（抗ＡＣｈＲ抗体）を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(28)　抗Ｐ／Ｑ型電位依存性カルシウムチャネル抗体（抗Ｐ／Ｑ型ＶＧＣＣ抗体）

ア　「45」の抗Ｐ／Ｑ型電位依存性カルシウムチャネル抗体（抗Ｐ／Ｑ型ＶＧＣＣ抗体）は、ランバート・イートン筋無力症候群の診断を目的として、ＲＩＡ法により測定した場合に算定する。

イ　本検査は、臨床症状によりランバート・イートン筋無力症候群が疑われる患者であって、反復刺激誘発筋電図検査において異常所見を認める患者を対象として実施した場合に限り算定できる。ただし、医学的な必要性から反復刺激誘発筋電図検査において異常所見を認めない患者を対象として実施する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその詳細な理由を記載すること。

(29)　「46」の抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）は、肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植又は腎移植後の患者に対して実施した場合に、原則として１年に１回に限り算定する。ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、１年に１回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

(30)　「47」の抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）は、「46」の抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断を目的に行われた場合に算定する。ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合には、１年に２回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

Ｄ０１５　血漿蛋白免疫学的検査

（１）　「４」の免疫グロブリンは、ＩｇＧ、ＩｇＡ、ＩｇＭ及びＩｇＤを測定した場合に、それぞれ所定点数を算定する。

（２）　「６」の血清アミロイドＡ蛋白（ＳＡＡ）を「１」のＣ反応性蛋白（ＣＲＰ）定性又は「１」のＣ反応性蛋白（ＣＲＰ）と併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

（３）　「７」のトランスフェリン（Ｔｆ）、「８」の$Ｃ_3$及び$Ｃ_4$は、ＳＲＩＤ法等による。

（４）　免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）及び免疫電気泳動法（特異抗血清）

ア　「17」の免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）及び「24」の免疫電気泳動法（特異抗血清）

については、同一検体につき一回に限り算定する。

イ　同一検体について「17」の免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）及び「24」の免疫電気泳動法（特異抗血清）を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。

ウ　「24」の免疫電気泳動法（特異抗血清）は、免疫固定法により実施した場合にも算定できる。

（５）　「17」のインターロイキン－６（ＩＬ－６）は、全身性炎症反応症候群の患者（疑われる患者を含む。）の重症度判定の補助を目的として、血清又は血漿を検体とし、ＥＣＬＩＡ法又はＣＬＩＡ法により測定した場合に、一連の治療につき２回に限り算定する。なお、本検査を実施した年月日を診療報酬明細書に記載すること。また、医学的な必要性から一連の治療につき３回以上算定する場合においては、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（６）　「19」のＴＡＲＣは、以下のいずれかの場合に算定できる。

ア　アトピー性皮膚炎の重症度評価の補助を目的として、血清中のＴＡＲＣ量を測定する場合に、月１回を限度として算定できる。

イ　COVID-19 と診断された患者（呼吸不全管理を要する中等症以上の患者を除く。）の重症化リスクの判定補助を目的として、血清中のＴＡＲＣ量を測定する場合は、一連の治療につき１回を限度として算定できる。

（７）　「20」のＡＰＲスコア定性は、α_1－酸性糖蛋白、ハプトグロビン及びＣ反応性蛋白（ＣＲＰ）定性の３つを測定した場合に算定する。

（８）　「21」のアトピー鑑別試験定性は、12 種類の吸入性アレルゲン（ヤケヒョウヒダニ、コナヒョウヒダニ、ネコ皮屑、イヌ皮屑、ギョウギシバ、カモガヤ、ブタクサ、ヨモギ、シラカンバ（属）、スギ、カンジダ、アルテルナリア）に対する特異的ＩｇＥを測定した場合に算定する。

（９）　「23」の癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管膣分泌液）は、破水の診断のために妊娠満 22 週以上満 37 週未満の者を対象として測定した場合又は切迫早産の診断のために妊娠満 22 週以上満 33 週未満の者を対象として測定した場合のみ算定する。

（10）　「23」の癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管膣分泌液）及び区分番号「Ｄ００７」血液化学検査の「42」腟分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白１型（ＩＧＦＢＰ－１）定性を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（11）　ＳＣＣＡ２

ア　「26」のＳＣＣＡ２は、15 歳以下の小児におけるアトピー性皮膚炎の重症度評価を行うことを目的として、ＥＬＩＳＡ法により測定した場合に、月１回を限度として算定する。

イ　アトピー性皮膚炎の重症度評価を行うことを目的として本検査及び「19」ＴＡＲＣを同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

（12）　免疫グロブリンＬ鎖κ／λ比

ア　「27」の免疫グロブリンＬ鎖κ／λ比はネフェロメトリー法により、高免疫グロブリン血症の鑑別のために測定した場合に算定できる。

イ　「27」の免疫グロブリンＬ鎖κ／λ比と「17」の免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）又は「24」の免疫電気泳動法（特異抗血清）を同時に実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（13）　インターフェロン－λ３（ＩＦＮ－λ３）

ア　「28」のインターフェロン－λ３（ＩＦＮ－λ３）は、COVID-19 と診断された患者（呼吸不全管理を要する中等症以上の患者を除く。）の重症化リスクの判定補助を目的として、２ステップサンドイッチ法を用いた化学発光酵素免疫測定法により測定した場合に算定する。

イ　本検査を２回以上算定する場合は、前回の検査結果が基準値未満であることを確認すること。

（14）　ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比

ア　「28」のｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比は、血清を検体とし、ＥＣＬＩＡ法により可溶性ｆｍｓ様チロシンキナーゼ１（ｓＦｌｔ－１）及び胎盤増殖因子（ＰｌＧＦ）を測定し、ｓＦｌｔ－１／ＰｌＧＦ比を算出した場合に算定する。

イ　本検査は、妊娠 18 週から 36 週未満の妊娠高血圧腎症が疑われる妊婦であって、以下のリスク因子のうちいずれか１つを有するものに対して実施した場合に、原則として一連の妊娠につき１回に限り算定できる。なお、リスク因子を２つ以上有する場合は、原則として当該点数は算定できない。

（イ）　収縮期血圧が 130mmHg 以上又は拡張期血圧 80mmHg 以上

（ロ）　蛋白尿

（ハ）　妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見

（二）　子宮内胎児発育遅延

（ホ）　子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見

ウ　本検査を算定する場合は、イのリスク因子のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、イの(ハ)又は(ホ)に該当する場合は、その医学的根拠を併せて記載すること。なお、医学的な必要性から、リスク因子を２つ以上有する妊婦において算定する場合、又は一連の妊娠につき２回以上算定する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（15）　「30」の結核菌特異的インターフェロン－γ産生能は、診察又は画像診断等により結核感染が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。

Ｄ０１６　細胞機能検査

（１）　「５」の顆粒球スクリーニング検査は、白血球墨粒貪食試験、ＮＢＴ還元能検査を、「４」の顆粒球機能検査は、化学遊走物質、細菌、光化学反応を用いた検査を、「２」のＴ細胞サブセット検査は、免疫不全の診断目的に行う検査をいい、いずれも検査方法にかかわらず、一連として算定する。

（２）　「６」の赤血球・好中球表面抗原検査は、発作性夜間血色素尿症（ＰＮＨ）の鑑別診断のため、２種類のモノクローナル抗体を用いて赤血球及び好中球の表面抗原の検索を行った場合に算定できる。

（３）　「７」のリンパ球刺激試験（ＬＳＴ）は、Ｃon－Ａ、ＰＨＡ又は薬疹の被疑医薬品によるものである。

Ｄ０１７　排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査

（１）　排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査は、尿、糞便、喀痰、穿刺液、胃液、十二

指腸液、胆汁、膿、眼分泌液、鼻腔液、咽喉液、口腔液、その他の滲出物等について細菌、原虫等の検査を行った場合に該当する。

（２） 染色の有無及び方法の如何にかかわらず、また、これら各種の方法を２以上用いた場合であっても、１回として算定する。

（３） 当該検査と区分番号「Ｄ００２」の尿沈渣（鏡検法）又は区分番号「Ｄ００２－２」の尿沈渣（フローサイトメトリー法）を同一日に併せて算定する場合は、当該検査に用いた検体の種類を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（４） 症状等から同一起因菌によると判断される場合であって、当該起因菌を検索する目的で異なる複数の部位又は同一部位の複数の箇所から検体を採取した場合は、主たる部位又は１箇所のみの所定点数を算定する。

Ｄ０１８　細菌培養同定検査

（１） 細菌培養同定検査

ア　細菌培養同定検査は、抗酸菌を除く一般細菌、真菌、原虫等を対象として培養を行い、同定検査を行うことを原則とする。

イ　同定検査を予定して培養したものであれば、菌が陰性の場合であっても「１」から「５」までの項により算定するが、あらかじめ培養により菌の有無のみを検索する場合は、検体の種類にかかわらず、「６」の簡易培養により算定する。

ウ　細菌培養同定検査は、検体ごとに「１」から「５」までの所定点数を算定できるが、同一検体を用いて簡易培養を併せて行った場合は、「６」の簡易培養は算定できない。

エ　症状等から同一起因菌によると判断される場合であって、当該起因菌を検索する目的で異なった部位から、又は同一部位の数か所から検体を採取した場合は、主たる部位又は１か所のみの所定点数を算定する。ただし、血液を２か所以上から採取した場合に限り、「３」の血液又は穿刺液を２回算定できる。この場合、「注１」及び「注２」の加算は２回算定できる。

オ　各検体別の所定点数には、定量培養を行った場合を含む。

（２） 「３」における穿刺液とは、胸水、腹水、髄液及び関節液をいい、「５」の「その他の部位からの検体」とは、「１」から「４」までに掲げる部位に含まれない全ての部位からの検体をいい、例えば、皮下からの検体をいう。

（３） 簡易培養

ア　「６」の簡易培養は、Dip-Slide 法、簡易培地等を用いて簡単な培養を行うものである。

イ　ウロトレース、ウリグロックスペーパー等の尿中細菌検査用試験紙による検査は、区分番号「Ｄ０００」尿中一般物質定性半定量検査に含まれるものであり、別に算定できない。

（４） 嫌気性培養のみを行った場合は、「１」から「６」までの所定点数のみ算定し、「注１」の加算は算定できない。

（５） 「注２」に規定する質量分析装置加算については、入院中の患者に対して細菌培養同定検査を当該保険医療機関内で実施する際に、質量分析装置を用いて細菌の同定を行った場合に、所定点数に加算する。

Ｄ０１９　細菌薬剤感受性検査

（１） 細菌薬剤感受性検査は、結果として菌が検出できず実施できなかった場合においては算

定しない。

（２） 「４」の薬剤耐性菌検出は、基質特異性拡張型 β－ラクタマーゼ産生、メタロ β－ラクタマーゼ産生、ＡｍｐＣ産生等の薬剤耐性因子の有無の確認を行った場合に算定する。

（３） 「５」の抗菌薬併用効果スクリーニングは、多剤耐性グラム陰性桿菌が検出された際に、チェッカーボード法により、抗菌薬の併用効果の確認を行った場合に算定する。

Ｄ０１９－２　酵母様真菌薬剤感受性検査

酵母様真菌薬剤感受性検査は、深在性真菌症（カンジダ、クリプトコックスに限る。）であり、原因菌が分離できた患者に対して行った場合に限り算定する。

Ｄ０２０　抗酸菌分離培養検査

（１） 抗酸菌分離培養検査は、検体の採取部位が異なる場合であっても、同時に又は一連として検体を採取した場合は、１回のみ所定点数を算定する。

（２） 「１」の抗酸菌分離培養（液体培地法）は、液体培地を用いて培養を行い、酸素感受性蛍光センサー、二酸化炭素センサー又は酸化還元呈色色素を用いて検出を行った場合に算定する。

（３） 「２」の抗酸菌分離培養（それ以外のもの）は、（２）に掲げるもの以外について算定する。

（４） 抗酸菌分離培養検査は、結核患者の退院の可否を判断する目的で、患者の病状を踏まえ頻回に行われる場合においても算定できる。

Ｄ０２１　抗酸菌同定

抗酸菌同定は、検査方法、培地数にかかわらず、１回のみ所定点数を算定する。

Ｄ０２２　抗酸菌薬剤感受性検査

（１） 抗酸菌薬剤感受性検査は、直接法、間接法等の方法及び培地数にかかわらず、感受性検査を行った薬剤が４種類以上の場合に限り算定する。

（２） 混合薬剤耐性検査においても、使われた薬剤が４種類以上の場合に限り算定する。

Ｄ０２３　微生物核酸同定・定量検査

（１） クラミジア・トラコマチス核酸検出

ア　「２」のクラミジア・トラコマチス核酸検出と区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「28」クラミジア・トラコマチス抗原定性を併用した場合は、主なもののみ算定する。

イ　クラミジア・トラコマチス核酸検出は、ＰＣＲ法、ＬＣＲ法、ハイブリッドキャプチャー法若しくはＴＭＡ法による同時増幅法並びにＨＰＡ法及びＤＫＡ法若しくは核酸ハイブリダイゼーション法による同時検出法、ＳＤＡ法又はＴＲＣ法により、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体により実施した場合に限り算定できる。

（２） 淋菌核酸検出

ア　「３」の淋菌核酸検出、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「37」淋菌抗原定性又は区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査（淋菌感染を疑って実施するもの）を併せて実施した場合は、主なもののみ算定する。

イ　淋菌核酸検出は、ＤＮＡプローブ法、ＬＣＲ法による増幅とＥＩＡ法による検出を組み合わせた方法、ＰＣＲ法による増幅と核酸ハイブリダイゼーション法による検出を組み合わせた方法、ＳＤＡ法、ＴＭＡ法による同時増幅法並びにＨＰＡ法及びＤＫＡ法に

よる同時検出法又はＴＲＣ法による。淋菌核酸検出は、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体（尿検体を含む。）によるものである。なお、ＳＤＡ法、ＰＣＲ法による増幅と核酸ハイブリダイゼーション法による検出を組み合わせた方法、ＴＭＡ法による同時増幅法並びにＨＰＡ法及びＤＫＡ法による同時検出法又はＴＲＣ法においては咽頭からの検体も算定できる。

（３）　「４」のＨＢＶ核酸定量は、分岐ＤＮＡプローブ法、ＴＭＡ法又はＰＣＲ法による。また、Ｂ型肝炎ウイルス既感染者であって、免疫抑制剤の投与や化学療法を行っている悪性リンパ腫等の患者に対して、Ｂ型肝炎の再活性化を考慮し、「４」のＨＢＶ核酸定量を行った場合は、当該治療中及び治療終了後１年以内に限り、月１回を限度として算定できる。

（４）　淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出

ア　「５」の淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出は、クラミジア・トラコマチス感染症若しくは淋菌感染症が疑われる患者又はクラミジア・トラコマチスと淋菌による重複感染が疑われる患者であって、臨床所見、問診又はその他の検査によっては感染因子の鑑別が困難なものに対して治療法選択のために実施した場合及びクラミジア・トラコマチスと淋菌の重複感染者に対して治療効果判定に実施した場合に算定できる。

ただし、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の、「28」のクラミジア・トラコマチス抗原定性、同区分「37」淋菌抗原定性、区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査（淋菌及びクラミジアによる感染を疑って実施するもの）、本区分「２」のクラミジア・トラコマチス核酸検出又は「３」の淋菌核酸検出を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

イ　「５」の淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出は、ＴＭＡ法による同時増幅法並びにＨＰＡ法及びＤＫＡ法による同時検出法、ＰＣＲ法による同時増幅法及び核酸ハイブリダイゼーション法による同時検出法、ＳＤＡ法又はＴＲＣ法による。淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出は、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体（尿検体を含む。）によるものである。なお、ＴＭＡ法による同時増幅法並びにＨＰＡ法及びＤＫＡ法による同時検出法、ＳＤＡ法、ＰＣＲ法による同時増幅法及び核酸ハイブリダイゼーション法による同時検出法又はＴＲＣ法においては咽頭からの検体も算定できる。

（５）　「８」のＥＢウイルス核酸定量は、以下のいずれかに該当する患者に対して、リアルタイムＰＣＲ法により実施した場合に算定する。

ア　臓器移植後の患者については、移植後３月以内の場合は１週に１回、移植後１年以内の場合は１月に１回に限り算定する。ただし、移植後１年以内にＥＢウイルス核酸定量の測定を行い、核酸量の高値が認められた患者については、移植後１年以上経過した場合も、３月に１回に限り算定できる。

イ　造血幹細胞移植後の患者であって、ＨＬＡ型不一致の移植が行われた患者又は移植に伴い抗胸腺細胞グロブリンが投与された患者については、移植後３月以内の場合は１週に１回、移植後１年以内の場合は１月に１回に限り算定する。

ウ　臓器移植後の急性拒絶反応又は造血幹細胞移植後の急性移植片対宿主病に対して抗胸腺細胞グロブリンが投与された患者については、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日から起算して２月以内の場合は１週に１回、６月以内の場合は１月に１回に限り算定する。

エ　移植後リンパ増殖性疾患を疑う患者に対して、当該疾患の診断の補助又は診断された後の経過観察を目的として実施する場合に算定する。ただし、経過観察を目的とする場合は、当該疾患と診断された日から起算して１月以内の場合は１週に１回、６月以内の場合は１月に１回に限り算定する。

オ　悪性リンパ腫又は白血病の患者に対して、ＥＢウイルス陽性の確認又は確認された後の経過観察を目的として実施する場合に算定する。ただし、経過観察を目的とする場合は、悪性リンパ腫又は白血病と診断された日から１年以内に限り、１月に１回に限り算定する。

カ　再生不良性貧血の患者であって、抗胸腺細胞グロブリンが投与された患者については、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日から起算して２月以内の場合は１週に１回、６月以内の場合は１月に１回に限り算定する。

キ　慢性活動性ＥＢウイルス感染症を疑う患者に対して、当該疾患の診断の補助又は診断された後の経過観察を目的に実施された場合は、１月に１回に限り算定する。

（６）　ＨＣＶ核酸検出

ア　「９」のＨＣＶ核酸検出は、ＰＣＲ法又はＴＭＡ法により、Ｃ型肝炎の治療方法の選択及び治療経過の観察に用いた場合にのみ算定できる。

イ　治療方法の選択の場合においては、抗体陽性であり、かつ、「15」のＨＣＶ核酸定量で検出限界を下回る者について実施した場合に算定できるものとし、治療経過の観察の場合においては、本検査と「15」のＨＣＶ核酸定量を併せて実施した場合には、いずれか一方に限り算定する。

（７）　ＨＰＶ核酸検出、ＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）

ア　「10」のＨＰＶ核酸検出及び「11」のＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）は、予め行われた細胞診の結果、ベセスダ分類上ＡＳＣ－ＵＳ（意義不明異型扁平上皮）と判定された患者又は過去に子宮頸部円錐切除若しくはレーザー照射治療を行った患者に対して行った場合に限り算定できる。なお、過去に子宮頸部円錐切除又はレーザー照射治療を行った患者以外の患者については、細胞診と同時に実施した場合は算定できない。

イ　「10」のＨＰＶ核酸検出と「11」のＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）を併せて実施した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

（８）　「12」の百日咳菌核酸検出は、関連学会が定めるガイドラインの百日咳診断基準における臨床判断例の定義を満たす患者に対して、ＬＡＭＰ法により測定した場合に算定できる。

（９）　肺炎クラミジア核酸検出

ア　「12」の肺炎クラミジア核酸検出は、肺炎クラミジア感染の診断を目的として、ＬＡＭＰ法により実施した場合に算定する。

イ　本検査と区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「９」クラミドフィラ・ニューモニエＩｇＧ抗体、「10」クラミドフィラ・ニューモニエＩｇＡ抗体若しくは「27」クラミドフィラ・ニューモニエＩｇＭ抗体又は区分番号「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査の「20」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出を併せて実施した場合は、主たるもののみを算定する。

（10）　「13」の結核菌群核酸検出は、核酸増幅と液相ハイブリダイゼーション法による検出を組み合わせた方法、ＬＣＲ法による核酸増幅とＥＩＡ法による検出を組み合わせた方法、

ＬＡＭＰ法又は核酸増幅とキャピラリ電気泳動分離による検出を組み合わせた方法による。

なお、結核患者の退院の可否を判断する目的で、患者の病状を踏まえ頻回に行われる場合においても算定できる。

(11)　「13」のインフルエンザ核酸検出は、インフルエンザの感染が疑われる重症患者のみに算定し、その場合には、当該検査が必要な理由について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(12)　抗酸菌核酸同定

ア　「13」の抗酸菌核酸同定は、マイクロプレート・ハイブリダイゼーション法によるものをいう。

イ　当該検査は、結核患者の退院の可否を判断する目的で、患者の病状を踏まえ頻回に行われる場合においても算定できる。

(13)　マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（ＭＡＣ）核酸検出

ア　「14」のマイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（ＭＡＣ）核酸検出は、他の検査により結核菌が陰性であることが確認された場合のみに算定できる。

イ　区分番号「Ｄ０２１」抗酸菌同定と併せて実施された場合にあっては、主なもののみ算定する。

(14)　ＨＣＶ核酸定量

ア　「15」のＨＣＶ核酸定量は、分岐ＤＮＡプローブ法、ＰＣＲ法又はＴＭＡ法と核酸ハイブリダイゼーション法を組み合わせた方法により、急性Ｃ型肝炎の診断、Ｃ型肝炎の治療法の選択及び治療経過の観察に用いた場合にのみ算定できる。

イ　治療経過の観察の場合において、「９」のＨＣＶ核酸検出及び「15」のＨＣＶ核酸定量を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(15)　ＨＢＶ核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出

ア　「16」のＨＢＶ核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出は、下記イ又はウに掲げる患者に対し、ＰＣＲ法により測定した場合に限り算定できる。

イ　Ｂ型急性肝炎患者に対しては、劇症肝炎が疑われる場合に限り、患者１人につき１回算定できる。

ウ　Ｂ型慢性肝炎患者に対しては、経過観察中にＡＬＴ異常値などにより肝炎増悪が疑われ、かつ、抗ウイルス薬等のＢ型肝炎治療薬の投与対象患者の選択のために行われた場合に限り算定できる。なお、本検査実施以降は、区分番号「Ｄ０１３」肝炎ウイルス関連検査のうちＢ型肝炎に関する検査（ただし、抗ウイルス薬等のＢ型肝炎治療薬の治療効果判定に用いる検査を除く。）は、算定できない。

(16)　「16」のブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出は、ＥＤ－ＰＣＲ法又はＰＣＲ法により、血液培養により黄色ブドウ球菌が検出された患者を対象として測定した場合又は免疫不全状態であって、ＭＲＳＡ感染症が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。

(17)　ＳＡＲＳコロナウイルス核酸検出

ア　「16」のＳＡＲＳコロナウイルス核酸検出は、ＬＡＭＰ法により測定した場合に限り算定できる。

イ　本検査は、糞便又は鼻腔咽頭拭い液からの検体により行うものである。

ウ　本検査は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 12 条第１項及び第 14 条第２項に基づく届出の基準等について」（平成 18 年３月８日健感発第 0308001 号）による臨床的特徴、届出基準によりＳＡＲＳ感染症の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に、診断の確定までの間に１回を限度として算定する。ただし、発症後 10 日以内に他疾患であるとの診断がつかない場合は、さらに１回に限り算定できる。

(18)　SARS-CoV-2 核酸検出

ア　SARS-CoV-2 核酸検出は、検査を委託して実施したかどうかにかかわらず、本区分の「10」ＨＰＶ核酸検出の所定点数２回分を合算した点数を準用して算定する。なお、採取した検体を、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス　2013－2014 版」に記載されたカテゴリーB の感染性物質の規定に従って、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合は、検査を実施した施設名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

イ　本検査は、国立感染症研究所が作成した「病原体検出マニュアル　2019-nCoV」に記載されたもの若しくはそれに準じたもの又は体外診断用医薬品のうち、使用目的又は効果として、SARS-CoV-2 の検出（COVID-19 の診断又は診断の補助）を目的として薬事承認又は認証を得ているものにより、COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し COVID-19 の診断を目的として行った場合又は COVID-19 の治療を目的として入院している者に対し退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合に限り算定できる。ただし、感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするための積極的疫学調査を目的として実施した場合は算定できない。なお、検査に用いる検体については、厚生労働省の定める新型コロナウイルス感染症の検査に係る指針を参照すること。

ウ　COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を１回に限り算定する。ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19 以外の診断がつかず、本検査を再度実施した場合は、上記のように合算した点数をさらに１回に限り算定できる。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

エ　COVID-19 の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）」（令和３年２月 25 日健感発 0225 第１号）の「第１　退院に関する基準」に基づいて実施した場合に限り、１回の検査につき上記のように合算した点数を算定する。なお、検査を実施した日時及びその結果を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

オ　本検査を算定するに当たっては、本区分の「10」の「注」に定める規定は適用しない。

(19)　ＨＴＬＶ－１核酸検出

「16」のＨＴＬＶ－１核酸検出は、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「56」のＨＴＬＶ－Ｉ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）によって判定保留となった妊婦、移植者（生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合に限る。）又は臓器等提供者（生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合に限る。）を対象として測定した場合にのみ算定する。本検査

を実施した場合は、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）の判定保留を確認した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(20)　「16」の単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量は、免疫不全状態であって、単純疱疹ウイルス感染症又は水痘帯状疱疹ウイルス感染症が強く疑われる患者を対象としてリアルタイムＰＣＲ法により測定した場合に、一連として１回のみ算定できる。

(21)　「16」のサイトメガロウイルス核酸定量は、サイトメガロウイルス感染症の診断又は治療効果判定を目的として、臓器移植後若しくは造血幹細胞移植後の患者、ＨＩＶ感染者又は高度細胞性免疫不全の患者に対し、血液を検体としてリアルタイムＰＣＲ法によりサイトメガロウイルスＤＮＡを測定した場合に算定する。ただし、高度細胞性免疫不全の患者については、本検査が必要であった理由について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(22)　ＨＩＶ－１核酸定量

ア　「17」のＨＩＶ－１核酸定量は、ＰＣＲ法と核酸ハイブリダイゼーション法を組み合わせた方法又はＴＭＡ法と核酸ハイブリダイゼーション法を組み合わせた方法により、ＨＩＶ感染者の経過観察に用いた場合又は区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「16」のＨＩＶ－１，２抗体定性、同半定量、ＨＩＶ-１，２抗原・抗体同時測定定性、「17」ＨＩＶ－１抗体、「19」のＨＩＶ-１，２抗原・抗体同時測定定量、又は「19」のＨＩＶ－１，２抗体定量が陽性の場合の確認診断に用いた場合にのみ算定する。

イ　当該検査と区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「52」ＨＩＶ－１抗体（ウエスタンブロット法）を併せて実施した場合は、それぞれを算定することができる。

(23)　サイトメガロウイルス核酸検出

ア　「18」のサイトメガロウイルス核酸検出は、先天性サイトメガロウイルス感染の診断を目的として、尿を検体として等温核酸増幅法により測定した場合に、１回に限り算定できる。

イ　先天性サイトメガロウイルス感染の診断を目的として、「18」のサイトメガロウイルス核酸検出と区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「11」ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）又は「42」グロブリンクラス別ウイルス抗体価におけるサイトメガロウイルスを対象とした検査を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

(24)　結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出

ア　「19」の結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出及び結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出は、同時に結核菌を検出した場合に限り算定する。

イ　「19」の結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出及び結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出と「13」の結核菌群核酸検出を併用した場合は、主たるもののみ算定する。

ウ　当該検査は、薬剤耐性結核菌感染が疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。

(25)　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出

ア　「20」のウイルス・細菌核酸多項目同時検出は、重症呼吸器感染症と診断された又は

疑われる場合に、病原微生物の検索を目的として、マイクロアレイ法（定性）により、鼻腔咽頭拭い液中のインフルエンザウイルス、コロナウイルス、パラインフルエンザウイルス、ヒトメタニューモウイルス、アデノウイルス、ＲＳウイルス、ヒトライノウイルス、エンテロウイルス、マイコプラズマ・ニューモニエ、クラミジア・ニューモニエ及び百日咳菌の核酸検出を同時に行った場合に、一連の治療につき１回に限り算定する。なお、検査を実施した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

イ　本検査は、以下のいずれかに該当する場合に算定できる。

（イ）　区分番号「Ａ３００」救命救急入院料、区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料を算定する病床で集中治療が行われた場合。

（ロ）　（イ）に掲げる病床以外の病床で、（イ）に掲げる病床で行われる集中治療に準じた治療が行われた場合。なお、この場合においては、治療内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ウ　一連の治療期間において別に実施した以下の検査については別に算定できない。

（イ）　区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査「４」のマイコプラズマ抗体定性

（ロ）　区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査「４」のマイコプラズマ抗体半定量

（ハ）　区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査「９」のクラミドフィラ・ニューモニエＩｇＧ抗体

（ニ）　区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査「10」のクラミドフィラ・ニューモニエＩｇＡ抗体

（ホ）　区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（１項目当たり）において算定対象として掲げられているもののうち、インフルエンザウイルスＡ型、インフルエンザウイルスＢ型、パラインフルエンザウイルスⅠ型、パラインフルエンザウイルスⅡ型、パラインフルエンザウイルスⅢ型又はＲＳウイルスに関する検査

（ヘ）　区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査「12」の百日咳菌抗体定性

（ト）　区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査「12」の百日咳菌抗体半定量

（チ）　区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査「22」のインフルエンザウイルス抗原定性

（リ）　区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査「23」のＲＳウイルス抗原定性

（ヌ）　区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査「24」のヒトメタニューモウイルス抗原定性

（ル）　区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査「26」のマイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）

（ヲ）　区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査「27」のクラミドフィラ・ニューモニエＩｇＭ抗体

（ワ）　区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査「34」のマイコプラズマ抗原定性（ＦＡ法）

（カ）　区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査「38」のアデノウイルス抗原定性（糞

便を除く。）

（ヨ） 区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査「46」の百日咳菌抗原定性

（タ） 区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査「51」の百日咳菌抗体

（レ） 区分番号「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査「６」のマイコプラズマ核酸検出

（ソ） 区分番号「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査「12」の百日咳菌核酸検出

（ツ） 区分番号「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査「12」の肺炎クラミジア核酸検出

（ネ） 区分番号「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査「13」のインフルエンザ核酸検出

(26) 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出

ア 「21」の細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出は、敗血症が疑われる患者に対して、細菌核酸及び関連する薬剤耐性遺伝子（計 15 項目以上）をマイクロアレイ法により同時測定した場合に、当該疾患に対する一連の治療につき１回に限り算定できる。なお、本検査を行う場合には、関連学会が定める実施指針を遵守すること。

イ 「21」の細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出と「１」の細菌核酸検出（白血球）、「16」のブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出又は区分番号「Ｄ０２３－２」その他の微生物学的検査「１」の黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白２’（ＰＢＰ２’）定性を併せて測定した場合には、主たるもののみ算定する。

ウ 本検査を実施した場合には、関連学会が定める敗血症診断基準に基づいて、敗血症を疑う根拠を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(27) ＨＰＶジェノタイプ判定

ア 「22」のＨＰＶジェノタイプ判定は、あらかじめ行われた組織診断の結果、ＣＩＮ１又はＣＩＮ２と判定された患者に対し、治療方針の決定を目的として、ハイリスク型ＨＰＶのそれぞれの有無を確認した場合に算定する。

イ 当該検査は、「10」のＨＰＶ核酸検出及び「11」のＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）の施設基準を届け出ている保険医療機関のみ算定できる。

ウ 当該検査を算定するに当たっては、あらかじめ行われた組織診断の実施日及び組織診断の結果、ＣＩＮ１又はＣＩＮ２のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

エ 同一の患者について、当該検査を２回目以降行う場合は、当該検査の前回実施日を上記に併せて記載する。

(28) 「23」のＨＩＶジェノタイプ薬剤耐性は、抗ＨＩＶ治療の選択及び再選択の目的で行った場合に、３月に１回を限度として算定できる。

(29) ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2 を含む。）

ア ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2 を含む。）は、採取した検体を、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013－2014 版」に記載されたカテゴリーB の感染性物質の規定に従って、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合は、本区分の「16」ＳＡＲＳコロナウイルス核酸検出の所定点数４回分を合算した点数を準用して算定し、それ以外の場合は、

同点数３回分を合算した点数を準用して算定する。なお、採取した検体を、検体採取 COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し、マイクロアレイ法（定性）により、鼻咽頭拭い液中のインフルエンザウイルス、コロナウイルス、パラインフルエンザウイルス、ヒトメタニューモウイルス、アデノウイルス、ＲＳウイルス、ヒトライノウイルス/エンテロウイルス、マイコプラズマ・ニューモニエ、クラミジア・ニューモニエ、百日咳菌、パラ百日咳菌及び SARS-CoV-2 の核酸検出を同時に行った場合を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合は、検査を実施した施設名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

イ COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を１回に限り算定する。ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19 以外の診断がつかず、本検査を再度実施した場合は、上記のように合算した点数をさらに１回に限り算定できる。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ウ COVID-19 の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）」（令和３年２月 25 日健感発 0225 第１号）の「第１ 退院に関する基準」に基づいて実施した場合に限り、１回の検査につき上記のように合算した点数を算定する。なお、検査を実施した日時及びその結果を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

エ なお、ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2 を含む。）を実施した場合、本区分の「20」ウイルス・細菌核酸多項目同時検出、(25)のウに規定する検査及び SARS-CoV-2 核酸検出については、別に算定できない。

(30) SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出

ア SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出は、COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し、SARS-CoV-2 及びインフルエンザウイルスの核酸検出を目的として薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いて、ＰＣＲ法（定性）により、唾液、鼻咽頭ぬぐい液又は鼻腔ぬぐい液中の SARS-CoV-2 及びインフルエンザウイルスの核酸検出を同時に行った場合に、検査の委託による実施の有無にかかわらず、本区分の「10」ＨＰＶ核酸検出の所定点数２回分を合算した点数を準用して算定する。なお、採取した検体を、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス 2013－2014 版」に記載されたカテゴリーB の感染性物質の規定に従って、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託により実施した場合は、検査を実施した施設名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

イ COVID-19 の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を１回に限り算定する。ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19 以外の診断がつかず、本検査を再度実施した場合は、上記のように合算した点数をさらに１回に限り算定できる。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ウ COVID-19 の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に

おける新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）」（令和３年２月25日健感発0225第１号）の「第１　退院に関する基準」に基づいて実施した場合に限り、１回の検査につき上記のように合算した点数を算定する。なお、検査を実施した日時及びその結果を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

エ　SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出を実施した場合、本区分「13」のインフルエンザ核酸検出、SARS-CoV-2 核酸検出及びウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2 を含む。）については、別に算定できない。

オ　本検査を算定するに当たっては、本区分の「10」の「注」に定める規定は適用しない。

Ｄ０２３－２　その他の微生物学的検査

（１）　黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白２’（ＰＢＰ２’）定性

ア　「１」の黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白２’（ＰＢＰ２’）定性は、ＬＡ法により実施した場合に算定する。

イ　当該検査は、血液培養により黄色ブドウ球菌が検出された患者を対象として測定した場合又は免疫不全状態であって、ＭＲＳＡ感染症が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。

ウ　当該検査と区分番号「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査の「16」ブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（２）　「２」の尿素呼気試験（ＵＢＴ）を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。

（３）　大腸菌ベロトキシン定性

ア　「３」の大腸菌ベロトキシン定性は、区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査により大腸菌が確認され、病原性大腸菌が疑われる患者に対して行った場合に算定する。

イ　「３」の大腸菌ベロトキシン定性のうち、細菌培養を行うことなく糞便から直接検出する方法であってＥＬＩＳＡ法によるものについては、臨床症状や流行状況から腸管出血性大腸菌感染症が強く疑われる場合に限り、区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査を踏まえることなく行った場合にも算定できる。

（４）　クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンＢ遺伝子検出

ア　「４」のクロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンＢ遺伝子検出は、以下の(イ)から(ハ)をいずれも満たす入院中の患者に対して実施した場合に限り算定する。

(イ)　クロストリジオイデス・ディフィシル感染症を疑う場合であって、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「12」クロストリジオイデス・ディフィシル抗原定性において、クロストリジオイデス・ディフィシル抗原陽性かつクロストリジオイデス・ディフィシルトキシン陰性であること。

(ロ)　２歳以上で Bristol Stool Scale ５以上の下痢症状があること。

(ハ)　24時間以内に３回以上、又は平常時より多い便回数があること。

イ　本検査は、関連学会の定める指針に沿って実施した場合に限り算定できる。なお、下痢症状並びに本検査を行う前のクロストリジオイデス・ディフィシル抗原及びクロストリジオイデス・ディフィシルトキシンの検査結果について診療録に記載すること。

Ｄ０２４　削除

Ｄ０２５　基本的検体検査実施料

（１）　基本的検体検査実施料は、特定機能病院である保険医療機関の入院医療において通常行われる基本的な検査について、請求の簡素化の観点から包括化して入院日数に応じた請求方法を導入したものである。

（２）　基本的検体検査実施料に含まれない検査を行った場合は、別途当該検査に係る所定点数を算定でき、当該検査が基本的検体検査判断料の対象に含まれないものであるときは、当該検査に係る検体検査判断料も併せて別途算定できる。

（３）　入院日数については、入院の都度当該入院の初日から起算し、また、退院日も算定対象とする。

（４）　外泊期間中は、入院日数に含まれない。

（５）　療養病棟、結核病棟若しくは精神病棟に入院している患者及び第１章第２部第２節に規定するＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第３節に規定する特定入院料を算定している患者については、基本的検体検査実施料は別に算定しないが、入院日数は入院の初日から数える。

（６）　１月を通じて、基本的検体検査実施料に包括されている検査項目のいずれも行われなかった場合は、当該月は本実施料は算定できない。

第２款　検体検査判断料

Ｄ０２６　検体検査判断料

（１）　検体検査については、実施した検査に係る検体検査実施料及び当該検査が属する区分（尿・糞便等検査判断料から微生物学的検査判断料までの７区分）に係る検体検査判断料を合算した点数を算定する。

（２）　各区分の検体検査判断料については、その区分に属する検体検査の種類及び回数にかかわらず、月１回に限り、初回検査の実施日に算定する。

（３）　実施した検査が属する区分が２以上にわたる場合は、該当する区分の判断料を合算した点数を算定できる。

（４）　同一月内において、同一患者に対して、入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科において検体検査を実施した場合においても、同一区分の判断料は、入院・外来又は診療科の別にかかわらず、月１回に限る。

（５）　上記の規定にかかわらず、区分番号「Ｄ０００」尿中一般物質定性半定量検査を実施した場合は、当該検査に係る検体検査判断料は算定しない。

区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「15」の慢性維持透析患者外来医学管理料又は区分番号「Ｄ０２５」基本的検体検査実施料を算定した月と同一月に検体検査を行った場合は、それぞれの区分に包括されている検体検査に係る判断料は別に算定できない。

（６）　区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「Ｄ００６－２」造血器腫瘍遺伝子検査から区分番号「Ｄ００６－９」ＷＴ１ ｍＲＮＡまで、区分番号「Ｄ００６－11」ＦＩＰ１Ｌ１－ＰＤＧＦＲα融合遺伝子検査から区分番号「Ｄ００６－20」角膜ジストロフィー遺伝子検査まで及び区分番号「Ｄ００６－22」ＲＡＳ遺伝子検査（血漿）から区分番号「Ｄ００６－28」Ｙ染色体微小欠失検査までに掲げる検査に係る判断料は、遺伝子関連・染色体検査判断料により算定するものとし、尿・糞便

等検査判断料又は血液学的検査判断料は算定しない。

（7） 「注４」に規定する検体検査管理加算（Ⅰ）は入院中の患者及び入院中の患者以外の患者に対し、検体検査管理加算（Ⅱ）、検体検査管理加算（Ⅲ）及び検体検査管理加算（Ⅳ）は入院中の患者に対して、検体検査を実施し検体検査判断料のいずれかを算定した場合に、患者１人につき月１回に限り加算するものであり、検体検査判断料を算定しない場合に本加算は算定できない。

また、区分番号「Ｄ０２７」基本的検体検査判断料の「注２」に掲げる加算を算定した場合には、本加算は算定できない。

（8） 入院中の患者について「注４」に規定する検体検査管理加算（Ⅱ）、検体検査管理加算（Ⅲ）又は検体検査管理加算（Ⅳ）を算定している保険医療機関であっても、入院中の患者以外の患者について検体検査管理加算（Ⅰ）を算定することができる。

（9） 「注６」に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」のうち、マイクロサテライト不安定性検査（リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。）、区分番号「Ｄ００６－４」遺伝学的検査、区分番号、「Ｄ００６－18」ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査又は区分番号「Ｄ００６－20」角膜ジストロフィー遺伝子検査を実施する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる。

ア 当該検査の実施前に、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行っていること。

イ 患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行っていること。

なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」（平成 29 年４月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査･診断に関するガイドライン」（平成23年２月）を遵守すること。

区分番号「Ｄ００６－18」ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査を実施する際、ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査を行った保険医療機関と遺伝カウンセリングを行った保険医療機関とが異なる場合の当該区分に係る診療報酬の請求は、ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。その際、遺伝カウンセリングを行った保険医療機関名と当該医療機関を受診した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、遺伝カウンセリング加算を算定する患者については、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「23」がん患者指導管理料の「ニ」の所定点数は算定できない。

（10） 難病に関する検査（区分番号「Ｄ００６－４」に掲げる遺伝学的検査及び区分番号「Ｄ００６－20」に掲げる角膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。）に係る遺伝カウンセリングについては、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いた他の保険医療機関の医師と連携した遺伝カウンセリング（以下「遠隔連携遺伝カウンセリング」という。）を行っても差し支えない。なお、遠隔連携遺伝カウンセリングを行う場合の遺伝カウンセリング加算は、以下のいずれも満たす場合に算定できる。

ア 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、疑われる疾患に関する十分な知識等を有する他の保険医療機関の医師と連携し、遠隔連携遺伝カウンセリングの実施前に、当該他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行うこと。

イ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、当該医師と連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。

ウ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、当該診療の内容、診療を行った日、診療時間等の要点を診療録に記載すること。

エ 当該他の保険医療機関は本区分の「注６」遺伝カウンセリング加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。

オ 当該他の保険医療機関の医師は、オンライン指針に沿って診療を行うこと。また、個人の遺伝情報を適切に扱う観点から、当該他の保険医療機関内において診療を行うこと。

カ 事前の診療情報提供については、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）は別に算定できない。

キ 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

（11） 「注７」に規定する遺伝性腫瘍カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「Ｄ００６－19」がんゲノムプロファイリング検査を実施する際、（9）のア及びイのいずれも満たした場合に算定できる。

なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」（平成 29 年４月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査　診断に関するガイドライン」（平成 23 年２月）を遵守すること。

（12） 「注８」に規定する骨髄像診断加算は、血液疾患に関する専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する医師が、当該保険医療機関内で採取された骨髄液に係る検査結果の報告書を作成した場合に、月１回に限り算定する。

（13） 「注９」に規定する免疫電気泳動法診断加算は、免疫電気泳動法の判定について少なくとも５年以上の経験を有する医師が、免疫電気泳動像を判定し、Ｍ蛋白血症等の診断に係る検査結果の報告書を作成した場合に算定する。

Ｄ０２７ 基本的検体検査判断料

（1） 基本的検体検査判断料は、特定機能病院である保険医療機関の入院医療において通常行われる基本的な検査について、請求の簡素化の観点から、月１回の包括的な判断料を設定したものである。

（2） 基本的検体検査実施料に含まれない検査を行った場合は、当該検査が基本的検体検査判断料の対象に含まれないものであるときは、当該検査に係る検体検査判断料も併せて別途算定できる。

（3） 療養病棟、結核病棟若しくは精神病棟に入院している患者及び第１章第２部第２節に規定するＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算を算定している患者については、基本的検体検査判断料は、別に算定しない。

（4） １月を通じて、基本的検体検査実施料に包括されている検査項目のいずれも行われなか

った場合は、当該月は本判断料は算定できない。

（５） 特定機能病院において、（３）に掲げる場合以外で基本的検体検査判断料を算定すべき場合は、尿・糞便等検査判断料、遺伝子関連・染色体検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査（Ｉ）判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料を算定することはできず、本判断料を算定するものとする。

第２節　削除

第３節　生体検査料

１　同一月内において、同一患者に対して、入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科において生体検査が実施された場合であっても、同一の生体検査判断料は、月１回を限度として算定する。

２　２回目以降について所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定することとされている場合において「所定点数」とは、当該項目に掲げられている点数及び当該注に掲げられている加算点数を合算した点数である。

３　同一月内に２回以上実施した場合、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定することとされている生体検査は、外来及び入院にまたがって行われた場合においても、これらを通算して２回目以降は 100 分の 90 で算定する。

４　２回目以降 100 分の 90 に相当する点数により算定することとされている場合に、新生児加算、乳幼児加算若しくは幼児加算を算定する場合又は内視鏡検査の通則５に掲げる休日加算、時間外加算若しくは深夜加算を算定する場合は、所定点数にそれぞれの割合を乗じた上で、端数が生じた場合には、これを四捨五入した点数により算定する。

［呼吸循環機能検査等に係る共通事項（区分番号「Ｄ２００」から区分番号「Ｄ２１４」まで）］

（１） ２回目以降 100 分の 90 で算定する場合の「同一の検査」

区分番号「Ｄ２０８」心電図検査の「１」から「５」まで、区分番号「Ｄ２０９」負荷心電図検査の「１」及び「２」、区分番号「Ｄ２１０」ホルター型心電図検査の「１」及び「２」については、それぞれ同一の検査として扱う。また、準用が通知されている検査については、当該検査が準ずることとされている検査と同一の検査として扱う。

（２） 呼吸循環機能検査等に係る一般事項

ア　通則の「特に規定する場合」とは、区分番号「Ｄ２０８」心電図検査の「注」又は区分番号「Ｄ２０９」負荷心電図検査の「注１」に掲げる場合をさす。

イ　区分番号「Ｄ２００」スパイログラフィー等検査から区分番号「Ｄ２０３」肺胞機能検査までの各検査については、特に定めのない限り、次に掲げるところによる。

a　実測値から算出される検査値については算定できない。

b　測定方法及び測定機器は限定しない。

c　負荷を行った場合は、負荷の種類及び回数にかかわらず、その前後の検査について、それぞれ１回のみ所定点数を算定する。

d　使用したガス（ＣＯ、CO_2、He 等）は、購入価格を 10 円で除して得た点数を別に算定できる。

e　喘息に対する吸入誘発試験は、負荷試験に準ずる。

（３） 肺活量計による肺活量の測定は、別に算定できない。

Ｄ２００　スパイログラフィー等検査

（１） 「１」の肺気量分画測定には、予備吸気量、１回換気量及び予備呼気量の全ての実測及び実測値から算出される最大呼吸量の測定のほか、安静換気量及び最大換気量の測定が含まれる。

（２） 「１」の肺気量分画測定及び区分番号「Ｄ２０２」肺内ガス分布の「１」の指標ガス洗い出し検査を同時に実施した場合には、機能的残気量測定は算定できない。

（３） 「２」のフローボリュームカーブは、曲線を描写し記録した場合にのみ算定し、強制呼出曲線の描出に係る費用を含む。また、フローボリュームカーブから計算によって求められる努力肺活量、１秒量、１秒率、ＭＭＦ、ＰＦＲ等は、別に算定できない。

（４） 「５」の左右別肺機能検査の所定点数には、カテーテル挿入並びに他の「１」から「４」までのスパイログラフィー等検査及び換気力学的検査の費用を含む。

（５） 体プレスチモグラフを用いる諸検査は、別に定めのない限り、「３」により算定する。

Ｄ２０１　換気力学的検査

「２」中のコンプライアンス測定の所定点数には、動肺コンプライアンス測定及び静肺コンプライアンス測定の双方を含む。

Ｄ２０４　基礎代謝測定

基礎代謝測定の所定点数には、患者に施用する窒素ガス又は酸素ガスの費用を含む。

Ｄ２０６　心臓カテーテル法による諸検査

（１） 心臓カテーテル検査により大動脈造影、肺動脈造影及び肺動脈閉塞試験を行った場合においても、心臓カテーテル法による諸検査により算定するものとし、血管造影等のエックス線診断の費用は、別に算定しない。

（２） 心臓カテーテル法による諸検査のようなカテーテルを用いた検査を実施した後の縫合に要する費用は、所定点数に含まれる。

（３） 「注５」の循環動態解析装置を用いる冠血流予備能測定検査は、関連学会の定める指針に沿って行われた場合に限り算定する。ただし、本加算と区分番号「Ｅ２００－２」血流予備量比コンピューター断層撮影は併せて算定できない。

（４） 「注５」の循環動態解析装置を用いる冠血流予備能測定検査を実施した場合、「注４」の冠動脈血流予備能測定検査に係る特定保険医療材料は算定できない。

（５） 「１」の右心カテーテル及び「２」の左心カテーテルを同時に行った場合であっても、「注１」、「注２」、「注３」、「注４」及び「注５」の加算は１回のみに限られる。

（６） 「注３」、「注４」、「注５」及び「注６」に掲げる加算は主たる加算を患者１人につき月１回に限り算定する。

（７） 心筋生検を行った場合は、区分番号「Ｄ４１７」組織試験採取、切採法の所定点数を併せて算定する。

Ｄ２０７　体液量等測定

（１） 体液量等測定の所定点数には、注射又は採血を伴うものについては第６部第１節第１款の注射実施料及び区分番号「Ｄ４００」血液採取を含む。

（２） 「２」の皮弁血流検査は、１有茎弁につき２回までを限度として算定するものとし、使用薬剤及び注入手技料は、所定点数に含まれ、別に算定しない。

（３）　「２」の血流量測定は、電磁式によるものを含む。

（４）　「２」の電子授受式発消色性インジケーター使用皮膚表面温度測定は、皮弁形成術及び四肢の血行再建術後に、術後の血行状態を調べるために行った場合に算定する。

ただし、術後１回を限度とする。

なお、使用した電子授受式発消色性インジケーターの費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（５）　「２」の皮膚灌流圧測定は、２箇所以上の測定を行う場合は、一連につき２回を限度として算定する。

（６）　「４」の血管内皮機能検査を行った場合は、局所ボディプレティスモグラフ又は超音波検査等、血管内皮反応の検査方法及び部位数にかかわらず、１月に１回に限り、一連として当該区分において算定する。この際、超音波検査を用いて行った場合であっても、超音波検査の費用は算定しない。

Ｄ２０８　心電図検査

（１）　「１」の四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低 12 誘導は、普通、標準肢誘導（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）、単極肢誘導（$_aV_R$、$_aV_L$、$_aV_F$）、胸部誘導（V_1、V_2、V_3、V_4、V_5、V_6）の 12 誘導で、その他特別の場合にV_7、V_8、食道誘導等を行う場合もこれに含まれる。

（２）　当該保険医療機関以外の医療機関で描写したものについて診断のみを行った場合は、診断料として１回につき所定点数を算定できるが、患者が当該傷病につき当該医療機関で受診していない場合は算定できない。

（３）　当該保険医療機関以外の医療機関で描写した検査について診断を行った場合の算定については、２回目以降においても 100 分の 90 の算定としない。

（４）　「３」の携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査は、入院中の患者以外の患者に対して、携帯型発作時心電図記憶伝達装置を用いて発作時等の心電図を記録させた場合に、一連につき１回算定する。

（５）　「４」加算平均心電図による心室遅延電位測定

ア　心筋梗塞、心筋症、Brugada 症候群等により、致死性の心室性不整脈が誘発される可能性がある患者に対し行われた場合に算定する。

イ　当該検査の実施に当たり行った他の心電図検査は、別に算定できない。

Ｄ２０９　負荷心電図検査

（１）　負荷心電図検査の「負荷」は、運動負荷、薬剤負荷をいい、負荷の種類及び回数によらない。

（２）　当該保険医療機関以外の医療機関で描写したものについて診断のみを行った場合は、診断料として１回につき所定点数を算定できるが、患者が当該傷病につき当該医療機関で受診していない場合は算定できない。

（３）　当該保険医療機関以外の医療機関で描写した検査について診断を行った場合の算定については、２回目以降においても 100 分の 90 の算定としない。

（４）　負荷心電図検査には、この検査を行うために一連として実施された心電図検査を含むものであり、同一日に行われた心電図検査は、別に算定できない。

Ｄ２１０　ホルター型心電図検査

（１）　ホルター型心電図検査は、患者携帯用の記録装置を使って長時間連続して心電図記録を

行った場合に算定するものであり、所定点数には、単に記録を行うだけではなく、再生及びコンピューターによる解析を行った場合の費用を含む。

（２）　やむを得ず不連続に記録した場合においては、記録した時間を合算した時間により算定する。また、24 時間を超えて連続して記録した場合であっても、「２」により算定する。

Ｄ２１０－３　植込型心電図検査

（１）　短期間に失神発作を繰り返し、その原因として不整脈が強く疑われる患者であって、心臓超音波検査及び心臓電気生理学的検査（心電図検査及びホルター型心電図検査を含む。）等によりその原因が特定できない者又は関連する学会の定める診断基準に従い、心房細動検出を目的とする植込型心電図記録計検査の適応となり得る潜因性脳梗塞と判断された者に対して、原因究明を目的として使用した場合に限り算定できる。

（２）　植込型心電図検査は、患者の皮下に植込まれた記録装置を使って長時間連続して心電図記録を行った場合に算定するものであり、所定点数には、単に記録を行うだけではなく、再生及びコンピューターによる解析を行った場合の費用を含む。

（３）　植込型心電図記録計を使用し診断を行った場合は、当該機器が植込まれた時間ではなく、心電図が記録された時間に応じて算定する。

Ｄ２１０－４　Ｔ波オルタナンス検査

（１）　心筋梗塞、心筋症、Brugada 症候群等により、致死性の心室性不整脈が誘発される可能性がある患者に対し行われた場合に算定する。

（２）　当該検査の実施に当たり行った区分番号「Ｄ２０８」心電図検査、区分番号「Ｄ２０９」負荷心電図検査、区分番号「Ｄ２１０」ホルター型心電図検査及び区分番号「Ｄ２１１」トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査は別に算定できない。

Ｄ２１１　トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査

（１）　トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査には、この検査を行うために一連として実施された区分番号「Ｄ２０８」心電図検査、区分番号「Ｄ２００」スパイログラフィー等検査を含むものであり、負荷の種類及び回数にかかわらず、所定点数により算定する。

（２）　呼吸器疾患に対して施行された場合にも、所定点数を算定できる。

Ｄ２１１－２　喘息運動負荷試験

（１）　喘息運動負荷試験は、運動負荷前後での換気機能の変化を観察した場合に算定できる。

（２）　喘息運動負荷試験には、この検査を行うために一連として実施された区分番号「Ｄ２０８」心電図検査、区分番号「Ｄ２００」スパイログラフィー等検査を含むものであり、負荷の種類及び回数にかかわらず、所定点数により算定する。

Ｄ２１１－３　時間内歩行試験

（１）　時間内歩行試験は、在宅酸素療法を施行している患者又は区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料の算定要件を満たす患者若しくは本試験により算定要件を満たすことが可能となる患者で在宅酸素療法の導入を検討している患者に対し、医師又は医師の指導管理の下に看護職員、臨床検査技師若しくは理学療法士がパルスオキシメーター等を用いて動脈血酸素飽和度を測定しながら６分間の歩行を行わせ、到達した距離、動脈血酸素飽和度及び呼吸・循環機能検査等の結果を記録し、医師が患者の運動耐容能等の評価及び治療

方針の決定を行った場合に、年４回を限度として算定する。なお、当該検査の実施に係る時間（準備や説明に要した時間を含む。）については、第７部に掲げるリハビリテーションを実施した時間に含めることはできない。

（２） 医師の指導管理の下に看護職員、臨床検査技師又は理学療法士が６分間の歩行を行わせる場合は、医師が同一建物内において当該看護職員、臨床検査技師又は理学療法士と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる体制であること。

（３） 以下の事項を診療録に記載すること

ア 当該検査結果の評価

イ 到達した距離、施行前後の動脈血酸素飽和度、呼吸・循環機能検査等の結果

（４） 当該検査を算定する場合にあっては、過去の実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｄ２１１－４ シャトルウォーキングテスト

（１） シャトルウォーキングテストは、在宅酸素療法を施行している患者又は区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料の算定要件を満たす患者若しくは本試験により算定要件を満たすことが可能となる患者であって在宅酸素療法の導入を検討しているものに対し、医師又は医師の指導管理の下に看護職員若しくは臨床検査技師がパルスオキシメーター等を用いて動脈血酸素飽和度を測定しながら一定の距離を往復で歩行させ、歩行可能距離又は歩行持続時間、動脈血酸素飽和度及び呼吸・循環機能検査等の結果を記録し、医師が患者の運動耐容能等の評価及び治療方針の決定を行った場合に、年に４回を限度として算定する。なお、区分番号「Ｄ２１１－３」時間内歩行試験を併せて実施した場合には、時間内歩行試験又はシャトルウォーキングテストを合わせて年に４回を限度として算定する。

（２） 医師の指導管理の下に看護職員又は臨床検査技師がシャトルウォーキングテストを行う場合は、医師が同一建物内において当該看護職員又は臨床検査技師と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる体制であること。

（３） 以下の事項を診療録に記載すること。

ア 当該検査結果の評価

イ 歩行可能距離又は歩行持続時間、施行前後の動脈血酸素飽和度、呼吸・循環機能検査等の結果

（４） 当該検査を算定する場合にあっては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 過去の実施日

イ 在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針

Ｄ２１２ リアルタイム解析型心電図

（１） リアルタイム解析型心電図とは、入院中の患者以外の患者に対して８時間以上心電図をモニターしながら同時に波形を解析し、異常波形発現時にのみ記録を行い得るものをいう。

（２） リアルタイム解析型心電図記録計を用いて８時間以上心電図をモニターした場合は、解析の費用を含め、一連の使用について１回として算定する。

Ｄ２１２－２ 携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査

心電図を２日間以上連続して記録することができる携帯型発作時心電図記録計を用いて、記録スイッチ入力前を含む心電図を記録した場合に、解析の費用を含め、一連の使用について１

回として算定する。

Ｄ２１３ 心音図検査

亜硝酸アミル吸入心音図検査の点数算定は、薬剤負荷の前後の検査をそれぞれ１回として心音図検査により算定し、亜硝酸アミルについては、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。

Ｄ２１４ 脈波図、心機図、ポリグラフ検査

（１） 脈波図については、次に掲げる検査を２以上行った場合であり、脈波曲線を描写し記録した場合に算定する。

ア 心及び肝拍動図

イ 動脈波

ウ 静脈波

エ 容積脈波

オ 指尖脈波

カ 心尖（窩）拍動図

また、心機図とは各種脈波図と心電図、心音図検査等の２以上を同時に記録し、循環機能の解析を行う検査である。

（２） 「１」から「５」までの検査数については、種目又は部位を順次変えて検査した場合であっても、一連の検査のうちの最高検査数による。

（３） 運動又は薬剤の負荷による検査を行った場合には、負荷前後の検査をそれぞれ１回の検査として算定し、複数の負荷を行った場合であっても、負荷の種類及び回数にかかわらず、所定点数の 100 分の 200 を限度として算定する。

（４） 「６」の血管伸展性検査は、描写し記録した脈波図により脈波伝達速度を求めて行うものであり、このために行った脈波図検査と併せて算定できない。

（５） 閉塞性動脈硬化症は、「６」の血管伸展性検査により算定する。

Ｄ２１５ 超音波検査

（１） 「１」から「５」までに掲げる検査のうち２以上のものを同一月内に同一の部位について行った場合、同一月内に２回以上行った場合の算定方法の適用においては、同一の検査として扱う。

（２） 超音波検査を同一の部位に同時に２以上の方法を併用する場合は、主たる検査方法により１回として算定する。また、同一の方法による場合は、部位数にかかわらず、１回のみの算定とする。

（３） 超音波検査（「３」の「ニ」の胎児心エコー法を除く。）を算定するに当たっては、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載すること又は検査実施者が測定値や性状等について文書に記載すること。なお、医師以外が検査を実施した場合は、その文書について医師が確認した旨を診療録に記載すること。

（４） 検査で得られた画像を診療録に添付すること。また、測定値や性状等について文書に記載した場合は、その文書を診療録に添付すること。

（５） 超音波検査の記録に要した費用（フィルム代、印画紙代、記録紙代、テープ代等）は、所定点数に含まれる。

（６） 体表には肛門、甲状腺、乳腺、表在リンパ節等を含む。

（７） 区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ｉ）又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者

訪問診療料（Ⅱ）を算定した日と同一日に、患家等で断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）を行った場合は、部位にかかわらず、「２」の「イ」の訪問診療時に行った場合を月１回に限り算定する。

（８）　「２」の「ロ」の「⑴」の胸腹部を算定する場合は、検査を行った領域について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。複数領域の検査を行った場合は、その全てを記載すること。また、カに該当する場合は、具体的な臓器又は領域を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　消化器領域

イ　腎・泌尿器領域

ウ　女性生殖器領域

エ　血管領域（大動脈・大静脈等）

オ　腹腔内・胸腔内の貯留物等

カ　その他

（９）　「２」の断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）において血管の血流診断を目的としてパルスドプラ法を併せて行った場合には、「注２」に掲げる加算を算定できる。

（10）　「３」の心臓超音波検査の所定点数には、同時に記録した心音図、脈波図、心電図及び心機図の検査の費用を含む。

（11）　「３」の心臓超音波検査の所定点数にはパルスドプラ法の費用が含まれており、別に算定できない。

（12）　「３」の心臓超音波検査以外で、断層撮影法とＭモード法を併用した場合の点数算定は、「２」の「ロ」の「⑴」により算定する。

（13）　「３」の「ロ」のＭモード法はＭモード法のみで検査を行った場合に算定する。「３」の心臓超音波検査以外で、Ｍモード法のみの検査を行った場合は、「３」の「ロ」により算定する。

（14）　「３」の「ニ」の胎児心エコー法は、胎児の心疾患が強く疑われた症例に対して、循環器内科、小児科又は産婦人科の経験を５年以上有する医師（胎児心エコー法を 20 症例以上経験している者に限る。）が診断又は経過観察を行う場合に算定し、「注２」の胎児心エコー法診断加算は、当該検査に伴って診断を行った場合に限り算定する。その際、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載すること。また、「４」の「イ」の胎児心音観察に係る費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。

（15）　「３」の「ホ」の負荷心エコー法には、負荷に係る費用が含まれており、また併せて行った区分番号「Ｄ２１１」トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査は別に算定できない。

（16）　「４」の「イ」の末梢血管血行動態検査は、慢性動脈閉塞症の診断及び病態把握のために行った場合に算定する。

（17）　「４」の「ロ」の脳動脈血流速度連続測定とは、経頭蓋骨的に連続波又はパルスドプラを用いて、ソノグラムを記録して血流の分析を行う場合をいう。

（18）　「４」の「ハ」の脳動脈血流速度マッピング法とは、パルスドプラにより脳内動脈の描出を行う場合をいう。

（19）　「５」の血管内超音波法の算定は次の方法による。

ア　検査を実施した後の縫合に要する費用は所定点数に含まれる。

イ　本検査を、左心カテーテル検査及び右心カテーテル検査と併せて行った場合は、左心カテーテル検査及び右心カテーテル検査の所定点数に含まれる。

ウ　エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号「Ｅ４００」フィルムの所定点数により算定する。

エ　区分番号「Ｄ２２０」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用は、所定点数に含まれる。

（20）　「注１」における「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射、動脈注射又は点滴注射により造影剤を使用し検査を行った場合をいう。また、「３」の心臓超音波検査においては、心筋虚血の診断を目的とした場合に算定できる。この場合、心筋シンチグラフィーを同一月に実施した場合には主たるもののみ算定する。

Ｄ２１５－２　肝硬度測定

肝硬度測定は、汎用超音波画像診断装置のうち、使用目的、効能又は効果として、肝臓の硬さについて、非侵襲的に計測するものとして薬事承認又は認証を得ているものを使用し、肝硬変の患者（肝硬変が疑われる患者を含む。）に対し、肝臓の硬さを非侵襲的に測定した場合に、原則として３月に１回に限り算定する。ただし、医学的な必要性から３月に２回以上算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

Ｄ２１５－３　超音波エラストグラフィー

（１）　超音波エラストグラフィーは、汎用超音波画像診断装置のうち、使用目的又は効果として、肝臓の硬さについて、非侵襲的に計測するものとして薬事承認又は認証を得ているものを使用し、肝硬変の患者（肝硬変が疑われる患者を含む。）に対し、肝臓の線維化の程度を非侵襲的に評価した場合に、原則として３月に１回に限り算定する。ただし、医学的な必要性から３月に２回以上算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

（２）　区分番号「Ｄ２１５－２」に掲げる肝硬度測定について、同一の患者につき、当該検査実施日より３月以内に行われたものの費用は、原則として所定点数に含まれるものとする。ただし、医学的な必要性から別途肝硬度測定を算定する必要がある場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

Ｄ２１５－４　超音波減衰法検査

（１）　超音波減衰法検査は、汎用超音波画像診断装置のうち、使用目的又は効果として、超音波の減衰量を非侵襲的に計測し、肝臓の脂肪量を評価するための情報を提供するものとして薬事承認又は認証を得ているものを使用し、脂肪性肝疾患の患者であって慢性肝炎又は肝硬変の疑いがある者に対し、肝臓の脂肪量を評価した場合に、３月に１回に限り算定する。

（２）　当該検査の実施に当たっては、関係学会が定めるガイドラインを踏まえ適切に行うこと。

（３）　区分番号「Ｄ２１５－２」に掲げる肝硬度測定又は区分番号「Ｄ２１５－３」に掲げる超音波エラストグラフィーについて、同一の患者につき、当該検査実施日より３月以内に行われたものの費用は、原則として所定点数に含まれるものとする。ただし、医学的な必要性から別途肝硬度測定又は超音波エラストグラフィーを算定する必要がある場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

Ｄ２１６－２　残尿測定検査

（１）　残尿測定検査は、前立腺肥大症、神経因性膀胱又は過活動膀胱の患者に対し、超音波若しくはカテーテルを用いて残尿を測定した場合に算定する。

（２）　「１」の超音波検査によるものと「２」の導尿によるものを同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ２１７　骨塩定量検査

（１）　骨塩定量検査は、骨粗鬆症の診断及びその経過観察の際のみ算定できる。ただし、４月に１回を限度とする。

（２）　「１」の注はＤＥＸＡ法による腰椎撮影及び大腿骨撮影を同一日に行った場合にのみ算定できる。

（３）　「２」のＲＥＭＳ法（腰椎）は、ＲＥＭＳ法(Radiofrequency Echographic Multi-spectrometry)による腰椎の骨塩定量検査を実施した場合に算定する。

（４）　「２」の注は、ＲＥＭＳ法により腰椎及び大腿骨の骨塩定量検査を同一日に行った場合にのみ算定できる。

（５）　「３」の「ＭＤ法、ＳＥＸＡ法等」の方法には、ＤＥＸＡ法(dual Energy x-Ray Absorptiometry)、単一光子吸収法(SPA:Single Photon Absorptiometry)、二重光子吸収法(DPA:Dual Photon Absorptiometry)、ＭＤ法(Microdensitometryによる骨塩定量法)、ＤＩＰ法(Digital Image Processing)、ＳＥＸＡ法(single Energy x-Ray Absorptiometry)、単色Ｘ線光子を利用した骨塩定量装置による測定及びｐＱＣＴ（peripheral Quantitative Computed Tomography)による測定がある。

（６）　ＭＤ法による骨塩定量検査を行うことを目的として撮影したフィルムを用いて画像診断を併施する場合は、「２」の「ＭＤ法、ＳＥＸＡ法等」の所定点数又は画像診断の手技料（区分番号「Ｅ００１」写真診断及び区分番号「Ｅ００２」撮影）の所定点数のいずれか一方により算定する。ただし、区分番号「Ｅ４００」フィルムの費用は、いずれの場合でも、手技料とは別に算定できる。

Ｄ２１８　分娩監視装置による諸検査

分娩監視装置による諸検査は、胎児仮死、潜在胎児仮死及び異常分娩の経過改善の目的で陣痛促進を行う場合にのみ算定できるものであり、陣痛曲線、胎児心電図及び胎児心音図を記録した場合も、所定点数に含まれる。

Ｄ２１９　ノンストレステスト

（１）　ノンストレステストは、以下に掲げる患者に対し行われた場合に算定する。

ア　40歳以上の初産婦である患者

イ　ＢＭＩが35以上の初産婦である患者

ウ　多胎妊娠の患者

エ　子宮内胎児発育不全の認められる患者

オ　子宮収縮抑制剤を使用中の患者

カ　妊娠高血圧症候群重症の患者

キ　常位胎盤早期剥離の患者

ク　前置胎盤（妊娠22週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者

ケ　胎盤機能不全の患者

コ　羊水異常症の患者

サ　妊娠30週未満の切迫早産の患者で、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの切迫早産の兆候を示し、かつ、以下のいずれかを満たすもの

（イ）　前期破水を合併したもの

（ロ）　経腟超音波検査で子宮頸管長が20㎜未満のもの

（ハ）　切迫早産の診断で他の医療機関から搬送されたもの

（ニ）　早産指数（tocolysis index）が３点以上のもの

シ　心疾患（治療中のものに限る。）の患者

ス　糖尿病（治療中のものに限る。）又は妊娠糖尿病（治療中のものに限る。）の患者

セ　甲状腺疾患（治療中のものに限る。）の患者

ソ　腎疾患（治療中のものに限る。）の患者

タ　膠原病（治療中のものに限る。）の患者

チ　特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者

ツ　白血病（治療中のものに限る。）の患者

テ　血友病（治療中のものに限る。）の患者

ト　出血傾向（治療中のものに限る。）のある患者

ナ　ＨＩＶ陽性の患者

ニ　Ｒｈ不適合の患者

ヌ　当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行う予定のある患者

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

（２）　ノンストレステストは入院中の患者に対して行った場合には１週間につき３回、入院中の患者以外の患者に対して行った場合には１週間につき１回に限り算定できる。なお、１週間の計算は暦週による。

Ｄ２２０　呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ

（１）　呼吸心拍監視は、重篤な心機能障害若しくは呼吸機能障害を有する患者又はそのおそれのある患者に対して、常時監視を行っている場合に算定されるものである。この際、呼吸曲線の観察の有無に関わらず、心電曲線、心拍数の観察を行った場合は、所定点数を算定する。

（２）　呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープは、観察した呼吸曲線、心電曲線、心拍数のそれぞれの観察結果の要点を診療録に記載した場合に算定できる。

（３）　新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープは、重篤な心機能障害若しくは呼吸機能障害を有する患者又はそのおそれのある患者に対し、心電曲線及び心拍数の観察を行っている場合に算定する。この際、呼吸曲線を同時に観察した場合の費用は所定点数に含まれる。

（４）　呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

（５）　診療報酬明細書の摘要欄に呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ

（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープの算定開始日を記載する。

（６）　呼吸心拍監視装置等の装着を中止した後 30 日以内に再装着が必要となった場合の日数の起算日は、最初に呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを算定した日とする。特定入院料を算定した患者が引き続き呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを行う場合の日数の起算日についても同様とする。なお、当該検査を中止している期間についても実施日数の計算に含める。

（７）　７日を超えた場合は、検査に要した時間にかかわらず「２」の「ロ」又は「ハ」を上限として算定する。

（８）　人工呼吸を同一日に行った場合は、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープに係る費用は区分番号「Ｊ０４５」人工呼吸の所定点数に含まれる。

Ｄ２２２　経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定

（１）　経皮的血液ガス分圧測定は、以下のいずれかに該当する場合に算定する。

ア　循環不全及び呼吸不全があり、酸素療法を行う必要のある新生児に対して測定を行った場合。その際には、測定するガス分圧の種類にかかわらず、所定点数により算定する。ただし、出生時体重が 1,000g 未満又は 1,000g 以上 1,500g 未満の新生児の場合は、それぞれ 90 日又は 60 日を限度として算定する。

イ　神経筋疾患、肺胞低換気症候群（難病の患者に対する医療等に関する法律第５条第１項に規定する指定難病の患者であって、同法第７条第４項に規定する医療受給者証を交付されているもの（同条第１項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に限る。）又は慢性呼吸器疾患の患者に対し、ＮＰＰＶの適応判定及び機器の調整を目的として経皮的に血中のPCO_2を測定した場合。その際には、１入院につき２日を限度として算定できる。

（２）　血液ガス連続測定は、閉鎖循環式全身麻酔において分離肺換気を行う際に血中のPO_2、PCO_2及びｐＨの観血的連続測定を行った場合に算定できる。

Ｄ２２２－２　経皮的酸素ガス分圧測定（１日につき）

重症下肢血流障害が疑われる患者に対し、虚血肢の切断若しくは血行再建に係る治療方針の決定又は治療効果の判定のために経皮的に血中のPO_2を測定した場合に、３月に１回に限り算定する。

Ｄ２２３　経皮的動脈血酸素飽和度測定

（１）　経皮的動脈血酸素飽和度測定は、次のいずれかに該当する患者に対して行った場合に算定する。

ア　呼吸不全若しくは循環不全又は術後の患者であって、酸素吸入若しくは突発性難聴に対する酸素療法を現に行っているもの又は酸素吸入若しくは突発性難聴に対する酸素療法を行う必要があるもの

イ　静脈麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を実施中の患者に行った場合

なお、閉鎖式全身麻酔を実施した際に区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を算定した日と同一日には算定できない。

（２）　区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療

養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は算定できない。

Ｄ２２３－２　終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定（一連につき）

（１）　終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定は、睡眠時呼吸障害の疑われる患者に対して行った場合に算定し、数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。

（２）　区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定（一連につき）の費用は算定できない。

Ｄ２２４　終末呼気炭酸ガス濃度測定

（１）　終末呼気炭酸ガス濃度測定は、気管内挿管又は気管切開している患者であって、次のいずれかに該当する患者に対して行った場合に算定する。

ア　人工呼吸器を装着している患者

イ　自発呼吸が不十分な患者

ウ　脳外傷等換気不全が生じる可能性が非常に高いと判断される患者

（２）　閉鎖式全身麻酔を実施した際に区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を算定した日と同一日には算定できない。

Ｄ２２５　観血的動脈圧測定

（１）　観血的動脈圧測定は、動脈圧測定用カテーテルを挿入して測定するもの又はエラスター針等を動脈に挿入してトランスデューサーを用いて測定するものをいう。

（２）　穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

Ｄ２２５－２　非観血的連続血圧測定

非観血的連続血圧測定は、トノメトリー法により麻酔に伴って実施した場合に限り算定できるものとし、また、観血的動脈圧測定と同一日に実施した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ２２５－３　24 時間自由行動下血圧測定

24 時間自由行動下血圧測定は、日本循環器学会、日本心臓病学会及び日本高血圧学会の承認を得た「24 時間血圧計の使用（ＡＢＰＭ）基準に関するガイドライン」に沿って行われた場合に、１月に１回に限り算定する。

Ｄ２２５－４　ヘッドアップティルト試験

（１）　ヘッドアップティルト試験は、患者を臥位から傾斜位の状態に起こし、傾斜位の状態に保ちながら、連続的に血圧、脈拍及び症状の推移等を測定及び観察する検査をいう。なお、単に臥位及び立位又は座位時の血圧等を測定するだけのものは当該検査に該当しない。

（２）　失神発作があり、他の原因が特定されずに神経調節性失神が疑われる患者に対して、医師が行った場合に限り算定する。

（３）　使用する薬剤の費用は所定点数に含まれる。

（４）　検査に伴い施行した心電図に係る費用は別に算定できない。

（５）　診療録に、当該検査中に測定された指標等について記載すること。

Ｄ２２６　中心静脈圧測定

（１）　穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

（２）　中心静脈圧測定を算定中にカテーテルの挿入手技を行った場合（手術に関連して行う場合を除く。）は、区分番号「Ｇ００５－２」中心静脈注射用カテーテル挿入により算定する。

この場合において、カテーテルの挿入に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｄ２２７　頭蓋内圧持続測定

穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

Ｄ２２８　深部体温計による深部体温測定

直腸温又は膀胱温の測定は、深部体温測定と異なるものであり、深部体温計による深部体温の測定には該当しない。

Ｄ２２９　前額部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察

前額部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察と区分番号「Ｄ２２８」深部体温計による深部体温測定を同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ２３０　観血的肺動脈圧測定

（１）　肺動脈楔入圧を持続的に測定する場合に所定点数を算定する。

（２）　測定のために右心カテーテル法により、バルーン付肺動脈カテーテルを挿入した場合には挿入日にカテーテル挿入加算を算定できる。この場合、使用したカテーテルの本数にかかわらず、一連として算定する。

（３）　観血的肺動脈圧測定と右心カテーテル法による諸検査又は中心静脈圧測定を同一日に実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（４）　左心カテーテル法による諸検査を同一日に実施した場合は別に算定できる。

（５）　穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

Ｄ２３１　人工膵臓検査

（１）　人工膵臓検査は、糖尿病患者の治療に際してインスリン抵抗性の評価、至適インスリン用量の決定等を目的として、血管内に留置した二重腔カテーテルから吸引した血中のグルコース値を連続して測定した場合に算定できる。

（２）　算定の対象となる患者は、次の療養が必要な糖尿病等の患者であって、医師が人工膵臓検査以外による血糖調整が困難であると認めたものである。

ア　糖尿病性腎症に対する透析時の血糖管理

イ　難治性低血糖症の治療のための血糖消費量決定

ウ　インスリン抵抗性がみられる難治性糖尿病に対するインスリン感受性テスト及び血糖管理

（３）　２日以上にわたり連続して実施した場合においても、一連として１回の算定とする。

（４）　人工膵臓検査と同一日に行った血中グルコース測定は別に算定できない。

（５）　穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

Ｄ２３１－２　皮下連続式グルコース測定（一連につき）

（１）　糖尿病患者の治療に際してインスリン抵抗性の評価、至適インスリン用量の決定等を目的として、皮下に留置した電極から皮下組織中のグルコース値を連続して測定した場合に算定できる。

（２）　皮下連続式グルコース測定は以下に掲げる患者に対し行われた場合に算定する。また、

算定した場合は、以下のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に明記する。

ア　治療方針策定のために血糖プロファイルを必要とする１型糖尿病患者

イ　低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている血糖コントロールが不安定な２型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある者

（３）　２日以上にわたり連続して実施した場合においても、一連として１回の算定とする。

（４）　皮下連続式グルコース測定と同一日に行った血中グルコース測定に係る費用は所定点数に含まれる。

（５）　人工膵臓検査又は人工膵臓療法を同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

（６）　穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

Ｄ２３３　直腸肛門機能検査

（１）　直腸肛門機能検査とは、次のアからオまでに掲げる検査をいう。

ア　直腸肛門内圧測定

イ　直腸感覚検査

ウ　直腸コンプライアンス検査

エ　直腸肛門反射検査

オ　排出能力検査

（２）　直腸肛門機能検査は、ヒルシュスプルング病、鎖肛、肛門括約不全、直腸肛門由来の排便障害等の直腸肛門疾患に対して行う検査をいう。

（３）　直腸肛門機能検査は、直腸肛門内圧検査用バルーン、マイクロチップ、インフューズドオープンチップ又はマイクロバルーン等を用いて実施されるものである。

Ｄ２３４　胃・食道内 24 時間ｐＨ測定

（１）　胃・食道逆流症の診断及び治療方法の選択のために実施された場合に算定する。

（２）　胃・食道内 24 時間ｐＨ測定に用いる測定器、基準電極、ｐＨカテーテル、ガラス電極、保護チューブ、電解液、電極用ゼリー、ｐＨ緩衝液等の費用は、所定点数に含まれる。

（３）　胃・食道内 24 時間ｐＨ測定は、概ね 24 時間以上連続して行われるものであり、これを１回として算定する。

（４）　食道内多チャンネルインピーダンス・ｐＨ測定検査を行った場合は所定点数を算定する。

Ｄ２３５　脳波検査

（１）　脳波検査を算定するものは、同時に８誘導以上の記録を行った場合である。

（２）　８誘導未満の誘導数により脳波を測定した場合は、誘導数を区分番号「Ｄ２１４」脈波図、心機図、ポリグラフ検査の検査数と読み替えて算定するものとし、種々の賦活検査（睡眠、薬物を含む。）を行った場合も、同区分の所定点数のみにより算定する。

（３）　心臓及び脳手術中における脳波検査は、８誘導以上の場合は脳波検査により、それ以外の場合は誘導数を区分番号「Ｄ２１４」脈波図、心機図、ポリグラフ検査の検査数と読み替えて算定する。

Ｄ２３５－２　長期継続頭蓋内脳波検査

長期継続頭蓋内脳波検査は、難治性てんかんの患者に対し、硬膜下電極若しくは深部電極を用いて脳波測定を行った場合、患者１人につき 14 日間を限度として算定する。

Ｄ２３５－３　長期脳波ビデオ同時記録検査

長期脳波ビデオ同時記録検査は、難治性てんかんの患者に対し、てんかん発作型診断、局在

診断（硬膜下電極又は深部電極を用いて脳波測定を行っている患者に対するものに限る。）又は手術前後に行った場合、患者１人につきそれぞれ５日間を限度として算定する。

Ｄ２３６　脳誘発電位検査

（１）　脳誘発電位検査は、刺激又は負荷を加えながら脳活動電位を記録し、コンピューター等により解析を行うものであり、同時に記録した脳波検査については、別に算定できない。

（２）　「３」と「４」を両方行った場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ２３６－２　光トポグラフィー

（１）　「１」脳外科手術の術前検査に使用するもの

ア　近赤外光等により、血液中のヘモグロビンの相対的な濃度、濃度変化等を計測するものとして薬事承認又は認証を得ている医療機器を使用した場合であって、下記の(イ)又は(ロ)の場合に限り、各手術前に１回のみ算定できる。

(イ)　言語野関連病変（側頭葉腫瘍等）又は正中病変における脳外科手術に当たり言語優位半球を同定する必要がある場合

(ロ)　難治性てんかんの外科的手術に当たりてんかん焦点計測を目的に行われた場合

イ　当該検査を算定するに当たっては、手術実施日又は手術実施予定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、手術が行われなかった場合はその理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（２）　「２」抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの

ア　抑うつ症状を有している場合であって、下記の(イ)から(ハ)までを全て満たす患者に実施し、当該保険医療機関内に配置されている精神保健指定医が鑑別診断の補助に使用した場合に、１回に限り算定できる。また、下記の(イ)から(ハ)までを全て満たしており、かつ、症状の変化等により、再度鑑別が必要である場合であって、前回の当該検査から１年以上経過している場合は、１回に限り算定できる。

(イ)　当該保険医療機関内に配置されている神経内科医又は脳神経外科医により器質的疾患が除外されていること。

(ロ)　うつ病として治療を行っている患者であって、治療抵抗性であること、統合失調症・双極性障害が疑われる症状を呈すること等により、うつ病と統合失調症又は双極性障害との鑑別が必要な患者であること。

(ハ)　近赤外光等により、血液中のヘモグロビンの相対的な濃度、濃度変化等を測定するものとして薬事承認又は認証を得ている医療機器であって、10 チャンネル以上の多チャンネルにより脳血液量変化を計測可能な機器を使用すること。

イ　当該検査が必要な理由及び前回の実施日（該当する患者に限る。）を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（３）　「２」抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものの「イ」地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合

以下のアからウまでのいずれかの要件を満たした場合に算定できる。

ア　精神科救急医療体制整備事業の常時対応型精神科救急医療施設、身体合併症対応施設、地域搬送受入対応施設又は身体合併症後方搬送対応施設であること。

イ　精神科救急医療体制整備事業の輪番対応型精神科救急医療施設又は協力施設であって、次の①又は②のいずれかに該当すること。

①　時間外、休日又は深夜における入院件数が年４件以上であること。そのうち１件以上は、精神科救急情報センター（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下、本区分に同じ。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）等からの依頼であること。

②　時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年 10 件以上であること。なお、精神科救急情報センター（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）等からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。

ウ　当該保険医療機関の精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保への協力を行っており、次の①又は②のいずれかに該当すること。

①　時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等や精神科救急医療体制整備事業の常時対応型又は輪番型の外来対応施設等）での外来診療又は救急医療機関への診療協力（外来、当直又は対診）を年６回以上行うこと。（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）

②　精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務（措置診察等）について、都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年１回以上行うこと。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、次のイからホまでのいずれかの診察あるいは業務を年１回以上行うこと。

イ　措置入院及び緊急措置入院時の診察

ロ　医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察

ハ　精神医療審査会における業務

ニ　精神科病院への立入検査での診察

ホ　その他都道府県の依頼による公務員としての業務

Ｄ２３６－３　脳磁図

（１）　「１」自発活動を測定するもの

ア　てんかんの患者に対する手術部位の診断や手術方法の選択を含めた治療方針の決定のために、自発脳磁図の測定及びてんかん性異常活動の解析を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定できる。

イ　当該検査を算定するに当たっては、手術実施日又は手術実施予定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、手術が行われなかった場合はその理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ウ　当該検査の実施に当たっては、関連学会の定める実施指針に沿って検査を行うこと。

（２）　「２」その他のもの

ア　中枢神経疾患に伴う感覚障害若しくは運動障害、原発性てんかん又は続発性てんかんの鑑別診断のために行った場合に、患者１人につき１回に限り算定できる。

イ　当該検査を算定するに当たっては、当該検査の医学的な必要性及び結果の概要を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー

（１）　「１　携帯用装置を使用した場合」

ア　問診、身体所見又は他の検査所見から睡眠時呼吸障害が強く疑われる患者に対し、睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用した場合に算定する。なお、区分番号「Ｃ１０７－２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者又は当該保険医療機関からの依頼により睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した歯科医療機関から検査の依頼を受けた患者については、治療の効果を判定するため、６月に１回を限度として算定できる。

イ　鼻呼吸センサー又は末梢動脈波センサー、気道音センサーによる呼吸状態及び経皮的センサーによる動脈血酸素飽和状態を終夜連続して測定した場合に算定する。この場合の区分番号「Ｄ２１４」脈波図、心機図、ポリグラフ検査、区分番号「Ｄ２２３」経皮的動脈血酸素飽和度測定及び区分番号「Ｄ２２３－２」終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれる。

ウ　数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。

エ　診療録に検査結果の要点を記載する。

（２）「２　多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合」

ア　多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用する場合は、パルスオキシメーターモジュールを組み合わせて行い、問診、身体所見又は他の検査所見から睡眠時呼吸障害が強く疑われる患者に対し、睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用し、解析を行った場合に算定する。

イ　区分番号「Ｃ１０７－２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者又は当該保険医療機関からの依頼により睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した歯科医療機関から検査の依頼を受けた患者については、治療の効果を判定するため、６月に１回を限度として算定できる。

ウ　区分番号「Ｄ２２３」経皮的動脈血酸素飽和度測定及び区分番号「Ｄ２２３－２」終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれる。

エ　数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。

オ　診療録に検査結果の要点を記載する。

（３）「３　１及び２以外の場合」の「イ　安全精度管理下で行うもの」

ア　次のいずれかに該当する患者等であって、安全精度管理下に当該検査を実施する医学的必要性が認められるものに該当する場合に、１月に１回を限度として算定する。なお、区分番号「Ｃ１０７－２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、初回月に限り２回、翌月以後は１月に１回を限度として算定する。

なお、診療報酬明細書の摘要欄に下記(イ)から(ホ)までのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載すること。

(イ)　以下のいずれかの合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者

①　心疾患、神経筋疾患（脳血管障害を含む。）又は呼吸器疾患（継続的に治療を行っている場合に限る。）

②　ＢＭＩ35 以上の肥満

③　生活に常時介護を要する認知機能障害

(ロ)　以下のいずれかの睡眠障害の患者

①　中枢性過眠症

②　パラソムニア

③　睡眠関連運動障害

④　睡眠中多発するてんかん発作

(ハ)　13 歳未満の小児の患者

(ニ)　区分番号「Ｃ１０７－２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者であって、(イ)～(ハ)で治療の効果を判定するため、安全精度管理下にＣＰＡＰを用いて当該検査を実施する医学的必要性が認められる患者

(ホ)　その他、安全精度管理が医学的に必要と主治医が認める患者

イ　当該検査を実施するに当たっては、下記(イ)から(ニ)までに掲げる検査の全て（睡眠時呼吸障害の疑われない患者については(イ)のみ）を、当該患者の睡眠中８時間以上連続して当該保険医療機関内で測定し、記録すること。また、当該検査は、専ら当該検査の安全及び精度の確保を担当する医師、看護師又は臨床検査技師の下で実施することとし、原則として当該検査の実施中に他の業務を兼任しないこと。

(イ)　８極以上の脳波、眼球運動及びおとがい筋筋電図

(ロ)　鼻又は口における気流の検知

(ハ)　胸壁及び腹壁の換気運動記録

(ニ)　パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度連続測定

ウ　脳波等の記録速度は、毎秒 1.5 センチメートル以上のものを標準とする。

エ　同時に行った検査のうち、区分番号「Ｄ２００」スパイログラフィー等検査から本区分「２」までに掲げるもの及び区分番号「Ｄ２３９」筋電図検査については、併せて算定できない。

オ　測定を開始した後、患者の覚醒等やむを得ない事情により、当該検査を途中で中絶した場合には、当該中絶までに施行した検査に類似する検査項目によって算定する。

カ　診療録に、検査結果の要点を記載し、検査中の安全精度管理に係る記録を添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に、安全精度管理を要した患者の診断名（疑い病名を含む。）、検査中の安全精度管理を担当した従事者の氏名、検査中の安全精度管理に係る記録及び検査結果の要点を記載又は添付すること。また、合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者に対して実施した場合は、当該患者の継続的な治療の内容、ＢＭＩ又は日常生活の状況等の当該検査を実施する医学的な必要性についても診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（４）「３　１及び２以外の場合」の「ロ　その他のもの」

ア　他の検査により睡眠中無呼吸発作の明らかな患者に対して睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として行った場合及び睡眠中多発するてんかん発作の患者又はうつ病若しくはナルコレプシーであって、重篤な睡眠、覚醒リズムの障害を伴うものの患者に対して行った場合に、１月に１回を限度として算定する。なお、区分番号「Ｃ１０７－２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、初回月に限り２回、翌月以後は１月に１回を限度として算定できる。

当該検査を実施するに当たっては、下記(イ)から(ニ)までに掲げる検査の全て（睡眠時呼吸障害の疑われない患者については(イ)のみ）を当該患者の睡眠中８時間以上連続

して測定し、記録する。

（イ） 脳波、眼球運動及びおとがい筋筋電図

（ロ） 鼻又は口における気流の検知

（ハ） 胸壁及び腹壁の換気運動記録

（ニ） パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度連続測定

イ 脳波等の記録速度は、毎秒 1.5 センチメートル以上のものを標準とする。

ウ 同時に行った検査のうち、区分番号「Ｄ２００」スパイログラフィー等検査から本区分「２」までに掲げるもの及び区分番号「Ｄ２３９」筋電図検査については、併せて算定できない。

エ 測定を開始した後、患者の覚醒等やむを得ない事情により、当該検査を途中で中絶した場合には、当該中絶までに施行した検査に類似する検査項目によって算定する。

オ 診療録に検査結果の要点を記載する。

Ｄ２３７－２ 反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）

（１） 反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）は、ナルコレプシー又は特発性過眠症が強く疑われる患者に対し、診断の補助として、概ね２時間間隔で４回以上の睡眠検査を行った場合に１月に１回を限度として算定する。

（２） 関連学会より示されている指針を遵守し、適切な手順で行われた場合に限り算定できる。

（３） 本検査と区分番号「Ｄ２３７」終夜睡眠ポリグラフィーを併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

Ｄ２３８ 脳波検査判断料

（１） 脳波検査判断料１は、脳波診断を担当した経験を５年以上有する医師が脳波診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託した場合は算定できない（「注３」の遠隔脳波診断により算定する場合を除く。）。

（２） 遠隔脳波診断を行った場合、脳波検査判断料１は、受信側の保険医療機関において、脳波診断を担当した経験を５年以上有する医師が脳波診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関における当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。この場合、当該患者の診療を担当する医師は、報告された文書又はその写しを診療録に添付すること。

（３） 遠隔脳波診断を行った場合は、送信側の保険医療機関において区分番号「Ｄ２３５」脳波検査及び本区分の脳波検査判断料１を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用については受信側、送信側の医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

Ｄ２３９ 筋電図検査

（１） 「１」において、顔面及び躯幹は、左右、腹背を問わずそれぞれ１肢として扱う。

（２） 「２」については、混合神経について、感覚神経及び運動神経をそれぞれ測定した場合には、それぞれを１神経として数える。また、左右の神経は、それぞれを１神経として数える。なお、横隔神経電気刺激装置の適応の判定を目的として実施する場合は、当該検査を横隔膜電極植込術前に１回に限り算定できる。

（３） 「３」については、多発性硬化症、運動ニューロン疾患等の神経系の運動障害の診断を

目的として、単発若しくは二連発磁気刺激法による。検査する筋肉の種類及び部位にかかわらず、一連として所定点数により算定する。

（４） 「４」については、重症筋無力症の診断を目的として、単線維筋電図に関する所定の研修を修了した十分な経験を有する医師により、単一の運動単位の機能の評価を行った場合に、一連として所定点数により算定する。診療報酬請求に当たっては、診療報酬明細書に当該医師が所定の研修を修了していること及び当該検査に係る十分な経験を有することを証する文書並びに検査実施日、実施医療機関の名称、診断名（疑いを含む。）及び当該検査を行う医学的必要性の症状詳記を添付すること。

Ｄ２３９－２ 電流知覚閾値測定

電流知覚閾値測定は、末梢神経障害の重症度及び治療効果の判定を目的として、神経線維を刺激することによりその電流知覚閾値を測定した場合に、検査する筋肉の種類及び部位にかかわらず、一連につき所定点数により算定する。

Ｄ２３９－３ 神経学的検査

（１） 神経学的検査は、意識状態、言語、脳神経、運動系、感覚系、反射、協調運動、髄膜刺激症状、起立歩行等に関する総合的な検査及び診断を、成人においては「別紙様式 19」の神経学的検査チャートを、小児においては「別紙様式 19 の２」の小児神経学的検査チャートを用いて行った場合に一連につき１回に限り算定する。

（２） 神経学的検査は、専ら神経系疾患（小児を対象とする場合を含む。）の診療を担当する医師（専ら神経系疾患の診療を担当した経験を 10 年以上有するものに限る。）として、地方厚生（支）局長に届け出ている医師が当該検査を行った上で、その結果を患者及びその家族等に説明した場合に限り算定する。

（３） 神経学的検査と一連のものとして実施された検査（眼振を検査した場合の区分番号「Ｄ２５０」平衡機能検査、眼底を検査した場合の区分番号「Ｄ２５５」精密眼底検査等を指す。）については、所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｄ２３９－４ 全身温熱発汗試験

（１） 本検査は、多系統萎縮症、パーキンソン病、ポリニューロパチー、特発性無汗症、ホルネル症候群及びロス症候群等の患者に対し、ヨウ素デンプン反応を利用して患者の全身の発汗の有無及び発汗部位を確認した場合に、診断時に１回、治療効果判定時に１回に限り算定できる。

（２） 医師が直接監視を行うか、又は医師が同一建物内において直接監視をしている他の従事者と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる体制であること。

Ｄ２３９－５ 精密知覚機能検査

精密知覚機能検査は、末梢神経断裂、縫合術後又は絞扼性神経障害の患者に対して、当該検査に関する研修を受講した者が、Semmes-Weinstein monofilament set を用いて知覚機能を定量的に測定した場合に算定できる。なお、検査の実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する評価マニュアルを遵守すること。

Ｄ２４０ 神経・筋負荷テスト

（１） 「１」のテンシロンテストについては、Edrophonium Chloride を負荷して行う検査に伴う全ての検査（前後の観察及び精密眼圧測定を含む。）を含む。

（２） 「２」の瞳孔薬物負荷テストは、ホルネル症候群又はアディー症候群について行った場

合に、負荷する薬剤の種類にかかわらず、一連として所定点数により算定する。

なお、使用した薬剤については、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。

（３）　「３」の乏血運動負荷テストについては、血中乳酸、焦性ブドウ酸、カリウム、無機リン等の測定検査の費用及び採血料を含む。

Ｄ２４２　尿水力学的検査

排尿筋圧測定の目的で、膀胱内圧測定と併せて直腸内圧を測定した場合には、「１」の膀胱内圧測定と区分番号「Ｄ２３３」直腸肛門機能検査の「１」１項目行った場合の所定点数を併せて算定する。

また、内圧流量検査の目的で、区分番号「Ｄ２４２」に掲げる検査を複数行った場合には、それぞれの所定点数を算定する。

Ｄ２４４　自覚的聴力検査

（１）　「１」の標準純音聴力検査は、日本工業規格の診断用オージオメーターを使用し、日本聴覚医学会制定の測定方法により、気導聴力（測定周波数 250、500、1,000、2,000、4,000、8,000Hz）及び骨導聴力（測定周波数 250、500、1,000、2,000、4,000Hz）を両耳について測定する方法をいう。

（２）　「２」のことばのききとり検査は、難聴者の語音了解度を測定し、補聴器及び聴能訓練の効果の評価を行った場合に算定する。

（３）　「３」の簡易聴力検査とは、室内騒音が 30 ホーン以下の防音室で行う検査である。

（４）　「３」の簡易聴力検査のうち「イ」は、日本工業規格の診断用オージオメーターを使用して標準純音聴力検査時と同じ測定周波数について気導聴力検査のみを行った場合に算定する。

（５）　「３」の簡易聴力検査のうち「ロ」は、次に掲げるア及びイを一連として行った場合に算定する。

ア　音叉を用いる検査（ウェーバー法、リンネ法、ジュレ法を含む。）

イ　オージオメーターを用いる検査（閉鎖骨導試験（耳栓骨導試験）、日本工業規格選別用オージオメーターによる気導検査を含む。）

（６）　「４」の後迷路機能検査とは、短音による検査、方向感機能検査、ひずみ語音明瞭度検査及び一過性閾値上昇検査（ＴＴＤ）のうち、１種又は２種以上のものを組み合わせて行うものをいい、２種以上行った場合においても、所定点数により算定する。

（７）　「５」の内耳機能検査の所定点数は、レクルートメント検査（ＡＢＬＢ法）、音の強さ及び周波数の弁別域検査、ＳＩＳＩテスト等の内耳障害の鑑別に係る全ての検査の費用を含むものであり、検査の数にかかわらず、所定点数により算定する。

（８）　「５」の耳鳴検査は、診断用オージオメーター、自記オージオメーター又は耳鳴検査装置を用いて耳鳴同調音の検索やラウドネスの判定及び耳鳴り遮蔽検査等を行った場合に算定する。

（９）　「６」の中耳機能検査は、骨導ノイズ法、鼓膜穿孔閉鎖検査（パッチテスト）、気導聴力検査等のうち２種以上を組み合わせて行った場合にのみ算定する。

Ｄ２４４－２　補聴器適合検査

（１）　補聴器適合検査は、聴力像に対し電気音響的に適応と思われる補聴器を選択の上、音場での補聴器装着実耳検査を実施した場合に算定する。

（２）　植込型骨導補聴器の植え込み及び接合子付骨導端子又は骨導端子を交換した後、補聴器適合検査を実施した場合は、「２」の２回目以降により算定する。

Ｄ２４５　鼻腔通気度検査

鼻腔通気度検査は、当該検査に関連する手術日の前後３月以内に行った場合に算定する。その場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該検査に関連する手術名及び手術日（手術前に当該検査を実施した場合においては手術実施予定日）を記載すること。

なお、手術に関係なく、睡眠時無呼吸症候群又は神経性（心因性）鼻閉症の診断の目的で行った場合にも、所定点数を算定できる。

Ｄ２４６　アコースティックオトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査

アコースティックオトスコープを用いて鼓膜音響反射率検査と耳鏡検査及び鼓膜可動性検査を併せて行い、リコーダーで記録を診療録に残した場合のみ算定できる。

なお、この場合の耳鏡検査及び鼓膜可動性検査の手技料は、当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｄ２４７　他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査

「５」の耳音響放射（ＯＡＥ）検査の「ロ」の「その他の場合」とは、誘発耳音響放射（ＥＯＡＥ）及び結合音耳音響放射（ＤＰＯＡＥ）をいう。

なお、「イ」及び「ロ」の両方を同一月中に行った場合は、「イ」の所定点数は算定できない。

Ｄ２４８　耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定

耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定において音響耳管法、耳管鼓室気流動体法又は加圧減圧法のいずれか又は複数により測定した場合に算定する。

Ｄ２５０　平衡機能検査

（１）　「１」の標準検査とは、上肢偏倚検査（遮眼書字検査、指示検査、上肢偏倚反応検査、上肢緊張検査等）、下肢偏倚検査（歩行検査、足ぶみ検査等）、立ちなおり検査（ゴニオメーター検査、単脚起立検査、両脚起立検査等）、自発眼振検査（正面、右、左、上、下の注視眼振検査、異常眼球運動検査、眼球運動の制限の有無及び眼位検査を含む検査）をいい、一連の検査につき、その数にかかわらず、所定点数により算定する。

（２）　「２」の刺激又は負荷を加える特殊検査とは、次に掲げるものをいい、それぞれ検査１回につき所定点数により算定する。

ア　温度眼振検査（温度による眼振検査）

イ　視運動眼振検査（電動式装置又はそれに準じた定量的方法により刺激を行う検査）

ウ　回転眼振検査（電動式装置又はそれに準じた定量的方法により刺激を行う検査）

エ　視標追跡検査

オ　迷路瘻孔症状検査

（３）　「３」の「イ」は、赤外線カメラを用い、暗視野において眼振及び眼球運動等の観察を行った場合に算定する。

（４）　「３」の「ロ」その他の場合とは、フレンツェル眼鏡下における頭位眼振及び変換眼振検査をいい、一連の検査につき、その数にかかわらず、所定点数により算定する。

（５）　頭位及び頭位変換眼振検査と併せて行った浮遊耳石置換法は、当該検査料に含まれる。

（６）　「４」の電気眼振図を区分番号「Ｄ２７８」眼球電位図（ＥＯＧ）と併せて行った場合

は、主たる検査の所定点数のみを算定する。

（7） 重心動揺計

ア 「5」の重心動揺計は、荷重変動を測定する検出器とこの荷重信号を記録・分析するデータ処理装置から成る装置を用いて、めまい・平衡障害の病巣診断のために行うものである。

本検査は、当該装置を用いて、重心動揺軌跡を記録し、その面積（外周・矩形・実効値面積）、軌跡長（総軌跡長・単位軌跡長・単位面積軌跡長）、動揺中心変位、ロンベルグ率を全て計測した場合に算定するものである。

なお、本検査は、「1」の標準検査を行った上、実施の必要が認められたものに限り算定するものである。

イ 「注」のパワー・ベクトル分析加算は、記録された重心動揺軌跡のコンピューター分析を行い、パワー・スペクトル、位置ベクトル、速度ベクトル、振幅確率密度分布を全て算出した場合に算定する。

ウ 「注」の刺激又は負荷加算は、電気刺激、視運動刺激、傾斜刺激、水平運動刺激、振動刺激等姿勢反射誘発を加えて本検査を行った場合に1種目ごとに算定する。

（8） 「5」に掲げる別の検査を行った場合には、それぞれ算定できる。

（9） 「6」のビデオヘッドインパルス検査は、眼球運動記録用のＣＣＤカメラと頭部運動を検出するセンサーが内蔵されたゴーグルを用いて、定量的に平衡機能の評価を行った場合に算定する。

Ｄ２５１ 音声言語医学的検査

（1） 「2」の音響分析は、種々の原因による音声障害及び発音、構音、話しことば等の障害がある患者に対して、音声パターン検査又は音声スペクトル定量検査のうちの一方又は両方を行った場合に算定する。

（2） 「3」の音声機能検査とは、嗄声等の音声障害について、発声状態の総合的分析を行う検査であり、音域検査、声の強さ測定、発声時呼吸流の測定、発声持続時間の測定を組み合わせて、それぞれ又は同時に測定するものをいい、種類及び回数にかかわらず、一連として1回算定する。

Ｄ２５２ 扁桃マッサージ法

扁桃マッサージ法は、慢性扁桃炎に対する病巣誘発試験として行われた場合に算定する。

Ｄ２５３ 嗅覚検査

（1） 「1」の基準嗅覚検査は、5種の基準臭（Ｔ＆Ｔオルファクトメーター）による嗅力検査である。

（2） 「2」の静脈性嗅覚検査は、有嗅医薬品静注後の嗅感発現までの時間と嗅感の持続時間を測定するものであり、第6部第1節第1款の注射実施料は、所定点数に含まれる。

Ｄ２５４ 電気味覚検査

（1） 電気味覚検査については、検査の対象とする支配神経領域に関係なく所定点数を一連につき1回算定する。

（2） 濾紙ディスク法による味覚定量検査は、電気味覚検査により算定する。

Ｄ２５５ 精密眼底検査

精密眼底検査は、手持式、額帯式、固定式等の電気検眼鏡による眼底検査をいい、眼底カメ

ラ撮影のみでは算定できない。

Ｄ２５５－２ 汎網膜硝子体検査

増殖性網膜症、網膜硝子体界面症候群又は硝子体混濁を伴うぶどう膜炎の患者に対して、散瞳剤を使用し、細隙燈顕微鏡及び特殊レンズを用いて網膜、網膜硝子体界面及び硝子体の検査を行った場合に限り算定する。

Ｄ２５６ 眼底カメラ撮影

（1） 眼底カメラ撮影は片側、両側の区別なく所定点数により算定する。

（2） 「通常の方法の場合」、「蛍光眼底法の場合」又は「自発蛍光撮影法の場合」のいずれか複数の検査を行った場合においては、主たる検査の所定点数により算定する。

（3） デジタル撮影とは、画像情報をデジタル処理して管理及び保存が可能な撮影方法をいう。

（4） デジタル撮影したものをフィルムへプリントアウトした場合、「ロ」のデジタル撮影を算定できるが、当該フィルムの費用は別に算定できない。

（5） 使用したフィルム及び現像の費用は、10円で除して得た点数を加算する。

（6） インスタントフィルムを使用した場合は、フィルムの費用として 10 円で除した点数を加算する。なお、1回当たり 16 点を限度とする。

（7） アナログ撮影を行ったものをデジタルに変換した場合は、「イ」のアナログ撮影を算定する。

（8） 広角眼底撮影加算は、次のいずれかに該当する場合に限り加算する。

ア 3歳未満の乳幼児であって、未熟児網膜症、網膜芽細胞腫又は網膜変性疾患が疑われる患者に対して広角眼底撮影を行った場合

イ 糖尿病網膜症、網膜静脈閉塞症又はコーツ病の患者に対して蛍光眼底法による観察のために広角眼底撮影を行った場合

Ｄ２５６－３ 光干渉断層血管撮影

光干渉断層血管撮影は片側、両側の区別なく所定点数により算定する。

Ｄ２５７ 細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）

（1） 散瞳剤を使用し、前眼部、透光体及び網膜に対して細隙燈顕微鏡検査を行った場合には、検査の回数にかかわらず、1回に限り所定点数を算定する。

（2） 細隙燈を用いた場合であって写真診断を必要として撮影を行った場合は、使用したフィルム代等については、眼底カメラ撮影の例により算定する。

（3） 細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）を行った後、更に必要があって生体染色を施して再検査を行った場合は、再検査1回に限り区分番号「Ｄ２７３」細隙燈顕微鏡検査（前眼部）により算定する。

Ｄ２５８ 網膜電位図（ＥＲＧ）

網膜電位図（ＥＲＧ）は、前眼部又は中間透光体に混濁があって、眼底検査が不能の場合又は眼底疾患の場合に限り、誘導数にかかわらず、所定点数により算定する。

Ｄ２５８－２ 網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）

網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）は区分番号「Ｄ２５８」網膜電位図（ＥＲＧ）では十分な情報が得られないと医師が認めるものであって、以下に掲げる場合において算定できる。

（1） 前眼部又は中間透光体に混濁があって、眼底検査が不能な黄斑疾患が疑われる患者に対

して診断を目的として行う場合（初回診断時１回、以降３月に１回に限る。）

（２） 黄斑ジストロフィーの診断を目的とした場合（初回診断時１回、以降３月に１回に限る。）

（３） 網膜手術の前後（それぞれ１回ずつに限る。）

Ｄ２５８－３　黄斑局所網膜電図、全視野精密網膜電図

黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図は、区分番号「Ｄ２５８」網膜電位図（ＥＲＧ）では十分な情報が得られないと医師が認めるものであって、以下に掲げる場合において算定できる。

（１） 黄斑局所網膜電図は、黄斑ジストロフィーの診断を目的に、網膜の層別機能解析を行った場合に、患者１人につき年１回に限り算定できる。ただし、当該検査を年２回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその医学的必要性を記載すること。

（２） 全視野精密網膜電図は、網膜色素変性疾患の鑑別と視機能の評価又は黄斑ジストロフィーの診断を目的に行った場合に、患者１人につき年１回に限り算定できる。ただし、当該検査を年２回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその医学的必要性を記載すること。

（３） 区分番号「Ｄ２５８」網膜電位図（ＥＲＧ）又は区分番号「Ｄ２５８－２」網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）を併せて実施した場合は、主たるものの所定点数を算定する。

Ｄ２５９　精密視野検査

（１） 精密視野検査は、中心視野計又は周辺視野計を用いて視野の測定を行った場合に、それぞれ所定点数により算定する。

（２） 河本氏暗点計による検査及び機器を使用しない検査は、基本診療料に含まれる。

Ｄ２６０　量的視野検査

量的視野検査には、全視野にわたって検査する場合のほか、例えば、中心視野を特に重点的に検査する量的中心視野検査等、視野の一定部位を限定して検査する場合があるが、２つ以上の部位にわたって当該検査を同時に実施した場合においても、本区分の所定点数のみを算定する。

Ｄ２６１　屈折検査

（１） 屈折検査は、検眼レンズ等による自覚的屈折検定法又は検影法、レフラクトメーターによる他覚的屈折検定法をいい、両眼若しくは片眼又は検査方法の種類にかかわらず、所定点数により算定し、裸眼視力検査のみでは算定できない。

（２） 散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各１回を限度として所定点数を算定する。

（３） 屈折検査と区分番号「Ｄ２６３」矯正視力検査を併施した場合は、屈折異常の疑いがあるとして初めて検査を行った場合又は眼鏡処方箋を交付した場合に限り併せて算定できる。ただし、本区分「１」については、弱視又は不同視が疑われる場合に限り、３月に１回（散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各１回）に限り、区分番号「Ｄ２６３」矯正視力検査を併せて算定できる。

（４） 「注」に規定する加算は、「１」について、弱視又は不同視と診断された患者に対して、眼鏡処方箋の交付を行わずに矯正視力検査を実施した場合に、３月に１回（散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各１回）に限り、所定点数に加算する。

Ｄ２６２　調節検査

（１） 調節検査は、近点計等による調節力の測定をいうものであり、両眼若しくは片眼又は検査方法（調節力検査及び調節時間検査等を含む。）の種類にかかわらず、所定点数により算定する。

（２） 負荷調節検査を行った場合であって、負荷の前後に調節検査を行った場合には、所定点数の 100 分の 200 の点数を限度として算定する。

Ｄ２６３　矯正視力検査

眼鏡を処方する前後のレンズメーターによる眼鏡検査は、矯正視力検査に含むものとする。

Ｄ２６３－２　コントラスト感度検査

コントラスト感度検査は、空間周波数特性（ＭＴＦ）を用いた視機能検査をいい、水晶体混濁があるにも関わらず矯正視力が良好な白内障患者であって、区分番号「Ｋ２８２」水晶体再建術の手術適応の判断に必要な場合に、当該手術の前後においてそれぞれ１回に限り算定する。

Ｄ２６４　精密眼圧測定

（１） 精密眼圧測定は、ノンコンタクトトノメーター若しくはアプラネーショントノメーターを使用する場合又はディファレンシャル・トノメトリーにより眼内圧を測定する場合（眼球壁の硬性測定検査を行った場合を含む。）をいい、検査の種類にかかわらず、所定点数により算定する。

（２） 網膜中心血管圧測定に際しての精密眼圧測定は、別に算定できない。

（３） 「注」の加算は、水分を多量に摂取させたり、薬剤の注射、点眼若しくは暗室試験等の負荷により眼圧の変化をみた場合又は眼圧計等を使用して前房水の流出率、産出量を測定した場合に、検査の種類、負荷回数にかかわらず、１回のみ所定点数により算定する。

Ｄ２６５－２　角膜形状解析検査

（１） 角膜形状解析検査は、初期円錐角膜などの角膜変形患者、角膜移植後の患者又は高度角膜乱視（２ジオプトリー以上）を伴う白内障患者の手術前後に行われた場合に限り算定する。

（２） 角膜移植後の患者については２か月に１回を限度として算定し、高度角膜乱視を伴う白内障患者については手術の前後各１回に限り算定する。

（３） 角膜変形患者に対して行われる場合は、コンタクトレンズ処方に伴う場合を除く。

Ｄ２６６　光覚検査

光覚検査とは、アダプトメーター等による光覚検査をいう。

Ｄ２６７　色覚検査

「２」の場合には、ランターンテスト及び定量的色盲表検査が含まれるが、色覚検査表による単なるスクリーニング検査は算定しない。

Ｄ２６８　眼筋機能精密検査及び輻輳検査

眼筋機能精密検査及び輻輳検査とは、マドックスによる複像検査、正切スカラによる眼位の検査、プリズムを用いた遮閉試験（交代遮閉試験）、ＨＥＳＳ赤緑試験、輻輳近点検査及び視診での眼球運動検査（遮閉-遮閉除去試験、９方向眼位検査、固視検査、Bielschowsky 頭部傾斜試験及び Parks の３ステップテスト）等をいう。

Ｄ２６９－２　光学的眼軸長測定

光学的眼軸長測定は非接触型機器を用いて眼軸長を測定した場合に算定する。接触型Ａモード法による場合は、区分番号「Ｄ２１５」超音波検査の「１」のＡモード法により算定する。

Ｄ２７０－２　ロービジョン検査判断料

（１）　身体障害者福祉法別表に定める障害程度の視覚障害を有するもの（ただし身体障害者手帳の所持の有無を問わない。）に対して、眼科学的検査（「Ｄ２８２－３」を除く。）を行い、その結果を踏まえ、患者の保有視機能を評価し、それに応じた適切な視覚的補助具（補装具を含む。）の選定と、生活訓練・職業訓練を行っている施設等との連携を含め、療養上の指導管理を行った場合に限り算定する。

（２）　当該判断料は、厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会（眼鏡等適合判定医師研修会）を修了した医師が、眼科学的検査（「Ｄ２８２－３」を除く。）を行い、その結果を判断した際に、月に１回に限り算定する。

Ｄ２７２　両眼視機能精密検査

両眼視機能精密検査とは、Worth４灯法、赤フィルター法等による両眼単視検査をいう。

Ｄ２７３　細隙燈顕微鏡検査（前眼部）

（１）　細隙燈顕微鏡検査（前眼部）とは、細隙燈顕微鏡を用いて行う前眼部及び透光体の検査をいうものであり、区分番号「Ｄ２５７」細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）と併せて算定できない。

（２）　細隙燈を用いた場合であって、写真診断を必要として撮影を行った場合は、使用したフィルム代等については、眼底カメラ撮影の例により算定する。

（３）　細隙燈顕微鏡検査（前眼部）を行った後、更に必要があって生体染色を施して再検査を行った場合は、再検査１回に限り算定する。

Ｄ２７４　前房隅角検査

前房隅角検査とは、隅角鏡を用いて行う前房隅角検査であり、緑内障等の場合に行う。

Ｄ２７４－２　前眼部三次元画像解析

前眼部三次元画像解析は、急性緑内障発作を疑う狭隅角眼、角膜移植術後又は外傷後毛様体剥離の患者に対して、月１回に限り算定する。

Ｄ２７５－２　前房水漏出検査

前房水漏出検査は、当該検査について十分な経験を有する医師により実施された場合に算定する。

Ｄ２７６　削除

Ｄ２７７　涙液分泌機能検査、涙管通水・通色素検査

涙液分泌機能検査とは、シルメル法等による涙液分泌機能検査をいう。

Ｄ２７８　眼球電位図（ＥＯＧ）

区分番号「Ｄ２５０」平衡機能検査の「４」の電気眼振図と併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。

Ｄ２７９　角膜内皮細胞顕微鏡検査

眼内手術、角膜手術における手術の適応の決定及び術後の経過観察若しくは円錐角膜又は水疱性角膜症の患者に対する角膜状態の評価の際に算定する。

Ｄ２８０　レーザー前房蛋白細胞数検査

レーザー前房蛋白細胞測定装置を用いて、前眼部炎症の程度を診断するために、前房内の蛋白濃度及び細胞数を測定するものである。

Ｄ２８１　瞳孔機能検査（電子瞳孔計使用）

視神経炎、視神経症等の求心性疾患や動眼神経麻痺、ホルネル症候群、アディー症候群、糖尿病による自律神経障害等の遠心性疾患又は変性疾患及び中毒による疾患の診断を目的として行った場合に算定できる。

Ｄ２８２　中心フリッカー試験

視神経疾患の診断のために行った場合に算定する。

Ｄ２８２－２　行動観察による視力検査

（１）　ＰＬ(Preferential Looking)法

ア　ＰＬ法は４歳未満の乳幼児又は通常の視力検査で視力測定ができない患者に対し、粟屋－Mohindra 方式等の測定装置を用いて視力測定を行った場合に算定する。

イ　テラーカード等による簡易測定は本検査には含まれない。

ウ　診療録に検査結果の要点を記載する。

（２）　乳幼児視力測定（テラーカード等によるもの）

乳幼児視力測定は、４歳未満の乳幼児又は通常の視力検査で視力測定できない患者に対し、テラーカード等による簡易視力測定を行った場合に算定し、診療録に検査結果の要点を記載する。

また、「Ｄ２８２－２」行動観察による視力検査の「１」のＰＬ（Preferential Looking）法と併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

Ｄ２８２－３　コンタクトレンズ検査料

（１）　コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者（既装用者の場合を含む。以下同じ。）に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料１、２、３又は４により算定する。

（２）　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない保険医療機関において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料１、２、３又は４の他、区分番号「Ｄ２５５」精密眼底検査（片側）から区分番号「Ｄ２８２－２」行動観察による視力検査までに掲げる眼科学的検査についても算定できない。

（３）　コンタクトレンズ検査料を算定する場合においては、区分番号「Ａ０００」初診料の注９及び区分番号「Ａ００１」再診料の注７に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。

（４）　当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去にコンタクトレンズ検査料を算定した患者に対してコンタクトレンズ検査料を算定する場合は、区分番号「Ａ０００」に掲げる初診料は算定せず、区分番号「Ａ００１」に掲げる再診料又は区分番号「Ａ００２」に掲げる外来診療料を算定する。

（５）　コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料１、２、３又は４の所定点数を算定し、別に区分番号「Ｄ２５５」精密眼底検査（片側）から区分番号「Ｄ２８２－２」行動観察による視力検査までに掲げる眼科学的検査は別に算定できない。ただし、新たな疾患の発生（屈折異常以外の疾患の

急性増悪を含む。）によりコンタクトレンズの装用を中止しコンタクトレンズの処方を行わない場合、円錐角膜、角膜変形若しくは高度不正乱視の治療を目的としてハードコンタクトレンズの処方を行った場合、９歳未満の小児に対して弱視、斜視若しくは不同視の治療を目的としてコンタクトレンズの処方を行った場合、緑内障又は高眼圧症の患者（治療計画を作成し診療録に記載するとともに、アプラネーショントノメーターによる精密眼圧測定及び精密眼底検査を実施し、視神経乳頭の所見を詳細に診療録に記載した場合に限る。）、網膜硝子体疾患若しくは視神経疾患の患者（治療計画を作成し診療録に記載するとともに、散瞳剤を使用し、汎網膜硝子体検査又は精密眼底検査、細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）並びに眼底カメラ撮影を実施し、網膜硝子体又は視神経乳頭の所見を図示して詳細に診療録に記載した場合に限る。）、度数のない治療用コンタクトレンズを装用する患者、眼内の手術（角膜移植術を含む。）前後の患者、スティーヴンス・ジョンソン症候群又は中毒性表皮壊死症の眼後遺症に対する治療用コンタクトレンズを装用する患者等にあっては、当該点数を算定せず、区分番号「Ｄ２５５」精密眼底検査（片側）から区分番号「Ｄ２８２－２」行動観察による視力検査までに掲げる眼科学的検査により算定する。なお、この場合においても、区分番号「Ａ０００」に掲げる初診料は算定せず、区分番号「Ａ００１」に掲げる再診料又は区分番号「Ａ００２」に掲げる外来診療料を算定する。

（６） コンタクトレンズ検査料３又は４を算定する医療機関のうち、コンタクトレンズに係る診療の割合が、７．５割を超える医療機関においては、病態により個別の検査を実施する必要がある場合には、適切な治療が提供されるよう、速やかにより専門的な医療機関へ転医させるよう努めること。

Ｄ２８２－４　ダーモスコピー

ダーモスコピーは、悪性黒色腫、基底細胞癌、ボーエン病、色素性母斑、老人性色素斑、脂漏性角化症、エクリン汗孔腫、血管腫等の色素性皮膚病変、円形脱毛症若しくは日光角化症の診断又は経過観察の目的で行った場合に、検査の回数又は部位数にかかわらず４月に１回に限り算定する。なお、新たに他の病変で検査を行う場合であって、医学的な必要性から４月に２回以上算定するときは、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を記載することとし、この場合であっても１月に１回を限度とすること。

Ｄ２８３　発達及び知能検査

Ｄ２８４　人格検査

Ｄ２８５　認知機能検査その他の心理検査

（１） 検査を行うに当たっては、個人検査用として標準化され、かつ、確立された検査方法により行う。

（２） 各区分のうち「１」の「操作が容易なもの」とは、検査及び結果処理に概ね 40 分以上を要するもの、「２」の「操作が複雑なもの」とは、検査及び結果処理に概ね１時間以上を要するもの、「３」の「操作と処理が極めて複雑なもの」とは、検査及び結果処理に１時間 30 分以上要するものをいう。また、区分番号「Ｄ２８５」認知機能検査その他の心理検査「１」の「イ」の「簡易なもの」とは、主に疾患（疑いを含む。）の早期発見を目的とするものをいう。

なお、臨床心理・神経心理検査は、医師が自ら、又は医師の指示により他の従事者が自

施設において検査及び結果処理を行い、かつ、その結果に基づき医師が自ら結果を分析した場合にのみ算定する。

（３） 医師は診療録に分析結果を記載する。

（４） 区分番号「Ｄ２８３」発達及び知能検査の「１」の「操作が容易なもの」とは、津守式乳幼児精神発達検査、牛島乳幼児簡易検査、日本版ミラー幼児発達スクリーニング検査、遠城寺式乳幼児分析的発達検査、デンバー式発達スクリーニング、ＤＡＭグッドイナフ人物画知能検査、フロスティッグ視知覚発達検査、脳研式知能検査、コース立方体組み合わせテスト、レーヴン色彩マトリックス及びＪＡＲＴのことをいう。

（５） 区分番号「Ｄ２８３」発達及び知能検査の「２」の「操作が複雑なもの」とは、ＭＣＣベビーテスト、ＰＢＴピクチュア・ブロック知能検査、新版Ｋ式発達検査、ＷＰＰＳＩ知能診断検査、ＷＰＰＳＩ－Ⅲ知能診断検査、全訂版田中ビネー知能検査、田中ビネー知能検査Ｖ、鈴木ビネー式知能検査、ＷＩＳＣ－Ｒ知能検査、ＷＡＩＳ－Ｒ成人知能検査（ＷＡＩＳを含む。）、大脇式盲人用知能検査、ベイリー発達検査及びＶｉｎｅｌａｎｄ－Ⅱ日本版のことをいう。

（６） 区分番号「Ｄ２８３」発達及び知能検査の「３」の「操作と処理が極めて複雑なもの」とは、ＷＩＳＣ-Ⅲ知能検査、ＷＩＳＣ-Ⅳ知能検査、ＷＡＩＳ-Ⅲ成人知能検査又はＷＡＩＳ-Ⅳ成人知能検査のことをいう。

（７） 区分番号「Ｄ２８４」人格検査の「１」の「操作が容易なもの」とは、パーソナリティイベントリー、モーズレイ性格検査、Ｙ－Ｇ矢田部ギルフォード性格検査、ＴＥＧ－Ⅱ東大式エゴグラム、新版ＴＥＧ、新版ＴＥＧⅡ及びＴＥＧ３のことをいう。

（８） 区分番号「Ｄ２８４」人格検査の「２」の「操作が複雑なもの」とは、バウムテスト、ＳＣＴ、Ｐ－Ｆスタディ、ＭＭＰＩ、ＴＰＩ、ＥＰＰＳ性格検査、16Ｐ－Ｆ人格検査、描画テスト、ゾンディーテスト及びＰＩＬテストのことをいう。

（９） 区分番号「Ｄ２８４」人格検査の「３」の「操作と処理が極めて複雑なもの」とは、ロールシャッハテスト、ＣＡＰＳ、ＴＡＴ絵画統覚検査及びＣＡＴ幼児児童用絵画統覚検査のことをいう。

（10） 区分番号「Ｄ２８５」認知機能検査その他の心理検査の「１」の「イ」の簡易なものとは、ＭＡＳ不安尺度、ＭＥＤＥ多面的初期認知症判定検査、ＡＱ日本語版、日本語版ＬＳＡＳ－Ｊ、Ｍ－ＣＨＡＴ、長谷川式知能評価スケール及びＭＭＳＥのことをいい、「ロ」のその他のものとは、ＣＡＳ不安測定検査、ＳＤＳうつ性自己評価尺度、ＣＥＳ－Ｄうつ病（抑うつ状態）自己評価尺度、ＨＤＲＳハミルトンうつ病症状評価尺度、ＳＴＡＩ状態・特性不安検査、ＰＯＭＳ、ＰＯＭＳ２、ＩＥＳ－Ｒ、ＰＤＳ、ＴＫ式診断的新親子関係検査、ＣＭＩ健康調査票、ＧＨＱ精神健康評価票、ブルドン抹消検査、ＷＨＯ　ＱＯＬ26、ＣＯＧＮＩＳＴＡＴ、ＳＩＢ、Ｃｏｇｈｅａｌｔｈ（医師、看護師又は公認心理師が検査に立ち会った場合に限る。）、ＮＰＩ、ＢＥＨＡＶＥ－ＡＤ、音読検査（特異的読字障害を対象にしたものに限る。）、ＷＵＲＳ、ＭＣＭＩ－Ⅱ、ＭＯＣＩ邦訳版、ＤＥＳ－Ⅱ、ＥＡＴ－26、ＳＴＡＩ－Ｃ状態・特性不安検査（児童用）、ＤＳＲＳ－Ｃ、前頭葉評価バッテリー、ストループテスト、ＭｏＣＡ－Ｊ及びＣｌｉｎｉｃａｌ　Ｄｅｍｅｎｔｉａ　Ｒａｔｉｎｇ（ＣＤＲ）のことをいう。

（11） 区分番号「Ｄ２８５」認知機能検査その他の心理検査の「１」の「イ」は、原則として

３月に１回に限り算定する。ただし、医学的な必要性から３月以内に２回以上算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

(12)　区分番号「Ｄ２８５」認知機能検査その他の心理検査の「２」とは、ベントン視覚記銘検査、内田クレペリン精神検査、三宅式記銘力検査、標準言語性対連合学習検査（S-PA）、ベンダーゲシュタルトテスト、ＷＣＳＴウイスコンシン・カード分類検査、ＳＣＩＤ構造化面接法、遂行機能障害症候群の行動評価（ＢＡＤＳ）、リバーミード行動記憶検査及びＲａｙ－Ｏｓｔｅｒｒｉｅｔｈ　Ｃｏｍｐｌｅｘ　Ｆｉｇｕｒｅ　Ｔｅｓｔ（ＲＯＣＦＴ）のことをいう。

(13)　区分番号「Ｄ２８５」認知機能検査その他の心理検査の「３」の「操作と処理が極めて複雑なもの」とは、ＩＴＰＡ、標準失語症検査、標準失語症検査補助テスト、標準高次動作性検査、標準高次視知覚検査、標準注意検査法・標準意欲評価法、ＷＡＢ失語症検査、老研版失語症検査、Ｋ－ＡＢＣ、Ｋ－ＡＢＣⅡ、ＷＭＳ－Ｒ、ＡＤＡＳ、ＤＮ－ＣＡＳ認知評価システム、小児自閉症評定尺度、発達障害の要支援度評価尺度（ＭＳＰＡ）、親面接式自閉スペクトラム症評定尺度改訂版（ＰＡＲＳ－ＴＲ）及び子ども版解離評価表のことをいう。

(14)　国立精研式認知症スクリーニングテストの費用は、基本診療料に含まれているものであり、別に算定できない。

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

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

Ｄ２８６　肝及び腎のクリアランステスト

（１）　肝及び腎のクリアランステストとは、負荷後に検体採取及び検体分析を経時的若しくは連続的に行う検査である。

（２）　肝クリアランステストに該当するものは、ＩＣＧ等を用いた検査であり、腎クリアランステストに該当するものは、ＰＳＰ、チオ硫酸等を負荷して行うクリアランステスト、腎血漿流量測定、糸球体濾過値測定である。

（３）　肝及び腎のクリアランステストは、肝クリアランステスト又は腎クリアランステストのいずれかを実施した場合に算定できる。

（４）　「注２」の注射とは、第６部第１節第１款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

Ｄ２８６－２　イヌリンクリアランス測定

（１）　検査に伴って行った注射、採血及び検体測定の費用は、所定点数に含まれるが、使用した薬剤は別途算定できる。

（２）　６月に１回に限り算定する。

（３）　区分番号「Ｄ２８６」肝及び腎のクリアランステストのうち、腎のクリアランステストと、本検査を併せて行った場合には、いずれか主たるもののみ算定する。

Ｄ２８７　内分泌負荷試験

（１）　各負荷試験については、測定回数及び負荷する薬剤の種類にかかわらず、一連のものとして月１回に限り所定点数を算定する。ただし、「１」の「イ」の成長ホルモンに限り、

月２回まで所定点数を算定できる。

なお、「１」の下垂体前葉負荷試験及び「５」の副腎皮質負荷試験以外のものについては、測定するホルモンの種類にかかわらず、一連のものとして算定する。

（２）　内分泌負荷試験において、負荷の前後に係る血中又は尿中のホルモン等測定に際しては、測定回数、測定間隔等にかかわらず、一連のものとして扱い、当該負荷試験の項により算定するものであり、検体検査実施料における生化学的検査(Ⅰ)又は生化学的検査(Ⅱ)の項では算定できない。

（３）　「１」の下垂体前葉負荷試験に含まれるものとしては、下記のものがある。

ア　成長ホルモン（ＧＨ）については、インスリン負荷、アルギニン負荷、Ｌ－ＤＯＰＡ負荷、クロニジン負荷、グルカゴン負荷、プロプラノロール負荷、ブロモクリプチン負荷、睡眠負荷等

イ　ゴナドトロピン（ＬＨ及びＦＳＨ）については、ＬＨ－ＲＨ負荷、クロミフェン負荷等

ウ　甲状腺刺激ホルモン（ＴＳＨ）については、ＴＲＨ負荷等

エ　プロラクチン（ＰＲＬ）については、ＴＲＨ負荷、ブロモクリプチン負荷等

オ　副腎皮質刺激ホルモン（ＡＣＴＨ）については、インスリン負荷、メトピロン負荷、デキサメサゾン負荷、ＣＲＨ負荷等

（４）　「２」の下垂体後葉負荷試験の抗利尿ホルモン（ＡＤＨ）については、水制限、高張食塩水負荷（カーター・ロビンステスト）等が含まれる。

（５）　「３」の甲状腺負荷試験の甲状腺ホルモンについては、T_3抑制等が含まれる。

（６）　「４」の副甲状腺負荷試験の副甲状腺ホルモン（ＰＴＨ）については、カルシウム負荷、ＰＴＨ負荷（エルスワースハワードテスト）、ＥＤＴＡ負荷等が含まれる。

（７）　「５」の副腎皮質負荷試験に含まれるものとしては、下記のものがある。

ア　鉱質コルチコイド（レニン、アルドステロン）については、フロセマイド負荷、アンギオテンシン負荷等

イ　糖質コルチコイド（コルチゾール、ＤＨＥＡ及びＤＨＥＡＳ）については、ＡＣＴＨ負荷、デキサメサゾン負荷、メトピロン負荷等

（８）　「６」の性腺負荷試験に含まれるものとしては、下記のものがある。

ア　テストステロンについては、ＨＣＧ負荷等

イ　エストラジオールについては、ＨＭＧ負荷等

（９）　「注２」の注射とは、第６部第１節第１款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

(10)　本試験に伴って区分番号「Ｄ４１９」その他の検体採取の「５」の副腎静脈サンプリングにより採血を行った場合、その費用は別に算定できる。

Ｄ２８８　糖負荷試験

（１）　負荷の前後に係る血中又は尿中のホルモン等測定に際しては、測定回数、測定間隔等にかかわらず、一連のものとして扱い、当該負荷試験の項により算定するものであり、検体検査実施料における生化学的検査(Ⅰ)又は生化学的検査(Ⅱ)の項では算定できない。

（２）　「２」の耐糖能精密検査（常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中Ｃ－ペプチド測定を行った場合）は、常用負荷試験及び負荷前後の血中インスリン測

定又は血中Ｃ－ペプチド測定を行った場合に算定する。

（３） 乳糖を服用させて行う耐糖試験は、糖負荷試験により算定する。また、使用した薬剤は、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。

（４） ブドウ糖等を１回負荷し、負荷前後の血糖値等の変動を把握する検査は、糖負荷試験の所定点数により算定する。

（５） 「注」の注射とは、第６部第１節第１款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

Ｄ２８９ その他の機能テスト

（１） 胃液分泌刺激テスト

ア 「３」の胃液分泌刺激テストは、生体に分泌刺激物質を投与し、胃液若しくは血液を採取、分析することにより胃液分泌機能を検査するものであり、胃液分泌刺激テストに該当するものは、ガストリン刺激テスト、ヒスタログ刺激試験、Katsch-Kalk 法、ヒスタミン法等である。

イ 検査に伴って行った注射、検体採取、検体測定及びエックス線透視の費用は、別に算定できない。

（２） 「３」の胆道機能テストは、十二指腸ゾンデを十二指腸乳頭部まで挿入し、胆道刺激物を投与して十二指腸液を分画採取した場合に算定する。

（３） 「４」のセクレチン試験は、十二指腸液採取用二重管を十二指腸まで挿入し、膵外分泌刺激ホルモンであるセクレチンを静脈注射し、刺激後の膵液量、重炭酸濃度及びアミラーゼ排出量を測定した場合に算定する。

ただし、セクレチン注射の手技料、測定に要する費用、血清酵素逸脱誘発試験の費用等は所定点数に含まれる。

（４） 「注」の注射とは、第６部第１節第１款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

Ｄ２９０ 卵管通気・通水・通色素検査、ルビンテスト

卵管通気・通水・通色素検査、ルビンテストの所定点数は、それぞれ両側についての点数であり、検査の種類及び回数にかかわらず、所定点数のみを算定する。

Ｄ２９０－２ 尿失禁定量テスト（パッドテスト）

尿失禁定量テスト(パッドテスト)は、尿失禁患者において、体動時の失禁尿をパッドにより採取し、定量的な尿失禁の評価を行うものであり、１月につき１回に限り算定できる。ただし、使用されるパッドの費用は、所定点数に含まれる。

Ｄ２９１ 皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量（ＭＥＤ）測定

（１） 皮内反応検査とは、ツベルクリン反応、各種アレルゲンの皮膚貼布試験（皮内テスト、スクラッチテストを含む。）等であり、ツベルクリン、アレルゲン等検査に使用した薬剤に係る費用は、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。

（２） 数種のアレルゲン又は濃度の異なったアレルゲンを用いて皮内反応検査を行った場合は、それぞれにつき１箇所として所定点数を算定するものである。

（３） 薬物投与に当たり、あらかじめ皮内反応、注射等による過敏性検査を行った場合にあっては、皮内反応検査の所定点数は算定できない。

（４） 薬物光線貼布試験、最小紅斑量（ＭＥＤ）測定は、１照射につき１箇所として算定する。

Ｄ２９１－２ 小児食物アレルギー負荷検査

（１） 問診及び血液検査等から、食物アレルギーが強く疑われる 16 歳未満の小児に対し、原因抗原の特定、耐性獲得の確認のために、食物負荷検査を実施した場合に、12 月に３回を限度として算定する。

（２） 検査を行うに当たっては、食物アレルギー負荷検査の危険性、必要性、検査方法及びその他の留意事項について、患者又はその家族等に対して文書により説明の上交付するとともに、その文書の写しを診療録に添付すること。

（３） 負荷試験食の費用は所定点数に含まれる。

（４） 小児食物アレルギーの診療に当たっては、「AMED 研究班による食物アレルギーの診療の手引き 2017」を参考とすること。

（５） 「注２」の注射とは、第６部第１節第１款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

Ｄ２９１－３ 内服・点滴誘発試験

（１） 貼付試験、皮内反応、リンパ球幼若化検査等で診断がつかない薬疹の診断を目的とした場合であって、入院中の患者に対して被疑薬を内服若しくは点滴・静注した場合に限り算定できる。

（２） 検査を行うに当たっては、内服・点滴誘発試験の危険性、必要性、検査方法及びその他の留意事項について、患者又はその家族等に対して文書により説明の上交付するとともに、その文書の写しを診療録に添付すること。

［内視鏡検査に係る共通事項（区分番号「Ｄ２９５」から区分番号「Ｄ３２５」まで）］

（１） 本節の通則による新生児加算又は乳幼児加算を行う場合には、超音波内視鏡検査加算は、所定点数に含まないものとする。

（２） 内視鏡検査の「通則２」による算定において、区分番号「Ｄ３１３」大腸内視鏡検査の「１」のイ、ロ及びハについては、同一の検査として扱う。また、準用が通知されている検査については、当該検査が準ずることとされている検査と同一の検査として扱う。

（３） 通則３の当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合の点数は、区分番号「Ａ０００」に掲げる初診料（注５に規定する２つ目の診療科に係る初診料を含む。）を算定した日に限り、算定できる。

（４） 「通則５」の入院中の患者以外の患者に対する内視鏡検査（区分番号「Ｄ３２４」及び「Ｄ３２５」を除く。以下、「通則５」に係る留意事項において、「内視鏡検査」という。）の休日加算、時間外加算又は深夜加算は、次の場合に算定できる。ただし、内視鏡検査が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外又は深夜に行われた場合には算定できない。

（ア） 休日加算、時間外加算又は深夜加算が算定できる初診又は再診に引き続き行われた緊急内視鏡検査の場合

（イ） 初診又は再診に引き続いて、内視鏡検査に必要不可欠な検査等を行った後速やかに内視鏡検査（休日に行うもの又はその開始時間（患者に対し直接施療した時をいう。）が診療時間以外の時間若しくは深夜であるものに限る。）を開始した場合であって、当該初診又は再診から内視鏡検査の開始時間までの間が８時間以内である場合（当該

内視鏡検査の開始時間が入院手続きの後の場合を含む。）

（５）　「通則５」の入院中の患者に対する内視鏡検査の休日加算又は深夜加算は、病状の急変により、休日に緊急内視鏡検査を行った場合又は開始時間が深夜である緊急内視鏡検査を行った場合に算定できる。

ただし、内視鏡検査が保険医療機関又は保険医の都合により休日又は深夜に行われた場合には算定できない。

（６）　「通則５」の休日加算、時間外加算又は深夜加算の対象となる時間の取扱いは初診料と同様であり、区分番号「Ａ０００」初診料の注９又は区分番号「Ａ００１」再診料の注７に規定する夜間・早朝等加算を算定する場合にあっては、通則５の休日加算、時間外加算又は深夜加算は算定しない。

（７）　「通則５」の休日加算、時間外加算又は深夜加算に係る「所定点数」とは、区分番号「Ｄ２９５」関節鏡検査（片側）から「Ｄ３２３」乳管鏡検査までに掲げられた点数及び各注による加算を合計した点数であり、内視鏡検査の通則における費用は含まない。ただし、同一の患者につき同一月において同一検査を２回以上実施した場合における２回目以降の検査である場合「所定点数」は、区分番号「Ｄ２９５」関節鏡検査（片側）から「Ｄ３２３」乳管鏡検査までに掲げられた点数及び各注による加算を合計した点数の 100 分の９０に相当する点数とする。

（８）　内視鏡検査に際して第２章第 11 部に掲げる麻酔を行った場合は、麻酔の費用を別に算定する。

（９）　内視鏡検査で麻酔手技料を別に算定できない麻酔を行った場合の薬剤料は、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。

(10)　処置又は手術と同時に行った内視鏡検査は、別に算定できない。

(11)　内視鏡検査当日に、検査に関連して行う第６部第１節第１款の注射実施料は別に算定できない。

(12)　区分番号「Ｄ２９５」関節鏡検査から区分番号「Ｄ３２５」肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法までに掲げる内視鏡検査は、次により算定する。

ア　生検用ファイバースコピーを使用して組織の採取を行った場合は、採取した組織の個数にかかわらず、１回の内視鏡検査について区分番号「Ｄ４１４」内視鏡下生検法に掲げる所定点数を別に算定する。

イ　互いに近接する部位の２以上のファイバースコピー検査を連続的に行った場合には、主たる検査の所定点数のみにより算定する。

ウ　内視鏡検査をエックス線透視下において行った場合にあっても、区分番号「Ｅ０００」透視診断は算定しない。

エ　写真診断を行った場合は、使用フィルム代（現像料及び郵送料を含むが、書留代等は除く。）を 10 円で除して得た点数を加算して算定するが、区分番号「Ｅ００２」撮影及び区分番号「Ｅ００１」写真診断は算定しない。

オ　当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断のみを行った場合は、診断料として１回につき所定点数を算定できるが、患者が当該傷病につき当該医療機関で受診していない場合は算定できない。

(13)　区分番号「Ｄ３０６」食道ファイバースコピー、「Ｄ３０８」胃・十二指腸ファイバースコピー、「Ｄ３１０」小腸内視鏡検査、「Ｄ３１２」直腸ファイバースコピー又は「Ｄ３１３」大腸内視鏡検査を行う際に、インジゴカルミン、メチレンブルー、トルイジンブルー、コンゴーレッド等による色素内視鏡法を行った場合は、粘膜点墨法に準じて算定する。ただし、使用される色素の費用は所定点数に含まれる。

(14)　内視鏡検査を行うに当たっては、関係学会のガイドライン等に基づき、必要な消毒及び洗浄を適切に行うこと。

(15)　鎮静下に内視鏡検査を実施する場合には、モニター等で患者の全身状態の把握を行うこと。

Ｄ２９６－２　鼻咽腔直達鏡検査

鼻咽腔直達鏡検査は、区分番号「Ｄ２９８」嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピーと同時に行った場合は算定できない。

Ｄ２９８　嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー

嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピーについては、嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部の全域にわたっての一連の検査として算定する。

Ｄ２９８－２　内視鏡下嚥下機能検査

（１）　内視鏡下嚥下機能検査は、嚥下機能が低下した患者に対して、喉頭内視鏡等を用いて直接観察下に着色水を嚥下させ、嚥下反射惹起のタイミング、着色水の咽頭残留及び誤嚥の程度を指標に嚥下機能を評価した場合に算定する。

（２）　内視鏡下嚥下機能検査、区分番号「Ｄ２９８」嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー及び区分番号「Ｄ２９９」喉頭ファイバースコピーを２つ以上行った場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ３０２　気管支ファイバースコピー

「注」の気管支肺胞洗浄法検査同時加算は、肺胞蛋白症、サルコイドーシス等の診断のために気管支肺胞洗浄を行い、洗浄液を採取した場合に算定する。

Ｄ３０２－２　気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査

（１）　気管支ファイバースコピーを使用せずに気管支肺胞洗浄用カテーテルを用いて気管支肺胞洗浄を実施した場合に算定する。

（２）　人工呼吸器使用中の患者であって、浸潤影が肺の両側において、びまん性を示すことを胸部Ｘ線画像等で確認した患者に対して、肺炎の診断に関連した培養検体採取のために実施した場合に限り算定できる。

（３）　本検査と区分番号「Ｄ３０２」気管支ファイバースコピーの注の気管支肺胞洗浄法検査を同一入院期間中にそれぞれ行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

Ｄ３０４　縦隔鏡検査

縦隔鏡検査は、主に胸部（肺及び縦隔）の疾病の鑑別、肺癌の転移の有無、手術適応の決定のために用いられるものをいう。

Ｄ３０６　食道ファイバースコピー

（１）　「注」の粘膜点墨法とは、治療範囲の決定、治療後の部位の追跡等を目的として、内視鏡直視下に無菌の墨汁を消化管壁に極少量注射して点状の目印を入れるものである。

（２）　表在性食道がんの診断のための食道ヨード染色法は、粘膜点墨法に準ずる。ただし、染色に使用されるヨードの費用は、所定点数に含まれる。

（３）　「注２」の狭帯域光強調加算は、拡大内視鏡を用いた場合であって、狭い波長帯による画像を利用した観察を行った場合に算定できる。

（４）　関連する学会の消化器内視鏡に関するガイドラインを参考に消化器内視鏡の洗浄消毒を実施していることが望ましい。

Ｄ３０８　胃・十二指腸ファイバースコピー

関連する学会の消化器内視鏡に関するガイドラインを参考に消化器内視鏡の洗浄消毒を実施していることが望ましい。

Ｄ３０９　胆道ファイバースコピー

関連する学会の消化器内視鏡に関するガイドラインを参考に消化器内視鏡の洗浄消毒を実施していることが望ましい。

Ｄ３１０　小腸内視鏡検査

（１）　「２」のスパイラル内視鏡によるものは、電動回転可能なスパイラル形状のフィンを装着した内視鏡を用いて小腸内視鏡検査を行った場合に算定する。

（２）　「３」のカプセル型内視鏡によるものは、次の場合に算定する。

ア　カプセル型内視鏡によるものは、消化器系の内科又は外科の経験を５年以上有する常勤の医師が１人以上配置されている場合に限り算定する。なお、カプセル型内視鏡の滞留に適切に対処できる体制が整っている保険医療機関において実施すること。

イ　カプセル型内視鏡の適用対象（患者）については、薬事承認の内容に従うこと。

ウ　カプセル型内視鏡を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

（３）　小腸内視鏡検査は、２種類以上行った場合は、主たるもののみ算定する。ただし、「３」のカプセル型内視鏡によるものを行った後に、診断の確定又は治療を目的として「１」のバルーン内視鏡によるもの又は「２」のスパイラル内視鏡によるものを行った場合においては、いずれの点数も算定する。

（４）　関連する学会の消化器内視鏡に関するガイドラインを参考に消化器内視鏡の洗浄消毒を実施していることが望ましい。

（５）　「注２」に規定する内視鏡的留置術加算については、小児の麻酔及び鎮静に十分な経験を有する常勤の医師が１人以上配置されている保険医療機関において、消化器内視鏡を経口的に挿入し、カプセル内視鏡の挿入及び配置に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている内視鏡的挿入補助具を用いてカプセル型内視鏡を十二指腸に誘導し、「３」のカプセル型内視鏡によるものを実施した場合に算定する。また、この適応の判断及び実施に当たっては、関連学会が定めるガイドラインを遵守すること。ただし、内視鏡的挿入補助具を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付すること。なお、区分番号「Ｄ３０８」胃・十二指腸ファイバースコピーの点数は別に算定できない。

Ｄ３１０－２　消化管通過性検査

消化管通過性検査は、消化管の狭窄又は狭小化を有する又は疑われる患者に対して、区分番号「Ｄ３１０」小腸内視鏡検査の「３」のカプセル型内視鏡によるものを実施する前に、カプセル型内視鏡と形・大きさが同一の造影剤入りカプセルを患者に内服させ、消化管の狭窄や狭小化を評価した場合に、一連の検査につき１回に限り算定する。また、区分番号「Ｅ００１」

写真診断及び区分番号「Ｅ００２」撮影は別に算定できる。

Ｄ３１１　直腸鏡検査

（１）　直腸鏡検査を、区分番号「Ｄ３１１－２」肛門鏡検査と同時に行った場合は主たるもののみ算定する。

（２）　肛門部の観察のみを行った場合は、直腸鏡検査ではなく、区分番号「Ｄ３１１－２」肛門鏡検査を算定する。

（３）　コロンブラッシュ法は、直腸鏡検査の所定点数に、検鏡診断料として沈渣塗抹染色による細胞診断の場合は、区分番号「Ｎ００４」細胞診（１部位につき）の所定点数を、また、包埋し組織切片標本を作製し検鏡する場合は、区分番号「Ｎ０００」病理組織標本作製（１臓器につき）の所定点数を併せて算定する。

Ｄ３１１－２　肛門鏡検査

肛門鏡検査を、区分番号「Ｄ３１１」直腸鏡検査と同時に行った場合は主たるもののみ算定する。

Ｄ３１２　直腸ファイバースコピー

関連する学会の消化器内視鏡に関するガイドラインを参考に消化器内視鏡の洗浄消毒を実施していることが望ましい。

Ｄ３１２－２　回腸嚢ファイバースコピー

関連する学会の消化器内視鏡に関するガイドラインを参考に消化器内視鏡の洗浄消毒を実施していることが望ましい。

Ｄ３１３　大腸内視鏡検査

（１）　「１」のファイバースコピーによるものについては、関連する学会の消化器内視鏡に関するガイドラインを参考に消化器内視鏡の洗浄消毒を実施していることが望ましい。

（２）　「２」のカプセル型内視鏡によるものは以下のいずれかに該当する場合に限り算定する。

ア　大腸内視鏡検査が必要であり、大腸ファイバースコピーを実施したが、腹腔内の癒着等により回盲部まで到達できなかった患者に用いた場合

イ　大腸内視鏡検査が必要であるが、腹部手術歴があり癒着が想定される場合等、器質的異常により大腸ファイバースコピーが実施困難であると判断された患者に用いた場合

ウ　大腸内視鏡検査が必要であるが、以下のいずれかに該当し、身体的負担により大腸ファイバースコピーが実施困難であると判断された患者に用いた場合

①　以下の(イ)から(ニ)のいずれかに該当する場合

（イ）　３剤の異なる降圧剤を用いても血圧コントロールが不良の高血圧症（収縮期血圧 160mmHg 以上）

（ロ）　慢性閉塞性肺疾患（１秒率　70％未満）

（ハ）　６か月以上の内科的治療によっても十分な効果が得られない BMI が 35 以上の高度肥満症の患者であって、糖尿病、高血圧症、脂質異常症又は閉塞性睡眠時無呼吸症候群のうち１つ以上を合併している患者

（ニ）　左室駆出率低下（ＬＶＥＦ40％未満）

②　放射線医学的に大腸過長症と診断されており、かつ慢性便秘症で、大腸内視鏡検査が実施困難であると判断された場合。大腸過長症はＳ状結腸ループが腸骨稜を超えて頭側に存在、横行結腸が腸骨稜より尾側の骨盤内に存在又は肝弯曲や脾弯曲がループを

描いている場合とし、慢性便秘症はＲｏｍｅ　Ⅳ基準とする。また診断根拠となった画像を診療録に添付すること。

（３）　同一の患者につき、「１」のファイバースコピーによるものと「２」のカプセル型内視鏡によるものを併せて２回以上行った場合には、主たるもののみ算定する。ただし、（２）のアに掲げる場合は、併せて２回に限り算定する。

（４）　「２」のカプセル型内視鏡によるものは、消化器系の内科又は外科の経験を５年以上有する常勤の医師が１人以上配置されている場合に限り算定する。なお、カプセル型内視鏡の滞留に適切に対処できる体制が整っている保険医療機関において実施すること。

（５）　「２」のカプセル型内視鏡により大腸内視鏡検査を実施した場合は、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付すること。さらに、（２）のアの場合は大腸ファイバースコピーを実施した日付を明記し、（２）のイ又はウの場合は大腸ファイバースコピーが実施困難な理由を明記すること。

（６）　「注３」に規定するバルーン内視鏡加算は、大腸内視鏡検査が必要であり、大腸ファイバースコピーを実施したが、腹腔内の癒着等により回盲部まで到達できなかった患者に大腸ファイバースコピーを用いた場合に限り算定できる。ただし、バルーン内視鏡を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付すること。

（７）　「注４」に規定する内視鏡的留置術加算については、小児の麻酔及び鎮静に十分な経験を有する常勤の医師が１人以上配置されている保険医療機関において、消化器内視鏡を経口的に挿入し、カプセル内視鏡の挿入及び配置に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている内視鏡的挿入補助具を用いてカプセル型内視鏡を十二指腸に誘導し、「２」のカプセル型内視鏡によるものを実施した場合に算定する。また、この適応の判断及び実施に当たっては、関連学会が定めるガイドラインを遵守すること。ただし、内視鏡的挿入補助具を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付すること。なお、区分番号「Ｄ３０８」胃・十二指腸ファイバースコピーの点数は別に算定できない。

Ｄ３１４　腹腔鏡検査

（１）　人工気腹術は、腹腔鏡検査に伴って行われる場合にあっては、別に算定できない。

（２）　腹腔鏡検査を、区分番号「Ｄ３１５」腹腔ファイバースコピーと同時に行った場合は主たるものの所定点数を算定する。

Ｄ３１７　膀胱尿道ファイバースコピー

（１）　膀胱尿道ファイバースコピーは軟性膀胱鏡を用いた場合に算定する。

（２）　膀胱尿道ファイバースコピーを必要とする場合において、膀胱結石等により疼痛が甚しいとき、あるいは著しく患者の知覚過敏なとき等にキシロカインゼリーを使用した場合における薬剤料は、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。

（３）　膀胱尿道ファイバースコピーにインジゴカルミンを使用した場合は、区分番号「Ｄ２８９」その他の機能テストの「２」の所定点数を併せて算定する。

（４）　膀胱尿道ファイバースコピーについては、前部尿道から膀胱までの一連の検査を含むものとする。

（５）　「注」の狭帯域光強調加算は、上皮内癌（ＣＩＳ）と診断された患者に対し、治療方針の決定を目的に実施した場合に限り算定する。

Ｄ３１７－２　膀胱尿道鏡検査

（１）　膀胱尿道鏡検査は硬性膀胱鏡を用いた場合に算定する。

（２）　膀胱尿道鏡検査を必要とする場合において、膀胱結石等により疼痛が甚しいとき、あるいは著しく患者の知覚過敏なとき等にキシロカインゼリーを使用した場合における薬剤料は、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。

（３）　膀胱尿道鏡検査にインジゴカルミンを使用した場合は、区分番号「Ｄ２８９」その他の機能テストの「２」の所定点数を併せて算定する。

（４）　膀胱尿道鏡検査については、前部尿道から膀胱までの一連の検査を含むものとする。
なお、膀胱のみ又は尿道のみの観察では所定点数は算定できない。

（５）　「注」の狭帯域光強調加算は、上皮内癌（ＣＩＳ）と診断された患者に対し、治療方針の決定を目的に実施した場合に限り算定する。

Ｄ３１８　尿管カテーテル法（両側）

尿管カテーテル法は、ファイバースコープを用いて尿管の通過障害、結石、腫瘍等の検索を行った場合に算定できるもので、同時に行う区分番号「Ｄ３１７」膀胱尿道ファイバースコピー及び区分番号「Ｄ３１７－２」膀胱尿道鏡検査を含む。

なお、ファイバースコープ以外の膀胱鏡による場合には算定できない。

Ｄ３１９　腎盂尿管ファイバースコピー（片側）

腎盂尿管ファイバースコピーの所定点数には、ファイバースコープを用いた前部尿道から腎盂までの一連の検査を含む。

Ｄ３２０　ヒステロスコピー

ヒステロスコピーに際して、子宮腔内の出血により子宮鏡検査が困難なため、子宮鏡検査時の腔内灌流液を使用した場合における薬剤料は、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。ただし、注入手技料は算定しない。

Ｄ３２４　血管内視鏡検査

区分番号「Ｄ２２０」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用は、所定点数に含まれる。

Ｄ３２５　肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法

（１）　造影剤を使用した場合においても、血管造影等のエックス線診断の費用は、別に算定しない。

（２）　検査を実施した後の縫合に要する費用は、所定点数に含まれる。

第４節　診断穿刺・検体採取料

１　各部位の穿刺・針生検においては、同一部位において２か所以上行った場合にも、所定点数のみの算定とする。

２　診断穿刺・検体採取後の創傷処置については、区分番号「Ｊ０００」創傷処置における手術後の患者に対するものとして翌日より算定できる。

３　同一日に実施された下記に掲げる穿刺と同一の処置としての穿刺については、いずれか一方のみ算定する。

（１）　脳室穿刺

（２）　後頭下穿刺

（３） 腰椎穿刺、胸椎穿刺又は頸椎穿刺
（４） 骨髄穿刺
（５） 関節穿刺
（６） 上顎洞穿刺並びに扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺
（７） 腎嚢胞又は水腎症穿刺
（８） ダグラス窩穿刺
（９） リンパ節等穿刺
（10） 乳腺穿刺
（11） 甲状腺穿刺

４　区分番号「Ｄ４０９」リンパ節等穿刺又は針生検から区分番号「Ｄ４１３」前立腺針生検法までに掲げるものをＣＴ透視下に行った場合は、区分番号「Ｅ２００」コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）の所定点数を別途算定する。ただし、第２章第４部第３節コンピューター断層撮影診断料の「通則２」に規定する場合にあっては、「通則２」に掲げる点数を算定する。

Ｄ４００　血液採取

血液採取に係る乳幼児加算は、「１」の静脈及び「２」のその他のそれぞれについて加算するものである。

Ｄ４０４－２　骨髄生検

骨髄生検は、骨髄生検針を用いて採取した場合にのみ算定できる。骨髄穿刺針を用いた場合は区分番号「Ｄ４０４」骨髄穿刺の所定点数により算定する。

Ｄ４０９－２　センチネルリンパ節生検

（１） 触診及び画像診断の結果、腋窩リンパ節への転移が認められない乳がんに係る手術を予定している場合のみ算定する。
（２） センチネルリンパ節生検を乳房悪性腫瘍手術と同一日に行う場合は、区分番号「Ｋ４７６」乳腺悪性腫瘍手術の注１又は注２で算定する。
（３） センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、区分番号「Ｄ５００」薬剤として算定する。
（４） 放射性同位元素の検出に要する費用は、区分番号「Ｅ１００」シンチグラム（画像を伴うもの）の「１」部分（静態）（一連につき）により算定する。
（５） 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第 13 部病理診断の所定点数を算定する。

Ｄ４１２　経皮的針生検法

経皮的針生検法とは、区分番号「Ｄ４０４－２」骨髄生検、区分番号「Ｄ４０９」リンパ節等穿刺又は針生検、区分番号「Ｄ４１０」乳腺穿刺又は針生検（片側）、区分番号「Ｄ４１１」甲状腺穿刺又は針生検、区分番号「Ｄ４１２－２」経皮的腎生検法及び区分番号「Ｄ４１３」前立腺針生検法に掲げる針生検以外の臓器に係る経皮的針生検をいう。

なお、所定点数には透視（ＣＴ透視を除く。）、心電図検査及び超音波検査が含まれており、別途算定できない。

Ｄ４１２－２　経皮的腎生検法

所定点数には心電図検査及び超音波検査が含まれており、別途算定できない。

Ｄ４１３　前立腺針生検法

（１） 「１」のＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるものは、ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像ガイド下で、前立線に対する針生検を実施した場合に限り算定する。なお、組織の採取に用いる保険医療材料の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
（２） 「１」は、超音波検査では検出できず、ＭＲＩ撮影によってのみ検出できる病変が認められる患者に対して、当該病変が含まれる前立腺を生検する目的で実施した場合に限り算定できる。

Ｄ４１４　内視鏡下生検法

「１臓器」の取扱いについては、区分番号「Ｎ０００」病理組織標本作製（１臓器につき）に準ずる。

Ｄ４１４－２　超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（ＥＵＳ－ＦＮＡ）

（１） 超音波内視鏡下穿刺吸引生検法（ＥＵＳ－ＦＮＡ）はコンベックス走査型超音波内視鏡を用いて、経消化管的に生検を行った場合に算定できる。
（２） 採取部位に応じて、内視鏡検査のうち主たるものの所定点数を併せて算定する。ただし、内視鏡検査通則「１」に掲げる超音波内視鏡検査加算は所定点数に含まれ、算定できない。

Ｄ４１５　経気管肺生検法

（１） 経気管肺生検法と同時に行われるエックス線透視に係る費用は、当該検査料に含まれる。また、写真診断を行った場合は、フィルム代のみ算定できるが、撮影料、診断料は算定できない。
（２） 経気管肺生検法は、採取部位の数にかかわらず、所定点数のみ算定する。
（３） 区分番号「Ｄ３０２」に掲げる気管支ファイバースコピーの点数は別に算定できない。
（４） ＣＴ透視下とは、気管支鏡を用いた肺生検を行う場合に、ＣＴを連続的に撮影することをいう。またこの場合、ＣＴに係る費用は別に算定できる。

Ｄ４１５－２　超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法（ＥＢＵＳ－ＴＢＮＡ）

（１） 超音波気管支鏡（コンベックス走査方式に限る。）を用いて行う検査をいい、気管支鏡検査及び超音波に係る費用は別に算定できない。
（２） 採取部位の数にかかわらず、所定点数のみ算定する。
（３） 当該検査と同時に行われるエックス線透視に係る費用は、当該検査料に含まれる。また、写真診断を行った場合は、フィルム代のみ算定できるが、撮影料、診断料は算定できない。

Ｄ４１５－３　経気管肺生検法（ナビゲーションによるもの）

（１） 経気管肺生検法の実施にあたり、胸部Ｘ線検査において２cm 以下の陰影として描出される肺末梢型小型病変が認められる患者又は到達困難な肺末梢型病変が認められる患者に対して、患者のＣＴ画像データを基に電磁場を利用したナビゲーションを行った場合に算定できる。なお、この場合、ＣＴに係る費用は別に算定できる。
（２） 経気管肺生検法（ナビゲーションによるもの）は、採取部位の数にかかわらず、所定点数のみ算定する。
（３） 区分番号「Ｄ３０２」に掲げる気管支ファイバースコピーの点数は別に算定できない。

Ｄ４１５－４　経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合）

（１） 経気管肺生検法の実施にあたり、胸部Ｘ線検査において２cm 以下の陰影として描出される肺末梢型小型病変が認められる患者又は到達困難な肺末梢型病変が認められる患者に対

して、患者のＣＴ画像データから構築した仮想気管支鏡の画像を利用して行った場合に算定できる。なお、この場合、ＣＴに係る費用は別に算定できる。

（２）　経気管肺生検法（仮想気管支鏡を用いた場合）は、採取部位の数にかかわらず、所定点数のみ算定する。

（３）　区分番号「Ｄ３０２」に掲げる気管支ファイバースコピーの点数は別に算定できない。

Ｄ４１５－５　経気管支凍結生検法

（１）　経気管支凍結生検法の実施に当たり、肺組織を凍結させて採取した場合に算定できる。

（２）　経気管支凍結生検法と同時に行われるエックス線透視に係る費用は、当該検査料に含まれる。また、写真診断を行った場合は、フィルム代のみ算定できるが、撮影料及び診断料は算定できない。

（３）　経気管支凍結生検法は、採取部位の数にかかわらず、所定点数のみ算定する。

（４）　区分番号「Ｄ３０２」に掲げる気管支ファイバースコピーの点数は別に算定できない。

Ｄ４１６　臓器穿刺、組織採取

「２」の開腹による臓器穿刺、組織採取については、穿刺回数、採取臓器数又は採取した組織の数にかかわらず、１回として算定する。

Ｄ４１８　子宮腟部等からの検体採取

子宮全摘術後の腟端細胞診を目的とした検体採取は、「１」の所定点数を算定する。

Ｄ４１９　その他の検体採取

（１）　「１」の胃液・十二指腸液採取については、１回採取、分割採取にかかわらず、この項の所定点数により算定するものとし、ゾンデ挿入に伴いエックス線透視を行った場合においても、エックス線透視料は、別に算定しない。

（２）　「２」の胸水・腹水採取の所定点数には、採取及び簡単な液検査（肉眼的性状観察、リバルタ反応、顕微鏡による細胞の数及び種類の検査）の費用が含まれる。

なお、塗抹染色顕微鏡検査を行った場合は、区分番号「Ｄ０１７」排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査により、血液化学検査を行った場合は、区分番号「Ｄ００４」穿刺液・採取液検査の「17」その他により、細胞診検査を行った場合は、区分番号「Ｎ００４」細胞診により算定する。

（３）　「４」の前房水採取については、内眼炎等の診断を目的に前房水を採取した場合に算定する。

（４）　人工腎臓、人工心肺等の回路から動脈血採取を行った場合の採血料は算定できない。

（５）　副腎静脈サンプリング（一連につき）

ア　原発性アルドステロン症及び原発性アルドステロン症合併クッシング症候群の患者に対して、副腎静脈までカテーテルを進め、左右副腎静脈から採血を行った場合に算定する。

イ　副腎静脈サンプリング実施時に副腎静脈造影を行った場合においては、血管造影等のエックス線診断の費用は、別に算定しない。

ウ　副腎静脈サンプリングで実施する血液採取以外の血液採取は、別に算定できない。

Ｄ４１９－２　眼内液（前房水・硝子体液）検査

眼内液（前房水・硝子体液）検査は、眼内リンパ腫の診断目的に眼内液（前房水・硝子体液）を採取し、ＥＬＩＳＡ法によるＩＬ－10 濃度と、ＣＬＥＩＡ法によるＩＬ－６濃度を測定した

場合に算定する。なお、眼内液採取に係る費用は別に算定できない。

第４部　画像診断

通則

１　画像診断の費用は、第１節、第２節若しくは第３節の各区分の所定点数により、又は第１節、第２節若しくは第３節の各区分の所定点数及び第４節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

２　画像診断に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第５節の所定点数を合算した点数により算定する。

３　入院中の患者以外の患者について、緊急のために、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該保険医療機関内において撮影及び画像診断を行った場合は、時間外緊急院内画像診断加算として、１日につき110点を所定点数に加算する。

４　区分番号Ｅ００１、Ｅ００４、Ｅ１０２及びＥ２０３に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算１として、区分番号Ｅ００１又はＥ００４に掲げる画像診断、区分番号Ｅ１０２に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ２０３に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り70点を所定点数に加算する。ただし、画像診断管理加算２又は画像診断管理加算３を算定する場合はこの限りでない。

５　区分番号Ｅ１０２及びＥ２０３に掲げる画像診断については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を文書により報告した場合は、画像診断管理加算２又は画像診断管理加算３として、区分番号Ｅ１０２に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ２０３に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り180点又は340点を所定点数に加算する。

６　遠隔画像診断による画像診断（区分番号Ｅ００１、Ｅ００４、Ｅ１０２又はＥ２０３に限る。）を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が通則第４号本文の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号Ｅ００１又はＥ００４に掲げる画像診断、区分番号Ｅ１０２に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ２０３に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り、画像診断管理加算１を算定することができる。ただし、画像診断管理加算２又は画像診断管理加算３を算定する場合はこの限りでない。

７　遠隔画像診断による画像診断（区分番号Ｅ１０２及びＥ２０３に限る。）を通則第６号本文に規定する保険医療機関間で行った場合であって、受信側の保険医療機関が通則第５号の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において画像診断を専ら担当する常勤の医師が、画像診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、区分番号Ｅ１０２に掲げる画像診断及び区分番号Ｅ２０３に掲げる画像診断のそれぞれについて月１回に限り、画像診断管理加算２又は画像診断管理加算３を算定することができる。

第１節　エックス線診断料

通則

１　エックス線診断の費用は、区分番号Ｅ０００に掲げる透視診断若しくは区分番号Ｅ００１に掲げる写真診断の各区分の所定点数、区分番号Ｅ００１に掲げる写真診断及び区分番号Ｅ００２に掲げる撮影の各区分の所定点数を合算した点数若しくは区分番号Ｅ００１に掲げる写真診断、区分番号Ｅ００２に掲げる撮影及び区分番号Ｅ００３に掲げる造影剤注入手技の各区分の所定点数を合算した点数又はこれらの点数を合算した点数により算定する。

２　同一の部位につき、同時に２以上のエックス線撮影を行った場合における写真診断の費用は、第１の診断については区分番号Ｅ００１に掲げる写真診断の各所定点数により、第２の診断以後の診断については同区分番号の各所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

３　同一の部位につき、同時に２枚以上のフィルムを使用して同一の方法により、撮影を行った場合における写真診断及び撮影の費用は、区分番号Ｅ００１に掲げる写真診断の２及び４並びに区分番号Ｅ００２に掲げる撮影の２及び４並びに注４及び注５に掲げる場合を除き、第１枚目の写真診断及び撮影の費用については区分番号Ｅ００１に掲げる写真診断及び区分番号Ｅ００２に掲げる撮影の各所定点数により、第２枚目から第５枚目までの写真診断及び撮影の費用については区分番号Ｅ００１に掲げる写真診断及び区分番号Ｅ００２に掲げる撮影の各所定点数の100分の50に相当する点数により算定し、第６枚目以後の写真診断及び撮影については算定しない。

４　撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、電子画像管理加算として、前３号までにより算定した点数に、一連の撮影について次の点数を加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は、算定できない。

イ　単純撮影の場合　57点
ロ　特殊撮影の場合　58点
ハ　造影剤使用撮影の場合　66点
ニ　乳房撮影の場合　54点

５　特定機能病院である保険医療機関における入院中の患者に係るエックス線診断料は、区分番号Ｅ００４に掲げる基本的エックス線診断料の所定点数及び当該所定点数に含まれない各項目の所定点数により算定する。

区分

Ｅ０００　透視診断　110点

Ｅ００１　写真診断

１　単純撮影
イ　頭部、胸部、腹部又は脊椎　85点
ロ　その他　43点
２　特殊撮影（一連につき）　96点
３　造影剤使用撮影　72点
４　乳房撮影（一連につき）　306点
注　間接撮影を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

Ｅ００２　撮影

１　単純撮影
イ　アナログ撮影　60点
ロ　デジタル撮影　68点
２　特殊撮影（一連につき）
イ　アナログ撮影　260点
ロ　デジタル撮影　270点
３　造影剤使用撮影
イ　アナログ撮影　144点
ロ　デジタル撮影　154点
４　乳房撮影（一連につき）
イ　アナログ撮影　192点
ロ　デジタル撮影　202点

注１　間接撮影を行った場合は、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。
２　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対して撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、当該撮影の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。
３　造影剤使用撮影について、脳脊髄腔造影剤使用撮影を行った場合は、脳脊髄腔造影剤使用撮影加算として、148点を所定点数に加算する。
４　造影剤使用撮影について、心臓及び冠動脈造影を行った場合は、一連につき区分番号Ｄ２０６に掲げる心臓カテーテル法による諸検査の所定点数により算定するものとし、造影剤使用撮影に係る費用及び造影剤注入手技に係る費用は含まれ

るものとする。

5　造影剤使用撮影について、胆管・膵管造影法を行った場合は、画像診断に係る費用も含め、一連につき区分番号Ｄ３０８に掲げる胃・十二指腸ファイバースコピーの所定点数（加算を含む。）により算定する。

Ｅ００３　造影剤注入手技

1　点滴注射　区分番号Ｇ００４に掲げる点滴注射の所定点数

2　動脈注射　区分番号Ｇ００２に掲げる動脈注射の所定点数

3　動脈造影カテーテル法

イ　主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影した場合　3,600点

注１　血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、400点を所定点数に加算する。

2　頸動脈閉塞試験（マタス試験）を実施した場合は、頸動脈閉塞試験加算として、1,000点を所定点数に加算する。

ロ　イ以外の場合　1,180点

注　血流予備能測定検査を実施した場合は、血流予備能測定検査加算として、400点を所定点数に加算する。

4　静脈造影カテーテル法　3,600点

5　内視鏡下の造影剤注入

イ　気管支ファイバースコピー挿入　区分番号Ｄ３０２に掲げる気管支ファイバースコピーの所定点数

ロ　尿管カテーテル法（両側）　区分番号Ｄ３１８に掲げる尿管カテーテル法の所定点数

6　腔内注入及び穿刺注入

イ　注腸　300点

ロ　その他のもの　120点

7　嚥下造影　240点

Ｅ００４　基本的エックス線診断料（１日につき）

1　入院の日から起算して４週間以内の期間　55点

2　入院の日から起算して４週間を超えた期間　40点

注１　特定機能病院である保険医療機関において、入院中の患者に対して行ったエックス線診断について算定する。

2　次に掲げるエックス線診断の費用は所定点数に含まれるものとする。

イ　区分番号Ｅ００１に掲げる写真診断の１に掲げるもの（間接撮影の場合を含む。）

ロ　区分番号Ｅ００２に掲げる撮影の１に掲げるもの（間接撮影の場合を含む。）

3　療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第１章第２部第２節に規定するＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第３節に規定する特定入院料を算定している患者については適用しない。

第２節　核医学診断料

通則

1　同一のラジオアイソトープを用いて、区分番号Ｄ２９２に掲げる体外からの計測によらない諸検査若しくは区分番号Ｄ２９３に掲げるシンチグラム（画像を伴わないもの）の項に掲げる検査又は区分番号Ｅ１００からＥ１０１－４までに掲げる核医学診断のうちいずれか２以上を行った場合は、主たる検査又は核医学診断に係るいずれかの所定点数のみにより算定する。

2　核医学診断の費用は、区分番号Ｅ１００からＥ１０１－５までに掲げる各区分の所定点数及び区分番号Ｅ１０２に掲げる核医学診断の所定点数を合算した点数により算定する。

3　撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、電子画像管理加算として、前２号により算定した点数に、一連の撮影について１回に限り、120点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。

区分

Ｅ１００　シンチグラム（画像を伴うもの）

1　部分（静態）（一連につき）　1,300点

2　部分（動態）（一連につき）　1,800点

3　全身（一連につき）　2,200点

注１　同一のラジオアイソトープを使用して数部位又は数回にわたってシンチグラム検査を行った場合においても、一連として扱い、主たる点数をもって算定する。

2　甲状腺シンチグラム検査に当たって、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率を測定した場合は、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率測定加算として、100点を所定点数に加算する。

3　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対してシンチグラムを行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、当該シンチグラムの所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。

4　ラジオアイソトープの注入手技料は、所定点数に含まれるものとする。

Ｅ１０１　シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影（同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき）　1,800点

注１　甲状腺シンチグラム検査に当たって、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率を測定した場合は、甲状腺ラジオアイソトープ摂取率測定加算として、100点を所定点数に加算する。

2　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を加算する。

3　負荷試験を行った場合は、負荷の種類又は測定回数にかかわらず、断層撮影負荷試験加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

4　ラジオアイソトープの注入手技料は、所定点数に含まれるものとする。

Ｅ１０１－２　ポジトロン断層撮影

1　^{15}Ｏ標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき）　7,000点

2　^{18}ＦＤＧを用いた場合（一連の検査につき）　7,500点

3　^{13}Ｎ標識アンモニア剤を用いた場合（一連の検査につき）　9,000点

注１　^{15}Ｏ標識ガス剤の合成及び吸入、^{18}ＦＤＧの合成及び注入並びに^{13}Ｎ標識アンモニア剤の合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。

2　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

3　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

4　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注３の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。

Ｅ１０１－３　ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）

1　^{15}Ｏ標識ガス剤を用いた場合（一連の検査につき）　7,625点

2　^{18}ＦＤＧを用いた場合（一連の検査につき）　8,625点

注１　^{15}Ｏ標識ガス剤の合成及び吸入並びに^{18}ＦＤＧの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。

2　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

3　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等

に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

4　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注３の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。

Ｅ１０１－４　ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）　9,160点

注１　^{18}ＦＤＧの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。

2　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

3　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

4　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対して断層撮影を行った場合は、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、1,600点、1,000点又は600点を所定点数に加算する。ただし、注３の規定により所定点数を算定する場合においては、1,280点、800点又は480点を所定点数に加算する。

Ｅ１０１－５　乳房用ポジトロン断層撮影　4,000点

注１　^{18}ＦＤＧの合成及び注入に要する費用は、所定点数に含まれる。

2　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

3　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

Ｅ１０２　核医学診断

1　区分番号Ｅ１０１－２に掲げるポジトロン断層撮影、Ｅ１０１－３に掲げるポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）、Ｅ１０１－４に掲げるポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）及びＥ１０１－５に掲げる乳房用ポジトロン断層撮影の場合　450点

2　１以外の場合　370点

注　行った核医学診断の種類又は回数にかかわらず、月１回に限り算定できるものとする。

第３節　コンピューター断層撮影診断料

通則

1　コンピューター断層撮影診断の費用は、区分番号Ｅ２００に掲げるコンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）、区分番号Ｅ２００－２に掲げる血流予備量比コンピューター断層撮影、区分番号Ｅ２０１に掲げる非放射性キセノン脳血流動態検査又は区分番号Ｅ２０２に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）の各区分の所定点数及び区分番号Ｅ２０３に掲げるコンピューター断層診断の所定点数を合算した点数により算定する。

2　区分番号Ｅ２００に掲げるコンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）及び区分番号Ｅ２０２に掲げる磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）を同一月に２回以上行った場合は、当該月の２回目以降の断層撮影については、所定点数にかかわらず、一連につき所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

3　撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合においては、電子画像管理加算として、前２号により算定した点数に、一連の撮影について１回に限り、120点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、フィルムの費用は算定できない。

4　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対して区分番号Ｅ２００、区分番号Ｅ２０１又は区分番号Ｅ２０２に掲げるコンピューター断層撮影を行った場合（頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合を除く。）にあっては、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算として、それぞれ所定点数の100分の80、100分の50又は100分の30に相当する点数を、頭部外傷に対してコンピューター断層撮影を行った場合にあっては、新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算又は幼児頭部外傷撮影加算として、それぞれ所定点数の100分の85、100分の55又は100分の35に相当する点数を加算する。

Ｅ２００　コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）（一連につき）

1　ＣＴ撮影

イ　64列以上のマルチスライス型の機器による場合

(1)　共同利用施設において行われる場合　1,020点

(2)　その他の場合　1,000点

ロ　16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合　900点

ハ　４列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合　750点

ニ　イ、ロ又はハ以外の場合　560点

2　脳槽ＣＴ撮影（造影を含む。）　2,300点

注１　ＣＴ撮影のイ、ロ及びハについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

2　ＣＴ撮影及び脳槽ＣＴ撮影（造影を含む。）に掲げる撮影のうち２以上のものを同時に行った場合にあっては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。

3　ＣＴ撮影について造影剤を使用した場合は、造影剤使用加算として、500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。

4　ＣＴ撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、冠動脈のＣＴ撮影を行った場合は、冠動脈ＣＴ撮影加算として、600点を所定点数に加算する。

5　脳槽ＣＴ撮影（造影を含む。）に係る造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

6　ＣＴ撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身外傷に対して行った場合には、外傷全身ＣＴ加算として、800点を所定点数に加算する。

7　ＣＴ撮影のイ又はロについて、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、大腸のＣＴ撮影（炭酸ガス等の注入を含む。）を行った場合は、大腸ＣＴ撮影加算として、それぞれ620点又は500点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

8　ＣＴ撮影のイの(1)については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。

Ｅ２００－２　血流予備量比コンピューター断層撮影　9,400点

注１　血流予備量比コンピューター断層撮影の種類又は回数にかかわらず、月１回に限り算定できるものとする。

2　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

Ｅ２０１　非放射性キセノン脳血流動態検査　2,000点

注　非放射性キセノン吸入手技料及び同時に行うコンピューター断層撮影に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｅ２０２　磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）（一連につき）

１　３テスラ以上の機器による場合
イ　共同利用施設において行われる場合　1,620点
ロ　その他の場合　1,600点
２　1.5テスラ以上３テスラ未満の機器による場合　1,330点
３　１又は２以外の場合　900点
注１　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
２　１、２及び３を同時に行った場合にあっては、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。
３　ＭＲＩ撮影（脳血管に対する造影の場合は除く。）について造影剤を使用した場合は、造影剤使用加算として、250点を所定点数に加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、加算点数に含まれるものとする。
４　ＭＲＩ撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、心臓のＭＲＩ撮影を行った場合は、心臓ＭＲＩ撮影加算として、400点を所定点数に加算する。
５　ＭＲＩ撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、乳房のＭＲＩ撮影を行った場合は、乳房ＭＲＩ撮影加算として、100点を所定点数に加算する。
６　１のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し行われる場合に限り算定する。
７　ＭＲＩ撮影について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、15歳未満の小児に対して、麻酔を用いて鎮静を行い、１回で複数の領域を一連で撮影した場合は、小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算として、当該撮影の所定点数に100分の80に相当する点数を加算する。
８　１について、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、頭部のＭＲＩ撮影を行った場合は、頭部ＭＲＩ撮影加算として、100点を所定点数に加算する。
９　ＭＲＩ撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、全身のＭＲＩ撮影を行った場合は、全身ＭＲＩ撮影加算として、600点を所定点数に加算する。
10　ＭＲＩ撮影について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、肝エラストグラフィを行った場合は、肝エラストグラフィ加算として、600点を所定点数に加算する。

Ｅ２０３　コンピューター断層診断　450点
注　コンピューター断層撮影の種類又は回数にかかわらず、月１回に限り算定できるものとする。

第４節　薬剤料

Ｅ３００　薬剤　薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。
注１　薬価が15円以下である場合は、算定しない。
２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第５節　特定保険医療材料料

Ｅ４００　フィルム　材料価格を10円で除して得た点数
注１　６歳未満の乳幼児に対して胸部単純撮影又は腹部単純撮影を行った場合は、材料価格に1.1を乗じて得た額を10円で除して得た点数とする。
２　使用したフィルムの材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

Ｅ４０１　特定保険医療材料（フィルムを除く。）　材料価格を10円で除して得た点数
注　使用した特定保険医療材料（フィルムを除く。）の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

＜通則＞

１　薬剤料

（１）　画像診断のために使用した薬剤料は別に算定できるが、投薬に係る処方料、処方箋料、調剤料及び調剤技術基本料並びに注射に係る注射料は別に算定できない。

（２）　画像診断のために使用した造影剤又は造影剤以外の薬剤は、区分番号「Ｅ３００」に掲げる薬剤料により算定する。

２　画像診断に当たって、麻酔を行った場合は、第２章第 11 部麻酔に規定する所定点数を別に算定する。ただし、麻酔手技料を別に算定できない麻酔を行った場合の薬剤料は、第４節薬剤料の規定に基づき算定できる。

３　時間外緊急院内画像診断加算

（１）　保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に入院中の患者以外の患者に対して診療を行った際、医師が緊急に画像診断を行う必要性を認め、当該保険医療機関において、当該保険医療機関の従事者が当該保険医療機関に具備されている画像診断機器を用いて当該画像撮影及び診断を実施した場合に限り算定できる。

（２）　画像診断の開始時間が診療時間以外の時間、休日又は深夜に該当する場合に当該加算を算定する。なお時間外等の定義については、区分番号「Ａ０００」初診料の注７に規定する時間外加算等における定義と同様であること。

（３）　同一患者に同一日に２回以上、時間外、休日又は深夜の診療を行い、その都度緊急の画像診断を行った場合（複数の区分にまたがる場合を含む。）においても１回のみの算定とする。

（４）　入院中の患者には当該加算は算定できない。ただし、時間外、休日又は深夜に外来を受診した患者に対し、画像診断の結果入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合はこの限りではない。

（５）　時間外緊急院内画像診断加算を算定する場合においては、区分番号「Ａ０００」初診料の注９及び区分番号「Ａ００１」再診料の注７に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。

（６）　時間外緊急院内画像診断加算は他の医療機関で撮影されたフィルムを診断した場合は算定できない。

（７）　緊急に画像診断を要する場合とは、直ちに何らかの処置・手術等が必要な患者であって、通常の診察のみでは的確な診断が下せず、なおかつ通常の画像診断が整う時間まで画像診断の実施を見合わせることができないような重篤な場合をいう。

４　画像診断に当たって通常使用される患者の衣類の費用は、画像診断の所定点数に含まれる。

５　画像診断管理加算

（１）　画像診断管理加算１は、専ら画像診断を担当する医師（地方厚生（支）局長に届け出た、専ら画像診断を担当した経験を 10 年以上有するもの又は当該療養について、関係学会から示されている２年以上の所定の研修を修了し、その旨が登録されているものに限る。以下同じ。）が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師

の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。画像診断管理加算２又は画像診断管理加算３は、当該保険医療機関において実施される核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、専ら画像診断を担当する医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影された画像については、当該専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、これらの加算は算定できない。（「６」又は「７」により算定する場合を除く。）また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に添付する。

（２） 画像診断管理加算１、画像診断管理加算２又は画像診断管理加算３は、それぞれの届出を行った保険医療機関において、専ら画像診断を担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する１名（画像診断管理加算３を算定する場合にあっては６名）を除いた専ら画像診断を担当する医師については、当該保険医療機関において常態として週３日以上かつ週 22 時間以上の勤務を行っている場合に、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握していること。

６　遠隔画像診断による画像診断管理加算

（１） 遠隔画像診断を行った場合は、送信側の保険医療機関において撮影料、診断料及び画像診断管理加算（当該加算の算定要件を満たす場合に限る。）を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用については受信側、送信側の医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

（２） 遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算１は、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が読影及び診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算２又は画像診断管理加算３は、送信側の保険医療機関において実施される核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が読影を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影された画像については、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実

に行った上で実施すること。また、受信側又は送信側の保険医療機関が受信側及び送信側の保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、当該加算は算定できない。また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に添付する。

（３） 遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算１、画像診断管理加算２又は画像診断管理加算３は、それぞれの届出を行った保険医療機関において、専ら画像診断を担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する１名（画像診断管理加算３を算定する場合にあっては６名）を除いた専ら画像診断を担当する医師については、当該保険医療機関において常態として週３日以上かつ週 22 時間以上の勤務を行っている場合に、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握していること。

第１節　エックス線診断料

１　エックス線診断に係る一般的事項

（１） エックス線写真撮影の際に失敗等により、再撮影をした場合については再撮影に要した費用は算定できない。再撮影に要した費用は、その理由が患者の故意又は重大な過失による場合を除き、当該保険医療機関の負担とする。

（２） 「２」又は「３」の「同一の部位」とは、部位的な一致に加え、腎と尿管、胸椎下部と腰椎上部のように通常同一フィルム面に撮影し得る範囲をいう。

ただし、食道・胃・十二指腸、血管系（血管及び心臓）、リンパ管系及び脳脊髄腔については、それぞれ全体を「同一の部位」として取り扱うものである。

（３） 「２」又は「３」の「同時に」とは、診断するため予定される一連の経過の間に行われたものをいう。例えば、消化管の造影剤使用写真診断（食道・胃・十二指腸等）において、造影剤を嚥下させて写真撮影し、その後２～３時間経過して再びレリーフ像を撮影した場合は、その診断料は 100 分の 50 とする。

ただし、胸部単純写真を撮影して診断した結果、断層像の撮影の必要性を認めて、当該断層像の撮影を行った場合等、第１の写真診断を行った後に別種の第２の撮影、診断の必要性を認めて第２の撮影診断を行った場合は、「同時に」には該当せず、第２の診断についても 100 分の 50 とはしない。

（４） 「２」の「２以上のエックス線撮影」とは、単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影のうち２種以上の撮影を行った場合をいう。この場合、デジタル撮影及びアナログ撮影については区別せず、１種の撮影として扱う。

（５） 「３」の「同一の方法」による撮影とは、単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影のそれぞれの撮影方法をいい、デジタル撮影及びアナログ撮影については「同一の方法」として扱う。

（６） 特殊撮影、乳房撮影、心臓及び冠動脈の造影剤使用撮影の診断料及び撮影料は、フィルム枚数にかかわらず、一連のものについて１回として算定する。ただし、別個に撮影した両側の肺野の断層写真等、撮影部位の異なる場合（乳房撮影を除く。）は、部位ごとに１

回とする。

（７） 次の場合は、「同一の方法」の繰り返しと考えられるので、「３」の算定方法が適用される。ただし、ウについては、いずれか一方の写真診断の結果、他法による撮影の必要性を認め、診断を行った場合は「同時に」には該当しないので、胸部単純撮影及び胸椎撮影のそれぞれについて「３」の適用となるか否かを判断すること。なお、仮にそれぞれについて同時に２枚以上のフィルムが使用されれば「３」の適用となること。

ア　脊椎の単純撮影において、頸椎及び胸椎上部を正面・側面等曝射の角度を変えて数回にわたって撮影した場合

イ　胸部単純撮影と肺尖撮影を併施した場合

ウ　胸部単純撮影と胸椎撮影を併施した場合

エ　消化管造影において、食道・胃・十二指腸を背腹・腹背等体位を変換させて数回にわたって撮影した場合

オ　耳鼻科領域におけるシュラー法、ステンバー法及びマイヤー法のうち、２方法以上の撮影を併せて実施した場合

（８） 耳・肘・膝等の対称器官又は対称部位の健側を患側の対照として撮影する場合における撮影料、診断料については、同一部位の同時撮影を行った場合と同じ取扱いとする。

（９） ２枚目以降 100 分の 50 で算定する場合及び間接撮影を行った場合に端数が生じる場合の端数処理は、点数計算の最後に行うものとする。

例 ２枚の頭部単純デジタルエックス線撮影を行った場合

［診断料］　85 点＋85 点×0.5＝　127.5 点　→（四捨五入）→　128 点

［撮影料］　68 点＋68 点×0.5＝　102 点

３枚の頭部単純デジタルエックス線撮影を行った場合

［診断料］　85 点＋85 点×0.5×2＝　170 点

［撮影料］　68 点＋68 点×0.5×2＝　136 点

２枚の胸部アナログエックス線間接撮影を行った場合

［診断料］　85 点×0.5＋85 点×0.5×0.5＝63.75 点 →（四捨五入）→　64 点

［撮影料］　60 点×0.5＋60 点×0.5×0.5＝　45 点

(10) デジタル撮影

デジタル撮影とは、エックス線撮影後、画像情報のデジタル処理を行うことが可能なものをいい、デジタル・サブトラクション・アンギオグラフィー法、コンピューテッド・ラジオグラフィー法又はデジタル透視撮影法による。

なお、デジタル透視撮影法とは、超細密イメージング・インテンシファイアー及び超細密ビデオカメラを用いてデジタル映像化処理を行うものをいう。

２　電子画像管理加算

（１） 「４」に規定する画像を電子化して管理及び保存した場合とは、デジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。

（２） 電子画像管理加算は、同一の部位につき、同時に２種類以上の撮影方法を使用した場合は一連の撮影とみなし、主たる撮影の点数のみ算定する。

（３） 電子画像管理加算は、他の医療機関で撮影したフィルム等についての診断のみを行った場合には算定しない。

Ｅ０００　透視診断

（１） 本項の透視診断とは、透視による疾病、病巣の診断を評価するものであり、特に別途疑義解釈通知等により取扱いを示した場合を除き、消化管の造影剤使用撮影に際し腸管の所要の位置に造影剤が到達しているか否かを透視により検査する場合等、撮影の時期決定や準備手段又は他の検査、注射、処置及び手術の補助手段として行う透視については算定できない。

（２） 造影剤を使用する透視診断は一連の診断目的のために行うものについては、時間を隔てて行う場合であっても１回として算定する。ただし、腸管の透視を時間を隔てて数回行いその時間が数時間にわたる場合には、２回以上として算定できる。その基準は概ね２時間に１回とする。

Ｅ００１　写真診断

（１） 他の医療機関で撮影したフィルム等についての診断料は撮影部位及び撮影方法（単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影を指し、アナログ撮影又はデジタル撮影の別は問わない。）別に１回の算定とする。例えば、胸部単純写真と断層像についてであれば２回として算定できる。

ただし、１つの撮影方法については撮影回数、写真枚数にかかわらず１回として算定する。

（２） 写真診断においては、耳、副鼻腔は頭部として、骨盤、腎、尿管、膀胱は腹部として、それぞれ「１」の「イ」により算定する。また、頸部、腋窩、股関節部、肩関節部、肩胛骨又は鎖骨にあっても、「１」の「イ」により算定する。

（３） 写真診断に掲げる所定点数は、フィルムへのプリントアウトを行わずに画像を電子媒体に保存した場合にも算定できる。

（４） イメージ・インテンシファイアー間接撮影装置によるエックス線撮影については、診断料及び撮影料は間接撮影の場合の所定点数により算定できる。また、同一部位に対し直接撮影を併せて行った場合は、イメージ・インテンシファイアー間接撮影装置による一連の撮影として間接撮影の場合の所定点数のみを算定する。

Ｅ００２　撮影

（１） 高圧撮影、拡大撮影及び軟部組織撮影は、「１」の単純撮影として算定する。

（２） エックス線フィルムサブトラクションについては、反転フィルムの作製の費用として、一連につき、「１」及び区分番号「Ｅ４００」フィルムによって算定し、診断料は別に算定できない。なお、診療継続中の患者であって診療上の必要性を認め以前撮影した脳血管造影フィルムを用いてサブトラクションを実施した場合であっても、反転フィルムの作製の費用及びフィルム料は算定できるが、診断料は別に算定できない。

（３） 特殊撮影とは、パントモグラフィー、断層撮影（同時多層撮影、回転横断撮影を含む。）、スポット撮影（胃、胆嚢及び腸）、側頭骨・上顎骨・副鼻腔曲面断層撮影及び児頭骨盤不均衡特殊撮影（側面撮影及び骨盤入口撮影後、側面、骨盤入口撮影のフィルムに対し特殊ルーラー（計測板）の重複撮影を行う方法をいう。）をいう。なお、胃のスポット撮影、胆嚢スポット撮影及び腸スポット撮影については、消化管撮影の一連の診断行為

の１つとみなされる場合であっても、第１節エックス線診断料の「２」の適用の対象とする。

（４） 撮影に掲げる所定点数は、フィルムへのプリントアウトを行わずに画像を電子媒体に保存した場合にも算定できる。

（５） 造影剤使用撮影時の算定方法

ア 造影剤使用撮影とは、血管造影、瘻孔造影及び気造影等の造影剤を使用して行った撮影をいう。

イ 二重造影は、消化管診断に含まれ、別に算定できないが、その際に使用される発泡錠は薬剤料として別に算定できる。

ウ 椎間板の変性を見るため、エックス線透視下に造影剤を使用し、椎間板を求めて１～３か所注入し、四ツ切フィルム２枚のエックス線写真診断を行った場合は、「３」により算定する。

エ 高速心大血管連続撮影装置による撮影は、「３」により算定する。

オ 子宮卵管造影法による検査は、区分番号「Ｅ００１」写真診断の「３」、区分番号「Ｅ００２」撮影の「３」、区分番号「Ｅ００３」造影剤注入手技の「６」の「ロ」、区分番号「Ｅ３００」薬剤及び区分番号「Ｅ４００」フィルムにより算定する。

（６） 乳房撮影とは、当該撮影専用の機器を用いて、原則として両側の乳房に対し、それぞれ２方向以上の撮影を行うものをいい、両側について一連として算定する。

（７） 「注２」により新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算を行う場合の所定点数とは、「１」、「２」、「３」（「注３」による加算を含む。）又は「４」の点数（間接撮影の場合は 100 分の 50 に相当する点数）をいう。

なお、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算を行う場合に端数が生じる場合の端数処理は、当該撮影の最後に行うものとする。

例 単純撮影（デジタル撮影）における新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算を行う場合の端数処理の例

１枚撮影の場合

［新生児加算］ 68 点×1.8 ＝122.4 点 →（四捨五入）→ 122 点

３枚撮影の場合

［新生児加算］ 68 点×1.8 ＋68 点×1.8×0.5×2＝244.8 点 →（四捨五入）→245 点

Ｅ００３ 造影剤注入手技

（１） 造影剤注入手技料は、造影剤使用撮影を行うに当たって造影剤を注入した場合に算定する。ただし、同一日に静脈内注射又は点滴注射を算定した場合は造影剤注入手技の「１」点滴注射の所定点数は重複して算定できない。

（２） 「３」の動脈造影カテーテル法及び「４」の静脈造影カテーテル法とは、血管造影用カテーテルを用いて行った造影剤注入手技をいう。

（３） 「３」の「イ」は、主要血管である総頸動脈、椎骨動脈、鎖骨下動脈、気管支動脈、腎動脈、腹部動脈（腹腔動脈、上及び下腸間膜動脈をも含む。）、骨盤動脈又は各四肢の動脈の分枝血管を選択的に造影撮影した場合、分枝血管の数にかかわらず１回に限り算定できる。

総頸動脈、椎骨動脈、鎖骨下動脈、気管支動脈及び腎動脈の左右両側をあわせて造影し

た場合であっても一連の主要血管として所定点数は１回に限り算定する。

（４） 静脈造影カテーテル法は、副腎静脈、奇静脈又は脊椎静脈に対して実施した場合に算定できる。

（５） 「６」の「イ」注腸を実施する際の前処置として行った高位浣腸の処置料は所定点数に含まれ、別途算定できない。

（６） 「６」の「ロ」その他のものとは、腰椎穿刺注入、胸椎穿刺注入、頸椎穿刺注入、関節腔内注入、上顎洞穿刺注入、気管内注入（内視鏡下の造影剤注入によらないもの）、子宮卵管内注入、胃・十二指腸ゾンデ挿入による注入、膀胱内注入、腎盂内注入及び唾液腺注入をいう。

（７） 経皮経肝胆管造影における造影剤注入手技は区分番号「Ｄ３１４」により算定し、胆管に留置したドレーンチューブ等からの造影剤注入手技は区分番号「Ｅ００３」の「６」の「ロ」により算定する。

（８） 精嚢撮影を行うための精管切開は、区分番号「Ｋ８２９」により算定する。

（９） 造影剤を注入するために観血手術を行った場合は、当該観血手術の所定点数をあわせて算定する。

(10) リンパ管造影を行うときの造影剤注入のための観血手術及び注入の手技料は、あわせて、区分番号「Ｋ６２６」リンパ節摘出術の「１」により算定する。

Ｅ００４　基本的エックス線診断料

（１） 基本的エックス線診断料は、特定機能病院の入院医療において通常行われる基本的な画像診断について、その適正化及び請求事務の簡素化の観点から包括化して入院日数に応じた算定を行うものである。

（２） １月を通じて、基本的エックス線診断料に包括されている画像診断項目のいずれも行われなかった場合は、当該月は本診断料は算定できない。

（３） 写真診断及び撮影を行い、これに伴って使用されるフィルムは、別に算定できる。

（４） 基本的エックス線診断料を算定している患者に対して、撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合は、一連の撮影ごとに第１節のエックス線診断料通則の「４」に規定する電子画像管理加算を別に算定できる。

（５） 基本的エックス線診断料を算定している患者に対して、エックス線フィルムサブトラクションを行った場合は、基本的エックス線診断料の他、手技料として区分番号「Ｅ００２」の「１」の所定点数を算定できる。

（６） 基本的エックス線診断料に含まれない画像診断を行った場合は、別途当該画像診断に係る所定点数を算定できる。

（７） 単純撮影を２枚以上撮影した場合又は間接撮影を行った場合にあっても、手技料は基本的エックス線診断料に含まれ、別に算定できない。

（８） 入院日数については、入院基本料とは異なり、入院の都度当該入院の初日から数え、また、退院日も算定対象となる。なお、外泊期間中は、入院日数に含まれない。

（９） 療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第１章第２部第２節に規定するＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第３節に規定する特定入院料を算定している患者については、基本的エックス線診断料は別に算定しないが、入院日数は入院初日から数える。

第２節　核医学診断料

１　核医学診断に係る一般的事項

「１」に規定する核医学診断に係る所定点数とは、区分番号「Ｅ１００」から区分番号「Ｅ１０１－５」までに掲げる所定点数及び区分番号「Ｅ１０２」に掲げる所定点数を合算した点数をいう。

２　「３」に規定する画像を電子化して管理及び保存した場合とは、デジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。

３　ラジオアイソトープの費用

ラジオアイソトープの費用を算定する場合は、「使用薬剤の薬価（薬価基準）」の定めるところによる。

Ｅ１００　シンチグラム（画像を伴うもの）

「注３」の加算における所定点数には「注２」による加算は含まれない。

Ｅ１０１　シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影

（１）　シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影は、同一のラジオアイソトープを使用した一連の検査につき、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾病の種類等にかかわらず所定点数のみにより算定する。

（２）　「注２」の加算における所定点数とは、「注１」及び「注３」の加算を含まない点数である。

（３）　「注３」の加算における所定点数とは、「注１」及び「注２」の加算を含まない点数である。

Ｅ１０１－２　ポジトロン断層撮影

（１）　ポジトロン断層撮影は、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾患の種類等にかかわらず所定点数のみにより算定する。

（２）　^{18}ＦＤＧを用いたポジトロン断層撮影については、てんかん、心疾患若しくは血管炎の診断又は悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）の病期診断若しくは転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。

１．てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。
２．心疾患	虚血性心疾患による心不全患者における心筋組織のバイアビリティ診断（他の検査で判断のつかない場合に限る。）、心サルコイドーシスの診断（心臓以外で類上皮細胞肉芽腫が陽性でサルコイドーシスと診断され、かつ心臓病変を疑う心電図又は心エコー所見を認める場合に限る。）又は心サルコイドーシスにおける炎症部位の診断が必要とされる患者に使用する。
３．悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）	他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用する。

４．血管炎	高安動脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する。

（３） ^{18}ＦＤＧ製剤を医療機関内で製造する場合は、^{18}ＦＤＧ製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、高安動脈炎等の大型血管炎の診断に用いる ^{18}ＦＤＧ製剤については、当該診断のために用いるものとして薬事承認を得ている ^{18}ＦＤＧ製剤を使用した場合に限り算定する。

（４） 当該画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的で区分番号「Ｅ１００」シンチグラム（画像を伴うもの）（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）を実施した場合には、主たるもののみを算定する。

（５） ポジトロン断層撮影と同時に同一の機器を用いて行ったコンピューター断層撮影の費用はポジトロン断層撮影の所定点数に含まれ、別に算定できない。

（６） ^{15}Ｏ標識ガス剤を用いた場合に当該画像診断に伴って行われる血液ガス分析の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（７） ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の ^{15}Ｏ標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに ^{18}ＦＤＧ並びに ^{13}Ｎ標識アンモニア剤の合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（８） ^{13}Ｎ標識アンモニア剤を用いたポジトロン断層撮影については、他の検査で判断のつかない虚血性心疾患の診断を目的として行った場合に算定する。負荷に用いる薬剤料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（９） 放射性医薬品の管理に当たっては、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者を配置することが望ましい。

Ｅ１０１－３　ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

（１） ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影は、Ｘ線ＣＴ組合せ型ポジトロンＣＴ装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像、コンピューター断層撮影画像及び両者の融合画像を取得するものをいい、ポジトロン断層撮影画像の吸収補正用としてのみコンピューター断層撮影を行った場合は該当しない。また、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾患の種類等にかかわらず所定点数により算定する。

（２） 同一月に、区分番号「Ｅ２００」コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）を行った後にポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を行う場合は、本区分は算定せず、区分番号「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影により算定する。この場合においては、区分番号「Ｅ１０１－２」の別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていなくても差し支えない。

（３） ^{18}ＦＤＧを用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影については、てんかん若しくは血管炎の診断又は悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）の病期診断若しくは転移・再発の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。ただし、表中の「画像診断」からは、コンピューター断層撮影を除く。次の表に定める要件は満たさないが、区分番号「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影に定める要件を満たす場合は、区分番号「Ｅ１０１－２」により算定する。

１．てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用

	する。
２．悪性腫瘍（早期胃癌を除き、悪性リンパ腫を含む。）	他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用する。
３．血管炎	高安動脈炎等の大型血管炎において、他の検査で病変の局在又は活動性の判断のつかない患者に使用する。

（４） ^{18}ＦＤＧ製剤を医療機関内で製造する場合は、^{18}ＦＤＧ製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。なお、高安動脈炎等の大型血管炎の診断に用いる ^{18}ＦＤＧ製剤については、当該診断のために用いるものとして薬事承認を得ている ^{18}ＦＤＧ製剤を使用した場合に限り算定する。

（５） 撮影に当たって造影剤を使用した場合は、区分番号「Ｅ２００」コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）の「注３」の加算を本区分に対する加算として併せて算定する。

（６） 当該画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的で区分番号「Ｅ１００」シンチグラム（画像を伴うもの）（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）又は区分番号「Ｅ１０１－４」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影を実施した場合には、主たるもののみを算定する。

（７） ^{15}Ｏ標識ガス剤を用いた場合に当該画像診断に伴って行われる血液ガス分析の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（８） ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の ^{15}Ｏ標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに ^{18}ＦＤＧの合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（９） 放射性医薬品の管理に当たっては、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者を配置することが望ましい。

Ｅ１０１－４　ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）

（１） ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影は、ＰＥＴ装置とＭＲＩ装置を組み合わせた装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像、磁気共鳴コンピューター断層撮影画像及び両者の融合画像を取得するものをいう。また、画像のとり方、画像処理法の種類、スライスの数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数により算定する。

（２） 同一月に、区分番号「Ｅ２０２」磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）を行った後にポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影を行う場合は、本区分は算定せず、区分番号「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影により算定する。この場合においては、区分番号「Ｅ１０１－２」の別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていなくても差し支えない。

（３） ^{18}ＦＤＧを用いて、悪性腫瘍（脳、頭頸部、縦隔、胸膜、乳腺、直腸、泌尿器、卵巣、子宮、骨軟部組織、造血器、悪性黒色腫）の病期診断及び転移・再発の診断を目的とし、他の検査、画像診断により病期診断及び転移・再発の診断が確定できない患者に使用した場合に限り算定する。ただし、この画像診断からは磁気共鳴コンピューター断層撮影を除く。

（４） 撮影に当たって造影剤を使用した場合は、区分番号「Ｅ２０２」磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）の「注３」の加算を本区分に対する加算として併せて算定する。

（５） 当該画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的で区分番号「Ｅ１００」シン

チグラム（画像を伴うもの）（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）又は区分番号「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を実施した場合には、主たるもののみを算定する。

（６） ^{18}ＦＤＧ製剤を医療機関内で製造する場合は、^{18}ＦＤＧ製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。^{18}ＦＤＧの合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（７） 放射性医薬品の管理に当たっては、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者を配置することが望ましい。

Ｅ１０１－５　乳房用ポジトロン断層撮影

（１） 乳房用ポジトロン断層撮影とは、乳房専用のＰＥＴ装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像を撮影するものをいう。また、画像の方向、スライスの数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数により算定する。

（２） ^{18}ＦＤＧを用いて、乳がんの病期診断及び転移又は再発の診断を目的とし、他の検査又は画像診断により病期診断又は転移若しくは再発の診断が確定できない患者に使用した場合に限り算定する。

（３） 区分番号「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影の「２」^{18}ＦＤＧを用いた場合（一連の検査につき）、区分番号「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）の「２」^{18}ＦＤＧを用いた場合（一連の検査につき）又は区分番号「Ｅ１０１－４」のポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連につき）と併せて同日に行った場合に限り算定する。

（４） ^{18}ＦＤＧ製剤を医療機関内で製造する場合は、^{18}ＦＤＧ製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。^{18}ＦＤＧの合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（５） 放射性医薬品の管理に当たっては、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者を配置することが望ましい。

Ｅ１０２　核医学診断

（１） 核医学診断料は、実施した区分番号「Ｅ１００」から区分番号「Ｅ１０１－５」までに掲げる各区分の種類又は回数にかかわらず、月１回の算定とし、初回のシンチグラム（画像を伴うもの）、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影を実施する日に算定する。

（２） 同一月内において入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科においてシンチグラム（画像を伴うもの）、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影を実施した場合においては、入院若しくは外来又は診療科の別にかかわらず、月１回に限り算定する。

第３節　コンピューター断層撮影診断料

１　コンピューター断層撮影と磁気共鳴コンピューター断層撮影を行う際の取扱い

（１） 同一月に区分番号「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又は

区分番号「Ｅ１０１－４」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影を行った後に区分番号「Ｅ２００」コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）又は区分番号「Ｅ２０２」磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）を行った場合には、当該コンピューター断層撮影又は磁気共鳴コンピューター断層撮影については、２回目以降として「２」の例により算定する。

（２） 開設者が同一である複数の保険医療機関又は検査施設提供の契約を結んだ複数の医療機関において、同一の患者につき、コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に２回以上行った場合は、当該月の２回目以降の断層撮影について、「２」により算定する。

２ 「３」に規定する画像を電子化して管理及び保存した場合とは、デジタル撮影した画像を電子媒体に保存して管理した場合をいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該フィルムの費用は算定できない。

３ 「４」の加算における所定点数には、区分番号「Ｅ２００」の「注３」及び区分番号「Ｅ２０２」の「注３」による加算が含まれる。「２」における所定点数には、注に掲げる加算は含まれない。

４ 「４」の新生児頭部外傷撮影加算、乳幼児頭部外傷撮影加算及び幼児頭部外傷撮影加算は、６歳未満の小児の頭部外傷に対して、関連学会が定めるガイドラインに沿って撮影を行った場合に限り算定する。この場合において、その医学的な理由について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、カに該当する場合は、その詳細な理由及び医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア ＧＣＳ≦14

イ 頭蓋骨骨折の触知又は徴候

ウ 意識変容（興奮、傾眠、会話の反応が鈍い等）

エ 受診後の症状所見の悪化

オ 家族等の希望

カ その他

Ｅ２００ コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）

（１） コンピューター断層撮影は、スライスの数、疾患の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。

（２） 「１」の「イ」から「ニ」まで及び「２」に掲げる撮影のうち２以上のものを同時に行った場合は主たる撮影の所定点数のみにより算定する。

（３） 「１」のＣＴ撮影の「イ」から「ハ」までについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、64列以上のマルチスライス型、16列以上64列未満のマルチスライス型又は４列以上16列未満のマルチスライス型のＣＴ装置を使用して撮影を行った場合に限りそれぞれ算定する。

（４） 「１」の「イ」について、64列以上のマルチスライス型の機器であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しない場合には、「ロ」として届け出たうえで、「ロ」を算定すること。

（５） 「注３」に規定する「１」のＣＴ撮影における「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射、点滴注射、腔内注入及び穿刺注入等により造影剤使用撮影を行った場合をいう。た

だし、経口造影剤を使用した場合を除く。

（６） 造影剤を使用しないＣＴ撮影を行い、引き続き造影剤を使用して撮影を行った場合は、所定点数及び造影剤の使用による加算点数のみにより算定する。

（７） 造影剤を使用してコンピューター断層撮影を行った場合、閉鎖循環式全身麻酔に限り麻酔手技料を別に算定できる。

（８） 「注４」に規定する冠動脈ＣＴ撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、以下のアからオまでの場合に、64 列以上のマルチスライス型のＣＴ装置を使用し、冠動脈を撮影した上で三次元画像処理を行った場合に限り算定する。なお、その医学的根拠について診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。また、オに該当する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 諸種の原因による冠動脈の構造的・解剖学的異常（超音波検査等の所見から疑われた場合に限る。）

イ 急性冠症候群（血液検査や心電図検査等により治療の緊急性が高いと判断された場合に限る。）

ウ 狭心症（定量的負荷心電図又は負荷心エコー法により機能的虚血が確認された場合又はその確認が困難な場合に限る。）

エ 狭心症等が疑われ、冠動脈疾患のリスク因子（糖尿病、高血圧、脂質異常症、喫煙等）が認められる場合

オ その他、冠動脈ＣＴ撮影が医学的に必要と認められる場合

（９） 「注６」の外傷全身ＣＴとは、全身打撲症例における初期診断のため行う、頭蓋骨から少なくとも骨盤骨までの連続したＣＴ撮影をいう。

(10) 「注７」に規定する大腸ＣＴ撮影加算

ア 他の検査で大腸悪性腫瘍が疑われる患者に対して、「１」の「イ」又は「ロ」として届出を行っている機器を使用し、大腸のＣＴ撮影を行った場合に算定する。

なお、当該撮影は、直腸用チューブを用いて、二酸化炭素を注入し下部消化管をＣＴ撮影した上で三次元画像処理を行うものであり、大腸ＣＴ撮影に係る「注３」の加算、造影剤注入手技料及び麻酔料（区分番号「Ｌ００８」に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を除く。）は、所定点数に含まれるものとする。

イ アとは別に、転移巣の検索や他の部位の検査等の目的で、静脈内注射、点滴注射等により造影剤使用撮影を同時に行った場合には、「注３」の加算を別に算定できる。

(11) 「１」の「イ」の「(1)」については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において 64 列以上のマルチスライス型のＣＴ装置を使用して撮影が行われる場合、又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し 64 列以上のマルチスライス型のＣＴ装置を使用して撮影が行われる場合に限り算定する。

Ｅ２００－２ 血流予備量比コンピューター断層撮影

（１） 血流予備量比コンピューター断層撮影は、血流予備量比コンピューター断層撮影の解析を行うものとして薬事承認を取得したプログラムを用いた解析結果を参照して、コンピューター断層撮影による診断を行った場合に限り算定する。

（２） 血流予備量比コンピューター断層撮影の結果により、血流予備量比が陰性にもかかわらず、本検査実施後 90 日以内に区分番号「Ｄ２０６」心臓カテーテル法による諸検査を行った場合は、主たるものの所定点数のみ算定する。

（３） 血流予備量比コンピューター断層撮影と区分番号「Ｄ２０６」の「注４」冠動脈血流予備能測定検査加算、区分番号「Ｄ２１５」の「３」の「ホ」負荷心エコー法、区分番号「Ｅ１０１」シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影（同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき）、区分番号「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影、区分番号「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）、区分番号「Ｅ１０１－４」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（一連の検査につき）、区分番号「Ｅ１０２」核医学診断、区分番号「Ｅ２００」コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）（一連につき）及び区分番号「Ｅ２０２」磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）（一連につき）は併せて算定できない。

（４） 血流予備量比コンピューター断層撮影の検査結果及び検査結果に基づき患者に説明した内容を診療録に記載すること。

（５） 血流予備量比コンピューター断層撮影が必要な医学的理由及び冠動脈ＣＴ撮影による診断のみでは治療方針の決定が困難である理由を患者に説明した書面又はその写しを診療録に添付すること。

（６） 血流予備量比コンピューター断層撮影による血流予備量比の値を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（７） 関連学会が定める適正使用指針に沿って実施すること。

Ｅ２０２　磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）

（１） 磁気共鳴コンピューター断層撮影は、画像のとり方、画像処理法の種類、スライスの数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。

（２） 「１」から「３」までに掲げる撮影を同時に行った場合は、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。

（３） 「１」及び「２」については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、３テスラ以上又は1.5テスラ以上３テスラ未満のＭＲＩ装置を使用して撮影を行った場合に限り算定する。

（４） 「１」の３テスラ以上の機器であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に該当しない場合には、「２」として届け出た上で、「２」を算定すること。

（５） 「注３」に規定する「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射等により造影剤使用撮影を行った場合をいう。ただし、経口造影剤を使用した場合は除く。

（６） 造影剤を使用しない磁気共鳴コンピューター断層撮影を行い、引き続き造影剤を使用して撮影を行った場合は、所定点数及び造影剤の使用による加算点数のみにより算定する。

（７） 造影剤を使用して磁気共鳴コンピューター断層撮影を行った場合、閉鎖循環式全身麻酔に限り麻酔手技料を別に算定できる。

（８） 「注４」に規定する心臓ＭＲＩ撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、1.5 テスラ以上のＭＲＩ装置を使用して心臓又は冠動脈を描出した場合に限り算定する。

（９） ＭＲＩ対応型ペースメーカー、ＭＲＩ対応型植込型除細動器又はＭＲＩ対応型両室ペー

シング機能付き植込型除細動器を植え込んだ患者に対してＭＲＩ撮影を行う場合、別に厚生労働大臣が定める施設基準に加えて、日本医学放射線学会、日本磁気共鳴医学会、日本不整脈学会が定める「ＭＲＩ対応植込み型デバイス患者のＭＲＩ検査の施設基準」を満たす保険医療機関で行うこと。

(10)　ＭＲＩ対応型ペースメーカー、ＭＲＩ対応型植込型除細動器又はＭＲＩ対応型両室ペーシング機能付き植込型除細動器を植え込んだ患者に対してＭＲＩ撮影を行う場合は、患者が携帯している当該機器を植え込んでいることを示すカード（製造販売業者が発行する「条件付きＭＲＩ対応ペースメーカーカード」、「条件付きＭＲＩ対応ＩＣＤカード」又は「条件付きＭＲＩ対応ＣＲＴ－Ｄカード」）を確認し、そのカードの写しを診療録等に添付すること。

(11)　「１」の「イ」については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において３テスラ以上のＭＲＩ装置を使用して撮影が行われる場合、又は診断撮影機器での撮影を目的として別の保険医療機関に依頼し３テスラ以上のＭＲＩ装置を使用して撮影が行われる場合に限り算定する。

(12)　「注５」に規定する乳房ＭＲＩ撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、触診、エックス線撮影、超音波検査等の検査で乳腺の悪性腫瘍が疑われる患者に対して、手術適応及び術式を決定するために、1.5 テスラ以上のＭＲＩ装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合又は遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対して、乳癌の精査を目的として 1.5 テスラ以上のＭＲＩ装置及び乳房専用撮像コイルを使用して乳房を描出した場合に限り算定する。

(13)　「注７」に規定する小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、15 歳未満の小児に対して、複数の医師の管理の下、麻酔薬を投与して鎮静を行い、1.5 テスラ以上のＭＲＩ装置を使用して１回で頭部、頸部、胸部、腹部、脊椎又は四肢軟部のうち複数の領域を一連で撮影した場合に限り算定する。なお、所定点数とは、「注３」から「注５」まで、「注８」から「注 10」までの加算を含まない点数とする。

(14)　「注８」に規定する頭部ＭＲＩ撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、３テスラ以上のＭＲＩ装置を使用して頭部の画像を撮影した場合に限り算定する。

(15)　「注９」に規定する全身ＭＲＩ撮影加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、関連学会の定める指針に従って、前立腺癌の骨転移の診断を目的とし、1.5 テスラ以上のＭＲＩ装置を使用して複数の躯幹部用コイルと脊椎用コイルを組み合わせ、頸部から骨盤部を少なくとも３部位に分けて撮像した場合に限り算定する。なお、当該画像診断を実施した同一月内に骨転移の診断の目的で区分番号「Ｅ１００」シンチグラム（画像を伴うもの）又は区分番号「Ｅ１０１」シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影（同一のラジオアイソトープを用いた一連の検査につき）を実施した場合には、主たるもののみ算定する。

(16)　「注 10」に規定する肝エラストグラフィ加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、関連学会

の定める指針に従って、非アルコール性脂肪肝炎の患者（疑われる患者を含む。）に対して、肝臓の線維化の診断を目的とし、1.5 テスラ以上のＭＲＩ装置及び薬事承認を得た専用装置を使用して肝臓を描出した場合に年１回に限り算定する。

(17)　「注 10」に規定する肝エラストグラフィ加算と肝臓の線維化の診断を目的として区分番号「Ｄ４１２」経皮的針生検法（透視、心電図検査及び超音波検査を含む。）を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。また、当該画像診断を実施したと同一月内に肝臓の線維化の診断を目的として区分番号「Ｄ２１５－２」肝硬度測定、「Ｄ２１５－３」超音波エラストグラフィ又は「Ｄ２１５－４」超音波減衰法検査を実施した場合には、主たるもののみを算定する。

Ｅ２０３　コンピューター断層診断

（１）　コンピューター断層診断は、実施したコンピューター断層撮影（磁気共鳴コンピューター断層撮影、血流予備量比コンピューター断層撮影及び非放射性キセノン脳血流動態検査を含み、区分番号「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影及び区分番号「Ｅ１０１－４」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影は含まない。以下同じ。）の種類又は回数にかかわらず、月１回の算定とし、初回のコンピューター断層撮影を実施する日に算定する。

（２）　同一月内において、入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科において、コンピューター断層撮影を実施した場合においては、入院若しくは外来又は診療科の別にかかわらず、月１回に限り算定する。

（３）　当該保険医療機関以外の医療機関で撮影したフィルムについて診断を行った場合には、区分番号「Ａ０００」に掲げる初診料（注５のただし書に規定する２つ目の診療科に係る初診料を含む。）を算定した日に限り、コンピューター断層診断料を算定できる。

第５部　投薬

通則

１　投薬の費用は、第１節から第３節までの各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、処方箋を交付した場合は、第５節の所定点数のみにより算定する。

２　投薬に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を支給した場合は、前号により算定した点数及び第４節の所定点数により算定する。

３　薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）は、前２号により算定した点数及び第６節の所定点数を合算した点数により算定する。

４　入院中の患者以外の患者に対して、うがい薬のみを投薬した場合には、区分番号Ｆ０００に掲げる調剤料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料、区分番号Ｆ２００に掲げる薬剤、区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料及び区分番号Ｆ５００に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。

５　入院中の患者以外の患者に対して、１処方につき63枚を超えて湿布薬を投薬した場合は、区分番号Ｆ０００に掲げる調剤料、区分番号Ｆ１００に掲げる処方料、区分番号Ｆ２００に掲げる薬剤（当該超過分に係る薬剤料に限る。）、区分番号Ｆ４００に掲げる処方箋料及び区分番号Ｆ５００に掲げる調剤技術基本料は、算定しない。ただし、医師が疾患の特性等により必要性があると判断し、やむを得ず63枚を超えて投薬する場合には、その理由を処方箋及び診療報酬明細書に記載することで算定可能とする。

第１節　調剤料

区分

Ｆ０００　調剤料

１　入院中の患者以外の患者に対して投薬を行った場合

イ　内服薬、浸煎薬及び屯服薬（１回の処方に係る調剤につき）　11点

ロ　外用薬（１回の処方に係る調剤につき）　８点

２　入院中の患者に対して投薬を行った場合（１日につき）　７点

注　麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を調剤した場合は、麻薬等加算として、１に係る場合には１処方につき１点を、２に係る場合には１日につき１点を、それぞれ所定点数に加算する。

第２節　処方料

区分

Ｆ１００　処方料

１　３種類以上の抗不安薬、３種類以上の睡眠薬、３種類以上の抗うつ薬、３種類以上の抗精神病薬又は４種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合　18点

２　１以外の場合であって、７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のもの及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合　29点

３　１及び２以外の場合　42点

注１　入院中の患者以外の患者に対する１回の処方について算定する。

２　麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方した場合は、麻薬等加算として、１処方につき１点を所定点数に加算する。

３　入院中の患者に対する処方を行った場合は、当該処方の費用は、第１章第２部第１節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

４　３歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、乳幼児加算として、１処方につき３点を所定点数に加算する。

５　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院

中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算１として、月２回に限り、１処方につき18点を所定点数に加算する。

６　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算２として、月１回に限り、１処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算１は算定できない。

７　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤を処方した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月１回に限り、１処方につき70点を所定点数に加算する。

８　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注２又は注３、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注２又は注３を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において投薬を行った場合には、外来後発医薬品使用体制加算として、当該基準に係る区分に従い、１処方につき次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。

イ　外来後発医薬品使用体制加算１　５点

ロ　外来後発医薬品使用体制加算２　４点

ハ　外来後発医薬品使用体制加算３　２点

10　抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬又は抗精神病薬（以下この区分番号及び区分番号Ｆ４００において「抗不安薬等」という。）が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師、看護師又は准看護師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月１回に限り、１処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号Ａ２５０に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号Ｂ００８－２に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

第３節　薬剤料

区分

Ｆ２００　薬剤　薬剤料は、次の各区分ごとに所定単位につき、薬価が15円以下である場合は１点とし、15円を超える場合は10円又はその端数を増すごとに１点を所定点数に加算する。

使用薬剤	単位
内服薬及び浸煎薬	１剤１日分
屯服薬	１回分
外用薬	１調剤

注１　特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が１年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数（以下この表において「合算薬剤料」という。）が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

２　１処方につき３種類以上の抗不安薬、３種類以上の睡眠薬、３種類以上の抗うつ薬、３種類以上の抗精神病薬又は４種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨

時の投薬等のもの及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合には、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係る薬剤料に限り、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

３　注２以外の場合であって、１処方につき７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のもの及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算又は区分番号Ｂ００１－２－９に掲げる地域包括診療料を算定するものを除く。）を行った場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

４　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注２又は注３、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注２又は注３を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合には、所定点数の100分の40に相当する点数により算定する。

５　健康保険法第85条第１項及び高齢者医療確保法第74条第１項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の２第１項及び高齢者医療確保法第75条第１項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。

６　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第４節　特定保険医療材料料

区分

Ｆ３００　特定保険医療材料　　材料価格を10円で除して得た点数

注　支給した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第５節　処方箋料

区分

Ｆ４００　処方箋料

１　３種類以上の抗不安薬、３種類以上の睡眠薬、３種類以上の抗うつ薬、３種類以上の抗精神病薬又は４種類以上の抗不安薬及び睡眠薬の投薬（臨時の投薬等のもの及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）を行った場合　　28点

２　１以外の場合であって、７種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が２週間以内のもの及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注12に掲げる地域包括診療加算を算定するものを除く。）を行った場合又は不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬（当該症状を有する患者に対する診療を行うにつき十分な経験を有する医師が行う場合又は精神科の医師の助言を得ている場合その他これに準ずる場合を除く。）を行った場合　　40点

３　１及び２以外の場合　　68点

注１　保険薬局において調剤を受けるために処方箋を交付した場合に、交付１回につき算定する。

２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注２又は注３、区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注２又は注３を算定する保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が30日以上の投薬を行った場合（保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第20条第３号ロ及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）第20条第４号ロに規定するリフィル処方箋を交付する場合であって、当該リフィル処方箋の１回の使用による投与期間が29日以内の投薬を行った場合を除く。）には、所定点数の100分の40に相

当する点数により算定する。

3　３歳未満の乳幼児に対して処方箋を交付した場合は、乳幼児加算として、処方箋の交付１回につき３点を所定点数に加算する。

4　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して処方箋を交付した場合は、特定疾患処方管理加算１として、月２回に限り、処方箋の交付１回につき18点を所定点数に加算する。

5　診療所又は許可病床数が200床未満の病院である保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするものに限る。）に対して薬剤の処方期間が28日以上の処方を行った場合は、特定疾患処方管理加算２として、月１回に限り、１処方につき66点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、同一月に特定疾患処方管理加算１は算定できない。

6　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）において、治療の開始に当たり投薬の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で抗悪性腫瘍剤に係る処方箋を交付した場合には、抗悪性腫瘍剤処方管理加算として、月１回に限り、処方箋の交付１回につき70点を所定点数に加算する。

7　薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付１回につきそれぞれ所定点数に加算する。

イ　一般名処方加算１　７点

ロ　一般名処方加算２　５点

8　抗不安薬等が処方されていた患者であって、当該処方の内容を総合的に評価及び調整し、当該患者に処方する抗不安薬等の種類数又は投薬量が減少したものについて、薬剤師に対し、薬剤の種類数又は投薬量が減少したことによる症状の変化等の確認を指示した場合に、向精神薬調整連携加算として、月１回に限り、１処方につき12点を所定点数に加算する。ただし、同一月において、区分番号Ａ２５０に掲げる薬剤総合評価調整加算及び区分番号Ｂ００８－２に掲げる薬剤総合評価調整管理料は別に算定できない。

第６節　調剤技術基本料

区分

Ｆ５００　調剤技術基本料

1　入院中の患者に投薬を行った場合　42点

2　その他の患者に投薬を行った場合　14点

注１　薬剤師が常時勤務する保険医療機関において投薬を行った場合（処方箋を交付した場合を除く。）に算定する。

2　同一の患者につき同一月内に調剤技術基本料を算定すべき投薬を２回以上行った場合においては、調剤技術基本料は月１回に限り算定する。

3　１において、調剤を院内製剤の上行った場合は、院内製剤加算として10点を所定点数に加算する。

4　区分番号Ｂ００８に掲げる薬剤管理指導料又は区分番号Ｃ００８に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定しない。

第５部　投薬

＜通則＞

1　投薬の費用は、第１節調剤料、第２節処方料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料及び第６節調剤技術基本料に掲げる所定点数を合算した点数で算定する。ただし、処方箋を交付した場合は第５節処方箋料に掲げる所定点数のみを算定する。

なお、使用薬剤の薬価（薬価基準）に収載されている臨床試用医薬品を使用した場合は、薬剤料は算定せず、調剤料、処方料、特定保険医療材料料、調剤技術基本料のみを算定する。

2　別に規定する場合を除き、入院実日数を超えて投薬を算定することができる。退院時の投薬については、服用の日の如何にかかわらず入院患者に対する投薬として扱う。

3　投薬時における薬剤の容器は、原則として保険医療機関から患者へ貸与するものとする。なお、患者が希望する場合には、患者にその実費負担を求めて容器を交付できるが、患者が当該容器を返還した場合には、当該容器本体部分が再使用できるものについて当該実費を返還しなければならない。

4　患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることは認められない。

5　保険医療機関が患者に喘息治療剤の施用のため小型吸入器及び鼻腔・口腔内治療剤の施用のため噴霧・吸入用器具（散粉器）を交付した場合は、患者にその実費負担を求めることができるが、患者が当該吸入器を返還した場合には当該実費を返還しなければならない。

6　入院中の患者に月をまたがって投与した薬剤は、投薬の日の属する月により区分する。

7　外来において数日分投与しその薬剤を入院後も服用する場合、この入院後服用の分の請求区分は服用の日の如何にかかわらず、外来投与として扱う。

8　被保険者が保険医より薬品の授与を受け、持ち帰りの途中又は自宅において薬品を紛失したために（天災地変の他やむを得ない場合を除く。）保険医が再交付した場合は、その薬剤の費用は、被保険者の負担とする。

9　「通則４」については、うがい薬のみの投薬が治療を目的としないものである場合には算定しないことを明らかにしたものであり、治療を目的とする場合にあっては、この限りでない。なお、うがい薬とは、薬効分類上の含嗽剤をいう。

10　「通則５」の湿布薬とは、貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤（ただし、専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）をいう。

11　入院中の患者以外の患者に対して、血行促進・皮膚保湿剤（ヘパリンナトリウム又はヘパリン類似物質に限る。）を処方された場合で、疾病の治療を目的としたものであり、かつ、医師が当該保湿剤の使用が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

第１節　調剤料

Ｆ０００　調剤料

（１）　入院中の患者以外の患者に係る調剤料の所定単位については、１回の処方に係る調剤料として、その剤数・日数又は調剤した量にかかわらず「１」の所定点数を処方料算定時にまとめて算定する。ただし、２以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの

処方につき、調剤料を算定できる。

（２） トローチ剤又は亜硝酸アミル等の嗅薬、噴霧吸入剤については外用薬として、投薬に係る費用を算定する。例えば、トローチ剤の１日量６錠３日分は、18 錠分を１調剤の薬剤料として算定する。

（３） 外泊期間中及び入院実日数を超えた部分について、調剤料は算定できない。

（４） 「注」の加算については、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、入院中の患者以外の患者に対して投薬を行う場合は１処方につき１点を、また、入院中の患者に対して投薬を行う場合は１日につき１点を所定点数に加算する。なお、コデインリン酸塩散１％のように、当該薬剤の基剤が麻薬等に属していても、稀釈度により麻薬等の取扱いを受けていないものを調剤又は処方した場合には対象とならない。

（５） 「注」にいう麻薬、向精神薬、覚醒剤原料及び毒薬は次のとおりである。

ア 毒薬とは医薬品医療機器等法第 44 条第１項の規定（同施行規則第 204 条、別表第３）による毒薬をいう。

イ 向精神薬とは、麻薬及び向精神薬取締法第２条第６号の規定（同法別表第３）による向精神薬をいう。

第２節 処方料

Ｆ１００ 処方料

（１） 医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30 日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

ア 30 日以内に再診を行う。

イ 許可病床数が 200 床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（許可病床数が 200 床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出を行う。

ウ 患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。

（２） 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、２以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方料を算定する。

（３） 「１」について

ア 当該保険医療機関が、１回の処方において、抗不安薬を３種類以上、睡眠薬を３種類以上、抗うつ薬を３種類以上、抗精神病薬を３種類以上又は抗不安薬と睡眠薬を合わせて４種類以上投与（以下この部において「向精神薬多剤投与」という。）した場合に算定する。ただし、以下の(イ)から(ハ)までのいずれかに該当する場合、又は抗うつ薬を３種類若しくは抗精神病薬を３種類投与する場合であって(ニ)に該当する場合には、「１」の所定点数は算定せず、「２」又は「３」により算定する。なお、この場合にお

いては、診療報酬明細書の摘要欄に向精神薬多剤投与に該当するが「１」の所定点数を算定しない理由を記載すること。

なお、「臨時の投薬等のもの」とは(イ)から(ハ)までのいずれかを満たすことをいい、「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」とは、(ニ)を満たすことをいう。

(イ)　精神疾患を有する患者が、当該疾患の治療のため、当該保険医療機関を初めて受診した日において、他の保険医療機関で既に向精神薬多剤投与されている場合の連続した６か月間。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、当該保険医療機関の初診日を記載すること。

(ロ)　向精神薬多剤投与に該当しない期間が１か月以上継続しており、向精神薬が投与されている患者について、当該患者の症状の改善が不十分又はみられず、薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した３か月間。（年２回までとする。）この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、薬剤の切り替えの開始日、切り替え対象となる薬剤名及び新しく導入する薬剤名を記載すること。

(ハ)　臨時に投与した場合（臨時に投与した場合とは、連続する投与期間が２週間以内又は 14 回以内のものをいう。１回投与量については、１日量の上限を超えないよう留意すること。なお、投与中止期間が１週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。）なお、抗不安薬及び睡眠薬については、臨時に投与する場合についても種類数に含める。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、臨時の投与の開始日を記載すること。

(ニ)　抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師として別紙様式 39 を用いて地方厚生(支)局長に届け出たものが、患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合。なお、ここでいう精神科の診療に係る経験を十分に有する医師とは以下のいずれにも該当するものであること。

①　臨床経験を５年以上有する医師であること。

②　適切な保険医療機関において３年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。なお、ここでいう適切な保険医療機関とは、医師に対する適切な研修を実施するため、常勤の指導責任者を配置した上で、研修プログラムの策定、医師に対する精神科医療に係る講義の提供、症例検討会の実施等を満たす保険医療機関を指す。

③　精神疾患に関する専門的な知識と、ICD-10（平成 21 年総務省告示第 176 号（統計法第 28 条及び附則第３条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「３」の「(１)　疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）においてF0からF9までの全てについて主治医として治療した経験を有すること。

④　精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。

イ　抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類については、別紙 36 を参考にすること。

ウ　向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、毎年度４月、７月、10 月、１月に、前月までの３か月間の向精神薬多剤投与の状況を別紙様式 40 を用いて地方厚生(支)局長に報

告すること。

（４）　「２」において、処方料における内服薬の種類については、区分番号「Ｆ２００」薬剤の「注３」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が６種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「３」で算定する。

（５）　「２」において、臨時的に内服薬の追加投与等を行った場合の取扱いについては、区分番号「Ｆ２００」薬剤の(６)に準じるものとする。

（６）　「２」において、「不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬を行った場合（以下「向精神薬長期処方」という。）」とは、薬効分類上の抗不安剤、催眠鎮静剤、精神神経用剤又はその他の中枢神経系用薬のいずれかに該当する医薬品のうち、ベンゾジアゼピン受容体作動薬を１年以上にわたって、同一の成分を同一の１日当たり用量で連続して処方している場合をいう。なお、定期処方と屯服間の変更については、同一の１日当たり用量には該当しない。また、以下のいずれかに該当する医師が行った処方又は当該処方の直近１年以内に精神科の医師からの助言を得て行っている処方については、向精神薬長期処方に該当せず、「３」を算定すること。

ア　不安又は不眠に係る適切な研修を修了した医師であること。

イ　精神科薬物療法に係る適切な研修を修了した医師であること。

（７）　「注２」の加算は、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、１処方につき１点を所定点数に加算する。

（８）　複数の診療科を標榜する保険医療機関において、２以上の診療科で、異なる医師が３歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、それぞれの処方について「注４」による乳幼児加算を算定することができる。

（９）　特定疾患処方管理加算

ア　特定疾患処方管理加算は、生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリ機能を担う地域のかかりつけ医師が総合的に病態分析を行い、それに基づく処方管理を行うことを評価したものであり、診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院においてのみ算定する。

イ　処方期間が 28 日以上の場合は、特定疾患処方管理加算２として、月１回に限り１処方につき 66 点を加算する。なお、同一暦月に区分番号「Ｆ１００」処方料と区分番号「Ｆ４００」処方箋料を算定する場合にあっては、区分番号「Ｆ１００」処方料又は区分番号「Ｆ４００」処方箋料のいずれか一方の加算として月１回に限り算定する。

ウ　処方期間が 28 日以上の場合の加算は、長期投薬の際の病態分析及び処方管理の評価の充実を図るものであり、特定疾患に対する薬剤の処方期間が 28 日以上の場合に算定する。ただし、当該患者に処方された薬剤の処方期間が全て 28 日以上である必要はない。

エ　イに該当する場合以外の場合には、特定疾患処方管理加算１として、月２回に限り１処方につき 18 点を算定する。なお、同一暦月に処方料と処方箋料を算定する場合であっても、処方箋料の当該加算と合わせて２回を限度とする。

オ　主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、２以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。

カ　特定疾患処方管理加算は初診料を算定した初診の日においても算定できる。

キ　投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護等に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても算定できる。

(10)　抗悪性腫瘍剤処方管理加算

ア　「注７」に規定する抗悪性腫瘍剤処方管理加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤による投薬の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、抗悪性腫瘍剤の適正使用及び副作用管理に基づく処方管理のもとに悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤が処方された場合に算定する。

イ　同一暦月に区分番号「Ｆ１００」処方料と区分番号「Ｆ４００」処方箋料を算定する場合にあっては、区分番号「Ｆ１００」処方料又は区分番号「Ｆ４００」処方箋料のいずれか一方の加算として月１回に限り算定する。

ウ　加算対象となる抗悪性腫瘍剤は、薬効分類上の腫瘍用薬とする。

(11)　「注８」については、区分番号「Ａ０００」初診料の「注２」又は「注３」、区分番号「Ａ００２」外来診療料の「注２」又は「注３」を算定する保険医療機関において、以下のアからコまでに定める薬剤を除き、１処方につき投与期間が 30 日以上の投薬を行った場合には、所定点数の 100 分の 40 に相当する点数により算定する。

ア　薬効分類が抗てんかん剤のもので、てんかんに対して用いた場合

イ　薬効分類の小分類が甲状腺ホルモン製剤のもので、甲状腺の障害に対して用いた場合

ウ　薬効分類が副腎ホルモン剤のもので、副腎性器障害又は副腎皮質機能不全に対して用いた場合

エ　薬効分類が卵胞ホルモン及び黄体ホルモン剤のもので、卵巣除去後機能不全その他の卵巣機能不全に対して用いた場合

オ　薬効分類の小分類が合成ビタミンＤ製剤のもので、副甲状腺機能低下症又は偽性副甲状腺機能低下症に対して用いた場合

カ　薬効分類が乳幼児用剤のもので、フェニルケトン尿症、楓糖尿症、ホモシスチン尿症又はガラクトース血症に対して用いた場合

キ　薬効分類が抗ウイルス剤のもので、後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者に対して用いた場合

ク　薬効分類が血液製剤類のもので、血友病の者に対して用いた場合

ケ　薬効分類がその他の腫瘍用薬のもので、慢性骨髄性白血病に対して用いた場合

コ　アからケまでの内服薬と併用する薬効分類が健胃消化剤のもので、アからケまでに該当する疾患に対して用いた場合

(12)　「注９」に規定する外来後発医薬品使用体制加算は、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したものであり、診療所においてのみ算定する。

(13)　「注 10」に規定する向精神薬調整連携加算については、直近の処方が向精神薬多剤投与又は向精神薬長期処方に該当する患者であって、当該処方において直近の処方から抗不安薬等の種類数又は１日当たり用量が減少したものについて、薬剤師又は看護職員に処方内容の変更に伴う心身の状態の変化について確認を指示した場合に算定する。指示に当たっ

ては、処方の変更点を説明するとともに、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（ＰＭＤＡ）による「ＰＭＤＡからの医薬品適正使用のお願い（No.11　2017 年３月）」又は睡眠薬の適正使用及び減量・中止のための診療ガイドラインに関する研究班（平成 24 年度厚生労働科学研究・障害者対策総合研究事業）が作成した「睡眠薬の適正な使用と休薬のための診療ガイドライン」等を参考に特に留意すべき症状等について具体的に指示をすること。

(14)　(13)における「抗不安薬等の種類数の減少」については、一般名で種類数を計算した場合に抗不安薬等の種類数が減少している場合をいう。また、「抗不安薬等の１日当たり用量の減少」には、一般名で用量を計算した場合に抗不安薬等の用量が減少している場合をいい、定期処方を屯服に変更した場合が含まれること。

(15)　外来後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が 75%以上、85%以上又は 90%以上であるとともに、外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関において、１処方につき２点、４点又は５点を所定点数に加算する。

第３節　薬剤料

Ｆ２００　薬剤

（１）　「注２」については、区分番号「Ｆ１００」処方料の(３)に準じるものとする。

（２）　「注２」の算定は、外来の場合に限る。なお、１処方とは処方料の算定単位となる処方をいう。

（３）　１回の処方において、２種類以上の内服薬を調剤する場合には、それぞれの薬剤を個別の薬包等に調剤しても、服用時点及び服用回数が同じであるものについては、次の場合を除き１剤として算定する。

ア　配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合

イ　固形剤と内用液剤の場合

ウ　内服錠とチュアブル錠等のように服用方法が異なる場合

（４）　「注１」における「その他の特定の疾患」とは、難病の患者に対する医療等に関する法律第５条第１項に規定する指定難病（同法第７条第４項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第１項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）又は「特定疾患治療研究事業について」に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）をいう。

（５）　特別入院基本料等を算定する病棟を有する病院の長期入院患者に係る入院期間の算定は、当該特別入院基本料等を算定する病棟を有する病院となる以前からの入院期間を通算する。

また、入院期間の算定は第１章第２部入院料等の通則の例に準じる。

（６）　「注３」の多剤投与の場合の算定

ア　「注３」の算定は、外来の場合に限り、１処方のうち、内服薬についてのみ対象とする。この場合の「種類」については、次のように計算する。なお、１処方とは処方料の

算定単位となる処方をいう。

（イ） 錠剤、カプセル剤については、１銘柄ごとに１種類と計算する。

（ロ） 散剤、顆粒剤及び液剤については、１銘柄ごとに１種類と計算する。

（ハ） （ロ）の薬剤を混合して服薬できるよう調剤を行ったものについては、１種類とする。

（ニ） 薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が 205 円以下の場合には、１種類とする。

イ 「注３」の「所定点数」とは、１処方のうちの全ての内服薬の薬剤料をいう。

ウ 「注３」の算定は、常態として投与する内服薬が７種類以上の場合に行い、臨時に投与する薬剤については対象としない。

エ ウの臨時に投与する薬剤とは連続する投与期間が２週間以内のものをいい、２週間を超える投与期間の薬剤にあっては常態として投与する薬剤として扱う。なお、投与中止期間が１週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。

オ 臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、１処方につき内服薬が７種類以上となる場合において、傷病名欄からその必要性が明らかでない場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその必要性を記載する。

（７） 「注４」については、区分番号「Ｆ１００」処方料の(11)に準じるものとする。

（８） ビタミン剤

ア 「注５」に規定するビタミン剤とは、内服薬及び注射薬をいうものであり、また、ビタミンを含有する配合剤を含むものである。

イ ビタミン剤に係る薬剤料が算定できるのは、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断し、適正に投与された場合に限られるものであり、医師が疾患の特性により投与の必要性を認める場合のほか、具体的には、次のような場合をいう。ただし、薬事承認の内容に従って投与された場合に限る。

（イ） 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合（例えば、悪性貧血のビタミンＢ12 の欠乏等、診察及び検査の結果から当該疾患又は症状が明らかな場合）

（ロ） 患者が妊産婦、乳幼児等（手術後の患者及び高カロリー輸液療法実施中の患者を含む。）であり、診察及び検査の結果から食事からのビタミンの摂取が不十分であると診断された場合

（ハ） 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であると推定され、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合

（ニ） 重湯等の流動食及び軟食のうち、一分がゆ、三分がゆ又は五分がゆを食している場合

（ホ） 無菌食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食又はガラクトース血症食を食している場合

ウ ビタミン剤に係る薬剤料を算定する場合には、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を具体的に診療録及び診療報酬明細書に記載しなければならない。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要、かつ、有効と判断できる場合は趣旨を診療報酬明細書に記載することは要しない。

第５節　処方箋料

Ｆ４００　処方箋料

（１）　医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30 日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

ア　30 日以内に再診を行う。

イ　許可病床数が 200 床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（許可病床数が 200 床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出を行う。

ウ　患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。

（２）　保険薬局で保険調剤を受けさせるために、患者に保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 15 号）に定められている様式の完備した処方箋（院外処方箋）を交付した場合に限り算定し、その処方箋に処方した剤数、投与量（日分数）等の如何にかかわらず、１回として算定する。なお、分割指示に係る処方箋を発行する場合は、保険医療機関及び保険医療養担当規則に定められている様式第二号の二を用いることとし、分割の回数は３回までとする。また、患者に対し、調剤を受ける度に別紙を含む分割指示に係る処方箋の全てを保険薬局に提出するよう指導する。

（３）　同一の保険医療機関が一連の診療に基づいて、同時に、同一の患者に２枚以上の処方箋を交付した場合は、１回として算定する。

（４）　複数の診療科を標榜する保険医療機関において、２以上の診療科で、異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方箋料を算定することができる。

（５）　「１」については、区分番号「Ｆ１００」処方料の(３)に準じるものとする。

（６）　「２」において、処方箋料における内服薬の種類については、区分番号「Ｆ２００」薬剤の「注３」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が６種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「３」で算定する。

（７）　「２」において、臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、１処方につき内服薬が７種類以上となる場合には、処方箋の備考欄にその必要性を記載する。

その他、臨時的に内服薬の追加投与を行った場合の取扱いについては区分番号「Ｆ２００」薬剤の(６)に準じるものとする。

（８）　「２」において、「不安若しくは不眠の症状を有する患者に対して１年以上継続して別に厚生労働大臣が定める薬剤の投薬を行った場合」については、区分番号「Ｆ１００」処方料の(６)に準じるものとする。

（９）　同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。

また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

(10)　「注２」については、区分番号「Ｆ１００」処方料の(11)に準じるものとする。

(11)　乳幼児加算、特定疾患処方管理加算及び抗悪性腫瘍剤処方管理加算は区分番号「Ｆ１００」処方料の(８)、(９)又は(10)に準じるものとする。

(12)　「注７」に規定する一般名処方加算は、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代えて、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品（２品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算１を、１品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算２を、処方箋の交付１回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。

なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。

また、一般名処方を行った場合の(６)の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。

(13)　「注８」については、区分番号「Ｆ１００」処方料の(13)及び(14)に準じるものとする。

(14)　訪問薬剤管理指導との関係

保険薬局に訪問薬剤管理指導を依頼している場合は、当該保険医療機関は区分番号「Ｃ００８」在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できない。保険薬局から情報提供があった場合は、当該保険医療機関は文書を診療録等に添付する。なお、地方厚生（支）局長に届出を行った保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できるのは月に４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週２回かつ月８回）に限られる。

(15)　保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投与量に限度が定められている医薬品及び湿布薬については、リフィル処方箋による処方を行うことはできない。

第６節　調剤技術基本料

Ｆ５００　調剤技術基本料

（１）　調剤技術基本料は、重複投薬の防止等保険医療機関内における調剤の管理の充実を図るとともに投薬の適正を確保することを目的としており、薬剤師が常態として勤務する保険医療機関において、薬剤師の管理のもとに調剤が行われた場合に、患者１人につき、月１回に限り算定する。

（２）　同一医療機関において同一月内に処方箋の交付がある場合は、調剤技術基本料は算定できない。

（３）　同一月に区分番号「Ｂ００８」薬剤管理指導料又は区分番号「Ｃ００８」在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している場合には、調剤技術基本料は算定しない。

（４）　院内製剤加算

ア　「注３」に規定する院内製剤加算は、薬価基準に収載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品とは異なる剤形の医薬品を院内製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き算定できる。

（イ）　調剤した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合

（ロ） 散剤を調剤した場合

（ハ） 液剤を調剤する場合であって、薬事承認の内容が用時溶解して使用することとなっている医薬品を交付時に溶解した場合

（ニ） １種類のみの医薬品を水に溶解して液剤とする場合（安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を使用した場合及び調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があって、これらの行為を行った場合を除く。）

イ　上記アにかかわらず、剤形が変わらない場合であっても、次に該当する場合には、院内製剤加算が算定できる。ただし、調剤した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合を除く。

（イ） 同一剤形の２種類以上の既製剤（賦形剤、矯味矯臭剤等を除く。）を混合した場合（散剤及び顆粒剤を除く。）

（ロ） 安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を加えて調剤した場合

（ハ） 調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があって、これらの行為を行った場合

ウ　ア、イにかかわらず調剤した医薬品を、原料とした医薬品の承認内容と異なる用法・用量あるいは効能・効果で用いる場合は院内製剤加算は算定できない。

第６部　注射

通則

１　注射の費用は、第１節及び第２節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

２　注射に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第３節の所定点数を合算した点数により算定する。

３　生物学的製剤注射を行った場合は、生物学的製剤注射加算として、前２号により算定した点数に15点を加算する。

４　精密持続点滴注射を行った場合は、精密持続点滴注射加算として、前３号により算定した点数に１日につき80点を加算する。

５　注射に当たって、麻薬を使用した場合は、麻薬注射加算として、前各号により算定した点数に５点を加算する。

６　区分番号Ｇ００１に掲げる静脈内注射、Ｇ００２に掲げる動脈注射、Ｇ００４に掲げる点滴注射、Ｇ００５に掲げる中心静脈注射又はＧ００６に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く。）に対して、治療の開始に当たり注射の必要性、危険性等について文書により説明を行った上で化学療法を行った場合は、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を、それぞれ１日につき前各号により算定した点数に加算する。この場合において、同一月に区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料は算定できない。

イ　外来化学療法加算１

⑴　15歳未満の患者の場合　670点

⑵　15歳以上の患者の場合　450点

ロ　外来化学療法加算２

⑴　15歳未満の患者の場合　640点

⑵　15歳以上の患者の場合　370点

７　前号に規定する場合であって、当該患者に対し、バイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品を使用した場合は、バイオ後続品導入初期加算として、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として、月１回に限り150点を更に所定点数に加算する。

８　第１節に掲げられていない注射であって簡単なものの費用は、第２節の各区分の所定点数のみにより算定し、特殊なものの費用は、第１節に掲げられている注射のうちで最も近似する注射の各区分の所定点数により算定する。

９　注射に伴って行った反応試験の費用は、第１節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

第１節　注射料

通則

注射料は、第１款及び第２款の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

第１款　注射実施料

区分

Ｇ０００　皮内、皮下及び筋肉内注射（１回につき）　22点

注１　入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。

２　区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑴を算定する日に併せて行った皮内、皮下及び筋肉内注射の費用は算定しない。

Ｇ００１　静脈内注射（１回につき）　34点

注１　入院中の患者以外の患者に対して行った場合に算定する。

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、48点を所定点数に加算する。

３　区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ１０４に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑴を算定する日に併せて行った静脈内注射の費用は算定しない。

Ｇ００２　動脈注射（１日につき）

１　内臓の場合　155点

２　その他の場合　45点

Ｇ００３　抗悪性腫瘍剤局所持続注入（１日につき）　165点

注　皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内、静脈内又は腹腔内に局所持続注入した場合に算定する。

Ｇ００３－２　削除

Ｇ００３－３　肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（１日につき）　165点

Ｇ００４　点滴注射（１日につき）

１　６歳未満の乳幼児に対するもの（１日分の注射量が100mL以上の場合）　101点

２　１に掲げる者以外の者に対するもの（１日分の注射量が500mL以上の場合）　99点

３　その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る。）　50点

注１　点滴に係る管理に要する費用を含む。

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、46点を所定点数に加算する。

３　血漿成分製剤の注射を行う場合であって、１回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。

４　区分番号Ｃ１０１に掲げる在宅自己注射指導管理料、区分番号Ｃ１０４に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑴を算定する日に併せて行った点滴注射の費用は算定しない。

Ｇ００５　中心静脈注射（１日につき）　140点

注１　血漿成分製剤の注射を行う場合であって、１回目の注射に当たって、患者に対して注射の必要性、危険性等について文書による説明を行ったときは、血漿成分製剤加算として、当該注射を行った日に限り、50点を所定点数に加算する。

２　中心静脈注射の費用を算定した患者については、同一日に行われた区分番号Ｇ００４に掲げる点滴注射の費用は算定しない。

３　区分番号Ｃ１０４に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った中心静脈注射の費用は算定しない。

４　区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑴を算定する日に併せて行った中心静脈注射の費用は算定しない。

５　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、50点を所定点数に加算する。

Ｇ００５－２　中心静脈注射用カテーテル挿入　1,400点

注１　カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、500点を所定点数に加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める患者に対して静脈切開法を用いて行った場合は、静脈切開法加算として、2,000点を所定点数に加算する。

Ｇ００５－３　末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入　700点

注１　カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合には、乳幼児加算として、500点を所定点数に加算する。

Ｇ００５－４　カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入　2,500点

注１　カテーテルの挿入に伴う検査及び画像診断の費用は、所定点数に含まれるものとする。

２　６歳未満の乳幼児に対して行った場合には、乳幼児加算として、500点を所定点数に加算する。

Ｇ００６　植込型カテーテルによる中心静脈注射（１日につき）　125点

注１　区分番号Ｃ１０４に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者に対して行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。

２　区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号Ｃ１０８－２に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料⑵を算定する日に併せて行った植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定しない。

３　６歳未満の乳幼児に対して行った場合には、乳幼児加算として、50点を所定点数に加算する。

Ｇ００７　腱鞘内注射　27点

Ｇ００８　骨髄内注射

１　胸骨　80点

２　その他　90点

Ｇ００９　脳脊髄腔注射

１　脳室　300点

２　後頭下　220点

３　腰椎　140点

注　６歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、60点を所定点数に加算する。

Ｇ０１０　関節腔内注射　80点

Ｇ０１０－２　滑液嚢穿刺後の注入　80点

Ｇ０１１　気管内注入　100点

Ｇ０１２　結膜下注射　27点

Ｇ０１２－２　自家血清の眼球注射　27点

Ｇ０１３　角膜内注射　35点

Ｇ０１４　球後注射　60点

Ｇ０１５　テノン氏嚢内注射　60点

Ｇ０１６　硝子体内注射　580点

Ｇ０１７　腋窩多汗症注射（片側につき）　200点

Ｇ０１８　外眼筋注射（ボツリヌス毒素によるもの）　1,500点

第２款　無菌製剤処理料

区分

Ｇ０２０　無菌製剤処理料

１　無菌製剤処理料１（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）

イ　閉鎖式接続器具を使用した場合　180点

ロ　イ以外の場合　45点

２　無菌製剤処理料２（１以外のもの）　40点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、別に厚生労働大臣が定める患者に対して使用する薬剤について、必要があって無菌製剤処理が行われた場合は、当該患者に係る区分に従い１日につき所定点数を算定する。

第２節　薬剤料

区分

Ｇ１００　薬剤

１　薬価が１回分使用量につき15円以下である場合　１点

２　薬価が１回分使用量につき15円を超える場合　薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数

注１　特別入院基本料等を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が１年を超えるものに対する合算薬剤料が、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数を超える場合（悪性新生物その他の特定の疾患に罹患している患者に対して投薬又は注射を行った場合を除く。）には、当該合算薬剤料は、所定点数にかかわらず、220点にその月における当該患者の入院日数を乗じて得た点数により算定する。

２　健康保険法第85条第１項及び高齢者医療確保法第74条第１項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第85条の２第１項及び高齢者医療確保法第75条第１項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。

３　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第３節　特定保険医療材料料

区分

Ｇ２００　特定保険医療材料　材料価格を10円で除して得た点数

注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第６部　注射

＜通則＞

１　注射に係る費用は、第１節注射料、第２節薬剤料及び第３節特定保険医療材料料（別に厚生労働大臣が定める保険医療材料のうち注射に当たり使用したものの費用に限る。）に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。

２　生物学的製剤注射加算

（１）　「通則３」の生物学的製剤注射加算を算定できる注射薬は、トキソイド、ワクチン及び抗毒素であり、注射の方法にかかわらず、次に掲げる薬剤を注射した場合に算定できる。

ア　㊎乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン
イ　組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチン（酵母由来）
ウ　組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチン（チャイニーズ・ハムスター卵巣細胞由来）
エ　肺炎球菌ワクチン
オ　髄膜炎菌ワクチン
カ　沈降破傷風トキソイド
キ　㊎ガスえそウマ抗毒素
ク　乾燥ガスえそウマ抗毒素
ケ　㊎乾燥ジフテリアウマ抗毒素
コ　㊎乾燥破傷風ウマ抗毒素
サ　㊎乾燥はぶウマ抗毒素
シ　㊎乾燥ボツリヌスウマ抗毒素
ス　㊎乾燥まむしウマ抗毒素

（２）　区分番号「Ｇ００５」中心静脈注射又は区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路より生物学的製剤を注入した場合は、「通則３」の加算を算定できる。

３　精密持続点滴注射加算

（１）　「通則４」の精密持続点滴注射は、自動輸液ポンプを用いて１時間に 30mL 以下の速度で体内（皮下を含む。）又は注射回路に薬剤を注入することをいう。

（２）　１歳未満の乳児に対して精密持続点滴注射を行う場合は、注入する薬剤の種類にかかわらず算定できるが、それ以外の者に対して行う場合は、緩徐に注入する必要のあるカテコールアミン、βブロッカー等の薬剤を医学的必要性があって注入した場合に限り算定する。

（３）　区分番号「Ｇ００３」抗悪性腫瘍剤局所持続注入の実施時に精密持続点滴を行った場合は、「通則４」の加算を算定できる。

（４）　区分番号「Ｇ００５」中心静脈注射又は区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路より精密持続点滴注射を行った場合は、「通則４」の加算を算定できる。

４　外来化学療法加算

（１）　「通則６」に規定する外来化学療法加算については、入院中の患者以外の関節リウマチ等の患者に対して、注射による化学療法の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、注射により薬剤等が投与された場合に加算する。

（２） 外来化学療法加算１を届け出た保険医療機関において外来化学療法加算１を算定するに当たり、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会（他の保険医療機関と連携し、共同で開催する場合を含む。）において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定でき、それ以外の場合には、外来化学療法加算１及び２は算定できない。

（３） 外来化学療法加算は、次に掲げるいずれかの投与を行った場合に限り算定する。なお、この場合において、引き続き次に掲げる製剤を用いて、入院中の患者以外の患者に対して在宅自己注射指導管理に係る自己注射に関する指導管理を行った場合であっても、同一月に区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料は算定できない。

ア 関節リウマチ、クローン病、ベーチェット病、強直性脊椎炎、潰瘍性大腸炎、尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬又は乾癬性紅皮症の患者に対してインフリキシマブ製剤を投与した場合

イ 関節リウマチ、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎、全身型若年性特発性関節炎又はキャッスルマン病の患者に対してトシリズマブ製剤を投与した場合

ウ 関節リウマチの患者に対してアバタセプト製剤を投与した場合

エ 多発性硬化症の患者に対してナタリズマブ製剤を投与した場合

オ 全身性エリテマトーデスの患者に対してベリムマブ製剤を投与した場合

（４） 「通則７」に規定するバイオ後続品導入初期加算については、外来化学療法加算１又は２を届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性等について説明した上で、バイオ後続品を使用した場合に、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して、３月を限度として、月１回に限り算定する。

５ 特定入院料等注射の手技料を含む点数を算定した場合は、「通則３」から「通則５」までの加算は算定できない。なお、薬価基準に収載されている臨床試用医薬品を使用した場合は、第２節薬剤料は算定せず、第１節注射料及び第３節特定保険医療材料料のみ算定する。

６ 心臓内注射及び痔核注射等の第１節に掲げられていない注射のうち簡単なものに係る費用については、第２節薬剤料に掲げる所定点数のみ算定する。ただし、胸腔注入、前房注射、副鼻腔注入及び気管支カテーテル薬液注入法については、第２章第９部処置に掲げる所定点数をそれぞれ算定し、これらに係る薬剤料の算定に関しては第２章第５部投薬の区分番号「Ｆ２００」薬剤の(４)、(５)及び(８)の例による。

７ 第１節に掲げられていない注射のうち、特殊なもの（点数表にあっても、手技が従来の注射と著しく異なる場合等を含む。）の費用は、その都度当局に内議し、最も近似する注射として準用が通知された算定方法により算定する。

８ 区分番号「Ｇ００１」静脈内注射、区分番号「Ｇ００４」点滴注射、区分番号「Ｇ００５」中心静脈注射又は区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射のうち２以上を同一日に併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみ算定する。

９ 区分番号「Ｇ００４」点滴注射、区分番号「Ｇ００５」中心静脈注射及び区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路に係る費用並びに穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料については、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

10 人工腎臓の回路より注射を行った場合は、当該注射に係る費用は別に算定できない。

第１節　注射料

＜通則＞

注射料は、第１款注射実施料及び第２款無菌製剤処理料に掲げる点数を合算した所定点数により算定する。なお、６歳未満の乳幼児である入院患者に対する１日分の注射量が100mL未満の点滴注射等、注射実施料が算定できないこととされる場合であっても、無菌製剤処理料を算定できる。

第１款　注射実施料

Ｇ０００　皮内、皮下及び筋肉内注射

（１）　入院中の患者以外の患者に対して行った場合にのみ算定し、入院中の患者に行った場合は、１日の薬剤料を合算し、第２節薬剤料のみ算定できる。

（２）　涙のう内薬液注入、鼓室内薬液注入、局所・病巣内薬剤注入、子宮腟部注射、咽頭注射（軟口蓋注射、口蓋ヒヤリー氏点の注射を含む。）、腱鞘周囲注射及び血液注射については、皮内、皮下及び筋肉内注射に準じて算定する。ただし、涙のう内薬液注入については、両眼にそれぞれ異なる薬剤を使用した場合は、片眼ごとに所定点数を算定する。

（３）　区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料、区分番号「Ｃ１０８」在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号「Ｃ１０８－２」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて皮内、皮下及び筋肉内注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

Ｇ００１　静脈内注射

（１）　入院中の患者以外の患者に対して行った場合にのみ算定し、入院中の患者に行った場合は、１日の薬剤料を合算し、第２節薬剤料のみ算定する。

（２）　区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料、区分番号「Ｃ１０４」在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号「Ｃ１０８」在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号「Ｃ１０８－２」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて静脈内注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

Ｇ００２　動脈注射

「内臓の場合」とは、肺動脈起始部、大動脈弓及び腹部大動脈等深部動脈に対して行う場合であり、「その他の場合」とは、頸動脈、鎖骨下動脈、股動脈、上腕動脈等に対して行う場合をいう。

Ｇ００３　抗悪性腫瘍剤局所持続注入

（１）　ポンプを利用して注入する場合におけるポンプの費用及び当該注入に必要なカテーテル等の材料の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　区分番号「Ｃ１０８」在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定している月においては、当該抗悪性腫瘍剤局所持続注入に係る費用（薬剤料を除く。）は算定できない。

Ｇ００３－３　肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入

（１）　抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材と抗悪性腫瘍剤を混和して肝動脈内に注入する場合に算定できる。なお、当該注入に必要なカテーテル等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材の使用量を決定する目的で当該塞栓材のみを注入する場合は、その必要性が高い場合に限り、月１回に限り算定できる。

Ｇ００４　点滴注射

（１）　６歳未満の乳幼児に対する１日分の注射量が 100mL 未満の場合及び６歳以上の者に対する１日分の注射量が 500mL 未満の場合は、入院中の患者以外の患者に限り、「３」に掲げる所定点数で算定する。

（２）　「注射量」は、次のように計算する。

ア　点滴回路より薬物を注入するいわゆる「管注」を行った場合には、「管注」に用いた薬剤及び補液に用いた薬剤の総量

イ　同一の者に対して、点滴注射を１日に２回以上行った場合には、それぞれの注射に用いた薬剤の総量

（３）　血漿成分製剤加算

ア　「注３」に規定する「文書による説明」とは、１回目の輸注を行う際（当該患者に対して複数回の輸注を行う場合は概ね１週間毎）に、別紙様式 20 又はこれに準ずる様式により、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等にあっては、その家族等）に対して、輸注の必要性、副作用、輸注方法及びその他の留意点等について説明することをいう。

イ　説明に用いた文書については、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等にあっては、その家族等）から署名又は押印を得た上で、当該患者に交付するとともに、その文書の写しを診療録に添付することとする。

ウ　緊急その他やむを得ない場合は、輸注後に説明を行った場合も算定できるが、この場合輸注後速やかに行うこととする。

エ　「注３」に規定する血漿成分製剤とは、新鮮液状血漿及び新鮮凍結人血漿等をいい、血漿分画製剤（アルブミン製剤、グロブリン製剤等）は含まれないが、血漿成分製剤に準じ、患者に対して輸注の必要性等の説明を行うよう努めること。なお、血漿成分製剤及び血漿分画製剤の輸注に当たっては、「「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改正について」（平成 26 年 11 月 12 日薬食発 1112 第 12 号）及び「「血液製剤の使用指針」の改定について」（平成 31 年３月 25 日薬生発 0325 第１号）を遵守するよう努めるものとする。

（４）　区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料、区分番号「Ｃ１０４」在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号「Ｃ１０８」在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号「Ｃ１０８－２」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて点滴注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

Ｇ００５　中心静脈注射

（１）　中心静脈注射により高カロリー輸液を行っている場合であっても、必要に応じ食事療養又は生活療養を行った場合は、入院時食事療養（Ⅰ）若しくは入院時食事療養（Ⅱ）又は入院時生活療養（Ⅰ）の食事の提供たる療養に係る費用若しくは入院時生活療養（Ⅱ）の食事の提供たる療養に係る費用を別に算定できる。

（２）　「注１」に掲げられる血漿成分製剤加算については、区分番号「Ｇ００４」点滴注射の(3)に規定する血漿成分製剤加算の例による。

（３）　区分番号「Ｃ１０４」在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の患者を除く。）については、中心静脈注射の費用は算定できない。

（４）　区分番号「Ｃ１０８」在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号「Ｃ１０８－２」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(I)又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射を行った場合は当該注射の費用は算定しない。

Ｇ００５－２　中心静脈注射用カテーテル挿入

（１）　長期の栄養管理を目的として、中心静脈注射用カテーテル挿入を行う際には、中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。

（２）　長期の栄養管理を目的として、中心静脈注射用カテーテル挿入を実施した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。

（３）　中心静脈圧測定の目的でカテーテルを挿入した場合は、中心静脈注射用カテーテル挿入に準じて算定する。中心静脈注射及び中心静脈圧測定を同一の回路より同時に行った場合は、どちらか一方のみを算定する。

　ただし、中心静脈注射及び中心静脈圧測定を別の回路から別のカテーテルを用いて同時に行った場合は、それぞれ材料料及び手技料を算定できる。

（４）　カテーテルの詰まり等によりカテーテルを交換する場合は、カテーテルの材料料及び手技料はその都度算定できる。

（５）　カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。

（６）　区分番号「Ｃ１０４」在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号「Ｃ１０８」在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号「Ｃ１０８－２」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料、在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(I)又は区

分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料⑵を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料料及び手技料は別に算定できる。

（７） 緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル（カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルを除く。）を挿入した場合は、中心静脈注射用カテーテル挿入に準じて算定する。

（８） 中心静脈注射用カテーテル挿入に係る抜去の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｇ００５－３　末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入

（１） 長期の栄養管理を目的として、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を行う際には、末梢留置型中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。

（２） 長期の栄養管理を目的として、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を実施した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、末梢留置型中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。

（３） カテーテルの詰まり等によりカテーテルを交換する場合は、カテーテルの材料料及び手技料はその都度算定できる。

（４） カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。

（５） 区分番号「Ｃ１０４」に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号「Ｃ１０８」に掲げる在宅悪性腫瘍等患者指導管理料又は区分番号「Ｃ１０８－２」に掲げる在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分番号「Ｃ００１」に掲げる在宅患者訪問診療料⑴又は区分番号「Ｃ００１－２」に掲げる在宅患者訪問診療料⑵を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料料及び手技料は別に算定できる。

Ｇ００５－４　カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入

（１） 本カテーテルの材料料及び手技料は１週間に１回を限度として算定できる。

（２） カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。

Ｇ００６　植込型カテーテルによる中心静脈注射

（１） 植込型カテーテルにより中心静脈栄養を行った場合は、本区分により算定する。

（２） 植込型カテーテルによる中心静脈注射により高カロリー輸液を行っている場合であっても、必要に応じ食事療養又は生活療養を行った場合は、入院時食事療養（Ⅰ）若しくは入院時食事療養（Ⅱ）又は入院時生活療養（Ⅰ）の食事の提供たる療養に係る費用若しくは入院時生活療養（Ⅱ）の食事の提供たる療養に係る費用を別に算定できる。

（３） 区分番号「Ｃ１０４」在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費

を算定している短期入所中の者を除く。）については、植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定できない。

Ｇ００９　脳脊髄腔注射

検査、処置を目的とする穿刺と同時に実施した場合は、当該検査若しくは処置又は脳脊髄腔注射のいずれかの所定点数を算定する。

Ｇ０１０　関節腔内注射

検査、処置を目的とする穿刺と同時に実施した場合は、当該検査若しくは処置又は関節腔内注射のいずれかの所定点数を算定する。

Ｇ０１２　結膜下注射

（１）　両眼に行った場合は、それぞれに片眼ごとの所定点数を算定する。

（２）　結膜下注射又は眼球注射の実施時に使用された麻薬については、「通則５」の加算は算定できない。

Ｇ０１２－２　自家血清の眼球注射

眼球注射に際し、患者の血液を採取する場合は所定点数に採血料を加算して算定する。

Ｇ０１６　硝子体内注射

両眼に行った場合は、それぞれに片眼ごとの所定点数を算定する。

Ｇ０１７　腋窩多汗症注射（片側につき）

同一側の２箇所以上に注射を行った場合においても、１回のみの算定とする。

Ｇ０１８　外眼筋注射（ボツリヌス毒素によるもの）

当該注射の実施に当たっては、関連学会の定める手引きを遵守すること。

第２款　無菌製剤処理料

Ｇ０２０　無菌製剤処理料

（１）　無菌製剤処理とは、無菌室、クリーンベンチ、安全キャビネット等の無菌環境において、無菌化した器具を用いて、製剤処理を行うことをいう。

無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が行うとともに、その都度、当該処理に関する記録を整備し、保管しておくこと。

（２）　無菌製剤処理料１の対象患者は、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入又は点滴注射が行われる患者であり、この場合において、「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの」とは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成 14 年法律第 192 号）第４条第６項第１号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（医薬品等副作用被害救済制度の対象とならない医薬品等（平成 16 年厚生労働省告示第 185 号）に掲げる医薬品等）のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。

なお、この場合の無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が無菌製剤処理を行う薬剤を用いる患者ごとに、投与経路、投与速度、投与間隔等の確認を行った上で行うこととする。また、安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行うこと。

（３）　無菌製剤処理料１のうち、イについては、バイアル内外の差圧を調節する機構を有することにより、薬剤の飛散等を防止する閉鎖式接続器具を用いて無菌製剤処理を行った場合

に算定する。

閉鎖式接続器具を使用した場合は、当該器具の製品名及び数量を(１)に基づき記録すること。

（４） 閉鎖式接続器具については、薬剤の漏出防止性能を有するものとして薬事承認された医療機器を用いることが望ましい。

（５） 無菌製剤処理料２の対象患者は、以下のア又はイに該当する患者である。

ア 動脈注射又は点滴注射が行われる入院中の患者のうち、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者及び後天性免疫不全症候群の病原体に感染し抗体の陽性反応がある患者であって、無菌治療室管理加算若しくはＨＩＶ感染者療養環境特別加算を算定するもの又はこれらの患者と同等の状態にあるもの

イ 中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射が行われる患者

第２節 薬剤料

Ｇ１００ 薬剤

アレルゲン治療エキス及びアレルゲンハウスダストエキス等によるアレルギー疾患減感作療法において使用した薬剤料については、使用量（やむを得ず廃棄した場合の薬液量を含む。）に応じて薬価により算定する。

第７部　リハビリテーション

通則

１　リハビリテーションの費用は、特に規定する場合を除き、第１節の各区分の所定点数により算定する。

２　リハビリテーションに当たって薬剤を使用した場合は、前号により算定した点数及び第２節の所定点数を合算した点数により算定する。

３　第１節に掲げられていないリハビリテーションであって特殊なものの費用は、同節に掲げられているリハビリテーションのうちで最も近似するリハビリテーションの各区分の所定点数により算定する。

４　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料については、患者の疾患等を勘案し、最も適当な区分１つに限り算定できる。この場合、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合であって、患者１人につき１日６単位（別に厚生労働大臣が定める患者については１日９単位）に限り算定できるものとする。

５　区分番号Ｊ１１７に掲げる鋼線等による直達牽引（２日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）、区分番号Ｊ１１８に掲げる介達牽引、区分番号Ｊ１１８－２に掲げる矯正固定、区分番号Ｊ１１８－３に掲げる変形機械矯正術、区分番号Ｊ１１９に掲げる消炎鎮痛等処置、区分番号Ｊ１１９－２に掲げる腰部又は胸部固定帯固定、区分番号Ｊ１１９－３に掲げる低出力レーザー照射又は区分番号Ｊ１１９－４に掲げる肛門処置を併せて行った場合は、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料又は認知症患者リハビリテーション料の所定点数に含まれるものとする。

６　区分番号Ｂ００１の17に掲げる慢性疼痛疾患管理料を算定する患者に対して行った心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションに係る費用は、算定しない。

７　リハビリテーションは、適切な計画の下に行われるものであり、その効果を定期的に評価し、それに基づき計画を見直しつつ実施されるものである。

第１節　リハビリテーション料

区分

Ｈ０００　心大血管疾患リハビリテーション料

１　心大血管疾患リハビリテーション料Ⅲ（１単位）　205点

２　心大血管疾患リハビリテーション料Ⅰ（１単位）　125点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。

２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。

４　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があって治療開始日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り算定できるものとする。

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月１回に限り50点を所定点数に加算する。

Ｈ００１　脳血管疾患等リハビリテーション料

１　脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ（１単位）　245点

２　脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ（１単位）　200点

３　脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ（１単位）　100点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、180日を超えて所定点数を算定することができる。

２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ａ２４６の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ａ２４６の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。

４　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、算定できるものとする。

５　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から180日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ　脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅲ（１単位）　147点

ロ　脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ（１単位）　120点

ハ　脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ（１単位）　60点

６　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から

60日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去３月以内にＨ００３－４に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

7　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月１回に限り50点を所定点数に加算する。

Ｈ００１－２　廃用症候群リハビリテーション料

1　廃用症候群リハビリテーション料Ⅰ（１単位）　180点
2　廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ（１単位）　146点
3　廃用症候群リハビリテーション料Ⅲ（１単位）　77点

注１　別に厚生労働大臣が定める基準に適合している保険医療機関において、急性疾患等に伴う安静による廃用症候群の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものに対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、120日を超えて所定点数を算定することができる。

2　注１本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。

3　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、注１本文に規定する患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、当該患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は当該患者の廃用症候群の急性増悪から14日を限度として、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。

4　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があってそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り算定できるものとする。

5　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から120日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ　廃用症候群リハビリテーション料Ⅰ（１単位）　108点
ロ　廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ（１単位）　88点
ハ　廃用症候群リハビリテーション料Ⅲ（１単位）　46点

6　注１本文に規定する患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ廃用症候群の診断又は急性増悪から40日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去３月以内にＨ００３－４に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

7　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注１本文に規定する患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月１回に限り50点を所定点数に加算する。

Ｈ００２　運動器リハビリテーション料

1　運動器リハビリテーション料Ⅰ（１単位）　185点
2　運動器リハビリテーション料Ⅱ（１単位）　170点
3　運動器リハビリテーション料Ⅲ（１単位）　85点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、150日を超えて所定点数を算定することができる。

2　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のもの又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ａ２４６０の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。

3　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号Ａ２４６０の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に対してリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術又は急性増悪から14日を限度として、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。

4　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、算定できるものとする。

5　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって、入院中の要介護被保険者等に対して、必要があってそれぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から150日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り、注１に規定する施設基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を算定できるものとする。

イ　運動器リハビリテーション料Ⅰ（１単位）　111点
ロ　運動器リハビリテーション料Ⅱ（１単位）　102点
ハ　運動器リハビリテーション料Ⅲ（１単位）　51点

6　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者（要介護被保険者等に限る。）に対し、それぞれ発症、手術若しくは急性増悪又は最初に診断された日から、50日を経過した後に、引き続きリハビリテーションを実施する場合において、過去３月以内にＨ００３－４に掲げる目標設定等支援・管理料を算定していない場合には、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

7　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデー

タ提出加算として、月１回に限り50点を所定点数に加算する。

Ｈ００３　呼吸器リハビリテーション料

１　呼吸器リハビリテーション料Ⅰ（１単位）　175点

２　呼吸器リハビリテーション料Ⅱ（１単位）　85点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、当該基準に係る区分に従って、治療開始日から起算して90日を限度として所定点数を算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者について、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合その他の別に厚生労働大臣が定める場合には、90日を超えて所定点数を算定することができる。

２　注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから30日を限度として、早期リハビリテーション加算として、１単位につき30点を所定点数に加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は、発症、手術若しくは急性増悪から７日目又は治療開始日のいずれか早いものから起算して14日を限度として、初期加算として、１単位につき45点を更に所定点数に加算する。

４　注１本文の規定にかかわらず、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者に対して、必要があって治療開始日から90日を超えてリハビリテーションを行った場合は、１月13単位に限り算定できるものとする。

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合であって、注１本文に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の患者以外のものに対してリハビリテーションを行った場合は、リハビリテーションデータ提出加算として、月１回に限り50点を所定点数に加算する。

Ｈ００３－２　リハビリテーション総合計画評価料

１　リハビリテーション総合計画評価料１　300点

２　リハビリテーション総合計画評価料２　240点

注１　１について、心大血管疾患リハビリテーション料Ⅰ、脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ、脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ、廃用症候群リハビリテーション料Ⅰ、廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ、運動器リハビリテーション料Ⅰ、運動器リハビリテーション料Ⅱ、呼吸器リハビリテーション料Ⅰ、がん患者リハビリテーション料又は認知症患者リハビリテーション料に係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料若しくは認知症患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合又は介護リハビリテーションの利用を予定している患者以外の患者に対し、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者１人につき１月に１回に限り算定する。

２　２について、脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ、脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱ、廃用症候群リハビリテーション料Ⅰ、廃用症候群リハビリテーション料Ⅱ、運動器リハビリテーション料Ⅲ又は運動器リハビリテーション料Ⅱに係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を策定し、当該計画に基づき、介護リハビリテーションの利用を予定している患者に対し、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、患者１人につき１月に１回に限り算定する。

３　当該保険医療機関の医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、患家等を訪問し、当該患者（区分番号Ａ３０８に掲げる回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に限る。）の退院後の住環境等を評価した上で、当該計画を策定した場合に、入院時訪問指導加算として、入院中１回に限り、150点を所定点数に加算する。

４　区分番号Ｈ００３－３に掲げるリハビリテーション計画提供料の２を算定した患者（区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料の注２及び注３に規定する加算、区分番号Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料の注２及び注３に規定する加算又は区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料の注２及び注３に規定する加算を算定している入院中の患者以外の患者（他の保険医療機関を退院したものに限る。）に限る。）である場合には算定できない。

５　脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅰ又は脳血管疾患等リハビリテーション料Ⅱに係る別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届出を行った保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、当該保険医療機関の医師、理学療法士又は作業療法士が運動量増加機器を用いたリハビリテーション計画を策定し、当該機器を用いて、脳血管疾患等リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを行った場合に、運動量増加機器加算として、月１回に限り150点を所定点数に加算する。

Ｈ００３－３　リハビリテーション計画提供料

１　リハビリテーション計画提供料１　275点

２　リハビリテーション計画提供料２　100点

注１　１について、区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している患者であって、介護リハビリテーションの利用を予定しているものについて、当該患者の同意を得て、当該介護リハビリテーションを行う介護保険法第41条第１項に規定する指定居宅サービス事業者又は同法第53条第１項に規定する指定介護予防サービス事業者として同法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション又は同法第８条第８項に規定する通所リハビリテーションを行う事業所（以下この区分番号において「指定リハビリテーション事業所」という。）にリハビリテーションの計画を文書により提供した場合に限り算定する。

２　２について、退院時に区分番号Ａ２４６の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定した患者について、当該患者の同意を得た上で退院後のリハビリテーションを担う他の保険医療機関にリハビリテーション計画を文書により提供し、発症、手術又は急性増悪から14日以内に退院した場合に限り、退院時に１回に限り算定する。

３　１について、区分番号Ｂ００５－１－３に掲げる介護保険リハビリテーション移行支援料を算定する患者に対して行ったリハビリテーション計画提供料は、患者１人につき１回に限り算定する。

４　１について、指定リハビリテーション事業所において利用可能な電磁的記録媒体でリハビリテーション計画を提供した場合には、電子化連携加算として、５点を所定点数に加算する。

Ｈ００３－４　目標設定等支援・管理料

１　初回の場合　250点

２　２回目以降の場合　100点

注　区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号Ｈ００１－２に掲げる廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを実施している要介護被保険者等である患者に対し、必要な指導等を行った場合に、３月に１回に限り算定する。

Ｈ００４　摂食機能療法（１日につき）

１　30分以上の場合　185点

２　30分未満の場合　130点

注１　１については、摂食機能障害を有する患者に対して、１月に４回に限り算定する。ただし、治療開始日から起算して３月以内の患者については、１日につき算定できる。

２　２については、脳卒中の患者であって、摂食機能障害を有するものに対して、脳卒中の発症から14日以内に限り、１日につき算定できる。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な指導管理を行った場合は、摂食嚥下機能回復体制加算として、当該基準に係る区分に従い、患者（ハについては、療養病棟入院料１又は療養病棟入院料２を現に算定しているものに限る。）１人につき週１回に限り次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　摂食嚥下機能回復体制加算１　210点

ロ　摂食嚥下機能回復体制加算２　190点

ハ　摂食嚥下機能回復体制加算３　120点

Ｈ００５　視能訓練（１日につき）

１　斜視視能訓練　135点

２　弱視視能訓練　135点

Ｈ００６　難病患者リハビリテーション料（１日につき）　640点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とするもの（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。）に対して、社会生活機能の回復を目的としてリハビリテーションを行った場合に算定する。

２　医療機関を退院した患者に対して集中的にリハビリテーションを行った場合は、退院日から起算して３月を限度として、短期集中リハビリテーション実施加算として、退院日から起算した日数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１日につき所定点数に加算する。

イ　退院日から起算して１月以内の期間に行われた場合　280点

ロ　退院日から起算して１月を超え３月以内の期間に行われた場合　140点

Ｈ００７　障害児（者）リハビリテーション料（１単位）

１　６歳未満の患者の場合　225点

２　６歳以上18歳未満の患者の場合　195点

３　18歳以上の患者の場合　155点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者１人につき１日６単位まで算定する。

Ｈ００７－２　がん患者リハビリテーション料（１単位）　205点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者であって、がんの治療のために入院しているものに対して、個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、患者１人につき１日６単位まで算定する。

Ｈ００７－３　認知症患者リハビリテーション料（１日につき）　240点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重度認知症の状態にある患者（区分番号Ａ３１４に掲げる認知症治療病棟入院料を算定するもの又は認知症に関する専門の保険医療機関に入院しているものに限る。）に対して、個別療法であるリハビリテーションを20分以上行った場合に、入院した日から起算して１年を限度として、週３回に限り算定する。

Ｈ００７－４　リンパ浮腫複合的治療料

１　重症の場合　200点

２　１以外の場合　100点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、リンパ浮腫の患者に複合的治療を実施した場合に、患者１人１日につき１回算定する。

２　１の場合は月１回（当該治療を開始した日の属する月から起算して２月以内は計11回）に限り、２の場合は６月に１回に限り、それぞれ所定点数を算定する。

Ｈ００８　集団コミュニケーション療法料（１単位）　50点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に、患者１人につき１日３単位まで算定する。

第２節　薬剤料

区分

Ｈ１００　薬剤　薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。

注１　薬価が15円以下である場合は、算定しない。

２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

＜通則＞

１　リハビリテーション医療は、基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚療法等の治療法より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われるものである。

２　第１節リハビリテーション料に掲げられていないリハビリテーションのうち、簡単なものの費用は、算定できないものであるが、個別に行う特殊なものの費用は、その都度当局に内議し、最も近似するリハビリテーションとして準用が通知された算定方法により算定する。

３　各区分におけるリハビリテーションの実施に当たっては、全ての患者の機能訓練の内容の要点及び実施時刻（開始時刻と終了時刻）の記録を診療録等へ記載すること。

４　区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料及び区分番号「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料（以下この部において「疾患別リハビリテーション料」という。）に掲げるリハビリテーション（以下この部において「疾患別リハビリテーション」という。）の実施に当たっては、医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行い、別紙様式 21 を参考にしたリハビリテーション実施計画書をリハビリテーション開始後原則として７日以内、遅くとも 14 日以内に作成する必要がある。また、リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注４」並びに区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料の「注５」にそれぞれ規定する場合を含む。）３か月に１回以上（特段の定めのある場合を除く。）、患者又はその家族等に対して当該リハビリテーション実施計画書の内容を説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。なお、リハビリテーション実施計画書の作成前に疾患別リハビリテーションを実施する場合には、医師が自ら実施する場合又は実施するリハビリテーションについて医師の具体的指示があった場合に限り、該当する疾患別リハビリテーション料を算定できる。

また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注１」本文に規定する日数（以下「標準的算定日数」という。）を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注４」並びに区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料の「注５」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後１か月に１回以上、ＦＩＭの測定により当該患者のリハビリテーションの必要性を判断するとともに、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付することとし、かつ、「特掲

診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添２」の「様式 42 の２」に基づき、１年間に当該疾患別リハビリテーション料を算定した患者の人数、ＦＩＭ等について報告を行うこととする（ただし、ＦＩＭの測定については、令和４年９月 30 日までの間にあってはこの限りではない。）。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態と比較した当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④ＦＩＭ又は基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下この部において「ＢＩ」という。）及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由等を記載したものであること。

４の２　疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注４」並びに区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料の「注５」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第二号に掲げる患者であって、別表第九の九第二号に掲げる場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後３か月に１回以上、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前３か月の状態と比較した当月の患者の状態、③今後のリハビリテーション計画等について記載したものであること。なお、入院中の患者以外の患者に対して、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを提供する場合にあっては、介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーション（以下「介護保険によるリハビリテーション」という。）の適用について適切に評価し、適用があると判断された場合にあっては、患者に説明の上、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションを受けるために必要な手続き等について指導すること。

４の３　同一の疾患等に係る疾患別リハビリテーションについては、１つの保険医療機関が責任をもって実施するべきであるが、言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーションについては、言語聴覚療法を実施できる保険医療機関が少ないことを考慮し、当分の間、別の保険医療機関において実施した場合であっても算定することができるものとする。また、区分番号「Ｈ００７」障害児（者）リハビリテーション料については、その特殊性を勘案し、疾患別リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００７－２」がん患者リハビリテーション料又は区分番号「Ｈ００７－３」認知症患者リハビリテーション料を算定している保険医療機関とは別の保険医療機関で算定することができるものとする。

４の４　リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション実施総合計画書（以下この項において「計画書」という。）については、計画書に患者自ら署名することが困難であり、かつ、遠方に居住している等の理由により患者の家族等が署名することが困難である場合には、疾患別リハビリテーションを当該患者に対して初めて実施する場合（新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合であって、新たな疾患の発症日等を

もって他の疾患別リハビリテーションの起算日として当該他の疾患別リハビリテーションを実施する場合を含む。）を除き、家族等に情報通信機器等を用いて計画書の内容等を説明した上で、説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載することにより、患者又はその家族等の署名を求めなくても差し支えない。ただし、その場合であっても、患者又はその家族等への計画書の交付が必要であること等に留意すること。

5　疾患別リハビリテーション料の点数は、患者に対して 20 分以上個別療法として訓練を行った場合（以下この部において「１単位」という。）にのみ算定するものであり、訓練時間が１単位に満たない場合は、基本診療料に含まれる。

6　届出施設である保険医療機関内において、治療又は訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。

また、当該保険医療機関外であっても、以下の(1)から(4)までを全て満たす場合は、１日に３単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。また、保険医療機関外でリハビリテーションを実施する際には、訓練場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。

（１）　当該保険医療機関に入院中の患者に対する訓練であること。

（２）　疾患別リハビリテーション料のいずれかを算定するものであること。

（３）　以下の訓練のいずれかであること。

ア　移動の手段の獲得を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車等への乗降、自動車の運転等、患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練を行うもの

イ　特殊な器具、設備を用いた作業（旋盤作業等）を行う職業への復職の準備が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内で実施できないものを行うもの

ウ　家事能力の獲得が必要である患者に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等、実際の場面で家事を実施する訓練（訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る。）を行うもの

（４）　専ら当該保険医療機関の従事者が訓練を行うものであり、訓練の実施について保険外の患者負担（公共交通機関の運賃を除く。）が発生しないものであること。

7　疾患別リハビリテーション料は、患者１人につき１日合計６単位（別に厚生労働大臣が定める患者については１日合計９単位）に限り算定できる。

当該別に厚生労働大臣が定める患者のうち「入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的として区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、区分番号「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は区分番号「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）を算定するもの」とは、訓練室以外の病棟等（屋外を含む。）において、早期歩行自立及び実用的な日常生活における諸活動の自立を目的として、実用歩行訓練・日常生活活動訓練が行われた患者であること。ただし、平行棒内歩行、基本的動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練等のみを行

っている患者については含まれない。

8　疾患別リハビリテーション料は、患者の疾患等を総合的に勘案して最も適切な区分に該当する疾患別リハビリテーション料を算定する。ただし、当該患者が病態の異なる複数の疾患を持つ場合には、必要に応じ、それぞれを対象とする疾患別リハビリテーション料を算定できる。例えば、疾患別リハビリテーション料のいずれかを算定中に、新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合には、新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として、それぞれの疾患別リハビリテーション料を算定することができる。この場合においても、１日の算定単位数は前項の規定による。

9　疾患別リハビリテーションを実施する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、疾患名及び当該疾患の治療開始日又は発症日、手術日又は急性増悪（当該疾患別リハビリテーションの対象となる疾患の増悪等により、１週間以内にＦＩＭ又はＢＩが 10 以上（「難病の患者に対する医療等に関する法律」第５条第１項に規定する指定難病については５以上とする）低下するような状態等に該当する場合をいう。以下この部において同じ。）の日（以下この部において「発症日等」という。）を記載すること。また、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注４」並びに区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料及び区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料の「注５」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④ＦＩＭ又はＢＩ及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由を摘要欄に記載すること。ただし、リハビリテーション実施計画書を作成した月にあっては、改善に要する見込み期間とリハビリテーション継続の理由を摘要欄に記載した上で、当該計画書の写しを添付することでも差し支えない。なお、継続の理由については、具体的には次の例を参考にして記載すること。

本患者は、2008 年９月 21 日に脳出血を発症し、同日開頭血腫除去術を施行した。右片麻痺を認めたが、術後に敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施できるようになったのは術後 40 日目からであった。2009 年２月中旬まで１日５単位週４日程度のリハビリテーションを実施し、ＢＩは 45 点から 65 点に改善を認めた。３月末に標準的算定日数を超えるが、ＢＩの改善を引き続き認めており、リハビリテーションの開始が合併症のために遅れたことを考えると、１か月程度のリハビリテーション継続により、更なる改善が見込めると判断される。

第１節　リハビリテーション料

Ｈ０００　心大血管疾患リハビリテーション料

（１）　心大血管疾患リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、心機能の回復、当該疾患の再発予防等を図るために、心肺機能の評価による適切な運動処方に基づき運動療法等を個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、関係学会により周知されている「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン

（2012 年改訂版）」に基づいて実施すること。

（２） 心大血管疾患リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の四に掲げる対象患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に心大血管疾患リハビリテーションが必要であると認めるものであること。

ア 急性発症した心大血管疾患又は心大血管疾患の手術後の患者とは、急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、経カテーテル大動脈弁置換術後、大血管疾患（大動脈解離、解離性大動脈瘤、大血管術後）のものをいう。なお、心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)を算定する場合、急性心筋梗塞及び大血管疾患は発症後（手術を実施した場合は手術後）１月以上経過したものに限る。

イ 慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管の疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、

（イ） 慢性心不全であって、左室駆出率 40%以下、最高酸素摂取量が基準値 80%以下、脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）が 80pg/mL 以上の状態のもの又は脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－proＢＮＰ）が 400pg/mL 以上の状態のもの

（ロ） 末梢動脈閉塞性疾患であって、間欠性跛行を呈する状態のものをいう。

（３） 心大血管疾患リハビリテーション料の標準的な実施時間は、１回１時間（３単位）程度とするが、入院中の患者以外の患者については、１日当たり１時間（３単位）以上、１週３時間（９単位）を標準とする。

（４） 心大血管疾患リハビリテーションは、専任の医師の指導管理の下に実施することとする。この場合、医師が直接監視を行うか、又は医師が同一建物内において直接監視をしている他の従事者と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる態勢であること。また、専任の医師は定期的な心機能チェックの下に、運動処方を含むリハビリテーションの実施計画書を作成し、診療録に記載又は添付すること。この場合、入院中の患者については、当該療法を担当する医師又は理学療法士、作業療法士及び看護師の１人当たりの患者数は、それぞれ１回 15 人程度、１回５人程度とし、入院中の患者以外の患者については、それぞれ、１回 20 人程度、１回８人程度とする。

（５） 当該リハビリテーションと他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法を同一の従事者が行う場合、心大血管疾患リハビリテーションに実際に従事した時間 20 分を１単位としてみなした上で、他の疾患別リハビリテーション等の実施単位数を足した値が、従事者１人につき１日 18 単位を標準とし、週 108 単位までとする。

（６） 心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数には、同一日に行われる区分番号「Ｄ２０８」に掲げる心電図検査、区分番号「Ｄ２０９」に掲げる負荷心電図検査及び区分番号「Ｄ２２０」に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用が含まれる。

（７） 標準的算定日数を超えた患者については、「注４」に規定するとおり、１月に 13 単位に限り心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあっては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合

であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア　特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められる者をいうものである。

イ　特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある 40 歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第７条第３項第２号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

（８）　「注２」に規定する加算は、当該施設における心大血管疾患に対する治療開始後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して１単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟等（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。特掲診療料の施設基準等別表第九の四第二号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注２」に規定する加算は算定できない。

（９）　「注３」に規定する加算は、当該施設における心大血管疾患に対する治療開始後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注２」に規定する加算と別に算定することができる。特掲診療料の施設基準等別表第九の四第二号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注３」に規定する加算は算定できない。

(10)　「注４」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが 13 単位以下であること。

(11)　訓練を実施する場合、患者一人につき概ね３平方メートル以上の面積を確保すること。

(12)　「注５」に規定するリハビリテーションデータ提出加算を算定する場合には、次の点に留意すること。

ア　厚生労働省が毎年実施する外来医療等調査に準拠したデータを正確に作成し、継続して提出されることを評価したものである。

　提出されたデータについては、特定の患者個人を特定できないように集計し、厚生労働省保険局において外来医療等に係る実態の把握・分析等のために適宜活用されるものである。

イ　当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、心大血管疾患リハビリテーション料を現に算定している患者について、データを提出する外来診療に限り算定する。

ウ　データの提出を行っていない場合又はデータの提出（データの再照会に係る提出も含む。）に遅延等が認められた場合、当該月の翌々月以降について、算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省が調査の一部事務を委託する調査事務局宛てに、調査実施説明資料に定められた期限までに、当該医療機関のデータが提出されていない場合（提

出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められたデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をいう。

また、算定ができなくなった月以降、再度、データ提出の実績が認められた場合は、翌々月以降について、算定ができる。

エ　データの作成は３月単位で行うものとし、作成されたデータには第１月の初日から第３月の末日までにおいて対象となる診療に係るデータが全て含まれていなければならない。

オ　イの「データ提出の実績が認められた保険医療機関」とは、データの提出が厚生労働省保険局医療課において確認され、その旨を通知された保険医療機関をいう。

Ｈ００１　脳血管疾患等リハビリテーション料

（１）　脳血管疾患等リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合又は言語聴覚機能に障害を持つ患者に対して言語機能若しくは聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第２章特掲診療料第９部処置の項により算定する。

（２）　脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の五に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が脳血管疾患等リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア　急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者とは、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等のものをいう。

イ　急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者とは、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍、脳腫瘍摘出術などの開頭術後、てんかん重積発作等のものをいう。

ウ　神経疾患とは、多発性神経炎（ギランバレー症候群等）、多発性硬化症、末梢神経障害（顔面神経麻痺等）等をいう。

エ　慢性の神経筋疾患とは、パーキンソン病、脊髄小脳変性症、運動ニューロン疾患（筋萎縮性側索硬化症）、遺伝性運動感覚ニューロパチー、末梢神経障害、皮膚筋炎、多発性筋炎等をいう。

オ　失語症、失認及び失行症、高次脳機能障害の患者

カ　難聴や人工内耳植込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者とは、音声障害、構音障害、言語発達障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳植込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を持つ患者をいう。

キ　顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者

ク　舌悪性腫瘍等の手術による構音障害を有する患者

ケ　リハビリテーションを要する状態であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものとは、脳性麻痺等に伴う

先天性の発達障害等の患者であって、治療開始時のＦＩM115 以下、ＢＩ85 以下の状態等のものをいう。

（３） 脳血管疾患等リハビリテーション料の所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。

（４） 脳血管疾患等リハビリテーション料は、医師の指導監督の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の監視下に行われたものについて算定する。また専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

（５） 脳血管疾患等リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、１人の従事者が１人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が１対１で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者１人につき１日 18 単位を標準とし、週 108 単位までとする。ただし、１日 24 単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合にあって、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間 20 分を１単位とみなした上で計算するものとする。

（６） 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の届出を行った保険医療機関（専従する常勤の理学療法士が２人以上勤務しているものに限る。）又は脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)の届出を行った保険医療機関（専従する常勤の理学療法士が勤務している場合に限る。）において、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって、(１)から(５)までのいずれにも該当する場合に限り、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)の所定点数を算定できる。

（７） 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)又は(Ⅲ)を届け出ている施設で、看護師、あん摩マッサージ指圧師等、理学療法士以外の従事者が理学療法を行う場合については、理学療法士は医師の指導監督の下に訓練を受ける患者の運動機能訓練の内容等を的確に把握すること。

（８） 理学療法士又は作業療法士等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。

（９） 「注１」に規定する標準的算定日数は、発症、手術又は急性増悪の日が明確な場合はその日から 180 日以内、それ以外の場合は最初に当該疾患の診断がされた日から 180 日以内とする。

(10) 標準的算定日数を超えた患者については、「注４」及び「注５」に規定するとおり、１月に 13 単位に限り脳血管疾患等リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、そ

の際、入院中の患者以外の患者にあっては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、入院中の患者であって、介護保険法第 62 条に規定する要介護被保険者等であるものについては、「注５」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア　特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められるものをいうものである。

イ　特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある 40 歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第７条第３項第２号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

(11)　「注２」に規定する加算は、当該施設における脳血管疾患等に対する発症、手術又は急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号「Ａ２４６」注４の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対して１単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、入院中の患者については、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の五第三、四、六及び七号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注２」に規定する加算は算定できない。

(12)　「注３」に規定する加算は、当該施設における脳血管疾患等に対する発症、手術又は急性増悪後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、「注２」に規定する加算とは別に算定することができる。また、当該加算の対象患者は、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号「Ａ２４６」注４の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）である。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の五第三、四、六及び七号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注３」に規定する加算は算定できない。

(13)　入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって他の保険医療機関を退院したものに限る。）が「注２」又は「注３」に規定する加算を算定する場合にあっては、区分番号「Ａ２４６」注４の地域連携診療計画加算の算定患者である旨を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(14)　「注４」及び「注５」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合においては、当該月における標準

的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが 13 単位以下であること。

(15) 「注６」における「所定点数」とは、「注１」から「注５」までを適用して算出した点数である。

(16) 「注７」に規定するリハビリテーションデータ提出加算の取扱いは、区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料の(12)と同様である。

Ｈ００１－２　廃用症候群リハビリテーション料

（１） 廃用症候群リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している保険医療機関において算定するものであり、基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第２章特掲診療料第９部処置の項により算定する。

（２） 廃用症候群リハビリテーション料の対象となる患者は、急性疾患等に伴う安静（治療の有無を問わない。）による廃用症候群であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものであること。「一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの」とは、治療開始時において、ＦＩM115 以下、ＢＩ85 以下の状態等のものをいう。区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００７」障害児（者）リハビリテーション料又は区分番号「Ｈ００７－２」がん患者リハビリテーション料の対象となる患者が廃用症候群を合併している場合、廃用症候群に関連する症状に対してリハビリテーションを行った場合は、廃用症候群リハビリテーション料により算定する。

（３） 廃用症候群リハビリテーション料の所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。

（４） 廃用症候群リハビリテーション料は、医師の指導監督の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の監視下に行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

（５） 廃用症候群リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、１人の従事者が１人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が１対１で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者１人につき１日 18 単位を標準とし、週 108 単位までとする。ただし、１日 24 単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合にあって、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間 20 分を１単位とみなした上で計算するものとする。

（６） 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)の届出を行った保険医療機関（専従する常勤の理

学療法士が２人以上勤務しているものに限る。）又は廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)の届出を行った保険医療機関（専従する常勤の理学療法士が勤務している場合に限る。）において、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって、(１)から(５)までのいずれにも該当する場合に限り、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)の所定点数を算定できる。

(７)　廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)又は(Ⅲ)を届け出ている施設で、看護師、あん摩マッサージ指圧師等、理学療法士以外の従事者が理学療法を行う場合については、理学療法士は医師の指導監督の下に訓練を受ける患者の運動機能訓練の内容等を的確に把握すること。

(８)　理学療法士又は作業療法士等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。

(９)　標準的算定日数を超えた患者については、「注４」及び「注５」に規定するとおり、１月に 13 単位に限り廃用症候群リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあっては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、入院中の患者であって、介護保険法第 62 条に規定する要介護被保険者等であるものについては、「注５」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア　特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められるものをいうものである。

イ　特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある 40 歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第７条第３項第２号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

(10)　廃用症候群リハビリテーション料を算定する場合は、廃用症候群に係る評価表（別紙様式 22）を用いて、月ごとに評価し、診療報酬明細書に添付する又は同様の情報を摘要欄に記載するとともに、その写しを診療録に添付すること。

(11)　「注２」に規定する加算は、当該施設における急性疾患等の発症、手術若しくは急性増

悪又は廃用症候群に係る急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して１単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。

(12)　「注３」に規定する加算は、当該施設における急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群に係る急性増悪後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注２」に規定する加算とは別に算定することができる。

(13)　「注４」及び「注５」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが 13 単位以下であること。

(14)　「注６」における「所定点数」とは、「注１」から「注５」までを適用して算出した点数である。

(15)　「注７」に規定するリハビリテーションデータ提出加算の取扱いは、区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料の(12)と同様である。

Ｈ００２　運動器リハビリテーション料

（１）　運動器リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第２章特掲診療料第９部処置の項により算定する。

（２）　運動器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア　急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者とは、上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち３種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（１肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等のものをいう。

イ　慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症、糖尿病足病変等のものをいう。

（３）　運動器リハビリテーション料の所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。

（４）　運動器リハビリテーション料は、医師の指導監督の下、理学療法士又は作業療法士の監視下により行われたものについて算定する。また専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士又は作業療法士が実施した場合と同様に算定できる。

（５）　運動器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、１人の従事者が１人

の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士又は作業療法士と患者が１対１で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者１人につき１日 18 単位を標準とし、週 108 単位までとする。ただし、１日 24 単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合にあって、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間 20 分を１単位とみなした上で計算するものとする。

（６） 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)の届出を行った保険医療機関（専従する常勤の理学療法士が勤務している場合に限る。）において、理学療法士及び作業療法士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって(１)から(５)までのいずれにも該当する場合に限り、運動器リハビリテーション料(Ⅲ)の所定点数を算定できる。

（７） 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の届出を行った保険医療機関において、理学療法士及び作業療法士以外に、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって(１)から(５)までのいずれにも該当する場合に限り、運動器リハビリテーション料(Ⅲ)の所定点数を算定できる。

（８） 理学療法士又は作業療法士等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。

（９） 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の届出を行った保険医療機関において、理学療法士及び作業療法士以外に、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって(１)から(５)までのいずれにも該当する場合に限り、運動器リハビリテーション料(Ⅲ)の所定点数を算定できる。

(10) 「注１」に規定する標準的算定日数は、発症、手術又は急性増悪の日が明確な場合はその日から 150 日以内、それ以外の場合は最初に当該疾患の診断がされた日から 150 日以内とする。

(11) 標準的算定日数を超えた患者については、「注４」及び「注５」に規定するとおり、１月 13 単位に限り運動器リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあっては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、入院中の患者であって、介護保険法第 62

条に規定する要介護被保険者等であるものについては、「注５」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア　特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められるものをいうものである。

イ　特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある 40 歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第７条第３項第２号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

(12)　「注２」に規定する加算は、当該施設における運動器疾患に対する発症、手術又は急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号「Ａ２４６」注４の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対して１単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、入院中の患者については、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の六第二号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注２」に規定する加算は算定できない。

(13)　「注３」に規定する加算は、当該施設における運動器疾患に対する発症、手術又は急性増悪後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、「注２」に規定する加算とは別に算定することができる。また、当該加算の対象患者は、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号「Ａ２４６」注４の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）である。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の六第二号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注３」に規定する加算は算定できない。

(14)　入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって他の保険医療機関を退院したもの）が「注２」又は「注３」に規定する加算を算定する場合にあっては、区分番号「Ａ２４６」の「注４」地域連携診療計画加算の算定患者である旨を、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

(15)　「注４」及び「注５」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超えた場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが 13 単位以下であること。

(16)　「注６」における「所定点数」とは、「注１」から「注５」までを適用して算出した点

数である。

(17)　「注７」に規定するリハビリテーションデータ提出加算の取扱いは、区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料の(12)と同様である。。

Ｈ００３　呼吸器リハビリテーション料

（１）　呼吸器リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、呼吸訓練や種々の運動療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合に算定する。

（２）　呼吸器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の七に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に呼吸器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア　急性発症した呼吸器疾患の患者とは、肺炎、無気肺等のものをいう。

イ　肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者とは、肺腫瘍、胸部外傷、肺塞栓、肺移植手術、慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）に対するＬＶＲＳ（Lung volume reduction surgery）等の呼吸器疾患又はその手術後の患者をいう。

ウ　慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者とは、慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）、気管支喘息、気管支拡張症、間質性肺炎、塵肺、びまん性汎気管支炎（ＤＰＢ）、神経筋疾患で呼吸不全を伴う患者、気管切開下の患者、人工呼吸管理下の患者、肺結核後遺症等のものであって、次の(イ)から(ハ)までのいずれかの状態に該当するものをいう。

(イ)　息切れスケール（Medical Research Council Scale）で２以上の呼吸困難を有する状態

(ロ)　慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）で日本呼吸器学会の重症度分類のⅡ以上の状態

(ハ)　呼吸障害による歩行機能低下や日常生活活動度の低下により日常生活に支障を来す状態

エ　食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者とは、食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の患者であって、これらの疾患に係る手術日から概ね１週間前の患者及び手術後の患者で呼吸機能訓練を行うことで術後の経過が良好になることが医学的に期待できる患者のことをいう。

（３）　呼吸器リハビリテーション料の所定点数には、区分番号「Ｄ２００」から「Ｄ２０４」までに掲げる呼吸機能検査等、区分番号「Ｄ２２３」経皮的動脈血酸素飽和度測定及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査及び呼吸機能訓練と同時に行った区分番号「Ｊ０２４」酸素吸入の費用が含まれる。

（４）　呼吸器リハビリテーション料は、医師の指導監督の下で行われるものであり、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の監視下に行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

（５）　呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、１人の従事者が１人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が１対１で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者１人につき１日 18 単位を標準と

し、週 108 単位までとする。ただし、１日 24 単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合にあって、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間 20 分を１単位とみなした上で計算するものとする。

（６） 標準的算定日数を超えた患者については、「注４」に規定するとおり、１月に 13 単位に限り呼吸器リハビリテーション料の所定点数が算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあっては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア　特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められるものをいうものである。

イ　特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある 40 歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第７条第３項第２号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

（７） 「注２」に規定する加算は、当該施設における呼吸器疾患の発症、手術若しくは急性増悪又は当該疾患に対する治療開始後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して１単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の七第三号に掲げる患者については、急性増悪したものを除き、「注２」に規定する加算は算定できない。

（８） 「注３」に規定する加算は、当該施設における呼吸器疾患の発症、手術若しくは急性増悪又は当該疾患に対する治療開始後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注２」に規定する加算とは別に算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の七第三号に掲げる患者については、急性増悪したものを除き、「注３」に規定する加算は算定できない。

（９） 「注４」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超えた場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが 13 単位以下であること。

(10) 「注５」に規定するリハビリテーションデータ提出加算の取扱いは、区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料の(12)と同様である。

Ｈ００３－２　リハビリテーション総合計画評価料

（１） リハビリテーション総合計画評価料は、定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業

能力検査等の結果に基づき医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合に算定する。

（２） 医師及びその他の従事者は、共同してリハビリテーション総合実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付する。

（３） 「注１」及び「注２」における介護リハビリテーションの利用を予定している患者とは、介護保険法第 62 条に規定する要介護被保険者等であって、各疾患別リハビリテーション料に規定する標準的算定日数の３分の１を経過した期間にリハビリテーションを実施している患者をいう。

（４） リハビリテーション総合実施計画書の様式については、以下のいずれかを患者の状態等に応じ選択する。患者の理解に資する記載となるよう、十分配慮すること。

ア 別紙様式 23 又はこれに準じた様式

イ 別紙様式 21 の６又はこれに準じた様式に、(イ)から(ヘ)までの全ての項目及び(ト)から(ヲ)までのうちいずれか１項目以上を組み合わせて記載する様式（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定する患者については、必ず(ヌ)を含めること。）

(イ) 疾患別リハビリテーション開始前の日常生活動作の状況

(ロ) ＦＩＭを用いた評価

(ハ) 前回計画書作成時からの改善・変化

(ニ) 今後１ヶ月のリハビリテーションの目標、リハビリテーションの頻度、方針及び留意点

(ホ) 疾患別リハビリテーションの実施に当たり、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の従事者が担う具体的内容に係るもの

(ヘ) 今後十分なリハビリテーションを実施しない場合に予想される状態の変化

(ト) 疾患別リハビリテーション終了後のリハビリテーションの提供の必要性及び必要な場合の具体的なリハビリテーションの内容

(チ) 病棟における日常生活動作の状況（入院患者に対し、リハビリテーション総合計画評価料を算定する場合のみ記載することができる。）

(リ) 関節可動域、筋力、持久力、変形、関節不安定性、運動機能発達に係る障害、麻痺等、個々の運動機能障害における重症度の評価

(ヌ) 身長、体重、ＢＭＩ（Body Mass Index）、栄養補給方法（経口、経管栄養、静脈栄養）等に基づく患者の栄養状態の評価に係るもの（栄養障害等の状態にある患者については、必要栄養量、総摂取栄養量等も踏まえた評価を行う。なお、嚥下調整食を必要とする患者については、栄養障害等の有無にかかわらず、当該嚥下調整食の形態に係る情報として、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類コードも必ず記載する。）

(ル) リハビリテーションの観点から、家庭や病棟において、患者自ら行うことが望ましい訓練

(ヲ) ＦＡＩ（Frenchay Activities Index）、ＬＳＡ（Life-Space Assessment）、日本作業療法士協会が作成する生活行為向上アセスメント、ロコモ２５（平成 22 年厚生

労働科学研究費補助金疾病・障害対策研究分野長寿科学総合研究「運動器機能不全（ロコモティブシンドローム）の早期発見ツールの開発」において作成されたもの）又は老研式活動能力指標のいずれかを用いた患者の心身機能又は活動の評価に係るもの

（５） 「注３」に掲げる入院時訪問指導加算は、区分番号「Ａ３０８」回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者について、当該病棟への入院日前７日以内又は入院後７日以内に当該患者の同意を得て、医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち１名以上が、必要に応じて社会福祉士、介護支援専門員又は介護福祉士等と協力して、退院後生活する患家等を訪問し、患者の病状、退院後生活する住環境（家屋構造、室内の段差、手すりの場所、近隣の店までの距離等）、家族の状況、患者及び家族の住環境に関する希望等の情報収集及び評価を行った上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合に、入院中に１回に限り算定する。

（６） 当該加算を算定する場合には、入院前に訪問した場合は入院した日の属する月に算定し、入院後に訪問した場合は訪問日の属する月に算定すること。

（７） なお、ここでいう退院後生活する患家等には、他の保険医療機関、介護老人保健施設又は当該加算を算定する保険医療機関に併設されている介護保険施設等は含まれない。

（８） 当該加算を算定する場合には、別紙様式 42 又はこれに準ずる様式を用いて評価書を作成するとともに、その写しを診療録に添付すること。

（９） 「注５」に掲げる運動量増加機器加算は、脳卒中又は脊髄障害の急性発症に伴う上肢又は下肢の運動機能障害を有する患者（脳卒中又は脊髄障害の再発によるものを含む。）に対して、医師、理学療法士又は作業療法士のうち１名以上が、患者の運動機能障害の状態を評価した上で、脳血管疾患等リハビリテーションに運動量増加機器を用いることが適当と判断した場合であって、当該機器を用いたリハビリテーション総合実施計画を作成した場合に、１回に限り算定する。ただし、当該機器の使用に有効性が認められ、継続すべき医学的必要性が認められる場合に限り、発症日から起算して２月を限度として月１回に限り算定できる。なお、この場合においては、医学的な必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(10) 当該加算を算定する場合には、適応疾患、発症年月日、運動障害に係る所見、使用する運動量増加機器の名称及び実施期間の予定をリハビリテーション総合実施計画書に記載し、その写しを診療録等に添付すること。

Ｈ００３－３　リハビリテーション計画提供料

（１） リハビリテーション計画提供料１は、要介護認定を申請中の者又は介護保険法第 62 条に規定する要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意を得た上で、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所、指定訪問リハビリテーション事業所、指定介護予防通所リハビリテーション事業所又は指定介護予防訪問リハビリテーション事業所（以下「指定通所リハビリテーション事業所等」という。）に対して、別紙様式 21 の６を用いて３月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書を文書により提供した場合に算定する。利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等とは、当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を

通じ、当該患者の利用について検討する意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等をいう。

（２） リハビリテーション計画提供料１について、当該患者が、直近３月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供した場合に算定できる。

（３） 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接敷地内にある指定通所リハビリテーション事業所等を除き、当該保険医療機関と特別の関係にある指定通所リハビリテーション事業所等に提供した場合でも算定できる。

（４） リハビリテーション計画提供料１を算定した場合、診療情報提供料(Ⅰ)は算定できない。

（５） 「注４」については、リハビリテーション計画提供料１を算定する場合に、文書によるリハビリテーション実施計画書等の提供とともに、「科学的介護情報システム」で利用可能な適切な電子媒体を用いてリハビリテーション実施計画書等の提供を行った場合に算定する。

（６） リハビリテーション計画提供料２は、入院中に疾患別リハビリテーションを実施した患者であって、退院時に区分番号「Ａ２４６」注４の地域連携診療計画加算を算定した者について、当該患者の同意を得た上で、退院後の外来におけるリハビリテーションを担う他の保険医療機関に対してリハビリテーション実施計画を文書により提供した場合に算定する。なお、当該患者が他の保険医療機関に入院を伴う転院をした場合は算定できない。

（７） リハビリテーション計画提供料２を算定する場合、他の保険医療機関に提供した文書の写しを診療録等に添付すること。

Ｈ００３－４　目標設定等支援・管理料

（１） 目標設定等支援・管理料は、要介護被保険者等に対するリハビリテーションの実施において、定期的な医師の診察、運動機能検査又は作業能力検査等の結果、患者との面接等に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が患者と共同して、個々の患者の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付けを行い、またその進捗を管理した場合に算定する。

（２） 医師及びその他の従事者は、共同して目標設定等支援・管理シート（別紙様式 23 の５又はこれに準じた様式）を作成し、患者に交付し、その写しを診療録等に添付すること。

（３） 医師は、作成した目標設定等支援・管理シートに基づき、少なくとも次に掲げる内容について、医師が患者又は患者の看護に当たる家族等（以下この区分番号において「患者等」という。）に対して説明すること。また、説明を受けた患者等の反応を踏まえ、必要に応じて適宜、リハビリテーションの内容を見直すこと。

ア　説明時点までの経過

イ　当該保険医療機関における治療開始時及び説明時点のＡＤＬ評価（ＢＩ又はＦＩＭによる評価の得点及びその内訳を含む。）

ウ　説明時点における患者の機能予後の見通し

エ　当該患者の生きがい、価値観等に対する医師及びその他の従事者の理解や認識及びウの機能予後の見通し等を踏まえ、どのような活動、社会参加の実現を目指してリハビリテーションを行っているか又は行う予定か。

オ　現在実施している、又は今後実施する予定のリハビリテーションが、それぞれエの目

標にどのように関係するか。

（４） 医師は、（３）の説明について、その内容、当該説明を患者等がどのように受け止め、どのように反応したかについて診療録に記載すること。

（５） 当該患者が、以後、介護保険によるリハビリテーション等のサービスの利用が必要と思われる場合には、必要に応じて介護支援専門員と協力して、患者等に介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等を提供する事業所（当該保険医療機関を含む。）を紹介し、見学、体験（入院中の患者以外の患者に限る。）を提案すること。

Ｈ００４　摂食機能療法

（１） 摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師、歯科医師又は医師若しくは歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士若しくは作業療法士が１回につき 30 分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。なお、摂食機能障害者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう。

ア　発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳卒中等による後遺症により摂食機能に障害があるもの

イ　内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの

（２） 摂食機能療法の実施に当たっては、摂食機能療法に係る計画を作成し、医師は定期的な摂食機能検査をもとに、その効果判定を行う必要がある。なお、治療開始日並びに毎回の訓練内容、訓練の開始時間及び終了時間を診療録等に記載すること。

（３） 摂食機能療法を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に疾患名及び当該疾患に係る摂食機能療法の治療開始日を記載すること。

（４） 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師又は歯科衛生士が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。

（５） 「２」については、脳卒中の発症後 14 日以内の患者に対し、15 分以上の摂食機能療法を行った場合に算定できる。なお、脳卒中の発症後 14 日以内の患者であっても、30 分以上の摂食機能療法を行った場合には「１」を算定できる。

（６） 当該患者の転院時又は退院時には、患者又はその家族等に対して、嚥下機能の状態の説明並びに誤嚥予防のための食事内容及び摂食方法の指導を行うとともに、転院後又は退院後の摂食機能療法を担う他の保険医療機関等の医師及びその他の職種に対して、患者の嚥下機能の状態並びに患者又はその家族等への説明及び指導の内容について情報提供を行うこと。

（７） 「注３」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算は、摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）等による対応によって摂食機能又は嚥下機能の回復が見込まれる患者に対して、多職種が共同して必要な指導管理を行った場合に算定できる。

（８） 「注３」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算は、以下のアからウまでの要件をいずれも満たす場合に算定する。

ア　摂食嚥下支援チーム等による対応を開始する際には、当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、当該チーム等により、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に

基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること。なお、すでに摂食機能療法を実施中であり、当該計画書が作成されている場合には、当該チーム等により見直しを行うこととしても差し支えない。当該計画書について、その内容を患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付すること。

イ　アを実施した患者について、月に１回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施すること。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に１回以上行うこと。

ウ　摂食嚥下支援チームは、カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し（嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態に見直すことや量の調整を行うことを含む。）及び摂食方法の調整や口腔管理等の見直しを行い、患者又はその家族等への指導管理を行うこと。カンファレンスの結果を踏まえて計画書等の見直しを行った際には、見直しの要点を診療録等に記載する又は計画書の写しを診療録等に添付すること。

（９）「注３」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算を算定する場合は、当該患者の摂食機能療法の効果や進捗状況、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの概要を診療録等に記載又は添付すること。また、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した日付及びカンファレンスを実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(10)「注３」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算を算定するに当たっては、ＦＩＭ及びＦＯＩＳ（function Oral Intake Scale）を測定すること。

Ｈ００５　視能訓練

（１）視能訓練は、両眼視機能に障害のある患者に対して、その両眼視機能回復のため矯正訓練（斜視視能訓練、弱視視能訓練）を行った場合に算定できるものであり、１日につき１回のみ算定する。

（２）斜視視能訓練と弱視視能訓練を同時に施行した場合は、主たるもののみで算定する。

（３）実施に当たって、医師は個々の患者の症状に対応した診療計画を作成し診療録に記載又は添付すること。

Ｈ００６　難病患者リハビリテーション料

（１）難病患者リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支）局長に届出を行った保険医療機関において、難病患者の社会生活機能の回復を目的として難病患者リハビリテーションを行った場合に、実施される内容の種類にかかわらず１日につき１回のみ算定する。

（２）難病患者リハビリテーション料の算定対象は、入院中の患者以外の難病患者であって、要介護者（食事又はトイレに介助が必要な者をいう。）及び準要介護者（移動又は入浴に介助が必要な者をいう。）であり、医師がリハビリテーションが必要であると認めるものであること。

（３）難病患者リハビリテーションは、個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであるが、この実施に当たっては、患者の症状等に応じたプログラムの作成、効果の判定等に万全を期すること。なお、実施時間は患者１人当たり１日につき６時間を標準とする。

（４）難病患者リハビリテーション料を算定している患者に対して、同一日に行う他のリハビ

リテーションは所定点数に含まれるものとする。

（５） 「注２」に規定する短期集中リハビリテーション実施加算は、退院後早期の個々の患者の状態に対応した集中的なリハビリテーションの評価を行うものであり、退院日から起算して１月以内に行われる場合は、１週につき概ね２回以上、１回当たり 40 分以上、退院日から起算して１月を超え３月以内の期間に行われる場合は、１週につき概ね２回以上、１回当たり 20 分以上の個別リハビリテーションを含む難病患者リハビリテーションを行った場合に算定する。なお、個別リハビリテーション実施の際には、他の患者に対して提供するリハビリテーションに支障のないよう配慮すること。

（６） 治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる。

Ｈ００７　障害児（者）リハビリテーション料

（１） 障害児（者）リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める障害児（者）リハビリテーション料の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関である次に掲げるいずれかの施設で行った場合に算定する。

ア　児童福祉法第 42 条第２号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第７条第２項に規定する重症心身障害児をいう。）を入所させるものに限る。）

イ　児童福祉法第６条の２第２項第１号に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関

ウ　当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している外来患者のうち、概ね８割以上が特掲診療料の施設基準等別表第十の二に該当する患者（ただし加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。）である保険医療機関

（２） 障害児（者）リハビリテーション料は、（１）に掲げる施設の入所者、入院患者、通園者又は通院患者のうち、以下の患者（医師がリハビリテーションが必要と認めた患者に限る。）に対して、個々の症例に応じてリハビリテーションを行った場合に算定する。

ア　脳性麻痺の患者

イ　胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者（脳形成不全、小頭症、水頭症、奇形症候症、二分脊椎等の患者を含む。）

ウ　顎・口腔の先天異常の患者

エ　先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者（先天性切断、先天性多発性関節拘縮症等の患者を含む。）

オ　先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者

カ　先天性又は進行性の神経筋疾患の患者（脊髄小脳変性症、シャルコーマリートゥース病、進行性筋ジストロフィー症等の患者を含む。）

キ　神経障害による麻痺及び後遺症の患者（低酸素性脳症、頭部外傷、溺水、脳炎・脳症・髄膜炎、脊髄損傷、脳脊髄腫瘍、腕神経叢損傷・坐骨神経損傷等回復に長期間を要する神経疾患等の患者を含む。）

ク　言語障害、聴覚障害、認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者（広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害等の患者を含む。）

（３） 障害児（者）リハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な運動機能検査等をもとに、その効果判定を行い、リハビリテーション実施計画を作成する必要がある。な

お、障害児（者）リハビリテーションを実施するに当たっては、開始時及びその後３か月に１回以上、患者又はその家族に対して実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載又は添付する。

（４） 障害児（者）リハビリテーション料を算定する場合は、同一の保険医療機関において、疾患別リハビリテーション料及び区分番号「Ｈ００７－２」がん患者リハビリテーション料は別に算定できない。ただし、障害児（者）リハビリテーションについては、その特殊性を勘案し、疾患別リハビリテーション料又は区分番号「Ｈ００７－２」がん患者リハビリテーション料を算定している保険医療機関とは別の保険医療機関で算定することは可能である。

Ｈ００７－２　がん患者リハビリテーション料

（１） がん患者リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、がんの種類や進行、がんに対して行う治療及びそれに伴って発生する副作用又は障害等について十分な配慮を行った上で、がんやがんの治療により生じた疼痛、筋力低下、障害等に対して、二次的障害を予防し、運動器の低下や生活機能の低下予防・改善することを目的として種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合について算定する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第２章特掲診療料第９部処置の項により算定する。

（２） がん患者リハビリテーション料は、対象となる患者に対して、医師の指導監督の下、がん患者リハビリテーションに関する適切な研修を修了した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別に 20 分以上のリハビリテーションを行った場合を１単位として、１日につき６単位に限り算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

（３） がん患者リハビリテーション料の対象となる患者は、入院中のがん患者であって、以下のいずれかに該当する者をいい、医師が個別にがん患者リハビリテーションが必要であると認める者である。

ア　当該入院中にがんの治療のための手術、骨髄抑制を来しうる化学療法、放射線治療若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者

イ　在宅において緩和ケア主体で治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの

（４） がん患者リハビリテーションを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を作成し、区分番号「Ｈ００３－２」リハビリテーション総合計画評価料１を算定していること。なお、がん患者リハビリテーションの開始時及びその後３か月に１回以上、患者又はその家族等に対して当該がん患者リハビリテーションの実施計画の内容を説明し、その要点を診療録等に記載する。なお、がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にキャンサーボードに参加することが望ましい。

（５） がん患者リハビリテーション料を算定している患者に対して、疾患別リハビリテーショ

ン料及び区分番号「Ｈ００７」障害児（者）リハビリテーション料は別に算定できない。

Ｈ００７－３　認知症患者リハビリテーション料

（１）　認知症患者リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、重度認知症の患者（区分番号「Ａ３１４」認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症疾患医療センターに入院している患者に限る。）に対して、認知症の行動・心理症状の改善及び認知機能や社会生活機能の回復を目的として、作業療法、学習訓練療法、運動療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合について算定する。ここでいう重度認知症の患者とは、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成 18 年４月３日老発第 0403003 号。「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添６の別紙 12 及び別紙 13 参照）におけるランクＭに該当するものをいう。ただし、重度の意識障害のある者（ＪＣＳ（Japan Coma Scale）でⅡ－３（又は 30）以上又はＧＣＳ（Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態にある者）を除く。また、ここでいう認知症疾患医療センターとは、「認知症施策等総合支援事業の実施について」（平成 26 年７月９日老発 0709 第３号老健局長通知）に基づき、都道府県知事又は指定都市市長が指定した保険医療機関であること。

（２）　認知症患者リハビリテーション料は、対象となる患者に対して、認知症リハビリテーションに関して、十分な経験を有する医師の指導監督の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別に 20 分以上のリハビリテーションを行った場合に算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

（３）　認知症患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、１人の従事者が１人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が１対１で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションを実施する患者数は、従事者１人につき１日 18 人を上限とする。ただし、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の労働時間が適切なものになるよう配慮すること。

（４）　認知症患者リハビリテーションを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション計画を作成し、区分番号「Ｈ００３－２」リハビリテーション総合計画評価料１を算定していること。

（５）　認知症患者リハビリテーションを算定している患者について、疾患別リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００７」障害児（者）リハビリテーション料及び区分番号「Ｈ００７－２」がん患者リハビリテーション料は別に算定できない。

Ｈ００７－４　リンパ浮腫複合的治療料

（１）　リンパ浮腫複合的治療料は、鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行った患者又は原発性リンパ浮腫と診断された患者であって、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降のものに対し、複合的治療を実施した場合に算定する。なお、この場合において、病期分類Ⅱ期以降の患者が「１」の「重症の場合」の対象患者となる。

（２） リンパ浮腫複合的治療料は、専任の医師が直接行うもの又は専任の医師の指導監督の下、専任の看護師、理学療法士若しくは作業療法士が行うものについて算定する。あん摩マッサージ指圧師（当該保険医療機関に勤務する者であって、あん摩マッサージ指圧師の資格を取得後、２年以上業務に従事（うち６月以上は当該保険医療機関において従事）し、施設基準に定める適切な研修を修了したものに限る。）が行う場合は、専任の医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が事前に指示し、かつ事後に報告を受ける場合に限り算定できる。いずれの場合も、患者１名に対し従事者１名以上の割合で実施する。

（３） リンパ浮腫複合的治療料は、弾性着衣又は弾性包帯による圧迫、圧迫下の運動、用手的リンパドレナージ、患肢のスキンケア及び体重管理等のセルフケア指導等を適切に組み合わせ、「１」の「重症の場合」は１回 40 分以上、「２」の「１以外の場合」は１回 20 分以上行った場合に算定する。なお、一連の治療において、患肢のスキンケア、体重管理等のセルフケア指導は必ず行うこと。また、重症の場合は、毎回の治療において弾性着衣又は弾性包帯による圧迫を行うこと（圧迫を行わない医学的理由がある場合を除く。）。

（４） 当該保険医療機関において、直近１年間にリンパ浮腫指導管理料を 50 回以上算定していない場合は、リンパ浮腫の診断等に係る連携先として届け出た保険医療機関（直近１年間にリンパ浮腫指導管理料を 50 回以上算定しているものに限る。）においてリンパ浮腫と診断され、リンパ浮腫の複合的治療を依頼する旨とともに紹介されたもの（区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ｉ）を算定するものに限る。）についてのみ算定できる。

Ｈ００８　集団コミュニケーション療法料

（１） 集団コミュニケーション療法料は、別に厚生労働大臣が定める区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号「Ｈ００７」障害児（者）リハビリテーション料の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関であって、当該施設において医師又は医師の指導監督の下で言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行った場合に算定できる。

（２） 集団コミュニケーション療法料の算定対象となるのは、区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号「Ｈ００７」障害児（者）リハビリテーション料を算定する患者のうち、１人の言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行うことができる程度の症状の患者であって、特に集団で行う言語聴覚療法である集団コミュニケーション療法が有効であると期待できる患者である。

（３） 集団コミュニケーション療法の実施単位数は言語聴覚士１人当たり１日のべ 54 単位を限度とする。また、集団コミュニケーション療法と脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション又は障害児（者）リハビリテーションを併せて行っている従事者については、実施するリハビリテーションの単位数が、集団コミュニケーション療法３単位を疾患別リハビリテーション１単位とみなした上で、１日に概ね 18 単位、週に 108 単位を超えないものとする。

（４） 集団コミュニケーション療法の実施に当たっては、医師は定期的な言語聴覚機能能力に係る検査をもとに効果判定を行い、集団コミュニケーション療法の実施計画を作成する必要がある。なお、集団コミュニケーション療法を実施する場合は開始時及びその後３か月に１回以上、患者又はその家族に対して当該集団コミュニケーション療法の実施計画の内

容を説明し、その要点を診療録に記載又は添付する。

第８部　精神科専門療法

通則

１　精神科専門療法の費用は、第１節の各区分の所定点数により算定する。ただし、精神科専門療法に当たって薬剤を使用したときは、第１節及び第２節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

２　精神科専門療法料は、特に規定する場合を除き、精神科を標榜（ぼう）する保険医療機関において算定する。

第１節　精神科専門療法料

区分

Ｉ０００　精神科電気痙攣（けいれん）療法

１　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合　2,800点

２　１以外の場合　150点

注１　１日に１回に限り算定する。

２　１については、第11部に規定する麻酔に要する費用（薬剤料及び特定保険医療材料料を除く。）は所定点数に含まれるものとする。

３　１については、麻酔に従事する医師（麻酔科につき医療法第６条の６第１項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が麻酔を行った場合は、900点を所定点数に加算する。

Ｉ０００－２　経頭蓋磁気刺激療法　1,200点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬物治療で十分な効果が認められない成人のうつ病患者に対して、経頭蓋治療用磁気刺激装置による治療を行った場合に限り算定する。

Ｉ００１　入院精神療法（１回につき）

１　入院精神療法⑴　400点

２　入院精神療法⑵

イ　入院の日から起算して６月以内の期間に行った場合　150点

ロ　入院の日から起算して６月を超えた期間に行った場合　80点

注１　１については、入院中の患者について、精神保健指定医が30分以上入院精神療法を行った場合に、入院の日から起算して３月を限度として週３回に限り算定する。

２　２については、入院中の患者について、入院の日から起算して４週間以内の期間に行われる場合は週２回を、入院の日から起算して４週間を超える期間に行われる場合は週１回をそれぞれ限度として算定する。ただし、重度の精神障害者である患者に対して精神保健指定医が必要と認めて行われる場合は、入院期間にかかわらず週２回に限り算定する。

Ｉ００２　通院・在宅精神療法（１回につき）

１　通院精神療法

イ　精神保健福祉法第29条又は第29条の２の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合　660点

ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合

⑴　精神保健指定医による場合　560点

⑵　⑴以外の場合　540点

ハ　イ及びロ以外の場合

⑴　30分以上の場合

①　精神保健指定医による場合　410点

②　①以外の場合　390点

⑵　30分未満の場合

①　精神保健指定医による場合　330点

②　①以外の場合　315点

２　在宅精神療法

イ　精神保健福祉法第29条又は第29条の２の規定による入院措置を経て退院した患者であって、都道府県等が作成する退院後に必要な支援内容等を記載した計画に基づく支援期間にあるものに対して、当該計画において療養を担当することとされている保険医療機関の精神科の医師が行った場合　660点

ロ　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において、60分以上行った場合

⑴　精神保健指定医による場合　620点

⑵　⑴以外の場合　600点

ハ　イ及びロ以外の場合

⑴　60分以上の場合

①　精神保健指定医による場合　550点

②　①以外の場合　530点

⑵　30分以上60分未満の場合

①　精神保健指定医による場合　410点

②　①以外の場合　390点

⑶　30分未満の場合

①　精神保健指定医による場合　330点

②　①以外の場合　315点

注１　入院中の患者以外の患者について、退院後４週間以内の期間に行われる場合にあっては１と２を合わせて週２回、その他の場合にあっては１と２を合わせて週１回に限り算定する。ただし、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料を算定している患者については算定しない。

２　通院・在宅精神療法は、診療に要した時間が５分を超えたときに限り算定する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において通院・在宅精神療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。

３　20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から１年以内の期間に行った場合に限る。）は、350点を所定点数に加算する。ただし、注４に規定する加算を算定した場合は、算定しない。

４　特定機能病院若しくは区分番号Ａ３１１－４に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行った保険医療機関又は当該保険医療機関以外の保険医療機関であって別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、通院・在宅精神療法を行った場合は、児童思春期精神科専門管理加算として、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ロについては、１回に限り算定する。

イ　16歳未満の患者に通院・在宅精神療法を行った場合

⑴　当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から２年以内の期間に行った場合　500点

⑵　⑴以外の場合　300点

ロ　20歳未満の患者に60分以上の通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を最初に受診した日から３月以内の期間に行った場合に限る。）　1,200点

５　１のハの⑴並びに２のハの⑴及び⑵については、抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月１回に限り25点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｉ００２－２に掲げる精神科継続外来支援・指導料の注４に規定する加算を算定する月は、算定しない。

６　当該患者に対して、１回の処方において、３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬を投与した場合であって、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

７　１のイを算定する患者に対し、医師の指示を受けた看護師、准看護師又は精神保健福祉士が、月に１回以上、療養の状況等を踏まえ、治療及び社会生活等に係る助言又は指導を継続して行った場合に、措置入院後継続支援加算として、３月に１回に限り275点を所定点数に加算する。

８　１を算定する患者であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、直近の入院において、区分番号Ｂ０１５に掲げる精神科退院時共同指導料１を算定した患者に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に、療養生活環境整備指導加算として、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り250点を所定点数に加算する。

９　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１を算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師又は精神保健福祉士が、当該患者が地域生活を継続するための面接及び関係機関との連絡調整を行った場合に、療養生活継続支援加算として、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り350点を所定点数に加算する。ただし、注８に規定する加算を算定した場合は、算定しない。

Ｉ００２－２　精神科継続外来支援・指導料（１日につき）　55点

注１　入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に、患者１人につき１日に１回に限り算定する。

２　当該患者に対して、１回の処方において、３種類以上の抗不安薬、３種類以上の睡眠薬、３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬を投与した場合（臨時の投薬等のもの及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を患者の病状等によりやむを得ず投与するものを除く。）には、算定しない。

３　医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、40点を所定点数に加算する。

４　抗精神病薬を服用している患者について、客観的な指標による当該薬剤の副作用の評価を行った場合は、特定薬剤副作用評価加算として、月１回に限り25点を所定点数に加算する。ただし、区分番号Ｉ００２に掲げる通院・在宅精神療法の注５に規定する加算を算定する月は、算定しない。

５　当該患者に対して、１回の処方において、３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬を投与した場合（注２に規定する場合を除く。）であって、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合、所定点数の100分の50に相当する点数により算定する。

６　他の精神科専門療法と同一日に行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。

Ｉ００２－３　救急患者精神科継続支援料

１　入院中の患者　900点

２　入院中の患者以外の患者　300点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神疾患を有する患者であって、自殺企図等により入院したものに対し、生活上の課題又は精神疾患の治療継続上の課題を確認し、助言又は指導を行った場合に算定する。

２　入院中の患者については、入院した日から起算して６月以内の期間に週１回に限り算定する。

３　入院中の患者以外の患者については、退院後、電話等で継続的な指導等を行った場合に、退院後24週を限度として、週１回に限り算定する。

Ｉ００３　標準型精神分析療法（１回につき）　390点

注　診療に要した時間が45分を超えたときに限り算定する。

Ｉ００３－２　認知療法・認知行動療法（１日につき）

１　医師による場合　480点

２　医師及び看護師が共同して行う場合　350点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外の患者について、認知療法・認知行動療法に習熟した医師が、一連の治療に関する計画を作成し、患者に説明を行った上で、認知療法・認知行動療法を行った場合に、一連の治療について16回に限り算定する。

２　精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。

３　診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。

４　認知療法・認知行動療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

Ｉ００４　心身医学療法（１回につき）

１　入院中の患者　150点

２　入院中の患者以外の患者

イ　初診時　110点

ロ　再診時　80点

注１　精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。

２　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日において心身医学療法を行った場合は、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。

３　入院中の患者については、入院の日から起算して４週間以内の期間に行われる場合にあっては週２回、入院の日から起算して４週間を超える期間に行われる場合にあっては週１回に限り算定する。

４　入院中の患者以外の患者については、初診日から起算して４週間以内の期間に行われる場合にあっては週２回、初診日から起算して４週間を超える期間に行われる場合にあっては週１回に限り算定する。

５　20歳未満の患者に対して心身医学療法を行った場合は、所定点数に所定点数の100分の200に相当する点数を加算する。

Ｉ００５　入院集団精神療法（１日につき）　100点

注１　入院中の患者について、入院の日から起算して６月を限度として週２回に限り算定する。

２　入院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

Ｉ００６　通院集団精神療法（１日につき）　270点

注１　入院中の患者以外の患者について、６月を限度として週２回に限り算定する。

２　通院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

Ｉ００６－２　依存症集団療法（１回につき）

１　薬物依存症の場合　340点

２　ギャンブル依存症の場合　300点

３　アルコール依存症の場合　300点

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬物依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から起算して６月を限度として、週１回に限り算定する。ただし、精神科の医師が特

に必要性を認め、治療開始日から起算して６月を超えて実施した場合には、治療開始日から起算して２年を限度として、更に週１回かつ計24回に限り算定できる。

２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ギャンブル依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、治療開始日から起算して３月を限度として、２週間に１回に限り算定する。

３　３については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、アルコール依存症の患者であって、入院中の患者以外のものに対して、集団療法を実施した場合に、週１回かつ計10回に限り算定する。

４　依存症集団療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

Ｉ００７　精神科作業療法（１日につき）　220点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。

Ｉ００８　入院生活技能訓練療法

１　入院の日から起算して６月以内の期間に行った場合　100点

２　入院の日から起算して６月を超えた期間に行った場合　75点

注１　入院中の患者について、週１回に限り算定する。

２　入院生活技能訓練療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、所定点数に含まれるものとする。

Ｉ００８－２　精神科ショート・ケア（１日につき）

１　小規模なもの　275点

２　大規模なもの　330点

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。

２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、疾患等に応じた診療計画を作成して行われる場合に算定する。

３　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年を超える期間に行われる場合には、週５日を限度として算定する。ただし、週３日を超えて算定する場合にあっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。

４　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、20点を所定点数に加算する。

５　当該保険医療機関において、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。）に対して、精神科ショート・ケアを行った場合には、入院中１回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。

６　精神科ショート・ケアを算定した場合は、区分番号Ｉ００９に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号Ｉ０１０に掲げる精神科ナイト・ケア、区分番号Ｉ０１０－２に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号Ｉ０１５に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。

７　１については、40歳未満の患者に対して、当該患者と類似の精神症状を有する複数の患者と共通の計画を作成し、当該計画について文書により提供し、当該患者の同意を得た上で、当該計画に係る複数の患者と同時に精神科ショート・ケアを実施した場合に、治療開始日から起算して５月を限度として、週１回に限り、疾患別等専門プログラム加算として、200点を所定点数に加算する。ただし、精神科の医師が特に必要性を認めた場合は、治療開始日から起算して２年を限度として、更に週１回かつ計20回に限り算定できる。

Ｉ００９　精神科デイ・ケア（１日につき）

１　小規模なもの　590点

２　大規模なもの　700点

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。

２　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、疾患等に応じた診療計画を作成して行われる場合に算定する。

３　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年を超える期間に行われる場合には、週５日を限度として算定する。ただし、週３日を超えて算定する場合にあっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。

４　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して３年を超える期間に行われる場合であって、週３日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

５　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。

６　当該保険医療機関において、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号Ｉ０１１に掲げる精神科退院指導料を算定したものに限る。）に対して、精神科デイ・ケアを行った場合には、入院中１回に限り、所定点数の100分の50に相当する点数を算定する。

７　精神科デイ・ケアを算定した場合は、区分番号Ｉ００８－２に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号Ｉ０１０に掲げる精神科ナイト・ケア、区分番号Ｉ０１０－２に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号Ｉ０１５に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。

Ｉ０１０　精神科ナイト・ケア（１日につき）　540点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。

２　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年を超える期間に行われる場合には、週５日を限度として算定する。ただし、週３日を超えて算定する場合にあっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。

３　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して３年を超える期間に行われる場合であって、週３日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

４　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。

５　精神科ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号Ｉ００８－２に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号Ｉ００９に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号Ｉ０１０－２に掲げる精神科デイ・ナイト・ケア及び区分番号Ｉ０１５に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。

Ｉ０１０－２　精神科デイ・ナイト・ケア（１日につき）　1,000点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。

２　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年を超える期間に行われる場合には、週５日を限度として算定する。ただし、週３日を超えて算定する場合にあっては、患者の意向を踏まえ、必要性が特に認められる場合に限る。

３　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して３年を超える期間に行われる場合であって、週３日を超えて算定する場合には、長期の入院歴を有する患者を除き、当該日における点数は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。

４　精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアのいずれかを最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。

５　当該療法について、疾患等に応じた診療計画を作成して行った場合は、疾患別等診療計画加算として、40点を所定点数に加算する。

６　精神科デイ・ナイト・ケアを算定した場合は、区分番号Ｉ００８－２に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号Ｉ００９に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号Ｉ０１０に掲げる精神科ナイト・ケア及び区分番号Ｉ０１５に掲げる重度認知症患者デイ・ケア料は算定しない。

Ｉ０１１　精神科退院指導料　320点

注１　入院期間が１月を超える精神障害者である患者又はその家族等に対して、精神科の医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合に、当該入院中１回に限り算定する。

２　入院期間が１年を超える精神障害者である患者又はその家族等に対して、精神科の医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づき必要な指導を行った場合であって、当該患者が退院したときに、精神科地域移行支援加算として、退院時に１回に限り200点を所定点数に加算する。

Ｉ０１１－２　精神科退院前訪問指導料　380点

注１　入院中の患者の円滑な退院のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中３回（入院期間が６月を超えると見込まれる患者にあっては、当該入院中６回）に限り算定する。

２　保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が共同して訪問指導を行った場合は、320点を所定点数に加算する。

３　注１に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

Ｉ０１２　精神科訪問看護・指導料

１　精神科訪問看護・指導料Ⅰ

イ　保健師又は看護師による場合

(1)　週３日目まで　30分以上の場合　580点
(2)　週３日目まで　30分未満の場合　445点
(3)　週４日目以降　30分以上の場合　680点
(4)　週４日目以降　30分未満の場合　530点

ロ　准看護師による場合

(1)　週３日目まで　30分以上の場合　530点
(2)　週３日目まで　30分未満の場合　405点
(3)　週４日目以降　30分以上の場合　630点
(4)　週４日目以降　30分未満の場合　490点

ハ　作業療法士による場合

(1)　週３日目まで　30分以上の場合　580点
(2)　週３日目まで　30分未満の場合　445点
(3)　週４日目以降　30分以上の場合　680点
(4)　週４日目以降　30分未満の場合　530点

ニ　精神保健福祉士による場合

(1)　週３日目まで　30分以上の場合　580点
(2)　週３日目まで　30分未満の場合　445点
(3)　週４日目以降　30分以上の場合　680点
(4)　週４日目以降　30分未満の場合　530点

２　削除

３　精神科訪問看護・指導料Ⅱ

イ　保健師又は看護師による場合

(1)　同一日に２人

①　週３日目まで　30分以上の場合　580点
②　週３日目まで　30分未満の場合　445点
③　週４日目以降　30分以上の場合　680点
④　週４日目以降　30分未満の場合　530点

(2)　同一日に３人以上

①　週３日目まで　30分以上の場合　293点
②　週３日目まで　30分未満の場合　225点
③　週４日目以降　30分以上の場合　343点
④　週４日目以降　30分未満の場合　268点

ロ　准看護師による場合

(1)　同一日に２人

①　週３日目まで　30分以上の場合　530点
②　週３日目まで　30分未満の場合　405点
③　週４日目以降　30分以上の場合　630点
④　週４日目以降　30分未満の場合　490点

(2)　同一日に３人以上

①　週３日目まで　30分以上の場合　268点
②　週３日目まで　30分未満の場合　205点
③　週４日目以降　30分以上の場合　318点
④　週４日目以降　30分未満の場合　248点

ハ　作業療法士による場合

(1)　同一日に２人

①　週３日目まで　30分以上の場合　580点
②　週３日目まで　30分未満の場合　445点
③　週４日目以降　30分以上の場合　680点
④　週４日目以降　30分未満の場合　530点

(2)　同一日に３人以上

①　週３日目まで　30分以上の場合　293点
②　週３日目まで　30分未満の場合　225点
③　週４日目以降　30分以上の場合　343点
④　週４日目以降　30分未満の場合　268点

ニ　精神保健福祉士による場合

(1)　同一日に２人

①　週３日目まで　30分以上の場合　580点
②　週３日目まで　30分未満の場合　445点
③　週４日目以降　30分以上の場合　680点
④　週４日目以降　30分未満の場合　530点

(2) 同一日に３人以上
① 週３日目まで 30分以上の場合 293点
② 週３日目まで 30分未満の場合 225点
③ 週４日目以降 30分以上の場合 343点
④ 週４日目以降 30分未満の場合 268点

注１ １については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に精神科訪問看護・指導を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下この区分番号において「看護師等」という。）を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料Ⅱ、区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）及び区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（３を除く。）を算定する日と合わせて週３回（当該患者の退院後３月以内の期間において行われる場合にあっては、週５回）に限り算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示した場合には、１月に１回に限り、当該急性増悪した日から７日以内の期間については、１日につき１回に限り算定することができる。

２ ３については、入院中の患者以外の精神障害者である患者又はその家族等であって、同一建物居住者であるものに対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の看護師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合に、精神科訪問看護・指導料(1)、区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料（３を除く。）及び区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料（３を除く。）を算定する日と合わせて週３回（当該患者の退院後３月以内の期間において行われる場合にあっては、週５回）に限り、患者１人につきそれぞれ所定点数を算定する。ただし、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、医師が必要と認め指示した場合には、１月に１回に限り、当該急性増悪した日から７日以内の期間について、１日につき１回に限り算定することができる。

３ 注１ただし書及び注２ただし書の患者について、更に継続した訪問看護が必要と医師が判断した場合には、急性増悪した日から１月以内の医師が指示した連続した７日間（注１ただし書及び注２ただし書に規定する期間を除く。）については、１日につき１回に限り算定することができる。

４ 注１及び注２に規定する場合（いずれも30分未満の場合を除く。）であって、複数の看護師等又は看護補助者を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行わせた場合は、複数名精神科訪問看護・指導加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。ただし、ハの場合にあっては週１日を限度とする。

イ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合
(1) １日に１回の場合
① 同一建物内１人又は２人 450点
② 同一建物内３人以上 400点
(2) １日に２回の場合
① 同一建物内１人又は２人 900点
② 同一建物内３人以上 810点
(3) １日に３回以上の場合
① 同一建物内１人又は２人 1,450点
② 同一建物内３人以上 1,300点

ロ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合
(1) １日に１回の場合
① 同一建物内１人又は２人 380点
② 同一建物内３人以上 340点
(2) １日に２回の場合
① 同一建物内１人又は２人 760点
② 同一建物内３人以上 680点
(3) １日に３回以上の場合
① 同一建物内１人又は２人 1,240点
② 同一建物内３人以上 1,120点

ハ 所定点数を算定する精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師が看護補助者と同時に精神科訪問看護・指導を行う場合
(1) 同一建物内１人又は２人 300点
(2) 同一建物内３人以上 270点

５ 注１及び注２に規定する場合であって、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、保険医療機関の看護師等が、長時間にわたる精神科訪問看護・指導を実施した場合には、長時間精神科訪問看護・指導加算として週１日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週３日）に限り、520点を所定点数に加算する。

６ 注１及び注２に規定する場合であって、夜間（午後６時から午後10時までの時間をいう。）又は早朝（午前６時から午前８時までの時間をいう。）に精神科訪問看護・指導を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として210点を所定点数に加算し、深夜に精神科訪問看護・指導を行った場合は、深夜訪問看護加算として420点を所定点数に加算する。

７ 注１及び注２に規定する場合であって、患者又はその家族等の求めを受けた診療所又は在宅療養支援病院の保険医（精神科の医師に限る。）の指示により、保険医療機関の看護師等が緊急に精神科訪問看護・指導を実施した場合には、精神科緊急訪問看護加算として、１日につき265点を所定点数に加算する。

８ 精神科訪問看護・指導料を算定した場合には、区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又はＣ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料は、算定しない。

９ 精神科訪問看護・指導に要した交通費は、患家の負担とする。

10 区分番号Ｉ０１６に掲げる精神科在宅患者支援管理料を算定する患者に対して、当該患者に対する診療を担う保険医療機関（訪問看護を行うものに限る。）の保険医が必要と認めて、１日に２回又は３回以上の精神科訪問看護・指導を行った場合には、精神科複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定点数に加算する。

イ １日に２回の場合
(1) 同一建物内１人又は２人 450点
(2) 同一建物内３人以上 400点

ロ １日に３回以上の場合
(1) 同一建物内１人又は２人 800点
(2) 同一建物内３人以上 720点

11 別に厚生労働大臣が定める者について、保険医療機関の看護師又は准看護師が、登録喀痰吸引等事業者又は登録特定行為事業者と連携し、喀痰吸引等が円滑に行われるよう、喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月１回に限り250点を所定点数に加算する。

12 保険医療機関の看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該保険医療機関の所在地から患家までの移動にかかる時間が１時間以上である者に対して精神

科訪問看護・指導を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。

イ　別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関の看護師等が精神科訪問看護・指導を行う場合

ロ　別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する保険医療機関の看護師等が別に厚生労働大臣が定める地域の患家に対して精神科訪問看護・指導を行う場合

13　組織的な感染防止対策につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（診療所に限る。）においては、外来感染対策向上加算として、月１回に限り６点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注11、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注15、第１部の通則第３号又は第２部の通則第５号にそれぞれ規定する外来感染対策向上加算を算定した月は、別に算定できない。

14　感染症対策に関する医療機関間の連携体制につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注12及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注16に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注13に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、連携強化加算として、月１回に限り３点を更に所定点数に加算する。

15　感染防止対策に資する情報を提供する体制につき区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注13及び区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注17に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、注13に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合は、サーベイランス強化加算として、月１回に限り１点を更に所定点数に加算する。

Ｉ０１２－２　精神科訪問看護指示料　300点

注１　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、診療に基づき指定訪問看護事業者（介護保険法第41条第１項に規定する指定居宅サービス事業者若しくは同法第53条第１項に規定する指定介護予防サービス事業者（いずれも訪問看護事業を行う者に限る。）又は健康保険法第88条第１項に規定する指定訪問看護事業者をいう。）からの指定訪問看護の必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、精神科訪問看護指示書を交付した場合に、患者１人につき月１回に限り算定する。

２　当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要を認め、患者又はその家族等の同意を得て当該患者等の選定する訪問看護ステーションに対して、その旨を記載した精神科訪問看護指示書を交付した場合は、精神科特別訪問看護指示加算として、患者１人につき月１回に限り、100点を所定点数に加算する。

３　当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医（精神科の医師に限る。）が、診療に基づき、保健師助産師看護師法第37条の２第２項第１号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。）に係る管理の必要を認め、当該患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して、同項第２号に規定する手順書を交付した場合は、手順書加算として、患者１人につき６月に１回に限り、150点を所定点数に加算する。

４　注１の場合において、必要な衛生材料及び保険医療材料を提供した場合に、衛生材料等提供加算として、患者１人につき月１回に限り、80点を所定点数に加算する。

５　精神科訪問看護指示料を算定した場合には、区分番号Ｃ００７に掲げる訪問看護指示料は算定しない。

Ｉ０１３　抗精神病特定薬剤治療指導管理料

１　持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料

イ　入院中の患者　250点

ロ　入院中の患者以外の患者　250点

２　治療抵抗性統合失調症治療指導管理料　500点

注１　１のイについては、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、当該薬剤の投与開始日の属する月及びその翌月にそれぞれ１回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

２　１のロについては、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

３　２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

Ｉ０１４　医療保護入院等診療料　300点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、精神保健福祉法第29条第１項、第29条の２第１項、第33条第１項又は第33条の７第１項の規定による入院に係る患者に対して、精神保健指定医が治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、治療管理を行った場合は、患者１人につき１回に限り算定する。

Ｉ０１５　重度認知症患者デイ・ケア料（１日につき）　1,040点

注１　精神症状及び行動異常が著しい認知症患者の心身機能の回復又は維持を図るため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１日につき６時間以上行った場合に算定する。

２　当該療法を最初に算定した日から起算して１年以内の期間に行われる場合にあっては、早期加算として、50点を所定点数に加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、夜間の精神症状及び行動異常が著しい認知症患者に対して、当該療法に引き続き２時間以上の夜間ケアを行った場合には、当該療法を最初に算定した日から起算して１年以内の期間に限り、夜間ケア加算として、100点を所定点数に加算する。

４　重度認知症患者デイ・ケア料を算定した場合は、区分番号Ｉ００８－２に掲げる精神科ショート・ケア、区分番号Ｉ００９に掲げる精神科デイ・ケア、区分番号Ｉ０１０に掲げる精神科ナイト・ケア及び区分番号Ｉ０１０－２に掲げる精神科デイ・ナイト・ケアは算定しない。

Ｉ０１６　精神科在宅患者支援管理料（月１回）

１　精神科在宅患者支援管理料１

イ　別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合

(1)　単一建物診療患者１人　3,000点

(2)　単一建物診療患者２人以上　2,250点

ロ　別に厚生労働大臣が定める患者の場合

(1)　単一建物診療患者１人　2,500点

(2)　単一建物診療患者２人以上　1,875点

２　精神科在宅患者支援管理料２

イ　別に厚生労働大臣が定める患者のうち、集中的な支援を必要とする者の場合

(1)　単一建物診療患者１人　2,467点

(2)　単一建物診療患者２人以上　1,850点

ロ　別に厚生労働大臣が定める患者の場合

⑴　単一建物診療患者１人　2,056点

⑵　単一建物診療患者２人以上　1,542点

３　精神科在宅患者支援管理料３

イ　単一建物診療患者１人　2,030点

ロ　単一建物診療患者２人以上　1,248点

注１　１については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療又は訪問診療及び訪問看護を行っている場合（イについては週２回以上、ロについては月２回以上行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて６月を限度として、月１回に限り算定する。

２　２については、在宅で療養を行っている通院が困難な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が当該保険医療機関とは別の訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士と連携し、当該患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、定期的な訪問診療を行っている場合（イについては当該別の訪問看護ステーションが週２回以上、ロについては当該別の訪問看護ステーションが月２回以上の訪問看護を行っている場合に限る。）に、単一建物診療患者の人数に従い、初回算定日の属する月を含めて６月を限度として、月１回に限り算定する。

３　３については、１又は２を算定した患者であって、引き続き訪問診療が必要な患者に対して、当該保険医療機関（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものに限る。）の精神科の医師等が、当該患者又はその家族等の同意を得て、計画的な医学管理の下に、月１回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に、単一建物診療患者の人数に従い、精神科在宅患者支援管理料１又は２の初回算定日の属する月を含めて２年を限度として、月１回に限り算定する。ただし、１又は２を算定した月には、３を算定することはできない。

４　精神科在宅患者支援管理料を算定した場合は、区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料、区分番号Ｂ００１の５に掲げる小児科療養指導料、区分番号Ｂ００１の６に掲げるてんかん指導料、区分番号Ｂ００１の７に掲げる難病外来指導管理料、区分番号Ｂ００１の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料、区分番号Ｂ００１の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料、区分番号Ｂ００７－２に掲げる退院後訪問指導料、区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料、区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料、区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料、区分番号Ｃ００７に掲げる訪問看護指示料、区分番号Ｃ０１０に掲げる在宅患者連携指導料、区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料及び区分番号Ｉ０１２－２に掲げる精神科訪問看護指示料は算定しない。

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた診察（訪問診療と同時に行う場合を除く。）による医学管理を行っている場合に、精神科オンライン在宅管理料として、100点を所定点数に加えて算定できる。

６　精神科在宅患者支援管理に要した交通費は、患家の負担とする。

第２節　薬剤料

区分

Ｉ１００　薬剤　薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。

注１　薬価が15円以下である場合は、算定しない。

２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第８部　精神科専門療法

＜通則＞

精神科専門療法においては、薬剤を使用した場合は、第１節の精神科専門療法料と第２節の薬剤料を合算した点数により、薬剤を使用しない場合は、第１節の精神科専門療法料に掲げる所定点数のみによって算定する。この部において、精神疾患とは、ＩＣＤ－１０（国際疾病分類）の第５章「精神および行動の障害」に該当する疾病並びに第６章に規定する「アルツハイマー〈Alzheimer〉病」、「てんかん」及び「睡眠障害」に該当する疾病をいう。

第１節　精神科専門療法料

Ｉ０００　精神科電気痙攣療法

（１）　精神科電気痙攣療法とは、100 ボルト前後の電流を頭部に短時間通電することを反復し、各種の精神症状の改善を図る療法をいい、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が行った場合に限り、１日１回に限り算定する。

（２）　精神科電気痙攣療法は、当該療法について十分な知識を有する医師が実施すべきものであり、当該医師以外の介助者の立ち合いの下に、何らかの副作用が生じた際に適切な処置が取り得る準備の下に行われなければならない。

（３）　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴った精神科電気痙攣療法を実施する場合は、当該麻酔に要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。ただし、当該麻酔に伴う薬剤料及び特定保険医療材料料は別途算定できる。

（４）　「注３」に規定する加算は、麻酔科標榜医により、質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。当該加算を算定する場合には、当該麻酔科標榜医の氏名、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載する。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。

Ｉ０００－２　経頭蓋磁気刺激療法

（１）　当該治療を実施する場合は関連学会の定める適正使用指針を遵守すること。

（２）　経頭蓋磁気刺激療法は、抗うつ剤を使用した経験があって、十分な効果が認められない成人のうつ病患者に用いた場合に限り算定できる。ただし、双極性感情障害、軽症うつ病エピソード、持続気分障害などの軽症例や、精神病症状を伴う重症うつ病エピソード、切迫した希死念慮、緊張病症状、速やかに改善が求められる身体的・精神医学的状態を認めるなどの電気痙攣療法が推奨される重症例を除く。

（３）　経頭蓋磁気刺激療法は、関連学会の定める適正使用指針に基づき、適正時間の刺激により治療が行われた場合に算定できる。時間については、治療装置による治療の前後の医師又は看護師によって行われる面接の時間及び治療装置の着脱に係る時間は含まない。なお、当該治療に用いた医療機器、治療を行った日時及び刺激した時間について、診療録に記載する。

（４）　初回の治療を行った日から起算して６週を限度として、計 30 回に限り算定できる。また、治療開始日と終了日の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（５）　治療開始前にＨＡＭＤ１７又はＨＡＭＤ２４（ハミルトンうつ病症状評価尺度）による評価を行い、その分析結果及び患者に対する本治療の説明内容の要点を診療録に記載する。

（６） 治療開始から第３週目及び第６週目にＨＡＭＤ１７又はＨＡＭＤ２４による再評価を行い、その分析結果を診療録に記載する。なお、第３週目の評価において、その合計スコアがＨＡＭＤ１７で７以下、ＨＡＭＤ２４で９以下である場合は寛解と判断し当該治療は中止又は漸減する。漸減する場合、第４週目は最大週３回、第５週目は最大週２回、第６週目は最大週１回まで算定できる。また、第３週目の評価において、ＨＡＭＤ１７又はＨＡＭＤ２４の合計スコアで寛解と判断されず、かつ治療開始前の評価より改善が 20%未満の場合には中止する。

Ｉ００１　入院精神療法

（１） 入院精神療法とは、入院中の患者であって精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害があるものに対して、一定の治療計画に基づいて精神面から効果のある心理的影響を与えることにより、対象精神疾患に起因する不安や葛藤を除去し、情緒の改善を図り洞察へと導く治療方法をいう。

（２） 入院精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神保健指定医又はその他の精神科を担当する医師が、当該保険医療機関内の精神療法を行うにふさわしい場所において、対象精神疾患の患者に対して必要な時間行った場合に限り算定する。ただし、区分番号「Ａ２３０－４」精神科リエゾンチーム加算の届出を行っている保険医療機関については、精神科を標榜していない場合にも、入院精神療法を算定できる。

（３） 入院精神療法として算定できる回数は、医学的に妥当と認められる回数を限度とする。なお、入院精神療法は、同時に複数の患者又は複数の家族を対象として集団的に行われた場合には、算定できない。

（４） 患者の家族に対する入院精神療法は、統合失調症の患者であって、家族関係が当該疾患の原因又は増悪の原因と推定される場合に限り、当該保険医療機関における初回の入院の時に、入院中２回に限り算定できる。ただし、患者の病状説明、服薬指導等一般的な療養指導である場合は、算定できない。なお、家族に対して入院精神療法を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に 家族 と記載する。

（５） 入院精神療法を行った場合（家族に対して行った場合を含む。）は、その要点を診療録に記載する。入院精神療法(Ⅰ)にあっては、更に当該療法に要した時間及びその要点を診療録に記載する。

（６） 患者に対して入院精神療法を行った日と同一の日に家族に対して入院精神療法を行った場合における費用は、患者に対する入院精神療法の費用に含まれ、別に算定できない。

（７） 入院の日及び入院の期間の取扱いについては、入院基本料の取扱いの例による。

（８） 重度の精神障害者とは、措置入院患者、医療保護入院患者及び任意入院であるが何らかの行動制限を受けている患者等をいう。

（９） 入院精神療法(Ⅰ)を行った週と同一週に行われた入院精神療法(Ⅱ)は別に算定できない。

(10) 入院中の対象精神疾患の患者に対して、入院精神療法に併せて区分番号「Ｉ００４」心身医学療法が算定できる自律訓練法、森田療法等の療法を行った場合であっても、入院精神療法のみにより算定する。

(11) 当該患者に対して、同じ日に入院精神療法と区分番号「Ｉ００３」標準型精神分析療法を行った場合は標準型精神分析療法により算定する。

Ｉ００２　通院・在宅精神療法

（１）　通院・在宅精神療法とは、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害があるもの（患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合にあっては当該患者の家族）に対して、精神科を担当する医師（研修医を除く。以下この区分において同じ。）が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法をいう。

（２）　通院・在宅精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が行った場合に限り算定する。

（３）　通院・在宅精神療法は、同時に複数の患者又は複数の家族を対象に集団的に行われた場合には算定できない。

（４）　通院・在宅精神療法の「１」のイ及び「１」のハの(２)並びに「２」のイ及び「２」のハの(３)は、診療に要した時間が５分を超えたときに限り算定する。

（５）　通院・在宅精神療法の「１」のロ及び「２」のロは、区分番号「Ａ０００」初診料を算定する初診の日（区分番号「Ａ０００」の初診料の「注５」のただし書に規定する初診を含む。）は、診療に要した時間が 60 分以上の場合に限り算定することとし、「１」のハの(１)及び「２」のハの(２)は、診療に要した時間が 30 分以上の場合に、「２」のハの(１)は、診療に要した時間が 60 分以上の場合に限り算定する。この場合において、診療に要した時間とは、医師が自ら患者に対して行う問診、身体診察（視診、聴診、打診及び触診をいう。）及び当該通院・在宅精神療法に要する時間をいい、これら以外の診療に要する時間は含まない。

（６）　通院・在宅精神療法の「１」のイ及び「２」のイについては、当該患者の退院後支援についての総合調整を担う都道府県、保健所を設置する市又は特別区（以下「都道府県等」という。）が、精神障害者の退院後支援に関する指針を踏まえて作成する退院後支援に関する計画に基づく支援期間にある患者に対し、当該計画において外来又は在宅医療を担うこととされている保険医療機関の精神科の医師が実施した場合に限り算定できる。

（７）　通院・在宅精神療法の「１」のイ又は「１」のロ及び「２」のイ又は「２」のロを算定する保険医療機関においては、以下のいずれかの要件に該当していること等、標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していることが望ましい。

ア　区分番号「Ａ００１」再診料の時間外対応加算１の届出を行っていること。

イ　精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかに折り返して電話することができる体制がとられていること。

（８）　通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録に当該診療に要した時間を記載すること。ただし、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が５分、30 分又は 60 分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「○分超」などの記載でも差し支えない。また、通院・在宅精神療法の「１」のロ又

は「２」のロ又は「２」のハを算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を記載する。

（９） 当該患者の家族に対する通院・在宅精神療法は、家族関係が当該疾患の原因又は増悪の原因と推定される場合に限り算定する。ただし、患者の病状説明、服薬指導等一般的な療養指導である場合は、算定できない。家族に対して通院・在宅精神療法を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に 家族 と記載する。

(10) 通院・在宅精神療法を行った場合（家族に対して行った場合を含む。）は、その要点を診療録に記載する。

(11) 患者に対して通院・在宅精神療法を行った日と同一の日に家族に対して通院・在宅精神療法を行った場合における費用は、患者に対する通院・在宅精神療法の費用に含まれ、別に算定できない。

(12) 入院中の患者以外の精神疾患を有する患者に対して、通院・在宅精神療法に併せて区分番号「Ｉ００４」心身医学療法が算定できる自律訓練法、森田療法等の療法を行った場合であっても、通院・在宅精神療法のみにより算定する。

(13) 当該患者に対する通院・在宅精神療法を算定した場合は、同じ日に区分番号「Ｉ００３」標準型精神分析療法は算定できない。

(14) 通院・在宅精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が、訪問診療又は往診による診療を行った際にも算定できる。

(15) 「注３」に規定する加算は、必要に応じて児童相談所等と連携し、保護者等へ適切な指導を行った上で、20 歳未満の患者に対して、通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を初めて受診した日から起算して１年以内の期間に行った場合に限る。）に、所定点数に加算する。

(16) 「注４」に規定する児童思春期精神科専門管理加算は、児童思春期精神科の専門の医師（精神保健指定医に指定されてから５年以上にわたって主に 20 歳未満の患者に対する精神医療に従事した医師であって、現に精神保健指定医である医師をいう。）又は当該専門の医師の指導の下、精神療法を実施する医師が、20 歳未満の患者（イについては 16 歳未満の患者に限る。）に対し、専門的な精神療法を実施した場合に算定する。

(17) 「注４」のロについては、発達障害や虐待の有無等を含む精神状態の総合的な評価、鑑別診断及び療育方針の検討等が必要な者に対し、発達歴や日常生活の状況の聴取・行動観察等に基づく、60 分以上の専門的な精神療法を実施すること。なお、実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。

ア 発達障害の評価に当たっては、ＡＤＩ－Ｒ(Autism Diagnostic Interview-Revised)やＤＩＳＣＯ（The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders）等で採用されている診断項目を考慮すること。

イ 患者及び患者の家族に、今後の診療計画について文書及び口頭で説明すること。説明に用いた診療計画の写しを診療録に添付すること。

(18) 「注５」に定める特定薬剤副作用評価加算は、抗精神病薬を服用中の患者について、精神保健指定医又はこれに準ずる者が、通常行うべき薬剤の副作用の有無等の確認に加え、更に薬原性錐体外路症状評価尺度を用いて定量的かつ客観的に薬原性錐体外路症状の評価を行った上で、薬物療法の治療方針を決定した場合に、月１回に限り算定する。この際、

別紙様式 33 に準じて評価を行い、その結果と決定した治療方針について、診療録に記載すること。なお、同一月に区分番号「Ｉ００２－２」精神科継続外来支援・指導料の「注４」に規定する特定薬剤副作用評価加算を算定している患者については、当該加算は算定できない。

(19)　「注６」に定める所定点数には、「注３」から「注５」までの加算を含まないこと。また、別に厚生労働大臣が定める要件は、特掲診療料の施設基準等別表第十の二の四に掲げるものを全て満たすものをいう。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア　「当該保険医療機関において、３種類以上の抗うつ薬及び３種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が一定以下であること」とは、当該保険医療機関において抗うつ薬又は抗精神病薬のいずれかを処方された患者のうち、３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬を処方された患者の割合が１割未満であるか、その数が 20 名未満であることをいう。なお、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は区分番号「Ｆ１００」処方料における計算方法に準じる。抗うつ薬又は抗精神病薬を処方された患者のうち、３種類以上の抗うつ薬又は３種類以上の抗精神病薬を処方された患者の割合は、区分番号「Ｆ１００」処方料（３）ウにより報告したもののうち、直近のものを用いることとする。また、抗不安薬を３種類以上、睡眠薬を３種類以上、抗うつ薬を３種類以上又は抗精神病薬を３種類以上投与（以下この部において「向精神薬多剤投与」という。）していないために当該報告を行わなかった保険医療機関については、当該要件を満たすものとして扱う。

イ　「当該患者に対し、適切な説明や医学管理が行われていること」とは、当該月を含む過去３か月以内に以下の全てを行っていることをいう。

(イ)　患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者（以下イにおいて「患者等」という。）に対して、当該投与により見込む効果及び特に留意する副作用等について説明し、診療録に説明内容及び患者等の受け止めを記載していること。ただし、説明を行うことが診療上適切でないと考える場合は、診療録にその理由を記載することで代替して差し支えない。

(ロ)　服薬状況（残薬の状況を含む。）を患者等から聴取し、診療録に記載していること。

(ハ)　３種類以上の抗精神病薬を投与している場合は、「注５」に掲げる客観的な指標による抗精神病薬の副作用評価を行っていること。

(ニ)　減薬の可能性について検討し、今後の減薬計画又は減薬計画が立てられない理由を患者等に説明し、診療録に説明内容及び患者等の受け止めを記載していること。

ウ　「当該処方が臨時の投薬等のもの又は患者の病状等によりやむを得ないものであること」とは、区分番号「Ｆ１００」処方料(３)のアの(イ)から(ニ)までのいずれかに該当するものであることをいう。

(20)　「注７」に規定する措置入院後継続支援加算は、通院・在宅精神療法の「１」のイを算定する患者に対し、医師の指示を受けた看護職員又は精神保健福祉士が、対面又は電話で、月１回以上の指導を行った上で、３月に１回以上の頻度で当該患者の退院後支援について総合調整を担う都道府県等に対し、当該患者の治療や生活の状況及びより一層の支援が必要と考えられる課題について、文書で情報提供している場合に、３月に１回に限り算定できる。診療録等において、毎回の指導内容を記載するとともに、都道府県等への情報提供

