保医発　　第　　号
平成 30 年３月　　日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）長　　殿
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
　後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長
（公　印　省　略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（公　印　省　略）

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成 30 年厚生労働省告示第●号）等が公布され、平成 30 年４月１日より適用されることとなったところであるが、実施に伴う留意事項は、医科診療報酬点数表については別添１、歯科診療報酬点数表については別添２及び調剤報酬点数表については別添３のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

従前の「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成 28 年３月４日保医発 0304 第３号）は、平成 30 年３月 31 日限り廃止する。

別添１

医科診療報酬点数表に関する事項

＜通則＞

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

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

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

４　基本診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成 30 年厚生労働省告示第●号）による改正後の「基本診療料の施設基準等（平成 20 年厚生労働省告示第 62 号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。

５　特掲診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成 30 年厚生労働省告示第●号）による改正後の「特掲診療料の施設基準等（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。

６　「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成 30 年厚生労働省告示第●号）による改正後の診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和 23 年政令第 326 号）及び医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせて標榜する場合も含むものであること。

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

第１章　基本診療料

第１部　初・再診料

＜通則＞

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

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

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

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

ア　初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合

イ　往診等の後に薬剤のみを取りに来た場合

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

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

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

４　医療法（昭和 23 年法律第 205 号）に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中にあっては、再診料（外来診療料を含む。）（ただし、再診料の注５~~及び、~~注６及び注 16 に規定する加算並びに外来診療料の注８~~及び、~~注９及び注 11 に規定する加算を除く。）は算定できない。また、入院中の患者が当該入院の原因となった傷病につき、診療を受けた診療科以外の診療科で、入院の原因となった傷病以外の傷病につき再診を受けた場合においても、再診料（外来診療料を含む。）は算定できない。なお、この場合において、再診料（外来診療料を含む。）（ただし、再診料の注５~~及び、~~注６及び注 16 に規定する加算並びに外来診療料の注８~~及び、~~注９及び注 11 に規定する加算を除く。）以外の検査、治療等の費用の請求については、診療報酬明細書は入院用を用いること。

５　初診又は再診において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以

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

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

第１節　初診料

Ａ０００　初診料

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

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

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

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

（４）　（３）にかかわらず、健康診断で疾患が発見された患者が、疾患を発見した保険医以外の保険医（当該疾患を発見した保険医の属する保険医療機関の保険医を除く。）において治療を開始した場合には、初診料を算定できる。

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

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

書による紹介を行った患者については、紹介のある患者とみなすことができる。

また、初診の患者に占める他の病院又は診療所等からの文書による紹介があるものの割合（以下「紹介率」という。）等が低い保険医療機関とは、「注２」にあっては、紹介率の実績が 50%未満の特定機能病院及び許可病床の数が ~~500~~400 床以上の地域医療支援病院（医療法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。）（ただし、逆紹介率の実績が 50%以上の場合を除く。）をいい、「注３」にあっては、紹介率の実績が 40%未満の許可病床の数が ~~500~~400 床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が ~~500~~400 床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が 200 床未満の病院を除く。）（ただし、逆紹介率の実績が 30%以上の場合を除く。）をいう。紹介率及び逆紹介率の実績の算定期間は、報告年度の前年度１年間（ただし、前年度１年間の実績が基準に満たなかった保険医療機関については、報告年度の連続する６か月間）とし、当該期間の紹介率又は逆紹介率の実績が基準を上回る場合には、紹介率が低い保険医療機関とはみなされない。

※　紹介率及び逆紹介率の計算については、下記のとおりとする。

紹介率　＝　（紹介患者数＋救急患者数）÷ 初診の患者数

逆紹介率　＝　逆紹介患者数 ÷ 初診の患者数

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

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

（７） 特定機能病院及び許可病床の数が ~~500~~400 床以上の地域医療支援病院及び許可病床の数が ~~500~~400 床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が ~~500~~400 床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が 200 床未満の病院を除く。）は、紹介率及び逆紹介率の割合を別紙様式 28 により、毎年 10 月に地方厚生（支）局長へ報告すること。また、報告を行った保険医療機関であって、報告年度の連続する６か月間で実績の基準を満たした保険医療機関については、翌年の４月１日までに地方厚生（支）局長へ報告すること。

（８） 許可病床の数が ~~500~~400 床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が ~~500~~400 床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が 200 床未満の病院を除く。）のうち、前年度１年間の紹介率の実績が 40%未満かつ逆紹介率の実績が 30%未満の保険医療機関の取扱いについては、（７）と同様であること。

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

~~妥結率が低い保険医療機関とは、妥結率の実績が 50%以下の保険医療機関をいう。妥結率の実績の計算期間は、報告年度の当年４月１日から９月 30 日までとし、当該期間の妥結率の実績が基準を上回る場合には、11 月１日から翌年 10 月 31 日まで妥結率が低い保険医療機関とはみなされない。ただし、報告年度の当年 10 月以降に新規に保険医療機関に指定された医療機関においても、翌年 10 月 31 日まで妥結率が低い保険医療機関とはみなされない。~~

~~なお、妥結とは、取引価格が決定しているものをいう。ただし、契約書等の遡及条項により、取引価格が遡及することが可能な場合には未妥結とする。また、価格は決定したが、支払期間が決定していないなど、取引価格に影響しない契約状況が未決定の場合は妥結とする。~~

~~※　妥結率の計算については、下記のとおりとする。~~

~~妥結率　＝　卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号。以下「医薬品医療機器法」という。）第 34 条第３項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険医療機関との間での取引価格が定められた薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したもの）／当該保険医療機関において購入された薬価基準に収載されている医療用医薬品の薬価総額~~

(10)　妥結率、単品単価契約率及び一律値引き契約の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 30 年３月５日保医発 0305 第●号）別添１の第２の５を参照のこと。~~妥結率の割合は、「別紙様式 35」により、毎年 10 月に地方厚生（支）局長へ報告すること。~~

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

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

ただし、「注５」のただし書に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病（１つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、新たに別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を初診として受診した場合（１つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科を除く診療科１つに限り、同ただし書の所定点数を算定できる。また、診療継続中以外の患者であって、同一日に他の傷病で２以上の診療科を初診として受診する場合においても、２つ目の診療科に限り、同ただし書の所定点数を算定できる。この場合において、「注６」から「注~~９~~12」までに規定する加算は、算定できない。なお、患者が専門性の高い診療科を適切に受診できるよう保険医療機関が設置した総合外来等については、診療科とみなさず、総合外来等を受診後、新たに別の診療科を受診した場合であっても同ただし書の

所定点数は算定できない。

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

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

(15)　Ａ保険医療機関には、検査又は画像診断の設備がないため、Ｂ保険医療機関（特別の関係（第２部通則７の(３)に規定する「特別の関係」をいう。以下同じ。）にあるものを除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合には、次のように取り扱うものとする。（区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料(Ⅰ)の(５)から(７)までを参照。）

ア　Ｂ保険医療機関が単に検査又は画像診断の設備の提供にとどまる場合

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

イ　Ｂ保険医療機関が、検査又は画像診断の判読も含めて依頼を受けた場合

Ｂ保険医療機関においては、初診料、検査料、画像診断料等を算定できる。

(16)　乳幼児加算

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

(17)　時間外加算

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

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

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

ウ　保険医療機関は診療時間を分かりやすい場所に表示する。

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

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

(18)　休日加算

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

日、30 日及び 31 日は、休日として取り扱う。

イ　休日加算は次の患者について算定できるものとする。

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

①　地域医療支援病院

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

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

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

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

(19)　深夜加算

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

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

ウ　深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。

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

①　地域医療支援病院

②　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

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

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

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

(20)　時間外加算の特例

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

①　地域医療支援病院

②　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

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

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

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

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

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

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

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

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

(22)　夜間・早朝等加算

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

イ　表示する診療時間とは、保険医療機関が診療時間として地域に周知している時間であって、来院した患者を常に診療できる体制にある時間又は計画的に訪問診療を行う時間をいう。この場合において、患者が来院したとしても、診療を受けることのできない時間（定期的に学校医、産業医の業務として保険医療機関を不在とする時間や、地

域活動や地域行事に出席するとして保険医療機関を不在とする時間を含む。）は表示する診療時間に含まない。また、診療時間として表示している時間であっても、訪問診療に要する時間以外に、常態として当該保険医療機関に医師が不在となる場合は、表示する診療時間に含めない。

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

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

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

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

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

(23)　妊婦加算

初診料を算定しない場合には、特に規定する場合を除き、「注 10」の妊婦加算は、算定できない。

(24)　産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜の診療に係る特例

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

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

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

エ　時間外加算、休日加算、深夜加算及び夜間・早朝等加算の併算定に係る取扱いは、

「注７」の場合と同様である。

(25)　機能強化加算

「注 12」に規定する機能強化加算は、外来医療における適切な役割分担を図り、より的確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関における初診を評価するものであり、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院において初診料（「注５」のただし書に規定する２つ目の診療科に係る初診料を除く。）を算定する場合に、加算することができる。

第２節　再診料

Ａ００１　再診料

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

（２）　「注２」に規定する保険医療機関の取扱いについては、区分番号「Ａ０００」初診料の(9)から(11)までと同様である。

（３）　２以上の傷病について同時に再診を行った場合の再診料は、当該１日につき１回に限り算定する。ただし、同一保険医療機関において、同一日に他の傷病（１つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、患者の意思に基づき、別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を再診として受診した場合（１つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診察を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科１つに限り、「注３」に掲げる所定点数を算定できる。この場合において、「注４」から「注８」まで、「注 10」から「注 ~~13~~16」までに規定する加算は、算定できない。

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

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

（６）　外来管理加算

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

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

［提供される診療内容の事例］

１　問診し、患者の訴えを総括する。

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

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

「診察した結果、頸のリンパ節やのどの腫れは良くなっていますし、胸の

音も問題ありません。前回に比べて、ずいぶん良くなっていますね。」

3　これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意等の説明・指導を行う。

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

4　患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

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

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

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

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

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

超音波検査等
脳波検査等
神経・筋検査
耳鼻咽喉科学的検査
眼科学的検査
負荷試験等
ラジオアイソトープを用いた諸検査
内視鏡検査

（７）　電話等による再診

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

なお、定期的な医学管理を前提として行われる場合は算定できない。ただし、平成30年３月31日以前に、３月以上継続して定期的に、電話、テレビ画像等による再診料を算定していた患者については、当該医学管理に係る一連の診療が終了するまでの間、

当該再診料を引き続き算定することができる。その場合には、オの規定にかかわらず、時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・早朝等加算は算定できない。

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

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

エ　妊婦又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合は、「注 15」の妊婦加算を算定する。

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

カ　当該再診料を算定する際には、第２章第１部の各区分に規定する医学管理等は算定できない。

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

（８）　時間外対応加算

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

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

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

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

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

(10)　地域包括診療加算

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

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

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

エ　当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。

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

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

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

（ニ）　院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

（イ） 健康相談を行っていること。~~また、~~

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

~~カ~~ 介護保険に係る相談を行っていること。

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

キ ~~また、~~地域包括診療加算1を算定する医療機関においては、往診又は訪問診療を提供可能であること。往診又は訪問診療の対象の患者には、24時間対応可能な連絡先を提供し、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合には、往診、外来受診の指示等、速やかに必要な対応を行うこと。「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成30年3月●日保医発●第●号）の第9在宅療養支援診療所の施設基準の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所以外の診療所においては以下の（ロ）、在宅療養支援診療所以外の診療所については以下の全てについて、連携する他の保険医療機関とともに行うことも可能であること。

（イ） 24時間の連絡体制

（ロ） 連絡を受けて行う往診又は外来診療の体制

~~要介護認定に係る主治医意見書を作成していること。~~

~~キ 在宅医療を提供していること、及び当該患者に対し24時間の対応を実施し、夜間~~

~~の連絡先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めること。~~

~~ク　患者の同意について、当該加算の初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。なお、当該加算を算定後、重症化等により当該加算の算定を行わなくなった場合であって、病状の安定等に伴い再度当該加算を算定する場合には、当該再算定時にも署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。~~

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

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

(11)　認知症地域包括診療加算

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

（イ）　認知症以外に１以上の疾病（疑いは除く。）を有する者

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

①　１処方につき５種類を超える内服薬があるもの

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

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

イ　(10)のウからカまで（エの(リ)を除く。）~~からクまで及びコ~~を満たすこと。

ウ　認知症地域包括診療加算１を算定する場合には、(10)のキを満たすこと。

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

(12)　薬剤適正使用連携加算

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

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

関以外の処方内容を含む。

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

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

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

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

(ロ)　アで情報提供した処方内容のうち、内服薬の種類数

Ａ００２　外来診療料

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

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

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

（３）　特定機能病院及び許可病床の数が ~~500~~400 床以上の地域医療支援病院のうち、前年度１年間の紹介率の実績が 50%未満かつ逆紹介率の実績が 50%未満の保険医療機関においては、紹介率及び逆紹介率の割合を別紙様式 28 により、毎年 10 月に地方厚生（支）局長へ報告すること。また、報告を行った保険医療機関であって、報告年度の連続する６か月間で実績の基準を満たした保険医療機関については、翌年の４月１日までに地方厚生（支）局長へ報告すること。

（４）　許可病床の数が ~~500~~400 床以上の病院（特定機能病院、許可病床の数が ~~500~~400 床以上の地域医療支援病院及び一般病床の数が 200 床未満の病院を除く。）のうち、前年度１年間の紹介率の実績が 40%未満かつ逆紹介率の実績が 30%未満の保険医療機関の取扱いについては、（３）と同様であること。

（５）　「注４」に規定する保険医療機関の取扱いについては、区分番号「Ａ０００」初診料の(９)から(11)までと同様である。

（６）　同一保険医療機関において、同一日に他の傷病（１つ目の診療科で診療を受けた疾病又は診療継続中の疾病と同一の疾病又は互いに関連のある疾病以外の疾病のことをいう。）について、患者の意思に基づき、別の診療科（医療法上の標榜診療科のことをいう。）を再診として受診した場合（１つ目の診療科の保険医と同一の保険医から診療を受けた場合を除く。）は、現に診療継続中の診療科１つに限り、「注５」に掲げる所定

点数を算定できる。この場合において、「注６」のただし書及び「注７」から「注~~９~~11」までに規定する加算は、算定できない。

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

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

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

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

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

Ａ００３　オンライン診療料

（１） オンライン診療料は、対面診療の原則のもとで、対面診療と、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な情報通信機器を活用した診察（以下「オンライン診察」という。）を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいて計画的なオンライン診察を行った場合に、患者１人につき月１回に限り算定できる。なお、当該診療計画に基づかない他の傷病に対する診察は、対面診療で行うことが原則であり、オンライン診療料は算定できない。

（２） オンライン診察は、（１）の計画に基づき、対面診療とオンライン診察を組み合わせた医学管理のもとで実施されるものであり、連続する３月の間に対面診療が１度も行われない場合は、算定することはできない。ただし、対面診療とオンライン診察を同月に行った場合は、オンライン診療料は算定できない。

（３） オンライン診療料が算定可能な患者は、区分番号「Ｂ０００」特定疾患療養管理料、「Ｂ００１」の「５」小児科療養指導料、「Ｂ００１」の「６」てんかん指導料、「Ｂ００１」の「７」難病外来指導管理料、「Ｂ００１」の「27」糖尿病透析予防指導管理料、「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料、「Ｂ００１－２－１０」認知症地域包括診療料、「Ｂ００１－３」生活習慣病管理料、「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料又は「Ｉ０１６」精神科在宅患者支援管理料（以下「オンライン診療料対象管理料等」という。）の算定対象となる患者で、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から６月以上経過し、かつ当該管理料等を初めて算定した月から６月の間、オンライン診察を行う医師と同一の医師により、毎月対面診療を行っている患者に限る。ただし、オンライン診療料対象管理料等を初めて算定した月から６月以上経過している場合は、直近 12 月以内に６回以上、同一医師と対面診療を行っていればよい。

（４） 患者の同意を得た上で、対面による診療とオンライン診察を組み合わせた診療計画（対

面による診療の間隔は３月以内のものに限る。）を作成する。また、当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載する。

（５） 当該計画に沿った計画的なオンライン診察を行った際には、当該診察の内容、診察を行った日、診察時間等の要点を診療録に記載すること。

（６） オンライン診察を行う医師は、オンライン診療料対象管理料等を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。

（７） オンライン診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。

（８） オンライン診察は、当該保険医療機関内において行う。

（９） オンライン診療料を算定した同一月に、第２章第１部の各区分（通則は除く。）に規定する医学管理等は算定できない。

(10) オンライン診察時に、投薬の必要性を認めた場合は、区分番号「Ｆ１００」処方料又は区分番号「Ｆ４００」処方箋料を別に算定できる。

(11) 当該診察を行う際には、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

(12) 当該診察を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。

(13) オンライン診療料を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、該当するオンライン診療料対象管理料等の名称及び算定を開始した年月を記載すること。

第２部　入院料等

＜通則＞

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

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

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

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

（３）　消毒は必要の都度行われていること。

３　入院期間の確認について（入院料の支払要件）

（１）　保険医療機関の確認等

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

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

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

（２）　入院患者の申告等

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

４　１日入院

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

５　入院中の患者の他医療機関への受診

（１） 入院中の患者が、当該入院の原因となった傷病以外の傷病に罹患し、入院している保険医療機関（以下本項において「入院医療機関」という。）以外での診療の必要が生じた場合は、他の保険医療機関（以下本項において「他医療機関」という。）へ転医又は対診を求めることを原則とする。

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

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

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

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

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

ア 入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の 10%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、区分番号「Ｍ００１」体外照射の３の強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、区分番号「Ｍ００１－２」ガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「Ｍ００１－３」直線加速器による放射線治療の１の定位放射線治療の場合又は区分番号「Ｍ００１－４」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の 5%を控除した点数により算定すること。

イ 入院医療機関において、当該患者が~~特定入院料、一般病棟入院基本料（「注 11」の規定により療養病棟入院基本料１の例により算定する場合に限る。）、特定機能病院入院基本料（「注９」の規定により療養病棟入院基本料１の例により算定する場合に~~

~~限る。）、専門病院入院基本料（「注８」の規定により療養病棟入院基本料１の例により算定する場合に限る。）、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料（以下本通則において「~~特定入院料等~~」という。）~~を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の 40％を控除した点数（他医療機関において、区分番号「Ｍ００１」体外照射の３の強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、区分番号「Ｍ００１－２」ガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「Ｍ００１－３」直線加速器による放射線治療の１の定位放射線治療の場合又は区分番号「Ｍ００１－４」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は当該特定入院料等の基本点数の 35％を控除した点数）により算定すること。ただし、有床診療所療養病床入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している場合は、当該特定入院料等の基本点数の 20％を控除した点数（他医療機関において、区分番号「Ｍ００１」体外照射の３の強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、区分番号「Ｍ００１－２」ガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「Ｍ００１－３」直線加速器による放射線治療の１の定位放射線治療の場合又は区分番号「Ｍ００１－４」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は当該特定入院料等の基本点数の 15％を控除した点数）により算定すること。

ウ　入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の 10％を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、区分番号「Ｍ００１」体外照射の３の強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、区分番号「Ｍ００１－２」ガンマナイフによる定位放射線治療、区分番号「Ｍ００１－３」直線加速器による放射線治療の１の定位放射線治療の場合又は区分番号「Ｍ００１－４」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は当該特定入院料等の基本点数の５％を控除した点数により算定すること。

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

（７）　他医療機関において診療を行った場合には、入院医療機関から提供される当該患者に係る診療情報に係る文書を診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に「入院医療機関名」、「当該患者の算定する入院料」、「受診した理由」、「診療科」及び「㊫（受診日数：〇日）」を記載すること。

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

他医療機関のレセプトの写しを添付すること。

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

６　外泊期間中の入院料等

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

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

なお、当該外泊期間は、７の入院期間に算入する。

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

７　入院期間の計算

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

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

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

ただし、次のいずれかに該当する場合は、新たな入院日を起算日とする。

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

イ　退院の日から起算して３月以上（悪性腫瘍、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50 号）第５条に規定する指定難病（同法第７条第４項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第一項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）又は「特定疾患治療研究事業について」（昭和 48 年４月 17 日衛発第 242 号）

に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）に罹患している患者については１月以上）の期間、同一傷病について、いずれの保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所（短期入所療養介護費を算定すべき入所を除く。）することなく経過した後に、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合

（３）「特別の関係」とは、次に掲げる関係をいう。

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

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

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

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

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

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

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

ウ　「親族等」とは、親族関係を有する者及び以下に掲げる者をいう。

（イ）事実上婚姻関係と同様の事情にある者

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

（ハ）（イ）又は（ロ）に掲げる者の親族でこれらの者と生計を一にしているもの

８　病棟移動時の入院料

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

９　退院時処方に係る薬剤料の取扱い

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

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

11　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合に限り入院基本料（特別入院基本料、

月平均夜勤時間超過減算~~及び~~、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料３の算定を行うものであり、基準に適合していることを示す資料等を整備しておく必要がある。

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

13　退院が特定の時間帯に集中している場合の入院基本料の算定について

（１）　以下のいずれも満たす病棟を有する保険医療機関を対象とする。

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

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

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

ア　退院日に 1,000 点以上の処置又は手術を算定していないもの

イ　入退院支援加算を算定していないもの

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

ア　電子カルテ等で退院時間が明らかな場合については、以下により算定する。

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

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

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

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

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

（１）　以下のいずれも満たす保険医療機関を対象とする。

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

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

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

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

（１月当たりの金曜日入院患者数／１月当たりの全入院患者数）×100

＋（１月当たりの月曜日退院患者数／１月当たりの全退院患者数）×100

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

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

第１節 入院基本料

Ａ１００ 一般病棟入院基本料

（１） 一般病棟入院基本料は、「注１」の入院基本料、「注２」の特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算並びに「注 ~~13~~ 7」の夜勤時間特別入院基本料から構成され、「注１」の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た一般病棟に入院している患者について、~~７対１入院基本料等の~~各区分の所定点数を算定し、「注２」の特別入院基本料等及び「注 7~~13~~」の夜勤時間特別入院基本料については、届け出た一般病棟に入院している患者について算定する。

（２） 当該保険医療機関において複数の一般病棟がある場合には、当該病棟のうち、障害者施設等入院基本料等又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の一般病棟入院基本料を算定するものとする。ただし、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 30~~28~~ 年３月●~~４~~日保医発●~~0304~~第●~~１~~号）の別紙２に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が 400~~200~~ 床以上の病院、ＤＰＣ対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料１のみを届け出ている~~一般病棟７対１入院基本料を算定している~~病院

を除く。）の一般病棟においては、病棟ごとに違う区分の入院基本料を算定しても差し支えない。

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

（４）　「注４」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「Ａ２４６」入退院支援加算３が算定された患者を一般病棟（地域一般入院基本料~~13対1入院基本料又は15対1入院基本料~~に限る。）で受け入れた場合に入院初日に算定する。~~なお、~~ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

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

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

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

~~（６）　「注６」に規定する看護必要度加算は、10対１入院基本料を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院している患者について算定すること。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。~~

~~（７）　「注７」に規定する一般病棟看護必要度評価加算は、13 対１入院基本料を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院しており、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度（以下この節において「看護必要度」という。）の測定が行われた患者について算定すること。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。~~

（６~~８~~）　一般病棟入院基本料の算定患者が 90 日を超える期間一般病棟に入院している場合（（~~10~~８）に規定するアの方法により算定している患者を除く。）は、平均在院日数の算定の対象から除外すること。このため、一般病棟入院基本料の算定患者を入院させる保険医療機関においては、当該患者の人数等が明確に分かるような名簿を月ごとに作成し、適切に管理しておく必要があること。

（７~~９~~）　一般病棟入院基本料を算定する病棟については、「注 10」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

（８~~10~~）　一般病棟入院基本料（特別入院基本料を除く。）を算定する病棟に入院している患者であって、当該病棟に 90 日を超えて入院する患者については、下記のいずれかにより算定する。

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

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

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

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

（９~~11~~）　（８~~10~~）のイにより、区分番号「Ａ１０１」の療養病棟入院~~基本~~料１の例により算定する場合の費用の請求については、当該保険医療機関に入院した日を入院初日として、下記のとおりとする。

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

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

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

エ　区分番号「Ａ１０１」の「注７」に規定する加算のうち、以下のものを算定することができる。

（イ）　乳幼児加算・幼児加算

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

（ハ）　地域加算

（ニ）　離島加算

（ホ） ＨＩＶ感染者療養環境特別加算

（ヘ） 療養病棟療養環境加算（別に届出を行った場合に限る。）

（ト） 重症皮膚潰瘍管理加算（別に届出を行った場合に限る。）

（チ） 栄養サポートチーム加算（ただし、当該保険医療機関に入院した日を入院初日と起算して算定する。）

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

（ヌ） 総合評価加算

（ル） データ提出加算

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

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

キ 区分番号「Ｂ００５－７」認知症専門診断管理料の算定に当たっては、(~~10~~８)のイにより区分番号「Ａ１０１」の療養病棟入院~~基本~~料１の例により算定する患者を、「療養病棟に入院している患者」とみなす。

(~~10~~12) 「注 11」の規定により、区分番号「Ａ１０１」の療養病棟入院~~基本~~料１の入院~~基本~~料Ａから入院~~基本~~料Ｆのいずれかを算定する場合にあっては、定期的（少なくとも月に１回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式２又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写しを交付のうえ、十分な説明を行うとともに診療録に貼付しておくこと。また、疾患及び状態等並びにＡＤＬの判定基準による判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること。

(~~11~~13) 「注 12」に規定するＡＤＬ維持向上等体制加算は、急性期医療において、入院中の患者の日常生活機能（以下「ＡＤＬ」という。）の維持、向上等を目的として、リハビリテーション専門職等が当該病棟において以下のアからケまでに掲げる取組を行った場合であって、あらかじめ専従又は専任を含む常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士（以下(~~13~~11)において「常勤理学療法士等」という。）をあわせて５名を上限として定めた上で、当該常勤理学療法士等のいずれかが当該病棟で実際に６時間以上（ＡＤＬ維持向上等体制加算の算定を終了した当該病棟の患者について、引き続き、区分番号「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００４」摂食機能療法、区分番号「Ｈ００５」視能訓練、区分番号「Ｈ００７」障害児（者）リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００７－２」がん患者リハビリテーション料、区分番号「Ｈ００７－３」認知症患者リハビリテーション料又は区分番号「Ｈ００８」集団コミュニケーション療法料（以下(11~~3~~)において「疾患別リハビリテーション料等」という。）を算定した場合は、１日２時間を超えない範囲でその時間を含んでよい。）勤務した日に限り、患者１人につき入院

した日から起算して 14 日を限度に算定できる。

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

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

イ　入院患者に対するＡＤＬの維持、向上等を目的とした指導を行っていること。

ウ　必要最小限の抑制とした上で、転倒転落を防止する対策を行っていること。

エ　必要に応じて患者の家族に対して、患者の状況を情報提供していること。

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

カ　指導内容等について、診療録に記載すること。

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

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

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

また、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

~~(14)　一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）及び専門病院入院基本料について、７対１入院基本料から 10 対１入院基本料に移行するに当たって病棟群単位による届出（以下「病棟群届出」という。）を行った場合は、（２）の規定にかかわらず、届け出た病棟群を単位としてそれぞれ別の区分の入院基本料を算定できる。この場合、患者を、その病状を踏まえた適切な病棟群に入院させるものとし、原則として病棟群の間での転棟は行わないものとするが、やむを得ず、７対１入院基本料を算定する病棟群に入院していた患者が 10 対１入院基本料を算定する病棟群に転棟した場合、及びその逆の場合については、当該患者の入院期間を通じて 10 対１入院基本料を算定する（ただし、転棟の前々月以前に既に算定した入院基本料については変更を要さない。）。なお、同一の病棟で算定される入院基本料が７対１入院基本料から 10 対１入院基本料に変更になった場合は、当該病棟に入院する患者の入院基本料が、その日から変更となっても差し支えないが、当該病棟で算定される入院基本料が変更となった旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。また、病棟群届出を行った医療機関における入院基本料等加算等の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 28 年３月４日保医発 0304 第１号）別添２の第６を参照のこと。~~

Ａ１０１　療養病棟入院基本料

（１）　療養病棟入院基本料は、「注１」の入院~~基本~~料及び~~、~~「注２」の特別入院基本料~~及び月平均夜勤時間超過減算並びに「注 12」の夜勤時間特別入院基本料~~から構成され、「注１」の入院~~基本~~料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているもの

として届け出た療養病棟に入院している患者について、別に厚生労働大臣が定める区分（１日に２つ以上の区分に該当する場合には、該当するもののうち最も高い点数の区分）に従い、当該患者ごとに入院~~基本~~料Ａ等の各区分の所定点数を算定し、「注２」の特別入院基本料~~及び月平均夜勤時間超過減算並びに「注 12」の夜勤時間特別入院基本料~~については、届け出た療養病棟に入院している患者について算定する。ただし、「注１」の入院~~基本~~料を算定している場合において、患者の急性増悪により、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟する場合にはその前日を１日目として３日前までの間、別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合にはその当日を１日目として３日前までの間は、その日ごとに入院~~基本~~料Ｉを算定することができる。

（２） 当該保険医療機関において複数の療養病棟がある場合には、当該病棟のうち、回復期リハビリテーション病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、「注１」の入院~~基本~~料又は、「注２」の特別入院基本料~~若しくは及び月平均夜勤時間超過減算又は「注 12」の夜勤時間特別入院基本料~~のいずれかを算定するものとする。

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

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

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

（６） 療養病棟入院基本料を算定するに当たっては、次の点に留意する。

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

イ 患者の状態に著しい変化がみられた場合には、その都度、患者の状態を評価した上で、

治療やケアを見直し、その要点を診療録に記載する。

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

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

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

なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

（８~~７~~）　「注５」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「Ａ２４６」入退院支援加算３が算定された患者を、療養病棟で受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

（９~~８~~）　「注６」に規定する~~救急・在宅等~~急性期患者支援療養病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者支援療養病床初期加算は在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療及び在宅での療養を支えることを目的として、療養病棟が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して 14 日を限度に算定できる。

ア　急性期患者支援療養病床初期加算については、急性期医療を担う病院の一般病棟に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を、速やかに療養病棟が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、急性期一般入院基本料、７対１入院基本料~~、~~若しくは 10 対１入院基本料（~~一般病棟入院基本料、~~特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、地域一般入院基本料又は~~、~~13 対１入院基本料（~~一般病棟入院基本料又は~~専門病院入院基本料に限る。）~~又は 15 対１入院基本料（一般病棟入院基本料に限る。）~~を算定する病棟であること。ただし、地域一般入院基本料又は 13 対１入院基本料~~及び 15 対１入院基本料~~を算定する保険医療機関にあっては、区分番号「Ａ２０５」救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。また、一般病棟と療養病棟が同一の病院に併存する場合で、当該一般病棟から療養病棟に転棟した患者については、１回の転棟に限り算定できるものとする。

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

(10~~9~~)　療養病棟入院基本料を算定する病棟（「注 11」及び「注 12」を算定する病棟を含む。）については、「注７」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

(11~~10~~)　「注８」の規定は、新型インフルエンザ等感染症がまん延している期間として別に厚生労働大臣が指定する期間において、療養病棟入院基本料の届出を行っている病棟においても、新型インフルエンザ等感染症等の患者が当該病棟に入院した場合には、届出を行った上で、一般病棟入院基本料の例により算定することができるようにしたものであること。

(12~~11~~)　「注８」の規定により新型インフルエンザ感染症等の患者を入院させる際には、院内感染防止対策を十分に行うこと。

(13~~12~~)　「注８」の規定により、区分番号「Ａ１００」の一般病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、当該保険医療機関に入院した日を入院初日として、以下のとおりとする。

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

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

~~ウ　区分番号「Ａ１００」一般病棟入院基本料の「注６」に規定する看護必要度加算は算定することができない。~~

~~エ　区分番号「Ａ１００」一般病棟入院基本料の「注７」に規定する一般病棟看護必要度評価加算は算定することができない。~~

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

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

(14~~13~~)　「注９」に規定する慢性維持透析管理加算は、療養病棟における透析患者の診療を評価したものであり、自院で人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、腹膜灌流又は血漿交換療法を行っている場合に算定する。なお、これらの項目については、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はない。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

(15~~14~~)　「注 10」に規定する在宅復帰機能強化加算は、在宅復帰機能の高い病棟を評価したものである。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

(16)　「注 13」に規定する夜間看護加算は、療養生活の支援が必要な患者が多い病棟において、看護要員の手厚い夜間配置を評価したものであり、当該病棟における看護にあたって、次に掲げる身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。

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

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

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

エ　身体的拘束を実施するに当たっては、次の対応を行う。

(イ)　実施の必要性等のアセスメント

(ロ)　患者家族への説明と同意

(ハ)　身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録

(ニ)　二次的な身体障害の予防

(ホ)　身体的拘束の解除に向けた検討

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

(17)　「注 13」に規定する夜間看護加算を算定する各病棟における夜勤を行う看護要員の数は、「基本診療料の施設基準等」の第五の三の⑴イ①に定める夜間の看護職員の最小必要数を超えた看護職員１人を含む看護要員３人以上でなければ算定できない。なお、特別入院基本料等を算定する場合は、当該加算は算定できない。

Ａ１０２　結核病棟入院基本料

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

（２）　結核病棟に入院している結核患者に化学療法を行う際には、日本結核病学会が作成した「院内ＤＯＴＳガイドライン」を踏まえ、下記の服薬支援計画の作成、服薬確認の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行っていること。当該基準を満たさない場合は、「注２」の特別入院基本料として 559 点を算定する。

ア　服薬支援計画の作成

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

会的要因、副作用の発生や退院後の生活状態等による服薬中断リスクを考慮すること。

イ　服薬確認の実施

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

ウ　患者教育の実施

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

エ　保健所との連携

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ａ１０３　精神病棟入院基本料

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

0 対１入院基本料等の各区分の所定点数を算定し、「注９」の夜勤時間特別入院基本料については、届け出た精神病棟に入院している患者について算定する。

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

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

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

ア 入院時において、当該加算の施設基準に基づくランクがＭであること。

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

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

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

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

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

（８） 平成 31 年３月 31 日までの間、平成 30 年３月 31 日時点で臨床心理技術者であった者については、公認心理師とみなす。また、平成 31 年４月１日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

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

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

Ａ１０４ 特定機能病院入院基本料

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

（２） 結核病棟に入院している結核患者に化学療法を行う際には、日本結核病学会が作成した「院内ＤＯＴＳガイドライン」を踏まえ、下記の服薬支援計画の作成、服薬確認の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行っていること。当該基準を満たさない場合は、区分番号「Ａ１０２」結核病棟入院基本料の「注２」の特別入院基本料として 559 点を算定する。

ア　服薬支援計画の作成

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

イ　服薬確認の実施

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

ウ　患者教育の実施

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

エ　保健所との連携

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

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

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

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

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

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

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

（５） 当該特定機能病院において同一種別の病棟が複数ある場合の入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の（２）、結核病棟入院基本料の（６）及び精神病棟入院基本料の（２）の例による。~~ただし、一般病棟であって病棟群届出を利用する場合に限り、一般病棟入院基本料の(14)の例によること。~~

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

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

ア　入院時において、当該加算の施設基準に基づくランクがＭであること。

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

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

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

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

（10）　特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）を算定する病棟に入院している患者であって、当該病棟に 90 日を超えて入院する患者の取扱いについては、一般病棟入院基本料の（~~８~~６）及び（~~10~~８）から（10~~12~~）までの例による。

（11）　「注 10」に規定するＡＤＬ維持向上等体制加算については、一般病棟入院基本料の（~~13~~11）の例による。

Ａ１０５　専門病院入院基本料

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

（２）　当該専門病院において複数の一般病棟がある場合には、当該病棟のうち、障害者施設等入院基本料又は緩和ケア病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の専門病院入院基本料を算定するものとする。~~ただし、病棟群届出を利用する場合に限り、一般病棟入院基本料の(14)の例によること。~~

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

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

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

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

ついて、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

（７） 専門病院入院基本料を算定する病棟に入院している患者であって、当該病棟に 90 日を超えて入院する患者の取扱いについては、一般病棟入院基本料の(~~８~~６)及び(~~10~~８)から(~~12~~10)までの例による。

（８） 「注９」に規定するＡＤＬ維持向上等体制加算については、一般病棟入院基本料の(~~13~~11)の例による。

Ａ１０６ 障害者施設等入院基本料

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

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

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

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

（５） 「注５」に規定する特定患者は、特定入院基本料（966 点又は 860 点）を算定すること。

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

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

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

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

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

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

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

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

b　重度の意識障害者

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

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

イ　無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

c　以下の疾患に罹患している患者

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

※２　４の「重篤な副作用のおそれがあるもの等」とは、以下のものである。

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

b　放射線治療

c　末期の悪性新生物に対する治療

※３　7に係る胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、当該胸腔穿刺又は腹腔穿刺に関し洗浄を行った旨を診療報酬明細書に記載すること。

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

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

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

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

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

(10) 平成~~28~~30年３月31日時点で、継続して６月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害によって障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者であって、引き続き同病棟に入院しているものについては、医療区分３に相当するものとみなす。なお、脳卒中を原因とする重度の意識障害によって障害者施設等入院基本料を算定する病棟に入院している患者であって、その疾患及び状態等が医療区分３に規定する疾患及び状態等に相当するものについては、注６によらず、障害者施設等入院基本料に規定する所定点数を算定すること。

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

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

(13) 「注９」に規定する看護補助加算を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の(16)の例による。

Ａ１０８ 有床診療所入院基本料

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

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

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

（４） 「注３」に規定する有床診療所一般病床初期加算は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、急性期有床診療所の一般病床が有する以下のような機能を評価したものであり、転院又は入院した日から起算して７日を限度に算定できる。

ア 急性期医療を担う病院の一般病棟に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を、速やかに有床診療所の一般病床が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、急性期一般入院基本料、７対１入院基本料~~、~~若しくは10対１入院基本料（~~一般病棟入院基本料、~~特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、地域一般入院基本料又は~~、~~13対１入院基本料（~~一般病棟入院基本料又は~~専門病院入院基本料に限る。）~~又は15対１入院基本料（一般病棟入院基本料に限る。）~~を算定する病棟であること。ただし、地域一般入院基本料又は13対１入院基本料~~及び15対１入院基本料~~を算定する保険医療機関にあっては、区分番号「Ａ２０５」救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。

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

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

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

（７） 有床診療所入院基本料１から６までを算定する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所において、各区分に応じて

「注６」のイからへまでに掲げる加算を算定することができる。イとロ、ハとニ、ホとへは併算定出来ないものであること。

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

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

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

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

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

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

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

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

(12)　区分番号「Ａ１０９」の入院基本料Ａ、入院基本料Ｂ又は入院基本料Ｃのいずれかの算定に当たっては、定期的（少なくとも月に１回）に患者又はその家族に対して、当該患者の病状や治療内容等の入院療養の状況及び各区分への該当状況について、別紙様式２又はこれに準ずる様式により作成した書面又はその写しを交付のうえ十分な説明を行うとともに診療録に貼付しておくこと。更に、疾患及び状態等並びにＡＤＬの判定基準による判定結果について、療養に要する費用の請求の際に、併せて提出すること。

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

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

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

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

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

オ　栄養管理は、次に掲げる内容を実施するものとする。

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

（ロ）　栄養スクリーニングを踏まえて栄養状態の評価を行い、入院患者ごとに栄養管理計画（栄養管理計画の様式は、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成~~28~~30年３月●~~4~~日保医発●~~0304~~第●~~1~~号）別添６の別紙23又はこれに準じた様式とする。）を作成すること。

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

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

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

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

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

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

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

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

Ａ１０９　有床診療所療養病床入院基本料

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

での間、別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合にはその当日を１日目として３日前までの間は、その日ごとに入院基本料Ｅを算定することができる。

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

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

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

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

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

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

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

（７~~６~~）　「注５」に規定する重症児（者）受入連携加算は、集中治療を経た新生児等を急性期の医療機関から受け入れ、病態の安定化のために密度の高い医療を提供することを評価したものであり、入院前の医療機関において区分番号「Ａ２４６」入退院支援加算３が算定された患者を、有床診療所で受け入れた場合に入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（８~~７~~）　「注６」に規定する救急・在宅等支援療養病床初期加算は、急性期医療の後方病床

を確保し、在宅患者や介護保険施設入所者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療を支えることを目的として、有床診療所の療養病床が有する以下のような機能を評価したものであり、転院又は入院した日から起算して 14 日を限度に算定できる。

ア　急性期医療を担う病院の一般病棟に入院し、急性期治療を終えて一定程度状態が安定した患者を、速やかに有床診療所の療養病床が受け入れることにより、急性期医療を担う病院を後方支援する。急性期医療を担う病院の一般病棟とは、具体的には、急性期一般入院基本料、7 対 1 入院基本料~~、~~若しくは 10 対 1 入院基本料（~~一般病棟入院基本料、~~特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、地域一般入院基本料又は 13 対 1 入院基本料（~~一般病棟入院基本料又は~~専門病院入院基本料に限る。）~~又は 15 対 1 入院基本料（一般病棟入院基本料に限る。）~~を算定する病棟であること。ただし、地域一般入院基本料又は 13 対 1 入院基本料~~及び 15 対 1 入院基本料~~を算定する保険医療機関にあっては、区分番号「Ａ２０５」救急医療管理加算の届出を行っている場合に限るものとする。また、同一の有床診療所内に一般病床と療養病床が併存する場合で、当該一般病床から療養病床に転床した患者については、算定できないものとする。

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

（9~~8~~）　「注７」に規定する看取り加算は夜間に１名以上の看護職員が配置されている有床診療所において、入院の日から 30 日以内に看取った場合に算定する。この場合、看取りに係る診療内容の要点等を診療録に記載する。なお、当該加算に係る入院期間の起算日は、第２部通則５に規定する起算日とする。

（10~~9~~）　有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床については、「注８」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

（11~~10~~）　有床診療所療養病床入院基本料を算定する診療所のうち、区分番号「Ａ１０８」有床診療所入院基本料を算定する病床を有する診療所においては、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床に入院している患者であっても、患者の状態に応じて、区分番号「Ａ１０８」有床診療所入院基本料の例により算定することができる。

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

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

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

(1312)　「注 10」に規定する栄養管理実施加算の算定については、有床診療所入院基本料の(13)の例による。

(1413)　「注 11」に規定する有床診療所療養病床在宅復帰機能強化加算は、在宅復帰機能の高い療養病床を持つ有床診療所を評価したものであること。

第２節　入院基本料等加算

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

Ａ２００　総合入院体制加算

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

Ａ２０４　地域医療支援病院入院診療加算

（１）　地域医療支援病院入院診療加算は、地域医療支援病院における紹介患者に対する医療提供、病床や高額医療機器等の共同利用、24 時間救急医療の提供等を評価するものであり、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（２）　（１）にかかわらず入院初日に病棟単位で行うべき特定入院料以外の特定入院料を算定した場合については、入院基本料の入院期間の計算により一連の入院期間とされる期間中に特定入院料を算定しなくなった日（当該日が退院日の場合は、退院日）において１回に限り算定する。

Ａ２０４－２　臨床研修病院入院診療加算

（１）　研修医が、当該保険医療機関の研修プログラムに位置づけられた臨床研修病院及び臨床研修協力施設において、実際に臨床研修を実施している場合に、入院初日に限り算定できる。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（２）　（１）において研修を実施している場合とは、基幹型臨床研修病院においては実際に研修医が研修を実施している期間及び研修医が協力型臨床研修病院又は協力施設において研修を実施している期間、協力型臨床研修病院においては実際に研修医が研修を実施している期間のことをいう。

（３）　研修医の診療録の記載に係る指導及び確認は、速やかに行うこととし、診療録には指導の内容が分かるように指導医自らが記載を行い、署名をすること。

Ａ２０５　救急医療管理加算

（１）　緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に、入院した日から起算して７日に限り算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

（２）　救急医療管理加算１の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時において当該重症患者の状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続して重症患者の状態でなくても算定できる。

ア　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態

イ　意識障害又は昏睡

ウ　呼吸不全又は心不全で重篤な状態

エ　急性薬物中毒

オ　ショック

カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ　広範囲熱傷

ク　外傷、破傷風等で重篤な状態

ケ　緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又は t-PA 療法を必要とする状態

（３）　救急医療管理加算２の対象となる患者は、（２）のアからケまでに準ずる重篤な状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。なお、当該加算は、入院時においてアからケまでに準ずる重篤な状態であれば算定できるものであり、当該加算の算定期間中において継続してアからケまでに準ずる重篤な状態でなくても算定できる。

（４）　救急医療管理加算は、入院時に重篤な状態の患者に対してのみ算定するものである。

（５）　都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設において、緊急に入院を必要とする重症患者（精神疾患であり、入院させなければ医療及び保護を図る上で支障のある状態）に対して救急医療が行われた場合にも算定できる。ただし、精神科応急入院施設管理加算又は精神科措置入院診療加算を算定した患者については算定できない。なお、精神科救急医療施設の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」（平成 20~~7~~年５~~10~~月 26~~27~~日障~~健医~~発第 0526001~~1321~~号）~~厚生省保健医療局長通知~~に従い実施されたい。

（６）　加算の起算日となる入院日については、夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供した日（午前０時から午後 12 時まで）であって、その旨を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知している日（あらかじめ定められた当番日以外の日でもよい。）とする。また、午前０時をまたいで夜間救急医療を提供する場合においては、夜間の救急医療を行った前後２日間とする。なお、当該加算の起算日に行う夜間又は休日の救急医療にあっては、第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していることとする。

（７）　「注２」に規定する乳幼児加算は、６歳未満の緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に７日を限度として算定する。

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

Ａ２０５－２　超急性期脳卒中加算

（１）　当該加算は脳梗塞と診断された患者に対し、発症後 4.5 時間以内に組織プラスミノーゲン活性化因子を投与した場合に入院初日に限り所定点数に加算する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（２）　投与に当たっては、日本脳卒中学会脳卒中医療向上・社会保険委員会 rt-PA（アルテプラーゼ）静注療法指針改訂部会作成の「rt-PA（アルテプラーゼ）静注療法適正治療指針」を踏まえ適切に行われるよう十分留意すること。

（３） 投与を行う保険医は日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞 t-PA 適正使用に係る講習会を受講していること。

Ａ２０５－３　妊産婦緊急搬送入院加算

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

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

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

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

（２） 本加算は、緊急搬送された妊産婦が妊娠に係る異常以外の入院医療を必要とする異常が疑われる場合においては、当該保険医療機関において産科又は産婦人科の医師と当該異常に係る診療科の医師が協力して妊産婦の緊急搬送に対応することを評価するものであり、産科又は産婦人科以外の診療科への入院の場合においても算定できる。

（３） （１）において、受診歴とは妊婦健診及び往診等による受診を含むものである。ただし、（１）のウの場合において、当該保険医療機関が当該助産所の嘱託医療機関である場合又は当該保険医療機関の保険医が当該助産所の嘱託医である場合においては、嘱託医療機関又は嘱託医が実施した妊婦健診は、受診歴に含まない。なお、この場合においては、嘱託医療機関であること又は嘱託医の氏名を診療録に記載すること。

（４） 妊産婦とは産褥婦を含む（以下この節において同じ。）。

Ａ２０６　在宅患者緊急入院診療加算

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

（２） 診療所において区分番号「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料、区分番号「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料、区分番号「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料又は第２章第２部第２節第１款に掲げる在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料（区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院の月又はその前月に算定している患者について、当該患者の病状の急変等に伴い当該診療所の保険医の求めに応じて入院させた場合に、受入保険医療機関において、当該入院中１回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（３） 当該診療所の保険医の求めによらない緊急入院において、当該患者の入院後 24 時間以内に、当該診療所の保険医から、受入保険医療機関の保険医に対して当該患者の診療情報