の写しを記録すること。なお、指導等を実施した月の翌月以降に通院・在宅精神療法を行った場合に算定しても差し支えないこととし、指導等を行った月と算定する月が異なる場合には、診療報酬明細書の摘要欄に指導等を行った月を記載すること。

(21)　「注８」に規定する療養生活環境整備指導加算は、通院・在宅精神療法の「１」を算定する患者について、精神病棟における直近の入院において、区分番号「Ｂ０１５」精神科退院時共同指導料の「１」精神科退院時共同指導料１を算定した患者であって、退院した日の属する月の翌月末日までに当該保険医療機関を受診したもの又はその家族等に対して、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師又は精神保健福祉士が、療養生活環境を整備するための指導を行った場合に月１回に限り算定できる。なお、実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。また、精神科退院時共同指導料１を算定した月と当該加算を算定する月が異なる場合には、診療報酬明細書の摘要欄に直近の精神科退院時共同指導料１を算定した年月を記載すること。

ア　当該患者の支援方針等について、多職種が共同して、３月に１回の頻度でカンファレンスを実施すること。また、カンファレンスには、以下の（イ）から（ハ）までの職種がそれぞれ１名以上参加していること。なお、必要に応じて、（ニ）から（ヌ）までの職種が参加すること。ただし、（イ）から（ヘ）までについては、当該保険医療機関の者に限る。

（イ）　当該患者の診療を担当する精神科の医師
（ロ）　保健師又は看護師（以下この項において「看護師等」という。）
（ハ）　精神保健福祉士
（ニ）　薬剤師
（ホ）　作業療法士
（ヘ）　公認心理師
（ト）　在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等
（チ）　在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの作業療法士
（リ）　市町村若しくは都道府県等の担当者
（ヌ）　その他の関係職種

イ　アのカンファレンスにおいて、患者の状態を把握した上で、多職種が共同して別紙様式５１の２に掲げる「療養生活環境の整備に関する支援計画書」（以下この区分において「支援計画書」という。）を作成し、その写しを診療録等に添付する。なお、支援計画書の作成に当たっては、平成 28～30 年度厚生労働行政推進調査事業において「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント実践ガイド」を参考にすること。ただし、初回のカンファレンスについては、区分番号「Ｂ０１５」精神科退院時共同指導料に規定する指導を実施した日から当該患者の状態に著しい変化を認めない場合に限り、当該指導時に作成した支援計画書（直近の入院中に作成した支援計画書に限る。）を用いても差し支えない。

ウ　当該患者を担当する看護師等又は精神保健福祉士は、患者等に対し、イにおいて作成した支援計画書の内容を説明し、かつ、当該支援計画書の写しを交付した上で、療養生活環境の整備のための指導を行う。また、担当する患者ごとに療養生活環境整備指導記録を作成し、当該指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記すること。

(22)　「注９」に規定する療養生活継続支援加算は、通院・在宅精神療法の「１」を算定する患者であって、重点的な支援を要するものに対して、精神科を担当する医師の指示の下、看護師（適切な研修を受けた者に限る。以下この区分において同じ。）又は精神保健福祉士が、当該患者又はその家族等に対し、医療機関等における対面による 20 分以上の面接を含む支援を行うとともに、当該月内に保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関と連絡調整を行った場合に、初回算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り算定できる。なお、実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。

ア　対象となる「重点的な支援を要する患者」は、平成 28～30 年度厚生労働行政調査推進補助金障害者対策総合研究事業において「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」の研究班が作成した、別紙様式 51 に掲げる「包括的支援マネジメント　実践ガイド」における「包括的支援マネジメント　導入基準」を１つ以上満たす者であること。

イ　当該患者を担当する看護師又は精神保健福祉士が、患者の状況を把握した上で、初回の支援から２週間以内に、多職種と共同して支援計画書を作成し、その写しを診療録等に添付すること。なお、支援計画書の作成に当たっては、平成 28～30 年度厚生労働行政推進調査事業において「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」の研究班が作成した、「包括的支援マネジメント　実践ガイド」を参考にすること。

ウ　当該患者を担当する看護師又は精神保健福祉士は、患者等に対し、イにおいて作成した支援計画書の内容を説明し、かつ、当該支援計画書の写しを交付した上で、療養生活継続のための支援を行う。また、保健所、市町村、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者その他の関係機関との連絡調整に当たっては、関係機関からの求めがあった場合又はその他必要な場合に、患者又はその家族等の同意を得て、支援計画に係る情報提供を行うこと。

エ　担当する患者ごとに療養生活継続支援記録を作成し、当該指導記録に支援の要点、面接実施時間を明記すること。

(23)　「注９」に規定する療養生活継続支援加算は、対象となる状態の急性増悪又は著しい環境の変化により新たに重点的な支援を要する場合について、要件を満たす場合に、再度の算定日の属する月から起算して１年を限度として、月１回に限り 350 点を所定点数に加算する。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に、急性増悪等における具体的な状態について記載すること。また、新たに重点的な支援を行うこととなった日を記載した支援計画書を、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。

Ｉ００２－２　精神科継続外来支援・指導料

（１）　精神科継続外来支援・指導料とは、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有するものに対して、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が、精神障害者の地域生活の維持や社会復帰に向けた支援のため、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を継続して行う場合を評価したものである。

（２）　「注２」については、当該保険医療機関が、１回の処方において、向精神薬多剤投与を行った場合には、算定しない。ただし、区分番号「Ｆ１００」処方料(３)のアの(イ)から

(ハ)までのいずれかに該当する場合、及び３種類の抗うつ薬又は３種類の抗精神病薬を投与する場合で（ニ）に該当する場合は算定することができる。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に向精神薬多剤投与に該当するが、精神科継続外来支援・指導料を算定する理由を記載すること。

（３） 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類については、別紙 36 を参考にすること。

（４） 「注３」に規定する加算は、「注１」に規定する医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下「保健師等」という。）が、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合を評価したものである。

（５） 「注４」に定める特定薬剤副作用評価加算は、抗精神病薬を服用中の患者について、精神保健指定医又はこれに準ずる者が、通常行うべき薬剤の副作用の有無等の確認に加え、更に薬原性錐体外路症状評価尺度を用いて定量的かつ客観的に薬原性錐体外路症状の評価を行った上で、薬物療法の治療方針を決定した場合に、月１回に限り算定する。この際、別紙様式 33 に準じて評価を行い、その結果と決定した治療方針について、診療録に記載すること。なお、同一月に区分番号「Ｉ００２」通院・在宅精神療法の「注５」に規定する特定薬剤副作用評価加算を算定している患者については、当該加算は算定できない。

（６） 他の精神科専門療法と同一日に行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。

（７） 精神科継続外来支援・指導料は、初診時（区分番号「Ａ０００」初診料の「注５」のただし書に規定する初診を含む。）は算定できないものとする。

（８） 精神科継続外来支援・指導を行った場合は、その要点を診療録に記載する。

（９） 「注５」に定める別に厚生労働大臣が定める要件は、特掲診療料の施設基準等別表十の二の四に掲げるものを全て満たすものをいう。なお、その留意事項は、「Ｉ００２」通院・在宅精神療法の(19)に示すものと同様である。

Ｉ００２－３　救急患者精神科継続支援料

（１） 救急患者精神科継続支援料は、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師又は社会福祉士が、自殺企図若しくは自傷又はそれらが疑われる行為によって生じた外傷や身体症状のために医師が入院の必要を認めた患者であって、精神疾患の状態にあるものに対し、自殺企図や精神状態悪化の背景にある生活上の課題の状況を確認した上で、解決に資する社会資源について情報提供する等の援助を行う他、かかりつけ医への受診や定期的な服薬等、継続して精神疾患の治療を受けるための指導や助言を行った場合に算定する。なお、指導等を行う精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師等は、適切な研修を受講している必要があること。

（２） 「１」については、精神科医の指示を受けた看護師等が指導等を行う場合には、あらかじめ、当該精神科医が週に１回以上診察している必要があること。

（３） 「２」については、精神科医又は当該精神科医の指示を受けた看護師等（いずれも入院中に当該患者の指導等を担当した者に限る。）が、電話等で指導等を行った場合に算定することとし、退院後 24 週を限度として、週１回に限り算定する。なお、指導等を実施した月の翌月以降に外来を受診した際に算定しても差し支えないこととし、指導等を行った月

と算定する月が異なる場合には、診療報酬明細書の摘要欄に指導等を行った月を記載すること。

（４） 指導等の内容の要点を診療録等に記載すること。

Ｉ００３　標準型精神分析療法

（１） 標準型精神分析療法とは、口述による自由連想法を用いて、抵抗、転移、幼児体験等の分析を行い解釈を与えることによって洞察へと導く治療法をいい、当該療法に習熟した医師により行われた場合に、概ね月６回を標準として算定する。また、精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関において、標準型精神分析療法に習熟した心身医学を専門とする医師が当該療法を行った場合においても算定できる。

（２） 口述でなく筆記による自由連想法的手法で行う精神分析療法は、１時間以上にわたるような場合であっても、入院中の患者にあっては区分番号「Ｉ００１」入院精神療法により、入院中の患者以外の患者にあっては区分番号「Ｉ００２」通院・在宅精神療法により算定する。

（３） 標準型精神分析療法を行った場合は、その要点及び診療時間を診療録に記載する。

Ｉ００３－２　認知療法・認知行動療法

（１） 認知療法・認知行動療法とは、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害又は神経性過食症の患者に対して、認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって治療することを目的とした精神療法をいう。

（２） 認知療法・認知行動療法は、一連の治療計画を策定し、患者に対して詳細な説明を行った上で、当該療法に関する研修を受講するなど当該療法に習熟した医師によって 30 分を超えて治療が行われた場合（「２」において、看護師により 30 分を超える面接が行われ、その後当該療法に習熟した医師により５分以上の面接が行われた場合を含む。）に算定する。

（３） 一連の治療につき 16 回に限り算定する。

（４） 認知療法・認知行動療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

（５） うつ病等の気分障害の患者に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」（平成 21 年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」）に従って行った場合に限り、算定できる。

（６） 強迫性障害の患者に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「強迫性障害（強迫症）の認知行動療法マニュアル（治療者用）」（平成 27 年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」）に従って行った場合に限り、算定できる。

（７） 社交不安障害の患者に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「社交不安障害（社交不安症）の認知行動療法マニュアル（治療者用）」（平成 27 年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」）に従って行った場合に限り、算定できる。

（８） パニック障害の患者に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科

学研究班作成の「パニック障害（パニック症）の認知行動療法マニュアル（治療者用）」（平成 27 年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」）に従って行った場合に限り、算定できる。

（９） 心的外傷後ストレス障害に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研究班作成の「ＰＴＳＤ(心的外傷後ストレス障害)の認知行動療法マニュアル〔持続エクスポージャー療法／ＰＥ療法〕（平成 27 年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」）に従って行った場合に限り、算定できる。

(10) 神経性過食症に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター研究班作成の「摂食障害に対する認知行動療法ＣＢＴ－Ｅ簡易マニュアル」（平成 29 年度国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神・神経疾患研究開発費研究事業「心身症・摂食障害の治療プログラムと臨床マーカーの検証」）に従って行った場合に限り、算定できる。

(11) 認知療法・認知行動療法を行った場合は、その要点及び診療時間を診療録に記載する。

(12) 認知療法・認知行動療法の「２」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害の患者に対して、医師が治療を行うに当たり、治療に係る面接の一部を専任の看護師が実施した場合に算定する。ただし、この場合にあっては、次の全てを満たすこと。

ア 初回時又は治療終了時を予定する回の治療に係る面接は専任の医師が実施し、専任の看護師が同席すること。

イ 初回から治療を終了するまでの間の治療は、初回時に同席した看護師が実施し、当該看護師による面接後に、専任の医師が患者と５分以上面接すること。

ウ 看護師が面接を実施する場合は、患者の同意を得た上で当該面接の内容を録音し、専任の医師はその内容を、指示又は指導の参考とすること。

(13) 認知療法・認知行動療法の「１」及び「２」は、一連の治療において同一の点数を算定する。ただし、「２」の要件を満たす場合のうち、医師と看護師が同席して 30 分以上の面接を行った日に限り、「１」の点数を算定できる。

Ｉ００４ 心身医学療法

（１） 心身医学療法とは、心身症の患者について、一定の治療計画に基づいて、身体的傷病と心理・社会的要因との関連を明らかにするとともに、当該患者に対して心理的影響を与えることにより、症状の改善又は傷病からの回復を図る治療方法をいう。この心身医学療法には、自律訓練法、カウンセリング、行動療法、催眠療法、バイオフィードバック療法、交流分析、ゲシュタルト療法、生体エネルギー療法、森田療法、絶食療法、一般心理療法及び簡便型精神分析療法が含まれる。

（２） 心身医学療法は、当該療法に習熟した医師によって行われた場合に算定する。

（３） 心身医学療法は、初診時（区分番号「Ａ０００」初診料の「注５」のただし書に規定する初診を含む。以下この項において同じ。）には診療時間が 30 分を超えた場合に限り算定できる。この場合において診療時間とは、医師自らが患者に対して行う問診、理学的所見

（視診、聴診、打診及び触診）及び当該心身医学療法に要する時間をいい、これら以外の診療に要する時間は含まない。なお、初診時に心身医学療法を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を記載する。

（４） 心身医学療法を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の傷病名欄において、心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「（心身症）」と記載する。

例 「胃潰瘍（心身症）」

（５） 心身医学療法を行った場合は、その要点を診療録に記載する。

（６） 入院の日及び入院の期間の取扱いについては、入院基本料の取扱いの例による。

（７） 「注５」に規定する加算は、必要に応じて児童相談所等と連携し、保護者等へ適切な指導を行った上で、20 歳未満の患者に対して、心身医学療法を行った場合に、所定点数を加算する。

（８） 区分番号「Ｉ００１」入院精神療法、区分番号「Ｉ００２」通院・在宅精神療法又は区分番号「Ｉ００３」標準型精神分析療法を算定している患者については、心身医学療法は算定できない。

Ｉ００５ 入院集団精神療法

（１） 入院集団精神療法とは、入院中の患者であって、精神疾患を有するものに対して、一定の治療計画に基づき、言葉によるやりとり、劇の形態を用いた自己表現等の手法により、集団内の対人関係の相互作用を用いて、対人場面での不安や葛藤の除去、患者自身の精神症状・問題行動に関する自己洞察の深化、対人関係技術の習得等をもたらすことにより、病状の改善を図る治療法をいう。

（２） 入院集団精神療法は、精神科を標榜している保険医療機関において、精神科を担当する医師及び１人以上の精神保健福祉士又は公認心理師等により構成される２人以上の者が行った場合に限り算定する。

（３） １回に 15 人に限り、１日につき１時間以上実施した場合に、入院の日から起算して６月を限度として週２回に限り算定する。この場合、個々の患者について、精神科を担当する医師による治療計画が作成されていることが必要である。なお、入院の日及び入院の期間の取扱いについては、入院基本料の取扱いの例による。

（４） 入院集団精神療法に使用する十分な広さを有する当該医療機関内の一定の場所及びその場所を使用する時間帯を予め定めておくこと。

（５） 入院集団精神療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録等に記載する。

（６） 入院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

Ｉ００６ 通院集団精神療法

（１） 通院集団精神療法とは、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患を有するものに対して、一定の治療計画に基づき、集団内の対人関係の相互作用を用いて、自己洞察の深化、社会適応技術の習得、対人関係の学習等をもたらすことにより病状の改善を図る治療法をいう。

（２） 通院集団精神療法は、精神科を標榜している保険医療機関において、精神科を担当する医師及び１人以上の精神保健福祉士又は公認心理師等により構成される２人以上の者が行った場合に限り算定する。

（３） １回に 10 人に限り、１日につき１時間以上実施した場合に、開始日から６月を限度とし

て週２回に限り算定する。

（４） 通院集団精神療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録等に記載する。

（５） 通院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

Ｉ００６－２　依存症集団療法

（１） 依存症集団療法の「１」については、次のアからウまでのいずれも満たす場合に算定できる。

ア　入院中の患者以外の患者であって、覚醒剤（覚醒剤取締法（昭和 26 年法律第 252 号）第２条に規定する覚醒剤をいう。）、麻薬（麻薬及び向精神薬取締法第２条第１号に規定する麻薬をいう。）、大麻（大麻取締法（昭和 23 年法律第 124 号）第１条に規定する大麻をいう。）又は危険ドラッグ（医薬品医療機器等法第２条第 15 項に規定する指定薬物又は指定薬物と同等以上の精神作用を有する蓋然性が高い薬物、ハーブ、リキッド、バスソルト等をいう。）に対する物質依存の状態にあるものについて、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される２人以上の者（このうち１人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士（いずれも薬物依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。）であること。）が、認知行動療法の手法を用いて、薬物の使用を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行うこと。

イ　１回に 20 人に限り、90 分以上実施すること。

ウ　平成 22～24 年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業において「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」の研究班が作成した、物質使用障害治療プログラムに沿って行うこと。

（２） 依存症集団療法の「２」については、次のアからウまでのいずれも満たす場合に算定できる。

ア　入院中の患者以外の患者であって、ギャンブル（ギャンブル等依存症対策基本法（平成 30 年法律第 74 号）第２条に規定するギャンブル等をいう。）に対する依存の状態にあるものについて、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される２人以上の者（このうち１人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士（いずれもギャンブル依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。）であること。）が、認知行動療法の手法を用いて、ギャンブルの実施を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行うこと。

イ　１回に 10 人に限り、60 分以上実施すること。

ウ　平成 28～30 年度日本医療研究開発機構障害者対策総合研究開発事業において「ギャンブル障害の疫学調査、生物学的評価、医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究」の研究班が作成した、「ギャンブル障害の標準的治療プログラム」に沿って行うこと。

（３） 依存症集団療法の「３」については、次のアからウまでのいずれも満たす場合に算定できる。

ア　入院中の患者以外の患者であって、アルコールに対する依存の状態にあるものについて、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しく

は公認心理師で構成される２人以上の者（このうち１人以上は、当該療法の実施時間において専従する精神科医、看護師又は作業療法士（いずれもアルコール依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。）であること。）が、認知行動療法の手法を用いて、アルコールの使用を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行うこと。

イ　１回に 10 人に限り、60 分以上実施すること。

ウ　治療プログラムはアルコール依存症の治療に関する動機付け面接及び認知行動療法の考え方に基づくプログラムであること。

エ　当該指導を行う精神保健福祉士又は公認心理師については、次に該当する研修を修了している者であること。

（イ）　国又は医療関係団体が主催する研修であること（８時間以上の研修時間であるもの。）。

（ロ）　研修内容に以下の内容を含むこと。

①　アルコール依存症の概念と治療

②　アルコール依存症のインテーク面接

③　アルコール依存症と家族

④　アルコールの内科学

⑤　アルコール依存症のケースワーク・事例検討

⑥　グループワーク

（ハ）　研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含むこと。

（４）　依存症集団療法実施後に、精神科医及び精神科医の指示を受けて当該療法を実施した従事者が、個別の患者の理解度や精神状態等について評価を行い、その要点を診療録等に記載すること。

Ｉ００７　精神科作業療法

（１）　精神科作業療法は、精神疾患を有する者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される作業内容の種類にかかわらずその実施時間は患者１人当たり１日につき２時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。

（２）　１人の作業療法士が、当該療法を実施した場合に算定する。この場合の１日当たりの取扱い患者数は、概ね 25 人を１単位として、１人の作業療法士の取扱い患者数は１日２単位 50 人以内を標準とする。

（３）　精神科作業療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録等に記載する。

（４）　当該療法に要する消耗材料及び作業衣等については、当該保険医療機関の負担とする。

Ｉ００８　入院生活技能訓練療法

（１）　入院生活技能訓練療法とは、入院中の患者であって精神疾患を有するものに対して、行動療法の理論に裏付けられた一定の治療計画に基づき、観察学習、ロールプレイ等の手法により、服薬習慣、再発徴候への対処技能、着衣や金銭管理等の基本生活技能、対人関係保持能力及び作業能力等の獲得をもたらすことにより、病状の改善と社会生活機能の回復を図る治療法をいう。

（２） 精神科を標榜している保険医療機関において、経験のある２人以上の従事者が行った場合に限り算定できる。この場合、少なくとも１人は、看護師、准看護師又は作業療法士のいずれかとし、他の１人は精神保健福祉士、公認心理師又は看護補助者のいずれかとすることが必要である。なお、看護補助者は専門機関等による生活技能訓練、生活療法又は作業療法に関する研修を修了したものでなければならない。

（３） 対象人数及び実施される訓練内容の種類にかかわらず、患者１人当たり１日につき１時間以上実施した場合に限り、週１回に限り算定できる。

（４） １人又は複数の患者を対象として行った場合に算定できるが、複数の患者を対象とする場合は、１回に 15 人に限る。ただし、精神症状の安定しない急性期の精神疾患患者は、対象としない。

（５） 当該療法に従事する作業療法士は、精神科作業療法の施設基準において、精神科作業療法に専従する作業療法士の数には算入できない。また、当該療法に従事する看護師、准看護師及び看護補助者が従事する時間については、入院基本料等の施設基準における看護要員の数に算入できない。

（６） 入院生活技能訓練療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録等に記載する。

（７） 入院生活技能訓練療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

（８） 当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。

Ｉ００８－２　精神科ショート・ケア

（１） 精神科ショート・ケアは、精神疾患を有する者の地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者１人当たり１日につき３時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。

（２）「大規模なもの」については、多職種が共同して疾患等に応じた診療計画を作成した場合に算定する。なお、診療終了後に当該計画に基づいて行った診療方法や診療結果について評価を行い、その要点を診療録等に記載している場合には、参加者個別のプログラムを実施することができる。

（３） 精神科ショート・ケアは入院中の患者以外の患者に限り算定する。精神科ショート・ケアを算定している患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療法（他の保険医療機関において実施するものも含む。）は、別に算定できない。ただし、他の医療機関に入院中の患者であって、退院を予定しているもの(区分番号「Ｉ０１１」に掲げる精神科退院指導料を算定したもの又は区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているものに限る。）に対しては、退院支援の一環として、当該他の医療機関の入院中１回に限り算定できる。この場合、当該他の医療機関に照会を行い、退院を予定しているものであること、入院料等について他医療機関を受診する場合の取扱いがなされていること、他の医療機関を含め、入院中に精神科ショート・ケアの算定のないことを確認すること。また、精神科ショート・ケアに引き続き、同一日に、患家又は社会復帰施設等において精神科訪問看護・指導を行う場合は、退院後３か月以内に限り、精神科訪問看護・指導料を算定できるものとする。

（４） 同一の保険医療機関で精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケア(以下「精神科デイ・ケア等」という。)を開始した日から起算して１年を超える場合には、精神科ショート・ケアの実施回数にかかわらず、算定は１週間に５日を限度とする。ただし、週４日以上算定できるのは、以下のいずれも満たす場合に限られること。

ア　少なくとも６月に１回以上医師が精神科デイ・ケア等の必要性について精神医学的な評価を行っていること。継続が必要と判断した場合には、その理由を診療録に記載すること。

イ　少なくとも６月に１回以上、精神保健福祉士又は公認心理師が患者の意向を聴取していること。

ウ　精神保健福祉士等が聴取した患者の意向を踏まえ、医師を含む多職種が協同して、患者の意向及び疾患等に応じた診療計画を作成していること。診療計画には、短期目標及び長期目標、必要なプログラム内容と実施頻度、精神科デイ・ケア等を必要とする期間等を記載すること。医師は、作成した診療計画を患者又は家族等に説明し、精神科デイ・ケア等の実施について同意を得ること。

エ　当該保険医療機関が以下のいずれかの要件を満たしていること。

（イ）　直近６月の各月について、次の(a)に掲げる数を(b)に掲げる数で除して算出した数値の平均が 0.8 未満であること。

(a) 当該月において、14 回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数

(b) 当該月において、１回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数

（ロ）　直近１か月に１回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者について、当該保険医療機関の精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から当該月末までの月数の平均が、12 か月未満であること。

（５） 月 14 回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数等について、毎年 10 月に「別紙様式 31」を用いて地方厚生（支）局長に報告すること。

（６） 精神科ショート・ケアと精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの届出を併せて行っている保険医療機関にあっては、精神科ショート・ケアと精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを各々の患者に対して同時に同一施設で実施することができる。この場合、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを算定する患者は、各々に規定する治療がそれぞれ実施されている場合に限り、それぞれ算定できる。なお、同一日に実施される精神科ショート・ケアの対象患者数と精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの対象患者数の合計は、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの届出に係る患者数の限度を超えることはできない。この場合において、精神科ショート・ケアの対象患者数の計算に当たっては、精神科デイ・ケアの対象患者数の２分の１として計算する。

（７） 当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。

（８） 「注４」に規定する早期加算の対象となる患者は、当該療法の算定を開始してから１年以内又は精神病床を退院して１年以内の患者であること。

（９） 「注５」については、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号「Ｉ０１１」に掲げる精神科退院指導料を算定したもの又は区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退

院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているものに限る。)に対して、精神科ショート・ケアを行う場合に、入院中１回に限り算定できる。

(10)　「注７」については、概ね 40 歳未満の患者で構成される 10 人以下の患者グループに対し、あらかじめ治療内容や到達目標を示した治療計画を作成し、個々の患者に説明し、治療の目的について患者本人が理解できるよう文書で説明し同意を得た上で、治療計画に従って、２名の従事者が当該患者グループに対し精神科ショート・ケアを実施した場合に、40 歳未満の患者についてそれぞれ算定する。当該加算は、あらかじめ治療計画に記載された治療期間のみ算定できる。一連の治療計画に従って精神科ショート・ケアを実施している間は、患者グループを構成する患者は固定されることが望ましいが、患者グループの人数が 10 人に満たない場合であって、既に患者グループを構成する患者の治療に支障のない場合には、治療計画の途中で新たな患者を患者グループに加えることも差し支えない。なお、自閉症スペクトラム及びその近縁の発達障害の患者に対する精神科ショート・ケアの実施に当たっては、「発達障害専門プログラム」（日本医療研究開発機構「発達障害者の特性をふまえた精神科ショートケア・プログラムの開発と臨床応用に関する研究」において作成）を参考に行うことが望ましい。

(11)　「注７」の対象患者は、自閉症スペクトラム及びその近縁の発達障害、薬物依存症若しくは病的賭博のいずれかの疾患を有する患者又はこれらの複数の疾患を併せ持つ患者とする。一連の治療計画において治療の対象となる疾患はいずれか一つであり、例えば自閉症スペクトラムの治療のために精神科ショート・ケアを実施する患者と薬物依存症のために精神科ショート・ケアを実施する患者が、治療計画を共有する同一の患者グループを構成することはできない。また、入院中の患者についても注７に規定する加算を算定することができるが、この場合「注５」の規定における「所定点数」には注７に規定する加算を含まないこと。

(12)　入院中の患者が精神科ショート・ケアを行う場合は、対象患者数に含めること。

(13)　精神科ショート・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録等に記載する。

Ｉ００９　精神科デイ・ケア

（１）　精神科デイ・ケアは、精神疾患を有するものの社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者１人当たり１日につき６時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。また、この実施に当たっては、患者の症状等に応じたプログラムの作成、効果の判定等に万全を期すること。

（２）「大規模なもの」については、多職種が共同して疾患等に応じた診療計画を作成した場合に算定する。なお、診療終了後に当該計画に基づいて行った診療方法や診療結果について評価を行い、その要点を診療録等に記載している場合には、参加者個別のプログラムを実施することができる。

（３）　精神科デイ・ケアは入院中の患者以外の患者に限り算定する。ただし、他の保険医療機関に入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号「Ｉ０１１」精神科退院指導料を算定したもの又は区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサ

ービス等利用計画が作成されているものに限る。）に対しては、退院支援の一環として、当該他の医療機関の入院中１回（区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料を算定しているものについては入院中４回）に限り算定できる。この場合、当該他の医療機関に照会を行い、退院を予定しているものであること、入院料等について他の保険医療機関を受診する場合の取扱いがなされていること、他の保険医療機関を含め、入院中に精神科デイ・ケアの算定のないことを確認すること。また、精神科デイ・ケアを算定している患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療法（他の保険医療機関で実施するものも含む。）は、別に算定できない。

（４） 同一の保険医療機関で精神科デイ・ケア等を開始した日から起算して１年を超える場合には、精神科デイ・ケア等の実施回数にかかわらず、算定は１週間に５日を限度とする。ただし、週４日以上算定できるのは、区分番号「Ｉ００８－２」精神科ショート・ケアの(４)のアからエまでのいずれも満たす場合に限られること。

（５） 月 14 回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数等について、毎年 10 月に「別紙様式 31」を用いて地方厚生（支）局長に報告すること。

（６） 治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる。

（７） 同一の患者に対して同一日に精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを併せて実施した場合は、精神科デイ・ナイト・ケアとして算定する。

（８） 当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。

（９） 「注５」に規定する早期加算の対象となる患者は、当該療法の算定を開始してから１年以内又は精神病床を退院して１年以内の患者であること。

(10) 「注６」については、入院中の患者であって、退院を予定しているもの（区分番号「Ｉ０１１」精神科退院指導料を算定したもの又は区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているものに限る。)に対して、精神科デイ・ケアを行う場合に、入院中１回に限り算定できる。

(11) 「注４」に掲げる長期の入院歴を有する患者とは、精神疾患により、通算して１年以上の入院歴を有する患者であること。

(12) 当該保険医療機関又は他の保険医療機関に入院中の患者に対して精神科デイ・ケアを行う場合、当該患者は精神科デイ・ケアを提供する対象患者数に含めること。

(13) 精神科デイ・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録等に記載する。

Ｉ０１０　精神科ナイト・ケア

（１） 精神科ナイト・ケアは、精神疾患を有する者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、その開始時間は午後４時以降とし、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者１人当たり１日につき４時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。

（２） その他精神科ナイト・ケアの取扱いについては、精神科デイ・ケアの取扱いに準じて行う。

（３） 精神科ナイト・ケアを算定する場合においては、区分番号「Ａ０００」初診料の「注９」

及び「Ａ００１」再診料の「注７」に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。

（４） 精神科ナイト・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録等に記載する。

Ｉ０１０－２　精神科デイ・ナイト・ケア

（１） 精神科デイ・ナイト・ケアは、精神疾患を有する者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者１人当たり１日につき 10 時間を標準とする。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。

（２） 精神科デイ・ナイト・ケアと精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの届出を併せて行っている保険医療機関にあっては、精神科デイ・ナイト・ケアと精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを各々の患者に対して同時に同一施設で実施することができる。この場合、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを算定する患者は、各々に規定する治療がそれぞれ実施されている場合に限り、それぞれ算定できる。なお、同一日に実施される精神科デイ・ケア等の対象患者数の合計は、精神科デイ・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの届出に係る患者数の限度を超えることはできない。この場合において、精神科ショート・ケアの対象患者数の計算に当たっては、精神科デイ・ケアの対象患者数の２分の１として計算する。

（３） 「注５」に規定する加算の対象となる患者は、多職種が共同して「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添２の様式 46 の２又はこれに準じる様式により疾患等に応じた診療計画を作成して行った場合に、加算する。なお、診療終了後に、当該計画に基づいて行った診療方法や診療結果について評価を行い、その要点を診療録等に記載している場合には、参加者個別のプログラムを実施することができる。

（４） その他精神科デイ・ナイト・ケアの取扱いについては、精神科デイ・ケアの取扱いに準じて行う。

（５） 精神科デイ・ナイト・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録等に記載する。

Ｉ０１１　精神科退院指導料

（１） 精神科退院指導料は、精神科を標榜する保険医療機関において、１月を超えて入院している精神疾患を有する者又はその家族等退院後の患者の看護に当たる者に対して、精神科を担当する医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、必要に応じて障害福祉サービス事業所及び相談支援事業所等と連携しつつ、保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、別紙様式 24 を参考として作成した文書により、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等について医師が説明を行った場合に算定する。また、入院期間が１年を超える精神疾患を有する者又はその家族等退院後の患者の看護に当たる者に対して、当該計画に基づき必要な指導を行った場合であって、当該患者が退院したときには、精神科地域移行支援加算として、退院時に１回に限り算定する。なお、説明に用いた文書は、患者又はその家族等に交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。

（２） 精神科退院指導料は、指導を行ったもの及び指導の対象が患者又はその家族等であるか等の如何を問わず、算定の基礎となる退院につき、１回に限り当該患者の入院中に算定する。

（３） 入院の日及び入院期間の取扱いについては、入院基本料における取扱いと同様である。

（４） 死亡退院の場合又は他の病院若しくは診療所に入院するため転院した場合については、算定できない。

Ｉ０１１－２　精神科退院前訪問指導料

（１） 精神科退院前訪問指導料は、精神科を標榜する保険医療機関に入院している精神疾患を有する者の円滑な退院のため、患家又は精神障害者施設、小規模作業所等を訪問し、患者の病状、生活環境及び家族関係等を考慮しながら、患者又は家族等の退院後患者の看護や相談に当たる者に対して、必要に応じて障害福祉サービス事業所及び相談支援事業所等と連携しつつ、退院後の療養上必要な指導や、在宅療養に向けた調整を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。

（２） 精神科退院前訪問指導料は、指導を行ったもの及び指導の対象が患者又はその家族等であるか等の如何を問わず、１回の入院につき３回（当該入院期間が６月を超えると見込まれる患者にあっては、６回）に限り指導の実施日にかかわらず退院日に算定する。

（３） 「注２」の加算は、患者の社会復帰に向けた調整等を行うに当たり、必要があって複数の職種が共同して指導を行った場合に算定するものであり、単一の職種の複数名による訪問の場合は対象としない。

（４） 精神科退院前訪問指導料は、退院して患家に復帰又は精神障害者施設に入所する患者が算定の対象であり、医師又は看護師、作業療法士若しくは精神保健福祉士が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。

（５） 精神科退院前訪問指導を行った場合は、指導内容の要点を診療録等に記載する。

（６） 精神科退院前訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障を来すことのないよう留意する。

（７） 保険医療機関は、精神科退院前訪問指導の実施に当たっては、保健所等の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分配慮する。

（８） 退院前訪問指導料を算定した場合は、精神科退院前訪問指導料は算定できない。

Ｉ０１２　精神科訪問看護・指導料

（１） 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)又は(Ⅲ)は、精神科を標榜している保険医療機関において精神科を担当している医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下「保健師等」という。）が、精神疾患を有する入院中以外の患者又はその家族等の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又はその家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行った場合に算定する。

（２） 「注１」及び「注２」に規定する精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び(Ⅲ)の算定回数は、週（日曜日から土曜日までの連続した７日間をいう。）について計算する。また、「注１」ただし書及び「注２」ただし書の患者に対する算定回数は、急性増悪した日から連続した７日間について計算すること。また、同一日に複数回精神科訪問看護・指導を行った場合であっても、１日につき１回に限り算定する。

（３） 「注１」のただし書及び「注２」のただし書に規定する場合とは、患者が急性増悪した状態であって、精神科を担当している医師が患者を直接診察した上で、精神科訪問看護・指導の必要性を認め、指示した場合である。また、「注３」に規定する場合には、医師が

患者を直接診察していない場合であっても、当該患者に対して精神科訪問看護・指導を行った保健師等からの情報により、精神科を担当している医師が患者の病状を十分に把握し、必要と判断して、指示した場合を含むものとする。

（４）　「注１」ただし書及び「注２」ただし書に規定する場合並びに「注３」に規定する場合においては、それぞれの指示は月に１回ずつに限り、その必要性について、急性増悪の状態及び指示内容の要点と併せて診療録に記載し、診療報酬明細書にもその必要性について記載する。

（５）　精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)は、精神科訪問看護・指導を受けようとする同一建物居住者に対して、当該患者を診察した精神科を標榜する保険医療機関の保健師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行った場合に、以下のア又はイにより算定する。なお、同一建物居住者に係る人数については、同一日に区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料を算定する患者数と精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を算定する患者数とを合算した人数とすること。

ア　同一建物居住者が２人の場合は、当該患者全員に対して、イの(１)、ロの(１)、ハの(１)又はニの(１)により算定

イ　同一建物居住者が３人以上の場合は、当該患者全員に対して、イの(２)、ロの(２)、ハの(２)又はニの(２)により算定

（６）　同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法第２条第１号に掲げる建築物に居住する複数の患者のことをいうが、具体的には、例えば以下のような患者のことをいう。

ア　老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）第 20 条の４に規定する養護老人ホーム、老人福祉法第 20 条の６に規定する軽費老人ホーム、老人福祉法第 29 条第１項に規定する有料老人ホーム、老人福祉法第 20 条の５に規定する特別養護老人ホーム、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の患者

イ　介護保険法第８条第９項に規定する短期入所生活介護、介護保険法第８条第 18 項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第 63 条第５項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第８条第 19 項に規定する認知症対応型共同生活介護、介護保険法第８条の２第９項に規定する介護予防短期入所生活介護、介護保険法第８条の２第 16 項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 36 号）第 44 条第５項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第８条の２第 17 項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の患者

（７）　精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び(Ⅲ)は、１回の訪問の実施時間に基づき、30 分未満、30 分以上 90 分程度の時間区分のいずれか一方の所定点数を算定する。30 分未満の訪問については、当該患者に短時間訪問の必要性があると医師が認めた場合にのみ算定する。

（８）　同一の患者について、訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月については、精神科訪問看護・指導料を算定できない。ただし、次に掲げる場合はこの限りではない。なお、オの場合にあっては、精神科訪問看護・指導料及び訪問看護基本療養費を算定する日と合わせて週３日（退院後３月以内の期間において行われる場合にあっては、

週５日）を限度とする。

ア　特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者及び特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等の患者について、訪問看護療養費を算定した場合

イ　服薬中断等により急性増悪した場合であって、一時的に週４日以上の頻回の精神科訪問看護・指導を行う必要を認めた患者

ウ　当該保険医療機関を退院後３月以内の患者

エ　区分番号「Ｉ０１６」精神科在宅患者支援管理料を算定する患者

オ　精神科在宅患者支援管理料の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長へ届け出ている保険医療機関において、精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を行う場合

（９）（８）のただし書の場合において、同一の患者について、精神科訪問看護・指導料及び訪問看護療養費を算定できる場合であっても、訪問看護療養費を算定した日については、精神科訪問看護・指導料を算定できない。ただし、精神科在宅患者支援管理料１又は３を算定する保険医療機関及び当該保険医療機関と連携する特別の関係にある訪問看護ステーションのそれぞれが同一日に訪問看護を実施した場合における精神科訪問看護・指導料（作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限る。）の算定、並びに精神科在宅患者支援管理料２を算定する保険医療機関及び当該保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが同一日に訪問看護を実施した場合における精神科訪問看護・指導料の算定は、この限りでない。

(10)　同一の患者について、複数の保険医療機関や訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護・指導を行う場合は、当該保険医療機関及び訪問看護ステーション間において十分に連携を図る。具体的には、精神科訪問看護・指導の実施による患者の目標の設定、計画の立案、精神科訪問看護・指導の実施状況及び評価を共有する。

(11)　介護保険法第８条第 20 項に規定する認知症対応型共同生活介護を行う施設、高齢者の居住の安定確保に関する法律第５条第１項に規定するサービス付き高齢者向け住宅、障害者総合支援法第５条第１項に規定する障害福祉サービスを行う施設又はその他の高齢者向け施設等に入所している患者に精神科訪問看護・指導を行う場合においては、介護保険等による医療及び看護サービスの提供に係る加算の算定等を含む当該施設における利用者の医療ニーズへの対応について確認し、当該施設で行われているサービスと十分に連携する。また、当該施設において当該保険医療機関が日常的な健康管理等（医療保険制度の給付によるものを除く。）を行っている場合は、健康管理等と医療保険制度の給付による精神科訪問看護・指導を区別して実施する。

(12)　「注４」に規定する複数名精神科訪問看護・指導加算は、精神科を担当する医師が、複数の保健師等又は看護補助者による患家への訪問が必要と判断し、患者又はその家族等に同意を得て、当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師又は看護師と保健師等又は看護補助者が、患者又はその家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行った場合（30分未満の場合を除く。）は、１日につき「注４」のイからハまでのいずれかを算定する。精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師に保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が同行する場合はイを、准看護師が同行する場合はロを、１日当たりの回数に応じて算定する。また、看護補助者が同行する場合はハを所定点数に加算すること。ただし、

看護補助者が同行する場合には、週１日を限度として所定点数に加算する。単に２人の保健師等又は看護補助者が同時に精神科訪問看護・指導を行ったことのみをもって算定することはできない。

また、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を算定する場合にあっては、同一建物内において、当該加算又は区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」に規定する複数名訪問看護・指導加算（同時に訪問看護・指導を実施する職種及び１日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。）を同一日に算定する患者の人数に応じて、以下のア又はイにより算定する。

ア　同一建物内に１人又は２人の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注４」の「イ」の(１)の①、「イ」の(２)の①、「イ」の(３)の①、「ロ」の(１)の①、「ロ」の(２)の①、「ロ」の(３)の①又は「ハ」の(１)により算定

イ　同一建物内に３人以上の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注４」の「イ」の(１)の②、「イ」の(２)の②、「イ」の(３)の②、「ロ」の(１)の②、「ロ」の(２)の②、「ロ」の(３)の②又は「ハ」の(２)により算定 (13)　保健師又は看護師と同行する看護補助者は、常に同行の必要はないが、必ず患家において両者が同時に滞在する一定の時間を確保すること。

(14)　「注５」に規定する長時間精神科訪問看護・指導加算は、特掲診療料の施設基準等第十の一の七の（１）に規定する長時間の訪問を要する者に対して、１回の精神科訪問看護・指導の時間が 90 分を超えた場合について算定するものであり、週１回（特掲診療料の施設基準等第十の一の七の（２）に規定する者にあっては週３回）に限り算定できるものとする。なお、特掲診療料の施設基準等第十の一の七の（１）のイ及び（２）のイに規定する者のうち、超重症児・準超重症児については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添６の別紙 14 の超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準による判定スコアが 10 以上のものをいう。

(15)　「注６」に規定する夜間・早朝訪問看護加算は、夜間（午後６時から午後 10 時までの時間をいう。）又は早朝（午前６時から午前８時までの時間をいう。）に精神科訪問看護・指導を行った場合に、深夜訪問看護加算は深夜（午後 10 時から午前６時までの時間をいう。）に精神科訪問看護・指導を行った場合に、所定点数を加算すること。当該加算は、精神科緊急訪問看護加算との併算定を可とする。

(16)　(15)は患者の求めに応じて、当該時間に精神科訪問看護・指導を行った場合に算定できるものであり、保険医療機関の都合により、当該時間に保健師等を訪問させて精神科訪問看護・指導を行った場合には算定できない。

(17)　「注７」に規定する精神科緊急訪問看護加算は、精神科訪問看護計画に基づき定期的に行う精神科訪問看護・指導以外であって、患者又はその家族等の緊急の求めに応じて、精神科を担当する医師の指示により、保健師等が精神科訪問看護・指導を行った場合に１日につき１回に限り加算すること。

(18)　精神科緊急訪問看護加算に係る精神科緊急訪問看護を行った場合は、速やかに指示を行った精神科を担当する医師に患者の病状等を報告するとともに、必要な場合は精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、精神科訪問指導計画について見直しを行うこと。

(19)　医師は、保健師等に対して行った指示内容の要点を診療録に記載する。

(20)　保健師等は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点、月の初日の訪問看護・指導時におけるＧＡＦ尺度により判定した値並びに精神科訪問看護・指導を実施した際の開始時刻及び終了時刻を記録すること。また、保険医療機関における日々の精神科訪問看護・指導を実施した患者氏名、訪問場所、訪問時間（開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。

(21)　保険医療機関は、精神科訪問看護・指導の実施に当たっては、保健所の実施する訪問指導事業との連携に十分配慮する。

(22)　「注９」に規定する交通費は実費とする。

(23)　精神科在宅患者支援管理料１又は３を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日において訪問看護を行った場合は、それぞれが精神科訪問看護・指導料（作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限る。）及び精神科訪問看護基本療養費を算定することができる。

(24)　「注 10」に規定する精神科複数回訪問加算は、精神科在宅患者支援管理料を算定する保険医療機関が、精神科在宅患者支援管理料を算定し、医師が複数回の精神科訪問看護・指導が必要であると認めた患者に対して、１日に２回又は３回以上の訪問看護を行った場合に、患者１人につき、それぞれの点数を加算する。

また、精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を算定する場合にあっては、同一建物内において、当該加算又は区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料の「注３」に規定する難病等複数回訪問加算（１日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。）を同一日に算定する患者の人数に応じて、以下のア又はイにより算定する。

ア　同一建物内に１人又は２人の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注 10」の「イ」の(１)又は「ロ」の(１)により算定

イ　同一建物内に３人以上の場合は、当該加算を算定する患者全員に対して、「注 10」の「イ」の(２)又は「ロ」の(２)により算定

(25)　精神科在宅患者支援管理料１又は３を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日に２回又は３回以上の訪問看護を行った場合は、当該訪問看護ステーションは訪問看護療養費に係る精神科複数回訪問加算を算定せず、当該保険医療機関が「注 10」に規定する精神科複数回訪問加算を算定する。

(26)　精神科在宅患者支援管理料１又は３を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、当該訪問看護ステーションは精神科訪問看護基本療養費を算定せず、当該保険医療機関が精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定する。

(27)　精神科在宅患者支援管理料２を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日に２回又は３回以上の訪問看護を行った場合、当該訪問看護ステーションが訪問看護療養費に係る精神科複数回訪問加算を算定し、当該保険医療機関は「注 10」に規定する精神科複数回訪問加算を算定できない。

(28)　精神科在宅患者支援管理料２を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、当該訪問看護ステーションが精神科訪問看護基本療養費を算定し、当該保険医療機関は精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定できない。

(29)　「注 11」に規定する看護・介護職員連携強化加算については、保険医療機関の看護師又は准看護師が、口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃瘻若しくは腸瘻による経管栄養又は経鼻経管栄養を必要とする患者に対して、社会福祉士及び介護福祉士法第 48 条の３第１項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者又は同法附則第 27 条第１項の登録を受けた登録特定行為事業者（以下「登録喀痰吸引等事業者等」という。）の介護職員等（以下「介護職員等」という。）が実施する社会福祉士及び介護福祉士法施行規則第１条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下「喀痰吸引等」という。）の業務が円滑に行われるよう支援を行う取組を評価するものである。

ア　当該加算は、患者の病状やその変化に合わせて、主治医の指示により、(イ)及び(ロ)の対応を行っている場合に算定する。

(イ)　喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言

(ロ)　介護職員等に同行し、患者の居宅において喀痰吸引等の業務の実施状況についての確認

イ　当該加算は、次の場合には算定できない。

(イ)　介護職員等の喀痰吸引等に係る基礎的な技術取得や研修目的での同行訪問

(ロ)　同一の患者に、他の保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて看護・介護職員連携強化加算を算定している場合

ウ　当該加算は、介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の訪問看護・指導の実施日に算定する。また、その内容を訪問看護記録書に記録すること。

エ　登録喀痰吸引等事業者等が、患者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のために会議を行う場合は、当該会議に出席し連携する。また、その場合は、会議の内容を訪問看護記録書に記録すること。

オ　患者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に対応できるよう、患者又はその家族等に対して、保険医療機関の名称、所在地、電話番号並びに時間外及び緊急時の連絡方法を記載した文書を交付すること。

(30)　「注 12」に規定する特別地域訪問看護加算は、当該保険医療機関の所在地から患家までの訪問につき、最も合理的な通常の経路及び方法で片道１時間以上要する患者に対して、特別地域に所在する保険医療機関の保健師等が精神科訪問看護・指導を行った場合又は特別地域外に所在する保険医療機関の保健師等が、特別地域に居住する患者に対して精神科訪問看護・指導を行った場合に、精神科訪問看護・指導料の所定点数（注に規定する加算は含まない。）の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。なお、当該加算は、交通事情等の特別の事情により訪問に要した時間が片道１時間以上となった場合は算定できない。特別地域訪問看護加算を算定する保険医療機関は、その所在地又は患家の所在地が特別地域に該当するか否かについては、地方厚生（支）局に確認すること。

(31)　「注 13」に規定する外来感染対策向上加算は、診療所における、平時からの感染防止対策の実施や、地域の医療機関等が連携して実施する感染症対策への参画、新興感染症の発生時等に都道府県等の要請を受けて発熱患者の外来診療等を実施する体制の確保を更に推進する観点から、診療時の感染防止対策に係る体制を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た診療所において精神科訪問看護・指導料を算定する場合に、患者１人につき月１回に限り加算する

ことができる。ただし、同一月に区分番号「Ａ０００」の「注 11」、区分番号「Ａ００１」の「注 15」、第２章第１部の通則第３号又は第２部の通則第５号に規定する外来感染対策向上加算を算定した場合にあっては算定できない。

(32)　「注 14」に規定する連携強化加算は、(31)の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が、区分番号「Ａ２３４－２」感染対策向上加算１を算定する保険医療機関に対し、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っている場合に算定する。

(33)　「注 15」に規定するサーベイランス強化加算は、(31)の外来感染対策向上加算を算定する場合であって、外来感染対策向上加算を算定する保険医療機関が、院内感染対策サーベイランス（ＪＡＮＩＳ）、感染対策連携共通プラットフォーム（Ｊ－ＳＩＰＨＥ）等、地域や全国のサーベイランスに参加している場合に算定する。

Ｉ０１２－２　精神科訪問看護指示料

（１）　精神科訪問看護指示料は、入院中以外の精神疾患を有する患者であって、適切な在宅医療を確保するため、指定訪問看護に関する指示を行うことを評価するものであり、患者の診療を担う保険医（精神科の医師に限る。）が診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、別紙様式 17 を参考に作成した精神科訪問看護指示書に有効期間（６月以内に限る。）を記載して、当該患者又はその家族等が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。なお、１か月の指示を行う場合には、精神科訪問看護指示書に有効期間を記載することを要しない。

（２）　精神科訪問看護指示書を交付した保険医（精神科の医師に限る。）は、在宅療養に必要な衛生材料及び保険医療材料（以下「衛生材料等」という。）の量の把握に努め、十分な量の衛生材料等を患者に支給すること。

（３）　精神科訪問看護の指示は、当該患者に対して主として診療を行う保険医療機関が行うことを原則とし、退院時に１回算定できるほか、在宅で療養を行っている患者について月１回に限り算定できる。なお、同一月において、１人の患者について複数の訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した場合であっても、当該指示料は、１月に１回を限度に算定するものであること。

　ただし、Ａ保険医療機関と特別の関係にあるＢ保険医療機関において区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料を算定している月においては、Ａ保険医療機関は当該患者について区分番号「Ｃ００７」訪問看護指示料は算定できない。

（４）　「注２」に規定する精神科特別訪問看護指示加算は、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、当該患者の診療を担う保険医（精神科の医師に限る。）が、一時的に頻回の指定訪問看護を当該患者に対して行う必要性を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、別紙様式 17 の２を参考に作成した精神科特別訪問看護指示書を、当該患者等が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に、月１回に限り算定する。

　ここでいう一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要性とは、恒常的な頻回の指定訪問看護の必要性ではなく、状態の変化等で日常行っている指定訪問看護の回数では対応できない場合であること。また、その理由等については、精神科特別訪問看護指示書に記載すること。

なお、当該頻回の指定訪問看護は、当該特別の指示に係る診療の日から 14 日以内に限り実施するものであること。

（５） 患者の診療を行った精神科の医師は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに精神科訪問看護指示書及び精神科特別訪問看護指示書（以下この項において「精神科訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該精神科訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーションに交付すること。

なお、精神科訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーションに交付できるものであること。

（６） 主治医は、交付した精神科訪問看護指示書等の写しを診療録に添付すること。

（７） 患者の診療を担う保険医（精神科の医師に限る。）は、当該精神科訪問看護指示書交付後であっても、患者の病状等に応じてその期間を変更することができるものであること。なお、指定訪問看護の指示を行った保険医療機関は、訪問看護ステーションからの対象患者について相談等があった場合には、懇切丁寧に対応すること。

（８） 「注３」に規定する手順書加算は、当該患者の診療を担う保険医（精神科の医師に限る。）が、診療に基づき、訪問看護において保健師助産師看護師法第 37 条の２第２項第１号に規定する特定行為（訪問看護において専門の管理を必要とするものに限る。）に係る管理の必要を認め、同項第２号に規定する手順書を当該患者が選定する訪問看護ステーション等の看護師（同項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した者に限る。）に対して交付した場合に、患者１人につき６月に１回を限度として算定する。手順書を交付した保険医（精神科の医師に限る。）は当該訪問看護ステーション等の当該看護師と共に、患者の状態に応じて手順書の妥当性を検討すること。なお、特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものとは、以下のアからキまでに掲げるものをいう。

ア 気管カニューレの交換

イ 胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換

ウ 膀胱ろうカテーテルの交換

エ 褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去

オ 創傷に対する陰圧閉鎖療法

カ 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整

キ 脱水症状に対する輸液による補正

（９） 「注４」に規定する衛生材料等提供加算は、在宅療養において衛生材料等が必要な患者に対し、当該患者へ精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションから提出された精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を基に、療養上必要な量について判断の上、必要かつ十分な量の衛生材料等を患者に支給した場合に算定する。

(10) 「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料、「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料、「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料、「Ｃ００５－２」在宅患者訪問点滴注射管理指導料、第２部第２節第１款の各区分に規定する在宅療養指導管理料を算定した場合は、「注４」に規定する加算は当該管理料等に含まれ別に算定できない。

Ｉ０１３　抗精神病特定薬剤治療指導管理料

（１）　抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「１」のイは、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、当該入院における当該薬剤の投与開始日の属する月及びその翌月にそれぞれ１回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。

（２）　抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「１」のロは、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り、当該薬剤を投与した日に算定する。

（３）　持続性抗精神病注射薬剤の種類については、別紙 36 を参考にすること。

（４）　抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「２」治療抵抗性統合失調症治療指導管理料は、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

（５）　治療抵抗性統合失調症治療薬とは、クロザピンをいう。

（６）　抗精神病特定薬剤治療指導管理料を算定する場合は、治療計画及び治療内容の要点を診療録に記載する。

Ｉ０１４　医療保護入院等診療料

（１）　医療保護入院等診療料は、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院に係る患者について、当該入院期間中１回に限り算定する。

（２）　医療保護入院等診療料を算定する場合にあっては、患者の入院形態について、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院の中から該当するものを診療報酬明細書に記載する。

（３）　医療保護入院等診療料を算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会において、入院医療について定期的（少なくとも月１回）な評価を行うこと。

（４）　入院患者の隔離及び身体拘束その他の行動制限が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを常に確認できるよう、一覧性のある台帳が整備されていること（平成 26 年３月 14 日障精発 0314 第１号「精神科病院に対する指導監督等の徹底について」）。また、その内容について他の医療機関と相互評価できるような体制を有していることが望ましい。

（５）　患者に対する治療計画、説明の要点について診療録に記載すること。

Ｉ０１５　重度認知症患者デイ・ケア料

（１）　精神症状及び行動異常が著しい認知症患者（「認知症高齢者の日常生活度判定基準」がランクＭに該当するもの）の精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的とし、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、患者１人当たり１日につき６時間以上行った場合に算定する。

（２） 医師の診療に基づき、対象となる患者ごとにプログラムを作成し、当該プログラムに従って行うものであって、定期的にその評価を行う等計画的な医学的管理に基づいて行うものであること。

（３） 治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる。

（４） 「注２」に規定する早期加算の対象となる患者は、当該療法の算定を開始してから１年以内又は精神病床を退院して１年以内の患者であること。

（５） 「注３」に規定する夜間ケア加算の対象となる患者は、夜間の精神状態及び行動異常が著しい認知症患者で、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、当該療法に引き続き２時間以上の夜間ケアを行った場合には、当該療法を最初に算定した日から起算して１年以内の期間に限り算定できる。

（６） 重度認知症患者デイ・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録等に記載すること。

（７） 重度認知症患者デイ・ケア料は入院中の患者以外の患者に限り算定する。ただし、重度認知症患者デイ・ケア料を算定している患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

Ｉ０１６　精神科在宅患者支援管理料

（１） 精神科在宅患者支援管理料「１」及び「２」は、精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者（精神症状により単独での通院が困難な者を含む。）に対し、精神科医、看護師又は保健師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種が、計画的な医学管理の下に月１回以上の訪問診療及び定期的な精神科訪問看護を実施するとともに、必要に応じ、急変時等に常時対応できる体制を整備し、多職種が参加する定期的な会議等により行政機関等の多機関との連絡調整を行うことを評価するものであり、月１回に限り算定する。なお、「１」及び「２」の算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、直近の入院についての入院日、入院形態並びに退院日（入退院を繰り返す者の場合は、直近の入院に加え、前々回の入院についての入院日、入院形態並びに退院日）、直近の退院時におけるＧＡＦ、当該月の最初の訪問診療時におけるＧＡＦ、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成 18 年４月３日老発第 0403003 号）におけるランク、初回の算定日及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載すること。

（２） 「１」のイ及び「２」のイについては、以下の全てに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して６月以内に限り、月１回に限り算定すること。

ア　１年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者であって、都道府県等が精神障害者の退院後支援に関する指針を踏まえて作成する退院後支援計画に関する計画に基づく支援期間にある患者又は入退院を繰り返す者（入退院を繰り返す者については、直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該直近の入院の入院日より起算して過去３月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者に限る。）

イ　統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態で、退院時又は算定時におけるＧＡＦ尺度による判定が 40 以下の者（重度認知症の状態とは、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成１

8年4月3日老発第0403003号）（「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添6の別紙12及び別紙13参照）におけるランクMに該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（ＪＣＳ（Japan Coma Scale）でⅡ－３（又は30）以上又はＧＣＳ（Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態にある者）を除く。）

（３） 「１」のロ及び「２」のロについては、（２）のア若しくはイに該当する患者又は以下の全てに該当する患者に対して、初回の算定日から起算して６月以内に限り、月１回に限り算定すること。

ア ひきこもり状態又は精神科の未受診若しくは受診中断等を理由とする行政機関等の保健師その他の職員による家庭訪問の対象者

イ 行政機関等の要請を受け、精神科を標榜する保険医療機関の精神科医が訪問し診療を行った結果、計画的な医学管理が必要と判断された者

ウ 当該管理料を算定する日においてＧＡＦ尺度による判定が40以下の者

（４） 「３」は、精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者（精神症状により単独での通院が困難な者を含む。）のうち、以下のいずれかに該当する患者に対して、計画的な医学管理の下に月１回以上の訪問診療を実施するとともに、必要に応じ、急変時等に常時対応できる体制を整備することを評価するものであり、「１」又は「２」の初回の算定日から起算して２年に限り、月１回に限り算定する。なお、「３」の算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、「１」又は「２」の初回の算定日、「３」の初回の算定日及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載すること。

ア 「１」のイ又は「２」のイを算定した患者であって、当該管理料の算定を開始した月から、６月を経過した患者

イ 「１」のロ又は「２」のロを前月に算定した患者であって、引き続き訪問診療が必要な患者

（５） 「３」を前月に算定した患者であって、（２）のイを満たし、対象となる状態の著しい急性増悪を認めるものについては、要件を満たす場合に限り、「１」の「ロ」及び「２」の「ロ」を算定して差し支えない。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に、急性増悪における状態像について記載すること。

（６） 計画的な医学管理については、別紙様式41又はこれに準じた様式を用いて総合支援計画書を月１回以上作成し、総合支援計画書の写しを診療録に添付すること。

（７） 「１」のイ及び「２」のイは、以下の全てを実施する場合に算定すること。

ア 算定患者ごとに、当該患者の診療等を担当する精神科医、看護師又は保健師、精神保健福祉士及び作業療法士の各１名以上からなる専任のチームを設置すること。

イ 当該患者に対して月１回以上の訪問診療と週２回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導（うち月２回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問であること）を行うこと。原則として、（７）のアに規定する専任のチームに所属する精神科医等が訪問することとし、異なる従事者が行う場合には、あらかじめ患者又は患者家族等に説明を行い、同意を得ること。

ウ （７）のアに規定する専任のチームが週１回以上カンファレンス（以下「チームカンファレンス」という。）を行うこと。うち、２月に１回以上は保健所若しくは精神保健福祉センター等と共同して会議（以下「共同カンファレンス」という。）を開催すること

又は患者の同意を得た上で保健所若しくは精神保健福祉センター等にチームカンファレンスの結果を文書により情報提供の上報告すること。なお、共同カンファレンスについては、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。

（８）　「１」のロ及び「２」のロは、（７）のアに加え、以下の全てを実施する場合に算定すること。

ア　当該患者に対して月１回以上の訪問診療と月２回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導（うち月１回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問であること）を行うこと。原則として、（７）のアに規定する専任のチームに所属する精神科医等が訪問することとし、異なる従事者が行う場合には、あらかじめ患者又は患者家族等に説明を行い、同意を得ること。

イ　（７）のアに規定する専任のチームが月１回以上チームカンファレンスを行い、患者の同意を得た上で、２月に１回以上保健所又は精神保健センター等にチームカンファレンスの結果を文書により情報提供すること。必要に応じて共同カンファレンスを行うこと。なお、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。

（９）　連携する訪問看護ステーションが精神科訪問看護を行う場合には、精神科在宅患者支援管理料２を算定する。この場合、（７）のアに規定する専任のチームに、連携する訪問看護ステーションの看護師若しくは保健師、作業療法士又は精神保健福祉士のいずれか１名以上が参加している必要があること。また、連携する訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、定期的な多職種会議の他、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を随時提供していること。なお、この場合、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。

(10)　（７）から（９）までにおいて、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(11)　チームカンファレンス及び共同カンファレンスの開催に当たっては、以下の点に留意すること。

ア　チームカンファレンス及び共同カンファレンスにおいて、患者についての診療情報の共有、支援計画書の作成と見直し、具体的な支援内容、訪問日程の計画及び支援の終了時期等について協議を行うこと。また、診療録等に会議の要点、参加者の職種と氏名を記載すること。

イ　可能な限り、患者又はその家族等が同席することが望ましい。

ウ　支援計画書の内容については、患者又はその家族等へ文書による説明を行い、説明に用いた文書を交付すること。また、説明に用いた文書の写しを診療録等に添付すること。

(12)　特別の関係にある訪問看護ステーションと連携して行う場合は、精神科在宅患者支援管理料１を算定すること。

(13)　連携する訪問看護ステーションが当該患者について訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した場合、訪問看護ステーションが訪問を行った同一時間帯に行う区分番号「Ｃ０００」往診料、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ｉ）、区分番

号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料、区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「Ｃ００６」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、区分番号「Ｃ００８」在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号「Ｃ００９」在宅患者訪問栄養食事指導料又は区分番号「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料は算定できない。

(14)　２以上の保険医療機関が同一の患者について同一の精神科在宅患者支援管理料を算定すべき医学管理を行っている場合には、主たる医学管理を行っている保険医療機関において当該精神科在宅患者支援管理料を算定する。

(15)　精神科オンライン在宅管理料は、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア　精神科オンライン在宅管理料は、訪問診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づいて、情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、訪問診療を実施した時間帯以外の時間帯に情報通信機器を用いた診療による医学管理を実施した場合に算定できる。

イ　情報通信機器を用いた診療は、アの計画に基づき、訪問診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた医学管理のもとで実施すること。

ウ　患者の同意を得た上で、訪問診療と情報通信機器を用いた診療を組み合わせた在宅診療計画を作成すること。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載すること。

エ　当該計画に沿って、情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行った際には、当該管理の内容、当該管理に係る情報通信機器を用いた診療を行った日、診察時間等の要点を診療録に記載すること。

オ　情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、精神科在宅患者支援管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。ただし、在宅診療を行う医師が同一の保険医療機関に所属するチームで診療を行っている場合であって、あらかじめ診療を行う医師について在宅診療計画に記載し、複数医師が診療を行うことについて患者の同意を得ている場合に限り、事前の対面診療を行っていない医師が情報通信機器を用いた診療による医学管理を行っても差し支えない。

カ　情報通信機器を用いた診療を行う際には、オンライン指針に沿って診察を行うこと。

キ　情報通信機器を用いた診療による計画的な療養上の医学管理は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施すること。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、オンライン指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。

ク　同一の患者について、情報通信機器を用いた診療による医学管理を実施した同一時間帯に連携する訪問看護ステーションが訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した場合、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。

ケ　同一の患者について、情報通信機器を用いた診療による医学管理を実施した日に、区分番号「Ｃ０００」往診料、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)、区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)、区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料、区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号

「Ｃ００６」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、区分番号「Ｃ００８」在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号「Ｃ００９」在宅患者訪問栄養食事指導料又は区分番号「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料を算定した場合、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。

コ　当該管理料を算定する場合、情報通信機器を用いた診療を受ける患者は、当該患者の自宅において情報通信機器を用いた診療を受ける必要がある。また、複数の患者に対して同時に情報通信機器を用いた診療を行った場合は、当該管理料は算定できない。

サ　当該診察を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

第２節　薬剤料

精神病特殊薬物療法は、第２章第５部投薬として算定する。

第３節　経過措置

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

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

第９部　処置

通則

１　処置の費用は、第１節の各区分の所定点数により算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される保険医療材料の費用は、第１節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

２　処置に当たって、第２節に掲げる医療機器等、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第２節、第３節又は第４節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

３　第１節に掲げられていない処置であって簡単なものの費用は、薬剤又は特定保険医療材料を使用したときに限り、第３節又は第４節の各区分の所定点数のみにより算定する。

４　第１節に掲げられていない処置であって特殊なものの費用は、同節に掲げられている処置のうちで最も近似する処置の各区分の所定点数により算定する。

５　緊急のために休日に処置を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である処置を行った場合において、当該処置の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ　処置の所定点数が1,000点以上の場合であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合

⑴　休日加算１　所定点数の100分の160に相当する点数

⑵　時間外加算１（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。）　所定点数の100分の80に相当する点数

⑶　深夜加算１　所定点数の100分の160に相当する点数

⑷　⑴から⑶までにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合　所定点数の100分の80に相当する点数

ロ　処置の所定点数が150点以上の場合であって、入院中の患者以外の患者に対して行われる場合（イに該当する場合を除く。）

⑴　休日加算２　所定点数の100分の80に相当する点数

⑵　時間外加算２　所定点数の100分の40に相当する点数

⑶　深夜加算２　所定点数の100分の80に相当する点数

⑷　⑴から⑶までにかかわらず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関において、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である処置を行った場合　所定点数の100分の40に相当する点数

６　対称器官に係る処置の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、両側の器官の処置料に係る点数とする。

７　耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関において、耳鼻咽喉科を担当する医師が、６歳未満の乳幼児に対して、区分番号Ｊ０９５からＪ１１５－２までに掲げる処置を行った場合は、耳鼻咽喉科乳幼児処置加算として、１日につき60点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号Ｊ１１３の注に規定する乳幼児加算は別に算定できない。

８　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した６歳未満の乳幼児に対して、区分番号Ｊ０９５からＪ１１５－２までに掲げる処置を行った場合であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合において、療養上必要な指導及び当該処置の結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算として、月１回に限り80点を所定点数に加算する。

第１節　処置料

区分

（一般処置）

Ｊ０００　創傷処置
　１　100平方センチメートル未満　52点
　２　100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満　60点
　３　500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　90点
　４　3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満　160点
　５　6,000平方センチメートル以上　275点

注１　１については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。

２　区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号Ｃ１１２に掲げる在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号Ｃ１１２－２に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った創傷処置（熱傷に対するものを除く。）の費用は算定しない。

３　５については、６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。

Ｊ０００－２　下肢創傷処置
　１　足部（踵を除く。）の浅い潰瘍　135点
　２　足趾の深い潰瘍又は踵の浅い潰瘍　147点
　３　足部（踵を除く。）の深い潰瘍又は踵の深い潰瘍　270点

Ｊ００１　熱傷処置
　１　100平方センチメートル未満　135点
　２　100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満　147点
　３　500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　270点
　４　3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満　504点
　５　6,000平方センチメートル以上　1,500点

注１　初回の処置を行った日から起算して２月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号Ｊ０００に掲げる創傷処置の例により算定する。

２　１については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。

３　１については、第１度熱傷の場合は第１章基本診療料に含まれ、算定できない。

４　４及び５については、６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。

Ｊ００１－２　絆創膏固定術　500点

Ｊ００１－３　鎖骨又は肋骨骨折固定術　500点

Ｊ００１－４　重度褥瘡処置（１日につき）
　１　100平方センチメートル未満　90点
　２　100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満　98点
　３　500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　150点
　４　3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満　280点
　５　6,000平方センチメートル以上　500点

注１　重度の褥瘡処置を必要とする患者に対して、初回の処置を行った日から起算して２月を経過するまでに行われた場合に限り算定し、それ以降に行う当該処置については、区分番号Ｊ０００に掲げる創傷処置の例により算定する。

２　１については、入院中の患者以外の患者及び手術後の患者（入院中の患者に限る。）についてのみ算定する。ただし、手術後の患者（入院中の患者に限る。）については手術日から起算して14日を限度として算定する。

Ｊ００１－５　長期療養患者褥瘡等処置（１日につき）　24点

注１　入院期間が１年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合に、その範囲又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。

２　当該褥瘡処置に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｊ００１－６　精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置（１日につき）　30点

注１　結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって、入院期間が１年を超えるものに対して、次に掲げる処置のいずれかを行った場合に、その種類又は回数にかかわらず、所定点数を算定する。

イ　創傷処置（熱傷に対するものを除く。）

⑴　100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満

⑵　500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満

ロ　皮膚科軟膏処置

⑴　100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満

⑵　500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満

２　注１に掲げる処置に係る処置料は、所定点数に含まれるものとする。

Ｊ００１－７　爪甲除去（麻酔を要しないもの）　60点

注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。

Ｊ００１－８　穿刺排膿後薬液注入　45点

注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。

Ｊ００１－９　空洞切開術後ヨードホルムガーゼ処置（１日につき）　45点

Ｊ００１－10　静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）　200点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

２　初回の処置を行った場合は、静脈圧迫処置初回加算として、初回に限り150点を所定点数に加算する。

Ｊ００２　ドレーン法（ドレナージ）（１日につき）

１　持続的吸引を行うもの　50点

２　その他のもの　25点

注　３歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ００３　局所陰圧閉鎖処置（入院）（１日につき）

１　100平方センチメートル未満　1,040点

２　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　1,060点

３　200平方センチメートル以上　1,100点

注１　初回の貼付に限り、１にあっては1,690点を、２にあっては2,650点を、３にあっては3,300点を、初回加算として、それぞれ所定点数に加算する。

２　初回の貼付に限り、持続洗浄を併せて実施した場合は、持続洗浄加算として、500点を所定点数に加算する。

３　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）又は３歳以上６歳未満の幼児に対して行った場合は、新生児局所陰圧閉鎖加算、乳幼児局所陰圧閉鎖加算又は幼児局所陰圧閉鎖加算として、それぞれ所定点数の100分の300、100分の100又は100分の50に相当する点数を所定点数に加算する。

Ｊ００３－２　局所陰圧閉鎖処置（入院外）（１日につき）

１　100平方センチメートル未満　240点

２　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　270点

３　200平方センチメートル以上　330点

注　初回の貼付に限り、１にあっては1,690点を、２にあっては2,650点を、３にあっては3,300点を、初回加算として、それぞれ所定点数に加算する。

Ｊ００３－３　局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）（１日につき）　1,100点

Ｊ００３－４　多血小板血漿処置　4,190点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

２　多血小板血漿処置に伴って行われた採血等の費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｊ００４　流注膿瘍穿刺　190点

Ｊ００５　脳室穿刺　600点

注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ００６　後頭下穿刺　300点

注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ００７　頸椎、胸椎又は腰椎穿刺　317点

注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ００７－２　硬膜外自家血注入　800点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

２　硬膜外自家血注入に伴って行われた採血及び穿刺等の費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｊ００８　胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）　220点

注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ００９　削除

Ｊ０１０　腹腔穿刺（人工気腹、洗浄、注入及び排液を含む。）　230点

注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ０１０－２　経皮的肝膿瘍等穿刺術　1,450点

Ｊ０１１　骨髄穿刺

１　胸骨　310点

２　その他　330点

注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ０１２　腎嚢胞又は水腎症穿刺　280点

注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ０１３　ダグラス窩穿刺　240点

Ｊ０１４　乳腺穿刺　200点

Ｊ０１５　甲状腺穿刺　150点

Ｊ０１６　リンパ節等穿刺　200点

Ｊ０１７　エタノールの局所注入　1,200点

注　甲状腺又は副甲状腺に対する局所注入については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

Ｊ０１７－２　リンパ管腫局所注入　1,020点

注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。

Ｊ０１８　喀痰吸引（１日につき）　48点

注１　間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時に行った喀痰吸引の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。

２　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、83点を加算する。

３　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号Ｃ１０７－３に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料、区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号Ｃ１１２に掲げる在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号Ｃ１１２－２に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った喀痰吸引の費用は算定しない。

Ｊ０１８－２　内視鏡下気管支分泌物吸引（１日につき）　120点

Ｊ０１８－３　干渉低周波去痰器による喀痰排出（１日につき）　48点

注１　間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時に行った干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。

２　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、83点を加算する。

３　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料、区分番号Ｃ１０７－３に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料、区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号Ｃ１１２に掲げる在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号Ｃ１１２－

２に掲げる在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者に対して行った干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定しない。

Ｊ０１９　持続的胸腔ドレナージ（開始日）　660点

注１　持続的胸腔ドレナージの費用は、挿入したドレーンの本数にかかわらず、１日に１回に限り算定する。

２　３歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ０１９－２　削除

Ｊ０２０　胃持続ドレナージ（開始日）　50点

注　３歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ０２１　持続的腹腔ドレナージ（開始日）　550点

注１　持続的腹腔ドレナージの費用は、挿入したドレーンの本数にかかわらず、１日に１回に限り算定する。

２　３歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ０２２　高位浣腸、高圧浣腸、洗腸　65点

注　３歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。

Ｊ０２２－２　摘便　100点

Ｊ０２２－３　腰椎麻酔下直腸内異物除去　45点

Ｊ０２２－４　腸内ガス排気処置（開腹手術後）　45点

Ｊ０２２－５　持続的難治性下痢便ドレナージ（開始日）　50点

Ｊ０２３　気管支カテーテル薬液注入法　120点

Ｊ０２４　酸素吸入（１日につき）　65点

注１　使用した精製水の費用は、所定点数に含まれるものとする。

２　間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸と同時に行った酸素吸入の費用は、それぞれ間歇的陽圧吸入法又は人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。

３　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号Ｃ１０７－３に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った酸素吸入の費用は算定しない。

Ｊ０２４－２　突発性難聴に対する酸素療法（１日につき）　65点

Ｊ０２５　酸素テント（１日につき）　65点

注１　間歇的陽圧吸入法と同時に行った酸素テントの費用は、間歇的陽圧吸入法の所定点数に含まれるものとする。

２　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号Ｃ１０７－３に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った酸素テントの費用は算定しない。

Ｊ０２６　間歇的陽圧吸入法（１日につき）　160点

注１　間歇的陽圧吸入法と同時に行う喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。

２　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号Ｃ１０７－３に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った間歇的陽圧吸入法の費用は算定しない。

Ｊ０２６－２　鼻マスク式補助換気法（１日につき）　160点

注１　鼻マスク式補助換気法と同時に行われる喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントの費用は、所定点数に含まれるものとする。

２　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号Ｃ１０７－３に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った鼻マスク式補助換気法の費用は算定しない。

Ｊ０２６－３　体外式陰圧人工呼吸器治療（１日につき）　160点

注１　体外式陰圧人工呼吸と同時に行う喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。

２　区分番号Ｃ１０３に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号Ｃ１０７－３に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った体外式陰圧人工呼吸の費用は算定しない。

Ｊ０２６－４　ハイフローセラピー（１日につき）

１　15歳未満の患者の場合　282点

２　15歳以上の患者の場合　192点

Ｊ０２７　高気圧酸素治療（１日につき）

１　減圧症又は空気塞栓に対するもの　5,000点

２　その他のもの　3,000点

注　１については、高気圧酸素治療の実施時間が５時間を超えた場合には、30分又はその端数を増すごとに、長時間加算として、500点を所定点数に加算する。ただし、3,000点を限度として加算する。

Ｊ０２８　インキュベーター（１日につき）　120点

注　使用した精製水の費用及びインキュベーターと同時に行った酸素吸入の費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｊ０２９　鉄の肺（１日につき）　260点

Ｊ０２９－２　減圧タンク療法　260点

Ｊ０３０　食道ブジー法　120点

Ｊ０３１　直腸ブジー法　120点

Ｊ０３２　肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの）　150点

注　３歳未満の乳幼児であって、直腸又は肛門疾患に係る手術の前後の場合は、周術期乳幼児加算として、初回の算定日から起算して３月以内に限り、100点を所定点数に加算する。

Ｊ０３３　削除

Ｊ０３４　イレウス用ロングチューブ挿入法　730点

Ｊ０３４－２　経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術　180点

Ｊ０３４－３　内視鏡的結腸軸捻転解除術（一連につき）　5,360点

Ｊ０３５　削除

Ｊ０３６　非還納性ヘルニア徒手整復法　290点

注　新生児又は３歳未満の乳幼児の場合は、新生児加算又は乳幼児加算として、それぞれ110点又は55点を加算する。

Ｊ０３７　痔核嵌頓整復法（脱肛を含む。）　290点

Ｊ０３８　人工腎臓（１日につき）

１　慢性維持透析を行った場合１

イ　４時間未満の場合　1,885点

ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,045点

ハ　５時間以上の場合　2,180点

２　慢性維持透析を行った場合２

イ　４時間未満の場合　1,845点

ロ　４時間以上５時間未満の場合　2,005点

ハ　５時間以上の場合　2,135点

３　慢性維持透析を行った場合３

イ　４時間未満の場合　1,805点

ロ　４時間以上５時間未満の場合　1,960点

ハ　５時間以上の場合　2,090点

４　その他の場合　1,580点

注１　入院中の患者以外の患者に対して、午後５時以降に開始した場合若しくは午後９時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、時間外・休日加算として、

380点を所定点数に加算する。

2　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、導入期加算として、導入期１月に限り１日につき、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　導入期加算１　200点

ロ　導入期加算２　400点

ハ　導入期加算３　800点

3　著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合は、障害者等加算として、１日につき140点を加算する。

4　カニュレーション料を含むものとする。

5　区分番号Ｃ１０２に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は区分番号Ｃ１０２－２に掲げる在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週１回（在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者にあっては、区分番号Ｊ０４２に掲げる腹膜灌流（１に限る。）の実施回数と併せて週１回）に限り算定する。

6　１から３までの場合にあっては、透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水及び別に厚生労働大臣が定める薬剤の費用は所定点数に含まれるものとする。

7　人工腎臓を夜間に開始し、午前０時以降に終了した場合は、１日として算定する。

8　区分番号Ｊ０３８－２に掲げる持続緩徐式血液濾過の実施回数と併せて１月に14回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める患者にあってはこの限りでない。

9　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、透析液水質確保加算として、所定点数に10点を加算する。

10　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、人工腎臓を実施している患者に係る下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行った場合には、下肢末梢動脈疾患指導管理加算として、月１回に限り所定点数に100点を加算する。

11　通常の人工腎臓では管理が困難な兆候を有する患者に対して、６時間以上の人工腎臓を行った場合には、長時間加算として、１回につき150点を加算する。

12　１及び２については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合には、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

13　１から３までについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において慢性維持透析濾過（複雑なものに限る。）を行った場合には、慢性維持透析濾過加算として、所定点数に50点を加算する。

14　人工腎臓を実施している患者に対して、医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が、療養上必要な訓練等について指導を行った場合には、透析時運動指導等加算として、当該指導を開始した日から起算して90日を限度として、75点を所定点数に加算する。

Ｊ０３８－２　持続緩徐式血液濾過（１日につき）　1,990点

注１　入院中の患者以外の患者に対して、午後５時以降に開始した場合若しくは午後９時以降に終了した場合又は休日に行った場合は、時間外・休日加算として、300点を所定点数に加算する。

2　著しく持続緩徐式血液濾過が困難な障害者等に対して行った場合は、障害者等加算として、１日につき120点を加算する。

3　持続緩徐式血液濾過を夜間に開始し、午前０時以降に終了した場合は、１日として算定する。

4　区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて１月に14回に限り算定する。ただし、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓の注８に規定する別に厚生労働大臣が定める患者にあってはこの限りでない。

Ｊ０３９　血漿交換療法（１日につき）　4,200点

注１　血漿交換療法を夜間に開始し、午前０時以降に終了した場合は、１日として算定する。

2　難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するＬＤＬアフェレシス療法については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

3　移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

Ｊ０４０　局所灌流（１日につき）

1　悪性腫瘍に対するもの　4,300点

2　骨膜・骨髄炎に対するもの　1,700点

注　局所灌流を夜間に開始し、午前０時以降に終了した場合は、１日として算定する。

Ｊ０４１　吸着式血液浄化法（１日につき）　2,000点

注　吸着式血液浄化法を夜間に開始し、午前０時以降に終了した場合は、１日として算定する。

Ｊ０４１－２　血球成分除去療法（１日につき）　2,000点

注　血球成分除去療法を夜間に開始し、午前０時以降に終了した場合は、１日として算定する。

Ｊ０４２　腹膜灌流（１日につき）

1　連続携行式腹膜灌流　330点

注１　導入期の14日の間に限り、導入期加算として、１日につき500点を加算する。

2　６歳未満の乳幼児の場合は、導入期の14日の間又は15日目以降30日目までの間に限り、注１の規定にかかわらず、乳幼児加算として、それぞれ１日につき1,100点又は550点を加算する。

3　区分番号Ｃ１０２に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号Ｊ０３８に掲げる人工腎臓の実施回数と併せて週１回に限り、算定する。

2　その他の腹膜灌流　1,100点

Ｊ０４３　新生児高ビリルビン血症に対する光線療法（１日につき）　140点

Ｊ０４３－２　瀉血療法　250点

Ｊ０４３－３　ストーマ処置（１日につき）

1　ストーマを１個もつ患者に対して行った場合　70点

2　ストーマを２個以上もつ患者に対して行った場合　120点

注１　入院中の患者以外の患者に対して算定する。

2　区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行ったストーマ処置の費用は算定しない。

3　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。

Ｊ０４３－４　経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法　200点

注　区分番号Ｊ０００に掲げる創傷処置、区分番号Ｋ０００に掲げる創傷処理の費用は所定点数に含まれるものとする。

Ｊ０４３－５　尿路ストーマカテーテル交換法　100点

注１　区分番号Ｊ０００に掲げる創傷処置、区分番号Ｋ０００に掲げる創傷処理、区分番号Ｊ０４３－３に掲げるストーマ処置（尿路ストーマに対して行ったものに

限る。）の費用は所定点数に含まれるものとする。
２　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。

Ｊ０４３－６　人工膵臓療法（１日につき）　3,500点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に、３日を限度として算定する。

Ｊ０４３－７　経会陰的放射線治療用材料局所注入　1,400点
（救急処置）

Ｊ０４４　救命のための気管内挿管　500点
注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。

Ｊ０４４－２　体表面ペーシング法又は食道ペーシング法（１日につき）　480点

Ｊ０４５　人工呼吸
１　30分までの場合　242点
２　30分を超えて５時間までの場合　242点に30分又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数
３　５時間を超えた場合（１日につき）
イ　14日目まで　950点
ロ　15日目以降　815点
注１　使用した精製水の費用及び人工呼吸と同時に行う呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定若しくは非観血的連続血圧測定又は喀痰吸引若しくは酸素吸入の費用は、所定点数に含まれるものとする。
２　区分番号Ｃ１０７に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った人工呼吸の費用は算定しない。
３　気管内挿管が行われている患者に対して、意識状態に係る評価を行った場合は、覚醒試験加算として、当該治療の開始日から起算して14日を限度として、１日につき100点を所定点数に加算する。
４　注３の場合において、当該患者に対して人工呼吸器からの離脱のために必要な評価を行った場合は、離脱試験加算として、１日につき60点を更に所定点数に加算する。

Ｊ０４５－２　一酸化窒素吸入療法（１日につき）
１　新生児の低酸素性呼吸不全に対して実施する場合　1,680点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
２　一酸化窒素ガス加算として、吸入時間が１時間までの場合、900点を所定点数に加算する。吸入時間が１時間を超える場合は、900点に吸入時間が１時間又はその端数を増すごとに900点を加算して得た点数を、所定点数に加算する。
２　その他の場合　1,680点
注　一酸化窒素ガス加算として、吸入時間が１時間までの場合、900点を所定点数に加算する。吸入時間が１時間を超える場合は、900点に吸入時間が１時間又はその端数を増すごとに900点を加算して得た点数を、所定点数に加算する。

Ｊ０４６　非開胸的心マッサージ
１　30分までの場合　250点
２　30分を超えた場合　250点に30分又はその端数を増すごとに40点を加算して得た点数

Ｊ０４７　カウンターショック（１日につき）
１　非医療従事者向け自動除細動器を用いた場合　2,500点
２　その他の場合　3,500点

Ｊ０４７－２　心腔内除細動　3,500点

Ｊ０４７－３　心不全に対する遠赤外線温熱療法（１日につき）　115点
注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
２　入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定めるものに対して行われた場合に、治療開始日から起算して30日を限度として、週５回に限り所定点数を算定する。

Ｊ０４８　心膜穿刺　500点

Ｊ０４９　食道圧迫止血チューブ挿入法　3,240点

Ｊ０５０　気管内洗浄（１日につき）　340点
注１　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。
２　気管内洗浄と同時に行う喀痰吸引又は酸素吸入は、所定点数に含まれるものとする。

Ｊ０５１　胃洗浄　300点
注　３歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ０５２　ショックパンツ（１日につき）　150点
注　２日目以降については、所定点数にかかわらず１日につき50点を算定する。

Ｊ０５２－２　熱傷温浴療法（１日につき）　1,740点
注　広範囲熱傷の患者であって、入院中のものについて行った場合に受傷後60日以内に限り算定する。
（皮膚科処置）

Ｊ０５３　皮膚科軟膏処置
１　100平方センチメートル以上500平方センチメートル未満　55点
２　500平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　85点
３　3,000平方センチメートル以上6,000平方センチメートル未満　155点
４　6,000平方センチメートル以上　270点
注１　100平方センチメートル未満の場合は、第１章基本診療料に含まれ、算定できない。
２　区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った皮膚科軟膏処置の費用は算定しない。

Ｊ０５４　皮膚科光線療法（１日につき）
１　赤外線又は紫外線療法　45点
注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。
２　長波紫外線又は中波紫外線療法（概ね290ナノメートル以上315ナノメートル以下のもの）　150点
３　中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの）　340点

Ｊ０５４－２　皮膚レーザー照射療法（一連につき）
１　色素レーザー照射療法　2,170点
注　照射面積が10平方センチメートルを超えた場合は、10平方センチメートル又はその端数を増すごとに、照射面積拡大加算として、所定点数に500点を加算する。ただし、8,500点の加算を限度とする。
２　Ｑスイッチ付レーザー照射療法
イ　４平方センチメートル未満　2,000点
ロ　４平方センチメートル以上16平方センチメートル未満　2,370点
ハ　16平方センチメートル以上64平方センチメートル未満　2,900点
ニ　64平方センチメートル以上　3,950点
注　３歳未満の乳幼児に対して皮膚レーザー照射療法を行った場合は、乳幼児加算として、2,200点を所定点数に加算する。

Ｊ０５５　いぼ焼灼法
１　３箇所以下　210点
２　４箇所以上　260点

Ｊ０５５－２　イオントフォレーゼ　220点

Ｊ０５５－３　臍肉芽腫切除術　220点

Ｊ０５６　いぼ等冷凍凝固法

１　３箇所以下　210点
２　４箇所以上　270点
Ｊ０５７　軟属腫摘除
１　10箇所未満　120点
２　10箇所以上30箇所未満　220点
３　30箇所以上　350点
Ｊ０５７－２　面皰圧出法　49点
Ｊ０５７－３　鶏眼・胼胝処置　170点
注　月２回に限り算定する。
Ｊ０５７－４　稗粒腫摘除
１　10箇所未満　74点
２　10箇所以上　148点
（泌尿器科処置）
Ｊ０５８　膀胱穿刺　80点
Ｊ０５９　陰嚢水腫穿刺　80点
Ｊ０５９－２　血腫、膿腫穿刺　80点
Ｊ０６０　膀胱洗浄（１日につき）　60点
注１　薬液注入、膀胱洗浄と同時に行う留置カテーテル設置及び留置カテーテル設置中の膀胱洗浄の費用は、所定点数に含まれるものとする。
２　区分番号Ｃ１０６に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った膀胱洗浄の費用は算定しない。
Ｊ０６０－２　後部尿道洗浄（ウルツマン）（１日につき）　60点
Ｊ０６１　腎盂洗浄（片側）　60点
Ｊ０６２　腎盂内注入（尿管カテーテル法を含む。）　1,290点
注　ファイバースコープによって行った場合に算定する。
Ｊ０６３　留置カテーテル設置　40点
注１　膀胱洗浄と同時に行う留置カテーテル設置の費用は、膀胱洗浄の所定点数に含まれるものとする。
２　区分番号Ｃ１０６に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った留置カテーテル設置の費用は算定しない。
Ｊ０６４　導尿（尿道拡張を要するもの）　40点
注　区分番号Ｃ１０６に掲げる在宅自己導尿指導管理料又は区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った導尿の費用は算定しない。
Ｊ０６５　間歇的導尿（１日につき）　150点
Ｊ０６６　尿道拡張法　216点
Ｊ０６６－２　タイダール自動膀胱洗浄（１日につき）　180点
Ｊ０６７　誘導ブジー法　216点
Ｊ０６８　嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等）　290点
Ｊ０６８－２　陰唇癒合剥離　290点
Ｊ０６９　前立腺液圧出法　50点
Ｊ０７０　前立腺冷温榻　50点
Ｊ０７０－２　干渉低周波による膀胱等刺激法　50点
注　入院中の患者以外の患者について算定する。
Ｊ０７０－３　冷却痔処置（１日につき）　50点
Ｊ０７０－４　磁気による膀胱等刺激法　70点
注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
（産婦人科処置）
Ｊ０７１　羊水穿刺（羊水過多症の場合）　144点
Ｊ０７２　膣洗浄（熱性洗浄を含む。）　56点
注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。
Ｊ０７３　子宮腔洗浄（薬液注入を含む。）　56点
Ｊ０７４　卵管内薬液注入法　60点
Ｊ０７５　陣痛誘発のための卵膜外薬液注入法　408点
Ｊ０７６　子宮頸管内への薬物挿入法　45点
Ｊ０７７　子宮出血止血法
１　分娩時のもの　624点
２　分娩外のもの　45点
Ｊ０７８　子宮膣頸管部薬物焼灼法　100点
Ｊ０７９　子宮膣部焼灼法　180点
Ｊ０８０　子宮頸管拡張及び分娩誘発法
１　ラミナリア　120点
２　コルポイリンテル　120点
３　金属拡張器（ヘガール等）　180点
４　メトロイリンテル　340点
Ｊ０８１　分娩時鈍性頸管拡張法　456点
Ｊ０８２　子宮脱非観血的整復法（ペッサリー）　290点
Ｊ０８２－２　薬物放出子宮内システム処置
１　挿入術　240点
２　除去術　150点
Ｊ０８３　妊娠子宮嵌頓非観血的整復法　290点
Ｊ０８４　胎盤圧出法　45点
Ｊ０８５　クリステル胎児圧出法　45点
Ｊ０８５－２　人工羊水注入法　720点
（眼科処置）
Ｊ０８６　眼処置　25点
注１　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。
２　点眼又は洗眼については、第１章基本診療料に含まれ、別に算定できない。
Ｊ０８６－２　義眼処置　25点
注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。
Ｊ０８７　前房穿刺又は注射（前房内注入を含む。）　180点
注　顕微鏡下に行った場合は、顕微鏡下処置加算として、180点を加算する。
Ｊ０８８　霰粒腫の穿刺　45点
Ｊ０８９　睫毛抜去
１　少数の場合　25点
注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。
２　多数の場合　45点
注１　上眼瞼と下眼瞼についてそれぞれ処置した場合であっても１回の算定とする。
２　１日に１回に限り算定する。
Ｊ０９０　結膜異物除去（１眼瞼ごと）　100点
Ｊ０９１　鼻涙管ブジー法　45点
Ｊ０９１－２　鼻涙管ブジー法後薬液涙嚢洗浄　45点
Ｊ０９２　涙嚢ブジー法（洗浄を含む。）　54点
Ｊ０９３　強膜マッサージ　150点
Ｊ０９４　削除
（耳鼻咽喉科処置）
Ｊ０９５　耳処置（耳浴及び耳洗浄を含む。）　27点
注１　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。
２　点耳又は簡単な耳垢栓塞除去については、第１章基本診療料に含まれ、別に算

定できない。

Ｊ０９５－２　鼓室処置（片側）　55点

注　鼓室洗浄及び鼓室内薬液注入の費用は、所定点数に含まれる。

Ｊ０９６　耳管処置（耳管通気法、鼓膜マッサージ及び鼻内処置を含む。）

１　カテーテルによる耳管通気法（片側）　36点

２　ポリッツェル球による耳管通気法　24点

注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。

Ｊ０９７　鼻処置（鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置を含む。）　16点

注１　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。

２　区分番号Ｊ０９８に掲げる口腔、咽頭処置と併せて行った場合であっても16点とする。

３　鼻洗浄については、第１章基本診療料に含まれ、別に算定できない。

Ｊ０９７－２　副鼻腔自然口開大処置　25点

注　処置に用いた薬剤の費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｊ０９８　口腔、咽頭処置　16点

注１　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。

２　区分番号Ｊ０９７に掲げる鼻処置と併せて行った場合であっても16点とする。

Ｊ０９８－２　扁桃処置　40点

Ｊ０９９　間接喉頭鏡下喉頭処置（喉頭注入を含む。）　32点

注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。

Ｊ１００　副鼻腔手術後の処置（片側）　45点

注　当該処置と同一日に行われた区分番号Ｊ０９７－２に掲げる副鼻腔自然口開大処置は所定点数に含まれるものとする。

Ｊ１０１　鼓室穿刺（片側）　50点

Ｊ１０２　上顎洞穿刺（片側）　60点

Ｊ１０３　扁桃周囲膿瘍穿刺（扁桃周囲炎を含む。）　180点

Ｊ１０４　唾液腺管洗浄（片側）　60点

Ｊ１０５　副鼻腔洗浄又は吸引（注入を含む。）（片側）

１　副鼻腔炎治療用カテーテルによる場合　55点

２　１以外の場合　25点

Ｊ１０６及びＪ１０７　削除

Ｊ１０８　鼻出血止血法（ガーゼタンポン又はバルーンによるもの）　240点

Ｊ１０９　鼻咽腔止血法（ベロック止血法）　440点

Ｊ１１０　削除

Ｊ１１１　耳管ブジー法（通気法又は鼓膜マッサージの併施を含む。）（片側）　45点

Ｊ１１２　唾液腺管ブジー法（片側）　45点

Ｊ１１３　耳垢栓塞除去（複雑なもの）

１　片側　100点

２　両側　180点

注　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、55点を加算する。

Ｊ１１４　ネブライザ　12点

注　入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。

Ｊ１１５　超音波ネブライザ（１日につき）　24点

Ｊ１１５－２　排痰誘発法（１日につき）　44点

（整形外科的処置）

Ｊ１１６　関節穿刺（片側）　120点

注　３歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、110点を加算する。

Ｊ１１６－２　粘（滑）液嚢穿刺注入（片側）　80点

Ｊ１１６－３　ガングリオン穿刺術　80点

Ｊ１１６－４　ガングリオン圧砕法　80点

Ｊ１１６－５　酵素注射療法　2,490点

Ｊ１１７　鋼線等による直達牽引（２日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）（１局所を１日につき）　50点

注１　３歳未満の乳幼児に対して行った場合は、乳幼児加算として、所定点数に55点を加算する。

２　消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。

Ｊ１１８　介達牽引（１日につき）　35点

注　消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。

Ｊ１１８－２　矯正固定（１日につき）　35点

注　消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。

Ｊ１１８－３　変形機械矯正術（１日につき）　35点

注　消炎鎮痛等処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。

Ｊ１１８－４　歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）（１日につき）　1,100点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

２　難病の患者に対する医療等に関する法律第５条第１項に規定する指定難病の患者であって、同法第７条第４項に規定する医療受給者証を交付されているもの（同条第１項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に対して実施された場合には、難病患者処置加算として、900点を所定点数に加算する。

３　導入期５週間に限り、１日につき2,000点を９回に限り加算する。

Ｊ１１９　消炎鎮痛等処置（１日につき）

１　マッサージ等の手技による療法　35点

２　器具等による療法　35点

３　湿布処置　35点

注１　１から３までの療法を行った場合に、療法の種類、回数又は部位数にかかわらず、本区分により算定する。

２　同一の患者につき同一日において、１から３までの療法のうち２以上の療法を行った場合は、主たる療法の所定点数のみにより算定する。

３　３については、診療所において、入院中の患者以外の患者に対し、半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲の湿布処置が行われた場合に算定できる。

４　区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った消炎鎮痛等処置の費用は算定しない。

Ｊ１１９－２　腰部又は胸部固定帯固定（１日につき）　35点

Ｊ１１９－３　低出力レーザー照射（１日につき）　35点

Ｊ１１９－４　肛門処置（１日につき）　24点

（栄養処置）

Ｊ１２０　鼻腔栄養（１日につき）　60点

注１　区分番号Ｃ１０５に掲げる在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、区分番号Ｃ１０５－２に掲げる在宅小児経管栄養法指導管理料、区分番号Ｃ１０５－３に掲げる在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料又は区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者に対して行った鼻腔栄養の費用は算定しない。

２　間歇的経管栄養法によって行った場合には、間歇的経管栄養法加算として、１日につき60点を所定点数に加算する。

Ｊ１２１　滋養浣腸　45点

（ギプス）

通則

1　既装着のギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合は各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を算定する。

2　区分番号Ｊ１２３からＪ１２８までに掲げるギプスをプラスチックギプスを用いて行った場合は当該各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を所定点数に加算する。

3　６歳未満の乳幼児に対して区分番号Ｊ１２２からＪ１２９－４までに掲げるギプスの処置を行った場合には、乳幼児加算として、当該各区分の所定点数の100分の55に相当する点数を所定点数に加算する。

Ｊ１２２　四肢ギプス包帯

1　鼻ギプス	310点
2　手指及び手、足（片側）	490点
3　半肢（片側）	780点
4　内反足矯正ギプス包帯（片側）	1,140点
5　上肢、下肢（片側）	1,200点
6　体幹から四肢にわたるギプス包帯（片側）	1,840点
Ｊ１２３　体幹ギプス包帯	1,500点
Ｊ１２４　鎖骨ギプス包帯（片側）	1,250点
Ｊ１２５　ギプスベッド	1,400点
Ｊ１２６　斜頸矯正ギプス包帯	1,670点
Ｊ１２７　先天性股関節脱臼ギプス包帯	2,400点
Ｊ１２８　脊椎側弯矯正ギプス包帯	3,440点
Ｊ１２９　義肢採型法	
1　四肢切断の場合（１肢につき）	700点
2　股関節、肩関節離断の場合（１肢につき）	1,050点
Ｊ１２９－２　練習用仮義足又は仮義手採型法	
1　四肢切断の場合（１肢につき）	700点
2　股関節、肩関節離断の場合（１肢につき）	1,050点
Ｊ１２９－３　治療用装具採寸法（１肢につき）	200点
Ｊ１２９－４　治療用装具採型法	
1　体幹装具	700点
2　四肢装具（１肢につき）	700点
3　その他（１肢につき）	200点

第２節　処置医療機器等加算

区分

Ｊ２００　腰部、胸部又は頸部固定帯加算（初回のみ）	170点
Ｊ２０１　酸素加算	

注１　区分番号Ｊ０２４からＪ０２８まで及びＪ０４５に掲げる処置に当たって酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（窒素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。

２　酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第３節　薬剤料

区分

Ｊ３００　薬剤　　薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。

注１　薬価が15円以下である場合は、算定しない。

２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第４節　特定保険医療材料料

区分

Ｊ４００　特定保険医療材料　　材料価格を10円で除して得た点数

注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第９部　処置

＜通則＞

1　処置の費用は、第１節処置料及び第２節処置医療機器等加算、第３節薬剤料又は第４節特定保険医療材料料に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される包帯（頭部・頸部・躯幹等固定用伸縮性包帯を含む。）、ガーゼ等衛生材料、患者の衣類及び保険医療材料の費用は、所定点数に含まれており、別に算定できない。

なお、処置に用いる衛生材料を患者に持参させ、又は処方箋により投与するなど患者の自己負担とすることは認められない。

2　特に規定する場合を除き、患者に対して特定保険医療材料又は薬剤を支給したときは、これに要する費用として、特定保険医療材料については「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」の定めるところにより、薬剤については「使用薬剤の薬価（薬価基準）」の定めるところにより算定する。なお、この場合、薬剤費の算定の単位は１回に使用した総量の価格であり、患者に対して施用した場合に限り、特に規定する場合を除き算定できるものであるが、投薬の部に掲げる処方料、調剤料、処方箋料及び調剤技術基本料並びに注射の部に掲げる注射料は、別に算定できない。

3　浣腸、注腸、吸入、100 平方センチメートル未満の第１度熱傷の熱傷処置、100 平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置、洗眼、点眼、点耳、簡単な耳垢栓除去、鼻洗浄、狭い範囲の湿布処置その他第１節処置料に掲げられていない処置であって簡単なもの（簡単な物理療法を含む。）の費用は、基本診療料に含まれるものとし、別に算定することはできない。

なお、処置に対する費用が別に算定できない場合（処置後の薬剤病巣撒布を含む。）であっても、処置に際して薬剤を使用した場合には、第３節薬剤料に定めるところにより薬剤料を算定することはできる。

4　「通則５」の入院中の患者以外の患者に対する処置の休日加算１、時間外加算１又は深夜加算１（以下「時間外等加算１」という。）は、次のア又はイの場合であって、所定点数が 1,000 点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できる。

ア　区分番号「Ａ０００」の注７、区分番号「Ａ００１」の注５、区分番号「Ａ００２」の注８に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた場合。ただし、区分番号「Ａ０００」の注９又は区分番号「Ａ００１」の注７に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた場合は対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても、当該加算は算定できる。

イ　初診又は再診に引き続いて、緊急処置に必要不可欠な検査等を行った後、速やかに緊急処置（休日に行うもの又はその開始時間が診療時間以外の時間若しくは深夜であるものに限る。）を開始した場合であって、当該初診又は再診から処置の開始時間までの間が８時間以内である場合（当該処置の開始時間が入院手続きの後の場合を含む。）

5　「通則５」の休日加算２、時間外加算２又は深夜加算２は、区分番号「Ａ０００」の注７、区分番号「Ａ００１」の注５、区分番号「Ａ００２」の注８に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた所定点数が 150 点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できるものであり、区分番号「Ａ０００」の注９又は区分番号「Ａ００１」の注７に規定する夜間・早朝

等加算を算定する初診若しくは再診に引き続き行われた場合又は入院中の患者に対して行われた場合については対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても当該加算は算定できる。

6　通則５の入院中の患者に対する処置の休日加算１又は深夜加算１は、病状の急変により、休日に緊急処置を行った場合又は開始時間が深夜である緊急処置を行った場合であって、所定点数が 1,000 点以上の緊急処置を行った場合に算定できる。

7　通則５の時間外等加算１は、当該加算を算定するものとして、地方厚生（支）局長に届出を行っている診療科において処置を実施した場合に限り算定できる。

8　処置の開始時間とは、患者に対し直接施療した時とする。なお、処置料において「１日につき」とあるものは午前０時より午後 12 時までのことであり、午前０時前に処置を開始し、午前０時以降に処置が終了した場合には、処置を行った初日のみ時間外加算等を算定し、午前０時以降の２日目については算定できない。

9　処置が保険医療機関又は保険医の都合により時間外となった場合は、時間外加算等は算定できない。

10　時間外加算等に係る「所定点数」とは、第１節処置料に掲げられた点数及び各注による加算（プラスチックギプス加算及びギプスに係る乳幼児加算を含む。）を合計した点数であり、第２節から第４節までの費用は含まない。

11　４から 10 までに規定するほか、時間外加算等の取扱いについては、初診料における場合と同様である。

12　「通則６」における「特に規定する場合」とは、処置名の末尾に「片側」、「１肢につき」等と記入したものをいう。両眼に異なる疾患を有し、それぞれ異なった処置を行った場合は、その部分についてそれぞれ別に算定できる。

13　第１節に掲げられていない特殊なものの費用は、その都度当局に内議し、最も近似する処置として準用が通知された算定方法により算定する。

14　血腫、膿腫その他における穿刺は、新生児頭血腫又はこれに準ずる程度のものに対して行う場合は、区分番号「Ｊ０５９－２」血腫、膿腫穿刺により算定できるが、小範囲のものや試験穿刺については、算定できない。

15　「通則８」に規定する耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算は、急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した基礎疾患のない６歳未満の患者に対して、区分番号「Ｊ０９５」から区分番号「Ｊ１１５－２」までに掲げる処置を行った場合であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない者に対して、療養上必要な指導及び当該処置の結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、耳鼻咽喉科を担当する専任の医師が診療を行った初診時に、月１回に限り算定する。なお、インフルエンザの患者又はインフルエンザの疑われる患者については、算定できない。

＜処置料＞

（一般処置）

Ｊ０００　創傷処置

（１）　創傷処置、区分番号「Ｊ００１」熱傷処置、区分番号「Ｊ００１－４」重度褥瘡処置及び区分番号「Ｊ０５３」皮膚科軟膏処置の各号に示す範囲とは、包帯等で被覆すべき創傷面の広さ又は軟膏処置を行うべき広さをいう。

（2） 同一疾病又はこれに起因する病変に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置又は湿布処置が行われた場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さを、いずれかの処置に係る区分に照らして算定するものとし、併せて算定できない。

（3） 同一部位に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置、面皰圧出法又は湿布処置が行われた場合はいずれか１つのみにより算定し、併せて算定できない。

（4） 区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号「Ｃ１１２」在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号「Ｃ１１２－２」在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、創傷処置（熱傷に対するものを除く。）、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入の費用は算定できない。

（5） 手術後の患者に対する創傷処置は、その回数にかかわらず、１日につき所定点数のみにより算定する。

（6） 複数の部位の手術後の創傷処置については、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さに該当する点数により算定する。

（7） 中心静脈圧測定、静脈内注射、点滴注射、中心静脈注射及び植込型カテーテルによる中心静脈注射に係る穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は、別に算定できない。

（8） 軟膏の塗布又は湿布の貼付のみの処置では算定できない。

Ｊ０００－２　下肢創傷処置

（1） 各号に示す範囲とは、下肢創傷の部位及び潰瘍の深さをいう。

（2） 下肢創傷処置の対象となる部位は、足部、足趾又は踵であって、浅い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれにも至らないものをいい、深い潰瘍とは潰瘍の深さが腱、筋、骨又は関節のいずれかに至るものをいう。

（3） 下肢創傷処置を算定する場合は、区分番号「Ｊ０００」創傷処置、区分番号「Ｊ００１－７」爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び区分番号「Ｊ００１－８」穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。

（4） 複数の下肢創傷がある場合は主たるもののみ算定する。

（5） 軟膏の塗布又は湿布の貼付のみの処置では算定できない。

Ｊ００１　熱傷処置

（1） 熱傷処置を算定する場合は、区分番号「Ｊ０００」創傷処置、区分番号「Ｊ００１－７」爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び区分番号「Ｊ００１－８」穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。

（2） 熱傷には電撃傷、薬傷及び凍傷が含まれる。

（3） 「１」については、第１度熱傷のみでは算定できない。

Ｊ００１－２　絆創膏固定術

足関節捻挫又は膝関節靱帯損傷に絆創膏固定術を行った場合に算定する。ただし、交換は原則として週１回とする。

Ｊ００１－３　鎖骨又は肋骨骨折固定術

鎖骨骨折固定術後の包帯交換は、区分番号「Ｊ０００」創傷処置に準じて算定し、肋骨骨折固定術の２回目以降の絆創膏貼用は、絆創膏固定術に準じて算定する。

Ｊ００１－４　重度褥瘡処置

（１）　皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。）（DESIGN-R2020 分類 d２以上とする。）に対して褥瘡処置を行った場合に算定する。

（２）　重度褥瘡処置を算定する場合は、区分番号「Ｊ０００」創傷処置、区分番号「Ｊ００１－７」爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び区分番号「Ｊ００１－８」穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。

Ｊ００１－５　長期療養患者褥瘡等処置

（１）　長期療養患者褥瘡等処置の算定に係る褥瘡処置とは、臥床に伴う褥瘡性潰瘍又は圧迫性潰瘍に対する処置（創傷処置又は皮膚科軟膏処置において、入院中の患者について算定することとされている範囲のものに限る。）をいうものであり、重度褥瘡処置を含むものであること。

（２）　褥瘡処置の回数及び部位数にかかわらず１日につき１回に限り算定するものであること。

（３）　１年を超える入院の場合にあって創傷処置又は皮膚科軟膏処置の費用を算定する場合は、その対象傷病名を診療報酬明細書に記載すること。

Ｊ００１－６　精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置

（１）　「注１」に掲げる処置には褥瘡処置及び重度褥瘡処置を含む。

（２）　入院期間が１年を超える入院中の患者に対して行った褥瘡処置、重度褥瘡処置が、「注１」に掲げるもの以外の創傷処置又は皮膚科軟膏処置である場合は、長期療養患者褥瘡等処置の所定点数により算定する。

（３）　結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が１年を超えるものに対して、ドレーン法を行った場合は、その種類又は回数にかかわらず精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置として、１日につき所定点数を算定する。

Ｊ００１－９　空洞切開術後ヨードホルムガーゼ処置

肺空洞切開手術後の空洞内にヨードホルムガーゼを使用した場合に算定する。なお、ヨードホルムガーゼを多量に使用することは、中毒のおそれもあり留意すべきである。

Ｊ００１－10　静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）

（１）　静脈圧迫処置は、慢性静脈不全による難治性潰瘍の患者であって、次のいずれにも該当する場合に、月に１回に限り、３月を限度として算定する。ただし、初回の潰瘍の大きさが 100 cm^2 を超える場合は６月を限度として算定する。

ア　２週間以上持続し、他の治療法によっては治癒又は改善しない下肢の難治性潰瘍を有する患者である場合。

イ　次のいずれかの方法により、慢性静脈不全と診断された患者であって、それ以外の原因が否定されている場合。

①　下肢静脈超音波検査により、表在静脈において 0.5 秒、深部静脈において１秒を超える逆流所見が認められる場合又は深部静脈において有意な閉塞所見が認められる場合

②　動脈性静脈性混合性潰瘍が疑われる場合であって、足関節上腕血圧比（ＡＢＩ）検査 0.5 以上の場合

（２）　静脈圧迫処置は、専任の医師が直接行うもの又は専任の医師の指導の下、専任の看護師が行うものについて算定する。なお、当該医師又は看護師は、関連学会が主催する所定の研修会を受講していること。

（３） 静脈圧迫処置は、弾性着衣又は弾性包帯による圧迫、圧迫下の運動及び患肢のスキンケアによるセルフケア指導を適切に組み合わせて、処置及び指導を行った場合に算定する。

（４） 関連学会が定める指針等を遵守すること。

（５） 診療報酬の請求に当たって、診療報酬明細書の摘要欄に、難治性潰瘍の所見（潰瘍の持続期間、部位、深達度及び面積を含む。）、これまでの治療経過、慢性静脈不全と診断した根拠（下肢静脈超音波検査等の所見）、静脈圧迫処置を必要とする医学的理由及び指導内容について記載すること。

Ｊ００２　ドレーン法（ドレナージ）

（１） 部位数、交換の有無にかかわらず、１日につき、所定点数のみにより算定する。

（２） ドレナージの部位の消毒等の処置料は所定点数に含まれ、区分番号「Ｊ０００」創傷処置は別に算定できない。ただし、ドレーン抜去後に抜去部位の処置が必要な場合は、区分番号「Ｊ０００」創傷処置の「１」により手術後の患者に対するものとして算定する。

（３） 「１」と「２」は同一日に併せて算定できない。

（４） ＰＴＣＤチューブの単なる交換については、「２」により算定する。

Ｊ００３　局所陰圧閉鎖処置（入院）（１日につき）

（１） 入院中の患者に対して処置を行った場合に限り算定できる。

（２） 「１」から「３」までに示す範囲は、局所陰圧閉鎖処置用材料で被覆すべき創傷面の広さをいう。

（３） 部位数にかかわらず、１日につき、所定点数により算定する。

（４） 局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、区分番号「Ｊ００１－４」重度褥瘡処置及び区分番号「Ｊ０５３」皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。区分番号「Ｊ０００」創傷処置、区分番号「Ｊ０００－２」下肢創傷処置又は区分番号「Ｊ００１」熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。

（５） 局所陰圧閉鎖処置（入院）終了後に多血小板血漿処置を行う場合は、区分番号「Ｊ００３－４」多血小板血漿処置を算定する。また、引き続き創傷部位の処置（多血小板血漿処置を除く。）が必要な場合は、区分番号「Ｊ０００」創傷処置により算定する。

（６） 「注１」に規定する加算は、入院前に区分番号「Ｊ００３－２」局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定していた患者が、引き続き入院中に局所陰圧閉鎖処置（入院）を行った場合は算定できない。

（７） 「注２」の持続洗浄加算については、局所感染を伴う難治性創傷（局所感染が存在するが、その拡大がなく、沈静化すると考えられる創傷及び汚染創に限り、骨髄炎又は骨膜炎を除く。）に対して、持続洗浄を併せて実施した場合に算定する。持続洗浄加算を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

（８） 骨髄炎又は骨膜炎を伴う難治性創傷に対して、局所陰圧閉鎖処置と洗浄を行った場合は、「注２」の持続洗浄加算は算定できず、区分番号「Ｊ０４０」局所灌流の「２」骨膜・骨髄炎に対するものを併せて算定する。この場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

（９） 局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定できる。ただし、切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合は算定できない。

(10) 陰圧維持管理装置として単回使用の機器を使用し、局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて算定した日に週３回に限り算定できる。

(11) 初回加算を算定した日、陰圧維持管理装置として使用した機器及び本処置の医学的必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(12) 「注３」の加算における所定点数とは、「注１」及び「注２」の加算を含まない点数である。

Ｊ００３－２　局所陰圧閉鎖処置（入院外）（１日につき）

（１） 入院中の患者以外の患者に対して陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を行った場合に限り算定できる。

（２） 「１」から「３」までに示す範囲は、局所陰圧閉鎖処置用材料で被覆すべき創傷面の広さをいう。

（３） 部位数にかかわらず、１日につき、所定点数により算定する。

（４） 局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定する場合は、区分番号「Ｊ００１－４」重度褥瘡処置及び区分番号「Ｊ０５３」皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。区分番号「Ｊ０００」創傷処置、区分番号「Ｊ０００－２」下肢創傷処置又は区分番号「Ｊ００１」熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。

（５） 局所陰圧閉鎖処置（入院外）終了後に多血小板血漿処置を行う場合は、区分番号「Ｊ００３－４」多血小板血漿処置を算定する。また、引き続き創傷部位の処置（多血小板血漿処置を除く。）が必要な場合は、区分番号「Ｊ０００」創傷処置により算定する。

（６） 「注」に規定する加算は、入院中に区分番号「Ｊ００３」局所陰圧閉鎖処置（入院）（１日につき）を算定していた患者が引き続き入院外で局所陰圧閉鎖処置を実施した場合は算定できない。

（７） 局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定できる。ただし、切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合は算定できない。

Ｊ００３－３　局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）（１日につき）

（１） 腹部開放創用局所陰圧閉鎖キットを用いた場合に限り、10 日を限度として算定する。なお、処置開始日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（２） 局所陰圧閉鎖処置（腹部開放創）を算定する場合は、区分番号「Ｊ００３」局所陰圧閉鎖処置（入院）は併せて算定できない。

Ｊ００３－４　多血小板血漿処置

（１） トラフェルミン（遺伝子組換え）を用いた治療又は局所陰圧閉鎖処置を 28 日以上行っても効果が得られない難治性皮膚潰瘍に対して、多血小板血漿処置を行った場合に限り算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄に当該処置を行う医学的必要性を記載すること。

（２） 一連につき２クールを限度として行い、１クール（４週間に限る。）につき１回を限度として算定する。

（３） 部位数にかかわらず、所定点数により算定する。

（４） 多血小板血漿処置を算定する場合は、一連の期間内において、区分番号「Ｊ００１－４」重度褥瘡処置、「Ｊ００３」局所陰圧閉鎖処置（入院）、「Ｊ００３－２」局所陰圧閉鎖処

置（入院外）及び「Ｊ０５３」皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。なお、区分番号「Ｊ０００」創傷処置、区分番号「Ｊ０００－２」下肢創傷処置又は「Ｊ００１」熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。

Ｊ００４　流注膿瘍穿刺

区分番号「Ｊ００１－８」穿刺排膿後薬液注入と同一日に算定することはできない。

Ｊ００５　脳室穿刺

区分番号「Ｄ４０１」脳室穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ００６　後頭下穿刺

区分番号「Ｄ４０２」後頭下穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ００７　頸椎、胸椎又は腰椎穿刺

区分番号「Ｊ００７」頸椎穿刺は区分番号「Ｄ４０３」頸椎穿刺と、区分番号「Ｊ００７」胸椎穿刺は区分番号「Ｄ４０３」胸椎穿刺と、区分番号「Ｊ００７」腰椎穿刺は区分番号「Ｄ４０３」腰椎穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ００７－２　硬膜外自家血注入

硬膜外自家血注入は、起立性頭痛を有する患者に係るものであって、関係学会の定める脳脊髄液漏出症診療指針に基づき、脳脊髄液漏出症として「確実」又は「確定」と診断されたものに対して実施した場合に限り算定できる。なお、診療報酬請求に当たっては、診療報酬明細書に当該指針に規定する画像診断基準を満たすことを示す画像所見、撮影日、撮影医療機関の名称等の症状詳記を添付すること。

Ｊ００８　胸腔穿刺

（１）　胸腔穿刺、洗浄、薬液注入又は排液について、これらを併せて行った場合においては、胸腔穿刺の所定点数を算定する。

（２）　単なる試験穿刺として行った場合は、区分番号「Ｄ４１９」その他の検体採取の「２」により算定する。

Ｊ０１１　骨髄穿刺

区分番号「Ｄ４０４」骨髄穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ０１２　腎嚢胞又は水腎症穿刺

区分番号「Ｄ４０７」腎嚢胞又は水腎症穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ０１３　ダグラス窩穿刺

区分番号「Ｄ４０８」ダグラス窩穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ０１４　乳腺穿刺

区分番号「Ｄ４１０」乳腺穿刺又は針生検と同一日に算定することはできない。

Ｊ０１５　甲状腺穿刺

区分番号「Ｄ４１１」甲状腺穿刺又は針生検と同一日に算定することはできない。

Ｊ０１６　リンパ節等穿刺

区分番号「Ｄ４０９」リンパ節等穿刺又は針生検と同一日に算定することはできない。

Ｊ０１７　エタノールの局所注入

（１）　肝癌、有症状の甲状腺のう胞、機能性甲状腺結節（Plummer 病）、内科的治療に抵抗性の２次性副甲状腺機能亢進症等に対してエタノールを局所注入した場合に算定する。なお、使用したエタノールは、所定点数に含まれ別に算定できない。

（２） 当該手技に伴って実施される超音波検査、画像診断の費用は所定点数に含まれる。

Ｊ０１７－２　リンパ管腫局所注入

リンパ管腫にピシバニールを局所注入した場合に算定する。

Ｊ０１８　喀痰吸引

（１） 喀痰の凝塊又は肺切除後喀痰が気道に停滞し、喀出困難な患者に対し、ネラトンカテーテル及び吸引器を使用して喀痰吸引を行った場合に算定する。

（２） 喀痰吸引、内視鏡下気管支分泌物吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、ハイフローセラピー、高気圧酸素治療、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法、気管内洗浄（気管支ファイバースコピーを使用した場合を含む。）、ネブライザ又は超音波ネブライザを同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

（３） 区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料、区分番号「Ｃ１０７－３」在宅ハイフローセラピー指導管理料、区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号「Ｃ１１２」在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号「Ｃ１１２－２」在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、喀痰吸引の費用は算定できない。

Ｊ０１８－３　干渉低周波去痰器による喀痰排出

（１） 区分番号「Ｊ０１８」喀痰吸引を同一日に行った場合はどちらか一方のみ算定する。

（２） 区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料、区分番号「Ｃ１０７－３」在宅ハイフローセラピー指導管理料、区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号「Ｃ１１２」在宅気管切開患者指導管理料又は区分番号「Ｃ１１２－２」在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定できない。

（３） 算定は１日に１回を限度とする。

Ｊ０１９　持続的胸腔ドレナージ

（１） ２日目以降は、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。

（２） 手術と同一日に行った持続的胸腔ドレナージは別に算定できない。なお、手術の翌日以降は、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

（３） 胸腔内出血排除（非開胸的）については本区分で算定する。

Ｊ０２０　胃持続ドレナージ

２日目以降は、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。

Ｊ０２１　持続的腹腔ドレナージ

（１） ２日目以降は、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。

（２） 手術と同一日に行った持続的腹腔ドレナージは別に算定できない。なお、手術の翌日以降は、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

Ｊ０２２　高位浣腸、高圧浣腸、洗腸

高位浣腸、高圧浣腸、洗腸、摘便、腰椎麻酔下直腸内異物除去又は腸内ガス排気処置（開腹手術後）を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数により算定する。

Ｊ０２２－５　持続的難治性下痢便ドレナージ

（１）　持続的難治性下痢便ドレナージは、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は無菌治療室管理加算を現に算定している患者であって、２時間に１回以上の反復する難治性の下痢便を認める患者又は肛門周囲熱傷を伴う患者に対し、急性期患者の皮膚・排泄ケアを実施するための適切な知識・技術を有する医師又は看護師が、便の回収を持続的かつ閉鎖的に行う機器を用いて行った場合に算定する。

（２）　持続的難治性下痢便ドレナージは、当該技術に関する十分な経験を有する医師又は５年以上の急性期患者の看護に従事した経験を有し、急性期患者の皮膚・排泄ケア等に係る適切な研修を修了した看護師が実施することが望ましい。なお、ここでいう急性期患者への看護等に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア　国及び医療機関団体等が主催する研修であること。（６月以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）

イ　急性期看護又は排泄ケア関連領域における専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

（３）　開始日については、当該点数で算定し、２日目以降は区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）（１日につき）の「２」その他のもので算定する。

Ｊ０２４　酸素吸入、Ｊ０２４－２　突発性難聴に対する酸素療法

（１）　間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、ハイフローセラピー、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法又は気管内洗浄（気管支ファイバースコピーを使用した場合を含む。）と同一日に行った酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントの費用は、それぞれの所定点数に含まれており、別に算定できない。

（２）　区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号「Ｃ１０７－３」在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法の費用は算定できない。

（３）　肺血流増加型先天性心疾患の患者に対して、呼吸循環管理を目的として低濃度酸素吸入を行った場合は、区分番号「Ｊ０２４」酸素吸入の所定点数を算定する。

Ｊ０２５　酸素テント

（１）　使用したソーダライム等の二酸化炭素吸着剤の費用は所定点数に含まれる。

（２）　区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号「Ｃ１０７－３」在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、酸素テントの費用は算定できない。

Ｊ０２６　間歇的陽圧吸入法

（１）　区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導

管理料又は区分番号「Ｃ１０７－３」在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、間歇的陽圧吸入法の費用は算定できない。

（２） 間歇的陽圧吸入法と同時に行う喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。

Ｊ０２６－２　鼻マスク式補助換気法、Ｊ０２６－３　体外式陰圧人工呼吸器治療

（１） 区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号「Ｃ１０７－３」在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、鼻マスク式補助換気法及び体外式陰圧人工呼吸器治療の費用は算定できない。

（２） 鼻マスク式補助換気法又は体外式陰圧人工呼吸器治療と同時に行う喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。

Ｊ０２６－４　ハイフローセラピー（１日につき）

（１） 動脈血酸素分圧が 60㎜Hg 以下又は経皮的動脈血酸素飽和度が 90％以下の急性呼吸不全の患者に対して実施した場合に限り算定する。なお、算定に当たっては、動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（２） 区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号「Ｃ１０７－３」在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、ハイフローセラピーの費用は算定できない。

Ｊ０２７　高気圧酸素治療

（１） 「１」は減圧症又は空気塞栓に対して、発症後１か月以内に行う場合に、一連につき７回を限度として算定する。

（２） 「２」は次の疾患に対して行う場合に、一連につき 10 回を限度として算定する。

ア　急性一酸化炭素中毒その他のガス中毒（間歇型を含む。）

イ　重症軟部組織感染症（ガス壊疽、壊死性筋膜炎）又は頭蓋内膿瘍

ウ　急性末梢血管障害

（イ）　重症の熱傷又は凍傷

（ロ）　広汎挫傷又は中等度以上の血管断裂を伴う末梢血管障害

（ハ）　コンパートメント症候群又は圧挫症候群

エ　脳梗塞

オ　重症頭部外傷後若しくは開頭術後の意識障害又は脳浮腫

カ　重症の低酸素脳症

キ　腸閉塞

（３） 「２」は次の疾患に対して行う場合に、一連につき 30 回を限度として算定する。

ア　網膜動脈閉塞症

イ　突発性難聴

ウ　放射線又は抗癌剤治療と併用される悪性腫瘍
エ　難治性潰瘍を伴う末梢循環障害
オ　皮膚移植
カ　脊髄神経疾患
キ　骨髄炎又は放射線障害

（４）　スモンの患者に対して行う場合は、「２」により算定する。

（５）　２絶対気圧以上の治療圧力が１時間に満たないものについては、１日につき区分番号「Ｊ０２４」酸素吸入により算定する。

（６）　高気圧酸素治療を行うに当たっては、関係学会より留意事項が示されているので、これらの事項を十分参考とすべきものである。

Ｊ０２８　インキュベーター

（１）　インキュベーターを行うに当たって使用した滅菌精製水の費用は、所定点数に含まれる。

（２）　１日につき所定点数により算定する。

Ｊ０２９　鉄の肺

１日につき所定点数により算定する。

Ｊ０３２　肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの）

「注」に規定する加算は、３歳未満の乳幼児に対して、鎖肛又は先天性腸疾患に対する根治術等の前後に肛門拡張法を行った場合に限り算定できる。なお、当該加算は初回の算定日から起算して３月に限り算定できることとし、診療報酬明細書の摘要欄に初回の算定年月日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。

Ｊ０３４　イレウス用ロングチューブ挿入法

（１）　２日目以降は、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。

（２）　経肛門的に挿入した場合においても本区分により算定する。

Ｊ０３４－２　経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術

（１）　ＥＤチューブを用いて経管栄養を行うためにＥＤチューブを挿入した場合は、胃食道逆流症や全身状態の悪化等により、経口又は経胃の栄養摂取では十分な効果が得られない患者に対して実施した場合に限り算定する。

（２）　経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術は、Ｘ線透視下に経鼻栄養・薬剤投与用チューブを挿入し、食道から胃を通過させ、先端が十二指腸あるいは空腸内に存在することを確認した場合に算定する。

（３）　ＥＤチューブを用いて経管栄養を行う場合には、区分番号「Ｊ１２０」鼻腔栄養（１日につき）の所定点数により算定する。

（４）　経鼻薬剤投与を行う場合は、レボドパ・カルビドパ水和物製剤を投与する目的の場合に限り算定する。なお、この場合の画像診断及び内視鏡等の費用は、当該点数の算定日に限り算定する。

Ｊ０３４－３　内視鏡的結腸軸捻転解除術

一連につき、一回に限り算定する。なお、区分番号「Ｄ３１３」大腸内視鏡検査の費用は、所定点数に含まれる。

Ｊ０３８　人工腎臓

（１）　人工腎臓には、血液透析のほか血液濾過、血液透析濾過が含まれる。

（２）　人工腎臓を行う医療機関の規模や効率性等を踏まえた評価とする観点から、「１」については「慢性維持透析を行った場合１」の施設基準、「２」については「慢性維持透析を行った場合２」の施設基準の届出を行った保険医療機関において算定する。「慢性維持透析を行った場合３」については、「１」又は「２」の施設基準のいずれかに該当するものとして届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において算定する。ただし、「慢性維持透析を行った場合３」についても、関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていることが望ましい。

（３）　人工腎臓の時間は、シャント等から動脈血等を人工腎臓用特定保険医療材料に導き入れたときを起点として、人工腎臓用特定保険医療材料から血液を生体に返却し終えたときまでとする。したがって、人工腎臓実施前後の準備、整理等に要する時間は除かれる。

（４）　人工腎臓の時間等については、患者に対し十分な説明を行った上で、患者の病態に応じて、最も妥当なものとし、人工腎臓を行った時間（開始及び終了した時間を含む。）を診療録等に記載すること。また、治療内容の変更が必要となった場合においても、患者に十分な説明を行うこと。

（５）　妊娠中の患者以外の患者に対し、人工腎臓と区分番号「Ｊ０３８－２」持続緩徐式血液濾過を併せて１月に15回以上実施した場合（人工腎臓のみを15回以上実施した場合を含む。）は、15 回目以降の人工腎臓又は持続緩徐式血液濾過は算定できない。ただし、薬剤料（透析液、血液凝固阻止剤、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤、ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤及び生理食塩水を含む。）又は特定保険医療材料料は別に算定できる。

（６）　区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号「Ｊ０４２」腹膜灌流の「１」連続携行式腹膜灌流の実施回数と併せて週１回を限度として算定できる。また、区分番号「Ｃ１０２－２」在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週１回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料料に限り算定できる。なお、他の医療機関において区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している場合には、診療報酬明細書の摘要欄に、区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している保険医療機関名を記載した場合に限り、週１回を限度として算定できる。

（７）　人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。

ア　「１」から「３」までの場合（「注 13」の加算を算定する場合を含む。）には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びＨＩＦ－ＰＨ阻害剤の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。

イ　「１」から「３」までにより算定する場合（「注 13」の加算を算定する場合を含む。）においても、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤及びＨＩＦ－ＰＨ阻害剤の使用につい

て適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえ適切に行うこと。

ウ　「１」から「４」までにより算定する場合（「注 13」の加算を算定する場合を含む。）において人工腎臓灌流原液の希釈水の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。また、必要があって脱イオン（純水製造装置による）を行わなければ使用できない場合であっても同様である。

エ　「１」から「４」までにより算定する場合（「注 13」の加算を算定する場合を含む。）において人工腎臓の希釈水に対してアルミニウム、フッ素、遊離塩素及びエンドトキシン等を除去する目的で逆浸透装置、活性炭フィルター及び軟水装置を用いて水処理を行った場合の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

オ　「１」から「４」までにより算定する場合（「注 13」の加算を算定する場合を含む。）において人工腎臓の回路を通して行う注射料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（８）　「４」　その他の場合は次の場合に算定する。

ア　急性腎不全の患者に対して行った場合

イ　透析導入期（導入後１月に限る。）の患者に対して行った場合

ウ　血液濾過又は血液透析濾過（「注 13」の加算を算定する場合を除く。）を行った場合

エ　以下の合併症又は状態を有する患者（(ニ)から(ヌ)までについては入院中の患者に限る。）に対して行った場合であって、連日人工腎臓を実施する場合や半減期の短い特別な抗凝固剤を使用する場合等特別な管理を必要とする場合

（イ）　重大な視力障害に至る可能性が著しく高い、進行性眼底出血（発症後２週間に限る。）

（ロ）　重篤な急性出血性合併症（頭蓋内出血、消化管出血、外傷性出血等）（発症後２週間に限る。）

（ハ）　ヘパリン起因性血小板減少症

（ニ）　播種性血管内凝固症候群

（ホ）　敗血症

（ヘ）　急性膵炎

（ト）　重篤な急性肝不全

（チ）　悪性腫瘍（注射による化学療法中のものに限る。）

（リ）　自己免疫疾患の活動性が高い状態

（ヌ）　区分番号「Ｌ００２」硬膜外麻酔、「Ｌ００４」脊椎麻酔又は「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔による手術を実施した状態（手術前日から術後２週間に限る。）

（９）　（８）の場合に該当し、「４」により算定する場合にあっては、（８）のアからエまで（エについては(イ)から(ヌ)まで）の中から該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（10）　人工腎臓における血液濾過は、人工腎臓の必要な患者のうち、血液透析によって対処ができない透析アミロイド症若しくは透析困難症の患者又は緑内障、心包炎若しくは心不全を合併する患者について、血液透析を行った上で、その後血液濾過を実施した場合に限り算定できる。この場合の人工腎臓の費用は、「４」により算定する。

(11) 人工腎臓における血液透析濾過（「注 13」の加算を算定する場合を除く。）は、人工腎臓の必要な患者のうち、血液透析によって対処ができない透析アミロイド症又は透析困難症の患者について実施した場合に限り算定できる。この場合の人工腎臓の費用は「４」により算定する。

(12) 「注１」の加算については、人工腎臓を緊急のため午後５時以降に開始したため又は緊急のため休日に行ったため、通則５による時間外加算等が算定できる場合にあっては、併せて算定できない。

(13) 「注１」の加算を算定する場合は、区分番号「Ａ０００」初診料の「注９」及び区分番号「Ａ００１」再診料の「注７」に掲げる夜間・早朝等加算は算定しない。

(14) 休日加算の対象となる休日とは、初診料における休日加算の対象となる休日と同じ取扱いである。ただし、日曜日である休日（日曜日である 12 月 29 日から１月３日までの日を除く。）は、休日加算の対象としない。

(15) 休日の午後５時以降に開始した場合又は午後９時以降に終了した場合にあっては、「注１」の加算を１回のみ算定できる。

(16) 療養の一環として行われた食事以外の食事が提供された場合には、患者から実費を徴収することができる。

(17) 「注２」の加算については、腎代替療法についての患者への説明の実施状況並びに腹膜透析及び腎移植に係る実績に応じて、１日につき 200 点、400 点又は 800 点を１月間に限り算定する。なお、「人工腎臓における導入期」とは継続して血液透析を実施する必要があると判断された場合の血液透析の開始日より１月間をいう。

(18) 「注３」の加算については、次に掲げる状態の患者であって著しく人工腎臓が困難なものについて算定する。

ア 障害者基本法に定める障害者（腎不全以外には身体障害者手帳を交付される程度の障害を有さない者であって、腎不全により身体障害者手帳を交付されているものを除く。）

イ 精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者

ウ 難病の患者に対する医療等に関する法律第５条第１項に規定する指定難病（同法第７条第４項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第１項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）又は「特定疾患治療研究事業について」（昭和 48 年４月 17 日衛発第 242 号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）に罹患している者であって介護を要するもの（腎疾患により受給者証を発行されているものを除く。）

エ 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病の患者

オ 運動麻痺を伴う脳血管疾患患者

カ 認知症患者

キ 常時低血圧症（収縮期血圧が 90mmHg 以下）の者

ク 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する者

ケ 出血性消化器病変を有する者

コ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者

サ　重症感染症に合併しているために入院中の患者
シ　末期癌に合併しているために入院中の患者
ス　入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの
セ　妊婦(妊娠中期以降)
ソ　うっ血性心不全（ＮＹＨＡⅢ度以上）
タ　12 歳未満の小児
チ　人工呼吸を実施中の患者
ツ　結核菌を排菌中の患者

(19)　人工腎臓を夜間に開始した場合とは、午後６時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前０時以降であっても、１日として算定する。ただし、「４」の場合であって、夜間に人工腎臓を開始し、12 時間以上継続して行った場合は、２日として算定する。

(20)　「注 10」の下肢末梢動脈疾患指導管理加算は、当該保険医療機関において慢性維持透析を実施している全ての患者に対しリスク評価等を行った場合に算定できる。その際「血液透析患者における心血管合併症の評価と治療に関するガイドライン」等に基づき、下肢動脈の触診や下垂試験・挙上試験等を実施した上で、下肢末梢動脈の虚血性病変が疑われる場合には足関節上腕血圧比（ＡＢＩ）検査又は皮膚組織灌流圧（ＳＰＰ）検査によるリスク評価を行っていること。また、ＡＢＩ検査 0.7 以下又はＳＰＰ検査 40㎜Hg 以下の患者については、専門的な治療体制を有している保険医療機関へ紹介を行うこと。当該保険医療機関が専門的な治療体制を有している保険医療機関の要件を満たしている場合は、当該保険医療機関内の専門科と連携を行っていること。

(21)　「注 11」の長時間加算については、次に掲げる状態の患者であって、通常の人工腎臓では管理困難な徴候を有するものについて、６時間以上の人工腎臓を行った場合に算定する。

ア　心不全徴候を認める又は血行動態の不安定な患者
イ　適切な除水、適切な降圧薬管理及び適切な塩分摂取管理を行っても高血圧が持続する患者
ウ　高リン血症が持続する患者

(22)　「注 13」慢性維持透析濾過（複雑なもの）は、血液透析濾過のうち、透析液から分離作製した置換液を用いて血液透析濾過を行うことをいう。

(23)　原則として、関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること及び透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

(24)　「１」から「３」までの場合（「注 13」の加算を算定する場合を含む。）については、ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤は当該保険医療機関において院内処方することが原則である。なお、同一の患者に対して、同一診療日にＨＩＦ－ＰＨ阻害剤のみを院内において投薬する場合には、区分番号「Ｆ４００」処方箋料の（９）の規定にかかわらず、他の薬剤を院外処方箋により投薬することとして差し支えない。

(25)　「注 14」に掲げる透析時運動指導等加算については、透析患者の運動指導に係る研修を受講した医師、理学療法士、作業療法士又は医師に具体的指示を受けた当該研修を受講した看護師が１回の血液透析中に、連続して 20 分以上患者の病状及び療養環境等を踏まえ療養上必要な指導等を実施した場合に算定できる。実施した指導等の内容を実施した医師本人又は指

導等を実施した理学療法士等から報告を受けた医師が診療録に記録すること。

なお、入院中の患者については、当該療法を担当する医師、理学療法士又は作業療法士の１人当たりの患者数は１回 15 人程度、当該療法を担当する看護師の１人当たりの患者数は１回５人程度を上限とし、入院中の患者以外の患者については、それぞれ、１回 20 人程度、１回８人程度を上限とする。

(26) 透析時運動指導等加算について、指導等に当たっては、日本腎臓リハビリテーション学会「腎臓リハビリテーションガイドライン」等の関係学会によるガイドラインを参照すること。

(27) 指導を行う室内に心電図モニター、経皮的動脈血酸素飽和度を測定できる機器及び血圧計を指導に当たって必要な台数有していること。また、同室内に救命に必要な器具及びエルゴメータを有していることが望ましい。

(28) 当該加算を算定した日については、疾患別リハビリテーション料は別に算定できない。

Ｊ０３８－２　持続緩徐式血液濾過

（１） 使用した特定保険医療材料については、持続緩徐式血液濾過器として算定する。

（２） 持続緩徐式血液濾過は、次のアからケまでに掲げるいずれかの状態の患者に算定できる。ただし、キ及びクの場合にあっては一連につき概ね８回を限度とし、ケの場合にあっては一連につき月 10 回を限度として３月間に限って算定する。

ア　末期腎不全の患者

イ　急性腎障害と診断された高度代謝性アシドーシスの患者

ウ　薬物中毒の患者

エ　急性腎障害と診断された尿毒症の患者

オ　急性腎障害と診断された電解質異常の患者

カ　急性腎障害と診断された体液過剰状態の患者

キ　急性膵炎診療ガイドライン 2015 において、持続緩徐式血液濾過の実施が推奨される重症急性膵炎の患者

ク　重症敗血症の患者

ケ　劇症肝炎又は術後肝不全（劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈する急性肝不全を含む。）の患者

（３） （２）のアからカまでのいずれかに該当する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目を記載すること。

（４） （２）のキからケまでのいずれかに該当する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に（２）のキからケまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。

（５） 人工腎臓、腹膜灌流又は持続緩徐式血液濾過を同一日に実施した場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

（６） 「注１」の加算を算定する場合は、区分番号「Ａ０００」初診料の注９及び区分番号「Ａ００１」再診料の注７に掲げる夜間・早朝等加算は算定しない。

（７） 持続緩徐式血液濾過を夜間に開始した場合とは、午後６時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前０時以降であっても、１日として算定する。ただし、夜間に持続緩徐式血液濾過を開始し、12 時間以上継続して行った場合は、２日として算定する。

（８） 妊娠中の患者以外の患者に対し、持続緩徐式血液濾過と人工腎臓を併せて１月に 15 回以上実施した場合（持続緩徐式血液濾過のみを 15 回以上実施した場合を含む。）は、15 回目以降

の持続緩徐式血液濾過又は人工腎臓は算定できない。ただし、薬剤料又は特定保険医療材料料は別に算定できる。

Ｊ０３９　血漿交換療法

（１）　血漿交換療法は、多発性骨髄腫、マクログロブリン血症、劇症肝炎、薬物中毒、重症筋無力症、悪性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、血栓性血小板減少性紫斑病、重度血液型不適合妊娠、術後肝不全、急性肝不全、多発性硬化症、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎、ギラン・バレー症候群、天疱瘡、類天疱瘡、巣状糸球体硬化症、抗糸球体基底膜抗体（抗ＧＢＭ抗体）型急速進行性糸球体腎炎、抗白血球細胞質抗体（ＡＮＣＡ）型急速進行性糸球体腎炎、溶血性尿毒症症候群、家族性高コレステロール血症、難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症、閉塞性動脈硬化症、中毒性表皮壊死症、川崎病、スティーヴンス・ジョンソン症候群若しくはインヒビターを有する血友病の患者、ＡＢＯ血液型不適合間若しくは抗リンパ球抗体陽性の同種腎移植、ＡＢＯ血液型不適合間若しくは抗リンパ球抗体陽性の同種肝移植、移植後抗体関連型拒絶反応又は慢性Ｃ型ウイルス肝炎の患者に対して、遠心分離法等により血漿と血漿以外とを分離し、二重濾過法、血漿吸着法等により有害物質等を除去する療法（血漿浄化法）を行った場合に算定できるものであり、必ずしも血漿補充を要しない。

（２）　当該療法の対象となる多発性骨髄腫、マクログロブリン血症の実施回数は、一連につき週１回を限度として３月間に限って算定する。

（３）　当該療法の対象となる劇症肝炎については、ビリルビン及び胆汁酸の除去を目的に行われる場合であり、当該療法の実施回数は、一連につき概ね 10 回を限度として算定する。

（４）　当該療法の対象となる薬物中毒の実施回数は、一連につき概ね８回を限度として算定する。

（５）　当該療法の対象となる重症筋無力症については、発病後５年以内で重篤な症状悪化傾向のある場合、又は胸腺摘出術や副腎皮質ホルモン剤に対して十分奏効しない場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき月７回を限度として３月間に限って算定する。

（６）　当該療法の対象となる悪性関節リウマチについては、都道府県知事によって特定疾患医療受給者と認められた者であって、血管炎により高度の関節外症状（難治性下腿潰瘍、多発性神経炎及び腸間膜動脈血栓症による下血等）を呈し、従来の治療法では効果の得られない者に限り、当該療法の実施回数は、週１回を限度として算定する。

（７）　当該療法の対象となる全身性エリテマトーデスについては、次のいずれにも該当する者に限り、当該療法の実施回数は、月４回を限度として算定する。なお、測定した血清補体価、補体蛋白の値又は抗ＤＮＡ抗体の値を診療録に記載すること。

ア　都道府県知事によって特定疾患医療受給者と認められた者

イ　血清補体価（CH_{50}）の値が 20 単位以下、補体蛋白（C_3）の値が 40mg/dＬ以下及び抗ＤＮＡ抗体の値が著しく高く、ステロイド療法が無効又は臨床的に不適当な者

ウ　急速進行性糸球体腎炎（ＲＰＧＮ）又は中枢神経性ループス（ＣＮＳループス）と診断された者

（８）　当該療法の対象となる血栓性血小板減少性紫斑病の患者に実施する場合は、当該療法の開始後１月を上限として、原則として血小板数が 15 万/μＬ以上となった日の２日後まで算定できる。ただし、血小板数が 15 万/μＬ以上となった後１月以内に血栓性血小板減少性紫斑病が再燃した場合等、医学的な必要性により別途実施する場合には、診療録及び診療報酬明細書

の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

（９） 当該療法の対象となる重度血液型不適合妊娠とは、Ｒｈ式血液型不適合妊娠による胎内胎児仮死又は新生児黄疸の既往があり、かつ、間接クームス試験が妊娠20週未満にあっては64倍以上、妊娠20週以上にあっては128倍以上であるものをいう。

(10) 当該療法の対象となる術後肝不全については、手術後に発症した肝障害（外科的閉塞性機序によるものを除く。）のうち次のいずれにも該当する場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき概ね７回を限度として算定する。

ア 総ビリルビン値が５mg/dＬ以上で、かつ、持続的に上昇を認める場合

イ ヘパプラスチンテスト（ＨＰＴ）40%以下又はComa Grade Ⅱ以上

(11) 当該療法の対象となる急性肝不全については、プロトロンビン時間、昏睡の程度、総ビリルビン及びヘパプラスチンテスト等の所見から劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈するものと判断できる場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき概ね７回を限度として算定する。

(12) 当該療法の対象となる多発性硬化症、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎の実施回数は、一連につき月７回を限度として３月間に限って算定する。

(13) 当該療法の対象となるギラン・バレー症候群については、Hughes の重症度分類で４度以上の場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき月７回を限度として、３月間に限って算定する。

(14) 当該療法の対象となる天疱瘡、類天疱瘡については、診察及び検査の結果、診断の確定したもののうち他の治療法で難治性のもの又は合併症や副作用でステロイドの大量投与ができないものに限り、当該療法の実施回数は、一連につき週２回を限度として、３月間に限って算定する。ただし、３月間治療を行った後であっても重症度が中等度以上（厚生省特定疾患調査研究班の天疱瘡スコア）の天疱瘡の患者については、さらに３月間に限って算定する。

(15) 当該療法の対象となる巣状糸球体硬化症は、従来の薬物療法では効果が得られず、ネフローゼ状態を持続し、血清コレステロール値が250mg/dＬ以下に下がらない場合であり、当該療法の実施回数は、一連につき３月間に限って12回を限度として算定する。

(16) 当該療法の対象となる抗糸球体基底膜抗体（抗ＧＢＭ抗体）型急速進行性糸球体腎炎は、急速進行性糸球体腎炎（ＲＰＧＮ）と診断された患者のうち、抗糸球体基底膜抗体（抗ＧＢＭ抗体）が陽性であった患者について、一連につき２クールを限度として行い、１クール（２週間に限る。）につき７回を限度として算定する。

(17) 当該療法の対象となる家族性高コレステロール血症については、次のいずれかに該当する者のうち、黄色腫を伴い、負荷心電図及び血管撮影により冠状動脈硬化が明らかな場合であり、維持療法としての当該療法の実施回数は週１回を限度として算定する。

ア 空腹時定常状態の血清ＬＤＬコレステロール値が370mg/dＬを超えるホモ接合体の者

イ 食事療法及び薬物療法を行っても血清ＬＤＬコレステロール値が170mg/dＬ以下に下がらないヘテロ接合体の者

(18) 当該療法の対象となる閉塞性動脈硬化症については、次のいずれにも該当する者に限り、当該療法の実施回数は、一連につき３月間に限って10回を限度として算定する。

ア フォンテイン分類Ⅱ度以上の症状を呈する者

イ 薬物療法で血中総コレステロール値220mg/dＬ又はＬＤＬコレステロール値140mg/dＬ以

下に下がらない高コレステロール血症の者

ウ　膝窩動脈以下の閉塞又は広範な閉塞部位を有する等外科的治療が困難で、かつ従来の薬物療法では十分な効果を得られない者

(19)　当該療法の対象となる中毒性表皮壊死症又はスティーヴンス・ジョンソン症候群の実施回数は、一連につき８回を限度として算定する。

(20)　当該療法の対象となるインヒビターを有する血友病は、インヒビター力価が５ベセスダ単位以上の場合に限り算定する。

(21)　当該療法の対象となる同種腎移植は、遠心分離法等による血漿と血漿以外の分離又は二重濾過法により、ＡＢＯ血液型不適合間の同種腎移植を実施する場合又はリンパ球抗体陽性の同種腎移植を実施する場合に限り、当該療法の実施回数は一連につき術前は４回を限度とし、術後は２回を限度として算定する。

(22)　当該療法の対象となる同種肝移植は、二重濾過法により、ＡＢＯ血液型不適合間の同種肝移植を実施する場合又はリンパ球抗体陽性の同種肝移植を実施する場合に限り、当該療法の実施回数は一連につき術前は４回を限度とし、術後は２回を限度として算定する。

(23)　当該療法の対象となる慢性Ｃ型ウイルス肝炎は、セログループ１（ジェノタイプⅡ（1b））型であり、直近のインターフェロン療法を施行した後、血液中のHCV RNA量が100KIU/mL以上のものとする。なお、当該療法の実施回数は、直近のインターフェロン療法より、５回を限度として算定する（ただしインターフェロン療法に先行して当該療法を行った場合に限る。）。

(24)　当該療法の対象となる川崎病は、免疫グロブリン療法、ステロイドパルス療法又は好中球エラスターゼ阻害薬投与療法が無効な場合又は適応とならない場合に限り、一連につき６回を限度として算定する。

(25)　当該療法の対象となる溶血性尿毒症症候群の実施回数は一連につき 21 回を限度として算定する。

(26)　当該療法の対象となる抗白血球細胞質抗体（ＡＮＣＡ）型急速進行性糸球体腎炎は、急速進行性糸球体腎炎（ＲＰＧＮ）と診断された患者のうち、抗白血球細胞質抗体（ＡＮＣＡ）が陽性であった患者について、一連につき２クールを限度として行い、１クール（２週間に限る。）につき７回を限度として算定する。

(27)　血漿交換療法を行う回数は、個々の症例に応じて臨床症状の改善状況、諸検査の結果の評価等を勘案した妥当適切な範囲であること。

(28)　本療法を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に一連の当該療法の初回実施日及び初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む。）を記載する。

(29)　血漿交換療法を夜間に開始した場合とは、午後６時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前０時以降であっても、１日として算定する。ただし、夜間に血漿交換療法を開始し、12 時間以上継続して行った場合は、２日として算定する。

(30)　「注２」に規定する難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症とは、重度尿蛋白（１日３ｇ以上の尿蛋白を呈するもの又は尿蛋白/尿クレアチニン比が３g/gCr 以上のものに限る。）を呈する糖尿病性腎症（血清クレアチニンが 2mg/dＬ未満のものに限る。）であって、薬物治療を行っても血清ＬＤＬコレステロール値が 120mg/dＬ未満に下がらない場合である。この場合、当該療法の実施回数は、一連につき 12 回を限度として算定す

る。

(31) 「注３」については、臓器移植後に抗体関連型拒絶反応を呈する患者を対象として、抗ドナー抗体を除去することを目的として実施する場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき５回を限度として算定する。なお、医学的な必要性から一連につき６回以上算定する場合には、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｊ０４０　局所灌流

（１） 開始日の翌日以降に行ったものについては、区分番号「Ｊ０００」創傷処置における手術後の患者に対するものに準じて算定する。

（２） 局所灌流を夜間に開始した場合とは、午後６時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前０時以降であっても、１日として算定する。ただし、夜間に局所灌流を開始し、12 時間以上継続して行った場合は、２日として算定する。

Ｊ０４１　吸着式血液浄化法

（１） 吸着式血液浄化法は、肝性昏睡又は薬物中毒の患者に限り算定できる。

（２） エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法において、18 歳以上の患者にあっては、次のいずれにも該当する患者に対して行った場合に、区分番号「Ｊ０４１」吸着式血液浄化法により算定する。

ア　エンドトキシン血症が強く疑われる状態であり、次のいずれかの項目に該当するもの。なお、診療報酬明細書の摘要欄に①から③までのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。

① 細菌感染症を疑ってから当該治療が終了するまでに、エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法の開始前までに行った区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査の「３」血液又は穿刺液（血液に限る。）において、グラム陰性桿菌の陽性が確認されている場合。

② 細菌感染症を疑ってから当該治療が終了するまでに、他の保険医療機関においてグラム陰性桿菌の感染が疑われ抗菌薬投与が行われていたことが証明されている患者であって、当該医療機関において初回に実施した区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査の「３」血液又は穿刺液（血液に限る。）が陰性である場合。

③ 細菌感染症を疑ってから当該治療が終了するまでに、当該医療機関において初回に実施した区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査の「３」血液又は穿刺液（血液に限る。）が陰性であるものの、グラム陰性桿菌による敗血症性ショックであることが区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査の「３」血液又は穿刺液（血液に限る。）以外の細菌培養同定検査において強く疑われ、日本救急医学会急性期 DIC 診断基準が４点以上の場合又はこれに準ずる場合。

イ　次のいずれも満たすもの。なお、診療報酬明細書の摘要欄に①及び②の要件を満たす医学的根拠について記載すること。

① 「日本版敗血症診療ガイドライン 2016」に基づき、quick SOFA で２項目以上の項目を満たし、敗血症を疑った時から臓器障害評価を行った間で、総 SOFA スコアの 2 点以上の上昇を認めること。

② 適切な輸液負荷にもかかわらず、平均血圧 ≧ 65 mmHg を維持するために循環作動薬を必要とし、かつ血清乳酸値 ＞ 2 mmol/L（18 mg/dL）を認めること。

（３） エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法において、18 歳未満の患者にあっては、エン

ドトキシン血症であるもの又はグラム陰性菌感染症が疑われるものであって、細菌感染症を疑ってから当該治療が終了するまでの期間におけるエンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法の開始前の時点で、「日本版敗血症診療ガイドライン 2016」における小児 SIRS 診断基準をみたすこと。

（４） 吸着式血液浄化法を夜間に開始した場合とは、午後６時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前０時以降であっても、１日として算定する。ただし、夜間に吸着式血液浄化法を開始し、12 時間以上継続して行った場合は、２日として算定する。

Ｊ０４１－２　血球成分除去療法

（１） 血球成分除去療法（吸着式及び遠心分離式を含む。）は、潰瘍性大腸炎、関節リウマチ（吸着式に限る。）、クローン病、膿疱性乾癬又は関節症性乾癬患者に対して次のアからオまでのとおり実施した場合に算定できる。

ア　潰瘍性大腸炎の重症・劇症患者及び難治性患者（厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班の診断基準）に対しては、活動期の病態の改善及び緩解導入を目的として行った場合に限り算定できる。

なお、当該療法の実施回数は、一連につき 10 回を限度として算定する。ただし、劇症患者については、11 回を限度として算定できる。

イ　薬物療法に抵抗する関節リウマチ患者に対しては、臨床症状改善を目的として行った場合に限り、一連の治療につき１クールを限度として行い、１クールにつき週１回を限度として、５週間に限って算定できる。なお、当該療法の対象となる関節リウマチ患者は、活動性が高く薬物療法に抵抗する関節リウマチ患者又は発熱などの全身症状と多関節の激しい滑膜炎を呈し薬物療法に抵抗する急速進行型関節リウマチ患者であって、以下の２項目を満たすものである。

（イ） 腫脹関節数　６カ所以上

（ロ） ＥＳＲ５０㎜/h 以上又はＣＲＰ３㎎/dＬ以上

ウ　栄養療法及び既存の薬物療法が無効又は適用できない、大腸の病変に起因する明らかな臨床症状が残る中等症から重症の活動期クローン病患者に対しては、緩解導入を目的として行った場合に限り算定できる。

なお、当該療法の実施回数は、一連の治療につき 10 回を限度として算定する。

エ　薬物療法が無効又は適用できない、中等症以上の膿疱性乾癬患者（厚生労働省難治性疾患克服研究事業稀少難治性皮膚疾患に関する調査研究班の診断基準）に対しては、臨床症状の改善を目的として行った場合に限り、一連の治療につき１クールを限度として行い、１クールにつき週１回を限度として、５週間に限って算定できる。

オ　関連学会のガイドラインに準拠した既存の薬物療法が無効又は適用できない関節症性乾癬患者に対しては、臨床症状の改善を目的として行った場合に限り、一連の治療につき２クールを限度として算定する。なお、当該療法の実施回数は、１クールにつき週１回を限度として、５週間に限って算定する。ただし、1 クール終了時に治療に対する効果を判定し、無効と判断されれば中止すること。

カ　寛解期の潰瘍性大腸炎で既存の薬物治療が無効、効果不十分又は適用できない難治性患者（厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班の診断基準）に対しては、寛解維持を目的として行った場合に限り、原則として一連につき２週間に１回を限度として 48 週間

に限って算定する。なお、医学的な必要性から一連につき２週間に２回以上算定する場合又は 48 週間を超えて算定する場合には、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

また、初回実施に当たっては、医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（２） 本療法を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に一連の当該療法の初回実施日及び初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む。）を記載すること。

（３） 血球成分除去療法を夜間に開始した場合とは、午後６時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前０時以降であっても、１日として算定する。ただし、夜間に血球成分除去療法を開始し、12 時間以上継続して行った場合は、２日として算定する。

Ｊ０４２　腹膜灌流

（１） 腹膜灌流における導入期とは、継続して連続携行式腹膜灌流を実施する必要があると判断され、当該処置の開始日より 14 日間をいうものであり、再開の場合には算定できない。

（２） 区分番号「Ｃ１０２」に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定する患者に対して「１連続携行式腹膜灌流」を行った場合には、区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓の実施回数と併せて週１回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料料に限り算定できる。

（３） 人工腎臓、腹膜灌流又は持続緩徐式血液濾過を同一日に実施した場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

Ｊ０４３　新生児高ビリルビン血症に対する光線療法

疾病、部位又は部位数にかかわらず１日につき所定点数により算定する。

Ｊ０４３－２　瀉血療法

瀉血療法は、真性多血症、続発性多血症又はインターフェロンや肝庇護療法に抵抗性のあるＣ型慢性肝炎に対して行った場合に算定する。

Ｊ０４３－３　ストーマ処置

（１） ストーマ処置は、消化器ストーマ又は尿路ストーマに対して行った場合に算定する。

（２） ストーマ処置には、装具の交換の費用は含まれるが、装具の費用は含まない。

（３） 区分番号「Ｃ１０９」に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、ストーマ処置の費用は算定できない。

Ｊ０４３－４　経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法

（１） 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法は、胃瘻カテーテル又は経皮経食道胃管カテーテルについて、十分に安全管理に留意し、経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換後の確認を画像診断又は内視鏡等を用いて行った場合に限り算定する。なお、その際行われる画像診断及び内視鏡等の費用は、当該点数の算定日にのみ、１回に限り算定する。

（２） 薬剤投与を目的として胃瘻カテーテルの交換を行った場合は、レボドパ・カルビドパ水和物製剤を投与する目的の場合に限り算定する。

Ｊ０４３－５　尿路ストーマカテーテル交換法

尿路ストーマカテーテル交換法は、十分に安全管理に留意し、尿路ストーマカテーテル交換後の確認について画像診断等を用いて行った場合に限り算定する。なお、その際行われる画像診断

等の費用は、当該点数の算定日に限り、１回に限り算定する。

Ｊ０４３－６　人工膵臓療法

（１）　人工膵臓療法は、糖尿病患者の治療に際して、周術期における血糖コントロール等を目的として、血管内に留置した二重腔カテーテルから吸引した血中のグルコース値を連続して測定し、持続的な血糖管理を行った場合に算定できる。

（２）　算定の対象となる患者は、次の療養が必要な糖尿病等の患者であって、医師が人工膵臓療法以外による血糖調整が困難であると認めたものである。

ア　高血糖時（糖尿病性昏睡等）における救急的治療

イ　手術、外傷及び分娩時の血糖管理

ウ　インスリン産生腫瘍摘出術の術前、術後の血糖管理

（３）　人工膵臓療法と同一日に行った血中グルコース測定は別に算定できない。

（４）　穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

（５）　人工膵臓療法を４日以上実施した場合の費用は、３日目までの所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｊ０４３－７　経会陰的放射線治療用材料局所注入

区分番号「Ｍ００１」に掲げる体外照射、区分番号「Ｍ００１－２」に掲げるガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「Ｍ００１－３」に掲げる直線加速器による放射線治療（一連につき）、区分番号「Ｍ００１－４」に掲げる粒子線治療（一連につき）又は区分番号「Ｍ００４」に掲げる密封小線源治療（一連につき）を行うに当たりハイドロゲル型の放射線治療用合成吸収性材料を用いた場合に限り算定する。

（救急処置）

Ｊ０４４　救命のための気管内挿管

（１）　救命のための気管内挿管は、救命救急処置として特に設けられたものであり、検査若しくは麻酔のため挿管する場合又は既に挿管している気管内チューブを交換する場合は算定できない。

（２）　救命のための気管内挿管に併せて、人工呼吸を行った場合は、区分番号「Ｊ０４５」人工呼吸の所定点数を合わせて算定できる。

Ｊ０４４－２　体表面ペーシング法又は食道ペーシング法

救急処置として体表面ペーシング法又は食道ペーシング法を行った場合に算定する。

Ｊ０４５　人工呼吸

（１）　胸部手術後肺水腫を併発し、応急処置として閉鎖循環式麻酔器による無水アルコールの吸入療法を行った場合は、人工呼吸の所定点数により算定し、これに要した無水アルコールの費用については区分番号「Ｊ３００」薬剤により算定する。

（２）　呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ、経皮的動脈血酸素飽和度測定又は非観血的連続血圧測定を同一日に行った場合は、これらに係る費用は人工呼吸の所定点数に含まれる。

（３）　喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法の費用は、所定点数に含まれる。

（４）　閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸及びマイクロアダプター（人工蘇生器）を使用して、酸素吸入を施行した場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。また、

ガス中毒患者に対して、閉鎖循環式麻酔器を使用し、気管内挿管下に酸素吸入を行った場合も同様とする。なお、この場合、酸素吸入の費用は人工呼吸の所定点数に含まれ、別に算定できない。

（５） 気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器による酸素加圧により、肺切除術後の膨張不全に対して肺膨張を図った場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。

（６） 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合には、区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の所定点数に含まれ、別に算定できない。また、半閉鎖式循環麻酔器による人工呼吸についても、閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸と同様の取扱いとする。

（７） 新生児の呼吸障害に対する補助呼吸装置による持続陽圧呼吸法（ＣＰＡＰ）及び間歇的強制呼吸法（ＩＭＶ）を行った場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。

（８） 鼻マスク式人工呼吸器を用いた場合は、PaO_2／F_IO_2が 300mmHg 以下又は$PaCO_2$が 45mmHg 以上の急性呼吸不全の場合に限り人工呼吸に準じて算定する。

（９） 区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、人工呼吸の費用は算定できない。

(10) 「３」について、他院において人工呼吸器による管理が行われていた患者については、人工呼吸の算定期間を通算する。

(11) 「３」について、自宅等において人工呼吸器が行われていた患者については、治療期間にかかわらず、「ロ」の所定点数を算定する。

(12) 「注３」に規定する覚醒試験加算は、人工呼吸器を使用している患者の意識状態に係る評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること。

ア 自発覚醒試験を実施できる状態であることを確認すること。

イ 当該患者の意識状態を評価し、自発的に覚醒が得られるか確認すること。その際、必要に応じて、鎮静薬を中止又は減量すること。なお、観察時間は、30 分から４時間程度を目安とする。

ウ 意識状態の評価に当たっては、Richmond Agitation-Sedation Scale(RASS)等の指標を用いること。

エ 評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。

(13) 「注４」に規定する離脱試験加算は、人工呼吸器の離脱のために必要な評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること。

ア 自発覚醒試験の結果、自発呼吸試験を実施できる意識状態であることを確認すること。

イ 以下のいずれにも該当すること。

（イ） 原疾患が改善している又は改善傾向にあること。

（ロ） 酸素化が十分であること。

（ハ） 血行動態が安定していること。

（ニ） 十分な吸気努力があること。

（ホ） 異常な呼吸様式ではないこと。

（ヘ） 全身状態が安定していること。

ウ 人工呼吸器の設定を以下のいずれかに変更し、30 分間経過した後、患者の状態を評価すること。

（イ） 吸入酸素濃度（F_IO_2）50%以下、CPAP（PEEP）≦5cmH_2O かつ PS≦5cmH_2O

（ロ） $F_IO_2$50%以下相当かつＴピース

エ ウの評価に当たっては、以下の全てを評価すること。

（イ） 酸素化の悪化の有無

（ロ） 血行動態の悪化の有無

（ハ） 異常な呼吸様式及び呼吸回数の増加の有無

オ ウの評価の結果、異常が認められた場合には、その原因について検討し、対策を講じること。

カ 評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。

Ｊ０４５－２ 一酸化窒素吸入療法

（１） 新生児の肺高血圧を伴う低酸素性呼吸不全の改善を目的として本療法を行った場合は、「１」により算定する。この場合、開始時刻より通算して 96 時間を限度として、一酸化窒素ガス加算を加算でき、本療法の終了日に算定する。ただし、医学的根拠に基づきこの限度を超えて算定する場合は、さらに 48 時間を限度として算定でき、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。

（２） 心臓手術又は先天性横隔膜ヘルニアの周術期における肺高血圧の改善を目的として一酸化窒素吸入療法を行った場合は、「２」により算定する。この場合、開始時刻より通算して 168 時間を限度として、一酸化窒素ガス加算を加算でき、本療法の終了日に算定するが、56 時間を超えて本療法を実施する場合は、症状に応じて離脱の可能性について検討し、その検討結果を診療録に記録すること。ただし、医学的根拠に基づき 168 時間を超えて算定する場合は、さらに 48 時間を限度として算定でき、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。

（３） （１）及び（２）の開始時刻とは一酸化窒素供給装置を人工呼吸器と接続し、一酸化窒素の供給を開始した時刻を指し、本療法を実施した場合は、同時刻を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（４） （１）又は（２）と呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ、経皮的動脈血酸素飽和度測定又は非観血的連続血圧測定を同一日に行った場合は、これらに係る費用は一酸化窒素吸入療法の所定点数に含まれる。

（５） 喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法の費用は（１）及び（２）の所定点数に含まれる。

Ｊ０４７ カウンターショック

（１） 非医療従事者向け自動除細動器を用いて行った場合には、「１」を算定する。ただし、保険医療機関において保険医により施行された場合においてのみ算定する。

（２） カウンターショックに伴う皮膚の創傷に対する処置に要する費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（３） 心臓手術に伴うカウンターショックは、それぞれの心臓手術の所定点数に含まれ、別に算

定できない。

（４） カウンターショックと開胸心臓マッサージを併せて行った場合は、カウンターショックの所定点数と区分番号「Ｋ５４５」開胸心臓マッサージの所定点数をそれぞれ算定する。

Ｊ０４７－２　心腔内除細動

心房性不整脈に対する治療の目的で心腔内除細動カテーテルを用いて心腔内除細動を実施した場合に算定する。ただし、不整脈手術などに伴う心腔内除細動は、それぞれの手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｊ０４７－３　心不全に対する遠赤外線温熱療法

（１） 心不全に対する遠赤外線温熱療法の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等第十一の四の二の(2)に掲げる患者であって、以下のいずれにも該当するものであること。

ア　左室流出路の狭窄を伴わない、NYHAⅢ又はⅣの慢性心不全患者（左室駆出率 40%以下及び脳性 Na 利尿ペプチド（BNP）が 200pg/mL 以上の状態のもの又は脳性 Na 利尿ペプチド前駆体 N 端フラグメント（NT-proBNP）が 900pg/mL 以上のもの）のうち、心拍出量低下による循環不全及び全身のうっ血症状の急性増悪期の入院患者であって、座位又は車椅子移動が可能であるもの。

イ　意識障害や重症の認知機能障害がなく、医師や看護師の指示に従うことのできるもの。

（２） 心不全に対する遠赤外線温熱療法は、専任の医師の指導管理の下に実施することとする。この場合、医師が直接監視を行い、又は同一建物内において直接監視をしている他の従事者と医師が常時連絡を取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる態勢であること。また、専任の医師は定期的な心機能チェックの下に、当該療法に係る実施計画を作成し、診療録に添付すること。

（３） 心不全に対する遠赤外線温熱療法は、当該療法の目的で利用される医療機器として薬事承認又は認証を得ているものを使用すること。

（４） 心不全に対する遠赤外線温熱療法の実施に当たっては、関連学会から示された指針等を遵守すること。

（５） 所定点数には、同一日に行われる区分番号「Ｄ２０８」に掲げる心電図検査、区分番号「Ｄ２０９」に掲げる負荷心電図検査及び区分番号「Ｄ２２０」に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用が含まれる。

（６） 当該療法と区分番号「Ｈ０００」に掲げる心大血管疾患リハビリテーションを併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみを算定する。

（７） 当該療法の開始日及び医学的必要性について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｊ０５０　気管内洗浄

（１） 気管から区域細気管支にわたる範囲で異物又は分泌物による閉塞（吐物の逆流、誤嚥、気管支喘息重積状態又は無気肺）のために急性呼吸不全を起こした患者に対し、気管内挿管下（気管切開下を含む。）に洗浄した場合に１日につき所定点数を算定する。

（２） 新たに気管内挿管を行った場合には、区分番号「Ｊ０４４」救命のための気管内挿管の所定点数を合わせて算定できる。

（３） 気管支ファイバースコピーを使用した場合は、区分番号「Ｄ３０２」気管支ファイバースコピーの所定点数のみを算定する。

（４） 気管内洗浄（気管支ファイバースコピーを使用した場合を含む。）と同時に行う喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出又は酸素吸入は、所定点数に含まれる。

Ｊ０５２－２　熱傷温浴療法

（１） 熱傷温浴療法は、体表面積の 30%以上の広範囲熱傷に対する全身温浴として、入院中の患者に対し受傷後 60 日以内に行われたものについて算定する。

（２） 受傷日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（皮膚科処置）

Ｊ０５３　皮膚科軟膏処置

（１） 区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、皮膚科軟膏処置の費用は算定できない。

（２） 100 平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置は、第１章基本診療料に含まれるものであり、皮膚科軟膏処置を算定することはできない。

Ｊ０５４　皮膚科光線療法

（１） 赤外線療法は、ソラックス灯等の赤外線を出力する機器を用いて行った場合に算定できる。

（２） 紫外線療法は、フィンゼン灯、クロマイエル水銀石英灯等の紫外線を出力する機器を用いて行った場合に算定できる。

（３） 赤外線又は紫外線療法（長波紫外線療法及び中波紫外線療法を除く。）は、５分以上行った場合に算定する。

（４） 長波紫外線又は中波紫外線療法は、長波紫外線（概ね 315 ナノメートル以上 400 ナノメートル以下）又は、中波紫外線（概ね 290 ナノメートル以上 315 ナノメートル以下）を選択的に出力できる機器によって長波紫外線又は中波紫外線療法を行った場合に算定できるものであり、いわゆる人工太陽等の長波紫外線及び中波紫外線を非選択的に照射する機器によって光線療法を行った場合は、赤外線又は紫外線療法の所定点数によって算定する。

（５） 中波紫外線療法（308 ナノメートル以上 313 ナノメートル以下に限定したもの）は、いわゆるナローバンド UVB 療法をいい、308 ナノメートル以上 313 ナノメートル以下の中波紫外線を選択的に出力できる機器によって中波紫外線療法を行った場合に算定する。

（６） 長波紫外線療法又は中波紫外線療法は乾癬、類乾癬、掌蹠膿疱症、菌状息肉腫（症）、悪性リンパ腫、慢性苔癬状粃糠疹、尋常性白斑、アトピー性皮膚炎又は円形脱毛症に対して行った場合に限って算定する。

（７） 赤外線療法、紫外線療法、長波紫外線療法又は中波紫外線療法を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。また、同じものを同一日に複数回行った場合でも、１日につき所定点数のみにより算定する。

（８） 皮膚科光線療法は、同一日において消炎鎮痛等処置とは併せて算定できない。

Ｊ０５４－２　皮膚レーザー照射療法

（１） 皮膚レーザー照射療法は、単なる美容を目的とした場合は算定できない。

（２） 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいい、概ね３月間にわたり行われるものをいう。例えば、対象病変部位の一部ずつに照射する場合や、全体に照射することを数回繰り返して一連の治療とする場合は、１回のみ所定点数を算定する。

（３） 皮膚レーザー照射療法を開始した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、前回の一連の治療の開始日を記載すること。

（４） 「１」の色素レーザー照射療法は、単純性血管腫、苺状血管腫又は毛細血管拡張症に対して行った場合に算定する。

（５） 「２」のＱスイッチ付レーザー照射療法は、Ｑスイッチ付ルビーレーザー照射療法、ルビーレーザー照射療法、Ｑスイッチ付アレキサンドライトレーザー照射療法及びＱスイッチ付ヤグレーザー照射療法をいう。

（６） Ｑスイッチ付レーザー照射療法は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、胸腹部又は背部（臀部を含む。）のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。また、各部位において、病変部位が重複しない複数の疾患に対して行った場合は、それぞれ算定する。

（７） Ｑスイッチ付ルビーレーザー照射療法及びルビーレーザー照射療法は、太田母斑、異所性蒙古斑、外傷性色素沈着症、扁平母斑等に対して行った場合に算定できる。なお、一連の治療が終了した太田母斑、異所性蒙古斑又は外傷性色素沈着症に対して再度当該療法を行う場合には、同一部位に対して初回治療を含め５回を限度として算定する。

（８） Ｑスイッチ付ルビーレーザー照射療法及びルビーレーザー照射療法は扁平母斑等に対しては、同一部位に対して初回治療を含め２回を限度として算定する。

（９） Ｑスイッチ付アレキサンドライトレーザー照射療法は、太田母斑、異所性蒙古斑、外傷性色素沈着症等に対して行った場合に算定できる。なお、扁平母斑にあっては算定できない。

（10） Ｑスイッチ付ヤグレーザー照射療法は、太田母斑、異所性蒙古斑又は外傷性色素沈着症に対して行った場合に算定できる。

Ｊ０５５－２　イオントフォレーゼ

（１） 尋常性白斑に対するイオントフォレーゼ療法は露出部におけるもので、他の療法が無効な場合に限り、４㎝四方ごとに算定する。

（２） 汗疱状白癬、慢性湿疹、尋常性痤瘡、慢性皮膚炎、稽留性化膿性肢端皮膚炎、多汗症、頑癬に対するイオントフォレーゼは、他の療法が無効な場合に限り算定する。

Ｊ０５７　軟属腫摘除

伝染性軟属腫の内容除去は、軟属腫摘除として算定する。

Ｊ０５７－２　面皰圧出法

面皰圧出法は、顔面、前胸部、上背部等に多発した面皰に対して行った場合に算定する。

Ｊ０５７－３　鶏眼・胼胝処置

鶏眼・胼胝処置は、同一部位について、その範囲にかかわらず月２回を限度として算定する。

（泌尿器科処置）

Ｊ０６０　膀胱洗浄、Ｊ０６０－２　後部尿道洗浄（ウルツマン）

（１） カテーテル留置中に膀胱洗浄及び薬液膀胱内注入を行った場合は、１日につき、膀胱洗浄により算定する。

（２） 膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿（尿道拡張を要するもの）又は後部尿道洗浄（ウルツマン）を同一日に行った場合には、主たるものの所定点数により算定する。

（３） 区分番号「Ｃ１０６」在宅自己導尿指導管理料又は区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サー

ビス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については膀胱洗浄又は後部尿道洗浄（ウルツマン）の費用は算定できない。

Ｊ０６１　腎盂洗浄

（１）　腎盂洗浄は片側ごとに所定点数をそれぞれ算定する。

（２）　尿管カテーテル挿入を行った場合は、所定点数に区分番号「Ｄ３１８」尿管カテーテル法の所定点数を合わせて算定できる。

Ｊ０６３　留置カテーテル設置

（１）　長期間にわたり、バルーンカテーテルを留置するための挿入手技料は、留置カテーテル設置により算定する。この場合、必要があってカテーテルを交換したときの挿入手技料も留置カテーテル設置により算定する。

（２）　区分番号「Ｃ１０６」在宅自己導尿指導管理料又は区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、留置カテーテル設置の費用は算定できない。

（３）　留置カテーテル設置時に使用する注射用蒸留水又は生理食塩水等の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｊ０６４　導尿（尿道拡張を要するもの）

区分番号「Ｃ１０６」在宅自己導尿指導管理料又は区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、導尿（尿道拡張を要するもの）の費用は算定できない。

Ｊ０６５　間歇的導尿

間歇的導尿は、脊椎損傷の急性期の尿閉、骨盤内の手術後の尿閉の患者に対し、排尿障害の回復の見込みのある場合に行うもので、６月間を限度として算定する。

Ｊ０６８　嵌頓包茎整復法

小児仮性包茎における包皮亀頭癒着に対する用手法等による剥離術は、嵌頓包茎整復法に準じて算定する。

Ｊ０７０－２　干渉低周波による膀胱等刺激法

（１）　干渉低周波による膀胱等刺激法は、尿失禁の治療のために行った場合に算定する。

（２）　治療開始時点においては、３週間に６回を限度とし、その後は２週間に１回を限度とする。

Ｊ０７０－３　冷却痔処置

（１）　Ⅰ度又はⅡ度の内痔核の患者に対し、１日１回又は２回、かつ連続して５日以上実施した場合に 10 日間を限度として、１日につき１回算定できる。なお、当該処置に使用した冷却痔疾治療用具については、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　冷却痔処置の請求に当たっては、内痔核の重症度について、Ⅰ度又はⅡ度のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｊ０７０－４　磁気による膀胱等刺激法

（１）　次のいずれかに該当する尿失禁を伴う成人女性の過活動膀胱患者に対して実施した場合に

限り算定できる。

ア　尿失禁治療薬を 12 週間以上服用しても症状改善がみられない患者

イ　副作用等のために尿失禁治療薬が使用できない患者

（2）　1週間に2回を限度とし、6週間を1クールとして、1年間に2クールに限り算定できる。

（産婦人科処置）

Ｊ０７７　子宮出血止血法

子宮用止血バルーンカテーテルを用いた止血を行う前に他の止血法を実施した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｊ０７８　子宮腟部薬物焼灼法

ゲメプロスト製剤の投与により子宮内容物の排出が認められた場合は、子宮腟部薬物焼灼法に準じて算定できる。

Ｊ０８２－２　薬物放出子宮内システム処置

避妊を目的とするものは保険給付の対象とならない。

Ｊ０８５－２　人工羊水注入法

人工羊水注入法は、羊水過少症等の患者に対して、超音波断層法検査及び子宮内圧測定を施行し、適正な注入量の羊水を子宮内に注入した場合に算定する。なお、当該手技に伴って実施される超音波検査等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（眼科処置）

Ｊ０８６　眼処置

（1）　所定点数には、片眼帯、巻軸帯を必要とする処置、蒸気罨法、熱気罨法、イオントフォレーゼ及び麻薬加算が含まれており、これらを包括して1回につき所定点数を算定する。

（2）　点眼及び洗眼は、第1章基本診療料に含まれるものであり、眼処置を算定することはできない。

Ｊ０８９　睫毛抜去

5～6本程度の睫毛抜去は「1」を算定する。また、「1」については、他の眼科処置又は眼科手術に併施した場合には、その所定点数に含まれ別に算定できない。

（耳鼻咽喉科処置）

Ｊ０９５　耳処置

（1）　耳処置とは、外耳道入口部から鼓膜面までの処置であり、耳浴及び耳洗浄が含まれており、これらを包括して一側、両側の区別なく1回につき所定点数を算定する。

（2）　点耳又は簡単な耳垢栓除去は、第1章基本診療料に含まれるものであり、耳処置を算定することはできない。

Ｊ０９５－２　鼓室処置

鼓室処置は、急性又は慢性の鼓膜穿孔耳に対して鼓室病変の沈静・制御を目的として、鼓室腔内の分泌物・膿汁等の吸引及び鼓室粘膜処置等を行った場合に算定する。

Ｊ０９６　耳管処置

（1）　「1」には、耳管通気に必要とする表面麻酔薬又は血管収縮薬等の塗布、噴霧等の鼻内における処置が含まれており、これらを包括して1回につき片側ごとに所定点数を算定する。ただし、鼻処置を必要とする疾病があって別に鼻処置を行った場合は別に算定できるが、傷病名の記載を要する。

（2） ポリッツェル球により両耳に通気する場合は、片側、両側の区別なく１回につき所定点数を算定する。

（3） 耳管処置に当たり咽頭処置を行った場合であっても、咽頭に特に異常がなければ、咽頭処置は算定できない。

（4） 耳管開放症に対する処置は、「１」により算定する。

Ｊ０９７　鼻処置

（1） 鼻処置には、鼻吸引、単純鼻出血及び鼻前庭の処置が含まれており、これらを包括して一側、両側の区別なく１回につき所定点数を算定する。なお、口腔、咽頭処置と併せて行った場合であっても、口腔、咽頭処置の所定点数は別に算定できない。

（2） 副鼻腔洗浄に伴う単なる鼻処置は、副鼻腔洗浄又は吸引の所定点数に含まれ別に算定はできない。

（3） 鼻洗浄は、第１章基本診療料に含まれるものであり、鼻処置を算定することはできない。

Ｊ０９７－２　副鼻腔自然口開大処置

副鼻腔自然口開大処置は、急性副鼻腔炎及び慢性副鼻腔炎の患者に対して、副鼻腔の換気・排液並びにネブライザ効果の増大を目的として自然口の開大処置を行った場合に算定する。

Ｊ０９８　口腔、咽頭処置

（1） 口腔、咽頭処置をそれぞれ単独に実施した場合も、同時に実施した場合も１回につき所定点数を算定する。

（2） ルゴール等の噴霧吸入は口腔、咽頭処置に準ずる。

（3） ルゴール等の噴霧吸入と鼻、口腔又は咽頭処置を同時に行った場合は、鼻処置又は口腔、咽頭処置の所定点数を算定する。

Ｊ０９８－２　扁桃処置

（1） 扁桃処置は、慢性扁桃炎の急性増悪、急性腺窩（陰窩）性扁桃炎、扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍等に対し、膿栓吸引、洗浄等を行った場合に算定する。

（2） 扁桃処置の所定点数には、咽頭処置が含まれ別途算定できない。

Ｊ０９９　間接喉頭鏡下喉頭処置

（1） 間接喉頭鏡下喉頭処置には、喉頭注入が含まれており、喉頭蓋、仮声帯、披裂部、声帯等の病変に対して処置を行った場合に算定する。

（2） 喉頭処置後の薬剤注入は、間接喉頭鏡下喉頭処置の所定点数に含まれる。

Ｊ１００　副鼻腔手術後の処置（片側）

副鼻腔手術後の洗浄、ガーゼ交換等（手術日の翌日以降に行うものに限る。）を行った場合に算定する。

この場合、区分番号「Ｊ０００」創傷処置、区分番号「Ｊ００１－７」爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び区分番号「Ｊ００１－８」穿刺排膿後薬液注入は別に算定できない。

Ｊ１０２　上顎洞穿刺

区分番号「Ｄ４０６」上顎洞穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ１０３　扁桃周囲膿瘍穿刺

（1） 扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍において、単に穿刺排膿のみ行い切開しなかった場合は所定点数を算定し、試験穿刺を行い膿汁を認め直ちに切開した場合は区分番号「Ｋ３６８」扁桃周囲膿瘍切開術を算定する。

（２）　区分番号「Ｄ４０６－２」扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ１１３　耳垢栓塞除去

（１）　耳垢水等を用いなければ除去できない耳垢栓塞を、完全に除去した場合に算定する。

（２）　簡単な耳垢栓除去は、第１章基本診療料に含まれるものであり、耳垢栓塞除去を算定することはできない。

Ｊ１１５　超音波ネブライザ

超音波ネブライザにおいて、酸素療法を併せて行った場合は区分番号「Ｊ０２４」酸素吸入の所定点数を合わせて算定できる。

Ｊ１１５－２　排痰誘発法

（１）　排痰誘発法は、結核を疑う患者に対し、非能動型呼吸運動訓練装置を用いて患者の排痰を促し、培養検査等を実施した場合に１日につき算定する。

（２）　患者の排痰を促し、培養検査等を目的としてネブライザ、超音波ネブライザ又は排痰誘発法を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

（整形外科的処置）

Ｊ１１６　関節穿刺

関節穿刺を左右両側に行った場合は、それぞれ算定できるが、同一側の関節に対して、区分番号「Ｄ４０５」関節穿刺、区分番号「Ｇ０１０」関節腔内注射を同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

Ｊ１１６－５　酵素注射療法

酵素注射療法は、デュピュイトラン拘縮の患者に対し、コラゲナーゼ（クロストリジウム　ヒストリチクム）を拘縮索に注射した場合に、１回の投与（同一日に複数箇所に注射を行った場合を含む。）及び伸展処置に係る一連の手技として算定する。なお、当該注射に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｊ１１７　鋼線等による直達牽引

（１）　鋼線等による直達牽引は、鋼線等を用いて観血的に牽引を行った場合に算定する。なお鋼線等による直達牽引には、鋼線牽引法、双鋼線伸延法及び直達頭蓋牽引法を含むものである。

（２）　１局所とは、上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの躯幹のそれぞれをいい、全身を５局所に分けるものである。

（３）　消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引（２日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）の所定点数のみにより算定する。

Ｊ１１８　介達牽引

（１）　介達牽引は、絆創膏牽引法、斜面牽引法、スピードトラック牽引、腰椎バンド及びグリソン係蹄によるモーターを使用した断続牽引並びにベーラー法を含むものであり、部位数にかかわらず所定点数を算定する。

（２）　介達牽引、矯正固定又は変形機械矯正術に消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。

（３）　介達牽引、矯正固定又は変形機械矯正術を同一日に併せて行った場合は、主たるものいず

れかの所定点数のみにより算定する。

（4） 区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、介達牽引の費用は算定できない。

Ｊ１１８－２　矯正固定

（1） 変形の矯正を目的としてマッサージ等を行った後に、副子、厚紙や絆創膏にて矯正固定を行った場合に１日につき所定点数を算定する。

（2） 区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、矯正固定の費用は算定できない。

Ｊ１１８－３　変形機械矯正術

（1） １日につき所定点数を算定する。

（2） 区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、変形機械矯正術の費用は算定できない。

Ｊ１１８－４　歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）

（1） 脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、筋萎縮性側索硬化症、シャルコー・マリー・トゥース病、遠位型ミオパチー、封入体筋炎、先天性ミオパチー又は筋ジストロフィーの患者に対して、ロボットスーツを装着し、関連学会が監修する適正使用ガイドを遵守して、転倒しないような十分な配慮のもと歩行運動を実施した場合に算定する。

（2） 算定に当たっては、事前に適切な計画を策定した上で実施し、計画された５週間以内に実施される９回の処置が終了した際には、担当の複数職種が参加するカンファレンスにより、９回の処置による歩行機能の改善効果を検討すること。

（3） (2)に定めるカンファレンスにより、通常の歩行運動に比して客観的に明確な上乗せの改善効果が認められると判断される場合に限り、本処置を継続して算定できることとし、カンファレンスにおける当該検討結果については、その要点（５週間以内に実施される９回の処置の前後の結果を含む。）を診療録に記載した上で、診療報酬明細書に症状詳記を添付すること。

（4） 初めて当該処置を実施する場合の患者の体重、大腿長、下腿長、腰幅等を勘案した当該患者に適切な装着条件の設定については、１肢毎に区分番号「Ｊ１２９」義肢採型法の「１」四肢切断の場合（１肢につき）に準じて算定する。

Ｊ１１９　消炎鎮痛等処置

（1） 消炎鎮痛等処置は、疾病、部位又は部位数にかかわらず１日につき所定点数により算定する。

（2） 「１」のマッサージ等の手技による療法とは、あんま、マッサージ及び指圧による療法をいう。また、「２」の器具等による療法とは、電気療法、赤外線治療、熱気浴、ホットパック、超音波療法、マイクロレーダー等による療法をいう。

（３） 消炎鎮痛を目的とする外用薬を用いた処置は「３」の湿布処置として算定する。

（４） 患者自ら又は家人等に行わせて差し支えないと認められる湿布については、あらかじめ予見される当該湿布薬の必要量を外用薬として投与するものとし、湿布処置は算定できない。

（５） 区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、消炎鎮痛等処置の費用は算定できない。

（６） 「３」の対象となる湿布処置は、半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲のものについて算定するものであり、それ以外の狭い範囲の湿布処置は、第１章基本診療料に含まれるものであり、湿布処置を算定することはできない。

Ｊ１１９－２　腰部又は胸部固定帯固定

（１） 腰痛症の患者に対して腰部固定帯で腰部を固定した場合又は骨折非観血的整復術等の手術を必要としない肋骨骨折等の患者に対して、胸部固定帯で胸部を固定した場合に１日につき所定点数を算定する。

（２） 同一患者につき同一日において、腰部又は胸部固定帯固定に併せて消炎鎮痛等処置、低出力レーザー照射又は肛門処置を行った場合は、主たるものにより算定する。

（３） 区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、腰部又は胸部固定帯固定の費用は算定できない。

Ｊ１１９－３　低出力レーザー照射

（１） 筋肉、関節の慢性非感染性炎症性疾患における疼痛の緩和のために低出力レーザー照射を行った場合に、疾病、照射部位又は照射回数に関わらず１日につき所定点数を算定する。

（２） 同一患者につき同一日において、低出力レーザー照射に併せて消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、肛門処置を行った場合は、主たるものにより算定する。

（３） 区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、低出力レーザー照射の費用は算定できない。

Ｊ１１９－４　肛門処置

（１） 診療所において、入院中の患者以外の患者についてのみ１日につき所定点数を算定する。

（２） 単に坐薬等を挿入した場合は算定できない。

（３） 同一患者につき同一日において、肛門処置に併せて消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射を行った場合は、主たるものにより算定する。

（４） 区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、肛門処置の費用は算定できない。

（栄養処置）

Ｊ１２０　鼻腔栄養

（１） 鼻腔栄養は、注入回数の如何を問わず１日につき算定するものである。

（2） 患者が経口摂取不能のため、薬価基準に収載されている高カロリー薬を経鼻経管的に投与した場合は鼻腔栄養の所定点数及び薬剤料を算定し、食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用及び投薬料は別に算定しない。

（3） 患者が経口摂取不能のため、薬価基準に収載されていない流動食を提供した場合は、鼻腔栄養の所定点数及び食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用を算定する。この場合において、当該保険医療機関が入院時食事療養（Ⅰ）又は入院時生活療養（Ⅰ）の届出を行っているときは入院時食事療養（Ⅰ）又は入院時生活療養（Ⅰ）の食事の提供たる療養に係る費用を、さらに、特別食の算定要件を満たしているときは特別食の加算をそれぞれ算定する。

（4） 薬価基準に収載されている高カロリー薬及び薬価基準に収載されていない流動食を併せて投与及び提供した場合は、（2）又は（3）のいずれかのみにより算定する。

（5） 胃瘻より流動食を点滴注入した場合は、鼻腔栄養に準じて算定する。

（6） 区分番号「Ｃ１０５」在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、区分番号「Ｃ１０５－２」在宅小児経管栄養法指導管理料、区分番号「Ｃ１０５－３」在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料又は区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、鼻腔栄養の費用は算定できない。

（ギプス）

1 一般的事項

（1） ギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合は、ギプス包帯を作成した保険医療機関もギプス包帯の切割使用に係る点数を算定できる。

（2） 既装着のギプスを他の保険医療機関で除去したときは、ギプス除去料としてギプス包帯を切割使用した場合の２分の１に相当する点数により算定する。

（3） ギプスベッド又はギプス包帯の修理を行ったときは、修理料として所定点数の 100 分の 10 に相当する点数を算定することができる。

（4） プラスチックギプスを用いてギプスを行った場合にはシーネとして用いた場合が含まれる。

（5） ギプスシーネは、ギプス包帯の点数（ギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合の各区分の所定点数の 100 分の 20 に相当する点数を算定する場合を除く。）により算定する。

（6） 四肢ギプス包帯の所定点数にはプラスチックギプスに係る費用が含まれ、別に算定できない。

2 練習用仮義足又は仮義手採型法

練習用仮義足又は仮義手の処方、採型、装着、調整等については、仮義足又は仮義手を支給する１回に限り算定する。

Ｊ１２９－３ 治療用装具採寸法

（1） 区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「20」糖尿病合併症管理料を算定している患者について、糖尿病足病変に対して用いる装具の採寸を行った場合は、１年に１回に限り、所定点数を算定する。ただし、過去１年以内に区分番号「Ｊ１２９－４」治療用装具採型法を算定している場合は算定できない。

（２） 当該採寸と区分番号「Ｊ１２９－４」治療用装具採型法を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（３） 治療用装具採寸法は、既製品の治療用装具を処方した場合には、原則として算定できない。ただし、医学的な必要性から、既製品の治療用装具を処方するに当たって、既製品の治療用装具を加工するために当該採寸を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に医学的な必要性及び加工の内容を記載すること。

Ｊ１２９－４　治療用装具採型法

（１） 区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「20」糖尿病合併症管理料を算定している患者について、糖尿病足病変に対して用いる装具の採型を行った場合は、１年に１回に限り、所定点数を算定する。ただし、過去１年以内に区分番号「Ｊ１２９－３」治療用装具採寸法を算定している場合は算定できない。

（２） 区分番号「Ｊ１２９－３」治療用装具採寸法と当該採型を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（３） フットインプレッションフォームを使用して装具の採型を行った場合は、本区分の「３」その他の場合を算定する。

（処置医療機器等加算）

Ｊ２００　腰部､胸部又は頸部固定帯加算

（１） 本加算は、それぞれの固定帯を給付する都度算定する。なお、「固定帯」とは、従来、頭部・頸部・躯幹等固定用伸縮性包帯として扱われてきたもののうち、簡易なコルセット状のものをいう。

（２） 胸部固定帯については、肋骨骨折に対し非観血的整復術を行った後に使用した場合は、手術の所定点数に含まれており別途算定できない。

Ｊ２０１　酸素加算

（１） 酸素吸入のほか酸素又は窒素を使用した診療に係る酸素又は窒素の価格は、「酸素及び窒素の価格」（平成２年厚生省告示第 41 号）により定められており、その単価（単位　リットル。摂氏 35 度、１気圧における容積とする。）は、次のとおりである。

ア　離島等以外の地域に所在する保険医療機関の場合

液体酸素の単価

定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）に係る酸素の単価	１リットル当たり 0.19 円
可搬式液化酸素容器（ＬＧＣ）に係る酸素の単価	１リットル当たり 0.32 円

酸素ボンベに係る酸素の単価

大型ボンベに係る酸素の単価	１リットル当たり 0.42 円
小型ボンベに係る酸素の単価	１リットル当たり 2.36 円

イ　離島等に所在する保険医療機関の場合

液体酸素の単価

定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）に係る酸素の単価	１リットル当たり 0.29 円
可搬式液化酸素容器（ＬＧＣ）に係る酸素の単価	１リットル当たり 0.47 円

酸素ボンベに係る酸素の単価

大型ボンベに係る酸素の単価	１リットル当たり 0.63 円
小型ボンベに係る酸素の単価	１リットル当たり 3.15 円

（2） 離島等とは、以下の地域をいう。

ア 離島振興法（昭和28年法律第72号）第２条第１項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域

イ 奄美群島振興開発特別措置法（昭和29年法律第189号）第１条に規定する奄美群島の地域

ウ 小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和44年法律第79号）第４条第１項に規定する小笠原諸島の地域

エ 沖縄振興特別措置法（平成14年法律第14号）第３条第３号に規定する離島

オ 過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法（令和３年法律第19号）第２条第１項に規定する過疎地域

カ 豪雪地帯対策特別措置法（昭和37年法律第73号）第２条第２項の規定により特別豪雪地帯として指定された地域

（3） 定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）とは、医療機関の敷地内に設置されており、通常気体酸素容量が200万Ｌから1,500万Ｌまでのものをいい、可搬式液化酸素容器（ＬＧＣ）とは、気体酸素容量が13.3万Ｌ又は37.6万Ｌのものをいい、大型ボンベとは、ボンベ１本当たり通常7,000Ｌ又は6,000Ｌ用のボンベをいい3,000Lを超えるもの、小型ボンベとは、ボンベ１本当たり通常1,500Ｌ又は500Ｌ用のボンベをいい3,000L以下のものをいう。

（4） 酸素の価格については、次の算式により算出した値の１円未満を四捨五入して得た額とする。

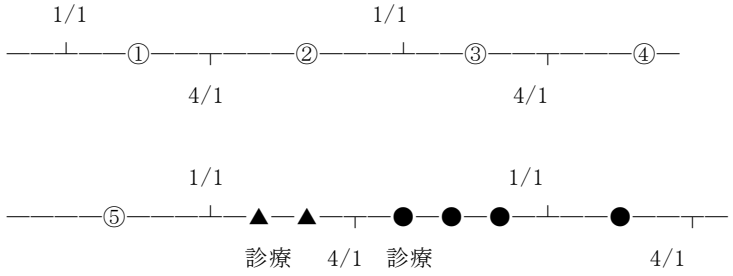
酸素の価格（単位　円）　＝　酸素の単価（単位　円）×当該患者に使用した酸素の容積（単位　リットル）×　補正率

（5） （1）の規定にかかわらず、（1）に規定する区分ごとに次の算式により、保険医療機関ごとに算出される酸素の購入単価が（1）に規定する単価に満たない場合には、４月１日から３月３１日までの１年間の診療については、この酸素の購入単価を用いて算出した酸素の購入価格によって請求するものとする。

酸素の購入価格（単位　円）　＝　酸素の購入単価（単位　円）×当該患者に使用した酸素の容積（単位　リットル）×補正率

$$\text{酸素の購入単価（単位　円）} = \frac{\text{当該年度の前年の１月から12月までの間に当該保険医療機関が購入した酸素の対価}}{\text{当該購入した酸素の容積（単位　リットル。35℃１気圧で換算）}}$$

なお、酸素の購入時期と請求時期との関係を以下に明示する。



●の診療に係る請求

③、④及び⑤の購入実績により算出した酸素の購入単価による。

▲の診療に係る請求

①及び②の購入実績により算出した酸素の購入単価による。

（６） （４）及び（５）の算式の場合において、「当該患者に使用した酸素の容積」とは、患者に使用する際の状態の温度及び気圧において測定された酸素の容積をいうものであり、一定の温度又は気圧に換算する必要はない。

また、補正率 1.3 は、購入時と使用時の気体の状態の違いに由来する容積差等を勘案の上設定したものである。

（７） 新規に保険医療機関の指定を受けた場合及び（１）に規定する区分を追加又は変更した場合であって、当該診療に係る年度の前年の１月から 12 月までの１年間において酸素の購入実績がない場合にあっては、当年度の３月までの間は、次に定めるところによって酸素の購入単価を算出するものとする。その場合において購入単価が（１）に規定する単価を超える場合は、（１）の購入単価とする。

ア 当該診療月前に酸素を購入した実績がある場合（当該年度内に新規に指定され購入又は区分の追加若しくは変更（大型ボンベを廃止し、ＣＥに変更等）を行った場合に限る。）にあっては、購入した酸素（保険医療機関の指定を受けた日前に購入したものを含む。）の対価を当該購入した酸素の摂氏 35 度、１気圧における容積（単位 リットル）で除して得た額の 0.01 円未満の端数を四捨五入した額を酸素の購入単価とする。

イ アにより算出した場合の購入単価について、当年度の３月までの間については、当該診療月前に購入した全ての酸素（保険医療機関の指定を受けた日前に購入したものを含む。）の対価を当該購入した酸素の摂氏 35 度、１気圧における容積（単位 リットル）で除して得た額の 0.01 円未満の端数を四捨五入した額を酸素の購入単価とする。

（８） （５）並びに（７）のア及びイの関係は、当該年度（診療日の属する年度）に係る購入単価は、原則、前年の１月から 12 月までの購入実績に基づき算出した単価とするものであるが、年度の途中において新規又は区分の変更を行った年度に限り当該年度内の購入実績に基づき購入単価とするものである。従って、翌年度の４月１日からは、（５）により算出した購入単価によることとなる。

（９） 離島等における特別の事情とは、酸素の搬入において船舶による搬入時間が、多くの時間を要する場合や酸素製造工場又は医療用酸素充填所から著しく遠距離であるため通常の価格では購入が困難な場合等を考慮したものであり、当該事情があると認められた場合には、（１）の規定にかかわらず、（１）に規定する区分ごとに（５）に規定する算式により、保険医療機関ごとに算出される酸素の購入単価が（１）に規定する単価を超える場合は、４月１日から３月 31 日までの１年間の診療については、この酸素の購入単価を用いて算出した酸素の購入価格によって請求するものとする。なお、この場合、前年度の購入単価を超えることはできないものとする。ただし、大型ボンベにあっては、6,000L 以上、小型ボンベにあっては、500L 以上に限る。

(10) 離島等における特別の事情がある場合は、その理由を記載した書面を地方厚生（支）局長に届け出るものとする。

(11) 保険医療機関は、当該年の４月１日以降の診療に係る費用の請求に当たって用いる酸素の

単価並びにその算出の基礎となった前年の１月から 12 月までの間に当該保険医療機関が購入した酸素の対価及び当該購入した酸素の容積を別紙様式 25 により、当該年の２月 15 日までに地方厚生（支）局長に届け出るものとする。ただし、（７）のア又はイの方法によって酸素の購入単価を算出している場合にあっては、随時（当該年度内において算出した購入単価に 30％を超える変動があった場合を含む。）地方厚生（支）局長に届け出るものとする。

(12)　地方厚生（支）局においては、届出を受けた購入単価について、審査支払機関に対し通知するとともに、保険者に対し通知し、情報提供を行うこと。

(13)　窒素の価格は、液化窒素、ボンベ等の窒素の形態にかかわらず、窒素の単価に当該患者に使用した窒素の容積を乗じた値とする。なお、窒素の単価は１リットル当たり 0.12 円である。

(14)　酸素を動力源とする閉鎖循環式麻酔装置、高気圧酸素治療装置等を利用して、人工呼吸、酸素吸入、高気圧酸素治療等を行った場合、動力源として消費される酸素の費用は算定できない。また、動力源として消費される窒素の費用も算定できない。

(15)　酸素と窒素を用いて空気と類似した組成の気体を作成し酸素吸入等に用いた場合、酸素及び窒素の費用は算定できない。

(16)　（５）、（７）及び(11)に掲げる対価については、平成 30 年１月１日から令和元年９月 30 日までの間に医療機関が購入したものについては、当該対価に 108 分の 110 を乗じて得た額の１円未満の端数を四捨五入した額とする。

第10部　手術

通則

1　手術の費用は、第１節若しくは第２節の各区分に掲げる所定点数のみにより、又は第１節に掲げる所定点数及び第２節の各区分に掲げる所定点数を合算した点数により算定する。この場合において、手術に伴って行った処置（区分番号Ｊ１２２からＪ１２９－４までに掲げるものを除く。）及び診断穿刺・検体採取並びに手術に当たって通常使用される保険医療材料の費用は、第１節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

2　手術に当たって、第３節に掲げる医療機器等、薬剤（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前号により算定した点数及び第３節、第４節若しくは第５節の各区分又は区分番号Ｅ４００に掲げるフィルムの所定点数を合算した点数により算定する。

3　第１節に掲げられていない手術であって特殊なものの費用は、第１節に掲げられている手術のうちで最も近似する手術の各区分の所定点数により算定する。

4　区分番号Ｋ００７（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０１４－２、Ｋ０１９－２、Ｋ０２２の１、Ｋ０３１（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０４６（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０５３（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ０５９の３のイ及び４、Ｋ０８１（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ１３３－２、Ｋ１３４－４、Ｋ１３６－２、Ｋ１６９（注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ１６９－２、Ｋ１６９－３、Ｋ１８０の３、Ｋ１８１、Ｋ１８１－２、Ｋ１８１－６の２のロ、Ｋ１８８－３、Ｋ１９０、Ｋ１９０－２、Ｋ１９０－６からＫ１９０－８まで、Ｋ２２５－４、Ｋ２５４の１、Ｋ２５９（注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ２６０－２、Ｋ２６８の２のイ及び５から７まで、Ｋ２８０－２、Ｋ２８１－２、Ｋ３０５－２、Ｋ３０８－３、Ｋ３１９－２、Ｋ３２０－２、Ｋ３２８からＫ３２８－３まで、Ｋ３４０－７、Ｋ３４３－２、Ｋ３８８－３、Ｋ４００の３、Ｋ４４３の３、Ｋ４４４の４、Ｋ４４５－２、Ｋ４６１－２、Ｋ４６２－２、Ｋ４６３－２、Ｋ４６４－２、Ｋ４７０－２、Ｋ４７４－３の２、Ｋ４７５（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ４７６（１から７までについては、注１又は注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ４７６－４、Ｋ５１４の10、Ｋ５１４－２の４、Ｋ５１４－４、Ｋ５１４－６、Ｋ５２０の４、Ｋ５３０－３、Ｋ５４６、Ｋ５４８、Ｋ５４９、Ｋ５５４－２、Ｋ５５５－２、Ｋ５５５－３、Ｋ５５９－３、Ｋ５６２－２、Ｋ５９４の４のロ及びハ、Ｋ５９５（注２に規定する加算を算定する場合に限る。）、Ｋ５９５－２、Ｋ５９７からＫ６００まで、Ｋ６０２－２、Ｋ６０３、Ｋ６０３－２、Ｋ６０４－２、Ｋ６０５－２、Ｋ６０５－４、Ｋ６０５－５、Ｋ６１５－２、Ｋ６１６－６、Ｋ６１７－５、Ｋ６２７－２の１、２及び４、Ｋ６２７－３、Ｋ６２７－４、Ｋ６３６－２、Ｋ６４２－３、Ｋ６４３－２、Ｋ６４７－３、Ｋ６５３－６、Ｋ６５４－４、Ｋ６５５－２の３、Ｋ６５５－５の３、Ｋ６５７－２の４、Ｋ６５６－２、Ｋ６６５の２、Ｋ６６８－２、Ｋ６７５－２、Ｋ６７７の１、Ｋ６７８、Ｋ６８４－２、Ｋ６９７－４の１、Ｋ６９７－５、Ｋ６９７－７、Ｋ６９９－２、Ｋ７００－３、Ｋ７０２－２、Ｋ７０３－２、Ｋ７０９－３、Ｋ７０９－５、Ｋ７０９－６、Ｋ７１６－４、Ｋ７１６－６、Ｋ７２１－４、Ｋ７２１－５、Ｋ７３０の３、Ｋ７３１の３、Ｋ７４０－２の３及び４、Ｋ７５４－３、Ｋ７５５－３、Ｋ７６８、Ｋ７６９－３、Ｋ７７２－３、Ｋ７７３－３からＫ７７３－６まで、Ｋ７７７の１、Ｋ７８０、Ｋ７８０－２、Ｋ７８５－２、Ｋ７９２の１、Ｋ８００－３、Ｋ８００－４、Ｋ８０２－４、Ｋ８０３－２、Ｋ８０３－３、Ｋ８０８の１、Ｋ８１８（１において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８１９（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８１９－２（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８２３－５、Ｋ８２３－７、Ｋ８２５（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８２８－３、Ｋ８３０（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８３５の１、Ｋ８３８－２、Ｋ８４１－４、Ｋ８４３－２からＫ８４３－４まで、Ｋ８５１（１において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８５８の１、Ｋ８５９（２、４及び５において別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８６５－２、Ｋ８７７（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８７７－２（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８７９－２、Ｋ８８２－２、Ｋ８８４－２、Ｋ８８４－３、Ｋ８８８（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合に限る。）、Ｋ８９０－４、Ｋ９１０－２からＫ９１０－６まで並びにＫ９１６からＫ９１７－３までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。ただし、区分番号Ｋ５４６、Ｋ５４９、Ｋ５９７－３、Ｋ５９７－４、Ｋ６１５－２、Ｋ６３６－２、Ｋ８８４－２、Ｋ８８４－３、Ｋ８９０－４及びＫ９１７からＫ９１７－３までに掲げる手術等については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす場合に限り、地方厚生局長等に届け出ることを要しない。

5　区分番号Ｋ０１１、Ｋ０２０、Ｋ０５３、Ｋ０７６、Ｋ０７６－２、Ｋ０７９、Ｋ０７９－２、Ｋ０８０－２、Ｋ０８２、Ｋ１０６、Ｋ１０７、Ｋ１０９、Ｋ１３６、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４、Ｋ１５４－２、Ｋ１６０、Ｋ１６７、Ｋ１６９からＫ１７１まで、Ｋ１７４からＫ１７８－２まで、Ｋ１８１、Ｋ１９０、Ｋ１９０－２、Ｋ２０４、Ｋ２２９、Ｋ２３０、Ｋ２３４からＫ２３６まで、Ｋ２４４、Ｋ２５９、Ｋ２６６、Ｋ２７７－２、Ｋ２８０、Ｋ２８１、Ｋ３１９、Ｋ３２２、Ｋ３２７、Ｋ３４３、Ｋ３７６、Ｋ３９５、Ｋ４１５、Ｋ４２５、Ｋ４２７－２、Ｋ４３４、Ｋ４４２、Ｋ４４３、Ｋ４５８、Ｋ４６２、Ｋ４８４、Ｋ４９６、Ｋ４９６－３、Ｋ４９７からＫ４９８まで、Ｋ５１１、Ｋ５１４、Ｋ５１４－２の４、Ｋ５１８、Ｋ５１９、Ｋ５２５、Ｋ５２６の２、Ｋ５２７、Ｋ５２９、Ｋ５２９－３、Ｋ５３１、Ｋ５３７、Ｋ５４６、Ｋ５４７、Ｋ５４９、Ｋ５５２、Ｋ５５２－２、Ｋ５９４の４のロ、Ｋ５９４－２、Ｋ５９５、Ｋ５９７、Ｋ５９７－２、Ｋ６２７－２の４、Ｋ６４５、Ｋ６７５－２、Ｋ６７７、Ｋ６７７－２、Ｋ６９５（１歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、Ｋ６９５－２、Ｋ６９７－４の１、Ｋ７０２、Ｋ７０３、Ｋ７０３－２、Ｋ７１０－２、Ｋ７１９－６、Ｋ７３２－２、Ｋ７５６（１歳未満の乳児に対して行われるものを除く。）、Ｋ７６４、Ｋ７６５、Ｋ７７９、Ｋ７８０、Ｋ７８０－２、Ｋ８０１、Ｋ８０３（６を除く。）、Ｋ８１８からＫ８２０まで、Ｋ８４３、Ｋ８５０、Ｋ８５７、Ｋ８５９（１を除く。）、Ｋ８６３－３、Ｋ８８９及びＫ８９０－２に掲げる手術、体外循環を要する手術並びに胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術（通則第４号に掲げる手術を除く。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

6　区分番号Ｋ５２８、Ｋ５２８－３、Ｋ５３５、Ｋ５７０－４、Ｋ５８３、Ｋ５８６の３、Ｋ５８７、Ｋ６８４、Ｋ６８４－２、Ｋ６９５、Ｋ７５１の３及び４、Ｋ７５１－２、Ｋ７５６並びにＫ７７３に掲げる手術（１歳未満の乳児に対して行われるものに限る。）については、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

7　区分番号Ｋ００２、Ｋ１３８、Ｋ１４２の６、Ｋ１４５、Ｋ１４７、Ｋ１４９、Ｋ１４９－２、Ｋ１５０、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４、Ｋ１５４－２、Ｋ１５５、Ｋ１６３からＫ１６４－２まで、Ｋ１６６、Ｋ１６９、Ｋ１７２からＫ１７４まで、Ｋ１７８、Ｋ１８０、Ｋ１９１、Ｋ１９２、Ｋ２３９、Ｋ２４１、Ｋ２４３、Ｋ２４５、Ｋ２５９、Ｋ２６１、Ｋ２６８、Ｋ２６９、Ｋ２７５からＫ２８１まで、Ｋ２８２、Ｋ３４６、Ｋ３８６、Ｋ３９３の１、Ｋ３９７、Ｋ３９８の２、Ｋ３９９、Ｋ４０３、Ｋ４２５からＫ４２６－２まで、Ｋ５０１からＫ５０１－３まで、Ｋ５１１の３、Ｋ５１３、Ｋ５１９、Ｋ５２２、Ｋ５２８、Ｋ５２８－３、Ｋ５３４－３、Ｋ５３５、Ｋ５５４からＫ５５８まで、Ｋ５６２からＫ５８７まで、Ｋ５８９からＫ５９１まで、Ｋ６０１、Ｋ６０１－２、Ｋ６０３－２、Ｋ６１０の１、Ｋ６１６－３、Ｋ６２５、Ｋ６３３の４及び５、Ｋ６３４、Ｋ６３５－３、Ｋ６３６、Ｋ６３６－３、Ｋ６３６－４、Ｋ６３９、Ｋ６４４、Ｋ６４７、Ｋ６６４、Ｋ６６６、Ｋ６６６－２、Ｋ６６７－２、Ｋ６７４、Ｋ６７４－２、Ｋ６８１、Ｋ６８４、Ｋ６８４－２、Ｋ６９７－５、Ｋ７１４、Ｋ７１４－２、Ｋ７１６の２、Ｋ７１６－２、Ｋ７１７、Ｋ７２５からＫ７２６－２まで、Ｋ７２９からＫ７２９－３まで、Ｋ７３４からＫ７３５まで、Ｋ７３５－３、Ｋ７４５、Ｋ７５１の１及び２、Ｋ７５１－２、Ｋ７５６、Ｋ７５６－２、Ｋ７７３、Ｋ７７３－５、Ｋ７７５、Ｋ８０４、Ｋ８０５からＫ８０５－３まで、Ｋ８１２－２、Ｋ８３８並びにＫ９１３に掲げる手術を手術時体重が1,500グラム未満の児又は新生児（手術時体重が1,500グラム未満の児を除く。）に対して実施する場合には、それぞれ当該手術の所定点数の100分の400又は100分の300に相当する点数を加算する。

8　3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対して手術（区分番号K618に掲げる中心静脈注射用植込型カテーテル設置を除く。）を行った場合は、乳幼児加算又は幼児加算として、当該手術の所定点数に所定点数の100分の100又は100分の50に相当する点数を加算する。ただし、前号に規定する加算を算定する場合は算定しない。

9　区分番号K293、K294、K314、K343、K374、K374－2、K376、K394、K394－2、K410、K412、K415、K422、K424、K425、K439、K442の2及び3、K455、K458、K463の1及び3並びにK463－2に掲げる手術については、区分番号K469に掲げる頸部郭清術を併せて行った場合は、所定点数に片側の場合は4,000点を、両側の場合は6,000点を加算する。

10　HIV抗体陽性の患者に対して、観血的手術を行った場合は、4,000点を当該手術の所定点数に加算する。

11　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感染症患者（感染症法の規定に基づき都道府県知事に対して医師の届出が義務づけられるものに限る。）、B型肝炎感染患者（HBs又はHBe抗原陽性の者に限る。）若しくはC型肝炎感染患者又は結核患者に対して、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、区分番号L002に掲げる硬膜外麻酔又は区分番号L004に掲げる脊椎麻酔を伴う手術を行った場合は、1,000点を所定点数に加算する。

12　緊急のために休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術（区分番号K914からK917－3までに掲げるものを除く。）を行った場合において、当該手術の費用は、次に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算した点数により算定する。

イ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合

⑴　休日加算1　所定点数の100分の160に相当する点数

⑵　時間外加算1（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。）　所定点数の100分の80に相当する点数

⑶　深夜加算1　所定点数の100分の160に相当する点数

⑷　⑴から⑶までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合　所定点数の100分の80に相当する点数

ロ　イ以外の保険医療機関において行われる場合

⑴　休日加算2　所定点数の100分の80に相当する点数

⑵　時間外加算2（入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に限る。）　所定点数の100分の40に相当する点数

⑶　深夜加算2　所定点数の100分の80に相当する点数

⑷　⑴から⑶までにかかわらず、区分番号A000に掲げる初診料の注7のただし書に規定する保険医療機関において、入院中の患者以外の患者に対して、その開始時間が同注のただし書に規定する時間である手術を行った場合　所定点数の100分の40に相当する点数

13　対称器官に係る手術の各区分の所定点数は、特に規定する場合を除き、片側の器官の手術料に係る点数とする。

14　同一手術野又は同一病巣につき、2以上の手術を同時に行った場合の費用の算定は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、神経移植術、骨移植術、植皮術、動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術、遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、複合組織移植術、自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、粘膜移植術若しくは筋膜移植術と他の手術とを同時に行った場合、大腿骨頭回転骨切り術若しくは大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術と骨盤骨切り術、臼蓋形成手術若しくは寛骨臼移動術とを同時に行った場合、喉頭気管分離術と血管結紮術で開胸若しくは開腹を伴うものとを同時に行った場合又は先天性気管狭窄症手術と第10部第1節第8款に掲げる手術を同時に行った場合は、それぞれの所定点数を合算して算定する。また、別に厚生労働大臣が定める場合は別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。

15　手術を開始した後、患者の病状の急変等やむを得ない事情によりその手術を中途で中絶しなければならない場合においては、当該中絶までに行った実態に最も近似する手術の各区分の所定点数により算定する。

16　区分番号K664に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

17　歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、別に厚生労働大臣が定める手術を実施した場合は、周術期口腔機能管理後手術加算として、200点を所定点数に加算する。

18　区分番号K374－2、K394－2、K502－5、K504－2、K513－2、K514－2の2及び3、K529－2、K529－3、K554－2、K655－2の1、K655－5の1、K657－2の1、K674－2、K695－2、K702－2、K703－2、K719－3、K740－2の1、2及び5、K754－2、K755－2、K778－2、K803－2、K865－2、K877－2並びにK879－2（子宮体がんに限る。）に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合においても算定できる。

19　区分番号K475及びK888に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行った場合においても算定できる。

20　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって、区分番号L008に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合は、周術期栄養管理実施加算として、270点を所定点数に加算する。この場合において、区分番号A104に掲げる特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算並びに区分番号A300に掲げる救命救急入院料の注9、区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料の注5、区分番号A301－2に掲げるハイケアユニット入院医療管理料の注4、区分番号A301－3に掲げる脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注4及び区分番号A301－4に掲げる小児特定集中治療室管理料の注4に規定する早期栄養介入管理加算は別に算定できない。

第1節　手術料

第1款　皮膚・皮下組織

区分

（皮膚、皮下組織）

K000　創傷処理

1　筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満）　1,400点

2　筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）　1,880点

3　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）

イ　頭頸部のもの（長径20センチメートル以上のものに限る。）　9,630点

ロ　その他のもの　2,690点

4　筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル未満）　530点

5　筋肉、臓器に達しないもの（長径5センチメートル以上10センチメートル未満）　950点

6　筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）　1,480点

注1　切、刺、割創又は挫創の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。

2　真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り460点を所定点数に加算する。

3　汚染された挫創に対してデブリードマンを行った場合は、当初の1回に限り100点を加算する。

K000－2　小児創傷処理（6歳未満）

1　筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル未満）　1,400点

2　筋肉、臓器に達するもの（長径2.5センチメートル以上5センチメートル未満

）　1,540点
3　筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）　2,490点
4　筋肉、臓器に達するもの（長径10センチメートル以上）　3,840点
5　筋肉、臓器に達しないもの（長径２．５センチメートル未満）　500点
6　筋肉、臓器に達しないもの（長径２．５センチメートル以上５センチメートル未満）　560点
7　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル以上10センチメートル未満）　1,060点
8　筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）　1,950点
注１　切、刺、割創又は挫創の手術について切除、結紮又は縫合を行う場合に限り算定する。
２　真皮縫合を伴う縫合閉鎖を行った場合は、露出部の創傷に限り460点を所定点数に加算する。
３　汚染された挫創に対してデブリードマンを行った場合は、当初の１回に限り100点を加算する。

Ｋ００１　皮膚切開術
1　長径10センチメートル未満　640点
2　長径10センチメートル以上20センチメートル未満　1,110点
3　長径20センチメートル以上　1,980点

Ｋ００２　デブリードマン
1　100平方センチメートル未満　1,410点
2　100平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　4,820点
3　3,000平方センチメートル以上　11,230点
注１　熱傷により全身の20パーセント以上に植皮を行う場合又はＡ群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎の場合においては、５回に限り算定する。
２　注１の場合を除き、当初の１回に限り算定する。
３　骨、腱又は筋肉の露出を伴う損傷については、当初の１回に限り、深部デブリードマン加算として、1,000点を所定点数に加算する。
４　水圧式デブリードマンを実施した場合は、一連の治療につき１回に限り、水圧式デブリードマン加算として、2,500点を所定点数に加算する。
５　超音波式デブリードマンを実施した場合は、一連の治療につき１回に限り、超音波式デブリードマン加算として、2,500点を所定点数に加算する。

Ｋ００３　皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術（露出部）
1　長径３センチメートル未満　3,480点
2　長径３センチメートル以上６センチメートル未満　9,180点
3　長径６センチメートル以上　17,810点

Ｋ００４　皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術（露出部以外）
1　長径３センチメートル未満　2,110点
2　長径３センチメートル以上６センチメートル未満　4,070点
3　長径６センチメートル以上　11,370点

Ｋ００５　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）
1　長径２センチメートル未満　1,660点
2　長径２センチメートル以上４センチメートル未満　3,670点
3　長径４センチメートル以上　4,360点

Ｋ００６　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）
1　長径３センチメートル未満　1,280点
2　長径３センチメートル以上６センチメートル未満　3,230点
3　長径６センチメートル以上12センチメートル未満　4,160点
4　長径12センチメートル以上　8,320点

Ｋ００６－２　鶏眼・胼胝切除術（露出部で縫合を伴うもの）
1　長径２センチメートル未満　1,660点
2　長径２センチメートル以上４センチメートル未満　3,670点
3　長径４センチメートル以上　4,360点

Ｋ００６－３　鶏眼・胼胝切除術（露出部以外で縫合を伴うもの）
1　長径３センチメートル未満　1,280点
2　長径３センチメートル以上６センチメートル未満　3,230点
3　長径６センチメートル以上　4,160点

Ｋ００６－４　皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術（一連につき）
1　長径３センチメートル未満の良性皮膚腫瘍　1,280点
2　長径３センチメートル未満の悪性皮膚腫瘍　2,050点
3　長径３センチメートル以上６センチメートル未満の良性又は悪性皮膚腫瘍　3,230点
4　長径６センチメートル以上の良性又は悪性皮膚腫瘍　4,160点

Ｋ００７　皮膚悪性腫瘍切除術
1　広汎切除　28,210点
2　単純切除　11,000点
注　放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検（悪性黒色腫等に係るものに限る。）を併せて行った場合には、センチネルリンパ節加算として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該手術に用いた色素の費用は、算定しない。

Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術　10,000点
Ｋ００７－３　放射線治療用合成吸収性材料留置術　14,290点

Ｋ００８　腋臭症手術
1　皮弁法　6,870点
2　皮膚有毛部切除術　3,000点
3　その他のもの　1,660点
（形成）

Ｋ００９　皮膚剥削術
1　25平方センチメートル未満　1,810点
2　25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満　4,370点
3　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　9,610点
4　200平方センチメートル以上　13,640点

Ｋ０１０　瘢痕拘縮形成手術
1　顔面　12,660点
2　その他　8,060点

Ｋ０１１　顔面神経麻痺形成手術
1　静的なもの　19,110点
2　動的なもの　64,350点

Ｋ０１２　削除

Ｋ０１３　分層植皮術
1　25平方センチメートル未満　3,520点
2　25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満　6,270点
3　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　9,000点
4　200平方センチメートル以上　25,820点
注　広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。

Ｋ０１３－２　全層植皮術
1　25平方センチメートル未満　10,000点
2　25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満　12,500点
3　100平方センチメートル以上200平方センチメートル未満　28,210点
4　200平方センチメートル以上　40,290点

注　広範囲皮膚欠損の患者に対して行う場合は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。

Ｋ０１４　皮膚移植術（生体・培養）　6,110点

注１　生体皮膚又は培養皮膚移植を行った場合に算定する。

２　生体皮膚を移植した場合は、生体皮膚の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。

Ｋ０１４－２　皮膚移植術（死体）

１　200平方センチメートル未満　8,000点

２　200平方センチメートル以上500平方センチメートル未満　16,000点

３　500平方センチメートル以上1,000平方センチメートル未満　32,000点

４　1,000平方センチメートル以上3,000平方センチメートル未満　80,000点

５　3,000平方センチメートル以上　96,000点

Ｋ０１５　皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術

１　25平方センチメートル未満　4,510点

２　25平方センチメートル以上100平方センチメートル未満　13,720点

３　100平方センチメートル以上　22,310点

Ｋ０１６　動脈（皮）弁術、筋（皮）弁術　41,120点

Ｋ０１７　遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

１　乳房再建術の場合　100,670点

２　その他の場合　105,800点

Ｋ０１８　削除

Ｋ０１９　複合組織移植術　19,420点

Ｋ０１９－２　自家脂肪注入

１　50mＬ未満　22,900点

２　50mＬ以上100mＬ未満　30,530点

３　100mＬ以上　38,160点

Ｋ０２０　自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）　131,310点

Ｋ０２１　粘膜移植術

１　４平方センチメートル未満　6,510点

２　４平方センチメートル以上　7,820点

Ｋ０２１－２　粘膜弁手術

１　４平方センチメートル未満　13,190点

２　４平方センチメートル以上　13,460点

Ｋ０２２　組織拡張器による再建手術（一連につき）

１　乳房（再建手術）の場合　18,460点

２　その他の場合　19,400点

Ｋ０２２－２　象皮病根治手術

１　大腿　27,380点

２　下腿　23,400点

第２款　筋骨格系・四肢・体幹

区分

（筋膜、筋、腱、腱鞘）

Ｋ０２３　筋膜切離術、筋膜切開術　940点

Ｋ０２４　筋切離術　3,690点

Ｋ０２５　股関節内転筋切離術　6,370点

Ｋ０２６　股関節筋群解離術　12,140点

Ｋ０２６－２　股関節周囲筋腱解離術（変形性股関節症）　16,700点

注　変形性股関節症の患者に対して行われた場合に限り算定する。

Ｋ０２７　筋炎手術

１　腸腰筋、殿筋、大腿筋　2,060点

２　その他の筋　1,210点

Ｋ０２８　腱鞘切開術（関節鏡下によるものを含む。）　2,050点

Ｋ０２９　筋肉内異物摘出術　3,440点

Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術

１　肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹　7,390点

２　手、足　3,750点

Ｋ０３１　四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術

１　肩、上腕、前腕、大腿、下腿、躯幹　24,130点

２　手、足　12,870点

注　自家処理骨を用いた再建を行った場合は、処理骨再建加算として、15,000点を所定点数に加算する。

Ｋ０３２　削除

Ｋ０３３　筋膜移植術

１　指（手、足）　8,720点

２　その他のもの　10,310点

Ｋ０３４　腱切離・切除術（関節鏡下によるものを含む。）　4,290点

Ｋ０３５　腱剥離術（関節鏡下によるものを含む。）　13,580点

Ｋ０３５－２　腱滑膜切除術　9,060点

Ｋ０３６　削除

Ｋ０３７　腱縫合術　13,580点

注　前腕から手根部の２指以上の腱縫合を実施した場合は、複数縫合加算として１指を追加するごとに所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は１側当たり３指を超えないものとする。

Ｋ０３７－２　アキレス腱断裂手術　8,710点

Ｋ０３８　腱延長術　10,750点

Ｋ０３９　腱移植術（人工腱形成術を含む。）

１　指（手、足）　18,780点

２　その他のもの　23,860点

Ｋ０４０　腱移行術

１　指（手、足）　15,570点

２　その他のもの　18,080点

Ｋ０４０－２　指伸筋腱脱臼観血的整復術　13,610点

Ｋ０４０－３　腓骨筋腱腱鞘形成術　18,080点

Ｋ０４１　削除

（四肢骨）

Ｋ０４２　骨穿孔術　1,730点

Ｋ０４３　骨掻爬術

１　肩甲骨、上腕、大腿　12,270点

２　前腕、下腿　8,040点

３　鎖骨、膝蓋骨、手、足その他　3,590点

Ｋ０４３－２　削除

Ｋ０４３－３　削除

Ｋ０４４　骨折非観血的整復術

１　肩甲骨、上腕、大腿　1,600点

２　前腕、下腿　1,780点

３　鎖骨、膝蓋骨、手、足その他　1,440点

Ｋ０４５　骨折経皮的鋼線刺入固定術

１　肩甲骨、上腕、大腿　7,060点

２　前腕、下腿　4,100点

３　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他　2,190点

Ｋ０４６　骨折観血的手術

１　肩甲骨、上腕、大腿　18,810点
２　前腕、下腿、手舟状骨　15,980点
３　鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く。）、足、指（手、足）その他　11,370点
注　大腿骨近位部の骨折に対して、骨折後48時間以内に整復固定を行った場合は、緊急整復固定加算として、4,000点を所定点数に加算する。

Ｋ０４６－２　観血的整復固定術（インプラント周囲骨折に対するもの）
１　肩甲骨、上腕、大腿　23,420点
２　前腕、下腿　18,800点
３　手、足、指（手、足）　13,120点

Ｋ０４６－３　一時的創外固定骨折治療術　34,000点
Ｋ０４７　難治性骨折電磁波電気治療法（一連につき）　12,500点
Ｋ０４７－２　難治性骨折超音波治療法（一連につき）　12,500点
Ｋ０４７－３　超音波骨折治療法（一連につき）　4,620点
注　骨折観血的手術等が行われた後に本区分が行われた場合に限り算定する。

Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術
１　頭蓋、顔面（複数切開を要するもの）　12,100点
２　その他の頭蓋、顔面、肩甲骨、上腕、大腿　7,870点
３　前腕、下腿　5,200点
４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他　3,620点

Ｋ０４９　骨部分切除術
１　肩甲骨、上腕、大腿　5,900点
２　前腕、下腿　4,940点
３　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他　3,280点

Ｋ０５０　腐骨摘出術
１　肩甲骨、上腕、大腿　15,570点
２　前腕、下腿　12,510点
３　鎖骨、膝蓋骨、手、足その他　4,100点

Ｋ０５１　骨全摘術
１　肩甲骨、上腕、大腿　27,890点
２　前腕、下腿　15,570点
３　鎖骨、膝蓋骨、手、足その他　5,160点

Ｋ０５１－２　中手骨又は中足骨摘除術（２本以上）　5,160点
注　２本以上の骨に対して行われた場合に限り算定する。

Ｋ０５２　骨腫瘍切除術
１　肩甲骨、上腕、大腿　17,410点
２　前腕、下腿　9,370点
３　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他　4,340点

Ｋ０５２－２　削除
Ｋ０５２－３　削除

Ｋ０５３　骨悪性腫瘍手術
１　肩甲骨、上腕、大腿　36,460点
２　前腕、下腿　32,040点
３　鎖骨、膝蓋骨、手、足その他　22,010点
注　自家処理骨を用いた再建を行った場合は、処理骨再建加算として、15,000点を所定点数に加算する。

Ｋ０５４　骨切り術
１　肩甲骨、上腕、大腿　28,210点
２　前腕、下腿　22,680点
３　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他　8,150点
注　先天異常による上腕又は前腕の骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術において、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、9,000点を所定点数に加算する。

Ｋ０５４－２　脛骨近位骨切り術　28,300点

Ｋ０５５　削除
Ｋ０５５－２　大腿骨頭回転骨切り術　44,070点
Ｋ０５５－３　大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術　37,570点

Ｋ０５６　偽関節手術
１　肩甲骨、上腕、大腿　30,310点
２　前腕、下腿、手舟状骨　28,210点
３　鎖骨、膝蓋骨、手（舟状骨を除く。）、足、指（手、足）その他　15,570点

Ｋ０５６－２　難治性感染性偽関節手術（創外固定器によるもの）　48,820点

Ｋ０５７　変形治癒骨折矯正手術
１　肩甲骨、上腕、大腿　34,400点
２　前腕、下腿　30,860点
３　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他　15,770点
注　上腕又は前腕について、患者適合型の変形矯正ガイドを用いて実施した場合は、患者適合型変形矯正ガイド加算として、9,000点を所定点数に加算する。

Ｋ０５８　骨長調整手術
１　骨端軟骨発育抑制術　16,340点
２　骨短縮術　15,200点
３　骨延長術（指（手、足））　16,390点
４　骨延長術（指（手、足）以外）　29,370点

Ｋ０５９　骨移植術（軟骨移植術を含む。）
１　自家骨移植　16,830点
２　同種骨移植（生体）　28,660点
３　同種骨移植（非生体）
イ　同種骨移植（特殊なもの）　39,720点
ロ　その他の場合　21,050点
４　自家培養軟骨移植術　14,030点
注　骨提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ０５９－２　関節鏡下自家骨軟骨移植術　22,340点
（四肢関節、靱帯）

Ｋ０６０　関節切開術
１　肩、股、膝　3,600点
２　胸鎖、肘、手、足　1,280点
３　肩鎖、指（手、足）　680点

Ｋ０６０－２　肩甲関節周囲沈着石灰摘出術
１　観血的に行うもの　8,640点
２　関節鏡下で行うもの　12,720点

Ｋ０６０－３　化膿性又は結核性関節炎掻爬術
１　肩、股、膝　20,020点
２　胸鎖、肘、手、足　13,130点
３　肩鎖、指（手、足）　3,330点

Ｋ０６１　関節脱臼非観血的整復術
１　肩、股、膝　1,800点
２　胸鎖、肘、手、足　1,560点
３　肩鎖、指（手、足）、小児肘内障　960点

Ｋ０６２　先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側）
１　リーメンビューゲル法　2,050点
２　その他　2,950点

Ｋ０６３　関節脱臼観血的整復術
１　肩、股、膝　28,210点

2　胸鎖、肘、手、足	18,810点
3　肩鎖、指（手、足）	15,080点
Ｋ０６４　先天性股関節脱臼観血的整復術	23,240点
Ｋ０６５　関節内異物（挿入物を含む。）除去術	
1　肩、股、膝	12,540点
2　胸鎖、肘、手、足	4,600点
3　肩鎖、指（手、足）	2,950点
Ｋ０６５－２　関節鏡下関節内異物（挿入物を含む。）除去術	
1　肩、股、膝	13,950点
2　胸鎖、肘、手、足	12,300点
3　肩鎖、指（手、足）	7,930点
Ｋ０６６　関節滑膜切除術	
1　肩、股、膝	17,750点
2　胸鎖、肘、手、足	11,200点
3　肩鎖、指（手、足）	8,880点
Ｋ０６６－２　関節鏡下関節滑膜切除術	
1　肩、股、膝	17,610点
2　胸鎖、肘、手、足	17,030点
3　肩鎖、指（手、足）	16,060点
Ｋ０６６－３　滑液膜摘出術	
1　肩、股、膝	17,750点
2　胸鎖、肘、手、足	11,200点
3　肩鎖、指（手、足）	7,930点
Ｋ０６６－４　関節鏡下滑液膜摘出術	
1　肩、股、膝	17,610点
2　胸鎖、肘、手、足	17,030点
3　肩鎖、指（手、足）	16,060点
Ｋ０６６－５　膝蓋骨滑液嚢切除術	11,200点
Ｋ０６６－６　関節鏡下膝蓋骨滑液嚢切除術	17,030点
Ｋ０６６－７　掌指関節滑膜切除術	7,930点
Ｋ０６６－８　関節鏡下掌指関節滑膜切除術	16,060点
Ｋ０６７　関節鼠摘出手術	
1　肩、股、膝	15,600点
2　胸鎖、肘、手、足	10,580点
3　肩鎖、指（手、足）	3,970点
Ｋ０６７－２　関節鏡下関節鼠摘出手術	
1　肩、股、膝	17,780点
2　胸鎖、肘、手、足	19,100点
3　肩鎖、指（手、足）	12,000点
Ｋ０６８　半月板切除術	9,200点
Ｋ０６８－２　関節鏡下半月板切除術	15,090点
Ｋ０６９　半月板縫合術	11,200点
Ｋ０６９－２　関節鏡下三角線維軟骨複合体切除・縫合術	16,730点
Ｋ０６９－３　関節鏡下半月板縫合術	18,810点
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術	
1　手、足、指（手、足）	3,050点
2　その他（ヒグローム摘出術を含む。）	3,190点
Ｋ０７１　削除	
Ｋ０７２　関節切除術	
1　肩、股、膝	23,280点
2　胸鎖、肘、手、足	16,070点
3　肩鎖、指（手、足）	6,800点
Ｋ０７３　関節内骨折観血的手術	
1　肩、股、膝、肘	20,760点
2　胸鎖、手、足	17,070点
3　肩鎖、指（手、足）	11,990点
Ｋ０７３－２　関節鏡下関節内骨折観血的手術	
1　肩、股、膝、肘	27,720点
2　胸鎖、手、足	22,690点
3　肩鎖、指（手、足）	14,360点
Ｋ０７４　靭帯断裂縫合術	
1　十字靭帯	17,070点
2　膝側副靭帯	16,560点
3　指（手、足）その他の靭帯	7,600点
Ｋ０７４－２　関節鏡下靭帯断裂縫合術	
1　十字靭帯	24,170点
2　膝側副靭帯	16,510点
3　指（手、足）その他の靭帯	15,720点
Ｋ０７５　非観血的関節授動術	
1　肩、股、膝	1,590点
2　胸鎖、肘、手、足	1,260点
3　肩鎖、指（手、足）	490点
Ｋ０７６　観血的関節授動術	
1　肩、股、膝	38,890点
2　胸鎖、肘、手、足	28,210点
3　肩鎖、指（手、足）	10,150点
Ｋ０７６－２　関節鏡下関節授動術	
1　肩、股、膝	46,660点
2　胸鎖、肘、手、足	33,850点
3　肩鎖、指（手、足）	10,150点
Ｋ０７７　観血的関節制動術	
1　肩、股、膝	27,380点
2　胸鎖、肘、手、足	16,040点
3　肩鎖、指（手、足）	5,550点
Ｋ０７８　観血的関節固定術	
1　肩、股、膝	21,640点
2　胸鎖、肘、手、足	22,300点
3　肩鎖、指（手、足）	8,640点
Ｋ０７９　靭帯断裂形成手術	
1　十字靭帯	28,210点
2　膝側副靭帯	18,810点
3　指（手、足）その他の靭帯	16,350点
Ｋ０７９－２　関節鏡下靭帯断裂形成手術	
1　十字靭帯	34,980点
2　膝側副靭帯	17,280点
3　指（手、足）その他の靭帯	18,250点
4　内側膝蓋大腿靭帯	24,210点
注　１について、前十字靭帯及び後十字靭帯に対して一期的に形成術を実施した場合は、一期的両靭帯形成加算として、5,000点を所定点数に加算する。	
Ｋ０８０　関節形成手術	
1　肩、股、膝	45,720点
2　胸鎖、肘、手、足	28,210点

3　肩鎖、指（手、足）	14,050点
注　関節挿入膜を患者の筋膜から作成した場合は、880点を所定点数に加算する。	
Ｋ０８０－２　内反足手術	25,930点
Ｋ０８０－３　肩腱板断裂手術	
1　簡単なもの	18,700点
2　複雑なもの	24,310点
Ｋ０８０－４　関節鏡下肩腱板断裂手術	
1　簡単なもの	27,040点
2　簡単なもの（上腕二頭筋腱の固定を伴うもの）	37,490点
3　複雑なもの	38,670点
Ｋ０８０－５　関節鏡下肩関節唇形成術	
1　腱板断裂を伴うもの	45,200点
2　腱板断裂を伴わないもの	32,160点
Ｋ０８０－６　関節鏡下股関節唇形成術	44,830点
Ｋ０８０－７　上腕二頭筋腱固定術	
1　観血的に行うもの	18,080点
2　関節鏡下で行うもの	23,370点
Ｋ０８１　人工骨頭挿入術	
1　肩、股	19,500点
2　肘、手、足	18,810点
3　指（手、足）	10,880点
注　大腿骨近位部の骨折に対して、骨折後48時間以内に人工骨頭の挿入を行った場合は、緊急挿入加算として、4,000点を所定点数に加算する。	
Ｋ０８２　人工関節置換術	
1　肩、股、膝	37,690点
2　胸鎖、肘、手、足	28,210点
3　肩鎖、指（手、足）	15,970点
Ｋ０８２－２　人工関節抜去術	
1　肩、股、膝	30,230点
2　胸鎖、肘、手、足	23,650点
3　肩鎖、指（手、足）	15,990点
Ｋ０８２－３　人工関節再置換術	
1　肩、股、膝	54,810点
2　胸鎖、肘、手、足	34,190点
3　肩鎖、指（手、足）	21,930点
Ｋ０８２－４　自家肋骨肋軟骨関節全置換術	91,500点
Ｋ０８２－５　人工距骨全置換術	27,210点
Ｋ０８２－６　人工股関節摺動面交換術	25,000点
Ｋ０８３　鋼線等による直達牽引（初日。観血的に行った場合の手技料を含む。）（１局所につき）	3,620点
注　介達牽引又は消炎鎮痛等処置と併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。	
Ｋ０８３－２　内反足足板挺子固定	2,030点
注　介達牽引又は消炎鎮痛等処置と併せて行った場合は、内反足足板挺子固定の所定点数のみにより算定する。	
（四肢切断、離断、再接合）	
Ｋ０８４　四肢切断術（上腕、前腕、手、大腿、下腿、足）	24,320点
Ｋ０８４－２　肩甲帯離断術	36,500点
Ｋ０８５　四肢関節離断術	
1　肩、股、膝	31,000点
2　肘、手、足	11,360点
3　指（手、足）	3,330点
Ｋ０８６　断端形成術（軟部形成のみのもの）	
1　指（手、足）	2,770点
2　その他	3,300点
Ｋ０８７　断端形成術（骨形成を要するもの）	
1　指（手、足）	7,410点
2　その他	10,630点
Ｋ０８８　切断四肢再接合術	
1　四肢	144,680点
2　指（手、足）	81,900点
（手、足）	
Ｋ０８９　爪甲除去術	770点
Ｋ０９０　ひょう疽手術	
1　軟部組織のもの	1,190点
2　骨、関節のもの	1,280点
Ｋ０９０－２　風棘手術	990点
Ｋ０９１　陥入爪手術	
1　簡単なもの	1,400点
2　爪床爪母の形成を伴う複雑なもの	2,490点
Ｋ０９２　削除	
Ｋ０９３　手根管開放手術	4,110点
Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術	10,400点
Ｋ０９４　足三関節固定（ランブリヌディ）手術	27,890点
Ｋ０９５　削除	
Ｋ０９６　手掌、足底腱膜切離・切除術	
1　鏡視下によるもの	4,340点
2　その他のもの	2,750点
Ｋ０９６－２　体外衝撃波疼痛治療術（一連につき）	5,000点
Ｋ０９７　手掌、足底異物摘出術	3,190点
Ｋ０９８　手掌屈筋腱縫合術	13,300点
Ｋ０９９　指瘢痕拘縮手術	8,150点
Ｋ０９９－２　デュプイトレン拘縮手術	
1　１指	10,430点
2　２指から３指	22,480点
3　４指以上	32,710点
Ｋ１００　多指症手術	
1　軟部形成のみのもの	2,640点
2　骨関節、腱の形成を要するもの	15,570点
Ｋ１０１　合指症手術	
1　軟部形成のみのもの	9,770点
2　骨関節、腱の形成を要するもの	15,570点
Ｋ１０１－２　指癒着症手術	
1　軟部形成のみのもの	7,320点
2　骨関節、腱の形成を要するもの	13,910点
Ｋ１０２　巨指症手術	
1　軟部形成のみのもの	8,720点
2　骨関節、腱の形成を要するもの	21,240点
Ｋ１０３　屈指症手術、斜指症手術	
1　軟部形成のみのもの	13,810点
2　骨関節、腱の形成を要するもの	15,570点
Ｋ１０４　削除	

Ｋ１０５　裂手、裂足手術　27,890点
Ｋ１０６　母指化手術　35,610点
Ｋ１０７　指移植手術　116,670点
Ｋ１０８　母指対立再建術　22,740点
Ｋ１０９　神経血管柄付植皮術（手、足）　40,460点
Ｋ１１０　第四足指短縮症手術　10,790点
Ｋ１１０－２　第一足指外反症矯正手術　10,790点
Ｋ１１１　削除
（脊柱、骨盤）
Ｋ１１２　腸骨窩膿瘍切開術　4,670点
Ｋ１１３　腸骨窩膿瘍掻爬術　13,920点
Ｋ１１４及びＫ１１５　削除
Ｋ１１６　脊椎、骨盤骨掻爬術　17,170点
Ｋ１１７　脊椎脱臼非観血的整復術　2,570点
Ｋ１１７－２　頸椎非観血的整復術　2,570点
Ｋ１１７－３　削除
Ｋ１１８　脊椎、骨盤脱臼観血的手術　31,030点
Ｋ１１９　仙腸関節脱臼観血的手術　24,320点
Ｋ１２０　恥骨結合離開観血的手術　7,890点
Ｋ１２０－２　恥骨結合離開非観血的整復固定術　1,580点
Ｋ１２１　骨盤骨折非観血的整復術　2,570点
Ｋ１２２及びＫ１２３　削除
Ｋ１２４　腸骨翼骨折観血的手術　15,760点
Ｋ１２４－２　寛骨臼骨折観血的手術　58,840点
Ｋ１２５　骨盤骨折観血的手術（腸骨翼骨折観血的手術及び寛骨臼骨折観血的手術を除く。）　32,110点
Ｋ１２６　脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除によるもの）
１　棘突起、腸骨翼　3,150点
２　その他のもの　4,510点
Ｋ１２６－２　自家培養軟骨組織採取術　4,510点
Ｋ１２７　削除
Ｋ１２８　脊椎、骨盤内異物（挿入物）除去術　13,520点
Ｋ１２９からＫ１３１まで　削除
Ｋ１３１－２　内視鏡下椎弓切除術　17,300点
注　２椎弓以上について切除を行う場合は、１椎弓を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は４椎弓を超えないものとする。
Ｋ１３２　削除
Ｋ１３３　黄色靭帯骨化症手術　28,730点
Ｋ１３３－２　後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）　78,500点
Ｋ１３４　椎間板摘出術
１　前方摘出術　40,180点
２　後方摘出術　23,520点
３　側方摘出術　28,210点
４　経皮的髄核摘出術　15,310点
注　２について、２以上の椎間板の摘出を行う場合には、１椎間を増すごとに、複数椎間板加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は４椎間を超えないものとする。
Ｋ１３４－２　内視鏡下椎間板摘出（切除）術
１　前方摘出術　75,600点
２　後方摘出術　30,390点
注　２について、２以上の椎間板の摘出を行う場合には、１椎間を増すごとに、複数椎間板加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は２椎間を超えないものとする。
Ｋ１３４－３　人工椎間板置換術（頸椎）　40,460点
注　２の椎間板の置換を行う場合には、２椎間板加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。
Ｋ１３４－４　椎間板内酵素注入療法　5,350点
Ｋ１３５　脊椎、骨盤腫瘍切除術　36,620点
Ｋ１３６　脊椎、骨盤悪性腫瘍手術　101,330点
Ｋ１３６－２　腫瘍脊椎骨全摘術　113,830点
Ｋ１３７　骨盤切断術　48,650点
Ｋ１３８　脊椎披裂手術
１　神経処置を伴うもの　29,370点
２　その他のもの　22,780点
Ｋ１３９　脊椎骨切り術　60,330点
Ｋ１４０　骨盤骨切り術　36,990点
Ｋ１４１　臼蓋形成手術　28,220点
Ｋ１４１－２　寛骨臼移動術　40,040点
Ｋ１４１－３　脊椎制動術　16,810点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ１４２　脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）
１　前方椎体固定　41,710点
２　後方又は後側方固定　32,890点
３　後方椎体固定　41,160点
４　前方後方同時固定　74,580点
５　椎弓切除　13,310点
６　椎弓形成　24,260点
注１　椎間又は椎弓が併せて２以上の場合は、１椎間又は１椎弓を追加するごとに、追加した当該椎間又は当該椎弓に実施した手術のうち主たる手術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は椎間又は椎弓を併せて４を超えないものとする。
２　２から４までに掲げる手術の所定点数には、注１の規定にかかわらず、当該手術を実施した椎間に隣接する椎弓に係る５及び６に掲げる手術の所定点数が含まれる。
Ｋ１４２－２　脊椎側彎症手術
１　固定術　55,950点
２　矯正術
イ　初回挿入　112,260点
ロ　交換術　48,650点
ハ　伸展術　20,540点
注　１及び２のロ（胸郭変形矯正用材料を用いた場合に限る。）について、椎間が２以上の場合は、１椎間を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は４椎間を超えないものとする。
Ｋ１４２－３　内視鏡下脊椎固定術（胸椎又は腰椎前方固定）　101,910点
注　椎間が２以上の場合は、１椎間を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は４椎間を超えないものとする。
Ｋ１４２－４　経皮的椎体形成術　19,960点
注１　複数椎体に行った場合は、１椎体を増すごとに所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。ただし、加算は４椎体を超えないものとする。
２　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ１４２－５　内視鏡下椎弓形成術　30,390点

Ｋ１４２－６　歯突起骨折骨接合術　23,750点
Ｋ１４２－７　腰椎分離部修復術　28,210点
Ｋ１４２－８　顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術　24,560点
Ｋ１４３　仙腸関節固定術　29,190点
Ｋ１４４　体外式脊椎固定術　25,800点

第３款　神経系・頭蓋

通則

本款各区分に掲げる手術に当たって神経内視鏡を使用した場合の費用は、所定点数に含まれるものとする。

区分

（頭蓋、脳）

Ｋ１４５　穿頭脳室ドレナージ術　2,330点
Ｋ１４５－２　皮下髄液貯溜槽留置術　5,290点
Ｋ１４６　頭蓋開溝術　17,310点
Ｋ１４７　穿頭術（トレパナチオン）　1,840点
Ｋ１４７－２　頭蓋内モニタリング装置挿入術　6,310点
Ｋ１４８　試験開頭術　15,850点
Ｋ１４９　減圧開頭術
　１　キアリ奇形、脊髄空洞症の場合　28,280点
　２　その他の場合　26,470点
Ｋ１４９－２　後頭蓋窩減圧術　31,000点
Ｋ１５０　脳膿瘍排膿術　21,470点
Ｋ１５１　削除
Ｋ１５１－２　広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術　216,230点
Ｋ１５２　耳性頭蓋内合併症手術　56,950点
Ｋ１５２－２　耳科的硬脳膜外膿瘍切開術　49,520点
Ｋ１５３　鼻性頭蓋内合併症手術　52,870点
Ｋ１５４　機能的定位脳手術
　１　片側の場合　52,300点
　２　両側の場合　94,500点
Ｋ１５４－２　顕微鏡使用によるてんかん手術（焦点切除術、側頭葉切除術、脳梁離断術）　131,630点
Ｋ１５４－３　定位脳腫瘍生検術　20,040点
Ｋ１５４－４　集束超音波による機能的定位脳手術　105,000点
Ｋ１５５　脳切截術（開頭して行うもの）　19,600点
Ｋ１５６　延髄における脊髄視床路切截術　40,950点
Ｋ１５７　三叉神経節後線維切截術　36,290点
Ｋ１５８　視神経管開放術　36,290点
Ｋ１５９　顔面神経減圧手術（乳様突起経由）　44,500点
Ｋ１５９－２　顔面神経管開放術　44,500点
Ｋ１６０　脳神経手術（開頭して行うもの）　37,620点
Ｋ１６０－２　頭蓋内微小血管減圧術　43,920点
Ｋ１６１　頭蓋骨腫瘍摘出術　23,490点
Ｋ１６２　頭皮、頭蓋骨悪性腫瘍手術　36,290点
Ｋ１６３　頭蓋骨膜下血腫摘出術　10,680点
Ｋ１６４　頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）
　１　硬膜外のもの　35,790点
　２　硬膜下のもの　36,970点
　３　脳内のもの　47,020点
Ｋ１６４－２　慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術　10,900点
Ｋ１６４－３　脳血管塞栓（血栓）摘出術　37,560点
Ｋ１６４－４　定位的脳内血腫除去術　18,220点
Ｋ１６４－５　内視鏡下脳内血腫除去術　47,020点
Ｋ１６５　脳内異物摘出術　45,630点
Ｋ１６６　脳膿瘍全摘術　36,500点
Ｋ１６７　頭蓋内腫瘤摘出術　61,720点
Ｋ１６８　脳切除術　36,290点
Ｋ１６９　頭蓋内腫瘍摘出術
　１　松果体部腫瘍　158,100点
　２　その他のもの　132,130点
　注１　脳腫瘍覚醒下マッピングを用いて実施した場合は、脳腫瘍覚醒下マッピング加算として、4,500点を所定点数に加算する。
　２　原発性悪性脳腫瘍に対する頭蓋内腫瘍摘出術において、タラポルフィンナトリウムを投与した患者に対しＰＤＴ半導体レーザを用いて光線力学療法を実施した場合は、原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算として、18,000点を所定点数に加算する。
　３　２について、同一手術室内において術中にＭＲＩを撮影した場合は、術中ＭＲＩ撮影加算として、3,990点を所定点数に加算する。
Ｋ１６９－２　内視鏡下脳腫瘍生検術　80,000点
Ｋ１６９－３　内視鏡下脳腫瘍摘出術　100,000点
Ｋ１７０　経耳的聴神経腫瘍摘出術　76,890点
Ｋ１７１　経鼻的下垂体腫瘍摘出術　87,200点
Ｋ１７１－２　内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術
　１　下垂体腫瘍　110,970点
　２　頭蓋底脳腫瘍（下垂体腫瘍を除く。）　126,120点
　注　同一手術室内において術中にＭＲＩを撮影した場合は、術中ＭＲＩ撮影加算として、3,990点を所定点数に加算する。
Ｋ１７２　脳動静脈奇形摘出術
　１　単純なもの　141,830点
　２　複雑なもの　179,830点
Ｋ１７３　脳・脳膜脱手術　36,290点
Ｋ１７４　水頭症手術
　１　脳室穿破術（神経内視鏡手術によるもの）　38,840点
　２　シャント手術　24,310点
　３　シャント再建術
　イ　頭側のもの　15,850点
　ロ　腹側のもの　6,600点
　ハ　頭側及び腹側のもの　19,150点
Ｋ１７４－２　髄液シャント抜去術　1,680点
Ｋ１７５　脳動脈瘤被包術
　１　１箇所　82,020点
　２　２箇所以上　94,040点
Ｋ１７６　脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭して行うもの）
　１　１箇所　82,730点
　２　２箇所以上　108,200点
　注１　ローフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、ローフローバイパス術併用加算として、16,060点を所定点数に加算する。
　２　ハイフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、ハイフローバイパス術併用加算として、30,000点を所定点数に加算する。
Ｋ１７７　脳動脈瘤頸部クリッピング
　１　１箇所　114,070点
　２　２箇所以上　128,400点

注１　ローフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、ローフローバイパス術併用加算として、16,060点を所定点数に加算する。
２　ハイフローバイパス術による頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合は、ハイフローバイパス術併用加算として、30,000点を所定点数に加算する。

Ｋ１７８　脳血管内手術
１　１箇所　66,270点
２　２箇所以上　84,800点
３　脳血管内ステントを用いるもの　82,850点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ１７８－２　経皮的脳血管形成術　39,780点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ１７８－３　経皮的選択的脳血栓・塞栓溶解術
１　頭蓋内脳血管の場合　36,280点
２　頸部脳血管の場合（内頸動脈、椎骨動脈）　25,880点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ１７８－４　経皮的脳血栓回収術　33,150点
Ｋ１７８－５　経皮的脳血管ステント留置術　35,560点
Ｋ１７９　髄液漏閉鎖術　39,380点
Ｋ１８０　頭蓋骨形成手術
１　頭蓋骨のみのもの　17,530点
２　硬膜形成を伴うもの　23,660点
３　骨移動を伴うもの　40,950点
注　３については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。

Ｋ１８１　脳刺激装置植込術
１　片側の場合　65,100点
２　両側の場合　71,350点

Ｋ１８１－２　脳刺激装置交換術　14,270点
Ｋ１８１－３　頭蓋内電極抜去術　12,880点
Ｋ１８１－４　迷走神経刺激装置植込術　28,030点
Ｋ１８１－５　迷走神経刺激装置交換術　14,270点
Ｋ１８１－６　頭蓋内電極植込術
１　硬膜下電極によるもの　65,100点
２　脳深部電極によるもの
イ　７本未満の電極による場合　71,350点
ロ　７本以上の電極による場合　96,850点
（脊髄、末梢神経、交感神経）

Ｋ１８２　神経縫合術
１　指（手、足）　15,160点
２　その他のもの　24,510点

Ｋ１８２－２　神経交差縫合術
１　指（手、足）　43,580点
２　その他のもの　46,180点

Ｋ１８２－３　神経再生誘導術
１　指（手、足）　12,640点
２　その他のもの　21,590点

Ｋ１８３　脊髄硬膜切開術　25,840点
Ｋ１８３－２　空洞・くも膜下腔シャント術（脊髄空洞症に対するもの）　26,450点
Ｋ１８４　減圧脊髄切開術　26,960点
Ｋ１８５　脊髄切截術　38,670点
Ｋ１８６　脊髄硬膜内神経切断術　38,670点
Ｋ１８７　脊髄視床路切截術　42,370点

Ｋ１８８　神経剥離術
１　鏡視下によるもの　14,170点
２　その他のもの　10,900点

Ｋ１８８－２　硬膜外腔癒着剥離術　11,000点
Ｋ１８８－３　癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）　38,790点
Ｋ１８９　脊髄ドレナージ術　460点
Ｋ１９０　脊髄刺激装置植込術
１　脊髄刺激電極を留置した場合　24,200点
２　ジェネレーターを留置した場合　16,100点
注　脊髄刺激電極を２本留置する場合は、8,000点を所定点数に加算する。

Ｋ１９０－２　脊髄刺激装置交換術　15,650点
Ｋ１９０－３　重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ設置術　37,130点
Ｋ１９０－４　重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ交換術　7,290点
Ｋ１９０－５　重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ薬剤再充填　780点
注　１月に１回に限り算定する。

Ｋ１９０－６　仙骨神経刺激装置植込術
１　脊髄刺激電極を留置した場合　24,200点
２　ジェネレーターを留置した場合　16,100点

Ｋ１９０－７　仙骨神経刺激装置交換術　13,610点
Ｋ１９０－８　舌下神経電気刺激装置植込術　28,030点
Ｋ１９１　脊髄腫瘍摘出術
１　髄外のもの　62,000点
２　髄内のもの　118,230点

Ｋ１９２　脊髄血管腫摘出術　106,460点
Ｋ１９３　神経腫切除術
１　指（手、足）　5,770点
２　その他のもの　10,770点
注　神経腫が２個以上の場合は、神経腫を１個増すごとに、指（手、足）の場合は2,800点を、その他の場合は4,000点を所定点数に加算する。

Ｋ１９３－２　レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部）
１　長径２センチメートル未満　1,660点
２　長径２センチメートル以上４センチメートル未満　3,670点
３　長径４センチメートル以上　4,360点

Ｋ１９３－３　レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部以外）
１　長径３センチメートル未満　1,280点
２　長径３センチメートル以上６センチメートル未満　3,230点
３　長径６センチメートル以上　4,160点

Ｋ１９４　神経捻除術
１　後頭神経　4,410点
２　上眼窩神経　4,410点
３　眼窩下神経　4,410点
４　おとがい神経　4,410点
５　下顎神経　7,750点

Ｋ１９４－２　横隔神経麻痺術　4,410点
Ｋ１９４－３　眼窩下孔部神経切断術　4,410点
Ｋ１９４－４　おとがい孔部神経切断術　4,410点
Ｋ１９５　交感神経切除術
１　頸動脈周囲　8,810点
２　股動脈周囲　8,810点

Ｋ１９５－２　尾動脈腺摘出術　7,750点
Ｋ１９６　交感神経節切除術

1　頸部	26,030点
2　胸部	16,340点
3　腰部	17,530点
K196－2　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	18,500点
K196－3　ストッフェル手術	12,490点
K196－4　閉鎖神経切除術	12,490点
K196－5　末梢神経遮断（挫滅又は切断）術（浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経に限る。）	12,490点
K197　神経移行術	23,660点
K198　神経移植術	23,520点

第４款　眼

区分

（涙道）

K199　涙点、涙小管形成術	660点
K200　涙嚢切開術	830点
K200－2　涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術	760点
K201　先天性鼻涙管閉塞開放術	3,720点
K202　涙管チューブ挿入術	
1　涙道内視鏡を用いるもの	2,350点
2　その他のもの	1,810点
K203　涙嚢摘出術	4,590点
K204　涙嚢鼻腔吻合術	23,490点
K205　涙嚢瘻管閉鎖術	3,720点
K206　涙小管形成手術	16,730点

（眼瞼）

K207　瞼縁縫合術（瞼板縫合術を含む。）	1,580点
K208　麦粒腫切開術	410点
K209　眼瞼膿瘍切開術	570点
K209－2　外眥切開術	570点
K210　削除	
K211　睫毛電気分解術（毛根破壊）	560点
K212　兎眼矯正術	6,700点
K213　マイボーム腺梗塞摘出術、マイボーム腺切開術	440点
K214　霰粒腫摘出術	700点
K215　瞼板切除術（巨大霰粒腫摘出）	1,730点
K215－2　眼瞼結膜腫瘍手術	5,140点
K216　眼瞼結膜悪性腫瘍手術	11,900点
K217　眼瞼内反症手術	
1　縫合法	1,990点
2　皮膚切開法	2,590点
3　眼瞼下制筋前転法	4,230点
K218　眼瞼外反症手術	4,400点
K219　眼瞼下垂症手術	
1　眼瞼挙筋前転法	7,200点
2　筋膜移植法	18,530点
3　その他のもの	6,070点

（結膜）

K220　結膜縫合術	1,410点
K221　結膜結石除去術	
1　少数のもの（１眼瞼ごと）	260点
2　多数のもの（１眼瞼ごと）	390点
K222　結膜下異物除去術	470点
K223　結膜嚢形成手術	
1　部分形成	2,250点
2　皮膚及び結膜の形成	14,960点
3　全部形成（皮膚又は粘膜の移植を含む。）	16,730点
K223－2　内眥形成術	16,730点
K224　翼状片手術（弁の移植を要するもの）	3,650点
K225　結膜腫瘍冷凍凝固術	800点
K225－2　結膜腫瘍摘出術	6,290点
K225－3　結膜肉芽腫摘除術	800点
K225－4　角結膜悪性腫瘍切除術	6,290点

（眼窩、涙腺）

K226　眼窩膿瘍切開術	1,390点
K227　眼窩骨折観血的手術（眼窩ブローアウト骨折手術を含む。）	14,960点
K228　眼窩骨折整復術	29,170点
K229　眼窩内異物除去術（表在性）	8,240点
K230　眼窩内異物除去術（深在性）	
1　視神経周囲、眼窩尖端	27,460点
2　その他	14,960点
K231及びK232　削除	
K233　眼窩内容除去術	16,980点
K234　眼窩内腫瘍摘出術（表在性）	6,770点
K235　眼窩内腫瘍摘出術（深在性）	45,230点
K236　眼窩悪性腫瘍手術	51,940点
K237　眼窩縁形成手術（骨移植によるもの）	19,300点

（眼球、眼筋）

K238　削除	
K239　眼球内容除去術	6,130点
K240　削除	
K241　眼球摘出術	3,670点
K242　斜視手術	
1　前転法	4,280点
2　後転法	4,200点
3　前転法及び後転法の併施	10,970点
4　斜筋手術	9,970点
5　直筋の前後転法及び斜筋手術の併施	12,300点
6　調節糸法	12,060点
K243　義眼台包埋術	8,010点
K244　眼筋移動術	19,330点
K245　眼球摘出及び組織又は義眼台充填術	8,790点

（角膜、強膜）

K246　角膜・強膜縫合術	3,580点
K247　削除	
K248　角膜新生血管手術（冷凍凝固術を含む。）	980点
K248－2　顕微鏡下角膜抜糸術	950点
K249　角膜潰瘍掻爬術、角膜潰瘍焼灼術	1,190点
K250　角膜切開術	990点
K251　削除	
K252　角膜・強膜異物除去術	640点
K253　削除	
K254　治療的角膜切除術	

1　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るもの
に限る。）　10,000点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は、算定しない。
2　その他のもの　2,650点
K255　強角膜潰瘍穿孔閉鎖術　11,610点
K256　角膜潰瘍結膜被覆術　2,650点
K257　角膜表面除去併用結膜被覆術　8,300点
K258　削除
K259　角膜移植術　52,600点
注1　レーザーによる場合は、レーザー使用加算として、所定点数に5,500点を加算
する。
2　内皮移植による角膜移植を実施した場合は、内皮移植加算として、8,000点を
所定点数に加算する。
K259－2　自家培養上皮移植術　52,600点
K260　強膜移植術　18,810点
K260－2　羊膜移植術　10,530点
K261　角膜形成手術　3,060点
K262　削除
（ぶどう膜）
K263及びK264　削除
K265　虹彩腫瘍切除術　20,140点
K266　毛様体腫瘍切除術、脈絡膜腫瘍切除術　35,820点
K267　削除
K268　緑内障手術
1　虹彩切除術　4,740点
2　流出路再建術
イ　眼内法　14,490点
ロ　その他のもの　19,020点
3　濾過手術　23,600点
4　緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのないもの）　34,480点
5　緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの）　45,480点
6　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術　27,990点
7　濾過胞再建術（needle法）　3,440点
K269　虹彩整復・瞳孔形成術　4,730点
K270　虹彩光凝固術　6,620点
K271　毛様体光凝固術　5,600点
K272　毛様体冷凍凝固術　2,160点
K273　隅角光凝固術　9,660点
（眼房、網膜）
K274　前房、虹彩内異物除去術　8,800点
K275　網膜復位術　34,940点
K276　網膜光凝固術
1　通常のもの（一連につき）　10,020点
2　その他特殊なもの（一連につき）　15,960点
K277　網膜冷凍凝固術　15,750点
K277－2　黄斑下手術　47,150点
（水晶体、硝子体）
K278　硝子体注入・吸引術　2,280点
K279　硝子体切除術　15,560点
K280　硝子体茎頭微鑷下離断術
1　網膜付着組織を含むもの　38,950点
2　その他のもの　29,720点
K280－2　網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）　47,780点
K281　増殖性硝子体網膜症手術　54,860点
K281－2　網膜再建術　69,880点
K282　水晶体再建術
1　眼内レンズを挿入する場合
イ　縫着レンズを挿入するもの　17,840点
ロ　その他のもの　12,100点
2　眼内レンズを挿入しない場合　7,430点
3　計画的後嚢切開を伴う場合　21,780点
注1　水晶体嚢拡張リングを使用した場合は、所定点数に1,600点を加算する。
2　1のイについて、水晶体偏位又は眼内レンズ偏位の患者に対して、高次収差解
析を行った場合は、手術の前後それぞれ1回に限り、高次収差解析加算として、
150点を所定点数に加算する。
K282－2　後発白内障手術　1,380点
K283　削除
K284　硝子体置換術　6,890点
第5款　耳鼻咽喉
区分
（外耳）
K285　耳介血腫開窓術　460点
K286　外耳道異物除去術
1　単純なもの　260点
2　複雑なもの　850点
K287　先天性耳瘻管摘出術　3,900点
K288　副耳（介）切除術　2,240点
K289　耳垂摘出術　1,000点
K290　外耳道骨増生（外骨腫）切除術　10,120点
K290－2　外耳道骨腫切除術　7,670点
K291　耳介腫瘍摘出術　4,730点
K292　外耳道腫瘍摘出術（外耳道真珠腫手術を含む。）　7,600点
K293　耳介悪性腫瘍手術　22,290点
K294　外耳道悪性腫瘍手術（悪性外耳道炎手術を含む。）　35,590点
K295　耳後瘻孔閉鎖術　4,000点
K296　耳介形成手術
1　耳介軟骨形成を要するもの　19,240点
2　耳介軟骨形成を要しないもの　9,960点
K297　外耳道形成手術　19,240点
K298　外耳道狭窄・閉鎖症手術　36,700点
K299　小耳症手術
1　軟骨移植による耳介形成手術　62,880点
2　耳介挙上　14,740点
（中耳）
K300　鼓膜切開術　830点
K301　鼓室開放術　7,280点
K302　上鼓室開放術　13,140点
K303　上鼓室乳突洞開放術　24,720点
K304　乳突洞開放術（アントロトミー）　13,480点
K305　乳突削開術　24,490点
K305－2　植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術　24,490点
K306　鼓体部手術　38,470点

Ｋ３０７　削除	
Ｋ３０８　耳管内チューブ挿入術	1,420点
Ｋ３０８－２　耳管狭窄ビニール管挿入術	1,420点
Ｋ３０８－３　耳管用補綴材挿入術	18,100点
Ｋ３０９　鼓膜（排液、換気）チューブ挿入術	2,670点
Ｋ３１０　乳突充填術	7,470点
Ｋ３１１　鼓膜穿孔閉鎖術（一連につき）	1,900点
Ｋ３１２　鼓膜鼓室肉芽切除術	3,020点
Ｋ３１３　中耳、側頭骨腫瘍摘出術	38,330点
Ｋ３１４　中耳悪性腫瘍手術	
１　切除	41,520点
２　側頭骨摘出術	68,640点
Ｋ３１５　鼓室神経叢切除、鼓索神経切断術	9,900点
Ｋ３１６　Ｓ状洞血栓（静脈炎）手術	24,730点
Ｋ３１７　中耳根治手術	42,440点
Ｋ３１８　鼓膜形成手術	18,100点
Ｋ３１９　鼓室形成手術	
１　耳小骨温存術	34,660点
２　耳小骨再建術	51,330点
Ｋ３１９－２　経外耳道的内視鏡下鼓室形成術	
１　上鼓室開放を伴わないもの	40,630点
２　上鼓室・乳突洞開放を伴うもの	52,990点
Ｋ３２０　アブミ骨摘出術・可動化手術	32,140点
Ｋ３２０－２　人工中耳植込術（内耳）	32,140点
Ｋ３２１　内耳開窓術	31,970点
Ｋ３２２　経迷路的内耳道開放術	64,930点
Ｋ３２３　内リンパ嚢開放術	28,890点
Ｋ３２４　削除	
Ｋ３２５　迷路摘出術	
１　部分摘出（膜迷路摘出術を含む。）	29,220点
２　全摘出	38,890点
Ｋ３２６　削除	
Ｋ３２７　内耳窓閉鎖術	23,250点
Ｋ３２８　人工内耳植込術	40,810点
Ｋ３２８－２　植込型骨導補聴器移植術	10,620点
Ｋ３２８－３　植込型骨導補聴器交換術（鼻）	1,840点
Ｋ３２９　鼻中隔腫瘍切開術	620点
Ｋ３３０　鼻中隔血腫切開術	820点
Ｋ３３１　鼻腔粘膜焼灼術	1,080点
Ｋ３３１－２　下甲介粘膜焼灼術	1,080点
Ｋ３３１－３　下甲介粘膜レーザー焼灼術（両側）	2,910点
Ｋ３３２　削除	
Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術	2,130点
Ｋ３３３－２　鼻骨脱臼整復術	1,640点
Ｋ３３３－３　鼻骨骨折徒手整復術	1,970点
Ｋ３３４　鼻骨骨折観血的手術	5,720点
Ｋ３３４－２　鼻骨変形治癒骨折矯正術	23,060点
Ｋ３３５　鼻中隔骨折観血的手術	3,940点
Ｋ３３５－２　上顎洞鼻内手術（スツルマン氏、吉田氏変法を含む。）	2,740点
Ｋ３３５－３　上顎洞鼻外手術	2,740点
Ｋ３３６　鼻内異物摘出術	690点
Ｋ３３７　鼻前庭嚢胞摘出術	4,980点
Ｋ３３８　鼻甲介切除術	
１　高周波電気凝固法によるもの	1,080点
２　その他のもの	3,320点
Ｋ３３８－２　削除	
Ｋ３３９　粘膜下下鼻甲介骨切除術	4,260点
Ｋ３４０　鼻茸摘出術	1,310点
Ｋ３４０－２　削除	
Ｋ３４０－３　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅰ型（副鼻腔自然口開窓術）	3,600点
Ｋ３４０－４　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型（副鼻腔単洞手術）	12,000点
注　自家腸骨片を充填した場合は3,150点を所定点数に加算する。	
Ｋ３４０－５　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅲ型（選択的（複数洞）副鼻腔手術）	24,910点
Ｋ３４０－６　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅳ型（汎副鼻腔手術）	32,080点
Ｋ３４０－７　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅴ型（拡大副鼻腔手術）	51,630点
Ｋ３４１　上顎洞性後鼻孔ポリープ切除術	1,510点
Ｋ３４２　鼻副鼻腔腫瘍摘出術	15,200点
Ｋ３４３　鼻副鼻腔悪性腫瘍手術	
１　切除	25,040点
２　全摘	49,690点
Ｋ３４３－２　経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）	110,950点
Ｋ３４４　経鼻腔的翼突管神経切除術	30,460点
Ｋ３４５　萎縮性鼻炎手術（両側）	22,370点
Ｋ３４６　後鼻孔閉鎖症手術	
１　単純なもの（膜性閉鎖）	4,360点
２　複雑なもの（骨性閉鎖）	27,040点
Ｋ３４７　鼻中隔矯正術	8,230点
Ｋ３４７－２　変形外鼻手術	16,390点
Ｋ３４７－３　内視鏡下鼻中隔手術Ⅰ型（骨、軟骨手術）	6,620点
Ｋ３４７－４　内視鏡下鼻中隔手術Ⅱ型（粘膜手術）	2,440点
Ｋ３４７－５　内視鏡下鼻腔手術Ⅰ型（下鼻甲介手術）	7,940点
Ｋ３４７－６　内視鏡下鼻腔手術Ⅱ型（鼻腔内手術）	3,170点
Ｋ３４７－７　内視鏡下鼻腔手術Ⅲ型（鼻孔閉鎖症手術）（副鼻腔）	19,940点
Ｋ３４８及びＫ３４９　削除	
Ｋ３５０　前頭洞充填術	13,200点
Ｋ３５１　削除	
Ｋ３５２　上顎洞根治手術	7,990点
Ｋ３５２－２　鼻内上顎洞根治手術	3,330点
Ｋ３５２－３　副鼻腔炎術後後出血止血法	6,660点
Ｋ３５３　鼻内篩骨洞根治手術	5,000点
Ｋ３５４からＫ３５６まで　削除	
Ｋ３５６－２　鼻外前頭洞手術	16,290点
Ｋ３５７　鼻内蝶形洞根治手術	3,820点
Ｋ３５８　上顎洞篩骨洞根治手術	11,310点
Ｋ３５９　前頭洞篩骨洞根治手術	11,290点
Ｋ３６０　篩骨洞蝶形洞根治手術	11,290点
Ｋ３６１　上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術	12,630点
Ｋ３６２　上顎洞篩骨洞前頭洞根治手術	14,110点
Ｋ３６２－２　経上顎洞的顎動脈結紮術	28,630点

Ｋ３６３　前頭洞篩骨洞蝶形洞根治手術	13,440点
Ｋ３６４　汎副鼻腔根治手術	20,010点
Ｋ３６５　経上顎洞的翼突管神経切除術	28,210点
Ｋ３６６　削除	
（咽頭、扁桃）	
Ｋ３６７　咽後膿瘍切開術	1,900点
Ｋ３６８　扁桃周囲膿瘍切開術	1,830点
Ｋ３６９　咽頭異物摘出術	
１　簡単なもの	500点
２　複雑なもの	2,100点
Ｋ３７０　アデノイド切除術	1,600点
Ｋ３７１　上咽頭腫瘍摘出術	
１　経口腔によるもの	5,350点
２　経鼻腔によるもの	6,070点
３　経副鼻腔によるもの	8,790点
４　外切開によるもの	16,590点
Ｋ３７１－２　上咽頭ポリープ摘出術	
１　経口腔によるもの	4,460点
２　経鼻腔によるもの	5,060点
３　経副鼻腔によるもの	8,270点
４　外切開によるもの	15,080点
Ｋ３７２　中咽頭腫瘍摘出術	
１　経口腔によるもの	2,710点
２　外切開によるもの	16,260点
Ｋ３７３　下咽頭腫瘍摘出術	
１　経口腔によるもの	7,290点
２　外切開によるもの	16,300点
Ｋ３７４　咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）	35,340点
Ｋ３７４－２　鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）	38,740点
Ｋ３７５　鼻咽腔線維腫手術	
１　切除	9,630点
２　摘出	37,850点
Ｋ３７５－２　鼻咽腔閉鎖術	23,790点
Ｋ３７６　上咽頭悪性腫瘍手術	35,830点
Ｋ３７７　口蓋扁桃手術	
１　切除	1,720点
２　摘出	3,600点
Ｋ３７８　舌扁桃切除術	1,230点
Ｋ３７９　副咽頭間隙腫瘍摘出術	
１　経頸部によるもの	34,320点
２　経側頭下窩によるもの（下顎離断によるものを含む。）	55,200点
Ｋ３７９－２　副咽頭間隙悪性腫瘍摘出術	
１　経頸部によるもの	47,580点
２　経側頭下窩によるもの（下顎離断によるものを含む。）	91,500点
Ｋ３８０　過長茎状突起切除術	6,440点
Ｋ３８１　上咽頭形成手術	10,110点
Ｋ３８２　咽頭瘻閉鎖術	12,770点
Ｋ３８２－２　咽頭皮膚瘻孔閉鎖術	12,770点
（喉頭、気管）	
Ｋ３８３　喉頭切開・截開術	13,420点
Ｋ３８４　喉頭膿瘍切開術	2,140点
Ｋ３８４－２　深頸部膿瘍切開術	4,800点
Ｋ３８５　喉頭浮腫乱切術	2,040点
Ｋ３８６　気管切開術	3,450点
Ｋ３８６－２　輪状甲状靭帯切開術	1,970点
Ｋ３８７　喉頭粘膜焼灼術（直達鏡によるもの）	2,860点
Ｋ３８８　喉頭粘膜下異物挿入術	3,630点
Ｋ３８８－２　喉頭粘膜下軟骨片挿入術	12,240点
Ｋ３８８－３　内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）	1,500点
Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術	
１　間接喉頭鏡によるもの	2,990点
２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	4,300点
Ｋ３９０　喉頭異物摘出術	
１　直達鏡によらないもの	2,920点
２　直達鏡によるもの	5,250点
Ｋ３９１　気管異物除去術	
１　直達鏡によるもの	5,320点
２　開胸手術によるもの	43,340点
Ｋ３９２　喉頭蓋切除術	3,190点
Ｋ３９２－２　喉頭蓋嚢腫摘出術	3,190点
Ｋ３９３　喉頭腫瘍摘出術	
１　間接喉頭鏡によるもの	3,420点
２　直達鏡によるもの	4,310点
Ｋ３９４　喉頭悪性腫瘍手術	
１　切除	38,800点
２　全摘	71,360点
Ｋ３９４－２　鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	
１　切除	42,200点
２　全摘	67,200点
Ｋ３９５　喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む。）	113,880点
Ｋ３９６　気管切開孔閉鎖術	1,250点
Ｋ３９６－２　気管縫合術	1,040点
Ｋ３９７　喉頭横隔膜切除術（ステント挿入固定術を含む。）	13,390点
Ｋ３９８　喉頭狭窄症手術	
１　前方開大術	23,430点
２　前壁形成手術	23,320点
３　Ｔチューブ挿入術	14,040点
Ｋ３９９　気管狭窄症手術	38,540点
Ｋ４００　喉頭形成手術	
１　人工形成材料挿置術、軟骨片挿置術	18,750点
２　筋弁転位術、軟骨転位術、軟骨除去術	28,510点
３　甲状軟骨固定用器具を用いたもの	34,840点
Ｋ４０１　気管口狭窄拡大術	2,690点
Ｋ４０２　縦隔気管口形成手術	76,040点
Ｋ４０３　気管形成手術（管状気管、気管移植等）	
１　頸部からのもの	49,940点
２　開胸又は胸骨正中切開によるもの	76,040点
Ｋ４０３－２　嚥下機能手術	
１　輪状咽頭筋切断術	18,810点
２　喉頭挙上術	18,370点
３　喉頭気管分離術	30,260点

4　喉頭全摘術	28,210点
第６款　顔面・口腔・頸部	
区分	
（歯、歯肉、歯槽部、口蓋）	
Ｋ４０４　抜歯手術（１歯につき）	
1　乳歯	130点
2　前歯	160点
3　臼歯	270点
4　埋伏歯	1,080点
注１　２又は３については、歯根肥大、骨の癒着歯等に対する骨の開さく又は歯根分離術を行った場合に限り、難抜歯加算として、230点を所定点数に加算する。	
2　４については、完全埋伏歯（骨性）又は水平埋伏智歯に限り算定する。	
3　４については、下顎完全埋伏智歯（骨性）又は下顎水平埋伏智歯の場合は、130点を所定点数に加算する。	
4　抜歯と同時に行う歯槽骨の整形等の費用は、所定点数に含まれる。	
Ｋ４０５　削除	
Ｋ４０６　口蓋腫瘍摘出術	
1　口蓋粘膜に限局するもの	520点
2　口蓋骨に及ぶもの	8,050点
Ｋ４０７　顎・口蓋裂形成手術	
1　軟口蓋のみのもの	15,770点
2　硬口蓋に及ぶもの	24,170点
3　顎裂を伴うもの	
イ　片側	25,170点
ロ　両側	31,940点
Ｋ４０７－２　軟口蓋形成手術	9,700点
（口腔前庭、口腔底、頬粘膜、舌）	
Ｋ４０８　口腔底膿瘍切開術	700点
Ｋ４０９　口腔底腫瘍摘出術	7,210点
Ｋ４１０　口腔底悪性腫瘍手術	29,360点
Ｋ４１１　頬粘膜腫瘍摘出術	4,460点
Ｋ４１２　頬粘膜悪性腫瘍手術	26,310点
Ｋ４１３　舌腫瘍摘出術	
1　粘液嚢胞摘出術	1,220点
2　その他のもの	2,940点
Ｋ４１４　舌根甲状腺腫摘出術	11,760点
Ｋ４１４－２　甲状舌管嚢胞摘出術	10,050点
Ｋ４１５　舌悪性腫瘍手術	
1　切除	26,410点
2　亜全摘	84,080点
Ｋ４１６及びＫ４１７　削除	
Ｋ４１８　舌形成手術（巨舌症手術）	9,100点
Ｋ４１８－２　舌繋瘢痕性短縮矯正術	2,650点
Ｋ４１９　頬、口唇、舌小帯形成手術	630点
Ｋ４２０　削除	
（顔面）	
Ｋ４２１　口唇腫瘍摘出術	
1　粘液嚢胞摘出術	1,020点
2　その他のもの	3,050点
Ｋ４２２　口唇悪性腫瘍手術	33,010点
Ｋ４２３　頬腫瘍摘出術	
1　粘液嚢胞摘出術	910点
2　その他のもの	5,250点
Ｋ４２４　頬悪性腫瘍手術	20,940点
Ｋ４２５　口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術	121,740点
Ｋ４２６　口唇裂形成手術（片側）	
1　口唇のみの場合	13,180点
2　口唇裂鼻形成を伴う場合	18,810点
3　鼻腔底形成を伴う場合	24,350点
Ｋ４２６－２　口唇裂形成手術（両側）	
1　口唇のみの場合	18,810点
2　口唇裂鼻形成を伴う場合	23,790点
3　鼻腔底形成を伴う場合	36,620点
（顔面骨、顎関節）	
Ｋ４２７　頬骨骨折観血的整復術	18,100点
Ｋ４２７－２　頬骨変形治癒骨折矯正術	38,610点
Ｋ４２８　下顎骨折非観血的整復術	1,240点
注　三内式線副子以上を使用する連続歯結紮法を行った場合は、650点を加算する。	
Ｋ４２９　下顎骨折観血的手術	
1　片側	13,000点
2　両側	27,320点
Ｋ４２９－２　下顎関節突起骨折観血的手術	
1　片側	28,210点
2　両側	47,020点
Ｋ４３０　顎関節脱臼非観血的整復術	410点
Ｋ４３１　顎関節脱臼観血的手術	26,210点
Ｋ４３２　上顎骨折非観血的整復術	1,570点
Ｋ４３３　上顎骨折観血的手術	16,400点
Ｋ４３４　顔面多発骨折観血的手術	39,700点
Ｋ４３４－２　顔面多発骨折変形治癒矯正術	47,630点
Ｋ４３５　術後性上顎嚢胞摘出術	6,660点
Ｋ４３６　顎骨腫瘍摘出術	
1　長径３センチメートル未満	2,820点
2　長径３センチメートル以上	13,390点
Ｋ４３７　下顎骨部分切除術	16,780点
Ｋ４３８　下顎骨離断術	32,560点
Ｋ４３９　下顎骨悪性腫瘍手術	
1　切除	40,360点
2　切断（おとがい部を含むもの）	79,270点
3　切断（その他のもの）	64,590点
Ｋ４４０　上顎骨切除術	15,310点
Ｋ４４１　上顎骨全摘術	42,590点
Ｋ４４２　上顎骨悪性腫瘍手術	
1　掻爬	9,160点
2　切除	34,420点
3　全摘	68,480点
Ｋ４４３　上顎骨形成術	
1　単純な場合	27,880点
2　複雑な場合及び２次的再建の場合	45,510点
3　骨移動を伴う場合	72,900点
注１　１について、上顎骨を複数に分割した場合は、5,000点を所定点数に加算する。	

2　3については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。

K444　下顎骨形成術

1　おとがい形成の場合　8,710点

2　短縮又は伸長の場合　30,790点

3　再建の場合　51,120点

4　骨移動を伴う場合　54,210点

注1　2については、両側を同時に行った場合は、3,000点を所定点数に加算する。

2　4については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。

K444－2　下顎骨延長術

1　片側　30,790点

2　両側　47,550点

K445　顎関節形成術　40,870点

K445－2　顎関節人工関節全置換術　59,260点

K446　顎関節授動術

1　徒手的授動術

イ　単独の場合　440点

ロ　パンピングを併用した場合　990点

ハ　関節腔洗浄療法を併用した場合　2,400点

2　顎関節鏡下授動術　10,520点

3　開放授動術　25,100点

K447　顎関節円板整位術

1　顎関節鏡下円板整位術　22,100点

2　開放円板整位術　27,300点

（唾液腺）

K448　がま腫切開術　820点

K449　唾液腺膿瘍切開術　900点

K450　唾石摘出術（一連につき）

1　表在性のもの　720点

2　深在性のもの　3,770点

3　腺体内に存在するもの　6,550点

注　2又は3の場合であって内視鏡を用いた場合は、1,000点を所定点数に加算する。

K451　がま腫摘出術　7,140点

K452　舌下腺腫瘍摘出術　7,180点

K453　顎下腺腫瘍摘出術　9,640点

K454　顎下腺摘出術　10,210点

K455　顎下腺悪性腫瘍手術　33,010点

K456　削除

K457　耳下腺腫瘍摘出術

1　耳下腺浅葉摘出術　27,210点

2　耳下腺深葉摘出術　34,210点

K458　耳下腺悪性腫瘍手術

1　切除　33,010点

2　全摘　44,020点

K459　唾液腺管形成手術　13,630点

K460　唾液腺管移動術

1　上顎洞内へのもの　13,630点

2　結膜嚢内へのもの　15,490点

（甲状腺、副甲状腺（上皮小体））

K461　甲状腺部分切除術、甲状腺腫摘出術

1　片葉のみの場合　8,860点

2　両葉の場合　10,760点

K461－2　内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術

1　片葉のみの場合　17,410点

2　両葉の場合　25,210点

K462　パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）　22,880点

K462－2　内視鏡下パセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）　25,210点

K463　甲状腺悪性腫瘍手術

1　切除（頸部外側区域郭清を伴わないもの）　24,180点

2　切除（頸部外側区域郭清を伴うもの）　26,180点

3　全摘及び亜全摘（頸部外側区域郭清を伴わないもの）　33,790点

4　全摘及び亜全摘（片側頸部外側区域郭清を伴うもの）　35,790点

5　全摘及び亜全摘（両側頸部外側区域郭清を伴うもの）　36,790点

K463－2　内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術

1　切除　27,550点

2　全摘及び亜全摘　37,160点

K464　副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術

1　副甲状腺（上皮小体）摘出術　15,680点

2　副甲状腺（上皮小体）全摘術（一部筋肉移植）　33,790点

K464－2　内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術　20,660点

K465　副甲状腺（上皮小体）悪性腫瘍手術（広汎）　39,000点

（その他の頸部）

K466　斜角筋切断術　3,760点

K467　頸嚢、頸瘻摘出術　13,710点

K468　頸動切除術　15,240点

K469　頸部郭清術

1　片側　27,670点

2　両側　37,140点

K470　頸部悪性腫瘍手術　41,920点

K470－2　頭頸部悪性腫瘍光線力学療法　22,100点

K471　筋性斜頸手術　3,720点

第7款　胸部

区分

（乳腺）

K472　乳腺腫瘍切開術　980点

K473　削除

K474　乳腺腫瘍摘出術

1　長径5センチメートル未満　3,190点

2　長径5センチメートル以上　6,730点

K474－2　乳管腺葉区域切除術　12,820点

K474－3　乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）

1　マンモグラフィー又は超音波装置によるもの　6,240点

2　MRIによるもの　8,210点

K475　乳房切除術　6,040点

K475－2　乳癌冷凍凝固摘出術　8,690点

K476　乳腺悪性腫瘍手術

1　単純乳房切除術（乳腺全摘術）　14,820点

2　乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）　28,210点

3　乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）　22,520点

4　乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））　42,350点

5　乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの

６　乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの　42,350点
７　拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）　52,820点
８　乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）　27,810点
９　乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの）　48,340点
注１　放射性同位元素及び色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合又はインドシアニングリーンを用いたリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算１として、5,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。
２　放射性同位元素又は色素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、乳がんセンチネルリンパ節加算２として、3,000点を所定点数に加算する。ただし、当該検査に用いた色素の費用は、算定しない。

Ｋ４７６－２　陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術　7,350点
Ｋ４７６－３　動脈（皮）弁及び筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）
１　一次的に行うもの　49,120点
２　二次的に行うもの　53,560点
Ｋ４７６－４　ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）　25,000点
（胸壁）
Ｋ４７７　胸壁膿瘍切開術　700点
Ｋ４７８　肋骨・胸骨カリエス又は肋骨骨髄炎手術　8,950点
Ｋ４７９　削除
Ｋ４８０　胸壁冷膿瘍手術　7,810点
Ｋ４８０－２　流注膿瘍切開掻爬術　7,670点
Ｋ４８１　肋骨骨折観血的手術　10,330点
Ｋ４８２　肋骨切除術
１　第１肋骨　16,900点
２　その他の肋骨　5,160点
Ｋ４８３　胸骨切除術、胸骨骨折観血手術　12,120点
Ｋ４８４　胸壁悪性腫瘍摘出術
１　胸壁形成手術を併施するもの　56,000点
２　その他のもの　28,210点
Ｋ４８４－２　胸骨悪性腫瘍摘出術
１　胸壁形成手術を併施するもの　43,750点
２　その他のもの　28,210点
Ｋ４８５　胸壁腫瘍摘出術　12,960点
Ｋ４８６　胸壁瘻手術　23,520点
Ｋ４８７　漏斗胸手術
１　胸骨挙上法によるもの　28,210点
２　胸骨翻転法によるもの　37,370点
３　胸腔鏡によるもの　39,260点
４　胸骨挙上用固定具抜去術　5,680点
（胸腔、胸膜）
Ｋ４８８　試験開胸術　10,800点
Ｋ４８８－２　試験的開胸開腹術　17,380点
Ｋ４８８－３　胸腔鏡下試験開胸術　13,500点
Ｋ４８８－４　胸腔鏡下試験切除術　15,800点
Ｋ４８９からＫ４９２まで　削除
Ｋ４９３　骨膜外、胸膜外充填術　23,520点
Ｋ４９４　胸腔内（胸膜内）血腫除去術　15,350点
Ｋ４９４－２　胸腔鏡下胸腔内（胸膜内）血腫除去術　13,500点
Ｋ４９５　削除
Ｋ４９６　醸膿胸膜、胸膜肺胚切除術
１　１肺葉に相当する範囲以内のもの　26,340点
２　１肺葉に相当する範囲を超えるもの　33,150点
Ｋ４９６－２　胸腔鏡下醸膿胸膜又は胸膜肺胚切除術　51,850点
Ｋ４９６－３　胸膜外肺剥皮術
１　１肺葉に相当する範囲以内のもの　26,340点
２　１肺葉に相当する範囲を超えるもの　33,150点
Ｋ４９６－４　胸腔鏡下膿胸腔掻爬術　32,690点
Ｋ４９６－５　経皮的膿胸ドレナージ術　5,400点
注　挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ４９７　膿胸腔有茎筋肉弁充填術　38,610点
Ｋ４９７－２　膿胸腔有茎大網充填術　57,100点
Ｋ４９８　胸郭形成手術（膿胸手術の場合）
１　肋骨切除を主とするもの　42,020点
２　胸膜肺胚切除を併施するもの　49,200点
Ｋ４９９　胸郭形成手術（肺切除後遺残腔を含む。）　16,540点
Ｋ５００　削除
Ｋ５０１　乳糜胸手術　17,290点
Ｋ５０１－２　胸腔・腹腔シャントバルブ設置術　12,530点
Ｋ５０１－３　胸腔鏡下胸管結紮術（乳糜胸手術）　15,230点
（縦隔）
Ｋ５０２　縦隔腫瘍、胸腺摘出術　38,850点
Ｋ５０２－２　縦隔切開術
１　頸部からのもの、経食道によるもの　6,390点
２　経胸腔によるもの、経腹によるもの　20,050点
Ｋ５０２－３　胸腔鏡下縦隔切開術　31,300点
Ｋ５０２－４　拡大胸腺摘出術　36,000点
注　重症筋無力症に対して実施された場合に限り算定する。
Ｋ５０２－５　胸腔鏡下拡大胸腺摘出術　58,950点
注　重症筋無力症に対して実施された場合に限り算定する。
Ｋ５０３　縦隔郭清術　37,010点
Ｋ５０４　縦隔悪性腫瘍手術
１　単純摘出　38,850点
２　広汎摘出　58,820点
Ｋ５０４－２　胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術　58,950点
（気管支、肺）
Ｋ５０５及びＫ５０６　削除
Ｋ５０７　肺膿瘍切開排膿術　31,030点
Ｋ５０８　気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）　10,150点
Ｋ５０８－２　気管・気管支ステント留置術
１　硬性鏡によるもの　11,400点
２　軟性鏡によるもの　8,960点
Ｋ５０８－３　気管支熱形成術　10,150点
Ｋ５０９　気管支異物除去術
１　直達鏡によるもの　9,260点
２　開胸手術によるもの　45,650点
Ｋ５０９－２　気管支肺胞洗浄術　5,300点
注　成人の肺胞蛋白症に対して治療の目的で行われた場合に限り算定する。
Ｋ５０９－３　気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術　10,000点
Ｋ５０９－４　気管支瘻孔閉鎖術　9,130点

Ｋ５１０　気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの）　8,040点
Ｋ５１０－２　光線力学療法
　１　早期肺がん（０期又は１期に限る。）に対するもの　10,450点
　２　その他のもの　10,450点
Ｋ５１０－３　気管支鏡下レーザー腫瘍焼灼術　12,020点
Ｋ５１１　肺切除術
　１　楔状部分切除　27,520点
　２　区域切除（１肺葉に満たないもの）　58,430点
　３　肺葉切除　58,350点
　４　複合切除（１肺葉を超えるもの）　64,850点
　５　１側肺全摘　59,830点
　６　気管支形成を伴う肺切除　76,230点
Ｋ５１２　削除
Ｋ５１３　胸腔鏡下肺切除術
　１　肺嚢胞手術（楔状部分切除によるもの）　39,830点
　２　部分切除　45,300点
　３　区域切除　72,600点
　４　肺葉切除又は１肺葉を超えるもの　81,000点
Ｋ５１３－２　胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術　58,950点
Ｋ５１３－３　胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術　58,950点
Ｋ５１３－４　胸腔鏡下肺縫縮術　53,130点
Ｋ５１４　肺悪性腫瘍手術
　１　部分切除　60,350点
　２　区域切除　69,250点
　３　肺葉切除又は１肺葉を超えるもの　72,640点
　４　肺全摘　72,640点
　５　隣接臓器合併切除を伴う肺切除　78,400点
　６　気管支形成を伴う肺切除　80,460点
　７　気管分岐部切除を伴う肺切除　124,860点
　８　気管分岐部再建を伴う肺切除　127,130点
　９　胸膜肺全摘　92,000点
　10　壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）　105,000点
　注　９及び10については、悪性びまん性胸膜中皮腫に対して実施した場合に限り算定する。
Ｋ５１４－２　胸腔鏡下悪性腫瘍手術
　１　部分切除　60,170点
　２　区域切除　72,640点
　３　肺葉切除又は１肺葉を超えるもの　92,000点
　４　気管支形成を伴う肺切除　81,420点
Ｋ５１４－３　移植用肺採取術（死体）（両側）　63,200点
　注　肺提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。　139,230点
Ｋ５１４－４　同種死体肺移植術
　注１　肺移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
　　２　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。
　　３　両側肺を移植した場合は、両側肺移植加算として、45,000点を所定点数に加算する。
Ｋ５１４－５　移植用部分肺採取術（生体）　60,750点
　注　肺提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
Ｋ５１４－６　生体部分肺移植術　130,260点
　注１　生体部分肺を移植した場合は、生体部分肺の摘出のために要した提供者の疾患上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。
　　２　肺移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
　　３　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。
　　４　両側肺を移植した場合は、両側肺移植加算として、45,000点を所定点数に加算する。
Ｋ５１５　肺剝皮術　32,600点
Ｋ５１６　気管支瘻閉鎖術　59,170点
Ｋ５１７　肺縫縮術　28,220点
Ｋ５１８　気管支形成手術
　１　楔状切除術　64,030点
　２　輪状切除術　66,010点
Ｋ５１９　先天性気管狭窄症手術（食道）　146,950点
Ｋ５２０　食道縫合術（穿孔、損傷）
　１　頸部手術　17,070点
　２　開胸手術　28,210点
　３　開腹手術　17,750点
　４　内視鏡によるもの　10,300点
Ｋ５２１　食道周囲膿瘍切開誘導術
　１　開胸手術　28,210点
　２　胸骨切開によるもの　23,290点
　３　その他のもの（頸部手術を含む。）　7,920点
Ｋ５２２　食道狭窄拡張術
　１　内視鏡によるもの　9,450点
　２　食道ブジー法　2,950点
　３　拡張用バルーンによるもの　12,480点
　注　短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。
Ｋ５２２－２　食道ステント留置術　6,300点
Ｋ５２２－３　食道空置バイパス作成術　65,900点
Ｋ５２３　食道異物摘出術
　１　頸部手術によるもの　27,890点
　２　開胸手術によるもの　28,210点
　３　開腹手術によるもの　27,720点
Ｋ５２３－２　硬性内視鏡下食道異物摘出術　5,360点
　注　硬性内視鏡下食道異物摘出術と併せて行った、区分番号Ｋ３６９に掲げる咽頭異物摘出術（２に限る。）及び区分番号Ｋ６５３－３に掲げる内視鏡的食道及び胃内異物摘出術の費用は所定点数に含まれる。
Ｋ５２４　食道憩室切除術
　１　頸部手術によるもの　24,730点
　２　開胸によるもの　34,570点
Ｋ５２４－２　胸腔鏡下食道憩室切除術　39,930点
Ｋ５２４－３　腹腔鏡下食道憩室切除術　39,930点
Ｋ５２５　食道切除再建術
　１　頸部、胸部、腹部の操作によるもの　77,040点
　２　胸部、腹部の操作によるもの　69,690点
　３　腹部の操作によるもの　51,420点
Ｋ５２５－２　胸壁外皮膚形成術合術
　１　頸部、胸部、腹部の操作によるもの　77,040点
　２　胸部、腹部の操作によるもの　69,690点

3　腹部の操作によるもの	51,420点
4　バイパスのみ作成する場合	45,230点
Ｋ５２５－３　非開胸食道抜去術（消化管再建手術を併施するもの）	69,690点
Ｋ５２６　食道腫瘍摘出術	
1　内視鏡によるもの	8,480点
2　開胸又は開腹手術によるもの	37,550点
3　腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの	50,250点
Ｋ５２６－２　内視鏡的食道粘膜切除術	
1　早期悪性腫瘍粘膜切除術	8,840点
2　早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術	22,100点
Ｋ５２６－３　内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法	12,950点
Ｋ５２６－４　内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法	22,100点
Ｋ５２７　食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）	
1　頸部食道の場合	47,530点
2　胸部食道の場合	56,950点
Ｋ５２７－２　食道切除術（単に切除のみのもの）	46,100点
Ｋ５２８　先天性食道閉鎖症根治手術	64,820点
Ｋ５２８－２　先天性食道狭窄症根治手術	51,220点
Ｋ５２８－３　胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術	76,320点
Ｋ５２９　食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）	
1　頸部、胸部、腹部の操作によるもの	122,540点
2　胸部、腹部の操作によるもの	101,490点
3　腹部の操作によるもの	69,840点
注１　有茎腸管移植を併せて行った場合は、7,500点を加算する。	
2　血行再建を併せて行った場合は、3,000点を加算する。	
Ｋ５２９－２　胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術	
1　頸部、胸部、腹部の操作によるもの	133,240点
2　胸部、腹部の操作によるもの	122,290点
注　有茎腸管移植を併せて行った場合は、7,500点を加算する。	
Ｋ５２９－３　縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術	109,240点
Ｋ５２９－４　再建胃管悪性腫瘍手術	
1　頸部、胸部、腹部の操作によるもの	112,190点
2　頸部、腹部の操作によるもの	101,670点
Ｋ５３０　食道アカラシア形成手術	32,710点
Ｋ５３０－２　腹腔鏡下食道アカラシア形成手術	44,500点
Ｋ５３０－３　内視鏡下筋層切開術	12,470点
Ｋ５３１　食道切除後２次的再建術	
1　皮弁形成によるもの	43,920点
2　消化管利用によるもの	64,300点
Ｋ５３２　食道・胃静脈瘤手術	
1　血行遮断術を主とするもの	37,620点
2　食道離断術を主とするもの	42,130点
Ｋ５３２－２　食道静脈瘤手術（開腹）	34,240点
Ｋ５３２－３　腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）	49,800点
Ｋ５３３　食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）	8,990点
Ｋ５３３－２　内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術	8,990点
Ｋ５３３－３　内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術	8,990点
（横隔膜）	
Ｋ５３４　横隔膜縫合術	
1　経胸又は経腹	33,460点
2　経胸及び経腹	40,910点
Ｋ５３４－２　横隔膜レラクサチオ手術	
1　経胸又は経腹	27,890点
2　経胸及び経腹	37,620点
Ｋ５３４－３　胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む。）横隔膜縫合術	31,990点
Ｋ５３４－４　腹腔鏡下横隔膜電極植込術	42,180点
Ｋ５３５　胸腹裂孔ヘルニア手術	
1　経胸又は経腹	29,560点
2　経胸及び経腹	39,040点
Ｋ５３６　後胸骨ヘルニア手術	27,380点
Ｋ５３７　食道裂孔ヘルニア手術	
1　経胸又は経腹	27,380点
2　経胸及び経腹	38,290点
Ｋ５３７－２　腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術	42,180点
第８款　心・脈管	
区分	
（心、心膜、肺動静脈、冠血管等）	
Ｋ５３８　心膜縫合術	9,180点
Ｋ５３８－２　心筋縫合止血術（外傷性）	11,800点
Ｋ５３９　心膜切開術	9,420点
Ｋ５３９－２　心膜嚢胞、心膜腫瘍切除術	15,240点
Ｋ５３９－３　胸腔鏡下心膜開窓術	16,540点
Ｋ５４０　収縮性心膜炎手術	51,650点
Ｋ５４１　試験開心術	24,700点
Ｋ５４２　心腔内異物除去術	39,270点
Ｋ５４３　心房内血栓除去術	39,270点
Ｋ５４４　心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術	
1　単独のもの	60,600点
2　冠動脈血行再建術（１吻合）を伴うもの	77,770点
3　冠動脈血行再建術（２吻合以上）を伴うもの	91,910点
Ｋ５４５　開胸心臓マッサージ	9,400点
Ｋ５４６　経皮的冠動脈形成術	
1　急性心筋梗塞に対するもの	36,000点
2　不安定狭心症に対するもの	22,000点
3　その他のもの	19,300点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
Ｋ５４７　経皮的冠動脈粥腫切除術	28,280点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
Ｋ５４８　経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	
1　高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの	24,720点
2　エキシマレーザー血管形成用カテーテルによるもの	24,720点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
Ｋ５４９　経皮的冠動脈ステント留置術	
1　急性心筋梗塞に対するもの	34,380点
2　不安定狭心症に対するもの	24,380点
3　その他のもの	21,680点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
Ｋ５５０　冠動脈内血栓溶解療法	17,720点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
Ｋ５５０－２　経皮的冠動脈血栓吸引術	19,640点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
Ｋ５５１　冠動脈形成術（血栓内膜摘除）	

１　１箇所のもの	76,550点
２　２箇所以上のもの	79,860点
Ｋ５５２　冠動脈、大動脈バイパス移植術	
１　１吻合のもの	80,160点
２　２吻合以上のもの	89,250点
注　冠動脈形成術（血栓内膜摘除）を併せて行った場合は、10,000点を加算する。	
Ｋ５５２－２　冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）	
１　１吻合のもの	71,570点
２　２吻合以上のもの	91,350点
注　冠動脈形成術（血栓内膜摘除）を併せて行った場合は、10,000点を加算する。	
Ｋ５５３　心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）	
１　単独のもの	63,390点
２　冠動脈血行再建術（１吻合）を伴うもの	80,060点
３　冠動脈血行再建術（２吻合以上）を伴うもの	100,200点
Ｋ５５３－２　左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術	
１　単独のもの	128,020点
２　冠動脈血行再建術（１吻合）を伴うもの	147,890点
３　冠動脈血行再建術（２吻合以上）を伴うもの	167,180点
Ｋ５５４　弁形成術	
１　１弁のもの	79,860点
２　２弁のもの	93,170点
３　３弁のもの	106,480点
Ｋ５５４－２　胸腔鏡下弁形成術	
１　１弁のもの	109,860点
２　２弁のもの	123,170点
Ｋ５５５　弁置換術	
１　１弁のもの	85,500点
２　２弁のもの	100,200点
３　３弁のもの	114,510点
注　過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	
Ｋ５５５－２　経カテーテル弁置換術	
１　経心尖大動脈弁置換術	61,530点
２　経皮的大動脈弁置換術	39,060点
３　経皮的肺動脈弁置換術	39,060点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
Ｋ５５５－３　胸腔鏡下弁置換術	
１　１弁のもの	115,500点
２　２弁のもの	130,200点
注　過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	
Ｋ５５６　大動脈弁狭窄直視下切開術	42,940点
Ｋ５５６－２　経皮的大動脈弁拡張術	37,430点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
Ｋ５５７　大動脈弁上狭窄手術	71,570点
Ｋ５５７－２　大動脈弁下狭窄切除術（線維性、筋肥厚性を含む。）	78,260点
Ｋ５５７－３　弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	157,840点
注　過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に区分番号Ｋ５５５弁置換術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	
Ｋ５５７－４　ダムス・ケー・スタンセル（ＤＫＳ）吻合を伴う大動脈狭窄症手術	115,750点
Ｋ５５８　ロス手術（自己肺動脈弁組織による大動脈基部置換術）	192,920点
Ｋ５５９　閉鎖式僧帽弁交連切開術	38,450点
Ｋ５５９－２　経皮的僧帽弁拡張術	34,930点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
Ｋ５５９－３　経皮的僧帽弁クリップ術	34,930点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
Ｋ５６０　大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）	
１　上行大動脈	
イ　大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	114,510点
ロ　人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	128,820点
ハ　自己弁温存型大動脈基部置換術	166,720点
ニ　その他のもの	100,200点
２　弓部大動脈	114,510点
３　上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術	
イ　大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	187,370点
ロ　人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	210,790点
ハ　自己弁温存型大動脈基部置換術	243,580点
ニ　その他のもの	171,760点
４　下行大動脈	89,250点
５　胸腹部大動脈	249,750点
６　腹部大動脈（分枝血管の再建を伴うもの）	59,080点
７　腹部大動脈（その他のもの）	52,000点
注　過去に心臓弁手術を行ったものに対して弁手術を行った場合には、心臓弁再置換術加算として、所定点数に区分番号Ｋ５５５弁置換術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	
Ｋ５６０－２　オープン型ステントグラフト内挿術	
１　弓部大動脈	114,510点
２　上行大動脈及び弓部大動脈の同時手術	
イ　大動脈弁置換術又は形成術を伴うもの	187,370点
ロ　人工弁置換術を伴う大動脈基部置換術	210,790点
ハ　自己弁温存型大動脈基部置換術	243,580点
ニ　その他のもの	171,760点
３　下行大動脈	89,250点
Ｋ５６１　ステントグラフト内挿術	
１　血管損傷の場合	43,830点
２　１以外の場合	
イ　胸部大動脈	56,560点
ロ　腹部大動脈	49,440点
ハ　腸骨動脈	43,830点
Ｋ５６２　動脈管開存症手術	
１　経皮的動脈管開存閉鎖術	22,780点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
２　動脈管開存閉鎖術（直視下）	22,000点
Ｋ５６２－２　胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	27,400点
Ｋ５６３　肺動脈絞扼術	39,410点
Ｋ５６４　血管輪又は重複大動脈弓離断手術	43,150点
Ｋ５６５　巨大側副血管手術（肺内肺動脈統合術）	94,420点
Ｋ５６６　体動脈肺動脈短絡手術（ブラロック手術、ウォーターストン手術）	50,030点
Ｋ５６７　大動脈縮窄（離断）症手術	
１　単独のもの	57,250点
２　心室中隔欠損症手術を伴うもの	100,200点

3　複雑心奇形手術を伴うもの	173,620点
Ｋ５６７－２　経皮的大動脈形成術	37,430点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
Ｋ５６８　大動脈肺動脈中隔欠損症手術	
1　単独のもの	80,840点
2　心内奇形手術を伴うもの	97,690点
Ｋ５６９　三尖弁手術（エプスタイン氏奇形、ウール氏病手術）	103,640点
Ｋ５７０　肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術	
1　肺動脈弁切開術（単独のもの）	35,750点
2　右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの	83,400点
Ｋ５７０－２　経皮的肺動脈弁拡張術	34,410点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
Ｋ５７０－３　経皮的肺動脈形成術	31,280点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
Ｋ５７０－４　経皮的肺動脈穿通・拡大術	35,080点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
Ｋ５７１　肺静脈還流異常症手術	
1　部分肺静脈還流異常	50,970点
2　総肺静脈還流異常	
イ　心臓型	109,310点
ロ　その他のもの	129,310点
Ｋ５７２　肺静脈形成術	58,930点
Ｋ５７３　心房中隔欠損作成術	
1　経皮的心房中隔欠損作成術（ラシュキンド法）	16,090点
2　心房中隔欠損作成術	36,900点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
Ｋ５７４　心房中隔欠損閉鎖術	
1　単独のもの	39,130点
2　肺動脈弁狭窄を合併するもの	45,130点
Ｋ５７４－２　経皮的心房中隔欠損閉鎖術	31,850点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
Ｋ５７４－３　経皮的卵円孔開存閉鎖術	31,850点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
Ｋ５７５　三心房心手術	68,940点
Ｋ５７６　心室中隔欠損閉鎖術	
1　単独のもの	52,320点
2　肺動脈絞扼術後肺動脈形成を伴うもの	65,830点
3　大動脈弁形成を伴うもの	66,060点
4　右室流出路形成を伴うもの	71,570点
Ｋ５７７　バルサルバ洞動脈瘤手術	
1　単独のもの	71,570点
2　大動脈閉鎖不全症手術を伴うもの	85,880点
Ｋ５７８　右室二腔症手術	80,490点
Ｋ５７９　不完全型房室中隔欠損症手術	
1　心房中隔欠損パッチ閉鎖術（単独のもの）	60,330点
2　心房中隔欠損パッチ閉鎖術及び弁形成術を伴うもの	66,060点
Ｋ５７９－２　完全型房室中隔欠損症手術	
1　心房及び心室中隔欠損パッチ閉鎖術を伴うもの	107,350点
2　ファロー四徴症手術を伴うもの	192,920点
Ｋ５８０　ファロー四徴症手術	
1　右室流出路形成術を伴うもの	71,000点
2　末梢肺動脈形成術を伴うもの	94,060点
Ｋ５８１　肺動脈閉鎖症手術	
1　単独のもの	100,200点
2　ラステリ手術を伴うもの	173,620点
3　巨大側副血管術を伴うもの	231,500点
注　2については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	
Ｋ５８２　両大血管右室起始症手術	
1　単独のもの	85,880点
2　右室流出路形成を伴うもの	128,820点
3　心室中隔欠損閉鎖術及び大血管血流転換を伴うもの（タウシッヒ・ビング奇形手術）	192,920点
Ｋ５８３　大血管転位症手術	
1　心房内血流転換手術（マスタード・セニング手術）	114,510点
2　大血管血流転換術（ジャテーン手術）	144,690点
3　心室中隔欠損閉鎖術を伴うもの	173,620点
4　ラステリ手術を伴うもの	154,330点
注　4については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	
Ｋ５８４　修正大血管転位症手術	
1　心室中隔欠損パッチ閉鎖術	85,790点
2　根治手術（ダブルスイッチ手術）	201,630点
注　2については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	
Ｋ５８５　総動脈幹症手術	143,860点
Ｋ５８６　単心室症又は三尖弁閉鎖症手術	
1　両方向性グレン手術	80,160点
2　フォンタン手術	85,880点
3　心室中隔造成術	181,350点
注　2については、過去に当該手術を行ったものに対して同一部位の人工血管等の再置換術を実施した場合は、人工血管等再置換術加算として、所定点数に所定点数の100分の50に相当する点数を加算する。	
Ｋ５８７　左心低形成症候群手術（ノルウッド手術）	179,310点
Ｋ５８８　冠動静脈瘻開胸的遮断術	53,240点
Ｋ５８９　冠動脈起始異常症手術	85,880点
Ｋ５９０　心室憩室切除術	76,710点
Ｋ５９１　心臓脱手術	113,400点
Ｋ５９２　肺動脈塞栓除去術	48,880点
Ｋ５９２－２　肺動脈血栓内膜摘除術	135,040点
Ｋ５９３　肺静脈血栓除去術	39,270点
Ｋ５９４　不整脈手術	
1　副伝導路切断術	89,250点
2　心室頻拍症手術	147,890点
3　メイズ手術	98,640点
4　左心耳閉鎖術	
イ　開胸手術によるもの	37,800点
ロ　胸腔鏡下によるもの	37,800点
ハ　経カテーテル的手術によるもの	34,930点

注１　４のイについては、別に厚生労働大臣が定める患者に対して実施した場合であって、区分番号Ｋ５５２、Ｋ５５２－２、Ｋ５５４、Ｋ５５５、Ｋ５５７からＫ５５７－３まで、Ｋ５６０又はＫ５９４の３に掲げる手術と併せて実施した場合に限り算定する。
２　４のハについては、手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ５９４－２　肺静脈隔離術　72,230点
Ｋ５９５　経皮的カテーテル心筋焼灼術
１　心房中隔穿刺又は心外膜アプローチを伴うもの　40,760点
２　その他のもの　34,370点
注１　三次元カラーマッピング下で行った場合には、三次元カラーマッピング加算として、17,000点を所定点数に加算する。
２　磁気ナビゲーション法により行った場合は、磁気ナビゲーション加算として、5,000点を所定点数に加算する。
３　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ５９５－２　経皮的中隔心筋焼灼術　24,390点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ５９６　体外ペースメーキング術　3,770点
Ｋ５９７　ペースメーカー移植術
１　心筋電極の場合　16,870点
２　経静脈電極の場合　9,520点
３　リードレスペースメーカーの場合　9,520点
Ｋ５９７－２　ペースメーカー交換術　4,000点
Ｋ５９７－３　植込型心電図記録計移植術　1,260点
Ｋ５９７－４　植込型心電図記録計摘出術　840点
Ｋ５９８　両心室ペースメーカー移植術
１　心筋電極の場合　31,510点
２　経静脈電極の場合　31,510点
Ｋ５９８－２　両心室ペースメーカー交換術
１　心筋電極の場合　5,000点
２　経静脈電極の場合　5,000点
Ｋ５９９　植込型除細動器移植術
１　心筋リードを用いるもの　31,510点
２　経静脈リードを用いるもの　31,510点
３　皮下植込型リードを用いるもの　24,310点
Ｋ５９９－２　植込型除細動器交換術
１　心筋リードを用いるもの　7,200点
２　その他のもの　7,200点
Ｋ５９９－３　両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術
１　心筋電極の場合　35,200点
２　経静脈電極の場合　35,200点
注　両室ペーシング機能付き植込型除細動器の移植術を行った場合に算定する。
Ｋ５９９－４　両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術
１　心筋電極の場合　7,200点
２　経静脈電極の場合　7,200点
注　両室ペーシング機能付き植込型除細動器の交換術を行った場合に算定する。
Ｋ５９９－５　経静脈電極抜去術
１　レーザーシースを用いるもの　28,600点
２　レーザーシースを用いないもの　22,210点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ６００　大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）（１日につき）　8,780点
１　初日　3,680点
２　２日目以降　3,680点
注　挿入に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ６０１　人工心肺（１日につき）
１　初日　30,150点
２　２日目以降　3,000点
注１　初日に、補助循環、選択的冠灌流又は逆行性冠灌流を併せて行った場合には、4,800点を所定点数に加算する（主たるもののみを算定する。）。
２　初日に選択的脳灌流を併せて行った場合は、7,000点を所定点数に加算する。
３　カニュレーション料は、所定点数に含まれるものとする。
Ｋ６０１－２　体外式膜型人工肺（１日につき）
１　初日　30,150点
２　２日目以降　3,000点
注　カニュレーション料は、所定点数に含まれるものとする。
Ｋ６０２　経皮的心肺補助法（１日につき）
１　初日　11,100点
２　２日目以降　3,120点
Ｋ６０２－２　経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）（１日につき）
１　初日　11,100点
２　２日目以降　3,680点
Ｋ６０３　補助人工心臓（１日につき）
１　初日　54,370点
２　２日目以降30日目まで　5,000点
３　31日目以降　4,000点
Ｋ６０３－２　小児補助人工心臓（１日につき）
１　初日　63,150点
２　２日目以降30日目まで　8,680点
３　31日目以降　7,680点
Ｋ６０４　削除
Ｋ６０４－２　植込型補助人工心臓（非拍動流型）
１　初日（１日につき）　58,500点
２　２日目以降30日目まで（１日につき）　5,000点
３　31日目以降90日目まで（１日につき）　2,780点
４　91日目以降（１日につき）　1,800点
Ｋ６０５　移植用心採取術　62,720点
注　心提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
Ｋ６０５－２　同種心移植術　192,920点
注１　心移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
２　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。
Ｋ６０５－３　移植用心肺採取術　100,040点
注　心肺提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
Ｋ６０５－４　同種心肺移植術　286,010点
注１　心肺移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
２　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。
Ｋ６０５－５　骨格筋由来細胞シート心表面移植術（動脈）　9,420点
Ｋ６０６　血管露出術　530点
Ｋ６０７　血管縮縫術
１　開胸又は開腹を伴うもの　12,660点
２　その他のもの　4,500点

Ｋ６０７－２　血管縫合術（簡単なもの）　4,210点
Ｋ６０７－３　上腕動脈表在化法　5,000点
Ｋ６０８　動脈塞栓除去術
　１　開胸又は開腹を伴うもの　28,560点
　２　その他のもの（観血的なもの）　11,180点
Ｋ６０８－２　削除
Ｋ６０８－３　内シャント血栓除去術　3,130点
Ｋ６０９　動脈血栓内膜摘出術
　１　大動脈に及ぶもの　40,950点
　２　内頸動脈　43,880点
　３　その他のもの　28,450点
Ｋ６０９－２　経皮的頸動脈ステント留置術　34,740点
　注１　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
　　２　内頸動脈又は総頸動脈に対して行われた場合に限り算定する。
Ｋ６１０　動脈形成術、吻合術
　１　頭蓋内動脈　99,700点
　２　胸腔内動脈（大動脈を除く。）　52,570点
　３　腹腔内動脈（大動脈を除く。）　47,790点
　４　指（手、足）の動脈　18,400点
　５　その他の動脈　21,700点
Ｋ６１０－２　脳新生血管造成術　52,550点
Ｋ６１０－３　削除
Ｋ６１０－４　四肢の血管吻合術　18,080点
Ｋ６１０－５　血管吻合術及び神経再接合術（上腕動脈、正中神経及び尺骨神経）　18,080点
Ｋ６１１　抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置
　１　開腹して設置した場合　17,940点
　２　四肢に設置した場合　16,250点
　３　頭頸部その他に設置した場合　16,640点
Ｋ６１２　末梢動静脈瘻造設術
　１　内シャント造設術
　　イ　単純なもの　12,080点
　　ロ　静脈転位を伴うもの　15,300点
　２　その他のもの　7,760点
Ｋ６１３　腎血管性高血圧症手術（経皮的腎血管拡張術）　31,840点
　注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ６１４　血管移植術、バイパス移植術
　１　大動脈　70,700点
　２　胸腔内動脈　64,050点
　３　腹腔内動脈　63,350点
　４　頭、頸部動脈　61,660点
　５　下腿、足部動脈　70,190点
　６　膝窩動脈　42,500点
　７　その他の動脈　30,290点
Ｋ６１５　血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）
　１　止血術　23,110点
　２　選択的動脈化学塞栓術　20,040点
　３　その他のもの　20,480点
Ｋ６１５－２　経皮的大動脈遮断術　1,660点
　注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ６１６　四肢の血管拡張術・血栓除去術　22,590点
　注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ６１６－２　頸動脈球摘出術　10,800点
Ｋ６１６－３　経皮的胸部血管拡張術（先天性心疾患術後に限る。）　27,500点
　注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術
　１　初回　12,000点
　２　１の実施後３月以内に実施する場合　12,000点
　注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ６１６－５　経皮的血管内異物除去術　14,000点
　注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ６１６－６　経皮的下肢動脈形成術　24,270点
　注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ６１６－７　ステントグラフト内挿術（シャント）　12,000点
　注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ６１６－８　吸着式潰瘍治療法（１日につき）　1,680点
　（静脈）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術
　１　抜去切除術　10,200点
　２　硬化療法（一連として）　1,720点
　３　高位結紮術　3,130点
　４　静脈瘤切除術　1,820点
Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術　10,200点
Ｋ６１７－３　静脈瘤切除術（下肢以外）　1,820点
Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術　10,200点
　注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ６１７－５　内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術　10,200点
　注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術　14,360点
Ｋ６１８　中心静脈注射用植込型カテーテル設置
　１　四肢に設置した場合　10,500点
　２　頭頸部その他に設置した場合　10,800点
　注１　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、300点を加算する。
　　２　使用したカテーテル、カテーテルアクセス等の材料の費用は、これらの点数に含まれるものとする。
Ｋ６１９　静脈血栓摘出術
　１　開腹を伴うもの　22,070点
　２　その他のもの（観血的なもの）　13,100点
Ｋ６１９－２　総腸骨静脈及び股静脈血栓除去術　32,100点
Ｋ６２０　下大静脈フィルター留置術　10,160点
Ｋ６２０－２　下大静脈フィルター除去術　6,490点
Ｋ６２１　門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）　40,650点
Ｋ６２２　胸管内頸静脈吻合術　37,620点
Ｋ６２３　静脈形成術、吻合術
　１　胸腔内静脈　25,200点
　２　腹腔内静脈　25,200点
　３　その他の静脈　16,140点
Ｋ６２３－２　脾腎静脈吻合術　21,220点
　（リンパ管、リンパ節）
Ｋ６２４　削除
Ｋ６２５　リンパ管腫摘出術
　１　長径５センチメートル未満　13,090点
　２　長径５センチメートル以上　16,390点

Ｋ６２６　リンパ節摘出術
　　１　長径３センチメートル未満　1,200点
　　２　長径３センチメートル以上　2,880点
Ｋ６２６－２　リンパ節膿瘍切開術　910点
Ｋ６２７　リンパ節群郭清術
　　１　顎下部又は舌下部（浅在性）　10,870点
　　２　頸部（深在性）　24,090点
　　３　鎖骨上窩及び下窩　14,460点
　　４　腋窩　17,750点
　　５　胸骨旁　23,190点
　　６　鼠径部及び股部　9,760点
　　７　後腹膜　46,350点
　　８　骨盤　26,800点
Ｋ６２７－２　腹腔鏡下リンパ節群郭清術
　　１　後腹膜　40,670点
　　２　傍大動脈　35,500点
　　３　骨盤　41,090点
　　４　側方　41,090点
　　注　１及び３については泌尿器がん（１については精巣がんに限る。）から、２については子宮体がんから、４については直腸がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。
Ｋ６２７－３　腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術　26,460点
　　注　泌尿器がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。
Ｋ６２７－４　腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術　39,720点
　　注　精巣がんから転移したものに対して実施した場合に限り算定する。
Ｋ６２８　リンパ管吻合術　34,450点
　第９款　腹部
区分
　（腹壁、ヘルニア）
Ｋ６２９　削除
Ｋ６３０　腹壁膿瘍切開術　1,270点
Ｋ６３１　腹壁瘻手術
　　１　腹壁に限局するもの　1,820点
　　２　腹腔に通ずるもの　10,050点
Ｋ６３２　腹壁腫瘍摘出術
　　１　形成手術を必要としない場合　4,310点
　　２　形成手術を必要とする場合　11,210点
Ｋ６３３　ヘルニア手術
　　１　腹壁瘢痕ヘルニア　9,950点
　　２　半月状線ヘルニア、白線ヘルニア、腹直筋離開　6,200点
　　３　臍ヘルニア　4,200点
　　４　臍帯ヘルニア　18,810点
　　５　鼠径ヘルニア　6,000点
　　６　大腿ヘルニア　8,860点
　　７　腰ヘルニア　8,880点
　　８　骨盤部ヘルニア（閉鎖孔ヘルニア、坐骨ヘルニア、会陰ヘルニア）　18,810点
　　９　内ヘルニア　18,810点
Ｋ６３３－２　腹腔鏡下ヘルニア手術
　　１　腹壁瘢痕ヘルニア　16,520点
　　２　大腿ヘルニア　18,550点
　　３　半月状線ヘルニア、白線ヘルニア　13,820点
　　４　臍ヘルニア　11,420点
　　５　閉鎖孔ヘルニア　24,130点
Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）　22,960点
　（腹膜、後腹膜、腸間膜、網膜）
Ｋ６３５　胸水・腹水濾過濃縮再静注法　4,990点
Ｋ６３５－２　腹腔・静脈シャントバルブ設置術　6,730点
Ｋ６３５－３　連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術　12,000点
Ｋ６３６　試験開腹術　6,660点
Ｋ６３６－２　ダメージコントロール手術　12,340点
Ｋ６３６－３　腹腔鏡下試験開腹術　11,320点
Ｋ６３６－４　腹腔鏡下試験切除術　11,320点
Ｋ６３７　限局性腹腔膿瘍手術
　　１　横隔膜下膿瘍　10,690点
　　２　ダグラス窩膿瘍　5,710点
　　３　虫垂周囲膿瘍　5,340点
　　４　その他のもの　10,380点
Ｋ６３７－２　経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術　10,800点
　　注　挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ６３８　骨盤腹膜外膿瘍切開排膿術　3,290点
Ｋ６３９　急性汎発性腹膜炎手術　14,400点
Ｋ６３９－２　結核性腹膜炎手術　12,000点
Ｋ６３９－３　腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術　23,040点
Ｋ６４０　腸間膜損傷手術
　　１　縫合、修復のみのもの　10,390点
　　２　腸管切除を伴うもの　26,880点
Ｋ６４１　大網切除術　8,720点
Ｋ６４２　大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術
　　１　腸切除を伴わないもの　16,000点
　　２　腸切除を伴うもの　29,970点
Ｋ６４２－２　腹腔鏡下大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術　32,310点
Ｋ６４２－３　腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術　30,310点
Ｋ６４３　後腹膜悪性腫瘍手術　54,330点
Ｋ６４３－２　腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術　50,610点
Ｋ６４４　臍腸管瘻手術
　　１　腸管切除を伴わないもの　5,260点
　　２　腸管切除を伴うもの　18,280点
Ｋ６４５　骨盤内臓全摘術　135,500点
　（胃、十二指腸）
Ｋ６４６　胃血管結紮術（急性胃出血手術）　11,360点
Ｋ６４７　胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む。）　12,190点
Ｋ６４７－２　腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術　23,940点
Ｋ６４７－３　内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術　10,300点
Ｋ６４８　胃切開術　11,140点
Ｋ６４９　胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術　11,800点
Ｋ６４９－２　腹腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術　22,320点
Ｋ６５０　削除
Ｋ６５１　内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術　9,210点
Ｋ６５２　胃、十二指腸憩室切除術・ポリープ切除術（開腹によるもの）　11,530点
Ｋ６５３　内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術
　　１　早期悪性腫瘍粘膜切除術　6,460点
　　２　早期悪性腫瘍胃粘膜下層剥離術　18,370点

3　早期悪性腫瘍十二指腸粘膜下層剥離術　21,370点
4　早期悪性腫瘍ポリープ切除術　6,230点
5　その他のポリープ・粘膜切除術　5,200点
Ｋ６５３－２　食道・胃内異物除去摘出術（マグネットカテーテルによるもの）　3,200点
Ｋ６５３－３　内視鏡的食道及び胃内異物摘出術　3,250点
Ｋ６５３－４　内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法　6,460点
Ｋ６５３－５　内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術　12,480点
Ｋ６５３－６　内視鏡的逆流防止粘膜切除術　12,000点
Ｋ６５４　内視鏡的消化管止血術　4,600点
Ｋ６５４－２　胃局所切除術　13,830点
Ｋ６５４－３　腹腔鏡下胃局所切除術
1　内視鏡処置を併施するもの　28,500点
2　その他のもの　20,400点
Ｋ６５４－４　腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）　30,000点
Ｋ６５５　胃切除術
1　単純切除術　33,850点
2　悪性腫瘍手術　55,870点
注　有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。
Ｋ６５５－２　腹腔鏡下胃切除術
1　単純切除術　45,470点
2　悪性腫瘍手術　64,120点
3　悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）　73,590点
注　有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。
Ｋ６５５－３　十二指腸窓（内方）憩室摘出術　26,910点
Ｋ６５５－４　噴門側胃切除術
1　単純切除術　40,170点
2　悪性腫瘍切除術　71,630点
注　有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。
Ｋ６５５－５　腹腔鏡下噴門側胃切除術
1　単純切除術　54,010点
2　悪性腫瘍切除術　75,730点
3　悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）　80,000点
注　有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。
Ｋ６５６　胃縮小術　28,210点
Ｋ６５６－２　腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）　40,050点
Ｋ６５７　胃全摘術
1　単純全摘術　50,920点
2　悪性腫瘍手術　69,840点
3　悪性腫瘍手術（空腸嚢作製術を伴うもの）　79,670点
注　有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。
Ｋ６５７－２　腹腔鏡下胃全摘術
1　単純全摘術　64,740点
2　悪性腫瘍手術　83,090点
3　悪性腫瘍手術（空腸嚢作製術を伴うもの）　94,780点
4　悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）　98,850点
注　有茎腸管移植を併せて行った場合は、5,000点を加算する。
Ｋ６５８　削除
Ｋ６５９　食道下部迷走神経切除術（幹迷切）
1　単独のもの　13,600点
2　ドレナージを併施するもの　19,000点
3　胃切除術を併施するもの　37,620点
Ｋ６５９－２　腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術（幹迷切）　30,570点
Ｋ６６０　食道下部迷走神経選択的切除術
1　単独のもの　19,500点
2　ドレナージを併施するもの　28,210点
3　胃切除術を併施するもの　37,620点
Ｋ６６０－２　腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術　34,100点
Ｋ６６１　胃冠状静脈結紮及び切除術　17,400点
Ｋ６６２　胃腸吻合術（ブラウン吻合を含む。）　16,010点
Ｋ６６２－２　腹腔鏡下胃腸吻合術　18,890点
Ｋ６６３　十二指腸空腸吻合術　13,400点
Ｋ６６４　胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）　6,070点
Ｋ６６４－２　経皮経食道胃管挿入術（ＰＴＥＧ）　14,610点
Ｋ６６４－３　薬剤投与用胃瘻造設術　8,570点
Ｋ６６５　胃瘻閉鎖術
1　開腹又は腹腔鏡によるもの　12,040点
2　内視鏡によるもの　10,300点
Ｋ６６５－２　胃瘻抜去術　2,000点
Ｋ６６６　幽門形成術（粘膜外幽門筋切開術を含む。）　10,500点
Ｋ６６６－２　腹腔鏡下幽門形成術　17,060点
Ｋ６６７　噴門形成術　16,980点
Ｋ６６７－２　腹腔鏡下噴門形成術　37,620点
Ｋ６６７－３　削除
Ｋ６６８　胃横断術（静脈瘤手術）　28,210点
Ｋ６６８－２　バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術　31,710点
（胆嚢、胆道）
Ｋ６６９　胆管切開術　12,460点
Ｋ６７０　胆嚢切開結石摘出術　11,800点
Ｋ６７１　胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む。）
1　胆嚢摘出を含むもの　33,850点
2　胆嚢摘出を含まないもの　26,880点
Ｋ６７１－２　腹腔鏡下胆管切開結石摘出術
1　胆嚢摘出を含むもの　39,890点
2　胆嚢摘出を含まないもの　33,610点
Ｋ６７２　胆嚢摘出術　27,670点
Ｋ６７２－２　腹腔鏡下胆嚢摘出術　21,500点
Ｋ６７３　胆管形成手術（胆管切除術を含む。）　37,620点
Ｋ６７４　総胆管拡張症手術　59,490点
注　乳頭形成を併せて行った場合は、5,000点を所定点数に加算する。
Ｋ６７４－２　腹腔鏡下総胆管拡張症手術　110,000点
注　乳頭形成を併せて行った場合は、5,000点を所定点数に加算する。
Ｋ６７５　胆嚢悪性腫瘍手術
1　胆嚢に限局するもの（リンパ節郭清を含む。）　50,980点
2　肝切除（亜区域切除以上）を伴うもの　64,720点
3　肝切除（葉以上）を伴うもの　77,450点
4　膵頭十二指腸切除を伴うもの　101,590点
5　膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うもの　173,500点
Ｋ６７５－２　腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）　70,220点
Ｋ６７６　削除
Ｋ６７７　胆管悪性腫瘍手術
1　膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うもの　173,500点
2　膵頭十二指腸切除及び血行再建を伴うもの　104,800点

3　肝外胆道切除術によるもの　50,000点
4　その他のもの　94,860点
K677-2　肝門部胆管悪性腫瘍手術
1　血行再建あり　202,710点
2　血行再建なし　101,090点
K678　体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）　16,300点
K679　胆嚢摘（膵）吻合術　11,580点
K680　総胆管胃（腸）吻合術　33,850点
K681　胆管外瘻造設術　9,420点
K682　胆管外瘻造設術
1　開腹によるもの　14,760点
2　経皮経肝によるもの　10,800点
注　挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。
K682-2　経皮的胆管ドレナージ術　10,800点
注　挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。
K682-3　内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ＥＮＢＤ）　10,800点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
K682-4　超音波内視鏡下瘻孔形成術（腹腔内臓器に対するもの）　25,570点
K683　削除
K684　先天性胆道閉鎖症手術　60,000点
K684-2　腹腔鏡下胆道閉鎖症手術　119,200点
K685　内視鏡的胆道結石除去術
1　胆道砕石術を伴うもの　14,300点
2　その他のもの　9,980点
注　バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。
K686　内視鏡的胆道拡張術　13,820点
注　バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。
K687　内視鏡的乳頭切開術
1　乳頭括約筋切開のみのもの　11,270点
2　胆道砕石術を伴うもの　24,550点
3　胆道鏡下結石破砕術を伴うもの　31,700点
注　バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。
K688　内視鏡的胆道ステント留置術　11,540点
注　バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。
K689　経皮経肝胆管ステント挿入術　12,270点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
K689-2　経皮経肝バルーン拡張術　12,270点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
（肝）
K690　肝縫合術　19,140点
K691　肝臓腸切開術
1　開腹によるもの　11,860点
2　開胸によるもの　12,520点
K691-2　経皮的肝腫瘍ドレナージ術　10,800点
注　挿入時に行う画像診断及び検査の費用は算定しない。
K692　肝膿胞切開又は縫縮術　13,710点
K692-2　腹腔鏡下膿胞切開術　28,210点
K693　肝内結石摘出術（開腹）　28,210点
K694　肝嚢胞、肝腫瘍摘出術　28,210点
K695　肝切除術
1　部分切除
イ　単回の切除によるもの　38,040点
ロ　複数回の切除を要するもの　63,340点
2　亜区域切除　63,030点
3　外側区域切除　46,130点
4　１区域切除（外側区域切除を除く。）　60,700点
5　２区域切除　76,210点
6　３区域切除以上のもの　97,050点
7　２区域切除以上であって、血行再建を伴うもの　126,230点
注　区分番号Ｋ６９７－２に掲げる肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法又は区分番号Ｋ６９７－３に掲げる肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法を併せて実施した場合には、局所麻酔療法併用加算として、6,000点を所定点数に加算する。
K695-2　腹腔鏡下肝切除術
1　部分切除
イ　単回の切除によるもの　58,680点
ロ　複数回の切除を要するもの　63,680点
2　外側区域切除　74,880点
3　亜区域切除　108,820点
4　１区域切除（外側区域切除を除く。）　130,730点
5　２区域切除　152,440点
6　３区域切除以上のもの　174,090点
K696　肝内胆管（肝管）胃（腸）吻合術　30,940点
K697　肝内胆管外瘻造設術
1　開腹によるもの　18,810点
2　経皮経肝によるもの　10,800点
K697-2　肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）
1　腹腔鏡によるもの　18,710点
2　その他のもの　17,410点
K697-3　肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
1　２センチメートル以内のもの
イ　腹腔鏡によるもの　16,300点
ロ　その他のもの　15,000点
2　２センチメートルを超えるもの
イ　腹腔鏡によるもの　23,260点
ロ　その他のもの　21,960点
注　フュージョンイメージングを用いて行った場合は、フュージョンイメージング加算として、200点を所定点数に加算する。
K697-4　移植用部分肝採取術（生体）
1　腹腔鏡によるもの　105,000点
2　その他のもの　82,800点
注　肝提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
K697-5　生体部分肝移植術　227,140点
注１　生体部分肝を移植した場合は、生体部分肝の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。
2　肝移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
3　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。
K697-6　移植用肝採取術（死体）　86,700点

注　肝提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
Ｋ６９７－７　同種死体肝移植術　193,060点
注１　肝移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
２　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。
（膵）
Ｋ６９８　急性膵炎手術
１　感染性壊死部切除を伴うもの　49,390点
２　その他のもの　28,210点
Ｋ６９９　膵結石手術
１　膵切開によるもの　28,210点
２　経十二指腸乳頭によるもの　28,210点
Ｋ６９９－２　体外衝撃波膵石破砕術（一連につき）　19,300点
注　破砕した膵石を内視鏡を用いて除去した場合は、内視鏡的膵石除去加算として、一連につき１回に限り5,640点を所定点数に加算する。
Ｋ７００　膵中央切除術　53,560点
Ｋ７００－２　膵腫瘍摘出術　26,100点
Ｋ７００－３　腹腔鏡下膵腫瘍摘出術　39,950点
Ｋ７０１　膵破裂縫合術　24,280点
Ｋ７０２　膵体尾部腫瘍切除術
１　膵尾部切除術の場合
イ　脾同時切除の場合　26,880点
ロ　脾温存の場合　21,750点
２　リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合　57,190点
３　周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合　59,060点
４　血行再建を伴う腫瘍切除術の場合　55,870点
Ｋ７０２－２　腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術
１　脾同時切除の場合　53,480点
２　脾温存の場合　56,240点
Ｋ７０３　膵頭部腫瘍切除術
１　膵頭十二指腸切除術の場合　91,410点
２　リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合又は十二指腸温存膵頭切除術の場合　97,230点
３　周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴う腫瘍切除術の場合　97,230点
４　血行再建を伴う腫瘍切除術の場合　131,230点
Ｋ７０３－２　腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術
１　膵頭十二指腸切除術の場合　158,450点
２　リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合　173,640点
Ｋ７０４　膵全摘術　115,390点
Ｋ７０５　膵嚢胞胃（腸）バイパス術
１　内視鏡によるもの　13,820点
２　開腹によるもの　31,310点
Ｋ７０６　膵管空腸吻合術　37,620点
Ｋ７０７　膵嚢胞外瘻造設術
１　内視鏡によるもの　18,370点
２　開腹によるもの　12,460点
Ｋ７０８　膵管外瘻造設術　18,810点
Ｋ７０８－２　膵管誘導手術　18,810点
Ｋ７０８－３　内視鏡的膵管ステント留置術　22,240点
Ｋ７０９　膵瘻閉鎖術　28,210点
Ｋ７０９－２　移植用膵採取術（死体）　77,240点
注　膵提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
Ｋ７０９－３　同種死体膵移植術　112,570点
注１　臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）第６条第２項に規定する脳死した者の身体から採取された膵を除く死体膵を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。
２　膵移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
３　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。
Ｋ７０９－４　移植用膵腎採取術（死体）　84,080点
注　膵腎提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
Ｋ７０９－５　同種死体膵腎移植術　140,420点
注１　臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する脳死した者の身体から採取された膵腎を除く死体膵腎を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。
２　膵腎移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
３　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。
Ｋ７０９－６　同種死体膵島移植術　56,490点
注１　臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する脳死した者の身体から採取された膵島を除く死体膵島を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。
２　膵島移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
３　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。
４　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
（脾）
Ｋ７１０　脾縫合術（部分切除を含む。）　26,810点
Ｋ７１０－２　腹腔鏡下脾固定術　30,070点
Ｋ７１１　脾摘出術　34,130点
Ｋ７１１－２　腹腔鏡下脾摘出術　37,060点
（空腸、回腸、盲腸、虫垂、結腸）
Ｋ７１２　破裂腸管縫合術　11,400点
Ｋ７１３　腸切開術　9,650点
Ｋ７１４　腸管癒着症手術　12,010点
Ｋ７１４－２　腹腔鏡下腸管癒着剝離術　20,650点
Ｋ７１５　腸重積症整復術
１　非観血的なもの　4,490点
２　観血的なもの　6,040点
Ｋ７１５－２　腹腔鏡下腸重積症整復術　14,660点
Ｋ７１６　小腸切除術
１　複雑なもの　34,150点
２　その他のもの　15,940点
Ｋ７１６－２　腹腔鏡下小腸切除術
１　複雑なもの　37,380点
２　その他のもの　31,370点
Ｋ７１６－３　移植用部分小腸採取術（生体）　56,850点
注　小腸提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
Ｋ７１６－４　生体部分小腸移植術　164,240点
注１　生体部分小腸を移植した場合は、生体部分小腸の摘出のために要した提供者の

療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。
2　小腸移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
3　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。

Ｋ７１６－５　移植用小腸採取術（死体）　65,140点
注　小腸提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ７１６－６　同種死体小腸移植術　177,980点
注１　小腸移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
2　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。

Ｋ７１７　小腸腫瘍、小腸憩室摘出術（メッケル憩室炎手術を含む。）　18,810点

Ｋ７１８　虫垂切除術
1　虫垂周囲膿瘍を伴わないもの　6,740点
2　虫垂周囲膿瘍を伴うもの　8,880点

Ｋ７１８－２　腹腔鏡下虫垂切除術
1　虫垂周囲膿瘍を伴わないもの　13,760点
2　虫垂周囲膿瘍を伴うもの　22,050点

Ｋ７１９　結腸切除術
1　小範囲切除　24,170点
2　結腸半側切除　29,940点
3　全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術　39,960点
注　人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、2,000点を所定点数に加算する。

Ｋ７１９－２　腹腔鏡下結腸切除術
1　小範囲切除、結腸半側切除　42,680点
2　全切除、亜全切除　59,510点
注　人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、3,470点を所定点数に加算する。

Ｋ７１９－３　腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術　59,510点

Ｋ７１９－４　ピックレル氏手術　13,700点

Ｋ７１９－５　全結腸・直腸切除嚢肛門吻合術　51,860点

Ｋ７１９－６　腹腔鏡下全結腸・直腸切除嚢肛門吻合術　75,690点

Ｋ７２０　結腸腫瘍（回盲部腫瘍摘出術を含む。）、結腸憩室摘出術、結腸ポリープ切除術（開腹によるもの）　16,610点

Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術
1　長径２センチメートル未満　5,000点
2　長径２センチメートル以上　7,000点
注１　家族性大腸腺腫症の患者に対して実施した場合は、消化管ポリポーシス加算として、年１回に限り5,000点を所定点数に加算する。
2　バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、450点を所定点数に加算する。

Ｋ７２１－２　削除

Ｋ７２１－３　内視鏡的結腸異物摘出術　5,360点
注　バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、450点を所定点数に加算する。

Ｋ７２１－４　早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術　22,040点
注　バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、450点を所定点数に加算する。

Ｋ７２１－５　内視鏡的小腸ポリープ切除術　11,800点

Ｋ７２２　小腸結腸内視鏡的止血術　10,390点
注１　バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。
2　スパイラル内視鏡を用いて実施した場合は、スパイラル内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。

Ｋ７２３　削除

Ｋ７２４　腸吻合術　9,330点

Ｋ７２５　腸瘻、虫垂瘻造設術　9,890点

Ｋ７２５－２　腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術　13,250点

Ｋ７２６　人工肛門造設術　9,570点

Ｋ７２６－２　腹腔鏡下人工肛門造設術　16,700点

Ｋ７２７　腹壁外腸管前置術　8,340点

Ｋ７２８　腸狭窄部切開縫合術　11,220点

Ｋ７２９　腸閉鎖症手術
1　腸管切除を伴わないもの　13,650点
2　腸管切除を伴うもの　28,210点

Ｋ７２９－２　多発性小腸閉鎖症手術　47,020点

Ｋ７２９－３　腹腔鏡下腸閉鎖症手術　32,310点

Ｋ７３０　小腸瘻閉鎖術
1　腸管切除を伴わないもの　11,580点
2　腸管切除を伴うもの　17,900点
3　内視鏡によるもの　10,300点

Ｋ７３１　結腸瘻閉鎖術
1　腸管切除を伴わないもの　11,750点
2　腸管切除を伴うもの　28,210点
3　内視鏡によるもの　10,300点

Ｋ７３２　人工肛門閉鎖術
1　腸管切除を伴わないもの　11,470点
2　腸管切除を伴うもの
イ　直腸切除術後のもの　34,280点
ロ　その他のもの　28,210点

Ｋ７３２－２　腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（直腸切除術後のものに限る。）　40,450点

Ｋ７３３　盲腸縫縮術　4,400点

Ｋ７３４　腸回転異常症手術　18,810点

Ｋ７３４－２　腹腔鏡下腸回転異常症手術　26,800点

Ｋ７３５　先天性巨大結腸症手術　50,830点

Ｋ７３５－２　小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）　11,090点
注１　バルーン内視鏡を用いて実施した場合は、バルーン内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。
2　スパイラル内視鏡を用いて実施した場合は、スパイラル内視鏡加算として、3,500点を所定点数に加算する。

Ｋ７３５－３　腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術　63,710点

Ｋ７３５－４　下部消化管ステント留置術　10,920点

Ｋ７３５－５　腸管延長術　76,000点

Ｋ７３６　人工肛門形成術
1　開腹を伴うもの　10,030点
2　その他のもの　3,670点
（直腸）

Ｋ７３７　直腸周囲膿瘍切開術　2,610点

Ｋ７３８　直腸異物除去術
1　経肛門（内視鏡によるもの）　8,040点
2　開腹によるもの　11,530点

Ｋ７３９　直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む。）

1　経肛門	4,010点
2　経括約筋	9,940点
3　経腹及び経肛	18,810点
Ｋ７３９－２　経肛門的内視鏡下手術（直腸腫瘍に限る。）	26,100点
Ｋ７３９－３　低侵襲経肛門的局所切除術（ＭＩＴＡＳ）	16,700点
Ｋ７４０　直腸切除・切断術	
1　切除術	42,850点
2　低位前方切除術	71,300点
3　超低位前方切除術	73,840点
4　経肛門吻合を伴う切除術	82,840点
5　切断術	77,120点
注１　１から３までについては、人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、2,000点を所定点数に加算する。	
2　側方リンパ節郭清を併せて行った場合であって、片側のみに行った場合は、片側側方リンパ節郭清加算として、4,250点を、両側に対して行った場合は、両側側方リンパ節郭清加算として、6,380点を所定点数に加算する。	
Ｋ７４０－２　腹腔鏡下直腸切除・切断術	
1　切除術	75,460点
2　低位前方切除術	83,930点
3　超低位前方切除術	91,470点
4　経肛門吻合を伴う切除術	100,470点
5　切断術	83,930点
注１　１から３までについては、人工肛門造設術を併せて実施した場合は、人工肛門造設加算として、3,470点を所定点数に加算する。	
2　側方リンパ節郭清を併せて行った場合であって、片側のみに行った場合は、片側側方リンパ節郭清加算として、4,250点を、両側に対して行った場合は、両側側方リンパ節郭清加算として、6,380点を所定点数に加算する。	
Ｋ７４０－３　削除	
Ｋ７４１　直腸狭窄形成手術	28,210点
Ｋ７４１－２　直腸瘤手術	5,760点
Ｋ７４２　直腸脱手術	
1　経会陰によるもの	
イ　腸管切除を伴わないもの	8,410点
ロ　腸管切除を伴うもの	25,780点
2　直腸挙上固定を行うもの	10,900点
3　骨盤底形成を行うもの	18,810点
4　腹会陰からのもの（腸切除を含む。）	37,620点
Ｋ７４２－２　腹腔鏡下直腸脱手術	30,810点
（肛門、その周辺）	
Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）	
1　硬化療法	1,660点
2　硬化療法（四段階注射法によるもの）	4,010点
3　結紮術、焼灼術、血栓摘出術	1,390点
4　根治手術（硬化療法（四段階注射法によるもの）を伴わないもの）	5,190点
5　根治手術（硬化療法（四段階注射法によるもの）を伴うもの）	6,520点
6　ＰＰＨ	11,260点
Ｋ７４３－２　肛門括約筋切開術	1,380点
Ｋ７４３－３　削除	
Ｋ７４３－４　痔核手術後狭窄拡張手術	5,360点
Ｋ７４３－５　モルガニー氏洞及び肛門管切開術	3,750点
Ｋ７４３－６　肛門部皮膚剥離切除術	3,750点
Ｋ７４４　裂肛又は肛門潰瘍根治手術	3,110点
Ｋ７４５　肛門周囲膿瘍切開術	2,050点
Ｋ７４６　痔瘻根治手術	
1　単純なもの	3,750点
2　複雑なもの	7,470点
Ｋ７４６－２　高位直腸瘻手術	8,120点
Ｋ７４６－３　痔瘻手術（注入療法）	1,660点
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術	1,250点
Ｋ７４８　肛門悪性腫瘍手術	
1　切除	28,210点
2　直腸切断を伴うもの	70,680点
Ｋ７４９　肛門拡張術（観血的なもの）	1,630点
Ｋ７５０　肛門括約筋形成手術	
1　瘢痕切除又は縫縮によるもの	3,990点
2　組織置換によるもの	23,660点
Ｋ７５１　鎖肛手術	
1　肛門膜状閉鎖切開	2,100点
2　会陰式	18,810点
3　仙骨会陰式	35,270点
4　腹会陰、腹仙骨式	62,660点
Ｋ７５１－２　仙尾部奇形腫手術	46,950点
Ｋ７５１－３　腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰、腹仙骨式）	70,140点
Ｋ７５２　肛門形成手術	
1　肛門狭窄形成手術	5,210点
2　直腸粘膜脱形成手術	7,710点
Ｋ７５３　毛巣嚢、毛巣瘻、毛巣洞手術	3,680点
第10款　尿路系・副腎	
区分	
（副腎）	
Ｋ７５４　副腎摘出術（副腎部分切除術を含む。）	28,210点
Ｋ７５４－２　腹腔鏡下副腎摘出術	40,100点
Ｋ７５４－３　腹腔鏡下小切開副腎摘出術	34,390点
Ｋ７５５　副腎腫瘍摘出術	
1　皮質腫瘍	39,410点
2　髄質腫瘍（褐色細胞腫）	47,020点
Ｋ７５５－２　腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）	47,030点
Ｋ７５５－３　副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）	
1　１センチメートル未満	16,000点
2　１センチメートル以上	22,960点
Ｋ７５６　副腎悪性腫瘍手術	47,020点
Ｋ７５６－２　腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術	51,120点
（腎、腎盂）	
Ｋ７５７　腎破裂縫合術	37,620点
Ｋ７５７－２　腎破裂手術	38,270点
Ｋ７５８　腎周囲膿瘍切開術	3,480点
Ｋ７５９　腎切半術	37,620点
Ｋ７６０　癒合腎離断術	47,020点
Ｋ７６１　腎被膜剥離術（除神経術を含む。）	10,660点
Ｋ７６２　腎固定術	10,350点
Ｋ７６３　腎切石術	27,550点
Ｋ７６４　経皮的尿路結石除去術（経皮的腎瘻造設術を含む。）	32,800点

Ｋ７６５　経皮的腎盂腫瘍切除術（経皮的腎瘻造設術を含む。）　33,040点
Ｋ７６６　経皮的尿管拡張術（経皮的腎瘻造設術を含む。）　13,000点
Ｋ７６７　腎盂切石術　27,210点
Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）　19,300点
Ｋ７６９　腎部分切除術　35,880点
Ｋ７６９－２　腹腔鏡下腎部分切除術　49,200点
Ｋ７６９－３　腹腔鏡下小切開腎部分切除術　42,900点
Ｋ７７０　腎嚢胞切除縮小術　11,580点
Ｋ７７０－２　腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術　18,850点
Ｋ７７０－３　腹腔鏡下腎嚢胞切除術　20,360点
Ｋ７７１　経皮的腎嚢胞穿刺術　1,490点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ７７２　腎摘出術　21,010点
Ｋ７７２－２　腹腔鏡下腎摘出術　54,250点
Ｋ７７２－３　腹腔鏡下小切開腎摘出術　40,240点
Ｋ７７３　腎（尿管）悪性腫瘍手術　42,770点
Ｋ７７３－２　腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術　64,720点
Ｋ７７３－３　腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術　49,870点
Ｋ７７３－４　腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）　52,800点
Ｋ７７３－５　腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
１　原発病巣が７センチメートル以下のもの　70,730点
２　その他のもの　64,720点
Ｋ７７３－６　腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）　64,720点
Ｋ７７４　削除
Ｋ７７５　経皮的腎（腎盂）瘻造設術　13,860点
Ｋ７７５－２　経皮的腎（腎盂）瘻拡張術（一連につき）　6,000点
Ｋ７７６　腎（腎盂）皮膚瘻閉鎖術　27,890点
Ｋ７７７　腎（腎盂）腸瘻閉鎖術
１　内視鏡によるもの　10,300点
２　その他のもの　28,210点
Ｋ７７８　腎盂形成手術　33,120点
Ｋ７７８－２　腹腔鏡下腎盂形成手術　51,600点
Ｋ７７９　移植用腎採取術（生体）　35,700点
注　腎提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
Ｋ７７９－２　移植用腎採取術（死体）　43,400点
注　腎提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
Ｋ７７９－３　腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）　51,850点
注　腎提供者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
Ｋ７８０　同種死体腎移植術　98,770点
注１　臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く死体腎を移植した場合は、移植臓器提供加算として、55,000点を所定点数に加算する。
２　腎移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
３　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。
Ｋ７８０－２　生体腎移植術　62,820点
注１　生体腎を移植した場合は、生体腎の摘出のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。
２　腎移植者に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれる。
３　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000点を所定点数に加算する。

（尿管）
Ｋ７８１　経尿道的尿路結石除去術
１　レーザーによるもの　22,270点
２　その他のもの　14,800点
Ｋ７８１－２　削除
Ｋ７８１－３　経尿道的腎盂尿管凝固止血術　8,250点
Ｋ７８２　尿管切石術
１　上部及び中部　10,310点
２　膀胱近接部　15,310点
Ｋ７８３　経尿道的尿管狭窄拡張術　20,930点
Ｋ７８３－２　経尿道的尿管ステント留置術　3,400点
Ｋ７８３－３　経尿道的尿管ステント抜去術　1,300点
Ｋ７８４　残存尿管摘出術　18,810点
Ｋ７８４－２　尿管剥離術　18,810点
Ｋ７８５　経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術　21,420点
Ｋ７８５－２　腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術　31,040点
Ｋ７８６　尿管膀胱吻合術　25,570点
注　巨大尿管に対して尿管形成術を併せて実施した場合は、尿管形成加算として、9,400点を所定点数に加算する。
Ｋ７８７　尿管尿管吻合術　27,210点
Ｋ７８８　尿管腸吻合術　17,070点
Ｋ７８９　尿管腸膀胱吻合術　46,450点
Ｋ７９０　尿管皮膚瘻造設術　14,200点
Ｋ７９１　尿管皮膚瘻閉鎖術　30,450点
Ｋ７９２　尿管腸瘻閉鎖術
１　内視鏡によるもの　10,300点
２　その他のもの　36,840点
Ｋ７９３　尿管腟瘻閉鎖術　28,210点
Ｋ７９４　尿管口形成手術　16,580点
Ｋ７９４－２　経尿道的尿管瘤切除術　15,500点
（膀胱）
Ｋ７９５　膀胱破裂閉鎖術　11,170点
Ｋ７９６　膀胱周囲膿瘍切開術　3,300点
Ｋ７９７　膀胱内凝血除去術　2,980点
Ｋ７９８　膀胱結石、異物摘出術
１　経尿道的手術　8,320点
２　膀胱高位切開術　3,150点
Ｋ７９８－２　経尿道的尿管凝血除去術（バスケットワイヤーカテーテル使用）　8,320点
Ｋ７９９　膀胱壁切除術　9,270点
Ｋ８００　膀胱憩室切除術　9,060点
Ｋ８００－２　経尿道的電気凝固術　9,060点
Ｋ８００－３　膀胱水圧拡張術　6,410点
注１　間質性膀胱炎の患者に対して行われた場合に限り算定する。
２　灌流液の費用及び電気凝固に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。
３　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
Ｋ８００－４　ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）　9,930点
Ｋ８０１　膀胱単純摘除術
１　腸管利用の尿路変更を行うもの　59,350点
２　その他のもの　51,510点
Ｋ８０２　膀胱腫瘍摘出術　10,610点
Ｋ８０２－２　膀胱脱手術

１　メッシュを使用するもの　30,880点
２　その他のもの　23,260点
K802－3　膀胱後腫瘍摘出術
１　腸管切除を伴わないもの　11,100点
２　腸管切除を伴うもの　21,700点
K802－4　腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術　12,710点
K802－5　腹腔鏡下膀胱部分切除術　22,410点
K802－6　腹腔鏡下膀胱脱手術　41,160点
注　メッシュを使用した場合に算定する。
K803　膀胱悪性腫瘍手術
１　切除　34,150点
２　全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）　66,890点
３　全摘（尿管Ｓ状結腸吻合を利用して尿路変更を行うもの）　80,160点
４　全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）　120,740点
５　全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）　110,600点
６　経尿道的手術
イ　電解質溶液利用のもの　13,530点
ロ　その他のもの　10,400点
注　狭帯域光による観察を行った場合には、狭帯域光強調加算として、200点を所定点数に加算する。
K803－2　腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術
１　全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）　86,110点
２　全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）　117,790点
３　全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）　120,590点
K803－3　腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術
１　全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの）　74,880点
２　全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの）　115,790点
３　全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）　118,590点
K804　尿膜管摘出術　10,950点
K804－2　腹腔鏡下尿膜管摘出術　22,030点
K805　膀胱瘻造設術　3,530点
K805－2　膀胱皮膚瘻造設術　25,200点
K805－3　導尿路造設術　49,400点
K806　膀胱皮膚瘻閉鎖術　8,700点
K807　膀胱腟瘻閉鎖術　27,700点
K808　膀胱腸瘻閉鎖術
１　内視鏡によるもの　10,300点
２　その他のもの　27,700点
K809　膀胱子宮瘻閉鎖術　37,180点
K809－2　膀胱尿管逆流手術　25,570点
注　巨大尿管に対して尿管形成術を併せて実施した場合は、尿管形成加算として、9,400点を加算する。
K809－3　腹腔鏡下膀胱内手術　39,280点
K810　ボアリー氏手術　36,840点
K811　腸管利用膀胱拡大術　48,200点
K812　回腸（結腸）導管造設術　49,570点
K812－2　排泄腔外反症手術
１　外反膀胱閉鎖術　70,430点
２　膀胱腸裂閉鎖術　103,710点
（尿道）
K813　尿道周囲膿瘍切開術　1,160点
K814　外尿道口切開術　1,010点
K815　尿道結石、異物摘出術
１　前部尿道　2,180点
２　後部尿道　6,300点
K816　外尿道腫瘍切除術　2,180点
K817　尿道悪性腫瘍摘出術
１　摘出　32,230点
２　内視鏡による場合　23,130点
３　尿路変更を行う場合　54,060点
K818　尿道形成手術
１　前部尿道　17,030点
２　後部尿道　37,700点
K819　尿道下裂形成手術　33,790点
K819－2　陰茎形成術　52,710点
K820　尿道上裂形成手術　39,000点
K821　尿道狭窄内視鏡手術　15,040点
K821－2　尿道狭窄拡張術（尿道バルーンカテーテル）　14,200点
K821－3　尿道ステント前立腺部尿道拡張術　12,300点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
K822　女子尿道脱手術　7,560点
K823　尿失禁手術
１　恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うもの　23,510点
２　その他のもの　20,680点
K823－2　尿失禁又は膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術　23,320点
注　コラーゲン注入手術に伴って使用したコラーゲンの費用は、所定点数に含まれるものとする。
K823－3　膀胱尿管逆流症手術（治療用注入材によるもの）　23,320点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
K823－4　腹腔鏡下尿失禁手術　32,440点
K823－5　人工尿道括約筋植込・置換術　23,920点
K823－6　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）　9,680点
K823－7　膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）　37,690点

第11款　性器

区分
（陰茎）
K824　陰茎尖圭コンジローム切除術　1,360点
K825　陰茎全摘術　16,630点
K826　陰茎切断術　7,020点
K826－2　陰茎折症手術　8,550点
K826－3　陰茎様陰核形成手術　7,020点
K827　陰茎悪性腫瘍手術
１　陰茎切除　23,200点
２　陰茎全摘　36,500点
K828　包茎手術
１　背面切開術　830点
２　環状切除術　2,040点
K828－2　陰茎持続勃起症手術
１　亀頭－陰茎海綿体瘻作成術（ウィンター法）によるもの　4,670点
２　その他のシャント術によるもの　18,600点
（陰嚢、精巣、精巣上体、精管、精索）
K828－3　埋没陰茎手術　7,760点

K829　精管切断、切除術（両側）　2,550点
K830　精巣摘出術　2,770点
K830-2　精巣外傷手術
　1　陰嚢内血腫除去術　3,200点
　2　精巣白膜縫合術　3,400点
K831及びK831-2　削除
K832　精巣上体摘出術　4,200点
K833　精巣悪性腫瘍手術　12,340点
K834　精索静脈瘤手術　2,970点
K834-2　腟腟鏡下内精巣静脈結紮術　20,500点
K834-3　顕微鏡下精索静脈瘤手術　12,500点
K835　陰嚢水腫手術
　1　鼠径部切開によるもの　3,980点
　2　その他　2,290点
K836　停留精巣固定術　9,740点
K836-2　腟腟鏡下腟腟内停留精巣陰嚢内固定術　37,170点
K837　精管形成手術　12,470点
K838　精索捻転手術
　1　対側の精巣固定術を伴うもの　8,230点
　2　その他のもの　7,910点
K838-2　精巣内精子採取術
　1　単純なもの　12,400点
　2　顕微鏡を用いたもの　24,600点
（精嚢、前立腺）
K839　前立腺膿瘍切開術　2,770点
K840　前立腺被膜下摘出術　15,920点
K841　経尿道的前立腺手術
　1　電解質溶液利用のもの　20,400点
　2　その他のもの　18,500点
K841-2　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術
　1　ホルミウムレーザー又は増周波数レーザーを用いるもの　20,470点
　2　ツリウムレーザーを用いるもの　18,190点
　3　その他のもの　19,000点
K841-3　経尿道的前立腺高温度治療（一連につき）　5,000点
K841-4　焦点式高エネルギー超音波療法（一連につき）　5,000点
K841-5　経尿道的前立腺核出術　21,500点
K841-6　経尿道的前立腺冊上術　12,300点
K842　削除
K843　前立腺悪性腫瘍手術　41,080点
K843-2　腟腟鏡下前立腺悪性腫瘍手術　77,430点
K843-3　腟腟鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術　59,780点
K843-4　腟腟鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）　95,280点
（外陰、全腟）
K844　バルトリン腺膿瘍切開術　940点
K845　処女膜切開術　790点
K846　処女膜切除術　980点
K847　輸状処女膜切除術　2,230点
K848　バルトリン腺嚢胞膿瘍摘出術（造袋術を含む。）　3,310点
K849　女子外性器腫瘍摘出術　2,810点
K850　女子外性器悪性腫瘍手術
　1　切除　29,190点
　2　皮膚移植（筋皮弁使用）を行った場合　63,200点
K850-2　腟粘膜生腫瘍摘出術　23,830点
K851　会陰形成手術
　1　筋層に及ばないもの　2,330点
　2　筋層に及ぶもの　6,910点
K851-2　外陰・腟血腫除去術　1,920点
K851-3　癒合会陰腟形成手術
　1　筋層に及ばないもの　2,330点
　2　筋層に及ぶもの　6,240点
（腟）
K852　腟壁裂創縫合術（分娩時を除く。）
　1　前又は後壁裂創　2,760点
　2　前後壁裂創　6,330点
　3　腟円蓋に及ぶ裂創　8,280点
　4　直腸裂傷を伴うもの　31,940点
K853　腟閉鎖術
　1　中央腟閉鎖術（子宮全脱）　7,410点
　2　その他　2,580点
K854　腟式子宮旁結合織炎（膿瘍）切開術　2,230点
K854-2　後腟円蓋切開（異所性妊娠）　2,230点
K855　腟中隔切除術
　1　不全隔のもの　1,510点
　2　全中隔のもの　2,540点
K856　腟壁腫瘍摘出術　2,540点
K856-2　腟壁裏腫切除術　2,540点
K856-3　腟ポリープ切除術　1,040点
K856-4　腟壁尖圭コンジローム切除術　1,250点
K857　腟壁悪性腫瘍手術　44,480点
K858　腟閉鎖閉鎖術
　1　内視鏡によるもの　10,300点
　2　その他のもの　35,130点
K859　造腟術、腟閉鎖症術
　1　拡張器利用によるもの　2,130点
　2　遊離植皮によるもの　18,810点
　3　腟断端挙上によるもの　28,210点
　4　腸管形成によるもの　47,040点
　5　筋皮弁移植によるもの　55,810点
K859-2　腟腟鏡下造腟術　38,690点
K860　腟壁形成手術　7,880点
K860-2　腟断端挙上術（腟式、腹式）　29,190点
K860-3　腟腟鏡下腟断端挙上術　43,870点
（子宮）
K861　子宮内膜掻爬術　1,420点
K862　クレーニッヒ手術　7,710点
K863　腟腟鏡下子宮内膜症病巣除去術　20,610点
K863-2　子宮鏡下子宮中隔切除術、子宮内腔癒着切除術（癒着剥離術を含む。）　18,590点
K863-3　子宮鏡下子宮内膜焼灼術　17,810点
K864　子宮位置矯正術
　1　アレキサンダー手術　4,040点
　2　開腹による位置矯正術　8,140点
　3　癒着剥離矯正術　16,420点

Ｋ８６５　子宮脱手術
　　１　腟壁形成手術及び子宮位置矯正術　16,900点
　　２　ハルバン・シャウタ手術　16,900点
　　３　マンチェスター手術　14,110点
　　４　腟壁形成手術及び子宮全摘術（腟式、腹式）　28,210点
Ｋ８６５－２　腹腔鏡下仙骨膣固定術　48,240点
　　注　メッシュを使用した場合に算定する。
Ｋ８６６　子宮頸管ポリープ切除術　1,190点
Ｋ８６６－２　子宮腟部冷凍凝固術　1,190点
Ｋ８６７　子宮頸部（腟部）切除術　3,330点
Ｋ８６７－２　子宮腟部糜爛等子宮腟部乱切除術　470点
Ｋ８６７－３　子宮頸部摘出術（腟部切断術を含む。）　3,330点
Ｋ８６７－４　子宮頸部異形成上皮又は上皮内癌レーザー照射治療　3,330点
Ｋ８６８からＫ８７０まで　削除
Ｋ８７１　子宮息肉様筋腫摘出術（腟式）　3,810点
Ｋ８７２　子宮筋腫摘出（核出）術
　　１　腹式　24,510点
　　２　腟式　14,290点
Ｋ８７２－２　腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術　37,620点
Ｋ８７２－３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術
　　１　電解質溶液利用のもの　6,630点
　　２　その他のもの　4,730点
Ｋ８７２－４　瘢跡副角子宮手術
　　１　腹式　15,240点
　　２　腟式　8,450点
Ｋ８７２－５　子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法　8,450点
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術
　　１　電解質溶液利用のもの　19,000点
　　２　その他のもの　17,100点
Ｋ８７４及びＫ８７５　削除
Ｋ８７６　子宮腟上部切断術　10,390点
Ｋ８７６－２　腹腔鏡下子宮腟上部切断術　17,540点
Ｋ８７７　子宮全摘術　28,210点
Ｋ８７７－２　腹腔鏡下腟式子宮全摘術　42,050点
Ｋ８７８　広靱帯内腫瘍摘出術　16,120点
Ｋ８７８－２　腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術　28,130点
Ｋ８７９　子宮悪性腫瘍手術　69,440点
Ｋ８７９－２　腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術　70,200点
Ｋ８８０　削除
Ｋ８８１　腹壁子宮瘻手術　23,290点
Ｋ８８２　重複子宮、双角子宮手術　25,280点
Ｋ８８２－２　腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術　32,290点
Ｋ８８３　子宮頸管形成手術　3,590点
Ｋ８８３－２　子宮頸管閉鎖症手術
　　１　非観血的　180点
　　２　観血的　3,590点
Ｋ８８４　奇形子宮形成手術（ストラスマン手術）　23,290点
Ｋ８８４－２　人工授精　1,820点
Ｋ８８４－３　胚移植術
　　１　新鮮胚移植の場合　7,500点
　　２　凍結・融解胚移植の場合　12,000点
　　注１　患者の治療開始日の年齢が40歳未満である場合は、患者１人につき６回に限り、40歳以上43歳未満である場合は、患者１人につき３回に限り算定する。
　　２　アシステッドハッチングを実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。
　　３　高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置を実施した場合は、1,000点を所定点数に加算する。
（子宮附属器）
Ｋ８８５　腟式卵巣嚢腫内容排除術　1,350点
Ｋ８８５－２　経皮的卵巣嚢腫内容排除術　1,620点
Ｋ８８６　子宮附属器癒着剝離術（両側）
　　１　開腹によるもの　13,890点
　　２　腹腔鏡によるもの　21,370点
Ｋ８８７　卵巣部分切除術（腟式を含む。）
　　１　開腹によるもの　6,150点
　　２　腹腔鏡によるもの　18,810点
Ｋ８８７－２　卵管結紮術（腟式を含む。）（両側）
　　１　開腹によるもの　4,350点
　　２　腹腔鏡によるもの　18,810点
Ｋ８８７－３　卵管口切開術
　　１　開腹によるもの　5,220点
　　２　腹腔鏡によるもの　18,810点
Ｋ８８７－４　腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術　24,130点
Ｋ８８８　子宮附属器腫瘍摘出術（両側）
　　１　開腹によるもの　17,080点
　　２　腹腔鏡によるもの　25,940点
Ｋ８８８－２　卵管全摘除術、卵管腫瘤全摘除術、子宮卵管留血腫手術（両側）
　　１　開腹によるもの　13,960点
　　２　腹腔鏡によるもの　25,540点
Ｋ８８９　子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）　58,500点
Ｋ８９０　卵管形成手術（卵管・卵巣移植、卵管架橋等）　27,380点
Ｋ８９０－２　卵管鏡下卵管形成術　46,410点
Ｋ８９０－３　腹腔鏡下卵管形成術　46,410点
Ｋ８９０－４　採卵術　3,200点
　　注　採取された卵子の数に応じて、次に掲げる点数をそれぞれ１回につき所定点数に加算する。
　　イ　１個の場合　2,400点
　　ロ　２個から５個までの場合　3,600点
　　ハ　６個から９個までの場合　5,500点
　　ニ　10個以上の場合　7,200点
（産科手術）
Ｋ８９１　分娩時頸部切開術（縫合を含む。）　3,170点
Ｋ８９２　骨盤位娩出術　3,800点
Ｋ８９３　吸引娩出術　2,550点
Ｋ８９４　鉗子娩出術
　　１　低位（出口）鉗子　2,700点
　　２　中位鉗子　4,760点
Ｋ８９５　会陰（陰門）切開及び縫合術（分娩時）　1,710点
Ｋ８９６　会陰（腟壁）裂創縫合術（分娩時）
　　１　筋層に及ぶもの　1,980点
　　２　肛門に及ぶもの　5,560点
　　３　腟円蓋に及ぶもの　4,320点
　　４　直腸裂創を伴うもの　8,920点

Ｋ８９７　頸管裂創縫合術（分娩時）	7,060点
Ｋ８９８　帝王切開術	
１　緊急帝王切開	22,200点
２　選択帝王切開	20,140点
注　複雑な場合については、2,000点を所定点数に加算する。	
Ｋ８９９　胎児縮小術（娩出術を含む。）	3,220点
Ｋ９００　臍帯還納術	1,240点
Ｋ９００－２　脱垂肢整復術	1,240点
Ｋ９０１　子宮双手圧迫術（大動脈圧迫術を含む。）	2,950点
Ｋ９０２　胎盤用手剥離術	2,350点
Ｋ９０３　子宮破裂手術	
１　子宮全摘除を行うもの	29,190点
２　子宮膣上部切断を行うもの	29,190点
３　その他のもの	16,130点
Ｋ９０４　妊娠子宮摘出術（ポロー手術）	33,120点
Ｋ９０５　子宮内反症整復手術（膣式、腹式）	
１　非観血的	340点
２　観血的	15,490点
Ｋ９０６　子宮頸管縫縮術	
１　マクドナルド法	2,020点
２　シロッカー法又はラッシュ法	3,090点
３　縫縮解除術（チューブ抜去術）	1,800点
Ｋ９０７　胎児外回転術	800点
Ｋ９０８　胎児内（双合）回転術	1,190点
Ｋ９０９　流産手術	
１　妊娠11週までの場合	
イ　手動真空吸引法によるもの	4,000点
ロ　その他のもの	2,000点
２　妊娠11週を超え妊娠21週までの場合	5,110点
Ｋ９０９－２　子宮内容除去術（不全流産）	1,980点
Ｋ９１０　削除	
Ｋ９１０－２　内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	40,000点
Ｋ９１０－３　胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）	11,880点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
Ｋ９１０－４　無心体双胎焼灼術（一連につき）	40,000点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
Ｋ９１０－５　胎児輸血術（一連につき）	13,880点
注１　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
２　臍帯穿刺の費用は、所定点数に含まれる。	
Ｋ９１０－６　臍帯穿刺	3,800点
注　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。	
Ｋ９１１　胞状奇胎除去術	4,120点
Ｋ９１２　異所性妊娠手術	
１　開腹によるもの	14,110点
２　腹腔鏡によるもの	22,950点
Ｋ９１３　新生児仮死蘇生術	
１　仮死第１度のもの	1,010点
２　仮死第２度のもの	2,700点
（その他）	
Ｋ９１３－２　性腺摘出術	
１　開腹によるもの	6,280点
２　腹腔鏡によるもの	18,590点
第12款　削除	
第13款　手術等管理料	
区分	
Ｋ９１４　脳死臓器提供管理料	40,000点
注　臓器提供者の脳死後に、臓器提供者の身体に対して行われる処置の費用は、所定点数に含まれる。	
Ｋ９１５　生体臓器提供管理料	5,000点
Ｋ９１６　体外式膜型人工肺管理料（１日につき）	
１　７日目まで	4,500点
２　８日目以降14日目まで	4,000点
３　15日目以降	3,000点
注　治療開始時においては、導入時加算として、初回に限り5,000点を所定点数に加算する。	
Ｋ９１７　体外受精・顕微授精管理料	
１　体外受精	4,200点
２　顕微授精	
イ　１個の場合	4,800点
ロ　２個から５個までの場合	6,800点
ハ　６個から９個までの場合	10,000点
ニ　10個以上の場合	12,800点
注１　体外受精及び顕微授精を同時に実施した場合は、１の所定点数の100分の50に相当する点数及び２の所定点数を合算した点数により算定する。	
２　区分番号Ｋ８３８－２に掲げる精巣内精子採取術により採取された精子を用いる場合は、採取精子調整加算として、5,000点を所定点数に加算する。	
３　２について、受精卵作成の成功率を向上させることを目的として卵子活性化処理を実施した場合は、卵子調整加算として、1,000点を所定点数に加算する。	
Ｋ９１７－２　受精卵・胚培養管理料	
１　１個の場合	4,500点
２　２個から５個までの場合	6,000点
３　６個から９個までの場合	8,400点
４　10個以上の場合	10,500点
注　胚盤胞の作成を目的として管理を行った胚の数に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ１回につき所定点数に加算する。	
イ　１個の場合	1,500点
ロ　２個から５個までの場合	2,000点
ハ　６個から９個までの場合	2,500点
ニ　10個以上の場合	3,000点
Ｋ９１７－３　胚凍結保存管理料	
１　胚凍結保存管理料（導入時）	
イ　１個の場合	5,000点
ロ　２個から５個までの場合	7,000点
ハ　６個から９個までの場合	10,200点
ニ　10個以上の場合	13,000点
２　胚凍結保存維持管理料	3,500点
注　１については、凍結保存を開始した場合に、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて算定し、２については、凍結保存の開始から１年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合に、当該凍結保存の開始日から起算して３年を限度として、１年に１回に限り算定する。	
第２節　輸血料	
区分	

Ｋ９２０　輸血

１　自家採血輸血（200mＬごとに）

イ　１回目　750点

ロ　２回目以降　650点

２　保存血液輸血（200mＬごとに）

イ　１回目　450点

ロ　２回目以降　350点

３　自己血貯血

イ　６歳以上の患者の場合（200mＬごとに）

(1)　液状保存の場合　250点

(2)　凍結保存の場合　500点

ロ　６歳未満の患者の場合（体重１kgにつき４mＬごとに）

(1)　液状保存の場合　250点

(2)　凍結保存の場合　500点

４　自己血輸血

イ　６歳以上の患者の場合（200mＬごとに）

(1)　液状保存の場合　750点

(2)　凍結保存の場合　1,500点

ロ　６歳未満の患者の場合（体重１kgにつき４mＬごとに）

(1)　液状保存の場合　750点

(2)　凍結保存の場合　1,500点

５　希釈式自己血輸血

イ　６歳以上の患者の場合（200mＬごとに）　1,000点

ロ　６歳未満の患者の場合（体重１kgにつき４mＬごとに）　1,000点

６　交換輸血（１回につき）　5,250点

注１　輸血に伴って、患者に対して輸血の必要性、危険性等について文書による説明を行った場合に算定する。

２　自家採血、保存血又は自己血の輸血量には、抗凝固液の量は含まれないものとする。

３　骨髄内輸血又は血管露出術を行った場合は、所定点数に区分番号Ｄ４０４に掲げる骨髄穿刺又は区分番号Ｋ６０６に掲げる血管露出術の所定点数をそれぞれ加算する。

４　輸血に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第４節に掲げる所定点数を加算する。

５　輸血に伴って行った患者の血液型検査（ＡＢＯ式及びRh式）の費用として54点を所定点数に加算する。

６　不規則抗体検査の費用として検査回数にかかわらず１月につき197点を所定点数に加算する。ただし、頻回に輸血を行う場合にあっては、１週間に１回に限り、197点を所定点数に加算する。

７　ＨＬＡ型適合血小板輸血に伴って行ったＨＬＡ型クラスⅠ（Ａ、Ｂ、Ｃ）又はクラスⅡ（ＤＲ、ＤＱ、ＤＰ）の費用として、検査回数にかかわらず一連につきそれぞれの所定点数に1,000点又は1,400点を加算する。

８　輸血に伴って、血液交叉試験、間接クームス検査又はコンピュータクロスマッチを行った場合は、血液交叉試験加算、間接クームス検査加算又はコンピュータクロスマッチ加算として、１回につき30点、47点又は30点をそれぞれ加算する。ただし、コンピュータクロスマッチを行った場合は、血液交叉試験加算及び間接クームス検査加算は算定できない。

９　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、26点を所定点数に加算する。

10　輸血に伴って行った供血者の諸検査、輸血用回路及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。

11　輸血に伴って、血液を保存する費用は、所定点数に含まれるものとする。

12　血小板輸血に伴って、血小板洗浄術を行った場合には、血小板洗浄術加算として、580点を所定点数に加算する。

Ｋ９２０－２　輸血管理料

１　輸血管理料Ⅰ　220点

２　輸血管理料Ⅱ　110点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、輸血を行った場合に、月１回に限り、当該基準に係る区分に従い、それぞれ所定点数を算定する。

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、輸血製剤が適正に使用されている場合には、輸血適正使用加算として、所定点数に、１においては120点、２においては60点を加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において貯血式自己血輸血を実施した場合は、貯血式自己血輸血管理体制加算として、50点を所定点数に加算する。

Ｋ９２１　造血幹細胞採取（一連につき）

１　骨髄採取

イ　同種移植の場合　21,640点

ロ　自家移植の場合　17,440点

２　末梢血幹細胞採取

イ　同種移植の場合　21,640点

ロ　自家移植の場合　17,440点

注１　同種移植における造血幹細胞提供者又は自家移植を受ける者に係る造血幹細胞採取、組織適合性試験及び造血幹細胞測定の費用並びに造血幹細胞提供前後における健康管理等に係る費用は、所定点数に含まれる。

２　造血幹細胞採取に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第４節に掲げる所定点数を加算する。

Ｋ９２１－２　間葉系幹細胞採取（一連につき）　17,440点

Ｋ９２１－３　末梢血単核球採取（一連につき）

１　採取のみを行う場合　14,480点

２　採取、細胞調製及び凍結保存を行う場合　19,410点

Ｋ９２２　造血幹細胞移植

１　骨髄移植

イ　同種移植の場合　66,450点

ロ　自家移植の場合　25,850点

２　末梢血幹細胞移植

イ　同種移植の場合　66,450点

ロ　自家移植の場合　30,850点

３　臍帯血移植　66,450点

注１　同種移植を行った場合は、造血幹細胞採取のために要した提供者の療養上の費用として、この表に掲げる所定点数により算定した点数を加算する。

２　造血幹細胞移植に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の費用として、第４節に掲げる所定点数を加算する。

３　６歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、26点を所定点数に加算する。

４　造血幹細胞移植に当たって使用した輸血用バッグ及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。

５　同種移植における造血幹細胞移植者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれるものとする。

６　臍帯血移植に用いられた臍帯血に係る組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれるものとする。

７　抗ＨＬＡ抗体検査を行う場合には、抗ＨＬＡ抗体検査加算として、4,000点を

所定点数に加算する。

8　1のイ及び2のイの場合において、非血縁者間移植を実施した場合は、非血縁者間移植加算として、10,000点を所定点数に加算する。

9　1及び2については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において同種移植を実施した場合は、コーディネート体制充実加算として、1,500点を所定点数に加算する。

Ｋ９２２－２　ＣＡＲ発現生Ｔ細胞投与（一連につき）　30,850点

注1　6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として、26点を所定点数に加算する。

2　ＣＡＲ発現生Ｔ細胞投与に当たって使用した輸血用バッグ及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。

Ｋ９２２－３　自己骨髄由来間葉系幹細胞投与（一連につき）　22,280点

注　自己骨髄由来間葉系幹細胞投与に当たって使用した輸血用バッグ及び輸血用針は、所定点数に含まれるものとする。

Ｋ９２３　術中術後自己血回収術（自己血回収器具によるもの）

1　濃縮及び洗浄を行うもの　5,500点

2　濾過を行うもの　3,500点

注1　併施される手術の所定点数とは別に算定する。

2　使用した術中術後自己血回収セットの費用は、所定点数に含まれるものとする。

Ｋ９２４　自己生体組織接着剤作成術　4,340点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、自己生体組織接着剤を用いた場合に算定する。

Ｋ９２４－２　自己クリオプレシピテート作製術（用手法）　1,760点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、自己クリオプレシピテートを用いた場合に算定する。

Ｋ９２４－３　同種クリオプレシピテート作製術　600点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、同種クリオプレシピテートを用いた場合に算定する。

第3節　手術医療機器等加算

区分

Ｋ９３０　脊髄誘発電位測定等加算

1　脳、脊椎、脊髄、大動脈瘤又は食道の手術に用いた場合　3,630点

2　甲状腺又は副甲状腺の手術に用いた場合　3,130点

Ｋ９３１　超音波凝固切開装置等加算　3,000点

注　胸腔鏡下若しくは腹腔鏡下による手術、悪性腫瘍等に係る手術又はバセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）に当たって、超音波凝固切開装置等を使用した場合に算定する。

Ｋ９３２　創外固定器加算　10,000点

注　区分番号Ｋ０４６、Ｋ０５６－２、Ｋ０５８、Ｋ０７３、Ｋ０７６、Ｋ０７８、Ｋ１２４－２、Ｋ１２５、Ｋ１８０の３、Ｋ４４３、Ｋ４４４及びＫ４４４－２に掲げる手術に当たって、創外固定器を使用した場合に算定する。

Ｋ９３３　イオントフォレーゼ加算　45点

注　区分番号Ｋ３００及びＫ３０９に掲げる手術に当たって、イオントフォレーゼを使用した場合に算定する。

Ｋ９３４　副鼻腔手術用内視鏡加算　1,000点

注　区分番号Ｋ３５０、Ｋ３５２、Ｋ３５２－３、Ｋ３６２－２及びＫ３６５に掲げる手術に当たって、内視鏡を使用した場合に算定する。

Ｋ９３４－２　副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算　1,000点

注　区分番号Ｋ３４０－３からＫ３４０－７まで及びＫ３５０からＫ３６５までに掲げる手術に当たって、副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器を使用した場合に算定する。

Ｋ９３５　止血用加熱凝固切開装置加算　700点

注　区分番号Ｋ４７６に掲げる手術に当たって、止血用加熱凝固切開装置を使用した場合に算定する。

Ｋ９３６　自動縫合器加算　2,500点

注1　区分番号Ｋ４８８－４、Ｋ５１１、Ｋ５１３、Ｋ５１４からＫ５１４－６まで、Ｋ５１７、Ｋ５２２－３、Ｋ５２４－２、Ｋ５２４－３、Ｋ５２５、Ｋ５２９からＫ５２９－３まで、Ｋ５３１からＫ５３２－２まで、Ｋ５５２、Ｋ５５２－２、Ｋ６４５、Ｋ６５４－３、Ｋ６５５、Ｋ６５５－２、Ｋ６５５－４、Ｋ６５５－５、Ｋ６５６－２、Ｋ６５７、Ｋ６５７－２、Ｋ６６２、Ｋ６６２－２、Ｋ６７４、Ｋ６７４－２、Ｋ６７５の２からＫ６７５の５まで、Ｋ６７７、Ｋ６７７－２、Ｋ６８０、Ｋ６８４－２、Ｋ６９５の４からＫ６９５の７まで、Ｋ６９５－２の４からＫ６９５－２の６まで、Ｋ６９６、Ｋ６９７－４、Ｋ７００からＫ７００－３まで、Ｋ７０２からＫ７０３－２まで、Ｋ７０４、Ｋ７０５の２、Ｋ７０６、Ｋ７０９－２からＫ７０９－５まで、Ｋ７１１－２、Ｋ７１６からＫ７１６－６まで、Ｋ７１９からＫ７１９－３まで、Ｋ７１９－５、Ｋ７３２の２、Ｋ７３５、Ｋ７３５－３、Ｋ７３５－５、Ｋ７３９、Ｋ７３９－３、Ｋ７４０、Ｋ７４０－２、Ｋ７７９－３、Ｋ８０３からＫ８０３－３まで及びＫ８１７の３に掲げる手術に当たって、自動縫合器を使用した場合に算定する。

2　区分番号Ｋ５５２、Ｋ５５２－２、Ｋ５５４、Ｋ５５５、Ｋ５５７からＫ５５７－３まで、Ｋ５６０、Ｋ５９４の３及びＫ５９４の４のロに掲げる手術に当たって左心耳閉塞用クリップを使用した場合に算定する。

Ｋ９３６－２　自動吻合器加算　5,500点

注　区分番号Ｋ５２２－３、Ｋ５２５、Ｋ５２９からＫ５２９－３まで、Ｋ５３１からＫ５３２－２まで、Ｋ６４５、Ｋ６５５、Ｋ６５５－２、Ｋ６５５－４、Ｋ６５５－５、Ｋ６５７、Ｋ６５７－２、Ｋ７０２、Ｋ７０３、Ｋ７１９の３、Ｋ７１９－２の２、Ｋ７１９－３、Ｋ７３９、Ｋ７４０、Ｋ７４０－２、Ｋ８０３からＫ８０３－３まで及びＫ８１７の３に掲げる手術に当たって、自動吻合器を使用した場合に算定する。

Ｋ９３６－３　微小血管自動縫合器加算　2,500点

注　区分番号Ｋ０１７及びＫ０２０に掲げる手術に当たって、微小血管自動縫合器を使用した場合に算定する。

Ｋ９３７　心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植術用機器加算　30,000点

注　区分番号Ｋ５５２－２に掲げる手術に当たって、心拍動下冠動脈、大動脈バイパス移植術用機器を使用した場合に算定する。

Ｋ９３７－２　術中グラフト血流測定加算　2,500点

注　手術に当たって、機器を用いてグラフト血流を測定した場合に算定する。

Ｋ９３８　体外衝撃波消耗性電極加算　3,000点

注　区分番号Ｋ６７８及びＫ７６８に掲げる手術に当たって、消耗性電極を使用した場合に算定する。

Ｋ９３９　画像等手術支援加算

1　ナビゲーションによるもの　2,000点

注　区分番号Ｋ０５５－２、Ｋ０５５－３、Ｋ０８０の１、Ｋ０８１の１、Ｋ０８２の１、Ｋ０８２－３の１、Ｋ１３１－２、Ｋ１３４－２、Ｋ１３６、Ｋ１４０からＫ１４１－２まで、Ｋ１４２（６を除く。）、Ｋ１４２－２の１及び２のイ、Ｋ１４２－３、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４－２、Ｋ１５８、Ｋ１６１、Ｋ１６７、Ｋ１６９からＫ１７２まで、Ｋ１７４の１、Ｋ１９１からＫ１９３まで、Ｋ２３５、Ｋ２３６、Ｋ３１３、Ｋ３１４、Ｋ３４０－３からＫ３４０－７まで、Ｋ３４２、Ｋ３４３、Ｋ３５０からＫ３６５まで、Ｋ５１１の２、Ｋ５１３の２からＫ５１３の４まで、Ｋ５１４の２、Ｋ５１４－２の２、Ｋ６９５、Ｋ６９５－

２並びにＫ６９７－４に掲げる手術に当たって、ナビゲーションによる支援を行った場合に算定する。

２　実物大臓器立体モデルによるもの　2,000点

注　区分番号Ｋ０５５－２、Ｋ０５５－３、Ｋ１３６、Ｋ１４２の６、Ｋ１４２－２、Ｋ１５１－２、Ｋ１６２、Ｋ１８０、Ｋ２２７、Ｋ２２８、Ｋ２３６、Ｋ２３７、Ｋ３１３、Ｋ３１４の２、Ｋ４０６の２、Ｋ４２７、Ｋ４２７－２、Ｋ４２９、Ｋ４３３、Ｋ４３４及びＫ４３６からＫ４４４－２までに掲げる手術に当たって、実物大臓器立体モデルによる支援を行った場合に算定する。

３　患者適合型手術支援ガイドによるもの　2,000点

注　区分番号Ｋ０８２、Ｋ０８２－３、Ｋ４３７からＫ４３９まで及びＫ４４４に掲げる手術に当たって、患者適合型手術支援ガイドによる支援を行った場合に算定する。

Ｋ９３９－２　術中血管等描出撮影加算　500点

注　手術に当たって、血管や腫瘍等を確認するために薬剤を用いて、血管撮影を行った場合に算定する。

Ｋ９３９－３　人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算　450点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、手術の前に療養上の必要性を踏まえ、人工肛門又は人工膀胱を設置する位置を決めた場合に算定する。

Ｋ９３９－４　削除

Ｋ９３９－５　胃瘻造設時嚥下機能評価加算　2,500点

注１　区分番号Ｋ６６４に掲げる手術に当たって、嚥下機能評価等を実施した場合に算定する。

２　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において実施される場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

Ｋ９３９－６　凍結保存同種組織加算　81,610点

注　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、心臓、大血管、肝臓、胆道又は膵臓の手術に当たって、凍結保存された同種組織である心臓弁又は血管を用いた場合に算定する。

Ｋ９３９－７　レーザー機器加算

１　レーザー機器加算１　50点

２　レーザー機器加算２　100点

３　レーザー機器加算３　200点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、レーザー照射により手術を行った場合に算定する。

２　１については、区分番号Ｋ４０６（１に限る。）、Ｋ４１３（１に限る。）、Ｋ４２１（１に限る。）、Ｋ４２３（１に限る。）及びＫ４４８に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

３　２については、区分番号Ｋ４１３（２に限る。）に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

４　３については、区分番号Ｋ４０６（２に限る。）、Ｋ４０９、Ｋ４１１、Ｋ４２１（２に限る。）、Ｋ４２３（２に限る。）、Ｋ４５１及びＫ４５２に掲げる手術に当たって、レーザー手術装置を使用した場合に算定する。

Ｋ９３９－８　超音波切削機器加算　1,000点

注　区分番号Ｋ４４３、Ｋ４４４及びＫ４４４－２に掲げる手術に当たって、超音波切削機器を使用した場合に算定する。

Ｋ９３９－９　切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算　5,190点

第４節　薬剤料

区分

Ｋ９４０　薬剤　薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。

注１　薬価が15円以下である場合は、算定しない。

２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。

第５節　特定保険医療材料料

区分

Ｋ９５０　特定保険医療材料　材料価格を10円で除して得た点数

注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第10部　手術

＜通則＞

1　「通則１」の「診断穿刺・検体採取」とは、第２章第３部検査の第４節診断穿刺・検体採取料に係るものをいう。

2　「通則１」及び「通則２」は、手術料算定の内容には次の３通りあることを示しており、輸血料については、手術料の算定がなくとも単独で算定できる。

（１）　手術料（＋薬剤料等）

（２）　手術料＋輸血料（＋薬剤料等）

（３）　輸血料（＋薬剤料等）

3　手術料（輸血料を除く。）は、特別の理由がある場合を除き、入院中の患者及び入院中の患者以外の患者にかかわらず、同種の手術が同一日に２回以上実施される場合には、主たる手術の所定点数のみにより算定する。

4　手術当日に、手術（自己血貯血を除く。）に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。また、内視鏡を用いた手術を行う場合、これと同時に行う内視鏡検査料は別に算定できない。

5　手術に当たって通常使用される保険医療材料（チューブ、縫合糸（特殊縫合糸を含む。）等）、衛生材料（ガーゼ、脱脂綿及び絆創膏等）、外皮用殺菌剤、患者の衣類及び１回の手術に使用される総量価格が15円以下の薬剤の費用は手術の所定点数に含まれる。

ただし、別に厚生労働大臣が定める特定保険医療材料及び１回の手術に使用される総量価格が15円を超える薬剤（手術後の薬剤病巣撒布を含み、外皮用殺菌剤を除く。）については、当該手術の所定点数の他に当該特定保険医療材料及び薬剤の費用を算定できる。

6　画像診断及び検査の費用を別に算定できない手術の際に画像診断又は検査を行った場合においても、当該画像診断及び検査に伴い使用したフィルムに要する費用については、区分番号「Ｅ４００」（注を含む。）に掲げるフィルム料を算定できる。また、当該画像診断及び検査に伴い特定保険医療材料又は薬剤を使用した場合は、区分番号「Ｋ９５０」に掲げる特定保険医療材料料又は区分番号「Ｋ９４０」に掲げる薬剤料を算定できる。なお、この場合、フィルム料、特定保険医療材料料及び薬剤料以外の画像診断及び検査の費用は別に算定できない。

7　第１節手術料に掲げられていない手術のうち、簡単な手術の手術料は算定できないが、特殊な手術（点数表にあっても、手技が従来の手術と著しく異なる場合等を含む。）の手術料は、その都度当局に内議し、最も近似する手術として準用が通知された算定方法により算定する。

例えば、従来一般的に開胸又は開腹により行われていた手術を内視鏡下において行った場合等はこれに該当する。

8　通則５に規定する体外循環を要する手術とは、区分番号「Ｋ５４１」から「Ｋ５４４」まで、「Ｋ５５１」、「Ｋ５５３」、「Ｋ５５４」から「Ｋ５５６」まで、「Ｋ５５７」から「Ｋ５５７－３」まで、「Ｋ５５８」、「Ｋ５６０」、「Ｋ５６０－２」、「Ｋ５６８」、「Ｋ５７０」、「Ｋ５７１」から「Ｋ５７４」まで、「Ｋ５７６」、「Ｋ５７７」、「Ｋ５７９」から「Ｋ５８０」まで、「Ｋ５８２」から「Ｋ５８９」まで、「Ｋ５９２」から「Ｋ５９３」まで及び「Ｋ５９４」（「４」の「ハ」を除く。）に掲げる人工心肺を用いた手術をいう。

9　「通則７」及び「通則８」の加算は、第１節手術料に定める手術にのみ適用され、輸血料、

手術医療機器等加算、薬剤料及び特定保険医療材料料は加算の対象とならない。

また、「通則７」及び「通則８」の「所定点数」とは、第１節手術料の各区分に掲げられた点数及び各区分の注に規定する加算の合計をいい、通則の加算点数は含まない。

10　「通則 10」の加算は、ＨＩＶ－１抗体（ウエスタンブロット法）若しくはＨＩＶ－２抗体（ウエスタンブロット法）によってＨＩＶ抗体が陽性と認められた患者又はＨＩＶ－１核酸検査によってＨＩＶ－１核酸が確認された患者に対して観血的手術を行った場合に１回に限り算定する。ただし、同一日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。

11　「通則 11」の加算は、次のいずれかに該当する患者に対して全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を伴う観血的手術を行った場合に１回に限り算定する。ただし、同一日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。

（１）　感染症法に基づく医師から都道府県知事等への届出のための基準により医師により届け出が義務付けられているメチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症の患者（診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断がなされたもの。）

（２）　ＨＢs又はＨＢe抗原によって抗原が陽性と認められたＢ型肝炎患者

（３）　ＨＣＶ抗体定性・定量によってＨＣＶ抗体が陽性と認められたＣ型肝炎患者

（４）　微生物学的検査により結核菌を排菌していることが術前に確認された結核患者

12　「通則 12」の入院中の患者以外の患者に対する手術の休日加算１及び２、時間外加算１及び２又は深夜加算１及び２は、次の場合に算定できる。ただし、手術が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外又は深夜に行われた場合には算定できない。

（１）　休日加算、時間外加算又は深夜加算が算定できる初診又は再診に引き続き行われた緊急手術の場合

（２）　初診又は再診から手術までの間に、手術に必要不可欠な検査等を行い、かつ、当該検査等の終了後に手術（休日に行うもの又はその開始時間（執刀した時間をいう。）が診療時間以外の時間若しくは深夜であるものに限る。）を開始した場合であって、当該初診又は再診から手術の開始時間までの間が８時間以内である場合（当該手術の開始時間が入院手続きの後の場合を含む。）

13　「通則 12」の入院中の患者に対する手術の休日加算１及び２又は深夜加算１及び２は、病状の急変等により、休日に緊急手術を行った場合又は開始時間が深夜である緊急手術を行った場合に算定できる。

ただし、手術が保険医療機関又は保険医の都合により休日又は深夜に行われた場合には算定できない。

14　「通則 12」の休日加算１及び２、時間外加算１及び２又は深夜加算１及び２の対象となる時間の取扱いは初診料と同様であり、区分番号「Ａ０００」の注９又は区分番号「Ａ００１」の注７に規定する夜間・早朝等加算を算定する場合にあっては、「通則 12」の休日加算１及び２、時間外加算１及び２又は深夜加算１及び２は算定しない。また、「通則 12」の加算に係る適用の範囲及び「所定点数」については、「通則７」及び「通則８」の加算の取扱いと同様（本通則９参照）である。なお、区分番号「Ｋ７８０」同種死体腎移植術の「注１」に規定する移植臓器提供加算について、「通則 12」の加算を算定する場合は、同種死体腎移植の開始時間により要件の該当の有無を判断するのではなく、死体腎の摘出術の開始時間をもって判断する。

15　「通則 12」の休日加算１、時間外加算１又は深夜加算１（以下「時間外等加算１」という。）

は、当該加算を算定するものとして、地方厚生（支）局長に届出を行っている診療科において手術を実施した場合に限り 算定できる。

16 「通則 12」の時間外等加算１を算定する場合は、手術を実施した診療科、初診又は再診の日時（入院中の患者以外の患者に手術を実施した場合に限る。）及び手術を開始した日時を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

17 「通則 13」の「特に規定する場合」とは、各区分に掲げる手術名の末尾に両側と記入したものをいう。なお、この場合において、両側にわたり手術を行う医療上の必要性がなく片側の手術のみを行った場合であっても、両側に係る所定点数を算定する。

また、肺の両側に対し手術を行った場合は、片側それぞれについて算定できる。

18 同一手術野又は同一病巣における算定方法

（１） 「通則 14」の「同一手術野又は同一病巣」とは、原則として、同一皮切により行い得る範囲をいい、具体的には、次のような手術の組み合わせが行われる範囲をいう。この場合においては、「主たる手術」の所定点数のみを算定する。なお、「主たる手術」とは、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいう。

ア 肺切除術の際に併施する簡単な肺剥皮術

イ 虫垂切除術と盲腸縫縮術

ウ 子宮附属器腫瘍摘出術と卵管結紮術

（２） （１）にかかわらず、「同一皮切により行い得る範囲」内にあっても、次に掲げる場合には、「同一手術野又は同一病巣」には該当せず、それぞれ所定点数を算定する。なお、それらの他、「同一皮切により行い得る範囲」の原則によることが著しく不合理である場合は、「通則３」に照らしてその都度当局に内議のうえ決定する。

ア 胃切除術（消化器系の手術）と腹部大動脈瘤に対する大動脈瘤切除術（脈管系の手術）の組み合わせ、胃切除術（消化器系の手術）と腎摘出術（尿路系の手術）の組み合わせ、胃切除術（消化器系の手術）と子宮附属器腫瘍摘出術（開腹によるもの）（婦人科系の手術）の組み合わせ、腎悪性腫瘍手術（尿路系の手術）と肺切除術（呼吸器系の手術）の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術（消化器系の手術）と腹腔鏡下腎摘出術（尿路系の手術）の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術（消化器系の手術）と子宮附属器腫瘍摘出術（腹腔鏡によるもの）（婦人科系の手術）の組み合わせ等、相互に関連のない２手術を同時に行う場合

イ 胃切除術と直腸切除術の組み合わせ、食道腫瘍摘出術（開腹手術によるもの）と結腸切除術の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術と腹腔鏡下直腸切除術の組み合わせ、食道腫瘍摘出術（腹腔鏡下によるもの）と腹腔鏡下結腸切除術の組み合わせ等、同じ消化器系の手術であっても、遠隔部位の２手術を行う場合

ウ 人工妊娠中絶術（腟式手術）と卵管結紮術（開腹術）の組み合わせ等、通常行う手術の到達方法又は皮切及び手術部位が異なる場合

（３） 同一手術野又は同一病巣であっても、「複数手術に係る費用の特例（平成 30 年厚生労働省告示第 72 号）」に規定するものについては、主たる手術の所定点数に、従たる手術（１つに限る。）の所定点数の 100 分の 50 に相当する額を加えた点数により算定する。なお、具体的な取扱いについては、別途通知する。

（４） 指に係る同一手術野の範囲

指に係る同一手術野の範囲と算定方法については次の通りである。

ア 第１指から第５指までを別の手術野とする次に掲げる手術のうち、２つ以上の手術を同一指について行った場合には、「通則 14」における「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当する場合及び(ハ)に掲げる手術を除き、当該手術の中で主たる手術の所定点数のみを算定する。なお、(イ)及び(ロ)に掲げる手術については、複数指について行った場合には、それぞれの指について算定し、(ハ)に掲げる手術については、同一指内の複数の骨又は関節について行った場合には、各々の骨又は関節について算定する。

(イ) 第１指から第５指まで（中手部・中足部若しくは中手骨・中足骨を含む。）のそれぞれを同一手術野とする手術は、次に掲げる手術である。

区分番号「Ｋ０２８」腱鞘切開術（関節鏡下によるものを含む。）

区分番号「Ｋ０３４」腱切離・切除術（関節鏡下によるものを含む。）

区分番号「Ｋ０３５」腱剥離術（関節鏡下によるものを含む。）

区分番号「Ｋ０３７」腱縫合術

区分番号「Ｋ０３８」腱延長術

区分番号「Ｋ０３９」腱移植術（人工腱形成術を含む。）の「１」指（手、足）

区分番号「Ｋ０４０」腱移行術の「１」指（手、足）

区分番号「Ｋ０４０-２」指伸筋腱脱臼観血的整復術

区分番号「Ｋ０５４」骨切り術の「３」中の指（手、足）（関節リウマチの患者に対し、関節温存を前提として中足骨短縮骨切り術を行った場合に限る。）

(ロ) 第１指から第５指まで（中手部・中足部若しくは中手骨・中足骨を含まない。）のそれぞれを同一手術野とする手術は、次に掲げる手術である。ただし、合指症手術にあっては各指間のそれぞれを同一手術野とする。

区分番号「Ｋ０８９」爪甲除去術　区分番号「Ｋ１００」多指症手術

区分番号「Ｋ０９０」ひょう疽手術　区分番号「Ｋ１０１」合指症手術

区分番号「Ｋ０９１」陥入爪手術　区分番号「Ｋ１０２」巨指症手術

区分番号「Ｋ０９９」指瘢痕拘縮手術　区分番号「Ｋ１０３」屈指症手術、斜指症手術

第１節手術料の項で「指（手、足）」と規定されている手術（区分番号「Ｋ０３９」腱移植術（人工腱形成術を含む。）の「１」指（手、足）、区分番号「Ｋ０４０」腱移行術の「１」指(手、足）、区分番号「Ｋ０４５」骨折経皮的鋼線刺入固定術の「３」中の指（手、足）、区分番号「Ｋ０４６」骨折観血的手術の「３」中の指（手、足）、区分番号「Ｋ０５４」骨切り術の「３」中の指（手、足）（関節リウマチの患者に対し、関節温存を前提として中足骨短縮骨切り術を行った場合に限る。）、区分番号「Ｋ０６３」関節脱臼観血的整復術の「３」中の指（手、足）、区分番号「Ｋ０７３」関節内骨折観血的手術の「３」中の指（手、足）、区分番号「Ｋ０８０」関節形成手術の「３」中の指（手、足）及び「Ｋ０８２」人工関節置換術の「３」中の指（手、足）を除く。）

(ハ) 同一指内の骨及び関節（中手部・中足部若しくは中手骨・中足骨を含む。）のそれぞれを同一手術野とする手術は、次に掲げる手術である。

区分番号「Ｋ０４５」骨折経皮的鋼線刺入固定術

区分番号「Ｋ０４６」骨折観血的手術
区分番号「Ｋ０６３」関節脱臼観血的整復術
区分番号「Ｋ０７３」関節内骨折観血的手術
区分番号「Ｋ０７８」観血的関節固定術
区分番号「Ｋ０８０」関節形成手術
区分番号「Ｋ０８２」人工関節置換術
区分番号「Ｋ０８２－３」人工関節再置換術

イ　デブリードマンその他(イ)、(ロ)及び(ハ)に該当しない手術については、第１指から第５指までを同一手術野として取り扱い、当該手術のうち２以上の手術を複数指に行った場合には、「通則 14」における「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当する場合を除き、主たる手術の所定点数のみを算定する。

ウ　(イ)及び(ロ)に掲げる手術と、(ハ)に掲げる手術を同時に行った場合にあっては、「通則 14」における「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当する場合を除き、同一指に対して行われたものは主たる手術の点数を算定し、別々の指に対して行われたものはそれぞれ所定の点数を算定する。

エ　第１指から第５指までを別の手術野として取り扱う手術（同一指内の骨及び関節を別の手術野として取り扱う手術を含む。）と、第１指から第５指までを同一手術野として取り扱う手術を同時に行った場合にあっては、それぞれの手術が別々の指に対して行われたものであっても、「通則 14」における「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当する場合を除き、主たる手術の所定点数のみを算定する。

ただし、第１指から第５指までを別の手術野として取り扱う手術（同一指内の骨及び関節を別の手術野として取り扱う手術を含む。）を複数指に対し行った場合に、それぞれの点数を合算した点数が、同一手術野として取り扱う手術の点数よりも高くなる場合にあっては、いずれかにより算定する。

（５）　眼球の手術（第１節手術料第４款眼に掲げるものをいう。）については、片眼を同一手術野として取り扱う。

（６）　多発性嚢腫等で近接しているものについては、数か所の切開を行った場合でも１切開として算定する。また、麦粒腫、霰粒腫等については、同一瞼内にあるものについては１回として算定する。

（７）　骨折整復と脱臼整復を併施した場合については、骨折部位と関節との距離やそれぞれの整復が非観血的に行われたか観血的に行われたか、また、一方の整復手技が他方の整復手技と個別に行われる場合と、併せて１手術とみなすのが適当な場合等によって異なるが、一般には近接部位の場合は通例同一手術野の手術として「通則 14」により主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、(４)の(ハ)に掲げる場合は別に算定できる。

（８）　悪性腫瘍に対する手術において、区分番号「Ｋ４６９」頸部郭清術（ネックディセクション）及び区分番号「Ｋ６２７」リンパ節群郭清術の「２」は所定点数に含まれ、特に規定する場合を除き、別に算定できない。

（９）　「通則 14」の植皮術とは区分番号「Ｋ０１３」分層植皮術及び「Ｋ０１３－２」全層植皮術をいう。

(10)　「通則 14」の神経移植術とは区分番号「Ｋ１９８」神経移植術をいう。

19　手術の中絶等の場合の算定方法

（１）　手術の開始後、患者の病状の急変等やむを得ない事情により手術を中途で中絶せざるを得なかった場合においては、当該中絶までに施行した実態に最も近似する手術項目の所定点数により算定する。

例えば、胃切除術を行うべく開腹したが、適応でないのでそのまま手術創を閉じた場合は、区分番号「Ｋ６３６」試験開腹術の所定点数により、また、汎副鼻腔根治手術を開始したが、上顎洞、篩骨洞を終えたのみで中絶した場合は、区分番号「Ｋ３５８」上顎洞篩骨洞根治手術の所定点数により、算定する。なお、術前において中絶した場合は、算定の対象にならない。

（２）　妊娠９か月において子宮出血があり、前置胎盤の疑いで入院し、止血剤注射を行い帝王切開の準備として諸器械の消毒を終わったところ出血が止まり、そのまま分娩した場合の消毒に要した諸経費は、保険給付の対象とならない。

（３）　手術の準備をしていたところ、患者が来院しなかったとき又は患者が手術の術前において手術不能となった場合は保険給付の対象とならない。

20　臓器等移植における組織適合性試験及び臓器等提供者に係る感染症検査の取扱い

（１）　組織適合性試験

ア　組織適合性試験とは、ＨＬＡ型クラスⅠ（Ａ、Ｂ、Ｃ）、クラスⅡ（ＤＲ、ＤＱ、ＤＰ）、リンパ球直接交差試験（ダイレクト・クロスマッチテスト）及びＤＮＡタイピングをいう。

イ　次に掲げる臓器等移植の提供者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

区分番号「Ｋ５１４－３」移植用肺採取術（死体）（両側）
区分番号「Ｋ５１４－５」移植用部分肺採取術（生体）
区分番号「Ｋ６０５」移植用心採取術
区分番号「Ｋ６０５－３」移植用心肺採取術
区分番号「Ｋ６９７－４」移植用部分肝採取術（生体）
区分番号「Ｋ６９７－６」移植用肝採取術（死体）
区分番号「Ｋ７０９－２」移植用膵採取術（死体）
区分番号「Ｋ７０９－４」移植用膵腎採取術（死体）
区分番号「Ｋ７１６－３」移植用部分小腸採取術（生体）
区分番号「Ｋ７１６－５」移植用小腸採取術（死体）
区分番号「Ｋ７７９」移植用腎採取術（生体）
区分番号「Ｋ７７９－２」移植用腎採取術（死体）
区分番号「Ｋ７７９－３」腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）
区分番号「Ｋ９２１」造血幹細胞採取の「１」骨髄採取の「イ」同種移植の場合
区分番号「Ｋ９２１」造血幹細胞採取の「２」末梢血幹細胞採取の「イ」同種移植の場合

ウ　次に掲げる臓器等移植の移植者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

区分番号「Ｋ０１４」皮膚移植術（生体・培養）

区分番号「Ｋ０１４－２」皮膚移植術（死体）
区分番号「Ｋ０５９」骨移植術（軟骨移植術を含む。）
区分番号「Ｋ５１４－４」同種死体肺移植術
区分番号「Ｋ５１４－６」生体部分肺移植術
区分番号「Ｋ６０５－２」同種心移植術
区分番号「Ｋ６０５－４」同種心肺移植術
区分番号「Ｋ６９７－５」生体部分肝移植術
区分番号「Ｋ６９７－７」同種死体肝移植術
区分番号「Ｋ７０９－３」同種死体膵移植術
区分番号「Ｋ７０９－５」同種死体膵腎移植術
区分番号「Ｋ７０９－６」同種死体膵島移植術
区分番号「Ｋ７１６－４」生体部分小腸移植術
区分番号「Ｋ７１６－６」同種死体小腸移植術
区分番号「Ｋ７８０」同種死体腎移植術
区分番号「Ｋ７８０－２」生体腎移植術
区分番号「Ｋ９２２」造血幹細胞移植の「１」骨髄移植の「イ」同種移植の場合
区分番号「Ｋ９２２」造血幹細胞移植の「２」末梢血幹細胞移植の「イ」同種移植の場合

エ　次に掲げる臓器等移植の提供者及び移植者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
区分番号「Ｋ９２２」造血幹細胞移植の「３」臍帯血移植

（２）　臓器等提供者に係る感染症検査

ア　臓器等提供者に係る感染症検査とは、ＨＢｓ抗原、ＨＢｃ抗体半定量・定量、ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＩＶ－１抗体、ＨＩＶ－２抗体定性・定量、ＨＴＬＶ－Ｉ抗体定性、ＨＴＬＶ－Ｉ抗体半定量、ＨＴＬＶ－Ｉ抗体、ＨＴＬＶ－Ｉ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）、ＨＴＬＶ－１核酸検出、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量又はサイトメガロウイルス抗体（同一検査で定性及び定量測定がある場合は、いずれか１つの検査に限り、ＨＴＬＶ－Ｉ抗体定性、ＨＴＬＶ－Ｉ抗体半定量及びＨＴＬＶ－Ｉ抗体については、このうちいずれか１つの検査に限る。）の全部又は一部をいう。ただし、ＨＴＬＶ－Ｉ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）及びＨＴＬＶ－１核酸検出については、生体部分肺移植、生体部分肝移植、生体腎移植又は生体部分小腸移植の場合であって、ＨＴＬＶ－１感染の診断指針に基づき実施された場合に限る。

イ　次に掲げる臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニングにつき、１回に限り別に算定する。
区分番号「Ｋ０１４」皮膚移植術（生体・培養）
区分番号「Ｋ５１４－５」移植用部分肺採取術（生体）
区分番号「Ｋ６９７－４」移植用部分肝採取術（生体）
区分番号「Ｋ７１６－３」移植用部分小腸採取術（生体）
区分番号「Ｋ７７９」移植用腎採取術（生体）

区分番号「Ｋ７７９－３」腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）
区分番号「Ｋ９２１」造血幹細胞採取の「１」骨髄採取の「イ」同種移植の場合
区分番号「Ｋ９２１」造血幹細胞採取の「２」末梢血幹細胞採取の「イ」同種移植の場合
区分番号「Ｋ９２２」造血幹細胞移植の「３」臍帯血移植

ウ　次に掲げる臓器等移植に際し行った臓器等提供者に係る感染症検査は、所定点数に含まれ、別に算定できない。
区分番号「Ｋ２５９」角膜移植術
区分番号「Ｋ７０９－２」移植用膵採取術（死体）（死体膵（臓器の移植に関する法律（平成９年法律第 104 号）第６条第２項に規定する脳死した者の身体から採取された膵を除く。）を採取する場合に限る。）
区分番号「Ｋ７０９－４」移植用膵腎採取術（死体）（死体膵腎（臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する脳死した者の身体から採取された膵腎を除く）を移植する場合に限る。）
区分番号「Ｋ７８０」同種死体腎移植術（死体腎（臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く）を移植する場合に限る。）

エ　臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する脳死した者の身体から採取して臓器等移植を行った場合の臓器等提供者に係る感染症検査は、次に掲げる所定点数に含まれ、別に算定できない。
区分番号「Ｋ９１４」脳死臓器提供管理料

21　第１節第２款筋骨格系・四肢・体幹に掲げる手術のうち、関節鏡下による手術については、内視鏡を用いた場合についても算定できる。

22　既に保険適用されている腹腔鏡下手術以外の手術で腹腔鏡を用いる場合については、その都度当局に内議し準用が通知されたもののみが保険給付の対象となる。それ以外の場合については、その手術を含む診療の全体が保険適用とならないので留意されたい。なお、胸腔鏡下手術及び内視鏡手術用支援機器を用いた手術も同様の取扱いとする。

23　「通則 17」の加算を算定した場合は、周術期口腔機能管理を実施した歯科医療機関名（医科歯科併設の保険医療機関を除く。）を診療録に記載すること。なお、悪性腫瘍手術は病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限り算定できる。

24　性同一性障害の患者に対して次に掲げる手術を行う場合は、届出を行った場合に限り算定できる。
区分番号「Ｋ４７５」乳房切除術
区分番号「Ｋ８１８」尿道形成手術の「１」前部尿道
区分番号「Ｋ８１９」尿道下裂形成手術
区分番号「Ｋ８１９－２」陰茎形成術
区分番号「Ｋ８２５」陰茎全摘術
区分番号「Ｋ８３０」精巣摘出術
区分番号「Ｋ８５１」会陰形成手術の「１」筋層に及ばないもの
区分番号「Ｋ８５９」造膣術、膣閉鎖症術の「２」遊離植皮によるもの
区分番号「Ｋ８５９」造膣術、膣閉鎖症術の「４」腸管形成によるもの

区分番号「Ｋ８５９」造膣術、膣閉鎖症術の「５」筋皮弁移植によるもの
区分番号「Ｋ８７７」子宮全摘術
区分番号「Ｋ８７７－２」腹腔鏡下膣式子宮全摘術
区分番号「Ｋ８８８」子宮附属器腫瘍摘出術（両側）の「１」開腹によるもの
区分番号「Ｋ８８８」子宮附属器腫瘍摘出術（両側）の「２」腹腔鏡によるもの

25　「通則 19」に掲げる手術を実施するに当たっては、実施前に臨床遺伝学に関わる専門的な知識及び技能を有する医師並びに乳腺外科、産婦人科又は婦人科の医師が参加するカンファレンスを実施し、遺伝カウンセリング等の結果を踏まえた治療方針の検討を行うこと。また当該カンファレンスにおける検討内容を踏まえ、当該手術の目的並びに当該手術の実施によって生じうる利益及び不利益について当該患者に事前に説明を行うこと。

26　周術期栄養管理実施加算

（１）　「通則 20」の周術期栄養管理実施加算は、専任の管理栄養士が医師と連携し、周術期の患者の日々変化する栄養状態を把握した上で、術前・術後の栄養管理を適切に実施した場合に算定する。

（２）　術前・術後の栄養管理を実施する際には、日本臨床栄養代謝学会の「静脈経腸栄養ガイドライン」又はESPENの「ESPEN Guideline：Clinical nutrition in surgery」等を参考とし、以下の項目を含めること。なお、必要に応じて入院前からの取組を実施すること。

ア　栄養スクリーニング
イ　栄養アセスメント
ウ　周術期における栄養管理の計画を作成
エ　栄養管理の実施
オ　モニタリング
カ　再評価及び必要に応じて直接的な指導、計画の見直し

（３）　（２）を実施する場合には、院内の周術期の栄養管理に精通した医師と連携していることが望ましい。

第１節　手術料

第１款　皮膚・皮下組織

Ｋ０００　創傷処理、Ｋ０００－２　小児創傷処理

（１）　創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合（ステープラーによる縫合を含む。）を行う場合の第１回治療のことであり、第２診以後の手術創に対する処置は区分番号「Ｊ０００」創傷処置により算定する。なお、ここで筋肉、臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合をいう。

（２）　創傷が数か所あり、これを個々に縫合する場合は、近接した創傷についてはそれらの長さを合計して１つの創傷として取り扱い、他の手術の場合に比し著しい不均衡を生じないようにすること。

（３）　「３」の「イ」頭頸部のもの（長径 20 センチメートル以上のものに限る。）は、長径 20 センチメートル以上の重度軟部組織損傷に対し、全身麻酔下で実施した場合に限り算定できる。

（４）　「注２」の「露出部」とは、頭部、頸部、上肢にあっては肘関節以下及び下肢にあっては膝関節以下をいう。

（５）　「注３」に規定するデブリードマンの加算は、汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行った場合に限り算定する。

（６）　腹部開放創用局所陰圧閉鎖キットの交換のみを目的として実施した場合は、「１」、「２」又は「３」の「ロ」のいずれかを算定する。

Ｋ００１　皮膚切開術

（１）　長径 10 センチメートルとは、切開を加えた長さではなく、膿瘍、せつ又は蜂窩織炎等の大きさをいう。

（２）　多発性せつ腫等で近接しているものについては、数か所の切開も１切開として算定する。

Ｋ００２　デブリードマン

（１）　区分番号「Ｋ０１３」分層植皮術から区分番号「Ｋ０１９」複合組織移植術及び区分番号「Ｋ０２０」自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）区分番号「Ｋ０２１－２」粘膜弁手術までの手術を前提に行う場合にのみ算定する。

（２）　面積の算定方法については、区分番号「Ｊ０００」創傷処置の取扱いの例による。

（３）　汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行ったときに算定する。また、繰り返し算定する場合は、植皮の範囲（全身に占める割合）を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（４）　「注１」のＡ群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎に対して行う場合については、病歴、細菌培養検査及び画像所見等により、Ａ群溶連菌感染症に伴う壊死性筋膜炎と診断した場合に算定する。なお、診療報酬の請求に当たっては、病歴、細菌培養検査及び画像所見を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（５）　「注３」に規定する深部デブリードマン加算は、（３）でいう繰り返し算定する場合についても、要件をみたせば算定できる。

（６）　「注４」に規定する水圧式デブリードマン加算は、Ⅱ度以上の熱傷、糖尿病性潰瘍又は植皮を必要とする創傷に対して、水圧式ナイフを用いて、組織や汚染物質等の切除、除去を実施した場合に、一連の治療につき１回に限り算定する。なお、加圧に用いた生理食塩水の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（７）　「注５」に規定する超音波式デブリードマン加算は、Ⅱ度以上の熱傷、糖尿病性潰瘍又は植皮を必要とする創傷に対して、主にデブリードマンに使用する超音波手術器を用いて、組織や汚染物質等の切除、除去を実施した場合に、一連の治療につき１回に限り算定する。なお、噴霧に用いた生理食塩水の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ００３、Ｋ００４　皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術

（１）　「露出部」とは区分番号「Ｋ０００」創傷処理の「注２」の「露出部」と同一の部位をいう。

（２）　露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の 50%以上の場合は、区分番号「Ｋ００３」の所定点数により算定し、50%未満の場合は、区分番号「Ｋ００４」の所定点数により算定する。

Ｋ００５、Ｋ００６　皮膚、皮下腫瘍摘出術

（１）　「露出部」とは区分番号「Ｋ０００」創傷処理の「注２」の「露出部」と同一の部位をいう。

（２）　近接密生しているいぼ及び皮膚腫瘍等については、１個として取り扱い、他の手術等の点数と著しい不均衡を生じないようにすること。

（３）　露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の 50%以上の場合は、区分番号「Ｋ００５」の所定点数により算定し、50%未満の場合は、区分番号「Ｋ００６」の所定点数により算定する。

Ｋ００６－２、Ｋ００６－３　鶏眼・胼胝切除術

（１）　「露出部」とは区分番号「Ｋ０００」創傷処理の「注２」の「露出部」と同一の部位をいう。

（２）　近接密生している鶏眼・胼胝等については、１個として取り扱い、他の手術等の点数と著しい不均衡を生じないようにすること。

（３）　露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の５０％以上の場合は、区分番号「Ｋ００６－２」の所定点数により算定し、５０％未満の場合は、区分番号「Ｋ００６－３」の所定点数により算定する。

Ｋ００６－４　皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術

（１）　ここでいう「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいい、概ね３月間にわたり行われるものをいう。

（２）　脂漏性角化症、軟性線維腫に対する凍結療法については、区分番号「Ｊ０５６」いぼ等冷凍凝固法により算定する。

Ｋ００７　皮膚悪性腫瘍切除術

（１）　皮膚悪性腫瘍切除術を行った場合において、リンパ節の郭清を伴う場合は「１」により算定し、病巣部のみを切除した場合は「２」により算定する。

（２）　「注」に規定するセンチネルリンパ節加算については、以下の要件に留意し算定すること。

ア　触診及び画像診断の結果、遠隔転移が認められない悪性黒色腫、メルケル細胞癌、乳房外パジェット病又は長径２ｃｍを超える有棘細胞癌であって、臨床的に所属リンパ節の腫大が確認されていない場合にのみ算定する。

イ　センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、区分番号「Ｋ９４０」薬剤により算定する。

ウ　放射性同位元素の検出に要する費用は、区分番号「Ｅ１００」シンチグラム（画像を伴うもの）の「１」部分（静態）（一連につき）により算定する。

エ　摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第 13 部病理診断の所定点数により算定する。

Ｋ００７－３　放射線治療用合成吸収性材料留置術

近接する消化管等のため粒子線治療の実施が困難な患者に対して、シート型の放射線治療用合成吸収性材料を用いて腹腔内又は骨盤内の悪性腫瘍（後腹膜腫瘍を含む。）と消化管等との間隙を確保した場合に算定する。

Ｋ００９　皮膚剥削術

皮膚剥削術（グラインダーで皮膚を剥削する手術）は、小腫瘍、丘疹性疾患及び外傷性異物の場合に算定する。なお、単なる美容を目的とした場合は保険給付の対象とならない。

Ｋ０１０　瘢痕拘縮形成手術

（１）　単なる拘縮に止まらず運動制限を伴うものに限り算定する。

（２）　指に対して行う場合には、区分番号「Ｋ０９９」指瘢痕拘縮手術により算定する。

Ｋ０１３　分層植皮術

（１）　デルマトームを使用した場合の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　広範囲の皮膚欠損に対して、分層植皮術を頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部の部位のうち同一部位以外の２以上の部位について行った場合は、それぞれの部位について所定点数を算定する。

Ｋ０１３－２　全層植皮術

（１）　デルマトームを使用した場合の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　広範囲の皮膚欠損に対して、全層植皮術を頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部の部位のうち同一部位以外の２以上の部位について行った場合は、それぞれの部位について所定点数を算定する。

Ｋ０１４　皮膚移植術（生体・培養）

（１）　皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　生体皮膚を移植する場合においては、皮膚提供者から移植用皮膚を採取することに要する費用（皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は除く。）については、各所定点数により算出し、皮膚移植術（生体・培養）の所定点数に加算する。

（３）　皮膚移植を行った保険医療機関と皮膚移植に用いる移植用皮膚を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求については、皮膚移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、皮膚移植者の診療報酬明細書の摘要欄に皮膚提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

（４）　皮膚を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

（５）　自家培養表皮移植の実施に際して、自家培養表皮用皮膚採取のみに終わり皮膚移植術に至らない場合については、区分番号「Ｋ０００」創傷処理又は区分番号「Ｋ０００－２」小児創傷処理（６歳未満）に準じて算定する。

Ｋ０１４－２　皮膚移植術（死体）

（１）　皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　死体から死体皮膚を採取・保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に請求できない。

（３）　皮膚を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定

する。

Ｋ０１９－２　自家脂肪注入

（１）　自家脂肪注入は、鼻咽頭閉鎖不全の鼻漏改善を目的として行った場合に、原則として１患者の同一部位の同一疾患に対して１回のみの算定であり、１回行った後に再度行っても算定できない。

（２）　自家脂肪採取に係る費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（３）　注入した脂肪量に応じて所定の点数を算定する。なお、当該注入量を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｋ０２２　組織拡張器による再建手術

（１）　治療に要した日数又は回数にかかわらず、一連のものとして所定点数を算定する。なお、ここでいう一連とは、組織拡張器の挿入、生理食塩水等の注入及び組織拡張器の除去を含めた一連の手技のことであり、治療に要した日数又は回数にかかわらず、一連のものとして組織拡張器挿入時にのみ所定点数を算定する。また、拡張器の除去に要する手技料は別に算定できない。

（２）　「１」の乳房（再建手術）の場合は、乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当し、乳房用の組織拡張器を挿入した場合に限り算定できる。その際、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。ただし、美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。

ア　一次再建の場合

乳腺全摘術後の症例で、かつ、皮膚欠損を生じないか、小範囲で緊張なく縫合閉鎖可能な症例。ただし、乳腺悪性腫瘍手術後の場合においては、術前診断において StageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。

イ　二次再建の場合

乳腺全摘術後で大胸筋が残存している症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。

（３）　「１」の乳房（再建手術）の場合において乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術と乳房再建術を行う医療機関が異なる場合は、双方の持つ臨床情報、手術日、術式等を示す文書を相互に交付した上で、診療録に添付して保存すること。

（４）　「２」のその他の場合は、「１」の乳房（再建手術）の場合以外の場合であって、先天異常、母斑（血管腫を含む。）、外傷性瘢痕拘縮、術後瘢痕拘縮及び悪性腫瘍切除後の患者に対して一般用の組織拡張器を挿入した場合に算定できる。なお、美容を目的とするものは保険給付外である。

（５）　原則として１患者の同一部位の同一疾患に対して１回のみの算定であり、１回行った後に再度行っても算定できない。ただし、医学的な必要からそれ以上算定する場合においては、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

第２款　筋骨格系・四肢・体幹

腱形成術は、区分番号「Ｋ０３４」腱切離・切除術（関節鏡下によるものを含む。）から区分番号「Ｋ０４０」腱移行術までにより算定する。

Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術

皮膚又は皮下にある腫瘍に係る手術については、区分番号「Ｋ００５」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）又は区分番号「Ｋ００６」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）により算定する。

Ｋ０３１　四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術

（１）　「注」に規定する処理骨再建加算は、骨の切除を必要とする骨軟部悪性腫瘍手術において、腫瘍の広範切除後に、切除した自家腫瘍骨を殺細胞処理し再建に用いた場合に、所定点数に加算する。

（２）　当該手術の実施及び処理骨の作製に当たっては、日本整形外科学会から示された指針を遵守すること。

（３）　処理骨再建加算は、骨軟部悪性腫瘍手術に関する専門の知識及び５年以上の経験を有する医師により行われた場合に算定する。

Ｋ０３７　腱縫合術

（１）　「注」に規定する複数縫合加算は、前腕から手根部における腱について、複数の指に係る腱の形成術を行った場合に、１指を増すごとに所定点数に加算する。ただし、同一の指に係る複数の腱形成術を行った場合は１指と数えることとし、１指分の加算を算定できる。

（２）　切創等の創傷によって生じた固有指の伸筋腱の断裂の単なる縫合は、区分番号「Ｋ０００」創傷処理の「２」又は区分番号「Ｋ０００－２」小児創傷処理の「３」に準じて算定する。

Ｋ０４４　骨折非観血的整復術

（１）　ギプスを使用した場合にはギプス料を別に算定できる。

（２）　著しい腫脹等によりギプスを掛けられない状態にあるために徒手整復のみを行った場合についても、骨折非観血的整復術により算定できる。その際に副木を使用した場合には、当該副木の費用は別に算定できる。

（３）　徒手整復した骨折部位に対して２回目以降の処置を行った場合は、区分番号「Ｊ０００」創傷処置における手術後の患者に対するものにより算定する。

Ｋ０４６　骨折観血的手術

（１）　前腕骨又は下腿骨骨折の手術に際し、両骨（橈骨と尺骨又は脛骨と腓骨）を同時に行った場合であって、皮膚切開が個別の場合には、別の手術野として骨折観血的手術の「２」の所定点数をそれぞれの手術野について算定する。

（２）　「注」に規定する緊急整復固定加算は、75 歳以上の大腿骨近位部骨折患者に対し、適切な周術期の管理を行い、骨折後 48 時間以内に骨折部位の整復固定を行った場合（一連の入院期間において区分番号「Ｂ００１」の「34」の「イ」二次性骨折予防継続管理料１を算定する場合に限る。）に、１回に限り所定点数に加算する。当該手術後は、早期離床に努めるとともに、関係学会が示しているガイドラインを踏まえて適切な二次性骨折の予防を行うこと。なお、診療報酬明細書の摘要欄に骨折した日時及び手術を開始した日時を記載すること。

Ｋ０４６－３　一時的創外固定骨折治療術

（１）　開放骨折、関節内骨折若しくは粉砕骨折又は骨盤骨折（腸骨翼骨折を除く。）について骨折観血的手術に当たって一時的に創外固定器を用いて骨折治療術を行った場合に算定する。

（２） 区分番号「Ｋ９３２」創外固定器加算については、別に算定できない。

（３） 当該手術後に、当該骨折の治療のために行った他の手術の費用は、別に算定できる。

Ｋ０４７　難治性骨折電磁波電気治療法

（１） 対象は四肢（手足を含む。）の遷延治癒骨折や偽関節であって、観血的手術、区分番号「Ｋ０４４」骨折非観血的整復術、区分番号「Ｋ０４５」骨折経皮的鋼線刺入固定術又は区分番号「Ｋ０４７－３」超音波骨折治療法等他の療法を行っても治癒しない難治性骨折に対して行った場合に限り算定する。ただし、やむを得ない理由により観血的手術、区分番号「Ｋ０４４」骨折非観血的整復術、区分番号「Ｋ０４５」骨折経皮的鋼線刺入固定術又は区分番号「Ｋ０４７－３」超音波骨折治療法等他の療法を行わずに難治性骨折電磁波電気治療法を行った場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。

（２） 当該治療を開始してから６か月間又は骨癒合するまでの間、原則として連日、継続して実施する場合に、一連のものとして１回のみ所定点数を算定する。なお、算定に際しては、当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した上で、当該指導内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（３） 当該治療法を１回行った後に再度行った場合又は入院中に開始した当該療法を退院した後に継続して行っている場合であっても、一連として１回のみ算定する。

（４） 本手術の所定点数には、使用される機器等（医師の指示に基づき、患者が自宅等において当該治療を継続する場合を含む。）の費用が含まれる。

Ｋ０４７－２　難治性骨折超音波治療法

区分番号「Ｋ０４７」難治性骨折電磁波電気治療法の取扱いと同様とする。

Ｋ０４７－３　超音波骨折治療法

（１） 超音波骨折治療法は、四肢（手足を含む。）の観血的手術、骨切り術又は偽関節手術を実施した後に、骨折治癒期間を短縮する目的で、当該骨折から３週間以内に超音波骨折治療法を開始した場合に算定する。なお、やむを得ない理由により３週間を超えて当該超音波骨折治療法を開始した場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。

（２） 当該治療を開始してから３か月間又は骨癒合するまでの間、原則として連日、継続して実施する場合に、一連のものとして１回のみ所定点数を算定する。なお、算定に際しては、当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した上で、当該指導内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（３） 当該治療法を１回行った後に再度行った場合又は入院中に開始した当該療法を退院した後に継続して行っている場合であっても、一連として１回のみ算定する。

（４） 本手術の所定点数には、使用される機器等（医師の指示に基づき、患者が自宅等において当該治療を継続する場合を含む。）の費用が含まれる。

（５） 本手術に併せて行った区分番号「Ｊ１１９」消炎鎮痛等処置、区分番号「Ｊ１１９－２」腰部又は胸部固定帯固定又は区分番号「Ｊ１１９－４」肛門処置については、別に算定できない。

Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術

（１） 「１」の「頭蓋、顔面（複数切開を要するもの）」は、顔面多発骨折手術などで、複数

個の骨固定材料による手術が行われた症例に対し、複数箇所の切開により複数個の骨固定材料を除去・摘出する場合に算定する。

（２） 三翼釘、髄内釘、ロッドを抜去する場合の骨内異物（挿入物を含む。）除去術は、手術を行った保険医療機関であると否とにかかわらず算定できる。

（３） 鋼線、銀線等で簡単に除去し得る場合には、区分番号「Ｊ０００」創傷処置、区分番号「Ｋ０００」創傷処理又は区分番号「Ｋ０００－２」小児創傷処理の各区分により算定する。

Ｋ０５３　骨悪性腫瘍手術

（１） 「注」に規定する処理骨再建加算は、骨の切除を必要とする骨軟部悪性腫瘍手術において、腫瘍の広範切除後に、切除した自家腫瘍骨を殺細胞処理し再建に用いた場合に、所定点数に加算する。また、当該手術の実施及び処理骨の作製に当たっては、日本整形外科学会から示された指針を遵守すること。

（２） 処理骨再建加算は、骨軟部悪性腫瘍手術に関する専門の知識及び５年以上の経験を有する医師により行われた場合に算定する。

（３） 処理骨を用いた再建と、区分番号「Ｋ０８１」人工骨頭挿入術又は「Ｋ０８２」人工関節置換術に掲げる手術を同時に行った場合は、主たるもののみにより算定する。

Ｋ０５４　骨切り術

（１） 先天異常による骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術については本区分の所定点数により算定する。

（２） 患者適合型変形矯正ガイド加算は、先天異常による上腕又は前腕の骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術において、手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイドとして薬事承認を得ている医療機器又は手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイドと変形矯正プレートが一体として薬事承認を得ている医療機器を用いて実施した場合に、「１」の上腕又は「２」の前腕の所定点数に加算する。

Ｋ０５４－２　脛骨近位骨切り術

変形性膝関節症患者又は膝関節骨壊死患者に対して、関節外側又は内側への負荷の移行を目的として、脛骨近位部の骨切りを実施した場合に算定する。

Ｋ０５５－３　大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術

大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術とは、イムホイザー３次元骨切り術、ダン骨切り術、外反伸展骨切り術、外反屈曲骨切り術、転子間彎曲骨切り術、パウエル外内反骨切り術等をいう。

Ｋ０５７　変形治癒骨折矯正手術

（１） 次に掲げる変形治癒骨折矯正手術は、それぞれに規定する区分により算定する。

ア　眼窩変形治癒骨折に対する矯正術は、区分番号「Ｋ２２８」眼窩骨折整復術による。

イ　鼻骨変形治癒骨折に対する矯正術は、区分番号「Ｋ３３４－２」鼻骨変形治癒骨折矯正術による。

ウ　頬骨変形治癒骨折に対する矯正術は、区分番号「Ｋ４２７－２」頬骨変形治癒骨折矯正術による。

（２） 患者適合型変形矯正ガイド加算は、上腕又は前腕の変形治癒骨折矯正手術において、手

術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイドとして薬事承認を得ている医療機器又は手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイドと変形矯正プレートが一体として薬事承認を得ている医療機器を用いて実施した場合に算定する。

Ｋ０５８　骨長調整手術

使用するステイプルの数にかかわらず１回の算定とする。

Ｋ０５９　骨移植術（軟骨移植術を含む。）

（１）　骨移植術に併せて他の手術を行った場合は、本区分の所定点数に他の手術の所定点数を併せて算定する。

（２）　移植用に採取した健骨を複数か所に移植した場合であっても、１回のみ算定する。

（３）　移植用骨採取のみに終わり骨移植に至らない場合については、区分番号「Ｋ１２６」脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除によるもの）に準じて算定する。

（４）　自家軟骨の移植を行った場合は、「１」により算定する。

（５）　同種骨（凍結保存された死体骨を含む。）を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。

（６）　移植用骨採取及び骨提供者の組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（７）　自家骨又は非生体同種骨（凍結保存された死体骨を含む。）移植に加え、人工骨移植を併せて行った場合は「３」により算定する。ただし、人工骨移植のみを行った場合は算定できない。なお、人工骨の移植部位について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（８）　同種骨移植（特殊なもの）は、腫瘍、感染、人工関節置換等に係る広範囲の骨及び靭帯組織の欠損に対して、日本組織移植学会が認定した組織バンクにおいて適切に採取、加工及び保存された非生体の同種骨及び靭帯組織を使用した場合に限り算定できる。なお、この場合、骨移植等を行った保険医療機関と骨移植等に用いた同種骨等を採取等した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求については、同種骨移植等を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

（９）　自家培養軟骨を患者自身に移植した場合は、「４」により算定する。

Ｋ０６２　先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側）

先天性股関節脱臼非観血的整復術のギプス料は、区分番号「Ｊ１２７」先天性股関節脱臼ギプス包帯により算定する。

Ｋ０７９－２　関節鏡下靭帯断裂形成手術

「注」に規定する加算は、膝前十字靭帯断裂及び膝後十字靭帯断裂を同時に有する患者に対して、医学的な必要性から一期的に両靭帯の形成術を行った場合に算定する。なお、両靭帯損傷と診断する根拠となった検査所見等及び一期的な両靭帯形成術の医学的必要性について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｋ０８０　関節形成手術

同側足関節に対して、二関節固定術と後方制動術を併施した場合は、関節形成手術の「２」により算定する。

Ｋ０８０－２　内反足手術

内反足手術は、アキレス腱延長術・後方足関節切開術・足底腱膜切断術を行い、後足部をキルシュナー鋼線で矯正する方法により行った場合に算定する。

Ｋ０８０－３　肩腱板断裂手術

「２」複雑なものとは、腱板の断裂が５cm 以上の症例に対して行う手術であって、筋膜の移植又は筋腱の移行を伴うものをいう。

Ｋ０８０－４　関節鏡下肩腱板断裂手術

（１）　「２」簡単なもの（上腕二頭筋腱の固定を伴うもの）とは、腱板の断裂が５cm 未満の症例に対して行う手術であって、区分番号「Ｋ０８０－７」上腕二頭筋腱固定術を併せて実施したものをいう。

（２）　「３」複雑なものとは、腱板の断裂が５cm 以上の症例に対して行う手術であって、筋膜の移植又は筋腱の移行を伴うものをいう。

Ｋ０８０－７　上腕二頭筋腱固定術

上腕二頭筋腱固定術は、上腕二頭筋長頭腱損傷（保存的治療が奏功しないものに限る。）に対し、インターファレンススクリューを用いて固定を行った場合に算定する。

Ｋ０８１　人工骨頭挿入術

「注」に規定する緊急挿入加算は、75 歳以上の大腿骨近位部骨折患者に対し、適切な周術期の管理を行い、骨折後 48 時間以内に人工骨頭の挿入を行った場合（一連の入院期間において区分番号「Ｂ００１」の「34」の「イ」二次性骨折予防継続管理料１を算定する場合に限る。）に、１回に限り所定点数に加算する。当該手術後は、早期離床に努めるとともに、関係学会が示しているガイドラインを踏まえて適切な二次性骨折の予防を行うこと。なお、診療報酬明細書の摘要欄に骨折した日時及び手術を開始した日時を記載すること。

Ｋ０８２－３　人工関節再置換術

人工関節再置換術は、区分番号「Ｋ０８２」人工関節置換術から６か月以上経過して行った場合にのみ算定できる。

Ｋ０８２－４　自家肋骨肋軟骨関節全置換術

肋骨肋軟骨移行部から採取した骨及び軟骨を用いて、関節の両側又は片側の全置換を行った場合に算定できる。この場合、区分番号「Ｋ０５９」骨移植術は別に算定できない。

Ｋ０８３　鋼線等による直達牽引

（１）　鋼線等を用いて観血的に牽引を行った場合に算定する。なお、鋼線等による直達牽引には、鋼線牽引法、双鋼線伸延法及び直達頭蓋牽引法を含む。

（２）　当該鋼線等による直達牽引のうち初日に行ったものについて所定点数を算定する。なお、鋼線等の除去の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（３）　１局所とは、上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの躯幹のそれぞれをいい、全身を５局所に分けるものである。

（４）　区分番号「Ｊ１１８」介達牽引、区分番号「Ｊ１１８－２」矯正固定、区分番号「Ｊ１１８－３」変形機械矯正術、区分番号「Ｊ１１９」消炎鎮痛等処置、区分番号「Ｊ１１９－２」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「Ｊ１１９－３」低出力レーザー照射又は区分番号「Ｊ１１９－４」肛門処置を併せて行った場合であっても、本区分の所定点数のみにより算定する。

Ｋ０８３－２　内反足足板挺子固定

（１）　内反足に対しキルシュナー鋼線等で足板挺子を固定した場合に算定する。この場合において、ギプス固定を行った場合は、その所定点数を別に算定する。

（２）　区分番号「Ｊ１１８」介達牽引、区分番号「Ｊ１１８－２」矯正固定、区分番号「Ｊ１１８－３」変形機械矯正術、区分番号「Ｊ１１９」消炎鎮痛等処置、区分番号「Ｊ１１９－２」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「Ｊ１１９－３」低出力レーザー照射又は区分番号「Ｊ１１９－４」肛門処置を併せて行った場合であっても、本区分の所定点数のみにより算定する。

Ｋ０８６　断端形成術（軟部形成のみのもの）

手指又は足趾の切断術を行った場合は、区分番号「Ｋ０８６」の「１」に掲げる断端形成術（軟部形成のみのもの）指（手、足）又は区分番号「Ｋ０８７」の「１」に掲げる断端形成術（骨形成を要するもの）指（手、足）のいずれかの所定点数により算定する。

Ｋ０８７　断端形成術（骨形成を要するもの）

手指又は足趾の切断術を行った場合は、区分番号「Ｋ０８６」の「１」に掲げる断端形成術（軟部形成のみのもの）指（手、足）又は区分番号「Ｋ０８７」の「１」に掲げる断端形成術（骨形成を要するもの）指（手、足）のいずれかの所定点数により算定する。

Ｋ０８８　切断四肢再接合術

切断四肢再接合術は、顕微鏡下で行う手術の評価を含む。

Ｋ０８９　爪甲除去術

爪甲白せん又は爪床間に「とげ」等が刺さった場合の爪甲除去で、麻酔を要しない程度のものは区分番号「Ｊ００１－７」爪甲除去（麻酔を要しないもの）により算定する。

Ｋ０９６－２　体外衝撃波疼痛治療術

（１）　治療に要した日数又は回数にかかわらず一連のものとして算定する。再発により２回目以降算定する場合には、少なくとも３か月以上あけて算定する。

（２）　保存療法の開始日及び本治療を選択した医学的理由並びに２回目以降算定する場合にはその理由を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。なお、本手術に併せて行った区分番号「Ｊ１１９」消炎鎮痛等処置については、別に算定できない。

Ｋ０９９　指瘢痕拘縮手術

（１）　単なる拘縮に止まらず運動制限を伴う場合に算定する。

（２）　本手術には、Ｚ形成術のみによるもの及び植皮術を要するものが含まれる。

Ｋ０９９－２　デュプイトレン拘縮手術

運動障害を伴う手掌・手指腱膜の線維性増殖による拘縮（デュプイトレン拘縮）に対して、指神経、指動静脈を剝離しながら拘縮を解除し、Ｚ形成術等の皮膚形成術を行った場合に算定する。

Ｋ１１７－２　頸椎非観血的整復術

頸椎椎間板ヘルニア及び頸椎骨軟骨症の新鮮例に対する頸椎の非観血的整復術（全麻、牽引による）を行った場合に算定する（手術の前処置として変形機械矯正術（垂直牽引、グリソン係蹄使用）を行った場合を除く。）。

なお、頸腕症候群及び五十肩に対するものについては算定できない。

Ｋ１２６－２　自家培養軟骨組織採取術

自家培養軟骨を作製するために、患者の軟骨から組織を採取した場合は、採取した回数にかかわらず、一連のものとして算定する。

Ｋ１３３－２　後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）

頸椎又は胸椎の１又は２以上の椎間に係る後縦靱帯骨化症に対して、前方又は前側方から病巣に到達した場合に算定する。

Ｋ１３４　椎間板摘出術

椎間板摘出術の「４」経皮的髄核摘出術については、１椎間につき２回を限度とする。

Ｋ１３４－４　椎間板内酵素注入療法

適正使用ガイドを遵守して実施した場合に限り算定する。

Ｋ１４１－２　寛骨臼移動術

寛骨臼全体を移動させ関節軟骨で骨頭の被覆度を高め安定した股関節を再建するものであり、寛骨臼回転骨切り術、寛骨臼球状骨切り術、ホフ骨切り術、ガンツ骨切り術、スティールのトリプル骨切り術、サルター骨切り術等を行った場合に算定する。

Ｋ１４２　脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）

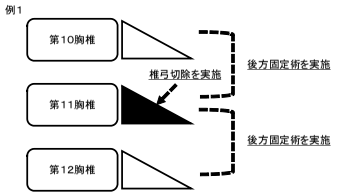
（１）　「２」後方又は後側方固定から「４」前方後方同時固定までの各区分に掲げる手術の費用には、当該手術を実施した椎間に隣接する椎弓に係る「５」椎弓切除及び「６」椎弓形成の費用が含まれる。

例１　第 10 胸椎から第 12 胸椎までの後方固定及び第 11 胸椎の椎弓切除を実施した場合の算定例

下記ア及びイを合算した点数を算定する。

ア　「２」後方又は後側方固定の所定点数

イ　「２」後方又は後側方固定の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数



例２　第 10 胸椎から第 12 胸椎までの後方固定及び第９胸椎の椎弓切除を実施した場合の算定例

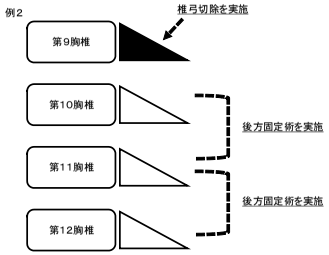
下記のア、イ及びウを合算した点数を算定する。

ア　「２」後方又は後側方固定の所定点数

イ　「２」後方又は後側方固定の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数

ウ　「５」椎弓切除の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数

（２）



骨形成的片側椎弓切除術及び髄核摘出術を併せて２椎間に行った場合は、区分番号「Ｋ１８６」脊髄硬膜内神経切断術に準じて算定する。

Ｋ１４２－２　脊椎側彎症手術

（１）　「注」に規定する胸郭変形矯正用材料を用いた場合とは、「２」の「ロ」交換術を行う場合を指しており、「１」の場合には適用されない。

（２）　矯正術を前提として行われるアンカー補強手術（foundation 作成）は区分番号「Ｋ１４２」脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）の「２」後方又は後側方固定にて算定する。また、その一連の治療として数か月後に行われる矯正術は「２」の「ロ」交換術にて算定する。

（３）　「２」の「ロ」交換術とは、患者の成長に伴い、ロッド又はグレードルを含めた全体の交換が必要となった場合の術式を指す。一部のクリップ等を交換し、固定位置の調整等を行った場合は「ハ」伸展術にて算定する。

Ｋ１４２－６　歯突起骨折骨接合術

歯突起骨折に対して、椎間の可動域を温存しながら骨接合術を行った場合に算定する。

Ｋ１４２－７　腰椎分離部修復術

腰椎分離症に対して、椎間の可動域を温存しながら修復術を行った場合に算定する。

Ｋ１４４　体外式脊椎固定術

（１）　体外式脊椎固定術は、ハローペルビック牽引装置、ハローベスト等の器械・器具を使用して脊椎の整復固定を行った場合に算定する。この場合において、当該器械・器具の費用は所定点数に含まれる。

（２）　ベスト式の器械・器具に用いられるベスト部分は、その患者のみの使用で消耗する程度のものに限り副木として算定できる。

第３款　神経系・頭蓋

第３款　神経系・頭蓋の手術において神経内視鏡を使用した場合の当該神経内視鏡に係る費用は、当該手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ１４５　穿頭脳室ドレナージ術

（１）　穿頭術の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　当該手術は、初回実施に限り算定し、２回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

Ｋ１４７　穿頭術（トレパナチオン）

（１）　穿頭術又は開頭術を行い、脳室穿刺を行った場合の手技料は当該手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

（２）　穿頭術における穿頭とは穿頭器を用いて穿孔することのみをいう。

（３）　穿頭による慢性硬膜下血腫洗浄・除去術は、区分番号「Ｋ１６４－２」慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術により算定する。

Ｋ１４８　試験開頭術

（１）　試験開頭術における開頭とは、穿頭器以外の器具を用いて広範囲に開窓することをいう。

（２）　区分番号「Ｋ１４７」穿頭術及び本手術を同時又は短時間の間隔をおいて２か所以上行った場合の点数は、本区分の所定点数のみにより１回に限り算定する。

Ｋ１４９－２　後頭蓋窩減圧術

キアリ奇形を伴う脊髄空洞症に対して行った場合に算定する。

Ｋ１５１－２　広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術

広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術は、次のような手術を行った場合に算定する。

ア　眼窩内又は副鼻腔に及ぶ腫瘍に対する眼窩内又は副鼻腔を含む前頭蓋底切除による腫瘍摘出及び再建術

イ　海綿静脈洞に及ぶ腫瘍に対する海綿静脈洞の開放を伴う腫瘍切除及び再建術

ウ　錐体骨・斜台の腫瘍に対する経口的腫瘍摘出又は錐体骨削除・Ｓ状静脈洞露出による腫瘍摘出及び再建術

エ　頸静脈孔周辺部腫瘍に対するＳ状静脈洞露出を伴う頸静脈孔開放術による腫瘍摘出及び再建術

Ｋ１５４　機能的定位脳手術

（１）　脳性小児麻痺に対するレンズ核破壊術若しくはパーキンソニズム、振戦麻痺等の不随意運動又は筋固縮に対する脳淡蒼球内オイルプロカイン注入療法（脳深部定位手術）を行った場合は、本区分により算定する。

（２）　機能的定位脳手術に係る特殊固定装置による固定及び穿頭並びに穿刺、薬剤（再生医療等製品を含む。）注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。ただし、手術前に行うエックス線撮影及びフィルムによる注入部位の位置計測については、第２章第４部画像診断のエックス線診断料により別に算定できる。

Ｋ１５４－４　集束超音波による機能的定位脳手術

（１）　薬物療法で十分に効果が得られない本態性振戦及びパーキンソン病の患者に対し、振戦症状の緩和を目的として、視床を標的としたＭＲガイド下集束超音波治療器による機能的定位脳手術を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

（２）　薬物療法で十分に効果が得られないパーキンソン病の患者であって、脳深部刺激術が不適用の患者に対し、運動症状の緩和を目的として、淡蒼球を標的としたＭＲガイド下集束超音波治療器による機能的定位脳手術を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

（３）　関連学会の定める適正使用指針を遵守し、振戦及びパーキンソン病の診断や治療に関して、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有し、関連学会が定める所定の研修を修了している常勤の脳神経外科の医師が実施した場合に限り算定する。

Ｋ１５５　脳切截術（開頭して行うもの）

本手術を両側同時に施行した場合は、片側ごとに所定点数を算定する。

Ｋ１６０－２　頭蓋内微小血管減圧術

後頭蓋窩の顔面神経又は三叉神経への微小血管圧迫に起因する顔面痙攣又は三叉神経痛に対して、後頭下開頭による神経減圧術を行った場合に算定する。

Ｋ１６４　頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）

定位的脳内血腫除去術を行った場合は、区分番号「Ｋ１６４－４」定位的脳内血腫除去術により算定する。

Ｋ１６９　頭蓋内腫瘍摘出術

（１）　「注１」に規定する脳腫瘍覚醒下マッピング加算を算定する場合は、区分番号「Ｋ９３０」脊髄誘発電位測定等加算は算定できない。

（２）　「注３」に規定する術中ＭＲＩ撮影加算は、関係学会の定めるガイドラインを遵守した場合に限り算定する。なお、ＭＲＩに係る費用は別に算定できる。

Ｋ１７１－２　内視鏡下経鼻的腫瘍摘出術

「注」に規定する術中ＭＲＩ撮影加算は、関係学会の定めるガイドラインを遵守した場合に限り算定する。なお、ＭＲＩに係る費用は別に算定できる。

Ｋ１７２　脳動静脈奇形摘出術

「２」については、ＳＭ－Ｇｒａｄｅ３から５の患者に対して実施した場合であって、当該手術について十分な経験を有する医師により実施されたときに算定する。なお、画像所見及び手術の概要を診療報酬明細書の摘要欄に記載又は添付すること。

Ｋ１７４　水頭症手術

（１）　脳室穿破術、脳室腹腔シャント手術、脳室心耳シャント手術又は腰部くも膜下腔腹腔シャント手術を行った場合に算定する。

（２）　「３」のシャント再建術において、カテーテル抜去に係る費用は所定の点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ１７４－２　髄液シャント抜去術

水頭症に対してシャント手術を実施した後、経過良好のためカテーテルを抜去した場合に算定する。

Ｋ１７６　脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭して行うもの）

（１）　本手術は、開頭の部位数又は使用したクリップの個数にかかわらず、クリッピングを要する病変の箇所数に応じて算定する。

（２）　「注１」に規定するローフローバイパス術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、頭皮から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定する。

（３）　「注２」に規定するハイフローバイパス術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、上肢又は下肢から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定する。

（４）　「注１」及び「注２」におけるバイパス造成用自家血管の採取料については、当該所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｋ１７７　脳動脈瘤頸部クリッピング

（１）　本手術は、開頭の部位数又は使用したクリップの個数にかかわらず、クリッピングを要する病変の箇所数に応じて算定する。

（２）　「注１」に規定するローフローバイパス術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、頭皮から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定する。

（３）　「注２」に規定するハイフローバイパス術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、上肢又は下肢から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定する。

（４）　「注１」及び「注２」におけるバイパス造成用自家血管の採取料については、当該所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｋ１７８　脳血管内手術

（１）　脳動脈瘤、脳動静脈奇形等の脳血管異常に対して、血管内手術用カテーテルを用いて手術を行った場合に算定する。

（２）　脳血管内ステントを用いて脳血管内手術を行った場合には、手術を行った箇所数にかかわらず、「３」を算定する。

Ｋ１７８－２　経皮的脳血管形成術

頭蓋内の椎骨動脈又は内頸動脈の狭窄に対して、経皮的脳血管形成術用カテーテルを用いて経皮的脳血管形成術を行った場合に算定する。

Ｋ１７８－５　経皮的脳血管ステント留置術

経皮的脳血管ステント留置術は、脳血管用ステントセットを用いて経皮的脳血管ステント留置術を行った場合に算定する。なお、実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。

Ｋ１８１　脳刺激装置植込術

薬物療法、他の外科療法及び神経ブロック療法の効果が認められない慢性難治性疼痛又は振戦等の神経症状の除去若しくは軽減、或いはてんかん治療を目的として行った場合に算定する。

Ｋ１８１－３　頭蓋内電極抜去術

本手術は、電極の抜去のみを目的として開頭術を行った場合に算定する。なお、それ以外の場合にあっては、併せて行った開頭術（脳刺激装置植込術及び頭蓋内電極植込術を含む。）の所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ１８１－４　迷走神経刺激装置植込術

本手術は、てんかん外科治療に関する専門の知識及び５年以上の経験を有する医師により行われた場合に算定する。また、当該手術の実施に当たっては、関連学会の定める実施基準に準じること。

Ｋ１８１－６　頭蓋内電極植込術

「２」の「ロ」の実施に当たっては、原則として能動的定位装置を用いる等、関連学会の定める指針を遵守すること。なお、当該手術について十分な経験を有する医師により実施された場合に算定する。

Ｋ１８２－２　神経交差縫合術

交通事故等により腕神経叢が根部で切断された病状で、患側の肋間神経を剥離し、易動性に

し、切断部より末梢部において神経縫合した場合等、末梢神経損傷に対し、他の健常な神経を遊離可動化し、健常神経の末梢端と損傷神経の中枢端を縫合した場合に算定する。

Ｋ１８２－３　神経再生誘導術

神経再生誘導術は、神経再生誘導材を用いて神経再建を実施した場合に算定する。

Ｋ１８８－２　硬膜外腔癒着剥離術

（１）　経皮的にカテーテルを用いて機械的な癒着剥離を含む硬膜外腔の癒着剥離を透視下に実施した場合に算定する。

（２）　経皮的にカテーテルを硬膜外腔に挿入し局所麻酔剤の注入等を行った場合であっても、機械的な癒着剥離を含む硬膜外腔の癒着剥離を目的としない場合は、第 11 部麻酔第 2 節神経ブロック料により算定する。

Ｋ１８８－３　癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）

癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）は、くも膜下腔の癒着剥離を顕微鏡下に実施し、くも膜下腔を形成した場合に算定する。

Ｋ１９０　脊髄刺激装置植込術

（１）　薬物療法、他の外科療法及び神経ブロック療法の効果が認められない慢性難治性疼痛の除去又は軽減を目的として行った場合に算定する。

（２）　試験刺激を実施し、効果判定時に効果なしと判断されリードを抜去した場合、その費用は「１」の所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｋ１９０－６　仙骨神経刺激装置植込術

（１）　医師の指示に従い、自ら送信機を使用することで便失禁又は過活動膀胱に対するコントロールを行う意思のある者であって、保存的療法が無効又は適用できない患者に対して実施する場合に限り算定できる。なお、自ら送信機を使用することができない患者に対して実施する場合は算定できない。

（２）　患者自身により記載された同意書を診療録に添付すること。

（３）　リードの抜去に要する費用は所定点数に含まれる。試験刺激を実施し、効果判定時に効果なしと判断されリードを抜去した場合、その費用は「１」の所定点数に含まれ別に算定できない。

（４）　実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。

Ｋ１９０－７　仙骨神経刺激装置交換術

医師の指示に従い、自ら送信機を使用することで便失禁又は過活動膀胱に対するコントロールを行う意思のある者であって、保存的療法が無効又は適用できない患者に対して実施する場合であって、関係学会の定める診療に関する指針に従って実施した場合に限り算定できる。なお、自ら送信機を使用することができない患者に対して実施する場合は算定できない。

Ｋ１９０－８　舌下神経電気刺激装置植込術

舌下神経電気刺激装置植込術は、以下のアからキまでの全てに該当する閉塞性睡眠時無呼吸症候群患者に対し、関係学会の定める適正使用指針に基づき実施した場合に限り算定する。

ア　無呼吸低呼吸指数が 20 以上の閉塞性睡眠時無呼吸症候群であること。

イ　ＣＰＡＰ療法が不適又は不忍容であること。

ウ　扁桃肥大等の重度の解剖学的異常がないこと。

エ　18 歳以上であること。

オ　ＢＭＩが 30 未満であること。

カ　薬物睡眠下内視鏡検査で軟口蓋の同心性虚脱を認めないこと。

キ　中枢性無呼吸の割合が 25%以下であること。

Ｋ１９３－２　レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部）、Ｋ１９３－３　レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部以外）

（１）　「露出部」とは区分番号「Ｋ０００」創傷処理の「注２」の「露出部」と同一の部位をいう。

（２）　近接密生しているレックリングハウゼン病偽神経腫については、１個として取り扱い、他の手術等の点数と著しい不均衡を生じないようにする。

（３）　露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の５０％以上の場合は、区分番号「Ｋ１９３－２」の所定点数により算定し、５０％未満の場合は、区分番号「Ｋ１９３－３」の所定点数により算定する。

Ｋ１９６　交感神経節切除術

下腹部神経叢切除術又はコット手術にクレニッヒ手術を併せて行った場合は、交感神経節切除術の「３」により算定する。

Ｋ１９６－５　末梢神経遮断（挫滅又は切断）術（浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経に限る。）

疼痛に対して行う末梢神経遮断（挫滅又は切断）術は、浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経の場合に限り算定する。なお、浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経及び腓腹神経を同時に遮断した場合には、それぞれ別に所定点数を算定する。

第４款　眼

Ｋ２００－２　涙点プラグ挿入術、涙点閉鎖術

（１）　乾性角結膜炎（シルマーテスト第１法変法５㎜ 以下、又はローズベンガル染色試験++以上）及びシェーグレン症候群に対して行った場合に算定する。

（２）　上下涙点に実施した場合も含め１回のみの算定とする。

Ｋ２０８　麦粒腫切開術

数か所の切開も同一瞼内にあるものについては１回として算定する。

Ｋ２１２　兎眼矯正術

兎眼症に対して瞼板縫合術を行った場合は、本区分により算定する。

Ｋ２１４　霰粒腫摘出術

数か所の切開も同一瞼内にあるものについては１回として算定する。

Ｋ２２８　眼窩骨折整復術

陳旧性の変形治癒骨折に対して整復術を実施した場合に算定する。

Ｋ２５９　角膜移植術

（１）　角膜を採取・保存するために要する費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（２）　角膜を移植する場合においては、「眼球提供者（ドナー）適応基準について」（平成 12 年１月７日健医発第 25 号厚生労働省保健医療局長通知）、「眼球のあっせん技術指針について」（平成 12 年１月７日健医発第 26 号厚生労働省保健医療局長通知）を遵守している場合に限り算定する。

（３） 眼科用レーザー角膜手術装置により角膜切片を作成し、角膜移植術を行った場合は、「注１」に規定するレーザー使用加算を併せて算定する。

（４） 水疱性角膜症の患者に対して、角膜内皮移植を実施した場合は、「注２」に規定する内皮移植加算を算定できる。

Ｋ２５９－２　自家培養上皮移植術

（１） 角膜上皮幹細胞疲弊症に対して、自家培養角膜上皮移植又は自家培養口腔粘膜上皮移植を行った場合に算定する。

（２） 自家培養角膜上皮移植の実施に際して、角膜輪部組織採取のみに終わり角膜移植術に至らない場合については、区分番号「Ｋ２４６」角膜・強膜縫合術の所定点数を準用して算定する。

（３） 自家培養口腔粘膜上皮移植の実施に際して、口腔粘膜組織採取のみに終わり角膜移植術に至らない場合については、区分番号「Ｋ４２３」の「１」粘液嚢胞摘出術の所定点数を準用して算定する。

（４） 自家培養口腔粘膜上皮移植の実施に際して、自家培養口腔粘膜上皮移植を行った保険医療機関と口腔粘膜組織採取を行った保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、自家培養口腔粘膜上皮移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ２６０　強膜移植術

（１） 強膜を採取・保存するために要する費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（２） 強膜を移植する場合においては、「眼球提供者（ドナー）適応基準について」（平成 12 年１月７日健医発第 25 号厚生労働省保健医療局長通知）、「眼球のあっせん技術指針について」（平成12年１月７日健医発第26号厚生労働省保健医療局長通知）及び日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

Ｋ２６０－２　羊膜移植術

（１） スティーヴンス・ジョンソン症候群、眼類天疱瘡、熱・化学外傷瘢痕、再発翼状片、角膜上皮欠損（角膜移植によるものを含む。）、角膜穿孔、角膜化学腐食、角膜瘢痕、瞼球癒着、結膜上皮内過形成、結膜腫瘍等であって、羊膜移植以外では治療効果が期待できないものに対して実施した場合に算定する。

（２） 日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守している場合に限り算定する。

（３） 羊膜採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（４） 羊膜を採取・保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に請求できない。

Ｋ２６８　緑内障手術

（１） 「６」水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術は、１眼に白内障及び緑内障がある患者に対して、水晶体再建術と同時に眼内ドレーン挿入術を関連学会の作成した使用要件基準に従って行った場合に限り算定する。なお、水晶体再建術の技術料は当該点数に含まれ、別に算定できない。

（２） 「６」水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術を行った際は、診療報酬請求に当たって、

診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

（３） 眼内レンズ及び眼内ドレーンの費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ２７６　網膜光凝固術

（１） 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。例えば、糖尿病性網膜症に対する汎光凝固術の場合は、１週間程度の間隔で一連の治療過程にある数回の手術を行うときは、１回のみ所定点数を算定するものであり、その他数回の手術の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２） 「２」その他特殊なものとは、裂孔原性網膜剥離、円板状黄斑変性症、網膜中心静脈閉鎖症による黄斑浮腫、類嚢胞黄斑浮腫及び未熟児網膜症に対する網膜光凝固術並びに糖尿病性網膜症に対する汎光凝固術を行うことをいう。

Ｋ２７７－２　黄斑下手術

黄斑下手術は、中心窩下新生血管膜を有する疾患（加齢黄斑変性症等）又は黄斑下血腫に対して行った場合に算定する。

Ｋ２８０－２　網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）

当該手術は、高度の角膜混濁あるいは裂傷などにより、眼底の透見が困難な網膜硝子体疾患に対して行った場合に算定する。また、当該手術を行った際には、診療報酬明細書の摘要欄に、当該術式を選択した理由について詳細に記載すること。

Ｋ２８１－２　網膜再建術

（１） 未熟児網膜症、先天異常に伴う網膜剥離（主に家族性滲出性硝子体網膜症又は第１次硝子体過形成遺残）及び外傷による眼球破裂に対して実施した場合に算定する。なお、未熟児網膜症及び先天異常に伴う網膜剥離にあっては、線維血管増殖によって起こる、黄斑を脅かす網膜部分剥離又は網膜全剥離の状態をいい、眼球破裂例にあっては強膜の３分の１を超える破裂創があり、眼球内容物の脱出を認める状態をいう。

（２） 関係学会の定める指針を遵守すること。

Ｋ２８２　水晶体再建術

（１） １眼に白内障及び斜視があり両者に対する手術を同時に行った場合は、別に算定できる。ただし、斜視手術が保険給付の対象となる場合に限る。

（２） 眼内レンズの費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（３） 「１」の「イ」の縫着レンズを挿入するものについては、眼内レンズを縫着し挿入した場合に算定する。

（４） 「３」の計画的後嚢切開を伴う場合は、16 歳未満の患者に対して行われた場合に限り算定する。

（５） 「注１」に規定する加算は、チン小帯の脆弱・断裂を有する症例に対して、水晶体嚢拡張リングを用いて水晶体再建術を実施した場合に算定する。なお、水晶体嚢拡張リングを使用した場合は、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付すること。

（６） 「注２」に規定する加算は、水晶体偏位又は眼内レンズ偏位の患者に対して、高次収差解析を行った場合は、「１」の「イ」の縫着レンズを挿入するものの手術の前後それぞれ１回に限り算定する。なお、水晶体偏位又は眼内レンズ偏位が疑われた場合であっても、当該手術を行わなかったときは、当該加算は算定できない。

Ｋ２８２－２　後発白内障手術

後発白内障切開術（観血的）は当該区分に準じて算定する。

第５款　耳鼻咽喉

Ｋ２９６　耳介形成手術

耳介形成手術は、耳輪埋没症、耳垂裂等に対して行った場合に算定する。

Ｋ２９９　小耳症手術

「１」の軟骨移植による耳介形成手術においては、軟骨移植に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｋ３０５－２　植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術

植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術は、関連学会の定める適応基準に合致する難聴患者に対して実施した場合に算定する。。

Ｋ３０８－３　耳管用補綴材挿入術

保存的治療が奏功しない難治性耳管開放症の症状改善を目的に耳管用補綴材を耳管内に挿入した場合に算定する。

Ｋ３１１　鼓膜穿孔閉鎖術（一連につき）

トラフェルミン（遺伝子組換え）を用いた鼓膜穿孔閉鎖に当たっては、６か月以上続く鼓膜穿孔であって、自然閉鎖が見込まれない患者のうち、当該鼓膜穿孔が原因の聴力障害を来し、かつ本剤による鼓膜穿孔閉鎖によって聴力障害の改善が見込まれる者に対して実施した場合に限り、本区分の所定点数により算定する。なお、診療報酬請求に当たっては、診療報酬明細書に本剤による鼓膜穿孔閉鎖を実施する医学的必要性の症状詳記を添付すること。

Ｋ３１８　鼓膜形成手術

（１）　鼓膜形成手術に伴う鼓膜又は皮膚の移植については、別に算定できない。

（２）　耳翼後面から植皮弁を採りWullsteinの鼓室形成手術の第１型とほぼ同様の操作（ただ鼓膜の上皮のみを除去することが異なる。）で、鼓膜形成手術を行った場合は、区分番号「Ｋ３１９」鼓室形成手術により算定する。

Ｋ３１９　鼓室形成手術

鼓室形成手術に伴う皮膚の移植については、算定できない。

Ｋ３２８－３　植込型骨導補聴器交換術

接合子付骨導端子又は骨導端子の交換術を実施した場合に算定し、音振動変換器のみ交換した場合は算定できない。

Ｋ３３８　鼻甲介切除術、Ｋ３３９　粘膜下下鼻甲介骨切除術

（１）　慢性肥厚性鼻炎兼鼻茸に対して、区分番号「Ｋ３３８」鼻甲介切除術及び区分番号「Ｋ３４０」鼻茸摘出術を併施した場合は、それぞれの所定点数を別に算定する。

（２）　区分番号「Ｋ３３８」鼻甲介切除術又は区分番号「Ｋ３３９」粘膜下下鼻甲介骨切除術を副鼻腔手術と併施した場合においては、鼻甲介切除術又は粘膜下下鼻甲介骨切除術を副鼻腔手術の遂行上行う場合以外は同一手術野とはみなさず、それぞれの所定点数を別に算定する。

Ｋ３４０　鼻茸摘出術

高周波電磁波で行う場合にあっても本区分により算定する。

Ｋ３４０－３　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅰ型（副鼻腔自然口開窓術）、Ｋ３４０－４　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅱ型（副鼻腔単洞手術）、Ｋ３４０－５　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅲ型（選択的（複数洞）副鼻腔手術）、Ｋ３４０－６　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅳ型（汎副鼻腔手術）、Ｋ３４０－７　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ⅴ型（拡大副鼻腔手術）

区分番号「Ｋ３４０－３」から「Ｋ３４０－７」までに掲げる手術を同時に実施した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｋ３４７－２　変形外鼻手術

（１）　先天性の高度斜鼻・鞍鼻、口唇裂外鼻又は上顎洞・外鼻の悪性腫瘍術後等による機能障害を伴う外鼻の変形に対して、機能回復を目的として外鼻形成を行った場合に算定する。なお、外傷等による骨折治癒後の変形等に対するものは、区分番号「Ｋ３３４－２」鼻骨変形治癒骨折矯正術により算定する。

（２）　単なる美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。

Ｋ３５２－３　副鼻腔炎術後後出血止血法

副鼻腔炎術後の後出血（手術日の翌日以後起った場合をいう。）が多量で、必要があって再び術創を開く場合に算定する。

Ｋ３６１　上顎洞篩骨洞蝶形洞根治手術

区分番号「Ｋ３５３」鼻内篩骨洞根治手術、及び区分番号「Ｋ３５２－２」鼻内上顎洞根治手術を併施した場合は、本区分により算定する。

Ｋ３７７　口蓋扁桃手術

（１）　扁桃除去を行った当日における止血については算定できない。

（２）　口蓋扁桃手術を行った日の翌日以降の後出血が多量で、やむを得ず再び術創を開く場合における止血術は、区分番号「Ｋ３６７」咽後膿瘍切開術に準じて算定する。

Ｋ３８６　気管切開術

気管切開術後カニューレを入れた数日間の処置（単なるカニューレの清拭でない）は、区分番号「Ｊ０００」創傷処置における手術後の患者に対するものにより算定する。

Ｋ３８６－２　輪状甲状靭帯切開術

気道確保のための輪状甲状靭帯膜穿刺を行った場合は、本区分により算定する。

Ｋ３８８－２　喉頭粘膜下軟骨片挿入術

反回神経麻痺に対し、声帯固定のため甲状軟骨を左右に分離し、喉頭側軟骨膜下に甲状軟骨より取り出した小軟骨片を挿入した場合に算定する。

Ｋ３８８－３　内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）

（１）　内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）は、痙攣性発声障害に対してボツリヌス毒素を経皮的に内喉頭筋内に注入した場合に算定する。

（２）　実施に当たっては、経皮的に筋電図を使用し薬剤を注入すること。

（３）　筋電図検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術

喉頭ポリープが左右の声帯にあるときは、各側ごとに算定できる。

第６款　顔面・口腔・頸部

Ｋ４０７－２　軟口蓋形成手術

いびきに対して軟口蓋形成手術を行った場合に算定する。

Ｋ４２３　頬腫瘍摘出術

皮膚又は皮下にある腫瘍の摘出術は、区分番号「Ｋ００５」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）又は区分番号「Ｋ００６」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）により算定する。

Ｋ４２９－２　下顎関節突起骨折観血的手術

「２」両側は、両側の下顎関節突起骨折について観血的に手術を行った場合に算定する。

Ｋ４３４　顔面多発骨折観血的手術

顔面多発骨折観血的手術は、上下顎の同時骨折の場合等複数の骨に対して観血的に手術を行った場合に算定する。

Ｋ４４３　上顎骨形成術

（１）　「１」単純な場合とは上顎骨発育不全症又は外傷後の上顎骨後位癒着等に対し、Le Fort Ⅰ型切離により移動を図る場合をいう。

（２）　「注１」に規定する加算は、上顎骨発育不全症、外傷後の上顎骨後位癒着、上顎前突症、開咬症又は過蓋咬合症等に対し、Le Fort Ⅰ型切離を行い、上顎骨を複数に分割して移動させた場合に算定する。

（３）　「２」複雑な場合及び２次的再建の場合とは、「１」と同様の症例に対し、Le FortⅡ型若しくはLe FortⅢ型切離により移動する場合又は悪性腫瘍手術等による上顎欠損症に対し２次的骨性再建を行う場合をいう。

Ｋ４４４－２　下顎骨延長術

仮骨延長法を用いて下顎骨を延長・形成する場合に算定する。

Ｋ４４６　顎関節授動術

（１）　「１」の「ロ」パンピングを併用した場合とは、顎関節の運動障害を有する患者に対して、パンピング（顎関節腔に対する薬液の注入、洗浄）を行いながら、徒手的に顎関節の授動を図ったものをいう。

（２）　「１」の「ハ」関節腔洗浄療法を併用した場合とは、局所麻酔下で上関節腔に注射針を２本刺入し、上関節腔を薬剤にて自然灌流することにより顎関節可動域の増加又は除痛を目的とするものをいう。

Ｋ４５０　唾石摘出術

（１）　「１」表在性のものとは、導管開口部付近に位置する唾石をいう。

（２）　「２」深在性のものとは、腺体付近の導管等に位置する唾石をいう。

（３）　所期の目的を達するために複数回実施した場合であっても、一連として算定する。

Ｋ４６９　頸部郭清術

（１）　頸部郭清術（ネックディセクション）とは、頸部リンパ節群が存在する頸部領域の腫瘍細胞を根絶するため、当該領域の組織（筋、リンパ節、静脈、脂肪、結合織等）を広範囲に摘出することをいう。

（２）　頸部郭清術を他の手術に併せて行った場合は、手術の「通則９」に規定されている所定点数を算定するものとし、独立して行った場合には本区分の所定点数を算定する。

（３）　他の手術に併せて行った頸部リンパ節の単なる郭清は手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。なお、単独に行った場合は、区分番号「Ｋ６２７」リンパ節群郭清術の「２」により算定する。

Ｋ４７０－２　頭頸部悪性腫瘍光線力学療法

（１）　半導体レーザー用プローブを用いて切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対してレーザー光照射を実施した場合に算定する。

（２）　本療法は、頭頸部外科について５年以上の経験を有し、本治療に関する所定の研修を修了している医師が実施すること。

第７款　胸部

Ｋ４７４－３　乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術

（１）　乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術は、マンモグラフィー、ＣＴ撮影、ＭＲＩ撮影、超音波検査等を行った結果、乳房に非触知病変や石灰化病変などが認められる場合に、画像ガイド下（マンモグラフィー、超音波装置又はＭＲＩに限る。）で乳房専用の吸引システムを用いて、当該乳腺組織を摘出した場合に算定する。

（２）　当該乳腺組織の確定診断や手術適用を決定することを目的として行った場合も本区分で算定する。

（３）　組織の採取に用いる保険医療材料の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（４）　「２」は、マンモグラフィー又は超音波検査では検出できず、ＭＲＩ撮影によってのみ検出できる病変が認められる患者に対して、当該病変が含まれる乳腺組織を摘出する目的で実施した場合に限り算定できる。

Ｋ４７６　乳腺悪性腫瘍手術

（１）　乳腺悪性腫瘍手術において、両側の腋窩リンパ節郭清術を併せて行った場合は、「７」により算定する。

（２）　「注１」に規定する乳がんセンチネルリンパ節加算１及び「注２」に規定する乳がんセンチネルリンパ節加算２については、以下の要件に留意し算定すること。

ア　触診及び画像診断の結果、腋窩リンパ節への転移が認められない乳がんに係る手術の場合のみ算定する。

イ　センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、区分番号「Ｋ９４０」薬剤により算定する。

ウ　放射性同位元素の検出に要する費用は、区分番号「Ｅ１００」シンチグラム（画像を伴うもの）の「１」部分（静態）（一連につき）により算定する。

エ　摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第 13 部病理診断の所定点数により算定する。

Ｋ４７６－２　陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術

（１）　授乳障害のある陥没乳頭に対して乳頭形成を行った場合、又は乳腺悪性腫瘍手術後の再建乳房に対して二期的に乳頭形成を行った場合に算定する。

（２）　単なる美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。

Ｋ４７６－３　動脈（皮）弁及び筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）

乳房再建術（乳房切除後）は、動脈（皮）弁術及び筋（皮）弁術を実施した場合に算定する。なお、区分番号「Ｋ０１７」遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を実施した場合は、区

分番号「Ｋ０１７」遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）の所定点数のみを算定し、本区分の所定点数は別に算定できない。

Ｋ４７６－４　ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術

（１）　乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術にゲル充填人工乳房を用いた場合に限り算定できる。

（２）　乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当した場合に限り算定できる。その際、次のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　一次一期的再建の場合

大胸筋が温存され皮膚欠損が生じない乳輪乳頭温存皮下乳腺全摘術を行った症例。ただし、乳腺悪性腫瘍術後の場合においては、術前診断においてStageⅡ以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。

イ　一次二期的再建の場合

乳腺全摘術時に組織拡張器が挿入され、十分に皮膚が拡張されている症例。

ウ　二次再建の場合

乳腺全摘術後で大胸筋が残存しており、初回手術で組織拡張器が挿入され十分に皮膚が拡張されているか、皮弁移植術などにより皮膚の不足が十分に補われている、あるいは十分に補われることが見込まれる症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。

（３）　乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術と乳房再建術を行う医療機関が異なる場合は、双方の持つ臨床情報、手術日、術式等を示す文書を相互に交付した上で、診療録に添付して保存すること。

Ｋ４８０－２　流注膿瘍切開掻爬術

流注膿瘍の切開掻爬術に当たって、原発巣まで追及して拡大手術を行った場合に算定する。

Ｋ４８２　肋骨切除術

切除した肋骨の本数にかかわらず所定点数を１回に限り算定する。また、２本以上の肋骨の切除と胸骨の掻爬を併施した場合も本区分により算定する。また、胸郭出口症候群根治術を行った場合は、当該区分にて算定する。

Ｋ４８６　胸壁瘻手術

非開胸で肋骨の切除を行うと否とにかかわらず本区分により算定する。

Ｋ４８７　漏斗胸手術

内臓の機能障害等による症状を有するものに対して行った場合に限り算定する。

Ｋ４８８　試験開胸術

開胸術のみを行った時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。

Ｋ４８８－３　胸腔鏡下試験開胸術

胸腔鏡による胸腔内の確認のみを行った時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。

Ｋ４８８－４　胸腔鏡下試験切除術

胸腔鏡による胸腔内の確認を行い、臓器・組織の一部を切除した時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。

Ｋ４９６－５　経皮的膿胸ドレナージ術

当該手術は初回実施に限り算定し、２回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

Ｋ４９９　胸郭形成手術（肺切除後遺残腔を含む。）

肺結核手術、肺切除後遺残腔等に対して行われた場合に算定する。

Ｋ５０７　肺膿瘍切開排膿術

肺結核空洞吸引術（モナルジー法）又は肺結核空洞切開術を行った場合は本区分で算定する。

Ｋ５０８－３　気管支熱形成術

（１）　18 歳以上の重症喘息患者に対し、気管支熱形成術（気管支サーモプラスティ）を実施した場合に、本区分の所定点数を算定する。

（２）　気管支ファイバースコピーに要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ５０９－３　気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術

気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術は、放射線治療目的でマーカーを留置した場合に限り算定し、マーカー代は所定点数に含まれ、別に算定できない。

植込み型病変識別マーカーを用いて、経皮的にマーカー留置を行った場合は、気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術に準じて算定する。この際、マーカー代は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ５０９－４　気管支瘻孔閉鎖術

（１）　気管支瘻孔閉鎖術は、気管支用充填材を用いて気管支の瘻孔閉鎖を実施した場合に算定する。

（２）　気管支ファイバースコピーに要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ５１０－２　光線力学療法

光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長 630ｎｍ）及びＹＡＧ－ＯＰＯレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

Ｋ５１１　肺切除術、Ｋ５１７　肺縫縮術

（１）　刺創のため開腹、開胸により心筋損傷の縫合、心嚢の縫合、横隔膜の縫合、胃の腹腔内還納等の手術を併施した場合は、区分番号「Ｋ５１１」肺切除術の「２」により算定する。

（２）　肺切除と胸郭形成手術の併施は、区分番号「Ｋ５１１」肺切除術の「５」により算定する。

（３）　肺気腫に対する正中切開による肺縫縮術は、区分番号「Ｋ５１１」肺切除術の「１」に準じて算定する。

（４）　肺気腫に対する正中切開による肺縫縮術に当たって自動縫合器を使用した場合は、区分番号「Ｋ９３６」自動縫合器加算の加算点数に 15 個を限度として使用個数を乗じて得た点数を加算する。

Ｋ５１３　胸腔鏡下肺切除術

慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）に対する治療的な胸腔鏡下肺切除術については「１」により算定する。

Ｋ５１３－２　胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術

（１）　胸腔鏡下胸腺摘出術（重症筋無力症に対するものを除く）については本区分で算定する。

（２）　胸腔鏡下縦隔腫瘍摘出術については、本区分で算定する。

Ｋ５１４－３　移植用肺採取術（死体）（両側）

（１）　移植用肺採取術（死体）の所定点数は、臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する脳死した者の身体から肺の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

（２）　移植用肺採取術の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための肺採取を行う際の採取前の採取対象肺の灌流、肺採取、採取肺の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、肺採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取肺を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

（３）　部分肺を用いて複数の者に対する移植が行われた場合には、移植を行った保険医療機関それぞれにおいて算定する。

（４）　肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ５１４－４　同種死体肺移植術

（１）　同種死体肺移植術の所定点数は、臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する脳死した者の身体から肺の移植が行われた場合に限り算定する。

（２）　同種死体肺移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

（３）　肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ５１４－５　移植用部分肺採取術（生体）

肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、肺移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肺提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、肺提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

Ｋ５１４－６　生体部分肺移植術

（１）　対象疾患は、肺動脈性肺高血圧症、肺静脈狭窄症、肺毛細血管腫症、特発性間質性肺炎、気管支拡張症、肺サルコイドーシス、肺リンパ脈管筋腫症、アイゼンメンジャー症候群、その他の間質性肺炎、閉塞性細気管支炎、じん肺、肺好酸球性肉芽腫症、びまん性汎細気管支炎、慢性血栓塞栓性肺高血圧症、多発性肺動静脈瘻、α１アンチトリプシン欠損型肺気腫、その他の肺気腫、嚢胞性線維症、肺嚢胞症、慢性過敏性肺臓炎、その他肺・心肺移植関連学会協議会で承認する進行性肺疾患である。

（２）　生体肺を移植する場合においては、日本移植学会が作成した「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

（３）　生体肺を移植する場合においては肺提供者から移植肺を摘出することに係る全ての療養上の費用を所定点数により算出し、生体部分肺移植術の所定点数に加算する。なお、肺提供者の生体肺を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的には、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年厚生労働省告示第 99 号）によって算定した費用額を 10 円で除して得た数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、肺提供者から食事に係る標準負担額を求めることはできない。

（４）　生体部分肺移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

（５）　肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を摘出した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、肺移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肺提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、肺提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

Ｋ５１６　気管支瘻閉鎖術

巨大な陳旧性空洞（排菌があるものに限る。）の結核に対して、一次的胸郭形成手術（第１、第２及び第３肋骨）に、肺尖剥離、空洞切開術（空洞内容郭清）及び肺を含めた空洞縫縮術を同時に行った場合は、本区分により算定する。

Ｋ５２２　食道狭窄拡張術

マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ５２５－２　胸壁外皮膚管形成吻合術

薬物腐蝕による全食道狭窄に対して本手術を行った場合に算定する。

Ｋ５２６　食道腫瘍摘出術

「１」を行った場合について、マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ５２６－２　内視鏡的食道粘膜切除術

マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ５２６－３　内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法

内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長 630ｎｍ）及びＹＡＧ－ＯＰＯレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合（タラポルフィンナトリウム及び半導体レーザー用プローブを用いた場合は除く。）に限り算定できる。

Ｋ５２６－４　内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法

（１）　タラポルフィンナトリウム及び半導体レーザー用プローブを用いて、以下のいずれにも該当する局所遺残再発食道悪性腫瘍に対して光線力学療法を実施した場合に算定する。

ア　外科的切除又は内視鏡的治療等の根治的治療が不可能であるもの

イ　壁深達度が固有筋層を越えないもの

ウ　長径が３cm 以下かつ周在性が 1/2 周以下であるもの

エ　頸部食道に及ばないもの

オ　遠隔転移及びリンパ節転移のいずれも有さないもの

（２）　内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法の実施に当たり、追加照射の要否を判定するための内視鏡検査及び追加照射に係る費用は全て所定の点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ５２７　食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）

単に腫瘍のみを切除した場合については、区分番号「Ｋ５２６」食道腫瘍摘出術で算定する。

Ｋ５２７－２　食道切除術（単に切除のみのもの）

（１）　一期的な食道切除再建術が困難な場合であって、食道切除術を行ったときに算定する。

（２）　大動脈ステント内挿術後であって、食道大動脈瘻に対する食道切除術を行った場合には、本区分の所定点数により算定する。

Ｋ５３０－２　腹腔鏡下食道アカラシア形成手術

胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む）食道筋層切開術は本区分で算定する。

Ｋ５３０－３　内視鏡下筋層切開術

食道アカラシア、食道びまん性けいれん症等の食道運動機能障害を有するもの（食道の内腔が狭窄しているものに限る。）に対して実施した場合に限り算定する。

Ｋ５３３　食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）

（１）　「一連」とは１週間を目安とする。治療上の必要があって初回実施後１週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定する。

（２）　食道・胃静脈瘤硬化療法と区分番号「Ｋ５３３－２」内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術又は区分番号「Ｋ５３３－３」内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術を併施した場合（一連の期間内において異なる日に実施する場合を含む。）は、主たるもののみで算定する。

（３）　マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ５３３－２　内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術

（１）　一連の期間（概ね１週間）において、１回に限り算定する。治療上の必要があって初回実施後１週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定する。

（２）　マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ５３３－３　内視鏡的胃静脈瘤組織接着剤注入術

（１）　治療上の必要があって初回実施後１週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定する。

（２）　一連の期間内において、区分番号「Ｋ５３３」食道・胃静脈瘤硬化療法、区分番号「Ｋ５３３－２」内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術、区分番号「Ｋ６２１」門脈体循環静脈吻合術（門脈圧亢進症手術）又は区分番号「Ｋ６６８－２」バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術を実施した場合は、主たるもののみ算定する。なお、「一連」とは１週間を目安とする。

（３）　マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ５３４－４　腹腔鏡下横隔膜電極植込術

横隔神経電気刺激装置の電極の植込みを行った場合に算定する。

第８款　心・脈管

Ｋ５４５　開胸心臓マッサージ

（１）　開胸心臓マッサージに併せて行った人工呼吸については、区分番号「Ｊ０４５」人工呼吸により別に算定する。

（２）　開胸心臓マッサージに併せて行ったカウンターショックについては、区分番号「Ｊ０４７」カウンターショックにより別に算定する。

Ｋ５４６　経皮的冠動脈形成術

（１）　区分番号「Ｄ２０６」に掲げる心臓カテーテル法における 75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

（２）　「１」の急性心筋梗塞に対するものは、次のいずれにも該当する急性心筋梗塞患者に対して実施した場合に算定する。ただし、冠動脈インターベンション治療（区分番号「Ｋ５４６」から「Ｋ５５０－２」まで）又は冠動脈バイパス術（区分番号「Ｋ５５２」及び「Ｋ５５２－２」）後 24 時間以内に発症した場合は「１」の急性心筋梗塞に対するものは算定できない。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。

ア　心筋トロポニンＴ（ＴｎＴ）又は心筋トロポニンＩが高値であること又は心筋トロポニンＴ（ＴｎＴ）若しくは心筋トロポニンＩの測定ができない場合であってＣＫ－ＭＢが高値であること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に測定項目及びその値について記載すること。

イ　以下の（イ）から（ホ）までのいずれかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目及びその所見の得られた時刻を記載すること。

（イ）　胸痛等の虚血症状

（ロ）　新規のＳＴ－Ｔ変化又は新規の左脚ブロック

（ハ）　新規の異常Ｑ波の出現

（ニ）　心臓超音波検査又は左室造影で認められる新規の心筋の可動性の低下又は壁運動異常

（ホ）　冠動脈造影で認められる冠動脈内の血栓

ウ　以下の（イ）又は（ロ）のいずれかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目、発症時刻、来院時刻及び再開通した時刻を記載すること。

（イ）　症状発現後 12 時間以内に来院し、来院からバルーンカテーテルによる責任病変の再開通までの時間（door to balloon time）が 90 分以内であること。

（ロ）　症状発現後 36 時間以内に来院し、心原性ショック（Killip 分類 class Ⅳ）であること。

（３）　「２」の不安定狭心症に対するものは、次のいずれにも該当する不安定狭心症患者に対して実施した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。

ア　日本循環器学会の承認を得た非ＳＴ上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける不安定狭心症の分類で重症度 classⅠ、classⅡ又は classⅢであること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に重症度及びその医学的根拠を記載すること。

イ　日本循環器学会の承認を得た非ＳＴ上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける急性冠症候群の短期リスク評価が高リスク又は中等度リスクであること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に短期リスク評価及びその医学的根拠を記載すること。

ウ　来院から24時間以内（院内発症の場合は症状発現後24時間以内）に当該手術を開始すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に来院時刻及び手術開始時刻を記載すること。

（４）　「３」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病変に対して実施した場合に算定することとし、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。なお、ウの病変に対して実施する場合は、循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師が複数名参加するカンファレンス等により医学的な必要性を検討すること。また、実施の医学的な必要性及び検討の結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　機能的虚血の原因である狭窄病変

イ　区分番号「Ｄ２０６」に掲げる心臓カテーテル法における90%以上の狭窄病変

ウ　その他医学的必要性が認められる病変

（５）　（２）のア及びイに該当する急性心筋梗塞患者に対して、（３）のウを満たして当該手術を実施した場合は、「２」に準じて算定する。

（６）　次の表に該当する場合は、経皮的冠動脈形成術用カテーテルに係る費用は、それぞれ次の表に示す本数を算定する。なお、医学的根拠に基づきこれを上回る本数を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

	病変箇所数	経皮的冠動脈形成術用カテーテル算定本数
完全閉塞病変の場合	１箇所	２本以下
	２箇所	３本以下
完全閉塞病変以外の場合	１箇所	１本以下
	２箇所	２本以下

（７）　同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「Ｋ５４６」経皮的冠動脈形成術、区分番号「Ｋ５４７」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「Ｋ５４８」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は区分番号「Ｋ５４９」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、５年間に２回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合にあっては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア　過去の実施時期

イ　実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル、エキシマレーザー血管形成用カテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ　今回、経皮的冠動脈形成術を実施する理由及び医学的根拠

（８）　当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本集中治療医学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン（2018年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

Ｋ５４７　経皮的冠動脈粥腫切除術

（１）　区分番号「Ｄ２０６」に掲げる心臓カテーテル法における75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の

症例に対して算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

（２）　同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「Ｋ５４６」経皮的冠動脈形成術、区分番号「Ｋ５４７」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「Ｋ５４８」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は区分番号「Ｋ５４９」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、５年間に２回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合にあっては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア　過去の実施時期

イ　実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル、エキシマレーザー血管形成用カテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ　今回、経皮的冠動脈粥腫切除術を実施する理由及び医学的根拠

（３）　当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本集中治療医学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン（2018年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

Ｋ５４８　経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）

（１）　同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「Ｋ５４６」経皮的冠動脈形成術、区分番号「Ｋ５４７」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「Ｋ５４８」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は区分番号「Ｋ５４９」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、５年間に２回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合にあっては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア　過去の実施時期

イ　実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル、エキシマレーザー血管形成用カテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ　今回、経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）を実施する理由及び医学的根拠

（２）　当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本集中治療医学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン（2018年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

Ｋ５４９　経皮的冠動脈ステント留置術

（１）　区分番号「Ｄ２０６」に掲げる心臓カテーテル法における75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根

拠を詳細に記載すること。

（２）　「１」の急性心筋梗塞に対するものは、次のいずれにも該当する急性心筋梗塞患者に対して実施した場合に算定する。ただし、冠動脈インターベンション治療（区分番号「Ｋ５４６」から「Ｋ５５０－２」まで）又は冠動脈バイパス術（区分番号「Ｋ５５２」及び「Ｋ５５２－２」）後 24 時間以内に発症した場合は「１」の急性心筋梗塞に対するものは算定できない。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。

ア　心筋トロポニンＴ（ＴｎＴ）又は心筋トロポニンＩが高値であること又は心筋トロポニンＴ（ＴｎＴ）若しくは心筋トロポニンＩの測定ができない場合であってＣＫ－ＭＢが高値であること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に測定項目及びその値について記載すること。

イ　以下の（イ）から（ホ）までのいずれかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目及びその所見の得られた時刻を記載すること。

（イ）　胸痛等の虚血症状

（ロ）　新規のＳＴ－Ｔ変化又は新規の左脚ブロック

（ハ）　新規の異常Ｑ波の出現

（ニ）　心臓超音波検査又は左室造影で認められる新規の心筋の可動性の低下又は壁運動異常

（ホ）　冠動脈造影で認められる冠動脈内の血栓

ウ　以下の（イ）又は（ロ）のいずれかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目、発症時刻、来院時刻及び再開通した時刻を記載すること。

（イ）　症状発現後 12 時間以内に来院し、来院からバルーンカテーテルによる責任病変の再開通までの時間（door to balloon time）が 90 分以内であること。

（ロ）　症状発現後 36 時間以内に来院し、心原性ショック（Killip 分類 class Ⅳ）であること。

（３）　「２」の不安定狭心症に対するものは、次のいずれにも該当する不安定狭心症患者に対して実施した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。

ア　日本循環器学会の承認を得た非ＳＴ上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける不安定狭心症の分類で重症度 classⅠ、classⅡ又は classⅢであること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に重症度及びその医学的根拠を記載すること。

イ　日本循環器学会の承認を得た非ＳＴ上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける急性冠症候群の短期リスク評価が高リスク又は中等度リスクであること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に短期リスク評価及びその医学的根拠を記載すること。

ウ　来院から 24 時間以内（院内発症の場合は症状発現後 24 時間以内）に当該手術を開始すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に来院時刻及び手術開始時刻を記載すること。

（４）　「３」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病変に対して実施した場合に算定することとし、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。なお、ウの病変に対して実施する場合は、循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師が複数名参加するカンファレンス等により医学的な必要性を検討すること。また、実施の医学的な必要性及び検討の結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　機能的虚血の原因である狭窄病変

イ　区分番号「Ｄ２０６」に掲げる心臓カテーテル法における 90%以上の狭窄病変

ウ　その他医学的必要性が認められる病変

（５）　（２）のア及びイに該当する急性心筋梗塞患者に対して、（３）のウを満たして当該手術を実施した場合は、「２」に準じて算定する。

（６）　次の表に該当する場合は、経皮的冠動脈形成術用カテーテル及び冠動脈用ステントセットに係る費用は、それぞれ次の表に示す本数及びセット数を算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以上の本数を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

	病変箇所数	経皮的冠動脈形成術用カテーテル算定本数	冠動脈用ステントセット算定セット数
完全閉塞病変の場合	１箇所	２本以下	１セット以下
	２箇所	３本以下	２セット以下
完全閉塞病変以外の場合	１箇所	１本以下	１セット以下
	２箇所	２本以下	２セット以下

（７）　同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「Ｋ５４６」経皮的冠動脈形成術、区分番号「Ｋ５４７」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「Ｋ５４８」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は区分番号「Ｋ５４９」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、５年間に２回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合にあっては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア　過去の実施時期

イ　実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル、エキシマレーザー血管形成用カテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ　今回、経皮的冠動脈ステント留置術を繰り返して実施する理由及び医学的根拠

（８）　当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本集中治療医学会、日本心臓リハビリテーション学会及び日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン（2018 年改訂版）」又は「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン（2018 年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

Ｋ５５２　冠動脈、大動脈バイパス移植術、Ｋ５５２－２　冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）

（１）　区分番号「Ｋ５５２」冠動脈、大動脈バイパス移植術、区分番号「Ｋ５５２－２」冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）及び区分番号「Ｋ６１４」血管移植術、バイパス移植術におけるバイパス造成用自家血管の採取料については、当該所定点数に含まれ別に算定できない。

（２）　区分番号「Ｋ５５２」冠動脈、大動脈バイパス移植術、区分番号「Ｋ５５２－２」冠動

脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）及び区分番号「Ｋ６１４」血管移植術、バイパス移植術以外の手術における自家血管の採取料については、区分番号「Ｋ０００」創傷処理の「２」又は区分番号「Ｋ０００－２」小児創傷処理の「３」に準じて算定する。

（３） 吻合とは、グラフトと冠動脈の吻合部位のことであり、１本のグラフトを用いて冠動脈の２箇所について吻合を行った場合は２吻合とみなす。

（４） 区分番号「Ｋ５５２－２」冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）を区分番号「Ｋ６０２」経皮的心肺補助法と併施した場合は、区分番号「Ｋ５５２」冠動脈、大動脈バイパス移植術により算定する。

Ｋ５５４－２　胸腔鏡下弁形成術

次に掲げる要件をいずれも満たす場合に限り算定する。

（１） 右小開胸手術であること。

（２） 胸骨温存手術であること（胸骨部分切開を行うものは当該手術に含めない）。

（３） 主たる手術操作を胸腔鏡下に行っていること。

Ｋ５５５　弁置換術

（１） 区分番号「Ｋ５５４」弁形成術を併せて行った場合は、弁置換又は弁形成を行った弁の合計数に基づき、本区分の所定点数により算定する。

（２） 同種弁を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。

（３） 弁提供者の移植用弁採取及び組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（４） 移植用弁採取に係る費用については、弁置換を行った保険医療機関にて請求するものとし、診療報酬の分配は弁置換を行った保険医療機関と移植用弁採取を行った保険医療機関との合議に委ねる。

（５） 心臓弁再置換術加算は弁置換術後の再置換、弁置換術後の違う弁の置換又は弁形成後の弁置換を行った場合に算定する。なお、前回の手術から３か月以上経過していること。

（６） 心臓弁再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｋ５５５－２　経カテーテル弁置換術

（１） 「１」及び「２」については、経カテーテル人工生体弁セットを用いて大動脈弁置換術を実施した場合に算定する。

（２） 「３」については、関連学会の定める適正使用基準に従って、経カテーテル人工生体弁セット又は経カテーテル人工生体弁セット（ステントグラフト付き）を用いて肺動脈弁置換術を実施した場合に算定する。

Ｋ５５５－３　胸腔鏡下弁置換術

（１） 次に掲げる要件をいずれも満たす場合に限り算定する。

ア　右小開胸手術であること。

イ　胸骨温存手術であること（胸骨部分切開を行うものは当該手術に含めない）。

ウ　主たる手術操作を胸腔鏡下に行っていること。

（２） 区分番号「Ｋ５５４－２」胸腔鏡下弁形成術を併せて行った場合は、弁置換又は弁形成を行った弁の合計数に基づき、本区分の所定点数により算定する。

（３） 同種弁を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。

（４） 弁提供者の移植用弁採取及び組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（５） 移植用弁採取に係る費用については、弁置換を行った保険医療機関にて請求するものとし、この場合の診療報酬の分配は、弁置換を行った保険医療機関と移植用弁採取を行った保険医療機関との合議に委ねる。

（６） 心臓弁再置換術加算は弁置換術後の再置換、弁置換術後の違う弁の置換又は弁形成後の弁置換を行った場合に算定する。なお、前回の手術から３か月以上経過していること。

（７） 心臓弁再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｋ５５７－３　弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術

（１） 心臓弁再置換術加算は弁置換術後の再置換、弁置換術後の違う弁の置換又は弁形成後の弁置換を行った場合に算定する。なお、前回の手術から３か月以上経過していること。

（２） 心臓弁再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｋ５５９－３　経皮的僧帽弁クリップ術

経皮的僧帽弁クリップ術は、経皮的僧帽弁クリップシステムを用いて実施した場合に算定する。

Ｋ５６０　大動脈瘤切除術

（１） 下行大動脈から腹部大動脈にかけて大動脈瘤があり、胸部及び腹部の操作を行った場合は、「５」により算定する。

（２） 腎動脈遮断を伴う腹部大動脈瘤に対する人工血管置換術については、「６」により算定する。

（３） 心臓弁再置換術加算は弁置換術後の再置換、弁置換術後の違う弁の置換又は弁形成後の弁置換を行った場合に算定する。なお、前回の手術から３か月以上経過していること。

（４） 心臓弁再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｋ５６０－２　オープン型ステントグラフト内挿術

オープン型ステントグラフトを直視下に挿入し、中枢側血管又は中枢側人工血管と吻合した場合に、術式に応じて算定する。

Ｋ５６１　ステントグラフト内挿術

（１） 血管塞栓術を同時に実施した場合の血管塞栓術の手技料は、ステントグラフト内挿術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２） 一連の治療過程中に、血管塞栓術を実施した場合の手技料も原則として所定点数に含まれ、別に算定できない。

（３） 「１」血管損傷の場合は、末梢血管ステントグラフトを用いて腸骨動脈以外の末梢血管

に対し血管損傷治療を行った場合に算定できる。

Ｋ５６２　動脈管開存症手術

ボタロー管開存症に対して、血管カテーテルを用いて閉鎖術を行った場合は、「１」により算定する。

Ｋ５６２－２　胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術

次に定める要件をいずれも満たす場合に限り算定する。

（１）　16 歳未満の患者に実施すること

（２）　最大径が 10mm 以下で、かつ、石灰化、感染又は瘤化していない動脈管に対して実施すること。

Ｋ５７０－４　経皮的肺動脈穿通・拡大術

心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症の患者に対して実施した場合に算定する。

Ｋ５７１　肺静脈還流異常症手術

「２」の「ロ」その他のものとは、上心臓型、下心臓型又は混合型の場合をいう。

Ｋ５８１　肺動脈閉鎖症手術

（１）　人工血管等再置換術加算は、患者の成長に伴うパッチ、導管、人工血管等の再置換のために、同一部位に対して再手術を実施した場合に算定する。なお、前回の手術から１年以上経過していること。

（２）　人工血管等再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｋ５８３　大血管転位症手術

（１）　人工血管等再置換術加算は、患者の成長に伴うパッチ、導管、人工血管等の再置換のために、同一部位に対して再手術を実施した場合に算定する。なお、前回の手術から１年以上経過していること。

（２）　人工血管等再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｋ５８４　修正大血管転位症手術

（１）　人工血管等再置換術加算は、患者の成長に伴うパッチ、導管、人工血管等の再置換のために、同一部位に対して再手術を実施した場合に算定する。なお、前回の手術から１年以上経過していること。

（２）　人工血管等再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｋ５８６　単心室症又は三尖弁閉鎖症手術

（１）　人工血管等再置換術加算は、患者の成長に伴うパッチ、導管、人工血管等の再置換のために、同一部位に対して再手術を実施した場合に算定する。なお、前回の手術から１年以上経過していること。

（２）　人工血管等再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｋ５９４　不整脈手術

（１）　「４」の「イ」開胸手術によるものは、開胸的心大血管手術を受ける患者のうち、手術前より心房細動又は心房粗動と診断され、術後の抗凝固療法の継続の可否、患者の脳梗塞及び出血に係るリスク等を総合的に勘案し、特に左心耳閉鎖術を併せて実施することが適当と医師が認めたものに対して行われた場合に限り算定する。

（２）　「４」の「イ」開胸手術によるものは、区分番号「Ｋ５５２」、「Ｋ５５２－２」、「Ｋ５５４」、「Ｋ５５５」、「Ｋ５５７」から「Ｋ５５７－３」まで、「Ｋ５６０」及び「Ｋ５９４」の「３」に掲げる手術（弁置換術については機械弁によるものを除く。）と併せて実施した場合に限り算定でき、当該手術を単独で行った場合は算定できない。

（３）　「４」の「ロ」胸腔鏡下によるものは、手術前より心房細動又は心房粗動と診断され、術後の抗凝固療法の継続の可否、患者の脳梗塞及び出血に係るリスク等を総合的に勘案し、実施することが適当と医師が認めた患者に対して行われた場合に限り算定する。

（４）　「４」の「イ」開胸手術によるもの又は「ロ」胸腔鏡下によるものの診療報酬請求に当たっては、手術前に心房細動又は心房粗動と診断した根拠となる 12 誘導心電図検査又は長時間記録心電図検査（ホルター心電図検査を含む。）の結果及び当該手術を行う医学的理由について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（５）「４」の「ハ」経カテーテル的手術によるものは、左心耳閉鎖デバイスを用いて、左心耳の永久閉鎖を行った場合に算定する。

Ｋ５９５　経皮的カテーテル心筋焼灼術

（１）「注１」に規定する三次元カラーマッピングとは、体表面電極から発生する微弱な電気信号を体外式ペースメーカー用カテーテル電極（磁気センサーを有するものを除く。）等により検出し、三次元心腔内形状を作成し、これらのカテーテル電極にて検出した心電図との合成により三次元画像を構築することをいう。

（２）「注１」に規定する三次元カラーマッピング加算を算定する場合は、特定保険医療材料 114 の体外式ペースメーカー用カテーテル電極のうち、心臓電気生理学的検査機能付加型の「心房内・心室内全域型」並びに特定保険医療材料 123 の経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテルのうち、熱アブレーション用の「体外式ペーシング機能付き」及び「体外式ペーシング機能付き・特殊型」については算定できない。

（３）　注２に規定する磁気ナビゲーション法は、心臓マッピングシステムワークステーションを用いて実施した場合に算定できる。

（４）　経皮的カテーテル心筋冷凍焼灼術を実施した場合は、本区分の所定点数を算定する。その場合、実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること

Ｋ５９７　ペースメーカー移植術、Ｋ５９７－２　ペースメーカー交換術

（１）　ペースメーカー移植の実施日と体外ペースメーキング術の実施日の間隔が１週間以内の場合にあっては、ペースメーカー移植術の所定点数のみを算定する。

（２）　ペースメーカー本体の交換のみの場合は、区分番号「Ｋ５９７－２」ペースメーカー交換術により算定する。

Ｋ５９８　両心室ペースメーカー移植術

（１）　両心室ペースメーカー移植術は、左右の心室を電気的に刺激することにより、重症心不全患者の心臓リズムを補正すると同時に、左右の心室間伝導障害を軽減し、血行動態を改善することを目的に実施されるものであり、十分な薬物治療にもかかわらず改善のみられないＱＲＳ幅 120ms 以上及び左室駆出率 35%以下の重症心不全に対して、症状の改善を目的に行われた場合に算定する。

（２）　「１」については、循環器内科又は小児循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する、重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスにより、本治療の適応判断を行うこと。

（３）　両心室ペースメーカー移植術を行った患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。なお、「１」を算定する場合は、（２）に規定するカンファレンスの概要も併せて添付すること。

Ｋ５９９　植込型除細動器移植術、Ｋ５９９－２　植込型除細動器交換術

（１）　植込型除細動器移植術は、次のいずれかに該当する患者に対して実施した場合に算定する。

ア　血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の自然発作が１回以上確認されている患者であって、植込型除細動器移植術以外の治療法の有効性が心臓電気生理学的検査及びホルター型心電図検査によって予測できないもの

イ　血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の自然発作が１回以上確認されている患者であって、有効薬が見つからないもの又は有効薬があっても認容性が悪いために服用が制限されるもの

ウ　既に十分な薬物療法や心筋焼灼術等の手術が行われているにもかかわらず、心臓電気生理学的検査によって血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動が繰り返し誘発される患者

（２）　「１」については、循環器内科又は小児循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する、重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスにより、本治療の適応判断を行うこと。

（３）　植込型除細動器移植術を行った患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。なお、「１」を算定する場合は、（２）に規定するカンファレンスの概要も併せて添付すること。

（４）　植込型除細動器本体の交換のみを行った場合は、区分番号「Ｋ５９９－２」植込型除細動器交換術により算定する。

（５）　Ｋ５９９の「３」は、特定保険医療材料の植込型除細動器（Ⅲ型）・皮下植込式電極併用型を、植込型除細動器用カテーテル電極（皮下植込式）と組み合わせて使用した場合に算定する。

Ｋ５９９－３　両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術、Ｋ５９９－４　両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

（１）　両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術は、次のいずれかに該当する患者に対して実施した場合に算定する。

ア　血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の自然発作が１回以上確認されている患者であって、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術以外の治療法の有効性が心臓電気生理学的検査及びホルター型心電図検査によって予測できないもの

イ　血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の自然発作が１回以上確認されている患者であって、有効薬が見つからないもの又は有効薬があっても認容性が悪いために服用が制限されるもの

ウ　既に十分な薬物療法や心筋焼灼術等の手術が行われているにもかかわらず、心臓電気生理学的検査によって血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動が繰り返し誘発される患者

（２）　「１」については、循環器内科又は小児循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する、重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスにより、本治療の適応判断を行うこと。

（３）　両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術を行った患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。なお、「１」を算定する場合は、（２）に規定するカンファレンスの概要も併せて添付すること。

（４）　両室ペーシング機能付き植込型除細動器本体の交換のみを行った場合は、区分番号「Ｋ５９９－４」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術により算定する。

Ｋ５９９－５　経静脈電極抜去術

当該手術の実施に当たっては、関連学会の定める実施基準に準じること。

Ｋ６００　大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）

（１）　ガスの価格は別に算定できない。

（２）　大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）、区分番号「Ｋ６０１」人工心肺、区分番号「Ｋ６０１－２」体外式膜型人工肺、区分番号「Ｋ６０２」経皮的心肺補助法、区分番号「Ｋ６０３」補助人工心臓又は区分番号「Ｋ６０２－２」経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）を併施した場合においては、１日ごとに主たるもののみにより算定する。また、これら５つの開心術補助手段等と冠動脈、大動脈バイパス移植術等の他手術を併施した場合は、当該手術の所定点数を別に算定できる。

Ｋ６０１　人工心肺

（１）　人工心肺実施のために血管を露出し、カニューレ、カテーテル等を挿入した場合の手技料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　人工心肺をはずすことができず、翌日以降も引き続き補助循環を行った場合は、１日につき「２」により算定する。

（３）　「注１」の補助循環を併せて行った場合の加算は、人工心肺を用いた心大血管手術後の低心拍出量症候群に対して人工心肺を用いて循環を補助した場合に限り算定できる。

（４）　「注１」の選択的冠灌流を併せて行った場合の加算は大動脈基部を切開し、左右冠動脈口に個別にカニューレを挿入し、心筋保護を行った場合に算定する。

（５）　「注１」の逆行性冠灌流を併せて行った場合の加算は、冠静脈洞にバルーンカテーテルを挿入し、心筋保護

を行った場合に算定する。

Ｋ６０１－２　体外式膜型人工肺

（１）　体外式膜型人工肺は、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない患者に対して使用した場合に算定する。

（２）　人工心肺実施のために血管を露出し、カニューレ、カテーテル等を挿入した場合の手技料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ６０２－２　経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）（１日につき）

経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）の実施のために、カニューレ、カテーテル等を挿入した場合の手技料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ６０３　補助人工心臓

開心術症例の体外循環離脱困難、開心術症例の術後低心拍出症候群、その他の心原性循環不全に対して補助人工心臓を行った場合に算定する。ただし、重症感染症、重症多臓器不全を合併する症例に対して行った場合は算定できない。

Ｋ６０３－２　小児補助人工心臓

投薬治療、外科手術及び補助循環では症状の改善が見込めない小児の重症心不全患者であって、小児補助人工心臓による治療が当該患者にとって最善であると判断された患者に対して、心移植に達するまで又は心機能が回復するまでの循環改善を目的に実施した場合に算定する。

Ｋ６０４－２　植込型補助人工心臓（非拍動流型）

（１）　植込型補助人工心臓（非拍動流型）は、次のいずれかの場合に算定する。

ア　心臓移植適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓等の他の補助循環法によっても継続した代償不全に陥っており、かつ、心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善を目的とした場合。

イ　心臓移植不適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓などの補助循環法によっても継続した代償不全に陥っている症例に対して、長期循環補助を目的とした場合。

（２）　外来で定期的な管理を行っている場合には、区分番号「Ｃ１１６」在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料を算定する。

Ｋ６０５　移植用心採取術

（１）　移植用心採取術の所定点数は、臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する脳死した者の身体から心臓の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

（２）　移植用心採取術の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための心採取を行う際の採取前の採取対象心の灌流、心採取、採取心の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、心採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取心を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

（３）　心移植を行った保険医療機関と心移植に用いる健心を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、心移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ６０５－２　同種心移植術

（１）　同種心移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

（２）　心移植を行った保険医療機関と心移植に用いる健心を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、心移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ６０５－３　移植用心肺採取術

（１）　移植用心肺採取術の所定点数は、臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する脳死した者の身体から同時に心と肺の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

（２）　移植用心肺採取術の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための心肺採取を行う際の採取前の採取対象心肺の灌流、心肺採取、採取心肺の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、心肺採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取心肺を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

（３）　心肺移植を行った保険医療機関と心肺移植に用いる健心肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、心肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ６０５－４　同種心肺移植術

（１）　同種心肺移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

（２）　心肺移植を行った保険医療機関と心肺移植に用いる健心肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、心肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ６０５－５　骨格筋由来細胞シート心表面移植術

（１）　虚血性心疾患による重症心不全患者で、薬物治療や侵襲的治療を含む標準治療では効果不十分として関連学会の定める「ヒト（自己）骨格筋由来細胞シートの使用要件等の基準について」に定めるハートチームによる適応判定が行われ、かつ、根治療法として心臓移植以外に治療手段がないと考えられる症例に対して、上記基準に従って実施された場合に限り算定できる。

（２）　本技術に先立って行われる骨格筋由来細胞シートを調整するための骨格筋採取に係る技術については、区分番号「Ｋ０００」創傷処理又は区分番号「Ｋ０００－２」小児創傷処理（６歳未満）により算定する。

Ｋ６０６　血管露出術

（１）　経皮的に留置針を挿入する場合は、血管露出術は算定できない。

（２）　手術に伴う血管露出術は、同一術野でない場合においても算定できない。

Ｋ６０８　動脈塞栓除去術

動脈血栓除去術は、本区分により算定する。

Ｋ６０９－２　経皮的頸動脈ステント留置術

経皮的頸動脈ステント留置術を行う場合は、総頸動脈又は内頸動脈にステントを留置した際の血栓の移動に対する予防的措置を同時に行うこと。

Ｋ６１０－２　脳新生血管造成術

脳新生血管造成術は、もやもや病に対して、浅側頭動脈及び側頭筋を硬膜に縫合することにより新生血管の造成を図った場合に算定する。

Ｋ６１０－５　血管吻合術及び神経再接合術（上腕動脈、正中神経及び尺骨神経）

血管吻合術及び神経再接合術（上腕動脈、正中神経及び尺骨神経）は、上腕動脈、正中神経及び尺骨神経が切断された場合、上腕動脈及び正中神経が切断された場合、又は上腕動脈及び尺骨神経が切断された場合の血管吻合術及び神経再接合術を行った場合に算定する。

Ｋ６１１　抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置

（１）　悪性腫瘍の患者に対し、抗悪性腫瘍剤の局所持続注入又は疼痛の制御を目的として、チューブ又は皮下植込型カテーテルアクセスを設置した場合に算定できる。

（２） 設置するチューブ、体内に植え込むカテーテル及びカテーテルアクセス等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（３） 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル抜去の際の費用は「Ｋ０００」創傷処理の「１」筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル未満）で算定する。

Ｋ６１２ 末梢動静脈瘻造設術

「１」のロについては、穿刺することが困難な部位を走行する静脈を長さ 15cm 以上遊離して遠位端を切断し、穿刺することが可能な部位に転位して、断端を動脈と吻合して動静脈瘻を造設した場合に算定する。

Ｋ６１４ 血管移植術、バイパス移植術

（１） 「６」膝窩動脈は、膝関節より遠位側で下腿三分岐に至らない部分で行った場合をいう。

（２） 大腿動脈閉塞症に対して自家血管を用いた動脈間バイパス造成術を行った場合は、「７」により算定する。

（３） 同種血管を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。

（４） 血管提供者の移植用血管採取及び組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（５） 血管移植を行った保険医療機関と移植用血管採取を行った保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、血管移植を行った保険医療機関で行うものとし、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ６１５ 血管塞栓術

（１） 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

（２） 「１」の止血術は、外傷等による動脈損傷が認められる患者に対し、血管塞栓術を行った場合に算定する。

（３） カテーテルを肝動脈等に留置して造影ＣＴ等を行い、病変の個数及び分布を確認の上、肝細胞癌に対して区域枝より末梢側において肝動脈等の動脈化学塞栓術を行った場合には、「２」により算定する。

（４） 「２」の選択的動脈化学塞栓術の場合、動脈化学塞栓術を選択的に行った肝動脈等の部位を診療録に記載すること。

（５） 「２」の選択的動脈化学塞栓術以外の場合であって、脳動脈奇形摘出術前及び肝切除術前の前処置としての血管塞栓術を行った場合には、「３」により算定する。

（６） 「２」の選択的動脈化学塞栓術以外の場合であって、多血性腫瘍又は動静脈奇形に対して、血管内塞栓材を用いて動脈塞栓術又は動脈化学塞栓術を行った場合は、本区分「３」を算定する。

Ｋ６１５－２ 経皮的大動脈遮断術

経皮的大動脈遮断術は、重度外傷等による腹腔内大量出血に対して、経皮的にバルーンカテーテルを挿入し大動脈の血行を遮断した場合に算定する。

Ｋ６１６ 四肢の血管拡張術・血栓除去術

膝窩動脈又はそれより末梢の動脈に対するステントの留置では、当該点数は算定できない。

Ｋ６１６－４ 経皮的シャント拡張術・血栓除去術

（１） 「１」については、３月に１回に限り算定する。

（２） 「１」を算定してから３月以内に実施した場合には、次のいずれかに該当するものに限り、１回を限度として「２」を算定する。また、次のいずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア 透析シャント閉塞の場合

イ 超音波検査において、シャント血流量が400ml以下又は血管抵抗指数（RI）が0.6以上の場合（アの場合を除く。）

（３） 「２」については、「１」の前回算定日（他の保険医療機関での算定を含む。）を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｋ６１６－６ 経皮的下肢動脈形成術

経皮的下肢動脈形成術は、エキシマレーザー血管形成用カテーテルを使用し、大腿膝窩動脈に留置されたステントにおける狭窄又は閉塞に対して、経皮的下肢動脈形成術を行った場合に算定する。なお、実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。

Ｋ６１６－７ ステントグラフト内挿術（シャント）

ステントグラフト内挿術（シャント）は、人工血管内シャントの静脈側吻合部狭窄病変に対し、末梢血管用ステントグラフトを留置した場合に算定する。

Ｋ６１６－８ 吸着式潰瘍治療法（１日につき）

（１） 吸着式潰瘍治療法は、次のいずれにも該当する閉塞性動脈硬化症の患者に対して、吸着式血液浄化用浄化器（閉塞性動脈硬化症用）を使用して治療を行った場合に限り算定する。なお、当該治療法の実施回数は、原則として一連につき３月間に限って 24 回を限度として算定する。

ア フォンテイン分類Ⅳ度の症状を呈する者

イ 膝窩動脈以下の閉塞又は広範な閉塞部位を有する等外科的治療又は血管内治療が困難で、かつ従来の薬物療法では十分な効果を得られない者

（２） 診療報酬明細書の摘要欄にア及びイの要件を満たす医学的根拠について記載すること。

Ｋ６１７ 下肢静脈瘤手術

（１） 大腿部から下腿部に及ぶ広範囲の静脈瘤に対してストリッピングを行った場合は、「１」により算定する。

（２） 「２」における「一連」とは、所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいい、概ね２週間にわたり行われるものをいう。

Ｋ６１７－４ 下肢静脈瘤血管内焼灼術

（１） 所定の研修を修了した医師が実施した場合に限り算定し、一側につき１回に限り算定する。なお、当該手技に伴って実施される画像診断及び検査の費用は所定点数に含まれる。

（２） 下肢静脈瘤血管内焼灼術の実施に当たっては、関係学会が示しているガイドラインを踏まえ適切に行うこと。

Ｋ６１７－５ 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術

（１） 下腿の広範囲の皮膚に色素沈着、硬化、萎縮又は潰瘍を有しており、かつ、超音波検査等により、不全穿通枝が同定され、血液が逆流していることが確認されている患者について実施した場合であって、次のア又はイに該当する場合に一側につき１回のみ算定できる。

ア　下肢静脈瘤手術（抜去切除術、硬化療法及び高位結紮術をいう。）、大伏在静脈抜去術又は下肢静脈瘤血管内焼灼術を実施したが、効果が不十分な患者に対して、当該手技を実施した場合

イ　下肢静脈瘤手術（抜去切除術、硬化療法及び高位結紮術をいう。）、大伏在静脈抜去術又は下肢静脈瘤血管内焼灼術のみでは効果が不十分と予想される患者に対して、当該手技を下肢静脈瘤手術、大伏在静脈抜去術又は下肢静脈瘤血管内焼灼術と同時に実施した場合

（２）　当該手技に伴って実施される画像診断及び検査の費用は所定点数に含まれる。

Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術

所定の研修を修了した医師が実施した場合に限り、一側につき１回に限り算定する。

なお、当該手術に伴って実施される画像診断及び検査の費用は所定の点数に含まれる。

Ｋ６１８　中心静脈注射用植込型カテーテル設置

（１）　中心静脈注射用の皮下植込型カテーテルアクセスを設置した場合に算定できる。

（２）　長期の栄養管理を目的として、中心静脈注射用植込型カテーテルの設置を行う際には、中心静脈注射用植込型カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。

（３）　長期の栄養管理を目的として、中心静脈注射用植込型カテーテルを設置した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、中心静脈注射用植込型カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。

（４）　体内に植え込むカテーテル及びカテーテルアクセス等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（５）　中心静脈注射用植込型カテーテル抜去の際の費用は「Ｋ０００」創傷処理の「１」筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル未満）で算定する。

Ｋ６２０　下大静脈フィルター留置術

下大静脈フィルター留置術は、肺血栓塞栓症の患者又は肺血栓塞栓症を発症する危険性が高い患者に対して行った場合に算定する。

Ｋ６２７　リンパ節群郭清術

独立手術として行った場合にのみ算定できる。悪性腫瘍に対する手術と同時に行うリンパ節郭清の費用は悪性腫瘍に対する手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ６２７－２　腹腔鏡下リンパ節群郭清術

（１）　独立手術として行った場合にのみ算定できる。悪性腫瘍に対する手術と同時に行うリンパ節郭清の費用は悪性腫瘍に対する手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　「１」については、 原発性精巣がんから後腹膜リンパ節群に転移したものに対して実施した場合に限り算定する。

（３）　「２」については、子宮体がんから傍大動脈リンパ節群に転移したものに対して実施した場合に限り算定する。

（４）　「３」については、原発性泌尿器がん（腎、副腎、尿管、膀胱、尿道、陰茎、精巣、前立腺等のがんをいう。）から骨盤内リンパ節群に転移したものに対して実施した場合に限り算定する。

（５）　「４」については、直腸がんから側方リンパ節群に転移したものに対して実施した場合に限り算定する。

Ｋ６２７－３　腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術

（１）　独立手術として行った場合にのみ算定できる。悪性腫瘍に対する手術と同時に行うリンパ節郭清の費用は悪性腫瘍に対する手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　原発性泌尿器がん（腎、副腎、尿管、膀胱、尿道、陰茎、精巣、前立腺等のがんをいう。）から骨盤内リンパ節群に転移したものに対して実施した場合に限り算定する。

Ｋ６２７－４　腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術

（１）　独立手術として行った場合にのみ算定できる。悪性腫瘍に対する手術と同時に行うリンパ節郭清の費用は悪性腫瘍に対する手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　原発性精巣がんから後腹膜リンパ節群に転移したものに対して実施した場合に限り算定する。

第９款　腹部

Ｋ６３５　胸水・腹水濾過濃縮再静注法

一連の治療過程中、第１回目の実施日に、１回に限り算定する。なお、一連の治療期間は２週間を目安とし、治療上の必要があって初回実施後２週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定する。

Ｋ６３５－３　連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術

連続携行式腹膜灌流を開始するに当たり、当該カテーテルを留置した場合に算定できる。また、当該療法開始後一定期間を経て、カテーテル閉塞等の理由により再度装着した場合においても算定できる。

Ｋ６３６　試験開腹術

開腹術のみを行った時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。

Ｋ６３６－２　ダメージコントロール手術

（１）　ダメージコントロール手術とは、重度胸部、腹部又は骨盤部外傷患者に対する初回手術において、止血手術、損傷臓器等に対する処置、タオルパッキング等を迅速に実施した後に、患者を一度集中治療室等に収容し、全身状態の改善を図り、二期的又は多期的手術により根治を図る段階的外科治療のことである。

（２）　重度胸部、腹部又は骨盤部外傷に対してダメージコントロール手術を行った場合は原則として当初の１回に限り所定点数を算定し、２回目以降に行った手術については各区分に掲げる所定点数を算定する。ただし、２回目以降も当該手術を施行した場合は、当該所定点数を算定できる。

Ｋ６３６－３　腹腔鏡下試験開腹術

腹腔鏡による腹腔内の確認のみを行った時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。

Ｋ６３６－４　腹腔鏡下試験切除術

腹腔鏡による腹腔内の確認を行い、臓器・組織の一部を切除した時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。

Ｋ６３７－２　経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術

当該手術は初回実施に限り算定し、２回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

Ｋ６４７　胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む。）

外傷等により破裂した胃を縫合した場合、又は胃、十二指腸潰瘍穿孔に対して大網充填術若しくは被覆術を行った場合に算定する。

Ｋ６５３　内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術

（１）　短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。

（２）　ポリープを数個切除又は焼灼した場合においても、切除又は焼灼したポリープの数にかかわらず所定点数のみにより算定する。

（３）　「２」及び「３」は、経内視鏡的に高周波切除器を用いて病変の周囲を全周性に切開し、粘膜下層を剥離することにより病変部を含む３センチメートル以上の範囲を一括で切除した場合に算定する。

（４）　内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術と同時に施行した内視鏡的止血術の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ６５３－３　内視鏡的食道及び胃内異物摘出術

内視鏡的食道及び胃内異物摘出術は、食道及び胃内の異物（電池、胃手術時の縫合糸、アニサキス等）を内視鏡（ファイバースコープ）下により摘出した場合に算定する。

Ｋ６５３－４　内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法

（１）　内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長630ｎｍ）及びＹＡＧ－ＯＰＯレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

（２）　マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ６５３－５　内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術

短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。

Ｋ６５４　内視鏡的消化管止血術

（１）　内視鏡的消化管止血術は１日１回、週３回を限度として算定する。

（２）　マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ６５４－３　腹腔鏡下胃局所切除術

（１）　「１」は、経内視鏡的に高周波切除器を用いて病変の周囲に粘膜下層に達する切開線を設け、腹腔鏡下にこの切開線に沿って腫瘍を摘出した場合に算定する。

（２）　「１」において、内視鏡に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ６５４－４　腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）

（１）　経内視鏡的に高周波切除器を用いて病変の周囲に粘膜下層に達する切開線を設け、腹腔鏡下にこの切開線に沿って腫瘍を摘出した場合に算定する。

（２）　内視鏡に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ６５５　胃切除術、Ｋ６５５－２　腹腔鏡下胃切除術、Ｋ６５５－４　噴門側胃切除術、Ｋ６５７　胃全摘術、Ｋ６５７－２　腹腔鏡下胃全摘術

悪性腫瘍に対する手術であっても、リンパ節郭清等を伴わない単純な切除・消化管吻合術又は単純な全摘・消化管吻合術を行った場合には単純切除術又は単純全摘術により算定する。

Ｋ６５５－３　十二指腸窓（内方）憩室摘出術

十二指腸窓（内方）に生じた憩室（多数）を後腹膜を切開し、大腸肝屈曲部を剥離して摘出する場合に算定する。

Ｋ６５６－２　腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）

（１）　次の患者に対して、腹腔鏡下にスリーブ状胃切除術を実施した場合に限り算定する。

ア　６か月以上の内科的治療によっても十分な効果が得られないＢＭＩが35以上の肥満症の患者であって、糖尿病、高血圧症、脂質異常症又は閉塞性睡眠時無呼吸症候群のうち１つ以上を合併しているもの。

イ　６か月以上の内科的治療によっても十分な効果が得られないＢＭＩが32～34.９の肥満症の患者であって、ヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）が8.0%以上（ＮＧＳＰ値）の糖尿病、高血圧症（６か月以上、降圧剤による薬物治療を行っても管理が困難（収縮期血圧160mmHg以上）なものに限る。）、脂質異常症（６か月以上、スタチン製剤等による薬物治療を行っても管理が困難（ＬＤＬコレステロール140mg/dL以上又はｎｏｎ－ＨＤＬコレステロール170m/dL以上）なものに限る。）又は閉塞性睡眠時無呼吸症候群（ＡＨＩ≧30の重症のものに限る。）のうち２つ以上を合併しているもの。

（２）　実施するに当たっては、高血圧症、脂質異常症又は糖尿病の治療について５年以上の経験を有する常勤の医師（当該保険医療機関に配置されている医師に限る。）が治療の必要性を認めていること。

（３）　長期継続的に生活習慣病の管理を行うため、患者の同意を得た上で治療計画を作成し、当該手術の副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、術後の継続的な治療を他の保険医療機関において行う場合は、術後の継続的な治療を担う他の保険医療機関へ当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供すること。また、手術前のＢＭＩ、手術前に行われた内科的管理の内容及び期間、手術の必要性等を診療報酬明細書の摘要欄及び診療録に記載すること。

Ｋ６５９　食道下部迷走神経切除術

十二指腸潰瘍に対して迷走神経切断術及び幽門形成術を併施した場合は、区分番号「Ｋ６６４」胃瘻造設術の併施の有無にかかわらず、「３」により算定する。

Ｋ６６４　胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）

（１）　経皮的内視鏡下胃瘻造設術を行う場合においては、予め胃壁と腹壁を固定すること。

（２）　実施した胃瘻造設術の術式について、開腹による胃瘻造設術、経皮的内視鏡下胃瘻造設術又は腹腔鏡下胃瘻造設術のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、経皮的内視鏡下胃瘻造設術で用いるカテーテル及びキットの費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

（３）　当該療養を行う際には、胃瘻造設の必要性、管理の方法及び閉鎖の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。

（４）　胃瘻造設後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、嚥下機能評価の結果、嚥下

機能訓練等の必要性や実施するべき内容、嚥下調整食の内容（嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態や量の情報等を含む。）、患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。

（５） 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定する。

Ｋ６６４－２　経皮経食道胃管挿入術（ＰＴＥＧ）

（１） 経皮経食道胃管挿入術を実施した医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（２） 経皮経食道胃管挿入術（ＰＴＥＧ）で用いるカテーテル及びキットの費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｋ６６４－３　薬剤投与用胃瘻造設術

（１） 薬剤投与用胃瘻造設術を経皮的内視鏡下に行う場合においては、予め胃壁と腹壁を固定すること。

（２） レボドパ・カルビドパ水和物製剤を経胃瘻空腸投与する目的で胃瘻造設を行った場合に限り算定する。算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に経胃瘻空腸投与が必要な理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。なお、薬剤投与用胃瘻造設術で用いるカテーテル及びキットの費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

（３） 当該療養を行う際には、胃瘻造設の必要性、管理の方法及び閉鎖の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。

Ｋ６６５　胃瘻閉鎖術

外科的に造設された胃瘻について、開腹や腹腔鏡による操作等を伴う胃瘻閉鎖を行った場合に算定する。なお、胃瘻カテーテルを抜去し閉鎖した場合は算定できない。

Ｋ６６５－２　胃瘻抜去術

胃瘻カテーテルを抜去し、閉鎖した場合に算定する。

Ｋ６６８－２　バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術

胃静脈瘤出血又は出血リスクの高い胃静脈瘤に対して行った場合に算定する。

Ｋ６７０　胆嚢切開結石摘出術

胆嚢結石症に対して、胆嚢結石のみを摘出した場合に算定するものとする。

Ｋ６７２　胆嚢摘出術

胆嚢結石症及び腸間膜動脈性十二指腸閉塞症に対し、胆嚢摘出術及び十二指腸空腸吻合術（十二指腸水平脚と空腸起始部より 20 ㎝の部で側々吻合を行う。）を併施した場合は、区分番号「Ｋ６５５」胃切除術の「１」に準じて算定する。

Ｋ６７４　総胆管拡張症手術

先天性胆管拡張症に対し、胃切除、総胆管切除、胆嚢摘出、胃腸吻合兼ブラウン吻合、胆管空腸吻合、十二指腸膵頭吻合及び空腸吻合術を同時に行った場合は、区分番号「Ｋ６５７」胃全摘術の「２」に準じて算定する。

Ｋ６７７　胆管悪性腫瘍手術

胆管悪性腫瘍に対して膵頭十二指腸切除のみを行った場合、「４」その他のもので算定する。

Ｋ６７７－２　肝門部胆管悪性腫瘍手術

（１） 「１」は門脈又は肝動脈血行再建を併施した場合に算定する。

（２） 肝切除を伴う肝外胆道悪性腫瘍切除術についても、本区分で算定する。

Ｋ６７８　体外衝撃波胆石破砕術

（１） 当該技術の適応となる胆石は、次の要件を満たすもののうち、胆石破砕術の適応となるものである。

ア　胆嚢結石症の既往があるもの

イ　胆嚢に炎症がなく、胆嚢機能が良好な胆嚢結石症又は肝内・総胆管内結石症

（２） 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の体外衝撃波胆石破砕を行う場合は、所定点数を１回に限り算定するものであり、その後に行われた同一目的の手術の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（３） 体外衝撃波胆石破砕によっては所期の目的が達成できず、他の手術手技を行った場合の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｋ６８２－２　経皮的胆管ドレナージ術

（１） 当該手術は初回実施に限り算定し、２回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

（２） 急性胆嚢炎に対して、経皮的胆嚢穿刺のみを行い、ドレーンを留置しなかった場合は、区分番号「Ｊ０１０－２」経皮的肝膿瘍等穿刺術により算定する。

Ｋ６８２－３　内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ＥＮＢＤ）

当該手術は初回実施に限り算定し、２回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

Ｋ６８２－４　超音波内視鏡下瘻孔形成術（腹腔内膿瘍に対するもの）

腹腔内の膿瘍形成に対し、コンベックス型超音波内視鏡を用いて瘻孔形成術を行った場合に算定する。この際の超音波検査及び内視鏡検査の費用は所定点数に含まれる。なお、膵仮性嚢胞、膵膿瘍、閉塞性黄疸又は骨盤腔内膿瘍に対し、コンベックス型超音波内視鏡を用いて瘻孔形成術を行った場合についても本区分で算定する。

Ｋ６８４　先天性胆道閉鎖症手術

初回根治手術が適切に行われた患者であって、初回手術後胆汁排泄不良を認め、再手術を行ったものについては、初回手術における肝門部処理と同等以上の肝門部処理が行われた場合は、２回目の手術についても当該手術の所定点数を算定できる。

Ｋ６８４－２　腹腔鏡下胆道閉鎖症手術

初回根治手術が適切に行われた患者であって、初回手術後胆汁排泄不良を認め、再手術を行ったものについては、初回手術における肝門部処理と同等以上の肝門部処理が行われた場合は、２回目の手術についても当該手術の所定点数を算定できる。

Ｋ６８５　内視鏡的胆道結石除去術

（１） 「１」の胆道砕石術を伴うものは、胆道鏡を用いＴ字管又は胆管外瘻孔を介し、若しくは内視鏡を用い経十二指腸的に、電気水圧衝撃波、超音波又は砕石用把持鉗子等により結石を破砕し、バスケットワイヤーカテーテルを用いて摘出する場合に算定する。

（２） バスケットワイヤーカテーテルを用いて、砕石を行わず結石の摘出のみを行った場合は、

「２」その他のもので算定する。

（３） 短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。

（４） 短期間又は同一入院期間中において、区分番号「Ｋ６８７」内視鏡的乳頭切開術と区分番号「Ｋ６８５」内視鏡的胆道結石除去術を併せて行った場合は、主たるもののみにより算定する。

（５） 「注」の加算については、術後再建腸管を有する患者に対して実施した場合のみ算定できる。

Ｋ６８６　内視鏡的胆道拡張術

「注」の加算については、術後再建腸管を有する患者に対して実施した場合のみ算定できる。

Ｋ６８７　内視鏡的乳頭切開術

（１） 短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。

（２） 乳頭切開を行った後、経乳頭的に電気水圧衝撃波、超音波又は砕石用把持鉗子等により結石を破砕し、バスケットワイヤーカテーテルを用いて摘出した場合は、「２」により算定する。ただし、バスケットワイヤーカテーテルを用いて、砕石を行わず結石の摘出のみを行った場合は、「１」により算定する。

（３） 乳頭切開を行った後、経乳頭的に胆道鏡下に結石の摘出を行った場合は、「３」により算定する。

（４） マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

（５） 短期間又は同一入院期間中において、区分番号「Ｋ６８５」内視鏡的胆道結石除去術と区分番号「Ｋ６８７」内視鏡的乳頭切開術を併せて行った場合は、主たるもののみにより算定する。

（６） 内視鏡的乳頭拡張術を行った場合は、「１」により算定する。

（７） 「注」の加算については、術後再建腸管を有する患者に対して実施した場合のみ算定できる。

Ｋ６８８　内視鏡的胆道ステント留置術

「注」の加算については、術後再建腸管を有する患者に対して実施した場合のみ算定できる。

Ｋ６９１－２　経皮的肝膿瘍ドレナージ術

当該手術は初回実施に限り算定し、２回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

Ｋ６９５　肝切除術

（１） 「１」の「ロ」を算定する場合は、複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載又は添付すること。

（２） 尾状葉全切除は「６」の３区域切除以上のもので算定する。なお、単に、尾状葉の一部を切除するものについては、「１」の部分切除で算定する。

Ｋ６９５－２　腹腔鏡下肝切除術

（１） 「１」の「ロ」を算定する場合は、複数回の切除を要した根拠となる画像所見及び医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載又は添付すること。

（２） 「３」から「６」までについては、血行再建や胆道再建を伴うものは対象とならない。

Ｋ６９７－２　肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）

（１） 「１」及び「２」を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

（２） 区分番号「Ｋ６９７－３」肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法と併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

Ｋ６９７－３　肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

（１） 「１」及び「２」のそれぞれについて、「イ」及び「ロ」を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

（２） 区分番号「Ｋ６９７－２」肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法と併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

（３） ここでいう２センチメートルとは、ラジオ波による焼灼範囲ではなく、腫瘍の長径をいう。

Ｋ６９７－４　移植用部分肝採取術（生体）

（１） 「１」については、肝外側区域の部分採取を行った場合に算定する。

（２） 肝移植を行った保険医療機関と肝移植に用いる健肝を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肝移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、肝移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肝提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、肝提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

Ｋ６９７－５　生体部分肝移植術

（１） 対象疾患は、先天性胆道閉鎖症、進行性肝内胆汁うっ滞症（原発性胆汁性肝硬変と原発性硬化性胆管炎を含む。）、アラジール症候群、バッドキアリー症候群、先天性代謝性肝疾患（家族性アミロイドポリニューロパチーを含む。）、多発嚢胞肝、カロリ病、肝硬変（非代償期）及び劇症肝炎（ウイルス性、自己免疫性、薬剤性、成因不明を含む。）である。なお、肝硬変（非代償期）に肝癌（転移性のものを除く。以下同じ。）を合併している場合には、遠隔転移と血管侵襲を認めないもので、当該肝癌が、次の条件により、肝内に長径５cm以下１個、長径３cm以下３個以内、又は長径５cm以下５個以内かつα－フェトプロテイン（ＡＦＰ）の検査結果が500 ng／mL以下である場合に限る。また、小児肝芽腫についても対象疾患に含むものとする。

ア　肝癌の長径及び個数については、病理結果ではなく、当該移植実施日から１月以内の術前画像を基に判定することを基本とする。

イ　術前画像において肝癌と判定される結節性病変は、単純ＣＴで撮影した画像において低吸収域として描出され、造影ＣＴで撮影した画像の動脈相において高吸収域として、門脈相において低吸収域として描出されるものをいい、これを典型的な肝癌と判定する。なお、非典型的な肝癌の場合は、最新の科学的根拠に基づく肝癌診療ガイドライン作成に関する研究班「肝癌診療ガイドライン」に基づき、肝癌と診断された場合に限る。また、造影剤にアレルギーがあり造影ＣＴが実施できない場合は、ＭＲＩで代用する。

ウ　当該移植前に肝癌に対する治療を行った症例に関しては、当該治療を終了した日から３月以上経過後の移植前１月以内の術前画像を基に判定するものとする。なお、完全壊死に陥っている結節は、肝癌の個数には含めない。

（２） 生体肝を移植する場合においては、日本移植学会が作成した「生体肝移植ガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

（３） 生体肝を移植する場合においては肝提供者から移植肝を摘出することに係る全ての療養上の費用を所定点数により算出し、生体部分肝移植術の所定点数に加算する。なお、肝提供者の生体肝を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的には、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」によって算定した費用額を 10 円で除して得た点数につき１点未満の端数を四捨五入して得た点数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、肝提供者に食事療養標準負担額を求めることはできない。

（４） 肝採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取肝を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

（５） 請求に当たっては、肝移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肝提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、肝提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付する。

（６） 生体部分肝移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

（７） 肝移植を行った保険医療機関と肝移植に用いる健肝を摘出した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肝移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ６９７－６　移植用肝採取術（死体）

（１） 移植用肝採取術（死体）の所定点数は、臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する脳死した者の身体から肝の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

（２） 移植用肝採取術（死体）の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための肝採取を行う際の採取前の採取対象肝の灌流、肝採取、採取肝の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、肝採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取肝を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

（３） 部分肝を用いて複数の者に対する移植が行われた場合には、移植を行った保険医療機関それぞれにおいて算定する。

（４） 肝移植を行った保険医療機関と肝移植に用いる健肝を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肝移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ６９７－７　同種死体肝移植術

（１） 同種死体肝移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

（２） 肝移植を行った保険医療機関と肝移植に用いる健肝を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肝移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ６９９－２　体外衝撃波膵石破砕術

（１） 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の体外衝撃波膵石破砕術を行う場合は、１回のみ所定点数を算定する。なお、その他数回の手術の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（２） 体外衝撃波膵石破砕によっては所期の目的が達成できず、内視鏡を用いた破砕膵石の除去以外の手術手技を実施した場合の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｋ７００－３　腹腔鏡下膵腫瘍摘出術

当該手術について十分な経験を有する医師により実施された場合に算定する。

Ｋ７０２－２　腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術

当該手術について十分な経験を有する医師により実施された場合に算定する。なお、原則として周辺臓器及び脈管の合併切除を伴わないものに対して実施した場合に限り算定すること。

Ｋ７０３－２　腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術

当該手術について十分な経験を有する医師により実施された場合に算定する。なお、原則として周辺臓器（胃、結腸、腎、副腎等）の合併切除を伴わないものに対して実施した場合に限り算定すること。

Ｋ７０９－２　移植用膵採取術（死体）

（１） 移植用膵採取術（死体）の所定点数は、死体から膵の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

（２） 死体膵には、臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する脳死した者の身体の膵を含む。

（３） 移植用膵採取術（死体）の所定点数には、移植のための膵採取を行う際の採取前の採取対象膵の灌流、膵採取、採取膵の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、膵採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取膵を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

（４） 膵移植を行った保険医療機関と膵移植に用いる健膵を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、膵移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ７０９－３　同種死体膵移植術

（１） 同種死体膵移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

（２） 移植の対象となる死体膵には、臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する脳死した身体の膵を含む。

（３） 膵移植を行った保険医療機関と膵移植に用いる健膵を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、膵移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

（４） 「注１」の加算は、死体（脳死体を除く。）から移植のための膵採取を行う際の採取前の採取対象膵の灌流、膵採取、採取膵の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、膵採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取膵を搬送した場合における搬送に要した費用については療

養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

Ｋ７０９－４　移植用膵腎採取術（死体）

（１）　移植用膵腎採取術（死体）の所定点数は、死体から同時に膵と腎の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

（２）　死体膵腎には、臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する脳死した者の身体の膵腎を含む。

（３）　移植用膵腎採取術（死体）の所定点数には、移植のための膵腎採取を行う際の採取前の採取対象膵腎の灌流、膵腎採取、採取膵腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、膵腎採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取膵腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

（４）　膵腎移植を行った保険医療機関と膵腎移植に用いる健膵腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、膵腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ７０９－５　同種死体膵腎移植術

（１）　同種死体膵腎移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

（２）　移植の対象となる死体膵腎には、臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する脳死した身体の膵腎を含む。

（３）　膵腎移植を行った保険医療機関と膵腎移植に用いる健膵腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、膵腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

（４）　「注１」の加算は、死体（脳死体を除く。）から移植のための膵腎採取を行う際の採取前の採取対象膵腎の灌流、膵腎採取、採取膵腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、膵腎採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取膵腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

Ｋ７０９－６　同種死体膵島移植術

（１）　対象患者は、１型糖尿病患者であって、慢性腎不全を伴わない者又は腎移植後の者とする。

（２）　同種死体膵島移植術の所定点数には、膵島分離の費用が含まれる。

（３）　移植の対象となる死体膵島には、臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する脳死した身体の膵島を含む。

（４）　膵島移植を行った保険医療機関と膵島移植に用いる健膵を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、膵島移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

（５）　「注１」の規定に基づく加算は、死体（脳死体を除く。）から移植のための膵採取を行う際の採取前の採取対象膵の灌流、膵採取、採取膵の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、膵採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取膵を搬送した場合における

搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

Ｋ７１４　腸管癒着症手術

腸閉塞症手術を行った場合は、その術式により腸管癒着症手術、区分番号「Ｋ７１５」腸重積症整復術、区分番号「Ｋ７１６」小腸切除術又は区分番号「Ｋ７１９」結腸切除術等により算定する。

Ｋ７１６　小腸切除術

「１」については、クローン病の患者のうち、複雑な瘻孔形成や膿瘍形成のあるもの又は悪性腫瘍に対して小腸切除術を実施した場合は、本区分の所定点数により算定する。

Ｋ７１６－２　腹腔鏡下小腸切除術

「１」については、クローン病の患者のうち、複雑な瘻孔形成や膿瘍形成のあるもの又は悪性腫瘍に対して小腸切除術を実施した場合は、本区分の所定点数により算定する。

Ｋ７１６－４　生体部分小腸移植術

（１）　対象症例は、短腸症候群又は機能的難治性小腸不全であって、経静脈栄養を必要とし、経静脈栄養の継続が困難なもの又は困難になることが予測されるものとする。

（２）　生体小腸を移植する場合においては、日本移植学会による「生体小腸移植実施指針」を遵守している場合に限り算定する。

（３）　生体小腸を移植する場合においては、小腸提供者から移植小腸を摘出することに係る全ての療養上の費用を所定点数により算出し、生体部分小腸移植術の所定点数に加算する。なお、小腸提供者の生体小腸を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的には、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」によって算定した費用額を 10 円で除して得た点数につき１点未満の端数を四捨五入して得た点数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、小腸提供者に食事療養標準負担額を求めることはできない。

（４）　小腸採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取小腸を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

（５）　請求に当たっては、小腸移植者の診療報酬明細書の摘要欄に小腸提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、小腸提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付する。

（６）　生体部分小腸移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

（７）　小腸移植を行った保険医療機関と小腸移植に用いる健小腸を摘出した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、小腸移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ７１６－５　移植用小腸採取術（死体）

（１）　移植用小腸採取術（死体）の所定点数は、臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する脳死した者の身体から小腸の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

（２）　移植用小腸採取術（死体）の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための小腸採取を行う際の採取前の採取対象小腸の灌流、小腸採取、採取小腸の灌流及び保存並びにリ

ンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、小腸採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取小腸を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

（３） 小腸移植を行った保険医療機関と小腸移植に用いる健小腸を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、小腸移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ７１６－６　同種死体小腸移植術

（１） 同種死体小腸移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

（２） 小腸移植を行った保険医療機関と小腸移植に用いる健小腸を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、小腸移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術

（１） 短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。

（２） 「１」は、ポリープの長径又は粘膜切除範囲が２cm未満の場合に算定する。

（３） 「２」は、ポリープの長径又は粘膜切除範囲が２cm以上の場合に算定する。

（４） 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術と同時に施行した内視鏡的止血術の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（５） 「注１」に規定する消化管ポリポーシス加算は、以下のいずれも満たす家族性大腸腺腫症患者に対して内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術を行った場合、年１回に限り算定できる。

ア　16歳以上であること。

イ　大腸に腺腫が100個以上あること。なお、手術又は内視鏡により摘除された大腸の腺腫の数を合算しても差し支えない。

ウ　大腸切除の手術が実施された場合においては、大腸が10cm以上残存していること。

エ　大腸の三分の一以上が密生型ではないこと。なお、密生型とは、大腸内視鏡所見において、十分に進展させた大腸粘膜を観察し、正常粘膜よりも腺腫の占拠面積が大きい場合をいう。

（６） 「注１」の消化管ポリポーシス加算を算定する場合は、長径１cmを超える大腸のポリープを基本的に全て摘除すること。

（７） 「注２」に規定するバルーン内視鏡加算については、大腸ファイバースコピーを実施したが、腹腔内の癒着等により上行結腸又は盲腸の病変部位まで到達できなかった患者に対して、バルーン内視鏡を用いて当該手技を実施した場合に限り算定できる。ただし、バルーン内視鏡を用いた理由について、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付すること。

Ｋ７２１－３　内視鏡的結腸異物摘出術

「注」に規定するバルーン内視鏡加算については、大腸ファイバースコピーを実施したが、腹腔内の癒着等により上行結腸又は盲腸の目的部位まで到達できなかった患者に対して、バルーン内視鏡を用いて異物の同定及び当該手技を実施した場合に限り算定できる。ただし、バルーン内視鏡を用いた理由について、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付すること。

Ｋ７２１－４　早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術

（１） 短期間又は同一入院期間中において、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。

（２） 経内視鏡的に高周波切除器を用いて病変の周囲を全周性に切開し、粘膜下層を剥離することにより、最大径が２cm以上の早期癌又は最大径が５mmから１cmまでの神経内分泌腫瘍に対して、病変を含む範囲を一括で切除した場合に算定する。ただし、線維化を伴う早期癌については、最大径が２cm未満のものに対して実施した場合でも算定できる。

（３） 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術と同時に施行した内視鏡的止血術の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（４） 「注」に規定するバルーン内視鏡加算については、大腸ファイバースコピーを実施したが、腹腔内の癒着等により上行結腸又は盲腸の病変部位まで到達できなかった患者に対して、バルーン内視鏡を用いて当該手技を実施した場合に限り算定できる。ただし、バルーン内視鏡を用いた理由について、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付すること。

Ｋ７２１－５　内視鏡的小腸ポリープ切除術

（１） ポイツ・ジェガース症候群等の消化管ポリポーシスに対して実施した場合に限り算定する。

（２） バルーン内視鏡等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ７２２　小腸結腸内視鏡的止血術

（１） 小腸結腸内視鏡的止血術は１日１回、週３回を限度として算定する。

（２） マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

（３） 「注１」及び「注２」の加算については、小腸出血に対して内視鏡的止血術を行った場合のみ算定できる。

（４） 「注２」に規定するスパイラル内視鏡加算は、電動回転可能なスパイラル形状のフィンを装着した内視鏡を用いて実施した場合に算定する。

Ｋ７２５　腸瘻、虫垂瘻造設術

（１） 長期の栄養管理を目的として、腸瘻、虫垂瘻を造設する際には、腸瘻、虫垂瘻による療養の必要性、管理の方法及び腸瘻、虫垂瘻による療養の終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。

（２） 長期の栄養管理を目的として、腸瘻、虫垂瘻を造設した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、腸瘻、虫垂瘻による療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項並びに、患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。

Ｋ７２５－２　腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術

（１） 長期の栄養管理を目的として、腸瘻、虫垂瘻を造設する際には、腸瘻、虫垂瘻による療養の必要性、管理の方法及び腸瘻、虫垂瘻による療養の終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。

（２） 長期の栄養管理を目的として、腸瘻、虫垂瘻を造設した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、腸瘻、虫垂瘻による療養の必要性、管理の方法及び腸瘻、虫垂瘻によ

る療養の終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。

（３） 腹腔鏡下逆流防止弁付加結腸瘻造設術についても本区分で算定する。

Ｋ７２６　人工肛門造設術

区分番号「Ｋ７４０」直腸切除・切除術の「５」を行った場合の人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ７２６－２　腹腔鏡下人工肛門造設術

区分番号「Ｋ７４０－２」腹腔鏡下直腸切除・切断術の「３」を行った場合の人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ７２９－２　多発性小腸閉鎖症手術

当該手術は、先天性小腸閉鎖に対して２箇所以上の病変に対して行われる場合に限り算定する。

Ｋ７３２　人工肛門閉鎖術

「２」の「イ」直腸切除術後のものについては、直腸切除術（ハルトマン手術）の際に造設した人工肛門に対して、人工肛門閉鎖術を行った場合に算定する。

Ｋ７３２－２　腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（直腸切除術後のものに限る。）

直腸切除術の際に造設した人工肛門に対して、人工肛門閉鎖術を行った場合に算定する。

Ｋ７３５－２　小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）

（１） 短期間又は同一入院期間中において２回に限り算定する。なお、２回目を算定する場合は診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

（２） 「注２」に規定するスパイラル内視鏡加算は、電動回転可能なスパイラル形状のフィンを装着した内視鏡を用いて実施した場合に算定する。

Ｋ７３５－５　腸管延長術

腸管延長術は、短腸症候群の患者の拡張した残存小腸に対し、自動縫合器を用いて切離延長を行った場合に算定する。

Ｋ７３６　人工肛門形成術

人工肛門造設後における、人工肛門狭窄又は腸管断端の過不足により、改めてそれを拡張又は整形した場合は、本区分により算定する。

Ｋ７３９　直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む。）

マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ７４０　直腸切除・切断術

（１） 「４」については、経腹的操作及び経肛門的操作による内外括約筋間直腸切除と、経肛門操作による肛門再建による自然肛門温存を行った場合に算定する。なお、診療報酬明細書に手術記録を添付すること。

（２） 「４」及び「５」において、人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（３） 「注１」に規定する人工肛門造設加算については、医学的な必要性がある場合に一時的人工肛門造設を行った場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。Ｋ７４０－２　腹腔鏡下直腸切除・切断術

（１） 「４」については、経腹的操作及び経肛門的操作による内外括約筋間直腸切除と、経肛門操作による肛門再建による自然肛門温存を行った場合に算定する。なお、診療報酬明細書に手術記録を添付すること。

（２） 「４」及び「５」において、人工肛門造設に係る腸管の切除等の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（３） 「注１」に規定する人工肛門造設加算については、医学的な必要性がある場合に一時的人工肛門造設を行った場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

Ｋ７４１－２　直腸瘤手術

直腸瘤に対して、経膣的又は経肛門的に行った場合に算定する。

Ｋ７４２　直腸脱手術

（１） 「１」の「ロ」は、デロルメ法又はアルテマイヤー法により実施された場合に限り算定する。

（２） 区分番号「Ｋ８６５」子宮脱手術及び区分番号「Ｋ８８７－２」卵管結紮術を併せて行った場合は、「４」により算定する。

Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）

（１） 内痔核に対するミリガン・モーガン手術により１か所又は２か所以上の手術を行った場合は、「４」により算定する。

（２） ホワイトヘッド手術は、「４」により算定する。

（３） 自動吻合器を用いて痔核手術を行った場合は、本区分の「６」により算定する。ただし、自動吻合器等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ７４３－２　肛門括約筋切開術

本手術は、結腸又は直腸の拡張を伴う慢性便秘症に対して、肛門括約筋切開術を行った場合に算定する。

Ｋ７４３－５　モルガニー氏洞及び肛門管切開術、Ｋ７４３－６　肛門部皮膚剥離切除術

肛門掻痒症に対し種々の原因治療を施しても治癒しない場合において、本手術を行った場合に算定する。

第 10 款　尿路系・副腎

Ｋ７５４－２　腹腔鏡下副腎摘出術

腹腔鏡下副腎摘出術の対象疾患は、良性副腎腫瘍とする。

Ｋ７５４－３　腹腔鏡下小切開副腎摘出術

腹腔鏡下小切開副腎摘出術の対象疾患は、良性副腎腫瘍とする。

Ｋ７５５－３　副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

（１） ここでいう１センチメートルとは、ラジオ波による焼灼範囲ではなく、腫瘍の長径をいう。

（２） 本療法の実施に当たっては、関係学会の定める適正使用指針を遵守すること。

（３） 本療法は、片側性アルドステロン過剰分泌による原発性アルドステロン症の患者であって、副腎摘出術が適応とならないものに対して実施すること。なお、本療法の実施に当たっては、副腎摘出術が適応とならない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｋ７６２　腎固定術

遊走腎兼移動性盲腸に対して、必要があって腸固定術、腎固定術を行った際に一皮切から行い得た場合は、同一手術野の手術として「通則 14」により腎固定術のみにより算定する。

Ｋ７６４　経皮的尿路結石除去術

経皮的尿路結石除去術は、腎結石症又は尿管結石症に対して、経皮的に腎瘻を造設した後、腎瘻より腎盂鏡を挿入し、電気水圧衝撃波、弾性衝撃波又は超音波等を用いて結石を摘出した場合に算定する。

Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術

（１）　「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の体外衝撃波腎・尿管結石破砕を行う場合は、１回のみ所定点数を算定する。なお、その他数回の手術の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（２）　体外衝撃波腎・尿管結石破砕によっては所期の目的が達成できず、他の手術手技を行った場合の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｋ７６９　腎部分切除術

残腎結核に対して、腎空洞切開術及び腎盂尿管移行部形成術を併施した場合は、区分番号「Ｋ７８９」尿管腸膀胱吻合術に準じて算定する。

Ｋ７７３－４　腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）

腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）は経皮的、開腹下又は腹腔鏡下のいずれの方法によるものについても算定できる。

Ｋ７７３－５　腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

「１」については、原発病巣が７センチメートル以下であり転移病巣のない腎悪性腫瘍に対して、腎部分切除を行った場合に算定する。

Ｋ７７５　経皮的腎（腎盂）瘻造設術

手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ７７９　移植用腎採取術（生体）

腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、腎移植者の診療報酬明細書の摘要欄に腎提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、腎提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

Ｋ７７９－２　移植用腎採取術（死体）

（１）　移植用腎採取術（死体）の所定点数は、死体から腎の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

（２）　死体腎には、臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する脳死した身体の腎を含む。

（３）　移植用腎採取術（死体）の所定点数には、移植のための腎採取を行う際の採取前の採取対象腎の灌流、腎採取、採取腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、腎採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

（４）　腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ７７９－３　腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）

腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、腎移植者の診療報酬明細書の摘要欄に腎提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、腎提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

Ｋ７８０　同種死体腎移植術

（１）　同種死体腎移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

（２）　移植の対象となる死体腎には、臓器の移植に関する法律に規定する脳死体の腎を含む。

（３）　腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

（４）　「注１」の加算は、死体（脳死体を除く。）から移植のための腎採取を行う際の採取前の採取対象腎の灌流、腎採取、採取腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用が全て含まれる。ただし、腎採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

Ｋ７８０－２　生体腎移植術

（１）　対象疾患は、末期慢性腎不全である。

（２）　生体腎を移植する場合においては、日本移植学会が作成した「生体腎移植ガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

（３）　生体腎を移植する場合においては腎提供者から移植腎を摘出することに係る全ての療養上の費用を所定点数により算出し、生体腎移植術の所定点数に加算する。なお、腎提供者の生体腎を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的には、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」によって算定した費用額を 10 円で除して得た数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、腎提供者から食事に係る標準負担額を求めることはできない。

（４）　生体腎移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

（５）　腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を摘出した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、腎移植者の診療報酬明細書の摘要欄に腎提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、腎提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

Ｋ７８１　経尿道的尿路結石除去術

経尿道的尿路結石除去術は、腎結石症、腎盂結石症又は尿管結石症に対して経尿道的に内視鏡を腎、腎盂又は尿管内に挿入し、電気水圧衝撃波、弾性衝撃波、超音波又はレーザー等によ

り結石を破砕し、バスケットワイヤーカテーテル等を用いて摘出する場合に算定する。ただし、透視下にバスケットワイヤーカテーテルのみを用いて、砕石を行わず結石の摘出のみを行った場合は、区分番号「Ｋ７９８」膀胱結石、異物摘出術の「１」に準じて算定する。

Ｋ７８１－３　経尿道的腎盂尿管凝固止血術

経尿道的腎盂尿管凝固止血術は、画像診断、血液学的検査、尿細胞診検査によっても原因が特定できない肉眼的血尿に対し、腎盂尿管鏡を用いて出血部位を特定し、Ho-YAG レーザー等を用いて、止血を行った場合に算定する。なお、内視鏡検査及び使用するレーザー等に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ７８３　経尿道的尿管狭窄拡張術、Ｋ７８３－２　経尿道的尿管ステント留置術、Ｋ７８３－３　経尿道的尿管ステント抜去術、Ｋ７８５　経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術、Ｋ７９４－２　経尿道的尿管瘤切除術、Ｋ７９８　膀胱結石、異物摘出術の「１」、Ｋ７９８－２　経尿道的尿管凝血除去術（バスケットワイヤーカテーテル使用）、Ｋ８００－２　経尿道的電気凝固術、Ｋ８０３　膀胱悪性腫瘍手術の「６」、Ｋ８１７　尿道悪性腫瘍摘出術の「２」、Ｋ８２１　尿道狭窄内視鏡手術

内視鏡検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ７８３－２　経尿道的尿管ステント留置術、Ｋ７８３－３　経尿道的尿管ステント抜去術

区分番号「Ｋ７８３－２」経尿道的尿管ステント留置術と区分番号「Ｋ７８３－３」経尿道的尿管ステント抜去術を併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

Ｋ８００－４　ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）

（１）　ハンナ型間質性膀胱炎の患者に対して、ハンナ病変の切除又は焼灼を目的として実施した場合に算定する。

（２）　膀胱水圧拡張術に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ８０２－２　膀胱脱手術

「１」については、メッシュを使用した場合に算定する。

Ｋ８０３　膀胱悪性腫瘍手術

「注」に規定する狭帯域光強調加算は、上皮内癌（ＣＩＳ）の患者に対し、手術中に切除範囲の決定を目的に実施した場合に限り算定する。

Ｋ８０５－２　膀胱皮膚瘻造設術

穿刺によらず、膀胱と皮膚とを縫合することで膀胱皮膚瘻を造設した場合に算定する。

Ｋ８０５－３　導尿路造設術

腸管を用いて膀胱からの導尿路を造設した場合に算定する。

Ｋ８０９－３　腹腔鏡下膀胱内手術

膀胱尿管逆流症又は巨大尿管症に対して行われたものに対して算定する。

Ｋ８２１－３　尿道ステント前立腺部尿道拡張術

全身状態が不良のため、区分番号「Ｋ８４０」前立腺被膜下摘出術又は区分番号「Ｋ８４１」経尿道的前立腺手術を実施できない患者に対して、尿道ステントを用いて前立腺部の尿道拡張を行った場合に算定する。

Ｋ８２３　尿失禁手術

恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うものについては、恥骨固定式膀胱頸部吊上キットを用いて尿失禁手術を行った場合に算定する。手術に必要な保険医療材料の費用は所定点数に含まれ、

別に算定できない。

Ｋ８２３－２　尿失禁又は膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術

（１）　注入に用いるコラーゲン、皮内反応用のコラーゲン、注入針、膀胱鏡等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　本手術の対象疾患は、１年以上改善の見られない腹圧性尿失禁又は膀胱尿管逆流症とする。

（３）　所期の目的を達するために複数回実施しても、一連として算定する。

Ｋ８２３－３　膀胱尿管逆流症手術（治療用注入材によるもの）

所期の目的を達するために複数回実施しても、一連として算定する。

Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）

（１）　過活動膀胱又は神経因性膀胱の患者であって、行動療法、各種抗コリン薬及びβ3 作動薬を含む薬物療法を単独又は併用療法として、少なくとも 12 週間の継続治療を行っても効果が得られない又は継続が困難と医師が判断したものに対して行った場合に限り、算定できる。

（２）　効果の減弱等により再手術が必要となった場合には、４月に１回に限り算定できる。

第 11 款　性器

Ｋ８２８－２　陰茎持続勃起症手術

陰茎背静脈、尿道海綿体、大伏在静脈又は体外静脈系と陰茎海綿体のシャント術を行った場合には、「２」により算定する。

Ｋ８３４－２　腹腔鏡下内精巣静脈結紮術

腹腔鏡下精索静脈瘤手術は本区分で算定する。

Ｋ８３８－２　精巣内精子採取術

（１）　精巣内精子採取術は、不妊症の患者に対して行われた場合に限り算定する。

（２）　「１」については、以下のいずれかに該当する患者に対して、体外受精又は顕微授精に用いるための精子を採取することを目的として精巣内精子採取術を実施した場合に算定する。その際、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　閉塞性無精子症

イ　非閉塞性無精子症

ウ　射精障害等の患者であって、他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断したもの

（３）　「２」については、以下のいずれかに該当する患者に対して、体外受精又は顕微授精に用いるための精子を採取することを目的として顕微鏡下精巣内精子採取術を実施した場合に算定する。その際、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　非閉塞性無精子症

イ　他の方法により体外受精又は顕微授精に用いる精子が採取できないと医師が判断した患者

（４）　精巣内精子採取術の実施前に用いた薬剤の費用は別に算定できる。

（５）　治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針につ

いて適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。

（６）（２）のウ又は（３）のイに該当する患者に対して実施した場合は、当該手術を実施する必要があると判断した理由について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｋ８４１－２　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術

（１）経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術は、膀胱・尿道鏡下に行われた場合に算定し、超音波ガイド下に行われた場合は算定できない。

（２）使用されるレーザープローブの費用等レーザー照射に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（３）ネオジウム・ヤグ倍周波数レーザ（グリーンレーザ）又はダイオードレーザによる経尿道的前立腺蒸散術を行った場合には、「１」に掲げる所定点数を算定する。

Ｋ８４１－３　経尿道的前立腺高温度治療

（１）本手術は、前立腺肥大組織を45℃以上で加熱するものをいう。

（２）本手術の所定点数には、使用される機器等の費用が含まれ、別に算定できない。

（３）所期の目的を達するために複数回実施した場合であっても、一連として算定する。

Ｋ８４１－４　焦点式高エネルギー超音波療法

（１）前立腺肥大症に対して行われた場合に限り算定する。

（２）本手術の所定点数には、使用される機器等の費用が含まれ、別に算定できない。

（３）前立腺肥大症の治療のために行われる当該手術については、一連の手術につき１回に限り算定するものとし、治療終了後、医師が治療の必要性を認めた場合には算定できる。

Ｋ８４１－５　経尿道的前立腺核出術

経尿道的前立腺核出術は、電解質溶液を灌流液として用いて、前立腺核出用電極により、経尿道的に前立腺腺腫を核出した場合に算定する。

Ｋ８４１－６　経尿道的前立腺吊上術

経尿道的前立腺吊上術は、前立腺用インプラントを用いて実施した場合に算定する。

Ｋ８５４　腟式子宮旁結合織炎（膿瘍）切開術

子宮旁結合織炎（膿瘍）切開排膿の第２回以後の洗浄処置については、区分番号「Ｊ０６６」尿道拡張法により算定する。

Ｋ８６５　子宮脱手術

（１）腟壁縫合術の費用は本区分の所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）区分番号「Ｋ８５２」腟壁裂創縫合術（分娩時を除く。）及び区分番号「Ｋ８７７」子宮全摘術を併施した場合は、それぞれの所定点数を別に算定する。

ただし、区分番号「Ｋ８５２」腟壁裂創縫合術（分娩時を除く。）と区分番号「Ｋ８７２」子宮筋腫摘出（核出）術の「２」を併施した場合は、区分番号「Ｋ８７２」子宮筋腫摘出（核出）術の「２」の所定点数のみにより算定する。

Ｋ８６７－２　子宮膣部糜爛等子宮膣部乱切除術

子宮膣部糜爛（ナボット胞のあるもの）等の場合に、子宮膣部の乱切除術を行う場合に算定する。

Ｋ８７２－５　子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法

子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対し

エキシマ・ダイ・レーザー（波長630ｎｍ）及びＹＡＧ－ＯＰＯレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

Ｋ８７７－２　腹腔鏡下腟式子宮全摘術

腹腔鏡下腟式子宮全摘術の対象疾患は、良性子宮疾患とする。

Ｋ８７９－２　腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術

（１）子宮体がんに対するものについては、日本産科婦人科学会、日本病理学会、日本医学放射線学会及び日本放射線腫瘍学会が定める「子宮体癌取扱い規約」におけるＩＡ期の子宮体がんに対して実施した場合に算定する。

（２）子宮体がんに対するものについては、ＩＡ期の術前診断により当該手術を行おうとしたが、術中所見でＩＢ期以降であったため、開腹手術を実施した場合は、区分番号「Ｋ８７９」子宮悪性腫瘍手術を算定する。

（３）子宮頸がんに対するものについては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守し、実施すること。

Ｋ８８２－２　腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術

腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術は、帝王切開創子宮瘢痕部を原因とする以下の疾患に対して実施した場合に限り算定する。

（１）続発性不妊症

（２）過長月経

（３）器質性月経困難症

Ｋ８８４－２　人工授精

（１）人工授精は、不妊症の患者又はそのパートナー（当該患者と共に不妊症と診断された者をいう。以下同じ。）が次のいずれかに該当する場合であって、当該患者のパートナーから採取した精子を用いて、妊娠を目的として実施した場合に算定する。その際、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　精子・精液の量的・質的異常

イ　射精障害・性交障害

ウ　精子－頚管粘液不適合

エ　機能性不妊

（２）人工授精の実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスイムアップ法等により、精子の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（３）治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。

（４）治療が奏効しない場合には、生殖補助医療の実施について速やかに検討し提案すること。また、必要に応じて、連携する生殖補助医療を実施できる他の保険医療機関へ紹介を行うこと。

Ｋ８８４－３　胚移植術

（１）胚移植術は、不妊症の患者に対して、当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、妊娠を目的として治療計画に従っ

て移植した場合であって、新鮮胚を用いた場合は「１」により算定し、凍結胚を融解したものを用いた場合は「２」により算定する。

（２）　「注１」における治療開始日の年齢とは、当該胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢をいう。ただし、算定回数の上限に係る治療開始日の年齢は、当該患者及びそのパートナーについて初めての胚移植術に係る治療計画を作成した日における年齢により定めるものとする。

（３）　「注１」について、胚移植術により妊娠し出産した後に、次の児の妊娠を目的として胚移植を実施した場合であって、その治療開始日の年齢が 40 歳未満である場合は、患者１人につきさらに６回に限り、40 歳以上 43 歳未満である場合は、患者１人につきさらに３回に限り算定する。

（４）　胚移植術の実施のために用いた薬剤の費用は別に算定できる。

（５）　凍結・融解胚移植の実施に当たっては、胚の融解等の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（６）　治療に当たっては、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。

（７）　当該患者及びそのパートナーに係る胚移植術の実施回数の合計について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、実施回数の合計の記載に当たっては、当該胚移植術の実施に向けた治療計画の作成に当たり確認した事項を踏まえること。

（８）　「注２」のアシステッドハッチングは、過去の胚移植において妊娠不成功であったこと等により、医師が必要と認めた場合であって、妊娠率を向上させることを目的として実施した場合に算定する。その際、実施した医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（９）　「注３」の高濃度ヒアルロン酸含有培養液を用いた前処置は、過去の胚移植において妊娠不成功であったこと等により、医師が必要と認めた場合であって、妊娠率を向上させることを目的として実施した場合に算定する。その際、実施した医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｋ８８５－２　経皮的卵巣嚢腫内容排除術

経皮的卵巣嚢腫内容排除術は、単房性の卵巣嚢腫を呈した１歳未満の患者に対して実施した場合に限り算定する。

Ｋ８９０－２　卵管鏡下卵管形成手術

手術に伴う腹腔鏡検査等の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ８９０－４　採卵術

（１）　採卵術は、不妊症の患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であって、当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて、受精卵を作成することを目的として治療計画に従って実施した場合に算定する。その際、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　卵管性不妊

イ　男性不妊（閉塞性無精子症等）

ウ　機能性不妊

エ　人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合

（２）　採卵術の実施前に、排卵誘発を目的として用いた薬剤の費用は別に算定できる。

（３）　治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録へ添付すること。

Ｋ８９２　骨盤位娩出術

産科娩出術において双子の場合は、帝王切開術を除き１児ごとに所定点数を算定する。

Ｋ８９８　帝王切開術

（１）　「１」緊急帝王切開は、母体及び胎児の状況により緊急に帝王切開となった場合に算定する。なお、「２」選択帝王切開を予定していた場合であっても、母体及び胎児の状態により緊急に帝王切開となった場合は「１」により算定する。

（２）　「注」に規定する「複雑な場合」とは以下に掲げるものをいう。

ア　前置胎盤の合併を認める場合

イ　32 週未満の早産の場合

ウ　胎児機能不全を認める場合

エ　常位胎盤早期剥離を認める場合

オ　開腹歴（腹腔・骨盤腔内手術の既往をいう。）のある妊婦に対して実施する場合

カ　多胎の場合

Ｋ９０１　子宮双手圧迫術（大動脈圧迫術を含む。）

子宮双手圧迫術を実施した後、子宮用止血バルーンカテーテルを用いた止血を実施した場合は主たるもののみ算定する。

Ｋ９０６　子宮頸管縫縮術

子宮頸管縫縮術のうち、シロッカー法は、筋膜採取を含めて所定点数による。

Ｋ９０７　胎児外回転術

胎児外回転術の算定は分娩時のみに限るものではないが、その効果が十分期待しうる時期に実施された場合に限り算定する。

Ｋ９０９　流産手術

（１）　流産手術は原則として、あらかじめ頸管拡張を行った場合であってもそれを別に算定することなく、本区分の所定点数のみにより算定する。

（２）　人工妊娠中絶のために必要があって、区分番号「Ｋ８９８」帝王切開術、区分番号「Ｋ８７７」子宮全摘術又は区分番号「Ｋ８７６」子宮腟上部切断術を実施した場合は、流産手術の所定点数によらずそれぞれの所定点数により算定する。

（３）　妊娠満 22 週以上のものの中絶は、流産手術として算定せず、実際に行った分娩誘導又は産科手術の術式の所定点数によって算定する。

Ｋ９１０－２　内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術

内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術は双胎間輸血症候群と診断された患者に対し、双胎間輸血症候群の十分な経験を有する医師の下で行われた場合に算定する。

Ｋ９１０－３　胎児胸腔・羊水腔シャント術

胎児胸腔・羊水腔シャント術は、胎児胸水に対し、胎児胸水排出用シャントを用いて胸水を羊水腔に持続的に排出した場合に、一連につき１回に限り算定する。なお、使用した胎児胸水

排出用シャントの費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ９１０－４　無心体双胎焼灼術（一連につき）

無心体双胎に対するラジオ波焼灼術は、無心体双胎に対する十分な経験を有する医師の下で行われた場合に算定する。

Ｋ９１０－５　胎児輸血術（一連につき）

（１）　胎児輸血術は、貧血又は血小板減少が疑われる胎児に対して、超音波ガイド下に母体経皮経腹的に子宮内の臍帯血管を穿刺し、輸血を行った場合に算定する。なお、「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。また、数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の胎児輸血を行う場合は、１回のみ所定点数を算定する。

（２）　胎児血の採取に係る費用は、所定点数に含まれる。

（３）　胎児輸血術は、関係学会の定める「胎児輸血実施マニュアル」を遵守している場合に限り算定する。

Ｋ９１０－６　臍帯穿刺

（１）　臍帯穿刺は、貧血又は血小板減少が疑われる胎児に対して、超音波ガイド下に母体経皮経腹的に子宮内の臍帯血管を穿刺し、胎児血の採取を行った場合に算定する。

（２）　臍帯穿刺は、関係学会の定める「胎児輸血実施マニュアル」を遵守している場合に限り算定する。

Ｋ９１２　異所性妊娠手術

外妊破裂を起こさなかった場合であっても算定できる。

Ｋ９１３　新生児仮死蘇生術

新生児仮死蘇生術は、「通則７」の極低出生体重児又は新生児加算を算定できる。

Ｋ９１３－２　性腺摘出術

停留精巣又は性分化異常症等による性腺等を摘出した場合に算定する。

第 12 款　削除

第 13 款　手術等管理料

Ｋ９１４　脳死臓器提供管理料

（１）　脳死臓器提供管理料の所定点数は、臓器の移植に関する法律第６条第２項に規定する脳死した者の身体から臓器の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

（２）　脳死臓器提供管理料の所定点数には、臓器の移植に関する法律第６条に規定する脳死判定並びに判定後の脳死した者の身体への処置、検査、医学的管理、看護、院内のコーディネート、薬剤及び材料の使用、採取対象臓器の評価及び脳死した者の身体から臓器を採取する際の術中全身管理に係る費用等が含まれる。

（３）　脳死臓器提供管理料は、区分番号「Ｋ５１４－４」同種死体肺移植術、区分番号「Ｋ６０５－２」同種心移植術、区分番号「Ｋ６０５－４」同種心肺移植術、区分番号「Ｋ６９７－７」同種死体肝移植術、区分番号「Ｋ７０９－３」同種死体膵移植術、区分番号「Ｋ７０９－５」同種死体膵腎移植術、「Ｋ７０９－６」同種死体膵島移植術、区分番号「Ｋ７１６－６」同種死体小腸移植術又は区分番号「Ｋ７８０」同種死体腎移植術が算定できる場合に限り、算定する。

（４）　診療報酬の請求は臓器の移植を行った保険医療機関で行い、脳死臓器提供管理を行った医療機関との診療報酬の分配は、相互の合議に委ねる。

（５）　脳死臓器提供管理料について、「通則 10」から「通則 12」までの加算は適用できない。

Ｋ９１５　生体臓器提供管理料

（１）　生体臓器提供管理料の所定点数には、採取対象臓器の評価や生体から臓器を採取する際の術中全身管理をはじめとする臓器提供者の安全管理等に係る費用が含まれる。

（２）　生体臓器提供管理料の所定点数は、移植を行った保険医療機関において算定する。

（３）　生体臓器提供管理料は、区分番号「Ｋ５１４－６」生体部分肺移植術、区分番号「Ｋ６９７－５」生体部分肝移植術、区分番号「Ｋ７１６－４」生体部分小腸移植術又は区分番号「Ｋ７８０－２」生体腎移植術が算定できる場合に限り算定する。

（４）　診療報酬の請求は臓器の移植を行った保険医療機関で行い、生体臓器提供管理を行った医療機関との診療報酬の分配は、相互の合議に委ねる。

（５）　生体臓器提供管理料について、「通則８」及び「通則 10」から「通則 12」までの加算は適用できない。

Ｋ９１６　体外式膜型人工肺管理料

（１）　体外式膜型人工肺管理料は、急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない患者に対して、体外式膜型人工肺を用いて呼吸管理を行った場合に算定する。

（２）　体外式膜型人工肺管理料は、区分番号「Ｋ６０１－２」体外式膜型人工肺を算定する場合に限り算定する。

（３）　体外式膜型人工肺管理料について、「通則８」及び「通則 10」から「通則 12」までの加算は適用できない。

Ｋ９１７　体外受精・顕微授精管理料

（１）　体外受精・顕微授精管理料は、不妊症の患者又はそのパートナーが次のいずれかに該当する場合であって、当該患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて、受精卵を作成することを目的として、治療計画に従って体外受精又は顕微授精及び必要な医学管理を行った場合に算定する。その際、いずれの状態に該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　卵管性不妊

イ　男性不妊（閉塞性無精子症等）

ウ　機能性不妊

エ　人工授精等の一般不妊治療が無効であった場合

（２）　体外受精及び必要な医学管理を行った場合は「１」により算定し、顕微授精及び必要な医学管理を行った場合は、顕微授精を実施した卵子の個数に応じて「２」の「イ」から「ニ」までのいずれかにより算定する。その際、当該管理を開始した年月日及び顕微授精を実施した卵子の個数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（３）　体外受精又は顕微授精の実施に当たっては、密度勾配遠心法、連続密度勾配法又はスイムアップ法等により、精子の前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所

定点数に含まれ、「注２」に規定する採取精子調整加算を除き、別に算定できない。

（４） 体外受精又は顕微授精の実施に当たり、未成熟の卵子を用いる場合には、卵子を成熟させるための前処置を適切に実施すること。なお、前処置に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（５） 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。

（６） 体外受精又は顕微授精の実施前の卵子又は精子の凍結保存に係る費用は、所定点数に含まれる。

（７） 「注１」の規定に従って算定する場合は、体外受精及び顕微授精を同時に実施する医学的な理由について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（８） 「注２」の採取精子調整加算は、区分番号「Ｋ８３８－２」精巣内精子採取術により採取された精子を用いて、当該手術後初めて「１」又は「２」を実施する場合に算定する。その際、精巣内精子採取術を実施した年月日（他の保険医療機関において実施した場合にあっては、その名称及び当該保険医療機関において実施された年月日）を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（９） 「注３」の卵子調整加算は、顕微授精における受精障害の既往があること等により、医師が必要と認めた場合であって、受精卵作成の成功率を向上させることを目的として実施した場合に算定する。その際、実施した医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(10) 体外受精・顕微授精管理料について、「通則８」及び「通則 10」から「通則 12」までの加算は適用できない。

Ｋ９１７－２　受精卵・胚培養管理料

（１） 受精卵・胚培養管理料は、不妊症の患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて、体外受精又は顕微授精により作成された受精卵から、胚移植術を実施するために必要な初期胚又は胚盤胞を作成することを目的として、治療計画に従って受精卵及び胚の培養並びに必要な医学管理を行った場合に、当該管理を実施した受精卵及び胚の数に応じて算定する。その際、当該管理を実施した受精卵及び胚の数並びに当該管理を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（２） 「注」については、作成された初期胚のうち、胚盤胞の作成を目的として管理を実施したものの数に応じて算定する。その際、当該管理の具体的な内容、当該管理を実施した初期胚の数及び当該管理を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（３） 受精卵・胚培養管理料には、受精卵及び胚の培養に用いる培養液の費用その他の培養環境の管理に係る費用等が含まれる。

（４） 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。

（５） 受精卵・胚培養管理料について、「通則８」及び「通則 10」から「通則 12」までの加算は適用できない。

Ｋ９１７－３　胚凍結保存管理料

（１） 胚凍結保存管理料は、不妊症の患者及びそのパートナーから採取した卵子及び精子を用いて作成された初期胚又は胚盤胞について、凍結・融解胚移植に用いることを目的として、治療計画に従って初期胚又は胚盤胞の凍結保存及び必要な医学管理を行った場合に算定する。

（２） 凍結保存及び必要な医学管理を開始した場合は、凍結する初期胚又は胚盤胞の数に応じて「１」の「イ」から「ニ」までのいずれかにより算定し、凍結保存の開始から１年を経過している場合であって、凍結胚の保存に係る維持管理を行った場合は「２」により算定する。

（３） 「１」について、初期胚又は胚盤胞の凍結を開始した場合には、当該初期胚又は胚盤胞ごとに凍結を開始した年月日を診療録等に記載すること。

（４） 「１」の算定に当たっては、凍結する初期胚又は胚盤胞の数及び凍結を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（５） 「２」の算定に当たっては、当該維持管理を行う初期胚又は胚盤胞の数及び当該初期胚又は胚盤胞ごとの凍結を開始した年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（６） 胚凍結保存管理料には、初期胚又は胚盤胞の凍結保存に用いる器材の費用その他の凍結保存環境の管理に係る費用等が含まれる。

（７） 治療に当たっては、関係学会から示されているガイドライン等を踏まえ、治療方針について適切に検討し、当該患者から文書による同意を得た上で実施すること。また、同意を得た文書を診療録に添付すること。

（８） 妊娠等により不妊症に係る治療が中断されている場合であって、患者及びそのパートナーの希望により、凍結保存及び必要な医学管理を継続する場合には、その費用は患家の負担とする。

（９） 患者の希望に基づき、凍結した初期胚又は胚盤胞を他の保険医療機関に移送する場合には、その費用は患家の負担とする。

(10) 胚凍結保存管理料について、「通則８」及び「通則 10」から「通則 12」までの加算は適用できない。

第２節　輸血料

Ｋ９２０　輸血

（１） 自家採血輸血、保存血液輸血、自己血輸血及び希釈式自己血輸血の算定に当たっては、200mL を単位とし、200mL 又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。ただし、６歳未満の患者に対して自己血輸血を行った場合は、体重１kgにつき４mL を単位とし、当該単位又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。（２） 自家採血輸血及び保存血液輸血における１回目とは、一連の輸血における最初の 200mL の輸血をいい、２回目とはそれ以外の輸血をいう。

（３） 輸血と補液を同時に行った場合は、輸血の量と、補液の量は別々のものとして算定する。

（４） 自家採血輸血を算定する単位としての血液量は、採血を行った量ではなく、実際に輸血を行った１日当たりの量である。

（５） 自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料は、原材料として用いた血液の量に従い、「１」により算定する。ただし、この場合の血液の量は 3,000mL を限度とすること。

この場合、患者に用いるリンゲル液、糖液等については、区分番号「Ｇ１００」薬剤により算定するが、自家製造に要する費用及び製造の過程で用いる薬剤については算定できない。

（６） 同種造血幹細胞移植後の慢性骨髄性白血病の再発、骨髄異形成症候群の再発及びＥＢウイルス感染によるＢ細胞性リンパ球増殖性疾患に対し、造血幹細胞提供者のリンパ球を採取・輸注した場合は、「１」により算定する。またこの際、自家製造したリンパ球を使用した場合には、（５）の規定に基づき、原材料として用いた血液の量に従い算定する。

（７） 保存血液輸血の注入量は、１日における保存血及び血液成分製剤（自家製造したものを除く。）の実際に注入した総量又は原材料として用いた血液の総量のうちいずれか少ない量により算定する。例えば、200mL の血液から製造された 30mL の血液成分製剤については 30mL として算定し、200mL の血液から製造された 230mL の保存血及び血液成分製剤は、200mL として算定する。

（８） 血小板濃厚液の注入は、「２」により算定する。なお、血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結血漿等）は注射の部において取り扱われる。

（９） 自己血貯血は、当該保険医療機関において手術又はヒト骨髄由来間葉系幹細胞の投与を予定している患者から採血を行い、当該血液を保存した場合に算定する。また、ヒト骨髄由来間葉系幹細胞の投与を予定している患者に関しては、「３」自己血貯血の「イ」６歳以上の患者の場合（200mL ごとに）の「（１）」の液状保存の場合により算定する。

（10） 自己血輸血は、当該保険医療機関において手術を行う際に予め貯血しておいた自己血（自己血貯血）を輸血した場合において、手術時及び手術後３日以内に輸血を行ったときに算定できる。

（11） 自己血輸血を算定する単位としての血液量は、採血を行った量ではなく、手術開始後に実際に輸血を行った１日当たりの量である。なお、使用しなかった自己血については、算定できない。

（12） 希釈式自己血輸血は、当該保険医療機関において手術を行う際、麻酔導入後から執刀までの間に自己血の採血を行った後に、採血量に見合った量の代用血漿の輸液を行い、手術時予め採血しておいた自己血を輸血した場合に算定できる。

（13） 希釈式自己血輸血を算定する単位としての血液量は、採血を行った量ではなく、手術開始後に実際に輸血を行った１日当たりの量である。なお、使用しなかった自己血については、算定できない。

（14） 患者への説明

ア 「注１」に規定する説明とは、別紙様式 26 を参考として、文書により輸血の必要性、副作用、輸血方法及びその他の留意点等について、輸血を行う際に患者本人に対して行うことを原則とするが、医師の説明に対して理解ができないと認められる患者（例えば小児、意識障害者等）については、その家族等に対して説明を行うことが必要である。

イ アの説明は、当該患者に対する一連の輸血につき１回行うものとする。なお、この場合、「一連」とは、概ね１週間とする。ただし、再生不良性貧血、白血病等の患者の治療において、輸血の反復の必要性が明らかである場合はこの限りでない。

ウ 説明に用いた文書については、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等にあっては、その家族等）から署名又は押印を得た上で、当該患者に交付するとともに、その文書の写しを診療録に添付することとする。

エ 緊急その他事前に説明を行うことが著しく困難な場合は、事後の説明でも差し支えないものとする。

（15） 輸血に当たっては、「血液製剤の使用指針及び輸血療法の実施に関する指針について」（平成 11 年６月 10 日付け医薬発第 715 号厚生省医薬安全局長通知）及び「血小板製剤の使用適正化の推進について」（平成６年７月 11 日付け薬発第 638 号厚生省薬務局長通知）による、両通知別添（「血液製剤の使用指針」、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血小板製剤の適正使用について」）を遵守するよう努めるものとする。

（16） 「注３」の加算は、第１節に掲げる手術と同日に骨髄内輸血又は血管露出術が行われた場合には、算定できない。

（17） 「注６」の頻回に輸血を行う場合とは、週１回以上、当該月で３週以上にわたり行われるものである。

（18） 「注７」の加算を算定できるＨＬＡ型適合血小板輸血は、白血病又は再生不良性貧血の場合であって、抗ＨＬＡ抗体のために血小板輸血に対して不応状態となり、かつ、強い出血傾向を呈しているものに限る。なお、この場合において、対象となる白血病及び再生不良性貧血の患者の血小板数は概ね、それぞれ２万/mm^{3}以下及び１万/mm^{3}以下を標準とする。

（19） 「注８」の血液交叉試験又は間接クームス検査の加算は、自家採血を使用する場合にあっては、供血者ごとに、保存血を使用する場合にあっては、血液バッグ（袋）１バッグごとにそれぞれ算定する。

（20） 「注８」のコンピュータクロスマッチ加算は、(15)に規定する「輸血療法の実施に関する指針」を遵守してコンピュータクロスマッチを実施した場合に算定する。

（21） 「注 10」に規定する「輸血に伴って行った供血者の諸検査」には、ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＩＶ－１抗体、ＨＩＶ－１，２抗体定性、ＨＩＶ－１，２抗体半定量、ＨＩＶ－１，２抗体定量、ＨＩＶ－１，２抗原・抗体同時測定定性、ＨＩＶ－１，２抗原・抗体同時測定定量、ＨＴＬＶ－Ｉ抗体、不規則抗体等が含まれ、これらの検査に係る費用は別に算定できない。

（22） 自己血を採血する際の採血バッグ並びに輸血する際の輸血用回路及び輸血用針の費用並びに自己血の保存に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。なお、自己血の採血に伴うエリスロポエチンに係る第２章第６部第１節第１款注射実施料については、自己血貯血の所定点数とは別に算定する。

（23） 「注 12」に規定する血小板洗浄術加算は、血液・造血器疾患において、副作用の発生防止を目的として、血小板濃厚液を置換液等で洗浄操作した上で血漿成分を除去し輸血を行った場合に算定する。

血小板洗浄術の実施に当たっては関係学会の定めるガイドラインを遵守すること。

Ｋ９２０－２ 輸血管理料

（１） 輸血管理料は輸血療法の安全かつ適正な実施を推進する観点から、医療機関における輸血管理体制の構築及び輸血の適正な実施について評価を行うものである。

（２） 輸血管理料は、赤血球濃厚液（浮遊液を含む。）、血小板濃厚液若しくは自己血の輸血、又は新鮮凍結血漿若しくはアルブミン製剤の輸注を行った場合に、月１回を限度として算定する。

Ｋ９２１　造血幹細胞採取

区分番号「Ｋ９２１」造血幹細胞採取の自家移植を行う場合は、区分番号「Ｋ９２２」造血幹細胞移植を行わなかった場合においても算定できる。また、区分番号「Ｋ９２１」造血幹細胞採取の同種移植を行う場合は、区分番号「Ｋ９２２」造血幹細胞移植の同種移植を算定した場合に限り算定できる。

なお、骨髄の採取に係る当該骨髄穿刺を行った場合は、区分番号「Ｄ４０４」骨髄穿刺及び区分番号「Ｊ０１１」骨髄穿刺の所定点数を別に算定できない。

Ｋ９２１－２　間葉系幹細胞採取（一連につき）

ヒト（自己）骨髄由来間葉系幹細胞の投与を予定している患者に対して、骨髄採取を行った場合に算定する。なお、骨髄の採取に係る当該骨髄穿刺を行った場合は、区分番号「Ｄ４０４」骨髄穿刺及び区分番号「Ｊ０１１」骨髄穿刺の所定点数を別に算定できない。

Ｋ９２１－３　末梢血単核球採取（一連につき）

（１）　「１」の採取のみを行う場合は、アキシカブタゲン　シロルユーセル又はリソカブタゲン　マラルユーセルの投与を予定している患者に対して、末梢（しょう）血単核球採取を行った場合に患者１人につき１回に限り算定する。

（２）　「２」の採取、細胞調製及び凍結保存を行う場合は、チサゲンレクルユーセルの投与を予定している患者に対して、末梢血単核球採取を行った場合に患者１人につき１回に限り算定する。

Ｋ９２２　造血幹細胞移植

（１）　同種移植における造血幹細胞移植の所定点数には、造血幹細胞移植に関連して実施した造血幹細胞移植者の組織適合性試験の費用が含まれる。

（２）　同種移植とは、ヒト組織適合性抗原が概ね一致する提供者の造血幹細胞を移植する場合をいう。

（３）　同種移植の所定点数は、適合する造血幹細胞提供者の情報検索連絡調整に係る費用やコーディネート中断後の再ドナー候補者に対する追加確認検査（ＨＬＡ検査等）といった安全管理の追加費用等、造血幹細胞移植の実施に必要な費用の一部も含めて評価したものである。

（４）　臍帯血移植の所定点数は、臍帯血のＨＬＡ検査等の安全性確認試験の実施を含めた臍帯血の管理に係る費用等、臍帯血移植の実施に必要な費用の一部も含めて評価したものである。

（５）　同種移植の対象疾患は、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等であり、また、自家骨髄移植、自家末梢血幹細胞移植の対象疾患は、化学療法や放射線療法に感受性のある白血病等の悪性腫瘍である。

（６）　同種移植の請求に当たっては、造血幹細胞移植者の診療報酬明細書の摘要欄に造血幹細胞提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、造血幹細胞提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付する。

（７）　造血幹細胞採取（臍帯血移植を除く。）を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取した造血幹細胞を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する。

（８）　移植に使用した臍帯血の保存施設から移植実施保険医療機関までの搬送に要した費用については療養費として支給し、その額は移送費の算定方法に準じて算定する。

（９）　造血幹細胞採取（臍帯血移植を除く。）を行った医療機関と造血幹細胞移植を行った保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、造血幹細胞移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ９２２－２　ＣＡＲ発現生Ｔ細胞投与（一連につき）

アキシカブタゲン　シロルユーセル、リソカブタゲン　マラルユーセル又はチサゲンレクルユーセルを投与した場合に患者１人につき１回に限り算定する。

Ｋ９２２－３　自己骨髄由来間葉系幹細胞投与（一連につき）

ヒト（自己）骨髄由来間葉系幹細胞を投与した場合に算定する。

Ｋ９２３　術中術後自己血回収術

（１）　開心術及び大血管手術で出血量が600mL以上（12歳未満の患者においては10mL/kg）の場合並びにその他無菌的手術で出血量が600mL以上（12歳未満の患者においては10mL/kg）の場合（外傷及び悪性腫瘍の手術を除く。ただし、外傷のうち骨盤骨折、大腿骨骨折等の閉鎖骨折に対する手術においては算定できる。）に、術中術後自己血回収術を算定する。

（２）　術中術後自己血回収セットとは、術野から血液を回収して、濃縮及び洗浄を行い、又は濾過を行い、当該手術の際に患者の体内に戻す一連の器具をいう。

（３）　「１」については、術中術後自己血回収セットを用いて血液の濃縮及び洗浄を行った場合に算定する。

（４）　「２」については、術中術後自己血回収セットを用いて血液の濾過を行った場合に算定する。

第３節　手術医療機器等加算

Ｋ９３０　脊髄誘発電位測定等加算

（１）　神経モニタリングについては、本区分により加算する。

（２）　「１」に規定する脳、脊椎、脊髄、大動脈瘤又は食道の手術とは、区分番号「Ｋ１１６」から「Ｋ１１８」まで、「Ｋ１２８」から「Ｋ１３６」まで、「Ｋ１３８」、「Ｋ１３９」、「Ｋ１４２」から「Ｋ１４２－３」まで、「Ｋ１４２－５」から「Ｋ１４２－７」、「Ｋ１４９」の「１」、「Ｋ１４９－２」、「Ｋ１５１－２」、「Ｋ１５４」、「Ｋ１５４－２」、「Ｋ１５９」、「Ｋ１６０－２」、「Ｋ１６９」、「Ｋ１７０」、「Ｋ１７２」、「Ｋ１７５」から「Ｋ１７８－３」まで、「Ｋ１８１」、「Ｋ１８３」から「Ｋ１９０－２」まで、「Ｋ１９１」、「Ｋ１９２」、「Ｋ４５７」、「Ｋ４５８」、「Ｋ５２７」、「Ｋ５２９」の１及び２、「Ｋ５２９－２」、「Ｋ５２９－３」、「Ｋ５６０」、「Ｋ５６０－２」、「Ｋ６０９」及び「Ｋ６０９－２」に掲げる手術をいう。なお、これらの項目の所定点数を準用する手術については加算を行わない。

（３）　「２」に規定する甲状腺又は副甲状腺の手術とは区分番号「Ｋ４６１」から「Ｋ４６５」までに掲げる手術をいう。なお、これらの項目の所定点数を準用する手術については加算を行わない。

Ｋ９３１　超音波凝固切開装置等加算

（１）　ベッセルシーリングシステムについては、本区分により加算する。

（２）　「注」に規定する「悪性腫瘍等に係る手術」とは、「Ｋ０３１」、「Ｋ０５３」、「Ｋ３７４」、「Ｋ３７４－２」、「Ｋ３７６」、「Ｋ３７９－２」、「Ｋ３９４」、「Ｋ３

「Ｋ３９４－２」、「Ｋ３９５」、「Ｋ４６１」、「Ｋ４６１－２」、「Ｋ４６３」、「Ｋ４６３－２」、「Ｋ４６５」、「Ｋ４７６」の「４」から「Ｋ４７６」の「６」まで、「Ｋ４７６」の「９」、「Ｋ４７６－３」、「Ｋ４８４」、「Ｋ４８４－２」、「Ｋ５０２」、「Ｋ５０２－４」、「Ｋ５０４」、「Ｋ５１１」、「Ｋ５１４」、「Ｋ５１４－３」から「Ｋ５１４－６」まで、「Ｋ５２２－３」、「Ｋ５２７」、「Ｋ５２９」、「Ｋ５３１」、「Ｋ５５２」、「Ｋ５５２－２」、「Ｋ６４３」、「Ｋ６４５」、「Ｋ６５５」の「２」、「Ｋ６５５－４」の「２」、「Ｋ６５７」の「２」、「Ｋ６７５」、「Ｋ６７７」、「Ｋ６７７－２」、「Ｋ６９５」、「Ｋ６９７－４」から「Ｋ６９７－７」まで、「Ｋ７０２」から「Ｋ７０４」まで、「Ｋ７０９－２」から「Ｋ７０９－５」まで、「Ｋ７１６」、「Ｋ７１９」の「２」、「Ｋ７１９」の「３」、「Ｋ７１９－５」、「Ｋ７４０」、「Ｋ７４８」、「Ｋ７５６」、「Ｋ７７３」、「Ｋ７７９」、「Ｋ７７９－２」、「Ｋ７８０」、「Ｋ７８０－２」、「Ｋ８０１」の「１」、「Ｋ８０３」、「Ｋ８１７」の「３」、「Ｋ８４３」、「Ｋ８４３－４」、「Ｋ８５０」、「Ｋ８５７」、「Ｋ８７９」及び「Ｋ８８９」に掲げる手術をいう。

（３） 区分番号「Ｋ７１６」小腸切除術の「２」、区分番号「Ｋ７１９」結腸切除術の「２」及び区分番号「Ｋ７１９－５」全結腸・直腸切除嚢肛門吻合術については、クローン病又は潰瘍性大腸炎の再手術に対して超音波凝固切開装置等を用いた場合に限り算定する。

Ｋ９３２ 創外固定器加算

区分番号「Ｋ０４６」骨折観血的手術及び「Ｋ０７３」関節内骨折観血的手術については、開放骨折、関節内骨折又は粉砕骨折に対して創外固定器を用いた場合、区分番号「Ｋ０５８」骨長調整手術については、軟骨無形成症及び軟骨低形成症等の骨異形成症、四肢形成不全又は四肢変形の患者に対して脚延長術を行う際に創外固定器を用いた場合、区分番号「Ｋ０７６」観血的関節授動術については、外傷又は変性疾患等により拘縮となった関節に対して創外固定器を用いた場合、区分番号「Ｋ１２５」骨盤骨折観血的手術（腸骨翼骨折を除く。）については骨盤骨折（腸骨翼骨折を除く。）について創外固定器を用いた場合、区分番号「Ｋ１８０の３」頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うもの）については頭蓋縫合早期癒合症等の頭蓋骨変形の患者に対して骨延長術を行う際に創外固定器を用いた場合、区分番号「Ｋ４４３」上顎骨形成術については外傷後の上顎骨後位癒着、上顎骨発育不全症又は症候群性頭蓋縫合早期癒合症等の先天異常に対しLe Fort I、II又はIII型骨切離による移動を創外固定器により行う場合、区分番号「Ｋ４４４」下顎骨形成術及び「Ｋ４４４－２」下顎骨延長術については先天性の第１第２鰓弓症候群、トリーチャー・コリンズ症候群等にみられる小顎症の患者に対して骨形成術又は骨延長術を行う際に創外固定器を用いた場合に算定する。

Ｋ９３３ イオントフォレーゼ加算

当該加算を算定した場合、麻酔料は別に算定できない。

Ｋ９３４－２ 副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算

（１） 区分番号「Ｋ９３４」副鼻腔手術用内視鏡加算と併せて算定できる。

（２） 両側に使用した場合であっても一連として所定点数は１回に限り算定する。

Ｋ９３６ 自動縫合器加算

（１） 区分番号「Ｋ５１４－３」、「Ｋ５１４－５」、「Ｋ５５２」、「Ｋ５５２－２」、「Ｋ６７４」、「Ｋ６７４－２」、「Ｋ６７５」の「２」から「Ｋ６７５」の「５」まで、「Ｋ６７７」、「Ｋ６７７－２」、「Ｋ６８０」、「Ｋ６８４－２」、「Ｋ６９６」、「Ｋ７０５」の「２」、「Ｋ７０６」、「Ｋ７１６－３」、「Ｋ７１６－５」及び「Ｋ７７９－３」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、２個を限度として当該

加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

（２） 区分番号「Ｋ５２４－２」、「Ｋ６５４－３」、「Ｋ６５５」、「Ｋ６６２」、「Ｋ６６２－２」、「Ｋ６９５」の「４」から「Ｋ６９５」の「７」まで、「Ｋ６９５－２」の「４」から「Ｋ６９５－２」の「６」まで、「Ｋ６９７－４」、「Ｋ７００－２」、「Ｋ７００－３」、「Ｋ７０９－２」から「Ｋ７０９－５」まで、「Ｋ７１１－２」、「Ｋ７３２」の「２」、「Ｋ７３９」及び「Ｋ７３９－３」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、３個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

（３） 区分番号「Ｋ４８８－４」、「Ｋ５２２－３」、「Ｋ５２５」、「Ｋ５２９」の「３」、「Ｋ５３１」、「Ｋ６４５」、「Ｋ６５５－４」、「Ｋ６５５－５」、「Ｋ６５７－２」、「Ｋ７００」、「Ｋ７０２」から「Ｋ７０３－２」まで、「Ｋ７０４」、「Ｋ７１６－４」、「Ｋ７１６－６」、「Ｋ７１９」から「Ｋ７１９－３」まで、「Ｋ７３５」、「Ｋ７３５－３」、「Ｋ７４０」及び「Ｋ７４０－２」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、４個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

（４） 区分番号「Ｋ６５５－２」、「Ｋ６５７」（「３」を除く。）、「Ｋ８０３」から「Ｋ８０３－３」まで及び「Ｋ８１７」の「３」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、５個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

（５） 区分番号「Ｋ５１１」、「Ｋ５１３」、「Ｋ５１４」、「Ｋ５１４－２」の「１」、「Ｋ５１４－４」、「Ｋ５１４－６」、「Ｋ７１６」、「Ｋ７１６－２」及び「Ｋ６５６－２」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、６個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

（６） 区分番号「Ｋ５１４－２」の「２」、「Ｋ５１４－２」の「３」、「Ｋ５２９」の「１」、「Ｋ５２９」の「２」、「Ｋ５２９－２」、「Ｋ５２９－３」及び「Ｋ７３５－５」に掲げる手術にあたって自動縫合器を使用した場合は、８個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

（７） 区分番号「Ｋ５５２」、「Ｋ５５２－２」、「Ｋ５５４」、「Ｋ５５５」、「Ｋ５５７」、「Ｋ５５７－２」、「Ｋ５５７－３」、「Ｋ５６０」、「Ｋ５９４」の「３」及び「Ｋ５９４」の「４」の「ロ」に掲げる手術に当たって左心耳閉塞用クリップを使用した場合は、１個を限度として本区分の所定点数を算定する。

Ｋ９３６－２ 自動吻合器加算

区分番号「Ｋ６５５－４」、「Ｋ６５５－５」、「Ｋ６５７」及び「Ｋ６５７－２」に掲げる手術に当たって自動吻合器を使用した場合は２個を限度として、それ以外の手術にあっては１個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

Ｋ９３６－３ 微小血管自動縫合器加算

四肢（手、足、指（手、足）を含む。）以外の部位において、「Ｋ０１７」遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）又は「Ｋ０２０」自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を行う際に、微小静脈の縫合のために微小血管自動縫合器を用いた場合に算定する。なお、この場合において、２個を限度として当該加算点数に微小血管自動縫合器用カートリッジの使用個数を乗じて得た点数を加算するものとする。

Ｋ９３７－２ 術中グラフト血流測定加算

冠動脈血行再建術、四肢の血管移植術又はバイパス移植術に当たって超音波トランジットタイム法又は高解像度心外膜超音波法により、グラフトの血流を術中に測定した場合に算定する。

Ｋ９３８　体外衝撃波消耗性電極加算

消耗性電極とは、１回又は２回以上の使用により消耗し、交換が必要となる電極をいう。なお、この加算は一連の手術について１回のみ算定する。

Ｋ９３９　画像等手術支援加算

（１）　画像等手術支援加算は、当該技術の補助により手術が行われた場合に算定するものであり、当該技術が用いられた場合であっても、手術が行われなかった場合は算定できない。

（２）　ナビゲーションによるものとは、手術前又は手術中に得た画像を３次元に構築し、手術の過程において、３次元画像と術野の位置関係をリアルタイムにコンピューター上で処理することで、手術を補助する目的で用いることをいう。

（３）　実物大臓器立体モデルによるものとは、手術前に得た画像等により作成された実物大臓器立体モデルを、手術を補助する目的で用いることをいう。

（４）　患者適合型手術支援ガイドによるものとは、手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型手術支援ガイドとして薬事承認を得ている医療機器を、人工膝関節置換術若しくは再置換術、下顎骨部分切除術、下顎骨離断術、下顎骨悪性腫瘍手術又は下顎骨形成術を補助する目的で用いることをいう。

Ｋ９３９－２　術中血管等描出撮影加算

術中血管等描出撮影加算は脳神経外科手術、冠動脈血行再建術、区分番号「Ｋ０１７」の遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）の「１」、「Ｋ４７６－３」動脈（皮）弁及び筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除術）、「Ｋ６９５」肝切除術の「２」から「７」まで、区分番号「Ｋ６９５－２」腹腔鏡下肝切除術の「２」から「６」まで又は「Ｋ８０３」膀胱悪性腫瘍手術の「６」においてインドシアニングリーン若しくはアミノレブリン酸塩酸塩を用いて、蛍光測定等により血管や腫瘍等を確認した際又は手術において消化管の血流を確認した際に算定する。なお、単にＸ線用、超音波用又はＭＲＩ用の造影剤を用いたのみでは算定できない。

Ｋ９３９－３　人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算

人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算は、人工肛門等造設後の合併症等の予防のため、術前の画像診断や触診等により、腹直筋の位置を確認した上で、適切な造設部位に術前に印をつけるなどの処置を行うことをいい、人工肛門又は人工膀胱のケアに従事した経験を５年以上有する看護師等であって、人工肛門又は人工膀胱のケアにかかる適切な研修を修了したものが、手術を実施する医師とともに、術前に実施した場合に算定すること。

Ｋ９３９－５　胃瘻造設時嚥下機能評価加算

（１）　胃瘻造設前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査による嚥下機能評価を実施し、その結果に基づき、当該保険医療機関に配置されている医師が胃瘻造設の必要性、今後の摂食機能療法の必要性及び方法、胃瘻抜去又は閉鎖の可能性等について患者又はその家族等に十分に説明及び相談を行った上で胃瘻造設術を実施した場合に算定する。

（２）　内視鏡下嚥下機能検査による嚥下機能評価を実施する場合（他の保険医療機関で内視鏡下嚥下機能検査を実施する場合を含む。）は、関連学会等が実施する所定の研修を修了した者が実施すること。

（３）　他の保険医療機関において嚥下造影による嚥下機能評価を実施した場合又は内視鏡下嚥下機能検査（関連学会等が実施する所定の研修を修了した者が実施する場合に限る。）による嚥下機能評価を実施した場合は、当該評価を実施した保険医療機関において、その結果を患者又はその家族等に十分に説明するとともに、胃瘻造設術を実施する保険医療機関に情報提供すること。また、胃瘻造設術を実施する保険医療機関と嚥下機能評価を実施した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、胃瘻造設を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

（４）　嚥下機能評価の結果及び患者又はその家族等に対する説明の要点を診療録に記載すること。

（５）　嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（６）　当該加算を算定した場合であっても、区分番号「Ｅ００３」の「７」嚥下造影及び区分番号「Ｄ２９８－２」内視鏡下嚥下機能検査は別に算定できる。

（７）　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において実施される場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。

Ｋ９３９－６　凍結保存同種組織加算

（１）　区分番号「Ｋ５５５」、「Ｋ５５５－３」、「Ｋ５５７」、「Ｋ５５７－４」、「Ｋ５５８」、「Ｋ５６０」、「Ｋ５６６」、「Ｋ５６７」、「Ｋ５７０」、「Ｋ５８０」から「Ｋ５８７」まで、「Ｋ６１４」、「Ｋ６２３」、「Ｋ６４２」、「Ｋ６４３」、「Ｋ６７５」の「２」から「５」まで、「Ｋ６７７－２」、「Ｋ６９５」、「Ｋ６９７－５」、「Ｋ６９７－７」、「Ｋ７０２」の「４」、「Ｋ７０３」の「４」及び「Ｋ７０４」に掲げる手術に当たって、凍結保存された同種組織である心臓弁又は血管を用いた場合に限り算定する。

（２）　日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。

（３）　組織適合性試験及び同種組織を採取及び保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（４）　日本組織移植学会が認定した組織バンクにおいて適切に採取、加工及び保存された非生体の同種組織である、生体弁又は血管を使用した場合に限り算定できる。なお、組織移植を行った保険医療機関と組織移植に用いた組織を採取等した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求については、組織移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ９３９－７　レーザー機器加算

レーザー機器加算は、口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散が可能なものとして保険適用されている機器を使用して「注２」から「注４」までに掲げる手術を行った場合に算定する。なお、通則 14 に規定する「同一手術野又は同一病巣につき、２以上の手術を同時に行った場合」に該当しない２以上の手術を算定した場合はそれぞれの手術において算定する。

Ｋ９３９－９　切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算

（１）　切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算は、滲出液を持続的に除去し、切開創手術部位感染のリスクを低減させる目的のみで薬事承認を得ている医療機器を、術後縫合創に対して使用した場合に算定する。

（２）　切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算の算定対象となる患者は、区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０１－３」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、区分番号「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者であって、次に掲げる患者である。なお、次に掲げる患者のいずれに該当するかを診療報

酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア　ＢＭＩが30以上の肥満症の患者

イ　糖尿病患者のうち、ヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）がＪＤＳ値で6.6%以上（ＮＧＳＰ値で7.0%以上）の者

ウ　ステロイド療法を受けている患者

エ　慢性維持透析患者

オ　免疫不全状態にある患者

カ　低栄養状態にある患者

キ　創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者

ク　手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者

（３）　（２）以外の患者に対して当該機器を使用した場合は、当該機器に係る費用はそれぞれの手術の所定点数に含まれ、本加算は算定できない。

第11部　麻酔

通則

1　麻酔の費用は、第１節及び第２節の各区分の所定点数により算定する。ただし、麻酔に当たって、薬剤又は別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第１節及び第２節の各区分の所定点数に第３節又は第４節の所定点数を合算した点数により算定する。

2　未熟児、新生児（未熟児を除く。）、乳児又は１歳以上３歳未満の幼児に対して麻酔を行った場合は、未熟児加算、新生児加算、乳児加算又は幼児加算として、当該麻酔の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の200、100分の200、100分の50又は100分の20に相当する点数を加算する。

3　入院中の患者以外の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が保険医療機関の表示する診療時間以外の時間若しくは深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80又は100分の40若しくは100分の80に相当する点数を加算した点数により算定し、入院中の患者に対し、緊急のために、休日に手術を行った場合又はその開始時間が深夜である手術を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、それぞれ所定点数の100分の80に相当する点数を加算した点数により算定する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注７のただし書に規定する保険医療機関にあっては、入院中の患者以外の患者に対し、同注のただし書に規定する厚生労働大臣が定める時間に手術を開始した場合に限り、所定点数の100分の40に相当する点数を加算した点数により算定する。

4　同一の目的のために２以上の麻酔を行った場合の麻酔料及び神経ブロック料は、主たる麻酔の所定点数のみにより算定する。

5　第１節に掲げられていない麻酔であって特殊なものの費用は、同節に掲げられている麻酔のうちで最も近似する麻酔の各区分の所定点数により算定する。

6　第１節に掲げられていない表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔の費用は、薬剤を使用したときに限り、第３節の所定点数のみにより算定する。

第１節　麻酔料

区分

Ｌ０００　迷もう麻酔　31点

Ｌ００１　筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔　120点

Ｌ００１－２　静脈麻酔

1　短時間のもの　120点

2　十分な体制で行われる長時間のもの（単純な場合）　600点

3　十分な体制で行われる長時間のもの（複雑な場合）　1,100点

注１　３歳以上６歳未満の幼児に対して静脈麻酔を行った場合は、幼児加算として、所定点数にそれぞれ所定点数の100分の10に相当する点数を加算する。

2　３については、静脈麻酔の実施時間が２時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、100点を所定点数に加算する。

Ｌ００２　硬膜外麻酔

1　頸・胸部　1,500点

2　腰部　800点

3　仙骨部　340点

注　実施時間が２時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、それぞれ750点、400点、170点を所定点数に加算する。

Ｌ００３　硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入（１日につき）（麻酔当日を除く。）　80点

注　精密持続注入を行った場合は、精密持続注入加算として、１日につき80点を所定点数に加算する。

Ｌ００４　脊椎麻酔　850点

注　実施時間が２時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、128点を所定点数に加算する。

Ｌ００５　上・下肢伝達麻酔　170点

Ｌ００６　球後麻酔及び顔面・頭頸部の伝達麻酔（瞬目麻酔及び眼輪筋内浸潤麻酔を含む。）　150点

Ｌ００７　開放点滴式全身麻酔　310点

Ｌ００８　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

1　人工心肺を用い低体温で行う心臓手術、区分番号Ｋ５５２－２に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）であって低体温で行うものが行われる場合又は分離肺換気及び高頻度換気法が併施される麻酔の場合

イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　24,900点

ロ　イ以外の場合　18,200点

2　坐位における脳脊髄手術、人工心肺を用いる心臓手術（低体温で行うものを除く。）若しくは区分番号Ｋ５５２－２に掲げる冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）（低体温で行うものを除く。）が行われる場合又は低血圧麻酔、低体温麻酔、分離肺換気による麻酔若しくは高頻度換気法による麻酔の場合（１に掲げる場合を除く。）

イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　16,600点

ロ　イ以外の場合　12,100点

3　１若しくは２以外の心臓手術が行われる場合又は伏臥位で麻酔が行われる場合（１又は２に掲げる場合を除く。）

イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　12,450点

ロ　イ以外の場合　9,050点

4　腹腔鏡を用いた手術若しくは検査が行われる場合又は側臥位で麻酔が行われる場合（１から３までに掲げる場合を除く。）

イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　9,130点

ロ　イ以外の場合　6,610点

5　その他の場合

イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合　8,300点

ロ　イ以外の場合　6,000点

注１　一の当該全身麻酔において複数の項目に係る手術等が行われる場合には、最も高い点数の項目により算定する。

2　全身麻酔の実施時間が２時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　１に掲げる項目に係る手術等により実施時間が２時間を超えた場合　1,800点

ロ　２に掲げる項目に係る手術等により実施時間が２時間を超えた場合　1,200点

ハ　３に掲げる項目に係る手術等により実施時間が２時間を超えた場合　900点

ニ　４に掲げる項目に係る手術等により実施時間が２時間を超えた場合　660点

ホ　５に掲げる項目に係る手術等により実施時間が２時間を超えた場合　600点

3　酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数（酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数）を加算する。酸素及び窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。

4　硬膜外麻酔を併せて行った場合は、硬膜外麻酔併施加算として、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　頸・胸部　750点

ロ　腰部　400点

ハ　仙骨部　170点

5　注４について、硬膜外麻酔の実施時間が２時間を超えた場合は、麻酔管理時間加算として、30分又はその端数を増すごとに、注４のイからハまでに掲げる点数にそれぞれ375点、200点、85点を更に所定点数に加算する。

6　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔と同一日に行った区分番号Ｄ２２０に掲げる呼吸心拍監視の費用は、所定点数に含まれるものとする。

7　心臓手術が行われる場合若しくは別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患若しくは弁膜症のものに行われる場合又は弁膜症のものに対するカテーテルを用いた経皮的心臓手術が行われる場合において、術中に経食道心エコー法を行った場合には、術中経食道心エコー連続監視加算として、880点又は1,500点を所定点数に加算する。

8　同種臓器移植術（生体を除く。）の麻酔を行った場合は、臓器移植術加算として、15,250点を所定点数に加算する。

9　区分番号Ｌ１００に掲げる神経ブロックを併せて行った場合は、神経ブロック併施加算として、次に掲げる点数をそれぞれ所定点数に加算する。ただし、イを算定する場合は、注４及び注５に規定する加算は別に算定できない。

イ　別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合　450点

ロ　イ以外の場合　45点

10　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者について、腹腔鏡下手術（区分番号Ｋ６７２－２に掲げる腹腔鏡下胆嚢摘出術及びＫ７１８－２に掲げる腹腔鏡下虫垂切除術を除く。）が行われる場合において、術中に非侵襲的血行動態モニタリングを実施した場合に、非侵襲的血行動態モニタリング加算として、500点を所定点数に加算する。

11　区分番号Ｋ６０９に掲げる動脈血採取橈骨動脈（内頭動脈に限る。）又は人工心肺を用いる心臓血管手術において、術中に非侵襲的脳灌流のモニタリングを実施した場合に、術中脳灌流モニタリング加算として、1,000点を所定点数に加算する。

Ｌ００８－２　体温維持療法（１日につき）　12,200点

注１　体温維持療法を開始してから３日間を限度として算定する。

２　心肺蘇生中に頭部冷却装置を使用して体温維持療法を開始した場合は、体温維持迅速導入加算として、5,000点を所定点数に加算する。

Ｌ００８－３　経皮的体温調節療法（一連につき）　5,000点

Ｌ００９　麻酔管理料Ⅰ

1　硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合　250点

2　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合　1,050点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師（麻酔科につき医療法第６条の６第１項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。）が行った場合に算定する。

２　１について、帝王切開術の麻酔を行った場合は、帝王切開術併施加算として、700点を所定点数に加算する。

3　区分番号Ｌ０１０に掲げる麻酔管理料Ⅰを算定している場合は算定できない。

4　区分番号Ｋ０１７、Ｋ０２０、Ｋ１３６－２、Ｋ１４２－２の１、Ｋ１５１－２、Ｋ１５４－２、Ｋ１６９の１、Ｋ１７２、Ｋ１７５の２、Ｋ１７７、Ｋ３１４の２、Ｋ３７９－２の２、Ｋ３９４の２、Ｋ３９５、Ｋ４０３の２、Ｋ４１５の２、Ｋ５１４の９、Ｋ５１４－４、Ｋ５１９、Ｋ５２９の１、Ｋ５２９－２の２、Ｋ５５２、Ｋ５５３の３、Ｋ５５３－２の２、Ｋ５５３－２の３、Ｋ５５５の３、Ｋ５５８、Ｋ５６０の１のイからＫ５６０の１のハまで、Ｋ５６０の２、Ｋ５６０の３のイからＫ５６０の３のニまで、Ｋ５６０の４、Ｋ５６０５、Ｋ５６０－２の２のニ、Ｋ５６７の３、Ｋ５７９－２の２、Ｋ５８０の２、Ｋ５８１の３、Ｋ５８２の２、Ｋ５８３、Ｋ５８４の２、Ｋ５８５、Ｋ５８６の２、Ｋ５９２、Ｋ５９２－２、Ｋ６０５－２、Ｋ６０５－４、Ｋ６１０の１、Ｋ６４５、Ｋ６７５の４、Ｋ６７５の５、Ｋ６７７－２の１、Ｋ６９５の４から７まで、Ｋ６９７－５、Ｋ６９７－７、Ｋ７０３、Ｋ７０４、Ｋ８０１の１、Ｋ８０３の２、Ｋ８０３の４及びＫ８０３－２に掲げる手術に当たって、区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の実施時間が８時間を超えた場合は、長時間麻酔管理加算として、7,500点を所定点数に加算する。

5　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。

Ｌ０１０　麻酔管理料Ⅱ

1　硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を行った場合　150点

2　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合　450点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行った場合に算定する。

２　２について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者に対して、当該保険医療機関の薬剤師が、病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して、周術期に必要な薬学的管理を行った場合は、周術期薬剤管理加算として、75点を所定点数に加算する。

第２節　神経ブロック料

区分

Ｌ１００　神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）

1　トータルスパイナルブロック、三叉神経半月神経節ブロック、胸部交感神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、頭・胸部硬膜外ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック　1,500点

2　眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経節ブロック、腰部硬膜外ブロック　800点

3　腰部交感神経節ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、ヒッチコック療法、腰神経叢ブロック　570点

4　眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸、上肢痙縮又は下肢痙縮の治療目的でボツリヌス毒素を用いた場合　400点

5　星状神経節ブロック、仙骨部硬膜外ブロック、顔面神経ブロック　340点

6　腕神経叢ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、迷走神経ブロック、副神経ブロック、横隔神経ブロック、深頸神経叢ブロック、眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肩甲背神経ブロック、肩甲上神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、閉鎖神経ブロック、不対神経節ブロック、前頭神経ブロック　170点

7　頭・胸・腰傍脊椎神経ブロック、上喉頭神経ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、筋皮神経ブロック、正中神経ブロック、尺骨神経ブロック、脇窩神経ブロック、橈骨神経ブロック、仙腸関節枝神経ブロック、頭・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、脊髄神経前枝神経ブロック　90点

注　上記以外の神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）は、区分番号Ｌ１０２に掲げる神経幹内注射で算定する。

Ｌ１０１　神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）

1　下垂体ブロック、三叉神経半月神経節ブロック、腹腔神経叢ブロック、くも膜下脊髄神経ブロック、神経根ブロック、下腸間膜動脈神経叢ブロック、上下腹神経叢ブロック、腰神経叢ブロック　3,000点

2　胸・腰交感神経節ブロック、頭・胸・腰傍脊椎神経ブロック、眼神経ブロック、上顎神経ブロック、下顎神経ブロック、舌咽神経ブロック、蝶形口蓋神経節ブロック、顔面神経ブロック　1,800点

3　眼窩上神経ブロック、眼窩下神経ブロック、おとがい神経ブロック、舌神経ブロック、副神経ブロック、滑車神経ブロック、耳介側頭神経ブロック、閉鎖神経ブロック、

ック、不対神経節ブロック、前頭神経ブロック　800点
４　迷走神経ブロック、横隔神経ブロック、上喉頭神経ブロック、浅頸神経叢ブロック、肋間神経ブロック、腸骨下腹神経ブロック、腸骨鼠径神経ブロック、外側大腿皮神経ブロック、大腿神経ブロック、坐骨神経ブロック、陰部神経ブロック、経仙骨孔神経ブロック、後頭神経ブロック、仙腸関節枝神経ブロック、頸・胸・腰椎後枝内側枝神経ブロック、脊髄神経前枝神経ブロック　340点
注　上記以外の神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）は、区分番号Ｌ１０２に掲げる神経幹内注射で算定する。
Ｌ１０２　神経幹内注射　25点
Ｌ１０３　カテラン硬膜外注射　140点
Ｌ１０４　トリガーポイント注射　80点
Ｌ１０５　神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入（１日につき）（チューブ挿入当日を除く。）　80点
注　精密持続注入を行った場合は、精密持続注入加算として、１日につき80点を所定点数に加算する。
第３節　薬剤料
区分
Ｌ２００　薬剤　薬価が15円を超える場合は、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数とする。
注１　薬価が15円以下である場合は、算定しない。
２　使用薬剤の薬価は、別に厚生労働大臣が定める。
第４節　特定保険医療材料料
区分
Ｌ３００　特定保険医療材料　材料価格を10円で除して得た点数
注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

＜通則＞

1　血圧降下等当然予測される副作用等を防止するための注射、麻酔の前処置として行われる麻薬並びに鎮静剤等の注射及び投薬に要する費用については、第３節薬剤料の規定に基づき薬価基準の定めるところにより算定できる。

2　麻酔の術中に起こる偶発事故に対する処置（酸素吸入、人工呼吸）及び注射（強心剤等）等の費用は、別に算定することができる。ただし、区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の場合は、区分番号「Ｊ０２４」酸素吸入及び区分番号「Ｊ０４５」人工呼吸は算定できない。

3　検査、画像診断、処置又は手術に当たって、麻酔が前処置と局所麻酔のみによって行われる場合には、麻酔の手技料は検査料、画像診断料、処置料又は手術料に含まれ、算定できない。ただし、薬剤を使用した場合は、各部の薬剤料の規定に基づき薬価基準の定めるところにより算定できる。

4　麻酔法の選択については、保険診療の原則に従い、経済面にも考慮を払いつつ、必要に応じ妥当適切な方法を選択することが必要である。なお、特に規定するものについては、当該規定に従い適切に行うこと。

5　第１節及び第２節に掲げる麻酔法（１つに限る。）を別の麻酔の補助麻酔、強化麻酔又は前処置として行った場合の麻酔料は、主たる麻酔法の所定点数のみを算定する。この場合、当該一連の麻酔に使用された全ての薬剤については薬剤料として算定できる。

　なお、手術中において他の麻酔法を追加併用した場合も同様に算定する。

6　「通則」の麻酔料又は神経ブロック料の所定点数とは、麻酔料又は神経ブロック料の節に掲げられた点数及び各注に規定する加算（酸素又は窒素を使用した場合の加算を除く。）の合計をいい、「通則」の加算点数は含まない。

7　「通則２」の加算及び「通則３」の加算は、第１節麻酔料（麻酔管理料を除く。）又は第２節神経ブロック料について適用され、第３節薬剤料については適用されない。この場合、麻酔に要する費用は、麻酔料及び神経ブロック料の所定点数に各通則の加算を加えた点数並びに薬剤料の合計点数により算定する。

8　「通則２」の未熟児加算は、出生時体重が 2,500 グラム未満の新生児に対し、出生後 90 日以内に麻酔が行われた場合に限り算定できる。

9　「通則３」の休日加算、時間外加算又は深夜加算（本項において「時間外加算等」という。）の取扱いは、次に掲げるものの他、初診料の時間外加算等と同様である。なお、区分番号「Ａ０００」の「注９」又は区分番号「Ａ００１」の「注７」に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診又は再診において実施された麻酔については算定できない。

ア　麻酔料

　時間外加算等が算定できる緊急手術に伴う麻酔に限り算定できる。

イ　神経ブロック料

　緊急やむを得ない理由により時間外加算等が算定できる時間に行われた場合に算定できる。

10　麻酔料に掲げられていない麻酔であって特殊なものの費用は、その都度当局に内議し、最も近似する麻酔として準用が通知された算定方法により算定する。

第１節　麻酔料

Ｌ０００　迷もう麻酔

（１）　迷もう麻酔とは、吸入麻酔であって、実施時間が 10 分未満のものをいう。なお、迷もう麻酔の実施時間は、麻酔薬の吸入を最初に行った時間を開始時間とし、検査、画像診断、処置又は手術が終了した時点を終了時間とする。

（２）　ガス麻酔器を使用する 10 分未満の麻酔は、本区分により算定する。なお、ガス麻酔器を使用する麻酔の実施時間は、麻酔器を患者に接続した時間を開始時間とし、当該麻酔器から離脱した時間を終了時間とする。

Ｌ００１－２　静脈麻酔

（１）　静脈麻酔とは、静脈注射用麻酔剤を用いた全身麻酔であり、意識消失を伴うものをいう。

（２）　「１」は、静脈麻酔の実施の下、検査、画像診断、処置又は手術が行われた場合であって、麻酔の実施時間が 10 分未満の場合に算定する。

（３）　「２」及び「３」は、静脈注射用麻酔剤を用いた全身麻酔を 10 分以上行った場合であって、区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔以外の静脈麻酔が行われた場合に算定する。ただし、安全性の観点から、呼吸抑制等が起きた場合等には速やかにマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔に移行できる十分な準備を行った上で、医療機器等を用いて十分な監視下で行わなければならない。

（４）　「３」に規定する複雑な場合とは、常勤の麻酔科医が専従で当該麻酔を実施した場合をいう。

（５）　静脈麻酔の実施時間は、静脈注射用麻酔剤を最初に投与した時間を開始時間とし、当該検査、画像診断、処置又は手術が終了した時間を終了時間とする。

（６）　「注１」における所定点数とは、「注２」における加算点数を合算した点数をいう。

Ｌ００２　硬膜外麻酔

（１）　実施時間は、硬膜外腔に当該麻酔を施行するために局所麻酔剤を注入した時点を開始時間とし、当該検査、画像診断、処置又は手術の終了した時点を終了時間として計算する。

（２）　第 12 胸椎と第１腰椎の間より硬膜外針を刺入した場合は「１」で算定する。また、第５腰椎と第１仙椎の間より硬膜外針を刺入した場合は「２」で算定する。

Ｌ００３　硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入

精密持続注入とは、自動注入ポンプを用いて１時間に10mL以下の速度で局所麻酔剤を注入するものをいう。

Ｌ００４　脊椎麻酔

実施時間は、くも膜下腔に局所麻酔剤を注入した時点を開始時間とし、当該検査、画像診断、処置又は手術の終了した時点を終了時間として計算する。

Ｌ００５　上・下肢伝達麻酔

（１）　上肢伝達麻酔は、検査、画像診断、処置又は手術のために腕神経叢の麻酔を行った場合に算定する。

（２）　下肢伝達麻酔は、検査、画像診断、処置又は手術のために少なくとも坐骨神経及び大腿神経の麻酔を行った場合に算定する。

Ｌ００６　球後麻酔及び顔面・頭頸部の伝達麻酔

球後麻酔と顔面伝達麻酔を同時に行った場合は、主たるもののみで算定し、重複して算定できない。

Ｌ００７　開放点滴式全身麻酔

ガス麻酔器を使用する 10 分以上 20 分未満の麻酔は、本区分により算定する。なお、ガス麻酔器を使用する麻酔の実施時間は、麻酔器に接続した時間を開始時間とし、当該麻酔器から離脱した時間を終了時間とする。

Ｌ００８　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

（１）　ガス麻酔器を使用する閉鎖式・半閉鎖式等の全身麻酔を 20 分以上実施した場合は、本区分により算定する。

（２）　静脈注射用麻酔剤を用いて全身麻酔を実施した場合であって、マスク又は気管内挿管による酸素吸入又は酸素・亜酸化窒素混合ガス吸入と併用する場合は、20 分以上実施した場合は、本区分により算定する。

（３）　本区分の全身麻酔の実施時間は、当該麻酔を行うために閉鎖循環式全身麻酔器を患者に接続した時点を開始時間とし、患者が当該麻酔器から離脱した時点を終了時間とする。なお、これ以外の観察等の時間は実施時間に含めない。

（４）　麻酔が困難な患者とは、以下に掲げるものをいい、麻酔前の状態により評価する。

ア　心不全（NYHAⅢ度以上のものに限る。）の患者

イ　狭心症（CCS 分類Ⅲ度以上のものに限る。）の患者

ウ　心筋梗塞（発症後３月以内のものに限る。）の患者

エ　大動脈閉鎖不全、僧帽弁閉鎖不全又は三尖弁閉鎖不全（いずれも中等度以上のものに限る。）の患者

オ　大動脈弁狭窄（経大動脈弁血流速度 4m/秒以上、大動脈弁平均圧較差 40mmHg 以上又は大動脈弁口面積１㎠以下のものに限る。）又は僧帽弁狭窄（僧帽弁口面積 1.5 ㎠以下のものに限る。）の患者

カ　植込型ペースメーカー又は植込型除細動器を使用している患者

キ　先天性心疾患（心臓カテーテル検査により平均肺動脈圧 25mmHg 以上であるもの又は、心臓超音波検査によりそれに相当する肺高血圧が診断されているものに限る。）の患者

ク　肺動脈性肺高血圧症（心臓カテーテル検査により平均肺動脈圧 25mmHg 以上であるもの又は、心臓超音波検査によりそれに相当する肺高血圧が診断されているものに限る。）の患者

ケ　呼吸不全（動脈血酸素分圧 60mmHg 未満又は動脈血酸素分圧・吸入気酸素分画比 300 未満のものに限る。）の患者

コ　換気障害（１秒率 70％未満かつ肺活量比 70％未満のものに限る。）の患者

サ　気管支喘息（治療が行われているにもかかわらず、中発作以上の発作を繰り返すものに限る。）の患者

シ　糖尿病（HbA1c が JDS 値で 8.0％以上（NGSP 値で 8.4％以上）、空腹時血糖 160mg/dL 以上又は食後２時間血糖 220mg/dL 以上のものに限る。）の患者

ス　腎不全（血清クレアチニン値 4.0mg/dL 以上のものに限る。）の患者

セ　肝不全（Child-Pugh 分類 B 以上のものに限る。）の患者

ソ　貧血（Hb6.0g/dL 未満のものに限る。）の患者
タ　血液凝固能低下（PT-INR2.0 以上のものに限る。）の患者
チ　DIC の患者
ツ　血小板減少（血小板５万/uL 未満のものに限る。）の患者
テ　敗血症（SIRS を伴うものに限る。）の患者
ト　ショック状態（収縮期血圧 90mmHg 未満のものに限る。）の患者
ナ　完全脊髄損傷（第５胸椎より高位のものに限る。）の患者
ニ　心肺補助を行っている患者
ヌ　人工呼吸を行っている患者
ネ　透析を行っている患者
ノ　大動脈内バルーンパンピングを行っている患者
ハ　BMI35 以上の患者

（５）（４）の場合に該当し、本区分１から５までのイに掲げる点数により算定する場合にあっては、（４）のアからハまでの中から該当する状態を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（６）流量計を装置した酸素ボンベ及びエーテル蒸発装置を使用し、気管内チューブ挿入吹送法又はノンレブリージングバルブを使用して麻酔を維持した場合は本区分により算定できる。

（７）本区分について「通則３」の加算を算定する場合の所定点数は、「注２」、「注４」、「注５」及び「注７」による加算を含むものとする。

（８）麻酔の種類等について

ア　「心臓手術」とは、開胸式心大血管手術をいう。

イ　「低血圧麻酔」とは、手術操作を安全にし、出血量を減少させる目的で、脳動脈瘤手術や出血しやすい手術の際に、低血圧の状態を維持する麻酔をいう。なお、この場合の「低血圧」とは概ね、患者の通常収縮期血圧の 60％又は平均動脈圧で 60～70ｍｍＨｇを標準とする。

ウ　「高頻度換気法」とは、特殊な換気装置を使用し、１回換気量を少なくし、換気回数を著しく増加させた換気法をいう。なお、この場合の「換気回数」は概ね１分間に 60 回以上である。

エ　「低体温麻酔」は、重度脳障害患者への治療的低体温では算定できない。

（９）麻酔の種類等における実施時間について

ア　「低体温麻酔」については、クーリングを開始した時点から復温する時点までをいう。

イ　「低血圧麻酔」については、人為的低血圧を開始した時点から低血圧を離脱する時点までをいう。

ウ　「高頻度換気法による麻酔」については、特殊な換気装置を作動させた時点から終了させた時点までをいう。

エ　「人工心肺を使用した麻酔」については、人工心肺装置に接続し装置を動かし始めた時点から装置を停止した時点までをいう。

(10)　複数の点数に分類される麻酔や手術が一の全身麻酔の中で行われる場合においては、行われた麻酔の中で最も高い点数のものを算定する。なお、ここでいう一の全身麻酔とは、

当該麻酔を行うために閉鎖循環式全身麻酔器を接続した時点を開始とし、患者が麻酔器から離脱した時点を終了とする麻酔をいう。

(11)　臓器移植術加算は、Ｋ５１４－４同種死体肺移植術、Ｋ６０５－２同種心移植術、Ｋ６０５－４同種心肺移植術、Ｋ６９７－７同種死体肝移植術、Ｋ７０９－３同種死体膵移植術、Ｋ７０９－５同種死体膵腎移植術、Ｋ７１６－６同種死体小腸移植術又はＫ７８０同種死体腎移植術が算定できる場合に限り算定する。

(12)　麻酔の実施時間

ア　全身麻酔の実施時間は、(３)により計算する。

イ　当該麻酔の開始時間及び終了時間を麻酔記録に記載すること。

ウ　複数の点数の区分に当たる麻酔が行われた場合は、以下のように算定する。

(イ)　同じ点数区分にある麻酔の時間について合算する。

(ロ)　麻酔時間の基本となる２時間については、その点数の高い区分の麻酔時間から順に充当する。

(ハ)　(ロ)の計算を行った残りの時間について、それぞれ「注２」の規定に従い 30 分又はその端数を増すごとに加算を行う。

(ニ)　(ハ)の場合において、各々の区分に係る麻酔が 30 分を超えない場合については、それらの麻酔の実施時間を合計し、その中で実施時間の長い区分から順に加算を算定する。なお、いずれの麻酔の実施時間も等しい場合には、その中で最も高い点数の区分に係る加算を算定する。

例１　麻酔が困難な患者以外の患者に対し、次の麻酔を行った場合

①　最初に仰臥位で 10 分間

②　次に伏臥位で２時間 30 分間

③　最後に仰臥位で 20 分間

の計３時間の麻酔を行った場合

基本となる２時間に②の２時間を充当	9,050 点
②の残り 30 分の加算	900 点
仰臥位で行われた①と③を合計して 30 分の加算	600 点
算定点数	10,550 点

例２　麻酔が困難な患者に対し、次の麻酔を行った場合

①　最初に仰臥位で 10 分間

②　次に側臥位で１時間 20 分間

③　最後に仰臥位で 47 分間

の計２時間 17 分の麻酔を行った場合

基本となる２時間に②の１時間 20 分＋①と③の 57 分のうち 40 分

９，１３０点

①と③の残り 17 分の加算	600 点
算定点数	9,730 点

例３　麻酔が困難な患者に対し、次の麻酔を行った場合

①　最初に仰臥位で５分間

②　次に側臥位で 21 分間

③　次に分離肺換気で１時間 27 分間
④　次に側臥位で 30 分間
⑤　最後に仰臥位で５分間
の計２時間 28 分の麻酔を行った場合
基本となる２時間に③の１時間 27 分＋②と④の 51 分のうち 33 分　16,600 点
②と④の残り 18 分＋①と⑤の 10 分の合計 28 分の加算　660 点
算定点数　17,260 点

例４　麻酔が困難な患者に対し、次の心臓手術の麻酔を行った場合
①　最初に仰臥位で 10 分間
②　次に心臓手術を人工心肺装置を使用せずに 45 分間
③　次に心臓手術を人工心肺装置を使用して２時間 25 分間
④　次に心臓手術を人工心肺装置を使用せずに１時間
⑤　最後に仰臥位で 10 分間
の計４時間 30 分の麻酔を行った場合
基本となる２時間に③の２時間を充当　16,600 点
②＋④で１時間 45 分となり、このうち 30 分×３の加算　2,700 点
③の残り 25 分間に④の残り 15 分間のうち５分間を加算　1,200 点
①＋⑤の 20 分間に④の残り 10 分間を加算　600 点
算定点数　21,100 点

(13)　酸素・窒素（注３）

ア　酸素又は窒素の価格は、「酸素及び窒素の価格」の定めるところによる。

イ　酸素及び窒素を動力源とする閉鎖循環式麻酔装置を使用して全身麻酔を施行した場合、動力源として消費される酸素及び窒素の費用は、「注３」の加算として算定できない。

(14)　硬膜外麻酔併施加算（注４）

硬膜外麻酔を併せて行った場合は、その区分に応じて「注４」に掲げる点数を所定点数に加算し、さらにその実施時間に応じて「注５」に規定する加算を算定する。

(15)　所定点数に含まれる費用

ア　本区分の麻酔法の際に使用するソーダライム等の二酸化炭素吸着剤の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

イ　区分番号「Ｄ２２０」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの検査に要する費用は本区分の所定点数に含まれ、本区分の所定点数を算定した同一日においては、麻酔の前後にかかわらず、当該検査に要する費用は別に算定できない。

ウ　体温（深部体温を含む。）測定の検査に要する費用は本区分の所定点数に含まれ、別に算定できない。

エ　経皮的動脈血酸素飽和度測定又は終末呼気炭酸ガス濃度測定に要する費用は所定点数に含まれ、本区分の所定点数を算定した同一日においては、麻酔の前後にかかわらず、経皮的動脈血酸素飽和度測定及び終末呼気炭酸ガス濃度測定は別に算定できない。

(16)　「注７」に規定する術中経食道心エコー連続監視加算は、手術患者の心臓機能を評価す

る目的で経食道心エコー法を行った場合に算定できる。

(17)　「注７」の麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患又は弁膜症の患者とは、(４)のイからオまでに掲げるものをいい、麻酔前の状態により評価する。

(18)　神経ブロックを超音波ガイド下に併せて行った場合は、「注９」に掲げる点数を所定点数に加算する。この際、硬膜外麻酔の適応となる手術（開胸、開腹、関節置換手術等）を受ける患者であって、当該患者の併存疾患や状態等（服用する薬により硬膜外麻酔が行えない場合を含む。）を踏まえ、硬膜外麻酔の代替として神経ブロックを行う医学的必要性があるものに対して実施する場合は「イ」に掲げる点数を、それ以外の患者（硬膜外麻酔の適応とならない手術を受ける患者を含む。）に対して実施する場合は「ロ」に掲げる点数を、それぞれ所定点数に加算する。なお、「イ」の加算を算定する場合は、硬膜外麻酔の代替として神経ブロックを行う医学的必要性を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(19)　「注 10」に規定する非侵襲的血行動態モニタリング加算は、動脈圧測定用カテーテル、サーモダイリューション用カテーテル、体外式連続心拍出量測定用センサー等を用いた侵襲的モニタリングが実施されている場合には、算定できない。

(20)　「注 11」に規定する術中脳灌流モニタリング加算は、近赤外光を用いて非侵襲的かつ連続的に脳灌流のモニタリングを実施した場合に算定できる。

Ｌ００８－２　体温維持療法

（１）　体温維持療法は、心肺蘇生後の患者に対し、直腸温 36℃以下で 24 時間以上維持した場合に、開始日から３日間に限り算定する。

（２）　重度脳障害患者への治療的低体温の場合は算定できない。

（３）　当該点数を算定するに当たり、必ずしも手術を伴う必要はない。

（４）　体温維持迅速導入加算は、目撃された心停止発症後 15 分以内に医療従事者による蘇生術が開始された心停止患者に対して、心拍再開の 15 分後までに咽頭冷却装置を用いて体温維持を行った場合に算定できる。体温維持迅速導入加算の算定に当たっては、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

（５）　中心静脈留置型経皮的体温調節装置システムを用いる場合、Ｇ００５－２に掲げる中心静脈注射用カテーテル挿入は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｌ００８－３　経皮的体温調節療法

経皮的体温調節療法は、集中治療室等において、くも膜下出血、頭部外傷又は熱中症による急性重症脳障害を伴う発熱患者に対して、中心静脈留置型経皮的体温調節装置を用いて体温調節を行った場合に、一連につき１回に限り算定する。

Ｌ００９　麻酔管理料(Ⅰ)

（１）　当該点数は、麻酔科標榜医により、質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。

（２）　麻酔管理料(Ⅰ)は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医（地方厚生(支)局長に届け出ている医師に限る。以下この項において同じ。）が麻酔前後の診察を行い、かつ専ら当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が区分番号「Ｌ００２」硬膜外麻酔、区分番号「Ｌ００４」脊椎麻酔又は区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻

酔を行った場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。

（３） 麻酔科標榜医が、麻酔科標榜医以外の医師と共同して麻酔を実施する場合においては、麻酔科標榜医が、当該麻酔を通じ、麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当たり、主要な麻酔手技を自ら実施した場合に算定する。

（４） 麻酔管理料(Ⅰ)を算定する場合には、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載すること。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。

（５） 麻酔管理料(Ⅰ)について、「通則２」及び「通則３」の加算は適用しない。

（６） 「注５」に規定する周術期薬剤管理加算は、専任の薬剤師が周術期における医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する周術期薬剤管理を病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等（以下この区分番号において「病棟薬剤師等」という。）と連携して実施した場合に算定する。

（７） 周術期薬剤管理とは、次に掲げるものであること。なお、ア及びイについて、その内容を診療録等に記載すること。

ア 「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について（令和３年９月 30 日医政発 0930 第 16 号）」の３の３）①等に基づき、周術期の薬学的管理等を実施すること。

イ アについては病棟薬剤師等と連携して実施すること。ウ 時間外、休日及び深夜においても、当直等の薬剤師と連携し、安全な周術期薬剤管理が提供できる体制を整備していること。

また、病棟薬剤師等と連携した周術期薬剤管理の実施に当たっては、「根拠に基づいた周術期患者への薬学的管理ならびに手術室における薬剤師業務のチェックリスト」（日本病院薬剤師会）等を参考にすること。

Ｌ０１０ 麻酔管理料(Ⅱ)

（１） 当該点数は、複数の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保され、質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。

（２） 麻酔管理料(Ⅱ)は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関において常態として週３日以上かつ週 22 時間以上の勤務を行っている医師であって、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に麻酔を担当するもの（以下この区分番号において単に「担当医師」という。）又は当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が、麻酔前後の診察を行い、担当医師が、区分番号「Ｌ００２」硬膜外麻酔、区分番号「Ｌ００４」脊椎麻酔又は区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。また、麻酔前後の診察を麻酔科標榜医が行った場合、当該麻酔科標榜医は、診察の内容を担当医師に共有すること。

（３） 主要な麻酔手技を実施する際には、麻酔科標榜医の管理下で行わなければならない。この場合、当該麻酔科標榜医は、麻酔中の患者と同室内にいる必要があること。

（４） 担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常

勤看護師が実施しても差し支えないものとする。また、この場合において、麻酔前後の診察を行った担当医師又は麻酔科標榜医は、当該診察の内容を当該看護師に共有すること。

（５） 麻酔管理料(Ⅱ)を算定する場合には、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載すること。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。

（６） 麻酔管理料(Ⅱ)について、「通則２」及び「通則３」の加算は適用しない。

（７） 同一の患者について、麻酔管理料(Ⅰ)及び麻酔管理料(Ⅱ)を併算定することはできないが、同一保険医療機関において麻酔管理料(Ⅰ)及び麻酔管理料(Ⅱ)の双方を異なる患者に算定することは可能であること。

（８） 「注２」に規定する周術期薬剤管理加算の取扱いは、区分番号「Ｌ００９」麻酔管理料(Ⅰ)の(６)及び(７)と同様であること。

第２節 神経ブロック料

Ｌ１００ 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）、Ｌ１０１ 神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）

（１） 神経ブロックとは、疼痛管理に専門的知識を持った医師が行うべき手技であり、疾病の治療又は診断を目的とし、主として末梢の脳脊髄神経節、脳脊髄神経、交感神経節等に局所麻酔剤、ボツリヌス毒素若しくはエチルアルコール（50%以上）及びフェノール（２%以上）等の神経破壊剤の注入、高周波凝固法又はパルス高周波法により、神経内の刺激伝達を遮断することをいう。

（２） 神経ブロックは、疼痛管理を専門としている医師又はその経験のある医師が、原則として局所麻酔剤、ボツリヌス毒素若しくは神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法を使用した場合に算定する。ただし、医学的な必要性がある場合には、局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合においても神経ブロックとして算定できる。なお、この場合において、医学的必要性について診療報酬明細書に記載すること。

（３） 同一神経のブロックにおいて、神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用によるものは、がん性疼痛を除き、月１回に限り算定する。また、同一神経のブロックにおいて、局所麻酔剤又はボツリヌス毒素により神経ブロックの有効性が確認された後に、神経破壊剤又は高周波凝固法を用いる場合に限り、局所麻酔剤又はボツリヌス毒素によるものと神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法によるものを同一月に算定できる。

（４） 同一名称の神経ブロックを複数か所に行った場合は、主たるもののみ算定する。また、２種類以上の神経ブロックを行った場合においても、主たるもののみ算定する。

（５） 椎間孔を通って脊柱管の外に出た脊髄神経根をブロックする「１」の神経根ブロックに先立って行われる選択的神経根造影等に要する費用は、「１」の神経根ブロックの所定点数に含まれ、別に算定できない。

（６） 神経ブロックに先立って行われるエックス線透視や造影等に要する費用は、神経ブロックの所定点数に含まれ、別に算定できない。

（７） 同一日に神経ブロックと同時に行われたトリガーポイント注射や神経幹内注射については、部位にかかわらず別に算定できない。

Ｌ１０３ カテラン硬膜外注射

刺入する部位にかかわらず、所定点数を算定する。

Ｌ１０４　トリガーポイント注射

（１）　トリガーポイント注射は、圧痛点に局所麻酔剤あるいは局所麻酔剤を主剤とする薬剤を注射する手技であり、施行した回数及び部位にかかわらず、１日につき１回算定できる。

（２）　トリガーポイント注射と神経幹内注射は同時に算定できない。

Ｌ１０５　神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入

「注」の「精密持続注入」とは、自動注入ポンプを用いて１時間に10mL以下の速度で麻酔剤を注入するものをいう。

第12部　放射線治療

通則

1　放射線治療の費用は、第１節の各区分の所定点数により算定する。ただし、放射線治療に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、第１節の所定点数に第２節の所定点数を合算した点数により算定する。

2　第１節に掲げられていない放射線治療であって特殊なものの費用は、第１節に掲げられている放射線治療のうちで最も近似する放射線治療の所定点数により算定する。

3　新生児、３歳未満の乳幼児（新生児を除く。）、３歳以上６歳未満の幼児又は６歳以上15歳未満の小児に対して放射線治療（区分番号Ｍ０００からＭ００１－３まで及びＭ００２からＭ００４までに掲げる放射線治療に限る。）を行った場合は、小児放射線治療加算として、当該放射線治療の所定点数にそれぞれ所定点数の100分の80、100分の50、100分の30又は100分の20に相当する点数を加算する。

第１節　放射線治療管理・実施料

区分

Ｍ０００　放射線治療管理料（分布図の作成１回につき）

1　１門照射、対向２門照射又は外部照射を行った場合　2,700点

2　非対向２門照射、３門照射又は腔内照射を行った場合　3,100点

3　４門以上の照射、運動照射、原体照射又は組織内照射を行った場合　4,000点

4　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）による体外照射を行った場合　5,000点

注１　線量分布図を作成し、区分番号Ｍ００１に掲げる体外照射、区分番号Ｍ００４の１に掲げる外部照射、区分番号Ｍ００４の２に掲げる腔内照射又は区分番号Ｍ００４の３に掲げる組織内照射による治療を行った場合に、分布図の作成１回につき１回、一連につき２回に限り算定する。

2　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、患者に対して、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が策定した照射計画に基づく医学的管理（区分番号Ｍ００１の２に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号Ｍ００１の３に掲げる強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に係るものに限る。）を行った場合は、放射線治療専任加算として、330点を所定点数に加算する。

3　注２に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であって、入院中の患者以外のもの等に対して、放射線治療（区分番号Ｍ００１の２に掲げる高エネルギー放射線治療及び区分番号Ｍ００１の３に掲げる強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に係るものに限る。）を実施した場合に、外来放射線治療加算として、患者１人１日につき１回に限り100点を所定点数に加算する。

4　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、緊急時の放射線治療の治療計画を、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た別の保険医療機関と共同して策定した場合に、遠隔放射線治療計画加算として、一連の治療につき１回に限り2,000点を所定点数に加算する。

Ｍ０００－２　放射性同位元素内用療法管理料

1　甲状腺癌に対するもの　1,390点

2　甲状腺機能亢進症に対するもの　1,390点

3　固形癌骨転移による疼痛に対するもの　1,700点

4　Ｂ細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの　3,000点

5　骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの　2,630点

6　神経内分泌腫瘍に対するもの　2,660点

7　褐色細胞腫に対するもの　1,820点

注１　１及び２については、甲状腺疾患（甲状腺癌及び甲状腺機能亢進症）を有する患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

2　３については、固形癌骨転移による疼痛を有する患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

3　４については、Ｂ細胞性非ホジキンリンパ腫の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

4　５については、骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。

5　６については、ソマトスタチン受容体陽性の神経内分泌腫瘍の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。

6　７については、ＭＩＢＧ集積陽性の治癒切除不能な褐色細胞腫（パラガングリオーマを含む。）の患者に対して、放射性同位元素内用療法を行い、かつ、計画的な治療管理を行った場合に、放射性同位元素を投与した日に限り算定する。

Ｍ００１　体外照射

1　エックス線表在治療

イ　１回目　110点

ロ　２回目　33点

2　高エネルギー放射線治療

イ　１回目

(1)　１門照射又は対向２門照射を行った場合　840点

(2)　非対向２門照射又は３門照射を行った場合　1,320点

(3)　４門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合　1,800点

ロ　２回目

(1)　１門照射又は対向２門照射を行った場合　420点

(2)　非対向２門照射又は３門照射を行った場合　660点

(3)　４門以上の照射、運動照射又は原体照射を行った場合　900点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。

2　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１回の線量が2.5Ｇｙ以上の全乳房照射を行った場合は、一回線量増加加算として、690点を所定点数に加算する。

3　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）　3,000点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、放射線治療を実施した場合に算定する。

2　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、１回の線量が３Ｇｙ以上の前立腺照射を行った場合は、一回線量増加加算として、1,400点を所定点数に加算する。

注１　疾病、部位又は部位数にかかわらず、１回につき算定する。

2　術中照射療法を行った場合は、術中照射療法加算として、患者１人につき１日を限度として、5,000点を所定点数に加算する。

3　体外照射用固定器具を使用した場合は、体外照射用固定器具加算として、1,000点を所定点数に加算する。

4　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導放射線治療（ＩＧＲＴ）による体外照射を行った場合（イの場合は、乳房照

射に係るもの、ロ及びハの場合は、２のイの⑴若しくはロの⑴又は３に係るものに限る。）には、画像誘導放射線治療加算として、患者１人１日につき１回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定点数に加算する。

イ　体表面の位置情報によるもの　150点
ロ　骨構造の位置情報によるもの　300点
ハ　腫瘍の位置情報によるもの　450点

５　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、呼吸性移動対策を行った場合は、体外照射呼吸性移動対策加算として、150点を所定点数に加算する。

Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療　50,000点

Ｍ００１－３　直線加速器による放射線治療（一連につき）

１　定位放射線治療の場合　63,000点
２　１以外の場合　8,000点

注１　定位放射線治療のうち、患者の体幹部に対して行われるものについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

２　定位放射線治療について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、呼吸性移動対策を行った場合は、定位放射線治療呼吸性移動対策加算として、所定点数に次の点数を加算する。

イ　動体追尾法　10,000点
ロ　その他　5,000点

Ｍ００１－４　粒子線治療（一連につき）

１　希少な疾病に対して実施した場合
イ　重粒子線治療の場合　187,500点
ロ　陽子線治療の場合　187,500点
２　１以外の特定の疾病に対して実施した場合
イ　重粒子線治療の場合　110,000点
ロ　陽子線治療の場合　110,000点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して行われる場合に限り算定する。

２　粒子線治療の適応判定体制に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、粒子線治療の適応判定に係る検討が実施された場合には、粒子線治療適応判定加算として、40,000点を所定点数に加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を担当する専従の医師が策定した照射計画に基づく医学的管理を行った場合には、粒子線治療医学管理加算として、10,000点を所定点数に加算する。

Ｍ００１－５　ホウ素中性子捕捉療法（一連につき）　187,500点

注１　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、別に厚生労働大臣が定める患者に対して行われる場合に限り算定する。

２　ホウ素中性子捕捉療法の適応判定体制に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ホウ素中性子捕捉療法の適応判定に係る検討が実施された場合には、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算として、40,000点を所定点数に加算する。

３　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、ホウ素中性子捕捉療法に関する専門の知識を有する医師が策定した照射計画に基づく医学的管理を行った場合には、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算として、10,000点を所定点数に加算する。

４　体外照射用固定器具を使用した場合は、体外照射用固定器具加算として、1,000点を所定点数に加算する。

Ｍ００２　全身照射（一連につき）　30,000点

注　造血幹細胞移植を目的として行われるものに限る。

Ｍ００３　電磁波温熱療法（一連につき）

１　深在性悪性腫瘍に対するもの　9,000点
２　浅在性悪性腫瘍に対するもの　6,000点

Ｍ００４　密封小線源治療（一連につき）

１　外部照射　80点
２　腔内照射
イ　高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合　12,000点
ロ　その他の場合　5,000点
３　組織内照射
イ　前立腺癌に対する永久挿入療法　48,600点
ロ　高線量率イリジウム照射を行った場合又は新型コバルト小線源治療装置を用いた場合　23,000点
ハ　その他の場合　19,000点
４　放射性粒子照射（本数に関係なく）　8,000点

注１　疾病、部位又は部位数にかかわらず、一連につき算定する。

２　使用した高線量率イリジウムの費用として、購入価格を50円で除して得た点数を加算する。

３　使用した低線量率イリジウムの費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。

４　前立腺癌に対する永久挿入療法を行った場合は、線源使用加算として、使用した線源の費用として１個につき630点を所定点数に加算する。ただし、この場合において、注６の加算は算定できない。

５　食道用アプリケーター又は気管、気管支用アプリケーターを使用した場合は、食道用アプリケーター加算又は気管、気管支用アプリケーター加算として、それぞれ6,700点又は4,500点を所定点数に加算する。

６　使用した放射性粒子の費用として、購入価格を10円で除して得た点数を加算する。

７　使用したコバルトの費用として、購入価格を1,000円で除して得た点数を加算する。

８　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が画像誘導密封小線源治療（ＩＧＢＴ）（２のイに係るものに限る。）を行った場合には、画像誘導密封小線源治療加算として、一連につき1,200点を所定点数に加算する。

Ｍ００５　血液照射　110点

第２節　特定保険医療材料料

区分

Ｍ２００　特定保険医療材料　材料価格を10円で除して得た点数

注　使用した特定保険医療材料の材料価格は、別に厚生労働大臣が定める。

第12部　放射線治療

＜通則＞

1　放射線治療に係る費用は、第１節放射線治療管理・実施料及び第２節特定保険医療材料料（厚生労働大臣が定める保険医療材料のうち放射線治療に当たり使用したものの費用に限る。）に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。

2　第１節に掲げられていない放射線治療のうち、簡単なものの費用は算定できないものであるが、特殊なものの費用は、その都度当局に内議し、最も近似する放射線治療として準用が通知された算定方法により算定する。

3　小児放射線治療加算は、各区分の注に掲げる加算については加算の対象とならない。

第１節　放射線治療管理・実施料

Ｍ０００　放射線治療管理料

（１）　放射線治療管理料は、区分番号「Ｍ００１」体外照射又は区分番号「Ｍ００４」密封小線源治療の「１」に掲げる外部照射、「２」に掲げる腔内照射若しくは「３」に掲げる組織内照射による治療を行うに際して、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画（三次元線量分布図を用いるものを含む。以下同じ。）により放射線照射を行った場合に、分布図の作成１回につき１回、所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程において２回に限り算定する。ただし、子宮頸癌に対して行う場合は、一連の治療過程において４回まで算定できる。

（２）　画像診断を実施し、その結果に基づき、線量分布図に基づいた照射計画を作成した場合には、画像診断の所定点数は算定できるが、照射計画の作成に係る費用は当該治療管理料に含まれ、別に算定できない。

（３）　「注２」に規定する放射線治療専任加算は、区分番号「Ｍ００１」体外照射の「２」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「Ｍ００１」体外照射の「３」に掲げる強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の際に、放射線治療を専ら担当する医師により、照射計画の作成、照射中の患者の管理及び照射後の副作用管理を含めた放射線科的管理が行われた場合に限り算定する。

（４）　「注３」に規定する外来放射線治療加算の対象となる患者は、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であり、以下のいずれかに該当する場合に、１日につき１回に限り算定する。

ア　入院中の患者以外の患者に対して、区分番号「Ｍ００１」体外照射の「２」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「Ｍ００１」体外照射の「３」に掲げる強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合

イ　他の保険医療機関に入院中の患者に対して、区分番号「Ｍ００１」体外照射の「３」に掲げる強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合

（５）　「注４」に規定する隔日放射線治療計画加算は、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が配置されていない施設における放射線治療において、緊急時の放射線治療における業務の一部（照射計画の立案等）を、情報通信技術を用いたシステムを利用し、放射線治療を行う施設と連携した放射線治療を支援する施設の医師等による支援を受けて実施した場合に、一連の治療につき１回に限り算定する。なお、緊急時とは急激な病態の変化により速やかに放射線治療の開始が必要な切迫した病態や、臨時的な放射線治療計画変更が必要とされる状態をいう。

Ｍ０００－２　放射性同位元素内用療法管理料

（１）　放射性同位元素内用療法管理料は、非密封放射線源による治療で、放射性同位元素を生体に投与し、その放射能による病巣内照射を行う放射線治療に当たり、当該治療を受けている患者の継続的な管理を評価するものである。

（２）　放射性同位元素内用療法管理料は入院・入院外を問わず、患者に対して放射性同位元素内用療法に関する内容について説明・指導した場合に限り算定できる。また、説明・指導した内容等を診療録に記載又は添付すること。

（３）　放射性同位元素の内用後４月間は、内用の有無にかかわらず算定できる。ただし、診療報酬明細書には、管理の開始の日付を記載すること。

（４）　「１」の「甲状腺癌に対するもの」は、甲状腺分化癌の患者（甲状腺分化癌であって、甲状腺組織の破壊、又は甲状腺癌の転移の治療（甲状腺全摘術、亜全摘術後及び手術により摘出できない症例等））に対して行った場合に算定する。

（５）　「３」の「固形癌骨転移による疼痛に対するもの」は、固形癌骨転移の患者（骨シンチグラフィで陽性像を呈する骨転移があって、骨転移部位の疼痛緩和目的（他の治療法（手術、化学療法、内分泌療法、鎮痛剤、外部放射線照射等）で疼痛コントロールが不十分である症例））に対して行った場合に算定する。

（６）　「４」の「Ｂ細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの」は、ＣＤ20 陽性の再発又は難治性である、低悪性度Ｂ細胞性非ホジキンリンパ腫又はマントル細胞リンパ腫の患者に対して行った場合に算定する。

（７）　「５」の「骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの」は、去勢抵抗性前立腺癌であって、骨シンチグラフィ等で骨転移を認める患者に対して行った場合に、１月あたりの回数によらず、放射性同位元素を内用した日に限り算定する。

（８）　「６」の「神経内分泌腫瘍に対するもの」は、ソマトスタチン受容体陽性の切除不能又は遠隔転移を有する神経内分泌腫瘍の患者に対して行った場合に算定する。

（９）　「７」の「褐色細胞腫に対するもの」は、メタヨードベンジルグアニジンが集積する悪性褐色細胞腫・パラガングリオーマの患者に対して行った場合に算定する。

（10）　放射性同位元素内用療法管理に当たっては、退出基準等、放射線管理の基準に沿って行われるものであること。

（11）　放射性医薬品の管理に当たっては、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者を配置することが望ましい。

Ｍ００１　体外照射

（１）　体外照射の具体的な定義は次のとおりである。

ア　エックス線表在治療とは、管電圧 10 万ボルト未満による照射療法をいう。

イ　高エネルギー放射線治療とは、100 万電子ボルト以上のエックス線又は電子線の応用で、直線加速装置又はマイクロトロン治療装置使用による照射療法をいう。

ウ　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）とは、多分割絞り（マルチリーフコリメータ）などを用いて、空間的又は時間的な放射線強度の調整を同一部位に対する複数方向からの照射について行うことで、三次元での線量分布を最適なものとする照射療法をいう。ただし、診療報酬の算定については、関連学会のガイドラインに準拠し、３方向以上の照射角度から各門につき３種以上の線束強度変化を持つビームによる治療計画を逆方向治療計画法にて立案したものについて照射した場合に限る。

（２）　体外照射の治療料は、疾病の種類、部位の違い、部位数及び同一患部に対する照射方法にかかわらず、１回につき所定点数を算定する。また、２方向以上の照射であっても当該所定点数のみにより算定する。

（３）　「１」エックス線表在治療及び「２」高エネルギー放射線治療は、１日に複数部位の照射を行う場合においては、１回目とは異なる部位に係る２回目の照射に限り、「ロ」の２回目の所定点数を算定する。１日に同一部位に対する複数回の照射を行う場合は、１回目の照射と２回目の照射の間隔が２時間を超える場合に限り、「イ」の１回目の所定点数を１日に２回分算定できる。

（４）　一回線量増加加算

ア　日本放射線腫瘍学会が作成した最新の「放射線治療計画ガイドライン」を遵守して実施した場合に限り算定できる。

イ　患者に対して、当該治療の内容、合併症及び予後等を照射線量と回数の違いによる差異が分かるように文書を用いて詳しく説明を行い、患者の同意を得るとともに、患者から要望のあった場合、その都度治療に関して十分な情報を提供すること。

なお、患者への説明は、図、画像、映像、模型等を用いて行うことも可能であるが、説明した内容については文書（書式様式は自由）で交付、診療録に添付すること。また、患者への説明が困難な状況にあっては、事後の説明又は家族等関係者に説明を行っても差し支えない。ただし、その旨を診療録に記載すること。

ウ　「３」強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の「注２」の一回線量増加加算は、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）を行う場合であって、「注４」の「ハ」（画像誘導放射線治療加算（腫瘍の位置情報によるもの））を算定する場合に限り算定する。

（５）　「注３」の体外照射用固定器具加算は、悪性腫瘍に対して体外照射を行う際に身体を精密に固定する器具を使用した場合に限り、一連の治療につき１回に限り算定できる。

（６）　「注４」の画像誘導放射線治療（ＩＧＲＴ）とは、毎回の照射時に治療計画時と照射時の照射中心位置の三次元的な空間的再現性が５ミリメートル以内であることを照射室内で画像的に確認・記録して照射する治療のことである。

（７）　「注４」の画像誘導放射線治療加算は、「２」高エネルギー放射線治療の所定点数を１日に２回分算定できる場合であっても、１日に１回の算定を限度とする。

（８）　「注５」の呼吸性移動対策とは、呼吸による移動長が 10 ミリメートルを超える肺がん、食道がん、胃がん、肝がん、胆道がん、膵がん、腎がん若しくは副腎がん又は深吸気位において心臓の線量低減が可能な左乳がんに対し、治療計画時及び毎回の照射時に呼吸運動（量）を計測する装置又は実時間位置画像装置等を用いて、呼吸性移動による照射範囲の拡大を低減する対策のことをいい、呼吸性移動のために必要な照射野の拡大が三次元的な各方向に対しそれぞれ５ミリメートル以下となることが、治療前に計画され、照射時に確

認されるものをいう。なお、治療前の治療計画の際に、照射範囲計画について記録し、毎回照射時に実際の照射範囲について記録の上、検証すること。

Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療

（１）　ガンマナイフによる定位放射線治療とは、半球状に配置された多数のコバルト^{60}の微小線源から出るガンマ線を集束させ、病巣部を照射する治療法をいう。

（２）　数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は１回のみ算定する。

（３）　定位型手術枠（フレーム）を取り付ける際等の麻酔、位置決め等に係る画像診断、検査、放射線治療管理等の当該治療に伴う一連の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｍ００１－３　直線加速器による放射線治療（一連につき）

（１）　直線加速器による放射線治療は、実施された直線加速器による体外照射を一連で評価したものであり、「Ｍ００１」体外照射を算定する場合は、当該点数は算定できない。

（２）　定位放射線治療とは、直線加速器（マイクロトロンを含む。）により極小照射野で線量を集中的に照射する治療法であり、頭頸部に対する治療については、照射中心の固定精度が２ミリメートル以内であるものをいい、体幹部に対する治療については、照射中心の固定精度が５ミリメートル以内であるものをいう。

（３）　定位放射線治療における頭頸部に対する治療については、頭頸部腫瘍（頭蓋内腫瘍を含む。）及び脳動静脈奇形に対して行った場合にのみ算定し、体幹部に対する治療については、原発病巣が直径５センチメートル以下であり転移病巣のない原発性肺癌、原発性肝癌又は原発性腎癌、３個以内で他病巣のない転移性肺癌又は転移性肝癌、転移病巣のない限局性の前立腺癌又は膵癌、直径５センチメートル以下の転移性脊椎腫瘍、５個以内のオリゴ転移及び脊髄動静脈奇形（頸部脊髄動静脈奇形を含む。）に対して行った場合にのみ算定し、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は１回のみ算定する。

（４）　定位放射線治療については、定位型手術枠又はこれと同等の固定精度を持つ固定装置を取り付ける際等の麻酔、位置決め等に係る画像診断、検査、放射線治療管理等の当該治療に伴う一連の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（５）　「注２」の呼吸性移動対策とは、呼吸による移動長が 10 ミリメートルを超える肺がん、肝がん又は腎がんに対し、治療計画時及び毎回の照射時に呼吸運動（量）を計測する装置又は実時間位置画像装置等を用いて、呼吸性移動による照射範囲の拡大を低減する対策のことをいい、呼吸性移動のために必要な照射野の拡大が三次元的な各方向に対しそれぞれ５ミリメートル以下となることが、治療前に計画され、照射時に確認されるものをいう。なお、治療前の治療計画の際に、照射範囲計画について記録し、毎回照射時に実際の照射範囲について記録の上、検証すること。

（６）　「注２」の「イ」動体追尾法は、自由呼吸の下で、呼吸運動と腫瘍位置との関係を分析し、呼吸運動に合わせて照射野を移動して照射する方法、又は呼吸運動に合わせて腫瘍の近傍のマーカー等をエックス線透視し、決められた位置を通過する時に照射する方法のいずれかの場合に算定する。

Ｍ００１－４　粒子線治療（一連につき）

（１）　重粒子線治療とは、炭素原子核を加速することにより得られた重粒子線を集中的に照射

する治療法であるものをいう。

（2） 陽子線治療とは、水素原子核を加速することにより得られた陽子線を集中的に照射する治療法であるものをいう。

（3） 重粒子線治療は、手術による根治的な治療法が困難である限局性の骨軟部腫瘍、頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）、手術による根治的な治療法が困難である肝細胞癌（長径４センチメートル以上のものに限る。）、手術による根治的な治療法が困難である肝内胆管癌、手術による根治的な治療法が困難である局所進行性膵癌、手術による根治的な治療法が困難である局所大腸癌（手術後に再発したものに限る。）、手術による根治的な治療法が困難である局所進行性子宮頸部腺癌又は限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）に対して根治的な治療法として行った場合にのみ算定し、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は１回のみ算定する。

（4） 陽子線治療は、小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）、手術による根治的な治療法が困難である限局性の骨軟部腫瘍、頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）、手術による根治的な治療法が困難である肝細胞癌（長径４センチメートル以上のものに限る。）、手術による根治的な治療法が困難である肝内胆管癌、手術による根治的な治療法が困難である局所進行性膵癌、手術による根治的な治療法が困難である局所大腸癌（手術後に再発したものに限る。）又は限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）に対して根治的な治療法として行った場合にのみ算定し、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は１回のみ算定する。

（5） 「１」に規定する希少な疾病とは、小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）、手術による根治的な治療法が困難である限局性の骨軟部腫瘍及び頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。））、手術による根治的な治療法が困難である肝細胞癌（長径４センチメートル以上のものに限る。）、手術による根治的な治療法が困難である肝内胆管癌、手術による根治的な治療法が困難である局所進行性膵癌、手術による根治的な治療法が困難である局所大腸癌（手術後に再発したものに限る。）又は手術による根治的な治療法が困難である局所進行性子宮頸部腺癌のことを指し、「２」に規定する「１」以外の特定の疾病とは、限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）のことを指す。

（6） 粒子線治療について、位置決めなどに係る画像診断、検査等の当該治療に伴う一連の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（7） 「注２」の粒子線治療適応判定加算は、当該治療の実施に当たって、治療適応判定に関する体制が整備された保険医療機関において、適応判定が実施された場合に算定できるものであり、当該治療を受ける全ての患者に対して、当該治療の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望のあった場合、その都度治療に関して十分な情報を提供すること。なお、患者への説明内容については文書（書式様式は自由）で交付し、診療録に添付すること。

（8） 「注３」に規定する粒子線治療医学管理加算は、粒子線治療に係る照射に際して、画像診断に基づきあらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画と照射時の照射中心位置を、三次元的な空間的再現性により照射室内で画像的に確認・記録するなどの医学的管理を行った場合に限り算定する。

（9） 粒子線治療の実施に当たっては、薬事承認された粒子線治療装置を用いた場合に限り算定する。

Ｍ００１－５ ホウ素中性子捕捉療法（一連につき）

（1） ホウ素中性子捕捉療法は、薬事承認された医療機器及び医薬品を用いて、切除不能な局所進行又は局所再発の頭頚部癌の患者に対して実施した場合に限り、一連の治療につき１回に限り算定する。

（2） ホウ素中性子捕捉療法は、関連学会により認定された医師の管理の下で実施すること。

（3） ホウ素中性子捕捉療法の実施に当たっては、使用した薬剤は別に算定できる。

（4） ホウ素中性子捕捉療法について、位置決めなどに係る画像診断、検査等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（5） 「注２」に規定するホウ素中性子捕捉療法適応判定加算は、当該療法の実施に当たって、治療適応判定に関する体制が整備された保険医療機関において、適応判定が実施された場合に算定できるものであり、当該療法を受ける全ての患者に対して、当該療法の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望のあった場合、その都度治療に関して十分な情報を提供すること。なお、患者への説明内容については文書（書式様式は自由）で交付し、診療録に添付すること。

（6） 「注３」に規定するホウ素中性子捕捉療法医学管理加算は、ホウ素中性子捕捉療法に係る照射に際して、画像診断に基づきあらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画と照射時の照射中心位置を、三次元的な空間的再現性により照射室内で画像的に確認・記録するなどの医学的管理を行った場合に限り算定する。

（7） 「注４」に規定する体外照射用固定器具加算は、ホウ素中性子捕捉療法を行う際に身体を精密に固定する器具を使用した場合に限り、一連の治療につき１回に限り算定できる。

Ｍ００２ 全身照射（一連につき）

全身照射は、１回の造血幹細胞移植について、一連として１回に限り算定できる。

Ｍ００３ 電磁波温熱療法（一連につき）

（1） 「１」の深在性悪性腫瘍に対するものは、頭蓋内又は体腔内に存在する腫瘍であって、腫瘍の大半が概ね皮下６センチメートル以上の深部に所在するものに対して、高出力の機器（100 メガヘルツ以下の低周波数のもの）を用いて電磁波温熱療法を行う場合に算定できる。

（2） 四肢若しくは頸部の悪性腫瘍に対して行う場合又はアプリケーターを用いて腔内加温を行う場合は、腫瘍の存在する部位及び使用する機器の如何を問わず、「２」の浅在性悪性腫瘍に対するものにより算定する。

（3） 電磁波温熱療法は、放射線治療と併用しない場合（化学療法と併用する場合又は単独で行う場合）においても算定できる。

（4） 「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数か月間の一連の治療過程に複数回の電磁波温熱療法を行う場合は、１回のみ所定点数を算定し、その他数回の療法の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。なお、医学的な必要性から、一連の治療過程後に再度、当該療法を行う場合は、２月に１回、２回を限度として算定する。

（５） 電磁波温熱療法の実施に当たっては、治療部分の温度を測定し、十分な加温を確認する等の必要な措置を講ずる。

（６） 電磁波温熱療法を行うに当たって使用するセンサー等の消耗品の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｍ００４　密封小線源治療（一連につき）

（１） 密封小線源治療の治療料は疾病の種類、部位の違い、部位数の多寡にかかわらず、一連として所定点数を算定する。

（２） 外部照射とは、コバルト^{60}、セシウム^{137}等のガンマ線又はストロンチウム^{90}等のベーター線による４センチメートル以下の近距離照射又は直接貼布する療法をいう。

（３） 腔内照射

ア　高線量率イリジウム照射を行った場合とは、子宮腔、膣腔、口腔、直腸等の腔内にイリジウム^{192}管を挿入し照射する場合であり、アプリケーターの挿入から抜去までを一連として算定する。なお、挿入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

イ　新型コバルト小線源治療装置とは、高線量率イリジウム照射で用いられる線源と概ね同じ大きさの径の線源を用いるものをいう。

ウ　その他の場合とは、子宮腔、膣腔、口腔、直腸等の腔内にセシウム^{137}管等を挿入して照射する場合や眼窩内等にストロンチウム容器を挿入して照射する場合であり、アプリケーターの挿入から抜去までを一連として算定するものとし、新型コバルト小線源治療装置を用いた場合には、「イ」により算定し、旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合は算定できない。なお、挿入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

（４） 組織内照射

ア　前立腺癌に対する永久挿入療法とは、前立腺組織内にヨウ素^{125}粒子を挿入する療法をいい、当該療法の実施に当たっては、関係法令及び関係学会のガイドラインを踏まえ、適切に行われるよう十分留意すること。

イ　高線量率イリジウム照射を行った場合とは、イリジウム^{192} 線源を挿入する場合であり、外套針の刺入から抜去までの全期間を一連として算定する。なお、外套針の刺入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

ウ　新型コバルト小線源治療装置とは、高線量率イリジウム照射で用いられる線源と概ね同じ大きさの径の線源を用いるものであり、それよりも大きな径の線源である従前のコバルト線源を用いるものは該当しない。

エ　その他の場合とは、舌その他の口腔癌、皮膚癌、乳癌等の癌組織内にコバルト針、セシウム針等を刺入する場合であり、刺入から抜去までの全期間を一連として算定する。なお、刺入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

（５） 放射性粒子照射とは、組織内に放射性金粒子等の放射性粒子を刺入するものであって、その使用本数等に関係なく一連につき所定点数を算定する。また、この場合「注６」により放射性粒子の費用は別に算定できる。なお、刺入に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

（６） 同一の高線量率イリジウムを使用し、１人又は複数の患者に対して１回又は複数回の密封小線源治療を行った場合は、使用した高線量率イリジウムの費用として、患者１人につき１回に限り加算する。

（７） 同一の低線量率イリジウムを使用し、１人の患者に対して複数回の密封小線源治療を行った場合は、使用した低線量率イリジウムの費用として、患者１人につき１回に限り加算する。

（８） 同一のコバルトを使用し、１人の患者に対して複数回の密封小線源治療を行った場合は、使用したコバルトの費用として、患者１人につき１回に限り加算する。

（９） 「注８」に規定する画像誘導密封小線源治療加算は、治療用のアプリケーターを挿入した状態で撮影したＣＴ又はＭＲＩの画像所見を用いて治療計画を行い、腫瘍と周囲臓器への最適な照射線量を計算して、子宮頸癌に対して照射した場合に限り、一連につき１回に限り算定する。

（10） 「注８」に規定する画像誘導密封小線源治療加算は、日本放射線腫瘍学会が作成した最新の「密封小線源治療の診療・物理ＱＡガイドライン」を遵守して実施した場合に限り算定できる。

Ｍ００５　血液照射

（１） 血液照射は、輸血後移植片対宿主病予防のために輸血用血液に対して放射線照射を行った場合に算定する。

（２） 血液照射料は、血液照射を行った血液量が 400 ミリリットル以下の場合には 110 点、これ以降 400 ミリリットル又はその端数を増すごとに 110 点を加えて計算する。なお、血液照射を行った血液のうち、実際に輸血を行った１日当たりの血液量についてのみ算定する。

（３） 血液量は、実際に照射を行った総量又は原材料として用いた血液の総量のうちいずれか少ない量により算定する。例えば、200 ミリリットルの血液から製造された 30 ミリリットルの血液成分製剤については 30 ミリリットルとして算定し、200 ミリリットルの血液から製造された 230 ミリリットルの保存血及び血液成分製剤は、200 ミリリットルとして算定する。

（４） 放射線を照射した血液製剤を使用した場合は、当該血液照射は別に算定できない。

（５） 血液照射に当たっては、「血液製剤の使用指針及び輸血療法の実施に関する指針について」（平成 11 年６月 10 日付け医薬発第 715 号厚生省医薬安全局長通知）及び「血小板製剤の使用適正化の推進について」（平成６年７月 11 日付け薬発第 638 号厚生省薬務局長通知）による、両通知別添（「血液製剤の使用指針」、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血小板製剤の適正使用について」）その他の関係通知及び関係学会から示されている血液照射についてのガイドラインを遵守するよう努めるものとする。

第13部　病理診断

通則

1　病理診断の費用は、第１節及び第２節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。ただし、病理診断に当たって患者から検体を穿刺し又は採取した場合は、第１節及び第２節並びに第３部第４節の各区分の所定点数を合算した点数により算定する。

2　病理診断に当たって患者に対し薬剤を施用した場合は、特に規定する場合を除き、前号により算定した点数及び第３部第５節の所定点数を合算した点数により算定する。

3　病理診断に当たって、別に厚生労働大臣が定める保険医療材料（以下この部において「特定保険医療材料」という。）を使用した場合は、前２号により算定した点数及び第３部第６節の所定点数を合算した点数により算定する。

4　第１節又は第２節に掲げられていない病理診断であって特殊なものの費用は、第１節又は第２節に掲げられている病理診断のうちで最も近似する病理診断の各区分の所定点数により算定する。

5　対称器官に係る病理標本作製料の各区分の所定点数は、両側の器官の病理標本作製料に係る点数とする。

6　保険医療機関が、患者の人体から排出され、又は採取された検体について、当該保険医療機関以外の施設に臨床検査技師等に関する法律第２条に規定する病理学的検査を委託する場合における病理診断に要する費用については、第３部検査の通則第６号に規定する別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。ただし、区分番号Ｎ００６に掲げる病理診断料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。

7　保険医療機関間のデジタル病理画像（病理標本に係るデジタル画像のことをいう。以下この表において同じ。）の送受信及び受信側の保険医療機関における当該デジタル病理画像の観察により、区分番号Ｎ００３に掲げる術中迅速病理組織標本作製又は区分番号Ｎ００３－２に掲げる迅速細胞診を行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り算定する。

第１節　病理標本作製料

通則

1　病理標本作製に当たって、３臓器以上の標本作製を行った場合は、３臓器を限度として算定する。

2　リンパ節については、所属リンパ節ごとに１臓器として数えるが、複数の所属リンパ節が１臓器について存在する場合は、当該複数の所属リンパ節を１臓器として数える。

区分

Ｎ０００　病理組織標本作製
- 1　組織切片によるもの（１臓器につき）　860点
- 2　セルブロック法によるもの（１部位につき）　860点

Ｎ００１　電子顕微鏡病理組織標本作製（１臓器につき）　2,000点

Ｎ００２　免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製
- 1　エストロジェンレセプター　720点
- 2　プロジェステロンレセプター　690点
- 3　ＨＥＲ２タンパク　690点
- 4　ＥＧＦＲタンパク　690点
- 5　ＣＣＲ４タンパク　10,000点
- 6　ＡＬＫ融合タンパク　2,700点
- 7　ＣＤ３０　400点
- 8　その他（１臓器につき）　400点

注１　１及び２の病理組織標本作製を同一月に実施した場合は、180点を主たる病理組織標本作製の所定点数に加算する。

2　8について、確定診断のために４種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合には、1,200点を所定点数に加算する。

Ｎ００３　術中迅速病理組織標本作製（１手術につき）　1,990点

Ｎ００３－２　迅速細胞診
- 1　手術中の場合（１手術につき）　450点
- 2　検査中の場合（１検査につき）　450点

Ｎ００４　細胞診（１部位につき）
- 1　婦人科材料等によるもの　150点
- 2　穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等によるもの　190点

注１　１について、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、婦人科材料等液状化検体細胞診加算として、36点を所定点数に加算する。

2　2について、過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本を作製して、診断を行った場合には、液状化検体細胞診加算として、85点を所定点数に加算する。

Ｎ００５　ＨＥＲ２遺伝子標本作製
- 1　単独の場合　2,700点
- 2　区分番号Ｎ００２に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の３による病理標本作製を併せて行った場合　3,050点

Ｎ００５－２　ＡＬＫ融合遺伝子標本作製　6,520点

Ｎ００５－３　ＰＤ－Ｌ１タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製　2,700点

第２節　病理診断・判断料

区分

Ｎ００６　病理診断料
- 1　組織診断料　520点
- 2　細胞診断料　200点

注１　１については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号Ｎ０００に掲げる病理組織標本作製、区分番号Ｎ００１に掲げる電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号Ｎ００２に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製若しくは区分番号Ｎ００３に掲げる術中迅速病理組織標本作製により作製された組織標本（区分番号Ｎ０００に掲げる病理組織標本作製又は区分番号Ｎ００２に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された組織標本（当該保険医療機関以外の保険医療機関で区分番号Ｎ０００に掲げる病理組織標本作製又は区分番号Ｎ００２に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本のデジタル病理画像を含む。）に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月１回に限り算定する。

2　2については、病理診断を専ら担当する医師が勤務する病院又は病理診断を専ら担当する常勤の医師が勤務する診療所である保険医療機関において、区分番号Ｎ００３－２に掲げる迅速細胞診若しくは区分番号Ｎ００４に掲げる細胞診の２により作製された標本に基づく診断を行った場合又は当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づく診断を行った場合に、これらの診断の別又は回数にかかわらず、月１回に限り算定する。

3　当該保険医療機関以外の保険医療機関で作製された標本に基づき診断を行った場合は、区分番号Ｎ０００からＮ００４までに掲げる病理標本作製料は、別に算定できない。

4　病理診断管理に関する別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、その結果を文書により報告した場合には、当該基準に係る区分に従い、次に掲げる点数を所定点数に加算する。

イ　病理診断管理加算１

(1)　組織診断を行った場合　120点

⑵　細胞診断を行った場合　60点

ロ　病理診断管理加算２

⑴　組織診断を行った場合　320点

⑵　細胞診断を行った場合　160点

５　１については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、悪性腫瘍に係る手術の検体から区分番号Ｎ０００に掲げる病理組織標本作製の１又は区分番号Ｎ００２に掲げる免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合は、悪性腫瘍病理組織標本加算として、150点を所定点数に加算する。

Ｎ００７　病理判断料　130点

注１　行われた病理標本作製の種類又は回数にかかわらず、月１回に限り算定する。

２　区分番号Ｎ００６に掲げる病理診断料を算定した場合には、算定しない。

第13部　病理診断

＜通則＞

1　病理診断の費用には、病理標本作製を行う医師、看護師、臨床検査技師、衛生検査技師及び病理診断・判断を行う医師の人件費、試薬、デッキグラス、試験管等の材料費、機器の減価償却費、管理費等の費用が含まれる。

2　病理標本作製に当たって使用される試薬は、原則として医薬品として承認されたものであることを要する。

3　病理標本を撮影した画像を電子媒体に保存した場合、保存に要した電子媒体の費用は所定点数に含まれる。

4　第１節に掲げられていない病理標本作製であって簡単な病理標本作製の費用は、基本診療料に含まれ、別に算定できない。

5　第１節に掲げる病理標本作製料の項に掲げられていない病理標本作製のうち簡単な病理標本作製の病理標本作製料は算定できないが、特殊な病理標本作製については、その都度当局に内議し、最も近似する病理標本作製として通知されたものの算定方法及び注（特に定めるものを除く。）を準用して、準用された病理標本作製料に係る病理診断・判断料と併せて算定する。

6　保険医療機関間の連携により病理診断を行った場合は、標本若しくは検体（以下「標本等」という。）の送付側又はデジタル病理画像の送信側の保険医療機関において区分番号「Ｎ００６」病理診断料を算定できる。なお、その際には、送付側又は送信側の保険医療機関において、別紙様式44又はこれに準じた様式に診療情報等の必要事項を記載し、受取側又は受信側の保険医療機関に交付するものであること。さらに、病理標本の作製を衛生検査所に委託する場合には、衛生検査所にも当該事項を同様に交付すること。

　また、区分番号「Ｎ００６」の「注４」に規定する病理診断管理加算１又は２については、標本若しくは検体の受取側又はデジタル病理画像の受信側の保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、標本等の送付側又は送信側の保険医療機関にその結果を文書により報告した場合に当該基準に係る区分に従い、送付側又は送信側の保険医療機関において所定点数に加算する。標本等の受取側又は受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、標本等の送付側又は送信側、標本等の受取側又は受信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

7　保険医療機関間のデジタル病理画像の送受信及び受信側の保険医療機関における当該デジタル病理画像の観察による術中迅速病理組織標本作製を行った場合は、送信側の保険医療機関において区分番号「Ｎ００３」術中迅速病理組織標本作製及び区分番号「Ｎ００６」病理診断料の「１」を算定できる。また、区分番号「Ｎ００６」の「注４」に規定する病理診断管理加算１又は２については、受信側の保険医療機関が、当該加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関であり、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、送信側の保険医療機関にその結果を報告した場合に、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、受信側、送信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

8　保険医療機関間のデジタル病理画像の送受信及び受信側の保険医療機関における当該デジタル病理画像の観察による迅速細胞診を行った場合は、送信側の保険医療機関において区分番号

「Ｎ００３－２」迅速細胞診及び区分番号「Ｎ００６」病理診断料の「２」を算定できる。また、区分番号「Ｎ００６」の「注４」に規定する病理診断管理加算１又は２については、受信側の保険医療機関が、当該加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関であり、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、送信側の保険医療機関にその結果を報告した場合に当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、受信側、送信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

9　デジタル病理画像に基づく病理診断については、デジタル病理画像の作成、観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察及び診断を行った場合に算定できる。なお、デジタル病理画像に基づく病理診断を行うに当たっては、関係学会による指針を参考とすること。

第１節　病理標本作製料

Ｎ０００　病理組織標本作製

（１）　「１」の「組織切片によるもの」について、次に掲げるものは、各区分ごとに１臓器として算定する。

ア　気管支及び肺臓
イ　食道
ウ　胃及び十二指腸
エ　小腸
オ　盲腸
カ　上行結腸、横行結腸及び下行結腸
キ　Ｓ状結腸
ク　直腸
ケ　子宮体部及び子宮頸部

（２）　「２」の「セルブロック法によるもの」について、同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して標本作製を行った場合であっても、１回として算定する。

（３）　病理組織標本作製において、１臓器又は１部位から多数のブロック、標本等を作製した場合であっても、１臓器又は１部位の標本作製として算定する。

（４）　病理組織標本作製において、悪性腫瘍がある臓器又はその疑いがある臓器から多数のブロックを作製し、又は連続切片標本を作製した場合であっても、所定点数のみ算定する。

（５）　当該標本作製において、ヘリコバクター・ピロリ感染診断を目的に行う場合の保険診療上の取扱いについては、「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。

（６）　「２」の「セルブロック法によるもの」は、悪性中皮腫を疑う患者又は組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難な肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌若しくは悪性リンパ腫を疑う患者に対して、穿刺吸引等により採取した検体を用いてセルブロック法により標本作製した場合に算定する。なお、肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌又は悪性リンパ腫を疑う患者に対して実施した場合には、組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｎ００１　電子顕微鏡病理組織標本作製

（１）　電子顕微鏡病理組織標本作製は、腎組織、内分泌臓器の機能性腫瘍（甲状腺腫を除く。）、異所性ホルモン産生腫瘍、軟部組織悪性腫瘍、ゴーシェ病等の脂質蓄積症、多糖体蓄積症等に対する生検及び心筋症に対する心筋生検の場合において、電子顕微鏡による病理診断のための病理組織標本を作製した場合に算定できる。

（２）　電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号「Ｎ０００」病理組織標本作製、区分番号「Ｎ００２」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製のうち、いずれを算定した場合であっても、他の２つの項目を合わせて算定することができる。

Ｎ００２　免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

（１）　免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、病理組織標本を作製するにあたり免疫染色を行った場合に、方法（蛍光抗体法又は酵素抗体法）又は試薬の種類にかかわらず、１臓器につき１回のみ算定する。

（２）　免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製、区分番号「Ｎ０００」病理組織標本作製又は区分番号「Ｎ００１」電子顕微鏡病理組織標本作製のうち、いずれを算定した場合であっても、他の２つの項目を合わせて算定することができる。

（３）　「１」のエストロジェンレセプターの免疫染色と「２」のプロジェステロンレセプターの免疫染色を同一月に実施した場合は、いずれかの主たる病理組織標本作製の所定点数及び注に規定する加算のみを算定する。

（４）　「３」のＨＥＲ２タンパクは、半定量法又はＥＩＡ法（酵素免疫測定法）による病理標本作製を行った場合に限り算定する。

（５）　「５」ＣＣＲ４タンパク及び区分番号「Ｄ００６－10」ＣＣＲ４タンパク（フローサイトメトリー法）を同一の目的で実施した場合は、原則として主たるもののみ算定する。ただし、医学的な必要性がある場合には、併せて実施した場合であっても、いずれの点数も算定できる。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的必要性を記載すること。

（６）　「６」のＡＬＫ融合タンパクは、以下に掲げる場合において算定できる。

ア　非小細胞肺癌患者に対して、ＡＬＫ阻害剤の投与の適応を判断することを目的として、ブリッジ試薬を用いた免疫組織染色法により病理標本作製を行った場合（当該薬剤の投与方針の決定までの間の１回に限る。）

イ　悪性リンパ腫患者に対して、悪性リンパ腫の診断補助を目的として免疫組織染色法により病理標本作製を行った場合（悪性リンパ腫の病型分類までの間の１回に限る。）

（７）　「７」のＣＤ３０は、ＨＱリンカーを用いた免疫組織化学染色法により、悪性リンパ腫の診断補助を目的に実施した場合に算定する。

（８）　「注２」に規定する「確定診断のために４種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者」とは、原発不明癌、原発性脳腫瘍、悪性リンパ腫、悪性中皮腫、肺悪性腫瘍（腺癌、扁平上皮癌）、消化管間質腫瘍（ＧＩＳＴ）、慢性腎炎、内分泌腫瘍、軟部腫瘍、皮膚の血管炎、水疱症（天疱瘡、類天疱瘡等）、悪性黒色腫、筋ジストロフィー又は筋炎が疑われる患者を指す。これらの疾患が疑われる患者であっても３種類以下の抗体で免疫染色を行った場合は、当該加算は算定できない。

（９）　肺悪性腫瘍（腺癌、扁平上皮癌）が疑われる患者に対して「注２」の加算を算定する場

合は、腫瘍が未分化であった場合等ＨＥ染色では腺癌又は扁平上皮癌の診断が困難な患者に限り算定することとし、その医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。なお、次に掲げるいずれかの項目を既に算定している場合には、当該加算は算定できない。

ア　区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」処理が容易なものの「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるもの（肺癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査、ＲＯＳ１融合遺伝子検査、ＡＬＫ融合遺伝子検査、ＢＲＡＦ遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く。）及びＭＥＴｅｘ14 遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く。）に限る。）

イ　区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」悪性腫瘍遺伝子検査の「ロ」処理が複雑なもの（肺癌におけるＢＲＡＦ遺伝子検査（次世代シーケンシング）、ＭＥＴｅｘ14 遺伝子検査（次世代シーケンシング）及びＲＥＴ融合遺伝子検査に限る。）

ウ　区分番号「Ｄ００６－24」肺癌関連遺伝子多項目同時検査

エ　区分番号「Ｎ００５－２」ＡＬＫ融合遺伝子標本作製

(10)　セルブロック法による病理組織標本に対する免疫染色については、悪性中皮腫を疑う患者又は組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難な肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌若しくは悪性リンパ腫を疑う患者に対して実施した場合に算定する。なお、肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌又は悪性リンパ腫を疑う患者に対して実施した場合には、組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｎ００３　術中迅速病理組織標本作製

術中迅速病理組織標本作製は、手術の途中において迅速凍結切片等による標本作製及び鏡検を完了した場合において、１手術につき１回算定する。

なお、摘出した臓器について、術後に再確認のため精密な病理組織標本作製を行った場合は、区分番号「Ｎ０００」病理組織標本作製の所定点数を別に算定する。

Ｎ００３－２　迅速細胞診

迅速細胞診は、手術、気管支鏡検査（超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法の実施時に限る。）又は内視鏡検査（膵癌又は胃粘膜下腫瘍が疑われる患者に対して超音波内視鏡下穿刺吸引生検法の実施時に限る。）の途中において腹水及び胸水等の体腔液又はリンパ節穿刺液を検体として標本作製及び鏡検を完了した場合において、１手術又は１検査につき１回算定する。

Ｎ００４　細胞診

（１）　膣脂膏顕微鏡標本作製、胃液、腹腔穿刺液等の癌細胞標本作製及び眼科プロヴァツェク小体標本作製並びに天疱瘡又はヘルペスウイルス感染症における Tzanck 細胞の標本作製は、細胞診により算定する。

（２）　同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して標本作製を行った場合であっても、１回として算定する。

（３）　「２」の「穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等」とは、喀痰細胞診、気管支洗浄細胞診、体腔液細胞診、体腔洗浄細胞診、体腔臓器擦過細胞診及び髄液細胞診等を指す。

（４）　「注１」に規定する婦人科材料等液状化検体細胞診加算は、採取と同時に行った場合に算定できる。なお、過去に穿刺又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本を作製し

診断を行った場合には算定できない。

（５）　「注２」に規定する液状化検体細胞診加算は、採取と同時に作製された標本に基づいた診断の結果、再検が必要と判断され、固定保存液に回収した検体から再度標本を作製し、診断を行った場合に限り算定できる。採取と同時に行った場合は算定できない。

Ｎ００５　ＨＥＲ２遺伝子標本作製

（１）　ＨＥＲ２遺伝子標本作製は、抗ＨＥＲ２ヒト化モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、ＦＩＳＨ法、ＳＩＳＨ法又はＣＩＳＨ法により遺伝子増幅標本作製を行った場合に、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針の決定までの間に１回を限度として算定する。

（２）　本標本作製と区分番号「Ｎ００２」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「３」を同一の目的で実施した場合は、本区分の「２」により算定する。

Ｎ００５－２　ＡＬＫ融合遺伝子標本作製

ＡＬＫ融合遺伝子標本作製は、ＡＬＫ阻害剤の投与の適応を判断することを目的として、ＦＩＳＨ法により遺伝子標本作製を行った場合に、当該薬剤の投与方針の決定までの間に１回を限度として算定する。

Ｎ００５－３　ＰＤ－Ｌ１タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

ＰＤ－Ｌ１タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、抗ＰＤ－１抗体抗悪性腫瘍剤又は抗ＰＤ－Ｌ１抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を行った場合に、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針の決定までの間に１回を限度として算定する。

第２節　病理診断・判断料

Ｎ００６　病理診断料

（１）　当該保険医療機関以外に勤務する病理診断を行う医師が、当該保険医療機関に出向いて病理診断を行った場合等、当該保険医療機関における勤務の実態がない場合においては、病理診断料は算定できない。

（２）　当該保険医療機関において、当該保険医療機関以外の医療機関（衛生検査所等を含む。）で作製した病理標本につき診断を行った場合には、月１回に限り所定点数を算定する。

なお、患者が当該傷病につき当該保険医療機関を受診していない場合においては、療養の給付の対象とならない。

（３）　病理診断料が含まれない入院料を算定する病棟に入院中の患者に対して、病理診断料を算定する場合は、同一月内に当該患者が病理診断料の含まれる入院料を算定する病棟に転棟した場合であっても、当該病理診断料を算定することができる。

（４）　病理診断管理加算１又は２の届出を行った保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する１名（病理診断管理加算２を算定する場合にあっては２名）を除いた病理診断を専ら担当する常勤の医師については、当該保険医療機関において常態として週３日以上、かつ、週 24 時間以上の勤務を行っている場合、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、デジタル病理画像の観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も病理診断料及び病理診断管理加算１又は２を算定できる。なお、デジタル画像に基づく病理診断を行うに当たっては、関係学会による指針を参考とすること。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握していること。

（５）　「注５」に規定する悪性腫瘍病理組織標本加算については、原発性悪性腫瘍に対して区分番号「Ｋ００７の１」、「Ｋ０３１」、「Ｋ０５３」、「Ｋ１６２」、「Ｋ３９４」、「Ｋ３９４－２」、「Ｋ４３９」、「Ｋ４４２」、「Ｋ４７６」、「Ｋ４８４－２」、「Ｋ５１４」、「Ｋ５１４－２」、「Ｋ５２９」、「Ｋ５２９－２」、「Ｋ５２９－３」、「Ｋ６５３の２」、「Ｋ６５３の３」、「Ｋ６５５の２」、「Ｋ６５５－２の２」、「Ｋ６５５－４の２」、「Ｋ６５５－５の２」、「Ｋ６５７の２」、「Ｋ６５７－２の２」、「Ｋ６７５」、「Ｋ６７７」、「Ｋ６７７－２」、「Ｋ６９５」、「Ｋ６９５－２」、「Ｋ７００－２」、「Ｋ７００－３」、「Ｋ７０２」、「Ｋ７０２－２」、「Ｋ７０３」、「Ｋ７０３－２」、「Ｋ７０４」、「Ｋ７２１－４」、「Ｋ７４０」、「Ｋ７４０－２」、「Ｋ７７３」から「Ｋ７７３－３」まで、「Ｋ７７３－５」、「Ｋ８０３」から「Ｋ８０３－３」まで、「Ｋ８３３」、「Ｋ８４３」から「Ｋ８４３－４」まで、「Ｋ８７９」、「Ｋ８７９－２」又は「Ｋ８８９」に掲げる手術を実施し、当該手術の検体から作製された病理組織標本に基づき病理診断を行った場合に算定する。

Ｎ００７　病理判断料

病理判断料が含まれない入院料を算定する病棟に入院中の患者に対して、病理判断料を算定した場合は、同一月内に当該患者が病理判断料の含まれる入院料を算定する病棟に転棟した場合であっても、当該病理判断料を算定することができる。

第３章　介護老人保健施設入所者に係る診療料

介護老人保健施設の入所者である患者（以下この表において「施設入所者」という。）に対して行った療養の給付に係る診療料の算定は、前２章の規定にかかわらず、この章に定めるところによる。

第１部　併設保険医療機関の療養に関する事項

１　緊急時施設治療管理料　500点

注　平成18年７月１日から令和６年３月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、１日に１回、１月に４回に限り算定する。

２　施設入所者自己腹膜灌流薬剤料

薬剤　　自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤１調剤につき、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数

注　使用薬剤の薬価は、第１章及び第２章の例による。

３　施設入所者材料料

イ　第２章第２部第４節区分番号Ｃ３００に掲げる特定保険医療材料

ロ　第２章第２部第２節第２款に掲げる加算として算定できる材料

注　イ及びロの算定方法については第２章の例による。

４　その他の診療料

併設保険医療機関に係る緊急時施設治療管理料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第１章及び第２章の例による。ただし、第１章及び第２章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。

イ　第１章基本診療料並びに第２章特掲診療料第１部医学管理等及び第２部在宅医療に掲げる診療料

ロ　第２章特掲診療料第３部検査に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める検査に係るものに限る。）

ハ　第２章特掲診療料第５部投薬に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める投薬に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める内服薬又は外用薬に係る費用を除く。）

ニ　第２章特掲診療料第６部注射に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める注射に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める注射薬に係る費用を除く。）

ホ　第２章特掲診療料第７部リハビリテーションに掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定めるリハビリテーションに係るものに限る。）

ヘ　第２章特掲診療料第８部精神科専門療法に掲げる診療料

ト　第２章特掲診療料第９部処置に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める処置に係るものに限る。）

チ　第２章特掲診療料第10部手術に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める手術に係るものに限る。）

リ　第２章特掲診療料第11部麻酔に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める麻酔に係るものに限る。）

第２部　併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項

１　施設入所者共同指導料　600点

注　併設保険医療機関以外の病院である保険医療機関であって介護老人保健施設に入所中の患者の退所後の療養を担当するものが、当該介護老人保健施設の医師の求めに応じて、当該患者に対して、療養上必要な指導を共同して行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

２　施設入所者自己腹膜灌流薬剤料

薬剤　　自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤１調剤につき、薬価から15円を控除した額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて得た点数に１点を加算して得た点数

注　使用薬剤の薬価は、第１章及び第２章の例による。

３　施設入所者材料料

イ　第２章第２部第４節区分番号Ｃ３００に掲げる特定保険医療材料

ロ　第２章第２部第２節第２款に掲げる加算として算定できる材料

注　イ及びロの算定方法については第２章の例による。

４　その他の診療料

併設保険医療機関以外の保険医療機関に係る施設入所者共同指導料、施設入所者自己腹膜灌流薬剤料及び施設入所者材料料以外の診療料の算定は、第１章及び第２章の例による。ただし、第１章及び第２章に掲げる診療料のうち次に掲げるものについては算定しない。

イ　第１章基本診療料に掲げる診療料のうち入院に係るもの

ロ　第２章特掲診療料第１部医学管理等に掲げる診療料（退院時共同指導料１、診療情報提供料Ⅰ（注４に掲げる場合に限る。）及び診療情報提供料Ⅱを除く。）

ハ　第２章特掲診療料第２部在宅医療に掲げる診療料（往診料を除く。）

ニ　第２章特掲診療料第３部検査に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める検査に係るものに限る。）

ホ　第２章特掲診療料第５部投薬に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める投薬に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める内服薬又は外用薬に係る費用を除く。）

ヘ　第２章特掲診療料第６部注射に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める注射に係るもの及び別に厚生労働大臣が定める注射薬に係る費用を除く。）

ト　第２章特掲診療料第７部リハビリテーションに掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定めるリハビリテーションに係るものに限る。）

チ　第２章特掲診療料第８部精神科専門療法に掲げる診療料

リ　第２章特掲診療料第９部処置に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める処置に係るものに限る。）

ヌ　第２章特掲診療料第10部手術に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める手術に係るものに限る。）

ル　第２章特掲診療料第11部麻酔に掲げる診療料（別に厚生労働大臣が定める麻酔に係るものに限る。）

第３章　介護老人保健施設入所者に係る診療料

＜通則＞

介護老人保健施設には常勤医師が配置されているので、比較的病状が安定している者に対する療養については、介護老人保健施設の医師が対応できることから、介護老人保健施設の入所者である患者（以下「施設入所者」という。）が、往診又は通院により受ける医療に係る診療料については、施設入所者以外の患者に対する算定方法とは別の算定方法を設けたものであり、施設入所者に対しては、第１章基本診療料又は第２章特掲診療料は適用せず、第３章介護老人保健施設入所者に係る診療料に規定するところによるものであること。

第１部　併設保険医療機関の療養又は医療に関する事項

併設保険医療機関とは、「併設保険医療機関の取扱いについて」（平成 14 年３月８日保医発第 0308008 号）に規定する保険医療機関をいう。

１　緊急時施設治療管理料

（１）　平成 18 年７月１日から令和６年３月 31 日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 40 号）附則第 13 条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下「介護療養型老健施設」という。）においては、従来の介護老人保健施設の入所者より必要な医療処置等の頻度が多い患者の割合が高いことから、緊急に医療処置等が必要となった場合にその費用について医療保険から給付をするものである。

（２）　介護療養型老健施設の併設保険医療機関の医師が、当該介護療養型老健施設に入所中の患者の緊急時に、当該介護療養型老健施設の医師の電話等による求めに応じ、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に算定する。ただし、患者１人につき１日１回、１月につき４回に限る。

（３）　患者の緊急時とは、次のいずれかの状態の患者に対して、当該介護療養型老健施設の医師が、医師による直接の処置等が必要と判断し、かつ、やむを得ない理由で対応できない場合のことをいう。

ア　意識障害又は昏睡

イ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

ウ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）

エ　ショック

オ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

カ　その他薬物中毒等で重篤なもの

（４）　併設保険医療機関の保険医が往診を行った場合には、往診を行った患者の状態、当該介護療養型老健施設の医師の氏名及び往診を行った日時について診療録に記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に次の事項を記載すること。

ア　併設保険医療機関の保険医が往診を行った月に介護保険の緊急時施設療養費を算定した場合はその日時

イ　対象患者が当該介護療養型老健施設の入所者である旨の記載

２　施設入所者自己腹膜灌流薬剤料

（１）　施設入所者自己腹膜灌流薬剤料は、施設入所者が、自己連続携行式腹膜灌流を行っている場合に、その薬剤の費用を算定するものであること。

（２）　区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定はできないものであること。

３　施設入所者材料料

（１）　施設入所者材料料は、第２章第２部第２節第１款の在宅療養指導管理料（以下単に「在宅療養指導管理料」という。）において算定することができるとされている特定保険医療材料及び同節第２款の各区分に規定する加算の費用を算定するものであること。

（２）　在宅療養指導管理料の各区分に規定する指導管理料は算定できないものであること。

（３）　施設入所者材料料の算定方法は、在宅療養指導管理料の算定方法の例によるものであること。

４　その他の診療料

（１）　施設入所者に対する診療料として併設保険医療機関が算定できるのは別紙のとおりであること。

（２）　「特掲診療料の施設基準等」第十六及び別表第十二に規定する検査等の取扱いによること。

（３）　算定できないものとされた診療料については、その診療に伴い使用した薬剤及び保険医療材料の費用についても算定できないものであること（ただし、「特掲診療料の施設基準等」第十六第二号に掲げる内服薬及び外用薬並びに同第三号に掲げる注射薬の費用は別に算定できる。）。また、算定できるものとされた診療料に伴い使用した薬剤及び保険医療材料の費用については、第１章及び第２章の例により算定できるものであること。

第２部　併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項

１　施設入所者共同指導料

（１）　施設入所者共同指導料は、介護老人保健施設に入所中の患者の退所後の療養を担当する病院である保険医療機関の医師（以下「担当医」という。）が、介護老人保健施設に赴き、介護老人保健施設の医師と共同して、退所後の療養上必要な指導を行った場合に、１入所につき１回に限り算定できるものであること。

（２）　施設入所者共同指導料は、退所して家庭に復帰する予定の患者が算定の対象となるものであること。

（３）　施設入所者共同指導料は、特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としないものであること。

（４）　施設入所者共同指導料を算定した場合は、初診料、再診料、外来診療料、退院時共同指導料、往診料及び在宅患者訪問診療料は算定できないものであること。

（５）　施設入所者共同指導料を算定する場合においては、担当医は診療録に介護老人保健施設において行った指導の要点を記入すること。

２　施設入所者自己腹膜灌流薬剤料

（１）　施設入所者自己腹膜灌流薬剤料は、施設入所者が、自己連続携行式腹膜灌流を行っている場合に、その薬剤の費用を算定するものであること。

（２）　区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定はできないものであること。

3　施設入所者材料料

（1）　施設入所者材料料は、在宅療養指導管理料において算定することができるとされている特定保険医療材料及び第２章第２部第２節第２款の各区分に規定する加算の費用を算定するものであること。

（2）　在宅療養指導管理料の各区分に規定する指導管理料は算定できないものであること。

（3）　施設入所者材料料の算定方法は、在宅療養指導管理料の算定方法の例によるものであること。

4　その他の診療料

（1）　施設入所者に対する診療料として併設保険医療機関以外の保険医療機関が算定できるのは別紙のとおりであること。

（2）　「特掲診療料の施設基準等」第十六及び別表第十二に規定する検査等の取扱いによること。

（3）　算定できないものとされた診療料については、その診療に伴い使用した薬剤及び保険医療材料の費用についても算定できないものであること（ただし、「特掲診療料の施設基準等」第十六第二号に掲げる内服薬及び外用薬並びに同第三号に掲げる注射薬の費用は別に算定できる。）。また、算定できるものとされた診療料に伴い使用した薬剤及び保険医療材料の費用については、第１章及び第２章の例により算定できるものであること。

（別紙）

（算定できるものについては「○」、算定できないものについては「×」）

項　　目	小　　項　　目	併設保険医療機関	その他
基本診療料	初診料	×	○
	再診料	×	○
	外来診療料	×	○
特掲診療料			
医学管理等	退院時共同指導料１	×	○
	診療情報提供料(Ⅰ)（注４及び注 17 に限る。）	×	○
	診療情報提供料(Ⅱ)	×	○
	その他のもの	×	×
在宅医療	往診料	×	○
	その他のもの	×	×
検査	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
画像診断		○	○
投薬	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
注射	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
リハビリテーション	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
精神科専門療法		×	×
処置	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
手術	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
麻酔	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
放射線治療		○	○
病理診断		○	○

（注）厚生労働大臣が定めるものは、「特掲診療料の施設基準等」（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）第十六及び別表第十二に規定されているものである。

第４章　経過措置

１　第１章の規定にかかわらず、区分番号Ａ１０３に掲げる精神病棟入院基本料のうち18対１入院基本料及び20対１入院基本料は、同章に規定する当該診療料の算定要件を満たす保険医療機関のうち医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第43条の２に規定する病院以外の病院である保険医療機関においてのみ、当該診療料を算定する病棟として届出を行った病棟に入院している患者について、当分の間、算定できるものとする。

２　第１章の規定にかかわらず、区分番号Ａ０００の注14のただし書の規定による加算は、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。

３　診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和４年厚生労働省告示第●号）による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号Ａ１０１の注１及び注11の規定については、令和４年３月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関については、同年９月30日までの間に限り、なお従前の例による。

４　第１章の規定にかかわらず、区分番号Ａ１０１の注11に規定する診療料は、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。

５　第２章の規定にかかわらず、区分番号Ｄ００７の１に掲げるアルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）のうち、ＢＣＧ法によるものは、令和６年３月31日までの間に限り、算定できるものとする。

○厚生労働省告示第　　号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の規定に基づき、基本診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十二号）の一部を次のように改正し、令和四年四月一日から適用する。

令和四年　　月　　日

厚生労働大臣　後藤　茂之

本則を次のように改める。

基本診療料の施設基準等

第一　届出の通則

一　保険医療機関（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）は、第二から第十までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。

二　保険医療機関は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。

三　届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十までに規定する施設基準に適合しない場合には、当該届出又は届出の変更は無効であること。

四　届出については、届出を行う保険医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うこととする。

第二　施設基準の通則

一　地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

二　地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成十八年厚生労働省告示第百七号）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

三　地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において、健康保険法第七十八条第一項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号。以下「高齢者医療確保法」という。）第七十二条第一項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

四　地方厚生局長等に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第百四号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

第三　初・再診料の施設基準等

一　医科初診料の注７及び注８、医科再診料の注６、外来診療料の注９並びに歯科初診料の注７の時間外加算等に係る厚生労働大臣が定める時間

当該地域において一般の保険医療機関がおおむね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜（午後十時から午前六時までの時間をいう。以下同じ。）及び休日を除く。）

一の二　医科初診料の特定妥結率初診料、医科再診料の特定妥結率再診料及び外来診療料の特定妥結率外来診療料の施設基準

次のいずれかに該当する保険医療機関であること。

(1)　当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率（診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の初診料の注４に規定する医療用医薬品の取引価格の妥結率をいう。以下同じ。）が五割以下であること。

(2)　当該保険医療機関における医療用医薬品の取引価格の妥結率、単品単価契約率（卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号）第三十四条第五項に規定する卸売販売業者をいう。以下同じ。）と当該保険医療機関との間で取引された医療用医薬品に係る契約に占める、品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約の割合をいう。）及び一律値引き契約（卸売販売業者と当該保険医療機関との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約をいう。）に係る状況について、地方厚生局長等に報告していない保険医療機関であること。

一の三　医科初診料、医科再診料及び外来診療料の情報通信機器を用いた診療に係る施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

二　医科初診料及び医科再診料の夜間・早朝等加算の施設基準

一週当たりの診療時間が三十時間以上であること。

三　医科初診料に係る厚生労働大臣が定める患者

他の病院又は診療所等からの文書による紹介がない患者（緊急その他やむを得ない事情があるものを除く。）

三の二　医科初診料の機能強化加算の施設基準

(1)　適切な受診につながるような助言及び指導を行うこと等、質の高い診療機能を有する体制が整備されていること。

(2)　次のいずれかに係る届出を行っていること。

イ　区分番号Ａ００１の注12に規定する地域包括診療加算

ロ　区分番号Ｂ００１―２―９に掲げる地域包括診療料

ハ　区分番号Ｂ００１―２―11に掲げる小児かかりつけ診療料

ニ　区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所（医科点数表の区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１に規定する在宅療養支援診療所をいう。以下同じ。）又は在宅療養支援病院（区分番号Ｃ０００に掲げる往診料の注１に規定する在宅療養支援病院をいう。以下同じ。）に限る。）

ホ　区分番号Ｃ００２―２に掲げる施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）

(3)　地域において包括的な診療を担う医療機関であることについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示する等の取組を行っていること。

三の三　医科初診料及び医科再診料の外来感染対策向上加算の施設基準

(1)　専任の院内感染管理者が配置されていること。

(2)　当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。

(3)　感染防止対策につき、感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関等と連携していること。

三の四　医科初診料及び医科再診料の連携強化加算の施設基準

他の保険医療機関（感染対策向上加算１に係る届出を行っているものに限る。）との連携体制が確保されていること。

三の五　医科初診料及び医科再診料のサーベイランス強化加算の施設基準

地域において感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されていること。

三の六　医科初診料、医科再診料及び外来診療料の電子的保健医療情報活用加算の施設基準

（1）　療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。

（2）　健康保険法第三条第十三項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。

（3）　(2)の体制に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

四　医科再診料の外来管理加算に係る厚生労働大臣が定める検査及び計画的な医学管理

（1）　厚生労働大臣が定める検査

医科点数表の第二章第三部第三節生体検査料に掲げる検査のうち、（超音波検査等）、（脳波検査等）、（神経・筋検査）、（耳鼻咽喉科学的検査）、（眼科学的検査）、（負荷試験等）、（ラジオアイソトープを用いた諸検査）及び（内視鏡検査）の各区分に掲げるもの

（2）　厚生労働大臣が定める計画的な医学管理

入院中の患者以外の患者に対して、慢性疼痛疾患管理並びに一定の検査、リハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔及び放射線治療を行わず、懇切丁寧な説明が行われる医学管理

五　時間外対応加算の施設基準

（1）　時間外対応加算１の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制にあること。

（2）　時間外対応加算２の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、原則として当該保険医療機関において対応できる体制にあること。

（3）　時間外対応加算３の施設基準

当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、当該保険医療機関において又は他の保険医療機関との連携により対応できる体制が確保されていること。

六　明細書発行体制等加算の施設基準

（1）　療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第一条に規定する電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行っていること。

（2）　保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号。以下「療担規則」という。）第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号。以下「療担基準」という。）第五条の二第二項及び第五条の二の二第一項に規定する明細書を患者に無償で交付していること。ただし、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（平成二十八年厚生労働省令第二十七号）附則第三条又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件（平成二十八年厚生労働省告示第五十号）附則第二条に規定する正当な理由に該当する場合は、療担規則第五条の二の二第一項及び療担基準第五条の二の二第一項に規定する明細書を無償で交付することを要しない。

（3）　(2)の体制に関する事項について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

七　地域包括診療加算の施設基準

（1）　地域包括診療加算１の施設基準

イ　当該保険医療機関（診療所に限る。）において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち二以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ロ　往診又は訪問診療を行っている患者のうち、継続的に外来診療を行っていた患者が一定数いること。

ハ　地域包括診療料の届出を行っていないこと。

（2）　地域包括診療加算２の施設基準

(1)のイ及びハを満たすものであること。

七の二　認知症地域包括診療加算の施設基準

（1）　認知症地域包括診療加算１の施設基準

地域包括診療加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（2）　認知症地域包括診療加算２の施設基準

地域包括診療加算２に係る届出を行っている保険医療機関であること。

八　外来診療料に係る厚生労働大臣が定める患者

当該病院が他の病院（許可病床数が二百床未満のものに限る。）又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っている患者（緊急その他やむを得ない事情がある場合を除く。）

八の二　削除

八の三　診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）第一章第一部初・再診料第一節初診料の注１に規定する施設基準

（1）　歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。

（2）　歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な機器を有していること。

（3）　歯科外来診療における院内感染防止対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。

(4)　歯科外来診療の院内感染防止対策に係る院内掲示を行っていること。

九　地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準

（1）　看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）が二名以上配置されていること。

（2）　歯科衛生士が一名以上配置されていること。

（3）　歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な体制が整備されていること。

(4)　歯科外来診療における院内感染防止対策につき十分な機器を有していること。

(5)　歯科外来診療における院内感染防止対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。

(6)　歯科外来診療の院内感染防止対策に係る院内掲示を行っていること。

(7)　次のイ又はロのいずれかに該当すること。

イ　常勤の歯科医師が二名以上配置され、次のいずれかに該当すること。

① 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率（別の保険医療機関から文書により紹介等された患者（当該病院と特別の関係にある保険医療機関等から紹介等された患者を除く。）の数を初診患者（当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に受診した六歳未満の初診患者を除く。）の総数で除して得た数をいう。以下同じ。）が百分の三十以上であること。

② 歯科医療を担当する病院である保険医療機関における当該歯科医療についての紹介率が百分の二十以上であって、別表第一に掲げる手術の一年間の実施件数の総数が三十件以上であること。

③ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科医療を担当する他の保険医療機関において歯科点数表の初診料の注６若しくは再診料の注４に規定する加算又は歯科点数表の歯科訪問診療料を算定した患者であって、当該他の保険医療機関から文書により診療情報の提供を受けて当該保険医療機関の外来診療部門において歯科医療を行ったものの月平均患者数が五人以上であること。

④ 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の初診料の注６又は再診料の注４に規定する加算を算定した患者の月平均患者数が三十人以上であること。

ロ 次のいずれにも該当すること。

① 常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。

② 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）、周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）又は周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）のいずれかを算定した患者の月平均患者数が二十人以上であること。

(8) 当該地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

十 歯科外来診療環境体制加算の施設基準

(1) 歯科外来診療環境体制加算１の施設基準

イ 歯科医療を担当する保険医療機関（歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）であること。

ロ 歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。

ハ 歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ一名以上配置されていること。

ニ 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ホ 医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。

ヘ 歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。

(2) 歯科外来診療環境体制加算２の施設基準

イ 歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。

ロ 歯科外来診療における医療安全対策に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。

ハ 歯科医師が複数名配置されていること、又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ一名以上配置されていること。

ニ 緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ホ 医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。

ヘ 歯科診療に係る医療安全対策に係る院内掲示を行っていること。

十一 歯科診療特別対応連携加算の施設基準

(1) 次のいずれかに該当すること。

イ 歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること。

ロ 歯科医療を担当する保険医療機関であり、かつ、当該保険医療機関における歯科点数表の初診料の注６又は再診料の注４に規定する加算を算定した外来患者の月平均患者数が十人以上であること。

(2) 歯科診療で特別な対応が必要である患者にとって安心で安全な歯科医療の提供を行うにつき十分な機器等を有していること。

(3) 緊急時に円滑な対応ができるよう医科診療を担当する他の保険医療機関（病院に限る。）との連携体制（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う病院である保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制）が整備されていること。

(4) 歯科診療を担当する他の保険医療機関との連携体制が整備されていること。

第三の二 入院基本料又は特定入院料を算定せず、短期滞在手術等基本料３を算定する患者

別表第十一の三に掲げる手術、検査又は放射線治療を実施する患者であって、入院した日から起算して五日までの期間のもの

第四 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準

一 入院診療計画の基準

(1) 医師、看護師等の共同により策定された入院診療計画であること。

(2) 病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術の内容並びにその日程、その他入院に関し必要な事項が記載された総合的な入院診療計画であること。

(3) 患者が入院した日から起算して七日以内に、当該患者に対し、当該入院診療計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。

二 院内感染防止対策の基準

(1) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な設備を有していること。

(2) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌等の感染を防止するにつき十分な体制が整備されていること。

三 医療安全管理体制の基準

医療安全管理体制が整備されていること。

四 褥瘡対策の基準

(1) 適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価の体制がとられていること。

(2) 褥瘡対策を行うにつき適切な設備を有していること。

五 栄養管理体制の基準

(1) 当該病院である保険医療機関内に、常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料を算定する病棟を除く。）

(2) 入院患者の栄養管理につき必要な体制が整備されていること。

六 医科点数表第一章第二部入院料等通則第８号及び歯科点数表第一章第二部入院料等通則第７号に掲げる厚生労働大臣が定める基準

当該保険医療機関内に非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が一名以上配置されていること。

第四の二　歯科点数表第一章第二部入院料等通則第６号ただし書に規定する基準

一　第四の一から四までのいずれにも該当するものであること。

二　次の栄養管理体制に関する基準のいずれにも該当するものであること。

(1)　当該保険医療機関内に管理栄養士が一名以上配置されていること。

(2)　入院患者の栄養管理につき十分な体制が整備されていること。

第五　病院の入院基本料の施設基準等

一　通則

(1)　病院であること。

(2)　一般病棟、療養病棟、結核病棟又は精神病棟をそれぞれ単位（特定入院料に係る入院医療を病棟単位で行う場合には、当該病棟を除く。）として看護を行うものであること。

(3)　看護又は看護補助は、当該保険医療機関の看護職員又は当該保険医療機関の主治医若しくは看護師の指示を受けた看護補助者が行うものであること。

(4)　次に掲げる施設基準等のうち平均在院日数に関する基準については、病棟の種別ごとに、保険診療に係る入院患者（別表第二に掲げる患者を除く。）を基礎に計算するものであること。

(5)　次に掲げる看護職員及び看護補助者の数に関する基準については、病棟（別表第三に掲げる治療室、病室及び専用施設を除く。）の種別ごとに計算するものであること。

(6)　夜勤を行う看護職員（療養病棟入院基本料の届出を行っている病棟及び特別入院基本料を算定する病棟の看護職員を除く。）の一人当たりの月平均夜勤時間数が七十二時間以下であること等、看護職員及び看護補助者の労働時間が適切なものであること。

(7)　急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料（地域一般入院料３を除く。）、七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料を算定する病棟における夜勤については、看護師一を含む二以上の数の看護職員が行うこと。

(8)　現に看護を行っている病棟ごとの看護職員の数と当該病棟の入院患者の数との割合を当該病棟の見やすい場所に掲示していること。

二　一般病棟入院基本料の施設基準等

(1)　一般病棟入院基本料の注１に規定する入院料の施設基準

イ　急性期一般入院基本料の施設基準

①　通則

1　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十（急性期一般入院料１にあっては七）又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（一般病棟入院基本料の注６の場合を除く。）とする。

2　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

3　当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日（急性期一般入院料１にあっては十八日）以内であること。

4　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、新規に保険医療機関を開設する場合であって、急性期一般入院料６に係る届出を行う場合その他やむを得ない事情があるときを除く。

5　許可病床数が二百床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料１に係る届出を行っている病棟及び許可病床数が四百床以上の保険医療機関であって、急性期一般入院料２から５までに係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。

②　急性期一般入院料１の施設基準

1　許可病床数が二百床以上の保険医療機関にあっては、診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割八分以上入院させる病棟であること。

2　許可病床数が二百床未満の保険医療機関にあっては、次のいずれかに該当すること。

（一）　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割八分以上入院させる病棟であること。

（二）　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割五分以上入院させる病棟であること。

3　当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が八割以上であること。

4　常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。

③　急性期一般入院料２の施設基準

1　許可病床数が二百床以上の保険医療機関にあっては、次のいずれかに該当すること。

（一）　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割七分以上入院させる病棟であること。

（二）　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割四分以上入院させる病棟であること。

2　許可病床数が二百床未満の保険医療機関にあっては、次のいずれかに該当すること。

（一）　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割五分以上入院させる病棟であること。

（二）　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割二分以上入院させる病棟であること。

3　届出時点で、継続して三月以上、急性期一般入院料１を算定していること。

4　厚生労働省が行う診療内容に係る調査に適切に参加すること。

④　急性期一般入院料３の施設基準

1　許可病床数が二百床以上の保険医療機関にあっては、次のいずれかに該当すること。

（一）　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割四分以上入院させる病棟であること。

（二）　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関

であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割一分以上入院させる病棟であること。

2　許可病床数が二百床未満の保険医療機関にあっては、次のいずれかに該当すること。

（一）　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割二分以上入院させる病棟であること。

（二）　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を一割九分以上入院させる病棟であること。

3　届出時点で、継続して三月以上、急性期一般入院料１又は２を算定していること。

4　厚生労働省が行う診療内容に係る調査に適切に参加すること。

⑤　急性期一般入院料４の施設基準

1　許可病床数が二百床以上の保険医療機関にあっては、次のいずれかに該当すること。

（一）　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割以上入院させる病棟であること。

（二）　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を一割七分以上入院させる病棟であること。

2　許可病床数が二百床未満の保険医療機関にあっては、次のいずれかに該当すること。

（一）　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一割八分以上入院させる病棟であること。

（二）　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を一割五分以上入院させる病棟であること。

⑥　急性期一般入院料５の施設基準

次のいずれかに該当すること。

1　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一割七分以上入院させる病棟であること。

2　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を一割四分以上入院させる病棟であること。

⑦　急性期一般入院料６の施設基準

当該病棟に入院している患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡについて継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

ロ　地域一般入院基本料の施設基準

①　通則

1　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五（地域一般入院料１及び２にあっては十三）又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（一般病棟入院基本料の注６の場合を除く。）とする。

2　当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割（地域一般入院料１及び２にあっては七割）以上が看護師であること。

3　当該病棟の入院患者の平均在院日数が六十日（地域一般入院料１及び２にあっては二十四日）以内であること。

4　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

②　地域一般入院料１の施設基準

①に定めるもののほか、当該病棟に入院している患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡについて継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

(2)　一般病棟入院基本料の注２ただし書及び注７に規定する厚生労働大臣が定めるもの

夜勤を行う看護職員の一人当たりの月平均夜勤時間数が七十二時間以下であること。

(3)　一般病棟入院基本料の注２に規定する厚生労働大臣が定める場合

当該保険医療機関が、過去一年間において、一般病棟入院基本料の注２ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは一般病棟入院基本料の注７に規定する夜勤時間特別入院基本料、結核病棟入院基本料の注２ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは結核病棟入院基本料の注６に規定する夜勤時間特別入院基本料、精神病棟入院基本料の注２ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは精神病棟入院基本料の注９に規定する夜勤時間特別入院基本料又は障害者施設等入院基本料の注２に規定する月平均夜勤時間超過減算を算定したことのある保険医療機関である場合

(4)　一般病棟入院基本料の注６に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関

許可病床数が百床未満の病院であること。

(5)　一般病棟入院基本料の注６に規定する厚生労働大臣が定める日

次のいずれにも該当する各病棟において、夜間の救急外来を受診した患者に対応するため、当該各病棟のいずれか一病棟において夜勤を行う看護職員の数が、一時的に二未満となった日

イ　看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、患者の看護に支障がないと認められること。

ロ　看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、看護職員及び看護補助者の数が、看護職員一を含む二以上であること。ただし、入院患者数が三十人以下の場合にあっては、看護職員の数が一以上であること。

(6)　一般病棟入院基本料の注８に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関

当該保険医療機関の一般病棟を退院する患者（退院日に一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）を算定するものに限る。）に占める、午前中に退院するものの割合が九割以上である保険医療機関

(7)　一般病棟入院基本料の注８に規定する厚生労働大臣が定める患者

次のいずれにも該当する患者

イ　当該病棟に三十日を超えて入院している者

ロ　午前中に退院する者

ハ　当該退院日において、処置（所定点数（医科点数表の第二章第九部第一節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行っていない者

ニ　入退院支援加算を算定していない者

(8)　一般病棟入院基本料の注９に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関

当該保険医療機関の一般病棟に入院する患者（入院日に一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）を算定するものに限る。）に占める金曜日に入院するものの割合と、当該保険医療機関の一般病棟を退院する患者（退院日に一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）を算定するものに限る。）に占める月曜日に退院するものの割合の合計が十分の四以上である保険医療機関

(9)　一般病棟入院基本料の注９に規定する厚生労働大臣が定める日

当該病棟に金曜日に入院する患者に係る入院日の翌日及び翌々日（当該患者が、処置（所定点数（医科点数表の第二章第九部第一節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行わない日に限る。）並びに当該病棟を月曜日に退院する患者に係る退院日の前日及び前々日（当該患者が、処置（所定点数（医科点数表の第二章第九部第一節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行わない日に限る。）

(10)　ＡＤＬ維持向上等体制加算の施設基準

イ　入院中の患者に対して、ＡＤＬの維持、向上等に資する十分な体制が整備されていること。

ロ　当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が二名以上配置されていること、又は当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されていること。

三　療養病棟入院基本料の施設基準等

(1)　療養病棟入院基本料の注１本文に規定する入院料の施設基準

イ　通則

①　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、一以上であることとする。

②　当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。

③　当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。

④　当該病棟に入院している患者に係る褥瘡（じょくそう）の発生割合等について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

⑤　当該病棟の入院患者に関する(2)の区分に係る疾患及び状態等並びにＡＤＬの判定基準による判定結果について、記録していること。

⑥　当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

⑦　中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制が整備されていること。

⑧　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ロ　療養病棟入院料１の施設基準

当該病棟の入院患者のうち別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者（以下「医療区分三の患者」という。）と別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者（以下「医療区分二の患者」という。）との合計が八割以上であること。

ハ　療養病棟入院料２の施設基準

当該病棟の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が五割以上であること。

(2)　療養病棟入院基本料の注１本文に規定する厚生労働大臣が定める区分

イ　入院料Ａ

医療区分三の患者であって、ＡＤＬの判定基準による判定が二十三点以上（以下「ＡＤＬ区分三」という。）であるもの

ロ　入院料Ｂ

医療区分三の患者であって、ＡＤＬの判定基準による判定が十一点以上二十三点未満（以下「ＡＤＬ区分二」という。）であるもの

ハ　入院料Ｃ

医療区分三の患者であって、ＡＤＬの判定基準による判定が十一点未満（以下「ＡＤＬ区分一」という。）であるもの

ニ　入院料Ｄ

医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの

ホ　入院料Ｅ

医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの

ヘ　入院料Ｆ

医療区分二の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの

ト　入院料Ｇ

別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者並びに同表の三に掲げる患者以外の患者（以下「医療区分一の患者」という。）であって、ＡＤＬ区分三であるもの

チ　入院料Ｈ

医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二であるもの

リ　入院料Ｉ

医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分一であるもの

(3)　療養病棟入院基本料に含まれる画像診断及び処置の費用並びに含まれない除外薬剤・注射薬の費用

療養病棟入院基本料（特別入院基本料を含む。）を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別表第五に掲げる画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含む。）は、当該入院基本料に含まれるものとし、別表第五及び別表第五の一の二に掲げる薬剤及び注射薬の費用は、当該入院基本料に含まれないものとする。

(4)　療養病棟入院基本料に含まれるリハビリテーションの費用

入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき二単位を超えるもの（特掲診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十三号）別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後六十日以内のものに対して行ったものを除く。）の費用（療養病棟入院基本料の注11に規定する場合であって、当該入院基本料を算定する患者に対して、一月に一回以上、機能的自

立度評価法（Functional Independence Measure）（以下「ＦＩＭ」という。）の測定を行っていないときに限る。）は、当該入院基本料に含まれるものとする。

(5)　療養病棟入院基本料の注４に規定する厚生労働大臣が定める状態
別表第五の四に掲げる状態

(6)　在宅復帰機能強化加算の施設基準
在宅復帰支援を行うにつき十分な体制及び実績を有していること。

(7)　療養病棟入院基本料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの
(1)のイの①若しくは③又はハに掲げる基準

(8)　療養病棟入院基本料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定める基準

イ　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、一以上であることとする。

ロ　令和四年三月三十一日時点で、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（令和四年厚生労働省告示第●号）による改正前の診療報酬の算定方法の医科点数表（以下「旧医科点数表」という。）の療養病棟入院基本料の注11の届出を行っている病棟であること。

ハ　当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。

(9)　療養病棟入院基本料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準

イ　夜間看護加算の施設基準

①　当該病棟において、夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む三以上であることとする。

②　ＡＤＬ区分三の患者を五割以上入院させる病棟であること。

③　看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。

ロ　看護補助体制充実加算の施設基準

①　イの①及び②を満たすものであること。

②　看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。

四　結核病棟入院基本料の施設基準等

(1)　結核病棟入院基本料の注１本文に規定する入院基本料の施設基準

イ　七対一入院基本料の施設基準

①　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（結核病棟入院基本料の注８の場合を除く。）とする。

②　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

③　次のいずれかに該当すること。

1　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一割以上入院させる病棟であること。

2　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を八分以上入院させる病棟であること。

④　常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。

⑤　当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

ロ　十対一入院基本料の施設基準

①　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（結核病棟入院基本料の注８の場合を除く。）とする。

②　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

③　当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

ハ　十三対一入院基本料の施設基準

①　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（結核病棟入院基本料の注８の場合を除く。）とする。

②　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

③　当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

ニ　十五対一入院基本料の施設基準

①　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（結核病棟入院基本料の注８の場合を除く。）とする。

②　当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

③　当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

ホ　十八対一入院基本料の施設基準

①　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十八又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（結核病棟入院基本料の注８の場合を除く。）とする。

②　当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

③　当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

ヘ　二十対一入院基本料の施設基準

①　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（結核病棟入院基本料の注８の場合を除く。）とする。

②　当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

③　当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

(2)　結核病棟入院基本料の注２ただし書及び注６に規定する厚生労働大臣が定めるもの

夜勤を行う看護職員の一人当たりの月平均夜勤時間数が七十二時間以下であること。

(3)　結核病棟入院基本料の注２に規定する厚生労働大臣が定める場合

当該保険医療機関が、過去一年間において、一般病棟入院基本料の注２ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは一般病棟入院基本料の注７に規定する夜勤時間特別入院基本料、結核病棟入院基本料の注２ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは結核病棟入院基本料の注６に規定する夜勤時間特別入院基本料、精神病棟入院基本料の注２ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは精神病棟入院基本料の注９に規定する夜勤時間特別入院基本料又は障害者施設等入院基本料の注２に規定する月平均夜勤時間超過減算を算定したことのある保険医療機関である場合

(4)　結核病棟入院基本料の注３に規定する厚生労働大臣が定める患者

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成十年法律第百十四号。以下「感染症法」という。）第十九条、第二十条及び第二十二条の規定等に基づき適切に入退院が行われている患者以外の患者