が提供された場合であっても算定できる。

（４） 在宅患者緊急入院診療加算の「１」は、以下の場合に算定する。

ア 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成3028年３月●4日保医発●●0304第●2号）の第９在宅療養支援診療所の施設基準の１（２）又は第14の２在宅療養支援病院の施設基準の１（２）に規定する在宅支援連携体制を構築している在宅療養支援診療所が診療を行っている患者を、当該診療所の保険医の求めに応じて、同じく当該体制を構築している、病床を有する他の在宅療養支援診療所（「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の第９在宅療養支援診療所の施設基準の１（２）の在宅療養支援診療所に限る。）又は在宅療養支援病院（「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成3028年33月●4日保医発●●0304第●2号）の第14の２在宅療養支援病院の施設基準の１（２）の在宅療養支援病院に限る。）に入院させた場合

イ 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成3028年３月●4日保医発●●0304第●2号）の第16の３在宅療養後方支援病院（当該施設基準を満たすものを以下「在宅療養後方支援病院」という。）の施設基準の１（２）に規定する連携医療機関が訪問診療を行っている患者であって、緊急時に当該在宅療養後方支援病院に入院を希望する者として当該在宅療養後方支援病院にあらかじめ届け出ている者を、当該連携医療機関の保険医の求めに応じて、当該在宅療養後方支援病院に入院させた場合

（５） 在宅患者緊急入院診療加算の「２」は、当該診療所の保険医が患者又はその家族に対して、事前に緊急時の受入保険医療機関の名称等を文書にて提供し、受入保険医療機関に入院した場合（「１」の場合を除く。）に算定する。また、当該診療所の保険医は、提供した文書の写しを診療録に添付すること。

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

~~（７） 受入保険医療機関が、当該診療所と特別の関係（第２部通則５に規定する「特別の関係」をいう。）にある場合には、在宅患者緊急入院診療加算は算定できない。~~

Ａ２０７ 診療録管理体制加算

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

Ａ２０７－２ 医師事務作業補助体制加算

（１） 医師事務作業補助体制加算は、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制を確保することを目的として、医師、医療関係職員、事務職員等との間での業務の役割分担を推進し、医師の事務作業を補助する専従者（以下「医師事務作業補助者」という。）を配置している体制を評価するものである。

（２） 医師事務作業補助体制加算は、当該患者の入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（３） 医師事務作業補助者の業務は、医師（歯科医師を含む。）の指示の下に、診断書などの文書作成補助、診療記録への代行入力、医療の質の向上に資する事務作業（診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査、医師等の教育や臨床研修の・カンファレンスのための準備作業等）並びに行政上の業務（救急医療情報システムへの入力、感染症サーベイランス事業に係る入力等）への対応に限定するものであること。なお、医師以外の職種の指示の下に行う業務、診療報酬の請求事務（ＤＰＣのコーディングに係る業務を含む。）、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助並びに物品運搬業務等については医師事務作業補助者の業務としないこと。

（４） 医師事務作業補助者は、院内の医師の業務状況等を勘案して配置することとし、病棟における業務以外にも、外来における業務や、医師の指示の下であれば、例えば文書作成業務専門の部屋等における業務も行うことができる。ただし、医師事務作業補助体制加算１を算定する場合は、医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の８割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われていること。なお、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入力に限っては、当該保険医療機関内での実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含めることとする。

Ａ２０７－３　急性期看護補助体制加算

（１） 急性期看護補助体制加算は、地域の急性期医療を担う保険医療機関において、病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を確保することを目的として、看護業務を補助する看護補助者を配置している体制を評価するものである。

（２） 急性期看護補助体制加算は、当該加算を算定できる病棟において、看護補助者の配置基準に応じて算定する。なお、当該病棟において入院基本料等の施設基準に定める必要な数を超えて配置している看護職員については、看護補助者とみなして（以下「みなし看護補助者」という。）計算することができるが、25 対１急性期看護補助体制加算は、当該加算の配置基準に必要な看護補助者の数に対するみなし看護補助者を除いた看護補助者の比率に応じた点数を算定すること。

（３） 急性期看護補助体制加算を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の(16)の例による。

（４３） 夜間急性期看護補助体制加算は、みなし看護補助者ではなく、看護補助者の配置を夜勤時間帯に行っている場合にのみ算定できる。

（５４） 急性期看護補助体制加算又は夜間急性期看護補助体制加算は、当該患者が入院した日から起算して 14 日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第２部入院料等の通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

（６５） 「注３」に規定する夜間看護体制加算は、「注２」に規定する夜間 30 対１急性期看護補助体制加算、夜間 50 対１急性期看護補助体制加算又は夜間 100 対１急性期看護補助体制加算を算定している病棟において算定する。

Ａ２０７－４　看護職員夜間配置加算

（１） 看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、当該基準を満たしていても、基本診療料の施設基準等の第５の１の(７)に定める夜勤の看護職

員の最小必要数を超えた３人以上でなければ算定できない。

（２） 看護職員夜間配置加算は、当該患者が入院した日から起算して 14 日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第２部入院料等の通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

Ａ２０８　乳幼児加算・幼児加算

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

Ａ２１０　難病等特別入院診療加算

（１） メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症患者については、菌の排出がなくなった後、３週間を限度として算定する。

（２） 特殊疾患入院施設管理加算を算定している患者については算定できない。

Ａ２１１　特殊疾患入院施設管理加算

（１） 重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「重度の肢体不自由児（者）」という。）、脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等を主として入院させる障害者施設等一般病棟等その他の病棟及び有床診療所（一般病床に限る。）において算定する。

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

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

イ　無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

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

Ａ２１２　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

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

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

（２） 超重症児（者）入院診療加算の対象となる超重症の状態は、「基本診療料の施設基準等

及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添６の別紙 14 の「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが 25 以上のものをいう。

（３） 準超重症児（者）入院診療加算の対象となる準超重症の状態は、当該「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが 10 以上のものをいう。

（４） 「注３」の救急・在宅重症児（者）受入加算については、超重症児（者）又は準超重症児（者）の判定基準を満たす患者が自宅から入院する場合又は急性期医療を担う病院から転院する場合に、入院又は転院した日から起算して５日を限度として算定する。急性期医療を担う病院から転院する場合の患者については、特定集中治療室管理料の「注２」の小児加算、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料を算定したことのある患者であること。なお、同一医療機関において転棟した患者については、本加算は算定できない。また、ここでいう入院した日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

（５） 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算は、一般病棟（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定する病棟又は病室を除く。）においては、入院した日から起算して 90 日間に限り算定する。なお、ここでいう入院した日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

Ａ２１３　看護配置加算

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

Ａ２１４　看護補助加算

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

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

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

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

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

エ　身体的拘束を実施するに当たっては、次に対応を行う。

（イ）　実施の必要性等のアセスメント

（ロ）　患者家族への説明と同意

（ハ）　身体的拘束の具体的行為や実施時間湯の記録

（ニ）　二次的な身体障害の予防

（ホ）　身体的拘束の解除に向けた検討

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

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

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

Ａ２１８　地域加算

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

Ａ２１８－２　離島加算

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

Ａ２１９　療養環境加算

（１） 特別の療養環境の提供に係る病室については、加算の対象とはならない。

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

Ａ２２０　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算

後天性免疫不全症候群の病原体に感染している者については、ＣＤ４リンパ球数の値にかかわらず、抗体の陽性反応があれば、患者の希望により特別の設備の整った個室に入室する場合を除き、本加算を算定する。

Ａ２２０－２　二類感染症患者療養環境特別加算

（１） 加算の対象となる者は、感染症法第６条第３項に規定する二類感染症の疾病を有する患者~~（急性灰白髄炎（ポリオ）、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属ＳＡＲＳコロナウイルスであるものに限る。）及び鳥インフルエンザ（Ｈ５Ｎ１に限る。））~~、新型インフルエンザの患者及びそれらの疑似症患者であって、保険医が他者へ感染させるおそれがあると認め、状態に応じて、個室又は陰圧室に入院した者である。

（２） 個室かつ陰圧室である場合には、個室加算及び陰圧室加算を併算定できる。

（３） 陰圧室加算を算定する場合は、結核患者等を収容している日にあっては、病室及び特定区域の陰圧状態を煙管（ベビーパウダー等を用いて空気流の状況を確認する方法で代用可能）又は差圧計等によって点検し、記録をつけること。ただし、差圧計はその位置によって計測値が変わることに注意すること。差圧計によって陰圧の確認を行う場合、差圧計の動作確認及び点検を定期的に実施すること。

Ａ２２１　重症者等療養環境特別加算

（１） 加算の対象となる者は、次のいずれかに該当する患者であって、特に医療上の必要から個室又は２人部屋の病床に入院した者である。

ア　病状が重篤であって絶対安静を必要とする患者

イ　必ずしも病状は重篤ではないが、手術又は知的障害のため常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする患者

（２）　インキュベーターに収容した新生児又は乳幼児は、加算の対象とならない。

（３）　当該加算の対象となった患者の氏名及び入院日数を記録し、３年間保存しておくこと。

Ａ２２１－２　小児療養環境特別加算

（１）　小児療養環境特別加算の対象となる患者は、次のいずれかの状態に該当する 15 歳未満の小児患者であって、保険医が治療上の必要から個室での管理が必要と認めたものである。

ア　麻疹等の感染症に罹患しており、他の患者への感染の危険性が高い患者

イ　易感染性により、感染症罹患の危険性が高い患者

（２）　本加算を算定する場合は、（１）のア又はイのいずれかに該当の有無~~する旨及びその病態の概要~~を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（３）　当該患者の管理に係る個室が特別の療養環境の提供に係る病室であっても差し支えないが、患者から特別の料金の徴収を行うことはできない。

Ａ２２２　療養病棟療養環境加算

（１）　療養病棟療養環境加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供される療養環境を総合的に評価したものである。

（２）　特別の療養環境の提供に係る病室に入室しており、かつ、患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

Ａ２２２－２　療養病棟療養環境改善加算

（１）　療養病棟療養環境改善加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供するための療養環境の整備に資する取組みを総合的に評価したものである。

（２）　患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

Ａ２２３　診療所療養病床療養環境加算

（１）　診療所療養病床療養環境加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供される療養環境を総合的に評価したものである。

（２）　特別の療養環境の提供に係る病室に入室しており、かつ、患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

Ａ２２３－２　診療所療養病床療養環境改善加算

（１）　診療所療養病床療養環境改善加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供するための療養環境の整備に資する取組みを総合的に評価したものである。

（２）　患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

Ａ２２４　無菌治療室管理加算

（１）　当該加算は、保険医療機関において、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者に対して、必要があって無菌治療室管理を行った場合に算定する。

なお、無菌治療室管理とは、当該治療室において、医師等の立入等の際にも無菌状態が保たれるよう必要な管理をいう。

（２）　当該加算は、一連の治療につき、無菌室に入室した日を起算日として 90 日を限度として算定する。

Ａ２２５　放射線治療病室管理加算

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

Ａ２２６　重症皮膚潰瘍管理加算

（１）　重症皮膚潰瘍管理とは、重症な皮膚潰瘍（Shea の分類Ⅲ度以上のものに限る。）を有している者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行うことをいう。

（２）　本加算を算定する場合は、当該患者の皮膚潰瘍が Shea の分類のいずれに該当するかについて、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ａ２２６－２　緩和ケア診療加算

（１）　本加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍~~又は~~、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る~~専従の~~チーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。

（２）　末期心不全の患者とは、以下のアからウまでの基準及び~~に該当し、~~エからカまでのいずれかの基準に該当するものをいう。

ア　心不全に対して適切な治療が実施されていること。

イ　器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的に NYHA 重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。

ウ　過去１年以内に心不全による急変時の入院が２回以上あること。なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。

エ　左室駆出率が 20%以下であること。

オ　医学的に終末期であると判断される状態~~場合~~であること。

カ　エ又はオに掲げる状態~~場合~~に準ずる場合であること。

（３~~２~~）　緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たること。ただし、~~当該研修はがん診療に係わる緩和ケア研修であるため、~~後天性免疫不全症候群の患者を診療する際には当該研修を修了していなくても本加算は算定できる。

（４~~３~~）　緩和ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療を担う保険医、看護師及び薬剤師などと共同の上別紙様式３又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。

（５~~４~~）　当該加算を算定する患者については入院精神療法の算定は週に１回までとする。

（６~~５~~）　１日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね 30 人以内とする。ただし、「注２」に規定する点数を算定する場合は、１日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね 15 人以内とする。

（７~~６~~）　症状緩和に係るカンファレンスが週１回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師などが参加している。

（８~~７~~）　当該保険医療機関に緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられている。

（９~~８~~）　院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされている。

(~~9~~10)　「注２」に規定する点数は、「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が ~~200~~400 床以上の病院~~、及び、~~ＤＰＣ対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料１のみを届け出ている病院を除く~~及び一般病棟７対１入院基本料を算定している病院を除く~~。）の一般病棟~~入院基本料（急性期一般入院料１を除く。）を算定する病棟~~において、算定可能である。なお~~ただし~~、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添２「入院基本料等の施設基準等」第５の６の規定により看護配置の異なる~~各~~病棟ごとに一般病棟入院基本料の届出を行っている保険医療機関においては、~~を算定しているものについては、~~一般病棟入院基本料（急性期一般入院料１を除く。）~~一般病棟７対１入院基本料~~を算定している病棟で~~あっても、~~当該点数を算定できる。

(~~10~~11)　「注２」に規定する点数を算定する場合は、緩和ケアチームの医師、看護師及び薬剤師の全てが、緩和ケア診療実施計画に基づき実施した診療内容を診療録に記載すること。

(12)　「注４」に規定する点数は、緩和ケア診療加算を算定している悪性腫瘍患者について、緩和ケアチームに管理栄養士が参加し、個別の患者の症状や希望に応じた栄養食事管理を行った場合に算定する。

(13)　「注４」に規定する点数を算定する場合は、緩和ケア診療実施計画に基づき実施した栄養食事管理の内容を診療録に記載又は当該内容を記録したものを診療録に添付すること。

Ａ２２６－３　有床診療所緩和ケア診療加算

（１）　本加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍~~又は、~~後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、医師、看護師が共同して緩和ケアに係る診療が行われた場合に算定する。なお、末期心不全の患者については、Ａ２２６－２緩和ケア診療加算の（２）の基準に該当するものに限る。

（２）　緩和ケアに従事する医師、看護師は、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアに従事する医師又は看護師のいずれかは緩和ケアに関する研修を修了していること。ただし、~~当該研修はがん診療に係わる緩和ケア研修であるため、~~後天性免疫不全症候群の患者を診療する際には当該研修を修了していなくても本加算は算定できる。

（３）　緩和ケアに係る診療に当たり、医師、看護師が共同の上別紙様式３（主治医、精神科医、緩和ケア医は同一で差し支えない。）又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。

（４）　当該加算を算定する患者については入院精神療法の算定は週に１回までとする。

（５）　院内の見やすい場所に緩和ケア診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされている。

Ａ２２７　精神科措置入院診療加算

精神科措置入院診療加算は、措置入院又は緊急措置入院に係る患者について当該入院期間中１回に限り入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。ただし、応急入院患者として入院し、入院後措置入院又は緊急措置入院が決定した場合は、当該措置入院又は

緊急措置入院が決定した日に算定する。また、この場合にあっては、精神科応急入院施設管理加算は算定できない。

Ａ２２７－２　精神科措置入院退院支援加算

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

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

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

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

エ　アから~~～~~ウまでに関して、精神障害者の退院後支援に関する指針~~厚生労働省が作成するガイドライン~~に沿って~~準拠した体制で~~実施すること。

（２）　本加算の退院とは、自宅等に移行することをいう。なお、ここでいう「自宅」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。

Ａ２２８　精神科応急入院施設管理加算

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

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

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

（４）　診療報酬明細書を審査支払機関に提出した後に措置入院が決定した場合にあっては、遅滞なく、精神科応急入院施設管理加算の請求を取り下げる旨を当該保険医療機関が審査支払機関に申し出ること。

（５） 精神科応急入院施設管理加算を算定する場合にあっては、~~精神保健福祉法第 33 条の７第２項に基づく応急入院届又は同法第 33 条第４項に基づく医療保護入院届の写し~~応急入院患者等である旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載~~添付~~すること。

Ａ２２９　精神科隔離室管理加算

（１） 当該加算が算定できる隔離とは、精神保健福祉法第 36 条第３項の規定に基づいて行われるものをいう。患者の隔離に当たっては、同法第 37 条第１項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準に従うとともに、隔離を行っている間は１日１回以上診察を行うこと。

（２） 精神科隔離室管理加算を算定する場合には、その隔離の理由を診療録に記載し、１日１回の診察の内容を診療録に記載すること。

（３） 精神保健福祉法第 36 条第３項に規定する隔離が数日間にわたり連続して行われた場合にあっては、当該隔離の開始日及び終了日についても精神科隔離室管理加算を算定できる。

（４） 隔離時間が 12 時間以下の場合や患者本人の意思に基づいて隔離を行った場合には算定できない。また、当該加算は、月に７日を超えて算定できない。なお、応急入院中の期間及び精神科措置入院診療加算を算定した日に行った隔離については、当該加算の日数には数えない。

（５） 精神科応急入院施設管理加算を算定した入院患者について、当該応急入院中に行った隔離については、精神科隔離室管理加算は算定できない。ただし、当該応急入院の終了後も措置入院等で入院を継続している場合であって、精神保健福祉法第 36 条第３項の規定に基づく隔離を行った場合は算定できる。

（６） 精神科措置入院診療加算を算定する同一日に行った隔離については、精神科隔離室管理加算は算定できない。

（７） 当該加算は、「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成 18 年厚生労働省告示第 104 号）」に規定する基準に該当する保険医療機関については、算定できない。

Ａ２３０　精神病棟入院時医学管理加算

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

Ａ２３０－２　精神科地域移行実施加算

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

Ａ２３０－３　精神科身体合併症管理加算

（１） 精神科身体合併症管理加算は、精神科を標榜する保険医療機関であって、精神科以外の診療科の医療体制との連携が取られている病棟において、精神病床に入院している身体合併症を併発した精神疾患患者に対して、精神疾患、身体疾患両方について精神科を担当する医師と内科又は外科を担当する医師が協力し、治療が計画的に提供されることを評価したものである。

（２） 当該加算は、当該疾患の治療開始日から 10 日間に限り算定できるものであり、同一月において同一疾患に対して１回に限り算定できる。また、同一月に複数の身体疾患を発症

した場合には、それぞれの疾患について、それぞれの疾患の治療開始日から 10 日間に限り当該加算を算定することが可能であるが、この場合であっても、同一月内に当該加算を算定できる期間は 20 日間までとする。なお、複数の身体疾患を同時期に発症した場合であって、当該加算を算定する日が重複する日は、いずれか１つの疾患に係る加算を算定する。

（３） 精神科身体合併症管理加算の注に規定する厚生労働大臣が定める身体合併症のうち、肺炎については、抗生物質又はステロイドの投与を要する状態、意識障害については、意識レベルにかかわらず、規定された疾患や手術後によるせん妄状態に準ずる状態である。

Ａ２３０－４　精神科リエゾンチーム加算

（１） 精神科リエゾンチーム加算は、一般病棟におけるせん妄や抑うつといった精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者の精神状態を把握し、精神科専門医療が必要な者を早期に発見し、可能な限り早期に精神科専門医療を提供することにより、症状の緩和や早期退院を推進することを目的として、精神科医、専門性の高い看護師、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師~~臨床心理技術者~~等多職種からなるチーム（以下「精神科リエゾンチーム」という。）が診療することを評価したものである。

（２） 精神科リエゾンチーム加算の算定対象となる患者は、せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した患者であり、当該患者に対して精神科医療に係る専門的知識を有した精神科リエゾンチームによる診療が行われた場合に週１回に限り算定する。

（３） １週間当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね 30 人以内とする。

（４） 精神科リエゾンチームは以下の診療を行うこと。

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

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

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

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

（５） 精神科リエゾンチーム加算を算定した患者に精神科専門療法を行った場合には別に算定できる。

（６） 精神科リエゾンチームは、現に当該加算の算定対象となっていない患者の診療を担当する医師、看護師等からの相談に速やかに応じ、必要に応じて精神状態の評価等を行うこと。

（７） 平成 31 年３月 31 日までの間、平成 30 年３月 31 日時点で臨床心理技術者であった者について、公認心理師とみなす。平成 31 年４月１日から当分の間、以下のいずれかの要件に

該当する者を公認心理師とみなす。

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

Ａ２３１－２　強度行動障害入院医療管理加算

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

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

Ａ２３１－３　重度アルコール依存症入院医療管理加算

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

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

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

（４）　家族等に対して面接相談等適切な指導を適宜行う。

（５）　平成 31 年３月 31 日までの間、平成 30 年３月 31 日時点で臨床心理技術者であった者について、公認心理師とみなす。平成 31 年４月１日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

Ａ２３１－４　摂食障害入院医療管理加算

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

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

（３）　平成 31 年３月 31 日までの間、平成 30 年３月 31 日時点で臨床心理技術者であった者について、公認心理師とみなす。平成 31 年４月１日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

Ａ２３２　がん拠点病院加算

（１）　がん診療の拠点となる病院として、当該加算の対象となる病院は、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 26 年１月 10 日健発 0110 第７号厚生労働省健康局長通知）に定めるがん診療連携拠点病院等（がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院）、特定領域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院）又は「小児がん拠点病院の整備について」（平成 2426 年９２月７５日健発 09070205 第２４号厚生労働省健康局長通知）に定める小児がん拠点病院をいう。特定領域がん診療連携拠点病院については、当該特定領域の悪性腫瘍の患者についてのみ、がん診療連携拠点病院に準じて所定点数を算定する（以下同じ。）。

（２）　がん拠点病院加算の１のイは、キャンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、がん診療連携拠点病院として指定された病院を評価したものである。

（３）　がん拠点病院加算の１のロは、がんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、地域がん診療病院として指定された病院を評価したものである。

（４）　がん拠点病院加算の２は、地域における小児がん医療及び支援を提供する中心施設として、キャンサーボードの設置を含めたがんの集学的治療、長期フォローアップ体制、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター、適切な療育環境等の体制を備えた、小児がん拠点病院として指定された病院を評価したものである。

（５）　当該加算は、別の保険医療機関又は健康診断を実施した医療機関の医師により、悪性腫瘍の疑いがあるとされた患者（最終的に悪性腫瘍と診断された患者に限る。）又は悪性腫瘍と診断された患者であって、これらの保険医療機関等からの紹介により、当該がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院又は小児がん拠点病院に入院した患者（小児がん拠点病院に入院した患者については、20 歳未満のものに限る。）について、当該入院中１回に限り、入院初日に算定する。ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。なお、悪性腫瘍の疑いがあるとされ、入院中に悪性腫瘍と診断された患者については、入院初日に限らず、悪性腫瘍と確定診断を行った日に算定する。

（６）　当該加算の対象患者は、（５）に定める患者であり、別の保険医療機関からの紹介を受け、当該がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院又は小児がん拠点病院で通院治療を行った後入院した患者を含むものであること。なお、悪性腫瘍以外の疾患で別の保険医療機関から紹介を受け、当該がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院又は小児がん拠点病院において悪性腫瘍と診断された患者は含まれない。

（７）　「注２」に規定する加算は、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関として、遺伝子パネル検査等の実施及び治療への活用、遺伝性腫瘍等の患者に対する専門的な遺伝カウンセリングの実施、がんゲノム情報に基づく臨床研究・治験の実施等の体制を評価したものであり、~~備えた、~~がんゲノム医療中核拠点病院~~として指定された病院を評価~~

~~したものであるにおいて~~算定する。

（~~7~~8） がん拠点病院加算を算定した場合は、区分番号「Ｂ００５－６－３」がん治療連携管理料は算定できない。

Ａ２３３－２　栄養サポートチーム加算

（１） 栄養サポートチーム加算は、栄養障害の状態にある患者や栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれる患者に対し、患者の生活の質の向上、原疾患の治癒促進及び感染症等の合併症予防等を目的として、栄養管理に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が診療することを評価したものである。

（２） 栄養サポートチーム加算は、栄養管理計画を策定している患者のうち、次のアからエまでのいずれかに該当する者について算定できる。

ア　栄養管理計画の策定に係る栄養スクリーニングの結果、血中アルブミン値が 3.0g/dL 以下であって、栄養障害を有すると判定された患者

イ　経口摂取又は経腸栄養への移行を目的として、現に静脈栄養法を実施している患者

ウ　経口摂取への移行を目的として、現に経腸栄養法を実施している患者

エ　栄養サポートチームが、栄養治療により改善が見込めると判断した患者

（３） １日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね 30 人以内とする。ただし、「注２」に規定する点数を算定する場合、１日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね 15 人以内とする。

（４） 療養病棟においては栄養サポートチーム加算は入院日から起算して 180 日以内に限り算定可能とするが、180 日を超えても定期的に栄養サポートチームによる栄養管理を行うことが望ましい。

（５） 栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、栄養状態を改善させ、また、必要に応じて経口摂取への円滑な移行を促進することが必要である。

ア　栄養状態の改善に係るカンファレンス及び回診が週１回程度開催されており、栄養サポートチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等が参加している。

イ　カンファレンス及び回診の結果を踏まえて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師等と共同の上で、別紙様式５又はこれに準じた栄養治療実施計画を作成し、その内容を患者等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付する。

ウ　栄養治療実施計画に基づいて適切な治療を実施し、適宜フォローアップを行う。

エ　治療終了時又は退院・転院時に、治療結果の評価を行い、それを踏まえてチームで終了時指導又は退院時等指導を行い、その内容を別紙様式５又はこれに準じた栄養治療実施報告書として記録し、その写しを患者等に交付するとともに診療録に添付する。

オ　当該患者の退院・転院時に、紹介先保険医療機関等に対して診療情報提供書を作成した場合は、当該報告書を添付する。

（６） 栄養サポートチームは、以下の診療を通じ、当該保険医療機関における栄養管理体制を充実させるとともに、当該保険医療機関において展開されている様々なチーム医療の連携を図ることが必要である。

ア　現に当該加算の算定対象となっていない患者の診療を担当する保険医、看護師等から

の相談に速やかに応じ、必要に応じて栄養評価等を実施する。

イ　褥瘡対策チーム、感染対策チーム、緩和ケアチーム、摂食・嚥下対策チーム等、当該保険医療機関において活動している他チームとの合同カンファレンスを、必要に応じて開催し、患者に対する治療及びケアの連携に努めること。

（７）　「注２」に規定する点数は、「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が ~~200~~400 床以上の病院~~、及び~~ＤＰＣ対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料１のみを届け出ている病院を除く~~及び一般病棟７対１入院基本料を算定している病院を除く~~。）の一般病棟~~入院基本料（急性期一般入院料１を除く。）を算定する病棟~~において、算定可能である。~~なおただし~~、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添２「入院基本料等の施設基準等」第５の６の規定により看護配置の異なる~~各~~病棟ごとに一般病棟入院基本料の届出を行っている保険医療機関においては、一般病棟入院基本料（~~を算定しているものについては、~~急性期一般入院料１を除く。）~~一般病棟７対１入院基本料~~を算定~~すし~~ている病棟で~~あっても、~~当該点数を算定できる。

（８）　「注２」に規定する点数を算定する場合は、栄養サポートチームの医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士の全てが、栄養治療実施計画に基づき実施した治療等を診療録に記載すること。

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

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

Ａ２３４　医療安全対策加算

（１）　医療安全対策加算は、組織的な医療安全対策を実施している保険医療機関を評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中１回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（２）　組織的な医療安全対策とは、医療安全管理部門に所属する医療安全管理者が、医療安全管理委員会と連携しつつ、当該保険医療機関の医療安全に係る状況を把握し、その分析結果に基づいて医療安全確保のための業務改善等を継続的に実施していることをいう。

（３）　医療安全確保のための職員研修を計画的に実施するとともに、医療安全管理者が必要に応じて各部門における医療安全管理の担当者への支援を実施し、その結果を記録していること。

（４）　「注２」に掲げる加算は、医療安全対策加算を算定する複数の医療機関が連携し、医療安全対策に関する評価を行っている場合に算定する。

Ａ２３４－２　感染防止対策加算

（１）　感染防止対策加算は、第２部通則７に規定する院内感染防止対策を行った上で、更に院内に感染制御のチームを設置し、院内感染状況の把握、抗菌薬の適正使用、職員の感染防止等を行うことで院内感染防止を行うことを評価するものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中１回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再

入院の初日は算定できない。

（２） 感染制御チームは以下の業務を行うものとする。

ア 感染制御チームは、１週間に１回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行う。また、院内感染事例、院内感染の発生率に関するサーベイランス等の情報を分析、評価し、効率的な感染対策に役立てる。院内感染の増加が確認された場合には病棟ラウンドの所見及びサーベイランスデータ等を基に改善策を講じる。巡回、院内感染に関する情報を記録に残す。

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

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

（３） 「注２」に掲げる加算は、感染防止対策加算１を算定する複数の医療機関が連携し、互いに感染防止対策に関する評価を行っている場合に算定する。

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

Ａ２３４－３ 患者サポート体制充実加算

（１） 患者サポート体制充実加算は、医療従事者と患者との対話を促進するため、患者又はその家族等（以下この項目において「患者等」という。）に対する支援体制を評価したものであり、当該保険医療機関に入院している患者について、入院期間中１回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

（２） 当該保険医療機関に相談支援窓口を設置し、患者等からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等に関する相談について懇切丁寧に対応すること。

（３） 医療従事者と患者等との良好な関係を築くため、患者支援体制が整備されていること。

（４） 区分番号「Ａ２３２」に掲げるがん拠点病院加算を算定している場合は算定できない。

Ａ２３６ 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

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

（２） 褥瘡ハイリスク患者ケア加算は、褥瘡ケアを実施するための適切な知識・技術を有する専従の褥瘡管理者が、褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者に対し、適切な褥瘡予防・治療のための予防治療計画に基づく総合的な褥瘡対策を継続して実施した場合、当該入院期間中１回に限り算定する。なお、当該加算は、第２部通則５に規定する

入院期間が通算される再入院であっても別に算定できる。

（３） 褥瘡予防・管理が難しく重点的な褥瘡ケアが必要な患者とは、ベッド上安静であって、次に掲げるものをいう。

ア　ショック状態のもの

イ　重度の末梢循環不全のもの

ウ　麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

エ　６時間以上の全身麻酔下による手術を受けたもの

オ　特殊体位による手術を受けたもの

カ　強度の下痢が続く状態であるもの

キ　極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、ＧＶＨＤ、黄疸等）であるもの

ク　皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

ケ~~ク~~　褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚湿潤、浮腫等）があって既に褥瘡を有するもの

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

（５~~４~~） 「注２」に規定する点数を算定する場合は、褥瘡管理者は、褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書に基づき実施した褥瘡ケアの内容を診療録に記載すること。

Ａ２３６－２　ハイリスク妊娠管理加算

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

ア　妊娠 22 週から 32 週未満の早産の患者（早産するまでの患者に限る。）

イ　妊娠高血圧症候群重症の患者

ウ　前置胎盤（妊娠 28 週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者

エ　妊娠 30 週未満の切迫早産の患者であって、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの兆候を示しかつ以下のいずれかを満たすものに限る。

（イ） 前期破水を合併したもの

（ロ） 羊水過多症又は羊水過少症のもの

（ハ） 経腟超音波検査で子宮頸管長が 20mm 未満のもの

（ニ） 切迫早産の診断で他の医療機関より搬送されたもの

（ホ） 早産指数(tocolysis index)が３点以上のもの

オ　多胎妊娠の患者

カ　子宮内胎児発育遅延の患者

キ　心疾患（治療中のものに限る。）の患者

ク　糖尿病（治療中のものに限る。）の患者

ケ　甲状腺疾患（治療中のものに限る。）の患者

コ　腎疾患（治療中のものに限る。）の患者

サ　膠原病（治療中のものに限る。）の患者

シ　特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者

ス　白血病（治療中のものに限る。）の患者

セ　血友病（治療中のものに限る。）の患者

ソ　出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者

タ　ＨＩＶ陽性の患者

チ　Ｒｈ不適合の患者

ツ　当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術（腹腔鏡による手術を含む。）を行った患者又は行う予定のある患者

テ　精神疾患の患者（当該保険医療機関において精神療法を実施している者又は他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）

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

（２）　当該加算は、１入院に 20 日を限度として所定点数に加算する。ただし、第２部通則５に規定する入院期間が通算される入院については、１入院として取り扱うものであること

（３）　１入院の期間中に、区分番号「Ａ２３７」ハイリスク分娩管理加算を算定するハイリスク分娩管理とハイリスク妊娠管理を併せて行うことは可能であり、ハイリスク妊娠管理加算とハイリスク分娩管理加算を併せ、１入院当たり 28 日を限度として算定できるが、ハイリスク分娩管理加算を算定する日と同一日に行うハイリスク妊娠管理に係る費用は、ハイリスク分娩管理加算に含まれ、別に算定できない。

（４）　妊婦とは産褥婦を含まない。

［早産指数（tocolysis index）］

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

Ａ２３７　ハイリスク分娩管理加算

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

ア　妊娠 22 週から 32 週未満の早産の患者

イ　40歳以上の初産婦である患者

ウ　分娩前のＢＭＩが35以上の初産婦である患者

エ　妊娠高血圧症候群重症の患者

オ　常位胎盤早期剥離の患者

カ　前置胎盤（妊娠28週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者

キ　双胎間輸血症候群の患者

ク　多胎妊娠の患者

ケ　子宮内胎児発育遅延の患者

コ　心疾患（治療中のものに限る。）の患者

サ　糖尿病（治療中のものに限る。）の患者

シ　特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者

ス　白血病（治療中のものに限る。）の患者

セ　血友病（治療中のものに限る。）の患者

ソ　出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者

タ　ＨＩＶ陽性の患者

チ　当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術（腹腔鏡による手術を含む。）を行った患者又は行う予定のある患者

ツ　精神疾患の患者（当該保険医療機関において精神療法を実施している者又は他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。）

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

（２）　当該加算は、ハイリスク分娩管理の対象となる妊産婦に対して、分娩を伴う入院中にハイリスク分娩管理を行った場合に、８日を限度として算定する。ただし、第２部通則５に規定する入院期間が通算される入院については、１入院として取り扱うものであること。

（３）　１入院の期間中に、区分番号「Ａ２３６－２」ハイリスク妊娠管理加算を算定するハイリスク妊娠管理とハイリスク分娩管理を併せて行うことは可能であり、ハイリスク妊娠管理加算とハイリスク分娩管理加算を併せ、1入院当たり28日を限度として算定できるが、ハイリスク妊娠管理加算を算定するハイリスク妊娠管理とハイリスク分娩管理を同一日に行う場合には、ハイリスク分娩管理加算のみを算定する。

（４）　妊産婦とは、産褥婦を含む。

Ａ２３８　削除

Ａ２３８－３　削除

Ａ２３８－４　削除

Ａ２３８－５　削除

Ａ２３８－６　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算

Ａ２３８－７　精神科救急搬送患者地域連携受入加算

（１）　精神科救急搬送患者地域連携紹介加算及び精神科救急搬送患者地域連携受入加算は、精神科救急医療機関（精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料に係る届出を行っている保険医療機関をいう。以下同じ。）に緊急入院した患

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

（２） 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算は、精神科救急医療機関が緊急入院患者を受け入れ、入院後 60 日以内に、あらかじめ連携している後方病床の役割を担う保険医療機関に当該患者に関する診療情報を提供し、転院した場合に、精神科救急医療機関において転院時に算定する。なお、この場合において、診療情報提供料（Ⅰ）は算定できない。

（３） 精神科救急搬送患者地域連携受入加算は、後方病床の役割を担う保険医療機関が精神科救急医療機関に緊急入院した患者を、当該緊急入院から 60 日以内に受け入れた場合に、後方病床の役割を担う保険医療機関において入院時に算定する。

（４） 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算は、他の保険医療機関から転院してきた患者を後方病床の役割を担う保険医療機関に更に転院させた場合には算定できないものとする。ただし、当該他の保険医療機関への入院時から 48 時間以内に、患者の症状の増悪等により精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を届け出ている精神科救急医療機関に転院した後、精神科救急医療機関への入院から 60 日以内に後方病床の役割を担う保険医療機関に転院させた場合に限り、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものとする。精神科救急搬送患者地域連携受入加算も同様とする。

Ａ２３８－８　削除

Ａ２３８－９　削除

Ａ２４０　総合評価加算

（１） 介護保険法施行令第２条各号に規定する特定疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満である者及び 65 歳以上である者については、入院当初から退院後にどのような生活を送るかということを念頭に置いた医療を行うことは特に重要なことであり、身体機能や退院後に必要となりうる介護サービス等について総合的に評価を行い、入院中の診療や適切な退院調整に活用する取組みを評価するものである。なお、特定疾病に該当するか判断するに当たっては、「要介護認定における「認定調査票記入の手引き」、「主治医意見書記入の手引き」及び「特定疾病にかかる診断基準」について（平成 21 年９月 30 日老老発 0930 第２号）」を参考に診断すること。

（２） 病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価（以下「総合的な機能評価」という。）を行った場合であって、当該総合的な機能評価を行った時点で現に介護保険法施行令第２条各号に規定する特定疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満である者及び 65 歳以上である者について、入院中１回に限り算定する。なお、ここでいう入院中とは、第２部通則５に規定する入院期間中の入院のことをいい、入院期間が通算される再入院時は算定できない。

（３） 総合的な機能評価を行った後、病状の急変等により大きく患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等が変化した場合には、病状の安定が見込まれた後改めて評価を行うこと。

ただし、その場合であっても、当該加算は入院中１回に限り算定するものであること。

（４） 総合的な機能評価に係る測定は、医師又は歯科医師以外の医療職種が行うことも可能であるが、当該測定結果に基づく評価は、研修を修了した医師又は歯科医師若しくは当該患者に対する診療を担う医師又は歯科医師が行わなければならない。

（５） 総合的な機能評価の結果について患者及びその家族等に説明し、要点を診療録に記載すること。

（６） 高齢者の総合的な機能評価の実施に当たっては、関係学会等より示されているガイドラインに沿った評価が適切に実施されるよう十分留意すること。

（７） 総合的な機能評価の測定結果に基づく評価を行う医師又は歯科医師は、高齢者の診療に資する新しい知見等に関する研修を受けるよう努めること。

Ａ２４２　呼吸ケアチーム加算

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

（２） 呼吸ケアチーム加算の算定対象となる患者は、48 時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者であって、人工呼吸器を装着している状態で当該病棟に入院した日から１月以内の患者又は当該病棟に入院した後人工呼吸器を装着し、装着日から１月以内の患者であること。ただし、人工呼吸器離脱の過程において、一時的に短時間、人工呼吸器を装着していない時間については、継続して装着しているものとみなす。

（３） 呼吸ケアチーム加算は、人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係る専任のチーム（以下「呼吸ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に週１回に限り算定する。

（４） 呼吸ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療計画書を作成し、その内容に基づき、人工呼吸器離脱のために当該患者の状態に応じたチームによる診療を行い、その評価を行うこと。なお、必要に応じて呼吸ケアチーム以外の医師、看護師等に人工呼吸器の管理や呼吸ケア等の指導を行うこと。

（５） 呼吸ケアチームは当該患者の診療を担う保険医、看護師等と十分に連携を図ること。

Ａ２４３　後発医薬品使用体制加算

（１） 後発医薬品使用体制加算は、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したものである。

（２） 後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が 60％以上、70％以上、80％以上又は 85％以上 ~~50％以上、60％以上又は 70％以上~~であるとともに、入院及び外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関に入院している患者について、入院期間中１回に限り、入院初日に算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

~~（３） 後発医薬品使用体制加算の算定対象患者は、ＤＰＣ対象病棟に入院している患者を除くものであること。~~

Ａ２４４　病棟薬剤業務実施加算

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

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

（３）　病棟薬剤業務とは、次に掲げるものであること。

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

イ　医薬品医療機器情報配信サービス（PMDA メディナビ）によるなど、インターネットを通じて常に最新の医薬品緊急安全性情報、医薬品・医療機器等安全性情報、医薬品・医療機器等の回収等の医薬品情報の収集を行うとともに、重要な医薬品情報については、医療従事者へ周知していること。

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

ⅰ　緊急安全性情報、安全性速報

ⅱ　医薬品・医療機器等安全性情報

ⅲ　医薬品・医療機器等の回収等

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

オ　当該病棟に入院している患者に対し２種以上（注射薬及び内用薬を各１種以上含む。）の薬剤が同時に投与される場合には、治療上必要な応急の措置として薬剤を投与する場

合等を除き、投与前に、注射薬と内用薬との間の相互作用の有無等の確認を行うこと。

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

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

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

ケ　退院時の薬学的管理指導について、可能な限り実施すること。

（４）　病棟薬剤業務の実施に当たっては、次の点に留意すること。

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

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

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

Ａ２４５　データ提出加算

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

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

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

（２）　当該加算は、データ提出の実績が認められた保険医療機関において、~~ＤＰＣ~~データ作成対象病棟（以下「対象病棟」という。）に入院している患者について、入院中に１回に限り算定する。算定は原則として退院時とする。なお、ここでいう入院中とは第２部通則５に規定する入院期間中の入院（以下同じ。）のことをいい、入院期間が通算される再入院の場合には算定できない。

（３）　ＤＰＣ対象病院において、入院中に診断群分類点数表により~~る~~算定した~~支払を受けたことのある~~ことのある患者については、機能評価係数Ｉで評価がされているため、当該加算は別途算定できない。

（４）　データの提出（データの再照会に係る提出も含む。）に遅延等が認められた場合~~は~~、当該月の翌々月について、当該加算は算定できない。なお、遅延等とは、厚生労働省がＤＰ

Ｃ調査の一部事務を委託するＤＰＣ調査事務局宛てに、ＤＰＣ導入の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた期限までに、当該医療機関のデータがＤＰＣ調査事務局宛てに提出発送されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料にて定められた提出方法以外の方法で提出送付された場合を含む。）、提出到着されたデータがした調査実施説明資料に定められたデータが提出すべきデータもの と異なる内容のものであった場合（データが格納されていない空の媒体が提出送付された場合を含む。）をいう。

（５） データの作成は月単位で行うものとし、作成されたデータには月の初日から末日までの診療に係るデータが全て含まれていなければならない。

（６） （２）の対象病棟とは、第１節の入院基本料（区分番号「Ａ１０８」有床診療所入院基本料及び区分番号「Ａ１０９」有床診療所療養病床入院基本料を除く。）、第３節の特定入院料及び第４節の短期滞在手術等基本料（区分番号「Ａ４００」の１短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定する病棟をいう。

（７） （２）の「データ提出の実績が認められた保険医療機関」とは、ＤＰＣデータの提出が、厚生労働省保険局医療課において確認され、その旨を厚生労働省保険局医療課より通知された保険医療機関をいう。

（８） データ提出加算１は、入院患者に係るデータを提出した場合に算定し、に算定できるものとし、データ提出加算２は、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出した場合に算定することができる。ことができる。

（９） 「注２」に規定する提出データ評価加算を算定する場合は、当該加算を算定する月の前々月において、調査実施説明資料に定められた様式１において入力されるレセプト電算処理用の傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード（レセプト電算処理用の傷病名コード：0000999）の割合、外来ＥＦファイルに入力される傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名の割合、医科の全ての診療報酬明細書に記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名の割合がそれぞれ１割未満であって、当該保険医療機関において、その結果を記録し保存している場合に、データ提出加算２を算定する医療機関において算定できる。

（10） 「注２」に規定する提出データ評価加算は、（４）による遅延等が認められ、データ提出加算を算定できない月がある場合、データ提出加算を算定できない月から６か月間、当該加算を算定できない。例えば、４月 22 日に提出すべきデータが遅延等と認められ、６月にデータ提出加算を算定できない場合、当該加算は６月から 11 月までの６か月間算定できない。

（11） データ提出加算１のロ又はデータ提出加算２のロの規定については、平成 30 年３月 31 日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関（許可病床数が 200 床以上の病院に限る。）については、平成 31 年３月 31 日までの間に限り、なお従前の例により、算定することができる。この場合において、これらの規定中「170 点」とあるのは「200 点」、「180 点」とあるのは「210 点」とする。

Ａ２４６　入退院支援加算

（１） 入退院支援加算は、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有す

る患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価するものである。なお、第２部通則５に規定する入院期間が通算される入院については、１入院として取り扱うものである。

（２）　入退院支援加算１にあっては、入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後３日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。また、入退院支援加算２にあっては、患者の入院している病棟等において、原則として入院後７日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。

ア　悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること

イ　緊急入院であること

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

エ　家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること

オ　生活困窮者であること

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

キ~~オ~~　排泄に介助を要すること

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

ケ~~キ~~　退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと

コ~~ク~~　入退院を繰り返していること

サ~~ケ~~　その他患者の状況から判断してアからコ~~ク~~までに準ずると認められる場合

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

（４）　ここでいう退院支援計画の内容は、以下の内容を含むものとする。

ア　患者氏名、入院日、退院支援計画着手日、退院支援計画作成日

イ　退院困難な要因

ウ　退院に関する患者以外の相談者

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

オ　退院に係る問題点、課題等

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

（５）　退院支援計画を実施するに当たって、入退院支援加算１にあっては、入院後７日以内に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。また、入退院支援加算２にあっても、で

きるだけ早期に病棟の看護師及び入退院支援部門の看護師並びに社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。なお、カンファレンスの実施に当たっては、必要に応じてその他の関係職種が参加すること。

（６） 退院支援計画については、文書で患者又は家族に説明を行い、交付するとともに、その内容を診療録に貼付又は記載する。また、当該計画に基づき、患者又は家族に退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、必要に応じて退院・転院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整、介護サービス又は障害福祉サービス、地域相談支援若しくは障害児通所支援の導入に係る支援を行う。なお、当該計画を患者又は家族に交付した後、計画内容が変更となった場合は、患者又は家族に説明を行い、必要時、変更となった計画を交付する。

（７） 入退院支援加算１については、当該病棟又は入退院支援部門の入退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等を訪れるなどしてこれらの職員と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有等を行う。

（８） 入退院支援加算３は、当該入院期間中に区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の「２」新生児集中治療室管理料を算定した退院困難な要因を有する患者及び他の保険医療機関において入退院支援加算３を算定した上で転院した患者について、当該患者又はその家族の同意を得て退院支援計画を策定し、当該計画に基づき退院した場合に算定する。なお、ここでいう退院困難な要因とは、以下のものである。

ア 先天奇形

イ 染色体異常

ウ 出生体重 1,500g 未満

エ 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る。）

オ その他、生命に関わる重篤な状態

（９） 入退院支援加算３について、入院後７日以内に退院困難な要因を有する患者を抽出し、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始する。この他、家族等に対して退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、転院・退院後の療養生活を担う保険医療機関等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援等を行う。

（10） 入退院支援加算３について、入院後１か月以内に退院支援計画の作成に着手し、文書で家族等に説明を行い交付するとともに診療録に貼付又は記載する。なお、退院支援計画は「別紙様式６」を参考として関係職種と連携して作成することとし、病棟及び入退院支援部門の看護師並びに社会福祉士等の関係職種が共同してカンファレンスを行った上で作成及び実施すること。また、退院時には家族等に対して、緊急時の連絡先等を文書で提供し、24 時間連絡が取れる体制を取る。

（11） 当該加算と退院時共同指導料を同時に算定する場合には、在宅療養を担う保険医療機関等と患者が在宅療養に向けて必要な準備を確認し、患者に対して文書により情報提供する。

（12） 退院先については、診療録に記載する。

（13） 死亡による退院については算定できない。また、入退院支援加算１の「ロ」又は２の「ロ」の療養病棟入院基本料等の場合については、他の病院又は診療所に入院するために転院した患者については算定できない。

(14)　入退院支援加算１の「ロ」又は２の「ロ」の一療養病棟入院基本料等の場合ハについて、当該加算を算定する病棟に転棟後、当該病棟から退院する場合にあっては、転棟後 14 日以上入院していた場合に限り算定できる。

(15)　「注４」において、地域連携診療計画は、疾患ごとに作成され、一連の治療を担う複数の保険医療機関、又は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者、若しくは施設サービス事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）第 51 条の 17 第１項第１号に規定する指定特定相談支援事業者（以下「指定特定相談支援事業者」という。）、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 24 条の 26 第１項第１号に規定する指定障害児相談支援事業者（以下「指定障害児相談支援事業者」という。）等（以下「Ａ２４６」において「連携保険医療機関等」という。）との間であらかじめ共有して活用されるものであり、病名、入院時の症状、予定されている診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間、退院に当たり予想される患者の状態に関する退院基準、その他必要な事項が記載されたものであること。