(5)　結核病棟入院基本料の注７に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

イ　七対一入院基本料を算定する病棟であること。

ロ　入院患者の数がおおむね三十以下の病棟であること。

ハ　障害者施設等入院基本料を算定する病棟と一体的な運営をしている病棟であること。

(6)　結核病棟入院基本料の注７に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの

次のいずれかに該当するもの

イ　(1)のイの③の基準

ロ　(1)のイの③及び④の基準

(7)　結核病棟入院基本料の注８に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関

許可病床数が百床未満のものであること。

(8)　結核病棟入院基本料の注８に規定する厚生労働大臣が定める日

次のいずれにも該当する各病棟において、夜間の救急外来を受診した患者に対応するため、当該各病棟のいずれか一病棟において夜勤を行う看護職員の数が、一時的に二未満となった日

イ　看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、患者の看護に支障がないと認められること。

ロ　看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、看護職員及び看護補助者の数が、看護職員一を含む二以上であること。ただし、入院患者数が三十人以下の場合にあっては、看護職員の数が一以上であること。

四の二　精神病棟入院基本料の施設基準等

(1)　精神病棟入院基本料の注１に規定する入院基本料の施設基準

イ　十対一入院基本料の施設基準

①　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（精神病棟入院基本料の注10の場合を除く。）とする。

②　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

③　当該病棟の入院患者の平均在院日数が四十日以内であること。

④　当該病棟において、新規入院患者のうちＧＡＦ尺度による判定が三十以下の患者が五割以上であること。

ロ　十三対一入院基本料の施設基準

①　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（精神病棟入院基本料の注10の場合を除く。）とする。

②　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

③　当該病棟の入院患者の平均在院日数が八十日以内であること。

④　当該病棟において、新規入院患者のうちＧＡＦ尺度による判定が三十以下の患者又は身体合併症を有する患者が四割以上であること。

⑤　身体疾患への治療体制を確保していること。

ハ　十五対一入院基本料の施設基準

①　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（精神病棟入院基本料の注10の場合を除く。）とする。

②　当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

ニ　十八対一入院基本料の施設基準

①　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十八又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（精神病棟入院基本料の注10の場合を除く。）とする。

②　当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

ホ　二十対一入院基本料の施設基準

①　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上で

あること（精神病棟入院基本料の注10の場合を除く。）とする。
② 当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

(2) 精神病棟入院基本料の注２本文に規定する特別入院基本料の施設基準
当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は一以上）であることとする。

(3) 精神病棟入院基本料の注２ただし書及び注９に規定する厚生労働大臣が定めるもの
夜勤を行う看護職員の一人当たりの月平均夜勤時間数が七十二時間以下であること。

(4) 精神病棟入院基本料の注２に規定する厚生労働大臣が定める場合
当該保険医療機関が、過去一年間において、一般病棟入院基本料の注２ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは一般病棟入院基本料の注７に規定する夜勤時間特別入院基本料、結核病棟入院基本料の注２ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは結核病棟入院基本料の注６に規定する夜勤時間特別入院基本料、精神病棟入院基本料の注２ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは精神病棟入院基本料の注９に規定する夜勤時間特別入院基本料又は障害者施設等入院基本料の注２に規定する月平均夜勤時間超過減算を算定したことのある保険医療機関である場合

(5) 精神病棟入院基本料の注４に規定する重度認知症加算の施設基準
イ 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は一以上）であることとする。
ロ 重度認知症の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な状態であること。

(6) 精神保健福祉士配置加算の施設基準
イ 当該病棟に専従の精神保健福祉士が一名以上配置されていること。
ロ 入院患者の退院が着実に進められている保険医療機関であること。

(7) 精神病棟入院基本料の注10に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関
許可病床数が百床未満のものであること。

(8) 精神病棟入院基本料の注10に規定する厚生労働大臣が定める日
次のいずれにも該当する各病棟において、夜間の救急外来を受診した患者に対応するため、当該各病棟のいずれか一病棟において夜勤を行う看護職員の数が、一時的に二未満となった日
イ 看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、患者の看護に支障がないと認められること。
ロ 看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、看護職員及び看護補助者の数が、看護職員一を含む二以上であること。ただし、入院患者数が三十人以下の場合にあっては、看護職員の数が一以上であること。

五 特定機能病院入院基本料の施設基準等

(1) 特定機能病院入院基本料の注１に規定する入院基本料の施設基準
イ 一般病棟
① 七対一入院基本料の施設基準
1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
3 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十六日以内であること。
4 診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割八分以上入院させる病棟であること。
5 当該病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が八割以上であること。
6 データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
② 十対一入院基本料の施設基準
1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
3 当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十八日以内であること。
4 当該病棟に入院している患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡについて継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。
5 データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
ロ 結核病棟
① 七対一入院基本料の施設基準
1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
3 当該病棟に入院している患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡについて継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。
4 当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。
② 十対一入院基本料の施設基準
1 当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
2 当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

3　当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

③　十三対一入院基本料の施設基準

1　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

2　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

3　当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

④　十五対一入院基本料の施設基準

1　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

2　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

3　当該病棟において、患者の適切な服薬を確保するために必要な体制が整備されていること。

ハ　精神病棟

①　七対一入院基本料の施設基準

1　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

2　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

3　当該病棟の平均在院日数が四十日以内であること。

4　当該病棟において、新規入院患者のうちＧＡＦ尺度による判定が三十以下の患者が五割以上であること。

②　十対一入院基本料の施設基準

1　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

2　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

3　当該病棟の平均在院日数が四十日以内であること。

4　当該病棟において、新規入院患者のうちＧＡＦ尺度による判定が三十以下の患者が五割以上であること。

③　十三対一入院基本料の施設基準

1　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

2　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

3　当該病棟の平均在院日数が八十日以内であること。

4　当該病棟において、新規入院患者のうちＧＡＦ尺度による判定が三十以下の患者又は身体合併症を有する患者が四割以上であること。

5　身体疾患への治療体制を確保していること。

④　十五対一入院基本料の施設基準

1　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

2　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

(2)　特定機能病院入院基本料の注２に規定する厚生労働大臣が定める患者

感染症法第十九条、第二十条及び第二十二条の規定等に基づき適切に入退院が行われている患者以外の患者

(3)　特定機能病院入院基本料の注４に規定する重度認知症加算の施設基準

重度認知症の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な状態であること。

(4)　看護必要度加算の施設基準

イ　看護必要度加算１の施設基準

①　十対一入院基本料に係る届出を行っている病棟（一般病棟に限る。）であること。

②　次のいずれかに該当すること。

1　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割二分以上入院させる病棟であること。

2　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割以上入院させる病棟であること。

ロ　看護必要度加算２の施設基準

①　十対一入院基本料に係る届出を行っている病棟（一般病棟に限る。）であること。

②　次のいずれかに該当すること。

1　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割以上入院させる病棟であること。

2　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を一割八分以上入院させる病棟であること。

ハ　看護必要度加算３の施設基準

①　十対一入院基本料に係る届出を行っている病棟（一般病棟に限る。）であること。

②　次のいずれかに該当すること。

1　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一割八分以上入院させる病棟であること。

イ　七対一入院基本料の施設基準

①　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（専門病院入院基本料の注10の場合を除く。）とする。

②　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

③　当該病棟の平均在院日数が二十八日以内であること。

④　次のいずれかに該当すること。

1　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を三割以上入院させる病棟であること。

2　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割八分以上入院させる病棟であること。

⑤　常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に百分の十を乗じて得た数以上であること。

⑥　当該医療機関の一般病棟を退院する患者に占める、自宅等に退院するものの割合が八割以上であること。

⑦　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ロ　十対一入院基本料の施設基準

①　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（専門病院入院基本料の注10の場合を除く。）とする。

②　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

③　当該病棟の平均在院日数が三十三日以内であること。

④　当該病棟に入院している患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡについて継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

⑤　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ハ　十三対一入院基本料の施設基準

①　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（専門病院入院基本料の注10の場合を除く。）とする。

②　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

③　当該病棟の平均在院日数が三十六日以内であること。

④　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(3)　看護必要度加算の施設基準

イ　看護必要度加算１の施設基準

①　十対一入院基本料に係る届出を行っている病棟であること。

②　次のいずれかに該当すること。

2　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を一割五分以上入院させる病棟であること。

(5)　特定機能病院入院基本料の注６に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関

当該保険医療機関の一般病棟を退院する患者（退院日に特定機能病院入院基本料を算定するものに限る。）に占める、午前中に退院するものの割合が九割以上である保険医療機関

(6)　特定機能病院入院基本料の注６に規定する厚生労働大臣が定める患者

次のいずれにも該当する患者

イ　当該病棟に三十日を超えて入院している者

ロ　午前中に退院する者

ハ　当該退院日において、処置（所定点数（医科点数表の第二章第九部第一節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行っていない者

ニ　入退院支援加算を算定していない者

(7)　特定機能病院入院基本料の注７に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関

当該保険医療機関の一般病棟に入院する患者（入院日に特定機能病院入院基本料を算定するものに限る。）に占める金曜日に入院するものの割合と、当該保険医療機関の一般病棟を退院する患者（退院日に特定機能病院入院基本料を算定するものに限る。）に占める月曜日に退院するものの割合の合計が十分の四以上である保険医療機関

(8)　特定機能病院入院基本料の注７に規定する厚生労働大臣が定める日

当該病棟に金曜日に入院する患者に係る入院日の翌日及び翌々日（当該患者が、処置（所定点数（医科点数表の第二章第九部第一節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行わない日に限る。）並びに当該病棟を月曜日に退院する患者に係る退院日の前日及び前々日（当該患者が、処置（所定点数（医科点数表の第二章第九部第一節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行わない日に限る。）

(9)　ＡＤＬ維持向上等体制加算の施設基準

イ　入院中の患者に対して、ＡＤＬの維持、向上等に資する十分な体制が整備されていること。

ロ　当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が二名以上配置されていること、又は当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されていること。

(10)　入院栄養管理体制加算の施設基準

イ　当該病棟において、専従の常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。

ロ　入院時支援加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(11)　特定機能病院入院基本料の注12に規定する厚生労働大臣が定める患者

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する特掲診療料の施設基準等別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者

六　専門病院入院基本料の施設基準等

(1)　通則

専門病院は、主として悪性腫瘍患者又は循環器疾患患者を当該病院の一般病棟に七割以上入院させ、高度かつ専門的な医療を行っている病院であること。

(2)　専門病院入院基本料の注１本文に規定する入院基本料の施設基準

1　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割二分以上入院させる病棟であること。
2　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割以上入院させる病棟であること。

ロ　看護必要度加算２の施設基準
①　十対一入院基本料に係る届出を行っている病棟であること。
②　次のいずれかに該当すること。
1　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を二割以上入院させる病棟であること。
2　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を一割八分以上入院させる病棟であること。

ハ　看護必要度加算３の施設基準
①　十対一入院基本料に係る届出を行っている病棟であること。
②　次のいずれかに該当すること。
1　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一割八分以上入院させる病棟であること。
2　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を一割五分以上入院させる病棟であること。

(4)　一般病棟看護必要度評価加算の施設基準
イ　十三対一入院基本料に係る届出を行っている病棟であること。
ロ　当該加算を算定する患者について測定した一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの結果に基づき、当該病棟における当該看護必要度の評価を行っていること。

(5)　専門病院入院基本料の注５に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関
当該保険医療機関の一般病棟を退院する患者（退院日に専門病院入院基本料を算定するものに限る。）に占める、午前中に退院するものの割合が九割以上である保険医療機関

(6)　専門病院入院基本料の注５に規定する厚生労働大臣が定める患者
次のいずれにも該当する患者
イ　当該病棟に三十日を超えて入院している者
ロ　午前中に退院する者
ハ　当該退院日において、処置（所定点数（医科点数表の第二章第九部第一節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行っていない者
ニ　入退院支援加算を算定していない者

(7)　専門病院入院基本料の注６に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関
当該保険医療機関の一般病棟に入院する患者（入院日に専門病院入院基本料を算定するものに限る。）に占める金曜日に入院するものの割合と、当該保険医療機関の一般病棟を退院する患者（退院日に専門病院入院基本料を算定するものに限る。）に占める月曜日に退院するものの割合の合計が十分の四以上である保険医療機関

(8)　専門病院入院基本料の注６に規定する厚生労働大臣が定める日
当該病棟に金曜日に入院する患者に係る入院日の翌日及び翌々日（当該患者が、処置（所定点数（医科点数表の第二章第九部第一節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行わない日に限る。）並びに当該病棟を月曜日に退院する患者に係る退院日の前日及び前々日（当該患者が、処置（所定点数（医科点数表の第二章第九部第一節に掲げるものに限る。）が千点以上のものに限る。）又は手術を行わない日に限る。）

(9)　ＡＤＬ維持向上等体制加算の施設基準
イ　入院中の患者に対して、ＡＤＬの維持、向上等に資する十分な体制が整備されていること。
ロ　当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が二名以上配置されていること、又は当該病棟に専従の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一名以上配置されていること。

(10)　専門病院入院基本料の注10に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関
許可病床数が百床未満のものであること。

(11)　専門病院入院基本料の注10に規定する厚生労働大臣が定める日
次のいずれにも該当する各病棟において、夜間の救急外来を受診した患者に対応するため、当該各病棟のいずれか一病棟において夜勤を行う看護職員の数が、一時的に二未満となった日
イ　看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、患者の看護に支障がないと認められること。
ロ　看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、看護職員及び看護補助者の数が、看護職員一を含む二以上であること。ただし、入院患者数が三十人以下の場合にあっては、看護職員の数が一以上であること。

七　障害者施設等入院基本料の施設基準等
(1)　通則
障害者施設等一般病棟は、次のいずれにも該当する病棟であること。
イ　次のいずれかに該当する病棟であること。
①　児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）第四十二条第二号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第七条第二項に規定する重症心身障害児をいう。以下同じ。）を入所させるものに限る。）又は同法第六条の二の二第三項に規定する指定発達支援医療機関に係る一般病棟であること。
②　次のいずれにも該当する一般病棟であること。
1　重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)において同じ。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。第八の九の(1)並びに第九の八の(1)のイ及び十二の(1)のイにおいて同じ。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等をおおむね七割以上入院させている病棟であること。
2　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であること（障害者施設等入院基本料の注11の場合を除く。）とする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業

務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。

ロ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(2)　障害者施設等入院基本料の注１に規定する入院基本料の施設基準

イ　七対一入院基本料の施設基準

①　(1)のイに該当する病棟であって、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（障害者施設等入院基本料の注11の場合を除く。）とする。

②　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

③　当該病棟の入院患者のうち、第八の十の(1)に規定する超重症の状態の患者と同(2)に規定する準超重症の状態の患者との合計が三割以上であること。

ロ　十対一入院基本料の施設基準

①　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（障害者施設等入院基本料の注11の場合を除く。）とする。

②　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

ハ　十三対一入院基本料の施設基準

①　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（障害者施設等入院基本料の注11の場合を除く。）とする。

②　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

ニ　十五対一入院基本料の施設基準

①　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（障害者施設等入院基本料の注11の場合を除く。）とする。

②　当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

(3)　障害者施設等入院基本料の注２に規定する厚生労働大臣が定めるもの

夜勤を行う看護職員の一人当たりの月平均夜勤時間数が七十二時間以下であること。

(4)　障害者施設等入院基本料の注２に規定する厚生労働大臣が定める場合

当該保険医療機関が、過去一年間において、一般病棟入院基本料の注２ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは一般病棟入院基本料の注７に規定する夜勤時間特別入院基本料、結核病棟入院基本料の注２ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは結核病棟入院基本料の注６に規定する夜勤時間特別入院基本料、精神病棟入院基本料の注２ただし書に規定する月平均夜勤時間超過減算若しくは精神病棟入院基本料の注９に規定する夜勤時間特別入院基本料又は障害者施設等入院基本料の注２に規定する月平均夜勤時間超過減算を算定したことのある保険医療機関である場合

(5)　障害者施設等入院基本料の注５に規定する厚生労働大臣が定める状態等にある患者

別表第四に掲げる患者

(6)　特定入院基本料並びに障害者施設等入院基本料の注６及び注12に規定する点数に含まれる画像診断及び処置の費用並びに含まれない除外薬剤・注射薬の費用

特定入院基本料又は障害者施設等入院基本料の注６若しくは注12に規定する点数を算定する患者に対して行った別表第五に掲げる画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含む。）は、当該入院基本料に含まれるものとし、別表第五の一の二に掲げる薬剤及び注射薬の費用は、当該入院基本料に含まれないものとする。

(7)　障害者施設等入院基本料の注９に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

イ　看護補助加算の施設基準

次のいずれにも該当すること。

①　当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。

②　当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七十五又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。

③　七対一入院基本料又は十対一入院基本料を算定する病棟であること。

④　看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。

ロ　看護補助体制充実加算の施設基準

①　イの①から③までを満たすものであること。

②　看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。

(8)　障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算の施設基準

イ　夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

ロ　障害者施設等入院基本料の注９に規定する看護補助加算に係る届出を行っている病棟であること。

(9)　障害者施設等入院基本料の注11に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関

許可病床数が百床未満のものであること。

(10)　障害者施設等入院基本料の注11に規定する厚生労働大臣が定める日

次のいずれにも該当する各病棟において、夜間の救急外来を受診した患者に対応するため、当該各病棟のいずれか一病棟において夜勤を行う看護職員の数が、一時的に二未満となった日

イ　看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、患者の看護に支障がないと認められること。

ロ　看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、看護職員及び看護補助者の数が、看護職員一を含む二以上であること。ただし、入院患者数が三十人以下の場合にあっては、看護職員の数が一以上であること。

第六　診療所の入院基本料の施設基準等

一　通則

(1)　診療所であること。

(2)　当該保険医療機関を単位として看護を行うものであること。

(3)　看護又は看護補助は、当該保険医療機関の看護職員又は当該保険医療機関の主治医若し

くは看護師の指示を受けた看護補助者が行うものとする。

(4)　現に看護に従事している看護職員の数を当該診療所内の見やすい場所に掲示していること。

二　有床診療所入院基本料の施設基準

(1)　有床診療所入院基本料の注１に規定する入院基本料の施設基準

イ　有床診療所入院基本料１の施設基準

①　当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、七以上であること。

②　患者に対して必要な医療を提供するために適切な機能を担っていること。

ロ　有床診療所入院基本料２の施設基準

①　当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、四以上七未満であること。

②　イの②の基準を満たすものであること。

ハ　有床診療所入院基本料３の施設基準

①　当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、一以上四未満であること。

②　イの②の基準を満たすものであること。

ニ　有床診療所入院基本料４の施設基準

イの①の基準を満たすものであること。

ホ　有床診療所入院基本料５の施設基準

ロの①の基準を満たすものであること。

ヘ　有床診療所入院基本料６の施設基準

ハの①の基準を満たすものであること。

(2)　有床診療所急性期患者支援病床初期加算及び有床診療所在宅患者支援病床初期加算の施設基準

イ　有床診療所急性期患者支援病床初期加算の施設基準

次のいずれかに該当すること。

①　在宅療養支援診療所であって、過去一年間に訪問診療を実施しているものであること。

②　急性期医療を担う診療所であること。

③　緩和ケアに係る実績を有する診療所であること。

ロ　有床診療所在宅患者支援病床初期加算の施設基準

次のいずれにも該当すること。

①　イの①から③までのいずれかに該当すること。

②　当該診療所において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

(3)　夜間緊急体制確保加算の施設基準

入院患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

(4)　医師配置加算の施設基準

イ　医師配置加算１の施設基準

次のいずれにも該当すること。

①　当該診療所における医師の数が、二以上であること。

②　次のいずれかに該当すること。

１　在宅療養支援診療所であって、訪問診療を実施しているものであること。

２　急性期医療を担う診療所であること。

ロ　医師配置加算２の施設基準

当該診療所における医師の数が、二以上であること（イに該当する場合を除く。）。

(5)　看護配置加算、夜間看護配置加算及び看護補助配置加算の施設基準

イ　看護配置加算１の施設基準

当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、看護師三を含む十以上であること。

ロ　看護配置加算２の施設基準

当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、十以上であること（イに該当する場合を除く。）。

ハ　夜間看護配置加算１の施設基準

当該診療所における夜間の看護職員及び看護補助者の数が、看護職員一を含む二以上であること。

ニ　夜間看護配置加算２の施設基準

当該診療所における夜間の看護職員の数が、一以上であること（ハに該当する場合を除く。）。

ホ　看護補助配置加算１の施設基準

当該診療所（療養病床を除く。）における看護補助者の数が、二以上であること。

ヘ　看護補助配置加算２の施設基準

当該診療所（療養病床を除く。）における看護補助者の数が、一以上であること（ホに該当する場合を除く。）。

(6)　看取り加算の施設基準

当該診療所における夜間の看護職員の数が一以上であること。

(7)　有床診療所入院基本料の注９に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

当該診療所が、有床診療所入院基本料に係る病床及び有床診療所療養病床入院基本料に係る病床の双方を有していること。

(8)　栄養管理実施加算の施設基準

イ　当該保険医療機関内に、常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。

ロ　栄養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(9)　有床診療所在宅復帰機能強化加算の施設基準

在宅復帰支援を行うにつき十分な実績等を有していること。

(10)　有床診療所入院基本料の注12に規定する介護連携加算の施設基準

介護保険法施行令（平成十年政令第四百十二号）第二条各号に規定する疾病を有する四十歳以上六十五歳未満の者又は六十五歳以上の者の受入れにつき、十分な体制を有していること。

三　有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等

(1)　通則

療養病床であること。

(2)　有床診療所療養病床入院基本料の施設基準等

イ　有床診療所療養病床入院基本料の注１に規定する入院基本料の施設基準

①　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一以上であること。

②　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者

の数は、当該療養病床の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一以上であること。

③　当該病棟に入院している患者に係る褥瘡（じょくそう）の発生割合等について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

ロ　有床診療所療養病床入院基本料の注１本文に規定する厚生労働大臣が定める区分

①　入院基本料Ａ

１　当該有床診療所の療養病床の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が八割未満である場合（以下このロにおいて「特定患者八割未満の場合」という。）にあっては、医療区分三の患者

２　当該有床診療所の療養病床の入院患者のうち医療区分三の患者と医療区分二の患者との合計が八割以上である場合（以下このロにおいて「特定患者八割以上の場合」という。）にあっては、次のいずれにも該当するものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関（以下このロにおいて「四対一配置保険医療機関」という。）に入院している医療区分三の患者

（一）　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。

（二）　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。

②　入院基本料Ｂ

１　特定患者八割未満の場合にあっては、医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ＡＤＬ区分三又はＡＤＬ区分二であるもの

２　特定患者八割以上の場合にあっては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ＡＤＬ区分三又はＡＤＬ区分二であるもの

③　入院基本料Ｃ

１　特定患者八割未満の場合にあっては、医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ＡＤＬ区分一であるもの

２　特定患者八割以上の場合にあっては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分二の患者（医療区分三の患者を除く。）であって、ＡＤＬ区分一であるもの

④　入院基本料Ｄ

１　特定患者八割未満の場合にあっては、医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの

２　特定患者八割以上の場合にあっては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分三であるもの

⑤　入院基本料Ｅ

１　特定患者八割未満の場合にあっては、医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二又はＡＤＬ区分一であるもの

２　特定患者八割以上の場合にあっては、四対一配置保険医療機関に入院している医療区分一の患者であって、ＡＤＬ区分二又はＡＤＬ区分一であるもの又は次のいずれかに該当しないものとして地方厚生局長等に届け出た診療所である保険医療機関に入院している患者

（一）　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。

（二）　当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。

ハ　有床診療所療養病床入院基本料に含まれる画像診断及び処置の費用並びに含まれない除外薬剤及び注射薬の費用

有床診療所療養病床入院基本料（特別入院基本料を含む。）を算定する患者に対して行った検査、投薬、注射並びに別表第五に掲げる画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含む。）は、当該入院基本料に含まれるものとし、別表第五及び別表第五の一の二に掲げる薬剤及び注射薬の費用は、当該入院基本料に含まれないものとする。

ニ　有床診療所療養病床入院基本料の注４に規定する厚生労働大臣が定める状態

別表第五の四に掲げる状態

ホ　有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算及び有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算の施設基準

在宅療養支援診療所であって、過去一年間に訪問診療を実施しているものであること。

ヘ　看取り加算の施設基準

当該診療所における夜間の看護職員の数が一以上であること。

ト　有床診療所療養病床入院基本料の注９に規定する厚生労働大臣が定める施設基準

当該診療所が、有床診療所入院基本料に係る病床及び有床診療所療養病床入院基本料に係る病床の双方を有していること。

チ　栄養管理実施加算の施設基準

①　当該保険医療機関内に、常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。

②　栄養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(3)　有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算の施設基準

在宅復帰支援を行うにつき十分な実績等を有していること。

第七　削除

第八　入院基本料等加算の施設基準等

一　総合入院体制加算の施設基準

(1)　総合入院体制加算１の施設基準

イ　特定機能病院及び専門病院入院基本料を算定する病棟を有する病院以外の病院であること。

ロ　急性期医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ハ　医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

ニ　急性期医療に係る実績を十分有していること。

ホ　当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。

ヘ　次のいずれにも該当すること。

①　地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料又は療養病棟入院基本料に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

②　当該保険医療機関と同一建物内に老人福祉法（昭和三十八年法律第百三十三号）第二十条の五に規定する特別養護老人ホーム（以下「特別養護老人ホーム」という。）

、介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八条第二十八項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）、同条第二十九項に規定する介護医療院又は健康保険法等の一部を改正する法律（平成十八年法律第八十三号）附則第百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第二十六条の規定による改正前の介護保険法第八条第二十六項に規定する介護療養型医療施設（以下「介護療養型医療施設」という。）を設置していないこと。

ト　急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する入院診療を行うにつき必要な体制及び実績を有していること。

チ　次のいずれかに該当すること。

①　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を三割三分以上入院させる病棟であること。

②　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を三割以上入院させる病棟であること。

リ　公益財団法人日本医療機能評価機構（平成七年七月二十七日に財団法人日本医療機能評価機構という名称で設立された法人をいう。以下同じ。）等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。

(2)　総合入院体制加算２の施設基準

イ　(1)のイ、ハ、ヘ、チ及びリを満たすものであること。

ロ　急性期医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ハ　急性期医療に係る実績を相当程度有していること。

ニ　急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき必要な体制及び実績を有していること。

(3)　総合入院体制加算３の施設基準

イ　(1)のイ、ハ及びヘを満たすものであること。

ロ　(2)のロを満たすものであること。

ハ　急性期医療に係る実績を一定程度有していること。

ニ　急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき必要な体制又は実績を有していること。

ホ　次のいずれかに該当すること。

①　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を三割以上入院させる病棟であること。

②　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を二割七分以上入院させる病棟であること。

一の二　急性期充実体制加算の施設基準等

(1)　急性期充実体制加算の施設基準

イ　一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１に限る。）を算定する病棟を有する病院であること。

ロ　地域において高度かつ専門的な医療及び急性期医療を提供するにつき十分な体制が整備されていること。

ハ　高度かつ専門的な医療及び急性期医療に係る実績を十分有していること。

ニ　入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制を確保していること。

ホ　感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ヘ　当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。

ト　公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院であること。

(2)　精神科充実体制加算の施設基準

急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制が整備されていること。

二から五まで　削除

六　臨床研修病院入院診療加算の施設基準

(1)　基幹型の施設基準

次のいずれかに該当すること。

イ　次のいずれにも該当する基幹型臨床研修病院（医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令（平成十四年厚生労働省令第百五十八号）第三条第一号に規定する基幹型臨床研修病院をいう。）であること。

①　診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

②　研修医の診療録の記載について指導医が指導及び確認をする体制がとられていること。

③　その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ　次のいずれにも該当する基幹型相当大学病院（医学を履修する課程を置く大学に附属する病院のうち、他の病院又は診療所と共同して臨床研修を行う病院であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。

①　診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

②　研修医の診療録の記載について指導医が指導及び確認をする体制がとられていること。

③　その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2)　単独型又は管理型の施設基準

次のいずれかに該当すること。

イ　次のいずれにも該当する病院である単独型臨床研修施設（歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令（平成十七年厚生労働省令第百三号）第三条第一号に規定する単独型臨床研修施設をいう。）又は病院である管理型臨床研修施設（同条第二号に規定する管理型臨床研修施設をいう。）であること。

①　診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

②　研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。

③　その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ　次のいずれにも該当する単独型相当大学病院（歯科医師法（昭和二十三年法律第二百二号）第十六条の二第一項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、単独で又は歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令第三条第一号に規定する研修協力施設と共同して臨床研修を行う病院をいう。以下同じ。）又は管理型相当大学病院（歯科医師法第十六条の二第一項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院を除く。）であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）

であること。
① 診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
② 研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。
③ その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(3) 協力型の施設基準
次のいずれかに該当すること。
イ 次のいずれにも該当する協力型臨床研修病院（医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令第三条第二号に規定する協力型臨床研修病院をいう。）であること。
① 診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
② 研修医の診療録の記載について指導医が指導及び確認をする体制がとられていること。
③ その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ロ 次のいずれにも該当する協力型相当大学病院（医学を履修する課程を置く大学に附属する病院のうち、他の病院と共同して臨床研修を行う病院（基幹型相当大学病院を除く。）をいう。）であること。
① 診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
② 研修医の診療録の記載について指導医が指導及び確認をする体制がとられていること。
③ その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ハ 次のいずれにも該当する病院である協力型（Ⅰ）臨床研修施設（歯科医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令第三条第三号に規定する協力型（Ⅰ）臨床研修施設をいう。）であること。
① 診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
② 研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。
③ その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ニ 次のいずれにも該当する協力型（Ⅰ）相当大学病院（歯科医師法第十六条の二第一項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して三月以上の臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院及び管理型相当大学病院を除く。）をいう。）であること。
① 診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
② 研修歯科医の診療録の記載について指導歯科医が指導及び確認をする体制がとられていること。
③ その他臨床研修を行うにつき十分な体制が整備されていること。

六の二 救急医療管理加算の施設基準
休日又は夜間における救急医療の確保のための診療を行っていること。

六の三 超急性期脳卒中加算の施設基準等
(1) 超急性期脳卒中加算の施設基準
イ 次のいずれかに該当すること。
① 当該保険医療機関内に、脳卒中の診療につき十分な経験を有する専任の常勤医師が配置されていること。
② 次のいずれにも該当すること。
1 当該保険医療機関（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関に限る。）内に、脳卒中の診療に関する研修を受けた専任の常勤医師が一名以上配置されていること。
2 脳卒中の診療を行う他の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
ロ その他当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ハ 治療室等、当該治療を行うにつき十分な構造設備を有していること。
(2) 超急性期脳卒中加算の対象患者
脳梗塞発症後四・五時間以内である患者

六の四 妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準
妊娠状態の異常が疑われる妊産婦の患者の受入れ及び緊急の分娩への対応につき十分な体制が整備されていること。

六の五 在宅患者緊急入院診療加算に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの
特掲診療料の施設基準等第三の六の(2)に該当する在宅療養支援診療所及び第四の一の(2)に該当する在宅療養支援病院

六の六 在宅患者緊急入院診療加算に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等
別表第十三に掲げる疾病等

七 診療録管理体制加算の施設基準
(1) 診療録管理体制加算１
イ 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。
ロ 診療記録の全てが保管及び管理されていること。
ハ 診療記録管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ニ 中央病歴管理室等、診療記録管理を行うにつき適切な施設及び設備を有していること。
ホ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が適切に作成されていること。
(2) 診療録管理体制加算２
イ (1)のイ、ロ及びニを満たすものであること。
ロ 診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ハ 入院患者について疾病統計及び退院時要約が作成されていること。

七の二 医師事務作業補助体制加算の施設基準
(1) 医師事務作業補助体制加算１
イ 医師の事務作業を補助する十分な体制がそれぞれの加算に応じて整備されていること。
ロ 勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
(2) 医師事務作業補助体制加算２
イ 医師の事務作業を補助する体制がそれぞれの加算に応じて整備されていること。
ロ (1)のロを満たすものであること。

七の三 急性期看護補助体制加算の施設基準
(1) 25対１急性期看護補助体制加算（看護補助者五割以上）の施設基準
イ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。
ロ 看護補助者の配置基準に主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。
ハ 当該病棟において、看護補助者の最小必要数の五割以上が当該保険医療機関に看護補助者として勤務している者であること。

ロ　急性期医療を担う病院であること。
ハ　急性期一般入院基本料又は特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）若しくは専門病院入院基本料の七対一入院基本料若しくは十対一入院基本料を算定する病棟であること。
ニ　急性期一般入院料６を算定する病棟又は十対一入院基本料を算定する病棟にあっては、次のいずれかに該当すること。
①　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を七分以上入院させる病棟であること。
②　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を六分以上入院させる病棟であること。
ホ　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
ヘ　夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。
(2)　看護職員夜間12対１配置加算２の施設基準
(1)のイからホまでを満たすものであること。
(3)　看護職員夜間16対１配置加算１の施設基準
イ　当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、三以上であることとする。
ロ　(1)のロからヘまでを満たすものであること。
(4)　看護職員夜間16対１配置加算２の施設基準
イ　(1)のロ及びホ並びに(3)のイを満たすものであること。
ロ　急性期一般入院料２から６までのいずれかを算定する病棟であること。
八　難病患者等入院診療加算に規定する疾患及び状態
別表第六に掲げる疾患及び状態
九　特殊疾患入院施設管理加算の施設基準
(1)　重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等をおおむね七割以上入院させている一般病棟、精神病棟又は有床診療所（一般病床に限る。以下この号において同じ。）であること。
(2)　当該病棟又は当該有床診療所において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟又は当該有床診療所の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟又は当該有床診療所において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟又は当該有床診療所における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。
(3)　当該有床診療所において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該有床診療所の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該有床診療所において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合

ニ　急性期医療を担う病院であること。
ホ　急性期一般入院基本料又は特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）若しくは専門病院入院基本料の七対一入院基本料若しくは十対一入院基本料を算定する病棟であること。
ヘ　急性期一般入院料６を算定する病棟又は十対一入院基本料を算定する病棟にあっては、次のいずれかに該当すること。
①　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を七分以上入院させる病棟であること。
②　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を六分以上入院させる病棟であること。
ト　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
(2)　25対１急性期看護補助体制加算（看護補助者五割未満）の施設基準
(1)のイ、ロ及びニからトまでを満たすものであること。
(3)　50対１急性期看護補助体制加算の施設基準
イ　当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が五十又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。
ロ　(1)のロ及びニからトまでを満たすものであること。
(4)　75対１急性期看護補助体制加算の施設基準
イ　当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七十五又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。
ロ　(1)のロ及びニからトまでを満たすものであること。
(5)　夜間30対１急性期看護補助体制加算の施設基準
当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。
(6)　夜間50対１急性期看護補助体制加算の施設基準
当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が五十又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。
(7)　夜間100対１急性期看護補助体制加算の施設基準
当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が百又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。
(8)　夜間看護体制加算の施設基準
イ　夜勤時間帯に看護補助者を配置していること。
ロ　夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。
(9)　看護補助体制充実加算の施設基準
看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備されていること。
七の四　看護職員夜間配置加算の施設基準
(1)　看護職員夜間12対１配置加算１の施設基準
イ　当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十二又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、三以上であることとする。

には、当該有床診療所における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

(4)　当該有床診療所において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。

十　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の対象患者の状態

(1)　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注１に規定する超重症の状態

イ　介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等特別の医学的管理が必要な状態が六月以上又は新生児期から継続している状態であること。

ロ　超重症児（者）の判定基準による判定スコアが二十五点以上であること。

(2)　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注２に規定する準超重症の状態

イ　超重症の状態に準ずる状態であること。

ロ　超重症児（者）の判定基準による判定スコアが十点以上であること。

十一　削除

十二　看護配置加算の施設基準

(1)　地域一般入院料３、障害者施設等入院基本料の十五対一入院基本料又は結核病棟入院基本料若しくは精神病棟入院基本料の十五対一入院基本料、十八対一入院基本料若しくは二十対一入院基本料を算定する病棟であること。

(2)　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

十三　看護補助加算の施設基準

(1)　看護補助加算１の施設基準

イ　当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。

ロ　看護補助者の配置基準に主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。

ハ　次のいずれかに該当すること。

①　地域一般入院料１若しくは地域一般入院料２を算定する病棟又は十三対一入院基本料を算定する病棟にあっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を五分以上入院させる病棟であること。

②　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、地域一般入院料１若しくは地域一般入院料２を算定する病棟又は十三対一入院基本料を算定する病棟にあっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を四分以上入院させる病棟であること。

③　地域一般入院料３、十五対一入院基本料、十八対一入院基本料又は二十対一入院基本料を算定する病棟であること。

ニ　看護職員の負担軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。

(2)　看護補助加算２の施設基準

イ　当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が五十又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。

ロ　地域一般入院基本料、十三対一入院基本料、十五対一入院基本料、十八対一入院基本料又は二十対一入院基本料を算定する病棟であること。

ハ　(1)のロ及びニを満たすものであること。

(3)　看護補助加算３の施設基準

イ　当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七十五又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。

ロ　地域一般入院基本料、十三対一入院基本料、十五対一入院基本料、十八対一入院基本料又は二十対一入院基本料を算定する病棟であること。

ハ　(1)のロ及びニを満たすものであること。

(4)　夜間75対１看護補助加算の施設基準

イ　当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七十五又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であること。

ロ　地域一般入院料１若しくは地域一般入院料２又は十三対一入院基本料を算定する病棟であること。

(5)　夜間看護体制加算の施設基準

イ　夜勤時間帯に看護補助者を配置していること。

ロ　夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

(6)　看護補助体制充実加算の施設基準

看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する十分な体制が整備されていること。

十四　地域加算に係る地域

一般職の職員の給与に関する法律（昭和二十五年法律第九十五号）第十一条の三第一項に規定する人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域

十五から十七まで　削除

十八　離島加算に係る地域

(1)　離島振興法（昭和二十八年法律第七十二号）第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域

(2)　奄美群島振興開発特別措置法（昭和二十九年法律第百八十九号）第一条に規定する奄美群島の地域

(3)　小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和四十四年法律第七十九号）第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域

(4)　沖縄振興特別措置法（平成十四年法律第十四号）第三条第三号に規定する離島

十九　重症者等療養環境特別加算の施設基準

(1)　常時監視を要し、随時適切な看護及び介助を必要とする重症者等の看護を行うにつき十分な看護師等が配置されていること。

(2)　個室又は二人部屋の病床であって、療養上の必要から当該重症者等を入院させるのに適したものであること。

二十　療養病棟療養環境加算の施設基準

(1)　療養病棟療養環境加算１の施設基準

イ　長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。

ロ　長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具が具備されている機能訓練室を有していること。

ハ　ロに掲げる機能訓練室のほか、十分な施設を有していること。

ニ　医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）第十九条第一項第一号並びに第二項第二号及び第三号に定める医師及び看護師等の員数以上の員数が配置されていること。

(2)　療養病棟療養環境加算２の施設基準

イ　長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
ロ　長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具が具備されている機能訓練室を有していること。
ハ　ロに掲げる機能訓練室のほか、適切な施設を有していること。
ニ　医療法施行規則第十九条第一項第一号並びに第二項第二号及び第三号に定める医師及び看護師等の員数以上の員数が配置されていること。

二十の二　療養病棟療養環境改善加算の施設基準
(1)　療養病棟療養環境改善加算１の施設基準
イ　長期にわたる療養を行うにつき適切な構造設備を有していること。
ロ　長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具が具備されている機能訓練室を有していること。
ハ　ロに掲げる機能訓練室のほか、適切な施設を有していること。
ニ　医療法施行規則第十九条第一項第一号並びに第二項第二号及び第三号に定める医師及び看護師等の員数以上の員数が配置されていること。
ホ　療養環境の改善に係る計画を策定し、定期的に、改善の状況を地方厚生局長等に報告していること。
(2)　療養病棟療養環境改善加算２の施設基準
イ　長期にわたる療養を行うにつき適切な構造設備を有していること。
ロ　機能訓練室のほか、適切な施設を有していること。
ハ　医療法施行規則第十九条第一項第一号並びに第二項第二号及び第三号に定める医師及び看護師等の員数以上の員数が配置されていること。
ニ　療養環境の改善に係る計画を策定し、定期的に、改善の状況を地方厚生局長等に報告していること。

二十一　診療所療養病床療養環境加算の施設基準
(1)　長期にわたる療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
(2)　機能訓練室のほか、適切な施設を有していること。
(3)　医療法施行規則第二十一条の二第一項及び第二項に定める医師及び看護師等の員数以上の員数が配置されていること。

二十一の二　診療所療養病床療養環境改善加算の施設基準
(1)　長期にわたる療養を行うにつき適切な構造設備を有していること。
(2)　機能訓練室を有していること。
(3)　長期にわたる療養を行うにつき十分な医師及び看護師等が配置されていること。
(4)　療養環境の改善に係る計画を策定し、定期的に、改善の状況を地方厚生局長等に報告していること。

二十一の三　無菌治療室管理加算の施設基準
(1)　無菌治療室管理加算１の施設基準
室内を無菌の状態に保つために十分な体制が整備されていること。
(2)　無菌治療室管理加算２の施設基準
室内を無菌の状態に保つために適切な体制が整備されていること。

二十一の四　放射線治療病室管理加算の施設基準
(1)　治療用放射性同位元素による治療の場合の施設基準
放射性同位元素による治療を行うにつき十分な設備を有していること。
(2)　密封小線源による治療の場合の施設基準
密封小線源による治療を行うにつき十分な設備を有していること。

二十二　重症皮膚潰瘍管理加算の施設基準
(1)　皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科を標榜（ぼう）している保険医療機関であること。
(2)　重症皮膚潰瘍を有する入院患者について、皮膚泌尿器科若しくは皮膚科又は形成外科を担当する医師が重症皮膚潰瘍管理を行うこと。
(3)　重症皮膚潰瘍管理を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。

二十三　緩和ケア診療加算の施設基準等
(1)　緩和ケア診療加算の施設基準
イ　緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ロ　当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍又は末期心不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。
ハ　がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。
(2)　緩和ケア診療加算の注２に規定する厚生労働大臣が定める地域
別表第六の二に掲げる地域
(3)　緩和ケア診療加算の注２に規定する施設基準
イ　一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１を除く。）を算定する病棟を有する病院（特定機能病院及び許可病床数が四百床以上の病院並びに診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を有する病院を除く。）であること。
ロ　緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ハ　当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）が配置されていること（当該保険医療機関において緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍又は末期心不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。
ニ　がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。
(4)　個別栄養食事管理加算の施設基準
イ　緩和ケアを要する患者の個別栄養食事管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ロ　当該体制において、緩和ケアを要する患者に対する個別栄養食事管理に係る必要な経験を有する管理栄養士が配置されていること。

二十三の二　有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準
(1)　緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(2)　当該体制において、緩和ケアに関する経験を有する医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）及び緩和ケアに関する経験を有する看護師が配置されていること（当該保険医療機関において有床診療所緩和ケア診療加算を算定する悪性腫瘍又は末期心不全の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。
(3)　(2)の医師又は看護師のいずれかが緩和ケアに関する研修を受けていること。
(4)　当該診療所における夜間の看護職員の数が一以上であること。

二十四　精神科応急入院施設管理加算の施設基準
(1)　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第百二十三号）第三十三

条の七第一項の規定により都道府県知事が指定する精神科病院であること。
(2)　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十三条の七第一項及び第三十四条第一項から第三項までの規定により入院する者のために必要な専用の病床を確保していること。

二十五　精神病棟入院時医学管理加算の施設基準
(1)　医療法施行規則第十九条第一項第一号の規定中「精神病床及び療養病床に係る病室の入院患者の数を三をもつて除した数」を「精神病床に係る病室の入院患者の数に療養病床に係る病室の入院患者の数を三をもつて除した数を加えた数」と読み替えた場合における同号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。
(2)　当該地域における精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設であること。

二十五の二　精神科地域移行実施加算の施設基準
(1)　精神科を標榜する保険医療機関である病院であること。
(2)　当該保険医療機関内に地域移行を推進する部門を設置し、組織的に地域移行を実施する体制が整備されていること。
(3)　当該部門に専従の精神保健福祉士が配置されていること。
(4)　長期入院患者の退院が着実に進められている保険医療機関であること。

二十五の三　精神科身体合併症管理加算の施設基準等
(1)　精神科身体合併症管理加算の施設基準
イ　精神科を標榜する保険医療機関である病院であること。
ロ　当該病棟に専任の内科又は外科の医師が配置されていること。
ハ　精神障害者であって身体合併症を有する患者の治療が行えるよう、精神科以外の診療科の医療体制との連携が取られている病棟であること。
(2)　精神科身体合併症管理加算の注に規定する厚生労働大臣が定める身体合併症を有する患者
別表第七の二に掲げる身体合併症を有する患者

二十五の四　精神科リエゾンチーム加算の施設基準
精神疾患に係る症状の評価等の必要な診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

二十六　強度行動障害入院医療管理加算の施設基準等
(1)　強度行動障害入院医療管理加算の施設基準
強度行動障害の診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(2)　強度行動障害入院医療管理加算の対象患者
強度行動障害スコアが十点以上かつ医療度スコアが二十四点以上の患者

二十六の二　依存症入院医療管理加算の施設基準等
(1)　依存症入院医療管理加算の施設基準
アルコール依存症又は薬物依存症の診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(2)　依存症入院医療管理加算の対象患者
入院治療が必要なアルコール依存症の患者又は薬物依存症の患者

二十六の三　摂食障害入院医療管理加算の施設基準等
(1)　摂食障害入院医療管理加算の施設基準
摂食障害の診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(2)　摂食障害入院医療管理加算の対象患者
重度の摂食障害により著しい体重の減少が認められる患者

二十七　がん拠点病院加算の施設基準等
(1)　がん診療連携拠点病院加算の施設基準
がん診療の拠点となる病院であること。
(2)　小児がん拠点病院加算の施設基準
小児がんの診療の拠点となる病院であること。
(3)　がん拠点病院加算の注２に規定する施設基準
ゲノム情報を用いたがん医療を提供する拠点病院であること。

二十八　栄養サポートチーム加算の施設基準等
(1)　栄養サポートチーム加算の施設基準
イ　栄養管理に係る診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ロ　当該加算の対象患者について栄養治療実施計画を作成するとともに、当該患者に対して当該計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。
ハ　当該患者の栄養管理に係る診療の終了時に栄養治療実施報告書を作成するとともに、当該患者に対して当該報告書が文書により交付され、説明がなされるものであること。
(2)　栄養サポートチーム加算の対象患者
栄養障害の状態にある患者又は栄養管理を行わなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者であって、栄養管理計画が策定されているものであること。
(3)　栄養サポートチーム加算の注２に規定する厚生労働大臣が定める地域
別表第六の二に掲げる地域
(4)　栄養サポートチーム加算の注２に規定する施設基準
イ　一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１を除く。）を算定する病棟（特定機能病院及び許可病床数が四百床以上の病院の病棟並びに診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を除く。）であること。
ロ　栄養管理に係る診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ハ　当該加算の対象患者について栄養治療実施計画を作成するとともに、当該患者に対して当該計画が文書により交付され、説明がなされるものであること。
ニ　当該患者の栄養管理に係る診療の終了時に栄養治療実施報告書を作成するとともに、当該患者に対して当該報告書が文書により交付され、説明がなされるものであること。

二十九　医療安全対策加算の施設基準
(1)　医療安全対策加算１の施設基準
イ　医療安全対策に係る研修を受けた専従の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。
ロ　当該保険医療機関内に医療安全管理部門を設置し、組織的に医療安全対策を実施する体制が整備されていること。
ハ　当該保険医療機関内に患者相談窓口を設置していること。
(2)　医療安全対策加算２の施設基準
イ　医療安全対策に係る研修を受けた専任の薬剤師、看護師等が医療安全管理者として配置されていること。
ロ　(1)のロ及びハの要件を満たしていること。
(3)　医療安全対策地域連携加算１の施設基準
イ　医療安全対策加算１に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
ロ　医療安全対策に関する十分な経験を有する専任の医師又は医療安全対策に関する研修を受けた専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。
ハ　医療安全対策加算１を算定する他の保険医療機関及び医療安全対策加算２を算定する保

険医療機関との連携により、医療安全対策を実施するための必要な体制が整備されていること。

(4)　医療安全対策地域連携加算２の施設基準

イ　医療安全対策加算２に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

ロ　医療安全対策加算１を算定する他の保険医療機関との連携により、医療安全対策を実施するための必要な体制が整備されていること。

二十九の二　感染対策向上加算の施設基準等

(1)　感染対策向上加算１の施設基準

イ　専任の院内感染管理者が配置されていること。

ロ　当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。

ハ　当該部門において、感染症対策に関する十分な経験を有する医師及び感染管理に関する十分な経験を有する看護師（感染防止対策に関する研修を受けたものに限る。）並びに病院勤務に関する十分な経験を有する薬剤師及び臨床検査技師が適切に配置されていること。

ニ　感染防止対策につき、感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３に係る届出を行っている保険医療機関等と連携していること。

ホ　他の保険医療機関（感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）との連携により感染防止対策を実施するための必要な体制が整備されていること。

ヘ　抗菌薬を適正に使用するために必要な支援体制が整備されていること。

(2)　感染対策向上加算２の施設基準

イ　専任の院内感染管理者が配置されていること。

ロ　当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。

ハ　当該部門において、感染症対策に関する十分な経験を有する医師及び感染管理に関する十分な経験を有する看護師並びに病院勤務に関する十分な経験を有する薬剤師及び臨床検査技師が適切に配置されていること。

ニ　感染防止対策につき、感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。

(3)　感染対策向上加算３の施設基準

イ　専任の院内感染管理者が配置されていること。

ロ　当該保険医療機関内に感染防止対策部門を設置し、組織的に感染防止対策を実施する体制が整備されていること。

ハ　当該部門において、医師及び看護師が適切に配置されていること。

ニ　感染防止対策につき、感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関と連携していること。

(4)　指導強化加算の施設基準

他の保険医療機関（感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）に対し、院内感染対策に係る助言を行うための必要な体制が整備されていること。

(5)　連携強化加算の施設基準

他の保険医療機関（感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）との連携体制を確保していること。

(6)　サーベイランス強化加算の施設基準

地域において感染防止対策に資する情報を提供する体制が整備されていること。

二十九の三　患者サポート体制充実加算の施設基準

(1)　患者相談窓口を設置し、患者に対する支援の充実につき必要な体制が整備されていること。

(2)　当該窓口に、専任の看護師、社会福祉士等が配置されていること。

二十九の四　重症患者初期支援充実加算の施設基準

(1)　患者サポート体制充実加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(2)　特に重篤な患者及びその家族等に対する支援を行うにつき必要な体制が整備されていること。

二十九の五　報告書管理体制加算の施設基準

(1)　放射線科又は病理診断科を標榜する保険医療機関であること。

(2)　医療安全対策加算１又は２に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(3)　画像診断管理加算２若しくは３又は病理診断管理加算１若しくは２に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(4)　医療安全対策に係る研修を受けた専任の臨床検査技師又は専任の診療放射線技師等が報告書確認管理者として配置されていること。

(5)　組織的な医療安全対策の実施状況の確認につき必要な体制が整備されていること。

三十　褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準等

(1)　褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準

イ　褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた専従の看護師等が褥瘡管理者として配置されていること。

ロ　褥瘡管理者が、褥瘡対策チームと連携して、あらかじめ定められた方法に基づき、個別の患者ごとに褥瘡リスクアセスメントを行っていること。

ハ　褥瘡リスクアセスメントの結果を踏まえ、特に重点的な褥瘡ケアが必要と認められる患者について、主治医その他の医療従事者が共同して褥瘡の発生予防等に関する計画を個別に作成し、当該計画に基づき重点的な褥瘡ケアを継続して実施していること。

ニ　褥瘡の早期発見及び重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること。

(2)　褥瘡ハイリスク患者ケア加算の注２に規定する厚生労働大臣が定める地域

別表第六の二に掲げる地域

(3)　褥瘡ハイリスク患者ケア加算の注２に規定する施設基準

イ　一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１を除く。）を算定する病棟（特定機能病院及び許可病床数が四百床以上の病院の病棟並びに診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を除く。）であること。

ロ　褥瘡ケアを行うにつき必要な体制が整備されていること。

ハ　褥瘡の早期発見及び重症化予防のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること。

三十一　ハイリスク妊娠管理加算の施設基準等

(1)　ハイリスク妊娠管理加算の施設基準

イ　産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関であること。

ロ　当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する医師が一名以上配置されていること。

ハ　公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

(2)　ハイリスク妊娠管理加算の対象患者

妊婦であって、別表第六の三に掲げるもの

三十二　ハイリスク分娩等管理加算の施設基準等

(1)　ハイリスク分娩管理加算の施設基準

イ　当該保険医療機関内に専ら産婦人科又は産科に従事する常勤医師が三名以上配置されていること。

ロ　当該保険医療機関内に常勤の助産師が三名以上配置されていること。

ハ　一年間の分娩実施件数が百二十件以上であり、かつ、その実施件数等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

ニ　公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

(2)　地域連携分娩管理加算の施設基準

イ　(1)を満たすものであること。

ロ　周産期医療に関する専門の保険医療機関との連携により、分娩管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(3)　ハイリスク分娩管理加算及び地域連携分娩管理加算の対象患者

妊産婦であって、別表第七に掲げるもの

三十三から三十三の五まで　削除

三十三の六　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の施設基準

(1)　救急患者の転院体制について、精神科救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。

(2)　精神科救急搬送患者地域連携受入加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

三十三の七　精神科救急搬送患者地域連携受入加算の施設基準

(1)　救急患者の転院体制について、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っている保険医療機関との間であらかじめ協議を行っていること。

(2)　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

三十四及び三十五　削除

三十五の二　呼吸ケアチーム加算の施設基準等

(1)　呼吸ケアチーム加算の施設基準

イ　人工呼吸器の離脱のために必要な診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ　当該加算の対象患者について呼吸ケアチームによる診療計画書を作成していること。

(2)　呼吸ケアチーム加算の対象患者

次のいずれにも該当する患者であること。

イ　四十八時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であること。

ロ　次のいずれかに該当する患者であること。

①　人工呼吸器を装着している状態で当該加算を算定できる病棟に入院（転棟及び転床を含む。）した患者であって、当該病棟に入院した日から起算して一月以内のもの

②　当該加算を算定できる病棟に入院した後に人工呼吸器を装着した患者であって、装着した日から起算して一月以内のもの

三十五の二の二　術後疼痛管理チーム加算の施設基準

(1)　麻酔科を標榜する保険医療機関であること。

(2)　手術後の患者の疼痛管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三十五の三　後発医薬品使用体制加算の施設基準

(1)　後発医薬品使用体制加算１の施設基準

イ　後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ　当該保険医療機関において調剤した保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が九割以上であること。

ハ　当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が五割以上であること。

ニ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(2)　後発医薬品使用体制加算２の施設基準

イ　後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。

ハ　当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が五割以上であること。

ニ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(3)　後発医薬品使用体制加算３の施設基準

イ　後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されていること。

ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割五分以上であること。

ハ　当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が五割以上であること。

ニ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

三十五の四　病棟薬剤業務実施加算の施設基準

(1)　病棟薬剤業務実施加算１の施設基準

イ　病棟ごとに専任の薬剤師が配置されていること。

ロ　薬剤師が実施する病棟における薬剤関連業務につき、病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性に資するために十分な時間が確保されていること。

ハ　医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有すること。

ニ　当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。

ホ　薬剤管理指導料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(2)　病棟薬剤業務実施加算２の施設基準
イ　病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
ロ　病棟薬剤業務実施加算１に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
ハ　治療室ごとに専任の薬剤師が配置されていること。
ニ　薬剤師が実施する治療室における薬剤関連業務につき、病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性に資するために十分な時間が確保されていること。
ホ　ハの薬剤師を通じて、当該保険医療機関における医薬品の使用に係る状況を把握するとともに、医薬品の安全性に係る重要な情報を把握した際に、速やかに必要な措置を講じる体制を有していること。

三十五の五　データ提出加算の施設基準
(1)　データ提出加算１及び３の施設基準
イ　診療録管理体制加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。ただし、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料のいずれか又はその両方のみの届出を行う保険医療機関にあっては、本文の規定にかかわらず、七の(1)又は(2)を満たすものであること。
ロ　入院患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。
(2)　データ提出加算２及び４の施設基準
イ　診療録管理体制加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。ただし、回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料のいずれか又はその両方のみの届出を行う保険医療機関にあっては、本文の規定にかかわらず、七の(1)又は(2)を満たすものであること。
ロ　入院患者及び外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。
(3)　提出データ評価加算の施設基準
イ　データ提出加算２のロ又は４のロに係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
ロ　診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されていること。

三十五の六　入退院支援加算の施設基準等
(1)　入退院支援加算１に関する施設基準
イ　当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。
ロ　当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。
ハ　当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。
ニ　各病棟に、入退院支援及び地域連携業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士が配置されていること。
ホ　その他入退院支援等を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(2)　入退院支援加算２に関する施設基準
イ　当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。
ロ　当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。
ハ　当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。
ニ　その他入退院支援等を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(3)　入退院支援加算３に関する施設基準
イ　当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。
ロ　当該部門に新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有し、小児患者の在宅移行に関する研修を受けた専任の看護師が一名以上又は新生児の集中治療、入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が一名以上配置されていること。
(4)　地域連携診療計画加算の施設基準
イ　当該地域において、当該病院からの転院後又は退院後の治療等を担う複数の保険医療機関又は介護サービス事業所等を記載した地域連携診療計画をあらかじめ作成し、地方厚生局長等に届け出ていること。
ロ　地域連携診療計画において連携する保険医療機関又は介護サービス事業所等として定めた保険医療機関又は介護サービス事業所等との間で、定期的に、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価等を行うための機会を設けていること。
(5)　入退院支援加算の注５に規定する厚生労働大臣が定める地域
別表第六の二に掲げる地域
(6)　入退院支援加算の注５に規定する施設基準
イ　一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１を除く。）を算定する病棟を有する病院（特定機能病院及び許可病床数が四百床以上の病院並びに診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を有する病院を除く。）であること。
ロ　入退院支援を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(7)　入院時支援加算の施設基準
イ　入院前支援を行う者として、入退院支援及び地域連携業務を担う部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること。ただし、許可病床数が二百床未満の保険医療機関にあっては、本文の規定にかかわらず、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師が配置されていること。
ロ　地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(8)　入院時支援加算に規定する厚生労働大臣が定めるもの
イ　自宅等から入院する予定入院患者（他の保険医療機関から転院する患者を除く。）であること。
ロ　入退院支援加算を算定する患者であること。
(9)　総合機能評価加算の施設基準
当該保険医療機関内に、総合的な機能評価に係る研修を受けた常勤の医師若しくは歯科医師又は総合的な機能評価の経験を有する常勤の医師若しくは歯科医師が一名以上配置されていること。
(10)　総合機能評価加算に規定する厚生労働大臣が定めるもの
イ　入退院支援加算１又は２を算定する患者であること。
ロ　介護保険法施行令第二条各号に規定する疾病を有する四十歳以上六十五歳未満の患者又

は六十五歳以上の患者であること。

三十五の七　認知症ケア加算の施設基準等

(1)　認知症ケア加算１の施設基準

当該保険医療機関において、認知症を有する患者のケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2)　認知症ケア加算２の施設基準

当該保険医療機関において、認知症を有する患者のケアを行うにつき適切な体制が整備されていること。

(3)　認知症ケア加算３の施設基準

当該保険医療機関において、認知症を有する患者のケアを行うにつき必要な体制が整備されていること。

(4)　認知症ケア加算の対象患者

認知症又は認知症の症状を有し、日常生活を送る上で介助が必要な状態である患者

三十五の七の二　せん妄ハイリスク患者ケア加算の施設基準

入院中の患者に対して、せん妄のリスク確認及びせん妄対策を行うにつき必要な体制が整備されていること。

三十五の八　精神疾患診療体制加算の施設基準

(1)　許可病床数が百床（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては八十床）以上の病院であること。

(2)　救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

三十五の九　精神科急性期医師配置加算の施設基準

(1)　通則

当該病棟において、常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上配置されていること。

(2)　精神科急性期医師配置加算１の施設基準

イ　精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。

ロ　治療抵抗性統合失調症患者に対する入院医療に係る実績を相当程度有していること。

ハ　精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料１を算定する精神病棟であること。

ニ　当該病棟に常勤の精神保健指定医（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。以下同じ。）が二名以上配置されていること。

(3)　精神科急性期医師配置加算２のイの施設基準

イ　精神病棟入院基本料（十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）又は特定機能病院入院基本料を算定する精神病棟（七対一入院基本料、十対一入院基本料又は十三対一入院基本料に限る。）であること。

ロ　精神障害者であって身体疾患を有する患者に対する急性期治療を行うにつき十分な体制を有する保険医療機関の精神病棟であること。

ハ　許可病床（精神病床を除く。）の数が百床（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては八十床）以上の病院であること。

(4)　精神科急性期医師配置加算２のロの施設基準

イ　(2)のイを満たすものであること。

ロ　精神科急性期治療病棟入院料１を算定する精神病棟であること。

(5)　精神科急性期医師配置加算３の施設基準

イ　精神科救急医療に係る実績を一定程度有していること。

ロ　治療抵抗性統合失調症患者に対する入院医療に係る実績を一定程度有していること。

ハ　(2)のハを満たすものであること。

三十五の十　排尿自立支援加算の施設基準等

(1)　排尿自立支援加算の施設基準

排尿に関するケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2)　排尿自立支援加算の対象患者

尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの。

三十五の十一　地域医療体制確保加算の施設基準

(1)　救急搬送、周産期医療又は小児救急医療に係る実績を相当程度有していること。

(2)　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

三十六　地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準

(1)　地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出を行っていること。

(2)　当該地域において、歯科診療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

第九　特定入院料の施設基準等

一　通則

(1)　病院であること。

(2)　看護又は看護補助は、当該保険医療機関の看護職員又は当該保険医療機関の主治医若しくは看護師の指示を受けた看護補助者が行うものであること。

(3)　入院基本料を算定していない保険医療機関（特別入院基本料等を算定している保険医療機関を含む。）において算定する特定入院料は、別表第十五のものに限ること。

(4)　厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準又は医師等の員数の基準のいずれにも該当していないこと。

二　救命救急入院料の施設基準等

(1)　救命救急入院料の注１に規定する入院基本料の施設基準

イ　救命救急入院料１の施設基準

①　都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。

②　当該治療室内に重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。

③　当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。

④　重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な専用施設を有していること。

⑤　当該治療室に入院している患者のハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度について継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。

ロ　救命救急入院料２の施設基準

次のいずれにも該当するものであること。

①　イの①から④までを満たすものであること。

②　次のいずれかに該当すること。

1　三の(1)のイを満たすものであること。
2　三の(1)のハを満たすものであること。

ハ　救命救急入院料３の施設基準
次のいずれにも該当するものであること。
①　イを満たすものであること。
②　広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ニ　救命救急入院料４の施設基準
次のいずれにも該当するものであること。
①　ロを満たすものであること。
②　広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2)　救命救急入院料の注１に規定する厚生労働大臣が定める区分
イ　救命救急入院料
広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者以外の患者
ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料
広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者

(3)　救命救急入院料の注１に規定する厚生労働大臣が定める状態
広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態

(4)　救命救急入院料の注１に規定する算定上限日数に係る施設基準
患者の早期回復を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(5)　救命救急入院料の注２のイに規定する厚生労働大臣が定める施設基準
自殺企図後の精神疾患の患者に対する指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(6)　救命救急入院料の注３に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
イ　救急体制充実加算１の施設基準
重篤な救急患者に対する医療を行うにつき充実した体制が整備されていること。
ロ　救急体制充実加算２の施設基準
重篤な救急患者に対する医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ハ　救急体制充実加算３の施設基準
重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(7)　救命救急入院料の注４に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
重篤な救急患者に対する医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(8)　救命救急入院料の注６に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
当該保険医療機関内に、専任の小児科の医師が常時配置されていること。

(9)　救命救急入院料の注８に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
イ　早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ロ　心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(10)　救命救急入院料の注９に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
イ　当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。
ロ　当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(11)　救命救急入院料の注11に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
当該治療室を有する保険医療機関において、重症患者の対応につき十分な体制が整備されていること。

三　特定集中治療室管理料の施設基準等

(1)　特定集中治療室管理料の注１に規定する入院基本料の施設基準
イ　特定集中治療室管理料１の施設基準
①　病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
②　当該治療室内に集中治療を行うにつき十分な医師が常時配置されていること。
③　当該治療室内に集中治療を行うにつき十分な看護師が配置されていること。
④　当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が二又はその端数を増すごとに一以上であること。
⑤　集中治療を行うにつき十分な専用施設を有していること。
⑥　次のいずれかに該当すること。
（一）　特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を八割以上入院させる治療室であること。
（二）　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を七割以上入院させる治療室であること。

ロ　特定集中治療室管理料２の施設基準
次のいずれにも該当するものであること。
①　イを満たすものであること。
②　広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ハ　特定集中治療室管理料３の施設基準
①　イの①及び④を満たすものであること。
②　当該治療室内に集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。
③　集中治療を行うにつき必要な専用施設を有していること。
④　次のいずれかに該当すること。
（一）　特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を七割以上入院させる治療室であること。
（二）　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を六割以上入院させる治療室であること。

ニ　特定集中治療室管理料４の施設基準
次のいずれにも該当するものであること。
①　ハを満たすものであること。
②　広範囲熱傷特定集中治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2)　特定集中治療室管理料の注１に規定する厚生労働大臣が定める区分
イ　特定集中治療室管理料
広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者以外の患者
ロ　広範囲熱傷特定集中治療管理料
広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な患者

(3)　特定集中治療室管理料の注１に規定する厚生労働大臣が定める状態
広範囲熱傷特定集中治療管理が必要な状態

(4)　特定集中治療室管理料の注１に規定する算定上限日数に係る施設基準
患者の早期回復を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(5)　特定集中治療室管理料の注２に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
当該保険医療機関内に、専任の小児科医が常時配置されていること。
(6)　特定集中治療室管理料の注４に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
イ　早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ロ　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
(7)　特定集中治療室管理料の注５に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
イ　当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。
ロ　当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(8)　特定集中治療室管理料の注６に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
当該治療室を有する保険医療機関において、重症患者の対応につき十分な体制が整備されていること。

四　ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準
(1)　ハイケアユニット入院医療管理料１の施設基準
イ　病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
ロ　当該治療室の病床数は、三十床以下であること。
ハ　ハイケアユニット入院医療管理を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。
ニ　当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。
ホ　ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を八割以上入院させる治療室であること。
ヘ　当該病院の一般病棟の入院患者の平均在院日数が十九日以内であること。
ト　診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
チ　ハイケアユニット入院医療管理を行うにつき十分な専用施設を有していること。
(2)　ハイケアユニット入院医療管理料２の施設基準
イ　(1)のイからハまで及びヘからチまでの基準を満たすものであること。
ロ　当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が五又はその端数を増すごとに一以上であること。
ハ　ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者を六割以上入院させる治療室であること。
(3)　ハイケアユニット入院医療管理料の注３に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
イ　早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ロ　心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
(4)　ハイケアユニット入院医療管理料の注４に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
イ　当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。
ロ　当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

五　脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準
(1)　病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
(2)　当該治療室の病床数は、三十床以下であること。
(3)　脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。
(4)　当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が三又はその端数を増すごとに一以上であること。
(5)　当該治療室において、常勤の理学療法士又は作業療法士が一名以上配置されていること。
(6)　脳梗塞、脳出血及びくも膜下出血の患者をおおむね八割以上入院させる治療室であること。
(7)　脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにつき十分な専用施設を有していること。
(8)　脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにつき必要な器械・器具を有していること。
(9)　当該治療室に入院している患者の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡについて継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること。
(10)　脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注３に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
イ　早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ロ　心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
(11)　脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注４に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
イ　当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。
ロ　当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

五の二　小児特定集中治療室管理料の施設基準
(1)　病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
(2)　当該治療室内に小児集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。
(3)　当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が二又はその端数を増すごとに一以上であること。
(4)　集中治療を行うにつき十分な体制及び専用施設を有していること。
(5)　他の保険医療機関において救命救急入院料若しくは特定集中治療室管理料を算定している患者、救急搬送診療料を算定した患者又は手術を必要とする先天性心疾患の患者の当該治療室への受入れについて、相当の実績を有していること。
(6)　小児特定集中治療室管理料の注３に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
イ　早期の離床を目的とした取組を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ロ　心大血管リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
(7)　小児特定集中治療室管理料の注４に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
イ　当該治療室内に集中治療室における栄養管理に関する十分な経験を有する専任の管理栄養士が配置されていること。
ロ　当該治療室において早期から栄養管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

六　新生児特定集中治療室管理料の施設基準等
(1)　新生児特定集中治療室管理料１の施設基準
イ　病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
ロ　当該治療室内に集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。
ハ　当該治療室における助産師又は看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が三又はその端数を増すごとに一以上であること。
ニ　集中治療を行うにつき十分な専用施設を有していること。
ホ　集中治療を行うにつき十分な実績を有していること。

(2)　新生児特定集中治療室管理料２の施設基準
イ　(1)のイ、ハ及びニの基準を満たすものであること。
ロ　当該保険医療機関内に集中治療を行うにつき必要な専任の医師が常時配置されていること。
ハ　集中治療を行うにつき相当の実績を有していること。
(3)　新生児特定集中治療室管理料の注１に規定する厚生労働大臣が定める疾患
別表第十四に掲げる疾患
六の二　総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準等
(1)　総合周産期特定集中治療室管理料１の施設基準
イ　病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
ロ　当該治療室内に集中治療を行うにつき必要な医師が常時配置されていること。
ハ　当該治療室における助産師又は看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が三又はその端数を増すごとに一以上であること。
ニ　集中治療を行うにつき十分な専用施設を有していること。
(2)　総合周産期特定集中治療室管理料２の施設基準
イ　(1)のイからニまでの基準を満たすものであること。
ロ　集中治療を行うにつき十分な実績を有していること。
(3)　総合周産期特定集中治療室管理料の注１に規定する厚生労働大臣が定める疾患
別表第十四に掲げる疾患
(4)　総合周産期特定集中治療室管理料の注３に規定する厚生労働大臣が定める施設基準
妊婦及びその家族等に対して必要な支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。
六の三　新生児治療回復室入院医療管理料の施設基準等
(1)　病院の一般病棟の治療室を単位として行うものであること。
(2)　当該保険医療機関内に新生児治療回復室入院医療管理を行うにつき必要な小児科の専任の医師が常時配置されていること。
(3)　当該治療室における助産師又は看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が六又はその端数を増すごとに一以上であること。
(4)　新生児治療回復室入院医療管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(5)　新生児治療回復室入院医療管理を行うにつき十分な構造設備を有していること。
(6)　新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
(7)　新生児治療回復室入院医療管理料の注１に規定する厚生労働大臣が定める疾患
別表第十四に掲げる疾患
七　一類感染症患者入院医療管理料の施設基準等
(1)　一類感染症患者入院医療管理料の施設基準
イ　病院の治療室を単位として行うものであること。
ロ　当該治療室における看護師の数は、常時、当該治療室の入院患者の数が二又はその端数を増すごとに一以上であること。
(2)　一類感染症患者入院医療管理料の対象患者
別表第八に掲げる患者
八　特殊疾患入院医療管理料の施設基準等
(1)　特殊疾患入院医療管理料の施設基準
イ　脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等をおおむね八割以上入院させる病室であって、一般病棟の病室を単位として行うものであること。
ロ　当該病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。
ハ　当該病室を有する病棟において、看護職員及び看護補助者の最小必要数の五割以上が看護職員であること。
ニ　当該病室を有する病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。
ホ　特殊疾患入院医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ヘ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
(2)　特殊疾患入院医療管理料の注５の除外薬剤・注射薬
別表第五の一の二に掲げる薬剤及び注射薬
九　小児入院医療管理料の施設基準
(1)　通則
イ　小児科を標榜（ひょうぼう）している病院であること。
ロ　医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。
ハ　小児医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(2)　小児入院医療管理料１の施設基準
イ　当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が二十名以上配置されていること。
ロ　当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとするが、この場合であっても、当該病棟における看護師の数は、夜勤の時間帯も含め、常時当該病棟の入院患者の数が九又はその端数を増すごとに一以上であること。
ハ　専ら十五歳未満の小児（小児慢性特定疾病医療支援（児童福祉法第六条の二第三項に規定する小児慢性特定疾病医療支援をいう。以下同じ。）の対象である場合は、二十歳未満の者）を入院させる病棟であること。
ニ　専ら小児の入院医療に係る相当の実績を有していること。
ホ　入院を要する小児救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ヘ　当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日以内であること。
(3)　小児入院医療管理料２の施設基準
イ　当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が九名以上配置されていること。
ロ　当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜

勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
ハ　専ら十五歳未満の小児（小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、二十歳未満の者）を入院させる病棟であること。
ニ　入院を要する小児救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ホ　当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日以内であること。
(4)　小児入院医療管理料３の施設基準
イ　当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が五名以上配置されていること。
ロ　当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
ハ　専ら十五歳未満の小児（小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、二十歳未満の者）を入院させる病棟であること。
ニ　当該病棟の入院患者の平均在院日数が二十一日以内であること。
(5)　小児入院医療管理料４の施設基準
イ　当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が三名以上配置されていること。
ロ　当該病床を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
ハ　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
ニ　当該病棟において、専ら小児を入院させる病床が十床以上であること。
ホ　当該保険医療機関の当該病棟を含めた一般病棟の入院患者の平均在院日数が二十八日以内であること。
(6)　小児入院医療管理料５の施設基準
イ　当該保険医療機関内に小児科の常勤の医師が一名以上配置されていること。
ロ　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
ハ　当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
ニ　特定機能病院以外の病院であること。
(7)　小児入院医療管理料の注２に規定する加算の施設基準
イ　当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士（国家戦略特別区域法（平成二十五年法律第百七号）第十二条の五第五項に規定する事業実施区域内にある保険医療機関にあっては、保育士又は当該事業実施区域に係る国家戦略特別区域限定保育士）が一名以上配置されていること。
ロ　小児患者に対する療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
(8)　小児入院医療管理料の注４に規定する加算の施設基準
イ　当該病棟に専ら十五歳未満の小児の療養生活の指導を担当する常勤の保育士が一名以上配置されていること。
ロ　小児患者に対する療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
ハ　他の保険医療機関において新生児特定集中治療室管理料を算定した患者及び第八の十の(1)に規定する超重症の状態又は同(2)に規定する準超重症の状態に該当する十五歳未満の患者の当該病棟への受入れについて、相当の実績を有していること。
(9)　小児入院医療管理料の注５に規定する加算の施設基準
イ　無菌治療管理加算１の施設基準
室内を無菌の状態に保つために十分な体制が整備されていること。
ロ　無菌治療管理加算２の施設基準
室内を無菌の状態に保つために適切な体制が整備されていること。
(10)　小児入院医療管理料の注７に規定する加算の施設基準
虐待等不適切な養育が行われていることが疑われる小児患者に対する支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(11)　小児入院医療管理料の注８に規定する加算の施設基準
イ　時間外受入体制強化加算１の施設基準
①　当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該病棟における緊急の入院患者の受入れにつき、十分な実績を有していること。
②　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
ロ　時間外受入体制強化加算２の施設基準
①　当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において、当該病棟における緊急の入院患者の受入れにつき、相当の実績を有していること。
②　イの②を満たすものであること。
十　回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等
(1)　通則
イ　回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を八割以上入院させ、一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。
ロ　回復期リハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。
ハ　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定するリハビリテーションに係る適切な実施計画を作成する体制及び適切な当該リハビリテーションの効果、実施方法等を評価する体制がとられていること。
ニ　回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、一日当たり二単位以上のリハビリテーションが行われていること。
ホ　当該病棟に専任の常勤医師が一名以上配置されていること。
ヘ　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては十三）又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（回復期リハビリテーション病棟入院料３から５までであって、看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は一以上）であることとする。
ト　当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては七割）以上が看護師であること。
チ　当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、

一日に看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。

リ　当該病棟に専従の常勤の理学療法士が二名（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては三名）以上、作業療法士が一名（回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２にあっては二名）以上配置されていること。

ヌ　特定機能病院以外の病院であること。

ル　別表第九に掲げる急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態に該当する患者に対してリハビリテーションを行う場合は、心大血管疾患リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(2)　回復期リハビリテーション病棟入院料１の施設基準

イ　当該病棟に専従の常勤の言語聴覚士が一名以上配置されていること。

ロ　当該病棟に専任の常勤の管理栄養士が一名以上配置されていること。

ハ　当該病棟に在宅復帰支援を担当する専任の常勤の社会福祉士等が一名以上配置されていること。

ニ　休日を含め、週七日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。

ホ　当該病棟において、新規入院患者のうち四割以上が重症の患者であること。

ヘ　当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が七割以上であること。

ト　重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又はＦＩＭが改善していること。

チ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

リ　リハビリテーションの効果に係る実績の指数が四十以上であること。

(3)　回復期リハビリテーション病棟入院料２の施設基準

(2)のイ及びハからチまでを満たすものであること。

(4)　回復期リハビリテーション病棟入院料３の施設基準

イ　当該病棟において、新規入院患者のうち三割以上が重症の患者であること。

ロ　当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が七割以上であること。

ハ　重症の患者の三割以上が退院時に日常生活機能又はＦＩＭが改善していること。

ニ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ホ　リハビリテーションの効果に係る実績の指数が三十五以上であること。

(5)　回復期リハビリテーション病棟入院料４の施設基準

(4)のイからニまでを満たすものであること。

(6)　回復期リハビリテーション病棟入院料５の施設基準

データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(7)　回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

別表第九に掲げる状態及び日数

(8)　休日リハビリテーション提供体制加算の施設基準

休日を含め、週七日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。

(9)　回復期リハビリテーション病棟入院料の注３に規定する費用

別表第九の三に掲げる費用

(10)　回復期リハビリテーション病棟入院料の注３の除外薬剤・注射薬

自己連続携行式腹膜灌流用灌流液及び別表第五の一の二に掲げる薬剤・注射薬

(11)　体制強化加算の施設基準

イ　当該病棟において、リハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専従の常勤医師が適切に配置されていること。

ロ　当該病棟において、入院患者の退院に係る調整（以下「退院調整」という。）を行うにつき十分な経験を有する専従の常勤の社会福祉士が適切に配置されていること。

十一　削除

十一の二　地域包括ケア病棟入院料の施設基準等

(1)　通則

イ　当該病棟又は病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟又は病室を有する病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟又は病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟又は病室を有する病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であること（地域包括ケア病棟入院料の注８の場合を除く。）とする。

ロ　当該病棟又は病室を有する病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

ハ　次のいずれかに該当すること。

①　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一割二分以上入院させる病棟又は病室であること。

②　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を八分以上入院させる病棟又は病室であること。

ニ　当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。

ホ　当該病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が一名以上配置されていること。

ヘ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ト　特定機能病院以外の病院であること。

チ　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

リ　救急医療又は在宅医療を提供する体制等の地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な体制を有していること。

ヌ　当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

(2)　地域包括ケア病棟入院料１の施設基準

イ　地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な構造設備を有していること。

ロ　当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割二分五厘以

上であること。
ハ　当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が二割以上であること。
ニ　当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において九人以上であること。
ホ　次のいずれか二つ以上を満たしていること。
①　在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。
②　在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を前三月間において六十回以上算定している保険医療機関であること。
③　訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第六十七号）に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。
④　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。
⑤　介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。
⑥　退院時共同指導料２及び外来在宅共同指導料１を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。
ヘ　許可病床数が二百床（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満の保険医療機関であること。
ト　病院の一般病棟又は療養病棟の病棟を単位として行うものであること。
(3)　地域包括ケア入院医療管理料１の施設基準
イ　当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割二分五厘以上であること。
ロ　当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が二割以上であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあっては、前三月間において、自宅等から入院した患者が八人以上であること。
ハ　当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において九人以上であること。
ニ　(2)のイ、ホ及びヘを満たすものであること。
ホ　病院の一般病棟又は療養病棟の病室を単位として行うものであること。
(4)　地域包括ケア病棟入院料２の施設基準
イ　許可病床数が四百床未満の保険医療機関であること。
ロ　(2)のイ、ロ及びトを満たすものであること。
ハ　次のいずれか一つ以上を満たしていること。
①　当該病棟において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が二割以上であること。
②　当該病棟における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において九人以上であること。
③　在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。
④　在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を前三月間において六十回以上算定している保険医療機関であること。
⑤　訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。
⑥　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。
⑦　介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。
⑧　退院時共同指導料２及び外来在宅共同指導料１を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。
ニ　当該病棟（許可病床数が二百床以上の保険医療機関に限る。）において、入院患者に占める、当該保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が六割未満であること。
(5)　地域包括ケア入院医療管理料２の施設基準
イ　(2)のイ及びヘ並びに(3)のイ及びホを満たすものであること。
ロ　次のいずれか一つ以上を満たしていること。
①　当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が二割以上であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあっては、前三月間において、自宅等から入院した患者が八以上であること。
②　当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において九人以上であること。
③　在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。
④　在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を前三月間において六十回以上算定している保険医療機関であること。
⑤　訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。
⑥　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。
⑦　介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。
⑧　退院時共同指導料２及び外来在宅共同指導料１を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。

(6)　地域包括ケア病棟入院料３の施設基準
イ　(2)のハからトまでを満たすものであること。
ロ　当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割以上であること。
(7)　地域包括ケア入院医療管理料３の施設基準
イ　(2)のホ及びヘを満たすものであること。
ロ　(3)のロ、ハ及びホを満たすものであること。
ハ　当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割以上であること。
(8)　地域包括ケア病棟入院料４の施設基準
イ　許可病床数が四百床未満の保険医療機関であること。
ロ　(2)のトを満たすものであること。
ハ　(4)のハを満たすものであること。
ニ　(4)のニを満たすものであること。
ホ　(6)のロを満たすものであること。
(9)　地域包括ケア入院医療管理料４の施設基準
イ　(2)のヘ及び(3)のホを満たすものであること。
ロ　(5)のロを満たすものであること。
ハ　(7)のハを満たすものであること。
(10)　地域包括ケア病棟入院料の注１に規定する別に厚生労働大臣が定める場合
次のいずれかに該当する場合であること。
イ　当該病棟又は病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が六割以上であること。
ロ　当該病棟又は病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において三十人以上であること。
ハ　救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(11)　地域包括ケア病棟入院料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める地域
別表第六の二に掲げる地域
(12)　地域包括ケア病棟入院料の注２に規定する施設基準
イ　病院の一般病棟又は療養病棟の病棟又は病室単位で行うものであること。
ロ　当該病棟又は病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟又は病室を有する病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟又は病室を有する病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
ハ　当該病棟又は病室を有する病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
ニ　地域包括ケア病棟入院料１若しくは２又は地域包括ケア入院医療管理料１若しくは２については、当該病棟又は病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が七割二分五厘以上であること。
ホ　地域包括ケア病棟入院料１若しくは２又は地域包括ケア入院医療管理料１若しくは２については、地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な構造設備を有していること。
ヘ　地域包括ケア病棟入院料１又は３については、(2)のハからヘまでを満たすものであること。
ト　地域包括ケア入院医療管理料１又は３については、(2)のホ及びヘ並びに(3)のロ及びハを満たすものであること。
(13)　看護職員配置加算の施設基準
イ　一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟又は病室を含む病棟の入院患者の数が五十又はその端数を増すごとに一以上であること。
ロ　看護職員の負担の軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。
(14)　地域包括ケア病棟入院料の注４に規定する施設基準
イ　看護補助者配置加算の施設基準
①　一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟又は病室を含む病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。
②　看護職員の負担の軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。
ロ　看護補助体制充実加算の施設基準
①　イの①を満たすものであること。
②　看護職員の負担の軽減及び処遇改善に資する十分な体制が整備されていること。
(15)　地域包括ケア病棟入院料の注６の除外薬剤・注射薬
自己連続携行式腹膜灌流用灌流液及び別表第五の一の三に掲げる薬剤及び注射薬
(16)　地域包括ケア病棟入院料の注７に規定する施設基準
イ　当該病棟又は病室を含む病棟において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上であること。
ロ　当該病棟の入院患者のうち三割以上が認知症等の患者であること。
ハ　看護職員の負担の軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。
(17)　地域包括ケア病棟入院料の注７に規定する厚生労働大臣が定める日
当該病棟又は病室を含む病棟における夜勤を行う看護職員の数が三未満である日
(18)　地域包括ケア病棟入院料の注８に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関
許可病床数が百床未満のものであること。
(19)　地域包括ケア病棟入院料の注８に規定する厚生労働大臣が定める日
次のいずれにも該当する各病棟又は病室を有する各病棟において、夜間の救急外来を受診した患者に対応するため、当該各病棟のいずれか一病棟において夜勤を行う看護職員の数が、一時的に二未満となった日
イ　看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、患者の看護に支障がないと認められること。
ロ　看護職員の数が一時的に二未満となった時間帯において、看護職員及び看護補助者の数が、看護職員一を含む二以上であること。ただし、入院患者数が三十人以下の場合にあっては、看護職員の数が一以上であること。
(20)　地域包括ケア病棟入院料の注９に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの
(4)のニ又は(8)のニの基準
(21)　地域包括ケア病棟入院料の注10に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの
(6)のロ若しくは(8)のホ又は(7)のハ若しくは(9)のハの基準
(22)　地域包括ケア病棟入院料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの

(4)のハ若しくは(8)のハ又は(5)のロ若しくは(9)のロの基準

(23)　地域包括ケア病棟入院料の注12に規定する別に厚生労働大臣が定める保険医療機関

入退院支援加算１に係る届出を行っていない保険医療機関（許可病床数が百床以上のものに限る。）

十二　特殊疾患病棟入院料の施設基準等

(1)　特殊疾患病棟入院料１の施設基準

イ　脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等をおおむね八割以上入院させる一般病棟であって、病棟単位で行うものであること。

ロ　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。

ハ　当該病棟において、看護職員及び看護補助者の最小必要数の五割以上が看護職員であること。

ニ　当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。

ホ　特殊疾患医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ヘ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(2)　特殊疾患病棟入院料２の施設基準

次のいずれかに該当する病棟であること。

イ　次のいずれにも該当する病棟であること。

①　児童福祉法第四十二条第二号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児を入所させるものに限る。）又は同法第六条の二の二第三項に規定する指定発達支援医療機関に係る一般病棟であること。

②　(1)のヘを満たすものであること。

ロ　次のいずれにも該当する病棟であること。

①　重度の肢体不自由児（者）等（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の障害者（(1)のイに掲げる者を除く。）をおおむね八割以上入院させる一般病棟又は精神病棟であって、病棟単位で行うものであること。

②　(1)のロからヘまでを満たすものであること。

(3)　特殊疾患病棟入院料の注５の除外薬剤・注射薬

別表第五の一の二に掲げる薬剤・注射薬

十三　緩和ケア病棟入院料の施設基準等

(1)　緩和ケア病棟入院料１の施設基準

イ　主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。

ロ　当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が七又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

ハ　当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ニ　当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること（当該病棟において緩和ケア病棟入院料を算定する悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアを行う場合に限る。）。

ホ　当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。

ヘ　当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。

ト　健康保険法第六十三条第二項第五号及び高齢者医療確保法第六十四条第二項第五号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること。

チ　がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。

リ　連携する保険医療機関の医師・看護師等に対して研修を実施していること。

ヌ　次のいずれかに該当すること。

①　入院を希望する患者の速やかな受入れにつき十分な体制を有すること。

②　在宅における緩和ケアの提供について、相当の実績を有していること。

ル　次のいずれかに係る届出を行っていること。

①　区分番号Ａ２２６―２に掲げる緩和ケア診療加算

②　区分番号Ｂ００１の24に掲げる外来緩和ケア管理料

③　区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料

ヲ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(2)　緩和ケア病棟入院料２の施設基準

(1)のイからリまで及びヲを満たすものであること。

(3)　緩和ケア病棟入院料の注３の除外薬剤・注射薬

別表第五の一の二に掲げる薬剤・注射薬

十四　精神科救急急性期医療入院料の施設基準等

(1)　精神科救急急性期医療入院料の施設基準

イ　主として急性期の集中的な治療を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。

ロ　医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

ハ　医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。

ニ　当該病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上であること。

ホ　当該病棟に常勤の精神保健指定医が一名以上配置されており、かつ、当該病棟を有する保険医療機関に常勤の精神保健指定医が四名以上配置されていること。

ヘ　当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

ト　当該地域における精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設であること。

チ　精神科救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

リ　精神科救急医療を行うにつき十分な構造設備を有していること。

ヌ　精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。
ル　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
(2)　精神科救急急性期医療入院料の対象患者
別表第十に掲げる患者
(3)　精神科救急急性期医療入院料の注２の除外薬剤・注射薬
別表第五の一の四に掲げる薬剤・注射薬
(4)　精神科救急急性期医療入院料の注４に規定する厚生労働大臣が定める状態
統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害又は気分（感情）障害のもの
(5)　精神科救急急性期医療入院料の注５に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準
イ　当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上であること。
ロ　当該保険医療機関において、入院患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置していること。
ハ　夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。
ニ　看護職員の負担の軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。
(6)　精神科救急急性期医療入院料の注５に規定する厚生労働大臣が定める日
当該病棟における夜勤を行う看護職員の数が三未満である日
(7)　精神科救急急性期医療入院料の注６に規定する精神科救急医療体制加算の施設基準
イ　精神科救急医療体制加算１の施設基準
①　当該病棟における病床数が百二十床以下であること。ただし、(8)に該当する場合においては、この限りでない。
②　当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が五名以上配置されていること。
③　精神科救急医療に係る実績を相当程度有していること。
④　精神科救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ロ　精神科救急医療体制加算２の施設基準
①　イの①から③までを満たすものであること。
②　精神科救急医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ハ　精神科救急医療体制加算３の施設基準
①　イの①から③までを満たすものであること。
②　精神科救急医療を行う体制が整備されていること。
(8)　精神科救急急性期医療入院料の注６に規定する厚生労働大臣が定める場合
当該病棟が、令和四年三月三十一日時点で旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている場合であって、当該病棟における病床数が百二十床を超えることにつき診療の実施上やむを得ない事情があると認められるとき
十五　精神科急性期治療病棟入院料の施設基準等
(1)　通則
イ　主として急性期の集中的な治療を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。
ロ　医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。
ハ　医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。
ニ　当該病院に他の精神病棟を有する場合は、精神病棟入院基本料の十対一入院基本料、十三対一入院基本料、十五対一入院基本料、十八対一入院基本料若しくは二十対一入院基本料又は特定入院料を算定している病棟であること。
ホ　当該地域における精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設であること。
(2)　精神科急性期治療病棟入院料１の施設基準
イ　当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が一名以上配置されていること。
ロ　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、看護師一を含む二以上（看護補助者が夜勤を行う場合においては看護師の数は一）であることとする。
ハ　当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
ニ　当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。
ホ　精神科急性期治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ヘ　精神科急性期治療を行うにつき十分な構造設備を有していること。
(3)　精神科急性期治療病棟入院料２の施設基準
イ　当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が一名以上配置されていること。
ロ　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、看護師一を含む二以上（看護補助者が夜勤を行う場合においては看護師の数は一）であることとする。
ハ　当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
ニ　当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。
ホ　精神科急性期治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ヘ　精神科急性期治療を行うにつき適切な構造設備を有していること。

(4)　精神科急性期治療病棟入院料の注２の除外薬剤・注射薬
別表第五の一の四に掲げる薬剤・注射薬

(5)　精神科急性期治療病棟入院料の対象患者
別表第十に掲げる患者

(6)　精神科急性期治療病棟入院料の注４に規定する厚生労働大臣が定める状態
統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害又は気分（感情）障害のもの

十五の二　精神科救急・合併症入院料の施設基準等

(1)　精神科救急・合併症入院料の施設基準

イ　都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している病院の病棟単位で行うものであること。

ロ　主として急性期の集中的な治療を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。

ハ　医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

ニ　医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。

ホ　当該病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上であること。

ヘ　当該病棟を有する保険医療機関に、常勤の精神科医が五名以上配置され、かつ、当該病棟に常勤の精神保健指定医が二名以上配置されていること。

ト　当該病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

チ　当該地域における精神科救急医療体制の確保のために整備された精神科救急医療施設であること。

リ　精神科救急・合併症医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ヌ　精神科救急・合併症医療を行うにつき十分な構造設備を有していること。

ル　精神科救急・合併症医療に係る実績を相当程度有していること。

(2)　精神科救急・合併症入院料の注２の除外薬剤・注射薬
別表第五の一の四に掲げる薬剤・注射薬

(3)　精神科救急・合併症入院料の対象患者
別表第十に掲げる患者

(4)　精神科救急・合併症入院料の注４に規定する厚生労働大臣が定める状態
統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害又は気分（感情）障害のもの

(5)　看護職員夜間配置加算の施設基準

イ　当該病棟において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上であること。

ロ　当該保険医療機関において、入院患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置していること。

ハ　夜間における看護業務の負担の軽減に資する十分な業務管理等の体制が整備されていること。

ニ　看護職員の負担の軽減及び処遇改善に資する体制が整備されていること。

(6)　精神科救急・合併症入院料の注５に規定する厚生労働大臣が定める日
当該病棟における夜勤を行う看護職員の数が三未満である日

十五の三　児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準

(1)　二十歳未満の精神疾患を有する患者をおおむね八割以上入院させる病棟（精神病棟に限る。）又は治療室（精神病床に係るものに限る。）を単位として行うものであること。

(2)　医療法施行規則第十九条第一項第一号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

(3)　医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。

(4)　当該病棟又は治療室に小児医療及び児童・思春期の精神医療に関し経験を有する常勤の医師が二名以上配置されており、うち一名は精神保健指定医であること。

(5)　当該病棟又は当該治療室を有する病棟において、一日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟又は当該治療室を有する病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟又は当該治療室を有する病棟において、一日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護師の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

(6)　二十歳未満の精神疾患を有する患者に対する療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(7)　二十歳未満の精神疾患を有する患者に対する療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。

十六　精神療養病棟入院料の施設基準等

(1)　精神療養病棟入院料の施設基準

イ　主として長期の入院を要する精神疾患を有する患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。

ロ　退院調整を担当する者が配置されていること。

ハ　医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。

ニ　当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟に専任の常勤精神科医が一名以上配置されていること。

ホ　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。

ヘ　当該病棟において、看護職員及び看護補助者の最小必要数の五割以上が看護職員であること。

ト　当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。

チ　精神療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

リ　精神療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。

(2)　精神療養病棟入院料の注２の除外薬剤・注射薬
別表第五の一の五に掲げる薬剤・注射薬
(3)　重症者加算１の対象患者の状態
ＧＡＦ尺度による判定が三十以下であること。
(4)　重症者加算２の対象患者の状態
ＧＡＦ尺度による判定が四十以下であること。
(5)　重症者加算１の施設基準
当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関であること。
(6)　退院調整加算の施設基準
イ　当該保険医療機関において、入院患者の退院に係る支援に関する部門が設置されていること。
ロ　退院調整を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(7)　精神保健福祉士配置加算の施設基準
イ　当該病棟に専従の精神保健福祉士が一名以上配置されていること。
ロ　入院患者の退院が着実に進められている保険医療機関であること。

十七　削除

十八　認知症治療病棟入院料の施設基準
(1)　通則
主として急性期の集中的な治療を要する認知症患者を入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。
(2)　認知症治療病棟入院料１の施設基準
イ　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護補助者が夜勤を行う場合においては看護職員の数は一以上）であることとする。
ロ　当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。
ハ　当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。
(3)　認知症治療病棟入院料２の施設基準
イ　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、一以上であることとする。
ロ　当該病棟において、看護職員の最小必要数の二割以上が看護師であること。
ハ　当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一に相当する数以上であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。
(4)　退院調整加算の施設基準
イ　当該保険医療機関において、入院患者の退院に係る支援に関する部門が設置されていること。
ロ　退院調整を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(5)　認知症夜間対応加算の施設基準
イ　当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数が三以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、三から当該看護職員の数を減じた数以上）であること。
ロ　当該保険医療機関において、入院患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置していること。
(6)　認知症治療病棟入院料の注４の除外薬剤・注射薬
別表第五の一の二に掲げる薬剤・注射薬

十九　特定一般病棟入院料の施設基準等
(1)　特定一般病棟入院料の注１に規定する厚生労働大臣が定める地域
別表第六の二に掲げる地域
(2)　特定一般病棟入院料１の施設基準
イ　一般病棟（診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を除く。）であること。
ロ　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十三又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
ハ　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。
ニ　看護職員及び看護補助者の労働時間が適切なものであること。
ホ　夜勤については、看護師一を含む二以上の数の看護職員が行うこと。
ヘ　現に看護を行っている病棟ごとの看護職員の数と当該病棟の入院患者の数との割合を当該病棟の見やすい場所に掲示していること。
ト　当該病棟の入院患者の平均在院日数（保険診療に係る入院患者（短期滞在手術等基本料１及び３（入院した日から起算して五日までの期間に限る。）を算定している患者、注７本文及び注９の規定により療養病棟入院料１の例により算定している患者を除く。）を基礎に計算されたものに限る。(3)のハにおいて同じ。）が二十四日以内であること。
(3)　特定一般病棟入院料２の施設基準
イ　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。
ロ　当該病棟において、看護職員の最小必要数の四割以上が看護師であること。
ハ　当該病棟の入院患者の平均在院日数が六十日以内であること。
ニ　(2)のイ、ニ及びヘを満たすものであること。
(4)　一般病棟看護必要度評価加算の施設基準

イ　特定一般病棟入院料１に係る届出を行っている病棟であること。
ロ　当該加算を算定する患者について測定した一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの結果に基づき、当該病棟における当該看護必要度の評価を行っていること。
(5)　特定一般病棟入院料の注７に規定する施設基準
イ　病室を単位として行うものであること。
ロ　次のいずれかに該当すること。
①　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの基準を満たす患者を一割二分以上入院させる病室であること。
②　診療内容に関するデータを適切に提出できる体制が整備された保険医療機関であって、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの基準を満たす患者を八分以上入院させる病室であること。
③　当該病室において、入院患者に占める、自宅等から入院したものの割合が一割五分以上であること。ただし、当該病室における病床数が十未満のものにあっては、前三月間において、自宅等から入院した患者が六以上であること。
④　当該病室における自宅等からの緊急の入院患者の受入れ人数が、前三月間において六人以上であること。
⑤　次のいずれか二つ以上を満たしていること。
1　在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。
2　在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)を前三月間において六十回以上算定している保険医療機関であること。
3　訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法に規定する訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を前三月間において三百回以上算定している訪問看護ステーションが当該保険医療機関に併設されていること。
4　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を前三月間において三十回以上算定している保険医療機関であること。
5　介護保険法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第四項に規定する訪問看護、同条第五項に規定する訪問リハビリテーション、同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護又は同条第四項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有している施設が当該保険医療機関に併設されていること。
6　退院時共同指導料２を前三月間において六回以上算定している保険医療機関であること。
⑥　当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。
⑦　許可病床数が二百八十床未満の保険医療機関であること。
ハ　当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。
ニ　当該病室を含む病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が一名以上配置されていること。
ホ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
ヘ　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
ト　地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な体制を有していること。
チ　地域包括ケア入院医療を行うにつき必要な構造設備を有していること。
リ　当該病室において、退院患者に占める、自宅等に退院するものの割合が七割以上であること。
(6)　特定一般病棟入院料の注８の除外薬剤・注射薬
自己連続携行式腹膜灌流用灌流液及び別表第五の一の三に掲げる薬剤及び注射薬
二十　地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等
(1)　地域移行機能強化病棟入院料の施設基準
イ　主として精神疾患により長期に入院していた患者であって、退院に向けた集中的な支援を特に必要とするものを入院させ、精神病棟を単位として行うものであること。
ロ　医療法施行規則第十九条第二項第二号に定める看護師及び准看護師の員数以上の員数が配置されていること。
ハ　当該病棟を有する保険医療機関において、常勤の精神保健指定医が二名以上配置され、かつ、当該病棟に専任の常勤精神科医が一名以上配置されていること。
ニ　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、看護補助を行う看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十五又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員、看護補助を行う看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員、看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士の数は、本文の規定にかかわらず、看護職員一を含む二以上であること。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。
ホ　当該病棟において、看護職員、看護補助者、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数の六割以上が看護職員、作業療法士又は精神保健福祉士であること。
ヘ　当該病棟において、看護職員、作業療法士及び精神保健福祉士の最小必要数（当該必要数が看護職員数を上回る場合には看護職員数）の二割以上が看護師であること。
ト　当該病棟に専従の常勤の精神保健福祉士が一名以上配置されており、かつ、当該病棟に専任の常勤の精神保健福祉士が一名以上（入院患者数が四十を超える場合は二名以上）配置されていること。
チ　精神疾患を有する患者の退院に係る支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。
リ　当該保険医療機関において、入院患者の退院に係る支援に関する部門が設置されていること。
ヌ　長期の入院患者の当該病棟からの退院が着実に進んでおり、当該保険医療機関の精神病床の数が減少していること。
ル　精神障害者の地域生活を支援する関係機関等との連携を有していること。
(2)　重症者加算１の対象患者の状態
ＧＡＦ尺度による判定が三十以下であること。
(3)　重症者加算２の対象患者の状態

ＧＡＦ尺度による判定が四十以下であること。

(4)　重症者加算１の施設基準

当該地域における精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関であること。

(5)　地域移行機能強化病棟入院料の注４の除外薬剤・注射薬

別表第五の一の五に掲げる薬剤及び注射薬

二十一　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準等

(1)　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準

イ　回復期リハビリテーションの必要性の高い患者を八割以上入院させ、特定機能病院（当分の間は、令和四年三月三十一日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っているものに限る。）の一般病棟単位で行うものであること。

ロ　回復期リハビリテーションを行うにつき必要な構造設備を有していること。

ハ　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）及び呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ニ　回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、一日当たり二単位以上のリハビリテーションが行われていること。

ホ　当該病棟に専従の常勤医師が一名以上配置されていること。

ヘ　当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、二以上であることとする。

ト　当該病棟において、看護職員の最小必要数の七割以上が看護師であること。

チ　当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が三十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護補助者の数は、本文の規定にかかわらず、二以上（看護職員が夜勤を行う場合においては、二から当該看護職員の数を減じた数以上）であることとする。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。

リ　当該病棟に専従の常勤の理学療法士が三名以上、専従の常勤の作業療法士が二名以上、専従の常勤の言語聴覚士が一名以上、専従の常勤の管理栄養士が一名以上、在宅復帰支援を担当する専従の常勤の社会福祉士等が一名以上配置されていること。

ヌ　休日を含め、週七日間リハビリテーションを提供できる体制を有していること。

ル　当該病棟において、新規入院患者のうち五割以上が重症の患者であること。

ヲ　当該病棟において、退院患者のうち他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合が七割以上であること。

ワ　リハビリテーションの効果に係る実績の指数が四十以上であること。

カ　他の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

ヨ　早期離床・リハビリテーション加算及び早期栄養介入管理加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(2)　回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

別表第九に掲げる状態及び日数

(3)　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の注２に規定する費用

別表第九の三に掲げる費用

(4)　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の注２の除外薬剤・注射薬

自己連続携行式腹膜灌流用灌流液及び別表第五の一の二に掲げる薬剤・注射薬

第十　短期滞在手術等基本料の施設基準等

一　通則

短期滞在手術等基本料を算定する手術等は、別表第十一に掲げるものとすること。

二　短期滞在手術等基本料１の施設基準

(1)　手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2)　短期滞在手術を行うにつき回復室その他適切な施設を有していること。

(3)　当該回復室における看護師の数は、常時、当該回復室の患者の数が四又はその端数を増すごとに一以上であること。

三　厚生労働大臣が定める保険医療機関

診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を有する病院又は診療所でないこと。

四　短期滞在手術等基本料の注５の除外薬剤・注射薬

別表第五の一の三に掲げる薬剤及び注射薬

第十一　経過措置

一　看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関については、第五の四の二の(2)の規定にかかわらず、当分の間は、なお従前の例によることができる。

二　当分の間は、第九の九の(1)のロ中「医師の員数以上の員数」とあるのは「医師の員数以上の員数（同令第五十条の規定の適用を受ける間、この規定により有しなければならない医師の員数以上の員数）」と、第九の十四の(1)のロ、第九の十五の(1)のロ、第九の十五の二の(1)のハ及び第九の十五の三の(2)中「医師の員数以上の員数」とあるのは「医師の員数以上の員数（同令第四十九条及び第五十条の規定の適用を受ける間、それぞれこれらの規定により有しなければならない医師の員数以上の員数）」と、第九の十四の(1)のハ、第九の十五の(1)のハ、第九の十五の二の(1)のニ、第九の十五の三の(3)及び第九の十六の(1)のハ中「看護師及び准看護師の員数以上の員数」とあるのは「看護師及び准看護師の員数以上の員数（医療法施行規則等の一部を改正する省令（平成十三年厚生労働省令第八号）附則第二十条の規定の適用を受ける病院にあっては、この規定の適用を受ける間、この規定により有しなければならない看護師及び准看護師の員数以上の員数）」とする。

三　平成二十六年三月三十一日において現に保険医療機関が地方厚生局長等に届け出た病棟（一般病棟入院基本料七対一入院基本料若しくは十対一入院基本料、特定機能病院入院基本料又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）に入院する特定患者（診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成二十六年厚生労働省告示第五十七号）による改正前の診療報酬の算定方法別表第一区分番号Ａ１００の注８に規定する特定患者をいう。）については、当分の間、医療区分３とみなす。

四　平成三十年三月三十一日において、当該保険医療機関と同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設を設置している保険医療機関については、第八の一の(1)のへの②、第八の一の(2)のイ（(1)のへの②に限る。）及び第八の一の(3)のイ（(1)のへの②に限る。）に該当するものとみなす。

五　令和四年三月三十一日において現に次の(1)から(16)までに掲げる診療料に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、次の(1)から(16)までに掲げる

区分に応じ、当該各(1)から(16)までに定める基準に該当するものとみなす。
(1)　急性期一般入院料１　第五の二の(1)のイの②の１又は２
(2)　急性期一般入院料２　第五の二の(1)のイの③の１又は２
(3)　急性期一般入院料３　第五の二の(1)のイの④の１又は２
(4)　急性期一般入院料４　第五の二の(1)のイの⑤の１又は２
(5)　急性期一般入院料５　第五の二の(1)のイの⑥
(6)　結核病棟入院基本料の七対一入院基本料　第五の四の(1)のイの③
(7)　特定機能病院入院基本料の一般病棟の七対一入院基本料　第五の五の(1)のイの①の４
(8)　特定機能病院入院基本料の注５のイ　第五の五の(4)のイの②
(9)　特定機能病院入院基本料の注５のロ　第五の五の(4)のロの②
(10)　特定機能病院入院基本料の注５のハ　第五の五の(4)のハの②
(11)　専門病院入院基本料の七対一入院基本料　第五の六の(2)のイの④
(12)　専門病院入院基本料の注３のイ　第五の六の(3)のイの②
(13)　専門病院入院基本料の注３のロ　第五の六の(3)のロの②
(14)　専門病院入院基本料の注３のハ　第五の六の(3)のハの②
(15)　地域包括ケア病棟入院料　第九の十一の二の(1)のハ
(16)　特定一般病棟入院料の注７　第九の十九の(5)のロの①又は②

六　令和四年三月三十一日において現に急性期一般入院料１に係る届出を行っている病棟（許可病床数が二百床以上四百床未満の保険医療機関の病棟に限る。）に係る第五の二の(1)のイの②の適用については、同年十二月三十一日までの間に限り、なお従前の例によることができる。

七　令和四年三月三十一日において現に急性期一般入院料６に係る届出を行っている病棟については、同年九月三十日までの間に限り、第五の二の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。

八　令和四年三月三十一日において現に次の(1)から(6)までに掲げる診療料に係る届出を行っている病棟又は病室（許可病床数が二百床以上の保険医療機関の病棟又は病室に限る。）については、令和五年三月三十一日までの間に限り、次の(1)から(6)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(6)までに定める基準に該当するものとみなす。
(1)　地域一般入院基本料　第五の二の(1)のロの①の４
(2)　専門病院入院基本料（十三対一入院基本料に限る。）　第五の六の(2)のハの④
(3)　障害者施設等入院基本料　第五の七の(1)のロ
(4)　特殊疾患入院医療管理料　第九の八の(1)のヘ
(5)　特殊疾患病棟入院料　第九の十二の(1)のヘ又は(2)のイの②若しくはロの②（(1)のヘに限る。）
(6)　緩和ケア病棟入院料　第九の十三の(1)のヲ

九　令和四年三月三十一日において現に次の(1)から(6)までに掲げる診療料に係る届出を行っている病棟又は病室（許可病床数が二百床未満の保険医療機関の病棟又は病室に限る。）については、令和六年三月三十一日までの間に限り、次の(1)から(6)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(6)までに定める基準に該当するものとみなす。
(1)　地域一般入院基本料　第五の二の(1)のロの①の４
(2)　専門病院入院基本料（十三対一入院基本料に限る。）　第五の六の(2)のハの④
(3)　障害者施設等入院基本料　第五の七の(1)のロ
(4)　特殊疾患入院医療管理料　第九の八の(1)のヘ
(5)　特殊疾患病棟入院料　第九の十二の(1)のヘ又は(2)のイの②若しくはロの②（(1)のヘに限る。）
(6)　緩和ケア病棟入院料　第九の十三の(1)のヲ

十　令和四年三月三十一日において現に次の(1)から(8)までに掲げる規定に係る届出を行っている病棟又は病室について、急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料（十三対一入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４まで又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室のいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１若しくは２、療養病棟入院基本料の注11、専門病院入院基本料（十三対一入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料若しくは緩和ケア病棟入院料を算定する病棟又は特殊疾患入院医療管理料を算定する病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が当該保険医療機関において二百床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものに限り、当分の間、次の(1)から(8)までに掲げる区分に応じ、当該各(1)から(8)までに定めるものに該当するものとみなす。
(1)　地域一般入院基本料　第五の二の(1)のロの①の４
(2)　療養病棟入院基本料　第五の三の(1)のイの⑧
(3)　専門病院入院基本料（十三対一入院基本料に限る。）　第五の六の(2)のハの④
(4)　障害者施設等入院基本料　第五の七の(1)のロ
(5)　特殊疾患入院医療管理料　第九の八の(1)のヘ
(6)　回復期リハビリテーション病棟入院料５　第九の十の(6)
(7)　特殊疾患病棟入院料　第九の十二の(1)のヘ又は(2)のイの②若しくはロの②（(1)のヘに限る。）
(8)　緩和ケア病棟入院料　第九の十三の(1)のヲ

十一　令和四年三月三十一日において現に精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については、令和六年三月三十一日までの間に限り、第九の十四の(1)のルに該当するものとみなす。

十二　令和四年三月三十一日において現に有床診療所入院基本料に係る届出を行っている診療所については、同年九月三十日までの間に限り、第六の二の(2)のロの②に該当するものとみなす。

十三　令和四年三月三十一日において現に総合入院体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、同年九月三十日までの間に限り、第八の一の(1)のチ、(2)のイ（(1)のチに限る。）又は(3)のホに該当するものとみなす。

十四　令和四年三月三十一日において現に急性期看護補助体制加算に係る届出を行っている保険医療機関（急性期一般入院料７又は十対一入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第八の七の三の(1)のヘ、(2)（(1)のヘに限る。）、(3)のロ（(1)のヘに限る。）又は(4)のロ（(1)のヘに限る。）に該当するものとみなす。

十五　令和四年三月三十一日において現に看護職員夜間配置加算に係る届出を行っている保険医療機関（急性期一般入院料７又は十対一入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第八の七の四の(1)のニ、(2)（(1)のニに限る。）又は(3)のロ（(1)のニに限る。）に該当するものとみなす。

十六　令和四年三月三十一日において現に看護補助加算１に係る届出を行っている保険医療機関（地域一般入院料１若しくは地域一般入院料２又は十三対一入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第八の十三の(1)のハ

に該当するものとみなす。

十七　令和四年三月三十一日において現に精神科急性期医師配置加算１に係る届出を行っている保険医療機関については、令和五年三月三十一日までの間に限り、第八の三十五の九の(2)のニに該当するものとみなす。

十八　令和四年三月三十一日において現に救命救急入院料１又は３に係る届出を行っている病棟については、同年九月三十日までの間に限り、第九のニの(1)のイの⑤に該当するものとみなす。

十九　令和四年三月三十一日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３又は回復期リハビリテーション病棟入院料４に係る届出を行っている病棟については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十の(2)のホ、(3)（(2)のホに限る。）、(4)のイ又は(5)（(4)のイに限る。）に該当するものとみなす。

二十　令和四年三月三十一日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料５又は６に係る届出を行っている病棟については、令和五年三月三十一日までの間に限り、第九の十の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。

二十一　令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関の病棟又は病室（当該病棟又は病室に係る病床が療養病床であるものに限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の（10）に該当するものとみなす。

二十二　令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟を有する保険医療機関（許可病床数が二百床以上四百床未満のものに限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(4)のニ又は(8)のホに該当するものとみなす。

二十三　令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(2)のロ、(3)のイ、(4)のロ（(2)のロに限る。）、(5)のイ（(3)のイに限る。）、(6)のロ、(7)のハ、(8)のホ又は(9)のハに該当するものとみなす。

二十四　令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(2)のハ、(3)のロ、(6)のイ（(2)のハに限る。）又は(7)のロ（(3)のロに限る。）に該当するものとみなす。

二十五　令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(2)のニ、(3)のハ、(6)のイ（(2)のニに限る。）又は(7)のロ（(3)のハに限る。）に該当するものとみなす。

二十六　令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(4)のハ、(5)のロ、(8)のハ又は(9)のロに該当するものとみなす。

二十七　令和四年三月三十一日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている病棟又は病室を有する保険医療機関については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十一の二の(23)に該当しないものとみなす。

二十八　令和四年三月三十一日において現に旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については、令和五年三月三十一日までの間に限り、第八の三十五の九の(2)のニに該当するものとみなす。

二十九　令和四年三月三十一日において現に旧医科点数表の精神科救急入院料に係る届出を行っている病棟については、同年九月三十日までの間に限り、第九の十四の(7)のイの①、ロの①（イの①に限る。）又はハの①（イの①に限る。）に該当するものとみなす。

三十　令和四年三月三十一日において現に旧医科点数表の回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている病棟（特定機能病院の病棟に限る。）については、同年九月三十日までの間に限り、第九の二十一の規定に該当するものとみなす。

別表第一から別表第十五までを次のように改める。

別表第一　地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る手術

Ｊ０１３　口腔内消炎手術（顎炎又は顎骨骨髄炎等に限る。）
Ｊ０１６　口腔底悪性腫瘍手術
Ｊ０１８　舌悪性腫瘍手術
Ｊ０３１　口唇悪性腫瘍手術
Ｊ０３２　口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術
Ｊ０３５　頬粘膜悪性腫瘍手術
Ｊ０３６　術後性上顎嚢胞摘出術
Ｊ０３９　上顎骨悪性腫瘍手術
Ｊ０４２　下顎骨悪性腫瘍手術
Ｊ０４３　顎骨腫瘍摘出術
Ｊ０６６　歯槽骨骨折観血的整復術
Ｊ０６８　上顎骨折観血的手術
Ｊ０６９　上顎骨形成術
Ｊ０７０　頬骨骨折観血的整復術
Ｊ０７２　下顎骨折観血的手術
Ｊ０７２―２　下顎関節突起骨折観血的手術
Ｊ０７５　下顎骨形成術
Ｊ０７６　顔面多発骨折観血的手術
Ｊ０８７　上顎洞根治手術

別表第二　平均在院日数の計算対象としない患者

一　精神科身体合併症管理加算を算定する患者
二　救命救急入院料（広範囲熱傷特定集中治療管理料に限る。）を算定する患者
三　特定集中治療室管理料（広範囲熱傷特定集中治療管理料に限る。）を算定する患者
四　小児特定集中治療室管理料を算定する患者
五　新生児特定集中治療室管理料を算定する患者
六　総合周産期特定集中治療室管理料を算定する患者
七　新生児治療回復室入院医療管理料を算定する患者
八　一類感染症患者入院医療管理料を算定する患者
九　特殊疾患入院医療管理料を算定する患者
十　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
十一　地域包括ケア病棟入院料を算定する患者
十二　特殊疾患病棟入院料を算定する患者
十三　緩和ケア病棟入院料を算定する患者
十四　精神科救急急性期医療入院料を算定する患者
十五　精神科救急・合併症入院料を算定する患者

十六　精神科急性期治療病棟入院料を算定する患者
十七　児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する患者
十八　精神療養病棟入院料を算定する患者
十八の二　地域移行機能強化病棟入院料を算定する患者
十八の三　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
十九　一般病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟を除く。）に入院した日から起算して九十日を超えて入院している患者であって、医科点数表第一章第二部第一節障害者施設等入院基本料の注５に規定する厚生労働大臣の定める状態等にあるもの
二十　一般病棟に入院した日から起算して九十日を超えて入院している患者であって、医科点数表第一章第二部第一節一般病棟入院基本料の注11、特定機能病院入院基本料の注９又は専門病院入院基本料の注８の規定により療養病棟入院料１の例により算定している患者
二十一　認知症治療病棟入院料を算定している患者
二十二　短期滞在手術等基本料１及び３（入院した日から起算して五日までの期間に限る。）を算定している患者
二十三　診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を有する病院において、別表第十一の三に規定する手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して五日までに退院した患者に限る。）
二十四　別表第十一の一に規定する手術又は検査を行った患者

別表第三　看護配置基準の計算対象としない治療室、病室又は専用施設
一　救命救急入院料に係る治療室
二　特定集中治療室管理料に係る治療室
三　ハイケアユニット入院医療管理料に係る治療室
四　脳卒中ケアユニット入院医療管理料に係る治療室
五　小児特定集中治療室管理料に係る治療室
六　新生児特定集中治療室管理料に係る治療室
七　総合周産期特定集中治療室管理料に係る治療室
八　新生児治療回復室入院医療管理料に係る治療室
九　一類感染症患者入院医療管理料に係る治療室
十　短期滞在手術等基本料１に係る回復室
十一　外来腫瘍化学療法診療料又は外来化学療法加算に係る専用施設

別表第四　厚生労働大臣が定める状態等にある患者
一　難病患者等入院診療加算を算定する患者
二　重症者等療養環境特別加算を算定する患者
三　重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等
四　悪性新生物に対する治療（重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。）を実施している状態にある患者
五　観血的動脈圧測定を実施している状態にある患者
六　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を実施している状態にある患者（患者の入院の日から起算して百八十日までの間に限る。）
七　ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態にある患者
八　頻回に喀痰吸引及び干渉低周波去痰器による喀痰排出を実施している状態にある患者
九　人工呼吸器を使用している状態にある患者
十　人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態にある患者
十一　全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態（当該手術を実施した日から起算して三十日までの間に限る。）にある患者

別表第五　特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注６及び注12の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料に含まれる画像診断及び処置並びにこれらに含まれない除外薬剤・注射薬
一　これらに含まれる画像診断
写真診断（単純撮影（エックス線診断料に係るものに限る。）に限る。）
撮影（単純撮影（エックス線診断料に係るものに限る。）に限る。）
二　これらに含まれる処置
創傷処置（手術日から起算して十四日以内の患者に対するものを除く。）
喀痰吸引
摘便
酸素吸入
酸素テント
皮膚科軟膏処置
膀胱洗浄
留置カテーテル設置
導尿
膣洗浄
眼処置
耳処置
耳管処置
鼻処置
口腔、咽頭処置
間接喉頭鏡下喉頭処置
ネブライザ
超音波ネブライザ
介達牽引
消炎鎮痛等処置
鼻腔栄養
長期療養患者褥瘡等処置
三　これらに含まれない除外薬剤（特定入院基本料に係る場合を除く。）
抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）、ＨＩＦ―ＰＨ阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）及び疼痛コントロールのための医療用麻薬
四　これらに含まれない注射薬（特定入院基本料に係る場合を除く。）
抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）、エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち

腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）及び疼痛コントロールのための医療用麻薬

別表第五の一の二　特定入院基本料、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料の注６及び注12の点数並びに有床診療所療養病床入院基本料に含まれない除外薬剤・注射薬並びに特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、認知症治療病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の除外薬剤・注射薬

インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）

抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）

血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

別表第五の一の三　地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料及び短期滞在手術等基本料の除外薬剤・注射薬

抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）、疼痛コントロールのための医療用麻薬、エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）、インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）、抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）及び血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

別表第五の一の四　精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の除外薬剤・注射薬

インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）

抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）

血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

クロザピン（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。）

持続性抗精神病注射薬剤（投与開始日から起算して六十日以内に投与された場合に限る。）

別表第五の一の五　精神療養病棟入院料及び地域移行機能強化病棟入院料の除外薬剤・注射薬

インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）

抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）

血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体

クロザピン（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定しているものに対して投与された場合に限る。）

持続性抗精神病注射薬剤（投与開始日から起算して六十日以内に投与された場合に限る。）

別表第五の二　療養病棟入院基本料の入院料Ａ、入院料Ｂ及び入院料Ｃ並びに有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料Ａに係る疾患及び状態

一　対象疾患の名称

スモン

二　対象となる状態

医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

中心静脈注射を実施している状態

二十四時間持続して点滴を実施している状態

人工呼吸器を使用している状態

ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態

気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態

酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態に限る。）

感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

別表第五の三　療養病棟入院基本料の入院料Ｄ、入院料Ｅ及び入院料Ｆ並びに有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料Ｂ及び入院基本料Ｃに係る疾患及び状態等

一　対象疾患の名称

筋ジストロフィー症

多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））その他の指定難病等（スモンを除く。）

脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。）

慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類Ⅴが度の状態に該当する場合に限る。）

悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）

二　対象となる状態

肺炎に対する治療を実施している状態

尿路感染症に対する治療を実施している状態

傷病等によるリハビリテーションが必要な状態（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。）

脱水に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態

消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態かつ発熱を伴う状態

褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所以上に認められる場合に限る。）

末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態

せん妄に対する治療を実施している状態

うつ症状に対する治療を実施している状態

他者に対する暴行が毎日認められる状態

人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態

経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態

一日八回以上の喀痰吸引を実施している状態

気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く。）

頻回の血糖検査を実施している状態

創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態

酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態を除く。）

三　対象となる患者

次に掲げる保険医療機関の療養病棟であって、平成十八年六月三十日において現に特殊疾患療養病棟入院料又は特殊疾患入院施設管理加算を算定するものに入院している患者（重度の肢体不自由児（者）又は知的障害者に限る。）

(1)　児童福祉法第四十二条第二号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児を入所させるものに限る。）

(2)　児童福祉法第六条の二の二第三項に規定する指定発達支援医療機関

(3)　身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号）第十八条第二項に規定する指定医療機関

別表第五の四　療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の注４に規定する厚生労働大臣が定める状態

ＡＤＬ区分三の状態

別表第六　難病患者等入院診療加算に係る疾患及び状態

一　対象疾患の名称

多発性硬化症

重症筋無力症

スモン

筋萎縮性側索硬化症

脊髄小脳変性症

ハンチントン病

パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病）

多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）

プリオン病

亜急性硬化性全脳炎

ライソゾーム病

副腎白質ジストロフィー

脊髄性筋萎縮症

球脊髄性筋萎縮症

慢性炎症性脱髄性多発神経炎

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症（開胸心手術又は直腸悪性腫瘍手術の後に発症したものに限る。）

後天性免疫不全症候群（ＨＩＶ感染を含む。）

多剤耐性結核

二　対象となる状態

(1)　多剤耐性結核以外の疾患を主病とする患者にあっては、当該疾患を原因として日常生活動作に著しい支障を来している状態（後天性免疫不全症候群（ＨＩＶ感染を含む。）については当該疾患に罹患している状態に、パーキンソン病についてはホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。）

(2)　多剤耐性結核を主病とする患者にあっては、治療上の必要があって、適切な陰圧管理を行うために必要な構造及び設備を有する病室に入院している状態

別表第六の二　厚生労働大臣が定める地域

一　北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域

二　北海道日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町の地域

三　北海道稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町の地域

四　北海道帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町の地域

五　北海道根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町の地域

六　青森県五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の地域

七　青森県むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村の地域

八　岩手県花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町の地域

九　岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域

十　岩手県宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村の地域

十一　岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域

十二　秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域

十三　秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域

十四　秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域

十五　山形県新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村の地域

十六　東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域

十七　新潟県十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町の地域

十八　新潟県佐渡市の地域

十九　福井県大野市及び勝山市の地域

二十　山梨県市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町の地域

二十一　長野県木曽郡の地域

二十二　長野県大町市及び北安曇野郡の地域

二十三　岐阜県高山市、飛騨市、下呂市及び白川村の地域

二十四　愛知県新城市、設楽町、東栄町及び豊根村の地域

二十五　滋賀県長浜市及び米原市の地域

二十六　滋賀県高島市の地域

二十七　兵庫県豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町の地域

二十八　奈良県五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村及び東吉野村の地域

二十九　島根県雲南市、奥出雲町及び飯南町の地域

三十　島根県大田市及び邑智郡の地域

三十一　島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町の地域

三十二　香川県小豆郡の地域

三十三　長崎県五島市の地域

三十四　長崎県小値賀町及び新上五島町の地域

三十五　長崎県壱岐市の地域

三十六　長崎県対馬市の地域

三十七　鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域

三十八　鹿児島県奄美市及び大島郡の地域

三十九　沖縄県宮古島市及び多良間村の地域

四十　沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域

上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

別表第六の三　ハイリスク妊娠管理加算の対象患者

妊娠二十二週から三十二週未満の早産の患者

妊娠高血圧症候群重症の患者

前置胎盤（妊娠二十八週以降で出血等の症状を伴うものに限る。）の患者

妊娠三十週未満の切迫早産（子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの兆候を示すもの等に限る。）の患者

多胎妊娠の患者

子宮内胎児発育遅延の患者

心疾患（治療中のものに限る。）の患者

糖尿病（治療中のものに限る。）の患者

甲状腺疾患（治療中のものに限る。）の患者

腎疾患（治療中のものに限る。）の患者

膠原病（治療中のものに限る。）の患者

特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者

白血病（治療中のものに限る。）の患者

血友病（治療中のものに限る。）の患者

出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者

ＨＩＶ陽性の患者

Ｒｈ不適合の患者

当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行う予定のある患者

精神疾患の患者（精神療法が実施されているものに限る。）

別表第七　ハイリスク分娩等管理加算の対象患者

一　ハイリスク分娩管理加算の対象患者

妊娠二十二週から三十二週未満の早産の患者

四十歳以上の初産婦である患者

分娩前のＢＭＩが三十五以上の初産婦である患者

妊娠高血圧症候群重症の患者

常位胎盤早期剥離の患者

前置胎盤（妊娠二十八週以降で出血等の症状を伴うものに限る。）の患者

双胎間輸血症候群の患者

多胎妊娠の患者

子宮内胎児発育遅延の患者

心疾患（治療中のものに限る。）の患者

糖尿病（治療中のものに限る。）の患者

特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者

白血病（治療中のものに限る。）の患者

血友病（治療中のものに限る。）の患者

出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者

ＨＩＶ陽性の患者

当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行う予定のある患者

精神疾患の患者（精神療法が実施されているものに限る。）

二　地域連携分娩管理加算の対象患者

四十歳以上の初産婦である患者

子宮内胎児発育遅延（重度のものを除く。）の患者

糖尿病（治療中のものに限る。）の患者

精神疾患の患者（精神療法が実施されているものに限る。）

別表第七の二　精神科身体合併症管理加算の対象患者

呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫、間質性肺炎の急性増悪、肺塞栓又は気胸）の患者

心疾患（New York Heart Associationの心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患又はモニター監視を必要とする不整脈）の患者

手術又は直達・介達牽引を要する骨折の患者

脊髄損傷の患者

重篤な内分泌・代謝性疾患（インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患又は肝硬変に伴う高アンモニア血症）の患者

重篤な栄養障害（Body Mass Index 15未満の摂食障害）の患者

意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等）の患者

全身感染症（結核、後天性免疫不全症候群、梅毒１期、２期又は敗血症）の患者

中枢神経系の感染症（髄膜炎、脳炎等）の患者

急性腹症（消化管出血、イレウス等）の患者

劇症肝炎又は重症急性膵炎の患者

悪性症候群又は横紋筋融解症の患者

広範囲（半肢以上）熱傷の患者

手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍の患者

透析導入時の患者

重篤な血液疾患（ヘモグロビン７ｇ／dl以下の貧血又は頻回に輸血を要する状態）の患者

急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全、ネフローゼ症候群又は糸球体腎炎）の患者

手術室での手術を必要とする状態の患者

膠原病（専門医による管理を必要とする状態に限る。）の患者

妊産婦である患者

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号）第五条第一項に規定する指定難病の患者（同法第七条第四項に規定する医療受給者証を交付されているもの（同条第一項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に限る。）

別表第八　一類感染症患者入院医療管理料の対象患者

一　感染症法第六条第九項に規定する新感染症又は同条第二項に規定する一類感染症に罹患している患者

二　前号の感染症の疑似症患者又は無症状病原体保有者

別表第九　回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数

一　脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態（算定開始日から起算して百五十日以内。ただし、高次脳機能障

害を伴った重症脳血管障害、重度の頭髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合は、算定開始日から起算して百八十日以内）
二　大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態（算定開始日から起算して九十日以内）
三　外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態（算定開始日から起算して九十日以内）
四　大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後の状態（算定開始日から起算して六十日以内）
五　股関節又は膝関節の置換術後の状態（算定開始日から起算して九十日以内）
六　急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態（算定開始日から起算して九十日以内）

別表第九の二　回復期リハビリテーションを要する状態
一　脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態
二　大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態
三　外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態
四　大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靱帯損傷後の状態
五　股関節又は膝関節の置換術後の状態
六　急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態

別表第九の三　回復期リハビリテーション病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料における別に厚生労働大臣が定める費用
入院中の患者に対する心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料であって一日につき六単位を超えるもの（特掲診療料の施設基準等別表第九の三に規定する脳血管疾患等の患者であって発症後六十日以内のものに対して行ったものを除く。）の費用（当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟又は特定機能病院リハビリテーション病棟においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有するとともに、効果に係る相当程度の実績が認められない場合に限る。）

別表第十　精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料の対象患者
一　精神科救急急性期医療入院料の対象患者
(1)　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十九条第一項又は第二十九条の二第一項の規定により入院する患者
(2)　(1)以外の患者であって、精神科救急急性期医療入院料に係る病棟に入院する前三月間において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟に入院（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成十五年法律第百十号）第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定による入院（以下「医療観察法入院」という。）を除く。）をしたことがない患者
(3)　精神科救急急性期医療入院料の届出を行っている病棟を有する保険医療機関に入院している患者のうち、(1)又は(2)以外の患者であって、治療抵抗性統合失調症治療薬による治療を行うために当該病棟に転棟するもの
二　精神科急性期治療病棟入院料の対象患者
(1)　精神科急性期治療病棟に入院する前三月間において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟に入院（医療観察法入院を除く。）をしたことがない患者
(2)　精神科急性期治療病棟を有する保険医療機関に入院している患者であって、急性増悪のため当該病棟における治療が必要なもの
(3)　精神科急性期治療病棟入院料の届出を行っている病棟を有する保険医療機関に入院している患者のうち、(1)又は(2)以外の患者であって、治療抵抗性統合失調症治療薬による治療を行うために当該病棟に転棟するもの
三　精神科救急・合併症入院料の対象患者
(1)　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十九条第一項又は第二十九条の二第一項の規定により入院する患者
(2)　(1)以外の患者であって、精神科救急・合併症入院料に係る病棟に入院する前三月間において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟（精神病床のみを有する保険医療機関の精神病棟を除く。）に入院（医療観察法入院を除く。）をしたことがない患者
(3)　(2)にかかわらず、当該病棟における治療中に、当該保険医療機関においてより高度な管理を行った後、再度、当該病棟において治療を行う患者
(4)　精神科救急・合併症入院料の届出を行っている病棟を有する保険医療機関に入院している患者のうち、(1)、(2)又は(3)以外の患者であって、治療抵抗性統合失調症治療薬による治療を行うために当該病棟に転棟するもの

別表第十一　短期滞在手術等基本料に係る手術等
一　短期滞在手術等基本料１が算定できる手術又は検査
Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）
Ｄ２９１―２　小児食物アレルギー負荷検査
Ｋ００５　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）　３　長径四センチメートル以上（六歳未満に限る。）
Ｋ００６　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）　３　長径六センチメートル以上十二センチメートル未満（六歳未満に限る。）
Ｋ００６　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）　４　長径十二センチメートル以上（六歳未満に限る。）
Ｋ００８　腋臭症手術
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
Ｋ０６８　半月板切除術
Ｋ０６８―２　関節鏡下半月板切除術
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）
Ｋ０９３　手根管開放手術
Ｋ０９３―２　関節鏡下手根管開放手術
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法

Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
Ｋ２８２　水晶体再建術
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術
Ｋ５０８　気管支狭窄拡張術（気管支鏡によるもの）
Ｋ５１０　気管支腫瘍摘出術（気管支鏡又は気管支ファイバースコープによるもの）
Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回
Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術
Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術
Ｋ６５３　内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術　１　早期悪性腫瘍粘膜切除術
Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径二センチメートル未満
Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの）
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
Ｋ８４１－２　経尿道的レーザー前立腺・蒸散術
二　削除
三　短期滞在手術等基本料３を算定する手術、検査又は放射線治療
Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　イ　安全精度管理下で行うもの
Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー　３　１及び２以外の場合　ロ　その他のもの
Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）
Ｄ２８７　内分泌負荷試験　１　下垂体前葉負荷試験　イ　成長ホルモン（ＧＨ）（一連として）
Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査
Ｄ４１３　前立腺針生検法　２　その他のもの
Ｋ００７－２　経皮的放射線治療用金属マーカー留置術
Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術　２　手、足（手に限る。）
Ｋ０４６　骨折観血的手術　２　前腕、下腿、手舟状骨（手舟状骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　３　前腕、下腿（前腕に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（鎖骨に限る。）
Ｋ０４８　骨内異物（挿入物を含む。）除去術　４　鎖骨、膝蓋骨、手、足、指（手、足）その他（手に限る。）
Ｋ０７０　ガングリオン摘出術　１　手、足、指（手、足）（手に限る。）
Ｋ０９３－２　関節鏡下手根管開放手術
Ｋ１９６－２　胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）
Ｋ２０２　涙管チューブ挿入術　１　涙道内視鏡を用いるもの
Ｋ２１７　眼瞼内反症手術　２　皮膚切開法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　１　眼瞼挙筋前転法
Ｋ２１９　眼瞼下垂症手術　３　その他のもの
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
Ｋ２４２　斜視手術　２　後転法
Ｋ２４２　斜視手術　３　前転法及び後転法の併施
Ｋ２５４　治療的角膜切除術　１　エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）
Ｋ２６８　緑内障手術　６　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術
Ｋ２８２　水晶体再建術　１　眼内レンズを挿入する場合　ロ　その他のもの
Ｋ２８２　水晶体再建術　２　眼内レンズを挿入しない場合
Ｋ３１８　鼓膜形成手術
Ｋ３３３　鼻骨骨折整復固定術
Ｋ３８９　喉頭・声帯ポリープ切除術　２　直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　１　長径５センチメートル未満
Ｋ４７４　乳腺腫瘍摘出術　２　長径５センチメートル以上
Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　１　初回
Ｋ６１６－４　経皮的シャント拡張術・血栓除去術　２　１の実施後３月以内に実施する場合
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　１　抜去切除術
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　２　硬化療法（一連として）
Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術　３　高位結紮術
Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術
Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６１７－６　下肢静脈瘤血管内塞栓術
Ｋ６３３　ヘルニア手術　５　鼠径ヘルニア
Ｋ６３４　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）
Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　１　長径二センチメートル未満
Ｋ７２１　内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術　２　長径二センチメートル以上
Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）　２　硬化療法（四段階注射法によるもの）
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）
Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）
Ｋ８２３－６　尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
Ｋ８３４－３　顕微鏡下精索静脈瘤手術
Ｋ８６７　子宮頸部（膣部）切除術

Ｋ８７２―３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　１　電解質溶液利用のもの

Ｋ８７２―３　子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術　２　その他のもの

Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　１　電解質溶液利用のもの

Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術　２　その他のもの

Ｋ８９０―３　腹腔鏡下卵管形成術

Ｍ００１―２　ガンマナイフによる定位放射線治療

別表第十二

脊髄損傷

筋ジストロフィー症

多発性硬化症

重症筋無力症

スモン

筋萎縮性側索硬化症

脊髄小脳変性症

パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））

ハンチントン病

多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）

プリオン病（クロイツフェルト・ヤコブ病、ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病、致死性家族性不眠症）

亜急性硬化性全脳炎

仮性球麻痺

脳性麻痺

別表第十三　在宅患者緊急入院診療加算に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等

多発性硬化症

重症筋無力症

スモン

筋萎縮性側索硬化症

脊髄小脳変性症

ハンチントン病

進行性筋ジストロフィー症

パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））

多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）

プリオン病

亜急性硬化性全脳炎

ライソゾーム病

副腎白質ジストロフィー

脊髄性筋萎縮症

慢性炎症性脱髄性多発神経炎

後天性免疫不全症候群

頸髄損傷

十五歳未満の者であって人工呼吸器を使用している状態のもの又は十五歳以上のものであって人工呼吸器を使用している状態が十五歳未満から継続しているもの（体重が二十キログラム未満である場合に限る。）

別表第十四　新生児特定集中治療室管理料の注１、総合周産期特定集中治療室管理料の注１及び新生児治療回復室入院医療管理料の注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患

先天性水頭症

全前脳胞症

二分脊椎（脊椎破裂）

アーノルド・キアリ奇形

後鼻孔閉鎖

先天性喉頭軟化症

先天性気管支軟化症

先天性のう胞肺

肺低形成

食道閉鎖

十二指腸閉鎖

小腸閉鎖

鎖肛

ヒルシュスプルング病

総排泄腔遺残

頭蓋骨早期癒合症

骨（軟骨を含む。）無形成・低形成・異形成

腹壁破裂

臍帯ヘルニア

ダウン症候群

18トリソミー

13トリソミー

多発奇形症候群

先天性心疾患（人工呼吸、一酸化窒素吸入療法、経皮的冠動脈インターベンション治療若しくは開胸手術を実施したもの又はプロスタグランジンＥ１製剤を投与したものに限る。）

別表第十五　特定入院料のみで届出可能な対象入院料

Ａ３０７　小児入院医療管理料５

Ａ３０８　回復期リハビリテーション病棟入院料

Ａ３０８―３　地域包括ケア病棟入院料１、地域包括ケア病棟入院料２、地域包括ケア病棟入院料３又は地域包括ケア病棟入院料４（許可病床数が二百床（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満の保険医療機関が算定する場合に限る。）

Ａ３０９　特殊疾患病棟入院料１又は特殊疾患病棟入院料２

Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料

Ａ３１１　精神科救急急性期医療入院料

Ａ３１１―２　精神科急性期治療病棟入院料１又は精神科急性期治療病棟入院料２（他の特定

入院料を届け出ている保険医療機関が算定する場合に限る。）

Ａ３１１－３　精神科救急・合併症入院料
Ａ３１１－４　児童・思春期精神科入院医療管理料
Ａ３１２　精神療養病棟入院料
Ａ３１４　認知症治療病棟入院料１又は認知症治療病棟入院料２
Ａ３１７　特定一般病棟入院料１又は特定一般病棟入院料２
Ａ３１８　地域移行機能強化病棟入院料

保医発●●第●号
令和４年３月●日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）長　　殿
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
　後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長
（公　印　省　略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公　印　省　略）

基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和４年厚生労働省告示第54号）の告示に伴い、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和４年厚生労働省告示第55号）が告示され、令和４年４月１日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和２年３月５日保医発0305第２号）は、令和４年３月31日限り廃止する。

記

第１　基本診療料の施設基準等

基本診療料の施設基準等については、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の「基本診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第62号）に定めるものの他、下記のとおりとし、下記の施設基準等を歯科診療について適用する場合にあっては、必要に応じて、当該基準等中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとすること。

１　初・再診料の施設基準等は別添１のとおりとすること。

２　入院基本料等の施設基準等は別添２のとおりとすること。

３　入院基本料等加算の施設基準等は別添３のとおりとすること。

４　特定入院料の施設基準等は別添４のとおりとすること。

５　短期滞在手術等基本料の施設基準等は別添５のとおりとすること。

６　基本診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせて標榜する場合も含むものであること。

７　診療等に要する書面等は別添６のとおりであること。

なお、当該書面による様式として示しているものは、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、別添６の様式と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該様式の作成や保存方法等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたい。

８　基本診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業（以下「産前産後休業」という。）、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成３年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第２条第１号に規定する育児休業（以下「育児休業」という。）、同条第２号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）又は育児・介護休業法第23条第２項に規定する育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは育児・介護休業法第24条第１項の規定により同項第２号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業（以下「育児休業に準ずる休業」という。）を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。

また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第１項若しくは第３項又は第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、週30時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

第２　届出に関する手続き

１　「基本診療料の施設基準等」に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位で行うものであること。

２　「基本診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関の開設者は、当該保険医療機関の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添７の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を１通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。

３　届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「基本診療料の施設基準等」及び本通知の第１に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として２週間以内を標準とし、遅くとも概ね１か月以内（提出者の補正に要する期間を除く。）とするものであること。

４　届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に規定する場合を除き、届出前１か月の実績を有していること。ただし、次に掲げる入院料に係る実績については、それぞれ以下に定めるところによること。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者

及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。

精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料及び精神科救急・合併症入院料の施設基準については届出前４か月、回復期リハビリテーション病棟入院料１、回復期リハビリテーション病棟入院料２、回復期リハビリテーション病棟入院料３及び回復期リハビリテーション病棟入院料４の施設基準については届出前６か月、地域移行機能強化病棟入院料の施設基準については届出前１年間の実績を有していること。

5　基本診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないものであること。

（1）　当該届出を行う前６か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがある保険医療機関である場合。

（2）　当該届出を行う前６か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成 18 年厚生労働省告示第 107 号）に違反したことがある保険医療機関である場合。

（3）　当該届出を行う前６か月間において、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 78 条第１項（同項を準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第８０号。以下「高齢者医療確保法」という。）第 72 条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成 12 年５月 31 日保発第 105 号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。

（4）　地方厚生（支）局長に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第 104 号）に該当している保険医療機関である場合。

6　届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付して通知すること。

情報通信機器を用いた診療に係る基準	（情報通信）第　　号
機能強化加算	（機能強化）第　　号
外来感染対策向上加算	（外来感染）第　　号
連携強化加算	（連携強化）第　　号
サーベイランス強化加算	（サ強化）第　　号
初診料（歯科）の注１に掲げる基準	（歯初診）第　　号
時間外対応加算１	（時間外１）第　　号
時間外対応加算２	（時間外２）第　　号
時間外対応加算３	（時間外３）第　　号
地域包括診療加算	（地包加）第　　号
地域歯科診療支援病院歯科初診料	（病初診）第　　号
歯科外来診療環境体制加算１	（外来環１）第　　号
歯科外来診療環境体制加算２	（外来環２）第　　号

歯科診療特別対応連携加算	（歯特連）第　　号
一般病棟入院基本料	（一般入院）第　　号
療養病棟入院基本料	（療養入院）第　　号
結核病棟入院基本料	（結核入院）第　　号
精神病棟入院基本料	（精神入院）第　　号
特定機能病院入院基本料	（特定入院）第　　号
専門病院入院基本料	（専門入院）第　　号
障害者施設等入院基本料	（障害入院）第　　号
有床診療所入院基本料	（診入院）第　　号
有床診療所入院基本料在宅復帰機能強化加算	（診入帰）第　　号
有床診療所療養病床入院基本料	（診療養入院）第　　号
有床診療所療養病床入院基本料在宅復帰機能強化加算	（診療養入帰）第　　号
総合入院体制加算１	（総合１）第　　号
総合入院体制加算２	（総合２）第　　号
総合入院体制加算３	（総合３）第　　号
急性期充実体制加算	（急充実）第　　号
救急医療管理加算	（救急医療）第　　号
超急性期脳卒中加算	（超急性期）第　　号
診療録管理体制加算１	（診療録１）第　　号
診療録管理体制加算２	（診療録２）第　　号
医師事務作業補助体制加算１	（事補１）第　　号
医師事務作業補助体制加算２	（事補２）第　　号
急性期看護補助体制加算	（急性看補）第　　号
看護職員夜間配置加算	（看夜配）第　　号
特殊疾患入院施設管理加算	（特施）第　　号
看護配置加算	（看配）第　　号
看護補助加算	（看補）第　　号
療養環境加算	（療）第　　号
重症者等療養環境特別加算	（重）第　　号
療養病棟療養環境加算１	（療養１）第　　号
療養病棟療養環境加算２	（療養２）第　　号
療養病棟療養環境改善加算１	（療養改１）第　　号
療養病棟療養環境改善加算２	（療養改２）第　　号
診療所療養病床療養環境加算	（診療養）第　　号
診療所療養病床療養環境改善加算	（診療養改）第　　号
無菌治療室管理加算１	（無菌１）第　　号
無菌治療室管理加算２	（無菌２）第　　号
放射線治療病室管理加算（治療用放射性同位元素による場合）	（放射治療）第　　号
放射線治療病室管理加算（密封小線源による場合）	（放射密封）第　　号
緩和ケア診療加算	（緩診）第　　号

有床診療所緩和ケア診療加算	（診緩診）第　　号
精神科応急入院施設管理加算	（精応）第　　号
精神病棟入院時医学管理加算	（精入学）第　　号
精神科地域移行実施加算	（精移行）第　　号
精神科身体合併症管理加算	（精合併加算）第　　号
精神科リエゾンチーム加算	（精リエ）第　　号
依存症入院医療管理加算	（依存管理）第　　号
摂食障害入院医療管理加算	（摂食障害）第　　号
栄養サポートチーム加算	（栄養チ）第　　号
医療安全対策加算１	（医療安全１）第　　号
医療安全対策加算２	（医療安全２）第　　号
感染対策向上加算１	（感染対策１）第　　号
感染対策向上加算２	（感染対策２）第　　号
感染対策向上加算３	（感染対策３）第　　号
患者サポート体制充実加算	（患サポ）第　　号
重症患者初期支援充実加算	（重症初期）第　　号
報告書管理体制加算	（報告管理）第　　号
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	（褥瘡ケア）第　　号
ハイリスク妊娠管理加算	（ハイ妊娠）第　　号
ハイリスク分娩管理加算	（ハイ分娩）第　　号
地域連携分娩管理加算	（地域分娩）第　　号
精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	（精救急紹介）第　　号
精神科救急搬送患者地域連携受入加算	（精救急受入）第　　号
呼吸ケアチーム加算	（呼吸チ）第　　号
術後疼痛管理チーム加算	（術後疼痛）第　　号
後発医薬品使用体制加算１	（後発使１）第　　号
後発医薬品使用体制加算２	（後発使２）第　　号
後発医薬品使用体制加算３	（後発使３）第　　号
病棟薬剤業務実施加算１	（病棟薬１）第　　号
病棟薬剤業務実施加算２	（病棟薬２）第　　号
データ提出加算	（データ提）第　　号
入退院支援加算	（入退支）第　　号
認知症ケア加算	（認ケア）第　　号
せん妄ハイリスク患者ケア加算	（せん妄ケア）第　　号
精神疾患診療体制加算	（精疾診）第　　号
精神科急性期医師配置加算	（精急医配）第　　号
排尿自立支援加算	（排自支）第　　号
地域医療体制確保加算	（地医確保）第　　号
地域歯科診療支援病院入院加算	（地歯入院）第　　号
救命救急入院料１	（救１）第　　号

救命救急入院料２	（救２）第　　号
救命救急入院料３	（救３）第　　号
救命救急入院料４	（救４）第　　号
特定集中治療室管理料１	（集１）第　　号
特定集中治療室管理料２	（集２）第　　号
特定集中治療室管理料３	（集３）第　　号
特定集中治療室管理料４	（集４）第　　号
ハイケアユニット入院医療管理料１	（ハイケア１）第　　号
ハイケアユニット入院医療管理料２	（ハイケア２）第　　号
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	（脳卒中ケア）第　　号
小児特定集中治療室管理料	（小集）第　　号
新生児特定集中治療室管理料１	（新１）第　　号
新生児特定集中治療室管理料２	（新２）第　　号
総合周産期特定集中治療室管理料	（周）第　　号
新生児治療回復室入院医療管理料	（新回復）第　　号
一類感染症患者入院医療管理料	（一類）第　　号
特殊疾患入院医療管理料	（特入）第　　号
小児入院医療管理料１	（小入１）第　　号
小児入院医療管理料２	（小入２）第　　号
小児入院医療管理料３	（小入３）第　　号
小児入院医療管理料４	（小入４）第　　号
小児入院医療管理料５	（小入５）第　　号
回復期リハビリテーション病棟入院料１	（回１）第　　号
回復期リハビリテーション病棟入院料２	（回２）第　　号
回復期リハビリテーション病棟入院料３	（回３）第　　号
回復期リハビリテーション病棟入院料４	（回４）第　　号
回復期リハビリテーション病棟入院料５	（回５）第　　号
地域包括ケア病棟入院料１及び地域包括ケア入院医療管理料１	（地包ケア１）第　　号
地域包括ケア病棟入院料２及び地域包括ケア入院医療管理料２	（地包ケア２）第　　号
地域包括ケア病棟入院料３及び地域包括ケア入院医療管理料３	（地包ケア３）第　　号
地域包括ケア病棟入院料４及び地域包括ケア入院医療管理料４	（地包ケア４）第　　号
特殊疾患病棟入院料１	（特疾１）第　　号
特殊疾患病棟入院料２	（特疾２）第　　号
緩和ケア病棟入院料１	（緩１）第　　号
緩和ケア病棟入院料２	（緩２）第　　号
精神科救急急性期医療入院料１	（精救１）第　　号
精神科急性期治療病棟入院料１	（精急１）第　　号
精神科急性期治療病棟入院料２	（精急２）第　　号
精神科救急・合併症入院料	（精合併）第　　号
児童・思春期精神科入院医療管理料	（児春入）第　　号

精神療養病棟入院料　（精療）第　　号
認知症治療病棟入院料１　（認治１）第　　号
認知症治療病棟入院料２　（認治２）第　　号
特定一般病棟入院料１　（特般１）第　　号
特定一般病棟入院料２　（特般２）第　　号
地域移行機能強化病棟入院料　（移機強）第　　号
特定機能病院リハビリテーション病棟入院料　（特定リハ）第　　号
短期滞在手術等基本料１　（短手１）第　　号

7　各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から算定する。なお、令和４年４月20日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月１日に遡って算定することができるものとする。

8　届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に対して通知するものであること。

第３　届出受理後の措置等

１　届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出等を行うものであること。また、病床数に著しい増減があった場合にはその都度届出を行うものであること（病床数の著しい増減とは、病棟数の変更や、病棟の種別ごとの病床数に対して１割以上の病床数の増減があった場合等のことであるが、これに該当しない病床数の変更の場合であっても、病床数の増減により届出の基準を満たさなくなった場合には、当然、変更の届出は必要である。）。

ただし、次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。

（１）　平均在院日数及び月平均夜勤時間数については、暦月で３か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動

（２）　医師と患者の比率については、暦月で３か月を超えない期間の次に掲げる範囲の一時的な変動

ア　医療法（昭和23年法律第205号）に定める標準数を満たしていることが届出に係る診療料の算定要件とされている場合

当該保険医療機関における医師の配置数が、医療法に定める標準数から１を減じた数以上である範囲

イ　「基本診療料の施設基準等」第五の二の（１）のイの②の４、四の（１）のイの④及び六の（２）のイの⑤の場合

常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に100分の10を乗じて得た数から１を減じた数以上

（３）　１日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者（以下「看護要員」という。）の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師（以下「看護職員」という。）の数に対する看護師の比率については、暦月で１か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動。

（４）　医療法上の許可病床数（感染症病床を除く。）が100床未満の病院及び特別入院基本料（月平均夜勤時間超過減算により算定する場合を除く。）を算定する保険医療機関にあっては、１日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で３か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動。

（５）　算定要件（一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡ（以下「重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡ」という。）の評価方法を用いる要件を除く。）中の該当患者の割合については、暦月で３か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動。

（６）　算定要件中の紹介割合及び逆紹介割合については、暦月で３か月間の一時的な変動。

２　１による変更の届出は、１のただし書の場合を除き、届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に速やかに行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月（変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の１日）から変更後の入院基本料等を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準に係る場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の入院基本料等を算定すること。

３　届出を受理した保険医療機関については、適時調査を行い（原則として年１回、受理後６か月以内を目途）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。

４　「基本診療料の施設基準等」に適合しないことが判明した場合は、所要の指導の上、変更の届出を行わせるものであること。その上で、なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関の開設者に弁明を行う機会を与えるものとすること。

５　届出を行った保険医療機関は、毎年７月１日現在で施設基準の適合性を確認し、その結果について報告を行うものであること。

６　地方厚生（支）局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとすること。

７　届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものであること。また、保険医療機関においても、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号）の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

（掲示例）

（１）　入院患者数42人の一般病棟で、一般病棟入院基本料の急性期一般入院料６を算定している病院の例

「当病棟では、１日に13人以上の看護職員（看護師及び准看護師）が勤務しています。なお、時間帯毎の配置は次のとおりです。」

・　朝９時から夕方17時まで、看護職員１人当たりの受け持ち数は６人以内です。
・　夕方17時から深夜１時まで、看護職員１人当たりの受け持ち数は14人以内です。
・　深夜１時から朝９時まで、看護職員１人当たりの受け持ち数は14人以内です。

（２） 有床診療所入院基本料１を算定している診療所の例

「当診療所には、看護職員が７人以上勤務しています。」

第４ 経過措置等

１ 第２及び第３の規定にかかわらず、令和４年３月31日現在において現に入院基本料等を算定している保険医療機関において、引き続き当該入院基本料等を算定する場合（名称のみが改正されたものを算定する場合を含む。）には、新たな届出を要しない。ただし、令和４年４月以降の実績により、届出を行っている入院基本料等の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。また、令和４年度診療報酬改定において、新設された又は施設基準が創設された入院基本料等（表１）及び施設基準が改正された入院基本料等（表２）については、令和４年４月１日以降の算定に当たり届出を行う必要があること。

表１ 新設された又は施設基準が創設された入院基本料等

初診料の注１、再診料の注１及び外来診療料の注１の規定による情報通信機器を用いた診療
初診料の注 11 及び再診料の注 15 に規定する外来感染対策向上加算
初診料の注 12 及び再診料の注 16 に規定する連携強化加算
初診料の注 13 及び再診料の注 17 に規定するサーベイランス強化加算
特定機能病院入院基本料の注 11 に規定する入院栄養管理体制加算
急性期充実体制加算
紹介受診重点医療機関入院診療加算
急性期看護補助体制加算の注４に規定する看護補助体制充実加算
看護補助加算の注４に規定する看護補助体制充実加算
放射線治療病室管理加算
栄養サポートチーム加算（障害者施設等入院基本料を算定する場合に限る。）
感染対策向上加算３
感染対策向上加算の注２に規定する指導強化加算
感染対策向上加算の注３に規定する連携強化加算
感染対策向上加算の注４に規定するサーベイランス強化加算
重症患者初期支援充実加算
報告書管理体制加算
ハイリスク分娩等管理加算（地域連携分娩管理加算を算定する場合に限る。）
術後疼痛管理チーム加算
救命救急入院料の注１に規定する算定上限日数に関する基準
救命救急入院料の注２に規定する精神疾患診断治療初回加算（イを算定する場合に限る。）
救命救急入院料の注８に規定する早期離床・リハビリテーション加算
救命救急入院料の注９に規定する早期栄養介入管理加算
救命救急入院料の注 11 に規定する重症患者対応体制強化加算
特定集中治療室管理料の注１に規定する算定上限日数に関する基準
特定集中治療室管理料の注５に規定する早期栄養介入管理加算
特定集中治療室管理料の注６に規定する重症患者対応体制強化加算

ハイケアユニット入院医療管理料の注３に規定する早期離床・リハビリテーション加算
ハイケアユニット入院医療管理料の注４に規定する早期栄養介入管理加算
脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注３に規定する早期離床・リハビリテーション加算
脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注４に規定する早期栄養介入管理加算
小児特定集中治療室管理料の注３に規定する早期離床・リハビリテーション加算
小児特定集中治療室管理料の注４に規定する早期栄養介入管理加算
総合周産期特定集中治療室管理料の注３に規定する成育連携支援加算
小児入院医療管理料の注５に掲げる無菌治療管理加算１及び２
小児入院医療管理料の注７に規定する養育支援体制加算
小児入院医療管理料の注８に掲げる時間外受入体制強化加算１及び２
精神科救急急性期医療入院料の注６に掲げる精神科救急医療体制加算１、２及び３
特定機能病院リハビリテーション病棟入院料（令和４年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表２ 施設基準が改正された入院基本料等

機能強化加算
歯科診療特別対応連携加算
一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１に限る。）（令和５年１月 １ 日以降に引き続き算定する場合に限る。）
一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１及び地域一般入院基本料を除く。）（令和４年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
地域一般入院基本料（許可病床数が 200 床以上の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。）（令和４年３月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４まで若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１若しくは２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
地域一般入院基本料（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。）（令和４年３月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１若しくは２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入

院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和６年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
結核病棟入院基本料（７対１入院基本料に限る。）（令和４年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（７対１入院基本料に限る。）（令和４年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
特定機能病院入院基本料の注５に掲げる看護必要度加算（令和４年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
専門病院入院基本料（７対１入院基本料に限る。）（令和４年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
専門病院入院基本料（13 対入院基本料に限る。）（許可病床数が 200 床以上の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。）（令和４年３月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。）（令和４年３月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和６年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
専門病院入院基本料の注３に掲げる看護必要度加算（令和４年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
障害者施設等入院基本料（許可病床数が 200 床以上の保険医療機関に限る。）（データ提出加

算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。）（令和４年３月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４まで若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
障害者施設等入院基本料（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に行っている保険医療機関を除く。）（令和４年３月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和６年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
有床診療所入院基本料（令和４年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
診療録管理体制加算（許可病床数が 400 床以上の保険医療機関に限る。）（令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）総合入院体制加算（令和４年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
急性期看護補助体制加算（急性期一般入院料６又は 10 対１入院基本料に限る。）（令和４年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
看護職員夜間配置加算（急性期一般入院料６又は 10 対１入院基本料に限る。）（令和４年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
看護補助加算１（地域一般入院料１若しくは地域一般入院料２又は 13 対１入院基本料に限る。）（令和４年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
感染対策向上加算１
感染対策向上加算２
後発医薬品使用体制加算１
後発医薬品使用体制加算２
後発医薬品使用体制加算３
病棟薬剤業務実施加算１（小児入院医療管理料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する場合に限る。）
精神科急性期医師配置加算１（現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前

の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号「Ａ３１１」に掲げる精神科救急入院料に係る届出を行っている保険医療機関又は精神科急性期治療病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関において、令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

救命救急入院料（救命救急入院料１又は３に限る。）（令和４年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特殊疾患入院医療管理料（許可病床数が 200 床以上の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和４年３月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特殊疾患入院医療管理料（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和４年３月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和６年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特殊疾患病棟入院料（許可病床数が 200 床以上の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和４年３月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）

（令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特殊疾患病棟入院料（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和４年３月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和６年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

緩和ケア病棟入院料（許可病床数が 200 床以上の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和４年３月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

緩和ケア病棟入院料（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和４年３月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものを除く。）（令和６年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

回復期リハビリテーション病棟入院料（令和４年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域包括ケア病棟入院料（令和４年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域包括ケア入院医療管理料（令和４年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

精神科救急急性期医療入院料（「当該病棟における病床数が 120 床以下であること」の規定を満たすことにより令和４年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
精神科救急急性期医療入院料（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（令和６年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
特定一般病棟入院料の注７（令和４年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表３　施設基準等の名称が変更されたが、令和４年３月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出が必要でないもの

重度アルコール依存症入院医療管理加算	→	依存症入院医療管理加算

２　精神病棟入院基本料の特別入院基本料の施設基準のうち「当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに１以上であること」については、看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であって、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められているものについては、当該施設基準の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。

別添１

初・再診料の施設基準等

第１　情報通信機器を用いた診療

１　情報通信機器を用いた診療に係る施設基準

（１）　情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されているものとして、以下のア～ウを満たすこと。

ア　保険医療機関外で診療を実施することがあらかじめ想定される場合においては、実施場所が厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下「オンライン指針」という。）に該当しており、事後的に確認が可能であること。

イ　対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められていることを踏まえて、対面診療を提供できる体制を有すること。

ウ　患者の状況によって当該保険医療機関において対面診療を提供することが困難な場合に、他の保険医療機関と連携して対応できること。

（２）　オンライン指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

２　届出に関する事項

（１）情報通信機器を用いた診療に係る施設基準に係る届出は、別添７の様式１を用いること。

（２）毎年７月において、前年度における情報通信機器を用いた診療実施状況及び診療の件数について、別添７の様式１の２により届け出ること。

第１の２　夜間・早朝等加算

１　夜間・早朝等加算に関する施設基準等

（１）　１週間当たりの表示診療時間の合計が 30 時間以上の診療所である保険医療機関であること。なお、一定の決まった日又は決まった時間に行われる訪問診療の時間については、その実施する時間を表示している場合に限り、１週間当たりの表示診療時間に含めて差し支えない。

（２）　（１）の規定にかかわらず、概ね月１回以上、当該診療所の保険医が、客観的に深夜における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関に赴き夜間・休日の診療に協力している場合は、１週間当たりの表示診療時間の合計が 27 時間以上でよいこと。また、当該診療所が次のイ及びウの保険医療機関である場合も同様に取り扱うものであること。

ア　地域医療支援病院（医療法第４条第１項に規定する地域医療支援病院）

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

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

（３）　（１）及び（２）の規定にかかわらず、表示診療時間とされる場合であって、当該診療所が常態として医師が不在となる時間（訪問診療に要する時間を除く。）は、１週間当たりの表示

診療時間の合計に含めない。

（４） 診療時間については、当該保険医療機関の建造物の外部かつ敷地内に表示し、診療可能な時間を地域に周知していること。なお、当該保険医療機関が建造物の一部を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の外部に表示していること。

２ 届出に関する事項

夜間・早朝等加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第１の３ 機能強化加算

１ 機能強化加算に関する施設基準

次のいずれにも該当すること。

（１） 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院であること。

（２） 次のいずれかを満たしていること。

ア 区分番号「Ａ００１」の注12に規定する地域包括診療加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。

イ 以下のいずれも満たすものであること。

（イ） 区分番号「Ａ００１」の注12に規定する地域包括診療加算２に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（ロ） 直近１年間において、次のいずれかを満たしていること。

① 区分番号「Ａ００１」の注12に規定する地域包括診療加算２を算定した患者が３人以上

② 区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」、区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注１のイの場合に限る。）又は区分番号「Ｃ０００」往診料を算定した患者の数の合計が３人以上

ウ 区分番号「Ｂ００１－２－９」に掲げる地域包括診療料１に係る届出を行っている保険医療機関であること。

エ 以下のいずれも満たすものであること。

（イ） 区分番号「Ｂ００１－２－９」に掲げる地域包括診療料２に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（ロ） 直近１年間において、次のいずれかを満たしていること。

① 区分番号「Ｂ００１－２－９」に掲げる地域包括診療料２を算定した患者が３人以上

② 区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」、区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注１のイの場合に限る。）又は区分番号「Ｃ０００」往診料を算定した患者の数の合計が３人以上

オ 区分番号「Ｂ００１－２－11」に掲げる小児かかりつけ診療料１又は２に係る届出を行っている保険医療機関であること。

カ 区分番号「Ｃ００２」に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号「Ｃ００２－２」に掲げる施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添１の第９在宅療養支援診療所の１（１）若しくは（２）に該当する診療所又は第14の２在宅療養支援病院の１（１）若しくは（２）に該当する病院であること。

キ 区分番号「Ｃ００２」に掲げる在宅時医学総合管理料又は区分番号「Ｃ００２－２」に掲げる施設入居時等医学総合管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添１の第９在宅療養支援診療所の１（３）に該当する診療所並びに第14の２在宅療養支援病院の１（３）に該当する病院であり、以下のいずれかを満たしていること。

（イ） 第９在宅療養支援診療所の１（３）に該当する診療所であって、以下のいずれかを満たしていること。なお、緊急の往診の実績及び在宅における看取りの実績等の取扱いについては、第９在宅療養支援診療所と同様である。

① 第９在宅療養支援診療所の１（１）コに掲げる過去１年間の緊急の往診の実績が３件以上

② 第９在宅療養支援診療所の１（１）サに掲げる過去１年間の在宅における看取りの実績が１件以上又は過去１年間の 15 歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が１件以上

（ロ） 第14の２在宅療養支援病院の１（３）に該当する病院であって、以下のいずれかを満たしていること。なお、緊急の往診の実績及び在宅における看取りの実績等の取扱いについては、第 14 の２在宅療養支援病院と同様である。

① 第 14 の２在宅療養支援病院の１（１）シ①に掲げる過去１年間の緊急の往診の実績又は１（１）シ②に掲げる在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績の合計が直近１年間で３件以上

② 第 14 の２在宅療養支援病院の１（１）スに掲げる過去１年間の在宅における看取りの実績が１件以上又は過去１年間の 15 歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績が１件以上

（３） 地域における保健・福祉・行政サービス等に係る対応として、以下のいずれかを行っている常勤の医師を配置していること。

ア 介護保険制度の利用等に関する相談への対応及び要介護認定に係る主治医意見書の作成を行っていること。

イ 警察医として協力していること。

ウ 母子保健法（昭和 40 年法律第 141 号）第 12 条及び第 13 条に規定する乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする１歳６か月、３歳児等の乳幼児の健康診査）を実施していること。

エ 予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）第５条第１項に規定する予防接種（定期予防接種）を実施していること。

オ 幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校、中学校若しくは高等学校の学校医に就任していること。

カ 「地域包括支援センターの設置運営について」（平成 18 年 10 月 18 日付老計発 1018001 号・老振発 1018001 号・老老発 1018001 号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に出席していること。

キ 通いの場や講演会等の市町村が行う一般介護予防事業に協力していること。

（４） 地域におけるかかりつけ医機能として、必要に応じ、以下のアからオの対応を行っていること。また、当該対応を行っていることについて当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

ア 患者が受診している他の医療機関及び処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を行うこと。

イ 専門医師又は専門医療機関への紹介を行うこと。

ウ 健康診断の結果等の健康管理に係る相談に応じること。

エ 保健・福祉サービスに関する相談に応じること。

オ 診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。

また、医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関等の地域の医療機関を検索できることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（５） （４）に基づき掲示している内容を記載した文書を当該保険医療機関内の見やすい場所に置き、患者が持ち帰ることができるようにすること。また、患者の求めがあった場合には、当該文書を交付すること。

２ 届出に関する事項

（１） 機能強化加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式１の３を用いること。

（２） 令和４年３月31日時点で機能強化加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月30日までの間に限り、１の(２)のイの(ロ)、エの(ロ)並びにキ、(３)及び(４)の基準を満たしているものとみなす。

第１の４ 外来感染対策向上加算

１ 外来感染対策向上加算に関する施設基準

次のいずれにも該当すること。

（１） 診療所であること。

（２） 感染防止に係る部門「以下「感染防止対策部門」という。」を設置していること。ただし、別添３の第20の１の(１)イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。

（３） 感染防止対策部門内に、専任の医師、看護師又は薬剤師その他の医療有資格者が院内感染管理者として配置されており、感染防止に係る日常業務を行うこと。なお、当該職員は別添３の第20の１の(１)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、医科点数表第１章第２部通則７に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

（４） 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者の具体的な業務内容が整備されていること。

（５） (３)の院内感染管理者により、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。

（６） (３)の院内感染管理者により、職員を対象として、少なくとも年２回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお、当該研修は別添２の第１の３の(５)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。

（７） (３)の院内感染管理者は、少なくとも年２回程度、感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算１に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、当該複数の医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年１回参加し、合わせて年２回以上参加していること。また、感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年１回以上参加していること。

（８） (７)に規定するカンファレンスは、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

（９） ビデオ通話を用いる場合において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(10) 院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関又は地域の医師会から助言を受けること。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行っていること。

(11) (３)の院内感染管理者により、１週間に１回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。

(12) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。

(13) 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

(14) 新興感染症の発生時等に、発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。

(15) 厚生労働省健康局結核感染症課「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に、抗菌薬の適正な使用の推進に資する取組を行っていること。

(16) 新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること。

(17) 区分番号「Ａ２３４－２」に掲げる感染対策向上加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

２ 届出に関する事項

外来感染対策向上加算に係る届出は、別添７の様式１の４を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第１の５ 連携強化加算

１ 連携強化加算に関する施設基準

次のいずれにも該当すること。

（１） 外来感染対策向上加算に係る届出を行っていること。

（２） 当該保険医療機関が連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関に

対し、過去１年間に４回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること。なお、令和５年３月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなすものであること。

２　届出に関する事項

連携強化加算に係る届出は、別添７の様式１の５を用いること。

第１の６　サーベイランス強化加算

１　サーベイランス強化加算に関する施設基準

（１）　外来感染対策向上加算に係る届出を行っていること。

（２）　院内感染対策サーベイランス（ＪＡＮＩＳ）、感染対策連携共通プラットフォーム（Ｊ－ＳＩＰＨＥ）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。

２　届出に関する事項

サーベイランス強化加算に係る届出は、別添７の様式１の５を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第１の７　電子的保健医療情報活用加算

１　電子的保健医療情報活用加算に関する施設基準

（１）　電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。

（２）　健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。

（３）　オンライン資格確認システムを通じて患者の薬剤情報又は特定健診情報等を取得し、当該情報を活用して診療等を実施できる体制を有していることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

電子的保健医療情報活用加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第２　時間外対応加算

１　通則

（１）　診療所であること。

（２）　標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。

２　時間外対応加算１に関する施設基準

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

３　時間外対応加算２に関する施設基準

（１）　診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合

わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

（２）　休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

４　時間外対応加算３に関する施設基準

（１）　診療所（連携している診療所を含む。）を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による連携により対応する体制がとられていること。

（２）　当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や当番日の標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

（３）　当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。

（４）　複数の診療所の連携により対応する場合、連携する診療所の数は、当該診療所を含め最大で３つまでとすること。

５　届出に関する事項

時間外対応加算に係る届出は、別添７の様式２を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第２の２　明細書発行体制等加算

１　明細書発行体制等加算に関する施設基準

（１）　診療所であること。

（２）　電子情報処理組織を使用した診療報酬請求又は光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っていること。

（３）　算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付していること。また、その旨の院内掲示を行っていること。

２　届出に関する事項

明細書発行体制等加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第２の３　地域包括診療加算

１　地域包括診療加算１に関する施設基準

（1）から（9）までの基準を全て満たしていること。

（１）　診療所であること。

（２）　当該医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下「担当医」という。）を配置していること。

（３）　健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨を院内掲示していること。

（４）　当該患者に対し院外処方を行う場合は、24 時間対応をしている薬局と連携をしていること。

（５）　当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。

ア　当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。

イ　保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

（６）　介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。

ア　介護保険法（平成９年法律第123号）第46条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者の指定を受けており、かつ、常勤の介護支援専門員（介護保険法第７条第５項に規定するものをいう。以下同じ。）を配置していること。

イ　介護保険法第８条第６項に規定する居宅療養管理指導又は同条第10項に規定する短期入所療養介護等を提供した実績があること。

ウ　当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所（介護保険法に規定する事業を実施するものに限る。）を併設していること。

エ　担当医が「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に年１回以上出席していること。

オ　介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション、同条第８項に規定する通所リハビリテーション、第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーション及び同条第６項に規定する介護予防通所リハビリテーションに限る。）を提供していること（なお、要介護被保険者等に対して、維持期の運動器リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は廃用症候群リハビリテーション料を原則として算定できないことに留意すること。）。

カ　担当医が、介護保険法第14条に規定する介護認定審査会の委員の経験を有すること。

キ　担当医が、都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会を受講していること。

ク　担当医が、介護支援専門員の資格を有していること。

（７）　在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保していること（「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和●年●月●日保医発●第●号）の第９在宅療養支援診療所の施設基準の１の(１)）に規定する在宅療養支援診療所以外の診療所については、連携医療機関の協力を得て行うものを含む。）。

（８）　以下のいずれか１つを満していること。

ア　時間外対応加算１、２又は３の届出を行っていること。

イ　常勤換算２名以上の医師が配置されており、うち１名以上が常勤の医師であること。

ウ　在宅療養支援診療所であること。

（９）　外来診療から訪問診療への移行に係る実績について、以下の全てを満たしていること。

ア　直近１年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、区分番号「Ｃ０００」往診料、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「１」又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)（注１のイの場合に限る。）を算定した患者の数の合計が、在宅療養支援診療所については10人以上、在宅療養支援診療所以外の診療所については３人以上であること。

イ　直近１か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70％未満であること。

２　地域包括診療加算２に関する施設基準

以下の全てを満たしていること。

（１）　１の(１)から(６)まで及び(８)を満たしていること。

（２）　在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の連絡体制を確保していること。

３　届出に関する事項

地域包括診療加算１又は２の施設基準に係る届出は、別添７の様式２の３を用いること。

第２の４　認知症地域包括診療加算

１　認知症地域包括診療加算１に関する基準

第２の３に掲げる地域包括診療加算１の届出を行っていること。

２　認知症地域包括診療加算２に関する基準

第２の３に掲げる地域包括診療加算２の届出を行っていること。

３　届出に関する事項

地域包括診療加算１又は２の届出を行っていればよく、認知症地域包括診療加算１又は２として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第２の５　特定妥結率初診料、特定妥結率再診料及び特定妥結率外来診療料

１　保険医療機関と卸売販売業者との価格交渉においては、厚生労働省「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」に基づき、原則として全ての品目について単品単価契約とすることが望ましいこと、個々の医薬品の価値を無視した値引き交渉、医薬品の安定供給や卸売業者の経営に影響を及ぼすような流通コストを全く考慮しない値引き交渉を慎むこと等に留意するとともに、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況を報告すること等について規定しているものであり、具体的な取扱いについては以下のとおりとする。

（１）　妥結率の報告における妥結とは、取引価格が決定しているものであり、契約書等の遡及条項により、取引価格が遡及し変更することが可能な場合には未妥結とする。また、取引価格は決定したが、支払期間が決定しないなど、取引価格に影響しない契約事項が未決定の場合は妥結とする。

※　妥結率の計算については、下記のとおりとする。

妥結率＝卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号。以下「医薬品医療機器等法」という。）第34条第３項に規定する卸売販売業者をいう。以下同じ。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したもの）／当該保険医療機関において購入された医療用医薬品の薬価総額

（２）　単品単価契約とは、「品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約」をいう。

※　単品単価契約率の計算については、下記のとおりとする。

単品単価契約率＝単品単価契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額/卸売販売業者と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額

（３）　一律値引き契約とは、「卸売販売業者と当該保険医療機関との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合

うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約」をいう。この場合、一定割合以上とは、以下の計算により得られた割合が５割以上であることとし、全ての医療用医薬品が一律値引きにより価格決定した場合を含むものとする。また、一律値引き契約に係る状況については、一律値引き契約の該当の有無及び該当有りとした場合にあっては、取引卸売販売業者ごとの当該契約における値引き率（薬価と取引価格（税込み）との差を薬価で除し、これに100を乗じて得た率）を報告すること。

※　一律値引き契約における割合の計算については、下記のとおりとする。

総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額/卸売販売業者と当該保険医療機関との間で取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額

２　妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況について、別添７の様式２の４により、毎年10月１日から11月末日までに、同年４月１日から９月30日までの期間における実績を地方厚生（支）局長へ報告することとし、11月末日までの報告に基づく特定妥結率初診料、特定妥結率再診料及び特定妥結率外来診療料は、12月１日から翌年11月末日まで適用する。

第２の６　削除

第２の７　歯科点数表の初診料の注１に規定する施設基準

１　歯科点数表の初診料の注１に規定する施設基準

（１）　口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染防止対策を講じていること。

（２）　感染症患者に対する歯科診療を円滑に実施する体制を確保していること。

（３）　歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を４年に１回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。

（４）　職員を対象とした院内感染防止対策にかかる標準予防策及び新興感染症に対する対策等の院内研修等を実施していること。

（５）　当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

（６）　年に１回、院内感染対策の実施状況等について、様式２の７により地方厚生（支）局長に報告していること。

（７）　令和４年３月31日において、現に歯科点数表の初診料の注１の届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、１の(３)及び（４）の基準を満たしているものとみなす。ただし、令和３年４月１日から令和４年３月31日の間に令和４年度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和２年３月５日保医発0305第２号）の第２の７（３）の院内感染防止対策に係る研修を受講した者については、当該研修を受けた日から２年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。

２　届出に関する事項

（１）　歯科点数表の初診料の注１に規定する施設基準に係る届出は、別添７の様式２の６を用いること。

（２）　当該届出については、届出にあたり実績を要しない。ただし、様式２の７により報告を行うこと。

第３　地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等

１　地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等

（１）　地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する基準における文書により紹介された患者の数及び当該保険医療機関における初診患者の数については、届出前１か月間（暦月）の数値を用いること。

（２）　地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する基準における手術の数については、届出前１年間（暦年）の数値を用いること。

（３）　歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の初診料の注６又は再診料の注４に規定する加算を算定した患者の月平均患者数については、届出前３か月間（暦月）の月平均の数値を用いること。

（４）　(１)の「文書により紹介された患者の数」とは、別の保険医療機関等からの文書（別添６の別紙１又はこれに準ずる様式）により紹介されて歯科、小児歯科、矯正歯科又は口腔外科を標榜する診療科に来院し、初診料を算定した患者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関からの紹介患者は除く。）の数をいい、当該保険医療機関における「初診の患者の数」とは、当該診療科で初診料を算定した患者の数（時間外、休日又は深夜に受診した６歳未満の患者を除く。）をいう。単に電話での紹介を受けた場合等は紹介患者には該当しない。

（５）　「特別の関係にある保険医療機関」とは「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和●年●月●日保医発●第●号）の別添１第１章第２部通則７の(３)に規定する特別の関係にある保険医療機関をいう。

（６）　当該病院が当該病院の存する地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

（７）　口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染防止対策を講じていること。

（８）　感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。

（９）　歯科外来診療の院内感染防止対策に係る標準予防策及び新興感染症に対する対策の研修を４年に１回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。

(10)　当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

(11)　令和４年３月31日において、現に歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、１の(９)の基準を満たしているものとみなす。ただし、令和３年４月１日から令和４年３月31日の間に令和４年度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和２年３月５日保医発0305第２号）の第３の１（９）の院内感染防止対策に係る研修を受講した者については、当該研修を受けた日から２年を経過する日までは当該基準を満たしているものとみなす。

２　届出に関する事項

（１）　地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出は、別添７の様式３を用いること。
（２）　届出受理後の措置については、毎年７月末日までに、前年１年間（暦年）の実績について別添７の様式３による報告を行い、必要があれば区分の変更を行う。

第４　歯科外来診療環境体制加算１及び歯科外来診療環境体制加算２

１　歯科外来診療環境体制加算１及び歯科外来診療環境体制加算２に関する施設基準

（１）　歯科外来診療環境体制加算１に関する施設基準

ア　歯科医療を担当する保険医療機関（歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料にかかる施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）であること。

イ　歯科点数表の初診料の注１に係る施設基準の届出を行っていること。

ウ　偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。

エ　歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ一名以上配置されていること。

オ　患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。また、自動体外式除細動器（ＡＥＤ）については保有していることがわかる院内掲示を行っていること。

(イ)　自動体外式除細動器（ＡＥＤ）
(ロ)　経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）
(ハ)　酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）
(ニ)　血圧計
(ホ)　救急蘇生セット
(ヘ)　歯科用吸引装置

カ　診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。ただし、医科歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が確保されている場合は、この限りでない。

キ　歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削や義歯の調整、歯の被せ物の調整時等に飛散する細かな物質を吸収できる環境を確保していること。

ク　当該保険医療機関の見やすい場所に、緊急時における連携保険医療機関との連携方法やその対応等、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

（２）　歯科外来診療環境体制加算２に関する施設基準

ア　歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行っている保険医療機関であること。

イ　（１）のウからクまでの施設基準を全て満たすこと。

ウ　歯科外来診療において発生した医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善策を実施する体制を整備していること。

２　届出に関する事項

（１）　歯科外来診療環境体制加算１又は歯科外来診療環境体制加算２の施設基準に係る届出は、別添７の様式４を用いること。
（２）　当該届出については、届出にあたり実績を要しない。

第５　歯科診療特別対応連携加算

１　歯科診療特別対応連携加算に関する施設基準

（１）　歯科診療特別対応連携加算に関する基準における歯科診療報酬点数表の初診料の注６又は再診料の注４に規定する加算を算定している月平均外来患者数については、届出前３か月間（暦月）の数値を用いる。
（２）　当該患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次に掲げる十分な装置・器具を有していること。

ア　自動体外式除細動器（ＡＥＤ）
イ　経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）
ウ　酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）
エ　救急蘇生セット

（３）　緊急時に円滑な対応ができるよう別の医科診療を担当する病院である保険医療機関との連携体制が整備されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。
（４）　別の歯科診療を担当する保険医療機関との連携体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

歯科診療特別対応連携加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式４の２を用いること。

別添２

入院基本料等の施設基準等

第１　入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。

１　入院診療計画の基準

（１）　当該保険医療機関において、入院診療計画が策定され、説明が行われていること。

（２）　入院の際に、医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、患者に対し、別添６の別紙２又は別紙２の３を参考として、文書により病名、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、入院後７日以内に説明を行うこと。ただし、高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合の療養病棟における入院診療計画については、別添６の別紙２の２を参考にすること。なお、当該様式にかかわらず、入院中から退院後の生活がイメージできるような内容であり、年月日、経過、達成目標、日ごとの治療、処置、検査、活動・安静度、リハビリ、食事、清潔、排泄、特別な栄養管理の必要性の有無、教育・指導（栄養・服薬）・説明、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点が電子カルテなどに組み込まれ、これらを活用し、患者に対し、文書により説明が行われている場合には、各保険医療機関が使用している様式で差し支えない。

（３）　入院時に治療上の必要性から患者に対し、病名について情報提供し難い場合にあっては、可能な範囲において情報提供を行い、その旨を診療録に記載すること。

（４）　医師の病名等の説明に対して理解できないと認められる患者（例えば小児、意識障害患者）については、その家族等に対して行ってもよい。

（５）　説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等）に交付するとともに、その写しを診療録に添付するものとすること。

（６）　入院期間が通算される再入院の場合であっても、患者の病態により当初作成した入院診療計画書に変更等が必要な場合には、新たな入院診療計画書を作成し、説明を行う必要があること。

２　院内感染防止対策の基準

（１）　当該保険医療機関において、院内感染防止対策が行われていること。

（２）　当該保険医療機関において、院内感染防止対策委員会が設置され、当該委員会が月１回程度、定期的に開催されていること。なお、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。

（３）　院内感染防止対策委員会は、病院長又は診療所長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成されていること（診療所においては各部門の責任者を兼務した者で差し支えない。）。

（４）　当該保険医療機関内において（病院である保険医療機関においては、当該病院にある検査

部において）、各病棟（有床診療所においては、当該有床診療所の有する全ての病床。以下この項において同じ。）の微生物学的検査に係る状況等を記した「感染情報レポート」が週１回程度作成されており、当該レポートが院内感染防止対策委員会において十分に活用される体制がとられていること。当該レポートは、入院中の患者からの各種細菌の検出状況や薬剤感受性成績のパターン等が病院又は有床診療所の疫学情報として把握、活用されることを目的として作成されるものであり、各病棟からの拭き取り等による各種細菌の検出状況を記すものではない。

（５）　院内感染防止対策として、職員等に対し流水による手洗いの励行を徹底させるとともに、各病室に水道又は速乾式手洗い液等の消毒液が設置されていること。ただし、精神病棟、小児病棟等においては、患者の特性から病室に前項の消毒液を設置することが適切でないと判断される場合に限り、携帯用の速乾式消毒液等を用いても差し支えないものとする。

３　医療安全管理体制の基準

（１）　当該保険医療機関において、医療安全管理体制が整備されていること。

（２）　安全管理のための指針が整備されていること。

安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること。

（３）　安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。

院内で発生した医療事故、インシデント等が報告され、その分析を通した改善策が実施される体制が整備されていること。

（４）　安全管理のための委員会が開催されていること。

安全管理の責任者等で構成される委員会が月１回程度開催されていること。なお、安全管理の責任者が必ずしも対面でなくてよいと判断した場合においては、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。

（５）　安全管理の体制確保のための職員研修が開催されていること。

安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、研修計画に基づき、年２回程度実施されていること。

４　褥瘡対策の基準

（１）　当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。

（２）　当該保険医療機関において、褥瘡対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。

（３）　当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添６の別紙３を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者については、（２）に掲げる専任の医師及び専任の看護職員が適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。ただし、当該医師及び当該看護職員が作成した診療計画に基づくものであれば、褥瘡対策の実施は、当該医師又は当該看護職員以外であっても差し支えない。また、様式については褥瘡に関する危険因子評価票と診療計画書が別添６の別紙３のように１つの様式ではなく、それぞれ独立した様式となっていても構わない。

（４）　褥瘡対策の診療計画における薬学的管理に関する事項及び栄養管理に関する事項については、当該患者の状態に応じて記載すること。必要に応じて、薬剤師又は管理栄養士と連携して、当該事項を記載すること。なお、診療所において、薬学的管理及び栄養管理を実施している場合について、当該事項を記載しておくことが望ましい。

（５） 栄養管理に関する事項については、栄養管理計画書をもって記載を省略することができること。ただし、この場合は、当該栄養管理計画書において、体重減少、浮腫の有無等の別添６の別紙３に示す褥瘡対策に必要な事項を記載していること。

（６） 褥瘡対策チームの構成メンバー等による褥瘡対策に係る委員会が定期的に開催されていることが望ましい。

（７） 患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。

（８） 毎年７月において、褥瘡患者数等について、別添７の様式５の４により届け出ること。

５ 栄養管理体制の基準

（１） 当該病院である保険医療機関（特別入院基本料等を算定する病棟のみを有するものを除く。）内に、常勤の管理栄養士が１名以上配置されていること。

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

（３） 入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。

（４） （３）において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画（別添６の別紙23又はこれに準じた様式とする。）を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後７日以内に策定することとする。

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

（６） 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。

（７） 特別入院基本料等を算定する場合は、（１）から（６）までの体制を満たしていることが望ましい。

（８） （１）に規定する管理栄養士は、１か月以内の欠勤については、欠勤期間中も（１）に規定する管理栄養士に算入することができる。なお、管理栄養士が欠勤している間も栄養管理のための適切な体制を確保していること。

（９） 当該保険医療機関（診療所を除く。）において、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため、（１）に係る基準が満たせなくなった場合、地方厚生（支）局長に届け出た場合に限り、当該届出を行った日の属する月を含む３か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる。

６ 医科点数表第１章第２部通則第８号及び歯科点数表第１章第２部入院料等通則第７号に規定する基準

当該保険医療機関内に、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が１名以上配置されていること。

第１の２ 歯科点数表第１章基本診療料第２部入院料等通則第６号ただし書に規定する入院基本料

（特別入院基本料等を含む。）及び特定入院料に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準

入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、次のとおりとする。

１ 第１の１から４までのいずれにも該当するものであること。

２ 栄養管理体制の基準

（１） 当該保険医療機関内（診療所を除く。）に、栄養管理を担当する管理栄養士が１名以上配置されていること。

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

（３） 入院時に患者の栄養状態を歯科医師、看護師、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。

（４） （３）において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、歯科医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画（別添６の別紙23又はこれに準じた様式とする。）を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後７日以内に策定することとする。

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

（６） 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。

（７） 特別入院基本料等及び短期滞在手術等基本料１を算定する場合は、（１）から（６）までの体制を満たしていることが望ましい。

（８） （１）に規定する管理栄養士は、１か月以内の欠勤については、欠勤期間中も（１）に規定する管理栄養士に算入することができる。なお、管理栄養士が欠勤している間も栄養管理のための適切な体制を確保していること。

（９） 当該保険医療機関（診療所を除く。）において、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため、（１）に係る基準が満たせなくなった場合、地方厚生（支）局長に届け出た場合に限り、当該届出を行った日の属する月を含む３か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる。

第２ 病院の入院基本料等に関する施設基準

病院である保険医療機関の入院基本料等に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

１ 病棟の概念は、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の１単位をもって病棟として取り扱うものとする。なお、高層建築等の場合であって、複数階（原則として二つの階）を１病棟として認めることは差し支えないが、三つ以上の階を１病棟とすることは、２の（３）の要件を満たしている場合に限り、特例として認められるものであること。また、感染症病床が別棟に

ある場合は、隣接して看護を円滑に実施できる一般病棟に含めて１病棟とすることができる。

平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な結核病棟を有する保険医療機関については、一般病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟）と結核病棟を併せて１看護単位とすることはできるが、看護配置基準が同じ入院基本料を算定する場合に限る。ただし、結核病床を構造上区分すること等医療法で規定する構造設備の基準は遵守するものとし、平均在院日数の計算に当たっては、一般病棟のみにより計算するものとし、一般病棟が急性期一般入院基本料、７対１入院基本料又は10対１入院基本料の届出を行う病棟である場合及び結核病棟が７対１入院基本料又は10 対１入院基本料の届出を行う病棟である場合には、原則として一般病棟及び結核病棟で別々に重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの評価を行うものとするが、７対１入院基本料の結核病棟のみで重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たせない場合に限り、両病棟全体で重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの評価を行い、重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たすことで差し支えないものとする。

２　１病棟当たりの病床数に係る取扱いについては、次のとおりとする。

（１）　１病棟当たりの病床数については、①効率的な看護管理、②夜間における適正な看護の確保、③当該病棟に係る建物等の構造の観点から、総合的に判断した上で決定されるものであり、原則として 60 床以下を標準とする。ただし、精神病棟については、70 床まではやむを得ないものとする。

（２）（１）の病床数の標準を上回っている場合については、①２以上の病棟に分割した場合には、片方について１病棟として成り立たない、②建物構造上の事情で標準を満たすことが困難である、③近く建物の改築がなされることが確実である等、やむを得ない理由がある場合に限り、認められるものであること。

（３）　複数階で１病棟を構成する場合又は別棟にある感染症病床を含めて１病棟を構成する場合についても上記（１）及び（２）と同様であるが、いわゆるサブナース・ステーションの設置や看護要員の配置を工夫すること。

３　平均在院日数については次の点に留意すること。

（１）　平均在院日数を算出するに当たり対象となる入院患者は、保険診療に係る入院患者（「基本診療料の施設基準等」の別表第二に規定する入院患者を除く。）であること。

（２）　平均在院日数については、直近３か月間の数値を用いて別添６の別紙４により計算すること。なお、平均在院日数は小数点以下は切り上げること。また、短期滞在手術等基本料３を算定した患者であって６日以降も入院する場合は、入院日から起算した日数を含めて平均在院日数を計算すること。

４　入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。

（１）　入院患者の数については、次の点に留意する。

ア　入院患者の数は、当該日の24時現在当該病棟に入院中の患者をいい、当該病棟に入院してその日のうちに退院又は死亡した者を含むものである。また、保険診療に係る入院患者のほか、正常の妊産婦、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、人間ドックなどの保険外診療の患者であって、看護要員を保険診療を担当する者と保険外診療を担当する者とに明確に区分できない場合の患者を含むものであること。なお、救急患者として受け入れ、処置室、手術室等において死亡した患者について入院料を算定する場合であっ

ても、当該患者については、入院患者の数に計上しない。

イ　入院患者の数については、届出時の直近１年間（届出前１年から６か月の間に開設又は増床を行った保険医療機関にあっては、直近６か月間とする。）の延入院患者数を延日数で除して得た数とし、小数点以下は切り上げる。

なお、届出前６か月の間に開設又は増床した病棟を有する保険医療機関に係る入院患者の数の取扱いについては、便宜上、開設又は増床した病床数に対し、一般病棟にあっては一般病棟の病床数の80%、療養病棟にあっては療養病棟の病床数の 90%、結核病棟にあっては結核病棟の病床数の 80%、精神病棟にあっては精神病棟の病床数の 100%を、実績の値に加えた数とする。

また、一般病棟に感染症病床がある場合は、届出時の直近１年間の入院患者数が０であっても、感染症病床数の５%をもって感染症病床に係る入院患者の数とすることができる。

ウ　届出前１年の間に減床を行った保険医療機関については、減床後の実績が３か月以上ある場合は、減床後の延入院患者数を延日数で除して得た数とする。なお、減床後から３か月未満の期間においては、減床後の入院患者数の見込みをもって届出を行うことができるものとするが、当該入院患者数が、減床後３か月の時点での減床後の延入院患者数を延日数で除して得た数を満たしていないことが判明したときは、当該届出は遡って無効となり、変更の届出を行わせること。

エ　病棟単位で算定する特定入院料（区分番号「Ａ３１７」に掲げる特定一般病棟入院料を除く。）、「基本診療料の施設基準等」の別表第三に規定する治療室、病室及び短期滞在手術等基本料１に係る回復室に入院中の患者については、入院患者の数から除く。

（２）　看護要員の数については、次の点に留意する。

ア　看護要員の数は、届出時の看護要員の数とする。

イ　当該届出病棟に配置されている看護要員の数は、１勤務帯８時間で１日３勤務帯を標準として、月平均１日当たりの要件を満たしていること。なお、出産、育児又は家族介護に関する休業等が確保されるよう配慮を行うこと。

ウ　看護要員の数は、病棟において実際に入院患者の看護に当たっている看護要員の数であり、その算定に当たっては、看護部長等（専ら、病院全体の看護管理に従事する者をいう。）、当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等の看護要員の数は算入しない。

エ　病棟勤務と外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務又は集中治療室勤務等を兼務する場合は、勤務実績表による病棟勤務の時間を看護要員の数に算入する。

オ　臨時職員であっても継続して勤務に服する者は、給与の支払方式が日給制であるか否かにかかわらず、看護要員の数に算入することができる。ただし、継続勤務については、特に被保険者証等により確認する必要はなく、実態に応じて判断すること。なお、職業安定法（昭和 22 年法律第 141 号）の規定に基づき、職業紹介事業を行う者からの紹介又は労働者供給事業を行う者からの供給により看護要員を雇用した場合、労働者派遣事業の適切な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律（昭和 60 年法律第 88 号）に基づき、紹介予定派遣として派遣された場合及び産前産後休業、育児休業、育児休業に準ずる休業又は介護休業中の看護職員の勤務を派遣労働者が代替する場合は、雇用期間にかかわらず看護要員の数に算入することができる。また、看護補助者の雇用形態は問わな

い（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式等を除く。）。

カ　病棟単位で算定する特定入院料（区分番号「Ａ３１７」に掲げる特定一般病棟入院料を除く。）に係る病棟並びに「基本診療料の施設基準等」の別表第三に規定する治療室、病室、短期滞在手術等基本料１に係る回復室及び外来化学療法に係る専用施設に勤務する看護要員の数は、兼務者を除き算入できない。

キ　看護補助者の数については、次の点に留意する。

（イ）　看護補助者の数を算出するに当たっては、看護職員を看護補助者とみなして差し支えない。なお、入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員を看護補助者とみなす（以下「みなし看護補助者」という。）場合には、看護職員の勤務実績に基づいて、実際に勤務した看護職員の総勤務時間数から、当該届出区分において勤務することが必要となる看護職員数の総勤務時間数を差し引いた数を、看護補助者の勤務時間数として算入する。

（ロ）　小児病棟又は特殊疾患入院施設管理加算を算定している病棟等において小児患者の保育に当たっている保育士は、看護補助者の数に算入することができる。ただし、小児入院医療管理料の加算の届出に係る保育士については、看護補助者として算入することはできない。

（ハ）　主として事務的業務を行う看護補助者を配置する場合は、常時、当該病棟の入院患者の数が 200 又はその端数を増すごとに１以下であること。

主として事務的業務を行う看護補助者の数の算出に当たっては、当該保険医療機関の院内規程において、看護補助者が行う事務的業務の内容を定めた上で、１人の看護補助者の延べ勤務時間数のうち事務的業務が５割以上を占める看護補助者を、「主として事務的業務を行う看護補助者」として算入すること。また、主として事務的業務を行う看護補助者については、当該病棟において事務的業務以外の業務を行った時間数も含めて、当該看護補助者の勤務時間数を算入すること。

ク　１か月以上長期欠勤の看護要員、身体障害者（児）に対する機能訓練指導員及び主として洗濯、掃除等の業務を行う者は看護要員に算入しない。

（３）　夜間における勤務（以下「夜勤」という。）については、次の点について留意する。

ア　「夜勤」とは、各保険医療機関が定める午後10時から翌日の午前５時までの時間を含めた連続する 16 時間（以下「夜勤時間帯」という。）の間において、現に勤務することをいい、当該夜勤時間帯に現に勤務した時間数を「夜勤時間数」という。なお、各保険医療機関において、当該夜勤時間帯を定める場合には、夜勤時間帯以外の時間帯（以下「日勤帯」という。）が、夜勤時間帯と重なる時間が、当該日勤帯の２分の１以下とすること。

イ　看護要員の名簿及び勤務実績表により、各病棟（精神病棟入院基本料の特別入院基本料等以外の特別入院基本料等を算定する病棟を除く。）ごとに次の要件が満たされていること。

（イ）　看護要員は、常時２人以上であること。

（ロ）　一般病棟、結核病棟及び精神病棟においては、看護職員を２人以上配置していること（精神病棟入院基本料の特別入院基本料等を除く。）。

（ハ）　療養病棟においては、看護職員１人と看護補助者１人の計２人以上の配置であっても差し支えない。

（ニ）　（イ）から（ハ）までの要件を満たしている場合は、曜日や時間帯によって、夜勤の従事者が変動することは差し支えない。

ウ　特定入院料（地域包括ケア入院医療管理料を除く。また、小児入院医療管理料４、特殊疾患入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料については、病棟単位で算定する場合に限る。）を算定している病棟に係る看護要員は、夜勤時間数の計算対象としないこと。

エ　夜勤に従事する看護要員の月当たり延べ夜勤時間数は、１か月又は４週間の当該夜勤時間帯に従事した時間数をいう。

オ　月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体（同一の入院基本料を算定する複数の病棟（看護単位）を持つ病院にあっては、当該複数の病棟を合わせた全体）で届出前１か月又は４週間の夜勤時間帯に従事する看護職員の延夜勤時間数を夜勤時間帯に従事した実人員数で除して得た数とし、当該月当たりの平均夜勤時間数の直近１か月又は直近４週間の実績の平均値により、72 時間以下であること。すなわち、月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で計算するものであり、病棟（看護単位）ごとに計算するものではないため、病棟（看護単位）ごとに月平均夜勤時間数が 72 時間以下である必要はないものであること。

また、新規届出直後においては、当該病棟の直近３か月間又は 12 週間の実績の平均値が要件を満たしていれば差し支えない。

なお、療養病棟入院基本料を算定する病棟の看護職員については、この限りではないこと。

カ　月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人員数及び延べ夜勤時間数については、次の点に留意する。

（イ）　専ら夜勤時間帯に従事する者（以下「夜勤専従者」という。）は、実人員数及び延べ夜勤時間数に含まないこと。

（ロ）　夜勤時間帯に看護職員が病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合は、当該看護職員が夜勤時間帯に当該病棟で勤務した月当たりの延べ時間を、当該看護職員の月当たりの延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務の時間を含む。）で除して得た数を、夜勤時間帯に従事した実人員数として算入すること。

（ハ）　急性期一般入院基本料、７対１入院基本料及び 10 対１入院基本料の病棟の実人員数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤時間数が 16 時間未満の者は含まないこと。ただし、短時間正職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職員については、月当たりの夜勤時間数が 12 時間以上のものを含む。

（ニ）　急性期一般入院基本料、７対１入院基本料及び 10 対１入院基本料以外の病棟の実人員数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤時間数が８時間未満の者は含まないこと。

（ホ）　夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間は、申し送った看護職員の夜勤時間から除いて差し支えない。ただし、当該申し送りに要した時間の除外の有無については、原則として、同一の入院基本料を算定する病棟全体において、月単位で選択すること。

キ　週当たりの所定労働時間は、40 時間以内であること。

ク　夜勤専従者の夜勤時間については、夜勤による勤務負担が過重とならないよう十分配慮

すること。

ケ　上記（2）のアからクまで及び（3）のアからクまでに係る看護要員の配置数、人員構成及び夜間勤務に係る具体的な算出方法等については、別添６の別紙５の例を参考とすること。

（4）　看護の勤務体制は、次の点に留意する。

ア　看護要員の勤務形態は、保険医療機関の実情に応じて病棟ごとに交代制の勤務形態をとること。

イ　同一の入院基本料を算定する病棟全体で１日当たり勤務する看護要員の数が所定の要件を満たす場合は、24 時間一定の範囲で傾斜配置することができる。すなわち、１日当たり勤務する看護要員の数の要件は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で要件を満たしていればよく、病棟（看護単位）ごとに要件を満たす必要はないため、病棟（看護単位）ごとに異なる看護要員の配置を行うことができるとともに、１つの病棟の中でも 24 時間の範囲で各勤務帯において異なる看護要員の配置を行うことができるものであること。なお、各勤務帯に配置する看護職員の数については、各病棟における入院患者の状態（重症度、医療・看護必要度等）について評価を行い、実情に合わせた適正な配置数が確保されるよう管理すること。

ウ　特別入院基本料を算定している保険医療機関については、各病棟の看護要員数の２割を看護師とすることが望ましい。

（5）　看護要員の配置に係る情報提供は、次の点に留意する。

ア　各勤務帯のそれぞれで、１人の看護要員が、実際に受け持っている入院患者の数を各病棟内に掲示すること。また、複数の病棟間で傾斜配置をしている場合には、各病棟の看護要員の配置状況を掲示すること。

イ　アの掲示については、第３「届出受理後の措置等」の７の掲示例によること。

（6）　看護の実施は、次の点に留意する。

ア　看護は、当該保険医療機関の看護要員のみによって行われるものであり、当該保険医療機関において患者の負担による付添看護が行われてはならない。ただし、患者の病状により、又は治療に対する理解が困難な小児患者又は知的障害を有する患者等の場合は、医師の許可を得て家族等患者の負担によらない者が付き添うことは差し支えない。なお、患者の負担によらない家族等による付添いであっても、それらが当該保険医療機関の看護要員による看護を代替し、又は当該保険医療機関の看護要員の看護力を補充するようなことがあってはならない。

イ　①病状の観察、②病状の報告、③身体の清拭、食事、排泄等の世話等療養上の世話、④診察の介補、⑤与薬・注射・包帯交換等の治療の介助及び処置、⑥検温、血圧測定、検査検体の採取・測定、検査の介助、⑦患者、家族に対する療養上の指導等患者の病状に直接影響のある看護は、看護師又は看護師の指示を受けた准看護師が行うものである。

　看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）、病室内の環境整備やベッドメーキングのほか、病棟内において、看護用品及び消耗品の整理整頓、看護職員が行う書類・伝票の整理及び作成の代行、診療録の準備等の業務を行うこととする。

　なお、看護補助者の業務範囲について、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成 19 年 12 月 28 日医政発第 1228001 号）にある、「２

役割分担の具体例　（1）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担」に基づく院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備していること。

ウ　個々の患者の病状にあった適切な看護が実施されていること。また、効果的な医療が提供できるよう患者ごとに看護計画が立てられ、その計画に沿って看護が実施されるよう配慮すること。

エ　看護に関する記録としては、看護体制の１単位ごとに別添６の別紙６に掲げる記録がなされている必要がある。なお、これらの記録の様式・名称等は各病院が適当とする方法で差し支えないが、記録の作成に際しては、重複を避け簡潔明瞭を旨とすること。

オ　当該届出に係る各病棟の看護単位ごとに看護の責任者が配置され、看護チームによる交代制勤務等の看護が実施され、ナース・ステーション等の設備を有し、看護に必要な器具器械が備え付けられていること。

４の２　急性期一般入院基本料、７対１入院基本料、10 対１入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院料１に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。

（1）　急性期一般入院基本料、７対１入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟を除く。）及び専門病院入院基本料）、10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料１を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している全ての患者の状態を別添６の別紙７の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて測定を行い、その結果に基づいて評価を行っていること。なお、許可病床数 200 床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料１を算定する病棟、許可病床数 400 床以上の保険医療機関であって急性期一般入院基本料（急性期一般入院料２から５までに限る。）を算定する病棟及び７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））を算定する病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。

（2）　急性期一般入院基本料（急性期一般入院料６を除く。）及び７対１入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）については、測定の結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近３月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、別表１のいずれかに該当する患者（以下「基準を満たす患者」という。）をいう。）の割合が、別表２の基準以上であること。また、急性期一般入院料６、７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（結核病棟入院基本料に限る。））、10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料）及び地域一般入院料１については、別添６の別紙７により、直近３月において入院している全ての患者の状態を継続的に測定し、その結果に基づいて評価を行っていること。ただし、許可病床数 200 床未満の保険医療機関であって、急性期一般入院料１、２、３又は４の届出を行っている病棟にあっては、本文の規定にかかわらず、それぞれ別表３の基準以上であること。

別表１

A得点が２点以上かつB得点が３点以上の患者
A得点が３点以上の患者

Ｃ得点が１点以上の患者

別表２

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
急性期一般入院料１		２割８分
急性期一般入院料２	２割７分	２割４分
急性期一般入院料３	２割４分	２割１分
急性期一般入院料４	２割	１割７分
急性期一般入院料５	１割７分	１割４分
７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））		２割８分
７対１入院基本料（専門病院入院基本料）	３割	２割８分
７対１入院基本料（結核病棟入院基本料）	１割	0.8割

別表３

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
急性期一般入院料１	２割８分	２割５分
急性期一般入院料２	２割５分	２割２分
急性期一般入院料３	２割２分	１割９分
急性期一般入院料４	１割８分	１割５分

（３） 第２の１にある小規模な結核病棟を有し、一般病棟と併せて１看護単位としている病棟において、急性期一般入院基本料、７対１入院基本料又は10対１入院基本料を算定している場合、重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの評価は一般病棟と結核病棟とで重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれか同一の評価票を用いて別々に行い、それぞれの病棟において（２）の割合を満たすものとする。ただし、７対１入院基本料の結核病棟のみで重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たせない場合に限り、両病棟全体で重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの評価を行い、一般病棟における重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡの基準を満たすことで差し支えないものとする。

（４） 評価に当たっては、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は、対象から除外すること。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外すること。

（５） 10 対１入院基本料であっても、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る。）については、評価を行っていなくても差し支えない。

（６） 重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。ただし、別添６の別紙７の別表１に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ａ・Ｃ項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で確認を行うこと。

（７） 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院基本料の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添７の様式10を用いて届け出ること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは４月又は 10 月（令和４年３月 31 日において、現に急性期一般入院料１に係る届出を行っている保険医療機関にあっては、令和４年度に限り、４月、10 月又は１月）（以下「切替月」という。）のみとし、切替月の 10 日までに届け出ること。

（８） 毎年７月において、直近３月の評価の結果を別添７の様式10により地方厚生（支）局長に報告すること。

（９） 旧算定方法別表第一区分番号「Ａ１００」急性期一般入院基本料（急性期一般入院料７を除く。）及び７対１入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）の経過措置については、令和４年３月 31 日において、現に急性期一般入院基本料（急性期一般入院料７を除く。）及び７対１入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る届出を行っている病棟であって、旧算定方法における重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、令和４年９月30日までは令和４年度改定後の別表２又は３の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなすものであること。また、令和４年３月31日時点で急性期一般入院料７、地域一般入院料１、特定機能病院入院基本料の７対１入院基本料（結核病棟に限る。）若しくは10対１入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料の 10 対１入院基本料の届出を行っている病棟にあっては、令和４年９月３０日までの間に限り、令和４年度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和２年３月５日保医発第0305第２号）の別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

４の３ 急性期一般入院料１及び７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料及び障害者施設等入院基本料を除く。）に係る入院患者数及び医師の数については、次の点に留意すること。

（１） 急性期一般入院料１及び７対１入院基本料に係る患者数

４の（１）によること。

（２） 常勤の医師の数

ア 医師数は、常勤（週４日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第１項、同条第３項又は同法第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所

定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週 30 時間以上であることをいう。）の医師の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。

イ　ウの医師数の計算方法における医師数は、届出時の医師数とする。

ウ　急性期一般入院料１及び７対１入院基本料に係る医師数の計算方法

（イ）　急性期一般入院料１及び専門病院入院基本料の７対１入院基本料に係る医師数

医療法上の一般病床（感染症病床を含む。）に入院する患者数から急性期一般入院料１及び７対１入院基本料を算定する病棟に入院する患者数を減じた数を 16 で除した数、結核病床に入院する患者数を 16 で除した数、療養病床に入院する患者数を 48 で除した数及び精神病床に入院する患者数を 48 で除した数を合計した数を病院全体の医師数から減じた数

（ロ）　結核病棟入院基本料の７対１入院基本料に係る医師数

医療法上の一般病床（感染症病床を含む。）に入院する患者数を16で除した数、療養病床に入院する患者数を 48 で除した数及び精神病床に入院する患者数を 48 で除した数を合計した数を病院全体の医師数から減じた数

（３）　「基本診療料の施設基準等」第五の二の（１）のイの②の４及び六の（２）のイの⑤については以下のとおりとする。

（２）のウの（イ）による医師数が、（１）による患者数に 100 分の 10 を乗じた数以上。ただし、当該病棟に係る入院患者数が 30 人未満の場合は、３人以上。

（４）　「基本診療料の施設基準等」第五の四の（１）のイの④については以下の通りとする。

（２）のウの（ロ）による医師数が、（１）による患者数に 100 分の 10 を乗じた数以上。ただし、当該病棟に係る入院患者数が 30 人未満の場合は、３人以上。

４の４　急性期一般入院料１、７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る自宅等に退院するものの割合について

（１）　急性期一般入院料１、７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る自宅等に退院するものとは、他の保険医療機関（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者以外の患者をいう。

（２）　当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

ア　直近６か月間において、当該病棟から退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、自宅等に退院するものの数

イ　直近６か月間に退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者及び死亡退院した患者を除く。）

４の５　一般病棟入院基本料、７対１入院基本料、10 対１入院基本料、13 対１入院基本料、15 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料及び障害者施設等入院基本料）並びに療養病棟入院基本料を届け出ている病棟においては、データ提出加算

に係る届出を行っていること。ただし、令和４年３月31日において、現に旧算定方法に規定する地域一般入院基本料、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）又は障害者施設等入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関であって、許可病床数が 200 床以上の保険医療機関については、令和５年３月 31 日までの間、許可病床数が 200 床未満の保険医療機関については、令和６年３月 31 日までの間、令和４年３月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１若しくは２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟又は病室の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものは、当分の間、当該基準を満たしているものとみなす。なお、当該基準については、別添７の様式40の７を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。

４の５の２　「基本診療料の施設基準等」第五の二の（１）のイの③の４及び第五の二の（１）のイの④の４について

急性期一般入院料２又は３を算定する保険医療機関については、厚生労働省が入院医療を担う保険医療機関の機能や役割について分析・評価するために行う調査に適切に参加すること。ただし、やむを得ない事情が存在する場合には、この限りでない。

４の５の３　許可病床数 400 床以上の保険医療機関であって急性期一般入院基本料（急性期一般入院料２及び３を除く。）を算定するもの又は７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））を算定する保険医療機関については、厚生労働省が入院医療を担う保険医療機関の機能や役割について分析・評価するために行う調査に適切に参加することが望ましい。

４の５の４　基本診療料の施設基準等第五の二の（１）のイの①の４について

急性期一般入院料６を届け出る場合その他やむを得ない事情とは、新たに保険医療機関の指定を受け、入院基本料の施設基準に係る届出を行う場合、又は急性期一般入院基本料１から６のいずれかを既に届け出ている保険医療機関であって第26の４の４（３）の規定によりデータ提出加算を算定できなくなった場合は、新たに保険医療機関を指定する日又はデータ提出加算に係る施設基準を満たさなくなった日の属する月の翌月から起算して１年に限り、急性期一般入院料６について、データ提出加算に係る届出を行っているものとみなすことができる。

４の６　月平均夜勤時間超過減算による入院基本料及び夜勤時間特別入院基本料を算定する病棟については、次の点に留意する。

（１）　月平均夜勤時間超過減算による入院基本料

ア　一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める基準（夜勤を行う看護職員の１人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること）のみを満たせなくなった場合、当該基準を満たせなくなってから直近３月に限り、算定できるものであること。ただし、病棟の種別にかかわらず、月平均夜勤時間超過減算による入院基本料又は夜勤時間特別入

院基本料を最後に算定した月から起算して１年以内は、当該減算による入院基本料の算定はできないものであること。

イ　本通知の第３の１の(1)に規定する一時的な変動に該当する場合には、当該一時的な変動に該当しなくなってから直近３月に限り、算定できるものであること。

ウ　月平均夜勤時間超過減算により入院基本料を算定する場合は、看護職員の採用活動状況等に関する書類を毎月 10 日までに地方厚生（支）局長に提出すること。

（２）　夜勤時間特別入院基本料

ア　一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び精神病棟入院基本料を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める基準（夜勤を行う看護職員の１人当たりの月平均夜勤時間数が 72 時間以下であること。）のみを満たせなくなった場合、当分の間、算定できるものであること。

イ　夜勤時間特別入院基本料を算定する場合は、医療勤務環境改善支援センターに相談し、その相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を毎月 10 日までに地方厚生（支）局長に提出すること。

（３）　月平均夜勤時間超過減算による入院基本料又は夜勤時間特別入院基本料を算定する保険医療機関においては、保険医療機関及び保険医療養担当規則第 11 条の２に規定されているように、保険医療機関は、看護を実施するに当たって必要な看護職員の確保に努めなければならないこととされており、看護職員定着のための処遇改善等についてなお一層の努力をすること。また、月平均夜勤時間超過減算による入院基本料又は夜勤時間特別入院基本料の算定期間中は、看護職員の夜勤時間について規定がないため、特定の看護職員に夜勤時間が偏重することがないように配慮すること。

（４）　月平均夜勤時間超過減算による入院基本料又は夜勤時間特別入院基本料の届出を行う場合は、別添７の様式６及び様式９を用いること。

４の７　看護必要度加算及び一般病棟看護必要度評価加算を算定する病棟については、次の点に留意する。

（１）　10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）及び13 対１入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病棟に、直近３月において入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果に基づいて評価を行っていること。10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟については、評価の結果、４の２(2)別表１のいずれかに該当する患者の割合が別表４のとおりであること。

別表４

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ
看護必要度加算１	２割２分	２割
看護必要度加算２	２割	１割８分
看護必要度加算３	１割８分	１割５分

（２）　評価に当たっては、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外すること。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外すること。

（３）　重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。ただし、別添６の別紙７の別表１に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ａ・Ｃ項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で確認を行うこと。

（４）　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院基本料の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添７の様式 10 を用いて届け出ること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは切替月のみとし、切替月の 10 日までに届け出ること。

（５）　毎年７月において、直近３月の評価の結果を別添７の様式 10 により地方厚生（支）局長に報告すること。

（６）　看護必要度加算の経過措置について、令和４年３月 31 日において、現に看護必要度加算１、２又は３を算定するものにあっては、令和４年９月 30 日まではそれぞれ令和４年度改定後の看護必要度加算１、２又は３の基準を満たすものとみなすものであること。

（７）　一般病棟看護必要度評価加算の経過措置について、令和４年３月 31 日において、現に一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟にあっては、令和４年９月 30 日までの間に限り、令和４年度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和２年３月５日保医発第 0305 第２号）の別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

４の８　ＡＤＬ維持向上等体制加算の施設基準

急性期一般入院基本料、７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）又は 10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟において、以下の基準を満たすこと。

（１）　当該病棟に、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が２名以上配置されていること又は専従の理学療法士等が１名、かつ、専任の理学療法士等１名以上が配置されていること。なお、複数の病棟において当該加算の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれ専従の理学療法士等が配置されていること。また、当該理学療法士等（専従のものに限る。）は、区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００４」摂食機能療法、区分番号「Ｈ００５」視能訓練、区分番号「Ｈ００６」難病患者リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００７」障害児（者）リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００７－２」

がん患者リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００７－３」認知症患者リハビリテーション料及び区分番号「Ｈ００８」集団コミュニケーション療法料（以下「疾患別リハビリテーション等」という。）を担当する専従者との兼務はできないものであること。当該理学療法士等（専従のものに限る。）がＡＤＬ維持向上等体制加算の算定を終了した当該病棟の患者に対し、引き続き疾患別リハビリテーション等を算定すべきリハビリテーションを提供する場合は、１日６単位まで算定できる。

ただし、当該病棟内に区分番号「Ａ３０８－３」に規定する地域包括ケア入院医療管理料１、２、３又は４を算定する病室がある場合には、当該病室における理学療法士等の業務について兼務しても差し支えない。

（２） 当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が１名以上勤務していること。

ア リハビリテーション医療に関する３年以上の経験を有していること。

イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。

（３） （２）の要件のうちイにおけるリハビリテーションに係る研修とは、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む研修であり、２日以上かつ 10 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。なお、当該研修には、次の内容を含むものである。

ア リハビリテーション概論について（急性期リハビリテーションの目的、障害の考え方、チームアプローチを含む。）

イ リハビリテーション評価法について（評価の意義、急性期リハビリテーションに必要な評価を含む。）

ウ リハビリテーション治療法について（運動療法、作業療法、言語聴覚療法、義肢装具療法及び薬物療法を含む。）

エ リハビリテーション処方について（リハビリテーション処方の実際、患者のリスク評価、リハビリテーションカンファレンスを含む。）

オ 高齢者リハビリテーションについて（廃用症候群とその予防を含む。）

カ 脳・神経系疾患（急性期）に対するリハビリテーションについて

キ 心臓疾患（CCU でのリハビリテーションを含む。）に対するリハビリテーションについて

ク 呼吸器疾患に対するリハビリテーションについて

ケ 運動器系疾患のリハビリテーションについて

コ 周術期におけるリハビリテーションについて（ICU でのリハビリテーションを含む。）

（４） 当該病棟の直近１年間の新規入院患者のうち、65 歳以上の患者が８割以上、又は、循環器系、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者が６割以上であること。

（５） アウトカム評価として、以下の基準を全て満たすこと。患者のＡＤＬは、基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下「ＢＩ」という。）を用いて評価することとする。

ア 直近１年間に、当該病棟を退院又は転棟した患者（死亡退院を除く。）のうち、退院又は転棟時におけるＡＤＬ（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別添１の２の別紙様式７の２の合計得点をいう。以下（５）において同じ。）が入院時と比較して低下した患者の割合が３％未満であること。なお、入院日から起算して４日以内に外科手術を行い、当該外科手術の日から起算して３日目のＡＤＬが入院時より 30

以上低下した場合は、退院又は転棟時におけるＡＤＬは、入院時のＡＤＬとではなく当該外科手術の日から起算して３日目のＡＤＬと比較するものとする。

なお、新規に届出をする場合は、直近３月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。なお、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合については新規に届出をする場合には該当しない。

イ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020 分類 ｄ２以上とする。）を保有している入院患者の割合が 2.5％未満であること。なお、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出する。ただし、届出時の直近月の初日（以下この項において「調査日」という。）における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が２人以下であること。

(イ) 調査日に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数

(ロ) 調査日の入院患者数（調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める。）

なお、届出以降は、別添７の様式５の４に基づき、院内で発生した DESIGN-R2020 分類 ｄ２以上の褥瘡を保有している入院患者の割合を調査すること。

（６） 疾患別リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っていること。

４の９ 障害者施設等入院基本料に係る７対１入院基本料を算定する病棟について

「基本診療料の施設基準等」第五の七の（２）のイの③については、直近１か月における当該病棟に入院する超重症児（者）及び準超重症児（者）の数の和の１日平均を、直近１か月における当該病棟に入院する患者数の１日平均で除して算出する。

４の 10 精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定する病棟について

（１） ７対１入院基本料（特定機能病院の精神病棟に限る。）又は10対１入院基本料を算定する病棟については、以下の基準を満たすこと。

当該病棟の直近３か月間の新規入院患者の５割以上が入院時においてＧＡＦ尺度30以下であること。

（２） 13 対１入院基本料を算定する病棟については、以下の基準を満たすこと。

ア 当該病棟の直近３か月間の新規入院患者の４割以上が、入院時においてＧＡＦ尺度30以下又は区分番号「Ａ２３０－３」精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。

イ 身体合併症を有する患者の治療が行えるよう、必要に応じて、当該保険医療機関の精神科以外の医師が治療を行う体制が確保されていること。

４の 11 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の（１）のイの⑥に規定する「適切な意思決定支援に関する指針」について

「適切な意思決定支援に関する指針を定めていること」とは、当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、意思決定支援に関する指針を定めていることをいう。

４の 12 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の（１）のイの⑦に規定する「中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制」について

中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制として、次の体制を整備していること。

ア　中心静脈注射用カテーテルに係る院内感染対策のための指針を策定していること。

イ　当該療養病棟に入院する個々の患者について、中心静脈注射用カテーテルに係る感染症の発生状況を継続的に把握し、その結果を「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別添１の２の別紙様式２の「医療区分・ＡＤＬ区分等に係る評価票」の所定の欄に記載すること。

5　療養病棟入院料１及び２を算定する病棟の入院患者に係る「基本診療料の施設基準等」別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者（以下別添２において「医療区分３の患者」という。）及び別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者及び同表の三に掲げる患者（以下別添２において「医療区分２の患者」という。）の割合の算出方法等

医療区分３及び医療区分２の患者の割合については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

ア　直近３か月における各病棟の入院患者ごとの医療区分３の患者及び医療区分２の患者に該当する日数の和

イ　直近３か月における各病棟の入院患者ごとの入院日数の和

6　「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(２)に規定する区分

当該療養病棟に入院する患者については、別添６の別紙８の「医療区分・ＡＤＬ区分等に係る評価票　評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別添１の２の別紙様式２の「医療区分・ＡＤＬ区分等に係る評価票」の所定の欄に記載すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。

7　医療区分２に定める「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、入院又は転院時既に褥瘡を有していた患者に限り、治癒又は軽快後も30日に限り、引き続き医療区分２として取り扱うことができる。ただし、当該取扱いを行う場合においては、入院している患者に係る褥瘡の発生割合について、当該患者又は家族の求めに応じて説明を行うこと。なお、褥瘡の発生割合とは、当該病棟の全入院患者数に占める当該病棟内で発生した褥瘡患者数（入院又は転院時既に発生していた褥瘡患者を除く。）の割合である。

8　「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(１)のイの④に規定する褥瘡の発生割合等の継続的な測定及び評価

当該療養病棟に入院する個々の患者について、褥瘡又は尿路感染症の発生状況や身体抑制の実施状況を継続的に把握し、その結果を「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別添１の２の別紙様式２の「医療区分・ＡＤＬ区分等に係る評価票」の所定の欄に記載すること。

8の2　療養病棟入院基本料の注１に規定する中心静脈栄養を実施している状態にある者の摂食機能又は嚥下機能の回復に必要な体制について

次のいずれも満たしていること。

ア　内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施する体制を有していること。なお、当該検査等については、耳鼻咽喉科又はリハビリテーション科その他必要な診療科を標榜する他の保険医療機関との協力により確保することでも差し支えない。

イ　摂食機能療法を当該保険医療機関内で実施できること。

ウ　毎年７月において、療養病棟入院料を算定している患者のうち、中心静脈栄養を実施している患者の数、終了した患者の数、嚥下機能療法を実施した患者の数及びアの他の保険医療機関との協力による体制の確保の状況等を様式５の７を用いて届け出ること。

9　療養病棟入院基本料の注10に規定する在宅復帰機能強化加算について

次の施設基準を全て満たしていること。

（１）　療養病棟入院料１を届け出ている保険医療機関であること。

（２）　次のいずれにも適合すること。

ア　当該病棟から退院した患者（当該保険医療機関の他病棟（療養病棟入院基本料を算定していない病棟に限る。）から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に入院した期間が１月以上のものに限る。以下この項において同じ。）に占める在宅に退院した患者の割合が５割以上であり、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出するものであること。なお在宅に退院した患者とは、同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者を除く患者をいい、退院した患者の在宅での生活が１月以上（医療区分３の患者については14日以上）継続する見込みであることを確認できた患者をいう。

(イ)　直近６月間に退院した患者（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅に退院した患者数

(ロ)　直近６か月間に退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、病状の急性増悪等により、他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）での治療が必要になり転院した患者を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳記の一覧を、届出の際に添付の上提出する。）

イ　在宅に退院した患者の退院後１月以内（医療区分３の患者については14日以内）に、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問することにより、又は当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けることにより、当該患者の在宅における生活が１月以上（退院時に医療区分３である場合にあっては14日以上）継続する見込みであることを確認し、記録していること。

（３）　当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は地域包括ケア病棟入院料を算定するものに限る。）から当該病棟に入院し、在宅に退院した１年間の患者数（当該保険医療機関の他病棟から当該病棟に転棟して１か月以内に退院した患者は除く。）を、当該病棟の１年間の１日平均入院患者数で除した数が100分の15以上であること。

10　療養病棟入院基本料の注 11 の規定により入院料を算定する病棟については、次の点に留意する。療養病棟入院基本料の注１に規定する病棟以外の病棟であって、療養病棟入院料２の施設基準のうち、別に厚生労働大臣が定めるもの（当該病棟において１日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が20若しくはその端数を増すごとに１以上であること若しくは当該病棟において１日に看護補助を行う看護補助者の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が20若しくはその端数を増すごとに１以上であること又は当該病棟に入院している患者のうち、医療区

分３の患者と医療区分２の患者との合計が５割以上であること）のみを満たせなくなった場合（いずれも満たせなくなった場合を含む。）に、令和４年３月31日時点で旧算定方法別表第１に掲げる療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っていた病棟に限り、算定できる。ただし、別に厚生労働大臣が定めるもののうち、「当該病棟において１日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに１以上であること」又は「当該病棟において１日に看護補助を行う看護補助者の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が20若しくはその端数を増すごとに１以上であること。」を満たせなくなった場合については、令和４年３月31日時点で旧算定方法別表第１に掲げる療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っていた病棟であることに加え、当該病棟において１日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに１以上及び当該病棟において１日に看護補助を行う看護補助者の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに１以上である必要があること。

11　療養病棟入院基本料の注12に規定する夜間看護加算の施設基準

（１）　当該病棟において、夜勤を行う看護要員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。ただし、看護要員の配置については、療養病棟入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。なお、当該病棟において、夜勤を行う看護要員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護要員の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員１を含む看護要員３以上であることとする。ただし、看護要員の配置については、同一の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。

（２）　夜間看護加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占めるＡＤＬ区分３の患者の割合が５割以上であること。

（３）　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。

ア　当該保険医療機関内に、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該保険医療機関に勤務する看護職員の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

イ　当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。

ウ　イの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。

エ　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

（４）　夜間看護加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、以下の基礎知識を習得でる内容を含む院内研修を年１回以上受講した者であること。なお、アについては、内容に変更がない場合は、２回目以降の受講は省略して差し支えない。

ア　医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解

イ　医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解

ウ　看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術

エ　日常生活にかかわる業務

オ　守秘義務、個人情報の保護

カ　看護補助業務における医療安全と感染防止　等

（５）　当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年１回以上見直しを行うこと。

（６）　当該病棟の看護師長等は、次のアに掲げる所定の研修（修了証が交付されるものに限る。）を修了していることが望ましいこと。また、当該病棟の全ての看護職員（アに掲げる所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が次のイの内容を含む院内研修を年１回以上受講していることが望ましいこと。ただし、それぞれの研修については、内容に変更がない場合は、２回目以降の受講は省略して差し支えない。

ア　次に掲げる所定の研修

（イ）　国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（５時間程度）

（ロ）　講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

①　看護補助者の活用に関する制度等の概要

②　看護職員との連携と業務整理

③　看護補助者の育成・研修・能力評価

④　看護補助者の雇用形態と処遇等

イ　次の内容を含む院内研修

（イ）　看護補助者との協働の必要性

（ロ）　看護補助者の制度的な位置づけ

（ハ）　看護補助者と協働する看護業務の基本的な考え方

（ニ）　看護補助者との協働のためのコミュニケーション

（ホ）　自施設における看護補助者に係る規定及び運用

11の２　療養病棟入院基本料の注12に規定する看護補助体制充実加算の施設基準

（１）　11の（１）から（５）までを満たしていること。ただし、（４）のエについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いて院内研修を実施していること。

（２）　当該病棟の看護師長等が11の（６）のアに掲げる所定の研修を修了していること。また、当該病棟の全ての看護職員（（６）のアに掲げる所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が（６）のイの内容を含む院内研修を年１回以上受講していること。ただし、内容に変更がない場合は、２回目以降の受講は省略して差し支えない。

12　精神病棟入院基本料の注４及び特定機能病院入院基本料の注４に規定する重度認知症加算の施設基準

精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定する患者について加算できる施設基準等は以下のとおりである。

（１）　精神病棟入院基本料の注４の施設基準等

ア　「基本診療料の施設基準等」の第五の四の二の（５）のイの基準を満たしていること。

イ　算定対象となる重度認知症の状態とは、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年４月３日老発第0403003号。別添６の別紙12及び別紙13参照）におけるランクＭに該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（ＪＣＳ（Japan Coma Scale）でⅡ－３（又は30）以上又はＧＣＳ（Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態にある者）を除く。

（２）　特定機能病院入院基本料の注４の基準

（１）のイの基準を満たしていること。

13　精神病棟入院基本料の注７に規定する精神保健福祉士配置加算の施設基準

（１）　当該病棟に、専従の常勤精神保健福祉士が１名以上配置されていること。

（２）　当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、当該部署に専従の常勤精神保健福祉士が１名以上配置されていること。なお、当該病棟に専従する精神保健福祉士と退院支援部署に専従する精神保健福祉士は兼任できないが、退院支援部署は、退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室と同一でもよい。

（３）　心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号）第34条第１項若しくは第60条第１項に規定する鑑定入院の命令を受けた者又は同法第37条第５項若しくは第62条第２項に規定する鑑定入院の決定を受けた者（以下「鑑定入院患者」という。）及び同法第42条第１項第１号若しくは第61条第１項第１号に規定する入院（以下「医療観察法入院」という。）の決定を受けた者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当該病棟の入院患者のうち９割以上が入院日から起算して１年以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第１章第２部通則５の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

13の２　特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算の施設基準

（１）　当該病棟に、専従の常勤管理栄養士が１名以上配置されていること。

（２）　区分番号「Ａ２４６」に掲げる入退院支援加算の「注７」に規定する入院時支援加算の届出を行っている保険医療機関であること。

14　「基本診療料の施設基準等」の第五の六専門病院入院基本料の施設基準の（１）の通則の主として悪性腫瘍患者又は循環器疾患患者を当該病院の一般病棟に７割以上入院させ、高度かつ専門的な医療を行っている病院とは、具体的には、次の各号に掲げる基準を満たすものをいう。

（１）　悪性腫瘍に係る専門病院について

ア　200床以上の一般病床を有していること。

イ　一般病棟（障害者施設等入院基本料及び特定入院料（救命救急入院料、特定集中治療室管理料及び緩和ケア病棟入院料を除く。）を算定する病棟を除く。以下この項において同じ。）に勤務する常勤の医師の員数が許可病床（当該一般病棟に係るものに限る。）数に100分の６を乗じて得た数以上であること。

ウ　リニアック等の機器が設置されていること。

エ　一般病棟の入院患者の７割以上が悪性腫瘍患者であること。

オ　外来患者の３割以上が紹介患者であること。

（２）　循環器疾患に係る専門病院について

ア　特定集中治療室管理の施設基準に係る届出を行い受理された病院であること。

イ　一般病棟の入院患者の７割以上が循環器疾患患者であること。

ウ　（１）のア、イ及びオを満たしていること。

15　「基本診療料の施設基準等」の第五の七障害者施設等入院基本料の対象となる病棟は、次のいずれかの基準を満たすものをいう。ただし、７対１入院基本料の対象となる病棟は、次の（１）のいずれかの基準を満たすものに限る。なお、（２）の要件を満たすものとして届出を行う場合には、別添７の様式19を用いること。

（１）　次のいずれかに該当する一般病棟

ア　児童福祉法（昭和22年法律第164号）第42条第２号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第７条第２項に規定する重症心身障害児をいう。以下同じ。）を入所させるものに限る。）

イ　児童福祉法第６条の２の２第３項に規定する指定発達支援医療機関

（２）　次のいずれにも該当する一般病棟

ア　重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「重度の肢体不自由児（者）」という。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「脊髄損傷等の重度障害者」という。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を概ね７割以上入院させている病棟であること。なお、重度の意識障害者とは、次に掲げるものをいうものであり、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

（イ）　意識障害レベルがＪＣＳ（Japan Coma Scale）でⅡ－３（又は30）以上又はＧＣＳ（Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態が２週以上持続している患者

（ロ）　無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

イ　当該病棟において、１日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、当該病棟において、１日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員１を含む２以上であることとする。

16　障害者施設等入院基本料の注９に規定する看護補助加算の施設基準

（１）　当該病棟において、１日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が30又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

（２）　当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が75又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

（３）　看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、同一の入院基本料を届け出ている病棟間を含め、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できる。

（４） 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、11の(３)の例による。

（５） 看護補助加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、以下の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年１回以上受講した者であること。なお、アについては、内容に変更がない場合は、２回目以降の受講は省略して差し支えない。

ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解

イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解

ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術

エ 日常生活にかかわる業務

オ 守秘義務、個人情報の保護

カ 看護補助業務における医療安全と感染防止等

（６） 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年１回以上見直しを行うこと。

（７） 当該病棟の看護師長等は、次のアに掲げる所定の研修（修了証が交付されるものに限る。）を修了していることが望ましいこと。また、当該病棟の全ての看護職員（アに掲げる所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が、次のイの内容を含む院内研修を年１回以上受講していることが望ましいこと。ただし、それぞれの研修については、内容に変更がない場合は、２回目以降の受講は省略して差し支えない。

ア 次に掲げる所定の研修

（イ） 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（５時間程度）

（ロ） 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

① 看護補助者の活用に関する制度等の概要

② 看護職員との連携と業務整理

③ 看護補助者の育成・研修・能力評価

④ 看護補助者の雇用形態と処遇等

イ 次の内容を含む院内研修

（イ） 看護補助者との協働の必要性

（ロ） 看護補助者の制度的な位置づけ

（ハ） 看護補助者と協働する看護業務の基本的な考え方

（ニ） 看護補助者との協働のためのコミュニケーション

（ホ） 自施設における看護補助者に係る規定及び運用

16の２ 障害者施設等入院基本料の注９に規定する看護補助体制充実加算の施設基準

（１） 16の(１)から(６)までを満たしていること。ただし、(５)のエについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いて院内研修を実施していること。

（２） 当該病棟の看護師長等が16の(７)のアに掲げる所定の研修を修了していること。また、当該病棟の全ての看護職員（(７)のアに掲げる所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が(７)のイの内容を含む院内研修を年１回以上受講していること。ただし、内容に変更がない場合は、２回目以降の受講は省略して差し支えない。

17 障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算について

（１） 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む４項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからコまでのうち、ア又はウを含む４項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添３の第４の３の９の(３)と同様であること。

ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。

イ ３交代制勤務又は変則３交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること。

ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が２回以下であること。

エ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。

オ 当該病棟の看護要員について、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。

カ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。

キ 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者の業務のうち５割以上が療養生活上の世話であること。

ク 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が５割以上であること。

ケ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。

コ 当該病棟において、ＩＣＴ、ＡＩ、ＩｏＴ等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。

（２）令和４年３月31日時点で夜間看護体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月30日までの間に限り、（１）の基準を満たしているものとみなす。

18 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料における夜間看護体制特定日減算について

当該減算は、許可病床数が 100 床未満の病院において、夜間、病棟の看護職員が一時的に救急外来で勤務する間、病棟の看護職員体制は、看護職員１名を含め看護職員と看護補助者を合わせて２名以上であること。ただし、当該時間帯の入院患者数が30人以下の場合は、看護職員１名で差し支えない。加えて、当該時間帯に当該病棟の看護職員が一時的に救急外来で勤務する間、当該病棟の看護に支障がないと当該病棟を担当する医師及び看護の管理者が判断した場合に限ること。

第３ 診療所の入院基本料等に関する施設基準

診療所である保険医療機関の入院基本料等に関する基準は、「基本診療料の施設基準等」並びに第２の４の(１)のア及びイ、(２)のア及びオ、キの(イ)及び(ロ)、ク並びに(６)のア及びイの他、

下記のとおりとする。

1　看護関連記録が整備され、勤務の実態が明確であること。なお、看護関連記録の様式、名称等は、各診療所が適当とする方法で差し支えない。

2　看護職員の数は、入院患者の看護と外来、手術等の看護が一体として実施されている実態を踏まえ、当該診療所に勤務しその業務に従事する看護師又は准看護師の数とする。

3　個々の患者の病状にあった適切な看護が実施されていること。また、効果的な医療が提供できるよう、看護計画が策定されていること。

4　当該保険医療機関においてパートタイム労働者として継続して勤務する看護要員の人員換算の方法は、

$$\frac{\text{パートタイム労働者の１か月間の実労働時間}}{\text{常勤職員の所定労働時間}}$$

による。ただし、計算に当たって１人のパートタイム労働者の実労働時間が常勤職員の所定労働時間を超えた場合は、所定労働時間以上の勤務時間は算入せず、「１人」として算出する。なお、常勤職員の週当たりの所定労働時間が 32 時間未満の場合は、32 時間を所定労働時間として計算する。

5　有床診療所入院基本料の施設基準

（１）　有床診療所入院基本料１の施設基準

ア　当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、７以上であること。

イ　次の施設基準のうち、(イ)に該当すること又は(ロ)から(ル)までのうち２つ以上に該当すること。

(イ)　過去１年間に、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第８条第８項に規定する通所リハビリテーション又は同法第８条の２第８項に規定する介護予防通所リハビリテーション）、同法第８条第６項に規定する居宅療養管理指導、同条第10項に規定する短期入所療養介護、同条第23項に規定する複合型サービス、同法第８条の２第６項に規定する介護予防居宅療養管理指導若しくは同条第10項に規定する介護予防短期入所療養介護を提供した実績があること、同法第８条第29項に規定する介護医療院を併設していること、又は同法第 46 条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者若しくは同法第53条第１項に規定する指定介護予防サービス事業者であること。

(ロ)　在宅療養支援診療所であって、過去１年間に訪問診療を実施した実績があること。

(ハ)　過去１年間の急変時の入院件数が６件以上であること。なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。

(ニ)　注６に規定する夜間看護配置加算１又は２の届出を行っていること。

(ホ)　区分番号「Ａ００１」に掲げる再診料の注10に規定する時間外対応加算１の届出を行っていること。

(ヘ)　過去１年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入れが１割以上であること。なお、急性期医療を担う病院の一般病棟とは、一般病棟入院基本料、７対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、13 対１入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）又は15対１入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、地域一般入院基本料、13 対１入院基本料又は 15 対１入院基本料を算定する保険医療機関にあっては区分番号「Ａ２０５」に掲げる救急医療管理加算の算定を行っている場合に限るものとする。

(ト)　過去１年間の当該保険医療機関内における看取りの実績が２件以上であること。

(チ)　過去１年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数（分娩を除く。）が 30 件以上であること。

(リ)　区分番号「Ａ３１７」に掲げる特定一般病棟入院料の注１に規定する厚生労働大臣が定める地域に所在する有床診療所であること。

(ヌ)　過去１年間の分娩を行った総数（帝王切開を含む。）が 30 件以上であること。

(ル)　過去１年間に、区分番号「Ａ２０８」に掲げる乳幼児加算・幼児加算、区分番号「Ａ２１２」に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算又は区分番号「Ａ２２１－２」に掲げる小児療養環境特別加算を算定した実績があること。

（２）　有床診療所入院基本料２の施設基準

ア　当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、４以上７未満であること。

イ　（１）のイを満たしていること。

（３）　有床診療所入院基本料３の施設基準

ア　当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、１以上４未満であること。

イ　（１）のイを満たしていること。

（４）　有床診療所入院基本料４の施設基準

（１）のアを満たしていること。

（５）　有床診療所入院基本料５の施設基準

（２）のアを満たしていること。

（６）　有床診療所入院基本料６の施設基準

（３）のアを満たしていること。

6　有床診療所入院基本料１、２、４又は５の届出をしている診療所にあっては、看護師を１人以上配置することが望ましいこと。

7　夜間（当該診療所が診療応需の態勢を解除している時間帯で概ね午後６時から午前８時までをいう。）における緊急時の体制を整備することとし、看護要員を１人以上配置していること。

8　有床診療所急性期患者支援病床初期加算及び有床診療所在宅患者支援病床初期加算の施設基準

（１）　有床診療所急性期患者支援病床初期加算の施設基準

次のいずれかに該当すること。

ア　在宅療養支援診療所であって、過去１年間に訪問診療を実施した実績があること。

イ　全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間 30 件以上であること。

ウ　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所であること。

エ　「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している有床診療所であること。

オ　区分番号Ｂ００１の「２２」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定していること。

カ　注６に規定する夜間看護配置加算１又は２を算定しており、夜間の診療応需態勢を確保

していること。

（２） 有床診療所在宅患者支援病床初期加算の施設基準

ア （１）のアからカまでのいずれかに該当すること。

イ 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。なお、令和４年３月31日時点で、現に有床診療所入院基本料の届出を行っている診療所にあっては、令和４年９月30日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

9 医師配置加算の施設基準

（１） 医師配置加算１については、次のいずれかに該当する診療所であること。

ア 在宅療養支援診療所であって、過去１年間に訪問診療を実施した実績があること。

イ 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間 30 件以上であること。

ウ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所であること。

エ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している有床診療所であること。

オ 区分番号Ｂ００１の「２２」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定していること。

カ 注６に規定する夜間看護配置加算１又は２を算定しており、夜間の診療応需態勢を確保していること。

（２） 施設基準に係る当該有床診療所における医師数は、常勤の医師（週４日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上である者をいう。）の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。

10 看護配置に係る加算の施設基準

（１） 看護配置加算１については、看護職員の数が、看護師３名を含む10名以上であること。

（２） 看護配置加算２については、看護職員の数が10名以上であること。ただし、看護配置加算１に該当する場合を除く。

（３） 夜間看護配置加算１については、夜間の看護要員の数が、看護職員１名を含む２名以上であること。なお、２名のうち１名は当直で良いが、看護職員が１名のみである場合には、当該看護職員については当直によることはできないものであること。

（４） 夜間看護配置加算２については、夜間の看護職員の数が１名以上であること。ただし、夜間看護配置加算１に該当する場合を除く。なお、当該看護職員については、当直でも良い。

（５） 看護配置加算１と看護配置加算２は併算定できないものであること。また、夜間看護配置加算１と夜間看護配置加算２も同様に併算定できないものであること。

11 看護補助配置加算の施設基準

（１） 看護補助配置加算１については、当該診療所（療養病床を除く。）における看護補助者の数が２名以上であること。

（２） 看護補助配置加算２については、当該診療所（療養病床を除く。）における看護補助者の数が１名であること。

（３） 看護補助配置加算１と看護補助配置加算２は併算定できないものであること。

12 看取り加算の施設基準

当該診療所における夜間の看護職員の数が１以上であること。ただし、有床診療所入院基本料と有床診療所療養病床入院基本料のいずれも届け出ている保険医療機関においては、届出を行っているいずれかの病床で夜間の看護職員の数が１以上であること。

13 栄養管理実施加算の基準

栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が１名以上配置されていること。

14 療養病床を有する場合は、長期にわたり療養を必要とする患者にふさわしい看護を行うのに必要な器具器械が備え付けられていること。

15 有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床の入院患者に対する「基本診療料の施設基準等」の医療区分３の患者及び医療区分２の患者の割合の算出方法等

（１） 医療区分３及び医療区分２の患者の割合については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

ア 直近３か月における当該有床診療所の療養病床の入院患者ごとの医療区分３の患者及び医療区分２の患者に該当する日数の和

イ 直近３か月における当該有床診療所の療養病床の入院患者ごとの入院日数の和

（２） 当該病床の入院患者のうち、医療区分３と医療区分２の患者の合計が８割以上に該当することとなった場合は、有床診療所療養病床入院基本料にあっては「基本診療料の施設基準等」の第六の三の（２）のロの「４対１配置保険医療機関」への変更の届出を翌月速やかに行うこと。この場合、同月１日に遡って受理したものとして処理すること。また、当該変更の届出前において、４対１配置保険医療機関の実績を要する必要はないこと。

（３） 当該病床の入院患者のうち、医療区分３と医療区分２の患者の合計が８割以上の場合であって、次のいずれかに該当しない場合にあっては、入院基本料Ｅを算定する病床の届出を翌月速やかに行うものとする。この場合、同月１日に遡って受理したものとして処理すること。

ア 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数は、当該療養病床の入院患者の数が４又はその端数を増すごとに１以上であること。

イ 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の数は、当該療養病床の入院患者の数が４又はその端数を増すごとに１以上であること。

16 「基本診療料の施設基準等」の第六の三の（２）のロに規定する区分

別添２の第２の６と同様に取り扱うものであること。

17 医療区分２に定める「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、入院又は転院時既に褥瘡を有していた患者に限り、治癒又は軽快後も30日間に限り、引き続き医療区分２として取り扱うことができる。ただし、当該取扱いを行う場合においては、入院している患者に係る褥瘡の発生割合について、当該患者又は家族の求めに応じて説明を行うこと。なお、褥瘡の発生割合とは、有床診療所療養病床入院基本料を算定する全入院患者数に占める褥瘡患者数（入院又は転院時既に発生していた褥瘡患者を除く。）の割合である。

18 有床診療所急性期患者支援療養病床初期加算及び有床診療所在宅患者支援療養病床初期加算の施設基準

在宅療養支援診療所であって、過去１年間に訪問診療を実施した実績があること。

19 「基本診療料の施設基準等」の第六の三の（２）のイの③に規定する褥瘡の発生割合等の継続的な測定及び評価

当該施設（療養病床に限る。）に入院する個々の患者について、褥瘡又は尿路感染症の発生状

況や身体抑制の実施状況を継続的に把握していること。なお、その結果を「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別添１の２の別紙様式２の「医療区分・ＡＤＬ区分等に係る評価票」の所定の欄に記載することが望ましい。

20　有床診療所入院基本料の注11に規定する在宅復帰機能強化加算の施設基準

次の施設基準を全て満たしていること。

（１）　有床診療所入院基本料１、有床診療所入院基本料２又は有床診療所入院基本料３を届け出ている保険医療機関であること。

（２）　次のいずれにも適合すること。

ア　当該病床から退院した患者に占める在宅に退院した患者の割合が７割以上であり、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出するものであること。なお、在宅に退院した患者とは、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者を除く患者をいい、退院した患者の在宅での生活が１月以上継続する見込みであることを確認できる患者をいう。

(イ)　直近６月間に退院した患者（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅に退院した患者数

(ロ)　直近６か月間に退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、病状の急性増悪等により、他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）での治療が必要になり転院した患者を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳記の一覧を、届出の際に添付すること。）

イ　在宅に退院した患者の退院後１月以内に、当該患者の在宅における生活が１月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。なお、当該確認は、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問すること、当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けること、又は当該患者が当該保険医療機関を受診した際に情報提供を受けることによって行うことを原則とするが、当該患者の居宅が遠方にある場合等、これらの方法によりがたい場合には、電話等により確認することができる。

（３）　平均在院日数が90日以内であること。

21　有床診療所療養病床入院基本料の注11に規定する在宅復帰機能強化加算の施設基準

（１）　当該病床から退院した患者に占める在宅に退院した患者の割合が５割以上であること。なお、その割合を算出するに当たっては、有床診療所入院基本料の注11に規定する在宅復帰機能強化加算に係る算出方法によるものであること。

（２）　在宅に退院した患者の退院後１月以内に、当該患者の在宅における生活が１月以上（医療区分３の患者については14日以上）継続する見込みであることを確認し、記録していること。なお、当該確認は、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問すること、当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けること又は当該患者が当該保険医療機関を受診した際に情報提供を受けることによって行うことを原則とするが、当該患者の居宅が遠方にある場合等、これらの方法によりがたい場合には、電話等により確認することができる。

（３）　平均在院日数が365日以内であること。

22　有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護連携加算１の施設基準

次の施設基準を全て満たしていること。

（１）　有床診療所入院基本料１又は有床診療所入院基本料２を届け出ている保険医療機関であること。

（２）　５の(１)のイの(イ)を満たしていること。

23　有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護連携加算２の施設基準

次の施設基準を全て満たしていること。

（１）　有床診療所入院基本料３を届け出ている保険医療機関であること。

（２）　５の(１)のイの(イ)を満たしていること。

第４　削除

第５　入院基本料の届出に関する事項

１　病院の入院基本料の施設基準に係る届出について

（１）　病院の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添７の様式５から様式11（様式11については、一般病棟において感染症病床を有する場合に限る。）までを用いること。なお、別添７の様式６の２については、療養病棟入院基本料を届け出る場合に用い、別添７の様式10、様式10の２及び様式10の５については、急性期一般入院料１及び７対１入院基本料を届け出る場合に用い、別添７の様式10については、急性期一般入院料２から６まで、10対１入院基本料、看護必要度加算又は一般病棟看護必要度評価加算を届け出る場合に用い、別添７の様式５の５については、ＡＤＬ維持向上等体制加算を届け出る場合に用い、別添７の様式10の８については、在宅復帰機能強化加算を届け出る場合に用い、別添７の様式10の７については、精神保健福祉士配置加算を届け出る場合（精神病棟入院基本料を算定している病院に限る。）に用いること。また、当該病棟に勤務する看護要員の名簿については別添７の様式８を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式８を省略することができること。ただし、一般病棟、療養病棟及び結核病棟の特別入院基本料等の届出は、別添７の様式６及び様式７を用いること。

（２）　令和４年10月１日以降において、急性期一般入院料２から５までの届出を行うに当たっては、現に急性期一般入院基本料を届け出ている病棟であって、重症度、医療・看護必要度に係る基準以外の施設基準を満たしている場合に限り、(１)の規定にかかわらず、様式10のみを用いて届け出れば足りることとする。

（３）　療養病棟入院基本料の注12に規定する夜間看護加算及び看護補助体制充実加算並びに障害者施設等入院基本料の注９に規定する看護補助加算及び看護補助体制充実加算を届け出る場合は、別添７の様式９、様式13の３及び様式18の３を用い、当該加算に係る看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、毎年７月において、前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、別添７の様式13の３を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり直近の７月に届け出た内容と変更がない場合は、「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等」の該当項目数が要件にない場合に限り様式13の３の届出を略すことができること。

（４）　一般病棟入院基本料、療養病棟入院基本料、７対１入院基本料、10対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、13対１入院

基本料（専門病院入院基本料に限る。）又は障害者施設等入院基本料を届け出る際にはデータ提出加算の届出の写しを添付すること。

（５） 療養病棟入院基本料の施設基準における「適切な意思決定支援に関する指針」及び「中心静脈注射用カテーテルに係る感染を防止するにつき十分な体制」に係る第２の４の12のアの届出については、別添７の様式５の６を用いること。

（６） 特定機能病院入院基本料の注11に規定する入院栄養管理体制加算の届出は、別添７の様式５の８を用いること。

2　一般病棟入院基本料（特別入院基本料を除く。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟のうち、当該病棟に90日を超えて入院する患者について、療養病棟入院料１の例により算定を行う病棟については、別添の様式10の６により地方厚生（支）局長に届け出ること。

3　診療所の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添７の様式５及び様式12から様式12の10までを用いること。ただし、有床診療所（療養病床に限る。）の特別入院基本料の届出は、別添７の様式12を用い、有床診療所の栄養管理実施加算の届出は、別添７の様式12の８を用いること。また、有床診療所の在宅復帰機能強化加算の届出は入院基本料の届出とは別に行うこととし、一般病床については別添７の様式12の９を用い、療養病床については別添７の様式12の10を用いること。

4　管理栄養士の離職又は長期欠勤のため栄養管理体制の基準を満たせなくなった病院については、栄養管理体制の基準が一部満たせなくなった保険医療機関として、別添７の様式５の３及び様式６を用いて届出を行うこと。

5　届出は、病院である保険医療機関において、全病棟包括的に行うことを原則とするが、一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟を有する保険医療機関については、一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟につき、それぞれ区分し、当該病棟種別の病棟全体につき包括的に届出を行う。

6　５の規定にかかわらず、別紙２に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、ＤＰＣ対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料１のみを届け出ている病院を除く。）において、一般病棟入院基本料の届出を行う場合には、病棟全体で包括的に届出を行うのではなく、看護配置が異なる病棟ごとに届出を行っても差し支えない。

7　病棟内に特定入院料の各区分に該当する入院医療を行う病床を有する場合（特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料４及び地域包括ケア入院医療管理料１、２、３又は４を算定している病床を除く。）は、これらの病床以外の病棟全体（複数の病棟種別がある場合は、当該病床種別の病棟全体）を単位として行う。

8　有床診療所入院基本料の届出は、当該診療所の全病床（療養病床に係る病床を除く。）について包括的に行い、有床診療所療養病床入院基本料の届出は、療養病床に係る病床について包括的に行う。

9　入院基本料等の施設基準の届出に当たっては、届出を行おうとする基準について、特に規定がある場合を除き、届出前１か月の実績を有していること。なお、届出前１か月の実績は、例えば一般病床である特殊疾患病棟入院料を算定していた病棟を、療養病床に転換し療養病棟入院基本料の施設基準の届出を行う場合に、特殊疾患病棟入院料を算定していた期間の人員配置基準を実

績として用いるなど、入院料の種別の異なる期間の実績であっても差し支えないこと。なお、有床診療所入院基本料の夜間看護配置加算１又は２の届出を行う場合の届出前１か月の実績には、入院患者がいない日を除くことができるものとする。

10　平均在院日数の要件は満たしていないものの、看護職員の数及びその他の要件を全て満たしている保険医療機関の開設者から、届出直後の３か月間における平均在院日数を所定の日数以内とすることができることを明らかにした病棟運営計画書を添付した場合には、届出の受理を行うことができる。この場合、届出直後の３か月間における平均在院日数が、所定の日数以内とならなかったことが判明したときには、当該届出は無効となる。

11　新たに開設された保険医療機関が入院基本料の施設基準に係る届出を行う場合は、届出時点で、精神病棟入院基本料の特別入院基本料の基準を満たしていれば、実績がなくても入院基本料の特別入院基本料の届出を行うことができる。また、有床診療所入院基本料にあっては、有床診療所入院基本料６の基準を満たしていれば、実績がなくても有床診療所入院基本料６の届出を行うことができる。ただし、この場合は、１か月後に適時調査を行い、所定の基準を満たしていないことが判明したときは、当該届出は無効となる。

12　当該保険医療機関が届け出ている入院基本料を算定する病棟において、増床又は減床が行われ、届出の内容と異なる事情等が生じた場合には、速やかに変更の届出を行うこと。なお、増床に伴い、既に届け出ている入院基本料以外の入院基本料の届出の必要が生じた場合には、実績がなくても基準を満たす入院基本料の届出を行うことができる。ただし、この場合は、１か月後に適時調査を行い、所定の基準を満たしていないことが判明したときは、当該届出は無効となる。

13　第２の２の（１）の１病棟の病床数の標準を上回る場合の届出に係る取扱いは次のとおりであること。

（１） 第２の２の（２）に該当することが確認された場合には、届出を受理する。なお、当該事情が解消され次第、標準規模の病棟になるよう指導すること。

（２） 既に標準を超えた規模で届出が受理されている病棟については、新たな届出を行う際に改善をさせた上で届出を受理するものとする。ただし、第２の２の（２）の①から③までに掲げたやむを得ない理由が存在する場合には、届出を受理しても差し支えないものとする。なお、当該事情が解消され次第、標準規模のものとなるよう指導するものとする。

14　医療法及び感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）の規定に基づき、感染症指定医療機関の指定を受けようとする保険医療機関は、その旨を届け出ること。

別添３

入院基本料等加算の施設基準等

入院基本料等加算に関する基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。なお、病棟単位で届出を行う入院基本料等加算を算定する病棟が複数ある場合であっても、それぞれの病棟において当該入院基本料等加算の施設基準の要件を満たすことが必要であること。

第１　総合入院体制加算

１　総合入院体制加算１に関する施設基準等

（１）　一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する保険医療機関であること。

（２）　内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。

ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議（医療法第 30 条の 14 第１項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たしているものとみなす。

なお、精神科については、24 時間対応できる体制を確保し、医療法第７条第２項第１号に規定する精神病床を有していること。また、区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料、区分番号「Ａ３１１－４」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

（３）　全身麻酔による手術件数が年 800 件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。

ア　人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術　40 件／年以上

イ　悪性腫瘍手術　400 件／年以上

ウ　腹腔鏡下手術　100 件／年以上

エ　放射線治療（体外照射法）4000 件／年以上

オ　化学療法　1000 件／年以上

カ　分娩件数　100 件／年以上

（４）　手術等の定義については、以下のとおりであること。

ア　全身麻酔

全身麻酔とは、医科点数表第２章第11部に掲げる麻酔のうち区分番号「Ｌ００７」開放点滴式全身麻酔又は区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔をいう。また、手術とは、医科点数表第２章第10部に掲げる手術（輸血管理料を除く。）をいう。

イ　人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術

人工心肺を用いた手術とは、医科点数表第２章第 10 部に掲げる手術のうち、区分番号「Ｋ５４１」から「Ｋ５４４」まで、「Ｋ５５１」、「Ｋ５５３」、「Ｋ５５４」から「Ｋ５５６」まで、「Ｋ５５７」から「Ｋ５５７－３」まで、「Ｋ５５８」、「Ｋ５６０」、「Ｋ５６０－２」、「Ｋ５６８」、「Ｋ５７０」、「Ｋ５７１」から「Ｋ５７４」まで、「Ｋ５７６」、「Ｋ５７７」、「Ｋ５７９」から「Ｋ５８０」まで、「Ｋ５８２」から「Ｋ５８９」まで及び「Ｋ５９２」から「Ｋ５９４」までに掲げる人工心肺を用いた手術をいう。

人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術とは、医科点数表第２章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「Ｋ５５２－２」に掲げる手術をいう。

ウ　悪性腫瘍手術

悪性腫瘍手術とは、医科点数表第２章第10部に掲げる悪性腫瘍手術をいう（病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限る。）。

エ　腹腔鏡下手術

腹腔鏡下手術とは、医科点数表第２章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「Ｋ５２４－３」、「Ｋ５２６」の「３」、「Ｋ５３０－２」、「Ｋ５３２－３」、「Ｋ５３４－３」、「Ｋ５３７－２」、「Ｋ６２７－２」、「Ｋ６２７－３」、「Ｋ６２７－４」、「Ｋ６３３－２」、「Ｋ６３４」、「Ｋ６３６－３」、「Ｋ６３６－４」、「Ｋ６３９－３」、「Ｋ６４２－２」、「Ｋ６４２－３」、「Ｋ６４３－２」、「Ｋ６４７－２」、「Ｋ６４９－２」、「Ｋ６５４－３」、「Ｋ６５５－２」、「Ｋ６５５－５」、「Ｋ６５６－２」、「Ｋ６５７－２」、「Ｋ６５９－２」、「Ｋ６６０－２」、「Ｋ６６２－２」、「Ｋ６６４」、「Ｋ６６５」の「１」（腹腔鏡によるものに限る。）、「Ｋ６６６－２」、「Ｋ６６７－２」、「Ｋ６７１－２」、「Ｋ６７２－２」、「Ｋ６７４－２」、「Ｋ６８４－２」、「Ｋ６９２－２」、「Ｋ６９５－２」、「Ｋ６９７－２」の「１」、「Ｋ６９７－３」の「１」のイ、「Ｋ６９７－３」の「２」のイ、「Ｋ７００－３」、「Ｋ７０２－２」、「Ｋ７０３－２」、「Ｋ７１１－２」、「Ｋ７１４－２」、「Ｋ７１５－２」、「Ｋ７１６－２」、「Ｋ７１８－２」、「Ｋ７１９－２」、「Ｋ７１９－３」、「Ｋ７２５－２」、「Ｋ７２６－２」、「Ｋ７２９－３」、「Ｋ７３４－２」、「Ｋ７３５－３」、「Ｋ７４０－２」、「Ｋ７４２－２」、「Ｋ７５１－３」、「Ｋ７５４－２」、「Ｋ７５４－３」、「Ｋ７５５－２」、「Ｋ７５６－２」、「Ｋ７６９－２」、「Ｋ７６９－３」、「Ｋ７７０－２」、「Ｋ７７０－３」、「Ｋ７７２－１」、「Ｋ７７２－３」、「Ｋ７７３－２」、「Ｋ７７３－３」、「Ｋ７７３－５」、「Ｋ７７８－２」、「Ｋ７７９－３」、「Ｋ７８５－２」、「Ｋ８０２－４」から「Ｋ８０２－６」まで、「Ｋ８０３－２」、「Ｋ８０３－３」、「Ｋ８０４－２」、「Ｋ８０９－３」、「Ｋ８２３－４」、「Ｋ８３４－２」、「Ｋ８３６－２」、「Ｋ８４３－２」、「Ｋ８４３－３」、「Ｋ８４３－４」、「Ｋ８５９－２」、「Ｋ８６３」、「Ｋ８６５－２」、「Ｋ８７２－２」、「Ｋ８７６－２」、「Ｋ８７７－２」、「Ｋ８７８－２」、「Ｋ８７９－２」、「Ｋ８８６」の「２」、「Ｋ８８７」の「２」、「Ｋ８８７－２」の「２」、「Ｋ８８７－３」の「２」、「Ｋ８８７－４」、「Ｋ８８８」の「２」、「Ｋ８８８－２」の「２」、「Ｋ８９０－３」、「Ｋ９１２」の「２」又は「Ｋ９１３－２」の「２」をいう。

オ　放射線治療（体外照射法）

放射線療法とは、医科点数表第２章第12部に掲げる放射線治療（血液照射を除く。）をいう。

カ　化学療法

化学療法とは、悪性腫瘍に対する抗腫瘍用薬、ホルモン療法、免疫療法等の抗腫瘍効果を有する薬剤（手術中の使用又は退院時に処方されたものは含まない。）を使用するものとし、抗生剤のみの使用、Ｇ－ＣＳＦ製剤、鎮吐剤等の副作用に係る薬剤のみの使用及び内服薬のみの使用等は含まない。

キ　分娩件数

当該医療機関において分娩を行った総数（帝王切開術を含む。）とする。

（５）　24 時間の救急医療提供として、「救急医療対策事業実施要綱」（昭和 52 年７月６日医発第 692 号）に定める第３「救命救急センター」又は第４「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。

（６）　外来を縮小するに当たり、ア又はイのいずれかに該当すること。

ア　次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。

(イ)　病院の初診に係る選定療養の報告を行っており、実費を徴収していること。

(ロ)　地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）の「注８」の加算を算定する退院患者数、転帰が治癒であり通院の必要のない患者数及び転帰が軽快であり退院後の初回外来時に次回以降の通院の必要がないと判断された患者数が、直近１か月間の総退院患者数（外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来及びＨＩＶ等に係る専門外来の患者を除く。）のうち、４割以上であること。

イ　紹介受診重点医療機関（医療法第 30 条の 18 の２第１項に規定する外来機能報告対象病院等であって、同法第 30 条の 18 の４第１項第２号の規定に基づき、同法第 30 条の 18 の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものをいう。以下同じ。）であること。

（７）　病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、医師事務作業補助体制加算や急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、勤務医又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。

ア　当該保険医療機関内に、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

イ　当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。また、当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年１回以上出席すること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。

ウ　イの計画は、医療従事者の現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。

エ　イの計画には次に掲げる項目のうち少なくとも３項目以上を含んでいること。

(イ)　外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組（許可病床数が 400 床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。）

(ロ)　院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい。）

(ハ)　医師事務作業補助者の配置による医師の事務作業の負担軽減

(ニ)　医師の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善

(ホ)　保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 37 条の２第２項第５号に規定にする指定研修機関において行われる研修を修了した看護師の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減

(ヘ)　院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減

(ト)　看護補助者の配置による看護職員の負担軽減

オ　医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

（８）　地域の他の保険医療機関との連携体制の下、円滑に退院患者の受入れが行われるための地域連携室を設置していること。

（９）　画像診断及び検査を 24 時間実施できる体制を確保していること。

（10）　薬剤師が、夜間当直を行うことにより、調剤を 24 時間実施できる体制を確保していること。

（11）　当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。

ア　当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。

イ　敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。

ウ　保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

エ　区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料、区分番号「Ａ１０４」特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、区分番号「Ａ３１０」緩和ケア病棟入院料、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料、区分番号「Ａ３１２」精神療養病棟入院料又は区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料を算定している病棟を有する場合は、敷地内に喫煙所を設けても差し支えない。

オ　敷地内に喫煙所を設ける場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと。

（12）　次のいずれにも該当すること。

ア　区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料又は区分番号「Ａ３０８－３」地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない保険医療機関であること。

イ　当該保険医療機関と同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していないこと。ただし、平成 30 年３月 31 日時点で総合入院体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、当該施設（介護医療院を除く。）を設置している保険医療機関については、当該時点で設置している当該施設（介護医療院を除く。）を維持することができる。

(13)　総合入院体制加算を算定するものとして届け出た病床に、直近３月において入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、下記別表１のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。）の割合が別表２のとおりであること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は測定対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年４月及び10 月とする。

別表１

Ａ得点が２点以上の患者
Ｃ得点が１点以上の患者

別表２

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
総合入院体制加算１、２	３割３分	３割
総合入院体制加算３	３割	２割７分

(14)　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。ただし、別添６の別紙７の別表１に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ａ・Ｃ項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で確認を行うこと。

(15)　公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院とは、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院であるとして日本医療機能評価機構が定める機能評価を受けている病院又は当該評価の基準と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。

(16)　急性期充実体制加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

２　総合入院体制加算２に関する施設基準等

（１）　総合入院体制加算１の施設基準（（１）、（６）から(10)まで及び(12)から(16)までに限る。）を満たしていること。

（２）　全身麻酔による手術件数が年 800 件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも４つ以上を満たしていること。手術等の定義については、１の（４）と同様である。

ア　人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術　40 件／年以上

イ　悪性腫瘍手術　400 件／年以上

ウ　腹腔鏡下手術　100 件／年以上

エ　放射線治療（体外照射法）4000 件／年以上

オ　化学療法　1000 件／年以上

カ　分娩件数　100 件／年以上

（３）　救急用の自動車（消防法（昭和 23 年法律第 186 号）及び消防法施行令（昭和 36 年政令第 37 号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和 35 年法律第 105 号）及び道路交通法施行令（昭和 35 年政令第 270 号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。以下同じ。）又は救急医療用ヘリコプター（救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成 19 年法律第 103 号）第２条に規定する救急医療用ヘリコプターをいう。以下同じ。）による搬送件数が、年間で 2000 件以上であること。

（４）　24 時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。

ア　「救急医療対策事業実施要綱」に定める第２「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第３「救命救急センター」、第４「高度救命救急センター」又は「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成 29 年３月 31 日医政地発 0331 第３号）の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針」に規定する「周産期医療の体制構築に係る指針」（以下「周産期医療の体制構築に係る指針」という。）による総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関

イ　アと同様に 24 時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

（５）　内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たしているものとみなす。なお、精神科については、24 時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制を含む。）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないものであるが、この場合であっても、以下のいずれも満たすものであること。

ア　区分番号「Ａ２３０－４」精神科リエゾンチーム加算又は区分番号「Ａ２４７」の「１」認知症ケア加算１の届出を行っていること。

イ　区分番号「Ａ２４８」の「２」精神疾患診療体制加算２の算定件数又は救急患者の入院３日以内における区分番号「１００１」入院精神療法若しくは区分番号「Ａ３００」救命救急入院料の注２に規定する精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間20件以上であること。

3　総合入院体制加算３に関する施設基準等

（1）　総合入院体制加算１の施設基準（(1)、(6)から(10)まで、(12)のイ、(13)、(14)及び(16)に限る。）を満たしていること。

（2）　総合入院体制加算２の施設基準（(4)に限る。）を満たしていること。

（3）　内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、地域において質の高い医療の提供体制を確保する観点から、医療機関間で医療機能の再編又は統合を行うことについて地域医療構想調整会議で合意を得た場合に限り、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行っていない場合であっても、施設基準を満たしているものとみなす。なお、精神科については、24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないものであるが、以下のいずれかを満たすものであること。

ア　区分番号「Ａ２３０－４」精神科リエゾンチーム加算又は区分番号「Ａ２４７」認知症ケア加算１の届出を行っていること。

イ　区分番号「Ａ２４８」精神疾患診療体制加算２の算定件数又は救急搬送患者の入院３日以内における区分番号「１００１」入院精神療法若しくは区分番号「Ａ３００」救命救急入院料の注２に規定する加算の算定件数が合計で年間20件以上であること。

（4）　全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも２つ以上を満たしていること。手術等の定義については、１の(4)と同様である。

ア　人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術　40件／年以上

イ　悪性腫瘍手術　400件／年以上

ウ　腹腔鏡下手術　100件／年以上

エ　放射線治療（体外照射法）4000件／年以上

オ　化学療法　1000件／年以上

カ　分娩件数　100件／年以上

（5）　区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料又は区分番号「Ａ３０８－３」地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない保険医療機関であること。ただし、平成26年３月31日以前に総合入院体制加算に係る届出を行っている場合には、当該基準は適用しない。

4　総合入院体制加算について、令和４年３月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和４年９月30日までの間、令和４年度改定後の総合入院体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。

5　届出に関する事項

（1）　新規届出時における退院患者数の割合については、届出前３か月間の実績を有していること。

（2）　総合入院体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式10、様式13及び様式13の２を用いること。

（3）　毎年７月において、前年度における手術件数等及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、別添７の様式13及び様式13の２により届け出ること。

（4）　当該加算の変更の届出に当たり、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近７月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の２の届出を略すことができること。

（5）　地域医療構想調整会議で合意を得て、小児科、産科又は産婦人科の標榜及び当該診療科に係る入院医療の提供を行わない場合は、当該加算の届出に当たり、合意を得た会議の概要を書面にまとめたものを提出すること。なお、当該書面は届出を行う保険医療機関が作成したものでも差し支えない。

第１の２　急性期充実体制加算

1　急性期充実体制加算に関する施設基準

（1）　区分番号「Ａ１００」一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１に限る。）を算定する病棟を有する保険医療機関であること。

（2）　手術等に係る実績について、以下のいずれかを満たしていること。

ア　以下のうち、(イ)及び、(ロ)から(ヘ)までのうち４つ以上を満たしていること。

(イ)　全身麻酔による手術について、2,000件／年以上（うち、緊急手術350件／年以上）又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり6.5件／年以上（うち、緊急手術1.15件／年以上）

(ロ)　悪性腫瘍手術について、400件／年以上又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり1.0件／年以上

(ハ)　腹腔鏡下手術又は胸腔鏡下手術について、400件／年以上又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり1.0件／年以上

(ニ)　心臓カテーテル法による手術について、200件／年以上又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり0.6件／年以上

(ホ)　消化管内視鏡による手術について、600件／年以上又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床数１床あたり1.5件／年以上

(ヘ)　化学療法の実施について、1,000件／年以上又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり3.0件／年以上

イ　以下のいずれかを満たし、かつ、アの(イ)及び、(ロ)から(ヘ)までのうち２つ以上を満たしていること。

(イ)　異常分娩の件数について、50件／年以上又は許可病床数300床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり0.1件／年以上

(ロ)　６歳未満の乳幼児の手術件数40件／年以上又は許可病床数300床未満の保険医療機

関にあっては、許可病床１床あたり 0.1 件／年以上

（3） 手術等の定義については、以下のとおりであること。

ア 全身麻酔

第１の１の(4)のアと同様である。

イ 緊急手術

病状の急変により緊急に行われた手術をいう。

ウ 悪性腫瘍手術

第１の１の(4)のウと同様である。

エ 腹腔鏡下手術

第１の１の(4)のエと同様である。

オ 胸腔鏡下手術

胸腔鏡下手術とは、医科点数表第２章第 10 部に掲げる手術のうち、区分番号「Ｋ４８８－３」、「Ｋ４８８－４」、「Ｋ４９４－２」、「Ｋ４９６－２」、「Ｋ４９６－４」、「Ｋ５０１－３」、「Ｋ５０２－３」、「Ｋ５０２－５」、「Ｋ５０４－２」、「Ｋ５１３」、「Ｋ５１３－２」から「Ｋ５１３－４」まで、「Ｋ５１４－２」、「Ｋ５２４－２」、「Ｋ５２８－３」、「Ｋ５２９－２」、「Ｋ５３９－３」、「Ｋ５５４－２」、「Ｋ５５５－３」、「Ｋ５６２－２」、「Ｋ５９４」の「４」の「ロ」をいう。

カ 心臓カテーテル法による手術

心臓カテーテル法による手術とは、医科点数表第２章第 10 部に掲げる手術のうち、区分番号「Ｋ５４６」から「Ｋ５５０－２」まで、「Ｋ５５５－２」、「Ｋ５５６－２」、「Ｋ５５９－２」、「Ｋ５５９－３」、「Ｋ５６２」の「１」、「Ｋ５６７－２」、「Ｋ５７０－２」から「Ｋ５７０－４」まで、「Ｋ５７３」の「１」、「Ｋ５７４－２」、「Ｋ５７４－３」、「Ｋ５９４」の「４」の「ハ」、「Ｋ５９５」、「Ｋ５９５－２」、「Ｋ６０２－２」をいう。

キ 消化管内視鏡による手術

消化管内視鏡による手術とは、医科点数表第２章第 10 部に掲げる手術のうち、区分番号「Ｋ５２０」の「４」、「Ｋ５２６－２」から「Ｋ５２６－４」まで、「Ｋ５３０－３」、「Ｋ６４７－３」、「Ｋ６５３」、「Ｋ６５３－５」、「Ｋ６５３－６」、「Ｋ６８２－３」、「Ｋ６８２－４」、「Ｋ６８５」から「Ｋ６８８」まで、「Ｋ６９９－２」、「Ｋ７０５」の「１」、「Ｋ７０７」の「１」、「Ｋ７０８－３」、「Ｋ７２１－４」、「Ｋ７２１－５」、「Ｋ７２２」、「Ｋ７３０」の「３」、「Ｋ７３１」の「３」、「Ｋ７３５－２」、「Ｋ７３５－４」、「Ｋ７３９－２」をいう。

ク 化学療法

第１の１の(4)のカと同様である。

ケ 異常分娩

当該医療機関において分娩を行ったもののうち、異常分娩であるものの総数をいう。

コ ６歳未満の乳幼児の手術

医科点数表第２章第 10 部に掲げる手術（輸血管理料を除く。）のうち、６歳未満の乳幼児に対して行ったもの。

（4） (2)のアの(ヘ)を満たしているものとして当該加算の届出を行っている場合、外来における化学療法の実施を推進する体制として、次のいずれにも該当すること。

ア 区分番号「Ｂ００１－２－12」の「１」外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っていること。

イ 区分番号「Ｂ００１－２－12」の「１」外来腫瘍化学療法診療料１において、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されている全てのレジメンのうち、４割以上のレジメンが外来で実施可能であること。

（5） 24 時間の救急医療提供として、次のいずれにも該当していること。

ア 以下のいずれかを満たしていること。

(イ) 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第３「救命救急センター」又は第４「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。

(ロ) 救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で 2,000 件以上、又は許可病床数 300 床未満の保険医療機関にあっては、許可病床１床あたり 6.0 件／年以上であること。

イ 精神科に係る体制として、自院又は他院の精神科医が速やかに診療に対応できる体制を常時整備していること。

また、区分番号「Ａ２４８」の「２」精神疾患診療体制加算２の算定件数又は救急搬送患者の入院３日以内における区分番号「Ｉ００１」入院精神療法若しくは区分番号「Ａ３００」救命救急入院料の注２に規定する精神疾患診断治療初回加算の算定件数が合計で年間 20 件以上であること。

（6） 高度急性期医療の提供として、特定入院料のうち区分番号「Ａ３００」救命救急入院料、区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０１－２」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「Ａ３０１－３」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、区分番号「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０３－２」新生児治療回復室入院医療管理料のいずれかを届け出ていること。

（7） 区分番号「Ａ２３４－２」に掲げる感染対策向上加算１の届出を行っていること。

（8） 画像診断及び検査を 24 時間実施できる体制を確保していること。

（9） 薬剤師が、夜間当直を行うことにより、調剤を 24 時間実施できる体制を確保していること。

(10) 急性期一般入院料１に係る届出を行っている病棟については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行っていること。

(11) 区分番号「Ａ２３０－４」精神科リエゾンチーム加算又は区分番号「Ａ２４７」認知症ケア加算１又は２の届出を行っていること。

(12) 入院患者の病状の急変の兆候を捉えて対応する体制として、次の体制を整備していること。

ア 当該保険医療機関内に、病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者を把握し、必要な対応を行うためのチーム（以下「院内迅速対応チーム」という。）を設置すること。院内迅速対応チームが病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者を把握した場合には、当該患者が入院する病棟の医師及び看護師等に情報共有を行うとともに、必要に応じて当該患者の診療に介入する必要があること。なお、院内

迅速対応チームには少なくとも以下の構成員が所属し、24時間対応できる体制を確保しておくこと。

① 救急又は集中治療の経験を有し、所定の研修を修了した医師１名

② 救急又は集中治療の経験を有し、所定の研修を修了した専任の看護師１名

イ 当該保険医療機関内に、病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応状況に関して、当該対応等の改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

ウ 院内迅速対応チームの対応内容も含めた、病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者に対する対応方法をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。

エ 当該保険医療機関内に、病状の急変の可能性がある入院患者及び病状が急変した入院患者の対応について、多職種からなる当該対応の改善に関する委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、院内迅速対応チームによる対応状況及び入院患者の病状の急変の発生状況の把握を評価するとともに、必要に応じて院内迅速対応チームの対応体制及び報告体制のマニュアルの見直しを行うこと。また、当該マニュアルの見直しを行う場合等、必要に応じて委員会等を開催することとし、イの責任者が年１回以上出席していること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における医療安全管理委員会等を活用することとして差し支えない。

カ 院内迅速対応チームの対応体制及び対応状況等について、当該保険医療機関内に周知するとともに、年２回程度の院内講習を開催すること。

キ 院内迅速対応チームの対応状況等必要な実績を記録していること。

(13) 外来を縮小するに当たり、次のいずれかの体制を確保していること。また、報告年度の前年度１年間の初診の患者数と再診の患者数を別添７の様式14を用いて、地方厚生(支)局長に報告すること。

ア 次の要件を満たしていること。

(イ) 病院の初診に係る選定療養の報告を行っており、実費を徴収していること。

(ロ) 区分番号「Ａ０００」初診料の「注２」及び「注３」並びに区分番号「Ａ００２」外来診療料の「注２」及び「注３」に規定する紹介割合・逆紹介割合について、紹介割合の実績が50%以上かつ逆紹介割合の実績が30‰以上であること。

イ 紹介受診重点医療機関であること。

(14) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、医科点数表第２章第９部処置の通則の５に掲げる休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の施設基準の届出を行っていることが望ましい。なお、届出を行っていない場合は、別添７の様式14にその理由を記載すること。

(15) 次のいずれにも該当すること。

ア 区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料又は区分番号「Ａ３０８－３」地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない保険医療機関であること。

イ 区分番号「Ａ１００」一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１に限る。）、区分番号「Ａ３００」救命救急入院料、区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料、区分番号

「Ａ３０１－２」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「Ａ３０１－３」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、区分番号「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０３－２」新生児治療回復室入院医療管理料、区分番号「Ａ３０５」一類感染症患者入院医療管理料及び区分番号「Ａ３０７」小児入院医療管理料（以下この項において「一般病棟」という。）の病床数の合計が、当該医療機関の許可病床数の総数から区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料、区分番号「Ａ３１１－４」児童・思春期精神科入院医療管理料及び区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料を除いた病床数の９割以上であること。

ウ 当該保険医療機関と同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していないこと。

エ 特定の保険薬局との間で不動産の賃貸借取引がないこと。

(16) 次のいずれにも該当すること。

ア 一般病棟における平均在院日数が14日以内であること。

なお、平均在院日数の算出方法については、入院基本料等における算出方法にならうものとする。

イ 一般病棟の退棟患者（退院患者を含む。）に占める、同一の保険医療機関の一般病棟以外の病棟に転棟したものの割合が、１割未満であること。

なお、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者の占める割合は、直近３か月間に一般病棟から他の病棟に転棟した患者を直近３か月に当該病棟から退棟した患者の数で除して算出するものであること。

ウ 区分番号「Ａ２４６」入退院支援加算１又は２の届出を行っている保険医療機関であること。

(17) 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。

ア 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。

イ 敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。

ウ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

エ 区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料、区分番号「Ａ３１０」緩和ケア病棟入院料、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料、区分番号「Ａ３１２」精神療養病棟入院料又は区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料を算定している病棟を有する場合は、敷地内に喫煙所を設けても差し支えない。

オ 敷地内に喫煙所を設ける場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意

喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと。

(18)　公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院とは、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院であるとして日本医療機能評価機構が定める機能評価を受けている病院又は当該評価の基準と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。

(19)　総合入院体制加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

2　精神科充実体制加算の施設基準

急性期の治療を要する精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき充実した体制として、次のいずれも満たすものであること。

（1）　医療法第７条第２項第１号に規定する精神病床を有していること。

（2）　精神疾患を有する患者に対し、24時間対応できる体制を確保していること。

（3）　区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料、区分番号「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料、区分番号「Ａ３１１－４」児童・思春期精神科入院医療管理料又は区分番号「Ａ３１８」地域移行機能強化病棟入院料のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。

3　届出に関する事項

（1）　急性期充実体制加算及び精神科充実体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式14を用いること。

（2）　毎年７月において、前年度における手術件数等を評価するため、別添７の様式14により届け出るとともに、院内に掲示すること。

（3）　１の(12)のアの①及び②における所定の研修については、令和４年９月30日までの間は、当該基準を満たしているものとみなす。

（4）　１の(12)のカにおける院内迅速対応チームに係る院内講習について、令和４年９月30日までの間は、当該基準を満たしているものとみなす。ただし、その場合であっても１回目を令和４年９月30日までの間に開催すること。

（5）　１の(13)のアの(ロ)に係る紹介割合・逆紹介割合の要件及び、イに係る紹介受診重点医療機関については、令和５年４月１日以降に適用するものとする。

（6）　１の(18)について、令和５年３月 31 日までの間は、当該基準を満たしているものとみなす。

第２　臨床研修病院入院診療加算

1　臨床研修病院入院診療加算に関する施設基準（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）

（1）　基幹型の施設基準

ア　指導医は臨床経験を７年以上有する医師であること。

イ　研修医 2.5 人につき、指導医１人以上であること。

ウ　当該保険医療機関の医師の数は、医療法に定める標準を満たしていること。

エ　加算の対象となる保険医療機関は、臨床研修病院であって研修管理委員会が設置されている基幹型臨床研修病院（医師法第16条の２第１項に規定する臨床研修に関する省令（平成14年厚生労働省令第158号）第３条第１号に規定する基幹型臨床研修病院をいう。）又は基幹型相当大学病院（医師法第16条の２第１項に規定する都道府県知事の指定する病院のうち、他の病院又は診療所と共同して臨床研修を行う病院であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。

オ　当該保険医療機関の全職種の職員を対象とした保険診療に関する講習（当該保険医療機関が自ら行うものを指し、当該保険医療機関以外のものにより実施される場合を除く。）が年２回以上実施されていること。

カ　研修医数は、病床数を 10 で除した数又は年間の入院患者数を 100 で除して得た数を超えないものであること。

（2）　協力型の施設基準

ア　協力型（Ⅰ）臨床研修病院（医師法第16条の２第１項に規定する臨床研修に関する省令第３条第２号に規定する協力型臨床研修病院をいう。）又は協力型相当大学病院（医師法第16条の２第１項に規定する都道府県知事の指定する病院のうち、他の病院と共同して３月以上の臨床研修を行う病院（基幹型相当大学病院を除く。）をいう。）であって、１の(1)のアからウまで及びカを満たしていること。

イ　研修医が基幹型臨床研修病院又は基幹型相当大学病院において実施される保険診療に関する講習を受けていること。

2　臨床研修病院入院診療加算に関する施設基準（歯科診療に係るものに限る。）

（1）　単独型又は管理型の施設基準

ア　指導歯科医は歯科医師法第16条の２第１項に規定する臨床研修に関する省令に基づく指導歯科医の資格要件を満たす歯科医師であること。

イ　研修歯科医２人につき、指導歯科医１人以上であること。

ウ　当該保険医療機関の歯科医師の数は、医療法に定める標準を満たしていること。

エ　加算の対象となる病院である保険医療機関は、臨床研修施設であって研修管理委員会が設置されている単独型臨床研修施設（歯科医師法第16条の２第１項に規定する臨床研修に関する省令（平成17年厚生労働省令第103号）第３条第１号に規定する単独型臨床研修施設をいう。）若しくは管理型臨床研修施設（同条第２号に規定する管理型臨床研修施設をいう。）又は単独型相当大学病院（歯科医師法第16条の２第１項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、単独で若しくは歯科医師法第16条の２第１項に規定する臨床研修に関する省令第３条第１号に規定する研修協力施設と共同して臨床研修を行う病院をいう。以下同じ。）若しくは管理型相当大学病院（歯科医師法第16条の２第１項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院を除く。）であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。

オ　当該保険医療機関の職員を対象とした保険診療に関する講習（当該保険医療機関が自ら行うものを指し、当該保険医療機関以外のものにより実施される場合を除く。）が年２回以上実施されていること。

（2）　協力型の施設基準

ア　協力型（Ⅰ）臨床研修施設（歯科医師法第16条の２第１項に規定する臨床研修に関する省令第３条第３号に規定する協力型臨床研修施設をいう。）又は協力型相当大学病院（歯

科医師法第16条の２第１項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して３月以上の臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院及び管理型相当大学病院を除く。）であって、２の(１)のアからウまでを満たしていること。

イ　研修歯科医が単独型臨床研修施設若しくは管理型臨床研修施設又は単独型相当大学病院若しくは管理型相当大学病院において実施される保険診療に関する講習を受けていること。

３　届出に関する事項

臨床研修病院入院診療加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第２の２　救急医療管理加算

１　救急医療管理加算に関する施設基準

（１）　休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の４の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。

ア　地域医療支援病院（医療法第４条第１項に規定する地域医療支援病院）

イ　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

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

なお、精神科救急医療施設の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」（平成20年５月26日障発第0526001号）に従い実施されたい。

（２）　第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。

（３）　夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

２　届出に関する事項

救急医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の２を用いること。

第３　超急性期脳卒中加算

１　超急性期脳卒中加算に関する施設基準

（１）　次のいずれかを満たしていること。

ア　当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が１名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞ｔ－ＰＡ適正使用に係る講習会を受講していること。

イ　次のいずれも満たしていること。

(イ)　「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関であって、超急性期脳卒中加算に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制が構築されていること。

(ロ)　日本脳卒中学会が定める「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）ガイドライン」に沿った情報通信機器を用いた診療を行う体制が整備されていること。

(ハ)　日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞ｔ－ＰＡ適正使用に係る講習会を受講している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（２）　脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。

（３）　脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ＩＣＵやＳＣＵと兼用であっても構わないものとする。

（４）　当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、これらの装置及び器具を他の治療室と共有していても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。

ア　救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

イ　除細動器

ウ　心電計

エ　呼吸循環監視装置

（５）　コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影等の必要な脳画像撮影及び診断、一般血液検査及び凝固学的検査並びに心電図検査が常時行える体制であること。

２　届出に関する事項

超急性期脳卒中加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式15を用いること。

第３の２　妊産婦緊急搬送入院加算

１　妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準

（１）　産科又は産婦人科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　妊産婦である患者の受診時に、緊急の分娩について十分な経験を有する専ら産科又は産婦人科に従事する医師が配置されており、その他緊急の分娩に対応できる十分な体制がとられていること。

（３）　妊産婦である患者の受診時に、緊急に使用可能な分娩設備等を有しており、緊急の分娩にも対応できる十分な設備を有していること。

２　届出に関する事項

妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第４　診療録管理体制加算

１　診療録管理体制加算１に関する施設基準

（１）　診療記録（過去５年間の診療録及び過去３年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。

（２）　中央病歴管理室が設置されており、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であること。

（３）　診療録管理部門又は診療記録管理委員会が設置されていること。

（４）　診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。

（５） 年間の退院患者数 2,000 名ごとに１名以上の専任の常勤診療記録管理者が配置されており、うち１名以上が専従であること。なお、診療記録管理者は、診療情報の管理、入院患者についての疾病統計（ＩＣＤ10 による疾病分類等）を行うものであり、診療報酬の請求事務（ＤＰＣのコーディングに係る業務を除く。）、窓口の受付業務、医療機関の経営・運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については診療記録管理者の業務としない。なお、当該専従の診療記録管理者は医師事務作業補助体制加算に係る医師事務作業補助者を兼ねることはできない。

（６） 入院患者についての疾病統計には、ＩＣＤ（国際疾病分類）上の規定に基づき、４桁又は５桁の細分類項目に沿って疾病分類がなされていること。

（７） 以下に掲げる項目を全て含む電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに検索・抽出できること。なお、当該データベースについては、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。また、当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報の取扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成 29 年４月 14 日（個人情報保護委員会、厚生労働省））「以下「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」という。」に基づく管理が実施されていること。

ア 退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所（郵便番号を含む。）

イ 入院日、退院日

ウ 担当医、担当診療科

エ ＩＣＤ（国際疾病分類）コードによって分類された疾患名

オ 手術コード（医科点数表の区分番号）によって分類された当該入院中に実施された手術

（８） 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。また、前月に退院した患者のうち、退院日の翌日から起算して 14 日以内に退院時要約が作成されて中央病歴管理室に提出された者の割合が毎月９割以上であること。なお、退院時要約については、全患者について退院後 30 日以内に作成されていることが望ましい。

（９） 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。なお、この場合、「診療情報の提供等に関する指針の策定について」（平成 15 年９月 12 日医政発第 0912001 号）を参考にすること。

(10) 許可病床数が 400 床以上の保険医療機関については、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき、専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること。また、当該責任者は、職員を対象として、少なくとも年１回程度、定期的に必要な情報セキュリティに関する研修を行っていること。さらに、当該保険医療機関は、非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制を確保することが望ましい。ただし、令和４年３月 31 日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関（許可病床数が 400 床以上のものに限る。）については、令和５年３月31日までの間、当該基準を満たしているものとみなす。

２ 診療録管理体制加算２に関する施設基準

（１） １の(1)から(4)まで、(9)及び(10)を満たしていること。

（２） １名以上の専任の診療記録管理者が配置されていること。

（３） 入院患者についての疾病統計には、ＩＣＤ大分類程度以上の疾病分類がされていること。

（４） 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。

（５） 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。

３ 届出に関する事項

（１） 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 17 を用いること。

（２） 毎年７月において、標準規格の導入に係る取組状況や医療情報システムのバックアップ体制の確保状況等について、別添７の様式 17 の２により届け出ること。

第４の２ 医師事務作業補助体制加算

１ 通則

（１） 医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、総合入院体制加算や急性期看護補助体制加算、地域医療体制確保加算等を届け出ている保険医療機関において、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。

ア 当該保険医療機関内に、医師の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該保険医療機関に勤務する医師の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

イ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、医師の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。

ウ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、「医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。また、当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年１回以上出席すること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。

エ ウの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。

オ 当該計画には以下の項目を含むこと。

医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（例えば、初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など）について計画に記載し、医療機関内の職員に向けて周知徹底するとともに、ウに規定する委員会等で取組状況を定期的に評価し、見直しを行うこと。

カ 当該計画には、医師の勤務体制等に係る取組について、次に掲げる項目のうち少なくとも２項目以上を含んでいること。

① 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施

② 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）

③　予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
④　当直翌日の業務内容に対する配慮
⑤　交替勤務制・複数主治医制の実施
⑥　育児・介護休業法第 23 条第１項、同条第３項又は同法第 24 条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

キ　医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

（２）（１)のウの計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を、15 対１補助体制加算の場合は当該加算の届出を行った病床数（以下この項において同じ。）15床ごとに１名以上、20対１補助体制加算の場合は 20 床ごとに１名以上、25 対１補助体制加算の場合は 25 床ごとに１名以上、30対１補助体制加算の場合は30床ごとに１名以上、40 対１補助体制加算の場合は 40 床ごとに１名以上、50 対１補助体制加算の場合は 50 床ごとに１名以上、75 対１補助体制加算の場合は 75 床ごとに１名以上、100 対１補助体制加算の場合は 100 床ごとに１名以上配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。）が、当該保険医療機関の常勤職員（週４日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週 32 時間以上である者をいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第１項、同条第３項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週30時間以上であること。）と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。ただし、当該医療機関において医療従事者として勤務している看護職員を医師事務作業補助者として配置することはできない。

（３）保険医療機関で策定した勤務医負担軽減策を踏まえ、医師事務作業補助者を適切に配置し、医師事務作業補助者の業務を管理・改善するための責任者（医師事務作業補助者以外の職員であって、常勤の者に限る。）を置くこと。当該責任者は適宜勤務医師の意見を取り入れ、医師事務作業補助者の配置状況や業務内容等について見直しを行い、実際に勤務医の事務作業の軽減に資する体制を確保することに努めること。なお、医師事務作業補助者が実際に勤務する場所については、業務として医師の指示に基づく医師の事務作業補助を行う限り問わないことから、外来における事務補助や、診断書作成のための部屋等における勤務も可能であること。

（４）当該責任者は、医師事務作業補助者を新たに配置してから６か月間は研修期間として、業務内容について必要な研修を行うこと。なお、６か月の研修期間内に32時間以上の研修（医師事務作業補助者としての業務を行いながらの職場内研修を含む。）を実施するものとし、当該医師事務作業補助者には実際に医師の負担軽減及び処遇の改善に資する業務を行わせるものであること。研修の内容については、次の項目に係る基礎知識を習得すること。また、職場内研修を行う場合には、その実地作業における業務状況の確認及び問題点に対する改善の取組みを行うこと。

ア　医師法、医療法、医薬品医療機器等法、健康保険法等の関連法規の概要
イ　個人情報の保護に関する事項

ウ　当該医療機関で提供される一般的な医療内容及び各配置部門における医療内容や用語等
エ　診療録等の記載・管理及び代筆、代行入力
オ　電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む。）

また、当該責任者は、医師事務作業補助者に対する教育システムを作成していることが望ましい。

（５）医療機関内に次の診療体制がとられ、規程を整備していること。

ア　医師事務作業補助者の業務範囲について、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある、「２　役割分担の具体例　（１)医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担１)書類作成等」に基づく院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備していること。

イ　診療記録（診療録並びに手術記録、看護記録等）の記載について、「診療録等の記載について」（昭和 63 年５月６日総第 17 号）等に沿った体制であり、当該体制について、規程を文書で整備していること。

ウ　個人情報保護について、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に準拠した体制であり、当該体制について、規程を文書で整備していること。

エ　電子カルテシステム（オーダリングシステムを含む。）について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に準拠した体制であり、当該体制について、規程を文書で整備していること。特に、「成りすまし」がないよう、電子カルテシステムの真正性について十分留意していること。医師事務作業補助者が電子カルテシステムに入力する場合は代行入力機能を使用し、代行入力機能を有しないシステムの場合は、業務範囲を限定し、医師事務作業補助者が当該システムの入力業務に携わらないこと。

２　医師事務作業補助体制加算１の施設基準

当該保険医療機関において３年以上の医師事務作業補助者としての勤務経験を有する医師事務作業補助者が、それぞれの配置区分ごとに５割以上配置されていること。

（１）15 対１補助体制加算の施設基準

次のいずれかの要件を満たしていること。

ア　「救急医療対策事業実施要綱」に規定する第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。

イ　年間の緊急入院患者数が 800 名以上の実績を有する病院であること。

（２）20 対１、25 対１、30 対１及び 40 対１補助体制加算の施設基準

次のいずれかの要件を満たしていること。

ア　「（１）　15 対１補助体制加算の施設基準」を満たしていること。

イ　「災害時における医療体制の充実強化について」（平成 24 年３月 21 日医政発 0321 第２号）に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」（平成 13 年５月 16 日医政発第 529 号）に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。

ウ　「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関である

こと。

エ　年間の緊急入院患者数が 200 名以上又は全身麻酔による手術件数が年間 800 件以上の実績を有する病院であること。

（３）　50 対１、75 対１及び 100 対１補助体制加算の施設基準

次のいずれかの要件を満たしていること。

ア　「（１）　15 対１補助体制加算の施設基準」又は「（２）　20 対１、25 対１、30 対１及び 40 対１補助体制加算の施設基準」を満たしていること。

イ　年間の緊急入院患者数が 100 名以上（75 対１及び 100 対１補助体制加算については 50 名以上）の実績を有する病院であること。

（４）　緊急入院患者数とは、救急搬送（特別の関係にある保険医療機関に入院する患者を除く。）により緊急入院した患者数及び当該保険医療機関を受診した次に掲げる状態の患者であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた重症患者のうち、緊急入院した患者数の合計をいう。なお、「周産期医療対策事業等の実施について」（平成 21 年３月 30 日医政発第 0330011 号）に規定される周産期医療を担う医療機関において救急搬送となった保険診療の対象となる妊産婦については、母体数と胎児数を別に数える。

ア　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態

イ　意識障害又は昏睡

ウ　呼吸不全又は心不全で重篤な状態

エ　急性薬物中毒

オ　ショック

カ　重篤な代謝異常（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ　広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷

ク　外傷、破傷風等で重篤な状態

ケ　緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又は t―PA 療法を必要とする状態

コ　消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態

サ　蘇生術を必要とする重篤な状態

シ　「ア」から「サ」までに準ずる状態又はその他の重症な状態であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者

３　医師事務作業補助体制加算２の施設基準

２の（１）から（３）までのいずれかの基準を満たす保険医療機関において、医師事務作業補助者がそれぞれの配置区分ごとに、配置されていること。

４　届出に関する事項

（１）　医師事務作業補助体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 13 の４、様式 18 及び様式 18 の２を用いること。

（２）　毎年７月において、前年度における医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、別添７の様式 13 の４により届け出ること。

（３）　当該加算の変更の届出に当たり、医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近７月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の４の届出を略すことができること。

第４の３　急性期看護補助体制加算

１　通則

（１）　年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。緊急入院患者数については、第４の２の２（４）と同様に取り扱うものであること。

（２）　年間の救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送人数を把握していること。

（３）　次のいずれかを算定する病棟であること。

ア　急性期一般入院基本料

イ　特定機能病院入院基本料（一般病棟）の７対１入院基本料又は 10 対１入院基本料

ウ　専門病院入院基本料の７対１入院基本料又は 10 対１入院基本料

（４）　急性期看護補助体制加算を算定するものとして届け出た病床に、直近３月において入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、下記別表のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。）の割合が急性期一般入院料６又は 10 対１入院基本料を算定する病棟においては一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰで 0.7 割以上、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱで 0.6 割以上であること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年４月及び 10 月とする。

別表

Ａ得点が２点以上かつＢ得点が３点以上の患者
Ａ得点が３点以上の患者
Ｃ得点が１点以上の患者

（５）　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入については、第１の１の（14）と同様であること。

（６）　急性期看護補助体制加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年１回以上受講した者であること。なお、研修内容については、別添２の第２の 11 の（４）の例による。

（７）　当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年１回以

上見直しを行うこと。

（８） 当該病棟の看護師長等が所定の研修（修了証が交付されるものに限る。）を修了していることが望ましいこと。また、当該病棟の全ての看護職員（所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が院内研修を年１回以上受講していることが望ましいこと。ただし、内容に変更がない場合は、２回目以降の受講は省略して差し支えない。なお、看護師長等の所定の研修及び看護職員の院内研修の内容については、別添２の第２の 11 の（６）の例による。

（９） 看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、同一の入院基本料を届け出ている病棟間を含め、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できる。

(10) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添２の第２の 11 の（３）の例による。

２ 25 対１急性期看護補助体制加算（看護補助者５割以上）の施設基準

（１） 当該病棟において、１日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

（２） 当該加算の届出に必要な看護補助者の最小必要数の５割以上が看護補助者（みなし看護補助者を除く。）であること。

３ 25 対１急性期看護補助体制加算（看護補助者５割未満）の施設基準

（１） 当該病棟において、１日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

（２） 当該病棟において、届出の対象となる看護補助者の最小必要数の５割未満が看護補助者（みなし看護補助者を除く。）であること。

４ 50 対１急性期看護補助体制加算の施設基準

当該病棟において、１日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 50 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

５ 75 対１急性期看護補助体制加算の施設基準

当該病棟において、１日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 75 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

６ 夜間 30 対１急性期看護補助体制加算の施設基準

当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 30 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

７ 夜間 50 対１急性期看護補助体制加算の施設基準

当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 50 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

８ 夜間 100 対１急性期看護補助体制加算の施設基準

当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 100 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

９ 夜間看護体制加算の施設基準

（１） 夜間 30 対１急性期看護補助体制加算、夜間 50 対１急性期看護補助体制加算又は夜間 100 対１急性期看護補助体制加算のいずれかを算定している病棟であること。

（２） 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア

又はウを含む３項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからケまでのうち、ア又はウを含む３項目以上を満たしていること。

ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が 11 時間以上であること。

イ ３交代制勤務又は変則３交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね 24 時間後以降となる勤務編成であること。

ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が２回以下であること。

エ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。

オ 当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。

カ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。

キ 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が５割以上であること。

ク 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。

ケ 当該病棟において、ＩＣＴ、ＡＩ、ＩｏＴ等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。

（３） （２）のアからエまでについては、届出前１か月に当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の各勤務のうち、やむを得ない理由により各項目を満たさない勤務が 0.5 割以内の場合は、各項目の要件を満たしているとみなす。（２）のキについては、暦月で１か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動は要件を満たしているとみなす。（２）のクについては、院内保育所の保育時間に当該保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち４時間以上が含まれること。ただし、当該院内保育所の利用者がいない日についてはこの限りではない。（２）のケについては、使用機器等が看護要員の業務負担軽減に資するかどうかについて、１年に１回以上、当該病棟に勤務する看護要員による評価を実施し、評価結果をもとに必要に応じて活用方法の見直しを行うこと。

10 看護補助体制充実加算の施設基準

（１） 看護補助体制充実加算に係る看護補助者に対する院内研修の内容については、別添２の第２の 11 の（４）の例による。ただし、エについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。

（２） 当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること。また当該病棟の全ての看護職員（所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が院内研修を年１回以上受講していること。ただし、内容に変更がない場合は、２回目以降の受講は省略して差し支えない。なお、当該

研修のそれぞれの内容については、別添２の第２の 11 の（６）の例による。

11　急性期看護補助体制加算について、令和４年３月 31 日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関にあっては、令和４年９月 30 日までの間は、令和４年度改定後の急性期看護補助体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。

12　届出に関する事項

（１）　急性期看護補助体制加算、看護補助体制充実加算、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間看護体制加算に関する施設基準に係る届出は別添７の様式８、様式９、様式 10、様式 13 の３及び様式 18 の３を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式８を省略することができること。なお、９の（２）に掲げる項目のうちア又はウを含む３項目以上満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になった場合であっても夜間看護体制加算に関する変更の届出は不要であること。また、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であって、別添７の様式８及び９を用いる場合は、それぞれの様式にまとめて必要事項を記載すれば、当該各様式について１部のみの届出で差し支えない。

（２）　毎年７月において、前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、別添７の様式 13 の３を届け出ること。

（３）　当該加算の変更の届出にあたり、看護職員の負担軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近７月に届け出た内容と変更がない場合は、「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等」の該当項目数が要件にある場合を除き様式 13 の３の届出を略すことができること。

（４）　令和４年３月 31 日時点で夜間看護体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月 30 日までの間に限り、９の⑵の基準を満たしているものとみなす。

第４の４　看護職員夜間配置加算

１　看護職員夜間 12 対１配置加算１の施設基準

（１）　年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。緊急入院患者数については、第４の２の２（４）と同様に取り扱うものであること。

（２）　年間の救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送人数を把握していること。

（３）　次のいずれかを算定する病棟であること。

ア　急性期一般入院基本料

イ　特定機能病院入院基本料（一般病棟）の７対１入院基本料又は 10 対１入院基本料

ウ　専門病院入院基本料の７対１入院基本料又は 10 対１入院基本料

（４）　看護職員夜間配置加算を算定するものとして届け出た病床に、直近３月において、入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、下記別表のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。）の割合が急性期一般入院料６又は 10 対１入院基本料を算定する病棟においては重症度、医療・看護必要度Ⅰで 0.7 割以上、重症度、医療・看護必要度Ⅱで 0.6 割以上であること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の 10 日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年４月及び 10 月とする。

別表

Ａ得点が２点以上かつＢ得点が３点以上の患者
Ａ得点が３点以上の患者
Ｃ得点が１点以上の患者

（５）　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入については、第１の１の（14）と同様であること。

（６）　当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 12 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。ただし、同一の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。なお、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、３以上であることとする。

（７）　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添２の第２の 11 の（３）の例による。

（８）　次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む４項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからコまでのうち、ア又はウを含む４項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添３の第４の３の９の（３）と同様であること。

ア　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が 11 時間以上であること。

イ　３交代制勤務又は変則３交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね 24 時間後以降となる勤務編成であること。

ウ　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の連続して行う夜勤の数が２回以下であること。

エ　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。

オ　当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。

カ　当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。

キ　夜間30対１急性期看護補助体制加算、夜間50対１急性期看護補助体制加算又は夜間100対１急性期看護補助体制加算を届け出ている病棟であること。

ク　当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が５割以上であること。

ケ　当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。

コ　当該病棟において、ＩＣＴ、ＡＩ、ＩｏＴ等の活用によって、看護職員の業務負担軽減を行っていること。

２　看護職員夜間12対１配置加算２の施設基準

１の(１)から(７)までを満たすものであること。

３　看護職員夜間16対１配置加算１の施設基準

(１)　１の(１)から(５)まで、(７)及び(８)を満たすものであること。

(２)　当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。ただし、同一の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。なお、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、３以上であることとする。

４　看護職員夜間16対１配置加算２の施設基準

(１)　１の(１)、(２)、(５)及び(７)並びに３の(２)を満たすものであること。

(２)　急性期一般入院料２から５までのいずれかを算定する病棟であること。

５　看護職員夜間配置加算について、令和４年３月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関にあっては、令和４年９月30日までの間、令和４年度改定後の看護職員夜間配置加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。

６　届出に関する事項

(１)　看護職員夜間配置加算に関する施設基準に係る届出は別添７の様式８、様式９、様式10、様式13の３及び様式18の３を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式８を省略することができること。なお、１の(８)に掲げる項目のうちア又はウを含む４項目以上満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になった場合であっても変更の届出は不要であること。また、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であって、別添７の様式８及び９を用いる場合は、それぞれの様式にまとめて必要事項を記載すれば、当該各様式について１部のみの届出で差し支えない。

(２)　毎年７月において、前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取込状況を評価するため、別添７の様式13の３を届け出ること。

(３)　当該加算の変更の届出にあたり、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近７月に届け出た内容と変更がない場合は、「夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等」の該当項目数が要件にある場合を除き様式13の３の届出を略すことができること。

(４)　令和４年３月31日時点で看護職員夜間配置加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月30日までの間に限り、１の(８)の基準を満たしているものみなすものであること。

第４の５　削除

第５　特殊疾患入院施設管理加算

１　特殊疾患入院施設管理加算に関する施設基準

(１)　病院である保険医療機関の一般病棟（障害者施設等一般病棟に限る。）、精神病棟又は有床診療所（一般病床に限る。）を単位とすること。

(２)　当該病棟又は当該有床診療所（一般病床に限る。）における直近１か月間の入院患者数の概ね７割以上が、重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者であること。

(３)　重度の意識障害者とは、次に掲げる者をいう。

ア　意識障害レベルがＪＣＳ(Japan Coma Scale)でⅡ－３（又は30）以上又はＧＣＳ（Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態が２週以上持続している患者

イ　無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

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

２　届出に関する事項

特殊疾患入院施設管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式19及び様式20を用いること。また、当該管理の行われる病棟又は有床診療所（一般病床に限る。）の平面図を添付すること。

第６　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算に規定する状態

１　超重症児（者）とは判定基準による判定スコアが25点以上であって、介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等、特別の医学的管理が必要な状態が６月以上継続している状態であること。ただし、新生児集中治療室又は新生児特定集中治療室を退室した患児であって当該治療室での状態が引き続き継続する患児については、当該状態が１月以上継続する場合とする。なお、新生児集中治療室又は新生児特定集中治療室を退室した後の症状増悪又は新たな疾患の発生については、その後の状態が６月以上継続する場合とする。

2　準超重症児（者）とは判定基準による判定スコアが10点以上であって、超重症児（者）に準ずる状態であること。

3　「基本診療料の施設基準等」における超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準による判定スコアについては、別添６の別紙14を参照のこと。

第６の２　看護配置加算

1　看護配置加算に関する施設基準

（1）　地域一般入院料３、障害者施設等入院基本料15対１入院基本料又は結核病棟入院基本料若しくは精神病棟入院基本料の15対１入院基本料、18対１入院基本料若しくは20対１入院基本料を算定する病棟であること。

（2）　当該病棟において、看護職員の最小必要数の７割以上が看護師であること。

2　届出に関する事項

看護配置加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式８及び様式９を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式８を省略することができること。なお、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であって、別添７の様式８及び９を用いる場合は、それぞれの様式にまとめて必要事項を記載すれば、当該各様式について１部のみの届出で差し支えない。

第７　看護補助加算

1　看護補助加算に関する施設基準

（1）　看護補助加算１を算定するものとして届け出た病床（地域一般入院料１若しくは地域一般入院料２を算定する病棟又は13対１入院基本料を算定する病棟に限る。）に、直近３月において入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙７の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、下記別表のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。）の割合が重症度、医療・看護必要度Ⅰで0.5割以上、重症度、医療・看護必要度Ⅱで0.4割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠ又はⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年４月及び10月とする。

別表

Ａ得点が２点以上かつＢ得点が３点以上の患者
Ａ得点が３点以上の患者
Ｃ得点が１点以上の患者

（2）　一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入については、第１の１の(14)と同様であること。

（3）　看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、同一の入院基本料を届け出ている病棟間を含め、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できること。

（4）　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添２の第２の11の(3)の例による。

（5）　看護補助加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年１回以上受講した者であること。なお、院内研修の内容については、別添２の第２の11の１の(4)の例による。

（6）　当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年１回以上見直しを行うこと。

（7）　当該病棟の看護師長等が所定の研修（修了証が交付されるものに限る。）を修了していることが望ましいこと。また、当該病棟の全ての看護職員（所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が院内研修を年１回以上受講していることが望ましいこと。ただし、内容に変更がない場合は、２回目以降の受講は省略して差し支えない。なお、看護師長等の所定の研修及び看護職員の院内研修の内容については、別添２の第２の11の(6)の例による。

（8）　看護補助加算１について、令和４年３月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関にあっては、令和４年９月30日までの間、令和４年度改定後の看護補助加算１の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。

2　夜間75対１看護補助加算の施設基準

次のいずれかを算定する病棟であること。

（1）　地域一般入院料１又は地域一般入院料２

（2）　専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る。）の13対１入院基本料

3　夜間看護体制加算の施設基準

（1）　看護補助者を夜勤時間帯に配置していること。

（2）　次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む４項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからコまでのうち、ア又はウを含む４項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添３の第４の３の９の(3)と同様であること。

ア　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。

イ　３交代制勤務又は変則３交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する

看護要員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること。

ウ　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が２回以下であること。

エ　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。

オ　当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。

カ　当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。

キ　当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者の業務のうち５割以上が療養生活上の世話であること。

ク　当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が５割以上であること。

ケ　当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。

コ　当該病棟において、ＩＣＴ、ＡＩ、ＩｏＴ等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。

４　看護補助体制充実加算の施設基準

（１）　看護補助体制充実加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年１回以上受講したものであること。なお、研修の内容については、、別添２の第２の11の(４)の例による。ただし、エについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、当該マニュアルを用いた院内研修を実施していること。

（２）　当該病棟の看護師長等は所定の研修を修了していること及び当該病棟の全ての看護職員（所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が院内研修を年１回以上受講していること。ただし、内容に変更が無い場合は、２回目以降の受講は省略して差し支えない。なお、当該研修のそれぞれの内容については、別添２の第２の11の(６)の例による。

５　届出に関する事項

（１）　看護補助加算及び看護補助体制充実加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式８、様式９、様式13の３及び様式18の３を用いるが、地域一般入院料１若しくは地域一般入院料２又は13対１入院基本料を算定する病棟において看護補助加算１を届け出る場合さらに別添７の様式10も用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式８を省略することができること。なお、３の(２)に掲げる項目のうちア又はウを含む４項目以上満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になった場合であっても変更の届出は不要であること。また、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であって、別添７の様式８及び９を用いる場合は、それぞれの様式にまとめて必要事項を記載すれば、当該各様式について１部のみの届出で差し支えない。

（２）　毎年７月において、前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する取組状況を評価するため、別添７の様式13の３を届け出ること。

（３）　当該加算の変更の届出にあたり、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の取組状況について、直近７月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の３の届出を略すことができること。

（４）　令和４年３月31日時点で夜間看護体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月30日までの間に限り、３の(２)の基準を満たしているものとみなす。

第８　地域加算

一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の３第１項に規定する人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域は、別紙１のとおりであること。

第９　療養環境加算

１　療養環境加算に関する施設基準

（１）　病棟を単位とすること。

（２）　病室に係る病床の面積が、内法による測定で、１病床当たり８平方メートル以上であること。ただし、当該病棟内に１病床当たり6.4平方メートル未満の病室を有する場合には算定できない。

（３）　要件となる１病床当たり面積は、医療法上の許可等を受けた病床に係る病室（特別の療養環境の提供に係る病室を除く。）の総床面積を当該病床数（特別の療養環境の提供に係る病室に係る病床を除く。）で除して得た面積とすること。

（４）　病棟内であっても、診察室、廊下、手術室等病室以外の部分の面積は算入しないこと。なお、病室内に附属している浴室・便所等の面積は算入の対象となるものであること。

（５）　特別の療養環境の提供に係る病床又は特定入院料を算定している病床若しくは病室については、当該加算の対象から除外すること。

（６）　当該病院の医師及び看護要員の数は、医療法に定める標準を満たしていること。

（７）　平成26年３月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(２)の内法の規定を満たしているものとする。

２　届出に関する事項

療養環境加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式22を用いること。また、当該保険医療機関の平面図（当該加算を算定する病棟の面積等が分かるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第10　重症者等療養環境特別加算

１　重症者等療養環境特別加算に関する施設基準

（１）　病院である保険医療機関の一般病棟（特殊疾患入院施設管理加算に係る病棟を除く。）における特定の病床を単位として行うこと。

（２）　当該基準の届出の対象となる病床は次のいずれにも該当すること。

ア　個室又は２人部屋であること。

イ　重症者等の容態が常時監視できるような設備又は構造上の配慮がなされていること（心

拍監視装置等の患者監視装置を備えている場合又は映像による患者観察システムを有する場合を含む。）。

ウ　酸素吸入、吸引のための設備が整備されていること。

エ　特別の療養環境の提供に係る病室でないこと。

（３）　当該基準の届出の対象となる病床数は、当該保険医療機関の一般病棟に入院している重症者等（重症者等療養環境特別加算を算定できる入院料に係る届出を行っている病床に入院している患者に限る。）の届出前１月間の平均数を上限とする。ただし、当該保険医療機関の当該加算を算定できる入院料に係る届出を行っている病床の平均入院患者数の８％未満とし、当該保険医療機関が特別の診療機能等を有している場合であっても、当該加算を算定できる入院料に係る届出を行っている病床の平均入院患者数の10%を超えないこと。

２　届出に関する事項

重症者等療養環境特別加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 23 及び様式 23 の２を用いること。また、当該届出に係る病棟の平面図（当該施設基準に係る病床及びナースステーションが明示されているもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第 11　療養病棟療養環境加算

１　療養病棟療養環境加算に関する施設基準

（１）　療養病棟療養環境加算１に関する施設基準

ア　当該療養病棟に係る病室の病床数は、１病室につき４床以下であること。

イ　当該療養病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者１人につき、6.4 平方メートル以上であること。

ウ　当該療養病棟に係る病室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.8 メートル以上であること。ただし、両側に居室（両側にある居室の出入口が当該廊下に面している場合に限る。）がある廊下の幅は、2.7 メートル以上であること。なお、廊下の幅は、柱等の構造物（手すりを除く。）も含めた最も狭い部分において、基準を満たすこと。

エ　当該病院に機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の床面積は、内法による測定で、40 平方メートル以上であること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその附属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具（角度計、握力計等）であること。

オ　療養病棟に係る病床に入院している患者１人につき、内法による測定で１平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。

カ　療養病棟の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、オに規定する食堂と兼用であっても差し支えない。

キ　当該保険医療機関内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。

ク　当該病棟に係る病棟床面積は、患者１人につき内法による測定で、16 平方メートル以上であること。なお、病棟床面積の算定に当たっては、当該病棟内にある治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等を面積に算入しても差し支えない。

（２）　療養病棟療養環境加算２に関する施設基準

（１）のアからキまでを満たしていること。

２　届出に関する事項

（１）　療養病棟療養環境加算１及び２の施設基準に係る届出は、別添７の様式 24 及び様式 24 の２を用いること。また、当該病棟の平面図（当該加算を算定する病棟の面積等が分かるもの）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

（２）　平成 26 年３月 31 日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

第 11 の２　療養病棟療養環境改善加算

１　療養病棟療養環境改善加算に関する施設基準

（１）　療養病棟療養環境改善加算１に関する施設基準

ア　当該療養病棟に係る病室の病床数は、１病室につき４床以下であること。

イ　当該療養病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者１人につき、6.4 平方メートル以上であること。

ウ　当該病院に機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の床面積は、内法による測定で、40 平方メートル以上であること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその附属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具（角度計、握力計等）であること。

エ　療養病棟に係る病床に入院している患者１人につき、内法による測定で１平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。

オ　療養病棟の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、エに規定する食堂と兼用であっても差し支えない。

カ　当該保険医療機関内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。

キ　当該加算を算定できる期間については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間とすること。

（２）　療養病棟療養環境改善加算２に関する施設基準

ア　（１）のエからカまでを満たしていること。

イ　当該病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者１人につき、6.0 平方メートル以上であること。

ウ　当該病院に機能訓練室を有していること。

エ　当該加算の対象病棟については、平成 24 年３月 31 日において、現に療養病棟療養環境加算４に係る届出を行っている病棟のみとすること。

オ　当該加算を算定できる期間については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間とすること。

（３）　平成 26 年３月 31 日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

２　届出に関する事項

療養病棟療養環境改善加算１及び２の施設基準に係る届出は、別添７の様式 24 及び様式 24 の

２を用いること。また、当該病棟の平面図（当該加算を算定する病棟の面積等が分かるもの）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

また、当該病棟の療養環境の改善に資する計画を、別添７の様式24の３に準じて策定し、届け出るとともに、毎年７月にその改善状況について地方厚生（支）局長に報告すること。

第12　診療所療養病床療養環境加算

１　診療所療養病床療養環境加算に関する施設基準

（１）　診療所である保険医療機関において、当該療養病床を単位として行うこと。

（２）　当該療養病床に係る病室の病床数は、１病室につき４床以下であること。

（３）　当該療養病床に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者１人につき、6.4 平方メートル以上であること。

（４）　当該療養病床に係る病室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.8 メートル以上であること。ただし、両側に居室（両側にある居室の出入口が当該廊下に面している場合に限る。）がある廊下の幅は、2.7 メートル以上であること。なお、廊下の幅は、柱等の構造物（手すりを除く。）も含めた最も狭い部分において、基準を満たすこと。

（５）　当該診療所に機能訓練室を有していること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその附属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種杖、各種測定用具（角度計、握力計等）であること。

（６）　療養病床に係る病床に入院している患者１人につき、内法による測定で１平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。

（７）　当該診療所内に、療養病床の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、（６）に定める食堂と兼用であっても差し支えない。

（８）　当該診療所内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。

２　届出に関する事項

（１）　診療所療養病床療養環境加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式25を用いること。また、当該診療所の平面図（当該加算を算定する病床の面積等が分かるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

（２）　平成 26 年３月 31 日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病床の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとすること。

第12の２　診療所療養病床療養環境改善加算

１　診療所療養病床療養環境改善加算に関する施設基準

（１）　診療所である保険医療機関において、当該療養病床を単位として行うこと。

（２）　当該療養病床に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者１人につき、6.0 平方メートル以上であること。

（３）　当該診療所に機能訓練室を有していること。

（４）　当該加算を算定できる病床については、平成 24 年３月 31 日時点で診療所療養病床療養環境加算２を算定している病床のみとすること。

（５）　当該加算を算定できる期間については、当該病床の増築又は全面的な改築を行うまでの間とすること。

（６）　平成 26 年３月 31 日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病床の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとすること。

２　届出に関する事項

診療所療養病床療養環境改善加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式25を用いること。また、当該診療所の平面図（当該加算を算定する病床の面積等が分かるもの。）を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

また、当該病床の療養環境の改善に資する計画を、別添７の様式25の２に準じて策定し、届け出るとともに、毎年７月にその改善状況について地方厚生（支）局長に報告すること。

第12の３　無菌治療室管理加算

１　無菌治療室管理加算に関する施設基準

（１）　無菌治療室管理加算１に関する施設基準

ア　当該保険医療機関において自家発電装置を有していること。

イ　滅菌水の供給が常時可能であること。

ウ　個室であること。

エ　室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ＩＳＯクラス６以上であること。

オ　当該治療室の空調設備が垂直層流方式、水平層流方式又はその双方を併用した方式であること。

（２）　無菌治療室管理加算２に関する施設基準

ア　室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ＩＳＯクラス７以上であること。

イ　（１）のア及びイを満たしていること。

２　届出に関する事項

（１）　無菌治療室管理加算１及び無菌治療室管理加算２の施設基準に係る届出は、別添７の様式26の２を用いること。

（２）　当該保険医療機関の平面図（当該届出に係る自家発電装置が分かるもの）を添付すること。

（３）　当該届出に係る病棟の平面図（当該届出に係る病室が明示されており、滅菌水の供給場所及び空調設備の概要が分かるもの）を添付すること。

第12の４　放射線治療病室管理加算の施設基準

１　治療用放射性同位元素による治療の場合の施設基準

治療用放射性同位元素による治療を行う十分な設備を有しているものとして、以下のいずれも満たしていること。

（１）　医療法施行規則第 30 条の 12 に規定する放射線治療病室又は特別措置病室であること。なお、当該病室の画壁等の外側における実効線量が１週間につき１ミリシーベルト以下になる

ように画壁等その他必要な遮蔽物を設けること。ただし、当該病室の画壁等の外側が、人が通行又は停在することのない場所である場合は、この限りでない。

（２） 当該病室内又は病室付近に必要な放射線測定器（放射性同位元素による汚染の検査に係るもの）、器材（放射性同位元素による汚染の除去に係るもの）及び洗浄設備並びに更衣設備を設置していること。ただし、当該病室が特別措置病室である場合には、更衣設備の設置に代えて、作業衣を備えることをもって、当該基準を満たしているものとして差し支えない。

ウ　当該病室が放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示していること。

２　密封小線源による治療の場合の施設基準

密封小線源による治療を行う治療を行う十分な設備を有しているものとして、以下のいずれも満たしていること。

（１） 医療法施行規則第 30 条の 12 に規定する放射線治療病室又は特別措置病室であること。なお、当該病室の画壁等の外側における実効線量が１週間につき１ミリシーベルト以下になるように画壁等その他必要な遮蔽物を設けること。ただし、当該病室の画壁等の外側が、人が通行又は停在することのない場所である場合は、この限りでない。

（２） 当該病室が放射線治療病室又は特別措置病室である旨を掲示していること。

３　届出に関する事項

（１） 放射線治療病室管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 26 の３を用いること。

（２） 当該病室の平面図を添付すること。

第 13　重症皮膚潰瘍管理加算

１　重症皮膚潰瘍管理加算に関する施設基準

（１） 個々の患者に対する看護計画の策定、患者の状態の継続的評価、適切な医療機器の使用、褥瘡等の皮膚潰瘍の早期発見及び重症化の防止にふさわしい体制にあること。

（２） その他褥瘡等の皮膚潰瘍の予防及び治療に関して必要な処置を行うにふさわしい体制にあること。

２　届出に関する事項

重症皮膚潰瘍管理加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 14　緩和ケア診療加算

１　緩和ケア診療加算に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関内に、以下の４名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。

ア　身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師

イ　精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師

ウ　緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師

エ　緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師

なお、アからエまでのうちいずれか１人は専従であること。ただし、緩和ケアチームが診察する患者数が１日に 15 人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

また、緩和ケア診療加算の注２に規定する点数を算定する場合には、以下の４名から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。

オ　身体症状の緩和を担当する常勤医師

カ　精神症状の緩和を担当する医師

キ　緩和ケアの経験を有する看護師

ク　緩和ケアの経験を有する薬剤師

（２） 緩和ケアチームの構成員は、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。

また、緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲において、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の２分の１以下であること。）。

（３） （１）のア又はオに掲げる医師は、悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした３年以上の経験を有する者であること。なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした３年以上の経験を有する者であっても差し支えない。また、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした３年以上の経験を有する医師に限る（末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした３年以上の経験を有する者であっても差し支えない。）。）を２名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該２名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（４） （１）のイ又はカに掲げる医師は、３年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。なお、イに掲げる常勤医師については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（３年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する医師に限る。）を２名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該２名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（５） （１）のア、イ、オ及びカに掲げる医師のうち、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、アからウまでのいずれかの研修を修了している者であること。なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

ア　がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会

イ　緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等

ウ　日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース

（６） （１）のウ又はキに掲げる看護師は、５年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、

緩和ケア病棟等における研修を修了している者であること。なお、ここでいう緩和ケア病棟等における研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）。

イ　緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ　講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

（イ）　ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要

（ロ）　悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療

（ハ）　悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程

（ニ）　緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法

（ホ）　セルフケアへの支援及び家族支援の方法

（ヘ）　ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ

（ト）　ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント

（チ）　コンサルテーション方法

（リ）　ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について

エ　実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

（７）　（１）のエ又はクに掲げる薬剤師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。

（８）　（１）のア、イ、オ及びカに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。

（９）　症状緩和に係るカンファレンスが週１回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う医師、看護師、薬剤師などが参加していること。

(10)　当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。

(11)　院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

(12)　緩和ケア診療加算の注４に規定する点数を算定する場合には、緩和ケアチームに、緩和ケア病棟において緩和ケアを要する患者に対する患者の栄養食事管理に従事した経験又は緩和ケア診療を行う医療機関において栄養食事管理に係る３年以上の経験を有する専任の管理栄養士が参加していること。

(13)　がん診療の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 30 年７月 31 日健発 0731 第１号厚生労働省健康局長通知）に規定するがん診療連携拠点病院等（がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院）、特定領域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院又は「小児がん拠点病院の整備について」（平成 30 年７月 31 日健発 0731 第２号厚生労働省健康局長通知）に規定する小児がん拠点病院）をいう。特定領域がん診療連携拠点病院については、当該特定領域の悪性腫瘍の患者についてのみ、がん診療連携拠点病院に準じたものとして取り扱う。

また、がん診療の拠点となる病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病院）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。

２　届出に関する事項

緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式27 を用いること。

第14の２　有床診療所緩和ケア診療加算

１　有床診療所緩和ケア診療加算に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関内に、身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師が配置されていること。

（２）　（１）に掲げる医師は、悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした１年以上の経験を有する者であること。なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした１年以上の経験を有する者であっても差し支えない。

（３）　（１）に掲げる看護師は、３年以上悪性腫瘍の患者の看護に従事した経験を有する者であること。

（４）　（１）に掲げる医師又は看護師のいずれかが所定の研修を修了している者であること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療又は看護を行う場合は、この限りではない。

（５）　（４）に掲げる「所定の研修を修了している」とは次のとおりであること。

①　（１）に掲げる医師については、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を、末期心不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了していること。

ア　がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会

イ　緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等

ウ　日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース

②　（１）に掲げる看護師については、次の事項に該当する研修を修了していること。

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（２日以上かつ10時間の研修期間で、修了証が交付されるもの）。

イ　緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ　講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

（イ）　緩和ケア総論及び制度等の概要

（ロ）　緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法

（ハ）　セルフケアへの支援及び家族支援の方法

（６）　当該診療所における夜間の看護職員の数が１以上であること。

（７）　院内の見やすい場所に緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

2　届出に関する事項

有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式27の２を用いること。

第15　精神科応急入院施設管理加算

1　精神科応急入院施設管理加算に関する施設基準

（1）　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）第18条第１項の規定による指定を受けた精神保健指定医（以下「精神保健指定医」という。）１名以上及び看護師、その他の者３名以上が、あらかじめ定められた日に、適時、精神保健福祉法第33条の４第１項及び第34条第１項から第３項までの規定により移送される患者（以下「応急入院患者等」という。）に対して診療応需の態勢を整えていること。

（2）　当該病院の病床について、１日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病床を含む当該病棟の入院患者の数が20又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、当該病床を含む当該病棟において、１日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病床を含む当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員１を含む２以上であることができる。 また、看護職員の数が最小必要数の８割以上であり、かつ、看護職員の２割以上が看護師であること。ただし、地域における応急入院患者等に係る医療及び保護を提供する体制の確保を図る上でやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

（3）　応急入院患者等のための病床として、あらかじめ定められた日に１床以上確保していること。

（4）　応急入院患者等の医療及び保護を行うにつき必要な検査が速やかに行われる態勢にあること。

2　届出に関する事項

精神科応急入院施設管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定医番号を記載すること。）及び様式28を用いること。また、当該届出に係る病棟の平面図（当該管理に係る専用病床が明示されていること。）並びに精神保健福祉法第33条の７第１項に基づく都道府県知事による応急入院指定病院の指定通知書の写しを添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第16　精神病棟入院時医学管理加算

1　精神病棟入院時医学管理加算の施設基準

（1）　病院である保険医療機関の精神病棟を単位とすること。

（2）　精神科救急医療施設の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に従い実施されたい。

2　届出に関する事項

精神病棟入院時医学管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式29を用いること。

第16の２　精神科地域移行実施加算

1　精神科地域移行実施加算の施設基準

（1）　精神科を標榜する病院である保険医療機関において病棟を単位として行うものとすること。

（2）　区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料（15対１入院基本料、18対１入院基本料及び20対１入院基本料に限る。）、区分番号「Ａ１０４」特定機能病院入院基本料（15対１精神病棟入院基本料に限る。）、区分番号「Ａ３１２」精神療養病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。

（3）　当該病院に専門の部門（以下この項において「地域移行推進室」という。）が設置され、地域移行推進のための体制が院内に確保されていること。

（4）　地域移行推進室に常勤の精神保健福祉士が１名以上配置されていること。なお、当該精神保健福祉士は、入院患者の地域移行支援に係る業務（当該患者又はその家族等に対して、退院後地域で生活するに当たっての留意点等について面接等を行うなどの業務）に専従していることが必要であり、業務を行う場所が地域移行推進室である必要はないこと。また、当該精神保健福祉士は、区分番号「Ａ３１２」精神療養病棟入院料の「注５」等に規定する退院支援部署と兼務することができ、地域移行推進室と退院支援部署は同一でも差し支えない。

（5）　当該保険医療機関における入院期間が５年を超える入院患者数のうち、退院した患者（退院後３月以内に再入院した患者を除く。）の数が１年間で５％以上の実績（以下この項において「退院に係る実績」という。）があること。

（6）　退院に係る実績は、１月から12月までの１年間における実績とし、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年の３月末日まで所定点数を算定できるものとする。従って、１月から 12 月までの１年間の実績において、要件を満たさない場合には、翌年の４月１日から翌々年の３月末日までは所定点数を算定できない。なお、退院に係る実績については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア　１月１日において入院期間が５年以上である患者のうち、１月から12月までの間に退院した患者（退院後３月以内に再入院した患者を除く。）数

イ　１月１日において入院期間が５年以上である患者数

（7）　（6）にかかわらず、当該施設基準の届出を初めて行う場合は、届出を行う月の前月から遡って１年間における退院に係る実績が５％以上であれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の初日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該初日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、（6）によるものであること。

（8）　死亡又は他の医療機関への転院による退院については、退院に係る実績に算入しない。

（9）　（6）のアの期間内に入院期間が５年以上となり、かつ退院した患者については次年度の実績として算入する。

2　届出に関する事項

精神科地域移行実施加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式30を用いること。

第16の３　精神科身体合併症管理加算

１　精神科身体合併症管理加算の施設基準

（１）　精神科を標榜する病院であって、当該病棟に専任の内科又は外科の医師が１名以上配置されていること。

（２）　区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料（10対１入院基本料、13対１入院基本料及び15対１入院基本料に限る。）、区分番号「Ａ１０４」特定機能病院入院基本料（精神病棟である７対１入院基本料、10対１入院基本料、13対１入院基本料及び15対１入院基本料に限る。）、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料、「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料及び区分番号「Ａ３１４」認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。

（３）　必要に応じて患者の受入れが可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携（他の保険医療機関を含む。）が確保されていること。

２　届出に関する事項

精神科身体合併症管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式31を用いること。

第17　精神科リエゾンチーム加算

１　精神科リエゾンチーム加算の施設基準

（１）　当該保険医療機関内に、以下の３名以上から構成される精神医療に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「精神科リエゾンチーム」という。）が設置されていること。

ア　５年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師（他の保険医療機関を主たる勤務先とする精神科の医師が対診等により精神科リエゾンチームに参画してもよい。）

イ　精神科等の経験を３年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師（精神科等の経験は入院患者の看護の経験１年以上を含むこと。）

ウ　精神科病院又は一般病院での精神医療に３年以上の経験を有する専従の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤公認心理師のうち、いずれか１人。ただし、当該精神科リエゾンチームが診察する患者数が週に15人以内である場合は、精神科病院又は一般病院での精神医療に３年以上の経験を有する専任の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤公認心理師のうち、いずれか１人で差し支えない。この場合であっても、週16時間以上精神科リエゾンチームの診療に従事する必要があること。

（２）　（１）のイに掲げる看護師は、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア　国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）又は保健師助産師看護師法第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修であること。

イ　精神看護関連領域に係る専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ　講義及び演習は、次の内容を含むものである。

（イ）　精神看護関連領域に必要な理論及び保健医療福祉制度等の概要

（ロ）　精神症状の病因・病態、治療

（ハ）　精神看護関連領域における倫理的課題と対応方法

（ニ）　精神看護関連領域に関するアセスメントと援助技術

（ホ）　患者・家族の支援、関係調整

（ヘ）　ケアの連携体制の構築（他職種・他機関との連携、社会資源の活用）

（ト）　ストレスマネジメント

（チ）　コンサルテーション方法

エ　実習により、事例に基づくアセスメントと精神看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。

（３）　精神科リエゾンチームが設置されている保険医療機関の入院患者の精神状態や算定対象となる患者への診療方針などに係るカンファレンスが週１回程度開催されており、精神科リエゾンチームの構成員及び必要に応じて当該患者の診療を担当する医師、看護師などが参加していること。

（４）　精神科リエゾンチームによる診療実施計画書や治療評価書には、精神症状等の重症度評価、治療目標、治療計画等の内容を含んでいること。

（５）　精神科リエゾンチームによる当該診療を行った患者数や診療の回数等について記録していること。

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

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

２　届出に関する事項

精神科リエゾンチーム加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式32を用いること。

第17の２　強度行動障害入院医療管理加算

１　強度行動障害入院医療管理加算の施設基準

次の各号のいずれかに該当する病棟であること。

（１）　児童福祉法第42条第２号に規定する医療型障害児入所施設（主として重症心身障害児を入所させるものに限る。）又は同法第６条の２の２第３項に規定する独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定するものに係る障害者施設等入院基本料を算定する病棟であること。

（２）　児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟であること。

２　強度行動障害入院医療管理加算の対象患者

「基本診療料の施設基準等」における強度行動障害スコア、医療度判定スコアについては、別添６の別紙14の２を参照のこと。

３　届出に関する事項

強度行動障害入院医療管理加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第17の３　依存症入院医療管理加算

１　依存症入院医療管理加算の施設基準

（１）　精神科を標榜する保険医療機関であること。

（２） 当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が２名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている精神保健指定医である非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、当該常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。

（３） アルコール依存症の患者に対して治療を行う場合においては、当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師１名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ１名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか１名が研修を修了していること。なお、研修については、以下の要件を満たすものであること。

ア 医師の研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する医師の養成を目的とした 20 時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

（イ） アルコール精神医学
（ロ） アルコールの公衆衛生学
（ハ） アルコール依存症と家族
（ニ） 再飲酒防止プログラム
（ホ） アルコール関連問題の予防
（ヘ） アルコール内科学及び生化学
（ト） 病棟実習

イ 看護師の研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした 25 時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

（イ） アルコール依存症の概念と治療
（ロ） アルコール依存症者の心理
（ハ） アルコール依存症の看護・事例検討
（ニ） アルコール依存症と家族
（ホ） アルコールの内科学
（ヘ） 病棟実習

ウ 精神保健福祉士・公認心理師等の研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する精神保健福祉士・公認心理師等の養成を目的とした 25 時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

（イ） アルコール依存症の概念と治療
（ロ） アルコール依存症のインテーク面接
（ハ） アルコール依存症と家族
（ニ） アルコールの内科学
（ホ） アルコール依存症のケースワーク・事例検討
（ヘ） 病棟実習

（４） 薬物依存症の患者に対して治療を行う場合においては、当該保険医療機関に薬物依存症に係る適切な研修を修了した医師１名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ１名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか１名が研修を修了していること。なお、研修については、以下の要件を満たすものであること。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（14 時間以上の研修時間であるもの）

イ 研修内容に以下の内容を含むものであること

（イ） 依存症の疫学、依存性薬物の薬理学的特徴と乱用の動向
（ロ） 依存症患者の精神医学的特性
（ハ） 薬物の使用に対する司法上の対応
（ニ） 依存症に関連する社会資源
（ホ） 依存症に対する集団療法の概要と適応
（ヘ） 集団療法患者に対する入院対応上の留意点
（ト） デモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク

（５） 必要に応じて、当該保険医療機関の精神科以外の医師が治療を行う体制が確保されていること。

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

ア 平成 31 年３月 31 日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

２ 届出に関する事項

依存症入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 32 の３を用いること。

第17の４ 摂食障害入院医療管理加算

１ 摂食障害入院医療管理加算の施設基準

（１） 摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が１人以上であること。

（２） 摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、管理栄養士及び公認心理師がそれぞれ１名以上当該保険医療機関に配置されていること。なお、摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師の配置について、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤医師（摂食障害の専門的治療の経験を有する医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（３） 精神療法を行うために必要な面接室を有していること。

（４） 必要に応じて、摂食障害全国支援センター、摂食障害支援拠点病院又は精神保健福祉センターと連携すること。

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

ア 平成 31 年３月 31 日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

２ 届出に関する事項

摂食障害入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 32 の４を用いること。

第18　がん拠点病院加算

1　がん拠点病院加算の１のイに関する施設基準

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、がん診療連携拠点病院（地域がん診療連携拠点病院（特例型）を除く。）の指定を受けていること。なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

2　がん拠点病院加算の１のロに関する施設基準

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療連携拠点病院（特例型）又は地域がん診療病院の指定を受けていること。

3　がん拠点病院加算の２に関する施設基準

「小児がん拠点病院の整備について」（平成 30 年７月 31 日健発 0731 第２号厚生労働省健康局長通知）に基づき、小児がん拠点病院の指定を受けていること。なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

4　がんゲノム拠点病院加算に関する施設基準

「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」（令和元年７月 19 日健発 0719 第３号厚生労働省健康局長通知）に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院の指定を受けていること。

5　届出に関する事項

がん拠点病院加算又はがんゲノム医療拠点病院の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第19　栄養サポートチーム加算

1　栄養サポートチーム加算に関する施設基準

（1）　当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係るチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が設置されていること。また、以下のうちのいずれか１人は専従であること。ただし、当該栄養サポートチームが診察する患者数が１日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

ア　栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師

イ　栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師

ウ　栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師

エ　栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士

なお、アからエまでのほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

注２に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される栄養サポートチームにより、栄養管理に係る専門的な診療が行われていること。

オ　栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師

カ　栄養管理に係る所定の研修を修了した看護師

キ　栄養管理に係る所定の研修を修了した薬剤師

ク　栄養管理に係る所定の研修を修了した管理栄養士

（2）　（1）のア及びオにおける栄養管理に係る所定の研修とは、医療関係団体等が実施する栄養管理のための専門的な知識・技術を有する医師の養成を目的とした10時間以上を要する研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

ア　栄養不良がもたらす影響

イ　栄養評価法と栄養スクリーニング

ウ　栄養補給ルートの選択と栄養管理プランニング

エ　中心静脈栄養法の実施と合併症及びその対策

オ　末梢静脈栄養法の実施と合併症及びその対策

カ　経腸栄養法の実施と合併症及びその対策

キ　栄養サポートチームの運営方法と活動の実際

また、（1）のア又はオに掲げる常勤医師については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（栄養管理に係る所定の研修を修了した医師に限る。）を２名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該２名の非常勤医師が栄養サポートチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（3）　（1）のイからエまで及びカからクまでにおける栄養管理に係る所定の研修とは、次の事項に該当する研修であること。

ア　医療関係団体等が認定する教育施設において実施され、40 時間以上を要し、当該団体より修了証が交付される研修であること。

イ　栄養管理のための専門的な知識・技術を有する看護師、薬剤師及び管理栄養士等の養成を目的とした研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

（イ）　栄養障害例の抽出・早期対応（スクリーニング法）

（ロ）　栄養薬剤・栄養剤・食品の選択・適正使用法の指導

（ハ）　経静脈栄養剤の側管投与法・薬剤配合変化の指摘

（ニ）　経静脈輸液適正調剤法の取得

（ホ）　経静脈栄養のプランニングとモニタリング

（ヘ）　経腸栄養剤の衛生管理・適正調剤法の指導

（ト）　経腸栄養・経口栄養のプランニングとモニタリング

（チ）　簡易懸濁法の実施と有用性の理解

（リ）　栄養療法に関する合併症の予防・発症時の対応

（ヌ）　栄養療法に関する問題点・リスクの抽出

（ル）　栄養管理についての患者・家族への説明・指導

（ヲ）　在宅栄養・院外施設での栄養管理法の指導

（4）　当該保険医療機関において、栄養サポートチームが組織上明確に位置づけられていること。

（5）　算定対象となる病棟の見やすい場所に栄養サポートチームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

2　届出に関する事項

栄養サポートチーム加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式34を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第20　医療安全対策加算

1　医療安全対策加算１に関する施設基準

（1）　医療安全管理体制に関する基準

ア　当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。

（イ）　国又は医療関係団体等が主催するものであること。

（ロ）　医療安全管理者としての業務を実施する上で必要な内容を含む通算して40時間以上のものであること。

（ハ）　講義及び具体例に基づく演習等により、医療安全の基本的知識、安全管理体制の構築、医療安全についての職員研修の企画・運営、医療安全に資する情報収集と分析、対策立案、フィードバック、評価、医療事故発生時の対応、安全文化の醸成等について研修するものであること。

イ　医療に係る安全管理を行う部門（以下「医療安全管理部門」という。）を設置していること。

ウ　医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の具体的な業務内容が整備されていること。

エ　医療安全管理部門に診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等の全ての部門の専任の職員が配置されていること。

オ　医療安全管理者が、安全管理のための委員会（以下「医療安全管理対策委員会」という。）と連携し、より実効性のある医療安全対策を実施できる体制が整備されていること。

カ　当該保険医療機関の見やすい場所に医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていること。

（2）　医療安全管理者の行う業務に関する事項

ア　安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。

イ　定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること。

ウ　各部門における医療事故防止担当者への支援を行うこと。

エ　医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。

オ　医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。

カ　相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。

（3）　医療安全管理部門が行う業務に関する基準

ア　各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を記録していること。

イ　医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録していること。

ウ　医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週１回程度開催されており、医療安全管理対策委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者等が参加していること。なお、当該カンファレンスを対面によらない方法で開催しても差し支えない。

2　医療安全対策加算２に関する施設基準

（1）　医療安全管理体制に関する基準

ア　当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、１の（1）のアに掲げる研修である。

イ　１の（1）のイからカまでの基準を満たすこと。

（2）　１の（2）及び（3）の基準を満たすこと。

3　医療安全対策地域連携加算１の施設基準

（1）　医療安全対策加算１に係る届出を行っていること。

（2）　当該保険医療機関内に、医療安全対策に３年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。なお、ここでいう適切な研修とは、１の（1）のアに掲げる研修である。

この場合、１の（1）のアの規定に関わらず、当該専任医師が医療安全管理者として配置され、１の（1）のアに規定された専従の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていることとしても差し支えない。

（3）　他の医療安全対策加算１に係る届出を行っている保険医療機関及び医療安全対策加算２に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、それぞれ少なくとも年１回程度、医療安全対策地域連携加算１に関して連携しているいずれかの保険医療機関に赴いて医療安全対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年１回程度、当該加算に関して連携している医療安全対策加算１に係る届出を行っている保険医療機関より評価を受けていること。なお、感染対策向上加算１を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算１に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

（4）　（3）に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。

ア　医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況

（イ）　医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進

（ロ）　当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知（医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む）

（ハ）　当該対策の遵守状況の把握

イ　当該保険医療機関内の各部門における医療安全対策の実施状況

具体的な評価方法及び評価項目については、当該保険医療機関の課題や実情に合わせて連携する保険医療機関と協議し定めること。その際、独立行政法人国立病院機構作成の「医療安全相互チェックシート」を参考にされたい。

4　医療安全対策地域連携加算２の施設基準

（1）　医療安全対策加算２に係る届出を行っていること。

（２） 医療安全対策加算１に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年１回程度、医療安全対策地域連携加算２に関して連携しているいずれかの保険医療機関より医療安全対策に関する評価を受けていること。なお、感染対策向上加算１を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算２に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

（３） （２）に係る評価については、３の（４）に掲げる内容に対する評価を含むものである。

５ 届出に関する事項

（１） 医療安全対策加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 35 を用いること。

（２） 医療安全対策地域連携加算１及び医療安全対策地域連携加算２の施設基準に係る届出は、別添７の様式 35 の４を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第 21 感染対策向上加算

１ 感染対策向上加算１の施設基準

（１） 感染防止対策部門を設置していること。この場合において、第 20 の１の（１）のイに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。

（２） 感染防止対策部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア 感染症対策に３年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

イ ５年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

ウ ３年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ ３年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

アに定める医師又はイに定める看護師のうち１名は専従であること。なお、感染制御チームの専従の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専従とみなすことができる。

当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち１名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は区分番号「Ａ２３４」に掲げる医療安全対策加算に規定する医療安全管理者とは兼任できないが、第２部通則７に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

また、アに掲げる常勤医師については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（感染症対策に３年以上の経験を有する医師に限る。）を２名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該２名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（３） （２）のイにおける感染管理に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）。

イ 感染管理のための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

（イ） 感染予防・管理システム

（ロ） 医療関連感染サーベイランス

（ハ） 感染防止技術

（ニ） 職業感染管理

（ホ） 感染管理指導

（ヘ） 感染管理相談

（ト） 洗浄・消毒・滅菌とファシリティマネジメント等について

（４） 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者又は感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。

（５） （２）のチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。

（６） （２）のチームにより、職員を対象として、少なくとも年２回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添２の第１の３の（５）に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。

（７） （２）のチームにより、保健所及び地域の医師会と連携し、感染対策向上加算２又は３に係る届出を行った保険医療機関と合同で、少なくとも年４回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。また、このうち少なくとも１回は、新興感染症の発生等を想定した訓練を実施すること。

（８） （７）に規定するカンファレンス等は、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

（９） ビデオ通話を用いる場合において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(10) （２）のチームにより、感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対し、必要時に院内感染対策に関する助言を行う体制を有すること。

(11) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗ＭＲＳＡ薬等）については、届出制又は許可制の体制をとること。

(12) （２）のチームにより、１週間に１回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。

(13) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。

（14） 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。
（15） 院内感染対策サーベイランス（ＪＡＮＩＳ）、感染対策連携共通プラットフォーム（Ｊ－ＳＩＰＨＥ）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。
（16） 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。
（17） 新興感染症の発生時等に、感染症患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有すること。
（18） 外来感染対策向上加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。
（19） 他の保険医療機関（感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）と連携し、少なくとも年１回程度、当該加算に関して連携するいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添６の別紙 24 又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年１回程度、他の保険医療機関（感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）から当該評価を受けていること。なお、医療安全対策地域連携加算１又は２を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と本要件に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。
（20） 以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。
ア 感染症の診療について３年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）
イ ５年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
ウ ３年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
エ ３年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師
アからエのうちいずれか１人は専従であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの業務を行う場合及び感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った他の保険医療機関に対する助言に係る業務を行う場合には、抗菌薬適正使用支援チームの業務について専従とみなすことができる。
また、アに掲げる常勤医師については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（感染症の診療について３年以上の経験を有する医師に限る。）を２名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該２名の非常勤医師が感染制御チームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
（21） (20)のイにおける感染管理に係る適切な研修とは、(３)に掲げる研修をいう。
（22） 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。
ア 抗ＭＲＳＡ薬及び抗緑膿菌作用のある抗菌薬を含めた広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。
イ 感染症治療の早期モニタリングにおいて、アで設定した対象患者を把握後、適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗菌薬の選択・用法・用量の適切性、必要に応じた治療薬物モニタリングの実施、微生物検査等の治療方針への活用状況などを経時的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行い、その旨を記録する。
ウ 適切な検体採取と培養検査の提出（血液培養の複数セット採取など）や、施設内のアンチバイオグラムの作成など、微生物検査・臨床検査が適正に利用可能な体制を整備する。
エ 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量などのアウトカム指標を定期的に評価する。
オ 当該保険医療機関の外来における過去１年間の急性気道感染症及び急性下痢症の患者数並びに当該患者に対する経口抗菌薬の処方状況を把握する。
カ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年２回実施する。なお、当該院内研修については、感染対策向上加算に係る院内感染対策に関する研修と併せて実施しても差し支えない。また、院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。当該院内研修及びマニュアルには、厚生労働省健康局結核感染症課「抗微生物薬適正使用の手引き」を参考に、外来における抗菌薬適正使用に係る内容を含めること。
キ 当該保険医療機関内で使用可能な抗菌薬の種類、用量等について定期的に見直し、必要性の低い抗菌薬について医療機関内での使用中止を提案する。
ク (11)に規定する院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制に係る業務については、施設の実態に応じて、感染制御チームではなく、抗菌薬適正使用支援チームが実施しても差し支えない。
（23） 抗菌薬適正使用支援チームが、他の保険医療機関（感染対策向上加算１に係る届出を行っていない保険医療機関に限る。）から、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制を整備していること。また、抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受ける体制があることについて、(７)に規定する定期的なカンファレンスの場を通じて、他の保険医療機関に周知すること。

２ 感染対策向上加算２の施設基準
（１） 当該保険医療機関の一般病床の数が 300 床未満を標準とする。
（２） 感染防止対策部門を設置していること。ただし、第20の１の(１)イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
（３） (２)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
ア 感染症対策に３年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）
イ ５年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師
ウ ３年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した感染防止対策にかかわる専任の薬剤師
エ ３年以上の病院勤務経験を持つ又は適切な研修を修了した専任の臨床検査技師
当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち１名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の１の(１)アに規定する医療安全対策加算に係

る医療安全管理者とは兼任できないが、第２部通則７に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。なお、令和４年３月31日時点で旧算定方法別表第一区分番号Ａ２３４－２の感染防止対策加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、２の(３)のウ及びエの適切な研修に係る基準を満たすものとみなすものであること。

(４) (３)のウ及びエにおける適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（修了証が交付されるもの）。

イ　医療機関における感染防止対策の推進を目的とした研修であること。

ウ　講義により、次の内容を含むものであること。

(イ)　標準予防策と経路別予防策

(ロ)　院内感染サーベイランス

(ハ)　洗浄・消毒・滅菌

(ニ)　院内アウトブレイク対策

(ホ)　行政（保健所）との連携

(ヘ)　抗菌薬適正使用

(５)　感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者若しくは感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。

(６) (３)のチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。

(７) (３)のチームにより、職員を対象として、少なくとも年２回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添２の第１の３の(５)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。

(８) (３)のチームは、少なくとも年４回程度、感染対策向上加算１に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算１に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、当該複数の医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年１回参加し、合わせて年４回以上参加していること。また、感染対策向上加算１に係る届出を行った保険医療機関が主催する新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年１回以上参加していること。

(９) (８)に規定するカンファレンス等は、ビデオ通話を用いて実施しても差し支えない。なお、患者の個人情報の取扱いについては、１の（９）の例による。

(10)　院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗ＭＲＳＡ薬等）については、届出制又は許可制の体制をとること。

(11)　(３)のチームにより、１週間に１回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。

(12)　当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。

(13)　公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。

(14)　新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

(15)　新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制を有すること。

(16)　新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議されていること。

(17)　外来感染対策向上加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

３　感染対策向上加算３の施設基準

(１)　当該保険医療機関の一般病床の数が300床未満を標準とする。

(２)　感染防止対策部門を設置していること。ただし、第20の１の(１)イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。

(３)　(２)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア　専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

イ　専任の看護師

当該保険医療機関内に上記のア及びイに定める者のうち１名が院内感染管理者として配置されていること。アの常勤医師及びイの看護師については、適切な研修を修了していることが望ましい。なお、当該職員は第20の１の(１)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第２部通則７に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

(４)　(３)における適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（修了証が交付されるもの）。

イ　医療機関における感染防止対策の推進を目的とした研修であること。

ウ　講義により、次の内容を含むものであること。

(イ)　標準予防策と経路別予防策

(ロ)　院内感染サーベイランス

(ハ)　洗浄・消毒・滅菌

(ニ)　院内アウトブレイク対策

(ホ)　行政（保健所）との連携

(ヘ)　抗菌薬適正使用

(５)　感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者若しくは感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。

(６)　(３)のチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。

(７)　(３)のチームにより、職員を対象として、少なくとも年２回程度、定期的に院内感染対策

に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添２の第１の３の（５）に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別に行うこと。

（８）（３）のチームは、少なくとも年４回程度、感染対策向上加算１に係る届出を行った保険医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染対策向上加算１に係る届出を行った複数の保険医療機関と連携する場合は、当該複数の保険医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年１回参加し、合わせて年４回以上参加していること。また、感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関が主催する、新興感染症の発生等を想定した訓練については、少なくとも年１回以上参加していること。

（９）（８）に規定するカンファレンス等は、ビデオ通話を用いて実施しても差し支えない。なお、患者の個人情報の取扱いについては、１の（９）の例による。

（10）院内の抗菌薬の適正使用について、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関又は地域の医師会から助言を受けること。また、細菌学的検査を外部委託している場合は、薬剤感受性検査に関する詳細な契約内容を確認し、検査体制を整えておくなど、「中小病院における薬剤耐性菌アウトブレイク対応ガイダンス」に沿った対応を行っていること。

（11）（３）のチームにより、１週間に１回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。

（12）当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。

（13）公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。

（14）新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制若しくは発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。

（15）新興感染症の発生時等に、感染症患者又は疑い患者を受け入れることを念頭に、汚染区域や清潔区域のゾーニングを行うことができる体制若しくは発熱患者の診療を実施することを念頭に、発熱患者の動線を分けることができる体制を有すること。

（16）新興感染症の発生時や院内アウトブレイクの発生時等の有事の際の対応を想定した地域連携に係る体制について、連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関等とあらかじめ協議していること。

（17）外来感染対策向上加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

４　指導強化加算の施設基準

（１）感染対策向上加算１の届出を行っている保険医療機関であること。

（２）感染制御チームの専従医師又は看護師が、過去１年間に４回以上、感染対策向上加算２、感染対策向上加算３又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った保険医療機関に赴き院内感染対策に関する助言を行っていること。なお、令和５年３月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

５　連携強化加算の施設基準

（１）感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（２）当該保険医療機関が連携する感染対策向上加算１に係る届出を行った他の保険医療機関に対し、過去１年間に４回以上、感染症の発生状況、抗菌薬の使用状況等について報告を行っていること。なお、令和５年３月31日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなす。

６　サーベイランス強化加算の施設基準

（１）感染対策向上加算２又は感染対策向上加算３に係る届出を行っていること。

（２）院内感染対策サーベイランス（ＪＡＮＩＳ）、感染対策連携共通プラットフォーム（Ｊ－ＳＩＰＨＥ）等、地域や全国のサーベイランスに参加していること。

７　届出に関する事項

（１）感染対策向上加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式35の２を用いること。

（２）指導強化加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式35の３を用いること。

（３）連携強化加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式１の５を用いること。

（４）サーベイランス強化加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式１の５を用いること。

（５）（１）及び（４）に係る当該加算の届出についてはいずれも実績を要しない。

第21の２　患者サポート体制充実加算

１　患者サポート体制充実加算に関する施設基準

（１）当該保険医療機関内に患者又はその家族（以下「患者等」という。）からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等、様々な相談に対応する窓口を設置していること。

（２）（１）における当該窓口は専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他医療有資格者等が当該保険医療機関の標榜時間内において常時１名以上配置されており、患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制をとっている必要がある。なお、当該窓口は区分番号「Ａ２３４」に掲げる医療安全対策加算に規定する窓口と兼用であっても差し支えない。

（３）（１）における相談窓口に配置されている職員は医療関係団体等が実施する医療対話推進者の養成を目的とした研修を修了していることが望ましい。

（４）当該保険医療機関内に患者等に対する支援体制が整備されていること。なお、患者等に対する支援体制とは以下のことをいう。

ア　患者支援体制確保のため、（１）における相談窓口と各部門とが十分に連携していること。

イ　各部門において、患者支援体制に係る担当者を配置していること。

ウ　患者支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週１回程度開催されており、必要に応じて各部門の患者支援体制に係る担当者等が参加していること。

エ　各部門において、患者等から相談を受けた場合の対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。

オ　（１）における相談窓口及び各部門で対応した患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の患者支援に関する実績を記録していること。　また、区分番号「Ａ２３４」に掲げる医療安全対策加算を算定している場合は、医療安全管理対策委員会と十分に連携し、その状況を記録していること。

カ　定期的に患者支援体制に関する取組みの見直しを行っていること。

（５） 当該保険医療機関内の見やすい場所に、（１）における相談窓口が設置されていること及び患者等に対する支援のため実施している取組を掲示していること。また、当該保険医療機関の入院患者について、入院時に文書等を用いて（１）における相談窓口について説明を行っていること。

（６） 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者の評価を受けていることが望ましい。

２ 届出に関する事項

患者サポート体制充実加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式36を用いること。

第21の３ 重症患者初期支援充実加算

１ 重症患者初期支援充実加算の施設基準

（１） 区分番号「Ａ２３４－３」に掲げる患者サポート体制充実加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（２） 当該保険医療機関内に、特に重篤な患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う体制として、以下の体制が整備されていること。

ア 当該保険医療機関内に、当該患者及びその家族等が治療方針及びその内容等を理解し、当該治療方針等に係る意向を表明するための支援を行う専任の担当者（以下「入院時重症患者対応メディエーター」という。）を配置していること。なお、当該支援に当たっては、当該患者の診療を担う医師及び看護師等の他職種とともに支援を行うこと。

イ 入院時重症患者対応メディエーターは、当該患者の治療に直接関わらない者であって、以下のいずれかに該当するものであること。なお、以下の(イ)に掲げる者については、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を令和５年３月31日までに修了していることが望ましいこと。

(イ) 医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師又はその他医療有資格者

(ロ) (イ)以外の者であって、医療関係団体等が実施する特に重篤な患者及びその家族等に対する支援に係る研修を修了し、かつ、当該支援に係る経験を有する者

ウ 当該患者及びその家族等に対する支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが月１回程度開催されており、入院時重症患者対応メディエーター、集中治療部門の職員等に加え、必要に応じて当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、区分番号「Ａ２３４－３」に掲げる患者サポート体制充実加算におけるカンファレンスを活用することで差し支えない。

エ 当該患者及びその家族等に対する支援に係る対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。なお、当該マニュアルは、区分番号「Ａ２３４－３」に掲げる患者サポート体制充実加算におけるマニュアルを活用することで差し支えない。

オ 当該患者及びその家族等に対する支援の内容その他必要な実績を記録していること。

カ 定期的に当該患者及びその家族等に対する支援体制に関する取組の見直しを行っていること。

（３） (２)のウのカンファレンスの開催が困難な場合にあっては、令和４年９月30日までに開催予定であれば、差し支えないものとする。

（４） (２)のイの(イ)における公認心理師については、平成31年４月１日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

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

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

２ 届出に関する事項

重症患者初期支援充実加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式36の２を用いること。

第21の４ 報告書管理体制加算

１ 報告書管理体制加算に関する施設基準

（１） 放射線科又は病理診断科を標榜する保険医療機関であること。

（２） 区分番号「Ａ２３４」医療安全対策加算１又は２の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（３） 第４部通則５に規定する画像診断管理加算２若しくは３又は区分番号「Ｎ００６」病理診断管理加算１若しくは２の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（４） 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の常勤臨床検査技師又は専任の常勤診療放射線技師その他の常勤医療有資格者を報告書確認管理者として配置していること。なお、ここでいう適切な研修とは、第20医療安全対策加算の（１）のアをいうものである。

（５） 当該保険医療機関内に、以下の構成員からなる報告書確認対策チームが設置されていること。

ア （４）の報告書確認管理者

イ 専ら画像診断を行う医師もしくは専ら病理診断を行う医師

ウ 医療安全管理部門の医師その他医療有資格者

（６） 報告書確認管理者が行う業務に関する事項

ア 報告書管理に係る企画立案を行うこと。

イ 報告書管理の体制確保のための各部門との調整を行うこと。

ウ 各部門における報告書管理の支援を実施し、その結果を記録していること。

エ 報告書作成から概ね２週間後に、主治医等による当該報告書の確認状況について、確認を行うとともに、未確認となっている報告書を把握すること。

オ 未確認となっている報告書のうち、医学的な対応が必要とされるものについて、その対応状況について、診療録等により確認すること。医学的な対応が行われていない場合にあっては、主治医等に電話連絡等の方法により対応を促すこと。

（７） 報告書確認対策チームが行う業務に関する事項

ア 各部門における報告書管理の実施状況の評価を行い、実施状況及び評価結果を記録するとともに、報告書管理の実施状況の評価を踏まえた、報告書管理のための業務改善計画書を作成すること。

イ 報告書管理を目的とした院内研修を、少なくとも年１回程度実施していること。

ウ 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績を記録すること。

エ 報告書管理の評価に係るカンファレンスが月１回程度開催されており、報告書確認対策チームの構成員及び必要に応じて患者の診療を担う医師、画像診断を担当する医師、病理診断を担当する医師、看護師等が参加していること。なお、当該カンファレンスは、対面

によらない方法で開催しても差し支えない。

（８） 医療事故が発生した際に適切に報告する体制を整備していることが望ましいこと。

２ 届出に関する事項

報告書管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 36 の３を用いること。

第 22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

１ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関内に、褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を５年以上有する看護師等であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した者を褥瘡管理者として専従で配置していること。なお、ここでいう褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修とは、次の内容を含むものをいうこと。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる 600 時間以上の研修（修了証の交付があるもの）又は保健師助産師看護師法第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる褥瘡等の創傷ケアに係る研修であること。

イ 講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

注２に規定する点数を算定する場合は、褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を５年以上有する看護師等であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修（ア及びイによるもの。）を修了した者を褥瘡管理者として配置していること。

（２） 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。

（３） 別添６の別紙16の褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成し、それに基づく重点的な褥瘡ケアの実施状況及び評価結果を記録していること。

（４） 褥瘡対策チームとの連携状況、院内研修の実績、褥瘡リスクアセスメント実施件数、褥瘡ハイリスク患者特定数、褥瘡予防治療計画件数及び褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数を記録していること。

（５） 褥瘡対策に係るカンファレンスが週１回程度開催されており、褥瘡対策チームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う医師、看護師等が参加していること。

（６） 総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施していること。

（７） 重点的な褥瘡ケアが必要な入院患者（褥瘡の予防・管理が難しい患者又は褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する入院患者をいい、褥瘡リスクアセスメント票を用いて判定する。）に対して、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画の作成、継続的な褥瘡ケアの実施及び評価、褥瘡等の早期発見及び重症化防止のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること。

（８） 毎年７月において、褥瘡患者数等について、別添７の様式 37 の２により届け出ること。

２ 褥瘡管理者の行う業務に関する事項

（１） 褥瘡管理者は、院内の褥瘡対策チームと連携して、所定の方法により褥瘡リスクアセスメントを行うこと。

（２） （１）の結果、特に重点的な褥瘡ケアが必要と認められる患者について、当該患者の診療を担う医師、看護師、その他必要に応じて関係職種が共同して褥瘡の発生予防等に関する予防治療計画を個別に立案すること。

（３） 当該計画に基づく重点的な褥瘡ケアを継続して実施し、その評価を行うこと。

（４） （１）から（３）までの他、院内の褥瘡対策チーム及び当該患者の診療を担う医師と連携して、院内の褥瘡発生状況の把握・報告を含む総合的な褥瘡管理対策を行うこと。

３ 届出に関する事項

褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式37を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第22の２ ハイリスク妊娠管理加算

１ ハイリスク妊娠管理加算に関する施設基準

（１） 産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関であること。

（２） 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が、１名以上配置されていること。

（３） 緊急の分娩に対応できる十分な体制及び設備を有していること。

（４） 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

２ 届出に関する事項

ハイリスク妊娠管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 38 を用いること。

第23 ハイリスク分娩等管理加算

１ ハイリスク分娩管理加算に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師が、３名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専ら産婦人科又は産科に従事する非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、当該常勤の医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤の医師のうち２名までに限る。

（２） 当該保険医療機関内に、常勤の助産師が３名以上配置されていること。

（３） １年間の分娩件数が 120 件以上であり、かつ、その実施件数、配置医師数及び配置助産師数を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（４） 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。

２ 地域連携分娩管理加算に関する施設基準

（１） １の（１）及び（４）を満たしていること。

（２） 当該保険医療機関内に、常勤の助産師が３名以上配置されていること。なお、そのうち１名以上が、助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証さ

れた助産師であること。

（３）　１年間の分娩件数が 120 件以上であり、かつ、その実施件数、配置医師数、配置助産師数及び連携している保険医療機関を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（４）　当該患者の急変時には、総合周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が行えるよう、連携をとっていること。

２　届出に関する事項

ハイリスク分娩等管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式38を用いること。

第24から第24の４まで　削除

第24の５　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算

１　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算に関する施設基準

（１）　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、精神科救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携していること。

（２）　区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料、区分番号「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料又は区分番号「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（３）　精神科救急搬送患者地域連携受入加算の届出を行っていない保険医療機関であること。

２　届出に関する事項

精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式39の３を用いること。

第24の６　精神科救急搬送患者地域連携受入加算

１　精神科救急搬送患者地域連携受入加算に関する施設基準

（１）　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、精神科救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携していること。

（２）　区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料、区分番号「Ａ３１１－４」児童・思春期精神科入院医療管理料、区分番号「Ａ３１２」精神療養病棟入院料又は区分番号「Ａ３１４」認知症治療病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（３）　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の届出を行っていない保険医療機関であること。

２　届出に関する事項

精神科救急搬送患者地域連携受入加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式39の３を用いること。

第25　削除

第26　呼吸ケアチーム加算

１　呼吸ケアチーム加算の施設基準

（１）　当該保険医療機関内に、以下の４名から構成される人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係るチーム（以下「呼吸ケアチーム」という。）が設置されていること。

ア　人工呼吸器管理等について十分な経験のある専任の医師

イ　人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師

ウ　人工呼吸器等の保守点検の経験を３年以上有する専任の臨床工学技士

エ　呼吸器リハビリテーション等の経験を５年以上有する専任の理学療法士

（２）（１）のイに掲げる看護師は、５年以上呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修（600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）又は保健師助産師看護師法第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修であること。

イ　呼吸ケアに必要な専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ　講義及び演習は、次の内容を含むものであること。

（イ）　呼吸ケアに必要な看護理論及び医療制度等の概要

（ロ）　呼吸機能障害の病態生理及びその治療

（ハ）　呼吸ケアに関するアセスメント（呼吸機能、循環機能、脳・神経機能、栄養・代謝機能、免疫機能、感覚・運動機能、痛み、検査等）

（ニ）　患者及び家族の心理・社会的アセスメントとケア

（ホ）　呼吸ケアに関する看護技術（気道管理、酸素療法、人工呼吸管理、呼吸リハビリテーション等）

（ヘ）　安全管理（医療機器の知識と安全対策、感染防止と対策等）

（ト）　呼吸ケアのための組織的取組とチームアプローチ

（チ）　呼吸ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント

（リ）　コンサルテーション方法

エ　実習により、事例に基づくアセスメントと呼吸機能障害を有する患者への看護実践

（３）　当該患者の状態に応じて、歯科医師又は歯科衛生士が呼吸ケアチームに参加することが望ましい。

（４）　呼吸ケアチームによる診療計画書には、人工呼吸器装着患者の安全管理、合併症予防、人工呼吸器離脱計画、呼吸器リハビリテーション等の内容を含んでいること。

（５）　呼吸ケアチームは当該診療を行った患者数や診療の回数、当該患者のうち人工呼吸器離脱に至った患者数、患者の１人当たりの平均人工呼吸器装着日数等について記録していること。

２　届出に関する事項

呼吸ケアチーム加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式40の２を用いること。

第26の２　術後疼痛管理チーム加算

１　術後疼痛管理チーム加算に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関内に、以下の３名以上から構成される術後疼痛管理のための術後疼痛管理に係るチーム（以下「術後疼痛管理チーム」という。）が設置されていること。

ア　麻酔に従事する常勤の医師（以下「麻酔科医」という。）
イ　術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の看護師
ウ　術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の薬剤師

なお、アからウまでのほか、術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した臨床工学技士が配置されていることが望ましい。

（２）（１）のイの専任の看護師は、年間 200 症例以上の麻酔管理を行っている保険医療機関において、手術室又は周術期管理センター等の勤務経験を２年以上有するものであること。

（３）（１）のウの専任の薬剤師は、薬剤師としての勤務経験を５年以上有し、かつ、うち２年以上が周術期関連の勤務経験を有しているものであること。

（４）（１）に掲げる臨床工学技士は、手術室、周術期管理センター又は集中治療部門の勤務経験を３年以上有しているものであること。

（５）（１）に掲げる術後疼痛管理に係る所定の研修とは、次の事項に該当する研修であること。

ア　医療関係団体等が主催する 26 時間以上の研修であって、当該団体より修了証が交付される研修であること。

イ　術後疼痛管理のための専門的な知識・技術を有する看護師、薬剤師及び臨床工学技士等の養成を目的とした研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

（イ）　術後疼痛に関係する解剖、生理、薬理学
（ロ）　術後疼痛発症例の抽出・早期対応
（ハ）　術後疼痛に対する鎮痛薬の種類と説明・指導
（ニ）　硬膜外鎮痛法、末梢神経ブロックのプランニングとモニタリング
（ホ）　患者自己調節式鎮痛法のプランニングとモニタリング
（ヘ）　術後鎮痛で問題となる術前合併症・リスクの抽出
（ト）　術後鎮痛法に伴う合併症の予防・発症時の対応
（チ）　在宅術後疼痛・院外施設での術後疼痛管理法の指導
（リ）　手術別各論

（６）　当該保険医療機関において、術後疼痛管理チームが組織上明確に位置づけられていること。

（７）　算定対象となる病棟の見やすい場所に術後疼痛管理チームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

２　届出に関する事項

術後疼痛管理チーム加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 40 の２の２を用いること。

第 26 の２の２　後発医薬品使用体制加算

１　後発医薬品使用体制加算の施設基準

（１）　病院では、薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

有床診療所では、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

（２）　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成 20 年厚生労働省告示第 60 号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算１にあっては 90％以上、後発医薬品使用体制加算２にあっては 85％以上 90％未満、後発医薬品使用体制加算３にあっては 75％以上 85％未満であること。

（３）　当該保険医療機関において調剤した薬剤（（４）に掲げる医薬品を除く。）の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が 50％以上であること。

（４）　後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

ア　経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタール Ｐ 乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・Ｈ、ツインライン NF 配合経腸用液、ラコール NF 配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液、ラコール NF 配合経腸用半固形剤及びイノラス配合経腸用液

イ　特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

ウ　生薬（薬効分類番号 510）
エ　漢方製剤（薬効分類番号 520）
オ　その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号 590）

（５）　入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

２　届出に関する事項

後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 40 の３を用いること。

第 26 の３　病棟薬剤業務実施加算

１　病棟薬剤業務実施加算１の施設基準

（１）　当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、２名以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤薬剤師を２名組み合わせることにより、当該常勤薬剤師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤薬剤師が配置されている場合には、これらの非常勤薬剤師の実労働時間を常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤薬剤師に算入することができるのは、常勤薬剤師のうち１名までに限る。

（２）　病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該保険医療機関の全ての病棟（区分番号「Ａ１０６」障害者施設等入院基本料又は区分番号「Ａ３０７」小児入院医療管理料以外のの特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）に配置されていること。ただし、この場合において、複数の薬剤師が一の病棟において病棟薬剤業務を実施することを妨げない。

病棟の概念及び１病棟当たりの病床数に係る取扱いについては、別添２の第２の１及び２によるものであること。

なお、病棟薬剤業務実施加算を算定できない手術室、治療室及び小児入院医療管理料以外の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟においても、病棟薬剤業務の実施に努めること。

（３） 当該保険医療機関において、病棟専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近１か月の実施時間が合算して１週間につき 20 時間相当に満たない病棟（区分番号「Ａ１０６」障害者施設等入院基本料又は小児入院医療管理料以外の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟を除く。）があってはならないこと。

（４） 病棟薬剤業務の実施時間には、区分番号「Ａ３０７」小児入院医療管理料の「注６」に規定する退院時薬剤情報管理指導連携加算、区分番号「Ｂ００８」薬剤管理指導料及び区分番号「Ｂ０１４」退院時薬剤情報管理指導料の算定のための業務に要する時間は含まれないものであること。

（５） 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、院内からの相談に対応できる体制が整備されていること。なお、院内からの相談に対応できる体制とは、当該保険医療機関の医師等からの相談に応じる体制があることを当該医師等に周知していればよく、医薬品情報管理室に薬剤師が常時配置されている必要はない。

（６） 医薬品情報管理室が、病棟専任の薬剤師を通じて、次のアからウまでに掲げる情報（以下「医薬品安全性情報等」という。）を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、医薬品安全性情報等及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。

ア 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況（使用患者数、使用量、投与日数等を含む。）

イ 当該保険医療機関において発生した医薬品に係る副作用（医薬品医療機器等法第68条の10第２項の規定による報告の対象となる副作用をいう。なお、同条第１項の規定による報告の対象となる副作用についても、同様の体制を講じていることが望ましい。）、ヒヤリハット、インシデント等の情報

ウ 公的機関、医薬品製造販売業者、卸売販売業者、学術誌、医療機関外の医療従事者等外部から入手した医薬品の有効性、安全性、品質、ヒヤリハット、インシデント等の情報（後発医薬品に関するこれらの情報を含む。）

（７） 医薬品安全性情報等のうち、迅速な対応が必要となるものを把握した際に、電子媒体に保存された診療録、薬剤管理指導記録等の活用により、当該医薬品を処方した医師及び投与された患者（入院中の患者以外の患者を含む。）を速やかに特定でき、必要な措置を迅速に講じることができる体制を有していること。

（８） 病棟専任の薬剤師と医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各病棟での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が病棟薬剤業務を実施するにつき必要な情報が提供されていること。

（９） データベースの構築などにより医療従事者が、必要な時に医薬品情報管理室で管理している医薬品安全性情報等を容易に入手できる体制を有していること。

(10) 上記(６)から(９)までに規定する内容の具体的実施手順及び新たに入手した情報の重要度

に応じて、安全管理委員会、薬事委員会等の迅速な開催、関連する医療従事者に対する周知方法等に関する手順が、あらかじめ「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書（医薬品業務手順書）」に定められており、それに従って必要な措置が実施されていること。

(11) 区分番号「Ｂ００８」薬剤管理指導料に係る届出を行っていること。

(12) 病棟専任の薬剤師の氏名が病棟内に掲示されていること。

２ 病棟薬剤業務実施加算２の施設基準

（１） 病棟薬剤業務実施加算１に係る届出を行っていること。

（２） 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該加算を算定する治療室に配置されていること。

（３） 当該保険医療機関において、治療室専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近１か月の実施時間が合算して１週間につき 20 時間相当に満たない治療室があってはならないこと。

（４） 病棟薬剤業務の実施時間には、区分 番号「Ｂ００８」薬剤管理指導料及び区分番号「Ｂ０１４」退院時薬剤情報管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれないものであること。

（５） 医薬品情報管理室が、治療室専任の薬剤師を通じて、医薬品安全性情報等を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。

（６） 治療室専任の薬剤師と医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各治療室での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が病棟薬剤業務を実施するにつき必要な情報が提供されていること。

３ 届出に関する事項

（１） 病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 40 の４を用いること。

（２） 調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導、在宅患者訪問薬剤管理指導又は病棟薬剤業務のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載すること。

（３） 令和４年３月 31 日時点において、現に病棟薬剤業務実施加算１の届出を行っている保険医療機関であって、小児入院医療管理料の届出を行っているものについては、令和４年９月 30 日までの間に限り、１の(２)の基準を満たすものとみなすものであること。ただし、この場合であっても小児入院医療管理料を算定する病棟に病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が配置されていないときは、当該加算を算定できない。

第26の４ データ提出加算

１ データ提出加算の施設基準

（１） 区分番号「Ａ２０７」診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ただし、次のアからカのいずれかのみの届出を行う保険医療機関にあっては、区分番号「Ａ２０７」の診療録管理体制加算１又は２の施設基準を満たしていれば足りること。

ア 特殊疾患入院医療管理料

イ 回復期リハビリテーション病棟入院料

ウ 地域包括ケア病棟入院料

エ 特殊疾患病棟入院料

オ　緩和ケア病棟入院料
カ　精神科救急急性期医療入院料

（２）　厚生労働省が毎年実施する「ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」（以下「ＤＰＣ調査」という。）に適切に参加すること。また、厚生労働省保険局医療課及びＤＰＣ調査事務局と常時電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず２名指定すること。

（３）　ＤＰＣ調査に適切に参加し、ＤＰＣ調査に準拠したデータを提出すること。なお、データ提出加算１及び３にあっては、入院患者に係るデータを、データ提出加算２及び４にあっては、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出すること。

（４）　「適切なコーディングに関する委員会」（以下「コーディング委員会」という。）を設置し、年２回以上当該委員会を開催すること。

コーディング委員会とは、標準的な診断及び治療方法について院内で周知を徹底し、適切なコーディング（適切な国際疾病分類に基づく適切な疾病分類等の決定をいう。）を行う体制を確保することを目的として設置するものとし、コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師及び診療録情報を管理する部門又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とする委員会のことをいう。

なお、病院内の他の委員会において、目的及び構成員等がコーディング委員会の要件を満たしている場合には、当該委員会をコーディング委員会と見なすことができる。ただし、当該委員会の設置規定等に適切なコーディングに関する事項を明記し、適切なコーディングに関するテーマについて、年２回以上、委員会を開催しなければならない。

２　データ提出に関する事項

（１）　データの提出を希望する保険医療機関（ＤＰＣ対象病院又はＤＰＣ準備病院である病院を除く）は、令和４年５月 20 日、８月 22 日、11 月 21 日、令和５年２月 20 日、５月 22 日、８月 21 日、11 月 20 日又は令和６年２月 20 日までに別添７の様式 40 の５について、地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出すること。

（２）　（１）の届出を行った保険医療機関は、当該届出の期限となっている月の翌月から起算して２か月分のデータ（例として、令和４年７月に届出を行った場合は、令和４年８月 22 日の期限に合わせた届出となるため、試行データは令和４年９月及び 10 月の２か月分となる。）（以下「試行データ」という。）を厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに厚生労働省がＤＰＣ調査の一部事務を委託するＤＰＣ調査事務局（以下「ＤＰＣ調査事務局」という。）へ提出すること。

（３）　試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡（以下「データ提出事務連絡」という。）を１の（２）の担当者宛てに電子メールにて発出する。

なお、当該連絡のあった保険医療機関においては、この連絡以後、データ提出加算の届出を行うことが可能となる。

３　提出データ評価加算に関する事項

（１）　データ提出加算２のロ又は４のロの届出を行っていること。

（２）　診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されているものとして、次のいずれにも該当すること。

ア　当該加算を算定する月の前６か月間に１度もデータ提出の遅延等がないこと。

イ　当該加算を算定する月の前月以前に提出した直近３か月分のデータ及び提出データと同じ期間における未コード化傷病名の割合の基準を満たすこと。

（３）　（２）のデータ提出の遅延等とは、調査実施説明資料に定められた期日までに、当該医療機関のデータについて、ＤＰＣ調査事務局宛てに提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた方法以外で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められた提出すべきデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をいう（第 26 の４において同じ。）。

（４）　（２）のイに規定する未コード化傷病名の割合の基準を満たす場合とは、次のいずれにも該当する場合をいう。

ア　調査実施説明資料に定められた様式１へ入力されたレセプト電算処理用の傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード（レセプト電算処理用の傷病名コード：0000999）の割合が２％未満

イ　調査実施説明資料において定められた外来ＥＦファイルへ入力された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード（レセプト電算処理用の傷病名コード：0000999）の割合が２％未満

ウ　医科の全ての診療報酬明細書（ＤＰＣ対象病院においては、入院、入院外及びＤＰＣを、ＤＰＣ対象病院以外の病院においては、入院及び入院外）に記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード（レセプト電算処理用の傷病名コード：0000999）の割合が 10％未満

４　届出に関する事項

（１）　データ提出加算の施設基準に係る届出は別添７の様式 40 の７を用いること。

（２）　入院患者に係るデータを提出する場合はデータ提出加算１及び３、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出する場合はデータ提出加算２及び４を届け出ること。なお、データ提出加算１及び３の届出を行っている保険医療機関が、新たに外来患者に係るデータを提出するものとしてデータ提出加算２及び４の届出を行うことは可能である。ただし、データ提出加算２及び４の届出を行っている保険医療機関が外来患者に係るデータを提出しないものとして、データ提出加算１及び３へ届出を変更することはできない。

（３）　各調査年度において、累積して３回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、３回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

（４）　データ提出を取りやめる場合、１の基準を満たさなくなった場合及び（３）に該当した場合については、別添７の様式 40 の８を提出すること。なお、様式 40 の８を提出しデータ提出加算に係る届出を辞退した場合、当該加算の届出が施設基準の 1 つとなっている入院基本料等も算定できなくなること。

（５）（４）の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、２の手続きより開始すること。

（６） 基本診療料の施設基準等第十一の十一に掲げる、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由がある場合とは、電子カルテシステムを導入していない場合や厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に規定する物理的安全対策や技術的安全対策を講ずることが困難である場合等が該当する。

第 26 の５　入退院支援加算

１　入退院支援加算１に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門（以下この項において「入退院支援部門」という。）が設置されていること。

（２） 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が１名以上配置されていること。更に、専従の看護師が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること（ただし、区分番号「A307」小児入院医療管理料（精神病棟に限る。）又は区分番号「A309」特殊疾患病棟入院料（精神病棟に限る。）を算定する病棟の患者に対して当該加算を算定する入退院支援を行う場合には、社会福祉士に代えて精神保健福祉士の配置であっても差し支えない。以下この項において同じ。）。なお、当該専従の看護師又は社会福祉士（以下この項において「看護師等」という。）については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤看護師等（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師等に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。

（３） 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。当該専任の看護師又は社会福祉士が配置される病棟は１人につき２病棟、計 120 床までに限る。なお、20 床未満の病棟及び治療室については、病棟数の算出から除いてよいが、病床数の算出には含めること。また、病棟に専任の看護師又は社会福祉士が、入退院支援部門の専従の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない。

（４） 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）の数が 25 以上であること。また、（２）又は（３）の職員と、それぞれの連携機関の職員が年３回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年３回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるよう記録すること。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第 21 の１の（９）の例による。

（５） 過去１年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去１年間の相談支援専門員との連携回数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。）の合計回数が、以下のア及びイを合計した数を上回ること。

ア　「イ　一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に 0.15 を乗じた数と「ロ　療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に 0.1 を乗じた数の合計

イ　「イ　一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）に 0.05 を乗じた数

なお、相談支援専門員との連携は、相談支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる障害福祉サービス、地域相談支援又は障害児通所支援や、当該地域において提供可能な障害福祉サービス、地域相談支援又は障害児通所支援等の情報を提供すること。

（６） 病棟の廊下等の見やすい場所に、患者及び家族から分かりやすいように、入退院支援及び地域連携業務に係る病棟に専任の職員及びその担当業務を掲示していること。

２　入退院支援加算２に関する施設基準

（１） １の（１）及び（２）の施設基準を満たしていること。

（２） 有床診療所の場合は、当該入退院支援部門に、入退院支援に関する経験を有する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が１名以上配置されていること。

３　入退院支援加算３に関する施設基準

（１） １の（１）の施設基準を満たしていること。

（２） 当該入退院支援部門に入退院支援及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は入退院支援及び５年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専任の社会福祉士は、週 30 時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。また、当該専従の社会福祉士については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤社会福祉士を２名以上組み合わせることにより、常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤社会福祉士が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。

（３）（２）に掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア　国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（修了証が交付されるもの）。

イ　小児の在宅移行支援に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ　講義及び演習は、次の内容について９時間以上含むものであること。

（イ）　小児の在宅療養に係る社会資源に関する知識

（ロ）　医療的ケア児とその家族への援助技術

（ハ）　家族や多職種との調整やコミュニケーション方法

（ニ）　在宅移行支援に伴う倫理的問題への対応方法

（ホ）　医療的ケア児の在宅等の療養環境に関する知識

４　地域連携診療計画加算に関する施設基準

（１） あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携機関と共有さ

れていること。

（２） 連携機関の職員と当該保険医療機関の職員が、地域連携診療計画に係る情報交換のために、年３回以上の頻度で面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われていること。

（３） 入退院支援加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

5　入退院支援加算の「注５」に規定する施設基準

（１） １の(１)の施設基準を満たしていること。

（２） 当該入退院支援部門に、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専任の看護師及び専任の社会福祉士については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤看護師又は専任の非常勤社会福祉士（入退院支援に関する十分な経験を有するものに限る。）をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、常勤看護師又は常勤社会福祉士と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師又は非常勤社会福祉士が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。

6　入院時支援加算に関する施設基準

（１） 入退院支援加算１又は２を届け出ている場合にあっては１の(２)で、入退院支援加算３を届け出ている場合にあっては３の(２)で求める人員に加え、入院前支援を行う者として、当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師が１名以上又は入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士がそれぞれ１名以上配置されていること。なお、当該入院前支援を行う専従の看護師については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤看護師（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤看護師と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。ただし、許可病床数が 200 床未満の保険医療機関にあっては、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師が１名以上配置されていること。当該専任の看護師が、入退院支援加算１又は２を届け出ている場合にあっては１の(２)で、入退院支援加算３を届け出ている場合にあっては３の(２)で求める専従又は専任の看護師を兼ねることは差し支えない。

（２） 転院又は退院体制等について、連携機関とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。

7　総合機能評価加算に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関内に総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した常勤の医師若しくは歯科医師又は総合的な機能評価の経験を１年以上有する常勤の医師若しくは歯科医師が１名以上いること。

（２） 総合的な機能評価に係る適切な研修とは、次のものをいう。

ア　医療関係団体等が実施するものであること。

イ　研修内容に高齢者に対する基本的な診察方法、高齢者の病態の一般的な特徴、薬物療法、終末期医療等の内容が含まれているものであること。

ウ　研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれたものであること。

エ　研修期間は通算して16時間程度のものであること。

（３） 当該保険医療機関内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施することが望ましい。

8　届出に関する事項

（１） 入退院支援加算、地域連携診療計画加算、入院時支援加算及び総合機能評価加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 40 の９を用いること。

（２） 地域連携診療計画加算に係る届出は、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添２の様式12を用いること。これに添付する地域連携診療計画は、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添２の様式 12 の２に準じた様式を用いること。

（３） １の(４)に掲げる連携機関等の規定については、令和４年３月 31 日において現に入退院支援加算１に係る届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月 30 日までの間に限り、当該基準を満たすものとみなすものであること。

第26の６　認知症ケア加算

1　認知症ケア加算１の施設基準

（１） 当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、原則週 16 時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。

ア　認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師

イ　認知症患者の看護に従事した経験を５年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

ウ　認知症患者等の退院調整について経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士

なお、アからウまでのほか、患者の状態に応じて、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士が参加することが望ましい。

（２） (１)のアに掲げる医師は、精神科の経験を３年以上有する医師、神経内科の経験を３年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師であること。なお、ここでいう適切な研修とは、国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であり、認知症診断について適切な知識・技術等を修得することを目的とした研修で、２日間、７時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものであること。また、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（精神科の経験を３年以上有する医師、神経内科の経験を３年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該２名以上の非常勤医師が認知症ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（３） (１)のイに掲げる認知症看護に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600 時間以上の研修期間で、修了証

が交付されるもの）。

イ　認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ　講義及び演習は、次の内容を含むものであること。

（イ）　認知症の原因疾患・病態及び治療・ケア・予防

（ロ）　認知症に関わる保健医療福祉制度の変遷と概要

（ハ）　認知症患者に特有な倫理的課題と対応方法

（ニ）　認知症看護に必要なアセスメントと援助技術

（ホ）　コミュニケーションスキル

（ヘ）　認知症の特性を踏まえた生活・療養環境の調整方法、行動・心理症状（BPSD）への対応

（ト）　ケアマネジメント（各専門職・他機関との連携、社会資源の活用方法）

（チ）　家族への支援・関係調整

エ　実習により、事例に基づくアセスメントと認知症看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。

（４）　（１）のウに掲げる社会福祉士又は精神保健福祉士は、認知症患者又は要介護者の退院調整の経験のある者又は介護支援専門員の資格を有する者であること。

（５）　認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。

ア　認知症患者のケアに係るカンファレンスが週１回程度開催されており、チームの構成員及び当該患者の入院する病棟の看護師等、必要に応じて当該患者の診療を担う医師などが参加していること。

イ　チームは、週１回以上、各病棟を巡回し、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況の把握や病棟職員への助言等を行うこと。

ウ　チームにより、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。なお、認知症ケアの実施状況等を踏まえ、定期的に当該手順書の見直しを行うこと。

エ　チームにより、認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的に実施すること。

（６）　認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等は、原則として年に１回、認知症患者のアセスメントや看護方法等について、当該チームによる研修又は院外の研修を受講すること（ただし、既に前年度又は前々年度に研修を受けた看護師等にあってはこの限りではない）。また、原則として、全ての病棟（小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。）に、２の（４）に掲げる認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修又は院内研修を受けた看護師を１名以上配置することが望ましい。

（７）　当該保険医療機関において、当該チームが組織上明確に位置づけられていること。

２　認知症ケア加算２の施設基準

（１）　当該保険医療機関に、認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師又は認知症患者の看護に従事した経験を５年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を配置すること。

（２）　（１）に掲げる医師については、１の（２）を満たすものであること。また、（１）に掲げる認知症看護に係る適切な研修については、１の（３）の例による。

（３）　原則として、全ての病棟（小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。）に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を３名以上配置すること。

（４）　（３）に掲げる認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。ただし、（３）に掲げる３名以上の看護師のうち１名については、次の事項に該当する研修を受けた看護師が行う認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る院内研修の受講をもって満たすものとして差し支えない。

ア　国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（修了証が交付されるもの）。

イ　認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ　講義及び演習は、次の内容について９時間以上含むものであること。

（イ）　認知症の原因疾患と病態・治療

（ロ）　入院中の認知症患者に対する看護に必要なアセスメントと援助技術

（ハ）　コミュニケーション方法及び療養環境の調整方法

（ニ）　行動・心理症状（BPSD）、せん妄の予防と対応法

（ホ）　認知症に特有な倫理的課題と意思決定支援

（５）　（１）の医師又は看護師は、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況を定期的に把握し、病棟職員に対して必要な助言等を行うこと。

（６）　（１）の医師又は看護師を中心として、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

（７）　（１）の医師又は看護師を中心として、認知症患者に関わる職員に対し、少なくとも年に１回は研修や事例検討会等を実施すること。

３　認知症ケア加算３の施設基準

（１）　２の（３）及び（４）の施設基準を満たしていること。

（２）　身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に周知し活用すること。

（３）　２の（３）に掲げる認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を中心として、病棟の看護師等に対し、少なくとも年に１回は研修や事例検討会等を実施すること。

４　届出に関する事項

（１）　認知症ケア加算１の施設基準に係る届出は、別添７の様式 40 の 10 を用いること。

（２）　認知症ケア加算２又は３の届出は、保険医療機関単位で届け出るが、その際、小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床を除いて届け出ることができること。また、施設基準に係る届出は、別添７の様式 40 の 11 を用いること。

第26の6の2　せん妄ハイリスク患者ケア加算

1　せん妄ハイリスク患者ケア加算の施設基準

（1）　区分番号「Ａ１００」一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料に限る。）、区分番号「Ａ１０４」特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、区分番号「Ａ３００」救命救急入院料、区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０１－２」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「Ａ３０１－３」脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は区分番号「Ａ３１７」特定一般病棟入院料を算定する病棟であること。

（2）　せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びせん妄のハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。

2　届出に関する事項

せん妄ハイリスク患者ケア加算に係る届出は別添７の２を用いること。

第26の7　精神疾患診療体制加算

1　精神疾患診療体制加算に関する施設基準

（1）　内科及び外科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。

（2）　当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医療機関全体の許可病床数の50％未満であること。

（3）　24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。

ア　「救急医療対策事業実施要綱」に定める第２「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第３「救命救急センター」、第４「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関

イ　アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

2　届出に関する事項

精神疾患診療体制加算に係る届出は別添７の様式40の12を用いること。

第26の8　精神科急性期医師配置加算

1　通則

当該病棟における常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに１以上配置されていること。なお、当該病棟における常勤の医師は、他の病棟に配置される医師と兼任はできない。

2　精神科急性期医師配置加算１に関する施設基準

（1）　措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち６割以上が入院日から起算して３月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。また、「Ａ３１１―２」精神科急性期治療病棟入院料においては、退院後に、医科点数表第１章第２部通則５の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

（2）　当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間６件以上であること。

（3）　精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における外来診療（電話等再診を除く。）件数が年間20件以上であり、かつ、入院件数が年間８件以上であること。

（4）　当該病棟に常勤の精神保健指定医が２名以上配置されていること。３　精神科急性期医師配置加算２のイに関する施設基準

区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料（10対１入院基本料及び13対１入院基本料に限る。）及び区分番号「Ａ１０４」特定機能病院入院基本料（精神病棟の７対１入院基本料、10対１入院基本料及び13対１入院基本料に限る。）を算定する病棟については、以下の要件を満たしていること。

（1）　精神病床を除く当該保険医療機関全体の許可病床数が100床（「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては80床）以上であって、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜する保険医療機関であること。

（2）　当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医療機関全体の許可病床数の50％未満かつ届出を行っている精神病棟が２病棟以下であること。

（3）　24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている保険医療機関であること。

ア　「救急医療対策事業実施要綱」に定める第２「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第３「救命救急センター」、第４「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関

イ　アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関

（4）　区分番号「Ａ２３０－４」精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行っていること。

（5）　当該病棟の直近３か月間の新規入院患者の５％以上が入院時に区分番号「Ａ２３０－３」精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。

（6）　当該保険医療機関の精神科医が、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を速やかに診療できる体制を有し、当該保険医療機関到着後12時間以内に毎月５人以上（直近３か月間の平均）診察していること。

4　精神科急性期医師配置加算２のロに関する施設基準

２の(1)及び(3)を満たすものであること。

5　精神科急性期医師配置加算３に関する施設基準

（1）　措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち４割以上が入院日から起算して３月以内に退院し、自宅等へ移行すること。なお、当該要件にかかる留意点については２の(1)と同様であること。

（2）　当該病棟においてクロザピンを新規に導入した実績が年間３件以上であること。

（3）　２の(3)を満たすものであること。

6　届出に関する事項

（1）　精神科急性期医師配置加算に係る届出は別添７の様式40の13及び様式53を用いること。

（2）　令和４年３月31日時点で旧算定方法別表第一区分番号「Ａ３１１」に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟であって、同日後に精神科救急急性期医療入院料を算定するも

のについては、令和６年３月31日までの間に限り、２の(２)又は５の(２)の基準を満たしているものとみなす。

第26の９　排尿自立支援加算

１　排尿自立支援加算に関する施設基準

（１）　保険医療機関内に、以下から構成される排尿ケアに係るチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）が設置されていること。

ア　下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師

イ　下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を３年以上有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師

ウ　下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士

（２）　(１)のアに掲げる医師は、３年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、他の保険医療機関を主たる勤務先とする医師（３年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師に限る。）が対診等により当該チームに参画しても差し支えない。また、ここでいう適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること。

イ　下部尿路機能障害の病態、診断、治療、予防及びケアの内容が含まれるものであること。

ウ　通算して６時間以上のものであること。

（３）　(１)のイに掲げる所定の研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること。

イ　下部尿路機能障害の病態生理、その治療と予防、評価方法、排尿ケア及び事例分析の内容が含まれるものであること。

ウ　排尿日誌による評価、エコーを用いた残尿測定、排泄用具の使用、骨盤底筋訓練及び自己導尿に関する指導を含む内容であり、下部尿路機能障害患者の排尿自立支援について十分な知識及び経験のある医師及び看護師が行う演習が含まれるものであること。

エ　通算して16時間以上のものであること。

（４）　排尿ケアチームの構成員は、区分番号「Ｂ００５－９」外来排尿自立指導料に規定する排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。

（５）　排尿ケアチームは、対象となる患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定）等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該保険医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。

（６）　包括的排尿ケアの計画及び実施に当たっては、下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドライン等を遵守すること。

２　届出に関する事項

当該加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式40の14を用いること。

第26の10　地域医療体制確保加算

１　地域医療体制確保加算に関する施設基準

（１）　区分番号「Ａ１００」一般病棟入院基本料（地域一般入院基本料を除く。）、区分番号「Ａ１０２」結核病棟入院基本料（７対１入院基本料及び10対１入院基本料に限る。）、区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料（10対１入院基本料に限る。）、区分番号「Ａ１０４」特定機能病院入院基本料（７対１入院基本料及び10対１入院基本料に限る。）、区分番号「Ａ１０５」専門病院入院基本料（７対１入院基本料及び10対１入院基本料に限る。）、区分番号「Ａ３００」救命救急入院料、区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０１－２」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「Ａ３０１－３」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、区分番号「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０３－２」新生児治療回復室入院医療管理料、区分番号「Ａ３０５」一類感染症患者入院医療管理料、区分番号「Ａ３０７」小児入院医療管理料（小児入院医療管理料５を除く。）、区分番号「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料又は区分番号「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料を算定する病棟であること。

（２）　以下のいずれかを満たしていること。

ア　救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2,000件以上であること。

イ　救急医療に係る実績として、救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で1,000件以上であり、かつ、区分番号「Ａ２３７」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。）若しくは区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料又は区分番号「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料若しくは区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ウ　「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年３月31日医政地発0331第３号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。

（３）　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、総合入院体制加算、医師事務作業補助体制加算又は急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。

ア　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善のため、病院勤務医の勤務状況の把握とその改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

イ　病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。

ウ　当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議を設置し、「医師労働時間短縮計画作成ガイドライン」に基づき、「医師労働時間短縮計画」を作成すること。また、当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。

エ　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

（４）　(２)の救急医療に係る実績は、１月から12月までの１年間における実績とし、当該要件及

び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年の３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

２　届出に関する事項

（１）　地域医療体制確保加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 40 の 15 及び様式 40 の 16 を用いること。

（２）　毎年７月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、別添７の様式 40 の 17 により届け出ること。

（３）　令和４年３月 31 日時点で地域医療体制確保加算の届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月 30 日までの間に限り、１の(３)のウの基準を満たしているものとみなす。

第 27　地域歯科診療支援病院入院加算

１　地域歯科診療支援病院入院加算に関する施設基準

（１）　歯科診療報酬点数表の初診料の注２に規定する地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の届出を行った病院である保険医療機関であって、次の要件を満たしていること。

ア　連携する別の保険医療機関において歯科診療報酬点数表の区分番号「Ａ０００」初診料の「注６」又は区分番号「Ａ００２」再診料の「注４」に規定する加算を算定している患者若しくは歯科訪問診療料を算定している患者に対して、入院して歯科診療を行う体制を確保していること。

イ　連携する別の保険医療機関との調整担当者を１名以上配置していること。

（２）　地域において歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

２　届出に関する事項

地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 41 を用いること。

別紙１

人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域

人事院規則九－四九第２条に規定する地域

級地区分	都道府県	地域
１級地	東京都	特別区
２級地	茨城県	取手市、つくば市
	埼玉県	和光市
	千葉県	袖ケ浦市、印西市
	東京都	武蔵野市、調布市、町田市、小平市、日野市、国分寺市、狛江市、清瀬市、多摩市
	神奈川県	横浜市、川崎市、厚木市
	愛知県	刈谷市、豊田市
	大阪府	大阪市、守口市
３級地	茨城県	守谷市
	埼玉県	さいたま市、志木市
	千葉県	千葉市、成田市
	東京都	八王子市、青梅市、府中市、東村山市、国立市、福生市、稲城市、西東京市
	神奈川県	鎌倉市
	愛知県	名古屋市、豊明市
	大阪府	池田市、高槻市、大東市、門真市
	兵庫県	西宮市、芦屋市、宝塚市
４級地	茨城県	牛久市
	埼玉県	東松山市、朝霞市
	千葉県	船橋市、浦安市
	東京都	立川市
	神奈川県	相模原市、藤沢市
	三重県	鈴鹿市
	京都府	京田辺市
	大阪府	豊中市、吹田市、寝屋川市、箕面市、羽曳野市
	兵庫県	神戸市
	奈良県	天理市
５級地	宮城県	多賀城市
	茨城県	水戸市、日立市、土浦市、龍ケ崎市
	埼玉県	坂戸市
	千葉県	市川市、松戸市、佐倉市、市原市、富津市
	東京都	三鷹市、あきる野市
	神奈川県	横須賀市、平塚市、小田原市、茅ヶ崎市、大和市

	愛知県	西尾市、知多市、みよし市
	三重県	四日市市
	滋賀県	大津市、草津市、栗東市
	京都府	京都市
	大阪府	堺市、枚方市、茨木市、八尾市、柏原市、東大阪市、交野市
	兵庫県	尼崎市、伊丹市、三田市
	奈良県	奈良市、大和郡山市
	広島県	広島市
	福岡県	福岡市、春日市、福津市
6級地	宮城県	仙台市
	茨城県	古河市、ひたちなか市、神栖市
	栃木県	宇都宮市、大田原市、下野市
	群馬県	高崎市
	埼玉県	川越市、川口市、行田市、所沢市、飯能市、加須市、春日部市、羽生市、鴻巣市、深谷市、上尾市、草加市、越谷市、戸田市、入間市、久喜市、三郷市、比企郡滑川町、比企郡鳩山町、北葛飾郡杉戸町
	千葉県	野田市、茂原市、東金市、柏市、流山市、印旛郡酒々井町、印旛郡栄町
	神奈川県	三浦市、三浦郡葉山町、中郡二宮町
	山梨県	甲府市
	長野県	塩尻市
	岐阜県	岐阜市
	静岡県	静岡市、沼津市、磐田市、御殿場市
	愛知県	岡崎市、瀬戸市、春日井市、豊川市、津島市、碧南市、安城市、犬山市、江南市、田原市、弥富市、西春日井郡豊山町
	三重県	津市、桑名市、亀山市
	滋賀県	彦根市、守山市、甲賀市
	京都府	宇治市、亀岡市、向日市、木津川市
	大阪府	岸和田市、泉大津市、泉佐野市、富田林市、河内長野市、和泉市、藤井寺市、泉南市、阪南市、泉南郡熊取町、泉南郡田尻町、泉南郡岬町、南河内郡太子町
	兵庫県	明石市、赤穂市
	奈良県	大和高田市、橿原市、香芝市、北葛城郡王寺町
	和歌山県	和歌山市、橋本市
	香川県	高松市
	福岡県	太宰府市、糸島市、糟屋郡新宮町、糟屋郡粕屋町
7級地	北海道	札幌市
	宮城県	名取市

	茨城県	笠間市、鹿嶋市、筑西市
	栃木県	栃木市、鹿沼市、小山市、真岡市
	群馬県	前橋市、太田市、渋川市
	埼玉県	熊谷市
	千葉県	木更津市、君津市、八街市
	東京都	武蔵村山市
	新潟県	新潟市
	富山県	富山市
	石川県	金沢市、河北郡内灘町
	福井県	福井市
	山梨県	南アルプス市
	長野県	長野市、松本市、諏訪市、伊那市
	岐阜県	大垣市、多治見市、美濃加茂市、各務原市、可児市
	静岡県	浜松市、三島市、富士宮市、富士市、焼津市、掛川市、藤枝市、袋井市
	愛知県	豊橋市、一宮市、半田市、常滑市、小牧市、海部郡飛島村
	三重県	名張市、伊賀市
	滋賀県	長浜市、東近江市
	兵庫県	姫路市、加古川市、三木市
	奈良県	桜井市、宇陀市
	岡山県	岡山市
	広島県	三原市、東広島市、廿日市市、安芸郡海田町、安芸郡坂町
	山口県	周南市
	徳島県	徳島市、鳴門市、阿南市
	香川県	坂出市
	福岡県	北九州市、筑紫野市、糟屋郡宇美町
	長崎県	長崎市

備考　この表の「地域」欄に掲げる名称は、平成27年4月1日においてそれらの名称を有する市、町又は特別区の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。

人事院規則で定める地域に準じる地域

級地区分	都道府県	地　　域
3級地	東京都	東久留米市
	愛知県	大府市
4級地	千葉県	習志野市
	東京都	昭島市
	神奈川県	愛川町、清川村

５級地	茨城県	阿見町、稲敷市、つくばみらい市
	千葉県	八千代市、四街道市
	東京都	小金井市、羽村市、日の出町、檜原村
	神奈川県	座間市、綾瀬市、寒川町、伊勢原市、秦野市、海老名市
	愛知県	東海市、日進市、東郷町
	京都府	八幡市
	大阪府	島本町、摂津市、四條畷市
	兵庫県	川西市、猪名川町
	奈良県	川西町、生駒市、平群町
	広島県	安芸郡府中町
６級地	宮城県	利府町、七ヶ浜町
	茨城県	東海村、那珂市、大洗町、坂東市、境町、五霞町、常総市、利根町、河内町
	栃木県	さくら市
	群馬県	明和町
	埼玉県	八潮市、吉川市、松伏町、幸手市、宮代町、白岡市、蓮田市、桶川市、川島町、蕨市、新座市、富士見市、三芳町、狭山市、鶴ヶ島市、日高市、毛呂山町、越生町、ときがわ町
	千葉県	我孫子市、白井市、鎌ケ谷市、大網白里市、長柄町、長南町、香取市
	東京都	奥多摩町
	神奈川県	逗子市、大磯町、中井町
	愛知県	蒲郡市、幸田町、知立市、尾張旭市、長久手市、扶桑町、あま市、蟹江町、愛西市
	三重県	東員町、朝日町、川越町、木曽岬町
	滋賀県	湖南市、野洲市
	京都府	精華町、井手町、城陽市、久御山町、長岡京市、南丹市、宇治田原町、和束町、笠置町
	大阪府	松原市、大阪狭山市、高石市、忠岡町、貝塚市、河南町、千早赤阪村、豊能町
	奈良県	御所市、葛城市、斑鳩町、上牧町、広陵町、五條市、三郷町
	和歌山県	かつらぎ町、紀の川市、岩出市
	福岡県	古賀市、久山町
	佐賀県	佐賀市
７級地	宮城県	村田町
	茨城県	城里町、茨城町、桜川市、石岡市、下妻市、結城市、八千代町、潮来市
	栃木県	日光市、芳賀町、上三川町、壬生町、佐野市、野木町
	群馬県	伊勢崎市、沼田市、東吾妻町、玉村町、吉岡町、榛東村、桐生市、大泉町、千代田町、みどり市、板倉町

	埼玉県	吉見町、嵐山町
	千葉県	富里市、山武市、大多喜町、鴨川市
	東京都	東大和市、瑞穂町
	神奈川県	箱根町、山北町、大井町
	富山県	南砺市
	石川県	津幡町
	山梨県	甲斐市、昭和町、中央市、市川三郷町、北杜市、早川町、南部町、身延町、富士河口湖町
	長野県	上田市、筑北村、大町市、長和町、茅野市、下諏訪町、岡谷市、箕輪町、辰野町、南箕輪村、朝日村、木祖村、木曽町、大鹿村、飯田市
	岐阜県	土岐市、八百津町、坂祝町、関市、岐南町、笠松町、羽島市、瑞穂市、高山市、御嵩町、海津町
	静岡県	小山町、裾野市、長泉町、清水町、函南町、川根本町、島田市、森町、湖西市
	愛知県	新城市、東浦町、阿久比町、武豊町、大口町、岩倉市、北名古屋市、清須市、高浜市、稲沢市
	三重県	菰野町、いなべ市
	滋賀県	米原市、多賀町、愛荘町、日野町、竜王町、高島市
	京都府	南山城村
	兵庫県	加東市、小野市、稲美町、播磨町、高砂市、加西市
	奈良県	山添村、吉野町、明日香村、田原本町、曽爾村、安堵町、河合町
	岡山県	備前市
	広島県	世羅町、安芸高田市、安芸太田町、竹原市、熊野町、呉市
	山口県	岩国市
	徳島県	小松島市、勝浦町、松茂町、北島町、藍住町
	香川県	綾川町
	福岡県	須恵町、志免町、飯塚市、大野城市、那珂川町、篠栗町

備考　この表の「地域」欄に掲げる名称は、平成 27 年４月１日においてそれらの名称を有する市、町又は村の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。

別紙２

医療を提供しているが、医療資源の少ない地域

都道府県	二次医療圏	市　町　村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町、奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町、新ひだか町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町、幌延町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鰺ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市、西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市、住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村、洋野町
秋田県	北秋田	北秋田市、上小阿仁村
	大仙・仙北	大仙市、仙北市、美郷町
	湯沢・雄勝	湯沢市、羽後町、東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村、戸沢村
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
	佐渡	佐渡市
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町
長野県	木曽	木曽郡（上松町、南木曽町、木祖村、王滝村、大桑村、木曽町）
	大北	大町市、北安曇野郡（池田町、松川村、白馬村、小谷村）
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
滋賀県	湖北	長浜市、米原市
	湖西	高島市

奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町、飯南町
	大田	大田市、邑智郡（川本町、美郷町、邑南町）
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡（土庄町、小豆島町）
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡（中種子町、南種子町、屋久島町）
	奄美	奄美市、大島郡（大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町）
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法（昭和 28 年法律第 72 号）第２条第１項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法（昭和 29 年法律第 189 号）第１条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和 44 年法律第 79 号）第４条第１項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法（平成 14 年法律第 14 号）第３条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

別添４

特定入院料の施設基準等

特定入院料に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

１　特定入院料の施設基準に係る届出は、各入院料につき個別に規定するもののほか、別添７の様式５、様式６及び様式７を用いること。

２　特定入院料の施設基準は、治療室、病床又は病棟ごとに要件を満たすことが必要であること。

３　特定入院料を算定する病棟及び治療室等のみの保険医療機関又は特定入院料を算定する病棟及び治療室等以外に算定する入院基本料等が特別入院基本料等のみの保険医療機関において、届出及び算定可能な特定入院料は、回復期リハビリテーション病棟入院料１、２、３、４及び５、地域包括ケア病棟入院料１、２、３及び４（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料１及び２、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料１及び２、地域移行機能強化病棟入院料、特定一般病棟入院料１及び２、小児入院医療管理料５、特殊疾患病棟入院料１及び２、緩和ケア病棟入院料１及び２、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料に限る。このうち精神科急性期治療病棟入院料１及び２は、他の特定入院料を届け出ている場合に限る。なお、小児入院医療管理料５、特殊疾患病棟入院料１及び２、緩和ケア病棟入院料１及び２、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料については、当該保険医療機関において、このうち２種類の特定入院料まで、かつ、これらの届出病床数の合計が200床までに限るものであること。

第１　救命救急入院料

１　救命救急入院料１に関する施設基準

（１）　専任の医師が、午前０時より午後12時までの間常に（以下「常時」という。）救命救急治療室内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制がとられていること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。

（２）　重篤な救急患者に対する手術等の診療体制に必要な看護師が常時治療室内に勤務していること。

（３）　重篤な救急患者に対する医療を行うのに必要な次に掲げる装置及び器具を治療室内に常時備え付けていること。ただし、ウからカまでについては、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。

ア　救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

イ　除細動器

ウ　ペースメーカー

エ　心電計

オ　ポータブルエックス線撮影装置

カ　呼吸循環監視装置

（４）　自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。なお、当該治療室以外の病床を有しない病院は、一般病棟入院基本料の届出も同時に行うこと。

（５）　当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとすること。

（６）　当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定し評価すること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。

（７）　ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。

２　救命救急入院料２に関する施設基準

救命救急入院料１の（１）から（５）までの施設基準を満たすほか、特定集中治療室管理料１又は３の施設基準を満たすものであること。

３　救命救急入院料３に関する施設基準

（１）　救命救急入院料１の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり15平方メートル以上であること。また、平成26年３月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

（２）　当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。

４　救命救急入院料４に関する施設基準

（１）　救命救急入院料２の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり15平方メートル以上であること。また、平成26年３月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

（２）　当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。

５　救命救急入院料の「注１」に掲げる算定上限日数に係る施設基準

（１）　当該治療室において、「注８」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算又は「注９」に掲げる早期栄養介入管理加算の届出を行っていること。

（２）　当該治療室に入院する患者について、関連学会と連携の上、適切な管理等を行っていること。

６　救命救急入院料の「注２」に規定する精神疾患診断治療初回加算の「イ」に関する施設基準

（１）　自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行

うための適切な研修を修了した医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２） 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤精神保健福祉士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、１名以上配置されていること。

（３） （１）及び（２）における適切な研修とは、次のものをいうこと。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（16 時間以上の研修期間であるもの）。

イ 講義及び演習により次の内容を含むものであること。

（イ） 自殺死亡者及び自殺企図後の患者についての基本的事項

（ロ） 救急搬送された自殺企図後の患者のケースマネジメントの概要

（ハ） 自殺企図のリスク因子と防御因子について

（ニ） 自殺企図後の患者とのコミュニケーション技法について

（ホ） 初回ケースマネジメント面接について

（ヘ） 定期ケースマネジメントについて

（ト） ケースマネジメントの終了について

（チ） インシデント対応について

（リ） ポストベンションについて

（ヌ） チーム医療とセルフケアについて

ウ 研修にはグループワークや、救急搬送された自殺企図後の患者のケースマネジメントを豊富に経験している者による実技指導やロールプレイ等を含むこと。

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

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

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

7 救命救急入院料の「注３」に掲げる加算の施設基準

（１） 救急体制充実加算１の施設基準

「救命救急センターの新しい充実段階評価について」（平成 30 年２月 16 日医政地発 0216 第１号。以下「新評価基準」という。）の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Ｓであるものであること。

（２） 救急体制充実加算２の施設基準

新評価基準の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Ａであるものであること。

（３） 救急体制充実加算３の施設基準

新評価基準の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Ｂであるものであること。

8 救命救急入院料の「注４」に掲げる加算の施設基準

「救急医療対策事業実施要綱」第４に規定する高度救命救急センターであること。

9 救命救急入院料の「注６」に掲げる小児加算の施設基準

専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関であること。

10 救命救急入院料の「注８」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準

（１） 当該治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていること。

ア 集中治療に関する５年以上の経験を有する専任の医師

イ 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 急性期医療を提供する保険医療機関において５年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士

（２） 当該保険医療機関内に区分番号「Ａ３００」救命救急入院料、区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０１－２」ハイケアユニット入院医療管理料又は区分番号「Ａ３０１－３」脳卒中ケアユニット入院医療管理料を届け出た病棟（以下「特定集中治療室等」という。）が複数設置されている場合、（１）に規定するチームが複数の特定集中治療室等の早期離床・リハビリテーションに係るチームを兼ねることは差し支えない。

（３） （１）のアに掲げる専任の医師は、特定集中治療室等に配置される医師が兼ねることは差し支えない。また、特定集中治療室等を複数設置している保険医療機関にあっては、当該専任の医師が配置される特定集中治療室等の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、別の特定集中治療室等の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。

（４） （１）のイに掲げる集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修とは、国又は医療関係団体等が主催する 600 時間以上の研修（修了証が交付されるもの）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第 37 条の２第２項第５号の規定による指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。

（５） （１）のイに掲げる専任の常勤看護師は、特定集中治療室管理料１及び２を届け出る治療室に配置される１の（２）の看護師が兼ねることは差し支えない。また、特定集中治療室等を複数設置している保険医療機関にあっては、当該看護師が配置される特定集中治療室等の患者の看護に支障がない体制を確保している場合は、別の特定集中治療室等の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。

（６） （１）のウに掲げる専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士は特定集中治療室等を有する保険医療機関で５年以上の経験を有すること。ただし、特定集中治療室等を有する保険医療機関での経験が５年に満たない場合は、回復期リハビリテーション病棟に専従で勤務した経験とあわせて５年以上であっても差し支えない。

（７） 救命救急入院料を算定する病室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備していること。なお、早期離床・リハビリテーションの実施状況等を踏まえ、定期的に当該プロトコルの見直しを行うこと。

（８） 区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

9 救命救急入院料の「注９」に掲げる早期栄養介入管理加算の施設基準

（1） 当該治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。
ア 別添３の第19の１の(３)に規定する研修を修了し、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る３年以上の経験を有すること
イ 集中治療を必要とする患者の栄養管理に係る３年以上の経験を有すること
（2） (1)に掲げる管理栄養士は、以下の知識及び技能を有していることが望ましい。
ア 当該治療室への入室翌日までに入室患者全員の栄養スクリーニングを実施し、重点的な栄養管理を必要とする患者を特定することができること
イ 腸管機能として腸蠕動音、鼓音及び腹部膨満等を確認するとともに、Refeeding Syndrome、Over feedingについてのアセスメント及びモニタリングをすることができること
ウ 栄養管理に係る計画及び治療目的を多職種と共有し、アセスメントによって把握された徴候及び症状を勘案し、可能な限り入院前の日常生活機能等に近づけるよう栄養補給について立案することができること
エ 経腸栄養投与継続が困難と評価した場合は、担当医に報告し、栄養管理に係る計画を再考することができること
オ 経口摂取移行時においては、摂食嚥下機能について確認し、必要に応じて言語聴覚士等との連携を図ることができること
（3） 救命救急入院料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに１以上であること。
（4） 当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。
（5） 早期栄養介入管理加算を算定した患者の数等について、別添７の様式 42 の５を用いて、地方厚生（支）局長に報告すること。

10 救命救急入院料の「注11」に掲げる重症患者対応体制強化加算の施設基準
（1） 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した専従の常勤看護師（以下この項において「常勤看護師」という。）が当該治療室内に１名以上配置されていること。なお、ここでいう「適切な研修」とは、国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。
（2） 救命救急入院料２又は４若しくは特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関において５年以上勤務した経験を有する専従の常勤臨床工学技士が当該治療室内に１名以上配置されていること。
（3） 常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を３年以上有する看護師が当該治療室内に２名以上配置されていること。
（4） (3)に規定する看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に関する以下のいずれかの研修を受講すること。なお、当該研修を既に修了している場合においては、(5)に示す院内研修の講師や、(6)に示す地域の医療機関等が主催する集中治療を必要とする患者の看護に関する研修の講師として参加すること。
ア 国又は医療関係団体等が主催する 600 時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であって、講義及び演習により集中治療を要する患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修
イ 保健師助産師看護師法第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修
（5） 当該保険医療機関の医師、(3)に規定する看護師又は臨床工学技士により、集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年１回以上実施すること。なお、院内研修は重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした研修であり、講義及び演習に、次のいずれの内容も含むものであること。
ア 重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護
イ 人工呼吸器又は体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実際
（6） (3)に規定する看護師は、地域の医療機関等が主催する集中治療を必要とする患者の看護に関する研修に講師として参加するなど、地域における集中治療の質の向上を目的として、地域の医療機関等と協働することが望ましい。
（7） (3)に規定する看護師の研修の受講状況や(6)に規定する地域活動への参加状況について記録すること。
（8） 新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う看護師が２名以上確保されていること。なお、当該看護師は、(3)に規定する看護師であることが望ましいこと。
（9） 区分番号「Ａ２００－２」急性期充実体制加算及び区分番号「Ａ２３４－２」感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、急性期一般入院料１に係る届出を行っている保険医療機関については、区分番号「Ａ２００－２」急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合であっても、令和５年３月 31 日までの間に限り、別添７の様式 42 の７にその理由及び今後の届出予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。
(10) (3)に規定する看護師は、当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。
(11) (3)に規定する看護師が当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。
(12) 当該治療室に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙 17 の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、「特殊な治療法等」に該当する患者が１割５分以上であること。なお、該当患者の割合については、暦月で６か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動にあっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。

11 届出に関する事項
（1） 救命救急入院料の施設基準に係る届出は、別添７の様式 42、様式 43 を用いること。また、

当該治療室の平面図（面積等の分かるもの。）を添付すること。なお、当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及び診療エックス線技師については、別添７の様式 20 を用いること。

（２） 令和４年３月 31 日時点で救命救急入院料の届出を行っている治療室にあっては、令和４年９月 30 日までの間に限り、令和４年度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和２年３月５日保医発 0305 第２号）の別添６の別紙 17 の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

（３） 救命救急入院料の注２のイに係る届出は、別添７の様式 42 の６を用いること。

（４） 早期離床・リハビリテーション加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 42 の３を用いること。

（５） 早期栄養介入管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式42の４を用いること。

（６） 重症患者対応体制強化加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 42 の７を用いること。

第２ 特定集中治療室管理料

１ 特定集中治療室管理料１に関する施設基準

（１） 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を５年以上有する医師を２名以上含むこと。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。

（２） 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週 20 時間以上配置すること。なお、専任の常勤看護師を２名組み合わせることにより、当該治療室内に週 20 時間以上配置しても差し支えないが、当該２名の勤務が重複する時間帯については１名についてのみ計上すること。また、ここでいう「適切な研修」とは、国又は医療関係団体等が主催する 600 時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。

（３） 専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務していること。

（４） 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり 20 平方メートル以上であること。ただし、新生児用の特定集中治療室にあっては、１床当たり９平方メートル以上であること。

（５） 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。ただし、ウからカについては、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。

ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

イ 除細動器

ウ ペースメーカー

エ 心電計

オ ポータブルエックス線撮影装置

カ 呼吸循環監視装置

（６） 新生児用の特定集中治療室にあっては、（５）に掲げる装置及び器具のほか、次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。

ア 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置

イ 酸素濃度測定装置

ウ 光線治療器

（７） 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。

（８） 当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましいこと。

（９） 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとすること。

（10） 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が、重症度、医療・看護必要度Ⅰの場合は８割以上、重症度、医療・看護必要度Ⅱの場合は７割以上いること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。なお、別添６の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」のB項目の患者の状況等については、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る基準の対象から除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること。

（11） 「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。ただし、別添６の別紙17の別表１に掲げる「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。なお、実際に患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で確認を行うこと。

（12） 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、特定入院料の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添７の様式43を用いて届け出る必要があること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは４月又は10月までに届け出ること。

２ 特定集中治療室管理料２（広範囲熱傷特定集中治療管理料）に関する施設基準

（１） 特定集中治療室管理料１の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり20平方メートル以上であること。

（２） 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。

３ 特定集中治療室管理料３に関する施設基準

（１） 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。

（２） 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり 15 平方メートル以上であること。ただし、新生児用の特定集中治療室にあっては、１床当たり９平方メートル以上であること。

（３） 特定集中治療室管理料１の（５）から（９）まで及び(11)を満たすこと。

（４） 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が、重症度、医療・看護必要度Ⅰの場合は７割以上、重症度、医療・看護必要度Ⅱの場合は６割以上いること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。なお、別添６の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」のＢ項目の患者の状況等については、特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る基準の対象から除外するが、当該評価票を用いて評価を行っていること。

４ 特定集中治療室管理料４（広範囲熱傷特定集中治療管理料）に関する施設基準

（１） 特定集中治療室管理料３の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり15平方メートル以上であること。

（２） 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。

５ 特定集中治療室管理料の「注１」に掲げる算定上限日数に係る施設基準

（１） 当該治療室において、「注４」に規定する早期離床・リハビリテーション加算又は「注５」に規定する早期栄養介入管理加算の届出を行っていること。

（２） 当該治療室に入院する患者について、関連学会と連携の上、適切な管理等を行っていること。

６ 特定集中治療室管理料の「注２」に掲げる小児加算の施設基準

専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関であること。

７ 特定集中治療室管理料の「注４」に規定する早期離床・リハビリテーション加算の施設基準

（１） 当該治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていること。

ア 集中治療に関する５年以上の経験を有する専任の医師

イ 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 急性期医療を提供する保険医療機関において５年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士

（２） 当該保険医療機関内に複数の特定集中治療室等が設置されている場合、（１）に規定するチームが複数の特定集中治療室等の早期離床・リハビリテーションに係るチームを兼ねることは差し支えない。

（３） （１）のアに掲げる専任の医師は、特定集中治療室等に配置される医師が兼ねることは差し支えない。また、特定集中治療室等を複数設置している保険医療機関にあっては、当該医師が配置される特定集中治療室等の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、別の特定集中治療室等の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。

（４） （１）のイに掲げる集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修とは、国又は医療関係団体等が主催する 600 時間以上の研修（修了証が交付されるもの）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。

（５） （１）のイに掲げる専任の常勤看護師は、特定集中治療室管理料１及び２を届け出る治療室に配置される１の（２）の看護師が兼ねることは差し支えない。また、特定集中治療室等を複数設置している保険医療機関にあっては、当該看護師が配置される特定集中治療室等の患者の看護に支障がない体制を確保している場合は、別の特定集中治療室等の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。

（６） （１）のウに掲げる専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士は特定集中治療室等を有する保険医療機関で５年以上の経験を有すること。ただし、特定集中治療室等を有する保険医療機関での経験が５年に満たない場合は、回復期リハビリテーション病棟に専従で勤務した経験とあわせて５年以上であっても差し支えない。

（７） 特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備していること。なお、早期離床・リハビリテーションの実施状況等を踏まえ、定期的に当該プロトコルの見直しを行うこと。

（８） 区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

８ 特定集中治療室管理料の「注５」に規定する早期栄養介入管理加算の施設基準

（１） 当該治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。

ア 別添３の第19の１の（３）に規定する研修を修了し、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る３年以上の経験を有すること

イ 集中治療を必要とする患者の栄養管理に係る３年以上の経験を有すること

（２） （１）に掲げる管理栄養士は、以下の知識及び技能を有していることが望ましい。

ア 特定集中治療室への入室翌日までに入室患者全員の栄養スクリーニングを実施し、重点的な栄養管理を必要とする患者を特定することができること

イ 腸管機能として腸蠕動音、鼓音及び腹部膨満等を確認するとともに、Refeeding Syndrome、Over feeding についてのアセスメント及びモニタリングをすることができること

ウ 栄養管理に係る計画及び治療目的を多職種と共有し、アセスメントによって把握された徴候及び症状を勘案し、可能な限り入院前の日常生活機能等に近づけるよう栄養補給について立案することができること

エ 経腸栄養投与継続が困難と評価した場合は、担当医に報告し、栄養管理に係る計画を再考することができること

オ　経口摂取移行時においては、摂食嚥下機能について確認し、必要に応じて言語聴覚士等との連携を図ることができること

（３）　特定集中治療室管理料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに１以上であること。

（４）　当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。

（５）　早期栄養介入管理加算を算定した患者の数等について、別添７の様式42の５を用いて、地方厚生（支）局長に報告すること。

９　特定集中治療室管理料の「注６」に掲げる重症患者対応体制強化加算の施設基準

（１）　集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、かつ、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した専従の常勤看護師（以下この項において「常勤看護師」という。）が当該治療室内に１名以上配置されていること。なお、ここでいう「適切な研修」とは、国又は医療関係団体等が主催する 600 時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。

（２）　救命救急入院料２又は４、特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関において５年以上勤務した経験を有する専従の常勤臨床工学技士が当該治療室内に１名以上配置されていること。

（３）　常勤看護師のほか、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を３年以上有する看護師が当該治療室内に２名以上配置されていること。

（４）　（３）に規定する看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に関する以下のいずれかの研修を受講すること。なお、当該研修を既に修了している場合においては、（５）に示す院内研修の講師や、（６）に示す地域の医療機関等が主催する集中治療を必要とする患者の看護に関する研修の講師として参加すること。

ア　国又は医療関係団体等が主催する 600 時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であって、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修

イ　保健師助産師看護師法第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に関する研修

（５）　当該保険医療機関の医師、（３）に規定する看護師又は臨床工学技士により、集中治療を必要とする患者の看護に従事する看護職員を対象とした院内研修を、年１回以上実施すること。なお、院内研修は重症患者への看護実践のために必要な知識・技術の習得とその向上を目的とした研修であり、講義及び演習に、次のいずれの内容も含むものであること。

ア　重症患者の病態生理、全身管理の知識・看護

イ　人工呼吸器又は体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた重症患者の看護の実際

（６）　（３）に規定する看護師は、地域の医療機関等が主催する集中治療を必要とする患者の看護

に関する研修に講師として参加するなど、地域における集中治療の質の向上を目的として、地域の医療機関等と協働することが望ましい。

（７）　（３）に規定する看護師の研修の受講状況や（６）に規定する地域活動への参加状況について記録すること。

（８）　新興感染症の発生等の有事の際に、都道府県等の要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う看護師が２名以上確保されていること。なお、当該看護師は、（３）に規定する看護師であることが望ましいこと。

（９）　区分番号「Ａ２００－２」急性期充実体制加算及び区分番号「Ａ２３４－２」感染対策向上加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。ただし、急性期一般入院料１に係る届出を行っている保険医療機関については、区分番号「Ａ２００－２」急性期充実体制加算に係る届出を行っていない場合であっても、令和５年３月31日までの間に限り、別添７の様式42の７にその理由及び今後の届出予定を記載することをもって、当該届出を行っているものとみなす。

（11）　（３）に規定する看護師は、当該治療室の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。

（12）　（３）に規定する看護師が当該治療室以外の治療室又は病棟において勤務した場合、勤務した治療室又は病棟の施設基準に係る看護師の数に含めないこと。

（13）　当該治療室に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、「特殊な治療法等」に該当する患者が１割５分以上であること。なお、該当患者の割合については、暦月で６か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動にあっては、施設基準に係る変更の届出を行う必要はないこと。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料３の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。

10　１から４までに掲げる内法の規定の適用について、平成 26 年３月 31 日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

11　届出に関する事項

（１）　特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式 42、43 を用いること。また、当該治療室の配置図及び平面図（面積等の分かるもの。）を添付すること。なお、当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及び診療エックス線技師については、別添７の様式20 を用いること。

（２）　早期離床・リハビリテーション加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式42の３を用いること。

（３）　早期栄養介入管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式42の４を用いること。

（４）　令和４年３月31日時点で特定集中治療室管理料の届出を行っている治療室にあっては、令和４年９月30日までの間に限り、令和４年度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和２年３月５日保医発 0305 第２号）の別添６の別紙17の特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票を用いて評価をしても差

し支えないこと。

（５） 令和４年３月31日時点で特定集中治療室管理料の「注５」に掲げる早期栄養介入管理加算の届出を行っている治療室にあっては、令和４年９月30日までの間に限り、８の(４)の基準を満たしているものとみなす。

（６） 重症患者対応体制強化加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式42の７を用いること。

第３ ハイケアユニット入院医療管理料

１ ハイケアユニット入院医療管理料１に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関内に、専任の常勤医師が常時１名以上いること。

（２） 当該保険医療機関の一般病床に、ハイケアユニット入院医療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。

（３） 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が特定集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を特定集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。

ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

イ 除細動器

ウ 心電計

エ 呼吸循環監視装置

（４） 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとすること。

（５） 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて毎日測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が８割以上いること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。

（６） 「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。

２ ハイケアユニット入院医療管理料２に関する施設基準

（１） 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて毎日測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が６割以上いること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。

（２） １の(１)から(４)まで及び(６)の施設基準を満たしていること。

３ ハイケアユニット入院医療管理料の「注３」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準

（１） 当該治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていること。

ア 集中治療に関する５年以上の経験を有する専任の医師

イ 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 急性期医療を提供する保険医療機関において５年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士

（２） 当該保険医療機関内に複数の特定集中治療室等が設置されている場合、(１)に規定するチームが複数の特定集中治療室等の早期離床・リハビリテーションに係るチームを兼ねることは差し支えない。

（３） (１)のアに掲げる専任の医師は、特定集中治療室等に配置される医師が兼ねることは差し支えない。また、特定集中治療室等を複数設置している保険医療機関にあっては、当該医師が配置される特定集中治療室等の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、別の特定集中治療室等の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。

（４） (１)のイに掲げる集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修とは、国又は医療関係団体等が主催する 600 時間以上の研修（修了証が交付されるもの）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第37条の２第２項第５号の規定による指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。

（５） (１)のイに掲げる専任の常勤看護師は、特定集中治療室管理料１及び２を届け出る治療室に配置される１の(２)の看護師が兼ねることは差し支えない。また、特定集中治療室等を複数設置している保険医療機関にあっては、当該看護師が配置される特定集中治療室等の患者の看護に支障がない体制を確保している場合は、別の特定集中治療室等の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。

（６） (１)のウに掲げる専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士は特定集中治療室等を有する保険医療機関で５年以上の経験を有すること。ただし、特定集中治療室等を有する保険医療機関での経験が５年に満たない場合は、回復期リハビリテーション病棟に専従で勤務した経験とあわせて５年以上であっても差し支えない。

（７） ハイケアユニット入院医療管理料を算定する病室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備していること。なお、早期離床・リハビリテーションの実施状況等を踏まえ、定期的に当該プロトコルの見直しを行うこと。

（８） 区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

４ ハイケアユニット入院医療管理料の「注４」に規定する早期栄養介入管理加算の施設基準

（１） 当該治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。

ア 別添３の第 19 の１の（３）に規定する研修を修了し、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る３年以上の経験を有すること。

イ 集中治療を必要とする患者の栄養管理に係る３年以上の経験を有すること。

（2）（1）に掲げる管理栄養士は、以下の知識及び技能を有していることが望ましい。

ア　当該治療室への入室翌日までに入室患者全員の栄養スクリーニングを実施し、重点的な栄養管理を必要とする患者を特定することができること。

イ　腸管機能として腸蠕動音、鼓音及び腹部膨満等を確認するとともに、Refeeding Syndrome、Over feedingについてのアセスメント及びモニタリングをすることができること。

ウ　栄養管理に係る計画及び治療目的を多職種と共有し、アセスメントによって把握された徴候及び症状を勘案し、可能な限り入院前の日常生活機能等に近づけるよう栄養補給について立案することができること。

エ　経腸栄養投与継続が困難と評価した場合は、担当医に報告し、栄養管理に係る計画を再考することができること。

オ　経口摂取移行時においては、摂食嚥下機能について確認し、必要に応じて言語聴覚士等との連携を図ることができること。

（3）ハイケアユニット入院医療管理料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに１以上であること。

（4）当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。

（5）早期栄養介入管理加算を算定した患者の数等について、別添７の様式 42 の５を用いて、地方厚生（支）局長に報告すること。

5　届出に関する事項

（1）ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式 44 を用いること。また、当該治療室に勤務する従事者については、別添７の様式20を用いること。

（2）早期離床・リハビリテーション加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式42の３を用いること。

（3）早期栄養介入管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式42の４を用いること。

第４　脳卒中ケアユニット入院医療管理料

1　脳卒中ケアユニット入院医療管理料に関する施設基準

（1）当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を５年以上有する専任の医師が常時１名以上いること。ただし、夜間又は休日において、神経内科又は脳神経外科の経験を５年以上有する医師が、当該保険医療機関の外にいる場合であって、当該医師に対して常時連絡することや、頭部の精細な画像や検査結果を含め診療上必要な情報を直ちに送受信することが可能であり、かつ、当該医師が迅速に判断を行い、必要な場合には当該保険医療機関に赴くことが可能である体制が確保されている時間に限り、当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を３年以上有する専任の医師が常時１名以上いればよいこととする。なお、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たっては、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保すること。

（2）脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。

（3）当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が特定集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を特定集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。

ア　救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

イ　除細動器

ウ　心電計

エ　呼吸循環監視装置

（4）当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとすること。

（5）脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士が１名以上、当該治療室に勤務していること。なお、当該理学療法士又は当該作業療法士は、疾患別リハビリテーションを担当する専従者との兼務はできないものであること。

（6）当該治療室の入院患者数の概ね８割以上が、脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の患者であること。

（7）コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制であること。

（8）脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)の届出を行っていること。

（9）当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に、直近３月において入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票Ⅰ又はⅡを用いて測定し評価すること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添７の様式10を用いて届け出る必要があること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは切替月のみとし、切替月の10日までに届け出ること。

(10)　重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。ただし、別添６の別紙７の別表１に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ａ・Ｃ項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。

2　脳卒中ケアユニット入院医療管理料の「注３」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準

（1）当該治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていること。

ア　集中治療に関する５年以上の経験を有する専任の医師

イ　集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、集中治療を必要とす

る患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

ウ　急性期医療を提供する保険医療機関において５年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士

（２）　当該保険医療機関内に複数の特定集中治療室等が設置されている場合、（１）に規定するチームが複数の特定集中治療室等の早期離床・リハビリテーションに係るチームを兼ねることは差し支えない。

（３）　（１）のアに掲げる専任の医師は、特定集中治療室等に配置される医師が兼ねることは差し支えない。また、特定集中治療室等を複数設置している保険医療機関にあっては、当該医師が配置される特定集中治療室等の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、別の特定集中治療室等の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。

（４）　（１）のイに掲げる集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修とは、国又は医療関係団体等が主催する 600 時間以上の研修（修了証が交付されるもの）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第37条の２第２項第５号の規定による指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。

（５）　（１）のイに掲げる専任の常勤看護師は、特定集中治療室管理料１及び２を届け出る治療室に配置される１の（２）の看護師が兼ねることは差し支えない。また、特定集中治療室等を複数設置している保険医療機関にあっては、当該看護師が配置される特定集中治療室等の患者の看護に支障がない体制を確保している場合は、別の特定集中治療室等の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。

（６）　（１）のウに掲げる専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士は特定集中治療室等を有する保険医療機関で５年以上の経験を有すること。ただし、特定集中治療室等を有する保険医療機関での経験が５年に満たない場合は、回復期リハビリテーション病棟に専従で勤務した経験とあわせて５年以上であっても差し支えない。

（７）　脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する病室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備していること。なお、早期離床・リハビリテーションの実施状況等を踏まえ、定期的に当該プロトコルの見直しを行うこと。

（８）　区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

３　脳卒中ケアユニット入院医療管理料の「注４」に規定する早期栄養介入管理加算の施設基準

（１）　当該治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。

ア　別添３の第19の１の（３）に規定する研修を修了し、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る３年以上の経験を有すること

イ　集中治療を必要とする患者の栄養管理に係る３年以上の経験を有すること

（２）　（１）に掲げる管理栄養士は、以下の知識及び技能を有していることが望ましい。

ア　当該治療室への入室翌日までに入室患者全員の栄養スクリーニングを実施し、重点的な栄養管理を必要とする患者を特定することができること

イ　腸管機能として腸蠕動音、鼓音及び腹部膨満等を確認するとともに、Refeeding Syndrome、Over feeding についてのアセスメント及びモニタリングをすることができること

ウ　栄養管理に係る計画及び治療目的を多職種と共有し、アセスメントによって把握された徴候及び症状を勘案し、可能な限り入院前の日常生活機能等に近づけるよう栄養補給について立案することができること

エ　経腸栄養投与継続が困難と評価した場合は、担当医に報告し、栄養管理に係る計画を再考することができること

オ　経口摂取移行時においては、摂食嚥下機能について確認し、必要に応じて言語聴覚士等との連携を図ることができること

（３）　脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が 10 又はその端数を増すごとに１以上であること。

（４）　当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。

（５）　早期栄養介入管理加算を算定した患者の数等について、別添７の様式42の５を用いて、地方厚生（支）局長に報告すること。

４　届出に関する事項

（１）　脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式 10 及び様式４５を用いること。

（２）　１の（１）及び（５）に掲げる医師及び理学療法士又は作業療法士の経験が確認できる文書を添付すること。

（３）　１の（１）、（４）及び（５）に掲げる医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士の勤務の態様（常勤・非常勤、専従・専任の別）及び勤務時間を、別添７の様式20を用いて提出すること。

（４）　早期離床・リハビリテーション加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式42の３を用いること。

（５）　早期栄養介入管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 42 の４を用いること。

（６）　令和４年３月 31 日時点で脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出を行っている治療室にあっては、令和４年９月 30 日までの間に限り、令和４年度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和２年３月５日保医発 0305 第２号）の別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

第４の２　小児特定集中治療室管理料

１　小児特定集中治療室管理料に関する施設基準

（１）　小児入院医療管理料１の届出を行っている医療機関であること。

（２）　専任の医師が常時、小児特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、小児の特定集中治療の経験を５年以上有する医師を２名以上含むこと。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。

（３） 小児特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の小児特定集中治療室を有しており、当該治療室の病床数は、８床以上であること。また、当該小児特定集中治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり 15 平方メートル以上であること。

（４） 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。ただし、ウからカについては、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。

ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

イ 除細動器

ウ ペースメーカー

エ 心電計

オ ポータブルエックス線撮影装置

カ 呼吸循環監視装置

キ 体外補助循環装置

ク 急性血液浄化療法に必要な装置

（５） 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。

（６） 当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい。

（７） 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとすること。

（８） 次のいずれかの基準を満たしていること。

ア 当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者（転院時に他の保険医療機関で区分番号「Ａ３００」救命救急入院料、区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料を算定するものに限る。）が直近１年間に 20 名以上であること。

イ 当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた患者（転院時に他の保険医療機関又は当該保険医療機関で区分番号「Ｃ００４」救急搬送診療料を算定したものに限る。）が直近１年間に 50 名以上（そのうち、当該治療室に入室後 24 時間以内に人工呼吸（５時間以上（手術時の麻酔や検査のために実施した時間を除く。）のものに限る。）を実施した患者（当該治療室に入室後又は当該他の保険医療機関で開始されたものに限られ、日常的に人工呼吸を実施している患者は含まない。）が 30 名以上）であること。

ウ 当該治療室において、人工心肺を用いた先天性心疾患手術の周術期に必要な管理を実施した患者が直近１年間に 80 名以上であること。

２ １の(３)に掲げる内法の規定の適用について、平成 26 年３月 31 日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

３ 小児特定集中治療室管理料の「注３」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準

（１） 当該治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていること。

ア 小児の集中治療に関する５年以上の経験を有する専任の医師

イ 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 急性期医療を提供する保険医療機関において５年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士

（２） 当該保険医療機関内に複数の小児特定集中治療室管理料を届け出た病棟が設置されている場合、（１）に規定するチームが複数の小児特定集中治療室の早期離床・リハビリテーションに係るチームを兼ねることは差し支えない。

（３） （１）のアに掲げる専任の医師は、小児特定集中治療室に配置される医師が兼ねることは差し支えない。また、小児特定集中治療室を複数設置している保険医療機関にあっては、当該医師が配置される小児特定集中治療室の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、別の小児特定集中治療室の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。

（４） （１）のイに掲げる集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修とは、国又は医療関係団体等が主催する 600 時間以上の研修（修了証が交付されるもの）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法第 37 条の２第２項第５号の規定による指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。

（５） （１）のイに掲げる専任の常勤看護師は、特定集中治療室管理料１及び２を届け出る治療室に配置される１の（２）の看護師が兼ねることは差し支えない。また、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は小児特定集中治療室管理料（以下「小児特定集中治療室等」という。）を複数設置している保険医療機関にあっては、当該看護師が配置される小児特定集中治療室等の患者の看護に支障がない体制を確保している場合は、別の小児特定集中治療室等の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。

（６） （１）のウに掲げる専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士は小児特定集中治療室等を有する保険医療機関で５年以上の経験を有すること。ただし、小児特定集中治療室等を有する保険医療機関での経験が５年に満たない場合は、回復期リハビリテーション病棟に専従で勤務した経験とあわせて５年以上であっても差し支えない。

（７） 小児特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備していること。なお、早期離床・リハビリテーションの実施状況等を踏まえ、定期的に当該プロトコルの見直しを行うこと。

（８） 区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

４ 小児特定集中治療室管理料の「注４」に掲げる早期栄養介入管理加算の施設基準

（１） 当該治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。

ア 別添３の第 19 の１の（３）に規定する研修を修了し、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る３年以上の経験を有すること

イ 集中治療を必要とする患者の栄養管理に係る３年以上の経験を有すること

（２） （１）に掲げる管理栄養士は、以下の知識及び技能を有していることが望ましい。

ア　当該治療室への入室翌日までに入室患者全員の栄養スクリーニングを実施し、重点的な栄養管理を必要とする患者を特定することができること

イ　腸管機能として腸蠕動音、鼓音及び腹部膨満等を確認するとともに、Refeeding Syndrome、Over feeding についてのアセスメント及びモニタリングをすることができること

ウ　栄養管理に係る計画及び治療目的を多職種と共有し、アセスメントによって把握された徴候及び症状を勘案し、可能な限り入院前の日常生活機能等に近づけるよう栄養補給について立案することができること

エ　経腸栄養投与継続が困難と評価した場合は、担当医に報告し、栄養管理に係る計画を再考することができること

オ　経口摂取移行時においては、摂食嚥下機能について確認し、必要に応じて言語聴覚士等との連携を図ることができること

（３）　小児特定集中治療室管理料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が 10 又はその端数を増すごとに１以上であること。

（４）　当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。

（５）　早期栄養介入管理加算を算定した患者の数等について、別添７の様式 42 の５を用いて、地方厚生（支）局長に報告すること。

５　届出に関する事項

（１）　小児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式 43 の２及び 48 を用いること。また、当該治療室の平面図（面積等の分かるもの。）を添付すること。なお、当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及び診療エックス線技師については、別添７の様式 20 を用いること。

（２）　早期離床・リハビリテーション加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 42 の３を用いること。

（３）　早期栄養介入管理加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 42 の４を用いること。

第５　新生児特定集中治療室管理料

１　新生児特定集中治療室管理料１に関する施設基準

（１）　専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務していること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。

（２）　新生児特定集中治療室管理を行うのにふさわしい専用の新生児特定集中治療室を有しており、当該新生児特定集中治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり７平方メートル以上であること。また、平成 26 年３月 31 日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

（３）　当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を新生児特定集中治療室内に常時備えていること。

ア　救急蘇生装置（気管内挿管セット）

イ　新生児用呼吸循環監視装置

ウ　新生児用人工換気装置

エ　微量輸液装置

オ　経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置

カ　酸素濃度測定装置

キ　光線治療器

（４）　自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。

（５）　当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましい。

（６）　当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、治療室又は治療室、中間室及び回復室からなる病棟（正常新生児室及び一般小児病棟は含まれない。）以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとすること。

（７）　次のいずれかの基準を満たしていること。

ア　直近１年間の出生体重 1,000 グラム未満の新生児の新規入院患者数が４件以上であること。

イ　直近１年間の当該治療室に入院している患者について行った開胸手術、開頭手術、開腹手術、胸腔鏡下手術又は腹腔鏡下手術の年間実施件数が６件以上であること。

２　新生児特定集中治療室管理料２に関する施設基準

（１）　専任の医師が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。なお、当該医師のみで対応できない緊急時には別の医師が速やかに診療に参加できる体制を整えていること。

（２）　１の(2)から(5)までの施設基準を満たしていること。

（３）　当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとすること。

（４）　直近１年間の出生体重 2,500 グラム未満の新生児の新規入院患者数が 30 件以上であること。

３　新生児特定集中治療室管理料の届出を行っている病床数を一時的に超えて入院患者を受け入れた場合（超過する病床数は２床を上限とする。）であっても、他の医療機関において受入困難な状況での緊急入院などのやむを得ない事情がある場合には、次に掲げる要件を満たす場合に限り、新生児特定集中治療室管理料を算定できるものとする。また、常態として届け出た病床数を超えて患者を受け入れている場合には、新生児特定集中治療室管理料を算定する病床数の変更の届出を行うこと。

（１）　常時４対１以上の看護配置（当該治療室内における助産師又は看護師の数が、常時、当該治療室の入院患者の数が４又はその端数を増すごとに１以上であること）よりも手厚い看護配置であること。

（２）　(1)の看護配置について、常時３対１以上の看護配置（当該治療室内における助産師又は看護師の数が、常時、当該治療室の入院患者の数が３又はその端数を増すごとに１以上であること）の基準を満たせなくなってから 24 時間以内に常時３対１以上の看護配置に戻すこ

と。

（３） 定員超過した病床数、時刻及びその際の看護配置状況等について記録を備えておくこと。

４ 届出に関する事項

新生児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式 42 の２及び様式 20 を用いること。

第６ 総合周産期特定集中治療室管理料

１ 総合周産期特定集中治療室管理料に関する施設基準

（１） 母体・胎児集中治療室管理料に関する施設基準

ア 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成 29 年３月 31 日医政地発0331第３号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。

イ 専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。

ウ 母体・胎児集中治療室管理を行うにふさわしい専用の母体・胎児集中治療室を有しており、当該集中治療室の広さは、内法による測定で、１床当たり15平方メートル以上であること。また、当該治療室に３床以上設置されていること。

エ 帝王切開術が必要な場合、30 分以内に児の娩出が可能となるよう保険医療機関内に、医師その他の各職員が配置されていること。

オ 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を母体・胎児集中治療室内に常時備えていること。ただし、(ロ)及び(ハ)については、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。

(イ) 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）

(ロ) 心電計

(ハ) 呼吸循環監視装置

(ニ) 分娩監視装置

(ホ) 超音波診断装置（カラードップラー法による血流測定が可能なものに限る。）

カ 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。

キ 当該治療室内に、手術室と同程度の空気清浄度を有する個室及び陰圧個室を設置することが望ましいこと。

ク 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとすること。

（２） 新生児集中治療室管理料に関する施設基準

ア 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成 29 年３月 31 日医政地発0331第３号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。

イ 第５の１の(１)から(７)までを全て満たしていること。

ウ 当該治療室に病床が６床以上設置されていること。

２ 新生児集中治療室管理料について、届出を行った病床数を一時的に超えて入院患者を受け入れた場合（超過する病床数は２床を上限とする。）は、第５の３の規定と同様に取り扱うものであること。

３ １の(１)のウに掲げる内法の規定の適用について、平成 26 年３月 31 日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

４ 総合周産期特定集中治療室管理料の「注３」に規定する成育連携加算の施設基準

（１） 当該保険医療機関内に、以下から構成される成育連携チームが設置されていること。

ア 産科又は産婦人科の医師

イ 小児科の医師

ウ 助産師

エ ５年以上新生児の集中治療に係る業務の経験を有する専任の常勤看護師

オ 専任の常勤社会福祉士

カ 専任の常勤公認心理師

なお、当該専任の看護師、社会福祉士又は公認心理師（以下この項において「看護師等」という。）については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤看護師等を２名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。

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

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

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

５ 届出に関する事項

（１） 総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式 42 の２及び様式 20 を用いること。

（２） 成育連携加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 45 の３を用いること。

第７ 新生児治療回復室入院医療管理料

１ 新生児治療回復室入院医療管理料に関する施設基準

（１） 病院である保険医療機関の一般病棟における特定の治療室を単位とすること。

（２） 当該保険医療機関内に、専任の小児科の常勤医師又は週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の小児科の非常勤医師が常時１名以上配置されていること。

（３） 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りでない。

ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット）

イ　新生児用呼吸循環監視装置
ウ　新生児用人工換気装置
エ　微量輸液装置
オ　経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置
カ　酸素濃度測定装置
キ　光線治療器

（４）　自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。

２　届出に関する事項

新生児治療回復室入院医療管理料に関する施設基準に係る届出は、別添７の様式45の２、様式20及び様式42の２を用いること。

第８　一類感染症患者入院医療管理料

１　一類感染症患者入院医療管理料に関する施設基準

当該治療室を有する医療機関は感染症法第６条第13項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第６条第14項に規定する第一種感染症指定医療機関であること。

２　届出に関する事項

一類感染症患者入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式20及び様式46を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20を省略することができること。

第９　特殊疾患入院医療管理料

１　特殊疾患入院医療管理料に関する施設基準

（１）　当該病室の入院患者数の概ね８割以上が、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者であること。なお、重度の意識障害者とは、次に掲げるものをいうものであり、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

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

（２）　当該病室を有する当該病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあっては看護要員が常時２人以上配置されており、そのうち１名以上は看護職員であること。

（３）　当該病室に係る病室床面積は、患者１人につき内法による測定で、6.4 平方メートル以上であること。

（４）　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。また、当該基準については別添７の様式40の７を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。ただし、令和４年３月31日において、現に特殊疾患入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であって、許可病床数が 200 床以上の保険医療機関については、令和５年３月 31 日までの間、許可病床数が 200 床未満の保険医療機関については、令和６年３月 31 日までの間、令和４年３月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１若しくは２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものは、当分の間、当該基準を満たしているものとみなす。

２　届出に関する事項

特殊疾患入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式20及び様式47を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20を省略することができること。また、当該病棟の平面図（面積等が分かるもの。）を添付すること。

第10　小児入院医療管理料

１　小児入院医療管理料に関する施設基準

（１）　小児入院医療管理料１、２、３又は４と小児入院医療管理料５の双方を算定することはできないものであること。

（２）　小児入院医療管理料において、小児科の常勤の医師とは、小児科又は小児外科を専任する常勤の医師のことをいう。

（３）　小児入院医療管理料において、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている小児科又は小児外科の非常勤医師を２人以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、これらの非常勤医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、小児入院医療管理料１を算定する病棟において、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤の医師のうち10名までに限る。

２　小児入院医療管理料１、２、３及び４の施設基準

（１）　一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関であること。なお、小児入院医療管理料１、２及び３を算定しようとする保険医療機関であって、他に一般病棟入院基本料を算定すべき病棟がない場合には、小児入院医療管理料を算定しようとする病棟に関し、一般病棟入院基本料に係る届出を行うこと。

（２）　当該病棟においては、看護職員による複数夜勤体制がとられていること。

（３）　同一保険医療機関内に小児入院医療管理料１、２及び３を算定すべき病棟と、小児入院医療管理料４を算定すべき病室を持つ病棟とは混在することができるものであること。

（４）　小児入院医療管理料１を算定しようとする保険医療機関では、次に掲げる要件を全て満たしていること。

ア　新生児及び６歳未満の乳幼児の入院を伴う手術件数が年間200件以上であること。
イ　区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０１－４」小児特定集中

治療室管理料、区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「Ａ３０３の２」新生児集中治療室管理料の届出を行っていること。

ウ　年間の小児緊急入院患者数が 800 件以上であること。なお、小児緊急入院患者数とは、次に掲げる患者数の合計をいう。

（イ）　救急搬送（特別の関係にある保険医療機関に入院する患者又は通院する患者を除く。）により緊急入院した 15 歳未満の患者数

（ロ）　当該保険医療機関を受診した患者であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた 15 歳未満の患者数

（ハ）　出生直後に集中治療のために入院した新生児の患者数

（５）　小児入院医療管理料２を算定しようとする保険医療機関では、入院を要する小児救急医療の提供を 24 時間 365 日行っていること。

３　小児入院医療管理料の「注２」に規定する加算の施設基準

（１）　当該病棟に小児入院患者を専ら対象とする保育士が１名以上常勤していること。

（２）　内法による測定で30平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内（小児入院医療管理料５においては、主として小児が入院する病棟）にあることが望ましい。

（３）　プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。

４　小児入院医療管理料の「注４」に規定する加算の施設基準

（１）　小児入院医療管理料３、４又は５を届け出ている保険医療機関であること。

（２）　当該病棟に小児入院患者を専ら対象とする保育士が１名以上常勤していること。

（３）　内法による測定で30平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内（小児入院医療管理料５においては、主として小児が入院する病棟）にあることが望ましい。

（４）　プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。

（５）　当該病棟において、他の保険医療機関から転院してきた患者（転院前の保険医療機関において新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料を算定した患者に限る。）が直近１年間に５名以上であること。

（６）　当該病棟において、15 歳未満の超重症児又は準超重症児（医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定する短期入所の者を含む。）が直近１年間に10名以上入院していること。なお、入院期間が通算される入院については、合わせて１名として計上すること。

５　小児入院医療管理料の注５に規定する加算の施設基準

（１）　無菌治療管理加算１の施設基準

ア　当該保険医療機関において自家発電装置を有していること。

イ　滅菌水の供給が常時可能であること。

ウ　個室であること。

エ　室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ＩＳＯクラス６以上であること。

オ　当該治療室の空調設備が垂直層流方式、水平層流方式又はその双方を併用した方式であること。

（２）　無菌治療管理加算２に関する施設基準

ア　室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ＩＳＯクラス７以上であること。

イ　（１）のア及びイを満たしていること。

６　小児入院医療管理料の「注７」に規定する、養育支援体制加算の施設基準

（１）　当該保険医療機関内に、以下から構成される虐待等不適切な養育が疑われる小児患者への支援（以下「養育支援」という。）に係るチーム（以下「養育支援チーム」という。）が設置されていること。

ア　小児医療に関する十分な経験を有する専任の常勤医師

イ　小児患者の看護に従事する専任の常勤看護師

ウ　小児患者の支援に係る経験を有する専任の常勤社会福祉士

なお、当該専任の医師、看護師又は社会福祉士（以下この項において「医師等」という。）については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師等を２名以上組み合わせることにより、常勤医師等と同じ時間帯にこれらの非常勤医師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。

（２）　養育支援チームの行う業務に関する事項

ア　養育支援に関するプロトコルを整備していること。なお、当該支援の実施状況等を踏まえ、定期的に当該プロトコルの見直しを行うこと。

イ　虐待等不適切な養育が疑われる小児患者が発見された場合に、院内からの相談に対応すること。

ウ　虐待等不適切な養育が疑われる小児患者が発見された場合に、主治医及び多職種と十分に連携をとって養育支援を行うこと。

エ　虐待等不適切な養育が疑われた症例を把握・分析し、養育支援の体制確保のために必要な対策を推進すること。

オ　養育支援体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。当該研修は、養育支援の基本方針について職員に周知徹底を図ることを目的とするものであり、年２回程度実施されていること。

（３）　（２）のイ及びウの業務を実施する医師は、虐待等不適切な養育が疑われる小児患者の診療を担当する医師との重複がないよう、配置を工夫すること。

７　小児入院医療管理料の「注８」に規定する時間外受入体制強化加算の施設基準

（１）　時間外受入体制強化加算１の施設基準

ア　小児入院医療管理料１を算定する病棟であること。

イ　当該保険医療機関において、15 歳未満の時間外における緊急入院患者数が、年間で 1,000 件以上であること。

ウ　次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、３項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、以下の(イ)及び(ハ)から(チ)までのうち、３項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添３の第４の３の９の(３)と同様であること。

（イ）　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が 11 時間以上であること。

（ロ）　３交代制勤務又は変則３交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務開始時刻が直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること。

（ハ）　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が２回以下であること。

（ニ）　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。

（ホ）　当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出などの柔軟な勤務態勢の工夫がなされていること。

（ヘ）　当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。

（ト）　当該保険医療機関において、夜間時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。

（チ）　当該病棟において、ＩＣＴ、ＡＩ、ＩｏＴ等の活用によって、看護要員の業務負担軽減を行っていること。

（２）　時間外受入体制強化加算２の施設基準

ア　小児入院医療管理料２を算定する病棟であること。

イ　当該保険医療機関において、15 歳未満の時間外における緊急入院患者数が、年間で 600 件以上であること。

ウ　（１）のウを満たしていること。

８　届出に関する事項

小児入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式 20、様式 48 から様式 48 の３までを用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 20 の当該看護要員のみを省略することができること。

第 11　回復期リハビリテーション病棟入院料

１　通則

（１）　区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）、区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）又は区分番号「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること。

（２）　回復期リハビリテーション病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者１人につき、6.4 平方メートル以上であること。

（３）　患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。

（４）　病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8 メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7 メートル以上であることが望ましい。

（５）　別添６の別紙 19 又は別紙 20 に基づきリハビリテーションの実施計画の作成の体制及び適切な当該リハビリテーションの効果、実施方法等を定期的に評価する体制がとられていること。

（６）　２の（４）及び（５）又は３の（５）において日常生活機能評価による測定を行う場合にあっては、当該病棟への入院時等に測定する日常生活機能評価については、別添６の別紙21を用いて測定すること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。当該日常生活機能評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（１日程度）

イ　講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

（イ）　日常生活機能評価の考え方、日常生活機能評価票の構成と評価方法

（ロ）　日常生活機能評価に係る院内研修の企画・実施・評価方法

（７）　２の（４）及び（５）又は３の（５）において日常生活機能評価による測定を行う場合にあっては、毎年７月において、１年間（前年７月から６月までの間。）に当該入院料を算定する病棟に入院していた患者の日常生活機能評価について、別添７の様式 49 の４により地方厚生（支）局長に報告を行うこと。また、毎年７月において、各年度４月、７月、10 月及び１月において「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１のＡ３０８の（11）のア及びイで算出した内容等について、別紙様式45を用いて地方厚生（支）局長に報告を行うこと。

（８）　回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する１日当たりリハビリテーション提供単位数は平均２単位以上であること。なお、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア　直近１か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院する回復期リハビリテーションを要する状態の患者（「基本診療料の施設基準等」別表第九の二に掲げる状態の患者。以下同じ。）に対して提供された心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数（その費用が回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるもの及び選定療養として行われたものを除く。）

イ　直近１か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数

（９）　他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添２の第３の５の（１）のイの（イ）に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。なお、退院患者のうちの他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア　直近６か月間に退院した患者数（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数

イ　直近６か月間に退院した患者数（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）へ転棟した患者及び他の保険医療機関に転院した患者（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳記の一覧を、届出の際に添付の上提出すること。）

（10）　次に掲げるものを少なくとも３か月ごとに当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

ア　前月までの３か月間に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者の数及び当該退棟患者数の基本診療料の施設基準等別表第九の二に掲げる回復期リハビリテーションを要する状態の区分別内訳

イ　回復期リハビリテーション病棟における直近のリハビリテーション実績指数（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第１章第２部第３節Ａ３０８（11）イに示す方法によって算出したものをいう。以下第11において同じ。）

（11）　特定機能病院（医療法第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下同じ。）以外の保険医療機関であること。

（12）　回復期リハビリテーションを要する状態にある患者のうち、急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後に該当する患者に対して、リハビリテーションを行う保険医療機関については、区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料の届出を行っていること。

２　回復期リハビリテーション病棟入院料１及び２の施設基準

（１）　リハビリテーション科を標榜しており、当該病棟に専任の医師１名以上、専従の理学療法士３名以上、作業療法士２名以上、言語聴覚士１名以上、専任の管理栄養士１名以上（回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するものに限る。）及び在宅復帰支援を担当する専任の社会福祉士等１名以上の常勤配置を行うこと。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士又は常勤作業療法士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は２名、作業療法士は１名までに限る。

また、回復期リハビリテーション病棟入院料２を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士１名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれの従事者が配置されていること。

（２）　（１）に規定する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、次のいずれも満たす場合に限り、当該病棟において現に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者及び当該病棟から同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した日から起算して３か月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者であって、当該保険医療機関に入院中の患者に限る。）に対する退院前の訪問指導並びに当該病棟を退棟した日から起算して３か月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。ただし、保険医療機関に入院中の患者又は介護老人保健施設に入所する患者を除く。）に対する外来におけるリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施しても差し支えないものとする。

ア　届出を行う月及び各年度４月、７月、10月及び１月に算出したリハビリテーション実績指数が40以上であること。

イ　当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施していること。

（３）　（２）のア又はイのいずれかを満たさない場合には、（１）に規定する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士は、当該月以降、（２）の業務を実施できないこととする。なお、その後、別の月（４月、７月、10月又は１月以外の月を含む。）において、ア及びイのいずれも満たす場合には、当該月以降、（２）の業務を実施しても差し支えないものとする。

なお、（２）のア及びイについては、毎年７月に別紙様式45を用いて地方厚生（支）局長に報告することとするが、ア及びイのいずれも満たす場合からア又はイのいずれかを満たさなくなった場合及び、その後、別の月（４月、７月、10月又は１月以外の月を含む。）にア及びイのいずれも満たすようになった場合には、その都度同様に報告する。

（４）　当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料１又は２を算定する場合、重症の患者（別添６の別紙21に定める日常生活機能評価で10点以上又は機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下「ＦＩＭ」という。）得点で55点以下の患者をいう。以下この項において同じ。）が新規入院患者のうち４割以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア　直近６か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうちの重症の患者数

イ　直近６か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の患者数を除く。）

（５）　直近６か月間に当該病棟を退院した患者であって、入院時の判定で重症であったもの（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうち、３割以上の患者が退院時において入院時と比較して日常生活機能評価で４点以上又はＦＩＭ総得点で16点以上改善していること。

（６）　当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとる

こととするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の１日当たりリハビリテーション提供単位数も平均２単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。

（７） 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士若しくは（１）に規定する常勤換算の対象となる専従の非常勤の理学療法士又は専従の常勤作業療法士若しくは（１）に規定する常勤換算の対象となる専従の非常勤作業療法士のうち１名以上がいずれの日においても配置されていること。

（８） 当該病棟において看護又は看護補助を行う看護要員の配置が当該保険医療機関の休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮すること。

（９） 回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定しようとする場合は、届出を行う月及び各年度４月、７月、10 月及び１月に算出したリハビリテーション実績指数が 40 以上であること。

(10) データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。また、当該基準については別添７の様式 40 の７を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。

(11) 回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定する場合は、公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（リハビリ病院）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院であることが望ましいこと。

３ 回復期リハビリテーション病棟入院料３、４及び５の施設基準

（１） リハビリテーション科を標榜しており、当該病棟に専任の医師１名以上、専従の理学療法士２名以上及び作業療法士１名以上の常勤配置を行うこと。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士の実労働時間を常勤換算し常勤従事者数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は１名までに限る。

なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれの従事者が配置されていること。

また、当該病棟に専任の管理栄養士１名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。

（２） （１）に規定する理学療法士及び作業療法士については、次のいずれも満たす場合に限り、当該病棟において現に回復期リハビリテーション病棟を算定している患者及び当該病棟から同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した日から起算して３か月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者であって、当該保険医療機関に入院中の患者に限る。）に対する退院前の訪問指導並びに当該病棟を退棟した日から起算して３か月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。ただし、保険医療機関に入院中の患者又は介護老人保健施設に入所する患者を除く。）に対する外来におけるリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施しても差し支えないこととする。

ア 届出を行う月及び各年度４月、７月、10 月及び１月に算出したリハビリテーション実績指数が 35（回復期リハビリテーション病棟入院料５にあっては、30）以上であること。

イ 当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施していること。

（３） （２）のア又はイのいずれかを満たさない場合には、（１）に規定する理学療法士及び作業療法士は、当該月以降、（２）の業務を実施できないこととする。なお、その後、別の月（４月、７月、10 月又は１月以外の月を含む。）において、ア及びイのいずれも満たす場合には、当該月以降、（２）の業務を実施しても差し支えないものとする。

なお、（２）のア及びイについては、毎年７月に別紙様式 45 を用いて地方厚生（支）局長に報告することとするが、ア及びイのいずれも満たす場合からア又はイのいずれかを満たさなくなった場合及び、その後、別の月（４月、７月、10 月又は１月以外の月を含む。）にア及びイのいずれも満たすようになった場合には、その都度同様に報告する。

（４） 回復期リハビリテーション病棟入院料３又は４を算定しようとする病棟では、次に掲げる要件を全て満たしていること。

ア 重症の患者が新規入院患者のうち３割以上であること。

イ 直近６か月間に当該病棟を退院した患者であって、入院時の判定で重症であったもの（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうち、３割以上の患者が退院時において入院時と比較して日常生活機能評価で３点以上又はＦＩＭ総得点で 12 点以上改善していること。

（５） 回復期リハビリテーション病棟入院料３を算定しようとする場合は、届出を行う月及び各年度４月、７月、10 月及び１月に算出したリハビリテーション実績指数が 35 以上であること。

（６） データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。また、当該基準については別添７の様式 40 の７を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。令和４年３月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１若しくは２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料又は、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟又は病室のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものは、当分の間、当該基準を満たしているものとみなす。

（８） 回復期リハビリテーション病棟入院料３を算定する場合は、公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（リハビリ病院）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院であることが望ましい。

4　休日リハビリテーション提供体制加算の施設基準

（1）　回復期リハビリテーション病棟入院料３、４又は５の届出を行っていること。

（2）　当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の１日当たりリハビリテーション提供単位数も平均２単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。

（3）　当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士若しくは３の（1）に規定する常勤換算対象となる専従の非常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士若しくは３の（1）に規定する常勤換算の対象となる専従の非常勤作業療法士のうち１名以上がいずれの日においても配置されていること。

（4）　当該病棟において看護又は看護補助を行う看護要員の配置が当該保険医療機関の休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮すること。

5　体制強化加算１の施設基準

（1）　回復期リハビリテーション病棟入院料１又は２の届出を行っていること。

（2）　当該病棟に専従の常勤医師１名以上及び専従の常勤社会福祉士１名以上が配置されていること。

（3）　(2)に掲げる医師については、次のいずれも満たすこと。

ア　リハビリテーション医療に関する３年以上の経験を有していること。

イ　適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。

（4）　(3)のイに掲げるリハビリテーションに係る研修とは、医療関係団体等が開催する回復期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む数日程度の研修（修了証が交付されるもの）であり、研修期間は通算して14時間程度のものをいう。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

ア　回復期リハビリテーションの総論

イ　脳血管リハビリテーション

ウ　運動器リハビリテーション

エ　回復期リハビリテーションに必要な評価

オ　高次脳機能障害

カ　摂食嚥下、口腔ケア

キ　地域包括ケア

（5）　(2)に掲げる社会福祉士については、退院調整に関する３年以上の経験を有する者であること。

6　体制強化加算２の施設基準

（1）　体制強化加算１の(1)、(3)から(5)まで及び(2)において「専従の常勤医師１名以上」を「専従の常勤医師２名以上」と読み替えたものを満たすこと。

（2）　当該病棟に専従する常勤医師のうち２名は、以下のアからエまでの全てを満たしていれば、当該病棟の業務に従事するとされていない日や時間において、当該保険医療機関における他の業務に従事できる。なお、当該医師について、いずれも他の施設基準において専従医師として届け出ることはできない。

ア　当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施していること。

イ　当該２名の医師それぞれについて、当該病棟の業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。

ウ　週のうち32時間以上において、当該２名の医師のうち少なくともいずれか１名が当該病棟業務に従事していること。

エ　当該２名の医師は、いずれも当該病棟業務に週に８時間以上従事していること。

7　届出に関する事項

（1）　回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式20、様式49から様式49の７（様式49の４を除く。）までを用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること。

（2）　異なる区分の回復期リハビリテーション病棟入院料を組み合わせて届出を行う場合にあっては、別表１のいずれかに該当する組み合わせであること。

（3）　新たに回復期リハビリテーション病棟入院料の届出を行う場合は、回復期リハビリテーション病棟入院料５を届け出ることとし、その届出から６月間に限り、（2）の規定にかかわらず、別表２のいずれかに該当する組み合わせによる届出を行うことができること。なお、回復期リハビリテーション病棟入院料５の算定から６月が経過し、当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料１、２、３又は４の施設基準を満たさないことが明らかな場合に、別表２のいずれかに該当する組み合わせによる届出を行うことはできない。

（4）　新たに回復期リハビリテーション病棟入院料５の届出を行う場合は、その届出から２年の間に限り、回復期リハビリテーション病棟入院料１、２、３又は４を算定する病棟において、新たに回復期リハビリテーション病棟入院料５の届出を行う場合は、１年の間に限り、当該病棟の届出を行うことができる。なお、この場合であっても（3）に規定する別表２の組み合わせによる届出は６月間に限るものである。

別表１　※○：組み合わせての届出可、－：組み合わせての届出不可

	入院料１	入院料２	入院料３	入院料４
入院料１		－	○	－
入院料２	－		○	○
入院料３	○	○		－
入院料４	－	○	－	
入院料５	－	－	－	－
入院料６	－	－	－	－

別表２

入院料２及び入院料５
入院料４及び入院料５
入院料２、入院料４及び入院料５

第12　地域包括ケア病棟入院料

1　地域包括ケア病棟入院料の施設基準

（1）　当該病棟又は病室を含む病棟において、１日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、当該病棟又は病室を含む病棟において、１日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、２以上であること。また、看護職員の最小必要数の７割以上が看護師であること。なお、注２の届出を行う場合にあっては、当該病棟又は病室を含む病棟において、１日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに１以上であること。ただし、当該病棟又は病室を含む病棟において、１日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数は、本文の規定にかかわらず、２以上であること。また、看護職員の最小必要数の４割以上が看護師であること。

（2）　当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に、直近３月において入院している全ての患者の状態について、別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目（A項目）及び手術等の医学的状況の項目（C項目）を用いて測定し、その結果、当該病床又は当該病室へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、看護必要度評価票A項目の得点が１点以上の患者又はC項目の得点が１点以上の患者をいう。）の割合が、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰで１割２分以上、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱで0.8割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票の記入（別添６の別紙７の別表１に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目は除く。）は、院内研修を受けたものが行うものであること。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添７の様式10を用いて届け出ること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは切替月のみとし、切替月の10日までに届け出ること。

（3）　当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。なお、当該専従の看護師又は社会福祉士については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する

看護師又は社会福祉士に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。

また、当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が１名以上配置されていること。なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟におけるADL維持向上等体制加算に係る専従者と兼務することはできる。なお、注２の届出を行う場合にあっては、専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たすこととみなすことができる。

（4）　データ提出加算に係る届出を行っていること。また、当該基準については別添７の様式40の７を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。

（5）　特定機能病院以外の保険医療機関であること。

（6）　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っていること。

（7）　（6）のリハビリテーションを提供する患者については、１日平均２単位以上提供していること。ただし、１患者が１日に算入できる単位数は９単位までとする。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者１人あたりの実施単位数に含むものとする。リハビリテーションの提供に当たっては、当該患者の入棟又は入室時に測定したADL等を参考にリハビリテーションの必要性を判断し、その結果について診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に説明すること。

（8）　病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8 メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7 メートル以上であることが望ましい。なお、廊下の幅が 1.8 メートル（両側居室の場合は 2.7 メートル）に満たない医療機関については、全面的な改築等を行うまでの間は 1.8 メートル（両側居室の場合は 2.7 メートル）未満であっても差し支えないが、全面的な改築等の予定について年１回報告を行うこと。

（9）　当該病棟若しくは病室を含む病棟に、又は当該医療機関内における当該病棟若しくは病室を含む病棟の近傍に患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。

（10）　次のいずれかの基準を満たしていること。なお、一般病床において、地域包括ケア病棟入

院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合にあっては、ア、イ又はオのいずれか及びウ又はエの基準を満たしていること。ただし、許可病床数が 200 未満の保険医療機関の一般病床において、地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合にあっては、ウ又はエについては、当該保険医療機関内に救急外来を有していること又は24 時間の救急患者を受け入れていることにより当該基準を満たすものとみなすものであること。なお、令和４年３月31 日において現に地域包括ケア病棟入院料又は地域包括ケア入院医療管理料の届出を行っている病棟又は病室については、令和５年３月31日までの間の限り、なお従前の例による。

ア　「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添１の第 14 の２に規定する在宅療養支援病院の届出を行っていること。

イ　「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添１の第16の３に規定する在宅療養後方支援病院の届出を行っており、直近１年間の在宅患者の受入実績が３件以上（区分番号「Ａ２０６」在宅患者緊急入院診療加算の１を算定したものに限る。）であること。

ウ　医療法第30条の４の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。

エ　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。

オ　訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること。

(11)　同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者の占める割合は、直近３か月間に一般病棟から転棟した患者を直近３か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。

(12)　当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

２　地域包括ケア病棟入院料１の施設基準

（１）　当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が７割２分５厘以上であること。地域包括ケア病棟入院料に係る在宅等に退院するものとは、次のアからウまでのいずれにも該当しない患者をいう。

ア　他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添２の第３の５の(１)のイの(イ)に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）に転院した患者

イ　介護老人保健施設に入所した患者

ウ　同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者

（２）　当該病棟から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

ア　直近６か月間において、当該病棟から退院又は転棟した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅等に退院するものの数

イ　直近６か月間に退院又は転棟した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）

（３）　当該病室の床面積は、内法による測定で、患者１人につき、6.4 平方メートル以上であること。なお、平成 27 年３月 31 日までの間に、床面積について、壁芯による測定で届出が行われたものについては、平成 27 年４月１日以降も有効なものとして取扱う。

（４）　許可病床 200 床未満（「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては 280 床）の保険医療機関であること。

（５）　当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が２割以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、自宅又は介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型グループホーム若しくは有料老人ホーム等（以下「有料老人ホーム等」という。）から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。

（６）　自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入棟した患者を直近３か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。

（７）　当該病棟において自宅等からの緊急入院患者の受入れが直近３か月間で９人以上であること。自宅等からの緊急入院患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者で、かつ、予定された入院以外の患者のことをいう。

（８）　次に掲げる項目のうち少なくとも２つを満たしていること。

ア　当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近３か月間で30回以上であること。

イ　当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）の算定回数が直近３か月間で60回以上であること。

ウ　当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近３か月間で 300 回以上であること。

エ　当該保険医療機関において区分番号「Ｃ００６」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近３か月間で30回以上であること。

オ　当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、介護保険法第８条第２項に規定する訪問介護、同条第４項に規定する訪問看護、同条第５項に規定する訪問リハビリテーション、同法第８条の２第３項に規定する介護予防訪問看護又は同条第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。

カ　当該保険医療機関において区分番号「Ｂ００５」退院時共同指導料２及び区分番号「Ｃ０１４」外来在宅共同指導料１の算定回数が直近３か月間で６回以上であること。

（９）　病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。

３　地域包括ケア入院医療管理料１の施設基準

（１）　当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が７割２分５厘以上であること。当該病室から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

ア　直近６か月間において、当該病室から退院又は転棟した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅等に退院するものの数

イ　直近６か月間に退院又は転棟した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算

される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）

（２） 当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が２割以上であること。ただし、当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前３月において８人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病室を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。

（３） 自宅等から入室した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入室した患者を直近３か月に当該病室に入室した患者の数で除して算出するものであること。

（４） 当該病室において自宅等からの緊急入院患者の受入れが直近３か月間で９人以上であること。自宅等からの緊急入院患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者で、かつ、予定された入院以外の患者のことをいう。

（５） 病院の一般病棟又は療養病棟の病室単位で行うものであること。

（６） ２の(３)、(４)及び(８)を満たすものであること。

４　地域包括ケア病棟入院料２の施設基準

（１） 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。

（２） ２の(１)から(３)までを満たすものであること。

（３） 許可病床数400床未満の保険医療機関であること。

（４） 次のいずれか１つ以上を満たしていること。

ア　当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が２割以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、有料老人ホーム等から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入棟した患者を直近３か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。

イ　当該病棟において自宅等からの緊急入院患者の受入れが直近３か月間で９人以上であること。自宅等からの緊急入院患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者で、かつ、予定された入院以外の患者のことをいう。

ウ　当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近３か月間で30回以上であること。

エ　当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）の算定回数が直近３か月間で60回以上であること。

オ　当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近３か月間で300回以上であること。

カ　当該保険医療機関において区分番号「Ｃ００６」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近３か月間で30回以上であること。

キ　当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、介護保険法第８条第２項に規定する訪問介護、同条第４項に規定する訪問看護、同条第５項に規定する訪問リハビリテーション、同法第８条の２第３項に規定する介護予防訪問看護又は同条第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。

ク　当該保険医療機関において区分番号「Ｂ００５」退院時共同指導料２及び区分番号「Ｃ０１４」外来在宅共同指導料１の算定回数が直近３か月間で６回以上であること。

（５） 許可病床数が200床以上の病院にあっては、当該病棟における、入院患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が６割未満であること。

５　地域包括ケア入院医療管理料２の施設基準

（１） 病院の一般病棟又は療養病棟の病室単位で行うものであること。

（２） ２の(３)及び(４)並びに３の(１)を満たすものであること。

（３） 次のいずれか１つ以上を満たしていること。

ア　当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が２割以上であること。ただし、当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前３月において８人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病室を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。自宅等から入室した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入室した患者を直近３か月に当該病室に入室した患者の数で除して算出するものであること。

イ　当該病室において自宅等からの緊急入院患者の受入れが直近３か月間で９人以上であること。自宅等からの緊急入院患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者で、かつ、予定された入院以外の患者のことをいう。

ウ　当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近３か月間で30回以上であること。

エ　当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）の算定回数が直近３か月間で60回以上であること。

オ　当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近３か月間で300回以上であること。

カ　当該保険医療機関において区分番号「Ｃ００６」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近３か月間で30回以上であること。

キ　当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、介護保険法第８条第２項に規定する訪問介護、同条第４項に規定する訪問看護、同条第５項に規定する訪問リハビリテーション、同法第８条の２第３項に規定する介護予防訪問看護又は同条第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。

ク　当該保険医療機関において区分番号「Ｂ００５」退院時共同指導料２及び区分番号「Ｃ０１４」外来在宅共同指導料１の算定回数が直近３か月間で６回以上であること。

６　地域包括ケア病棟入院料３の施設基準

（１） 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。

（２） ２の(４)から(８)までを満たすものであること。

（３） 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が７割以上であること。なお、当該病棟から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに

掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

ア　直近６か月間において、当該病棟から退院又は転棟した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅等に退院するものの数

イ　直近６か月間に退院又は転棟した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）

7　地域包括ケア入院医療管理料３の施設基準

（１）　病院の一般病棟又は療養病棟の病室単位で行うものであること。

（２）　２の(4)及び(8)並びに３の(2)から(4)までを満たすものであること。

（３）　当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が７割以上であること。当該病室から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

ア　直近６か月間において、当該病室から退院又は転棟した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅等に退院するものの数

イ　直近６か月間に退院又は転棟した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）

8　地域包括ケア病棟入院料４の施設基準

（１）　病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。

（２）　４の（３）から（５）まで及び６の（３）を満たすものであること。

9　地域包括ケア入院医療管理料４の施設基準

（１）　病院の一般病棟又は療養病棟の病室単位で行うものであること。

（２）　２の(4)、５の（３）及び７の（３）を満たすものであること。

10　地域包括ケア病棟入院料の「注３」に掲げる看護職員配置加算の施設基準

（１）　当該病棟（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を有する病棟）において、１日に看護を行う看護職員の数が、当該入院料の施設基準の最小必要人数に加え、常時、当該病棟の入院患者の数が 50 又はその端数を増すごとに１以上であること。なお、看護職員の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できること。

（２）　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添２の第２の 11 の（３）の例による。

11　地域包括ケア病棟入院料の「注４」に規定する看護補助者配置加算の施設基準

（１）　当該病棟（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を有する病棟）において、１日に看護補助を行う看護補助者の数が、当該入院料の施設基準の最小必要人数に加え、常時、当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに１以上であること。なお、当該加算は、みなし看護補助者を除いた看護補助者の配置を行っている場合のみ算定できる。

また、看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できること。

（２）　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添２の第２の 11 の（３）の例による。

（３）　看護補助者配置加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年１回以上受講した者であること。なお、院内研修の内容については、別添２の第２の 11 の(4)の例による。

（４）　当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年１回以上見直しを行うこと。

（５）当該病棟の看護師長等が所定の研修（修了証が交付されているものに限る。）を修了していることが望ましいこと。また、当該病棟の全ての看護職員（所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が院内研修を年１回以上受講していることが望ましいこと。ただし、内容に変更がない場合は、２回目以降の受講は省略して差し支えない。なお、看護師長等の所定の研修及び看護職員の院内研修の内容については、別添２の第２の 11 の(6)の例による。

11 の２　地域包括ケア病棟入院料の「注４」に規定する看護補助体制充実加算の施設基準

（１）　11 の（１）から（４）までを満たしていること。ただし、別添２の第２の 11 の（４）の例による看護補助者が受講する研修内容のエについては、看護補助者が行う業務内容ごとに業務範囲、実施手順、留意事項等について示した業務マニュアルを作成し、それを用いて院内研修を実施していること。

（２）　当該病棟の看護師長等が所定の研修を修了していること。また、当該病棟の全ての看護職員（所定の研修を修了した看護師長等を除く。）が院内研修を年１回以上受講していること。ただし、内容に変更がない場合は、２回目以降の受講は省略して差し支えない。なお、当該研修のそれぞれの内容については、別添２の第２の 11 の（６）の例による。

12　地域包括ケア病棟入院料の「注７」に掲げる看護職員夜間配置加算の施設基準

（１）　当該病棟（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を有する病棟）において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 16 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

（２）　認知症等の患者の割合は、当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に入院している全ての患者に対し別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票の患者の状況等の項目（Ｂ項目）のうち、認知症及びせん妄状態に関する項目（「14．診療・療養上の指示が通じる」又は「15．危険行動」）に該当する患者の割合が、３割以上であること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。

（３）　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添２の第２の 11 の(3)の例による。

13　地域包括ケア病棟入院料の「注８」に掲げる夜間看護体制特定日減算について

当該減算は、許可病床数が 100 床未満の病院において、夜間、病棟の看護職員が一時的に救急外来で勤務する間、病棟の看護職員体制は、看護職員１名を含め看護職員と看護補助者を合わせて２名以上であること。ただし、当該時間帯の入院患者数が 30 人以下の場合は、看護職員１名で差し支えない。加えて、当該時間帯に当該病棟の看護職員が一時的に救急外来で勤務する間、当該病棟の看護に支障がないと当該病棟を担当する医師及び看護の管理者が判断した場合に限るこ

と。

14　届出に関する事項

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式 10、様式 20、様式 50 から様式 50 の３までを用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること。また、１の(８)のなお書きに該当する場合は、年１回、全面的な改築等の予定について別添７の様式 50 又は 50 の２により地方厚生（支）局長に報告すること。

「注３」、「注４」、「注７」及び「注９」に規定する看護職員配置加算、看護補助者配置加算、看護補助体制充実加算、看護職員夜間配置加算及び地域包括ケア病棟特別入院料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式 13 の３、様式 18 の３、様式 20、様式 50 及び様式 50 の２を用いること。なお、看護職員配置加算、看護補助者配置加算、看護補助体制充実加算、及び看護職員夜間配置加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年７月において別添７の様式13の３を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近７月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略すことができること。

また、急性期一般入院料１又は７対１入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている病棟が当該届出を行う場合に限り、２の(１)及び(２)又は３の(１)について実績を要しない。

なお、平成 26 年３月 31 日時点で 10 対１入院基本料（一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。）、13 対１入院基本料（一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。）又は15 対１入院基本料（一般病棟入院基本料に限る。）を算定する病院において、地域包括ケア病棟入院料の届出を行った場合には、当該入院料の届出を行っている期間において、急性期一般入院料１又は７対１入院基本料の届出を行うことはできない。

許可病床数が 400 床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料の届出を行うことはできない。ただし、次に掲げる場合にあっては、それぞれ次に定めるとおり、地域包括ケア病棟入院料の届出を行うことができる。

ア　令和２年３月 31 日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関であって、現に許可病床数が 400 床以上のものについては、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。

イ　地域医療構想調整会議において再編又は統合を行うことについて合意が得られ、許可病床数 400 床以上となった病院であって、次のいずれにも該当するものについては、地域包括ケア病棟入院料２又は４に係る届出を行うことができる。なお、届出に当たっては、合意を得た地域医療構想調整会議の概要を書面にまとめたものを提出すること。当該書面は、届出を行う保険医療機関が作成したものでも差し支えない。

①　複数の許可病床数 400 床未満の病院が再編又は統合の対象病院であること

②　再編又は統合を行う対象病院のいずれかが、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること

③　地域医療構想調整会議において、再編又は統合後の病院が、地域包括ケア病棟を有する必要があると合意を得ていること。

また、以下の場合にあっては、届出をすることができる病棟は１病棟に限る。ただし、

(３)について、平成28年１月１日時点で地域包括ケア病棟入院料１若しくは２を２病棟以上届け出ている保険医療機関であって、(３)に掲げる施設基準を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。

（１）　療養病床により届出を行う場合

（２）　許可病床数が 200 床（「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては 280 床）未満の保険医療機関であって、地域包括ケア入院医療管理料１、２、３又は４の届出を行う場合

（３）　区分番号「Ａ３００」救命救急入院料、区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０１－２」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「Ａ３０１－３」脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は区分番号「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関であって、地域包括ケア病棟入院料１、２、３又は４の届出を行う場合

（４）　地域医療構想調整会議において再編又は統合を行うことについて合意が得られ、許可病床数 400 床以上となった病院が地域包括ケア病棟入院料２又は４の届出を行う場合

第 13　特殊疾患病棟入院料

１　特殊疾患病棟入院料に関する施設基準

（１）　特殊疾患病棟入院料１又は２の施設基準

ア　当該病棟に専任の医師が常勤していること。

イ　当該病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあっては看護要員が常時２人以上配置されており、そのうち１名以上は看護職員であること。

ウ　当該病棟に係る病棟床面積は、患者１人につき内法による測定で、16 平方メートル以上であること。なお、病棟床面積の算定に当たっては当該病棟内にある治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を算入しても差し支えない。

エ　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。また、当該基準については別添７の様式40の７を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。ただし、令和４年３月 31 日において、現に特殊疾患病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関であって、許可病床数が 200 床以上の保険医療機関については、令和５年３月 31 日までの間、許可病床数が 200 床未満の保険医療機関については、令和６年３月 31 日までの間、令和４年３月 31 日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１若しくは２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理

由があるものは、当分の間、当該基準を満たしているものとみなす。

（２） 特殊疾患病棟入院料１の施設基準

当該病棟の入院患者数の概ね８割以上が、脊髄損傷等の重度障害者（平成 20 年 10 月１日以降は、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者であること。なお、重度の意識障害者とは、次に掲げるものをいうものであり、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

ア 意識障害レベルがＪＣＳ(Japan Coma Scale)でⅡ－３（又は 30）以上又はＧＣＳ（Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態が２週以上持続している患者

イ 無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

（３） 特殊疾患病棟入院料２の施設基準

次のいずれかの基準を満たしていること。

ア 次のいずれかに該当する一般病棟又は精神病棟

（イ） 児童福祉法第42条第２号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第７条第２項に規定する重症心身障害児をいう。以下同じ。）を入所させるものに限る。）

（ロ） 児童福祉法第６条の２の２第３項に規定する指定発達支援医療機関

イ 当該病棟の入院患者数の概ね８割以上が、重度の肢体不自由児（者）（日常生活自立度のランクＢ以上に限る。）等の重度の障害者（ただし、（２）に掲げる脊髄損傷等の重度障害者、筋ジストロフィー患者、神経難病患者、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者（平成20年10月１日以降に限る。）を除く。）であること。

２ 届出に関する事項

特殊疾患病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式 20、様式 24 の２及び様式51を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20を省略することができること。また、当該病棟の平面図（面積等の分かるもの。）を添付すること。

第14 緩和ケア病棟入院料

１ 緩和ケア病棟入院料１に関する施設基準等

（１） 主として悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを行う病棟を単位として行うこと。

（２） 夜間において、看護師が複数配置されていること。

（３） 当該病院の医師の員数は、医療法に定める標準を満たしていること。

（４） 当該病棟内に緩和ケアを担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとに１名以上の常勤医師が配置されていること。

（５） （４）に掲げる医師は次のいずれかの研修を修了している者であること。

ア 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成 29 年 12 月１日付け健発 1201 第２号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会（平成 29 年度までに開催したものであって、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠したものを含む。）

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等

（６） 当該病棟に係る病棟床面積は、患者１人につき内法による測定で、30 平方メートル以上であり、病室床面積は、患者１人につき内法による測定で、８平方メートル以上であること。

（７） 当該病棟内に、患者家族の控え室、患者専用の台所、面談室、一定の広さを有する談話室を備えていること。

（８） 当該病棟は全室個室であって差し支えないが、特別の療養環境の提供に係る病床の数が５割以下であること。

（９） 入退棟に関する基準が作成されていること。

(10) 緩和ケアの内容に関する患者向けの案内が作成され、患者・家族に対する説明が行われていること。

(11) 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、地域の在宅医療を担う保険医療機関と連携し、緊急時に在宅での療養を行う患者が入院できる体制を保険医療機関として確保していること。

(12) 緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、連携している保険医療機関の患者に関し、緊急の相談等に対応できるよう、24 時間連絡を受ける体制を保険医療機関として確保していること。

(13) 緩和ケア病棟においては、連携する保険医療機関の医師、看護師又は薬剤師に対して、実習を伴う専門的な緩和ケアの研修を行っていること。

(14) がん診療の拠点となる病院は、別添３の第 14 の１の(13)と同様であること。

また、がん診療の拠点となる病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病院）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。

(15) 当該病棟への入院を希望する患者の紹介を受けた場合に、（４）の医師が入院の適応を判断し、当該医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が入院までの待機期間や待機中の緊急時の対応方針等について、患者に説明を行う体制を設けること。

(16) 以下のアヌはイを満たしていること。

ア 当該病棟直近１年間の入院患者について、以下の（イ）から（ロ）までの期間の平均が14日未満であること。

（イ） （４）の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日

（ロ） 患者が当該病棟に入院した日

イ 直近１年間において、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が 15％以上であること。

（イ） 他の保険医療機関（療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者

（ロ） 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。）への転棟患者

（ハ） 死亡退院の患者

(17)　次のいずれかに係る届出を行っていること。
ア　区分番号「Ａ２２６－２」に掲げる緩和ケア診療加算
イ　区分番号「Ｂ００１」「２４」に掲げる外来緩和ケア管理料
ウ　区分番号「Ｃ００３」に掲げる在宅がん医療総合診療料

(18)　毎年７月において、前年度に当該入院料を算定する病棟に入院していた患者の(16)のアに掲げる期間の平均及びイに掲げる割合について、別添７の様式52の２により地方厚生（支）局長に報告を行うこと。

(19)　データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。また、当該基準については別添７の様式40の７を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。ただし、令和４年３月31日において、現に緩和ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関であって、許可病床数が 200 床以上の保険医療機関については、令和５年３月31 日までの間、許可病床数が 200 床未満の保険医療機関については、令和６年３月 31 日までの間、令和４年３月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１若しくは２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13 対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において 200 床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものは、当分の間、当該基準を満たしているものとみなす。

２　緩和ケア病棟入院料２に関する施設基準等
１の(１)から(14)まで及び(19)を満たしていること。

３　届出に関する事項
緩和ケア病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式 20 及び様式 52 を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること。また、当該病棟の平面図（面積等が分かるもの。）を添付すること。

第15　精神科救急急性期医療入院料

１　精神科救急急性期医療入院料に関する施設基準等
（１）　医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
（２）　当該保険医療機関内に、精神保健指定医が４名以上常勤していること。
（３）　当該保険医療機関内に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の10対１入院基本料、13対１入院基本料、15対１入院基本料、18対１入院基本料若しくは20対１入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならないこと。
（４）　当該各病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに１以上であること。
（５）　当該各病棟に２名以上の常勤の精神保健福祉士が配置されていること。
（６）　当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあっては、看護師が常時２名以上配置されていること。
（７）　当該病棟の病床数は、１看護単位当たり 60 床以下であること。
（８）　当該病棟の病床のうち、隔離室を含む個室が半数以上を占めていること。
（９）　必要な検査及びＣＴ撮影が必要に応じて速やかに実施できる体制にあること。ただし、ＣＴ撮影については、他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されていれば足りるものとする。
(10)　１月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、４割以上が新規患者の延べ入院日数であること。
(11)　当該病棟の年間の新規患者のうち６割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び医療観察法入院のいずれかに係るものであること。
(12)　以下の地域における直近１年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として４分の１以上、又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。
ア　当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）
イ　１精神科救急医療圏と１基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域
(13)　当該保険医療機関における精神科救急急性期医療入院料又は精神科急性期治療病棟入院料を算定する病床数の合計が300床以下であること。
(14)　当該保険医療機関が、精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること。
ア　常時精神科救急外来診療が可能であること。
イ　全ての入院形式の患者受入れが可能であること。
ウ　精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間30件以上又は(12)のア又はイの地域における人口１万人当たり0.37件以上であること。そのうち６件以上又は２割以上は、精神科救急情報センター（精神科救急医療体制整備事業）、精神医療相談窓口（精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。
(15)　当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち４割以上が入院日から起算して３月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう（以

下この項において同じ。）。

（16） データ提出加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。また、当該基準については別添７の様式40の７を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。なお、令和４年３月31日時点で旧算定方法別表第一区分番号Ａ３１１の精神科救急入院料に係る届出を行っている保険医療機関については、令和６年３月31日までの間、当該基準を満たしているものとみなす。また、令和４年３月31日において急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）、専門病院入院基本料（13対１入院基本料を除く。）、回復期リハビリテーション病棟入院料１から４若しくは地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟若しくは病室をいずれも有しない保険医療機関であって、地域一般入院基本料、療養病棟入院料１若しくは２を算定する病棟、療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟、専門病院入院基本料（13対１入院基本料に限る。）、障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料５、特殊疾患病棟入院料、緩和ケア病棟入院料若しくは精神科救急急性期医療入院料を算定する病棟のいずれかを有するもののうち、これらの病棟の病床数の合計が当該保険医療機関において200床未満であり、かつ、データ提出加算の届出を行うことが困難であることについて正当な理由があるものは、当分の間、当該基準を満たしているものとみなす。

２　看護職員夜間配置加算の施設基準

（１） 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

（２） 行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っていること。

ア　行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針の整備

イ　患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月１回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議の開催

ウ　当該保険医療機関における精神科診療に携わる職員全てを対象とした、精神保健福祉法、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会の年２回程度の実施

（３） 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア又はウを含む３項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからクまでのうち、ア又はウを含む３項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添３の第４の３の９の（３）と同様であること。

ア　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。

イ　３交代制勤務又は変則３交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること。

ウ　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の連続して行う夜勤の数が２回以下であること。

エ　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。

オ　当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。

カ　当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。

キ　当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。

ク　当該病棟において、ＩＣＴ、ＡＩ、ＩｏＴ等の活用によって、看護職員の業務負担軽減を行っていること。

（４） 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添２の第２の11の（３）の例による。

３　精神科救急急性期医療入院料の「注６」に規定する精神科救急医療体制加算の施設基準等

（１） 精神科救急医療体制加算１の施設基準

ア　次のいずれも満たしていること。

（イ） 精神科救急医療体制整備事業（以下この項において「本事業」という。）に参画し、本事業において入院を要する患者を積極的に受け入れていること。

（ロ） 当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が５名以上配置されていること。

（ハ） 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間40件以上又は以下の地域における人口１万人当たり0.5件以上であること。そのうち８件以上又は２割以上は、精神科救急情報センター（本事業）、精神医療相談窓口、救急医療情報センター（精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業）、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。

①　当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）

②　１精神科救急医療圏と１基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域

（ニ） 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち６割以上が入院日から起算して３月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することである。

イ　複数の病棟において当該加算の届出を行う場合については、アの（ハ）の「件以上」を「に届出病棟数を乗じた数以上」と読み替えること。

ウ　病院である保険医療機関の精神病棟を単位とすること。

エ　「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する身体合併症救急医療確保事業において、指定を受けている医療機関であること。

（２） 精神科救急医療体制加算２の施設基準

ア　（１）のアからウまでを満たすこと。

イ　本事業において、常時対応型施設として指定を受けている医療機関であること。

（３） 精神科救急医療体制加算３の施設基準

ア　（1）のアからウまでを満たすこと。

イ　本事業において、病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であること。

（4）　当該加算は病棟の病床単位で届け出ることとし、120 床までに限り届出を行うことができる。ただし、令和４年３月 31 日時点で旧算定方法別表第一区分番号「Ａ３１１」に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病棟の病床について、都道府県等から当該病棟を有する保険医療機関に関する、地域における医療提供体制や医療計画上の必要性等に係る文書が提出されていることが確認できる場合においては、令和４年３月 31 日時点で現に旧算定方法別表第一区分番号「Ａ３１１」に掲げる精神科救急入院料の届出を行っている病床数に限り、120 床を超えて届出を行うことができる。なお、その場合には、当該文書の写しを提出すること。

4　届出に関する事項

（1）　精神科救急急性期医療入院料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式 20（精神保健指定医については、備考欄に指定医番号を記載すること。）、様式 53 及び様式 54 を用いることとし、当該病棟の配置図（隔離室の位置が分かるもの。）を添付すること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 20 の当該看護要員のみを省略することができること。なお、当該入院料に係る精神科救急医療体制の整備等に係る実績を評価するため、毎年７月において様式 53 及び様式 54 を届け出ること。

（2）　「注５」に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式 13 の３、様式 20 及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添２の様式 48 を用いること。なお、当該加算の様式 48 に係る届出については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。ただし、当該加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年７月において様式 13 の３を届け出ること。

（3）　「注６」に規定する精神科救急医療体制加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式 54 の２を用いること。

（4）　令和４年３月 31 日時点で看護職員夜間配置加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月 30 日までの間に限り、２の（3）の基準を満たしているものとみなす。

第 16　精神科急性期治療病棟入院料

1　精神科急性期治療病棟入院料に関する施設基準等

（1）　同一保険医療機関内に精神科急性期治療病棟入院料１を算定すべき病棟と精神科急性期治療病棟入院料２を算定すべき病棟が混在することはできない。

（2）　精神科急性期治療病棟入院料１又は２の施設基準

以下のアからコまでのいずれも満たすこと。

ア　医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。

イ　当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあっては看護要員が常時２人以上配置されており、そのうち１人以上は看護師であること。

ウ　当該保険医療機関に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の 10 対１入院基本料、13 対１入院基本料、15 対１入院基本料、18 対１入院基本料若しくは 20 対１入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならないこと。

エ　当該各病棟に精神保健指定医及び精神保健福祉士又は公認心理師が常勤していること。

オ　当該保険医療機関が精神科救急医療システムに参加していること。

カ　当該病棟の病床数は、130 床以下であり、当該保険医療機関における精神科救急急性期医療入院料及び精神科急性期治療病棟入院料を算定する病床数の合計が 300 床以下であること。

キ　当該病棟の病床数は、１看護単位当たり 60 床以下であること。

ク　当該病棟に隔離室があること。

ケ　１月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、４割以上が新規患者の延べ入院日数であること。

コ　当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち４割以上が入院日から起算して３月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第１章第２部通則５の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

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

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2　届出に関する事項

精神科急性期治療病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式 20（精神保健指定医については、備考欄に指定医番号を記載すること。）及び様式 53 を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 20 の当該看護要員のみを省略することができること。また、当該病棟の配置図（隔離室の位置が分かるもの。）を添付すること。

第 16 の２　精神科救急・合併症入院料

1　精神科救急・合併症入院料に関する施設基準等

（1）　医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。

（2）　当該保険医療機関内に、精神科医師が５名以上常勤していること。

（3）　当該保険医療機関内に当該入院料を算定する病棟以外の他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の 10 対１入院基本料、13 対１入院基本料、15 対１入院基本料、18 対１入院基本料若しくは 20 対１入院基本料又は特定入院料を算定してい

る病棟でなければならない。

（４） 当該各病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに１以上であること。

（５） 当該各病棟に２名以上の常勤の精神保健福祉士が配置されていること。

（６） 当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあっては、看護師が常時２人以上配置されていること。

（７） 当該病棟の病床数は、１看護単位当たり 60 床以下であること。

（８） 当該病棟に以下に定める合併症ユニットを有しており、当該病棟の病床のうち、隔離室を含む個室が半数以上を占めること。なお、合併症ユニットの病床は個室として算入することができる。

ア 当該病棟の治療室単位であり、当該病棟の病床数の２割以上であること。

イ 当該治療室に入院する患者は、常時８割以上が下記の身体疾患を持つ精神障害者であること。

（イ） 呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫、間質性肺炎の急性増悪、肺塞栓又は気胸）

（ロ） 心疾患（New York Heart Association の心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患又はモニター監視を必要とする不整脈）

（ハ） 手術又は直達・介達牽引を要する骨折

（ニ） 脊髄損傷

（ホ） 重篤な内分泌・代謝性疾患（インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患又は肝硬変に伴う高アンモニア血症）

（ヘ） 重篤な栄養障害（Body Mass Index 15 未満の摂食障害）

（ト） 意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等）

（チ） 全身感染症（結核、後天性免疫不全症候群、梅毒１期、２期又は敗血症）

（リ） 中枢神経系の感染症（髄膜炎、脳炎等）

（ヌ） 急性腹症（消化管出血、イレウス等）

（ル） 劇症肝炎又は重症急性膵炎

（ヲ） 悪性症候群又は横紋筋融解症

（ワ） 広範囲（半肢以上）熱傷

（カ） 手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍

（ヨ） 重篤な血液疾患（ヘモグロビン 7g/dl 以下の貧血又は頻回に輸血を要する状態）の患者

（タ） 急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全、ネフローゼ症候群又は糸球体腎炎）の患者

（レ） 人工透析中又は腎不全で透析導入を要する状態

（ソ） 手術室での手術を必要とする状態

（ツ） 合併症妊娠・出産

（ネ） 膠原病（専門医による管理を必要とする状態）

ウ 身体合併症管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該病棟内に常時備えていること。

（イ） 救急蘇生装置

（ロ） 除細動器

（ハ） 心電計

（ニ） 呼吸循環監視装置

（９） 必要な検査及びＣＴ撮影が必要に応じて速やかに実施できる体制にあること。

（10） １月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、４割以上が新規患者の延べ入院日数であること。

（11） 当該病棟において、措置入院患者、鑑定入院患者、医療観察法入院患者及びクロザピンの新規導入を目的とした入院患者を除いた新規入院患者のうち４割以上が入院日から起算して３月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第１章第２部通則５の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

(12) 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のアからウまでのいずれも満たしていること。

ア 常時精神科救急外来診療が可能であること。

イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数が年間 20 件以上であること。

ウ 全ての入院形式の患者受入れが可能であること。

(13) 当該病棟の年間の新規患者のうち６割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院、医療観察法入院及び合併症ユニットへ入院する身体疾患を有する精神障害者のいずれかに係るものであること。

(14) 以下の地域における直近１年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として４分の１以上又は５件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

ア 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）

イ １精神科救急医療圏と１基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域

２ 看護職員夜間配置加算の施設基準

（１） 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16 又はその端数を増すごとに１に相当する数以上であること。

（２） 行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っていること。

ア 行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針の整備

イ 患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月１回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議の開催

ウ 当該保険医療機関における精神科診療に携わる職員全てを対象とした、精神保健福祉法、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会の年２回程度の実施

（３） 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、ア

又はウを含む３項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が２交代制勤務又は変則２交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからクまでのうち、ア又はウを含む３項目以上を満たしていること。なお、各項目の留意点については、別添３の第４の３の９の（３）と同様であること。

ア　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が 11 時間以上であること。

イ　３交代制勤務又は変則３交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね 24 時間後以降となる勤務編成であること。

ウ　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の連続して行う夜勤の数が２回以下であること。

エ　当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の夜勤後の暦日の休日が確保されていること。

オ　当該病棟において、夜勤時間帯の患者のニーズに対応できるよう、早出や遅出等の柔軟な勤務体制の工夫がなされていること。

カ　当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。

キ　当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置しており、夜勤を含む交代制勤務に従事する医療従事者の利用実績があること。

ク　当該病棟において、ＩＣＴ、ＡＩ、ＩｏＴ等の活用によって、看護職員の業務負担軽減を行っていること。

（４）　看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添２の第２の 11 の（３）の例による。

３　届出に関する事項

（１）　精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式 20（精神保健指定医については、備考欄に指定医番号を記載すること。）、様式 53 及び様式 55 を用いることとし、当該病棟の配置図（合併症ユニット及び隔離室の位置が分かるもの。）を添付すること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 20 の当該看護要員のみを省略することができること。なお、精神科救急医療体制の整備等に係る実績を評価するため、毎年７月において様式 53 及び様式 55 を届け出ること。

（２）　「注５」に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式 13 の３、様式 20 及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添２の様式 48 を用いること。なお、当該加算の様式 48 に係る届出については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。ただし、当該加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年７月において様式 13 の３を届け出ること。

（３）　令和４年３月 31 日時点で看護職員夜間配置加算に係る届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月 30 日までの間に限り、２の（３）の基準を満たしているものとみなす。

第 16 の３　児童・思春期精神科入院医療管理料

１　児童・思春期精神科入院医療管理料に関する施設基準

（１）　精神科を標榜する病院において精神病棟又は治療室を単位とすること。

（２）　当該病棟又は治療室における直近１か月間の入院患者数の概ね８割以上が、20 歳未満の精神疾患を有する患者（精神作用物質使用による精神及び行動の障害の患者並びに知的障害の患者を除く。）であること。

（３）　当該病棟又は治療室に小児医療及び児童・思春期の精神医療の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、うち１名は精神保健指定医であること。

（４）　当該病棟又は治療室に専従の常勤の精神保健福祉士及び常勤の公認心理師がそれぞれ１名以上配置されていること。

（５）　当該保険医療機関内に学習室が設けられていること。

（６）　当該治療室の病床は 30 床以下であり、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、便所、学習室が、当該病棟の他の治療室とは別に設置されていること。

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

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

２　届出に関する事項

児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式 20 及び様式 57 を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 20 の当該看護要員のみを省略することができること。また、学習室が設けられていることが確認できる当該施設の平面図を添付すること。

第 17　精神療養病棟入院料

１　精神療養病棟入院料の施設基準等

（１）　医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。

（２）　当該病棟に精神科医師である常勤の専任医師及び常勤の作業療法士又は作業療法の経験を有する常勤の看護職員が配置されていること。

なお、作業療法の経験を有する看護職員とは、専門機関等が主催する作業療法又は生活技能訓練に関する所定の研修を修了したものであること。

（３）　当該病棟における専任の精神科医師は他の病棟に配置される医師と兼任はできない。また、当該医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務への従事は週２日以内とすること。

（４）　医療法施行規則第 19 条第１項第１号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること（当該病棟において、１日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに１以上である場合は除く。）。

（５）　当該各病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあっては看護要員が常時２人以上配置されており、そのうち１名以上は看護職員であること。

（６） 当該保険医療機関に、精神保健福祉士又は公認心理師が常勤していること。

（７） 当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という）を、平成26年４月１日以降に当該病棟に入院した患者１人につき１人以上、入院した日から起算して７日以内に指定し、当該保険医療機関内に配置していること。なお、退院支援相談員は、次のいずれかの者であること。

ア 精神保健福祉士

イ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を３年以上有する者

（８） １人の退院支援相談員が同時に担当する患者の数は60以下であること。また、退院支援相談員が担当する患者の一覧を作成していること。

（９） 退院支援相談員の担当する当該病棟の入院患者について退院に向けた支援を推進するための委員会（「退院支援委員会」という）を設置していること。

（10） 当該病棟の病床数は、１看護単位当たり 60 床以下であること。

（11） 当該病棟に係る病室の病床数は、１病室につき６床以下であること。

（12） 当該病棟に係る病棟床面積は、患者１人につき内法による測定で18平方メートル以上であり、病室床面積は、患者１人につき内法による測定で、5.8 平方メートル以上であること。なお、病棟床面積の算定に当たっては当該病棟内にある治療室、食堂、談話室、面会室、浴室、廊下、ナースステーション及び便所等の面積を算入しても差し支えない。

（13） 当該病棟に、当該病棟の入院患者同士が使用できる談話室、食堂、面会室、浴室（又はシャワー室）及び公衆電話が設けられている。ただし、談話室、食堂、面会室については兼用であっても差し支えない。

（14） 当該病棟に鉄格子がないこと。ただし、既存の病棟については、届出後１年間の経過措置を認める。

（15） 当該保険医療機関内に、専用の作業療法室又は生活機能回復訓練室を有していること。

（16） 病棟における患者の金銭管理が適切に行われていること。

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

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

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

２ 重症者加算１の施設基準

当該病棟を有する保険医療機関が次のいずれかの要件を満たすこと。

（１） 精神科救急医療体制整備事業の常時対応型精神科救急医療施設、身体合併症対応施設、地域搬送受入対応施設又は身体合併症後方搬送対応施設であること。

（２） 精神科救急医療体制整備事業の輪番対応型精神科救急医療施設又は協力施設であって、ア又はイのいずれかに該当すること。

ア 時間外、休日又は深夜における入院件数が年４件以上であること。そのうち１件以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下重症者加算１において同じ。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。

イ 時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年10件以上であること。なお、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。

（３） 当該保険医療機関の精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保への協力を行っていること。具体的にはア又はイのいずれかに該当すること。

ア 時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等や精神科救急医療体制整備事業の常時対応型又は輪番型の外来対応施設等）での外来診療又は救急医療機関への診療協力（外来、当直又は対診）を年６回以上行うこと（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）。

イ 精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務（措置診察等）について、都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年１回以上行うこと。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、(イ)から(ホ)までのいずれかの診察あるいは業務を年１回以上行うこと。

(イ) 措置入院及び緊急措置入院時の診察

(ロ) 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察

(ハ) 精神医療審査会における業務

(ニ) 精神科病院への立入検査での診察

(ホ) その他都道府県の依頼による公務員としての業務

３ 退院調整加算の施設基準

（１） 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従する１人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は公認心理師のうちいずれか１名）が勤務し、退院支援計画の作成等の退院調整を行っていること。また、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができ、区分番号「Ａ３１８」に掲げる地域移行機能強化病棟入院料等の施設基準において、退院支援部署に配置することとされている専従の従事者とみなすことができる。なお、退院支援部署と地域移行推進室は同一でもよい。

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

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

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

４ 精神保健福祉士配置加算の施設基準

（１） 当該病棟に、専従の常勤精神保健福祉士が１名以上配置されていること。

（２） 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士が１名以上配置されていること。なお、当該病棟に専従する精神保健福祉士と退院支援部署に専従する精神保健福祉士は兼任できないが、退院支援部署は、退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室と同一でもよい。

（３） 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当該病棟の入院患者のうち７割５分以上が入院日から起算して１年以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設介護医療院又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先

のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第１章第２部通則５の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

５　届出に関する事項

精神療養病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式 20（作業療法等の経験を有する看護職員については、その旨を備考欄に記載すること。）、様式 24 の２、様式 55 の２及び様式55の３を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること（作業療法等の経験を有する看護職員を除く。）。また、当該病棟の平面図（面積並びに談話室、食堂、面会室、浴室及び公衆電話の位置等が分かるもの。）を添付すること。

第 18　削除

第 19　認知症治療病棟入院料

１　認知症治療病棟入院料の施設基準等

（１）　精神科を標榜している病院である保険医療機関であること。

（２）　同一保険医療機関内に認知症治療病棟入院料１を算定すべき病棟と認知症治療病棟入院料２を算定すべき病棟が混在することはできない。

（３）　認知症治療病棟入院料１の施設基準

ア　当該保険医療機関内に、精神科医師及び認知症治療病棟に専従する作業療法士がそれぞれ１人以上勤務していること。

イ　当該病棟に勤務する看護職員の最小必要数の半数以上は、精神病棟に勤務した経験を有する看護職員であること。

ウ　当該病棟に勤務する看護補助者の最小必要数の半数以上は、精神病棟に勤務した経験を有する看護補助者であること。

エ　当該保険医療機関内に、専従する精神保健福祉士又は専従する公認心理師がいずれか１人以上勤務していること。

オ　当該病棟における１看護単位は、概ね 40 から 60 床までを上限とすること。

カ　当該病棟の患者１人当たりの面積は、内法による測定で、18 平方メートル（管理部分を除く。）を標準とすること。ただし、平成 20 年３月 31 日時点で特殊疾患療養病棟入院料２を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、内法による測定で、16 平方メートル（治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を含む。）であっても、認めることとする。

キ　認知症治療病棟入院医療を行うにふさわしいデイルーム等の共有空間がある等高齢者の行動しやすい廊下を有していること。

ク　認知症治療病棟入院医療を行うにふさわしい、広さ60平方メートル以上（内法による測定に基づく。）の専用の生活機能回復訓練室（平成 20 年３月 31 日時点で特殊疾患療養病棟入院料２を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、代用的に生活機能回復訓練等が行える場所（デイルーム等））を有し、当該病棟に入院している全ての

患者に対して、次に掲げる生活機能回復訓練等を行うこと。

（イ）　医師の指導監督の下で、作業療法士、看護師、精神保健福祉士の従事者により、精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的に看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行う。

（ロ）　医師の診療に基づき心理検査の結果等を踏まえて作成した患者ごとの治療計画に基づき、看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行うとともに、定期的にその評価を行う等計画的な治療を行う。

（ハ）　生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者１人当たり１日４時間、週５回行う。ただし、当該訓練及び指導は患者の状態に応じて行うものとし、認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法を算定した場合は、その時間を含めて差し支えない。

（４）　認知症治療病棟入院料２の施設基準

ア　（３）のイからエまでを満たしている。

イ　当該保険医療機関内に、精神科医師及び認知症治療病棟に専従する作業療法士がそれぞれ１名以上勤務している。ただし、認知症患者の作業療法の経験を有する看護師が１人以上勤務する認知症治療病棟にあっては、作業療法士が週１回以上当該病棟において患者の作業療法についての評価を行う場合には、当分の間、作業療法士が１人以上勤務していることとみなす。なお、作業療法の経験を有する看護師とは、専門機関等が主催する認知症指導に関する所定の研修を修了した者である。この場合、当該看護師は当該入院料を算定する際の看護師の員数には算入しない。

ウ　当該病棟における１看護単位は、概ね60床を上限とする。

エ　当該病棟の患者１人当たりの面積は、内法による測定で、18 平方メートル（管理部分を除く。）以上とする。ただし、平成 20 年３月 31 日時点で特殊疾患療養病棟入院料２を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、内法による測定で、16 平方メートル（治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を含む。）であっても、認めることとする。

オ　認知症治療病棟入院医療を行うにふさわしい、広さ60平方メートル以上（内法による測定に基づく。）の専用の生活機能回復訓練室（平成 20 年３月 31 日時点で特殊疾患療養病棟入院料２を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、代用的に生活機能回復訓練等が行える場所（デイルーム等））を有し、当該病棟に入院している全ての患者に対して、次に掲げる生活機能回復機能訓練等を行うこと。

（イ）　医師の指導監督の下で、作業療法士、看護師又は精神保健福祉士の従事者により、精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的に看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行う。

（ロ）　医師の診療に基づき心理検査の結果等を踏まえて作成した患者ごとの治療計画に基づき、看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行うとともに、定期的にその評価を行う等計画的な治療を行う。

（ハ）　生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者１人当たり１日４時間、週５回行う。ただし、当該訓練及び指導は患者の状態に応じて行うものとし、認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法を算定した場合は、

その時間を含めて差し支えない。

（５） 退院調整加算の施設基準

当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従する１人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は公認心理師のうちいずれか１名）が勤務しており、退院支援計画の作成等の退院調整を行っていること。また、当該専従精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができ、区分番号「Ａ３１２」に掲げる精神療養病棟入院料の「注５」等の施設基準において、退院支援部署に配置することとされている専従の従事者とみなすことができる。なお、退院支援部署と地域移行推進室は同一でも良い。

（６） 認知症夜間対応加算の施設基準

ア 認知症治療病棟入院料１、認知症治療病棟入院料２のいずれの場合も、夜勤を行う看護要員が３名以上の場合に算定できる。

イ 行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っていること。

（イ） 行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針の整備

（ロ） 患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月１回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議の開催

（ハ） 当該保険医療機関における精神科診療に携わる職員全てを対象とした、精神保健福祉法、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会の年２回程度の実施

（７） （３）及び（４）の内法の規定の適用については、平成 26 年３月 31 日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）及び（４）の内法の規定を満たしているものとする。

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

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

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

２ 届出に関する事項

認知症治療病棟入院料に係る施設基準の届出は、別添７の様式９、様式 20 及び様式 56 を用いることとし、当該病棟の平面図を添付すること。また、「注３」に規定する認知症夜間対応加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式20及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添２の様式 48 を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること。なお、認知症夜間対応加算の様式 48 に係る届出については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第20 特定一般病棟入院料

１ 特定一般病棟入院料の施設基準等

（１） 医療提供体制の確保の状況に鑑み、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地

域に所在する保険医療機関のうち、一般病棟が１病棟で構成される病院である保険医療機関であること。

（２） 特定一般病棟入院料１の施設基準

当該病室を有する病棟において、常時13対１以上の看護配置（当該病棟における看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに１以上であること。）よりも手厚い看護配置であること。ただし、夜勤を行う看護職員の数は、２以上であること。

（３） 特定一般病棟入院料２の施設基準

当該病室を有する病棟において、常時15対１以上の看護配置（当該病棟における看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに１以上であること。）よりも手厚い看護配置であること。ただし、夜勤を行う看護職員の数は、２以上であること。

（４） 一般病棟看護必要度評価加算の施設基準

注５に掲げる一般病棟看護必要度評価加算を算定する病棟は、当該加算を算定するものとして届け出た病棟に、直近３月について入院している全ての患者の状態を、別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票のⅠ又はⅡを用いて継続的に測定し、その結果に基づいて評価を行っていること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。なお、重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票の記入（別添６の別紙７の別表１に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ａ・Ｃ項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目は除く。）は、院内研修を受けたものが行うものであること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添７の様式10を用いて届け出る必要があること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは切替月のみとし、切替月の10日までに届け出ること。

（５） 特定一般病棟入院料（地域包括ケア１）の施設基準等

ア 注７に規定する地域包括ケア入院医療管理を行う病室を有する病棟において、常時15対１以上の看護配置（当該病棟における看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が15 又はその端数を増すごとに１以上であること。）よりも手厚い看護配置であること。ただし、夜勤を行う看護職員の数は、２以上であること。

イ 当該病室を有する病棟において、病室を含む病棟に、専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤理学療法士、専任の非常勤作業療法士又は専任の非常勤言語聴覚士をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たすこととみなすことができる。

ウ　当該保険医療機関内に入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること。当該部門に入退院支援及び地域連携に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が配置されていること。当該部門に専従の看護師が配置されている場合にあっては専任の社会福祉士が、専従の社会福祉士が配置されている場合にあっては専任の看護師が配置されていること。なお、当該専従の看護師又は社会福祉士については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師又は社会福祉士に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているとみなすことができる。

エ　心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)若しくは(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っていること。

オ　エのリハビリテーションを提供する患者については、１日平均２単位以上提供していること。なお、リハビリテーションの提供に当たっては、当該患者の入棟又は入室時に測定したＡＤＬ等を参考にリハビリテーションの必要性を判断し、その結果について診療録等に記載するとともに、患者又はその家族等に説明すること。

カ　当該病室の床面積は、内法による測定で、患者１人につき、6.4 平方メートル以上であること。なお、平成 27 年３月 31 日までの間に、床面積について、壁芯による測定で届出が行われたものについては、平成 27 年４月１日以降も有効なものとして取り扱う。

キ　病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8 メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7 メートル以上であることが望ましい。なお、廊下の幅が 1.8 メートル（両側居室の場合は 2.7 メートル）に満たない医療機関については、全面的な改築等を行うまでの間は 1.8 メートル（両側居室の場合は 2.7 メートル）未満であっても差し支えないが、全面的な改築等の予定について年１回報告を行うこと。

ク　当該病室を含む病棟に、又は当該医療機関内における当該病室を含む病棟の近傍に患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。

ケ　当該入院料を算定するものとして届け出ている病室に、直近３月において入院している全ての患者の状態について、別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目（Ａ項目）及び手術等の医学的状況の項目（Ｃ項目）を用いて測定し、その結果、当該病棟又は当該病室へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者（別添６の別紙７による評価の結果、看護必要度評価票Ａ項目の得点が１点以上の患者又はＣ項目の得点が１点以上の患者をいう。）の割合が重症度、医療・看護必要度Ⅰで１割２分以上又は重症度、医療・看護必要度Ⅱで 0.8 割以上であること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。一般病棟用の重症度、医

療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票の記入（別添６の別紙７の別表１に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ａ・Ｃ項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目は除く。）は、院内研修を受けたものが行うものであること。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出ること。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添７の様式10を用いて届け出る必要があること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは切替月のみとし、切替月の 10 日までに届け出ること。令和４年３月 31 日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関にあっては、令和４年９月 30 日までの間、令和４年度改定後の当該入院料の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。

コ　次のいずれかの基準を満たしていること。

①　「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添１の第14の２に規定する在宅療養支援病院の届出を行っていること。

②　「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添１の第16の３に規定する在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の直近１年間の受入実績が３件以上（区分番号「Ａ２０６」在宅患者緊急入院診療加算の１を算定したものに限る。）であること。

③　医療法第30条の４の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。

④　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。

⑤　訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること。

サ　当該病室を退院した患者に占める在宅等に退院するものの割合が７割以上であること。この場合における在宅等に退院するものとは、次の①及び②のいずれにも該当しない患者をいう。

①　他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添２の第３の５の（１）のイの（イ）に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）に転院した患者

②　介護老人保健施設に入所した患者

シ　当該病室から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次の①に掲げる数を②に掲げる数で除して算出する。

①　直近６か月間において、当該病室から退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、自宅等に退院するものの数

②　直近６か月間に退院した患者数（第２部「通則５」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）

ス　データ提出加算の届出を行っていること。また、当該基準については別添７の様式40の７を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。

セ　当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が１割５分以上であること。ただし、当該病室が10床未満の場合については自宅等から入室した患者を前３月において６人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟

又は病室を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。

ソ　自宅等から入室した患者の占める割合は、直近３か月間に自宅等から入室した患者を直近３か月に当該病棟に入室した患者の数で除して算出するものであること。

タ　当該病室において自宅等からの緊急入院患者の受入れが直近３か月間で６人以上であること。自宅等からの緊急入院患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者で、かつ、予定された入院以外の患者のことをいう。

チ　次に掲げる項目のうち少なくとも２つを満たしていること。

①　当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近３か月間で 30 回以上であること。

②　当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）の算定回数が直近３か月間で 60 回以上であること。

③　当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近３か月間で 300 回以上であること。

④　当該保険医療機関において区分番号「Ｃ００６」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近３か月間で 30 回以上であること。

⑤　当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、介護保険法第８条第２項に規定する訪問介護、同条４項に規定する訪問看護、同条第５項に規定する訪問リハビリテーション、同法第８条の２第３項に規定する介護予防訪問看護又は同条第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。

⑥　当該保険医療機関において区分番号「Ｂ００５」退院時共同指導料２の算定回数が直近３か月間で６回以上であること。

ツ　当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

テ　許可病床 280 床未満の保険医療機関であること。

（６）　特定一般病棟入院料（地域包括ケア２）の施設基準等

（５）のアからスの基準を満たしていること。

（７）　特定一般病棟入院料（地域包括ケア３）の施設基準等

（５）のカ、サ及びシを除く全ての基準を満たしていること。

（８）　特定一般病棟入院料（地域包括ケア４）の施設基準等

（５）のアからオ、キからコ及びスの基準を満たしていること。

２　届出に関する事項

（１）　特定一般病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添７の様式８、様式９及び様式57の２を用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式８を省略することができること。

（２）　注５に規定する一般病棟看護必要度評価加算の施設基準に係る届出は、別添７の様式10を用いること。

（３）　注７又は注９に規定する地域包括ケアに係る病室の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式10、様式20、様式50から様式50の３までを用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること。

（４）　当該病棟に 90 日を超えて入院する患者について、療養病棟入院料１の例により算定を行う病棟については、別添７の様式 57 の３により地方厚生（支）局長に届け出ること。

（５）　一般病棟看護必要度評価加算の経過措置について、令和４年３月31日において、現に一般病棟看護必要度評価加算の届出を行っている病棟にあっては、令和４年９月30日までの間に限り、令和４年度改定前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和２年３月５日保医発 0305 第２号）の別添６の別紙７の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて評価をしても差し支えないこと。

第21　地域移行機能強化病棟入院料

１　地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等

（１）　医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。

（２）　当該保険医療機関に医療法施行規則第19条第１項第１号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。

（３）　当該病棟に精神科医師である常勤の専任医師及び常勤の専任作業療法士又は作業療法の経験を有する常勤の看護職員が配置されていること。なお、作業療法の経験を有する看護職員とは、専門機関等が主催する作業療法又は生活技能訓練に関する所定の研修を修了したものであること。

（４）　当該病棟における専任の精神科医師は他の病棟に配置される医師と兼任はできない。また、当該医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務への従事は週２日以内とすること。

（５）　当該各病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあっては看護要員、作業療法士及び精神保健福祉士が常時２人以上配置されており、そのうち１名以上は看護職員であること。

（６）　当該病棟において、看護要員の病棟勤務時間を算出する際には、当該保険医療機関内及び当該保険医療機関外で、退院支援業務に従事している時間を含めることができること。従事している時間に含めることができる当該保険医療機関外での退院支援業務は、患者家族等への訪問指導、障害福祉サービス又は介護保険サービスの事業所及び市役所、区役所又は町村役場等で患者が行う諸手続への同行及び障害福祉サービス事業所担当者等、退院後の患者の日常生活の支援を行う者との調整に限られること。

（７）　当該保険医療機関に常勤の公認心理師が配置されていること。

（８）　当該病棟に１名以上の専従の常勤精神保健福祉士及び１名以上の専任の常勤精神保健福祉士（入院患者の数が 40 を超える場合は２名以上）が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が 40 を超える場合であって、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、１名以上の専従の常勤精神保健福祉士、１名以上の専任の常勤精神保健福祉士及び１名以上の専任の常勤社会福祉士が配置されていればよいこと。

（９）　当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従する１人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は公認心理師のうちいずれか１名）が配置されているこ

と。退院支援部署と精神科地域移行実施加算の地域移行推進室は同一でもよい。当該専従の従事者は、区分番号「Ａ３１２」に掲げる精神療養病棟入院料の「注５」等の施設基準において、退院支援部署に配置することとされている専従の従事者とみなすことができる。また、退院支援部署に専従する従事者が精神保健福祉士の場合には、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができる。

(10)　当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という）を、当該病棟に入院した患者１人につき１人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。なお、退院支援相談員は、次のいずれかの者であること。

ア　精神保健福祉士（当該病棟専従の者でも可）

イ　保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を３年以上有する者

(11)　１人の退院支援相談員が同時に担当する患者の数は20以下であること。また、退院支援相談員が担当する患者の一覧を作成していること。

(12)　退院支援相談員の担当する当該病棟の入院患者について退院に向けた支援を推進するための委員会（「退院支援委員会」という）を設置していること。

(13)　当該病棟の病床数は、１看護単位当たり 60 床以下であること。

(14)　届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。

ア　届出前月に、以下の(イ)又は(ロ)いずれか小さい値を(ハ)で除して算出される数値が 0.85以上であること。なお、届出に先立ち精神病床の許可病床数を減少させることにより 0.85 以上としても差し支えないこと。

(イ)　届出前月の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数

(ロ)　届出前１年間の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数

(ハ)　届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数

イ　以下の式で算出される数値が 2.4%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設、介護医療院又は精神障害者施設に入所した場合を除いたものをいう。

当該保険医療機関に１年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の１か月当たりの平均（届出の前月までの３か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（%）

(15)　算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が 2.4%以上であること。

当該保険医療機関に 1 年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の１か月当たりの平均（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数　×100（%）

(16)　算定開始以降、１年ごとに１回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の 30%×当該病棟の算定年数）

(17)　地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。

届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の 30%×当該病棟の算定月数÷12）

(18)　地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げた後、再度地域移行機能強化病棟入院料を届け出る場合には、今回届出前月末日時点での精神病床の許可病床数が、直近の届出を取り下げた時点の精神病床の許可病床数以下であること。

(19)　保健所、市区町村の障害福祉担当部署、指定特定相談支援事業者及び指定一般相談支援事業者と連携を有していること。当該保険医療機関の担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を保健所等に文書で情報提供するとともに、保健所等の担当者の氏名及び連絡先の提供を受けていること。

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

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

(21)　令和２年３月 31 日において現に地域移行機能強化病棟入院料の届出を行っている病棟については、(14)から(17)までの規定に限り、なお従前の例による。

２　重症者加算１の施設基準

当該病棟を有する保険医療機関が次のいずれかの要件を満たすこと。

（１）　精神療養病棟入院料の重症者加算１の届出を行っていること。

（２）　次のいずれかの要件を満たすこと

ア　精神科救急医療体制整備事業の常時対応型精神科救急医療施設、身体合併症対応施設、地域搬送受入対応施設又は身体合併症後方搬送対応施設であること。

イ　精神科救急医療体制整備事業の輪番対応型精神科救急医療施設又は協力施設であって、(イ)又は(ロ)のいずれかに該当すること。

(イ)　時間外、休日又は深夜における入院件数が年４件以上であること。そのうち１件以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下重症者加算１において同じ。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。

(ロ)　時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年10件以上であること。なお、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）等からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。

ウ　当該保険医療機関の精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保への協力を行っていること。具体的には(イ)又は(ロ)のいずれかに該当すること。

(イ)　時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等や精神科救急医療体制整備事業の常時対応型又は輪番型の外来対応施設等）での外来診療又は救急医療機関への診療協力（外来、当直又は対診）を年６回以上行うこと（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）。

（ロ） 精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務（措置診察等）について、都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年１回以上行うこと。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、①から⑤までのいずれかの診察又は業務を年１回以上行うこと。

① 措置入院及び緊急措置入院時の診察
② 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察
③ 精神医療審査会における業務
④ 精神科病院への立入検査での診察
⑤ その他都道府県の依頼による公務員としての業務

３ 届出に関する事項

地域移行機能強化病棟入院料に係る届出は、別添７の様式９、様式 20（作業療法等の経験を有する看護職員及び専任の社会福祉士（身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために１名以上の専従の常勤精神保健福祉士及び１名以上の専任の常勤保健福祉士に加えて配置する場合に限る。）については、その旨を備考欄に記載すること。）及び様式 57 の４を用いること。作業療法士及び精神保健福祉士を看護配置に含める場合には、様式９の勤務実績表において、当該作業療法士及び当該精神保健福祉士を准看護師として記入すること。また、当該届出は令和６年３月 31 日までに限り行うことができるものであること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式 20 の当該看護要員のみを省略することができること（作業療法等の経験を有する看護職員を除く。）。なお、重症者加算１について、精神療養病棟入院料の重症者加算１の届出を行っている場合は、地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算１として特に地方厚生（支）局長に対して届出を行う必要はないこと。

第 22 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

１ 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に関する施設基準

（１） 区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料（Ⅰ）及び区分番号「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること。

（２） 特定機能病院リハビリテーション病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者１人につき、6.4 平方メートル以上であること。

（３） 患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。

（４） 病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8 メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7 メートル以上であることが望ましい。

（５） 別添６の別紙 19 又は別紙 20 に基づきリハビリテーションの実施計画の作成の体制及び適切な当該リハビリテーションの効果、実施方法等を定期的に評価する体制がとられていること。

（６） (15)において日常生活機能評価による測定を行う場合にあっては、当該病棟への入院時等に測定する日常生活機能評価については、別添６の別紙21を用いて測定すること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準

等の別表第二の二十四に該当する患者は対象から除外する。当該日常生活機能評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（１日程度）

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

（イ） 日常生活機能評価の考え方、日常生活機能評価票の構成と評価方法

（ロ） 日常生活機能評価に係る院内研修の企画・実施・評価方法

（７） (15)について、毎年７月において、１年間（前年７月から６月までの間。）に当該入院料を算定する病棟に入院していた患者の日常生活機能評価等について、別添７の様式49の４により地方厚生（支）局長に報告を行うこと。また、毎年７月において、各年度４月、７月、10 月及び１月において「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１のＡ３０８の（11）のア及びイに示す方法に準じて算定した内容等について、別紙様式 45 を用いて地方厚生（支）局長に報告を行うこと。

（８） 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する１日当たりリハビリテーション提供単位数は平均２単位以上であること。なお、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア 直近１か月間に特定機能病院リハビリテーション病棟に入院する回復期リハビリテーションを要する状態の患者（「基本診療料の施設基準等」別表第九の二に掲げる状態の患者。以下同じ。）に対して提供された、心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数（その費用が特定機能病院リハビリテーション病棟入院料に含まれるもの及び選定療養として行われたものを除く。）

イ 直近１か月間に特定機能病院リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数

（９） 他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添２の第３の５の（１）のイの(イ)に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。なお、退院患者のうちの他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア 直近６か月間に退院した患者数（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数

イ 直近６か月間に退院した患者数（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）へ転棟した患者及び他の保険医療機関に転院した患者（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）を除

く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳記の一覧を、届出の際に添付の上提出すること。）

(10)　次に掲げるものを少なくとも３か月ごとに当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

ア　前月までの３か月間に当該保険医療機関の特定機能病院リハビリテーション病棟から退棟した患者の数及び当該退棟患者数の基本診療料の施設基準等別表第九の二に掲げる回復期リハビリテーションを要する状態の区分別内訳

イ　特定機能病院リハビリテーション病棟における直近のリハビリテーション実績指数（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第１章第２部第３節Ａ３０８(11)イに示す方法に準じて算出したものをいう。以下第 22 において同じ。）

(11)　特定機能病院（医療法第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下同じ。）であること。

(12)　リハビリテーション科を標榜しており、当該病棟に専従の医師１名以上、専従の理学療法士３名以上、作業療法士２名以上、言語聴覚士１名以上、専従の管理栄養士１名以上（及び在宅復帰支援を担当する専従の社会福祉士等１名以上の常勤配置を行うこと。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士又は常勤作業療法士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は２名、作業療法士は１名までに限る。

(13)　(12)に規定する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、次のいずれも満たす場合に限り、当該病棟において現に特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定している患者及び当該病棟から同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した日から起算して３か月以内の患者（在棟中に特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定した患者であって、当該保険医療機関に入院中の患者に限る。）に対する退院前の訪問指導並びに当該病棟を退棟した日から起算して３か月以内の患者（在棟中に特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。ただし、保険医療機関に入院中の患者又は介護老人保健施設に入所する患者を除く。）に対する外来におけるリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施しても差し支えないものとする。

ア　届出を行う月及び各年度４月、７月、10 月及び１月に算出したリハビリテーション実績指数が 40 以上であること。

イ　当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施していること。

(14)　(13)のア又はイのいずれかを満たさない場合には、(12)に規定する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士は、当該月以降、(13)の業務を実施できないこととする。なお、その後、

別の月（４月、７月、10 月又は１月以外の月を含む。）において、ア及びイのいずれも満たす場合には、当該月以降、(13)の業務を実施しても差し支えないものとする。

なお、(13)のア及びイについては、毎年７月に別紙様式 45 を用いて地方厚生（支）局長に報告することとするが、ア及びイのいずれも満たす場合からア又はイのいずれかを満たさなくなった場合及び、その後、別の月（４月、７月、10 月又は１月以外の月を含む。）にア及びイのいずれも満たすようになった場合には、その都度同様に報告する。

(15)　重症の患者（別添６の別紙 21 に定める日常生活機能評価で 10 点以上又はＦＩＭ得点で 55 点以下の患者をいう。以下この項において同じ。）が新規入院患者のうち５割以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。

ア　直近６か月間に当該特定機能病院リハビリテーション病棟に新たに入院した患者（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうちの重症の患者数

イ　直近６か月間に当該特定機能病院リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の患者数を除く。）

(16)　当該保険医療機関において、休日を含め全ての日において、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の１日当たりリハビリテーション提供単位数も平均２単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。

(17)　当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士若しくは（12）に規定する常勤換算の対象となる専従の非常勤の理学療法士又は専従の常勤作業療法士若しくは（12）に規定する常勤換算の対象となる専従の非常勤作業療法士のうち１名以上がいずれの日においても配置されていること。

(18)　当該病棟において看護又は看護補助を行う看護要員の配置が当該保険医療機関の休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮すること。

(19)　届出を行う月及び各年度４月、７月、10 月及び１月に算出したリハビリテーション実績指数が 40 以上であること。

(20)地域の保険医療機関との連携体制として、次に掲げる体制が整備されていること。

ア　当該保険医療機関において、他の保険医療機関等に所属するリハビリテーションに関わる職員を対象とした研修会を月１回以上開催すること。

イ　他の保険医療機関等からのリハビリテーションに係る照会や患者の状況に関する相談等に応じる体制を整備すること。また、当該体制について、ホームページや研修会等で周知すること。

２　届出に関する事項

（１）　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添７の様式９、様式 20、様式 49 から様式 49 の７（様式 49 の４を除く。）までを用いること。この場合において、病棟の勤務実績表で看護要員の職種が確認できる場合は、様式20の当該看護要員のみを省略することができること。

（２）　１病棟に限り届出を行うことができること。

（３）　令和４年３月 31 日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っ

ている病院に限り届出を行うことができること。

別添５

短期滞在手術等基本料の施設基準等

短期滞在手術等基本料に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

１　短期滞在手術等基本料１に関する施設基準

（１）　手術を行う場合にあっては、術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、当該病床は必ずしも許可病床である必要はない。

（２）　看護師が常時患者４人に１人の割合で回復室に勤務していること。

（３）　手術を行う場合にあっては、当該保険医療機関が、退院後概ね３日間の患者に対して24時間緊急対応の可能な状態にあること。又は当該保険医療機関と密接に提携しており、当該手術を受けた患者について24時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること。

（４）　短期滞在手術等基本料に係る手術（全身麻酔を伴うものに限る。）が行われる日において、麻酔科医が勤務していること。

（５）　術前に患者に十分に説明し、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」における別紙様式８を参考として同意を得ること。

２　届出に関する事項

短期滞在手術等基本料の施設基準に係る届出は、別添７の様式58を用いること。

○厚生労働省告示第　　号

診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の規定に基づき、特掲診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十三号）の一部を次のように改正し、令和四年四月一日から適用する。

令和四年　　月　　日

厚生労働大臣　後藤　茂之

本則を次のように改める。

特掲診療料の施設基準等

第一　届出の通則

一　保険医療機関（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）及び保険薬局（同号に規定する保険薬局をいう。以下同じ。）（以下「保険医療機関等」という。）は、第二から第十五までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。

二　保険医療機関等は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。

三　届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十五までに規定する施設基準に適合しない場合は、当該届出又は届出の変更は無効であること。

四　届出については、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うこと。

第二　施設基準の通則

一　地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

二　地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成十八年厚生労働省告示第百七号）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

三　地方厚生局長等に対して当該届出を行う前六月間において、健康保険法第七十八条第一項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第七十二条第一項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

四　地方厚生局長等に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第百四号）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

第三　医学管理等

一　特定疾患療養管理料に規定する疾患

平成二十七年総務省告示第三十五号（統計法第二十八条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類を定める件）の「６(1)　基本分類表」（以下「分類表」という。）に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病

一の二　特定疾患療養管理料の注５に規定する施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

二　特定疾患治療管理料に規定する施設基準等

(1)　ウイルス疾患指導料の注２に規定する施設基準

イ　当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の医師が配置されていること。

ロ　当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の看護師が配置されていること。

ハ　当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な専任の薬剤師が配置されていること。

ニ　当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ホ　当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。

(1)の２　ウイルス疾患指導料の注３に規定する施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2)　特定薬剤治療管理料１の対象患者

別表第二の一に掲げる患者

(2)の２　小児特定疾患カウンセリング料の対象患者

別表第二の二に掲げる患者

(2)の３　小児科療養指導料の注６に規定する施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2)の４　てんかん指導料の注６に規定する施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(3)　難病外来指導管理料の対象疾患

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号）第五条第一項に規定する指定難病（同法第七条第四項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第一項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）その他これに準ずる疾患

(3)の２　難病外来指導管理料の注６に規定する施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(4)　皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅰ)の対象疾患

分類表に規定する疾病のうち別表第二の四に掲げる疾病

(5)　皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)の対象疾患

分類表に規定する疾病のうち別表第二の五に掲げる疾病

(5)の２　皮膚科特定疾患指導管理料の注４に規定する施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(6)　外来栄養食事指導料の注２に規定する施設基準

イ　連携充実加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ロ　外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対する栄養食事指導を行うにつき、十分な体制が確保されていること。

(6)の２　外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料の対象患者

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者

(6)の２の２　外来栄養食事指導料の注３に規定する施設基準

悪性腫瘍の患者の栄養管理に係る専門の研修を修了し、当該患者の栄養管理を行うにつき

十分な経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。

(6)の３　集団栄養食事指導料に規定する特別食

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる特別食

(6)の４　心臓ペースメーカー指導管理料の注４に規定する施設基準

当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(6)の５　心臓ペースメーカー指導管理料の注５に規定する施設基準

イ　心臓植込型電気デバイスの管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ロ　循環器疾患の診療につき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていること。

(7)　高度難聴指導管理料の施設基準

次のいずれかに該当すること。

イ　人工内耳植込術の施設基準を満たしていること。

ロ　当該療養を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が耳鼻咽喉科に配置されていること。

(7)の２　慢性維持透析患者外来医学管理料の注３に規定する腎代替療法実績加算の施設基準

イ　腎代替療法を行うにつき十分な説明を行っていること。

ロ　腎代替療法を行うにつき必要な実績を有していること。

(8)　喘息治療管理料の注２に規定する施設基準

イ　当該保険医療機関内に専任の看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が常時一人以上配置されていること。

ロ　喘息治療管理を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。

ハ　緊急時の入院体制が確保されていること。

(8)の２　小児悪性腫瘍患者指導管理料の注５に規定する施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(9)　糖尿病合併症管理料の施設基準

イ　当該保険医療機関内に糖尿病足病変の指導を担当する専任の常勤医師（当該指導について相当な経験を有するものに限る。）が配置されていること。

ロ　当該保険医療機関内に糖尿病足病変の指導を担当する専任の看護師（当該指導について相当な経験を有し、かつ、当該指導に係る研修を受けたものに限る。）が配置されていること。

(10)　耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料の対象患者

十五歳未満の滲出性中耳炎（疾患の反復や遷延がみられるものに限る。）の患者

(11)　がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準

当該保険医療機関内に緩和ケアを担当する医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）（緩和ケアに係る研修を受けたものに限る。）が配置されていること。

(11)の２　がん性疼痛緩和指導管理料の注３に規定する施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(12)　がん患者指導管理料の施設基準等

イ　がん患者指導管理料のイの施設基準

①　がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

②　当該保険医療機関において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

ロ　がん患者指導管理料のロからニまでの施設基準

イの①を満たすものであること。

ハ　がん患者指導管理料の注４に規定する患者

乳癌、卵巣癌又は卵管癌と診断された患者のうち、遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる患者

ニ　がん患者指導管理料の注７に規定する施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(13)　外来緩和ケア管理料の施設基準等

イ　外来緩和ケア管理料の注１に規定する施設基準

①　緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

②　当該体制において、身体症状の緩和を担当する医師、精神症状の緩和を担当する医師、緩和ケアに関する相当の経験を有する看護師及び薬剤師が適切に配置されていること。

ロ　外来緩和ケア管理料の注４に規定する厚生労働大臣が定める地域

基本診療料の施設基準等（平成二十年厚生労働省告示第六十二号）別表第六の二に掲げる地域

ハ　外来緩和ケア管理料の注４に規定する施設基準

①　一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１を除く。）を算定する病棟を有する病院（特定機能病院及び許可病床数が四百床以上の病院並びに診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を有する病院を除く。）であること。

②　緩和ケア診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ニ　外来緩和ケア管理料の注５に規定する施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(14)　移植後患者指導管理料の施設基準

イ　移植後患者指導管理料の注１に規定する施設基準

①　当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

②　当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤医師が配置されていること。

③　当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤看護師（臓器移植又は造血幹細胞移植に係る研修を受けたものに限る。）が配置されていること。

④　当該保険医療機関内に常勤の薬剤師が配置されていること。

ロ　移植後患者指導管理料の注３に規定する施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(15)　糖尿病透析予防指導管理料の施設基準等

イ　糖尿病透析予防指導管理料の注１に規定する施設基準

①　当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

②　当該保険医療機関内に糖尿病に関する指導について十分な経験を有する専任の医師及び看護師又は保健師並びに管理栄養士が適切に配置されていること。

ロ　糖尿病透析予防指導管理料の注１に規定する厚生労働大臣が定める者

透析を要する状態となることを予防するために重点的な指導管理を要する患者

ハ　糖尿病透析予防指導管理料の注４に規定する厚生労働大臣が定める地域

基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域

ニ　糖尿病透析予防指導管理料の注４に規定する施設基準
①　一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１を除く。）を算定する病棟を有する病院（特定機能病院及び許可病床数が四百床以上の病院並びに診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を有する病院を除く。）であること。
②　当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ホ　糖尿病透析予防指導管理料の注５に規定する施設基準
当該療養について、相当の実績を有していること。
ヘ　糖尿病透析予防指導管理料の注６に規定する施設基準
情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(16)　小児運動器疾患指導管理料の施設基準
イ　当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する整形外科を担当する常勤の医師が配置されていること。
ロ　当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(17)　乳腺炎重症化予防ケア・指導料の施設基準
イ　当該保険医療機関内に乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行うにつき十分な経験を有する医師が配置されていること。
ロ　当該保険医療機関内に乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行うにつき十分な経験を有する専任の助産師が配置されていること。
(18)　婦人科特定疾患治療管理料の施設基準
イ　婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
ロ　当該保険医療機関内に婦人科疾患の診療を行うにつき十分な経験を有する医師が配置されていること。
(19)　腎代替療法指導管理料の施設基準等
イ　腎代替療法指導管理料の施設基準
①　当該療法を行うにつき十分な体制が整備されていること。
②　当該療法を行うにつき必要な実績を有していること。
③　当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する腎臓内科を担当する常勤の医師が配置されていること。
④　当該保険医療機関内に腎臓病に関する指導について十分な経験を有する看護師が適切に配置されていること。
ロ　腎代替療法指導管理料の対象患者
①　腎代替療法の指導管理を要する慢性腎臓病の患者
②　急速に腎機能が低下しており、腎代替療法の指導管理を要する患者
ハ　腎代替療法指導管理料の注３に規定する施設基準
情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(20)　一般不妊治療管理料の施設基準
イ　産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
ロ　当該保険医療機関内に一般不妊治療を行うにつき十分な経験を有する医師が配置されていること。
ハ　一般不妊治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ニ　一般不妊治療を行うにつき必要な実績を有していること。
(21)　生殖補助医療管理料の施設基準
イ　生殖補助医療管理料１の施設基準
①　産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
②　当該保険医療機関内に生殖補助医療を行うにつき十分な経験を有する医師が配置されていること。
③　生殖補助医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
④　生殖補助医療を行うにつき必要な構造設備を有していること。
ロ　生殖補助医療管理料２の施設基準
①　イの①、②及び④を満たすものであること。
②　生殖補助医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(22)　二次性骨折予防継続管理料の施設基準
イ　二次性骨折予防継続管理料１の施設基準
①　骨粗鬆症の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
②　当該体制において、骨粗鬆症の診療を担当する医師、看護師及び薬剤師が適切に配置されていること。
③　一般病棟入院基本料又は七対一入院基本料若しくは十対一入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関であること。
ロ　二次性骨折予防継続管理料２の施設基準
①　イの①及び②を満たすものであること。
②　回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
ハ　二次性骨折予防継続管理料３の施設基準
イの①及び②を満たすものであること。
(23)　アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料に関する施設基準
イ　当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていること。
ロ　当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(24)　下肢創傷処置管理料の施設基準
イ　当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する整形外科、形成外科、皮膚科、外科、心臓血管外科又は循環器内科を担当する常勤の医師が配置されていること。
ロ　当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。
三　小児科外来診療料の注２に規定する厚生労働大臣が定める薬剤
パリビズマブ
三の二　小児科外来診療料の注４に規定する小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準
(1)　抗菌薬の適正な使用を推進するための体制が整備されていること。
(2)　当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算２に係る届出を行っていること。
四　地域連携小児夜間・休日診療料の施設基準等
(1)　地域連携小児夜間・休日診療料の施設基準
イ　地域連携小児夜間・休日診療料１の施設基準
①　当該保険医療機関において、別の保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する保険医及び当該保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する保

険医により、六歳未満の小児を夜間（(2)に規定する時間をいう。）、休日又は深夜（午後十時から午前六時までの時間をいう。以下同じ。）に診療することができる体制が整備されていること。

② 地域医療との連携体制が確保されていること。

③ 小児夜間・休日診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

④ 小児夜間・休日診療を行うにつき十分な構造設備を有していること。

⑤ 緊急時の入院体制が整備されていること。

ロ 地域連携小児夜間・休日診療料２の施設基準

① 当該保険医療機関において、専ら小児科を担当する保険医が常時一人以上配置されていること。

② 当該保険医療機関において、別の保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する保険医及び当該保険医療機関を主たる勤務先とする専ら小児科を担当する保険医により、六歳未満の小児を二十四時間診療することができる体制が整備されていること。

③ 地域医療との連携体制が確保されていること。

④ 小児夜間・休日診療を行うにつき十分な構造設備を有していること。

⑤ 緊急時の入院体制が整備されていること。

(2) 地域連携小児夜間・休日診療料に規定する時間

当該地域において一般の保険医療機関がおおむね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜及び休日を除く。）

四の二 乳幼児育児栄養指導料の注２に規定する施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

四の三 地域連携夜間・休日診療料の施設基準等

(1) 地域連携夜間・休日診療料の施設基準

イ 当該保険医療機関において、別の保険医療機関を主たる勤務先とする保険医及び当該保険医療機関を主たる勤務先とする保険医により、夜間（(2)に規定する時間をいう。）、休日又は深夜に診療することができる体制が整備されていること。

ロ 地域医療との連携体制が確保されていること。

ハ 夜間・休日診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ニ 夜間・休日診療を行うにつき十分な構造設備を有していること。

ホ 緊急時の入院体制が整備されていること。

(2) 地域連携夜間・休日診療料に規定する時間

当該地域において一般の保険医療機関がおおむね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜及び休日を除く。）

四の四 院内トリアージ実施料の施設基準等

(1) 院内トリアージ実施料の施設基準

イ 院内トリアージを行うにつき十分な体制が整備されていること。

ロ 院内トリアージの実施基準を定め、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(2) 院内トリアージ実施料に規定する時間

当該地域において一般の保険医療機関がおおむね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜及び休日を除く。）

四の五 夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準等

(1) 夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準

休日及び夜間における救急医療の確保のための診療を行っていること。

(2) 夜間休日救急搬送医学管理料の注３に規定する救急搬送看護体制加算１の施設基準

イ 救急搬送について、十分な実績を有していること。

ロ 救急患者の受入れを担当する専任の看護師が複数名配置されていること。

(3) 夜間休日救急搬送医学管理料の注３に規定する救急搬送看護体制加算２の施設基準

イ 救急搬送について、相当の実績を有していること。

ロ 救急患者の受入れを担当する専任の看護師が配置されていること。

四の六 外来リハビリテーション診療料の施設基準

(1) 理学療法士、作業療法士等が適切に配置されていること。

(2) リハビリテーションを適切に実施するための十分な体制が確保されていること。

四の七 外来放射線照射診療料の施設基準

(1) 放射線治療を行うにつき必要な医師、看護師及び診療放射線技師等が適切に配置されていること。

(2) 緊急時における放射線治療を担当する医師との連絡体制等放射線治療を適切に実施するための十分な体制が確保されていること。

四の八 地域包括診療料の施設基準

(1) 地域包括診療料１の施設基準

イ 当該保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る。）又は認知症のうち二以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ロ 往診又は訪問診療を行っている患者のうち、継続的に外来診療を行っていた患者が一定数いること。

ハ 地域包括診療加算の届出を行っていないこと。

(2) 地域包括診療料２の施設基準

(1)のイ及びハを満たすものであること。

四の八の二 認知症地域包括診療料の施設基準

(1) 認知症地域包括診療料１の施設基準

地域包括診療料１に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(2) 認知症地域包括診療料２の施設基準

地域包括診療料２に係る届出を行っている保険医療機関であること。

四の八の三 小児かかりつけ診療料の施設基準等

(1) 小児かかりつけ診療料１の施設基準

イ 小児科を標榜する保険医療機関であること。

ロ 当該保険医療機関において、小児の患者のかかりつけ医として療養上必要な指導等を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ハ 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、十分な対応ができる体制が整備されていること。

(2) 小児かかりつけ診療料２の施設基準

イ (1)のイ及びロを満たすものであること。

ロ 当該保険医療機関の表示する診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求められた場合に、必要な対応ができる体制が整備されて

いること。
(3)　小児かかりつけ診療料の注４に規定する小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準
抗菌薬の適正な使用を推進するための体制が整備されていること。
四の八の四　外来腫瘍化学療法診療料の施設基準等
(1)　外来腫瘍化学療法診療料１の施設基準
イ　外来化学療法及び当該外来化学療法に伴う副作用等に係る検査又は投薬等を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ロ　外来化学療法を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること。
ハ　外来化学療法の評価に係る委員会を設置していること。
(2)　外来腫瘍化学療法診療料２の施設基準
イ　外来化学療法及び当該外来化学療法に伴う副作用等に係る検査又は投薬等を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ロ　(1)のロを満たすものであること。
(3)　外来腫瘍化学療法診療料の注１に規定する厚生労働大臣が定める外来化学療法
診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）第二章第六部注射に掲げる診療に係る費用のうち次に掲げるものについて、入院中の患者以外の患者に対して、抗悪性腫瘍剤の投与を行う化学療法
イ　区分番号Ｇ００１に掲げる静脈内注射
ロ　区分番号Ｇ００２に掲げる動脈注射
ハ　区分番号Ｇ００３に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入
ニ　区分番号Ｇ００３―３に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入
ホ　区分番号Ｇ００４に掲げる点滴注射
ヘ　区分番号Ｇ００５に掲げる中心静脈注射
ト　区分番号Ｇ００６に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射
(4)　外来腫瘍化学療法診療料の注６に規定する連携充実加算の施設基準
イ　化学療法を実施している患者の栄養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ロ　他の保険医療機関及び保険薬局との連携体制が確保されていること。
四の九　生活習慣病管理料の注４に規定する施設基準
(1)　外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。
(2)　データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。
五　ニコチン依存症管理料の施設基準等
(1)　ニコチン依存症管理料の施設基準
イ　ニコチン依存症管理を適切に実施できる保険医療機関であること。
ロ　ニコチン依存症管理料を算定した患者のうち喫煙を止めたものの割合等を地方厚生局長等に報告していること。
(2)　ニコチン依存症管理料の注１に規定する基準
当該保険医療機関における過去一年間のニコチン依存症管理料の平均継続回数が二回以上であること。ただし、過去一年間にニコチン依存症管理料の算定の実績を有しない場合は、この限りでない。
五の一の二　療養・就労両立支援指導料の施設基準等
(1)　療養・就労両立支援指導料の注１に規定する疾患
別表第三の一の二に掲げる疾患
(2)　療養・就労両立支援指導料の注３に規定する相談支援加算の施設基準
患者の就労と療養に係る支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(3)　療養・就労両立支援指導料の注５に規定する施設基準
情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
五の二　開放型病院共同指導料(Ⅰ)の施設基準
(1)　病院であること。
(2)　当該病院が当該病院の存する地域の全ての医師又は歯科医師の利用のために開放されていること。
(3)　(2)の目的のための専用の病床が適切に備えられていること。
六　在宅療養支援診療所の施設基準
次のいずれかに該当するものであること。
(1)　次のいずれの基準にも該当するものであること。
イ　保険医療機関である診療所であること。
ロ　在宅医療を担当する常勤の医師が三名以上配置されていること。
ハ　当該診療所において、二十四時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。
ニ　当該診療所において、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。
ホ　当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。
ヘ　有床診療所にあっては当該診療所において、無床診療所にあっては別の保険医療機関との連携により、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。
ト　連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で当該保険医療機関又は訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。
チ　患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
リ　当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
ヌ　定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。
ル　緊急の往診及び在宅における看取り等について、相当の実績を有していること。
ヲ　主として往診又は訪問診療を実施する診療所にあっては、次のいずれにも該当するものであること。
①　他の保険医療機関から文書による紹介を受けた患者の訪問診療について、相当の実績を有していること。
②　看取り等について、十分な実績を有していること。
③　施設入居者等以外の患者の診療及び重症の患者の診療について、相当の実績を有していること。
ワ　当該診療所において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。
(2)　他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六

の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している保険医療機関である診療所であって、次のいずれの基準にも該当するものであること。

イ　当該診療所及び当該連携体制を構成する他の保険医療機関において、在宅医療を担当する常勤の医師が合わせて三名以上配置されていること。

ロ　当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、二十四時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。

ハ　当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

ニ　当該診療所において、又は当該連携体制を構成する他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

ホ　当該診療所又は当該連携体制を構成する他の保険医療機関において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。ただし、当該診療所及び当該連携体制を構成する他の保険医療機関のいずれも病床を有しない場合には、別の保険医療機関との連携により、必要な緊急時の病床の確保及び地方厚生局長等への届出を行っていること。

ヘ　連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で当該保険医療機関又は訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。

ト　患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

チ　当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

リ　定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。

ヌ　緊急の往診及び在宅における看取り等について、当該連携体制を構成する他の保険医療機関と合わせて、相当の実績を有していること。

ル　主として往診又は訪問診療を実施する診療所にあっては、次のいずれにも該当するものであること。

①　他の保険医療機関から文書による紹介を受けた患者の訪問診療について、相当の実績を有していること。

②　看取り等について、十分な実績を有していること。

③　施設入居者等以外の患者の診療及び重症の患者の診療について、相当の実績を有していること。

ヲ　当該診療所において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

(3)　次のいずれにも該当するものであること。

イ　保険医療機関である診療所であること。

ロ　当該診療所において、二十四時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。

ハ　当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

ニ　当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

ホ　当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。

ヘ　連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で当該保険医療機関又は訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。

ト　患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

チ　当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

リ　定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。

ヌ　主として往診又は訪問診療を実施する診療所にあっては、次のいずれにも該当するものであること。

①　他の保険医療機関から文書による紹介を受けた患者の訪問診療について、相当の実績を有していること。

②　看取り等について、十分な実績を有していること。

③　施設入居者等以外の患者の診療及び重症の患者の診療について、相当の実績を有していること。

ル　当該診療所において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

六の二　退院時共同指導料１及び退院時共同指導料２を二回算定できる疾病等の患者

別表第三の一の三に掲げる患者

六の二の二　退院時共同指導料１の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にある患者

別表第八に掲げる者

六の二の三　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準

(1)　保険医療機関である歯科診療所であること。

(2)　歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ一名以上配置されていること。

(3)　歯科疾患の重症化予防に関する継続的な管理の実績があること。

(4)　歯科訪問診療料の算定又は在宅療養支援歯科診療所１若しくは在宅療養支援歯科診療所２との連携の実績があること。

(5)　歯科疾患の継続管理等に係る適切な研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。

(6)　緊急時の対応を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(7)　当該地域において、保険医療機関、介護・福祉施設等と連携していること。

(8)　医療安全対策につき十分な体制が整備されていること。

六の二の四　歯科治療時医療管理料の施設基準

(1)　当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理する体制が整備されていること。

(2)　歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師が一名以上かつ歯科衛生士若しくは

看護師が一名以上配置されていること。
(3)　当該患者の全身状態の管理を行うにつき十分な装置・器具を有していること。
(4)　緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との連携体制（病院である医科歯科併設の保険医療機関（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関をいう。以下同じ。）にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制）が確保されていること。

六の三　在宅療養支援歯科診療所の施設基準
(1)　在宅療養支援歯科診療所１の施設基準
イ　保険医療機関である歯科診療所であって、歯科訪問診療１又は歯科訪問診療２を算定していること。
ロ　高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が一名以上配置されていること。
ハ　歯科衛生士が一名以上配置されていること。
ニ　当該保険医療機関が歯科訪問診療を行う患者に対し、患家の求めに応じて、迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保し、歯科訪問診療を担う担当歯科医の氏名、診療可能日等を、文書により患家に提供していること。
ホ　在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
ヘ　定期的に、在宅患者等の口腔機能管理を行っている患者数等を地方厚生局長等に報告していること。
ト　当該地域において、保険医療機関、介護・福祉施設等との十分な連携の実績があること。
チ　主として歯科訪問診療を実施する診療所にあっては、次のいずれにも該当するものであること。
①　当該診療所で行われる歯科訪問診療の患者のうち、六割以上が歯科訪問診療１を実施していること。
②　在宅歯科医療を担当する常勤の歯科医師が配置されていること。
③　直近一年間に五つ以上の病院又は診療所から、文書による紹介を受けて歯科訪問診療を開始した実績があること。
④　在宅歯科医療を行うにつき十分な機器を有していること。
⑤　歯科訪問診療における処置等の実施について相当の実績を有すること。
(2)　在宅療養支援歯科診療所２の施設基準
イ　(1)のイからヘまで及びチに該当するものであること。
ロ　当該地域において、保険医療機関、介護・福祉施設等との必要な連携の実績があること。

七から八の二まで　削除

九　ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）及びハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）の施設基準等
(1)　ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）及びハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）の施設基準
イ　産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
ロ　ハイリスク分娩管理を共同で行う保険医療機関の名称等を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
(2)　ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）に規定する状態等にある患者
妊婦又は妊産婦であって、別表第三の二に掲げるもの

九の二　がん治療連携計画策定料の施設基準
(1)　がん治療連携計画策定料の注１に規定する施設基準
イ　がん診療の拠点となる病院又はそれに準じる病院であること。
ロ　当該地域において当該病院からの退院後の治療を担う複数の保険医療機関を記載した地域連携診療計画をあらかじめ作成し、地方厚生局長等に届け出ていること。
(2)　がん治療連携計画策定料の注５に規定する施設基準
情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

九の三　がん治療連携指導料の施設基準
(1)　地域連携診療計画において連携する保険医療機関として定められている保険医療機関であって、当該地域連携診療計画をがん治療連携計画策定料を算定する病院と共有するとともに、あらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること。
(2)　がん治療連携計画策定料を算定する病院の紹介を受けて、当該地域連携診療計画の対象となる患者に対して、当該地域連携診療計画に基づいた治療を行うことができる体制が整備されていること。

九の四　がん治療連携管理料の施設基準
がん診療の拠点となる病院であること。

九の四の二　外来がん患者在宅連携指導料の施設基準
(1)　外来がん患者在宅連携指導料の注１に規定する施設基準
外来緩和ケア管理料又は外来腫瘍化学療法診療料２の施設基準を満たしていること。
(2)　外来がん患者在宅連携指導料の注３に規定する施設基準
情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

九の五　認知症専門診断管理料の施設基準
(1)　認知症に関する専門の保険医療機関であること。
(2)　当該保険医療機関内に認知症に係る診療を行うにつき十分な経験を有する専任の医師が配置されていること。

九の六　肝炎インターフェロン治療計画料の施設基準
(1)　肝炎インターフェロン治療計画料の注１に規定する施設基準
イ　肝疾患に関する専門の保険医療機関であること。
ロ　当該保険医療機関内に肝炎インターフェロン治療を行うにつき十分な経験を有する専任の医師が配置されていること。
(2)　肝炎インターフェロン治療計画料の注３に規定する施設基準
情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

九の七　外来排尿自立指導料の施設基準等
(1)　外来排尿自立指導料の施設基準
排尿に関するケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。
(2)　外来排尿自立指導料の対象患者
当該保険医療機関の入院中に排尿自立支援加算を算定していた患者のうち、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害の症状を有する患者又は尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの。

九の七の二　ハイリスク妊産婦連携指導料１及びハイリスク妊産婦連携指導料２の施設基準
精神疾患を有する妊産婦の診療について、十分な実績を有していること。

九の七の三　遠隔連携診療料の施設基準等
(1)　遠隔連携診療料の施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2)　遠隔連携診療料の注１に規定する対象患者

イ　難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の疑いがある患者

ロ　てんかん（外傷性のてんかん及び知的障害を有する者に係るものを含む。）の疑いがある患者

(3)　遠隔連携診療料の注２に規定する対象患者

てんかんの患者（知的障害を有するものに限る。）

九の七の四　こころの連携指導料(Ⅰ)の施設基準

孤独・孤立の状況等を踏まえ、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者に対する診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

九の七の五　こころの連携指導料(Ⅱ)の施設基準

(1)　精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関であること。

(2)　孤独・孤立の状況等を踏まえ、精神科又は心療内科に紹介された精神疾患を有する患者等に対する診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

九の八　退院後訪問指導料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

(1)　別表第八に掲げる状態の患者

(2)　認知症又は認知症の症状を有し、日常生活を送る上で介助が必要な状態の患者

十　薬剤管理指導料の施設基準等

(1)　薬剤管理指導料の施設基準

イ　当該保険医療機関内に薬剤管理指導を行うにつき必要な薬剤師が配置されていること。

ロ　薬剤管理指導を行うにつき必要な医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有していること。

ハ　入院中の患者に対し、患者ごとに適切な薬学的管理（副作用に関する状況の把握を含む。）を行い、薬剤師による服薬指導を行っていること。

(2)　薬剤管理指導料の対象患者

別表第三の三に掲げる医薬品が投薬又は注射されている患者

十の二　薬剤総合評価調整管理料の注３に規定する施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

十の二の二　診療情報提供料(Ⅰ)の地域連携診療計画加算の施設基準

連携する保険医療機関等とあらかじめ地域連携診療計画を共有しており、診療情報を含めて評価等を行うための機会を定期的に設けていること。

十の二の三　診療情報提供料(Ⅰ)の検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料の施設基準

(1)　他の保険医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受が可能なネットワークを構築していること。

(2)　他の保険医療機関と標準的な方法により安全に情報の共有を行う体制が具備されていること。

十の二の四　連携強化診療情報提供料の施設基準等

(1)　連携強化診療情報提供料の注１に規定する施設基準

当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。

(2)　連携強化診療情報提供料の注１に規定する他の保険医療機関の基準

次のいずれかに係る届出を行っていること。

イ　区分番号Ａ００１の注12に規定する地域包括診療加算

ロ　区分番号Ｂ００１－２－９に掲げる地域包括診療料

ハ　区分番号Ｂ００１－２－11に掲げる小児かかりつけ診療料

ニ　区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所（医科点数表区分番号Ｂ００４に掲げる退院時共同指導料１に規定する在宅療養支援診療所をいう。以下同じ。）又は在宅療養支援病院（区分番号Ｃ０００に掲げる往診料の注１に規定する在宅療養支援病院をいう。以下同じ。）に限る。）

ホ　区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）

(3)　連携強化診療情報提供料の注３に規定する施設基準

イ　当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。

ロ　次のいずれかに係る届出を行っていること。

①　区分番号Ａ００１の注12に規定する地域包括診療加算

②　区分番号Ｂ００１－２－９に掲げる地域包括診療料

③　区分番号Ｂ００１－２－11に掲げる小児かかりつけ診療料

④　区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）

⑤　区分番号Ｃ００２－２に掲げる施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）

(4)　連携強化診療情報提供料の注４に規定する施設基準

イ　当該保険医療機関の敷地内において喫煙が禁止されていること。

ロ　次のいずれかの指定を受けている保険医療機関であること。

①　難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院（難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病の患者に係る場合に限る。）

②　てんかん支援拠点病院（てんかんの患者に係る場合に限る。）

(5)　連携強化診療情報提供料の注５に規定する施設基準（診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）においては注３）

当該保険医療機関内に妊娠中の患者の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

十の二の五　医療機器安全管理料の施設基準

(1)　臨床工学技士が配置されている保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行う場合の施設基準

イ　当該保険医療機関内に生命維持管理装置等の医療機器の管理及び保守点検を行う常勤の臨床工学技士が一名以上配置されていること。

ロ　生命維持管理装置等の医療機器の安全管理につき十分な体制が整備されていること。

(2)　放射線治療機器の保守管理、精度管理等の体制が整えられている保険医療機関において、放射線治療計画を策定する場合の施設基準

イ　当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が一名以上配置されていること。

ロ　当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ハ　当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

十の二の六　がんゲノムプロファイリング評価提供料の施設基準

がんゲノムプロファイリング検査に係る届出を行っている保険医療機関であること。

十の三　精神科退院時共同指導料の施設基準

精神科退院時共同指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。

十の四　禁煙治療補助システム指導管理加算の施設基準

禁煙治療補助システム指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

十一　歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患

分類表に規定する疾病のうち別表第四に掲げる疾病

第四　在宅医療

一　在宅療養支援病院の施設基準

次のいずれかに該当するものであること。

(1)　次のいずれの基準にも該当するものであること。

イ　保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。

ロ　在宅医療を担当する常勤の医師が三名以上配置されていること。

ハ　当該病院において、二十四時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。

ニ　当該病院において、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

ホ　往診担当医は、当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること。

ヘ　当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、患家の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

ト　当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。

チ　訪問看護ステーションと連携する場合にあっては、当該訪問看護ステーションが緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で当該訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。

リ　患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ヌ　当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

ル　定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。

ヲ　緊急の往診及び在宅における看取り等について、相当の実績を有していること。

ワ　当該病院において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

(2)　他の保険医療機関（診療所又は許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満の病院に限る。）と地域における在宅療養の支援に係る連携体制を構築している病院であって、次のいずれの基準にも該当するものであること。

イ　保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満のものであること。

ロ　当該病院及び当該連携体制を構成する他の保険医療機関において、在宅医療を担当する常勤の医師が合わせて三名以上配置されていること。

ハ　当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、二十四時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。

ニ　当該連携体制を構成する他の保険医療機関との連携により、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

ホ　往診担当医は、当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること。

ヘ　当該病院において、又は当該連携体制を構成する他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションとの連携により、患家の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

ト　当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。

チ　連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で当該保険医療機関又は訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。

リ　患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ヌ　当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

ル　定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。

ヲ　緊急の往診及び在宅における看取り等について、当該連携体制を構成する他の保険医療機関と合わせて、相当の実績を有していること。

ワ　当該病院において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

(3)　次のいずれの基準にも該当するものであること。

イ　保険医療機関である病院であって、許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては二百八十床）未満のもの又は当該病院を中心とした半径四キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。

ロ　当該病院において、二十四時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること。

ハ　当該病院において、患家の求めに応じて、二十四時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

ニ　往診担当医は、当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること。

ホ　当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、患家の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、二十四時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

ヘ　当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。

ト　訪問看護ステーションと連携する場合にあっては、当該訪問看護ステーションが緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で当該訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること。

チ　患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

リ　当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

ヌ　定期的に、在宅看取り数等を地方厚生局長等に報告していること。

ル　当該病院において、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

一の二　往診料、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料並びに在宅がん医療総合診療料に規定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの

第三の六(1)及び(2)に該当する在宅療養支援診療所及び第四の一(1)及び(2)に該当する在宅療養支援病院

一の三　往診料に規定する時間

保険医療機関において専ら診療に従事している一部の時間

一の四　往診料、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の在宅ターミナルケア加算、在宅時医学総合管理料の注７及び注12、施設入居時等医学総合管理料の注３並びに在宅がん医療総合診療料に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準等

(1)　在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の施設基準

在宅緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。

(2)　在宅療養実績加算１の施設基準

緊急の往診及び在宅における看取りについて、相当の実績を有していること。

(3)　在宅療養実績加算２の施設基準

イ　緊急の往診及び在宅における看取りについて、相当の実績を有していること。

ロ　当該保険医療機関内に在宅医療を担当する医師であって、緩和ケアに関する適切な研修を受けたものが配置されていること。

一の五　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）に規定する疾病等

別表第七に掲げる疾病等

一の六　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準等

(1)　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準

イ　当該保険医療機関内に在宅医療の調整担当者が一名以上配置されていること。

ロ　患者に対して医療を提供できる体制が継続的に確保されていること。

(2)　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

別表第八の二に掲げる患者

(3)　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する診療に係る費用

医科点数表の第二章第一部医学管理等、第二部在宅医療及び第九部処置に掲げる診療に係る費用のうち次に掲げるもの

イ　区分番号Ｂ０００に掲げる特定疾患療養管理料

ロ　区分番号Ｂ００１の４に掲げる小児特定疾患カウンセリング料

ハ　区分番号Ｂ００１の５に掲げる小児科療養指導料

ニ　区分番号Ｂ００１の６に掲げるてんかん指導料

ホ　区分番号Ｂ００１の７に掲げる難病外来指導管理料

ヘ　区分番号Ｂ００１の８に掲げる皮膚科特定疾患指導管理料

ト　区分番号Ｂ００１の18に掲げる小児悪性腫瘍患者指導管理料

チ　区分番号Ｂ００１の㉑に掲げる糖尿病透析予防指導管理料

リ　区分番号Ｂ００１－３に掲げる生活習慣病管理料

ヌ　区分番号Ｃ００７の注４に規定する衛生材料等提供加算

ル　区分番号Ｃ１０９に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料

ヲ　区分番号Ｉ０１２－２の注４に規定する衛生材料等提供加算

ワ　区分番号Ｊ０００に掲げる創傷処置

カ　区分番号Ｊ００１－７に掲げる爪甲除去

ヨ　区分番号Ｊ００１－８に掲げる穿刺排膿後薬液注入

タ　区分番号Ｊ０１８に掲げる喀痰吸引

レ　区分番号Ｊ０１８－３に掲げる干渉低周波去痰器による喀痰排出

ソ　区分番号Ｊ０４３－３に掲げるストーマ処置

ツ　区分番号Ｊ０５３に掲げる皮膚科軟膏処置

ネ　区分番号Ｊ０６０に掲げる膀胱洗浄

ナ　区分番号Ｊ０６０－２に掲げる後部尿道洗浄（ウルツマン）

ラ　区分番号Ｊ０６３に掲げる留置カテーテル設置

ム　区分番号Ｊ０６４に掲げる導尿（尿道拡張を要するもの）

ウ　区分番号Ｊ１１８に掲げる介達牽引

キ　区分番号Ｊ１１８－２に掲げる矯正固定

ノ　区分番号Ｊ１１８－３に掲げる変形機械矯正術

オ　区分番号Ｊ１１９に掲げる消炎鎮痛等処置

ク　区分番号Ｊ１１９－２に掲げる腰部又は胸部固定帯固定

ヤ　区分番号Ｊ１１９－３に掲げる低出力レーザー照射

マ　区分番号Ｊ１１９－４に掲げる肛門処置

ケ　区分番号Ｊ１２０に掲げる鼻腔栄養

(4)　頻回訪問加算に規定する状態等にある患者

別表第三の一の三に掲げる者

(5)　在宅時医学総合管理料の注８（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準

保険医療機関であって、主として往診又は訪問診療を実施する診療所以外の診療所であるものとして、地方厚生局長等に届け出たものであること。

(6)　在宅時医学総合管理料の注10（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

別表第八の三に掲げる患者

(7)　在宅時医学総合管理料の注11及び施設入居時等医学総合管理料の注４に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

別表第八の四に掲げる患者

(8)　在宅時医学総合管理料の注12及び施設入居時等医学総合管理料の注６に規定する施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(9)　在宅時医学総合管理料の注13及び施設入居時等医学総合管理料の注７に規定する施設基準

イ　在宅患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。

ロ　データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。

一の七　歯科訪問診療料の注７に規定する時間

保険医療機関において専ら診療に従事している一部の時間

一の八　歯科訪問診療料の注13に規定する基準

歯科医療を担当する保険医療機関であって、主として歯科訪問診療を実施する診療所以外の診療所であるものとして、地方厚生局長等に届け出たものであること。

二　在宅がん医療総合診療料の施設基準
(1)　在宅がん医療総合診療料の注１に規定する施設基準
イ　在宅がん医療を提供するにつき必要な体制が整備されていること。
ロ　緊急時の入院体制が整備されていること。
(2)　在宅がん医療総合診療料の注７に規定する施設基準
イ　在宅患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。
ロ　データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。
二の二　救急搬送診療料の注４に規定する施設基準
重症患者の搬送を行うにつき十分な体制が整備されていること。
三　削除
四　在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の施設基準等
(1)　在宅患者訪問看護・指導料の注１及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注１に規定する疾病等
イ　別表第七に掲げる疾病等
ロ　別表第八に掲げる状態等
(2)　在宅患者訪問看護・指導料の注２及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注２に規定する施設基準
緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が配置されていること。
(3)　在宅患者訪問看護・指導料の注５（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する長時間の訪問を要する者及び厚生労働大臣が定める者
イ　長時間の訪問を要する者
①　十五歳未満の小児であって、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注１に規定する超重症の状態又は超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注２に規定する準超重症の状態にあるもの
②　別表第八に掲げる者
③　医師が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めた者
ロ　厚生労働大臣が定める者
①　十五歳未満の小児であって、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注１に規定する超重症の状態又は超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注２に規定する準超重症の状態にあるもの
②　十五歳未満の小児であって、別表第八に掲げる者
(4)　在宅患者訪問看護・指導料の注11（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する状態等にある患者
別表第八に掲げる者
(5)　在宅患者訪問看護・指導料の注11（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する状態等にある患者のうち重症度等の高いもの
別表第八第一号に掲げる者
四の二　在宅患者訪問看護・指導料の注７及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注４に規定する複数名訪問看護・指導加算に係る厚生労働大臣が定める者及び厚生労働大臣が定める場合
(1)　厚生労働大臣が定める者
一人の保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護師等」という。）による訪問看護・指導が困難な者であって、次のいずれかに該当するもの
イ　別表第七に掲げる疾病等の患者
ロ　別表第八に掲げる者
ハ　医師が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めた患者
ニ　暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる患者
ホ　患者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護・指導が困難と認められる者（在宅患者訪問看護・指導料の注７のハ及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注４のハに規定する場合に限る。）
ヘ　その他患者の状況等から判断して、イからホまでのいずれかに準ずると認められる者（在宅患者訪問看護・指導料の注７のハ及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注４のハに規定する場合に限る。）
(2)　厚生労働大臣が定める場合
イ　別表第七に掲げる疾病等の患者に対して訪問看護・指導を行う場合
ロ　別表第八に掲げる者に対して訪問看護・指導を行う場合
ハ　医師が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めた患者に対して訪問看護・指導を行う場合
四の三　在宅患者訪問看護・指導料の注１、同一建物居住者訪問看護・指導料の注１及び訪問看護指示料の注２に規定する者
気管カニューレを使用している状態にある者又は真皮を越える褥瘡の状態にある者
四の三の二　在宅患者訪問看護・指導料の注13（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する厚生労働大臣が定める者
口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃瘻若しくは腸瘻による経管栄養又は経鼻経管栄養を必要とする者
四の三の三　在宅患者訪問看護・指導料の注14（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する厚生労働大臣が定める地域
(1)　離島振興法（昭和二十八年法律第七十二号）第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
(2)　奄美群島振興開発特別措置法（昭和二十九年法律第百八十九号）第一条に規定する奄美群島の地域
(3)　山村振興法（昭和四十年法律第六十四号）第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村の地域
(4)　小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和四十四年法律第七十九号）第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域
(5)　過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法（令和三年法律第十九号）第二条第一項に規定する過疎地域
(6)　沖縄振興特別措置法（平成十四年法律第十四号）第三条第三号に規定する離島
四の三の四　在宅患者訪問看護・指導料の注15（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する訪問看護・指導体制充実加算の施設基準
訪問看護・指導について、十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。
四の三の五　在宅患者訪問看護・指導料の注16（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する専門管理加算の施設基準

次のいずれかに該当するものであること。

(1)　緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

(2)　保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三号）第三十七条の二第二項第五号に規定する指定研修機関において、同項第一号に規定する特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものに係る研修を修了した看護師が配置されていること。

四の四　介護職員等喀痰吸引等指示料に規定する別に厚生労働大臣が定める者

(1)　介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第四十二条第一項第二号及び第三号の規定による特例居宅介護サービス費の支給に係る同法第八条第二項に規定する訪問介護、同条第三項に規定する訪問入浴介護、同条第七項に規定する通所介護、同条第九項に規定する短期入所生活介護（医師が置かれていない場合に限る。）又は同条第十一項に規定する特定施設入居者生活介護を行う者

(2)　介護保険法第四十二条の三第一項第二号の規定による特例地域密着型介護サービス費の支給に係る地域密着型サービス（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を除く。）を行う者

(3)　介護保険法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法第八条の二第二項に規定する介護予防訪問入浴介護又は同条第九項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護（以下「介護予防訪問入浴介護等」という。）に係る指定を受けている者に限る。）

(4)　介護保険法第五十四条第一項第二号及び第三号の規定による特例介護予防サービス費の支給に係る介護予防訪問入浴介護等又は同法第八条の二第七項に規定する介護予防短期入所生活介護（医師が置かれていない場合に限る。）を行う者

(5)　介護保険法第五十四条の二第一項に規定する指定地域密着型介護予防サービス事業者

(6)　介護保険法第五十四条の三第一項第二号の規定による特例地域密着型介護予防サービス費の支給に係る地域密着型介護予防サービスを行う者

(7)　介護保険法第百十五条の四十五第一項第一号イに規定する第一号訪問事業若しくは同号ロに規定する第一号通所事業を行う者

(8)　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成十八年厚生労働省令第百七十一号）第四条第一項に規定する指定居宅介護の事業、同条第二項に規定する重度訪問介護に係る指定障害福祉サービスの事業、同条第三項に規定する同行援護に係る指定障害福祉サービスの事業又は同条第四項に規定する行動援護に係る指定障害福祉サービスの事業を行う者、同令第四十三条の二に規定する共生型居宅介護の事業を行う者、同令第四十三条の三に規定する共生型重度訪問介護の事業を行う者、同令第四十四条第一項に規定する基準該当居宅介護事業者、同令第四十八条第二項の重度訪問介護、同行援護及び行動援護に係る基準該当障害福祉サービスの事業を行う者、同令第七十八条第一項に規定する指定生活介護事業者、同令第九十三条の二に規定する共生型生活介護の事業を行う者、同令第九十四条第一項に規定する基準該当生活介護事業者、同令第百十八条第一項に規定する指定短期入所事業者（医療機関が行う場合及び医師を置くこととされている場合を除く。）、同令第百二十五条の二に規定する共生型短期入所の事業を行う者、同令第百二十五条の五に規定する基準該当短期入所事業者（医療機関が行う場合及び医師を置くこととされている場合を除く。）、同令第百二十七条第一項に規定する指定重度障害者等包括支援事業者、同令第百五十六条第一項に規定する指定自立訓練（機能訓練）事業者、同令第百六十二条の二に規定する共生型自立訓練（機能訓練）の事業を行う者、同令第百六十三条に規定する基準該当自立訓練（機能訓練）事業者、同令第百六十六条第一項に規定する指定自立訓練（生活訓練）事業者、同令第百七十一条の二に規定する共生型自立訓練（生活訓練）の事業を行う者、同令第百七十二条第一項に規定する基準該当自立訓練（生活訓練）事業者、同令第百七十五条第一項に規定する指定就労移行支援事業者、同令第百八十六条第一項に規定する指定就労継続支援Ａ型事業者、同令第二百一条第一項に規定する指定就労継続支援Ｂ型事業者、同令第二百三条第一項に規定する基準該当就労継続支援Ｂ型事業者、同令第二百八条に規定する指定共同生活援助事業者、同令第二百十三条の二に規定する日中サービス支援型指定共同生活援助事業者及び同令第二百十三条の十四に規定する外部サービス利用型指定共同生活援助事業者

(9)　児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成二十四年厚生労働省令第十五号）第四条に規定する指定児童発達支援の事業を行う者（当該事業を行う事業所が児童福祉法（昭和二十二年法律第百六十四号）第四十三条に規定する児童発達支援センター又は主として重症心身障害児（同法第七条第二項に規定する重症心身障害児をいう。以下同じ。）を通わせるものである場合を除く。）、同令第五十四条の二に規定する共生型児童発達支援の事業を行う者、同令第五十四条の六に規定する基準該当児童発達支援事業者、同令第六十五条に規定する指定放課後等デイサービスの事業を行う者（当該事業を行う事業所が主として重症心身障害児を通わせるものである場合を除く。）、同令第七十一条の二に規定する共生型放課後等デイサービスの事業を行う者及び同令第七十一条の三に規定する基準該当放課後等デイサービス事業者

(10)　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成十七年法律第百二十三号。以下「障害者総合支援法」という。）第五条第二十六項に規定する移動支援事業を行う者、同条第二十七項に規定する地域活動支援センターを経営する事業を行う者、同条第二十八項に規定する福祉ホームを経営する事業を行う者並びに障害者総合支援法第七十七条及び第七十八条に規定する地域生活支援事業を行う者（障害者総合支援法第五条第二十六項に規定する移動支援事業を行う者、同条第二十七項に規定する地域活動支援センターを経営する事業を行う者及び同条第二十八項に規定する福祉ホームを経営する事業を行う者を除く。）

(11)　学校教育法（昭和二十二年法律第二十六号）第一条に規定する学校（社会福祉士及び介護福祉士法（昭和六十二年法律第三十号）附則第二十七条第一項の登録を受けた登録特定行為事業者に限る。）

五　在宅患者訪問栄養食事指導料に規定する別に厚生労働大臣が定める患者

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者

五の二　在宅療養後方支援病院の施設基準等

(1)　在宅療養後方支援病院の施設基準

イ　許可病床数が二百床（基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては百六十床）以上の保険医療機関である病院であること。

ロ　在宅療養後方支援を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2)　在宅患者共同診療料に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等

基本診療料の施設基準等別表第十三に掲げる疾病等

五の三　在宅患者訪問褥瘡管理指導料の施設基準

(1)　医師、看護師及び管理栄養士からなる在宅褥瘡対策チームを構成していること。

(2)　在宅褥瘡対策チームに、在宅褥瘡管理者を配置すること。
(3)　在宅における重症化予防等のための褥瘡管理対策を行うにつきふさわしい体制が整備されていること。
五の四　在宅療養指導管理料に規定する別に厚生労働大臣の定める患者
十五歳未満の者であって人工呼吸器を使用している状態のもの又は十五歳以上の者であって人工呼吸器を使用している状態が十五歳未満から継続しているもの（体重が二十キログラム未満である場合に限る。）
六　在宅自己注射指導管理料、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬
別表第九に掲げる注射薬
六の二　在宅自己注射指導管理料の注５に規定する施設基準
情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
六の二の二　在宅妊娠糖尿病患者指導管理料１及び血糖自己測定器加算に規定する厚生労働大臣が定める者
妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者であって周産期における合併症の危険性が高い者（血糖の自己測定を必要としたものに限る。）
六の三　在宅血液透析指導管理料の施設基準
在宅血液透析に係る医療を提供するにつき必要な体制が整備されていること。
六の三の二　在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算の施設基準
(1)　情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(2)　呼吸器疾患の診療につき十分な経験を有する常勤の医師及び看護師が配置されていること。
六の四　在宅小児経管栄養法指導管理料に規定する厚生労働大臣が定める者
次のいずれかに該当する者
(1)　経口摂取が著しく困難な十五歳未満の者
(2)　十五歳以上の者であって経口摂取が著しく困難である状態が十五歳未満から継続しているもの（体重が二十キログラム未満である場合に限る。）
六の四の二　在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料に規定する厚生労働大臣が定める者
経口摂取が著しく困難なため胃瘻を造設している者であって、医師が、経口摂取の回復に向けて在宅半固形栄養経管栄養法を行う必要を認め、胃瘻造設術後一年以内に当該栄養法を開始するもの
六の四の三　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算の施設基準
電話以外による指導を行う場合は、情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
六の五　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医
緩和ケアに関する研修を受けた医師
六の五の二　在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料の施設基準
在宅舌下神経電気刺激療法を行うにつき十分な体制が整備されていること。
六の六　在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料に規定する疾患
別表第九の一の二に掲げる疾患
六の七　在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料の施設基準
在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
六の七の二　在宅腫瘍治療電場療法指導管理料の施設基準
在宅腫瘍治療電場療法を行うにつき十分な体制が整備されていること。
六の七の三　在宅経肛門的自己洗腸指導管理料の施設基準
経肛門的自己洗腸の指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。
六の七の四　注入器加算に規定する注射薬
別表第九の一の三に掲げる注射薬
六の八　持続血糖測定器加算の施設基準
(1)　間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合
イ　当該保険医療機関内に当該測定器の使用につき必要な医師が配置されていること。
ロ　当該測定器の使用につき十分な体制が整備されていること。
(2)　間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合
イ　当該保険医療機関内に当該測定器の使用につき必要な医師が配置されていること。
ロ　当該測定器の使用につき十分な体制が整備されていること。
六の九　経腸投薬用ポンプ加算に規定する内服薬
別表第九の一の四に掲げる内服薬
六の十　注入ポンプ加算に規定する注射薬
別表第九の一の五に掲げる注射薬
六の十一　横隔神経電気刺激装置加算の施設基準
横隔神経電気刺激装置の使用につき十分な体制が整備されていること。
七　地域医療連携体制加算の施設基準
(1)　診療所であること。
(2)　夜間、休日等における緊急時の体制を継続的に確保するため、歯科点数表区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注２の届出を行っている病院である保険医療機関及びその他の歯科の保険医療機関との連携による地域医療支援体制を備えていること。
七の二　在宅歯科医療推進加算の施設基準
(1)　歯科医療を担当する診療所である保険医療機関であること。
(2)　当該診療所で行われる歯科訪問診療の延べ患者数が月平均五人以上であって、そのうち六割以上の患者が歯科訪問診療１を算定していること。
八　在宅患者歯科治療時医療管理料の施設基準
(1)　当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理する体制が整備されていること。
(2)　歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師が一名以上かつ歯科衛生士若しくは看護師が一名以上配置されていること。
(3)　当該患者の全身状態の管理を行うにつき十分な装置・器具を有していること。
(4)　緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との連携体制（病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制）が確保されていること。
第五　検査
一　検体検査実施料に規定する検体検査
別表第九の二に掲げる検査
二　削除
三　造血器腫瘍遺伝子検査の施設基準

検体検査管理加算(Ⅱ)の施設基準を満たしていること。

三の一の二　遺伝学的検査の施設基準等

(1)　遺伝学的検査の施設基準

当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2)　遺伝学的検査の注に規定する疾患

難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病のうち、当該疾患に対する遺伝学的検査の実施に当たって十分な体制が必要なもの

三の一の二の二　染色体検査の注２に規定する施設基準

(1)　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。

(2)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の一の三　骨髄微小残存病変量測定の施設基準

(1)　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。

(2)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の一の三の二　ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の施設基準

当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の一の三の三　がんゲノムプロファイリング検査の施設基準

当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の一の三の四　角膜ジストロフィー遺伝子検査の施設基準

(1)　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。

(2)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の一の三の五　遺伝子相同組換え修復欠損検査の施設基準

ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の施設基準を満たしていること。

三の一の三の六　染色体構造変異解析の施設基準

遺伝カウンセリング加算の施設基準を満たしていること。

三の一の三の七　Ｙ染色体微小欠失検査の施設基準

当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の一の三の八　先天性代謝異常症検査の施設基準

(1)　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。

(2)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の一の四　デングウイルス抗原定性及びデングウイルス抗原・抗体同時測定定性の施設基準

基本診療料の施設基準等第九の二の(1)のイの救命救急入院料１、ロの救命救急入院料２、ハの救命救急入院料３若しくはニの救命救急入院料４、三の(1)のイの特定集中治療室管理料１、ロの特定集中治療室管理料２、ハの特定集中治療室管理料３若しくはニの特定集中治療室管理料４、四の(1)のハイケアユニット入院医療管理料１若しくは(2)のハイケアユニット入院医療管理料２又は五の二の小児特定集中治療室管理料の施設基準を満たしていること。

三の一の四の二　抗アデノ随伴ウイルス９型（ＡＡＶ９）抗体の施設基準

当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の一の五　抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）及び抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）の施設基準

当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の二　ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）の施設基準

(1)　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。

(2)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の二の二　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の施設基準等

(1)　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の施設基準

イ　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。

ロ　当該検査の対象患者の治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2)　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の対象患者

次のいずれにも該当する患者

イ　重症の呼吸器感染症と診断された、又は疑われる患者

ロ　集中治療を要する患者

三の二の三　細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出の施設基準

基本診療料の施設基準等第八の二十九の二の(1)の感染対策向上加算１又は(2)の感染対策向上加算２の施設基準を満たしていること。

三の二の四　クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンＢ遺伝子検出の施設基準

(1)　検体検査管理加算(Ⅱ)の施設基準を満たしていること。

(2)　基本診療料の施設基準等第八の二十九の二の(1)の感染対策向上加算１の施設基準を満たしていること。

四　検体検査管理加算の施設基準

(1)　検体検査管理加算(Ⅰ)の施設基準

イ　院内検査を行っている病院又は診療所であること。

ロ　当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2)　検体検査管理加算(Ⅱ)の施設基準

イ　院内検査を行っている病院又は診療所であること。

ロ　当該保険医療機関内に臨床検査を担当する常勤の医師が配置されていること。

ハ　当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(3)　検体検査管理加算(Ⅲ)の施設基準

イ　院内検査を行っている病院又は診療所であること。

ロ　当該保険医療機関内に臨床検査を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。

ハ　当該保険医療機関内に常勤の臨床検査技師が四名以上配置されていること。

ニ　当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(4)　検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準

イ　院内検査を行っている病院又は診療所であること。

ロ　当該保険医療機関内に臨床検査を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。

ハ　当該保険医療機関内に常勤の臨床検査技師が十名以上配置されていること。

ニ　当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

四の二　国際標準検査管理加算の施設基準

国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けている保険医療機関であること。

五　遺伝カウンセリング加算の施設基準等

(1)　遺伝カウンセリング加算の施設基準

イ　当該保険医療機関内に遺伝カウンセリングを要する治療に係る十分な経験を有する常勤の医師が配置されていること。

ロ　当該カウンセリングを受けた全ての患者又はその家族に対して、それぞれの患者が受けたカウンセリングの内容が文書により交付され、説明がなされていること。

(2)　遠隔連携遺伝カウンセリングの施設基準

イ　遺伝カウンセリング加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
ロ　情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
五の二　遺伝性腫瘍カウンセリング加算の施設基準
当該カウンセリングを行うにつき十分な体制が整備されていること。
六　心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算及び長期継続頭蓋内脳波検査の施設基準
(1)　当該検査を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。
(2)　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師及び看護師が配置されていること。
(3)　緊急事態に対応するための体制その他当該療養につき必要な体制が整備されていること。
六の二　植込型心電図検査の施設基準
当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
六の三　時間内歩行試験の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
六の三の二　シャトルウォーキングテストの施設基準
(1)　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
六の四　胎児心エコー法の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
六の五　ヘッドアップティルト試験の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
六の六　皮下連続式グルコース測定の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
六の七　人工膵臓検査の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師及び看護師が配置されていること。
(2)　緊急事態に対応するための体制その他当該療養につき必要な体制が整備されていること。
六の八　長期脳波ビデオ同時記録検査１の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(3)　てんかんに係る診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
七　光トポグラフィーの施設基準
(1)　抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用する場合の診療料を算定するための施設基準
イ　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
ロ　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(2)　適合していない場合には所定点数の百分の八十に相当する点数により算定することとなる施設基準
イ　当該検査を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
ロ　イに掲げる検査機器での検査を目的とした別の保険医療機関からの依頼により検査を行った症例数が、当該検査機器の使用症例数の一定割合以上であること。
八　脳磁図の施設基準
(1)　自発活動を測定するものの施設基準
イ　当該検査を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
ロ　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ハ　てんかんに係る診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(2)　その他のものの施設基準
イ　当該検査を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
ロ　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
八の二　終夜睡眠ポリグラフィーの安全精度管理下で行うものの施設基準
(1)　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
八の三　脳波検査判断料１の施設基準
てんかんに係る診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
八の四　脳波検査判断料の注３に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準
(1)　送信側
脳波検査の実施及び送受信を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
(2)　受信側
てんかんに係る診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
九　中枢神経磁気刺激による誘発筋電図の施設基準
(1)　当該検査を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
(2)　(1)に掲げる検査機器での検査を目的とした別の保険医療機関からの依頼により検査を行った症例数が、当該検査機器の使用症例数の一定割合以上であること。
九の二　単線維筋電図の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
十　神経学的検査の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
十の二　補聴器適合検査の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な装置・器具を有していること。
十の三　黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図の施設基準
(1)　当該検査を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
十一　コンタクトレンズ検査料の施設基準
(1)　通則
イ　当該検査を含む診療に係る費用について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
ロ　当該検査を受けている全ての患者に対して、当該検査を含む診療に係る費用について説明がなされていること。

(2)　コンタクトレンズ検査料１の施設基準
イ　次のいずれかに該当すること。
①　当該保険医療機関を受診した患者のうち、コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の割合が三割未満であること。
②　当該保険医療機関を受診した患者のうち、コンタクトレンズに係る検査を実施した患者の割合が四割未満であり、かつ、当該保険医療機関内に眼科診療を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
ロ　次のいずれかに該当すること。
①　入院施設を有すること。
②　当該保険医療機関を受診した患者のうち、コンタクトレンズ検査料を算定した患者数が年間一万人未満であること。
③　コンタクトレンズに係る検査を実施した患者のうち、自施設においてコンタクトレンズを交付した割合が九割五分未満であること。
(3)　コンタクトレンズ検査料２の施設基準
イ　(2)のイに該当すること。
ロ　(2)のロに該当しないこと。
(4)　コンタクトレンズ検査料３の施設基準
イ　(2)のイに該当しないこと。
ロ　(2)のロに該当すること。
十一の二　ロービジョン検査判断料の施設基準
当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な常勤の医師が配置されていること。
十二　小児食物アレルギー負荷検査の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
十三　内服・点滴誘発試験の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
十四　センチネルリンパ節生検（片側）の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
十四の二　前立腺針生検法の注に規定する施設基準
(1)　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
十五　ＣＴ透視下気管支鏡検査加算の施設基準
(1)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。
十五の二　経気管支凍結生検法の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
十五の三　口腔細菌定量検査の施設基準
(1)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。
十六　有床義歯咀嚼機能検査の施設基準
(1)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。
十七　咀嚼能力検査の施設基準
(1)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。
十八　咬合圧検査の施設基準
(1)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。
十九　精密触覚機能検査の施設基準
(1)　当該検査に係る研修を受けた歯科医師が一名以上配置されていること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。
二十　睡眠時歯科筋電図検査の施設基準
(1)　当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(2)　当該検査を行うにつき十分な機器を有していること。
第六　画像診断
一　画像診断管理加算の施設基準
(1)　画像診断管理加算１の施設基準
イ　放射線科を標榜している保険医療機関であること。
ロ　当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
ハ　画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(2)　画像診断管理加算２の施設基準
イ　放射線科を標榜している病院であること。
ロ　当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
ハ　当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断及びコンピューター断層撮影診断について、ロに規定する医師の指示の下に画像情報等の管理を行っていること。
ニ　当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層撮影診断のうち、少なくとも八割以上のものの読影結果が、ロに規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに主治医に報告されていること。
(3)　画像診断管理加算３の施設基準
イ　放射線科を標榜している特定機能病院であること。
ロ　当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。
ハ　当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断及びコンピューター断層撮影診断について、ロに規定する医師の指示の下に画像情報等の管理を行っていること。
ニ　当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層撮影診断のうち、少なくとも八割以上のものの読影結果が、ロに規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに主治医に報告されていること。
ホ　当該保険医療機関において、夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること。
二　遠隔画像診断による写真診断（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、基本的エックス線診断料（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、核医学診断及びコンピューター断層診断の施設基準
(1)　送信側
離島等に所在する保険医療機関その他の保険医療機関であって、画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

(2)　受信側

イ　当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されており、高度の医療を提供するものと認められる病院であること。

ロ　遠隔画像診断を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三　ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影及び乳房用ポジトロン断層撮影の施設基準

(1)　ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影に係る診療料を算定するための施設基準

イ　画像診断を担当する常勤の医師（核医学診断について、相当の経験を有し、かつ、核医学診断に係る研修を受けた者に限る。）が配置されていること。

ロ　当該断層撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

ハ　当該断層撮影を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2)　適合していない場合には所定点数の百分の八十に相当する点数により算定することとなる施設基準

次のいずれかに該当すること。

イ　(1)のロに掲げる診断撮影機器での撮影を目的とした別の保険医療機関からの依頼により撮影を行った症例数が、当該診断撮影機器の使用症例数の一定割合以上であること。

ロ　特定機能病院、がん診療の拠点となる病院又は高度専門医療に関する研究等を行う国立研究開発法人に関する法律（平成二十年法律第九十三号）第三条の二に規定する国立高度専門医療研究センターの設置する医療機関であること。

四　ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影の施設基準

(1)　通則

当該撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

(2)　64列以上のマルチスライス型の機器によるＣＴ撮影及び３テスラ以上の機器によるＭＲＩ撮影に関する施設基準

イ　画像診断管理加算２の施設基準を満たしていること。

ロ　専従の診療放射線技師が一名以上配置されていること。

(3)　ＣＴ撮影の注８及びＭＲＩ撮影の注６に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準

(1)に掲げる診断撮影機器での撮影を目的とした別の保険医療機関からの依頼により撮影を行った症例数が、当該診断撮影機器の使用症例数の一割以上であること。

五　冠動脈ＣＴ撮影加算、血流予備量比コンピューター断層撮影、心臓ＭＲＩ撮影加算、乳房ＭＲＩ撮影加算、小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算、頭部ＭＲＩ撮影加算、全身ＭＲＩ撮影加算及び肝エラストグラフィ加算の施設基準

(1)　当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。

(2)　当該撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

(3)　当該撮影を行うにつき十分な体制が整備されていること。

五の二　外傷全身ＣＴ加算の施設基準

(1)　都道府県が定める救急医療に関する計画に基づいて運営される救命救急センターを有している病院であること。

(2)　当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の医師が配置されていること。

(3)　当該撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

(4)　当該撮影を行うにつき十分な体制が整備されていること。

五の三　大腸ＣＴ撮影加算の施設基準

当該撮影を行うにつき十分な機器を有していること。

六　歯科画像診断管理加算１の施設基準

(1)　歯科点数表区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注２の届出を行っている病院である保険医療機関であること。

(2)　当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が配置されていること。

(3)　画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

六の二　歯科画像診断管理加算２の施設基準

(1)　歯科点数表区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注２の届出を行っている病院である保険医療機関であること。

(2)　当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が配置されていること。

(3)　当該保険医療機関における歯科用３次元エックス線断層撮影及びコンピューター断層診断（歯科診療に係るものに限る。）について、(2)に規定する歯科医師の指示の下に画像情報等の管理を行っていること。

(4)　当該保険医療機関における歯科用３次元エックス線断層撮影及びコンピューター断層診断（歯科診療に係るものに限る。）のうち、少なくとも八割以上のものの読影結果が、(2)に規定する歯科医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに主治の歯科医師に報告されていること。

(5)　画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

七　遠隔画像診断による写真診断（歯科診療に係るものに限る。）、基本的エックス線診断料（歯科診療に係るものに限る。）及びコンピューター断層診断（歯科診療に係るものに限る。）の施設基準

(1)　送信側

離島等に所在する保険医療機関その他の保険医療機関であって、画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

(2)　受信側

イ　当該保険医療機関内に画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が配置されており、高度の医療を提供するものと認められる病院であること。

ロ　遠隔画像診断を行うにつき十分な体制が整備されていること。

第七　投薬

一　処方料及び処方箋料に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤

抗不安剤、催眠鎮静剤、精神神経用剤又はその他の中枢神経系用薬のいずれかに該当する医薬品のうち、不安又は不眠症の効能又は効果を有し、医師による特別な医学管理を必要とするものであること。

一の二　処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患

(1)　医科点数表の処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患

分類表に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病

(2)　歯科点数表の処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患

分類表に規定する疾病のうち別表第四に掲げる疾病

二　処方料及び処方箋料に規定する抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準

抗悪性腫瘍剤処方管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

三　処方料の注８、薬剤の注４及び処方箋料の注２に規定する別に厚生労働大臣が定める薬剤投与期間が三十日以上必要なものであること。

四　外来後発医薬品使用体制加算の施設基準

(1)　外来後発医薬品使用体制加算１の施設基準

イ　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第七条の二に規定する後発医薬品（以下単に「後発医薬品」という。）の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。

ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある薬担規則第七条の二に規定する新医薬品（以下「先発医薬品」という。）及び後発医薬品を合算した薬剤の使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が九割以上であること。

ハ　当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が五割以上であること。

ニ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(2)　外来後発医薬品使用体制加算２の施設基準

イ　後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。

ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が八割五分以上であること。

ハ　当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が五割以上であること。

ニ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(3)　外来後発医薬品使用体制加算３の施設基準

イ　後発医薬品の使用を促進するための体制が整備されている診療所であること。

ロ　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が七割五分以上であること。

ハ　当該保険医療機関において調剤した薬剤の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が五割以上であること。

ニ　後発医薬品の使用に積極的に取り組んでいる旨を、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

第八　注射

一　外来化学療法加算の施設基準

(1)　外来化学療法を行う体制がそれぞれの加算に応じて整備されていること。

(2)　外来化学療法を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること。

二　中心静脈注射用カテーテル挿入の注３に規定する対象患者

別表第九の二の二に掲げる者

三　無菌製剤処理料の施設基準等

(1)　無菌製剤処理料の施設基準

イ　無菌製剤処理を行うにつき十分な施設を有していること。

ロ　無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2)　無菌製剤処理料の対象患者

イ　無菌製剤処理料１の対象患者

悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入又は点滴注射が行われる患者

ロ　無菌製剤処理料２の対象患者

動脈注射若しくは点滴注射が行われる入院中の患者であって次の①から③までに掲げるもの又は中心静脈注射若しくは植込型カテーテルによる中心静脈注射が行われる患者

①　無菌治療室管理加算を算定する患者

②　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算を算定する患者

③　①又は②に準ずる患者

第九　リハビリテーション

一　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料の施設基準等

(1)　医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第４号に規定する患者

別表第九の三に掲げる患者

(2)　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料の施設基準

イ　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を担当する専任の常勤医師がそれぞれ適切に配置されていること。

ロ　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を担当する常勤の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士がそれぞれ適切に配置されていること。

ハ　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を行うにつきそれぞれ十分な施設を有していること。

ニ　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を行うにつきそれぞれ必要な器械・器具が具備されていること。

(3)　心大血管疾患リハビリテーション料の対象患者

別表第九の四に掲げる患者

(4)　脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者

別表第九の五に掲げる患者

(5)　運動器リハビリテーション料の対象患者

別表第九の六に掲げる患者

(6)　呼吸器リハビリテーション料の対象患者

別表第九の七に掲げる患者

(7)　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規

定する算定日数の上限の除外対象患者
別表第九の八に掲げる患者
(8)　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する別に厚生労働大臣が定める場合
別表第九の九に掲げる場合
(9)　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する初期加算の施設基準
当該保険医療機関内にリハビリテーション科の常勤医師が配置されていること。
(10)　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定するリハビリテーションデータ提出加算の施設基準
イ　リハビリテーションを実施している患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。
ロ　データ提出加算に係る届出を行っていない保険医療機関であること。
(11)　リハビリテーション総合計画評価料の注５に規定する患者
脳卒中又は脊髄障害の急性発症に伴う上肢又は下肢の運動機能障害を有する患者であって、発症日から起算して六十日以内のもの
一の二　摂食機能療法の注３に規定する施設基準
(1)　摂食嚥下機能回復体制加算１の施設基準
イ　摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
ロ　摂食機能又は嚥下機能に係る療養についての実績等を地方厚生局長等に報告していること。
ハ　摂食機能又は嚥下機能に係る療養について相当の実績を有していること。
(2)　摂食嚥下機能回復体制加算２の施設基準
(1)のイ及びロを満たすものであること。
(3)　摂食嚥下機能回復体制加算３の施設基準
イ　摂食機能又は嚥下機能の回復のために必要な指導管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ロ　(1)のロを満たすものであること。
ハ　療養病棟入院料１又は２を算定する病棟を有する病院であること。
ニ　摂食機能又は嚥下機能に係る療養について相当の実績を有していること。
二　難病患者リハビリテーション料の施設基準等
(1)　難病患者リハビリテーション料の施設基準
イ　当該保険医療機関内に難病患者リハビリテーションを担当する専任の常勤医師が一名以上配置されていること。
ロ　当該保険医療機関内に難病患者リハビリテーションを担当する専従の看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。
ハ　患者数は、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を含む従事者の数に対し適切なものであること。
ニ　難病患者リハビリテーションを行うにつき十分な専用施設を有していること。
ホ　難病患者リハビリテーションを行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。
(2)　難病患者リハビリテーション料に規定する疾患及び状態
イ　難病患者リハビリテーション料に規定する疾患
別表第十に掲げる疾患
ロ　難病患者リハビリテーション料に規定する状態
別表第十に掲げる疾患を原因として日常生活動作に著しい支障を来している状態（身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号）第十五条に規定する身体障害者手帳の交付を受けている場合を除く。）
三　障害児（者）リハビリテーション料の施設基準等
(1)　障害児（者）リハビリテーション料の施設基準
イ　児童福祉法第四十二条第二号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児を入所させるものに限る。）若しくは同法第六条の二の二第三項に規定する指定発達支援医療機関又は保険医療機関であって当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している患者のうち、おおむね八割以上が別表第十の二に該当する患者（加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。）であるものであること。
ロ　当該保険医療機関内に障害児（者）リハビリテーションを担当する専任の常勤医師が一名以上配置されていること。
ハ　当該保険医療機関内に障害児（者）リハビリテーションを担当する専従の常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士が適切に配置されていること。
ニ　言語聴覚療法を行う場合にあっては、ハに加え、常勤の言語聴覚士が適切に配置されていること。
ホ　障害児（者）リハビリテーションを行うにつき十分な専用施設を有していること。
ヘ　障害児（者）リハビリテーションを行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。
(2)　障害児（者）リハビリテーション料の対象患者
別表第十の二に掲げる患者
三の二　がん患者リハビリテーション料の施設基準等
(1)　がん患者リハビリテーション料の施設基準
イ　当該保険医療機関内にがん患者に対するリハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専任の常勤医師が一名以上配置されていること。
ロ　当該保険医療機関内にがん患者に対するリハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が二名以上配置されていること。
ハ　当該患者について、リハビリテーション総合計画評価料に規定するリハビリテーション計画を月一回以上作成していること。
ニ　がん患者に対するリハビリテーションを行うにつき十分な専用施設を有していること。
ホ　がん患者に対するリハビリテーションを行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。
(2)　がん患者リハビリテーション料の対象患者
別表第十の二の二に掲げる患者
三の三　認知症患者リハビリテーション料の施設基準
(1)　認知症治療病棟入院料を算定する保険医療機関又は認知症疾患医療センターであること

。

(2)　当該保険医療機関内に重度認知症患者に対するリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が一名以上配置されていること。

(3)　当該保険医療機関内に重度認知症患者に対するリハビリテーションを担当する専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が一名以上配置されていること。

(4)　当該患者について、リハビリテーション総合計画評価料に規定するリハビリテーション計画を月一回以上作成していること。

(5)　重度認知症患者に対するリハビリテーションを行うにつき十分な専用施設を有していること。

(6)　重度認知症患者に対するリハビリテーションを行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。

三の三の二　リンパ浮腫複合的治療料の施設基準

リンパ浮腫の患者に対する複合的治療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

四　集団コミュニケーション療法料の施設基準等

(1)　集団コミュニケーション療法料の施設基準

イ　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)若しくは脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)又は障害児（者）リハビリテーション料の届出を行っている施設であること。

ロ　当該保険医療機関内に集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を担当する専任の常勤医師が一名以上配置されていること。

ハ　当該保険医療機関内に集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を担当する専従の言語聴覚士が適切に配置されていること。

ニ　患者数は、言語聴覚士の数に対し適切なものであること。

ホ　集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行うにつき十分な専用施設を有していること。

ヘ　集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。

(2)　集団コミュニケーション療法の対象患者

別表第十の二の三に掲げる患者

五　歯科口腔リハビリテーション料２の施設基準

(1)　歯科又は歯科口腔外科を担当する歯科医師として相当の経験を有する歯科医師が一名以上配置されていること。

(2)　当該療養を行うにつき十分な機器を有していること又は十分な機器を有している病院との連携が確保されていること。

第十　精神科専門療法

一　経頭蓋磁気刺激療法の施設基準

経頭蓋磁気刺激療法を行うにつき十分な体制が整備されていること。

一の一の二　通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算の施設基準

二十歳未満の精神疾患を有する患者の診療を行うにつき十分な体制及び相当の実績を有していること。

一の一の三　通院・在宅精神療法の注６に規定する別に厚生労働大臣が定める要件

別表第十の二の四に掲げる要件

一の一の四　通院・在宅精神療法の注８に規定する施設基準

療養生活環境整備のための指導を行うにつき十分な体制が確保されていること。

一の一の五　通院・在宅精神療法の注９に規定する施設基準

療養生活を継続するための支援を行うにつき十分な体制が確保されていること。

一の二　精神科継続外来支援・指導料の注５に規定する別に厚生労働大臣が定める要件

別表第十の二の四に掲げる要件

一の三　救急患者精神科継続支援料の施設基準

自殺企図後の精神疾患の患者に対する指導を行うにつき必要な体制が整備されていること。

一の四　認知療法・認知行動療法の施設基準

(1)　当該保険医療機関における認知療法・認知行動療法に関する講習を受けた医師の有無を地方厚生局長等に届け出ていること。

(2)　認知療法・認知行動療法２にあっては、(1)の基準に加え、当該保険医療機関内に認知療法・認知行動療法について経験等を有する専任の常勤看護師が一名以上配置されていること。

一の五　依存症集団療法の施設基準

(1)　薬物依存症の場合の施設基準

当該療法を行うにつき必要な常勤医師及び常勤看護師又は常勤作業療法士が適切に配置されていること。

(2)　ギャンブル依存症の場合の施設基準

イ　(1)を満たすものであること。

ロ　ギャンブル依存症に関する専門の保険医療機関であること。

(3)　アルコール依存症の場合の施設基準

(1)を満たすものであること。

一の六　精神科作業療法、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケア又は重度認知症患者デイ・ケアの施設基準

(1)　当該保険医療機関内に精神科作業療法については作業療法士が、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケア又は重度認知症患者デイ・ケアについては必要な従事者が、それぞれ適切に配置されていること。

(2)　患者数は、精神科作業療法については作業療法士の数に対して、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケア又は重度認知症患者デイ・ケアについては必要な従事者の数に対して、それぞれ適切なものであること。

(3)　当該精神科作業療法、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケア又は重度認知症患者デイ・ケアを行うにつき十分な専用施設を有していること。

一の七　精神科訪問看護・指導料の注５に規定する長時間の訪問を要する者及び厚生労働大臣が定める者

(1)　長時間の訪問を要する者

イ　十五歳未満の小児であって、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注１に規定する超重症の状態又は超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注２に規定する準超重症の状態にあるもの

ロ　別表第八に掲げる者

ハ　医師が、診療に基づき、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めた者

(2)　厚生労働大臣が定める者

イ　十五歳未満の小児であって、超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注１に規定する超重症の状態又は超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注２に規定する準超重症の状態にあるもの
ロ　十五歳未満の小児であって、別表第八に掲げる者

一の八　精神科訪問看護・指導料の注11に規定する厚生労働大臣が定める者
口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃瘻若しくは腸瘻による経管栄養又は経鼻経管栄養を必要とする者

一の九　精神科訪問看護・指導料の注12に規定する厚生労働大臣が定める地域
(1)　離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域
(2)　奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域
(3)　山村振興法第七条第一項の規定により振興山村として指定された山村の地域
(4)　小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域
(5)　過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法第二条第一項に規定する過疎地域
(6)　沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島

一の十　治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の施設基準
(1)　当該保険医療機関に統合失調症の診断及び治療に関する十分な経験を有する常勤医師及び常勤の薬剤師が配置されていること。
(2)　薬剤による副作用が発現した場合に適切に対応するための体制が整備されていること。

二　医療保護入院等診療料の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に精神保健指定医（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第百二十三号）第十八条第一項の規定による指定を受けた医師をいう。）が適切に配置されていること。
(2)　医療保護入院等に係る患者に対する行動制限を必要最小限のものとするため、医師、看護師及び精神保健福祉士等で構成された委員会を設置していること。

三　重度認知症患者デイ・ケア料の夜間ケア加算の施設基準
夜間において、必要な従事者が適切に配置されていること。

四　精神科在宅患者支援管理料の施設基準等
(1)　精神科在宅患者支援管理料の施設基準
イ　当該保険医療機関内に精神科の常勤医師、常勤の精神保健福祉士及び作業療法士が適切に配置されていること。
ロ　当該保険医療機関において、又は訪問看護ステーションとの連携により訪問看護の提供が可能な体制を確保していること。
ハ　患者に対して計画的かつ継続的な医療を提供できる体制が確保されていること。
(2)　精神科在宅患者支援管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める患者
重度の精神障害を有する者

五　精神科オンライン在宅管理料の施設基準
情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

第十一　処置

一　医科点数表第二章第九部処置通則に規定する施設基準
(1)　休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の施設基準
イ　休日、保険医療機関の表示する診療時間以外の時間及び深夜の処置に対応するための十分な体制が整備されていること。
ロ　急性期医療に係る実績を相当程度有している病院であること。
ハ　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。
(2)　耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準
イ　抗菌薬の適正な使用を推進するための体制が整備されていること。
ロ　当該保険医療機関が病院の場合にあっては、データ提出加算２に係る届出を行っていること。

一の二　静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）の施設基準
慢性静脈不全の患者に対する静脈圧迫処置を行うにつき十分な体制が整備されていること。

一の三　多血小板血漿処置の施設基準
当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。

一の四　硬膜外自家血注入の施設基準
当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。

二　エタノールの局所注入の施設基準
(1)　甲状腺又は副甲状腺に対するエタノールの局所注入を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。
(2)　甲状腺又は副甲状腺に対するエタノールの局所注入を行うにつき必要な体制が整備されていること。

二の二　人工腎臓に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等
(1)　導入期加算の施設基準
イ　導入期加算１の施設基準
当該療法を行うにつき十分な説明を行っていること。
ロ　導入期加算２の施設基準
①　導入期加算１の施設基準を満たしていること。
②　当該療法を行うにつき必要な実績を有していること。
ハ　導入期加算３の施設基準
①　導入期加算１の施設基準を満たしていること。
②　当該療法を行うにつき十分な実績を有していること。
(2)　人工腎臓に規定する薬剤
別表第十の三に掲げる薬剤
(3)　人工腎臓の注８に規定する算定回数上限の除外患者
妊娠中の患者
(4)　透析液水質確保加算の施設基準
透析治療に用いる透析液の水質を管理するにつき十分な体制が整備されていること。
(5)　下肢末梢動脈疾患指導管理加算の施設基準
人工腎臓を実施している患者に係る下肢末梢動脈疾患の重症度等を評価し、療養上必要な指導管理を行うための十分な体制が整備されていること。
(6)　人工腎臓の施設基準
イ　慢性維持透析を行った場合１の施設基準
①　次のいずれかに該当すること。
1　当該保険医療機関における透析用監視装置が一定数未満であること。
2　当該保険医療機関における透析用監視装置の台数に対する人工腎臓を行う患者の数の割合が一定割合未満であること。
②　透析液の水質を管理する専任の医師又は専任の臨床工学技士が一名以上配置されて

いること。

ロ　慢性維持透析を行った場合２の施設基準

①　当該保険医療機関における透析用監視装置が一定数以上であること。

②　当該保険医療機関における透析用監視装置の台数に対する人工腎臓を行う患者の数の割合が一定割合であること。

③　透析液の水質を管理する専任の医師又は専任の臨床工学技士が一名以上配置されていること。

(7)　慢性維持透析濾過加算の施設基準

複雑な慢性維持透析濾過を行うにつき十分な体制が整備されていること。

二の二の二　血漿交換療法に規定する施設基準

(1)　難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するＬＤＬアフェレシス療法の施設基準

イ　当該保険医療機関内に難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するＬＤＬアフェレシス療法を行うにつき必要な医師、看護師及び臨床工学技士が配置されていること。

ロ　緊急事態に対応するための体制その他当該療法につき必要な体制が整備されていること。

(2)　移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法の施設基準

イ　当該保険医療機関内に移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法を行うにつき必要な医師、看護師及び臨床工学技士が配置されていること。

ロ　緊急事態に対応するための体制その他当該療法につき必要な体制が整備されていること。

二の二の三　人工膵臓療法の施設基準

(1)　当該保険医療機関内に人工膵臓療法を行うにつき必要な医師及び看護師が配置されていること。

(2)　緊急事態に対応するための体制その他当該療法につき必要な体制が整備されていること。

二の三　磁気による膀胱等刺激法の施設基準

磁気による膀胱等刺激法を行うにつき必要な体制が整備されていること。

二の四　手術用顕微鏡加算の施設基準

当該処置を行うにつき十分な体制が整備されていること。

二の五　口腔粘膜処置の施設基準

(1)　当該処置を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2)　当該処置を行うにつき十分な機器を有していること。

三　歯科点数表第二章第八部処置に規定する特定薬剤

使用薬剤の薬価（薬価基準）別表第四部歯科用薬剤外用薬(1)に掲げる薬剤及び別表第十一に掲げる薬剤

四　一酸化窒素吸入療法（新生児の低酸素性呼吸不全に対して実施するものに限る。）の施設基準

当該療法を行うに当たり、必要な体制が整備されていること。

四の二　心不全に対する遠赤外線温熱療法に規定する厚生労働大臣が定める施設基準等

(1)　心不全に対する遠赤外線温熱療法に規定する施設基準

イ　当該療法を行うにつき必要な医師が一名以上配置されていること。

ロ　当該療法を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

ハ　当該療法を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ニ　心大血管疾患リハビリテーション料に係る届出を行っている病院であること。

(2)　心不全に対する遠赤外線温熱療法に規定する患者

慢性心不全により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者

五　歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）の施設基準

(1)　当該療法を行うに当たり、必要な医師その他の従事者が一名以上配置されていること。

(2)　当該療法を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

(3)　当該療法を行うにつき必要な体制が整備されていること。

第十二　手術

一　医科点数表第二章第十部手術通則第４号に掲げる手術等の施設基準等

(1)　通則

緊急事態に対応するための体制その他当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2)　皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）、皮膚移植術（死体）、自家脂肪注入、組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。）、四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術（処理骨再建加算を算定する場合に限る。）、骨折観血的手術（緊急整復固定加算を算定する場合に限る。）、骨悪性腫瘍手術（処理骨再建加算を算定する場合に限る。）、骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なもの）に限る。）及び自家培養軟骨移植術に限る。）、人工骨頭挿入術（緊急挿入加算を算定する場合に限る。）、後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）、椎間板内酵素注入療法、腫瘍脊椎骨全摘術、頭蓋内腫瘍摘出術（脳腫瘍覚醒下マッピング加算又は原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。）、内視鏡下脳腫瘍生検術、内視鏡下脳腫瘍摘出術、頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）、脳刺激装置植込術、脳刺激装置交換術、頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（七本以上の電極による場合に限る。）に限る。）、癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）、脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置交換術、仙骨神経刺激装置植込術、仙骨神経刺激装置交換術、舌下神経電気刺激装置植込術、角結膜悪性腫瘍切除術、治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるものに限る。）、角膜移植術（内皮移植加算を算定する場合に限る。）、羊膜移植術、緑内障手術（流出路再建術（眼内法に限る。）、緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの）、水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術及び濾過胞再建術（needle法）の場合に限る。）、網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）、網膜再建術、植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、耳管用補綴材挿入術、経外耳道的内視鏡下鼓室形成術、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術、植込型骨導補聴器交換術、内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）、経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）、内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）、喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたものに限る。）、上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、顎関節人工関節全置換術、内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術、頭頸部悪性腫瘍光線力学療法、乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）（ＭＲＩによるものに限る。）、乳房切除術（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、乳腺悪性腫

瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの及び拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）については、乳がんセンチネルリンパ節加算１又は乳がんセンチネルリンパ節加算２を算定する場合に限る。）、ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）、肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除に限る。）、同種死体肺移植術、生体部分肺移植術、食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるものに限る。）、内視鏡下筋層切開術、経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）、経皮的冠動脈ステント留置術、胸腔鏡下弁形成術、経カテーテル弁置換術、胸腔鏡下弁置換術、経皮的僧帽弁クリップ術、胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術、不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下によるもの及び経カテーテル的手術によるものに限る。）に限る。）、経皮的カテーテル心筋焼灼術（磁気ナビゲーション加算を算定する場合に限る。）、経皮的中隔心筋焼灼術、ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術、植込型心電図記録計移植術、植込型心電図記録計摘出術、両心室ペースメーカー移植術、両心室ペースメーカー交換術、植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術、両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術、経静脈電極抜去術、大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）、経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）、補助人工心臓、小児補助人工心臓、植込型補助人工心臓（非拍動流型）、同種心移植術、同種心肺移植術、骨格筋由来細胞シート心表面移植術、経皮的大動脈遮断術、経皮的下肢動脈形成術、内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術、腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜、傍大動脈及び側方に限る。）、腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、ダメージコントロール手術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、内視鏡的逆流防止粘膜切除術、腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）、腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に限る。）、腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に限る。）、腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に限る。）、腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるものに限る。）、バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術、腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）、胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）、体外衝撃波胆石破砕術、腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるものに限る。）、体尾部腫瘍切除術、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術、同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術、同種死体膵島移植術、生体部分小腸移植術、同種死体小腸移植術、早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術、内視鏡的小腸ポリープ切除術、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるものに限る。）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるものに限る。）、腹腔鏡下直腸切除・切断術（超低位前方切除術及び経肛門吻合を伴う切除術に限る。）、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法、体外衝撃波腎・尿管結石破砕術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術、腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるものに限る。）、同種死体腎移植術、生体腎移植術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるものに限る。）、膀胱水圧拡張術、ハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるものに限る。）、尿道形成手術（前部尿道（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）に限る。）、尿道下裂形成手術（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、陰茎形成術（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、人工尿道括約筋植込・置換術、膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）、陰茎全摘術（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、埋没陰茎手術、精巣摘出術（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、陰嚢水腫手術（鼠径部切開によるものに限る。）、精巣内精子採取術、焦点式高エネルギー超音波療法、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、会陰形成手術（筋層に及ばないもの（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）に限る。）、膣腸瘻閉鎖術（内視鏡によるものに限る。）、造膣術、膣閉鎖症術（遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの及び筋皮弁移植によるもの（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）に限る。）、腹腔鏡下仙骨膣固定術、子宮全摘術（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、腹腔鏡下腟式子宮全摘術（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術、腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術、人工授精、胚移植術、子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（一の(3)に規定する患者に対して行う場合に限る。）、採卵術、内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術、胎児胸腔・羊水腔シャント術、無心体双胎焼灼術、胎児輸血術、臍帯穿刺、体外式膜型人工肺管理料、体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料の施設基準

イ　当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。ただし、椎間板内酵素注入療法、脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置交換術、治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるものに限る。）、組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。）、角膜移植術（内皮移植加算を算定する場合に限る。）、緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの）、水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）、網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）、乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの及び拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）については、乳がんセンチネルリンパ節加算１又は乳がんセンチネルリンパ節加算２を算定する場合に限る。）、ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）、経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈ステント留置術、植込型心電図記録計移植術、植込型心電図記録計摘出術、腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）、膀胱水圧拡張術、ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術、大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）、腹腔鏡下仙骨膣固定術、耳管用補綴材挿入術、精巣内精子採取術、人工授精、胚移植術、採卵術、体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料については、診療所（椎間板内酵素注入療法、脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置交換術、乳腺悪性腫瘍手術、膀胱水圧拡張術及び腹腔鏡下仙骨膣固定術については有床診療所に限り、植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術についてはペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術に係る届出を行っている診療所に限る。）でもよいこととする。

ロ　当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師が配置されていること。

(3)　医科点数表第二章第十部手術通則第４号に規定する患者

性同一性障害の患者

二　医科点数表第二章第十部手術通則第５号及び第６号並びに歯科点数表第二章第九部手術通則第４号に掲げる手術の施設基準

(1)　緊急事態に対応するための体制その他当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2)　当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師が配置されていること。

(3)　当該手術の一年間の実施件数を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(4)　手術を受ける全ての患者に対して、それぞれの患者が受ける手術の内容が文書により交付され、説明がなされていること。

二の二　手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の施設基準

(1)　休日、保険医療機関の表示する診療時間以外の時間及び深夜の手術に対応するための十分な体制が整備されていること。

(2)　急性期医療に係る実績を相当程度有している病院であること。

(3)　病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

二の三　医科点数表第二章第十部手術通則第16号に掲げる手術における適合していない場合には所定点数の百分の八十に相当する点数により算定することとなる施設基準

(1)　摂食機能に係る療養を行うにつき相当の実績を有していること。

(2)　摂食機能に係る療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

二の四　医科点数表第二章第十部手術通則第17号に掲げる手術

医科点数表の人工関節置換術若しくは人工関節再置換術（股関節に対して実施したものに限る。）、第６款（顔面・口腔・頸部）、第７款（胸部）及び第９款（腹部）に掲げる悪性腫瘍手術若しくは第８款（心・脈管（動脈及び静脈を除く。））に掲げる手術をそれぞれ全身麻酔下で実施した場合又は造血幹細胞移植を実施した場合

二の五　医科点数表第二章第十部手術通則第18号に掲げる手術の施設基準等

(1)　通則

緊急事態に対応するための体制その他当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。

(2)　鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術、胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除及び肺葉切除又は１肺葉を超えるものに限る。）、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術、縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術、胸腔鏡下弁形成術、腹腔鏡下胃切除術（単純切除術に限る。）、腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術に限る。）、腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術に限る。）、腹腔鏡下総胆管拡張症手術、腹腔鏡下肝切除術、腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術、腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術、腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術、低位前方切除術及び切断術に限る。）、腹腔鏡下副腎摘出術、腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）、腹腔鏡下腎盂形成手術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下仙骨膣固定術、腹腔鏡下腟式子宮全摘術、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）の施設基準

イ　当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。

ロ　当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師が配置されていること。

二の六　医科点数表第二章第十部手術通則第19号に掲げる手術の施設基準

当該手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。

二の七　医科点数表第二章第十部手術通則第20号及び歯科点数表第二章第九部手術通則第17号に規定する周術期栄養管理実施加算の施設基準

(1)　当該保険医療機関内に周術期の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。

(2)　総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

三　手術の所定点数に含まれる薬剤

外皮用消毒剤に係る薬剤

三の二　不整脈手術の注１に規定する対象患者

開胸式心大血管手術を受ける患者のうち、手術前に心房細動又は心房粗動と診断され、特に左心耳閉鎖術を併せて実施することが適当と認められるもの

三の二の二　輸血管理料の施設基準

(1)　輸血管理料Ⅰの施設基準

イ　当該保険医療機関内に臨床検査技師が常時一名以上配置されていること。

ロ　輸血管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2)　輸血管理料Ⅱの施設基準

輸血管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(3)　輸血適正使用加算の施設基準

輸血製剤が適正に使用されていること。

(4)　貯血式自己血輸血管理体制加算の施設基準

貯血式自己血輸血管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の二の二の二　コーディネート体制充実加算の施設基準

造血幹細胞移植における同種移植のコーディネートを行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の二の三　自己生体組織接着剤作成術、自己クリオプレシピテート作製術（用手法）及び同種クリオプレシピテート作製術の施設基準

(1)　当該療養を行うにつき十分な体制が整備されている病院であること。

(2)　当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師が配置されていること。

三の二の四　人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の施設基準

当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な医師及び看護師が配置されていること。

三の二の五　胃瘻造設時嚥下機能評価加算における適合していない場合には所定点数の百分の八十に相当する点数により算定することとなる施設基準

(1)　摂食機能に係る療養を行うにつき相当の実績を有していること。

(2)　摂食機能に係る療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の二の六　凍結保存同種組織加算の施設基準

(1)　当該療養を行うにつき十分な経験を有する医師が一名以上配置されていること。

(2)　当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の二の七　歯根端切除手術の注３に規定する別に厚生労働大臣が定める施設基準

当該手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の二の八　口腔粘膜血管腫凝固術の施設基準

(1)　当該手術を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(2)　当該手術を行うにつき十分な機器を有していること。

三の三　歯周組織再生誘導手術の施設基準

歯科又は歯科口腔外科を担当する歯科医師として相当の経験を有する歯科医師が一名以上配置されていること。

三の四　手術時歯根面レーザー応用加算の施設基準

当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の五　歯科点数表第二章第九部手術に掲げる上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）の施設基準

(1)　緊急事態に対応するための体制その他当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(2)　当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。
(3)　当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な歯科医師及び看護師が配置されていること。

三の六　広範囲顎骨支持型装置埋入手術の施設基準

(1)　歯科又は歯科口腔外科を担当する歯科医師として相当の経験を有する常勤の歯科医師が二名以上配置されていること。
(2)　当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(3)　当該療養を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

三の七　レーザー機器加算の施設基準

(1)　当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(2)　当該療養を行うにつき十分な機器を有していること。

三の八　歯科点数表第二章第九部手術に掲げる顎関節人工関節全置換術の施設基準

(1)　緊急事態に対応するための体制その他当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(2)　当該療養を行うにつき十分な専用施設を有している病院であること。
(3)　当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な歯科医師及び看護師が配置されていること。

四　歯科点数表第二章第九部手術に規定する特定薬剤

使用薬剤の薬価（薬価基準）別表第四部歯科用薬剤外用薬(1)に掲げる薬剤及び別表第十一に掲げる薬剤

第十二の二　麻酔

一　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔に規定する麻酔が困難な患者

別表第十一の二に掲げる患者であって、麻酔が困難なもの

一の二　神経ブロック併施加算のイの対象患者

手術後の疼痛管理を目的とした硬膜外麻酔が適応となる手術を受ける患者であって、当該麻酔の代替として神経ブロックが必要と医学的に認められるもの

二　麻酔管理料（Ⅰ）の施設基準

(1)　麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
(2)　常勤の麻酔に従事する医師（麻酔科につき医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第六条の六第一項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。以下「麻酔科標榜医」という。）が配置されていること。
(3)　麻酔管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三　麻酔管理料（Ⅱ）の施設基準

(1)　麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
(2)　常勤の麻酔科標榜医が五名以上配置されていること。
(3)　麻酔管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

三の二　周術期薬剤管理加算の施設基準

(1)　当該保険医療機関内に周術期の薬学的管理を行うにつき必要な専任の薬剤師が配置されていること。
(2)　病棟薬剤業務実施加算１に係る届出を行っている保険医療機関であること。

四　歯科麻酔管理料の施設基準

(1)　常勤の麻酔に従事する歯科医師が配置されていること。
(2)　麻酔管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

第十三　放射線治療

一　放射線治療専任加算の施設基準

(1)　当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が一名以上配置されていること。
(2)　当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(3)　当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

一の二　遠隔放射線治療計画加算の施設基準

(1)　放射線科を標榜している保険医療機関であること。
(2)　当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(3)　当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

二　高エネルギー放射線治療の施設基準

当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。

二の二　高エネルギー放射線治療の一回線量増加加算の施設基準

(1)　当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が一名以上配置されていること。
(2)　高エネルギー放射線治療による全乳房照射を行うにつき必要な体制が整備されていること。

二の三　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の施設基準等

(1)　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の施設基準

イ　当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師が二名以上配置されており、うち一名以上は放射線治療について相当の経験を有するものであること。
ロ　当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ハ　当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。

(2)　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の対象患者

別表第十一の三に掲げる患者

(3)　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の一回線量増加加算の施設基準

イ　当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が一名以上配置されていること。
ロ　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）による前立腺照射を行うにつき必要な体制が整備されていること。

二の四　画像誘導放射線治療加算の施設基準

(1)　当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師（放射線治療

について、相当の経験を有するものに限る。）が一名以上配置されていること。
(2)　当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(3)　当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
二の五　体外照射呼吸性移動対策加算の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が配置されていること。
(2)　当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(3)　当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
三　定位放射線治療の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が一名以上配置されていること。
(2)　当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(3)　当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
三の二　定位放射線治療呼吸性移動対策加算の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が配置されていること。
(2)　当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(3)　当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
四　粒子線治療の施設基準等
(1)　粒子線治療の施設基準
イ　当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師が二名以上配置されており、うち一名以上は放射線治療について相当の経験を有するものであること。
ロ　当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
ハ　当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
(2)　粒子線治療の注１に規定する患者
別表第十一の四に掲げる患者
五　粒子線治療適応判定加算の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する専従の常勤医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が二名以上配置されていること。
(2)　当該治療の適応判定を行うにつき必要な体制が整備されていること。
六　粒子線治療医学管理加算の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に放射線治療を担当する専従の常勤医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が二名以上配置されていること。
(2)　当該医学管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(3)　当該医学管理を行うにつき必要な機器を有していること。
六の二　ホウ素中性子捕捉療法の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に当該療法を行うにつき必要な医師が配置されていること。
(2)　当該療法を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(3)　当該療法を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
六の三　ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に当該療法の適応判定を行うにつき必要な医師が配置されていること。
(2)　当該療法の適応判定を行うにつき必要な体制が整備されていること。
六の四　ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に当該医学管理を行うにつき必要な医師が配置されていること。
(2)　当該医学管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(3)　当該医学管理を行うにつき必要な機器を有していること。
七　画像誘導密封小線源治療加算の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師（放射線治療について、相当の経験を有するものに限る。）が一名以上配置されていること。
(2)　当該治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
(3)　当該治療を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
第十三の二　歯冠修復及び欠損補綴　（略）
第十四　歯科矯正　（略）
第十四の二　病理診断
一　保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準
(1)　標本の送付側
離島等に所在する保険医療機関その他の保険医療機関であって、病理標本の作製につき十分な体制が整備されていること。
(2)　標本の受取側
次のいずれにも該当するものであること。
イ　病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算に係る届出を行っている施設であること。
ロ　病理診断を行うにつき十分な体制が整備された医療機関であること。
ハ　衛生検査所（臨床検査技師等に関する法律（昭和三十三年法律第七十六号）第二十条の三第一項に規定する衛生検査所をいう。以下同じ。）で作製され、送付された病理標本のうち、同一の者が開設する衛生検査所で作製された病理標本が一定割合以下であること。
二　保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製及び迅速細胞診の施設基準
(1)　送信側
離島等に所在する保険医療機関その他の保険医療機関であって、病理標本の作製を行うにつき十分な体制が整備されていること。
(2)　受信側
当該保険医療機関内に病理診断を担当する常勤の医師又は歯科医師が配置されており、病理診断を行うにつき十分な体制が整備された病院であること。
二の二　病理標本のデジタル病理画像による病理診断の施設基準
(1)　病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算に係る届出を行っている施設であること。
(2)　デジタル病理画像の管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。
三　病理診断管理加算の施設基準
(1)　病理診断管理加算１の施設基準
イ　当該保険医療機関内に病理診断を専ら担当する常勤の医師が一名以上配置されていること。
ロ　病理診断管理を行うにつき十分な体制が整備された保険医療機関であること。
(2)　病理診断管理加算２の施設基準
イ　当該保険医療機関内に病理診断を専ら担当する常勤の医師が二名以上配置されていること。
ロ　病理診断管理を行うにつき十分な体制が整備された病院であること。

三の二　悪性腫瘍病理組織標本加算の施設基準
(1)　当該保険医療機関内に病理診断を専ら担当する医師が一名以上配置されていること。
(2)　病理診断管理を行うにつき十分な体制が整備された保険医療機関であること。
四　口腔病理診断管理加算の施設基準
(1)　口腔病理診断管理加算１の施設基準
イ　当該保険医療機関内に口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が一名以上配置されていること。
ロ　口腔病理診断管理を行うにつき十分な体制が整備された保険医療機関であること。
(2)　口腔病理診断管理加算２の施設基準
イ　当該保険医療機関内に口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師が二名以上配置されていること。
ロ　口腔病理診断管理を行うにつき十分な体制が整備された病院であること。
第十五　調剤　（略）
第十六　介護老人保健施設入所者について算定できない検査等
一　介護老人保健施設入所者について算定できない検査
別表第十二第一号に掲げる検査
二　介護老人保健施設入所者について算定できる内服薬及び外用薬の費用
抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）の費用
ＨＩＦ―ＰＨ阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）の費用
疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用
抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）の費用
三　介護老人保健施設入所者について算定できる注射及び注射薬等の費用
医科点数表区分番号Ｂ００１―２―12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の１のイ又は２のイ
医科点数表第二章第六部注射通則第６号に規定する外来化学療法加算
医科点数表区分番号Ｇ００１に掲げる静脈内注射（保険医療機関の保険医が平成十八年七月一日から令和六年三月三十一日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成十一年厚生省令第四十号）附則第十三条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に赴いて行うもの、医科点数表区分番号Ｂ００１―２―12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の１のイ若しくは２のイ又は医科点数表第二章第六部注射通則第６号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。）
医科点数表区分番号Ｇ００２に掲げる動脈注射（医科点数表区分番号Ｂ００１―２―12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の１のイ若しくは２のイ又は医科点数表第二章第六部注射通則第６号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。）
医科点数表区分番号Ｇ００３に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入（医科点数表区分番号Ｂ００１―２―12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の１のイ又は２のイを算定するものに限る。）
医科点数表区分番号Ｇ００３―３に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（医科点数表区分番号Ｂ００１―２―12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の１のイ又は２のイを算定するものに限る。）
医科点数表区分番号Ｇ００４に掲げる点滴注射（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの、医科点数表区分番号Ｂ００１―２―12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の１のイ若しくは２のイ又は医科点数表第二章第六部注射通則第６号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。）
医科点数表区分番号Ｇ００５に掲げる中心静脈注射（医科点数表区分番号Ｂ００１―２―12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の１のイ若しくは２のイ又は医科点数表第二章第六部注射通則第６号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。）
医科点数表区分番号Ｇ００６に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射（医科点数表区分番号Ｂ００１―２―12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料の１のイ若しくは２のイ又は医科点数表第二章第六部注射通則第６号に規定する外来化学療法加算を算定するものに限る。）
エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）の費用
ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）の費用
エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）の費用
抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）の費用
疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用
インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）の費用
抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能又は効果を有するものに限る。）の費用
血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体の費用
四　介護老人保健施設入所者について算定できないリハビリテーション
別表第十二第二号に掲げるリハビリテーション
五　介護老人保健施設入所者について算定できない処置
別表第十二第三号に掲げる処置
六　介護老人保健施設入所者について算定できない手術
別表第十二第四号に掲げる手術
七　介護老人保健施設入所者について算定できない麻酔
別表第十二第五号に掲げる麻酔
第十七　経過措置
一　令和四年三月三十一日において現にがん患者指導管理料に係る届出を行っている保険医療機関については、同年九月三十日までの間に限り、第三の二の(12へのイの②に該当するものとみなす（入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に係る場合を除く。）。
二　令和四年三月三十一日において現に在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に係る届出を行っている保険医療機関については、同年九月三十日までの間に限り、第三の六の(1)のワ、(2)のヲ若しくは(3)のル又は第四の一の(1)のワ、(2)のワ若しくは(3)のルに該当するものとみなす。
三　第十五の五の二の(1)に係る規定は、令和四年九月三十日までの間に限り、なお従前の例による。

別表第一から別表第十三までを次のように改める。
別表第一　特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患

結核
悪性新生物
甲状腺障害
処置後甲状腺機能低下症
糖尿病
スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害
ムコ脂質症
リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症
リポジストロフィー
ローノア・ベンソード腺脂肪腫症
高血圧性疾患
虚血性心疾患
不整脈
心不全
脳血管疾患
一過性脳虚血発作及び関連症候群
単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎
詳細不明の慢性気管支炎
その他の慢性閉塞性肺疾患
肺気腫
喘息
喘息発作重積状態
気管支拡張症
胃潰瘍
十二指腸潰瘍
胃炎及び十二指腸炎
肝疾患（経過が慢性なものに限る。）
慢性ウイルス肝炎
アルコール性慢性膵炎
その他の慢性膵炎
思春期早発症
性染色体異常

別表第二　特定疾患治療管理料に規定する疾患等

一　特定薬剤治療管理料１の対象患者

(1)　テオフィリン製剤を投与している患者
(2)　不整脈用剤を投与している患者
(3)　ハロペリドール製剤又はブロムペリドール製剤を投与している患者
(4)　リチウム製剤を投与している患者
(5)　免疫抑制剤を投与している患者
(6)　サリチル酸系製剤を投与している若年性関節リウマチ、リウマチ熱又は関節リウマチの患者
(7)　メトトレキサートを投与している悪性腫瘍の患者
(8)　アミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質又はトリアゾール系抗真菌剤を投与している入院中の患者
(9)　イマチニブを投与している患者
(10)　シロリムス製剤を投与している患者
(11)　スニチニブを投与している患者
(12)　治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している患者
(13)　(1)から(12)までに掲げる患者に準ずるもの

二　小児特定疾患カウンセリング料の対象患者

十八歳未満の気分障害、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体的要因に関連した行動症候群、心理的発達の障害又は小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害の患者

三　削除

四　皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ）の対象疾患

天疱瘡
類天疱瘡
エリテマトーデス（紅斑性狼瘡）
紅皮症
尋常性乾癬
掌蹠膿疱症
先天性魚鱗癬
類乾癬
偏平苔癬
結節性痒疹その他の痒疹（慢性型で経過が一年以上のものに限る。）

五　皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）の対象疾患

帯状疱疹
じんま疹
アトピー性皮膚炎（十六歳以上の患者が罹患している場合に限る。）
尋常性白斑
円形脱毛症
脂漏性皮膚炎

別表第三　特定機能病院入院基本料の栄養情報提供加算、外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料に規定する特別食

腎臓食
肝臓食
糖尿食
胃潰瘍食
貧血食
膵臓食
脂質異常症食
痛風食
てんかん食
フェニールケトン尿症食
楓糖尿症食
ホモシスチン尿症食
尿素サイクル異常症食

メチルマロン酸血症食
プロピオン酸血症食
極長鎖アシル―ＣｏＡ脱水素酵素欠損症食
糖原病食
ガラクトース血症食
治療乳
無菌食
小児食物アレルギー食（特定機能病院入院基本料の栄養情報提供加算、外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料に限る。）
特別な場合の検査食（単なる流動食及び軟食を除く。）

別表第三の一の二　療養・就労両立支援指導料の注１に規定する疾患
悪性新生物
脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患
肝疾患（経過が慢性なものに限る。）
心疾患
糖尿病
若年性認知症
難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病（同法第七条第四項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第一項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）その他これに準ずる疾患

別表第三の一の三　退院時共同指導料１及び退院時共同指導料２を二回算定できる疾病等の患者並びに頻回訪問加算に規定する状態等にある患者
一　末期の悪性腫瘍の患者（在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く。）
二　(1)であって、(2)又は(3)の状態である患者
(1)　在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍等患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
(2)　ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態
(3)　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
三　在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの

別表第三の二　ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)に規定する状態等である患者
一　妊婦であって次に掲げる状態にあるもの
妊娠二十二週から三十二週未満の早産の患者
妊娠高血圧症候群重症の患者
前置胎盤（妊娠二十八週以降で出血等の病状を伴うものに限る。）の患者
妊娠三十週未満の切迫早産（子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの兆候を示すもの等に限る。）の患者
多胎妊娠の患者
子宮内胎児発育遅延の患者
心疾患（治療中のものに限る。）の患者
糖尿病（治療中のものに限る。）の患者
甲状腺疾患（治療中のものに限る。）の患者
腎疾患（治療中のものに限る。）の患者
膠原病（治療中のものに限る。）の患者
特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者
白血病（治療中のものに限る。）の患者
血友病（治療中のものに限る。）の患者
出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者
ＨＩＶ陽性の患者
Ｒｈ不適合の患者
当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行うことを予定している患者
精神疾患の患者（精神療法が実施されているものに限る。）
二　妊産婦であって次に掲げる状態にあるもの
妊娠二十二週から三十二週未満の早産の患者
四十歳以上の初産婦の患者
分娩前のＢＭＩが三十五以上の初産婦の患者
妊娠高血圧症候群重症の患者
常位胎盤早期剥離の患者
前置胎盤（妊娠二十八週以降で出血等の病状を伴うものに限る。）の患者
双胎間輸血症候群の患者
多胎妊娠の患者
子宮内胎児発育遅延の患者
心疾患（治療中のものに限る。）の患者
糖尿病（治療中のものに限る。）の患者
特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者
白血病（治療中のものに限る。）の患者
血友病（治療中のものに限る。）の患者
出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者
ＨＩＶ陽性の患者
当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行うことを予定している患者
精神疾患の患者（精神療法が実施されているものに限る。）

別表第三の三　薬剤管理指導料の対象患者並びに服薬管理指導料及びかかりつけ薬剤師指導料に規定する医薬品
抗悪性腫瘍剤
免疫抑制剤
不整脈用剤
抗てんかん剤
血液凝固阻止剤（内服薬に限る。）
ジギタリス製剤
テオフィリン製剤
カリウム製剤（注射薬に限る。）
精神神経用剤
糖尿病用剤
膵臓ホルモン剤

抗ＨＩＶ薬

別表第四　歯科特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方箋料に規定する疾患

口腔領域の悪性新生物（エナメル上皮腫を含む。）

顎・口腔の先天異常

舌痛症（心因性によるものを含む。）

口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る。）

口腔領域のシェーグレン症候群

尋常性天疱瘡又は類天疱瘡

口腔乾燥症（放射線治療又は化学療法を原因とするものに限る。）

睡眠時無呼吸症候群（口腔内装置治療を要するものに限る。）

骨吸収抑制薬関連顎骨壊死（骨露出を伴うものに限る。）又は放射線性顎骨壊死

三叉神経ニューロパチー

別表第五及び第六　削除

別表第七　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）並びに在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する疾病等

末期の悪性腫瘍

多発性硬化症

重症筋無力症

スモン

筋萎縮性側索硬化症

脊髄小脳変性症

ハンチントン病

進行性筋ジストロフィー症

パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））

多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）

プリオン病

亜急性硬化性全脳炎

ライソゾーム病

副腎白質ジストロフィー

脊髄性筋萎縮症

球脊髄性筋萎縮症

慢性炎症性脱髄性多発神経炎

後天性免疫不全症候群

頚髄損傷

人工呼吸器を使用している状態

別表第八　退院時共同指導料１の注２に規定する特別な管理を要する状態等にある患者並びに退院後訪問指導料、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に規定する状態等にある患者

一　在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

二　在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続腸圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者

三　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者

四　真皮を越える褥瘡の状態にある者

五　在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

別表第八の二　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

一　次に掲げる疾患に罹患している患者

末期の悪性腫瘍

スモン

難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病

後天性免疫不全症候群

脊髄損傷

真皮を越える褥瘡

二　次に掲げる状態の患者

在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態

在宅血液透析を行っている状態

在宅酸素療法を行っている状態

在宅中心静脈栄養法を行っている状態

在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態

在宅自己導尿を行っている状態

在宅人工呼吸を行っている状態

植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態

肺高血圧症であって、プロスタグランジン Ｉ２製剤を投与されている状態

気管切開を行っている状態

気管カニューレを使用している状態

ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態

人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

別表第八の三　在宅時医学総合管理料の注10（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

要介護二以上の状態又はこれに準ずる状態

日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さのために、介護を必要とする認知症の状態

頻回の訪問看護を受けている状態

訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態

介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態

その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態

別表第八の四　在宅時医学総合管理料の注11及び施設入居時等医学総合管理料の注４に規定する別に厚生労働大臣が定める状態の患者

別表第八の二に掲げる状態

要介護二以上の状態又はこれに準ずる状態
訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態
介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態
がんの治療を受けている状態
精神疾患以外の疾患の治療のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態

別表第九　在宅自己注射指導管理料、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算及び注入器用注射針加算に規定する注射薬
インスリン製剤
性腺刺激ホルモン製剤
ヒト成長ホルモン剤
遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤
遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤
遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤
乾燥濃縮人血液凝固第Ｘ因子加活性化第Ⅶ因子製剤
乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤
乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤
顆粒球コロニー形成刺激因子製剤
性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤
ソマトスタチンアナログ
ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体
グルカゴン製剤
グルカゴン様ペプチド―１受容体アゴニスト
ヒトソマトメジンＣ製剤
インターフェロンアルファ製剤
インターフェロンベータ製剤
エタネルセプト製剤
ペグビソマント製剤
スマトリプタン製剤
グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・Ｌ―システイン塩酸塩配合剤
アダリムマブ製剤
テリパラチド製剤
アドレナリン製剤
ヘパリンカルシウム製剤
アポモルヒネ塩酸塩製剤
セルトリズマブペゴル製剤
トシリズマブ製剤
メトレレプチン製剤
アバタセプト製剤
ｐＨ４処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤
アスホターゼ　アルファ製剤
グラチラマー酢酸塩製剤
セクキヌマブ製剤
エボロクマブ製剤
ブロダルマブ製剤
アリロクマブ製剤
ベリムマブ製剤
イキセキズマブ製剤
ゴリムマブ製剤
エミシズマブ製剤
イカチバント製剤
サリルマブ製剤
デュピルマブ製剤
インスリン・グルカゴン様ペプチド―１受容体アゴニスト配合剤
ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤
遺伝子組換えヒトvon　Willebrand因子製剤
ブロスマブ製剤
メポリズマブ製剤
オマリズマブ製剤
テデュグルチド製剤
サトラリズマブ製剤

別表第九の一の二　在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料に規定する疾患
表皮水疱症
水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症

別表第九の一の三　注入器加算に規定する注射薬
別表第九に規定する注射薬のうち、ｐＨ４処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤以外のもの

別表第九の一の四　経腸投薬用ポンプ加算に規定する内服薬
レボドパ・カルビドパ水和物製剤

別表第九の一の五　注入ポンプ加算に規定する注射薬
ｐＨ４処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤

別表第九の二　検体検査実施料に規定する検体検査
一　医科点数表区分番号Ｄ０００に掲げる尿中一般物質定性半定量検査
二　医科点数表区分番号Ｄ００２に掲げる尿沈渣（鏡検法）
三　医科点数表区分番号Ｄ００３に掲げる糞便検査のうち次のもの
糞便中ヘモグロビン
四　医科点数表区分番号Ｄ００５に掲げる血液形態・機能検査のうち次のもの
赤血球沈降速度（ＥＳＲ）
末梢血液一般検査
ヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）
五　医科点数表区分番号Ｄ００６に掲げる出血・凝固検査のうち次のもの
プロトロンビン時間（ＰＴ）
フィブリン・フィブリノゲン分解産物（ＦＤＰ）定性
フィブリン・フィブリノゲン分解産物（ＦＤＰ）半定量
フィブリン・フィブリノゲン分解産物（ＦＤＰ）定量

Ｄダイマー
六　医科点数表区分番号Ｄ００７に掲げる血液化学検査のうち次のもの
総ビリルビン
総蛋白
アルブミン（ＢＣＰ改良法・ＢＣＧ法）
尿素窒素
クレアチニン
尿酸
アルカリホスファターゼ（ＡＬＰ）
コリンエステラーゼ（ＣｈＥ）
γ―グルタミルトランスフェラーゼ（γ―ＧＴ）
中性脂肪
ナトリウム及びクロール
カリウム
カルシウム
グルコース
乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）
クレアチンキナーゼ（ＣＫ）
ＨＤＬ―コレステロール
総コレステロール
アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）
アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）
ＬＤＬ―コレステロール
グリコアルブミン
七　医科点数表区分番号Ｄ００８に掲げる内分泌学的検査のうち次のもの
甲状腺刺激ホルモン（ＴＳＨ）
遊離サイロキシン（FT_4）
遊離トリヨードサイロニン（FT_3）
八　医科点数表区分番号Ｄ００９に掲げる腫瘍マーカーのうち次のもの
癌胎児性抗原（ＣＥＡ）
α―フェトプロテイン（ＡＦＰ）
前立腺特異抗原（ＰＳＡ）
ＣＡ19―９
九　医科点数表区分番号Ｄ０１５に掲げる血漿蛋白免疫学的検査のうち次のもの
Ｃ反応性蛋白（ＣＲＰ）
十　医科点数表区分番号Ｄ０１７に掲げる排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査のうち次のもの
その他のもの

別表第九の二の二　中心静脈注射用カテーテル挿入の注３に規定する患者
三歳未満の乳幼児であって次の疾患である者
先天性小腸閉鎖症
鎖肛
ヒルシュスプルング病
短腸症候群

別表第九の三　医科点数表第二章第七部リハビリテーション通則第４号に規定する患者
回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
脳血管疾患等の患者のうち発症後六十日以内のもの
入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的として心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）を算定するもの

別表第九の四　心大血管疾患リハビリテーション料の対象患者
一　急性心筋梗塞、狭心症発作その他の急性発症した心大血管疾患又はその手術後の患者
二　慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者

別表第九の五　脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者
一　脳梗塞、脳出血、くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者
二　脳腫瘍、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者
三　多発性神経炎、多発性硬化症、末梢神経障害その他の神経疾患の患者
四　パーキンソン病、脊髄小脳変性症その他の慢性の神経筋疾患の患者
五　失語症、失認及び失行症並びに高次脳機能障害の患者
六　難聴や人工内耳植込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者
七　顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者
八　舌悪性腫瘍等の手術による構音障害を有する患者
九　リハビリテーションを要する状態の患者であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの（心大血管疾患リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、障害児（者）リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料の対象患者に該当するものを除く。）

別表第九の六　運動器リハビリテーション料の対象患者
一　上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺その他の急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者
二　関節の変性疾患、関節の炎症性疾患その他の慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能及び日常生活能力の低下を来している患者

別表第九の七　呼吸器リハビリテーション料の対象患者
一　肺炎、無気肺、その他の急性発症した呼吸器疾患の患者
二　肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者
三　慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）、気管支喘息その他の慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者
四　食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者

別表第九の八　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する算定日数の上限の除外対象患者
一　失語症、失認及び失行症の患者

高次脳機能障害の患者
重度の頸髄損傷の患者
頭部外傷及び多部位外傷の患者
慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）の患者
心筋梗塞の患者
狭心症の患者
軸索断裂の状態にある末梢神経損傷（発症後一年以内のものに限る。）の患者
外傷性の肩関節腱板損傷（受傷後百八十日以内のものに限る。）の患者
回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
回復期リハビリテーション病棟又は特定機能病院リハビリテーション病棟において在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定した患者であって、当該病棟を退棟した日から起算して三月以内の患者（保険医療機関に入院中の患者、介護老人保健施設又は介護医療院に入所する患者を除く。）
難病患者リハビリテーション料に規定する患者（先天性又は進行性の神経・筋疾患の者を除く。）
障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者（加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者に限る。）
その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者又は廃用症候群リハビリテーション料に規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの

二　先天性又は進行性の神経・筋疾患の患者
障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者（加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。）

別表第九の九　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に規定する別に厚生労働大臣が定める場合

一　別表第九の八第一号に規定する患者については、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合

二　別表第九の八第二号に規定する患者については、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合

別表第十　難病患者リハビリテーション料に規定する疾患
ベーチェット病
多発性硬化症
重症筋無力症
全身性エリテマトーデス
スモン
筋萎縮性側索硬化症
強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎
結節性動脈周囲炎
ビュルガー病
脊髄小脳変性症
悪性関節リウマチ
パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病）
アミロイドーシス
後縦靭帯骨化症
ハンチントン病
モヤモヤ病（ウィリス動脈輪閉塞症）
ウェゲナー肉芽腫症
多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）
広範脊柱管狭窄症
特発性大腿骨頭壊死症
混合性結合組織病
プリオン病
ギラン・バレー症候群
黄色靭帯骨化症
シェーグレン症候群
成人発症スチル病
関節リウマチ
亜急性硬化性全脳炎
ライソゾーム病
副腎白質ジストロフィー
脊髄性筋萎縮症
球脊髄性筋萎縮症
慢性炎症性脱髄性多発神経炎

別表第十の二　障害児（者）リハビリテーション料の対象患者
脳性麻痺の患者
胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者
顎・口腔の先天異常の患者
先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者
先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者
先天性又は進行性の神経筋疾患の患者
神経障害による麻痺及び後遺症の患者
言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者

別表第十の二の二　がん患者リハビリテーション料の対象患者

一　がん患者であって、がんの治療のために入院している間に手術、化学療法（骨髄抑制が見込まれるものに限る。）、放射線治療若しくは造血幹細胞移植が行われる予定のもの又は行われたもの

二　緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状の増悪により入院している間に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの

別表第十の二の三　集団コミュニケーション療法料の対象患者
別表第九の五若しくは別表第十の二に掲げる患者又は廃用症候群リハビリテーション料に規定する患者であって、言語・聴覚機能の障害を有するもの

別表第十の二の四　通院・在宅精神療法の注６及び精神科継続外来支援・指導料の注５に規定する別に厚生労働大臣が定める要件
次に掲げる要件をいずれも満たすこと。

一　当該保険医療機関における三種類以上の抗うつ薬及び三種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が低いこと。
二　当該患者に対し、適切な説明及び医学管理が行われていること。
三　当該処方が臨時の投薬等のもの又は患者の病状等によりやむを得ないものであること。

別表第十の三　人工腎臓に規定する薬剤
エリスロポエチン
ダルベポエチン
エポエチンベータペゴル
ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤

別表第十一
一　歯科点数表第二章第八部処置に規定する特定薬剤
オルテクサー口腔用
歯科用（口腔用）アフタゾロン
テラ・コートリル軟膏
デキサメタゾン口腔用
二　歯科点数表第二章第九部手術に規定する特定薬剤
オルテクサー口腔用
アクリノール
歯科用（口腔用）アフタゾロン
テラ・コートリル軟膏
デキサメタゾン口腔用
生理食塩水

別表第十一の二　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔に規定する麻酔が困難な患者
心不全の患者
冠動脈疾患の患者
弁膜症の患者
不整脈の患者
先天性心疾患の患者
肺動脈性肺高血圧症の患者
呼吸不全の患者
呼吸器疾患の患者
糖尿病の患者
腎不全の患者
肝不全の患者
血球減少の患者
血液凝固異常の患者
出血傾向のある患者
敗血症の患者
神経障害の患者
ＢＭＩが三十五以上の患者

別表第十一の三　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の対象患者
限局性の固形悪性腫瘍の患者

別表第十一の四　粒子線治療の注１に規定する対象患者
小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）の患者
手術による根治的な治療が困難な骨軟部腫瘍の患者
頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）の患者
手術による根治的な治療が困難な肝細胞癌（長径四センチメートル以上のものに限る。）の患者
手術による根治的な治療が困難な肝内胆管癌の患者
手術による根治的な治療が困難な局所進行性膵癌の患者
手術による根治的な治療が困難な局所大腸癌（手術後に再発したものに限る。）の患者
手術による根治的な治療が困難な局所進行性子宮頸部腺癌の患者
限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）の患者

別表第十二　介護老人保健施設入所者について算定できない検査、リハビリテーション、処置、手術及び麻酔
一　算定できない検査
(1)　検体検査（医科点数表区分番号Ｄ００７の36に掲げる血液ガス分析及び当該検査に係る医科点数表区分番号Ｄ０２６の４に掲げる生化学的検査(Ⅰ)判断料並びに医科点数表区分番号Ｄ４１９の３に掲げる動脈血採取であって、保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）
(2)　呼吸循環機能検査等のうち医科点数表区分番号Ｄ２０８に掲げる心電図検査及び医科点数表区分番号Ｄ２０９に掲げる負荷心電図検査（心電図検査の注に掲げるもの又は負荷心電図検査の注１に掲げるものであって、保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行う診療に係るものを除く。）
(3)　負荷試験等のうち肝及び腎のクリアランステスト、内分泌負荷試験及び糖負荷試験
(4)　(1)から(3)までに掲げる検査に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な検査
二　算定できないリハビリテーション
(1)　脳血管疾患等リハビリテーション
(2)　廃用症候群リハビリテーション
(3)　運動器リハビリテーション
(4)　摂食機能療法
(5)　視能訓練
(6)　(1)から(5)までに掲げるリハビリテーションに最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊なリハビリテーション
三　算定できない処置
(1)　一般処置のうち次に掲げるもの
イ　創傷処置（六千平方センチメートル以上のもの（褥瘡に係るものを除く。）を除く。）
ロ　手術後の創傷処置
ハ　ドレーン法（ドレナージ）
ニ　腰椎穿刺
ホ　胸腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）
ヘ　腹腔穿刺（洗浄、注入及び排液を含む。）（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）
ト　喀痰吸引

チ　高位浣腸、高圧浣腸、洗腸
リ　摘便
ヌ　酸素吸入
ル　酸素テント
ヲ　間歇的陽圧吸入法
ワ　肛門拡張法（徒手又はブジーによるもの）
カ　非還納性ヘルニア徒手整復法（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）
ヨ　痔核嵌頓整復法（脱肛を含む。）

(2)　救急処置のうち次に掲げるもの
イ　救命のための気管内挿管
ロ　人工呼吸
ハ　非開胸的心マッサージ
ニ　気管内洗浄
ホ　胃洗浄

(3)　泌尿器科処置のうち次に掲げるもの
イ　膀胱洗浄（薬液注入を含む。）
ロ　留置カテーテル設置
ハ　嵌頓包茎整復法（陰茎絞扼等）

(4)　整形外科的処置（鋼線等による直達牽引を除く。）

(5)　栄養処置のうち次に掲げるもの
イ　鼻腔栄養
ロ　滋養浣腸

(6)　(1)から(5)までに掲げる処置に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な処置

四　算定できない手術

(1)　創傷処理（長径五センチメートル以上で筋肉、臓器に達するもの及び保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）

(2)　皮膚切開術（長径二十センチメートル未満のものに限る。）

(3)　デブリードマン（百平方センチメートル未満のものに限る。）

(4)　爪甲除去術

(5)　ひょう疽手術

(6)　外耳道異物除去術（複雑なものを除く。）

(7)　咽頭異物摘出術（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものであって、複雑なものを除く。）

(8)　顎関節脱臼非観血的整復術（保険医療機関の保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うものを除く。）

(9)　血管露出術

(10)　(1)から(9)までに掲げる手術に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な手術

五　算定できない麻酔

(1)　静脈麻酔

(2)　神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入

(3)　(1)及び(2)に掲げる麻酔に最も近似するものとして医科点数表により点数の算定される特殊な麻酔

別表第十三　リテイナー、広範囲顎骨支持型補綴及び広範囲顎骨支持型補綴物修理に規定する特定保険医療材料

一　リテイナー（広範囲顎骨支持型補綴（ブリッジ形態のもの）の場合に限る。）に規定する特定保険医療材料
スクリュー
アバットメント
シリンダー

二　広範囲顎骨支持型補綴及び広範囲顎骨支持型補綴物修理に規定する特定保険医療材料
スクリュー
アバットメント
アタッチメント
シリンダー

保医発●第●号
令和４年３月●日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）長　　殿
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
　後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長
（公　印　省　略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公　印　省　略）

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和４年厚生労働省告示第54号）の告示に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和４年厚生労働省告示第56号）が告示され、令和４年４月１日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関及び保険薬局からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「特掲診療料の施設基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（令和２年３月５日保医発0305第３号）は、令和４年３月31日限り廃止する。

記

第１　特掲診療料の施設基準等

１　特掲診療料の施設基準等は、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）に定めるものの他、別添１のとおりとすること。

２　別添１に定める施設基準を歯科診療について適用する場合にあっては、必要に応じ、当該基準

中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとすること。

３　特掲診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせて標榜する場合も含むものであること。

４　特掲診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成３年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第２条第１号に規定する育児休業、同条第２号に規定する介護休業又は育児・介護休業法第23条第２項に規定する育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは育児・介護休業法第24条第１項の規定により同項第２号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。

また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第１項若しくは第３項又は第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、週30時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

第２　届出に関する手続き

１　「特掲診療料の施設基準等」に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位又は当該保険薬局単位で行うものであること。

２　「特掲診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行おうとする保険医療機関又は保険薬局の開設者は、当該保険医療機関又は保険薬局の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添２の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を１通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。

３　届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「特掲診療料の施設基準等」及び本通知に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として２週間以内を標準とし、遅くとも概ね１か月以内（提出者の補正に要する期間を除く。）とするものであること。

４　届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

（１）　開放型病院の施設基準

届出前30日間の実績を有していること。

（２）　中枢神経磁気刺激による誘発筋電図、光トポグラフィー、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影、コンピューター断層撮影、磁気共鳴コンピューター断層撮影に係る施設共同利用率、輸血管理料に係る新鮮凍結血漿・赤血球濃厚液割合等及び保険医療機関間の連携による病理診断に係る病理標本割合

ア　１月から 12 月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年の３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ　アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前６月の実績を有していれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものである。

ウ　既に施設基準の要件を満たし所定点数を算定している場合であって、当該基準に係る機器を増設する場合にあっては、実績期間を要しないものとする。この場合において、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日までは、当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。

エ　イ又はウに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年 12 月の末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年の３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

新規届出の場合

例１：８月１日から算定を開始した場合

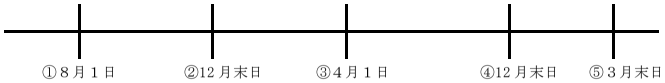
・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断

　・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可

　・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例２：２月１日から算定を開始した場合

・翌年の３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断

　・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可

　・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



（３）　在宅腫瘍治療電場療法指導管理料、長期脳波ビデオ同時記録検査１、光トポグラフィー、終夜睡眠ポリグラフィー（１及び２以外の場合）（安全精度管理下で行うもの）、筋電図検査（単線維筋電図（一連につき））、緊急整復固定加算及び緊急挿入加算、骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術）、脳腫瘍覚醒下マッピング加算、癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）、角膜移植術（内皮移植による角膜移植を実施した場合）、網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）、経外耳道的内視鏡下鼓室形成術、植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術、植込型骨導補聴器交換術、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）、鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）、乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除及び肺葉切除又は１肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）、生体部分肺移植術、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下弁形成術、胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下弁置換術、経カテーテル弁置換術、経皮的僧帽弁クリップ術、胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術、不整脈手術（左心耳閉鎖術）（胸腔鏡下によるもの及び経カテーテル的手術によるもの）、磁気ナビゲーション加算、経皮的中隔心筋焼灼術、ペースメーカー移植術（リードレスペースメーカーの場合）、両心室ペースメーカー移植術（心筋電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（心筋電極の場合）、両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（経静脈電極の場合）、植込型除細動器移植術（心筋リードを用いるもの）及び植込型除細動器交換術（心筋リードを用いるもの）、植込型除細動器移植術（経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの）及び植込型除細動器交換術（その他のもの）、経静脈電極抜去術、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（心筋電極の場合）、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（経静脈電極の場合）、経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）、補助人工心臓、小児補助人工心臓、植込型補助人工心臓（非拍動流型）、内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術、腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）、腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））、腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））、腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））、腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術

（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））、腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））、腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））、腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）、腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）、腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）、移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）、生体部分肝移植術、腹腔鏡下膵腫瘍摘出術、腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術、腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、同種死体膵島移植術、生体部分小腸移植術、早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術、腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術、低位前方切除術及び切断術に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）、（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法、腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、生体腎移植術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下仙骨膣固定術、腹腔鏡下仙骨膣固定術（内視鏡手術用支援機器を用いた場合）、腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術、高エネルギー放射線治療、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、腎代替療法指導管理料並びに導入期加算１、２及び３に係る年間実施件数

ア　１月から 12 月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ　アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前６月以内の実施件数が、要件とされる年間実施件数の半数以上であれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。ただし、建物の工事等に伴いやむを得ず当該治療を実施できなくなり、施設基準に適合しなくなった後、再度届出を行う場合には、新規届出として取り扱うものとする。

ウ　イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年 12 月末日までの実施件数をもって施設基準の適合性を判断し（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を 12 で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

エ　医科点数表第２章第 10 部第１節手術料に掲げる手術のうち、通則 18 に掲げる内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合にも算定できることとされているものにおける実施件数は、別に規定する場合を除き、内視鏡又は内視鏡手術用支援機器による実施件数を合算して施設基準の適合性を判断するものとする。

新規届出の場合

例１：８月１日から算定を開始した場合

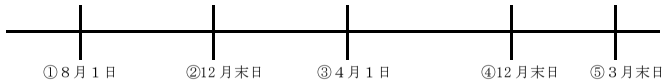
・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を 12 で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）

　・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可

　・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例２：２月１日から算定を開始した場合

・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により実施件数に係る基準の適合性を判断（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を 12 で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）

　・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可

　・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



（４）　コンタクトレンズ検査料１から３までに係る検査割合及び院内交付割合

ア　１月から 12 月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ　アにかかわらず、新規に届出をする場合は、届出前６月の実績（当該保険医療機関の新規開設又は眼科学的検査を実施する診療科を新規開設する場合であって、当該新規開設後

６月以内に届け出る場合は、届出前３月の実績）をもって施設基準の適合性を判断し、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規に届出をする場合には該当しないものであること。

ウ　イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年 12 月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断（コンタクトレンズ検査料を算定した患者数については、施設基準に規定する年間患者数を 12 で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数をもって判断する。なお、エに該当する場合においても同様の取扱いとする。）し、当該要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

エ　アにかかわらず、コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査）を実施した患者の診療報酬明細書の件数が、届出時の実績が１月当たり平均 500 件を超える保険医療機関にあっては、１月から６月までの６か月間の実績（イに該当し、かつ、６月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年６月末日までの実績）をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、同年の 10 月１日から翌年３月末日まで所定点数を算定できるものとし、７月から 12 月までの６か月間の実績（イに該当し、かつ、12 月までに所定点数の算定を開始した場合は、ウにかかわらず、所定点数の算定を開始した月の初日から同年 12 月末日までの実績）をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から９月末日まで所定点数を算定できるものとする。

オ　コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズ装用のための眼科学的検査及びコンタクトレンズの既装用者に対する眼科学的検査）に係る患者数の割合が、暦月１月間で 33％（又は 44％）を超えた場合又は 30％（又は 40％）以上 33％（又は 44％）未満の場合が暦月で３か月を超えた場合は、遅滞なく変更の届出を行うものとする。

新規届出の場合

例１：８月１日から算定を開始した場合

・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により適合性を判断

・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可

・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例２：２月１日から算定を開始した場合

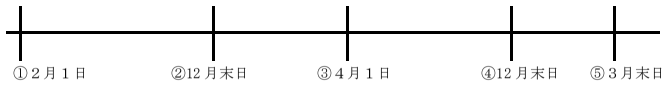
・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により適合性を判断

・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可

・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



（５）　後発医薬品調剤体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算の施設基準

届出前３月間の実績を有していること。

（６）　高度腎機能障害患者指導加算に係る施設基準

ア　新規に届出をする場合は、届出のあった月の４月前までの３か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、別添１第４の６（９）のアの他の要件に該当するもののうち、イに該当するものの割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たす場合には、当該月の翌月から２か月間に限り所定点数を算定できる。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から起算して３か月間に限り所定点数を算定することができる。

イ　継続して所定点数を算定しようとする場合は、その月の４月前までの３か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、別添１第４の６（９）のアの他の要件に該当するもののうち、イに該当するものの割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、当該月の１日から起算して３か月間に限り所定点数を算定することができる。

（７）　処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１に係る年間実施日数

ア　緊急入院患者及び全身麻酔による手術の患者の実績数

１月から 12 月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びイを含む他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ　全ての診療科における予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日に当直等を行っている者がある日数

（イ）　１月から 12 月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

（ロ）　（イ）にかかわらず、新規届出の場合は実績期間を要しない。なお、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定

点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。

（ハ）　（ロ）に該当する場合は、所定点数の算定を開始した月の初日から同年 12 月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し（実施日数が、施設基準に規定する年間実施日数を 12 で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以下であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

例：イの（ハ）による届出の場合

８月１日から新規に算定を開始した場合

・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により実施日数に係る基準の適合性を判断（実施日数が、各施設基準に規定する年間実施日数を 12 で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以下であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）

・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可

・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



例２：２月１日から新規に算定を開始した場合

・翌年３月末（③の前日）までは算定可

・①～②までの実績により適合性を判断

・　施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可

・　施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可

・⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



（８）　手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１に係る年間実施日数

手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１については、（９）　処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の例による。

（９）　人工腎臓（慢性維持透析を行った場合１及び２に限る。）に係る透析用監視装置一台あたりのＪ０３８人工腎臓を算定した患者数の割合

ア　１月から 12 月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年の３月末まで所定点数を算定できるものとする。

イ　アにかかわらず、新規に届出をする場合は、届出前 12 月の実績（届出前 12 月の実績がない場合は届出前３月の実績）をもって施設基準の適合性を判断し、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から所定点数を算定することができるものとする。

ウ　イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の翌月初日から同年 12 月末までの実績をもって施設基準の適合性を判断（透析用監視装置一台あたりのＪ０３８人工腎臓を算定した患者数については、施設基準に規定する透析用監視装置の台数及びＪ０３８人工腎臓を算定した患者数の各月の合計を月数で除して得た値を用いて求める。）し、当該要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年の３月末まで所定点数を算定できるものとする。

エ　アにかかわらず、届出前 12 月の実績をもって施設基準の適合性を判断し、適合する施設基準に変更が生じた場合は、変更の届出を行うことができるものとする。

新規届出の場合

例１：７月 10 日から算定を開始した場合

・①から②までの実績により適合性を判断

・施設基準に適合している場合は、①から④までの期間算定可

・④の翌日以降の期間の施設基準の適合性は、①から③までの期間における実績により適合性を判断

・施設基準に適合している場合は、④の翌日から⑤までの期間算定可



例２：１月 10 日から算定を開始した場合

・①から②までの実績により適合性を判断

・施設基準に適合している場合は、①から④までの期間算定可

・④の翌日以降の期間の施設基準の適合性は、①から③までの期間における実績により適合性を判断

・施設基準に適合している場合は、④の翌日から⑤までの期間算定可



（10） 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術）及び胃瘻造設時嚥下機能評価加算に係る年間実施件数

ア 胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術及び腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）を実施した症例数

１月から 12 月までの１年間の患者数をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びその他の要件を満たしている場合は、翌年４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ 経口摂取回復率

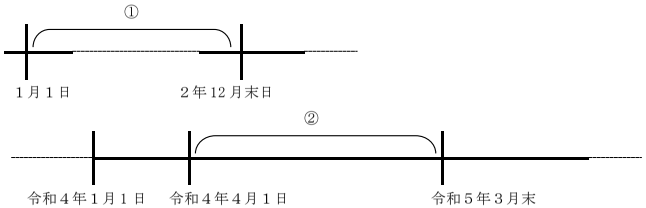
（イ） １月から 12 月までの１年間に別添１の第 79 の３の１の（２）のイの①の（ア）又は（イ）のいずれかに該当することとなった患者（以下「鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等」という。）のうち、１年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及びアを含む他の要件を満たしている場合は、翌々年４月１日から翌々々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

（ロ） 胃瘻造設術等に係る新規に届出をする場合は、(イ)にかかわらず、４月から６月（直近２年以内）までの３か月間に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等のうち、１年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及びアを含む他の要件と合わせて、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は新規に届出をする場合には該当しないものであること。

（ハ） (ロ)に該当する場合であって、継続して所定点数を算定しようとする場合は、(イ)に規定するところによる他、所定点数の算定を開始した年の１月から 12 月までの１年間に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等のうち、１年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及びアを含む他の要件を満たしている場合は、翌年４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

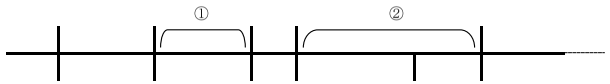
例１：イ（イ）による届出の場合

・令和２年１月１日から 12 月末日までの期間（下図①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は令和４年４月１日から令和５年３月 31 日まで（②）算定可



例２：イ（ロ）による新規届出の場合

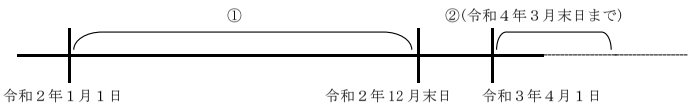
・令和４年４月１日から６月末日までの期間（①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は、算定開始月から令和５年３月末日まで（②）算定可



※算定開始が令和４年１月以降である場合は、令和５年３月末日まで算定可

例３：イ（ハ）による届出の場合

・令和４年１月１日から 12 月末日までの期間（①）に鼻腔栄養を導入した患者又は胃瘻を造設した患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は令和５年４月１日から令和６年３月末日まで（②）算定可



（11） 摂食嚥下機能回復体制加算に係る施設基準

ア 摂食嚥下回復体制加算１に係る経口摂取回復率

（イ） １月から 12 月までの１年間に別添１の第 45 の２の１の（４）のア又はイのいずれかに該当することとなった患者（以下「鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を実施している患者等」という。）のうち、１年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌々年４月１日から翌々々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

（ロ） 新規に届出をする場合は、(イ)にかかわらず、４月から６月（直近２年以内）までの３か月間に鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を実施している患者等のうち、１年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患

者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及び他の要件と合わせて、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は新規に届出をする場合には該当しないものであること。

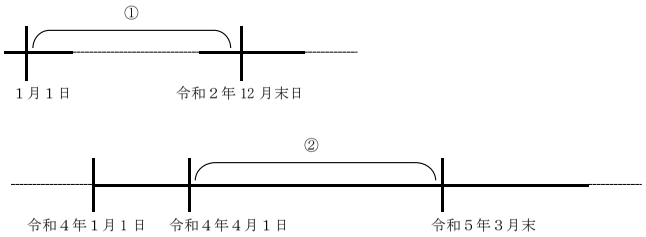
（ハ）（ロ）に該当する場合であって、継続して所定点数を算定しようとする場合は、（イ）に規定するところによる他、所定点数の算定を開始した年の１月から 12 月までの１年間に鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を実施している患者等のうち、１年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態に回復した患者の割合をもって施設基準の適合性を判断することができるものとし、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ　摂食嚥下回復体制加算３に係る患者数

１月から 12 月までの１年間の患者数をもって別添１の第 45 の２の３の（３）の施設基準の適合性を判断し、当該要件及びその他の要件を満たしている場合は、翌年４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

例１：ア（イ）による届出の場合

・令和２年１月１日から 12 月末日までの期間（下図①）に鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を実施している患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は令和４年４月１日から令和５年３月 31 日まで（②）算定可



例２：ア（ロ）による新規届出の場合

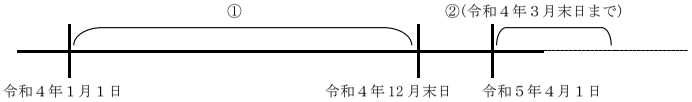
・令和４年４月１日から６月末日までの期間（①）に鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を実施している患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は、算定開始月から令和５年３月末日まで（②）算定可



※算定開始が令和４年１月以降である場合は、令和５年３月末日まで算定可

例３：ア（ハ）による届出の場合

・令和４年１月１日から 12 月末日までの期間（①）に鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を実施している患者等にかかる回復の割合をもって適合性を判断し、適合している場合は令和５年４月１日から令和６年３月末日まで（②）算定可



（12）一般不妊治療管理料に係る施設基準

ア　１月から 12 月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ　アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前６月以内の実施件数が、要件とされる年間実施件数の半数以上であれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。ただし、建物の工事等に伴いやむを得ず当該治療を実施できなくなり、施設基準に適合しなくなった後、再度届出を行う場合には、新規届出として取り扱うものとする。

ウ　イに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年 12 月末日までの実施件数をもって施設基準の適合性を判断し（実施件数が、各施設基準に規定する年間実施件数を 12 で除して得た数に所定点数を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、施設基準に適合しているものと判断する。）、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年３月末日まで所定点数を算定できるものとする。

（13）　調剤基本料の施設基準

ア　処方箋受付回数

（イ）　前年３月１日から当年２月末日までの１年間の処方箋受付回数の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年４月１日から翌年３月末日まで所定点数を算定する。

（ロ）　（イ）にかかわらず、前年３月１日以降に新規に保険薬局に指定された薬局については、次のとおりとし、処方箋受付回数の実績が判断されるまでは、調剤基本料１に該当しているものとして取り扱う（ただし、保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして別添１の第 90 の１（１）から（４）までに該当する場合は、特別調剤基本料とする。特別調剤基本料の施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料３のイ又はロとする。上記の場合を除き、同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が１月に 40 万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が 300 以上のグループに属する場合は調剤基本料３のハとする。）。

a　前年３月１日から前年 11 月 30 日までの間に新規に指定された保険薬局について
指定の日の属する月の翌月１日から当年２月末日までの処方箋受付回数で判定し、当年４月１日から翌年３月 31 日まで適用する。

b　前年 12 月１日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について
指定の日の属する月の翌月１日から３か月間の処方箋受付回数で判定し、当該３か月の最終月の翌々月１日から翌年３月 31 日まで適用する。

（ハ）　開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）（以下「医薬品医療機器等法」という。）上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、遡及指定後も当該許可の日より前の調剤基本料の状況を引き継ぎ、遡及指定を受けた翌年度の調剤基本料については、当該許可の日より前の処方箋受付回数の実績も含めて(イ)又は(ロ)に基づき判定引き継ぐこととする。ただし、保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして別添１の第 90 の１（１）から（４）までに該当する場合は、特別調剤基本料とする。特別調剤基本料の施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料３のイ又はロとする。

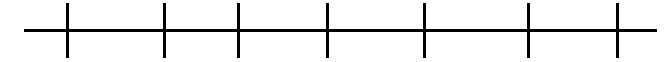
新規届出の場合

例：令和４年８月１日に新規指定された薬局（（ロ）の場合）

・①から④までは調剤基本料１に該当するものとして取り扱う（ただし、保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして第 90 の１（１）から（４）までに該当する場合は、特別調剤基本料とする。特別調剤基本料の施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関との間で不動産の賃貸借取引がある等の施設基準に該当する場合は調剤基本料３のイ又はロとする。上記の場合を除き、同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が１月に 40 万回を超える又は同一グループの保険薬局の数が 300 以上のグループに属する場合は調剤基本料３のハとする。）。

・②から③までにおける実績で判断し、その翌々月（④の翌日）から⑥まで適用する。

・令和５年４月１日（⑥の翌日）から令和６年３月末日（⑦）までの調剤基本料の施設基準の適合は②から⑤までの期間における実績で判断する。



(14)　調剤基本料の注１ただし書に規定する施設基準

当年２月末日時点の状況をもって施設基準の適合性を判断し、当年４月１日から翌年３月末日まで所定点数を算定する。ただし、当年４月１日から翌年３月末日までの間に、新たに施設基準に適合した場合は、届出を行うことができ、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。

(15)　妥結率の実績

イ　妥結率の実績の算定期間は、報告年度の当年４月１日から９月 30 日までとし、翌年４月１日から翌々年３月 31 日まで適用する。

ロ　イにかかわらず、妥結率の報告年度の当年４月２日以降に新規に保険薬局に指定された薬局においては、翌々年３月 31 日までは妥結率が５割を超えているものとみなす.