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

(16)　地域連携診療計画加算の算定に当たっては、地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後７日以内に地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付するとともに診療録に貼付又は記載する。

(17)　地域連携診療計画加算について、当該患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療等が行われる場合には、連携保険医療機関等に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。

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

(18)　「注５」に規定する点数は、「基本診療料の施設基準等」別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が 200400 床以上の病院、及びＤＰＣ対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料１のみを届け出ている病院を除く及び一般病棟７対１入院基本料を算定している病院を除く。）の一般病棟等及び療養病棟等において、算定可能である。なおただし、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 28 年３月４日保医発 0304 第２号）別添２「入院基本料等の施設基準等」第５の６の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料の届出を行っている保険医療機関においては、を算定しているものについては、一般病院入院基本料（急性期一般入院料１を除く。）一般病棟７対１入院基本料を算定するしている病棟であっても、当該点数を算定できる。

(19)　「注５」に規定する点数を算定する場合は、入退院支援を行う看護師及び社会福祉士が、退院支援計画に基づき実施した支援内容を全て診療録に記載すること。

(20)　「注７」に規定する入院時支援加算は、入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージでき、安心して入院医療が受け入れられるよう、

入院前の外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、入院前の服薬状況の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し、支援することを評価するものである。

(21) 「注７」に規定する入院時支援加算を算定するに当たっては、入院の決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。患者の病態等によりアからクについて全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、ア、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）は必ず実施しなければならない。

ア　身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握

イ　入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握

ウ　褥瘡に関する危険因子の評価

エ　栄養状態の評価

オ　服薬中の薬剤の確認

カ　退院困難な要因の有無の評価

キ　入院中に行われる治療・検査の説明

ク　入院生活の説明

Ａ２４７　認知症ケア加算

（１）　認知症ケア加算は、認知症による行動・心理症状や意思疎通の困難さが見られ、身体疾患の治療への影響が見込まれる患者に対し、病棟の看護師等や専門知識を有した多職種が適切に対応することで、認知症症状の悪化を予防し、身体疾患の治療を円滑に受けられることを目的とした評価である。

（２）　認知症ケア加算の算定対象となる患者は、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成 18 年４月３日老発第 0403003 号）、。「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 3028 年３月 5 4 日保医発 0305 4 第● 1 号）別添６の別紙 12 参照）におけるランクⅢ以上に該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（ＪＣＳ（Japan Coma Scale）でⅡ－３（又は 30）以上又はＧＣＳ（Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態にある者）を除く。

（３）　身体的拘束を実施した場合の点数については、理由によらず、身体的拘束を実施した日に適用する。この点数を算定する場合は、身体的拘束の開始及び解除した日、身体的拘束が必要な状況等を診療録等に記載すること。

（４）　身体的拘束について

ア　身体的拘束は、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。

イ　入院患者に対し、日頃より身体的拘束を必要としない状態となるよう環境を整えること。また、身体的拘束を実施するかどうかは、職員個々の判断ではなく、当該患者に関わる医師、看護師等、当該患者に関わる複数の職員で検討すること。

ウ　やむを得ず身体的拘束を実施する場合であっても、当該患者の生命及び身体の保護に

重点を置いた行動の制限であり、代替の方法が見出されるまでの間のやむを得ない対応として行われるものであることから、できる限り早期に解除するよう努めること。

エ　身体的拘束を実施するに当たっては、以下の対応を行うこと。

（イ）　実施の必要性等のアセスメント

（ロ）　患者家族への説明と同意

（ハ）　身体的拘束の具体的行為や実施時間等の記録

（ニ）　二次的な身体障害の予防

（ホ）　身体的拘束の解除に向けた検討

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

（５）　認知症ケア加算１

ア　認知症ケアに係る専門知識を有した多職種からなるチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が当該患者の状況を把握・評価するなど当該患者に関与し始めた日から算定できることとし、当該患者の入院期間に応じ所定点数を算定する。

イ　当該患者を診療する医師、看護師等は、認知症ケアチームと連携し、病棟職員全体で以下の対応に取り組む必要がある。

①　当該患者の入院前の生活状況等を情報収集し、その情報を踏まえたアセスメントを行い、看護計画を作成する。その際、行動・心理症状がみられる場合には、その要因をアセスメントし、症状の軽減を図るための適切な環境調整や患者とのコミュニケーションの方法等について検討する。

②　当該計画に基づき認知症症状を考慮したケアを実施し、その評価を定期的に行う。身体的拘束を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも１日に１度は行う。

③　計画作成の段階から、退院後に必要な支援について、患者家族を含めて検討し、円滑な退院支援となるよう取り組む。

④　①から③までについて診療録等に記載する。

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

①　認知症患者のケアに係るチームによるカンファレンスを週１回程度開催し、症例等の検討を行う。カンファレンスには、病棟の看護師等が参加し、検討の内容に応じ、当該患者の診療を担う医師等が参加する。

②　週１回以上、各病棟を巡回し、病棟における認知症ケアの実施状況を把握し、病棟職員及び患者家族に対し助言等を行う。

③　当該加算の算定対象となっていない患者に関するものを含め、患者の診療を担当する医師、看護師等からの相談に速やかに応じ、必要なアセスメント及び助言を実施する。

④　認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的に実施する。

（６）　認知症ケア加算２

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

定する。

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

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

Ａ２４８　精神疾患診療体制加算

（１）　精神疾患診療体制加算は、身体合併症を有する精神疾患患者の転院の受入れや、身体疾患や外傷のために救急搬送された患者であって、精神症状を伴う者の診療を行った場合を評価するものである。

（２）　精神疾患診療体制加算１は、他の保険医療機関の精神病棟に入院する精神疾患患者の身体合併症の入院治療のために、当該他の保険医療機関の求めに応じて転院を受け入れた場合に入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

~~（３）　特別の関係にある保険医療機関の求めに応じて転院を受け入れた患者については、精神疾患診療体制加算１を算定することはできない。~~

（３~~４~~）　精神疾患診療体制加算１を算定する患者の精神疾患に係る薬剤は、当該保険医療機関で処方する必要があること。やむを得ず他の保険医療機関が処方した持参薬を投与する場合は、入院後５日以内に限られること。この場合には、持参した薬剤名、規格、剤形等を確認し、診療録等に記載すること。

（４~~５~~）　精神疾患診療体制加算２は、当該保険医療機関の精神保健指定医若しくは精神科医又は当該保険医療機関の求めに応じた他の保険医療機関の精神保健指定医が、身体疾患や外傷に加え、精神症状等を有する患者であって、救急用の自動車等（消防法（昭和 23 年法律第 186 号）及び消防法施行令（昭和 36 年政令第 37 号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和 35 年法律第 105 号）及び道路交通法施行令（昭和 35 年政令第 270 号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成 19 年法律第 103 号）第２条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者を診察した場合に、入院初日から３日以内に１回に限り算定すること。

（５~~６~~）　（４~~５~~）において、精神症状を有する患者とは、以下の場合をいうこと。

イ　過去６か月以内に精神科受診の既往がある患者

ロ　医師が、抑うつ、せん妄、躁状態等、精神状態の異常を認めた患者

ハ　アルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者

（６~~７~~）　精神疾患診療体制加算２を算定した場合には、区分番号「Ａ３００」救命救急入院~~基本~~料の注２に規定する加算及び区分番号「Ｉ００１」入院精神療法は算定できない。ただし、精神保健指定医又は精神科医による初回の診察の結果、継続して精神疾患の管理が必要と判断された場合には、入院した日から起算して４日目以降に限り、区分番号「Ｉ００

１」入院精神療法を算定することができる。

Ａ２４９　精神科急性期医師配置加算

精神科急性期医師配置加算は、精神症状とともに身体疾患又は外傷を有する患者の入院医療体制を確保している保険医療機関の精神病棟や、急性期の精神疾患患者に密度の高い入院医療を提供する精神病棟において、医師を手厚く配置することを評価したものである。

Ａ２５０　薬剤総合評価調整加算

（１）　薬剤総合評価調整加算は、複数の薬剤が投与されている患者について、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について総合的に評価を行い、処方内容を検討した結果、既に処方されている又は新たに処方する内服薬の有効性並びに安全性、当該患者の病状及び退院後の生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動等について十分に考慮した上で、薬効の重複する薬剤の減少及び合剤への転換等により、退院時に処方される内服薬が減少したことを評価したものである。

（２）　「イ」については、入院中の患者であって、入院前に内服を開始して４週間以上経過した内服薬が６種類以上処方されていたものについて、退院時に処方される内服薬が２種類以上減少し、その状態が４週間以上継続すると見込まれる場合に算定する。この場合において、「特に規定するもの」として、~~ただし、入院時において当該患者が処方されている内服薬のうち、~~屯服~~頓服~~薬については内服薬の種類数から除外する。また、服用を開始して４週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数からは除外する。

（３）　「ロ」については、精神病床に入院中の患者であって、入院時又は退院１年前のうちいずれか遅い時点で抗精神病薬を４種類以上内服していたものについて、退院までの間に、抗精神病薬の種類数が２以上減少した場合に算定する。なお、保険医療機関がクロルプロマジン換算を用いた評価を行う場合には、別紙 36 の２に示す係数を用い、クロルプロマジン換算で 2,000mg 以上内服していたものについて、クロルプロマジン換算で 1,000mg 以上減少した場合を含めることができる。

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

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

（６）　算定に当たっては、内服薬が減少する前後の内服薬の種類数（クロルプロマジン換算の評価による場合はクロルプロマジン換算した量）を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（７）　医師が内服薬を調整するに当たっては、評価した内容や調整の要点を診療録に記載する。医師は、処方内容の総合調整に当たって、薬効の類似した処方や相互作用を有する処方等について、当該保険医療機関の薬剤師に必要に応じ照会を行う。また、当該保険医療機関の薬剤師は、薬効の類似した処方や相互作用を有する処方等について、必要に応じ医師に情報提供を行う。

（８）　当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から２種類以上減少した場合については、区分番号「Ｂ００８－２」薬剤総合評価調整管理料と合わせて、１か所の保険医療機関に限り算定できることとする。この場合には、当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を診療報酬明細書

の摘要欄に記載すること。

（９） 当該保険医療機関で薬剤総合評価調整加算又は区分番号「Ｂ００８－２」薬剤総合評価調整管理料を１年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から、更に２種類以上減少しているときに限り新たに算定することができる。

別表１（第１節入院基本料、第３節特定入院料及び第４節短期滞在手術等基本料との関係）

○　算定可（特定入院料は，包括されず別途算定可という意味。）
×　算定不可（特定入院料は，包括されており別途算定不可という意味。）
⦿　50対１補助体制加算，75対１補助体制加算及び100対１補助体制加算に限る。
①　医師事務作業補助体制加算１に限る。
②　特定機能病院の病棟では，医師事務作業補助体制加算２を除く。
注　短期滞在手術等基本料２、３はＤＰＣ対象病院を除く。

●　難病患者等入院診療加算に限る。
★　看護配置等による制限あり
△　Ａ300の「注２」加算を算定しない場合に限る。
□　精神病棟を除く。

| | 特別入院基本料等 | 急性期一般入院料１ | 急性期一般入院料２ | 急性期一般入院料３ | 急性期一般入院料４ | 急性期一般入院料５ | 急性期一般入院料６ | 急性期一般入院料７ | 地域一般入院料１ | 地域一般入院料２ | 地域一般入院料３ | 療養病棟入院料１ | 療養病棟入院料２ | 療養病棟入院料 注⑪ | 療養病棟入院料 注⑫ | 結核病棟入院基本料 | 重症患者割合特別入院基本料（Ａ１０２） | 精神病棟入院基本料 | 特定機能病院入院基本料（一般病棟） | 特定機能病院入院基本料（結核病棟） | 特定機能病院入院基本料（精神病棟） | 専門病院入院基本料 | 障害者施設等入院基本料 | 特定入院基本料（Ａ１０６） | 医療区分（１・２）に応じた点数 | 有床診療所入院基本料 | 有床診療所療養病床入院基本料 | 救命救急入院料 | 特定集中治療室管理料 | ハイケアユニット入院医療管理料 | 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | 小児特定集中治療室管理料 | 新生児特定集中治療室管理料 | 総合周産期特定集中治療室管理料 | 新生児治療回復室入院医療管理料 | 一類感染症患者入院医療管理料 | 特殊疾患入院医療管理料 | 医療区分（１・２）に応じた点数 | 小児入院医療管理料１ | 小児入院医療管理料２ | 小児入院医療管理料３ | 小児入院医療管理料４ | 小児入院医療管理料５ | 回復期リハビリテーション病棟入院料１ | 回復期リハビリテーション病棟入院料２ | 回復期リハビリテーション病棟入院料３ | 回復期リハビリテーション病棟入院料４ | 回復期リハビリテーション病棟入院料５ | 回復期リハビリテーション病棟入院料６ | 地域包括ケア病棟入院料１ | 地域包括ケア病棟入院料２ | 地域包括ケア病棟入院料３ | 地域包括ケア病棟入院料４ | 地域包括ケア病棟入院医療管理料１ | 地域包括ケア病棟入院医療管理料２ | 地域包括ケア病棟入院医療管理料３ | 地域包括ケア病棟入院医療管理料４ | 特殊疾患病棟入院料１ | 特殊疾患病棟入院料２ | 医療区分（１・２）に応じた点数 イ | 医療区分（１・２）に応じた点数 □ | 緩和ケア病棟入院料（１・２） | 精神科救急入院料 | 精神科急性期治療病棟入院料１ | 精神科急性期治療病棟入院料２ | 精神科救急・合併症入院料 | 児童・思春期精神科入院医療管理料 | 精神療養病棟入院料 | 認知症治療病棟入院料 | 特定一般病棟入院料 | 地域移行機能強化病棟入院料 | 短期滞在手術等基本料１ | 短期滞在手術等基本料２ | 短期滞在手術等基本料３ |
|---|---|---

別表１（第１節入院基本料、第３節特定入院料及び第４節短期滞在手術等基本料との関係）

○　算定可（特定入院料は，包括されず別途算定可という意味。）
×　算定不可（特定入院料は，包括されており別途算定不可という意味。）
⦿　50対１補助体制加算，75対１補助体制加算及び100対１補助体制加算に限る。
①　医師事務作業補助体制加算１に限る。
②　特定機能病院の病棟では，医師事務作業補助体制加算２を除く。
注　短期滞在手術等基本料２、３はＤＰＣ対象病院を除く。

●　難病患者等入院診療加算に限る。
★　看護配置等による制限あり
△　Ａ300の「注２」加算を算定しない場合に限る。
□　精神病棟を除く。

| | 特別入院基本料等 | 急性期一般入院料１ | 急性期一般入院料２ | 急性期一般入院料３ | 急性期一般入院料４ | 急性期一般入院料５ | 急性期一般入院料６ | 急性期一般入院料７ | 地域一般入院料１ | 地域一般入院料２ | 地域一般入院料３ | 療養病棟入院料１ | 療養病棟入院料２ | 療養病棟入院料　注⑪ | 療養病棟入院料　注⑫ | 結核病棟入院基本料 | 重症患者割合特別入院基本料（Ａ１０２） | 精神病棟入院基本料 | １特定機能病院入院基本料（一般病棟） | ２特定機能病院入院基本料（結核病棟） | ３特定機能病院入院基本料（精神病棟） | 専門病院入院基本料 | 障害者施設等入院基本料 | 特定入院基本料（Ａ１０６） | 医療区分（１・２）に応じた点数 | 有床診療所入院基本料 | 有床診療所療養病床入院基本料 | 救命救急入院料 | 特定集中治療室管理料 | ハイケアユニット入院医療管理料 | 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 | 小児特定集中治療室管理料 | 新生児特定集中治療室管理料 | 総合周産期特定集中治療室管理料 | 新生児治療回復室入院医療管理料 | 一類感染症患者入院医療管理料 | 特殊疾患入院医療管理料 | 医療区分（１・２）に応じた点数 | １小児入院医療管理料１ | ２小児入院医療管理料２ | ３小児入院医療管理料３ | ４小児入院医療管理料４ | ５小児入院医療管理料５ | 回復期リハビリテーション病棟入院料１ | | 回復期リハビリテーション病棟入院料２ | | 回復期リハビリテーション病棟入院料３ | | 回復期リハビリテーション病棟入院料４ | | 回復期リハビリテーション病棟入院料５ | | 回復期リハビリテーション病棟入院料６ | | 地域包括ケア病棟入院料１ | | 地域包括ケア病棟入院料２ | | 地域包括ケア病棟入院料３ | | 地域包括ケア病棟入院料４ | | 地域包括ケア病棟入院医療管理料１ | | 地域包括ケア病棟入院医療管理料２ | | 地域包括ケア病棟入院医療管理料３ | | 地域包括ケア病棟入院医療管理料４ | | １特殊疾患病棟入院料１ | ２特殊疾患病棟入院料２ | 医療区分（１・２）に応じた点数　イ | 医療区分（１・２）に応じた点数　ロ | 緩和ケア病棟入院料（１・２） | 精神科救急入院料 | １精神科急性期治療病棟入院料１ | ２精神科急性期治療病棟入院料２ | 精神科救急・合併症入院料 | 児童・思春期精神科入院医療管理料 | 精神療養病棟入院料 | 認知症治療病棟入院料 | 特定一般病棟入院料 | 地域移行機能強化病棟入院料 | １短期滞在手術等基本料１ | ２短期滞在手術等基本料２ | ３短期滞在手術等基本料３ |
|---|---|---

第３節　特定入院料

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

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

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

Ａ３００　救命救急入院料

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

ア　意識障害又は昏睡

イ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

ウ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）

エ　急性薬物中毒

オ　ショック

カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ　広範囲熱傷

ク　大手術を必要とする状態

ケ　救急蘇生後

コ　その他外傷、破傷風等で重篤な状態

（２）　広範囲熱傷特定集中治療管理料の算定対象となる患者とは、第２度熱傷 30％程度以上の重症広範囲熱傷患者であって、医師が広範囲熱傷特定集中治療が必要であると認めた者であること。なお、熱傷には電撃傷、薬傷及び凍傷が含まれる。

（３）　救命救急入院料は、救命救急医療に係る入院初期の医療を重点的に評価したものであり、救命救急入院後症状の安定等により他病棟に転棟した患者又は他病棟に入院中の患者が症状の増悪等をきたしたことにより当該救命救急センターに転棟した場合にあっては、救命救急入院料は算定できない。

（４）　「注２」に掲げる加算については、自殺企図及び自傷又はそれが疑われる行為により医師が救命救急入院が必要であると認めた重篤な患者であって、統合失調症、躁うつ病、神経症、中毒性精神障害（アルコール依存症等をいう。）、心因反応、児童・思春期精神疾患、パーソナリティ障害又は精神症状を伴う脳器質性障害等（以下この節において「精神疾患」という。）を有する患者又はその家族等に対して、精神保健福祉法第１８条第１項に規定する精神保健指定医（以下この節において「精神保健指定医」という。）又は当該保険医療機関の精神科の常勤医師が、患者又は家族等からの情報を得て、精神疾患に対する診断治療等を行った場合に、救命救急入院料の算定期間中における当該精神保健指定医又は当該精神科の常勤医師の最初の診察時に算定する。この場合の精神保健指定医は当該保険医療機関を主たる勤務先とする精神保健指定医以外の者であっても算定できる。

（５）　「注~~６~~５」に掲げる急性薬毒物中毒加算１については、急性薬毒物中毒（催眠鎮静剤、抗不安剤による中毒を除く。）が疑われる患者（以下「急性薬毒物中毒患者」という。）の原因物質について、日本中毒学会が作成する「急性中毒標準診療ガイド」における機器分析法に基づく機器分析を当該保険医療機関において行い、必要な救命救急管理を実施した場合に算定する。

（６）　「注~~６~~５」に掲げる急性薬毒物中毒加算２については、急性薬毒物中毒患者の原因物質等について、（５）の機器分析以外の検査を当該保険医療機関において行い、必要な救命救急管理を実施した場合に算定する。

（７）　「注~~６~~５」に掲げる急性薬毒物中毒加算１又は２については、入院初日にいずれか一方のみを算定することができる。

（８）　「注~~６~~５」に掲げる急性薬毒物中毒加算については、薬毒物中毒を疑って検査を実施した結果、実際には薬毒物中毒ではなかった場合には、算定できない。

（９）　「注~~７~~６」に掲げる小児加算については、専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関において、15 歳未満の重篤な救急患者に対して救命救急医療が行われた場合に入院初日に限り算定する。なお、ここでいう入院初日とは、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

(10)　救命救急入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

この際、区分番号「Ａ１００」の一般病棟入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の(~~１２~~13)に準ずるものとする。

また、区分番号「Ａ１０４」の特定機能病院入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ１０４」の「注５」に規定する看護必要度加算及び同「注 10」に

規定するＡＤＬ維持向上等体制加算は算定できず、「注８」に規定する加算は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。その他、区分番号「Ａ１０５」の専門病院入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ１０５」の「注３」に規定する看護必要度加算、同「注４」に規定する一般病棟看護必要度評価加算及び同「注９」に規定するＡＤＬ維持向上等体制加算は算定できず、同「注７」に規定する加算は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。

Ａ３０１　特定集中治療室管理料

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

ア　意識障害又は昏睡

イ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

ウ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）

エ　急性薬物中毒

オ　ショック

カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ　広範囲熱傷

ク　大手術後

ケ　救急蘇生後

コ　その他外傷、破傷風等で重篤な状態

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

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

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

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

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

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

エ　アからウまでの取組等の内容及び実施時間について診療録等に記載すること。

（~~4~~5）　特定集中治療室管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

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

Ａ３０１－２　ハイケアユニット入院医療管理料

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

ア　意識障害又は昏睡

イ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

ウ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）

エ　急性薬物中毒

オ　ショック

カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ　広範囲熱傷

ク　大手術後

ケ　救急蘇生後

コ　その他外傷、破傷風等で重篤な状態

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

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

Ａ３０１－３　脳卒中ケアユニット入院医療管理料

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

ア　脳梗塞

イ　脳出血

ウ　くも膜下出血

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

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

Ａ３０１－４　小児特定集中治療室管理料

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

ア　意識障害又は昏睡

イ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

ウ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）

エ　急性薬物中毒

オ　ショック

カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ　広範囲熱傷

ク　大手術後

ケ　救急蘇生後

コ　その他外傷、破傷風等で重篤な状態

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

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

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

Ａ３０２　新生児特定集中治療室管理料

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

ア　高度の先天奇形

イ　低体温

ウ　重症黄疸

エ　未熟児

オ　意識障害又は昏睡

カ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

キ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）

ク　急性薬物中毒

ケ　ショック

コ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

サ　大手術後

シ　救急蘇生後

ス　その他外傷、破傷風等で重篤な状態

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

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

Ａ３０３　総合周産期特定集中治療室管理料

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

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

ア　合併症妊娠

イ　妊娠高血圧症候群
ウ　多胎妊娠
エ　胎盤位置異常
オ　切迫流早産
カ　胎児発育遅延や胎児奇形などの胎児異常を伴うもの

（３）　「２」の新生児集中治療室管理料の算定対象となる新生児は、区分番号「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料の(１)に掲げる状態にあって、医師が新生児集中治療室管理が必要であると認めたものであること。

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

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

Ａ３０３－２　新生児治療回復室入院医療管理料

（１）　新生児治療回復室入院医療管理料は、集中的な医療を必要とする新生児に対して十分な体制を整えた治療室において医療管理を行った場合に算定する。

（２）　新生児治療回復室入院医療管理料の算定対象となる新生児は、次に掲げる状態にあって、保険医が入院医療管理が必要であると認めた者である。

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

（３）　新生児治療回復室入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

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

Ａ３０５　一類感染症患者入院医療管理料

（１）　一類感染症患者入院医療管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる患者であって、医師が一類感染症患者入院医療管理が必要と認めた者であること。

ア　感染症法第６条第９項に規定する新感染症又は同法第６条第２項に規定する一類感染症に罹患している患者
イ　アの感染症の疑似症患者又は無症状病原体保有者

（２） 一類感染症患者入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該治療室に入院した場合には、入院基本料等を算定する。

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

Ａ３０６　特殊疾患入院医療管理料

（１） 特殊疾患入院医療管理料を算定する病室は、主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する病室であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病室への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

（２） 特殊疾患入院医療管理料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、特殊疾患入院医療管理料に含まれ、別に算定できない。

（３） 特殊疾患入院医療管理料を算定している患者に対して、１日５時間を超えて体外式陰圧人工呼吸器を使用した場合は、「注２」の加算を算定できる。

（４） 「注２」に掲げる加算を算定する際に使用した酸素及び窒素の費用は、「酸素及び窒素の価格」（平成２年厚生省告示第 41 号）に定めるところによる。

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

（６） 「注４」に定める脳卒中を原因とする重度の意識障害によって当該病室に入院するものについては、区分番号「Ａ１０１」の~~に掲げる~~療養病棟入院基本料における医療区分（１日に２つ以上の区分に該当する場合には、該当するもののうち最も高い点数の区分）に従い、当該患者ごとに各医療区分に相当する所定点数を算定する。その際、当該患者の疾患及び状態の該当する医療区分の項目について、保険医療機関において診療録等に記録する。

（７） 平成 28 年３月 31 日時点で、継続して６か月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者であって、引き続き同病室に入院しているものについては、医療区分３に相当するものとみなす。なお、脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者であって、その疾患及び状態等が医療区分３に規定する疾患及び状態等に相当するものについては、注４によらず、特殊疾患入院医療管理料に規定する所定点数を算定すること。

Ａ３０７　小児入院医療管理料

（１） 小児入院医療管理料は、届け出た保険医療機関における入院中の 15 歳未満の患者（児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第６条の２第２項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象である場合は、20 歳未満の患者）を対象とする。ただし、当該患者が他の特定入院料を算定できる場合は、小児入院医療管理料は算定しない。

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

（２） 「注２」に掲げる加算については、当該入院医療管理料を算定する病棟において算定す

るものであるが、小児入院医療管理料５を算定する医療機関にあっては、院内の当該入院医療管理料を算定する患者の全てについて算定できる。

（３） 「注３」に掲げる加算を算定する際に使用した酸素及び窒素の費用は、「酸素及び窒素の価格」に定めるところによる。

（４） 「注４」に規定する重症児受入体制加算は、高度急性期の医療機関から集中治療を経た新生児の受入れを行う等、重症児の受入機能が高い病棟を評価したものである。

（５） 小児入院医療管理料を算定している患者に対して、１日５時間を超えて体外式陰圧人工呼吸器を使用した場合は、「注３」の加算を算定できる。

（６） 小児入院医療管理料１、２、３及び４において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟に入院した場合には、当該医療機関が算定している入院基本料等を算定する。この際、入院基本料等を算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ３００」の救命救急入院料の（10）と同様であること。

（７） 小児入院医療管理料５において、当該入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟（精神病棟に限る。）に入院した場合は、精神病棟入院基本料の 15 対１入院基本料を算定する。

（８） （7)により、区分番号「Ａ１０３」の精神病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、当該保険医療機関に入院した日を入院初日として、以下のとおりとする。

ア 区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料の「注４」に規定する重度認知症加算は算定することができない。

イ 区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料の「注５」に規定する救急支援精神病棟初期加算は算定することができない。

ウ 区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料の「注６」に規定する加算について、当該病棟において各加算の要件を満たしている場合に算定できる。

エ 区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料の「注７」に規定する精神保健福祉士配置加算は算定することができない。

Ａ３０８ 回復期リハビリテーション病棟入院料

（１） 回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患又は大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ＡＤＬの向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟であり、回復期リハビリテーションを要する状態の患者が常時８割以上入院している病棟をいう。なお、リハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行いリハビリテーション実施計画を作成する必要がある。

（２） 医療上特に必要がある場合に限り回復期リハビリテーション病棟から他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

（３） 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

（４） 回復期リハビリテーション病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、当該病棟が一般病棟である場合は特別入院基本料を、当該病棟が療養

病棟である場合は療養病棟入院基本料の入院~~基本~~料Ｉを算定する。

この場合において、当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料１から~~又は２~~４までを算定する病棟である場合は、療養病棟入院~~基本~~料１の入院~~基本~~料Ｉにより、回復期リハビリテーション病棟入院料~~３~~５又は６を算定する病棟である場合は、療養病棟入院~~基本~~料２の入院~~基本~~料Ｉにより算定する。

この際、区分番号「Ａ１００」の注２に規定する特別入院基本料を算定する場合の費用の請求については、同「注４」に規定する重症児（者）受入連携加算、同「注５」に規定する救急・在宅等支援病床初期加算、~~同「注６」に規定する看護必要度加算、同「注７」に規定する一般病棟看護必要度評価加算、~~同「注 12」に規定する ~~ADL~~ＡＤＬ維持向上等体制加算は算定できず、同「注 10」に規定する加算（特別入院基本料において算定できるものに限る。）は、当該病棟において要件を満たしている場合に算定できる。また、区分番号「Ａ１０１」の療養病棟入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ１００」一般病棟入院基本料の(~~11~~９)に準ずるものとする。

（５） 必要に応じて病棟等における早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的とした理学療法又は作業療法が行われることとする。

（６） 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者は、転院してきた場合においても、転院先の保険医療機関で当該入院料を継続して算定できることとする。ただし、その場合にあっては、当該入院料の算定期間を通算する。なお、診療報酬明細書の摘要欄に~~転院してきた旨~~転院前の保険医療機関における当該入院料の算定日数を記載すること。

（７） 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟への入院時又は転院時及び退院時に日常生活機能評価の測定を行い、その結果について診療録に記載すること。なお、区分番号「Ａ２４６」入退院支援加算の注４に規定する地域連携診療計画加算を算定する患者が当該回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に転院してきた場合には、当該患者に対して作成された地域連携診療計画に記載された日常生活機能評価の結果を入院時に測定された日常生活機能評価とみなす。

（８） 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定するに当たっては、当該入院料を算定する患者に対し、入棟後２週間以内に入棟時の機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下この部において「ＦＩＭ」という。）運動項目の得点について、また退棟（死亡の場合を除く。）に際して退棟時のＦＩＭ運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を説明すること。

~~（８） 回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するに当たっては、当該回復期リハビリテーション病棟への入院時に「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の「別添６」の「別紙７」の「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」における「モニタリング及び処置等に係る項目（Ａ項目）」について測定を行い、その結果について診療録に記載すること。~~

（９） 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等の多職種が共同してリハビリテーション総合実施計画を作成し、これに基づいて行ったリハビリテーションの効果、実施方法等について共同して評価を行った場合は、区分番号「Ｈ００３－２」リハビリテーション総合計画評価料を算定できる。

(10) 「注２」に掲げる休日リハビリテーション提供体制加算は、患者が入院当初から集中的

なリハビリテーションを継続して受けられるよう、休日であっても平日と同様のリハビリテーションの提供が可能な体制をとる保険医療機関を評価したものである。

~~(11)　「注３」に掲げるリハビリテーション充実加算は、回復期リハビリテーションが必要な患者に対して集中的なリハビリテーションを提供していることを評価したものである。~~

~~リハビリテーション充実加算を算定する病棟においては、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者に対し、入棟後２週間以内に入院時の機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下この部において「ＦＩＭ」という。）運動項目の得点について、また退棟（死亡の場合を除く。）に際して退棟時のＦＩＭ運動項目の得点について、その合計及び項目別内訳を説明すること。~~

(~~12~~11)　「注~~４~~３」に規定する「別に厚生労働大臣が定める費用」に係る取扱いについては、以下のとおりとする。

ア　基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有する」場合とは、①及び②を各年度４月、７月、10 月及び１月において算出し、①が 10 名以上かつ②が６単位以上である状態が２回連続した場合をいう。②の算出には、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 ~~28~~30 年３月５~~４~~日保医発 030~~54~~第●~~１~~号）別添４第 11 の１（８）に示した式において「直近１か月間」とあるものを「直近６か月間」と読み替えた計算式を用いる。

①　前月までの６か月間に回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者数（ウ及びエの規定により計算対象から除外するものを除く。）

②　直近６か月間の回復期リハビリテーションを要する状態の患者（在棟中に死亡した患者、入棟日においてウの①から④までのいずれかに該当した患者及びエの規定によりリハビリテーション実績指数の計算対象から除外した患者を含む。）に対する１日当たりのリハビリテーション提供単位数の平均値

イ　基本診療料の施設基準等別表第九の三に規定する「効果に係る相当程度の実績が認められない場合」とは、前月までの６か月間に当該医療機関の回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者（ウ及びエの規定によって計算対象から除外する患者を除く。）について、以下の①の総和を②の総和で除したもの（~~(12)において~~以下「リハビリテーション実績指数」という。）を各年度４月、７月、10 月及び１月において算出し、リハビリテーション実績指数が２回連続して 27 を下回った場合をいう。

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

②　各患者の入棟から退棟までの日数を、「注１」に規定する厚生労働大臣が定める日数の上限のうち当該患者の入棟時の状態に応じたもので除したもの

［計算例］

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

②　前月までの６か月間に 50 人退棟し、そのうち 30 人が大腿骨骨折手術後（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が 90 日）で実際には 72 日で退棟、

残り 20 人が脳卒中（回復期リハビリテーション病棟入院料の算定日数上限が 150 日）で実際には 135 日で退棟したとすると、(72/90)×30 + (135/150)×20 = 42
従って、この例ではリハビリテーション実績指数は①／②＝33.3 となる。

ウ　在棟中に一度も回復期リハビリテーション病棟入院料を算定しなかった患者及び在棟中に死亡した患者はリハビリテーション実績指数の算出対象から除外する。また、入棟日において次に該当する患者については、当該月の入棟患者数（入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の 100 分の 30 を超えない範囲で、リハビリテーション実績指数の算出対象から除外できる。

①　ＦＩＭ運動項目の得点が 20 点以下のもの
②　ＦＩＭ運動項目の得点が 76 点以上のもの
③　ＦＩＭ認知項目の得点が 24 点以下のもの
④　年齢が 80 歳以上のもの

エ　前月までの６か月間に回復期リハビリテーション病棟を退棟した患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。）の数に対する高次脳機能障害の患者（基本診療料の施設基準等別表第九に掲げる「高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合」に該当し、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定開始日から起算して 180 日まで算定できるものに限る。）の数の割合が４割以上である保険医療機関においては、当該月に入棟した高次脳機能障害の患者をリハビリテーション実績指数の算出から全て除外することができる。除外する場合、ウについては、「当該月の入棟患者数（入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）の 100 分の 30」を、「当該月の入棟患者数（入棟時に回復期リハビリテーションを要する状態であったものに限る。）のうち高次脳機能障害の患者を除いた患者数の 100 分の 30」と読み替えるものとする。

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

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

~~キ　アの①及びイの実績指数の算出は、平成 28 年４月１日以降に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟に入棟した患者を対象として行う。~~

~~ク　回復期リハビリテーション病棟入院料に包括されたリハビリテーションの実施単位数は、注３に掲げるリハビリテーション充実加算等の施設基準に定める疾患別リハビリテーションの総単位数には含まない。~~

~~ケ~~キ　ア及びイによって算出した実績等から、「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有するとともに、効果に係る相当程度の実績が認められない場合」に該当した場合、当該月以降、１日につき６単位を超える疾患別リハビリテーション料（脳血管疾患等の患者であって発症後 60 日以内のものに対して行ったものを除く。）は回復期リハビリテーション病棟入院料に包括される。なお、その後、別の月（４月、７月、10 月又は１月以外の月を含む。）

において、アの①が 10 名未満、アの②が６単位未満、又はイのリハビリテーション実績指数が 27 以上となった場合、当該月以降、再び１日につき６単位を超える疾患別リハビリテーション料を出来高により算定することができる。

~~コ~~ク　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する保険医療機関は、~~平成 29 年１月以降、~~各年度４月、７月、10 月及び１月に~~おいて、当該月に~~ア及びイで算出した内容等について、毎年７月に別紙様式 45 を用いて地方厚生（支）局長に報告する。また、各年度４月、７月、10 月及び１月において「当該保険医療機関における回復期リハビリテーション病棟においてリハビリテーションの提供実績を相当程度有するとともに、効果に係る相当程度の実績が認められない場合」に該当した場合及び~~ケ~~キの規定によりその後、別の月（４月、７月、10 月又は１月以外の月を含む。）に~~各年度４月、７月、10 月及び１月以外の月に~~ア及びイの算出を行った場合には、~~ついても、~~その都度同様に報告する。

(~~13~~12)　「注４~~５~~」に規定する体制強化加算１及び２は、患者の早期機能回復及び早期退院を促進するために、専従の医師及び専従の社会福祉士の配置を評価したものである。

(13)　回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定するに当たっては、栄養管理に関するものとして、次に掲げる内容を行うこと。

ア　当該入院料を算定する全ての患者について、患者ごとに行うリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画の作成に当たっては、管理栄養士も参画し、患者の栄養状態を十分に踏まえて行うこと。なお、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書における栄養関連項目については、必ず記載すること。

イ　当該入院料を算定する全ての患者について、管理栄養士を含む医師、看護師その他医療従事者が、入棟時の患者の栄養状態の確認、当該患者の栄養状態の定期的な評価及び計画の見直しを共同して行うこと。

ウ　当該入院料を算定する患者のうち、栄養障害の状態にあるもの又は栄養管理をしなければ栄養障害の状態になることが見込まれるものその他の重点的な栄養管理が必要なものについては、栄養状態に関する再評価を週１回以上行うとともに、再評価の結果も踏まえた適切な栄養管理を行い、栄養状態の改善等を図ること。

(14)　回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定している患者については、区分番号「Ｂ００１」の「10」入院栄養食事指導料を別に算定できる。

Ａ３０８－３　地域包括ケア病棟入院料

（１）　地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料（以下「地域包括ケア病棟入院料等」という。）を算定する病棟又は病室は、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担うものである。

（２）　リハビリテーションに係る費用（区分番号「Ｈ００４」~~に掲げる~~摂食機能療法を除く。）及び薬剤料（基本診療料の施設基準等別表第五の一の三に掲げる薬剤及び注射薬に係る薬剤料を除く。）等は、地域包括ケア病棟入院料等に含まれ、別に算定できない。

（３）　地域包括ケア病棟入院料等を算定する患者が当該病室に入院してから７日以内（当該病

室に直接入院した患者を含む。）に、医師、看護師、在宅復帰支援を担当する者、その他必要に応じ関係職種が共同して新たに診療計画（退院に向けた指導・計画等を含む。）を作成し、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添６の別紙２を参考として、文書により病状、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、患者に対して説明を行い、交付するとともに、その写しを診療録に添付するものとする。（ただし、同一保険医療機関の他の病室から地域包括ケア病棟入院料等を算定する病室へ移動した場合、すでに交付されている入院診療計画書に記載した診療計画に変更がなければ別紙様式７を参考に在宅復帰支援に係る文書のみを交付するとともに、その写しを診療録に添付することでも可とする。）

（４） 地域包括ケア病棟入院料等を算定した患者が退室した場合、退室した先について診療録に記載すること。

（５） 「注２」に規定する地域の保険医療機関であって、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添２「入院基本料等の施設基準等」第５の６の規定により看護配置の異なる各病棟ごとに一般病棟入院基本料を算定しているものについては、各病棟毎の施設基準に応じて、「注１」に規定する点数又は「注２」に規定する点数を算定する。

（６） 「注３」及び「注４」に規定する看護職員配置加算及び看護補助者配置加算は、看護職員及び看護補助者の配置について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た病棟又は病室において算定する。

（７） 「注４」に規定する看護補助者配置加算を算定する病棟は、身体的拘束を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料の(16)の例による。

（~~７~~８） 「注５」に規定する急性期患者支援病床初期加算~~救急・在宅等支援病床初期加算~~は、急性期医療の後方病床を確保し、在宅患者支援病床初期加算は介護老人保健施設等の入居者等の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床を確保することにより、急性期医療及び在宅での療養を支えることを目的として、地域包括ケア病棟入院料等を届け出た病棟又は病室が有する以下のような機能を評価したものであり、転院、入院又は転棟した日から起算して 14 日を限度に算定できる。当該加算を算定するに当たっては、入院前の患者の居場所（転院の場合は入院前の医療機関名）、自院の入院歴の有無、入院までの経過等を診療録に記載すること。

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

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

（９）　「注７」に規定する看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであるため、当該基準を満たしていても、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、「基本診療料の施設基準等」の第九の十一の二の（１）のイに定める夜間の看護職員の最小必要数を超えた看護職員３人以上でなければ算定できない。

(~~8~~10)　診断群分類点数表に従って診療報酬を算定していた患者が同一保険医療機関内の地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に転棟・転床した場合については、診断群分類点数表に定められた入院日Ⅲまでの間は、診断群分類点数表に従って診療報酬を算定する。

なお、入院日Ⅲを超えた日以降は、医科点数表に従って当該管理料を算定することとするが、その算定期間は診療報酬の算定方法に関わらず、当該病室に最初に入室した日から起算して 60 日間とする。

(~~9~~11)　地域包括ケア病棟入院料等に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟等に入院した場合には、当該病棟が一般病棟等である場合は特別入院基本料を、当該病棟が療養病棟等である場合は療養病棟入院基本料の入院~~基本~~料Ｉを算定する。その際、地域包括ケア病棟入院料１、~~又は~~地域包括ケア入院医療管理料１、地域包括ケア病棟入院料２又は地域包括ケア入院医療管理料２の場合は療養病棟入院~~基本~~料１のＩを、地域包括ケア病棟入院料３~~２又は~~、地域包括ケア入院医療管理料３~~２~~、地域包括ケア病棟入院料４又は地域包括ケア入院医療管理料４の場合は療養病棟入院~~基本~~料２のＩを算定する。この際、区分番号「Ａ１００」の注２に規定する特別入院基本料又は区分番号「Ａ１０１」療養病棟入院基本料を算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ３０８」の回復期リハビリテーション病棟の（４）と同様であること。

Ａ３０９　特殊疾患病棟入院料

（１）　特殊疾患病棟は、主として長期にわたり療養が必要な重度の肢体不自由児（者）、脊髄損傷等の重度の障害者、重度の意識障害者（病因が脳卒中の後遺症の患者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者が入院する病棟であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

（２）　特殊疾患病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、特殊疾患病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

（３）　特殊疾患病棟入院料を算定している患者に対して、１日５時間を超えて体外式陰圧人工呼吸器を使用した場合は、「注２」の加算を算定できる。

（４）　「注２」に掲げる加算を算定する際に使用した酸素及び窒素の費用は、「酸素及び窒素

の価格」に定めるところによる。

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

（６）　「注４」に定める脳卒中を原因とする重度の意識障害によって当該病棟に入院するものについては、区分番号「Ａ１０１」~~に掲げる~~療養病棟入院基本料における医療区分（１日に２つ以上の区分に該当する場合には、該当するもののうち最も高い点数の区分）に従い、当該患者ごとに各医療区分に相当する所定点数を算定する。その際、当該患者の疾患及び状態の該当する医療区分の項目について、保険医療機関において診療録等に記録する。

（７）　平成 28 年３月 31 日時点で、継続して６か月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患病棟入院料を算定する病棟に入院している患者であって、引き続き同病棟に入院しているものについては、医療区分３に相当するものとみなす。なお、脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患病棟入院料を算定する病棟に入院している患者であって、その疾患及び状態等が医療区分３に規定する疾患及び状態等に相当するものについては、注４によらず、特殊疾患病棟入院料に規定する所定点数を算定すること。

Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料

（１）　緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者について算定する。

（２）　緩和ケア病棟入院料を算定する日に使用するものとされた薬剤に係る薬剤料は緩和ケア病棟入院料に含まれるが、退院日に退院後に使用するものとされた薬剤料は別に算定できる。

（３）　悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群の患者以外の患者が、当該病棟に入院した場合には、一般病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。この際、同特別入院基本料の費用の請求については、区分番号「Ａ３０８」の回復期リハビリテーション病棟入院料の（４）と同様であること。

（４）　緩和ケア病棟における悪性腫瘍患者のケアに関しては、「がん疼痛薬物療法ガイドライン」（日本緩和医療学会）、~~「がん緩和ケアに関するマニュアル」（厚生労働省・日本医師会監修）~~「新版 がん緩和ケアガイドブック」（日本医師会監修 厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究」班」）等の緩和ケアに関するガイドラインを参考とする。

（５）　緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、地域の在宅医療を担う保険医療機関と連携し、緊急時に在宅での療養を行う患者が入院できる体制を保険医療機関として確保していること。

（６）　緩和ケア病棟入院料を算定する保険医療機関は、連携している保険医療機関の患者に関し、緊急の相談等に対応できるよう、24 時間連絡を受ける体制を保険医療機関として確保

していること。

（７） 緩和ケア病棟においては、連携する保険医療機関の医師、看護師又は薬剤師に対して、実習を伴う専門的な緩和ケアの研修を行っていること。

（８） 注２に規定する加算は、当該保険医療機関と連携して緩和ケアを提供する別の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）（以下本項において「連携保険医療機関」という。）から在宅緩和ケアを受ける患者の病状が急変し、症状緩和のために一時的に入院治療を要する場合の緩和ケア病棟への受入れを通じ、在宅での緩和ケアを後方支援することを評価するものである。

当該保険医療機関と連携保険医療機関の間では、過去一年以内に、緩和ケアを受ける患者の紹介、緩和ケアに係る研修又は共同でのカンファレンスの実施等の際に、医師その他の職員が面会した実績が記録されている必要がある。

また、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。

Ａ３１１　精神科救急入院料

（１） 精神科救急入院料の算定対象となる患者は、次のア又はイに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）であること。

ア　措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者

イ　ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前３か月において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟に入院（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号）第 42 条第１項第１号又は第 61 条第１項第１号に規定する同法による入院（医療観察法入院）を除く。）したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め２日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）

（２） 当該入院料は、入院日から起算して３月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から３月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が３月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。

（３） 精神科救急入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、精神科救急入院料に含まれ、別に算定できない。

（４） 精神科救急入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神病棟入院基本料の 15 対１入院基本料を算定する。

（５） （４）により、区分番号「Ａ１０３」の精神病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ３０７」の小児入院医療管理料の（８）と同様であること。

（６） 当該入院料の算定対象となる患者は以下の障害を有する者に限る。

ア　症状性を含む器質性精神障害（精神疾患を有する状態に限り、単なる認知症の症状を除く。）

イ　精神作用物質使用による精神及び行動の障害（アルコール依存症にあっては、単なる

酩酊状態であるものを除く。）

ウ　統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害

エ　気分（感情）障害

オ　神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危険を伴う状態に限る。）

カ　成人の人格及び行動の障害（精神疾患を有する状態に限る。）

キ　知的障害（精神疾患を有する状態に限る。）

（７）　「注３」に規定する非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、非定型抗精神病薬及び抗精神病薬の種類については、別紙 36 を参考にすること。ただし、クロザピンはこれに含めない。

（８）　「注３」に規定する加算は、非定型抗精神病薬を投与している統合失調症患者に対して、計画的な治療管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明を含め、療養上必要な指導を行った場合に算定する。

（９）　「注３」に規定する加算を算定する場合には、１月に１度、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載し、投与している薬剤名を診療報酬明細書に記載する。

（10）　「注４」に規定する加算は、統合失調症、統合失調型障害若しくは妄想性障害又は気分（感情）障害の患者に対して、入院日から起算して７日以内に、医師、看護師、精神保健福祉士等の関係職種が共同して、別紙様式 37 又は別紙様式 37 の２若しくはこれに準じた様式を用いて院内標準診療計画書を策定し、患者又は家族等に対して説明の上、当該計画に基づき患者が 60 日以内に退院した場合に、退院時１回に限り算定する。ただし、死亡又は他の医療機関への転院による退院については、算定しない。なお、ここでいう退院時とは、第２部通則５に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される最後の退院時において１回に限り算定できる。

（11）　患者の病態により当初作成した院内標準診療計画書に変更等が必要な場合には、新たな院内標準診療計画書を作成し、説明を行う必要がある。

（12）　院内標準診療計画は、第２部通則７に定める入院診療計画とは別に作成すること。

（13）　「注５」に規定する看護職員夜間配置加算は、看護職員の手厚い夜間配置を評価したものであり、当該病棟における看護にあたり以下の隔離及び身体的拘束その他の行動制限を最小化する取組を実施した上で算定する。