ハ　開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、ロにかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

新規届出の場合

例：３年５月１日に新規指定された薬局の場合

・①から④までは妥結率が５割を超えていると見なす

・②から③までの妥結率の実績を令和５年４月１日（④の翌日）から⑤まで適用する。



(16)　調剤基本料の注８に規定する保険薬局

届出前３月間の実績にて判定すること。

５　特掲診療料の施設基準等に係る届出を行う保険医療機関又は保険薬局が、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないものであること。

（１）　当該届出を行う前６か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがある保険医療機関又は保険薬局である場合。

（２）　当該届出を行う前６か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成 18 年厚生労働省告示第 107 号）に違反したことがある保

険医療機関又は保険薬局である場合。

（３） 地方厚生（支）局長に対して当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）に規定する基準のいずれかに該当している保険医療機関である場合。

（４） 当該届出を行う前６か月間において、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第１項（同項を準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容若しくは調剤内容又は診療報酬若しくは調剤報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関又は保険薬局である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成12年５月31日保発第105号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。

６ 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。

ウイルス疾患指導料	（ウ指）第	号
外来栄養食事指導料の注２に規定する基準	（外栄食指）第	号
外来栄養食事指導料の注３に規定する基準	（がん専栄）第	号
心臓ペースメーカー指導管理料の注５に規定する遠隔モニタリング加算	（遠隔ペ）第	号
喘息治療管理料	（喘管）第	号
糖尿病合併症管理料	（糖管）第	号
がん性疼痛緩和指導管理料	（がん疼）第	号
がん患者指導管理料イ	（がん指イ）第	号
がん患者指導管理料ロ	（がん指ロ）第	号
がん患者指導管理料ハ	（がん指ハ）第	号
がん患者指導管理料ニ	（がん指ニ）第	号
外来緩和ケア管理料	（外緩）第	号
移植後患者指導管理料（臓器移植後）	（移植管臓）第	号
移植後患者指導管理料（造血幹細胞移植後）	（移植管造）第	号
糖尿病透析予防指導管理料	（糖防管）第	号
小児運動器疾患指導管理料	（小運指管）第	号
乳腺炎重症化予防ケア・指導料	（乳腺ケア）第	号
婦人科特定疾患治療管理料	（婦特管）第	号
腎代替療法指導管理料	（腎代替管）第	号
一般不妊治療管理料	（一妊管）第	号
生殖補助医療管理料１	（生補管１）第	号
生殖補助医療管理料２	（生補管２）第	号
二次性骨折予防継続管理料１	（二骨管１）第	号
二次性骨折予防継続管理料２	（二骨継２）第	号
二次性骨折予防継続管理料３	（二骨継３）第	号

下肢創傷処置管理料	（下創管）第	号
地域連携小児夜間・休日診療料１	（小夜１）第	号
地域連携小児夜間・休日診療料２	（小夜２）第	号
地域連携夜間・休日診療料	（夜）第	号
院内トリアージ実施料	（トリ）第	号
夜間休日救急搬送医学管理料の注３に規定する救急搬送看護体制加算	（救搬看体）第	号
外来放射線照射診療料	（放射診）第	号
地域包括診療料	（地包診）第	号
小児かかりつけ診療料１	（小か診１）第	号
小児かかりつけ診療料２	（小か診２）第	号
外来腫瘍化学療法診療料１	（外化診１）第	号
外来腫瘍化学療法診療料２	（外化診２）第	号
連携充実加算	（外化連）第	号
外来データ提出加算	（外データ提）第	号
ニコチン依存症管理料	（ニコ）第	号
療養・就労両立支援指導料の注３に規定する相談支援加算	（両立支援）第	号
開放型病院共同指導料	（開）第	号
別添１の「第９」の１の（１）に規定する在宅療養支援診療所	（支援診１）第	号
別添１の「第９」の１の（２）に規定する在宅療養支援診療所	（支援診２）第	号
別添１の「第９」の１の（３）に規定する在宅療養支援診療所	（支援診３）第	号
別添１の「第９」の２の（３）に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算	（在緩診実）第	号
別添１の「第９」の２の（４）に規定する在宅療養実績加算１	（在診実１）第	号
別添１の「第９」の２の（５）に規定する在宅療養実績加算２	（在診実２）第	号
ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）	（ハイⅠ）第	号
がん治療連携計画策定料	（がん計）第	号
がん治療連携指導料	（がん指）第	号
外来排尿自立指導料	（外排自）第	号
ハイリスク妊産婦連携指導料１	（ハイ妊連１）第	号
ハイリスク妊産婦連携指導料２	（ハイ妊連２）第	号
肝炎インターフェロン治療計画料	（肝炎）第	号
こころの連携指導料（Ⅰ）	（こ連指Ⅰ）第	号
こころの連携指導料（Ⅱ）	（こ連指Ⅱ）第	号
薬剤管理指導料	（薬）第	号
地域連携診療計画加算	（地連計）第	号
検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	（電情）第	号
医療機器安全管理料１	（機安１）第	号
医療機器安全管理料２	（機安２）第	号
医療機器安全管理料（歯科）	（機安歯）第	号
精神科退院時共同指導料１及び２	（精退共）第	号

歯科治療時医療管理料　（医管）第　号
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所　（か強診）第　号
禁煙治療補助システム指導管理加算　（禁煙シ指）第　号
在宅療養支援歯科診療所１　（歯援診１）第　号
在宅療養支援歯科診療所２　（歯援診２）第　号
別添１の「第 14 の２」の１の（１）に規定する在宅療養支援病院　（支援病１）第　号
別添１の「第 14 の２」の１の（２）に規定する在宅療養支援病院　（支援病２）第　号
別添１の「第 14 の２」の１の（３）に規定する在宅療養支援病院　（支援病３）第　号
別添１の「第 14 の２」の２の（２）に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算
（在緩診病）第　号
別添１の「第 14 の２」の２の（３）に規定する在宅療養実績加算１　（在病実１）第　号
別添１の「第 14 の２」の２の（４）に規定する在宅療養実績加算２　（在病実２）第　号
在宅患者歯科治療時医療管理料　（在歯管）第　号
在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料　（在医総管）第　号
在宅データ提出加算　（在データ提）第　号
在宅がん医療総合診療料　（在総）第　号
救急搬送診療料の注４に規定する重症患者搬送加算　（重患搬）第　号
在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注２　（在看）第　号
在宅患者訪問看護・指導料の注 15（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する訪問看護・指導体制充実加算　（訪看充）第　号
在宅患者訪問看護・指導料の注 16（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する専門管理加算　（訪看専）第　号
在宅療養後方支援病院　（在後病）第　号
在宅患者訪問褥瘡管理指導料　（在訪褥）第　号
在宅血液透析指導管理料　（在血液）第　号
在宅酸素療法指導管理料の注２に規定する遠隔モニタリング加算　（遠隔酸素）第　号
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注２に規定する遠隔モニタリング加算
（遠隔持陽）第　号
在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料　（在植補心）第　号
在宅腫瘍治療電場療法指導管理料　（在電場）第　号
在宅経肛門的自己洗腸指導管理料　（在洗腸）第　号
持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）及び皮下連続式グルコース測定　（持血測１）第　号
持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合）
（持血測２）第　号
地域医療連携体制加算　（歯地連）第　号
歯科訪問診療料の注 13 に規定する基準　（歯訪診）第　号
在宅歯科医療推進加算　（在推進）第　号
遺伝学的検査　（遺伝検）第　号
染色体検査の注２に規定する基準　（染色体）第　号
骨髄微小残存病変量測定　（骨残測）第　号

ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査　（ＢＲＣＡ）第　号
がんゲノムプロファイリング検査　（がんプロ）第　号
角膜ジストロフィー遺伝子検査　（角ジ遺）第　号
先天性代謝異常症検査　（先代異）第　号
抗アデノ随伴ウイルス９型（ＡＡＶ９）抗体　（ＡＡＶ９）第　号
抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）及び抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）
（抗ＨＬＡ）第　号
ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）　（ＨＰＶ）第　号
ウイルス・細菌核酸多項目同時検出　（ウ細多同）第　号
検体検査管理加算（Ⅰ）　（検Ⅰ）第　号
検体検査管理加算（Ⅱ）　（検Ⅱ）第　号
検体検査管理加算（Ⅲ）　（検Ⅲ）第　号
検体検査管理加算（Ⅳ）　（検Ⅳ）第　号
国際標準検査管理加算　（国標）第　号
遺伝カウンセリング加算　（遺伝カ）第　号
遺伝性腫瘍カウンセリング加算　（遺伝腫カ）第　号
心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算　（血内）第　号
時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト　（歩行）第　号
胎児心エコー法　（胎心エコ）第　号
ヘッドアップティルト試験　（ヘッド）第　号
人工膵臓検査、人工膵臓療法　（人膵）第　号
長期継続頭蓋内脳波検査　（長）第　号
長期脳波ビデオ同時記録検査１　（脳ビ）第　号
中枢神経磁気刺激による誘発筋電図　（中磁誘）第　号
単線維筋電図　（単筋電）第　号
光トポグラフィー　（光ト）第　号
脳磁図（自発活動を測定するもの）　（脳磁診１）第　号
脳磁図（その他のもの）　（脳磁診２）第　号
終夜睡眠ポリグラフィー（安全精度管理下で行うもの）　（終夜睡安）第　号
脳波検査判断料１　（脳判）第　号
遠隔脳波診断　（遠脳）第　号
神経学的検査　（神経）第　号
補聴器適合検査　（補聴）第　号
黄斑局所網膜電図　（黄網電）第　号
全視野精密網膜電図　（全網電）第　号
ロービジョン検査判断料　（ロー検）第　号
コンタクトレンズ検査料１　（コン１）第　号
コンタクトレンズ検査料２　（コン２）第　号
コンタクトレンズ検査料３　（コン３）第　号
小児食物アレルギー負荷検査　（小検）第　号
内服・点滴誘発試験　（誘発）第　号

前立腺針生検法（ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの）	（前立腺）第　号
ＣＴ透視下気管支鏡検査加算	（Ｃ気鏡）第　号
経気管支凍結生検法	（経気凍）第　号
口腔細菌定量検査	（口菌検）第　号
有床義歯咀嚼機能検査１のイ	（咀嚼機能１）第　号
有床義歯咀嚼機能検査１のロ及び咀嚼能力検査	（咀嚼能力）第　号
有床義歯咀嚼機能検査２のイ	（咀嚼機能２）第　号
有床義歯咀嚼機能検査２のロ及び咬合圧検査	（咬合圧）第　号
精密触覚機能検査	（精密触覚）第　号
睡眠時歯科筋電図検査	（歯筋電図）第　号
画像診断管理加算１	（画１）第　号
画像診断管理加算２	（画２）第　号
画像診断管理加算３	（画３）第　号
歯科画像診断管理加算１	（歯画１）第　号
歯科画像診断管理加算２	（歯画２）第　号
遠隔画像診断	（遠画）第　号
ポジトロン断層撮影	（ポ断）第　号
ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影	（ポ断コ複）第　号
ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影	（ポ断磁複）第　号
乳房用ポジトロン断層撮影	（乳ポ断）第　号
ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影	（Ｃ・Ｍ）第　号
冠動脈ＣＴ撮影加算	（冠動Ｃ）第　号
血流予備量比コンピューター断層撮影	（血予備断）第　号
外傷全身ＣＴ加算	（外傷Ｃ）第　号
心臓ＭＲＩ撮影加算	（心臓Ｍ）第　号
乳房ＭＲＩ撮影加算	（乳房Ｍ）第　号
小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算	（小児Ｍ）第　号
頭部ＭＲＩ撮影加算	（頭部Ｍ）第　号
全身ＭＲＩ撮影加算	（全身Ｍ）第　号
肝エラストグラフィ加算	（肝エラ）第　号
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	（抗悪処方）第　号
外来後発医薬品使用体制加算	（外後発使）第　号
外来化学療法加算１	（外化１）第　号
外来化学療法加算２	（外化２）第　号
無菌製剤処理料	（菌）第　号
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	（心Ⅰ）第　号
リハビリテーションデータ提出加算	（リデータ提）第　号
心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	（心Ⅱ）第　号
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	（脳Ⅰ）第　号
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	（脳Ⅱ）第　号
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	（脳Ⅲ）第　号

運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	（運Ⅰ）第　号
運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	（運Ⅱ）第　号
運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	（運Ⅲ）第　号
呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	（呼Ⅰ）第　号
呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	（呼Ⅱ）第　号
摂食機能療法の注３に規定する摂食嚥下機能回復体制加算１	（摂嚥回１）第　号
摂食機能療法の注３に規定する摂食嚥下機能回復体制加算２	（摂嚥回２）第　号
摂食機能療法の注３に規定する摂食嚥下機能回復体制加算３	（摂嚥回３）第　号
難病患者リハビリテーション料	（難）第　号
障害児（者）リハビリテーション料	（障）第　号
がん患者リハビリテーション料	（がんリハ）第　号
認知症患者リハビリテーション料	（認リハ）第　号
リンパ浮腫複合的治療料	（リン複）第　号
集団コミュニケーション療法料	（集コ）第　号
歯科口腔リハビリテーション料２	（歯リハ２）第　号
経頭蓋磁気刺激療法	（頭磁刺）第　号
児童思春期精神科専門管理加算	（児春専）第　号
療養生活環境整備指導加算	（療活環）第　号
療養生活継続支援加算	（療活継）第　号
救急患者精神科継続支援料	（急精支）第　号
認知療法・認知行動療法１	（認１）第　号
認知療法・認知行動療法２	（認２）第　号
依存症集団療法１	（依集１）第　号
依存症集団療法２	（依集２）第　号
依存症集団療法３	（依集３）第　号
精神科作業療法	（精）第　号
精神科ショート・ケア「大規模なもの」	（ショ大）第　号
精神科ショート・ケア「小規模なもの」	（ショ小）第　号
精神科デイ・ケア「大規模なもの」	（デ大）第　号
精神科デイ・ケア「小規模なもの」	（デ小）第　号
精神科ナイト・ケア	（ナ）第　号
精神科デイ・ナイト・ケア	（デナ）第　号
抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）	（抗治療）第　号
重度認知症患者デイ・ケア料	（認デ）第　号
精神科在宅患者支援管理料	（精在宅援）第　号
医療保護入院等診療料	（医療保護）第　号
医科点数表第２章第９部処置の通則の５に掲げる処置の休日加算１	（医処休）第　号
医科点数表第２章第９部処置の通則の５に掲げる処置の時間外加算１	（医処外）第　号
医科点数表第２章第９部処置の通則の５に掲げる処置の深夜加算１	（医処深）第　号

歯科点数表第２章第８部処置の通則第６号に掲げる処置の休日加算１　（歯処休）第　号
歯科点数表第２章第８部処置の通則第６号に掲げる処置の時間外加算１　（歯処外）第　号
歯科点数表第２章第８部処置の通則第６号に掲げる処置の深夜加算１　（歯処深）第　号
静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）　（静圧）第　号
多血小板血漿処置　（多血）第　号
硬膜外自家血注入　（血入）第　号
エタノールの局所注入（甲状腺）　（エタ甲）第　号
エタノールの局所注入（副甲状腺）　（エタ副甲）第　号
人工腎臓　（人工腎臓）第　号
導入期加算１　（導入１）第　号
導入期加算２及び腎代替療法実績加算　（導入２）第　号
導入期加算３及び腎代替療法実績加算　（導入３）第　号
透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算　（透析水）第　号
下肢末梢動脈疾患指導管理加算　（肢梢）第　号
難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するＬＤＬアフェレシス療法　（難重尿）第　号
移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法　（移後拒）第　号
磁気による膀胱等刺激法　（磁膀刺）第　号
心不全に対する遠赤外線温熱療法　（心遠温）第　号
歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）　（歩行ロボ）第　号
手術用顕微鏡加算　（手顕微加）第　号
口腔粘膜処置　（口腔粘膜）第　号
う蝕歯無痛的窩洞形成加算　（う蝕無痛）第　号
ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレー　（歯ＣＡＤ）第　号
歯科技工加算１及び２　（歯技工）第　号
センチネルリンパ節加算　（セ節）第　号
皮膚移植術（死体）　（皮膚植）第　号
自家脂肪注入　（自脂注）第　号
組織拡張器による再建手術（乳房（再建手術）の場合に限る。）　（組再乳）第　号
四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術及び骨悪性腫瘍手術の注に掲げる処理骨再建加算　（処骨）第　号
緊急整復固定加算及び緊急挿入加算　（緊整固）第　号
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。））　（同種）第　号
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）　（自家）第　号
後縦靱帯骨化症手術（前方進入によるもの）　（後縦骨）第　号
椎間板内酵素注入療法　（椎酵注）第　号
腫瘍脊椎骨全摘術　（脊椎摘）第　号
脳腫瘍覚醒下マッピング加算　（脳覚）第　号
原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算　（脳光）第　号
内視鏡下脳腫瘍生検術及び内視鏡下脳腫瘍摘出術　（内脳腫）第　号

頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）　（頭移）第　号
脳刺激装置植込術及び脳刺激装置交換術　（脳刺）第　号
脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術　（脊刺）第　号
頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（７本以上の電極による場合）に限る。）　（頭深電）第　号
癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）　（癒脊膜）第　号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便失禁）　（仙神交便）第　号
仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術（便過活動膀胱）　（仙神交膀）第　号
舌下神経電気刺激装置植込術　（舌刺）第　号
角結膜悪性腫瘍切除手術　（角結悪）第　号
治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））　（角膜切）第　号
角膜移植術（内皮移植加算）　（内移）第　号
羊膜移植術　（羊膜移）第　号
緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））　（緑内イ）第　号
緑内障手術（緑内障手術（流出路再建術（眼内法）及び水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）　（緑内眼ド）第　号
緑内障手術（濾過胞再建術（needle 法））　（緑内 ne）第　号
網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）　（硝切）第　号
網膜再建術　（網膜再）第　号
経外耳道的内視鏡下鼓室形成術　（経内鼓）第　号
人工中耳植込術　（人工中耳）第　号
植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術　（植補聴）第　号
耳管用補綴材挿入術　（耳補挿）第　号
内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）　（内鼻Ｖ腫）第　号
鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（鏡咽喉悪）第　号
内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）　（内筋ボ）第　号
鏡視下喉頭悪性腫瘍手術　（鏡喉悪）第　号
喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）　（喉頭形成）第　号
上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）　（顎移）第　号
上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科）　（歯顎移）第　号
顎関節人工関節全置換術　（顎人工）第　号
顎関節人工関節全置換術（歯科）　（歯顎人工）第　号
内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、

内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術　（内下）第　　号
内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術　（内甲悪）第　　号
乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）（ＭＲＩによるもの）　（乳腺ガ）第　　号
頭頸部悪性腫瘍光線力学療法　（頭頸悪光）第　　号
乳房切除術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）　（乳切性障）第　　号
乳がんセンチネルリンパ節加算１及びセンチネルリンパ節生検（併用）　（乳セ１）第　　号
乳がんセンチネルリンパ節加算２及びセンチネルリンパ節生検（単独）　（乳セ２）第　　号
乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））　（乳腫）第　　号
ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）　（ゲル乳再）第　　号
胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（胸腔拡胸支）第　　号
胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（胸腔縦悪支）第　　号
胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（胸腔縦支）第　　号
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除で内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（胸腔肺悪区）第　　号
肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）　（肺腫）第　　号
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は１肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（胸腔肺悪）第　　号
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）　（胸腔形成）第　　号
同種死体肺移植術　（肺植）第　　号
生体部分肺移植術　（生肺）第　　号
胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（胸腔食悪支）第　　号
縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（縦隔食悪支）第　　号
内視鏡下筋層切開術　（内筋）第　　号
食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腟腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）　（穿瘻閉）第　　号
経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）　（経特）第　　号
胸腔鏡下弁形成術　（胸腔弁形）第　　号
胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）　（胸弁形内支）第　　号
胸腔鏡下弁置換術　（胸腔下置）第　　号
経カテーテル弁置換術（経心尖大動脈弁置換術及び経皮的大動脈弁置換術）　（カ大弁置）第　　号
経カテーテル弁置換術（経皮的肺動脈弁置換術）　（カ肺弁置）第　　号
経皮的僧帽弁クリップ術　（経僧帽）第　　号
胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術　（脈動開）第　　号
不整脈手術　左心耳閉鎖術（胸腔鏡下によるもの）　（不整胸腔）第　　号

不整脈手術　左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）　（不整経カ）第　　号
磁気ナビゲーション加算　（磁場心）第　　号
経皮的中隔心筋焼灼術　（経中）第　　号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術　（ペ）第　　号
ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術（リードレスペースメーカー）　（ペリ）第　　号
両心室ペースメーカー移植術（心筋電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（心筋電極の場合）　（両ペ心）第　　号
両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（経静脈電極の場合）　（両ペ静）第　　号
植込型除細動器移植術（心筋リードを用いるもの）及び植込型除細動器交換術（心筋リードを用いるもの）　（除心）第　　号
植込型除細動器移植術（経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの）、植込型除細動器交換術（その他のもの）及び経静脈電極抜去術　（除静）第　　号
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（心筋電極の場合）　（両除心）第　　号
両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（経静脈電極の場合）　（両除静）第　　号
大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）　（大）第　　号
経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）　（経循補）第　　号
補助人工心臓　（補心）第　　号
小児補助人工心臓　（小補心）第　　号
植込型補助人工心臓（非拍動流型）　（植補心非）第　　号
同種心移植術　（心植）第　　号
同種心肺移植術　（心肺植）第　　号
骨格筋由来細胞シート心表面移植術　（筋シ心移）第　　号
経皮的下肢動脈形成術　（経下肢動）第　　号
内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術　（内下不切）第　　号
腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）　（腹リ後腹）第　　号
腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）　（腹リ傍大）第　　号
腹腔鏡下リンパ節群郭清術（側方）　（腹リ傍側）第　　号
腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開腎(尿管)悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術　（腹小切）第　　号
内視鏡的逆流防止粘膜切除術　（内胃切）第　　号
腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）　（腹十二局）第　　号
腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）　（腹胃切支）第　　号

腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）（腹側胃切支）第　号
腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）（腹胃全）第　号
腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）（腹胃縮）第　号
バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術（バ経静脈）第　号
腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹総拡支）第　号
腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）（腹担床）第　号
胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）（胆腫）第　号
体外衝撃波胆石破砕術（胆）第　号
腹腔鏡下肝切除術（腹肝）第　号
腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹肝支）第　号
腹腔鏡下胆道閉鎖症手術（腹胆閉鎖）第　号
移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）（腹移肝）第　号
生体部分肝移植術（生）第　号
同種死体肝移植術（肝植）第　号
体外衝撃波膵石破砕術（膵石破）第　号
腹腔鏡下膵腫瘍摘出術（腹膵腫瘍）第　号
腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（腹膵切）第　号
腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹膵切支）第　号
腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（腹膵頭）第　号
腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹膵頭支）第　号
同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術（膵植）第　号
同種死体膵島移植術（膵島植）第　号
生体部分小腸移植術（生小腸植）第　号
同種死体小腸移植術（小腸移植）第　号
早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術（早大腸）第　号
腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹結悪支）第　号
内視鏡的小腸ポリープ切除術（内小ポ）第　号
腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）（腹腎摘出支）第　号
腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術、低位前方切除術及び切断術に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹直腸切支）第　号
副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（副腎ラ）第　号
体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（腎）第　号
腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）（腎凝固）第　号
腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）（腹腎尿支器）第　号
腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹腎形支）第　号

同種死体腎移植術（腎植）第　号
生体腎移植術（生腎）第　号
膀胱水圧拡張術及びハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）（膀胱ハ間）第　号
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹膀胱悪支）第　号
腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（腹膀）第　号
腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術（腹小膀悪）第　号
人工尿道括約筋植込・置換術（人工尿）第　号
膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）、埋没陰茎手術及び陰嚢水腫手術（鼠径部切開によるもの）（膀形埋嚢）第　号
精巣内精子採取術（精精採）第　号
焦点式高エネルギー超音波療法（焦超）第　号
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（腹前）第　号
腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）（腹前支器）第　号
腹腔鏡下仙骨膣固定術（腹仙骨固）第　号
腹腔鏡下仙骨膣固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹仙骨固支）第　号
腹腔鏡下腟式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹腟子内支）第　号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）（腹子悪内支）第　号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）（腹子）第　号
腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）（腹子頸）第　号
腹腔鏡下子宮癒痕部修復術（腹癒修）第　号
内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術（内胎）第　号
胎児胸腔・羊水腔シャント術（胎羊）第　号
無心体双胎焼灼術（無心）第　号
胎児輸血術及び臍帯穿刺（胎輸臍穿）第　号
体外式膜型人工肺管理料（体膜肺）第　号
尿道形成手術（前部尿道）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）（尿形性障）第　号
尿道下裂形成手術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）（尿裂性障）第　号
陰茎形成術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）（陰形性障）第　号
陰茎全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）（陰全性障）第　号
精巣摘出術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）（精摘性障）第　号
会陰形成手術（筋層に及ばないもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）（会形性障）第　号
造腟術、腟閉鎖症術（遊離植皮によるもの、腸管形成によるもの、筋皮弁移植によるもの）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）（造腟閉性障）第　号
子宮全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）（子宮全性障）第　号
腹腔鏡下腟式子宮全摘術（性同一性障害患者に対して行う場合に限る。）（腹腟子性障）第　号

子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）（子宮附性障）第　号
医科点数表第２章第10部手術の通則の12に掲げる手術の休日加算１（医手休）第　号
医科点数表第２章第10部手術の通則の12に掲げる手術の時間外加算１（医手外）第　号
医科点数表第２章第10部手術の通則の12に掲げる手術の深夜加算１（医手深）第　号
歯科点数表第２章第９部手術の通則第９号に掲げる手術の休日加算１（歯手休）第　号
歯科点数表第２章第９部手術の通則第９号に掲げる手術の時間外加算１（歯手外）第　号
歯科点数表第２章第９部手術の通則第９号に掲げる手術の深夜加算１（歯手深）第　号
医科点数表第２章第10部手術の通則の16に掲げる手術（胃瘻造）第　号
医科点数表第２章第10部手術の通則の19に掲げる手術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する乳房切除術に限る。）（乳切遺伝）第　号
医科点数表第２章第10部手術の通則の19に掲げる手術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者に対する子宮附属器腫瘍摘出術）（子宮附遺伝）第　号
周術期栄養管理実施加算（周栄管）第　号
輸血管理料Ⅰ（輸血Ⅰ）第　号
輸血管理料Ⅱ（輸血Ⅱ）第　号
輸血適正使用加算（輸適）第　号
貯血式自己血輸血管理体制加算（貯輸）第　号
コーディネート体制充実加算（コ体充）第　号
自己生体組織接着剤作成術（自生接）第　号
自己クリオプレシピテート作製術（用手法）（自己ク）第　号
同種クリオプレシピテート作製術（同種ク）第　号
人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算（造設前）第　号
胃瘻造設時嚥下機能評価加算（胃瘻造嚥）第　号
凍結保存同種組織加算（凍保組）第　号
歯周組織再生誘導手術（ＧＴＲ）第　号
手術時歯根面レーザー応用加算（手術歯根）第　号
広範囲顎骨支持型装置埋入手術（人工歯根）第　号
歯根端切除手術の注３（根切顕微）第　号
口腔粘膜血管腫凝固術（口血凝）第　号
レーザー機器加算（手光機）第　号
麻酔管理料（Ⅰ）（麻管Ⅰ）第　号
麻酔管理料（Ⅱ）（麻管Ⅱ）第　号
周術期薬剤管理加算（周薬管）第　号
歯科麻酔管理料（歯麻管）第　号
放射線治療専任加算（放専）第　号
外来放射線治療加算（外放）第　号
遠隔放射線治療計画加算（遠隔放）第　号
高エネルギー放射線治療（高放）第　号
一回線量増加加算（増線）第　号

強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）（強度）第　号
画像誘導放射線治療（ＩＧＲＴ）（画誘）第　号
体外照射呼吸性移動対策加算（体対策）第　号
定位放射線治療（直放）第　号
定位放射線治療呼吸性移動対策加算（定対策）第　号
粒子線治療（粒）第　号
粒子線治療適応判定加算（粒適）第　号
粒子線治療医学管理加算（粒医）第　号
ホウ素中性子捕捉療法（ホ中）第　号
ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算（ホ中適）第　号
ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算（ホ中医）第　号
画像誘導密封小線源治療加算（誘密）第　号
保険医療機関間の連携による病理診断（連携診）第　号
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製（連組織）第　号
保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（連細胞）第　号
デジタル病理画像による病理診断（デ病診）第　号
病理診断管理加算１（病理診１）第　号
病理診断管理加算２（病理診２）第　号
悪性腫瘍病理組織標本加算（悪病組）第　号
口腔病理診断管理加算１（口病診１）第　号
口腔病理診断管理加算２（口病診２）第　号
クラウン・ブリッジ維持管理料（補管）第　号
歯科矯正診断料（矯診）第　号
顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）（顎診）第　号
調剤基本料１（調基１）第　号
調剤基本料２（調基２）第　号
調剤基本料３イ（調基３イ）第　号
調剤基本料３ロ（調基３ロ）第　号
調剤基本料３ハ（調基３ハ）第　号
調剤基本料１（注１のただし書に該当する場合）（調基特１）第　号
地域支援体制加算１（地支体１）第　号
地域支援体制加算２（地支体２）第　号
地域支援体制加算３（地支体３）第　号
地域支援体制加算４（地支体４）第　号
連携強化加算（薬連強）第　号
後発医薬品調剤体制加算１（後発調１）第　号
後発医薬品調剤体制加算２（後発調２）第　号
後発医薬品調剤体制加算３（後発調３）第　号

無菌製剤処理加算	（薬菌）第　　号
在宅患者調剤加算	（在調）第　　号
特定薬剤管理指導加算２	（特薬管２）第　　号
かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	（か薬）第　　号
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	（在医麻）第　　号
在宅中心静脈栄養法加算	（在中栄）第　　号

7　次の（１）から(16)までに掲げるものについては、それらの点数のうちいずれか１つについて届出を行っていれば、当該届出を行った点数と同一の区分に属する点数も算定できるものであり、点数ごとに別々の届出を行う必要はないものであること。

（１）　持続血糖測定器加算（間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合）、皮下連続式グルコース測定

（２）　腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術、腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開副腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術、腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

（３）　センチネルリンパ節生検（併用）、乳がんセンチネルリンパ節加算１

（４）　センチネルリンパ節生検（単独）、乳がんセンチネルリンパ節加算２

（５）　人工膵臓検査、人工膵臓療法

（６）　時間内歩行試験、シャトルウォーキングテスト

（７）　検査・画像情報提供加算、電子的診療情報評価料

（８）　導入期加算２、導入期加算３、腎代替療法実績加算

（９）　透析液水質確保加算、慢性維持透析濾過加算

（10）　緊急整復固定加算、緊急挿入加算

（11）　食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腟腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）

（12）　腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

（13）　膀胱水圧拡張術、ハンナ型間質性膀胱炎術（経尿道）

（14）　膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）、埋没陰茎手術、陰嚢水腫手術（鼠径部切開によるもの）

（15）　腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

（16）　胎児輸血術（一連につき）、臍帯穿刺

8　４に定めるもののほか、各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から算定する。なお、令和４年４月20日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月１日に遡って算定することができるものとする。

9　届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に対して通知するものであること。

第３　届出受理後の措置等

1　届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関又は保険薬局の開設者は届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に変更の届出を行うものであること。ただし、神経学的検査、精密触覚機能検査、画像診断管理加算１、２及び３、歯科画像診断管理加算１及び２、麻酔管理料（Ｉ）、歯科麻酔管理料、歯科矯正診断料並びに顎口腔機能診断料について届け出ている医師に変更があった場合にはその都度届出を行い、届出にあたり使用する機器を届け出ている施設基準については、当該機器に変更があった場合には、その都度届出を行うこと。また、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について届け出ている撮影に使用する機器に変更があった場合にはその都度届出を行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月（変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の１日）から変更後の特掲診療料を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の特掲診療料を算定すること。

2　届出を受理した保険医療機関又は保険薬局については、適時調査を行い（原則として年１回、受理後６か月以内を目途）、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。

3　「特掲診療料の施設基準等」に適合しないことが判明した場合は、所要の指導の上、変更の届出を行わせるものであること。その上で、なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関又は当該保険薬局の開設者に弁明を行う機会を与えるものとすること。

4　届出を行った保険医療機関又は保険薬局は、毎年７月１日現在で届出の基準の適合性を確認し、その結果について報告を行うものであること。

5　地方厚生（支）局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとすること。

6　届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関及び保険薬局においても、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号。以下「療担規則」という。）、高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第14号。以下「療担基準」という。）及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則

（昭和 32 年厚生省令第 16 号）の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

第４　経過措置等

第２及び第３の規定にかかわらず、令和４年３月 31 日現在において現に特掲診療料を算定している保険医療機関及び保険薬局おいて、引き続き当該特掲診療料を算定する場合（名称のみが改正されたものを算定する場合を含む。）には、新たな届出を要しない。ただし、令和４年４月以降の実績により、届出を行っている特掲診療料の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。また、令和４年度診療報酬改定において、新設された又は施設基準が創設された特掲診療料（表１）及び施設基準が改正された特掲診療料（表２）については、令和４年４月１日以降の算定に当たり届出を行う必要があること。

表１　新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

外来栄養食事指導料（注３に掲げるがん専門管理栄養士が栄養食事指導を行う場合）
一般不妊治療管理料
生殖補助医療管理料１
生殖補助医療管理料２
二次性骨折予防継続管理料１
二次性骨折予防継続管理料２
二次性骨折予防継続管理料３
下肢創傷処置管理料
外来腫瘍化学療法診療料１
外来腫瘍化学療法診療料２
外来腫瘍化学療法診療料の注６に規定する連携充実加算
外来データ提出加算
こころの連携指導料（Ⅰ）
こころの連携指導料（Ⅱ）
禁煙治療補助システム指導管理加算
在宅データ提出加算
救急搬送診療料の注４に規定する重症患者搬送加算
在宅患者訪問看護・指導料の注 16（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する専門管理加算
染色体検査の注２に規定する絨毛染色体検査
抗アデノ随伴ウイルス９型（ＡＡＶ９）抗体
前立腺針生検法（ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの）
口腔細菌定量検査
肝エラストグラフィ加算
リハビリテーションデータ提出加算
療養生活継続支援加算

依存症集団療法３
導入期加算３
難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するＬＤＬアフェレシス療法
移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法
自家脂肪注入
緊急整復固定加算及び緊急挿入加算
内視鏡下脳腫瘍生検術
内視鏡下脳腫瘍摘出術
癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）
舌下神経電気刺激装置植込術
角結膜悪性腫瘍切除手術
緑内障手術（流出路再建術（眼内法））
緑内障手術（濾過胞再建術（needle 法））
経外耳道的内視鏡下鼓室形成術
植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術
耳管用補綴材挿入術
経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）
鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）
頭頸部悪性腫瘍光線力学療法
胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）
経カテーテル弁置換術（経皮的肺動脈弁置換術）
腹腔鏡下リンパ節群郭清術（側方）
内視鏡的逆流防止粘膜切除術
腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）
腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）
腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
内視鏡的小腸ポリープ切除術
腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法
腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）
埋没陰茎手術
陰嚢水腫手術（鼠径部切開によるもの）

精巣内精子採取術
腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術
臍帯穿刺
体外式膜型人工肺管理料
周術期栄養管理実施加算
周術期薬剤管理加算
ホウ素中性子捕捉療法
ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算
ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算
調剤基本料３ハ
地域支援体制加算２
地域支援体制加算３
連携強化加算
在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算
在宅中心静脈栄養法加算

表２　施設基準の改正された特掲診療料

がん患者指導管理料イ（令和４年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
小児かかりつけ診療料１
小児かかりつけ診療料２
在宅療養支援診療所（令和４年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
在宅療養支援病院（令和４年10月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
がんゲノムプロファイリング検査
ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査
画像診断管理加算３（令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
血流予備量比コンピューター断層撮影
外来後発医薬品使用体制加算１
外来後発医薬品使用体制加算２
外来後発医薬品使用体制加算３
摂食嚥下機能回復体制加算１
摂食嚥下機能回復体制加算２
摂食嚥下機能回復体制加算３
救急患者精神科継続支援料（令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
医科点数表第２章第９部処置の通則の５並びに歯科点数表第２章第８部処置の通則の６に掲げる処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１（令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
導入期加算２（令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
医科点数表第２章第10部手術の通則の19に掲げる手術

在宅療養支援歯科診療所１（令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
地域支援体制加算１（令和５年４月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
地域支援体制加算４
後発医薬品調剤体制加算１
後発医薬品調剤体制加算２
後発医薬品調剤体制加算３

表３　施設基準等の名称が変更されたが、令和４年３月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であれば新たに届出が必要でないもの

ＣＡＤ／ＣＡＭ冠	→	ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレー
経カテーテル大動脈弁置換術	→	経カテーテル弁置換術（経心尖大動脈弁置換術及び経皮的大動脈弁置換術）
腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	→	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））
腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	→	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））
腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	→	腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））
腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	→	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術、低位前方切除術及び切断術に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
地域支援体制加算（調剤基本料１を算定している保険薬局の場合）	→	地域支援体制加算１

別添１

特掲診療料の施設基準等

第１　特定疾患療養管理料

１　特定疾患療養管理料の注５に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和４年●●月●●日保医発●●第●●号）別添１の第１に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

２　届出に関する事項

特定疾患療養管理料の注５に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、特定疾患療養管理料の注５として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第１の２　ウイルス疾患指導料

１　ウイルス疾患指導料の注２に規定する加算に関する施設基準

（１）　ＨＩＶ感染者の診療に従事した経験を５年以上有する専任の医師が１名以上配置されていること。

（２）　ＨＩＶ感染者の看護に従事した経験を２年以上有する専任の看護師が１名以上配置されていること。

（３）　ＨＩＶ感染者の服薬指導を行う専任の薬剤師が１名以上配置されていること。

（４）　社会福祉士又は精神保健福祉士が１名以上勤務していること。

（５）　プライバシーの保護に配慮した診察室及び相談室が備えられていること。

２　ウイルス疾患指導料の注３に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添１の第１の１に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

３　届出に関する事項

（１）　ウイルス疾患指導料の注２に関する施設基準に係る届出は、別添２の様式１を用いること。

（２）　１の(１)から(３)までに掲げる医師、看護師、薬剤師及び１の(４)に掲げる社会福祉士又は精神保健福祉士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。

（３）　ウイルス疾患指導料の注３に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、ウイルス疾患指導料として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第１の３　小児科療養指導料

１　小児科療養指導料の注６に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添１の第１の１に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

２　届出に関する事項

小児科療養指導料の注６に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、小児科療養指導料の注６として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第１の４　てんかん指導料

１　てんかん指導料の注６に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添１の第１の１に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

２　届出に関する事項

てんかん指導料の注６に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、てんかん指導料の注６として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第１の５　難病外来指導管理料

１　難病外来指導管理料の対象患者

「特掲診療料の施設基準等」第３の２の（３）難病外来指導管理料の対象疾患に定める「その他これに準ずる疾患」とは、「特定疾患治療研究事業について」（昭和 48 年４月 17 日衛発第 242 号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患している患者として都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに係るものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）又は「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱について」（平成元年７月 24 日健医発第 896 号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患している患者として都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに係るものに限る。）をいう。

２　難病外来指導管理料の注６に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添１の第１の１に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

３　届出に関する事項

難病外来指導管理料の注６に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、難病外来指導管理料の注６として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第１の５の２　皮膚科特定疾患指導管理料

１　皮膚科特定疾患指導管理料の注４に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添１の第１の１に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

２　届出に関する事項

皮膚科特定疾患指導管理料の注４に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、皮膚科特定疾患指導管理料の注４として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第１の６　外来栄養食事指導料

１　外来栄養食事指導料の注２に規定する施設基準

（１）　外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有し、外来化学療法を実施している保険医療機関に５年以上勤務し、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る３年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士が１人以上配置されていること。

（２）　（１）に掲げる管理栄養士は、医療関係団体等が実施する悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していることが望ましい。

２　外来栄養食事指導料の注３に規定する施設基準

（１）　悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了し、かつ、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る３年以上の経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。

（２）　（１）に掲げる悪性腫瘍の栄養管理に関する研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア　医療関係団体等が実施する 300 時間以上の研修であること。

イ　悪性腫瘍の栄養管理のための専門的な知識・技術を有する管理栄養士の養成を目的とした研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

（イ）　栄養アセスメント・栄養評価結果に基づいた栄養管理(栄養スクリーニング、栄養アセスメント、計画の作成、栄養介入、栄養モニタリング及び再評価等)

（ロ）　フードサービスマネジメント(病態に合わせた食事の調整等)

（ハ）　栄養食事指導の実践(患者等への支援、病態、治療に合わせた指導等)

（ニ）　症状と栄養管理(各症状と栄養アセスメント、適切な栄養・食事療法の提案と実施、モニタリングと再評価等)

（ホ）　がん臨床検査の理解

（ヘ）　術前・術後の栄養管理

（ト）　がん放射線療法の栄養管理(治療法の理解、消化吸収機能への影響、有害事象に対する栄養・食事療法等)

（チ）　がん化学療法時の栄養管理(治療法の理解、支持療法、予測される副作用等と栄養食事療養等)

（リ）　がん治療で用いられる薬剤の理解と食事への影響

（ヌ）　がん患者の心の動きと栄養管理

（ル）　地域医療連携の取り組み、在宅支援(地域での栄養管理のあり方、栄養連携の実際、栄養情報提供書の活用)

（ヲ）　チームアプローチの実際等

（ワ）　栄養マネジメントとリーダーシップ(栄養マネジメントの企画運営等)

（カ）　症例検討の手法

３　届出に関する事項

外来栄養食事指導料の注２及び注３に規定する施設基準に係る届出は、別添２の様式１の２を用いること。

第１の７　心臓ペースメーカー指導管理料

１　植込型除細動器移行期加算に関する施設基準

下記のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

（１）　区分番号「Ｋ５９９」植込型除細動器移植術、区分番号「Ｋ５９９－２」植込型除細動器交換術及び区分番号「Ｋ５９９－５」経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）

（２）　区分番号「Ｋ５９９－３」両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び区分番号「Ｋ５９９－４」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

２　遠隔モニタリング加算に関する施設基準

（１）　循環器内科、小児循環器内科又は心臓血管外科についての専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。なお、不整脈及び心臓植込み型電気デバイスについての専門的な臨床経験を３年以上有していることが望ましい。

（２）　届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関（循環器内科、小児循環器内科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。）において、区分番号「Ｋ５９７」ペースメーカー移植術、「Ｋ５９７－２」ペースメーカー交換術、「Ｋ５９８」両心室ペースメーカー移植術から「Ｋ５９９－４」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術までのいずれかの施設基準の届出を行っていること。

（３）　関連学会から示されているガイドライン等を遵守すること。

３　届出に関する事項

（１）　植込型除細動器移行期加算の施設基準に係る取扱いについては、植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術のいずれかの届出を行っていればよく、植込型除細動器移行期加算として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

（２）　遠隔モニタリング加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式１の３を用いること。

第２　高度難聴指導管理料

１　高度難聴指導管理料に関する施設基準

次の（１）又は（２）に該当する保険医療機関であること。

（１）　人工内耳植込術の施設基準を満たしていること。

（２）　５年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている耳鼻咽喉科の非常勤医師（５年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

また、当該常勤又は非常勤の耳鼻咽喉科の医師は、補聴器に関する指導に係る適切な研修を修了した医師であることが望ましい。

２　届出に関する事項

高度難聴指導管理料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第２の２　慢性維持透析患者外来医学管理料の腎代替療法実績加算に関する施設基準

慢性維持透析患者外来医学管理料の腎代替療法実績加算に関する施設基準及び届出に関する事項は、第 57 の２における２の（２）導入期加算２及び（３）導入期加算３の例による。

第３　喘息治療管理料

１　喘息治療管理料の注２に規定する加算に関する施設基準

（１）　専任の看護師又は准看護師が常時１人以上配置され、患者からの問い合わせ等に 24 時間対応できる体制を整えていること。

（２）　ピークフロー値及び一秒量等を計測する機器を備えるとともに、患者から定期的に報告される検査値等の情報を適切に蓄積、解析し、管理できる体制を整えていること。

（３）　当該保険医療機関において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急入院を受け入れる体制を常に確保していること。

２　届出に関する事項

（１）　喘息治療管理料の注２に規定する施設基準に係る届出は、別添２の様式３を用いること。

（２）　１の（１）から（３）までに掲げる事項についてその概要を記載すること。

第３の２　小児悪性腫瘍患者指導管理料

１　小児悪性腫瘍患者指導管理料の注５に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添１の第１の１に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

２　届出に関する事項

小児悪性腫瘍患者指導管理料の注５に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、小児悪性腫瘍患者指導管理料の注５として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第４　糖尿病合併症管理料

１　糖尿病合併症管理料に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関内に糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を５年以上有する専任の常勤医師が１名以上配置されていること。

なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を５年以上有する医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２）　当該保険医療機関内に糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を５年以上有する専任の看護師であって、糖尿病足病変の指導に係る適切な研修を修了した者が１名以上配置されていること。

なお、ここでいう適切な研修とは、次のものをいうこと。

ア　国又は医療関係団体等（糖尿病重症化予防（フットケア）研修を行っている日本糖尿病

教育・看護学会等）が主催する研修であること。

イ　糖尿病患者へのフットケアの意義・基礎知識、糖尿病足病変に対する評価方法、フットケア技術、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容が含まれるものであること。

ウ　糖尿病足病変に関する患者指導について十分な知識及び経験のある看護師等が行う演習が含まれるものであること。

エ　通算して 16 時間以上のものであること。

２　届出に関する事項

糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出は、別添２の２を用いること。

第４の２　がん性疼痛緩和指導管理料

１　がん性疼痛緩和指導管理料に関する施設基準

当該保険医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。なお、緩和ケアの経験を有する医師とは、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。

（１）　「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成 29 年 12 月１日付け健発 1201 第２号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会（平成 29 年度までに開催したものであって、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠したものを含む。）

（２）　緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等

２　がん性疼痛緩和指導管理料の注３に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添１の第１の１に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

３　届出に関する事項

（１）　がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に係る届出は、別添２の２を用いること。

（２）　がん性疼痛緩和指導管理料の注３に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、がん性疼痛緩和指導管理料の注３として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第４の３　がん患者指導管理料

１　がん患者指導管理料イに関する施設基準

（１）　緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ１名以上配置されていること。なお、診断結果及び治療方針の説明等を行う際には両者が同席して行うこと。

（２）　（１）に掲げる医師は、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。

ア　「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠した緩和ケア研修会（平成 29 年度までに開催したものであって、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠したものを含む。）

イ　緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等

（３）　（１）に掲げる看護師は、５年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいうがん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること(600 時間以上の研修期間で、修了証

が交付されるものに限る。）。

イ　がん看護又はがん看護関連領域における専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ　講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

（イ）　がん看護又はがん看護関連領域に必要な看護理論及び医療制度等の概要

（ロ）　臨床倫理（告知、意思決定、インフォームド・コンセントにおける看護師の役割）

（ハ）　がん看護又はがん看護関連領域に関するアセスメントと看護実践

（ニ）　がん看護又はがん看護関連領域の患者及び家族の心理過程

（ホ）　セルフケアへの支援及び家族支援の方法

（ヘ）　がん患者のための医療機関における組織的取組とチームアプローチ

（ト）　がん看護又はがん看護関連領域におけるストレスマネジメント

（チ）　コンサルテーション方法

エ　実習により、事例に基づくアセスメントとがん看護又はがん看護関連領域に必要な看護実践

（４）　患者に対して診断結果及び治療方針の説明等を行う場合に、患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。

（５）　当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

２　がん患者指導管理料ロに関する施設基準

（１）　緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ１名以上配置されていること。

（２）　（１）に掲げる医師は、１の（２）を満たすこと。

（３）　（１）に掲げる看護師は、１の（３）を満たすこと。

（４）　当該管理に従事する公認心理師については、１の（２）のアに掲げる研修を修了した者であること。

（５）　患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。

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

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

３　がん患者指導管理料ハに関する施設基準

（１）　化学療法の経験を５年以上有する医師及び専任の薬剤師がそれぞれ１名以上配置されていること。

（２）　（１）に掲げる薬剤師は、５年以上薬剤師としての業務に従事した経験及び３年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40 時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を 50 症例（複数のがん種であることが望ましい。）以上有するものであること。

（３）　患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。

４　がん患者指導管理料ニに関する施設基準

（１）　ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の血液を検体とするものの施設基準に係る届出を行っていること。

（２）　患者のプライバシーに十分配慮した構造の個室を備えていること。

５　がん患者指導管理料の注７に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添１の第１の１に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

６　届出に関する事項

（１）　がん患者指導管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の３を用いること。

（２）　がん患者指導管理料の注７に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、がん患者指導管理料の注７として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

（３）　令和４年３月 31 日時点でがん患者指導管理料イの届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月 30 日までの間に限り、１の（５）の基準を満たしているものとする（入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に係る場合を除く。）。

第４の４　外来緩和ケア管理料

１　外来緩和ケア管理料に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関内に、以下の４名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。

ア　身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師

イ　精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師

ウ　緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師

エ　緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師

なお、アからエまでのうちいずれか１人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診療する患者数が１日に 15 人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

また、注４に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。

オ　身体症状の緩和を担当する常勤医師

カ　精神症状の緩和を担当する医師

キ　緩和ケアの経験を有する看護師

ク　緩和ケアの経験を有する薬剤師

（２）　緩和ケアチームの構成員は、緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。

また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲においては、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の２分の１以下であること。）。

（３）　（１）のア又はオに掲げる医師は、悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした３年以上の経験を有する者であること。なお、末期

心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした３年以上の経験を有する者であっても差し支えない。また、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（悪性腫瘍患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした３年以上の経験を有する医師に限る。）を２名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該２名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（４）（１）のイ又はカに掲げる医師は、３年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。また、イに掲げる医師については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（３年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する医師に限る。）を２名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該２名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（５）（１）のア、イ、オ及びカに掲げる医師のうち、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。また、末期心不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。

ア　がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会

イ　緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等

ウ　日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース

（６）（１）のウ又はキに掲げる看護師は、５年以上悪性腫瘍の患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了している者であること。なお、ここでいう緩和ケア病棟等における研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものに限る。）。

イ　緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ　講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

（イ）　ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要

（ロ）　悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療

（ハ）　悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程

（ニ）　緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法

（ホ）　セルフケアへの支援及び家族支援の方法

（ヘ）　ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ

（ト）　ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント

（チ）　コンサルテーション方法

（リ）　ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について

エ　実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

（７）（１）のエ又はクに掲げる薬剤師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍の患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。

（８）（１）のア、イ、オ及びカに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。

（９）　症状緩和に係るカンファレンスが週１回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師、薬剤師などが参加していること。

(10)　当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。

(11)　院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

２　外来緩和ケア管理料の注５に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添１の第１の１に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

３　届出に関する事項

（１）　外来緩和ケア管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の４を用いること。

（２）　外来緩和ケア管理料の注５に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、外来緩和ケア管理料の注５として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第４の５　移植後患者指導管理料

１　臓器移植後に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関内に、以下の職種が連携して、診療を行う体制があること。

ア　臓器移植に従事した経験を２年以上有し、下記のいずれかの経験症例を持つ専任の常勤医師。

なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（臓器移植に従事した経験を２年以上有し、下記のいずれかの経験症例を持つ医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（イ）　腎臓移植領域 10 例以上

（ロ）　肝臓移植領域 10 例以上

（ハ）　（イ）及び（ロ）以外の臓器移植領域３例以上

イ　臓器移植に従事した経験を２年以上有し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

ウ　免疫抑制状態の患者の薬剤管理の経験を有する常勤薬剤師

（２）（１）のイにおける移植医療に係る適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。

ア　医療関係団体が主催するものであること。
イ　移植医療に関する業務を実施する上で必要な内容を含み、通算して３日間以上の、講義、演習又は実習等からなる研修であること。ただし、実習を除く、講義又は演習等は10時間以上のものとする。
ウ　講義又は演習等により、臓器移植の特性に応じた、移植の適応、免疫反応、感染症等の合併症、移植プロセスに応じたコーディネーション等について研修するものであること。

（３）　移植医療に特化した専門外来が設置されていること。

2　造血幹細胞移植後に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関内に、以下の職種が連携して、診療を行う体制があること。
ア　造血幹細胞移植に従事した経験を２年以上有し、造血幹細胞移植を10例以上（小児科の場合は７例以上）の経験症例を持つ専任の常勤医師。
　なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（造血幹細胞移植に従事した経験を２年以上有し、造血幹細胞移植を10例以上（小児科の場合は７例以上）の経験症例を持つ医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
イ　造血幹細胞移植に従事した経験を２年以上有し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師
ウ　免疫抑制状態の患者の薬剤管理の経験を有する常勤薬剤師

（２）　（１）のイにおける移植医療に係る適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。
ア　医療関係団体が主催するものであること。
イ　移植医療に関する業務を実施する上で必要な内容を含み、通算して３日間以上の、講義、演習又は実習等からなる研修であること。ただし、実習を除く、講義又は演習等は10時間以上のものとする。
ウ　講義又は演習等により、造血幹細胞移植の特性に応じた、移植の適応、免疫反応、感染症等の合併症、移植プロセスに応じたコーディネーション等について研修するものであること。

（３）　移植医療に特化した専門外来が設置されていること。

3　移植後患者指導管理料の注３に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添１の第１の１に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

4　届出に関する事項

（１）　移植後患者指導管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の５を用いること。

（２）　移植後患者指導管理料の注３に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、移植後患者指導管理料の注３として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第４の６　糖尿病透析予防指導管理料

1　糖尿病透析予防指導管理料に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関内に、以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
ア　糖尿病指導の経験を有する専任の医師
イ　糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
ウ　糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士

（２）　（１）のアに掲げる医師は、糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を５年以上有する者であること。

（３）　（１）のイに掲げる看護師は、次のいずれかに該当する者であること。
ア　糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を２年以上有し、かつ、この間に通算1,000時間以上糖尿病患者の療養指導を行った者であって、適切な研修を修了した者
　なお、ここでいう適切な研修とは、次の要件を満たすものをいうこと。
（イ）　国又は医療関係団体等が主催する研修であること。
（ロ）　糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容が含まれるものであること。
（ハ）　糖尿病患者の療養指導について十分な知識及び経験のある医師、看護師等が行う演習が含まれるものであること。
（ニ）　通算して10時間以上のものであること。
イ　糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を５年以上有する者

（４）　（１）のイに掲げる保健師は、糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を２年以上有する者であること。

（５）　（１）のウに掲げる管理栄養士は、糖尿病及び糖尿病性腎症の栄養指導に従事した経験を５年以上有する者であること。

（６）　（２）から（４）までに規定する医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも１名以上は常勤であること。

（７）　（２）から（５）までに規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士のほか、薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましいこと。

（８）　注４に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される透析予防診療チームにより、透析予防に係る専門的な診療が行われていること。
ア　糖尿病指導の経験を有する医師（（２）を満たすこと。）
イ　糖尿病指導の経験を有する看護師又は保健師（看護師にあっては、（３）のアを満たすこと。保健師にあっては、（４）を満たすこと。）
ウ　糖尿病指導の経験を有する管理栄養士（（５）を満たすこと。）

（９）　注５に規定する高度腎機能障害患者指導加算を算定する場合は、次に掲げるイのアに対する割合が５割を超えていること。
ア　４月前までの３か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、同期間内に算出した $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$（ml/分/1.73 ㎡）が30未満であったもの（死亡したもの、透析を導入したもの及び腎臓移植を受けたものを除き６人以上が該当する場合に限る。）
イ　アの算定時点（複数ある場合は最も早いもの。以下同じ。）から３月以上経過した時点で以下のいずれかに該当している患者

（イ） 血清クレアチニン又はシスタチンＣがアの算定時点から不変又は低下していること
（ロ） 尿たんぱく排泄量がアの算定時点から20%以上低下していること
（ハ） アで $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ を算出した時点から前後３月時点の $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ を比較し、その１月当たりの低下が30%以上軽減していること

(10) 糖尿病教室を定期的に実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。

(11) 糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者の状態の変化等について、別添２の様式５の７を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

２ 糖尿病透析予防指導管理料の注６に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添１の第１の１に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

３ 届出に関する事項

（１） 糖尿病透析予防指導管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の６を用いること。なお、高度腎機能障害患者指導加算に係る届出は、別添２の様式５の８を用いること。

（２） 糖尿病透析予防指導管理料の注６に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、糖尿病透析予防指導管理料の注６として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第４の７ 小児運動器疾患指導管理料

１ 小児運動器疾患指導管理料に関する施設基準

（１） 以下の要件をいずれも満たす常勤の医師が１名以上勤務していること。
ア 整形外科の診療に従事した経験を５年以上有していること。
イ 小児の運動器疾患に係る適切な研修を修了していること。

（２） 当該保険医療機関において、小児の運動器疾患の診断・治療に必要な単純撮影を行う体制を有していること。

（３） 必要に応じて、当該保険医療機関の病床又は連携する保険医療機関の病床において、入院可能な体制を有していること。

２ 届出に関する事項

小児運動器疾患指導管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の８の２を用いること。

第４の８ 乳腺炎重症化予防ケア・指導料

１ 乳腺炎重症化予防ケア・指導料に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関内に、乳腺炎の重症化及び再発予防の指導並びに乳房に係る疾患の診療の経験を有する医師が配置されていること。

（２） 当該保険医療機関内に、乳腺炎の重症化及び再発予防並びに母乳育児に係るケア及び指導に従事した経験を５年以上有し、助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証された専任の助産師が、１名以上配置されていること。

２ 届出に関する事項

乳腺炎重症化予防ケア・指導料の施設基準に係る届出は、別添２の２を用いること。

第４の９ 婦人科特定疾患治療管理料

１ 婦人科特定疾患治療管理料に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関内に婦人科疾患の診療を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（２） （１）に掲げる医師は、器質性月経困難症の治療に係る適切な研修を修了していること。なお、ここでいう適切な研修とは次のものをいうこと。
ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。
イ 器質性月経困難症の病態、診断、治療及び予防の内容が含まれるものであること。
ウ 通算して６時間以上のものであること。

２ 届出に関する事項

婦人科特定疾患治療管理料の施設基準に係る届出は、様式５の10を用いること。

第４の10 腎代替療法指導管理料

１ 腎代替療法指導管理料に関する施設基準

（１） 以下の要件を満たしていること。
ア 説明に当たっては、関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき説明を行うこと。
イ 区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去１年間で12回以上算定していること。
ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に３人以上いること。なお、腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。

（２） 当該保険医療機関内に、以下の職種が連携して診療を行う体制があること。
ア 腎臓内科の診療に３年以上従事した経験を有する専任の常勤医師
イ ５年以上看護師として医療に従事し、腎臓病患者の看護について３年以上の経験を有する専任の常勤看護師

（３） 腎臓病について患者及びその家族等に対する説明を目的とした腎臓病教室を定期的に実施すること。

２ 腎代替療法指導管理料の注３に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添１の第１の１に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

３ 届出に関する事項

（１） 腎代替療法指導管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式２の２を用いること。

（２） 腎代替療法指導管理料の注３に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、腎代替療法指導管理料の注３として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第４の11 一般不妊治療管理料

１ 一般不妊治療管理料に関する施設基準

（１） 産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
（２） 当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて５年以上又は泌尿器科について５年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
（３） 当該保険医療機関において、不妊症の患者に係る診療を年間 20 例以上実施していること。
（４） 以下のいずれかを満たす施設であること。
ア 生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行っていること。
イ 生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関との連携体制を構築していること。
（５） 令和４年９月 30 日までの間に限り、（２）から（４）までの基準を満たしているものとする。

２ 届出に関する事項
一般不妊治療管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の 11 を用いること。

第４の 12 生殖補助医療管理料

１ 生殖補助医療管理料１に関する施設基準
（１） 産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
（２） 当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて５年以上又は泌尿器科について５年以上の経験を有し、かつ、生殖補助医療に係る２年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
（３） 当該保険医療機関内に、日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設における生殖補助医療に係る１年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
（４） 当該保険医療機関内に、配偶子・胚の管理に係る責任者が１名以上配置されていること。
（５） 当該保険医療機関内に、関係学会による配偶子・胚の管理に係る研修を受講した者が１名以上配置されていることが望ましい。
（６） 日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設であること。また、日本産科婦人科学会のＡＲＴオンライン登録へのデータ入力を適切に実施すること。
（７） 採卵を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するための以下の装置・器具等を有していること。ただし、採卵、培養及び凍結保存を行う専用の室は、同一のものであって差し支えない。
ア 酸素供給装置
イ 吸引装置
ウ 心電計
エ 呼吸循環監視装置
オ 救急蘇生セット
（８） 培養を行う施錠可能な専用の室を備えていること。
（９） 凍結保存を行う施錠可能な専用の室を備えていること。また、凍結保存に係る記録について、診療録と合わせて保存すること。
(10) 当該保険医療機関において、医療に係る安全管理を行う体制が整備されていること。
(11) 安全管理のための指針が整備されていること。また、安全管理に関する基本的な考え方、

医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること。
(12) 安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。また、報告された医療事故、インシデント等について分析を行い、改善策を講ずる体制が整備されていること。
(13) 安全管理の責任者等で構成される委員会が月１回程度開催されていること。なお、安全管理の責任者の判断により、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。
(14) 安全管理の体制確保のための職員研修が定期的に開催されていること。
(15) 配偶子・胚の管理を専ら担当する複数の常勤の医師又は配偶子・胚の管理に係る責任者が確認を行い、配偶子・胚の取り違えを防ぐ体制が整備されていること。
(16) 緊急時の対応のため、時間外・夜間救急体制が整備されていること又は他の保険医療機関との連携により時間外・夜間救急体制が整備されていること。
(17) 胚移植術を実施した患者の出産に係る経過について把握する体制を有していること。
(18) 胚移植術の回数を含む患者の治療経過について把握する体制を有していること。また、当該保険医療機関において実施した胚移植術の実施回数について、他の保険医療機関から情報提供を求められた場合には、それに応じること。
(19) 以下のいずれかを満たす施設であることが望ましい。
ア 精巣内精子採取術に係る届出を行っていること。
イ 精巣内精子採取術に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制を構築していること。
(20) 国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。
(21) 以下の体制を有していること。
ア 看護師、公認心理師等の患者からの相談に対応する専任の担当者を配置していること。
イ 社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること。
ウ 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整及びこれらのサービスに関する情報提供に努めること。
(22) 令和４年３月 31 日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年９月 30 日までの間に限り、(２)から(20)の基準を満たしているものとする。なお、当面の間、(７)から(９)の基準については、他の保険医療機関との契約を行っている場合又は他の保険医療機関と特別の関係にある場合であって、当該他の保険医療機関が生殖補助医療管理料１又は２に係る届出を行っている場合には、当該他の保険医療機関との連係により要件を満たすものとして差し支えない。

２ 生殖補助医療管理料２に関する施設基準
（１） １の(１)から(20)までの基準を全て満たしていること。
（２） 令和４年３月 31 日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同年９月 30 日までの間に限り、１の(２)から(20)までの基準を満たしているものとする。なお、当面の間、(７)から(９)の基準については、他の保険医療機関との契約を行っている場合又は他の保険医療機関と特別の関係にある場合であって、当該他の保険医療機関が生殖補助医療管理料１又は２に係る届出を行っている場合には、当該他の保険医療機関との連係により要件を満たすものとして差し支えない。

３ 届出に関する事項

生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の 12 を用いること。また、毎年７月において、前年度における症例数等について、別添２の様式５の 12 の２により届け出ること。

第４の 13　二次性骨折予防継続管理料

１　二次性骨折予防継続管理料に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関内に、以下の職種が連携して診療を行う体制が整備されていること。

ア　骨粗鬆症の診療を担当する専任の常勤医師

イ　専任の常勤看護師

ウ　専任の常勤薬剤師

（２）　(１)のウに掲げる専任の常勤薬剤師については、当該保険医療機関内に常勤の薬剤師が配置されていない場合に限り、地域の保険医療機関等と連携し、診療を行う体制が整備されていることで差し支えない。

（３）　当該保険医療機関内において、「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」及び「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」を参照にした上で、院内職員を対象とした「骨粗鬆症に対する知識の共有と FLS の意義について」の研修会を年に１回以上実施すること。

（４）　二次性骨折予防継続管理料１については、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料又は７対１入院基本料若しくは 10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。

（５）　二次性骨折予防継続管理料２については、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア病棟入院医療管理料又は回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。

２　届出に関する事項

（１）　二次性骨折予防継続管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の 13 を用いること。

（２）　新たに届け出を行う保険医療機関については、当該届出を行う日から起算して１年以内に１の(３)による研修会等を開催することが決まっている場合にあっては、(３)の要件を満たしているものとする。なお、当該届出時に研修会等の開催予定日がわかる書類を添付すること。

第４の 14　アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料

１　アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関内にアレルギーの診療に従事した経験を３年以上有する常勤医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤医師（アレルギーの診療に従事した経験を３年以上有する医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２）　アレルゲン免疫療法に伴う副作用が生じた場合に対応できる体制が整備されていること。

（３）　院内の見やすい場所にアレルゲン免疫療法を行っている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

２　届出に関する事項

アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料の施設基準については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第４の 15　下肢創傷処置管理料

１　下肢創傷処置管理料に関する施設基準

以下の要件を全て満たす常勤の医師が１名以上勤務していること。

（１）　整形外科、形成外科、皮膚科、外科、心臓血管外科又は循環器内科の診療に従事した経験を５年以上有していること。

（２）　下肢創傷処置に関する適切な研修を修了していること。

２　届出に関する事項

下肢創傷処置管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の 14 を用いること。

第５　小児科外来診療料

１　小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準

薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（平成 28 年４月５日 国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議）に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク（仮称）」に係る活動に参加し、又は感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。

２　小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準の届出に関する事項

当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第６　地域連携小児夜間・休日診療料

１　地域連携小児夜間・休日診療料１に関する施設基準

（１）　小児を夜間、休日又は深夜において診療することができる体制を有していること。

（２）　夜間、休日又は深夜に小児科を担当する医師（近隣の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。）として３名以上を届け出ており、うち２名以上は専ら小児科を担当する医師であること。

（３）　地域に、夜間、休日又は深夜であって小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間が周知されていること。

（４）　緊急時に小児が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に小児が入院できる体制が整備されていること。

２　地域連携小児夜間・休日診療料２に関する施設基準

（１）　小児を 24 時間診療することができる体制を有していること。

（２）　専ら小児科を担当する医師（近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。）として３名以上を届け出ていること。

（３）　地域に、小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関が６歳未満の小児を 24 時間診

療することが周知されていること。

（４） 緊急時に小児が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に小児が入院できる体制が整備されていること。

３ 届出に関する事項

（１） 地域連携小児夜間・休日診療料１及び２の施設基準に係る届出は、別添２の様式７を用いること。

（２） 開放利用に関わる地域の医師会等との契約及び当該医療機関の運営規程等を記載すること。

（３） ２の（１）に掲げる事項については、その体制の概要を添付すること。

第６の２ 削除

第６の３ 地域連携夜間・休日診療料

１ 地域連携夜間・休日診療料に関する施設基準

（１） 救急患者を夜間、休日又は深夜において診療することができる体制を有していること。

（２） 夜間、休日又は深夜に診療を担当する医師（近隣の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。）として３名以上届け出ること。また診療を行う時間においては、当該保険医療機関内に常時医師が２名以上配置されており、患者の来院状況に応じて速やかに対応できる体制を有していること。届出医師、診療に当たる医師については地域連携小児夜間・休日診療料における届出医師、診療に当たる医師と兼務可能であるが、成人を診療できる体制であること。

（３） 地域に、夜間、休日又は深夜であって救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間が周知されていること。

（４） 緊急時に患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に入院できる体制が整備されていること。

（５） 当該保険医療機関において、末梢血液一般検査、エックス線撮影を含む必要な診療が常時実施できること。なお、末梢血液一般検査及びエックス線撮影を含む必要な診療が常時実施できる体制をとっていれば、当該保険医療機関と同一の敷地内にある別の保険医療機関の設備を用いても差し支えない。

２ 届出に関する事項

（１） 地域連携夜間・休日診療料の施設基準に係る届出は、別添２の様式７の２を用いること。

（２） 開放利用に関わる地域の医師会等との契約及び当該医療機関の運営規程等を記載すること。

第６の３の２ 乳幼児育児栄養指導料

１ 乳幼児育児栄養指導料の注２に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添１の第１の１に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

２ 届出に関する事項

乳幼児育児栄養指導料の注２に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、乳幼児育児栄養指導料の注２として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第６の４ 院内トリアージ実施料

１ 院内トリアージ実施料に関する施設基準

（１） 以下の項目を含む院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っていること。

ア トリアージ目標開始時間及び再評価時間

イ トリアージ分類

ウ トリアージの流れ

なお、トリアージの流れの中で初回の評価から一定時間後に再評価すること。

（２） 患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすい場所への掲示等により周知を行っていること。

（３） 専任の医師又は救急医療に関する３年以上の経験を有する専任の看護師が配置されていること。

２ 届出に関する事項

院内トリアージ実施料の施設基準に係る届出は、別添２の様式７の３を用いること。

第６の５ 夜間休日救急搬送医学管理料

１ 夜間休日救急搬送医学管理料に関する施設基準

（１） 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の４の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること又は都道府県知事の指定する精神科救急医療施設であること。

ア 地域医療支援病院（医療法第４条第１項に規定する地域医療支援病院）

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

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

なお、精神科救急医療施設の運営については、平成７年 10 月 27 日健医発第 1321 号厚生省保健医療局長通知に従い実施されたい。

（２） 第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。

（３） 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

２ 救急搬送看護体制加算１に関する施設基準

（１） 救急用の自動車（消防法（昭和 23 年法律第 186 号）及び消防法施行令（昭和 36 年政令第 37 号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和 35 年法律第 105 号）及び道路交通法施行令（昭和 35 年政令第 270 号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成 19 年法律第 103 号）第２

条に規定する救急医療用ヘリコプターによる搬送件数（以下この区分において「救急搬送件数」という。）が、年間で1,000件以上であること。

（２） 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師が複数名配置されていること。当該専任の看護師は、区分番号「Ｂ００１－２－５」院内トリアージ実施料に係る専任の看護師を兼ねることができる。

３ 救急搬送看護体制加算２に関する施設基準

（１） 救急搬送件数が年間で200件以上であること。

（２） 救急患者の受入への対応に係る専任の看護師が配置されていること。当該専任の看護師は、区分番号「Ｂ００１－２－５」院内トリアージ実施料に係る専任の看護師を兼ねることができる。

４ 届出に関する事項

夜間休日救急搬送医学管理料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。ただし、救急搬送看護体制加算１又は２の施設基準に係る届出は、別添２の様式７の３により届け出ること。

第６の６ 外来リハビリテーション診療料

１ 外来リハビリテーション診療料に関する施設基準

（１） 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料の届出を行っていること。

（２） 当該診療料を算定する患者がリハビリテーションを実施している間、患者の急変時等に連絡を受けるとともに、リハビリテーションを担当する医師が直ちに診察を行える体制にあること。

２ 届出に関する事項

心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料の届出を行っていればよく、外来リハビリテーション診療料として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第６の７ 外来放射線照射診療料

１ 外来放射線照射診療料に関する施設基準

（１） 放射線照射の実施時において、当該保険医療機関に放射線治療医（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。

（２） 専従の看護師及び専従の診療放射線技師がそれぞれ１名以上勤務していること。なお、当該専従の診療放射線技師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。なお、専従の看護師は、粒子線治療医学管理加算及びホウ素中性子捕捉療法医学管理加算に係る常勤の看護師を兼任することはできない。

（３） 放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担

当する技術者（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上勤務していること。なお、当該技術者は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師との兼任はできないが、医療機器安全管理料２に係る技術者を兼任することができる。また、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、ホウ素中性子捕捉療法及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者との兼任もできない。

（４） 合併症の発生により速やかに対応が必要である場合等、緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制をとること。

２ 届出に関する事項

外来放射線照射診療料の施設基準に係る届出は、別添２の様式７の６を用いること。

第６の８ 地域包括診療料

１ 地域包括診療料１に関する施設基準

（１）から（８）までの基準を全て満たしていること。

（１） 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。

（２） 当該医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。

（３） 健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨を院内掲示していること。

（４） 診療所において、当該患者に対し院外処方を行う場合は、24時間対応をしている薬局と連携をしていること。

（５） 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。

ア 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。

イ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

（６） 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。

ア 介護保険法（平成９年法律第123号）第46条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者の指定を受けており、かつ、常勤の介護支援専門員（同法第７条第５項に規定するものをいう。）を配置していること。

イ 介護保険法第８条第６項に規定する居宅療養管理指導又は同条第10項に規定する短期入所療養介護等を提供した実績があること。

ウ 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所（介護保険法に規定する事業を実施するものに限る。）を併設していること。

エ 担当医が「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振

興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に年１回以上出席していること。

オ　介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション、同条第８項に規定する通所リハビリテーション、第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーション、同条第６項に規定する介護予防通所リハビリテーションに限る。）を提供していること（なお、要介護被保険者等に対して、維持期の運動器リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は廃用症候群リハビリテーション料を原則として算定できないことに留意すること。）。

カ　担当医が、介護保険法第14条に規定する介護認定審査会の委員の経験を有すること。

キ　担当医が、都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会を受講していること。

ク　担当医が、介護支援専門員の資格を有していること。

ケ　病院の場合は、区分番号「Ａ２４６」入退院支援加算の注８に規定する総合機能評価加算の届出を行っていること又は介護支援等連携指導料を算定していること

（７）　以下の全てを満していること。

ア　診療所の場合

（イ）　時間外対応加算１の届出を行っていること。

（ロ）　常勤換算２名以上の医師が配置されており、うち１名以上が常勤の医師であること。

（ハ）　在宅療養支援診療所であること。

イ　病院の場合

（イ）　地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。

（ロ）　在宅療養支援病院の届出を行っていること。

（８）　外来診療から訪問診療への移行に係る実績について、以下の全てを満たしていること。

ア　直近１年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ｉ）の「１」、区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注１のイの場合に限る。）又は区分番号「Ｃ０００」往診料を算定した患者の数の合計が、10人以上であること。

イ　直近１か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が70％未満であること。

２　地域包括診療料２に関する施設基準

１の（１）から（７）までの基準を全て満たしていること。

３　届出に関する事項

地域包括診療料１又は２の施設基準に係る届出は、別添２の様式７の７を用いること。

第６の８の２　認知症地域包括診療料

１　認知症地域包括診療料１に関する基準

第６の８に掲げる地域包括診療料１の届出を行っていること。

２　認知症地域包括診療料２に関する基準

第６の８に掲げる地域包括診療料２の届出を行っていること。

４　届出に関する事項

地域包括診療料１又は２の届出を行っていればよく、認知症地域包括診療料１又は２として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第６の８の３　小児かかりつけ診療料

１　小児かかりつけ診療料１に関する施設基準

（１）　専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（２）　区分番号「Ａ００１」の注10に規定する時間外対応加算１又は時間外対応加算２に係る届出を行っていること。

（３）　（１）に掲げる医師が、以下の項目のうち、２つ以上に該当すること。

ア　母子保健法（昭和40年法律第141号）第12条又は13条の規定による乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする１歳６か月、３歳児等の乳幼児の健康診査）を実施していること

イ　予防接種法（昭和23年法律第68号）第５条第１項の規定による予防接種（定期予防接種）を実施していること

ウ　過去１年間に15歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有していること

エ　幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校若しくは中学校の学校医に就任していること

２　小児かかりつけ診療料２に関する施設基準

（１）　１の（１）及び（３）の基準を満たしていること。

（２）　次のいずれかの基準を満たしていること。

ア　区分番号「Ａ００１」の注10に規定する時間外対応加算３に係る届出を行っていること。

イ　以下のいずれも満たすものであること。

（イ）　在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年６回以上の頻度で行っていること。

（ロ）　当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間にあっては、留守番電話等により、地域において夜間・休日の小児科外来診療を担当する医療機関や都道府県等が設置する小児医療に関する電話相談の窓口（＃8000等）等の案内を行うなど、対応に配慮すること。

３　小児抗菌薬適正使用支援加算に関する施設基準

薬剤耐性（ＡＭＲ）対策アクションプラン（平成28年４月５日国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議）に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク（仮称）」に係る活動に参加し、又は感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。

４　届出に関する事項

小児かかりつけ診療料１又は２の施設基準に係る届出は、別添２の様式７の８を用いること。小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第６の８の４　外来腫瘍化学療法診療料

１　外来腫瘍化学療法診療料１に関する施設基準

（１） 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。

（２） 化学療法の経験を５年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。

（３） 化学療法の経験を５年以上有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。

（４） 化学療法に係る調剤の経験を５年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務していること。

（５） 専任の医師、看護師又は薬剤師が院内に常時１人以上配置され、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制が整備されていること。

（６） 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。

（７） 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。

当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で１名以上（１診療科の場合は、２名以上）の代表者であること。）、業務に携わる看護師、薬剤師及び必要に応じてその他の職種から構成されるもので、少なくとも年１回開催されるものとする。

２ 外来腫瘍化学療法診療料２に関する施設基準

（１） １の(１)、(５)及び(６)を満たしていること。

（２） 化学療法の経験を有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。

（３） 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。

３ 連携充実加算に関する施設基準

（１） 外来腫瘍化学療法診療料１に係る届出を行っていること。

（２） １の（７）に規定するレジメンに係る委員会に管理栄養士が参加していること。

（３） 地域の保険医療機関及び保険薬局との連携体制として、次に掲げる体制が整備されていること。

ア 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメンを当該保険医療機関のホームページ等で閲覧できるようにしておくこと。

イ 当該保険医療機関において外来化学療法に関わる職員及び地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を年１回以上実施すること。

ウ 他の保険医療機関及び保険薬局からのレジメンに関する照会や患者の状況に関する相談及び情報提供等に応じる体制を整備すること。また、当該体制について、ホームページや研修会等で周知すること。

（４） 外来化学療法を実施している保険医療機関に５年以上勤務し、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る３年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士が勤務していること。

４ 届出に関する事項

（１） 外来腫瘍化学療法診療料１及び２の施設基準に係る届出は、別添２の様式39を用いること。

なお、令和４年３月31日時点で外来化学療法加算１又は２の届出を行っている保険医療機関については、令和４年９月30日までの間、１の（５）の基準を満たしているものとする。

（２） 連携充実加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式39の２を用いること。

（３） 当該治療室の平面図を添付すること。

第６の９ 生活習慣病管理料

１ 生活習慣病管理料の注４に関する施設基準

（１） 厚生労働省が毎年実施する「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」（以下「外来医療等調査」という。）に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及び厚生労働省が外来医療等調査の一部事務を委託する外来医療等調査事務局（以下「外来医療等調査事務局」という。）と電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず１名指定すること。

（２） 外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出すること。

（３） 診療記録（過去５年間の診療録及び過去３年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。

（４） 診療記録の保管・管理につき、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であることが望ましい。

（５） 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。

（６） 患者についての疾病統計には、ＩＣＤ大分類程度以上の疾病分類がされていること。

（７） 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。

２ 生活習慣病管理料の注４に係るデータ提出に関する事項

（１） データの提出を希望する保険医療機関は、令和５年５月20日、８月22日、11月21日又は令和６年２月20日までに別添２の様式７の10について、地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出すること。

（２） (１)の届出を行った保険医療機関は、当該届出の期限となっている月の翌月から起算して２月分のデータ（例として、令和５年７月に届出を行った場合は、令和５年８月22日の期限に合わせた届出となるため、試行データは令和５年９月、10月の２月分となる。）（以下「試行データ」という。）を厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに外来医療等調査事務局へ提出すること。

（３） 試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡を１の(１)の担当者宛てに電子メールにて発出する。なお、当該連絡のあった保険医療機関においては、この連絡以後、外来データ提出加算の届出を行うことが可能となる。

３ 届出に関する事項

生活習慣病管理料の注４の施設基準に係る届出については、次のとおり。

（１） 外来データ提出加算の施設基準に係る届出は別添２の様式７の11を用いること。

（２） 各調査年度において、累積して３回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、３回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

（３） データ提出を取りやめる場合、２(２)の基準を満たさなくなった場合及び(２)に該当した場合については、別添２の様式７の12を提出すること。

（４） (３)の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、２(１)の手続きより開始すること。

第７　ニコチン依存症管理料

１　ニコチン依存症管理料に関する施設基準

（１） 禁煙治療を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。

（２） 禁煙治療の経験を有する医師が１名以上勤務していること。なお、当該医師の診療科は問わないものであること。

（３） 禁煙治療に係る専任の看護師又は准看護師を１名以上配置していること。

（４） 禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。

（５） 保険医療機関の敷地内が禁煙であること。なお、保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

（６） 情報通信機器を用いて診察を行う保険医療機関にあっては、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下「オンライン指針」という。）に沿って診療を行う体制を有すること。

（７） ニコチン依存症管理料を算定した患者の指導の平均継続回数及び喫煙を止めたものの割合等を、別添２の様式８の２を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

２　ニコチン依存症管理料の注１に規定する基準

（１） ニコチン依存症管理料を算定した患者の指導に関する過去１年間の平均継続回数は、次のアに掲げる数及びイに掲げる数を合計した数をウに掲げる数で除して算出する。ただし、過去１年間に当該医療機関において当該管理料を算定している患者が５人以下である場合は、当年３月に初回の治療を行った患者を、アからウまでの数から除くことができる。

ア　１年間の当該保険医療機関において実施したニコチン依存症管理料１の延べ算定回数（初回から５回目までの治療を含む。）

イ　１年間の当該保険医療機関においてニコチン依存症管理料２を算定した患者の延べ指導回数

ウ　ニコチン依存症管理料１のイに掲げる初回の治療の算定回数及びニコチン依存症管理料２の算定回数を合計した数

（２） ニコチン依存症管理料を算定した患者の指導に関する過去１年間の平均継続回数の計算期間は、前年４月１日から当年３月31日までとし、当該平均継続回数の実績に基づく所定点数の算定は、当年７月１日より行う。

（３） 注１に規定する基準を満たさない場合には、ニコチン依存症管理料の所定点数の100分の70に相当する点数を算定することとなるが、過去１年間に当該管理料の算定の実績が無い場合は、この限りでないこと。

３　届出に関する事項

（１） ニコチン依存症管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式８を用いること。

（２） 当該治療管理に従事する医師及び看護師又は准看護師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。

第７の２　療養・就労両立支援指導料

１　特掲診療料の施設基準等別表第三の一の二に掲げる療養・就労両立支援指導料の注１に規定する疾患

特掲診療料の施設基準等別表第三の一の二に掲げる「その他これに準ずる疾患」とは、「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年４月17日衛発第242号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患している患者として都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに係るものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）又は「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱について」（平成元年７月24日健医発第896号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患している患者として都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに係るものに限る。）をいう。

２　療養・就労両立支援指導料の注３に規定する相談支援加算に関する基準

（１） 専任の看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師を配置していること。なお、当該職員は区分番号「Ａ２３４－３」患者サポート体制充実加算に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、当該職員は、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること。

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

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

３　療養・就労両立支援指導料の注５に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添１の第１の１に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

４　届出に関する事項

（１） 相談支援加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式８の３を用いること。

（２） 療養・就労両立支援指導料の注５に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、療養・就労両立支援指導料の注５として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第８　開放型病院共同指導料

１　開放型病院共同指導料に関する施設基準

（１） 当該病院の施設・設備の開放について、開放利用に関わる地域の医師会等との合意（契約等）があり、かつ、病院の運営規程等にこれが明示されていること。

（２） 次のア又はイのいずれかに該当していること。

ア　当該２次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない（雇用関係にない）10 以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること又は当該地域の医師若しくは歯科医師の５割以上が登録していること。

イ　当該２次医療圏の一つの診療科を主として標榜する、当該病院の開設者と関係のない（雇用関係のない）５以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること又は当該地域の当該診療科の医師若しくは歯科医師の５割以上が登録していること。この場合には、当該診療科の医師が常時勤務していること（なお、医師が 24 時間、365 日勤務することが必要であり、医師の宅直は認めない。）。

（３）　開放病床は概ね３床以上あること。

（４）　次の項目に関する届出前 30 日間の実績を有すること。

ア　実績期間中に当該病院の開設者と直接関係のない複数の診療所の医師又は歯科医師が、開放病床を利用した実績がある。

イ　これらの医師又は歯科医師が当該病院の医師と共同指導を行った実績がある。

ウ　次の計算式により計算した実績期間中の開放病床の利用率が２割以上である。ただし、地域医療支援病院においてはこの限りではない。

開放病床利用率　＝　（30 日間の開放型病院に入院した患者の診療を担当している診療所の保険医の紹介による延べ入院患者数）　÷　（開放病床　×　30 日間）

（５）　地域医療支援病院にあっては、上記（１）から（４）までを満たしているものとして取り扱う。

２　届出に関する事項

（１）　開放型病院共同指導料の施設基準に係る届出は、別添２の様式９を用いること。

（２）　届出前 30 日間における医師又は歯科医師の開放病床使用及び共同指導の実績並びに当該基準の１の（４）のウにより計算した開放病床利用率を記載すること。

（３）　開放利用に係る地域医師会等との契約、当該病院の運営規程等を記載すること。

（４）　登録医師又は歯科医師の名簿（登録医師等の所属する保険医療機関名を含む。）を別添２の様式 10 を用いて提出すること。

（５）　当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（開放病床が明示されていること。）を記載すること。

（６）　地域医療支援病院にあっては、上記（２）から（５）までの記載を要せず、地域医療支援病院である旨を記載すること。

第９　在宅療養支援診療所

１　在宅療養支援診療所の施設基準

次の（１）から（３）までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。

なお、（１）又は（２）のいずれかに該当するものが、区分番号「Ｃ０００」往診料の注１に規定する加算、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注６に規定する在宅ターミナルケア加算、区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注５に規定する在宅ターミナルケア加算、区分番号「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料、区分番号「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料及び区分番号「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料（以下「往診料の加算等」という。）に規定する「在宅療養支援診療所であって別に厚生労働大臣が定めるもの」である。

（１）　診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び 24 時間往診できる体制等を確保していること。

ア　在宅医療を担当する常勤の医師が３名以上配置されていること。

なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。

イ　当該診療所において、24 時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

ウ　当該診療所において、患家の求めに応じて、24 時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

エ　当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24 時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

オ　有床診療所にあっては当該診療所において、無床診療所にあっては別の保険医療機関（許可病床数が 200 床以上の病院を含む。）との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出ていること。

カ　別の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

キ　患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ク　当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

ケ　年に１回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況等を別添２の様式 11 の３を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

コ　当該診療所において、過去１年間の緊急の往診の実績を 10 件以上有すること。

なお、緊急の往診とは、区分番号「Ｃ０００」の注１に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。

サ　当該診療所において、過去１年間の在宅における看取りの実績を４件以上又は過去１年間の 15 歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（３回以上定期的な訪問診療を実施し、区分番号「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料又は区分番号「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）を４件以上有していること。なお、あらかじめ聴取した患者・家族の意向に基づき、オにおける受入医療機関で７日以内の入院を経て死亡した患者に対し、当該診療所が、当該入院日を含む直近６月間において訪問診療を実施していた場合（当該保険医療機関が、区分番号「Ｃ００１」在宅患

者訪問診療料（Ⅰ）の「１」、区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の「イ」又は区分番号「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料を算定している場合に限る。）も、在宅における看取りの実績に含めることができる。

シ　直近１か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が９割５分以上の保険医療機関にあっては、上記アからサまでの基準に加え、次の要件のいずれも満たすこと。

（イ）　直近１年間に５つ以上の病院又は診療所から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績があること。

（ロ）　当該診療所において、過去１年間の在宅における看取りの実績を 20 件以上有していること又は重症児の十分な診療実績等を有していること。なお、ここでいう重症児の十分な診療実績とは、過去１年間の 15 歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（３回以上の定期的な訪問診療を実施し、区分番号「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料又は区分番号「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）を 10 件以上有していることをいう。

（ハ）　直近１か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が７割以下であること。

（ニ）　直近１か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、要介護３以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が５割以上であること。

ス　市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設等と連携し、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議に出席していることが望ましいこと。

セ　在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。

ソ　当該診療所において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を作成していること。

（２）　他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（診療所又は許可病床数が 200 床（「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては 280 床）未満の病院により構成されたものに限る。以下この項において「在宅支援連携体制」という。）を構築している診療所であって、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び 24 時間往診できる体制等を確保していること。

ただし、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の数は、当該診療所を含めて１０未満とする。

なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院（許可病床数が 200 床（「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては 280 床）未満のものに限る。）が、診療所にあっては以下の要件、病院にあっては第 14 の２の１（２）の要件を全て満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを

想定しているものである。

ア　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、在宅医療を担当する常勤の医師が３名以上配置されていること。

なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。

イ　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、24 時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で 24 時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を一元化した上で、当該担当者及び当該連絡先、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者を文書上に明示すること。

ウ　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、24 時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

エ　当該診療所又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、24 時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

オ　当該診療所又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関において、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出ていること。

ただし、当該診療所又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関のいずれも病床を有しない場合には、別の保険医療機関（許可病床数が 200 床以上の病院を含む。）との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出ていること。

カ　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

なお、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間において、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月１回以上の定期的なカンファレンスを実施すること。

キ　患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ク　当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

ケ　年に１回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況等を別添２の様式 11 の３を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。また、当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関の実績を含めた在宅看取り数等を、別途、別添２の様式 11 の４を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。なお、報告に当たっては、当該連携体制を構築する複数の保険医療機関のうち、１つの保険医療機関が取りまとめて報告することで差し支えない。

コ　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去１年間の緊急の往診の実績を 10 件以上有し、かつ、当該診療所において４件以上有すること。

なお、緊急の往診とは、区分番号「Ｃ０００」の注１に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。

サ　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去１年間の在宅における看取りの実績を４件以上有していること。また、当該診療所において過去１年間の在宅における看取りの実績を２件以上又は過去１年間の 15 歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（３回以上定期的な訪問診療を実施し、区分番号「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料又は区分番号「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）を２件以上有すること。なお、あらかじめ聴取した患者・家族の意向に基づき、当該診療所又はオにおける受入医療機関で７日以内の入院を経て死亡した患者に対し、当該診療所が、当該入院日を含む直近６月間において訪問診療を実施していた場合（当該保険医療機関が、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「１」、区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「イ」又は区分番号「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料を算定している場合に限る。）も、当該診療所における在宅における看取りの実績に含めることができる。

シ　直近１か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が９割５分以上の保険医療機関にあっては、上記アからサまでの基準に加え、(１)のシの（イ）から（ニ）までの要件のいずれも満たすこと。

ス　市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設等と連携し、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議に出席していることが望ましいこと。

セ　在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。

ソ　当該診療所において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を作成していること。

（３）　以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び 24 時間往診できる体制等を確保していること。

ア　当該診療所において、24 時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

イ　当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、24 時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

ウ　当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等

との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24 時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。

エ　当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出ていること。

オ　他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

カ　患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

キ　当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

ク　年に１回、在宅看取り数等を別添２の様式 11 の３を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

ケ　直近１か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が９割５分以上の保険医療機関にあっては、上記アからクまでの基準に加え、(１)のシの(イ)から(ニ)までの要件のいずれも満たすこと。

なお、区分番号「Ｉ０１６」精神科在宅患者支援管理料の届出を行っている診療所であって、ＧＡＦ尺度による判定が 40 以下の統合失調症の患者を 10 人以上診療している保険医療機関にあっては、(１)のシの(イ)から(ニ)までの要件を満たしていなくても差し支えないものとする。

コ　当該診療所において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を作成していること。

（４）　令和４年３月 31 日時点で在宅療養支援診療所の届出を行っている診療所については、同年９月 30 日までの間に限り、（１）のソ、（２）のソ又は（３）のコの基準を満たしているものとする。

２　往診料の加算等の適用

（１）　往診料の加算等に規定する「病床を有する場合」とは、１の(１)のオに規定する有床診療所、１の(２)のオに規定する当該診療所又は在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関において緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保している場合をいう。

なお、１の(２)のオに規定する在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関において１つでも病床を有する保険医療機関が存在する場合、当該在宅支援連携体制を構築する全ての保険医療機関が、往診料の加算等に規定する「病床を有する場合」に該当するものとする。

（２）　往診料の加算等に規定する「病床を有しない場合」とは、１の(１)のオに規定する無床診療所、１の(２)のオに規定する当該診療所又は在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関のいずれも病床を有しない場合をいう。

（３） 往診料の加算等に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の施設基準

ア １の（１）又は（２）に規定する在宅療養支援診療所であって、過去１年間の緊急の往診の実績を 15 件以上有し、かつ、過去１年間の在宅における看取りの実績を 20 件以上有していること。

イ 末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに対し、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去１年間に２件以上有していること、又は過去に５件以上実施した経験のある常勤の医師が配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与（投与経路は問わないが、定期的な投与と頓用により患者が自ら疼痛を管理できるものに限る。）した実績を過去１年間に 10 件以上有していること。

ウ 第４の２がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に定める「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。

エ 緩和ケア病棟又は在宅での１年間の看取り実績が 10 件以上の保険医療機関において、３か月以上の勤務歴がある常勤の医師（在宅医療を担当する医師に限る。）がいること。

オ 院内の見やすい場所等に、過去１年間の看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていること。

（４） 往診料の加算等に規定する在宅療養実績加算１の施設基準

１の（３）に規定する在宅療養支援診療所であって、過去１年間の緊急の往診の実績を 10 件以上有し、かつ、過去１年間の在宅における看取りの実績を４件以上有していること。

（５） 往診料の加算等に規定する在宅療養実績加算２の施設基準

ア １の（３）に規定する在宅療養支援診療所であって、過去１年間の緊急の往診の実績を４件以上有し、かつ、過去１年間の在宅における看取りの実績を２件以上有していること。

イ 第４の２がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に定める「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会」又は「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会等」を修了している常勤の医師がいること。

３ 届出に関する事項

１の（１）の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添２の様式 11 及び様式 11 の３を用いること。１の（２）の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添２の様式 11、様式 11 の３及び様式 11 の４を用いること。１の（３）の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添２の様式 11 を用いること。２の（３）の在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 11 及び様式 11 の３を用いること。２の（４）の在宅療養実績加算１及び２の（５）の在宅療養実績加算２の施設基準に係る届出は、別添２の様式 11 及び様式 11 の５を用いること。

第 10 削除

第 11 ハイリスク妊産婦共同管理料

１ ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）に関する施設基準

ハイリスク妊産婦共同管理を共同で行う保険医療機関の名称、住所及び電話番号を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

２ 届出に関する事項

ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 13 を用いること。

３ 都道府県により周産期医療ネットワークが設置されており、それを介して患者を紹介し共同管理を行う場合については、そのネットワークの運営会議等において、当該保険医療機関若しくは当該保険医療機関の所属する団体（各地域の産婦人科医会等）の代表と他の保険医療機関との間でハイリスク妊産婦の医療に関する情報交換を行っていれば、届出時に、周産期ネットワークの概要、運営会議への参加医療機関及び運営会議への参加団体に所属する保険医療機関の分かる書類を添付すれば、様式に個別の医療機関を記載することを要しない。

その場合には、１の規定にかかわらず、当該保険医療機関が所在する地域の周産期医療ネットワーク名を院内に掲示すること。

４ ハイリスク妊産婦共同管理料の算定対象となる患者について

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

イ 妊娠 30 週未満の切迫早産の患者とは、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの切迫早産の兆候を示しかつ以下のいずれかを満たすものに限る。

（イ） 前期破水を合併したもの

（ロ） 羊水過多症又は羊水過少症を合併したもの

（ハ） 経腟超音波検査で子宮頸管長が 20㎜ 未満のもの

（ニ） 切迫早産の診断で他の医療機関より搬送されたもの

（ホ） 早産指数(tocolysis index)が３点以上のもの

［早産指数（tocolysis index）］

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

ウ 精神療法が実施されているものとは、当該保険医療機関で精神療法が実施されているもの又は他の保険医療機関で精神療法が実施されており、当該保険医療機関に対して当該患者の診療情報が文書により提供されているものを指す。

エ 妊産婦とは産褥婦を含み、妊婦とは産褥婦を含まない。

第 11 の２ がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料

１ がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料の施設基準

あらかじめ計画策定病院において疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携医療機関と共有されていること。

２ がん治療連携計画策定料の施設基準

がん診療の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成30年7月31健発0731第1号厚生労働省健康局長通知）に基づき、がん診療連携拠点病院等（がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院）、特定領域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院）の指定を受けた病院又は「小児がん拠点病院の整備について」（平成30年7月31日健発第0731第2号厚生労働省健康局長通知）に基づき小児がん拠点病院の指定を受けた病院をいう。特定領域がん診療連携拠点病院については、当該特定領域の悪性腫瘍の患者についてのみ、がん診療連携拠点病院に準じたものとして取り扱う（以下同じ。）。また、がん診療連携拠点病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院をいう。

3　がん治療連携計画策定料の注5に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添1の第1の1に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

4　届出に関する事項

（1）　がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料の施設基準に係る届出は、別添2の様式13の2を用いること。なお、届出に当たっては、計画策定病院において、がん治療連携指導料の算定を行う連携医療機関に係る届出を併せて行っても差し支えない。

（2）　計画策定病院が当該届出を行う際には、がんの種類や治療法ごとに作成され、連携医療機関とあらかじめ共有されている地域連携診療計画を添付すること。なお、その様式は別添2の様式13の3を参考にすること。

（3）　がん治療連携計画策定料の注5に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、がん治療連携計画策定料の注5として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の3　がん治療連携管理料

1　がん治療連携管理料の1に関する施設基準

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

2　がん治療連携管理料の2に関する施設基準

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療病院の指定を受けていること。

3　がん治療連携管理料の3に関する施設基準

「小児がん拠点病院の整備について」に基づき、小児がん拠点病院の指定を受けていること。なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

4　届出に関する事項

がん治療連携管理料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の3の2　外来がん患者在宅連携指導料

1　外来がん患者在宅連携指導料に関する保険医療機関の基準

外来緩和ケア管理料又は外来腫瘍化学療法診療料1若しくは2の届出を行っていること。

2　外来がん患者在宅連携指導料の注3に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添1の第1の1に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

3　届出に関する事項

（1）　外来緩和ケア管理料又は外来腫瘍化学療法診療料1若しくは2の届出を行っていればよく、外来がん患者在宅連携指導料として、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

（2）　外来がん患者在宅連携指導料の注3に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、外来がん患者在宅連携指導料の注3として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと

第11の3の3　外来排尿自立指導料

1　外来排尿自立指導料の施設基準

（1）　保険医療機関内に、以下から構成される排尿ケアに係るチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）が設置されていること。

ア　下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師

イ　下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師

ウ　下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士

（2）　(1)のアに掲げる医師は、3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、他の保険医療機関を主たる勤務先とする医師（3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師に限る。）が対診等により当該チームに参画しても差し支えない。また、ここでいう適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること。

イ　下部尿路機能障害の病態、診断、治療、予防及びケアの内容が含まれるものであること。

ウ　通算して6時間以上のものであること。

（3）　(1)のイに掲げる所定の研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること。

イ　下部尿路機能障害の病態生理、その治療と予防、評価方法、排尿ケア及び事例分析の内容が含まれるものであること。

ウ　排尿日誌による評価、エコーを用いた残尿測定、排泄用具の使用、骨盤底筋訓練及び自己導尿に関する指導を含む内容であり、下部尿路機能障害患者の排尿自立支援について十分な知識及び経験のある医師及び看護師が行う演習が含まれるものであること。

エ　通算して16時間以上のものであること。

（４） 排尿ケアチームの構成員は、区分番号「Ａ２５１」排尿自立支援加算に規定する排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。

（５） 包括的排尿ケアの計画及び実施に当たっては、下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドライン等を遵守すること。

２ 届出に関する事項

当該指導料の施設基準に係る届出は、別添２の様式13の４を用いること。

第11の３の４ ハイリスク妊産婦連携指導料

１ ハイリスク妊産婦連携指導料１の施設基準

（１） 患者の同意を得た上で、支援を要する妊産婦の情報（産婦健康診査の結果を含む）が速やかに市町村に報告されるよう、市町村等との連携体制の整備を図るよう努めること。

（２） 原則として当該保険医療機関を受診する全ての妊産婦を対象に、エジンバラ産後うつ病質問票（ＥＰＤＳ）等を参考にしてメンタルヘルスのスクリーニングを適切に実施していること。

２ ハイリスク妊産婦連携指導料２の施設基準

患者の同意を得た上で、支援を要する妊産婦の情報が速やかに市町村等に報告されるよう、市町村等との連携体制の整備を図るよう努めること。

３ 届出に関する事項

ハイリスク妊産婦連携指導料の施設基準に係る届出は、別添２の２を用いること。

第11の３の５ 遠隔連携診療料

１ 遠隔連携診療料の施設基準

オンライン指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

２ 届出に関する事項

遠隔連携診療料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の４ 認知症専門診断管理料

１ 認知症専門診断管理料に関する施設基準

「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」（平成26年７月９日老発0709第３号）の別添２認知症疾患医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医療センターであること。

２ 届出に関する事項

認知症専門診断管理料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の５ 肝炎インターフェロン治療計画料

１ 肝炎インターフェロン治療計画料に関する施設基準

（１） 肝疾患に関する専門的な知識を持つ常勤の医師による診断（活動度及び病期を含む。）と治療方針の決定が行われていること。

（２） インターフェロン等の抗ウイルス療法を適切に実施できる体制を有していること。

（３） 肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できる体制を有していること。

２ 肝炎インターフェロン治療計画料の注３に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添１の第１の１に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

３ 届出に関する事項

（１） 肝炎インターフェロン治療計画料の施設基準に係る届出は、別添２の様式13の６を用いること。

（２） 肝炎インターフェロン治療計画料の注３に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、肝炎インターフェロン治療計画料の注３として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の６ 退院後訪問指導料

退院後訪問指導料の対象の患者は、「特掲診療料の施設基準等」別表第８に掲げる状態の患者又は「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年４月３日老発第0403003号）におけるランクⅢ以上の患者であること。

第11の７ こころの連携指導料（Ⅰ）

１ こころの連携指導料（Ⅰ）の施設基準

（１） 精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築していること。

（２） 当該診療及び療養上必要な指導を行う医師は、自殺対策等に関する適切な研修を受講していること。ただし、研修を受講していない場合にあっては、令和４年９月30日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。

２ 届出に関する事項

こころの連携指導料（Ⅰ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式13の７を用いること。

第11の８ こころの連携指導料（Ⅱ）

１ こころの連携指導料（Ⅱ）の施設基準

（１） 精神科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 当該保険医療機関内に精神保健福祉士が１名以上配置されていること。

２ 届出に関する事項

こころの連携指導料（Ⅱ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式13の８を用いること。

第12 薬剤管理指導料

１ 薬剤管理指導料に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、２名以上配置されているとともに、薬剤管理指導に必要な体制がとられていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤薬剤師を２人組み合わせることにより、当該常勤薬剤師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤薬剤師が配置されている場合には、これらの非常勤薬剤師の実労働時間を常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができ

る。ただし、常勤換算し常勤薬剤師に算入することができるのは、常勤薬剤師のうち１名までに限る。

（２） 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、院内からの相談に対応できる体制が整備されていること。なお、院内からの相談に対応できる体制とは、当該保険医療機関の医師等からの相談に応じる体制があることを当該医師等に周知していればよく、医薬品情報管理室に薬剤師が常時配置されている必要はない。

（３） 医薬品情報管理室の薬剤師が、有効性、安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。

（４） 当該保険医療機関の薬剤師は、入院中の患者ごとに薬剤管理指導記録を作成し、投薬又は注射に際して必要な薬学的管理指導（副作用に関する状況把握を含む。）を行い、必要事項を記入するとともに、当該記録に基づく適切な患者指導を行っていること。

（５） 投薬・注射の管理は、原則として、注射薬についてもその都度処方箋により行うものとするが、緊急やむを得ない場合においてはこの限りではない。

（６） 当該基準については、やむを得ない場合に限り、特定の診療科につき区分して届出を受理して差し支えない。

２　薬剤管理指導料の対象患者

薬剤管理指導料の「１」に掲げる「特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者」とは、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤又は抗ＨＩＶ薬が投薬又は注射されている患者をいう。

３　届出に関する事項

（１） 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 14 を用いること。

（２） 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。

（３） 調剤、医薬品情報管理、病棟薬剤業務、薬剤管理指導、又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載する。

（４） 調剤所及び医薬品情報管理室の平面図を提出すること。

第 12 の１の１の２　薬剤総合評価調整管理料

１　薬剤総合評価調整管理料の注３に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添１の第１の１に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

２　届出に関する事項

薬剤総合評価調整管理料の注３に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、薬剤総合評価調整管理料の注３として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 12 の１の２　診療情報提供料(Ⅰ)及び電子的診療情報評価料

１　診療情報提供料（Ⅰ）の地域連携診療計画加算に関する施設基準

（１） あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携保険医療機関等と共有されていること。

（２） 連携保険医療機関等の職員と当該保険医療機関の職員が、地域連携診療計画に係る情報交換のために、年３回以上の頻度で面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われていること。

２　診療情報提供料(Ⅰ)の検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料に関する施設基準

（１） 他の医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワークを構築していること。なお、電子的な送受信又は閲覧が可能な情報には、原則として、検査結果、画像情報、投薬内容、注射内容及び退院時要約が含まれていること（診療所にあっては、画像情報・退院時要約については閲覧できるのみでもよい。）。また、画像診断の所見についても含まれていることが望ましい。

（２） 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関に提供する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保すること。また、保険医療機関において、個人単位の情報の閲覧権限の管理など個人情報の保護が確実に実施されていること。

（３） 常時データを閲覧できるネットワークを用いる際に、ストレージを活用する場合には、原則として厚生労働省標準規格に基づく標準化されたストレージ機能を有する情報蓄積環境を確保すること（ただし、当該規格を導入するためのシステム改修が必要な場合は、それを行うまでの間はこの限りでない。）、また、診療情報提供書を送付する際には、原則として、厚生労働省標準規格に基づく診療情報提供書様式を用いること。

（４） 情報の提供側の保険医療機関においては、提供した診療情報又は閲覧可能とした情報の範囲及び日時が記録されており、必要に応じ随時確認できること。また、情報を提供された側の保険医療機関においては、提供を受けた情報を保管している、又は閲覧した情報及び閲覧者名を含むアクセスログを一年間記録していること。これらの記録について、（１）のネットワークを運営する事務局が保険医療機関に代わって記録を行っている場合は、当該加算・評価料を算定する保険医療機関は、当該事務局から必要に応じて随時記録を取り寄せることができること。

３　届出に関する事項

（１） 地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出は別添２の様式 12 により届け出ること。これに添付する地域連携診療計画は別添２の様式 12 の２に準じた様式を用いること。

（２） 検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 14 の２を用いること。

第 12 の１の３　連携強化診療情報提供料

１　連携強化診療情報提供料の注１に関する施設基準

当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。

（１） 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。

（２） 敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。

（３） 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

（４） 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している病棟を有する場合は、敷地内に喫煙所を設けても差し支えない。

（５） 敷地内に喫煙所を設ける場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと。

２ 連携強化診療情報提供料の注３に関する施設基準

当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、１を満たすこと。

３ 連携強化診療情報提供料の注４に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、１を満たすこと。

（２） 次のいずれかの指定を受けている保険医療機関であること。

ア 難病診療連携拠点病院又は難病診療分野別拠点病院（難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50 号）第５条第１項に規定する指定難病の患者に係る場合に限る。）

イ てんかん支援拠点病院（てんかんの患者に係る場合に限る。）

４ 連携強化診療情報提供料の注５に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、１を満たすこと。

（２） 当該保険医療機関内に、産科若しくは産婦人科を担当している医師又は妊娠している者の診療に係る適切な研修を修了した医師を配置していることが望ましいこと。

（３） （２）の適切な研修とは、次の要件を満たすものをいうこと。

ア 都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること。

イ 研修内容に以下の内容を含むこと。

（イ） 妊娠前後及び産後の生理的変化と検査値異常

（ロ） 妊娠している者の診察時の留意点

（ハ） 妊娠している者に頻度の高い合併症や診断が困難な疾患

（ニ） 妊娠している者に対する画像検査（エックス線撮影やコンピューター断層撮影）の可否の判断

（ホ） 胎児への影響に配慮した薬剤の選択

５ 届出に関する事項

連携強化診療情報提供料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して届出を行う必要はないこと。

第 12 の２ 医療機器安全管理料

１ 医療機器安全管理料１に関する施設基準

（１） 医療機器安全管理に係る常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（２） 医療に係る安全管理を行う部門（以下「医療安全管理部門」という。）を設置していること。

（３） 当該保険医療機関において、医療機器の安全使用のための責任者（以下「医療機器安全管理責任者」という。）が配置されていること。

（４） 当該保険医療機関において、従業者に対する医療機器の安全使用のための研修が行われていること。

（５） 当該保険医療機関において医療機器の保守点検が適切に行われていること。

２ 医療機器安全管理料２に関する施設基準

（１） 放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上いること。なお、当該常勤の医師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

（２） 放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上いること。なお、当該技術者は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師との兼任はできないが、外来放射線照射診療料に係る技術者を兼任することができる。また、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、ホウ素中性子捕捉療法及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者との兼任もできない。

（３） 当該保険医療施設において高エネルギー放射線治療装置又はガンマナイフ装置を備えていること。

３ 届出に関する事項

医療機器安全管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 15 を用いること。

なお、歯科診療に係る医療機器安全管理料の施設基準に係る届出は、医療機器安全管理料２に準じて行うこと。

第 12 の３ 精神科退院時共同指導料

１ 精神科退院時共同指導料の施設基準

当該保険医療機関内に、専任の精神保健福祉士が一名以上配置されていること。

２ 精神科退院時共同指導料１に関する保険医療機関の施設基準

精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関であること。

３ 精神科退院時共同指導料２に関する保険医療機関の施設基準

精神科を標榜する保険医療機関である病院であること。

４ 届出に関する事項

精神科退院時共同指導料の施設基準に係る届出は様式16を用いること。

第12の４　がんゲノムプロファイリング評価提供料

１　がんゲノムプロファイリング評価提供料の施設基準

がんゲノムプロファイリング検査の施設基準の届出を行っていること。

２　届出に関する事項

がんゲノムプロファイリング評価提供料の施設基準については、がんゲノムプロファイリング検査の届出を行っていればよく、がんゲノムプロファイリング評価提供料として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第13　歯科治療時医療管理料

１　歯科治療時医療管理料に関する施設基準

（１）　当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されていること。

（２）　常勤の歯科医師が複数名配置されていること又は常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師がそれぞれ１名以上配置されていること。なお、非常勤の歯科衛生士又は看護師を２名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関が規定する常勤歯科衛生士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間帯に歯科衛生士又は看護師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（３）　当該患者の全身状態の管理を行うにつき以下の十分な装置・器具等を有していること。

ア　経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）

イ　酸素供給装置

ウ　救急蘇生セット

（４）　緊急時に円滑な対応ができるよう病院である別の保険医療機関との連携体制が整備されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

２　届出に関する事項

歯科治療時医療管理料の施設基準に係る届出は別添２の様式17を用いること。

第13の２　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所

１　かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準

次の要件のいずれにも該当するものをかかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所という。

（１）　歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ１名以上配置されていること。

（２）　次のいずれにも該当すること。

ア　過去１年間に歯周病安定期治療又は歯周病重症化予防治療をあわせて30回以上算定していること。

イ　過去１年間にフッ化物歯面塗布処置又は歯科疾患管理料のエナメル質初期う蝕管理加算をあわせて10回以上算定していること。

ウ　クラウン・ブリッジ維持管理料を算定する旨を届け出ていること。

エ　歯科点数表の初診料の注１に規定する施設基準を届け出ていること。

（３）　過去１年間に歯科訪問診療１若しくは歯科訪問診療２の算定回数又は連携する在宅療養支援歯科診療所１若しくは在宅療養支援歯科診療所２に依頼した歯科訪問診療の回数があわせて５回以上であること。

（４）　過去１年間に診療情報提供料又は診療情報連携共有料をあわせて５回以上算定している実績があること。

（５）　当該医療機関に、歯科疾患の重症化予防に資する継続管理に関する研修（口腔機能の管理を含むものであること。）、高齢者の心身の特性及び緊急時対応等の適切な研修を修了した歯科医師が１名以上在籍していること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。

（６）　診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。ただし、医科歯科併設の診療所にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が確保されている場合は、この限りではない。

（７）　当該診療所において歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な歯科医師をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。

（８）（５）に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、３つ以上に該当すること。

ア　過去１年間に、居宅療養管理指導を提供した実績があること。

イ　地域ケア会議に年１回以上出席していること。

ウ　介護認定審査会の委員の経験を有すること。

エ　在宅医療に関するサービス担当者会議や病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議等に年１回以上出席していること。

オ　過去１年間に、栄養サポートチーム等連携加算１又は栄養サポートチーム連携加算２を算定した実績があること。

カ　在宅医療又は介護に関する研修を受講していること。

キ　過去１年間に、退院時共同指導料１、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定した実績があること。

ク　認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講していること。

ケ　過去１年間に福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における定期的な歯科健診に協力していること。

コ　自治体が実施する事業（ケに該当するものを除く。）に協力していること。

サ　学校歯科医等に就任していること。

シ　過去１年間に、歯科診療特別対応加算又は初診時歯科診療導入加算を算定した実績があること。

（９）　歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯の切削や義歯の調整、歯冠補綴物の調整時等に飛散する細かな物質を吸引できる環境を確保していること。

（10）　患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。

ア　自動体外式除細動器（ＡＥＤ）

イ　経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）
ウ　酸素供給装置
エ　血圧計
オ　救急蘇生セット
カ　歯科用吸引装置
なお、自動体外式除細動器（ＡＥＤ）については保有していることがわかる院内掲示を行っていることが望ましい。

2　届出に関する事項
かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所の施設基準に係る届出は、別添２の様式 17 の２を用いること。また、研修については、該当する研修を全て修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

第 13 の３　禁煙治療補助システム指導管理加算
1　禁煙治療補助システム指導管理加算に関する施設基準
ニコチン依存症管理料の注１に規定する基準を満たしていること。
2　届出に関する事項
禁煙治療補助システム指導管理加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式８を用いること。

第 14　在宅療養支援歯科診療所１及び在宅療養支援歯科診療所２
1　在宅療養支援歯科診療所１及び在宅療養支援歯科診療所２の施設基準
（1）　在宅療養支援歯科診療所１の施設基準
次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。
ア　過去１年間に歯科訪問診療１及び歯科訪問診療２を合計 18 回以上算定していること。
イ　高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含むものであること。）、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。
ウ　歯科衛生士が配置されていること。
エ　当該診療所において、歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な保険医をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。
オ　歯科訪問診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
カ　当該診療所において、過去１年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が５回以上であること。
キ　以下のいずれか１つに該当すること。
（イ）　当該地域において、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院・介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に年１回以上出席していること。
（ロ）　過去１年間に、病院・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力を行っていること。
（ハ）　歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年１回以上あること。
ク　過去１年間に、以下のいずれかの算定が１つ以上あること。
（イ）　栄養サポートチーム等連携加算１又は２の算定があること。
（ロ）　在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の算定があること。
（ハ）　退院時共同指導料１、退院前在宅療養指導管理料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定があること。
ケ　直近１か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を行った患者のうち、歯科訪問診療を行った患者数の割合が９割５分以上の診療所にあっては、次のいずれにも該当するものであること。
（イ）　過去１年間に、５か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていること。
（ロ）　直近３か月に当該診療所で行われた歯科訪問診療のうち、６割以上が歯科訪問診療１を算定していること。
（ハ）　在宅歯科医療に係る３年以上の経験を有する歯科医師が勤務していること。
（ニ）　歯科用ポータブルユニット、歯科用ポータブルバキューム及び歯科用ポータブルレントゲンを有していること。
（ホ）　歯科訪問診療において、過去１年間の診療実績（歯科点数表に掲げる区分番号のうち、次に掲げるものの算定実績をいう。）が次の要件のいずれにも該当していること。
①　区分番号「Ｉ００５」に掲げる抜髄及び区分番号「Ｉ００６」に掲げる感染根管処置の算定実績が合わせて 20 回以上であること。
②　区分番号「Ｊ０００」に掲げる抜歯手術の算定実績が 20 回以上であること。
③　区分番号「Ｍ０１８」に掲げる有床義歯を新製した回数、区分番号「Ｍ０２９」に掲げる有床義歯修理及び区分番号「Ｍ０３０」に掲げる有床義歯内面適合法の算定実績が合わせて 40 回以上であること。ただし、それぞれの算定実績は５回以上であること。
コ　年に１回、歯科訪問診療の患者数等を別添２の様式 18 の２を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。
（2）　在宅療養支援歯科診療所２の施設基準
次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。
ア　過去１年間に歯科訪問診療１及び歯科訪問診療２を合計４回以上算定していること。
イ　（1）のイからカまで及びケのいずれにも該当すること。
ウ　年に１回、歯科訪問診療の患者数等を別添２の様式 18 の２を用いて、地方厚生(支)局長に報告していること。
（3）　令和４年３月 31 日において、現に在宅療養支援歯科診療所１の届出を行っている保険医

療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、１の(１)のアの基準を満たしているものとみなす。

２　届出に関する事項

在宅療養支援歯科診療所１及び在宅療養支援歯科診療所２の施設基準に係る届出は、別添２の様式18を用いること。

第14の２　在宅療養支援病院

１　在宅療養支援病院の施設基準

次の(１)から(３)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。

なお、(１)又は(２)のいずれかに該当するものが、区分番号「Ｃ０００」往診料の注１に規定する加算、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の注６に規定する在宅ターミナルケア加算、区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注５に規定する在宅ターミナルケア加算、区分番号「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料、区分番号「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料及び区分番号「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料（以下「往診料の加算等」という。）に規定する「在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの」である。

(１)　病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア　許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床）未満の病院であること又は当該病院を中心とした半径４キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。なお、半径４キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。

また、当該病院が届出を行った後に半径４キロメートル以内に診療所が開設された場合にあっても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。

イ　在宅医療を担当する常勤の医師が３名以上配置されていること。

なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。

ウ　当該病院において、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。この場合において連絡を受ける担当者とは当該病院の24時間連絡を受けることができる部門を指定することで差し支えない。なお、担当者として個人を指定している場合であって、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

エ　当該病院において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。往診担当医が複数名にわたる場合にあっても、それらの者及び「カ」に規定する訪問看護の担当者との間で患者に関する診療情報が共有されていること。

オ　往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。なお、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体

制を確保していれば、必ずしも当該保険医療機関内に待機していなくても良いものとする。

カ　当該病院において、又は訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。訪問看護の担当者が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び「エ」に規定する往診担当医との間で当該患者の診療情報が共有されていること。

キ　当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。

ク　訪問看護ステーションと連携する場合には、当該訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を訪問看護ステーションに文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

ケ　患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

コ　当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

サ　年に１回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況等を別添２の様式11の３を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

シ　以下のいずれかの要件を満たすこと。

①　当該病院において、過去１年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。

なお、緊急の往診とは、区分番号「Ｃ０００」の注１に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。

②　在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保していること及び在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去１年間で31件以上あること。

③　地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ていること。

ス　当該病院において、過去１年間の在宅における看取りの実績を４件以上又は過去１年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（３回以上定期的な訪問診療を実施し、区分番号「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料又は区分番号「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）を４件以上有していること。なお、あらかじめ聴取した患者・家族の意向に基づき、当該病院における７日以内の入院を経て死亡した患者に対し、当該病院が、当該入院日を含む直近６月間において訪問診療を実施していた場合（当該保険医療機関が、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」、区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の「イ」又は区分番号「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料を算定している場合に限る。）も、在宅における看取りの実績に含めることができる。

セ　市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設等と連携し、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議に出席していることが望ましいこと。

ソ　在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。

タ　当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に係る指針を作成していること。

（２）　他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（診療所又は許可病床数が 200 床（「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては 280 床）未満の病院により構成されたものに限る。以下この項において「在宅支援連携体制」という。）を構築している病院であって、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び 24 時間往診できる体制等を確保していること。

ただし、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の数は、当該病院を含めて 10 未満とする。

なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院（許可病床数が 200 床（「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては 280 床）未満のものに限る。）が、診療所にあっては第９の１（２）の要件、病院にあっては以下の要件を全て満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定しているものである。

ア　許可病床数が 200 床（「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては 280 床）未満の病院であること。

イ　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、在宅医療を担当する常勤の医師が３名以上配置されていること。

なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。

ウ　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、24 時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で 24 時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を一元化した上で、当該担当者及び当該連絡先、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。この場合において連絡を受ける担当者とは当該病院の 24 時間連絡を受けることができる部門を指定することで差し支えない。なお、担当者として個人を指定している場合であって、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者を文書上に明示すること。

エ　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、24 時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。往診担当医が複数名にわたる場合にあっても、それらの者及び「カ」に規定する訪問看護の担当者との間で患者に関する診療情報が共有されていること。

オ　往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。なお、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び 24 時間往診できる体制を確保していれば、必ずしも当該保険医療機関内に待機していなくても良いものとする。

カ　当該病院又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、24 時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。訪問看護の担当者が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び「エ」に規定する往診担当医との間で当該患者の診療情報が共有されていること。

キ　当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。

ク　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

なお、在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間においては、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月１回以上の定期的なカンファレンスを実施すること。

ケ　患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

コ　当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

サ　年に１回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況等を別添２の様式 11 の３を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

また、当該在宅療養支援体制を構築する他の保険医療機関の実績を含めた在宅看取り数等を別途、別添２の様式 11 の４を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。なお、報告に当たっては、当該連携体制を構築する複数の保険医療機関のうち、１つの保険医療機関が取りまとめて報告することで差し支えない。

シ　以下のいずれかの要件を満たすこと。

①　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去１年間の緊急の往診の実績を 10 件以上有し、かつ、当該病院において４件以上有すること。

なお、緊急の往診とは、区分番号「Ｃ０００」の注１に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。

②　在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保していること及び在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去１年間で 31 件以上あること。

③　地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ていること。

ス　当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去１年間の在宅における看取りの実績を４件以上有していること。また、当該病院において過去１年間の在宅における看取りの実績を２件以上又は過去１年間の 15 歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（３回以上定期的な訪問診療を実施し、区分番号「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料又は区分番号「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）を２件以上有すること。なお、あらかじめ聴取した患者・家族の意向に基づき、当該病院における７日以内の入院を経て死亡した患者に対し、当該病院が、当該入院日を含む直近６月間において訪問診療を実施していた場合（当該保険医療機関が、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」、区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の「イ」又は区分番号「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料を算

定している場合に限る。）も、当該病院による在宅における看取りの実績に含めることができる。

セ　市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設等と連携し、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議に出席していることが望ましいこと。

ソ　在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。

タ　当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に係る指針を作成していること。

（３）　以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。

ア　許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床）未満の病院であること又は当該病院を中心とした半径４キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。なお、半径４キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。

　また、当該病院が届出を行った後に半径４キロメートル以内に診療所が開設された場合にあっても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。

イ　当該病院において、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。この場合において連絡を受ける担当者とは当該病院の24時間連絡を受けることができる部門を指定することで差し支えない。なお、担当者として個人を指定している場合であって、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

ウ　当該病院において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。往診担当医が複数名にわたる場合にあっても、それらの者及び「オ」に規定する訪問看護の担当者との間で患者に関する診療情報が共有されていること。

エ　往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。なお、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保していれば、必ずしも当該保険医療機関内に待機していなくても良いものとする。

オ　当該病院において又は訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。訪問看護の担当者が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び「ウ」に規定する往診担当医との間で当該患者の診療情報が共有されていること。

カ　当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。

キ　訪問看護ステーションと連携する場合には、当該訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を訪問看護ステーションに文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

ク　患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

ケ　当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

コ　年に１回、在宅看取り数等を別添２の様式11の３を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

サ　当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に係る指針を作成していること。

（４）　令和４年３月31日時点で在宅療養支援病院の届出を行っている病院については、同年９月30日までの間に限り、（１）のタ、（２）のタ又は（３）のサの基準を満たしているものとする。

２　往診料の加算等の適用

（１）　１の（１）及び（２）に規定する在宅療養支援病院は、往診料の加算等に規定する「病床を有する場合」に該当するものとする。

（２）　往診料の加算等に規定する在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の施設基準

　１の（１）又は（２）に規定する在宅療養支援病院であって、第９の２の（３）に規定する要件を満たしていること。

（３）　往診料の加算等に規定する在宅療養実績加算１の施設基準

　１の（３）に規定する在宅療養支援病院であって、過去１年間の緊急の往診の実績を10件以上有し、かつ、過去１年間の在宅における看取りの実績を４件以上有していること。

（４）　往診料の加算等に規定する在宅療養実績加算２の施設基準

　１の（３）に規定する在宅療養支援病院であって、第９の２の（５）に規定する要件を満たしていること。

３　届出に関する事項

　１の（１）の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添２の様式11の２及び様式11の３を用いること。１の（２）の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添２の様式11の２、様式11の３及び様式11の４を用いること。１の（３）の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添２の様式11の２を用いること。２の（２）の在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式11の２及び様式11の３を用いること。２の（３）の在宅療養実績加算１及び２の（４）の在宅療養実績加算２の施設基準に係る届出は、別添２の様式11の２及び様式11の５を用いること。

第14の３　在宅患者歯科治療時医療管理料

１　在宅患者歯科治療時医療管理料に関する施設基準

（１） 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されていること。

（２） 常勤の歯科医師が複数名配置されていること又は常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師がそれぞれ１名以上配置されていること。なお、非常勤の歯科衛生士又は看護師を２名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関が規定する常勤歯科衛生士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間帯に歯科衛生士又は看護師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（３） 当該患者の全身状態の管理を行うにつき以下の十分な装置・器具等を有していること。

ア 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）

イ 酸素供給装置

ウ 救急蘇生セット

（４） 緊急時に円滑な対応ができるよう病院である別の保険医療機関との連携体制が整備されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

２ 届出に関する事項

在宅患者歯科治療時医療管理料の施設基準に係る届出は別添２の様式17を用いること。

第15 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料

１ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に関する施設基準

（１） 次の要件のいずれをも満たすものであること。

ア 介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること。

イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。

（２） 他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整に努めるとともに、当該保険医療機関は、市町村、在宅介護支援センター等に対する情報提供にも併せて努めること。

（３） 地域医師会等の協力・調整等の下、緊急時等の協力体制を整えることが望ましいこと。

２ 在宅時医学総合管理料の注８（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準

直近１か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が９割５分未満の保険医療機関（診療所に限る。）であること。

３ 届出に関する事項

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準に係る届出は別添２の様式19を用いること。ただし、「２」については、当該基準を満たしていればよく、当該基準を満たしている場合には、改めて地方厚生（支）局長に届出を行う必要はないこと。

第15の２ 在宅時医学総合管理料の注12及び施設入居時等医学総合管理料の注６に規定する情報通信機器を用いた診療

１ 情報通信機器を用いた診療に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添１の第１の１に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

２ 届出に関する事項

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、在宅時医学総合管理料の注12及び施設入居時等医学総合管理料の注６に規定する情報通信機器を用いた診療として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第15の３ 在宅時医学総合管理料の注13及び施設入居時等医学総合管理料の注７に規定する在宅データ提出加算

１ 在宅データ提出加算の施設基準

（１） 外来医療等調査に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及び外来医療等調査事務局と電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず１名指定すること。

（２） 外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出すること。

（３） 診療記録（過去５年間の診療録及び過去３年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。

（４） 診療記録の保管・管理につき、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であることが望ましい。

（５） 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。

（６） 患者についての疾病統計には、ＩＣＤ大分類程度以上の疾病分類がされていること。

（７） 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。

２ データ提出に関する事項

（１） データの提出を希望する保険医療機関は、令和５年５月20日、８月22日、11月21日又は令和６年２月20日までに別添２の様式７の10について、地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出すること。

（２） (１)の届出を行った保険医療機関は、試行データを厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、調査実施説明資料に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに外来医療等調査事務局へ提出すること。

（３） 試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡を１の（１）の担当者宛てに電子メールにて発出する。なお、当該連絡のあった保険医療機関においては、この連絡以後、在宅データ提出加算の届出を行うことが可能となる。

３ 届出に関する事項

在宅時医学総合管理料の注13及び施設入居時等医学総合管理料の注７に規定する在宅データ提出加算の施設基準に係る届出については、次のとおり。

（１） 在宅データ提出加算の施設基準に係る届出は別添２の様式７の11を用いること。

（２） 各調査年度において、累積して３回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、３回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

（３） データ提出を取りやめる場合、２（２）の基準を満たさなくなった場合及び（２）に該当した場合については、別添２の様式７の 12 を提出すること。

（４） （３）の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、２（１）の手続きより開始すること。

第 16　在宅がん医療総合診療料

１　在宅がん医療総合診療料に関する施設基準

（１） 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に係る施設基準の届出を行っていること。

（２） 居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供できること。

（３） 患者に対し、定期的に訪問診療及び訪問看護を実施できる体制があること。

（４） 患者の症状急変等により、患者等から求めがあった場合に、常時対応ができる体制があること。

（５） 上記（３）における訪問看護及び（４）については、当該保険医療機関と連携を有する保険医療機関又は訪問看護ステーションと共同して、これに当たっても差し支えないものとする。

２　届出に関する事項

（１） 在宅がん医療総合診療料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 20 を用いること。

（２） 当該保険医療機関において主として在宅がん医療総合診療に当たる医師、看護師の氏名を記載すること。

（３） 緊急時の連絡・対応方法について患者等への説明文書の例を添付すること。

（４） 悪性腫瘍患者の過去１か月間の診療状況について下記の事項を記載すること。

ア　入院患者数（延べ患者数）

イ　外来患者数（延べ患者数）

ウ　往診、訪問診療、訪問看護を行った患者の数（延べ患者数）

第 16 の１の２　在宅がん医療総合診療料の注７に規定する在宅データ提出加算

１　在宅データ提出加算の施設基準及びデータ提出に関する事項

当該加算の要件については、第 15 の３の１及び２と同様である。

２　届出に関する事項

在宅がん医療総合診療料の注７に規定する在宅データ提出加算の施設基準に係る届出については、次のとおり。

（１） 在宅データ提出加算の施設基準に係る届出は別添２の様式７の 11 を用いること。

（２） 各調査年度において、累積して３回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、３回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

（３） データ提出を取りやめる場合、第 15 の３の２の（２）の基準を満たさなくなった場合及び（２）に該当した場合については、別添２の様式７の 12 を提出すること。

（４） （３）の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、第 15 の３の２の（１）の手続きより開始すること。

第 16 の１の３　救急搬送診療料の注４に規定する重症患者搬送加算

１　救急搬送診療料の注４に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関内に、以下から構成される重症患者搬送チームが設置されていること。

ア　集中治療の経験を５年以上有する医師

イ　看護師

ウ　臨床工学技士

（２） （１）のアに掲げる集中治療の経験を５年以上有する医師は、重症の小児患者を搬送する場合にあっては、小児の特定集中治療の経験を５年以上有することが望ましいこと。

（３） （１）のイに掲げる看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師であることが望ましいこと。また、ここでいう「適切な研修」とは、国又は医療関係団体等が主催する 600 時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。

（４） （１）のウに掲げる臨床工学技士は、区分番号「Ａ３００」救命救急入院料、区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料、区分番号「Ａ３０１－２」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「Ａ３０１－３」脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は区分番号「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料を届け出た病棟を有する保険医療機関で５年以上の経験を有することが望ましいこと。

（５） 関係学会により認定された施設であること。

（６） 日本集中治療医学会から示されている指針等に基づき、重症患者搬送が適切に実施されていること。

（７） （１）に掲げるチームにより、重症患者搬送に関わる職員を対象として、重症患者搬送に関する研修を年２回以上実施すること。

２　届出に関する事項

重症患者搬送加算の施設基準に関する届出は、別添２の様式 20 の１の２を用いること。

第 16 の２　在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料

１　在宅患者訪問看護・指導料の注２及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注２に関する施設基準

当該保険医療機関において、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

なお、ここでいう緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修とは、それぞれ、次に該当するものをいうこと。

（１） 緩和ケアに係る専門の研修

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものに限る。）。

イ　緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ　講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

（イ）　ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要

（ロ）　悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療

（ハ）　悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程

（ニ）　緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法

（ホ）　セルフケアへの支援及び家族支援の方法

（ヘ）　ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ

（ト）　ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント

（チ）　コンサルテーション方法

（リ）　ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について

（ヌ）　実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

（２）　褥瘡ケアに係る専門の研修

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術を習得することができる600時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）又は保健師助産師看護師法第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる褥瘡等の創傷ケアに係る研修

イ　講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

（３）　人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な人工肛門及び人工膀胱のケアに関する知識・技術が習得できる600時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）

イ　講義及び演習等により、人工肛門及び人工膀胱管理のための皮膚障害に関するアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

２　在宅患者訪問看護・指導料の注15（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する訪問看護・指導体制充実加算に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該保険医療機関の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護を担当する保険医療機関又は訪問看護ステーションの名称、担当日等を文書により患家に提供していること。

（２）　次に掲げる項目のうち少なくとも２つを満たしていること。ただし、許可病床数が400床以上の病院にあっては、アを含めた２項目以上を満たしていること。

ア　在宅患者訪問看護・指導料３又は同一建物居住者訪問看護・指導料３の前年度の算定回数が計５回以上であること。

イ　在宅患者訪問看護・指導料の注６（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に掲げる乳幼児加算の前年度の算定回数が計25回以上であること。

ウ　特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者について、在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の前年度の算定回数が計25回以上であること。

エ　在宅患者訪問看護・指導料の注10（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に掲げる在宅ターミナルケア加算の前年度の算定回数が計４回以上であること。

オ　退院時共同指導料１又は２の前年度の算定回数が計25回以上であること。

カ　開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）の前年度の算定回数が計40回以上であること。

３　在宅患者訪問看護・指導料の注16（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する専門管理加算に関する施設基準

次のいずれかに該当する保険医療機関であること。

（１）　緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が配置されていること。なお、ここでいう緩和ケアに係る専門の研修とはアの要件を、褥瘡ケアに係る専門の研修とはイの要件を、人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修とはウの要件を満たすものであること。

ア　緩和ケアに係る専門の研修

１の（１）のアからウまでを満たすものであること

イ　褥瘡ケアに係る専門の研修

次のいずれの要件も満たすものであること

（イ）　国又は医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術を習得することができる600時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）

（ロ）　講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

ウ　人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修

１の（３）のア及びイを満たすものであること

（２）　保健師助産師看護師法第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において、同項第１号に規定する特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものに係る研修を修了した看護師が配置されていること。なお、特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものとは、以下のアからキまでに掲げるものをいう。

ア　気管カニューレの交換

イ　胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換

ウ　膀胱ろうカテーテルの交換

エ　褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去

オ　創傷に対する陰圧閉鎖療法

カ　持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整

キ　脱水症状に対する輸液による補正

４　届出に関する事項

１の在宅患者訪問看護・指導料の注２及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注２に係る届出は、別添２の様式20の２の２を用いること。２の在宅患者訪問看護・指導料の注15（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する訪問看護・指導体制充実加算に係る届出は、別添２の様式20の３を用いること。３の在宅患者訪問看護・指導料の注16（同一建物居住者訪問看護・指導料の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する専門管理加算に係る届出は、別添２の様式20の３の３を用いること。

第16の３　在宅療養後方支援病院

１　在宅療養後方支援病院の施設基準

（１）　許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては160床）以上の病院であること。

（２）　在宅医療を提供する医療機関（以下「連携医療機関」という。）と連携していること。その際、当該病院において、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で連携医療機関に対して提供していること。

（３）　連携医療機関の求めに応じて入院希望患者（連携医療機関が在宅医療を行っており、緊急時に当該病院への入院を希望するものとして、あらかじめ別添２の様式20の６又はこれに準じた様式の文書を用いて当該病院に届け出た患者をいう。）の診療が24時間可能な体制を確保し、当該体制についてあらかじめ入院希望患者に説明を行っていること（連携医療機関を通じて説明を行ってもよい）。なお、入院希望患者が届け出た文書については、連携医療機関及び入院希望患者にそれぞれ写しを交付するとともに、当該医療機関において保管しておくこととし、届出内容に変更があった場合については、適宜更新すること。

また、入院希望患者の届出は１病院につき１患者を想定したものであり、１人の患者が複数の医療機関に当該届出を行うことは想定されないため、当該届出を受理する際は患者が他に当該届出を行っている病院がないか、十分に連携医療機関及び患者に確認すること。

（４）　当該病院において、入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に入院できる病床を常に確保していること。入院希望患者に緊急入院の必要が生じたにもかかわらず、やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、当該病院が他に入院可能な病院を探し、入院希望患者を紹介すること。

（５）　連携医療機関との間で、３月に１回以上患者の診療情報の交換をしていること。なお、その際、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）は算定できない。また、当該診療情報は、詳細な診療内容が記載されている必要はないが、現時点において患者が引き続き当該病院に緊急時に入院することを希望しているか等、（３）の届出内容の変更の有無及び期間中の特記すべき出来事の有無（ある場合はその内容）が記載されている必要がある。なお、ファクシミリや電子メール等を用いた情報交換でも差し支えないが、記録の残らない電話等は認められない。

（６）　（５）に規定する診療情報等に基づき、当該病院の入院希望患者の最新の一覧表を作成していること。

（７）　年に１回、在宅療養患者の受入状況等を別添２の様式20の５を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

２　届出に関する事項

在宅療養後方支援病院の施設基準に係る届出は、別添２の様式20の４及び様式20の５を用いること。

第16の４　在宅患者訪問褥瘡管理指導料

１　在宅患者訪問褥瘡管理指導料に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関に以下の３名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。

ア　常勤の医師

イ　保健師、助産師、看護師又は准看護師

ウ　管理栄養士

当該保険医療機関の医師と管理栄養士又は当該保険医療機関以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士が、当該患者に対して継続的に訪問看護を行う訪問看護ステーションの看護師と連携して在宅褥瘡対策を行う場合及び他の保険医療機関等の看護師（准看護師を除く。）を（２）に掲げる褥瘡管理者とする場合に限り、当該看護師を在宅褥瘡対策チームの構成員とすることができる。なお、必要に応じて、理学療法士、薬剤師等が配置されていることが望ましい。

（２）　在宅褥瘡対策チームのア又はイ（准看護師を除く。）のいずれか１名以上については、以下のいずれの要件も満たす在宅褥瘡管理者であること。

ア　５年以上医師又は看護師として医療に従事し、褥瘡対策について１年以上の経験を有する者

イ　在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者

ただし、当該保険医療機関に在宅褥瘡管理者の要件を満たす者がいない場合にあっては、区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料及び「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第67号）」の区分番号「０１」訪問看護基本療養費の注２に規定される他の保険医療機関等の褥瘡ケアに係る専門の研修を修了した看護師を在宅褥瘡管理者とすることができる。

（３）　（２）のイにおける在宅褥瘡ケアに係る所定の研修とは、学会等が実施する在宅褥瘡管理のための専門的な知識、技術を有する医師、看護師等の養成を目的とした６時間以上を要する講義及び褥瘡予防・管理ガイドラインに準拠した予防、治療、ケアの実施に関する症例報告５事例以上の演習を含む研修であり、当該学会等より修了証が交付される研修であること。

なお、当該学会等においては、症例報告について適切な予防対策・治療であったことを審査する体制が整備されていること。また、当該研修の講義に係る内容については、次の内容を含むものであること。

ア　管理の基本

イ　褥瘡の概要

ウ　褥瘡の予防方法

エ　褥瘡の治療

オ　発生後の褥瘡ケア

カ　在宅褥瘡医療の推進

また、（2）の在宅褥瘡管理者について、区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料及び「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」の区分番号「０１」訪問看護基本療養費の注２に規定される褥瘡ケアに係る専門の研修を修了した看護師については、当該研修を修了したものとみなすものであること。

2　届出に関する事項

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 20 の７を用いること。なお、当該管理指導料の届出については実績を要しない。また、毎年７月において、前年における実績を別添２の様式 20 の８により届け出ること。

第 16 の４の２　在宅自己注射指導管理料

1　在宅自己注射指導管理料の注５に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添１の第１の１に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

2　届出に関する事項

在宅自己注射指導管理料の注５に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、在宅自己注射指導管理料の注５として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 16 の５　在宅血液透析指導管理料

1　在宅血液透析指導管理料の施設基準

（1）　在宅血液透析指導管理を実施する保険医療機関は専用透析室及び人工腎臓装置を備えなければならないこと。

（2）　当該保険医療機関又は別の保険医療機関との連携により、患者が当該管理料に係る疾患について緊急に入院を要する状態となった場合に入院できる病床を確保していること。

（3）　患者が血液透析を行う時間においては緊急時に患者からの連絡を受けられる体制をとっていること。

2　届出に関する事項

在宅血液透析指導管理料の施設基準に係る届出は別添２の様式 20 の２を用いること。

第 16 の６　在宅酸素療法指導管理料

1　遠隔モニタリング加算の施設基準

（1）　オンライン指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

（2）　呼吸器内科について３年以上の経験を有する常勤の医師を配置していること。

（3）　呼吸器内科について３年以上の経験を有する看護師を配置していること。

2　届出に関する事項

在宅酸素療法指導管理料遠隔モニタリング加算の施設基準に係る届出は別添２の様式 20 の３の２を用いること。

第 16 の７　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

1　遠隔モニタリング加算の施設基準

リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な情報通信機器を用いて指導を行う場合は、オンライン指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

2　届出に関する事項

遠隔モニタリング加算の施設基準に係る届出は別添２の２を用いること。

第 16 の８　在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料

1　在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料の施設基準

以下のいずれかを満たす施設であること。

（1）　植込型補助人工心臓（非拍動流型）に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関であること。

（2）　当該指導管理を行うに当たり関係学会から認定され、その旨が当該学会のホームページ等で広く周知された施設であること。

2　届出に関する事項

在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料の施設基準に関する届出は、別添２の様式 20 の９を用いること。

第 16 の８の２　舌下神経電気刺激療法指導管理料

1　舌下神経電気刺激療法指導管理料の施設基準

区分番号「Ｄ２３７」終夜睡眠ポリグラフィーの「３」１及び２以外の「イ」安全精度管理下で行うものの施設基準に準ずる。

2　届出に関する事項

区分番号「Ｄ２３７」終夜睡眠ポリグラフィーの「３」１及び２以外の「イ」安全精度管理下で行うものの届出を行っていればよく、舌下神経電気刺激療法指導管理料として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 16 の９　在宅腫瘍治療電場療法指導管理料

1　在宅腫瘍治療電場療法指導管理料の施設基準

（1）　脳神経外科を標榜している病院であること。

（2）　膠芽腫の治療を過去５年間に５例以上実施していること。

（3）　膠芽腫の治療の経験を過去５年間に５例以上有し、脳神経外科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（4）　関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了した医師が１名以上配置されていること。

（5）　関連学会から示されている基準に基づき、当該治療が適切に実施されていること。

2　届出に関する事項

（1）　在宅腫瘍治療電場療法指導管理料に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 20 の 10 を用いること。

（2）　関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了した医師が配置されていることを証する文書の写しを添付すること。

第16の10　在宅経肛門的自己洗腸指導管理料

1　在宅経肛門的自己洗腸指導管理料の施設基準

（1）　脊髄障害を原因とする排便障害を含めた大腸肛門疾患の診療について５年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（2）　脊髄障害を原因とする排便障害を有する患者の看護について３年以上の経験を有する専任の看護師が配置されていること。

2　届出に関する事項

当該指導管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式20の11を用いること。

第16の11　持続血糖測定器加算

1　持続血糖測定器加算に関する施設基準

（1）　間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合

ア　糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

イ　持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。

（2）　間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合

ア　糖尿病の治療に関し、専門の知識及び５年以上の経験を有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の医師が１名以上配置されていること

イ　持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。

ウ　糖尿病の治療に関し、持続皮下インスリン注入療法に従事した経験を２年以上有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の看護師又は薬剤師が１名以上配置されていること。

エ　ア及びウに掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

（イ）　医療関係団体が主催する研修であること。

（ロ）　糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援、持続血糖測定器に関する理解・活用及び事例分析・評価等の内容が含まれているものであること。

2　届出に関する事項

持続血糖測定器加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式24の５を用いること。

第16の12　横隔神経電気刺激装置加算

1　横隔神経電気刺激装置加算に関する施設基準

区分番号「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料の「１」呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は「２」呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準に準ずる。

2　届出に関する事項

区分番号「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料の「１」呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は「２」呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）の届出を行っていればよく、横隔神経電気刺激装置加算として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第17　歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算

1　歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算に関する施設基準

（1）　歯科を標榜する診療所である保険医療機関であること。

（2）　当該保険医療機関において、次のアに該当する保険医療機関及びイに該当する保険医療機関との連携により、緊急時の歯科診療ができる連携体制を確保していること。

ア　歯科点数表区分番号「Ａ０００」に掲げる初診料の注２の届出を行った地域歯科診療支援病院歯科である保険医療機関で次の要件を満たしていること。

①　緊急時に当該患者に対する歯科診療を行う体制を確保していること。

②　在宅歯科医療の調整担当者を１名以上配置していること。

③　患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

イ　当該患者に対する歯科訪問診療を行う体制が整備されている保険医療機関であること。

（3）　当該連携保険医療機関において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者又はその家族の同意を得て、その治療等に必要な情報を連携保険医療機関に対してあらかじめ別添２の様式21の２又はこれに準じた様式の文書をもって提供し、その写しを診療録に添付しておくこと。

（4）　地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関にあっては、患者又はその家族等に連携保険医療機関の名称、住所、在宅歯科医療の調整担当者又は担当の歯科医師の氏名及び連絡方法等を記載した別添２の様式21の２及び様式21の３又はこれに準じた様式の文書を必ず交付することにより、地域医療連携体制の円滑な運営を図るものであること。

2　届出に関する事項

地域医療連携体制加算の施設基準に係る届出は別添２の様式21を用いること。

第17の１の２　歯科訪問診療料の注13に規定する基準

1　歯科訪問診療料の注13に規定する基準に関する施設基準

直近１か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を提供した患者のうち、歯科訪問診療を提供した患者数の割合が９割５分未満の保険医療機関であること。

2　届出に関する事項

歯科訪問診療料の注13に規定する基準に係る届出は別添２の様式21の３の２を用いること。

第17の２　在宅歯科医療推進加算

1　在宅歯科医療推進加算に関する施設基準

（1）　歯科を標榜する診療所である保険医療機関であること。

（2）　当該保険医療機関における歯科訪問診療の月平均延べ患者数が５人以上であり、そのうち６割以上が歯科訪問診療１を算定していること。

（3）　届出前３月間の月平均延べ患者数を用いること。

2　届出に関する事項

在宅歯科医療推進加算に係る届出は、別添２の様式21の４を用いること。

第18　造血器腫瘍遺伝子検査

1　造血器腫瘍遺伝子検査に関する施設基準

検体検査管理加算（Ⅱ）、（Ⅲ）又は（Ⅳ）の施設基準に準ずる。

2　届出に関する事項

検体検査管理加算（Ⅱ）、（Ⅲ）又は（Ⅳ）の届出を行っていればよく、造血器腫瘍遺伝子検査として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第18の１の２　遺伝学的検査

1　遺伝学的検査の施設基準の対象疾患

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和４年●月●日保医発●●第●号）の別添１「医科診療報酬点数表に関する事項」第２章第３部第１節第１款Ｄ００６－４　遺伝学的検査（１）のエ又はオに掲げる疾患

2　遺伝学的検査の施設基準

関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していること。なお、当該検査の一部を他の保険医療機関又は衛生検査所（臨床検査技師等に関する法律（昭和３３年法律第76号）第20条の３第１項に規定する衛生検査所をいう。以下同じ。）に委託する場合は、当該施設基準の届出を行っている他の保険医療機関又は関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していることが公表されている衛生検査所にのみ委託すること。

3　届出に関する事項

遺伝学的検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式23を用いること。

第18の１の３　染色体検査

1　染色体検査の注２に規定する施設基準

（１）　当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

ア　産婦人科、産科又は婦人科を標榜する保険医療機関であること。

イ　専ら産婦人科、産科又は婦人科に従事し、当該診療科について10年以上の経験を有する医師が配置されていること。また、当該医師は、流産検体を用いた絨毛染色体検査を主として実施する医師として20例以上の症例を実施していること。

ウ　看護師及び臨床検査技師が配置されていること。

エ　緊急手術が可能な体制を有していること。ただし、緊急手術が可能な保険医療機関との連携（当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る。）により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない。

オ　遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。ただし、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関と連携体制をとっており、当該患者に対して遺伝カウンセリングを実施することが可能である場合はこの限りでない。

（２）　当該検査を衛生検査所に委託する場合においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

ア　産婦人科、産科又は婦人科を標榜する保険医療機関であること。

イ　専ら産婦人科、産科又は婦人科に従事し、当該診療科について10年以上の経験を有する医師が配置されていること。また、当該医師は、流産検体を用いた絨毛染色体検査を主として実施する医師として20例以上の症例を実施していること。

ウ　看護師が配置されていること。

エ　緊急手術が可能な体制を有していること。ただし、緊急手術が可能な保険医療機関との連携（当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る。）により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない。

オ　遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。ただし、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関と連携体制をとっており、当該患者に対して遺伝カウンセリングを実施することが可能である場合はこの限りでない。

2　届出に関する事項

染色体検査の注２に規定する施設基準に係る届出は、別添２の様式23の１の２及び様式52を用いること。

第18の１の４　骨髄微小残存病変量測定

1　骨髄微小残存病変量測定に関する施設基準

（１）　当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

ア　内科又は小児科を標榜する保険医療機関であること。

イ　内科又は小児科の５年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

ウ　血液内科の経験を５年以上有している常勤医師が３名以上配置されていること。

エ　関係学会により認定された施設であること。

オ　関係学会の定める遺伝子関連検査検体品質管理マニュアルを遵守し検査を実施していること。

（２）　当該検査を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

ア　内科又は小児科を標榜する保険医療機関であること。

イ　内科又は小児科の５年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

ウ　血液内科の経験を５年以上有している常勤医師が１名以上配置されていること。

エ　（１）を全て満たすものとして地方厚生（支）局長に届出を行っている他の保険医療機関又は関係学会による認定を受けている衛生検査所にのみ委託すること。

2　届出に関する事項

骨髄微小残存病変量測定の施設基準に係る届出は、別添２の様式23の２を用いること。

第18の１の５　ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査

1　ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の腫瘍細胞を検体とするものに関する施設基準

（１）　卵巣癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査を実施する場合には、化学療法の経験を５年以上有する常勤医師又は産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて６年以上有する常勤医師が１名以上配置されていること。

（２）　前立腺癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査を実施する場

合には、化学療法の経験を５年以上有する常勤医師又は泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤医師が１名以上配置されていること。

（３） 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。ただし、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関と連携体制をとっており、当該患者に対して遺伝カウンセリングを実施することが可能である場合はこの限りでない。

２　ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の血液を検体とするものに関する施設基準

（１） 卵巣癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査を実施する場合には、化学療法の経験を５年以上有する常勤医師又は産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて６年以上有する常勤医師が１名以上配置されていること。

（２） 乳癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査を実施する場合には、化学療法の経験を５年以上有する常勤医師又は乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有する常勤医師が１名以上配置されていること。

（３） 膵癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査を実施する場合には、化学療法の経験を５年以上有する常勤医師又は膵腫瘍について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤医師が１名以上配置されていること。

（４） 前立腺癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査を実施する場合には、化学療法の経験を５年以上有する常勤医師又は泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤医師が１名以上配置されていること。

（５） 乳癌又は卵巣癌患者に対して、遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として検査を実施する場合には、(1)又は(2)のいずれかを満たすこと。

（６） 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。ただし、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関と連携体制をとっており、当該患者に対して遺伝カウンセリングを実施することが可能である場合はこの限りでない。

３　届出に関する事項

ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式 23 の３を用いること。

第 18 の１の６　がんゲノムプロファイリング検査

１　がんゲノムプロファイリング検査に関する施設基準

（１） がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院又はがんゲノム医療連携病院であること。

（２） 次世代シーケンシングを用いた検査に係る適切な第三者認定を受けていること。ただし、当該検査を同様の第三者認定を受けた衛生検査所に委託する場合はこの限りでない。

（３） 患者からの求めに応じて、当該患者のシークエンスデータ（ＦＡＳＴＱ又はＢＡＭ）、解析データ（ＶＣＦ又はＸＭＬ）等を患者に提供できる体制を整備すること。

（４） がんゲノムプロファイルの解析により得られた遺伝子のシークエンスデータ（ＦＡＳＴＱ又はＢＡＭ）、解析データ（ＶＣＦ又はＸＭＬ）及び臨床情報等については、患者の同意に基づき、医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（Ｃ－ＣＡＴ）に全例を提出していること（当該患者の同意が得られなかった場合、当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除く。）。なお、提出に当たっては、Ｃ－ＣＡＴ検査データ転送システム利用規約を遵守していること。

（５） 臨床情報等の提出に当たっては、医療関連団体が定める「がんゲノム情報レポジトリー臨床情報収集項目一覧表」に則って提出していること。

（６） 当該検査で得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除き、エキスパートパネルでの検討を経た上で、全ての対象患者に提供し、治療方針等について文書を用いて説明していること。

（７） 次に掲げる事項を記載した管理簿等を作成し、当該検査を実施した全ての患者について管理簿等により管理すること。

ア　検査を実施した者の氏名及びＩＤ

イ　検体を衛生検査所等に発送した年月日

ウ　衛生検査所等からの解析結果の受取の有無及び受け取った年月日

エ　がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院でエキスパートパネルが開催された年月日

オ　エキスパートパネルから検査結果を受け取った年月日

カ　検査結果を患者に説明した年月日

キ　検査結果を説明した後、がんゲノム情報管理センター（Ｃ－ＣＡＴ）等からの情報に基づいた、臨床試験又は治験等の新たな治療方針の説明の有無及び説明した年月日

ク　Ｃ－ＣＡＴへのデータ提出及びデータの二次利用に係る患者の同意の有無

ケ　Ｃ－ＣＡＴに対してシークエンスデータ、解析データ及び臨床情報等を提出した年月日

（８） エキスパートパネルの開催に際しては、「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」（令和元年７月 19 日一部改正健発 0719 第３号）及び「エキスパートパネルの実施要件について」（令和●年●月●日●●）に基づき開催していること。

２　届出に関する事項

（１） がんゲノムプロファイリング検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式 23 の４を用いること。

（２） 当該保険医療機関における当該検査の実施件数、Ｃ－ＣＡＴへのデータ提出件数、当該保険医療機関で実施した検査に係るエキスパートパネルの実施件数及び当該検査の結果を患者に説明した件数について報告すること。

第 18 の１の７　角膜ジストロフィー遺伝子検査

１　角膜ジストロフィー遺伝子検査に関する施設基準

（１） 当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

ア　眼科を標榜している病院であること。

イ　眼科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

ウ　常勤の臨床検査技師が配置されていること。

エ　当該検査に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。

オ　区分番号「Ｄ０２６」検体検査判断料の「注６」遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている、又は当該基準の届出を行っている他の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

（２） 当該検査を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合においては、次に掲げる基準を全

て満たしていること。

ア　眼科を標榜している病院であること。

イ　眼科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

ウ　区分番号「Ｄ０２６」検体検査判断料の「注６」遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている、又は当該基準の届出を行っている他の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

エ　（１）を全て満たすものとして地方厚生（支）局長に届出を行っている他の保険医療機関又は関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していることが公表されている衛生検査所にのみ委託すること。

２　届出に関する事項

角膜ジストロフィー遺伝子検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式 23 の５を用いること。

第 18 の１の８　遺伝子相同組換え修復欠損検査

１　遺伝子相同組換え修復欠損検査に関する施設基準

ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の施設基準に準ずる。

２　届出に関する事項

ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の届出を行っていればよく、遺伝子相同組換え修復欠損検査として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 18 の１の９　染色体構造変異解析

１　染色体構造変異解析に関する施設基準

遺伝カウンセリング加算の施設基準に準ずる。

２　届出に関する事項

遺伝カウンセリング加算の届出を行っていればよく、染色体構造変異解析として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 18 の１の 10　Ｙ染色体微小欠失検査

１　Ｙ染色体微小欠失検査に関する施設基準

（１）　次のいずれかの施設基準の届出を行った保険医療機関であること。

ア　区分番号「Ｂ００１」の「33」生殖補助医療管理料の生殖補助医療管理料１又は２のいずれか

イ　区分番号「Ｋ８３８－２」精巣内精子採取術

（２）　区分番号「Ｄ０２６」検体検査判断料の「注６」遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている、又は当該基準の届出を行っている他の保険医療機関との間の連携体制が整備されていることが望ましい。

２　届出に関する事項

１の（１）のいずれかの届出を行っていればよく、Ｙ染色体微小欠失検査として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 18 の１の 11　先天性代謝異常症検査

１　先天性代謝異常症検査に関する施設基準

（１）　小児科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 19 条の３第１項に規定する指定医である常勤医師が１名以上配置されていること。

２　届出に関する事項

先天性代謝異常症検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式 23 の６を用いること。

第 18 の１の 12　デングウイルス抗原定性及びデングウイルス抗原・抗体同時測定定性

１　デングウイルス抗原定性及びデングウイルス抗原・抗体同時測定定性に関する施設基準

下記のいずれかの施設基準の届出を行った保険医療機関において算定できる。

（１）　区分番号「Ａ３００」救命救急入院料の「１」から「４」までのいずれか

（２）　区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料の「１」から「４」までのいずれか

（３）　区分番号「Ａ３０１－２」ハイケアユニット入院医療管理料の「１」又は「２」のいずれか

（４）　区分番号「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料

２　届出に関する事項

１のいずれかの届出を行っていればよく、デングウイルス抗原定性及びデングウイルス抗原・抗体同時測定定性として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 18 の１の 13　抗アデノ随伴ウイルス９型（ＡＡＶ９）抗体

１　抗アデノ随伴ウイルス９型（ＡＡＶ９）抗体に関する施設基準

関連学会の定める適正使用指針において定められた実施施設基準に準じていること。

２　届出に関する事項

抗アデノ随伴ウイルス９型（ＡＡＶ９）抗体の施設基準に係る届出は、別添２の様式 23 の７を用いること。

第 18 の１の 14　抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）及び抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）

１　抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）及び抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）に関する施設基準

（１）　当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

ア　区分番号「Ｂ００１」の「25」移植後患者指導管理料（臓器移植後の場合に限る。）に関する施設基準の届出を行っていること。

イ　関係学会の作成する指針を遵守し検査を実施していること。

（２）　当該検査を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

ア　区分番号「Ｂ００１」の「25」移植後患者指導管理料（臓器移植後の場合に限る。）に関する施設基準の届出を行っていること。

イ　（１）を全て満たすものとして地方厚生（支）局長に届出を行っている他の保険医療機関

又は関係学会の作成する指針を遵守し当該検査を実施していることが公表されている衛生検査所にのみ委託すること。

2　届出に関する事項

抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）及び抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の５を用いること。

第 18 の２　ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）

1　ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）に関する施設基準

（1）　産婦人科の経験を５年以上有している医師が配置されていること。

（2）　当該保険医療機関が産婦人科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。

2　届出に関する事項

ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 22 の２を用いること。

第 18 の２の２　細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出

1　細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出に関する基準

区分番号「Ａ２３４－２」感染対策向上加算の「１」又は「２」の施設基準に準ずる。

2　届出に関する事項

区分番号「Ａ２３４－２」感染対策向上加算の「１」又は「２」の届出を行っていればよく、細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 18 の２の３　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出

1　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出に関する施設基準

（1）　感染症に係る診療を専ら担当する常勤の医師（専ら感染症に係る診療の経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上又は臨床検査を専ら担当する常勤の医師（専ら臨床検査を担当した経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいう。

（2）　次のいずれかの施設基準の届出を行った保険医療機関であること。

ア　区分番号「Ａ３００」救命救急入院料の「１」から「４」までのいずれか

イ　区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料の「１」から「４」までのいずれか

ウ　区分番号「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料の「１」又は「２」のいずれか

エ　区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料の「１」又は「２」のいずれか

オ　区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料

2　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の対象患者

「重症の呼吸器感染症と診断された、又は疑われる患者」とは、次のいずれかに該当するものをいう。

ア　小児においては、日本小児呼吸器学会及び日本小児感染症学会の「小児呼吸器感染症診療ガイドライン」における上気道炎の重症度分類であるＷｅｓｔｌｅｙのクループスコア若しくは気道狭窄の程度の評価で重症以上又は小児市中肺炎の重症度分類で重症と判定される患者

イ　成人においては、日本呼吸器学会の「成人肺炎診療ガイドライン」における市中肺炎若しくは医療・介護関連肺炎の重症度分類で重症以上又は院内肺炎の重症度分類で中等症以上と判定される患者

3　届出に関する事項

ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の施設基準に係る届出は、別添２の様式 22 の３を用いること。

第 18 の２の４　クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンＢ遺伝子検出

1　クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンＢ遺伝子検出に関する施設基準

（1）　区分番号「Ｄ０２６」検体検査判断料の「注４」の「ロ」検体検査管理加算(Ⅱ)、「ハ」検体検査管理加算(Ⅲ)又は「ニ」検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準に準ずる。

（2）　区分番号「Ａ２３４－２」感染対策向上加算の「１」の施設基準に準ずる。

2　届出に関する事項

区分番号「Ｄ０２６」検体検査判断料の「注４」の「ロ」検体検査管理加算(Ⅱ)、「ハ」検体検査管理加算(Ⅲ)又は「ニ」検体検査管理加算(Ⅳ)及び区分番号「Ａ２３４－２」感染対策向上加算の「１」の届出を行っていればよく、クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンＢ遺伝子検出として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 19　検体検査管理加算(Ⅰ)

1　検体検査管理加算(Ⅰ)に関する施設基準

検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準のうち(3)から(6)までの全てを満たしていること。

2　届出に関する事項

（1）　検体検査管理加算(Ⅰ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式 22 を用いること（「１　臨床検査を（専ら）担当する常勤医師の氏名」を除く。）。

（2）　「３　検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

第 19 の２　検体検査管理加算(Ⅱ)

1　検体検査管理加算(Ⅱ)に関する施設基準

（1）　臨床検査を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、臨床検査を担当する医師とは、検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理及び運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者であること。

（2）　検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準のうち(3)から(6)までの全てを満たしていること。

2　届出に関する事項

（1）　検体検査管理加算(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式 22 を用いること。

（２）　「３　検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

第 20　検体検査管理加算(Ⅲ)

１　検体検査管理加算(Ⅲ)に関する施設基準

（１）　臨床検査を専ら担当する常勤の医師が１名以上、常勤の臨床検査技師が４名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理及び運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいう。

（２）　検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準のうち(２)から(６)までの全てを満たしていること。

２　届出に関する事項

（１）　検体検査管理加算(Ⅲ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式 22 を用いること。

（２）　「３　検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

第 20 の２　検体検査管理加算(Ⅳ)

１　検体検査管理加算（Ⅳ）に関する施設基準

（１）　臨床検査を専ら担当する常勤の医師が１名以上、常勤の臨床検査技師が 10 名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理及び運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいう。

（２）　院内検査に用いる検査機器及び試薬の全てが受託業者から提供されていないこと。

（３）　次に掲げる緊急検査が当該保険医療機関内で常時実施できる体制にあること。

ア　血液学的検査のうち末梢血液一般検査

イ　生化学的検査のうち次に掲げるもの

総ビリルビン、総蛋白、尿素窒素、クレアチニン、グルコース、アミラーゼ、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（ＡＳＴ）、アラニンアミノトランスフェラーゼ（ＡＬＴ）、血液ガス分析

ウ　免疫学的検査のうち以下に掲げるもの

ＡＢＯ血液型、Ｒｈ（Ｄ）血液型、Ｃｏｏｍｂｓ試験（直接、間接）

エ　微生物学的検査のうち以下に掲げるもの

排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査（その他のものに限る。）

（４）　定期的に臨床検査の精度管理を行っていること。

（５）　外部の精度管理事業に参加していること。

（６）　臨床検査の適正化に関する委員会が設置されていること。

２　届出に関する事項

（１）　検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式 22 を用いること。

（２）　「３　検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

第 20 の３　国際標準検査管理加算

１　国際標準検査管理加算に関する施設基準

国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けていること。

２　届出に関する事項

（１）　国際標準検査管理加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 22 を用いること。

（２）　国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けていることを証する文書の写しを添付すること。

第 21　遺伝カウンセリング加算

１　遺伝カウンセリング加算に関する施設基準

（１）　遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を３年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤医師（遺伝カウンセリングを要する診療に係る経験を３年以上有する医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２）　遺伝カウンセリングを年間合計 20 例以上実施していること。

２　遠隔連携遺伝カウンセリングに係る施設基準

（１）　１に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（２）　オンライン指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

３　届出に関する事項

（１）　遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出は別添２の様式 23 を用いること。

（２）　「２」については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 21 の２　遺伝性腫瘍カウンセリング加算

１　遺伝性腫瘍カウンセリング加算に関する施設基準

がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院又はがんゲノム医療連携病院であること。

２　届出に関する事項

遺伝性腫瘍カウンセリング加算の施設基準に係る届出は別添２の様式 23 の４を用いること。

第 22　心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算

１　心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算に関する施設基準

（１）　循環器内科の経験を５年以上有する医師が１名以上配置されていること。

（２）　当該医療機関が心臓血管外科を標榜しており、心臓血管外科の経験を５年以上有する常勤の医師が配置されていること。ただし、心臓血管外科を標榜しており、かつ、心臓血管外科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されている他の保険医療機関と必要かつ

密接な連携体制をとっており、緊急時に対応が可能である場合は、この限りでない。

2　届出に関する事項

心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式24を用いること。

第22の２　植込型心電図検査

1　植込型心電図検査に関する施設基準

次のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

（1）　区分番号「Ｋ５９７」ペースメーカー移植術及び区分番号「Ｋ５９７－２」ペースメーカー交換術

（2）　区分番号「Ｋ５９８」両心室ペースメーカー移植術及び区分番号「Ｋ５９８－２」両心室ペースメーカー交換術

（3）　区分番号「Ｋ５９９」植込型除細動器移植術及び区分番号「Ｋ５９９－２」植込型除細動器交換術

（4）　区分番号「Ｋ５９９－３」両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び区分番号「Ｋ５９９－４」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

2　届出に関する事項

ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術、両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術、植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術のいずれかの届出を行っていればよく、植込型心電図検査として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第22の３　時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト

1　時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテストに関する施設基準

（1）　当該検査の経験を有し、循環器内科又は呼吸器内科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（2）　急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。

（3）　次に掲げる緊急の検査及び画像診断が当該保険医療機関内で実施できる体制にあること。

ア　生化学的検査のうち、血液ガス分析

イ　画像診断のうち、単純撮影（胸部）

2　届出に関する事項

時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテストの施設基準に係る届出については、別添２の様式24の６を用いること。

第22の４　胎児心エコー法

1　胎児心エコー法に関する施設基準

（1）　循環器内科、小児科又は産婦人科の経験を５年以上有し、胎児心エコー法を20症例以上経験している医師が配置されていること。

（2）　当該保険医療機関が産婦人科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が２名以上配置されていること。ただし、胎児心エコー法を実施する医師が専ら循環器内科又は小児科に従事している場合にあっては、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。

（3）　倫理委員会が設置されており、必要なときは事前に開催すること。

2　届出に関する事項

胎児心エコー法の施設基準に係る届出については、別添２の様式24の３及び様式52を用いること。

第22の５　ヘッドアップティルト試験

1　ヘッドアップティルト試験に関する施設基準

（1）　当該試験の経験を有し、脳神経内科、循環器内科又は小児科（専ら神経疾患又は循環器疾患に係る診療を行う小児科）の経験を５年以上有する常勤の医師が配置されていること。

（2）　急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該試験を行うための体制が整備されていること。

2　届出に関する事項

ヘッドアップティルト試験の施設基準に係る届出については、別添２の様式24の７を用いること。

第23　人工膵臓検査

1　人工膵臓検査に関する施設基準

（1）　患者の緊急事態に対応する緊急検査が可能な検査体制を有していること。

（2）　担当する医師が常時待機しており、糖尿病の治療に関し、専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（3）　人工膵臓検査を行うために必要な次に掲げる検査が当該保険医療機関内で常時実施できるよう必要な機器を備えていること。

ア　血液学的検査

赤血球数、白血球数、血小板数、ヘマトクリット値

イ　生化学的検査

グルコース、尿素窒素、インスリン、ナトリウム、クロール、カリウム

（4）　100人以上の糖尿病患者を入院又は外来で現に管理していること。

（5）　入院基本料（特別入院基本料を除く。）を算定していること。

（6）　前記各項でいう「常時」とは、勤務態様の如何にかかわらず、午前０時より午後12時までの間のことである。

（7）　医療法第30条の４第１項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該検査に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

2　届出に関する事項

（1）　人工膵臓検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式24の４を用いること。

（2）　当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。

（3）　当該地域における必要性を記載すること（理由書）。

第23の２　皮下連続式グルコース測定

１　皮下連続式グルコース測定に関する施設基準

（１）　糖尿病の治療に関し、専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（２）　持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。

２　届出に関する事項

皮下連続式グルコース測定の施設基準に係る届出は、別添２の様式24の５を用いること。

第24　長期継続頭蓋内脳波検査

１　長期継続頭蓋内脳波検査に関する施設基準

（１）　脳神経外科を標榜している病院であること。

（２）　脳神経外科の常勤医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている脳神経外科の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

２　届出に関する事項

長期継続頭蓋内脳波検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式25を用いること。

第24の２　長期脳波ビデオ同時記録検査１

１　長期脳波ビデオ同時記録検査１に関する施設基準

（１）　小児科、脳神経内科、脳神経外科、精神科、神経科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　長期脳波ビデオ同時記録検査を年間50例以上実施していること。

（３）　てんかんの治療を目的とする手術を年間10例以上実施していること。ただし、てんかんの治療を目的とする手術を年間10例以上実施している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りではない。

（４）　３テスラ以上のＭＲＩ装置、ポジトロン断層撮影装置及びシングルホトンエミッションコンピューター断層撮影装置を有していること。ただし、これらの装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

（５）　てんかんに係る診療の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（６）　長期脳波ビデオ同時記録検査の経験を１年以上有する常勤の看護師及び常勤の臨床検査技師がそれぞれ１名以上配置されていること。

（７）　てんかん発作の常時監視及びてんかん発作に対する迅速な対応が可能な体制がとられていること。

（８）　複数診療科によるてんかん診療に関するカンファレンス、内科的治療と外科的治療との連携等、専門的で高度なてんかん医療を行っていること。

（９）　関係学会により教育研修施設として認定された施設であること。

（10）　当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託していないこと。

（11）　電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

２　届出に関する事項

長期脳波ビデオ同時記録検査１の施設基準に係る届出は、別添２の様式25の２及び様式52を用いること。

第25　中枢神経磁気刺激による誘発筋電図

１　中枢神経磁気刺激による誘発筋電図に関する施設基準

施設共同利用率について別添２の様式26に定める計算式により算出した数値が100分の20以上であること。

２　届出に関する事項

中枢神経磁気刺激による誘発筋電図の施設基準に係る届出は、別添２の様式26を用いること。

第25の２　単線維筋電図

１　単線維筋電図に関する施設基準

（１）　脳神経内科、リハビリテーション科又は小児科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　脳神経内科、リハビリテーション科又は小児科を担当する常勤の医師（専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。

（３）　筋電図・神経伝導検査を100例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、当該医師は（２）に掲げる医師と同一の者であっても差し支えない。

（４）　筋電図・神経伝導検査を年間50例以上実施していること。

（５）　日本神経学会から示されている重症筋無力症に係る診療ガイドラインに基づき、当該検査が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

単線維筋電図の施設基準に係る届出は、別添２の様式27の４及び様式52を用いること。

第25の３　光トポグラフィー

１　抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用する場合の診療料を算定するための施設基準

（１）　精神科又は心療内科及び脳神経内科又は脳神経外科を標榜する病院であること。

（２）　当該療法に習熟した医師の指導の下に、当該療法を５例以上実施した経験を有する常勤の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号。以下「精神保健福祉法」という。）第18条第１項の規定による指定を受けた精神保健指定医（以下「精神保健指定医」という。）が２名以上配置されていること。

（３）　脳神経内科又は脳神経外科において、常勤の医師が配置されていること。

（４）　常勤の臨床検査技師が配置されていること。

（５）　当該療養に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。

（６）　国立精神・神経医療研究センターが実施している所定の研修を修了した常勤の医師が１名以上配置されていること。

（７）　当該療法の実施状況を別添２の様式26の３により毎年地方厚生（支）局長に報告してい

ること。

2　適合していない場合には所定点数の100分の80に相当する点数により算定することとなる施設基準

施設共同利用率について別添２の様式26の２に定める計算式により算出した数値が100分の20以上であること。

3　届出に関する事項

光トポグラフィーの施設基準に係る届出は、別添２の様式26の２及び様式52を用いること。

第26　脳磁図

1　自発活動を測定するものに関する施設基準

（1）　脳磁図に係る診療の経験を３年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤医師（脳磁図に係る診療の経験を３年以上有する医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（2）　他の保険医療機関からの依頼による診断が行われていること。

（3）　区分番号「Ｄ２３５－３」の「１」長期脳波ビデオ同時記録検査１の施設基準に係る届出を行っていること。

2　その他のものに関する施設基準

（1）　脳磁図に係る診療の経験を３年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤医師（脳磁図に係る診療の経験を３年以上有する医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（2）　他の保険医療機関からの依頼による診断が行われていること。

3　届出に関する事項

脳磁図の施設基準に係る届出は、別添２の様式27を用いること。

第26の１の２　終夜睡眠ポリグラフィー

1　安全精度管理下で行うものに関する施設基準

（1）　睡眠障害又は睡眠呼吸障害に係る診療の経験を５年以上有し、日本睡眠学会等が主催する研修会を受講した常勤の医師が１名以上配置されていること。

（2）　当該保険医療機関の検査部門において、常勤の臨床検査技師が３名以上配置されていること。

（3）　終夜睡眠ポリグラフィーの「３」１及び２以外の場合を年間50症例以上及び反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）を年間５件以上実施していること。

（4）　当該保険医療機関内で、睡眠検査に関する安全管理マニュアルを策定し、これを遵守すること。

（5）　日本睡眠学会から示されている指針等に基づき、当該検査が適切に実施されていること。

2　届出に関する事項

終夜睡眠ポリグラフィーの安全精度管理下で行うものの施設基準に係る届出は、別添２の様式27の２の２及び様式52を用いること。

第26の１の３　脳波検査判断料１

1　脳波検査判断料１に関する施設基準

（1）　小児科、脳神経内科、脳神経外科、精神科、神経科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。

（2）　ＭＲＩ装置を有していること。ただし、ＭＲＩ装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

（3）　脳波診断に係る診療の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（4）　脳波検査の経験を１年以上有する常勤の臨床検査技師が１名以上配置されていること。

（5）　関係学会により教育研修施設として認定された施設であること。

（6）　当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託していないこと。

（7）　電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

2　届出に関する事項

脳波検査判断料１の施設基準に係る届出は、別添２の様式27の２を用いること。

第26の１の４　遠隔脳波診断

1　遠隔脳波診断に関する施設基準

（1）　送信側（脳波検査が実施される保険医療機関）においては、以下の基準を全て満たすこと。

ア　脳波検査の実施及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を有していること。

イ　電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

（2）　受信側（脳波検査の結果について診断が行われる病院である保険医療機関）においては、以下の基準を全て満たすこと。

ア　脳波検査判断料１に関する届出を行っている保険医療機関であること。

イ　電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

2　届出に関する事項

遠隔脳波診断の施設基準に係る届出は、別添２の様式27の３を用いること。なお、届出については、送信側、受信側の双方の医療機関がそれぞれ届出を行うことが必要であり、また、送信側の医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

第26の２　神経学的検査

1　神経学的検査に関する施設基準

（１） 脳神経内科、脳神経外科又は小児科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 神経学的検査に関する所定の研修を修了した脳神経内科、脳神経外科又は小児科を担当する常勤の医師（専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている脳神経内科、脳神経外科又は小児科を担当する非常勤医師（神経学的検査に関する所定の研修を修了し、専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

２ 届出に関する事項

神経学的検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式28を用いること。

第27 補聴器適合検査

１ 補聴器適合検査に関する施設基準

（１） 耳鼻咽喉科を標榜している保険医療機関であり、厚生労働省主催補聴器適合判定医師研修会を修了した耳鼻咽喉科を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている耳鼻咽喉科を担当する非常勤医師（厚生労働省主催補聴器適合判定医師研修会を修了した医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２） 当該検査を行うために必要な次に掲げる装置・器具を常時備えていること。

ア 音場での補聴器装着実耳検査に必要な機器並びに装置（スピーカー法による聴覚検査が可能なオージオメータ等）

イ 騒音・環境音・雑音などの検査用音源又は発生装置

ウ 補聴器周波数特性測定装置

２ 届出に関する事項

補聴器適合検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式29又はそれに準ずる様式を用いること。

第27の２ 黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図

１ 黄斑局所網膜電図に関する施設基準

（１） 眼科を標榜している保険医療機関であって、眼科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（２） 黄斑局所網膜電図を記録する装置を有する施設であること。

２ 全視野精密網膜電図に関する施設基準

（１） 眼科を標榜している保険医療機関であって、眼科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（２） 国際臨床視覚電気生理学会の推奨する刺激条件で、全視野刺激により網膜の杆体系と錐体系の網膜電図をそれぞれ分離して記録する装置を有する施設であること。

３ 届出に関する事項

黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図に係る届出は、別添２の様式29の３を用いること。

第27の３ ロービジョン検査判断料

１ ロービジョン検査判断料に関する施設基準

眼科を標榜している保険医療機関であり、厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会（眼鏡等適合判定医師研修会）（以下「視覚障害者用補装具適合判定医師研修会」という。）を修了した眼科を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師（視覚障害者用補装具適合判定医師研修会を修了した医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

２ 届出に関する事項

ロービジョン検査判断料の施設基準に係る届出は、別添２の様式29の２に準ずる様式を用いること。

第28 コンタクトレンズ検査料

１ コンタクトレンズ検査料に関する施設基準

（１） コンタクトレンズ検査料１から４までに関する施設基準

次の基準を満たしていること。

ア 次に掲げる事項を内容とするコンタクトレンズ検査料を含む診療に係る費用について、保険医療機関の外来受付（複数診療科を有する場合は、コンタクトレンズに係る診療を行う診療科の外来受付）及び支払窓口の分かりやすい場所に掲示していること。

① 初診料及び再診料（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上の保険医療機関にあっては外来診療料）の点数

当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去にコンタクトレンズ検査料が算定されている場合には、再診料を算定する旨

② 当該保険医療機関において算定するコンタクトレンズ検査料の区分の点数

当該診療日にコンタクトレンズ診療を行っている医師の氏名及び眼科診療経験

③ 以上の項目について、患者の求めがあった場合には、説明を行う旨

イ アについて、患者の求めがあった場合には説明を行っていること。

（２） コンタクトレンズ検査料１に関する施設基準

ア 次のうちいずれかの基準を満たしていること。

① コンタクトレンズに係る診療を行う診療科（複数の診療科を有する場合は、コンタクトレンズに係る診療を行う診療科）において、初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者（複数の診療科を有する保険医療機関において、同一日に他の診療科を併せて受診していることにより初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。）のうち、コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者（既装用の場合を含む。以下同じ。）に対する眼科学的検査）を実施した患者の割合が３割

未満であること。

② コンタクトレンズに係る診療を行う診療科（複数の診療科を有する場合は、コンタクトレンズに係る診療を行う診療科）において、初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者（複数の診療科を有する保険医療機関において、同一日に他の診療科を併せて受診していることにより初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。）のうち、コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対する眼科学的検査）を実施した患者の割合が４割未満であり、かつ当該保険医療機関に眼科診療を専ら担当する常勤の医師（眼科診療の経験を10年以上有する者に限る。）が配置されていること

イ 次のうちいずれかに該当すること。

① 眼科の病床を有すること。

② コンタクトレンズ検査料を算定した患者が年間10,000人未満であること。

③ コンタクトレンズの自施設交付割合が９割５分未満であること。

（３） コンタクトレンズ検査料２に関する施設基準

ア コンタクトレンズ検査料１の施設基準のうち「ア」を満たしていること。

イ コンタクトレンズ検査料１の施設基準のうち「イ」に該当しないこと。

（４） コンタクトレンズ検査料３に関する施設基準

ア コンタクトレンズ検査料１の施設基準のうち「ア」を満たしていないこと。

イ コンタクトレンズ検査料１の施設基準のうち「イ」に該当すること。

２ 届出に関する事項

コンタクトレンズ検査料１から３までの施設基準に係る届出は、別添２の様式30を用いること。

第29 小児食物アレルギー負荷検査

１ 小児食物アレルギー負荷検査に関する施設基準

（１） 小児科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 小児食物アレルギーの診断及び治療の経験を10年以上有する小児科を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている小児科を担当する非常勤医師（小児食物アレルギーの診断及び治療の経験を10 年以上有する医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（３） 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。

２ 届出に関する事項

（１） 小児食物アレルギー負荷検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式31を用いること。

（２） 小児科を担当する医師の小児食物アレルギーの診断及び治療経験が分かるものを添付すること。

第29の２ 内服・点滴誘発試験

１ 内服・点滴誘発試験に関する施設基準

（１） 皮膚科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 薬疹の診断及び治療の経験を10年以上有する皮膚科を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３） 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。

２ 届出に関する事項

（１） 内服・点滴誘発試験の施設基準に係る届出は、別添２の様式31の２を用いること。

（２） 皮膚科を担当する医師の薬疹の診断及び治療の経験が分かるものを添付すること。

第29の３ センチネルリンパ節生検（片側）

１ センチネルリンパ節生検（片側）に関する施設基準

（１） 乳腺外科又は外科の経験を５年以上有しており、乳がんセンチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として５症例以上経験している医師が配置されていること。

（２） 当該保険医療機関が乳腺外科又は外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が２名以上配置されていること。ただし、「２ 単独法」のうち、色素のみによるもののみを実施する施設にあっては、放射線科を標榜していなくても差し支えない。

（３） 常勤の麻酔に従事する医師（医療法第６条の６第１項に規定する厚生労働大臣の許可を受けた者に限る。以下「麻酔科標榜医」という。）が配置されていること。

（４） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

２ 届出に関する事項

センチネルリンパ節生検（片側）の施設基準に係る届出は、別添２の様式31の３及び様式52を用いること。

第29の３の２ 前立腺針生検法（ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの）

１ 前立腺針生検法のＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるものに関する施設基準

（１） 泌尿器科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 専ら泌尿器科に従事し、当該診療科について４年以上の経験を有する医師が配置されていること。また、当該医師は、前立腺針生検法（ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの）を主として実施する医師として５例以上の症例を実施していること。

（３） 放射線科の経験を５年以上有している医師が１名以上配置されていること。。

（４） 当該療法に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。

（５） 1.5テスラ以上のＭＲＩ装置を有していること。

２ 届出に関する事項

前立腺針生検法（ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの）の施設基準に係る届出は、別添２の様式31の４及び様式52を用いること。

第29の４　ＣＴ透視下気管支鏡検査加算

１　ＣＴ透視下気管支鏡検査加算に関する施設基準

（１）　区分番号「Ｅ２００」コンピューター断層撮影の「１」ＣＴ撮影の「イ」64列以上のマルチスライス型の機器による場合又は「ロ」16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合に係る施設基準のいずれかを現に届け出ていること。

（２）　専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を５年以上有する常勤の医師が配置されていること。

（３）　診療放射線技師が配置されていること。

２　届出に関する事項

ＣＴ透視下気管支鏡検査加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式38を用いること。

第29の４の２　経気管支凍結生検法

１　経気管支凍結生検法に関する施設基準

（１）　専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を５年以上有する常勤の医師が２名以上配置されていること。そのうち少なくとも１名は10年以上の経験を有していること。

（２）　診療放射線技師が配置されていること。

（３）　急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

経気管支凍結生検法の施設基準に係る届出は、別添２の様式38の４を用いること。

第29の４の３　口腔細菌定量検査

１　口腔細菌定量検査に関する施設基準

次のいずれにも該当すること。

（１）　当該療養を行うにつき、十分な経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。

（２）　当該保険医療機関内に口腔内細菌定量分析装置を備えていること。

２　届出に関する事項

口腔細菌定量検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式38の５を用いること。

第29の５　有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査

１　有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査に関する施設基準

（１）　有床義歯咀嚼機能検査１のイの施設基準

次のいずれにも該当すること。

ア　歯科補綴治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。

イ　当該保険医療機関内に歯科用下顎運動測定器（非接触型）及び咀嚼能率測定用のグルコース分析装置を備えていること。

（２）　有床義歯咀嚼機能検査１のロ及び咀嚼能力検査の施設基準

次のいずれにも該当すること。

ア　歯科補綴治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。

イ　当該保険医療機関内に咀嚼能率測定用のグルコース分析装置を備えていること。

（３）　有床義歯咀嚼機能検査２のイの施設基準

次のいずれにも該当すること。

ア　歯科補綴治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。

イ　当該保険医療機関内に歯科用下顎運動測定器（非接触型）及び歯科用咬合力計を備えていること。

（４）　有床義歯咀嚼機能検査２のロ及び咬合圧検査の施設基準

次のいずれにも該当すること。

ア　歯科補綴治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。

イ　当該保険医療機関内に歯科用咬合力計を備えていること。

２　届出に関する事項

有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式38の１の２を用いること。

第29の６　精密触覚機能検査

１　精密触覚機能検査に関する施設基準

（１）　歯科医療を担当する保険医療機関であること。

（２）　口腔顔面領域の感覚検査及び三叉神経損傷の診断と治療法に関する研修を修了した歯科医師が１名以上配置されていること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。

（３）　当該医療機関内にSemmes-Weinstein monofilament setを備えていること。

２　届出に関する事項

精密触覚機能検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式38の１の３を用いること。また、研修については、該当する研修を全て修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

第29の７　睡眠時歯科筋電図検査

１　睡眠時歯科筋電図検査に関する施設基準

（１）　当該療養を行うにつき、十分な経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。

（２）　当該保険医療機関内に歯科用筋電計を備えていること。

２　届出に関する事項

睡眠時歯科筋電図検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式38の１の４を用いること。

第30　画像診断管理加算

１　画像診断管理加算１に関する施設基準

（１）　放射線科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている２年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology（IVR）及び核医学に関する事項を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が１名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

（３） 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（４） 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。

（５） 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

２ 画像診断管理加算２に関する施設基準

（１） 放射線科を標榜している病院であること。

（２） 画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている２年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology(IVR)及び核医学に関する事項を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が１名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

（３） 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、(２)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われていること。

（４） 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも８割以上の読影結果が、(２)に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。

（５） 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（６） 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。

（７） 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

（８） 関係学会の定める指針を遵守し、ＭＲＩ装置の適切な安全管理を行っていること。

３ 画像診断管理加算３に関する施設基準

（１） 放射線科を標榜している特定機能病院であること。

（２） 画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている２年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology（IVR）及び核医学に関する事項を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が６名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

（３） 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、(２)の医師の下に画像情報の管理が行われていること。

（４） 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも８割以上の読影結果が、(２)の医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。

（５） 当該保険医療機関において、夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること。

（６） 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されており、当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理を行っていること。

（７） 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。

（８） 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

（９） 関係学会の定める指針を遵守し、ＭＲＩ装置の適切な安全管理を行っていること。

(10) 関係学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること。その際、施設内の全てのＣＴ検査の線量情報を電子的に記録し、患者単位及び検査プロトコル単位で集計・管理の上、被ばく線量の最適化を行っていること。

(11) 関係学会の定める指針に基づいて、人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理を行っていること。その際、画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている２年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology（IVR）及び核医学に関する事項を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が責任者として配置されていること。

４ 届出に関する事項

（１） 画像診断管理の施設基準に係る届出は、別添２の様式32を用いること。なお、画像診断管理加算１の施設基準の届出については、画像診断管理加算２又は３の届出をもってこれに代えることができる。

（２） 令和４年３月31日時点で画像診断管理加算３の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、３の（11）の基準を満たしているものとする。

第31 歯科画像診断管理加算

１ 歯科画像診断管理加算１に関する施設基準

（１） 歯科診療報酬点数表の初診料の注２の届出（地域歯科診療支援病院歯科初診料に係るものに限る。）を行った保険医療機関であること。

（２） 画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が１名以上いること。なお、画像診断を専ら担当する歯科医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

（３） 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（４） 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。

（５） 電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設置等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライ

ン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

2　歯科画像診断管理加算２に関する施設基準

（1）　歯科診療報酬点数表の初診料の注２の届出（地域歯科診療支援病院歯科初診料に係るものに限る。）を行った保険医療機関であること。

（2）　画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が１名以上いること。なお、画像診断を専ら担当する歯科医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

（3）　当該保険医療機関において実施される全ての歯科用３次元エックス線断層撮影及びコンピューター断層診断（歯科診療に係るものに限る。）について、（2）に規定する歯科医師の下に画像情報の管理が行われていること。

（4）　当該保険医療機関における歯科用３次元エックス線断層撮影診断及びコンピューター断層診断（歯科診療に係るものに限る。）のうち、少なくとも８割以上の読影結果が、（2）に規定する歯科医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する歯科医師に報告されていること。

（5）　画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（6）　当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。

（7）　電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

3　届出に関する事項

歯科画像診断管理の施設基準に係る届出は、別添２の様式33を用いること。

第32　遠隔画像診断

1　遠隔画像診断に関する施設基準

（1）　送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）においては以下の基準を全て満たすこと。

ア　画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を有しており、受信側の保険医療機関以外の施設へ読影又は診断を委託していないこと。

イ　電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

（2）　受信側（画像診断が行われる病院である保険医療機関）においては以下の基準を全て満たすこと。ただし、歯科診療に係る画像診断については、歯科画像診断管理加算の要件を満たしていれば足りるものであること。

ア　画像診断管理加算１、２又は３に関する施設基準を満たすこと。

イ　特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院又は基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する病院であること。

ウ　電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を送受信する場合は、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保していること。

2　届出に関する事項

遠隔画像診断の施設基準に係る届出は、別添２の様式34又は様式35を用いること。なお、届出については、送信側、受信側の双方の医療機関がそれぞれ届出を行うことが必要で　あり、また、送信側の医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

第33　ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影

1　ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影に係る費用を算定するための施設基準

（1）　核医学診断の経験を３年以上有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師が１名以上いること。

（2）　診断撮影機器ごとに、ＰＥＴ製剤の取扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師が１名以上いること。

2　該当しない場合は所定点数の100分の80に相当する点数を算定することとなる施設基準

ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、別添２の様式36に定める計算式により算出した数値が100分の30以上であること（ただし、特定機能病院、がん診療の拠点となる病院又は高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律（平成20年法律第93号）第４条第１項に規定する国立高度専門医療研究センターの設置する保険医療機関を除く。）。がん診療の拠点となる病院とは、第11の２がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料の２と同様であること。

3　届出に関する事項

ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影の施設基準に係る届出は、別添２の様式36を用いること。

第34　ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影

1　ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影に関する施設基準

（1）　64列以上、16列以上64列未満若しくは４列以上16列未満のマルチスライスＣＴ装置又は３テスラ以上若しくは1.5テスラ以上３テスラ未満のＭＲＩ装置のいずれかを有していること。

（2）　64列以上のマルチスライスＣＴ装置又は３テスラ以上のＭＲＩ装置においては、画像診断管理加算２又は３に関する施設基準の届出を行っていること。

（3）　64列以上のマルチスライスＣＴ装置又は３テスラ以上のＭＲＩ装置においては、ＣＴ撮影に係る部門又はＭＲＩ撮影に係る部門にそれぞれ専従の診療放射線技師が１名以上勤務していること。

2　ＣＴ撮影の注８及びＭＲＩ撮影の注６に規定する施設基準

ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、別添２の様式37に定める計算式により算出した数値が100分の10以上であること。

3　届出に関する事項

（１）　ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影の施設基準に係る届出は、別添２の様式37を用いること。
（２）　当該撮影を行う画像診断機器の機種名、型番、メーカー名、テスラ数（ＭＲＩの場合）を記載すること。
（３）　ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影に係る安全管理責任者の氏名を記載し、ＣＴ撮影装置、ＭＲＩ撮影装置及び造影剤注入装置の保守管理計画を添付すること。

第35　冠動脈ＣＴ撮影加算
１　冠動脈ＣＴ撮影加算に関する施設基準
（１）　64列以上のマルチスライス型のＣＴ装置を有していること。
（２）　画像診断管理加算２又は３に関する施設基準を満たすこと。
２　届出に関する事項
冠動脈ＣＴ撮影加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式38を用いること。

第35の２　血流予備量比コンピューター断層撮影
１　血流予備量比コンピューター断層撮影に関する施設基準
（１）　64列以上のマルチスライス型のＣＴ装置を有していること。
（２）　画像診断管理加算２又は３に関する施設基準を満たすこと。
（３）　次のいずれにも該当すること。
ア　許可病床数が200床以上の病院であること。
イ　循環器内科、心臓血管外科及び放射線科を標榜している保険医療機関であること。
ウ　５年以上の循環器内科の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
エ　５年以上の心血管インターベンション治療の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、ウに掲げる医師と同一の者であっても差し支えない。
オ　経皮的冠動脈形成術を年間100例以上実施していること。
カ　血流予備量比コンピューター断層撮影により冠動脈狭窄が認められたにもかかわらず、経皮的冠動脈形成術又は冠動脈バイパス手術のいずれも行わなかった症例が前年に10例以上あること。
キ　日本循環器学会及び日本心血管インターベンション治療学会の研修施設のいずれにも該当する病院であること。
２　届出に関する事項
血流予備量比コンピューター断層撮影の施設基準に係る届出は、別添２の様式37の２及び様式52を用いること。

第35の３　外傷全身ＣＴ加算
１　外傷全身ＣＴ加算に関する施設基準
（１）　救命救急入院料の施設基準の届出を行っていること。
（２）　64列以上のマルチスライス型のＣＴ装置を有していること。
（３）　画像診断管理加算２又は３に関する施設基準の届出を行っていること。
２　届出に関する事項

外傷全身ＣＴ加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式38を用いること。

第35の４　大腸ＣＴ撮影加算
１　大腸ＣＴ撮影加算に関する施設基準
区分番号「Ｅ２００」コンピューター断層撮影の１「ＣＴ撮影」の「イ」６４列以上のマルチスライス型の機器による場合又は「ロ」１６列以上６４列未満のマルチスライス型の機器による場合に係る施設基準を現に届け出ていること。
２　届出に関する事項
コンピューター断層撮影の１「ＣＴ撮影」の「イ」６４列以上のマルチスライス型の機器による場合又は「ロ」１６列以上６４列未満のマルチスライス型の機器による場合の届出を行っていればよく、大腸ＣＴ撮影加算として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第36　心臓ＭＲＩ撮影加算
１　心臓ＭＲＩ撮影加算に関する施設基準
（１）　1.5テスラ以上のＭＲＩ装置を有していること。
（２）　画像診断管理加算２又は３に関する施設基準を満たすこと。
２　届出に関する事項
心臓ＭＲＩ撮影加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式38を用いること。

第36の１の２　乳房ＭＲＩ撮影加算
１　乳房ＭＲＩ撮影加算に関する施設基準
（１）　1.5テスラ以上のＭＲＩ装置を有していること。
（２）　画像診断管理加算２又は３に関する施設基準を満たすこと。
（３）　関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。
２　届出に関する事項
乳房ＭＲＩ撮影加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式38を用いること。

第36の１の３　小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算
１　小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算に関する施設基準
（１）　1.5テスラ以上のＭＲＩ装置を有していること。
（２）　画像診断管理加算２又は３に関する施設基準を満たすこと。
（３）　小児救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
（４）　小児のＭＲＩ撮影及び画像診断に関して十分な知識と経験を有する常勤の医師及び小児の麻酔・鎮静に十分な知識と経験を有する常勤の医師が、それぞれ１名以上配置されていること。
（５）　関係学会から示されているＭＲＩ撮影時の鎮静に関する指針に基づき、鎮静下のＭＲＩ撮影を適切に実施していること。
２　届出に関する事項
小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式38を用いること。

第36の１の４　頭部ＭＲＩ撮影加算

１　頭部ＭＲＩ撮影加算に関する施設基準

（１）　３テスラ以上のＭＲＩ装置を有していること。

（２）　画像診断管理加算２又は３に関する施設基準を満たすこと。

（３）　画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている２年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology（IVR）及び核医学に関する事項を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されているものに限る。）が３名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

（４）　当該保険医療機関において、夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること。

（５）　当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理を行っていること。

（６）　関係学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること。その際、施設内の全てのＣＴ検査の線量情報を電子的に記録し、患者単位及び検査プロトコル単位で集計・管理の上、被ばく線量の最適化を行っていること。

２　届出に関する事項

頭部ＭＲＩ撮影加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式38を用いること。

第36の１の５　全身ＭＲＩ撮影加算

１　全身ＭＲＩ撮影加算に関する施設基準

（１）　1.5テスラ以上のＭＲＩ装置を有していること。

（２）　画像診断管理加算２又は３に関する施設基準を満たすこと。

（３）　画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている２年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology（IVR）及び核医学に関する事項を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されているものに限る。）が３名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

（４）　当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理を行っていること。

（５）　関係学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること。その際、施設内の骨シンチグラフィの線量情報を電子的に記録し、患者単位で集計・管理の上、被ばく線量の最適化を行っていること。

２　届出に関する事項

全身ＭＲＩ撮影加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式38を用いること。

第36の１の６　肝エラストグラフィ加算

１　肝エラストグラフィ加算に関する施設基準

（１）　1.5テスラ以上のＭＲＩ装置を有していること。

（２）　画像診断管理加算２又は３に関する施設基準を満たすこと。

（３）　画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている２年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology（IVR）及び核医学に関する事項を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が３名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

（４）　当該保険医療機関において、夜間及び休日に読影を行う体制が整備されていること。

（５）　当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理を行っていること。

（６）　関係学会の定める指針に基づいて、肝エラストグラフィ撮影を適切に実施していること。

２　届出に関する事項

肝エラストグラフィ加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式38を用いること。

第36の２　抗悪性腫瘍剤処方管理加算

１　抗悪性腫瘍剤処方管理加算に関する施設基準

（１）　許可病床数が200床以上の病院であること。

（２）　化学療法の経験を５年以上有する専任の常勤医師が１名以上勤務していること。

２　届出に関する事項

（１）　抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式38の２を用いること。

（２）　１の(2)に掲げる医師の経験が確認できる文書を添付すること。

第36の３　外来後発医薬品使用体制加算

１　外来後発医薬品使用体制加算に関する施設基準

（１）　診療所であって、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

（２）　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、外来後発医薬品使用体制加算１にあっては90％以上、外来後発医薬品使用体制加算２にあっては85％以上90％未満、外来後発医薬品使用体制加算３にあっては75％以上85％未満であること。

（３）　当該保険医療機関において調剤した薬剤（（４）に掲げる医薬品を除く。）の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50％以上であること。

（４）　後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品

①　経腸成分栄養剤

エレンタール配合内用剤、エレンタールＰ乳幼児用配合内用剤、エンシュア・リキッド、エンシュア・Ｈ、ツインライン NF 配合経腸用液、ラコール NF 配合経腸用液、エネーボ配合経腸用液、ラコール NF 配合経腸用半固形剤及びイノラス配合経腸用液

② 特殊ミルク製剤

フェニルアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・バリン除去ミルク配合散「雪印」

③ 生薬（薬効分類番号 510）

④ 漢方製剤（薬効分類番号 520）

⑤ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品（薬効分類番号 590）

（５） 後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

２ 届出に関する事項

外来後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 38 の３を用いること。

第 37 外来化学療法加算

１ 外来化学療法加算１に関する施設基準

（１） 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。

（２） 化学療法の経験を５年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。

（３） 化学療法の経験を５年以上有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。

（４） 化学療法に係る調剤の経験を５年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務していること。

（５） 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。

（６） 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。

当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で１名以上（１診療科の場合は、２名以上）の代表者であること。）、業務に携わる看護師、薬剤師及び必要に応じてその他の職種から構成されるもので、少なくとも年１回開催されるものとする。

２ 外来化学療法加算２に関する施設基準

（１） 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。

（２） 化学療法の経験を有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。

（３） 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。

（４） 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。

（５） （３）については、常勤薬剤師の確保が直ちに困難な場合であって、既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っており、改正前から外来化学療法加算の届出を行っていた診療所については、外来化学療法加算２の届出を行うことができる。

３ 届出に関する事項

（１） 外来化学療法加算１及び２の施設基準に係る届出は、別添２の様式 39 を用いること。

（２） 当該治療室の平面図を添付すること。

第 37 の２ 無菌製剤処理料

１ 無菌製剤処理料に関する施設基準

（１） ２名以上の常勤の薬剤師がいること。

（２） 無菌製剤処理を行うための専用の部屋（内法による測定で５平方メートル以上）を有していること。なお、平成 26 年３月 31 日において、現に当該処理料の届出を行っている保険医療機関については、当該専用の部屋の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、内法の規定を満たしているものとする。

（３） 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。

２ 無菌製剤処理料の対象患者

（１） 無菌製剤処理料１の対象患者は、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入又は点滴注射が行われる患者であり、この場合において、「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの」とは、医薬品等副作用被害救済制度の対象とならない医薬品等（平成 16 年厚生労働省告示第 185 号）に掲げる医薬品のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。

（２） 無菌製剤処理料２の対象患者は、以下のア又はイに該当する患者である。

ア 動脈注射又は点滴注射が行われる入院中の患者のうち、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者及び後天性免疫不全症候群の病原体に感染し抗体の陽性反応がある患者であって、無菌治療室管理加算若しくはＨＩＶ感染者療養環境特別加算を算定する患者又はこれらの患者と同等の状態にある患者

イ 中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射が行われる患者

３ 届出に関する事項

（１） 無菌製剤処理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 40 を用いること。

（２） 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用い提出すること。なお、調剤、医薬品情報管理、病棟薬剤業務、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているか（兼務の場合はその旨）並びに無菌製剤処理業務に従事している場合はその旨を備考欄に記載すること。

（３） 調剤所及び当該届出に係る専用の施設の平面図（クリーンベンチ等が設置されている場合はその位置を明示すること。）を添付すること。

第38　心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)

1　心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準

（1）　届出保険医療機関（循環器内科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、循環器内科又は心臓血管外科の医師が、心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が１名以上勤務していること。この場合において、心大血管疾患リハビリテーションを受ける患者の急変時等に連絡を受けるとともに、当該保険医療機関又は連携する保険医療機関において適切な対応ができるような体制を有すること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（2）　心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて２名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士若しくは専従の常勤看護師のいずれか一方が２名以上勤務していること。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。ただし、いずれの場合であっても、２名のうち１名は専任の従事者でも差し支えないこと。また、これらの者については、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟の配置従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーションを実施しない時間帯において、他の疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。また、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることは可能である。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士又は専従の非常勤看護師（心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する理学療法士又は看護師に限る。）をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士又は非常勤看護師がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士又は非常勤看護師の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数又は常勤看護師数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数又は常勤看護師数に算入することができるのは、常勤配置のうち１名までに限る。

（3）　専用の機能訓練室（少なくとも、病院については、内法による測定で30平方メートル以上、診療所については、内法による測定で20平方メートル以上）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、当該療法を実施する時間帯に、他の疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室で行う場合には、それぞれの施設基準を満たしていれば差し支えない。それぞれの施設基準を満たす場合とは、例えば、心大血管疾患リハビリテーションと脳血管疾患等リハビリテーションを同一の時間帯に実施する場合には、機能訓練室の面積は、それぞれのリハビリテーションの施設基準で定める面積を合計したもの以上である必要があり、必要な器械・器具についても、兼用ではなく、それぞれのリハビリテーション専用のものとして備える必要があること。

（4）　平成26年３月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(3)の内法の規定を満たしているものとする。

（5）　専用の機能訓練室には、当該療法を行うために必要な以下の器械・器具を備えていること。

ア　酸素供給装置
イ　除細動器
ウ　心電図モニター装置
エ　トレッドミル又はエルゴメータ
オ　血圧計
カ　救急カート

また、当該保険医療機関内に以下の器械を備えていること。

運動負荷試験装置

（6）　リハビリテーションに関する記録（医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（7）　定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

（8）　届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関（循環器内科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、緊急手術や、緊急の血管造影検査を行うことができる体制が確保されていること。

（9）　届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出がされており、当該治療室が心大血管疾患リハビリテーションの実施上生じた患者の緊急事態に使用できること。

2　初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

3　リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

（1）　外来医療等調査に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及び外来医療等調査事務局と電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず１名指定すること。

（2）　外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出すること。

（3）　診療記録（過去５年間の診療録及び過去３年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。

（4）　診療記録の保管・管理につき、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイド

ライン」に準拠した体制であることが望ましい。

（５） 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。

（６） 患者についての疾病統計には、ＩＣＤ大分類程度以上の疾病分類がされていること。

（７） 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。

４ リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

（１） データの提出を希望する保険医療機関は、令和５年５月20日、８月22日、11月21日又は令和６年２月20日までに別添２の様式７の10について、地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出すること。

（２） （１）の届出を行った保険医療機関は、試行データを厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、調査実施説明資料に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに外来医療等調査事務局へ提出すること。

（３） 試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡を３の（１）の担当者宛てに電子メールにて発出する。なお、当該連絡のあった保険医療機関においては、この連絡以後、リハビリテーションデータ提出加算の届出を行うことが可能となる。

５ 届出に関する事項

（１） 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式41を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士及び看護師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等について別添２の様式44の２を用いて提出すること。

（３） 当該治療が行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。

（４） リハビリテーションデータ提出加算の施設基準に係る届出は別添２の様式７の11を用いること。

（５） 各調査年度において、累積して３回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、３回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

（６） データ提出を取りやめる場合、４の（２）の基準を満たさなくなった場合及び（５）に該当した場合については、別添２の様式７の12を提出すること。

（７） （６）の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、４の（１）の手続きより開始すること。

第39 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）

１ 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）に関する施設基準

（１） 届出保険医療機関において、心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯に循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師（非常勤を含む。）及び心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師（非常勤を含む。）が１名以上勤務していること。

（２） 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の理学療法士又は看護師のいずれか１名以上が勤務していること。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する

訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。ただし、専従者については、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟の配置従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーションを実施しない時間帯において、他の疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションに従事することは差し支えない。また、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることは可能である。

（３） 専用の機能訓練室（少なくとも、病院については、内法による測定で、30平方メートル以上、診療所については、内法による測定で、20平方メートル以上）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、当該療法を実施する時間帯に、他の疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室で行う場合には、それぞれの施設基準を満たしていれば差し支えない。それぞれの施設基準を満たす場合とは、例えば、心大血管疾患リハビリテーションと脳血管疾患等リハビリテーションを同一の時間帯に実施する場合には、機能訓練室の面積は、それぞれのリハビリテーションの施設基準で定める面積を合計したもの以上である必要があり、必要な器械・器具についても、兼用ではなく、それぞれのリハビリテーション専用のものとして備える必要があること。

（４） 平成26年３月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５） 専用の機能訓練室には、当該療法を行うために必要な以下の器械・器具を備えていること。

ア 酸素供給装置

イ 除細動器

ウ 心電図モニター装置

エ トレッドミル又はエルゴメータ

オ 血圧計

カ 救急カート

また、当該保険医療機関内に以下の器械を備えていること。

運動負荷試験装置

（６） リハビリテーションに関する記録（医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（７） 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

（８） 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関（循環器内科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、緊急手術や、緊急の血管造影検査を行うことができる体制が確保されていること。

（９） 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、救命救急入院料又は特定集中

治療室管理料の届出がされており、当該治療室が心大血管疾患リハビリテーションの実施上生じた患者の緊急事態に使用できること。

2　初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

3　リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第 38 の３と同様である。

4　リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第 38 の４と同様である。

5　届出に関する事項

（１）　心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式 41 を用いること。

（２）　当該治療に従事する医師及び理学療法士、作業療法士又は看護師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等について別添２の様式 44 の２を用いて提出すること。

（３）　当該治療が行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。

（４）　リハビリテーションデータ提出加算の施設基準に係る届出は別添７の様式 11 を用いること。

（５）　各調査年度において、累積して３回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、３回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

（６）　データ提出を取りやめる場合、第 38 の４の(２)の基準を満たさなくなった場合及び(５)に該当した場合については、別添７の様式 12 を提出すること。

（７）　(６)の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、第 38 の４の(１)の手続きより開始すること。

第 40　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)

1　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関において、専任の常勤医師が２名以上勤務していること。ただし、そのうち１名は、脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する３年以上の臨床経験又は脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する研修会、講習会の受講歴（又は講師歴）を有すること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する３年以上の臨床経験又は脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する研修会、講習会の受講歴（又は講師歴）を有する常勤医師についてこれらの非常勤医師による常勤換算を行う場合にあっては、当該経験又は受講歴（又は講師歴）を有する非常勤医師に限る。

（２）　次のアからエまでを全て満たしていること。

ア　専従の常勤理学療法士が５名以上勤務していること。ただし、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士との兼任は可能であること。

イ　専従の常勤作業療法士が３名以上勤務していること。ただし、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤作業療法士との兼任はできないが、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤作業療法士との兼任は可能であること。

ウ　言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が１名以上勤務していること。なお、第７部リハビリテーション第１節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。

エ　アからウまでの専従の従事者が合わせて 10 名以上勤務すること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は４名、作業療法士は２名、言語聴覚士は１名までに限る。

オ　次の(イ)又は(ロ)の要件を満たす場合であって、アからウまでの専従の従事者が疾患別リハビリテーションを提供すべき患者がいない時間帯には、脳血管疾患等リハビリテーションの実施時間中であっても、当該専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事しても差し支えない。

（イ）　疾患別リハビリテーション料の施設基準における専従の従事者以外の全ての理学療

法士、作業療法士及び言語聴覚士が、介護保険のリハビリテーションその他疾患別リハビリテーション以外の業務に従事していること。

（ロ） 当該保険医療機関に配置された全ての理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が、いずれかの疾患別リハビリテーション料の施設基準における専従の従事者であること。

（3） 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、内法による測定で160平方メートル以上）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。なお、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で８平方メートル以上）１室以上を別に有していること。

（4） 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。これらの器械等については、当該保険医療機関が、指定通所リハビリテーションを実施する場合であって、リハビリテーションの提供に支障が生じない場合に、指定通所リハビリテーション事業所の利用者が使用しても差し支えない。

歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具（長・短下肢装具等）、家事用設備、各種日常生活動作用設備　等。ただし、言語聴覚療法を行う場合は、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等を有すること。必要に応じ、麻痺側の関節の屈曲・伸展を補助し運動量を増加させるためのリハビリテーション用医療機器を備えること。

（5） 言語聴覚療法のみを実施する場合において、以下のアからエまでの基準を全て満たす場合は、上記基準にかかわらず、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）の基準を満たすものとする。

ア　専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

イ　専従の常勤言語聴覚士が３名以上勤務していること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤言語聴覚士を２名以上組み合わせることにより、常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合にはこれらの非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち２名までに限る。

ウ　遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で８平方メートル以上）を有していること。

エ　言語聴覚療法に必要な、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等の器械・器具を具備していること。

（6） 平成26年３月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室等の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（3）及び（5）の内法の規定を満たしているものとする。

（7） リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（8） 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

（9） （2）のアからウまでの専従の従事者以外の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事可能であること。

2　初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

3　リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第38の３と同様である。

4　リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第38の４と同様である。

5　届出に関する事項

（1） 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式42を用いること。

（2） 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。

（3） 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

（4） リハビリテーションデータ提出加算の施設基準に係る届出は別添７の様式11を用いること。

（5） 各調査年度において、累積して３回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、３回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

（6） データ提出を取りやめる場合、第38の４の（2）の基準を満たさなくなった場合及び（5）に該当した場合については、別添７の様式12を提出すること。

（7） （6）の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、第38の４の（1）の手続きより開始すること。

第40の２　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)

１　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関において、専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２）　次のアからエまでを全て満たしていること。

ア　専従の常勤理学療法士が１名以上勤務していること。ただし、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士との兼任は可能である。

イ　専従の常勤作業療法士が１名以上勤務していること。ただし、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤作業療法士との兼任はできないが、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児(者)リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤作業療法士との兼任は可能である。

ウ　言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が１名以上勤務していること。なお、第７部リハビリテーション第１節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。

エ　アからウまでの専従の従事者が合わせて４名以上勤務していること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうちそれぞれ１名までに限る。

オ　アからウまでの専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事する場合については、第40の１の(２)のオの例によること。

（３）　治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、病院については内法による測定で100平方メートル以上、診療所については内法による測定で45平方メートル以上）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。なお、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で８平方メートル以上）１室以上を別に有していること。

（４）　平成26年３月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(３)の内法の規定を満たしているものとする。

（５）　当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。　歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具（長・短下肢装具等）、家事用設備、各種日常生活動作用設備　等。ただし、言語聴覚療法を行う場合は、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等を有すること。

（６）　言語聴覚療法のみを実施する場合において、以下のアからエまでの基準を全て満たす場合は、上記基準にかかわらず、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の基準を満たすものとする。

ア　専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

イ　専従の常勤言語聴覚士が２名以上勤務していること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤言語聴覚士を２名組み合わせることにより、常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合にはこれらの非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち１名までに限る。

ウ　遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で８平方メートル以上）を有していること。

エ　言語聴覚療法に必要な、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等の器械・器具を具備していること。

（７）　リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（８）　定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

（９）（２）のアからウまでの専従の従事者以外の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事可能であること。

２　初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

３　リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第 38 の３と同様である。

４　リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第 38 の４と同様である。

５　届出に関する事項

（１）　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 42 を用いること。

（２）　当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式 44 の２を用いて提出すること。

（３）　当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

（４）　リハビリテーションデータ提出加算の施設基準に係る届出は別添７の様式 11 を用いること。

（５）　各調査年度において、累積して３回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、３回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

（６）　データ提出を取りやめる場合、第 38 の４の（２）の基準を満たさなくなった場合及び（５）に該当した場合については、別添７の様式 12 を提出すること。

（７）（６）の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、第 38 の４の（１）の手続きより開始すること。

第 41　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）

１　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）に関する施設基準

（１）　専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２）　専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士のいずれか１名以上勤務していること。ただし、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室

を有する病棟における常勤の従事者との兼任はできないが、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤の従事者との兼任は可能であること。また、言語聴覚士の場合にあっては、第７部リハビリテーション第１節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たしていることとみなすことができる。専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事する場合については、第 40 の１の（２）のオの例によること。

（３）　治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、病院については内法による測定で 100 平方メートル以上、診療所については内法による測定で 45 平方メートル以上とする。）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。なお、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で８平方メートル以上）１室以上を別に有していることとし、言語聴覚療法のみを行う場合は、当該個別療法室があれば前段に規定する専用の施設は要しない。

（４）　平成 26 年３月 31 日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室等の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５）　当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として以下のものを具備していること。

歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具等。ただし、言語聴覚療法を行う場合は、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等を有すること。

（６）　リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（７）　定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

（８）（２）の専従の従事者以外の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、疾患別リ

ハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事可能であること。

2　初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

3　リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第38の３と同様である。

4　リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第38の４と同様である。

5　届出に関する事項

（1）　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式42を用いること。

（2）　当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。

（3）　当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

（4）　リハビリテーションデータ提出加算の施設基準に係る届出は別添７の様式11を用いること。

（5）　各調査年度において、累積して３回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、３回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

（6）　データ提出を取りやめる場合、第38の４の(2)の基準を満たさなくなった場合及び(5)に該当した場合については、別添７の様式12を提出すること。

（7）　(6)の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、第38の４の(1)の手続きより開始すること。

第41の２　廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)

1　廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準

（1）　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）を届け出ていること。なお、言語聴覚療法のみを実施する保険医療機関で、第40の１の(1)から(4)までのいずれかを満たさず、(5)のアからエまでを全て満たすことで脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)の基準を満たしたものについては、言語聴覚療法のみについて廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)を算定できる。

（2）　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準における専任の医師、専従の理学療法士、専従の作業療法士及び専従の言語聴覚士は、それぞれ廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）の専任者又は専従者を兼ねるものとする。

2　初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ帯時間に当該医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

3　リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第38の３と同様である。

4　リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第38の４と同様である。

5　届出に関する事項

（1）　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていればよく、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

（2）　リハビリテーションデータ提出加算の施設基準に係る届出は別添７の様式11を用いること。

（3）　各調査年度において、累積して３回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、３回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

（4）　データ提出を取りやめる場合、第38の４の(2)の基準を満たさなくなった場合及び(3)に該当した場合については、別添７の様式12を提出すること。

（5）　(4)の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、第38の４の(1)の手続きより開始すること。

第41の３　廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)

1　廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)に関する施設基準

（1）　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）を届け出ていること。なお、言語聴覚療法のみを実施する保険医療機関で、第40の２の１の(1)から(3)まで又は(5)のいずれかを満たさず、(6)のアからエまでを全て満たすことで脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の基準を満たしたものについては、言語聴覚療法のみについて廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)を算定できる。

（2）　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準における専任の医師、専従の理学療法士、専従の作業療法士及び専従の言語聴覚士は、それぞれ廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）の専任者又は専従者を兼ねるものとする。

2　初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしているこ

ととみなすことができる。

3　リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第38の3と同様である。

4　リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第38の4と同様である。

5　届出に関する事項

（1）　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の届出を行っていればよく、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

（2）　リハビリテーションデータ提出加算の施設基準に係る届出は別添7の様式11を用いること。

（3）　各調査年度において、累積して3回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

（4）　データ提出を取りやめる場合、第38の4の（2）の基準を満たさなくなった場合及び（3）に該当した場合については、別添7の様式12を提出すること。

（5）　（4）の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、第38の4の（1）の手続きより開始すること。

第41の4　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）

1　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）に関する施設基準

（1）　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）を届け出ていること。

（2）　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）の施設基準における専任の医師、専従の理学療法士、専従の作業療法士及び専従の言語聴覚士は、それぞれ廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）の専任者又は専従者を兼ねるものとする。

2　初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

3　リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第38の3と同様である。

4　リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第38の4と同様である。

5　届出に関する事項

（1）　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）の届出を行っていればよく、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

（2）　リハビリテーションデータ提出加算の施設基準に係る届出は別添7の様式11を用いること。

（3）　各調査年度において、累積して3回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

（4）　データ提出を取りやめる場合、第38の4の（2）の基準を満たさなくなった場合及び（3）に該当した場合については、別添7の様式12を提出すること。

（5）　（4）の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、第38の4の（1）の手続きより開始すること。

第42　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）

1　運動器リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準

（1）　当該保険医療機関において、運動器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、運動器リハビリテーションの経験を有する医師とは、運動器リハビリテーションの経験を3年以上有する医師又は適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した医師であることが望ましい。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている運動器リハビリテーションの経験を有する専任の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（2）　専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士が合わせて4名以上勤務していること。なお、当該専従の従事者は、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数又は常勤作業療法士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数又は常勤作業療法士数に算入することができるのは、常勤配置のうちそれぞれ1名までに限る。専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事する場合について

は、第 40 の１の(２)のオの例によること。

（３） 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、病院については内法による測定で 100 平方メートル以上、診療所については内法による測定で 45 平方メートル以上）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。

（４） 平成 26 年３月 31 日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室等の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(３)の内法の規定を満たしているものとする。

（５） 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。

各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、平行棒、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具等

（６） リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（７） 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

（８） (２)の専従の従事者以外の理学療法士及び作業療法士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事可能であること。

２ 初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

３ リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第 38 の３と同様である。

４ リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第 38 の４と同様である。

５ 届出に関する事項

（１） 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)及び「注５」の施設基準に係る届出は、別添２の様式 42 を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式 44 の２を用いて提出すること。

（３） 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

（４） リハビリテーションデータ提出加算の施設基準に係る届出は別添７の様式 11 を用いること。

（５） 各調査年度において、累積して３回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、３回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

（６） データ提出を取りやめる場合、第 38 の４の(２)の基準を満たさなくなった場合及び(５)に該当した場合については、別添７の様式 12 を提出すること。

（７） (６)の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、第 38 の４の(１)の手続きより開始すること。

第 42 の２ 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)

１ 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において、運動器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、運動器リハビリテーションの経験を有する医師とは、運動器リハビリテーションの経験を３年以上有する医師又は適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した医師であることが望ましい。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている運動器リハビリテーションの経験を有する専任の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２） 次のアからウまでのいずれかを満たしていること。ただし、アからウまでのいずれの場合にも、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士又は常勤作業療法士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

ア 専従の常勤理学療法士が２名以上勤務していること。

イ 専従の常勤作業療法士が２名以上勤務していること。

ウ 専従の常勤理学療法士及び専従の常勤作業療法士が合わせて２名以上勤務していること。

なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数又は常勤作業

療法士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数又は常勤作業療法士数に算入することができるのは、常勤配置のうちそれぞれ１名までに限る。また、当分の間、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した看護師、准看護師、あん摩マッサージ指圧師又は柔道整復師が、専従の常勤職員として勤務している場合であって、運動器リハビリテーションの経験を有する医師の監督下に当該療法を実施する体制が確保されている場合に限り、理学療法士が勤務しているものとして届け出ることができる。ただし、当該あん摩マッサージ指圧師等は、呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)等との兼任はできないこと。専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事する場合については、第 40 の１の(２)のオの例によること。

（３） 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、病院については内法による測定で 100 平方メートル以上、診療所については内法による測定で 45 平方メートル以上）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。

（４） 平成 26 年３月 31 日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(３)の内法の規定を満たしているものとする。

（５） 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。

各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、平行棒、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具等

（６） リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（７） 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

（８） (２)の専従の従事者以外の理学療法士及び作業療法士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事可能であること。

２ 初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

３ リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第 38 の３と同様である。

４ リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第 38 の４と同様である。

５ 届出に関する事項

（１） 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式 42 を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式 44 の２を用いて提出すること。

（３） 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

（４） リハビリテーションデータ提出加算の施設基準に係る届出は別添７の様式 11 を用いること。

（５） 各調査年度において、累積して３回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、３回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

（６） データ提出を取りやめる場合、第 38 の４の(２)の基準を満たさなくなった場合及び(５)に該当した場合については、別添７の様式 12 を提出すること。

（７） (６)の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、第 38 の４の(１)の手続きより開始すること。

第 43 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)

１ 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２） 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士がいずれか１名以上勤務していること。ただし、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤の従事者との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)、障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤の従事者との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満た

していることとみなすことができる。専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事する場合については、第40の１の(２)のオの例によること。

（３） 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、内法による測定で45平方メートル以上とする。）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。

（４） 平成26年３月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(３)の内法の規定を満たしているものとする。

（５） 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。
歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具等

（６） リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（７） 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

（８） (２)の専従の従事者以外の理学療法士及び作業療法士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事可能であること。

２ 初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

３ リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第38の３と同様である

４ リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第38の４と同様である。

５ 届出に関する事項

（１） 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式42を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。

（３） 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

（４） リハビリテーションデータ提出加算の施設基準に係る届出は別添７の様式11を用いること。

（５） 各調査年度において、累積して３回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、３回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

（６） データ提出を取りやめる場合、第38の４の(２)の基準を満たさなくなった場合及び(５)に該当した場合については、別添７の様式12を提出すること。

（７） (６)の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、第38の４の(１)の手続きより開始すること。

第44 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)

１ 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において、呼吸器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている呼吸器リハビリテーションの経験を有する専任の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２） 呼吸器リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士１名を含む常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が合わせて２名以上勤務していること。ただし、専従の常勤理学療法士１名については、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうちそれぞれ１名までに限る。また、呼吸器リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士について当該非常勤理学療法士による常勤換算を行う場合にあっては、当該経験を有する専従の非常勤理学療法士に限る。

（３） 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、病院については内法による測定で 100 平方メートル以上、診療所については内法による測定で 45 平方メートル以上とする。）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。

（４） 平成 26 年３月 31 日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５） 治療・訓練を行うための以下の各種計測用器具等を具備していること。
呼吸機能検査機器、血液ガス検査機器等

（６） リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（７） 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

２ 初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

３ リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第 38 の３と同様である。

４ リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第 38 の４と同様である。

５ 届出に関する事項

（１） 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式 42 を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式 44 の２を用いて提出すること。

（３） 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

（４） リハビリテーションデータ提出加算の施設基準に係る届出は別添７の様式 11 を用いること。

（５） 各調査年度において、累積して３回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、３回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

（６） データ提出を取りやめる場合、第 38 の４の（２）の基準を満たさなくなった場合及び（５）に該当した場合については、別添７の様式 12 を提出すること。

（７） （６）の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、第 38 の４の（１）の手続きより開始すること。

第 45 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)

１ 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２） 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士のいずれか１名以上が勤務していること。ただし、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)、障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。

（３） 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、内法による測定で 45 平方メートル以上とする。）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。

（４） 平成 26 年３月 31 日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医

療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５） 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。

呼吸機能検査機器、血液ガス検査機器等

（６） リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（７） 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

２ 初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

３ リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第 38 の３と同様である。

４ リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第 38 の４と同様である。

５ 届出に関する事項

（１） 呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 42 を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式 44 の２を用いて提出すること。

（３） 当該治療が行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。

（４） リハビリテーションデータ提出加算の施設基準に係る届出は別添７の様式 11 を用いること。

（５） 各調査年度において、累積して３回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、３回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

（６） データ提出を取りやめる場合、第 38 の４の（２）の基準を満たさなくなった場合及び（５）に該当した場合については、別添７の様式 12 を提出すること。

（７） （６）の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、第 38 の４の（１）の手続きより開始すること。

第 45 の２ 摂食嚥下機能回復体制加算

１ 摂食嚥下機能回復体制加算１に関する施設基準

（１） 保険医療機関内に、以下の摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）が設置されていること。なお、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合には、歯科衛生士が必要に応じて参加していること。

ア 専任の常勤医師又は常勤歯科医師

イ 摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を５年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師又は専従の常勤言語聴覚士

ウ 専任の常勤管理栄養士

（２） （１）のイに掲げる摂食嚥下障害看護に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものに限る。）。

イ 摂食嚥下障害看護に必要な専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。

（イ） 摂食嚥下障害の原因疾患・病態及び治療

（ロ） 摂食嚥下機能の評価とその方法、必要なアセスメント

（ハ） 摂食嚥下障害に対する援助と訓練

（ニ） 摂食嚥下障害におけるリスクマネジメント

（ホ） 摂食嚥下障害のある患者の権利擁護と患者家族の意思決定支援

（ヘ） 摂食嚥下障害者に関連する社会資源と関連法規

（ト） 摂食嚥下リハビリテーションにおける看護の役割とチームアプローチ

エ 実習により、事例に基づくアセスメントと摂食嚥下障害看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。

（３） 摂食嚥下支援チームの構成員は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週１回以上のカンファレンスに参加していること。なお、摂食嚥下支援チームの構成員以外の職種については、必要に応じて参加することが望ましい。

（４） 当該保険医療機関において経口摂取以外の栄養方法を行っている患者であって、以下のいずれかに該当するもの（転院又は退院した患者を含む。）の合計数に占める鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から１年以内に経口摂取のみの栄養方法を行っている状態へ回復させた患者の割合が、前年において３割５分以上であること。

ア 他の保険医療機関等から紹介された鼻腔栄養を実施している患者、胃瘻を造設している患者又は中心静脈栄養を実施している患者であって、当該保険医療機関において摂食機能療法を実施したもの

イ 当該保険医療機関において鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を開始した患者

（５） 以下のいずれかに該当する患者は、（４）の合計数には含まないものとする。ただしエからカまでに該当する患者は、摂食機能療法を当該保険医療機関で算定した場合であって、胃瘻造設した日から１年を経過していない場合は、（４）の合計数に含むものとする。

ア 鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は、中心静脈栄養を開始した日から起算して１年以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く。）

イ　鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は、中心静脈栄養を開始した日から起算して１か月以内に栄養方法が経口摂取のみの状態へ回復した患者

ウ　（４）のアに該当する患者であって、当該保険医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は、中心静脈栄養を開始した日から起算して１年以上が経過している患者

エ　消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者

オ　炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者

カ　食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者

（６）　年に１回、摂食嚥下機能回復体制加算を算定した患者について、摂食嚥下支援計画書作成時及び直近の嚥下機能の評価及び実績を、別添２の様式43の６の２を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

２　摂食嚥下機能回復体制加算２に関する施設基準

（１）　１の（１）から（３）までの基準を満たしていること。

（２）　年に１回、摂食嚥下機能回復体制加算を算定した患者について、摂食嚥下支援計画書作成時及び直近の嚥下機能の評価を、別添２の様式43の６の２を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

３　摂食嚥下機能回復体制加算３に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関において、専任の常勤医師、専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士が１名以上勤務していること。

（２）　当該医師、看護師又は言語聴覚士は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週１回以上のカンファレンスに参加していること。なお、その他の職種については、必要に応じて参加することが望ましい。

（３）　当該保険医療機関において中心静脈栄養を実施していた患者（療養病棟入院料１又は２を算定する病棟の入院患者に限る。）のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数の前年の実績が、２名以上であること。ただし、令和４年３月31日時点において療養病棟入院料１又は２を算定している病棟に入院している患者については、嚥下機能評価及び嚥下リハビリテーション等を実施していない場合であっても、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者の数を算入して差し支えない。

（４）　年に１回、摂食嚥下機能回復体制加算を算定した患者について、摂食嚥下支援計画書作成時及び直近の嚥下機能の評価及び実績を、別添２の様式43の６の２を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

４　届出に関する事項

（１）　摂食嚥下機能回復体制加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式43の６及び様式43の６の２を用いること。

（２）　摂食嚥下支援チーム等の医師その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。

（３）　令和４年３月31日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（令和４年度改定前）の医科点数表区分番号「Ｈ００４」摂食機能療法の「注３」に掲げる摂食

嚥下支援加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関においては、令和４年９月30日までの間に限り、１の（１）のイにおける「専従の常勤言語聴覚士」については「専任の常勤言語聴覚士」であっても差し支えないこととし、また、１の（４）の基準を満たしているものとする。

第46　難病患者リハビリテーション料

１　難病患者リハビリテーション料に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関において、専任の常勤医師が勤務していること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２）　専従する２名以上の従事者（理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が１名以上であり、かつ、看護師が１名以上）が勤務していること。ただし、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士との兼任ではないこと。なお、あらかじめ難病患者リハビリテーションを行う日を決めている場合、第７部リハビリテーション第１節の各項目のうち、施設基準において、専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は看護師の勤務を要するものであって、あらかじめ当該難病患者リハビリテーションを行う日には実施しないこととしているものについては兼任できる。また、当該保険医療機関において難病患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。

（３）　取り扱う患者数は、従事者１人につき１日20人を限度とすること。

（４）　難病患者リハビリテーションを行うにふさわしい専用の機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の広さは、内法による測定で60平方メートル以上とし、かつ、患者１人当たりの面積は、内法による測定で4.0平方メートルを標準とすること。なお、専用の機能訓練室には疾患別リハビリテーション又は障害児（者）リハビリテーションを行う機能訓練室を充てて差し支えない。

（５）　平成26年３月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（４）の内法の規定を満たしているものとする。

（６）　当該訓練を行うために必要な専用の器械・器具として、以下のものを具備していること。

ア　訓練マットとその付属品

イ　姿勢矯正用鏡

ウ　車椅子

エ　各種杖

オ　各種測定用器具（角度計、握力計等）

２　届出に関する事項

（１）　難病患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添２の様式43を用いるこ

と。

（２） 当該治療に従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。

（３） 当該治療が行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。

第47　障害児（者）リハビリテーション料

１　障害児（者）リハビリテーション料に関する施設基準

（１） 当該リハビリテーションを実施する保険医療機関は、次のいずれかであること。

ア　児童福祉法第42条第２号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第７条第２項に規定する重症心身障害児をいう。）を入所させるものに限る。）

イ　児童福祉法第６条の２の２に規定する指定発達支援医療機関

ウ　当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している外来患者のうち、概ね８割以上が別表第十の二に該当する患者（加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。）である医療機関（概ね８割であることの要件については、暦月で３か月を超えない期間の１割以内の変動である場合には、要件を満たすものであること。）

（２） 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（３） ア又はイのいずれかに該当していること。

ア　専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて２名以上勤務していること。

イ　専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士のいずれか１名以上及び障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師１名以上が合わせて２名以上が勤務していること。

ただし、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤従事者との兼任はできないが、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）及び呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）における常勤従事者との兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。また、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師（障害児（者）リハビリテーションの経験を有する看護師に限る。）をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、

常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤看護師の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤看護師数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤看護師数に算入することができるのは、常勤配置のうちそれぞれ１名までに限る。

（４） 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が１名以上勤務していること。なお、第７部リハビリテーション第１節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。また、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤言語聴覚士を２名以上組み合わせることにより、常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（５） 障害児（者）リハビリテーションを行うにふさわしい専用の機能訓練室（少なくとも、病院については、内法による測定で60平方メートル以上、診療所については、内法による測定で45平方メートル以上とする。）を有すること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションを同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。また、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で８平方メートル以上）１室以上を別に有していること。

（６） 平成26年３月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室等の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（５）の内法の規定を満たしているものとする。

（７） 当該訓練を行うために必要な専用の器械・器具として、以下のものを具備していること。

ア　訓練マットとその付属品

イ　姿勢矯正用鏡

ウ　車椅子

エ　各種杖

オ　各種測定用器具（角度計、握力計等）

（８） リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

（９） 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

２　届出に関する事項

（１） 障害児（者）リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添２の様式43を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者

の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。

（３） 当該治療が行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。

第47の２　がん患者リハビリテーション料

１　がん患者リハビリテーション料に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において、がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。十分な経験を有する専任の常勤医師とは、以下のいずれも満たす者のことをいう。

ア　リハビリテーションに関して十分な経験を有すること。

イ　がん患者のリハビリテーションに関し、適切な研修を修了していること。なお、適切な研修とは以下の要件を満たすものをいう。

（イ） 医療関係団体等が主催するものであること。

（ロ） 研修期間は通算して14時間程度のものであること。

（ハ） 研修内容に以下の内容を含むこと。

（a） がんのリハビリテーションの概要

（b） 周術期リハビリテーションについて

（c） 化学療法及び放射線療法中あるいは療法後のリハビリテーションについて

（d） がん患者の摂食・嚥下・コミュニケーションの障害に対するリハビリテーションについて

（e） がんやがん治療に伴う合併症とリハビリテーションについて

（f） 進行癌患者に対するリハビリテーションについて

（ニ） 研修にはワークショップや、実際のリハビリテーションに係る手技についての実技等を含むこと。

（ホ） リハビリテーションに関するチーム医療の観点から、同一の医療機関から、医師、病棟においてがん患者のケアに当たる看護師、リハビリテーションを担当する理学療法士等がそれぞれ１名以上参加して行われるものであること。

（２） 当該保険医療機関内にがん患者リハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が２名以上配置されていること。なお、十分な経験を有するとは、（１）のイに規定する研修を修了した者のことをいう。また、専従する言語聴覚士がいる場合、第７部リハビリテーション第１節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。なお、当該保険医療機関において、疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く。）、障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。また、週３日以上

常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士（それぞれがん患者リハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する者に限る。）をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうちそれぞれ１名までに限る。

（３） 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、内法による測定で100平方メートル以上）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。

（４） 平成26年３月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５） 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。

歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具等

２　届出に関する事項

（１） がん患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添２の様式43の２を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様及び勤務時間等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。

（３） 当該治療が行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。

第47の３　認知症患者リハビリテーション料

１　認知症患者リハビリテーション料に関する施設基準

（１） 認知症患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（認知症患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。十分な経験を有する専任の常勤医師とは、以下のいずれかの者をいう。

ア　認知症患者の診療の経験を５年以上有する者

イ　認知症患者のリハビリテーションに関し、適切な研修を修了した者

なお、適切な研修とは、次の事項に該当する研修である。

（イ）　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（６時間以上の研修期間であるもの）。

（ロ）　認知症患者のリハビリテーションについて専門的な知識・技能を有する医師の養成を目的とした研修であること。

（ハ）　講義及び演習により次の内容を含むものであること。

（ａ）　認知症医療の方向性

（ｂ）　認知症のリハビリテーションの概要

（ｃ）　認知症の非薬物療法について

（ｄ）　認知症の鑑別と適する非薬物療法

（ｅ）　認知症の生活機能障害の特徴とリハビリテーション

（ｆ）　進行期認知症のリハビリテーションの考え方

（ニ）　ワークショップや、実際の認知症患者へのリハビリテーションに係る手技についての実技等を含むこと。

（２）　専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が１名以上勤務していること。ただし、ＡＤＬ維持向上等体制加算、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士との兼任はできない。なお、当該保険医療機関において、認知症患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の所定労働時間に満たない場合には、当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない。また、専従する言語聴覚士がいる場合、第７部リハビリテーション第１節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たしていることとみなすことができる。

（３）　治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯において「専用」ということであり、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。

（４）　当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を対象患者の状態と当該療法の目的に応じて具備すること。

（５）　認知症疾患医療センターとは、「認知症対策等総合支援事業の実施について」（平成 26 年７月９日老発 0709 第３号老健局長通知）における、基幹型センター及び地域型センターとして、都道府県知事又は指定都市市長が指定した保険医療機関であること。

２　届出に関する事項

（１）　認知症患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 43 の３を用いること。

（２）　当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様及び勤務時間等を別添２の様式 44 の２を用いて提出すること。

（３）　当該治療が行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。

第 47 の３の２　リンパ浮腫複合的治療料

１　リンパ浮腫複合的治療料に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関に、次の要件を全て満たす専任の常勤医師１名以上及び専任の常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士１名以上が勤務していること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師、非常勤看護師、非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士（それぞれ次の要件を全て満たす者に限る。）をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、常勤医師、常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師、非常勤看護師、非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たしていることとみなすことができる。

ア　それぞれの資格を取得後２年以上経過していること。

イ　直近２年以内にリンパ浮腫を５例以上経験していること。

ウ　リンパ浮腫の複合的治療について下記(イ)から(ハ)までの要件を全て満たす研修を修了していること。なお、座学の研修を実施した主体と実技を伴う研修を実施した主体が異なっても、それぞれが下記(イ)から(ハ)までの要件を全て満たしていれば差し支えない。

（イ）　国、関係学会、医療関係団体等で、過去概ね３年以上にわたり医師、看護師、理学療法士又は作業療法士を対象とした教育・研修の実績があるものが主催し、修了証が交付されるものであること。

（ロ）　内容、実施時間等について「専門的なリンパ浮腫研修に関する教育要綱」（厚生労働省委託事業「がんのリハビリテーション研修」リンパ浮腫研修委員会）に沿ったものであること。ただし、医師（専らリンパ浮腫複合的治療に携わる他の従事者の監督を行い、自身では直接治療を行わないものに限る。）については、座学の研修のみを修了すればよい。

（ハ）　研修の修了に当たっては原則として試験を実施し、理解が不十分な者については再度の受講等を求めるものであること。

（２）　当該保険医療機関が、直近１年間にリンパ浮腫指導管理料を 50 回以上算定していること。又は、リンパ浮腫の診断等に係る連携先として届け出た保険医療機関において、直近１年間にリンパ浮腫指導管理料を 50 回以上算定していること。

（３）　当該保険医療機関又は合併症治療に係る連携先として届け出た別の保険医療機関において、入院施設を有し、内科、外科又は皮膚科を標榜し、蜂窩織炎等のリンパ浮腫に係る合併症に対する診療を適切に行うことができること。

（４）　治療を行うために必要な施設及び器械・器具として以下のものを具備していること。

歩行補助具、治療台、各種測定用器具（巻尺等）

（５）　治療に関する記録（医師の指示、実施時間、実施内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能である。

２　届出に関する事項

リンパ浮腫複合的治療料の施設基準に係る届出は、別添２の様式43の７を用いること。

第47の４　集団コミュニケーション療法料

１　集団コミュニケーション療法料に関する施設基準

（１）　専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２）　専従する常勤言語聴覚士が１名以上勤務すること。なお、当該言語聴覚士は、第７部リハビリテーション第１節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤言語聴覚士を２名以上組み合わせることにより、常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（３）　次に掲げる当該療法を行うための専用の療法室及び必要な器械・器具を有していること。

ア　専用の療法室

集団コミュニケーション療法を行うに当たっては、集団コミュニケーション療法室（内法による測定で８平方メートル以上）を１室以上有していること（言語聴覚療法以外の目的で使用するものは集団コミュニケーション療法室に該当しないものとする。なお言語聴覚療法における個別療法室と集団コミュニケーション療法室の共用は可能なものとする）。

イ　必要な器械・器具（主なもの）

簡易聴力スクリーニング検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム、各種言語・心理・認知機能検査機器・用具、発声発語検査機器・用具、各種診断・治療材料（絵カード他）

（４）　平成26年３月31日において、現に集団コミュニケーション療法料の届出を行っている保険医療機関については、当該療法室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５）　リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

２　届出に関する事項

（１）　集団コミュニケーション療法料の施設基準に係る届出は、別添２の様式44を用いること。

（２）　当該治療に従事する医師及び言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式44の２を用いて提出すること。

（３）　当該治療が行われる専用の療法室の配置図及び平面図を添付すること。

第47の５　歯科口腔リハビリテーション料２

１　歯科口腔リハビリテーション料２に関する施設基準

（１）　歯科又は歯科口腔外科を標榜し、当該診療科に係る５年以上の経験及び当該療養に係る３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。

（２）　顎関節症の診断に用いる磁気共鳴コンピュータ断層撮影（ＭＲＩ撮影）機器を設置していること。なお、当該医療機器を設置していない保険医療機関は、当該医療機器を設置している病院と連携が図られていること。

２　届出に関する事項

歯科口腔リハビリテーション料２の施設基準に係る届出は、別添２の様式44の４を用いること。

第47の６　経頭蓋磁気刺激療法

１　経頭蓋磁気刺激療法に関する施設基準

（１）　精神科を標榜している病院であること

（２）　うつ病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有し、本治療に関する所定の研修を修了している常勤の精神科の医師が１名以上勤務していること。

（３）　認知療法・認知行動療法に関する研修を修了した専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が１名以上勤務していること。

（４）　次のいずれかの施設基準に係る届出を行っている病院であること。

（イ）　「Ａ２３０－４」精神科リエゾンチーム加算

（ロ）　「Ａ２３８－６」精神科救急搬送患者地域連携紹介加算

（ハ）　「Ａ２３８－７」精神科救急搬送患者地域連携受入加算

（ニ）　「Ａ２４９」精神科急性期医師配置加算

（ホ）　「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料

（ヘ）　「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料

（ト）　「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料

２　届出に関する事項

経頭蓋磁気刺激療法に関する施設基準に係る届出は、別添２の様式44の８を用いること。

第47の７　通院・在宅精神療法

１　通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算に関する施設基準

20歳未満の精神疾患を有する患者の診療を行うにつき相当の実績を有している保険医療機関であること。なお、「相当の実績を有する」とは以下のことをいう。

（１）　当該保険医療機関に、精神保健指定医に指定されてから５年以上にわたって主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を有する専任の常勤精神保健指定医が１名以上勤務していること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（精神保健指定医に指定されてから５年以上にわたって主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を有する精神保健指定医に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２）　（１）の他、主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験１年以上を含む精神科の経験３年以上の専任の常勤精神科医が、１名以上勤務していること。なお、週３日以

上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤精神科医（主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験１年以上を含む精神科の経験３年以上の医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（３） 20歳未満の患者に対する当該療法に専任の精神保健福祉士又は公認心理師が１名以上配置されていること。

（４） 当該保険医療機関が過去６か月間に当該療法を実施した16歳未満の患者の数が、月平均40人以上であること。

（５） 診療所である保険医療機関の場合は、（１）から（４）までに加え、当該保険医療機関が過去６か月間に当該療法を実施した患者のうち、50%以上が16歳未満の者であること。

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

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

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

２ 通院・在宅精神療法の療養生活環境整備指導加算の施設基準

（１） 当該保険医療機関内に、当該指導に専任の精神保健福祉士が１名以上勤務していること。

（２） 保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活環境整備指導の対象患者の数は１人につき30人以下であること。また、それぞれの保健師、看護師又は精神保健福祉士が担当する患者の一覧を作成していること。

３ 通院・在宅精神療法の療養生活継続支援加算の施設基準

（１） 当該保険医療機関内に、当該支援に専任の看護師又は専任の精神保健福祉士が１名以上勤務していること。

（２） 当該看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は１人につき80人以下であること。また、それぞれの看護師又は精神保健福祉士が担当する患者の一覧を作成していること。

（３） 当該看護師については、精神科等の経験を３年以上有し、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいう精神看護関連領域に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるものに限る。）。

イ 精神看護関連領域に係る専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。

（イ） 精神看護関連領域に必要な理論及び保健医療福祉制度等の概要

（ロ） 精神症状の病因・病態、治療

（ハ） 精神看護関連領域における倫理的課題と対応方法

（ニ） 精神看護関連領域に関するアセスメントと援助技術

（ホ） 患者・家族の支援、関係調整

（ヘ） ケアの連携体制の構築（他職種・他機関との連携、社会資源の活用）

（ト） ストレスマネジメント

（チ） コンサルテーション方法

エ 実習により、事例に基づくアセスメントと精神看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。

４ 届出に関する事項

（１） 通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算に関する施設基準に係る届出は、別添２の様式４及び様式44の５を用いること。

（２） 通院・在宅精神療法の療養生活環境整備指導加算及び療養生活継続支援加算に関する施設基準に係る届出は、別添２の様式44の５の２を用いること。

第47の８ 救急患者精神科継続支援料

１ 救急患者精神科継続支援料に関する施設基準

（１） 区分番号「Ａ２３０－４」精神科リエゾンチーム加算の届出を行っていること。

（２） 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤医師が１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（３） 自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤精神保健福祉士及び専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、１名以上配置されていること。

（４） （２）及び（３）における適切な研修とは、次のものをいうこと。

ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（16時間以上の研修期間であるものに限る。）。

イ 講義及び演習により次の内容を含むものであること。

（イ） 自殺死亡者及び自殺企図後の患者についての基本的事項

（ロ） 救急搬送された自殺企図後の患者のケースマネジメントの概要

（ハ） 自殺企図のリスク因子と防御因子について

（ニ） 自殺企図後の患者とのコミュニケーション技法について

（ホ） 初回ケースマネジメント面接について

（ヘ） 定期ケースマネジメントについて

（ト） ケースマネジメントの終了について

（チ） インシデント対応について

（リ） ポストベンションについて

（ヌ） チーム医療とセルフケアについて

ウ 研修にはグループワークや、救急搬送された自殺企図後の患者のケースマネジメントを豊富に経験している者による実技指導やロールプレイ等を含むこと。

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

なす。

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

２　届出に関する事項

（１）　救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 44 の６を用いること。

（２）　令和４年３月 31 日時点で救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月 31 日までの間に限り、１の（３）の基準を満たしているものとする。

第 48　認知療法・認知行動療法

１　認知療法・認知行動療法１に関する施設基準

当該保険医療機関内に、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が１名以上勤務していること。

２　認知療法・認知行動療法２に関する施設基準

（１）　１を満たしていること。

（２）　当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の看護師が１名以上勤務していること。

ア　認知療法・認知行動療法１の届出医療機関における外来に２年以上勤務し、治療に係る面接に 120 回以上同席した経験があること。

イ　うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に 10 症例 120 回以上実施し、その内容のうち５症例 60 回以上のものについて、患者の同意を得て、面接を録画、録音等の方法により記録して、１の専任の医師又はウの研修の講師が確認し、必要な指導を受けていること。

ウ　認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。

（イ）　国、関係学会、医療関係団体等が主催し修了証が交付されるものであること。

（ロ）　厚生労働科学研究班作成の「うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」（平成 21 年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」）に準拠したプログラムによる２日以上のものであること。

（ハ）　講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。

３　届出に関する事項

認知療法・認知行動療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式 44 の３を用いること。

第 48 の１の２　依存症集団療法

１　依存症集団療法（薬物依存の場合）に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関に、専任の精神科医及び専任の看護師又は専任の作業療法士がそれぞれ１名以上勤務していること（いずれも薬物依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了した者に限る。）。

（２）　（１）における適切な研修とは以下のものをいうこと。

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（14 時間以上の研修期間であるもの

に限る。）。

イ　研修内容に以下の内容を含むこと。

（イ）　依存症の疫学、依存性薬物の薬理学的特徴と乱用の動向

（ロ）　依存症患者の精神医学的特性

（ハ）　薬物の使用に対する司法上の対応

（ニ）　依存症に関連する社会資源

（ホ）　依存症に対する集団療法の概要と適応

（ヘ）　集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点

ウ　研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含むこと。

２　依存症集団療法（ギャンブル依存症の場合）に関する施設基準

（１）　「依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の整備について」（平成 29 年６月 13 日障発 0613 第４号）における依存症専門医療機関であること。

（２）　当該保険医療機関に、専任の精神科医及び専任の看護師又は専任の作業療法士がそれぞれ１名以上勤務していること（ギャンブル依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了した者に限る。）。

（３）　（２）における適切な研修とは以下のものをいうこと。

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（８時間以上の研修時間であるものに限る。）。

イ　研修内容に以下の内容を含むこと。

（イ）ギャンブル依存症の疫学、ギャンブル依存症の特徴

（ロ）　ギャンブル依存症患者の精神医学的特性

（ハ）　ギャンブル依存症に関連する社会資源

（ニ）　ギャンブル依存症に対する集団療法の概要と適応

（ホ）　集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点

ウ　研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含むこと。

３　依存症集団療法（アルコール依存症の場合）に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関に、専任の精神科医及び専任の看護師又は専任の作業療法士がそれぞれ１名以上勤務していること（いずれもアルコール依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了した者に限る。）。

（２）　（１）における適切な研修とは以下のものをいうこと。

ア　国又は医療関係団体が主催する研修であること（８時間以上の研修時間であるものに限る。）。

イ　医師の研修については、研修内容に以下の内容を含むこと。

（イ）　アルコール精神医学

（ロ）　アルコールの公衆衛生学

（ハ）　アルコール依存症と家族

（ニ）　再飲酒予防プログラム

（ホ）　アルコール関連問題の予防

（ヘ）　アルコール内科学及び生化学
（ト）　グループワーク
ウ　看護師の研修については、研修内容に以下の内容を含むこと。
（イ）　アルコール依存症の概念と治療
（ロ）　アルコール依存症者の心理
（ハ）　アルコール依存症の看護・事例検討
（ニ）　アルコール依存症と家族
（ホ）　アルコールの内科学
（ヘ）　グループワーク
エ　作業療法士の研修については、研修内容に以下の内容を含むこと。
（イ）　アルコール依存症の概念と治療
（ロ）　アルコール依存症のインテーク面接
（ハ）　アルコール依存症と家族
（ニ）　アルコールの内科学
（ホ）　アルコール依存症のケースワーク・事例検討
（ヘ）　グループワーク
オ　研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含むこと。

4　届出に関する事項

依存症集団療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式44の７を用いること。

第48の２　精神科作業療法

1　精神科作業療法に関する施設基準

（1）　作業療法士は、専従者として最低１人が必要であること。ただし、精神科作業療法を実施しない時間帯において、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下この項において「精神科ショート・ケア等」という）に従事することは差し支えない。また、精神科作業療法と精神科ショート・ケア等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科ショート・ケア等の専従者として届け出ることは可能である。

（2）　患者数は、作業療法士１人に対しては、１日50人を標準とすること。

（3）　作業療法を行うためにふさわしい専用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、作業療法士１人に対して50平方メートル（内法による測定による。）を基準とすること。なお、当該専用の施設は、精神科作業療法を実施している時間帯において「専用」ということであり、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。

（4）　平成26年３月31日において、現に精神科作業療法の届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（3）の内法の規定を満たしているものとする。

（5）　当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を対象患者の状態と当該療法の目的に応じて具備すること。

代表的な諸活動：創作活動（手工芸、絵画、音楽等）、日常生活活動（調理等）、通信・コミュニケーション・表現活動（パーソナルコンピュータ等によるものなど）、各種余暇・身体活動（ゲーム、スポーツ、園芸、小児を対象とする場合は各種玩具等）、職業関連活動等

（6）　精神科病院又は精神病棟を有する一般病院にあって、入院基本料（特別入院基本料を除く。）、精神科急性期治療病棟入院料又は精神療養病棟入院料を算定する入院医療を行っていること。ただし、当分の間、精神病棟入院基本料の特別入院基本料を算定している場合も算定できることとする。

2　届出に関する事項

（1）　精神科作業療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式45を用いること。

（2）　当該治療に従事する作業療法士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。

（3）　当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第49　精神科ショート・ケア「大規模なもの」

1　精神科ショート・ケア「大規模なもの」に関する施設基準

（1）　精神科ショート・ケアであって大規模なものを実施するに当たっては、その従事者及び１日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。ただし、専従者については、精神科ショート・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下この項において「精神科作業療法等」という）に従事することは差し支えない。また、精神科ショート・ケアと精神科作業療法等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科作業療法等の専従者として届け出ることは可能である。

ア　精神科の医師及び専従する３人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア若しくは精神科デイ・ケアの経験を有する看護師のいずれか１人、看護師１人、公認心理師、精神保健福祉士のいずれか１人を含む。）の４人で構成される場合にあっては、患者数は、当該従事者４人に対して１回50人を限度とすること。

イ　アに規定する４人で構成される従事者に、更に、精神科医師１人及びアに規定する精神科医師以外の従事者１人を加えて、６人で従事者を構成する場合にあっては、患者数は、当該従事者６人に対して１回70人を限度とすること。

（2）　精神科ショート・ケアを行うにふさわしい専用の施設（内法による測定で広さ60平方メートル以上とし、かつ、患者１人当たりの面積は、内法による測定で4.0平方メートルを標準とする。）又は同等の面積を有する精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有すること。

（3）　平成26年３月31日において、現に精神科ショート・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（2）の内法の規定を満たしているものとする。

（4）　（1）で規定する従事者が共同して、別添２の様式46の２又はこれに準じる様式により疾患等に応じた診療計画が作成されていること。

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

なす。

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

２　届出に関する事項

（１）　精神科ショート・ケア「大規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添２の様式 46 を用いること。

（２）　当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

（３）　当該治療が行われる専用の施設の平面図を添付すること。

第 50　精神科ショート・ケア「小規模なもの」

１　精神科ショート・ケア「小規模なもの」に関する施設基準

（１）　精神科医師及び専従する１人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師のいずれか１人）の２人で構成される場合には、患者数は、当該従事者２人に対しては１回 20 人を限度とすること。なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を有していることが望ましい。ただし、専従者については、精神科ショート・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下この項において「精神科作業療法等」という）に従事することは差し支えない。また、精神科ショート・ケアと精神科作業療法等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科作業療法等の専従者として届け出ることは可能である。

（２）　精神科ショート・ケアを行うにふさわしい専用の施設（内法による測定で広さ 30 平方メートル以上とし、患者１人当たりの面積は、内法による測定で 3.3 平方メートルを標準とする。）又は同等の面積を有する精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有すること。

（３）　平成 26 年３月 31 日において、現に精神科ショート・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

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

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

２　届出に関する事項

（１）　精神科ショート・ケア「小規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添２の様式 46 を用いること。

（２）　当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

（３）　当該治療が行われる専用の施設の平面図を添付すること。

第 51　精神科デイ・ケア「大規模なもの」

１　精神科デイ・ケア「大規模なもの」に関する施設基準

（１）　精神科デイ・ケアであって大規模なものを実施するに当たっては、その従事者及び１日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。ただし、専従者については、精神科デイ・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科ショート・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下この項において「精神科作業療法等」という）に従事することは差し支えない。また、精神科デイ・ケアと精神科作業療法等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科作業療法等の専従者として届け出ることは可能である。

ア　精神科医師及び専従する３人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアの経験を有する看護師のいずれか１人、看護師１人、公認心理師、精神保健福祉士の１人）の４人で構成される場合にあっては、患者数は、当該従事者４人に対して１日 50 人を限度とすること。

イ　アに規定する４人で構成される従事者に、更に、精神科医師１人及びアに規定する精神科医師以外の従事者１人を加えて、６人で従事者を構成する場合にあっては、患者数は、当該従事者６人に対して１日 70 人を限度とすること。

（２）　精神科デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、内法による測定で 60 平方メートル以上とし、かつ、患者１人当たりの面積は内法による測定で 4.0 平方メートルを標準とすること。

（３）　平成 26 年３月 31 日において、現に精神科デイ・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

（４）　（１）で規定する従事者が共同して、別添２の様式 46 の２又はこれに準じる様式により疾患等に応じた診療計画が作成されていること。

（５）　精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する保険医療機関にあっては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならないこと。

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

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

２　届出に関する事項

（１）　精神科デイ・ケア「大規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添２の様式 46 を用いること。

（２）　当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護

師については、その旨を備考欄に記載すること。

（３） 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第 52　精神科デイ・ケア「小規模なもの」

１　精神科デイ・ケア「小規模なもの」に関する施設基準

（１） 精神科医師及び専従する２人の従事者（作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師等のいずれか１人、看護師１人）の３人で構成される場合には、患者数は、当該従事者３人に対しては１日 30 人を限度とすること。なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を有していることが望ましい。ただし、専従者については、精神科デイ・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科ショート・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下この項において「精神科作業療法等」という）に従事することは差し支えない。また、精神科デイ・ケアと精神科作業療法等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科作業療法等の専従者として届け出ることは可能である。

（２） 精神科デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、内法による測定で 40 平方メートル以上とし、かつ、患者１人当たりの面積は、内法による測定で 3.3 平方メートルを標準とするものであること。

（３） 平成 26 年３月 31 日において、現に精神科デイ・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

（４） 精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する保険医療機関にあっては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならないこと。

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

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

２　届出に関する事項

（１） 精神科デイ・ケア「小規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添２の様式 46 を用いること。

（２） 当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

（３） 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第 53　精神科ナイト・ケア

１　精神科ナイト・ケアに関する施設基準

（１） 精神科医師及び専従する２人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア若しくは精神科ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか１人、看護師又は精神保健福祉士若しくは公認心理師等のいずれか１人）の３人で構成される場合には、患者数は、当該従事者３人に対しては、１日 20 人を限度とすること。ただし、専従者については、精神科ナイト・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下この項において「精神科作業療法等」という）に従事することは差し支えない。また、精神科ナイト・ケアと精神科作業療法等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科作業療法等の専従者として届け出ることは可能である。

（２） 精神科ナイト・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、内法による測定で 40 平方メートル以上とし、かつ、患者１人当たりの面積は、内法による測定で 3.3 平方メートルを標準とすること。

（３） 平成 26 年３月 31 日において、現に精神科ナイト・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

（４） 精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する保険医療機関にあっては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならないこと。

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

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

２　届出に関する事項

（１） 精神科ナイト・ケアの施設基準に係る届出については、別添２の様式 46 を用いること。

（２） 当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

（３） 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第 54　精神科デイ・ナイト・ケア

１　精神科デイ・ナイト・ケアに関する施設基準

（１） 精神科デイ・ナイト・ケアを実施するに当たっては、その従事者及び１日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。ただし、専従者については、精神科デイ・ナイト・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下この項において「精神科作業療法等」という）に従事することは差し支えない。また、精神科デイ・ナイト・ケアと精神科作業療法等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科作業療法等の専従者として届け出ることは可能である。

ア　精神科医師及び専従する２人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか１人及び看護師、精神保健福祉士、公認心理師又は栄養士のいずれか１人）

の３人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者３人に対して１日 30 人を限度とすること。

イ　精神科医師及び専従する３人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか１人、看護師又は准看護師のいずれか１人及び精神保健福祉士、公認心理師又は栄養士のいずれか１人）の４人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者４人に対して１日 50 人を限度とすること。

ウ　イに規定する４人に、イに規定する精神科医師以外の従事者２人を加えて、６人で従事者を構成する場合にあっては、患者数が当該従事者６人に対して１日 70 人を限度とすること。ただし、イにおいていずれか１人と規定されている従事者の区分ごとに同一区分の従事者が２人を超えないこと。なお、看護師又は准看護師の代わりに、１名に限り、看護補助者をもって充てることができる。

（２）　精神科デイ・ナイト・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しているものであり、当該施設の広さは、内法による測定で 40 平方メートル以上とし、かつ、患者１人当たりの面積は、内法による測定で 3.3 平方メートルを標準とすること。なお、当該施設には調理設備を有することが望ましい。

（３）　平成 26 年３月 31 日において、現に精神科デイ・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

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

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

２　届出に関する事項

（１）　精神科デイ・ナイト・ケアの施設基準に係る届出については、別添２の様式 46 を用いること。

（２）　当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

（３）　当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第 54 の２　抗精神病特定薬剤治療指導管理料

１　治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関において、統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する常勤医師と常勤薬剤師がそれぞれ１名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤医師（統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている

場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２）　副作用に対応できる体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の施設基準に係る届出は別添２の様式 46 の３を用いること。

第 55　重度認知症患者デイ・ケア料

１　重度認知症患者デイ・ケア料に関する施設基準

（１）　重度認知症患者デイ・ケアを実施するに当たっては、その従事者及び１日当たりの患者数の限度が次のいずれかであること。ただし、専従者については、重度認知症患者デイ・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア及び精神科デイ・ナイト・ケア（以下この項において「精神科作業療法等」という）に従事することは差し支えない。また、重度認知症患者デイ・ケア料と精神科作業療法等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科作業療法等の専従者として届け出ることは可能である。

ア　精神科医師及び専従する３人の従事者（作業療法士１人、看護師１人及び精神科病棟に勤務した経験を有する看護師、精神保健福祉士又は公認心理師のいずれか１人）の４人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者４人に対して１日 25 人を限度とする。

イ　アに規定する４人で構成される従事者に加えて、精神科医師１人及び専従する３人の従事者（作業療法士１人、看護師１人及び精神科病棟に勤務した経験を有する看護師、精神保健福祉士又は公認心理師のいずれか１人）の８人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者８人に対し１日 50 人を限度とする。

ウ　夜間ケアを実施するに当たっては、アに規定する４人に、アに規定する精神科医師以外の専従の従事者１人を加えて、５人で従事者を構成する場合にあっては、患者数が当該従事者５人に対し１日 25 人を限度とする。

エ　夜間ケアを実施する当たっては、イに規定する８人に、イに規定する精神科医師以外の専従の従事者２人を加えて、10 人で従事者を構成する場合にあっては、患者数が当該従事者 10 人に対し１日 50 人を限度とする。

（２）　重度認知症患者デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設を有しているものであり、当該専用施設の広さは、内法による測定で 60 平方メートル以上とし、かつ、患者１人当たりの面積は、内法による測定で 4.0 平方メートルを基準とすること。

（３）　平成 26 年３月 31 日において、現に重度認知症患者デイ・ケア料の届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

（４）　重度認知症患者デイ・ケアを行うために必要な専用の器械・器具を具備しているものであること。

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

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2　届出に関する事項

（1）　重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 47 を用いること。

（2）　重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出の受理は、医療法第 70 条に規定する精神科を診療科名として標榜している保険医療機関を単位として行うものであること。

（3）　当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第 55 の２　精神科在宅患者支援管理料

1　精神科在宅患者支援管理料に関する施設基準

（1）　当該保険医療機関において、以下の要件を満たしていること。

ア　在宅医療を担当する精神科の常勤医師を配置していること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている精神科の非常勤医師（在宅医療を担当する医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

イ　常勤精神保健福祉士を配置していること。

ウ　作業療法士を配置していること。

（2）　当該保険医療機関において精神科訪問看護・指導を担当する常勤の保健師若しくは看護師を配置していること又は精神科訪問看護基本療養費を算定する訪問看護ステーションとして届出を行っている訪問看護ステーションと連携していること。

（3）　精神科在宅患者支援管理料を算定する医療機関においては、以下のいずれにも該当し、緊急の連絡体制を確保すると共に、24 時間の往診又は 24 時間の精神科訪問看護若しくは 24 時間の精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保していること。

ア　当該保険医療機関において 24 時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡が取れる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡が取れる連絡先電話番号等を明示すること。

イ　当該保険医療機関において、患者又はその家族等から電話等により意見を求められた場合に常時対応でき、かつ、必要に応じて往診又は精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。なお、当該保険医療機関が 24 時間往診の体制を有さない場合には、連携する訪問看護ステーション等による 24 時間の精神科訪問看護又は当該保険医療機関による 24 時間の精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保すること。

ウ　往診又は精神科訪問看護・指導を行う者は、当該保険医療機関の当直体制を担う者とは別の者であること。なお、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び 24 時間往診できる体制を確保していれば、必ずしも当該保険医療機関内に待機していなくても良いものとする。

エ　標榜時間外において、当該保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していること。具体的には、(イ)又は(ロ)のいずれかの要件を満たしていること。

（イ）　区分番号「Ａ００１」再診料の注 10 に規定する時間外対応加算１の届出を行っていること。

（ロ）　精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。

2　精神科在宅患者支援管理料「３」に関する施設基準

精神科在宅患者支援管理料「１」又は「２」の届出を行っていること。

3　届出に関する事項

（1）　精神科在宅患者支援管理料「１」及び「２」の施設基準に係る届出は別添２の様式 47 の２を用いること。

（2）　精神科在宅患者支援管理料「３」の施設基準に係る届出は別添２の２を用いること。

第 55 の３　精神科オンライン在宅管理料

1　精神科オンライン在宅管理料に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添１の第１の１に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

2　届出に関する事項

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、精神科オンライン在宅管理料として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 56　医療保護入院等診療料

1　医療保護入院等診療料に関する施設基準

（1）　常勤の精神保健指定医が１名以上配置されていること。ただし、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている精神保健指定医である非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（2）　行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っていること。

ア　行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針の整備。

イ　措置入院、緊急措置入院、医療保護入院及び応急入院に係る患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月１回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議。

ウ　当該保険医療機関における精神科診療に携わる職員全てを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会の年２回程度の実施。

2　届出に関する事項

医療保護入院等診療料の施設基準に係る届出は別添２の様式48を用いること。

第56の２　医科点数表第２章第９部処置の通則の５並びに歯科点数表第２章第８部処置の通則の６に掲げる処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の施設基準

１　処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１を算定する診療科を届け出ていること。

２　次のいずれかを満たしていること。

（１）「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年７月６日医発第692号）に規定する第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院又は「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年３月31日医政地発0331第３号）の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針」に規定する「周産期医療の体制構築に係る指針」による総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。

（２）「災害時における医療体制の充実強化について」（平成24年３月31日医政地発0331第３号）に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」（平成13年５月16日医政発第529号）に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。

（３）基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関であること。

（４）年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院であること。

（５）全身麻酔による手術の件数が年間800件以上の実績を有する病院であること。

３　緊急入院患者数とは、救急搬送（特別の関係にある保険医療機関に入院する患者を除く。）により緊急入院した患者数及び当該保険医療機関を受診した次に掲げる状態の患者であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた重症患者のうち、緊急入院した患者数の合計をいう。なお、「周産期医療対策整備事業の実施について」（平成21年３月30日医政発第0330011号厚生労働省医政局長通知）に規定される周産期医療を担う医療機関において救急搬送となった保険診療の対象となる妊産婦については、母体数と胎児数を別に数える。

（１）吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態

（２）意識障害又は昏睡

（３）呼吸不全又は心不全で重篤な状態

（４）急性薬物中毒

（５）ショック

（６）重篤な代謝異常（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

（７）広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷

（８）外傷、破傷風等で重篤な状態

（９）緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又はt-PA療法を必要とする状態

（10）消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態

（11）蘇生術を必要とする重篤な状態

（12）（１）から（11）までに準ずるような状態又はその他の重症な状態であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者

４　医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、総合入院体制加算や急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算等に係る体制と合わせて整備して差し支えない。

（１）当該保険医療機関内に、医師の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該保険医療機関に勤務する医師の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

（２）特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、医師の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。

（３）当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、「医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。また、当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年１回以上出席すること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第19条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない

（４）（３）の計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること

（５）当該計画には以下の項目を含むこと。

ア　医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（例えば、初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など）について計画に記載し、院内の職員に向けて周知徹底するとともに、（３）に規定する委員会等で取組状況を定期的に評価し、見直しを行うこと

イ　予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮等

（６）当該計画には、医師（当該加算を算定している診療科以外の医師も含む）の勤務体制等に係る取組について、次に掲げる項目のうち少なくとも２項目以上を含んでいること。

①　勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施

②　前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）

③　当直翌日の業務内容に対する配慮

④　交替勤務制・複数主治医制の実施

⑤　育児・介護休業法第23条第１項若しくは第３項又は第24条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

（７）医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

５　静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、次のいずれも実施していること。

（１）静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として医師以外の医療従事者が実施することとし、以下のアからウまでのいずれかの場合のみ医師が対応することとしていること。

ア　教育的観点から、臨床研修の責任者が必要とあらかじめ認める場合であって、臨床研修

１年目の医師が実施する場合（ただし、当該臨床研修医が所属する診療科において行われるものであって、研修プログラムに支障のない範囲に留まる場合に限る。）

イ　医師以外の医療従事者が、実際に患者に静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保を試みたが、実施が困難であると判断した場合（患者を実際に観察し、穿刺を行う前に判断する場合を含む。）

ウ　新生児に対して実施する場合

（２）　静脈採血、静脈注射又は留置針によるルート確保が実施可能な医師以外の者が各部門又は病棟ごとに常時１名以上配置されており、当該医師以外の者の氏名について、院内掲示等により、職員に周知徹底されていること。

６　当該加算を算定している全ての診療科において、予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮として、次のいずれも実施していること。

（１）　年間の当直表（当該保険医療機関全体の当直の実績が分かるもの）及び当該加算を算定している全ての診療科における予定手術に係る術者、第一助手の実績一覧及び緊急呼出し当番表（勤務実績が分かるもの）を少なくとも５年間保管していること。

（２）　以下のア及びイの事項について記録していること。

ア　当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯（午後10時から翌日の午前５時までをいう。以下、同様とする。）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番（以下「当直等」という。）を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日

イ　当該加算を算定している全ての診療科において２日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った者がある場合は、該当する当直を行った日。

（３）　（２）のアの当直等を行った日が届出を行っている診療科の各医師について年間４日以内であり、かつ、（２）のイの２日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った回数が、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について年間４回以内であること。ただし、緊急呼出し当番を行う者について、当番日の夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっていても、（２）のアの当直等を行った日には数えない。

７　当該加算を算定する全ての診療科において、次のいずれかを実施していること。

（１）　交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。

ア　当該診療科に常勤の医師が３名以上配置されていること。

イ　夜勤時間帯において、１名以上の医師が勤務していること。

ウ　夜勤を行った医師については、翌日の日勤帯は、休日としていること。

エ　日勤から連続して夜勤を行う場合は、当該夜勤時間帯に２名以上の医師が勤務していることとし、夜勤時間帯に、日勤から連続して勤務している者１名につき、４時間以上の休憩を確保すること。

オ　原則として、当該診療科において夜勤時間帯に行われる診療については、夜勤を行う医師のみによって実施されていること。また、緊急呼出し当番を担う医師を置かなくても差し支えない。ただし、同時に２列以上の手術を行う場合は、夜勤を行う医師以外の医師が行ってもよい。また、同時に２列以上の手術を行う場合、手術を行う医師（夜勤を行っている医師を除く。）は、６（２）のアにおける当直等を行っている者には数えない。

カ　交代勤務の勤務実績を少なくとも５年間保管していること。また、６（１）に加え、交代勤務制を導入している全ての診療科について、予定手術以外の手術の一覧（術者及び全ての助手の医師の氏名並びに開始時間及び終了時間が分かるもの）を作成し、少なくとも５年間保管していること。

キ　交代勤務制の概要を、診療科ごとにとりまとめ、地方厚生（支）局長に報告していること。

（２）　チーム制を導入しており以下のアからカまでのいずれも実施していること。

ア　休日、時間外又は深夜（以下「休日等」という。）において、当該診療科に配置されている医師の数が５名又はその端数を増すごとに１名の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。

イ　休日等において、当該診療科における診療が必要な場合は、原則として緊急呼出し当番又は当直医（当該診療科以外の医師を含む。）が行うこと（ただし、当該診療科において、緊急手術を行う場合は、緊急呼出し当番以外の者が手術に参加しても良い。）。

ウ　夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。

エ　夜勤時間帯において、緊急手術を行った医師（術者及び全ての助手をいう。）について、翌日の予定手術を行う場合は、６（２）のアにおける当直等を行っている者として数える。

オ　６（１）に加え、チーム制を導入している全ての診療科について、予定手術以外の手術の一覧（術者及び全ての助手の医師の氏名並びに開始時間及び終了時間が分かるもの）及び緊急呼出しを実施した実績一覧（実際に保険医療機関内で診療を行ったもの全てを含むこと。また、保険医療機関内で診療を行った医師の氏名及び保険医療機関内の診療を開始した時間と終了した時間が分かるものであること）を作成し、少なくとも５年間保管していること。

カ　緊急呼出し当番の方法等に関する概要を診療科ごとにとりまとめ、地方厚生（支）局長に報告していること。

（３）　医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生（支）局長に届け出ていること。また、休日等において、当該診療科に１名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。ただし、休日等において、当該診療科における緊急呼出し当番以外の医師の診療も必要な場合は、緊急呼出し当番以外の医師も診療を行ってもよい。この場合、緊急呼出し当番以外の医師が夜勤時間帯において手術を行っていても、６（２）のアにおける当直等を行っている者としては数えないが、特定の医師に夜勤時間帯の手術が集中しないような配慮を行い、４の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制に反映すること。

ア　当該診療科において、医師が、休日等の手術又は処置（所定点数が1,000点以上の処置に限る。）を行った場合、その都度、休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等とは別の手当を支給しており、その内容を当該保険医療機関内の全ての医師に周知していること。

イ　当該診療科において、医師が、休日等の手術又は処置（所定点数が 1,000 点以上の処置に限る。）を年間に行った数に応じた手当を支給しており、その内容を当該保険医療機関内の全ての医師に周知していること。

8　「夜勤」とは、各保険医療機関が定める午後 10 時から翌日の午前５時までの時間を含めた連続する 16 時間の間において、現に勤務することをいう。

9　届出に関する事項

（1）　施設基準の届出は別添２の様式 48 の２、48 の２の２、48 の３及び 48 の４を用いること。また、毎年７月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（令和２年３月５日保医発 0305 第２号）の別添７の様式 13 の４により届け出ること。

（2）　静脈採血、静脈注射又は留置針によるルート確保が実施可能な医師以外の者の氏名を、別添２の様式４を用いて提出すること。

（3）　当該加算の変更の届出に当たり、医師の負担の軽減及び処遇の改善の取組状況について、直近７月に届け出た内容と変更がない場合は、様式 13 の４の届出を略すことができること。

（4）　令和４年３月 31 日時点で時間外加算１の届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月 31 日までの間に限り、６の（２）のイ及び（３）の基準を満たしているものとする。

第 56 の２の２　　医科点数表第２章第９部処置の通則の８に掲げる耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準

1　耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準

（1）　耳鼻咽喉科を標榜している保険医療機関であること。

（2）　薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（平成 28 年４月５日 国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議）に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク（仮称）」に係る活動に参加し、又は感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。

2　届出に関する事項

当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 56 の２の３　静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）

1　静脈圧迫処置の施設基準

（1）　血管外科、心臓血管外科、皮膚科、形成外科又は循環器内科を専ら担当する専任の常勤医師１名以上及び専任の常勤看護師１名以上が勤務していること。

（2）　静脈疾患に係る３年以上の経験を有しており、所定の研修を修了した専任の常勤医師が１名以上配置していること。

（3）　静脈疾患の診断に必要な検査機器を備えている又は当該検査機器を備えている他の医療機関と連携していること。

2　届出に関する事項

静脈圧迫処置の施設基準に係る届出は、別添２の様式 48 の５を用いること。

第 56 の２の４　多血小板血漿処置

1　多血小板血漿処置の施設基準

（1）　形成外科、血管外科又は皮膚科を標榜している保険医療機関であること。

（2）　形成外科、血管外科又は皮膚科の常勤医師が２名以上配置されていること。また、このうち１名以上は当該診療科について５年以上の経験を有していること。

（3）　常勤の薬剤師又は臨床工学技士が１名以上配置されていること。また、臨床検査技師が配置されていることが望ましい。

（4）　当該処置の実施に当たり、再生医療等の安全性の確保等に関する法律第３条に規定する再生医療等提供基準を遵守していること。

（5）　関係学会等から示されている指針に基づき、当該処置を適切に実施していること。

2　届出に関する事項

（1）　多血小板血漿処置に係る届出は、別添２の様式 48 の７を用いること。

（2）　再生医療等の安全性の確保等に関する法律第３条に規定する再生医療等提供基準を遵守していることを証する文書として、地方厚生（支）局で受理された再生医療等提供計画の写しを添付すること。

第 56 の３　硬膜外自家血注入

1　硬膜外自家血注入の施設基準

（1）　脳神経外科、整形外科、神経内科又は麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（2）　脳神経外科、整形外科、神経内科又は麻酔科について５年以上及び当該療養について１年以上の経験を有している常勤の医師が１名以上配置されていること。また、当該医師は、当該療養を術者として実施する医師として３例以上の症例を実施していること。

（3）　病床を有していること。

（4）　当直体制が整備されていること。

（5）　緊急手術体制が整備されていること。

（6）　当該処置後の硬膜下血腫等の合併症等に対応するため、（2）について脳神経外科又は整形外科の医師が配置されていない場合にあっては、脳神経外科又は整形外科の専門的知識及び技術を有する医師が配置された医療機関との連携体制を構築していること。

2　届出に関する事項

硬膜外自家血注入に係る届出は、別添２の様式 48 の６及び様式 52 を用いること。

第 57　エタノールの局所注入

1　甲状腺に対する局所注入の診療料を算定するための施設基準

（1）　甲状腺治療に関し、専門の知識及び５年以上の経験を有する医師が１名以上いること。

（2）　カラードプラエコー（解像度　7.5MHｚ以上）を備えていること。

2　副甲状腺に対する局所注入の診療料を算定するための施設基準

（1）　副甲状腺治療に関し、専門の知識及び５年以上の経験を有する医師が１名以上いること。

（2）　カラードプラエコー（解像度　7.5MHｚ以上）を備えていること。

3　届出に関する事項

エタノールの局所注入の施設基準に係る届出は別添２の様式49又は様式49の２を用いること。

第57の２　人工腎臓

1　人工腎臓の施設基準

（1）　慢性維持透析を行った場合１の施設基準

ア　次のいずれかに該当する保険医療機関であること。

①　透析用監視装置の台数が26台未満であること。

②　透析用監視装置一台当たりの区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓の「１」から「３」を算定した患者数（外来患者に限る。）の割合が3.5未満であること。

イ　関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。

ウ　透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（2）　慢性維持透析を行った場合２の施設基準

ア　次のいずれにも該当する保険医療機関であること。

①　透析用監視装置の台数が26台以上であること。

②　透析用監視装置一台当たりの区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓の「１」から「３」を算定した患者数（外来患者に限る。）の割合が3.5以上4.0未満であること。

イ　関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。

ウ　透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（3）　透析用監視装置の台数

透析用監視装置の台数の計算に当たり、以下のいずれも満たす透析用監視装置を台数に数えることとする。

ア　透析室に配置されていること。

イ　患者に対して使用できる状態であること。

なお、直近12か月の各月はじめの人工腎臓を行う日の透析用監視装置の台数の合計を12で除した値をもって透析用監視装置の台数とする。

（4）　（1）のアの②及び（2）のアの②における人工腎臓を算定した患者数

直近12か月の各月の患者数（外来患者に限る。）の合計を12で除した値をもって患者数とする。なお、人工腎臓を算定した患者数の計算に当たり、外来で人工腎臓を実施した回数が当該月において５回以下の患者は、当該月の患者数の合計に数えないこととする。

2　導入期加算の施設基準

（1）　導入期加算１の施設基準

ア　関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。

イ　腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていることが望ましい。

（2）　導入期加算２の施設基準

次の全てを満たしていること。

ア　(1)のアを満たしていること。

イ　腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていること。

ウ　腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が、導入期加算３を算定している施設が実施する腎代替療法に係る研修を定期的に 受講していること。

エ　区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去１年間で24回以上算定していること。

オ　腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に２人以上いること。なお、腎移植に向けた手続きを行った患者とは、日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。

（3）　導入期加算３の施設基準

次の全てを満たしていること。

ア　（1）のア及び（2）のイを満たしていること。

イ　腎臓移植実施施設として、日本臓器移植ネットワークに登録された施設であり、移植医と腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が連携して診療を行っていること。

ウ　導入期加算１又は２を算定している施設と連携して、腎代替療法に係る研修を実施し、必要に応じて、当該連携施設に対して移植医療等に係る情報提供を行っていること。

エ　区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去１年間で36回以上算定していること。

オ　腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に５人以上いること。なお、腎移植に向けた手続きを行った患者とは、日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。

カ　当該保険医療機関において献腎移植又は生体腎移植を実施した患者が前年に２人以上いること。

3　透析液水質確保加算の施設基準

月１回以上水質検査を実施し、関連学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作製し、使用していること。

4　慢性維持透析濾過加算の施設基準

慢性維持透析濾過加算の施設基準及び届出に関する事項は、第57の２の「３」透析液水質確保加算の例による。

5　届出に関する事項

（1）　人工腎臓の施設基準に係る届出は別添２の様式87の４を用いること。なお、透析機器安全管理委員会において作成した透析機器及び水処理装置の管理計画を添付すること。

（2）　導入期加算１、２、及び３の施設基準に係る届出は別添２の様式２の２を用いること。

（3）　透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算の施設基準に係る届出は別添２の様式49の３を用いること。

（4）　令和４年３月31日時点で導入期加算２の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和５年３月31日までの間に限り、２の（2）のイ、ウ及びエの基準を満たしているものとする。

第57の２の２　下肢末梢動脈疾患指導管理加算

１　下肢末梢動脈疾患指導管理加算に関する施設基準

（１）　当該医療機関において慢性維持透析を実施している全ての患者に対し、下肢末梢動脈疾患に関するリスク評価を行っていること。また、当該内容を元に当該医療機関において慢性維持透析を実施している全ての患者に指導管理等を行い、臨床所見、検査実施日、検査結果及び指導内容等を診療録に記載していること。

（２）　検査の結果、ＡＢＩ検査0.7以下又はＳＰＰ検査40㎜Hg以下の患者については、患者や家族に説明を行い、同意を得た上で、専門的な治療体制を有している医療機関へ紹介を行っていること。また、当該医療機関が専門的な治療体制を有している医療機関の要件を満たしている場合は、当該医療機関内の専門科と連携を行っていること。

（３）　専門的な治療体制を有している医療機関をあらかじめ定めた上で、当該医療機関について事前に届出を行っていること。また、当該医療機関について、院内掲示をすること。なお、専門的な治療体制を有している医療機関とは、次に掲げるアからウまでの全ての診療科を標榜している病院のことをいう。

ア　循環器内科

イ　胸部外科又は血管外科

ウ　整形外科、皮膚科又は形成外科

２　届出に関する事項

下肢末梢動脈疾患指導管理加算の施設基準に係る届出は別添２の様式49の３の２を用いること。

第57の２の３　難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するＬＤＬアフェレシス療法

１　難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するＬＤＬアフェレシス療法の施設基準

（１）　内科又は泌尿器科を標榜している病院であること。

（２）　腎臓内科について５年以上の経験を有している医師が２名以上配置されていること。

（３）　(2)のうち、１名は専ら腎臓内科又は泌尿器科に従事し、当該診療科について５年以上の経験を有する医師であること。また、当該医師は、リポソーバーを用いた血液浄化療法について１年以上の経験を有しており、当該療養を術者として実施する医師として２例以上の症例を実施していること。

（４）　当該保険医療機関においてリポソーバーを用いた血液浄化療法が５例以上実施されていること。

（５）　臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（６）　当該療法に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。

２　届出に関する事項

難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するＬＤＬアフェレシス療法に係る届出は、別添２の様式49の３の３及び様式52を用いること。

第57の２の４　移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法

１　移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法の施設基準

（１）　内科、外科又は泌尿器科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　血液浄化療法について１年以上の経験を有する医師が配置されていること。

（３）　看護師及び臨床工学技士がそれぞれ１名以上配置されていること。

２　届出に関する事項

移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法に係る届出は、別添２の様式49の３の４を用いること。

第57の２の５　人工膵臓療法

１　人工膵臓療法に関する施設基準

（１）　患者の緊急事態に対応する緊急検査が可能な検査体制を有していること。

（２）　担当する医師が常時待機しており、糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（３）　人工膵臓療法を行うために必要な次に掲げる検査が当該保険医療機関内で常時実施できるよう必要な機器を備えていること。

ア　血液学的検査

赤血球数、白血球数、血小板数、ヘマトクリット値

イ　生化学的検査

グルコース、尿素窒素、インスリン、ナトリウム、クロール、カリウム

（４）　100人以上の糖尿病患者を入院又は外来で現に管理していること。

（５）　入院基本料（特別入院基本料を除く。）を算定していること。

（６）　前記各項でいう「常時」とは、勤務態様の如何にかかわらず、午前０時より午後12時までの間のことである。

（７）　医療法第30条の４第１項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該療法に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

２　届出に関する事項

（１）　人工膵臓療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式24の４を用いること。

（２）　当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。

（３）　当該地域における必要性を記載すること（理由書）。

第57の３　磁気による膀胱等刺激法

１　磁気による膀胱等刺激法に関する施設基準

５年以上の泌尿器科の経験又は５年以上の産婦人科の経験を有する常勤の医師が併せて２名以上配置されていること。

２　届出に関する事項

磁気による膀胱等刺激法に関する施設基準に係る届出は別添２の様式49の４を用いること。

第57の４　一酸化窒素吸入療法（新生児の低酸素呼吸不全に対して実施するものに限る。）

１　一酸化窒素吸入療法（新生児の低酸素呼吸不全に対して実施するものに限る。）に関する施設基準

新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行っている保険医療機関であること。

２　届出に関する事項

新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行っていればよく、一酸化窒素吸入療法（新生児の低酸素呼吸不全に対して実施するものに限る。）として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第57の４の２　心不全に対する遠赤外線温熱療法

１　心不全に対する遠赤外線温熱療法に関する施設基準

（１）　区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）に係る届出を行っていること。

（２）　当該療法の経験を有し、循環器内科又は心臓血管外科の経験を５年以上有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（３）　関係学会が主催又は後援する所定の研修を修了した医師が１名以上配置されていること。

（４）　当該療法に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。

（５）　関係学会から示されている指針に基づき、当該療法が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

心不全に対する遠赤外線温熱療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式49の４の２及び様式52を用いること。

第57の４の３　歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）

１　歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関において、神経・筋疾患の診療及びリハビリテーションに３年以上の経験を有しており、所定の研修を修了した専任の常勤医師が１名以上勤務していること。

（２）　従事者の職種、人数及び勤務形態並びに訓練室の具備すべき条件（装置、広さ等）について、関連学会が監修する適正使用ガイドに規定された基準を満たすこと。

（３）　定期的に、担当の複数職種が参加し、当該処置による歩行運動機能改善効果を検討するカンファレンスが開催されていること。

（４）　当該処置に関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者、歩行運動機能改善効果に係る検討結果等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

２　届出に関する事項

（１）　歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）の施設基準に係る届出は、別添２の様式49の６を用いること。

（２）　当該処置に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。

（３）　当該処置に従事する理学療法士、作業療法士、看護師等の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式49の７を用いて提出すること。

（４）　当該処置が行われる機能訓練室及び歩行路の平面図を添付すること。

第57の４の４　手術用顕微鏡加算

１　手術用顕微鏡加算に関する施設基準

（１）　手術用顕微鏡を用いた治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。

（２）　保険医療機関内に手術用顕微鏡が設置されていること。

２　届出に関する事項

手術用顕微鏡加算の施設基準に係る届出については、別添２の様式49の８を用いること。

第57の４の５　口腔粘膜処置

１　口腔粘膜処置に関する施設基準

（１）　当該レーザー治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上いること。

（２）　口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。

２　届出に関する事項

口腔粘膜処置に係る届出は別添２の様式49の９を用いること。

第57の５　う蝕歯無痛的窩洞形成加算

１　う蝕歯無痛的窩洞形成加算に関する施設基準

（１）　当該レーザー治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上いること。

（２）　無痛的に充填のためのう蝕の除去及び窩洞形成が可能なレーザー機器を備えていること。

２　届出に関する事項

う蝕歯無痛的窩洞形成加算の施設基準に係る届出は別添２の様式50を用いること。

第57の６　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレー

１　ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレーに関する施設基準

（１）　歯科補綴治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。

（２）　保険医療機関内に歯科用ＣＡＤ/ＣＡＭ装置が設置されている場合は、歯科技工士を配置していること。

（３）　保険医療機関内に歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置が設置されていない場合は、当該装置を設置している歯科技工所との連携が図られていること。

２　届出に関する事項

ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレーの施設基準に係る届出は、別添２の様式50の２を用いること。

第57の７　有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算１及び２

１　有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算１及び２に関する施設基準

（１）　常勤の歯科技工士を配置していること。なお、非常勤の歯科技工士を２名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関が規定する常勤歯科技工士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤歯科技工士が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２）　歯科医療機関内に歯科技工室を有していること。

（３）　歯科技工に必要な機器を有していること。

（４）　患者の求めに応じて、迅速に有床義歯の修理及び床裏装を行う体制が整備されている旨を院内掲示していること。

２　届出に関する事項

有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算１及び２の施設基準に係る届出は、別添２の様式50の３を用いること。

第57の８　皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）

１　皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）の施設基準

（１）　皮膚科、形成外科、耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科の経験を５年以上有しており、皮膚悪性腫瘍切除術におけるセンチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に術者として５症例以上経験している医師が配置されていること。

（２）　当該保険医療機関が皮膚科、形成外科、耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。

（３）　麻酔科標榜医が配置されていること。

（４）　病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

２　届出に関する事項

皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式50の４及び様式52を用いること。

第57の８の２　皮膚移植術（死体）

１　皮膚移植術（死体）に関する施設基準

（１）　広範囲熱傷及び重症熱傷の治療の実績を有する施設であること 。

（２）　関連学会の主催する講習会を受講し、同種皮膚移植の十分な経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　日本組織移植学会の認定する、採取して保存した組織を他施設へ供給できる組織バンクと、当該保存同種組織の適切な使用及び保存方法等について契約している保険医療機関であること。

２　届出に関する事項

皮膚移植術（死体）に係る届出は、別添２の様式87の６及び様式52を用いること。なお、１の(３)に係る契約に関する文書の写しも併せて提出すること。

第57の８の３　自家脂肪注入

１　自家脂肪注入に関する施設基準

（１）　形成外科を標榜している病院であること。

（２）　形成外科の経験を５年以上有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が形成外科について10年以上の経験を有していること。

（３）　関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師が１名以上配置されていること。

（４）　耳鼻咽喉科の専門的な研修の経験を10年以上有している常勤の医師が１名以上配置されており、連携して手術を行うこと。

（５）　緊急手術の体制が整備されていること。

（６）　関係学会から示されている指針に基づき、自家脂肪注入が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

自家脂肪注入の施設基準に係る届出は、別添２の様式87の24を用いること。

第57の９　組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）

１　組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）に関する施設基準

（１）　形成外科又は乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有している医師若しくはその指導下で研修を行う医師が１名以上配置されていること。

（２）　関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師が１名以上配置されていること。

（３）　一次再建の場合は、乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上及び形成外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤又は非常勤の医師配置されており、連携して手術を行うこと。

（４）　二次再建の場合は、形成外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上配置されていること又は乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上及び形成外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤又は非常勤の医師が１名以上配置されており、連携して手術を行うこと。

（５）　関係学会から示されている指針に基づき、乳房再建術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式50の５を用いること。

第57の９の２　処理骨再建加算に関する施設基準

１　処理骨再建加算に関する施設基準

（１）　整形外科を標榜している病院であること。

（２）　整形外科について５年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること

（３）　骨・軟部腫瘍手術を術者として50例（このうち10例は骨・軟部悪性腫瘍手術であること）以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師が１名以上配置されていること。

（４）　処理骨を作製するにつき、必要な設備や機器等を備えていること。

（５） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
（６） 緊急手術が可能な体制を有していること。
（７） 関係学会から示されている指針等に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
２ 届出に関する事項
処理骨再建加算に係る届出は、別添２の様式50の５の３及び様式52を用いること。

第57の９の３ 緊急整復固定加算及び緊急挿入加算
１ 緊急整復固定加算及び緊急挿入加算に関する施設基準
（１） 整形外科、内科及び麻酔科を標榜している病院であること。
（２） 整形外科について５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。
（３） 麻酔科標榜医が配置されていること。
（４） 常勤の内科の医師が１名以上配置されていること。
（５） 緊急手術が可能な体制を有していること。
（６） 大腿骨近位部骨折患者に対する、前年の区分番号「Ｋ０４６」骨折観血的手術及び「Ｋ０８１」人工骨頭挿入術の算定回数の合計が60回以上であること。
（７） 当該施設における大腿骨近位部骨折後48時間以内に手術を実施した前年の実績について、院内掲示すること。
（８） 関係学会等と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
（９） 多職種連携を目的とした、大腿骨近位部骨折患者に対する院内ガイドライン及びマニュアルを作成すること。
（10） 速やかな術前評価を目的とした院内の内科受診基準を作成すること。
（11） 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていること。
（12） 二次性骨折予防継続管理料１の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていること。
（13） 関係学会から示されているガイドライン等に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
２ 届出に関する事項
緊急整復固定加算又は緊急挿入加算に係る届出は、別添２の様式87の25を用いること。

第57の９の４ 骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。））
１ 骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。））に関する施設基準
（１） 整形外科を標榜している病院であること。
（２） 整形外科について５年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
（３） 日本組織移植学会の認定する採取して保存した組織を他施設へ供給できる組織バンクを有していること。当該バンクを有していない場合は、当該バンクを有する保険医療機関とあらかじめ当該保存同種組織の適切な使用及び保存方法等について契約を有していること。
２ 届出に関する事項

骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。））に係る届出は、別添２の様式50の５の２を用いること。なお、１の(３)に係る契約に関する文書の写しも併せて提出すること。

第57の10 骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）
１ 骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）に関する施設基準
次のいずれにも該当する保険医療機関において実施すること。
（１） ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていること。
（２） 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていること。
（３） 関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節鏡下靱帯再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術を年間100症例以上実施していること又は大学病院本院であること。
（４） 整形外科の経験を５年以上有しており、関節軟骨修復術10症例以上を含む膝関節手術を術者として100症例以上実施した経験を有する常勤の医師であって、所定の研修を修了している常勤の整形外科の医師が１名以上配置されていること。なお、当該研修は次の内容を含むものであること。
ア 自家培養軟骨の適応に関する事項
イ 変形性膝関節症との鑑別点に関する事項
ウ 軟骨採取法に関する事項
エ 周術期管理に関する事項
オ 合併症への対策に関する事項
カ リハビリテーションに関する事項
キ 全例調査方法に関する事項
ク 手術方法に関する事項（自家培養軟骨に類似した人工物を用いた手技を含む。）
２ 届出に関する事項
骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式50の６及び様式52を用いること。

第57の11 後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）
１ 後縦靭帯骨化症手術に関する施設基準
（１） 整形外科又は脳神経外科を標榜している保険医療機関であること。
（２） 脊椎又は脊髄に係る手術について100例以上の経験を有し、かつ、後縦靭帯骨化症に係る手術について20例以上の経験を有する医師が配置されていること。
（３） 整形外科又は脳神経外科について10年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
（４） 顕微鏡下に手術が実施できる体制を有していること。
（５） 緊急手術が可能な体制を有していること。
２ 届出に関する事項
後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）に係る届出は、別添２の様式52及び様式87の７

を用いること。

第 57 の 12　椎間板内酵素注入療法

1　椎間板内酵素注入療法に関する施設基準

（1）　整形外科又は脳神経外科を標榜している保険医療機関であること。

（2）　整形外科又は脳神経外科について 10 年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（3）　緊急手術が可能な体制を有していること。ただし、緊急手術が可能な保険医療機関との連携（当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る。）により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない。

（4）　椎間板内酵素注入療法を行うに当たり関係学会より認定された施設であること。

（5）　病床を有していること。

2　届出に関する事項

（1）　椎間板内酵素注入療法に係る届出は、別添２の様式 50 の７を用いること。

（2）　関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 58　腫瘍脊椎骨全摘術

1　腫瘍脊椎骨全摘術

（1）　整形外科を標榜している病院であること。

（2）　当該保険医療機関において、常勤の整形外科の医師が２名以上配置されていること。

（3）　区分番号「Ｋ１１８」、「Ｋ１３１－２」から「Ｋ１３６」まで、「Ｋ１３８」、「Ｋ１３９」、「Ｋ１４２」及び「Ｋ１４２－２」に掲げる脊椎手術を、術者として 300 例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師が１名以上配置されていること。

（4）　当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として、当該手術を３例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師が１名以上配置されていること。

（5）　手術の際の緊急事態に対応可能な体制を有していること。

2　届出に関する事項

腫瘍脊椎骨全摘術に係る届出は、別添２の様式 51 及び様式 52 を用いること。

第 58 の２　頭蓋内腫瘍摘出術（脳腫瘍覚醒下マッピング加算を算定する場合に限る。）

1　頭蓋内腫瘍摘出術（脳腫瘍覚醒下マッピング加算を算定する場合に限る。）に関する施設基準

（1）　脳神経外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（2）　当該療養を行うに当たり関係学会から認定された施設であること。

（3）　５年以上の脳神経外科の経験を有しており、所定の研修を修了している常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は当該手術を主として実施する医師又は補助を行う医師として合わせて５例以上実施した経験を有すること。

（4）　５年以上の麻酔科の経験を有しており、所定の研修を修了している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（5）　頭蓋内腫瘍摘出術を年間５例以上実施していること。

2　届出に関する事項

（1）　頭蓋内腫瘍摘出術（脳腫瘍覚醒下マッピング加算を算定する場合に限る。）に係る届出は、別添２の様式 51 の２及び様式 52 を用いること。

（2）　関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 58 の３　頭蓋内腫瘍摘出術（原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。）

1　頭蓋内腫瘍摘出術（原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。）に関する施設基準

次の要件のいずれにも該当する保険医療機関において実施された場合に算定する。

（1）　脳神経外科を標榜している病院であること。

（2）　５年以上の脳神経外科の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されており、このうち１名以上は関係学会から示されている悪性脳腫瘍患者に対する光線力学療法に関する所定の研修を修了していること。

（3）　脳腫瘍摘出術中の病理検査が可能な体制が整っていること。

（4）　脳腫瘍摘出術に伴う合併症への対応ができる体制が整っていること。

（5）　当該療養に用いる機器について、適切に使用管理区域の設定がなされていること。

（6）　悪性脳腫瘍患者に対する光線力学療法の研修プログラムを受講した機器管理責任者（医師又は臨床工学技士）が選定されており、当該療養に用いる装置が適切に保守管理されていること。

（7）　実際の手技に当たって、５年以上の脳神経外科の経験を有する常勤の医師であって関係学会から示されている所定の研修を修了している医師が１名以上参加すること。

2　届出に関する事項

頭蓋内腫瘍摘出術（原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。）に係る届出は、別添２の様式 51 の３を用いること。

第 58 の４　内視鏡下脳腫瘍生検術及び内視鏡下脳腫瘍摘出術

1　内視鏡下脳腫瘍生検術及び内視鏡下脳腫瘍摘出術に関する施設基準

（1）　脳神経外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（2）　内視鏡下脳腫瘍生検術又は内視鏡下脳腫瘍摘出術を、当該手術に習熟した医師の補助として合わせて 10 例以上経験し、当該手術に習熟した医師の指導の下に術者として合わせて 10 例以上実施した経験を有する常勤の脳神経外科の医師（当該診療科について５年以上の経験を有するものに限る。）が術者として１名以上配置されていること。

（3）　５年以上の脳神経外科の経験を有している常勤の医師が２名以上配置されていること。

（4）　常勤の麻酔科標榜医が１名以上配置されていること。

（5）　内視鏡下脳腫瘍生検術及び内視鏡下脳腫瘍摘出術に伴う合併症への対応ができる体制が整っていること。

2　届出に関する事項

内視鏡下脳腫瘍生検術及び内視鏡下脳腫瘍摘出術に係る届出は、別添２の様式 87 の 26 を用いること。

第 59　頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）

1　頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）に関する施設基準

（1）　形成外科及び脳神経外科を標榜している病院であること。

（2）　頭蓋骨形成手術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として５例以上実施した経験を有する常勤の形成外科及び脳神経外科の医師（当該診療科について５年以上の経験を有するものに限る。）がそれぞれ１名以上配置されていること。

（3）　当該保険医療機関において頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）が５例以上実施されていること。

（4）　関係学会から示されている指針に基づき当該手術が適切に実施されていること。

2　届出に関する事項

頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 54 を用いること。

第 60　脳刺激装置植込術及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術

1　脳刺激装置植込術及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術に関する施設基準

（1）　脳刺激装置植込術及び脳刺激装置交換術

第 24 の長期継続頭蓋内脳波検査の施設基準に準ずる。

（2）　脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術

脳神経外科、整形外科又は麻酔科を標榜しており、当該診療科の常勤医師が１名以上配置されていること。なお、診療所である保険医療機関においても届出が可能であること。

2　届出に関する事項

脳刺激装置植込術、脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術又は脊髄刺激装置交換術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 25 を用いること。

第 60 の２　頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（７本以上の電極による場合）に限る。）

1　頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（７本以上の電極による場合）に限る。）に関する施設基準

（1）　脳神経外科及び脳神経内科を標榜している病院であること。

（2）　５年以上の脳神経外科の経験を有する常勤の医師及びてんかんに係る診療の経験を５年以上有する常勤の医師がそれぞれ１名以上配置されており、このうち１名以上は関係学会から示されている頭蓋内電極植込術に関する所定の研修を修了していること。

（3）　頭蓋内電極植込術に伴う合併症への対応ができる体制が整っていること。

（4）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（5）　当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

（6）　関連学会の定める指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2　届出に関する事項

頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（７本以上の電極による場合）に限る。）に係る届出は、別添２の様式 25 の３を用いて提出すること。

第 60 の２の２　癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）

1　癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）に関する施設基準

（1）　脳神経外科又は整形外科を標榜している保険医療機関であること。

（2）　10 年以上の脳神経外科又は整形外科の経験を有するものであって、脊椎又は脊髄に係る専門的知識を有する医師が配置されていること。

（3）　緊急事態に対応するための体制が整備されていること。

（4）　当該保険医療機関において、区分番号「Ｋ９３０」脊髄誘発電位測定等加算又は区分番号「Ｋ９３９」画像等手術支援加算をあわせて年間５回以上算定していること。

2　届出に関する事項

癒着性脊髄くも膜炎手術に係る届出は、別添２の様式 87 の 27 を用いて提出すること。

第 60 の２の３　仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術

1　仙骨神経刺激装置植込術、仙骨神経刺激装置交換術（便失禁に対して実施する場合）に関する施設基準

（1）　大腸肛門疾患の診療の経験を５年以上有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は所定の研修を修了していること。

（2）　大腸肛門疾患の診療の経験を５年以上有する常勤の医師で、所定の研修を修了している者が実施すること。

（3）　緊急事態に対応するための体制が整備されていること。

（4）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2　仙骨神経刺激装置植込術、仙骨神経刺激装置交換術（過活動膀胱に対して実施する場合）に関する施設基準

（1）　下部尿路機能障害の診療の経験を５年以上有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は所定の研修を修了していること。

（2）　下部尿路機能障害の診療の経験を５年以上有する常勤の医師で、所定の研修を修了している者が実施すること。

（3）　緊急事態に対応するための体制が整備されていること。

（4）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

3　届出に関する事項

仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術に係る届出は、別添２の様式 53 を用いて適応ごとにそれぞれ提出すること。

第 60 の２の４　舌下神経電気刺激装置植込術

1　舌下神経電気刺激装置植込術に関する施設基準

（1）　耳鼻咽喉科又は頭頸部外科を標榜している病院であること。

（2）　耳鼻咽喉科又は頭頸部外科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されており、そのうち１名以上は所定の研修を修了していること。

（3）　耳鼻咽喉科又は頭頸部外科の経験を５年以上有する常勤の医師で、所定の研修を修了している者が実施すること。

（4）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

舌下神経電気刺激装置植込術に係る届出は、別添２の様式87の28を用いて提出すること。

第60の２の５　角結膜悪性腫瘍切除手術

１　角結膜悪性腫瘍切除手術に関する施設基準

（１）　眼科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　眼科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が３名以上配置されていること。

（４）　病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

２　届出に関する事項

角結膜悪性腫瘍切除手術に係る届出は、別添２の様式87の50を用いること。

第60の３　治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるものに限る。）

１　治療的角膜切除術に関する施設基準（エキシマレーザーによるものに限る。）

（１）　眼科の経験を５年以上有しており、エキシマレーザーによる治療的角膜切除術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として10症例以上経験している医師が配置されていること。

（２）　当該保険医療機関が眼科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が１名以上配置されていること。

２　届出に関する事項

治療的角膜切除術に係る届出は、別添２の様式52及び様式54の２を用いること。

第60の３の２　角膜移植術

１　内皮移植加算に関する施設基準

（１）　眼科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　眼科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が２名以上配置されていること。

（４）　当該保険医療機関において、角膜移植術を年間５例以上実施していること。

２　届出に関する事項

内皮移植に係る届出は、別添２の様式52及び様式54の２の２を用いること。

第60の４　羊膜移植術

１　羊膜移植術に関する施設基準

（１）　眼科の経験を５年以上有し、かつ、当該療養について主として実施する医師又は補助を行う医師として６例以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（２）　当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が３名以上配置されていること。

（３）　日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守している旨を届け出ていること。

２　届出に関する事項

羊膜移植術に係る届出は、別添２の様式52及び様式54の３を用いること。

第60の５　緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））

１　緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））に関する施設基準

（１）　眼科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　眼科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　当該保険医療機関において、濾過手術又は緑内障インプラント手術が合わせて50例以上実施されていること。

（４）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））に係る届出は、別添２の様式52及び様式54の４を用いること。

第60の６　緑内障手術（流出路再建術（眼内法）及び（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術））

１　緑内障手術（流出路再建術（眼内法）及び（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術））に関する施設基準

（１）　眼科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　眼科の経験を５年以上有し、水晶体再建術の手術を100例以上及び観血的緑内障手術を10例以上経験している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）については、関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

緑内障手術（流出路再建術（眼内法））又は緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式54の８を用いること。

第60の６の２　緑内障手術（濾過胞再建術（needle法））

１　緑内障手術（濾過胞再建術（needle法））に関する施設基準

（１）　眼科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　眼科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

２　届出に関する事項

緑内障手術（濾過胞再建術（needle法））の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式54の８を用いること。

第60の７　網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）

１　網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）に関する施設基準

（１）　眼科に係る診療の経験を10年以上有し、区分番号「Ｋ２７７－２」、「Ｋ２８０」の「１」、「Ｋ２８０」の「２」又は「Ｋ２８１」の手術を、１年間に、主たる術者として合わせて30例以上行った常勤の医師が１名以上配置されていること。

（２）　眼科を標榜している医療機関であること。

（３）　当該手術に必要なモニター、眼内内視鏡等の設備を有しており、保守管理に係る計画がな

されていること。なお、当該設備は、リース等であっても差し支えない。

2　届出に関する事項

（1）　網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 54 の５を用いること。

（2）　当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第 60 の８　網膜再建術

1　網膜再建術に関する施設基準

（1）　眼科及び麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（2）　常勤の眼科の医師が２名以上配置されており、このうち１名以上は当該手術に習熟した医師の指導の下に３例以上実施した経験を有する医師（当該診療科について 10 年以上の経験を有するものに限る。）であること。

（3）　常勤の麻酔科標榜医が１名以上配置されていること。

（4）　当該保険医療機関において増殖性硝子体網膜症手術が 10 例以上実施されていること。

（5）　緊急手術が可能な体制を有していること。

2　届出に関する事項

網膜再建術に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 54 の６を用いること。

第 60 の９　経外耳道的内視鏡下鼓室形成術

1　経外耳道的内視鏡下鼓室形成術に関する施設基準

（1）　耳鼻咽喉科を標榜している病院であること。

（2）　鼓室形成に係る手術を年間 20 例以上実施していること。

（3）　常勤の耳鼻咽喉科の医師が３名以上配置されており、このうち２名以上は耳鼻咽喉科の経験を５年以上有していること。

2　届出に関する事項

経外耳道的内視鏡下鼓室形成術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 87 の 29 を用いること。

第 61　植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術

1　植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術に関する施設基準

（1）　耳鼻咽喉科を標榜している病院であること。

（2）　内耳又は中耳の手術が年間 30 例以上あること。

（3）　常勤の耳鼻咽喉科の医師が３名以上配置されており、このうち２名以上は耳鼻咽喉科の経験を５年以上有しており、１名は少なくとも１例以上の人工内耳植込術の経験を有していること。

（4）　言語聴覚療法に専従する職員が２名以上配置されていること。なお、届出を行う保険医療機関と密接な連携を有する保険医療機関で植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術を実施した患者のリハビリテーションを行う場合は、リハビリテーションを実施する施設に常勤の耳鼻咽喉科医師が１名以上及び言語聴覚療法に専従する職員が２名以上配置されていれば差し支えない。

2　届出に関する事項

植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 55 を用いること。

第 61 の２　耳管用補綴材挿入術

1　耳管用補綴材挿入術に関する施設基準

（1）　耳鼻咽喉科を標榜している保険医療機関であること。

（2）　耳鼻咽喉科について５年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（3）　（2）のうち１名以上が、鼓膜形成術又は鼓室形成術を術者として合わせて 20 例以上実施した経験を有し、関係学会より認定されていること。

（4）　関係学会より認定された施設であること。

2　届出に関する事項

耳管用補綴材挿入術に係る届出は、別添２の様式 87 の 49 及び様式 52 を用いること。

第 61 の２の２　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）

1　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型(拡大副鼻腔手術)及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）に関する施設基準

（1）　耳鼻咽喉科、脳神経外科及び眼科を標榜している病院であること。

（2）　耳鼻咽喉科の経験を５年以上有する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名以上は少なくとも５例以上の内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型(拡大副鼻腔手術)の経験を有していること。

（3）　脳神経外科又は眼科の経験を５年以上有する常勤の医師がそれぞれ１名以上配置されていること。

（4）　緊急手術が可能な体制を有していること。

2　届出に関する事項

内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 54 の７を用いること。

第 61 の２の３　鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

1　鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）に関する施設基準

（1）　耳鼻咽喉科又は頭頸部外科を標榜している病院であること。

（2）　耳鼻咽喉科又は頭頸部外科について 10 年以上の経験を有し、区分番号「Ｋ３７４」咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）又は「Ｋ３９４」喉頭悪性腫瘍手術の術者と

して合わせて５例以上実施した経験及び区分番号「Ｋ３７４－２」鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）又は「Ｋ３９４－２」鏡視下喉頭悪性腫瘍手術を術者として３例以上実施した経験を有している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３） 緊急手術の体制が整備されていること。

２　鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準

（１） 耳鼻咽喉科又は頭頸部外科並びに放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 耳鼻咽喉科又は頭頸部外科について10年以上の経験を有しており、以下のア又はイの手術を術者として、合わせて３例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

ア　鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

イ　鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

（３） 耳鼻咽喉科又は頭頸部外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が10年以上の経験を有すること。

（４） 麻酔科の標榜医が配置されていること。

（５） 当該保険医療機関において、咽頭悪性腫瘍又は喉頭悪性腫瘍に係る手術（区分番号「Ｋ３７４」、「Ｋ３７４－２」、「Ｋ３９４」、「Ｋ３９４－２」又は「Ｋ３９５」）が１年間に合わせて10例以上実施されていること。

（６） 緊急手術の体制が整備されていること。

（７） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（８） 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

（９） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

３　届出に関する事項

（１） 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）に係る届出は、別添２の様式56の７及び様式52を用いること。

（２） 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る届出は、別添２の様式87の30及び様式52を用いること。

（３） 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第61の２の４　内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）

１　内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）に関する施設基準

（１） 耳鼻咽喉科又は神経内科を標榜している病院であること。

（２） 耳鼻咽喉科又は神経内科の経験を５年以上有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が耳鼻咽喉科又は神経内科について10年以上の経験を有していること。

（３） 緊急手術の体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）に係る届出は、別添２の様式87の31を用いること。

第61の２の５　鏡視下喉頭悪性腫瘍手術

１　鏡視下喉頭悪性腫瘍手術に関する施設基準

（１） 耳鼻咽喉科又は頭頸部外科を標榜している病院であること。

（２） 耳鼻咽喉科又は頭頸部外科について10年以上の経験を有し、区分番号「Ｋ３７４」咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）又は「Ｋ３９４」喉頭悪性腫瘍手術の術者として合わせて５例以上実施した経験及び区分番号「Ｋ３７４－２」鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）又は「Ｋ３９４－２」鏡視下喉頭悪性腫瘍手術を術者として３例以上実施した経験を有している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３） 緊急手術の体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

鏡視下喉頭悪性腫瘍手術に係る届出は、別添２の様式56の７及び様式52を用いること。

第61の２の６　喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）

１　喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）に関する施設基準

（１） 耳鼻咽喉科の経験を５年以上有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が耳鼻咽喉科について10年以上の経験を有していること。

（２） （１）の医師のうち１名以上は、20例以上の喉頭形成手術の手術経験を有し、関係学会による手術講習会を受講していること。

（３） 音声障害に対する言語聴覚士による指導・訓練を実施できる十分な体制を整えていること。

２　届出に関する事項

喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式87の５を用いること。

第61の３　上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）

１　上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）に関する施設基準

（１） 形成外科又は耳鼻咽喉科を標榜している病院であること。

（２） 上顎骨形成術又は下顎骨形成術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として合わせて５例以上実施した経験を有する常勤の形成外科又は耳鼻咽喉科の医師（当該診療科について５年以上の経験を有するものに限る。）が１名以上配置されていること。

（３） 当該保険医療機関において当該手術が５例以上実施されていること。

（４） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）に係る届出は、別添２の様式52及び様式56を用いること。

第61の４　上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）

１　上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）に関する施設基準

（１）　歯科口腔外科を標榜している病院であること。

（２）　上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）又は下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）を、当該手術に習熟した歯科医師の指導の下に、術者として合わせて５例以上実施した経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師（当該診療科について５年以上の経験を有するものに限る。）が１名以上配置されていること。

（３）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）に係る届出は、別添２の様式52及び様式56の３を用いること。

第61の４の２　顎関節人工関節全置換術（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）

１　顎関節人工関節全置換術に関する施設基準

（１）　形成外科又は耳鼻咽喉科を標榜している病院であること。

（２）　関連学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、形成外科又は耳鼻咽喉科について５年以上の経験を有する常勤医師が１名以上配置されていること。

２　届出に関する事項

顎関節人工関節全置換術に係る届出は、別添２の様式56の８を用いること。

第61の４の３　顎関節人工関節全置換術の施設基準（歯科診療に係るものに限る。）

１　顎関節人工関節全置換術に関する施設基準

（１）　歯科口腔外科を標榜している病院であること。

（２）　関連学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、当該診療科について５年以上の経験を有する常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。

２　届出に関する事項

顎関節人工関節全置換術に係る届出は別添２の様式56の８を用いること。

第61の４の４　内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術

１　内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術に関する施設基準

（１）　外科、頭頸部外科、耳鼻咽喉科又は内分泌外科を標榜している病院であること。

（２）　外科、頭頸部外科、耳鼻咽喉科又は内分泌外科について10年以上及び区分番号「Ｋ４６１－２」、「Ｋ４６２－２」及び「Ｋ４６４－２」の手術を術者として合わせて５例以上実施した経験を有している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　緊急手術体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術に係る届出は、別添２の様式52及び様式56の４を用いること。

第61の４の５　内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術

１　内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術に関する施設基準

（１）　外科、頭頸部外科、耳鼻咽喉科又は内分泌外科を標榜している病院であること。

（２）　外科、頭頸部外科、耳鼻咽喉科又は内分泌外科について10年以上の経験を有し、区分番号「Ｋ４６１－２」、「Ｋ４６２－２」及び「Ｋ４６４－２」の手術を術者として合わせて５例以上実施した経験及び内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術を術者として３例以上実施した経験を有している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　緊急手術体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術に係る届出は、別添２の様式52及び様式56の４を用いること。

第61の４の６　頭頸部悪性腫瘍光線力学療法

１　頭頸部悪性腫瘍光線力学療法に関する施設基準

（１）　関係学会により教育研修施設として認定された施設であること。

（２）　頭頸部外科について５年以上の経験を有し、所定の研修を修了している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。

（４）　緊急手術の体制が整備されていること。

（５）　当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

２　届出に関する事項

頭頸部悪性腫瘍光線力学療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式87の46を用いること。

第61の４の７　乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲＩによるもの）

１　乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲＩによるもの）に関する施設基準

（１）　1.5テスラ以上のＭＲＩ装置を有していること。

（２）　画像診断管理加算１、２又は３に関する施設基準を満たすこと。

（３）　関係学会より乳がんの専門的な診療が可能として認定された施設であること。

２　届出に関する事項

乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲＩによるもの）の施設基準に係る届出は、別添２の様式38を用いること。

第61の５　乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの及

び拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）については、乳がんセンチネルリンパ節加算１又は乳がんセンチネルリンパ節加算２を算定する場合に限る。）

1　乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンチネルリンパ節加算１又は乳がんセンチネルリンパ節加算２を算定する場合に限る。）に関する施設基準

（1）　乳腺外科又は外科の経験を５年以上有しており、乳房悪性腫瘍手術における乳がんセンチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として５症例以上経験している医師が配置されていること。

（2）　当該保険医療機関が乳腺外科又は外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が２名以上配置されていること。ただし、「注２」の乳がんセンチネルリンパ節加算２のうち、色素のみによるもののみを算定する保険医療機関にあっては、放射線科を標榜していなくても差し支えない。

（3）　麻酔科標榜医が配置されていること。

（4）　病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

2　乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））に関する施設基準

（1）　乳腺悪性腫瘍手術が年間 20 例以上あること。

（2）　乳腺外科又は外科の経験を５年以上有しており、乳輪温存乳房切除術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として 10 症例以上経験している医師が配置されていること。

（3）　当該保険医療機関が乳腺外科又は外科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が２名以上配置されていること。

（4）　麻酔科標榜医が配置されていること。

（5）　病理部門が設置され、病理医が配置されかつ迅速病理検査の体制が整っていること。

3　届出に関する事項

乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの及び拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）については、乳がんセンチネルリンパ節加算１又は乳がんセンチネルリンパ節加算２を算定する場合に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 56 の２を用いること。乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））に関する施設基準については、別添２の様式 52 及び様式 56 の５を用いること。

第 61 の６　ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）

1　ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）に関する施設基準

（1）　形成外科又は乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有している医師若しくはその指導下で研修を行う医師が１名以上配置されていること。

（2）　関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師が１名以上配置されていること。

（3）　一次一期的再建の場合は、乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上及び形成外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤又は非常勤の医師が１名以上配置されており、両者が術者となり共同して手術を行うこと。

（4）　一次二期的再建の場合は、形成外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上配置されていること又は乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上及び形成外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤又は非常勤の医師が１名以上配置されており、両者が術者となり共同して手術を行うこと。

（5）　二次再建の場合は、形成外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（6）　関係学会から示されている指針に基づき、乳房再建術が適切に実施されていること。

2　届出に関する事項

ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）に係る届出は、別添２の様式 50 の５を用いること。

第 61 の６の２　胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

1　胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

（1）　呼吸器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（2）　以下のアからエまでの手術を術者として、合わせて 10 例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

ア　胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

イ　胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

ウ　胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

エ　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除及び肺葉切除又は１肺葉を超えるものに限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

（3）　当該保険医療機関において、胸腺関連疾患に係る手術を年間５例以上施行しており、このうち当該手術又は胸腔鏡下手術を３例以上実施していること。

（4）　５年以上の呼吸器外科の経験及び専門的知識を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は 10 年以上の呼吸器外科の経験を有していること。

（5）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（6）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（7）　当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

（8）　当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（9）　関連学会の定める指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2　届出に関する事項

（1）　胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 22 を用いること。

（2）　当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第 61 の７　胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用

いる場合）

1　胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

（1）　呼吸器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（2）　以下のアからエまでの手術を術者として、合わせて５例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

ア　胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

イ　胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

ウ　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除及び肺葉切除又は１肺葉を超えるものに限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

エ　胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

（3）　当該保険医療機関において、縦隔腫瘍に係る手術を年間 10 例以上施行しており、このうち当該手術又は胸腔鏡下手術を年間５例以上実施していること。

（4）　５年以上の呼吸器外科の経験及び専門的知識を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は 10 年以上の呼吸器外科の経験を有していること。

（5）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（6）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（7）　当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

（8）　当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（9）　関連学会の定める指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2　届出に関する事項

（1）　胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の８を用いること。

（2）　当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第 61 の７の２　肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）

1　肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）に関する施設基準

（1）　呼吸器外科の経験を 15 年以上有しており、悪性胸膜中皮腫に係る手術を、当該手術に習熟した医師の指導下に、術者として５例以上経験している常勤の医師が配属されていること。

（2）　当該保険医療機関に呼吸器内科及び放射線科の経験を５年以上有している常勤の医師がそれぞれ１名以上配置されていること。

2　届出に関する事項

肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 56 の６を用いること。

第 61 の７の３　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除及び肺葉切除又は１肺葉を超えるものに限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

1　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除及び肺葉切除又は１肺葉を超えるものに限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

（1）　呼吸器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（2）　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除及び肺葉切除又は１肺葉を超えるものに限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の手術を術者として、合わせて 10 例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（3）　当該保険医療機関において、肺悪性腫瘍に係る手術を年間 50 例以上実施されており、このうち胸腔鏡下手術を年間 20 例以上実施していること。

（4）　５年以上の呼吸器外科の経験及び専門的知識を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は 10 年以上の呼吸器外科の経験を有していること。

（5）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（6）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（7）　当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

（8）　当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（9）　関連学会の定める指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2　届出に関する事項

（1）　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除及び肺葉切除又は１肺葉を超えるものに限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 17 を用いること。

（2）　当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第 61 の７の４　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）

1　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）に関する施設基準

（1）　呼吸器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（2）　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術を術者として、合わせて 50 例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（3）　当該保険医療機関において、肺悪性腫瘍に係る手術を年間 50 例以上実施されており、このうち胸腔鏡下手術を年間 20 例以上実施していること。

（4）　５年以上の呼吸器外科の経験及び専門的知識を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は 10 年以上の呼吸器外科の経験を有していること。

（5）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

2　届出に関する事項

胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 と 51 を用いること。

第 62　同種死体肺移植術

1　同種死体肺移植術に関する施設基準

移植関係学会合同委員会において、肺の移植実施施設として選定された施設であること。

２　届出に関する事項

（１）　同種死体肺移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式57を用いること。

（２）　移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第62の２　生体部分肺移植術

１　生体部分肺移植術に関する施設基準

（１）　肺切除術が年間20例以上あること。

（２）　当該手術を担当する診療科の常勤医師が５名以上配置されており、このうち少なくとも１名は臓器移植の経験を有していること。

（３）　生体部分肺移植術の実施に当たり、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守していること。

２　届出に関する事項

（１）　生体部分肺移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式58を用いること。

（２）　臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

第62の２の２　胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１　胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

（１）　外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　当該保険医療機関において、以下のアからエまでの手術を合わせて年間10例以上実施しており、このうちウ又はエの手術を合わせて年間10例以上実施していること。

ア　食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）

イ　食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）

ウ　胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術

エ　縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術

（３）　外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が外科又は消化器外科について10年以上の経験を有すること。

（４）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（５）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（６）　当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

（７）　当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（８）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

（１）　胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式87の10を用いること。

（２）　当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第62の２の３　縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１　縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

（１）　外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　当該保険医療機関において、以下のアからエまでの手術を合わせて年間10例以上実施しており、このうちウ又はエの手術を合わせて年間10例以上実施していること。

ア　食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）

イ　食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）

ウ　胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術

エ　縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術

（３）　外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が外科又は消化器外科について10年以上の経験を有すること。

（４）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（５）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（６）　当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

（７）　当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（８）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

（１）　縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式87の10の２を用いること。

（２）　当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第62の２の４　内視鏡下筋層切開術

１　内視鏡下筋層切開術に関する施設基準

（１）　消化器内科又は消化器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　当該医療機関において、当該手術が10例以上実施されていること。

（３）　消化器外科又は消化器内科について５年以上の経験を有し、内視鏡的食道粘膜切開術（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術に限る。）について20例以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。また、当該医師は、当該手術について術者として又は補助を行う医師として15例（このうち５例は術者として実施しているものに限る）以上の経験を有していること。

（４）　実施診療科において、常勤の医師が３名以上配置されていること。ただし、消化器外科において、医師が１名以上配置されていること。

（５）　常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。

（６）　緊急手術体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

内視鏡下筋層切開術に係る届出は、別添２の様式52及び様式58の２を用いること。

第62の２の５　食道縫合術(穿孔、損傷)(内視鏡によるもの)、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び腟腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）

１　食道縫合術(穿孔、損傷)(内視鏡によるもの)、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び腟腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）に関する施設基準

（１）　消化器内科又は消化器外科を標榜している病院であること

（２）　消化器外科において、医師が１名以上配置されていること

（３）　関係学会により認定された施設であること

（４）　緊急手術の体制が整備されていること

２　届出に関する事項

（１）　食道縫合術(穿孔、損傷)(内視鏡によるもの)、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び腟腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）に係る届出は、別添２の様式87の９を用いること。

（２）　関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第62の３　経皮的冠動脈形成術

１　経皮的冠動脈形成術に関する施設基準

当該手術について、前年（１月から12月まで）の以下の手術件数を院内掲示すること。

（１）　急性心筋梗塞に対するもの

（２）　不安定狭心症に対するもの

（３）　その他のもの

２　届出に関する事項

経皮的冠動脈形成術の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第63　経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）

１　経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）に関する施設基準

（１）　循環器内科を標榜している病院であること。

（２）　開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術に係る緊急手術が実施可能な体制を有していること。ただし、緊急手術が可能な保険医療機関との連携（当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る。）により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない。

（３）　５年以上の循環器内科の経験を有する医師が１名以上配置されていること。

（４）　経皮的冠動脈形成術について術者として実施する医師として300例以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（５）　日本心血管インターベンション治療学会の定める指針を遵守していること。

２　届出に関する事項

経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式59を用いて提出すること。

第63の２　経皮的冠動脈ステント留置術

１　経皮的冠動脈ステント留置術に関する施設基準

当該手術について、前年（１月から12月まで）の以下の手術件数を院内掲示すること。

（１）　急性心筋梗塞に対するもの

（２）　不安定狭心症に対するもの

（３）　その他のもの

２　届出に関する事項

経皮的冠動脈ステント留置術の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第63の２の２　胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡下弁置換術

１　胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡下弁置換術に関する施設基準

（１）　心臓血管外科及び麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　体外循環を使用する手術を年間50例以上（心臓弁膜症手術30例以上を含む。）実施していること又は心臓弁膜症手術を術者として200例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　５年以上の心臓血管外科の経験及び専門的知識を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は10年以上の心臓血管外科の経験を有していること。

（４）　経食道心エコーを年間100例以上実施していること。

（５）　常勤の臨床工学技士が２名以上配置されており、そのうち１名以上は手術における体外循環の操作を30例以上実施した経験を有していること。

（６）　当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

２　胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準

（１）　心臓血管外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　体外循環を使用する手術を年間100例以上（心臓弁膜症手術60例以上を含む）実施していること。

（３）　胸腔鏡下弁形成術を20例以上実施していること。

（４）　胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、５例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（５）　５年以上の心臓血管外科の経験及び専門的知識を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は10年以上の心臓血管外科の経験を有していること。

（６）　経食道心エコーを年間100例以上実施していること。

（７）　常勤の臨床工学技士が２名以上配置されており、そのうち１名以上は手術における体外循

環の操作を 30 例以上実施した経験を有していること。
（８） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
（９） 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
（10） 関連学会の定める指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
（11） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
３ 届出に関する事項
（１） 胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡弁置換術及び胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 11 を用いること。
（２） 胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る届出を行う場合は、当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第 63 の３ 経カテーテル弁置換術
１ 経カテーテル弁置換術（経心尖大動脈弁置換術及び経皮的大動脈弁置換術）に関する施設基準
（１） 循環器内科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。
（２） 次のいずれにも該当すること。
ア 緊急開心・胸部大動脈手術の経験があること。
イ 大動脈弁置換術（大動脈基部置換術を含む）を年間 20 例以上実施しており、かつ、大動脈に対するステントグラフト内挿術を年間 10 例以上実施していること。
ウ 冠動脈に関する血管内治療（ＰＣＩ）を年間 100 例以上実施していること。
エ 経食道心エコー検査を年間 200 例以上実施していること。
（３） ５年以上の循環器内科の経験を有する常勤の医師が３名以上配置されており、かつ、５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が３名以上配置されていること。
（４） ５年以上の心血管インターベンション治療の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、（３）に掲げる医師と同一の者であっても差し支えない。
（５） 関係学会より認定された施設であること。
（６） 以下のいずれも満たす手術室を有していること。
ア 設置型透視装置を備えていること。
イ 高性能フィルタを使用して空気浄化を行い、周辺諸室に対して適切な空気圧と気流の方向を維持していること。
ウ 必要な設備及び装置を清潔下で使用できる十分なスペースがあること。
エ 速やかに開胸手術に移行可能であること。
（７） 術中経食道心エコー検査、経皮的心肺補助装置及び緊急開心・胸部大動脈手術が実施可能であること。
（８） 実際の手技に当たって、５年以上の循環器内科の経験を有する常勤の医師と５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師がそれぞれ１名以上参加すること。
（９） 関係学会の策定する実施施設基準を遵守すること。
２ 経カテーテル弁置換術（経皮的肺動脈弁置換術）に関する施設基準
（１） 循環器内科又は小児循環器内科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。
（２） 経カテーテル人工生体弁セットを用いる場合は、人工心肺を使用する開心術を年間 40 例

以上実施していること。
（３） 経カテーテル人工生体弁セット（ステントグラフト付き）を用いる場合は、人工心肺を使用する開心術（先天性心疾患に係るものに限る。）を年間 30 例以上実施していること。
（４） ５年以上の循環器内科又は小児循環器内科の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、かつ、５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。
（５） 先天性心疾患について２年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、（４）に掲げる医師と同一の者であっても差し支えない。
（６） 関係学会より認定された施設であること。
（７） 以下のいずれかの設備を有していること。
ア 設置型透視装置を備えており、速やかに開胸手術に移行可能である手術室
イ ２方向以上の透視が可能な装置を備えている血管造影室
（８） 経皮的心肺補助装置及び緊急開心・胸部大動脈手術が実施可能であること。
（９） 関係学会の策定する実施施設基準を遵守すること。
３ 届出に関する事項
（１） 経カテーテル弁置換術（経心尖大動脈弁置換術及び経皮的大動脈弁置換術）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 59 の２を用いること。
（２） 経カテーテル弁置換術（経皮的肺動脈弁置換術）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 59 の２の２を用いること。
（３） 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 63 の４ 経皮的僧帽弁クリップ術
１ 経皮的僧帽弁クリップ術に関する施設基準
（１） 循環器内科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。
（２） 次のいずれにも該当すること。
ア 経皮的冠動脈形成術を年間 100 例以上実施していること。
イ 経食道心エコー検査を年間 100 例以上実施していること。
（３） ５年以上の循環器内科の経験を有する医師が３名以上配置されており、かつ心臓血管外科の経験を有する医師が３名以上配置されており、うち２名以上は５年以上の心臓血管外科の経験を有する医師であること。
（４） ５年以上の心血管インターベンション治療の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、（３）に掲げる医師と同一の者であっても差し支えない。
（５） 経皮的僧帽弁クリップ術を行うに当たり関係学会より認定された施設であること。
（６） 関係学会から示されている指針に基づき、経皮的僧帽弁クリップ術が適切に実施されていること。
２ 届出に関する事項
（１） 経皮的僧帽弁クリップ術に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 12 を用いること。
（２） 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第63の５　胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術

１　胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術に関する施設基準

（１）　心臓血管外科、麻酔科及び小児科を標榜している病院であること。

（２）　当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が２名以上配置されていること。

（３）　常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。

（４）　直視下又は胸腔鏡下の動脈管開存閉鎖術を３年間に10例以上実施していること。

（５）　区分番号「Ｋ５５２」から「Ｋ６０５―４」までに掲げる手術（経皮的手術、区分番号「Ｋ５９１」、「Ｋ５９６」から「Ｋ６０２」までに掲げるもの及び２日目以降の補助人工心臓（植込型を含む）に係るものを除く。）を年間50例以上（16歳未満に実施したものに限る。）実施していること。

（６）　心臓血管外科の経験を５年以上有し、当該療法を術者として又は補助を行う医師として10例（このうち５例は術者として実施しているものに限る。）以上実施した経験及び直視下動脈管開存閉鎖術を術者として20例以上実施した経験を有する常勤の心臓血管外科医が１名以上配置されていること。

（７）　緊急手術が可能な体制を有していること。

２　届出に関する事項

胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術に係る届出は、別添２の様式52及び様式59の３を用いること。

第63の５の２　不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下によるもの及び経カテーテル的手術によるもの）に限る。）

１　不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下によるもの）に限る。）に関する施設基準

（１）　心臓血管外科及び麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　５年以上の心臓血管外科の経験及び専門的知識を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は10年以上の心臓血管外科の経験を有していること。

（３）　経食道心エコーを年間100例以上実施していること。

（４）　緊急手術が可能な体制を有していること。

（５）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

２　不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）に関する施設基準

（１）　循環器内科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。

（２）　経カテーテル大動脈弁置換術、経皮的大動脈弁拡張術、経皮的僧帽弁拡張術、経皮的僧帽弁クリップ術、経皮的動脈管開存閉鎖術、経皮的大動脈形成術、経皮的肺動脈弁拡張術、経皮的肺動脈形成術、経皮的肺動脈穿通・拡大術、心房中隔欠損作成術（経皮的心房中隔欠損作成術（ラシュキンド法）に限る。）、経皮的心房中隔欠損閉鎖術、経皮的卵円孔開存閉鎖術、不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）、経皮的カテーテル心筋焼灼術又は経皮的中隔心筋焼灼術を合わせて年間50例以上実施していること。

（３）　５年以上の循環器内科の経験を有する医師が２名以上配置されていること

（４）　心臓血管外科の経験を有する医師が２名以上配置されており、うち１名以上は５年以上の心臓血管外科の経験を有する医師であること。

（５）　５年以上の心血管インターベンション治療の経験を有する常勤の医師及び５年以上の不整脈についての治療の経験を有している常勤の医師がそれぞれ１名以上配置されていること。

なお、（３）に掲げる医師と同一の者であっても差し支えない。

（６）　緊急手術が可能な体制を有していること。

（７）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（８）　不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）を行うに当たり関係学会より認定された施設であること。

（９）　関係学会から示されている指針に基づき、不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）が適切に実施されていること。

３　届出に関する事項

（１）　不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下によるもの）に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式87の32を用いること。

（２）　不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式59の３の２を用いること。

（３）　不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）の施設基準に係る届出は、関連学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第63の６　経皮的カテーテル心筋焼灼術（磁気ナビゲーション加算を算定する場合に限る。）

１　経皮的カテーテル心筋焼灼術（磁気ナビゲーション加算を算定する場合に限る。）に関する施設基準

（１）　循環器内科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　経皮的カテーテル心筋焼灼術を年間50例以上実施していること。

（３）　循環器内科についての専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名以上は５名以上の不整脈についての治療の経験を５年以上有していること。

（４）　麻酔科の標榜医が１名以上配置されていること。

（５）　緊急手術が可能な体制を有していること。

（６）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（７）　当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

２　届出に関する事項

経皮的カテーテル心筋焼灼術（磁気ナビゲーション加算を算定する場合に限る。）に係る届出は、別添２の様式52及び様式59の４を用いること。

第64　経皮的中隔心筋焼灼術

１　経皮的中隔心筋焼灼術に関する施設基準

（１）　循環器内科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術に関し、10年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。ただし、５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が配置されている保険医療機関との連携（当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る。）により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない。

（４） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。
（５） 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術を年間合計 100 例以上実施していること。
２ 届出に関する事項
（１） 経皮的中隔心筋焼灼術の施設基準に係る届出及び届出前１年間の経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術及び経皮的冠動脈ステント留置術の実施件数は、別添２の様式 52 及び様式 60 を用いて提出すること。
（２） 経皮的中隔心筋焼灼術に係る届出を行う場合であって、他の保険医療機関との連携により１の(３)に掲げる要件を充足するものとする場合は、当該他の保険医療機関との連携に係る契約に関する文書の写しを提出すること。
なお、当該契約においては、緊急事態が発生したときは、当該他の保険医療機関が即時に適切な対応を図ることが明記されているものであること。

第 65 ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術
１ ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術に関する施設基準
（１） 循環器内科又は心臓血管外科の経験を５年以上有する医師が１名以上配置されていること。なお、診療所である保険医療機関においても届出が可能であること。
（２） リードレスペースメーカーの場合には、区分番号「Ｋ５９７」ペースメーカー移植術又は区分番号「Ｋ５９７－２」ペースメーカー交換術を合わせて年間 10 例以上実施していること。
（３） リードレスペースメーカーの場合には、緊急手術が可能な体制を有していること。ただし、緊急手術が可能な保険医療機関との連携（当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る。）により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない。
２ 届出に関する事項
ペースメーカー移植術、ペースメーカー交換術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 24 及び様式 52 を用いること。

第 65 の２ 植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術
１ 植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術に関する施設基準
下記のいずれかの施設基準の届出を行った保険医療機関において算定できる。
（１） 区分番号「Ｋ５９７」ペースメーカー移植術及び区分番号「Ｋ５９７－２」ペースメーカー交換術
（２） 区分番号「Ｋ５９８」両心室ペースメーカー移植術及び区分番号「Ｋ５９８－２」両心室ペースメーカー交換術
（３） 区分番号「Ｋ５９９」植込型除細動器移植術及び区分番号「Ｋ５９９－２」植込型除細動器交換術
（４） 区分番号「Ｋ５９９－３」両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び区分番号「Ｋ５９９－４」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術
２ 届出に関する事項

ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術、両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術、植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術のいずれかの届出を行っていればよく、植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 66 両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術
１ 両心室ペースメーカー移植術（心筋電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（心筋電極の場合）に関する施設基準
（１） 循環器内科又は小児循環器内科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。
（２） 心臓電気生理学的検査又は体外式ペースメーカーを用いた循環器集中管理を年間 50 例以上実施していること。
（３） 開心術、冠動脈バイパス術、大血管（ただし、動脈管開存に対する根治術を除く。）、弁疾患又は短絡手術を合わせて年間 30 例以上実施しており、かつ、経静脈電極によるペースメーカー移植術を年間 10 例以上又は心筋電極によるペースメーカー移植術を３年間に３例以上実施していること。
（４） 体外式を含む補助人工心臓等の経験又は区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料若しくは区分番号「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料の届出を行っている十分な体制や設備を備えた、重症心不全治療に対して適切に対応できる施設であること。
（５） 常勤の循環器内科又は小児循環器内科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ２名以上配置されており、そのうち２名以上は、所定の研修を修了していること。
（６） 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。
ア 血液学的検査
イ 生化学的検査
ウ 画像診断
（７） 定期的に循環器内科又は小児循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する、重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスが開催されていること。
２ 両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（経静脈電極の場合）に関する施設基準
（１） 循環器内科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。
（２） 心臓電気生理学的検査を年間 50 例以上実施していること。
（３） 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間 30 例以上実施しており、かつ、ペースメーカー移植術を年間 10 例以上実施していること。
（４） 体外式を含む補助人工心臓等を用いた重症心不全治療の十分な経験のある施設であること。
（５） 常勤の循環器内科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ２名以上配置されており、そのうち２名以上は、所定の研修を修了していること。
（６） 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア　血液学的検査
イ　生化学的検査
ウ　画像診断

3　届出に関する事項

両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 61 を用いること。

第 67　植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術

1　植込型除細動器移植術（心筋リードを用いるもの）及び植込型除細動器交換術（心筋リードを用いるもの）に関する施設基準

（1）　循環器内科又は小児循環器内科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。

（2）　心臓電気生理学的検査又は体外式ペースメーカーを用いた循環器集中管理を年間 50 例以上実施していること。なお、このうち５例以上は致死性不整脈（心室性頻拍性不整脈症例又は開心術術後不整脈）に対するものであること。

（3）　開心術、冠動脈又は大動脈バイパス移植術を合わせて年間 30 例以上実施しており、かつ、経静脈電極によるペースメーカー移植術を年間 10 例以上又は心筋電極によるペースメーカー移植術を３年間に３例以上実施していること。

（4）　常勤の循環器内科又は小児循環器内科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ２名以上配置されており、そのうち２名以上は、所定の研修を修了していること。

（5）　当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア　血液学的検査
イ　生化学的検査
ウ　画像診断

（6）　定期的に循環器内科又は小児循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する、重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスが開催されていること。

2　植込型除細動器移植術（経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの）、植込型除細動器交換術（その他のもの）及び経静脈電極抜去術に関する施設基準

（1）　循環器内科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。

（2）　心臓電気生理学的検査を年間 50 例以上実施していること。なお、このうち５例以上は心室性頻拍性不整脈症例に対するものである。

（3）　開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間 30 例以上実施しており、かつ、ペースメーカー移植術を年間 10 例以上実施していること。

（4）　常勤の循環器内科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ２名以上配置されており、そのうち２名以上は、所定の研修を修了していること。

（5）　当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア　血液学的検査
イ　生化学的検査
ウ　画像診断

3　届出に関する事項

植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 62 を用いること。

第 67 の２　両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

1　両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（心筋電極の場合）に関する施設基準

（1）　循環器内科又は小児循環器内科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。

（2）　心臓電気生理学的検査又は体外式ペースメーカーを用いた循環器集中管理を年間 50 例以上実施していること。なお、このうち５例以上は致死性不整脈（心室性頻拍性不整脈症例又は開心術術後不整脈）に対するものであること。

（3）　開心術、冠動脈又は大動脈バイパス移植術を合わせて年間 30 例以上実施しており、かつ、経静脈電極によるペースメーカー移植術を年間 10 例以上又は心筋電極によるペースメーカー移植術を３年間に３例以上実施していること。

（4）　常勤の循環器内科又は小児循環器内科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ２名以上配置されており、そのうち２名以上は、所定の研修を修了していること。

（5）　当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア　血液学的検査
イ　生化学的検査
ウ　画像診断

（6）　定期的に循環器内科又は小児循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する、重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスが開催されていること。

2　両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（経静脈電極の場合）に関する施設基準

（1）　循環器内科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。

（2）　心臓電気生理学的検査を年間 50 例以上実施しており、このうち５例以上は心室性頻拍性不整脈症例に対するものであること。

（3）　開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間 30 例以上実施しており、かつ、ペースメーカー移植術を年間 10 例以上実施していること。

（4）　常勤の循環器内科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ２名以上配置されており、そのうち２名以上は所定の研修を修了していること。

（5）　当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア　血液学的検査
イ　生化学的検査
ウ　画像診断

3　届出に関する事項

両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交

換術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 63 を用いること。

第 68　大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）

1　大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）に関する施設基準

循環器内科、心臓血管外科又は麻酔科のうち、いずれか一つの診療科の経験を５年以上有する医師が１名以上配置されていること。

2　届出に関する事項

大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 24 を用いること。

第 68 の２　経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）

1　経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）に関する施設基準

（１）　循環器内科の経験を５年以上有する常勤医師及び心臓血管外科の経験を５年以上有する常勤医師（小児を対象とする場合は小児循環器内科の経験を５年以上有する常勤の医師）がそれぞれ１名以上配置されていること。

（２）　次のいずれにも該当すること。

ア　心臓血管手術の症例が年間 100 例以上であり、小児を対象とする場合は、そのうち 18 歳未満の症例に対する心臓手術が年間 50 例以上であること。

イ　経皮的冠動脈形成術を３年間に 300 例以上実施していること。ただし、小児を対象とする場合を除く。

ウ　区分番号「Ｋ６００」大動脈バルーンパンピング法を３年間に 30 例以上及び区分番号「Ｋ６０２」経皮的心肺補助法を３年間に 20 例以上実施していること。ただし、小児を対象とする場合を除く。

エ　小児を対象とする場合は 11 歳未満の症例に対する機械的循環補助を過去５年間で３例以上経験していること。なお、機械的循環補助とは、補助人工心臓、左心バイパス又は左心系脱血を伴う膜型人工肺の装着を指す。

（３）　経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）を行うに当たり関係学会より認定された施設であること。

（４）　関係学会から示されている指針に基づき、経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）が適切に実施されていること。

2　届出に関する事項

（１）　経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 13 を用いること。

（２）　関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

（３）　経皮的循環補助法の施設基準に係る届出書添付書類及び経皮的循環補助法（小児を対象とする場合）の施設基準に係る届出書添付書類ともに届出を行う場合は別にそれぞれ届け出ること。

第 69　補助人工心臓

1　補助人工心臓に関する施設基準

（１）　心臓血管外科を標榜している病院であること。

（２）　開心術（冠動脈、大動脈バイパス移植術を含む。）の症例が年間 50 例以上あること。

（３）　常勤の心臓血管外科の医師が５名以上配置されており、このうち２名以上は心臓血管外科の経験を５年以上有しており、１名は少なくとも１例以上の補助人工心臓の経験を有していること。

（４）　当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア　血液学的検査

イ　生化学的検査

ウ　画像診断

2　届出に関する事項

補助人工心臓の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 64 を用いること。

第 69 の２　小児補助人工心臓

1　小児補助人工心臓に関する施設基準

（１）　心臓血管手術の症例が年間 100 例以上であり、そのうち 18 歳未満の症例に対する心臓手術が年間 50 例以上であること。

（２）　11 歳未満の症例に対する機械的循環補助を過去５年間で３例以上経験していること。なお、機械的循環補助とは、補助人工心臓、左心バイパス又は左心系脱血を伴う膜型人工肺の装着を指す。

（３）　常勤の心臓血管外科の医師が３名以上配置されており、このうち２名以上は心臓血管外科の経験を５年以上有しており、１名は少なくとも１例以上の補助人工心臓の経験を有していること。

（４）　５年以上の経験を有する小児循環器内科の医師が１名以上配置されていること。

（５）　当該療養を行うに当たり関係学会から認定され、その旨が当該学会のホームページ等で広く周知された施設であること。

2　届出に関する事項

小児補助人工心臓の施設基準に関する届出は、別添２の様式 52 及び様式 64 の２を用いること。

第 70　削除

第 70 の２　植込型補助人工心臓（非拍動流型）

1　植込型補助人工心臓（非拍動流型）に関する施設基準

（１）　心臓血管外科を標榜している病院であること。

（２）　開心術の症例が年間 100 例以上であること。

（３）　常勤の心臓血管外科の医師が５名以上配置されており、このうち２名以上は心臓血管外科の経験を５年以上有しており、１名は少なくとも１例以上の補助人工心臓の経験を有していること。

（４）　補助人工心臓の装着経験が５例以上あり、うち３例は過去３年間に経験していること。そ

のうち１例は 90 日以上連続して補助人工心臓を行った経験があること。

（５） 当該療養を行うに当たり関係学会から認定された施設であること。

（６） 所定の研修を修了している常勤医師が２名以上配置されていること。

（７） 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア 血液学的検査

イ 生化学的検査

ウ 画像診断

（８） 補助人工心臓装着の適応を検討する循環器内科医を含めた委員会が組織され、装着患者を統合的に治療・看護する体制が組めること。

（９） 体外設置型補助人工心臓駆動装置について、緊急時の装着がいつでも施行可能な体制を確保していること。

２ 届出に関する事項

（１） 植込型補助人工心臓（非拍動流型）の施設基準に関する届出は、別添２の様式 52 及び様式 65 の３を用いること。

（２） 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 71 同種心移植術

１ 同種心移植術に関する施設基準

移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設であること。

２ 届出に関する事項

（１） 同種心移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 57 を用いること。

（２） 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 72 同種心肺移植術

１ 同種心肺移植術に関する施設基準

移植関係学会合同委員会において、心肺同時移植実施施設として選定された施設であること。

２ 届出に関する事項

（１） 同種心肺移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 57 を用いること。

（２） 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 72 の１の２ 骨格筋由来細胞シート心表面移植術

１ 骨格筋由来細胞シート心表面移植術に関する施設基準

（１） 植込型補助人工心臓（非拍動流型）の実施施設として届出のある施設又は植込型補助人工心臓（非拍動流型）の実施施設として届出のある施設と連携可能な施設であること。

（２） 医薬品医療機器等法に基づく薬局等構造設備規則又は再生医療等の安全性の確保等に関する法律（平成 25 年法律第 85 号）に基づく細胞培養加工施設の構造設備に関する基準に則った設備を有すること。

（３） 循環器内科の経験を５年以上有する常勤医師及び心臓血管外科の経験を５年以上有する常勤医師がそれぞれ１名以上配置され、これらの医師は所定の研修を修了していること。

（４） 定期的に循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する、心臓移植を含む重症心不全患者の治療方針を決定するカンファレンスが開催されていること。

（５） 関連学会の定める「ヒト（自己）骨格筋由来細胞シートの使用要件等の基準について」において定められた実施施設基準に準じていること。

２ 届出に関する事項

（１） 骨格筋由来細胞シート心表面移植術に係る届出は、別添２の様式 65 の３の２を用いること。

（２） 過去１年間に実施した、心臓移植を含む重症心不全患者の治療方針を決定するカンファレンスの議事録を、個人情報をマスクした上で、添付すること。

第 72 の２ 経皮的大動脈遮断術

１ 経皮的大動脈遮断術に関する施設基準

区分番号「Ａ３００」救命救急入院料又は区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。

２ 届出に関する事項

救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出を行っていればよく、経皮的大動脈遮断術として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 72 の２の２ 経皮的下肢動脈形成術

１ 経皮的下肢動脈形成術に関する施設基準

（１） 外科又は心臓血管外科を標榜している病院であること。

（２） 当該保険医療機関に日本ＩＶＲ学会、日本心血管インターベンション治療学会又は日本血管外科学会が認定する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３） 緊急手術が可能な体制を有していること。

（４） 日本ＩＶＲ学会、日本心血管インターベンション治療学会又は日本血管外科学会により認定された施設であること。

（５） 日本ＩＶＲ学会、日本心血管インターベンション治療学会及び日本血管外科学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

（１） 経皮的下肢動脈形成術に係る届出は、別添２の様式 65 の３の３を用いること。

（２） 日本ＩＶＲ学会、日本心血管インターベンション治療学会又は日本血管外科学会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 72 の３ 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術

１ 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術に関する施設基準

（１） 外科、血管外科又は心臓血管外科を標榜している病院であること。

（２） 当該保険医療機関において、血管外科又は心臓血管外科の経験を合わせて５年以上有し、かつ、当該療法を術者として 10 例以上実施した経験を有する常勤の医師が配置されている

こと。

（３） 下肢静脈瘤手術（抜去切除術、硬化療法及び高位結紮術をいう。）、大伏在静脈抜去術、下肢静脈瘤血管内焼灼術及び内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術を合わせて年間 50 例以上実施していること。

２ 届出に関する事項

内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 65 の４を用いること。

第 72 の４ 腹腔鏡下リンパ節郭清術

１ 腹腔鏡下リンパ節郭清術（後腹膜）に関する施設基準

（１） 泌尿器科を標榜している病院であること。

（２） 以下のアからキまでの手術を術者として、合わせて 20 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が２名以上配置されていること。

ア 腹腔鏡下リンパ節郭清術（骨盤）
イ 腹腔鏡下リンパ節郭清術（後腹膜）
ウ 腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術
エ 腹腔鏡下腎摘出術
オ 腹腔鏡下副腎摘出術
カ 腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術
キ 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術

（３） 当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術、腹腔鏡下リンパ節郭清術（骨盤）又は腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術を術者として合わせて 10 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が１名以上配置されていること。

（４） 当該保険医療機関において当該手術、腹腔鏡下リンパ節郭清術（骨盤）又は腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節郭清術が合わせて 10 例以上実施されていること。

（５） 関係学会から示されている指針に基づき適切に実施されていること。

２ 腹腔鏡下リンパ節郭清術（傍大動脈）に関する施設基準

腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）及び病理診断管理加算２に係る届出を行っている施設であること。

３ 腹腔鏡下リンパ節郭清術（側方）に関する施設基準

（１） 外科又は消化器外科を標榜している病院であること。

（２） 外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が、外科又は消化器外科について 10 年以上の経験を有すること。

４ 届出に関する事項

（１） 腹腔鏡下リンパ節郭清術（後腹膜）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 65 の４の２を用いること。

（２） 腹腔鏡下リンパ節郭清術（傍大動脈）に係る届出は、別添２の２を用いること。

（３） 腹腔鏡下リンパ節郭清術（側方）に係る届出は、別添２の 87 の 33 を用いること。

第 72 の４の２ 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節郭清術

１ 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節郭清術に関する施設基準

（１） 泌尿器科を標榜している病院であること。

（２） 以下のアからタまでの手術を術者として、合わせて 20 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が２名以上配置されていること。

ア 腹腔鏡下リンパ節郭清術
イ 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節郭清術
ウ 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節郭清術
エ 腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術
オ 腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術
カ 腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術
キ 腹腔鏡下腎摘出術
ク 腹腔鏡下小切開腎摘出術
ケ 腹腔鏡下副腎摘出術
コ 腹腔鏡下小切開副腎摘出術
サ 腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術
シ 腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術
ス 腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術
セ 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術
ソ 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術
タ 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

（３） 当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として 10 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が１名以上配置されていること。

（４） 当該保険医療機関において当該手術が 10 例以上実施されていること。

（５） 関係学会から示されている指針に基づき適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節郭清術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 65 の５を用いること。

第 72 の５ 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節郭清術

腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節郭清術の施設基準及び届出に関する事項は、第 72 の４の２腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節郭清術の例による。

第 72 の６ ダメージコントロール手術

１ ダメージコントロール手術に関する施設基準

区分番号「Ａ３００」救命救急入院料又は区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。

２ 届出に関する事項

救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出を行っていればよく、ダメージコントロール手術として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第72の７　腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術

腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の４の２腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第72の７の２　内視鏡的逆流防止粘膜切除術

１　内視鏡的逆流防止粘膜切除術に関する施設基準

（１）　消化器内科、外科又は消化器外科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　消化管内視鏡手術について５年以上の経験を有し、早期悪性腫瘍に係る消化管内視鏡手術（区分番号「Ｋ５２６－２」の「２」、「Ｋ６５３」の「２」、「３」及び「Ｋ７２１－４」）を術者として30例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　消化器内科又は消化器外科について５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

２　届出に関する事項

内視鏡的逆流防止粘膜切除術の施設基準に係る届出については、別添２の様式87の34を用いること。

第72の７の２の２　腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）

１　腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）の施設基準

（１）　当該保険医療機関において、胃悪性腫瘍に係る手術（区分番号「Ｋ６５４－２」、「Ｋ６５４－３」、「Ｋ６５５」、「Ｋ６５５－２」（「１　単純切除術」については、内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）、「Ｋ６５５－４」、「Ｋ６５５－５」（「１　単純切除術」については、内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）、「Ｋ６５７」及び「Ｋ６５７－２」（「１　単純全摘術」については、内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。））を年間40例以上施行していること。

（２）　当該保険医療機関において、腹腔鏡手術を年間50例以上実施していること。

（３）　当該保険医療機関において、膵頭十二指腸切除術（区分番号「Ｋ７０３」及び「Ｋ７０３－２」）を年間10例以上施行していること。

（４）　当該保険医療機関において、粘膜下層剥離術（区分番号「Ｋ５２６－２」の「２」又は「Ｋ６５３」の「２」）を年間20例以上実施していること。

（５）　外科又は消化器外科、消化器内科及び麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（６）　外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が外科又は消化器外科について10年以上の経験を有していること。

（７）　消化管内視鏡手術について５年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（８）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（９）　当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

２　届出に関する事項

腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）に係る届出は、別添２の様式52及び様式65の８を用いること。

第72の７の３　腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））

１　腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））の施設基準

（１）　外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　当該保険医療機関において、以下のアからカまでの手術を年間50例以上実施しており、このうちイ、エ及びカの手術を合わせて年間20例以上実施していること。

ア　胃切除術

イ　腹腔鏡下胃切除術

ウ　噴門側胃切除術

エ　腹腔鏡下噴門側胃切除術

オ　胃全摘術

カ　腹腔鏡下胃全摘術

（３）　外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が外科又は消化器外科について10年以上の経験を有していること。

（４）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（５）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（６）　当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

（７）　当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（８）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

（１）　腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式87の14を用いること。

（２）　当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第72の７の４　腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））

１　腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術　（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））の施設基準

（１）　外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　当該保険医療機関において、以下のアからカまでの手術を年間50例以上実施しており、このうちイ、エ及びカの手術を合わせて年間20例以上実施していること。

ア　胃切除術

イ　腹腔鏡下胃切除術

ウ　噴門側胃切除術
エ　腹腔鏡下噴門側胃切除術
オ　胃全摘術
カ　腹腔鏡下胃全摘術
（３）　外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が外科又は消化器外科について 10 年以上の経験を有していること。
（４）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
（５）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。
（６）　当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
（７）　当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
（８）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
２　届出に関する事項
（１）　腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 14 を用いること。
（２）　当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第 72 の７の５　腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））
１　腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））の施設基準
（１）　外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。
（２）　当該保険医療機関において、以下のアからカまでの手術を年間 50 例以上実施しており、このうちイ、エ及びカの手術を合わせて年間 20 例以上実施していること。
ア　胃切除術
イ　腹腔鏡下胃切除術
ウ　噴門側胃切除術
エ　腹腔鏡下噴門側胃切除術
オ　胃全摘術
カ　腹腔鏡下胃全摘術
（３）　外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が外科又は消化器外科について 10 年以上の経験を有していること。
（４）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
（５）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。
（６）　当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
（７）　当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（８）関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
２　届出に関する事項
（１）　腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術　（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 14 を用いること。
（２）　当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第 72 の８　腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）
１　腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）に関する施設基準
（１）　外科又は消化器外科、麻酔科及び内科、循環器内科、内分泌内科、代謝内科又は糖尿病内科を標榜している保険医療機関であること。
（２）　腹腔鏡を使用した胃の手術（区分番号「Ｋ６４７－２」、「Ｋ６４９－２」、「Ｋ６５４－３」、「Ｋ６５５－２」（「１　単純切除術」については、内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）、「Ｋ６５５－５」（「１　単純切除術」については、内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）、「Ｋ６５６－２」、「Ｋ６５７－２」（「１　単純全摘術」については、内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）、「Ｋ６６２－２」、「Ｋ６６６－２」、「Ｋ６６７－２」又は「Ｋ６６７－３」）が１年間に合わせて 20 例以上実施されていること。
（３）　外科又は消化器外科について５年以上の経験を有し、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として５例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
（４）　当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が２名以上配置されていること。
（５）　常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。
（６）　高血圧症、脂質異常症、糖尿病又は肥満症に関する診療について合わせて５年以上の経験を有する常勤の医師１名が配置されていること。
（７）　常勤の管理栄養士が配置されていること。
（８）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
（９）　前年度の実績等を地方厚生（支）局長等に届け出ていること。
（10）　当該保険医療機関において当該手術を実施した患者に対するフォローアップ（年に１回、体重、生活習慣病の重症度等を把握することをいう。）を行っており、フォローアップの内容が一元的に記録されていること。なお、術後５年目の捕捉率が７割５分以上であることが望ましい。
２　届出に関する事項
腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 65 の６を用いること。

第 72 の８の２　バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術
１　バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術に関する施設基準
（１）　当該手術を術者として５例以上実施した経験を有する常勤の医師が配置されていること。
（２）　消化器内科の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上配置されており、そのうち

１名以上が消化管内視鏡検査について５年以上の経験を有していること。

（３） 放射線科の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（４） 外科又は消化器外科、内科又は消化器内科及び放射線科を標榜している保険医療機関であること。

（５） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

２ 届出に関する事項

バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 15 を用いること。

第 72 の８の３ 腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１ 腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準

（１） 小児外科、外科若しくは消化器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、３例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３） 小児外科、外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が 10 年以上の経験を有すること。

（４） 麻酔科の標榜医が配置されていること。

（５） 当該保険医療機関において、総胆管拡張症に係る手術（区分番号「Ｋ６７４」又は「Ｋ６７４－２」（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を含む。））が１年間に合わせて 10 例以上実施されていること。

（６） 緊急手術の体制が整備されていること。

（７） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（８） 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

（９） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

２ 届出に関する事項

（１） 腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る届出は、別添２の様式 87 の 35 及び様式 52 を用いること。

（２） 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第 72 の８の４ 腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）

１ 腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術を、１年間に 10 例以上実施していること。

（２） 腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。

（３） 当該保険医療機関が外科又は消化器外科及び麻酔科を標榜しており、消化器外科において常勤の医師が３名以上配置されており、そのうち１名以上が消化器外科について５年以上の経験を有していること。

（４） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

（５） 緊急手術が可能な体制を有していること。

２ 届出に関する事項

腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）に係る届出は、別添２の様式 87 の 36 及び様式 52 を用いること。

第 72 の９ 胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）

１ 胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）に関する施設基準

（１） 当該医療機関において、膵頭十二指腸切除術又は肝切除術を年間 20 例以上実施していること。

（２） 外科又は消化器外科について５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

２ 届出に関する事項

胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）の施設基準に係る届出については、別添２の様式 52 及び様式 65 の７を用いること。

第 73 体外衝撃波胆石破砕術

１ 体外衝撃波胆石破砕術に関する施設基準

（１） 体外衝撃波胆石破砕術を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能な手術室を有していること。ただし、体外衝撃波胆石破砕術、体外衝撃波膵石破砕術及び体外衝撃波腎・尿管結石破砕術を行う専用の室は同一のものであって差し支えない。

（２） 担当する医師が常時待機しており、胆石症の治療に関し専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（３） 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア 生化学的検査

イ 血液学的検査

ウ 微生物学的検査

エ 画像診断

（４） 医療法第 30 条の４第１項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該手術に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

２ 届出に関する事項

（１） 体外衝撃波胆石破砕術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 66 を用いること。

（２） 当該治療が行われる専用の施設の平面図を添付すること。

（３） 当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。

第 73 の２ 腹腔鏡下肝切除術

１ 腹腔鏡下肝切除術（部分切除及び外側区域切除）に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術を、１年間に 10 例以上実施していること。

（２） 腹腔鏡を用いる手術について、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針についての検討を適切に実施すること。
（３） 腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。
（４） 当該保険医療機関が消化器外科及び麻酔科を標榜しており、消化器外科において常勤の医師が３名以上配置されており、そのうち１名以上が消化器外科について５年以上の経験を有していること。
（５） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
（６） 緊急手術が可能な体制を有していること。

２ 腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除、１区域切除（外側区域切除を除く。）、２区域切除及び３区域切除以上のもの）に関する施設基準
（１） 当該保険医療機関において肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術を、１年間に 20 例以上実施していること。
（２） 当該保険医療機関において腹腔鏡手術を年間 100 例以上実施していること。
（３） 腹腔鏡を用いる手術について、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針についての検討を適切に実施すること。
（４） 腹腔鏡下肝切除を術者として 10 例以上実施した経験を有する常勤の医師が配置されていること。
（５） 当該保険医療機関が消化器外科及び麻酔科を標榜しており、消化器外科において常勤の医師が３名以上配置されており、そのうち１名以上が消化器外科について５年以上の経験を有していること。
（６） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
（７） 緊急手術が可能な体制を有していること。
（８） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

３ 届出に関する事項
腹腔鏡下肝切除術に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 66 の２を用いること。

第 73 の２の２ 腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１ 腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準
（１） 外科又は消化器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。
（２） 「腹腔鏡下肝切除術 」（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、10 例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
（３） 消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が 10 年以上の経験を有すること。
（４） 麻酔科の標榜医が配置されていること。
（５） 当該保険医療機関において、腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を通算３例以上実施していること。また、以下のアからエまでの手術を合わせて年間 20 例以上実施しており、このうち、イの手術を 10 例以上、ウ又はエの手術を 10 例以上実施していること。
ア 肝切断術（部分切除及び外側区域切除）

イ 肝切除術（亜区域切除、１区域切除（外側区域切除を除く。）、２区域切除及び３区域切除以上のもの）
ウ 腹腔鏡下肝切除術（部分切除及び外側区域切除）
エ 腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除、１区域切除（外側区域切除を除く。）、２区域切除及び３区域切除以上のもの）
（６） 緊急手術の体制が整備されていること。
（７） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。
（８） 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
（９） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

２ 届出に関する事項
（１） 腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る届出は、別添２の様式８７の 37 及び様式 52 を用いること。
（２） 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第 73 の３ 腹腔鏡下胆道閉鎖症手術

１ 腹腔鏡下胆道閉鎖症手術の施設基準
（１） 当該療養を５例以上実施した経験を有する常勤の医師が配置されていること
（２） 当該保険医療機関において、胆道閉鎖症に係る手術（区分番号「Ｋ６８４」先天性胆道閉鎖症手術又は「Ｋ６８４－２」腹腔鏡下胆道閉鎖症手術）が１年間に合わせて２例以上実施されていること
（３） 当該保険医療機関において、腹腔鏡を用いる手術(16 歳未満に実施したものに限る。区分番号「Ｋ６３４」腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）を除く。）が１年間に 50 例以上実施されていること

２ 届出に関する事項
腹腔鏡下胆道閉鎖症手術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 16 を用いること。

第 73 の３の２ 移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）

１ 移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）に関する施設基準
（１） 腹腔鏡を用いる手術について、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針についての検討を適切に実施すること。
（２） 移植用部分肝採取術（生体）と生体部分肝移植術、又は移植用肝採取術（死体）と同種死体肝移植術を術者として合計 10 例以上実施したものであって、腹腔鏡下肝切除を術者として 50 例以上実施した経験を有する医師が配置されていること。
（３） 当該保険医療機関が外科、消化器外科又は小児外科及び麻酔科を標榜しており、外科、消化器外科又は小児外科において常勤の医師が３名以上配置されており、そのうち１名以上が当該診療科について５年以上の経験を有していること。
（４） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。
（５） 緊急手術が可能な体制を有していること。

（６） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（７） 生体部分肝移植術の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていること。

２ 届出に関する事項

移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）の施設基準に係る届出は、別添２の様式８７の 38 及び様式 52 を用いること。

第 74 生体部分肝移植術

１ 生体部分肝移植術に関する施設基準

（１） 肝切除術が年間 20 例以上あること、又は小児科及び小児外科の病床数が合わせて 100 床以上の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術が合わせて年間 10 例以上あること。

（２） 当該手術を担当する診療科の常勤医師数が５名以上配置されており、このうち少なくとも１名は臓器移植の経験を有していること。

（３） 生体部分肝移植術の実施に当たり、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針、日本移植学会「肝移植ガイドライン」及び日本肝移植研究会「生体肝提供手術に関する指針」を遵守していること。

２ 届出に関する事項

（１） 生体部分肝移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 67 を用いること。

（２） 臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針、日本移植学会「肝移植ガイドライン」及び日本肝移植研究会「生体肝提供手術に関する指針」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

第 75 同種死体肝移植術

１ 同種死体肝移植術に関する施設基準

移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設であること。

２ 届出に関する事項

（１） 同種死体肝移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 57 を用いること。

（２） 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 75 の２ 体外衝撃波膵石破砕術（一連につき）

１ 体外衝撃波膵石破砕術（一連につき）に関する施設基準

（１） 体外衝撃波膵石破砕術を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能な手術室を有していること。ただし、体外衝撃波胆石破砕術、体外衝撃波膵石破砕術及び体外衝撃波腎・尿管結石破砕術を行う専用の室は同一のものであって差し支えない。

（２） 担当する医師が常時待機（院外での対応も含む。）しており、膵石の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（３） 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア 生化学的検査

イ 血液学的検査

ウ 微生物学的検査

エ 画像診断

（４） 膵石に対する内視鏡的治療が可能な体制を有していること。

（５） 医療法第 30 条の４第１項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該手術に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

２ 届出に関する事項

体外衝撃波膵石破砕術（一連につき）に係る届出は、別添２の様式 66 を用いること。

第 75 の３ 腹腔鏡下膵腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術

１ 腹腔鏡下膵腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術の施設基準

（１） 当該保険医療機関において、膵臓手術（内視鏡によるものを除く。）を１年間に５例以上実施していること。

（２） 腹腔鏡を用いる手術について、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針についての検討を適切に実施すること。

（３） 腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。

（４） 当該保険医療機関において、消化器外科及び麻酔科を標榜しており、消化器外科において、医師が３名以上配置されており、そのうち１名以上が消化器外科について５年以上の経験を有していること。

（５） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

（６） 緊急手術が可能な体制を有していること。

２ 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

（１） 外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 以下のア又はイの手術を術者として、合わせて５例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

ア 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

イ 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

（３） 当該保険医療機関において、膵臓に係る手術を年間 20 例以上実施していること。

（４） 外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が３名以上配置されていること。

（５） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（６） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（７） 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

（８） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及

び術後の管理等を行っていること。
（９） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
３ 届出に関する事項
（１） 腹腔鏡下膵腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 67 の２を用いること。
（２） 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 67 の２の２を用いること。
（３） 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第 75 の４ 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術
１ 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術の施設基準
（１） 当該保険医療機関で膵臓に係る手術を年間 50 例以上施行しており、そのうち膵頭十二指腸切除術を年間 20 例以上施行していること。
（２） 当該保険医療機関において腹腔鏡手術を年間 100 例以上、かつ、胆嚢摘出術を除く腹腔鏡下上腹部手術を年間 20 例以上実施していること。
（３） 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術又は腹腔鏡下膵体尾部切除術を術者として 20 例以上実施した経験を有する常勤医師が配置されていること。
（４） 外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している保険医療機関であること。
（５） 病理部門が設置され、病理医が配属されていること。
（６） 外科又は消化器外科において常勤の医師が５名以上配置されており、そのうち１名以上が消化器外科について 15 年以上の経験を有していること。
（７） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
２ 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準
（１） 外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。
（２） 以下のア又はイの手術を術者として、合わせて５例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
ア 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
イ 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
（３） 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術又は腹腔鏡下膵体尾部切除術を術者として 20 例以上実施した経験を有する常勤医師が配置されていること。
（４） 当該保険医療機関において膵臓に係る手術を年間 50 例以上実施しており、そのうち膵頭十二指腸切除術を年間 20 例以上実施していること。
（５） 当該保険医療機関において腹腔鏡手術を年間 100 例以上、かつ、胆嚢摘出術を除く腹腔鏡下上腹部手術を年間 20 例以上実施していること。
（６） 病理部門が設置され、病理医が配属されていること。
（７） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
（８） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。
（９） 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

（10） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
（11） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
３ 届出に関する事項
（１） 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術の施設基準に係る届出については、別添２の様式 52 及び様式 67 の２の３を用いること。
（２） 腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出については、別添２の様式 52 及び様式 67 の２の４を用いること。

第 76 同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術
１ 同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術に関する施設基準
移植関係学会合同委員会において、膵臓移植実施施設として選定された施設であること。
２ 届出に関する事項
（１） 同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 57 を用いること。
（２） 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 76 の２ 同種死体膵島移植術
１ 同種死体膵島移植術に関する施設基準
（１） 当該保険医療機関において、同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術又は同種死体膵島移植術を合わせて３年間に５例以上実施していること。ただし、令和４年３月 31 日までの間は、過去５年間に２例以上の実績がある場合、当該基準を満たしているものとみなす。
（２） 当該手術を担当する診療科の常勤医師数が２名以上配置されており、このうち１名以上は３例以上の同種死体膵島移植術の経験を有していること。
（３） 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名以上は膵臓移植又は膵島移植患者の診療の経験を有していること。
（４） 同種死体膵島移植術を行うに当たり医療関係団体より認定された施設であること。
（５） 日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守している旨を届け出ていること。
（６） 同種死体膵島移植術の実施に当たり、再生医療等の安全性の確保等に関する法律第３条に規定する再生医療等提供基準を遵守していること。
２ 届出に関する事項
（１） 同種死体膵島移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52 及び様式 57 の２を用いること。
（２） 医療関係団体より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。
（３） 再生医療等の安全性の確保等に関する法律第３条に規定する再生医療等提供基準を遵守していることを証する文書として、地方厚生（支）局で受理された再生医療等提供計画の写し

を添付すること。

第76の２の２　生体部分小腸移植術

１　生体部分小腸移植術に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関において、生体部分肝移植術又は生体部分小腸移植術を合わせて１年間に５例以上実施していること。

（２）　当該手術を担当する診療科の常勤医師数が５名以上配置されており、このうち少なくとも１名は生体部分小腸移植術又は同種死体小腸移植術の経験を有していること。

（３）　生体部分小腸移植術の実施に当たり、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体小腸移植実施指針」を遵守していること。

２　届出に関する事項

（１）　生体部分小腸移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式87の17の２を用いること。

（２）　臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体小腸移植実施指針」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

第76の３　同種死体小腸移植術

１　同種死体小腸移植術に関する施設基準

移植関係学会合同委員会において、小腸移植実施施設として選定された施設であること。

２　届出に関する事項

（１）　同種死体小腸移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式57を用いること。

（２）　移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第76の４　早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術

１　早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術の施設基準

（１）　当該保険医療機関において、粘膜下層剥離術（区分番号「Ｋ５２６－２」の「２」、「Ｋ６５３」の「２」若しくは「３」及び「Ｋ７２１－４」）を年間20件以上実施していること。

（２）　消化器内科、消化器外科、内視鏡内科又は内視鏡外科を標榜していること。

（３）　当該保険医療機関において、消化管内視鏡手術について５年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（４）　緊急手術が可能な体制を有していること。

２　届出に関する事項

早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式67の３を用いること。

第76の４の２　腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１　腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

（１）　外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、10例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　当該保険医療機関において、結腸悪性腫瘍に係る手術（区分番号「Ｋ７１９の３」又は「Ｋ７１９－３」）を年間30例以上実施していること。

（４）　外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が、外科又は消化器外科について10年以上の経験を有すること。

（５）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（６）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（７）　当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

（８）　当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（９）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

（１）　腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式87の39及び様式52を用いること。

（２）　当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第76の４の３　内視鏡的小腸ポリープ切除術

１　内視鏡的小腸ポリープ切除術の施設基準

（１）　消化器内科、消化器外科、内視鏡内科又は内視鏡外科を標榜していること。

（２）　当該保険医療機関において、消化管内視鏡手術について５年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（３）　緊急手術が可能な体制を有していること。

２　届出に関する事項

内視鏡的小腸ポリープ切除術の施設基準に係る届出は、別添２の様式87の40を用いること。

第76の５　腹腔鏡下小切開副腎摘出術

腹腔鏡下小切開副腎摘出術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の４の２腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第76の６　腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術、低位前方切除術及び切断術に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１　腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術、低位前方切除術及び切断術に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

（１）　外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　当該保険医療機関において、以下のア及びイの手術を年間30例以上実施しており、この

うちイの手術を年間 10 例以上実施していること。
ア　直腸切除・切断術
イ　腹腔鏡下直腸切除・切断術
（３）　外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が、外科又は消化器外科について 10 年以上の経験を有すること。
（４）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
（５）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。
（６）　当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
（７）　当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
（８）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
２　届出に関する事項
（１）　腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術、低位前方切除術及び切断術に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 18 を用いること。
（２）　当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第 76 の７　腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
１　腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の施設基準
（１）　泌尿器科及び麻酔科を標榜している病院であること。
（２）　以下のア又はイの手術を術者として、合わせて５例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
ア　腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
イ　腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
（３）　泌尿器科において常勤の医師２名を有し、いずれも泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有すること。
（４）　麻酔科の標榜医が配置されていること。
（５）　当該保険医療機関において、副腎腫瘍に係る手術（区分番号「Ｋ７５４」、「Ｋ７５４－２」、「Ｋ７５４－３」、「Ｋ７５５」又は「Ｋ７５５－２」）が１年間に合わせて 10 例以上実施されていること。
（６）　緊急手術体制が整備されていること。
（７）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。
（８）　当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
（９）　当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
２　届出に関する事項
（１）　腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍

摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 48 を用いること。
（２）　当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第 76 の８　副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法
１　副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法に関する施設基準
（１）　放射線科を標榜している病院であること。
（２）　内分泌内科又は高血圧症について専門の知識及び３年以上の経験を有する常勤の医師、泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師並びに放射線科について専門の経験及び５年以上の経験を有する常勤の医師がそれぞれ１名以上配置されていること。
（３）　副腎静脈サンプリングが年間 20 例以上実施されていること。
（４）　副腎手術が年間 10 例以上実施されていること又は原発性アルドステロン症に対する副腎手術が年間５例以上実施されていること。
（５）　緊急手術が可能な体制を有していること。
２　届出に関する事項
副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 47 を用いること。

第 77　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術
１　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術に関する施設基準
（１）　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能な手術室を有していること。ただし、体外衝撃波胆石破砕術、体外衝撃波膵石破砕術及び体外衝撃波腎・尿管結石破砕術を行う専用の室は同一のものであって差し支えない。
（２）　担当する医師が常時待機（院外での対応も含む。）しており、腎・尿管結石の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。
（３）　当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。
ア　生化学的検査
イ　血液学的検査
ウ　微生物学的検査
エ　画像診断
（４）　なお、医療法第 30 条の４第１項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該手術に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。
２　届出に関する事項
（１）　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 66 を用いること。
（２）　当該治療が行われる専用の施設の平面図を添付すること。

（３） 当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。

第 77 の２　腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術

腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は、第 72 の４の２腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第 77 の３　腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）

１　腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）の施設基準

（１） 泌尿器科を標榜している病院であること。

（２） 当該療養を担当する医師が常時待機（院外での対応を含む。）しており、腎腫瘍の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師が２名以上配置されていること。

２　届出に関する事項

腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）の施設基準に係る届出は別添２の様式 68 の２を用いること。

第 77 の３の２　腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

１　腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に関する施設基準

（１） 泌尿器科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 泌尿器科について５年以上の経験を有しており、また、当該療養について 10 例以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（３） 泌尿器科において常勤の医師２名を有し、いずれも泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有すること。

（４） 麻酔科の標榜医が配置されていること。

（５） 当該保険医療機関において、腎悪性腫瘍尿管悪性腫瘍に係る手術（区分番号「Ｋ７７３」、「Ｋ７７３－２」、「Ｋ７７３－３」、「Ｋ７７３－４」、「Ｋ７７３－５」又は「Ｋ７７３－６」）が１年間に合わせて 10 例以上実施されていること。

（６） 緊急手術体制が整備されていること。

（７） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（８） 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

２　届出に関する事項

（１） 腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 68 の３を用いること。

（２） 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第 77 の３の３　腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１　腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準

（１） 泌尿器科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 以下のアからウの手術を術者として、合わせて 10 例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

ア　腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

イ　腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

ウ　腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

（３） 当該保険医療機関において、以下のアからクまでの手術を合わせて年間 10 例以上実施しており、このうちキ又はクの手術を年間１例以上実施していること。

ア　腎（尿管）悪性腫瘍手術

イ　腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術

ウ　腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術

エ　腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）

オ　腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

カ　腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

キ　腎盂形成手術

ク　腹腔鏡下腎盂形成手術

（４） 泌尿器科において常勤の医師２名を有し、いずれも泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有すること。

（５） 緊急手術体制が整備されていること。

（６） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（７） 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

２　届出に関する事項

（１） 腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 68 の４を用いること。

（２） 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第 77 の４　同種死体腎移植術

１　同種死体腎移植術に関する施設基準

腎臓移植実施施設として、（社）日本臓器移植ネットワークに登録された施設であること。

２　届出に関する事項

（１） 同種死体腎移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 57 を用いること。

（２） （社）日本臓器移植ネットワークに登録された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 77 の５　生体腎移植術

１　生体腎移植術に関する施設基準

（１） 腎尿路系手術（区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴うものに限る。）が年間 10 例以上あること。

（２） 当該手術を担当する診療科の常勤の医師が２名以上配置されており、このうち少なくとも１名は、１例以上の死体腎移植又は５例以上の生体腎移植の経験を有していること。

（３） 生体腎移植術の実施に当たり、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体腎移植ガイドライン」を原則として遵守していること。

２ 届出に関する事項

（１） 生体腎移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式69を用いること。

（２） 臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体腎移植ガイドライン」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

第77の６ 腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術

腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の４の２腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第77の７ 膀胱水圧拡張術及びハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）

１ 膀胱水圧拡張術及びハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）に関する施設基準

（１） 泌尿器科の経験を５年以上有しており、膀胱水圧拡張術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として、５例以上実施した経験を有する医師が配置されていること。

（２） 当該保険医療機関が泌尿器科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。

（３） 麻酔科標榜医が配置されていること。

（４） 緊急手術が可能な体制を有していること。

２ 届出に関する事項

膀胱水圧拡張術及びハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式69の２を用いること。

第77の８ 腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術

腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の４の２腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第77の９ 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術

１ 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において、膀胱悪性腫瘍手術（区分番号「Ｋ８０３」、「Ｋ８０３－２」（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）及び「Ｋ８０３－３」）を１年間に１０例以上実施していること。

（２） 腹腔鏡を用いる手術について、関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針についての検討を適切に実施すること。

（３） 腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。

（４） 当該保険医療機関が泌尿器科及び麻酔科を標榜している医療機関であり、泌尿器科において常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち少なくとも１名は、５年以上の経験を有すること。

（５） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

（６） 緊急手術が可能な体制を有していること。

２ 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る施設基準

（１） 泌尿器科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、５例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３） 当該保険医療機関において、以下のアからウまでの手術を合わせて年間10例以上実施していること。

ア 膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの、尿管Ｓ状結腸吻合を利用して尿路変更を行うもの、回腸若しくは結腸導管を利用して尿路変更を行うもの又は代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）に限る。）

イ 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術

ウ 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術

（４） 泌尿器科において常勤の医師が２名以上配置され、いずれも泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有すること。

（５） 緊急手術体制が整備されていること。

（６） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（７） 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

（８） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（９） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

３ 届出に関する事項

（１） 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出

腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式69の３を用いること。

（２） 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る届出

ア 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る届出は、別添２の様式52及び様式69の５を用いること。

イ 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第77の10 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術

腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は、第77の９の１腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術の例による。

第77の11 人工尿道括約筋植込・置換術

１ 人工尿道括約筋植込・置換術の施設基準

（１） 泌尿器科を標榜している医療機関であり、泌尿器科において常勤の医師が２名以上配置さ

れており、そのうち少なくとも１名は、５年以上の経験を有すること。

（２） 緊急手術体制が整備されていること。

２ 届出に関する事項

人工尿道括約筋植込・置換術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 69 の４を用いること。

第 77 の 11 の２ 膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）、埋没陰茎手術及び陰嚢水腫手術（鼠径部切開によるもの）

１ 膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）、埋没陰茎手術及び陰嚢水腫手術（鼠径部切開によるもの）に関する施設基準

（１） 泌尿器科、小児外科、外科又は形成外科を標榜している病院であること。

（２） 泌尿器科において常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち少なくとも１名は、５年以上の経験を有すること。

２ 届出に関する事項

膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）、埋没陰茎手術及び陰嚢水腫手術（鼠径部切開によるもの）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 87 の 41 を用いること。

第 77 の 11 の３ 精巣内精子採取術

１ 精巣内精子採取術の施設基準

（１） 次のいずれかに該当すること。

ア 次のいずれの基準にも該当すること。

① 当該保険医療機関が泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。

② 泌尿器科について５年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

③ 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている又は生殖補助医療管理料に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していること。

イ 次のいずれの基準にも該当すること。

① 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。

② 精巣内精子採取術について過去２年に 10 例以上の経験を有する常勤の医師又は泌尿器科について５年以上の経験を有する医師が１名以上配置されていること。

③ 生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

④ 泌尿器科を標榜する他の保険医療機関との連携体制を構築していること。

（２） 緊急時の対応のため、時間外・夜間救急体制が整備されていること又は他の保険医療機関との連携により時間外・夜間救急体制が整備されていこと。

（３） 国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。

（４） 令和４年３月 31 日時点で特定治療支援事業の実施医療機関として指定を受けている保険医療機関については、同９月 30 日までの間に限り、（１）のアの②及び③並びにイの②から④まで及び（２）の基準を満たしているものとする。

２ 届出に関する事項

精巣内精子採取術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 87 の 42 を用いること。また、毎年７月において、前年度における症例数等について、別添２の様式 87 の 42 の２により届け出ること。

第 77 の 12 焦点式高エネルギー超音波療法

１ 焦点式高エネルギー超音波療法に関する施設基準

（１） 泌尿器科を標榜している病院であること。

（２） 当該手術を主として実施する医師及び補助を行う医師としてそれぞれ５例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師（当該診療科について５年以上の経験を有するものに限る。）が１名以上配置されていること。

（３） 当該保険医療機関において当該手術が５例以上実施されていること。

（４） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

焦点式高エネルギー超音波療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 70 を用いること。

第 78 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術

１ 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において、前立腺悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術を、１年間に合わせて 10 例以上実施していること。

（２） 当該保険医療機関が、泌尿器科及び麻酔科を標榜している医療機関であり、泌尿器科において５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名は少なくとも 10 年以上の経験を有すること。

（３） 腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されており、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として 10 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が１名以上配置されており、少なくとも１名以上は手術に参加すること。

（４） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

（５） 緊急手術が可能な体制を有していること。

（６） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 71 を用いること。

第 78 の２ 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は第 72 の４の２腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第 78 の２の２ 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

１ 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に関する施設基準

（１） 泌尿器科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 泌尿器科において常勤の医師２名を有し、いずれも泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有すること。

（３） 麻酔科の標榜医が配置されていること。

（４） 当該保険医療機関において前立腺悪性腫瘍手術に係る手術（区分番号「Ｋ８４３」、「Ｋ８４３－２」、「Ｋ８４３－３」又は「Ｋ８４３－４」）が１年間に合わせて 20 例以上実施されていること。
（５） 緊急手術が可能な体制を有していること。
（６） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。
（７） 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
２ 届出に関する事項
（１） 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 71 の１の２を用いること。
（２） 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第 78 の２の３ 腹腔鏡下仙骨膣固定術
１ 腹腔鏡下仙骨膣固定術に関する施設基準
（１） 産婦人科、婦人科又は泌尿器科を標榜している保険医療機関であること。
（２） 当該保険医療機関において当該手術が５例以上実施されていること。
（３） 産婦人科又は泌尿器科について５年以上の経験を有し、当該療養を術者として５例以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
（４） 実施診療科において常勤の医師が２名以上配置されていること。
（５） 麻酔科標榜医が配置されていること。
（６） 緊急手術体制が整備されていること。
（７） 病床を有していること。
２ 腹腔鏡下仙骨膣固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準
（１） 産婦人科又は婦人科、泌尿器科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。
（２） 以下のアからウまでの手術について、イの手術を３例以上含む、合わせて 10 例以上を術者として実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
ア 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
イ 腹腔鏡下仙骨膣固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
ウ 腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
（３） 当該保険医療機関において、膀胱瘤、膀胱悪性腫瘍、子宮脱又は子宮腫瘍に係る手術を合わせて年間 30 例以上実施しており、このうち腹腔鏡下仙骨膣固定術を年５例以上実施していること。
（４） 産婦人科、婦人科又は泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名以上が産婦人科、婦人科又は泌尿器科について 10 年以上の経験を有していること。
（５） 麻酔科標榜医が配置されていること。
（６） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
（７） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。
（８） 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
（９） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（10） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
３ 届出に関する事項
（１） 腹腔鏡下仙骨膣固定手術に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 71 の１の３を用いること。
（２） 腹腔鏡下仙骨膣固定手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 71 の１の４を用いること。
（３） 腹腔鏡下仙骨膣固定手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出を行う場合は、当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第 78 の３ 腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
１ 腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準
（１） 産婦人科又は婦人科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。
（２） 腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として５例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。
（３） 当該保険医療機関において、以下のアからエまでの手術を年間 30 例以上実施しており、このうちイの手術を年間 10 例以上実施していること。
ア 子宮全摘術
イ 腹腔鏡下膣式子宮全摘術
ウ 子宮悪性腫瘍手術
エ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術
（４） 産婦人科又は婦人科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が産婦人科又は婦人科について 10 年以上の経験を有していること。
（５） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
（６） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。
（７） 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。
（８） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。
（９） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
２ 届出に関する事項
（１） 腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 19 を用いること。
（２） 当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第 78 の３の２ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術
１ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）の施設基準
（１） 産婦人科又は婦人科を標榜している保険医療機関であること。
（２） 産婦人科又は婦人科について合わせて５年以上の経験を有し、開腹の子宮悪性腫瘍手術について 20 例以上実施した経験、腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）について 20 例以上実施した経験及び腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体が

んに限る。内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）について術者として５例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３） 当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が２名以上配置されていること。

（４） 常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。

（５） 病理部門が設置され、常勤の病理医が配置されていること。

（６） 子宮悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）が１年間に合わせて 20 例以上実施されていること。

（７） 緊急手術が可能な体制を有していること。

（８） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）の施設基準

（１） 産婦人科又は婦人科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 産婦人科又は婦人科について合わせて５年以上の経験を有し、開腹の子宮悪性腫瘍手術について 20 例以上実施した経験、腹腔鏡下腟式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）について 20 例以上実施した経験及び腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）について術者として３例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３） 当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が２名以上配置されていること。

（４） 常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。

（５） 病理部門が設置され、常勤の病理医が配置されていること。

（６） 子宮悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）が１年間に合わせて 20 例以上実施されていること。

（７） 緊急手術が可能な体制を有していること。

（８） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

３ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

（１） 産婦人科又は婦人科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、10 例以上実施した経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３） 当該保険医療機関において、以下のア又はイの手術を年間 20 例以上実施しており、このうちイの手術を年間５例以上実施していること。

ア 子宮悪性腫瘍手術

イ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術

（４） 産婦人科又は婦人科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が産婦人科又は婦人科について 10 年以上の経験を有すること。

（５） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（６） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（７） 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

（８） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（９）関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

４ 届出に関する事項

（１） 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）及び腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 71 の２を、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 71 の５を用いること。

（２） 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出を行う場合は、当該手術に用いる機器の保守管理の計画を添付すること。

第 78 の３の３ 腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術

１ 腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術の施設基準

（１） 産科又は産婦人科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 産科又は産婦人科について５年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３） 当該保険医療機関において腹腔鏡手術が年間 20 例以上実施されていること。

（４） 腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。

（５） 実施診療科において常勤の医師が２名以上配置されていること。

（６） 麻酔科標榜医が配置されていること。

２ 届出に関する事項

腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 43 を用いること。

第 78 の３の４ 人工授精

１ 人工授精の施設基準

（１） 当該保険医療機関が産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。

（２） 区分番号「Ｂ００１」の「32」一般不妊治療管理料の施設基準に係る届出を行った保険医療機関であること。

２ 届出に関する事項

一般不妊治療管理料の届出を行っていればよく、人工授精として特に地方厚生（支）局長に対して届出を行う必要はないこと。

第 78 の３の５ 胚移植術、採卵術、体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料

１ 胚移植術、採卵術、体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料の施設基準

（１） 当該保険医療機関が産科、婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。

（２） 区分番号「Ｂ００１」の「33」生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行った保険医療機関であること。

２ 届出に関する事項

生殖補助医療管理料の届出を行っていればよく、胚移植術、採卵術、体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料として特に地方厚生（支）局長に対して届出を行う必要はないこと。

第78の４　内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術

１　内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術の施設基準

（１）　産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科を標榜していること。

（２）　当該保険医療機関において、双胎間輸血症候群に関する十分な経験を有した常勤の医師が配置されていること。

（３）　区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること又は緊急帝王切開に対応できる体制を有しており、区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。

（４）　倫理委員会が設置されており、必要なときは事前に開催すること。

２　届出に関する事項

（１）　内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式71の３を用いること。

（２）　倫理委員会の開催要綱（運営規定等）の写しを添付すること。

第78の５　胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）

１　胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）に関する施設基準

（１）　産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科を標榜し、それぞれの診療科において２名以上の医師が配置されており、そのうち１名以上は５年以上の経験を有する医師であること。

（２）　５例以上の胎児胸水症例を経験した常勤の医師が配置されていること。

（３）　区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること又は緊急帝王切開に対応できる体制を有しており、区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。

２　届出に関する事項

胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）に係る届出は、別添２の様式52及び様式71の４を用いること。

第78の５の２　無心体双胎焼灼術（一連につき）

１　無心体双胎焼灼術の施設基準

（１）　産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科を標榜していること。

（２）　当該保険医療機関において、無心体双胎に関する十分な経験を有した常勤の医師が配置されていること。

（３）　区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること又は緊急帝王切開に対応できる体制を有しており、区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。

（４）　倫理委員会が設置されており、必要なときは事前に開催すること。

２　届出に関する事項

（１）　無心体双胎焼灼術の施設基準に係る届出は、別添２の様式71の４を用いること。

（２）　医師が経験した当該手術の症例数が分かる書類を添付すること。

（３）　倫理委員会の開催要綱（運営規定等）の写しを添付すること。

第78の５の３　胎児輸血術（一連につき）及び臍帯穿刺

１　胎児輸血術（一連につき）及び臍帯穿刺に関する施設基準

（１）　産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科を標榜し、それぞれの診療科において２名以上の医師が配置されており、そのうち１名以上は５年以上の経験を有する医師であること。

（２）　超音波ガイド下の胎児治療に十分な治療経験を有し、２例以上の臍帯穿刺又は胎児輸血を経験した常勤の医師が配置されていること。

（３）　区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること又は緊急帝王切開に対応できる体制を有しており、区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。

２　届出に関する事項

胎児輸血術（一連につき）又は臍帯穿刺に係る届出は、別添２の様式52及び様式71の４を用いること。

第78の５の４　体外式膜型人工肺管理料

１　体外式膜型人工肺管理料の施設基準

（１）　下記のいずれかの施設基準に係る届出を行った保険医療機関であること。

ア　区分番号「Ａ３００」救命救急入院料

イ　区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料

ウ　区分番号「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料

（２）　当該保険医療機関内に専任の臨床工学技士が常時１名以上配置されていること。

２　届出に関する事項

体外式膜型人工肺管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式87の44を用いること。

第78の６　医科点数表第２章第10部手術の通則４（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術

１　医科点数表第２章第10部手術の通則４（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術の施設基準

（１）　形成外科、泌尿器科又は産婦人科を標榜する一般病床を有する病院であること。

（２）　当該保険医療機関に関連学会が認定する常勤又は非常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　当該保険医療機関において、医科点数表第２章第10部手術の通則４（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術を合わせて20例以上実施していること。ただし、当該保険医療機関において、形成外科、泌尿器科又は産婦人科について５年以上の経験を有し当該手術を合わせて20例以上実施した経験を有する関連学会が認定する常勤の医師が１名以上配置されている場合は、この限りではない。

（４）　関連学会のガイドラインを遵守していること。

（５） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

２ 届出に関する事項

医科点数表第２章第10部手術の通則４（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式87の20を用いること。

第79 医科点数表第２章第10部手術の通則の５及び６（歯科点数表第２章第９部手術の通則４を含む。）に掲げる手術

１ 手術を受ける全ての患者に対して、当該手術の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望のあった場合、その都度手術に関して十分な情報を提供すること。

２ 患者への説明を要する全ての手術とは、手術の施設基準を設定されている手術だけではなく、当該医療機関において行われる全ての手術を対象とする。

なお、患者への説明は、図、画像、映像、模型等を用いて行うことも可能であるが、説明した内容については文書（書式様式は自由）で交付、診療録に添付するものであること。また、患者への説明が困難な状況にあっては、事後の説明又は家族等関係者に説明を行っても差し支えない。ただし、その旨を診療録に記載すること。

３ 当該手術について、以下の区分ごとに前年（１月から12月まで）の手術件数を院内掲示すること。

（１） 区分１に分類される手術

ア 頭蓋内腫瘤摘出術等（頭蓋内腫瘤摘出術、頭蓋内腫瘍摘出術、経鼻的下垂体腫瘍摘出術、脳動脈瘤被包術、脳動脈瘤流入血管クリッピング、脳動脈瘤頸部クリッピング、広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術、機能的定位脳手術、顕微鏡使用によるてんかん手術、脳刺激装置植込術、脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置交換術及び脳神経手術（開頭して行うもの）をいう。）

イ 黄斑下手術等（黄斑下手術、硝子体茎顕微鏡下離断術、増殖性硝子体網膜症手術、眼窩内腫瘍摘出術（表在性）、眼窩内腫瘍摘出術（深在性）、眼窩悪性腫瘍手術、眼窩内異物除去術（表在性）、眼窩内異物除去術（深在性）、眼筋移動術、毛様体腫瘍切除術及び脈絡膜腫瘍切除術をいう。）

ウ 鼓室形成手術等（鼓室形成手術、内耳窓閉鎖術、経耳的聴神経腫瘍摘出術及び経迷路的内耳道開放術をいう。）

エ 肺悪性腫瘍手術等（肺悪性腫瘍手術、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術、肺切除術、胸壁悪性腫瘍摘出術、醸膿胸膜、胸膜肥厚切除術（通常のものと胸腔鏡下のもの）、胸膜外肺剥皮術、胸腔鏡下膿胸腔掻爬術、膿胸腔有茎筋肉弁充填術、膿胸腔有茎大網充填術、胸郭形成手術（膿胸手術の場合）及び気管支形成手術をいう。）

オ 経皮的カテーテル心筋焼灼術、肺静脈隔離術

（２） 区分２に分類される手術

ア 靭帯断裂形成手術等（靭帯断裂形成手術、関節鏡下靭帯断裂形成手術、観血的関節授動術、関節鏡下関節授動術、骨悪性腫瘍手術及び脊椎、骨盤悪性腫瘍手術をいう。）

イ 水頭症手術等（水頭症手術、髄液シャント抜去術、脳血管内手術及び経皮的脳血管形成術をいう。）

ウ 鼻副鼻腔悪性腫瘍手術等（涙嚢鼻腔吻合術、鼻副鼻腔悪性腫瘍手術及び上咽頭悪性腫瘍手術をいう。）

エ 尿道形成手術等（尿道下裂形成手術、陰茎形成術、前立腺悪性腫瘍手術、尿道上裂形成手術、尿道形成手術、経皮的尿路結石除去術、経皮的腎盂腫瘍切除術、膀胱単純摘除術及び膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術を除く。）をいう。）

オ 角膜移植術

カ 肝切除術等（腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）、肝切除術、腹腔鏡下肝切除術、移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）、膵体尾部腫瘍切除術、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術、膵頭部腫瘍切除術、骨盤内臓全摘術、胆管悪性腫瘍手術、肝門部胆管悪性腫瘍手術及び副腎悪性腫瘍手術をいう。）

キ 子宮附属器悪性腫瘍手術等（子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）、卵管鏡下卵管形成術、腟壁悪性腫瘍手術、造腟術、腟閉鎖症術（拡張器利用によるものを除く。）、女子外性器悪性腫瘍手術及び子宮鏡下子宮内膜焼灼術をいう。）

（３） 区分３に分類される手術

ア 上顎骨形成術等（顔面神経麻痺形成手術、上顎骨形成術、頬骨変形治癒骨折矯正術及び顔面多発骨折観血的手術をいう。）

イ 上顎骨悪性腫瘍手術等（耳下腺悪性腫瘍手術、上顎骨悪性腫瘍手術、喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術、舌悪性腫瘍手術及び口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術をいう。）

ウ バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）

エ 母指化手術等（自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、神経血管柄付植皮術（手・足）、母指化手術及び指移植手術をいう。）

オ 内反足手術等（内反足手術及び先天性気管狭窄症手術をいう。）

カ 食道切除再建術等（食道切除再建術、食道腫瘍摘出術（開胸又は開腹手術によるもの、腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの）、食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）、食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）、食道切除後２次的再建術、食道裂孔ヘルニア手術及び腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術をいう。）

キ 同種死体腎移植術等（移植用腎採取術（生体）、腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）、同種死体腎移植術及び生体腎移植術をいう。）

（４） 区分４に分類される手術

胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）、漏斗胸手術（胸腔鏡によるもの）、胸腔鏡下試験開胸術、胸腔鏡下試験切除術、胸腔鏡下胸管結紮術（乳糜胸手術）、胸腔鏡下縦隔切開術、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術、胸腔鏡下肺切除術、胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術、胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術、胸腔鏡下肺縫縮術、胸腔鏡下食道憩室切除術、腹腔鏡下食道憩室切除術、胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術、縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術、腹腔鏡下食道アカラシア形成手術、腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）、胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む。）横隔膜縫合術、胸腔鏡下心膜開窓術、不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下によるものに限る。）に限る。）、腹腔鏡下リンパ節群郭清術（骨盤及び側方に限る。）、腹腔鏡下ヘルニア手術、腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）、腹腔鏡下試験開腹術、腹腔鏡下試験切除術、腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術、腹腔鏡下大

網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術、腹腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術、腹腔鏡下胃局所切除術、腹腔鏡下胃切除術、腹腔鏡下噴門側胃切除術、腹腔鏡下胃全摘術、腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術（幹迷切）、腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術、腹腔鏡下胃腸吻合術、腹腔鏡下幽門形成術、腹腔鏡下噴門形成術、腹腔鏡下食道噴門部縫縮術、腹腔鏡下胆管切開結石摘出術、腹腔鏡下胆嚢摘出術、腹腔鏡下総胆管拡張症手術、腹腔鏡下肝嚢胞切開術、腹腔鏡下脾固定術、腹腔鏡下脾摘出術、腹腔鏡下腸管癒着剥離術、腹腔鏡下腸重積症整復術、腹腔鏡下小腸切除術、腹腔鏡下虫垂切除術、腹腔鏡下結腸切除術、腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術、腹腔鏡下全結腸・直腸切除嚢肛門吻合術、腹腔鏡下人工肛門造設術、腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術、腹腔鏡下腸閉鎖症手術、腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（悪性腫瘍に対する直腸切除術後のものに限る。）、腹腔鏡下腸回転異常症手術、腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術、腹腔鏡下直腸切除・切断術、腹腔鏡下直腸脱手術、腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰、腹仙骨式）、腹腔鏡下副腎摘出術、腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）、腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術、腹腔鏡下腎部分切除術、腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術、腹腔鏡下腎嚢胞切除術、腹腔鏡下腎摘出術、腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下腎盂形成手術、腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）、腹腔鏡下膀胱部分切除術、腹腔鏡下膀胱脱手術、腹腔鏡下尿膜管摘出術、腹腔鏡下膀胱内手術、腹腔鏡下尿失禁手術、腹腔鏡下内精巣静脈結紮術、腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術、腹腔鏡下造腟術、腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術、腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術、腹腔鏡下子宮腟上部切断術、腹腔鏡下腟式子宮全摘術、腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術、子宮附属器癒着剥離術（両側）（腹腔鏡によるもの）、卵巣部分切除術（腟式を含む。）（腹腔鏡によるもの）、卵管結紮術（腟式を含む。）（両側）（腹腔鏡によるものに限る。）、卵管口切開術（腹腔鏡によるもの）、腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術、子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（腹腔鏡によるもの）、卵管全摘除術、卵管腫瘤全摘除術、子宮卵管留血腫手術（両側）（腹腔鏡によるもの）、腹腔鏡下卵管形成術、子宮外妊娠手術（腹腔鏡によるもの）、性腺摘出術（腹腔鏡によるもの）

（５） その他の区分

ア　人工関節置換術

イ　１歳未満の乳児に対する先天性食道閉鎖症根治手術、胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術、胸腹裂孔ヘルニア手術、経皮的肺動脈穿通・拡大術、単心室症又は三尖弁閉鎖症手術（心室中隔造成術）、大血管転位症手術、左心低形成症候群手術（ノルウッド手術）、先天性胆道閉鎖症手術、肝切除術、鎖肛手術（仙骨会陰式及び腹会陰式並びに腹仙骨式）、仙尾部奇形腫手術、副腎悪性腫瘍手術及び腎（尿管）悪性腫瘍手術（以下「乳児外科施設基準対象手術」という。）

ウ　ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術

エ　冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないものを含む。）及び体外循環を要する手術

オ　経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術及び経皮的冠動脈ステント留置術

４　同種死体腎移植術等（移植用腎採取術(生体)、腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）、同種死体腎移植術及び生体腎移植術をいう。）の実施に当たっては、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指

針、日本移植学会倫理指針、日本移植学会「生体腎移植実施までの手順」を遵守していること。

５　３の（１）区分１から（３）区分３までに分類される手術であって胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術及び３の（４）区分４に分類される手術の実施に当たっては、次のいずれにも該当すること。

（１）　速やかに開胸手術や開腹手術に移行できる体制を整えていること。

（２）　関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針についての検討を適切に実施すること。

（３）　胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。

６　届出に関する事項

（１）　当該施設基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

（２）　同種死体腎移植術等（移植用腎採取術(生体)、腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）、同種死体腎移植術及び生体腎移植術をいう。）の実施に当たっては、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針、日本移植学会「生体腎移植実施までの手順」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

第 79 の２　医科点数表第２章第 10 部手術の通則の 12 並びに歯科点数表第２章第９部手術の通則の９に掲げる手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の施設基準

手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の施設基準及び届出に関する事項は、第５６の２処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の例による。この場合において、同１中「処置」とあるのは、「手術」と読み替えるものとする。

第 79 の３　医科点数表第２章第 10 部手術の通則の 16 に掲げる手術

１　該当しない場合は所定点数の 100 分の 80 に相当する点数を算定することとなる施設基準

次のいずれかに該当すること。

（１）　胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）（以下「胃瘻造設術」という。）を実施した症例数（区分番号「Ｋ６６４－３」薬剤投与用胃瘻造設術の症例数及び頭頸部悪性腫瘍患者に対して行った胃瘻造設術の症例数を除く。ただし、薬剤投与用の胃瘻から栄養剤投与を行った場合は、その時点で当該症例数に計上する。）が１年間に 50 未満であること。

（２）　胃瘻造設術を実施した症例数（区分番号「Ｋ６６４－３」薬剤投与用胃瘻造設術の症例数及び頭頸部悪性腫瘍患者に対して行った胃瘻造設術の症例数を除く。ただし、薬剤投与用の胃瘻から栄養剤投与を行った場合は、その時点で当該症例数に計上する。）が１年間に 50 以上である場合であって、以下のア又はイのいずれも満たしていること。

ア　当該保険医療機関において胃瘻造設術を行う全ての患者（以下の①から⑥までに該当する患者を除く。）に対して、事前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を行っていること。

①　消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者

②　炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者

③　食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要

な患者

④　意識障害等がある場合、認知症等で検査上の指示が理解できない場合、誤嚥性肺炎を繰り返す場合等嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が危険であると判断される患者（ただし、意識障害が回復し、安全に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が可能と判断された場合は、速やかに実施すること。）

⑤　顔面外傷により嚥下が困難な患者

⑥　筋萎縮性側索硬化症、多系統萎縮症、脊髄小脳変性症又は６歳未満の乳幼児であって、明らかに嚥下が困難と判断される患者

イ　以下の①又は②のいずれかを満たしていること。

①　経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、以下の(ア)又は(イ)のいずれかに該当する患者（転院又は退院した患者を含む。）の合計数（ウに該当する患者を除く。）の３割５分以上について、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して１年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復させていること。

（ア）　他の保険医療機関等から紹介された患者で、鼻腔栄養又は胃瘻を使用している者であって、当該保険医療機関において、摂食機能療法を実施した患者

（イ）　当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養を導入又は胃瘻を造設した患者

②　当該保険医療機関において胃瘻造設術を行う全ての患者に対して、以下(ア)及び(イ)のいずれも実施していること。

（ア）　胃瘻造設術を行う患者に対し多職種による術前カンファレンスを行っていること。なお、カンファレンスの出席者については、当該患者を担当する医師１名、当該手術を実施する診療科に属する医師１名、リハビリテーション医療に関する経験を３年以上有する医師、耳鼻咽喉科に関する経験を３年以上有する医師又は神経内科に関する経験を３年以上有する医師のうち１名の合計３名以上の出席を必須とし、その他歯科医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士などが参加することが望ましい。また、カンファレンスを実施した際には、当該カンファレンスの概要及び出席者を診療録に記載していること。更に、当該カンファレンスに出席した医師については、その診療科名及び経験年数も記録していること。

（イ）　胃瘻造設術を行う患者に対し、当該患者の臨床症状、検査所見及び経口摂取回復の見込み等を記した計画書を作成し、本人又はその家族等に十分に説明を行った上で胃瘻造設術を実施していること。

ウ　以下の①から⑥までの患者はイの①の合計数には含まないものとする。

①　鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して１年以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く。）

②　鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して１か月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者

③　（２）イ①の（ア）に該当する患者であって、当該保険医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して１年以上が経過している患者

④　消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者

⑤　炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者

⑥　食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者

（３）（２）イの①でいう「栄養方法が経口摂取のみである状態」とは、以下のア又はイの状態をいう。

ア　鼻腔栄養の患者にあっては、経鼻経管を抜去した上で、１か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみである状態。

イ　胃瘻を造設している患者にあっては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施しており、かつ、１か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみである状態。

（４）　栄養方法が経口摂取である状態に回復した日とは、鼻腔栄養の患者にあっては、経鼻経管を抜去した日、胃瘻の患者にあっては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施した日とする。ただし、（３）の条件を満たすこと。

２　届出に関する事項

胃瘻造設術に係る届出は別添２の様式 43 の４及び様式 43 の５を用いること。

第 79 の４　医科点数表第２章第 10 部手術の通則の 19 に掲げる手術

１　乳房切除術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行うものに限る。）

（１）　乳腺外科又は外科及び麻酔科を標榜しており、乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有する常勤医師が１名以上配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修を修了していること。

（２）　臨床遺伝学の診療に係る経験を３年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修を修了していること。

（３）　乳房切除術を行う施設においては乳房ＭＲＩ加算の施設基準に係る届出を行っていること。ただし、次の項目をいずれも満たす場合においては、当該施設基準を満たすものとして差し支えない。

ア　画像診断管理加算２又は３に関する施設基準を満たすこと。

イ　関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。

ウ　遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者の診療に当たり、1.5 テスラ以上のＭＲＩ装置を有する他の保険医療機関と連携し、当該患者に対してＭＲＩ撮影ができる等、乳房ＭＲＩ撮影加算の施設基準を満たす保険医療機関と同等の診療ができること。なお、当該連携について文書による契約が締結されており、届出の際に当該文書を提出すること。

（４）　病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

（５）　麻酔科標榜医が配置されていること。

（６）　遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。

２　子宮附属器腫瘍摘出術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行うものに限る。）手術の施設基準

（１）　産婦人科又は婦人科及び麻酔科を標榜しており、産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて６年以上有する常勤医師が１名以上配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修を修了していること。

（２）　臨床遺伝学の診療に係る経験を３年以上有する常勤の医師が１名以上配置されているこ

と。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修を修了していること。

（３） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

（４） 麻酔科標榜医が配置されていること。

（５） 遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っていること。

３ 届出に関する事項

医科点数表第２章第 10 部手術の通則の 19 に掲げる手術に係る届出は別添２の様式 87 の 23 を用いること。

第 79 の５ 周術期栄養管理実施加算

１ 周術期栄養管理実施加算の施設基準

（１） 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添３の第１９の１の（２）に規定する研修を修了した医師が配置されていることが望ましい。

（２） 「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添３の第１９の１の（３）に規定する研修を修了し、栄養サポートチームにおいて、栄養管理に係る３年以上の経験を有する常勤の管理栄養士が配置されていること。

（３） 区分番号「Ａ２００」に掲げる総合入院体制加算又は、区分番号「Ａ２００－２」に掲げる急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

２ 届出に関する事項

周術期栄養管理実施加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 87 の 45 を用いること。

第 80 輸血管理料

１ 輸血管理料Ⅰに関する施設基準

（１） 当該保険医療機関の輸血部門において、当該保険医療機関の輸血業務全般に関する責任者として専任の常勤医師が配置されていること。

（２） 当該保険医療機関の輸血部門において、臨床検査技師が常時配置されており、専従の常勤臨床検査技師が１名以上配置されていること。

（３） 当該保険医療機関の輸血部門において、輸血用血液製剤及びアルブミン製剤（加熱人血漿たん白を含む。）の一元管理がなされていること。

（４） 次に掲げる輸血用血液検査が常時実施できる体制が構築されていること。

ＡＢＯ血液型、Ｒｈ（Ｄ）血液型、血液交叉試験又は間接Ｃｏｏｍｂｓ検査、不規則抗体検査

（５） 輸血療法委員会が設置され、年６回以上開催されるとともに、血液製剤の使用実態の報告がなされる等、輸血実施に当たっての適正化の取組がなされていること。

（６） 輸血前後の感染症検査の実施又は輸血前の検体の保存が行われ、輸血に係る副作用監視体制が構築されていること。

（７） （５）、（６）及び血液製剤の使用に当たっては、「「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改正について」（平成 26 年 11 月 12 日付薬食発 1112 第 12 号厚生労働省医薬食品局長通知）を遵守し適正に実施されていること。特に、血液製剤の使用に当たっては、投与直前の検査値の把握に努めるとともに、これらの検査値及び患者の病態を踏まえ、その適切な実施に配慮されていること。

２ 輸血管理料Ⅱに関する施設基準

（１） 当該保険医療機関の輸血部門において、当該保険医療機関の輸血業務全般に責任を有する常勤医師を配置していること。

（２） 当該保険医療機関の輸血部門において、専任の常勤臨床検査技師が１名以上配置されていること。

（３） 当該保険医療機関の輸血部門において輸血用血液製剤の一元管理がなされていること。

（４） 輸血管理料Ⅰの施設基準のうち、（4）から（7）までの全てを満たしていること。

３ 輸血適正使用加算の施設基準

（１） 「１」の輸血管理料Ⅰを算定する保険医療機関において、新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）の使用量を赤血球濃厚液（ＭＡＰ）の使用量で除した値が 0.54 未満であり、かつ、アルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液（ＭＡＰ）の使用量で除した値が２未満であること。なお、新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）及びアルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液（ＭＡＰ）の使用量で除した値は次により算出すること。

① 赤血球濃厚液（ＭＡＰ）の使用量

② 新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）の全使用量

③ 血漿交換療法における新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）の使用量

④ アルブミン製剤の使用量

⑤ 血漿交換療法におけるアルブミン製剤の使用量

（②－③／２）／①＝０．５４未満

（④－⑤）／①＝２未満

（２） 「２」の輸血管理料Ⅱを算定する保険医療機関において、新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）の使用量を赤血球濃厚液（ＭＡＰ）の使用量で除した値が 0.27 未満であり、かつ、アルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液（ＭＡＰ）の使用量で除した値が２未満であること。なお、新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）及びアルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液（ＭＡＰ）の使用量で除した値は次により算出すること。

① 赤血球濃厚液（ＭＡＰ）の使用量

② 新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）の全使用量

③ 血漿交換療法における新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）の使用量

④ アルブミン製剤の使用量

⑤ 血漿交換療法におけるアルブミン製剤の使用量

（②－③／２）／①＝０．２７未満

（④－⑤）／①＝２未満

４ 貯血式自己血輸血管理体制加算の施設基準

（１） 関係学会から示されている指針に基づき、貯血式自己血輸血が十分な体制のもとに適正に管理及び保存されていること。

（２） 関係学会から示された指針の要件を満たし、その旨が登録されている常勤の医師及び看護師がそれぞれ１名以上配置されていること。

５ 輸血管理料の届出に関する事項

輸血管理料Ⅰ、Ⅱ、輸血適正使用加算及び貯血式自己血輸血管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 73 を用いること。

第80の２　コーディネート体制充実加算

１　コーディネート体制充実加算に関する施設基準

（１）　当該療養について専門の知識及び10年以上の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（２）　同種移植のコーディネート体制が十分に整備されていること。

（３）　当該手術を担当する診療科が関係学会による認定を受けていること。

２　届出に関する事項

（１）　コーディネート体制充実加算に係る届出は、別添２の様式87の21を用いること。

（２）　当該手術を担当する診療科が関係学会により認定されていることを証する文書の写しを添付すること。

第80の３　自己生体組織接着剤作成術

１　自己生体組織接着剤作成術に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関の輸血部門において、当該保険医療機関の輸血業務全般に関する責任を有する常勤医師が配置されていること。

（２）　当該保険医療機関の輸血部門において、専任の常勤臨床検査技師が１名以上配置されていること。

（３）　血液製剤の使用に当たって「「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改正について」を遵守し適正に実施されていること。特に血液製剤の使用に当たっては、投与直前の検査値の把握に努めるとともに、これらの検査値及び患者の病態を踏まえ、その適切な実施に配慮されていること。

（４）　当該技術の適応の判断及び実施に当たって、関連学会から示されているガイドラインを遵守していること。

２　届出に関する事項

（１）　自己生体組織接着剤作成術の施設基準に係る届出は、別添２の様式73の２を用いること。

（２）　臨床検査技師の勤務状況について具体的に分かるものを添付すること。

第80の３の２　自己クリオプレシピテート作製術（用手法）及び同種クリオプレシピテート作製術

１　自己クリオプレシピテート作製術（用手法）及び同種クリオプレシピテート作製術に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関の輸血部門において、当該保険医療機関の輸血業務全般に関する責任を有する常勤医師が配置されていること。

（２）　当該保険医療機関の輸血部門において、専任の常勤臨床検査技師が１名以上配置されていること。

（３）　血液製剤の使用に当たって「「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改正について」を遵守し適正に実施されていること。特に血液製剤の使用に当たっては、投与直前の検査値の把握に努めるとともに、これらの検査値及び患者の病態を踏まえ、その適切な実施に配慮されていること。

（４）　当該技術の適応の判断及び実施に当たって、関連学会から示されているガイドラインを遵守していること。

２　届出に関する事項

（１）　自己クリオプレシピテート作製術（用手法）及び同種クリオプレシピテート作製術の施設基準に係る届出は、別添２の様式73の２を用いること。

（２）　臨床検査技師の勤務状況について具体的に分かるものを添付すること。

第80の４　人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算

１　人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算に関する施設基準

（１）　人工肛門又は人工膀胱造設に関する十分な経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（２）　５年以上の急性期患者の看護に従事した経験を有し、急性期看護又は排泄ケア関連領域における適切な研修を修了した常勤の看護師が配置されていること。なお、ここでいう急性期看護又は排泄ケア等に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア　医療関係団体等が認定する教育施設において実施され、20時間以上を要し、当該団体より修了証が交付される研修であること。

イ　急性期看護又は排泄ケア関連領域における専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

２　届出に関する事項

（１）　人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式73の３を用いること。

（２）　人工肛門又は人工膀胱造設に関する十分な経験を有する常勤の医師の勤務状況について具体的に分かるものを添付すること。

第80の５　胃瘻造設時嚥下機能評価加算

胃瘻造設時嚥下機能評価加算の施設基準及び届出に関する事項は、第79の３医科点数表第２章第10部手術の通則の16に掲げる手術の例による。

第80の５の２　凍結保存同種組織加算

１　凍結保存同種組織加算に関する施設基準

（１）　外科、心臓血管外科又は小児外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　当該医療機関において、当該療養が３例以上実施されていること。

（３）　外科、心臓血管外科又は小児外科について10年以上及び当該療養について５年以上の経験を有し、また、当該療養について術者として実施する医師又は補助を行う医師として８例以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。そのうち、術者として５例以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（４）　実施診療科において常勤の医師が３名以上配置されていること。

（５）　常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。

（６）　臨床検査技師が配置されていること。

（７）　緊急手術体制が整備されていること。

（８） 日本組織移植学会の認定する採取して保存した組織を他施設へ供給できる組織バンクを有していること。当該バンクを有していない場合は、当該バンクを有する保険医療機関とあらかじめ当該同種保存組織の適切な使用及び保存方法等について契約を有していること。

２ 届出に関する事項

凍結保存同種組織加算に係る届出は、別添２の様式52及び様式73の５を用いること。なお、１の凍結保存同種組織加算に関する施設基準の（８）に係る契約に関する文書の写しも併せて提出すること。

第80の６ 歯周組織再生誘導手術

１ 歯周組織再生誘導手術に関する施設基準

歯科又は歯科口腔外科を標榜し、歯周病治療に係る専門の知識及び５年以上の経験を有する歯科医師が１名以上いること。

２ 届出に関する事項

歯周組織再生誘導手術の施設基準に係る届出は別添２の様式74を用いること。

第80の７ 手術時歯根面レーザー応用加算

１ 手術時歯根面レーザー応用加算に関する施設基準

（１） 当該レーザー治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上いること。

（２） 歯周組織再生誘導手術について当該療養を行う場合は、歯周組織再生誘導手術の届出を行った保険医療機関であること。

（３） 歯肉剥離掻爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。

２ 届出に関する事項

手術時歯根面レーザー応用加算に係る届出は別添２の様式50を用いること。

第80の８ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術

１ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術に関する施設基準

（１） 歯科又は歯科口腔外科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 当該診療科に係る５年以上の経験及び当該療養に係る３年以上の経験を有する常勤の歯科医師が２名以上配置されていること。

（３） 病院であること。

（４） 当直体制が整備されていること。

（５） 医療機器保守管理及び医薬品に係る安全確保のための体制が整備されていること。

（６） 当該療養に必要な検査機器を設置していること。

２ 届出に関する事項

広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る届出は別添２の様式74の３を用いること。

第80の９ 歯根端切除手術の注３

１ 歯根端切除手術の注３に関する施設基準

（１） 手術用顕微鏡を用いた治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。

（２） 保険医療機関内に手術用顕微鏡が設置されていること。

２ 届出に関する事項

歯根端切除手術の注３の施設基準に係る届出については、別添２の様式49の８を用いること。

第80の10 口腔粘膜血管腫凝固術

１ 口腔粘膜血管腫凝固術に関する施設基準

（１） 当該レーザー治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。

（２） 口腔粘膜に生じた血管腫等の血管病変に対する凝固を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。

２ 届出に関する事項

口腔粘膜血管腫凝固術に係る届出は別添２の様式74の４を用いること。

第80の11 レーザー機器加算の施設基準

１ レーザー機器加算に関する施設基準

（１） 当該レーザー治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する医師又は歯科医師が１名以上配置されていること。

（２） 口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。

２ 届出に関する事項

レーザー機器加算に係る届出は別添２の様式49の９を用いること。

第81 麻酔管理料（Ⅰ）

１ 麻酔管理料（Ⅰ）の施設基準

（１） 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 麻酔科標榜医が１名以上配置されていること。

（３） 常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制が確保されていること。

２ 周術期薬剤管理加算の施設基準

（１） 周術期薬剤管理に関するプロトコルを整備していること。なお、周術期薬剤管理の実施状況を踏まえ、定期的なプロトコルの見直しを行うこと。

（２） 周術期薬剤管理加算の施設基準における専任の薬剤師、区分番号「Ａ２４４」病棟薬剤業務実施加算の施設基準における専任の薬剤師及び医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、周術期薬剤管理における問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が周術期薬剤管理を実施するにつき必要な情報が提供されていること。

（３） 医薬品の安全使用や、重複投与・相互作用・アレルギーのリスクを回避するための手順等を盛り込んだ薬剤の安全使用に関する手順書（マニュアル）を整備し、必要に応じて当直等の薬剤師と連携を行っていること。なお、周術期薬剤管理の実施状況等を踏まえ、定期的に

当該手順書の見直しを行うこと。

3　届出に関する事項

（1）　麻酔管理料（Ⅰ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式75を用いること。

（2）　周術期薬剤管理加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式75の３を用いること。

第81の２　麻酔管理料（Ⅱ）

1　麻酔管理料（Ⅱ）の施設基準

（1）　麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（2）　常勤の麻酔科標榜医が５名以上配置されていること。なお、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている麻酔科標榜医である非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤配置のうち４名までに限る。

（3）　常勤の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保されていること。

（4）　24時間緊急手術の麻酔に対応できる体制を有していること。

（5）　麻酔科標榜医と麻酔科標榜医以外の医師が共同して麻酔を実施する体制が確保されていること。なお、ここでいう「麻酔科標榜医以外の医師」とは、当該保険医療機関において常態として週３日以上かつ週22時間以上の勤務を行っている医師であって、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に麻酔を担当するもの（以下この項において、単に「担当医師」という。）をいう。

（6）　担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合にあっては、当該研修を修了した専任の常勤看護師が１名以上配置されていること。ここでいう「適切な研修」とは、保健師助産師看護師法第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる麻酔中の患者の看護に係る研修であること。

（7）　担当医師が実施する一部の行為を、（6）に規定する看護師が実施する場合にあっては、麻酔科標榜医又は担当医師と連携することが可能な体制が確保されていること。

2　周術期薬剤管理加算の施設基準

当該加算の要件については、第81の２と同様である。

3　届出に関する事項

（1）　麻酔管理料（Ⅱ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式75を用いること。

（2）　周術期薬剤管理加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式75の３を用いること。

第81の３　歯科麻酔管理料

1　歯科麻酔管理料に関する施設基準

（1）　歯科麻酔に係る専門の知識及び２年以上の経験を有し、当該療養に習熟した医師又は歯科医師の指導の下に、主要な麻酔手技を自ら実施する者として全身麻酔を200症例以上及び静脈内鎮静法を50症例以上経験している常勤の麻酔に従事する歯科医師が１名以上配置されていること。

（2）　常勤の麻酔に従事する歯科医師により、麻酔の安全管理体制が確保されていること。

2　届出に関する事項

歯科麻酔管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式75の２を用いること。

第82　放射線治療専任加算

1　放射線治療専任加算に関する施設基準

（1）　放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

（2）　放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（3）　当該管理を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。

ア　高エネルギー放射線治療装置

イ　Ｘ線あるいはＣＴを用いた位置決め装置

ウ　放射線治療計画システム

2　届出に関する事項

放射線治療専任加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式76を用いること。

第82の２　外来放射線治療加算

1　外来放射線治療加算に関する施設基準

（1）　放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

（2）　放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射

線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（３） 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。

ア 高エネルギー放射線治療装置

イ Ｘ線又はＣＴを用いた位置決め装置

ウ 放射線治療計画システム

エ 患者が休憩できるベッド等

２ 届出に関する事項

外来放射線治療加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式76を用いること。

第82の３ 遠隔放射線治療計画加算

１ 遠隔放射線治療計画加算に関する施設基準

（１） 放射線治療を行う施設は、次の施設基準を満たしていること。

ア 放射線科を標榜している保険医療機関であること。

イ 専ら放射線治療を担当する常勤の医師が配置されていないこと。

ウ 放射線治療を担当する常勤の診療放射線技師が２名以上配置されており、そのうち１名は放射線治療を専ら担当し、かつ、５年以上の経験を有すること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。

エ 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器及び施設を備えていること。

① 直線加速器

② 治療計画用ＣＴ装置及び三次元放射線治療計画システム

③ セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システム

④ 第三者機関による直線加速器の出力線量の評価

オ 遠隔放射線治療の支援施設の放射線治療を専ら担当する医師と、常時連絡がとれる体制にあること。

カ 遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針が策定されていること。

キ 関係学会の定めるガイドラインに基づき、当該治療を適切に実施していること。

（２） 放射線治療を支援する施設は、次の施設基準を満たしていること。

ア 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名は５年以上の放射線治療の経験を有すること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算及びホウ素中性子捕捉療法医学管理加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。

イ 照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担当者は強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

ウ セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システムを備えていること。

エ 遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針が策定されており、実際の遠隔放射線治療の支援が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な遠隔放射線治療の実施に係る記録が保存されていること。

オ 関係学会の定めるガイドラインに基づき、当該支援を適切に実施していること。

２ 届出に関する事項

遠隔放射線治療計画加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式76の２を用いること。

第83 高エネルギー放射線治療

１ 高エネルギー放射線治療に関する施設基準

照射方法を問わず、高エネルギー放射線治療を年間合計100例以上実施又は小児入院医療管理料１を届け出ていること。

２ 届出に関する事項

高エネルギー放射線治療の施設基準に係る届出は、別添２の様式77を用いること。

第83の２ 一回線量増加加算

１ 高エネルギー放射線治療の一回線量増加加算に関する施設基準

（１） 照射方法を問わず、高エネルギー放射線治療を年間100例以上実施していること。

（２） 放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

（３） 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ

素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

２　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の一回線量増加加算に関する施設基準

（１）　照射方法を問わず、高エネルギー放射線治療を年間 100 例以上実施していること。

（２）　放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

（３）　放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（４）　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）を行うために必要な機器及び施設を備えていること。

（５）　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）を年間 10 例以上実施しており、かつ区分番号「Ｍ００１」の「注４」の「ハ」画像誘導放射線治療（腫瘍の位置情報によるもの）を年間 10 例以上実施していること。

３　届出に関する事項

一回線量増加加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 77 を用いること。

第 83 の３　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）

１　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ)に関する施設基準

（１）　放射線科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　放射線治療を専ら担当する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名は放射線治療の経験を５年以上有する者であること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

また、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤配置のうち１名（放射線治療の経験を５年以上有する者１名を除く。）に限る。また、この場合には強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）は年間 50 例を限度として実施できる。

（３）　放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。

（４）　放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担当者は遠隔放射線治療計画加算、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（５）　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）を年間 10 例以上実施していること。

（６）　当該治療を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。

ア　直線加速器

イ　治療計画用ＣＴ装置

ウ　インバースプラン（逆方向治療計画）の可能な三次元放射線治療計画システム

エ　照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置

オ　平面上の照射強度を変化させることができる装置

カ　微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価個体ファントム

キ　二次元以上で相対的な線量分布を測定・比較できる機器

（７）　当該保険医療機関において、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に関する機器の精度管理に関する指針が策定されており、実際の線量測定等の精度管理が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な精度管理に係る記録が保存されていること。

２　届出に関する事項

強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 78 を用いること。

第 83 の４　画像誘導放射線治療加算

１　画像誘導放射線治療加算に関する施設基準

（１）　放射線科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、

放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

（３） 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。

（４） 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担当者は、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（５） 当該治療を行うために必要な次に掲げるいずれかの機器が当該治療を行う室内に設置されていること。

ア　２方向以上の透視が可能な装置

イ　画像照合可能なＣＴ装置

ウ　画像照合可能な超音波診断装置

（６） 当該治療を行うために必要な次に掲げるいずれかの機器が当該治療を行う室内に設置されていること。

ア　体表面の位置情報により位置照合可能な装置

イ　骨構造の位置情報により位置照合可能な装置

ウ　腫瘍の位置情報により位置照合可能な装置

（７） 当該保険医療機関において、画像誘導放射線治療（ＩＧＲＴ）に関する手法と機器の精度管理に関する指針が策定されており、実際の画像誘導の精度管理が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な実施記録と精度管理に係る記録が保存されていること。

２　届出に関する事項

画像誘導放射線治療加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式78の２を用いること。

第83の５　体外照射呼吸性移動対策加算

１　体外照射呼吸性移動対策加算の施設基準

（１） 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る医師を兼任することができる。

（２） 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。なお、当該診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る診療放射線技師を兼任することができる。

（３） 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担当者は遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（４） 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器が当該治療を行う室内に設置されていること。

ア　呼吸性移動が10㎜以上の腫瘍（左乳癌に対して行う場合は、標的）に対して、呼吸性移動を補償するために必要な照射範囲の拡大が5㎜以下とするために必要な装置

イ　実際の照射野内に腫瘍（左乳癌に対して行う場合は、標的）が含まれていることを毎回の照射直前又は照射中に確認・記録するために必要な装置

（５） 当該保険医療機関において、当該治療に係る公開可能な実施記録と精度管理に係る記録が保存されていること。

２　届出に関する事項

体外照射呼吸性移動対策加算の施設基準に係る届出は別添２の様式78の３を用いること。

第84　定位放射線治療

１　定位放射線治療に関する施設基準

（１） 放射線科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

（３） 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するも

のに限る。）が１名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。

（４） 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担当者は、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（５） 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。

ア　直線加速器

イ　治療計画用ＣＴ装置

ウ　三次元放射線治療計画システム

エ　照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置

オ　微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価個体ファントム

２　届出に関する事項

定位放射線治療の施設基準に係る届出は、別添２の様式79を用いること。

第84の２　定位放射線治療呼吸性移動対策加算

１　定位放射線治療呼吸性移動対策加算（動体追尾法）の施設基準

（１） 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名は放射線治療の経験を５年以上有する者であること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る医師を兼任することができる。

（２） 体外照射呼吸性移動対策加算の(２)から(５)までを満たすこと。ただし、「定位放射線治療呼吸性移動対策加算」は「体外照射呼吸性移動対策加算」と読み替えるものとする。

２　定位放射線治療呼吸性移動対策加算（その他のもの）の施設基準

体外照射呼吸性移動対策加算の(１)から(５)までを満たすこと。ただし、「定位放射線治療呼吸性移動対策加算」は「体外照射呼吸性移動対策加算」と読み替えるものとする。

３　届出に関する事項

定位放射線治療呼吸性移動対策加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式78の３を用いること。

第84の２の２　粒子線治療

１　粒子線治療に関する施設基準

（１） 放射線科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が２名以上配置されていること。このうち１名は、放射線治療の経験を10年以上有するとともに、陽子線治療については陽子線治療の経験を、重粒子線治療については重粒子線治療の経験を２年以上（放射線治療（四門以上の照射、運動照射、原体照射又は強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）による体外照射に限る。）による療養について１年以上の経験を有する者については、１年以上）有すること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、遠隔放射線治療計画加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。

（３） 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師が配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。

（４） 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担当者は、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（５） 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。

ア　粒子線治療装置

イ　治療計画用ＣＴ装置

ウ　粒子線治療計画システム

エ　照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置

オ　微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価固体ファントム

（６） 当該治療に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。

（７） 重粒子線治療については重粒子線治療の実績を、陽子線治療については陽子線治療の実績を10例以上有していること。

２　届出に関する事項

粒子線治療の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 79 の１の２を用いること

第 84 の２の３　粒子線治療適応判定加算

１　粒子線治療適応判定加算に関する施設基準

（１）　放射線治療に専従の常勤の医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る）が２名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、遠隔放射線治療計画加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。

（２）　粒子線治療に係るキャンサーボードについて、以下のいずれかを満たしていること。

ア　当該保険医療機関において「がん診療連携拠点病院等の整備について」に準拠したキャンサーボード（手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換、共有、検討、確認等を行うためのカンファレンスをいう。以下同じ。）が開催され、当該キャンサーボードによって、当該保険医療機関で当該治療を受ける患者に対して、粒子線治療の適応判定等が実施される体制を有すること。なお、当該キャンサーボードについては、月に１回以上開催されており、手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアの分野に携わる専門的な知識及び技能を有する医師のうち３分野以上の医師が毎回出席していること。

イ　連携体制のあるがん診療連携拠点病院のキャンサーボードに、当該保険医療機関の医師が参加することによって、当該保険医療機関で当該治療を受ける患者に対して、粒子線治療の適応判定等が実施される体制を有すること。

２　届出に関する事項

粒子線治療適応判定加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 79 の１の３を用いること。

第 84 の２の４　粒子線治療医学管理加算

１　粒子線治療医学管理加算に関する施設基準

（１）　放射線治療に専従の常勤の医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が２名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、遠隔放射線治療計画加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。

（２）　放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が粒子線治療室１つにつき２名以上、かつ当該保険医療機関に合計３名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（３）　放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担当者は、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（４）　放射線治療に専従の常勤の看護師が１名以上配置されていること。なお、当該常勤の看護師は、外来放射線照射診療料に係る常勤の看護師を兼任することはできない。

（５）　次に掲げる機器を備えていること（なお、アとイについては、患者ごとのスキャニング法による照射を行う場合にはこの限りでない。）。

ア　患者毎のコリメーターを用いる照射野形成装置

イ　患者毎のボーラスを用いる深部線量分布形成装置

ウ　２方向以上の透視が可能な装置、画像照合可能なCT 装置、又は画像照合可能な超音波装置（いずれも治療室内に設置されているものに限る。）

２　届出に関する事項

粒子線治療適応判定加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 79 の１の３を用いること。

第 84 の２の５　ホウ素中性子捕捉療法

１　ホウ素中性子捕捉療法に関する施設基準

（１）　放射線科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　関連学会が認定する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、遠隔放射線治療計画加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。

（３）　放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師が配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移

動対策加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。

（４） 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担当者は、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（５） 当該療法を行うために必要な次に掲げる機器、施設を備えていること。

ア　ホウ素中性子捕捉療法装置

イ　治療計画用ＣＴ装置

ウ　ホウ素中性子捕捉療法計画システム

エ　照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置

オ　ホウ素中性子捕捉療法装置での中性子計測の放射化法に適した検出器及び併用する水ファントム又は固体ファントム

（６） 当該療法に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。

（７） 当該療法の実績を 10 例以上有していること。

（８） 関係学会から示されている指針に基づき、当該療法が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

ホウ素中性子捕捉療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 79 の１の４を用いること

第 84 の２の６　ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算

１　ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算に関する施設基準

（１） 関連学会が認定する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、遠隔放射線治療計画加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。

（２） ホウ素中性子捕捉療法に係るキャンサーボードについて、以下のいずれかを満たしていること。

ア　当該保険医療機関において「がん診療連携拠点病院等の整備について」に準拠したキャンサーボード（手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換、共有、検討、確認等を行うためのカンファレンスをいう。以下同じ。）が開催され、当該キャンサーボードによって、当該保険医療機関で当該療法を受ける患者に対して、ホウ素中性子捕捉療法の適応判定等が実施される体制を有すること。なお、当該キャンサーボードについては、月に１回以上開催されており、手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアの分野に携わる専門的な知識及び技能を有する医師のうち３分野以上の医師が毎回出席していること。

イ　連携体制のあるがん診療連携拠点病院のキャンサーボードに、当該保険医療機関の医師が参加することによって、当該保険医療機関で当該療法を受ける患者に対して、ホウ素中性子捕捉療法の適応判定等が実施される体制を有すること。

２　届出に関する事項

ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 79 の１の４を用いること。

第 84 の２の７　ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算

１　ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算に関する施設基準

（１） 関連学会が認定する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、遠隔放射線治療計画加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。

（２） 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が２名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、ホウ素中性子捕捉療法及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（３） 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担当者は、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、ホウ素中性子捕捉療法及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（４） 放射線治療に専従の常勤の看護師が１名以上配置されていること。なお、当該常勤の看護師は、外来放射線照射診療料に係る常勤の看護師を兼任することはできない。

２　届出に関する事項

ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 79 の１の４を用いること。

第84の２の８　画像誘導密封小線源治療加算

１　画像誘導密封小線源治療加算に関する施設基準

（１）　放射線科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の医師又は歯科医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算及びホウ素中性子捕捉療法医学管理加算に係る常勤の医師又は歯科医師を兼任することができる。

（３）　放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）及び看護師がそれぞれ１名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法及びホウ素中性子捕捉療法医学管理加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。

（４）　放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担当者は、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法及びホウ素中性子捕捉療法医学管理加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（５）　当該治療を行うために必要な次に掲げる機器を有していること。

ア　画像照合可能なＣＴ又はＭＲＩ装置

イ　遠隔操作式密封小線源治療装置

ウ　小線源治療用三次元的治療計画装置

（６）　当該保険医療機関において、画像誘導密封小線源治療に関する手法と機器の精度管理に関する指針が策定されており、実際の画像誘導の精度管理が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な実施記録と精度管理に係る記録が保存されていること。

２　届出に関する事項

画像誘導密封小線源治療加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式78の２を用いること。

第84の３　保険医療機関間の連携による病理診断

１　保険医療機関間の連携による病理診断に関する施設基準

（１）　標本、検体又はデジタル病理画像（以下「標本等」という。）の送付又は送信側（検体採取が行われる保険医療機関）においては、病理診断業務について５年以上の経験を有し、病理標本作製を行うことが可能な常勤の検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）が１名以上配置されていることが望ましい。

（２）　標本等の受取又は受信側（病理標本等の観察及び評価が行われる保険医療機関）においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

ア　病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算の届出を行っている施設であること。

イ　特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関又は病理診断科を標榜する医療機関であること。

ウ　イに掲げる医療機関のうち、特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院及び基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関以外の医療機関であって、病理診断科を標榜する医療機関における病理診断に当たっては、同一の病理組織標本等について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師又は常勤の歯科医師が観察を行い、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断に当たる医師又は歯科医師のうち少なくとも１名以上は、病理診断の経験を７年以上有していること。

エ　病理標本が送付される場合においては、受取側の保険医療機関に送付される病理標本について、別添２の様式79の２に定める計算式により算出した数値が100分の80以下であること。

オ　デジタル病理画像の観察及び評価を行う場合は、デジタル病理画像による病理診断の施設基準に係る届出を行っていること。

２　届出に関する事項

保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準に係る届出は、別添２の様式79の２を用いること。

第84の４　保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製

１　保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製に関する施設基準

（１）　送信側（検体採取が行われる保険医療機関）においては、病理診断業務の経験５年以上を有し、凍結切片を作製することが可能な常勤の検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）が１名以上配置されていること。

（２）　受信側（病理診断が行われる保険医療機関）においては、病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師が勤務する特定機能病院、臨床研修指定病院又はへき地医療拠点病院であること。

２　届出に関する事項

保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製の施設基準に係る届出は、別添２の様式80を用いること。

第84の５　保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診

１　保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診に関する施設基準

（１）　送信側（検体採取が行われる保険医療機関）においては、病理診断業務の経験５年以上を有し、細胞診の経験を十分に有する常勤の検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）が１名以上配置されていること。

（２） 受信側（病理診断が行われる保険医療機関）においては、病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師が勤務する特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院又は基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関であること。

２ 届出に関する事項

保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診の施設基準に係る届出は、別添２の様式 80 を用いること。

第 84 の６ デジタル病理画像による病理診断に関する施設基準

１ デジタル病理画像による病理診断に関する施設基準

（１） 病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算に係る届出を行っている施設であること。

（２） デジタル病理画像の作成及び管理を行うにつき、十分な体制を整備していること。

２ 届出に関する事項

デジタル病理画像による病理診断の施設基準に係る届出は、別添２の様式 80 の２を用いること。

第 84 の７ 病理診断管理加算

１ 病理診断管理加算１に関する施設基準

（１） 病理診断科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 病理診断を専ら担当する常勤の医師（専ら病理診断を担当した経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。なお、病理診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において病理標本の作製又は病理診断に携わっている者をいう。

（３） 病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（４） 年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていることが望ましい。

２ 病理診断管理加算２に関する施設基準

（１） 病理診断科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 病理診断を専ら担当する常勤の医師（専ら病理診断を担当した経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上及び病理診断を専ら担当する常勤の医師（専ら病理診断を担当した経験を７年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。なお、病理診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において病理標本の作製又は病理診断に携わっている者をいう。

（３） 病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されている病院であること。

（４） 年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていること。

（５） 臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合（ＣＰＣ：Clinicopathological Conference）を少なくとも年２回以上行っていること。

（６） 同一の病理組織標本について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検し、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断に当たる医師のうち少なくとも１名以上は専ら病理診断を担当した経験を５年以上有すること。

３ 届出に関する事項

病理診断管理加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 80 の２を用いること。

第 84 の８ 悪性腫瘍病理組織標本加算に関する施設基準

１ 悪性腫瘍病理組織標本加算に関する施設基準

病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算に係る届出を行っている施設であるか、以下の全てを満たす施設であること。

ア 病理診断科を標榜している保険医療機関であること。

イ 専ら病理診断を担当した経験を７年以上有する医師が１名以上配置されていること。

ウ 病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

エ 年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていることが望ましい。

２ 届出に関する事項

悪性腫瘍病理組織標本加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 80 の２を用いること。

第 84 の９ 口腔病理診断管理加算 （略）

第 85 クラウン・ブリッジ維持管理料の届出に関する事項 （略）

第 86 歯科矯正診断料 （略）

第 87 顎口腔機能診断料 （略）

第 88 調剤基本料 （略）

第 89 調剤基本料の注１ただし書に規定する施設基準（処方箋集中率等の状況によらず例外的に調剤基本料１を算定することができる保険薬局） （略）

第 90 調剤基本料の注２に規定する保険薬局（特別調剤基本料） （略）

第 91 調剤基本料の注４に規定する保険薬局 （略）

第 92 地域支援体制加算 （略）

第 92 の２ 連携強化加算 （略）

第 93 後発医薬品調剤体制加算 （略）

第 94 調剤基本料の注８に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局 （略）

第 95 無菌製剤処理加算 （略）

第 96 在宅患者調剤加算 （略）

第 97 調剤管理加算 （略）

第 97 の２ 電子的保健医療情報活用加算 （略）

第 98 特定薬剤管理指導加算２ （略）

第 99 服薬管理指導料の注 13 に規定する保険薬局（手帳の活用実績が少ない保険薬局） （略）

第 99 の２ 服薬管理指導料の注 14 に規定する保険薬剤師（かかりつけ薬剤師と連携する他の薬剤師が対応した場合） （略）

第 100 かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料 （略）

第 101 服用薬剤調整支援料２ （略）

第 102 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算 （略）

第 103 在宅中心静脈静脈栄養法加算 （略）

関係省令・告示・通知

１．療養担当規則等　新旧対照表
　①保険医療機関及び保険医療養担当規則（省令）…… １０６８
　②処方箋（新様式）…… １０７０
　③高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（告示）…… １０７１
２．療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（告示）…… １０７５
３．「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について（抄）（通知）…… １０７８
４．医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について（抄）（通知）…… １０９８
５．複数手術に係る費用の特例（告示）…… １１０５
６．特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（告示）…… １１１２
７．指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（省令）…… １１２７
８．訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（告示）…… １１２７
９．訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）…… １１３３
10．訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等（告示）…… １１４５
11．訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて（通知）…… １１４６
12．指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について（通知）…… １１５２
13．厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準（告示）…… １１５９
14．健康保険法施行規則（省令）…… １１６７

〔参考〕様式集
　①点数表等の別紙様式 …… １１７０
　②別添６　基本診療料の施設基準等に係る別紙…… １２２７
　③別添７　基本診療料の施設基準等に係る届出書…… １２７７
　④別添２　特掲診療料の施設基準に係る届出書…… １２８２

※　③④で掲載を省略した様式を含む各種様式を日医ホームページ（メンバーズルーム）に掲載しておりますので、ダウンロードしてご活用ください

◎保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部を改正する省令

第一条　保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号）の一部を次のように改正する。

次の表のように改正する。

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
（診療の具体的方針） 第二十条　医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。 一　（略） 二　投薬 イ～ホ　（略） ヘ　投薬量は、予見することができる必要期間に従つたものでなければならない。この場合において、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。 ト　（略） 三　処方箋の交付 イ　（略） ロ　イの規定にかかわらず、リフィル処方箋（保険医が診療に基づき、別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を処方する場合に限り、複数回（三回までに限る。）の使用を認めた処方箋をいう。以下同じ。）の二回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後七日以内とする。 ハ　イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号ヘ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の一回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号ヘ後段の規定は、適用しない。 四～七　（略）	（診療の具体的方針） 第二十条　医師である保険医の診療の具体的方針は、前十二条の規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。 一　（略） 二　投薬 イ～ホ　（略） ヘ　投薬量は、予見することができる必要期間に従つたものでなければならないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。 ト　（略） 三　処方箋の交付 イ　（略） ロ　前イによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。 四～七　（略）

（歯科診療の具体的方針）

第二十一条　歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一　（略）

二　投薬

イ～ホ　（略）

ヘ　投薬量は、予見することができる必要期間に従つたものでなければならない。この場合において、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

ト　（略）

三　処方箋の交付

イ　（略）

ロ　イの規定にかかわらず、リフィル処方箋の二回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後七日以内とする。

ハ　イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号ヘ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の一回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号ヘ後段の規定は、適用しない。

四・五　（略）

六　歯冠修復及び欠損補綴

歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。

イ　（略）

ロ　欠損補綴

(1)　（略）

(2)　ブリッジ

（歯科診療の具体的方針）

第二十一条　歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。

一　（略）

二　投薬

イ～ホ　（略）

ヘ　投薬量は、予見することができる必要期間に従つたものでなければならないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

ト　（略）

三　処方箋の交付

イ　（略）

（新設）

ロ　前イによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。

四・五　（略）

六　歯冠修復及び欠損補綴

歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によつて行う。

イ　（略）

ロ　欠損補綴

(1)　（略）

(2)　ブリッジ

(一)　(略)

(二)　ブリッジは、代用合金を使用する。

(3)　(略)

七～九　(略)

(処方箋の交付)

第二十三条　保険医は、処方箋を交付する場合には、様式第二号若しくは第二号の二又はこれらに準ずる様式の処方箋に必要な事項を記載しなければならない。

2　保険医は、リフィル処方箋を交付する場合には、様式第二号又はこれに準ずる様式の処方箋にその旨及び当該リフィル処方箋の使用回数の上限を記載しなければならない。

3　(略)

(一)　(略)

(二)　ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はポンティックに限つて使用する。

(3)　(略)

七～九　(略)

(処方箋の交付)

第二十三条　保険医は、処方箋を交付する場合には、様式第二号若しくは第二号の二又はこれらに準ずる様式の処方箋に必要な事項を記載しなければならない。

(新設)

2　(略)

様式第二号を次のように改める。(次ページ参照)

第二条　保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改正後	改正前
(一部負担金等の受領) 第五条　(略) 2　(略) 3　保険医療機関のうち、医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第七条第二項第五号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院(一般病床の数が二百未満であるものを除く。)、同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院及び同法第三十条の十八の二第一項に規定する外来機能報告対象病院等(同法第三十条の十八の四第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が二百未満であるものを除く。)であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。 一　(略) 二　選定療養(厚生労働大臣の定めるものに限る。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めること(厚生労働大臣の定める場合を除く。)。	(一部負担金等の受領) 第五条　(略) 2　(略) 3　保険医療機関のうち、医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第七条第二項第五号に規定する一般病床(以下「一般病床」という。)を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院(一般病床の数が二百未満であるものを除く。)及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。 一　(略) 二　選定療養(厚生労働大臣の定めるものに限る。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めること。(厚生労働大臣の定める場合を除く。)

附　則

(施行期日)

第一条　この省令は、令和四年四月一日から施行する。ただし、第二条の規定は、令和四年十月一日から施行する。

(経過措置)

第二条　この省令の施行の際現にある第一条の規定による改正前の様式(次項において「旧様式」という。)により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。

2　この省令の施行の際現にある旧様式による用紙は、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

3　第二条の規定による改正後の保険医療機関及び保険医療養担当規則(以下この項において「新療担規則」という。)第五条第三項の規定により、同項各号に掲げる措置を講ずることを要する保険医療機関(医療法(昭和二十三年法律第二百五号)第三十条の十八の四第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が新たに公表したものに限る。)において、新療担規則第五条第三項第二号に掲げる措置を講ずることが困難であることについて正当な理由がある場合は、同項の規定にかかわらず、当該公表があった日から起算して六月を経過する日までの間は、同号に掲げる措置を講ずることを要しない。

様式第二号（第二十三条関係）

処　方　箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担番号								保険者番号							
公費負担医療の受給者番号								被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	・　（枝番）						

患者	氏　名			保険医療機関の所在地及び名称 電　話　番　号 保険医氏名　　㊞
	生年月日	明大昭平令　年　月　日	男・女	
	区　分	被保険者	被扶養者	都道府県番号　点数表番号　医療機関コード

交付年月日	令和　年　月　日	処方箋の使用期間	令和　年　月　日（特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて４日以内に保険薬局に提出すること。）

処方	変更不可	（個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。） リフィル可　□　（　　回）
備考	保険医署名	（「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。）
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) □保険医療機関へ疑義照会した上で調剤　　□保険医療機関へ情報提供	

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。）

□１回目調剤日（　　年　　月　　日）　□２回目調剤日（　　年　　月　　日）　□３回目調剤日（　　年　　月　　日）

次回調剤予定日（　　年　　月　　日）　次回調剤予定日（　　年　　月　　日）

調剤済年月日	令和　年　月　日	公費負担者番号	
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	㊞	公費負担医療の受給者番号	

備考　１．「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
２．この用紙は、Ａ列５番を標準とすること。
３．療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第１条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとすること。

◎高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準等の一部を改正する告示

（高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部改正）

第一条　高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）の一部を次の表のように改正する。

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
（診療の具体的方針） 第二十条　医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。 一・二　（略） 三　投薬 イ～ホ　（略） ヘ　投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならない。この場合において、別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。 ト　（略） 四　処方箋の交付	（診療の具体的方針） 第二十条　医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から前条までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。 一・二　（略） 三　投薬 イ～ホ　（略） ヘ　投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないことととし、別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。 ト　（略） 四　処方箋の交付
イ　（略） ロ　イの規定にかかわらず、リフィル処方箋（保険医が診療に基づき、別に厚生労働大臣が定める医薬品以外の医薬品を処方する場合に限り、複数回（三回までに限る。）の使用を認めた処方箋をいう。以下同じ。）の二回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後七日以内とする。 ハ　（略） ニ　イからハまでによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号ヘ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の一回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号ヘ後段の規定は、適用しない。 五～八　（略） （歯科診療の具体的方針） 第二十一条　歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。 一・二　（略） 三　投薬 イ～ホ　（略） ヘ　投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならない。この場合において、別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。 ト　処方箋の交付 イ　（略）	イ　（略） （新設） ロ　（略） ハ　イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。 五～八　（略） （歯科診療の具体的方針） 第二十一条　歯科医師である保険医の診療の具体的方針は、第十二条から第十九条の三までの規定によるほか、次に掲げるところによるものとする。 一・二　（略） 三　投薬 イ～ホ　（略） ヘ　投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないこととし、別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該別に厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。 ト　（略） 四　処方箋の交付 イ　（略）

ロ　イの規定にかかわらず、リフィル処方箋の二回目以降の使用期間は、直近の当該リフィル処方箋の使用による前号への必要期間が終了する日の前後七日以内とする。

ハ　イ及びロによるほか、処方箋の交付に関しては、前号に定める投薬の例による。ただし、当該処方箋がリフィル処方箋である場合における同号の規定の適用については、同号ヘ中「投薬量」とあるのは、「リフィル処方箋の一回の使用による投薬量及び当該リフィル処方箋の複数回の使用による合計の投薬量」とし、同号ヘ後段の規定は、適用しない。

五・六　（略）

七　歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によって行う。

イ　（略）

ロ　欠損補綴

(1)　（略）

(2)　ブリッジ

(イ)　（略）

(ロ)　ブリッジは、代用合金を使用する。

(3)　（略）

八～九　（略）

（処方箋の交付）

第二十三条　保険医は、処方箋を交付する場合には、健康保険の例により、処方箋に必要な事項を記載しなければならない。

2　保険医は、リフィル処方箋を交付する場合には、健康保険の例により、処方箋にその旨及び当該リフィル処方箋の使用回数の上限を記載しなければならない。

3　（略）

（新設）

五・六　（略）

七　歯冠修復及び欠損補綴は、次に掲げる基準によって行う。

イ　（略）

ロ　欠損補綴

(1)　（略）

(2)　ブリッジ

(イ)　（略）

(ロ)　ブリッジは、金位十四カラット合金又は代用合金を使用する。ただし、金位十四カラット合金は、前歯部の複雑窩洞又はポンティックに限つて使用する。

(3)　（略）

八～九　（略）

（処方箋の交付）

第二十三条　保険医は、処方箋を交付する場合には、健康保険の例により、処方箋に必要な事項を記載しなければならない。（新設）

2　（略）

第二条　高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を次の表のように改正する。

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
（一部負担金の受領等） 第五条　（略） 2　（略） 3　保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）、同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院及び同法第三十条の十八の二第一項に規定する外来機能報告対象病院等（同法第三十条の十八の四第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床の数が二百未満であるものを除く。）であるものは、健康保険法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。 一　（略） 二　選定療養（厚生労働大臣の定めるものに限る。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めること（厚生労働大臣の定める場合を除く。）。 4　（略）	（一部負担金の受領等） 第五条　（略） 2　（略） 3　保険医療機関のうち、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第五号に規定する一般病床（以下「一般病床」という。）を有する同法第四条第一項に規定する地域医療支援病院（一般病床の数が二百未満であるものを除く。）及び同法第四条の二第一項に規定する特定機能病院であるものは、健康保険法第七十条第三項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、次に掲げる措置を講ずるものとする。 一　（略） 二　選定療養（厚生労働大臣の定めるものに限る。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において厚生労働大臣の定める金額以上の金額の支払を求めること。（厚生労働大臣の定める場合を除く。） 4　（略）

（保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法の一部改正）

第三条　保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第四百九十六号）の一部を次の表のように改正する。

（傍線部分は改正部分）

改正後		改正前	
別表第二		別表第二	
病床数が二百以上の病院における初診（保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十五号。以下「療担規則」という。）第五条第三項第二号又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号。以下「療担基準」という。）第五条第三項第二号の規定に基づき厚生労働大臣の定める金額以上の支払を求めた患者に対するものに限る。））	上欄の初診に係る所定点数から、二百点を控除した点数	（新設）	（新設）
病床数が二百以上の病院における再診（療担規則第五条第三項第二号又は療担基準第五条第三項第二号の規定に基づき厚生労働大臣の定める金額以上の支払を求めた患者に対するものに限る。））	上欄の再診に係る所定点数から、医師である保険医による再診にあっては五十点を、歯科医師である保険医による再診にあっては四十点を、それぞれ控除した点数	（新設）	（新設）
（略）	（略）	入院期間が百八十日を超えた日以後の入院に係る療養	上欄の療養に係る所定点数から、当該所定点数を構成する点数であって別に厚生労働大臣が定めるものに百分の十五を乗じた点数を控除した点数

（療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部改正）

第四条　療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等（平成十八年厚生労働省告示第百七号）の一部を次の表のように改正する。

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
第一の三　療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額	第一の三　療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額
一　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額	一　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額
(一)　医師である保険医による初診の場合　七千円	(一)　医師である保険医による初診の場合　五千円
(二)　歯科医師である保険医による初診の場合　五千円	(二)　歯科医師である保険医による初診の場合　三千円
二　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額	二　厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額
(一)　医師である保険医による再診の場合　三千円	(一)　医師である保険医による再診の場合　二千五百円
(二)　歯科医師である保険医による再診の場合　一千九百円	(二)　歯科医師である保険医による再診の場合　一千五百円

附　則

（適用期日）

1　この告示は、令和四年十月一日から適用する。ただし、第一条の規定は、令和四年四月一日から適用する。

（経過措置）

2　第二条の規定による改正後の高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（以下この項において「新療担基準」という。）第五条第三項の規定により、同項各号に掲げる措置を講ずることを要する保険医療機関（医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第三十条の十八の四第一項第二号の規定に基づき、同法第三十条の十八の二第一項第一号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が新たに公表したものに限る。）において、新療担基準第五条第三項第二号に掲げる措置を講ずることが困難であることについて正当な理由がある場合は、同項の規定にかかわらず、当該公表があった日から起算して六月を経過する日までの間は、同号に掲げる措置を講ずることを要しない。

◎療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部を改正する件

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
第六　療担規則第十九条第一項本文及び療担基準第十九条第一項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品 使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）の別表に収載されている医薬品（令和四年十月一日以降においては別表第一に収載されている医薬品を、令和五年四月一日以降においては別表第二に収載されている医薬品を除く。）並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、焼セッコウ及び別表第三に収載されている医薬品 第十　厚生労働大臣が定める注射薬等 一　療担規則第二十条第二号ト及び療担基準第二十条第三号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬 インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド―1受容体アゴニスト、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液（在宅血液透析を行っている患者（以下「在宅血液透析患者」という。）に対して使用する場合に限る。）、血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）、生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合及び本号に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。）、プロスタグランジンI_2製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、エタネルセプト製剤、注射用水（本号に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。）、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H_2遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、ブチルスコポラミン臭化物製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L―システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）、ダルベポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、アポモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレレプチン製剤、アバタセプト製剤、pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、電解質製剤、注射用抗菌薬、エダラボン製剤（筋萎縮性側索硬化症患者に対して使用する場合に限る。）、アスホターゼ　アルファ製剤、グラチラマー酢酸塩製剤、脂肪乳剤、セクキヌマブ製剤、エボロクマブ製剤、ブロダルマブ製剤、アリロクマブ製剤、ベリムマブ製剤、イキセキズマブ製剤、ゴリムマブ製剤、エミシズマブ製剤、イカチバント製剤、サリルマブ製剤、デュピルマブ製剤、ヒドロモルフォン塩酸塩製剤、インスリン・グルカゴン様ペプチド―1受容体アゴニスト配合剤、ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤、遺伝子組換えヒトvon Willebrand因子製剤	第六　療担規則第十九条第一項本文及び療担基準第十九条第一項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品 使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）の別表に収載されている医薬品（令和三年十月一日以降においては別表第一に収載されている医薬品を、令和四年四月一日以降においては別表第二に収載されている医薬品を除く。）並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、焼セッコウ及び別表第三に収載されている医薬品 第十　厚生労働大臣が定める注射薬等 一　療担規則第二十条第二号ト及び療担基準第二十条第三号トの厚生労働大臣が定める保険医が投与することができる注射薬 インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチド―1受容体アゴニスト、ヒトソマトメジンC製剤、人工腎臓用透析液（在宅血液透析を行っている患者（以下「在宅血液透析患者」という。）に対して使用する場合に限る。）、血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）、生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合及び本号に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。）、プロスタグランジンI_2製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、エタネルセプト製剤、注射用水（本号に掲げる注射薬を投与するに当たりその溶解又は希釈に用いる場合に限る。）、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、H_2遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、ブチルスコポラミン臭化物製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L―システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）、ダルベポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、アポモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレレプチン製剤、アバタセプト製剤、pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、電解質製剤、注射用抗菌薬、エダラボン製剤（筋萎縮性側索硬化症患者に対して使用する場合に限る。）、アスホターゼ　アルファ製剤、グラチラマー酢酸塩製剤、脂肪乳剤、セクキヌマブ製剤、エボロクマブ製剤、ブロダルマブ製剤、アリロクマブ製剤、ベリムマブ製剤、イキセキズマブ製剤、ゴリムマブ製剤、エミシズマブ製剤、イカチバント製剤、サリルマブ製剤、デュピルマブ製剤、ヒドロモルフォン塩酸塩製剤、インスリン・グルカゴン様ペプチド―1受容体アゴニスト配合剤、ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤、遺伝子組換えヒトvon Willebrand因子製剤

（新設）

第十一　療担規則第二十一条第九号ただし書の矯正に係る厚生労働大臣が定める場合

一　（略）

二　歯科点数表の第２章第13部区分番号Ｎ００１に掲げる歯科矯正診断料の規定により別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行うゴールデンハー症候群（鰓弓異常症を含む。）、鎖骨頭蓋骨異形成、トリーチャ・コリンズ症候群、ピエール・ロバン症候群、ダウン症候群、ラッセル・シルバー症候群、ベックウイズ・ウイーデマン症候群、顔面半側萎縮症、先天性ミオパチー、筋ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、神経線維腫症、基底細胞母斑症、ゴルリン症候群、ＸＸＸＸ症候群及びＸＸＸＸＸ症候群を含む。）、骨形成不全症、頭蓋骨癒合症（クルーゾン症候群及びアペール・ショルンドン症候群を含む。）、小舌症、ウイリアムズ症候群、ビンダー症候群、ステイックラー症候群、ＨＡＲＧＥＤ症候群、マーシャル症候群、成長ホルモン分泌不全症、ＣＨＡＲＧＥ症候群、濃化異骨症、六歯以上の先天性部分無歯症、ＣＣＤ症候群、ポリエックス症候群（ＸＸＸ症候群、ＸＸＸＸ症候群及びＸＸＸＸＸ症候群を含む。）、リンゲ18症候群、リンパ管腫、全前脳胞症、クライン・フェルター症候群、偽性低アルドステロン症候群、ソトス症候群、クルピズム、偽性副甲状腺機能低下症、スターゾン・ウェーバー症候群、ケルピズム、偽性低身長症

ps—Julin症候群、常染色体重複症候群若しくはグリコサミノグリカン代謝障害（ムコ多糖症）、巨大膀胱短結腸腸管嚢胞状腹膜気腫症候群（Tricho—Rhino—Phalangeal症候群Ⅰ型）、毛髪・鼻・指節症候群（Tricho—Rhino—Phalangeal症候群Ⅱ型）、毛髪・鼻・指節症候群（Tricho—Rhino—Phalangeal症候群）若しくはその他顎・口蓋裂の先天異常に起因した咬合異常又は三歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常における療養であつて歯科矯正の必要が認められる場合

三　（略）

第十一　療担基準第二十条第四号ロの処方箋の交付に係る厚生労働大臣が定める場合

一　（略）

二　調剤点数表に基づき地方厚生局長等に届け出た事項に関する事項

三　（略）

ps—Julin症候群、常染色体重複症候群若しくはグリコサミノグリカン代謝障害（ムコ多糖症）若しくはその他顎・口蓋裂の先天異常に起因した咬合異常又は三歯以上の永久歯萌出不全に起因した咬合異常における療養であつて歯科矯正の必要が認められる場合

三　（略）

第十一　療担基準第二十条第四号ロの処方箋の交付に係る厚生労働大臣が定める場合

一　（略）

二　調剤点数表に基づき地方厚生局長等に届け出た事項に関する事項

三　（略）

六　自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤の支給を目的とする処方箋を交付する場合

七　（略）

八　エリスロポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行つている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

九　ダルベポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行つている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

十　（略）

十一　調剤点数表の第２節区分番号１００に掲げる薬剤服用歴管理指導料に関する事項

十二　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「薬担規則」という。）第二条の四及び療担基準第二十五条の四の保険薬局に係る厚生労働大臣が定める掲示事項

一　調剤点数表の第２節区分番号１００の３に掲げる服薬管理指導料に関する事項

二　調剤点数表に基づき地方厚生局長等に届け出た事項に関する事項

三　（略）

六　自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤の支給を目的とする処方箋を交付する場合

七　（略）

八　エリスロポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行つている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

九　ダルベポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行つている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

十　（略）

十一　調剤点数表の第２節区分番号１００に掲げる薬剤管理指導料に関する事項

十二　保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「薬担規則」という。）第二条の四及び療担基準第二十五条の四の保険薬局に係る厚生労働大臣が定める掲示事項

一　調剤点数表の第２節区分番号１００の２に掲げる調剤管理料及び

保医発●●第●号
令和４年●月●日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
　後期高齢者医療主管課（部）長
殿

厚生労働省保険局医療課長
（公　印　省　略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公　印　省　略）

「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和４年厚生労働省告示第54号）、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部を改正する件」（令和４年厚生労働省告示第53号）等が公布され、それぞれ令和４年４月１日（一部は同年10月１日）から適用されることとなったことに伴い、「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」（平成18年３月13日保医発第0313003号）の一部を下記のように改めるので、その取扱いに遺漏のないよう、関係者に対し周知徹底を図られたい。

記

記以下を別添のとおり改める。

別添

第１　厚生労働大臣が定める掲示事項（掲示事項等告示第１関係）

１　保険医療機関が提供する医療サービスの内容及び費用に関する事項について、患者に対する情報の提供の促進を図る観点から、療養担当規則上院内掲示が義務付けられている保険外併用療養費に係るものを除き、届出事項等を院内掲示の対象としたこと。

２　具体的には、従来から院内掲示とされていたものを含め、以下の５つの事項を院内掲示事項として定めたこと。

（１）　入院基本料に関する事項

保険医療機関は、入院基本料に係る届出内容の概要(看護要員の対患者割合、看護要員の構成)を掲示するものとすること。

(掲示例)

①　入院患者数42人の一般病棟で、一般病棟入院基本料の急性期一般入院料６を算定している病院の例

「当病棟では、１日に13人以上の看護職員（看護師及び准看護師）が勤務しています。なお、時間帯毎の配置は次のとおりです。」

・　朝９時～夕方17時まで、看護職員１人当たりの受け持ち数は６人以内です。

・　夕方17時～深夜１時まで、看護職員１人当たりの受け持ち数は14人以内です。

・　深夜１時～朝９時まで、看護職員１人当たりの受け持ち数は14人以内です。

②　有床診療所入院基本料１を算定している診療所の例

「当診療所には、看護職員が７名以上勤務しています。」

（２）　厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ及び激変緩和係数（平成24年厚生労働省告示第165号）別表第一から第三までの病院の欄に掲げる病院であること

（３）　地方厚生（支）局長への届出事項に関する事項

①　診療報酬の算定方法(平成20年厚生労働省告示第59号。以下「算定告示」という。)又は入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第99号)に基づき、保険医療機関が地方厚生（支）局長へ届け出ることとされている事項を届け出た場合は、当該届け出た事項を掲示するものとすること。

②　具体的には、各種施設基準及び入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の基準に適合するものとして届け出た内容のうち、当該届出を行ったことにより患者が受けられるサービス等を分かりやすく掲示するものであること。

(掲示例)

入院時食事療養(Ⅰ)に係る食事療養を実施している病院の例

「入院時食事療養(Ⅰ)の届出を行っており、管理栄養士又は栄養士によって管理された食事を適時(夕食については午後６時以降)、適温で提供しています。」

（４）　明細書の発行状況に関する事項

①　保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号。以下「療担規則」という。）第５条の２第２項及び第５条の２の２第１項並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和58年厚生省告示第

14 号。以下「療担基準」という。）第５条の２第２項及び第５条の２の２第１項に規定する明細書の発行状況に関する事項について、院内掲示するものとすること。

② 具体的には、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（令和４年３月４日保発 0304 第●●号）によるものであること。

（５） 保険外負担に関する事項

① いわゆる保険外負担については、その適切な運用を期するため、院内掲示の対象とすることとしたものであること。なお、保険外負担の在り方については、「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」（平成 17 年９月１日保医発第 0901002 号）等を参考にされたいこと。

② 具体的には、次に掲げる事項を掲示するものとすること。

ア 法令の規定に基づかず、患者から費用の支払を受けている個々の「サービス」又は「物」について、その項目とそれに要する実費

イ 「介護料」「衛生材料費」等の、治療(看護)行為及びそれに密接に関連した「サービス」又は「物」については、患者から費用を徴収することは認められていないこと。

また、「施設管理費」「雑費」等曖昧な名目での費用徴収は認められていないこと。

（掲示例）

「当院では、以下の項目について、その使用量、利用回数に応じた実費の負担をお願いしています。

紙おむつ代	１枚につき	○○円
理髪代	１回につき	○○○○円
―――	―――	―――円

なお、衛生材料等の治療（看護）行為及びそれに密接に関連した「サービス」や「物」についての費用の徴収や、「施設管理費」等の曖昧な名目での費用の徴収は、一切認められていません。」

③ なお、保険外併用療養費に係る事項については、従前より、療担規則第５条の４第２項及び療担基準第２条の６に基づき、その内容及び費用につき院内掲示を行う旨定められているところであるが、今後とも当該事項を院内の見やすい場所に掲示することの徹底が図られるべきものであること。

第２ 明細書を交付しなければならない保険医療機関（掲示事項告示第１の５及び第１の６関係）

１ 領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、個別の診療報酬点数の算定項目（投薬等に係る薬剤又は特定保険医療材料の名称を含む。）が分かる明細書を無償で交付しなければならない保険医療機関として、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付費等の請求を行うことが義務付けられた保険医療機関を定めたものであること。

２ 明細書の発行に当たっては、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」によるものであること。

第３ 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等（掲示事項等告示第２、第２の２及び第３並びに医薬品等告示関係）

１ 別に厚生労働大臣が定める先進医療（先進医療ごとに別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する保険医療機関において行われるものに限る。）に関する事項

（１） 保険外併用療養費の支給対象となる先進医療は、先進医療ごとに別に厚生労働大臣が定める施設基準の設定を求める旨の厚生労働大臣への届出に基づき、施設基準が設定されたものとすること。

（２） 保険外併用療養費の支給対象となる先進医療の実施に当たっては、先進医療ごとに、保険医療機関が別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合していることを地方厚生（支）局長に届け出るものとすること。

（３） 保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置等並びに歯冠修復及び欠損補綴等並びに薬価基準に収載されていない医薬品、保険適用されていない医療機器及び保険適用されていない再生医療等製品の費用については含まれないものであること。

（４） 保険医療機関は、保険外併用療養費の支給対象となる先進医療を行うに当たり、あらかじめ患者に対し、その内容及び費用に関して説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得るものとする。したがって、先進医療の内容を患者等に説明することが医療上好ましくないと認められる等の場合にあっては、保険外併用療養費の支給対象としないものとすること。

（５） 患者から先進医療に係る費用を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（６） 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。

（７） 保険外併用療養費の支給対象となる先進医療を実施する保険医療機関は、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合の報告及び定期的な報告を、「厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準の制定等に伴う実施上の留意事項及び先進医療に係る届出等の取扱いについて」（平成 28 年３月４日医政発 0304 第２号、薬生発 0304 第２号、保発 0304 第 16 号）により行うものとすること。

２ 医薬品の治験に係る診療に関する事項

（１） 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号。以下「医薬品医療機器等法」という。）第２条第 17 項の規定によるもの（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）とすること。

（２） したがって、治験の実施に当たっては、医薬品医療機器等法及び医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和 36 年厚生省令第１号。以下「医薬品医療機器等法施行規則」という。）の関係規定によるほか、医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成９年厚生省令第 28 号）によるものとすること。

（３） 保険外併用療養費の支給対象となる期間については、治験の対象となる患者ごとに当該治験を実施した期間とすること。

（４） 保険外併用療養費の支給対象となる診療については、治験依頼者の依頼による治験においては、医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担を図る観点から、治験に係る診療のうち、検査及び画像診断に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはせず、また、

投薬及び注射に係る費用については、当該治験の被験薬の予定される効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品（以下「同種同効薬」という。）並びに当該治験の被験薬及び対照薬に係る診療については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。また、自ら治験を実施する者による治験においては、治験に係る診療のうち、当該治験の被験薬及び対照薬（ただし、同種同効薬を除く。）に係る投薬及び注射に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。なお、いずれの場合においても、これらの項目が包括化された点数を算定している保険医療機関において治験が行われた場合の当該包括点数の取扱いについては、当該包括点数から、当該診療において実施した保険外併用療養費の支給対象とはならない項目のうち当該包括点数に包括されている項目の所定点数を合計した点数を差し引いた点数に係るものについて、保険外併用療養費の支給対象とすること。

（５） 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、患者に対する情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られるものとし、したがって、治験の内容を患者等に説明することが医療上好ましくないと認められる等の場合にあっては、保険外併用療養費の支給対象としないものとすること。

（６） 保険外併用療養費の支給対象となる治験において、患者から当該治験の被験薬の薬剤料等を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（７） 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。

（８） 保険外併用療養費の支給対象となる治験を実施した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、治験の実施状況について別紙様式６により地方厚生（支）局長に報告するものとすること。また、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式６の２により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとすること。

３　医療機器の治験に係る診療に関する事項

（１） 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、医薬品医療機器等法第２条第17項の規定によるもの（機械器具等に係るものに限る。）とすること。

（２） したがって、治験の実施に当たっては、医薬品医療機器等法及び医薬品医療機器等法施行規則の関係規定によるほか、医療機器の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成17年厚生労働省令第36号）によるものとすること。

（３） 保険外併用療養費の支給対象となる診療については、治験依頼者の依頼による治験においては、医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担を図る観点から、治験に係る診療のうち、手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴の前後１週間（２以上の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた場合は、最初の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して８日目に当たる日から最後の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して８日を経過する日までの間とする。）に行われた検査及び画像診断、当該治験の被験機器及び対照機器（以下「当該治験機器」という。）並びに診療報酬上評価されていない手術、処置、歯冠修復及び欠損補綴に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。また、自ら治験を実施する者による治験においては、治験に係る診療のうち、当該治験機器並びに診療報酬上評価されていない手術、処置、歯冠修復及び欠損補綴に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。なお、いずれの場合においても、保険外併用療養費の支給対象とされない検査等が包括化された点数を算定している保険医療機関において治験が行われた場合の当該包括点数の取扱いについては、当該包括点数から、次の点数を差し引いた点数に係るものについて、保険外併用療養費の支給対象とすること。

ア　当該診療において実施した当該検査等の所定点数

イ　当該治験機器を使用するために通常要する費用に基づき　算定した点数

（４） 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、患者に対する情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られるものとし、したがって、治験の内容を患者等に説明することが医療上好ましくないと認められる等の場合にあっては、保険外併用療養費の支給対象としないものとすること。

（５） 保険外併用療養費の支給対象となる治験において、患者から当該治験の被験機器の費用等を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（６） 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。

（７） 保険外併用療養費の支給対象となる治験を実施した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、治験の実施状況について別紙様式８により地方厚生（支）局長に報告するものとすること。また、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式８の２により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとすること。

４　再生医療等製品の治験に係る診療に関する事項

（１） 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、医薬品医療機器等法第２条第17項の規定によるもの（加工細胞等（医薬品医療機器等法施行規則第 275 条の２の加工細胞等をいう。）に係るものに限る。）とすること。

（２） したがって、治験の実施に当たっては、医薬品医療機器等法及び医薬品医療機器等法施行規則の関係規定によるほか、再生医療等製品の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成 26 年厚生労働省令第 89 号）によるものとすること。

（３） 保険外併用療養費の支給対象となる診療については、治験依頼者の依頼による治験においては、医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担を図る観点から、治験に係る診療のうち、手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴の前後１週間（２以上の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた場合は、最初の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して８日目に当たる日から最後の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して８日を経過する日までの間とする。）に行われた検査及び画像診断、当該治験の被験製品及び対照製品（以下「当該治験製品」という。）並びに診療報酬上評価されていない手術、処置、歯冠修復及び欠損補綴に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。また、自ら治験を実施する者による治験においては、治験に係る診療のうち、当該治験製品並びに診療報酬上評価されていない手術、処置、歯冠修復及び欠損補綴に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。なお、いずれの場合においても、保険外併用療養費の支給対象とされな

い検査等が包括化された点数を算定している保険医療機関において治験が行われた場合の当該包括点数の取扱いについては、当該包括点数から、次の点数を差し引いた点数に係るものについて、保険外併用療養費の支給対象とすること。

ア　当該診療において実施した当該検査等の所定点数

イ　当該治験製品を使用するために通常要する費用に基づき算定した点数

（４）　保険外併用療養費の支給対象となる治験は、患者に対する情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られるものとし、したがって、治験の内容を患者等に説明することが医療上好ましくないと認められる等の場合にあっては、保険外併用療養費の支給対象としないものとすること。

（５）　保険外併用療養費の支給対象となる治験において、患者から当該治験の被験製品の費用等を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（６）　特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。

（７）　保険外併用療養費の支給対象となる治験を実施した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、治験の実施状況について別紙様式15により地方厚生（支）局長に報告するものとすること。また、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式15の２により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとすること。

５　医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた医薬品の投与に関する事項

（１）　医薬品医療機器等法上の承認（同法第14条第１項又は第19条の２第１項の規定による承認）を受けた者が製造販売した当該承認に係る医薬品のうち、使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号。以下「薬価基準」という。）に収載されていないものに対する患者のニーズに対応する観点から、医薬品医療機器等法上の承認を受けた医薬品の投与について、当該投与に係る薬剤料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。

（２）　保険外併用療養費の支給額には、薬剤料そのものの費用は含まれないものであること。

（３）　病院又は診療所にあっては、以下の要件を満たすものであること。

ア　当該病院又は診療所に常勤の薬剤師が、２名以上配置されていること。

イ　医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、常勤の薬剤師が１人以上配置されていること。

ウ　医薬品情報管理室の薬剤師が、有効性、安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。

（４）　薬局にあっては、算定告示別表第三調剤報酬点数表（以下「調剤報酬点数表」という。）第１節に規定する調剤基本料の注５の規定に基づく届出を行った薬局であって、（３）の要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方箋に基づき医薬品を投与するものであること。

（５）　医薬品医療機器等法上の承認を受けた日から起算して90日以内に行われた投薬について特別の料金を徴収することができるものとする。なお、投薬時点が90日以内であれば、服用時点が91日目以後になる場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

（６）　特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該医薬品の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。したがって、患者の自由な選択と同意がなされたものと認められない場合は、特別の料金の徴収は認められないこと。

（７）　処方箋を交付する場合であっても、（６）の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該医薬品の交付が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。

（８）　特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。

（９）　特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式９により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

６　医薬品医療機器等法に基づく承認等を受けた医療機器又は体外診断用医薬品の使用等に関する事項

（１）　医薬品医療機器等法上の承認（同法第23条の２の５第１項又は第23条の２の17第１項の規定による承認）又は認証（同法第23条の２の23第１項の規定による認証）を受けた者が製造販売した当該承認又は認証に係る医療機器又は体外診断用医薬品のうち、保険適用されていないものに対する患者のニーズに対応する観点から、医薬品医療機器等法上の承認又は認証を受けた医療機器又は体外診断用医薬品の使用又は支給について、当該医療機器又は体外診断用医薬品に係る費用等に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。

（２）　保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該医療機器及び当該体外診断用医薬品の費用については含まれないものであること。

（３）　病院又は診療所にあっては、医療機器については以下のア及びイの要件を、体外診断用医薬品についてはウ及びエの要件を、それぞれ満たすことが望ましい。

ア　医療機器の保守管理等を行うための専用施設（以下「医療機器管理室」という。）を有し、臨床工学技士等の医療機器の専門家（以下「臨床工学技士等」という。）が配置されていること。

イ　医療機器管理室の臨床工学技士等が、医療機関内における医療機器の保守管理等を一括して実施し、医療機器の操作方法、安全性情報等の医師等に対する情報提供を行っていること。

ウ　体外診断用医薬品の管理等を行うための施設（以下「体外診断用医薬品管理室」という。）を有し、臨床検査技師等の体外診断用医薬品の専門家（以下「臨床検査技師等」という。）が配置されていること。

エ　体外診断用医薬品管理室の臨床検査技師等が、体外診断用医薬品の有効性等に関する情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。

（４）　薬局にあっては、調剤報酬点数表第１節に規定する調剤基本料の注５の規定に基づく届出を行った薬局であって、（３）のア及びイの要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師

から交付された処方箋に基づき医療機器又は体外診断用医薬品を支給するものであること。

（５） 「医療機器の保険適用等に関する取扱いについて」（令和４年２月９日医政発 0209 第３号、保発0209第４号）又は「体外診断用医薬品の保険適用に関する取扱いについて」（令和４年２月９日医政発 0209 第４号、保発 0209 第５号）に規定する保険適用希望書が受理された日から当該保険適用希望に係る保険適用上の取扱いが決定されるまでの期間（240 日を上限とする。）の範囲内で行われた医療機器又は体外診断用医薬品の使用又は支給について特別の料金を徴収することができるものとする。なお、支給時点が 240 日以内であれば、使用時点がそれ以後になる場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

（６） 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該医療機器又は体外診断用医薬品の名称、使用目的又は効果、使用方法、不具合等に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。したがって、患者の自由な選択と同意がなされたものと認められない場合は、特別の料金の徴収は認められないこと。

（７） 処方箋を交付する場合であっても、（６）の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該医療機器又は体外診断用医薬品の支給が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。

（８） 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。

（９） 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式12により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

７ 医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた再生医療等製品の使用又は支給に関する事項

（１） 医薬品医療機器等法上の承認（同法第 23 条の 25 第１項又は第 23 条の 37 第１項の規定による承認）を受けた者が製造販売した当該承認に係る再生医療等製品のうち、保険適用されていないものに対する患者のニーズに対応する観点から、医薬品医療機器等法上の承認を受けた再生医療等製品の使用又は支給について、当該再生医療等製品に係る費用等に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。

（２） 保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該再生医療等製品の費用については含まれないものであること。

（３） 病院又は診療所にあっては、以下の要件を満たすことが望ましい。

ア 再生医療等製品の安全性等に関する情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「再生医療等製品管理室」という。）を有し、再生医療等製品の安全性等に関して十分な知識を持つ常勤の担当者が１名以上配置されていること。

イ 再生医療等製品管理室の担当者が、再生医療等製品の品質、有効性、安全性等に関する情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。

（４） 薬局にあっては、調剤報酬点数表第１節に規定する調剤基本料の注５の規定に基づく届出を行った薬局であって、（３）のア及びイの要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方箋に基づき再生医療等製品を投与又は支給するものであること。

（５） 保険適用希望書が受理された日から当該保険適用希望に係る保険適用上の取扱いが決定されるまでの期間（240 日を上限とする。）の範囲内で行われた再生医療等製品の使用又は支給について特別の料金を徴収することができるものとする。なお、支給時点が 240 日以内であれば、使用時点がそれ以後になる場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

（６） 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該再生医療等製品の名称、用法、用量、使用方法、効能、効果、性能、不具合等に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。したがって、患者の自由な選択と同意がなされたものと認められない場合は、特別の料金の徴収は認められないこと。

（７） 処方箋を交付する場合であっても、（６）の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該再生医療等製品の投与又は支給が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。

（８） 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。

（９） 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式16により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

８ 薬価基準に収載されている医薬品の医薬品医療機器等法に基づく承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果に係る投与に関する事項

（１） 薬価基準に収載されている医薬品の医薬品医療機器等法第 14 条第１項又は第 19 条の２第１項の規定による承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果に係る投与に対する患者のニーズに対応する観点から、当該投与に係る薬剤料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。

（２） 保険外併用療養費の支給額には、薬剤料そのものの費用は含まれないものであること。

（３） 医薬品医療機器等法第 14 条第９項（同法第 19 条の２第５項において準用する場合を含む。）の規定による承認事項（用法、用量、効能又は効果に限る。）の一部変更の承認（以下「医薬品一部変更承認」という。）の申請（申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。）を行うことが適当と認められるものとして厚生労働省設置法（平成11年法律第97号）第11条に規定する薬事・食品衛生審議会が事前の評価を開始した医薬品（当該評価期間が終了したものを除く。）の投与にあっては、当該評価が開始された日から６月、医薬品一部変更承認の申請（申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。）が受理された医薬品（薬事・食品衛生審議会の事前評価が終了したものを除く。）の投与にあっては、当該申請が受理された日から２年（当該期間内に当該申請に対する処分があったとき又は当該申請の取下げがあったときは、当該処分又は取下げがあった日までの期間）の範囲内で行われたものについて特別の料金を徴収することができるものとする。なお、投薬時点が上記期間内であれば、服用時点が上記期間を超える場合であっても特別の料金を徴収することができる

ものとする。

（４） 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該医薬品の名称、医薬品医療機器等法に基づく承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。したがって、患者の自由な選択と同意がなされたものと認められない場合は、特別の料金の徴収は認められないこと。

（５） 処方箋を交付する場合であっても、（４）の情報の提供は医療機関において行うものとする。

（６） 特別の料金については、当該医薬品について薬価基準の別表に定める価格を標準とする。

（７） 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式11により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

９ 保険適用されている医療機器の医薬品医療機器等法に基づく承認に係る使用目的若しくは効果又は操作方法若しくは使用方法と異なる使用目的若しくは効果又は操作方法若しくは使用方法に係る使用に関する事項

（１） 保険適用されている医療機器の医薬品医療機器等法第 23 条の２の５第１項若しくは第 23 条の２の 17 第１項の規定による承認又は同法第 23 条の２の 23 第１項の規定による認証に係る使用目的若しくは効果又は操作方法若しくは使用方法（以下「使用目的等」という。）と異なる使用目的等に係る使用（支給を含む。以下９において同じ。）に対する患者のニーズに対応する観点から、当該医療機器に係る費用等に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。

（２） 保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該医療機器の費用については含まれないものであること。

（３） 病院又は診療所にあっては、以下の要件を満たすことが望ましい。

ア 医療機器管理室を有し、臨床工学技士等が配置されていること。

イ 医療機器管理室の臨床工学技士等が、医療機関内における医療機器の保守管理等を一括して実施し、医師等に対する医療機器の操作方法、安全性情報等の情報提供を行っていること。

（４） 薬局にあっては、調剤報酬点数表第１節に規定する調剤基本料の注５の規定に基づく届出を行った薬局であって、（３）のア及びイの要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方箋に基づき医療機器を支給するものであること。

（５） 医薬品医療機器等法第 23 条の２の５第 11 項（同法第 23 条の２の 17 第５項において準用する場合を含む。）の規定による承認事項（使用目的等に限る。）の一部変更の承認（以下「医療機器一部変更承認」という。）の申請（申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。）を行うことが適当と認められるものとして厚生労働省設置法第 11 条に規定する薬事・食品衛生審議会が事前の評価を開始した医療機器の使用にあっては、当該評価が開始された日から６月（当該期間内に医療機器一部変更承認の申請が受理されたときは、当該申請が受理された日までの期間）、医療機器一部変更承認の申請（申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合

において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。）が受理された医療機器の使用にあっては、当該申請が受理された日から２年（当該期間内に当該申請に対する処分があったとき又は当該申請の取下げがあったときは、当該処分又は取下げがあった日までの期間）の範囲内で行われたものについて特別の料金を徴収することができるものとする。なお、支給時点が上記期間内であれば、患者による使用時点が上記期間を超える場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

（６） 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該医療機器の名称、医薬品医療機器等法に基づく承認に係る使用目的等、不具合等に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。したがって、患者の自由な選択と同意がなされたものと認められない場合は、特別の料金の徴収は認められないこと。

（７） 処方箋を交付する場合であっても、（６）の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該医療機器の支給が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。

（８） 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。

（９） 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式12の２により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

10 保険適用されている再生医療等製品の医薬品医療機器等法に基づく承認に係る用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能と異なる用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能に係る使用又は支給に関する事項

（１） 保険適用されている再生医療等製品の医薬品医療機器等法第 23 条の 25 第１項又は第 23 条の 37 第１項の規定による承認に係る用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能（以下「用法等」という。）と異なる用法等に係る使用又は支給に対する患者のニーズに対応する観点から、当該再生医療等製品に係る費用等に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。

（２） 保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置並びに歯冠修復及び欠損補綴並びに当該再生医療等製品の費用については含まれないものであること。

（３） 病院又は診療所にあっては、以下の要件を満たすことが望ましい。

ア 再生医療等製品管理室を有し、再生医療等製品の安全性等に関して十分な知識を持つ常勤の担当者が１名以上配置されていること。

イ 再生医療等製品管理室の担当者が、再生医療等製品の品質、有効性、安全性等に関する情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。

（４） 薬局にあっては、調剤報酬点数表第１節に規定する調剤基本料の注５の規定に基づく届出を行った薬局であって、（３）のア及びイの要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方箋に基づき再生医療等製品を投与又は支給するものであること。

（５） 医薬品医療機器等法 23 条の 25 第９項（同法第 23 条の 37 第５項において準用する場合を含む。）の規定による承認事項（用法等に限る。）の一部変更の承認（以下「再生医療等製

品一部変更承認」という。）の申請（申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。）を行うことが適当と認められるものとして厚生労働省設置法第11条に規定する薬事・食品衛生審議会が事前の評価を開始した再生医療等製品の使用又は支給にあっては、当該評価が開始された日から６月（当該期間内に再生医療等製品一部変更承認の申請が受理されたときは、当該申請が受理された日までの期間）、再生医療等製品一部変更承認の申請（申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。）が受理された再生医療等製品の使用又は支給にあっては、当該申請が受理された日から２年（当該期間内に当該申請に対する処分があったとき又は当該申請の取下げがあったときは、当該処分又は取下げがあった日までの期間）の範囲内で行われたものについて特別の料金を徴収することができるものとする。なお、支給時点が上記期間内であれば、患者による使用時点が上記期間を超える場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

（６） 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該再生医療等製品の名称、医薬品医療機器等法に基づく承認に係る用法等、不具合等に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。したがって、患者の自由な選択と同意がなされたものと認められない場合は、特別の料金の徴収は認められないこと。

（７） 処方箋を交付する場合であっても、（６）の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該再生医療等製品の投与又は支給が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。

（８） 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。

（９） 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式17により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

11 別に厚生労働大臣が定める患者申出療養（当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。）に関する事項

（１） 保険外併用療養費の支給対象となる患者申出療養は、厚生労働大臣に個別に認められたものとすること。

（２） 保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置等並びに歯冠修復及び欠損補綴等並びに薬価基準に収載されていない医薬品、保険適用されていない医療機器及び保険適用されていない再生医療等製品の費用については含まれないものであること。

（３） 保険医療機関は、保険外併用療養費の支給対象となる患者申出療養を行うに当たり、あらかじめ患者に対し、その内容及び費用に関して説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得るものとする。

（４） 患者から患者申出療養に係る費用を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（５） 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。

（６） 患者申出療養について、患者の希望に基づき、保険医療機関において申出に係る相談を実施した場合及び臨床研究中核病院において健康保険法第63条第４項又は高齢者の医療の確保に関する法律第64条第４項に規定する意見書その他必要な書類を作成した場合には、当該相談及び書類作成に係る費用について、患者から徴収しても差し支えないものとすること。ただし、この場合、「療養の給付と直接関係のないサービス等の取扱いについて」（平成17年９月１日保医発第 0901002 号）に定める費用徴収する場合の手続に従うこと。

12 特別の療養環境の提供に係る基準に関する事項

ｉ） 入院医療に係る特別の療養環境の提供

（１） 療養環境の向上に対するニーズが高まりつつあることに対応して、患者の選択の機会を広げるために、（２）の要件を満たす病床について保険医療機関の病床（健康保険法（大正11年法律第 70 号）第 63 条第３項第１号の指定に係る病床（健康保険法等の一部を改正する法律（平成 18 年法律第 83 号）附則第 130 条の２第１項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第 26 条の規定による改正前の介護保険法（平成９年法律第 123 号）第 48 条第１項第３号に規定する指定介護療養施設サービスを行う同法第８条第26項に規定する療養病床等を除く。）に限る。以下第３において同じ。）の数の５割まで患者に妥当な範囲の負担を求めることを認めることとしたものであること。

（２） 療養環境については、患者が特別の負担をする上でふさわしい療養環境である必要があり、次の①から④までの要件を充足するものでなければならないこと。

① 特別の療養環境に係る一の病室の病床数は４床以下であること。

② 病室の面積は１人当たり６．４平方メートル以上であること。

③ 病床ごとのプライバシーの確保を図るための設備を備えていること。

④ 特別の療養環境として適切な設備を有すること。

（３） （１）にかかわらず、厚生労働大臣が次に掲げる要件を満たすものとして承認した保険医療機関にあっては、当該承認に係る病床割合まで患者に妥当な範囲の負担を求めることを認めることとしたものであること。

① 当該保険医療機関の所在地を含む区域（医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の４第２項第14号に規定する区域をいう。）における療養病床（同法第７条第２項第４号に規定する療養病床をいう。）及び一般病床（同項第５号に規定する一般病床をいう。以下同じ。）の数が、同法第30条の４第１項に規定する医療計画において定める当該区域の療養病床及び一般病床に係る基準病床数に既に達しており、かつ、特別の療養環境に係る病床数の当該保険医療機関の病床数に対する割合を増加しても患者が療養の給付を受けることに支障を来すおそれがないこと。

この場合においては、当該保険医療機関におけるこれまでの特別の病室の稼働の状況、特別の病室の申し込みの状況等を勘案し、当該保険医療機関の特別の病室を増加しても、患者が療養の給付を受けることに支障を来すおそれがないかどうか判断するものとするこ

と。

② 経験を有する常勤の相談員により、特別の療養環境の提供に係る病室への入退室及び特別の料金等に関する相談体制が常時とられていること。

③ 必要に応じ、患者を適切かつ迅速に他の保険医療機関に紹介することができる等の他の保険医療機関との連携体制が整えられていること。

④ 当該保険医療機関における特別の療養環境の提供に係る病室の全てについて、一の病室の病床数が２床以下であり、かつ、病室の面積及び設備については(２)の②から④までの要件を充足するものであること。

⑤ 算定告示別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）第１章第２部第１節又は別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）第１章第２部第１節に規定する急性期一般入院基本料、７対１入院基本料及び10対１入院基本料、療養病棟入院基本料（特別入院基本料等を除く。）並びに有床診療所入院基本料１及び有床診療所入院基本料４を算定する保険医療機関であること。

⑥ 医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）第 19 条第１項第１号及び第２号に定める医師及び歯科医師の員数を満たしていること。

⑦ 厚生労働大臣から当該承認を受ける前６月間において掲示事項等告示第３の基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

(４) (３)の承認に係る病床割合については、次の事項を基準として設定すること。

① 医科点数表又は歯科点数表に掲げる療養環境加算、重症者等療養環境特別加算等を算定する病室として当該保険医療機関が届出を行っている病室における病床は、承認に係る病床から除外すること。

② 特定集中治療室、小児特定集中治療室、新生児特定集中治療室、母体・胎児集中治療室、一類感染症患者入院医療管理治療室等患者の治療上の必要があるために入院するものとして設けられている病室における病床は、承認に係る病床から除外すること。

③ 地域医療支援病院（医療法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。）、救急病院等を定める省令（昭和 39 年厚生省令第８号）に基づき認定された救急病院等、「救急医療対策の整備事業について」（昭和 52 年医発第 692 号）に規定された保険医療機関等において救急患者のために設けられた専用病床等は、承認に係る病床から除外すること。

④ ①から③までのほか、当該保険医療機関におけるこれまでの特別療養環境室以外の病床への入院状況、特別療養環境室への入院希望の状況、救急患者の割合等を総合的に勘案し、特別療養環境室に係る病床以外の病床を一定割合確保すること。

(５) (１)及び(３)にかかわらず、特定機能病院（医療法第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下同じ。）以外の保険医療機関であって、国又は地方公共団体が開設するものにあっては、その公的性格等に鑑み、国が開設するものにあっては病床数の２割以下、地方公共団体が開設するものにあっては病床数の３割以下としたこと。

(６) 特別の療養環境の提供は、患者への十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要があり、患者の意に反して特別療養環境室に入院させられることのないようにしなければならないこと。

(７) 特別療養環境室へ入院させた場合においては、次の事項を履行するものであること。

① 保険医療機関内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に特別療養環境室の各々についてそのベッド数、特別療養環境室の場所及び料金を患者にとって分かりやすく掲示しておくこと。

② 特別療養環境室への入院を希望する患者に対しては、特別療養環境室の設備構造、料金等について明確かつ懇切丁寧に説明し、患者側の同意を確認のうえ入院させること。

③ この同意の確認は、料金等を明示した文書に患者側の署名を受けることにより行うものであること。なお、この文書は、当該保険医療機関が保存し、必要に応じ提示できるようにしておくこと。

(８) 患者に特別療養環境室に係る特別の料金を求めてはならない場合としては、具体的には以下の例が挙げられること。なお、③に掲げる「実質的に患者の選択によらない場合」に該当するか否かは、患者又は保険医療機関から事情を聴取した上で、適宜判断すること。

① 同意書による同意の確認を行っていない場合（当該同意書が、室料の記載がない、患者側の署名がない等内容が不十分である場合を含む。）

② 患者本人の「治療上の必要」により特別療養環境室へ入院させる場合

（例）

・ 救急患者、術後患者等であって、病状が重篤なため安静を必要とする者、又は常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする者

・ 免疫力が低下し、感染症に罹患するおそれのある患者

・ 集中治療の実施、著しい身体的・精神的苦痛を緩和する必要のある終末期の患者

・ 後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者（患者が通常の個室よりも特別の設備の整った個室への入室を特に希望した場合を除く。）

・ クロイツフェルト・ヤコブ病の患者（患者が通常の個室よりも特別の設備の整った個室への入室を特に希望した場合を除く。）

③ 病棟管理の必要性等から特別療養環境室に入院させた場合であって、実質的に患者の選択によらない場合

（例）

・ ＭＲＳＡ等に感染している患者であって、主治医等が他の入院患者の院内感染を防止するため、実質的に患者の選択によらず入院させたと認められる者の場合

・ 特別療養環境室以外の病室の病床が満床であるため、特別療養環境室に入院させた患者の場合

なお、「治療上の必要」に該当しなくなった場合等上記②又は③に該当しなくなったときは、(６)及び(７)に示した趣旨に従い、患者の意に反して特別療養環境室への入院が続けられることがないよう改めて同意書により患者の意思を確認する等、その取扱いに十分に配慮すること。

(９) 患者が事実上特別の負担なしでは入院できないような運営を行う保険医療機関については、患者の受診の機会が妨げられるおそれがあり、保険医療機関の性格から当を得ないものと認められるので、保険医療機関の指定又は更新による再指定に当たっては、十分改善がなされた上で、これを行う等の措置も考慮すること。(３)に掲げる保険医療機関については、特に留意すること。

(10) 平成６年３月 31 日現在、従来の特別の病室として特別の料金を徴収している病室が(２)の

②に掲げる要件を満たしていない場合は、当該病床を含む病棟の改築又は建替までは経過的に当該要件を課さないこととするが、早急に改善されるべきものであること。

(11) 保険医療機関は、特別の療養環境の提供に係る病床数、特別の料金等を定期的に地方厚生（支）局長に報告するとともに、当該事項を定め又は変更しようとする場合には、別紙様式１により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとすること。

ⅱ） 外来医療に係る特別の療養環境の提供

（１） 外来医療においても療養環境の向上に対するニーズが高まりつつあることに対応して、患者の選択の機会を広げるために、一定の要件を満たす診察室等について、患者に妥当な範囲の負担を求めることを認めることとしたものであること。

（２） 特別の療養環境の適切な提供を確保するため、診療に要する時間が長時間にわたる場合に限り特別の療養環境を提供することができるものであること。具体的には、一連の診療に要する時間が概ね１時間を超える場合をいうものであること。

（３） 療養環境については、患者が特別の負担をする上でふさわしい療養環境である必要があり、次の①及び②の要件を充足するものでなければならないこと。

① 特別療養環境室は完全な個室環境を生じさせることができるものに限られ、間仕切り等により個人の区画を確保するようなものは認められないこと。

② 患者が静穏な環境下で受診できる構造設備等が確保されていること。

（４） 特別の療養環境の提供は、患者への十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要があり、患者の意に反して特別療養環境室における受診が強いられることのないようにしなければならないこと。このため、特別療養環境室は通常の診察室等における応需態勢を確保した上で提供される必要があり、通常の診察室が空いていない等の理由により特別療養環境室での受診が求められることのないようにしなければならないこと。なお、一定期間における複数回の受診について包括的に同意を得ることは差し支えないが、その際には期間等を明示した上で同意を確認すること。

（５） 特別の療養環境の提供を受ける患者は他の患者に比べ予約の順位が優先されるなど、療養環境の提供以外の便宜を図ることは認められないこと。

（６） ⅰ）（７）から（９）まで及び（11）に掲げる事項について、外来医療における特別の療養環境の提供においても準用するものであること。（様式については別紙様式１の２によること。）

13 予約に基づく診察に関する事項

（１） 予約診察による特別の料金の徴収については、当該予約診察が保険医療機関において対面で行われるものでなければ認められないものであること。

（２） 予約診察による特別の料金の徴収に当たっては、それぞれの患者が予約した時刻に診療を適切に受けられるような体制が確保されていることが必要であり、予約時間から一定時間(30分程度)以上患者を待たせた場合は、予約料の徴収は認められないものであること。

（３） 予約料を徴収しない時間を各診療科ごとに少なくとも延べ外来診療時間の２割程度確保するものとする。なお、この時間帯の確保に当たっては、各診療科における各医師又は歯科医師の同一診療時間帯に、予約患者とそうでない患者を混在させる方法によっても差し支えないものとする。

（４） 予約患者でない患者についても、概ね２時間以上待たせることのないよう、適宜診察を行うものとすること。

（５） 予約患者については、予約診察として特別の料金を徴収するのにふさわしい診療時間(10分程度以上)の確保に努めるものとし、医師又は歯科医師１人につき１日に診察する予約患者の数は概ね 40 人を限度とすること。

（６） 上記の趣旨を患者に適切に情報提供する観点から、当該事項について院内に患者にとって分かりやすく掲示するとともに、保険医療機関の受付窓口の区分、予約でない患者に対する受付窓口での説明、予約患者でない患者への番号札の配布等、各保険医療機関に応じた方法により、予約患者とそうでない患者のそれぞれについて、当該取扱いが理解されるよう配慮するものとすること。

（７） 予約料の徴収は、患者の自主的な選択に基づく予約診察についてのみ認められるものであり、病院側の一方的な都合による徴収は認められないものであること。

（８） 予約料の額は、曜日・時間帯、標榜科等に応じて複数定めても差し支えないが、社会的に見て妥当適切なものでなければならないこと。

（９） 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式３により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとすること。

(10) 専ら予約患者の診察に当たる医師又は歯科医師がいても差し支えないものとすること。

(11) 予約診察を行う時刻は夜間、休日又は深夜であっても差し支えないものとすること。ただし、この場合には、当該予約患者については保険医療機関において診療応需の態勢をとっているといえることから、医科点数表又は歯科点数表に規定する時間外加算、休日加算及び深夜加算は算定できないこと。

14 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察（以下単に「時間外診察」という。）に関する事項

（１） 本制度は、国民の生活時間帯の多様化や時間外診察に係るニーズの動向を踏まえて創設されたものであり、したがって、本制度の対象となるのは、緊急の受診の必要性はないが患者が自由な選択に基づき、自己の都合により時間外診察を希望した場合に限られ、緊急やむを得ない事情による時間外の受診については従前通り診療報酬点数表上の時間外加算の対象となり、患者からの費用徴収は認められないものであること。

（２） 時間外診察に係る特別の料金の徴収については、当該時間外診察が保険医療機関において対面で行われるものでなければ認められないものであること。

（３） 本制度に基づき時間外診察に係る費用徴収を行おうとする保険医療機関は、時間外診察に係る費用徴収についての掲示をあらかじめ院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく示しておかなければならないこと。

（４） 社会通念上時間外とされない時間帯（例えば平日の午後４時）であっても、当該保険医療機関の標榜診療時間帯以外であれば、診療報酬上の時間外加算とは異なり、本制度に基づく時間外診察に係る費用徴収は認められるものであること。

（５） 患者からの徴収額については、診療報酬点数表における時間外加算の所定点数相当額を標準とすること。

（６） 患者からの徴収額及び標榜診療時間帯を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式４により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとすること。

15 200 床（一般病床に係るものに限る。）以上の病院の初診に関する事項

（1） 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの紹介なしに一般病床の数が 200 床以上の病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、初診料を算定する初診に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたところであるが、当該療養の取扱いについては、以下のとおりとすること。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。

① 患者の疾病について医学的に初診といわれる診療行為が行われた場合に徴収できるものであり、自ら健康診断を行った患者に診療を開始した場合等には、徴収できない。

② 同時に２以上の傷病について初診を行った場合においても、１回しか徴収できない。

③ １傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合においても、第１回の初診時にしか徴収できない。

④ 医科・歯科併設の病院においては、お互いに関連のある傷病の場合を除き、医科又は歯科においてそれぞれ別に徴収できる。

⑤ ①から④までによるほか、初診料の算定の取扱いに準ずるものとする。

（2） 初診に係る特別の料金を徴収しようとする場合は、患者への十分な情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであり、当該情報提供に資する観点から、「他の保険医療機関等からの紹介によらず、当該病院に直接来院した患者については初診に係る費用として○○○○円を徴収する。ただし、緊急その他やむを得ない事情により、他の保険医療機関からの紹介によらず来院した場合にあっては、この限りでない。」旨を病院の見やすい場所に患者にとって分かりやすく明示するものとすること。

（3） 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。

（4） 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式２により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとすること。また、特別の料金を徴収した患者数並びに特別の料金を徴収しなかった場合における当該患者数及びその理由等特別の料金の徴収に係る状況について、記録しておくこと。

患者から特別の料金を徴収した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、上記を含む実施状況について地方厚生（支）局長に報告すること。

（5） 国の公費負担医療制度の受給対象者については、「やむを得ない事情がある場合」に該当するものとして、初診に係る特別の料金の徴収を行うことは認められないものであること。

（6） いわゆる地方単独の公費負担医療（以下「地方単独事業」という。）の受給対象者については、当該地方単独事業の趣旨が、特定の障害、特定の疾病等に着目しているものである場合には、（5）と同様の取扱いとすること。

（7） 社会福祉法（昭和 26 年法律第 45 号）第２条第３項第９号に規定するいわゆる無料低額診療事業の実施医療機関において当該制度の対象者について初診に係る特別の料金の徴収を行うこと、及びエイズ拠点病院において HIV 感染者について初診に係る特別の料金の徴収を行うことは、「やむを得ない事情がある場合」に該当するものとして認められないものであること。

16 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床に係るものの数が 200 床未満の病院を除く。）及び外来機能報告対象病院等（医療法第 30 条の 18 の４第１項第２号の規定に基づき、同法第 30 条の 18 の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県

が公表したもの（以下「紹介受診重点医療機関」という。）に限り、一般病床に係るものの数が 200 床未満の病院を除く。）の初診に関する事項

（1） 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が 200 床未満の病院を除く。）及び紹介受診重点医療機関（一般病床の数が 200 床未満の病院を除く。）は、健康保険法第 70 条第３項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、患者の病状その他の患者の事情に応じた適切な他の保険医療機関を当該患者に紹介することと併せて、他の保険医療機関等からの紹介なしに受診した患者については、選定療養として、初診時に 7,000 円（歯科医師である保険医による初診の場合は 5,000 円）以上の金額の支払を受けることとしたところであるが、その取扱いについては、（2）から（7）までに定めるとおりとすること。なお、当該初診の取扱い及び病床数の計算の仕方については、15 の（1）と同様の取扱いとすること。

（2） （1）の措置は、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成 18 年厚生労働省告示第 495 号）第２条第４号に掲げる初診として行われるものであり、（1）の金額の支払を受ける場合には、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。

（3） 救急の患者その他 15 の（5）から（7）までに定める患者については、「緊急やむを得ない場合」に該当するものとして、特別の料金の徴収を行うことは認められないものであること。

（4） （3）に定める場合のほか、正当な理由がある場合は、他の保険医療機関等からの紹介なしに受診した患者について、（1）の金額の支払を求めないことができること。なお、正当な理由がある場合とは、次に掲げる患者に初診を行う場合であること。

① 自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者

② 医科と歯科との間で院内紹介された患者

③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者

④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者

⑤ 外来受診から継続して入院した患者

⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者

⑦ 治験協力者である患者

⑧ 災害により被害を受けた患者

⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自賠診療の患者

⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（急を要しない時間外の受診及び単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合を除く。）

（5） （1）の金額の支払を求めた患者に対する保険外併用療養費の支給額は、当該初診に係る所定点数から、200 点（歯科医師である保険医による初診の場合においても同じ。）を控除した点数を用いて算定することとしたものであること。

（6） その他、15 の（2）及び（4）に定める取扱いに準ずるものとすること。

（7） 保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部を改正する省令（令和４年厚生労働省令第 31 号。以下「改正省令」という。）及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の

給付等の取扱い及び担当に関する基準等の一部を改正する告示（令和４年厚生労働省告示第52号。以下「改正告示」という。）の施行及び適用を踏まえ、16における取扱いについては、令和４年９月30日までの間に限り、なお従前の例によるものとすること。また、新たに紹介受診重点医療機関として公表された保険医療機関については、改正省令附則第２条第３項及び改正告示附則第２項に規定する正当な理由を有するものとして、当該公表があった日から起算して６か月を経過する日までの間に限り、（１）の金額の支払を受けることを要しないこと。

17　200床（一般病床に係るものに限る。）以上の病院の再診に関する事項

（１）　病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の病院又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、外来診療料又は再診料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。また、同時に２以上の傷病についてそれぞれ別の診療科で再診を行った患者であっても、ある傷病に係る診療科において、他の病院又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出（以下「逆紹介」という。）が行われたにもかかわらず、当該診療科を受診した場合には、別の傷病に係る診療科において逆紹介が行われていない場合であっても、特別の料金を徴収することができるものである。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。

（２）　外来診療料又は地域歯科診療支援病院歯科再診料を算定する療養に相当する療養が行われた場合に特別の料金を徴収することができるものである。

（３）　再診に係る特別の料金を徴収しようとする場合は、患者への十分な情報提供を前提とされるものであり、当該情報提供に資する観点から、必要な情報を病院の見やすい場所に患者にとって分かりやすく明示するものとする。

（４）　他の病院又は診療所に対する文書による紹介を行う旨の申出については、当該医療機関と事前に調整した上で行うものとし、以下の事項を記載した文書を交付することにより行うものであること。また、当該文書による申出を行った日については、特別の料金の徴収は認められないものであること。

ア　他の病院又は診療所に対し文書により紹介を行う用意があること。

イ　紹介先の医療機関名

ウ　次回以降特別の料金として○○円を徴収することとなること。

（５）　その他、200床（一般病床に係るものに限る。）以上の病院の初診に関する事項の（３）から（７）までの取扱いに準ずるものとすること。

（６）　（１）の同時に２以上の傷病について再診を行った場合の取扱いについては、令和４年９月30日までの間に限り、なお従前の例によるものとすること。

18　特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床に係るものの数が200床未満の病院を除く。）及び紹介受診重点医療機関（一般病床に係るものの数が200床未満の病院を除く。）の再診に関する事項

（１）　特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び紹介受診重点医療機関（一般病床の数が200未満の病院を除く。）は、健康保険法第70条第３項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、患者の病状その他の患者の事情に応じた適切な他の保険医療機関を当該患者に紹介することと併せて、

逆紹介を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者については、選定療養として、再診時に3,000円（歯科医師である保険医による再診の場合は1,900円）以上の金額の支払を受けることとしたところであるが、その取扱い等については、（２）から（８）までに定めるとおりとすること。

（２）　特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び紹介受診重点医療機関（一般病床の数が200未満の病院を除く。）は、患者の病状が安定している場合その他当該保険医療機関以外の病院又は診療所に紹介することが適当と認めたときは、逆紹介を行うものとし、当該申出を行ったにもかかわらず患者が受診した場合には、（１）の金額の支払を受けること。

（３）　（１）の措置は、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第２条第５号に掲げる再診として行われるものであり、（１）の金額の支払を受ける場合には、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。

（４）　救急の患者その他15の（５）から（７）までに定める患者については、「緊急やむを得ない場合」に該当するものとして、特別の料金の徴収を行うことは認められないものであること。

（５）　（４）に定める場合のほか、正当な理由がある場合は、（１）の金額の支払を求めないことができること。なお、正当な理由がある場合とは、次に掲げる患者に再診を行う場合であること。

①　救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者

②　外来受診から継続して入院した患者

③　災害により被害を受けた患者

④　労働災害、公務災害、交通事故、自賠診療の患者

⑤　その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（急を要しない時間外の受診及び単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合を除く。）

（６）　（１）の金額の支払を求めた患者に対する保険外併用療養費の支給額は、当該再診に係る所定点数から、50点（歯科医師である保険医による再診の場合は40点）を控除した点数を用いて算定することとしたものであること。

（７）　その他、17の取扱いに準ずるものとすること。

（８）　改正省令及び改正告示の施行及び適用を踏まえ、18における取扱いについては、令和４年９月30日までの間に限り、なお従前の例によるものとすること。また、新たに紹介受診重点医療機関として公表された保険医療機関については、改正省令附則第２条第３項及び改正告示附則第２項に規定する正当な理由を有するものとして、当該公表があった日から起算して６か月を経過する日までの間に限り、（１）の金額の支払を受けることを要しないこと。

19　医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療であって別に厚生労働大臣が定めるものに関する事項

（１）　本制度は、患者の要望に従い、患者の自己の選択に係るものとして、医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療であって、①検査（腫瘍マーカーのうち、「αーフェトプロテイン（ＡＦＰ）」及び「癌胎児性抗原（ＣＥＡ）」、「前立腺特異抗原（ＰＳＡ）」及び「ＣＡ19－9」、②リハビリテーション（「心大血管疾患リハビリテーション料」、「脳血

管疾患等リハビリテーション料」、「廃用症候群リハビリテーション料」、「運動器リハビリテーション料」及び「呼吸器リハビリテーション料」）、③精神科専門療法（「精神科ショート・ケア」、「精神科デイ・ケア」、「精神科ナイト・ケア」及び「精神科デイ・ナイト・ケア」）について、その費用を患者から徴収することができることとしたものである。

ただし、①については、患者の不安を軽減する必要がある場合、②については、患者の治療に対する意欲を高める必要がある場合、③については、患者家族の負担を軽減する必要がある場合に限り実施されるものであること。

なお、当該診療の実施に当たっては、その旨を診療録に記載すること。

（２） 本制度に基づき医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療を実施する場合において、「特掲診療料の施設基準等」（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）等により施設基準が定められている場合には、これに適合する旨を地方厚生（支）局長に届け出ていること。

（３） 医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療に係る特別の料金の徴収を行おうとする保険医療機関は、本制度の趣旨を患者に適切に情報提供する観点から、当該事項について院内の見やすい場所に分かりやすく掲示しておかなければならない。

（４） 保険医療機関は、医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療を実施するに当たり、あらかじめ患者に対し、その内容及び費用に関して明確かつ懇切に説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得るものとし、この同意の確認は、特別の料金等を明示した文書に患者側の署名を受けることにより行うこと。

（５） 患者から、医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療に係る費用を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（６） 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とし、医科点数表等に規定する基本点数をもとに計算される額を標準とすること。

（７） 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式13により地方厚生（支）局長にその都度報告すること。また、患者から特別の料金を徴収した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、その実施状況について地方厚生（支）局長に報告すること。

20 入院期間が 180 日を超える入院に関する事項

（１） 入院医療の必要性が低いが患者側の事情により長期にわたり入院している者への対応を図る観点から、通算対象入院料（一般病棟入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料を含み、医科点数表の注 11 に規定する療養病棟入院料１の例により算定する場合（歯科点数表第１章第２部第１節通則１の規定により医科点数表の例により算定する場合を含む。）を除く。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限り、医科点数表の注９に規定する療養病棟入院料１の例により算定する場合（歯科点数表第１章第２部第１節通則１の規定により医科点数表の例により算定する場合を含む。）を除く。）及び専門病院入院基本料（医科点数表の注８に規定する療養病棟入院料１の例により算定する場合（歯科点数表第１章第２部第１節通則１の規定により医科点数表の例により算定する場合を含む。）を除く。）をいう。以下同じ。）を算定する保険医療機関への 180 日を超える入院（（６）に定める患者の入院を除く。）については、患者の自己の選択に係るものとして、その費用を患者から徴収することができることとしたものである。

（２） 入院期間は、以下の方法により計算されるものであり、医科点数表及び歯科点数表（以下「医科点数表等」という。）の例により計算されるものではないことに留意すること。

① 保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は他の保険医療機関に入院した場合（当該疾病又は負傷が一旦治癒し、又は治癒に近い状態（寛解状態を含む。）になった後に入院した場合を除く。）にあっては、これらの保険医療機関において通算対象入院料を算定していた期間を通算する。

② ①の場合以外の場合にあっては、現に入院している保険医療機関において通算対象入院料を算定していた期間を通算する。

（３） 退院の日から起算して３月以上（悪性腫瘍、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50 号）第５条第１項に規定する指定難病（同法第７条第４項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第１項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）又は「特定疾患治療研究事業について」（昭和 48 年４月 17 日衛発第 242 号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）に罹患している患者については１月以上。以下同じ。）の期間、同一傷病について、いずれの保険医療機関に入院することなく経過した後に、当該保険医療機関又は他の保険医療機関に入院した場合は、（２）の②に該当するものであり、入院期間の計算方法は、現に入院している保険医療機関において通算対象入院料を算定していた期間を通算するものであること。また、同一の保険医療機関内の介護療養病床等に３月以上の期間入院した場合についても（２）の②に準じて取り扱うものとし、当該介護療養病床等から通算対象入院料を算定する病棟に転棟した場合における入院期間は、当該転棟の日から起算して計算するものであること。

（４） 入院期間の確認については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和４年３月４日保医発0304第●●号）別添１第１章第２部通則３に従うものであること。

（５） 保険外併用療養費の支給額は、所定点数から通算対象入院料の基本点数の 100 分の 15 に相当する点数を控除した点数をもとに計算されるものであるが、通算対象入院料の基本点数とは、それぞれの区分の注１（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料の場合は注２）に掲げられている点数であるものである。なお、控除する点数に１点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算するものとする。また、外泊期間中は、保険外併用療養費は支給しないものとする。なお、外泊期間中であっても、特別の料金を徴収することができることとし、その標準については、（９）に規定するところによるものとする。

（６） 当該制度は、入院医療の必要性が低いが患者側の事情により入院しているものへの対応を図るためのものであることから、以下の表の左欄に掲げる状態等にあって、中欄の診療報酬点数に係る療養のいずれかについて、右欄に定める期間等において実施している患者の入院については、選定療養には該当せず、特別の料金を徴収することは認められないものである。なお、左欄に掲げる状態等にある患者が、退院等により右欄に定める実施期間等を満たさない場合においては、当該月の前月において選定療養に該当していない場合に限り、当該月に

おいても同様に取り扱う。他の病院から転院してきた患者についても同様の取扱いとする。

状態等	診療報酬点数	実施の期間等
1　難病患者等入院診療加算を算定する患者	難病患者等入院診療加算	当該加算を算定している期間
2　重症者等療養環境特別加算を算定する患者	重傷者等療養環境特別加算	当該加算を算定している期間
3　重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、脊椎損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等（注１参照）		左欄の状態にある患者
4　悪性新生物に対する腫瘍用薬（重篤な副作用を有するものに限る。）を投与している状態（注２参照）	動脈注射 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 点滴注射 中心静脈注射 骨髄内注射	左欄治療により、集中的な入院加療を要する期間
5　悪性新生物に対する放射線治療を実施している状態	放射線治療（エックス線表在治療又は血液照射を除く。）	
6　ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態（注３参照）	ドレーン法（ドレナージ） 胸腔穿刺 腹腔穿刺	当該月において２週以上実施していること
7　人工呼吸器を使用している状態	間歇的陽圧吸入法、体外式陰圧人工呼吸器治療 人工呼吸	当該月において１週以上使用していること
8　人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過	各週２日以上実施していること（注４参照）
	血漿交換療法	当該月において２日以上実施していること
9　全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態（当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。）	脊椎麻酔 開放点滴式全身麻酔 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	
10　末期の悪性新生物に対する治療を実施している状態	薬剤料（麻薬に限る。）（注５参照） 神経ブロック（注６参照）	左欄の状態にある期間
11　呼吸管理を実施している状態	救命のための気管内挿管（注７参照） 気管切開術（注８参照） 酸素吸入（注９参照）	
12　頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態（注10参照）	喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出 気管支カテーテル薬液注入法	当該月において１日あたり８回（夜間を含め約３時間に１回程度）以上実施している日が20日を超えること
13　肺炎等に対する治療を実施している状態	薬剤料（抗生剤に限る。）（注11参照）	左欄の状態にある期間
14　集中的な循環管理が実されている先天性心疾患等の患者（注12参照）	薬剤料（強心剤等に限る。）	
15　15歳未満の患者		左欄の年齢にある期間
16　児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援を受けている患者		当該支援を受けている期間
17　児童福祉法第20条第１項の療育の給付を受けている患者		当該給付を受けている期間
18　造血幹細胞移植又は臓器移植後の拒絶反応に対する治療を実施している患者		左欄の状態にある期間

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

ａ　重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）

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

b　重度の意識障害者

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

ア　意識障害レベルがＪＣＳ(Japan Coma Scale)でⅡ－３（又は 30）以上又はＧＣＳ（Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態が２週以上持続している患者

イ　無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

c　以下の疾患に罹患している患者

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

d　重度の肢体不自由者については、「「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について」（平成３年 11 月 18 日老健第 102－２号）においてランクＢ（以下「ランクＢ」という。）以上に該当するものが対象となるものであり、ランクＢ以上に該当する旨を診療報酬明細書に記載すること。

２　４の「重篤な副作用を有するもの」とは、肝障害、間質性肺炎、骨髄抑制、心筋障害等の生命予後に影響を与えうる臓器障害を有する腫瘍用薬であること。

３　６に係る胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、当該胸腔穿刺又は腹腔穿刺に関し洗浄を行った旨を診療報酬明細書に記載すること。

４　８の「人工腎臓を実施している状態」にある患者については、ランクＢ以上に該当するものが対象となるものであり、ランクＢ以上に該当する旨を診療報酬明細書に記載すること。

５　10 の中欄に規定する「麻薬」については、使用薬剤を診療報酬明細書に記載すること。

６　10 の中欄に規定する「神経ブロック」とは、医科点数表第２章第 11 部第２節区分番号「Ｌ１００」神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）、区分番号「Ｌ１０１」神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）又は区分番号「Ｌ１０５」硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入であること。

７　11 の中欄に規定する「救命のための気管内挿管」を実施している患者については、気管内挿管を実施している旨を診療報酬明細書に記載すること。

８　11 の中欄に規定する「気管切開術」を実施している患者については、ランクＢ以上に該当するものが対象となるものであり、ランクＢ以上に該当する旨及び気管切開術を実施している旨を診療報酬明細書に記載すること。

９　11 の中欄に規定する「酸素吸入」を実施している患者については、ランクＢ以上に該当し、かつ、酸素吸入を実施しない場合には経皮的動脈血酸素飽和度が 90%以下となるものが対象となるものであり、ランクＢ以上に該当する旨及び酸素吸入を実施しない場合の経皮的動脈血酸素飽和度の値及び酸素吸入を実施している旨を診療報酬明細書に記載すること。

10　12 の左欄に規定する「頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態」については、ランクＢ以上に該当するものが対象となるものであり、ランクＢ以上に該当する旨及び喀痰吸引又は干渉低周波去痰器による喀痰排出の内容（喀痰吸引等の頻度、喀痰吸引に伴う排痰処置等）について、診療報酬明細書に記載すること。また、頻回の喀痰吸引を長期間必要とする理由（気管切開等の呼吸管理を行っておらず、かつ、長期間喀痰吸引を実施している場合は、特にその理由を診療録に記載する。）及びその内容（喀痰吸引等の頻度、喀痰吸引に伴う排痰処置等）を診療録に記載すること。

11　13 の中欄に規定する抗生剤（病原生物に対する医薬品をいう。）は、主として全身性の感染症に対する治療のために投与される注射薬に限るものとし、使用薬剤並びに当該治療に係る細菌培養同定検査等及び薬剤感受性検査の結果を診療報酬明細書に記載又は添付すること。

12　14 の「集中的な循環管理が実施されている先天性心疾患等の患者」については、常時モニタリング下に、塩酸ドパミン、塩酸ドブタミン、ミルリノン、アムリノン、塩酸オルプリノン、不整脈用剤又はニトログリセリン（いずれも注射薬に限る。）を投与されている先天性心疾患等の患者が対象となるものであり、循環管理の内容（モニタリングの内容、使用薬剤等）を診療報酬明細書に記載すること。

（７）　急性増悪のため、通算対象入院料を算定する病棟又は介護療養病床等から、一般病棟に転棟させた場合（一般病棟に入院中の患者が急性増悪した場合を含む。）は当該転棟の日（一般病棟に入院中の患者については急性増悪の日）から 30 日間は、特別の料金を徴収することは認められない取扱いとするものであること。ただし、30 日間を経過した後は、（６）に規定する基準に従い、当該患者の入院が選定療養となるか否かを判断するものであること。なお、この場合においては、一般病棟に転棟させた理由を診療報酬明細書に詳細に記載すること。

（８）　特別の料金を徴収しようとする場合は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、特別の料金の額等に関する情報を文書により提供しなければならないものとする。

（９）　特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とし、通算対象入院料の基本点数の 100 分の 15 に相当する点数をもとに計算される額を標準とする。

(10)　特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式10により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。また、患者から特別の料金を徴収した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、その実施状況について別紙様式10により地方厚生（支）局長に報告するものとすること。

21　前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給に関する事項

（１）　前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金とは、金属歯冠修復であって、その金属として金合金又は白金加金を用いたものであること。なお、硬質レジン前装冠に用いる金合金又は白金加金は対象としないこと。

（２）　保険外併用療養費の額は、再診、補綴時診断、印象採得、咬合採得、金属歯冠修復製作

（材料料を含む。）、装着に係る所定点数を合計して算出すること。

（３） 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金に係る費用については、社会的にみて妥当適切なものでなければならないこと。

（４） 本制度に基づき、前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金に係る費用を徴収する保険医療機関は、金合金又は白金加金に係る費用について、あらかじめ院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示しておかなければならないこと。

（５） 本制度が適用されるのは、患者に対して前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金に関する十分な情報提供がなされ、医療機関との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであること。

（６） 保険医療機関が、前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金に係る費用を定めた場合又は変更しようとする場合は、別紙様式14により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとすること。

（７） 患者から前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（８） 本制度に基づき、前歯部の金属歯冠修復の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的に金合金又は白金加金の支給の実施状況について地方厚生（支）局長に報告するものとすること。

22　金属床による総義歯の提供に関する事項

（１） 本制度は、有床義歯に係る患者のニーズの動向等を踏まえて創設されたものであること。

（２） 金属床総義歯とは、義歯床粘膜面の大部分が金属で構成されていて顎粘膜面にその金属が直接接触する形態で、なおかつ金属部分で咬合・咀嚼力の大部分を負担できる構造の総義歯をいうものであること。

（３） 金属床総義歯を提供する場合は熱可塑性樹脂を用いたものとみなして保険外併用療養費を支給するが、その費用は患者に対し実際に行った再診、顎運動関連検査、補綴時診断、印象採得、仮床試適、義歯製作（材料料を含む。）、装着及び新製有床義歯管理（１回のみ）に係る所定点数を合計して算出すること。

（４） 金属床総義歯に係る費用については、社会的にみて妥当適切なものでなければならないこと。

（５） 本制度に基づき、金属床総義歯に係る費用を徴収する保険医療機関は、金属床総義歯の概要及び金属床総義歯に係る費用について、あらかじめ院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示しておかなければならないこと。

（６） 本制度が適用されるのは、患者に対して総義歯に関する十分な情報提供がなされ、医療機関との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであること。

（７） 保険医療機関が、保険外併用療養費及び特別の料金からなる金属床総義歯に係る費用等を定めた場合又は変更しようとする場合は、別紙様式５により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとすること。

（８） 患者から金属床総義歯に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（９） 本制度に基づき、金属床総義歯の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的に金属床総義歯に係る費用を含めた金属床総義歯の実施状況について地方厚生（支）局長に報告するものとすること。

23　う蝕に罹患している患者の指導管理に関する事項

（１） 本制度は、小児う蝕の再発抑制に対するニーズが高まりつつあることを踏まえて創設されたものであること。

（２） 本制度の対象となる指導管理（以下「継続管理」という。）は、う蝕多発傾向を有しない13歳未満の患者であって継続的な管理を要するものに対するフッ化物局所応用又は小窩裂溝填塞による指導管理に限られるものとし、保険外併用療養費の額は、再診料、歯科疾患管理料及び歯科衛生実地指導料に係る所定点数を合計して算出すること。なお、13歳以上の患者については、本制度の対象としないこと。

（３） フッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用については、社会的にみて妥当適切なものでなければならないこと。

（４） 本制度に基づき、フッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用を徴収する保険医療機関は、継続管理の概要並びにフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用について、あらかじめ院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示しておかなければならないこと。

（５） 本制度が適用されるのは、患者又は患者の保護者に対して継続管理に関する十分な情報提供がなされ、医療機関との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものとすること。

（６） 保険医療機関が、フッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式７により地方厚生（支）局長に報告するものとすること。

（７） 患者又は患者の保護者からフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（８） 本制度に基づき、継続管理の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的にフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用を含めた継続管理の実施状況について地方厚生（支）局長に報告するものとすること。

第４　療担規則第11条の３第１項及び療担基準第11条の３の厚生労働大臣が定める報告事項（掲示事項等告示第４関係）

１　健康保険法第63条第２項及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第64条第２項に規定する評価療養、患者申出療養及び選定療養に関する事項

２　酸素及び窒素の購入価格に関する事項

３　歯科点数表の第２章第１部区分番号「Ｂ００１－２」歯科衛生実地指導料に関する事項

４　算定告示及び「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」に基づき、地方厚生（支）局長に届け出た事項に関する事項

５　療担規則第５条の２第２項及び第５条の２の２第１項並びに療担基準第５条の２第２項及び第５条の２の２第１項に規定する明細書の発行状況に関する事項

６　保険医療機関が、地方厚生（支）局長に届け出た事項については、毎年７月１日現在の届出事

項に係る状況等を地方厚生（支）局長に報告するものであること。この中には、算定告示に係る届出に関する事項が含まれているものであること。

第５　特殊療法に係る厚生労働大臣が定める療法等（掲示事項等告示第５関係）

特殊療法等の禁止の例外である療担規則第 18 条及び療担基準第 18 条の厚生労働大臣が定める療法等として、次の療法を定めたものであること。

厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条各号に掲げる評価療養及び１条の２に規定する患者申出療養に係る療法

第６　保険医の使用医薬品（掲示事項等告示第６関係）

薬価基準に収載されている医薬品等について、保険医が施用し又は処方することができることとしたものであること。その他保険医の使用医薬品に係る留意事項については、別途通知するものであること。

第７　医薬品の使用に係る厚生労働大臣が定める場合（掲示事項等告示第７関係）

１　保険医について、第６に規定する医薬品以外の医薬品の使用が認められる場合は、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第４号に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合又は厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準第３項各号に掲げる先進医療に係る薬物を使用する場合であること。

２　１のほか、他医薬品の使用等に関し留意すべき事項は以下のとおりであること。

（１）　我が国の健康保険制度においては、一連の診療の中で、①保険医が保険診療と特殊療法等を併せて行うこと、②保険診療と自由診療とを併せて行い、保険医療機関が、自由診療部分について患者から追加的な負担を求めることは、原則として禁止されており、これを行った場合には、当該診療は健康保険制度の対象としない（全て自由診療とする。）こととしているため、日本で承認を受けていない医薬品を医師が個人的に輸入し、患者に処方した場合、当該診療は健康保険制度の対象とならないものであること。

ただし、患者自身が、自己の責任においてこのような医薬品を輸入し、これを使用すること自体は禁止されておらず、また、このような患者に対する保険給付が一律に制限されるものではない。

なお、このような医薬品の輸入・使用は、患者個人の責任において行われるものであり、当該医薬品の使用により生ずる副作用等については、公的な補償の対象とならないものであること。

（２）　保険医が使用することが認められる医薬品は、掲示事項等告示第６に定められており、当該告示に規定されている医薬品を、当該医薬品の医薬品医療機器等法上の承認に係る効能・効果の範囲外で使用すること自体は禁止されているものではないこと。

（３）　保険薬局において、患者の希望に基づき次の①から③までに定めるサービスを提供した場合には、当該サービスについて、患者からその費用を徴収しても差し支えないものとすること。ただし、患者から費用を徴収する場合には、「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」に定める手続きを経る必要があるものであること。

①　患者の希望に基づく内服薬の一包化（治療上の必要性がない場合に限る。）

ア　一包化とは、服用時点の異なる２種類以上の内服用固型剤又は１剤であっても３種類以上の内服用固形剤が処方されているとき、その種類にかかわらず服用時点毎に一包として患者に投与することであること。なお、一包化に当たっては、錠剤等は直接の被包から取り出した後行うものであること。

イ　治療上の必要性の有無について疑義がある場合には、処方箋を交付した医師に確認すること。

ウ　患者の服薬及び服用する薬剤の識別を容易にすること等の観点から、錠剤と散剤を別々に一包化した場合、臨時の投薬に係る内服用固形剤とそれ以外の内服用固形剤を別々に一包化した場合等は、その理由を調剤録に記載すること。

②　患者の希望に基づく甘味剤等の添加（治療上の必要性がなく、かつ、治療上問題がない場合に限る。）

治療上の必要性及び治療上の問題点の有無について疑義がある場合には、処方箋を交付した医師に確認すること。

③　患者の希望に基づく服薬カレンダー（日付、曜日、服用時点等の別に薬剤を整理することができる資材をいう。）の提供

第８　保険医の使用歯科材料（掲示事項等告示第８関係）

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成 20 年厚生労働省告示第 61 号）に掲げられている歯科材料について、歯冠修復及び欠損補綴において使用することができることとしたものである。

第９　厚生労働大臣が定める歯科材料の使用に係る場合（掲示事項等告示第９関係）

第８に規定する歯科材料以外の歯科材料の使用が認められる場合として、次の場合を定めたものであること。

①　金合金又は白金加金を前歯部の金属歯冠修復に使用する場合

②　掲示事項等告示第８に掲げる保険医療材料（金属であるものに限る。）以外の金属を総義歯の床部に使用する場合

③　医薬品医療機器等法第 80 条の３第１項に規定する治験に係る機械器具等を使用する場合

④　厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準第３項各号に掲げる先進医療に係る機械器具等を使用する場合

第 10　厚生労働大臣が定める注射薬等（掲示事項等告示第 10 関係）

１　保険医が投与することができる注射薬として電解質製剤等を定めたものである。

２　在宅血液透析を行っている患者とは以下に定めるものであること。

①　在宅血液透析指導管理料を算定している患者

②　介護老人保健施設入所者であって、当該介護老人保健施設内で人工腎臓を行っている患者

③　「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成 18 年３月 31 日保医発第 0331002 号）の１の(1)から(6)に規定される施設に入所している者又はサービスを利用している者であって、当該施設内で人工腎臓を行っている患者

３　在宅腹膜灌流を行っている患者とは以下に定めるものであること。

① 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者
② 介護老人保健施設入所者であって、当該介護老人保健施設内で腹膜灌流を行っている患者
③ 「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の１の(1)から(6)に規定される施設に入所している者又はサービスを利用している者であって、当該施設内で腹膜灌流を行っている患者

4 投薬期間に上限が設けられている医薬品
① 投薬量又は投与量が14日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬として、麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号）第２条第１号に規定する麻薬等を定めたものである。
② 投薬量又は投与量が30日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬として、アルプラゾラム等を定めたものである。
③ 投薬量が90日分を限度とされる内服薬として、ジアゼパム等を定めたものである。
④ 投与期間に上限が設けられている麻薬又は向精神薬の処方は、薬物依存症候群の有無等、患者の病状や疾患の兆候に十分注意した上で、病状が安定し、その変化が予見できる患者に限って行うものとする。
そのほか、当該医薬品の処方に当たっては、当該患者に既に処方した医薬品の残量及び他の医療機関における同一医薬品の重複処方の有無について患者に確認し、診療録に記載するものとする。

第10の２ リフィル処方箋に係る厚生労働大臣が定める医薬品（掲示事項等告示第10の２関係）
療担規則第 20 条第３号ロ及び療担基準第 20 条第４号ロに規定するリフィル処方箋により処方することができない医薬品として、第10の４の①から③までに掲げる投薬期間に上限が設けられている医薬品及び湿布薬（貼付剤のうち、薬効分類上の鎮痛、鎮痒、収斂、消炎剤（専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）をいう。）を定めたものであること。

第11 処方箋の交付に係る厚生労働大臣が定める場合（掲示事項等告示第12関係）
介護老人保健施設の入所者である患者に対する薬剤又は治療材料の支給を目的とした処方箋の交付の禁止の例外として、次の場合を定めたものであること。
① 悪性新生物に罹患している患者に対して抗悪性腫瘍剤（注射薬を除く。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
② 疼痛コントロールのための医療用麻薬の支給を目的とする処方箋を交付する場合
③ 抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
④ インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
⑤ 血友病の治療に係る血液凝固因子製剤及び血液凝固因子抗体迂回活性複合体の支給を目的とする処方箋を交付する場合
⑥ 自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤の支給を目的とする処方箋を交付する場合
⑦ 調剤報酬点数表第４節区分番号「３０」特定保険医療材料の支給を目的とする処方箋を交付する場合

⑧ エリスロポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
⑨ ダルベポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
⑩ エポエチンベータペゴル（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
⑪ 人工腎臓用透析液（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
⑫ 血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
⑬ 生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

第12 保険薬局に係る厚生労働大臣が定める掲示事項（掲示事項等告示第13関係）
保険薬局が掲示しなければならない事項として次の３つの事項を定めたものであること。
① 調剤報酬点数表の第２節区分番号「１０の２」調剤管理料及び区分番号「１０の３」服薬管理指導料に関する事項
② 調剤報酬点数表に基づき地方厚生（支）局長に届け出た事項に関する事項
③ 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 16 号）第４条の２第２項及び第４条の２の２第１項並びに療担基準第 26 条の５第２項及び第 26 条の５の２第１項に規定する明細書の発行状況に関する事項

第12の２ 明細書を発行しなければならない保険薬局（掲示事項等告示第13の２及び第13の３関係）
① 領収証を交付するときは、個別の調剤報酬点数の算定項目が分かる明細書を無償で交付しなければならない保険薬局として、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付費等の請求を行うことが義務付けられた保険薬局を定めたものであること。
② 明細書の発行に当たっては、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」によるものであること。

第13 保険薬剤師の使用医薬品（掲示事項等告示第14関係）
薬価基準に収載されている医薬品等について、保険薬剤師が使用することができることとしたものであること。その他保険薬剤師の使用医薬品に係る留意事項については、別途通知するものであること。

第14 保険薬剤師の医薬品の使用に係る厚生労働大臣が定める場合（掲示事項等告示第15関係）
保険薬剤師について、第13に規定する医薬品以外の医薬品の使用が認められる場合は、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第１条第４号に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合であること。

（別紙様式１）

特別の療養環境の提供の実施（変更）報告書

（入院医療に係るもの）

上記について報告します。
令和　　年　　月　　日

保険医療機関の
所在地及び名称
開　設　者　名

殿

（実施日・変更日　　年　　月　　日）

区　分	費用徴収を行わない病床数	費用徴収を行うこととしている病床		
		計	内　訳	金　額
個　室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
２人室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
３人室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
４人室	床	床	床	円
			床	円
			床	円
			床	円
合　計		①	床	円

②全病床数	床
費用徴収病床割合（①÷②）	%

注１　病床数については、「費用徴収を行わない病床数」、「費用徴収を行うこととしている病床」、「全病床数」の全てについて、健康保険法第 63 条第３項第１号の指定に係る病床（健康保険法等の一部を改正する法律（平成 18 年法律第 83 号）附則第 130 条の２第１項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第 26 条の規定による改正前の介護保険法第 48 条第１項第３号に規定する指定介護療養施設サービスを行う同法第８条第 26 項に規定する療養病床等を除く。）について記載すること。
注２　「費用徴収を行うこととしている病床」欄については、徴収金額ランクごとに記載することとし、枠が足りない場合は、適宜取り繕うこと。
注３　「費用徴収病床割合」欄については、小数点以下第２位を四捨五入した数を記載すること。
注４　５人室以上の「費用徴収を行わない病床数」がある場合は、その内訳を記載する必要はないが、「②全病床数」にはその数も含めて、記載すること。

（別紙様式１－２）

特別の療養環境の提供の実施（変更）報告書

（外来医療に係るもの）

上記について報告します。
令和　　年　　月　　日

保険医療機関の
所在地及び名称
開　設　者　名

殿

（実施日・変更日　　年　　月　　日）

費用徴収を行うこととしている診察室		
計	内　訳	金　額
室	室	円
	室	円
	室	円
	室	円
	室	円

注　「費用徴収を行うこととしている診察室」欄については、徴収金額ランクごとに記載することとし、枠が足りない場合は、適宜取り繕うこと。

（別紙様式２）

病床数が200床以上の病院等について受けた
初診・再診の実施（変更）報告書

上記について報告します。
令和　　年　　月　　日

保険医療機関の
所在地及び名称
開　設　者　名

殿

（実施日・変更日　　年　　月　　日）

１　届出種別
ア　200床（一般病床に係るものに限る。）以上の病院（イを除く。）
イ　特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床に係るものの数が200床未満の病院を除く。）及び外来機能報告対象病院等（外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県が公表したものに限り、一般病床に係るものの数が200床未満の病院を除く。）

注　該当する方に○をつけること。

２　特別の料金等の内容

区　　分	徴　収　額
初　診 再　診	円

注　初診又は再診のいずれか該当する方に○をつけること。

（別紙様式３）

予約に基づく診察の実施（変更）報告書

上記について報告します。
令和　　年　　月　　日

保険医療機関の
所在地及び名称
開　設　者　名

殿

（実施日・変更日　　年　　月　　日）

１　診療科　　科

２　保険外併用療養費に係る予約診察を行う時間帯

曜　　日	標榜診療時間帯	予約診察を行う診療時間帯	予約以外の診察に従事する医師又は歯科医師の数	予約診察に従事する医師又は歯科医師の数	予約料
曜日　午前 午後	（　～　）時 （　～　）時	（　～　）時 （　～　）時			円
曜日　午前 午後	（　～　）時 （　～　）時	（　～　）時 （　～　）時			円
曜日　午前 午後	（　～　）時 （　～　）時	（　～　）時 （　～　）時			円
曜日　午前 午後	（　～　）時 （　～　）時	（　～　）時 （　～　）時			円
曜日　午前 午後	（　～　）時 （　～　）時	（　～　）時 （　～　）時			円
曜日　午前 午後	（　～　）時 （　～　）時	（　～　）時 （　～　）時			円
曜日　午前 午後	（　～　）時 （　～　）時	（　～　）時 （　～　）時			円

注１　本添付書類は、予約診療を行う標榜科ごとに記載すること。
注２　枠が足りない場合は、適宜取り繕うこと。

（別紙様式４）

保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察の実施（変更）報告書

上記について報告します。
令和　　年　　月　　日

保険医療機関の
所在地及び名称
開　設　者　名

殿

（実施日・変更日　　年　　月　　日）

標榜診療時間

曜　　日	標　榜　診　療　時　間　帯
曜日　午前	（　　～　　）時
午後	（　　～　　）時
曜日　午前	（　　～　　）時
午後	（　　～　　）時
曜日　午前	（　　～　　）時
午後	（　　～　　）時
曜日　午前	（　　～　　）時
午後	（　　～　　）時
曜日　午前	（　　～　　）時
午後	（　　～　　）時
曜日　午前	（　　～　　）時
午後	（　　～　　）時
曜日　午前	（　　～　　）時
午後	（　　～　　）時

徴　収　額　　円

（別紙様式 13）

医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療であって別に厚生労働大臣が定めるものの実施（変更）報告書

上記について報告します。
令和　　年　　月　　日

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

殿

（実施日・変更日　　年　　月　　日）

診 療 の 名 称	施設基準の届出受理年月日及び受理番号	患者からの徴収額
	年　月　日 （　）第　号	円
	年　月　日 （　）第　号	円
	年　月　日 （　）第　号	円
	年　月　日 （　）第　号	円
	年　月　日 （　）第　号	円

注１　「診療の名称」欄については、「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」（平成 18 年厚生労働省告示第 498 号）第７号の５に掲げる名称を記載すること。
注２　「施設基準の届出受理年月日及び受理番号」欄については、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和２年３月５日保医発 0305 第３号）の規定に基づく地方厚生（支）局長への施設基準の届出受理内容について記載すること。
　ただし、当該医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療に施設基準が定められていない場合は、記載する必要がないこと。

保発●●第●号
令和４年３月●日

地方厚生（支）局長
都道府県知事
殿

厚生労働省保険局長
（公印省略）

医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について

標記については、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付費等の請求を行うこと（以下「レセプト電子請求」という。）が義務付けられた保険医療機関及び保険薬局において、義務付けられているところだが、保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令（令和２年厚生労働省令第24号）及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部を改正する件の一部を改正する告示（令和２年厚生労働省告示第55号）により、公費負担医療に係る給付により自己負担のない患者について、明細書の交付が困難であることについて正当な理由を有する診療所においても、当該患者からの求めがある場合には、明細書を交付する義務が設けられ、本年４月１日から施行することとされた。

これに併せ、標記については、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（令和２年３月５日保発0305第２号。以下「旧通知」という。）において、本年４月１日より下記のとおり取り扱うこととすることを示したところであるが、今般、改めて周知するとともに、別紙様式５及び６の一部を変更することとするので、御了知の上、管内保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者に対し、周知徹底を図られたい。なお、旧通知については、同年３月31日限り廃止する。

記

１　保険医療機関及び保険薬局に交付が義務付けられる領収証は、医科診療報酬及び歯科診療報酬にあっては点数表の各部単位で、調剤報酬にあっては点数表の各節単位で金額の内訳の分かるものとし、医科診療報酬については別紙様式１を、歯科診療報酬については別紙様式２を、調剤報酬については別紙様式３を標準とすること。

２　指定訪問看護事業者については、健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第９項及び健康保険法施行規則（大正15年内務省令第36号）第72条の規定により、患者から指定訪問看護に要した費用の支払を受ける際、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を交付しなければならないこととされているが、指定訪問看護事業者にあっても、保険医療機関及び保険薬局と同様に、正当な理由がない限り無償で交付しなければならないものであるとともに、交付が義務付けられている領収証は、指定訪問看護の費用額算定表における訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費及び訪問看護ターミナルケア療養費の別に金額の内訳の分かるものとし、別紙様式４を標準とするものであること。

３　レセプト電子請求が義務付けられた保険医療機関（正当な理由を有する診療所を除く。）及び保険薬局については、領収証を交付するに当たっては、明細書を無償で交付しなければならないこと。その際、病名告知や患者のプライバシーにも配慮するため、明細書を発行する旨を院内掲示等により明示するとともに、会計窓口に「明細書には薬剤の名称や行った検査の名称が記載されます。ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への交付も含めて、明細書の交付を希望しない場合は事前に申し出て下さい。」と掲示すること等を通じて、その意向を的確に確認できるようにすること。院内掲示は別紙様式７を参考とすること。

４　３の「正当な理由」に該当する診療所については、患者から明細書の発行を求められた場合には明細書を交付しなければならないものであり、「正当な理由」に該当する旨及び希望する患者には明細書を発行する旨（明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額、当該金額が1,000円を超える場合には料金設定の根拠及びレセプトコンピュータ若しくは自動入金機の改修時期を含む。）を院内掲示等で明示するとともに、別紙届出様式により、地方厚生（支）局長に届出を行うこと。院内掲示等の例は別紙様式８を参考とすること。なお、「正当な理由」に該当する診療所とは、以下に該当する場合であること。
（１）明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している場合
（２）自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な場合

５　レセプト電子請求が義務付けられた保険医療機関及び保険薬局は、公費負担医療の対象である患者等、一部負担金等の支払いがない患者（当該患者の療養に要する費用の負担の全額が公費により行われるものを除く。）についても、明細書を無償で発行しなければならないこと。ただし、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある診療所については患者から求められたときに交付することで足りるものとする。なお、院内掲示等については、３と同様に取り扱うこと。

６　５の「正当な理由」に該当する診療所については、「正当な理由」に該当する旨並びに明細書を発行する場合には費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額、当該金額が1,000円を超える場合には料金設定の根拠及びレセプトコンピュータ又は自動入金機の改修時期を院内掲示等で明示するとともに、別紙届出様式により、地方厚生（支）局長に届出を行うこと。ただし、４により届出を行っている診療所については、別途届出を行うことは要しないこと。院内掲示等の例は別紙様式８を参考とすること。なお、「正当な理由」に該当する診療所とは、以下に該当する場合であること。
（１）　一部負担金等の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している場合

（２）　自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な場合

7　明細書については、療養の給付に係る一部負担金等の費用の算定の基礎となった項目（５の場合にあっては、療養に要する費用の請求に係る計算の基礎となった項目）ごとに明細が記載されているものとし、具体的には、個別の診療報酬点数又は調剤報酬点数の算定項目（投薬等に係る薬剤又は保険医療材料の名称を含む。以下同じ。）が分かるものであること。なお、明細書の様式は別紙様式５を標準とするものであるが、このほか、診療報酬明細書又は調剤報酬明細書の様式を活用し、明細書としての発行年月日等の必要な情報を付した上で発行した場合にも、明細書が発行されたものとして取り扱うものとすること。

さらに、明細書の発行が義務付けられた保険医療機関及び保険薬局において、無償で発行する領収証に個別の診療報酬点数の算定項目が分かる明細が記載されている場合には、明細書が発行されたものとして取り扱うこととし、当該保険医療機関及び保険薬局において患者から明細書発行の求めがあった場合にも、別に明細書を発行する必要はないこと。

8　レセプト電子請求が義務付けられていない保険医療機関及び保険薬局については、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく必要がある一方で、明細書を即時に発行する基盤が整っていないと考えられることから、当該保険医療機関及び保険薬局の明細書発行に関する状況（明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額を含む。）を院内又は薬局内に掲示すること。院内掲示等の例は別紙様式９を参考とすること。

9　患者から診断群分類点数に関し明細書の発行を求められた場合は、入院中に使用された医薬品、行われた検査について、その名称を付記することを原則とし、その明細書の様式は別紙様式６を参考とするものであること。

10　指定訪問看護事業者においても、患者から求められたときは、明細書の発行に努めること。

11　明細書の発行の際の費用について、仮に費用を徴収する場合にあっても、実費相当とするなど、社会的に妥当適切な範囲とすることが適当であり、実質的に明細書の入手の妨げとなるような高額の料金を設定してはならないものであること。特に、現在の状況等を踏まえれば、例えば、1,000円を超えるような額は、実費相当としてふさわしくないものであること。

12　明細書の記載内容が毎回同一であるとの理由により、明細書の発行を希望しない患者に対しても、診療内容が変更された場合等、明細書の記載内容が変更される場合には、その旨を患者に情報提供するよう努めること。

13　「正当な理由」に該当する診療所において着実に明細書の無償発行体制を整備するため、当該診療所は、４及び６の届出の記載事項について、毎年７月１日現在の状況の報告を行うこと。

（別紙届出様式）

明細書発行について「正当な理由」に該当する旨の届出書(新規・報告)

年　　月　　日

保険医療機関の所在地
及び名称

殿　　開　設　者　名　　印

1．以下の「正当な理由」に該当（いずれかの番号に○）

1	明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用しているため。（自己負担がある患者に係る場合を含む。）。
2	自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要であるため（自己負担がある患者に係る場合を含む。）。
3	明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用しているため（自己負担のない患者に係る場合に限る。）。
4	自動入金機を使用しており、自動入金機での明細書発行を行うには、自動入金機の改修が必要であるため（自己負担のない患者に係る場合に限る。）。

2．レセプトコンピュータ又は自動入金機の改修時期について

改修予定年月を（1）に記載し、（ ）内のいずれかに○を記載すること。未定の場合は（2）に記載すること。

（1）　　年　月（レセプトコンピュータ・自動入金機）

（2）　　年第　四半期目途

3．明細書発行についての状況

1　希望する患者への明細書発行の手続き （○を記載）

（1）発行場所　　① 会計窓口 ② 別の窓口 ③ その他（　　）

（2）発行のタイミング　① 即時発行 ② その他（　　）

2　費用徴収の有無　　有 ・ 無

3　費用徴収を行っている場合その金額　　円

4　当該金額が1,000円を超える場合料金設定の根拠（※実費相当であることが分かるよう、具体的な根拠を明記すること。）

4．「正当な理由」に該当しなくなったため、届出を取り下げます。

注1）本届出書は、レセプト電子請求が義務付けられているが、上記1の「正当な理由」に該当するため、明細書を全患者（自己負担のない患者を含む。）に無料で発行していない診療所が提出するものであること。
注2）正当な理由の1には、明細書発行機能が付与されているが、明細書発行に対応したソフトの購入が必要なレセプトコンピュータを使用している診療所であって、当該ソフトを購入していない場合を含むものである。
注3）自己負担のない患者に明細書を無料で発行しないことについて届出を行う場合は、3の1の記載は要しないものであること。
注4）本届出書を提出した後、領収証の交付等に当たって明細書を無料で交付することとした診療所は、取下げの届出を行うこと。

（別紙様式５）

診療明細書

患者番号	受診科	入院／入院外	保険	氏名	受診日

部	項目名	点数	回数

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都○○区○○　○－○－○
○○○病院　○○　○○

（別紙様式１）　　（医科診療報酬の例）

領　収　証

患者番号	氏　名
	様

請求期間　（入院の場合）
年　月　日～　年　月　日

受診科	入・外	領収書Ｎｏ.	発行日	費用区分	負担割合	本・家	区分
			年　月　日				

保険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬
	点	点	点	点	点	点	点
	注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	放射線治療
	点	点	点	点	点	点	点
	病理診断	診断群分類（ＤＰＣ）	食事療養	生活療養			
	点	点	円	円			

保険外負担	評価療養・選定療養	その他
	（内訳）	（内訳）

	保険	保険（食事・生活）	保険外負担
合計	円	円	円
負担額	円	円	円
領収額合計			円

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都○○区○○　○－○－○
○○○病院　○○　○○

領収印

診療明細書（記載例）

入院　　保険

患者番号		氏名	○○　○○　　様	受診日	YYYY/MM/DD～ YYYY/MM/DD
受診科					

部	項　目　名	点　数	回　数
医学管理	＊薬剤管理指導料2（1の患者以外の患者）	○○○	○
注射	＊点滴注射 A注0．1%　0．1%100mL1瓶 生理食塩液500mL　1瓶	○○○	○
	＊点滴注射料	○○	○
	＊無菌製剤処理料2	○○	○
処置	＊救命のための気管内挿管	○○○	○
	＊カウンターショック（その他）	○○○○	○
	＊人工呼吸（5時間超）　360分	○○○	○
	＊非開胸的心マッサージ　60分	○○○	○
検査	＊微生物学的検査判断料	○○○	○
	＊検体検査管理加算（2）	○○○	○
	＊HCV核酸定量	○○○	○
リハビリ	＊心大血管疾患リハビリテーション料（1） 早期リハビリテーション加算 初期加算	○○○	○○
入院料	＊急性期一般入院料7	○○○○	○
	＊医師事務作業補助体制加算1（50対1）	○○○	○
	＊救命救急入院料1（3日以内）	○○○○	○
	＊救命救急入院料1（4日以上7日以内）	○○○○	○

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都○○区○○　○－○－○
○○○病院　　○○　○○

診療明細書（記載例）

入院外　　保険

患者番号		氏名	○○　○○　　様	受診日	YYYY/MM/DD～ YYYY/MM/DD
受診科					

部	項　目　名	点　数	回　数
基本料	＊外来診療料	○○	○
在宅	＊在宅自己注射指導管理料（月28回以上）	○○○	○
	＊血糖自己測定器加算（月120回以上）（1型糖尿病の患者に限る）	○○○○	○
処方	＊処方箋料（その他）	○○	○
検査	＊生化学的検査（1）判断料	○○○	○
	＊血液学的検査判断料	○○○	○
	＊B－V	○○	○
	＊検体検査管理加算（1）	○○	○
	＊血中微生物	○○	○
	＊生化学的検査（1）（10項目以上）	○○○	○
	ALP LAP γ－GTP CK ChE Amy TP Alb BIL／総 BIL／直		
画像診断	＊胸部 単純撮影（デジタル撮影） 画像記録用フィルム（半切）　1枚	○○○	○

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都○○区○○　○－○－○
○○○病院　　○○　○○

（別紙様式６）

診療明細書

入院　　保険

患者番号		氏名		受診日	
受診科					

区分	項目名	点数	回数

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇　〇－〇－〇
〇〇〇病院　　〇〇　〇〇

診療明細書(記載例)

入院　　保険

患者番号		氏名	〇〇　〇〇 様	受診日	YYYY/MM/DD～ YYYY/MM/DD
受診科					

区分	項目名	点数	回数
診断群分類（DPC）	＊DPC 5日間包括算定	〇〇〇〇〇	〇
医薬品	＊フロモックス錠100mg ラックビー微粒N ＊点滴注射 ラクテックG注500mL フルマリン静注用1g 生食100mL ＊点滴注射 フルマリン静注用1g 生食100mL		
検査	＊末梢血液一般検査 ＊CRP ＊血液採取（静脈） ＊血液学的検査判断料 ＊免疫学的検査判断料		

使用された医薬品、行われた検査の名称を記載する

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇　〇－〇－〇
〇〇〇病院　　〇〇　〇〇

（別紙様式７）

院内掲示例

○年○月

▲ ▲ 病 院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、○年○月○日より、領収証の発行の際に、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を無料で発行することと致しました。

また、公費負担医療の受給者で医療費の自己負担のない方についても、●年●月●日より、明細書を無料で発行することと致しました。

なお、明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点、御理解いただき、ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への発行も含めて、明細書の発行を希望されない方は、会計窓口にてその旨お申し出下さい。

（別紙様式８）

院内掲示例（正当な理由に該当する場合）

○年○月

▲ ▲ 診療所

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、希望される方には、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行しております。

明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点、御理解頂いた上で、発行を希望される方は○番窓口までお申し出下さい。発行手数料は１枚○円になります。

なお、全ての患者さんへの明細書の発行、公費負担医療の受給者で医療費の自己負担のない患者さんへの明細書の発行については、自動入金機の改修が必要なため、現時点では行っておりませんので、その旨ご了承ください。

（別紙様式９－１）

院内掲示例（電子請求を行っていないが明細書を発行している場合）

○年○月

▲ ▲ 病 院

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく観点から、希望される方には、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行しております。

明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されるものですので、その点、御理解頂いた上で、発行を希望される方は○番窓口までお申し出下さい。発行手数料は１枚○円になります。

（別紙様式９－２）

院内掲示例（明細書を発行していない場合）

○年○月

▲ ▲ 診療所

「個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書」の発行について

当院では、個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行するシステムを備えていないため、明細書の発行はしておりません。

その点御理解いただき、診療にかかる費用については、初・再診料、投薬、注射などの区分ごとに費用を記載した領収証を発行いたしますのでご確認下さい。

◎複数手術に係る費用の特例の一部を改正する件

別表第一を次のように改める。

別表第一

Ｋ０１５　皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術	その他の手術
Ｋ０２１－２　粘膜弁手術	その他の手術
Ｋ０２２　組織拡張器による再建手術（一連につき）　２　その他の場合	その他の手術
Ｋ６１１　抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置	その他の手術
Ｋ６１８　中心静脈注射用植込型カテーテル設置	その他の手術
Ｋ００６　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）　３　長径６センチメートル以上12センチメートル未満	Ｋ７４６　痔瘻根治手術
Ｋ００６　皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）　４　長径12センチメートル以上	Ｋ７４６　痔瘻根治手術
Ｋ０２２　組織拡張器による再建手術（一連につき）　１　乳房（再建手術）の場合	Ｋ４７５　乳房切除術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に限る。）
	Ｋ４７６　乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの、乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの）に限る。）
Ｋ０３１　四肢・躯幹軟部悪性腫瘍手術	Ｋ０８２　人工関節置換術　１　肩、股、膝
Ｋ０３４　腱切離・切除術（関節鏡下によるものを含む。）（手指、中手部又は手関節に限る。）	Ｋ０４６　骨折観血的手術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ１８２　神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ１８２－３　神経再生誘導術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ６１０　動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ６２３　静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
Ｋ０３５　腱剥離術（関節鏡下によるものを含む。）（手指、中手部又は手関節に限る。）	Ｋ０４６　骨折観血的手術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ１８２　神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ１８２－３　神経再生誘導術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ６１０　動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ６２３　静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
Ｋ０３５－２　腱滑膜切除術	Ｋ０４６　骨折観血的手術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ１８２　神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ１８２－３　神経再生誘導術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ６１０　動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ６２３　静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
Ｋ０３７　腱縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）	Ｋ０４６　骨折観血的手術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ１８２　神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ１８２－３　神経再生誘導術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ６１０　動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ６２３　静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
Ｋ０３８　腱延長術（手指、中手部又は手関節に限る。）	Ｋ０４６　骨折観血的手術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ１８２　神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ１８２－３　神経再生誘導術（手指、中手部又は手関節に限る。）

	Ｋ６１０　動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ６２３　静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
Ｋ０３９　腱移植術（人工腱形成術を含む。）（手指、中手部又は手関節に限る。）	Ｋ０４６　骨折観血的手術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ１８２　神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ１８２－３　神経再生誘導術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ６１０　動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ６２３　静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
Ｋ０４０　腱移行術（手指、中手部又は手関節に限る。）	Ｋ０４６　骨折観血的手術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ１８２　神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ１８２－３　神経再生誘導術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ６１０　動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ６２３　静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
Ｋ０４６　骨折観血的手術（手指、中手部又は手関節に限る。）	Ｋ１８２　神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ１８２－３　神経再生誘導術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ６１０　動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ６２３　静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
Ｋ０５３　骨悪性腫瘍手術	Ｋ０８１　人工骨頭挿入術
	Ｋ０８２　人工関節置換術
Ｋ０５４　骨切り術　２　前腕、下腿（下腿に限る。）	Ｋ０６８－２　関節鏡下半月板切除術
	Ｋ０６９－３　関節鏡下半月板縫合術
Ｋ０７９－２　関節鏡下靭帯断裂形成手術　１　十字靭帯	Ｋ０６８－２　関節鏡下半月板切除術
	Ｋ０６９－３　関節鏡下半月板縫合術

Ｋ０８２　人工関節置換術　１　肩、股、膝（股に限る。）	Ｋ０５４　骨切り術　１　肩甲骨、上腕、大腿（大腿に限る。）
Ｋ１０７　指移植手術（手指に限る。）	Ｋ１８２　神経縫合術（手指に限る。）
	Ｋ１８２－３　神経再生誘導術（手指に限る。）
Ｋ１３４　椎間板摘出術	Ｋ１４２　脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）（椎間板摘出術を実施した椎間及び当該椎間に隣接する椎弓に係るものを除く。）
Ｋ１３４－２　内視鏡下椎間板摘出（切除）術	Ｋ１３１－２　内視鏡下椎弓切除術（内視鏡下椎間板摘出（切除）術を実施した椎間及び当該椎間に隣接する椎弓に係るものを除く。）
Ｋ１４４　体外式脊椎固定術	Ｋ１１６　脊椎、骨盤骨掻爬術
	Ｋ１１８　脊椎、骨盤脱臼観血的手術
	Ｋ１３５　脊椎、骨盤腫瘍切除術
	Ｋ１３６　脊椎、骨盤悪性腫瘍手術
	Ｋ１４２　脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）
Ｋ１８２　神経縫合術（手指、中手部又は手関節に限る。）	Ｋ６１０　動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ６２３　静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
Ｋ１８２－３　神経再生誘導術	Ｋ４３７　下顎骨部分切除術
	Ｋ４３８　下顎骨離断術
	Ｋ４３９　下顎骨悪性腫瘍手術
	Ｋ６１０　動脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
	Ｋ６２３　静脈形成術、吻合術（手指、中手部又は手関節に限る。）
Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）	Ｋ２６０－２　羊膜移植術
Ｋ２５９　角膜移植術	Ｋ２７９　硝子体切除術
	Ｋ２８０　硝子体茎顕微鏡下離断術
	Ｋ２８１　増殖性硝子体網膜症手術
	Ｋ２８２　水晶体再建術

Ｋ２６８　緑内障手術	Ｋ２８０　硝子体茎顕微鏡下離断術
	Ｋ２８１　増殖性硝子体網膜症手術
	Ｋ２８２　水晶体再建術
	Ｋ２８４　硝子体置換術
Ｋ２７７　網膜冷凍凝固術	Ｋ２７６　網膜光凝固術　１　通常のもの（一連につき）
Ｋ２８２　水晶体再建術	Ｋ２２４　翼状片手術（弁の移植を要するもの）
	Ｋ２７７－２　黄斑下手術
	Ｋ２７９　硝子体切除術
	Ｋ２８０　硝子体茎顕微鏡下離断術
	Ｋ２８１　増殖性硝子体網膜症手術
Ｋ３１９　鼓室形成手術	Ｋ２９６　耳介形成手術　１　耳介軟骨形成を要するもの
	Ｋ２９９　小耳症手術
	Ｋ３０５　乳突削開術
Ｋ４０３　気管形成手術（管状気管、気管移植等）	悪性腫瘍に係る手術
Ｋ４３６　顎骨腫瘍摘出術	Ｋ４０４　抜歯手術（１歯につき）
Ｋ４４４　下顎骨形成術　１　おとがい形成の場合	Ｋ４４４　下顎骨形成術　２　短縮又は伸長の場合
Ｋ４７６－４　ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	Ｋ４７５　乳房切除術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に限る。）
	Ｋ４７６　乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの、乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩部郭清を伴うもの）に限る。）
Ｋ５０４　縦隔悪性腫瘍手術	Ｋ５１１　肺切除術
	Ｋ６１０　動脈形成術、吻合術
	Ｋ６２３　静脈形成術、吻合術
Ｋ５１１　肺切除術	Ｋ５２７　食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）
	Ｋ５２９　食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）
	Ｋ５５２　冠動脈、大動脈バイパス移植術
	Ｋ５５２－２　冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）
	Ｋ５６０　大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）
	Ｋ５６０－２　オープン型ステントグラフト内挿術
Ｋ５１４　肺悪性腫瘍手術	Ｋ５０４　縦隔悪性腫瘍手術
	Ｋ５５２　冠動脈、大動脈バイパス移植術
	Ｋ５５２－２　冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）
	Ｋ５７０　肺動脈狭窄症、純型肺動脈弁閉鎖症手術　２　右室流出路形成又は肺動脈形成を伴うもの
	Ｋ５７２　肺静脈形成術
	Ｋ６１０　動脈形成術、吻合術
	Ｋ６２３　静脈形成術、吻合術
Ｋ５２７　食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）	Ｋ３９５　喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む。）
Ｋ５２７－２　食道切除術（単に切除のみのもの）	Ｋ５６０　大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）
	Ｋ５６０－２　オープン型ステントグラフト内挿術
	Ｋ５６１　ステントグラフト内挿術
Ｋ５２９　食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）	Ｋ３９５　喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部等の操作による再建を含む。）
Ｋ５３５　胸腹裂孔ヘルニア手術	Ｋ７３４　腸回転異常症手術
Ｋ５５２　冠動脈、大動脈バイパス移植術	Ｋ５５４　弁形成術
	Ｋ５５５　弁置換術
	Ｋ５６０　大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）
	Ｋ５６０－２　オープン型ステントグラフト内挿術
	Ｋ５６１　ステントグラフト内挿術

Ｋ５５２－２　冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）	Ｋ５５４　弁形成術
	Ｋ５５５　弁置換術
	Ｋ５６０　大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）
	Ｋ５６０－２　オープン型ステントグラフト内挿術
	Ｋ５６１　ステントグラフト内挿術
Ｋ５５４　弁形成術	Ｋ５４４　心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術
	Ｋ５５３　心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）
	Ｋ５５３－２　左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術
Ｋ５５４　弁形成術（１弁のもの（大動脈弁を除く。）に限る。）	Ｋ５６０　大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）
	Ｋ５６０－２　オープン型ステントグラフト内挿術
Ｋ５５５　弁置換術	Ｋ５４４　心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術
	Ｋ５５３　心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）
	Ｋ５５３－２　左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術
Ｋ５５５　弁置換術（１弁のもの（大動脈弁を除く。）に限る。）	Ｋ５６０　大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）
	Ｋ５６０－２　オープン型ステントグラフト内挿術
Ｋ５６１　ステントグラフト内挿術　２　１以外の場合　イ　胸部大動脈	Ｋ６１４　血管移植術、バイパス移植術　４　頭、頸部動脈
Ｋ５７０－３　経皮的肺動脈形成術	Ｋ６１５　血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）
Ｋ５９４　不整脈手術　３　メイズ手術	体外循環を用いる心臓大血管手術
Ｋ５９４　不整脈手術　４　左心耳閉鎖術　イ　開胸手術によるもの	Ｋ５５２　冠動脈、大動脈バイパス移植術
	Ｋ５５２－２　冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）
	Ｋ５５４　弁形成術
	Ｋ５５５　弁置換術
	Ｋ５５７　大動脈弁上狭窄手術
	Ｋ５５７－２　大動脈弁下狭窄切除術（線維性、筋肥厚性を含む。）
	Ｋ５５７－３　弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術
	Ｋ５６０　大動脈瘤切除術（吻合又は移植を含む。）
	Ｋ５９４　不整脈手術　３　メイズ手術
Ｋ５９４　不整脈手術　４　左心耳閉鎖術　ロ　胸腔鏡下によるもの	Ｋ５５４－２　胸腔鏡下弁形成術
	Ｋ５５５－３　胸腔鏡下弁置換術
Ｋ５９４－２　肺静脈隔離術	体外循環を用いない心臓大血管手術
Ｋ６１７－５　内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術
	Ｋ６１７－２　大伏在静脈抜去術
	Ｋ６１７－４　下肢静脈瘤血管内焼灼術
Ｋ６３３　ヘルニア手術　４　臍帯ヘルニア	Ｋ６４４　臍腸管瘻手術
	Ｋ７１７　小腸腫瘍、小腸憩室摘出術（メッケル憩室炎手術を含む。）
	Ｋ７２９　腸閉鎖症手術
	Ｋ８０４　尿膜管摘出術
Ｋ６３６－２　ダメージコントロール手術	Ｋ５４５　開胸心臓マッサージ
Ｋ６４３　後腹膜悪性腫瘍手術	Ｋ６９５　肝切除術
	Ｋ７７２　腎摘出術
Ｋ６５４－２　胃局所切除術	Ｋ６７２　胆嚢摘出術
Ｋ６５５　胃切除術	Ｋ６７１　胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む。）
	Ｋ６７２　胆嚢摘出術
	Ｋ６９５　肝切除術
	Ｋ７０２　膵体尾部腫瘍切除術　１　膵尾部切除術の場合
	Ｋ７１１　脾摘出術
	Ｋ７１６　小腸切除術
	Ｋ７１９　結腸切除術
Ｋ６５５－２　腹腔鏡下胃切除術	Ｋ６７１－２　腹腔鏡下胆管切開結石摘出術
	Ｋ６７２－２　腹腔鏡下胆嚢摘出術
	Ｋ７１１－２　腹腔鏡下脾摘出術
	Ｋ７１６－２　腹腔鏡下小腸切除術

	Ｋ７１９－２　腹腔鏡下結腸切除術
	Ｋ７１９－３　腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
Ｋ６５５－４　噴門側胃切除術	Ｋ６７１　胆管切開結石摘出術（チューブ挿入を含む。）
	Ｋ６７２　胆嚢摘出術
	Ｋ６９５　肝切除術
	Ｋ７０２　膵体尾部腫瘍切除術　１　膵尾部切除術の場合
	Ｋ７１１　脾摘出術
	Ｋ７１６　小腸切除術
	Ｋ７１９　結腸切除術
Ｋ６５７　胃全摘術	Ｋ６７２　胆嚢摘出術
	Ｋ６９５　肝切除術
	Ｋ７０２　膵体尾部腫瘍切除術　１　膵尾部切除術の場合
	Ｋ７１１　脾摘出術
	Ｋ７１６　小腸切除術
	Ｋ７１９　結腸切除術
Ｋ６５７－２　腹腔鏡下胃全摘術	Ｋ６７２－２　腹腔鏡下胆嚢摘出術
	Ｋ７１１－２　腹腔鏡下脾摘出術
	Ｋ７１６－２　腹腔鏡下小腸切除術
	Ｋ７１９－２　腹腔鏡下結腸切除術
	Ｋ７１９－３　腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
Ｋ６６７　噴門形成術	Ｋ６６４　胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）
Ｋ６６７－２　腹腔鏡下噴門形成術	Ｋ６６４　胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）
Ｋ６７２　胆嚢摘出術	Ｋ６９７－３　肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
	Ｋ７１１　脾摘出術
Ｋ６７２－２　腹腔鏡下胆嚢摘出術	Ｋ７１１－２　腹腔鏡下脾摘出術
Ｋ６９５　肝切除術　１　部分切除	Ｋ６９７－５　生体部分肝移植術
	神経芽細胞腫に係る摘出術
Ｋ６９５　肝切除術	Ｋ７１１　脾摘出術

Ｋ６９７－５　生体部分肝移植術	Ｋ７１１　脾摘出術
Ｋ７１０－２　腹腔鏡下脾固定術	Ｋ６４９－２　腹腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術
Ｋ７１６　小腸切除術	Ｋ６３３　ヘルニア手術
	Ｋ６７２　胆嚢摘出術
	Ｋ６９５　肝切除術
	Ｋ７１１　脾摘出術
	Ｋ７１４　腸管癒着症手術
	Ｋ８０１　膀胱単純摘除術　１　腸管利用の尿路変更を行うもの
	Ｋ８７２　子宮筋腫摘出（核出）術　１　腹式
	Ｋ８７７　子宮全摘術
	Ｋ８７９　子宮悪性腫瘍手術
	Ｋ８８８　子宮附属器腫瘍摘出術（両側）　１　開腹によるもの
	Ｋ８８９　子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）
Ｋ７１６－２　腹腔鏡下小腸切除術	Ｋ６７２－２　腹腔鏡下胆嚢摘出術
	Ｋ７１１－２　腹腔鏡下脾摘出術
	Ｋ８７２－２　腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術
	Ｋ８７７－２　腹腔鏡下腟式子宮全摘術
	Ｋ８８８　子宮附属器腫瘍摘出術（両側）　２　腹腔鏡によるもの
Ｋ７１９　結腸切除術	Ｋ６７２　胆嚢摘出術
	Ｋ６９５　肝切除術
	Ｋ７１１　脾摘出術
	Ｋ７１４　腸管癒着症手術
	Ｋ８０１　膀胱単純摘除術　１　腸管利用の尿路変更を行うもの
	Ｋ８７２　子宮筋腫摘出（核出）術　１　腹式
	Ｋ８７７　子宮全摘術
	Ｋ８７９　子宮悪性腫瘍手術
	Ｋ８８８　子宮附属器腫瘍摘出術（両側）　１　開腹によるもの

	Ｋ８８９　子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）
Ｋ７１９－２　腹腔鏡下結腸切除術	Ｋ６７２－２　腹腔鏡下胆嚢摘出術
	Ｋ７１１－２　腹腔鏡下脾摘出術
	Ｋ８７２－２　腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術
	Ｋ８７７－２　腹腔鏡下腟式子宮全摘術
	Ｋ８８８　子宮附属器腫瘍摘出術（両側）　２　腹腔鏡によるもの
Ｋ７１９－３　腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術	Ｋ６７２－２　腹腔鏡下胆嚢摘出術
	Ｋ６９５－２　腹腔鏡下肝切除術（部分切除又は外側区域切除に限る。）
	Ｋ７１１－２　腹腔鏡下脾摘出術
	Ｋ８７２－２　腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術
	Ｋ８７７－２　腹腔鏡下腟式子宮全摘術
	Ｋ８８８　子宮附属器腫瘍摘出術（両側）　２　腹腔鏡によるもの
Ｋ７３４　腸回転異常症手術	Ｋ７１７　小腸腫瘍、小腸憩室摘出術（メッケル憩室炎手術を含む。）（小腸憩室摘出術（メッケル憩室炎手術を含む。）に限る。）
	Ｋ７２９　腸閉鎖症手術
Ｋ７４０　直腸切除・切断術	Ｋ６７２　胆嚢摘出術
	Ｋ６９５　肝切除術
	Ｋ７１１　脾摘出術
	Ｋ７１９　結腸切除術
	Ｋ７９９　膀胱壁切除術
	Ｋ８０１　膀胱単純摘除術　１　腸管利用の尿路変更を行うもの
	Ｋ８４３　前立腺悪性腫瘍手術
	Ｋ８７２　子宮筋腫摘出（核出）術　１　腹式
	Ｋ８７７　子宮全摘術
	Ｋ８７９　子宮悪性腫瘍手術
	Ｋ８８８　子宮附属器腫瘍摘出術（両側）　１　開腹によるもの
	Ｋ８８９　子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）
Ｋ７４０－２　腹腔鏡下直腸切除・切断術	Ｋ６７２－２　腹腔鏡下胆嚢摘出術
	Ｋ７１１－２　腹腔鏡下脾摘出術
	Ｋ７１９－２　腹腔鏡下結腸切除術
	Ｋ７１９－３　腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術
	Ｋ８７２－２　腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術
	Ｋ８７７－２　腹腔鏡下腟式子宮全摘術
	Ｋ８８８　子宮附属器腫瘍摘出術（両側）　２　腹腔鏡によるもの
Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）	Ｋ７４４　裂肛又は肛門潰瘍根治手術
	Ｋ７４６　痔瘻根治手術
	Ｋ７４７　肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術
	Ｋ７４９　肛門拡張術（観血的なもの）
	Ｋ７５２　肛門形成手術
Ｋ７５１　鎖肛手術	Ｋ１３８　脊椎披裂手術
	Ｋ１９１　脊髄腫瘍摘出術　１　髄外のもの
	Ｋ７５１－２　仙尾部奇形腫手術
	Ｋ８０９－２　膀胱尿管逆流手術
	Ｋ８５９　造腟術、腟閉鎖症術
Ｋ７５１－３　腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰、腹仙骨式）	Ｋ１３８　脊椎披裂手術
	Ｋ１９１　脊髄腫瘍摘出術　１　髄外のもの
	Ｋ７５１－２　仙尾部奇形腫手術
	Ｋ８０９－２　膀胱尿管逆流手術
	Ｋ８５９　造腟術、腟閉鎖症術
Ｋ７６４　経皮的尿路結石除去術（経皮的腎瘻造設術を含む。）	Ｋ７８１　経尿道的尿路結石除去術
Ｋ７７３　腎（尿管）悪性腫瘍手術	Ｋ６１９　静脈血栓摘出術
	Ｋ７０２　膵体尾部腫瘍切除術　１　膵尾部切除術の場合
	Ｋ７１１　脾摘出術

	Ｋ７１６　小腸切除術
	Ｋ７１９　結腸切除術
	Ｋ７４０　直腸切除・切断術
Ｋ７８０　同種死体腎移植術	Ｋ７７２　腎摘出術
Ｋ７９８　膀胱結石、異物摘出術　１　経尿道的手術	Ｋ８４１　経尿道的前立腺手術
	Ｋ８４１－２　経尿道的レーザー前立腺切除・蒸散術　１　ホルミウムレーザー又は倍周波数レーザーを用いるもの
	Ｋ８４１－５　経尿道的前立腺核出術
Ｋ８０３　膀胱悪性腫瘍手術	Ｋ７１６　小腸切除術
	Ｋ７１９　結腸切除術
	Ｋ７４０　直腸切除・切断術
	Ｋ８４９　女子外性器腫瘍摘出術
	Ｋ８７２　子宮筋腫摘出（核出）術　１　腹式
	Ｋ８７７　子宮全摘術
	Ｋ８７９　子宮悪性腫瘍手術
	Ｋ８８８　子宮附属器腫瘍摘出術（両側）　１　開腹によるもの
	Ｋ８８９　子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）
Ｋ８１８　尿道形成手術　１　前部尿道（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）	Ｋ８２５　陰茎全摘術（性同一性障害の患者に対して行う場合に限る。）
Ｋ８１９　尿道下裂形成手術	Ｋ８３６　停留精巣固定術
Ｋ８２６－３　陰茎様陰核形成手術	Ｋ８５９　造腟術、腟閉鎖症術　３　腟断端挙上によるもの
Ｋ８６３　腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術	Ｋ８８６　子宮附属器癒着剥離術（両側）　２　腹腔鏡によるもの
Ｋ８７２　子宮筋腫摘出（核出）術　１　腹式	Ｋ８８８　子宮附属器腫瘍摘出術（両側）　１　開腹によるもの
Ｋ８７２－２　腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術	Ｋ８８６　子宮附属器癒着剥離術（両側）　２　腹腔鏡によるもの
	Ｋ８８８　子宮附属器腫瘍摘出術（両側）　２　腹腔鏡によるもの
Ｋ８７３　子宮鏡下子宮筋腫摘出術	Ｋ８７２－２　腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術
Ｋ８７７　子宮全摘術	Ｋ８７８　広靱帯内腫瘍摘出術

	Ｋ８８６　子宮附属器癒着剥離術（両側）　１　開腹によるもの
	Ｋ８８８　子宮附属器腫瘍摘出術（両側）　１　開腹によるもの
Ｋ８７７－２　腹腔鏡下腟式子宮全摘術	Ｋ８７８－２　腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術
	Ｋ８８６　子宮附属器癒着剥離術（両側）　２　腹腔鏡によるもの
	Ｋ８８８　子宮附属器腫瘍摘出術（両側）　２　腹腔鏡によるもの
Ｋ８９８　帝王切開術	Ｋ８７２　子宮筋腫摘出（核出）術　１　腹式
	Ｋ８７８　広靱帯内腫瘍摘出術
	Ｋ８８６　子宮附属器癒着剥離術（両側）　１　開腹によるもの
	Ｋ８８８　子宮附属器腫瘍摘出術（両側）　１　開腹によるもの
Ｋ９１２　異所性妊娠手術	Ｋ８８６　子宮附属器癒着剥離術（両側）
	Ｋ８８８　子宮附属器腫瘍摘出術（両側）

◎特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部を改正する件

別表

Ⅰ　診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の第２章第２部に規定する特定保険医療材料及びその材料価格

001　腹膜透析液交換セット
- ⑴　交換キット　554円
- ⑵　回路
  - ①　Ｙセット　884円
  - ②　ＡＰＤセット　5,470円
  - ③　ＩＰＤセット　1,040円

002　在宅中心静脈栄養用輸液セット
- ⑴　本体　1,520円
- ⑵　付属品
  - ①　フーバー針　419円
  - ②　輸液バッグ　414円

003　在宅寝たきり患者処置用気管切開後留置用チューブ
- ⑴　一般型
  - ①　カフ付き気管切開チューブ
    - ア　カフ上部吸引機能あり
      - ⅰ　一重管　4,110円
      - ⅱ　二重管　5,790円
    - イ　カフ上部吸引機能なし
      - ⅰ　一重管　3,800円
      - ⅱ　二重管　6,080円
  - ②　カフなし気管切開チューブ　4,080円
- ⑵　輪状甲状膜切開チューブ　2,740円
- ⑶　保持用気管切開チューブ　6,140円

004　在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル
- ⑴　２管一般(Ⅰ)　233円
- ⑵　２管一般(Ⅱ)
  - ①　標準型　561円
  - ②　閉鎖式導尿システム　645円
- ⑶　２管一般(Ⅲ)
  - ①　標準型　1,650円
  - ②　閉鎖式導尿システム　1,720円
- ⑷　特定(Ⅰ)　741円
- ⑸　特定(Ⅱ)　2,090円

005　在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル
- ⑴　経鼻用
  - ①　一般用　183円
  - ②　乳幼児用
    - ア　一般型　94円
    - イ　非ＤＥＨＰ型　147円
  - ③　経腸栄養用　1,630円
  - ④　特殊型　2,110円
- ⑵　腸瘻用　3,870円

006　在宅血液透析用特定保険医療材料（回路を含む。）
- ⑴　ダイアライザー
  - ①　Ⅰａ型　1,480円
  - ②　Ⅰｂ型　1,500円
  - ③　Ⅱａ型　1,480円
  - ④　Ⅱｂ型　1,520円
  - ⑤　Ｓ型　1,620円
  - ⑥　特定積層型　5,690円
- ⑵　吸着型血液浄化器（β_2－ミクログロブリン除去用）　21,700円

007　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ
- ⑴　化学療法用　3,180円
- ⑵　標準型　3,090円
- ⑶　ＰＣＡ型　4,270円
- ⑷　特殊型　3,240円

008　皮膚欠損用創傷被覆材
- ⑴　真皮に至る創傷用　1㎠当たり６円
- ⑵　皮下組織に至る創傷用
  - ①　標準型　1㎠当たり10円
  - ②　異形型　1ｇ当たり35円
- ⑶　筋・骨に至る創傷用　1㎠当たり25円

009　非固着性シリコンガーゼ
- ⑴　広範囲熱傷用　1,080円
- ⑵　平坦部位用　142円
- ⑶　凹凸部位用　309円

010　水循環回路セット　1,100,000円

011　膀胱瘻用カテーテル　3,790円

012　交換用胃瘻カテーテル
- ⑴　胃留置型
  - ①　バンパー型
    - ア　ガイドワイヤーあり　21,700円
    - イ　ガイドワイヤーなし　16,500円
  - ②　バルーン型　7,480円
- ⑵　小腸留置型
  - ①　バンパー型　26,500円
  - ②　一般型　15,800円

013　局所陰圧閉鎖処置用材料　1㎠当たり18円

014　陰圧創傷治療用カートリッジ　19,800円

015　人工鼻材料
- ⑴　人工鼻
  - ①　標準型　492円
  - ②　特殊型　1,000円
- ⑵　接続用材料
  - ①　シール型
    - ア　標準型　675円
    - イ　特殊型　675円
  - ②　チューブ型　17,800円
  - ③　ボタン型　22,100円
- ⑶　呼気弁　51,100円

Ⅱ　医科点数表の第２章第１部、第３部から第６部まで及び第９部から第12部までに規定する特定保険医療材料（フィルムを除く。）及びその材料価格

001　血管造影用シースイントロデューサーセット
- ⑴　一般用
  - ①　標準型　2,160円

	② 特殊型	2,160円
	⑵ 蛇行血管用	2,760円
	⑶ 選択的導入用（ガイディングカテーテルを兼ねるもの）	13,900円
	⑷ 大動脈用ステントグラフト用	
	① 標準型	29,900円
	② 特殊型	
	ア 65㎝未満	29,900円
	イ 65㎝以上	29,900円
	⑸ 遠位端可動型	118,000円
002	ダイレーター	2,490円
003	動脈圧測定用カテーテル	
	⑴ 肺動脈圧及び肺動脈楔入圧測定用カテーテル	14,100円
	⑵ 末梢動脈圧測定用カテーテル	2,130円
004	冠状静脈洞内血液採取用カテーテル	3,350円
005	サーモダイリューション用カテーテル	
	⑴ 一般型	
	① 標準型	
	ア 標準型	10,000円
	イ 輸液又はペーシングリード用ルーメンあり	16,600円
	② 混合静脈血酸素飽和度モニター機能あり	52,400円
	③ ペーシング機能あり	37,100円
	⑵ 連続心拍出量測定機能あり	
	① 混合静脈血酸素飽和度モニター機能あり	51,100円
	② 混合静脈血酸素飽和度モニター機能なし	46,700円
	⑶ 一側肺動脈閉塞試験機能あり	74,600円
006	体外式連続心拍出量測定用センサー	37,200円
007	血管内超音波プローブ	
	⑴ 標準	
	① 太径	56,300円
	② 細径	72,500円
	⑵ バルーン付	
	① 太径	173,000円
	② 細径	183,000円
008	血管内視鏡カテーテル	164,000円
009	血管造影用カテーテル	
	⑴ 一般用	1,790円
	⑵ バルーン型(Ⅰ)	13,400円
	⑶ バルーン型(Ⅱ)	30,900円
	⑷ 心臓マルチパーパス型	3,400円
	⑸ サイジング機能付加型	3,230円
010	血管造影用マイクロカテーテル	
	⑴ オーバーザワイヤー	
	① 選択的アプローチ型	
	ア ブレードあり	36,900円
	イ ブレードなし	35,800円
	② 造影能強化型	30,300円
	③ デタッチャブルコイル用	50,900円
	⑵ フローダイレクト	64,300円
	⑶ 遠位端可動型治療用	74,500円
011	心臓造影用センサー付カテーテル	113,000円
012	血管造影用ガイドワイヤー	
	⑴ 交換用	2,180円
	⑵ 微細血管用	13,100円
013	経皮的冠動脈形成術用カテーテル用ガイドワイヤー	
	⑴ 一般用	10,900円
	⑵ 複合・高度狭窄部位用	15,500円
014	冠動脈造影用センサー付ガイドワイヤー	
	⑴ フローセンサー型	158,000円
	⑵ コンビネーション型	211,000円
015	弁拡張用カテーテル用ガイドワイヤー	
	⑴ ガイドワイヤー	24,400円
	⑵ 僧帽弁誘導用スタイレット	24,500円
016	テクネシウム^{99m}ガス吸入装置用患者吸入セット	5,970円
017	３管分離逆止弁付バルーン直腸カテーテル	1,120円
018	削除	
019	携帯型ディスポーザブル注入ポンプ	
	⑴ 化学療法用	3,180円
	⑵ 標準型	3,090円
	⑶ ＰＣＡ型	4,270円
	⑷ 特殊型	3,240円
020	削除	
021	中心静脈用カテーテル	
	⑴ 中心静脈カテーテル	
	① 標準型	
	ア シングルルーメン	1,790円
	イ マルチルーメン	7,210円
	② 抗血栓性型	2,290円
	③ 極細型	7,490円
	④ カフ付き	20,000円
	⑤ 酸素飽和度測定機能付き	35,200円
	⑥ 抗菌型	9,730円
	⑵ 末梢留置型中心静脈カテーテル	
	① 標準型	
	ア シングルルーメン	1,700円
	イ マルチルーメン	7,320円
	② 特殊型	
	ア シングルルーメン	13,400円
	イ マルチルーメン	20,900円
022	削除	
023	涙液・涙道シリコンチューブ	18,800円
024	脳・脊髄腔用カニューレ	
	⑴ 排液用	
	① 皮下・硬膜外用	2,810円
	② 頭蓋内用	6,150円
	③ 脊髄クモ膜下腔用	12,100円
	⑵ 脳圧測定用	74,900円
025	套管針カテーテル	
	⑴ シングルルーメン	

① 標準型	1,990 円
② 細径穿刺針型	5,150 円
⑵ ダブルルーメン	2,540 円
⑶ 特殊型	48,000 円
026 栄養カテーテル	
⑴ 経鼻用	
① 一般用	183 円
② 乳幼児用	
ア 一般型	94 円
イ 非ＤＥＨＰ型	147 円
③ 経腸栄養用	1,630 円
④ 特殊型	2,110 円
⑵ 腸瘻用	3,870 円
027 気管内チューブ	
⑴ カフあり	
① カフ上部吸引機能あり	2,610 円
② カフ上部吸引機能なし	569 円
⑵ カフなし	616 円
028 胃管カテーテル	
⑴ シングルルーメン	88 円
⑵ ダブルルーメン	
① 標準型	447 円
② 特殊型	1,510 円
⑶ マグネット付き	6,250 円
029 吸引留置カテーテル	
⑴ 能動吸引型	
① 胸腔用	
ア 一般型	
ⅰ 軟質型	1,700 円
ⅱ 硬質型	1,150 円
イ 抗血栓性	2,730 円
② 心嚢・縦隔穿刺用	11,400 円
③ 肺全摘術後用	35,000 円
④ 創部用	
ア 軟質型	4,380 円
イ 硬質型	4,060 円
⑤ サンプドレーン	2,530 円
⑵ 受動吸引型	
① フィルム・チューブドレーン	
ア フィルム型	264 円
イ チューブ型	897 円
② 胆膵用	
ア 胆管チューブ	2,000 円
イ 胆嚢管チューブ	12,700 円
ウ 膵管チューブ	5,800 円
030 イレウス用ロングチューブ	
⑴ 標準型	
① 経鼻挿入型	22,500 円
② 経肛門挿入型	42,300 円
⑵ スプリント機能付加型	36,100 円
031 腎瘻又は膀胱瘻用材料	
⑴ 腎瘻用カテーテル	
① ストレート型	740 円
② マレコ型	5,870 円
③ カテーテルステント型	10,200 円
④ 腎盂バルーン型	2,290 円
⑵ 膀胱瘻用カテーテル	3,790 円
⑶ ダイレーター	
① シースあり	2,490 円
② シースなし	2,140 円
⑷ 穿刺針	1,910 円
⑸ 膀胱瘻用穿孔針	5,820 円
032 経鼓膜換気チューブ	
⑴ 短期留置型	4,010 円
⑵ 長期留置型	2,300 円
033 経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用材料	
⑴ カテーテル	4,600 円
⑵ ダイレーター	
① シースあり	2,670 円
② シースなし	2,140 円
⑶ 穿刺針	1,910 円
⑷ 経鼻法用ワイヤー	18,800 円
⑸ 経鼻法用カテーテル	7,330 円
034 胆道ステントセット	
⑴ 一般型	
① 永久留置型	
ア ステント	
ⅰ ロング	93,600 円
ⅱ ショート	78,900 円
イ デリバリーシステム	25,400 円
② 一時留置型	
ア ステント	3,860 円
イ デリバリーシステム	13,100 円
⑵ 自動装着システム付	
① 永久留置型	
ア カバーあり	227,000 円
イ カバーなし	215,000 円
② 一時留置型	45,600 円
035 尿管ステントセット	
⑴ 一般型	
① 標準型	15,200 円
② 異物付着防止型	23,100 円
③ 長期留置型	139,000 円
⑵ 外瘻用	
① 腎盂留置型	
ア 標準型	7,900 円
イ 異物付着防止型	29,600 円
② 尿管留置型	1,960 円

⑶　エンドパイロトミー用	21,600円
036　尿道ステント	
⑴　一時留置（交換）型	
①　長期留置型	169,000円
②　短期留置型	33,600円
037　交換用胃瘻カテーテル	
⑴　胃留置型	
①　バンパー型	
ア　ガイドワイヤーあり	21,700円
イ　ガイドワイヤーなし	16,500円
②　バルーン型	7,480円
⑵　小腸留置型	
①　バンパー型	26,500円
②　一般型	15,800円
038　気管切開後留置用チューブ	
⑴　一般型	
①　カフ付き気管切開チューブ	
ア　カフ上部吸引機能あり	
ⅰ　一重管	4,110円
ⅱ　二重管	5,790円
イ　カフ上部吸引機能なし	
ⅰ　一重管	3,800円
ⅱ　二重管	6,080円
②　カフなし気管切開チューブ	4,080円
⑵　輪状甲状膜切開チューブ	2,740円
⑶　保持用気管切開チューブ	6,140円
039　膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル	
⑴　２管一般(Ⅰ)	233円
⑵　２管一般(Ⅱ)	
①　標準型	561円
②　閉鎖式導尿システム	645円
⑶　２管一般(Ⅲ)	
①　標準型	1,650円
②　閉鎖式導尿システム	1,720円
⑷　特定(Ⅰ)	741円
⑸　特定(Ⅱ)	2,090円
⑹　圧迫止血	4,610円
040　人工腎臓用特定保険医療材料（回路を含む。）	
⑴　ダイアライザー	
①　Ⅰａ型	1,480円
②　Ⅰｂ型	1,500円
③　Ⅱａ型	1,480円
④　Ⅱｂ型	1,520円
⑤　Ｓ型	1,620円
⑥　特定積層型	5,690円
⑵　ヘモフィルター	4,340円
⑶　吸着型血液浄化器（β_2－ミクログロブリン除去用）	21,700円
⑷　持続緩徐式血液濾過器	
①　標準型	
ア　一般用	27,000円
イ　超低体重患者用	27,000円
②　特殊型	27,400円
⑸　ヘモダイアフィルター	2,630円
041　削除	
042　緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル	
⑴　シングルルーメン	
①　一般型	7,980円
②　交換用	1,870円
⑵　ダブルルーメン以上	
①　一般型	14,600円
②　カフ型	42,400円
043　削除	
044　血漿交換用血漿分離器	30,200円
045　血漿交換用血漿成分分離器	23,900円
046　血漿交換療法用特定保険医療材料	
⑴　血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器（劇症肝炎用）	70,800円
⑵　血漿交換用ディスポーザブル選択的血漿成分吸着器（劇症肝炎用以外）	83,600円
047　吸着式血液浄化用浄化器（エンドトキシン除去用）	362,000円
048　吸着式血液浄化用浄化器（肝性昏睡用又は薬物中毒用）	133,000円
049　白血球吸着用材料	
⑴　一般用	122,000円
⑵　低体重者・小児用	128,000円
050　削除	
051　腹膜透析用接続チューブ	12,900円
052　腹膜透析用カテーテル	
⑴　長期留置型	
①　補強部あり	96,100円
②　補強部なし	48,600円
⑵　緊急留置型	825円
053　腹膜透析液交換セット	
⑴　交換キット	554円
⑵　回路	
①　Ｙセット	884円
②　ＡＰＤセット	5,470円
③　ＩＰＤセット	1,040円
054　腹水濾過器、濃縮再静注用濃縮器（回路を含む。）	63,700円
055　副鼻腔炎治療用カテーテル	3,220円
056　副木	
⑴　軟化成形使用型	
①　手指・足指用	1,380円
②　上肢用	1,770円
③　下肢用	4,700円
④　鼻骨用	1,030円
⑵　形状賦形型	
①　手指・足指用	118円
②　上肢用	410円
③　下肢用	648円
④　鼻骨用	5,140円

	⑶ ハローベスト（ベスト部分）	254,000 円
	⑷ ヒール	370 円
057	人工股関節用材料	
	⑴ 骨盤側材料	
	① 臼蓋形成用カップ（直接固定型）	
	ア 標準型	130,000 円
	イ 特殊型	185,000 円
	ウ デュアルモビリティ用	146,000 円
	② 臼蓋形成用カップ（間接固定型）	55,300 円
	③ カップ・ライナー一体型（間接固定型）	
	ア カップ・ライナー一体型(Ⅱ)	77,000 円
	イ カップ・ライナー一体型(Ⅲ)	96,500 円
	④ ライナー	
	ア 標準型	48,000 円
	イ 特殊型	73,000 円
	ウ 特殊型・表面特殊加工付き	76,100 円
	エ デュアルモビリティ対応型	77,200 円
	⑤ デュアルモビリティ化ライナー	57,800 円
	⑵ 大腿骨側材料	
	① 大腿骨ステム（直接固定型）	
	ア 標準型	266,000 円
	イ 特殊型	499,000 円
	② 大腿骨ステム（間接固定型）	129,000 円
	③ 大腿骨ステムヘッド	
	ア 大腿骨ステムヘッド(Ⅰ)	70,600 円
	イ 大腿骨ステムヘッド(Ⅱ)	85,100 円
	④ 人工骨頭用	
	ア モノポーラカップ	87,200 円
	イ バイポーラカップ(Ⅰ)	104,000 円
	ウ バイポーラカップ(Ⅱ)	139,000 円
	⑤ 大腿骨ネック	96,400 円
	⑶ 単純人工骨頭	101,000 円
058	人工膝関節用材料	
	⑴ 大腿骨側材料	
	① 全置換用材料（直接固定型）	251,000 円
	② 全置換用材料（間接固定型）	
	ア 標準型	242,000 円
	イ 特殊型	358,000 円
	③ 片側置換用材料（直接固定型）	177,000 円
	④ 片側置換用材料（間接固定型）	
	ア 標準型	142,000 円
	イ 特殊型	185,000 円
	ウ 手術用支援機器専用型	148,000 円
	⑵ 脛骨側材料	
	① 全置換用材料（直接固定型）	
	ア 標準型	147,000 円
	イ 特殊型	204,000 円
	② 全置換用材料（間接固定型）	145,000 円
	③ 片側置換用材料（直接固定型）	161,000 円
	④ 片側置換用材料（間接固定型）	
	ア 標準型	105,000 円
	イ 手術用支援機器専用型	111,000 円
	⑶ 膝蓋骨材料	
	① 膝蓋骨置換用材料(Ⅰ)	34,100 円
	② 膝蓋骨置換用材料(Ⅲ)	47,600 円
	⑷ インサート(Ⅰ)	52,600 円
	⑸ インサート(Ⅱ)	71,500 円
059	オプション部品	
	⑴ 人工関節用部品	
	① 一般オプション部品	19,400 円
	② カップサポート	80,500 円
	⑵ 人工膝関節用部品	
	① 人工関節用部品(Ⅰ)	65,500 円
	② 人工関節用部品(Ⅱ)	219,000 円
	⑶ 人工関節固定強化部品	
	① 人工関節固定強化部品(Ⅰ)	11,900 円
	② 人工関節固定強化部品(Ⅱ)	15,700 円
	⑷ 再建用強化部品	588,000 円
	⑸ 人工股関節用部品	
	① 骨盤用(Ⅰ)	204,000 円
	② 骨盤用(Ⅱ)	209,000 円
	⑹ その他の関節固定用材料用部品	204,000 円
060	固定用内副子（スクリュー）	
	⑴ 一般スクリュー（生体用合金Ⅰ）	
	① 標準型	5,970 円
	② 特殊型	7,020 円
	⑵ 一般スクリュー（生体用合金Ⅱ）	1,530 円
	⑶ 中空スクリュー・S	17,500 円
	⑷ 中空スクリュー・L	24,400 円
	⑸ その他のスクリュー	
	① 標準型	
	ア 小型スクリュー（頭蓋骨・顔面・上下顎骨用）	2,930 円
	② 特殊型	
	ア 軟骨及び軟部組織用	
	ⅰ 特殊固定用アンカー	29,600 円
	ⅱ 座金型	21,500 円
	ⅲ 特殊固定用ボタン	9,170 円
	イ 圧迫調整固定用・両端ねじ型	
	ⅰ 大腿骨頸部用	78,700 円
	ⅱ 一般用	30,900 円
061	固定用内副子（プレート）	
	⑴ ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・S）	19,600 円
	⑵ ストレートプレート（生体用合金Ⅰ・L）	27,400 円
	⑶ ストレートプレート（生体用合金Ⅱ・S）	3,560 円
	⑷ ストレートプレート（生体用合金Ⅱ・L）	8,290 円
	⑸ 有角プレート（生体用合金Ⅰ）	36,100 円
	⑹ 有角プレート（生体用合金Ⅱ）	29,400 円
	⑺ 骨端用プレート（生体用合金Ⅰ）	

	① 標準型	68,700 円
	② 内外反変形矯正用（小児）	86,000 円
	③ 患者適合型	81,900 円
	⑻ 骨端用プレート（生体用合金Ⅱ）	30,000 円
	⑼ 変形矯正用患者適合型プレート	265,000 円
	⑽ その他のプレート	
	① 標準	
	ア 指骨、頭蓋骨、顔面骨、上下顎骨用	
	ⅰ ストレート型・異形型	11,700 円
	ⅱ メッシュ型	58,200 円
	イ 下顎骨・骨盤再建用	62,300 円
	ウ 下顎骨用	773,000 円
	エ 人工顎関節用	115,000 円
	オ 頭蓋骨閉鎖用	
	ⅰ バーホール型	13,200 円
	ⅱ クランプ型	18,700 円
	② 特殊	
	ア 骨延長用	116,000 円
	イ スクリュー非使用型	176,000 円
062	大腿骨外側固定用内副子	
	⑴ つばなしプレート	51,300 円
	⑵ つばつきプレート	91,900 円
	⑶ ラグスクリュー	28,200 円
	⑷ スライディングラグスクリュー	29,900 円
	⑸ 圧迫固定スクリュー	7,050 円
063	固定用内副子用ワッシャー、ナット類	
	⑴ ワッシャー	2,970 円
	⑵ ナット	466 円
064	脊椎固定用材料	
	⑴ 脊椎ロッド	36,500 円
	⑵ 脊椎プレート	
	① 標準型	37,000 円
	② バスケット型	42,700 円
	⑶ 椎体フック	66,000 円
	⑷ 脊椎スクリュー（固定型）	63,100 円
	⑸ 脊椎スクリュー（可動型）	
	① 標準型	79,100 円
	② 横穴付き	101,000 円
	⑹ 脊椎スクリュー（伸展型）	113,000 円
	⑺ 脊椎スクリュー（アンカー型）	34,500 円
	⑻ 脊椎コネクター	37,800 円
	⑼ トランスバース固定器	61,000 円
	⑽ 椎体ステープル	36,200 円
	⑾ 骨充填用スペーサー	3,460 円
065	人工肩関節用材料	
	⑴ 肩甲骨側材料	
	① グレノイドコンポーネント	
	ア 標準型	124,000 円
	イ 特殊型	144,000 円
	② 関節窩ヘッド	
	ア 標準型	158,000 円
	イ 部分補正型	167,000 円
	③ ベースプレート	
	ア 標準型	167,000 円
	イ 特殊型	187,000 円
	⑵ 上腕骨側材料	
	① 上腕骨ステム	
	ア 標準型	284,000 円
	イ 特殊型	316,000 円
	② ステムヘッド及びトレイ	
	ア ステムヘッド	214,000 円
	イ トレイ	50,900 円
	③ スペーサー	100,000 円
	④ インサート	
	ア 標準型	33,100 円
	イ 特殊型	54,300 円
	⑶ 切換用	40,300 円
066	人工肘関節用材料	
	⑴ 上腕骨ステム	221,000 円
	⑵ 尺骨ステム	172,000 円
	⑶ 橈骨側材料	156,000 円
	⑷ 関節摺動部材料	25,300 円
	⑸ ベアリング	
	① 標準型	1セット当たり 162,000 円
	② 特殊型	1セット当たり 194,000 円
067	人工手関節・足関節用材料	
	⑴ 人工手関節用材料	
	① 橈骨側材料	保険医療機関における購入価格による。
	② 中手骨側材料	上に同じ。
	⑵ 人工足関節用材料	
	① 脛骨側材料	362,000 円
	② 距骨側材料	287,000 円
068	人工指関節用材料	
	⑴ 人工手指関節用材料	
	① 人工手根中手関節用材料	
	ア 大菱形骨側材料	149,000 円
	イ 中手骨側材料	176,000 円
	② その他の人工手指関節用材料	
	ア 近位側材料	108,000 円
	イ 遠位側材料	92,800 円
	ウ 一体型	95,900 円
	⑵ 人工足指関節用材料	
	① 近位側材料	保険医療機関における購入価格による。
	② 遠位側材料	上に同じ。
	③ 一体型	95,500 円
069	上肢再建用人工関節用材料	

	⑴　再建用上腕骨近位補綴用材料	409,000 円
	⑵　再建用上腕骨遠位補綴用材料	600,000 円
	⑶　再建用尺骨側材料	233,000 円
070	下肢再建用人工関節用材料	
	⑴　再建用臼蓋形成カップ	589,000 円
	⑵　再建用大腿骨近位補綴用材料	886,000 円
	⑶　再建用大腿骨遠位補綴用材料	756,000 円
	⑷　再建用大腿骨表面置換用材料	626,000 円
	⑸　再建用脛骨近位補綴用材料	733,000 円
	⑹　再建用脛骨表面置換用材料	698,000 円
071	カスタムメイド人工関節及びカスタムメイド人工骨	
	⑴　カスタムメイド人工関節	保険医療機関における購入価格による。
	⑵　カスタムメイド人工骨	
	①　カスタムメイド人工骨（Ｓ）	762,000 円
	②　カスタムメイド人工骨（Ｍ）	830,000 円
	⑶　カスタムメイド人工骨プレート	804,000 円
072	人工骨頭帽	243,000 円
073	髄内釘	
	⑴　髄内釘	
	①　標準型	89,500 円
	②　大腿骨頸部型	151,000 円
	③　集束型	6,710 円
	④　可変延長型	301,000 円
	⑵　横止めスクリュー	
	①　標準型	15,000 円
	②　大腿骨頸部型	34,000 円
	③　特殊型	17,100 円
	⑶　ナット	19,800 円
	⑷　位置情報表示装置（プローブ・ドリル）	23,400 円
074	固定釘	
	⑴　平面型	16,100 円
	⑵　立体特殊型	30,700 円
075	固定用金属線	
	⑴　金属線	
	①　ワイヤー	1㎝当たり 16 円
	②　ケーブル	40,700 円
	③　バンド	1㎝当たり 242 円
	⑵　大転子専用締結器	122,000 円
076	固定用金属ピン	
	⑴　創外固定器用	
	①　標準型	22,200 円
	②　抗緊張ピン	
	ア　一般型	13,800 円
	イ　特殊型	25,600 円
	⑵　一般用	
	①　標準型	505 円
	②　リング型	21,100 円
	③　プレート型	30,400 円
077	人工靱帯	57,600 円
078	人工骨	
	⑴　汎用型	
	①　非吸収型	
	ア　顆粒・フィラー	１ｇ当たり 6,390 円
	イ　多孔体	1mL 当たり 12,400 円
	ウ　形状賦形型	1mL 当たり 14,600 円
	②　吸収型	
	ア　顆粒・フィラー	１ｇ当たり 12,000 円
	イ　多孔体	
	ⅰ　一般型	1mL 当たり 14,000 円
	ⅱ　蛋白質配合型	1mL 当たり 14,800 円
	ウ　綿形状	0.1ｇ当たり 14,800 円
	⑵　専用型	
	①　人工耳小骨	11,100 円
	②　開頭穿孔術用	8,810 円
	③　頭蓋骨・喉頭気管用	38,500 円
	④　椎弓・棘間用	30,200 円
	⑤　椎体固定用	
	ア　１椎体用	149,000 円
	イ　その他	309,000 円
	⑥　骨盤用	
	ア　腸骨稜用	60,000 円
	イ　その他	161,000 円
	⑦　肋骨・胸骨・四肢骨用	30,300 円
	⑧　椎体骨創部閉鎖用	1mL 当たり 14,500 円
	⑨　椎体・スクリュー併用用	1mL 当たり 14,200 円
079	骨セメント	
	⑴　頭蓋骨用	１ｇ当たり 621 円
	⑵　人工関節固定用	１ｇ当たり 302 円
	⑶　脊椎・大腿骨頸部用	１ｇ当たり 535 円
080	合成吸収性骨片接合材料	
	⑴　スクリュー	
	①　一般用	60,100 円
	②　頭蓋・顎・顔面・小骨用	33,000 円
	⑵　中空スクリュー	68,700 円
	⑶　ストレートプレート	38,200 円
	⑷　その他のプレート	54,200 円
	⑸　骨・軟部組織固定用アンカー	42,300 円
	⑹　ワッシャー	16,700 円
	⑺　ピン	
	①　一般用	39,500 円
	②　胸骨・肋骨用	32,300 円
	⑻　シート・メッシュ型（15㎠以上 25㎠未満）	67,300 円
	⑼　シート・メッシュ型（25㎠以上）	108,000 円
	⑽　頭蓋骨閉鎖用クランプ	
	①　一般型	39,500 円
	②　簡易型	19,500 円
081	脳動脈瘤手術クリップ	

	⑴ 標準型	17,500 円
	⑵ 特殊型	20,200 円
082	脳血流遮断用クリップ	7,450 円
083	脳動静脈奇形手術用等クリップ	6,280 円
084	人工硬膜	
	⑴ 非吸収型	1㎠当たり 824 円
	⑵ 吸収型	1㎠当たり 1,280 円
085	脳深部刺激装置用リードセット（４極用）	135,000 円
086	脳・脊髄刺激装置用リード及び仙骨神経刺激装置用リード	
	⑴ リードセット	
	① ４極又は８極	155,000 円
	② 16 極以上	363,000 円
	⑵ アダプター	35,400 円
087	植込型脳・脊髄電気刺激装置	
	⑴ 疼痛除去用	
	① ４極用	1,350,000 円
	② ８極用	1,500,000 円
	③ 16 極以上用	1,740,000 円
	④ 16 極以上用・体位変換対応型	1,830,000 円
	⑤ 16 極用・充電式	1,900,000 円
	⑥ 16 極以上用・充電式・体位変換対応型	2,160,000 円
	⑦ 32 極用・充電式	1,880,000 円
	⑵ 振戦軽減用	
	① ４極用	1,260,000 円
	② 16 極以上用	1,710,000 円
	③ 16 極以上用・自動調整機能付き	1,800,000 円
	④ 16 極以上用・充電式	2,130,000 円
088	脳波測定用頭蓋内電極	
	⑴ 硬膜下電極（10 極以下）	47,200 円
	⑵ 硬膜下電極（11 極以上）	89,200 円
	⑶ 深部電極	37,200 円
089	涙点プラグ	3,900 円
090	人工内耳用材料	
	⑴ 人工内耳用インプラント（電極及び受信－刺激器）	1,650,000 円
	⑵ 人工内耳用音声信号処理装置	
	① 標準型	940,000 円
	② 残存聴力活用型	932,000 円
	⑶ 人工内耳用ヘッドセット	
	① マイクロホン	38,700 円
	② 送信コイル	10,700 円
	③ 送信ケーブル	2,740 円
	④ マグネット	7,840 円
	⑤ 接続ケーブル	4,480 円
091	削除	
092	鼻孔プロテーゼ	3,850 円
093	人工喉頭	
	⑴ 音声回復用人工補装具	
	① 一般型	9,810 円
	② 長期留置型	42,400 円
	⑵ 呼気弁	51,100 円
094	気管・気管支・大静脈ステント	
	⑴ 一時留置型	
	① ストレート型	53,400 円
	② Ｙ字型	53,800 円
	⑵ 永久留置型	
	① 標準型	146,000 円
	② 特殊型	151,000 円
095	食道用ステント	127,000 円
096	胃・食道静脈瘤圧迫止血用チューブ	
	⑴ 食道止血用	29,300 円
	⑵ 胃止血用	29,200 円
	⑶ 胃・食道止血用	56,400 円
097	食道静脈瘤硬化療法用セット	
	⑴ 食道静脈瘤硬化療法用穿刺針	3,800 円
	⑵ 食道静脈瘤硬化療法用内視鏡固定用バルーン	7,200 円
	⑶ 食道静脈瘤硬化療法用止血バルーン	4,370 円
	⑷ 食道静脈瘤硬化療法用ガイドチューブ	34,200 円
098	内視鏡的食道静脈瘤結紮セット	
	⑴ 内視鏡的食道静脈瘤結紮セット（単発式）	15,400 円
	⑵ 内視鏡的食道静脈瘤結紮セット（連発式）	24,600 円
099	組織代用人工繊維布	
	⑴ 心血管系用	
	① 血管用フェルト・ファブリック	1㎠当たり 133 円
	② 心膜シート	1㎠当たり 394 円
	③ 心血管修復パッチ一般用	1㎠当たり 1,070 円
	④ 心血管修復パッチ小児用	1㎠当たり 1,570 円
	⑵ ヘルニア修復・胸壁補強用	
	① 一般	1㎠当たり 75 円
	② 形状付加型	19,500 円
	③ 腹膜欠損用	1㎠当たり 413 円
	⑶ 臓器欠損補強用	1㎠当たり 167 円
	⑷ 自動縫合器対応用	２枚１組 17,600 円
	⑸ プレジェット・チューブ	179 円
100	合成吸収性癒着防止材	
	⑴ シート型	1㎠当たり 169 円
	⑵ スプレー型	1㎖ 当たり 7,260 円
101	皮膚欠損用創傷被覆材	
	⑴ 真皮に至る創傷用	1㎠当たり 6 円
	⑵ 皮下組織に至る創傷用	
	① 標準型	1㎠当たり 10 円
	② 異形型	1ｇ当たり 35 円
	⑶ 筋・骨に至る創傷用	1㎠当たり 25 円
102	真皮欠損用グラフト	1㎠当たり 452 円
103	非固着性シリコンガーゼ	
	⑴ 広範囲熱傷用	1,080 円
	⑵ 平坦部位用	142 円
	⑶ 凹凸部位用	309 円
104	ゼラチンスポンジ止血材	1,240 円

105	デキストラノマー	１ｇ当たり 145 円
106	微線維性コラーゲン	１ｇ当たり 13,000 円
107	経皮的血管形成術用穿刺部止血材料	28,400 円
108	頭・静脈、腹腔シャントバルブ	
	⑴　標準型	
	①　標準機能	
	ア　近位カテーテル	
	ｉ　標準型	22,400 円
	ⅱ　内視鏡型	43,600 円
	イ　リザーバー	20,800 円
	ウ　バルブ	
	ｉ　圧固定式	46,600 円
	ⅱ　流量調節・圧可変式	178,000 円
	エ　遠位カテーテル	
	ｉ　標準型	30,800 円
	ⅱ　細径一体型	27,000 円
	オ　コネクタ	
	ｉ　ストレート	7,630 円
	ⅱ　スリーウェイ	12,400 円
	②　特殊機能	64,300 円
	⑵　ワンピース型	53,400 円
109	胸水・腹水シャントバルブ	
	⑴　シャントバルブ	175,000 円
	⑵　交換用部品	
	①　カテーテル	
	ア　腹腔・胸腔用	24,200 円
	イ　静脈用	25,600 円
	②　コネクタ	4,830 円
110	植込型輸液ポンプ	1,420,000 円
111	植込型輸液ポンプ用髄腔カテーテル	
	⑴　標準型	72,300 円
	⑵　強化型	89,000 円
112	ペースメーカー	
	⑴　シングルチャンバ	
	①　標準型	454,000 円
	②　リード一体型	1,060,000 円
	⑵　デュアルチャンバ（Ⅳ型）	593,000 円
	⑶　デュアルチャンバ（Ⅴ型）	751,000 円
	⑷　デュアルチャンバ（リード一体型）	1,170,000 円
	⑸　トリプルチャンバ（Ⅰ型）	1,290,000 円
	⑹　トリプルチャンバ（Ⅱ型）	
	①　単極用又は双極用	1,430,000 円
	②　４極用	1,460,000 円
	⑺　トリプルチャンバ（Ⅲ型）	
	①　自動調整機能付き	1,640,000 円
	②　４極用・自動調整機能付き	1,710,000 円
113	植込式心臓ペースメーカー用リード	
	⑴　リード	
	①　経静脈リード	
	ア　標準型	79,000 円
	イ　シングルパスＶＤＤリード	106,000 円
	ウ　誤感知防止型	126,000 円
	エ　４極	133,000 円
	②　心筋用リード	
	ア　単極	85,500 円
	イ　双極	102,000 円
	⑵　アダプター	26,400 円
	⑶　アクセサリー	3,470 円
114	体外式ペースメーカー用カテーテル電極	
	⑴　一時ペーシング型	15,100 円
	⑵　心臓電気生理学的検査機能付加型	
	①　標準型	46,800 円
	②　冠状静脈洞型	66,100 円
	③　房室弁輪部型	152,000 円
	④　心房内・心室内全域型	403,000 円
	⑤　温度センサー付き	85,400 円
	⑥　除細動機能付き	214,000 円
	⑶　再製造	
	①　冠状静脈洞型	51,400 円
	②　房室弁輪部型	98,200 円
115	体表面ペーシング用電極	4,480 円
116	体外式ペースメーカー用心臓植込ワイヤー	
	⑴　単極	
	①　固定機能あり	3,910 円
	②　固定機能なし	2,510 円
	⑵　双極以上	6,500 円
117	植込型除細動器	
	⑴　植込型除細動器（Ⅲ型）	
	①　標準型	2,730,000 円
	②　皮下植込式電極併用型	3,120,000 円
	⑵　植込型除細動器（Ⅴ型）	2,820,000 円
118	植込型除細動器用カテーテル電極	
	⑴　植込型除細動器用カテーテル電極（シングル）	612,000 円
	⑵　植込型除細動器用カテーテル電極（マルチ（一式））	199,000 円
	⑶　アダプター	268,000 円
	⑷　植込型除細動器用カテーテル電極（皮下植込式）	602,000 円
119	機械弁	386,000 円
120	生体弁	
	⑴　異種大動脈弁	780,000 円
	⑵　異種心膜弁Ⅱ	
	①　期限付改良加算なし	953,000 円
	②　期限付改良加算あり	995,000 円
	⑶　異種心膜弁Ⅱシステム	1,050,000 円
121	弁付きグラフト（生体弁）	825,000 円
122	人工弁輪	
	⑴　僧帽弁用	272,000 円
	⑵　三尖弁用	210,000 円
	⑶　僧帽弁・三尖弁兼用	242,000 円

123　経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテル
　⑴　熱アブレーション用
　　①　標準型　117,000円
　　②　イリゲーション型　140,000円
　　③　バルーン型　505,000円
　　④　体外式ペーシング機能付き　293,000円
　　⑤　体外式ペーシング機能付き・特殊型　395,000円
　　⑥　体外式ペーシング機能付き・組織表面温度測定型　310,000円
　⑵　冷凍アブレーション用
　　①　バルーン型　649,000円
　　②　標準型　144,000円
124　ディスポーザブル人工肺（膜型肺）
　⑴　体外循環型（リザーバー機能あり）
　　①　一般用　103,000円
　　②　低体重者・小児用　122,000円
　⑵　体外循環型（リザーバー機能なし）
　　①　一般用　76,200円
　　②　低体重者・小児用　121,000円
　⑶　補助循環・補助呼吸型
　　①　一般用　141,000円
　　②　低体重者・小児用　153,000円
125　遠心式体外循環用血液ポンプ
　⑴　シール型
　　①　抗血栓性あり　63,100円
　　②　抗血栓性なし　46,500円
　⑵　シールレス型　56,500円
126　体外循環用カニューレ
　⑴　成人用
　　①　送脱血カニューレ
　　ア　シングル標準　4,620円
　　イ　シングル強化　6,770円
　　ウ　２段標準　8,640円
　　エ　２段強化　8,190円
　　②　心筋保護用カニューレ
　　ア　ルート　3,950円
　　イ　コロナリー　6,120円
　　ウ　レトロ　19,000円
　　③　ベントカテーテル
　　ア　一般型　3,350円
　　イ　ガス注入型　4,500円
　　④　経皮的挿入用カニューレ
　　ア　一般型　37,600円
　　イ　先端強化型
　　ⅰ　シングルルーメン　40,000円
　　ⅱ　ダブルルーメン　186,000円
　⑵　小児用
　　①　送脱血カニューレ
　　ア　シングル標準　4,770円
　　イ　シングル強化　6,590円
　　ウ　２段標準　8,640円
　　エ　２段強化　8,340円
　　②　心筋保護用カニューレ
　　ア　ルート　4,060円
　　イ　コロナリー　6,420円
　　ウ　レトロ　19,900円
　　③　ベントカテーテル
　　ア　一般型　3,510円
　　イ　ガス注入型　4,500円
　　④　経皮的挿入用カニューレ
　　ア　一般型　39,000円
　　イ　先端強化型
　　ⅰ　シングルルーメン　42,400円
　　ⅱ　ダブルルーメン　186,000円
注　生体適合性を付加した送脱血カニューレ、心筋保護用カニューレ又はベントカテーテルにあってはそれぞれ材料価格に1,600円を加算し、生体適合性を付加した経皮的挿入用カニューレにあっては材料価格に3,500円を加算する。
127　人工心肺回路
　⑴　メイン回路
　　①　抗血栓性あり
　　ア　成人用　117,000円
　　イ　小児用　134,000円
　　②　抗血栓性なし
　　ア　成人用　106,000円
　　イ　小児用　124,000円
　⑵　補助循環回路
　　①　抗血栓性あり
　　ア　成人用　69,600円
　　イ　小児用　70,900円
　　②　抗血栓性なし
　　ア　成人用　40,400円
　　イ　小児用　40,400円
　⑶　心筋保護回路　14,600円
　⑷　血液濃縮回路　24,900円
　⑸　分離体外循環回路　41,100円
　⑹　個別機能品
　　①　貯血槽　9,030円
　　②　カーディオトミーリザーバー　27,400円
　　③　ハードシェル静脈リザーバー　27,000円
　　④　心筋保護用貯液槽　8,950円
　　⑤　ラインフィルター　13,000円
　　⑥　回路洗浄用フィルター　4,100円
　　⑦　血液学的パラメーター測定用セル
　　ア　標準型　7,110円
　　イ　ガス分圧センサー付き　14,100円
　　⑧　熱交換器　11,900円
　　⑨　安全弁　4,560円
128　バルーンパンピング用バルーンカテーテル
　⑴　一般用標準型　154,000円

⑵	一般用末梢循環温存型	122,000 円
⑶	一般用センサー内蔵型	177,000 円
⑷	小児用	202,000 円
129	補助人工心臓セット	
⑴	体外型	
①	成人用	3,270,000 円
②	小児用	
ア	血液ポンプ	6,600,000 円
イ	心尖部脱血用カニューレ	1,070,000 円
ウ	心房脱血用カニューレ	721,000 円
エ	動脈送血用カニューレ	798,000 円
オ	アクセサリーセット	407,000 円
カ	ドライビングチューブ	132,000 円
キ	カニューレコネクティングセット	197,000 円
ク	カニューレエクステンションセット	198,000 円
⑵	植込型（非拍動流型）	
①	磁気浮上型	18,300,000 円
②	水循環型	18,900,000 円
③	軸流型	18,900,000 円
⑶	水循環回路セット	1,100,000 円
130	心臓手術用カテーテル	
⑴	経皮的冠動脈形成術用カテーテル	
①	一般型	32,000 円
②	インフュージョン型	157,000 円
③	パーフュージョン型	146,000 円
④	カッティング型	116,000 円
⑤	スリッピング防止型	95,000 円
⑥	再狭窄抑制型	173,000 円
⑵	冠動脈狭窄部貫通用カテーテル	37,100 円
⑶	冠動脈用ステントセット	
①	一般型	97,000 円
②	救急処置型	290,000 円
③	再狭窄抑制型	136,000 円
④	生体吸収・再狭窄抑制型	249,000 円
⑷	特殊カテーテル	207,000 円
⑸	弁拡張用カテーテル	151,000 円
⑹	心房中隔欠損作成術用カテーテル	
①	バルーン型	57,900 円
②	ブレード型	210,000 円
131	経皮的心房中隔欠損閉鎖セット	772,000 円
132	ガイディングカテーテル	
⑴	冠動脈用	9,320 円
⑵	脳血管用	
①	標準型	21,800 円
②	特殊型	25,000 円
③	高度屈曲対応型	90,300 円
④	紡錘型	94,800 円
⑶	その他血管用	18,700 円
133	血管内手術用カテーテル	
⑴	経皮的脳血管形成術用カテーテル	
①	先端閉鎖型	97,200 円
②	先端開放型	194,000 円
⑵	末梢血管用ステントセット	
①	一般型	160,000 円
②	再狭窄抑制型	233,000 円
⑶	ＰＴＡバルーンカテーテル	
①	一般型	
ア	標準型	35,300 円
イ	特殊型	50,900 円
②	カッティング型	132,000 円
③	脳血管攣縮治療用	52,500 円
④	大動脈用ステントグラフト用	
ア	血流遮断型（胸部及び腹部）	61,000 円
イ	血流非遮断型（胸部及び腹部）	66,900 円
⑤	スリッピング防止型	88,700 円
⑥	再狭窄抑制型	173,000 円
⑦	ボディワイヤー型	97,100 円
⑷	下大静脈留置フィルターセット	
①	標準型	156,000 円
②	特殊型	170,000 円
⑸	冠動脈灌流用カテーテル	24,500 円
⑹	オクリュージョンカテーテル	
①	標準型	18,400 円
②	特殊型	108,000 円
⑺	血管内血栓異物除去用留置カテーテル	
①	一般型	115,000 円
②	頸動脈用ステント併用型	
ア	フィルター型	186,000 円
イ	遠位バルーン型	190,000 円
ウ	近位バルーン型	160,000 円
⑻	血管内異物除去用カテーテル	
①	細血管用	88,700 円
②	大血管用	42,800 円
③	リードロッキングデバイス	91,000 円
④	リード抜去スネアセット	143,000 円
⑤	大血管用ローテーションシース	268,000 円
⑼	血栓除去用カテーテル	
①	バルーン付き	
ア	一般型	11,600 円
イ	極細型	15,400 円
ウ	ダブルルーメン	17,400 円
②	残存血栓除去用	35,400 円
③	経皮的血栓除去用	34,000 円
④	脳血栓除去用	
ア	ワイヤー型	286,000 円
イ	破砕吸引型	448,000 円
ウ	自己拡張型	386,000 円
エ	直接吸引型	273,000 円

⑽　塞栓用コイル
①　コイル
ア　標準型　10,500円
イ　機械式デタッチャブル型　55,800円
ウ　電気式デタッチャブル型　117,000円
エ　水圧式・ワイヤー式デタッチャブル型　82,900円
オ　特殊型　145,000円
②　プッシャー　16,000円
③　コイル留置用ステント　466,000円
⑾　汎用型圧測定用プローブ　77,300円
⑿　循環機能評価用動脈カテーテル　27,800円
⒀　静脈弁カッター
①　切開径固定型　24,800円
②　切開径変動型　86,700円
③　オーバーザワイヤー型　87,600円
⒁　頸動脈用ステントセット
①　標準型　160,000円
②　特殊型　180,000円
⒂　狭窄部貫通用カテーテル　43,200円
⒃　下肢動脈狭窄部貫通用カテーテル　179,000円
⒄　血管塞栓用プラグ　131,000円
⒅　交換用カテーテル　18,400円
⒆　体温調節用カテーテル
①　発熱管理型　77,400円
②　体温管理型　81,100円
⒇　脳血管用ステントセット　501,000円
(21)　脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステム
①　動脈内留置型　1,420,000円
②　瘤内留置型　1,530,000円
(22)　エキシマレーザー血管形成用カテーテル　219,000円

134　人工血管
⑴　永久留置型
①　大血管用
ア　分岐なし　117,000円
イ　１分岐
ⅰ　標準型　179,000円
ⅱ　特殊型　227,000円
ウ　２分岐以上
ⅰ　標準型　245,000円
ⅱ　特殊型　286,000円
エ　腹大動脈分岐用　135,000円
②　小血管用
ア　標準型
ⅰ　外部サポートあり　１cm当たり 2,560円
ⅱ　外部サポートなし　１cm当たり 1,920円
イ　セルフシーリング
ⅰ　ヘパリン非使用型　１cm当たり 4,050円
ⅱ　ヘパリン使用型　１cm当たり 4,200円
ウ　ヘパリン使用型
ⅰ　外部サポートあり　１cm当たり 3,700円
ⅱ　外部サポートなし　１cm当たり 2,710円
エ　特殊型
ⅰ　外部サポートあり　１cm当たり 3,030円
ⅱ　外部サポートなし　１cm当たり 2,240円
⑵　一時留置型　54,500円
⑶　短期使用型　84,100円

135　尿路拡張用カテーテル
⑴　尿管・尿道用　39,000円
⑵　腎瘻用　41,400円

136　胆道結石除去用カテーテルセット
⑴　経皮的バルーンカテーテル　14,100円
⑵　経内視鏡バルーンカテーテル
①　ダブルルーメン　31,300円
②　トリプルルーメン　35,300円
③　十二指腸乳頭拡張機能付き　63,900円
④　十二指腸乳頭切開機能付き　60,100円
⑶　採石用バスケットカテーテル　38,100円
⑷　砕石用バスケットカテーテル
①　全ディスポーザブル型　41,600円
②　一部ディスポーザブル型　14,900円

137　腎・尿管結石除去用カテーテルセット　32,300円
138　削除
139　組織拡張器
⑴　一般用　32,600円
⑵　乳房用　66,000円

140　輸血用血液フィルター（微小凝集塊除去用）　2,500円
141　輸血用血液フィルター（赤血球製剤用白血球除去用）　2,850円
142　輸血用血液フィルター（血小板製剤用白血球除去用）　3,340円
143　網膜硝子体手術用材料　28,300円
144　両室ペーシング機能付き植込型除細動器
⑴　単極又は双極用
①　標準型　3,540,000円
②　自動調整機能付き　3,510,000円
③　抗頻拍ペーシング機能付き　4,400,000円
④　長期留置型　3,720,000円
⑵　４極用
①　標準型　3,260,000円
②　自動調整機能付き　4,410,000円
③　抗頻拍ペーシング機能付き　4,750,000円
④　長期留置型　4,180,000円

145　血管内塞栓促進用補綴材
⑴　肝動脈塞栓材　15,400円
⑵　脳動静脈奇形術前塞栓材　138,000円
⑶　血管内塞栓材
①　止血用　9,040円
②　動脈塞栓療法用　27,600円
③　動脈化学塞栓療法用　103,000円

146　大動脈用ステントグラフト

	⑴　腹部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）	
	①　標準型	1,320,000 円
	②　ＡＵＩ型	1,110,000 円
	③　ポリマー充填型	1,430,000 円
	⑵　腹部大動脈用ステントグラフト（補助部分）	299,000 円
	⑶　胸部大動脈用ステントグラフト（メイン部分）	
	①　標準型	1,430,000 円
	②　血管分岐部対応型	2,060,000 円
	⑷　胸部大動脈用ステントグラフト（補助部分）	299,000 円
	⑸　大動脈解離用ステントグラフト（メイン部分）	1,550,000 円
	⑹　大動脈解離用ステントグラフト（補助部分）	344,000 円
	⑺　大動脈解離用ステントグラフト（ベアステント）	894,000 円
147	内視鏡用粘膜下注入材	5,880 円
148	カプセル型内視鏡	
	⑴　小腸用	76,500 円
	⑵　大腸用	83,200 円
149	血管内光断層撮影用カテーテル	136,000 円
150	ヒト自家移植組織	
	⑴　自家培養表皮	
	①　採取・培養キット	4,460,000 円
	②　調製・移植キット	１枚当たり 154,000 円
	⑵　自家培養軟骨	
	①　採取・培養キット	895,000 円
	②　調製・移植キット	1,270,000 円
	⑶　自家培養角膜上皮	
	①　採取・培養キット	4,280,000 円
	②　調製・移植キット	5,470,000 円
	⑷　自家培養口腔粘膜上皮	
	①　採取・培養キット	4,280,000 円
	②　調製・移植キット	5,470,000 円
151	デンプン由来吸収性局所止血材	１ｇ当たり 12,700 円
152	胸郭変形矯正用材料	
	⑴　肋骨間用	1,580,000 円
	⑵　肋骨腰椎間用	1,540,000 円
	⑶　肋骨腸骨間用	1,470,000 円
	⑷　固定クリップ（伸展術時交換用）	71,500 円
	⑸　部品連結用	
	①　縦型	188,000 円
	②　横型	348,000 円
153	経皮的動脈管閉鎖セット	
	⑴　開口部留置型	347,000 円
	⑵　動脈管内留置型	416,000 円
154	削除	
155	植込型心電図記録計	
	⑴　標準型	394,000 円
	⑵　特殊型	408,000 円
156	合成吸収性硬膜補強材	65,100 円
157	消化管用ステントセット	
	⑴　カバーなし	216,000 円
	⑵　カバーあり	270,000 円
158	皮下グルコース測定用電極	6,390 円
159	局所陰圧閉鎖処置用材料	１㎠当たり 18 円
160	植込型迷走神経電気刺激装置	1,710,000 円
161	迷走神経刺激装置用リードセット	187,000 円
162	経皮的心腔内リード除去用レーザーシースセット	311,000 円
163	膀胱尿管逆流症治療用注入材	73,400 円
164	椎体形成用材料セット	386,000 円
165	脊椎棘間留置材料	229,000 円
166	外科用接着用材料	
	⑴　標準型	１ｇ当たり 11,200 円
	⑵　特殊型	１ｇ当たり 13,800 円
167	交換用経皮経食道胃管カテーテル	17,200 円
168	心腔内超音波プローブ	
	⑴　標準型	299,000 円
	⑵　磁気センサー付き	327,000 円
169	血管造影用圧センサー付材料	
	⑴　血管造影用圧センサー付ガイドワイヤー	135,000 円
	⑵　血管造影用圧センサー付カテーテル	127,000 円
170	輸血用血液フィルター（カリウム除去用）	5,100 円
171	生体組織接着剤調製用キット	130,000 円
172	尿道括約筋用補綴材	
	⑴　カフ	170,000 円
	⑵　圧力調整バルーン	156,000 円
	⑶　コントロールポンプ	427,000 円
173	中心静脈血酸素飽和度測定用プローブ	22,700 円
174	植込型骨導補聴器	
	⑴　音振動変換器	415,000 円
	⑵　接合子付骨導端子	127,000 円
	⑶　骨導端子	66,200 円
	⑷　接合子	70,600 円
175	脳手術用カテーテル	38,700 円
176	子宮用止血バルーンカテーテル	18,700 円
177	心房中隔穿刺針	54,100 円
178	神経再生誘導材	406,000 円
179	気管支用充填材	20,100 円
180	陰圧創傷治療用カートリッジ	19,800 円
181	人工乳房	72,600 円
182	経カテーテル人工生体弁セット	
	⑴　バルーン拡張型人工生体弁セット	4,510,000 円
	⑵　自己拡張型人工生体弁システム	3,740,000 円
183	削除	
184	仙骨神経刺激装置	
	⑴　標準型	1,010,000 円
	⑵　充電式	1,060,000 円
185	オープン型ステントグラフト	1,110,000 円
186	気管支手術用カテーテル	329,000 円
187	半導体レーザー用プローブ	229,000 円
188	削除	

189　ヒト骨格筋由来細胞シート
　⑴　採取・継代培養キット　6,480,000円
　⑵　回収・調製キット　1枚当たり1,710,000円
190　人工中耳用材料
　⑴　人工中耳用インプラント　1,120,000円
　⑵　人工中耳用音声信号処理装置　639,000円
　⑶　人工中耳用オプション部品　40,300円
191　末梢血管用ステントグラフト
　⑴　標準型　322,000円
　⑵　長病変対応型　344,000円
192　経皮的胆道拡張用バルーンカテーテル　64,600円
193　補助循環用ポンプカテーテル　2,570,000円
194　人工椎間板　301,000円
195　体表面用電場電極　35,900円
196　経皮的僧帽弁クリップシステム　2,250,000円
　注　経皮的僧帽弁クリップシステムのクリップを２個以上使用する場合は、追加する１個当たり償還価格の100分の50に相当する価格を加算する。
197　ガイドワイヤー　1,880円
198　ドレナージカテーテル　5,700円
199　甲状軟骨固定用器具　194,000円
200　放射線治療用合成吸収性材料
　⑴　ハイドロゲル型　196,000円
　⑵　シート型　516,000円
201　膵臓用瘻孔形成補綴材留置システム　502,000円
202　腹部開放創用局所陰圧閉鎖キット　101,000円
203　横隔神経電気刺激装置
　⑴　電極植込キット　1,870,000円
　⑵　体外式パルス発生器　953,000円
　⑶　接続ケーブル　11,800円
204　経皮的左心耳閉鎖システム　1,500,000円
205　経皮的卵円孔開存閉鎖セット　865,000円
206　人工顎関節用材料　1,110,000円
207　人工鼻材料
　⑴　人工鼻
　　①　標準型　492円
　　②　特殊型　1,000円
　⑵　接続用材料
　　①　シール型
　　ア　標準型　675円
　　イ　特殊型　675円
　　②　チューブ型　17,800円
　　③　ボタン型　22,100円
208　耳管用補綴材　43,500円
209　吸着式血液浄化用浄化器（閉塞性動脈硬化症用）　91,600円
210　植込型舌下神経電気刺激装置　2,480,000円
211　植込型骨導補聴器（直接振動型）
　⑴　インプラント　720,000円
　⑵　音声信号処理装置　325,000円
　⑶　オプション部品　29,800円
212　ペプチド由来吸収性局所止血材　1mL当たり13,200円
213　脳神経減圧術用補綴材　0.1g当たり3,120円
214　前立腺用インプラント　97,900円
215　経カテーテル人工生体弁セット（ステントグラフト付き）　5,270,000円
216　レーザー光照射用ニードルカテーテル　1,990円

Ⅲ　医科点数表の第２章第４部及び別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）の第２章第４部に規定するフィルム及びその材料価格

規格	１枚当たり材料価格
001　半切	120円
002　大角	115円
003　大四ツ切	76円
004　四ツ切	62円
005　六ツ切	48円
006　八ツ切	46円
007　カビネ	38円
008　30㎝×35㎝	87円
009　24㎝×30㎝	68円
010　18㎝×24㎝	46円
011　標準型（３㎝×４㎝）	29円
012　咬合型（5.7㎝×7.6㎝、5.5㎝×7.5㎝又は5.4㎝×７㎝）	27円
013　咬翼型（4.1㎝×３㎝又は2.1㎝×3.5㎝）	40円
014　オルソパントモ型	
20.3㎝×30.5㎝	103円
15㎝×30㎝	120円
015　小児型	
2.2㎝×3.5㎝	31円
2.4㎝×３㎝	23円
016　間接撮影用フィルム	
10㎝×10㎝	29円
７㎝×７㎝	22円
６㎝×６㎝	15円
017　オデルカ用フィルム	
10㎝×10㎝	33円
７㎝×７㎝	22円
018　マンモグラフィー用フィルム	
24㎝×30㎝	135円
20.3㎝×25.4㎝	135円
18㎝×24㎝	125円
019　画像記録用フィルム	
⑴　半切	226円
⑵　大角	188円
⑶　大四ツ切	187円
⑷　Ｂ４	150円
⑸　四ツ切	135円
⑹　六ツ切	119円
⑺　24㎝×30㎝	145円

IX　経過措置

⑴　Ⅱの規定にかかわらず、薬事法等の一部を改正する法律（平成25年法律第84号）第１条の規定による改正前の薬事法（昭和35年法律第145号）第14条第１項又は医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第23条の２の５第１項の規定による承認を受け、次の表の左欄の承認番号を付与された同欄に掲げる特定保険医療材料の同表の中欄に掲げる期間における材料価格は、それぞれ同表の右欄に掲げる材料価格とする。

133　血管内手術用カテーテル ⑽　頸動脈用ステントセット ②　特殊型 （承認番号） 30100BZX00251000	令和４年４月１日から 同年８月31日まで	184,000円

⑵　Ⅱの規定にかかわらず、次の表の左欄に掲げる特定保険医療材料の同表の中欄に掲げる期間における材料価格は、それぞれ同表の右欄に掲げる材料価格とする。

057　人工股関節用材料 ⑵　大腿骨側材料 ②　大腿骨ステム（間接固定型）	令和４年４月１日から 同年12月31日まで	173,000円
	令和５年１月１日から 同年３月31日まで	155,000円
	令和５年４月１日から 同年12月31日まで	137,000円
057　人工股関節用材料 ⑵　大腿骨側材料 ③　大腿骨ステムヘッド ア　大腿骨ステムヘッド⑴	令和４年４月１日から 同年12月31日まで	80,800円
	令和５年１月１日から 同年３月31日まで	75,700円
057　人工股関節用材料 ⑵　大腿骨側材料 ③　大腿骨ステムヘッド イ　大腿骨ステムヘッド⑵	令和４年４月１日から 同年12月31日まで	107,000円
	令和５年１月１日から 同年３月31日まで	96,300円
064　脊椎固定用材料 ⑸　脊椎スクリュー（可動型） ①標準型	令和４年４月１日から 同年12月31日まで	93,500円
	令和５年１月１日から 同年３月31日まで	86,300円
069　上肢再建用人工関節用材料 ⑶　再建用尺骨側材料	令和４年４月１日から 同年12月31日まで	442,000円
	令和５年１月１日から 同年３月31日まで	395,000円
	令和５年４月１日から 同年12月31日まで	349,000円
	令和６年１月１日から 同年３月31日まで	302,000円
073　髄内釘 ⑴　髄内釘 ①　標準型	令和４年４月１日から 同年12月31日まで	131,000円
	令和５年１月１日から 同年３月31日まで	117,000円
	令和５年４月１日から 同年12月31日まで	104,000円
	令和６年１月１日から 同年３月31日まで	89,700円
119　機械弁	令和４年４月１日から 同年12月31日まで	733,000円
	令和５年１月１日から 同年３月31日まで	656,000円
	令和５年４月１日から 同年12月31日まで	579,000円
	令和６年１月１日から 同年３月31日まで	502,000円
133　血管内手術用カテーテル ⑵　末梢血管用ステントセット ①　一般型	令和４年４月１日から 同年12月31日まで	171,000円
	令和５年１月１日から 同年３月31日まで	166,000円
133　血管内手術用カテーテル ⑽　塞栓用コイル ①　コイル エ　水圧式・ワイヤー式デタッチャブル型	令和４年４月１日から 同年12月31日まで	95,600円
	令和５年１月１日から 同年３月31日まで	89,300円
144　両室ペーシング機能付き植込型除細動器 ⑴　単極又は双極用 ②　自動調整機能付き	令和４年４月１日から 同年12月31日まで	4,150,000円
	令和５年１月１日から 同年３月31日まで	3,830,000円
190　人工中耳用材料 ⑵　人工中耳用音声信号処理装置	令和４年４月１日から 同年12月31日まで	647,000円
	令和５年１月１日から 同年３月31日まで	643,000円

◎指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の一部を改正する省令

指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成十二年厚生省令第八十号）の一部を次のように改正する。

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
（業務継続計画の策定等） 第二十二条の二　指定訪問看護事業者は、感染症及び非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下この条において「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。 2　指定訪問看護事業者は、看護師等に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。 3　指定訪問看護事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。	（新設）

（施行期日）

1　この省令は、令和四年四月一日から施行する。

（経過措置）

2　この省令の施行の日から令和六年三月三十一日までの間、この省令による改正後の第二十二条の二の規定の適用については、同条第一項中「講じなければ」とあるのは「講じるよう努めなければ」と、同条第二項中「実施しなければ」とあるのは「実施するよう努めなければ」と、同条第三項中「行う」とあるのは「行うよう努める」とする。

◎訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件

別表

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法

通則

1　健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第１項に規定する指定訪問看護及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第78条第１項に規定する指定訪問看護（以下「指定訪問看護」と総称する。）の費用の額は、区分番号０２の注７に規定する場合を除き、区分番号０１又は区分番号０１－２により算定される額に区分番号０２から区分番号０５までにより算定される額を加えた額とする。

2　前号の規定により算定する指定訪問看護の費用の額は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、介護保険法（平成９年法律第123号）第62条に規定する要介護被保険者等については、算定しないものとする。

3　区分番号０１の注２及び注４、区分番号０１－２の注１から注３まで及び注10、区分番号０２の注１から注３まで、注10及び注12並びに区分番号０５の注４における届出については、届出を行う訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。

区分

０１　訪問看護基本療養費（１日につき）

1　訪問看護基本療養費⑴

イ　保健師、助産師又は看護師による場合（ハを除く。）

⑴　週３日目まで　5,550円

⑵　週４日目以降　6,550円

ロ　准看護師による場合

⑴　週３日目まで　5,050円

⑵　週４日目以降　6,050円

ハ　悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡（じょくそう）ケア又は人工肛門（こう）ケア及び人工膀胱（ぼうこう）ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合　12,850円

ニ　理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合　5,550円

2　訪問看護基本療養費⑵

イ　保健師、助産師又は看護師による場合（ハを除く。）

⑴　同一日に２人

①　週３日目まで　5,550円

②　週４日目以降　6,550円

⑵　同一日に３人以上

①　週３日目まで　2,780円

②　週４日目以降　3,280円

ロ　准看護師による場合

⑴　同一日に２人

①　週３日目まで　5,050円

②　週４日目以降　6,050円

⑵　同一日に３人以上

①　週３日目まで　2,530円

②　週４日目以降　3,030円

ハ　悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡（じょくそう）ケア又は人工肛門（こう）ケア及び人工膀胱（ぼうこう）ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合　12,850円

ニ　理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合

⑴　同一日に２人　5,550円

⑵　同一日に３人以上　2,780円

3　訪問看護基本療養費⑶　8,500円

注１　1（ハを除く。）については、指定訪問看護を受けようとする者（注３に規定する同一建物居住者を除く。）に対して、その主治医（健康保険法第63条第３項第１号に

規定する保険医療機関（以下「保険医療機関」という。）の保険医又は介護保険法第８条第28項に規定する介護老人保健施設（以下「介護老人保健施設」という。）若しくは同条第29項に規定する介護医療院（以下「介護医療院」という。）の医師に限る。以下この区分番号において同じ。）から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、健康保険法第88条第１項に規定する指定訪問看護事業者の当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所（以下「訪問看護ステーション」という。）の保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護師等」という。）が指定訪問看護を行った場合に、当該指定訪問看護を受けた者（以下「利用者」という。）１人につき、訪問看護基本療養費Ⅲ（ハを除く。）並びに区分番号０１－２の精神科訪問看護基本療養費Ⅲ及びⅡを算定する日と合わせて週３日を限度（別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。

２　１のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の区分番号Ｃ０１３に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の利用者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者（いずれも同一建物居住者を除く。）に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に、当該利用者１人について、それぞれ月１回を限度として算定する。この場合において、同一日に区分番号０２に掲げる訪問看護管理療養費は算定できない。

３　２（ハを除く。）については、指定訪問看護を受けようとする者であって、同一建物居住者（当該者と同一の建物に居住する他の者に対して当該訪問看護ステーションが同一日に指定訪問看護を行う場合の当該者をいう。以下同じ。）であるものに対して、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合に、利用者１人につき、訪問看護基本療養費Ⅲ（ハを除く。）並びに区分番号０１－２の精神科訪問看護基本療養費Ⅲ及びⅡを算定する日と合わせて週３日を限度（注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者に対する場合を除く。）として算定する。

４　２のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（医科点数表の区分番号Ｃ０１３に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の利用者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者（いずれも同一建物居住者に限る。）に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して同一日に指定訪問看護を行った場合に、当該利用者１人について、それぞれ月１回を限度として算定する。この場合において、同一日に区分番号０２に掲げる訪問看護管理療養費は算定できない。

５　３については、指定訪問看護を受けようとする者（入院中のものに限る。）であって、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対し、その者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合に、入院中１回（注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者である場合にあっては、入院中２回）に限り算定できる。この場合において、同一日に区分番号０２に掲げる訪問看護管理療養費は算定できない。

６　１及び２（いずれもハを除く。）については、指定訪問看護を受けようとする者の主治医（介護老人保健施設又は介護医療院の医師を除く。）から当該者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護の必要がある旨の訪問看護指示書（以下「特別訪問看護指示書」という。）の交付を受け、当該特別訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、注１及び注３の規定にかかわらず、１月に１回（別に厚生労働大臣が定める者については、月２回）に限り、当該指示があった日から起算して14日を限度として算定する。

７　１及び２（いずれもハを除く。）については、注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者又は注６に規定する特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者に対して、必要に応じて１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合は、難病等複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。

イ　１日に２回の場合

(1)　同一建物内１人又は２人　4,500円

(2)　同一建物内３人以上　4,000円

ロ　１日に３回以上の場合

(1)　同一建物内１人又は２人　8,000円

(2)　同一建物内３人以上　7,200円

８　訪問看護ステーションの看護師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が１時間以上である者に対して指定訪問看護を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定額の100分の50に相当する額を加算する。

イ　別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行う場合

ロ　別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行う場合

９　１及び２（いずれもハを除く。）については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は医科点数表の区分番号Ｃ０００の注１に規定する在宅療養支援病院（以下「在宅療養支援病院」という。）の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、緊急訪問看護加算として、１日につき2,650円を所定額に加算する。

10　１及び２（いずれもハを除く。）については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が、長時間にわたる指定訪問看護を行った場合には、長時間訪問看護加算として、週１日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週３日）を限度として、5,200円を所定額に加算する。

11　１及び２（いずれもハを除く。）については、６歳未満の乳幼児に対し、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合には、乳幼児加算として、１日につき1,500円を所定額に加算する。

12　１及び２（いずれもハを除く。）については、同時に複数の看護師等又は看護補助者による指定訪問看護が必要な者として別に厚生労働大臣が定める者に対し、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が、当該訪問看護ステーションの他の看護師等又は看護補助者（以下「その他職員」という。）と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、イ又はロの場合にあっては週１日を、ハの場合にあっては週３日を限度として算定する。

イ　所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の看護師等（准看護師を除く。）と同時に指定訪問看護を行う場合

(1)　同一建物内１人又は２人　4,500円

(2) 同一建物内３人以上 4,000円

ロ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合

(1) 同一建物内１人又は２人 3,800円

(2) 同一建物内３人以上 3,400円

ハ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員がその他職員と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合を除く。）

(1) 同一建物内１人又は２人 3,000円

(2) 同一建物内３人以上 2,700円

ニ 所定額を算定する指定訪問看護を行う看護職員がその他職員と同時に指定訪問看護を行う場合（別に厚生労働大臣が定める場合に限る。）

(1) １日に１回の場合

① 同一建物内１人又は２人 3,000円

② 同一建物内３人以上 2,700円

(2) １日に２回の場合

① 同一建物内１人又は２人 6,000円

② 同一建物内３人以上 5,400円

(3) １日に３回以上の場合

① 同一建物内１人又は２人 10,000円

② 同一建物内３人以上 9,000円

13 １及び２（いずれもハを除く。）については、夜間（午後６時から午後10時までの時間をいう。以下同じ。）又は早朝（午前６時から午前８時までの時間をいう。以下同じ。）に指定訪問看護を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として2,100円を所定額に加算し、深夜（午後10時から午前６時までの時間をいう。以下同じ。）に指定訪問看護を行った場合は、深夜訪問看護加算として4,200円を所定額に加算する。

14 利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合については、この限りでない。

イ 病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院等の医師又は看護師若しくは准看護師が配置されている施設に現に入院又は入所している場合

ロ 介護保険法第８条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第20項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ハ 他の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護（注２及び注４の場合を除く。）を受けている場合（次に掲げる場合を除く。）

(1) 注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者が現に他の１つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

(2) 特別訪問看護指示書の交付の対象となった利用者であって週４日以上の指定訪問看護が計画されているものが現に他の１つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

(3) 注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者であって週７日の指定訪問看護が計画されているものが現に他の２つ以下の訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

(4) 注２又は注４に規定する緩和ケア、褥瘡（じょくそう）ケア又は人工肛門（こう）ケア及び人工膀胱（ぼうこう）ケアに係る専門の研修を受けた看護師の指定訪問看護を受けようとする場合

０１－２ 精神科訪問看護基本療養費（１日につき）

１ 精神科訪問看護基本療養費(1)

イ 保健師、看護師又は作業療法士による場合

(1) 週３日目まで 30分以上の場合 5,550円

(2) 週３日目まで 30分未満の場合 4,250円

(3) 週４日目以降 30分以上の場合 6,550円

(4) 週４日目以降 30分未満の場合 5,100円

ロ 准看護師による場合

(1) 週３日目まで 30分以上の場合 5,050円

(2) 週３日目まで 30分未満の場合 3,870円

(3) 週４日目以降 30分以上の場合 6,050円

(4) 週４日目以降 30分未満の場合 4,720円

２ 削除

３ 精神科訪問看護基本療養費(3)

イ 保健師、看護師又は作業療法士による場合

(1) 同一日に２人

① 週３日目まで 30分以上の場合 5,550円

② 週３日目まで 30分未満の場合 4,250円

③ 週４日目以降 30分以上の場合 6,550円

④ 週４日目以降 30分未満の場合 5,100円

(2) 同一日に３人以上

① 週３日目まで 30分以上の場合 2,780円

② 週３日目まで 30分未満の場合 2,130円

③ 週４日目以降 30分以上の場合 3,280円

④ 週４日目以降 30分未満の場合 2,550円

ロ 准看護師による場合

(1) 同一日に２人

① 週３日目まで 30分以上の場合 5,050円

② 週３日目まで 30分未満の場合 3,870円

③ 週４日目以降 30分以上の場合 6,050円

④ 週４日目以降 30分未満の場合 4,720円

(2) 同一日に３人以上

① 週３日目まで 30分以上の場合 2,530円

② 週３日目まで 30分未満の場合 1,940円

③ 週４日目以降 30分以上の場合 3,030円

④ 週４日目以降 30分未満の場合 2,360円

４ 精神科訪問看護基本療養費(4) 8,500円

注１ １については、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者又はその家族等（注２に規定する同一建物居住者を除く。）に対して、その主治医（保険医療機関の保険医であって精神科を担当するものに限る。以下この区分番号において同じ。）から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士（精神障害を有する者に対する看護について相当の経験を有するものに限る。以下この区分番号において「保健師等」という。）が指定訪問看護を行った場合に、利用者１人につき、精神科訪問看護基本療養費(3)並びに区分番号０１の訪問看護基本療養費(1)（ハを除く。）及び(3)（ハを除く。）を算定する日と合わせて週３日（当該利用者の退院後３月以内の期間において行われる場合は週５日）を限度として算定する。

２ ３については、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者又はその家族等であって、同一建物居住者であるものに対して、その主治医から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合に、利用者１人につき、精神科訪問看護基本療養費(1)並びに区分番号０１の訪問看護基本療養費(1)（ハを除く。）及び(3)（ハを除く。）を算定する日と合わせて週３日（当該利用者の退院後３月以内の期間において行われる場合は週５日）を限度として算定する。

３ ４については、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者（入院中のものに限る。）であって、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている者（別に厚生労働大臣が定める者に限る。）に対し、その主治医から交付を受けた精神科訪問看護指示書

及び精神科訪問看護計画書に基づき、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合に、入院中１回（区分番号０１の注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者の場合にあっては、入院中２回）に限り算定できる。この場合において、同一日に区分番号０２に掲げる訪問看護管理療養費は算定できない。

4　１及び３については、指定訪問看護を受けようとする精神障害を有する者の主治医から精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、当該精神科特別訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合には、注１及び注２の規定にかかわらず、１月に１回に限り、当該指示があった日から起算して14日を限度として算定する。

5　訪問看護ステーションの保健師等が、最も合理的な経路及び方法による当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの移動にかかる時間が１時間以上である者に対して指定訪問看護を行い、次のいずれかに該当する場合、特別地域訪問看護加算として、所定額の100分の50に相当する額を加算する。

イ　別に厚生労働大臣が定める地域に所在する訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行う場合

ロ　別に厚生労働大臣が定める地域外に所在する訪問看護ステーションの保健師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行う場合

6　１及び３については、利用者又はその家族等の求めに応じて、その主治医（診療所又は在宅療養支援病院の保険医に限る。）の指示に基づき、訪問看護ステーションの保健師等が緊急に指定訪問看護を実施した場合には、精神科緊急訪問看護加算として、１日につき2,650円を所定額に加算する。

7　１及び３については、別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの保健師等が、長時間にわたる指定訪問看護を行った場合には、長時間精神科訪問看護加算として、週１日（別に厚生労働大臣が定める者の場合にあっては週３日）を限度として、5,200円を所定額に加算する。

8　１及び３（いずれも30分未満の場合を除く。）については、訪問看護ステーションの保健師又は看護師が、当該訪問看護ステーションの他の保健師等、看護補助者又は精神保健福祉士と同時に指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得て、指定訪問看護を行った場合には、複数名精神科訪問看護加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。ただし、ハの場合にあっては週１日を限度として算定する。

イ　所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が他の保健師、看護師又は作業療法士と同時に指定訪問看護を行う場合

(1)　１日に１回の場合

①　同一建物内１人又は２人　4,500円

②　同一建物内３人以上　4,000円

(2)　１日に２回の場合

①　同一建物内１人又は２人　9,000円

②　同一建物内３人以上　8,100円

(3)　１日に３回以上の場合

①　同一建物内１人又は２人　14,500円

②　同一建物内３人以上　13,000円

ロ　所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合

(1)　１日に１回の場合

①　同一建物内１人又は２人　3,800円

②　同一建物内３人以上　3,400円

(2)　１日に２回の場合

①　同一建物内１人又は２人　7,600円

②　同一建物内３人以上　6,800円

(3)　１日に３回以上の場合

①　同一建物内１人又は２人　12,400円

②　同一建物内３人以上　11,200円

ハ　所定額を算定する指定訪問看護を行う保健師又は看護師が看護補助者又は精神保健福祉士と同時に指定訪問看護を行う場合

(1)　同一建物内１人又は２人　3,000円

(2)　同一建物内３人以上　2,700円

9　１及び３については、夜間又は早朝に指定訪問看護を行った場合は、夜間・早朝訪問看護加算として2,100円を所定額に加算し、深夜に指定訪問看護を行った場合は、深夜訪問看護加算として4,200円を所定額に加算する。

10　１及び３については、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師等が、医科点数表の区分番号１０１６に掲げる精神科在宅患者支援管理料を算定する利用者に対して、その主治医の指示に基づき、１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合は、精神科複数回訪問加算として、次に掲げる区分に従い、１日につき、いずれかを所定額に加算する。

イ　１日に２回の場合

(1)　同一建物内１人又は２人　4,500円

(2)　同一建物内３人以上　4,000円

ロ　１日に３回以上の場合

(1)　同一建物内１人又は２人　8,000円

(2)　同一建物内３人以上　7,200円

11　利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、別に厚生労働大臣が定める場合については、この限りでない。

イ　病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院等の医師又は看護師若しくは准看護師が配置されている施設に現に入院又は入所している場合

ロ　介護保険法第８条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第20項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ハ　他の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護（区分番号０１の注２及び注４の場合を除く。）を受けている場合（次に掲げる場合を除く。）

(1)　区分番号０１の注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者が現に他の１つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

(2)　精神科特別訪問看護指示書の交付の対象となった利用者であって週４日以上の指定訪問看護が計画されているものが現に他の１つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

(3)　区分番号０１の注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者であって週７日の指定訪問看護が計画されているものが現に他の２つ以下の訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

０２　訪問看護管理療養費

１　月の初日の訪問の場合

イ　機能強化型訪問看護管理療養費１　12,830円

ロ　機能強化型訪問看護管理療養費２　9,800円

ハ　機能強化型訪問看護管理療養費３　8,470円

ニ　イからハまで以外の場合　7,440円

２　月の２日目以降の訪問の場合（１日につき）　3,000円

注１　指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーション（イ、ロ及びハについては、別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションに限る。）であって、利用者に対して訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っているものが、当該利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書並びに精神

科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を当該利用者の主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。以下同じ。）に対して提出するとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行った場合に、訪問の都度算定する。

2　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、利用者又はその家族等に対して当該基準に規定する24時間の対応体制にある場合（指定訪問看護を受けようとする者の同意を得た場合に限る。）には、24時間対応体制加算として、月１回に限り、6,400円を所定額に加算する。ただし、当該月において、当該利用者について他の訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を算定している場合は、算定しない。

3　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者（別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者に限る。以下この注において同じ。）に対して、当該基準に定めるところにより、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、特別管理加算として、月１回に限り、2,500円を所定額に加算する。ただし、特別な管理を必要とする利用者のうち重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態等にある利用者については、5,000円を所定額に加算する。

4　指定訪問看護を受けようとする者であって、保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に入院中又は入所中のものの退院又は退所に当たり、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院の主治医又は職員と共同し、当該者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合には、退院又は退所後の最初の指定訪問看護が行われた際に、退院時共同指導加算として、当該退院又は退所につき１回に限り8,000円を所定額に加算する。ただし、区分番号０１の注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者については、当該退院又は退所につき２回に限り加算できる。

5　注４に規定する者が注３本文に規定する別に厚生労働大臣が定める状態等にある場合には、特別管理指導加算として、更に2,000円を所定額に加算する。

6　退院時共同指導加算は、他の訪問看護ステーションにおいて当該加算を算定している場合（区分番号０１の注１に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者にあっては、当該加算を２回算定している場合）は、算定しない。

7　指定訪問看護を受けようとする者が、退院支援指導を要する者として別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合に、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院日に当該保険医療機関以外において療養上必要な指導を行ったときには、退院支援指導加算として、退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われた際に6,000円（区分番号０１の注10に規定する別に厚生労働大臣が定める長時間の訪問を要する者に対し、長時間にわたる療養上必要な指導を行ったときにあっては、8,400円）を所定額に加算する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合においては、死亡日又は再入院することとなったときに算定する。

8　訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、利用者の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関又は訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算として、月１回に限り、3,000円を所定額に加算する。

9　訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、在宅で療養を行っている利用者であって通院が困難なものの状態の急変等に伴い、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の求めにより、当該保険医療機関の保険医等、歯科訪問診療を実施している保険医療機関の保険医である歯科医師等、訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局の保険薬剤師又は医科点数表の区分番号Ｂ００５の注３に規定する介護支援専門員若しくは相談支援専門員と共同でカンファレンスに参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合には、在宅患者緊急時等カンファレンス加算として、月２回に限り、2,000円を所定額に加算する。

10　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士が、利用者（医科点数表の区分番号１０１６に掲げる精神科在宅患者支援管理料２を現に算定する利用者に限る。）に対して、当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関と連携して、支援計画等に基づき、定期的な訪問看護を行った場合には、精神科重症患者支援管理連携加算として、月１回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。

イ　精神科在宅患者支援管理料２のイを算定する利用者に定期的な訪問看護を行う場合　8,400円

ロ　精神科在宅患者支援管理料２のロを算定する利用者に定期的な訪問看護を行う場合　5,800円

11　別に厚生労働大臣が定める者について、訪問看護ステーションの看護師又は准看護師が、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48条の３第１項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者又は同法附則第27条第１項の登録を受けた登録特定行為事業者と連携し、社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第１条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下この項において「喀痰吸引等」という。）が円滑に行われるよう、喀痰吸引等に関してこれらの事業者の介護の業務に従事する者に対して必要な支援を行った場合には、看護・介護職員連携強化加算として、月１回に限り2,500円を所定額に加算する。

12　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修（以下「特定行為研修」という。）を修了した看護師が、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合には、専門管理加算として、月１回に限り、次に掲げる区分に従い、いずれかを所定額に加算する。

イ　緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合（悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（医科点数表の区分番号Ｃ０１３に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の利用者）又は人工肛門若しくは人工膀胱を造設している者で管理が困難な利用者に対して行った場合に限る。）　2,500円

ロ　特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合（医科点数表の区分番号Ｃ００７の注３又は区分番号Ｉ０１２－２の注３に規定する手順書加算を算定する利用者に対して行った場合に限る。）　2,500円

０３　訪問看護情報提供療養費

1　訪問看護情報提供療養費１　1,500円

2　訪問看護情報提供療養費２　1,500円

3　訪問看護情報提供療養費３　1,500円

注１　１については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該利用者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。）若しくは都道府県（以下「市町村等」という。）又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第１項第１号に規定する指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法（昭和22年法律第164号）第24条の26第１項第１号に規定する指定障害児相談支援事業者（以下「指定特定相談支援事業者等」という。）に対して、当該市町村等又は当該指定特定相談支援事業者等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者１人につき月１回

に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該市町村等又は当該指定特定相談支援事業者等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費１を算定している場合は、算定しない。

２　２については、別に厚生労働大臣が定める疾病等の利用者のうち、児童福祉法第39条第１項に規定する保育所又は学校教育法（昭和22年法律第26号）第１条に規定する学校（大学を除く。）等（以下「学校等」という。）へ通園又は通学する利用者について、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該学校等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者１人につき各年度１回に限り算定する。また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月１回に限り、当該利用者に対する医療的ケアの実施方法等を変更した月については、当該月に１回に限り、別に算定できる。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該学校等に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費２を算定している場合は、算定しない。

３　３については、保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院（以下この注において「保険医療機関等」という。）に入院し、又は入所する利用者について、当該利用者の診療を行っている保険医療機関が入院し、又は入所する保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて紹介を行うに当たって、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該保険医療機関に指定訪問看護に係る情報を提供した場合に、利用者１人につき月１回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該保険医療機関に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費３を算定している場合は、算定しない。

０４　削除

０５　訪問看護ターミナルケア療養費

１　訪問看護ターミナルケア療養費１　25,000円

２　訪問看護ターミナルケア療養費２　10,000円

注１　１については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の５に規定する特別養護老人ホームその他これに準ずる施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の１に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下「看取り介護加算等」という。）を算定している利用者を除く。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上指定訪問看護（区分番号０２の注７に規定する退院支援指導加算の算定に係る療養上必要な指導を含む。）を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。

２　２については、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションの看護師等が、特別養護老人ホーム等で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含み、看取り介護加算等を算定している利用者に限る。）に対して、その主治医の指示により、その死亡日及び死亡日前14日以内に、２回以上指定訪問看護（区分番号０２の注７に規定する退院支援指導加算の算定に係る療養上必要な指導を含む。）を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。

３　１及び２については、他の訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定している場合には、算定しない。

４　別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションの情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、医科点数表の区分番号Ｃ００１の注８（区分番号Ｃ００１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する死亡診断加算を算定する利用者（別に厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に限る。）について、その主治医の指示に基づき、情報通信機器を用いて医師の死亡診断の補助を行った場合は、遠隔死亡診断補助加算として、1,500円を所定額に加算する。

保発●●●●第●●号
令 和 4 年 3 月 ● 日

地方厚生（支）局長
殿
都 道 府 県 知 事

厚 生 労 働 省 保 険 局 長
（公 印 省 略）

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う
実施上の留意事項について

本日、「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部を改正する件」（令和４年厚生労働省告示第59号）が告示され、令和４年４月１日から適用されることとされたことに伴い、標記について、同日から下記のとおり取り扱うこととしたので、その実施に遺漏のないよう関係者に対し周知徹底を図られたい。なお、「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和２年３月５日保発 0305 第３号）は、令和４年３月31日限り廃止する。

記

第１　通則に関する事項

１　健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）に規定する指定訪問看護（以下「指定訪問看護」という。）に係る指定訪問看護の費用の額は、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の額に、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費及び訪問看護ターミナルケア療養費の額を加えた額とすること。ただし、訪問看護管理療養費の退院支援指導加算については、利用者が退院日の翌日以降の初回の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合に限り、当該加算のみを算定することができること。また、訪問看護基本療養費の緊急訪問看護加算又は精神科訪問看護基本療養費の精神科緊急訪問看護加算については、複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが定期的な指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうちその他のステーションが緊急の指定訪問看護を行った場合に限り、当該加算のみを算定することができること。

２　指定訪問看護の費用の額は、「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等」（平成18年厚生労働省告示第103号。以下「基準告示」という。）第４の１に規定する場合を除き、介護保険法（平成９年法律第 123 号）第 62 条に規定する要介護被保険者等については、算定の対象としないこと。

第２　訪問看護基本療養費について

１（１）　訪問看護基本療養費（Ⅰ）（ハを除く。）については、指定訪問看護を受けようとする者（訪問看護基本療養費(Ⅱ)を算定する者を除く。）に対して、その主治医（保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設若しくは介護医療院の医師に限る。（ただし、介護老人保健施設又は介護医療院の医師については「退所時の場合」に限る。）以下同じ。）から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護師等」という。）が、当該指示書に記載された有効期間内（６か月を限度とする。以下同じ。）に行った指定訪問看護について、利用者１人につき週３日を限度として算定する。ただし、基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者（特掲診療料の施設基準等（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）別表第７に掲げる疾病等の者及び別表第８に掲げる者をいう。以下同じ。）については、週４日以上算定でき、この場合において、週４日以降の日については、訪問看護基本療養費（Ⅰ）のイの（２）、ロの（２）又はニの所定額を算定する。

【基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者】

○　特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷又は人工呼吸器を使用している状態の者

○　特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者

在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者、在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者、真皮を越える褥瘡の状態にある者又は在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

（２）　（１）の場合において、基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者を除き、訪問看護基本療養費(Ⅱ)（ハを除く。）及び精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）を算定する日と合わせて、利用者１人につき週３日を限度とする。

（３）　訪問看護基本療養費（Ⅰ）のハについては、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）別表第一（以下「医科点数表」という。）の区分番号Ｃ０１３に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の利用者）又は人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続又は反復

して生じている状態にある利用者若しくは人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合に月に１回を限度として、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が所属する訪問看護ステーションが算定できるものである。なお、当該所定額を算定する場合にあっては、同一日に訪問看護管理療養費は算定できない。

（４） （３）の場合の指示とは、当該利用者の主治医から、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師に対するものであり、その指示に基づき、共同して行われるものであること。その際には、共同して指定訪問看護を行った看護師若しくは准看護師と共に、訪問看護報告書等により当該利用者の主治医へ報告又は相談を行うこと。

２（１） 訪問看護基本療養費(Ⅱ)（ハを除く。）については、指定訪問看護を受けようとする同一建物居住者に対して、その主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が当該指示書に記載された有効期間内に同一日に行った指定訪問看護について、以下のア又はイにより、利用者１人につき週３日を限度として算定する。なお、同一建物居住者に係る人数については、同一日に訪問看護基本療養費を算定する利用者数と精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者数とを合算した人数とすること。

ア 同一建物居住者が２人の場合は、当該利用者全員に対して、イの（１）の①、ロの（１）の①又はニの（１）により算定

イ 同一建物居住者が３人以上の場合は、当該利用者全員に対して、イの（２）の①、ロの（２）の①又はニの（２）により算定

ただし、基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者については、週４日以上算定でき、この場合において、週４日以降の日については、以下のウ又はエにより、訪問看護基本療養費(Ⅱ)の所定額を算定すること。

ウ 同一建物居住者が２人の場合は、当該利用者全員に対して、イの（１）の②、ロの（１）の②又はニの（１）により算定

エ 同一建物居住者が３人以上の場合は、当該利用者全員に対して、イの（２）の②、ロの（２）の②又はニの（２）により算定

（２） 同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法（昭和 25 年法律第 201 号）第２条第１号に掲げる建築物に居住する複数の利用者のことをいうが、具体的には、例えば以下のような利用者のことをいう。

ア 老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）第 20 条の４に規定する養護老人ホーム、同法第 20 条の５に規定する特別養護老人ホーム、同法第 20 条の６に規定する軽費老人ホーム、同法第 29 条第１項に規定する有料老人ホーム、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の利用者

イ 介護保険法第８条第９項に規定する短期入所生活介護、同条第 19 項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 34 号）第 63 条第５項に規定する宿泊サービスに限る。）、同条第 20 項に規定する認知症対応型共同生活介護、同法第８条の２第７項に規定する介護予防短期入所生活介護、同条第 14 項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 36 号）第 44 条第５項に規定する宿泊サービスに限る。）、同条第 15 項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の利用者

（３） （１）の場合において、基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者を除き、訪問看護基本療養費（Ⅰ）（ハを除く。）及び精神科訪問看護療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）を算定する日と合わせて、利用者１人につき週３日を限度とする。

（４） 訪問看護基本療養費(Ⅱ)のハについては、第２の１の（３）及び（４）の場合と同様である。

３（１） 訪問看護基本療養費(Ⅲ)は、入院中に退院後に指定訪問看護を受けようとする者（基準告示第２の２に規定する者（特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者若しくは別表第８に掲げる者又はその他在宅療養に備えた一時的な外泊に当たり、訪問看護が必要であると認められた者をいう。）に限る。）が、在宅療養に備えて一時的に外泊をする際、訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った時には、入院中１回に限り算定できる。ただし、基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者で、外泊が必要と認められた者に関しては、入院中２回まで算定可能とする。この場合の外泊とは、１泊２日以上の外泊のことをいう。

【基準告示第２の２に規定する者】

○ 特掲診療料の施設基準等別表第７に掲げる疾病等の者

○ 特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者

○ その他在宅療養に備えた一時的な外泊に当たり、訪問看護が必要であると認められた者

（２） 当該所定額を算定する場合にあっては、同一日に訪問看護管理療養費は算定できない。

４（１） 指定訪問看護を受けようとする者（基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者を除く。）であって注６に規定する特別訪問看護指示書が交付された者に対する指定訪問看護については、当該特別訪問看護指示書の交付の日から起算して 14 日以内に行った場合は、月１回（気管カニューレを使用している状態にある者又は真皮を越える褥瘡の状態にある者については、月２回）に限り、14 日を限度として所定額を算定できる。

（２） 特別訪問看護指示書の交付の日の属する週及び当該交付のあった日から起算して 14 日目の日の属する週においては、当該週のうち特別訪問看護指示書の期間中に算定した日を除き週３日を限度として算定する。また、特別訪問看護指示書が交付された利用者に対する指定訪問看護については、当該利用者の病状等を十分把握し、一時的に頻回に指定訪問看護が必要な理由を記録書に記載し、訪問看護計画書の作成及び指定訪問看護の実施等において、主治医と連携を密にすること。特別訪問看護指示書が連続して交付されている利用者については、その旨を訪問看護療養費明細書に記載すること。

５（１） 注７に規定する難病等複数回訪問加算は、基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者又は特別訪問看護指示書が交付された利用者に対して、必要に応じて１日に２回又は３回以上指定訪問看護を実施した場合に算定する。

（２） 訪問看護基本療養費(Ⅱ)を算定する場合にあっては、同一建物内において、当該加算又は精神科複数回訪問加算（１日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。）を同一日に算定する利用者の人数に応じて、以下のア又はイにより算定する。

ア 同一建物内に１人又は２人の場合は、当該加算を算定する利用者全員に対して、イの（１）又はロの（１）により算定

イ 同一建物内に３人以上の場合は、当該加算を算定する利用者全員に対して、イの

（２）又はロの（２）により算定

６（１）　注８に規定する特別地域訪問看護加算は、訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの訪問につき、最も合理的な通常の経路及び方法で片道１時間以上要する利用者に対して、基準告示第３に規定する地域（以下「特別地域」という。）に所在する訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を行った場合又は特別地域外に所在する訪問看護ステーションの看護師等が、特別地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行った場合に、訪問看護基本療養費の所定額（注に規定する加算は含まない。）の100分の50に相当する額を加算する。

なお、当該加算は、交通事情等の特別の事情により訪問に要した時間が片道１時間以上となった場合は算定できない。

（２）　特別地域訪問看護加算を算定する訪問看護ステーションは、その所在地又は利用者の家庭の所在地が特別地域に該当するか否かについては、地方厚生（支）局に確認すること。

７（１）　注９に規定する緊急訪問看護加算は、訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、利用者又はその家族等の緊急の求めに応じて、主治医（診療所又は在宅療養支援病院の保険医に限る。７において同じ。）の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合に１日につき１回に限り算定する。なお、主治医の属する診療所が、他の保険医療機関等と連携して24時間の往診体制及び連絡体制を構築し、当該利用者に対して医科点数表の区分番号Ｃ００２に掲げる在宅時医学総合管理料の注９に規定する在宅療養移行加算１（以下「在宅療養移行加算１」という。）を算定している場合、主治医が対応していない夜間等においては、連携先の保険医療機関等の医師の指示により緊急に指定訪問看護を行った場合においても算定できる。

（２）　（１）の場合であって、複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうちその他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行った場合は、緊急の指定訪問看護を行った訪問看護ステーションは緊急訪問看護加算のみ算定する。ただし、当該緊急の指定訪問看護を行った訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を届け出ていない場合又は当該利用者に対して過去１月以内に指定訪問看護を実施していない場合は算定できない。

（３）　当該加算は、診療所又は在宅療養支援病院が、24時間往診及び指定訪問看護により対応できる体制を確保し、診療所又は在宅療養支援病院において、24時間連絡を受ける医師又は保健師、助産師、看護師若しくは准看護師（以下「連絡担当者」という。）の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している利用者に限り算定できる。なお、指示を行った主治医は、指示内容を診療録に記載すること。

（４）　緊急の指定訪問看護を行った場合は、速やかに主治医に利用者の病状等を報告するとともに、必要な場合は特別訪問看護指示書の交付を受け、訪問看護計画について見直しを行うこと。

８（１）　注10に規定する長時間訪問看護加算は、基準告示第２の３の（１）に規定する長時間の訪問を要する者に対して、１回の指定訪問看護の時間が90分を超えた場合について算定するものであり、週１回（基準告示第２の３の（２）に規定する者にあっては週３回）に限り算定できるものとする。なお、基準告示第２の３の（２）に規定する超重症児及び準超重症児については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和４年３月●日保医発●●●●第●号）の「別添６」の「別紙14」に掲げる超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準による判定スコアが10以上のものをいう。

（２）　長時間訪問看護加算を算定した日以外の日に、指定訪問看護に要する平均的な時間を超える訪問看護を行った場合は、「厚生労働大臣が定める指定訪問看護」（平成12年厚生省告示第169号）第１に規定する指定訪問看護に該当し、「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」（平成12年厚生省告示第169号）第13条第１項に規定する利用料を受け取ることができる。

９　注11に規定する乳幼児加算は、６歳未満の利用者に対して、指定訪問看護を実施した場合に１日につき１回に限り算定する。

10（１）　注12に規定する複数名訪問看護加算は、基準告示第２の４の（１）に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める者に該当する１人の利用者に対して当該利用者又はその家族等の同意を得て、保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）と他の看護師等又は看護補助者（以下「その他職員」という。）の複数名が同時に指定訪問看護を実施した場合に、１日につき注12のイからニまでのいずれかを算定する。なお、単に２人の看護師等又は看護補助者が同時に指定訪問看護を行ったことのみをもって算定することはできない。

ア　看護職員が他の看護師等（准看護師を除く。）と同時に指定訪問看護を行う場合は、週１日に限り、注12のイを算定する。

イ　看護職員が他の准看護師と同時に指定訪問看護を行う場合は、週１日に限り、注12のロを算定する。

ウ　看護職員がその他職員と同時に、基準告示第２の４の（１）に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める者のうち、同（２）に規定する厚生労働大臣が定める場合に該当しない利用者に指定訪問看護を行う場合は、週３日に限り、注12のハを算定する。

エ　看護職員がその他職員と同時に、基準告示第２の４の（１）に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める者のうち、同（２）に規定する厚生労働大臣が定める場合に該当する利用者に指定訪問看護を行う場合は注12のニを、１日当たりの回数に応じて算定する。

（２）　訪問看護基本療養費（Ⅱ）を算定する場合にあっては、同一建物内において、当該加算又は複数名精神科訪問看護加算（同時に指定訪問看護を実施する職種及び１日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。）を同一日に算定する利用者の人数に応じて、以下のア又はイにより算定する。

ア　同一建物内に１人又は２人の場合は、当該加算を算定する利用者全員に対して、イの（１）、ロの（１）、ハの（１）、ニの（１）の①、ニの（２）の①又はニの（３）の①により算定

イ　同一建物内に３人以上の場合は、当該加算を算定する利用者全員に対して、イの（２）、ロの（２）、ハの（２）、ニの（１）の②、ニの（２）の②又はニの（３）の②により算定

（３）　同時に複数の看護師等による指定訪問看護を行う場合は、１人以上は看護職員である場合に算定できる。

（４）　看護職員と同行するその他職員は、常に同行の必要はないが、必ず利用者の居宅において両者が同時に滞在する一定の時間が確保された場合に算定できる。

11（１）　注13に規定する夜間・早朝訪問看護加算は、夜間（午後６時から午後10時までをいう。以下同じ）又は早朝（午前６時から午前８時までの時間をいう。以下同じ）に指定訪問看護を行った場合に、深夜訪問看護加算は、深夜（午後10時から午前６時までをい

う。以下同じ。）に指定訪問看護を行った場合に、それぞれ算定する。

（２）（１）の場合については、利用者又はその家族等の求めに応じて、当該時間に指定訪問看護を行った場合にのみ算定できるものであり、訪問看護ステーションの都合により、当該時間に指定訪問看護を行った場合には算定できない。

（３）当該加算は緊急訪問看護加算と併算定が可能であること。

12（１）利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、基準告示第４の２に定める場合については、この限りでない。

ア　病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院等の医師又は看護師若しくは准看護師が配置されている施設に入院中又は入所中の場合

イ　介護保険法第８条第 11 項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第 20 項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

ウ　すでに他の訪問看護ステーションからの指定訪問看護（注２又は注４に規定する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による指定訪問看護はその数から除く。）を利用している場合（下記の(イ)から(ニ)までの場合を除く。）

（イ）基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者がすでに他の１つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

（ロ）特別訪問看護指示書の交付の対象となった利用者であって週４日以上の指定訪問看護が計画されているものがすでに他の１つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

（ハ）基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者であって週７日の指定訪問看護が計画されているものがすでに他の２つ以下の訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

（ニ）注２又は注４に規定する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師の指定訪問看護を受けようとする場合

（２）（１）のウにおいて、１人の利用者に対し複数の訪問看護ステーションが指定訪問看護を実施している場合であっても、同一日にそれぞれの訪問看護ステーションで訪問看護療養費は算定できないこと。ただし、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、他の訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合には訪問看護療養費を算定できる。

（３）（１）のウの(ロ)に該当する利用者に対して２つの訪問看護ステーションが指定訪問看護を行うことができる期間は、特別訪問看護指示書の指示期間中であって、週４日以上の指定訪問看護が計画されている週に限ること。ただし、特別訪問看護指示期間の開始の日の属する週及び当該指示期間の終了日の属する週においては、当該週で週４日以上の指定訪問看護が計画されていること。

（４）（１）のウの(ハ)に該当する利用者に対して３つの訪問看護ステーションが指定訪問看護を行うことができる期間は、週７日の指定訪問看護が計画されている期間に限る。

第３　精神科訪問看護基本療養費について

１　精神科訪問看護基本療養費を算定する場合には、次のいずれかに該当する精神疾患を有する者に対する看護について相当の経験を有する保健師、看護師、准看護師又は作業療法士（以下「保健師等」という。）が指定訪問看護を行うこと。

（１）精神科を標榜する保険医療機関において、精神病棟又は精神科外来に勤務した経験を１年以上有する者

（２）精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験を１年以上有する者

（３）精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務の経験を１年以上有する者

（４）国、都道府県又は医療関係団体等が主催する精神科訪問看護に関する研修を修了している者

２（１）精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）は、指定訪問看護を受けようとする精神疾患を有する者又はその家族等（精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）を算定するものを除く。）に対して、それらの者の主治医（精神科を標榜する保険医療機関において精神科を担当する医師に限る。第３において同じ。）から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合に所定額を算定する。なお、指定訪問看護は訪問看護計画に基づき行われるため、精神科訪問看護計画についても、相当の経験を有する保健師等（准看護師を除く。）が作成するものである。

（２）（１）の場合において、利用者１人につき、精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）及び訪問看護基本療養費（Ⅰ）（ハを除く。）及び（Ⅱ）（ハを除く。）を算定する日と合わせて週３日（当該利用者の退院日から起算して３月以内（ただし退院日は含まない。）の期間において行われる場合は週５日）を限度とする。また、当該利用者が退院後３月となる週においては、当該週のうち退院後３月の期間中に算定した日を除き週３日を限度として算定する。

３（１）精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）は、指定訪問看護を受けようとする精神疾患を有する者又はその家族等であって同一建物居住者に対して、それらのものの主治医から交付を受けた精神科訪問看護指示書及び精神科訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合に、以下のア又はイにより、所定額を算定する。なお、同一建物居住者に係る人数については、同一日に訪問看護基本療養費を算定する利用者数と精神科訪問看護基本療養費を算定する利用者数とを合算した人数とすること。

ア　同一建物居住者が２人の場合は、訪問回数及び訪問時間の別に応じて、当該利用者全員に対して、イの（１）の①から④まで、又はロの（１）の①から④までにより算定

イ　同一建物居住者が３人以上の場合は、訪問日数及び訪問時間の別に応じて、当該利用者全員に対して、イの（２）の①から④まで、又はロの（２）の①から④までにより算定

（２）（１）の場合において、利用者１人につき、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び訪問看護基本療養費（Ⅰ）（ハを除く。）及び（Ⅱ）（ハを除く。）を算定する日と合わせて週３日（当該利用者の退院日から起算して３月以内（ただし退院日は含まない。）の期間において行われる場合は週５日）を限度とする。また、当該利用者が退院後３月となる週においては、当該週のうち退院後３月の期間中に算定した日を除き週３日を限度として算定する。

（３）同一建物居住者とは、第２の２の（２）に規定するものと同様である。

４　精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅲ）については、１回の指定訪問看護の実施時間に基づき、30 分未満の場合又は 30 分以上の場合の時間区分のいずれか一方を算定する。30 分未満の訪問については、当該利用者に短時間訪問の必要性があると医師が認め、精神科訪問看護指示書に明記されている場合にのみ算定する。

５　精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定する場合にあっては、訪問看護記録書、訪問看護報告書及び訪問看護療養費明細書に、月の初日の指定訪問看護時におけるＧＡＦ尺度により判定した値を記載する。

6（1） 精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)は、入院中に退院後の指定訪問看護を受けようとする者（基準告示第２の２に規定する者に限る。）が、在宅療養に備えて一時的に外泊をする際、訪問看護ステーションの保健師等が指定訪問看護を行った場合に、入院中１回に限り算定できる。ただし、基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者で、外泊が必要と認められた者に関しては、入院中２回まで算定可能とする。この場合の外泊とは、１泊２日以上の外泊をいう。

（2） 当該所定額を算定する場合にあっては、同一日に訪問看護管理療養費は算定できない。

7 指定訪問看護を受けようとする者であって注４に規定する精神科特別訪問看護指示書が交付された者に対する指定訪問看護については、当該精神科特別訪問看護指示書の交付の日から起算して 14 日以内に行った場合は、月１回に限り、14 日を限度として所定額を算定できる。

なお、精神科特別訪問看護指示書の交付の日の属する週及び当該交付のあった日から起算して14日目の日の属する週においては、当該週のうち精神科特別訪問看護指示書の期間中に算定した日を除き週３日を限度として算定すること。また、精神科特別訪問看護指示書が交付された利用者に対する指定訪問看護については、当該利用者の病状等を十分把握し、一時的に頻回に指定訪問看護が必要な理由を記録書に記載し、訪問看護計画書の作成及び指定訪問看護の実施等において、主治医と連携を密にすること。頻回に精神科特別訪問看護指示書が交付されている利用者については、その旨を訪問看護療養費明細書に記載すること。

8（1） 注５に規定する特別地域訪問看護加算は、当該訪問看護ステーションの所在地から利用者の家庭までの訪問につき、最も合理的な通常の経路及び方法で片道１時間以上要する利用者に対して、特別地域に所在する訪問看護ステーションの保健師等が、指定訪問看護を行った場合又は特別地域外に所在する訪問看護ステーションの保健師等が、特別地域に居住する利用者に対して指定訪問看護を行った場合に、精神科訪問看護基本療養費の所定額（注に規定する加算は含まない。）の 100 分の 50 に相当する額を加算する。

なお、当該加算は、交通事情等の特別の事情により訪問に要した時間が片道１時間以上となった場合は算定できない。

（2） 特別地域訪問看護加算を算定する訪問看護ステーションは、その所在地又は利用者の家庭の所在地が特別地域に該当するか否かについては、地方厚生（支）局に確認すること。

9（1） 注６に規定する精神科緊急訪問看護加算は、訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、利用者又はその家族等の緊急の求めに応じて、主治医（診療所又は在宅療養支援病院の保険医に限る。９において同じ。）の指示により、連携する訪問看護ステーションの保健師等が訪問看護を行った場合に１日につき１回に限り算定する。なお、主治医の属する診療所が、他の保険医療機関等と連携して24時間の往診体制及び連絡体制を構築し、当該利用者に対して在宅療養移行加算１を算定している場合、主治医が対応していない夜間等においては、連携先の保険医療機関の医師の指示により緊急に指定訪問看護を行った場合においても算定できる。

（2） （1）の場合であって、複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうちその他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行った場合は、緊急の指定訪問看護を行った訪問看護ステーションは精神科緊急訪問看護加算のみ算定すること。ただし、当該緊急の指定訪問看護を行った訪問看護ステーションが 24 時間対応体制加算を届け出ていない場合又は当該利用者に対して過去１月以内に指定訪問看護を実施していない場合は算定できない。

（3） 当該加算は、診療所又は在宅療養支援病院が、24 時間往診及び指定訪問看護により対応できる体制を確保し、診療所又は在宅療養支援病院において、24 時間連絡を受ける連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している利用者に限り算定できる。なお、指示を行った診療所又は在宅療養支援病院の主治医は、指示内容を診療録に記載すること。

（4） 緊急の指定訪問看護を行った場合は、速やかに主治医に利用者の病状等を報告するとともに、必要な場合は精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、訪問看護計画について見直しを行うこと。

10（1） 注７に規定する長時間精神科訪問看護加算は、基準告示第２の３の（１）に規定する長時間の訪問を要する者に対して、１回の指定訪問看護の時間が 90 分を超えた場合について算定するものであり、週１回（基準告示第２の３の（２）に規定する者にあっては週３回）に限り算定できるものとする。

（2） 長時間精神科訪問看護加算を算定した日以外の日に、指定訪問看護に要する平均的な時間を超える訪問看護を行った場合は、厚生労働大臣が定める指定訪問看護第１に規定する指定訪問看護に該当し、指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準第 13 条第１項に規定する利用料を受け取ることができること。

11（1） 注８に規定する複数名精神科訪問看護加算は、同時に保健師又は看護師と保健師等、看護補助者又は精神保健福祉士との同行による指定訪問看護を実施した場合（30 分未満の場合を除く。）、１日につき注８のイ、ロ又はハのいずれかを算定する。指定訪問看護を行う保健師又は看護師に保健師、看護師、作業療法士が同行する場合はイを、准看護師が同行する場合はロを、１日当たりの回数に応じて算定する。また、看護補助者又は精神保健福祉士が同行する場合はハを算定する。ただし、看護補助者又は精神保健福祉士が同行する場合には、週１日に限り算定する。

（2） 精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定する場合にあっては、同一建物内において、当該加算又は複数名訪問看護加算（同時に指定訪問看護を実施する職種及び１日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。）を同一日に算定する利用者の人数に応じて、以下のア又はイにより算定する。

ア 同一建物内に１人又は２人の場合は、当該加算を算定する利用者全員に対して、イの（1）の①、イの（2）の①、イの（3）の①、ロの（1）の①、ロの（2）の①、ロの（3）の①又はハの（1）により算定

イ 同一建物内に３人以上の場合は、当該加算を算定する利用者全員に対して、イの（1）の②、イの（2）の②、イの（3）の②、ロの（1）の②、ロの（2）の②、ロの（3）の②又はハの（2）により算定

（3） 同時に複数の保健師等による指定訪問看護を行うことについて、利用者又はその家族等の同意を得る。

（4） 当該加算は、医師が複数名訪問の必要性があると認め、精神科訪問看護指示書にその旨の記載がある場合に算定する。

（5） 単に２人の保健師等、看護補助者又は精神保健福祉士が同時に指定訪問看護を行ったことのみをもって複数名精神科訪問看護加算を算定することはできない。

（6） 同時に複数の保健師等による指定訪問看護を行う場合は、１人以上は保健師又は看護師である場合に算定できる。

（7） 保健師又は看護師と同行する看護補助者は、常に同行の必要はないが、必ず利用者の居宅において両者が同時に滞在する一定の時間が確保された場合に算定できる。

12（1） 注９に規定する夜間・早朝訪問看護加算は、夜間又は早朝に指定訪問看護を行った場

合に、深夜訪問看護加算は深夜に指定訪問看護を行った場合に、それぞれ算定する。

（２）（１）の場合については、利用者の求めに応じて、当該時間に指定訪問看護を行った場合にのみ算定できるものであり、訪問看護ステーションの都合により、当該時間に指定訪問看護を行った場合には算定できない。

（３）当該加算は精神科緊急訪問看護加算と併算定が可能である。

13（１）注10に規定する精神科複数回訪問加算は、医科点数表の区分番号Ｉ０１６に掲げる精神科在宅患者支援管理料を算定し、主治医が複数回の訪問看護が必要であると認めた利用者に対して、１日に２回又は３回以上の訪問看護を行った場合、精神科訪問看護基本療養費に加算する。

（２）精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定する場合にあっては、同一建物内において、当該加算又は難病等複数回訪問加算（１日当たりの回数の区分が同じ場合に限る。）を同一日に算定する利用者の人数に応じて、以下のアヌはイにより算定する。

ア　同一建物内に１人又は２人の場合は、当該加算を算定する利用者全員に対して、イの(１)又はロの(１)により算定

イ　同一建物内に３人以上の場合は、当該加算を算定する利用者全員に対して、イの(２)又はロの(２)により算定

（３）精神科在宅患者支援管理料１又は３を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日に２回又は３回以上の訪問看護を行った場合は、当該訪問看護ステーションは訪問看護療養費に係る精神科複数回訪問加算を算定せず、当該保険医療機関が医科点数表の区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料の注10に規定する精神科複数回訪問加算を算定する。

（４）精神科在宅患者支援管理料２を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日に２回又は３回以上の訪問看護を行った場合、当該訪問看護ステーションが訪問看護療養費に係る精神科複数回訪問加算を算定し、当該保険医療機関は精神科訪問看護・指導料の注10に規定する精神科複数回訪問加算を算定できない。

14　利用者が次のいずれかに該当する場合は、所定額は算定しない。ただし、基準告示第４の２に定める場合については、この限りでない。

（１）病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院等の医師又は看護師若しくは准看護師が配置されている施設に入院中又は入所中の場合

（２）介護保険法第８条第11項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第20項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている場合

（３）すでに他の訪問看護ステーションからの指定訪問看護を利用している場合（下記のアからウまでの場合を除く。）

ア　基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者がすでに他の１つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

イ　精神科特別訪問看護指示書の交付の対象となった利用者であって週４日以上の指定訪問看護が計画されているものがすでに他の１つの訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

ウ　基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者であって週７日の指定訪問看護が計画されているものがすでに他の２つ以下の訪問看護ステーションから指定訪問看護を受けている場合

第４　訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費の共通事項について

１（１）同一の利用者について、保険医療機関において医科点数表の区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料、区分番号Ｃ００５－１－２に掲げる同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料（以下第４の１においては「在宅患者訪問看護・指導料等」という。）のいずれかを算定した月においては、訪問看護療養費を算定できないこと。ただし、次に掲げる場合はこの限りではないこと。なお、カの場合にあっては、精神科訪問看護・指導料及び訪問看護基本療養費を算定する日と合わせて週３日（退院後３月以内の期間において行われる場合にあっては、週５日）を限度とする。

ア　基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者について、在宅患者訪問看護・指導料等を算定した場合

イ　特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書の交付を受けた利用者であって週４日以上の指定訪問看護が計画されている場合

ウ　保険医療機関を退院後１月以内の利用者であって当該保険医療機関が在宅患者訪問看護・指導料若しくは同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合又は保険医療機関を退院後３月以内の利用者であって当該保険医療機関が精神科訪問看護・指導料を算定した場合

エ　緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を修了した看護師が、訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師若しくは准看護師と共同して指定訪問看護を行った場合

オ　精神科在宅患者支援管理料を算定する利用者

カ　精神科在宅患者支援管理料の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ている保険医療機関において、精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を行った場合

（２）訪問看護ステーションと特別の関係にあり、かつ、当該訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した医師が所属する保険医療機関等において、往診料、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、在宅がん医療総合診療料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者訪問栄養食事指導料（以下第４の１において「往診料等」という。）のいずれかを算定した日については、当該訪問看護ステーションは訪問看護療養費を算定できない。

ただし、次に掲げる場合はこの限りではないこと。

ア　当該訪問看護ステーションが指定訪問看護を行った後、利用者の病状の急変等により、保険医療機関等が往診を行って往診料を算定した場合

イ　利用者が保険医療機関等を退院後１月を経過するまでに往診料等のいずれかを算定した場合

ウ　在宅患者訪問褥瘡管理指導料の算定に必要なカンファレンスを実施する場合であって、当該利用者に対して、継続的な訪問看護を実施する必要がある場合（ただし、医科点数表の区分番号Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号Ｃ００１－２に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、区分番号Ｃ００９に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する場合に限る。）

（３）（２）の「特別の関係」とは、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和４年３月●日保医発●●●●第●号）の別添１第１章第２部通則７の(３)に規定する関係をいう。

（４）（１）において、同一の利用者について、在宅患者訪問看護・指導料等を算定できる場合であっても、在宅患者訪問看護・指導料等を算定した日については、訪問看護療養費を算定できない。ただし、（１）のウ及びエの場合並びに特別の関係にある保険医療機関が精神科在宅患者支援管理料１又は３を算定する利用者に対して精神科訪問看護・指導料（作業療法士又は精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導が行われる場合に

限る。）を算定する場合又は保険医療機関が精神科在宅患者支援管理料２を算定する利用者に対して精神科訪問看護・指導料を算定した場合は、この限りではない。

２　指定訪問看護の実施時間は、１回の訪問につき、訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）については 30 分から１時間 30 分程度を標準とする。

３　初回の訪問時においては、訪問看護記録書に、病歴、家族の構成、家庭での看護の状況、家屋の状況、日常生活活動の状況、保健福祉サービスの利用状況等の概要を記入すること。

４　毎回の訪問時においては、訪問看護記録書に、訪問年月日、利用者の体温、脈拍等の心身の状態、利用者の病状、家庭等での看護の状況、実施した指定訪問看護の内容、指定訪問看護に要した時間等の概要（精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定する場合は、第３の５に掲げる内容も加えて記入すること。）及び訪問に要した時間（特別地域訪問看護加算を算定する場合に限る。）を記入すること。また、訪問看護ステーションにおける日々の訪問看護利用者氏名、訪問場所、訪問時間（開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。

５　指定訪問看護は、当該利用者の診療を担う保険医療機関の主治医から交付される指定訪問看護に係る指示書（以下この項において「指示書」という。）に基づき行われるものである。ただし、同一の保険医療機関において同一の診療科に所属する複数の医師が、主治医として利用者の診療を共同で担っている場合については、当該複数の医師のいずれかにより交付された指示書に基づき、指定訪問看護を行うことは可能である。なお、複数の傷病を有する利用者が、複数の保険医療機関において診療を受けている場合は、原則として指定訪問看護が必要となる主傷病の診療を担う主治医によって交付された指示書に基づき行われた指定訪問看護については訪問看護療養費が算定できる。

第５　訪問看護管理療養費について

１（１）　訪問看護管理療養費は、訪問看護ステーションにおいて指定訪問看護を行うにつき安全な提供体制が整備されており、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定すべき指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが、利用者に係る訪問看護計画書及び訪問看護報告書又は精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を主治医に書面又は電子的な方法により提出するとともに、主治医との連携確保や訪問看護計画の見直し等を含め、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する休日・祝日等も含めた計画的な管理を継続して行った場合に算定する。

なお、月の初日の訪問の場合であって、常勤看護職員の数等について基準告示の第一の六（１）、（２）又は（３）に掲げる基準を満たす場合には、機能強化型訪問看護管理療養費としてイ、ロ又はハをそれぞれ算定し、それ以外の場合はニを算定する。

（２）　（１）の安全な提供体制の整備とは、以下の要件を満たすものである。

ア　安全管理に関する基本的な考え方、事故発生時の対応方法等が文書化されていること。

イ　訪問先等で発生した事故、インシデント等が報告され、その分析を通した改善策が実施される体制が整備されていること。

ウ　日常生活の自立度が低い利用者につき、褥瘡に関する危険因子の評価を行い、褥瘡に関する危険因子のある利用者及び既に褥瘡を有する利用者については、適切な褥瘡対策の看護計画を作成、実施及び評価を行うこと。なお、褥瘡アセスメントの記録については、参考様式（褥瘡対策に関する看護計画書）を踏まえて記録すること。

エ　毎年７月において、褥瘡を有する利用者数等について地方厚生（支）局長へ報告を行うこと。

（３）　電子的方法によって、個々の利用者の訪問看護に関する計画等を主治医に提出する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野 PKI 認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成 12 年法律第 102 号）第２条第３項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第２項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成 14 年法律第 153 号）に基づき、平成 16 年１月 29 日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。

（４）　訪問看護ステーションの営業時間内における利用者又はその家族等との電話連絡、居宅における療養に関する相談等、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理（他の訪問看護ステーションとの連絡調整を含む。）に要する費用は、訪問看護管理療養費に含まれる。

（５）　利用者の主治医に対して訪問看護報告書を提出した場合は、当該報告書の写しを訪問看護記録書に添付しておくこと。ただし、訪問看護報告書と訪問看護記録書の内容が同一の場合は、訪問看護記録書に提出年月日を記録することでこれに代えることができる。

（６）　理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員（准看護師を除く。）と理学療法士等が連携し作成する。また、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成に当たっては、指定訪問看護の利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ看護職員による定期的な訪問により、利用者の病状及びその変化に応じた適切な評価を行うこと。訪問看護計画書には訪問看護を提供する予定の職種について、訪問看護報告書には訪問看護を提供した職種について、それぞれ記載すること。

（７）　１人の利用者に対し、複数の訪問看護ステーションや保険医療機関において訪問看護を行う場合は、訪問看護ステーション間及び訪問看護ステーションと保険医療機関との間において十分に連携を図ること。具体的には、訪問看護の実施による利用者の目標の設定、計画の立案、訪問看護の実施状況及び評価を共有すること。

（８）　介護保険法第８条第 20 項に規定する認知症対応型共同生活介護を行う施設、高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成 13 年法律第 26 号）第５条第１項に規定するサービス付き高齢者向け住宅、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）第５条第１項に規定する障害福祉サービスを行う施設その他の高齢者向け施設等に入所している利用者に指定訪問看護を行う場合においては、介護保険等による医療及び看護サービスの提供に係る加算の算定等を含む当該施設における利用者の医療ニーズへの対応について確認し、当該施設で行われているサービスと十分に連携すること。また、当該施設において当該訪問看護ステーションが日常的な健康管理等（医療保険制度の給付によるものを除く。）を行っている場合は、健康管理等と医療保険制度の給付による指定訪問看護を区別して実施すること。

（９）　指定訪問看護の実施に関する計画的な管理に当たっては、市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所又は精神保健福祉センターにおいて実施する保健福祉サービスとの連携に十分配慮すること。

（10）　衛生材料を使用している利用者について、療養に必要な衛生材料が適切に使用されているか確認し、療養に支障が生じている場合、必要な量、種類及び大きさ等について訪

問看護計画書に記載するとともに、使用実績を訪問看護報告書に記載し、主治医に報告し療養生活を整えること。

2(1)ア　注２に規定する24時間対応体制加算は、必要時の緊急時訪問看護に加えて、営業時間外における利用者や家族等との電話連絡及び利用者又はその家族等への指導等による日々の状況の適切な管理といった対応やその体制整備を評価するものである。

イ　24 時間対応体制加算は、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にある場合であって、緊急時訪問看護を必要に応じて行う体制にあるものとして地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションにおいて、看護職員（准看護師を除く。）が指定訪問看護を受けようとする者に対して当該体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月１回に限り算定する。

ウ　24 時間対応体制加算に係る指定訪問看護を受けようとする者に対する説明に当たっては、当該者に対して、訪問看護ステーションの名称、所在地、電話番号並びに時間外及び緊急時の連絡方法を記載した文書を交付すること。

エ　24 時間対応体制加算は、１人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。このため、24 時間対応体制加算に係る指定訪問看護を受けようとする者に説明するに当たっては、当該者に対して、他の訪問看護ステーションから 24 時間対応体制加算に係る指定訪問看護を受けていないか確認すること。

オ　24 時間対応体制加算に関し、利用者等から電話等により看護に関する意見を求められ、これに対応した場合及び緊急に指定訪問看護を実施した場合は、その日時、内容及び対応状況を訪問看護記録書に記録すること。

（2）　特別地域若しくは「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添３」の「別紙２」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーション又は業務継続計画を策定した上で自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークに参画している訪問看護ステーションにおいては、２つの訪問看護ステーションが連携することによって（１）に規定する24時間対応体制加算に係る体制にあるものとして、地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションの看護職員（准看護師を除く。）が指定訪問看護を受けようとする者に対して、（１）に規定する24時間対応体制加算に係る体制にある旨を説明し、その同意を得た場合に、月１回に限り算定することも可能とする。１つの訪問看護ステーションにおいて連携して届け出ることができる訪問看護ステーションは、他の１つの訪問看護ステーションのみであり、当該訪問看護ステーション間においては、利用者の状況や体制について十分に連携を図ること。なお、24 時間対応体制加算は１人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいて一括して算定する。

（3）　（2）における自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークは、次のいずれにも該当するものをいう。

ア　都道府県、市町村又は医療関係団体等（ウにおいて「都道府県等」という。）が主催する事業であること。

イ　自然災害や感染症等の発生により業務継続が困難な事態を想定して整備された事業であること。

ウ　都道府県等が当該事業の調整等を行う事務局を設置し、当該事業に参画する訪問看護ステーション等の連絡先を管理していること。

（4）　機能強化型訪問看護管理療養費３を届け出ている訪問看護ステーションにおいて、同一敷地内に訪問看護ステーションと同一開設者である保険医療機関が併設されている場合は、営業時間外の利用者又はその家族等からの電話等による看護に関する相談への対応は、併設する当該保険医療機関の看護師が行うことができる。この場合、訪問看護ステーションの看護職員（准看護師を除く。）が指定訪問看護を受けようとする者に対して、併設している保険医療機関の看護師と連携し営業時間外の電話等に対応する体制にある旨を説明し、利用者の同意を得るとともに、当該利用者の指定訪問看護に関する情報を当該保険医療機関の看護師と共有することについても利用者の同意を得ること。

なお、当該保険医療機関の看護師が電話等の対応をした結果、主治医の指示により緊急時訪問看護を行う必要がある場合は、訪問看護ステーションの看護師等が実施する。そのため、営業時間外の電話対応等を併設する保険医療機関の看護師が行う場合は、当該保険医療機関の看護師が訪問看護ステーションの看護師等に常に連絡がとれる体制を確保しているとともに、日頃より訪問看護ステーションと当該保険医療機関の連携に努めること。

3（1）　注３に規定する特別管理加算は、指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者に対して指定訪問看護を行うにつき、当該利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制その他必要な体制が整備されているものとして地方厚生（支）局長に届け出た訪問看護ステーションにおいて、指定訪問看護を受けようとする者に対して、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

（2）　（1）の「指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者」とは、基準告示第２の５に規定する状態等にある利用者をいい、特別な管理を必要とする利用者のうちで重症度等の高いものとして別に厚生労働大臣が定める状態にある利用者とは、基準告示第２の６に規定するものをいう。

（3）　基準告示第２の５に規定する特掲診療料の施設基準等別表８に掲げる者のうち、「真皮を越える褥瘡の状態にある者」に対して特別管理加算を算定する場合は、定期的（１週間に１回以上）に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価（褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット）を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケアについて訪問看護記録書に記録すること。なお、実施したケアには必要に応じて利用者の家族等への指導も含むものである。

（4）　（2）のオの「在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している利用者」に対して特別管理加算を算定する場合は、当該管理指導に係る指示書による点滴注射が終了した日及びその他必要が認められる場合には、主治医への連絡を速やかに行うこと。また、訪問看護記録書に在宅患者訪問点滴注射指示書を添付の上、点滴注射の実施内容を記録すること。

（5）　訪問の際、症状が重篤であった場合には、速やかに医師による診療を受けることができるよう必要な支援を行うこととする。

4（1）　注４に規定する退院時共同指導加算は、指定訪問看護を受けようとする者が主治医の所属する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に入院中又は入所中である場合において、その退院又は退所に当たって、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該主治医又はその所属する保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院の職員とともに、当該指定訪問看護を受けようとする者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合に、初日の指定訪問看護の実施時に１回に限り算定する。ただし、基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者については、複数日に指導を実施した場合に限り、２回に限り算定できる。この場合、当該２回の加算は初日の指定訪問看護の実施日に算定する。

なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院時共同指導を行った場合におい

ても算定できる。

（２） 退院時共同指導加算を算定する利用者のうち、基準告示第２の５（特掲診療料の施設基準等別表第８に掲げる者をいう。）に該当する利用者について、さらに特別管理指導加算を算定できる。

（３） 退院時共同指導加算は、１人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。ただし、基準告示第２の１に規定する疾病等の利用者に対して複数の訪問看護ステーション又は当該利用者の在宅療養を担う保険医療機関の看護師等が退院時指導を行った場合には、合わせて２回まで算定できる。

（４） 退院時共同指導を行った日数については、訪問看護管理療養費の算定に係る訪問日数に算入しない。

（５） 退院時共同指導を行った場合は、その内容を訪問看護記録書に記録すること。

（６） 退院時共同指導は、リアルタイムでのコミュニケーション（以下「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

（７） （６）において、利用者の個人情報をビデオ通話の画面上で共有する際は、利用者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末において共同指導を実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

５（１） 注７に規定する退院支援指導加算は退院支援指導を要する者に対して、保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合（長時間の訪問を要する者に対して指導を行った場合にあっては、１回の退院支援指導の時間が 90 分を超えた場合に限る。）に初日の指定訪問看護の実施日に１回に限り訪問看護管理療養費に加算する。ただし、当該者が退院日の翌日以降初日の指定訪問看護が行われる前に死亡あるいは再入院した場合においては、死亡若しくは再入院日に算定する。なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院支援指導を行った場合においても算定できる。

（２） （１）の「退院支援指導を要する者」とは、基準告示第２の７に規定する状態等にある利用者をいい、「長時間の訪問を要する者」とは、基準告示第２の３の（１）に規定する状態等にある利用者をいう。

（３） 退院支援指導加算は、利用者の退院時に訪問看護指示書の交付を受けている場合に算定する。

（４） 退院支援指導加算は、１人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものである。ただし、当該利用者が入院する保険医療機関の看護師等が行う退院日の訪問指導とは、併算定可とする。

（５） 退院支援指導を行った場合は、その内容を訪問看護記録書に記録すること。

６（１） 注８に規定する在宅患者連携指導加算は、在宅での療養を行っている利用者の診療情報等を、当該利用者の診療等を担う保険医療機関等の医療関係職種間で文書等により共有し、それぞれの職種が当該診療情報等を踏まえ診療等を行う取組を評価するものである。

（２） 在宅で療養を行っている利用者であって通院が困難な者について、利用者又はその家族等の同意を得て、月２回以上医療関係職種間で文書等（電子メール、ファクシミリでも可）により共有された診療情報を基に、利用者又はその家族等に対して指導等を行った場合に、月１回に限り算定する。

（３） 単に医療関係職種間で当該利用者に関する診療情報を交換したのみの場合は算定できない。

（４） 他職種から情報提供を受けた場合、できる限り速やかに利用者又はその家族等への指導等に反映させるよう留意しなければならない。また、当該利用者の療養上の指導に関する留意点がある場合には、速やかに他職種に情報提供するよう努めなければならない。

（５） 当該利用者の診療を担う保険医療機関の主治医との間のみで診療情報等を共有し、訪問看護を行った場合は、所定額を算定できない。

（６） 他の医療関係職種から受けた診療情報等の内容及びその情報提供日、並びにその診療情報等を基に行った指導等の内容の要点及び指導日を訪問看護記録書に記載すること。

７（１） 注９に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算は、在宅での療養を行っている利用者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該利用者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会しカンファレンスを行うことにより、より適切な診療方針を立てること及び当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能にすることは、利用者及びその家族等が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組に対して評価を行うものである。

（２） 関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した利用者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が当該利用者又はその家族等に対して療養上必要な指導を行った場合に月２回に限り算定すること。なお、複数の訪問看護ステーションのみが参加しカンファレンスを行った場合は、所定額は算定しないこと。また、当該カンファレンスは、原則利用者の居住する場で行うこととするが、利用者又は家族が利用者の居住する場以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りではない。

（３） 当該カンファレンスは、１者以上が患家に赴きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

（４） （３）において、利用者の個人情報をビデオ通話の画面上で共有する際は、利用者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

（５） カンファレンスの目的のみをもって利用者の居宅を訪問しカンファレンスの結果を受けた指導以外特段の指導を行わなかった場合、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費は併せて算定できない。（この場合、カンファレンスを実施した後に実施した指定訪問看護の実施時に算定すること。）

（６） 当該利用者に対する診療を担う保険医療機関の保険医と当該利用者の訪問看護ステーションの看護師等と２者でカンファレンスを行った場合であっても算定できる。

（７） カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、利用者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を訪問看護記録書に記載すること。

８（１） 注 10 に規定する精神科重症患者支援管理連携加算は、精神科在宅患者支援管理料２を算定する利用者の主治医が属する保険医療機関と連携し、当該保険医療機関の職員と共同で会議を行い、支援計画を策定し、精神科在宅患者支援管理料２のイを算定する利用者においては週２回以上、２のロを算定する利用者においては月２回以上の精神科訪問看護を実施した場合に、月１回に限り加算し、１人の利用者に対し１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものである。なお、区分０１－２の１及び３に規定する指定訪問看護の他に保険医療機関が医科点数表の区分番号Ｉ０１２の１及び３に規定する精神科訪問看護・指導（作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限る。）を実施している場合は、その回数を要件となる訪問回数に含めても差し支えない。

（２） 保険医療機関と連携して設置する専任のチームに、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士のいずれか１名以上が参加していること。緊急時に円滑な対応ができる

よう、連携する保険医療機関との定期的なカンファレンスの他、あらかじめ利用者又はその家族等の同意を得て、当該利用者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急対応に必要な診療情報について随時提供を受けていること。

（３）　当該加算のイの算定に当たっては、専任のチームによるカンファレンス（以下「チームカンファレンス」という。）を週１回以上開催し、うち、２月に１回以上は保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議（以下「共同カンファレンス」という。）を開催する。ロについては、チームカンファレンスを月１回以上開催し、必要に応じて共同カンファレンスを行うこと。なお、連携する保険医療機関が保健所又は精神保健福祉センター等に情報提供及び報告を行っている場合においては、当該共同カンファレンスに係る要件を満たすものとして差し支えない。

（４）　チームカンファレンス及び共同カンファレンスの開催に当たっては、以下の点に留意する。

ア　チームカンファレンス及び共同カンファレンスにおいて、利用者についての診療情報の共有、支援計画の作成と見直し、具体的な支援内容、訪問日程の計画及び支援の終了時期等について協議を行うこと。

イ　可能な限り、利用者又はその家族等が同席することが望ましい。

ウ　支援計画の内容については、利用者又はその家族等へ文書による説明を行い、説明に用いた文書を交付すること。また、カンファレンスの要点及び参加者の職種と署名を看護記録に記載し、説明に用いた文書の写しを添付すること。

エ　当該加算において、チームカンファレンス及び共同カンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施した場合でも算定可能である。

オ　エにおいて、利用者の個人情報をビデオ通話の画面上で共有する際は、利用者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

（５）　特別の関係にある保険医療機関と連携して行う場合は、当該加算を算定することはできない。

（６）　当該訪問看護ステーションと連携する保険医療機関が、往診料、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者訪問栄養食事指導料を算定した場合、同一時間帯に行う訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅱ）、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）は算定できない。

（７）　精神科在宅患者支援管理料１又は３を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、当該訪問看護ステーションは訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅱ）、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定せず、当該保険医療機関が精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定する。

（８）　精神科在宅患者支援管理料２を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、当該訪問看護ステーションが精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定し、当該保険医療機関は在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定できない。

（９）　精神科在宅患者支援管理料２を算定する保険医療機関が24時間の往診又は精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保していない場合であって、当該訪問看護ステーションが24時間対応体制加算を届け出ていないときは、当該加算を算定することはできない。

９（１）　注11に規定する看護・介護職員連携強化加算については、訪問看護ステーションの看護師又は准看護師が、口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃瘻若しくは腸瘻による経管栄養又は経鼻経管栄養を必要とする利用者に対して、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）第48条の３第１項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者又は同法附則第27条第１項の登録を受けた登録特定行為事業者（以下「登録喀痰吸引等事業者等」という。）の介護の業務に従事する者（以下「介護職員等」という。）が実施する社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和62年厚生省令第49号）第１条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下「喀痰吸引等」という。）の業務が円滑に行われるよう支援を行う取組を評価するものである。

（２）　当該加算は、利用者の病状やその変化に合わせて、主治医の指示により、ア及びイの対応を行っている場合に算定する。

ア　喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言

イ　介護職員等に同行し、利用者の居宅において喀痰吸引等の業務の実施状況についての確認

（３）　24時間対応体制加算を届け出ている場合に算定可能である。

（４）　当該加算は、次の場合には算定できない。

ア　介護職員等の喀痰吸引等に係る基礎的な技術取得や研修目的での同行訪問

イ　同一の利用者に、他の訪問看護ステーション又は保険医療機関において看護・介護職員連携強化加算を算定している場合

（５）　当該加算は、介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の指定訪問看護の実施日に算定する。また、その内容を訪問看護記録書に記録すること。

（６）　登録喀痰吸引等事業者等が、利用者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のために会議を行う場合は、当該会議に出席し連携する。また、その場合は、会議の内容を訪問看護記録書に記録すること。

10（１）　注12に規定する専門管理加算のイは、悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている利用者、真皮を越える褥瘡の状態にある利用者（医科点数表の区分番号Ｃ０１３に掲げる在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の利用者）又は人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態にある利用者若しくは人工肛門若しくは人工膀胱のその他の合併症を有する利用者に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書に基づき、訪問看護ステーションの緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、定期的（１月に１回以上）に指定訪問看護を行うとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

（２）　専門管理加算のロは、保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の２第２項第１号に規定する特定行為に係る同項第２号に規定する手順書（以下「手順書」という。）の交付対象となった利用者（医科点数表の区分番号Ｃ００７に掲げる訪問看護指示料の注３又は区分番号Ｉ０１２―２に掲げる精神科訪問看護指示料の注３に規定する手順書加算を算定する利用者に限る。）に対して、それらの者の主治医から交付を受けた訪問看護指示書及び手順書に基づき、訪問看護ステーションの同項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した看護師が、定期的（１月に１回以上）に指定訪問看護を行うとともに、当該利用者に係る指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に、月１回に限り算定する。なお、主治医から交付された手順書について、主治医と共に、利用者の状態に応じて手順書の妥当性を検討すること。

第６　訪問看護情報提供療養費について

１（１）　訪問看護情報提供療養費１は、保健福祉サービスとの有機的な連携を強化し、利用者に対する総合的な在宅療養を推進することを目的として、訪問看護ステーションから市町村若しくは都道府県（以下「市町村等」という。）又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 51 条の 17 第１項第１号に規定する指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 24 条の 26 第１項第１号に規定する指定障害児相談支援事業者（以下「指定特定相談支援事業者等」という。）への情報提供を評価するものである。

（２）　訪問看護情報提供療養費１は、基準告示第２の９に規定する利用者について、訪問看護ステーションが利用者の同意を得て、利用者の居住地を管轄する市町村等又は指定特定相談支援事業者等に対して、市町村等又は指定特定相談支援事業者等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者１人につき月１回に限り算定する。ここでいう保健福祉サービスに必要な情報とは、当該利用者に係る健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービス又はホームヘルプサービス（入浴、洗濯等のサービスも含む。）等の福祉サービスを有効に提供するために必要な情報をいう。

　なお、指定訪問看護を行った日から２週間以内に、別紙様式１又は２の文書により、市町村等又は指定特定相談支援事業者等に対して情報を提供した場合に算定する。

（３）　市町村等又は指定特定相談支援事業者等の情報提供の依頼者及び依頼日については、訪問看護記録書に記載するとともに、市町村等又は指定特定相談支援事業者等に対して提供した文書については、その写しを訪問看護記録書に添付しておくこと。

（４）　市町村等が指定訪問看護事業者である場合には、当該市町村等に居住する利用者に係る訪問看護情報提供療養費１は算定できない。また、訪問看護ステーションと特別の関係にある指定特定相談支援事業者等に対して情報提供を行った場合には、訪問看護情報提供療養費１は算定できない。

（５）　訪問看護情報提供療養費１は、１人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。このため、市町村等又は指定特定相談支援事業者等に対して情報の提供を行う場合には、利用者に対し、他の訪問看護ステーションにおいて市町村等又は指定特定相談支援事業者等に対して情報の提供が行われているか確認すること。

２（１）　訪問看護情報提供療養費２は、指定訪問看護を利用している利用者が、児童福祉法第 39 条第１項に規定する保育所、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律（平成 18 年法律第 77 号）第２条第６項に規定する認定こども園、児童福祉法第６条の３第９項に規定する家庭的保育事業を行う者、同条第 10 項に規定する小規模保育事業を行う者及び同条第 12 項に規定する事業所内保育事業を行う者並びに学校教育法（昭和 22 年法律第 26 号）第１条に規定する幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、高等専門学校又は同法第 124 条に規定する専修学校（以下「学校等」という。）に通園又は通学するに当たって、当該学校等における生活を安心して安全に送ることができるよう、訪問看護ステーションと学校等の連携を推進することを目的とするものである。

（２）　訪問看護情報提供療養費２は、基準告示第２の 10 に規定する利用者について、訪問看護ステーションが利用者及びその家族等の同意を得て、学校等からの求めに応じて、医療的ケアの実施方法等の指定訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合に、利用者１人につき各年度１回に限り算定する。また、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等により当該学校等に初めて在籍することとなる月については、当該学校等につき月１回に限り、当該利用者に対する医療的ケアの実施方法等を変更した月については、当該月に１回に限り別に算定できる。同一月に複数の情報提供を行った場合であっても、利用者１人につき月１回に限り算定する。

　なお、指定訪問看護を行った日から２週間以内に、別紙様式３の文書により、学校等に対して情報を提供した場合に算定する。

（３）　当該学校等において当該利用者の医療的ケアの実施等に当たる看護職員と連携するための情報を提供すること。

（４）　訪問看護情報提供療養費２は、文書を提供する前６月の期間において、定期的に当該利用者に指定訪問看護を行っている訪問看護ステーションが算定できる。

（５）　当該学校等の情報提供の依頼者及び依頼日については、訪問看護記録書に記載するとともに、当該学校等に対して提供した文書については、その写しを訪問看護記録書に添付しておくこと。

（６）　当該情報を提供する訪問看護ステーションの開設主体が、利用者が在籍する学校等の開設主体と同じである場合には、訪問看護情報提供療養費２は算定できない。

（７）　訪問看護情報提供療養費２は、１人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できる。このため、学校等に対して情報の提供を行う場合には、利用者に対し、他の訪問看護ステーションにおいて学校等に対して情報の提供が行われているか確認すること。

（８）　訪問看護情報提供療養費２を算定するに当たっては、当該療養費の前回の算定年月日、入園若しくは入学又は転園若しくは転学等による算定の場合はその旨及び医療的ケアの変更による算定の場合はその旨を、訪問看護療養費明細書に記載すること。

３（１）　訪問看護情報提供療養費３は、利用者が保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院（以下「保険医療機関等」という。）に入院又は入所し、在宅から保険医療機関等へ療養の場所を変更する場合に、訪問看護ステーションと保険医療機関等の実施する看護の有機的な連携を強化し、利用者が安心して療養生活が送ることができるよう、切れ目のない支援と継続した看護の実施を推進することを目的とするものである。

（２）　訪問看護情報提供療養費３は、保険医療機関等に入院又は入所し、在宅から保険医療機関等へ療養の場所を変更する利用者について、訪問看護ステーションが利用者の同意を得て、指定訪問看護に係る情報を別紙様式４の文書により主治医に提供した場合に、利用者１人につき月１回に限り算定する。また、当該文書の写しを、求めに応じて、入院又は入所先の保険医療機関等と共有すること。

（３）　訪問看護ステーションは、入院又は入所時に保険医療機関等が適切に情報を活用することができるよう、速やかに情報提供を行い、主治医に対して提供した文書については、その写しを訪問看護記録書に添付しておくこと。

（４）　利用者が入院又は入所する保険医療機関等が、訪問看護ステーションと特別の関係にある場合及び主治医の所属する保険医療機関と同一の場合は算定できない。

（５）　訪問看護情報提供療養費３は、１人の利用者に対し、１つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できる。このため、主治医に対して情報の提供を行う場合には、利用者に対し、他の訪問看護ステーションにおいて主治医に対して情報の提供が行われているか確認すること。

第７　訪問看護ターミナルケア療養費について

１　訪問看護ターミナルケア療養費は、主治医との連携の下に、訪問看護ステーションの看護師等が在宅での終末期の看護の提供を行った場合を評価するものであること。ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関

するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者及びその家族等と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者と連携の上対応すること。

2　訪問看護ターミナルケア療養費は、在宅で死亡した利用者について、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に訪問看護基本療養費、精神科訪問看護基本療養費又は退院支援指導加算のいずれかを合わせて２回以上算定し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制（訪問看護ステーションの連絡担当者の氏名、連絡先電話番号、緊急時の注意事項等）について利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定する。なお、１回を退院支援指導加算とする場合は、退院日にターミナルケアに係る療養上必要な指導を行っていること。また、１つの訪問看護ステーションにおいて、死亡日及び死亡日前14日以内に介護保険制度又は医療保険制度の給付の対象となる訪問看護をそれぞれ１日以上実施した場合は、最後に実施した指定訪問看護が医療保険制度の給付による場合に、訪問看護ターミナルケア療養費を算定する。

3　訪問看護ターミナルケア療養費１は、在宅で死亡した利用者（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第174条第１項に規定する指定特定施設、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第90条第１項に規定する指定認知症対応型共同生活介護事業所若しくは介護保険法第48条第１項第１号に規定する指定介護老人福祉施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した利用者（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表の１に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下「看取り介護加算等」という。）を算定している利用者を除き、ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む。）に対して、ターミナルケアを行った場合に算定する。

4　訪問看護ターミナルケア療養費２については、特別養護老人ホーム等で死亡した利用者（看取り介護加算等を算定している利用者に限り、ターミナルケアを行った後、24時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む。）に対して、ターミナルケアを行った場合に算定する。

5　同一の利用者に、他の訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定している場合又は保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算を算定している場合においては算定できない。

6　訪問看護ターミナルケア療養費を算定した場合は、死亡した場所及び死亡時刻等を訪問看護記録書に記録すること。

7　注４に規定する遠隔死亡診断補助加算は、連携する保険医療機関において医科点数表の区分番号Ｃ００１の注８（区分番号Ｃ００１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）に規定する死亡診断加算を算定する利用者（特別地域に居住する利用者に限る。）について、主治医の指示により、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が、厚生労働省「情報通信機器（ＩＣＴ）を利用した死亡診断等ガイドライン」に基づき、主治医による情報通信機器を用いた死亡診断の補助を行った場合に算定する。

◎訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
第一　訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準	第一　訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準
一～五　（略）	一～五　（略）
六　訪問看護管理療養費の基準	六　訪問看護管理療養費の基準
(1)　機能強化型訪問看護管理療養費１の基準	(1)　機能強化型訪問看護管理療養費１の基準
次のいずれにも該当するものであること。	次のいずれにも該当するものであること。
イ～ホ　（略）	イ～ホ　（略）
ヘ　地域の保険医療機関、訪問看護ステーション又は住民等に対する研修や相談への対応について実績を有すること。	（新設）
(2)　機能強化型訪問看護管理療養費２の基準	(2)　機能強化型訪問看護管理療養費２の基準
次のいずれにも該当するものであること。	次のいずれにも該当するものであること。
イ～ホ　（略）	イ～ホ　（略）
ヘ　地域の保険医療機関、訪問看護ステーション又は住民等に対する研修や相談への対応について実績を有すること。	（新設）
(3)～(6)　（略）	(3)～(6)　（略）
(7)　訪問看護管理療養費の注12に規定する専門管理加算の基準	（新設）
次のいずれかに該当するものであること。	
イ　緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が配置されていること。	
ロ　保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二百三号）第三十七条の二第二項第五号に規定する指定研修機関において、同項第一号に規定する特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものに係る研修を修了した看護師が配置されていること。	
七　訪問看護ターミナルケア療養費の注４に規定する遠隔死亡診断補助加算の基準	（新設）
情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること。	
第二　指定訪問看護に係る厚生労働大臣の定める疾病等の利用者等	第二　指定訪問看護に係る厚生労働大臣の定める疾病等の利用者等
一～三　（略）	一～三　（略）
四　訪問看護基本療養費の注12に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める者並びに訪問看護基本療養費の注12のハ及びニに規定する厚生労働大臣が定める場合	四　訪問看護基本療養費の注12に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める者並びに訪問看護基本療養費の注12のハ及びニに規定する厚生労働大臣が定める場合
(1)　訪問看護基本療養費の注12に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める者	(1)　訪問看護基本療養費の注12に規定する複数名訪問看護加算に係る厚生労働大臣が定める者
一人の保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護師等」という。）による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当するもの	一人の保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護師等」という。）による指定訪問看護が困難な利用者であって、次のいずれかに該当するもの
イ～ニ　（略）	イ～ニ　（略）
ホ　利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者（訪問看護基本療養費の注12のハに規定する場合に限る。）	ホ　利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者（看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合に限る。）
へ　その他利用者の状況等から判断して、イからホまでのいずれかに準ずると認められる者（訪問看護基本療養費の注12のハに規定する場合に限る。）	へ　その他利用者の状況等から判断して、イからホまでのいずれかに準ずると認められる者（看護職員が看護補助者と同時に指定訪問看護を行う場合に限る。）
(2)　（略）	(2)　（略）
五～八　（略）	五～八　（略）
九　訪問看護情報提供療養費の注１に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者	九　訪問看護情報提供療養費の注１に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者
(1)～(3)　（略）	(1)～(3)　（略）
(4)　十八歳未満の児童	(4)　十五歳未満の小児
十　訪問看護情報提供療養費の注２に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者	十　訪問看護情報提供療養費の注２に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の利用者
(1)　十八歳未満の超重症児又は準超重症児	(1)　十五歳未満の超重症児又は準超重症児
(2)　十八歳未満の児童であって、特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者	(2)　十五歳未満の小児であって、特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の者
(3)　十八歳未満の児童であって、特掲診療料の施設基準等別表	(3)　十五歳未満の小児であって、特掲診療料の施設基準等別表

保医発●●●●第●号
令和４年３月●日

地方厚生（支）医療課長
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）長　　殿
都道府県老人医療主管部（局）
　後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長
（公　印　省　略）

訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて

本日、「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等の一部を改正する件」（令和４年厚生労働省告示第60号）等が公布され、令和４年４月１日より適用されることとなったところであるが、当該基準に規定する届出の受理の取扱いについては、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関、訪問看護ステーション及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏ないよう特段のご配慮を願いたい。

なお、従前の「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（令和２年３月５日保医発0305第４号）は、令和４年３月31日限り廃止する。

記

第１　届出基準

訪問看護ステーションの基準は、「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等」（平成18年厚生労働省告示第103号）の他別添のとおりとすること。

第２　届出に関する手続き

１　訪問看護ステーションの基準に規定する精神科訪問看護基本療養費、精神科複数回訪問加算、精神科重症患者支援管理連携加算、24時間対応体制加算、特別管理加算、訪問看護基本療養費の注２及び注４に規定する専門の研修を受けた看護師、機能強化型訪問看護管理療養費、専門管理加算並びに遠隔死亡診断補助加算に係る届出は、当該訪問看護ステーション単位で行うものであること。

したがって、指定訪問看護を行う訪問看護ステーションについて、健康保険法（大正11年法律第70号）に基づく指定訪問看護又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80

第八に掲げる者	第八に掲げる者
第三　訪問看護基本療養費の注８及び精神科訪問看護基本療養費の注５に規定する特別地域訪問看護加算並びに訪問看護ターミナルケア療養費の注４に規定する遠隔死亡診断補助加算に係る厚生労働大臣の定める地域	第三　訪問看護基本療養費の注８及び精神科訪問看護基本療養費の注５に規定する特別地域訪問看護加算に係る厚生労働大臣の定める地域
一～六　（略）	一～六　（略）
第四　指定訪問看護に係る厚生労働大臣が定める場合	第四　指定訪問看護に係る厚生労働大臣が定める場合
一　（略）	一　（略）
二　訪問看護基本療養費の注14ただし書及び精神科訪問看護基本療養費の注11ただし書に規定する所定額を算定できる場合 (1)　介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第二十項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている利用者に対し、前号(1)から(3)までに掲げるいずれかの指定訪問看護を行う場合	二　訪問看護基本療養費の注14ただし書及び精神科訪問看護基本療養費の注11ただし書に規定する所定額を算定できる場合 (1)　介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設入居者生活介護又は同条第二十項に規定する認知症対応型共同生活介護の提供を受けている利用者に対し、前号(1)又は(2)に掲げる指定訪問看護を行う場合
(2)・(3)　（略）	(2)・(3)　（略）
第五　経過措置	第五　経過措置
令和四年三月三十一日において現に機能強化型訪問看護管理療養費１又は２に係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和四年九月三十日までの間に限り、第一の六の(1)のへ又は(2)のへに該当するものとみなす。	一　令和二年三月三十一日において現に機能強化型訪問看護管理療養費１から３までに係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、令和三年九月三十日までの間に限り、第一の六の(1)のロ、(2)のロ又は(3)のロに該当するものとみなす。 二　令和三年三月三十一日において現に過疎地域自立促進特別措置法（平成十二年法律第十五号）第二条第一項に規定する過疎地域に該当する地域については、令和四年三月三十一日までの間に限り、第三第六号に規定する過疎地域とみなす。
（削る）	

号）に基づく指定訪問看護の一方についてのみの届出は認められないこと。

2　当該届出を行う指定訪問看護事業者は、当該訪問看護ステーションの所在地を管轄する地方厚生（支）局長に対し、別紙様式１から８までによる届出書の１通を提出すること。なお、地方厚生（支）局及び都道府県においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報の交換を行うなど、相互に協力するよう努めるものとすること。

3　地方厚生（支）局長は届出書の提出を受けた場合は、届出書を基に、別添「届出基準」に基づいて要件等の審査を行い、記載事項等を確認して受理又は不受理を決定すること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めること。なお、この審査に要する期間は届出を受け付けた日から２週間以内を標準とすること。

4　当該基準に係る届出を行う訪問看護ステーションが、次のいずれかに該当する場合にあっては当該届出の受理は行わないこと。

（１）　当該訪問看護ステーションが、当該届出を行う前６月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行っている場合

（２）　当該訪問看護ステーションが、当該届出を行う前６月間において「指定訪問看護事業者等の指導及び監査について」（平成 20 年９月 30 日保発第 0930009 号）に規定する監査要項に基づき戒告又は注意又はその他の処分を受けたことがある場合

（３）　当該訪問看護ステーションが、「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」（平成 12 年厚生省令第 80 号）第２条第１項に規定する員数を満たしていない場合

5　地方厚生（支）局長は、届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、届出者に対して受理番号を付して通知するとともに、併せて、審査支払機関に対して、受理番号を付して通知すること。

○精神科訪問看護基本療養費　（訪看 10）第　　号
○24 時間対応体制加算　（訪看 23）第　　号
○特別管理加算　（訪看 25）第　　号
○訪問看護基本療養費の注２及び注４に規定する専門の研修を受けた看護師　（訪看 26）第　　号
○精神科複数回訪問加算　（訪看 27）第　　号
○精神科重症患者支援管理連携加算　（訪看 28）第　　号
○機能強化型訪問看護管理療養費１　（訪看 29）第　　号
○機能強化型訪問看護管理療養費２　（訪看 30）第　　号
○機能強化型訪問看護管理療養費３　（訪看 31）第　　号
○専門管理加算　（訪看 32）第　　号
○遠隔死亡診断補助加算　（訪看 33）第　　号

6　受理番号の管理は、地方厚生（支）局長が行うものであること。

7　当該届出に係る算定に当たっては、各月の月末までに受理したものはその翌月から、月の最初の開庁日に受理した場合は、当該月の１日から当該療養費を算定すること。なお、令和４年４月 20 日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え、届出の受理が行われたものについては、同月１日に遡って当該療養費を算定すること。

8　不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を届出者に対し通知すること。

第３　届出受理後の措置

1　届出受理後において、届出内容と異なった事情が生じ、当該届出基準を満たさなくなった場合又は当該届出基準の届出区分が変更となった場合には、指定訪問看護事業者に対して、遅滞なく変更の届出を行わせること。

2　届出の受理を行った訪問看護ステーションについては、適宜調査を行い、届出と内容が異なる状況にある場合には届出の変更を行うなど運用の適正を期すこと。

3　訪問看護ステーションの基準に適合しないことが判明し、所要の指導の上、なお改善が見られない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該訪問看護ステーションに係る指定訪問看護事業者に弁明を行う機会を与えること。

4　前記３により届出が無効となった場合は、審査支払機関に対し、速やかにその旨を通知すること。

5　前記３による届出の無効後の取扱いについては、当該届出による算定は不当利得になるため、返還措置を講ずることとし、不正又は不当な届出をした訪問看護ステーションに対しては、その届出に係る新たな届出は、受理取消し後６月間は受け付けないものであること。

6　届出事項については、地方厚生（支）局において閲覧に供するとともに、保険者等に提供するよう努めること。

7　届出を行った訪問看護ステーションは、当該届出による算定を行う訪問看護ステーションである旨の掲示を行うものであること。

8　届出を行った訪問看護ステーションは、毎年７月１日現在で届出書の記載事項等について、地方厚生（支）局長へ報告を行うものであること。

第４　経過措置等

1　第２及び第３の規定にかかわらず、令和４年３月 31 日現在において現に訪問看護療養費を算定している訪問看護ステーションにおいて、引き続き当該訪問看護療養費を算定する場合（名称のみが改正されたものを算定する場合を含む。）には、新たな届出を要しない。ただし、令和４年４月以降の実績により、届出を行っている訪問看護療養費の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。また、令和４年度診療報酬改定において、新設された又は施設基準が創設された訪問看護療養費（表１）及び施設基準が改正された訪問看護療養費（表２）については、令和４年４月１日以降の算定に当たり届出を行う必要があること。

表１　新設された又は施設基準が創設された訪問看護療養費
24 時間対応体制加算（業務継続計画を策定した上で自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークに参画している訪問看護ステーションにおいて、２つの訪問看護ステーションが連携し要件を満たす場合に限る。）
専門管理加算
遠隔死亡診断加算

表２　施設基準の改正された訪問看護療養費
機能強化型訪問看護管理療養費１（令和４年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）
機能強化型訪問看護管理療養費２（令和４年 10 月１日以降に引き続き算定する場合に限る。）

2　別添「届出基準」の６の（１）のク及びケに掲げる機能強化型訪問看護管理療養費における「人材育

成のための研修等」及び「訪問看護に関する情報提供又は相談」の規定については、令和４年３月31日において、現に機能強化型訪問看護管理療養費１又は２の届出を行っている訪問看護ステーションにあっては、令和４年９月30日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

別添　届出基準

1　精神科訪問看護基本療養費

当該訪問看護基本療養費を算定する訪問看護ステーションの保健師、看護師、准看護師又は作業療法士は、次のいずれかに該当する者であり、該当者でなければ精神科訪問看護基本療養費は算定できないこと。届出については、別紙様式１を用いること。ただし、令和２年３月 31 日において、現に当該療養費に係る届出を行っている訪問看護ステーションについては、（４）に該当する者のうち、当該届出に係る指定訪問看護を行う者としてすでに届出内容に含まれている者については、（４）のクに掲げる内容を受講していなくても差し支えない。

（１）　精神科を標榜する保険医療機関において、精神病棟又は精神科外来に勤務した経験を１年以上有する者

（２）　精神疾患を有する者に対する訪問看護の経験を１年以上有する者

（３）　精神保健福祉センター又は保健所等における精神保健に関する業務の経験を１年以上有する者

（４）　国、都道府県又は医療関係団体等が主催する精神科訪問看護に関する知識・技術の習得を目的とした 20 時間以上を要し、修了証が交付される研修を修了している者。なお、研修は次の内容を含むものである。

ア　精神疾患を有する者に関するアセスメント

イ　病状悪化の早期発見・危機介入

ウ　精神科薬物療法に関する援助

エ　医療継続の支援

オ　利用者との信頼関係構築、対人関係の援助

カ　日常生活の援助

キ　多職種との連携

ク　ＧＡＦ尺度による利用者の状態の評価方法

2　24時間対応体制加算

次のいずれの要件も満たすものであること。届出については、別紙様式２を用いること。ただし、基準告示第３に規定する地域若しくは「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添３」の「別紙２」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に所在する訪問看護ステーション又は業務継続計画を策定した上で自然災害等の発生に備えた地域の相互支援ネットワークに参画している訪問看護ステーションにおいて、２つの訪問看護ステーションが連携し要件を満たす場合の届出は、別紙様式３を用いること。

（１）　24 時間対応体制加算を算定する訪問看護ステーションにあっては、その定める営業日以外の日及び営業時間以外の時間において、利用者又はその家族等からの電話等による連絡及び相談が直接受けられる体制が整備されていること。

なお、当該訪問看護ステーション以外の施設又は従事者を経由するような連絡体制に係る連絡相談体制及び訪問看護ステーション以外の者が所有する電話を連絡先とすることは認められないこと。

機能強化型訪問看護管理療養費３の届出を行っている訪問看護ステーションにおいて、併設する保険医療機関の看護師が営業時間外の利用者又はその家族等からの電話等に対応す

る場合を除き、24時間対応体制に係る連絡相談を担当する者は、原則として、当該訪問看護ステーションの保健師又は看護師とし、勤務体制等を明確にすること。

（２） 当該加算を算定する訪問看護ステーションにあっては、利用者又はその家族等に訪問看護ステーションの所在地、電話番号及び直接連絡のとれる連絡先電話番号等を記載した文書を必ず交付すること等により、24時間対応体制加算の円滑な運営を図るものであること。

また、24時間対応体制加算の趣旨にかんがみ、直接連絡のとれる連絡先は複数とすること。

3　特別管理加算

次のいずれの要件も満たすものであること。届出については、別紙様式２を用いること。

（１） 24時間対応体制加算を算定できる体制を整備していること。

（２） 当該加算に該当する重傷者に対応できる職員体制、勤務体制が確保されていること。

（３） 特別管理加算を算定する訪問看護ステーションにあっては、医療器具等の管理、病状の変化に適切に対応できるように、医療機関等との密接な連携体制が確保されていること。

4　訪問看護基本療養費の注２及び注４に規定する専門の研修を受けた看護師

次の当該訪問看護ステーションにおいて、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

なお、ここでいう緩和ケアに係る専門の研修とは(１)の、褥瘡ケアに係る専門の研修とは(２)の、人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修とは（３）のいずれの要件も満たすものであること。届出については、別紙様式４を用いること。

（１） 緩和ケアに係る専門の研修

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること。（600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）

イ　緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ　講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

(イ)　ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要

(ロ)　悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療

(ハ)　悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程

(ニ)　緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法

(ホ)　セルフケアへの支援及び家族支援の方法

(ヘ)　ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ

(ト)　ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント

(チ)　コンサルテーション方法

(リ)　ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について

(ヌ)　実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

（２） 褥瘡ケアに係る専門の研修

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの又は保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる褥瘡等の創傷ケアに係る研修

イ　講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

（３） 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な人工肛門及び人工膀胱のケアに関する知識・技術が習得できる600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの

イ　講義及び演習等により、人工肛門及び人工膀胱管理のための皮膚障害に関するアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

5　精神科複数回訪問加算及び精神科重症患者支援管理連携加算

届出については、別紙様式５を用いること。

（１） 精神科複数回訪問加算

次のいずれの要件も満たすものであること。

ア　精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている訪問看護ステーションであること。

イ　24時間対応体制加算の届出を行っている訪問看護ステーションであること。

（２） 精神科重症患者支援管理連携加算

次のいずれの要件も満たすものであること。

ア　精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている訪問看護ステーションであること。

イ　当該訪問看護ステーションが24時間対応体制加算の届出を行っていること又は診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）別表第一に規定する精神科在宅患者支援管理料２を算定する利用者の主治医が属する保険医療機関が24時間の往診若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保していること。

6　機能強化型訪問看護管理療養費

届出については、別紙様式６を用いること。

ただし、(１)のア及び(２)のアに掲げる非常勤職員に関する基準については、当該基準を満たしている間は、非常勤職員の人数及び実労働時間等が変更になった場合であっても、変更の届出を行わせる必要はないこと。(１)のイ、(２)のイ及び(３)のイに掲げる基準については、暦月で３月を超えない期間の１割以内の一時的な変動があった場合であっても、変更の届出を行わせる必要はないこと。

また、(１)のエ及び(２)のエに掲げる超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数については、暦月で３月を超えない期間の１人以内の一時的な変動があった場合であっても、変更の届出を行わせる必要はないこと。なお、超重症児及び準超重症児とは、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添６」の「別紙14」の超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準による判定スコアが10以上のものをいう。

（１） 機能強化型訪問看護管理療養費１

次のいずれにも該当するものであること。

ア　常勤の保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）の数が７以

上であること（サテライトに配置している看護職員も含む）。当該職員数のうち６については、常勤職員のみの数とし、１については、非常勤看護職員の実労働時間を常勤換算し算入することができること。

ただし、訪問看護ステーションの同一敷地内に、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 34 号）第 38 条に規定する療養通所介護事業所、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第６条の２の２第２項に規定する児童発達支援を行う事業所又は同条第４項に規定する放課後等デイサービスを行う事業所として指定を受けており、当該訪問看護ステーションと開設者が同じである事業所が設置されている場合は、当該事業所の常勤職員のうち１人まで又は非常勤職員のうち常勤換算した１人までを、当該訪問看護ステーションの職員の数に含めてよい。

イ　「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」第２条第１項に規定する看護師等のうち、６割以上が看護職員であること。なお、看護職員の割合の算出に当たっては、当該訪問看護ステーションにおける常勤換算した看護職員の数を、常勤換算した看護師等の数で除して得た数とすること。

ウ　24 時間対応体制加算を届け出ていること。

エ　次のいずれかを満たすこと。

（イ）　訪問看護ターミナルケア療養費の算定件数、介護保険制度によるターミナルケア加算の算定件数、在宅で死亡した利用者のうち当該訪問看護ステーションと共同で訪問看護を行った保険医療機関において在宅がん医療総合診療料を算定していた利用者数及び当該訪問看護ステーションが６月以上の指定訪問看護を実施した利用者であって、あらかじめ聴取した利用者及びその家族等の意向に基づき、７日以内の入院を経て連携する保険医療機関で死亡した利用者数（以下「ターミナルケア件数」という。）を合計した数が前年度に 20 以上であること。

（ロ）　ターミナルケア件数を合計した数が前年度に 15 以上、かつ、15 歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時４人以上であること。

（ハ）　15 歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時６人以上。

オ　特掲診療料の施設基準等（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）別表第七に該当する利用者が月に 10 人以上いること。

カ　次のいずれかを満たすこと。

（イ）　訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護ステーションの介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成が必要な利用者（介護保険制度の給付による訪問看護の利用者を含む。）のうち、例えば、特に医療的な管理が必要な利用者１割程度について、当該居宅介護支援事業所により介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成していること。

（ロ）　訪問看護ステーションと特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所が同一敷地内に設置され、かつ、当該訪問看護ステーションのサービス等利用計画又は障害児支援利用計画の作成が必要な利用者のうち１割程度について、当該特定相談支援事業所又は障害児相談支援事業所によりサービス等利用計画又は障害児支援利用計画を作成していること。

キ　休日、祝日等も含め計画的な指定訪問看護を行うこと。また、営業日以外であっても、

24 時間 365 日訪問看護を必要とする利用者に対して、訪問看護を提供できる体制を確保し、対応すること。

ク　直近１年間に、人材育成のための研修等を実施していること。人材育成のための研修等については、看護学生を対象とした講義若しくは実習の受入れ又は病院若しくは地域において在宅療養を支援する医療従事者等の知識及び技術等の習得を目的とした研修等、在宅医療の推進に資するものであること。

ケ　直近１年間に、地域の保険医療機関、訪問看護ステーション又は住民等に対して、訪問看護に関する情報提供又は相談に応じている実績があること。

コ　専門の研修を受けた看護師が配置されていることが望ましい。なお、ここでいう専門の研修とは、国又は医療関係団体等が主催する 600 時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）又は保健師助産師看護師法第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修であること。また、当該看護師は、当該訪問看護ステーション、地域の訪問看護ステーション又は地域の保険医療機関等に対して、当該看護師の有する専門的な知識及び技術に応じて、質の高い在宅医療や訪問看護の提供の推進に資する研修等を実施していることが望ましい。なお、当該研修等については、クにおける人材育成のための研修等の要件を満たす場合は、その実績に含めて差し支えない。

（２）　機能強化型訪問看護管理療養費２

次のいずれにも該当するものであること。

ア　常勤の看護職員の数が５以上であること（サテライトに配置している看護職員を含む。）。当該職員数のうち４については、常勤職員のみの数とし、１については、非常勤看護職員の実労働時間を常勤換算し算入することができること。

ただし、訪問看護ステーションの同一敷地内に、指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第 38 条に規定する療養通所介護事業所、児童福祉法第６条の２の２第２項に規定する児童発達支援を行う事業所又は同条第４項に規定する放課後等デイサービスを行う事業所として指定を受けており、当該訪問看護ステーションと開設者が同じである事業所が設置されている場合は、当該事業所の常勤職員のうち１人まで又は非常勤職員のうち常勤換算した１人までを、当該訪問看護ステーションの常勤職員の数に含めてよい。

イ　（１）のイを満たすものであること。

ウ　24 時間対応体制加算を届け出ていること。

エ　次のいずれかを満たすこと。

（イ）　ターミナル件数を合計した数が前年度に 15 以上であること。

（ロ）　ターミナル件数を合計した数が前年度に 10 以上、かつ、15 歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時３人以上であること。

（ハ）　15 歳未満の超重症児及び準超重症児の利用者数を合計した数が常時５人以上であること。

オ　特掲診療料の施設基準等別表第七に該当する利用者が月に７人以上いること。

カ　（１）のカからコまでを満たすものであること。

（３）　機能強化型訪問看護管理療養費３

次のいずれにも該当するものであること。

ア　常勤の看護職員の数が４以上であること（サテライトに配置している看護職員を含む。）。当該職員数については、常勤職員のみの数とすること。

イ　（１）のイを満たすものであること。

ウ　24 時間対応体制加算を届け出ていること。

なお、訪問看護ステーションと同一開設者である保険医療機関が同一敷地内に設置されている場合は、営業時間外の利用者又はその家族等からの電話等による看護に関する相談への対応は、当該保険医療機関の看護師が行うことができること。

エ　特掲診療料の施設基準等別表第七に規定する疾病等の利用者、特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる者又は精神科重症患者支援管理連携加算を算定する利用者が月に 10 人以上いること又は複数の訪問看護ステーションで共同して訪問看護を提供する利用者が月に 10 人以上いること。

オ　直近３月において、キにおける地域の保険医療機関以外の保険医療機関と共同して実施した退院時の共同指導による退院時共同指導加算の算定の実績があること。

カ　同一敷地内に訪問看護ステーションと同一開設者の保険医療機関が設置されている場合は、直近３月において、当該保険医療機関以外の医師を主治医とする利用者の割合が訪問看護ステーションの利用者の１割以上であること。なお、利用者の割合の算出に当たっては、医療保険制度及び介護保険制度の給付の対象となる訪問看護を実施する利用者を含めること。

キ　直近１年間に、当該訪問看護ステーションにおいて、地域の保険医療機関の看護職員による指定訪問看護の提供を行う従業者としての一定期間の勤務について実績があること。

ク　直近１年間に、地域の保険医療機関や訪問看護ステーションを対象とした研修を２回以上実施していること。

ケ　直近１年間に、地域の訪問看護ステーション又は住民等に対して、訪問看護に関する情報提供を行うとともに、地域の訪問看護ステーション又は住民等からの相談に応じている実績があること。

コ　（１）のキを満たすものであること。

サ　専門の研修を受けた看護師が配置されていることが望ましい。なお、ここでいう専門の研修とは、国又は医療関係団体等が主催する 600 時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）又は保健師助産師看護師法第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修であること。また、当該看護師は、当該訪問看護ステーション、地域の訪問看護ステーション又は地域の保険医療機関等に対して、当該看護師の有する専門的な知識及び技術に応じて、質の高い在宅医療や訪問看護の提供の推進に資する研修等を実施していることが望ましい。なお、当該研修等について、地域の保険医療機関や訪問看護ステーションを対象としている場合は、クの績に含めてよい。

7　専門管理加算

次のいずれかに該当するものであること。なお、届出については、別紙様式７を用いること。

（１）　緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が配置されていること。なお、ここでいう緩和ケアに係る専門の研修とはアの要件を、褥瘡ケアに係る専門の研修とはイの要件を、人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修とはウの要件を満たすものであること。

ア　緩和ケアに係る専門の研修

４の（１）のアからウまでを満たすものであること。

イ　褥瘡ケアに係る専門の研修

次のいずれの要件も満たすものであること。

（イ）　国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる 600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの

（ロ）　講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

ウ　人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修

４の（３）のア及びイを満たすものであること

（２）　保健師助産師看護師法第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において、同項第１号に規定する特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものに係る研修を修了した看護師が配置されていること。なお、特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものとは、以下のアからキまでに掲げるものをいう。

ア　気管カニューレの交換

イ　胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換

ウ　膀胱ろうカテーテルの交換

エ　褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去

オ　創傷に対する陰圧閉鎖療法

カ　持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整

キ　脱水症状に対する輸液による補正

8　遠隔死亡診断補助加算

情報通信機器を用いて主治医の死亡診断の補助を行うにつき、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること。

なお、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修とは、厚生労働省「情報通信機器（ＩＣＴ）を利用した死亡診断等ガイドライン」に基づく「法医学等に関する一定の教育」であること。届出については、別紙様式８を用いること。

保発●●●●第●号
令和４年３月●日

各都道府県知事　殿
地方厚生（支）局長　殿

厚生労働省保険局長
（　公　印　省　略　）

「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について」
の一部改正について

標記については、本日、「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の一部を改正する省令」（令和４年厚生労働省令第 32 号）が公布され、令和４年４月１日から施行されることとなったことに伴い、「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準について」（令和２年３月５日保発 0305 第４号）の一部を下記のとおり改正するので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関、訪問看護ステーション及び審査支払機関等に対し周知徹底を図られたい。

記

記以下を別添のとおり改める。

別添

第一　総論

１　「指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準」（平成 12 年厚生省令第 80 号。以下「基準省令」という。）は、指定訪問看護の事業がその目的を達成するために必要な最低限度の基準を定めたものであり、指定訪問看護事業者は、常にその事業の運営の向上に努めなければならないこと。

２　当該基準を満たさない場合には、指定訪問看護事業者の指定は受けられず、また、運営開始後、当該基準を下回るに至った場合、地方厚生（支）局の指導等の対象となり、この指導等に従わない場合には、当該指定を取り消すことができるものであること。

３　指定訪問看護事業者の指定は、原則として事業所ごとに行うものとするが、例外的に、待機や道具の保管、着替え等を行う出張所等（以下「従たる事業所」という。）であって、次の要件を満たすものについては、一体的な指定訪問看護の提供の単位として当該事業所に含めて指定することができる取扱いとすること。

①　利用申込みに係る調整、指定訪問看護の提供状況の把握、職員に対する技術指導等が一体的に行われること。

②　職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理されること。また、必要な場合に随時、主たる事業所との間で相互支援が行える体制（例えば、従たる事業所の従業者が急病等で指定訪問看護の提供ができなくなった場合に、主たる事業所から急遽代替要員を派遣できるような体制）にあること。

③　苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制にあること。

④　事業の目的や運営方針、営業日及び営業時間、利用料等を定める同一の運営規程が定められること。

⑤　人事、給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われること。

第二　用語の定義

基準省令中に用いられている用語であって、定義規定が置かれていないものの意味を明らかにするものである。

１　「勤務延時間数」

勤務表上、当該事業に係る指定訪問看護の提供に従事する時間又は当該事業に係る指定訪問看護の提供のための準備等を行う時間（待機の時間を含む。）として明確に位置づけられている時間の合計数とする。なお、従業者１人につき、勤務延時間数に参入することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数を上限とすること。

２　「常勤」

指定訪問看護事業者の当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所（以下「指定訪問看護ステーション」という。）における勤務時間が、当該指定訪問看護ステーションにおいて定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（週当たり 32 時間を下

回る場合は32時間を基本する。）に達していることをいうものである。

ただし、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成３年法律第76号）第23条第１項若しくは第３項又は第24条に規定する所定労働時間の短縮措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とする。

３　「専ら従事する」

原則として、指定訪問看護の提供の時間帯を通じて指定訪問看護以外の職務に従事しないことをいうものである。この場合の指定訪問看護の提供の時間帯とは、当該従業者の当該指定訪問看護ステーションにおける勤務時間をいうものであり、当該従業者の常勤・非常勤の別を問わない。

第三　指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準

１　基本方針

基準省令第１条は、指定訪問看護の事業の基本方針を示したものであり、指定訪問看護の事業の各般にわたってこの基本方針が生かされることが望まれること。

２　人員に関する事項

指定訪問看護ステーションの職員には、それぞれの職務を遂行する熱意と能力を有するものを充てることが、利用者の療養生活の質の向上を図る観点から極めて重要であること。

また、基準省令第２条及び第３条の運用に当たっては、次の点に留意すること。

(1) 看護師等の員数

①　基準省令第２条第１項第１号に規定する保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）の員数については、指定訪問看護ステーションの看護職員の勤務延時間数を当該指定訪問看護ステーションにおいて常勤の看護職員が勤務すべき時間数で除して得た数が2.5以上と定められたが、これについては、職員の支援体制等を考慮した最小限の員数として定められたものであり、各地域における指定訪問看護の利用の状況や利用者数及び指定訪問看護の事業の業務量を考慮し、適切な員数の人員を確保するものとする。

②　勤務日及び勤務時間が不定期な看護職員（以下「登録看護職員」という。）についての勤務延時間数の算定については、次のとおりの取扱いとする。

イ　登録看護職員によるサービス提供の実績がある指定訪問看護ステーションについては、登録看護職員１人当たりの勤務時間数は、当該指定訪問看護ステーションの登録看護職員の前年度の週当たりの平均稼働時間（指定訪問看護等の提供時間及び移動時間をいう。）とすること。

ロ　登録看護職員による指定訪問看護の実績がない指定訪問看護ステーション又は極めて短期の実績しかない等のためイの方法によって勤務延時間数の算定を行うことが適当でないと認められる指定訪問看護ステーションについては、当該登録看護職員が確実に稼働できるものとして勤務表に明記されている時間のみを勤務延時間数に参入すること。なお、この場合においても、勤務表上の勤務時間数は、指定訪問看護の提供実態に即したものでなければならないため、勤務表上の勤務時間と実態が乖離していると認められる場合は、勤務表上の勤務時間の適正化の指導の対象となること。

③　従たる事業所があるときは、看護職員の勤務延時間数には、従たる事業所における勤務延時間数も含めるものとする。

④　同条第２項は、指定訪問看護ステーションの看護職員のうち１名は、常勤でなければならないことを規定したものであること。

(2) 管理者

①　基準省令第３条第１項の規定により指定訪問看護ステーションに置くべき管理者は、当該指定訪問看護ステーションに専従、かつ、常勤の者でなければならないこととし、例えば、同時に他の指定訪問看護ステーション等を管理することは認められないものであること。ただし、以下の場合であって、指定訪問看護ステーションの管理上支障がない場合は、他の職務を兼ねることができる。

イ　当該指定訪問看護ステーションの看護職員としての職務に従事する場合

ロ　当該指定訪問看護ステーションが介護保険法（平成９年法律第123号）による指定を受けている指定訪問看護ステーションである場合に、当該指定訪問看護ステーションの管理者又は看護職員としての職務に従事する場合

ハ　同一敷地内にある又は道路を隔てて隣接する等、特に当該指定訪問看護ステーションの管理業務に支障がないと認められる範囲内に他の事業所、施設等がある場合に、当該他の事業所等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合（この場合の他の事業所、施設等の事業の内容は問わないが、例えば、併設される入所施設における看護業務（管理業務を含む。）との兼務は管理者の業務に支障があると考えられるが、施設における勤務時間が極めて限られている職員の場合には、例外的に認められる場合もあり得る。）

②　管理者は管理者としてふさわしいと認められる保健師、助産師又は看護師であって、次のいずれにも該当しない者でなければならないものであること。

イ　保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第14条第１項の規定により保健師、助産師又は看護師の業務の停止を命ぜられ、業務停止の期間終了後５年を経過しない者

ロ　健康保険法（大正11年法律第70号）第91条又は第94条の規定により、指定訪問看護ステーションの管理者として変更の指導を受け、変更された後５年を経過しない者又は取消処分を受けた訪問看護ステーションの当該管理者（ただし、取消処分が当該管理者の責務に関わる場合に限る。）であって、取消日後５年を経過しない者

③　基準省令第３条第２項ただし書の規定により、保健師、助産師又は看護師以外の者に指定訪問看護ステーションを管理させることができる場合とは、管理者の長期間の傷病又は出張等のやむを得ない理由があり、かつ、指定訪問看護ステーションの管理をする者が、利用者の療養生活の質の向上に関し相当の知

識、経験及び熱意を有し、過去の経歴等を勘案して指定訪問看護ステーションの管理者としてふさわしいと認められる者であるものとして地方厚生（支）局長の承認を受けた場合に限られるものであること。ただし、この場合においても、可能な限り速やかに常勤の保健師、助産師又は看護師の管理者が確保されるように努めなければならないものであること。

④　管理者は、医療機関における看護、訪問看護又は健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）第 17 条第１項の規定による保健指導（健康保険法等の一部を改正する法律（平成 18 年法律第 83 号）第７条による改正前の老人保健法（昭和 57 年法律第 80 号）第 19 条に規定する訪問看護等を含む。）の業務に従事した経験のある者であること。さらに、管理者としての資質を確保するために関連機関が提供する研修等を受講していることが望ましい。

(3) 従たる事業所の人員配置

従たる事業所のうち、４の(11)に掲げる訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成等の業務も含めて行うなど訪問看護の提供の拠点としての機能を果たしているものについては、当該従たる事業所において、利用者数に応じた適正な員数を確保することとし、配置する看護師等（基準省令第２条第１項に規定する看護師等をいう。以下同じ。）のうち１人以上は保健師、助産師又は看護師とすること。

また、その場合にあっては、利用者に対する看護やサービス提供の質について定期的に主従の事業所のスタッフによって一体的にカンファレンスが行われ、その内容について記録がなされ、全スタッフが共有すること。

3　設備に関する事項

(1) 指定訪問看護ステーションには、事業の運営に必要な面積を有する専用の事務室を設ける必要があること。ただし、当該指定訪問看護ステーションが介護保険法による指定を受けている指定訪問看護ステーションである場合には、両者で共有することは差し支えない。また、当該指定訪問看護ステーションが、他の事業の事業所を兼ねる場合には、必要な広さの専用の区画を設けることで差し支えないものとする。なお、この場合に、区分されていなくても業務に支障がないときは、指定訪問看護の事業を行うための区画が明確に特定されていれば足りるものであること。

(2) 事務室については、利用申込みの受付、相談等に対応するのに適切なスペースを確保すること。

(3)　指定訪問看護に必要な設備及び備品等を確保する必要があること。特に、感染症予防に必要な設備等に配慮する必要があること。ただし、他の事業所、施設等と同一敷地内にある場合であって、指定訪問看護の事業又は当該他の事業所、施設等の運営に支障がない場合は、当該他の事業所、施設等に備え付けられた設備及び備品等を使用することができること。

4　運営に関する事項

指定訪問看護ステーションの運営については、基準省令第５条から第 31 条までに定めるもののほか、次の点に留意すること。

(1) 内容及び手続の説明及び同意（基準省令第５条関係）

基準省令第５条は、利用者に対し適切な指定訪問看護を提供するため、その提供の開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族等に対し、運営規程の概要、看護師等の勤務の体制その他の利用申込者が指定訪問看護を選択するに当たっての重要事項を記載した文書を交付し説明し、提供の開始についての同意を得なければならないこととしたものであること。なお、当該同意については、利用者及び指定訪問看護事業者双方の保護の立場から書面によって確認することが望ましいものであること。

(2) 提供拒否の禁止（基準省令第６条関係）

基準省令第６条は、原則として、利用申込みに対しては応じなければならないことを規定したものであり、特に、必要とする療養上の世話の程度が重いことをもって利用を拒否することを禁止するものであること。

(3) 提供困難時の対応（基準省令第７条関係）

基準省令第７条は、利用申込者の病状が重篤なために指定訪問看護ステーションでの対応が困難である場合、利用申込者の居住地と指定訪問看護ステーションの所在地との間が遠距離である場合、指定訪問看護ステーションの看護師等の現員からは利用申込みに応じきれない場合等、自ら適切に指定訪問看護の提供をすることが困難であると認めた場合についてのみ基準省令第６条の例外を認めることとしたものであるが、この場合にあっても、速やかに主治医への連絡を行い、適当な他の指定訪問看護事業者を紹介する等の必要な措置を講じなければならないものであること。

(4) 受給資格の確認（基準省令第８条関係）

①　基準省令第８条は、指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の利用の開始に当たって、利用申込者が指定訪問看護の提供を受ける資格があることをその者の提示する被保険者証等により確かめなければならない旨規定したものであること。特に、現に他の指定訪問看護ステーションにより指定訪問看護が提供されている場合にあっては、重ねて訪問看護療養費又は家族訪問看護療養費の支給は行われないことに留意し、利用申込者等に対し問い合わせる、訪問時に確認する等により、現に他の指定訪問看護ステーションによる指定訪問看護を受けているか否かを確認すること。ただし、被保険者等で確認できる場合は、この限りでないものであること。

②　利用者が介護保険法第７条第５項の規定による居宅サービス（同条第８項に規定する訪問看護に係るものに限る。）の提供を受け、居宅介護サービス費の支給を受けることができるときは、訪問看護療養費又は家族訪問看護療養費の支給は行われないので、指定訪問看護事業者は、必要に応じ、当該利用者が同法第 62 条に規定する要介護被保険者等であるか否かの確認を行う必要があること。

(5) 心身の状況等の把握（基準省令第９条関係）

基準省令第９条は、適切な指定訪問看護が提供されるようにするため、利用者の病歴、病状、介護の状況、家屋の構造等の家庭環境、他の保健、医療又は福祉サー

ビスの利用状況等の把握に努めるべきことを規定したものであり、これらの利用者に関する記録は、訪問看護記録書に記入し、基準省令第 30 条の規定に基づき保存しておかなければならないものであること。

(6) 保健医療サービス及び福祉サービス提供者との連携（基準省令第 10 条関係）

① 基準省令第 10 条第１項は、指定訪問看護の事業が地域社会に根ざした事業として運営されていくためには、その運営に関して市町村（特別区を含む。以下同じ。）をはじめ他の保健、医療又は介護を含む福祉サービスを提供する者と密接な連携がとれていることが必要であることから、市町村の保健・福祉部門、保健所及び民間の在宅ケアサービス等の介護を含む福祉サービスの提供主体等と十分な連携を図ることを定めたものであること。なお、連携に当たっては、指定訪問看護以外のサービスの提供内容を十分に確認するとともに、市町村に設けられた地域ケア会議、在宅介護支援センター等を積極的に活用すること。

② 同条第２項は、指定訪問看護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族等に対する適切な指導を行うとともに、指定訪問看護の提供の終了後においても必要なサービスが継続して提供されるよう、終了後の主治医に対する情報提供及び市町村等の保健・福祉サービスの提供主体等との連携について規定したものであること。なお、この場合、特に市町村に設けられた地域ケア会議及び在宅介護支援センターとの連携について十分配慮すること。

(7) 身分を証する書類の携行（基準省令第 11 条関係）

基準省令第 11 条は、利用者が安心して指定訪問看護の提供を受けることができるよう、指定訪問看護事業者は、当該指定訪問看護ステーションの看護師等に身分を明らかにする証書や名札等を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導しなければならないこととしたものであること。また、この証書等には、当該指定訪問看護ステーションの名称、当該看護師等の氏名を記載するものとし、当該看護師等の写真の貼付や職能の記載を行うことが望ましいこと。

(8) 利用料（基準省令第 13 条関係）

基準省令第 13 条は、利用者から支払われる利用料の範囲等について規定したものであり、その運用に当たっては、次の点に留意すること。

① 基本利用料については、訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 67 号）により算定した額から訪問看護療養費又は家族訪問看護療養費として支給された額に相当する額を控除した額により算定した額を徴収しなければならないものであること。

その他、利用料については、次の点に留意すること。

イ 「厚生労働大臣が定める指定訪問看護」（平成 12 年厚生省告示第 169 号）に定める指定訪問看護に係る特別の料金については、利用者の選定に基づき提供される場合に限り徴収できるものであり、指定訪問看護事業者の都合による場合には徴収できないものであること。

ロ イの利用料の額については、指定訪問看護ステーションごとに当該指定訪問看護の提供に要する費用の範囲内で設定できるものであること。

ハ 交通費、おむつ代及び家事援助に要する費用等であって、指定訪問看護の提供以外のサービスの提供に要する費用については、当該サービスに要する実費相当額を利用料として徴収できるものであること。

なお、指定訪問看護の提供と連続して行われた在宅での死後の処置については、当該サービスに要する実費相当額を徴収できるものであること。

② 利用料については、指定訪問看護を提供する前に、あらかじめ、利用者やその家族等に対し、基本利用料並びにその他の利用料の内容及び額に関して説明を行い、同意を得なければならないこと。また、利用者から利用料の支払を受ける場合には、費用の細目を記載した領収書を交付する必要があること。

(9) 指定訪問看護の基本取扱方針及び具体的取扱方針（基準省令第 14 条及び第 15 条関係）

基準省令第 14 条及び第 15 条にいう指定訪問看護の取扱方針において、特に留意すべきことは、次のとおりであること。

① 指定訪問看護は、利用者の心身の特性を踏まえて、利用者の療養上妥当適切に行い、日常の療養生活の充実に資するようにするとともに、漫然かつ画一的なものにならないよう、主治医との密接な連携のもとに看護目標及び訪問看護計画に沿って行うこととしたものであること。

② 指定訪問看護の提供については、目標達成の度合いやその効果等について評価を行うとともに、訪問看護計画の修正を行い、改善を図る等に努めなければならないものであること。

③ 利用者の病状、心身の状況及び経過、その置かれている環境、看護目標、具体的なサービスの内容その他の療養上必要な事項について利用者及びその家族に理解しやすいように指導又は説明を行うこと。

④ 指定訪問看護の提供に当たっては、医学の進歩に対応した適切な看護の技術をもって行うことができるよう、新しい技術の習得等、研鑽を積むことを定めたものであること。

⑤ 医学の立場を堅持し、広く一般に認められていない看護等については行ってはならないこと。

(10) 主治医との関係（基準省令第 16 条関係）

① 指定訪問看護ステーションの管理者は、主治医の指示に基づき指定訪問看護が行われるよう、主治医との連絡調整、指定訪問看護の提供を担当する看護師等の監督等必要な管理を行わなければならないこと。なお、主治医とは、利用申込者の選定により加療している保険医療機関の保険医をいい、主治医以外の複数の医師から指示書の交付を受けることはできないものであること。

② 同条第２項は、指定訪問看護の利用対象者は、その主治医が指定訪問看護の必要性を認めたものに限られるものであることを踏まえ、指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供の開始に際し、利用者の主治医が発行する指示書の交付を受けなければならないこととしたものであること。

③　同条第３項は、指定訪問看護事業者は、利用者について、その病状及び心身の状態に照らし、定期に指定訪問看護の提供を継続するかどうかについて相談しなければならないこととしたものであること。具体的には、指定訪問看護の提供の要否の判定は、病状及び心身の状態に応じて適宜実施されるべきものであるが、指定訪問看護事業者は、指示書交付時等において主治医に指定訪問看護の継続の要否の相談を行い、その結果を記録書に記入しておかなければならないものであること。なお、特別訪問看護指示書交付時においても症状及び心身の状態の変化等を踏まえ、頻回な訪問看護の必要性について相談を行い、その結果を記録書に記入しなければならないものであること。

④　指定訪問看護事業者は、主治医と連携を図り、適切な指定訪問看護を提供するため、定期的に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を書面又は電子的な方法により主治医に提出しなければならないこと。なお、電子的方法によって、個々の利用者の訪問看護に関する計画等を主治医に提出する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野 PKI 認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成 12 年法律第 102 号）第２条第３項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第２項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成 14 年法律第 153 号）に基づき、平成 16 年１月 29 日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。

⑤　訪問看護の実施に当たっては、特に保険医療機関内の場合と異なり、看護師が単独で行うことに十分留意するとともに慎重な状況判断等が要求されることを踏まえ、主治医との密接かつ適切な連携を図ること。

(11) 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成（基準省令第 17 条関係）

①　基準省令第 17 条第１項は、看護師等（准看護師を除く。以下(11)において同じ。）が利用者ごとに、訪問看護計画書及び訪問看護報告書を作成することとしたものであること。

②　看護師等は、訪問看護計画書には、利用者の希望及び心身の状況、主治医の指示等を踏まえて、看護目標、具体的サービス内容等を記載すること。

③　看護師等は、作成した訪問看護計画書に記載された看護目標や具体的サービス内容等について、利用者及びその家族に理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行う必要があること。

④　看護師等は、訪問看護報告書には、訪問を行った日、提供した看護内容及びサービス提供結果等を記載すること。なお、特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を行った場合については、病状及び心身の状態等の変化等頻回な訪問看護を行う必要性とそれに対して提供した看護内容、サービス提供結果等を記載すること。

⑤　理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が訪問看護を提供している利用者については、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は理学療法士等が提供する内容についても一体的に含むものとし、看護職員（准看護師を除く。）と理学療法士等が連携し作成すること。

⑥　指定訪問看護ステーションの管理者にあっては、訪問看護計画書に沿った実施状況を把握し、訪問看護計画書及び訪問看護報告書に関し、助言、指導等必要な管理を行わなければならないこと。

⑦　指定訪問看護事業者は、主治医との連携を図り、適切な指定訪問看護を提供するため、訪問看護計画書及び訪問看護報告書を定期的に主治医に提出しなければならないこと。

⑧　訪問看護計画書及び訪問看護報告書の具体的な記載要領等については、別に通知するところによるものであること。

(12) 利用者に関する全国健康保険協会、後期高齢者医療広域連合又は健康保険組合への通知（基準省令第 18 条関係）

基準省令第 18 条は、指定訪問看護ステーションが、利用者に対する訪問看護療養費又は家族訪問看護療養費の支給が不適当であると認める場合であって全国健康保険協会、後期高齢者医療広域連合又は健康保険組合に通知しなければならない理由を列記したものであること。

(13) 緊急時の対応（基準省令第 19 条関係）

基準省令第 19 条は、看護師等が現に指定訪問看護の提供を行っているときに、利用者の病状に急変等が生じた場合には、運営規程に定められた緊急時の対応方法に基づき、速やかに主治医に連絡を行い指示を求めるとともに、必要に応じて臨時応急の手当を行う等の必要な措置を講じなければならないこととしたものであること。

(14) 管理者の責務（基準省令第 20 条関係）

基準省令第 20 条は、管理者の責務について規定したものであり、管理者は指定訪問看護の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握等の管理を一元的に行い、併せて、適切な指定訪問看護を提供できるよう、運営に関する事項を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとしたものであること。

(15) 運営規程（基準省令第 21 条関係）

基準省令第 21 条は、指定訪問看護の事業の適正な運営及び利用者等に対する適切な指定訪問看護の提供を確保するため、同条第１号から第７号までに掲げる事項を内容とする規程を定めることを指定訪問看護ステーションごとに義務づけたものであること。

(16) 勤務体制の確保等（基準省令第 22 条関係）

基準省令第 22 条は、利用者等に対する適切な指定訪問看護の提供を確保するため、職員の勤務体制等を規定したものであるが、このほか、次の点に留意すること。

① 職員の毎月の勤務体制及び職務内容を定めること。また、看護師等については、日々の勤務体制を明確に定めるとともに、非常勤又は兼務の看護師等の勤務についても、あらかじめ計画された勤務表により行うこと。

② 同条第２項は、指定訪問看護事業者は、その雇用する看護師等によって指定訪問看護を提供するべきものであることを規定したものであり、例えば、第三者への委託等を行うことは認められないものであること。

③ 同条第３項は、指定訪問看護ステーションの各職種等にわたって、統一した運営方針のもとに指定訪問看護の提供を行い、かつ、その向上を図るため、計画的に職員の研修の機会を確保しなければならないものとしたものであること。

(17) 業務継続計画の策定等（基準省令第 22 条の２関係）

① 基準省令第 22 条の２は、感染症や災害が発生した場合においても、利用者が継続して指定訪問看護の提供を受けられるよう、指定訪問看護事業者に対し、業務継続計画を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、指定訪問看護ステーションの従業者に対して、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施することを義務づけたものであること。なお、業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、基準省令第 22 条の２に基づき指定訪問看護事業者に実施が求められるものであるが、他の指定訪問看護事業者等との連携等により行っても差し支えない。また、感染症や災害が発生した場合には、従業者が連携することが求められることから、当該研修及び訓練には、全ての従業者が参加することが望ましい。なお、業務継続計画の策定等の義務化の適用については、指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準の一部を改正する省令（令和４年厚生労働省令第 32 号）附則第２項において、２年間の経過措置が設けられており、令和６年３月 31 日までの間は、努力義務とされている。

② 業務継続計画には、以下の項目等を記載すること。なお、各項目の記載内容については、厚生労働省「介護施設・事業所における新型コロナウイルス感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び厚生労働省「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照されたい。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定すること。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではない。

イ 感染症に係る業務継続計画

（イ） 平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）

（ロ） 初動対応

（ハ） 感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）

ロ 災害に係る業務継続計画

（イ） 平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）

（ロ） 緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）

（ハ） 他施設及び地域との連携

③ 研修においては、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間で共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応に係る理解の励行を行うものとする。職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年１回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましい。また、研修の実施内容についても記録すること。なお、当該研修については、看護師等の資質の向上のための研修と一体的に実施しても差し支えない。

④ 訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年１回以上）に実施するものとする。訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問わないものの、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切である。

(18) 衛生管理等（基準省令第 23 条関係）

基準省令第 23 条は、指定訪問看護ステーションの管理者は、看護師等の清潔の保持及び健康状態の管理並びに指定訪問看護ステーションの設備及び備品等の衛生的な管理に努めるべきことを規定したものであること。特に、指定訪問看護ステーションの管理者は、看護師等が感染源となることを予防し、また看護師等を感染の危険から守るため、使い捨ての手袋等感染を予防するための備品等を備え付けるなど対策を講じる必要があること。

(19) 掲示（基準省令第 24 条関係）

基準省令第 24 条は、利用者に対し適切な指定訪問看護を提供するため、指定訪問看護ステーション内の見やすい場所に、運営規程の概要、職員の勤務体制その他の利用申込者の選択に資すると思われる事項を掲示し、周知しなければならないこととしたものであること。

(20) 秘密保持（基準省令第 25 条関係）

① 基準省令第 25 条第１項は、指定訪問看護の事業に関しては、利用者の家庭において行われる事業であることに鑑み、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族等の秘密を漏らしてはならないこととしたものであること。また、訪問看護情報提供療養費に係る市町村等への情報提供の際についても、必ず本人又はその家族等の同意を得なければならないものであること。

② 同条第２項は、指定訪問看護事業者に対して、過去に当該指定訪問看護ステーションの従業者であった者が、その業務上知り得た利用者又はその家族等の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を取ることを義務づけたものであり、具体的には、指定訪問看護事業者は、当該指定訪問看護ステーションの従業者が従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用時等に取り決め、例えば違約金についての定めを置くなどの措置を講ず

べきこととするものであること。

(21) 広告（基準省令第 26 条関係）

基準省令第 26 条は、指定訪問看護の事業が地域に開かれた事業として、利用者やその家族等に対する支援機能を果たすため、必要な事項については、これを広告することができることとしたものであること。

なお、必要な事項とは次に掲げる事項であり、その内容が虚偽又は誇大なものであってはならないこと。

① 指定訪問看護事業者及び指定訪問看護ステーションの名称、電話番号及び所在の場所を表示する事項
② 指定訪問看護ステーションに勤務する看護師等の氏名、経歴
③ 看護師等の配置員数
④ 指定訪問看護ステーションの営業日及び営業時間
⑤ 提供されるサービスの概要
⑥ 利用料の内容
⑦ その他地方厚生（支）局長の承認を受けた事項

(22) 苦情処理（基準省令第 27 条関係）

基準省令第 27 条における「必要な措置」とは、具体的には、相談窓口、苦情処理の体制及び手段等当該指定訪問看護ステーションにおける利用者等からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を明らかにし、利用申込者に指定訪問看護の内容を説明する文書に苦情に対する措置の概要についても併せて記載するとともに、指定訪問看護ステーションに掲示すること等であること。

(23) 事故発生時の対応（基準省令第 28 条関係）

基準省令第 28 条は、利用者が安心して指定訪問看護の提供を受けることができるよう、指定訪問看護事業者は、利用者に対する指定訪問看護の提供により事故が発生した場合は、全国健康保険協会、後期高齢者医療広域連合又は健康保険組合、当該利用者の家族等に対して連絡を行う等の必要な措置を講じるべきこととするとともに、当該利用者に対する指定訪問看護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行わなければならないこととしたものである。

このほか、次の点に留意すること。

① 利用者に対する指定訪問看護の提供により事故が発生した場合の対応方法については、あらかじめ指定訪問看護事業者が定めておくことが望ましいこと。
② 指定訪問看護事業者は、賠償すべき事態において速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくか、又は賠償資力を有することが望ましいこと。
③ 指定訪問看護事業者は、事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じること。

(24) 会計の区分（基準省令第 29 条関係）

① 基準省令第 29 条は、指定訪問看護事業者は、指定訪問看護ステーションごとに経理を区分するとともに、指定訪問看護の事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければならないこととしたものであること。

② 具体的な会計処理の方法等については、「指定老人訪問看護の事業及び指定訪問看護の事業の会計・経理準則の制定について」（平成７年６月１日老健第 122 号・保発第 57 号厚生省老人保健福祉局長・保険局長連名通知）によることとしたものであること。

(25) 記録の整備（基準省令第 30 条関係）

基準省令第 30 条は、指定訪問看護の事業の日々の運営及び利用者に対する指定訪問看護の提供等に関する事項を記録し、常時当該指定訪問看護の事業の状況を適正に把握するため、少なくとも次に掲げる記録をその完結の日から２年間備えておかなければならないこととしたものであること。

① 管理に関する記録
　イ 事業日誌
　ロ 職員の勤務状況、給与及び研修等に関する記録
　ハ 月間及び年間の事業計画表及び事業実施状況表
② 市町村等との連絡調整に関する記録
③ 指定訪問看護に関する記録
　イ 記録書
　ロ 指示書、訪問看護計画書及び訪問看護報告書
　ハ 市町村等に対する情報提供書
④ 会計経理に関する記録
⑤ 設備及び備品等に関する記録

(26) 事業報告（基準省令第 31 条関係）

基準省令第 31 条は、指定訪問看護ステーションの管理者は、その管理する指定訪問看護ステーションに関して、指定訪問看護の事業の報告をしなければならない旨を定めたものであること。

なお、具体的な事業報告の方法等については、別に通知するところによるものであること。

◎厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部を改正する件

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
第二　先進医療ごとに定める施設基準に適合する病院又は診療所において実施する先進医療 一　高周波切除器を用いた子宮腺筋症核出術 イ　（略） ロ　施設基準 (1)　（略） (2)　保険医療機関に係る基準 ①～⑧　（略） ⑨　医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）第一条の十一第二項第三号ロに掲げる医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施を確保するための体制（以下「医療機器保守管理体制」という。）が整備されていること。 ⑩・⑪　（略） 二　（略） （削る）	第二　先進医療ごとに定める施設基準に適合する病院又は診療所において実施する先進医療 一　高周波切除器を用いた子宮腺筋症核出術 イ　（略） ロ　施設基準 (1)　（略） (2)　保険医療機関に係る基準 ①～⑧　（略） ⑨　医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）第一条の十一第二項第三号ハに掲げる医療機器の保守点検の適切な実施を確保するための体制（以下「医療機器保守管理体制」という。）が整備されていること。 ⑩・⑪　（略） 二　（略） 三　神経変性疾患の遺伝子診断 イ　対象となる負傷、疾病又はそれらの症状 家族性筋萎縮性側索硬化症、家族性低カリウム血症性周期性四肢麻痺又はマックリード症候群 ロ　施設基準 (1)　主として実施する医師に係る基準 ①　専ら神経内科又は小児科に従事し、当該診療科について五年以上の経験を有すること。 ②　神経内科専門医（一般社団法人日本神経学会が認定したものをいう。以下同じ。）、小児科専門医（公益社団法人日本小児科学会が認定したものをいう。以下同じ。）又は臨床遺伝専門医（一般社団法人日本人類遺伝学会及び日本遺伝カウンセリング学会が認定したものをいう。以下同じ。）であること。 ③　当該療養について一年以上の経験を有すること。 ④　当該療養について、当該療養を主として実施する医師として症例を実施していること。 (2)　保険医療機関に係る基準 ①　神経内科又は小児科を標榜していること。 ②　実施診療科において、常勤の医師が二名以上配置されていること。 ③　臨床検査技師が配置されていること。 ④　医療機器保守管理体制が整備されていること。 ⑤　倫理委員会が設置されており、届出後当該療養を初めて実施するときは、必ず事前に開催すること。 ⑥　医療安全管理委員会が設置されていること。 ⑦　遺伝カウンセリングの実施体制を有していること。 ⑧　神経疾患の遺伝子診断ガイドライン２００９に準拠した遺伝子診断を実施する体制を有していること。 ⑨　遺伝子関連検査検体品質管理マニュアル（特定非営利活動法人日本臨床検査標準協議会が平成二十二年二月に作成したものをいう。以下同じ。）に従って検体の品質管理が行われていること。 ⑩　当該療養について症例を実施していること。 四　（略） 五　抗悪性腫瘍剤治療における薬剤耐性遺伝子検査 イ　（略） ロ　施設基準 (1)　主として実施する医師に係る基準 ①　（略） ②　脳神経外科専門医（一般社団法人日本脳神経外科学会が認定したものをいう。以下同じ。）であること。 ③・④　（略） (2)　保険医療機関に係る基準
三　（略） 四　抗悪性腫瘍剤治療における薬剤耐性遺伝子検査 イ　（略） ロ　施設基準 (1)　主として実施する医師に係る基準 ①　（略） ②　脳神経外科専門医（一般社団法人日本脳神経外科学会が認定したものをいう。）であること。 ③・④　（略） (2)　保険医療機関に係る基準	

①～⑦　（略）

⑧　遺伝子関連検査検体品質管理マニュアル（特定非営利活動法人日本臨床検査標準協議会が平成二十一年二月に作成したものをいう。以下同じ。）に従って検体の品質管理が行われていること。

⑨　（略）

五　家族性アルツハイマー病の遺伝子診断

イ　（略）

ロ　施設基準

(1)　主として実施する医師に係る基準

①　（略）

②　神経内科専門医（一般社団法人日本神経学会が認定したものをいう。）、精神科専門医（公益社団法人日本精神神経学会が認定したものをいう。）又は臨床遺伝専門医（一般社団法人日本人類遺伝学会及び日本遺伝カウンセリング学会が認定したものをいう。）であること。

③・④　（略）

(2)　（略）

六　腹腔鏡下膀胱尿管逆流防止術

イ　（略）

ロ　施設基準

(1)　主として実施する医師に係る基準

①　（略）

②　泌尿器科専門医（一般社団法人日本泌尿器科学会が認定したものをいう。）であること。

③・④　（略）

(2)　（略）

七・八　（削る）

①～⑦　（略）

⑧　遺伝子関連検査検体品質管理マニュアルに従って検体の品質管理が行われていること。

⑨　（略）

六　家族性アルツハイマー病の遺伝子診断

イ　（略）

ロ　施設基準

(1)　主として実施する医師に係る基準

①　（略）

②　神経内科専門医、精神科専門医（公益社団法人日本精神神経学会が認定したものをいう。以下同じ。）又は臨床遺伝専門医であること。

③・④　（略）

(2)　（略）

七　腹腔鏡下膀胱尿管逆流防止術

イ　（略）

ロ　施設基準

(1)　主として実施する医師に係る基準

①　（略）

②　泌尿器科専門医（一般社団法人日本泌尿器科学会が認定したものをいう。以下同じ。）であること。

③・④　（略）

(2)　（略）

八・九　（略）

十　培養細胞によるライソゾーム病の診断

イ　対象となる負傷、疾病又はそれらの症状

ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型及びⅡ型、ゴーシェ病、ファブリ病並びにポンペ病を除く。）

ロ　施設基準

(1)　主として実施する医師に係る基準

①　専ら小児科又は産婦人科に従事し、当該診療科について五年以上の経験を有すること。

②　小児科専門医、産婦人科専門医又は臨床遺伝専門医であること。

③　当該療養について三年以上の経験を有すること。

④　当該療養について、当該療養を主として実施する医師として症例を実施していること。

(2)　保険医療機関に係る基準

①　小児科又は産婦人科を標榜していること。

②　専任の細胞培養を担当する者が配置され、院内で細胞培養を実施していること。

③　医療機器保守管理体制が整備されていること。

④　倫理委員会が設置されており、届出後当該療養を初めて実施するときは、必ず事前に開催すること。

⑤　医療安全管理委員会が設置されていること。

⑥　遺伝カウンセリングの実施体制を有していること。

⑦　当該療養について症例を実施していること。

十一　培養細胞による脂肪酸代謝異常症又は有機酸代謝異常症の診断

イ　対象となる負傷、疾病又はそれらの症状

脂肪酸代謝異常症又は有機酸代謝異常症

ロ　施設基準

(1)　主として実施する医師に係る基準

①　専ら小児科又は産婦人科に従事し、当該診療科について五年以上の経験を有すること。

②　小児科専門医、産婦人科専門医又は臨床遺伝専門医であること。

③　当該療養について三年以上の経験を有すること。

（削る）

④　当該療養について、当該療養を主として実施する医師として症例を実施していること。

(2)　保険医療機関に係る基準

①　小児科又は産婦人科を標榜していること。

②　専任の細胞培養を担当する者が配置され、院内で細胞培養を実施していること。

③　医療機器保守管理体制が整備されていること。

④　倫理委員会が設置されており、届出後当該療養を初めて実施するときは、必ず事前に開催すること。

⑤　医療安全管理委員会が設置されていること。

⑥　遺伝カウンセリングの実施体制を有していること。

⑦　当該療養について症例を実施していること。

十二・十三　（略）

十四　LDLアフェレシス療法

イ　対象となる負傷、疾病又はそれらの症状

難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白症状を呈する糖尿病性腎症

ロ　施設基準

(1)　主として実施する医師に係る基準

①　専ら腎臓内科又は泌尿器科に従事し、当該診療科について五年以上の経験を有すること。

②　腎臓専門医（一般社団法人日本腎臓学会が認定したものをいう。）又は泌尿器科専門医であること。

③　リポソーバーを用いた血液浄化療法について一年以上の経験を有すること。

④　リポソーバーを用いた血液浄化療法について、当該療養を主として実施する医師として二例以上の症例を実施していること。

(2)　保険医療機関に係る基準

①　内科又は泌尿器科を標榜していること。

②　実施診療科において、腎臓内科について五年以上の経

九・十　（略）

（削る）

十一　（略）

十二　CYP2D6遺伝子多型検査

イ　（略）

ロ　施設基準

(1)　保険医療機関が自らその全部を実施する場合の当該保険医療機関の施設基準

①　主として実施する医師に係る基準

(イ)　（略）

(ロ)　小児科専門医（公益社団法人日本小児科学会が認定したものをいう。以下同じ。）であること。

(ハ)　（略）

②　（略）

(2)・(3)　（略）

（削る）

③　臨床工学技士が配置されていること。

④　病床を二十床以上有していること。

⑤　当該療養を実施する病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が、常時、入院患者の数が十又はその端数を増すごとに一以上であること。ただし、当該病棟において、一日に看護を行う看護職員の数が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数が、本文の規定にかかわらず、二以上であること。

⑥　当直体制が整備されていること。

⑦　医療機器保守管理体制が整備されていること。

⑧　倫理委員会が設置されており、必要な場合に事前に開催すること。

⑨　医療安全管理委員会が設置されていること。

⑩　リポソーバーを用いた血液浄化療法について五例以上の症例を実施していること。

十五　（略）

十六　CYP2D6遺伝子多型検査

イ　（略）

ロ　施設基準

(1)　保険医療機関が自らその全部を実施する場合の当該保険医療機関の施設基準

①　主として実施する医師に係る基準

(イ)　（略）

(ロ)　小児科専門医であること。

(ハ)　（略）

②　（略）

(2)・(3)　（略）

十七　MRI撮影及び超音波検査融合画像に基づく前立腺針生検

イ　対象となる負傷、疾病又はそれらの症状
　前立腺がんが疑われるもの（超音波により病変の確認が困難なものに限る。）
ロ　施設基準
(1)　主として実施する医師に係る基準
①　専ら泌尿器科に従事し、当該診療科について四年以上の経験を有すること。
②　泌尿器科専門医であること。
③　当該療養について、当該療養を主として実施する医師として五例以上の症例を実施していること。
(2)　保険医療機関に係る基準
①　泌尿器科を標榜していること。
②　実施診療科において、泌尿器科専門医の医師が配置されていること。
③　放射線科専門医が配置されていること。
④　医療機器保守管理体制が整備されていること。
⑤　倫理委員会が設置されており、届出後当該療養を初めて実施するときは、必ず事前に開催すること。
⑥　医療安全管理委員会が設置されていること。
⑦　1．5テスラ以上の機器によるＭＲＩ撮影を行うにつき十分な機器及び施設を有していること。
⑧　当該療養を実施した結果について、当該療養を実施している他の保険医療機関と共有する体制が整備されていること。
十八～二十　（略）
二十一　削除
二十二～二十四　（略）
二十五　流産検体を用いた染色体検査
イ　対象となる負傷、疾病又はそれらの症状
　自然流産（自然流産の既往歴を有するものであり、かつ、流産手術を実施したものに限る。）
ロ　施設基準
(1)　主として実施する医師に係る基準
①　専ら産婦人科、産科又は婦人科に従事し、当該診療科について十年以上の経験を有すること。
②　産婦人科専門医又は母体保護法（昭和二十三年法律第百五十六号）第十四条第一項に規定する指定医師であること。
③　当該療養について、当該療養を主として実施する医師として二十例以上の症例を実施していること。
(2)　保険医療機関に係る基準
①　産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科を標榜していること。
②　実施診療科において、常勤の産婦人科専門医又は母体保護法第十四条第一項に規定する指定医師が一名以上配置されていること。
③　看護師が配置されていること。
④　臨床検査技師が配置されていること（保険医療機関が自らその全部を実施する場合に限る。）。
⑤　緊急の場合その他当該療養について必要な場合に対応するため、他の保険医療機関との連携体制を整備していること。
⑥　倫理委員会が設置されており、必要な場合に事前に開催すること。
⑦　検査を委託して実施する場合には、臨床検査技師等に関する法律（昭和三十三年法律第七十六号）第二十条の三第一項に規定する衛生検査所であって、診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）別表第一医科診療報酬点数表区分番号Ｄ００６―５に掲げる染色体検査の委託を受けたことがあるものに委託すること。

十三～十五　（略）
十六～十八　（削る）
　（略）

十九	子宮内膜刺激術	
イ	対象となる負傷、疾病又はそれらの症状	
	不妊症（卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊	
ロ	施設基準	
(1)	主として実施する医師に係る基準	
①	専ら産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科に従事し、当該診療科について五年以上の経験を有すること。	
②	産婦人科専門医であり、かつ、生殖医療専門医（一般社団法人日本生殖医学会が認定したものをいう。以下同じ。）であること。	
③	当該療養について、当該療養を主として実施する医師として十例以上の症例を実施していること。	
(2)	保険医療機関に係る基準	
①	産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科を標榜していること。	
②	実施診療科において、常勤の産婦人科専門医が配置されていること。	
③	配偶子及び胚の管理に係る責任者が配置されていること。	
④	緊急の場合その他当該療養について必要な場合に対応するため、他の保険医療機関との連携体制を整備していること。	
⑤	医療機器保守管理体制が整備されていること。	
⑥	倫理委員会が設置されており、必要な場合に事前に開催すること。	
⑦	医療安全管理委員会が設置されていること。	
⑧	当該療養について十例以上の症例を実施していること。	