ア　入院患者に対し、日頃より行動制限を必要としない状態となるよう環境を整える。

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

ウ　行動制限を実施するに当たっては、以下の対応を行う。

（イ）　実施の必要性等のアセスメント

（ロ）　患者家族への説明と同意

（ハ）　行動制限の具体的行為や実施時間等の記録

（ニ）　二次的な身体障害の予防

（ホ）　行動制限の解除に向けた検討

エ　行動制限を実施した場合は、解除に向けた検討を少なくとも１日に１度は行う。なお、

行動制限を実施することを避けるために、イ及びウの対応をとらず家族等に対し付添いを強要することがあってはならない。

(14)　「注５」に規定する看護職員夜間配置加算を算定する病院は、行動制限を最小化するための委員会において、入院医療について定期的（少なくとも月１回）な評価を行う。

(15)　「注５」に規定する看護職員夜間配置加算は、当該患者が入院した日から起算して 30 日を限度として算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、第２部入院料等の通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される入院の初日のことをいう。

(16)　「注５」に規定する看護職員夜間配置加算を算定する各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、「基本診療料の施設基準等」の第九の十四の⑴のへに定める夜間の看護師の最小必要数を超えた看護職員３人以上でなければ算定できない。

Ａ３１１－２　精神科急性期治療病棟入院料

（１）　精神科急性期治療病棟入院料の算定対象となる患者は、次に掲げる患者である。

ア　入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め２日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）（以下この項において「新規患者」という。）

イ　他の病棟から当該病棟に移動した入院患者又は当該病棟に入院中の患者であって当該入院料を算定していない患者のうち、意識障害、昏迷状態等の急性増悪のため当該病院の精神保健指定医が当該病棟における集中的な治療の必要性を認めた患者（以下この項において「転棟患者等」という。）

（２）　新規患者については入院日から起算して３月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から３月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が３月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。

（３）　転棟患者等については、１年に１回に限り、１月を限度として算定する。１年とは暦年をいい、同一暦年において当該入院料の算定開始日が２回にはならない。なお、転棟患者等が当該入院料を算定する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（４）　精神科急性期治療病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、精神科急性期治療病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

（５）　精神科急性期治療病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神病棟入院基本料の 15 対１入院基本料を算定する。

（６）　（５）により、区分番号「Ａ１０３」の精神病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ３０７」の小児入院医療管理料の（８）と同様であること。

（７）　当該入院料の算定対象となる患者は、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料の（６）の例による。

（８）　「注３」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料の（７）から（９）までの例による。

（９）　「注４」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料

の(10)から(12)までの例による。ただし、算定対象となる患者は、統合失調症、統合失調型障害、妄想性障害又は気分（感情）障害の患者のうち、区分番号「Ａ２４９」精神科急性期医師配置加算を算定するものに限る。

Ａ３１１－３　精神科救急・合併症入院料

（１）　精神科救急・合併症入院料の算定対象となる患者は、次のいずれかに該当する患者（以下この項において「新規患者」という。）であること。

ア　措置入院患者、緊急措置入院患者又は応急入院患者

イ　ア以外の患者であって、当該病棟に入院する前３か月において保険医療機関（当該病棟を有する保険医療機関を含む。）の精神病棟（精神病床のみを有する保険医療機関の精神病棟を除く。）に入院（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号）第 42 条第１項第１号又は第 61 条第１項第１号に規定する同法による入院（医療観察法入院）を除く。）したことがない患者のうち、入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め２日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）

ウ　イの規定にかかわらず、精神科救急・合併症入院料を算定した後に、身体合併症の病状が悪化等して、当該医療機関において特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児集中治療室管理料を算定するものに限る。）を算定し、再度精神科救急・合併症入院料を算定する病棟へ入院した患者

（２）　当該入院料は、入院日から起算して３月を限度として算定する。なお、届出を行い、新たに算定を開始することとなった日から３月以内においては、届出の効力発生前に当該病棟に新規入院した入院期間が３月以内の患者を、新規患者とみなして算定できる。

（３）　精神科救急・合併症入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、精神科救急・合併症入院料に含まれ、別に算定できない。

（４）　精神科救急・合併症入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神病棟入院基本料の 15 対１入院基本料を算定する。

（５）　（４）により、区分番号「Ａ１０３」の精神病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ３０７」の小児入院医療管理料の（８）と同様であること。

（６）　当該入院料の算定対象となる患者は、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料の（６）の例による。

（７）　「注３」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料の（７）から（９）までの例による。

（８）　「注４」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料の(10)から(12)までの例による。

（９）　「注５」に規定する看護職員夜間配置加算の算定に当たっては、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料の(13)から(15)までの例による。

(10)　「注５」に規定する看護職員夜間配置加算を算定する各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、「基本診療料の施設基準等」の第九の十五の二の（１）のトに定める夜間の看

護師の最小必要数を超えた看護職員３人以上でなければ算定できない。

Ａ３１１－４　児童・思春期精神科入院医療管理料

（１）　児童・思春期精神科入院医療管理料を算定する病棟又は治療室は、児童及び思春期の精神疾患患者に対して、家庭及び学校関係者等との連携も含めた体制の下に、医師、看護師、精神保健福祉士及び公認心理師~~臨床心理技術者~~等による集中的かつ多面的な治療が計画的に提供される病棟又は治療室である。

（２）　当該入院料の対象は、20 歳未満の精神疾患を有する患者（精神作用物質使用による精神及び行動の障害の患者並びに知的障害の患者を除く。）である。

（３）　当該入院料を算定する場合には、医師は看護師、精神保健福祉士及び公認心理師~~臨床心理技術者~~等と協力し、保護者等と協議の上、別紙様式４又は別紙様式４の２若しくはこれに準ずる様式を用いて、詳細な診療計画を作成する。また、作成した診療計画を保護者等に説明の上交付するとともにその写しを診療録に添付する。なお、これにより入院診療計画の基準を満たしたものとされる。

（４）　当該入院料を算定する場合には、保護者、学校関係者等に対して面接相談等適切な指導を適宜行う。

（５）　児童・思春期精神科入院医療管理に係る算定要件に該当しない患者が当該病棟又は治療室に入院した場合には、精神病棟入院基本料の特別入院基本料を算定する。

（６）　（５）により、区分番号「Ａ１０３」の精神病棟入院基本料の例により算定する場合の費用の請求については、区分番号「Ａ３０７」の小児入院医療管理料の（８）と同様であること。

（７）　平成 31 年３月 31 日までの間、平成 30 年３月 31 日時点で臨床心理技術者であった者については、公認心理師とみなす。また、平成 31 年４月１日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

Ａ３１２　精神療養病棟入院料

（１）　精神療養病棟は、主として長期にわたり療養が必要な精神障害患者が入院する病棟として認められたものであり、医療上特に必要がある場合に限り他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

（２）　精神療養病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、精神療養病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

（３）　当該病棟の入院患者に対して退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という）は、以下アからウまでの全ての業務を行う。

ア　退院に向けた相談支援業務

（イ）　当該患者及びその家族等からの相談に応じ、退院に向けた意欲の喚起等に努めること。相談を行った場合には、当該相談内容について看護記録等に記録をすること。

（ロ）　退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医の指導を受けるとともに、その他当該患者の治療に関わる者との連携を図ること。

イ　退院支援委員会に関する業務

退院支援相談員は、担当する患者について退院に向けた支援を推進するための委員会

（以下「退院支援委員会」という）を、当該患者１人につき月１回以上行うこと。なお、医療保護入院の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（昭和25年厚生省令第31号）第15条の６に基づき行われる医療保護入院者退院支援委員会の開催をもって、退院支援委員会の開催とみなすことができること。

ウ　退院調整に関する業務

患者の退院に向け、居住の場の確保等の退院後の環境にかかる調整を行うとともに、必要に応じて相談支援事業所等と連携する等、円滑な地域生活への移行を図ること。

（４）　退院支援委員会の出席者は、以下のとおりとすること。

ア　当該患者の主治医

イ　看護職員（当該患者を担当する看護職員が出席することが望ましい）

ウ　当該患者について指定された退院支援相談員

エ　アからウまで以外の病院の管理者が出席を求める当該病院職員

オ　当該患者

カ　当該患者の家族等

キ　相談支援事業所等の当該精神障害者の退院後の生活環境に関わる者

なお、オ及びカについては、必要に応じて出席すること。また、キの出席については、当該患者の同意を得ること。

（５）　退院支援委員会の開催に当たっては、別添様式38又はこれに準じた様式を用いて会議の記録を作成し、その写しを診療録等に添付すること。なお、医療保護入院の者について、医療保護入院者退院支援委員会の開催をもって、退院支援委員会の開催とみなす場合については、「医療保護入院者の退院促進に関する措置について（平成26年１月24日障発0124第２号）」に規定する医療保護入院者退院支援委員会の審議記録の写しを代わりに診療録等に添付する必要があること。

（６）　「注３」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料の（７）から（９）までの例による。

（７）「注４」の重症者加算１は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た病院である保険医療機関であって、算定する日においてＧＡＦ尺度による判定が30以下の患者である場合に算定する。

（８）「注４」の重症者加算２は、算定する日においてＧＡＦ尺度による判定が40以下の患者である場合に算定する。

（９）「注５」の退院調整加算の届出を行っている保険医療機関においては、別紙様式６を参考として看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師~~臨床心理技術者~~等の関係職種が連携して退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行う。

（10）　「注６」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「Ａ１０３」精神病棟入院基本料の（７）の例による。

（11）　平成31年３月31日までの間、平成30年３月31日時点で臨床心理技術者であった者については、公認心理師とみなす。また、平成31年４月１日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

Ａ３１４　認知症治療病棟入院料

（１）　認知症治療病棟入院料は、精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者を対象とした急性期に重点をおいた集中的な認知症治療病棟入院医療を行うため、その体制等が整備されているものとして、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関の精神病棟に入院している患者について算定する。なお、精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者とは、ＡＤＬにかかわらず認知症に伴って幻覚、妄想、夜間せん妄、徘徊、弄便、異食等の症状が著しく、その看護が著しく困難な患者をいう。

（２）　認知症治療病棟入院医療を行う病棟は重度認知症患者を入院させる施設として特に認められたものであり、他の病棟への移動は医療上特に必要がある場合に限るものとし、単に検査のために短期間他の病棟に転棟すること等は認められない。

なお、必要があって他の病棟へ移動した場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書に詳細に記載すること。

（３）　認知症治療病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、認知症治療病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

（４）　生活機能回復のための訓練及び指導の内容の要点及び実施に要した時間については、診療録等に記載すること。

（５）　「注２」の退院調整加算の届出を行っている保険医療機関においては、別紙様式６を参考として看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師~~臨床心理技術者~~等の関係職種が連携して退院支援計画を作成し、退院支援部署による退院調整を行う。

（６）　「注３」の認知症夜間対応加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとしての届け出た保険医療機関において、当該病棟に夜勤を行う看護要員が３人以上の場合~~、入院初日から起算して 30 日間に限り~~に算定できる。

（７）　「注３」の認知症夜間対応加算を算定する病棟は、行動制限を最小化する取組を実施した上で算定する。取組内容については、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料の(13)から(15)までの例による。

（８）　平成 31 年３月 31 日までの間、平成 30 年３月 31 日時点で臨床心理技術者であった者については、公認心理師とみなす。また、平成 31 年４月１日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

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

イ　公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

Ａ３１７　特定一般病棟入院料

（１）　特定一般病棟は、医療提供体制の確保の状況に鑑み、自己完結した医療を提供しているが、医療資源の少ない地域に所在する一般病棟が１病棟から成る保険医療機関の一般病棟であり、当該病棟に入院した患者について算定する。

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

（３）　「注５」に規定する一般病棟看護必要度評価加算は、特定一般病棟入院料を算定する病棟であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす病棟に入院しており、看護必要度の測定が行われた患者について算定すること。

（４）　特定一般病棟入院料を算定する病棟については、「注６」に掲げる入院基本料等加算に

ついて、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

（５）　「注７」に規定する点数については、地域包括ケア入院医療管理を行うものとして地方厚生（支）局長に届け出た病室において、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等の地域包括ケアシステムを支える医療を提供した場合に、特定一般病棟入院料（地域包括ケア１）として2,371点、特定一般病棟入院料（地域包括ケア２）として2,191点、特定一般病棟入院料（地域包括ケア３）として1,943点又は特定一般病棟入院料（地域包括ケア４）として1,743点を算定する。~~2,191点又は特定一般病棟入院料（地域包括ケア２）として1,763点を算定する。~~

Ａ３１８　地域移行機能強化病棟入院料

（１）　地域移行機能強化病棟は、当該保険医療機関に１年以上入院している患者又は当該保険医療機関での入院が１年以上に及ぶ可能性がある患者に対し、退院後に地域で安定的に日常生活を送るための訓練や支援を集中的に実施し、地域生活への移行を図る病棟であること。

（２）　地域移行機能強化病棟入院料を算定する日に使用するものとされた投薬に係る薬剤料は、地域移行機能強化病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

（３）　当該病棟の入院患者には、主治医を含む多職種が共同して、以下の支援を行うこと。このうち、アからオまでについては、入院患者全員に行う必要があること。個々の患者に応じた具体的支援の内容については退院支援委員会で議論し、退院支援計画に記載すること。これらの支援については、必要に応じ、退院後の居住先や日中の活動場所を訪問して行う必要があること。

ア　保健所、指定特定相談支援事業所・指定一般相談支援事業所の職員、障害福祉サービス事業者の職員、ピアサポーター等との定期的な交流機会を通じた退院意欲の喚起

イ　家事能力や服薬管理等、日常生活に必要な能力を習得する訓練や外出等、地域生活を念頭に置いた実際的なプログラムの実施

ウ　退院後の医療の確保に関すること

（イ）　通院医療機関の確保

（ロ）　訪問診療及び訪問看護の必要性の検討（必要な場合には、対応可能な医療機関や訪問看護ステーションも確保）

（ハ）　薬物療法のアドヒアランスの確認と安定に向けた介入

エ　居住先に関すること

（イ）　居住の場の検討と居住先（自宅を含む。）の確保

（ロ）　居住先等での試験外泊や訓練の実施

オ　退院後の生活に関すること

（イ）　障害福祉サービスや介護保険サービス等の利用の必要性の検討

（ロ）　後見人、補佐人又は補助人の必要性の検討

（ハ）　退院後の相談支援に応じる者の検討と確保（指定一般相談支援事業者、指定特定相談支援事業者、市町村の精神保健相談員又は市町村の保健師等）

（ニ）　症状の悪化時等、トラブル時の対処方法や連絡先の一覧の作成（作成した一覧の写しを診療録に添付するとともに、患者及び家族等患者の日常生活を支援する者に

交付すること）

カ　その他

（イ）　市区町村役所での諸手続や居住先で必要な日用品購入等への同行

（ロ）　適切な日中の活動場所の検討

（ハ）　活動場所への移動手段に応じた訓練

（４）　主治医は、当該病棟入院時に、患者と面談し、当該病棟で行われる訓練や治療の内容や目的等について説明すること。併せて退院時にも、精神症状や日常生活能力の評価及び改善の可能性、退院後の治療継続の必要性について、患者に説明すること。

（５）　当該病棟の入院患者に対して退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下本項において「退院支援相談員」という。）は、以下アからエまでの全ての業務を行う。

ア　退院に向けた意欲の喚起及び個別相談支援業務

（イ）　月１回以上、当該患者と面談し、本人の意向や退院後の生活に関する疑問等を聴取し、退院に向けた意欲の喚起に努めること。

（ロ）　(イ)とは別に、当該患者及びその家族等の求めに応じ、随時退院に向けた相談に応じる機会を設けること。

（ハ）　(イ)及び(ロ)で患者から聴取した内容や、助言・指導の要点を看護記録等に記録をすること。

（ニ）　退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医、当該患者の治療に関わる者及び相談支援事業者又は居宅介護支援事業者等の当該精神障害者の退院後の生活環境の調整に関わる者との連携を図ること。

イ　退院支援委員会に関する業務

退院支援相談員は、担当する患者について退院に向けた支援を推進するための委員会（以下「退院支援委員会」という。）を、当該患者１人につき月１回以上開催し、退院支援計画の進捗状況について検証すること。また、退院支援委員会の議事の要点を診療録等に記載すること。

なお、医療保護入院の者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（昭和 25 年厚生省令第 31 号）第 15 条の６に基づき行われる医療保護入院者退院支援委員会の開催をもって、退院支援委員会の開催とみなすことができること。この際、「医療保護入院者の退院促進に関する措置について　(平成 26 年１月 24 日障発 0124 第２号)」に規定する医療保護入院者退院支援委員会の審議記録の写しを診療録等に添付する必要があること。

ウ　退院調整に関する業務

患者の退院に向け、居住の場の確保等の退院後の環境に係る調整を行うとともに、必要に応じて相談支援事業所等と連携する等、円滑な地域生活への移行を図ること。

エ　退院支援計画の作成及び患者等への説明

担当する患者について、当該患者の意向や退院支援委員会での議事等を踏まえ、具体的な支援の内容とスケジュールを明記した退院支援計画を作成すること。退院支援計画の作成に当たっては、別紙様式６の３又はこれに準ずる様式を用いて作成し、作成した退院支援計画の内容を患者又はその家族等に文書で説明すること。退院支援計画は、退院支援委員会の議事等を踏まえ、少なくとも月に１回以上変更の必要性を検討するとと

もに、変更が必要な場合には変更点を患者又はその家族等に文書で説明すること。

説明に用いた文書及び退院支援計画の写しを診療録に添付すること。

（６） 退院支援委員会の出席者は、以下のとおりとすること。

ア　当該患者の主治医

イ　看護職員（当該患者を担当する看護職員が出席することが望ましい）

ウ　当該患者について指定された退院支援相談員

エ　アからウまで以外の病院の管理者が出席を求める当該病院職員

オ　当該患者

カ　当該患者の家族等

キ　指定特定相談支援事業者、指定一般相談支援事業者、居宅介護支援事業者等の当該精神障害者の退院後の生活環境に関わる者

なお、オ及びカについては、必要に応じて出席すること。また、キについては、当該患者の同意が得られない場合を除き、必ず出席を求めること。

（７） 退院を予定している患者（指定特定相談支援事業者又は居宅介護支援事業者が退院後のサービス等利用計画を作成している患者に限る。）に係る他の保険医療機関における区分番号「Ｉ００８－２」精神科ショート・ケア又は区分番号「Ｉ００９」精神科デイ・ケアの利用については、第２部通則５に規定する入院料の基本点数の控除を行わないものとする。

（８） 精神疾患を有する患者が地域で生活するために必要な保健医療福祉資源の確保に努めること。必要な地域資源が十分に確保できない場合には、当該保険医療機関自ら地域資源の開発に取り組むことが望ましい。

（９） 「注２」については、区分番号「Ａ３１１」精神科救急入院料の(７)から(９)までの例により、「注３」については 、区分番号「Ａ３１２」精神療養病棟入院料の(７)及び(８)の例による。

第４節　短期滞在手術等基本料

Ａ４００　短期滞在手術等基本料

（１）　短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等（日帰り手術、１泊２日入院による手術及び４泊５日入院による手術及び検査）を行うための環境及び当該手術を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したものであり、次に定める要件を満たしている場合に限り算定できる。

ア　手術室を使用していること（（４）短期滞在手術等基本料３のアイからウまでを算定する場合を除く。）。なお、内視鏡を用いた手術を実施する場合については、内視鏡室を使用してもよい。

イ　術前に十分な説明を行った上で、別紙様式８を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること。

ウ　退院翌日に患者の状態を確認する等、十分なフォローアップを行うこと。

エ　退院後概ね３日間、患者が１時間以内で当該医療機関に来院可能な距離にいること（短期滞在手術等基本料３を除く。）。

（２）　短期滞在手術等基本料を算定した後、当該患者が同一の疾病につき再入院した場合であって、は、当該患者が同一の疾病につき、当該再入院日が前回入院の退院の日から起算して７日以内である場合は、当該再入院においては短期滞在手術等基本料を算定せず、第１章基本診療料（第２部第４節短期滞在手術等基本料を除く。）及び第２章特掲診療料に基づきに再入院した場合は算定する。しない。

（３）　ＤＰＣ対象病院においては、短期滞在手術等基本料２を算定できない。

（４３）　保険医療機関（ＤＰＣ対象病院及び又は有床診療所を除く。）保険医療機関において、入院した日から起算して５日以内に以下の手術又は検査等を行う場合には、特に規定する場合を除き、全ての患者について短期滞在手術等基本料３を算定する。ただし、アに掲げる「「Ｄ２３７」終夜睡眠ポリグラフィーの「１」携帯用装置を使用した場合」及びイに掲げる「「Ｄ２３７」終夜睡眠ポリグラフィーの「２」多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合」については、これらの検査が原則として入院で実施されるべきものではないことから、急性冠症候群や急性脳血管障害等の緊急入院であって、可及的に睡眠時無呼吸症候群の検査を実施する必要がある場合等、医学的に当該入院で実施しなければならない特別の理由がある場合に限り、これらの点数を算定すること。また、算定の理由について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　「Ｄ２３７」終夜睡眠ポリグラフィーの「１」携帯用装置を使用した場合

イ　「Ｄ２３７」終夜睡眠ポリグラフィーの「２」多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合

アウ　「Ｄ２３７」終夜睡眠ポリグラフィーの「３」１及び２以外の場合

イエ　「Ｄ２９１－２」小児食物アレルギー負荷検査

ウオ　「Ｄ４１３」前立腺針生検法

カ　「Ｋ００８」腋臭症手術の「２」皮膚有毛部切除術

エキ　「Ｋ０９３－２」関節鏡下手根管開放手術

オク　「Ｋ１９６－２」胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）

カケ 「Ｋ２８２」水晶体再建術の「１」眼内レンズを挿入する場合の「ロ」その他のもの（片側）

キコ 「Ｋ２８２」水晶体再建術の「１」眼内レンズを挿入する場合の「ロ」その他のもの（両側）

~~サ 「Ｋ２８２」水晶体再建術の「２」眼内レンズを挿入しない場合（片側）~~

~~シ 「Ｋ２８２」水晶体再建術の「２」眼内レンズを挿入しない場合（両側）~~

クス 「Ｋ４７４」乳腺腫瘍摘出術の「１」長径５センチメートル未満

ケセ 「Ｋ６１６－４」経皮的シャント拡張術・血栓除去術

コソ 「Ｋ６１７」下肢静脈瘤手術の「１」抜去切除術

サタ 「Ｋ６１７」下肢静脈瘤手術の「２」硬化療法（一連として）

シチ 「Ｋ６１７」下肢静脈瘤手術の「３」高位結紮術

スツ 「Ｋ６３３」ヘルニア手術の「５」鼠径ヘルニア（３歳未満に限る。）

セテ 「Ｋ６３３」ヘルニア手術の「５」鼠径ヘルニア（３歳以上６歳未満に限る。）

ソト 「Ｋ６３３」ヘルニア手術の「５」鼠径ヘルニア（６歳以上 15 歳未満に限る。）

タナ 「Ｋ６３３」ヘルニア手術の「５」鼠径ヘルニア（15 歳以上に限る。）

チニ 「Ｋ６３４」腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳未満に限る。）

ツヌ 「Ｋ６３４」腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（３歳以上６歳未満に限る。）

テネ 「Ｋ６３４」腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（６歳以上 15 歳未満に限る。）

トノ 「Ｋ６３４」腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（15 歳以上に限る。）

ナハ 「Ｋ７２１」内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術の「１」長径２センチメートル未満

ニヒ 「Ｋ７２１」内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術の「２」長径２センチメートル以上

ヌフ 「Ｋ７４３」痔核手術（脱肛を含む。）の「２」硬化療法(四段階注射法によるもの)

ネヘ 「Ｋ７６８」体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）

ノホ 「Ｋ８６７」子宮頸部(腟部)切除術

ハマ 「Ｋ８７３」子宮鏡下子宮筋腫摘出術

ヒミ 「Ｍ００１－２」ガンマナイフによる定位放射線治療

（５~~４~~） 以下のアからエまでに該当する場合は、短期滞在手術等基本料３を算定しない。なお、イ及びウについては、例えば眼科で同一の手術を両眼に実施した場合等、同一の手術又は検査を複数回実施する場合は含まれない。また、エについては、手術又は検査を実施した保険医療機関、転院先の保険医療機関ともに短期滞在手術等基本料３を算定しない。

ア 特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する保険医療機関の場合

イ 入院した日から起算して５日以内に（４~~３~~）のアからヒ~~ミ~~までに掲げる検査、手術又は放射線治療の中から２以上を実施した場合。

ウ 入院した日から起算して５日以内に（４~~３~~）のアからヒ~~ミ~~までに掲げる検査、手術又は放射線治療に加えて、手術（第２章特掲診療料第 10 部手術に掲げるもの）を実施した場合。

エ 入院した日から起算して５日以内に（４~~３~~）のアからヒ~~ミ~~までに掲げる検査、手術又は放射線治療を実施した後、入院した日から起算して５日以内に他の保険医療機関に転

院した場合。

(6 ~~5~~) 短期滞在手術等基本料３を算定する場合は、当該患者に対して行った第２章第２部第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料、区分番号「Ｊ０３８」に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料（第２章第５部第３節薬剤料に掲げる各所定点数をいう。）並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除き、医科点数表に掲げる全ての項目について、別に算定できない。また、入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院医療機関が入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該又は他の保険医療機関等で処方された薬剤を患者に持参させ、入院医療機関が使用することは特別な理由がない限り認められない（やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合については、当該特別な理由を診療録に記載すること。）。

(7 ~~6~~) 短期滞在手術等基本料３を算定する患者について、６日目以降においても入院が必要な場合には、６日目以降の療養に係る費用は、第１章基本診療料（第２部第４節短期滞在手術等基本料を除く。）及び第２章特掲診療料に基づき算定すること。

(8 ~~7~~) 短期滞在手術を行うことを目的として本基本料１又は２に包括されている検査及び当該検査項目等に係る判断料並びに画像診断項目を実施した場合の費用は短期滞在手術等基本料１又は２に含まれ、別に算定できない。ただし、当該手術の実施とは別の目的で当該検査又は画像診断項目を実施した場合は、この限りでない。この場合において、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(9 ~~8~~) 短期滞在手術等基本料を算定している月においては、血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料又は免疫学的検査判断料は算定できない。ただし、短期滞在手術等基本料３を算定している月においては、入院日の前日までに行った血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料又は免疫学的検査判断料はこの限りではない。

(10 ~~9~~) 短期滞在手術等基本料を算定した同一月に心電図検査を算定した場合は、算定の期日にかかわらず、所定点数の 100 分の 90 の点数で算定する。ただし、短期滞在手術等基本料３を算定している月においては、退院日の翌日以降に限る。

(11 ~~10~~) 短期滞在手術等基本料１又は２を算定する際、使用したフィルムの費用は、区分番号「Ｅ４００」の ~~に掲げる~~ フィルムの所定点数により算定する。

(12 ~~11~~) 同一の部位につき短期滞在手術等基本料１又は２に含まれる写真診断及び撮影と同時に２枚以上のフィルムを使用して同一の方法により撮影を行った場合における第２枚目から第５枚目までの写真診断及び撮影の費用は、それぞれの所定点数の 100 分の 50 に相当する点数で別に算定できるものとする。なお、第６枚目以後の写真診断及び撮影の費用については算定できない。

(13 ~~12~~) 短期滞在手術等基本料１の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術等基本料の対象となる手術を行った場合であって入院基本料を算定する場合には、短期滞在手術等基本料を算定しない詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

第２章　特掲診療料

＜通則＞

１　第１部に規定する特定疾患療養管理料、ウイルス疾患指導料、小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、慢性疼痛疾患管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料及び耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料並びに第２部第２節第１款の各区分に規定する在宅療養指導管理料及び第８部精神科専門療法に掲げる心身医学療法は特に規定する場合を除き同一月に算定できない。

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

３　オンライン医学管理料

（１）　オンライン医学管理料は、対面診療の原則のもとで、対面診療とオンライン診察を組み合わせた診療計画を作成し、当該計画に基づいて、オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、オンライン診察の後の対面診療時に、区分番号「Ｂ０００」特定疾患療養管理料、区分番号「Ｂ００１」の「５」小児科療養指導料、区分番号「Ｂ００１」の「６」てんかん指導料、区分番号「Ｂ００１」の「７」難病外来指導管理料、区分番号「Ｂ００１」の「27」糖尿病透析予防指導管理料、区分番号「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料、区分番号「Ｂ００１－２－10」認知症地域包括診療料又は区分番号「Ｂ００１－３」生活習慣病管理料（以下「特定管理料等」という。）と併せて算定する。なお、オンライン医学管理料は、前回の対面診療による受診月の翌月から今回の対面診療による受診月の前月までの期間が２月以内の場合に限り、対面診療による受診月に算定できる。

（２）　オンライン医学管理料が算定可能な患者は、特定管理料等の算定対象となる患者であって、特定管理料等を初めて算定した月から６月以上経過し、かつ特定管理料等を初めて算定した月から６月の間、オンライン診察を行う医師と同一の医師により、毎月対面診療を行っているものに限る。ただし、特定管理料等を初めて算定した月から６月以上経過している場合は、直近 12 月以内に同一の特定管理料等を６回以上、同一の医師による対面診療において算定していればよい。

（３）　同一月にオンライン診察による計画的な療養上の医学管理を２回以上行った場合でも、オンライン医学管理料は月１回に限り、対面診療による受診月に特定管理料等と併せて算定する。また、オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行った月の同月に特定管理料等を算定している場合は、当該月のオンライン医学管理料は算定することはできない。

（４）　患者の同意を得た上で、対面による診療とオンライン診察を組み合わせた診療計画（対面による診療の間隔は３月以内のものに限る。）を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載する。なお、当該診療計画に基づかない他の傷病に対する診察は、対面診療で行うことが原則であり、オンライン医学管理料は算定できない。

（５）　当該計画に沿って、オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行った際には、当該管理の内容、当該管理に係るオンライン診察を行った日、診察時間等の要点を診療録に記載すること。

（６） オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、特定管理料等を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。

（７） オンライン診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診察を行う。

（８） オンライン診察による計画的な療養上の医学管理は、当該保険医療機関内において行う。

（９） オンライン医学管理料を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、特定管理料等の算定を開始した年月を記載すること。

第１部　医学管理等

Ｂ０００　特定疾患療養管理料

（１） 特定疾患療養管理料は、生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したものであり、許可病床数が 200 床以上の病院においては算定できない。

（２） 特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に、月２回に限り算定する。

（３） 第１回目の特定疾患療養管理料は、区分番号「Ａ０００」初診料（「注５」のただし書に規定する所定点数を算定する場合を含む。特に規定する場合を除き、以下この部において同じ。）を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して１か月を経過した日以降に算定する。ただし、本管理料の性格に鑑み、１か月を経過した日が休日の場合であって、その休日の直前の休日でない日に特定疾患療養管理料の「注１」に掲げる要件を満たす場合には、その日に特定疾患療養管理料を算定できる。

（４） 区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して１か月を経過した日が翌々月の１日となる場合であって、初診料を算定した初診の日又は退院の日が属する月の翌月の末日（その末日が休日の場合はその前日）に特定疾患療養管理料の「注１」に掲げる要件を満たす場合には、本管理料の性格に鑑み、その日に特定疾患療養管理料を算定できる。

（５） 診察に基づき計画的な診療計画を立てている場合であって、必要やむを得ない場合に、看護に当たっている家族等を通して療養上の管理を行ったときにおいても、特定疾患療養管理料を算定できる。

（６） 管理内容の要点を診療録に記載する。

（７） 同一保険医療機関において、２以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。

（８） 特定疾患療養管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする者に対し、実際に主病を中心とした療養上必要な管理が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が当該保険医療機関では行われていない場合には算定できない。

（９） 主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、対診又は依頼により検査のみを行っている保険医療機関にあっては算定できない。

~~(10)　再診が電話等により行われた場合にあっては、特定疾患療養管理料は算定できない。~~

(10~~11~~)　入院中の患者については、いかなる場合であっても特定疾患療養管理料は算定できない。従って、入院中の患者に他の疾患が発症し、別の科の外来診療室へ行って受診する場合であっても、当該発症については特定疾患療養管理料の算定はできない。

(11~~12~~)　別に厚生労働大臣が定める疾病名は、「疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表（平成 27~~21~~ 年総務省告示第 35~~176~~ 号）」（以下「分類表」という。）に規定する分類に該当する疾病の名称であるが、疾病名について各医療機関での呼称が異なっていても、その医学的内容が分類表上の対象疾病名と同様である場合は算定の対象となる。ただし、混乱を避けるため、できる限り分類表上の名称~~疾病名~~を用いることが望ましい。

Ｂ００１　特定疾患治療管理料

１　ウイルス疾患指導料

（１）　肝炎ウイルス、ＨＩＶ又は成人Ｔ細胞白血病ウイルスによる疾患に罹患しており、かつ、他人に対し感染させる危険がある者又はその家族に対して、療養上必要な指導及びウイルス感染防止のための指導を行った場合に、肝炎ウイルス疾患又は成人Ｔ細胞白血病については、患者１人につき１回に限り算定し、後天性免疫不全症候群については、月１回に限り算定する。

（２）　ウイルス疾患指導料は、当該ウイルス疾患に罹患していることが明らかにされた時点以降に、「注１」に掲げる指導を行った場合に算定する。なお、ウイルス感染防止のための指導には、公衆衛生上の指導及び院内感染、家族内感染防止のための指導等が含まれる。

（３）　ＨＩＶの感染者に対して指導を行った場合には、「ロ」を算定する。

（４）　同一の患者に対して、同月内に「イ」及び「ロ」の双方に該当する指導が行われた場合は、主たるもの一方の所定点数のみを算定する。

（５）　「注２」に掲げる加算は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、後天性免疫不全症候群に罹患している患者又はＨＩＶの感染者に対して療養上必要な指導及び感染予防に関する指導を行った場合に算定する。

（６）　指導内容の要点を診療録に記載する。

２　特定薬剤治療管理料

（１）　特定薬剤治療管理料１

~~ア(1)~~　特定薬剤治療管理料１は、下記のものに対して投与薬剤の血中濃度を測定し、その結果に基づき当該薬剤の投与量を精密に管理した場合、月１回に限り算定する。

(イ)~~ア~~　心疾患患者であってジギタリス製剤を投与しているもの

(ロ)~~イ~~　てんかん患者であって抗てんかん剤を投与しているもの

(ハ)~~ウ~~　気管支喘息、喘息性（様）気管支炎、慢性気管支炎、肺気腫又は未熟児無呼吸発作の患者であってテオフィリン製剤を投与しているもの

(ニ)~~エ~~　不整脈の患者に対して不整脈用剤を継続的に投与しているもの

(ホ)~~オ~~　統合失調症の患者であってハロペリドール製剤又はブロムペリドール製剤を投与しているもの

(ヘ)~~カ~~　躁うつ病の患者であってリチウム製剤を投与しているもの

(ト)~~キ~~　躁うつ病又は躁病の患者であってバルプロ酸ナトリウム又はカルバマゼピンを投与しているもの

(チ)~~ク~~　臓器移植術を受けた患者であって臓器移植における拒否反応の抑制を目的として免疫抑制剤を投与しているもの

(リ)~~ケ~~　ベーチェット病の患者であって活動性・難治性眼症状を有するもの又はその他の非感染性ぶどう膜炎（既存治療で効果不十分で、視力低下のおそれのある活動性の中間部又は後部の非感染性ぶどう膜炎に限る。）、~~重度の~~再生不良性貧血、赤芽球癆、尋常性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症、関節症性乾癬、全身型重症筋無力症、アトピー性皮膚炎（既存治療で十分な効果が得られない患者に限る。）若しくはネフローゼ症候群の患者であってシクロスポリンを投与しているもの

(ヌ)~~コ~~　若年性関節リウマチ、リウマチ熱又は慢性関節リウマチの患者であってサリチル酸系製剤を継続的に投与しているもの

(ル)~~サ~~　悪性腫瘍の患者であってメトトレキサートを投与しているもの

(ヲ)~~シ~~　全身型重症筋無力症、関節リウマチ、ループス腎炎、潰瘍性大腸炎又は間質性肺炎（多発性筋炎又は皮膚筋炎に合併するものに限る。）の患者であってタクロリムス水和物を投与しているもの

(ワ)~~ス~~　重症又は難治性真菌感染症又は造血幹細胞移植の患者であってトリアゾール系抗真菌剤を投与（造血幹細胞移植の患者にあっては、深在性真菌症の予防を目的とするものに限る。）しているもの

(カ)~~セ~~　片頭痛の患者であってバルプロ酸ナトリウムを投与しているもの

(ヨ)~~ソ~~　イマチニブを投与しているもの

(タ)~~タ~~　結節性硬化症に伴う上衣下巨細胞性星細胞腫の患者であって抗悪性腫瘍剤としてエベロリムスを投与しているもの

(レ)　リンパ脈管筋腫症の患者であってシロリムス製剤を投与しているもの

(ソ)~~ツ~~　腎細胞癌の患者であって抗悪性腫瘍剤としてスニチニブを投与しているもの

イ~~(2)~~　特定薬剤治療管理料１を算定できる不整脈用剤とはプロカインアミド、Ｎ－アセチルプロカインアミド、ジソピラミド、キニジン、アプリンジン、リドカイン、ピルジカイニド塩酸塩、プロパフェノン、メキシレチン、フレカイニド、シベンゾリンコハク酸塩、ピルメノール、アミオダロン、ソタロール塩酸塩及びベプリジル塩酸塩をいう。

ウ~~(3)~~　特定薬剤治療管理料１を算定できるグリコペプチド系抗生物質とは、バンコマイシン及びテイコプラニンをいい、トリアゾール系抗真菌剤とは、ボリコナゾールをいう。

エ~~(4)~~　特定薬剤治療管理料１を算定できる免疫抑制剤とは、シクロスポリン、タクロリムス水和物、エベロリムス及びミコフェノール酸モフェチルをいう。

オ~~(5)~~　アミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質、トリアゾール系抗真菌剤等を数日間以上投与している入院中の患者について、投与薬剤の血中濃度を測定し、

その測定結果をもとに投与量を精密に管理した場合、月１回に限り算定する。

カ~~(6)~~　本管理料には、薬剤の血中濃度測定、当該血中濃度測定に係る採血及び測定結果に基づく投与量の管理に係る費用が含まれるものであり、１月のうちに２回以上血中濃度を測定した場合であっても、それに係る費用は別に算定できない。ただし、別の疾患に対して別の薬剤を投与した場合（例えば、てんかんに対する抗てんかん剤と気管支喘息に対するテオフィリン製剤の両方を投与する場合）及び同一疾患についてアの(イ)から(ソ)~~(1)アからタ~~までのうち同一の区分に該当しない薬剤を投与した場合（例えば、発作性上室性頻脈に対してジギタリス製剤及び不整脈用剤を投与した場合）はそれぞれ算定できる。

キ~~(7)~~　薬剤の血中濃度、治療計画の要点を診療録に記載する。

ク~~(8)~~　ジギタリス製剤の急速飽和を行った場合は、１回に限り急速飽和完了日に「注３」に規定する点数を算定することとし、当該算定を行った急速飽和完了日の属する月においては、別に特定薬剤治療管理料は算定できない。なお、急速飽和とは、重症うっ血性心不全の患者に対して２日間程度のうちに数回にわたりジギタリス製剤を投与し、治療効果が得られる濃度にまで到達させることをいう。

ケ~~(9)~~　てんかん重積状態のうち算定の対象となるものは、全身性けいれん発作重積状態であり、抗てんかん剤を投与している者について、注射薬剤等の血中濃度を測定し、その測定結果をもとに投与量を精密に管理した場合は、１回に限り、重積状態が消失した日に「注３」に規定する点数を算定することとし、当該算定を行った重積状態消失日の属する月においては、別に特定薬剤治療管理料１は算定できない。

コ~~(10)~~　「注３」に規定する点数を算定する場合にあっては、「注６」に規定する加算を含め別に特定薬剤治療管理料１は算定できない。

サ~~(11)~~　「注４」に規定する「抗てんかん剤又は免疫抑制剤を投与している患者」には、躁うつ病又は躁病によりバルプロ酸又はカルバマゼピンを投与している患者が含まれ、当該患者は４月目以降においても減算対象とならない。また、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する「４月目以降」とは、初回の算定から暦月で数えて４月目以降のことである。

シ~~(12)~~　免疫抑制剤を投与している臓器移植後の患者については、臓器移植を行った日の属する月を含め３月に限り、臓器移植加算として「注６」に規定する点数を算定し、初回月加算は算定しない。

ス~~(13)~~　初回月加算は、投与中の薬剤の安定した血中至適濃度を得るため頻回の測定が行われる初回月に限り、「注６」に規定する点数を加算できるものであり、薬剤を変更した場合においては算定できない。

セ~~(14)~~　特殊な薬物血中濃度の測定及び計画的な治療管理のうち、特に本項を準用する必要のあるものについては、その都度当局に内議し、最も近似する測定及び治療管理として準用が通知された算定方法により算定する。

（２）　特定薬剤治療管理料２

ア　特定薬剤治療管理料２は、胎児曝露を未然に防止するための安全管理手順を遵守した上でサリドマイド製剤及びその誘導体の処方及び調剤を実施した患者に対して、医師及び薬剤師が、当該薬剤の管理の状況について確認及び適正使用に係る必要な説明

を行い、当該医薬品の製造販売を行う企業に対して確認票等を用いて定期的に患者の服薬に係る安全管理の遵守状況等を報告した場合において、月に１回につき算定する。

イ　サリドマイド製剤及びその誘導体とは、サリドマイド、レナリドミド及びポマリドミドをいう。

ウ　安全管理手順については「サリドマイド製剤安全管理手順（TERMS）」及び「レブラミド・ポマリスト適正管理手順（RevMate）」を遵守すること。

エ　特定薬剤治療管理料２を算定する場合は、診療録等に指導内容の要点を記録すること。

３　悪性腫瘍特異物質治療管理料

（１）　悪性腫瘍特異物質治療管理料は、悪性腫瘍であると既に確定診断がされた患者について、腫瘍マーカー検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

（２）　悪性腫瘍特異物質治療管理料には、腫瘍マーカー検査、当該検査に係る採血及び当該検査の結果に基づく治療管理に係る費用が含まれるものであり、１月のうち２回以上腫瘍マーカー検査を行っても、それに係る費用は別に算定できない。

（３）　腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点を診療録に記載する。

（４）　「注３」に規定する初回月加算は、適切な治療管理を行うために多項目の腫瘍マーカー検査を行うことが予想される初回月に限って算定する。ただし、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定する当該初回月の前月において、区分番号「Ｄ００９」腫瘍マーカーを算定している場合は、当該初回月加算は算定できない。

（５）　区分番号「Ｄ００９」腫瘍マーカーにおいて、併算定が制限されている項目を同一月に併せて実施した場合には、１項目とみなして、本管理料を算定する。

（６）　当該月に悪性腫瘍特異物質以外の検査（本通知の腫瘍マーカーの項に規定する例外規定を含む。）を行った場合は、本管理料とは別に、検査に係る判断料を算定できる。

（例）　肝癌の診断が確定している患者でα－フェトプロテインを算定し、別に、区分番号「Ｄ００８」内分泌学的検査を行った場合の算定

悪性腫瘍特異物質治療管理料「ロ」の「(１)」

＋区分番号「Ｄ００８」内分泌学的検査の実施料

＋区分番号「Ｄ０２６」の「４」生化学的検査(Ⅱ)判断料

（７）　特殊な腫瘍マーカー検査及び計画的な治療管理のうち、特に本項を準用する必要のあるものについては、その都度当局に内議し、最も近似する腫瘍マーカー検査及び治療管理として準用が通知された算定方法により算定する。

４　小児特定疾患カウンセリング料

（１）　乳幼児期及び学童期における特定の疾患を有する患者及びその家族に対して日常生活の環境等を十分勘案した上で、小児科（小児外科を含む。以下この部において同じ。）又は心療内科の医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要なカウンセリングを行った場合に算定する。ただし、家族に対してカウンセリングを行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。

（２）　小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者は、次に掲げる患者である。

ア　気分障害の患者
イ　神経症性障害の患者
ウ　ストレス関連障害の患者
エ　身体表現性障害（小児心身症を含む。また、喘息や周期性嘔吐症等の状態が心身症と判断される場合は対象となる。）の患者
オ　生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群（摂食障害を含む。）の患者
カ　心理的発達の障害（自閉症を含む。）の患者
キ　小児期又は青年期に通常発症する行動及び情緒の障害（多動性障害を含む。）の患者

（3）　小児特定疾患カウンセリング料の対象となる患者には、登校拒否の者を含むものであること。

~~（4）　小児科（小児外科を含む。以下この部において同じ。）を標榜する保険医療機関のうち、他の診療科を併せ標榜するものにあっては、小児科のみを専任する医師が本カウンセリングを行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあっては算定できない。ただし、アレルギー科を併せ担当している場合はこの限りでない。~~

（4~~5~~）　小児特定疾患カウンセリング料は、同一暦月において第１回目及び第２回目のカウンセリングを行った日に算定する。

（5~~6~~）　当該疾病の原因と考えられる要素、診療計画及び指導内容の要点等カウンセリングに係る概要を診療録に記載する。

（6~~7~~）　小児特定疾患カウンセリング料を算定する場合には、同一患者に対し第１回目のカウンセリングを行った年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（7~~8~~）　電話によるカウンセリングは、本カウンセリングの対象とはならない。

5　小児科療養指導料

（1）　~~小児科を標榜する保険医療機関のうち、他の診療科を併せ標榜するものにあっては、~~小児科のみを専任する医師が作成する一定の治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に限り算定する。治療計画を作成する~~ものであり、同一~~医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあっては算定できない。ただし、アレルギー科を併せ担当している場合はこの限りでない。

（2）　小児科療養指導料の対象となる疾患及び状態は、脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、~~及び~~血小板減少性紫斑病、先天性股関節脱臼、内反足、二分脊椎、骨系統疾患、先天性四肢欠損、分娩麻痺、先天性多発関節拘縮症及び~~並びに~~児童福祉法第６条の２第１項に規定する小児慢性特定疾病（同条第２項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）並びに同法第 56 条の６第２項に規定する障害児に該当する状態であり、対象となる患者は、15 歳未満の入院中の患者以外の患者である。また、出生時の体重が 1,500ｇ未満であった６歳未満の者についても、入院中の患者以外の患者はその対象となる。

（3）　小児科療養指導料は、当該疾病又は状態を主病とする患者又はその家族に対して、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に月１回に限り算定する。ただし、家族に対

して指導を行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。

（４） 第１回目の小児科療養指導料は、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日の属する月の翌月の１日又は当該保険医療機関から退院した日から起算して１か月を経過した日以降に算定する。

（５） 指導内容の要点を診療録に記載する。

（６） 必要に応じ、患者の通学する学校との情報共有・連携を行うこと。~~（６） 再診が電話等により行われた場合にあっては、小児科療養指導料は算定できない。~~

（７） 日常的に車椅子を使用する患者であって、車椅子上での姿勢保持が困難なため、食事摂取等の日常生活動作の能力の低下をきした患者については、医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士等が、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行うことが望ましい。

（８） 「注５」に規定する加算は、長期的に人工呼吸器による呼吸管理が必要と見込まれる患者に対して、患者やその家族等の心理状態に十分配慮された環境で、医師及び看護師が必要に応じてその他の職種と共同して、人工呼吸器による管理が適応となる病状及び治療方法等について、患者やその家族等が十分に理解し、同意した上で治療方針を選択できるよう、説明及び相談を行った場合に算定する。説明及び相談にあたっては、患者及びその家族が理解できるよう、必要時に複数回に分けて説明や相談を行う。なお、説明等の内容の要点を診療録等に記載する。

６ てんかん指導料

（１） てんかん指導料は、小児科、神経科、神経内科、精神科、脳神経外科又は心療内科を標榜する保険医療機関において、当該標榜診療科の専任の医師が、てんかん（外傷性を含む。）の患者であって入院中以外のもの又はその家族に対し、治療計画に基づき療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

（２） 第１回目のてんかん指導料は、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して１か月を経過した日以降に算定できる。

（３） 診療計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。~~（４） 電話等によって指導が行われた場合は、てんかん指導料は算定できない。~~

７ 難病外来指導管理料

（１） 難病外来指導管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾病を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

（２） 第１回目の難病外来指導管理料は、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して１か月を経過した日以降に算定できる。

（３） 別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者にあっても、実際に主病を中心とした療養上必要な指導が行われていない場合又は実態的に主病に対する治療が行われていない場合には算定できない。

（４） 診療計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。

~~（５） 電話等によって指導が行われた場合は、難病外来指導管理料は算定できない。~~

（５）　「注５」に規定する加算は、長期的に人工呼吸器による呼吸管理が必要と見込まれる患者に対して、患者やその家族等の心理状態に十分配慮された環境で、医師及び看護師が必要に応じてその他の職種と共同して、人工呼吸器による管理が適応となる病状及び治療方法等について、患者やその家族等が十分に理解し、同意した上で治療方針を選択できるよう、説明及び相談を行った場合に算定する。説明及び相談にあたっては、患者及びその家族が理解できるよう、必要時に複数回に分けて説明や相談を行う。なお、説明等の内容の要点を診療録等に記載する。

8　皮膚科特定疾患指導管理料

（１）　皮膚科を標榜する保険医療機関とは、皮膚科、皮膚泌尿器科又は皮膚科及び泌尿器科、形成外科若しくはアレルギー科を標榜するものをいい、他の診療科を併せ標榜するものにあっては、皮膚科又は皮膚泌尿器科を専任する医師が本指導管理を行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあっては算定できない。

（２）　皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅰ)の対象となる特定疾患は、天疱瘡、類天疱瘡、エリテマトーデス（紅斑性狼瘡）、紅皮症、尋常性乾癬、掌蹠膿疱症、先天性魚鱗癬、類乾癬、扁平苔癬並びに結節性痒疹及びその他の痒疹（慢性型で経過が１年以上のものに限る。）であり、皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)の対象となる特定疾患は、帯状疱疹、じんま疹、アトピー性皮膚炎（16 歳以上の患者が罹患している場合に限る。）、尋常性白斑、円形脱毛症及び脂漏性皮膚炎である。ただし、アトピー性皮膚炎については、外用療法を必要とする場合に限り算定できる。

（３）　医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要な指導管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

（４）　第１回目の皮膚科特定疾患指導管理料は、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して１か月を経過した日以降に算定する。

（５）　皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)は、同一暦月には算定できない。

（６）　診療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

~~（７）　電話等により行われた場合にあっては、皮膚科特定疾患指導管理料は算定できない。~~

9　外来栄養食事指導料

（１）　外来栄養食事指導料は、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を医師が必要と認めた者又は次のいずれかに該当する者に対し、当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、初回にあっては概ね 30 分以上、２回目以降にあっては概ね 20 分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に算定する。

ア　がん患者

イ　摂食機能又は嚥下機能が低下した患者

ウ　低栄養状態にある患者

（２）　管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものとし、熱量・熱量構成、蛋白質、脂質その他の栄養素の量、病態に応じた食事の形態等に係る情報のうち医師が必要と認めるものに関する具体的な指示を含まなければならない。

（３） 管理栄養士は常勤である必要はなく、要件に適合した指導が行われていれば算定できる。

（４） 外来栄養食事指導料は初回の指導を行った月にあっては１月に２回を限度として、その他の月にあっては１月に１回を限度として算定する。ただし、初回の指導を行った月の翌月に２回指導を行った場合であって、初回と２回目の指導の間隔が 30 日以内の場合は、初回の指導を行った翌月に２回算定することができる。

（５） 特別食には、心臓疾患及び妊娠高血圧症候群等の患者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の患者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の患者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食、高度肥満症（肥満度が＋40％以上又はＢＭＩが 30 以上）の患者に対する治療食並びにてんかん食（難治性てんかん（外傷性のものを含む。）、グルコーストランスポーター１欠損症又はミトコンドリア脳筋症の患者に対する治療食であって、グルコースに代わりケトン体を熱量源として供給することを目的に炭水化物量の制限と脂質量の増加が厳格に行われたものに限る。）を含む。ただし、高血圧症の患者に対する減塩食（塩分の総量が６ｇ未満のものに限る。）及び小児食物アレルギー患者（食物アレルギー検査の結果（他の保険医療機関から提供を受けた食物アレルギー検査の結果を含む。）、食物アレルギーを持つことが明らかな９歳未満の小児に限る。）に対する小児食物アレルギー食については、入院時食事療養（Ｉ）又は入院時生活療養（Ｉ）の特別食加算の場合と異なり、特別食に含まれる。なお、妊娠高血圧症候群の患者に対する減塩食は、日本高血圧学会、日本妊娠高血圧学会等の基準に準じていること。

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

（７） 低栄養状態にある患者とは、次のいずれかを満たす患者をいう。

ア 血中アルブミンが 3.0g/dL 以下である患者

イ 医師が栄養管理により低栄養状態の改善を要すると判断した患者

（８） 医師は、診療録に管理栄養士への指示事項を記載する。また、管理栄養士は、患者ごとに栄養指導記録を作成するとともに、指導内容の要点及び指導時間を記載する。

10 入院栄養食事指導料

（１） 入院栄養食事指導料１は、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を医師が必要と認めた者又は次のいずれかに該当する者に対し、当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、初回にあっては概ね 30 分以上、２回目にあっては概ね 20 分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に入院中２回に限り~~を限度として~~算定する。ただし、１週間に１回に限り~~を限度~~とする。また、入院栄養食事指導料２は、有床診療所において、当該診療所以外（栄養ケア・ステーション及び他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき、指導（対面に限る。）を行った場合に算定する。

ア がん患者

イ 摂食機能又は嚥下機能が低下した患者

ウ　低栄養状態にある患者

（２）　入院栄養食事指導料を算定するに当たって、上記以外の事項は区分番号「Ｂ００１」の９外来栄養食事指導料における留意事項の(２)、(３)（入院栄養食事指導料１に限る。）、(５)から(８)までの例による。

11　集団栄養食事指導料

（１）　集団栄養食事指導料は、別に厚生労働大臣が定める特別食を医師が必要と認めた者に対し、当該保険医療機関の管理栄養士が医師の指示に基づき、複数の患者を対象に指導を行った場合に患者１人につき月１回に限り所定点数を算定する。

（２）　集団栄養食事指導料は、入院中の患者については、入院期間が２か月を超える場合であっても、入院期間中に２回を限度として算定する。

（３）　入院中の患者と入院中の患者以外の患者が混在して指導が行われた場合であっても算定できる。

（４）　１回の指導における患者の人数は 15 人以下を標準とする。

（５）　１回の指導時間は 40 分を超えるものとする。

（６）　それぞれの算定要件を満たしていれば、区分番号「Ｂ００１」の「11」集団栄養食事指導料と区分番号「Ｂ００１」の「９」外来栄養食事指導料又は区分番号「Ｂ００１」の「10」入院栄養食事指導料を同一日に併せて算定することができる。

（７）　集団栄養食事指導料を算定する医療機関にあっては、集団による指導を行うのに十分なスペースを持つ指導室を備えるものとする。ただし、指導室が専用であることを要しない。

（８）　医師は、診療録に管理栄養士への指示事項を記載する。また、管理栄養士は、患者ごとに栄養指導記録を作成するとともに、指導内容の要点及び指導時間を記載する。

（９）　集団栄養食事指導料を算定するに当たって、上記以外の事項は区分番号「Ｂ００１」の「９」外来栄養食事指導料における留意事項の(２)、(３)及び(５)の例による。ただし、同留意事項の(５)の小児食物アレルギー患者（９歳未満の小児に限る。）に対する特別食の取扱いを除く。

12　心臓ペースメーカー指導管理料

（１）　「注１」に規定する「体内植込式心臓ペースメーカー等」とは特定保険医療材料のペースメーカー、植込型除細動器、両室ペーシング機能付き植込型除細動器及び着用型自動除細動器を指す。

（２）　心臓ペースメーカー指導管理料は、電気除細動器、一時的ペーシング装置、ペースメーカー機能計測装置（ペーサーグラフィー、プログラマー等）等を有する保険医療機関において、体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者であって入院中の患者以外のものについて、当該ペースメーカー等のパルス幅、スパイク間隔、マグネットレート、刺激閾値、感度等の機能指標を計測するとともに、療養上必要な指導を行った場合に算定する。この場合において、プログラム変更に要する費用は所定点数に含まれる。

（３）　計測した機能指標の値及び指導内容の要点を診療録に記載する。

（４）　なお、心臓ペースメーカー患者等の指導管理については、関係学会より留意事項が示されるので、これらの事項を十分参考とすべきものである。

（５）　「注４」の植込型除細動器移行期加算は、次のいずれかに該当する場合に算定する。当該加算を算定する場合は、~~また、~~着用型自動除細動器の使用開始日及び次のいずれに該当するかを~~、使用する理由及び医学的根拠を~~診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　心室頻拍又は心室細動による心臓突然死のリスクが高く、植込型除細動器（以下「ＩＣＤ」という。）の適応の可否が未確定の患者を対象として、除細動治療を目的に、ＩＣＤの適応の可否が確定するまでの期間に限り使用する場合

イ　ＩＣＤの適応であるが、患者の状態等により直ちにはＩＣＤが植え込めない患者を対象として、ＩＣＤの植え込みを行うまでの期間に限り使用する場合

（６）　「注５」の遠隔モニタリング加算は、遠隔モニタリングに対応した体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者であって、入院中の患者以外のものについて、適切な管理を行い、状況に応じて適宜患者に来院等を促す体制が整っている場合に算定する。この場合において、当該加算は、遠隔モニタリングによる来院時以外の期間における体内植込式心臓ペースメーカー等の機能指標の計測等を含めて評価したものであり、このような一連の管理及び指導を行った場合において、11 か月を限度として来院時に算定することができる。なお、この場合において、プログラム変更に要する費用は所定点数に含まれる。また、患者の急変等により患者が受診し、療養上必要な指導を行った場合は、「ロ」を算定することができる。

13　在宅療養指導料

（１）　在宅療養指導管理料を算定している患者又は入院中の患者以外の患者であって、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月２回に限り、その他の月にあっては月１回に限り算定する。

（２）　保健師、助産師又は看護師が個別に 30 分以上療養上の指導を行った場合に算定できるものであり、同時に複数の患者に行った場合や指導の時間が 30 分未満の場合には算定できない。なお、指導は患者のプライバシーが配慮されている専用の場所で行うことが必要であり、保険医療機関を受診した際に算定できるものであって、患家において行った場合には算定できない。

（３）　療養の指導に当たる保健師、助産師又は看護師は、訪問看護や外来診療の診療補助を兼ねることができる。

（４）　医師は、診療録に保健師、助産師又は看護師への指示事項を記載する。

（５）　保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記する。

14　高度難聴指導管理料

（１）　高度難聴指導管理料は、区分番号「Ｋ３２８」人工内耳植込術を行った患者、伝音性難聴で両耳の聴力レベルが 60ｄＢ以上の場合、混合性難聴又は感音性難聴の患者について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、耳鼻咽喉科の常勤医師が耳鼻咽喉科学的検査の結果に基づき療養上必要な指導を行った場合に算定する。

（２）　人工内耳植込術を行った患者については、１か月に１回を限度として、その他の患者

については１回に限って算定する。

（３） 指導内容の要点を診療録に記載する。

15　慢性維持透析患者外来医学管理料

（１） 慢性維持透析患者外来医学管理料は、安定した状態にある慢性維持透析患者について、特定の検査結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定し、本管理料に含まれる検査の点数は別途算定できない。なお、安定した状態にある慢性維持透析患者とは、透析導入後３か月以上が経過し、定期的に透析を必要とする入院中の患者以外の患者をいう（ただし、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る。）、有床診療所入院基本料、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、有床診療所療養病床入院基本料及び地域移行機能強化病棟入院料を算定する場合における入院中の患者の他医療機関への受診時の透析を除く。）。なお、診療録に特定の検査結果及び計画的な治療管理の要点を記載すること。

（２） 特定の検査とは「注２」に掲げるものをいい、実施される種類及び回数にかかわらず、所定点数のみを算定する。これらの検査料及び区分番号「Ｄ０２６」尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査（Ⅰ）判断料、生化学的検査（Ⅱ）判断料、免疫学的検査判断料は本管理料に含まれ、別に算定できない。また、これらの検査に係る検査の部の通則、款及び注に規定する加算は、別に算定できない。

（３） 同一検査名で、定性、半定量及び定量測定がある場合は、いずれの検査も本管理料に含まれ、別に算定できない。試験紙法等による血中の糖の検査についても同様である。

（４） 慢性維持透析患者外来医学管理料に包括される検査以外の検体検査を算定する場合には、その必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（５） 包括されている画像診断に係る画像診断の部の通則、節及び注に規定する加算は別に算定できる。なお、本管理料を算定した月において、本管理料に包括されていない区分番号「Ｅ００１」の「１」単純撮影（胸部を除く。）及び区分番号「Ｅ００２」の「１」単純撮影（胸部を除く。）を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に撮影部位を記載すること。

（６） 透析導入後３か月目が月の途中である場合は、当該月の翌月より本管理料を算定する。

（７） 同一月内に２以上の保険医療機関で透析を定期的に行っている場合は、主たる保険医療機関において本管理料を請求し、その配分は相互の合議に委ねるものとする。

（８） 同一の保険医療機関において同一月内に入院と入院外が混在する場合、又は人工腎臓と自己腹膜灌流療法を併施している場合は、本管理料は算定できない。

（９） 区分番号「Ｃ１０２－２」在宅血液透析指導管理料は、本管理料と別に算定できる。

(10) 下記のアからカまでに掲げる要件に該当するものとして、それぞれ算定を行った場合は、~~その理由~~該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

ア　出血性合併症を伴った患者が手術のため入院した後退院した場合、退院月の翌月における末梢血液一般検査は、月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

イ　副甲状腺機能亢進症に対するパルス療法施行時のカルシウム、無機リンの検査は、月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について月２回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。また、副甲状腺機能亢進症に対するパルス療法施行時のＰＴＨ検査は、月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について月１回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

ウ　副甲状腺機能亢進症により副甲状腺切除を行った患者に対するカルシウム、無機リンの検査は、退院月の翌月から５か月間は、月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。また、副甲状腺機能亢進症により副甲状腺切除を行った患者に対するＰＴＨ検査は、月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について月１回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

エ　シナカルセト塩酸塩の初回投与から３か月以内の患者に対するカルシウム、無機リンの検査は、月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について月２回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。また、シナカルセト塩酸塩の初回投与から３か月以内の患者に対するＰＴＨ検査を月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について月１回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

オ　透析導入後５年以上経過した透析アミロイド症に対して、ダイアライザーの選択に当たりβ_2－マイクログロブリン除去効果の確認が必要な場合においては、その選択をした日の属する月を含めた３か月間に、β_2－マイクログロブリン検査を月２回以上実施する場合においては、当該２回目以後の検査について月１回に限り、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

カ　高アルミニウム血症とヘモクロマトージスを合併した透析患者に対して、デフェロキサミンメシル酸塩を投与している期間中におけるアルミニウム（Al）の検査は、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定する。

(11)　慢性維持透析患者の検査の実施に当たっては、関係学会より標準的な検査項目及びその頻度が示されており、それらを踏まえ患者管理を適切に行うこと。

16　喘息治療管理料

（１）　喘息治療管理料１は、保険医療機関が、ピークフローメーター、ピークフロー測定日記等を患者に提供し、計画的な治療管理を行った場合に月１回に限り算定する。なお、当該ピークフローメーター、ピークフロー測定日記等に係る費用は所定点数に含まれる。　なお、喘息治療管理料１において、「１月目」とは初回の治療管理を行った月のことをいう。

（２）　喘息治療管理料２は、６歳未満又は65歳以上の喘息の患者であって、吸入ステロイド薬を服用する際に吸入補助器具を必要とするものに対して、吸入補助器具を患者に提供し、服薬指導等を行った場合に、初回に限り算定する。指導に当たっては、吸入補助器具の使用方法等について文書を用いた上で患者等に説明し、指導内容の要点を診療録に記載する。なお、この場合において、吸入補助器具に係る費用は所定点数に含まれる。

（３）　喘息治療管理料を算定する場合、保険医療機関は、次の機械及び器具を備えていなけ

ればならない。ただし、これらの機械及び器具を備えた別の保険医療機関と常時連携体制をとっている場合には、その旨を患者に対して文書により説明する場合は、備えるべき機械及び器具はカ及びキで足りるものとする。

ア　酸素吸入設備

イ　気管内挿管又は気管切開の器具

ウ　レスピレーター

エ　気道内分泌物吸引装置

オ　動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態にあるもの）

カ　スパイロメトリー用装置（常時実施できる状態にあるもの）

キ　胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態にあるもの）

（４）　ピークフローメーターによる治療管理の実施に当たっては、関係学会よりガイドラインが示されているので、治療管理が適切になされるよう十分留意されたい。

（５）　「注２」に規定する加算については、当該加算を算定する前１年間において、中等度以上の発作による当該保険医療機関への緊急外来受診回数が３回以上あり、在宅での療養中である 20 歳以上の重度喘息患者を対象とし、初回の所定点数を算定する月（暦月）から連続した６か月について、必要な治療管理を行った場合に月１回に限り算定すること。

（６）　当該加算を算定する場合、ピークフローメーター、一秒量等計測器及びスパイロメーターを患者に提供するとともに、ピークフローメーター、一秒量等計測器及びスパイロメーターの適切な使用方法、日常の服薬方法及び増悪時の対応方法を含む治療計画を作成し、その指導内容を文書で交付すること。

（７）　当該加算を算定する患者に対しては、ピークフロー値、一秒量等を毎日計測させ、その検査値について週に１度以上報告させるとともに、その検査値等に基づき、随時治療計画の見直しを行い、服薬方法及び増悪時の対応について指導すること。

（８）　当該加算を算定する患者が重篤な喘息発作を起こすなど、緊急入院による治療が必要となった場合は、適切に対応すること。

17　慢性疼痛疾患管理料

（１）　慢性疼痛疾患管理料は、変形性膝関節症、筋筋膜性腰痛症等の疼痛を主病とし、疼痛による運動制限を改善する等の目的でマッサージ又は器具等による療法を行った場合に算定することができる。

（２）　区分番号「Ｊ１１８」介達牽引、区分番号「Ｊ１１８－２」矯正固定、区分番号「Ｊ１１８－３」変形機械矯正術、区分番号「Ｊ１１９」消炎鎮痛等処置、区分番号「Ｊ１１９－２」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「Ｊ１１９－３」低出力レーザー照射及び区分番号「Ｊ１１９－４」肛門処置の費用は所定点数に含まれるが、これらの処置に係る薬剤料は、別途算定できるものとする。

18　小児悪性腫瘍患者指導管理料

（１）　小児悪性腫瘍患者指導管理料は、小児科を標榜する保険医療機関において、小児悪性腫瘍、白血病又は悪性リンパ腫の患者であって入院中以外のもの又はその家族に対し、治療計画に基づき療養上必要な指導管理を行った場合に、月１回に限り算定する。ただし、家族に対して指導を行った場合は、患者を伴った場合に限り算定する。

（２） 第１回目の小児悪性腫瘍患者指導管理料は、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日の属する月の翌月の１日以降又は当該保険医療機関から退院した日から起算して１か月を経過した日以降に算定する。

（３） 治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

~~（４） 再診が電話等により行われた場合にあっては、小児悪性腫瘍患者指導管理料は算定できない。~~

19 削除

20 糖尿病合併症管理料

（１） 糖尿病合併症管理料は、次に掲げるいずれかの糖尿病足病変ハイリスク要因を有する入院中の患者以外の患者（通院する患者のことをいい、在宅での療養を行う患者を除く。）であって、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた場合に、月１回に限り算定する。

ア 足潰瘍、足趾・下肢切断既往

イ 閉塞性動脈硬化症

ウ 糖尿病神経障害

（２） 当該管理料は、専任の常勤医師又は当該医師の指示を受けた専任の~~常勤~~看護師が、（１）の患者に対し、爪甲切除（陥入爪、肥厚爪又は爪白癬等に対して麻酔を要しないで行うもの）、角質除去、足浴等を必要に応じて実施するとともに、足の状態の観察方法、足の清潔・爪切り等の足のセルフケア方法、正しい靴の選択方法についての指導を行った場合に算定する。

（３） 当該管理料を算定すべき指導の実施に当たっては、専任の常勤医師又は当該医師の指示を受けた専任の~~常勤~~看護師が、糖尿病足病変ハイリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成すること。

（４） 看護師に対して指示を行った医師は、診療録に看護師への指示事項を記載すること。

（５） 当該管理を実施する医師又は看護師は、糖尿病足病変ハイリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録又は療養指導記録に記載すること。

（６） 同一月又は同一日においても第２章第１部の各区分に規定する他の医学管理等及び第２部第２節第１款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。

（７） （２）及び（３）の常勤医師については、週３日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 24 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を５年以上有する医師に限る。）を２名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯に当該医師が配置されている場合には、当該２名以上の非常勤医師が連携して当該管理料に係る指導を実施した場合に限り、常勤医師の配置基準を満たしているものとして算定できる。

21 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料

（１） 耳鼻咽喉科と他の診療科を併せ標榜する保険医療機関にあっては、耳鼻咽喉科を専任する医師が当該指導管理を行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せて担当している場合にあっては算定できない。

（２） 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料の対象となる患者は、15 歳未満の患者であって、発症

から３か月以上遷延している若しくは当該管理料を算定する前の１年間において３回以上繰り返し発症している滲出性中耳炎の患者である。

（３） 医師が一定の治療計画に基づいて療養上必要な指導管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

（４） 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料は、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日又は当該保険医療機関から退院した日からそれぞれ起算して１か月を経過した日以降に算定する。

（５） 診療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

~~（６） 電話等により行われた場合にあっては、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料は算定できない。~~

22 がん性疼痛緩和指導管理料

（１） がん性疼痛緩和指導管理料は、医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して、ＷＨＯ方式のがん性疼痛の治療法（がんの痛みからの解放－ＷＨＯ方式がんの疼痛治療法－第２版）に従って、副作用対策等を含めた計画的な治療管理を継続して行い、療養上必要な指導を行った場合に、月１回に限り、当該薬剤に関する指導を行い、当該薬剤を処方した日に算定する。なお、当該指導には、当該薬剤の効果及び副作用に関する説明、疼痛時に追加する臨時の薬剤の使用方法に関する説明を含めるものであること。

（２） がん性疼痛緩和指導管理料~~の「１」~~は、緩和ケアの経験を有する医師（緩和ケアに係る研修を受けた者に限る。）が当該指導管理を行った場合に算定する。

（３） がん性疼痛緩和指導管理料を算定する場合は、麻薬の処方前の疼痛の程度（疼痛の強さ、部位、性状、頻度等）、麻薬の処方後の効果判定、副作用の有無、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

（４） 同一月又は同一日においても第２章第１部の各区分に規定する他の医学管理等及び第２部第２節第１款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。

23 がん患者指導管理料

（１） がん患者指導管理料イ ~~１~~

ア 悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師及びがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、診断結果及び治療方法等について患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合に算定する。

イ 当該患者について区分番号Ｂ００５－６に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び区分番号Ｂ００５－６－２に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該カウンセリングを実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回算定できる。ただし、当該悪性腫瘍の診断を確定した後に新たに診断された悪性腫瘍（転移性腫瘍及び再発性腫瘍を除く。）に対して行った場合は別に算定できる。

ウ 指導内容等の要点を診療録又は看護記録に記載すること。

エ 患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の

対象とならない。また患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

（２）　がん患者指導管理料ロ~~２~~

ア　悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又はがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。なお、患者の理解に資するため、必要に応じて文書を交付するなど、分かりやすく説明するよう努めること。

イ　がん患者指導管理料ロ~~２~~の算定対象となる患者は、がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、ＳＴＡＳ－Ｊ（ＳＴＡＳ日本語版）で２以上の項目が２項目以上該当する者、又はＤＣＳ（Dicisional Conflict Scale）４０点以上のものであること。なお、ＳＴＡＳ－Ｊについては日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団（以下「ホスピス財団」という。）の「ＳＴＡＳ－Ｊ（ＳＴＡＳ日本語版）スコアリングマニュアル第３版」（ホスピス財団ホームページに掲載）に沿って評価を行うこと。

ウ　看護師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った看護師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、患者の状態、指導内容等について情報提供等を行わなければならない。

エ　指導内容等の要点を診療録又は看護記録に記載すること。

オ　患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

（３）　がん患者指導管理料ハ~~３~~

ア　悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤を投薬又は注射されている者（予定を含む。）に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又は抗悪性腫瘍剤に係る業務に従事した経験を有する専任の薬剤師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、抗悪性腫瘍剤の投薬若しくは注射の開始日前３０日以内、又は投薬若しくは注射をしている期間に限り、薬剤の効能・効果、服用方法、投与計画、副作用の種類とその対策、日常生活での注意点、副作用に対応する薬剤や医療用麻薬等の使い方、他の薬を服用している場合は薬物相互作用等について文書により説明を行った場合に算定する。

イ　薬剤師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った薬剤師が、抗悪性腫瘍剤による副作用の評価を行い、当該患者の診療を担当する医師に対して、指導内容、過去の治療歴に関する患者情報（患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴等）、抗悪性腫瘍剤の副作用の有無、服薬状況、患者の不安の有無等について情報提供するとともに、必要に応じて、副作用に対応する薬剤、医療用麻薬等又は抗悪性腫瘍剤の処方に関する提案等を行わなければならない。

ウ　指導内容等の要点を診療録又は薬剤管理指導記録に記載すること。

エ　患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

24　外来緩和ケア管理料

（１）　外来緩和ケア管理料については、医師ががん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している入院中の患者以外のがん患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、外来において、症状緩和に係る~~専従の~~チーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。

（２）　緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たること。

（３）　緩和ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療を担う保険医、看護師及び薬剤師などと共同の上、別紙様式３又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。

（４）　１日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね 30 人以内とする。ただし、「注４」に規定する点数を算定する場合は、１日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね 15 人以内とする。

（５）　症状緩和に係るカンファレンスが週１回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師などが参加していること。

（６）　当該保険医療機関に緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。

（７）　院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

（８）　当該緩和ケアチームは、緩和ケア診療加算の緩和ケアチームと兼任可能である。

（９）　「注４」に規定する点数は、基本診療料の施設基準等別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が 400 床以上の病院、ＤＰＣ対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料１のみを届け出ている病院を除く。）において、算定可能である。

（10~~９~~）　「注４」に規定する点数を算定する場合は、指導管理の内容について、緩和ケアチームの医師、看護師及び薬剤師の全てが診療録に記載すること。

25　移植後患者指導管理料

（１）　移植後患者指導管理料は、臓器移植（角膜移植を除く。）又は造血幹細胞移植を受けた患者（以下「臓器等移植後の患者」という。）が、移植した臓器又は造血幹細胞を長期に渡って生着させるために、多職種が連携して、移植の特殊性に配慮した専門的な外来管理を行うことを評価するものである。臓器移植後の患者については「イ ~~１~~ 臓器移植後の場合」を、造血幹細胞移植後の患者については「ロ ~~２~~ 造血幹細胞移植後の場合」を算定する。

（２）　移植後患者指導管理料は、臓器等移植後の患者に対して、移植に係る診療科に専任する医師と移植医療に係る適切な研修を受けた専任の看護師が、必要に応じて、薬剤師等と連携し、治療計画を作成し、臓器等移植後の患者に特有の拒絶反応や移植片対宿主病（GVHD）、易感染性等の特性に鑑みて、療養上必要な指導管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

（３）　移植医療に係る適切な研修を受けた看護師は、関係診療科及び関係職種と緊密に連携

をとり、かつ適切な役割分担を考慮しつつ、医師の指示のもと臓器等移植後の患者に対して提供される医療について調整を行うこと。

（４） 臓器等移植後患者であっても、移植後の患者に特有な指導が必要ない状態となった場合は移植後患者指導管理料は算定できない。

26　植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料

（１） 植込型輸液ポンプを使用している患者であって、入院中の患者以外の患者について、診察とともに投与量の確認や調節など、療養上必要な指導を行った場合に、１月に１回に限り算定する。この場合において、プログラム変更に要する費用は所定点数に含まれる。

（２） 指導内容の要点を診療録に記載する。

27　糖尿病透析予防指導管理料

（１） 糖尿病透析予防指導管理料は、入院中の患者以外の糖尿病患者（通院する患者のことをいい、在宅での療養を行う患者を除く。）のうち、ヘモグロビン A1c（HbA1c）がＪＤＳ値で 6.1%以上（ＮＧＳＰ値で 6.5%以上）又は内服薬やインスリン製剤を使用している者であって、糖尿病性腎症第２期以上の患者（現に透析療法を行っている者を除く。）に対し、医師が糖尿病透析予防に関する指導の必要性があると認めた場合に、月１回に限り算定する。

（２） 当該指導管理料は、専任の医師、当該医師の指示を受けた専任の看護師（又は保健師）及び管理栄養士（以下「透析予防診療チーム」という。）が、（１）の患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合に算定する。

（３） 当該指導管理料を算定すべき指導の実施に当たっては、透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成すること。

（４） 看護師（又は保健師）及び管理栄養士に対して指示を行った医師は、診療録に指示事項を記載すること。

（５） 当該管理を実施する透析予防診療チームは、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価結果、指導計画及び実施した指導内容を診療録、療養指導記録及び栄養指導記録に記載すること。

（６） 「注４」に規定する点数は、基本診療料の施設基準等別表第６の２に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が 400 床以上の病院、ＤＰＣ対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料１のみを届け出ている病院を除く。）において、算定可能である。

（７ ~~６~~） 「注４」に規定する点数を算定する場合は、指導管理の内容について、透析予防診療チームの医師、看護師（又は保健師）及び管理栄養士の全てが診療録に記載すること。

（８ ~~７~~） 同一月又は同一日においても、「注２」及び「注３」に規定するものを除き、第２章第１部の各区分に規定する他の医学管理等及び第２部第２節第１款の各区分に規定する在宅療養指導管理料は併算定できる。

（9 ~~8~~） 当該管理料を算定する場合は、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添２の様式５の７に基づき、１年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。

（10 ~~9~~） 「注５」に規定する高度腎機能障害~~腎不全期~~患者指導加算は、~~腎不全期（~~eGFR （mL/分/1.73 ㎡）が 45~~30~~未満~~）~~の患者に対し、専任の医師が、当該患者が腎機能を維持する観点から必要と考えられる運動について、その種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導し、また既に運動を開始している患者についてはその状況を確認し、必要に応じて更なる指導を行った場合に算定する。なお、指導については日本腎臓リハビリテーション学会から「保存期ＣＫＤ患者に対する腎臓リハビリテーションの手引き」が示されているので、指導が適切になされるよう留意されたい。

（11 ~~10~~） 本管理料を算定する患者について、保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合には、患者の同意を得て、必要な協力を行うこと。

（12） 通則に掲げるオンライン医学管理料を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。

ア 透析予防診療チームが、オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う月において、（１）の患者に対し、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な情報通信機器を活用して、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限、蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施する。なお、オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う月にあっては、医師又は医師の指示を受けた看護師若しくは管理栄養士による指導等について、各職種が当該月の別日に指導等を実施した場合においても算定できる。

イ 当該指導等の実施に当たっては、透析予防診療チームは、事前に、対面による指導とオンラインによる指導を組み合わせた指導計画を作成し、当該計画に基づいて指導を実施する。

ウ 透析予防診療チームは、オンラインにより実施した指導内容、指導実施時間等を診療録、療養指導記録及び栄養指導記録に記載する。

28 小児運動器疾患指導管理料

（１） 小児運動器疾患指導管理料は、入院中の患者以外の患者であって、運動器疾患に対し継続的な管理を必要とするものに対し、専門的な管理を行った場合に算定するものであり、小児の運動器疾患に関する適切な研修を修了した医師が、治療計画に基づき療養上の指導を行った場合に算定できる。

（２） 他の医師（他の医療機関の整形外科を担当する医師及び当該医療機関の医師であって整形外科以外の診療科を担当する医師を含む）の紹介により受診した患者又は健康診査を担当した医師の助言を受けて受診した患者を対象とする。

（３） 対象患者は、以下のいずれかに該当する６歳未満の患者とする。

ア 先天性股関節脱臼、斜頚、内反足、ペルテス病、脳性麻痺、脚長不等、四肢の先天奇形、良性骨軟部腫瘍による四肢変形、外傷後の四肢変形、二分脊椎、脊髄係留症候群又は側弯症を有する患者

イ 装具を使用する患者

ウ 医師が継続的なリハビリテーションが必要と判断する状態の患者

エ　その他、手術適応の評価等、成長に応じた適切な治療法の選択のために、継続的な診療が必要な患者

（４）　初回算定時に治療計画を作成し、患者の家族等に説明して同意を得るとともに、毎回の指導の要点を診療録に記載すること。

（５）　日常的に車椅子を使用する患者であって、車椅子上での姿勢保持が困難なため、食事摂取等の日常生活動作の能力の低下をきした患者については、医師の指示を受けた理学療法士又は作業療法士等が、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行うことが望ましい。

（６）　厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、平成 30 年３月 31 日までに当該保険医療機関を受診していた患者であって、初診として受診した時点において(３)の要件を満たしていたものについては、患者及びその家族の同意を得た場合に、当該患者が 15 歳になるまでの間、当該管理料を算定することができる。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、初診時の年月日、年齢、状態について記載すること。

29　乳腺炎重症化予防ケア・指導料

（１）　乳腺炎重症化予防ケア・指導料は、入院中以外の乳腺炎の患者であって、乳腺炎が原因となり母乳育児に困難がある患者に対して、医師がケア及び指導の必要性があると認めた場合で、乳腺炎の重症化及び再発予防に係る指導並びに乳房に係る疾患を有する患者の診療について経験を有する医師又は乳腺炎及び母乳育児に関するケア・指導に係る経験を有する助産師が、当該患者に対して乳房のマッサージや搾乳等の乳腺炎に係るケア、授乳や生活に関する指導、心理的支援等の乳腺炎の早期回復、重症化及び再発予防に向けた包括的なケア及び指導を行った場合に、分娩１回につき４回に限り算定する。

（２）　当該ケア及び指導を実施する医師又は助産師は、包括的なケア及び指導に関する計画を作成し計画に基づき実施するとともに、実施した内容を診療録等に記載する。

Ｂ００１－２　小児科外来診療料

（１）　小児科外来診療料は、別に定める施設基準を満たす保険医療機関における入院中の患者以外の患者であって、３歳未満の全ての者を対象とする。また、対象患者に対する診療報酬の請求については、原則として小児科外来診療料により行うものとする。

（２）　小児科外来診療料は、小児科を標榜する保険医療機関において算定する。ただし、区分番号「Ｂ００１－２－11」小児かかりつけ診療料を算定している患者、第２部第２節第１款の各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定している患者（他の保険医療機関で算定している患者を含む。）及びパリビズマブを投与している患者(投与当日に限る。)については、小児科外来診療料の算定対象とはならない。

（３）　当該患者の診療に係る費用は、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料及び区分番号「Ａ００２」外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、区分番号「Ｂ００１－２－２」地域連携小児夜間・休日診療料、区分番号「Ｂ００１－２－５」院内トリアージ実施料、区分番号「Ｂ００１－２－６」夜間休日救急搬送医学管理料、区分番号「Ｂ０１０」診療情報提供料(Ⅱ)並びに区分番号「Ｃ０００」往診料（往診料の加算を含む。）を除き、全て所定点数に含まれる。ただし、初診料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ 85 点、250 点、580 点又は

230 点を、再診料及び外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は小児科特例加算を算定する場合は、それぞれ 65 点、190 点、520 点又は 180 点を算定する。

~~（４） 再診が電話等により行われた場合にあっては、小児科外来診療料は算定できない。~~

（４~~５~~） 同一日において、同一患者の再診が２回以上行われた場合であっても、１日につき所定の点数を算定する。

（５~~６~~） 同一月において、院外処方箋~~せん~~を交付した日がある場合は、当該月においては、「１」の所定点数により算定する。ただし、この場合であっても、院外処方箋~~せん~~を交付している患者に対し、夜間緊急の受診の場合等やむを得ない場合において院内投薬を行う場合は、「２」の所定点数を算定できるが、その場合には、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（６~~７~~） 常態として院外処方箋~~せん~~を交付する保険医療機関において、患者の症状又は病態が安定していること等のため同一月内において投薬を行わなかった場合は、当該月については、「２」の所定点数を算定できる。

（７~~８~~） 当該届出を行った保険医療機関において、３歳未満の小児が初診を行いそのまま入院となった場合の初診料は、小児科外来診療料ではなく、初診料を算定し、当該初診料の請求は入院の診療報酬明細書により行う。

（８~~９~~） ３歳の誕生日が属する月において、３歳の誕生日前に当該保険医療機関を受診し、小児科外来診療料を算定した場合にあっては、３歳の誕生日後に当該保険医療機関を受診しても、当該月の診療に係る請求は小児科外来診療料により行うものとする。

（９~~10~~） 当該届出を行った保険医療機関のうち、許可病床数が 200 床以上の病院においては、他の保険医療機関等からの紹介なしに受診した３歳未満の乳幼児の初診については、保険外併用療養費に係る選定療養の対象となる。したがって、小児科外来診療料の初診時の点数を算定した上に、患者からの特別の料金を徴収できる。

（10~~11~~） 本診療料を算定する保険医療機関の保険医が「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成 18 年３月 31 日保医発第 0331002 号）に定める「配置医師」であり、それぞれの配置されている施設に赴き行った診療については、本診療料は算定できないが、それぞれの診療行為に係る所定点数により算定できるものとする。

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

（12） 「注４」に規定する小児抗菌薬適正使用支援加算は、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科を担当する専任の医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザウイルス感染の患者又はインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

Ｂ００１－２－２　地域連携小児夜間・休日診療料

（１） 地域連携小児夜間・休日診療料は、保険医療機関が地域の小児科を専ら担当する診療所その他の保険医療機関の医師と連携をとりつつ、小児の救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に小児の診療が可能な体制を保つことを評価するものである。

（２） 地域連携小児夜間・休日診療料１については、夜間、休日又は深夜であって、保険医療機関があらかじめ地域に周知している時間に、地域連携小児夜間・休日診療料２については、保険医療機関が 24 時間診療することを周知した上で、夜間、休日又は深夜に、それぞれ６歳未満の小児を診療した場合に算定する。

（３） 地域連携小児夜間・休日診療料は、夜間、休日又は深夜に急性に発症し、又は増悪した６歳未満の患者であって、やむを得ず当該時間帯に保険医療機関を受診するものを対象としたものである。したがって、慢性疾患の継続的な治療等のための受診については算定できない。

（４） 夜間、休日又は深夜における担当医師名とその主たる勤務先について、予定表を作成し院内に掲示するものとする。

（５） 地域連携小児夜間・休日診療料を算定する場合にあっては、診療内容の要点、診療医師名及びその主たる勤務先名を診療録に記載するものとする。

（６） 一連の夜間及び深夜又は同一休日に、同一の患者に対しては、地域連携小児夜間・休日診療料は原則として１回のみ算定する。なお、病態の度重なる変化等による複数回の受診のため２回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。

~~（７） 診察が電話等により行われた場合にあっては、地域連携小児夜間・休日診療料は算定できない。~~

（７~~８~~） 入院中の患者については、地域連携小児夜間・休日診療料は算定できない。ただし、患者が地域連携小児夜間・休日診療料を算定すべき診療を経た上で入院した場合は、算定できる。

（８~~９~~） 患者本人が受診せず、家族などに対して指導等を行った場合には、当該診療料は算定できない。

（９~~10~~） 地域連携小児夜間・休日診療料は地域の夜間・急病センター、病院等において地域の医師が連携・協力して、診療に当たる体制を評価したものであり、在宅当番医制で行う夜間・休日診療においては算定できない。

Ｂ００１－２－３　乳幼児育児栄養指導料

乳幼児育児栄養指導料は、小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が３歳未満の乳幼児に対して区分番号「Ａ０００」初診料（「注５」のただし書に規定する初診を除く。）を算定する初診を行った場合に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行ったときに算定する。この場合、指導の要点を診療録に記載すること。ただし、初診料を算定する初診を行った後、即入院となった場合には算定できない。

Ｂ００１－２－４　地域連携夜間・休日診療料

（１） 地域連携夜間・休日診療料は、保険医療機関が地域の他の保険医療機関の医師と連携をとりつつ、救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に診療が可能な体制を保つことを評価するものである。

（２） 地域連携夜間・休日診療料については、夜間、休日又は深夜であって、保険医療機関があらかじめ地域に周知している時間に、患者を診療した場合に算定する。

（３） 地域連携夜間・休日診療料は、夜間、休日又は深夜に急性に発症し、又は増悪した患者であって、やむを得ず当該時間帯に保険医療機関を受診するものを対象としたものであ

る。したがって、慢性疾患の継続的な治療等のための受診については算定できない。

（４） 夜間、休日又は深夜における担当医師名とその主たる勤務先について、予定表を作成し院内に掲示するものとする。

（５） 地域連携夜間・休日診療料を算定する場合にあっては、診療内容の要点、診療医師名及びその主たる勤務先名を診療録に記載するものとする。

（６） 一連の夜間及び深夜又は同一休日に、同一の患者に対しては、地域連携夜間・休日診療料は原則として１回のみ算定する。なお、病態の度重なる変化等による複数回の受診のため２回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。

~~（７） 診察が電話等により行われた場合にあっては、地域連携夜間・休日診療料は算定できない。~~

（７~~８~~） 入院中の患者については、地域連携夜間・休日診療料は算定できない。ただし、患者が地域連携夜間・休日診療料を算定すべき診療を経た上で入院した場合は、算定できる。

（８~~９~~） 患者本人が受診せず、家族などに対して指導等を行った場合には、当該診療料は算定できない。

（９~~10~~） 地域連携夜間・休日診療料は地域の夜間・急病センター、病院等において地域の医師が連携・協力して、診療に当たる体制を評価したものであり、在宅当番医制で行う夜間・休日診療においては算定できない。

Ｂ００１－２－５　院内トリアージ実施料

（１） 院内トリアージ実施料については、院内トリアージ体制を整えている保険医療機関において、夜間、休日又は深夜に受診した患者であって初診のものに対して当該保険医療機関の院内トリアージ基準に基づいて専任の医師又は救急医療に関する３年以上の経験を有する専任の看護師により患者の来院後速やかに患者の状態を評価し、患者の緊急度区分に応じて診療の優先順位付けを行う院内トリアージが行われ、診療録にその旨を記載した場合に算定できる。ただし、「Ｂ００１－２－６」夜間休日救急搬送医学管理料を算定した患者については算定できない。

（２） 院内トリアージを行う際には患者又はその家族等に対して、十分にその趣旨を説明すること。

Ｂ００１－２－６　夜間休日救急搬送医学管理料

（１） 夜間休日救急搬送医学管理料については、第二次救急医療機関（都道府県が作成する医療計画において、入院を要する救急医療を担う医療機関であって、第三次救急医療機関以外のものをいう。）又は都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設において、深夜、時間外（土曜日以外の日（休日を除く。）にあっては、夜間に限る。）、休日に、救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第２条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって初診のものについて、必要な医学管理が行われた場合に算定する。

なお、夜間及び深夜の取扱いは、往診料の場合と同様である。

（２） 「注２」に規定する精神科疾患患者等受入加算の対象患者は、深夜、時間外又は休日に

救急用の自動車及び救急医療用ヘリコプターで搬送された患者のうち、以下のいずれかのものとする。

イ　過去６月以内に精神科受診の既往がある患者

ロ　アルコール中毒を除く急性薬毒物中毒が診断された患者

（３）　Ｂ００１－２－５「院内トリアージ実施料」を算定した患者には夜間休日救急搬送医学管理料は算定できない。

Ｂ００１－２－７　外来リハビリテーション診療料

（１）　外来リハビリテーション診療料は、医師によるリハビリテーションに関する包括的な診察を評価するものである。

（２）　外来リハビリテーション診療料１の対象患者は、状態が比較的安定している患者であって、リハビリテーション実施計画書において心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に掲げるリハビリテーション（以下「疾患別リハビリテーション」という。）を１週間に２日以上提供することとしている患者である。

（３）　外来リハビリテーション診療料１を算定した日から起算して７日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料は算定できないものとし、当該７日間は、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。

（４）　外来リハビリテーション診療料２の対象患者は、状態が比較的安定している患者であって、リハビリテーション実施計画書において疾患別リハビリテーションを２週間に２日以上提供することとしている患者である。

（５）　外来リハビリテーション診療料２を算定した日から起算して 14 日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料は算定できないものとし、当該 14 日間は区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。

（６）　外来リハビリテーション診療料１及び２を算定している場合は、疾患別リハビリテーションを提供する日において、リハビリテーションスタッフ（疾患別リハビリテーションの実施に係る理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等をいう。以下同じ。）がリハビリテーション提供前に患者の状態を十分に観察し、療養指導記録に記載すること。また、患者の状態を観察した際に、前回と比べて状態の変化が認められた場合や患者の求めがあった場合等には、必要に応じて医師が診察を行うこと。

（７）　外来リハビリテーション診療料１及び２を算定している場合は、医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したリハビリテーションスタッフとカンファレンスを行い、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況等を確認し、診療録に記載すること。

Ｂ００１－２－８　外来放射線照射診療料

（１）　放射線治療医（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が診察を行った日に算定し、算定日から起算して７日間は放射線照射の実施に係る区分番号「Ａ０００」初診

料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料は算定できないものとし、当該７日間は、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できるものとする。

（２） 外来放射線照射診療料を算定した場合にあっては、第２日目以降の看護師、診療放射線技師等による患者の観察については、照射ごとに記録し、医師に報告すること。

（３） 放射線治療を行う前に、放射線治療により期待される治療効果や成績などとともに、合併症、副作用等についても必ず患者又はその家族に説明し、文書等による同意を得ること。

（４） 関係学会による放射線精度管理等のガイドラインを遵守すること。

（５） 算定した日を含め、３日間以内で放射線照射が終了する場合は、本点数の 100 分の 50 に相当する点数を算定する。

Ｂ００１－２－９　地域包括診療料

（１） 地域包括診療料は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時（往診を含む。）は算定できない。なお、地域包括診療料と区分番号「Ａ００１」再診料の「注 12」地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる。

（２） 地域包括診療料の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の４疾病のうち、２つ以上（疑いは除く。）を有する者である。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病（上記４疾病のうち２つ）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも当該診療料、区分番号「Ａ００１」再診料の「注 12」地域包括診療加算、同「注 13」認知症地域包括診療加算又は区分番号「Ｂ００１－２－10」認知症地域包括診療料を算定可能である。

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

（４） 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。

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

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

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

エ　病院において、患者の同意が得られた場合は、以下の全てを満たす薬局に対して院外処方を行うことを可能とする。

（イ） 24 時間開局している薬局であること。なお、24 時間開局している薬局のリストを患者に説明した上で患者が選定した薬局であること。

（ロ） 当該患者がかかっている医療機関を全て把握した上で、薬剤服用歴を一元的かつ継続的に管理し、投薬期間中の服薬状況等を確認及び適切な指導を行い、当該患者

の服薬に関する情報を医療機関に提供している薬局であること。

（ハ） 病院において院外処方を行う場合は、以下の通りとする。

① 当該患者が受診している医療機関のリスト及び当該患者が当該診療料を算定している旨を、処方箋~~せん~~に添付して患者に渡すことにより、当該薬局に対して情報提供を行うこと。

② 患者に対して、当該医療機関を受診時に、薬局若しくは当該医療機関が~~発行のお薬手帳又は当該医療機関が~~発行するお薬手帳を持参させること。また、当該患者の院外処方を担当する保険薬局から文書で情報提供を受けることでもよい。なお、保険薬局から文書で情報提供を受けた場合も、当該患者に対し、事後的にお薬手帳の提示に協力を求めることが望ましい。

③ また、診療録にお薬手帳のコピー若しくは保険薬局からの文書のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

オ 診療所において、院外処方を行う場合は、以下のとおりとする。

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

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

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

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

（ホ） また、診療録にお薬手帳のコピー若しくは保険薬局からの文書のコピーを貼付すること、又は、当該点数の算定時の投薬内容について診療録に記載すること。

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

キ 当該患者について、当該医療機関で検査（院外に委託した場合を含む。）を行うこと。

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

ケ 必要に応じ、要介護認定に係る主治医意見書を作成すること。

コ 患者の同意について、当該診療料の初回算定時に、別紙様式 48 を参考に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。ただし、直近 1 年間に 4 回以上の受診歴を有する患者については、別紙様式 48 を参考に診療の要点を説明していれば、同意

の手続きは省略して差し支えない。

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

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

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

ア　健康相談を行っていること。

イ　介護保険に係る相談を行っていること。

~~（５）　当該患者について、当該医療機関で検査（院外に委託した場合を含む。）を行うこと。~~

~~（６）　健康相談を行っていること。また、健康診断や検診の受診勧奨を行い、その結果等を診療録に記載するとともに、患者に提供し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理すること。~~

~~（７）　介護保険に係る相談を行っていること。また、要介護認定に係る主治医意見書を作成していること。~~

（６）　地域包括診療料を算定する医療機関においては、往診又は訪問診療を提供可能であること。往診又は訪問診療の対象の患者には、24 時間対応可能な夜間の連絡先を提供し、患者又は患者の家族等から連絡を受けた場合には、往診、外来受診の指示等、速やかに必要な対応を行うこと。「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 30 年３月●日保医発●第●号）の第９在宅療養支援診療所の施設基準の１の（１）に規定する在宅療養支援診療所以外の在宅療養支援診療所においては、連絡を受けて行う往診又は外来診療の体制について、連携する他の保険医療機関とともに行うことも可能であること。

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

（８）　「注３」の薬剤適正使用連携加算については、区分番号「Ａ００１」再診料の「注 14」に規定する薬剤適正使用連携加算の例によること。

~~（８）　在宅医療を提供していること、及び当該患者に対し 24 時間の対応を実施し、夜間の先も含めて当該患者に対して説明と同意を求めること。~~

~~（９）　患者の同意について、当該診療料の初回算定時に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。なお、当該診療料を算定後、重症化等により当該診療料の算定を行わなくなった場合であって、病状の安定等に伴い再度当該診療料を算定する場合には、当該再算定時にも署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。~~

~~(10)　当該診療料を算定する場合は、投薬の部に掲げる「７種類以上の内服薬の投薬を行う場合」の規定は適用しないものであること。~~

~~(11)　認知症の患者に対し本診療料を算定する場合であって、当該患者の病状から、(４))及び~~

~~（９）の患者への説明及び患者の同意について、患者の家族等への説明及び当家族同意による方が適切と考えられる場合には、当該部分「患者のみ替とする。~~

Ｂ００１－２－10　認知症地域包括診療料

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

ア　認知症以外に１以上の疾病（疑いは除く。）を有する者

イ　同月に、当該保険医療機関において以下のいずれの投薬も受けていない患者

（イ）　１処方につき５種類を超える内服薬があるもの

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

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

（２）　区分番号「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料の(３)から(７)（(４)のサを除く。）まで~~(９)及び(11)~~を満たすこと。

(３)　「注３」の薬剤適正使用連携加算については、区分番号「Ａ００１」再診料の「注 14」に規定する薬剤適正使用連携加算の例によること。

(４)　認知症地域包括診療料１を算定する場合には、区分番号「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料の(６)を満たすこと。

（５~~３~~）　当該医療機関で診療を行う疾病（認知症を含む２つ以上）と重複しない疾病を対象とする場合に限り、他医療機関でも地域包括診療加算又は地域包括診療料を算定可能である。また、他医療機関で当該診療料又は認知症地域包括診療加算は算定できない。

Ｂ００１－２－11　小児かかりつけ診療料

（１）　小児かかりつけ診療料は、かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、原則として１人の患者につき１か所の保険医療機関が算定する。~~なお、月の途中で転医した場合など、やむを得ず２か所の保険医療機関で算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を記載すること。~~

（２）　小児かかりつけ診療料は、当該保険医療機関を４回以上受診（予防接種の実施等を目的とした保険外のものを含む。）した未就学児（３歳以上の患者にあっては、３歳未満から小児かかりつけ診療料を算定しているものに限る。）の患者を対象とする。なお、過去に当該診療料の算定を行っていた患者が、当該診療料の算定を行わなくなった場合、３歳以上の患者については、再度当該診療料を算定することはできない。

~~（３）　再診が電話等により行われた場合にあっては、小児かかりつけ診療料は算定できない。~~

（３~~４~~）　同一日において、同一患者の再診が２回以上行われた場合であっても、１日につき所定の点数を算定する。

（４~~５~~）　同一月において、院外処方箋~~せん~~を交付した日がある場合は、当該月においては、

「１」の所定点数により算定する。ただし、この場合であっても、院外処方箋~~せん~~を交付している患者に対し、夜間緊急の受診の場合等やむを得ない場合において院内投薬を行う場合は、「２」の所定点数を算定できるが、その場合には、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（５~~６~~） 常態として院外処方箋~~せん~~を交付する保険医療機関において、患者の症状又は病態が安定していること等のため同一月内において投薬を行わなかった場合は、当該月については、「２」の所定点数を算定できる。

（６~~７~~） 小児かかりつけ診療料の算定に当たっては、以下の指導等を行うこと。

ア 急性疾患を発症した際の対応の仕方や、アトピー性皮膚炎、喘息その他乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の管理等について、かかりつけ医として療養上必要な指導及び診療を行うこと。

イ 他の保険医療機関と連携の上、患者が受診している医療機関を全て把握するとともに、必要に応じて専門的な医療を要する際の紹介等を行うこと。

ウ 患者について、健康診査の受診状況及び受診結果を把握するとともに、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じること。

エ 患者について、予防接種の実施状況を把握するとともに、予防接種の有効性・安全性に関する指導やスケジュール管理等に関する指導を行うこと。

オ 当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対しては、原則として当該保険医療機関において、常時対応を行うこと。ただし、以下のいずれかの要件を満たす常勤の小児科医が配置された医療機関においては、夜間（深夜を含む）及び休日の相談等について、当該保険医療機関での対応に代えて、地域において夜間・休日の小児科外来診療を担当する医療機関又は都道府県等が設置する小児医療に関する電話相談の窓口（＃8000 等）を案内することでも可能であること。

（イ） 在宅当番医制等により地域における夜間・休日の小児科外来診療に月１回以上の頻度で協力する常勤の小児科医であること。

（ロ） 直近１年間に、都道府県等が設置する小児医療に関する電話相談の窓口（＃8000 等）において、相談対応者として１回以上協力したことのある常勤の小児科医であること。

カ かかりつけ医として、上記アからオまでに掲げる指導等を行う旨を患者に対して書面（別紙様式 10 を参考とし、各医療機関において作成すること。）を交付して説明し、同意を得ること。また、小児かかりつけ医として上記アからオまでに掲げる指導等を行っている旨を、当該保険医療機関の外来受付等の見やすい場所に掲示していること。

（７~~８~~） 小児かかりつけ診療料を算定した場合は、区分番号「Ｂ００１－２」小児科外来診療料は算定できない。

（８） 小児かかりつけ診療料を算定する場合、抗菌薬の適正な使用を推進するため、「抗微生物薬適正使用の手引き」（厚生労働省健康局結核感染症課）を参考に、抗菌薬の適正な使用の普及啓発に資する取組を行っていること。

（９） 「注４」に規定する小児抗菌薬適正使用支援加算は、急性気道感染症又は急性下痢症により受診した基礎疾患のない患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行

い、文書により説明内容を提供した場合に、小児科を担当する専任の医師が診療を行った初診時に限り算定する。なお、インフルエンザウイルス感染の患者またはインフルエンザウイルス感染の疑われる患者については、算定できない。

Ｂ００１－３　生活習慣病管理料

（１）　生活習慣病管理料は、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が 200 床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。なお、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。

（２）　生活習慣病管理料は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式９又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものであること。また、交付した療養計画書の写しは診療録に貼付しておくものとする。なお、療養計画書は、当該患者の治療管理において必要な項目のみを記載することで差し支えないが、糖尿病の患者については血糖値及びＨｂＡ１ｃの値を、高血圧症の患者については血圧の値を必ず記載すること。

（３）　当該患者の診療に際して行った第１部医学管理等（「Ｂ００１」の「20」糖尿病合併症管理料、同「22」がん性疼痛緩和指導管理料、同「24」外来緩和ケア管理料及び同「27」糖尿病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第５部投薬、第６部注射及び第 13 部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。

（４）　生活習慣病管理料を算定している患者に対しては、少なくとも１月に１回以上の総合的な治療管理が行われなければならない。

（５）　生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の測定、飲酒、特定健診・特定保健指導に係る情報提供及び~~及び~~その他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式９の２又はこれに準じた様式とする。）を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても４月に１回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に貼付しておくものとする。

（６）　当該月に生活習慣病管理料を算定した患者の病状の悪化等の場合には、翌月に生活習慣病管理料を算定しないことができる。

（７）　同一保険医療機関において、脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者について、生活習慣病管理料を算定するものと算定しないものが混在するような算定を行うことができるものとする。

（８）　同一月内において、院外処方箋~~せん~~を交付する日と交付しない日が混在した場合には、当該月の算定は、「１　処方箋~~せん~~を交付する場合」で算定する。

（９）　当該保険医療機関において院内処方を行わない場合は、「１　処方箋~~せん~~を交付する場合」で算定する。

(10)　糖尿病又は高血圧症の患者については、治療効果が十分でない等のため生活習慣に関する管理方針の変更、薬物療法の導入、投薬内容の変更等、管理方針を変更した場合に、その理由及び内容等を診療録に記載し、当該患者数を定期的に記録していること。

(11)　学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を、必要に応じて、参考にする。

(12) 本管理料を算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意の有無を確認し計画書に記載するとともに、患者の同意が得られている場合は必要な協力を行うこと。

(13~~10~~)　「注３」に規定する加算については、中等度以上の糖尿病（２型糖尿病の患者であってインスリン製剤を使用していないものに限る。）の患者を対象とし、必要な指導を行った場合に１年に１回に限り算定する。なお、中等度以上の糖尿病の患者とは、当該加算を算定する当月若しくは前月においてヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）が JDS 値で 8.0%以上（NGSP 値で 8.4%以上）の者をいう。

(14~~11~~)　「注３」の加算を算定する患者に対しては、患者教育の観点から血糖自己測定器を用いて月 20 回以上血糖を自己測定させ、その検査値や生活状況等を報告させるとともに、その報告に基づき、必要な指導を行い療養計画に反映させること。

当該加算は、血糖試験紙（テスト・テープ）又は固定化酵素電極（バイオセンサー）を給付し、在宅で血糖の自己測定をさせ、その記録に基づき指導を行った場合に算定するものであり、血糖試験紙、固定化酵素電極、穿刺器、穿刺針及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合における費用その他血糖自己測定に係る全ての費用は当該加算点数に含まれ、別に算定できない。

Ｂ００１－３－２　ニコチン依存症管理料

（１）　ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書」（日本循環器学会、日本肺癌学会、日本癌学会及び日本呼吸器学会の承認を得たものに限る。）に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して 12 週間にわたり計５回の禁煙治療を行った場合に算定する。

（２）　ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者は、次の全てに該当するものであって、医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めたものであること。

ア　「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト（ＴＤＳ）で、ニコチン依存症と診断されたものであること。

イ　35 歳以上の者については、１日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が 200 以上であるものであること。

ウ　直ちに禁煙することを希望している患者であって、「禁煙治療のための標準手順書」に則った禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているものであること。

（３）　ニコチン依存症管理料は、初回算定日より起算して１年を超えた日からでなければ、再度算定することはできない。

（４）　治療管理の要点を診療録に記載する。

（５）　（２）に規定するニコチン依存症管理料の算定対象となる患者について、「注１」に規定する厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合には、所定点数の 100 分の 70 に相当する

点数を算定する。

Ｂ００１－４　手術前医学管理料

（１）　手術前医学管理料は硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下で行われる手術の前に行われる定型的な検査・画像診断について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「Ｌ００２」硬膜外麻酔、区分番号「Ｌ００４」脊椎麻酔若しくは区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下に手術が行われた場合に、月１回に限り、疾病名を問わず全て本管理料を算定する。

（２）　手術前１週間に本管理料に包括されている検査及び画像診断項目（以下この項において「検査項目等」という。）のいずれも行わなかった場合は、本管理料は算定しない。なお、「手術を行う前１週間以内に行ったもの」とは、手術を行う日の前日を起算日として１週間前の日から当該手術を実施した当日の手術実施前までに行ったものをいう。

（３）　手術前医学管理料には、包括されている検査項目等に係る判断料が含まれており、手術前医学管理料を算定した月に区分番号「Ｄ０２６」血液学的検査判断料、生化学的検査（Ⅰ）判断料及び免疫学的検査判断料は別に算定できない。

（４）　手術前医学管理料を算定する際使用したフィルムの費用は、区分番号「Ｅ４００」フィルムの所定点数により算定する。

（５）　本管理料を算定する手術前１週間において、入院と入院外が混在する場合においても、本管理料に包括されている検査項目等の１回目の所定点数については別に算定できない。

（６）　本管理料を月初めに算定し、手術前１週間が月をまたがる場合においても、本管理料の所定点数に包括されている検査項目等の１回目の所定点数については別に算定できない。

（７）　同一の患者について、月をまたがって１週間以内に硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下の手術を２回以上行った場合には、最初に行った手術の際に手術前医学管理料を算定し、２回目の手術の際には手術前医学管理料を算定せず、それぞれの検査項目等の所定点数により算定する。

（例）　当該月の 29 日に硬膜外麻酔、脊椎麻酔、全身麻酔下の手術を行い、翌月の３日に再び硬膜外麻酔、脊椎麻酔、全身麻酔下の手術を行った場合の算定。

当該月の 29 日に手術前医学管理料を算定し、翌月の手術の３日の際には手術前医学管理料を算定せず、それぞれの検査項目等の所定点数で算定する。

（８）　本管理料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合も含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

Ｂ００１－５　手術後医学管理料

（１）　手術後医学管理料は、区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術後に必要な医学的管理を評価するとともに、手術後に行われる定型的な検査について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、区分番号「Ａ３００」救命救急入院料又は区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料に係る届出を行っていない保険医療機関の一般病棟に入院する患者について算定する。

（２）　手術後医学管理料には、包括されている検査項目に係る判断料が含まれており、手術後医学管理料を算定した月に区分番号「Ｄ０２６」尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料及び生化学的検査（Ⅰ）判断料は別に算定できない。ただし、本管理料を算定する３日

間が月をまたがる場合は、本管理料を算定する最初の日が属する月に係るこれらの判断料は別に算定できないが、その翌月にこれらの判断料の対象となる検査を実施した場合には、別に算定できる。

（３） 同一保険医療機関において、同一月に本管理料を算定するものと算定しないものが混在するような算定はできない。

（４） 手術後医学管理料の算定開始日となる入院の日とは、第１章第２部通則５に定める起算日のことをいう。

Ｂ００１－６　肺血栓塞栓症予防管理料

（１） 肺血栓塞栓症予防管理料は、肺血栓塞栓症を発症する危険性が高い患者に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な医学管理を行った場合を評価するものである。

（２） 肺血栓塞栓症予防管理料は、病院（療養病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって、肺血栓塞栓症を発症する危険性の高いもの（結核病棟においては手術を伴う患者、精神病棟においては治療上の必要から身体拘束が行われている患者に限る。）に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、弾性ストッキング（患者の症状により弾性ストッキングが使用できないなどやむを得ない理由により使用する弾性包帯を含む。）又は間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行った場合に、入院中１回に限り算定する。なお、当該管理料は、肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキング又は間歇的空気圧迫装置を用いた場合に算定できるものであり、薬剤のみで予防管理を行った場合には算定できない。また、第１章第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の場合においても、各々の入院において入院中１回算定できるものであること。

（３） 肺血栓塞栓症の予防を目的として使用される弾性ストッキング及び間歇的空気圧迫装置を用いた処置に要する費用は所定点数に含まれており、別に区分番号「Ｊ１１９」消炎鎮痛等処置の点数は算定できない。肺血栓塞栓症の予防を目的として弾性ストッキングが複数回使用される場合であっても、当該費用は所定点数に含まれる。なお、肺血栓塞栓症の予防を目的としない区分番号「Ｊ１１９」消炎鎮痛等処置は別に算定できるものであること。また、同一の弾性ストッキングを複数の患者に使用しないこと。

（４） 肺血栓塞栓症の予防に係る計画的な医学管理を行うに当たっては、関係学会より標準的な管理方法が示されているので、患者管理が適切になされるよう十分留意されたい。

Ｂ００１－７　リンパ浮腫指導管理料

（１） リンパ浮腫指導管理料は、手術前又は手術後において、以下に示す事項について、個別に説明及び指導管理を行った場合に算定できる。

当該指導管理料は、当該指導管理料の算定対象となる手術を受けた保険医療機関に入院中に当該説明及び指導管理を行った場合に１回、当該保険医療機関を退院した後に、当該保険医療機関又は当該患者の退院後において区分番号「Ｂ００５－６」の「注１」に規定する地域連携診療計画に基づいた治療を担う他の保険医療機関（当該患者について区分番号「Ｂ００５－６－２」がん治療連携指導料を算定した場合に限る。）において当該説明及び指導管理を行った場合にいずれか一方の保険医療機関において１回に限り、算定できる。

ア　リンパ浮腫の病因と病態

イ　リンパ浮腫の治療方法の概要

ウ　セルフケアの重要性と局所へのリンパ液の停滞を予防及び改善するための具体的実施方法

（イ）　リンパドレナージに関すること

（ロ）　弾性着衣又は弾性包帯による圧迫に関すること

（ハ）　弾性着衣又は弾性包帯を着用した状態での運動に関すること

（ニ）　保湿及び清潔の維持等のスキンケアに関すること

エ　生活上の具体的注意事項

リンパ浮腫を発症又は増悪させる感染症又は肥満の予防に関すること

オ　感染症の発症等増悪時の対処方法

感染症の発症等による増悪時における診察及び投薬の必要性に関すること

（２）　指導内容の要点を診療録に記載する。

（３）　手術前においてリンパ浮腫に関する指導を行った場合であって、結果的に手術が行われなかった場合にはリンパ浮腫指導管理料は算定できない。

Ｂ００１－８　臍ヘルニア圧迫指導管理料

（１）　臍ヘルニア圧迫指導管理料は、臍ヘルニアの患者の保護者に対して以下に示す事項について、個別に説明及び指導管理を行った場合に算定できる。

ア　臍ヘルニアの病態

イ　臍ヘルニア圧迫療法の概要及び具体的実施方法

ウ　臍ヘルニア圧迫療法の治癒率と治癒しなかった場合の治療法

エ　想定される合併症及び緊急時の対処方法

（２）　指導内容の要点を診療録に記載する。

Ｂ００１-９　療養・就労両立支援指導料

（１）　療養・就労両立支援指導料は、就労中のがん患者の療養と就労の両立支援のため、患者の勤務する事業場の産業医との連携により、治療計画の再検討又は見直しを行うことを評価するものである。

（２）　療養・就労両立支援指導料は、入院中の患者以外の患者であって、悪性腫瘍と診断されたものの求めを受けて、以下の全ての医学管理を実施した場合に、６月に１回に限り算定する。

ア　悪性腫瘍の治療を担当する医師が、病状、治療計画、治療に伴い予想される症状、就労上必要な配慮等について、「別紙様式 49」から「別紙様式 49 の２」まで又はこれに準ずる様式を用いて、患者の勤務する事業場の産業医あてに診療情報の提供を行うこと。患者の勤務する事業場の産業医があらかじめ指定した様式を用いて診療情報を提供することも差し支えない。

イ　悪性腫瘍の治療を担当する医師又は当該医師の指示を受けた看護職員若しくは社会福祉士が、患者から就労の状況を聴取したうえで、治療や疾患の経過に伴う状態変化に応じた就労上の留意点に係る指導を行うこと。

ウ　悪性腫瘍の治療を担当する医師又は当該医師の指示を受けた看護職員若しくは社会福祉士が、患者の勤務する事業場の産業医から、文書で、療養と就労の両方を継続するために治療上望ましい配慮等について、助言を得ていること。

エ　ウの助言を踏まえ、悪性腫瘍の治療を担当する医師が治療計画の再評価を実施し、必要に応じ治療計画の変更を行うとともに、患者に対し治療計画変更の必要性の有無や具体的な変更内容等について説明すること。

（３）　患者に対する指導及び説明並びに産業医による助言を診療録等に記載する。

（４）　「注２」に規定する相談体制充実加算については、入院中の患者以外の患者が利用可能な相談窓口等において専任の看護職員又は社会福祉士が、悪性腫瘍と診断されている患者に対し、就労と治療の両立のための相談に応じる体制を有している保険医療機関において、所定点数に加算する。

Ｂ００２　開放型病院共同指導料（Ⅰ）、Ｂ００３　開放型病院共同指導料（Ⅱ）

（１）　開放型病院共同指導料（Ⅰ）は、開放型病院に自己の診察した患者を入院させた保険医が、開放型病院に赴き、開放型病院の保険医と共同で診療、指導等を行った場合に１人の患者に１日につき１回算定できるものであり、その算定は当該患者を入院させた保険医が属する保険医療機関において行う。

（２）　開放型病院共同指導料（Ⅰ）を算定した場合は、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料、区分番号「Ａ００２」外来診療料、区分番号「Ｃ０００」往診料及び区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」等は算定できない。

（３）　診療所による紹介に基づき開放型病院に入院している患者に対して、当該診療所の保険医が開放型病院に赴き診療、指導等を行った場合において、その患者について、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）が既に算定されている場合であっても、開放型病院共同指導料（Ⅰ）を算定できる。

（４）　開放型病院共同指導料（Ⅰ）を算定する場合、当該患者を入院させた保険医の診療録には、開放型病院において患者の指導等を行った事実を記載し、開放型病院の診療録には当該患者を入院させた保険医の指導等が行われた旨を記載する。

（５）　開放型病院共同指導料（Ⅱ）は、当該患者を入院させた保険医の属する保険医療機関が開放型病院共同指導料（Ⅰ）を算定した場合に、開放型病院において算定する。

Ｂ００４　退院時共同指導料１、Ｂ００５　退院時共同指導料２

（１）　退院時共同指導料１又は退院時共同指導料２は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下この区分において「在宅療養担当医療機関」という。）の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師、看護師若しくは准看護師（以下この区分において「看護師等」という。）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、~~当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、~~患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は、~~看護師~~等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士~~又は准看護師~~と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中１回~~（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については２回）~~に限り、それぞれの保険医療機関において算定するものである。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第三の一の二に掲げる「退院時共同指導料１及び退院時共同指導料２を二回算定できる疾病等の患者」であって、当該入院中に２回算定する場合は、当該２回中１回はそれぞれの保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師が共同して指導すること。なお、~~ただし、~~当該患者の在宅療養担当~~退院~~

~~後の在宅療養を担う保険~~医療機関の准看護師と当該患者が入院中の保険医療機関の准看護師が共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行う場合には、それぞれの保険医療機関の医師又は看護師の指示を受けて行うものであること。また~~なお~~、ここでいう入院とは、第１章第２部通則５に定める入院期間が通算される入院のことをいう。

（２~~２~~） 退院時共同指導料は、患者の家族等退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。

（３~~３~~） 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。

（４~~４~~） 退院時共同指導料１の「１」は、在宅療養支援診療所の医師が当該患者に対して、その退院後に往診及び訪問看護により 24 時間対応できる体制等を確保し、在宅療養支援診療所において、24 時間連絡を受ける医師又は看護師等~~職員~~の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供した場合に限り算定できる。

~~（５） 当該患者が入院している保険医療機関（以下この区分において入院保険医療機関という。）と当該患者を紹介した保険医療機関（以下この区分において紹介元保険医療機関という。）又は退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションとが特別の関係にある場合は、退院時共同指導料は算定できない。~~

（５~~６~~） 退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。ただし、退院時共同指導料２の「注４」は、本文の規定にかかわらず、退院後在宅で療養を行う患者に加え、退院後に介護老人保健施設、介護医療院、介護老人福祉施設（地域密着型介護老人福祉施設を含む。）、特定施設（地域密着型特定施設を含む。）又は障害者支援施設（生活介護を行う施設又は自立訓練（機能訓練）を行う施設に限る。）、福祉型障害児入所施設若しくは医療型障害児入所施設（以下この区分において「介護施設等」という。）に入所する患者も対象となる。なお、当該患者が当該保険医療機関に併設する介護施設等に入所する場合は算定することはできない。

（６~~７~~） 退院時共同指導料１の「注２」に規定する加算は、当該患者が厚生労働大臣の定める特別な管理を必要とする者であった場合、１人の患者に対して入院中１回に限り算定できる。ただし、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については当該入院中に２回に限り算定できる。

（７~~８~~） 退院時共同指導料２の「注１」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医~~又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士~~と在宅療養担当医療機関~~地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関~~の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等~~、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士~~又は~~当該患者の退院後の在宅療養担当医療機関~~在宅療養を担う保険医療機関~~の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの~~保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士~~看護師等（准看護師を除く。）~~が共同して行った場合に算定す

る。

（８） 退院時共同指導料１の「注１」においては当該患者の在宅療養担当医療機関又は入院中の保険医療機関のいずれか、退院時共同指導料２の「注１」においては当該患者の在宅療養担当医療機関、在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーション又は入院中の保険医療機関のいずれかが、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成 30 年３月５日保医発 0305 第●号）」の「別添３」の「別紙２」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が 400 床以上の病院、ＤＰＣ対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料１のみを届け出ている病院を除く。）又は訪問看護ステーションであって、やむを得ない事情により、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が入院中の保険医療機関に赴くことができないときは、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

（９~~９~~） 退院時共同指導料２の「注３」に規定する加算は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関~~地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関~~の保険医若しくは看護師等、~~看護師又は准看護師、~~保険医である歯科医師若しくは~~又は~~その指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士若しくは~~又は~~言語聴覚士、~~若しくは~~介護支援専門員又は相談支援専門員のいずれかのうち３者以上と共同して行った場合に算定する。

（10） （９）における共同指導は、当該患者が入院している保険医療機関と在宅療養担当医療機関等の関係者全員が、患者が入院している保険医療機関において共同指導することが原則であるが、やむを得ない事情により在宅療養担当医療機関等の関係者のいずれかが、患者が入院している保険医療機関に赴くことができない場合に限り、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加したときでも算定可能である。ただし、この場合であっても、在宅療養担当医療機関等のうち２者以上は、患者が入院している保険医療機関に赴き共同指導していること。

（11~~10~~） 退院時共同指導料２の「注３」に規定する指導と同一日に行う「注２」に規定する指導に係る費用及び区分番号「Ｂ００５－１－２」介護支援等連携指導料は、「注３」に規定する加算に含まれ、別に算定できない。

（12~~11~~） 退院時共同指導料２の「注４」は、~~を算定している保険医療機関が、当該患者について、区分番号「Ａ２４６」退院支援加算を算定する場合、~~地域連携診療計画と同等の事項（当該医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療~~、訪問看護等在宅で必要となる事項~~等）に加えて退院後の在宅又は介護施設等での療養上必要な指導を行うために必要な看護及び栄養管理の状況等の情報を当該患者及び家族に別紙様式 50 を参考に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関のほか、~~や~~訪問看護ステーション、介護施設等と共有すること。

(13)　(８)及び(10)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末において共同指導を実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

(14)　退院時共同指導料２については、入院中の保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指導等を行った場合は、同一日に区分番号「Ｂ００６－３」退院時リハビリテーション指導料は別に算定できない。また、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合は、同一日に区分番号「Ｂ０１４」退院時薬剤情報管理指導料は別に算定できない。

(15)　同一日に退院時共同指導料２と区分番号「Ｂ００６－３」退院時リハビリテーション指導料又は区分番号「Ｂ０１４」退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、共同指導を行った者の職種及び年月日を記載すること。

Ｂ００５－１－２　介護支援等連携指導料

（１）　介護支援等連携指導料は、入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービス又は障害福祉サービス、地域相談支援若しくは障害児通所支援（以下この区分において「介護等サービス」という。）を導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護等サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者（以下この区分において「指定特定相談支援事業者等」という。）の相談支援専門員と連携し退院後のケアプラン又はサービス等利用計画若しくは障害児支援利用計画（以下この区分において「ケアプラン等」という。）の作成につなげることを評価するものである。

（２）　介護支援等連携指導料は、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護等サービスから考え適切な医療関係職種が、患者の入院前からケアマネジメントを担当していた介護支援専門員若しくは相談支援専門員又は退院後のケアプラン等の作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、~~又は~~介護保険施設等の介護支援専門員若しくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護等サービスや、当該地域において提供可能な介護等サービス等の情報を提供した場合に入院中２回に限り算定できるものである。

（３）　ここでいう介護保険施設等とは、介護保険の給付が行われる保健医療サービス又は福祉サービスを提供する施設であって、次の施設をいうものとする。

ア　介護老人福祉施設（介護保険法~~（平成９年法律第 123 号）~~第８条第 2220 項に規定する地域密着型介護老人福祉施設及び同条第 2724 項に規定する介護老人福祉施設のことをいう。）

イ　介護保険法第８条第 2825 項に規定する介護老人保健施設

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

護保険法第８条第 26 項に規定する~~介護保険法第８条第 26 項に規定する~~介護療養型医療施設

エ　介護保険法第８条第 29 項に規定する介護医療院

オ~~エ~~　特定施設（介護保険法（平成９年法律第 123 号）第８条第 11 項に規定する特定施設、同条第 21~~19~~ 項に規定する地域密着型特定施設及び第８条の２第９~~11~~ 項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護を提供する施設のことをいい、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）第 192 条の２に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護を受けている患者が入居する施設を含む。）

カ~~オ~~　認知症対応型グループホーム（介護保険法（平成９年法律第 123 号）第８条第 20~~18~~ 項に規定する認知症対応型共同生活介護及び同条の２第 15~~17~~ 項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護を提供する施設のことをいう。）

キ~~カ~~　小規模多機能居宅介護事業所（介護保険法（平成９年法律第 123 号）第８条第 19~~17~~ 項に規定する小規模多機能型居宅介護及び同条の２第 14~~16~~ 項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護を提供する施設のことをいう。）

ク~~キ~~　複合型サービス事業所（介護保険法（平成９年法律第 123 号）第８条第 23~~22~~ 項に規定する複合型サービスを提供する施設のことをいう。）

（４）　初回の指導は、介護等サービスの利用の見込みがついた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護等サービスや要介護認定の申請の手続き等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで、適切な療養場所の選択や手続きの円滑化に資するものであり、２回目の指導は、実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプラン等の原案の作成に資するような情報の収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導を行うこと等を想定したものである。

（５）　行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。また、指導の内容を踏まえ作成されたケアプラン等については、患者の同意を得た上で、当該介護支援専門員又は相談支援専門員に情報提供を求めることとし、ケアプラン等の写しを診療録に添付すること。

（６）　介護支援等連携指導料を算定するに当たり共同指導を行う介護支援専門員又は相談支援専門員は、介護等サービスの導入を希望する患者の選択によるものであり、患者が選択した場合には、当該医療機関に併設する居宅介護事業所の~~居宅~~介護支援専門員又は指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員であっても介護支援等連携指導料の算定を妨げるものではない。ただし、当該医療機関に併設する介護保険施設等の介護支援専門員と共同指導を行った場合については介護支援等連携指導料を算定することはできない。

（７）　同一日に区分番号「Ｂ００５」退院時共同指導料２の「注３」に掲げる加算を~~の~~算定すべき~~居宅~~介護支援専門員又は相談支援専門員を含めた共同指導を行った場合には、介護支援等連携指導料あるいは退院時共同指導料２の「注３」に掲げる加算の両方を算定することはできない。

Ｂ００５－１－３　介護保険リハビリテーション移行支援料

（１）　介護保険リハビリテーション移行支援料は、維持期のリハビリテーション（区分番号「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料の「注４」、「注５」、区分番号「Ｈ０

０１－２」廃用症候群リハビリテーション料の「注４」、「注５」及び区分番号「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料の「注４」、「注５」に規定するものをいう。）を受けている入院中の患者以外の者に対して、患者の同意を得て、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション、同法第８条第８項に規定する通所リハビリテーション、同法第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーション又は同法第８条の２第６項に規定する介護予防通所リハビリテーションをいう。）へ移行するため、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）及び必要に応じて、介護保険によるリハビリテーションを当該患者に対して提供する事業所の従事者と連携し、介護サービス計画書（ケアプラン）作成を支援した上で、介護保険によるリハビリテーションを開始し、維持期のリハビリテーションを終了した場合に、患者１人につき１回に限り算定できる。なお、維持期のリハビリテーションと介護保険によるリハビリテーションを併用して行うことができる２月間（「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成 30~~2~~6~~-~~年●~~3~~月●~~28~~日保医発●~~0328~~第●~~1~~号）の第４の 10 に規定する２月間をいう。）は、当該支援料を算定できない。

（２） 患者の同意を得た上で、介護支援専門員より情報提供を受け、介護サービス計画書（ケアプラン）の写しを診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に当該患者が介護保険によるリハビリテーションを開始した日及び維持期のリハビリテーションを終了した日を記載する。

（３） 当該患者が、当該医療機関内で維持期のリハビリテーションから介護保険によるリハビリテーションに移行した場合は算定できない。

Ｂ００５－２、Ｂ００５－３、Ｂ００５－３－２　削除

Ｂ００５－４　ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）、Ｂ００５－５　ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）

（１） ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）は、診療に基づき患者を紹介した医師（以下この項において「紹介元医師」という。）が、当該患者が入院中である紹介先の病院に赴き、紹介先の病院の医師と共同で、医学管理等を行った場合に患者１人につき１回に限り、算定できるものであり、その算定は紹介元医師が属する保険医療機関において行う。

（２） ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）を算定した場合は、区分番号「Ａ００１」再診料、区分番号「Ａ００２」外来診療料、区分番号「Ｃ０００」往診料及び区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」等は算定できない。

（３） 紹介元医師による紹介に基づき紹介先の病院に入院している患者に対して、当該紹介元医師が病院に赴き診療、指導等を行った場合において、その患者について、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）が既に算定されている場合であっても、その算定された日を除き、ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）を算定できる。

（４） ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）を算定する場合、紹介元医師の診療録には、紹介先の病院において患者の医学管理等を行った事実を記載し、紹介先の病院の診療録には紹介元医師による医学管理等が行われた旨を記載する。

（５） ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅱ）は、紹介元医師の属する保険医療機関がハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）を算定した場合に、紹介先の病院において算定する。

（６） 自院にて診療していた妊産婦の状態に異常が認められたために、他院へ搬送する場合において、医師が搬送先医療機関まで付き添い、搬送先の病院の医師と共同で医学管理等を行った場合においても算定できる。

（７） ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）は、区分番号「Ｃ００４」救急搬送診療料と併せて算定することができる。

Ｂ００５－６　がん治療連携計画策定料、Ｂ００５－６－２　がん治療連携指導料

（１） がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料は、がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院又は小児がん拠点病院を中心に策定された地域連携診療計画に沿ったがん治療に関わる医療機関の連携により、がん患者に対して地域における切れ目のない医療が提供されることを評価したものである。

（２） 地域連携診療計画は、あらかじめがん診療連携拠点病院等において、がんの種類や治療方法等ごとに作成され、当該がん診療連携拠点病院等からの退院後の治療を共同して行う複数の連携保険医療機関との間で共有して活用されるものであり、病名、ステージ、入院中に提供される治療、退院後、計画策定病院で行う治療内容及び受診の頻度、連携医療機関で行う治療の内容及び受診の頻度、その他必要な項目が記載されたものであること。

（３） がん治療連携計画策定料１は、がんと診断され、がんの治療目的に初回に入院した際に、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合に、退院時又は退院した日から起算して 30 日以内に計画策定病院において算定する。その際、患者に交付した治療計画書の写しを診療録に貼付すること。

（４） がん治療連携計画策定料１は、病理診断の結果が出ない又は退院後一定期間の外来診療を必要とする等の理由で、個別の患者の治療計画を入院中に策定できない場合であっても、退院した日から起算して 30 日以内に速やかに個別の治療計画を策定するとともに、文書にて患者又は家族に提供した場合にあっては、算定可能とする。その際、交付した治療計画書の写しを診療録に添付すること。

（５） 計画策定病院は、治療計画に基づき、患者に対して治療を提供するとともに、患者の同意を得て、適切に連携医療機関と情報共有を図るとともに、必要に応じて適宜治療計画を見直すものとする。なお、がん治療連携計画策定料２は、当該患者の状態の変化等により連携医療機関から紹介を受け、当該患者を診療した上で、当該患者の治療計画を変更し、患者又はその家族等に説明するとともに、文書にて提供した場合に計画策定病院において算定する（連携医療機関において区分番号「Ｂ００５－６－２」がん治療連携指導料を算定している患者に限る。）。その際、交付した治療計画書の写しを診療録に貼付すること。

（６） がん治療連携指導料は、連携医療機関において、患者ごとに作成された治療計画に基づく診療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する情報提供をした際に算定する。計画策定病院に対する情報提供の頻度は、基本的には治療計画に記載された頻度に基づくものとするが、患者の状態の変化等により、計画策定病院に対し治療方針等につき、相談・変更が必要となった際に情報提供を行った際にも算定できるものである。

（７） がん治療連携計画策定料又はがん治療連携指導料を算定した場合は、区分番号「Ａ２４

６」入退院支援加算の注４及び区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ｉ）の注 14 に規定する地域連携診療計画加算は算定できない。

Ｂ００５－６－３　がん治療連携管理料

（１）　がん治療連携管理料は、がんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院又は小児がん拠点病院として指定された病院を評価したものである。

（２）　別の保険医療機関又は健康診断を実施した医療機関の医師により、悪性腫瘍の疑いがあるとされた患者（最終的に悪性腫瘍と診断された患者に限る。）又は悪性腫瘍と診断された患者に対し、がん治療連携管理料の「１」についてはこれらの保険医療機関等から紹介を受けたがん診療連携拠点病院が、がん治療連携管理料の「２」についてはこれらの保険医療機関等から紹介を受けた地域がん診療病院が、外来における化学療法又は放射線治療を行った場合に、患者１人につき１回に限り所定点数を算定する。

（３）　がん治療連携管理料の「３」は、別の保険医療機関又は健康診断を実施した医療機関の医師により、悪性腫瘍の疑いがあるとされた小児の患者（最終的に悪性腫瘍と診断された患者に限る。）又は悪性腫瘍と診断された小児の患者に対し、これらの保険医療機関等から紹介を受けた小児がん拠点病院が、外来における化学療法又は放射線治療を行った場合に、患者１人につき１回に限り所定点数を算定する。

（４）　当該管理料の対象患者は、(２)に定める患者であり、悪性腫瘍以外の疾患で別の保険医療機関から紹介を受け、当該がん診療連携拠点病院において悪性腫瘍と診断された患者は含まれない。

（５）　がん治療連携管理料を算定した場合は、区分番号「Ａ２３２」がん拠点病院加算は算定できない。

Ｂ００５－６－４　外来がん患者在宅連携指導料

（１）　外来がん患者在宅連携指導料は、進行がん患者の緩和ケアに係る外来から在宅への切れ目のない移行を図り、在宅において質の高い緩和ケアを提供する体制を実現するため、進行がん患者に対して外来で化学療法又は緩和ケアを行う保険医療機関が、当該患者を在宅で緩和ケアを実施する別の保険医療機関に適切な時期に紹介することを評価したものである。

（２）　外来がん患者在宅連携指導料を算定する保険医療機関においては、在宅での緩和ケアを行う保険医療機関や訪問看護ステーションと連携関係を構築するとともに、そのリストを整備し、患者の特性や居住する地域に応じて患者に紹介できる体制を確保する。

（３）　進行がん患者に対して外来で化学療法又は緩和ケアを提供する病院は、当該患者の病状が進行した際に在宅で緩和ケアを実施する体制を早期に整えることのできるよう、外来において化学療法等を実施している段階から、在宅で実施することが見込まれる緩和ケア及び見込まれる予後等について十分に患者に説明し、患者の同意を得た上で、在宅で緩和ケアを実施する保険医療機関を紹介する。

Ｂ００５－７　認知症専門診断管理料

（１）　認知症専門診断管理料１は、基幹型、地域型又は連携型~~診療所型~~認知症疾患医療センターが他の保険医療機関から紹介された患者に対して、患者又は家族等の同意を得た上で、

認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定（認知症と診断された患者については認知症療養計画を作成）し、説明し、それを文書にて患者又は家族等に提供した場合であって、紹介を受けた他の保険医療機関に対して文書にて報告した場合に、１人につき１回に限り算定する。なお、患者に交付した文書の写しを診療録に貼付すること。

（２）　「注１」に規定する認知症療養計画は、「別紙様式 32」から「別紙様式 32 の２」又はこれらに準じて作成された、病名、検査結果、症状の評価（認知機能（ＭＭＳＥ、ＨＤＳ－Ｒ等）、生活機能（ＡＤＬ、ＩＡＤＬ等）、行動・心理症状（ＮＰＩ、ＤＢＤ等）等）、家族又は介護者等による介護の状況（介護負担度の評価（ＮＰＩ等）等）、治療計画（受診頻度、内服薬の調整等）、必要と考えられる医療連携や介護サービス、緊急時の対応、その他必要な項目が記載されたものであり、認知症に係る専門知識を有する多職種が連携していることが望ましい。認知症専門診断管理料１を算定するに当たり文書にて報告した他の保険医療機関と定期的に診療情報等の共有を図ることが望ましい。

（３）　認知症専門診断管理料２は、基幹型又は地域型認知症疾患医療センターが認知症の症状が増悪した患者に対して、患者又は家族等の同意を得た上で、今後の療養計画等を説明し、それを文書にて患者又は家族等に提供した場合であって、紹介を受けた他の保険医療機関に対して文書にて報告した場合に、患者１人につき３月に１回に限り算定する。なお、患者に交付した文書の写しを診療録に貼付すること。

Ｂ００５－７－２　認知症療養指導料

（１）　認知症療養指導料は、保険医療機関が~~認知症疾患医療センターで~~認知症の~~と診断された~~患者に対して、認知症療養計画に基づき、症状の定期的な評価（認知機能（ＭＭＳＥ、ＨＤＳ－Ｒ等）、生活機能（ＡＤＬ、ＩＡＤＬ等）、行動・心理症状（ＮＰＩ、ＤＢＤ等）等）、家族又は介護者等による介護の状況（介護負担度の評価（ＮＰＩ等））の定期的な評価、抗認知症薬等の効果や副作用の有無等の定期的な評価等を行い、診療録にその要点を記載し、療養指導を行うこと。

（２）「１」については、認知症疾患医療センターで認知症と診断された患者について、当該認知症疾患医療センターにおいて作成された認知症療養計画に基づき、（１）に規定する定期的な評価等を行った場合に算定する。

（３）「２」については、認知症の患者であって、病状悪化や介護負担の増大等が生じたものについて、療養に係る助言を得ることを目的に認知症サポート医に紹介した場合であって、当該認知症サポート医の助言を受けて、認知症に係る療養計画を作成した上で、（１）に規定する定期的な評価等を行った場合に算定する。ただし、当該認知症サポート医からの文書により、当該認知症サポート医が区分番号「Ｂ００５－７－３」認知症サポート指導料を算定していることが明らかな場合に限る。また、認知症に係る療養計画については診療録に記載すること。

（４）「３」については、初めて認知症と診断された患者又は認知症の患者であって病状悪化や介護負担の増大等が生じたものに対し、地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医が、「別紙様式 32」から「別紙様式 32 の２」又はこれらに準じて認知症療養計画を作成した上で、（１）に規定する定期的な評価等を行った場合に算定する。

（５）　地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医と

は、アに加え、イ又はウのいずれかを満たす医師をいう。

ア　国立研究開発法人国立長寿医療研究センターが都道府県又は指定都市の委託を受けて実施する認知症サポート医養成研修を修了した医師であること。

イ　直近１年間に、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。

ウ　直近１年間に、都道府県医師会又は指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医等を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の講師を務めた実績があること

Ｂ００５－７－３　認知症サポート指導料

（１）　認知症サポート指導料は、地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医が、他の保険医療機関から紹介された認知症の患者に対して、患者又は家族等の同意を得た上で、患者又は家族等に文書を用いて療養上の指導を行うとともに、今後の療養方針について、紹介を受けた他の保険医療機関に対して文書にて助言を行った場合に、１人につき６月に１回に限り算定する。なお、患者及び紹介を受けた他の医療機関に交付した文書の写しを診療録に貼付すること。

（２）　地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医については、「Ｂ００５－７－２」認知症療養指導料の例による。

（３）　紹介を受けた他の保険医療機関に対して助言を行う文書において、認知症サポート指導料を算定した患者である旨を記載すること。

Ｂ００５－８　肝炎インターフェロン治療計画料

（１）　肝炎インターフェロン治療計画料は、インターフェロン治療を受ける肝炎患者に対して、治療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域で連携して当該インターフェロン治療を行う保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、１人につき１回に限り算定する。患者に交付した治療計画書の写しを診療録に貼付すること。

（２）　治療計画の策定に当たっては、患者の求めに応じて夜間や休日に診療を行っている医療機関を紹介するなど、当該患者が長期の治療を継続できるよう配慮を行うこと。

（３）　入院中の患者については退院時に算定すること。

Ｂ００５－９　排尿自立指導料

（１）　排尿自立指導料は、当該保険医療機関に排尿に関するケアに係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）を設置し、当該患者の診療を担う医師、看護師等が、排尿ケアチームと連携して、当該患者の排尿自立の可能性及び下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法等を組み合わせるなど、下部尿路機能の回復のための包括的なケア（以下「包括的排尿ケア」という。）を実施することを評価するものである。

（２）　当該指導料は、次のいずれかに該当する者について算定できる。

ア　尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有するもの

イ　尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの

（３）　病棟の看護師等は、以下の取組を行った上で、排尿ケアチームに相談すること。

ア　尿道カテーテル抜去後の患者であって、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有する患者を抽出する。

イ　アの患者について下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定等）を行う。

ウ　尿道カテーテル挿入中の患者について、尿道カテーテル抜去後の、排尿自立の可能性について評価し、抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるが、排尿自立の可能性がある患者を抽出する。

（４）　排尿ケアチームは、（３）を基に下部尿路機能障害を評価し、病棟の看護師等と共同して、排尿自立に向けた包括的排尿ケアの計画を策定する。

包括的排尿ケアの内容は、看護師等による排尿誘導や生活指導、必要に応じ理学療法士等による排尿に関連する動作訓練、医師による薬物療法等を組み合わせた計画とする。

（５）　排尿ケアチーム、病棟の看護師等及び関係する従事者は、共同して（４）に基づく包括的排尿ケアを実施する。実施中及び実施後は定期的に評価を行う。

（６）　（３）から（５）までについて、診療録に記載する。

（７）　排尿ケアチームが当該患者の状況を評価するなど何らかの関与を行うと共に、病棟の看護師等が、包括的排尿ケアの計画に基づいて患者に対し直接的な指導・援助を行った場合について、週１回に限り、計６回まで算定できる。排尿ケアチームによる関与と、病棟の看護師等による患者への直接的な指導・援助のうち、いずれか片方のみしか行われなかった週については算定できない。また、排尿が自立し指導を終了した場合には、その後については算定できない。

Ｂ００５－10　ハイリスク妊産婦連携指導料１

（１）　「注１」に規定する精神疾患を有する妊婦又は出産後２月以内である患者とは、当該保険医療機関で精神療法が実施されている患者又は他の保険医療機関で精神療法が実施されている患者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。

（２）　精神療法が他の保険医療機関で実施されている場合については、患者の同意を得て、当該他の保険医療機関との間で当該患者に係る診療情報が相互かつ定期的に提供されていること。

（３）　必要に応じて小児科と適切に連携して診療する体制を有していること。

（４）　産科又は産婦人科を担当する医師又は当該医師の指示を受けた保健師、助産師若しくは看護師が、概ね月に１回の頻度で、患者の心理的不安を軽減するための面接及び療養上の指導を行うこと。

（５）　当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね２か月に１回程度の頻度で開催されており、当該患者の診療を担当する産科又は産婦人科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師、当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師、保健師又は看護師及び市町村又は都道府県（以下区分番号「Ｂ００５－10－２」において「市町村等」という。）の担当者並びに必要に応じて精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師等が参加していること。

（６）　（５）のカンファレンスは、対面で実施することが原則であるが、やむを得ない事情により対面で実施することができない場合は、以下のア及びイを満たすときに限り、関係者の

うちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分番号及び区分番号「Ｂ００５－10－２」において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加することができる。

ア　（５）のカンファレンスに参加するそれぞれの従事者が、当該患者に対して当該連携指導料を算定する期間中、少なくとも１回は直接対面で実施するカンファレンスに参加していること。

イ　（５）のカンファレンスにおいて、ビデオ通話が可能な機器を用いる場合、 患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

（７）　当該患者について、出産後の養育について支援を行うことが必要と認められる場合、その旨を患者に説明し、当該患者の同意を得た上で、市町村等に相談し、情報提供を行うこと。

（８）　以上の実施に当たっては、日本産婦人科医会が作成した「妊産婦メンタルヘルスケアマニュアル～産後ケアへの切れ目のない支援に向けて～」を参考にすること。

（９）　当該連携指導料を算定する場合は、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）は別に算定できないこと。

Ｂ００５－10－２　ハイリスク妊産婦連携指導料２

（１）　「注１」に規定する精神疾患を有する妊婦又は出産後６月以内である患者とは、当該保険医療機関で精神療法が実施されている患者に限る。

（２）　産科又は産婦人科に係る診療が他の保険医療機関で実施されている場合については、患者の同意を得て、当該他の保険医療機関との間で当該患者に係る診療情報が相互かつ定期的に提供されていること。特に、向精神薬が投与されている患者については、当該薬剤が妊娠、出産等に与える影響等の情報について、当該他の保険医療機関に対し適切に提供していること。

（３）　必要に応じて小児科と適切に連携して診療する体制を有していること。

（４）　精神科又は心療内科を担当する医師が、精神疾患及びその治療による妊娠、出産等への影響について患者に説明し、療養上の指導を行うこと。

（５）　当該患者への診療方針などに係るカンファレンスが概ね２か月に１回程度の頻度で開催されており、当該患者の診療を担当する精神科又は心療内科を担当する医師、保健師又は看護師、当該患者の診療を担当する産科又は産婦人科を担当する医師、保健師、助産師又は看護師及び市町村等の担当者並びに必要に応じて精神保健福祉士、社会福祉士、公認心理師等が参加していること。なお、出産後、産科又は産婦人科による医学的な管理が終了した場合については、当該カンファレンスへの産科又は産婦人科を担当する医師の参加は不要であること。

（６）　（５）のカンファレンスは、対面で実施することが原則であるが、やむを得ない事情により対面で実施することができない場合は、以下のア及びイを満たす場合に限り、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

ア　（５）のカンファレンスに参加するそれぞれの従事者が、当該患者に対して当該連携指

導料を算定する期間中、少なくとも１回は直接対面で実施するカンファレンスに参加していること。

イ　（５）のカンファレンスにおいて、ビデオ通話が可能な機器を用いる場合、 患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

（７）　当該患者について、出産後の養育について支援を行うことが必要と認められる場合、その旨を患者に説明し、当該患者の同意を得た上で、市町村等に相談し、情報提供を行うこと。

（８）　当該連携指導料を算定する場合は、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）は別に算定できないこと。

Ｂ００６　救急救命管理料

（１）　保険医療機関に所属する救急救命士に対して、必要な指示等を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。

（２）　救急救命士の行った処置等の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（３）　救急救命士の所属する保険医療機関と指示等を行った医師の所属する保険医療機関が異なる場合においても、当該指示等を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。

（４）　医師が救急救命士に指示を行ったのみで、診察をしていない場合には、救急救命管理料のみを算定し、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料は算定できない。

Ｂ００６－３　退院時リハビリテーション指導料

（１）　退院時リハビリテーション指導料は、入院していた患者の退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。

（２）　退院時リハビリテーション指導料は、指導を行った者及び指導を受けたものが患者又はその家族等であるかの如何を問わず、退院日に１回に限り算定する。

（３）　当該患者の入院中主として医学的管理を行った医師又はリハビリテーションを担当した医師が、患者の退院に際し、指導を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて、保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士とともに指導を行った場合にも算定できる。

（４）　指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、家屋の適切な改造、患者の介助方法、患者の居住する地域において利用可能な在宅保健福祉サービスに関する情報提供等に関する指導とする。

（５）　指導（又は指示）内容の要点を診療録等に記載する。

（６）　死亡退院の場合は、算定できない。

Ｂ００７　退院前訪問指導料

（１） 退院前訪問指導料は、継続して１月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中（外泊時を含む。）又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。なお、入院期間は暦月で計算する。

（２） 退院前訪問指導料は、指導の対象が患者又はその家族等であるかの如何を問わず、１回の入院につき１回を限度として、指導の実施日にかかわらず、退院日に算定する。ただし、入院後早期（入院後 14 日以内とする。）に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に２回分を算定する。

（３） 退院前訪問指導料は、退院して家庭に復帰する患者が算定の対象であり、特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。

（４） 医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。

（５） 指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。

（６） 退院前訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障をきたすことのないよう留意する。

（７） 保険医療機関は、退院前訪問指導の実施に当たっては、市町村の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分配意する。

Ｂ００７－２　退院後訪問指導料

（１） 退院後訪問指導料は、医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、患者が入院していた保険医療機関（以下この区分において「入院保険医療機関」という。）が退院直後において行う訪問指導を評価するものである。

（２） 退院後訪問指導料は、入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患家、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。ただし、介護老人保健施設に入所中又は医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。

（３） 指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。

（４） 退院後訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障をきたすことのないよう留意する。

（５） 「注２」に規定する訪問看護同行加算は、当該患者の在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行して患家等を訪問し、当該看護師等への技術移転又は療養上必要な指導を行った場合に算定する。

（６） 退院後訪問指導料を算定した場合は、同一の保険医療機関において、区分番号「Ｉ０１６」精神科在宅患者支援管理料~~精神科重症患者早期集中支援管理料~~は算定できない。

（７） 退院後訪問指導料を算定した日においては、区分番号「Ｃ０１３」在宅患者訪問褥瘡管理指導料は算定できない。

（８） 退院後訪問指導料を算定した日においては、同一の保険医療機関及び特別の関係にある保険医療機関は、「Ｃ０００」往診料、「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料、「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料、「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料を算定できない。ただし、退院後訪問指導を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。

Ｂ００８　薬剤管理指導料

（１） 薬剤管理指導料は、当該保険医療機関の薬剤師が医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導（処方された薬剤の投与量、投与方法、投与速度、相互作用、重複投薬、配合変化、配合禁忌等に関する確認並びに患者の状態を適宜確認することによる効果、副作用等に関する状況把握を含む。）を行った場合に週１回に限り算定できる。

また、薬剤管理指導料の算定対象となる小児及び精神障害者等については、必要に応じて、その家族等に対して服薬指導等を行った場合であっても算定できる。

なお、施設基準を満たしていても、上記要件に該当しない場合にあっては、区分番号「Ｆ５００」調剤技術基本料の「１」により算定する。

（２） 薬剤管理指導料の「１」は、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤（内服薬に限る。）、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤又は抗ＨＩＶ薬が投薬又は注射されている患者に対して、これらの薬剤に関し、薬学的管理指導を行った場合に算定する。なお、具体的な対象薬剤については、その一覧を厚生労働省のホームページに掲載している。

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

（４） 薬剤管理指導料の算定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（５） 当該保険医療機関の薬剤師が患者ごとに作成する薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低３年間保存する。

患者の氏名、生年月日、性別、入院年月日、退院年月日、診療録の番号、投薬・注射歴、副作用歴、アレルギー歴、薬学的管理指導の内容、患者への指導及び患者からの相談事項、薬剤管理指導等の実施日、記録の作成日及びその他の事項

なお、薬剤管理指導記録を診療録等とともに管理する場合にあっては、上記の記載事項のうち、重複する項目については、別途記録の作成を要しない。また、薬剤管理指導記録に添付が必要な文書等を別途保存することは差し支えないが、この場合にあっては、薬剤管理指導記録と当該文書等を速やかに突合できるような管理体制を整備すること。

（６） 「注２」の麻薬管理指導加算は、本指導料を算定している患者のうち、麻薬が投与されている患者に対して、投与される麻薬の服用に関する注意事項等に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

（７） 薬剤管理指導料を算定している患者に投薬された医薬品について、当該保険医療機関の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに当該患者の診療

を担う保険医に対し、当該情報を文書により提供するとともに、当該保険医に相談の上、必要に応じ、患者に対する薬学的管理指導を行うものとする。

ア　緊急安全性情報、安全性速報

イ　医薬品・医療機器等安全性情報

（８）　「注２」の麻薬管理指導加算の算定に当たっては、前記の薬剤管理指導記録に少なくとも次の事項についての記載がされていなければならない。

ア　麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の服薬状況、疼痛緩和の状況等）

イ　麻薬に係る患者への指導及び患者からの相談事項

ウ　その他麻薬に係る事項

（９）　薬剤管理指導及び麻薬管理指導を行った場合は、必要に応じ、その要点を文書で医師に提供すること。

Ｂ００８－２　薬剤総合評価調整管理料

（１）　薬剤総合評価調整管理料は、内服を開始して４週間以上経過した内服薬が６種類以上処方されている入院中の患者以外の患者に対して、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について、当該患者の病状及び生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動等について十分に考慮した上で、総合的に評価を行い、処方内容を検討した結果、処方される内服薬が減少した場合について評価したものである。

（２）　薬剤総合評価調整管理料は、当該保険医療機関で処方された内服薬の種類数が２種類以上減少し、その状態が４週間以上継続すると見込まれる場合に算定する。ただし、他の保険医療機関から投薬を受けていた患者については、当該保険医療機関及び当該他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から２種類以上減少した場合については、区分番号「Ａ２５０」に掲げる薬剤総合評価調整加算と合わせて、１か所の保険医療機関に限り算定できることとする。この場合には当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、保険薬局からの提案を踏まえて、処方内容の評価を行い、処方内容を調整した場合には、その結果について当該保険薬局に情報提供を行う。

（３）　連携管理加算は、処方内容の総合調整に当たって、薬効の類似した処方又は相互作用を有する処方等について、患者が受診する他の保険医療機関又は保険薬局に照会を行った場合及び当該他の保険医療機関等からの情報提供を受けて、処方内容の調整又は評価を行い、その結果について当該他の保険医療機関等に情報提供を行った場合に算定する。

（４）　受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、屯服~~頓服~~薬については内服薬の種類数から除外する。また、服用を開始して４週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外する。

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

（６）　医師が内服薬を調整するに当たっては、評価した内容や調整の要点を診療録に記載する。

（７）　当該保険医療機関で区分番号「Ａ２５０」に掲げる薬剤総合評価調整加算又は薬剤総合評価調整管理料を１年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から更に２種類以上減少しているときに限り新たに算定することができ

る。

Ｂ００９　診療情報提供料（Ⅰ）

（１）　診療情報提供料（Ⅰ）は、医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、両者の患者の診療に関する情報を相互に提供することにより、継続的な医療の確保、適切な医療を受けられる機会の増大、医療・社会資源の有効利用を図ろうとするものである。

（２）　保険医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。

（３）　紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、下記の紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。

ア　イ及びウ以外の場合　　別紙様式 11

イ　市町村又は指定居宅介護支援事業者等　　別紙様式 12 から別紙様式 12 の４まで

ウ　介護老人保健施設又は介護医療院　　別紙様式 13

（４）　当該情報を提供する保険医療機関と特別の関係にある機関に情報提供が行われた場合や、市町村等が開設主体である保険医療機関が当該市町村等に対して情報提供を行った場合は算定できない。

（５）　Ａ保険医療機関には、検査又は画像診断の設備がないため、Ｂ保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合には、診療情報提供料（Ⅰ）は算定できる。

（６）　（５）の場合において、Ｂ保険医療機関が単に検査又は画像診断の設備の提供にとどまる場合には、Ｂ保険医療機関においては、診療情報提供料（Ⅰ）、初診料、検査料、画像診断料等は算定できない。なお、この場合、検査料、画像診断料等を算定するＡ保険医療機関との間で合議の上、費用の精算を行うものとする。

（７）　（５）の場合において、Ｂ保険医療機関が、検査又は画像診断の判読も含めて依頼を受け、その結果をＡ保険医療機関に文書により回答した場合には、診療情報提供料（Ⅰ）を算定できる。なお、この場合に、Ｂ保険医療機関においては、初診料、検査料、画像診断料等を算定でき、Ａ保険医療機関においては検査料、画像診断料等は算定できない。

（８）　提供される情報の内容が、患者に対して交付された診断書等であって、当該患者より自費を徴収している場合、意見書等であって、意見書の交付について診療報酬又は公費で既に相応の評価が行われている場合には、診療情報提供料（Ⅰ）は算定できない。

（９）　下記のア、イの場合については、患者１人につき月１回に限り、所定点数を算定する。また、いずれの場合も診療情報の提供に当たって交付した文書の写しを診療録に添付する。

ア　区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から２週間以内に、当該患者に対して継続して区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指

導料を算定すべき看護若しくは指導又は区分番号「Ｃ００６」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療日、診療内容、患者の病状、日常生活動作能力等の診療情報を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合

イ　区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は区分番号「Ｃ００６」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から２週間以内に、別の保険医療機関に対して、病歴、診療内容、患者の病状等の診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合

(10)　診療情報の提供に当たり、レントゲンフィルム等をコピーした場合には、当該レントゲンフィルム等及びコピーに係る費用は当該情報提供料に含まれ、別に算定できない。

~~(11)　「注２」に掲げる「市町村」又は「指定居宅介護支援事業者等」に対する診療情報提供は、入院患者については、退院時に患者の同意を得て退院の日から２週間以内に診療情報の提供を行った場合にのみ算定する。この場合においては、家庭に復帰する患者が対象であり、別の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設等に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者についてその診療情報を市町村又は指定居宅介護支援事業者等に提供しても、診療情報提供料(Ⅰ)の算定対象とはならない。~~

(11~~12~~)　「注２」に掲げる「市町村又は介護保険法第 46 条第１項に~~の~~規定~~により都道府県知事が指定~~する指定居宅介護支援事業者、同法第 58 条第１項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）第 51 条の 17 第１項第１号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第 24 条の 26 第１項第１号に規定する指定障害児相談支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所若しくは精神保健福祉センター、~~又は~~指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者をいう（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）。また、「保健福祉サービスに必要な情報」とは、当該患者に係る健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービス又はホームヘルプサービス、ホームケア促進事業、ショートステイ、デイサービス、日常生活用具の給付等の介護保険の居宅サービス若しくは福祉サービスを有効かつ適切に実施するために必要な診療並びに家庭の状況に関する情報をいう。

(12)　「注２」に掲げる「市町村」又は「指定居宅介護支援事業者等」に対する診療情報提供は、入院患者については、退院時に患者の同意を得て退院の日の前後２週間以内の期間に診療情報の提供を行った場合にのみ算定する。ただし、退院前に算定する場合、介護支援等連携指導料を算定した患者については算定できない。また、「市町村」又は「指定居宅介護支援事業者等」に対する診療情報提供においては、自宅に復帰する患者が対象であり、別の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設等に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者についてその診療情報を市町村又は指定居宅介護支援事業者等に提供しても、区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料(Ⅰ)の算定対象とはならない。

(13)　「注３」については、在宅での療養を行っている疾病、負傷のため通院困難な患者（以下

「在宅患者」という。）に対して、適切な在宅医療を確保するため、当該患者の選択する保険薬局の保険薬剤師が、訪問薬剤管理指導を行う場合であって、当該患者又はその看護等に当たる者の同意を得た上で、当該保険薬局に対して処方箋~~せん~~又はその写しに添付して、当該患者の訪問薬剤管理指導に必要な診療情報を提供した場合に算定する。この場合において、交付した文書の他、処方箋~~せん~~の写しを診療録に添付する。

なお、処方箋~~せん~~による訪問薬剤管理指導の依頼のみの場合は診療情報提供料（Ⅰ）は算定できない。

(14)　「注４」については、精神障害者である患者であって、次に掲げる施設に入所している患者又は介護老人保健施設（当該保険医療機関と同一の敷地内にある介護老人保健施設その他これに準ずる介護老人保健施設を除く。「注５」において同じ。）に入所している患者の診療を行っている保険医療機関が、診療の結果に基づき、患者の同意を得て、当該患者が入所しているこれらの施設に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。

ア　グループホーム（~~障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号。以下「障害者総合支援法」という。）~~第５条第 ~~15~~17 項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。）

イ　障害者支援施設（障害者総合支援法第５条第 11 項に規定する障害者支援施設をいい、日中活動として同条第７項に規定する生活介護を行うものを除く。）

ウ　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成 18 年厚生労働省令第 19 号）第６条の７第２号に規定する自立訓練（生活訓練）を行う事業所

エ　障害者総合支援法第５条第 13 項に規定する就労移行支援を行う事業所

オ　障害者総合支援法第５条第 14 項に規定する就労継続支援を行う事業所

カ　障害者総合支援法第５条第 ~~26~~28 項に規定する福祉ホーム

(15)　「注６」に掲げる「認知症に関する専門の保険医療機関等」とは、「認知症施策等総合支援事業の実施について」（平成 26 年７月９日老発 0709 第３号（一部改正、平成 27 年６月 26 日老発 0626 第３号）老健局長通知）に規定されている認知症疾患医療センターであること。

(16)　「注７」に掲げる退院患者の紹介に当たっては、心電図、脳波、画像診断の所見等診療上必要な検査結果、画像情報等及び退院後の治療計画等を添付すること。また、添付した写し又はその内容を診療録に貼付又は記載すること。なお、算定対象が介護老人保健施設又は介護医療院である場合は、当該加算を算定した患者にあっては、その後６か月間、当該加算は算定できない。

(17)　「注８」の加算は、区分番号「Ｂ００５―４」ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）が算定されない場合であっても算定できる。

(18)　「注９」に掲げる「専門医療機関」とは、鑑別診断、専門医療相談、合併症対応、医療情報提供等を行うとともに、かかりつけの医師や介護サービス等との調整を行う保険医療機関であること。

(19)　「注 10」に規定する認知症専門医療機関連携加算は、区分番号「Ｂ００５－７」に掲げる認知症専門診断管理料２を算定する専門医療機関において既に認知症と診断された患者が、症状の増悪や療養方針の再検討を要する状態となった場合に、当該専門医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて当該患者の紹介を行った場合に算定する。

(20)　「注 11」に規定する精神科医連携加算については、身体症状を訴えて精神科以外の診療科を受診した患者について、当該精神科以外の診療科の医師が、その原因となりうる身体疾患を除外診断した後に、うつ病等の精神疾患を疑い、精神医療の必要性を認め、患者に十分な説明を行い、同意を得て、精神科を標榜する別の保険医療機関の精神科に当該患者が受診する日（紹介した日より１月間以内とし、当該受診日を診療録に記載すること。）について予約を行った上で、患者の紹介を行った場合に算定する。

(21)　「注 12」に規定する肝炎インターフェロン治療連携加算は、区分番号「Ｂ００５－８」に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料を算定する専門医療機関において作成された治療計画に基づいて行った診療の状況を示す文書を添えて、当該専門医療機関に対して当該患者の紹介を行った場合に算定する。

(22)　「注 13」に規定する歯科医療機関連携加算は、保険医療機関（歯科診療を行う保険医療機関を除く。）が、歯科を標榜する保険医療機関に対して、当該歯科を標榜する保険医療機関において口腔内の管理が必要であると判断した患者に関する情報提供を、以下のア又はイにより行った場合に算定する。なお、診療録に情報提供を行った歯科医療機関名を記載すること。

ア　歯科を標榜していない病院が、医科点数表第２章第 10 部手術の第１節第６款、第７款及び第９款に掲げる悪性腫瘍手術（病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限る。）又は第８款に掲げる心・脈管系（動脈・静脈を除く。）の手術、人工関節置換術若しくは人工関節再置換術（股関節に対して行うものに限る。）又は~~若しくは~~造血幹細胞移植の手術を行う患者について、手術前に歯科医師による周術期口腔機能管理の必要性を認め、歯科を標榜する保険医療機関に対して情報提供を行った場合

イ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に属する医師が、訪問診療を行った栄養障害を有する患者又は摂食機能障害を有する患者について、歯科訪問診療の必要性を認め、在宅歯科医療を行う、歯科を標榜する保険医療機関~~在宅療養支援歯科診療所~~に対して情報提供を行った場合

(23)　「注 14」に規定する地域連携診療計画加算は、あらかじめ地域連携診療計画を共有する連携保険医療機関において、区分番号「Ａ２４６」の注４に掲げる地域連携診療計画加算を算定して退院した入院中の患者以外の患者について、地域連携診療計画に基づく療養を提供するとともに、患者の同意を得た上で、退院時の患者の状態や在宅復帰後の患者の状況等について、退院の属する月又はその翌月までに当該連携保険医療機関に対して情報提供を行った場合に算定する。

(24)　「注 15」に規定する療養情報提供加算は、在宅で療養を行う患者の診療を担う保険医療機関が、当該患者が入院又は入所する他の保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院（以下この区分において「保険医療機関等」という。）に対し患者の紹介を行う際に、当該患者に訪問看護を行っている訪問看護ステーションから得た訪問看護に係る情報を診療情報提供書に添付し、当該患者の保険医療機関等への入院又は入所後速やかに情報提供を行った場合に算定する。なお、訪問看護ステーションからの情報を添付し保険医療機関等へ診療情報を提供した際は、その旨を当該訪問看護ステーションに共有すること。

(25~~24~~)　「注 16~~15~~」に規定する検査・画像情報提供加算は、保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の

診療記録のうち主要なもの（少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。画像診断の所見を含むことが望ましい。また、イについては、平成 30 年４月以降は、退院時要約を含むものに限る。）について、①医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ他の保険医療機関に常時閲覧可能なよう提供した場合、又は②電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に加算する。なお、多数の検査結果及び画像情報等を提供する場合には、どの検査結果及び画像情報等が主要なものであるかを併せて情報提供することが望ましい。

Ｂ００９－２　電子的診療情報評価料

（１）　電子的診療情報評価料は、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、同時に電子的方法により提供された検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等のうち主要なものを電子的方法により閲覧又は受信し、当該検査結果等を診療に活用することによって、質の高い診療が効率的に行われることを評価するものである。

（２）　保険医療機関が、他の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等のうち主要なもの（少なくとも検査結果及び画像情報を含む場合に限る。）を①医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ閲覧、又は②電子的に送付された診療情報提供書と併せて受信し、当該検査結果や画像を評価して診療に活用した場合に算定する。その際、検査結果や画像の評価の要点を診療録に記載する。

（３）　電子的診療情報評価料は、提供された情報が当該保険医療機関の依頼に基づくものであった場合は、算定できない。

（４）　検査結果や画像情報の電子的な方法による閲覧等の回数にかかわらず、区分番号「Ｂ００９」に掲げる診療情報提供料（Ⅰ）を算定する他の保険医療機関からの１回の診療情報提供に対し、１回に限り算定する。

Ｂ０１０　診療情報提供料(Ⅱ)

（１）　診療情報提供料(Ⅱ)は、診療を担う医師以外の医師による助言（セカンド・オピニオン）を得ることを推進するものとして、診療を担う医師がセカンド・オピニオンを求める患者又はその家族からの申し出に基づき、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報等、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又はその家族に提供した場合に算定できるものである。なお、入院中の患者に対して当該情報を提供した場合であっても算定できるものである。

（２）　診療情報提供料(Ⅱ)は、患者又はその家族からの申し出に基づき、診療に関する情報を患者に交付し、当該患者又はその家族が診療を担う医師及び当該保険医療機関に所属する医師以外の医師による助言を求めるための支援を行うことを評価したものであり、医師が別の保険医療機関での診療の必要性を認め、患者の同意を得て行う区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料(Ⅰ)を算定すべき診療情報の提供とは明確に区別されるべきものであること。

（３）　診療情報提供料(Ⅱ)を算定すべき診療情報の提供に当たっては、患者又はその家族からの希望があった旨を診療録に記載する。

（４）　助言を受けた患者又はその家族の希望については、その後の治療計画に十分に反映させ

るものであること。

Ｂ０１０－２　診療情報連携共有料

（１）　診療情報連携共有料は、歯科診療を担う別の保険医療機関との間で情報共有することにより、質の高い診療が効率的に行われることを評価するものであり、歯科診療を担う別の保険医療機関からの求めに応じ、患者の同意を得て、当該患者に関する検査結果、投薬内容等の診療情報を提供した場合に、提供する保険医療機関ごとに３月に１回に限り算定する。

（２）　診療情報を提供するに当たっては、次の事項を記載した文書を作成し、患者又は提供する保険医療機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付すること。

ア　患者の氏名、生年月日、連絡先

イ　診療情報の提供先保険医療機関名

ウ　提供する診療情報の内容（検査結果、投薬内容等）

エ　診療情報を提供する保険医療機関名及び担当医師名

（３）　診療情報連携共有料を算定するに当たっては、歯科診療を担う別の保険医療機関と連携を図り、必要に応じて問い合わせに対応できる体制（窓口の設置など）を確保していること。

（４）　同一の患者について、同一の保険医療機関に対して紹介を行い区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）を算定した月においては、診療情報連携共有料は別に算定できない。

Ｂ０１１－３　薬剤情報提供料

（１）　薬剤情報提供料は入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称（一般名又は商品名）、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を、当該処方に係る全ての薬剤について、文書（薬袋等に記載されている場合も含む。）により提供した場合に月１回に限り所定点数を算定する。

（２）　「注１」に規定する場合において、さらに、当該患者の求めに応じて薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳に、処方した薬剤の名称（一般名又は商品名）、保険医療機関名及び処方年月日を記載した場合には、月１回に限り「注２」に規定する手帳記載加算を算定できる。なお、この場合の「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次のアからウまでに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。

ア　患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録

イ　患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録

ウ　患者の主な既往歴等疾病に関する記録

また、所有している手帳を持参しなかった患者に対して薬剤の名称が記載された簡潔な文書（シール等）を交付した場合は、手帳記載加算を算定できない。

（３）　やむを得ない理由により、薬剤の名称に関する情報を提供できない場合は、これに代えて薬剤の形状（色、剤形等）に関する情報を提供することにより算定できる。また、効能、効果、副作用及び相互作用に関する情報については患者が理解しやすい表現であることが必要である。

（４）　同一薬剤であっても、投与目的（効能又は効果）が異なる場合には、当該情報を提供すれば薬剤情報提供料を算定できる。また、類似する効能又は効果を有する薬剤への変更の場合にあっても薬剤情報提供料を算定できる。

（５） 処方の内容に変更があった場合については、その都度薬剤情報提供料を算定できる。ただし、薬剤の処方日数のみの変更の場合は、薬剤情報提供料は算定できない。

（６） 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、同一日に２以上の診療科で処方された場合であっても、１回のみの算定とする。

（７） 薬剤情報提供料を算定した場合は、薬剤情報を提供した旨を診療録に記載する。

Ｂ０１１－４　医療機器安全管理料

（１） 医療機器安全管理料を算定する保険医療機関においては、医療機器の安全使用のための職員研修を計画的に実施するとともに、医療機器の保守点検に関する計画の策定、保守点検の適切な実施及び医療機器の安全使用のための情報収集等が適切に行われていること。

（２） 医療機器安全管理料１は、医師の指示の下に、生命維持管理装置の安全管理、保守点検及び安全使用を行う臨床工学技士を配置した保険医療機関を評価したものであり、当該保険医療機関において、生命維持管理装置を用いて治療を行った場合に１月に１回に限り算定する。

（３） 生命維持管理装置とは、人工心肺装置及び補助循環装置、人工呼吸器、血液浄化装置（人工腎臓を除く。）、除細動装置及び閉鎖式保育器をいう。

（４） 医療機器安全管理料２は、医師の指示の下に、放射線治療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を行う体制を評価したものであり、当該保険医療機関において、照射計画に基づく放射線治療が行われた場合、一連の照射につき当該照射の初日に１回に限り算定する。

（５） 放射線治療機器とは、高エネルギー放射線治療装置（直線加速器）及びガンマナイフ装置をいう。

Ｂ０１２　傷病手当金意見書交付料

（１） 傷病手当金意見書交付料は、医師・歯科医師が労務不能と認め証明した期間ごとにそれぞれ算定できる。

（２） 傷病手当金意見書交付料は、意見書の交付時点において当該被保険者に対し療養の給付を行うべき者に対し請求する。

（３） 傷病手当金を受給できる被保険者が死亡した後に、その遺族等が当該傷病手当金を受給するために意見書の交付を求め、医師・歯科医師が意見書を交付した場合は、当該遺族等に対する療養の給付として請求する。

なお、この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に(相続)と表示し、また、傷病名欄には、遺族等が他に療養の給付を受けていない場合は意見書の対象となった傷病名を、他に療養の給付を受けている場合は遺族自身の傷病名と意見書の対象となった傷病名の両方を記載する。

（４） 医師・歯科医師が傷病手当金意見書を被保険者に交付した後に、被保険者が当該意見書を紛失し、再度医師・歯科医師が意見書を交付した場合は、最初の傷病手当金意見書交付料のみを算定する。この場合、２度目の意見書の交付に要する費用は、被保険者の負担とする。

（５） 感染症法第 37 条の２による医療を受くべき患者に対して、公費負担申請のために必要な診断書の記載を行った場合は、傷病手当金意見書交付料の所定点数の 100 分の 100 を、更に被保険者である患者について、この申請手続に協力して保険医療機関が代行した場合

は、同じく傷病手当金意見書交付料の所定点数の 100 分の 100 を算定できる。なお、感染症法第 37 条による結核患者の入院に係る感染症法関係の診断書についても所定点数の 100 分の 100 を算定できる。

（６） 健康保険法若しくは国民健康保険法に基づく出産育児一時金若しくは出産手当金に係る証明書又は意見書については算定しない。

Ｂ０１３　療養費同意書交付料

（１） 療養費同意書交付料は、原則として当該疾病に係る主治の医師が、診察に基づき、療養の給付を行うことが困難であると認めた患者に対し、あん摩・マッサージ・指圧、はり、きゅうの施術に係る同意書又は診断書（以下「同意書等」という。）を交付した場合に算定する。

（２） あん摩・マッサージ・指圧の施術に係る療養費の支給対象となる適応症は、一律にその診断名によることなく筋麻痺・関節拘縮等であって、医療上マッサージを必要とする症例について支給対象とされている。

（３） はり、きゅうの施術に係る療養費の支給対象となる疾病は、慢性病であって医師による適当な治療手段がないものとされており、主として神経痛・リウマチなどであって、類症疾患についてはこれらの疾病と同一範疇と認められる疾病（頸腕症候群・五十肩・腰痛症及び頸椎捻挫後遺症等の慢性的な疼痛を症状とする疾患）に限り支給対象とされているものである。具体的には、神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症について、保険医より同意書の交付を受けて施術を受けた場合は、保険者は医師による適当な治療手段のないものとし療養費の支給対象として差し支えないものとされている。また、神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症及び頸椎捻挫後遺症以外の疾病による同意書又は慢性的な疼痛を主症とする６疾病以外の類症疾患について診断書が提出された場合は、記載内容等から医師による適当な治療手段のないものであるか支給要件を保険者が個別に判断し、支給の適否が決定されるものである。なお、これらの疾病については、慢性期に至らないものであっても差し支えないものとされている。

（４） あん摩・マッサージ・指圧及びはり、きゅうについて、保険医療機関に入院中の患者の施術は、当該保険医療機関に往療した場合、患者が施術所に出向いてきた場合のいずれであっても療養費は支給されず、はり、きゅうについて、同一疾病に係る療養の給付（診察、検査及び療養費同意書交付を除く。）との併用は認められていない。

（５） 初療の日から３月（変形徒手矯正術に係るものについては１月）を経過してさらにこれらの施術を受ける必要がある場合において、同意書等を再度交付する場合にも別に算定できる。ただし、同意書等によらず、医師の同意によった場合には算定できない。

（６） 医師が同意書等を交付した後に、被保険者等が当該同意書等を紛失し、再度医師が同意書等を交付した場合は、最初に同意書等を交付した際にのみ算定できる。この場合において、２度目の同意書等の交付に要する費用は、被保険者の負担とする。

Ｂ０１４　退院時薬剤情報管理指導料

（１） 退院時薬剤情報管理指導料は、医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、患者の入院時に、必要に応じ保険薬局に照会するなどして薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。）を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳（区分番

号「Ｂ０１１―３」薬剤情報提供料の（２）に掲げる手帳をいう。以下同じ。）に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日１回に限り算定する。なお、ここでいう退院とは、第１章第２部通則５に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院日には算定できない。

（２） 入院時に、医薬品の服用状況及び薬剤服用歴を手帳等により確認するとともに、患者が、医薬品等を持参している場合には、当該医薬品等について実際に確認し、その名称等及び確認した結果の要点を診療録に記載する。

（３） 入院中に使用した薬剤のうち、どの薬剤について手帳に記載するかは、患者の病態や使用する薬剤の種類によるが、少なくとも、退院直前（概ね退院前１週間以内）に使用した薬剤及び入院中に副作用が発現した薬剤については記載する。副作用が発現した薬剤については、投与量、当該副作用の概要、投与継続の有無を含む講じた措置、転帰等について記載する。

（４） 患者の退院に際して、当該患者又はその家族等に、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導（保険医療機関を受診する際や保険薬局に処方箋~~せん~~を提出する際に、手帳を提示する旨の指導を含む。）を行うとともに、退院後の療養を担う保険医療機関での投薬又は保険薬局での調剤に必要な服薬の状況及び投薬上の工夫に関する情報について、手帳に記載すること。なお、指導の要点についても、分かりやすく手帳に記載し、必要に応じて退院時の処方に係る薬剤の情報を文書で提供すること。なお、退院後、在宅療養を必要とする患者であって、手帳にかかりつけ薬剤師の氏名が記載されている場合は、退院後の薬学的管理及び指導に関しかかりつけ薬剤師への相談を促すよう努めること。

また、入院時に当該患者が持参した医薬品の服用状況等について保険薬局から提供を受けた場合には、患者の退院に際して、患者の同意を得たうえで、当該保険薬局に対して当該患者の入院中の使用薬剤や服薬の状況等について情報提供すること。

（５） 手帳を所有している患者については、原則として、退院時までに家族等に持参してもらうこととするが、持参できない場合には、必要な情報が記載された簡潔な文書（シール等）を交付し、所有している手帳に貼付するよう、患者に対して指導を行った場合又は新たに手帳を発行した場合でも算定できる。

（６） 退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、薬剤情報を提供した旨及び提供した情報並びに指導した内容の要点を診療録に記載する。なお、区分番号「Ｂ００８」薬剤管理指導料を算定している患者の場合にあっては、薬剤管理指導記録に記載することで差し支えない。

（７） 死亡退院の場合は算定できない。

第２部　在宅医療

＜通則＞

１　在宅医療の費用は、第１節在宅患者診療・指導料、第２節在宅療養指導管理料第１款在宅療養指導管理料、第２節在宅療養指導管理料第２款在宅療養指導管理材料加算、第３節薬剤料及び第４節特定保険医療材料料に掲げる所定点数を合算した点数により算定する。

２　在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、使用した薬剤の費用については第３節薬剤料により、特定保険医療材料の費用については第４節特定保険医療材料料により、当該保険医療機関において算定する。

第１節　在宅患者診療・指導料

１　保険医療機関は、同一の患者について、区分番号「Ｃ０００」往診料、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料、区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「Ｃ００６」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、区分番号「Ｃ００８」在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号「Ｃ００９」在宅患者訪問栄養食事指導料又は区分番号「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料（以下この部において「訪問診療料等」という。）のうち、いずれか１つを算定した日においては、他のものを算定できない。

ただし、在宅患者訪問診療等を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。

２　一の保険医療機関が訪問診療料等のいずれか１つを算定した日については、当該保険医療機関と特別の関係にある他の保険医療機関は訪問診療料等を算定できない。

ただし、訪問診療等を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。

３　保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーションが、当該保険医療機関の医師から訪問看護指示書の交付を受けた患者について、訪問看護療養費を算定した日においては、当該保険医療機関は訪問診療料等を算定できない。

ただし、当該訪問看護を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。また、区分番号「Ｉ０１６」精神科在宅患者支援管理料~~精神科重症患者早期集中支援管理料~~の「１」を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日に訪問看護を実施した場合における精神科訪問看護・指導料（作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限る。）及び精神科訪問看護基本療養費の算定については、この限りでない。

４　在宅療養支援診療所とは、地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有するものであり、患者からの連絡を一元的に当該診療所で受けるとともに、患者の診療情報を集約する等の機能を果たす必要があること。このため、緊急時の連絡体制及び 24 時間往診できる体制等を確保しなければならない。なお、当該診療所が他の保険医療機関（特別の関係にあるものを含む。）又は訪問看護ステーション（特別の関係にあるものを含む。）（以下この部において「連携保険医療機関等」という。）と連携する場合には、連携保険医療機関等の保険医又は看護師等との診療情報の共有に際し、当該患者の診療情報の提供を行った場合、これに係る費用

は各所定点数に含まれ別に算定できない。

5　連携保険医療機関等の保険医又は看護師等であって、在宅療養支援診療所の保険医の指示により、緊急の往診又は訪問看護を行うものは、患者の診療情報について、あらかじめ在宅療養支援診療所の保険医から提供を受け、緊急時に十分活用できる体制にて保管する必要があること。また、当該緊急の往診又は訪問看護の後には、診療内容等の要点を診療録に記載するとともに、在宅療養支援診療所の保険医が患者の診療情報を集約して管理できるよう、速やかに在宅療養支援診療所の保険医に対し、診療情報の提供を行うこと。なお、在宅療養支援診療所の保険医に対し、連携保険医療機関等から当該患者の診療情報の提供を行った場合の費用は、各所定点数に含まれ別に算定できない。

6　当該患者の病状急変時等に、連携保険医療機関等の保険医又は看護師等が往診又は訪問看護を行った場合には、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料、区分番号「Ｃ０００」往診料又は区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料は往診等を行った保険医又は看護師等の属する保険医療機関において算定する。

7　連携保険医療機関等が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により往診又は訪問看護を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に連携する在宅療養支援診療所の名称及び(支援)と記載すること。

Ｃ０００　往診料

（1）　往診料は、患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに~~患家の求めに応じて~~患家に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家又は他の保険医療機関に赴いて診療を行った場合には算定できない。

（2）　緊急往診加算は、保険医療機関において、標榜時間内であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。

（3）　「注１」に規定する「別に厚生労働大臣が定める時間」とは、保険医療機関において専ら診療に従事している時間であって、概ね午前８時から午後１時までの間とする。

（4）　「注１」における緊急に行う往診~~の加算の対象となる緊急な場合~~とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、往診の結果、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合をいう。また、医学的に終末期であると考えられる患者（当該保険医療機関又は当該保険医療機関と連携する保険医療機関が訪問診療を提供している患者に限る。）に対して往診した場合にも緊急往診加算を算定できる。

（5）　「注１」における所定点数とは、往診料に「注２」及び「注４」における加算点数を合算した点数をいう。

（6）　夜間（深夜を除く。）とは午後６時から午前８時までとし、深夜の取扱いについては、午後 10 時から午前６時までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診加算及び深夜往診加算は算定できない。

（7）　休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律第３条に規定する休日をいう。なお、１月２日及び３日並びに 12 月 29 日、30 日及び 31 日は、休日として取り扱う。

（8）　「注１のイ」に規定する「在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの」とは、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの

取扱いについて」の第９在宅療養支援診療所の施設基準の１の（１）及び(２)に規定する在宅療養支援診療所、第 14 の２在宅療養支援病院の施設基準の１の(１)及び（２）に規定する在宅療養支援病院である。

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

(９) 「注２」における診療時間とは、実際に診療に当たっている時間をいう。交通機関の都合その他診療の必要以外の事由によって患家に滞在又は宿泊した場合においては、その患家滞在の時間については、診療時間に算入しない。

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

(11) 往診又は訪問診療を行った後に、患者又はその家族等が単に薬剤を取りに医療機関に来た場合は、再診料又は外来診療料は算定できない。

(12)「注３」に規定する加算は、患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診を行い、死亡診断を行った場合に算定する。

(13) 保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が 16 キロメートルを超える往診については、当該保険医療機関からの往診を必要とする絶対的な理由がある場合に認められるものであって、この場合の往診料の算定については、16 キロメートル以内の場合と同様、本区分及び「注１」、「注２」、「注３」、「注６」により算定する。この絶対的に必要であるという根拠がなく、特に患家の希望により 16 キロメートルを超える往診をした場合の往診料は保険診療としては算定が認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が 16 キロメートルを超えた場合」とは、当該保険医療機関を中心とする半径 16 キロメートルの圏域の外側に患家が所在する場合をいう。

(14) (13)にかかわらず､往診距離が片道 16 キロメートルを超えて又は海路によりアの適用地域に往診した場合であって､イの各号の一に該当する特殊の事情があったときの往診料は、ウの算定方法によって算定する。

ア 適用地域

次の各号の一に該当する地域であって、イに掲げる特殊の事情のいずれかが一般的に存するものについて、地方厚生（支）局長が厚生労働大臣の承認を得て指定した地域とする。

なお、指定地域が指定要件を欠くに至ったときは、当局に内議のうえ、速やかに地域の指定を取り消すものとする。

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

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

イ　特殊の事情

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

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

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

ウ　算定方法

往診料の項に定める算定方法に準じて算定した点数（720 点に「注１」、「注２」、「注３」又は「注６」による点数を加算した点数）に、次の点数（１号地域については次のⅰの(イ)及び(ロ)により算出した点数、２号地域については、次のⅱにより算出した点数）を加算する。

ⅰ　１号地域に対する往診の場合

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

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

ⅱ　２号地域に対する往診の場合

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

(15)　保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が 16 キロメートル以上の地域に居住する保険医に対して在宅での療養を行う患者の診療を担う保険医が往診による対診を求めることができるのは、患家の所在地から半径 16 キロメートル以内に患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在しない場合や、患家の求める診療に専門的に対応できる保険医療機関が存在していても当該保険医療機関が往診等を行っていない場合などのやむを得ない絶対的理由のある場合に限られるものである。

(16)　「注５」に規定する交通費は実費とする。

(17)　交通費には自家用車による費用を含む。

(18)　自転車、スクーター等の費用は往診料に含まれているので前項は適用されず、したがって「注５」に規定する患家の負担となる交通費には該当しない。

(19)　往診を求められて患家へ赴いたが、既に他医に受診していたため、診察を行わないで帰った場合の往診料は、療養の給付の対象としない扱いとする。したがって患者負担とする。

(20)　特定の被保険者の求めに応ずるのではなく、保険診療を行う目的をもって定期又は不定期に事業所へ赴き、被保険者（患者）を診療する場合は、往診料として取り扱うことは認められない。

(21)　数事業所の衛生管理医をしている保険医が、衛生管理医として毎日又は定期的に事業所に赴いた（巡回）際、当該事業所において常態として診療を行う場合は、(20)と同様である。

(22)　同一保険医が２か所の保険医療機関を開設している場合の往診料は、往診の依頼を受けた医療機関を起点とするのではなく、当該保険医が患家に赴くために出発した保険医療機関から患家までの距離により算定する。

(23)　定期的又は計画的に行われる対診の場合は往診料を算定できない。

Ｃ００１　在宅患者訪問診療料(Ⅰ)

（１）　在宅患者訪問診療料(Ⅰ)は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関以外の保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合の評価であり~~ることから~~、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来において区分番号「Ａ００１」再診料の「注 12」地域包括診療加算又は区分番号「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料が算定可能である。

（２）　在宅での療養を行っている患者とは、保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院で療養を行っている患者以外の患者をいうこと。

ただし、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合」（平成 20 年厚生労働省告示第 128 号）、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成 18 年３月 31 日保医発第 0331002 号）等（以下「給付調整告示等」という。）に規定する場合を除き、医師の配置が義務づけられている施設に入所している患者については算定の対象としない。

（３）　「在宅患者訪問診療料(Ⅰ)~~２~~」の「同一建物居住者の場合」は、同一建物居住者に対して保険医療機関の保険医が同一日に訪問診療を行う場合に、患者１人につき所定点数を算定する。同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法（昭和 25 年法律第 201 号）第２条第１号に掲げる建築物に居住する複数の者（往診を実施した患者、末期の悪性腫瘍と診断した後に訪問診療を行い始めた日から 60 日以内の患者、又は死亡日からさかのぼって 30 日以内の患者を除く。）のことをいう。

（４）　保険医療機関の保険医が、同一建物に居住する当該患者１人のみに対し訪問診療を行う場合は、~~「１」の~~「同一建物居住者以外の場合」の所定点数を算定する。

（５）　同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患家において２人以上の患者を診療した場合には、(３)の規定にかかわらず、１人目は、~~「１」の~~「同一建物居住者以外の場合」を算定し、２人目以降の患者については、区分番号「Ａ０００」初診料又は区分番号「Ａ００１」再診料若しくは区分番号「Ａ００２」外来診療料及び第２章特掲診療料のみを算定する。この場合において、２人目の患者の診療に要した時間が１時間を超えた場合は、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、在宅患者訪問診療料

（Ⅰ）の~~ の~~「注５」に規定する加算を算定する。

（６）　「１」~~在宅患者訪問診療料~~は、１人の患者に対して１つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、１日につき１回に限り算定するが、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日には算定できない。

ただし、区分番号「Ｃ１０８－２」在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定する場合に限り、１人の患者に対して２つの保険医療機関の保険医が、１日につきそれぞれ１回に限り算定できる。なお、この場合においても、区分番号「Ａ０００」初診料を算定した初診の日には算定できない。

（７）　「２」は、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理のもと、主治医として定期的に訪問診療を行っている保険医が属する他の保険医療機関の求めを受けて、当該他の保険医療機関が診療を求めた傷病に対し訪問診療を行った場合に、求めがあった日を含む月から６月を限度として算定できる。ただし、当該他の保険医療機関の求めに応じ、既に訪問診療を行った患者と同一の患者について、さらに以下に該当する診療の求めが新たにあった場合には、当該求めがあった日を含む月から６月さらに算定できる。

ア　その診療科の医師でなければ困難な診療

イ　既に診療した傷病やその関連疾患とは明らかに異なる傷病に対する診療

（８）　（７）にかかわらず、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、６月を超えて算定することも差し支えない。この場合において、診療を求めた当該他の保険医療機関に対し、概ね６月ごとに診療の状況を情報提供するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者のいずれに該当するかを記載すること。

【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を使用している状態の患者

（~~９~~７）　「１」~~在宅患者訪問診療料~~の算定については週３回を限度とするが、（８）に規定する厚生労働大臣が定める疾病等の~~次に掲げる~~患者についてはこの限りでない。

~~【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】~~

~~末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者~~

（10~~８~~）　「１」について、診療に基づき患者の病状の急性増悪、終末期等により一時的に週４

回以上の頻回な訪問診療の必要を認め、当該患者の病状に基づいた訪問診療の計画を定め、当該計画に基づいて患家を定期的に訪問し、診療を行った場合には、

ア　当該訪問診療が必要な旨

イ　当該訪問診療の必要を認めた日

ウ　当該訪問診療を行った日

を診療報酬明細書に付記することにより、１月に１回に限り、当該診療を行った日から１４日以内について 14 日を限度として算定することができる。

(11~~9~~)　定期的・計画的な訪問診療を行っている期間における緊急の場合の往診の費用の算定については、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)は算定せず、往診料及び再診料又は外来診療料を算定する。ただし、当該緊急往診を必要とした症状が治まったことを在宅での療養を行っている患者の療養を担う保険医が判断した以降の定期的訪問診療については、在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の~~の~~算定対象とする。

(12~~10~~)　訪問診療を実施する場合には、以下の要件を満たすこと。

①　当該患者又はその家族等の署名付の訪問診療に係る同意書を作成した上で診療録に添付すること。

②　訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載すること。「２」を算定する場合には、主として診療を行う医師である保険医が所属する他の保険医療機関が診療を求めた傷病も記載すること。

③　訪問診療を行った日における当該医師の当該在宅患者に対する診療時間（開始時刻及び終了時刻）及び診療場所について、診療録に記載すること。~~また、「在宅患者訪問診療料２」の「同一建物居住者の場合」を算定する場合は、別紙様式 14 に記載のうえ、診療報酬明細書に添付する、又は別紙様式 14 のとおりの内容が記載された症状詳記を添付若しくは当該内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

(13~~11~~)　「注４」に規定する乳幼児加算~~又は幼児加算~~は、~~３歳未満の乳幼児又は３歳以上~~６歳未満の乳幼児に対して訪問診療を実施した場合に、１日につき１回に限り算定できるものとする。

(14~~12~~)　「注６」に規定する在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前 14 日以内の計 15 日間に２回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。

(15~~13~~)　「注６のイの(１)」に規定する「在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの」とは、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の第９在宅療養支援診療所の施設基準の１の(１)及び(２)に規定する在宅療養支援診療所、第 14 の２在宅療養支援病院の施設基準の１の(１)及び(２)に規定する在宅療養支援病院である。

「注６のイの(１)の①」に規定する「病床を有する場合」、「注６~~１~~のイの(１~~２~~)の②」に規定する「病床を有しない場合」とは、同通知の第９在宅療養支援診療所の施設基準の２の(１)及び(２)、第 14 の２在宅療養支援病院の施設基準の２の(１)の規定による。「注

６のロ」についても、この例によること。

(16)　「注６のイ」及び「注６のロ」に規定する有料老人ホーム等に入居する患者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう。

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

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

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

(17)　「注６」に規定する酸素療法加算は、悪性腫瘍と診断されている患者に対し、死亡した月において、在宅酸素療法を行った場合に算定する。在宅酸素療法を指示した医師は、在宅酸素療法のための酸素投与方法（使用機器、ガス流量、吸入時間等）、緊急時連絡方法等を装置に掲示すると同時に、夜間も含めた緊急時の対処法について、患者に説明を行うこと。酸素療法加算を算定した月については、区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料、区分番号「Ｃ１５７」酸素ボンベ加算、区分番号「Ｃ１５８」酸素濃縮装置加算、区分番号「Ｃ１５９」液化酸素装置加算、区分番号「Ｃ１６４」人工呼吸器加算、区分番号「Ｊ０１８」喀痰吸引、区分番号「Ｊ０１８－３」干渉低周波去痰器による喀痰排出、区分番号「Ｊ０２４」酸素吸入、区分番号「Ｊ０２４－２」突発性難聴に対する酸素療法、区分番号「Ｊ０２５」酸素テント、区分番号「Ｊ０２６」間歇的陽圧吸入法、区分番号「Ｊ０２６－２」鼻マスク式補助換気法、区分番号「Ｊ０２６－３」体外式陰圧人工呼吸器治療及び「Ｊ０４５」人工呼吸は算定できない。

(18~~14~~)　「注７」に規定する看取り加算は、事前に当該患者又はその家族等に対して、療養上の不安等を解消するために充分な説明と同意を行った上で、死亡日に往診又は訪問診療を行い、当該患者を患家で看取った場合に算定する。この場合、診療内容の要点等を当該患者の診療録に記載すること。

(19~~15~~)　「注８」に規定する加算は、在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。ただし、「注７」に規定する加算には、死亡診断に係る費用が含まれており、「注８」に規定する加算は別に算定できない。以下の要件を満たしている場合であって、「情報通信機器（ＩＣＴ）を用いた死亡診断等ガイドライン（平成 29 年９月厚生労働省）」に基づき、ＩＣＴを利用した看護師との連携による死亡診断を行う場合には、往診又は訪問診療の際に死亡診断を行っていない場合でも、死亡診断加算のみを算定可能である。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、ＩＣＴを利用した看護師との連携による死亡診断を行った旨記載すること。

ア　当該患者に対して定期的・計画的な訪問診療を行っていたこと。

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

ウ　特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護

・指導料又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。

(2016) 患家における診療時間が１時間を超える場合の加算の算定方法、保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が 16 キロメートルを超えた場合又は海路による訪問診療を行った場合であって特殊な事情があった場合の在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の算定方法及び訪問診療に要した交通費の取扱いは、往診料における取扱いの例による。

(2117) 往診の日又はその翌日に行う訪問診療の費用については、算定できない。ただし、在宅療養支援診療所若しくは在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を含む。）又は在宅療養支援病院の保険医が、往診及び訪問看護により 24 時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に対して、往診を行った場合はこの限りではない。

(2218) 「注 11」に規定する交通費は実費とする。

Ｃ００１－２　在宅患者訪問診療料(Ⅱ)

（１）在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して、患者の入居する有料老人ホーム等に併設される保険医療機関が定期的に訪問して診療を行った場合の評価であり、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来において区分番号「Ａ００１」再診料の「注 12」地域包括診療加算又は区分番号「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料が算定可能である。

（２）有料老人ホーム等に入居している患者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう。

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

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

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

（３）有料老人ホーム等に併設される保険医療機関とは、有料老人ホーム等と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する保険医療機関をいう。

（４）「注２」から「注５」の取扱いについては、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の例によること。この場合において、「１」及び「２」については、それぞれ「注１のイ」及び「注１のロ」と読み替えるものとする。

Ｃ００２　在宅時医学総合管理料、Ｃ００２－２　施設入居時等医学総合管理料

（１）在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料は、在宅での療養を行っている患者に対するかかりつけ医機能の確立及び在宅での療養の推進を図るものである。

（２）在宅時医学総合管理料は、在宅での療養を行っている患者であって、通院困難な者（（３）で規定する施設入居時等医学総合管理料の対象患者を除く。）に対して、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、定期的に訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行

った場合の評価であることから、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、在宅時医学総合管理料は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来において区分番号「Ａ００１」再診料の「注 12」地域包括診療加算又は区分番号「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料が算定可能である。

（３） 施設入居時等医学総合管理料は、施設において療養を行っている次に掲げる患者であって、通院困難な者に対して個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、定期的に訪問して診療を行い、総合的な医学管理を行った場合の評価であることから、継続的な診療の必要のない者や通院が可能な者に対して安易に算定してはならない。例えば、少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院ができる者などは、通院は容易であると考えられるため、施設入居時等医学総合管理料は算定できない。なお、訪問診療を行っておらず外来受診が可能な患者には、外来において区分番号「Ａ００１」再診料の「注 12」地域包括診療加算又は区分番号「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料が算定可能である。なお、施設入居時等医学総合管理料の算定の対象となる患者は、給付調整告示等の規定によるものとする。

ア 次に掲げるいずれかの施設において療養を行っている患者

（イ） 養護老人ホーム

（ロ） 軽費老人ホーム（「軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準」（平成 20 年厚生労働省令第 107 号）附則第２条第１号に規定する軽費老人ホームＡ型に限る。）

（ハ） 特別養護老人ホーム

（ニ） 有料老人ホーム

（ホ） 高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成 13 年４月６日法律第 26 号）第５条第１項に規定するサービス付き高齢者向け住宅

（ヘ） 認知症対応型共同生活介護事業所

~~ただし、（ニ）、（ホ）、（ヘ）に居住する患者であって、平成 28 年３月以前に当該施設において在宅時医学総合管理料を算定したものについては、平成 29 年３月 31 日までの間に限り、在宅時医学総合管理料を算定できるものとする。~~

イ 次に掲げるいずれかのサービスを受けている患者

（イ） 短期入所生活介護

（ロ） 介護予防短期入所生活介護

（４） 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料は、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関の保険医が、在宅療養計画に基づき診療を行った場合に月１回に限り算定する。特掲診療料の施設基準等別表第八の二に掲げる「別に厚生労働大臣が定める状態の患者」に対して、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注１のイの場合に限る。）を月２回以上算定した場合には「別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合」を単一建物診療患者の人数に従い算定する。同様に、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注１のイの場合に限る。）を月２回以上算定した場合には「月２回以上訪問診療を行っている場合」を、区分番号「Ｃ

００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「１」又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)（注１のイの場合に限る。）を月１回算定した場合には「月１回訪問診療を行っている場合」を単一建物診療患者の人数に従い算定する。ここでいう単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が区分番号「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料又は区分番号「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料を算定する者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。）の人数をいう。なお、ユニット数が３以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、施設入居時等医学総合管理料~~（平成29年３月31日までの間に限り、在宅時医学総合管理料を含む。）~~を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。また、同居する同一世帯の複数の患者に対して診察をした場合など、同一の患家において２人以上の患者を診療した場合に、２人目以降の患者について、区分番号「Ａ０００」初診料又は区分番号「Ａ００１」再診料若しくは区分番号「Ａ００２」外来診療料及び第２章特掲診療料のみを算定した場合においては、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載し、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「１」又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)(注１のイの場合に限る。)を算定したものとみなすことができる。

「１」及び「２」については、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が、往診及び訪問看護により 24 時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限り、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院において算定し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医が、当該患者以外の患者に対し、継続して訪問した場合には、「３」を算定する。

なお、「１」に規定する「在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの」とは、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取り扱いについて」の第９在宅療養支援診療所の施設基準の１の(１)及び(２)に規定する在宅療養支援診療所、第 14 の２在宅療養支援病院の施設基準の１の(１)及び(２)に規定する在宅療養支援病院である。

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

（５） 個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、その内容を患者、家族及びその看護に当たる者等に対して説明し、在宅療養計画及び説明の要点等を診療録に記載すること。

（６） 他の保健医療サービス又は福祉サービスとの連携に努めること。

（７） 当該患者が診療科の異なる他の保険医療機関を受診する場合には、診療の状況を示す文書を当該保険医療機関に交付する等十分な連携を図るよう努めること。

（８） 当該保険医療機関以外の保険医療機関が、当該患者に対して診療を行おうとする場合には、当該患者等に対し照会等を行うことにより、他の保険医療機関における在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の算定の有無を確認すること。

（９） 当該患者について在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料が算定されている月において、区分番号「Ｂ０００」特定疾患療養管理料、区分番号「Ｂ００１」の

「４」小児特定疾患カウンセリング料、同区分番号の「５」小児科療養指導料、同区分番号の「６」てんかん指導料、同区分番号の「７」難病外来指導管理料、同区分番号の「８」皮膚科特定疾患指導管理料、同区分番号の「18」小児悪性腫瘍患者指導管理料、同区分番号の「27」糖尿病透析予防指導管理料、区分番号「Ｂ００１－３」生活習慣病管理料、区分番号「Ｃ００７」の注３に規定する衛生材料等提供加算、区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料、区分番号「Ｉ０１２－２」の注３に規定する衛生材料等提供加算、区分番号「Ｊ０００」創傷処置、区分番号「Ｊ００１－７」爪甲除去、区分番号「Ｊ００１－８」穿刺排膿後薬液注入、区分番号「Ｊ０１８」喀痰吸引、区分番号「Ｊ０１８－３」干渉低周波去痰器による喀痰排出、区分番号「Ｊ０４３－３」ストーマ処置、区分番号「Ｊ０５３」皮膚科軟膏処置、区分番号「Ｊ０６０」膀胱洗浄、区分番号「Ｊ０６０－２」後部尿道洗浄、区分番号「Ｊ０６３」留置カテーテル設置、区分番号「Ｊ０６４」導尿、区分番号「Ｊ１１８」介達牽引、区分番号「Ｊ１１８－２」矯正固定、区分番号「Ｊ１１８－３」変形機械矯正術、区分番号「Ｊ１１９」消炎鎮痛等処置、区分番号「Ｊ１１９－２」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「Ｊ１１９－３」低出力レーザー照射、区分番号「Ｊ１１９－４」肛門処置及び区分番号「Ｊ１２０」鼻腔栄養は所定点数に含まれ、別に算定できない。

なお、在宅での総合的な医学管理に当たって必要な薬剤（投薬に係るものを除く。）及び特定保険医療材料については、第３節薬剤料及び第４節特定保険医療材料料において算定することができる。

(10)　当該点数を算定した月において、当該点数を算定する保険医療機関の外来を受診した場合においても第５部投薬の費用は算定できない。

(11)　１つの患家に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の対象となる同居する同一世帯の患者が２人以上いる場合の在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料は、患者ごとに「単一建物診療患者が１人の場合」を算定すること。また、在宅時医学総合管理料について、当該建築物において当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者数が、当該建築物の戸数の 10%以下の場合又は当該建築物の戸数が 20 戸未満であって、当該保険医療機関が在宅医学管理を行う患者が２人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が１人の場合」を算定すること。

(12)　同一月内において院外処方箋~~せん~~を交付した訪問診療と院外処方箋~~せん~~を交付しない訪問診療とが行われた場合は、在宅時医学総合管理料の「注２」又は施設入居時等医学総合管理料の「注５」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注２」に係る加算は算定できない。

(13)　投与期間が 30 日を超える薬剤を含む院外処方箋~~せん~~を交付した場合は、その投与期間に係る在宅時医学総合管理料の「注２」又は施設入居時等医学総合管理料の「注５」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注２」に係る加算は算定できない。

(14)　在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料は、当該患者に対して主として診療を行っている保険医が属する１つの保険医療機関において算定するものであること。

(15)　区分番号「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料を算定した日の属する月にあっては、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料は算定できないものであること。

(16)　在宅時医学総合管理料の「注４」又は施設入居時等医学総合管理料の「注５」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注４」に規定する在宅移行早期加算は、退院後に

在宅において療養を始めた患者であって、訪問診療を行うものに対し、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の算定開始月から３月を限度として、１月１回に限り所定点数に加算する。

(17)　在宅移行早期加算は、退院から１年を経過した患者に対しては算定できない。ただし、在宅移行早期加算を既に算定した患者が再度入院し、その後退院した場合にあっては、新たに３月を限度として、月１回に限り所定点数に加算できるものとする。

(18)　在宅時医学総合管理料の「注５」又は施設入居時等医学総合管理料の「注５」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注５」に係る加算は、特掲診療料の施設基準等別表第三の一の二に掲げる患者に対し、月４回以上の往診又は訪問診療を行い、必要な医学管理を行っている場合に頻回訪問加算として算定する。

(19)　別に厚生労働大臣が定める状態等のうち、特掲診療料の施設基準等別表第三の一の二第三号に掲げる「高度な指導管理を必要とするもの」とは、別表第三の一の二第二号の(１)に掲げる指導管理を２つ以上行っているものをいう。

(20)　在宅時医学総合管理料の「注９」又は施設入居時等医学総合管理料の「注５」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注９」に規定する継続診療加算は、在宅療養支援診療所以外の診療所が、当該診療所の外来を４回以上受診した後に訪問診療に移行した患者に対して、以下の全ての要件を満たして訪問診療を実施した場合に算定する。継続診療加算を算定して訪問診療及び医学管理を行う月のみ以下の体制を確保すればよく、地域医師会等の協力を得てア又はイに規定する体制を確保することでも差し支えない。

ア　当該医療機関単独又は連携する他の医療機関の協力により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を有していること。

イ　訪問看護が必要な患者に対し、当該保険医療機関、連携する他の医療機関又は連携する訪問看護ステーションが訪問看護を提供する体制を確保していること。

ウ　当該医療機関又は連携する医療機関の連絡担当者の氏名、診療時間内及び診療時間外の連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等並びに往診担当医の氏名等について、患者又は患者の家族に文書により提供し、説明していること。

(21)　(20)のアに掲げる連携する他の医療機関が訪問診療を行った場合には、当該他の医療機関では、在宅時医学総合管理料は算定できない。また、当該他の医療機関が、患家を訪問して診療を行った場合には、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は算定できず、区分番号「Ｃ０００」往診料を算定すること。また、訪問看護が必要な患者については、当該患者の訪問看護を提供する訪問看護ステーション等に対し、当該他の医療機関の医師による指示についても適切に対応するよう、連携を図ること。

(22)　在宅時医学総合管理料の「注10」又は施設入居時等医学総合管理料の「注５」の規定により準用する在宅時医学総合管理料の「注10」に規定する包括的支援加算は、特掲診療料の施設基準等別表八の三に規定する状態の患者に対し、訪問診療を行っている場合に算定する。当該状態については、以下のとおりとする。

ア　「要介護二以上の状態又はこれに準ずる状態」とは、介護保険法第７条に規定する要介護状態区分における要介護２、要介護３、要介護４若しくは要介護５である状態又は障害者総合支援法における障害支援区分において障害支援区分２以上と認定されている状態をいう。

イ　「日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さのために、介護を必要とする認知症の状態」とは、医師が「認知症高齢者の日常生活自立度」におけるランクⅡｂ以上と診断した状態をいう。

ウ　「頻回の訪問看護を受けている状態」とは、週１回以上訪問看護を受けている状態をいう。

エ　「訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態」とは、訪問診療又は訪問看護において、注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置（特掲診療料の施設基準等第四の一の六(３)に掲げる処置のうち、ワからヨまで及びレからマまでに規定する処置を除く。）を受けている状態をいう。

オ　「介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態」とは、特定施設、認知症対応型共同生活介護事業所、特別養護老人ホーム、障害者総合支援法第５条第 11 項に規定する障害者支援施設等に入居又は入所する患者であって、医師による文書での指示を受け、当該施設に配置された看護職員による注射又は処置を受けている状態をいう。処置の範囲はエの例による。

カ　「その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態」とは、以下のいずれかに該当する患者の状態をいう。

(イ)　脳性麻痺、先天性心疾患、ネフローゼ症候群、ダウン症等の染色体異常、川崎病で冠動脈瘤のあるもの、脂質代謝障害、腎炎、溶血性貧血、再生不良性貧血、血友病、及び血小板減少性紫斑病、先天性股関節脱臼、内反足、二分脊椎、骨系統疾患、先天性四肢欠損、分娩麻痺、先天性多発関節拘縮症、児童福祉法第６条の２第１項に規定する小児慢性特定疾病（同条第２項に規定する小児慢性特定疾病医療支援の対象に相当する状態のものに限る。）及び同法第 56 条の６第２項に規定する障害児に該当する状態である 15 歳未満の患者

(ロ)　出生時の体重が 1,500ｇ未満であった１歳未満の患者

(ハ)　「超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準」による判定スコアが 10 以上である患者

(ニ)　訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置（特掲診療料の施設基準等第四の一の六(３)に掲げる処置のうち、ワからマに規定する処置をいう。）を行っている患者

(2320)　算定対象となる患者が入居又は入所する施設と特別の関係にある保険医療機関においても、算定できる。

(2421)　「３」について、主として往診又は訪問診療を実施する診療所で算定する場合~~（平成 29 年４月１日以降に算定する場合に限る。）~~は、それぞれ所定点数の 100 分の 80 に相当する点数を算定する。

(25)　悪性腫瘍と診断された患者については、医学的に末期であると判断した段階で、当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、適時情報提供すること。

(26)　在宅時医学総合管理料の「注 11」について、当該医療機関において、区分番号「Ｉ００

２」通院・在宅精神療法及び区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「１」を算定している場合には、在宅時医学総合管理料は算定できない。また、施設入居時等医学総合管理料の「注４」について、当該医療機関において、区分番号「Ｉ００２」通院・在宅精神療法及び区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「１」又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)(注１のイの場合に限る。)を算定している場合には、施設入居時等医学総合管理料は算定できない。

ただし、特掲診療料の施設基準等別表第八の四に規定する状態の患者に対し、訪問診療を行っている場合にはこの限りでない。当該別表第八の四に規定する状態のうち、別表第八の二に掲げる状態以外の状態については、以下のとおりとする。

ア　「要介護二以上の状態又はこれに準ずる状態」とは、介護保険法第７条に規定する要介護状態区分における要介護２、要介護３、要介護４若しくは要介護５である状態又は身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号）第４条に規定する身体障害者であって、障害者総合支援法第４条第４項に規定する障害支援区分において障害支援区分２、障害支援区分３、障害支援区分４若しくは障害支援区分５である状態をいう。

イ　「訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態」及び「介護保険法第八条第十一項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入居し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態」については、それぞれ(22)のエ及びオの例によること。

ウ　「がんに対し治療を受けている状態」及び「精神疾患以外の疾患の治療のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態」は、それぞれ悪性腫瘍と診断された患者であって、悪性腫瘍に対する治療（緩和ケアを含む。）を行っている状態及び(22)のカに該当する状態をいう。

(27)　在宅時医学総合管理料の「注 12」に規定するオンライン在宅管理料を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。

ア　オンライン在宅管理料は、対面診療の原則のもとで、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づいて、オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、月１回の訪問診療を行っている場合であって、訪問診療を実施した日以外の日にオンライン診察による医学管理を実施した場合に算定できる。なお、当該診療計画に基づかない他の傷病に対する診察は、対面診療で行うことが原則であり、オンライン在宅管理料は算定できない。

イ　オンライン診察は、アの計画に基づき、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた医学管理のもとで実施されるものであり、連続する３月の間に対面診療が１度も行われない場合は、算定することはできない。ただし、対面診療とオンライン診察を同月に行った場合は、オンライン在宅管理料は算定できない。

ウ　オンライン在宅管理料が算定可能な患者は、在宅時医学総合管理料の算定対象となる患者であって、当該管理料を初めて算定した月から６月以上経過し、かつ当該管理料を初めて算定した月から６月の間、オンライン診察を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っているものに限る。ただし、在宅時医学総合管理料を初めて算定した月から６月以上経過している場合は、直近 12 月以内に当該管理料を６回以上、同一の医師による対面診療において算定していればよい。

エ　患者の同意を得た上で、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた在宅診療計画を作

成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載する。なお、当該計画に基づかない他の傷病に対する診察は、対面で行うことが原則であり、オンラン在宅管理料は算定できない。

オ　当該計画に沿って､オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行った際には、当該管理の内容、当該管理に係るオンライン診察を行った日、診察時間等の要点を診療録に記載すること。

カ　オンライン診察による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、在宅時医学総合管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。

キ　オンライン診察を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診察を行う。

ク　オンライン診察による計画的な療養上の医学管理は、当該保険医療機関内において行う。

ケ　同一の患者について、オンライン診察による医学管理を実施した日に訪問診療等のうちいずれか１つを算定した場合は、オンライン在宅管理料は算定できない。

コ　当該管理料を算定する場合、オンライン診察を受ける患者は、当該患者の自宅においてオンライン診察を受ける必要がある。また、複数の患者に対して同時にオンライン診察を行った場合、当該管理料は算定できない。

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

シ　オンライン在宅管理料を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、在宅時医学総合管理料の算定を開始した年月を記載すること。

Ｃ００３　在宅がん医療総合診療料

（１）　在宅がん医療総合診療料は、別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関である在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、在宅での療養を行っている通院が困難な末期の悪性腫瘍の患者（医師又は看護師等の配置が義務付けられている施設に入居又は入所している患者（給付調整告示等に規定する場合を除く。）の場合を除く。）であって、往診及び訪問看護により 24 時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供しているものに対して、計画的な医学管理の下に、次に掲げる基準のいずれにも該当する総合的な医療を提供した場合に、１週間（日曜日から土曜日までの暦週をいう。本項において同じ。）を単位として当該基準を全て満たした日に算定する。

ア　当該患者に対し、訪問診療又は訪問看護を行う日が合わせて週４日以上であること。（同一日において訪問診療及び訪問看護を行った場合であっても１日とする。）

イ　訪問診療の回数が週１回以上であること。

ウ　訪問看護の回数が週１回以上であること。

（２）　在宅がん医療総合診療料は、１週間のうちに全ての要件を満たさなかった場合、１週間のうちに在宅医療と入院医療が混在した場合には算定できない。ただし、現に在宅がん医療総合診療料を算定している患者が、当該在宅療養支援診療所又は当該在宅療養支援病院に一時的に入院する場合は、引き続き計画的な医学管理の下に在宅における療養を継続し

ているものとみなし、当該入院の日も含めた１週間について、(１)のアからウまでの要件を満たす場合には、在宅がん医療総合診療料を算定できるものとする。ただし、この場合には、入院医療に係る費用は別に算定できない。

（３） 在宅療養支援診療所において、連携により必要な体制を確保する場合にあっては、緊急時の往診又は訪問看護を連携保険医療機関等の医師又は看護師等が行うことが有り得ることを予め患者等に説明するとともに、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急時の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に文書（電子媒体を含む。）により随時提供し、当該提供した診療情報は当該患者の診療録に添付すること。なお、連携保険医療機関等の保険医又は看護師等との診療情報の共有に際し、当該患者の診療情報の提供を行った場合、これに係る費用は各所定点数に含まれ別に算定できない。

（４） 在宅療養支援診療所と連携保険医療機関等、又は在宅療養支援病院と訪問看護ステーションが共同で訪問看護を行い、又は緊急時の往診体制をとっている場合は、当該患者の訪問看護、往診に係る費用は、在宅がん医療総合診療料を算定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医の属する保険医療機関において一括して算定する。

（５） 連携保険医療機関等又は在宅療養支援病院と連携する訪問看護ステーションが当該患者に訪問看護を行った場合又は当該患者の病状急変時等に連携保険医療機関の保険医が往診を行った場合は、当該連携保険医療機関等又は在宅療養支援病院と連携する訪問看護ステーションは、診療内容等を在宅がん医療総合診療料を算定する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院の保険医に速やかに報告し、当該保険医は診療内容等の要点を当該患者の診療録に記載する必要がある。ただし、これに係る診療情報提供の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

（６） 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院は、算定の対象となる患者について、総合的な在宅医療計画を策定し、これに基づいて訪問診療及び訪問看護を積極的に行うとともに、他の保健医療サービス又は福祉サービスとの連携に努めること。なお、在宅がん医療総合診療は、同一の患者に対して継続的に行うことが望ましい。

（７） 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該患者に対して診療を行おうとする場合には、当該患者等に対し照会等を行うことにより、他の保険医療機関における在宅がん医療総合診療料の算定の有無を確認すること。

（８） 「１」に規定する「在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの」とは、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取り扱いについて」の第９在宅療養支援診療所の施設基準の１の(１)及び(２)に規定する在宅療養支援診療所、第 14 の２在宅療養支援病院の施設基準の１の(１)及び(２)に規定する在宅療養支援病院である。

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

（９） １週間のうち院外処方箋~~せん~~を交付した日がある場合は、当該１週間分を「院外処方箋~~せん~~を交付する場合」で算定し、それ以外の場合は「院外処方箋~~せん~~を交付しない場合」で算定する。

なお、当該診療を開始又は終了（死亡による場合を含む。）した週にあって、当該１週間のうちに(１)に掲げる基準を満たした場合には、当該診療の対象となった日数分につい

て算定する。

(10)　「注２」に規定する加算は、在宅での療養を行っている患者が在宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。ただし、(12)のイに基づき、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注７」又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注６の規定により準用する区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注７」に規定する加算を算定する場合には、算定できない。

(11)　当該患者の診療に係る費用は、(12)に掲げる費用及び「注２」の加算を除き、全て所定点数に含まれる。ただし、同一月において在宅がん医療総合診療料が算定された日の前日までに算定された検体検査判断料等については、別に算定できる。

(12)　「注３」の特に規定するものとは次の費用であり、当該費用は、要件を満たせば在宅がん医療総合診療料と別に算定できる。

ア　週３回以上の訪問診療を行った場合であって、訪問診療を行わない日に患家の求めに応じて緊急に往診を行った場合の往診料（区分番号「Ｃ０００」往診料の「注１」及び「注２」の加算を含む。）（ただし、週２回を限度とする。）

イ　区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注６」に規定する加算及び「注７」に規定する加算並びに区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「注５」に規定する加算及び「注６」の規定により準用する区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注７」に規定する加算（ただし、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注６」に規定する加算又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「注５」の加算を算定する場合には、区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料の「注10」の加算及び「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」の規定により準用する区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料の「注10」~~それぞれの「注10」~~の加算、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注７」の加算又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「注６」の規定により準用する区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注７」の加算を算定する場合には、在宅がん医療総合診療料の「注２」の加算、区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料の「注10」の加算及び「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」の規定により準用する区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料の「注10」の加算~~それぞれの「注10」の加算~~は別に算定できない。なお、在宅療養支援診療所及びその連携保険医療機関が連携して区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注６」の加算又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「注５」に規定する加算の要件を満たした場合には在宅療養支援診療所が、当該区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注７」の加算又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「注６」の規定により準用する区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注７」の加算の要件を満たした場合については、看取った保険医療機関が診療報酬請求を行い、それぞれの費用の分配は相互の合議に委ねることとする。）

(13)　当該患者を担当する居宅介護支援事業者に対し、予後及び今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、適時情報提供すること。

(14~~13~~)　「注４」に規定する交通費は実費とする。

Ｃ００４　救急搬送診療料

（１）　救急用の自動車とは、消防法~~（昭和 23 年法律第 186 号）~~及び消防法施行令~~（昭和 36 年政令第 37 号）~~に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法~~（昭和 35 年法律第 105 号）~~及び道路交通法施行令~~（昭和 35 年政令第 270 号）~~に規定する緊急自動車であって当該保険医療機関に属するものをいう。

（２）　救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法~~（平成 19 年法律第 103 号）~~第２条に規定する「救急医療用ヘリコプター」により搬送される患者に対して、救急医療用ヘリコプター内において診療を行った場合についても救急搬送診療料を算定することができる。

（３）　診療を継続して提供した場合、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料又は区分番号「Ａ００２」外来診療料は、救急搬送の同一日に１回に限り算定する。

（４）　搬送先の保険医療機関の保険医に立会診療を求められた場合は、初診料、再診料又は外来診療料は１回に限り算定し、区分番号「Ｃ０００」往診料は併せて算定できない。ただし、患者の発生した現場に赴き、診療を行った後、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合は、往診料を併せて算定できる。

（５）　入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、入院基本料を算定した日には救急搬送診療料は算定できない。

（６）　「注２」の加算は、新生児又は６歳未満の乳幼児（新生児を除く。）に対して救急搬送診療料を算定する場合に加算する。

（７）　「注３」の加算は、患者の発生した現場に赴き、診療を開始してから、医療機関に到着し、医療機関内で診療を開始するまでの時間が 30~~３０~~分を超えた場合に加算する。

Ｃ００５　在宅患者訪問看護・指導料、Ｃ００５－１－２　同一建物居住者訪問看護・指導料

（１）　在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料は、在宅での療養を行っている通院困難な患者の病状に基づいて訪問看護・指導計画を作成し、かつ、当該計画に基づき実際に患家を定期的に訪問し、看護及び指導を行った場合に、１日に１回を限度として算定する。ただし、医師又は看護師の配置が義務付けられている施設に入所している患者（給付調整告示等により規定する場合を除く。）については、算定の対象としない。

　在宅患者訪問看護・指導料は、在宅での療養を行っている患者（同一建物居住者であるものを除く。）に対して、同一建物居住者訪問看護・指導料は、同一建物居住者であるものに対して算定する。

（２）　在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料（以下「在宅患者訪問看護・指導料等」という。）は、訪問看護・指導を実施する保険医療機関において医師による診療のあった日から１月以内に行われた場合に算定する。

　ただし、当該患者（患者の病状に特に変化がないものに限る。）に関し、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ｉ）等を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から２週間以内に、当該患者に対して継続して訪問看護・指導を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供（区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ｉ）の場合に限る。）を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から１月以内に行われた場合に算定する。

（３）　同一建物居住者訪問看護・指導料については、以下のア又はイにより算定すること。

ア　同一建物居住者が２人の場合は、当該患者全員に対して、１のイ又は２のイにより算

定

イ　同一建物居住者が３人以上の場合は、当該患者全員に対して、１のロ又は２のロにより算定

（４）　在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週３日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週４日以上算定できる。

【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】

○特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者

○特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等の患者

在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者、在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者、真皮を越える褥瘡の状態にある者、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

（５）　診療に基づき、患者の病状の急性増悪、終末期、退院直後等により一時的に週４日以上の頻回の訪問看護・指導が必要であると認められた患者（厚生労働大臣が定める疾病等の患者を除く。）については、月１回（気管カニューレを使用している状態にある者又は真皮を越える褥瘡の状態にある者については、月２回）に限り、当該診療を行った日から14日以内の期間において、14日を限度として算定できる。また、当該患者に対する訪問看護・指導については、当該患者の病状等を十分把握し、一時的に頻回に訪問看護・指導が必要な理由を訪問看護計画書及び訪問看護報告書等に記載し、訪問看護・指導の実施等において、主治医と連携を密にすること。また、例えば、毎月、恒常的に週４日以上の訪問看護・指導が頻回に必要な場合については、その理由を訪問看護計画書及び報告書に記載すること。

当該患者が介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である場合には、看護記録に頻回の訪問看護・指導が必要であると認めた理由及び頻回の訪問看護・指導が必要な期間（ただし14日間以内に限る。）を記載すること。

（６）　（４）又は（５）により、週４回以上在宅患者訪問看護・指導料等を算定する場合は、在宅患者訪問看護・指導料等の「１」の「ロ」又は「２」の「ロ」、同一建物居住者訪問看護・指導料の「１」の「イ」の（２）、「１」の「ロ」の（２）、「２」の「イ」の（２）又は「２」の「ロ」の（２）により算定する。

（７） 在宅患者訪問看護・指導料等の「３」については、在宅で療養を行っている悪性腫瘍の鎮痛療法若しくは化学療法を行っている患者、~~又は~~真皮を越える褥瘡の状態にある患者（Ｃ０１３在宅患者訪問褥瘡管理指導料を算定する場合にあっては真皮までの状態の患者）又は人工肛門若しくは人工膀胱周囲の皮膚にびらん等の皮膚障害が継続若しくは反復して生じている状態にある患者に対し、別に定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関が専門の研修を受けた看護師を訪問させて、他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師~~等~~又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師~~等~~と共同して同一日に看護又は療養上必要な指導を行った場合に、在宅患者訪問看護・指導料等の「３」により当該患者につきそれぞれ月１回を限度として、当該専門の看護師が所属する保険医療機関において算定する。この場合、当該医療機関で別に定める専従要件となっている場合であっても、別に定める専従業務に支障が生じなければ訪問しても差し支えない。

（８） 「１」の助産師による在宅患者訪問看護・指導料等の算定の対象となる患者は、在宅での療養を行っている通院困難な妊産婦及び乳幼児であって、疾病等に係る療養上の指導等が必要な患者であり、療養上必要と認められない一般的保健指導を専ら行う場合は算定しない。

（９） 訪問看護・指導計画は、医師又は保健師、助産師若しくは看護師が患家を訪問し、患者の家庭における療養状況を踏まえて作成し、当該計画は少なくとも１月に１回は見直しを行うほか、患者の病状に変化があった場合には適宜見直す。

訪問看護・指導計画には、看護及び指導の目標、実施すべき看護及び指導の内容並びに訪問頻度等を記載すること。

（10） 医師は、保健師、助産師、看護師又は准看護師（以下この区分において「看護師等」という。）に対して行った指示内容の要点を診療録に記載すること。また、保健師、助産師又は看護師が准看護師に対して指示を行ったときは、その内容の要点を記録すること。また、保険医療機関における日々の訪問看護・指導を実施した患者氏名、訪問場所、訪問時間（開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。

（11） ~~保健師、助産師、看護師又は准看護師~~看護師等は、患者の体温、血圧等基本的な病態を含む患者の状態並びに行った指導及び看護の内容の要点を記録すること。

（12） 他の保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料等を算定している患者については、在宅患者訪問看護・指導料等を算定できない。ただし、保険医療機関を退院後１月以内の患者に対して当該保険医療機関が行った訪問看護・指導及び緩和ケア、~~又は~~褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師~~等~~又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師~~等~~と共同して行った訪問看護・指導については、この限りではない。

（13） 同一の患者について、訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月については、在宅患者訪問看護・指導料等を算定できない。ただし、次に掲げる場合はこの限りではない。

ア （４）の厚生労働大臣が定める疾病等の患者について、訪問看護療養費を算定した場合

イ 急性増悪等により一時的に週４日以上の頻回の訪問看護・指導を行う必要を認めた患者

ウ 当該保険医療機関を退院後１月以内の患者

エ　緩和ケア、~~又は~~褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が、当該患者の在宅療養を担う他の保険医療機関の看護師若しくは准看護師~~等~~又は訪問看護ステーションの看護師若しくは准看護師~~等~~と共同して訪問看護・指導を行った場合

(14)　(13)において、同一の患者について、在宅患者訪問看護・指導料等及び訪問看護療養費を算定できる場合であっても、訪問看護療養費を算定した日については、在宅患者訪問看護・指導料等を算定できない。ただし、(13)のウ及びエの場合は、この限りではない。

(15)　同一の患者について、複数の保険医療機関や訪問看護ステーションにおいて訪問看護・指導を行う場合は、保険医療機関間及び保険医療機関と訪問看護ステーションとの間において十分に連携を図る。具体的には、訪問看護・指導の実施による患者の目標の設定、訪問看護・指導計画の立案、訪問看護・指導の実施状況及び評価を共有する。

(16)　介護保険法第８条第 20 項に規定する認知症対応型共同生活介護を行う施設、高齢者の居住の安定確保に関する法律第５条第１項に規定するサービス付き高齢者向け住宅、障害者総合支援法第５条第１項に規定する障害福祉サービスを行う施設、その他の高齢者向け施設等に入所している患者に訪問看護・指導を行う場合においては、介護保険又は障害福祉サービスによる医療及び看護サービスの提供に係る加算の算定等を含む当該施設における利用者の医療ニーズへの対応について確認し、当該施設で行われているサービスと十分に連携する。また、当該施設において当該保険医療機関が日常的な健康管理等（医療保険制度の給付によるものを除く。）を行っている場合は、健康管理等と医療保険制度の給付による訪問看護・指導を区別して実施する。

(17~~15~~)　在宅患者訪問看護・指導料~~等~~の「注３」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注３」に規定する難病等複数回訪問加算は、(４)の厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は一時的に頻回の訪問看護・指導を行う必要が認められた患者に対して、１日に２回又は３回以上訪問看護・指導を実施した場合に算定する。

(18~~16~~)　在宅患者訪問看護・指導料~~等~~の「注４」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注４」に規定する緊急訪問看護加算は、訪問看護・指導計画に基づき定期的に行う訪問看護・指導以外であって、緊急の患家の求めに応じて、診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、当該保険医の属する保険医療機関又は連携する保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導した場合に１日につき１回に限り算定する。その際、当該保険医はその指示内容を診療録に記載すること。なお、当該加算は、診療所又は在宅療養支援病院が 24 時間往診及び訪問看護により対応できる体制を確保し、診療所又は在宅療養支援病院の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限り算定できる。

(19~~17~~)　在宅患者訪問看護・指導料~~等~~の「注５」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注５」に規定する長時間訪問看護・指導加算は、特掲診療料の施設基準等第四の四の（３）のイに規定する~~厚生労働大臣が定める~~長時間の訪問を要する者に対して、１回の訪問看護・指導の時間が 90 分を超えた場合について算定するものであり、週１回（特掲診療料の施設基準等第四の四の（３）のロに規定する者~~15 歳未満の超重症児又は準超重症児の場合~~にあっては週３回）に限り

算定できるものとする。なお、特掲診療料の施設基準等第四の四の（３）のロに規定する者のうち、超重症児・準超重症児については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添６の別紙 14 の超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準による判定スコアが 10 以上のものをいう。

(2018) 在宅患者訪問看護・指導料等の「注６」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注６」に規定する乳幼児加算は、~~又は幼児加算は、３歳未満の乳幼児又は３歳以上~~６歳未満の乳幼児に対して、訪問看護・指導を実施した場合に１日につき１回に限り算定できるものとする。

(2119) 在宅患者訪問看護・指導料の「注７」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注７」に規定する複数名訪問看護・指導加算は、特掲診療料の施設基準等第四の四の二の（１）に規定する複数名訪問看護・指導加算に係る厚生労働大臣が定める者に該当する１人の患者に対して、患者又はその家族等の同意を得て、看護師等と他の看護師等又は看護師等と看護補助者の複数名が同時に訪問看護・指導を実施した場合に、１日につき「注７」の「イ」、「ロ」、「ハ」又は「ニ」のいずれかを算定する。なお、単に２人の看護師等又は看護補助者が同時に訪問看護・指導を行ったことのみをもって算定することはできない。

ア　看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合は、週１日に限り、「注７」の「イ」を算定する。

イ　看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合は、週１日に限り、「注７」の「ロ」を算定する。

ウ　看護師等が看護補助者と同時に、特掲診療料の施設基準等第四の四の二の(１)に規定する複数名訪問看護・指導加算に係る厚生労働大臣が定める者のうち、同(２)に規定する厚生労働大臣が定める場合に該当しない患者に訪問看護・指導を行う場合は、週３日に限り、「注７」の「ハ」を算定する。

エ　看護師等が看護補助者と同時に、特掲診療料の施設基準等第四の四の二の(１)に規定する複数名訪問看護・指導加算に係る厚生労働大臣が定める者のうち、同(２)に規定する厚生労働大臣が定める場合に該当する患者に訪問看護・指導を行う場合は「注７」の「ニ」を、１日当たりの回数に応じて算定する。~~在宅患者訪問看護・指導料等の「注７」に規定する複数名訪問看護加算は、厚生労働大臣が定める同時に複数の看護師等による訪問看護・指導が必要な者に対して、同時に複数の看護師等又は看護職員と看護補助者との同行による訪問看護・指導を行うことについて患者又はその家族等の同意を得て、同時に複数の看護師等の同行による訪問看護・指導を実施した場合、１人の患者に対して週１回に限り算定でき、看護職員と看護補助者との同行による訪問看護・指導を実施した場合、１人の患者に対して週３回まで算定できるものである。なお、厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は一時的に頻回な訪問看護・指導が必要と認められた患者に対する看護補助者の同行に関しては、回数制限は設けない。単に２人の看護師等又は看護補助者が同時に訪問看護・指導を行ったことのみをもって算定することはできない。~~

(2220) 在宅患者訪問看護・指導料等の「注８」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注８」に規定する在宅患者連携指導加算又は同一建物居住者連携指導加算は、以下の要件を満たす場合に算定すること。

ア　当該加算は、在宅での療養を行っている患者の診療情報等を、当該患者の診療等を担

う保険医療機関等の医療関係職種間で文書等により共有し、それぞれの職種が当該診療情報等を踏まえ診療等を行う取組を評価するものである。

イ　在宅での療養を行っている患者であって通院が困難な者に対して、患者の同意を得て、月２回以上医療関係職種間で文書等（電子メール、ファクシミリでも可）により共有された診療情報を基に、患者に対して指導等を行った場合に、月１回に限り算定できる。

ウ　単に医療関係職種間で当該患者に関する診療情報等を交換したのみの場合は算定できない。

エ　他職種から情報提供を受けた場合、できる限り速やかに患者への指導等に反映させるよう留意しなければならない。また、当該患者の療養上の指導に関する留意点がある場合には、速やかに他職種に情報提供するよう努めなければならない。

オ　当該患者の診療を担う保険医療機関の保険医との間のみで診療情報等を共有し、訪問看護・指導を行った場合は、所定点数を算定できない。

~~カ　特別の関係にある保険医療機関等のみと診療情報等を共有した場合は、所定点数は算定しないこと。~~

カ~~キ~~　他職種から受けた診療情報等の内容及びその情報提供日並びにその診療情報等を基に行った指導等の内容の要点及び指導日を看護記録に記載すること。

(23~~21~~)　在宅患者訪問看護・指導料~~等~~の「注９」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注９」に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算は、以下の要件を満たす場合に算定する~~こと~~。

ア　当該加算は、在宅で~~の~~療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会しカンファレンスを行うことにより、より適切な診療方針を立てること及び当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能とすることは、患者及びその家族が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組に対して評価するものである。

イ　関係する医療関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が患者に対して療養上必要な指導を行った場合に月２回に限り算定する。なお、当該カンファレンスは、原則として患家で行うこととするが、患者又は家族が患家以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りではない。

ウ　当該カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、やむを得ない事情により関係者全員が患家に赴き実施することができない場合は、以下の(イ)及び(ロ)を満たすときに限り、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。

(イ)　当該カンファレンスに３者以上が参加すること

(ロ)　当該３者のうち２者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っていること

なお、当該保険医療機関がビデオ通話が可能な機器を用いて当該カンファレンスに参加しても差し支えない。

エ　また、関係者のうちいずれかが、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成 30 年３月５日保医発 0305 第●号）」の「別添３」の「別

紙２」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が 400 床以上の病院、ＤＰＣ対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料１のみを届け出ている病院を除く。）等に所属する場合においては、以下の（イ）から（ハ）を満たすときは、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。

（イ） 当該カンファレンスを当該月に２回実施する場合の２回目のカンファレンスであること

（ロ） 当該２回目のカンファレンスに３者以上が参加すること

（ハ） （ロ）において、当該３者のうち１者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っていること

オ ウ及びエにおいて、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

カ~~ウ~~ カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を看護記録に記載すること。

キ~~エ~~ 当該患者の診療を担う保険医療機関の保険医と当該患者の訪問看護を担う看護師等（当該保険医療機関の保険医とは異なる保険医療機関の看護師等に限る。）と２者でカンファレンスを行った場合であっても算定できる。~~ただし、特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種等のみでカンファレンスを行った場合は算定できないこと。~~

ク~~オ~~ 在宅患者緊急時等カンファレンス加算及び同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算は、カンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえた療養上必要な指導を行った場合に、当該指導日以降最初の在宅患者訪問看護・指導料等を算定する日に合わせて算定すること。また、必要に応じ、カンファレンスを行った日以降に当該指導を行う必要がある場合には、カンファレンスを行った日以降できる限り速やかに指導を行うこと。

なお、当該指導とは、在宅患者訪問看護・指導料等を算定する訪問看護・指導とは異なるものであるが、例えば、当該指導とは別に継続的に実施している訪問看護・指導を当該指導を行った日と同一日に行う場合には、当該指導を行った日において在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料を合わせて算定することは可能であること。

(2422) ~~―~~在宅患者訪問看護・指導料の「注 10」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注 10」に規定する在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者ターミナルケア加算について

ア ~~在宅患者訪問看護・指導料等の「注 10」に規定する~~在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者ターミナルケア加算は、在宅患者訪問看護・指導料等を死亡日及び死亡日前 14 日以内の計 15 日間に２回以上算定し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制（訪問看護に係る連絡担当者の氏名、連絡先電話番号、緊急時の注意事項等）について患者及びその家族に対して説明した上でターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。ターミナルケアにおいては、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに

関するガイドライン」等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者と連携の上対応する。当該加算を算定した場合は、死亡した場所、死亡時刻等を看護記録に記録すること。１つの保険医療機関において、死亡日及び死亡日前 14 日以内の計 15 日間に介護保険制度又は医療保険制度の給付の対象となる訪問看護をそれぞれ１日以上実施した場合は、最後に実施した訪問看護が医療保険制度の給付による場合に、当該加算~~保険制度においてターミナルケア加算等~~を算定する~~こと~~。~~この場合において他制度の保険によるターミナルケア加算等は算定できないこと。~~また、同一の患者に、他の保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算を算定している場合又は訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定している場合においては算定できない。

イ　在宅ターミナルケア加算のイ又は同一建物居住者ターミナルケア加算のイは、在宅で死亡した患者（ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した者を含む。）又は指定居宅サービス基準第 174 条第１項に規定する指定特定施設、指定地域密着型サービス基準第 90 条第１項に規定する指定認知症対応型共同生活介護事業所若しくは介護保険法（平成９年法律第 123 号）第 48 条第１項第１号に規定する指定介護老人福祉施設（以下「特別養護老人ホーム等」という。）で死亡した患者（指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成 12 年厚生省告示第 21 号）別表の１に規定する看取り介護加算その他これに相当する加算（以下「看取り介護加算等」という。）を算定している者を除き、ターミナルケアを行った後、24 時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む。）に対して、ターミナルケアを行った場合に算定する。

ウ　在宅ターミナルケア加算のロ又は同一建物居住者ターミナルケア加算のロについては、特別養護老人ホーム等で死亡した患者（看取り介護加算等を算定している者に限り、ターミナルケアを行った後、24 時間以内に特別養護老人ホーム等以外で死亡した者を含む。）に対して、ターミナルケアを行った場合に算定する。

(25~~23~~) 在宅患者訪問看護・指導料~~等~~の「注 11」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注 11」に規定する在宅移行管理加算は、当該保険医療機関を退院した日から起算して１月以内の期間に次のいずれかに該当する患者又はその家族からの相談等に対して、24 時間対応できる体制が整備されている保険医療機関において、患者１人につき１回に限り算定する。

この場合において、特別な管理を必要とする患者はアからオまでに掲げるものとし、そのうち重症度等の高い患者は、アに掲げるものとする。なお、エにおいて当該加算を算定する場合は、定期的（１週間に１回以上）に