（新設）

二十	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	
イ	対象となる負傷、疾病又はそれらの症状	
	不妊症（卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊	
ロ	施設基準	
(1)	主として実施する医師に係る基準	
①	専ら産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科に従事し、当該診療科について五年以上の経験を有すること。	
②	産婦人科専門医であり、かつ、生殖医療専門医であること。	
③	当該療養について、当該療養を主として実施する医師として十例以上の症例を実施していること。	
(2)	保険医療機関に係る基準	
①	産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科を標榜していること。	
②	実施診療科において、常勤の産婦人科専門医が配置されていること。	
③	配偶子及び胚の管理に係る責任者が配置されていること。	
④	緊急の場合その他当該療養について必要な場合に対応するため、他の保険医療機関との連携体制を整備していること。	
⑤	医療機器保守管理体制が整備されていること。	
⑥	倫理委員会が設置されており、必要な場合に事前に開催すること。	
⑦	医療安全管理委員会が設置されていること。	
⑧	当該療養について十例以上の症例を実施していること。	

（新設）

二十一	子宮内膜擦過術	
イ	対象となる負傷、疾病又はそれらの症状	
	不妊症（卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊	
ロ	施設基準	
(1)	主として実施する医師に係る基準	
①	専ら産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科に従事し、当該診療科について五年以上の経験を有すること。	
②	産婦人科専門医であり、かつ、生殖医療専門医であること。	
③	当該療養について、当該療養を主として実施する医師として十例以上の症例を実施していること。	
(2)	保険医療機関に係る基準	
①	産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科を標榜していること。	
②	実施診療科において、常勤の産婦人科専門医が配置されていること。	
③	配偶子及び胚の管理に係る責任者が配置されていること。	
④	緊急の場合その他当該療養について必要な場合に対応するため、他の保険医療機関との連携体制を整備していること。	
⑤	倫理委員会が設置されており、必要な場合に事前に開催すること。	
⑥	医療安全管理委員会が設置されていること。	
⑦	当該療養について十例以上の症例を実施していること。	

（新設）

(1) 主として実施する医師に係る基準

① 専ら産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科に従事し、当該診療科について五年以上の経験を有すること。

② 産婦人科専門医であり、かつ、生殖医療専門医であること。

③ 当該療養について、当該療養を主として実施する医師として五例以上の症例を実施していること。

(2) 保険医療機関に係る基準

① 産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科を標榜していること。

② 実施診療科において、常勤の産婦人科専門医が配置されていること。

③ 配偶子及び胚の管理に係る責任者が配置されていること。

④ 緊急の場合その他当該療養について必要な場合に対応するため、他の保険医療機関との連携体制を整備していること。

⑤ 医療機器保守管理体制が整備されていること。

⑥ 倫理委員会が設置されており、必要な場合に事前に開催すること。

⑦ 医療安全管理委員会が設置されていること。

⑧ 当該療養について五例以上の症例を実施していること。

二十二 ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術

イ 対象となる負傷、疾病又はそれらの症状

不妊症（卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊治療が無効であるものであって、これまで反復して着床又は妊娠に至っていない患者に係るものに限る。）

ロ 施設基準

(1) 主として実施する医師に係る基準

① 専ら産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科に従事し、当該診療科について五年以上の経験を有すること。

② 産婦人科専門医であり、かつ、生殖医療専門医であること。

③ 当該療養について二年以上の経験を有すること。

④ 当該療養について、当該療養を主として実施する医師として十例以上の症例を実施していること。

(2) 保険医療機関に係る基準

① 産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科を標榜していること。

② 実施診療科において、常勤の産婦人科専門医が配置されていること。

③ 配偶子及び胚の管理に係る責任者が配置されていること。

④ 緊急の場合その他当該療養について必要な場合に対応するため、他の保険医療機関との連携体制を整備していること。

⑤ 倫理委員会が設置されており、必要な場合に事前に開催すること。

⑥ 医療安全管理委員会が設置されていること。

⑦ 当該療養について十例以上の症例を実施していること。

二十三 子宮内膜受容能検査

イ 対象となる負傷、疾病又はそれらの症状

不妊症（卵管性不妊、男性不妊、機能性不妊又は一般不妊治療が無効であるものであって、これまで反復して着床又は妊娠に至っていない患者に係るものに限る。）

ロ 施設基準

(1) 主として実施する医師に係る基準

① 専ら産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科に従事し、当該診療科について五年以上の経験を有すること。

② 産婦人科専門医であり、かつ、生殖医療専門医である

（新設）

（新設）

こと。

③ 当該療養について、当該療養を主として実施する医師として五例以上の症例を実施していること。

(2) 保険医療機関に係る基準

① 産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科を標榜していること。

② 実施診療科において、常勤の産婦人科専門医が配置されていること。

③ 配偶子及び胚の管理に係る責任者が配置されていること。

④ 緊急の場合その他当該療養について必要な場合に対応するため、他の保険医療機関との連携体制を整備していること。

⑤ 医療機器保守管理体制が整備されていること。

⑥ 倫理委員会が設置されており、必要な場合に事前に開催すること。

⑦ 医療安全管理委員会が設置されていること。

⑧ 当該療養について五例以上の症例を実施していること。

⑨ 検査を委託して実施する場合には、臨床検査技師等に関する法律（昭和三十三年法律第七十六号）第二十条の三第一項に規定する衛生検査所（以下単に「衛生検査所」という。）であって、当該検査の実施に当たり適切な医療機器等を用いるものに委託すること。

二十四 子宮内細菌叢検査

イ 対象となる負傷、疾病又はそれらの症状

慢性子宮内膜炎が疑われるもの

ロ 施設基準

(1) 主として実施する医師に係る基準

① 専ら産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科に従事し、当該診療科について五年以上の経験を有すること。

（新設）

② 産婦人科専門医であり、かつ、生殖医療専門医であること。

③ 当該療養について、当該療養を主として実施する医師として十例以上の症例を実施していること。

(2) 保険医療機関に係る基準

① 産婦人科、産科、婦人科又は女性診療科を標榜していること。

② 実施診療科において、常勤の産婦人科専門医が配置されていること。

③ 配偶子及び胚の管理に係る責任者が配置されていること。

④ 緊急の場合その他当該療養について必要な場合に対応するため、他の保険医療機関との連携体制を整備していること。

⑤ 医療機器保守管理体制が整備されていること。

⑥ 倫理委員会が設置されており、必要な場合に事前に開催すること。

⑦ 医療安全管理委員会が設置されていること。

⑧ 当該療養について十例以上の症例を実施していること。

⑨ 検査を委託して実施する場合には、衛生検査所であって、当該検査の実施に当たり適切な医療機器等を用いるものに委託すること。

第三 先進医療を適切に実施できる体制を整えているものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において実施する先進医療

（削る）

（削る）

第三 先進医療を適切に実施できる体制を整えているものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において実施する先進医療

一 パクリタキセル静脈内投与（一週間に一回投与するものに限る。）及びカルボプラチン腹腔内投与（三週間に一回投与するものに限る。）の併用療法 上皮性卵巣がん、卵管がん又は原発性腹膜がん

二 削除

第四　患者申出療養を適切に実施できる体制を整えているものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において実施する患者申出療養 一　（略） 二　削除 三　（略）

第四　患者申出療養を適切に実施できる体制を整えているものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において実施する患者申出療養 一　（略） 二　削除 三　削除 四　削除 五　削除 六　削除 七・八　削除 九　（略） 十　削除 十一　削除 十二　（略） 十三　削除 十四・十五　（略） 十六　削除 十七　削除 十八　削除 十九　（略） 二十　削除 二十一　削除 二十二　削除 二十三　削除 二十四　削除 二十五　（略） 二十六　削除 二十七　（略） 二十八　削除 二十九　削除 三十　削除 三十一　削除 三十二　（略） 三十三　削除 三十四　削除 三十五　（略） 三十六　削除 三十七　削除 三十八　削除 三十九　削除 四十　削除 四十一　削除 四十二　削除 四十三　削除 四十四　削除 四十五　（略） 四十六　削除 四十七　削除 四十八　削除 四十九　削除 五十　（略）

第四　患者申出療養を適切に実施できる体制を整えているものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において実施する患者申出療養 一　（略） 二　削除 三　（略） 四　削除 五　削除 六　削除 七・八　削除 九　（略） 十　削除 十一　削除 十二　削除 十三　（略） 十四・十五　（略） 十六　削除 十七　削除 十八　削除 十九　（略） 二十　削除 二十一　削除 二十二　削除 二十三　削除 二十四　削除 二十五　（略） 二十六　削除 二十七　（略） 二十八　削除 二十九　削除 三十　削除 三十一　削除 三十二　（略） 三十三　削除 三十四　削除 三十五　（略） 三十六　削除 三十七　削除 三十八　削除 三十九　削除 四十　削除 四十一　削除 四十二　削除 四十三　削除 四十四　削除 四十五　（略） 四十六　削除 四十七　削除 四十八　削除 四十九　削除 五十　（略）

◎健康保険法施行規則等の一部を改正する省令

（健康保険法施行規則の一部改正）

第一条　健康保険法施行規則（大正十五年内務省令第三十六号）の一部を次の表のように改正する。

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
（法第百十条の九の厚生労働省令で定める者） 第百五十五条の九　法第百十五条の九の厚生労働省令で定める者は、同条に規定する事務を適切に行うことができる者として厚生労働大臣が認めた者とする。	（新設）
第百五十五条の十から第百五十五条の十二　（略）	第百五十五条の九から第百五十五条の十一　（略）
（法第百九十四条の二第一項の厚生労働省令で定める者等） 第百五十六条の二　（略） ２　法第百九十四条の二第一項の厚生労働省令で定める場合は、次の各号のいずれかに該当する場合とする。 一から十一　（略） 十二　法第百五十条の九の規定により厚生労働大臣から法第七十七条第一項に規定する調査に係る事務の全部又は一部の委託を受けた者（第百五十五条の九に規定する者に限る。）が、当該事務を行う場合	（法第百九十四条の二第一項の厚生労働省令で定める者等） 第百五十六条の二　（略） ２　法第百九十四条の二第一項の厚生労働省令で定める場合は、次の各号のいずれかに該当する場合とする。 一から十一　（略） （新設）

（国民健康保険法施行規則の一部改正）

第二条　国民健康保険法施行規則（昭和三十三年厚生省令第五十三号）の一部を次の表のように改正する。

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
（法第百十一条の二第一項の厚生労働省令で定める者等） 第四十四条の二　（略） ２　法第百十一条の二第一項の厚生労働省令で定める場合は、次の各号のいずれかに該当する場合とする。 一から十一　（略） 十二　健康保険法第百五十条の九の規定により厚生労働大臣から同法第七十七条第一項に規定する調査に係る事務の全部又は一部の委託を受けた者（健康保険法施行規則第百五十五条の九に規定する者に限る。）が、当該事務を行う場合	（法第百十一条の二第一項の厚生労働省令で定める者等） 第四十四条の二　（略） ２　法第百十一条の二第一項の厚生労働省令で定める場合は、次の各号のいずれかに該当する場合とする。 一から十一　（略） （新設）

（高齢者の医療の確保に関する法律施行規則の一部改正）

第三条　高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（平成十九年厚生労働省令第百二十九号）の一部を次の表のように改正する。

（傍線部分は改正部分）

改正後	改正前
（法第百六十一条の二第一項の厚生労働省令で定める者等） 第百十八条の三　（略） ２　法第百六十一条の二第二項の厚生労働省令で定める場合は、次の各号のいずれかに該当する場合とする。 一～十一　（略） 十二　健康保険法第百五十条の九の規定により厚生労働大臣から同法第七十七条第二項に規定する調査に係る事務の全部又は一部の委託を受けた者（健康保険法施行規則第百五十五条の九に規定する者に限る。）が、当該事務を行う場合	（法第百六十一条の二第一項の厚生労働省令で定める者等） 第百十八条の三　（略） ２　法第百六十一条の二第二項の厚生労働省令で定める場合は、次の各号のいずれかに該当する場合とする。 一～十一　（略） （新設）

附　則

この省令は、令和四年四月一日から施行する。

様式集(点数表・施設基準等)

※日医ホームページ上に掲載します

①点数表等の別紙様式

別紙様式１ 退院証明書
別紙様式２ 医療区分・ＡＤＬ区分等に係る評価票
別紙様式３ 緩和ケア実施計画書
別紙様式４ 児童・思春期精神医療入院診療計画書
別紙様式４の２ 同・(医療保護入院者用)
別紙様式５ 栄養治療実施計画 兼 栄養治療実施報告書
別紙様式６ 退院支援計画書
別紙様式６の２ 退院支援計画書（ＰＳＷ配置加算）
別紙様式６の３ 退院支援計画書（地域移行病棟）
別紙様式７ 地域包括ケア病棟入院診療計画書
別紙様式７の２ ＡＤＬ維持向上等体制加算に係る評価書
別紙様式７の３せん妄ハイリスク患者ケア加算に係るチェックリスト
別紙様式８ 短期滞在手術同意書
別紙様式９ 生活習慣病 療養計画書 初回用
別紙様式９の２ 生活習慣病 療養計画書 継続用
別紙様式 10 「小児かかりつけ診療料」説明書・同意書
別紙様式 11 診療情報提供書（医療機関宛）
別紙様式 11 の２診療情報提供書（届出状況）
別紙様式 12 診療情報提供書（市町村宛）
別紙様式 12 の２ 診療情報提供書(市町村宛／18 歳未満・子)
別紙様式 12 の３ 診療情報提供書(市町村宛／18 歳未満・親)
別紙様式 12 の４ 診療情報提供書(居宅介護支援事業所向け)
別紙様式 13 診療情報提供書（介護老人保健施設宛）
別紙様式 14 診療情報提供書（学校宛）
別紙様式 14 の２（新）保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表
別紙様式 14 の３（新）学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）
別紙様式 16 訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書
別紙様式 17 精神科訪問看護指示書
別紙様式 17 の２ 精神科特別訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書
別紙様式 18 特別訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書
別紙様式 19 神経学的検査チャート
別紙様式 19 の２ 小児神経学的検査チャート
別紙様式 20 血漿成分製剤輸注文書（同意書）
別紙様式 21 リハビリテーション実施計画書
別紙様式 21 の６ リハビリテーション実施計画書
別紙様式 22 廃用症候群に係る評価表
別紙様式 22 （参考資料）疾病コード
別紙様式 23 リハビリテーション実施計画書
別紙様式 23 の５ 目標設定等支援・管理シート
別紙様式 24 （精神科）退院療養計画書
別紙様式 25 酸素の購入価格に関する届出書
別紙様式 26 輸血文書
別紙様式 27 90 日超一般病棟入院患者 退院支援状況報告書
別紙様式 28 初診料及び外来診療料の注２、注３に掲げる報告書
別紙様式 29 精神科リエゾンチーム治療評価書
別紙様式 29 の２ 精神科リエゾンチーム診療実施計画書
別紙様式 30 病棟薬剤業務日誌
別紙様式 31 精神科デイ・ケア等の実施状況に係る報告書
別紙様式 32 認知症療養計画書
別紙様式 32 の２ 認知症療養計画書
別紙様式 33 DIEPSS（薬原性錐体外路症状評価尺度）全項目評価用紙
別紙様式 34 介護職員等喀痰吸引等指示書
別紙 36 向精神薬種類一覧
別紙 36 の２ 抗精神病薬のクロルプロマジン換算係数
別紙様式 37 統合失調症用 院内標準診療計画書
別紙様式 37 の２ 気分（感情）障害用 院内標準診療計画書
別紙様式 38 退院支援委員会会議記録
別紙様式 39 精神科の診療に係る経験を十分に有する医師に係る届出書添付書類
別紙様式 40 向精神薬多剤投与に係る報告書
別紙様式 41 総合支援計画書
別紙様式 42 入院時訪問指導に係る評価書
別紙様式 43 褥瘡対策に関する診療計画書
別紙様式 44 保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式
別紙様式 45 回復期リハビリテーション病棟入院料における実績指数等に係る報告書
別紙様式 46 褥瘡対策に関する評価
別紙様式 47 地域包括診療加算等説明書・同意書
別紙様式 48 地域包括診療料等説明書・同意書
別紙様式 49 職場復帰の可否等についての主治医意見書
別紙様式 49 の２ 治療の状況や就職継続の可否等についての主治医意見書
別紙様式 50 退院時共同指導料２注４（看護・栄養管理等情報）
別紙様式 51 包括的支援マネジメント 導入基準
別紙様式 51 の２（新）療養生活の支援に関する計画書
別紙様式 52（新）在宅療養計画書
別紙様式 53（新）療養病棟リハビリテーション実績指数等に係る報告書

②別添６ 基本診療料の施設基準等に係る別紙

別紙１ 診療情報提供書
別紙２ 入院診療計画書
別紙２の２ 入院診療計画書
別紙２の３ 入院診療計画書
別紙３ 褥瘡対策に関する診療計画書
別紙４ 平均在院日数の算定方法
別紙５ 看護要員（看護職員及び看護補助者をいう）の配置状況（例）
別紙６ 入院基本料に係る看護記録
別紙７ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票
別紙８ 医療区分・ＡＤＬ区分に係る評価票 評価の手引き
別紙 12 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準
別紙 13 障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準
別紙 14 超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準
別紙 14 の２ 強度行動障害児（者）の医療度判定基準
別紙 16 褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書
別紙 17 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票
別紙 18 ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票
別紙 19 リハビリテーション総合実施計画書
別紙 20 リハビリテーション総合実施計画書
別紙 21 日常生活機能評価票
別紙 23 栄養管理計画書
別紙 24 感染対策向上加算１チェック項目表

③別添７ 基本診療料の施設基準等に係る届出書

④別添２ 特掲診療料の施設基準に係る届出書

別添１の２

＜通則＞

医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する書面等は別紙様式のとおりである。

なお、当該様式は、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、当該別紙様式と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該別紙様式の作成や保存等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたいこと。

自筆の署名がある場合には印は不要であること。

署名又は記名・押印を要する文書については、電子的な署名を含む。

様式 11、12、12 の２、12 の３、12 の４、13、16、17、17 の２、18 について、電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関、保険薬局等に提供する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成 12 年法律第 102 号）第２条第３項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第２項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成 14 年法律第 153 号）に基づき、平成 16 年１月 29 日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。

※別紙様式 15 及び別紙様式 35 は欠番である。

（別紙様式１）

退　院　証　明　書

保険医療機関名称
住所
電話番号
主治医氏名

患者氏名　　性別（男・女） 患者住所 電話番号 生年月日　（明・大・昭・平・令）　年　月　日（　歳）

１．当該保険医療機関における入院年月日及び退院年月日 □　入院年月日　　年　月　日 □　退院年月日　　年　月　日
２．当該保険医療機関における入院基本料等（特定入院料を含む。）の種別及び算定期間 （複数ある場合はそれぞれ記載のこと。） □　入院基本料等の種別： □　算定期間：　　日（　　年　月　日～　　年　月　日）
３．当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間 □　　日（　　年　月　日現在）
４．当該保険医療機関の入院に係る傷病名 □　傷病名：
５．転帰（該当するものに○をつける。） □　治癒 □　治癒に近い状態（寛解状態を含む。） □　その他
６．その他の特記事項

（別紙様式2）

医療区分・ADL区分等に係る評価票

年　月分

氏名	
	1男　2女　1明　2大　3昭　4平　5令．　．　生

入院元（入院した月に限り記載）
□ 一般病棟（自院以外の急性期病院からの転院）
□ 一般病棟（自院の急性期病棟からの転棟）
□ 他の病棟（急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟以外）
□ 介護医療院
□ 介護老人保健施設
□ 特別養護老人ホーム
□ 有料老人ホーム等
□ 自宅

退院先（退院した月に限り記載）
□ 一般病棟（急性期病棟への転院・転棟）
□ 他の病棟（急性期医療を担う保険医療機関の一般病棟以外）
□ 介護医療院
□ 介護老人保健施設
□ 特別養護老人ホーム
□ 有料老人ホーム等
□ 自宅
□ 死亡

【留意事項】

療養病棟に入院する患者については、別添6の別紙8の「医療区分・ADL区分等に係る評価票　評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、患者の状態像に応じて、該当する区分に「○」を記入すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。 また、頻度が定められていない項目については☆に「○」を記入すること。

Ⅰ　算定期間に限りがある区分

		期間	1 2 3 4 5	6 7 8 9 10	11 12 13 14	15 16 17 18 19 20	21 22 23 24 25	26 27 28 29 30 31
医療区分3								
1	24時間持続して点滴を実施している状態	7						
医療区分2		期間	1 2 3 4 5	6 7 8 9 10	11 12 13 14	15 16 17 18 19 20	21 22 23 24 25	26 27 28 29 30 31
2	尿路感染症に対する治療を実施している状態	14						
3	傷病等によりリハビリテーションが必要な状態	30						
4	81、かつ、83の状態	7						
5	消化管等の体内からの出血が反復継続している状態	7						
6	82、かつ、83の状態	3						
7	せん妄に対する治療を実施している状態	7						
8	84、かつ、82又は83の状態	7						
9	頻回の血糖検査を実施している状態	3						

Ⅱ　算定期間に限りがない区分

		☆	1 2 3 4 5	6 7 8 9 10	11 12 13 14	15 16 17 18 19 20	21 22 23 24 25	26 27 28 29 30 31
医療区分3								
10	スモン							
11	注1を参照							
12	86に該当、かつ、1～38（12を除く。）に1項目以上該当する状態							
13	中心静脈栄養を実施している状態							
14	人工呼吸器を使用している状態							
15	ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態							
16	85、かつ、83の状態							
17	酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態に限る。）							
18	感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態							
医療区分2		☆						
19	筋ジストロフィー							
20	多発性硬化症							
21	筋萎縮性側索硬化症							
22	パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。））							
23	その他の指定難病等（10及び19～22までを除く。）							
24	脊髄損傷（頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。）							
25	慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。）							
26	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態							
27	注2を参照							
28	基本診療料の施設基準等の別表第五の三の三の患者							
29	悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。）							
30	肺炎に対する治療を実施している状態							
31	褥瘡に対する治療を実施している状態（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡がd2カ所以上に認められる場合に限る。）							
32	末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態							
33	うつ症状に対する治療を実施している状態							
34	他者に対する暴行が毎日認められる場合							
35	１日8回以上の喀痰吸引を実施している状態							
36	気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く。）							
37	創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態							
38	酸素療法を実施している状態（17を除く。）							
39	86に該当、かつ、1～38（12を除く。）に該当しない状態							
		☆	1 2 3 4 5	6 7 8 9 10	11 12 13 14	15 16 17 18 19 20	21 22 23 24 25	26 27 28 29 30 31
	医療区分3の該当有無							
	医療区分2の該当有無							
	医療区分3・2いずれも0（医療区分1）							
81	脱水に対する治療を実施している状態							
82	頻回の嘔吐に対する治療をしている状態							
83	発熱がある状態							
84	経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態							
85	気管切開又は気管内挿管が行われている状態							
86	医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態							
87	中心静脈カテーテル関連血流感染症に対して治療を実施している状態							
91	身体抑制を実施している							

Ⅲ　ADL区分評価

【留意事項】

月初め（月の途中から入院又は転棟してきた場合には、入院又は転棟時）に、必ず各項目に評価点（0～6）を記入することとし、その後ADLが変化した場合は該当日に評価点を記入すること。なお、該当日以降に各区分のADLの変化がなければ記入しなくても良い。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
a　ベッド上の可動性																															
b　移乗																															
c　食事																															
d　トイレの使用																															
ADL得点（合計得点0～24）																															

患者の状態像評価

【留意事項】

月初め（月の途中から入院した場合には、入院時）に、必ずⅠ～Ⅲの評価結果に基づき、該当する区分に「○」を記入することとし、その後状態等が変化し、該当しなくなった場合には「×」を記入すること。なお、該当日以降に状態等の変化がなければ記入しなくても良い。

1．病院の場合

	医療区分の評価		ADL区分の評価		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
A	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分3	ADL得点 23～24																													
B	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分2	ADL得点 11～22																													
C	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL得点 0～10																													
D	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分3	ADL得点 23～24																													
E	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分2	ADL得点 11～22																													
F	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分1	ADL得点 0～10																													
G	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分3	ADL得点 23～24																													
H	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分2	ADL得点 11～22																													
I	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分1	ADL得点 0～10																													

※　当該患者に係る疾患又は状態等、ADL区分評価については、該当する全てのものについて記入すること。

2．診療所の場合

	医療区分の評価		ADL区分の評価		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
A	医療区分3	医療区分3の該当項目数が1以上	ADL区分3～1	ADL得点 0～24																													
B	医療区分2	医療区分3の該当項目数が0で医療区分2の該当項目数が1以上	ADL区分3～2	ADL得点 11～24																													
C			ADL区分1	ADL得点 0～10																													
D	医療区分1	医療区分評価3・2いずれの該当項目数も0	ADL区分3	ADL得点 23～24																													
E			ADL区分2～1	ADL得点 0～22																													

※　当該患者に係る疾患又は状態等、ADL区分評価については、該当する全てのものについて記入すること。ただし、該当する疾患又は状態等について全て記入することが困難である場合にあっては、主となる疾患又は状態等の記入でも差し支えないこと。

注1

ア　平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって別表第五の二若しくは別表第五の三の患者

イ「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する療養病棟に入院している患者（仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。）

ウ　平成20年3月31日において現に特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等

エ　平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料1を算定する病棟に入院している患者のうち、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等

注2

ア　平成20年3月31日において現に障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児(者)、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等であって別表第五の二又は別表第五の三の患者以外の患者

イ「基本診療料の施設基準等」の別表第十二に掲げる神経難病等の患者であって、平成18年6月30日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する療養病棟に入院している患者（仮性球麻痺の患者以外の患者に限る。）（別表第五の二の患者は除く。）

ウ　平成20年3月31日において現に特殊疾患療養病棟入院料2を算定する病棟に入院している患者のうち、重度の肢体不自由児（者）等、重度の障害者（脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）（別表第五の二の患者は除く。）

褥瘡の状態の評価

【留意事項】

ADL区分3の状態の患者において、褥瘡対策加算を算定する日は、別紙様式46「褥瘡対策に関する評価」を用いて評価した当該日のDESIGN-R2020の合計点（深さの点数は加えない）を必ず記入すること。なお、ADL区分3以外の状態の日又は褥瘡対策加算を算定しない日は記入しなくても良い。

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
DESIGN－Rの合計点（深さの点数は加えない）																															

（別紙様式3）

緩和ケア実施計画書

氏名	（ふりがな）	年齢	ID
生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日	歳	

主訴

診断

1）　5）
2）　6）
3）　7）
4）　8）

現病歴　年　月　日

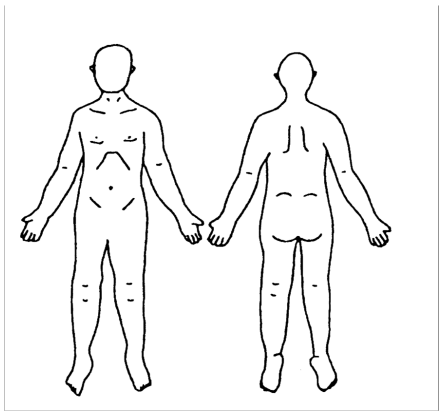
既往歴　年　月　日

身体症状

【重症度】

1. 痛み　□なし □軽 □中 □重
2. 呼吸困難　□なし □軽 □中 □重
3. 倦怠感　□なし □軽 □中 □重
4. 発熱　□なし □軽 □中 □重
5. 口渇　□なし □軽 □中 □重
6. 咳・痰　□なし □軽 □中 □重
7. 食欲不振　□なし □軽 □中 □重
8. 嘔気・嘔吐　□なし □軽 □中 □重
9. 腹部膨満感　□なし □軽 □中 □重
10. 便秘　□なし □軽 □中 □重
11. 尿閉、失禁　□なし □軽 □中 □重
12. 浮腫　□なし □軽 □中 □重
13. 栄養障害　□なし □軽 □中 □重
14. その他（具体的に）

【症状の性質、分布】



身体活動状態

全般　□0. 問題なし　□1. 軽度の症状があるも、軽い労働は可能 □2. 時に介助が必要、一日の半分以上は起きている
□3. しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している　□4. 常に介助が必要、終日臥床している

歩行　□問題なし □要介助 □不可　　排泄　□問題なし □ポータブル □要介助
食事　□問題なし □要介助 □不可　　入浴　□問題なし □要介助 □不可

精神状態　【重症度】

1. 不安　□なし □軽 □中 □重
2. 抑うつ　□なし □軽 □中 □重
3. せん妄　□なし □軽 □中 □重
4. 不眠　□なし □軽 □中 □重
5. 眠気　□なし □軽 □中 □重
6. その他(具体的に)

その他の問題

□家族
□経済
□仕事・趣味・交際などの活動や生きがい
□その他

本人の希望	家族の希望

治療目標（優先順に）	②	③
①		

緩和治療・検査計画

□薬物療法

□精神療法（カウンセリング、リラクセーション）

□理学・作業療法

□栄養食事管理

□その他

備考

説明日　年　月　日

本人の署名	家族の署名　（続柄　）
主治医	精神科医
緩和ケア医	緩和ケア担当看護師
緩和ケア担当薬剤師	（緩和ケア担当管理栄養士）

（別紙様式４）

児童・思春期精神医療入院診療計画書

患　者　氏　名	（男・女）	生年月日	昭・平・令　　年　月　日生　（　　歳）
診断名（状態像名）			ICD-10（コード番号）：

Ⅰ．発育・社会的環境

発達・生育歴	**家族構成：**	**社会的環境：**	c. 職歴
□特記事項なし	（同居家族を含む）	a. 就学状況	
□あり		b. 教育歴 （最終学歴：　　）	d. 交友関係など

Ⅱ．入院時の状況

入院年月日	年　月　日　（　　曜日）	**入 院 形 態**	□任意入院　□医療保護入院 □措置入院　□その他

主訴	患者：
	家族（父・母・その他　　）：

特別な栄養管理の必要性：　有　・　無

症状　および　問題行動：

A. 行　　動：a. 動　　き：□多動　□寡動　□常同症　□拒絶症　□奇妙な動作（　　）
b. 表　　情：□不安・恐怖・心配　□憂うつ　□怒り・敵意　□無表情
c. 話 し 方：□緘黙　□不明瞭　□吃音　□反響言語
d. そ の 他：□睡眠障害　□食行動異常　□排泄障害　□習癖異常

B. 情　　緒：□不安定　□無感情　□怒り・敵意　□不安・恐怖・心配　□高揚　□抑うつ気分　□感情の不調和

C. 対 人 関 係：□ひきこもり　□自己中心的　□他罰的　□共感性欠如

D. 知 的 機 能：□注意散漫　□興味限局　□記憶障害　□知的障害　□学習（能力）障害

E. 意　　識：□見当識障害　□意識障害

F. 意　　欲：□消極性　□意欲減退　□無為　□意欲亢進

G. 行　　為：□自傷　□他害・暴行　□盗み　□器物破損

H. 知　　覚：□錯覚　□幻覚

I. 思　　考：□心気症　□強迫観念・行為　□恐怖症　□自殺念慮・自殺企図　□離人体験　□病的な空想　□作為体験
□罪業妄想　□被害・関係妄想　□その他の妄想（　　）　□連合障害

J. そ　の　他：□病識欠如　□不登校　□計画的な行動がとれない　□衝動コントロールの欠如　□主体性の未確立

具体的な事柄：

（※）担当者名

主治医	看護師	精神保健福祉士	公認心理師	その他

Ⅲ．治療計画　　（患者氏名　　）

予定治療期間（　　週間/月）

本人の希望：

家族の希望　：

目標の設定：

同意事項：

□検査　□診断の確定
□薬物療法の調整　□精神症状の改善
□問題行動の改善　□生活リズムの改善
□家族関係の調整　□主体性の確立
□社会復帰
□その他（　　）

基本方針：

治療と検査：

A. 治療：
精神療法：
□個人精神療法：　回/週　□集団精神療法：　回/週
□認知行動療法：　回/週　□生活療法：　回/週
薬物療法：
□抗精神病薬　□抗うつ薬　□抗躁薬　□抗不安薬
□抗てんかん薬　□睡眠導入剤
□その他（　　）

B. 検査：
理化学検査：
□血液検査　□心電図　□脳波　□X 線
□CT（MRI）検査　□その他（　　）
心理検査：
□知能検査（　　）
□性格検査（　　）

行動制限：□なし　□あり（電話、面会、外出、外泊、その他　　）　**隔離室・個室使用：**□なし　□あり

退院後の目標：　□家庭内適応　□復学　□就労　□デイケア　□地域作業所　□施設入所
□その他（　　）

Ⅳ．家族へのアプローチ

面接： □家族面接：　回/週・月（□父親　□母親　□その他（　　）） □本人との同席面接：　回/週・月 **その他：** □家族療法：　回/週・月　□その他：　回/週・月	具体的アプローチ

Ⅴ．学校・教育へのアプローチ

入院中の教育的配慮： □院内学級・院内分校への通級（学） □地元（原籍）校への通学　□訪問学級 □通信教育　□その他（　　）	**学校への具体的アプローチ：**　□本人の同意　□保護者の同意 □担任　□養護教諭　□生徒指導担当　□その他（　　） □現状での問題点（　　） □今後の方向性（　　）

上記説明を受けました。　　年　　月　　日　本人サイン＿＿＿＿＿＿　保護者サイン＿＿＿＿＿＿

（注）内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。
（児童・思春期精神医療入院診療計画書記載上の注意）
１．　入院の早い時期に、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師などの関係者が協力し、治療計画を決めること。
２．　すみやかに、患者、保護者へ説明を行うとともに交付すること。（病状によっては、別紙２のみの交付でも可）

（別紙様式４の２）

児童・思春期精神医療入院診療計画書(医療保護入院者用)

患　者　氏　名	（男・女）	生年月日	昭和・平成・令和 年　月　日生　（　歳）
診断名（状態像名）			ICD-10（コード番号）：

Ⅰ．発育・社会的環境

発達・生育歴	家族構成：	社会的環境：	c. 職歴
□特記事項なし □あり	（同居家族を含む）	a. 就学状況	
		b. 教育歴 （最終学歴：　）	d. 交友関係など

Ⅱ．入院時の状況

入院年月日	年　月　日　（　曜日）	入院形態	□任意入院　□医療保護入院 □措置入院　□その他

主訴	患者：
	家族（父・母・その他　）：

特別な栄養管理の必要性：　有　・　無

症状　および　問題行動：

A. 行　動：a. 動　き：□多動　□寡動　□常同症　□拒絶症　□奇妙な動作（　）
b. 表　情：□不安・恐怖・心配　□憂うつ　□怒り・敵意　□無表情
c. 話 し 方：□緘黙　□不明瞭　□吃音　□反響言語
d. そ の 他：□睡眠障害　□食行動異常　□排泄障害　□習癖異常

B. 情　緒：□不安定　□無感情　□怒り・敵意　□不安・恐怖・心配　□高揚　□抑うつ気分　□感情の不調和

C. 対 人 関 係：□ひきこもり　□自己中心的　□他罰的　□共感性欠如

D. 知 的 機 能：□注意散漫　□興味限局　□記憶障害　□知的障害　□学習（能力）障害

E. 意　識：□見当識障害　□意識障害

F. 意　欲：□消極性　□意欲減退　□無為　□意欲亢進

G. 行　為：□自傷　□他害・暴行　□盗み　□器物破損

H. 知　覚：□錯覚　□幻覚

I. 思　考：□心気症　□強迫観念・行為　□恐怖症　□自殺念慮・自殺企図　□離人体験　□病的な空想　□作為体験
□罪業妄想　□被害・関係妄想　□その他の妄想（　）　□連合障害

J. そ　の　他：□病識欠如　□不登校　□計画的な行動がとれない　□衝動コントロールの欠如　□主体性の未確立

具体的な事柄：

（※）担当者名

主治医	看護師	精神保健福祉士	公認心理師	その他

Ⅲ．治療計画　（患者氏名　）

推定される入院期間（　週間/月）
（うち医療保護入院による入院期間：　）

本人の希望：

家族の希望　：

目標の設定：

同意事項：
□検査　□診断の確定
□薬物療法の調整　□精神症状の改善
□問題行動の改善　□生活リズムの改善
□家族関係の調整　□主体性の確立
□社会復帰
□その他（　）

基本方針：

治療と検査：

A. 治療：
精神療法：
□個人精神療法：　回/週　□集団精神療法：　回/週
□認知行動療法：　回/週　□生活療法：　回/週
薬物療法：
□抗精神病薬　□抗うつ薬　□抗躁薬　□抗不安薬
□抗てんかん薬　□睡眠導入剤
□その他（　）

B. 検査：
理化学検査：
□血液検査　□心電図　□脳波　□X 線
□CT（MRI）検査　□その他（　）
心理検査：
□知能検査（　）
□性格検査（　）

行動制限：□なし　□あり（電話、面会、外出、外泊、その他　）

隔離室・個室使用：□なし　□あり

選任された退院後生活環境相談員の氏名

退院後の目標：　□家庭内適応　□復学　□就労　□デイケア　□地域作業所　□施設入所
□その他（　）

Ⅳ．家族へのアプローチ

面接：	具体的アプローチ
□家族面接：　回/週・月（□父親　□母親　□その他（　）） □本人との同席面接：　回/週・月	
その他： □家族療法：　回/週・月　□その他：　回/週・月	

Ⅴ．学校・教育へのアプローチ

入院中の教育的配慮：	学校への具体的アプローチ：　□本人の同意　□保護者の同意
□院内学級・院内分校への通級（学） □地元（原籍）校への通学　□訪問学級 □通信教育　□その他（　）	□担任　□養護教諭　□生徒指導担当　□その他（　） □現状での問題点（　） □今後の方向性（　）

上記説明を受けました。　年　月　日　**本人サイン**　**保護者サイン**

（注）内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

（児童・思春期精神医療入院診療計画書記載上の注意）

１．　入院の早い時期に、医師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師などの関係者が協力し、治療計画を決めること。

２．　すみやかに、患者、保護者へ説明を行うとともに交付すること。（病状によっては、別紙２のみの交付でも可）

（別紙様式5）

栄養治療実施計画　兼　栄養治療実施報告書

患者氏名		患者ID		性　：　男・女	年齢　　歳		入院日	年　月　日
病棟		主治医		NST患者担当者			初回回診日	年　月　日
NST回診実施者名	医師		看護師		薬剤師		管理栄養士	
NST回診実施者名	歯科医師 歯科衛生士		臨床検査技師		PT・OT・ST MSWほか		NST専従者氏名	
現疾患			褥瘡	なし あり（　　）	嚥下障害	なし あり（　　）	前回回診日	年　月　日
その他の合併疾患※1			感染症	なし あり（　　）	社会的問題点	なし あり（　　）	回診日	年　月　日
身長	cm	現体重	浮腫 有 □ 無 □ kg	BMI：	標準体重（BMI=22）	kg	通常時体重	kg

栄養評価	主観的栄養評価	アルブミン（g/dL）	リンパ球数（　/mm^3）	ヘモグロビン（g/dL）	中性脂肪（mg/dL）	トランスサイレチン（TTR：プレアルブミン）（mg/dL）		総合評価（栄養障害の程度）
	良・普通・悪	検査日　月　日	検査日　月　日	検査日　月　日	検査日　月　日	検査日　月　日	検査日　月　日	良・軽度・中等度・高度
前回との比較	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪	改善・不変・増悪

栄養管理法

経口栄養	□ 普通食　□ 該当無し □ 咀嚼困難食 □ 嚥下調整食 学会分類コード：（　　） □ 濃厚流動食・経腸栄養剤	経腸栄養※2	□ 該当無し □ 経鼻（　　） □ 胃瘻（　　） □ 腸瘻（　　）	経静脈栄養	□ 末梢静脈栄養　□ 該当無し □ 中心静脈栄養 （鎖骨下・ソケイ部・PICC・リザーバー）
栄養投与法の推移（前回との比較） （例：経腸栄養 → 経口栄養、経口栄養 → 中心静脈栄養）		□無 （　　）→（　　）			

投与組成・投与量（該当無しの場合□にチェックを入れること）

	水分量（ml/日）	エネルギー（kcal/日）	たんぱく質・アミノ酸（g/日）					
前回栄養管理プラン※3	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無
実投与量	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無
投与バランス※4	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無
新規栄養管理プラン	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無	□無
栄養管理上の注意点・特徴※5								

活動状況・評価

他チームとの連携状況	摂食嚥下支援チーム（あり　なし）	褥瘡対策チーム（あり　なし）	感染制御チーム（あり　なし）	緩和ケアチーム（あり　なし）	その他のチーム（　　チーム）

治療法の総合評価※6 【　】 ①改善 ②不変 ③増悪	【評価項目】※7 1. 身体的栄養評価：　改善度　5・4・3・2・1（改善項目：　　） 2. 血液学的栄養評価：改善度　5・4・3・2・1（改善項目：　　） 3. 摂食・嚥下状態：　改善度　5・4・3・2・1 4. 褥瘡：　改善度　5・4・3・2・1 5. 感染・免疫力：　改善度　5・4・3・2・1 6. 7.	コメント※8　【入院中・転院・退院】：

※1：褥瘡・嚥下障害・感染症以外で、栄養管理に際して重要と思われる疾患を優先的に記載すること。

※2：投与速度と形状（半固形化の有無など）を含めて記載すること。

※3：初回時には記載を要しない。

※4：必要に応じ患者及び家族等に確認し、提供している食事・薬剤のみではなく、間食等の状況を把握した上で、体内へ入った栄養量を記載するよう努めること。

※5：栄養管理の上で特に注意を要する点や特徴的な点を記載すること。

※6：栄養療法による効果判定を総合的に行うこと。【　】内には、①～③のいずれかを記載すること。

※7：評価項目中変化があった項目を選択し、程度を「5：極めて改善」「4：改善」「3：不変」「2：やや悪化」「1：悪化」の5段階で記載すること。また、改善項目の詳細も記載すること。なお、必要に応じて項目を追加しても構わない。

※8：治療評価時の状況として「入院中」「転院」「退院」のうちいずれか一つを選択し、栄養治療の効果についての補足事項や詳細を記載すること。特に、「転院」又は「退院」の場合にあっては、患者及び家族に対して今後の栄養管理の留意点等（在宅での献立を含む。）について丁寧な説明を記載するとともに、転院先又は退院先で当該患者の栄養管理を担当する医師等に対し、治療継続の観点から情報提供すべき事項について記載すること。

（別紙様式6）

退院支援計画書

（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

入　院　日：　　年　　月　　日
計画着手日：　　年　　月　　日
計画作成日：　　年　　月　　日

病棟（病室）	
病名 （他に考え得る病名）	
退院に関する患者以外の相談者	家族　・その他関係者（　　）
退院支援計画を行う者の氏名 （下記担当者を除く）	
退院困難な要因	
退院に係る問題点、課題等	
退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要	
予想される退院先	
退院後に利用が予想される福祉サービス等	
退院後に利用が予想される福祉サービスの担当者	

注）上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

説明・交付日：　　年　　月　　日

（病棟の退院支援担当者）　　印

（入退院支援部門の担当者）　　印

（本人）

別紙様式6の2

退院支援計画書

（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

入　院　日：　　年　　月　　日
計画着手日：　　年　　月　　日
計画作成日：　　年　　月　　日

病棟（病室）	
病名	
患者以外の相談者	家族　・その他関係者（　　）
患者の状態	
患者の意向	
退院困難な要因 （医学的要因）	1. 精神症状　　4. IADLの低下 2. 問題行動　　5. 身体合併症 3. ADLの低下
退院困難な要因 （社会・環境的要因）	1. 家庭内調整（　　） 2. 受け入れ先の確保が困難（　　） 3. 生活費の確保が困難（　　） 4. 自己負担の費用が増加（　　） 5. その他（　　）
退院に係る問題点、課題等	
退院へ向けた目標設定、評価時期、支援概要	1. 退院へ向けた目標 2. 評価時期 3. 支援概要
予想される退院先	1. 自宅 2. 障害福祉サービスによる入所施設（　　） 3. 介護保険サービスによる入所施設（　　） 4. その他（　　）
退院後に利用が予想される福祉サービス等	
退院後に利用が予想される福祉サービスの担当者	

注）上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

説明・交付日：　　年　　月　　日

（担当医）　　印

（病棟退院支援計画担当精神保健福祉士）　　印

（本人）

別紙様式6の3

退院支援計画書

（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

（担当医）

（担当退院支援相談員）

地域移行機能強化病棟への転棟日：　　年　　月　　日
退院支援委員会開催日：　　年　　月　　日
患者等への説明日：　　年　　月　　日
計画の変更日：　　年　　月　　日

1	病名	
2	患者以外の相談者	家族　・その他関係者（　　）
3	退院についての 患者の意向、希望 （本人の言葉で記述）	
4	退院後の生活の目標	
5	退院支援で留意すべき 主な問題点、課題等 （退院支援委員会の審議等を踏まえ、退院支援において、特に重点的に解決を図る必要があると考えられるもの（最大3つ）を選択した上で、関連する精神症状の状況等とともに、詳細を記載すること。）	【本人の受け入れ】 ☐退院意欲　☐退院そのものへの不安 【生活基盤領域】 ☐経済環境　☐住環境 【健康領域】 ☐服薬管理　☐食事管理　☐病気の理解（病識）　☐身体疾患の管理 ☐体力　☐危機管理 【日常生活領域】 ☐食事の準備　☐金銭管理　☐睡眠　☐外出 【社会生活技能/社会参加領域】 ☐対人関係　☐日中の過ごし方　☐就学　☐就労 ☐その他社会的活動（　　） 【家族支援領域】 ☐家族への情報提供　☐家族の負担軽減　☐家族関係調整 【その他】 ☐その他（　　） 問題点・課題等の詳細
6	その他退院支援で留意すべき 問題点、課題等 （５以外の問題点、課題等について優先順位を）	
7	退院予定時期	

8	退院支援内容（スケジュールには時期と担当者を併記すること）		
	退院意欲の喚起に関すること		【目標】 【実施内容とスケジュール】
	地域生活を念頭に置いたプログラムや訓練の実施に関すること	院内プログラム	【目標】 【実施内容】 ☐心理教育　☐家族心理教育　☐就労・就学支援 ☐個別認知行動療法　☐集団認知行動療法　☐デイ・ケア等体験利用 ☐その他（　　） 【今後のスケジュール】
		院外プログラム	【目標】 【実施内容】 ☐宿泊　☐買い物　☐公共・金融機関利用　☐交通機関利用 ☐住居見学　☐通所施設見学　☐余暇活動 ☐その他（　　） 【今後のスケジュール】
	退院後の医療の確保に関すること		【退院後の医療サービスに関する課題】 【必要な医療サービス】 ☐外来通院先の確保　☐身体疾患治療のための通院先の確保　☐訪問診療　☐訪問看護 ☐デイ・ケア等　☐その他（　　） 【必要な支援と今後のスケジュール】

	居住先に関すること(※)	【評価】 自宅　□あり □なし 同居家族　□あり □なし その他、居住先に関する課題:	【適切な居住先の種類と必要な支援】 【今後の支援のスケジュール】
		【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】	
	収入と金銭管理に関すること(※)	【評価】 障害年金　□受給中 生活保護　□受給中 その他、退院後の収入と金銭管理に関する課題:	【収入と金銭管理に関する必要な支援】 【今後の支援のスケジュール】
		【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】	
	栄養摂取・調理・火の管理に関すること(※)	【栄養摂取等に関する課題と必要な支援】	【今後の支援のスケジュール】
		【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】	
	障害福祉サービス等の利用に関すること(※)	【評価】 指定特定相談支援事業所　□未定(　　年　　月頃までに決定予定)　□不要 □決定(事業所名:　　担当者:　　) 障害者手帳　□取得済[　　級]　□申請予定(　　年　　頃まで)　□不要 障害支援区分　□認定済[区分　　]　□申請予定(　　年　　頃まで)　□不要 要介護認定　□認定済[　　]　□申請予定(　　年　　頃まで)　□不要 【その他、障害福祉サービス等に関する課題】	【今後の支援のスケジュール】
		【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】	

	成年後見制度に関すること(※)	【成年後見制度利用に関する課題と必要な支援】	【今後の支援のスケジュール】
		【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】	
	退院後、主に相談援助に応じる者に関すること(※)	【現時点で考えられる主たる援助者】	【今後の支援のスケジュール】
		【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】	
	日中の活動に関すること(※)(趣味や生きがいを考慮すること)	【日中の活動に関する課題と必要な支援】	【今後の支援のスケジュール】
		【外部の支援者(相談支援事業者等)の意見】	
9	その他退院支援に関する特記事項		

(※)指定一般相談支援事業者等、外部の支援を活用する場合には、「今後の支援のスケジュール」に外部の支援を活用するスケジュールを記載すること。

（別紙様式７）

地域包括ケア病棟入院診療計画書
（在宅復帰支援に関する事項）

（患者氏名）　　殿

年　月　日

病　棟　（　病　室　）	
在宅復帰支援担当者名	
病　　名 （他に考え得る病名）	
推定される入院期間	
在宅復帰支援計画	

注１）　病名等は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わりうるものである。
注２）　入院期間については、現時点で予想されるものである。

（主治医氏名）　　印

別紙様式７の２

ADL 維持向上等体制加算に係る評価書

バーセルインデックス（Barthel Index 機能的評価）

		点数	質問内容	得点
1	食事	10	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える	
		5	部分介助(たとえば、おかずを切って細かくしてもらう)	
		0	全介助	
2	車椅子からベッドへの移動	15	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む(非行自立も含む)	
		10	軽度の部分介助または監視を要する	
		5	座ることは可能であるがほぼ全介助	
		0	全介助または不可能	
3	整容	5	自立(洗面、整髪、歯 磨き、ひげ剃り)	
		0	部分介助または不可能	
4	トイレ動作	10	自立(衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む)	
		5	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	
		0	全介助または不可能	
5	入浴	5	自立	
		0	部分介助または不可能	
6	歩行	15	45M 以上の歩行、補装具(車椅子、歩行器は除く)の使用の有無は問わず	
		10	45M 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む	
		5	歩行不能の場合、車椅子にて 45M 以上の操作可能	
		0	上記以外	
7	階段昇降	10	自立、手すりなどの使用の有無は問わない	
		5	介助または監視を要する	
		0	不能	
8	着替え	10	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む	
		5	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える	
		0	上記以外	
9	排便コントロール	10	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能	
		5	ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む	
		0	上記以外	
10	排尿コントロール	10	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能	
		5	ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む	
		0	上記以外	
合計得点（　／100点）				

※１　得点：０～１５点　　※２　得点が高いほど、機能的評価が高い。

別紙様式７の３

せん妄ハイリスク患者ケア加算に係るチェックリスト

（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿殿

入院日　　：令和　　年　　月　　日
リスク因子確認日：令和　　年　　月　　日
せん妄対策実施日：令和　　年　　月　　日

１．せん妄のリスク因子の確認

（該当するものにチェック）
□　70 歳以上
□　脳器質的障害
□　認知症
□　アルコール多飲
□　せん妄の既往
□　リスクとなる薬剤（特にベンゾジアゼピン系薬剤）の使用
□　全身麻酔を要する手術後又はその予定があること

２．ハイリスク患者に対するせん妄対策

（リスク因子に１項目以上該当する場合は、以下の対応を実施）
□　認知機能低下に対する介入（見当識の維持等）
□　脱水の治療・予防（適切な補液と水分摂取）
□　リスクとなる薬剤（特にベンゾジアゼピン系薬剤）の漸減・中止
□　早期離床の取組
□　疼痛管理の強化（痛みの客観的評価の併用等）
□　適切な睡眠管理（非薬物的な入眠の促進等）
□　本人及び家族へのせん妄に関する情報提供

３．早期発見

せん妄のハイリスク患者については、せん妄対策を実施した上で、定期的にせん妄の有無を確認し、早期発見に努める。

※１　せん妄のリスク因子の確認は入院前又は入院後３日以内に行う。
※２　せん妄対策はリスク因子の確認後速やかに行う。

（別紙様式８）

短期滞在手術等同意書

（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿殿

令和　　年　　月　　日

病　　名	
症　　状	
治　療　計　画	
手術等内容及び日程	
手術等後に起こりうる症状とその際の対処	

（主治医氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、十分に理解した上で短期滞在手術等を受けることに同意します。

（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿印

(別紙様式9)

生活習慣病　療養計画書　初回用　（記入日：　　年　　月　　日）

患者氏名：　　（男・女）	主病：
生年月日：明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生（　　才）	□糖尿病　□高血圧症　□脂質異常症

ねらい：検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【検査・問診】

【検査項目】
- □身　長　（　　cm）
- □体 重：現在（　　kg）→目標（　　kg）
- □BMI　（　　）
- □腹 囲：現在（　　cm）→目標（　　cm）
- □栄養状態　（低栄養状態の恐れ　良好　肥満）
- □収縮期／拡張期血圧：現在（　　／　　mmHg）
　→目標（　　／　　mmHg）
- □運動負荷心電図
- □その他　（　　）

【血液検査項目】（採血日　　月　　日）
- □血糖（□空腹時　□随時　□食後（　　）時間）
　（　　mg/dl）
- □HbA1c：現在　（　　%）→目標（　　%）
- □総コレステロール　（　　mg/dl）
- □中性脂肪　（　　mg/dl）
- □HDLコレステロール　（　　mg/dl）
- □LDLコレステロール　（　　mg/dl）
- □その他　（　　）

【問　診】　□食事の状況　□運動の状況　□たばこ　□歯科の受診状況　□その他の生活

【①達成目標】：患者と相談した目標
（　　）

【②行動目標】：患者と相談した目標
（　　）

医師氏名　（印）

【重点を置く領域と指導項目】

□食事
- □食事摂取量を適正にする　□食塩・調味料を控える
- □野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす　□外食の際の注意事項（　　）
- □油を使った料理（揚げ物や炒め物等）の摂取を減らす　□その他（　　）
- □節酒：〔減らす（種類・量：　　を週　回）〕
- □間食：〔減らす（種類・量：　　を週　回）〕
- □食べ方：（ゆっくり食べる・その他（　　））
- □食事時間：朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

担当者の氏名　（印）

□運動
- □運動処方：種類（ウォーキング・　　）
　時間（30分以上・　　）、頻度（ほぼ毎日・週　　日）
　強度（息がはずむが会話が可能な強さ or　脈拍　　拍/分 or　　）
- □日常生活の活動量増加（例：1日1万歩・　　）
- □運動時の注意事項など（　　）

担当者の氏名　（印）

□たばこ
- □非喫煙者である
- □禁煙・節煙の有効性　□禁煙の実施方法等

担当者の氏名　（印）

□その他
- □仕事　□余暇　□睡眠の確保（質・量）　□減量
- □家庭での計測（歩数、体重、血圧、腹囲等）
- □その他（　　）

担当者の氏名　（印）

【服薬指導】
- □処方なし　□薬の説明

担当者の氏名　（印）

【療養を行うにあたっての問題点】	
【他の施設の利用状況について】	
【特定健康診査の受診の有無】	□有　□無
【特定保健指導の利用の有無】	□有　□無
【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】	□有　□無

※実施項目は、□にチェック、（　　）内には具体的に記入
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名

医師氏名　（印）

(別紙様式9の2)

生活習慣病　療養計画書　継続用　（記入日：　　年　　月　　日）（　　）回目

患者氏名：　　（男・女）	主病：
生年月日：明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生（　　才）	□糖尿病　□高血圧症　□脂質異常症

ねらい：重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

【検査・問診】

【検査項目】
- □体 重：現在（　　kg）→目標（　　kg）
- □BMI　（　　）
- □腹 囲：現在（　　cm）→目標（　　cm）
- □栄養状態　（低栄養状態の恐れ　良好　肥満）
- □収縮期／拡張期血圧：現在（　　／　　mmHg）
　→目標（　　／　　mmHg）
- □運動負荷心電図
- □その他　（　　）

【血液検査項目】（採血日　　月　　日）
- □血糖（□空腹時　□随時　□食後（　　）時間）
　（　　mg/dl）
- □HbA1c：現在　（　　%）→目標（　　%）
- □総コレステロール　（　　mg/dl）
- □中性脂肪　（　　mg/dl）
- □HDLコレステロール　（　　mg/dl）
- □LDLコレステロール　（　　mg/dl）
- □その他　（　　）

【目標の達成状況と次の目標】：患者と相談した目標

【①達成目標】：患者と相談した目標
（　　）

【②行動目標】：患者と相談した目標
（　　）

医師氏名　（印）

【重点を置く領域と指導項目】

□食事
- □今回は、指導の必要なし
- □食事摂取量を適正にする　□食塩・調味料を控える
- □野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす　□外食の際の注意事項（　　）
- □油を使った料理（揚げ物や炒め物等）の摂取を減らす　□その他（　　）
- □節酒：〔減らす（種類・量：　　を週　回）〕
- □間食：〔減らす（種類・量：　　を週　回）〕
- □食べ方：（ゆっくり食べる・その他（　　））
- □食事時間：朝食、昼食、夕食を規則正しくとる

担当者の氏名　（印）

□運動
- □今回は、指導の必要なし
- □運動処方：種類（ウォーキング・　　）
　時間（30分以上・　　）、頻度（ほぼ毎日・週　　日）
　強度（息がはずむが会話が可能な強さ or　脈拍　　拍/分 or　　）
- □日常生活の活動量増加（例：1日1万歩・　　）
- □運動時の注意事項など（　　）

担当者の氏名　（印）

□たばこ
- □禁煙・節煙の有効性　□禁煙の実施方法等

担当者の氏名　（印）

□その他
- □仕事　□余暇　□睡眠の確保（質・量）　□減量
- □家庭での計測（歩数、体重、血圧、腹囲等）
- □その他（　　）

担当者の氏名　（印）

服薬指導
- □処方なし　□薬の説明

担当者の氏名　（印）

【療養を行うにあたっての問題点】	
【他の施設の利用状況について】	
【特定健康診査の受診の有無】	□有　□無
【特定保健指導の利用の有無】	□有　□無
【保険者からの情報提供の求めに対する協力の同意】	□有　□無

※実施項目は、□にチェック、（　　）内には具体的に記入
※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。

患者署名

医師氏名　（印）

（別紙様式 10）

「小児かかりつけ診療料」に関する説明書

当院では、当院を継続して受診され、同意された患者さんに、小児科の「かかりつけ医」として、次のような診療を行います。

- ○ 急な病気の際の診療や、慢性疾患の指導管理を行います。
- ○ 発達段階に応じた助言・指導等を行い、健康相談に応じます。
- ○ 予防接種の接種状況を確認し、接種の時期についての指導を行います。また、予防接種の有効性・安全性に関する情報提供を行います。
- ○ 「小児かかりつけ診療料」に同意する患者さんからの電話等による問い合わせに常時対応しています。

当院がやむを得ず対応できない場合などには、下記の提携医療機関や、小児救急電話相談にご相談ください。

連絡先　▲▲医院　●●●－●●●－●●●●
提携医療機関　◆◆医院　●●●－●●●－●●●●
小児救急電話相談　＃●●●●

患者さん・ご家族へのお願い

- ○ 緊急時など、都合により他の医療機関を受診した場合には、次に当院を受診した際にお知らせください。（他の医療機関で受けた投薬なども、お知らせください。）
- ○ 健康診断の結果や、予防接種の受診状況を定期的に確認しますので、受診時にお持ちください。（母子健康手帳に記載されています。）

「小児かかりつけ診療料」に関する同意書

「小児かかりつけ診療料」について説明を受け、理解した上で、▲▲医院　医師　○○○○を主治医として、病気の際の診療、継続的な医学管理、予防接種や健康に関する相談・指導等を受けることに同意いたします。

※　「小児かかりつけ診療料」は１人の患者さんにつき１か所の医療機関が対象となっています。他の医療機関で同じ説明を受けた方は、署名する前にお申し出ください。

（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（保護者署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（別紙様式11）

紹介先医療機関等名

担当医　　科　　殿

年　月　日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名　　印

患者氏名 患者住所　　性別　男・女 電話番号 生年月日　明・大・昭・平・令　年　月　日（　歳）　職業

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備　考

備考　1．必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2．必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3．紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

（別紙様式11の2）

紹介先医療機関等名
担当医　　科　　殿

年　月　日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

以下の診療報酬項目の届出状況
□　地域包括診療加算　　□　地域包括診療料　　□　小児かかりつけ診療料
□　在宅時医学総合管理料　　（□在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院）
□　施設入居時等時医学総合管理料（□在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院）

医師氏名　　印

患者氏名 患者住所　　性別　男・女 電話番号 生年月日　明・大・昭・平・令　年　月　日（　歳）　職業

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備　考

備考　1．必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2．必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
3．紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

（別紙様式１２）

年　月　日

情報提供先市町村　　市町村長　殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師氏名　　印

患者氏名	
性別（　男　・　女　）　生年月日　明・大・昭　年　月　日生（　歳）　職業	
住所	
電話番号	

診療形態	１．外来　２．往診　３．入院（　年　月　日）		情報提供回数　回
傷病名（疑いを含む）	１．脳梗塞（ｱ.脳血栓　ｲ.脳塞栓　ｳ.不明）　２．脳出血　３．クモ膜下出血 ４．その他の脳血管障害		
	発症年月日	年　月　日	
	受診年月日	年　月　日	
	初発／再発	１．初発　２．再発（　年　月　日　初発）	
その他の傷病名			

寝たきり度（該当するものに○）

Ｊ	一部自立	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
Ａ	準寝たきり	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。
Ｂ	寝たきり　１	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。
Ｃ	寝たきり　２	１日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。

日常生活活動（ＡＤＬ）の状況（該当するものに○）

移動　自立・一部介助・全面介助	食事　自立・一部介助・全面介助
排泄　自立・一部介助・全面介助	入浴　自立・一部介助・全面介助
着替　自立・一部介助・全面介助	整容　自立・一部介助・全面介助

認知症である老人の日常生活自立度（該当するものに○）

Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
Ⅱ	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。
Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。
Ｍ	著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等

訪問診療　有　・　無　　訪問看護　有　・　無

必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容

注意　１．必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
　　２．わかりやすく記入すること。
　　３．必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。

（別紙様式12の2）

年　月　日

情報提供先市町村

市町村長　殿
紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師名　　印

患児の氏名		男・女　年　月　日生	
傷病名	（疑いを含む）　その他の傷病名		
病状 既往症 治療状況等			
父母の氏名	父：　（　）歳 職業（　）	母：　（　）歳 職業（　）	
住所	電話番号　（自宅・実家・その他）		
退院先の住所	様方　電話番号　（自宅・実家・その他）		
入退院日	入院日：　年　月　日	退院（予定）日：　年　月　日	
出生時の状況	出生場所：当院・他院（　） 在胎：（　）週　単胎・多胎（　）子中（　）子 体重：（　）g）身長：（　）cm） 出生時の特記事項：無・有（　） 妊娠中の異常の有無：無・有（　） 妊婦健診の受診有無：無・有（　回：　）	家族構成 育児への支援者：無・有（　）	

※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください

児の状況	発育・発達	・発育不良　・発達のおくれ　・その他（　）
	情緒	・表情が乏しい　・極端におびえる　・大人の顔色をうかがう　・多動　・乱暴
		・身体接触を極端にいやがる・多動　・誰とでもべたべたする
		・その他（　）
	日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診　・不潔　・その他（　）
養育者の状況	健康状態等	・疾患（　）　・障害（　）
		・出産後の状況（マタニティ・ブルーズ、産後うつ等）　・その他（　）
	こどもへの思い・態度	・拒否的　・無関心　・過干渉　・権威的　・その他（　）
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない　・その他（　）
	同胞の状況	・同胞に疾患（　）　・同胞に障害（　）
	養育者との分離歴	・出産後の長期入院　・施設入所等　・その他（　）
情報提供の目的とその理由		

＊備考　１．必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
　　２．本様式は、患者が18歳以下である場合について用いること。

（別紙様式12の3）

年　月　日

情報提供先市町村　　市町村長　殿
紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師名　　印

患者の氏名	年　月　日生 男・女　（　）歳 職業（　）		
傷病名	（疑いを含む）　その他の傷病名		
病状 既往症 治療状況等			
児の氏名	男・女　年　月　日生まれ		
住所	電話番号　（自宅・実家・その他）		
退院先の住所	様方　電話番号　（自宅・実家・その他）		
入退院日	入院日：　年　月　日	退院(予定)日：　年　月　日	
今回の出産時の状況	出産場所：当院・他院 （　） 在胎：（　）週　単胎・多胎（　）子中（　）子 体重：（　g）身長：（　cm） 出産時の特記事項：無・有（　） 妊娠中の異常の有無：無・有（　） 妊婦健診の受診有無：無・有（　回:　）	家族構成 育児への支援者:無・有（　）	
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください			
児の状況	発育・発達	・発育不良 ・発達のおくれ ・その他（　）	
	日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診 ・不潔 ・その他（　）	
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない ・その他（　）	
	他の児の状況	・疾患（　） ・障害（　）	
	こどもとの分離歴	・出産後の長期入院 ・施設入所等 ・その他（　）	
情報提供の目的とその理由			

＊備考　1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 本様式は、患者が現に子供の養育に関わっている者である場合について用いること。
3. 出産時の状況及び児の状況については、今回出産をした児のことについて記入すること。

（別紙様式 12 の4）

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書

年　月　日

情報提供先事業所
担当　　殿

医療機関の所在地及び名称
電話番号
FAX 番号
医師氏名　　印

患者氏名	（ふりがな）	男・女	〒　－
	明・大・昭　年　月　日生（　歳）		連絡先　（　）

患者の病状、経過等

（1）診断名（生活機能低下の直接の原因となっている傷病名又は特定疾病については 1. に記入）及び発症年月日	
1.　発症年月日（昭和・平成・令和　年　月　日頃）	
2.　発症年月日（昭和・平成・令和　年　月　日頃）	
3.　発症年月日（昭和・平成・令和　年　月　日頃）	
（2）生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容	
（3）日常生活の自立度等について ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) ・認知症高齢者の日常生活自立度	 □自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2 □自立 □Ⅰ □Ⅱa □Ⅱb □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □M
（4）診療形態 外来 ・ 訪問診療 ・ 入院	入院患者の場合 入院日：　年　月　日　退院日：　年　月　日

介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

（1）現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針
□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊
□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他（　）
→ 対処方針（　）

（2）サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
□期待できる □期待できない □不明

（3）サービスの必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。）
□訪問診療 □訪問看護 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導
□訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導
□通所リハビリテーション □その他の医療系サービス（　）

（4）サービス提供時における医学的観点からの留意事項
・血圧 □特になし □あり（　）・移動 □特になし □あり（　）
・摂食 □特になし □あり（　）・運動 □特になし □あり（　）
・嚥下 □特になし □あり（　）・その他（　）

患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

（1）利用者の日常生活上の留意事項

（2）社会生活面の課題と地域社会において必要な支援
社会生活面の課題 □特になし □あり
（　）
→ 必要な支援（　）

（2）特記事項

（別紙様式１３）

年　　月　　日

介護老人保健施設・介護医療院　　殿

医療機関名
住　　所
電　　話
（ＦＡＸ.）
医師氏名　　㊞

患者	氏　名		男・女
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生　　（　　歳）	

病　　名	
現　　症	
所見及び診断	

今後の診療に関する情報

（別紙様式14）

令和　　年　　月　　日

情報提供先学校名＿＿＿＿＿＿＿＿

学校医等＿＿＿＿＿＿＿＿殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師名　　印

患児の氏名	男・女　　平成・令和　　年　　月　　日生
患児の住所	電話番号
傷病名	その他の傷病名
病状、既往歴、治療状況等	
日常生活に必要な医療的ケアの状況 （使用している医療機器等の状況を含む）	
学校生活上の留意事項	
その他	

＊備考　1．必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
　　2．わかりやすく記入すること。
　　3．必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。

（別紙様式14の2）

情報提供先保育所等名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
嘱託医＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

※「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」（2019年改訂版）

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表 （食物アレルギー・アナフィラキシー）

提出日　　年　　月　　日

名前＿＿＿＿＿＿＿＿　男・女　＿＿＿年＿＿月＿＿日生（＿＿歳＿＿ヶ月）　＿＿＿＿＿組

※ この生活管理指導表は、保育所の生活において特別な配慮や管理が必要となった子どもに限って、医師が作成するものです。

緊急連絡先
★保護者
電話：
★連絡医療機関
医療機関名：
電話：

食物アレルギー（あり・なし）
アナフィラキシー（あり・なし）

病型・治療

A. 食物アレルギー病型
1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎
2. 即時型
3. その他 （新生児・乳児消化管アレルギー・口腔アレルギー症候群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他：　　）

B. アナフィラキシー病型
1. 食物 （原因：　　）
2. その他 （医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラテックスアレルギー・昆虫・動物のフケや毛）

C. 原因食品・除去根拠
該当する食品の番号に〇をし、かつ《 》内に除去根拠を記載

1. 鶏卵 《　　》
2. 牛乳・乳製品 《　　》
3. 小麦 《　　》
4. ソバ 《　　》
5. ピーナッツ 《　　》
6. 大豆 《　　》
7. ゴマ 《　　》
8. ナッツ類* 《　　》（すべて・クルミ・カシューナッツ・アーモンド・　　）
9. 甲殻類* 《　　》（すべて・エビ・カニ・　　）
10. 軟体類・貝類* 《　　》（すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・　　）
11. 魚卵* 《　　》（すべて・イクラ・タラコ・　　）
12. 魚類* 《　　》（すべて・サバ・サケ・　　）
13. 肉類* 《　　》（鶏肉・牛肉・豚肉・　　）
14. 果物類* 《　　》（キウイ・バナナ・　　）
15. その他 （　　）

［除去根拠］
該当するもの全てを《 》内に番号を記載
①明らかな症状の既往
②食物負荷試験陽性
③IgE抗体等検査結果陽性
④未摂取

「＊は（ ）の中の該当する項目に〇をするか具体的に記載すること」

D. 緊急時に備えた処方薬
1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）
2. アドレナリン自己注射薬「エピペン®」
3. その他（　　）

保育所での生活上の留意点

A. 給食・離乳食
1. 管理不要
2. 管理必要（管理内容については、病型・治療のC. 欄及び下記C. E欄を参照）

B. アレルギー用調整粉乳
1. 不要
2. 必要　下記該当ミルクに〇、又は（ ）内に記入
ミルフィーHP ・ニューMA-1・MA-mi ・ ペプディエット ・ エレメンタルフォーミュラ
その他（　　）

C. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの
病型・治療のC. 欄で除去の際に、より厳しい除去が必要となるもののみに〇をつける
※本欄に〇がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。

1. 鶏卵: 卵殻カルシウム
2. 牛乳・乳製品: 乳糖
3. 小麦: 醤油・酢・麦茶
6. 大豆: 大豆油・醤油・味噌
7. ゴマ: ゴマ油
12. 魚類: かつおだし・いりこだし
13. 肉類: エキス

D. 食物・食材を扱う活動
1. 管理不要
2. 原因食材を教材とする活動の制限（　　）
3. 調理活動時の制限　（　　）
4. その他　（　　）

E. 特記事項
（その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定）

記載日
年　月　日

医師名

医療機関名

電話

● 保育所における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を保育所の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

・ 同意する
・ 同意しない

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

（別紙様式14の３）

情報提供先学校名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

学校医等＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日生　＿＿＿年＿＿＿組　　提出日＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

※この生活管理指導表は、学校の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に医師が作成するものです。

アナフィラキシー（あり・なし）／食物アレルギー（あり・なし）

病型・治療

A 食物アレルギー病型（食物アレルギーありの場合のみ記載）

1. 即時型
2. 口腔アレルギー症候群
3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー

B アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載）

1. 食物　（原因　　）
2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー
3. 運動誘発アナフィラキシー
4. 昆虫　（　　）
5. 医薬品　（　　）
6. その他　（　　）

C 原因食物・除去根拠　該当する食品の番号に○をし、かつ《　》内に除去根拠を記載

1. 鶏卵	《　　》	（　　）	
2. 牛乳・乳製品	《　　》	（　　）	
3. 小麦	《　　》	（　　）	
4. ソバ	《　　》	（　）に具体的な食品名を記載	
5. ピーナッツ	《　　》		
6. 甲殻類	《　　》	（　すべて・エビ・カニ　）	
7. 木の実類	《　　》	（　すべて・クルミ・カシュー・アーモンド　）	
8. 果物類	《　　》	（　　）	
9. 魚類	《　　》	（　　）	
10. 肉類	《　　》	（　　）	
11. その他1	《　　》	（　　）	
12. その他2	《　　》	（　　）	

【除去根拠】　該当するもの全てを《　》内に記載

① 明らかな症状の既往　② 食物経口負荷試験陽性　③ IgE抗体等検査結果陽性　④ 未摂取

D 緊急時に備えた処方薬

1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）
2. アドレナリン自己注射薬（「エピペン®」）
3. その他　（　　）

学校生活上の留意点

A 給食
1. 管理不要　2. 管理必要

B 食物・食材を扱う授業・活動
1. 管理不要　2. 管理必要

C 運動（体育・部活動等）
1. 管理不要　2. 管理必要

D 宿泊を伴う校外活動
1. 管理不要　2. 管理必要

E 原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの

※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。

鶏卵　：卵殻カルシウム
牛乳　：乳糖・乳清焼成カルシウム
小麦　：醤油・酢・味噌
大豆　：大豆油・醤油・味噌
ゴマ　：ゴマ油
魚類　：かつおだし・いりこだし・魚醤
肉類　：エキス

F その他の配慮・管理事項（自由記述）

【緊急時連絡先】

★保護者
電話：

★連絡医療機関
医療機関名：

電話：

記載日
年　月　日

医師名　　㊞

医療機関名

学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（別紙様式16）

訪　問　看　護　指　示　書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間　（　　年　月　日　～　　年　月　日）
点滴注射指示期間　（　　年　月　日　～　　年　月　日）

患者氏名		生年月日	年　月　日 （　歳）
患者住所	電話（　）　－		
主たる傷病名	（1）　（2）　（3）		
現在の状況（該当項目に○等） 病状・治療状態			
投与中の薬剤の用量・用法	1.　2. 3.　4. 5.　6.		
日常生活自立度 寝たきり度	Ｊ１　Ｊ２　Ａ１　Ａ２　Ｂ１　Ｂ２　Ｃ１　Ｃ２		
日常生活自立度 認知症の状況	Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　Ｍ		
要介護認定の状況	要支援（　１　２　）　要介護（　１　２　３　４　５　）		
褥瘡の深さ	DESIGN-R2020 分類　Ｄ３　Ｄ４　Ｄ５　　ＮＰＵＡＰ分類　Ⅲ度　Ⅳ度		
装着・使用医療機器等	1．自動腹膜灌流装置　2．透析液供給装置　3．酸素療法（　　l／min） 4．吸引器　5．中心静脈栄養　6．輸液ポンプ 7．経管栄養　（経鼻・胃瘻：サイズ　　、　日に１回交換） 8．留置カテーテル（部位：　サイズ　　、　日に１回交換） 9．人工呼吸器　（陽圧式・陰圧式：設定　　） 10．気管カニューレ（サイズ　　） 11．人工肛門　12．人工膀胱　13．その他（　　）		

留意事項及び指示事項

Ⅰ　療養生活指導上の留意事項

Ⅱ　1．理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護
（１日あたり（　　）分を週（　　）回）
2．褥瘡の処置等
3．装着・使用医療機器等の操作援助・管理
4．その他

在宅患者訪問点滴注射に関する指示（投与薬剤・投与量・投与方法等）

緊急時の連絡先
不在時の対応

特記すべき留意事項（注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。）

他の訪問看護ステーションへの指示
（　無　　有　：　指定訪問看護ステーション名　　）
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示
（　無　　有　：　訪問介護事業所名　　）

上記のとおり、指示いたします。

年　月　日

医療機関名
住　所
電　話
（FAX.）
医師氏名　　印

事業所　　殿

（別紙様式17）

精神科訪問看護指示書

指示期間　（　　年　月　日～　　年　月　日）

患者氏名		生年月日	年　月　日 （　歳）
患者住所	電話（　）　－	施設名	
主たる傷病名	（1）　（2）　（3）		
現在の状況（該当項目に○等） 病状・治療状況			
投与中の薬剤の用量・用法			
病名告知	あり　・　なし		
治療の受け入れ			
複数名訪問の必要性	あり　・　なし 理由： 1．暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 2．利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 3．利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 4．その他（　　）		
短時間訪問の必要性	あり　・　なし		
複数回訪問の必要性	あり　・　なし		
日常生活自立度	認知症の状況　（Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　Ｍ）		

精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項
1　生活リズムの確立
2　家事能力、社会技能等の獲得
3　対人関係の改善（家族含む）
4　社会資源活用の支援
5　薬物療法継続への援助
6　身体合併症の発症・悪化の防止
7　その他

緊急時の連絡先
不在時の対応法

主治医との情報交換の手段

特記すべき留意事項

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

年　月　日

医療機関名
住　所
電　話
（FAX.）
医師氏名　　印

指定訪問看護ステーション　　殿

（別紙様式17の２）

精神科特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間　（　　年　月　日　～　　年　月　日）
点滴注射指示期間　（　　年　月　日　～　　年　月　日）

患者氏名	生年月日　　年　　月　　日 （　　歳）
病状・主訴： 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：	
留意事項及び指示事項（注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。） （該当する項目に○をつけてください） 複数名訪問の必要性　あり　・　なし 理由：１．暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 ２．利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 ３．利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 ４．その他（　　） 短時間訪問の必要性　あり　・　なし 理由：（　　） 特に観察を要する項目（該当する項目に○をつけてください） １　服薬確認 ２　水分及び食物摂取の状況 ３　精神症状（観察が必要な事項：　　） ４　身体症状（観察が必要な事項：　　） ５　その他（　　）	
点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等）	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

年　　月　　日

医療機関名
電　　話
（FAX.）
医師氏名　　印

事業所　　殿

（別紙様式18）

特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間　（　　年　月　日　～　　年　月　日）
点滴注射指示期間　（　　年　月　日　～　　年　月　日）

患者氏名	生年月日　　年　　月　　日 （　　歳）
病状・主訴： 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：	
留意事項及び指示事項（注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。）	
点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等）	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

年　　月　　日

医療機関名
電　　話
（FAX.）
医師氏名　　印

事業所　　殿

（別紙様式19）

神経学的検査チャート　　年　月　日　時　分

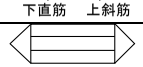
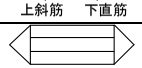
患者氏名
患者ID
患者性別　男　女　　年齢

1）意識・精神状態
a）意識 ： 清明、異常（　　）
＊Japan Coma Scale （ 1, 2, 3, 10, 20, 30, 100, 200, 300 ）
＊Glasgow Coma Scale (E 1, 2, 3, 4, V 1, 2, 3, 4, 5, M 1, 2, 3, 4, 5, 6 total　　)
b）検査への協力 ： 協力的、非協力的
c）けいれん ： なし、あり（　　）
d）見当識 ： 正常、障害（ 時間 、場所 、人 ）
e）記憶 ： 正常、障害（　　）
f）数字の逆唱 ： 286、3529
g）計算 ： 100－7＝　　93－7＝　　86－7＝
h）失行 （　　）、失認 （　　）

2）言語　正常、失語（　　）、構音障害（　　）、嗄声、開鼻声

3）利き手　右、 左

4）脳神経

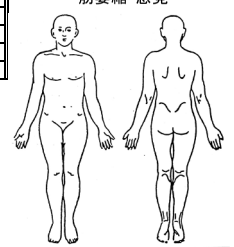
	右	左
視力	正、 低下	正、 低下
視野	正、 ⊕	正、 ⊕
眼底	正常、動脈硬化（　）度、出血、白斑、うっ血乳頭、視神経萎縮	
眼裂	＞　＝　＜	
眼瞼下垂	（－）　（＋）	（－）　（＋）
眼球位置	正、斜視（　）、偏視（　）、突出（　）	
眼球運動	上直筋　下斜筋 外直筋 ― 内直筋 下直筋　上斜筋	下斜筋　上直筋 内直筋 ― 外直筋 上斜筋　下直筋
眼振		
複視	（－）　（＋）：方向（　　）	
瞳孔　大きさ	（正、縮、散）　mm ＞　＝　＜　mm（正、縮、散）	
形	正円、 不正	正円、 不正
対光反射	速、鈍、消失	速、鈍、消失
輻湊反射	正常、 障害	
角膜反射	正常、 障害	正常、 障害
顔面感覚	正常、 障害	正常、 障害
上部顔面筋	正常、 麻痺	正常、 麻痺
下部顔面筋	正常、 麻痺	正常、 麻痺
聴力	正常、 低下	正常、 低下
めまい	（－）　（＋）： 回転性・非回転性 （　　）	
耳鳴り	（－）　（＋）	（－）　（＋）
軟口蓋	正常、 麻痺	正常、 麻痺
咽頭反射	（＋）　（－）	（＋）　（－）
嚥下	正常、 障害（　　）	
胸鎖乳突筋	正常、 麻痺	正常、 麻痺
上部僧帽筋	正常、 麻痺	正常、 麻痺
舌偏倚	（－）　（＋）： 偏倚 （ 右　 左 ）	
舌萎縮	（－）　（＋）	（－）　（＋）
舌線維束性収縮	（－）　（＋）	

5）運動系
a）筋トーヌス　上肢（ 右・左、 正常　痙縮　強剛　低下 ）その他（　　）
下肢（ 右・左、 正常　痙縮　強剛　低下 ）
b）筋萎縮　（－）（＋）　：部位（　　）
c）線維束性収縮　（－）（＋）　：部位（　　）
d）関節　変形、 拘縮　：部位（　　）
e）不随意運動　（－）（＋）　：部位（　　）、性質（　　）
f）無動・運動緩慢　（－）（＋）
g）筋力　正常、麻痺　：部位（　　）、程度（　　）

		右	左
頸部屈曲	C1～6	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
伸展	C1～T1	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
三角筋	C5,6	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
上腕二頭筋	C5,6	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
上腕三頭筋	C6～8	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
手関節背屈	C6～8	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
掌屈	C6～8,T1	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
母指対立筋	C8,T1	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
腸腰筋	L1～4	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
大腿四頭筋	L2～4	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
大腿屈筋群	L4,5,S1,2	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
前脛骨筋	L4,5	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0
下腿三頭筋	S1,2	5 4 3 2 1 0	5 4 3 2 1 0

	右	左
上肢パレー	(－)　(＋)	(－)　(＋)
（下肢パレー）	(－)　(＋)	(－)　(＋)
Mingazzini	(－)　(＋)	(－)　(＋)
握力	kg	kg

筋萎縮・感覚



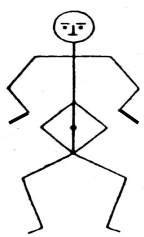
6）感覚系
a）触覚　正常、障害：部位（　　）
b）痛覚　正常、障害：部位（　　）
c）温度覚　正常、障害：部位（　　）
d）振動覚　正常、障害：部位（　　）
e）位置覚　正常、障害：部位（　　）
f）異常感覚・神経痛　（－）（＋）：部位（　　）

7）反射

	右	左		右	左		右	左
ホフマン	(－)　(＋)	(－)　(＋)	パピンスキー	(－)　(＋)	(－)　(＋)		(－)　(＋)	(－)　(＋)
トレムナー	(－)　(＋)	(－)　(＋)	チャドック	(－)　(＋)	(－)　(＋)		(－)　(＋)	(－)　(＋)
（腹壁）上			（膝クローヌス）	(－)　(＋)	(－)　(＋)		(－)　(＋)	(－)　(＋)
下			足クローヌス	(－)　(＋)	(－)　(＋)		(－)　(＋)	(－)　(＋)

8）協調運動

	右	左
指ー鼻ー指	正常 、拙劣	正常 、拙劣
かかと一膝	正常 、拙劣	正常 、拙劣
反復拮抗運動	正常 、拙劣	正常 、拙劣



9）髄膜刺激徴候　項部硬直 （－）（＋）、 ケルニッヒ徴候 （－）（＋）
10）脊柱　正常、異常（　　）、ラゼーグ徴候 （－）（＋）
11）姿勢　正常、異常（　　）
12）自律神経　排尿機能　正常、 異常（　　）
排便機能　正常、異常（　　）
起立性低血圧　（－）（＋）
13）起立、歩行　ロンベルク試験　正常、異常、 マン試験　正常、異常
歩行　正常 、異常（　　）
つぎ足歩行（可能・不可能）、 しゃがみ立ち（可能・不可能）

神経学的所見のまとめ

神経学的検査担当医師　　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（別紙様式 19 の2）

小児神経学的検査チャート

月　日　時　分

患者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(男、女)
患者 ID ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
生年月日 ＿＿＿＿年　月　日
年齢＿＿＿＿歳　ヶ月(修正　歳　ヶ月)

1　身体発育：身長＿＿cm（＿＿SD)、体重＿＿kg（＿＿SD)、頭囲＿＿cm（＿＿SD）
2　発達指数（DQ　）遠城寺式乳幼児分析的発達検査表またはデンバー式発達スクリーニング検査で発達レベルを評価。。
□遠城寺　移動＿＿、手運動＿＿、基本習慣＿＿、対人関係＿＿、発語＿＿、言語理解＿＿
□デンバー　粗大運動＿＿、言語＿＿、微細運動 - 適応＿＿、個人-社会＿＿＿
3　精神状態
a）意識：清明，意識不鮮明，傾眠，混迷，半昏睡，昏睡，せん妄
b）Japan coma scale（1，2，3，10，20，30，100，200，300）
4　行動　多動、無関心、マイペース、視線を合わせない、こだわり、過敏、(　　)
5　肢位・姿勢・不随意運動（寝たきり、寝返り可、座位可、つかまり立ち可、立位可）
除脳硬直、除皮質硬直、蛙肢位、(　　)
不随意運動（－・＋　種類　　部位：　　）
6　移動、起立、歩行
背這い、寝返り、座位移動、ずり這い、高這い、伝い歩き、独歩
片足立ち（　右　　秒／左　　秒、不能　）　つぎ足歩行（　可能　不能　）
かかと歩き（　可能　不能　）　つま先歩き（　可能　不能　）
ガワーズ徴候（　－　／　＋　）
7　脳神経
Ⅱ　視力（右：正常，低下　左：正常，低下）
視野（右：正常，低下　左：正常，低下）
眼底：乳頭（正常，浮腫，充血，萎縮)、網膜（正常、　　）
Ⅲ，Ⅳ，Ⅵ　（固視、追視、　　）
眼瞼下垂（右：－／＋　左：－／＋）　眼球位置（正常，斜視，共同偏視）
眼球運動（正常　，　異常（　　））　眼振（　－　／　＋　）
瞳孔；(正円，不正，縮瞳，散瞳，瞳孔不同）　対光反射（右：－／＋　左：－／＋）
Ⅴ　咀嚼について問診（正常・異常（　　））
下顎の運動（正常、異常）　咬筋　側頭筋（正常、異常）
Ⅶ　口角（対称，非対称）　閉眼（正常　，　異常）
Ⅷ　聴力（正常、異常）　視運動性眼振（　－　／　＋　）回転誘発眼振（　－　／　＋　）
Ⅸ,Ⅹ 嚥下障害（　－　／　＋　）　咽頭反射（　－　／　＋　）　軟口蓋　（対称、非対称）

嗄声（－／＋）　　鼻声（－／＋）

XI　胸鎖乳突筋（右：　左：　）　僧帽筋（右：　左：）

XII　舌運動（正常　，　異常）舌萎縮（－／＋）　線維束性攣縮　（－／＋）

8　感覚 痛覚　　正常，障害（部位　　）

9　筋力　年長児は MMT(0,～5)、乳幼児は ADL での評価で代替可

	右	左
上肢パレー	－／＋	－／＋
上腕二頭筋	０１２３４５	０１２３４５
上腕三頭筋	０１２３４５	０１２３４５
握力	Kg	Kg
大腿四頭筋	０１２３４５	０１２３４５
大腿屈筋群	０１２３４５	０１２３４５
前脛骨筋	０１２３４５	０１２３４５
腓腹筋	０１２３４５	０１２３４５

10　筋肉量

筋萎縮　　（－／＋）（部位：　　）

肥大／仮性肥大　　（－／＋）（部位:　　）

11　筋緊張

硬さ　　正常　亢進　低下（部位　　）

被動性　　正常　亢進　低下（部位　　）

伸展性　　Double folding（－／＋）逆Ｕ姿勢（－／＋）

Slip through sign（－／＋）　スカーフ徴候（－／＋）踵耳徴候（－／＋）

関節可動域	右	左
股関節外転	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
膝窩角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
足関節背屈角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下
手関節掌屈（背屈）角度	正常、亢進、低下	正常、亢進、低下

関節拘縮　－／＋　（部位　　）

関節変形　－／＋　（部位　　）

12　深部腱反射

	右	左
下顎	－＋2+	
上腕二頭筋	－±＋2+ 3+	－±＋2+ 3+
上腕三頭筋	－±＋2+ 3+	－±＋2+ 3+
腕とう骨筋	－±＋2+ 3+	－±＋2+ 3+
膝蓋腱	－±＋2+ 3+	－±＋2+ 3+
アキレス腱	－±＋2+ 3+	－±＋2+ 3+

13　病的反射、クローヌス

	右	左
バビンスキー	－　＋	－　＋
チャドック	－　＋	－　＋
手掌頤	－　＋	－　＋
ワルテンベルグ	－　＋	－　＋
足クローヌス	－　＋	－　＋

14　原始反射　　乳探し反応（－／＋）吸啜反応（－／＋）

モロー反射（－／＋）　手掌把握（－／＋）　足底把握（－／＋）

逃避反射（－／＋）　交差伸展反射（－／＋）

足踏み反射（－／＋）　踏み直り反射（－／＋）　ギャラン反射（－／＋）

15　姿勢反射　非対称性緊張性頸反射（－／＋）引き起こし反応（－／＋）

陽性支持反応（－／＋）　パラシュート反応　前方（－／＋）

ランドー反応（－／＋）　ホッピング反応（－／＋）

16　髄膜刺激症状　　大泉門（　x　　cm、陥凹、平坦、膨隆）

項部硬直（－／＋）

ケルニッヒ徴候（－／＋）　　ブルジンスキー徴候（－／＋）

17　神経学的所見のまとめ

神経学的検査担当医師　　署名＿＿＿＿＿＿＿＿

（別紙様式２０）

年　　月　　日

主　治　医　氏　名	
１．血漿成分製剤の種類及び輸注量等	
２．血漿成分製剤輸注の必要性及び輸注を行わない場合の危険性等	
３．血漿成分製剤の輸注により起こりうる副作用等	
４．血漿成分製剤の輸注に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
５．その他留意点（副作用・感染症救済制度等）	

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で血漿成分製剤輸注を受けることに同意しました。

（患者氏名）　　印

（家族等氏名）　　印

（患者との続柄：　　）

※　患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

（別紙様式21）

リハビリテーション実施計画書

患者氏名	性別（男・女）　年齢（　　歳）	計画評価実施日（　年　月　日）
算定病名	治療内容 ☐ 理学療法　☐ 作業療法　☐ 言語療法	発症日・手術日（　年　月　日） リハ開始日（　年　月　日）
併存疾患・合併症	安静度・リスク	禁忌・特記事項

心身機能・構造　※関連する項目のみ記載

☐ 意識障害（JCS・GCS　　）
☐ 呼吸機能障害
　－☐ 酸素療法（　　）L/min　☐ 気切　☐ 人工呼吸器
☐ 循環障害
　－☐ EF（　　）%　☐ 不整脈（有・無）
☐ 危険因子
　☐ 高血圧症　☐ 脂質異常症　☐ 糖尿病　☐ 喫煙
　☐ 肥満　☐ 高尿酸血症　☐ 慢性腎臓病　☐ 家族歴
　☐ 狭心症　☐ 陳旧性心筋梗塞　☐ その他
☐ 摂食嚥下障害（　　）
☐ 栄養障害（　　）
☐ 排泄機能障害（　　）
☐ 褥瘡（　　）
☐ 疼痛（　　）
☐ その他（　　）

☐ 関節可動域制限（　　）
☐ 拘縮・変形（　　）
☐ 筋力低下（　　）
☐ 運動機能障害
　（☐ 麻痺　☐ 不随意運動　☐ 運動失調　☐ ﾊﾟｰｷﾝｿﾆｽﾞﾑ）
☐ 筋緊張異常（　　）
☐ 感覚機能障害（☐ 聴覚　☐ 視覚　☐ 表在覚　☐ 深部覚）
☐ 音声・発話障害
　（☐ 構音　☐ 失語　☐ 吃音　☐ その他（　　））
☐ 高次脳機能障害（☐ 記憶　☐ 注意　☐ 失行　☐ 失認　☐ 遂行）
☐ 精神行動障害（　　）
☐ 見当識障害（　　）
☐ 記憶障害（　　）
☐ 発達障害
　（☐ 自閉ｽﾍﾟｸﾄﾗﾑ症　☐ 学習障害　☐ 注意欠陥多動性障害）

基本動作

☐ 寝返り（☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 介助　☐ 非実施）
☐ 起き上がり（☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 介助　☐ 非実施）
☐ 立ち上がり（☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 介助　☐ 非実施）
☐ 座位保持（☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 介助　☐ 非実施）
☐ 立位保持（☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 介助　☐ 非実施）
☐ その他（　　）

日常生活活動（動作）（実行状況）　※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載

項目			得点 開始時→現在 FIM	BI	使用用具及び介助内容等
運動	セルフケア	食事	→	10・5・0 → 10・5・0	
		整容	→	5・0 → 5・0	
		清拭・入浴	→	5・0 → 5・0	
		更衣（上半身）	→	10・5・0 → 10・5・0	
		更衣（下半身）	→		
		トイレ	→	10・5・0 → 10・5・0	
	排泄	排尿コントロール	→	10・5・0 → 10・5・0	
		排便コントロール	→	10・5・0 → 10・5・0	
	移乗	ベッド、椅子、車椅子	→	15・10・5・0 → 15・10・5・0	
		トイレ	→		
		浴槽・シャワー	→		
	移動	歩行（杖・装具：　　）	→	15・10・5・0 → 15・10・5・0	
		車椅子			
		階段	→	10・5・0 → 10・5・0	
	小計（FIM 13-91、BI 0-100）		→	→	
認知	コミュニケーション	理解	→		
		表出	→		
	社会認識	社会的交流	→		
		問題解決	→		
		記憶	→		
	小計（FIM 5-35）		→		
合計（FIM 18-126）			→		

栄養（※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入）

基礎情報　☐ 身長（＊1）：（　　）cm ☐ 体重：（　　）kg　☐ BMI（＊1）：（　　）kg/㎡
栄養補給方法（複数選択可）☐ 経口：（☐ 食事　☐ 補助食品）　☐ 経管栄養　☐ 静脈栄養：（☐ 末梢　☐ 中心）　☐ 胃ろう
嚥下調整食の必要性：（☐ 無　☐ 有：（学会分類コード　　））
栄養状態の評価：　☐ 問題なし　☐ 低栄養　☐ 低栄養リスク　☐ 過栄養　☐ その他（　　）
【上記で「問題なし」以外に該当した場合に記載】
必要栄養量　　熱量：（　　）kcal　タンパク質量（　　）g
総摂取栄養量（経口・経鼻・経静脈栄養の合計（＊2））　熱量：（　　）kcal　タンパク質量（　　）g
＊1：身長測定が困難な場合は省略可　＊2：入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

社会保障サービスの申請状況　※該当あるもののみ

☐ 要介護状態区分等 ☐ 申請中　☐ 要支援状態区分（☐ 1　☐ 2） ☐ 要介護状態区分（☐ 1　☐ 2　☐ 3　☐ 4　☐ 5）	☐ 身体障害者手帳 種　級	☐ 精神障害者保健福祉手帳 級	☐ 療育手帳・愛護手帳 障害程度	☐ その他（難病等）

目標（1ヶ月）	目標（終了時） ☐ 予定入院期間（　　） ☐ 退院先（　　） ☐ 長期的・継続的にケアが必要
治療方針（リハビリテーション実施方針）	治療内容（リハビリテーション実施内容）
リハ担当医　　主治医 理学療法士　　作業療法士 言語聴覚士　　看護師 管理栄養士　　社会福祉士 説明者署名	説明を受けた人：本人、家族（　）　説明日：　年　月　日 署名

（別紙様式21の6）

事業所番号＿＿＿＿＿＿＿＿　リハビリテーション実施計画書　□入院 □外来 ／ □訪問 □通所 ／ □入所　計画作成日：令和□□年□□月□□日

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　性別：男・女　生年月日：□□年□□月□□日（□□歳）　□要支援 □要介護□

リハビリテーション担当医＿＿＿＿＿＿　担当＿＿＿＿＿＿＿＿（□PT □OT □ST □看護職員 □その他従事者（　　））

■本人の希望（したい又はできるようになりたい生活の希望等）

■家族の希望（本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等）

■現症状態、経過

原因疾病：　発症日・受傷日：　年　月　日　直近の入院日：　年　月　日　直近の退院日：　年　月

治療経過（手術がある場合は手術日・術式等）：

合併疾患・コントロール状態（高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等）：

これまでのリハビリテーションの実施状況（プログラムの実施内容、頻度、量等）：

目標設定等支援・管理シート：□あり □なし　　目常生活自立度：自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2　　認知症高齢者の目常生活自立度判定基準：自立、Ⅰ、Ⅱａ、Ⅱｂ、Ⅲａ、Ⅲｂ、Ⅳ、M

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	特記事項（改善の見込み含む）
筋力低下	―	―	
麻痺	―	―	
感覚機能障害	―	―	
関節可動域制限	―	―	
摂食嚥下障害	―	―	
失語症・構音障害	―	―	
見当識障害	―	―	
記憶障害	―	―	
高次脳機能障害（　　）	―	―	
栄養障害	―	―	
褥瘡	―	―	
疼痛	―	―	
精神行動障害（BPSD）	―	―	
□6分間歩行試験 □TUG Test			
服薬管理	―		
□MMSE □HDS-R			
コミュニケーションの状況			

■活動（基本動作、活動範囲など）

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項（改善の見込み含む）
寝返り	―	―	
起き上がり	―	―	
座位保持	―	―	
立ち上がり	―	―	
立位保持	―	―	

■活動（ADL）（※「している」状況について記載する）

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項（改善の見込み含む）
食事	―	―	
イスとベッド間の移乗	―	―	
整容	―	―	
トイレ動作	―	―	
入浴	―	―	
平地歩行	―	―	
階段昇降	―	―	
更衣	―	―	
排便コントロール	―	―	
排尿コントロール	―	―	
合計点			

■リハビリテーションの短期目標（今後3ヶ月）

（心身機能）

（活動）

（参加）

■リハビリテーションの長期目標

（心身機能）

（活動）

（参加）

■リハビリテーションの方針（今後3ヶ月間）

■本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）

■リハビリテーション実施上の留意点

（開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等）

■リハビリテーションの見直し・継続理由

■リハビリテーションの終了目安

（終了の目安となる時期：　　ヶ月後　）

利用者・ご家族への説明：　令和＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

特記事項：

（別紙様式22）

廃用症候群に係る評価表

患者氏名	男・女	入院 ・ 外来	
生年月日	年　月　日（　歳）	入院日	年　月　日
主傷病		廃用症候群の診断日	年　月　日
要介護度	要介護 ・ 要支援	リハビリテーション起算日	年　月　日

		算定しているリハビリテーション料（該当するものに○）	廃用症候群リハビリテーション料 Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ			
1	廃用を生じる契機となった疾患等					
2	廃用に至った経緯等					
3	手術	手術の有無	有 ・ 無			
		手術名				
		手術年月日	年　月　日			
4	治療開始時のADL		BI	点	FIM	点
	月毎の評価点数（BI又はFIMどちらかを記入）	□月	BI	点	FIM	点
		□月	BI	点	FIM	点
		□月	BI	点	FIM	点
		□月	BI	点	FIM	点
		□月	BI	点	FIM	点
		□月	BI	点	FIM	点
5	一月当たりのリハビリテーション	実施日数	日			
		提供単位数	単位			
6	リハビリテーションの内容		具体的に記載すること			
7	改善に要する見込み期間		□ 2週間以内　□ 2週間から1ヶ月 □ 1ヶ月から3ヶ月　□ 3ヶ月から6ヶ月 □ 6ヶ月以上			
8	前回の評価からの改善や変化		−1　0　1　2　3 悪化　維持　改善大 BI・FIMで（　）点程度の改善			

〔記載上の注意〕

1 「1」の要因については、別紙疾病分類表より疾病コードを記載するとともに、発症時期や治療の有無、治療内容等について記載すること。

2 「2」の廃用に至った経緯等については、「1」の疾患によって安静を余儀なくされた理由、安静の程度、安静期間の長さ等を含めて記載すること。

3 「4」の月毎の評価点数については、直近月からさかのぼり6ヶ月間記載すること。

4 「6」については、筋力、心肺機能、関節拘縮防止、作業療法等の具体的なリハビリテーションの内容について記載すること。

疾病コード（001～119）

疾病分類(ICD-10 第10版 2003年 に準拠)

疾病コードと疾病分類の対応表

感染症及び寄生虫症
001 腸管感染症
002 結核
003 主として性的伝播様式をとる感染症
004 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患
005 ウイルス肝炎
006 その他のウイルス疾患
007 真菌症
008 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症
009 その他の感染症及び寄生虫症

新生物
010 胃の悪性新生物
011 結腸の悪性新生物
012 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物
013 肝及び肝内胆管の悪性新生物
014 気管，気管支及び肺の悪性新生物
015 乳房の悪性新生物
016 子宮の悪性新生物
017 悪性リンパ腫
018 白血病
019 その他の悪性新生物
020 良性新生物及びその他の新生物

血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
021 貧血
022 その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害

内分泌，栄養及び代謝疾患
023 甲状腺障害
024 糖尿病
025 その他の内分泌，栄養及び代謝疾患

精神及び行動の障害
026 血管性及び詳細不明の認知症
027 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
028 統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害
029 気分[感情]障害（躁うつ病を含む）
030 神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害
031 知的障害＜精神遅滞＞
032 その他の精神及び行動の障害

神経系の疾患
033 パーキンソン病
034 アルツハイマー病
035 てんかん
036 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
037 自律神経系の障害
038 その他の神経系の疾患

眼及び付属器の疾患
039 結膜炎
040 白内障
041 屈折及び調節の障害
042 その他の眼及び付属器の疾患

耳及び乳様突起の疾患
043 外耳炎
044 その他の外耳疾患
045 中耳炎
046 その他の中耳及び乳様突起の疾患
047 メニエール病
048 その他の内耳疾患
049 その他の耳疾患

循環器系の疾患
050 高血圧性疾患
051 虚血性心疾患
052 その他の心疾患
053 くも膜下出血
054 脳内出血
055 脳梗塞
056 脳動脈硬化（症）
057 その他の脳血管疾患
058 動脈硬化（症）
059 痔核
060 低血圧（症）
061 その他の循環器系の疾患

呼吸器系の疾患
062 急性鼻咽頭炎[かぜ]＜感冒＞
063 急性咽頭炎及び急性扁桃炎
064 その他の急性上気道感染症
065 肺炎
066 急性気管支炎及び急性細気管支炎
067 アレルギー性鼻炎
068 慢性副鼻腔炎
069 急性又は慢性と明示されない気管支炎
070 慢性閉塞性肺疾患
071 喘息
072 その他の呼吸器系の疾患

消化器系の疾患
073 う蝕
074 歯肉炎及び歯周疾患
075 その他の歯及び歯の支持組織の障害
076 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
077 胃炎及び十二指腸炎
078 アルコール性肝疾患
079 慢性肝炎（アルコール性のものを除く）
080 肝硬変（アルコール性のものを除く）
081 その他の肝疾患
082 胆石症及び胆のう炎
083 膵疾患
084 その他の消化器系の疾患

皮膚及び皮下組織の疾患
085 皮膚及び皮下組織の感染症
086 皮膚炎及び湿疹
087 その他の皮膚及び皮下組織の疾患

筋骨格系及び結合組織の疾患
088 炎症性多発性関節障害
089 関節症
090 脊椎障害（脊椎症を含む）
091 椎間板障害
092 頸腕症候群
093 腰痛症及び坐骨神経痛
094 その他の脊柱障害
095 肩の傷害＜損傷＞
096 骨の密度及び構造の障害
097 その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

腎尿路生殖器系の疾患
098 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患
099 腎不全
100 尿路結石症
101 その他の腎尿路系の疾患
102 前立腺肥大（症）
103 その他の男性生殖器の疾患
104 月経障害及び閉経周辺期障害
105 乳房及びその他の女性生殖器の疾患

妊娠，分娩及び産じょく
106 流産
107 妊娠高血圧症候群
108 単胎自然分娩
109 その他の妊娠，分娩及び産じょく

周産期に発生した病態
110 妊娠及び胎児発育に関連する障害
111 その他の周産期に発生した病態

先天奇形，変形及び染色体異常
112 心臓の先天奇形
113 その他の先天奇形，変形及び染色体異常

症状，徴候及び異常所見等で他に分類されないもの
114 症状，徴候及び異常所見等で他に分類されないもの

損傷，中毒及びその他の外因の影響
115 骨折
116 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
117 熱傷及び腐食
118 中毒
119 その他の損傷及びその他の外因の影響

(別紙様式23)

リハビリテーション実施計画書

患者氏名	性別（男・女） 年齢（　歳）	計画評価実施日（　年　月　日）
算定病名	治療内容	発症日・手術日（　年　月　日）
	☐ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語療法	リハ開始日（　年　月　日）
併存疾患・合併症	安静度・リスク	禁忌・特記事項

心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載

☐ 意識障害（JCS・GCS　　）
☐ 呼吸機能障害
　－☐ 酸素療法（　　）L/min ☐ 気切 ☐ 人工呼吸器
☐ 循環障害
　－☐ EF（　　）% ☐ 不整脈（有・無）
☐ 危険因子
　☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症 ☐ 糖尿病 ☐ 喫煙
　☐ 肥満 ☐ 高尿酸血症 ☐ 慢性腎臓病 ☐ 家族歴
　☐ 狭心症 ☐ 陳旧性心筋梗塞 ☐ その他
☐ 摂食嚥下障害（　　）
☐ 栄養障害（　　）
☐ 排泄機能障害（　　）
☐ 褥瘡（　　）
☐ 疼痛（　　）
☐ その他（　　）

☐ 関節可動域制限（　　）
☐ 拘縮・変形（　　）
☐ 筋力低下（　　）
☐ 運動機能障害
　（☐ 麻痺 ☐ 不随意運動 ☐ 運動失調 ☐ パーキンソニズム）
☐ 筋緊張異常（　　）
☐ 感覚機能障害（☐ 聴覚 ☐ 視覚 ☐ 表在覚 ☐ 深部覚）
☐ 音声・発話障害
　（☐ 構音 ☐ 失語 ☐ 吃音 ☐ その他（　　））
☐ 高次脳機能障害（☐ 記憶 ☐ 注意 ☐ 失行 ☐ 失認 ☐ 遂行）
☐ 精神行動障害（　　）
☐ 見当識障害（　　）
☐ 記憶障害（　　）
☐ 発達障害
　（☐ 自閉スペクトラム症 ☐ 学習障害 ☐ 注意欠陥多動性障害）

基本動作

☐ 寝返り（☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施）　☐ 座位保持（☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施）
☐ 起き上がり（☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施）　☐ 立位保持（☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施）
☐ 立ち上がり（☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施）　☐ その他（　　）

日常生活活動（動作）（実行状況） **※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載**

項目			得点 開始時→現在 FIM	BI	使用用具及び介助内容等
運動	セルフケア	食事	→	10・5・0 → 10・5・0	
		整容	→	5・0 → 5・0	
		清拭・入浴	→	5・0 → 5・0	
		更衣（上半身）	→	10・5・0 → 10・5・0	
		更衣（下半身）	→		
		トイレ	→	10・5・0 → 10・5・0	
	排泄	排尿コントロール	→	10・5・0 → 10・5・0	
		排便コントロール	→	10・5・0 → 10・5・0	
	移乗	ベット、椅子、車椅子	→	15・10 ・5・0 → 15・10 ・5・0	
		トイレ	→		
		浴槽・シャワー	→		
	移動	歩行（杖・装具：　）	→	15・10 ・5・0 → 15・10 ・5・0	
		車椅子			
		階段	→	10・5・0 → 10・5・0	
	小計（FIM 13-91、BI 0-100）		→	→	
認知	コミュニケーション	理解	→		
		表出	→		
	社会認識	社会的交流	→		
		問題解決	→		
		記憶	→		
	小計（FIM 5-35）		→		
	合計（FIM 18-126）		→		

栄養（※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入）

基礎情報　☐ 身長（＊1）：（　　）cm ☐ 体重：（　　）kg ☐ BMI（＊1）：（　　）kg/m²
栄養補給方法（複数選択可）☐ 経口：（☐ 食事 ☐ 補助食品） ☐ 経管栄養 ☐ 静脈栄養：（☐ 末梢 ☐ 中心） ☐ 胃ろう
嚥下調整食の必要性：（☐ 無 ☐ 有：（学会分類コード　　））
栄養状態の評価：☐ 問題なし ☐ 低栄養 ☐ 低栄養リスク ☐ 過栄養 ☐ その他（　　）
【上記で「問題なし」以外に該当した場合に記載】
必要栄養量　　熱量：（　　）kcal　タンパク質量（　　）g
総摂取栄養量（経口・経腸・経静脈栄養の合計（＊2））　熱量：（　　）kcal　タンパク質量（　　）g
＊1：身長測定が困難な場合は省略可　＊2：入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

社会保障サービスの申請状況 ※該当あるもののみ

☐ 要介護状態区分等
　☐ 申請中 ☐ 要支援状態区分（☐ 1 ☐ 2）
　☐ 要介護状態区分（☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5）
☐ 身体障害者手帳　種　級
☐ 精神障害者保健福祉手帳　級
☐ 療育手帳・愛護手帳　障害程度
☐ その他（難病等）

目標（1ヶ月）	目標（終了時）
	☐ 予定入院期間（　　） ☐ 退院先（　　） ☐ 長期的・継続的にケアが必要
治療方針（リハビリテーション実施方針）	治療内容（リハビリテーション実施内容）

リハ担当医　　主治医
理学療法士　　作業療法士
言語聴覚士　　看護師
管理栄養士　　社会福祉士

説明者署名

説明を受けた人：本人、家族（　）　説明日：　年　月　日

署名

目標　※該当する項目のみ記載する		具体的な対応方針　※必要な場合記載する
参加	□ 居住場所 －□ 自宅(□ 戸建　□ マンション)　□ 施設　□ その他(　　) □ 復職 －□ 現職復帰　□ 配置転換　□ 転職　□ 不可　□ その他(　　) －□ 通勤方法の変更 □ 就学・復学・進学 －□ 可能　□ 就学に要配慮　□ 不可　□ その他(　　) －□ 療育・通学先（　　）□ 通学方法の変更（　　） □ 家庭内役割（　　） □ 社会活動　（　　） □ 趣味　（　　）	
活動	□ 床上移動(寝返り、ずり這い移動、四つ這い移動など) －□ 自立　□ 介助　□ 非実施 －□ 装具・杖等　□ 環境設定 □ 屋内移動 －□ 自立　□ 介助　□ 非実施 －□ 装具・杖・車椅子等(　　) □ 屋外移動 －□ 自立　□ 介助　□ 非実施 －□ 装具・杖・車椅子等(　　) □ 自動車運転 －□ 自立　□ 介助　□ 非実施 －□ 改造(　　) □ 公共交通機関利用 －□ 自立　□ 介助　□ 非実施 －□ 種類(　　) □ 排泄(移乗以外) －□ 自立　□ 介助(□ 下衣操作　□ 拭き動作　□ カテーテル) －□ 種類(□ 洋式　□ 和式　□その他(　　)) □ 食事 －□ 自立　□ 介助　□ 非実施 －□ 箸　□ フォーク等　□ 胃ろうまたは経管 －□ 食形態(　　) □ 整容　□ 自立　□ 介助 □ 更衣　□ 自立　□ 介助 □ 入浴　□ 自立　□ 介助 －□ 浴槽　□ シャワー －□ 洗体介助　□ 移乗介助 □ 家事 －□ 全て実施　□ 非実施　□ 一部実施: (　　) □ 書字 －□ 自立　□ 利き手交換後自立　□ その他: (　　) □ PC・スマートフォン・ICT －□ 自立　□ 介助 □ コミュニケーション －□ 自立　□ 介助 －□ コミュニケーション機器　□ 文字盤　□ 他者からの協力	

	対応を要する項目	具体的な対応方針
心理	□ 精神的支援　（　　） □ 障害の受容　（　　） □ その他　（　　）	
環境	□ 自宅の改築等　（　　） □ 福祉機器の導入（　　） □ 社会保障サービス －□ 身障手帳　□ 障害年金　□ 難病・小慢受給者証 □ その他(　　) □ 介護保険サービス －□ 通所リハ　□ 訪問リハ　□ 通所介護　□ 訪問看護　□ 訪問介護 □ 老健　□ 特養　□ 介護医療院　□ その他(　　) □ 障害福祉サービス等 －□ 放課後デイ　□ 児童発達支援(医療・福祉) □ 生活介護　□ その他 □ その他　（　　）	
第三者の不利	□ 退院後の主介護者　（　　） □ 家族構成の変化　（　　） □ 家庭内役割の変化（　　） □ 家族の社会活動変化(　　)	

別紙様式 23 の５

目標設定等支援・管理シート

作成日　　年　　月　　日

説明・交付日　　年　　月　　日

患者氏名：　　生年月日：　　年　　月　　日

１．発症からの経過（リハビリテーション開始日：　　年　　月　　日）

２．ＡＤＬ評価（Barthel Index またはFIMによる評価）（リハビリ開始時及び現時点）

(Barthel Index の場合)

	リハビリテーション開始時点			現時点		
	自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助
食事	10	5	0	10	5	0
移乗	15	10 5	0	15	10 5	0
整容	5	0	0	5	0	0
トイレ動作	10	5	0	10	5	0
入浴	5	0	0	5	0	0
平地歩行	15	10 5	0	15	10 5	0
階段	10	5	0	10	5	0
更衣	10	5	0	10	5	0
排便管理	10	5	0	10	5	0
排尿管理	10	5	0	10	5	0
合計(0-100 点)　　点				合計(0-100 点)　　点		

FIMによる評価の場合

大項目	中項目	小項目	リハビリテーション開始時点	現時点
			得点	得点
運動	セルフケア	食事		
		整容		
		清拭・入浴		
		更衣（上半身）		
		更衣（下半身）		
		トイレ		
	排泄	排尿コントロール		
		排便コントロール		
	移乗	ベッド、椅子、車椅子		
		トイレ		
		浴槽・シャワー		
	移動	歩行・車椅子		
		階段		
	小計			
認知	コミュニケーション	理解		
		表出		
	社会認識	社会交流		
		問題解決		
		記憶		
	小計			
合計				

３．現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在のリハビリテーションの内容との関連

	目標としているもの	関連する現在のリハビリテーションの内容
心身機能		
活動		
社会参加		

４．今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し

・医師の説明の内容

・患者の受け止め

５．介護保険のリハビリテーションの利用の見通し（あり・なし）
介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性（あり・なし）
紹介した事業所名

事業所名	連絡方法	備考（事業所の特徴等）

説明医師署名：　　患者又は家族等署名：

［記載上の注意］

１．本シートの交付、説明は、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の交付、説明と一体として行って差し支えない。

２．「今後の見通し」について、必要な場合は、「今後のリハビリテーションが順調に進んだ場合」等の前提をおき、場合分けごとに記載してもよい。

３．「現在のリハビリテーションの目標」は、医師及びその他の従事者が記載した後、本シートの説明を通じて患者又は家族等と面談し、患者の価値観等を踏まえてよりよい目標設定ができると考えた場合は、赤字で追加、修正する等してよい。

（別紙様式24）

（精神科）退院療養計画書

（患者氏名）　　殿

年　月　日

病棟（病室）	
主治医以外の担当者名	
予想される退院日	
退院後の治療計画	
退院後の療養上の留意点	
退院後必要となる保健医療サービス又は福祉サービス	
その他	

注）　退院日等は、現時点で予想されるものである。

（主治医氏名）　　印

（別紙様式25）

酸素の購入価格に関する届出書（　　年度）

1　前年の１月から１２月までの酸素の購入実績

購入年月	定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）		可搬式液化酸素容器（LGC）		大型ボンベ（3,000L超）		小型ボンベ（3,000L以下）	
	購入容積（リットル）	購入対価（円）	購入容積（リットル）	購入対価（円）	購入容積（リットル）	購入対価（円）	購入容積（リットル）	購入対価（円）
年１月								
２月								
３月								
４月								
５月								
６月								
７月								
８月								
９月								
１０月								
１１月								
１２月								
計								
単価								

2　前年１年間において酸素の購入実績がない場合（当該診療月前の酸素の購入実績）

購入年月	定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）		可搬式液化酸素容器（LGC）		大型ボンベ（3,000L超）		小型ボンベ（3,000L以下）	
	購入容積（リットル）	購入対価（円）	購入容積（リットル）	購入対価（円）	購入容積（リットル）	購入対価（円）	購入容積（リットル）	購入対価（円）
年　月								
単価								

3　その他

購入業者名	種類（液化酸素、ボンベ）

上記のとおり届出します。

年　月　日

医療機関コード	

保険医療機関　　所在地
名　称
開設者

殿

［記載上の注意事項］

1　届出は、当該前年の１月１日から１２月３１日までの間に購入したすべての酸素について記載すること。

2　対価は、実際に購入した価格（消費税を含む。）を記載すること。
なお、平成30年１月１日から令和元年９月30日までの間に医療機関が購入したものについては、当該対価に108分の110を乗じて得た額の１円未満の端数を四捨五入した額とする。

（別紙様式２６）

年　　月　　日

主　治　医　氏　名	
１．輸血の種類（自己血輸血*を含む。）と使用量等	
２．輸血の必要性及び輸血を行わない場合の危険性等	
３．輸血の副作用等	
４．輸血に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
５．その他留意点（副作用・感染症救済制度等）	

＊　自己血輸血を実施しない場合は、その理由を説明すること。

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で輸血を受けることに同意しました。

（患者氏名）　　印

（家族等氏名）　　印

（患者との続柄：　　）

※　患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

（別紙様式27）

90日を超えて一般病棟に入院している患者に関する退院支援状況報告書

厚生(支)局長　殿

診療年月　　年　　月

患者名	男・女	入院日	年　月　日
生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日 （　）歳	退院日 （既に退院している場合）	年　月　日
入院の契機となった傷病名	（　） （　） （　）	治療を長期化させる原因となった傷病名	ア 脳卒中の後遺症　イ 認知症 ウ その他 （　）
入院前の状況 （当てはまるもの全てに○をつける）	一人暮らし ・ 同居家族あり（両親 ・ 配偶者 ・ 子 ・ その他）・ 施設等 同居していないが家族あり ・ その他（　）		
治療の経過及び治療が長期化した理由			
日常的に行われている医療行為その他特記すべき病状等	ア 喀痰吸引 → 1日（　）回 イ 経管栄養 → 手法：胃ろう ・ 鼻腔栄養 ウ 中心静脈栄養 エ 気管切開又は気管内挿管 オ 褥瘡に対する処置 → 褥瘡ができてからの期間　（　）日 カ その他の創傷処置 キ 酸素投与 ク その他（　）		
現在の医学的な状態	安定 ・ 変動はあるが概ね安定 ・ 変動が大きい ・全く安定していない 具体的内容:		
看護職員による看護提供の状況	ア 定時の観察のみで対応 イ 定時以外に1日1回～数回の観察および処遇が必要 ウ 頻回の観察および処遇が必要 エ 24時間観察および処遇が必要　理由（　）		
退院支援を主に担う者 （当てはまるもの全てに○をつける）	ア 担当医　イ 退院支援専任の医師　ウ 病棟看護職員 エ 退院支援に専任の看護職員　オ 社会福祉士　カ その他（　）		
退院に係る問題点、課題等	ア 患者の医学的状態が安定しない イ 医療的状態は安定しており退院が可能 a 退院の日程は決定しており、退院待ちの状態 b 退院先は決定しているが、退院の日程が決定していない ・自宅の受け入れ状況の調整中のため ・介護施設等に受け入れが決定しているが、日程が未定のため ・その他（　） c 退院先も退院日程も決定していない ・他の病院への転院が適切と考えられるが受け入れ先がない ・介護施設、福祉施設等への入所が適切と考えられるが受け入れ先がない ・退院に当たって導入する介護・福祉サービスの調整ができていない ・適切な退院先がわからない ・今後の療養に関する患者・家族の希望が決定していない ・今後の療養に関する本人の希望と家族の希望が一致しないため ・その他（　）		
退院へ向けた支援の概要		退院後に利用が予想される社会福祉サービス等	
予想される退院先	ア 自宅 イ 有料老人ホーム、グループホーム等の施設 ウ 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設等の介護施設又は障害者施設 エ 療養病床等の長期療養型医療施設 オ その他（　）		

（医療機関名）

（退院支援計画担当者）

（別紙様式２８）

初診料及び外来診療料の注２、注３に掲げる報告書

報告年月日：　　年　　月　　日

区分の種類	□　注２　　□　注３	
保険医療機関の種類	□　特定機能病院	
	□　地域医療支援病院 （一般病床数が200床未満の病院を除く）	
	□　紹介受診重点医療機関 （一般病床数が200床未満の病院を除く）	
	□　上記以外の許可病床数が400床以上の病院 （一般病床数が200床未満の病院を除く）	
①	初診の患者数 （期間：　　年　　月　～　　年　　月）	名
②	再診の患者数 （期間：　　年　　月　～　　年　　月）	
③	紹介患者数 （期間：　　年　　月　～　　年　　月）	名
④	逆紹介患者数 （期間：　　年　　月　～　　年　　月）	名
⑤	救急患者数 （期間：　　年　　月　～　　年　　月）	名
⑥	紹介割合　＝（③＋⑤）÷　①　×　100	%
⑦	逆紹介割合　＝　④　÷　（①＋②）　×　1,000	‰

［記載上の注意］

1 ・「①」から「⑤」までの「初診の患者数」、「再診の患者数」、「紹介患者数」、「逆紹介患者数」、「救急患者数」については、区分番号「A000」初診料の(7)及び区分番号「A002」外来診療料の(3)を参照すること。

2 ・「①」から「⑤」までの「期間」については、原則として報告時の前年度の１年間とする。
・ただし、報告時の前年度の１年間の実績が基準に満たなかった場合には、報告年度の連続する6月間とする。

（別紙様式29）

精神科リエゾンチーム治療評価書

作成日　　年　　月　　日

(ふりがな)	性別	ID:
氏名	(男・女)	病棟:
生年月日　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日(　　歳)		
診断(身体疾患)	1)	2)
診断(精神疾患)	1)	2)
実施要件	□ せん妄又は抑うつを有する	
	□ 自殺企図で入院	
	□ 精神疾患を有する	
	□ その他(　　)	

＜現症＞		【重症度】			
精神症状	不安・焦燥	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	抑うつ	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	せん妄	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	幻覚・妄想	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	興奮	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	自殺念慮	□なし	□軽症	□中等症	□重症
睡眠障害	不眠	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	傾眠	□なし	□軽症	□中等症	□重症
問題行動	徘徊	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	暴力行為	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	安静保持困難	□なし	□軽症	□中等症	□重症
意識障害		□なし	□軽症	□中等症	□重症
認知機能障害		□なし	□軽症	□中等症	□重症
その他(具体的に)　(　　)		□なし	□軽症	□中等症	□重症

【重症度評価】　軽症：入院治療継続に支障がない　中等症：入院治療継続に支障がでている
重症：入院治療継続が困難である

＜その他の状態＞				
精神機能の全体的評価(GAF)尺度　　[　　]　(0－100)				
身体活動状態	全般	□問題なし		
		□軽度の症状があるも、日常生活動作は自立		
		□時に介助が必要、1日の半分以上は起きている		
		□しばしば介助が必要、1日の半分以上臥床している		
		□常に介助が必要、終日臥床している		
	歩行	□問題なし	□要介助	□不可
	排泄	□問題なし	□要介助	□ポータブル
	食事	□問題なし	□要介助	□不可
	入浴	□問題なし	□要介助	□不可

＜総合評価と今後の方針＞

重症度	具体的な状況	チームでの対応方法
□軽症	精神症状を伴っている	・チーム回診でのフォロー
□中等症	精神症状を伴い、入院治療に影響がでている	・チーム回診でのフォロー　＋　適宜診療 ・精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等)
□重症	精神症状を伴い、入院治療の継続が困難である	・チーム回診でのフォロー　＋　頻回の診療 ・精神科専門医療の提供(精神療法、薬物療法等)
□最重症	精神症状を伴い、一般病棟では治療継続できない	・精神科病棟での治療を検討

			今後の治療計画
治療評価（Ⅰ）	薬物療法	□実施　□未実施	
	心理療法	□実施　□未実施	
	ソーシャルワーク	□実施　□未実施	
	心理教育	□実施　□未実施	
	服薬指導	□実施　□未実施	
	作業療法	□実施　□未実施	
	その他	□実施　□未実施	
	退院後も精神科医療（外来など）が継続できるような調整	□実施　□未実施	
治療評価（Ⅱ）	精神症状	□なし □改善 □不変 □増悪	
	睡眠障害	□なし □改善 □不変 □増悪	
	問題行動	□なし □改善 □不変 □増悪	
	意識障害	□なし □改善 □不変 □増悪	
	認知機能障害	□なし □改善 □不変 □増悪	
	その他（具体的に）（　　）	□なし □改善 □不変 □増悪	
治療評価（Ⅲ）	精神機能の全体的評価（GAF）尺度	□なし □改善 □不変 □増悪	
	身体活動状態	□なし □改善 □不変 □増悪	
主治医		精神科医	
看護師		精神保健福祉士	
作業療法士		薬剤師	
公認心理師		（　　）	
次回の再評価予定日		年　月　日	
本人・家族への説明日		年　月　日	

（別紙様式29の2）

精神科リエゾンチーム診療実施計画書

作成日　　年　月　日

（ふりがな）		性別	ID：
氏名		（男・女）	
生年月日　明・大・昭・平・令　年　月　日（　歳）			病棟：
診断（身体疾患）	1）		2）
診断（精神疾患）	1）		2）
実施要件	□ せん妄又は抑うつを有する □ 自殺企図で入院 □ 精神疾患を有する □ その他（　　）		

＜現症＞

		【重症度】			
精神症状	不安・焦燥	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	抑うつ	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	せん妄	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	幻覚・妄想	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	興奮	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	自殺念慮	□なし	□軽症	□中等症	□重症
睡眠障害	不眠	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	傾眠	□なし	□軽症	□中等症	□重症
問題行動	徘徊	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	暴力行為	□なし	□軽症	□中等症	□重症
	安静保持困難	□なし	□軽症	□中等症	□重症
意識障害		□なし	□軽症	□中等症	□重症
認知機能障害		□なし	□軽症	□中等症	□重症
その他（具体的に）（　　）		□なし	□軽症	□中等症	□重症

【重症度評価】　軽症：入院治療継続に支障がない　中等症：入院治療継続に支障がでている
重症：入院治療継続が困難である

＜その他の状態＞

精神機能の全体的評価（GAF）尺度　［　　］　（0－100）

身体活動状態	全般	□問題なし		
		□軽度の症状があるも、日常生活動作は自立		
		□時に介助が必要、1日の半分以上は起きている		
		□しばしば介助が必要、1日の半分以上臥床している		
		□常に介助が必要、終日臥床している		
	歩行	□問題なし	□要介助	□不可
	排泄	□問題なし	□要介助	□ポータブル
	食事	□問題なし	□要介助	□不可
	入浴	□問題なし	□要介助	□不可

＜総合評価と今後の方針＞

重症度	具体的な状況	チームでの対応方法
□軽症	精神症状を伴っている	・チーム回診でのフォロー
□中等症	精神症状を伴い、入院治療に影響がでている	・チーム回診でのフォロー　＋　適宜診療 ・精神科専門医療の提供（精神療法、薬物療法等）
□重症	精神症状を伴い、入院治療の継続が困難である	・チーム回診でのフォロー　＋　頻回の診療 ・精神科専門医療の提供（精神療法、薬物療法等）
□最重症	精神症状を伴い、一般病棟では治療継続できない	・精神科病棟での治療を検討

<table>
<tr><td rowspan="4">治療目標</td><td colspan="4">□　せん妄又は抑うつの改善</td></tr>
<tr><td colspan="4">□　自殺念慮の消失</td></tr>
<tr><td colspan="4">□　精神疾患の治療継続、軽快</td></tr>
<tr><td colspan="4">□　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>治療計画
（Ⅰ）</td><td colspan="4">□薬物療法　□抗精神病薬　□抗うつ薬　□気分安定薬
□抗不安薬　□睡眠薬　□認知症治療薬
□その他（　　）
□心理療法　□ソーシャルワーク
□心理教育　□服薬指導
□作業療法　□その他　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="11">治療計画
（Ⅱ）</td><td colspan="2">現　症</td><td>短期目標</td><td>具体的アプローチ</td></tr>
<tr><td rowspan="6">精神症状</td><td>不安・焦燥</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>抑うつ</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>せん妄</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>幻覚・妄想</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>興奮</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>自殺念慮</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>睡眠障害</td><td>（　　）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>問題行動</td><td>（　　）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">意識障害</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">認知機能障害</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>その他
（具体的に）</td><td>（　　）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>主治医</td><td colspan="2"></td><td>精神科医</td><td></td></tr>
<tr><td>看護師</td><td colspan="2"></td><td>精神保健福祉士</td><td></td></tr>
<tr><td>作業療法士</td><td colspan="2"></td><td>薬剤師</td><td></td></tr>
<tr><td>公認心理師</td><td colspan="2"></td><td>（　　）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">次回の再評価予定日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">本人・家族への説明日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
</table>

（別紙様式 30）

病棟薬剤業務日誌

年　月　日

病棟名：

病棟専任の薬剤師名：

1　この病棟におけるこの日の病棟薬剤業務の実施時間

時間

2　業務時間・業務内容・実施薬剤師名

業務時間		業務内容	実施	業務時間		業務内容	実施
時間帯	小計		薬剤師名	時間帯	小計		薬剤師名

※　実施した業務の内容を次の業務の番号から選択して「業務内容」欄へ記入するとともに、当該業務の実施に要した時間を「業務時間」欄へ、実施した薬剤師の氏名を「実施薬剤師名」欄へ記入すること。業務の内容について⑦を選択した場合には、その内容を具体的に記載すること。

①　医薬品の投薬・注射状況の把握
②　医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需
③　入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案
④　２種以上の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認
⑤　患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明
⑥　薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施
⑦　その他（業務内容を具体的に記入すること。）

※　当該病棟以外の場所で実施した病棟薬剤業務についても、実施場所とともに記載すること。

3　その他

（別紙様式 31）

精神科デイ・ケア等の実施状況に係る報告書

報告年月日：　　年　　月　　日

1　月 14 回以上精神科デイ・ケア等を実施する患者の割合

（1）精神科デイ・ケア等を月１回以上実施した患者の数の平均	人
（2）精神科デイ・ケア等を月 14 回以上実施した患者の数の平均	人
（3）　　（2）÷（1）	

2　精神科デイ・ケア等の平均実施期間

精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から 報告年の９月末までの月数の平均	月

［記載上の注意点］

1　精神科デイ・ケア等とは、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び精神科ナイト・ケアをいうこと。

2　「１」の（1）について、報告年度の 4 月から 9 月の各月について、当該保険医療機関において精神科デイ・ケア等を１回以上実施した患者数を算出した上で、一月あたりの平均患者数を記入すること。

3　「１」の（2）について、報告年度の 4 月から 9 月の各月について、当該保険医療機関において精神科デイ・ケア等を 14 回以上実施した患者の数を求めた上で、一月あたりの平均患者数を記入すること。

4　「２」について、「１」（3）が 0.8 未満である場合には、記載する必要はないこと。記載する場合には、報告年度の 9 月 1 日から 9 月 30 日に 1 回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者について、当該保険医療機関の精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から９月末までの月数を算出した上で、平均の月数を記入すること。

（別紙様式32）

認知症療養計画書

説明日　　年　　月　　日

患者氏名	性別	年齢	生年月日

病名	
検査結果	
介護認定	申請予定・申請中　　非該当・要支援（Ⅰ・Ⅱ）・要介護（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）

Ⅰ. 症状

認知障害 （MMSE、HDS-R等）	
生活障害 （IADL, ADL）	
行動・心理症状 （DBD等）	
介護上特に問題 となる症状	

Ⅱ. 家族又は介護者による介護の状況

Ⅲ. 治療計画

	短期計画	中期計画	長期計画
認知障害			
生活障害			
行動・心理症状			
総合			

Ⅳ. 必要と考えられる医療連携や介護サービス

Ⅴ. 緊急時の対応方法・連絡先

Ⅵ. 特記事項

担当医

本人又は家族又は介護者の署名

（別紙様式32の２）

認知症療養計画書

ID番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日（年齢＿＿＿＿歳）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿認知症疾患医療センター　　説明医＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明年月日＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿日

かかりつけ医へ伝達事項（注：認知症療養指導料３を算定する場合には、今後の療養指導に必要な事項として記載のこと）

●症状（認知機能障害／行動・心理症状）経過等，生活状況等

●身体合併症・身体機能障害，血液検査，神経画像検査，診断等

●要介護認定の状況　（※該当に○をつける）

未申請・申請中・非該当・要支援１・要支援２・要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５

●現在の医療，介護等の社会支援サービス，その他

●今後の医療，必要とされる介護等の社会支援サービス，その他

本人・家族へ伝達事項

●診察結果（病状，身体合併症等）

●今後の生活上の留意点，その他

説明を受けた方（本人または家族・介護者等）の署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄（＿＿＿＿＿＿）

（別紙様式33）

DIEPSS（薬原性錐体外路症状評価尺度）全項目評価用紙

患者：

評価者：

評価日：　　年　　月　　日

評価時間：　　～

コード

０　＝　なし、ごく軽度、不確実

１　＝　軽度

２　＝　中等度

３　＝　重度

４　＝　重度

適当なもの１つに丸をつける。

１　歩行　Gait 小刻みな遅い歩き方。速度の低下，歩幅の減少，上肢の振れの減少，前屈姿勢や前方突進現象の程度を評価する。	０	１	２	３	４
２　動作緩慢　Bradykinesia 動作がのろく乏しいこと。動作の開始または終了の遅延または困難。顔面の表情変化の乏しさ（仮面様顔貌）や単調で緩徐な話し方の程度も評価する。	０	１	２	３	４
３　流涎　Sialorrhea 唾液分泌過多。	０	１	２	３	４
４　筋強剛　Muscle rigidity 上肢の屈伸に対する抵抗。歯車現象，ろう屈現象，鉛管様強剛や手首の曲がり具合の程度も評価する。	０	１	２	３	４
５　振戦　Tremor 口部，手指，四肢，躯幹に認められる反復的，規則的（４～８Hz）で，リズミカルな運動。	０	１	２	３	４
６　アカシジア　Akathisia 静座不能に対する自覚；下肢のムズムズ感，ソワソワ感，絶えず動いていたいという衝動などの内的不穏症状とそれに関連した苦痛。運動亢進症状（身体の揺り動かし，下肢の振り回し，足踏み，足の組み換え，ウロウロ歩きなど）についても評価する。	０	１	２	３	４
７　ジストニア　Dystonia 筋緊張の異常な亢進によって引き起こされる症状。舌，頸部，四肢，躯幹などにみられる筋肉の捻転やつっぱり，持続的な異常ポジション、舌の突出捻転，斜頸，後頸，牙関緊急，眼球上転，ピサ症候群などを評価する。	０	１	２	３	４
８　ジスキネジア　Dyskinesia 運動の異常に亢進した状態。顔面，口部，舌，頸，四肢，躯幹にみられる他覚的に無目的で不規則な不随意運動。舞踏病様運動，アテトーゼ様運動は含むが，振戦は評価しない。	０	１	２	３	４
９　概括重症度　Overall severity 錐体外路症状全体の重症度。	０	１	２	３	４

（別紙様式34）

介護職員等喀痰吸引等指示書

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

事業者		事業者種別	
		事業者名称	
対象者	氏名		生年月日　明・大・昭・平・令　年　月　日（　歳）
	住所		電話（　　）　－
	要介護認定区分	要支援（　１　２　）　要介護（　１　２　３　４　５　）	
	障害程度区分	区分１　区分２　区分３　区分４　区分５　区分６	
	主たる疾患(障害)名		
実施行為種別		口腔内の喀痰吸引　・　鼻腔内の喀痰吸引　・　気管カニューレ内部の喀痰吸引 胃ろうによる経管栄養　・　腸ろうによる経管栄養　・　経鼻経管栄養	
指示内容	具体的な提供内容		
	喀痰吸引（吸引圧、吸引時間、注意事項等を含む）		
	経管栄養（栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む）		
	その他留意事項（介護職員等）		
	その他留意事項（看護職員）		
（参考）使用医療機器等	1. 経鼻胃管	サイズ：＿＿＿＿Fr、種類：	
	2. 胃ろう・腸ろうカテーテル	種類：ボタン型・チューブ型、サイズ：＿＿＿＿Fr、＿＿＿＿cm	
	3. 吸引器		
	4. 人工呼吸器	機種：	
	5.気管カニューレ	サイズ：外径＿＿＿＿mm、長さ＿＿＿＿mm	
	6. その他		
緊急時の連絡先 不在時の対応法			

※1.「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者総合支援法等による事業の種別を記載すること。

2.「要介護認定区分」または「障害程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。

年　月　日

機関名
住所
電話
(FAX)

医師氏名　　印

（登録喀痰吸引等（特定行為）事業者の長）　殿

（1207）

別紙36

抗不安薬

- オキサゾラム
- クロキサゾラム
- クロラゼプ酸二カリウム
- ジアゼパム
- フルジアゼパム
- ブロマゼパム
- メダゼパム
- ロラゼパム
- アルプラゾラム
- フルタゾラム
- メキサゾラム
- トフィソパム
- フルトプラゼパム
- クロルジアゼポキシド
- ロフラゼプ酸エチル
- タンドスピロンクエン酸塩
- ヒドロキシジン塩酸塩
- クロチアゼパム
- ヒドロキシジンパモ酸塩
- エチゾラム
- ガンマオリザノール

睡眠薬

- ブロモバレリル尿素
- 抱水クロラール
- エスタゾラム
- フルラゼパム塩酸塩
- ニトラゼパム
- ニメタゼパム
- ハロキサゾラム
- トリアゾラム
- フルニトラゼパム
- ブロチゾラム

ロルメタゼパム
クアゼパム
アモバルビタール
バルビタール
フェノバルビタール
フェノバルビタールナトリウム
ペントバルビタールカルシウム
トリクロホスナトリウム
リルマザホン塩酸塩水和物
ゾピクロン
ゾルピデム酒石酸塩
エスゾピクロン
ラメルテオン
スボレキサント
レンボレキサント
メラトニン

抗うつ薬
クロミプラミン塩酸塩
ロフェプラミン塩酸塩
トリミプラミンマレイン酸塩
イミプラミン塩酸塩
アモキサピン
アミトリプチリン塩酸塩
ノルトリプチリン塩酸塩
マプロチリン塩酸塩
ペモリン
ドスレピン塩酸塩
ミアンセリン塩酸塩
セチプチリンマレイン酸塩
トラゾドン塩酸塩
フルボキサミンマレイン酸塩
ミルナシプラン塩酸塩
パロキセチン塩酸塩水和物
塩酸セルトラリン
ミルタザピン
デュロキセチン塩酸塩
エスシタロプラムシュウ酸塩
ベンラファキシン塩酸塩
ボルチオキセチン臭化水素酸塩

抗精神病薬（○印は非定型抗精神病薬、△は持続性抗精神病注射薬剤）
＜定型薬＞
クロルプロマジン塩酸塩
クロルプロマジンフェノールフタリン酸塩
ペルフェナジンフェンジゾ酸塩
ペルフェナジン
ペルフェナジンマレイン酸塩
プロペリシアジン
フルフェナジンマレイン酸塩
プロクロルペラジンマレイン酸塩
レボメプロマジンマレイン酸塩
ピパンペロン塩酸塩
オキシペルチン
スピペロン
スルピリド
ハロペリドール
ピモジド
ゾテピン
チミペロン
ブロムペリドール
クロカプラミン塩酸塩水和物
スルトプリド塩酸塩
モサプラミン塩酸塩
ネモナプリド
レセルピン
△　ハロペリドールデカン酸エステル
△　フルフェナジンデカン酸エステル
＜非定型薬＞
○△リスペリドン
○　クエチアピンフマル酸塩
○　ペロスピロン塩酸塩水和物（ペロスピロン塩酸塩）

○　オランザピン
○△アリピプラゾール（アリピプラゾール水和物）
○　ブロナンセリン
○　クロザピン
○　パリペリドン
○△パリペリドンパルミチン酸エステル
○　アセナピンマレイン酸塩
○　ブレクスピプラゾール
○　ルラシドン塩酸塩

別紙 36 の 2

抗精神病薬一般名	クロルプロマジン 100mg 相当量
クロルプロマジン塩酸塩	100 mg
クロルプロマジンフェノールフタリン酸塩	100 mg
ペルフェナジンフェンジゾ酸塩	10 mg
ペルフェナジン	10 mg
ペルフェナジンマレイン酸塩	10 mg
プロペリシアジン	20 mg
フルフェナジンマレイン酸塩	2 mg
プロクロルペラジンマレイン酸塩	15 mg
レボメプロマジンマレイン酸塩	100 mg
ピパンペロン塩酸塩	200 mg
オキシペルチン	80 mg
スピペロン	1 mg
スルピリド	200 mg
ハロペリドール	2 mg
ピモジド	4 mg
ゾテピン	66 mg
チミペロン	1.3 mg
ブロムペリドール	2 mg
クロカプラミン塩酸塩水和物	40 mg
スルトプリド塩酸塩	200 mg
モサプラミン塩酸塩	33 mg
ネモナプリド	4.5 mg
レセルピン	0.15 mg
リスペリドン	1 mg
クエチアピンフマル酸塩	66 mg
ペロスピロン塩酸塩水和物（ペロスピロン塩酸塩）	8 mg
オランザピン	2.5 mg
アリピプラゾール	4 mg
ブロナンセリン	4 mg
クロザピン	50 mg
パリペリドン	1.5 mg
パリペリドンパルミチン酸エステル	1.5 mg

別紙様式37

統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害用　院内標準診療計画書

患者氏名	様（男・女）	年　月　日生（　歳）	身体疾患	
			既往歴	
担当者サイン	主治医	看護師	精神保健福祉士	作業療法士	その他の担当者	
目標		入院形態		

		入院1週目 実施項目	入院2週目 実施項目	入院3週目 実施項目	入院4週目 実施項目	入院5週目 実施項目	入院6週目 実施項目	入院7週目 実施項目	入院8週目 実施項目	入院9週目 実施項目	入院10週目 実施項目	入院11週目 実施項目	入院12週目 実施項目
医師（通常の診察は除く）		□身体疾患の確認（他科 医師との連携）											
		□入院治療・行動制限の同意取得（行動制限は必要時）	□入院形態・行動制限の見直し		□入院形態・行動制限の見直し			□入院形態・行動制限の見直し				□入院形態・行動制限の見直し	
		□治療状況の確認と対処											
看護師		□身体症状の評価 □精神症状の評価※3	□身体症状の評価										
			生活援助 □生活自立度自己チェック※4		生活援助 □生活自立度自己チェック※4			生活援助 □生活自立度自己チェック※4 □退院後の生活について（2か月で退院する場合）				生活援助 □生活自立度自己チェック※4 □退院後の生活について（2か月で退院する場合）	
精神保健福祉士		本人、家族等より下記事項を確認し、その評価を行う □関係機関への連絡・調整※5 □経済状況 □生活環境	□社会資源チェックリスト作成※6					□社会資源チェックリスト作成（2か月で退院する場合）※6				□社会資源チェックリスト作成（3か月で退院する場合）※6	
								□退院支援チェックリスト作成（2か月で退院する場合）※7				□退院支援チェックリスト作成（3か月で退院する場合）※7	
薬剤師等※1		□入院患者・家族から服薬状況について聞き取り	□服薬指導		□服薬指導			□退院時患者・家族服薬指導（3か月で退院する場合）				□退院時患者・家族服薬指導（3か月で退院する場合）	
		□持参薬チェック	□薬剤の副作用等の評価※8		□クロルプロマジン（CP）換算を行い、処方量の確認を行う □薬剤の副作用等の評価※8			□CP換算を行い、処方量の確認 □薬剤の副作用等の評価※8				□CP換算を行い、処方量の確認 □薬剤の副作用等の評価※8	
公認心理師		□精神症状の評価※9	□精神症状の評価※10		□精神症状の評価※9			□精神症状の評価※9				□精神症状の評価※9	
作業療法士等※2		□認知機能の評価※11											
		□作業療法のオリエンテーション □作業療法実施計画立案	□作業能力評価※12		□作業能力評価※12			□作業能力評価※12				□作業能力評価※12	
チーム共通	医師、看護師、薬剤師等	□患者・家族と共に治療方針の決定※19	□患者・家族と共に治療方針の決定※19		□患者・家族と共に治療方針の決定※19			□患者・家族と共に治療方針の決定※19				□患者・家族と共に治療方針の決定※19	
	医師、看護師、公認心理師等			□疾患に対する教育/統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源について） 2ヶ月で退院する場合※15				□疾患に対する教育/家族ともに振返り）					
								□疾患に対する教育/（統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源について） 3ヶ月で退院する場合※15				□疾患に対する教育/（家族ともに振返り）	
	全職種	□退院前訪問指導 ※13	□地域移行支援カンファレンス※14		□地域移行支援カンファレンス※14		□退院前訪問指導（2ヶ月で退院する場合）※17	□地域移行支援カンファレンス（2ヶ月で退院する場合）※16	□退院前訪問指導（2ヶ月で退院する場合）※18		□退院前訪問指導（3ヶ月で退院する場合）※17	□地域移行支援カンファレンス（3ヶ月で退院する場合）※16	□退院前訪問指導（3ヶ月で退院する場合）※18

※1薬剤師等、病識や副作用が評価出来る者
※2作業療法士等、作業遂行機能の評価出来る者
※3隔離を必要とする場合は、看護師もPANSS－ECE評価等、これに準じた評価ができるものを用いて評価を行う
※4生活自立度 自己チェックとは、食事、排泄、睡眠、保清、身体状態、精神状態、対人関係等の項目をチェックするもの
※5関係機関とは通院先診療所、相談支援事業所、生活保護担当者等を指す
※6社会資源とは年金、精神障害者手帳、自立支援、養育手帳、介護保険、障害認定等の項目をチェックし、今後利用するものが確認できるもの
※7退院支援チェックリストとは、帰宅先の確認、通院医療機関の確認、自立支援、手帳等の利用確認、今後のキーパーソンの確認、必要関係機関等の項目をチェックするもの
※8薬剤副作用の確認はDAI-10、SAI-J、DIEPSS等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※9PANSS又はMS評価等、これに準じた評価ができるものを用いて評価を行う
※10PANSS又はMSに加え、MMSE、JART等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※11BACS-J/WCST簡易版等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※12　OSA Ⅱ等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※13入院前の生活環境把握を行う
※14地域移行支援カンファレンスとは、その月末までに行った症状評価、作業能力評価、服薬指導、社会資源の調整結果等を報告し、退院に向けて地域資源の情報の共有・退院後の地域支援計画立案を行う
※15疾患に対する教育 は、患者及び家族に対して、4週間かけて統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源についての教育等を行うもの
※16※14に加え、アウトリーチや体験DC、訪問看護も検討
※17退院後に起こりうる問題の対処法の確認
※18退院後の具体的環境調整を行う
※19自己決定への支援（服薬、金銭等）

別紙様式37の2

気分（感情）障害用　院内標準診療計画書

患者氏名	様（男・女）	年　月　日生（　歳）	身体疾患	
			既往歴	
担当者サイン	主治医	看護師	精神保健福祉士	作業療法士	その他の担当者	
目標		入院形態		

		入院1週目 実施項目	入院2週目 実施項目	入院3週目 実施項目	入院4週目 実施項目	入院5週目 実施項目	入院6週目 実施項目	入院7週目 実施項目	入院8週目 実施項目	入院9週目 実施項目	入院10週目 実施項目	入院11週目 実施項目	入院12週目 実施項目
医師（通常の診察は除く）		□身体疾患の確認（他科医師との連携）											
		□入院治療・行動制限の同意取得（行動制限は必要時）	□入院形態・行動制限の見直し		□入院形態・行動制限の見直し			□入院形態・行動制限の見直し				□入院形態・行動制限の見直し	
		□治療状況の確認と対処											
看護師		□隔離している場合、精神症状の評価※3 □睡眠（自己・看護師評価） □生活自立度自己チェック※4	□隔離している場合、精神症状の評価※3		□生活自立度自己チェック※4			生活援助 □生活自立度自己チェック※4 □退院後の生活について（2か月で退院する場合）				生活援助 □生活自立度自己チェック※4 □退院後の生活について（3か月で退院する場合）	
精神保健福祉士		本人、家族等より下記事項を確認し、その評価を行う □関係機関への連絡・調整※5 □経済状況 □生活環境 □職場・家族との調整	□社会資源チェックリスト作成※6		□社会資源チェックリスト作成※6 □利用サービスの確認（本人・家族） □関係機関との連携			□関係機関との連携				□関係機関との連携	
								（2ヶ月で退院する場合） □退院支援チェックリスト※7 □退院後の習慣スケジュール確認（本人・家族）				（3ヶ月で退院する場合） □退院支援チェックリスト※7 □退院後の習慣スケジュール確認（本人・家族）	
薬剤師等※1		□入院時患者・家族等から服薬状況を聞き取り	□服薬指導（薬の説明・副作用の有無確認）		□服薬指導			□服薬指導 □退院時患者・家族服薬指導（2か月で退院する場合）				□服薬指導 □退院時患者・家族服薬指導（3か月で退院する場合）	
		□持参薬チェック □薬剤の副作用等の評価※8	□薬剤の副作用等の評価※8 □処方内容／量の確認 □抗精神病薬を処方されている場合は、クロルプロマジン（CP）換算を行い処方量を確認		□薬剤の副作用等の評価※8			□薬剤の副作用等の評価※8 □処方内容／量の確認 □抗精神病薬を処方されている場合は、CP換算を行い処方量を確認				□薬剤の副作用等の評価※8 □処方内容／量の確認 □抗精神病薬を処方されている場合は、CP換算を行い処方量を確認	
公認心理師		□精神症状の評価※9	□精神症状の評価※10		□精神症状の評価※11			□精神症状の評価※12				□精神症状の評価※12	
作業療法士等※2								□WAIS－Ⅲ（必要時）				□WAIS－Ⅲ（必要時）	
				集団作業療法導入への説明、段階的導入				精神科リハビリテーションの確認				精神科リハビリテーションの確認	
		□作業療法のオリエンテーション □作業療法実施計画立案	□作業能力評価※13		□作業能力評価※13			□作業能力評価※13				□作業能力評価※13	
チーム共通	医師・看護師・薬剤師		□患者・家族と共に治療方針の決定※20		□患者・家族と共に治療方針の決定※20			□患者・家族と共に治療方針の決定※20			□患者・家族と共に治療方針の決定※20		
	公認心理師・PSW・看護師・薬剤師	家族への家族教室案内	会社・家族への心理教育		家族への心理教育案内	会社・家族への心理教育				会社・家族への心理教育		会社・家族への心理教育	
	全職種	□退院前訪問指導 ※14	□地域移行支援カンファレンス※15		□地域移行支援カンファレンス※15	□退院前訪問指導（2ヶ月で退院する場合）※18		□地域移行支援カンファレンス（2ヶ月で退院する場合）※17	□退院前訪問指導（2ヶ月で退院する場合）※19	□退院前訪問指導（3ヶ月で退院する場合）※18		□地域移行支援カンファレンス（3ヶ月で退院する場合）※17	□退院前訪問指導（3ヶ月で退院する場合）※19

※1薬剤師等、病識や副作用が評価出来る者
※2作業療法士等、作業遂行機能の評価出来る者
※3隔離を必要とする場合は、看護師もHAM-D、YMRS等、これに準じた評価ができるものを用いて評価を行う
※4生活自立度自己チェックとは、食事、排泄、睡眠、保清、身体状態、精神状態、対人関係等の項目をチェックするもの
※5関係機関とは通院先診療所、相談支援事業所、生活保護担当者等を指す
※6社会資源とは年金、精神障害者手帳、自立支援、養育手帳、介護保険、障害認定等の項目をチェックし、今後利用するものが確認できるもの
※7退院支援チェックリストとは、帰宅先の確認、通院医療機関の確認、自立支援、手帳等の利用確認、今後のキーパーソンの確認、必要関係機関等の項目をチェックするもの
※8薬剤副作用の確認はDAI-10、SAI-J、DIEPSS等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※9HAM-D、YMRS、MADRS、コロンビア自殺重大度評価尺度、SCID－Ⅱ等、これに準じた評価ができるものを用いて評価を行う
※10HAM-D、YMRS、MADRS等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※11HAM-D、YMRS、MADRS、コロンビア自殺重大度評価尺度等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※12HAM-D、YMRS、MADRS、SCID Ⅱ等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※13POMS、WCST等、これに準じた評価が出来るものを用いて評価を行う
※14入院前の生活環境把握を行う
※15地域移行支援カンファレンスとは、その月末までに行った症状評価、作業能力評価、服薬指導、社会資源の調整結果等を報告し、退院に向けて地域資源の情報の共有・退院後の地域支援計画立案を行う
※16疾患に対する教育 は、患者及び家族に対して、4週間かけて統合失調症の症状、注意サイン、薬、社会資源についての教育等を行うもの
※17※15に加え、アウトリーチや体験DC、訪問看護も検討
※18退院後に起こりうる問題の対処法の確認
※19退院後の具体的環境調整を行う
※20自己決定への支援（内服、金銭等）

別紙様式38

退院支援委員会会議記録

（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿　生年月日　　年　　月　　日

委員会開催日:　　年　　月　　日

病棟（病室）	
病名	
入院年月日	
担当退院支援相談員の氏名	
出席者	主治医（　　）、主治医以外の医師（　　） 看護職員（　　） 担当退院支援相談員（　　） 本人（　出席　・　欠席　）、　家族（　　（続柄）　　） その他（　　）
退院困難な要因（医学的要因）	1. 精神症状　　4. IADLの低下 2. 問題行動　　5. 身体合併症 3. ADLの低下
退院困難な要因（社会・環境的要因）	1. 家庭内調整（　　） 2. 受け入れ先の確保が困難（　　） 3. 生活費の確保が困難（　　） 4. 自己負担の費用が増加（　　） 5. その他（　　）
退院に係る問題点、課題等	
退院へ向けた目標設定、評価時期、支援概要	1. 退院へ向けた目標 2. 評価時期 3. 支援概要
予想される退院先	1. 自宅 2. 障害福祉サービスによる入所施設（　　） 3. 介護保険サービスによる入所施設（　　） 4. その他（　　）
退院後に利用が予想される社会福祉サービス等	
退院後に利用が予想される社会福祉サービスの担当者	

（担当医）　　印

（記録者署名）　　印

別紙様式３９

精神科の診療に係る経験を十分に有する医師に係る届出書添付書類（区分番号「F100」処方料、「F200」薬剤料、「F400」処方せん料、「I002」通院・在宅精神療法、「I002-2」精神科継続外来支援・指導料の向精神薬多剤投与に係る部分）

区　分	氏　名
精神科の診療に係る経験を十分に有する医師	

［記載上の注意］

１　以下の要件を満たす医師の氏名を記載すること。

①臨床経験を５年以上有する医師であること。

②適切な保険医療機関において３年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。

③精神疾患に関する専門的な知識と、ICD-10（平成21年総務省告示第176号（統計法第28条及び附則第３条の規定に基づき，疾病，傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「３」の「（１）　疾病，傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）においてF0からF9の全てについて主治医として治療した経験を有すること。

④精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。

２　「１」について確認できる文書を添付すること。

別紙様式 40

向精神薬多剤投与に係る報告書

直近３月に受診した外来患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること。

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	
標榜科	精神科　・　心療内科　・　どちらもない
対象期間	年　月　日から　年　月　日の３月間
「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」の数（届出時点）	名

１　向精神薬の投与を受けている患者数、その内訳（対象となる患者は直近３か月間に受診した外来患者）

※ここでいう向精神薬とは、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬をさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①			
	うち、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者数②		
		うち、抗うつ薬の投与を受けている患者数③	うち、抗精神病薬の投与を受けている患者数④
名	名	名	名

２　向精神薬多剤投与を受けている患者数とその内訳（対象となる患者は直近３か月間に受診した外来患者）

※ここでいう向精神薬多剤投与とは、抗不安薬３種類以上、睡眠薬３種類以上、抗うつ薬３種類以上、抗精神病薬３種類以上又は抗不安薬及び睡眠薬４種類以上に該当することをさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①						
	向精神薬多剤投与を受けている患者数⑤					
		うち、抗不安薬３種類以上の投与を受けている患者数⑥	うち、睡眠薬３種類以上の投与を受けている患者数⑦	うち、抗うつ薬３種類以上又は抗精神病薬３種類以上の投与を受けている患者数⑧		
					うち、抗うつ薬３種類以上の投与を受けている患者数⑨	うち、抗精神病薬３種類以上の投与を受けている患者数⑩
名	名	名	名	名	名	名

⑧／②　＝　　%

※　⑧／②が 10%未満であるか、又は⑧が 20 名未満である場合、「Ｉ００２」通院・在宅精神療法(17)のアに掲げる要件を満たす。

［記載上の注意］

１．直近３か月とは、届出を行う日の前月から起算して３か月をいう。

２．患者数は、条件に該当するものを、「Ｆ１００」処方料（３）（イ）から（ニ）への該当の有無にかかわらず全て、それぞれ実人数で計上すること。例えば、期間中に抗うつ薬及び抗精神病薬の療法の投与を受けた患者がいる場合には、③と④に重複して計上され、③と④の和が②より大きくなる。同様に、期間中に抗うつ薬３種類以上及び抗精神病薬３種類以上の投与を受けた患者がいる場合には、⑨と⑩に重複して計上され、⑨と⑩の和が⑧より大きくなる。

３．「１」と「２」の①にはそれぞれ同じ数字を記入すること。

４．平成 30 年７月以降の報告において、⑤の患者数に、４種類の抗不安薬及び睡眠薬の投与を受けている患者数を含めること。

別紙様式４１

1ヶ月目・2ヶ月目・3ヶ月目・4ヶ月目・5ヶ月目・6ヶ月目 (該当する項目を○で囲んでください。)

総合支援計画書

フリガナ 氏　名		生年月日	明治・大正 昭和・平成・令和　　年　　月　　日（　　歳）	性別	男・女

（１）病名

主たる精神障害：＿＿＿＿＿＿＿＿　　従たる精神障害：＿＿＿＿＿＿＿＿

身体合併症　　：＿＿＿＿＿＿＿＿

（２）直近の入院状況

・直近の入院日：　　年　　月　　日　・退院日：　　年　　月　　日　・入院期間：　　年　　ヶ月

・入院形態：□任意　□医療保護　□措置（緊急措置含）　□応急　□医療観察法　　・退院時 GAF（　　）

・通院困難な理由（　　）

（３）現在の病状、状態像等（本人の訴え、及び医療者の評価をともに記載）

本人	
医療者	

（４）処方内容

（５）生活能力の状態

１．現在の生活環境

□独居　□家族等と同居　□入所（施設名：　　）　□その他（　　）

◎家族の協力体制　【あり・困難】

２．日常生活動作（ADL）

・ベッド上の可動性	□自立	□準備のみ	□観察	□部分的な援助	□広範な援助	□最大の援助	□全面依存
・移乗	□自立	□準備のみ	□観察	□部分的な援助	□広範な援助	□最大の援助	□全面依存
・食事	□自立	□準備のみ	□観察	□部分的な援助	□広範な援助	□最大の援助	□全面依存
・トイレの使用	□自立	□準備のみ	□観察	□部分的な援助	□広範な援助	□最大の援助	□全面依存
・入浴	□自立	□準備のみ	□観察	□部分的な援助	□広範な援助	□最大の援助	□全面依存
・衣服の着脱	□自立	□準備のみ	□観察	□部分的な援助	□広範な援助	□最大の援助	□全面依存

◎先月と比較して、【改善・不変・悪化】

３．日常生活能力の判定

・適切な食事摂取	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・身辺の清潔保持・規則正しい生活	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・金銭管理	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・買物	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・服薬管理	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・対人関係	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・身辺の安全保持・危機対応	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・社会的手続きや公共施設の利用	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・趣味・娯楽への関心	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助
・交通手段の利用	□自発的にできる	□部分的な援助	□最大の援助

◎先月と比較して、【改善・不変・悪化】

（６）各種サービス利用状況（支援計画策定時点）

・精神障害者保健福祉手帳（□1 級、□2 級、□3 級、□申請中、□非該当、□申請なし）

・障害年金（□1 級、□2 級、□3 級、□申請中、□非該当、□申請なし）

・障害程度／支援区分（□区分 1、□区分 2、□区分 3、□区分 4、□区分 5、□区分 6、□申請中、□非該当、□申請なし）

・要介護認定（□要支援 1、□要支援 2、□要介護 1、□要介護 2、□要介護 3、□要介護 4、□要介護 5、□申請中、□非該当、□申請なし）

・障害者総合支援法等に規定する各種サービスの利用の有無　□有　□無

（７）再発予防・健康維持のための目標（1ヶ月後）

□病気への理解　□体力向上　□食事管理　□内服管理　□日常生活の管理　□趣味・娯楽への関心

□就労・就学　□その他（　　）

（８）今後必要とされる収入源

□　不要　□就労　□家族からの援助　□障害年金　□老齢基礎年金　□生活保護　□その他（　　）

（９）今後必要とされる各種のサービス

１．精神科医療

□精神科通院（当院、他院）　□精神科デイケア　□精神科デイナイトケア、□精神科ナイトケア

２．障害者総合支援法等に規定するサービス

□重度訪問介護【　　回／週】　□行動援護【　　回／週】　□グループホーム【　　回／週】

□生活介護【　　回／週】　□居宅介護（ホームヘルプ）【　　回／週】　□地域活動支援センター【　　回／週】

□保健所による訪問【　　回／週】　□その他サービス（　　）【　　回／週】

３．その他（　　）

（１０）連携すべき関係機関

□保健所　□精神保健福祉センター　□市町村　□相談支援事業所　□居宅介護支援事業所

□その他（　　）

（１１）この１ヶ月間での本人・家族の希望、回復への目標

（１２）訪問予定日

□「訪問診療」　[担当　　]

訪問予定日：　月　日(　)、　月　日(　)、　月　日(　)、　月　日(　)、　月　日(　)

□「精神科訪問看護、精神科訪問看護・指導」

訪問予定日：　月　日(　)[担当　　]、　月　日(　)[担当　　]、　月　日(　)[担当　　]

月　日(　)[担当　　]、　月　日(　)[担当　　]、　月　日(　)[担当　　]

月　日(　)[担当　　]、　月　日(　)[担当　　]、　月　日(　)[担当　　]

月　日(　)[担当　　]、　月　日(　)[担当　　]、　月　日(　)[担当　　]

月　日(　)[担当　　]、　月　日(　)[担当　　]、　月　日(　)[担当　　]

（１３）（７）～（１１）を達成するための、具体的な支援計画

□「病気の症状・お薬について」　担当者／職種

支援計画（　　）

□「看護・介護について」　担当者／職種

支援計画（　　）

□「社会生活機能の回復について」　担当者／職種

支援計画（　　）

□「社会資源について」　担当者／職種

支援計画（　　）

□「その他行うべき支援」　担当者／職種

支援計画（　　）

本人・家族氏名：

医師：　　看護師：

作業療法士：　　精神保健福祉士：

その他関係職種：

医療機関所在地：　　診療担当科名：

名　　称：　　医師氏名　（　自署又は記名押印　）

電　話　番　号：　　㊞

緊急時電話番号：

(1213)

別紙様式 42

入院時訪問指導に係る評価書

作成日　　年　　月　　日

１．基本情報

患者氏名	男・女	生年月日	年　月　日（　歳）
訪問日	年　月　日	入院日	年　月　日
訪問先種別		訪問先住所	
訪問者職種		訪問者氏名	
同行者職種・氏名	職種：　氏名：		
	職種：　氏名：		
	職種：　氏名：		

２．情報収集及び評価

患者の病状や障害像	■退院時 ADL 予後：主な移動方法（　）→自立 ・ 要介助 ・ 全介助 ■認知症の有・無
家族の状況	
退院後生活する住環境の状況	■主な居室（　）と主たる移動場所（　） ■室内の段差：無・有り（場所　）■手すり：無・あり（場所　） ■近隣の店までの距離（　m）
患者、家族の住環境に関する希望等	
その他（食事、整容、入浴、排泄、介護状況、移動手段等の特記事項）	
コメント・評価（解決すべき住環境課題について記入）	

３．住環境の状況の分かる作図や写真を添付（作成、添付することが望ましい）

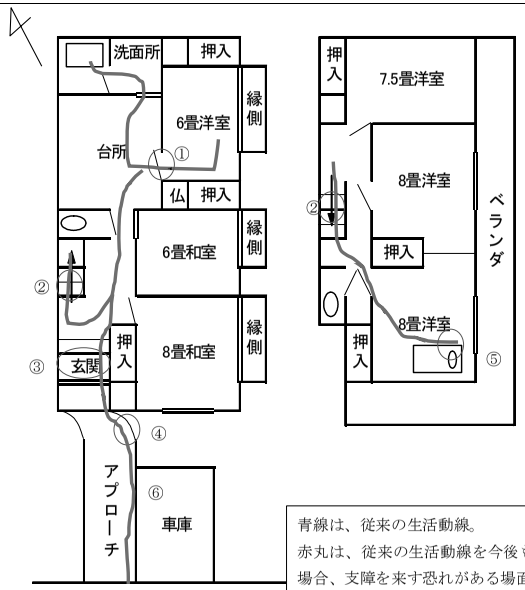
■作図の場合、全体間取りと段差・手すりを記入した上で、解決課題箇所を丸で囲むこと

［記入上の注意］

１．訪問先種別は自宅、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等を記入すること。

２．退院後生活する住環境は、家屋構造、室内の段差、手すりの場所、近隣の店までの距離等を含めて、リハビリテーション総合実施計画立案に必要な情報を記入すること。

（参考）作図の場合



青線は、従来の生活動線。
赤丸は、従来の生活動線を今後も利用する場合、支障を来す恐れがある場面

（自宅生活を実現するために検討すべき事項）

① 幅８０CM、車いすは困難。歩行移動が必要
② 階段10段。手すり右にしかない。
③ １段差２０CM。改修は困難な見込。上がる能力が必要。
④ ここだけ、手すりが付けられない空白部分。避ける動線にすべき。
⑤ ベッドの向きを反対にし突っ張り棒を導入すると、自力で起居できる可能性が高まる。
⑥ アプローチは石畳。車いす移動は困難。デイケアの送迎車に乗るため、介助歩行の獲得が必要。

別紙様式43

褥瘡対策に関する診療計画書

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿　男　女　　計画作成日＿＿.＿＿.＿＿

年　月　日生　（　歳）

褥瘡の有無　1. 現在　なし　あり　（仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他（　））
2. 過去　なし　あり　（仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他（　））

褥瘡発生日＿＿.＿＿.＿＿

危険因子の評価	日常生活自立度　J(1, 2)　A(1, 2)　B(1, 2)　C(1, 2)			対処
	・基本的動作能力　（ベッド上　自力体位変換）	できる	できない	「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する
	（イス上　坐位姿勢の保持、除圧）	できる	できない	
	・病的骨突出	なし	あり	
	・関節拘縮	なし	あり	
	・栄養状態低下	なし	あり	
	・皮膚湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）	なし	あり	
	・皮膚の脆弱性（浮腫）	なし	あり	
	・皮膚の脆弱性（スキンーテアの保有、既往）	なし	あり	

両括弧内は点数（※1）

褥瘡の状態の評価（DESIGN－R2020）									合計点	
	深さ	(0)皮膚損傷・発赤なし	(1)持続する発赤	(2)真皮までの損傷	(3)皮下組織までの損傷	(4)皮下組織をこえる損傷	(5)関節腔、体腔に至る損傷	(DTI)深部損傷褥瘡(DTI)疑い(※2)	(U)深さ判定が不能の場合	
	滲出液	(0)なし	(1)少量：毎日の交換を要しない		(3)中等量：1日1回の交換		(6)多量：1日2回以上の交換			
	大きさ(cm^2) 長径×長径に直交する最大径（持続する発赤の範囲も含む）	(0)皮膚損傷なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(8)16以上36未満	(9)36以上64未満	(12)64以上100未満	(15)100以上		
	炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし	(1)局所の炎症徴候あり（創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛）		(3C)（※3）臨界的定着疑い（創面にぬめりがあり、滲出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など）		(3)（※3）局所の明らかな感染徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭）	(9)全身的影響あり（発熱など）		
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創が治癒した場合、創が浅い場合、深部損傷褥瘡(DTI)疑い(※2)		(1)創面の90%以上を占める	(3)創面の50%以上90%未満を占める	(4)創面の10%以上50%未満を占める	(5)創面の10%未満を占める	(6)全く形成されていない		
	壊死組織	(0)なし	(3)柔らかい壊死組織あり		(6)硬く厚い密着した壊死組織あり					
	ポケット(cm^2) 潰瘍面も含めたポケット全周(ポケットの長径×長径に直交する最大径)ー潰瘍面積	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満		(12)16以上36未満		(24)36以上		

※1　該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。ただし、深さの点数は加えないこと

※2　深部損傷褥瘡(DTI)疑いは、視診・触診、補助データ（発生経緯、血液検査、画像診断等）から判断する。

※3　「3C」あるいは「3」のいずれかを記載する。いずれの場合も点数は3点とする。

継続的な管理が必要な理由

計画

実施した内容（初回及び評価カンファレンスの記録及び月1回以上の構成員の訪問結果の情報共有の結果について記載）

カンファレンス実施日	開催場所	参加した構成員の署名	議事概要
初回　　月　日			
2回目　　月　日			
3回目　　月　日			

評価

説明日　　年　月　日

本人又は家族（続柄）の署名

在宅褥瘡対策チーム構成員の署名

医師

看護師

管理栄養士

在宅褥瘡管理者

［記載上の注意］

1　日常生活自立度の判定に当たっては「「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について」（平成3年11月18日　厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号）を参照のこと。

2　日常生活自立度がJ1～A2である患者については、当該評価票の作成を要しないものであること。

別紙様式44

保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式

標本等の受取又は受信側

病理標本等の受取又は受信側の医療機関名：	
担当医：　　科　　殿	依頼日：　年　月　日

標本等の送付又は送信側

病理標本等の送付又は送信側の医療機関名：	
所在地：	
電話番号：　　医師氏名：　　提出医サイン：	
送付又は送信する材料　□病理組織標本　□病理検体　□病理組織標本のデジタル病理画像	
標本作製の場所（標本又はデジタル病理画像を送付する場合）：院内・院外（施設名称：　　標本番号：　）	
患者氏名：　　（フリガナ）　　性別：男・女	
患者住所	
生年月日：明・大・昭・平・令　年　月　日（　歳）	職業：（具体的に　）電話番号：
保険医療機関間の連携による病理診断についての患者の了解：有・無	
傷病名：	
臨床診断・臨床経過：	
肉眼所見・診断（略図等）：	
病理材料のマクロ写真と切り出し図（鉗子生検等は除く）：	
採取日又は手術日：　年　月　日	
提出臓器とそれぞれの標本又はデジタル病理画像の枚数：1.　2.　3.　その他	
既往歴：	
家族歴：	
感染症の有無：有（　）・無	
治療情報・治療経過：	
現在の処方：	
病理診断に際しての要望：	
備考：	

病理診断料使用欄：病理診断料ID
□病理診断管理加算1　□病理診断管理加算2　□悪性腫瘍病理組織標本加算　□標本作製料　□病理診断料　□免疫染色等（　　）

※1内視鏡生検等では、内視鏡伝票又は生検部位の写真を添付すること
※2手術材料等では病変部の写真等を含む画像診断報告書資料を添付すること

別紙様式 45

回復期リハビリテーション病棟入院料及び特定機能病院リハビリテーション病棟入院料におけるリハビリテーション実績指数等に係る報告書

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	
報告年月日	
直近の報告年月日	
届出入院料	□　回復期リハビリテーション病棟入院料 □　特定機能病院リハビリテーション病棟入院料

※（特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を届け出ている場合は、以下における「回復期リハビリテーション病棟入院料」を「特定機能病院リハビリテーション病棟入院料」と読み替えること。）

１．退棟患者数

①		（　　）月	（　　）月	（　　）月	（　　）月
②	前月までの６か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数	名	名	名	名

２．１日当たりのリハビリテーション提供単位数

①			（　　）月	（　　）月	（　　）月	（　　）月
③	前月までの６か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延べ入院日数		日	日	日	日
④	前月までの６か月間に③の患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数（ⅰ＋ⅱ＋ⅲ＋ⅳ＋ⅴ）		単位	単位	単位	単位
再掲	ⅰ	前月までの６か月間に③の患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
	ⅱ	前月までの６か月間に③の患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位

	iii	前月までの６か月間に③の患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
	iv	前月までの６か月間に③の患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
	v	前月までの６か月間に③の患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
⑤	１日当たりのリハビリテーション提供単位数（④／③）		単位	単位	単位	単位

３．リハビリテーション実績指数

①		（　）月	（　）月	（　）月	（　）月
⑥	前月までの６か月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した回復期リハビリテーションを要する状態の患者数	名	名	名	名
⑦	⑥のうち、リハビリテーション実績指数の計算対象とした患者数	名	名	名	名
⑧	⑦の患者の退棟時のＦＩＭ得点（運動項目）から入棟時のＦＩＭ得点（運動項目）を控除したものの総和	点	点	点	点
⑨	⑦の各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限で除したものの総和				
⑩	リハビリテーション実績指数（⑧／⑨）	点	点	点	点

４．除外患者について（届出の前月までの６か月について以下を記入する。）

⑪　届出の前月までの６ヶ月	（　）月	（　）月	（　）月	（　）月	（　）月	（　）月
⑫　入棟患者数	名	名	名	名	名	名
⑬　高次脳機能障害患者が退棟患者数の４０％以上であることによる除外の有無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
⑭　⑬による除外がある場合は除外後の入棟患者数（⑬が有の場合のみ）	名	名	名	名	名	名
⑮　リハビリテーション実績指数の計算対象から除外した患者数	名	名	名	名	名	名
⑯　除外割合（⑮÷（⑫又は⑭））	%	%	%	%	%	%

５．高次脳機能障害患者が４０％以上であることによる除外について（⑬が有の場合には、それぞれ⑪の７か月前から前月までの６か月間の状況について記入。）

※（　）にはそれぞれ⑪の前月を記載	（　）月までの６か月	（　）月までの６か月	（　）月までの６か月	（　）月までの６か月	（　）月までの６か月	（　）月までの６か月
⑰　６か月間の退棟患者数	名	名	名	名	名	名
⑱　⑰のうち、高次脳機能障害の患者数	名	名	名	名	名	名
⑲　高次脳機能障害患者の割合（⑱÷⑰）	%	%	%	%	%	%

６．前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施
（あり　・　なし）

［記載上の注意］

１．①については、毎年７月に報告する際には、前年 10 月、当該年１月、４月及び７月について記入する。別の月に報告する際には、報告を行う月及び報告を行う月以前で１月、４月、７月及び 10 月のうち直近の月について記入する。ただし、新規に当該入院料の届出を行うなど、当該月について算出を行っていない項目については、記入は不要である。

２．②はリハビリテーション実績指数の計算対象となったものに限る。

３．④は選定療養として行われたもの及びその費用が回復期リハビリテーション病棟入院料に包括されたものを除く。

４．⑫は入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。

５．⑮の除外患者数は、入棟日においてＦＩＭ運動項目の得点が 20 点以下若しくは 76 点以上、ＦＩＭ認知項目の得点が 24 点以下、又は年齢が 80 歳以上であったことによりリハビリテーション実績指数の計算対象から除外したものに限る。

６．⑯の除外割合は、⑬が「有」の場合は⑮÷⑭、「無」の場合は⑮÷⑫とする。

７．⑰は在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。

８．⑬、⑱、⑲の高次脳機能障害とは、「基本診療料の施設基準等」別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する、回復期リハビリテーション入院料が算定開始日から起算して 180 日以内まで算定できるものに限る。

９．「前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施」については「あり」又は「なし」の該当するものを〇で囲むこと。

（別紙様式46）

褥瘡対策に関する評価

1 褥瘡の状態（部位毎に記載）

両括弧内は点数（※1）

部位（部位名） 1（　　） 2（　　） 3（　　） 4（　　）										1	2	3	4
褥瘡の状態の評価（DESIGN-R2020）	深さ	(0) 皮膚損傷・発赤なし	(1) 持続する発赤	(2) 真皮までの損傷	(3) 皮下組織までの損傷	(4) 皮下組織を超える損傷	(5) 関節腔、体腔に至る損傷	(DTI)深部損傷褥瘡(DTI)疑い(※2)	(U) 深さ判定が不能の場合				
	滲出液	(0) なし	(1) 少量：毎日の交換を要しない		(3) 中等量：1日1回の交換		(6)多量:1日2回以上の交換						
	大きさ（cm^2） 長径×長径に直交する最大径（持続する発赤の範囲も含む）	(0) 皮膚損傷なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(8) 16以上36未満	(9) 36以上64未満	(12)64以上100未満	(15) 100以上					
	炎症・感染	(0) 局所の炎症徴候なし	(1) 局所の炎症徴候あり（創周辺の発赤、腫瘍、熱感、疼痛）		(3C)（※3）臨界的定着疑い（創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など）		(3)（※3）局所の明らかな感染徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭）	(9) 全身的影響あり（発熱など）					
	肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0) 治癒あるいは創が浅い場合、深部損傷褥瘡(DTI)疑い(※2)の場合	(1) 創面の90%以上を占める		(3) 創面の50%以上90%未満を占める		(4) 創面の10%以上50%未満を占める	(5) 創面の10%未満を占める	(6) 全く形成されていない				
	壊死組織	(0) なし	(3) 柔らかい壊死組織あり				(6) 硬く厚い密着した壊死組織あり						
	ポケット（cm^2） 潰瘍面も含めたポケット全周（ポケットの長径×長径に直交する最大径）－潰瘍面積	(0) なし	(6)4未満		(9)4以上16未満		(12)16以上36未満	(24) 36以上					
DESIGN-R2020 の合計点（深さの点数は加えない）													

（※1） 該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。ただし、深さの点数は加えないこと。

（※2） 深部損傷褥瘡（DTI）疑いは、視診・触診、補助データ（発生経緯、血液検査、画像診断等）から判断する。

（※3） 「3C」あるいは「3」のいずれかを記載する。いずれの場合も点数は3点とする。

2 褥瘡の状態の変化

	評価日（　月　日）	1月前（　月　日）	2月前（　月　日）	3月前（　月　日）
DESIGN-R2020の合計点				

1 前月までのDESIGN-R2020の合計点は、暦月内で最も低い合計点を記載する。

2 褥瘡の部位により合計点が異なる場合は、最も低い合計点を記載する。

（別紙様式４７）

「地域包括診療加算」・「認知症地域包括診療加算」に関する説明書

当院では、「地域包括診療加算」等を算定する患者さんに、「かかりつけ医」として、次のような診療を行います。

- ○ 生活習慣病や認知症等に対する治療や管理を行います。
- ○ 他の医療機関で処方されるお薬を含め、服薬状況等を踏まえたお薬の管理を行います。
- ○ 予防接種や健康診断の結果に関する相談等、健康管理に関するご相談に応じます。必要に応じ、専門の医療機関をご紹介します。
- ○ 介護保険の利用に関するご相談に応じます。
- ○ 必要に応じ、訪問診療や往診に対応します。
- ○ 体調不良時等、患者さんからの電話等による問い合わせに対応しています。

連絡先　▲▲医院　　●●●－●●●－●●●●

患者さん・ご家族へのお願い

- ○ 他の医療機関を受診される場合、お急ぎの場合を除き、担当医にご相談ください。お急ぎの場合に、他の医療機関を受診した場合には、次に当院を受診した際にお知らせください。（他の医療機関で受けた投薬なども、お知らせください。）
- ○ 受診時にはお薬手帳をご持参ください。
- ○ 処方を受けている薬局のお名前をお知らせください。
- ○ 健康診断の結果については、担当医にお知らせください。

（別紙様式４７）

「地域包括診療加算」　・　「認知症地域包括診療加算」

に関する同意書

「地域包括診療加算」　・　「認知症地域包括診療加算」について説明を受け、理解した上で、▲▲医院　医師　〇〇〇〇を担当医として、生活習慣病等（●●、□□）に対する継続的な診療、お薬の管理、健康管理に関する相談・指導等を受けることに同意いたします。

※　他の医療機関で「地域包括診療加算」「認知症地域包括診療加算」「地域包括診療料」「認知症地域包括診療料」を算定している方は、署名する前にお申し出ください。

（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（別紙様式４８）

「地域包括診療料」・「認知症地域包括診療料」に関する説明書

当院では、「地域包括診療料」等を算定する患者さんに、
「かかりつけ医」として、次のような診療を行います。

- 〇　生活習慣病や認知症等に対する治療や管理を行います。
- 〇　他の医療機関で処方されるお薬を含め、服薬状況等を踏まえたお薬の管理を行います。
- 〇　予防接種や健康診断の結果に関する相談等、健康管理に関するご相談に応じます。必要に応じ、専門の医療機関をご紹介します。
- 〇　介護保険の利用に関するご相談に応じます。
- 〇　必要に応じ、訪問診療や往診に対応します。
- 〇　体調不良時等、患者さんからの電話等による問い合わせに対応しています。

連絡先　▲▲医院　　●●●－●●●－●●●●

患者さん・ご家族へのお願い

- 〇　他の医療機関を受診される場合、お急ぎの場合を除き、担当医にご相談ください。お急ぎの場合に、他の医療機関を受診した場合には、次に当院を受診した際にお知らせください。（他の医療機関で受けた投薬なども、お知らせください。）
- 〇　受診時にはお薬手帳をご持参ください。
- 〇　処方を受けている薬局のお名前をお知らせください。
- 〇　健康診断の結果については、担当医にお知らせください。

（別紙様式４８）

「地域包括診療料」　・　「認知症地域包括診療料」

に関する同意書

「地域包括診療料」　・　「認知症地域包括診療料」について説明を受け、理解した上で、▲▲医院　医師　〇〇〇〇を担当医として、生活習慣病等（●●、□□）に対する継続的な診療、お薬の管理、健康管理に関する相談・指導等を受けることに同意いたします。

※　他の医療機関で「地域包括診療加算」「認知症地域包括診療加算」「地域包括診療料」「認知症地域包括診療料」を算定している方は、署名する前にお申し出ください。

（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（別紙様式４９）

職場復帰の可否等についての主治医意見書

患者氏名		生年月日	年　月　日
住所			

復職に関する意見	□ 復職可　□ 条件付き可　□ 現時点で不可（休業：～　年　月　日） 意見
業務の内容について職場で配慮したほうがよいこと（望ましい就業上の措置）	例：重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期の出張や海外出張は避ける　など 注）提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
その他配慮事項	例：通院時間を確保する、休憩場所を確保する　など 注）治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
上記の措置期間	年　月　日　～　年　月　日

上記内容を確認しました。

年　月　日　（本人署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり、職場復帰の可否等に関する意見を提出します。

年　月　日　（主治医署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(注)この様式は、患者が病状を悪化させることなく治療と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。

（別紙様式４９の２）

治療の状況や就業継続の可否等についての主治医意見書

患者氏名		生年月日	年　月　日
住所			

病名	
現在の症状	（通勤や業務遂行に影響を及ぼし得る症状や薬の副作用等）
治療の予定	（入院治療・通院治療の必要性、今後のスケジュール（半年間、月１回の通院が必要、等））
退院後／治療中の就業継続の可否	□可　（職務の健康への悪影響は見込まれない） □条件付きで可（就業上の措置があれば可能） □現時点で不可（療養の継続が望ましい）
業務の内容について職場で配慮したほうがよいこと（望ましい就業上の措置）	例：重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期の出張や海外出張は避ける　など 注）提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
その他配慮事項	例：通院時間を確保する、休憩場所を確保する　など 注）治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
上記の措置期間	年　月　日　～　年　月　日

上記内容を確認しました。

年　月　日　（本人署名）＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり、診断し、就業継続の可否等に関する意見を提出します。

年　月　日　（主治医署名）＿＿＿＿＿＿＿＿

（注）この様式は、患者が病状を悪化させることなく治療と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。

別紙様式５０

年　月　日

看護及び栄養管理等に関する情報(1)

患者氏名（ふりがな）		性別		生年月日　年　月　日
入退院日	入院日：　年　月　日	退院(予定)日：　年　月　日		
主たる傷病名				
主な既往歴	□診療情報提供書参照	アレルギー	□薬剤（　　） □食物（　　） □その他（　　）	
入院中の経過	□診療情報提供書参照			
継続する看護上の問題等				
ケア時の具体的な方法や留意点				
病状等の説明内容と受け止め	医師の説明			
	患者			
	家族			
患者・家族の今後の希望・目標や、大切にしていること	患者			
	家族			
家族構成（同居者の有無、キーパーソン等）		緊急連絡先（氏名・続柄・連絡先） ① ②		
介護者等の状況	介護者（　　）協力者：（　　） 対応可能な時間： □24時間　□日中のみ　□夜間のみ　□独居・介護者や協力者がいない			
日常生活自立度	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2			
認知症自立度	正常 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M			
社会資源	要介護認定	□申請中　要支援状態区分（□1　□2） 要介護状態区分（□1　□2　□3　□4　□5）		
	介護支援専門員／訪問看護ステーション／訪問診療医療機関			
	障害手帳	□有（　　）		
生活等の状況	清潔	入浴：　□自立　□一部介助（介助方法：　　） □全介助（□シャワー浴　□機械浴　□清拭　最終：　月　日） 口腔ケア：□自立　□部分介助（介助方法：　　） □全介助 更衣：　□自立　□部分介助（介助方法：　　） □全介助		
	活動	座位：□自立　□部分介助（介助方法：　　） □全介助		

別紙様式５０

		移乗:□自立 □部分介助(介助方法:) □全介助 移動:□自立 □部分介助(介助方法:) □全介助 方法:□T 杖・松葉杖 □歩行器 □車椅子 □車椅子自走 □ストレッチャー
	排泄	□自立 □部分介助(介助方法:) □全介助 方法:□トイレ □ポータブルトイレ □尿器 □便器 □パッド □オムツ □自己導尿 排泄機能障害:□尿意がない □尿失禁 □便意がない □便失禁 排便回数:( )日に( )回 最終排便: 月 日
	食事	介助方法:
	睡眠	□特記事項なし □その他( )
	精神状態	□特記事項なし □抑うつ □せん妄 □その他( ) □認知症 (症状、行動等:)
	運動機能障害	□麻痺:(□右上肢 □左上肢 □右下肢 □左下肢) □言語障害:(□構音障害 □失語症) □視力障害:(□右 □左) □聴力障害:(□右 □左) 補聴器使用(□有 □無)
	安全対策	方法:
医療処置・挿入物等の状況	□点滴投与経路	□PICC(末梢挿入型中心静脈カテーテル) □CVC(中心静脈カテーテル) □末梢静脈ライン □静注 CV ポート 挿入部位: サイズ: 最終交換日: 月 日 最終ロック日: 交換頻度:
	□経管栄養	□経鼻 □胃瘻 □腸瘻 □その他( ) サイズ: Fr cm 挿入日: 月 日 最終交換日: 月 日 交換頻度:
	□膀胱留置カテーテル	種類: サイズ: Fr 固定水: ml 最終交換日: 月 日 交換頻度:
	□透析	週 回 シャント:□有(部位)
	□呼吸管理	□吸引 回数: □酸素療法(□経鼻 □マスク □その他) 酸素設定: □気管切開:気管内チューブ mm 最終交換日: 月 日 交換頻度: □人工呼吸器 設定、モード:
	□創傷処置	□褥瘡 部位・深度・大きさ等: ケア方法: □手術創 部位: ケア方法:
	□ストーマ処置	種類: サイズ: 最終交換日: 月 日 交換頻度:
服薬管理		□自立 □要確認・見守り □一部介助(方法:) 他院処方薬:□有 □無
その他		

(記入者氏名)

(照会先)

(1223)

看護及び栄養管理等に関する情報(2)

患者氏名			
入退院日	入院日: 年 月 日	退院(予定)日: 年 月 日	

(太枠:必須記入)

栄養管理に関する情報

栄養管理・栄養指導等の経過

栄養管理上の注意点と課題

栄養評価

評価日: 年 月 日 | 過去(週間)の体重変化: 増加 ・ 変化なし ・ 減少: (kg %)

身体計測: 体重 kg 測定日(/) | BMI kg/m² | 下腿周囲長 cm・不明 | 握力 kgf・不明

身体所見	食欲低下: 無・有・不明( )	消化器症状: 無・有(嘔気・嘔吐・下痢・便秘)・不明	
	味覚障害: 無・有・不明( )	褥瘡: 無・有(部位等)・不明	
	浮腫: 無・有(胸水・腹水・下肢)・不明	その他	
	嚥下障害: 無・有	特記事項	
	咀嚼障害: 無・有		
検査・その他	過去1か月以内Alb値 ( )g/dL ・ 測定なし	その他	

1日栄養量	エネルギー	たんぱく質	食塩	水分	その他
必要栄養量	( )kcal/標準体重kg ( )kcal/現体重kg	( )g/標準体重kg ( )g/現体重kg	g	ml	
摂取栄養量	( )kcal/標準体重kg ( )kcal/現体重kg	( )g/標準体重kg ( )g/現体重kg	g	ml	

栄養補給法: 経口 ・ 経腸(経口 ・ 経鼻 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻) ・ 静脈 | 食事回数: 回/日 | 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ その他( )

退院時食事内容

食種: 一般食 ・ 特別食( )・その他( )

食事形態				
主食種類	朝	米飯・軟飯・全粥・パン・その他( )	量	g/食
	昼	米飯・軟飯・全粥・パン・その他( )		g/食
	夕	米飯・軟飯・全粥・パン・その他( )		g/食
副食形態		常菜・軟菜・その他( ) ※)自由記載:例 ペースト		
嚥下調整食		不要 ・ 必要	コード(嚥下調整食の場合は必須) 0j ・ 0t ・ 1j ・ 2-1 ・ 2-2 ・ 3 ・ 4	
とろみ調整食品の使用		無 ・ 有	種類(製品名) / 使用量(gまたは包)	とろみの濃度: 薄い / 中間 / 濃い

その他影響する問題点: 無 ・ 有( )

食物アレルギー	無 ・ 有	乳・乳製品 ・ 卵 ・ 小麦 ・ そば ・ 落花生・えび・かに・青魚・大豆 その他・詳細( )
禁止食品	禁止食品(治療、服薬、宗教上などによる事項)	

退院時栄養設定の詳細

栄養量	補給量	エネルギー	たんぱく質(アミノ酸)	脂質	炭水化物(糖質)	食塩	水分	その他
	経口(食事)	kcal	g	g	g	g	ml	
	経腸	kcal	g	g	g	g	ml	
	静脈	kcal	g	g	g	g	ml	
	経口飲水						ml	
	合計	kcal	g	g	g	g	ml	
	(現体重当たり)	kcal/kg	g/kg				ml	

経腸栄養詳細	種類	朝:	昼:	夕:
	量	朝: ml	昼: ml	夕: ml
	投与経路	経口 ・ 経鼻 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻 ・ その他( )		
	投与速度	朝: ml/h	昼: ml/h	夕: ml/h
	追加水分	朝: ml	昼: ml	夕: ml
静脈栄養詳細	種類・量			
	投与経路	末梢 ・ 中心静脈		

備考

(記入者氏名)

(照会先)

【記入上の注意】
1. 必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。
2. 地域連携診療計画に添付すること。

別紙様式 51

包括的支援マネジメント　導入基準

評価日	患者氏名	評価者
年　月　日		（職種） （氏名）

過去１年間において、基準を満たすもの全てについて、□に✓を記入すること。

1	６ヶ月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある。	□
2	自分１人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）。	□
3	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある。	□
4	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある。	□
5	自傷や自殺を企てたことがある。	□
6	家族への暴力、暴言、拒絶がある。	□
7	警察・保健所介入歴がある。	□
8	定期的な服薬ができていなかったことが２か月以上あった。	□
9	外来受診をしないことが２か月以上あった。	□
10	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない。	□
11	直近の入院は措置入院である。	□
12	日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある。	□
13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている。	□
14	支援をする家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）。	□
15	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・教育・障害等）。	□

（別紙様式51の２）

計画作成日：　　年　月　日
計画見直し予定日：　　年　月　日

療養生活の支援に関する計画書

□療養生活環境整備　　**□療養生活継続支援**

氏名：　　様　　性別：男・女　　生年月日：　　年　月　日（　歳）

主治医：　　看護師・保健師：　　精神保健福祉士：

参加者

□本人　□家族　□主治医　□看護師・保健師　□精神保健福祉士　□薬剤師　□作業療法士　□公認心理師
□訪問看護ステーション　□行政機関　□指定特定相談支援事業所　□障害福祉サービス事業所
□その他（　　）

本人の目標（したい又はできるようになりたい生活の希望）	今回の支援計画における目標

評価項目	支援の必要性	課題内容 本人の希望	本人の実施事項 （※１）	支援者の実施事項 （※１）	支援者 （機関名・担当者名・連絡先）
環境要因	□				
生活機能（活動）	□				
社会参加	□				
心身の状態	□				
支援継続に関する課題（※２）	□				
行動に関する課題（※３）	□				

（※１）課題内容、本人の希望に対する実施事項を記載すること
（※２）病状の理解の程度や自己管理等　（※３）アルコールや薬物、自他の安全確保に関する課題、こだわり等

調子が悪くなってきたときのサイン	
自分でわかるサイン	周りの人が気づくサイン
サインに気づいたときにすること	
自分がすること	周りの人がすること

緊急連絡先：氏名　　所属　　連絡先
緊急連絡先：氏名　　所属　　連絡先
緊急連絡先：氏名　　所属　　連絡先

署名　本人：　　主治医：　　担当者：

（別紙様式52）

在宅療養計画書

（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

最終の外来受診日：　　年　　月　　日
初回の往診又は訪問診療日：　　年　　月　　日
計画作成日：　　年　　月　　日

在宅での療養を担う医療機関名及び医師氏名	
病名・状態等 （他に考え得る病名等）	
在宅での療養に関する患者以外の相談者	家族　・その他関係者（　　）
在宅での療養を担当する者の氏名 （下記担当者及び上記医師を除く）	
通院困難な要因	
在宅での療養上の問題点、課題等	
在宅での療養について、必要な支援（概要等）	
在宅において必要となることが予想される医療の内容等	
利用が予想される介護サービス等	
利用が予想される介護サービスの担当者	

注）上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

説明・交付日：　　年　　月　　日

（外来において診療を担当する医師）＿＿＿＿＿＿＿＿

（在宅における療養を担う医師）＿＿＿＿＿＿＿＿

（本人）＿＿＿＿＿＿＿＿

（別紙様式５３）

療養病棟入院料「注11」における療養病棟リハビリテーション実績指数等に係る報告書

保険医療機関名	
郵便番号	
住所	
報告年月日	
直近の報告年月日	

１．退棟患者数

①		（　）月	（　）月	（　）月	（　）月
②	前月までの６か月間に療養病棟から退棟した患者数	名	名	名	名

２．１日当たりのリハビリテーション提供単位数

①			（　）月	（　）月	（　）月	（　）月
③	前月までの６か月間に療養病棟に入院していた患者の延べ入院日数		日	日	日	日
④	前月までの６か月間に③の患者に対して提供された疾患別リハビリテーションの総単位数（ⅰ＋ⅱ＋ⅲ＋ⅳ＋ⅴ）		単位	単位	単位	単位
再掲	ⅰ	前月までの６か月間に③の患者に対して提供された心大血管疾患リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
	ⅱ	前月までの６か月間に③の患者に対して提供された脳血管疾患等リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
	ⅲ	前月までの６か月間に③の患者に対して提供された廃用症候群リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
	ⅳ	前月までの６か月間に③の患者に対して提供された運動器リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
	ⅴ	前月までの６か月間に③の患者に対して提供された呼吸器リハビリテーションの総単位数	単位	単位	単位	単位
⑤	１日当たりのリハビリテーション提供単位数（④／③）		単位	単位	単位	単位

（別紙様式５３）

３．療養病棟リハビリテーション実績指数

①		（　）月	（　）月	（　）月	（　）月
⑥	前月までの６か月間に療養病棟を退棟した患者数	名	名	名	名
⑦	⑥のうち、リハビリテーション実績指数の計算対象とした患者数	名	名	名	名
⑧	⑦の患者の退棟時のＦＩＭ得点（運動項目）から入棟時のＦＩＭ得点（運動項目）を控除したものの総和	点	点	点	点
⑨	⑦の各患者の入棟から退棟までの日数を、当該患者の入棟時の状態に応じた回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限で除したものの総和（要件に該当しないものは 180 日で除すこと。）				
⑩	療養病棟リハビリテーション実績指数（⑧／⑨）	点	点	点	点

４．除外患者について（届出の前月までの６か月について以下を記入する。）

⑪　届出の前月までの６ヶ月	（　）月	（　）月	（　）月	（　）月	（　）月	（　）月
⑫　入棟患者数	名	名	名	名	名	名
⑬　高次脳機能障害患者が退棟患者数の４０％以上であることによる除外の有無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
⑭　⑬による除外がある場合は除外後の入棟患者数（⑬が有の場合のみ）	名	名	名	名	名	名
⑮　リハビリテーション実績指数の計算対象から除外した患者数	名	名	名	名	名	名
⑯　除外割合（⑮÷（⑫又は⑭））	％	％	％	％	％	％

５．高次脳機能障害患者が４０％以上であることによる除外について（⑬が有の場合には、それぞれ⑪の７か月前から前月までの６か月間の状況について記入。）

※（　）にはそれぞれ⑪の前月を記載	（　）月までの６か月	（　）月までの６か月	（　）月までの６か月	（　）月までの６か月	（　）月までの６か月	（　）月までの６か月
⑰　６か月間の退棟患者数	名	名	名	名	名	名
⑱　⑰のうち、高次脳機能障害の患者数	名	名	名	名	名	名
⑲　高次脳機能障害患者の割合（⑱÷⑰）	％	％	％	％	％	％

（別紙様式５３）

［記載上の注意］

１．①については、毎年７月に報告する際には、前年 10 月、当該年１月、４月及び７月について記入する。別の月に報告する際には、報告を行う月及び報告を行う月以前で１月、４月、７月及び 10 月のうち直近の月について記入する。ただし、新規に当該入院料の届出を行うなど、当該月について算出を行っていない項目については、記入は不要である。

２．②は療養病棟リハビリテーション実績指数の計算対象となったものに限る。

３．④は選定療養として行われたものを除く。

４．⑫は在棟中に一度も疾患別リハビリテーション料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者を除く。

５．⑮の除外患者数は、入棟日においてＦＩＭ運動項目の得点が 20 点以下若しくは 76 点以上、ＦＩＭ認知項目の得点が 24 点以下、又は年齢が 80 歳以上であったことによりリハビリテーション実績指数の計算対象から除外したものに限る。

６．⑯の除外割合は、⑬が「有」の場合は⑮÷⑭、「無」の場合は⑮÷⑫とする。

７．⑬、⑱、⑲の高次脳機能障害とは、「基本診療料の施設基準等」別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頭髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当する、回復期リハビリテーション入院料が算定開始日から起算して 180 日以内まで算定できるものに限る。

別添６

＜通則＞

医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する書面等は別紙のとおりである。

なお、当該別紙は、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されていれば、当該別紙と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該別紙の作成や保存等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたいこと。

自筆の署名がある場合には印は不要であること。

※別紙9、10、11、15、22は欠番である。

別紙1

紹介先医療機関等名

担当医　　科　　殿

年　月　日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名　　印

患者氏名	性別　男・女
患者住所	
電話番号	
生年月日	年　月　日（　歳）
職業	

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考

備考　１．必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
２．必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
３．紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

別紙２

入 院 診 療 計 画 書

（患者氏名）　　殿

年　月　日

病 棟 （ 病 室 ）	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名 ＊	
病　　名 （他に考え得る病名）	
症　　状	
治　療　計　画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間	
特別な栄養管理の必要性	有　・　無　　（どちらかに○）
そ　の　他 ・看　護　計　画 ・リハビリテーション 等の計画	
在宅復帰支援計画 ＊	
総合的な機能評価 ◇	

注１）　病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
注２）　入院期間については、現時点で予想されるものである。
注３）　＊印は、地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）を算定する患者にあっては必ず記入すること。
注４）　◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。
注５）　特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

（主治医氏名）　　印

（本人・家族）

別紙２の２

入 院 診 療 計 画 書

（患者氏名）　　殿

年　月　日

病 棟 （ 病 室 ）	
主治医以外の担当者名	
病　　名 （他に考え得る病名）	
症　　状 治療により改善すべき点等	
全身状態の評価 （ADLの評価を含む）	
治　療　計　画 （定期的検査、日常生活機能の保持・回復、入院治療の目標等を含む）	
リハビリテーションの計　画 （目標を含む）	
栄養摂取に関する計画	（特別な栄養管理の必要性：　有　・　無　）
感染症、皮膚潰瘍等の皮膚疾患に関する対策 （予防対策を含む）	
そ　の　他 ・看護計画 ・退院に向けた支援計画 ・入院期間の見込み等	

注）　上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得るものである。

（主治医氏名）　　印

（本人・家族）

別紙２の３

入 院 診 療 計 画 書

（患者氏名）　　殿

年　月　日

病　棟　（　病　室　）	
主治医以外の担当者名	
選任された 退院後生活環境相談員の氏名	
病　　名 （他に考え得る病名）	
症　　状	
治　療　計　画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間 （うち医療保護入院による入院期間）	（うち医療保護入院による入院期間：　　）
特別な栄養管理の必要性	有　・　無　（どちらかに○）
そ　の　他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
退院に向けた取組	
総合的な機能評価　◇	

注１）病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
注２）入院期間については、現時点で予想されるものである。
注３）◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。
注４）特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

（主治医氏名）　　印
（本人・家族）

別紙3

褥瘡対策に関する診療計画書（１）

氏名　　殿　男　女　　病棟　　計画作成日　．　．
年　月　日生　（　歳）　記入医師名　　記入看護師名

褥瘡の有無　1．現在　なし　あり　（仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他（　））　　褥瘡発生日　．　．
2．過去　なし　あり　（仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他（　））

＜日常生活自立度の低い入院患者＞

危険因子の評価	日常生活自立度 J(1, 2)	A(1, 2)	B(1, 2)	C(1, 2)	対処
	・基本的動作能力　（ベッド上　自力体位変換）		できる	できない	「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する
	（イス上　坐位姿勢の保持、除圧）		できる	できない	
	・病的骨突出		なし	あり	
	・関節拘縮		なし	あり	
	・栄養状態低下		なし	あり	
	・皮膚湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）		なし	あり	
	・皮膚の脆弱性（浮腫）		なし	あり	
	・皮膚の脆弱性（スキンーテアの保有、既往）		なし	あり	

＜褥瘡に関する危険因子のある患者及びすでに褥瘡を有する患者＞　　両括弧内は点数（※1）

褥瘡の状態の評価（DESIGN-R2020）									合計点
深さ	(0)皮膚損傷・発赤なし	(1)持続する発赤	(2)真皮までの損傷	(3)皮下組織までの損傷	(4)皮下組織をこえる損傷	(5)関節腔、体腔に至る損傷	(DTI)深部損傷褥瘡(DTI)疑い(※2)	(U)深さ判定が不能の場合	
滲出液	(0)なし	(1)少量：毎日の交換を要しない		(3)中等量：1日1回の交換		(6)多量：1日2回以上の交換			
大きさ(cm²) 長径×長径に直交する最大径（持続する発赤の範囲も含む）	(0)皮膚損傷なし	(3)4未満	(6)4以上16未満	(8)16以上36未満	(9)36以上64未満	(12)64以上100未満	(15)100以上		
炎症・感染	(0)局所の炎症徴候なし	(1)局所の炎症徴候あり（創周辺の発赤、腫脹、熱感、疼痛）		(3C)（※3）臨界的定着疑い（創面にぬめりがあり、滲出液が多い、肉芽があれば、浮腫性で脆弱など）		(3)（※3）局所の明らかな感染徴候あり（炎症徴候、膿、悪臭）	(9)全身的影響あり（発熱など）		
肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0)創が治癒した場合、創が浅い場合、深部損傷褥瘡（DTI）疑い(※2)	(1)創面の90%以上を占める		(3)創面の50%以上90%未満を占める	(4)創面の10%以上50%未満を占める	(5)創面の10%未満を占める	(6)全く形成されていない		
壊死組織	(0)なし	(3)柔らかい壊死組織あり		(6)硬く厚い密着した壊死組織あり					
ポケット(cm²) 潰瘍面も含めたポケット全周（ポケットの長径×長径に直交する最大径）－潰瘍面積	(0)なし	(6)4未満	(9)4以上16未満		(12)16以上36未満		(24)36以上		

※1　該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。ただし、深さの点数は加えないこと。
※2　深部損傷褥瘡（DTI）疑いは、視診・触診、補助データ（発生経緯、血液検査、画像診断等）から判断する。
※3　「3C」あるいは「3」のいずれかを記載する。いずれの場合も点数は3点とする。

看護計画	留意する項目		計画の内容
	圧迫，ズレカの排除 （体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等）	ベッド上	
		イス上	
	スキンケア		
	栄養状態改善		
	リハビリテーション		

［記載上の注意］
1　日常生活自立度の判定に当たっては「「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について」（平成３年11月18日　厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知　老健第102-2号）を参照のこと。
2　日常生活自立度がＪ１～Ａ２である患者については、当該評価票の作成を要しないものであること。

別紙3

褥瘡対策に関する診療計画書（２）

氏名　　殿（男・女）　　年　月　日生　（　歳）

＜薬学的管理に関する事項＞□ 対応の必要無し

	褥瘡の発症リスクに影響を与える可能性がある薬剤の使用 □無　□有（ 催眠鎮静剤、 抗不安剤、 麻薬、 解熱鎮痛消炎剤、 利尿剤、 腫瘍用薬、 副腎ホルモン剤、 免疫抑制剤、 その他（　　））
薬学的管理計画	＜すでに褥瘡を有する患者＞ 薬剤滞留の問題 □無 □有

＜栄養管理に関する事項＞ □ 対応の必要無し　　□ 栄養管理計画書での対応

栄養評価	評価日　年　月　日			
	体重　kg(測定日 ／)	BMI　kg/m2	体重減少（ 無・有 ）	
	身体所見	浮腫 （ 無・有（ 胸水・腹水・下肢)・不明 ）		
	検査等 検査している場合に記載	□ 測定無し Alb値(　)g/dL 測定日(／)	□ 測定無し Hb値（　）g/dL 測定日（ ／ ）	□ 測定無し CRP（　）mg/dL 測定日（ ／ ）
	栄養補給法	経口・経腸（ 経口・経鼻・胃瘻・腸瘻)・静脈	栄養補助食品の使用（ 無 ・ 有 ）	
栄養管理計画				

［記載上の注意］
1　対応の必要がない項目の場合、□にチェックを入れること。
2　栄養管理に関する項目に関して、栄養管理計画書にて対応する場合は、□にチェックを入れること。

別紙４

平均在院日数の算定方法

1　入院基本料等の施設基準に係る平均在院日数の算定は、次の式による。

$$\frac{\text{①に掲げる数}}{\text{②に掲げる数}}$$

①　当該病棟における直近３か月間の在院患者延日数
②　（当該病棟における当該３か月間の新入棟患者数＋当該病棟における当該３か月間の新退棟患者数）／２
なお、小数点以下は切り上げる。

2　上記算定式において、在院患者とは、毎日24時現在当該病棟に在院中の患者をいい、当該病棟に入院してその日のうちに退院又は死亡した者を含むものである。なお、患者が当該病棟から他の病棟へ移動したときは、当該移動した日は当該病棟における入院日として在院患者延日数に含める。

3　上記算定式において、新入棟患者数とは、当該３か月間に新たに当該病棟に入院した患者の数（以下「新入院患者」という。）及び他の病棟から当該病棟に移動した患者数の合計をいうが、当該入院における１回目の当該病棟への入棟のみを数え、再入棟は数えない。

また、病棟種別の異なる病棟が２つ以上ある場合において、当該２以上の病棟間を同一の患者が移動した場合は、１回目の入棟のみを新入棟患者として数える。

当該３か月以前から当該病棟に入院していた患者は、新入棟患者数には算入しない。

当該病院を退院後、当該病棟に再入院した患者は、新入院患者として取り扱う。

4　上記算定式において、新退棟患者数とは、当該３か月間に当該病棟から退院（死亡を含む。）した患者数と当該病棟から他の病棟に移動した患者数をいう。ただし、当該入院における１回目の当該病棟からの退棟のみを数え、再退棟は数えないこととする。

病棟種別の異なる病棟が２以上ある場合において、当該２以上の病棟間を同一の患者が移動した場合は、１回目の退棟のみを新退棟患者として数えるものとする。

5　「基本診療料の施設基準等」の別表第二に規定する入院患者は１の①及び②から除く。

6　短期滞在手術等基本料３を算定した患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者であって６日以降も入院する場合は、①及び②に含めるものとし、入院日から起算した日数を含めて平均在院日数を計算すること。

別紙５

看護要員（看護職員及び看護補助者をいう）の配置状況（例）

急性期一般入院基本料の場合の例

【　１病棟（１看護単位）入院患者数 40 人で急性期一般入院料２の届出を行う場合　】

○　１勤務帯８時間、１日３勤務帯を標準として、月平均１日当たり必要となる看護職員の数が 12 人以上であること。
○　当該届出区分において、月平均１日当たり勤務することが必要となる看護職員（看護師及び准看護師をいう）の数に対する実際に勤務した月平均１日当たりの看護師の比率が 70％以上であること。
○　当該病棟が交代制の勤務形態であること。
○　夜間勤務の看護職員配置については、看護師１人を含む２人以上であること。
○　当該病棟の平均在院日数が 21 日以内であること。

（１）　看護職員配置の算出方法

①　各勤務帯に従事している看護職員の１人当たりの受け持ち患者数が 10 人以内であること。
（40 人×１／10）×３＝当該病棟に１日当たり 12 人（小数点以下切り上げ）以上の看護職員が勤務していること。

②　月平均１日当たり勤務することが必要となる看護職員の数に対する実際に勤務した月平均１日当たりの看護師の比率が 70％を満たすこと。
当該病棟の月平均１日当たり勤務することが必要となる看護職員の数が 12 人の場合、実際に勤務する月平均１日当たりの看護師は 8.4 人以上であること。
12 人×70％＝8.4 人

（２）　看護職員１人当たりの月平均夜勤時間数の算出方法

○　各病棟において、夜勤時間帯に従事した看護職員１人当たりの月平均夜勤時間数が 72 時間以下であること。

$$\text{月平均夜勤時間数} = \frac{\text{当該病棟の看護職員の月延夜勤時間数}}{\text{夜勤時間帯の従事者数}}$$

（夜勤専従者及び夜勤 16 時間未満の看護職員を除く）

①　当該保険医療機関で夜勤時間帯を設定：16 時から翌朝８時まで（16 時間）

②　夜勤時間と従事者数：２人以上の看護職員が配置されている。
16 時～24 時 30 分（看護師３人、計３人）
０時～８時 30 分（看護師２人、准看護師１人　計３人）

③　１月当たり夜勤時間帯に従事する実人員数：23 人（８人＋11 人＋４人）
８人×72 時間（夜勤を月９日）　＝ 576 時間　(a)
11 人×64 時間（夜勤を月８日）　＝ 704 時間　(b)　※
４人×40 時間（夜勤を月５日）　＝ 160 時間　(c)
※　夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間（24 時から 24 時 30 分）は申し送った従事者の夜勤時間及び夜勤帯に病棟以外で勤務した時間は夜勤時間には含めていない。

④　月延夜勤時間数：1,440 時間（(a)～(c)の合計）

⑤　月平均夜勤時間数：72 時間以下である。
1,440 時間　÷　23 人　＝　62.6 時間（小数点２位以下切り捨て）

別紙６

入院基本料に係る看護記録

入院基本料の届出を行った病棟においては、看護体制の１単位ごとに次に掲げる記録がなされている必要がある。ただし、その様式、名称等は各保険医療機関が適当とする方法で差し支えない。

１　患者の個人記録

（１）　経過記録

個々の患者について観察した事項及び実施した看護の内容等を看護要員が記録するもの。

ただし、病状安定期においては診療録の温度表等に状態の記載欄を設け、その要点を記録する程度でもよい。

（２）　看護計画に関する記録

個々の患者について、計画的に適切な看護を行うため、看護の目標、具体的な看護の方法及び評価等を記録するもの。

２　看護業務の計画に関する記録

（１）　看護業務の管理に関する記録

患者の移動、特別な問題を持つ患者の状態及び特に行われた診療等に関する概要、看護要員の勤務状況並びに勤務交代に際して申し送る必要のある事項等を各勤務帯ごとに記録するもの。

（２）　看護業務の計画に関する記録

看護要員の勤務計画及び業務分担並びに看護師、准看護師の受け持ち患者割当等について看護チームごとに掲げておくもの。看護職員を適正に配置するための患者の状態に関する評価の記録。

別紙７

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票

（配点）

A	モニタリング及び処置等	０点	１点	２点
1	創傷処置 （①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、 ②褥瘡の処置）	なし	あり	
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	なし	あり	
3	注射薬剤３種類以上の管理	なし	あり	
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	
5	輸血や血液製剤の管理	なし		あり
6	専門的な治療・処置 （① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、 ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、 ④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、 ⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、 ⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、 ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ ドレナージの管理、 ⑪ 無菌治療室での治療）	なし		あり
7	救急搬送後の入院（５日間）	なし		あり
				A得点

B	患者の状況等	患者の状態 ０点	１点	２点		介助の実施 ０	１		評価
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない					点
9	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
10	口腔清潔	自立	要介助		×	実施なし	実施あり	=	点
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ						点
14	危険行動	ない		ある					点
									B得点

C	手術等の医学的状況	０点	１点
15	開頭手術（13日間）	なし	あり
16	開胸手術（12日間）	なし	あり
17	開腹手術（７日間）	なし	あり
18	骨の手術（11日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（５日間）	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（５日間）	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療（５日間） （①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療）	なし	あり
22	別に定める検査（２日間）	なし	あり
23	別に定める手術（６日間）	なし	あり
			C得点

注）一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価にあたっては、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き」に基づき、以下のとおり記載した点数について、A～Cそれぞれ合計する。

・Ａ（Ａ６①から④まで及び⑥から⑧までを除く。）については、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の点数を記載する。

・Ａ（Ａ６①から④まで及び⑥から⑧までに限る。）及びCについては、評価日において、別表１に規定するレセプト電算処理システム用コードのうち、ＡＸはC項目に該当する項目の点数をそれぞれ記載する。

・Bについては、評価日の「患者の状態」及び「介助の実施」に基づき判断した患者の状況等の点数を記載する。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価票

（配点）

A	モニタリング及び処置等	０点	１点	２点
1	創傷処置 （①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、 ②褥瘡の処置）	なし	あり	
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）	なし	あり	
3	注射薬剤３種類以上の管理	なし	あり	
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	
5	輸血や血液製剤の管理	なし		あり
6	専門的な治療・処置 ①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、 ②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、 ③麻薬の使用（注射剤のみ）、 ④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、 ⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、 ⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、 ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療）	なし		あり
7	緊急に入院を必要とする状態（５日間）	なし		あり
				A得点

B	患者の状態	患者の状態 ０点	患者の状態 １点	患者の状態 ２点		介助の実施 ０	介助の実施 １		評価
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない					点
9	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
10	口腔清潔	自立	要介助		×	実施なし	実施あり	=	点
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ						点
14	危険行動	ない		ある					点
									B得点

C	手術等の医学的状況	０点	１点
15	開頭手術（13日間）	なし	あり
16	開胸手術（12日間）	なし	あり
17	開腹手術（７日間）	なし	あり
18	骨の手術（11日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（５日間）	なし	あり
20	全身麻酔・脊椎麻酔の手術（５日間）	なし	あり
21	救命等に係る内科的治療（５日間） （①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療）	なし	あり
22	別に定める検査（２日間）	なし	あり
23	別に定める手術（６日間）	なし	あり
			C得点

注）一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱに係る評価にあたっては、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き」に基づき、以下のとおり記載した点数について、A～Cそれぞれ合計する。
・A及びCについては、評価日において、別表１に規定するレセプト電算処理システム用コードのうち、A又はC項目に該当する項目の合計点数をそれぞれ記載する。
・Bについては、評価日の「患者の状態」及び「介助の実施」に基づき判断した患者の状況等の点数を記載する。

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き

＜一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ＞

アセスメント共通事項

１．評価の対象

評価の対象は、急性期一般入院基本料（許可病床数200床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料１の届出を行っている場合及び許可病床数400床以上の保険医療機関であって急性期一般入院料２から５までのいずれかの届出を行っている場合を除く。）、７対１入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、地域一般入院料１、総合入院体制加算（一般病棟入院基本料、特定一般病棟入院料）、看護補助加算１（地域一般入院基本料、13対１入院基本料）、一般病棟看護必要度評価加算（専門病院入院基本料、特定一般病棟入院料）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料並びに地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料及び特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理が行われる場合）を算定する場合も含む。以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）を届け出ている病棟に入院している患者であり、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は評価の対象としない。

２．評価日及び評価項目

評価は、患者に行われたモニタリング及び処置等（A項目）、患者の状況等（B項目）並びに手術等の医学的状況（C項目）について、毎日評価を行うこと。

ただし、地域包括ケア病棟入院料等については、A項目及びC項目のみの評価とし、毎日評価を行うこと。

３．評価対象時間

評価対象時間は、０時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察を行うことができない患者の場合であっても、当該病棟に在棟していた時間があった場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の０時から24時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

退院日は、当日の０時から退院時までを評価対象時間とする。退院日の評価は行うが、基準を満たす患者の算出にあたり延べ患者数には含めない。ただし、入院した日に退院（死亡退院を含む）した患者は、延べ患者数に含めるものとする。

４．評価対象場所

原則として、当該病棟内を評価の対象場所とし、当該病棟以外で実施された治療、処置、看護及び観察については、評価の対象場所に含めない。ただし、A項目の専門的な治療・処置のうち、放射線治療及びC項目の手術等の医学的状況については、当該医療機関内における治療を評価の対象場所とする。

５．評価対象の処置・介助等

当該病棟で実施しなければならない処置・介助等の実施者、又は医師の補助の実施者

は、当該病棟に所属する看護職員でなければならない。ただし、一部の評価項目において、薬剤師、理学療法士等が当該病棟内において実施することを評価する場合は、病棟所属の有無は問わない。

なお、A項目の評価において、医師が単独で処置等を行った後に、当該病棟の看護職員が当該処置等を確認し、実施記録を残す場合も評価に含めるものとする。

A項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で実施する行為は評価の対象に含めないが、B項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても評価の対象に含めるものとする。

A項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

6．評価者

評価は、院内研修を受けた者が行うこと。なお、医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

ただし、A項目及びC項目のうち、別表１に規定する「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ａ・Ｃ項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」（以下、コード一覧という。）を用いて評価を行う項目については、当該評価者により各選択肢の判断を行う必要はない。

7．評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

8．評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、A項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。A項目（A６「専門的な治療・処置等」①から④まで及び⑥から⑨までを除く。）の評価においては、後日、第三者が確認を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要があるが、項目ごとの記録を残す必要はない。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されているものであること。また、原則として医師及び当該病棟の看護職員による記録が評価の対象となるが、評価項目によっては、医師及び病棟の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること。

なお、B項目については、「患者の状態」が評価の根拠となることから、重複する記録を残す必要はない。

A　モニタリング及び処置等

1　創傷処置

項目の定義

創傷処置は、①創傷の処置（褥瘡の処置を除く。）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護職員が医師の介助をした場合、あるいは医師又は看護職員が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」 創傷処置のいずれも実施しなかった場合をいう。 「あり」 創傷処置のいずれかを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

創傷処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 創傷の処置（褥瘡の処置を除く。）

【定義】

創傷の処置（褥瘡の処置を除く。）は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚又は粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。 縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻、口腔、膣及び肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻及びストーマ等については、造設から抜糸までを含め、抜糸後は、滲出液が見られ処置を必要とする場合を含める。 ここでいう処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。 また、陰圧閉鎖療法、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含めない。

② 褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP分類Ⅱ度以上又はDESIGN-R2020分類d2以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡の処置の対象に含めない。 ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、陰圧閉鎖療法は含めない。

【参考】

NPUAP分類（National Pressure Ulcer of Advisory Panel）Ⅱ度以上 DESIGN-R2020分類（日本褥瘡学会によるもの）d2 以上

2　呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く。）

項目の定義

呼吸ケアは、酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィージングのいずれかの処置に対して、看護職員等が自ら行うか医師の介助を行った場合、あるいは人工換気が必要な患者に対して、看護職員等が装着中の人工呼吸器の管理を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　呼吸ケアを実施しなかった場合をいう。
「あり」
　呼吸ケアを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

　喀痰吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。
　呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。
　人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。
　NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は人工呼吸器の使用に含める。
　なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。

3　注射薬剤３種類以上の管理
項目の定義

　注射薬剤３種類以上の管理は、注射により投与した薬剤の種類数が３種類以上であって、当該注射に係る管理を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　注射により投与した薬剤が３種類に満たない場合をいう。
「あり」
　注射により投与した薬剤が３種類以上の場合をいう。

判断に際しての留意点

　施行の回数や時間の長さ、注射方法、注射針の刺入個所の数は問わない。
　注射薬剤については、ＥＦ統合ファイルにおけるデータ区分コードが30番台（注射）の薬剤に限り、評価の対象となる。ただし、血液代用剤、透析用剤、検査用剤、他の項目の評価対象となっている薬剤等、別表のコード一覧に掲げる薬剤は種類数の対象から除くこと。
　なお、厚生労働省「薬価基準収載品目リスト及び後発医薬品に関する情報について」において示している「成分名」が同一である場合には、１種類として数えること。また、健康保険法第 85 条第１項及び高齢者医療確保法第 74 条第１項に規定する入院時食事療養費に係る食事療養又は健康保険法第 85 条の２第１項及び高齢者医療確保法第 75 条第１項に規定する入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者に対して投与されたビタミン剤については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の注射が有効であると判断した場合を除き、これを薬剤種類数の対象としない。

4　シリンジポンプの管理
項目の定義

　シリンジポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしなかった場合をいう。
「あり」
　末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

　末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。
　携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

5　輸血や血液製剤の管理
項目の定義

　輸血や血液製剤の管理は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。
「あり」
　輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

　輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

6　専門的な治療・処置
項目の定義

　専門的な治療・処置は、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、②抗悪性腫瘍剤の内服の管理、③麻薬の使用（注射剤のみ）、④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、⑤放射線治療、⑥免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用、⑩ドレナージの管理、⑪無菌治療室での治療のいずれかの治療・処置を実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　専門的な治療・処置を実施しなかった場合をいう。
「あり」
　専門的な治療・処置を一つ以上実施した場合をいう。ただし、①から④まで及び⑥から⑨までについては、評価日において、コード一覧に掲載されているコードが

入力されている場合をいう。

判断に際しての注意点

専門的な治療・処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

なお、①から④まで及び⑥から⑨までについては、内服薬のコードが入力されていない日に当該コードに該当する内服を指示した場合や、事前に処方や指示を行っており内服当日には当該コードが入力されていない場合等は、評価の対象とはならない。手術や麻酔中に用いた薬剤は評価の対象となる。また、検査や処置等、その他の目的で用いた薬剤については、ＥＦ統合ファイルにおけるデータ区分コードが20番台（投薬）、30番台（注射）、50番（手術）及び54番（麻酔）の薬剤に限り、評価の対象となる。

① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

③ 麻薬の使用（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

④麻薬の内服、貼付、坐剤の管理

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑤ 放射線治療

【定義】

放射線治療は、固形腫瘍又は血液系腫瘍を含む悪性腫瘍がある患者に対して、病変部にＸ線、ガンマ線、電子線等の放射線を照射し、そのＤＮＡ分子間の結合破壊(電離作用)により目標病巣を死滅させることを目的として実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

照射方法は、外部照射と内部照射（腔内照射、小線源治療）を問わない。放射線治療の対象には、エックス線表在治療、高エネルギー放射線治療、ガンマナイフ、直線加速器（リニアック）による定位放射線治療、全身照射、密封小線源治療、放射性同位元素内用療法を放射線治療の対象に含める。

外部照射の場合は照射日のみを含めるが、外部照射の場合であっても、院外での実施は含めない。

外部照射か内部照射かは問わず、継続して内部照射を行なっている場合は、治療期間を通して評価の対象に含める。

放射線治療の実施が当該医療機関内であれば評価の対象場所に含める。

⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用

【留意点】

コード一覧を参照のこと。

⑩ ドレナージの管理

【定義】

ドレナージの管理とは、排液、減圧の目的として、患者の創部や体腔に誘導管（ドレーン）を継続的に留置し、滲出液や血液等を直接的に体外に誘導し、排液バッグ等に貯留する状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

【留意点】

誘導管は、当日の評価対象時間の間、継続的に留置されている場合にドレナージの管理の対象に含める。当日に設置して且つ抜去した場合は含めないが、誘導管を設置した日であって翌日も留置している場合、又は抜去した日であって前日も留置している場合は、当日に６時間以上留置されていた場合には含める。

胃瘻（PEG）を減圧目的で開放する場合であっても定義に従っていれば含める。

体外へ直接誘導する場合のみ評価し、体内で側副路を通す場合は含めない。また、腹膜透析や血液透析は含めない。経尿道的な膀胱留置カテーテルは含めないが、血尿がある場合は、血尿の状況を管理する場合に限り評価できる。陰圧閉鎖療法は、創部に誘導管（パッドが連結されている場合を含む）を留置して、定義に従った処置をしている場合は含める。

定義に基づき誘導管が目的に従って継続的に留置されている場合に含めるものであるが、抜去や移動等の目的で、一時的であればクランプしていても良いものとする。

⑪ 無菌治療室での治療

【定義】

無菌治療室での治療とは、移植後、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者に対して、無菌治療室での治療が必要であると医師が判断し、無菌治療室での治療を６時間以上行った場合に評価する項目である。

【留意点】

無菌治療室とは、室内を無菌の状態に保つために十分な体制が整備されている必要があり、当該保険医療機関において自家発電装置を有していることと、滅菌水の供給が常時可能であること。また、個室であって、室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時ＩＳＯクラス７以上であること。

無菌治療室に入室した日及び無菌治療室を退室した日は評価の対象とする。

7．救急搬送後の入院

項目の定義

救急搬送後の入院は、救急用の自動車（市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車に限る）又は救急医療用ヘリコプターにより当該医療機関に搬送され、入院した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプター以外により搬送され入院した場合をいう。
「あり」
　救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターにより搬送され入院した場合をいう。

判断に際しての留意点

　救急搬送後の患者が、直接、評価対象病棟に入院した場合のみを評価の対象とし、救命救急入院料、特定集中治療室管理料等の届出を行っている治療室に一旦入院した場合は評価の対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価の対象に含める。
　入院当日を含めた５日間を評価の対象とする。

B　患者の状況等

B項目共通事項

1．義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2．評価時間帯のうちに状態が変わり、異なる状態の記録が存在する場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3．当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果をもとに「患者の状態」を評価すること。動作の確認をできなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「自立」とする。
4．医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、各選択肢の留意点を参考に評価する。この場合、医師の指示に係る記録があること。ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「自立」とする。
5．Ｂ９「移乗」、Ｂ10「口腔清潔」、Ｂ11「食事摂取」、Ｂ12「衣服の着脱」については、「患者の状態」と「介助の実施」とを乗じた点数とすること。

8　寝返り
項目の定義

　寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
　ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
　何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が１人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」
　ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば１人で寝返りができる場合をいう。
「できない」
　介助なしでは１人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

　「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が１人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。
　医師の指示により、自力での寝返りを制限されている場合は「できない」とする。

9　移乗
項目の定義

　移乗時の介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。
　ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

（患者の状態）

「自立」
　介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が１人でできる場合も含む。
「一部介助」
　患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る必要がある場合、あるいは１人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が必要な場合をいう。
「全介助」
　１人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が必要な場合をいう。

（介助の実施）

「実施なし」
　評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
　評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

　患者が１人では動けず、スライド式の移乗用補助具の使用が必要な場合は「全介助」となる。
　車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行うことができている（力が出せる）場合は「一部介助」となる。
　医師の指示により、自力での移乗を制限されている場合は「全介助」とする。また、介助による移乗も制限されている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。

１０　口腔清潔
項目の定義

　口腔内を清潔にするための一連の行為が１人でできるかどうか、１人でできない場合に看護職員等が見守りや介助を実施したかどうかを評価する項目である。
　一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
　口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

（患者の状態）

「自立」
　口腔清潔に関する一連の行為すべてが１人でできる場合をいう。
「要介助」
　口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が必要な場合

をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

（介助の実施）

「実施なし」
　評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
　評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

　口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引によるロ腔洗浄、ポビドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。
　また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。
　医師の指示により、自力でのロ腔清潔が制限されている場合は「要介助」とする。また、介助によるロ腔清潔も制限されている場合は、「要介助」かつ「実施なし」とする。

１１　食事摂取
項目の定義

　食事介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。
　ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。
　食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子への移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

（患者の状態）

「自立」
　介助・見守りなしに１人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。
「一部介助」
　必要に応じて、食事摂取の行為の一部に介助が必要な場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。
「全介助」
　１人では全く食べることができず全面的に介助が必要な場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要する場合は「全介助」とする。

（介助の実施）

「実施なし」
　評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
　評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

　食事の種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行う必要がある場合は「全介助」となり、患者が自立して１人で行うことができる場合は「自立」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。
　家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護職員等が、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等を行う必要がある場合は「一部介助」とする。
　医師の指示により、食止めや絶食となっている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「実施なし」とする。

１２　衣服の着脱
項目の定義

　衣服の着脱について、介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

（患者の状態）

「自立」
　介助なしに１人で衣服を着たり脱いだりすることができる場合をいう。
　自助具等を使って行うことができる場合も含む。
「一部介助」
　衣服の着脱に一部介助が必要な場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げる必要がある場合等は、「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助する必要はないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示を行う必要がある場合等も「一部介助」とする。
「全介助」
　衣服の着脱の行為すべてに介助が必要な場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行うことができても、着脱行為そのものを患者が行うことができず、看護職員等がすべて介助する必要がある場合も「全介助」とする。

（介助の実施）

「実施なし」
　評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
　評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

　衣服の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。
　通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。
　靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。

１３　診療・療養上の指示が通じる
項目の定義

　指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」
　診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。
「いいえ」
　診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が１回でもみられた場合をい

う。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。
医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診療・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。

１４　危険行動
項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。
ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去１週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」
過去１週間以内に危険行動がなかった場合をいう。
「ある」
過去１週間以内に危険行動があった場合をいう。

判断に際しての留意点

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。
認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。
他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

Ｃ　手術等の医学的状況

Ｃ項目共通事項

１．コード一覧に掲載されているコードについて、評価日における入力の有無及び当該コードに係る手術等の実施当日からの日数によって判断すること。
２．各選択肢の判断基準に示された手術等の実施当日からの日数については、実施当日を含む日数であること。

１５　開頭手術
選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 13 日間の場合、「あり」とする。

１６　開胸手術
選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 12 日間の場合、「あり」とする。

１７　開腹手術
選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から７日間の場合、「あり」とする。

１８　骨の手術
選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から 11 日間の場合、「あり」とする。

１９　胸腔鏡・腹腔鏡手術
選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から５日間の場合、「あり」とする。

２０　全身麻酔・脊椎麻酔の手術
選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から５日間の場合、「あり」とする。

２１　救命等に係る内科的治療
選択肢の判断基準

①から③の各項目について、評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る治療の実施当日から５日間の場合、「あり」とする。

２２　別に定める検査
選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る検査の実施当日から２日間の場合、「あり」とする。

２３　別に定める手術
選択肢の判断基準

評価日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合又は当該コードに係る手術の実施当日から６日間の場合、「あり」とする。

＜一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ＞

アセスメント共通事項

１．評価の対象

評価の対象は、急性期一般入院基本料、７対１入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟、結核病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、10対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、地域一般入院料１、総合入院体制加算（一般病棟入院基本料、特定一般病棟入院料）、看護補助加算１（地域一般入院基本料、13対１入院基本料）、一般病棟看護必要度評価加算（専門病院入院基本料、特定一般病棟入院料）、脳卒中ケアユニット入院医療管理料並びに地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料及び特定一般病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理が行われる場合）を算定する場合も含む。以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）を届け出ている病棟に入院している患者であり、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は評価の対象としない。

２．評価日及び評価項目

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ（以下「必要度Ⅰ」という。）における記載内容を参照のこと。

３．評価対象時間

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

４．評価対象場所

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

５．評価者

Ｂ項目の評価は、院内研修を受けた者が行うこと。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

６．評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、Ａ・Ｂ・Ｃの各項目の共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

Ａ　モニタリング及び処置等

１．評価日において、各選択肢のコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合を「あり」とする。ただし、Ａ７「緊急に入院を必要とする状態」については、入院日においてコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合に、入院当日を含めた５日間を「あり」とする。なお、当該患者が、直接、評価対象病棟に入院した場合のみ、当該コードを評価対象とし、救命救急入院料、特定集中治療室管理料等の届出を行っている治療室に一旦入院した場合は評価対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象病棟に入院した場合は評価対象に含める。また、地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料においては、評価対象に含めない。
２．内服薬のコードが入力されていない日に当該コードに該当する内服を指示した場合や、事前に処方や指示を行っており内服当日には当該コードが入力されていない場合等は、評価の対象とはならない。
３．手術や麻酔中に用いた薬剤は評価の対象となる。また、検査や処置等、その他の目的で用いた薬剤については、ＥＦ統合ファイルにおけるデータ区分コードが 20 番台（投薬）、30 番台（注射）、50 番（手術）及び 54 番（麻酔）の薬剤に限り、評価の対象となる。
４．臨床試験で用いた薬剤は評価の対象となる。
５．Ａ３「注射薬剤３種類以上の管理」及びＡ５「輸血や血液製剤の管理」で共通するコードが入力されている場合には、それぞれの選択肢において評価の対象としてよい。

Ｂ　患者の状況等

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

Ｃ　手術等の医学的状況

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

別紙８

医療区分・ＡＤＬ区分等に係る評価票　評価の手引き

「医療区分･ADL区分等に係る評価票」の記入に当たっては、各項目の「項目の定義」に該当するか否かを判定すること。また、各項目の評価の単位については、「評価の単位」及び「留意点」に従うこと。

なお、「該当する」と判定した場合には、診療録にその根拠を記載すること。ただし、判定以降に患者の状態等の変化がない場合には、診療録に記載しなくても良いが、状態等の変化が見られた場合には診療録にその根拠を記載すること。

Ⅰ. 算定期間に限りがある区分

(1)【医療区分3(別表第五の二)】

1. 24時間持続して点滴を実施している状態

項目の定義

24時間持続して点滴を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう24時間持続して点滴を実施している状態とは、経口摂取が困難な場合、循環動態が不安定な場合又は電解質異常が認められるなど体液の不均衡が認められる場合に限るものとする。(初日を含む。)
また、連続した 7 日間を超えて24時間持続して点滴を行った場合は、8 日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

(2)【医療区分2(別表第五の三)】

2. 尿路感染症に対する治療を実施している状態

項目の定義

尿沈渣で細菌尿が確認された場合、もしくは白血球尿(＞10/HPF)であって、尿路感染症に対する治療を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

連続する14日間を限度とし、15日目以降は該当しない。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

3. 傷病等によりリハビリテーションが必要な状態(原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。)

項目の定義

傷病等によりリハビリテーションが必要な状態(原因となる傷病等の発症後、30日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

実施されるリハビリテーションは、医科点数表上のリハビリテーションの部に規定されるものであること。
リハビリテーションについては、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はないものとする。

4. 脱水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態

項目の定義

脱水に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態

評価の単位

1日毎

留意点

発熱に対する治療を行っている場合に限る。
尿量減少、体重減少、BUN／Cre 比の上昇等が認められ、脱水に対する治療を実施している状態。
連続した 7 日間を超えて脱水に対する治療を行った場合は、8日目以降は該当しない。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

5. 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

項目の定義

消化管等の体内からの出血が反復継続している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう消化管等の体内からの出血が反復継続している状態とは、例えば、黒色便、コーヒー残渣様嘔吐、喀血、痔核を除く持続性の便潜血が認められる状態をいう。
出血を認めた日から7日間まで、本項目に該当するものとする。

6. 頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態、かつ、発熱を伴う状態

項目の定義

頻回の嘔吐に対する治療を実施している状態(1日に複数回の嘔吐がある場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

発熱に対する治療が行われている場合に限る。
嘔吐のあった日から3日間は、本項目に該当する。

7. せん妄に対する治療を実施している状態

項目の定義

せん妄に対する治療を実施している状態(せん妄の症状に対応する治療を行っている場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

「せん妄の兆候」は、以下の6項目のうち「この7日間は通常の状態と異なる」に該当する項目が1つ以上ある場合、本項目に該当するものとする。
a.注意がそらされやすい
b.周囲の環境に関する認識が変化する
c.支離滅裂な会話が時々ある
d.落ち着きがない
e.無気力
f.認知能力が1日の中で変動する
7日間を限度とし、8日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

8. 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態

項目の定義

経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われており、かつ、発熱又は嘔吐を伴う状態

評価の単位

1日毎

留意点

発熱又は嘔吐に対する治療を行っている場合に限る。
連続する7日間を限度とし、8日目以降は該当しないものとする。ただし、一旦非該当となった後、再び病状が悪化した場合には、本項目に該当する。

9. 頻回の血糖検査を実施している状態

項目の定義

頻回の血糖検査を実施している状態(1日3回以上の血糖検査が必要な場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

糖尿病に対するインスリン製剤又はソマトメジンC製剤の注射を1日1回以上行い、1日3回以上の頻回の血糖検査が必要な状態に限る。なお、検査日から3日間まで、本項目に該当するものとする。

Ⅱ. 算定期間に限りがない区分

(1) 【医療区分3(別表第五の二)】

10. スモン

項目の定義

スモン(「特定疾患治療研究事業について」(昭和48年4月17日衛発第242号)に定めるものを対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

－

留意点

特定疾患医療受給者証の交付を受けているもの又は過去に当該疾患の公的な認定を受けたことが確認できる場合等をいう。

11. 欠番

12. 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態

項目の定義

循環動態および呼吸状態が不安定なため、常時、動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインを観察する必要がある等、医師及び看護職員により、24時間体制での監視及び管理を必要とする状態

評価の単位

1日毎

留意点

少なくとも連続して24時間以上「項目の定義」に該当する状態にあること。（初日を含む。）
動脈血酸素飽和度、血圧、心電図、呼吸等のバイタルサインが、少なくとも４時間以内の間隔で観察されていること。ただし、医師による治療方針に関する確認が行われていない場合は該当しない。
なお、当該項目は、当該項目を除く医療区分3又は医療区分2の項目に、1つ以上の該当項目がある場合に限り医療区分3として取り扱うものとし、それ以外の場合は医療区分2として取り扱うものとする。

13. 中心静脈栄養を実施している状態

項目の定義

中心静脈栄養を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう中心静脈栄養とは、消化管の異常、悪性腫瘍等のため消化管からの栄養摂取が困難な場合に行うものに限るものとし、単に末梢血管確保が困難であるために行うものはこれに含まない。ただし、経管栄養のみでカロリー不足の場合については、離脱についての計画を作成し実施している場合に限り、経管栄養との一部併用の場合も該当するものとする。
なお、毎月末において、当該中心静脈栄養を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。

14. 人工呼吸器を使用している状態

項目の定義

人工呼吸器を使用している状態

評価の単位

1日毎

留意点

診療報酬の算定方法の別表第一第2章第9部の「J045　人工呼吸」の「3　5時間を超えた場合（1日につき）」を算定している場合に限る。

15. ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態

項目の定義

ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

胸腔または腹腔のドレーン又は洗浄を実施しているものに限る。

16. 気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態

項目の定義

気管切開又は気管内挿管が行われており、かつ、発熱を伴う状態

評価の単位

1日毎

留意点

投薬、処置等、発熱に対する治療が行われている場合に限る。

17. 酸素療法を実施している状態(密度の高い治療を要する状態に限る。)

項目の定義

酸素療法を実施している状態であって、次のいずれかに該当するもの ・常時流量3L/分以上を必要とする場合 ・肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合 ・NYHA 重症度分類のⅢ度又はⅣ度の心不全の状態である場合

評価の単位

1日毎

留意点

酸素非投与下において、安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで動脈血酸素飽和度が 90%以下となる状態であって、以下の(1)又は(2)の状態。 (1) 安静時に3L／分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度 90%以上を維持できないが、3L／分以上で維持できる状態。 (2) 安静時に3L／分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度 90%以上を維持できる状態であって、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合又は NYHA 重症度分類のⅢ度若しくはⅣ度の心不全の状態である場合。なお、肺炎等急性増悪により点滴治療を実施した場合については、点滴を実施した日から30 日間まで、本項目に該当するものとする。 なお、毎月末において当該酸素療法を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。

18. 感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

項目の定義

感染症の治療の必要性から隔離室での管理を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

感染症に対する治療又は管理が行われている期間に限る。

(2) 医療区分2(別表第五の三)

19. 筋ジストロフィー

項目の定義

筋ジストロフィー(難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病(同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)に係るものに限る。)として定めるものを対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

―

留意点

筋ジストロフィーに罹患している患者であって、医療受給者証を交付されているもの、又は、特定医療費の支給認定に係る基準を満たす状態にあることを医療機関において確実に診断されるものに限る。

20. 多発性硬化症

項目の定義

多発性硬化症(難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病(同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)に係るものに限る。)として定めるものを対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

―

留意点

多発性硬化症に罹患している患者であって、医療受給者証を交付されているもの、又は、特定医療費の支給認定に係る基準を満たす状態にあることを医療機関において確実に診断されるものに限る。

21. 筋萎縮性側索硬化症

項目の定義

筋萎縮性側索硬化症(難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病(同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)に係るものに限る。)として定めるものを対象とする。)に罹患している状態

評価の単位

―

留意点

筋萎縮性側索硬化症に罹患している患者であって、医療受給者証を交付されているもの、又は、特定医療費の支給認定に係る基準を満たす状態にあることを医療機関において確実に診断されるものに限る。

22. パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。))

項目の定義

パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))に罹患している状態。
進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病については、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病(同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)に係るものに限る。)として定めるものを対象とする。

評価の単位

－

留意点

進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症又はパーキンソン病に罹患している患者であって、医療受給者証を交付されているもの、又は、特定医療費の支給認定に係る基準を満たす状態にあることを医療機関において確実に診断されるものに限る。また、パーキンソン症候群は含まない。

23. その他の指定難病等

項目の定義

以下の(1)、(2)又は(3)に掲げる疾患に罹患している状態。
(1) 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病(同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されている患者(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。)に係るものに限る。)。ただし、筋ジストロフィー、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症及びパーキンソン病関連疾患を除く。
(2)「特定疾患治療研究事業について」(昭和 48 年4月 17 日衛発第 242 号)に掲げる疾患(当該疾患に罹患している患者として都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。)。ただし、スモンを除く。
(3)「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱について」(平成元年7月 24 日健医発第 896 号)に掲げる疾患(当該疾患に罹患している患者として都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。)

評価の単位

－

留意点

(1)については、指定難病に罹患している患者であって、医療受給者証を交付されているもの、又は、特定医療費の支給認定に係る基準を満たす状態にあることを医療機関において確実に診断されるものに限る。
(2)及び(3)については、受給者証の交付を受けているものに限る。

24. 脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)

項目の定義

脊髄損傷(頸椎損傷を原因とする麻痺が四肢すべてに認められる場合に限る。)

評価の単位

－

留意点

頸椎損傷の場合に限り該当するものとする。

25. 慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。)

項目の定義

慢性閉塞性肺疾患(ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。)

評価の単位

－

留意点

－

26. 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態

項目の定義

人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を実施している状態

評価の単位

月1回

留意点

人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法について、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はないものとする。

27. 欠番

28. 省略

29. 悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)

項目の定義

悪性腫瘍(医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

ここでいう医療用麻薬等とは、WHO's pain ladder に定められる第２段階以上のものをいう。

30. 肺炎に対する治療を実施している状態

項目の定義

肺炎に対し画像診断及び血液検査を行い、肺野に明らかな浸潤影を認め、血液検査上炎症所見を伴い、治療が必要な状態

評価の単位

1日毎

留意点

－

31. 褥瘡に対する治療を実施している状態(DESIGN-R2020 分類d2以上の場合又は褥瘡が2カ所以上に認められる場合に限る。)

項目の定義

褥瘡に対する治療を実施している状態(DESIGN-R2020 分類d2以上に該当する場合若しくは褥瘡が2か所以上に認められる状態に限る。)
d0:皮膚損傷・発赤無し
d1:持続する発赤
d2:真皮までの損傷
D3:皮下組織までの損傷
D4:皮下組織を超える損傷
D5:関節腔、体腔に至る損傷
DDTI:深部損傷褥瘡(DTI)疑い
DU:深さ判定が不能の場合

評価の単位

1日毎

留意点

部位、大きさ、深度等の褥瘡の程度について診療録に記載し、それぞれについての治療計画を立て治療を実施している場合に該当するものとする。
ただし、入院又は転院時既に発生していた褥瘡に限り、治癒又は軽快後も30日間に限り、引き続き医療区分2として取り扱うことができる。ただし、当該取り扱いを行う場合については、入院している患者に係る褥瘡の発生割合について、患者または家族の求めに応じて説明を行うこと。

32. 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態

項目の定義

末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療を実施している状態(以下の分類にて第2度以上に該当する場合に限る。)
第1度:皮膚の発赤が持続している部位があり、圧迫を取り除いても消失しない(皮膚の損傷はない)
第2度:皮膚層の部分的喪失:びらん、水疱、浅いくぼみとして表れる
第3度:皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある
第4度:皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

評価の単位

1日毎

留意点

－

33. うつ症状に対する治療を実施している状態

項目の定義

うつ症状に対する治療を実施している状態(精神保健指定医の処方によりうつ症状に対する薬を投与している場合、入院精神療法、精神科作業療法及び心身医学療法など、「診療報酬の算定方法」別表第一第2章第8部の精神科専門療法のいずれかを算定している場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

「うつ症状」は、以下の7項目のそれぞれについて、うつ症状が初めてみられた日以降において、3日間のうち毎日観察された場合を2点、1日又は2日観察された場合を1点として評価を行う。
a.否定的な言葉を言った
b.自分や他者に対する継続した怒り
c.現実には起こりそうもないことに対する恐れを表現した
d.健康上の不満を繰返した
e.たびたび不安、心配事を訴えた
f.悲しみ、苦悩、心配した表情
g.何回も泣いたり涙もろい
本評価によって、3日間における7項目の合計が4点以上であり、かつ、うつ症状に対する治療が行われている場合に限る。
なお、医師を含めた当該病棟(床)の医療従事者により、原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づき実施したケアの内容について診療録等に記載すること。

34. 他者に対する暴行が毎日認められる状態

項目の定義

他者に対する暴行が毎日認められる状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう他者に対する暴行が毎日認められる状態とは、例えば、他者を打つ、押す、ひっかく等が認められる状態をいう。なお、医師又は看護師の合計2名以上(ただし、少なくとも1名は医師であることとする)により「他者に対する暴行が毎日認められる」との判断の一致がある場合に限る。
なお、医師を含めた当該病棟(床)の医療従事者により、原因や治療方針等について検討を行い、治療方針に基づき実施したケアの内容について診療録等に記載すること。

35. 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態

項目の定義

1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

本項目でいう1日8回以上の喀痰吸引とは、夜間を含め3時間に1回程度の喀痰吸引を行っていることをいう。

36. 気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く。)

項目の定義

気管切開又は気管内挿管が行われている状態(発熱を伴う状態を除く。)

評価の単位

1日毎

留意点

－

37. 創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態

項目の定義

創傷(手術創や感染創を含む。)、皮膚潰瘍又は下腿若しくは足部の蜂巣炎、膿等の感染症に対する治療を実施している状態(1日2回以上、ガーゼや創傷被覆材の交換が必要な場合に限る。)

評価の単位

1日毎

留意点

－

38. 酸素療法を実施している状態（密度の高い治療を要する状態を除く。）

項目の定義

酸素療法を実施している状態

評価の単位

1日毎

留意点

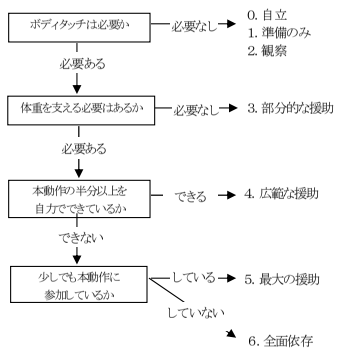
酸素非投与下において、安静時、睡眠時、運動負荷いずれかで動脈血酸素飽和度が 90％以下となる状態であって、医療区分3に該当する状態を除く。すなわち、安静時に3L／分未満の酸素投与下で動脈血酸素飽和度 90％以上を維持できる状態（肺炎等急性増悪により点滴治療を要した状態（点滴を実施した日から30 日間までに限る。）及びNYHA 重症度分類のⅢ度又はⅣ度の心不全の状態を除く。）をいう。なお、毎月末において当該酸素療法を必要とする状態に該当しているか確認を行い、その結果を診療録等に記載すること。

Ⅲ. ADL区分

当日を含む過去3日間の全勤務帯における患者に対する支援のレベルについて、下記の4項目（a. ～d. ）に0～6の範囲で最も近いものを記入し合計する。新入院（転棟）の場合は、入院（転棟）後の状態について評価する。

項目	内容	支援のレベル
a. ベッド上の可動性	横になった状態からどのように動くか、寝返りをうったり、起き上がったり、ベッド上の身体の位置を調整する	
b. 移乗	ベッドからどのように、いすや車いすに座ったり、立ち上がるか（浴槽や便座への移乗は除く）	
c. 食事	どのように食べたり、飲んだりするか。（上手、下手に関係なく）経管や経静脈栄養も含む	
d. トイレの使用	どのようにトイレ（ポータブルトイレ、便器、尿器を含む）を使用するか。排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服を整える（移乗は除く）	
	（合計点）	

0 自立 ：手助け、準備、観察は不要または1～2回のみ
1 準備のみ ：物や用具を患者の手の届く範囲に置くことが 3 回以上
2 観察 ： 見守り、励まし、誘導が 3 回以上
3 部分的な援助 ：動作の大部分（50%以上）は自分でできる・四肢の動きを助けるなどの体重（身体）を支えない援助を 3 回以上
4 広範な援助 ： 動作の大部分（50%以上）は自分でできるが、体重を支える援助（たとえば、四肢や体幹の重みを支える）を 3 回以上
5 最大の援助 ：動作の一部（50%未満）しか自分でできず、体重を支える援助を 3 回以上
6 全面依存 ：まる 3 日間すべての面で他者が全面援助した（および本動作は一度もなかった場合）



Ⅳ. その他

91. 身体抑制を実施している

項目の定義

次のいずれかの行為を1つでも行った場合
・四肢の抑制
・体幹部の抑制
・ベッドを柵(サイドレール)で囲む
・介護衣(つなぎ服)の着用
・車いすや椅子から立ち上がることができないようにする(抑制のための腰ベルトや立ち上がることができない椅子の使用)
・ミトンの着用(手指の機能抑制)
・自分の意思で開けることのできない居室等への隔離

留意点

身体抑制を実施する場合は、身体抑制実施に係る3つの要件(切迫性・非代替性・一時性)に該当すること。また、3つの要件の該当状況、実施した身体抑制の行為、目的、理由及び抑制時間に関して、診療録等に記録すること。

別紙12

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準（抜粋）

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
Ⅱ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
Ⅱａ	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
Ⅱｂ	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
Ⅲ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
Ⅲａ	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
Ⅲｂ	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢaに同じ
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ

Ｍ	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成１８年４月３日老発第0403003号）　厚生省老人保健福祉局長通知

別紙13

障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準（抜粋）

生活自立	ランクＪ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する １　交通機関等を利用して外出する ２　隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクＡ	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない １　介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する ２　外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクＢ	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ １　車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う ２　介助により車椅子に移乗する
	ランクＣ	１日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する １　自力で寝返りをうつ ２　自力で寝返りもうたない

※判定に当たっては補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について（平成3年11月18日　老健第102－2号）　厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知

別紙 14

超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準

以下の各項目に規定する状態が 6 か月以上継続する場合※1に、それぞれのスコアを合算する。

1. 運動機能：座位まで
2. 判定スコア　（スコア）

(1) レスピレーター管理※2	＝10
(2) 気管内挿管，気管切開	＝ 8
(3) 鼻咽頭エアウェイ	＝ 5
(4) O2 吸入又は SpO290％以下の状態が 10％以上	＝ 5
(5) 1 回／時間以上の頻回の吸引	＝ 8
6 回／日以上の頻回の吸引	＝ 3
(6) ネブライザ　6 回／日以上または継続使用	＝ 3
(7) IVH	＝10
(8) 経口摂取（全介助）※３	＝ 3
経管（経鼻・胃ろう含む）※３	＝ 5
(9) 腸ろう・腸管栄養※３	＝ 8
持続注入ポンプ使用（腸ろう・腸管栄養時）	＝ 3
(10) 手術・服薬にても改善しない過緊張で、発汗による更衣と姿勢修正を 3 回／日以上	＝ 3
(11) 継続する透析（腹膜灌流を含む）	＝10
(12) 定期導尿（3 回／日以上）※４	＝ 5
(13) 人工肛門	＝ 5
(14) 体位交換　6 回／日以上	＝ 3

〈判　定〉

1 の運動機能が座位までであり、かつ、2 の判定スコアの合計が 25 点以上の場合を超重症児（者）、10 点以上 25 点未満である場合を準超重症児（者）とする。

※1 新生児集中治療室を退室した児であって当該治療室での状態が引き続き継続する児については、当該状態が 1 か月以上継続する場合とする。ただし、新生児集中治療室を退室した後の症状増悪、又は新たな疾患の発生についてはその後の状態が 6 か月以上継続する場合とする。

※2 毎日行う機械的気道加圧を要するｶﾌﾏｼﾝ・NIPPV・CPAP などは、レスピレーター管理に含む。

※3 (8)(9) は経口摂取、経管、腸ろう・腸管栄養のいずれかを選択。

※4 人工膀胱を含む

別紙 14 の２

強度行動障害児(者)の医療度判定基準

Ⅰ　強度行動障害スコア

行動障害の内容	行動障害の目安の例示	１点	３点	５点
１　ひどく自分の体を叩いたり傷つけたりする等の行為	肉が見えたり、頭部が変形に至るような叩きをしたり、つめをはぐなど。	週1回以上	日1回以上	1日中
２　ひどく叩いたり蹴ったりする等の行為	噛みつき、蹴り、なぐり、髪ひき、頭突きなど、相手が怪我をしかねないような行動など。	月1回以上	週1回以上	1日に頻回
３　激しいこだわり	強く指示しても、どうしても服を脱ぐとか、どうしても外出を拒みとおす、何百メートルも離れた場所に戻り取りに行く、などの行為で止めても止めきれないもの。	週1回以上	日1回以上	1日に頻回
４　激しい器物破損	ガラス、家具、ドア、茶碗、椅子、眼鏡などをこわし、その結果危害が本人にもまわりにも大きいもの、服をなんとしてでも破ってしまうなど。	月1回以上	週1回以上	1日に頻回
５　睡眠障害	昼夜が逆転してしまっている、ベッドについていられず人や物に危害を加えるなど。	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
６　食べられないものを口に入れたり、過食、反すう等の食事に関する行動	テーブルごとひっくり返す、食器ごと投げるとか、椅子に座っていれず、皆と一緒に食事できない。便や釘・石などを食べ体に異常をきたした偏食など。	週1回以上	ほぼ毎日	ほぼ毎食
７　排せつに関する強度の障害	便を手でこねたり、便を投げたり、便を壁面になすりつける。強迫的に排尿排便行為を繰り返すなど。	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
８　著しい多動	身体・生命の危険につながる飛び出しをする。目を離すと一時も座れず走り回る。ベランダの上など高く危険なところに上る。	月1回以上	週1回以上	ほぼ毎日
９　通常と違う声を上げたり、大声を出す等の行動	たえられない様な大声を出す。一度泣き始めると大泣きが何時間も続く。	ほぼ毎日	1日中	絶えず
10　パニックへの対応が困難	一度パニックが出ると、体力的にもとてもおさめられずつきあっていかれない状態を呈する。			困難
11　他人に恐怖感を与える程度の粗暴な行為があり、対応が困難	日常生活のちょっとしたことを注意しても、爆発的な行動を呈し、かかわっている側が恐怖を感じさせられるような状況がある。			困難

Ⅱ　医療度判定スコア

１　行動障害に対する専門医療の実施の有無	
①　向精神薬等による治療	５点
②　行動療法、動作法、TEACCH などの技法を取り入れた薬物療法以外の専門医療	５点
２　神経・精神疾患の合併状態	
①　著しい視聴覚障害（全盲などがあり、かつ何らかの手段で移動する能力をもつ）	５点
②　てんかん発作が週１回以上、または６ヶ月以内のてんかん重積発作の既往	５点
③　自閉症等によりこだわりが著しく対応困難	５点
④　その他の精神疾患や不眠に対し向精神薬等による治療が必要	５点
３　身体疾患の合併状態	
①　自傷・他害による外傷、多動・てんかん発作での転倒による外傷の治療（６ヶ月以内に）	３点
②　慢性擦過傷・皮疹などによる外用剤・軟膏処置（６ヶ月以内に１ヶ月以上継続）	３点
③　便秘のため週２回以上の浣腸、または座薬（下剤は定期内服していること）	３点
④　呼吸器感染のための検査・処置・治療（６ヶ月以内にあれば）	３点
⑤　その他の身体疾患での検査・治療（定期薬内服による副作用チェックのための検査以外、６ヶ月以内にあれば）	３点
４　自傷・他害・事故による外傷等のリスクを有する行動障害への対応	
①　行動障害のため常に１対１の対応が必要	３点
②　行動障害のため個室対応等が必要（１対１の対応でも開放処遇困難）	５点
③　行動障害のため個室対応でも処遇困難（自傷、多動による転倒・外傷の危険）	10 点
※）　いずれか一つを選択	
５　患者自身の死亡に繋がるリスクを有する行動障害への対応	
①　食事（異食、他害につながるような盗食、詰め込みによる窒息の危険など）	３．５点
②　排泄（排泄訓練が必要、糞食やトイレの水飲み、多動による転倒・外傷の危険）	３．５点
③　移動（多動のためどこへ行くか分からない、多動による転倒・外傷の危険）	３．５点
④　入浴（多動による転倒・外傷・溺水の危険、多飲による水中毒の危険）	３．５点
⑤　更衣（破衣・脱衣のための窒息の危険、異食の危険）	３．５点
※）　次により配点 ・常時１対１で医療的観察が必要な場合及び入院期間中の生命の危機回避のため個室対応や個別の時間での対応を行っている場合（５点） ・時に１対１で医療的観察が必要な場合（３点）	

注）「強度行動障害児(者)の医療度判定基準　評価の手引き」に基づき評価を行うこと。
「Ⅰ」が１０点以上、かつ「Ⅱ」が２４点以上。

「強度行動障害児(者)の医療度判定基準」評価の手引き

Ⅰ　強度行動障害スコア

１　行動障害は、過去半年以上その行動が続いている場合を評価する。周期性のある行動障害についても半年を基準に、その行動の出現有無でチェックする。例えば、情緒不安定でパニックを起こしても評価時から６ヵ月以前の行動であれば該当しない。

２　定期薬服用者は服用している状態で評価する（向精神薬・抗てんかん薬など）。

３　頓服の不穏時薬・不眠時薬・注射等は使用しない状態で評価する。

４　現在身体疾患で一時的にベッド安静などの場合は、半年以内であれば治癒・回復を想定して評価する。半年以上継続していれば現在の状態で評価する。

５　評価は年１回以上定期的に行い、複数職種（医師、児童指導員、看護師など）でチェックを行う。

６　項目別留意点

⑴　「１　ひどい自傷」は、自傷行為を防ぐための装具(ヘッドギアなど)は着用していない状態を想定して評価する。

⑵　「４　はげしい物壊し」は、器材や玩具などを自由に使用できる環境を想定して評価する。

⑶　「５　睡眠の大きな乱れ」は、問題行動があって個室使用している場合は大部屋を想定して評価する。

⑷　「６　食事関係の強い障害」は、離席や盗食防止のための身体拘束があれば、開放状態を想定して評価する。問題行動のために食事場所を変える・時間をずらすなどの状態であれば本来の場所・時間を想定して評価する。

⑸　「７　排泄関係の著しい障害」は、オムツ使用であればその状態で評価する。つなぎなどの予防衣使用者は着用していない状態を想定して評価する。

⑹　「８　著しい多動」の項目は、開放病棟・行動制限なしの状況で評価する。

Ⅱ　医療度判定スコア

１　患者特性に応じた個別的治療をチームとして統一性と一貫性のある計画的な診療を行うため、次を実施することを前提として配点

⑴　多面的な治療を計画的に提供するため、医師、看護師、児童指導員、保育士、臨床心理士、作業療法士等から構成されるチームにより、カンファレンスを実施し、患者の治療・観察必要性の評価、治療目標の共有化を図り、各職種の専門性を生かした診療計画を立案。

⑵　当該診療計画の実施について、当該チームによる定期的なカンファレンスを実施し、評価を行い、診療録に記載。

⑶　患者の状態に応じ、当該診療計画に見直しも行いつつ、評価、計画、実施、再評価のサイクルを重ねる。

２　行動障害に対する専門医療の実施有無

⑴　①の「向精神薬等」とは、抗精神病薬、抗うつ薬、抗躁薬、抗てんかん薬、気分安定薬（mood stabilizers)、抗不安薬、睡眠導入剤のほか、漢方薬なども含む。

⑵　②は行動療法・動作法・TEACCH などの技法を取り入れた薬物療法以外の治療的アプローチによる行動修正を行う専門医療。

３　神経・精神疾患の合併状態

⑴　③の「自閉症等」とは広汎性発達障害全般（自閉症スペクトラム障害全般）を指す。

⑵　④の「その他の精神疾患」とは、統合失調症、気分障害などを指す。「向精神薬等」は２－⑴と同様。

４　身体疾患の合併状態

⑴　①は抗生剤等の内服・点滴、創部処置、縫合を含む。

⑵　④は胸部レントゲン検査や抗生剤内服または点滴治療などを含む。

⑶　⑤の「その他の身体疾患」とは、低体温、GER・反すうを繰り返すことによる嘔吐・誤嚥、眼科・耳鼻科疾患、婦人科的疾患、循環器疾患、骨折やその他の整形外科的疾患、機能悪化・維持・改善のためのリハビリなども含む。

５　自傷・他害・事故による外傷等のリスクを有する行動障害への対応

⑴　①、②、③はいずれか一つをチェックする。

⑵　②の「個室対応等」とは、個別の環境設定やスケジュール調整などにより、本来は個室使用が必要な患者を個室以外で保護・重点観察している場合も含める。

６　患者自身の死亡に繋がるリスクを有する行動障害への対応

現在患者が生活している環境で評価するが、各項目に関連する理由で個室対応や個別の時間での対応を行っている場合は５点とみなす。

別紙 16

褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書

氏　名：　　様		病棟	評価日　　年　月　日
生年月日：　　（　歳）		性 別　男・女	評価者名
診 断 名：	褥瘡の有無（現在）　有・無		褥瘡の有無（過去）有・無

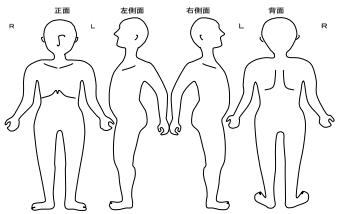
褥瘡ハイリスク項目〔該当すべてに○〕

ベッド上安静、ショック状態、重度の末梢循環不全、麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要、６時間以上の手術（全身麻酔下、特殊体位）、強度の下痢の持続、極度な皮膚の脆弱（低出生体重児、ＧＶＨＤ、黄疸等）、医療関連機器の長期かつ持続的な使用（医療用弾性ストッキング、シーネ等）、褥瘡の多発と再発

その他の危険因子〔該当すべてに○〕

床上で自立体位変換ができない、いす上で座位姿勢が保持できない、病的骨突出、関節拘縮、栄養状態低下、皮膚の湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）、浮腫（局所以外の部位）

褥瘡の発生が予測される部位及び褥瘡の発生部位



リスクアセスメント結果

重点的な褥瘡ケアの必要性

要　・　不要

褥瘡管理者名

褥瘡予防治療計画　〔褥瘡ハイリスク患者ケアの開始年月日　　年　月　日〕

褥瘡ケア結果の評価　〔褥瘡ハイリスク患者ケアの終了年月日　　年　月　日〕

別紙17

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

（配点）

A	モニタリング及び処置等	０点	１点	２点
1	輸液ポンプの管理	なし	あり	
2	動脈圧測定（動脈ライン）	なし		あり
3	シリンジポンプの管理	なし	あり	
4	中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし		あり
5	人工呼吸器の管理	なし		あり
6	輸血や血液製剤の管理	なし		あり
7	肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし		あり
8	特殊な治療法等（IABP, PEEP, PCPS, 補助人工心臓, ICP測定, ECMO, IMPELLA）	なし		あり
				A得点

B	患者の状況等	患者の状態 ０点	１点	２点		介助の実施 ０	１		評価
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない					点
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
11	口腔清潔	自立	要介助		×	実施なし	実施あり	=	点
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ						点
15	危険行動	ない		ある					点
									B得点

注）特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価にあたっては、
「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き」に基づき行うこと。
・Ａについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。
・Ｂについては、評価日の「患者の状態」及び「介助の実施」に基づき判断した患者の状況等の点数を記載する。

＜特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る基準＞
モニタリング及び処置等に係る得点（Ａ得点）が４点以上。
なお、患者の状況等に係る得点（Ｂ得点）については、基準の対象ではないが、毎日評価を行うこと。

特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き

＜特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ＞

アセスメント共通事項

１．評価の対象
　評価の対象は、救命救急入院料２及び４、並びに特定集中治療室管理料を届け出ている治療室に入院している患者であり、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は評価の対象としない。

２．評価日及び評価項目
　評価は、患者に行われたモニタリング及び処置等（A項目）、患者の状況等（B項目）について、毎日評価を行うこと。

３．評価対象時間
　評価対象時間は、０時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。
　外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察を行うことができない患者の場合であっても、当該治療室に在室していた時間があった場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の０時から24時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。
　退室日は、当日の０時から退室時までを評価対象時間とする。退室日の評価は行うが、基準を満たす患者の算出にあたり延べ患者数には含めない。ただし、入院した日に退院（死亡退院を含む）した患者は、延べ患者数に含めるものとする。

４．評価対象場所
　当該治療室内を評価の対象場所とし、当該治療室以外で実施された治療、処置、看護及び観察については、評価の対象場所に含めない。

５．評価対象の処置・介助等
　当該治療室で実施しなければならない処置・介助等の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該治療室に所属する看護職員でなければならない。ただし、一部の評価項目において、薬剤師、理学療法士等が治療室内において実施することを評価する場合は、治療室所属の有無は問わない。
　なお、A項目の評価において、医師が単独で処置等を行った後に、当該治療室の看護職員が当該処置等を確認し、実施記録を残す場合も評価に含めるものとする。
　A項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で実施する行為は評価の対象に含めないが、B項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても評価の対象に含めるものとする。
　A項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

６．評価者
　評価は、院内研修を受けた者が行うこと。なお、医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

７．評価の判断
　評価の判断は、アセスメント共通事項、B項目共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

８．評価の根拠
　評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、A項目では「なし」、B項目では自立度の一番高い評価とする。A項目の評価においては、後日、第三者が確認を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要があるが、項目ごとの記録を残す必要はない。
　記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されているものであること。また、原則として医師及び当該治療室の看護職員による記録が評価の対象となるが、評価項目によっては、医師及び当該治療室の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること。
　なお、B項目については、「患者の状態」が評価の根拠となることから、重複する記録を残す必要はない。

Ａ　モニタリング及び処置等

１　輸液ポンプの管理
項目の定義

　輸液ポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプの管理をしなかった場合をいう。
「あり」
　末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

　末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプにセットしていても、作動させていない場合や、灌流等患部の洗浄に使用している場合には使用していないものとする。
　携帯用であっても輸液ポンプの管理に含めるが、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

２　動脈圧測定（動脈ライン）
項目の定義

　動脈圧測定は、動脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　動脈圧測定を実施していない場合をいう。
「あり」
　動脈圧測定を実施している場合をいう。

3　シリンジポンプの管理

項目の定義

シリンジポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしなかった場合をいう。
「あり」
　末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。
携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

4　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）

項目の定義

中心静脈圧測定は、中心静脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に中心静脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）を実施していない場合をいう。
「あり」
　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテルによる中心静脈圧測定についても中心静脈圧測定（中心静脈ライン）の対象に含める。
中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスデューサーによる測定のいずれでもよい。

5　人工呼吸器の管理

項目の定義

人工呼吸器の管理は、人工換気が必要な患者に対して、人工呼吸器を使用し管理した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　人工呼吸器を使用していない場合をいう。
「あり」
　人工呼吸器を使用している場合をいう。

判断に際しての留意点

人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。
NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は含める。

6　輸血や血液製剤の管理

項目の定義

輸血や血液製剤の管理は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。
「あり」
　輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

7　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）

項目の定義

肺動脈圧測定は、スワンガンツカテーテルを挿入し、そのカテーテルを介して直接的に肺動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　肺動脈圧測定を実施していない場合をいう。
「あり」
　肺動脈圧測定を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテル以外の肺動脈カテーテルによる肺動脈圧測定についても肺動脈圧測定の評価に含める。

８　特殊な治療法等（CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓,ICP 測定,ECMO,IMPELLA）

項目の定義

特殊な治療法等は、CHDF（持続的血液濾過透析）、IABP（大動脈バルーンパンピング）、PCPS（経皮的心肺補助法）、補助人工心臓、ICP（頭蓋内圧）測定、ECMO（経皮的肺補助法）、IMPELLA（経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの））を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　特殊な治療法等のいずれも行っていない場合をいう。
「あり」
　特殊な治療法等のいずれかを行っている場合をいう。

Ｂ　患者の状況等

Ｂ項目共通事項

１．義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
２．評価時間帯のうちに状態が変わり、異なる状態の記録が存在する場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
３．当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果をもとに「患者の状態」を評価すること。動作の確認をできなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「自立」とする。
４．医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、各選択肢の留意点を参考に評価する。この場合、医師の指示に係る記録があること。ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「自立」とする。
５．Ｂ10「移乗」、Ｂ11「口腔清潔」、Ｂ12「食事摂取」、Ｂ13「衣服の着脱」については、「患者の状態」と「介助の実施」とを乗じた点数とすること。

９　寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
　何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が１人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」
　ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば１人で寝返りができる場合をいう。
「できない」
　介助なしでは１人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が１人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。
医師の指示により、自力での寝返りを制限されている場合は「できない」とする。

１０　移乗

項目の定義

移乗時の介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

（患者の状態）

「自立」
　介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が１人でできる場合も含む。
「一部介助」
　患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る必要がある場合、あるいは１人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が必要な場合をいう。
「全介助」
　１人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が必要な場合をいう。

（介助の実施）

「実施なし」
　評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
　評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が１人では動けず、スライド式の移乗用補助具の使用が必要な場合は「全介助」となる。
車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行うことができている（力が出せる）場合は「一部介助」となる。
医師の指示により、自力での移乗を制限されている場合は「全介助」とする。また、介助による移乗も制限されている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。

１１　口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が１人でできるかどうか、１人でできない場合に看護職員等が見守りや介助を実施したかどうかを評価する項目である。
一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

（患者の状態）

「自立」

口腔清潔に関する一連の行為すべてが１人でできる場合をいう。
「要介助」
口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

（介助の実施）

「実施なし」
評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポビドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。
また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。
医師の指示により、自力での口腔清潔が制限されている場合は「要介助」とする。また、介助による口腔清潔も制限されている場合は、「要介助」かつ「実施なし」とする。

１２　食事摂取
項目の定義

食事介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。
ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。
食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子への移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

（患者の状態）

「自立」
介助・見守りなしに１人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。
「一部介助」
必要に応じて、食事摂取の行為の一部に介助が必要な場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。
「全介助」
１人では全く食べることができず全面的に介助が必要な場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要する場合は「全介助」とする。

（介助の実施）

「実施なし」
評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

食事の種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行う必要がある場合は「全介助」となり、患者が自立して１人で行うことができる場合は「自立」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。
家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護職員等が、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等を行う必要がある場合は「一部介助」とする。
医師の指示により、食止めや絶食となっている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「実施なし」とする。

１３　衣服の着脱
項目の定義

衣服の着脱について、介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

（患者の状態）

「自立」
介助なしに１人で衣服を着たり脱いだりすることができる場合をいう。
自助具等を使って行うことができる場合も含む。
「一部介助」
衣服の着脱に一部介助が必要な場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げる必要がある場合等は、「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助する必要はないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示を行う必要がある場合等も「一部介助」とする。
「全介助」
衣服の着脱の行為すべてに介助が必要な場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行うことができても、着脱行為そのものを患者が行うことができず、看護職員等がすべて介助する必要がある場合も「全介助」とする。

（介助の実施）

「実施なし」
評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

衣服の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。
通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。
靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。

１４　診療・療養上の指示が通じる
項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行でき

るかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」
　診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。
「いいえ」
　診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が１回でもみられた場合をいう。

判断に際しての留意点

　精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。
　医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診療・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。

１５　危険行動

項目の定義

　患者の危険行動の有無を評価する項目である。
　ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去１週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」
　過去１週間以内に危険行動がなかった場合をいう。
「ある」
　過去１週間以内に危険行動があった場合をいう。

判断に際しての留意点

　危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。
　認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。
　他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

＜特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ＞

アセスメント共通事項

１．評価の対象
　特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ（以下「必要度Ⅰ」という。）における記載内容を参照のこと。

２．評価日及び評価項目
　必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

３．評価対象時間
　必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

４．評価対象場所
　必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

５．評価者
　Ｂ項目の評価は、院内研修を受けた者が行うこと。医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

６．評価の判断
　評価の判断は、アセスメント共通事項及びＢ項目の選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

Ａ　モニタリング及び処置等

１．評価日において、各選択肢のコード一覧に掲載されているコードが入力されている場合を「あり」とする。なお、当該患者が、直接、評価対象の治療室に入院した場合のみ、当該コードを評価対象とし、他の治療室又は病棟に一旦入院した場合は評価対象に含めない。ただし、手術室を経由して評価対象の治療室に入院した場合は評価対象に含める。
２．輸血や血液製剤については、手術や麻酔中に用いた薬剤も評価の対象となる。また、ＥＦ統合ファイルにおけるデータ区分コードが 30 番台（注射）、50 番（手術）の薬剤に限り、評価の対象となる。
３．臨床試験で用いた薬剤は評価の対象となる。

Ｂ　患者の状況等

必要度Ⅰにおける記載内容を参照のこと。

別紙18

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票

（配点）

A	モニタリング及び処置等	0点	1点
1	創傷処置 （①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、 ②褥瘡の処置）	なし	あり
2	蘇生術の施行	なし	あり
3	呼吸ケア （喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く）	なし	あり
4	点滴ライン同時３本以上の管理	なし	あり
5	心電図モニターの管理	なし	あり
6	輸液ポンプの管理	なし	あり
7	動脈圧測定（動脈ライン）	なし	あり
8	シリンジポンプの管理	なし	あり
9	中心静脈圧測定（中心静脈ライン）	なし	あり
10	人工呼吸器の管理	なし	あり
11	輸血や血液製剤の管理	なし	あり
12	肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）	なし	あり
13	特殊な治療法等 （CHDF、IABP、PCPS、補助人工心臓、ICP測定、 ECMO、IMPELLA）	なし	あり
			A得点

B	患者の状況等	患者の状態 0点	患者の状態 1点	患者の状態 2点		介助の実施 0	介助の実施 1		評価
14	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない					点
15	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
16	口腔清潔	自立	要介助		×	実施なし	実施あり	=	点
17	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
18	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり		点
19	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ						点
20	危険行動	ない		ある					点
									B得点

注）ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入にあたっては、
「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き」に基づき行うこと。
・Aについては、評価日において実施されたモニタリング及び処置等の合計点数を記載する。
・Bについては、評価日の「患者の状態」及び「介助の実施」に基づき判断した患者の状況等の点数を記載する。

＜ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る基準＞
モニタリング及び処置等に係る得点（A得点）が３点以上かつ患者の状況等に係る得点（B得点）が４点以上。

ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票　評価の手引き

アセスメント共通事項

１．評価の対象

評価の対象は、救命救急入院料１及び３並びにハイケアユニット入院医療管理料を届け出ている治療室に入院している患者であり、短期滞在手術等基本料を算定する患者、基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者（基本診療料の施設基準等第十の三に係る要件以外の短期滞在手術等基本料３に係る要件を満たす場合に限る。）及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十四に該当する患者は評価の対象としない。

２．評価日及び評価項目

評価は、患者に行われたモニタリング及び処置等（Ａ項目）、患者の状況等（Ｂ項目）について、毎日評価を行うこと。

３．評価対象時間

評価対象時間は、０時から24時の24時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。

外出・外泊や検査・手術等の理由により、全ての評価対象時間の観察を行うことができない患者の場合であっても、当該治療室に在室していた時間があった場合は、評価の対象とすること。ただし、評価対象日の０時から24時の間、外泊している患者は、当該外泊日については、評価対象とならない。

退室日は、当日の０時から退室時までを評価対象時間とする。退室日の評価は行うが、基準を満たす患者の算出にあたり延べ患者数には含めない。ただし、入院した日に退院（死亡退院を含む）した患者は、延べ患者数に含めるものとする。

４．評価対象場所

当該治療室内を評価の対象場所とし、当該治療室以外で実施された治療、処置、看護及び観察については、評価の対象場所に含めない。

５．評価対象の処置・介助等

当該治療室で実施しなければならない処置・介助等の実施者、又は医師の補助の実施者は、当該治療室に所属する看護職員でなければならない。ただし、一部の評価項目において、薬剤師、理学療法士等が治療室内において実施することを評価する場合は、治療室所属の有無は問わない。

なお、Ａ項目の評価において、医師が単独で処置等を行った後に、当該治療室の看護職員が当該処置等を確認し、実施記録を残す場合も評価に含めるものとする。

Ａ項目の処置の評価においては、訓練や退院指導等の目的で実施する行為は評価の対象に含めないが、Ｂ項目の評価においては、患者の訓練を目的とした行為であっても評価の対象に含めるものとする。

Ａ項目の薬剤の評価については、臨床試験であっても評価の対象に含めるものとする。

６．評価者

評価は、院内研修を受けた者が行うこと。なお、医師、薬剤師、理学療法士等が一部の項目の評価を行う場合も院内研修を受けること。

７．評価の判断

評価の判断は、アセスメント共通事項、Ｂ項目共通事項及び項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。

８．評価の根拠

評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。当日の実施記録が無い場合は評価できないため、Ａ項目では「なし」、Ｂ項目では自立度の一番高い評価とする。Ａ項目の評価においては、後日、第三者が確認を行う際に、記録から同一の評価を導く根拠となる記録を残しておく必要があるが、項目ごとの記録を残す必要はない。

記録は、媒体の如何を問わず、当該医療機関において正式に承認を得て保管されているものであること。また、原則として医師及び当該治療室の看護職員による記録が評価の対象となるが、評価項目によっては、医師及び当該治療室の看護職員以外の職種の記録も評価の根拠となり得るため、記録方法について院内規定を設ける等、工夫すること。

なお、Ｂ項目については、「患者の状態」が評価の根拠となることから、重複する記録を残す必要はない。

Ａ　モニタリング及び処置等

１　創傷処置

項目の定義

創傷処置は、①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②褥瘡の処置のいずれかの処置について、看護職員が医師の介助をした場合、あるいは医師又は看護職員が自ら処置を実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　創傷処置のいずれも実施しなかった場合をいう。
「あり」
　創傷処置のいずれかを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

創傷処置に含まれる内容は、各定義及び留意点に基づいて判断すること。

① 創傷の処置（褥瘡の処置を除く）

【定義】

創傷の処置（褥瘡の処置を除く）は、創傷があり、創傷についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう創傷とは、皮膚又は粘膜が破綻をきたした状態であり、その数、深さ、範囲の程度は問わない。

縫合創は創傷処置の対象に含めるが、縫合のない穿刺創は含めない。粘膜は、鼻、口腔、膣及び肛門の粘膜であって、外部から粘膜が破綻をきたしている状態であることが目視できる場合に限り含める。気管切開口、胃瘻及びストーマ等については、造設から抜糸までを含め、抜糸後は、滲出液が見られ処置を必要とする場合を含める。

ここでいう処置とは、創傷の治癒を促し感染を予防する目的で、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。

また、陰圧閉鎖療法、眼科手術後の点眼及び排泄物の処理に関するストーマ処置は含めない。

② 褥瘡の処置

【定義】

褥瘡の処置は、褥瘡があり、褥瘡についての処置を実施した場合に評価する項目である。

【留意点】

ここでいう褥瘡とは、NPUAP分類Ⅱ度以上又はDESIGN-R2020分類d2以上の状態をいう。この状態に達していないものは、褥瘡の処置の対象に含めない。

ここでいう処置とは、褥瘡に対して、洗浄、消毒、止血、薬剤の注入及び塗布、ガーゼやフィルム材等の創傷被覆材の貼付や交換等の処置を実施した場合をいい、診察、観察だけの場合やガーゼを剥がすだけの場合は含めない。また、陰圧閉鎖療法は含めない。

【参考】

NPUAP分類（National Pressure Ulcer of Advisory Panel）Ⅱ度以上
DESIGN-R2020分類（日本褥瘡学会によるもの）d2 以上

２　蘇生術の施行

項目の定義

蘇生術の施行は、気管内挿管・気管切開術・人工呼吸器装着・除細動・心マッサージのいずれかが、蘇生を目的に施行されたかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　蘇生術の施行がなかった場合をいう。
「あり」
　蘇生術の施行があった場合をいう。

判断に際しての留意点

当該治療室以外での評価は含まないため、手術室、救急外来等で蘇生術が行われたとしても、当該治療室で行われていなければ蘇生術の施行の対象に含めない。

蘇生術の施行に含まれている人工呼吸器の装着とは、いままで装着していない患者が蘇生のために装着したことであり、蘇生術以外の人工呼吸器管理は、「Ａ－10　人工呼吸器の管理」の項目において評価される。

３　呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合及び人工呼吸器の装着の場合を除く）

項目の定義

呼吸ケアは、酸素吸入、痰を出すための体位ドレナージ、スクウィージングのいずれかの処置に対して、看護職員等が自ら行うか医師の介助を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　呼吸ケアを実施しなかった場合をいう。
「あり」
　呼吸ケアを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

喀痰吸引のみの場合は呼吸ケアの対象に含めない。
呼吸ケアにおける時間の長さや回数は問わない。酸素吸入の方法は問わない。
なお、気管切開の患者が喀痰吸引を行っているだけの場合は含めない。また、エアウェイ挿入、ネブライザー吸入は呼吸ケアには含めない。

4　点滴ライン同時３本以上の管理

項目の定義

点滴ライン同時３本以上の管理は、持続的に点滴ライン（ボトル、バッグ、シリンジ等から末梢静脈、中心静脈、動静脈シャント、硬膜外、動脈、皮下に対する点滴、持続注入による薬液、輸血・血液製剤の流入経路）を３本以上同時に使用し、看護職員が管理を行った場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
同時に３本以上の点滴の管理を実施しなかった場合をいう。
「あり」
同時に３本以上の点滴の管理を実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

施行の回数や時間の長さ、注射針の刺入個所の数は問わない。
２つのボトルを連結管で連結させて１つのルートで滴下した場合は、点滴ラインは１つとして数える。１カ所に刺入されていても三方活栓等のコネクターで接続された点滴ラインは本数に数える。これら点滴ラインを利用して、側管から持続的に点滴する場合は数えるが、手動で注射を実施した場合は、持続的に使用しているといえないため本数に数えない。
スワンガンツカテーテルの加圧バッグについては、薬液の注入が目的ではないため本数に数えない。PCA（自己調節鎮痛法）による点滴ライン（携帯用を含む）は、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ本数に数える。

5　心電図モニターの管理

項目の定義

心電図モニターの管理は、持続的に看護職員が心電図のモニタリングを実施した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
持続的な心電図のモニタリングを実施しなかった場合をいう。
「あり」
持続的な心電図のモニタリングを実施した場合をいう。

判断に際しての留意点

心電図の誘導の種類や誘導法の種類は問わない。
機器の設置・準備・後片付けは含めない。心電図モニターの装着時間や回数は問わないが、医師の指示により、心機能や呼吸機能障害を有する患者等に対して常時観察を行っている場合であって、看護職員による心電図の評価の記録が必要である。心電図の機器による自動的な記録のみの場合は心電図モニターの管理の対象に含めない。
心電図検査として一時的に測定を行った場合は含めない。ホルター心電図は定義に従い、看護職員による持続的な評価の記録がある場合に限り含める。

6　輸液ポンプの管理

項目の定義

輸液ポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプの管理をしなかった場合をいう。
「あり」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたり輸液ポンプにセットしていても、作動させていない場合や、灌流等患部の洗浄に使用している場合には使用していないものとする。
携帯用であっても輸液ポンプの管理に含めるが、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

7　動脈圧測定（動脈ライン）

項目の定義

動脈圧測定は、動脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
動脈圧測定を実施していない場合をいう。
「あり」
動脈圧測定を実施している場合をいう。

8　シリンジポンプの管理

項目の定義

シリンジポンプの管理は、末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプを使用し、看護職員が使用状況（投与時間、投与量等）を管理している場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をしなかった場合をいう。
「あり」
末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプの管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

末梢静脈・中心静脈・硬膜外・動脈・皮下に対して、静脈注射・輸液・輸血・血液製剤・薬液の微量持続注入を行うにあたりシリンジポンプにセットしていても、作動させていない場合には使用していないものとする。
携帯用であってもシリンジポンプの管理の対象に含めるが、PCA（自己調節鎮痛法）によるシリンジポンプは、看護職員が投与時間と投与量の両方の管理を行い、持続的に注入している場合のみ含める。

9　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）
項目の定義

中心静脈圧測定は、中心静脈ラインを挿入し、そのラインを介して直接的に中心静脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）を実施していない場合をいう。
「あり」
　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテルによる中心静脈圧測定についても中心静脈圧測定（中心静脈ライン）の対象に含める。
中心静脈圧の測定方法は、水柱による圧測定、圧トランスデューサーによる測定のいずれでもよい。

１０　人工呼吸器の管理
項目の定義

人工呼吸器の管理は、人工換気が必要な患者に対して、人工呼吸器を使用した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　人工呼吸器を使用していない場合をいう。
「あり」
　人工呼吸器を使用している場合をいう。

判断に際しての留意点

人工呼吸器の種類や設定内容、あるいは気道確保の方法については問わないが、看護職員等が、患者の人工呼吸器の装着状態の確認、換気状況の確認、機器の作動確認等の管理を実施している必要がある。また、人工呼吸器の使用に関する医師の指示が必要である。
NPPV（非侵襲的陽圧換気）の実施は含める。

１１　輸血や血液製剤の管理
項目の定義

輸血や血液製剤の管理は、輸血（全血、濃厚赤血球、新鮮凍結血漿等）や血液製剤（アルブミン製剤等）の投与について、血管を通して行った場合、その投与後の状況を看護職員が管理した場合に評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　輸血や血液製剤の使用状況の管理をしなかった場合をいう。
「あり」
　輸血や血液製剤の使用状況の管理をした場合をいう。

判断に際しての留意点

輸血、血液製剤の種類及び単位数については問わないが、腹膜透析や血液透析は輸血や血液製剤の管理の対象に含めない。自己血輸血、腹水を濾過して輸血する場合は含める。

１２　肺動脈圧測定（スワンガンツカテーテル）
項目の定義

肺動脈圧測定は、スワンガンツカテーテルを挿入し、そのカテーテルを介して直接的に肺動脈圧測定を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　肺動脈圧測定を実施していない場合をいう。
「あり」
　肺動脈圧測定を実施している場合をいう。

判断に際しての留意点

スワンガンツカテーテル以外の肺動脈カテーテルによる肺動脈圧測定についても肺動脈圧測定の評価に含める。

１３　特殊な治療法等（CHDF,IABP,PCPS,補助人工心臓,ICP測定,ECMO,IMPELLA）
項目の定義

特殊な治療法等は、CHDF（持続的血液濾過透析）、IABP（大動脈バルーンパンピング）、PCPS（経皮的心肺補助法）、補助人工心臓、ICP（頭蓋内圧）測定、ECMO（経皮的肺補助法）、IMPELLA（経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの））を実施した場合を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「なし」
　特殊な治療法等のいずれも行っていない場合をいう。
「あり」
　特殊な治療法等のいずれかを行っている場合をいう。

B　患者の状況等

B項目共通事項

1．義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
2．評価時間帯のうちに状態が変わり、異なる状態の記録が存在する場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
3．当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果をもとに「患者の状態」を評価すること。動作の確認をできなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「自立」とする。

４．医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、各選択肢の留意点を参考に評価する。この場合、医師の指示に係る記録があること。ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「自立」とする。
５．B15「移乗」、B16「口腔清潔」、B17「食事摂取」、B18「衣服の着脱」については、「患者の状態」と「介助の実施」とを乗じた点数とすること。

１４　寝返り

項目の定義

寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
　何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が１人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」
　ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば１人で寝返りができる場合をいう。
「できない」
　介助なしでは１人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が１人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。
医師の指示により、自力での寝返りを制限されている場合は「できない」とする。

１５　移乗

項目の定義

移乗時の介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。
ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、「ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

（患者の状態）

「自立」
　介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が１人でできる場合も含む。
「一部介助」
　患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る必要がある場合、あるいは１人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が必要な場合をいう。
「全介助」
　１人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が必要な場合をいう。

（介助の実施）

「実施なし」
　評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
　評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が１人では動けず、スライド式の移乗用補助具の使用が必要な場合は「全介助」となる。
車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行うことができている（力が出せる）場合は「一部介助」となる。
医師の指示により、自力での移乗を制限されている場合は「全介助」とする。また、介助による移乗も制限されている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。

１６　口腔清潔

項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が１人でできるかどうか、１人でできない場合に看護職員等が見守りや介助を実施したかどうかを評価する項目である。
一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

（患者の状態）

「自立」
　口腔清潔に関する一連の行為すべてが１人でできる場合をいう。
「要介助」
　口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

（介助の実施）

「実施なし」
　評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
　評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポビドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まな

い。
　また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。
　医師の指示により、自力での口腔清潔が制限されている場合は「要介助」とする。また、介助による口腔清潔も制限されている場合は、「要介助」かつ「実施なし」とする。

１７　食事摂取
項目の定義

　食事介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。
　ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。
　食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子への移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

（患者の状態）

「自立」
　介助・見守りなしに１人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。
「一部介助」
　必要に応じて、食事摂取の行為の一部に介助が必要な場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が必要な場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。
「全介助」
　１人では全く食べることができず全面的に介助が必要な場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要する場合は「全介助」とする。

（介助の実施）

「実施なし」
　評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
　評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

　食事の種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行う必要がある場合は「全介助」となり、患者が自立して１人で行うことができる場合は「自立」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。
　家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護職員等が、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等を行う必要がある場合は「一部介助」とする。
　医師の指示により、食止めや絶食となっている場合は、「全介助」かつ「実施なし」とする。セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「実施なし」とする。

１８　衣服の着脱
項目の定義

　衣服の着脱について、介助の必要の有無と、介助の実施状況を評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

（患者の状態）

「自立」
　介助なしに１人で衣服を着たり脱いだりすることができる場合をいう。
　自助具等を使って行うことができる場合も含む。
「一部介助」
　衣服の着脱に一部介助が必要な場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが、最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げる必要がある場合等は、「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助する必要はないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示を行う必要がある場合等も「一部介助」とする。
「全介助」
　衣服の着脱の行為すべてに介助が必要な場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行うことができても、着脱行為そのものを患者が行うことができず、看護職員等がすべて介助する必要がある場合も「全介助」とする。

（介助の実施）

「実施なし」
　評価日に看護職員等が介助を行わなかった場合をいう。
「実施あり」
　評価日に看護職員等が介助を行った場合をいう。

判断に際しての留意点

　衣服の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。
　通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。
　靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。

１９　診療・療養上の指示が通じる
項目の定義

　指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」
　診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。
「いいえ」
　診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が１回でもみられた場合をいう。

判断に際しての留意点

　精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。
　医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診療・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。

２０　危険行動
項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。
ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去１週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」
過去１週間以内に危険行動がなかった場合をいう。
「ある」
過去１週間以内に危険行動があった場合をいう。

判断に際しての留意点

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。
認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。
他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

別紙19

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日　　年　月　日

患者氏名	男・女	生年月日（明・大・昭・平・令）　年　月　日（　歳）	利き手	右・右(矯正)・左
主治医	リハ担当医	PT　OT　ST	看護	SW等
原因疾患（発症・受傷日）	合併疾患・コントロール状態（高血圧，心疾患，糖尿病等）	廃用症候群　□軽度 □中等度 □重度 □起立性低血圧 □静脈血栓	リハビリテーション歴	
日常生活自立度：J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：Ⅰ，Ⅱa，Ⅱb，Ⅲa，Ⅲb，Ⅳ，M			

評価項目・内容（コロン(:)の後に具体的内容を記入）

心身機能・構造

□意識障害:(3-3-9:　　)
□認知症:
□知的障害:
□精神障害:
□中枢性麻痺
(ステージ・グレード) 右上肢:　右手指:　右下肢:
左上肢:　左手指:　左下肢:
□筋力低下(部位, MMT:　　)
□不随意運動・協調運動障害:

□知覚障害(□視覚, □表在覚, □深部覚, □その他:　　)
□音声・発話障害(□構音障害, □失語症)(種類:　　)
□失行・失認:
□摂食機能障害:
□排泄機能障害:
□呼吸・循環機能障害:
□拘縮:
□褥瘡:
□疼痛:

基本動作

立位保持(装具:　　) □手放し, □つかまり, □不可
平行棒内歩行(装具:　　) □独立 , □一部介助, □全介助
訓練室内歩行(装具:　　) □独立 , □一部介助, □全介助

活動

自立度 / ADL・ASL等	日常生活(病棟)実行状況:「している"活動"」 自	監	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容	等	訓練時能力:「できる"活動"」 独立	監	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容	等
屋外歩行						杖・装具:								杖・装具:		
階段昇降						杖・装具:								杖・装具:		
廊下歩行						杖・装具:								杖・装具:		
病棟トイレへの歩行						杖・装具:								杖・装具:		
病棟トイレへの車椅子駆動(昼)						装具:								装具:		
車椅子・ベッド間移乗						装具:								装具:		
椅子座位保持						装具:								装具:		
ベッド起き上がり																
食事						用具:								用具:		
排尿(昼)						便器:								便器:		
排尿(夜)						便器:								便器:		
整容						移動方法・姿勢:								移動方法・姿勢:		
更衣						姿勢:								姿勢:		
装具・靴の着脱						姿勢:								姿勢:		
入浴						浴槽:								浴槽:		
コミュニケーション																

活動度　日中臥床:□無, □有(時間帯:　　理由:　　)
日中座位:□椅子(背もたれなし), □椅子(背もたれあり), □椅子(背もたれ, 肘うけあり), □車椅子, □ベッド上, □ギャッチアップ

栄養※

身長※1:(　　)cm, 体重:(　　)kg, BMI※1:(　　)kg/m^2　※1 身長測定が困難な場合は省略可
栄養補給方法(複数選択可):　□経口(□食事, □補助食品), □経管栄養, □静脈栄養(□末梢, □中心)
嚥下調整食の必要性:　□無, □有(学会分類コード:　　)
栄養状態:　□問題なし, □低栄養, □低栄養リスク, □過栄養, □その他(　　)
【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】
必要栄養量:(　　)kcal, たんぱく質(　　)g
総摂取栄養量※2(経口・経管・静脈全て含む):(　　)kcal, たんぱく質(　　)g
※2 入院直後等で不明の場合は総投与栄養量でも可

参加

職業　(□無職, □病欠中, □休職中, □発症後退職, □退職予定　)
(職種・業種・仕事内容:　　)
経済状況(　　)
社会参加(内容・頻度等)
余暇活動(内容・頻度等)

心理

障害の受容(□ショック期 , □否認期, □怒り・恨み期,
□悲観・抑うつ期, □解決への努力期, □受容期)
機能障害改善への固執(□強い, □中程度, □普通, □弱い)
依存欲求(□強い, □中程度, □普通, □弱い)
独立欲求(□強い, □中程度, □普通, □弱い)

環境

同居家族:
親族関係:
家屋　:
家屋周囲:
交通手段:

第三者の利

発病による家族の変化
□社会生活:
□健康上の問題の発生:
□心理的問題の発生:

※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入のこと(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)

別紙20

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日：　年　月　日

患者氏名：　男・女	生年月日(西暦)　年　月　日（　歳）	利き手	右・右(矯正)・左
主治医 / リハ担当医	PT / OT / ST / 看護		SW等
診断名、障害名(発症日、手術日、診断日)：	合併症(コントロール状態)：	リハビリテーション歴：	
日常生活自立度：　J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2	認知症高齢者の日常生活自立度判定基準：Ⅰ，Ⅱa，Ⅱb，Ⅲa，Ⅲb，Ⅳ，M		

基本方針	本人の希望
	家族の希望
リスク・疾病管理(含：過用・誤用)	
リハビリテーション終了の目安・時期	外泊訓練の計画

	目標(到達時期)	具体的アプローチ
参加「主目標」	退院先　□自宅　□親族宅　□医療機関　□その他： 復職　□現職復帰　□転職　□不可　□その他： (仕事内容：　) 通勤方法の変更　□無　□有： 家庭内役割： 社会活動： 趣味：	
活動（すべて実行状況）	自宅内歩行　□不可　□自立　□介助： (装具・杖等：　) 屋外歩行　□不可　□自立　□介助： (装具・杖等：　) 交通機関利用　□不可　□自立　□介助： (種類：　) 車椅子　□不要　□電動　□手動　(使用場所：　) (駆動　□自立　□介助)(移乗　□自立　□介助：　) 排泄　□自立：形態　□洋式　□和式　□立ち便器　□その他 □介助： 食事　□箸自立　□フォーク等自立　□介助： 整容　□自立　□介助： 更衣　□自立　□介助： 入浴　□自宅浴槽自立　□介助： 家事　□全部実施　□非実施　□一部実施： 書字　□自立　□利き手交換後自立　□その他： コミュニケーション　□問題なし　□問題あり：	
心身機能・構造	基本動作(訓練室歩行等) 要素的機能(拘縮・麻痺等)	
心理	機能障害改善への固執からの脱却：	
環境	自宅改造　□不要　□要： 福祉機器　□不要　□要： 社会保障サービス　□不要　□身障手帳　□障害年金　□その他： 介護保険サービス　□不要　□要：	
第三者の不利	退院後の主介護者　□不要　□要： 家族構成の変化　□不要　□要： 家族内役割の変化　□不要　□要： 家族の社会活動変化　□不要　□要：	

退院後又は終了後のリハビリテーション計画(種類・頻度・期間)	備考

本人・家族への説明　年　月　日	本人サイン		家族サイン		説明者サイン	

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)
1. 日常生活自立度の欄については、「「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」(平成3年11月18日　老健第102－2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1,J2,A1,A2,B1,B2,C1又はC2に該当するものであること。
2. 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の欄については、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成5年10月26日　老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ，Ⅱa，Ⅱb，Ⅲa，Ⅲb，Ⅳ又はMに該当するものであること。
3. 日常生活(病棟)実行状況：「している"活動"」の欄については、自宅又は病棟等における実生活で実行している状況についてであること。
4. 訓練時能力：「できる"活動"」の欄については、機能訓練室又は病棟等における訓練・評価時に行うことができる能力についてであること。

評価項目・内容　(コロン(:)の後ろに具体的内容を記入)		短期目標　(　ヶ月後)	具体的アプローチ
心身機能・構造	□意識障害　(JCS、GCS)： □見当識障害： □記銘力障害： □運動障害： □感覚障害： □摂食障害： □排泄障害： □呼吸、循環障害： □音声、発話障害(構音、失語)： □関節可動域制限： □筋力低下： □褥瘡： □疼痛： □半側空間無視： □注意力障害： □構成障害： □その他：		
基本動作	寝返り　(□自立　□一部介助　□全介助)： 起き上がり　(□自立　□一部介助　□全介助)： 座位　(□自立　□一部介助　□全介助)： 立ち上がり　(□自立　□一部介助　□全介助)： 立位　(□自立　□一部介助　□全介助)：		
活動	活動度　(安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)		

ADL　(B．I．)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	短期目標	具体的アプローチ
食事	10	5	0			
移乗	15	10 ←監視下				
座れるが移れない→		5	0			
整容	5	0	0			
トイレ動作	10	5	0			
入浴	5	0	0			
平地歩行	15	10←歩行器等		歩行：		
車椅子操作が可能	→ 5		0	車椅子：		
階段	10	5	0			
更衣	10	5	0			
排便管理	10	5	0			
排尿管理	10	5	0			
合計(0～100点)	点					
コミュニケーション	理解					
	表出					

	評価	短期目標	具体的アプローチ
参加	職業（□無職、□病欠中、□休職中、 □発症後退職、□退職予定　　） 職種・業種・仕事内容: 経済状況: 社会参加(内容、頻度等): 余暇活動(内容、頻度等):	退院先（□自宅、□親族宅、□医療機関、 □その他　　） 復職（□現職復帰、□転職、□配置転換、 □復職不可、□その他　　） 復職時期: 仕事内容: 通勤方法: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
栄養(※)	身長#1:(　　)cm、体重:(　　)kg、 BMI#1:(　　)kg/m^2 #1 身長測定が困難な場合は省略可 栄養補給方法(複数選択可): □経口(□食事、□補助食品) □経管栄養、□静脈栄養(□末梢、□中心) 嚥下調整食の必要性: □無、□有(学会分類コード:　　) 栄養状態:　□問題なし、□低栄養、□低栄養リスク □過栄養、□その他(　　) 【「問題なし」以外に該当した場合、以下も記入】 必要栄養量:（　　)kcal、たんぱく質(　　)g 総摂取栄養量#2(経口・経管・静脈全て含む): (　　)kcal、たんぱく質(　　)g #2 入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可	摂取栄養量:(目標:　　kcal) 体重増加/減量:(目標:　　kg) 栄養補給方法(複数選択可): □経口(□食事、□補助食品) □経管栄養 □静脈栄養(□末梢、□中心) その他:	
心理	抑うつ: 障害の否認: その他:		
環境	同居家族: 親族関係: 家屋: 家屋周囲: 交通手段:	自宅改造 □不要、□要: 福祉機器 □不要、□要: 社会保障サービス □不要、□身障手帳、□障害年金 □その他: 介護保険サービス □不要、□要:	
第三者の不利	発病による家族の変化 社会生活: 健康上の問題の発生: 心理的問題の発生:	退院後の主介護者 □不要、□要: 家族構成の変化 □不要、□要: 家族内役割の変化 □不要、□要: 家族の社会活動変化 □不要、□要:	
1ヵ月後の目標:		本人の希望:	
		家族の希望:	
リハビリテーションの治療方針:		外泊訓練計画:	
退院時の目標と見込み時期　:			
退院後のリハビリテーション計画　(種類・頻度・期間):			

退院後の社会参加の見込み:	説明者署名:

本人・家族への説明:　　年　　月　　日	説明を受けた人:本人、家族(　　)　署名:

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

1. 日常生活自立度の欄については、「「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について」(平成3年11月18日　老健第102－2号)厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1, J2, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
2. 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準の欄については、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」(平成5年 10 月 26 日　老健第 135 号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ, Ⅱa, Ⅱb, Ⅲa, Ⅲb, Ⅳ又はMに該当するものであること。
3. 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthel Index に代えてFIMを用いてもよい。

※ 回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は、「栄養」欄も必ず記入のこと(本計画書上段に管理栄養士の氏名も記入)

別紙21

日常生活機能評価票

患者の状況	得　点		
	０点	１点	２点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	介助なし	一部介助	全介助
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動（搬送を含む）	
口腔清潔	介助なし	介助あり	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	

※　得点：０～１９点
※　得点が低いほど、生活自立度が高い。

合計得点　　点

1．評価の対象は、回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病棟に入院している患者とし、日常生活機能評価について、入院時と退院時又は転院時に評価を行うこと。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及びＤＰＣ対象病院において短期滞在手術等基本料２又は３の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った患者（入院した日から起算して５日までに退院した患者に限る。）は評価の対象としない。
2．評価対象時間は、０時から 24 時の 24 時間であり、重複や空白時間を生じさせないこと。
3．評価は、院内研修を受けた者が行うこと。院内研修の指導者は、関係機関あるいは評価に習熟した者が行う指導者研修を概ね２年以内に受けていることが望ましい。
4．評価の判断は、項目ごとの選択肢の判断基準等に従って実施すること。独自に定めた判断基準により評価してはならない。
5．評価は、観察と記録に基づいて行い、推測は行わないこと。
6．義手・義足・コルセット等の装具を使用している場合には、装具を装着した後の状態に基づいて評価を行う。
7．評価時間帯のうちに状態が変わった場合には、自立度の低い方の状態をもとに評価を行うこと。
8．医師の指示によって、当該動作が制限されていることが明確である場合には、「できない」又は「全介助」とする。この場合、医師の指示に係る記録があること。
9．当該動作が制限されていない場合には、可能であれば動作を促し、観察した結果を評価すること。動作の確認をしなかった場合には、通常、介助が必要な状態であっても「できる」又は「介助なし」とする。
10. ただし、動作が禁止されているにもかかわらず、患者が無断で当該動作を行ってしまった場合には「できる」又は「介助なし」とする。
11. 日常生活機能評価に係る患者の状態については、看護職員、理学療法士等によって記録されていること。

1　床上安静の指示

項目の定義

医師の指示書やクリニカルパス等に、床上安静の指示が記録されているかどうかを評価する項目である。『床上安静の指示』は、ベッドから離れることが許可されていないことである。

選択肢の判断基準

「なし」
　床上安静の指示がない場合をいう。
「あり」
　床上安静の指示がある場合をいう。

判断に際しての留意点

床上安静の指示は、記録上「床上安静」という語句が使用されていなくても、「ベッド上フリー」、「ベッド上ヘッドアップ30度まで可」等、ベッドから離れることが許可されていないことを意味する語句が指示内容として記録されていれば『床上安静の指示』とみなす。
　一方、「ベッド上安静、ただしポータブルトイレのみ可」等、日常生活上、部分的にでもベッドから離れることが許可されている指示は「床上安静の指示」とみなさない。
　「床上安静の指示」の患者でも、車椅子、ストレッチャー等で検査、治療、リハビリテーション等に出棟する場合があるが、日常生活上は「床上安静の指示」であるため「あり」とする。

2　どちらかの手を胸元まで持ち上げられる

項目の定義

『どちらかの手を胸元まで持ち上げられる』は、患者自身で自分の手を胸元まで持

っていくことができるかどうかを評価する項目である。
　ここでいう「胸元」とは、首の下くらいまでと定め、「手」とは手関節から先と定める。座位、臥位等の体位は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」
　いずれか一方の手を介助なしに胸元まで持ち上げられる場合をいう。座位ではできなくても、臥位ではできる場合は、「できる」とする。
「できない」
　評価時間帯を通して、介助なしにはいずれか一方の手も胸元まで持ち上げられない場合、あるいは関節可動域が制限されているために介助しても持ち上げられない場合をいう。

判断に際しての留意点

　関節拘縮により、もともと胸元に手がある場合や、不随意運動等により手が偶然胸元まで上がったことが観察された場合は、それらを自ら動かせないことから「できない」と判断する。上肢の安静・ギプス固定等の制限があり、自ら動かない、動かすことができない場合は「できない」とする。評価時間内にどちらかの手を胸元まで持ち上げる行為が観察できなかった場合は、この行為を促して観察する。

3　寝返り
項目の定義

　寝返りが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
　ここでいう『寝返り』とは、仰臥位から（左右どちらかの）側臥位になる動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
　何にもつかまらず、寝返り（片側だけでよい）が１人でできる場合をいう。
「何かにつかまればできる」
　ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等の何かにつかまれば１人で寝返りができる場合をいう。
「できない」
　介助なしでは１人で寝返りができない等、寝返りに何らかの介助が必要な場合をいう。

判断に際しての留意点

　「何かにつかまればできる」状態とは、看護職員等が事前に環境を整えておくことによって患者自身が１人で寝返りができる状態であり、寝返りの際に、ベッド柵に患者の手をつかまらせる等の介助を看護職員等が行っている場合は「できない」となる。

4　起き上がり
項目の定義

　起き上がりが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまればできるかどうかを評価する項目である。
　ここでいう『起き上がり』とは、寝た状態（仰臥位）から上半身を起こす動作である。

選択肢の判断基準

「できる」
　１人で起き上がることができる場合をいう。ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等につかまれば起き上がることが可能な場合も含まれる。また、電動ベッドを自分で操作して起き上がれる場合も「できる」となる。
「できない」
　介助なしでは１人で起き上がることができない等、起き上がりに何らかの介助が必要な場合をいう。途中まで自分でできても最後の部分に介助が必要である場合も含まれる。

判断に際しての留意点

　自力で起き上がるための補助具の準備、環境整備等は、介助に含まれない。起き上がる動作に時間がかかっても、補助具等を使って自力で起き上がることができれば「できる」となる。

5　座位保持
項目の定義

　座位の状態を保持できるかどうかを評価する項目である。ここでいう『座位保持』とは、上半身を起こして座位の状態を保持することである。
　「支え」とは、椅子・車椅子・ベッド等の背もたれ、患者自身の手による支持、あるいは他の座位保持装置等をいう。

選択肢の判断基準

「できる」
　支えなしで座位が保持できる場合をいう。
「支えがあればできる」
　支えがあれば座位が保持できる場合をいう。ベッド、車椅子等を背もたれとして座位を保持している場合「支えがあればできる」となる。
「できない」
　支えがあったり、ベルト等で固定しても座位が保持できない場合をいう。

判断に際しての留意点

　寝た状態（仰臥位）から座位に至るまでの介助の有無は関係ない。さらに、尖足・亀背等の身体の状況にかかわらず、「座位がとれるか」についてのみ判断する。
　ベッド等の背もたれによる「支え」は、背あげ角度がおよそ 60 度以上を目安とする。

6　移乗
項目の定義

　移乗時の介助の状況を評価する項目である。
　ここでいう『移乗』とは、「ベッドから車椅子へ」、ベッドからストレッチャーへ」、「車椅子からポータブルトイレへ」等、乗り移ることである。

選択肢の判断基準

「介助なし」
　介助なしで移乗できる場合をいう。這って動いても、移乗が１人でできる場合も含む。
「一部介助」
　患者の心身の状態等の理由から、事故等がないように見守る場合、あるいは１

人では移乗ができないため他者が手を添える、体幹を支える等の一部介助が行われている場合をいう。
「全介助」
１人では移乗が全くできないために、他者が抱える、運ぶ等の全面的に介助が行われている場合をいう。

判断に際しての留意点

患者が１人では動けず、スライド式の移乗用補助具を使用する場合は「全介助」となる。
車椅子等への移乗の際に、立つ、向きを変える、数歩動く等に対して、患者自身も行い（力が出せており）、看護職員等が介助を行っている場合は「一部介助」となる。
医師の指示により、自力での移乗を制限されていた場合は「全介助」とする。
移乗が制限されていないにもかかわらず、看護職員等が移乗を行わなかった場合は「介助なし」とする。

7　移動方法
項目の定義

『移動方法』は、ある場所から別の場所へ移る場合の方法を評価する項目である。

選択肢の判断基準

「介助を要しない移動」
杖や歩行器等を使用せずに自力で歩行する場合、あるいは、杖、手すり、歩行器等につかまって歩行する場合をいう。また、車椅子を自力で操作して、自力で移動する場合も含む。
「介助を要する移動（搬送を含む）」
搬送（車椅子、ストレッチャー等）を含み、介助によって移動する場合をいう。

判断に際しての留意点

この項目は、患者の能力を評価するのではなく、移動方法を選択するものであるため、本人が疲れているからと、自力走行を拒否し、車椅子介助で移動した場合は「介助を要する移動」とする。

8　口腔清潔
項目の定義

口腔内を清潔にするための一連の行為が１人でできるかどうか、あるいは看護職員等が見守りや介助を行っているかどうかを評価する項目である。
一連の行為とは、歯ブラシやうがい用の水等を用意する、歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備、歯磨き中の見守りや指示、磨き残しの確認等も含む。
口腔清潔に際して、車椅子に移乗する、洗面所まで移動する等の行為は、口腔清潔に関する一連の行為には含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」
口腔清潔に関する一連の行為すべてが１人でできる場合をいう。
「介助あり」
口腔清潔に関する一連の行為のうち部分的、あるいはすべてに介助が行われている場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。

判断に際しての留意点

口腔内の清潔には、『歯磨き、うがい、口腔内清拭、舌のケア等の介助から義歯の手入れ、挿管中の吸引による口腔洗浄、ポビドンヨード剤等の薬剤による洗浄』も含まれる。舌や口腔内の硼砂グリセリンの塗布、口腔内吸引のみは口腔内清潔に含まない。
また、歯がない場合は、うがいや義歯の清潔等、口腔内の清潔に関する類似の行為が行われているかどうかに基づいて判断する。
ただし、口腔清潔が制限されていないにもかかわらず、看護職員等による口腔清潔がされなかった場合は、「介助なし」とする。

9　食事摂取
項目の定義

食事介助の状況を評価する項目である。
ここでいう食事摂取とは、経口栄養、経管栄養を含み、朝食、昼食、夕食、補食等、個々の食事単位で評価を行う。中心静脈栄養は含まれない。
食事摂取の介助は、患者が食事を摂るための介助、患者に応じた食事環境を整える食卓上の介助をいう。厨房での調理、配膳、後片付け、食べこぼしの掃除、車椅子への移乗の介助、エプロンをかける等は含まれない。

選択肢の判断基準

「介助なし」
介助・見守りなしに１人で食事が摂取できる場合をいう。また、箸やスプーンのほかに、自助具等を使用する場合も含まれる。食止めや絶食となっている場合は、食事の動作を制限しているとはいえず、介助は発生しないため「介助なし」とする。
「一部介助」
必要に応じて、食事摂取の行為の一部を介助する場合をいう。また、食卓で食べやすいように配慮する行為（小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる、蓋をはずす等）が行われている場合をいう。患者の心身の状態等の理由から見守りや指示が必要な場合も含まれる。
「全介助」
１人では全く食べることができず全面的に介助されている場合をいい、食事開始から終了までにすべてに介助を要した場合は「全介助」とする。

判断に際しての留意点

食事の種類は問わず、一般（普通）食、プリン等の経口訓練食、水分補給食、経管栄養すべてをさし、摂取量は問わない。経管栄養の評価も、全面的に看護職員等が行っている場合は「全介助」となり、患者が自立して１人で行った場合は「介助なし」となる。ただし、経口栄養と経管栄養のいずれも行っている場合は、「自立度の低い方」で評価する。
家族が行った行為、食欲の観察は含めない。また、看護職員等が行う、パンの袋切り、食事の温め、果物の皮むき、卵の殻むき等は「一部介助」とする。
セッティングしても患者が食事摂取を拒否した場合は「介助なし」とする。

１０　衣服の着脱
項目の定義

衣服の着脱を看護職員等が介助する状況を評価する項目である。衣服とは、患者が日常生活上必要とし着用しているものをいう。パジャマの上衣、ズボン、寝衣、パンツ、オムツ等を含む。

選択肢の判断基準

「介助なし」
介助なしに１人で衣服を着たり脱いだりしている場合をいう。また、当日、衣服の着脱の介助が発生しなかった場合をいう。自助具等を使って行っている場

合も含む。
「一部介助」
衣服の着脱に一部介助が行われている場合をいう。例えば、途中までは自分で行っているが､最後に看護職員等がズボン・パンツ等を上げている場合等は､「一部介助」に含む。看護職員等が手を出して介助はしていないが、患者の心身の状態等の理由から、転倒の防止等のために、見守りや指示が行われている場合等も「一部介助」とする。
「全介助」
衣服の着脱の行為すべてに介助が行われている場合をいう。患者自身が、介助を容易にするために腕を上げる、足を上げる、腰を上げる等の行為を行っても、着脱行為そのものを患者が行わず、看護職員等がすべて介助した場合も「全介助」とする。

判断に際しての留意点

衣類の着脱に要する時間の長さは判断には関係しない。
通常は自分で衣服の着脱をしているが、点滴が入っているために介助を要している場合は、その介助の状況で評価する。
靴や帽子は、衣服の着脱の評価に含めない。

１１　他者への意思の伝達
項目の定義

患者が他者に何らかの意思伝達ができるかどうかを評価する項目である。
背景疾患や伝達できる内容は問わない。

選択肢の判断基準

「できる」
常時、誰にでも確実に意思の伝達をしている状況をいう。筆談、ジェスチャー等で意思伝達が図れる時は「できる」と判断する。
「できる時とできない時がある」
患者が家族等の他者に対して意思の伝達ができるが、その内容や状況等によって、できる時とできない時がある場合をいう。例えば、家族には通じるが、看護職員等に通じない場合は、「できる時とできない時がある」とする。
「できない」
どのような手段を用いても、意思の伝達ができない場合をいう。また、重度の認知症や意識障害によって、自発的な意思の伝達ができない、あるいは、意思の伝達ができるか否かを判断できない場合等も含む。

判断に際しての留意点

背景疾患や伝達できる内容は問わない。

１２　診療・療養上の指示が通じる
項目の定義

指示内容や背景疾患は問わず、診療・療養上の指示に対して、指示通りに実行できるかどうかを評価する項目である。

選択肢の判断基準

「はい」
診療・療養上の指示に対して、指示通りの行動が常に行われている場合をいう。
「いいえ」
診療・療養上の指示に対して、指示通りでない行動が１回でもみられた場合をいう。

判断に際しての留意点

精神科領域、意識障害等の有無等、背景疾患は問わない。指示の内容は問わないが、あくまでも診療・療養上で必要な指示であり、評価日当日の指示であること、及びその指示が適切に行われた状態で評価することを前提とする。
医師や看護職員等の話を理解したように見えても、意識障害等により指示を理解できない場合や自分なりの解釈を行い結果的に、診察・療養上の指示から外れた行動をした場合は「いいえ」とする。

１３　危険行動
項目の定義

患者の危険行動の有無を評価する項目である。
ここでいう「危険行動」は、「治療・検査中のチューブ類・点滴ルート等の自己抜去、転倒・転落、自傷行為」の発生又は「そのまま放置すれば危険行動に至ると判断する行動」を過去１週間以内の評価対象期間に看護職員等が確認した場合をいう。

選択肢の判断基準

「ない」
過去１週間以内に危険行動がなかった場合をいう。
「ある」
過去１週間以内に危険行動があった場合をいう。

判断に際しての留意点

危険行動の評価にあたっては、適時のアセスメントと適切な対応、並びに日々の危険行動への対策を前提としている。この項目は、その上で、なお発生が予測できなかった危険行動の事実とその対応の手間を評価する項目であり、対策をもたない状況下で発生している危険行動を評価するものではない。対策がもたれている状況下で発生した危険行動が確認でき、評価当日にも当該対策がもたれている場合に評価の対象に含める。
認知症等の有無や、日常生活動作能力の低下等の危険行動を起こす疾患・原因等の背景や、行動の持続時間等の程度を判断の基準としない。なお、病室での喫煙や大声を出す・暴力を振るう等の、いわゆる迷惑行為は、この項目での定義における「危険行動」には含めない。
他施設からの転院、他病棟からの転棟の際は、看護職員等が記載した記録物により評価対象期間内の「危険行動」が確認できる場合は、評価の対象に含める。

別紙 23

栄養管理計画書

計画作成日　　.　　.

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏 名　　殿　（男・女）　　病　棟

年　月　日生（　歳）　　担 当 医 師 名

入院日；　　担当管理栄養士名

入院時栄養状態に関するリスク

栄養状態の評価と課題

栄養管理計画

目標

栄養補給に関する事項

栄養補給量

・ｴﾈﾙｷﾞｰ　kcal　・たんぱく質　g

・水分　・

・　・

栄養補給方法　□経口　□経腸栄養　□静脈栄養

嚥下調整食の必要性

□なし　□あり（学会分類コード：　）

食事内容

留意事項

栄養食事相談に関する事項

入院時栄養食事指導の必要性　□なし□あり（内容　実施予定日：　月　日

栄養食事相談の必要性　□なし□あり（内容　実施予定日：　月　日

退院時の指導の必要性　□なし□あり（内容　実施予定日：　月　日

備考

その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項

栄養状態の再評価の時期　実施予定日：　月　日

退院時及び終了時の総合的評価

別紙24

感染対策向上加算1チェック項目表

評価基準	A: 適切に行われている、あるいは十分である B: 適切に行われているが改善が必要、あるいは十分ではない C: 不適切である、あるいは行われていない X: 判定不能(当該医療機関では実施の必要性がない項目、確認が行えない項目等)

評価実施日:　年　月　日　評価対象医療機関名:

A. 感染対策の組織		評価	コメント
1. 院内感染対策委員会	1）委員会が定期的に開催されている		
	2）病院長をはじめとする病院管理者が参加している		
	3）議事録が適切である		
2. 感染制御を実際に行う組織（ICT） ※医師または看護師のうち1人は専従であること	1）専任の院内感染管理者を配置、感染防止に係る部門を設置している		
	2）感染対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師がいる		
	3）5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任看護師がいる		
	4）3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師がいる		
	5）3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師がいる		
B. ICT活動		評価	コメント
1. 感染対策マニュアル	1）感染対策上必要な項目についてのマニュアルが整備されている		
	2）必要に応じて改訂がなされている		
2. 教育	1）定期的に病院感染対策に関する講習会が開催されている		
	2）講習会に職員1名あたり年2回出席している		
	3）必要に応じて部署ごとの講習会や実習が行われている		
	4）全職員に対し院内感染について広報を行う手段がある		
	5）外部委託職員に教育を実施している（または適切に指導している）		
3. サーベイランスとインターベンション	1）部署を決めて必要なサーベイランスが行われている		
	2）サーベイランスデータを各部署にフィードバックしている		
	3）サーベイランスのデータに基づいて必要な介入を行っている		

	4）アウトブレイクに介入している		
	5）検査室データが疫学的に集積され，介入の目安が定められている		
4．抗菌薬適正使用	1）抗菌薬の適正使用に関する監視・指導を行っている		
	2）抗MRSA薬の使用に関する監視・指導を行っている		
	3）抗菌薬の適正使用に関して病棟のラウンドを定期的に行っている		
	4）抗MRSA薬やカルバペネム系抗菌薬などの広域抗菌薬に対して使用制限や許可制を含めて使用状況を把握している		
5．コンサルテーション	1）病院感染対策に関するコンサルテーションを日常的に行っている		
	2）コンサルテーションの結果が記録され、院内感染対策に活用されている		
	3）迅速にコンサルテーションを行うシステムが整っている		
6．職業感染曝露の防止	1）職員のHBs抗体の有無を検査している		
	2）HB抗体陰性者にはワクチンを接種している		
	3）結核接触者検診にQFTを活用している		
	4）麻疹，風疹，ムンプス，水痘に関する職員の抗体価を把握し，必要に応じてワクチン接種を勧奨している		
	5）針刺し、切創事例に対する対応，報告システムが整っている		
	6）安全装置付きの機材を導入している		
7．ICTラウンド	1）定期的なICTラウンドを実施している		
	2）感染対策の実施状況についてチェックを行っている		
	3）病棟のみならず、外来、中央診療部門等にもラウンドを行っている		

C. 外 来		評価	コメント
1．外来患者の感染隔離	1）感染性の患者を早期に検出できる（ポスターなど）		
	2）感染性の患者に早期にマスクを着用させている		
	3）感染性の患者とそれ以外の患者を分けて診療できる		
2．外来診察室	1）診察室に手洗いの設備がある		
	2）各診察室に擦式速乾性手指消毒薬がある		
	3）各診察室に聴診器などの医療器具の表面を消毒できるアルコール綿などがある		
3．外来処置室	1）鋭利器材の廃棄容器が安全に管理されている（廃棄容器の蓋が開いていない、など）		
	2）鋭利器材の廃棄容器が処置を行う場所の近くに設置してある		
	3）検査検体が適切に保管してある		
4．抗がん化学療法外来	1）薬剤の無菌調製が適切に実施されている		
	2）咳エチケットが確実に実施されている		
	3）患者および職員の手指衛生が適切に行われている		

D. 病 棟		評価	コメント
1．病室	1）部屋ごとに手洗い場がある		
	2）床や廊下に物品が放置されていない		
	3）必要なコホーティングが行われている		
	4）隔離個室の医療器具は専用化されている		
	5）隔離個室には必要なPPEが準備されている		
	6）空調のメンテナンスが行われ、HEPA filterが定期的に交換されている		
2．スタッフステーション	1）水道のシンク外周が擦拭され乾燥している		
	2）鋭利機材の廃棄容器が適切に管理されている		
	3）鋭利機材の廃棄容器が必要な場所に設置されている		
	4）臨床検体の保存場所が整備されている		
3．処置室	1）清潔区域と不潔区域を区別している		
	2）滅菌機材が適切に保管され，使用期限のチェックが行われている		
	3）包交車が清潔と不潔のゾーニングがなされている		
	4）包交車に不要な滅菌機材が積まれていない		

4．薬剤の管理	1）清潔な状況下で輸液調整が実施されている		
	2）希釈調製したヘパリン液は室温に放置されていない		
	3）薬品保管庫の中が整理されている		
	4）薬剤の使用期限のチェックが行われている		
	5）薬剤開封後の使用期限の施設内基準を定めている		
	6）保冷庫の温度管理が適切になされている		
E. ICU		評価	コメント
1．着衣および環境	1）入室時に手指衛生を実施している		
	2）処置者は半そでの着衣である		
	3）処置者は腕時計をはずしている		
	4）ベッド間隔に十分なスペースがある		
	5）手洗いや速乾式手指消毒薬が適切に配置されている		
F. 標準予防策		評価	コメント
1．手洗い	1）職員の手指消毒が適切である		
	2）職員の手洗いの方法が適切である		
	3）手袋を着用する前後で手洗いを行っている		
	4）手指消毒実施の向上のための教育を継続的に行っている		
2．手袋	1）手袋を適切に使用している		
	2）手袋を使用した後、廃棄する場所が近くにある		
3．個人防護具(PPE)	1）必要なときにすぐ使えるように個人防護具(PPE)が整っている		
	2）マスク、ゴーグル、フェイスシールド、キャップ、ガウンなどのPPEの使用基準、方法を職員が理解している		
	3）個人防護具(PPE)の着脱方法を教育している		
G. 感染経路別予防策		評価	コメント
1．空気感染予防策	1）結核発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	2）陰圧個室が整備されている		
	3）麻疹発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	4）水痘発生時の対応マニュアルが整備されている*		
	5）N95マスクが常備してある		
2．飛沫感染予防対策	1）インフルエンザ発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	2）風疹発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	3）流行性耳下腺炎発症時の対応マニュアルが整備されている*		
	4）可能ならば個室隔離としている		
	5）個室隔離が困難な場合、コホーティングしている		
	6）ベッド間隔が1メートル以上取られている		
	7）サージカルマスクの着用が入室前に可能である		
	8）飛沫感染対策が必要な患者であることが職員に周知されている		
3．接触感染予防策	1）MRSAが検出された場合の対応マニュアルが整備されている*		
	2）手袋が適切に使用されている		
	3）必要なPPEが病室ごとに用意されている		
	4）処置時にはディスポのエプロンを用いている		
	5）処置時必要な場合はマスクを着用している		
	6）必要な場合には保菌者のスクリーニングを行っている		
	7）シーツやリネン類の処理が適切である		
	＊マニュアルの評価項目：連絡体制、感受性者サーベイランスの期間、範囲が明瞭である。ワクチンやγ-グロブリンの接種対象者が明確である。消毒薬の選択と実施方法、接触感受性職員の就業制限が規定してある、などを確認する		
H. 術後創感染予防		評価	コメント
	1）除毛は術直前に行っている		
	2）周術期抗菌薬がマニュアルで規定されている		

	3）必要な場合，抗菌薬の術中追加投与が行われている		
	4）バンコマイシンをルーチンに使用していない（または使用基準がある）		
I. 医療器材の管理		評価	コメント
1．尿道カテーテル	1）集尿バッグが膀胱より低い位置にあり、かつ床についていない		
	2）閉塞や感染がなければ、留置カテーテルは定期的に交換しない		
	3）集尿バッグの尿の廃棄は、排尿口と集尿器を接触させない		
	4）尿の廃棄後は患者毎に未滅菌手袋を交換している		
	5）日常的に膀胱洗浄を施行していない		
	6）膀胱洗浄の際に抗菌薬や消毒薬をルーチンに局所に用いることはない		
2．人工呼吸器	1）加湿器には滅菌水を使用している		
	2）気管内吸引チューブはディスポのシングルユース又は閉鎖式である		
	3）定期的に口腔内清拭を行っている		
3．血管内留置カテーテル	1）中心静脈カテーテル管理についてのマニュアルがある		
	2）中心静脈カテーテルの挿入はマキシマルバリアプリコーション（滅菌手袋、滅菌ガウン、マスク、帽子、大きな覆布）が行われている		
	3）高カロリー輸液製剤への薬剤の混入はクリーンベンチ内で行っている		
	4）輸液ラインやカテーテルの接続部の消毒には消毒用エタノールを用いている		
	5）ラインを確保した日付が確実に記載されている		
	6）ライン刺入部やカテ走行部の皮膚が観察できる状態で固定されている		
	7）末梢動脈血圧モニタリングにはディスポーザブルセットを使用している		
J. 洗浄・消毒・滅菌		評価	コメント
1．医療器具	1）病棟での一次洗浄、一次消毒が廃止されている（計画がある）		
	2）生物学的滅菌保証・化学的滅菌保証が適切に行われている		
	3）消毒薬の希釈方法、保存、交換が適切である		
	4）乾燥が適切に行われている		
2．内視鏡	1）内視鏡洗浄・管理が中央化されている（計画がある）		
	2）専任の内視鏡検査技師もしくは看護師が配置されている		
	3）用手洗浄が適切に行われている		
	4）管腔を有する内視鏡は消毒ごとにアルコールフラッシュを行っている		
	5）消毒薬のバリデーションが定期的に行われている		
	6）自動洗浄・消毒機の管理責任者がいる		
	7）自動洗浄・消毒機の液の交換が記録されている		
	8）自動洗浄・消毒機のメインテナンスの期日が記録されている		
	9）内視鏡の保管が適切である		
	10）内視鏡の表面に損傷がない		
K. 医療廃棄物		評価	コメント
	1）廃棄物の分別、梱包、表示が適切である		
	2）感染性廃棄物の収納袋に適切なバイオハザードマークが付いている		
	3）最終保管場所が整備されている		
	4）廃棄物の処理過程が適切である		
L. 微生物検査室		評価	コメント
1．設備・機器	1）安全キャビネット（クラスⅡ以上）を備えている		
	2）安全キャビネットは定期点検（HEPAフィルターのチェック・交換等）が行われている		
	3）菌株保存庫（冷凍庫等）は、カギを掛けている		
	4）検査材料の一時保管場所が定められている		
2．検査業務	1）安全対策マニュアル等が整備されている		
	2）業務内容によりN95マスク、手袋、専用ガウン等を着用している		

	3）抗酸菌検査、検体分離等は安全キャビネット内で行っている		
	4）遠心操作は、安全装置付き遠心機を使用している		
	5）感染性検査材料用輸送容器が準備されている		
	6）廃棄容器にバイオハザードマークが表示されている		
	7）感染防止のための手洗い対策が適正である		
	8）感染性廃棄物が適正に処理されている		
	9）関係者以外の立ち入りを制限している		

評価実施医療機関名：　　（評価責任者名：　　）

［記載上の注意］

1）チェック項目について、当該医療機関の実情に合わせて適宜増減しても差し支えない。
2）評価を受ける医療機関は、当日までに根拠となる書類等を準備しておくこと。
3）評価を実施する医療機関は、コメント欄で内容を説明すること。特にB、C判定については、その理由を説明すること。
4）評価を実施した医療機関は、できるだけ早期に本チェック項目表を完成させ、報告書として評価を受けた医療機関へ送付すること。また、評価を実施した医療機関は、報告書の写しを保管しておくこと。

別添７

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届 出 番 号	

連絡先
担当者氏名:
電 話 番 号:

（届出事項）

[　　] の施設基準に係る届出

□　当該届出を行う前６月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□　当該届出を行う前６月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

□　当該届出を行う前６月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

□　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

年　　月　　日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名

殿

備考１　［　　］欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
　　２　□には、適合する場合「レ」を記入すること。
　　３　届出書は、１通提出のこと。

別添７の２

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	

連絡先
担当者氏名:
電 話 番 号:

（届出事項）

□　救急医療管理加算　　（※救急医療第　　号）

□　せん妄ハイリスク患者ケア加算　　（※せん妄ケア第　　号）

□　当該届出を行う前６月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□　当該届出を行う前６月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

□　当該届出を行う前６月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

□　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記のすべてに適合し、施設基準を満たしているので、届出します。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名

殿

備考１　□には、適合する場合「レ」を記入すること。
　　２　※は記載する必要がないこと。
　　３　届出書は、１通提出のこと。

（参考）

※　本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

1　「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。

2　「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。

3　「既届出」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。

4　届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添７（又は別添７の２）
第1	情報通信機器を用いた診療	□	□　年　月	□	様式1
1の3	機能強化加算	□	□　年　月	□	様式1の3
1の4	外来感染対策向上加算	□	□　年　月	□	様式1の4
1の5	連携強化加算	□	□　年　月	□	様式1の5
1の6	サーベイランス強化加算	□	□　年　月	□	様式1の5
2	時間外対応加算	□	□　年　月	□	様式2
2の3	地域包括診療加算	□	□　年　月	□	様式2の3
2の7	歯科点数表の初診料の注１に規定する施設基準	□	□　年　月	□	様式2の6
3	地域歯科診療支援病院歯科初診料	□	□　年　月	□	様式3
4	歯科外来診療環境体制加算	□	□　年　月	□	様式4
5	歯科診療特別対応連携加算	□	□　年　月	□	様式4の2
第5	一般病棟入院基本料	□	□　年　月	□	様式5～11
5	療養病棟入院基本料	□	□　年　月	□	様式5～11
5	結核病棟入院基本料	□	□　年　月	□	様式5～11
5	精神病棟入院基本料	□	□　年　月	□	様式5～11
5	特定機能病院入院基本料	□	□　年　月	□	様式5～11
5	専門病院入院基本料	□	□　年　月	□	様式5～11
5	障害者施設等入院基本料	□	□　年　月	□	様式5～11,19
5	有床診療所入院基本料	□	□　年　月	□	様式5,12～12の10
5	有床診療所療養病床入院基本料	□	□　年　月	□	様式5,12～12の10
第1	総合入院体制加算	□	□　年　月	□	様式10,13,13の2
1の2	急性期充実体制加算	□	□　年　月	□	様式14
2の2	救急医療管理加算	□	□　年　月	□	別添７の２
3	超急性期脳卒中加算	□	□　年　月	□	様式15
4	診療録管理体制加算	□	□　年　月	□	様式17
4の2	医師事務作業補助体制加算	□	□　年　月	□	様式13の4,18,18の2
4の3	急性期看護補助体制加算	□	□　年　月	□	様式8,9,10,13の3,18の3
4の4	看護職員夜間配置加算	□	□　年　月	□	様式8,9,10,13の3,18の3
5	特殊疾患入院施設管理加算	□	□　年　月	□	様式9,19,20
6の2	看護配置加算	□	□　年　月	□	様式8,9
7	看護補助加算	□	□　年　月	□	様式8,9,10,13の3,18の3

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添７（又は別添７の２）
9	療養環境加算	□	□　年　月	□	様式22
10	重症者等療養環境特別加算	□	□　年　月	□	様式23,23の2
11	療養病棟療養環境加算	□	□　年　月	□	様式24,24の2
11の2	療養病棟療養環境改善加算	□	□　年　月	□	様式24,24の2
12	診療所療養病床療養環境加算	□	□　年　月	□	様式25
12の2	診療所療養病床療養環境改善加算	□	□　年　月	□	様式25
12の3	無菌治療室管理加算	□	□　年　月	□	様式26の2
12の4	放射線治療病室管理加算	□	□　年　月	□	様式26の3
14	緩和ケア診療加算	□	□　年　月	□	様式27
14の2	有床診療所緩和ケア診療加算	□	□　年　月	□	様式27の2
15	精神科応急入院施設管理加算	□	□　年　月	□	様式9,20,28
16	精神病棟入院時医学管理加算	□	□　年　月	□	様式29
16の2	精神科地域移行実施加算	□	□　年　月	□	様式30
16の3	精神科身体合併症管理加算	□	□　年　月	□	様式31
17	精神科リエゾンチーム加算	□	□　年　月	□	様式32
17の3	依存症入院医療管理加算	□	□　年　月	□	様式32の3
17の4	摂食障害入院医療管理加算	□	□　年　月	□	様式32の4
19	栄養サポートチーム加算	□	□　年　月	□	様式34
20	医療安全対策加算	□	□　年　月	□	様式35,35の4
21	感染対策向上加算	□	□　年　月	□	様式1の3,35の2,35の3
21の2	患者サポート体制充実加算	□	□　年　月	□	様式36
21の3	重症患者初期支援充実加算	□	□　年　月	□	様式36の2
21の4	報告書管理体制加算	□	□　年　月	□	様式36の3
22	褥瘡ハイリスク患者ケア加算	□	□　年　月	□	様式37
22の2	ハイリスク妊娠管理加算	□	□　年　月	□	様式38
23	ハイリスク分娩等管理加算	□	□　年　月	□	様式38
24の5	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	□	□　年　月	□	様式39の3
24の6	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	□	□　年　月	□	様式39の3
26	呼吸ケアチーム加算	□	□　年　月	□	様式40の2
26の2	術後疼痛管理チーム加算	□	□　年　月	□	様式40の2の2
26の2	後発医薬品使用体制加算	□	□　年　月	□	様式40の3
26の3	病棟薬剤業務実施加算	□	□　年　月	□	様式40の4
26の4	データ提出加算	□	□　年　月	□	様式40の5,40の7,40の8
26の5	入退院支援加算	□	□　年　月	□	様式40の9 (特掲別添2)様式12,12の2
26の6	認知症ケア加算	□	□　年　月	□	様式40の10,40の11
26の6の2	せん妄ハイリスク患者ケア加算	□	□　年　月	□	別添７の２
26の7	精神疾患診療体制加算	□	□　年　月	□	様式40の12

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添７（又は別添７の２）
26の8	精神科急性期医師配置加算	□	□　年　月	□	様式40の13,53
26の9	排尿自立支援加算	□	□　年　月	□	様式40の14
26の10	地域医療体制確保加算	□	□　年　月	□	様式40の15,40の16
27	地域歯科診療支援病院入院加算	□	□　年　月	□	様式41
第1	救命救急入院料	□	□　年　月	□	様式20,42,42の3,42の4,42の6,42の7,43
2	特定集中治療室管理料	□	□　年　月	□	様式20,42,42の3,42の4,42の7,43
3	ハイケアユニット入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式20,42の3,42の4,44
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式10,20,42の3,42の4,45
4の2	小児特定集中治療室管理料	□	□　年　月	□	様式20,42の3,42の4,43,43の2,48
5	新生児特定集中治療室管理料	□	□　年　月	□	様式20,42の2
6	総合周産期特定集中治療室管理料	□	□　年　月	□	様式20,42の2,45の3
7	新生児治療回復室入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式20,42の2,45の2
8	一類感染症患者入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式9,20,46
9	特殊疾患入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式9,20,47
10	小児入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式9,20,48～48の3
11	回復期リハビリテーション病棟入院料	□	□　年　月	□	様式9,20,49～49の7(49の4を除く。)
12	地域包括ケア病棟入院料	□	□　年　月	□	様式9,10,13の3,18の3,20,50～50の3
13	特殊疾患病棟入院料	□	□　年　月	□	様式9,20,24の2,51
14	緩和ケア病棟入院料	□	□　年　月	□	様式9,20,52
15	精神科救急急性期医療入院料	□	□　年　月	□	様式9,13の3,20,53,54,54の2(特掲別添2)様式48
16	精神科急性期治療病棟入院料	□	□　年　月	□	様式9,20,53
16の2	精神科救急・合併症入院料	□	□　年　月	□	様式9,13の3,20,53,55(特掲別添2)様式48
16の3	児童・思春期精神科入院医療管理料	□	□　年　月	□	様式9,20,57
17	精神療養病棟入院料	□	□　年　月	□	様式9,20,24の2,55の2,55の3
19	認知症治療病棟入院料	□	□　年　月	□	様式9,20,56,(特掲別添2)様式48
20	特定一般病棟入院料	□	□　年　月	□	様式8,9,10,20,50～50の3,57の2,57の3
21	地域移行機能強化病棟入院料	□	□　年　月	□	様式9,20,57の4
22	特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	□	□　年　月	□	様式9,20,49～49の7(49の4を除く。)
	短期滞在手術等基本料１	□	□　年　月	□	様式58

※様式1,2の2,2の5,2の8,5の2,9の3,9の4,10の4,14,14の2,16,21,26,32の2,33,35の5,39,39の2,40,53の2は欠番

別添２

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード		届出番号	

連絡先
担当者氏名：
電話番号：

（届出事項）

［　　］の施設基準に係る届出

□　当該届出を行う前６か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□　当該届出を行う前６か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

□　当該届出を行う前６か月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

□　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

殿

備考１　［　　］欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。
　　２　□には、適合する場合「ヨ」を記入すること。
　　３　届出書は、１通提出のこと。

別添２の２

特掲診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	

連絡先
担当者氏名:
電 話 番 号:

（届出事項）

□　糖尿病合併症管理料　（※糖管第　　号）

□　がん性疼痛緩和指導管理料　（※がん疼第　　号）

□　乳腺炎重症化予防ケア・指導料　（※乳腺ケア第　　号）

□　ハイリスク妊産婦連携指導料（１・２）　（※ハイ妊連（１・２）第　　号）

□　遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）　（※遠隔持陽第　　号）

□　精神科在宅患者支援管理料３　（※精在宅援第　　号）

□　腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）　（※腹リ傍大第　　号）

□　当該届出を行う前６月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

□　当該届出を行う前６月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

□　当該届出を行う前６月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

□　当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記のすべてに適合し、施設基準を満たしているので、届出します。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関の所在地
及び名称

開設者名

殿

備考１　□には、適合する場合「レ」を記入すること。
　　２　※は記載する必要がないこと。
　　３　届出書は、１通提出のこと。

（参考）

※　本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

1　「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。

2　「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。

3　「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。

4　届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
1の2	ウイルス疾患指導料	□	□　年　月	□	1,4
1の6	外来栄養食事指導料（注２）	□	□　年　月	□	1の2
1の6	外来栄養食事指導料（注３）	□	□　年　月	□	1の2
1の7	遠隔モニタリング加算（ペースメーカー指導管理料）	□	□　年　月	□	1の3
3	喘息治療管理料	□	□　年　月	□	3
4	糖尿病合併症管理料	□	□　年　月	□	別添２の２
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	□	□　年　月	□	別添２の２
4の3	がん患者指導管理料	□	□　年　月	□	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	□	□　年　月	□	5の4
4の5	移植後患者指導管理料	□	□　年　月	□	5の5
4の6	糖尿病透析予防指導管理料	□	□　年　月	□	5の6,5の8
4の7	小児運動器疾患指導管理料	□	□　年　月	□	5の8の2
4の8	乳腺炎重症化予防ケア・指導料	□	□　年　月	□	別添２の２
4の9	婦人科特定疾患治療管理料	□	□　年　月	□	5の10
4の10	腎代替療法指導管理料	□	□　年　月	□	2の2
4の11	一般不妊治療管理料	□	□　年　月	□	5の11
4の12	生殖補助医療管理料１	□	□　年　月	□	5の12
4の12	生殖補助医療管理料２	□	□　年　月	□	5の12
4の13	二次性骨折予防継続管理料１	□	□　年　月	□	5の13
4の13	二次性骨折予防継続管理料２	□	□　年　月	□	5の13
4の13	二次性骨折予防継続管理料３	□	□　年　月	□	5の13
4の15	下肢創傷処置管理料	□	□　年　月	□	5の14
6	地域連携小児夜間・休日診療料１	□	□　年　月	□	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料２	□	□　年　月	□	7
6の3	地域連携夜間・休日診療料	□	□　年　月	□	7の2
6の4	院内トリアージ実施料	□	□　年　月	□	7の3
6の5	救急搬送看護体制加算	□	□　年　月	□	7の3
6の7	外来放射線照射診療料	□	□　年　月	□	7の6
6の8	地域包括診療料１	□	□　年　月	□	7の7
6の8	地域包括診療料２	□	□　年　月	□	7の7
6の8の3	小児かかりつけ診療料１	□	□　年　月	□	7の8
6の8の3	小児かかりつけ診療料２	□	□　年　月	□	7の8
6の8の4	外来腫瘍化学療法診療料１	□	□　年　月	□	39
6の8の4	外来腫瘍化学療法診療料２	□	□　年　月	□	39
6の8の4	連携充実加算(外来腫瘍化学療法診療料)	□	□　年　月	□	39の2
6の9	外来データ提出加算(生活習慣病管理料)	□	□　年　月	□	7の10，７の11，７の12
7	ニコチン依存症管理料	□	□　年　月	□	8,4

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
7の2	相談支援加算（療養・就労両立支援指導料）	□	□　年　月	□	8の3
8	開放型病院共同指導料	□	□　年　月	□	9, 10
9	在宅療養支援診療所	□	□　年　月	□	11, 11の3, 11の4, 11の5
11	ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	13
11の2	がん治療連携計画策定料	□	□　年　月	□	13の2, 13の3
11の2	がん治療連携指導料	□	□　年　月	□	13の2
11の3の3	外来排尿自立指導料	□	□　年　月	□	13の4
11の3の4	ハイリスク妊産婦連携指導料１	□	□　年　月	□	別添２の２
11の3の4	ハイリスク妊産婦連携指導料２	□	□　年　月	□	別添２の２
11の5	肝炎インターフェロン治療計画料	□	□　年　月	□	13の6
11の7	こころの連携指導料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	13の7
11の8	こころの連携指導料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	13の8
12	薬剤管理指導料	□	□　年　月	□	14, 4
12の1の2	地域連携診療計画加算	□	□　年　月	□	12, 12の2
12の1の2	検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料	□	□　年　月	□	14の2
12の2	医療機器安全管理料１	□	□　年　月	□	15
12の2	医療機器安全管理料２	□	□　年　月	□	15
12の2	医療機器安全管理料（歯科）	□	□　年　月	□	15
12の3	精神科退院時共同指導料	□	□　年　月	□	16
13	歯科治療時医療管理料	□	□　年　月	□	17
13の2	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	□	□　年　月	□	17の2
13の3	禁煙治療補助システム指導管理加算	□	□　年　月	□	8
14	在宅療養支援歯科診療所１	□	□　年　月	□	18
14	在宅療養支援歯科診療所２	□	□　年　月	□	18
14の2	在宅療養支援病院	□	□　年　月	□	11の2, 11の3, 11の4, 11の5
14の3	在宅患者歯科治療時医療管理料	□	□　年　月	□	17
15	在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	□	□　年　月	□	19
15の3	在宅データ提出加算（在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料）	□	□　年　月	□	7の10, ７の11, ７の12
16	在宅がん医療総合診療料	□	□　年　月	□	20
16の1の2	在宅データ提出加算（在宅がん医療総合診療料）	□	□　年　月	□	7の10, ７の11, ７の12
16の1の3	重症患者搬送加算	□	□　年　月	□	20の1の2
16の2	在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注２	□	□　年　月	□	20の2の2
16の2	訪問看護・指導体制充実加算	□	□　年　月	□	20の3
16の2	専門管理加算	□	□　年　月	□	20の3の3
16の3	在宅療養後方支援病院	□	□　年　月	□	20の4, 20の5
16の4	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	□	□　年　月	□	20の7
16の5	在宅血液透析指導管理料	□	□　年　月	□	20の2
16の6	遠隔モニタリング加算（在宅酸素療法指導管理料）	□	□　年　月	□	20の3の2
16の7	遠隔モニタリング加算（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料）	□	□　年　月	□	別添２の２
16の8	在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料	□	□　年　月	□	20の9
16の9	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	□	□　年　月	□	20の10, 52

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
16の10	在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	□	□　年　月	□	20の11
16の11	持続血糖測定器加算	□	□　年　月	□	24の5
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	□	□　年　月	□	21
17の1の2	歯科訪問診療料の注13に規定する基準	□	□　年　月	□	21の3の2
17の2	在宅歯科医療推進加算	□	□　年　月	□	21の4
18の1の2	遺伝学的検査	□	□　年　月	□	23
18の1の3	染色体検査の注２に規定する施設基準	□	□　年　月	□	23の1の2,52
18の1の4	骨髄微小残存病変量測定	□	□　年　月	□	23の2
18の1の5	ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査	□	□　年　月	□	23の3
18の1の6	がんゲノムプロファイリング検査	□	□　年　月	□	23の4
18の1の7	角膜ジストロフィー遺伝子検査	□	□　年　月	□	23の5
18の1の11	先天性代謝異常症検査	□	□　年　月	□	23の6
18の1の13	抗アデノ随伴ウイルス９型（ＡＡＶ９）抗体	□	□　年　月	□	23の7
18の1の14	抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）及び抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）	□	□　年　月	□	5の5
18の2	ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）	□	□　年　月	□	22の2
18の2の3	ウイルス・細菌核酸多項目同時検出	□	□　年　月	□	22の3
19	検体検査管理加算（Ⅰ）	□	□　年　月	□	22
19の2	検体検査管理加算（Ⅱ）	□	□　年　月	□	22
20	検体検査管理加算（Ⅲ）	□	□　年　月	□	22
20の2	検体検査管理加算（Ⅳ）	□	□　年　月	□	22
20の3	国際標準検査管理加算	□	□　年　月	□	22
21	遺伝カウンセリング加算	□	□　年　月	□	23
21の2	遺伝性腫瘍カウンセリング加算	□	□　年　月	□	23の4
22	心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算	□	□　年　月	□	24
22の3	時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト	□	□　年　月	□	24の6
22の4	胎児心エコー法	□	□　年　月	□	24の3,52
22の5	ヘッドアップティルト試験	□	□　年　月	□	24の7
23	人工膵臓検査	□	□　年　月	□	24の4,4
23の2	皮下連続式グルコース測定	□	□　年　月	□	24の5
24	長期継続頭蓋内脳波検査	□	□　年　月	□	25
24の2	長期脳波ビデオ同時記録検査１	□	□　年　月	□	25の2,52
25	中枢神経磁気刺激による誘発筋電図	□	□　年　月	□	26
25の2	単維筋電図	□	□　年　月	□	27の4,52
25の3	光トポグラフィー	□	□　年　月	□	26の2,52
26	脳磁図	□	□　年　月	□	27
26の1の2	安全精度管理下で行うもの（終夜睡眠ポリグラフィー）	□	□　年　月	□	27の2の2,52
26の1の3	脳波検査判断料１	□	□　年　月	□	27の2
26の1の4	遠隔脳波診断	□	□　年　月	□	27の3
26の2	神経学的検査	□	□　年　月	□	28
27	補聴器適合検査	□	□　年　月	□	29
27の2	黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図	□	□　年　月	□	29の3

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
27の3	ロービジョン検査判断料	□	□　年　月	□	29の2
28	コンタクトレンズ検査料	□	□　年　月	□	30
29	小児食物アレルギー負荷検査	□	□　年　月	□	31
29の2	内服・点滴誘発試験	□	□　年　月	□	31の2
29の3	センチネルリンパ節生検（片側）	□	□　年　月	□	31の3,52
29の3の2	前立腺針生検法（ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの）	□	□　年　月	□	31の4,52
29の4	ＣＴ透視下気管支鏡検査加算	□	□　年　月	□	38
29の4の2	経気管支凍結生検法	□	□　年　月	□	38の4
29の4の3	口腔細菌定量検査	□	□　年　月	□	38の5
29の5	有床義歯咀嚼機能検査、咀嚼能力検査及び咬合圧検査	□	□　年　月	□	38の1の2
29の6	精密触覚機能検査	□	□　年　月	□	38の1の3
29の7	睡眠時歯科筋電図検査	□	□　年　月	□	38の1の4
30	画像診断管理加算１	□	□　年　月	□	32
30	画像診断管理加算２	□	□　年　月	□	32
30	画像診断管理加算３	□	□　年　月	□	32
31	歯科画像診断管理加算	□	□　年　月	□	33
32	遠隔画像診断	□	□　年　月	□	34又は35
33	ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影	□	□　年　月	□	36
34	ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影	□	□　年　月	□	37
35	冠動脈ＣＴ撮影加算	□	□　年　月	□	38
35の2	血流予備量比コンピューター断層撮影	□	□　年　月	□	37の2,52
35の3	外傷全身ＣＴ加算	□	□　年　月	□	38
36	心臓ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の2	乳房ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の3	小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の4	頭部ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の5	全身ＭＲＩ撮影加算	□	□　年　月	□	38
36の1の6	肝エラストグラフィ加算	□	□　年　月	□	38
36の2	抗悪性腫瘍剤処方管理加算	□	□　年　月	□	38の2
36の3	外来後発医薬品使用体制加算	□	□　年　月	□	38の3
37	外来化学療法加算１	□	□　年　月	□	39
37	外来化学療法加算２	□	□　年　月	□	39
37の2	無菌製剤処理料	□	□　年　月	□	40,4
38	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	41,44の2
38	リハビリテーションデータ提出加算	□	□　年　月	□	7の10,７の11,７の12
39	心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	41,44の2
40	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42,44の2
40の2	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42,44の2
41	脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	□	□　年　月	□	42,44の2
42	運動器リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42,44の2

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
42の2	運動器リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
43	運動器リハビリテーション料（Ⅲ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
44	呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
45	呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	42, 44の2
45の2	摂食嚥下機能回復体制加算（摂食機能療法）	□	□　年　月	□	43の6, 43の6の2, 44の2
46	難病患者リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43, 44の2
47	障害児（者）リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43, 44の2
47の2	がん患者リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43の2, 44の2
47の3	認知症患者リハビリテーション料	□	□　年　月	□	43の3, 44の2
47の3の2	リンパ浮腫複合的治療料	□	□　年　月	□	43の7
47の4	集団コミュニケーション療法料	□	□　年　月	□	44, 44の2
47の5	歯科口腔リハビリテーション料２	□	□　年　月	□	44の4
47の6	経頭蓋磁気刺激療法	□	□　年　月	□	44の8
47の7	児童思春期精神科専門管理加算（通院・在宅精神療法）	□	□　年　月	□	44の5, 4
47の7	療養生活環境整備指導加算（通院・在宅精神療法）	□	□　年　月	□	44の5の2
47の7	療養生活継続支援加算（通院・在宅精神療法）	□	□　年　月	□	44の5の2
47の8	救急患者精神科継続支援料	□	□　年　月	□	44の6
48	認知療法・認知行動療法	□	□　年　月	□	44の3
48の1の2	依存症集団療法	□	□　年　月	□	44の7
48の2	精神科作業療法	□	□　年　月	□	45, 4
49	精神科ショート・ケア「大規模なもの」	□	□　年　月	□	46, 4
50	精神科ショート・ケア「小規模なもの」	□	□　年　月	□	46, 4
51	精神科デイ・ケア「大規模なもの」	□	□　年　月	□	46, 4
52	精神科デイ・ケア「小規模なもの」	□	□　年　月	□	46, 4
53	精神科ナイト・ケア	□	□　年　月	□	46, 4
54	精神科デイ・ナイト・ケア	□	□　年　月	□	46, 4
54の2	抗精神病特定薬剤治療指導管理料（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に限る。）	□	□　年　月	□	46の3
55	重度認知症患者デイ・ケア料	□	□　年　月	□	47, 4
55の2	精神科在宅患者支援管理料１又は２	□	□　年　月	□	47の2
55の2	精神科在宅患者支援管理料３	□	□　年　月	□	別添２の２
56	医療保護入院等診療料	□	□　年　月	□	48
56の2	処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１	□	□　年　月	□	48の2, 48の2の2, 48の3, 48の4, 4
56の2の3	静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）	□	□　年　月	□	48の5
56の2の4	多血小板血漿処置	□	□　年　月	□	48の7
56の3	硬膜外自家血注入	□	□　年　月	□	52, 48の6
57	ｴﾀﾉｰﾙの局所注入（甲状腺に対するもの）	□	□　年　月	□	49
57	ｴﾀﾉｰﾙの局所注入（副甲状腺に対するもの）	□	□　年　月	□	49の2
57の2	人工腎臓	□	□　年　月	□	87の4, 2の2, 49の3
57の2の2	下肢末梢動脈疾患指導管理加算	□	□　年　月	□	49の3の2
57の2の3	難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するＬＤＬアフェレシス療法	□	□　年　月	□	49の3の3, 52
57の2の4	移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法	□	□　年　月	□	49の3の4

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
57の2の5	人工膵臓療法	□	□　年　月	□	4,24の4
57の3	磁気による膀胱等刺激法	□	□　年　月	□	49の4
57の4の2	心不全に対する遠赤外線温熱療法	□	□　年　月	□	49の4の2,52
57の4の3	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	□	□　年　月	□	49の6,4,49の7
57の4の4	手術用顕微鏡加算	□	□　年　月	□	49の8
57の4の5	口腔粘膜処置	□	□　年　月	□	49の9
57の5	う蝕歯無痛的窩洞形成加算	□	□　年　月	□	50
57の6	ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレー	□	□　年　月	□	50の2
57の7	有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算	□	□　年　月	□	50の3
57の8	皮膚悪性腫瘍切除術（センチネルリンパ節加算を算定する場合に限る。）	□	□　年　月	□	50の4,52
57の8の2	皮膚移植術（死体）	□	□　年　月	□	87の6,52
57の8の3	自家脂肪注入	□	□　年　月	□	87の24
57の9	組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合に限る。）	□	□　年　月	□	50の5
57の9の2	処理骨再建加算	□	□　年　月	□	50の5の3,52
57の9の3	緊急整復固定加算及び緊急挿入加算	□	□　年　月	□	87の25
57の9の4	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。））	□	□　年　月	□	50の5の2
57の10	骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）	□	□　年　月	□	50の6,52
57の11	後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）	□	□　年　月	□	52,87の7
57の12	椎間板内酵素注入療法	□	□　年　月	□	50の7
58	腫瘍脊椎骨全摘術	□	□　年　月	□	51,52
58の2	脳腫瘍覚醒下マッピング加算	□	□　年　月	□	51の2,52
58の3	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	□	□　年　月	□	51の3
58の4	内視鏡下脳腫瘍生検術及び内視鏡下脳腫瘍摘出術	□	□　年　月	□	87の26
59	頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）	□	□　年　月	□	52,54
60	脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術	□	□　年　月	□	25
60の2	頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（７本以上の電極による場合）に限る。）	□	□　年　月	□	25の3
60の2の2	癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）	□	□　年　月	□	87の27
60の2の3	仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術	□	□　年　月	□	53
60の2の4	舌下神経電気刺激装置植込術	□	□　年　月	□	87の28
60の3	治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。））	□	□　年　月	□	52,54の2
60の3の2	内皮移植加算	□	□　年　月	□	52,54の2の2
60の4	羊膜移植術	□	□　年　月	□	52,54の3
60の5	緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））	□	□　年　月	□	52,54の4
60の6	緑内障手術（流出路再建術（眼内法）及び（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）	□	□　年　月	□	52,54の8
60の6の2	緑内障手術（濾過胞再建術（needle法））	□	□　年　月	□	52,54の8
60の7	網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）	□	□　年　月	□	52,54の5
60の8	網膜再建術	□	□　年　月	□	52,54の6
60の9	経外耳道的内視鏡下鼓室形成術	□	□　年　月	□	87の29
61	植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術	□	□　年　月	□	52,55

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
61の2	耳管用補綴材挿入術	□	□　年　月	□	52,87の49
61の2の2	内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うもの）	□	□　年　月	□	52,54の7
61の2の3	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,56の7,87の30
61の2の4	内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）	□	□　年　月	□	87の31
61の2の5	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,56の7
61の2の6	喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）	□	□　年　月	□	52,87の5
61の3	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）、下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	52,56
61の4	上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	52,56の3
61の4の2	顎関節人工関節全置換術（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	56の8
61の4の3	顎関節人工関節全置換術（歯科診療に係るものに限る。）	□	□　年　月	□	56の8
61の4の4	内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術	□	□　年　月	□	52,56の4
61の4の5	内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,56の4
61の4の6	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法	□	□　年　月	□	87の46
61の4の7	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲＩによるもの）	□	□　年　月	□	38
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳がんセンチネルリンパ節加算１又は乳がんセンチネルリンパ節加算２を算定する場合に限る。）	□	□　年　月	□	52,56の2
61の5	乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））	□	□　年　月	□	52,56の5
61の6	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）	□	□　年　月	□	50の5
61の6の2	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の22
61の7	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の8
61の7の2	肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）	□	□　年　月	□	52,56の6
61の7の3	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除及び肺葉切除又は１肺葉を超えるもので、内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の17
62	同種死体肺移植術	□	□　年　月	□	57
62の2	生体部分肺移植術	□	□　年　月	□	52,58
62の2の2	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の10
62の2の3	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の10の2
62の2の4	内視鏡下筋層切開術	□	□　年　月	□	52,58の2
62の2の5	食道縫合術（穿孔、損傷）（内視鏡によるもの）、内視鏡下胃・十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び膣腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）	□	□　年　月	□	87の9
63	経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）	□	□　年　月	□	52,59
63の2の2	胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡下弁置換術	□	□　年　月	□	52,87の11
63の3	経カテーテル弁置換術	□	□　年　月	□	52,59の2,59の2の2

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
63の4	経皮的僧帽弁クリップ術	□	□　年　月	□	52,87の12
63の5	胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	□	□　年　月	□	52,59の3
63の5の2	不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）	□	□　年　月	□	52,59の3の2,87の32
63の6	経皮的カテーテル心筋焼灼術における磁気ナビゲーション加算	□	□　年　月	□	52,59の4
64	経皮的中隔心筋焼灼術	□	□　年　月	□	52,60
65	ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術	□	□　年　月	□	24,52
66	両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術	□	□　年　月	□	52,61
67	植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術	□	□　年　月	□	52,62
67の2	両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	□	□　年　月	□	52,63
68	大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）	□	□　年　月	□	24
68の2	経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）	□	□　年　月	□	52,87の13
69	補助人工心臓	□	□　年　月	□	52,64
69の2	小児補助人工心臓	□	□　年　月	□	52,64の2
70の2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）	□	□　年　月	□	52,65の3
71	同種心移植術	□	□　年　月	□	57
72	同種心肺移植術	□	□　年　月	□	57
72の1の2	骨格筋由来細胞シート心表面移植術	□	□　年　月	□	65の3の2
72の2の2	経皮的下肢動脈形成術	□	□　年　月	□	65の3の3
72の3	内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術	□	□　年　月	□	52,65の4
72の4	腹腔鏡下リンパ節群郭清術	□	□　年　月	□	52,65の4の2,別添２の２,87の33
72の4の2	腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術	□	□　年　月	□	52,65の5
72の5	腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術	□	□　年　月	□	52,65の5
72の7	腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,65の5
72の7の2	内視鏡的逆流防止粘膜切除術	□	□　年　月	□	87の34
72の7の2の2	腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）	□	□　年　月	□	52,65の8
72の7の3	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））	□	□　年　月	□	52,87の14
72の7の4	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））	□	□　年　月	□	52,87の14
72の7の5	腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））	□	□　年　月	□	52,87の14
72の8	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）	□	□　年　月	□	52,65の6
72の8の2	バルーン閉塞下経静脈的塞栓術	□	□　年　月	□	52,87の15
72の8の3	腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の35
72の8の4	腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）	□	□　年　月	□	52,87の36
72の9	胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）	□	□　年　月	□	52,65の7
73	体外衝撃波胆石破砕術	□	□　年　月	□	66
73の2	腹腔鏡下肝切除術	□	□　年　月	□	52,66の2
73の2の2	腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の37
73の3	腹腔鏡下胆道閉鎖症手術	□	□　年　月	□	52,87の16
73の3の2	移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）	□	□　年　月	□	52,87の38

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
74	生体部分肝移植術	□	□　年　月	□	52,67
75	同種死体肝移植術	□	□　年　月	□	57
75の2	体外衝撃波膵石破砕術	□	□　年　月	□	66
75の3	腹腔鏡下膵腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術	□	□　年　月	□	52,67の2
75の3	腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,67の2の2
75の4	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術	□	□　年　月	□	52,67の2の3
75の4	腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,67の2の4
76	同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術	□	□　年　月	□	57
76の2	同種死体膵島移植術	□	□　年　月	□	52,57の2
76の2の2	生体部分小腸移植術	□	□　年　月	□	52,87の17の2
76の3	同種死体小腸移植術	□	□　年　月	□	57
76の4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	□	□　年　月	□	52,67の3
76の4の2	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の39
76の4の3	内視鏡的小腸ポリープ切除術	□	□　年　月	□	87の40
76の5	腹腔鏡下小切開副腎摘出術	□	□　年　月	□	52,65の5
76の6	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術、低位前方切除術及び切断術に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の18
76の7	腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□　年　月	□	52,87の48
76の8	副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法	□	□　年　月	□	52,87の47
77	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術	□	□　年　月	□	66
77の2	腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,65の5
77の3	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）	□	□　年　月	□	68の2
77の3の2	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□　年　月	□	52,68の3
77の3の3	腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,68の4
77の4	同種死体腎移植術	□	□　年　月	□	57
77の5	生体腎移植術	□	□　年　月	□	52,69
77の6	腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術	□	□　年　月	□	52,65の5
77の7	膀胱水圧拡張術及びハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）	□	□　年　月	□	52,69の2
77の8	腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術	□	□　年　月	□	52,65の5
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,69の3
77の9	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,69の5
77の10	腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,69の3
77の11	人工尿道括約筋植込・置換術	□	□　年　月	□	69の4
77の11の2	膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）、埋没陰茎手術及び陰嚢水腫手術（鼠径部切開によるもの）	□	□　年　月	□	87の41
77の11の3	精巣内精子採取術	□	□　年　月	□	87の42,87の42の２
77の12	焦点式高ｴﾈﾙｷﾞｰ超音波療法	□	□　年　月	□	52,70
78	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,71
78の2	腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術	□	□　年　月	□	52,65の5
78の2の2	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）	□	□　年　月	□	52,71の1の2
78の2の3	腹腔鏡下仙骨膣固定術	□	□　年　月	□	52,71の1の3

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
78の2の3	腹腔鏡下仙骨膣固定手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,71の1の4
78の3	腹腔鏡下膣式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,87の19
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）	□	□　年　月	□	52,71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）	□	□　年　月	□	52,71の2
78の3の2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	□	□　年　月	□	52,71の5
78の３の３	腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術	□	□　年　月	□	52,87の43
78の4	内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術	□	□　年　月	□	52,71の3
78の5	胎児胸腔・羊水腔シャント術	□	□　年　月	□	52,71の4
78の5の2	無心体双胎焼灼術（一連につき）	□	□　年　月	□	52,71の4
78の5の3	胎児輸血術（一連につき）及び臍帯穿刺	□	□　年　月	□	52,71の4
78の5の4	体外式膜型人工肺管理料	□	□　年　月	□	87の44
78の6	医科点数表第２章第10部手術の通則４（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術	□	□　年　月	□	52,87の20
79の2	手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１	□	□　年　月	□	48の2,48の2の2,48の3,48の4,4,
79の3	胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）	□	□　年　月	□	43の4,43の5
79の4	医科点数表第２章第10部手術の通則の19に掲げる手術	□	□　年　月	□	87の23
79の5	周術期栄養管理実施加算	□	□　年　月	□	87の45
80	輸血管理料Ⅰ	□	□　年　月	□	73
80	輸血管理料Ⅱ	□	□　年　月	□	73
80	輸血適正使用加算	□	□　年　月	□	73
80	貯血式自己血輸血管理体制加算	□	□　年　月	□	73
80の2	コーディネート体制充実加算	□	□　年　月	□	87の21
80の3	自己生体組織接着剤作成術	□	□　年　月	□	73の2
80の3の2	自己クリオプレシピテート作製術（用手法）及び同種クリオプレシピテート作製術	□	□　年　月	□	73の2
80の4	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	□	□　年　月	□	73の3
80の5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	□	□　年　月	□	43の4,43の5
80の5の2	凍結保存同種組織加算	□	□　年　月	□	52,73の5
80の6	歯周組織再生誘導手術	□	□　年　月	□	74
80の7	手術時歯根面レーザー応用加算	□	□　年　月	□	50
80の8	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	□	□　年　月	□	74の3
80の9	歯根端切除手術の注３	□	□　年　月	□	49の8
80の10	口腔粘膜血管腫凝固術	□	□　年　月	□	74の4
80の11	レーザー機器加算の施設基準	□	□　年　月	□	49の9
81	麻酔管理料（Ⅰ）	□	□　年　月	□	75
81の2	麻酔管理料（Ⅱ）	□	□　年　月	□	75
81及び81の2	周術期薬剤管理加算	□	□　年　月	□	75の3
81の3	歯科麻酔管理料	□	□　年　月	□	75の2
82	放射線治療専任加算	□	□　年　月	□	76
82の2	外来放射線治療加算	□	□　年　月	□	76
82の3	遠隔放射線治療計画加算	□	□　年　月	□	76の2
83	高エネルギー放射線治療	□	□　年　月	□	77
83の2	一回線量増加加算	□	□　年　月	□	77

施設基準通知	名　　称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添２（又は別添２の２））
83の3	強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）	□	□　年　月	□	52,78
83の4	画像誘導放射線治療加算　（ＩＧＲＴ）	□	□　年　月	□	78の2
83の5	体外照射呼吸性移動対策加算	□	□　年　月	□	78の3
84	定位放射線治療	□	□　年　月	□	79
84の2	定位放射線治療呼吸性移動対策加算	□	□　年　月	□	78の3
84の2の2	粒子線治療	□	□　年　月	□	52,79の1の2
84の2の3	粒子線治療適応判定加算	□	□　年　月	□	79の1の3
84の2の4	粒子線治療医学管理加算	□	□　年　月	□	79の1の3
84の2の5	ホウ素中性子捕捉療法	□	□　年　月	□	52,79の1の4
84の2の6	ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算	□	□　年　月	□	79の1の4
84の2の7	ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算	□	□　年　月	□	79の1の4
84の2の8	画像誘導密封小線源治療加算	□	□　年　月	□	78の2
84の3	保険医療機関間の連携による病理診断	□	□　年　月	□	79の2
84の4	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	□	□　年　月	□	80
84の5	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	□	□　年　月	□	80
84の6	デジタル病理画像による病理診断	□	□　年　月	□	80の2
84の7	病理診断管理加算	□	□　年　月	□	80の2
84の8	悪性腫瘍病理組織標本加算	□	□　年　月	□	80の2
84の9	口腔病理診断管理加算	□	□　年　月	□	80の3
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	□	□　年　月	□	81
86	歯科矯正診断料	□	□　年　月	□	82
87	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）	□	□　年　月	□	83
88	調剤基本料	□	□　年　月	□	84
89	調剤基本料の注１ただし書に規定する施設基準	□	□　年　月	□	87の2
92	地域支援体制加算	□	□　年　月	□	87の3,87の3の2,87の3の3
92の2	連携強化加算	□	□　年　月	□	87の3の4
93	後発医薬品調剤体制加算	□	□　年　月	□	87
95	無菌製剤処理加算	□	□　年　月	□	88
96	在宅患者調剤加算	□	□　年　月	□	89
98	特定薬剤管理指導加算２	□	□　年　月	□	92
100	かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料	□	□　年　月	□	90
102	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	□	□　年　月	□	89
103	在宅中心静脈静脈栄養法加算	□	□　年　月	□	89

※様式2、6、7の4、7の5、13の5、24の2、65、65の2、68、72、73の4、74の2、86、91は欠番。

機能強化加算に係る院内掲示

当院は「かかりつけ医」として、
必要に応じて次のような取組を行っています

○　健康診断の結果に関する相談等、健康管理に関するご相談に応じます。必要に応じ、専門の医師・医療機関をご紹介します。
○　介護・保健・福祉サービスの利用に関するご相談に応じます。
○　夜間・休日の問い合わせへの対応を行っています。
○　受診している他の医療機関や処方されているお薬を伺い、必要なお薬の管理を行います。
○　日本医師会かかりつけ医機能研修制度 応用研修会を修了しています。

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　厚生労働省や都道府県のホームページにある「医療機能情報提供制度」のページで、かかりつけ医機能を有する医療機関等の地域の医療機関が検索できます。

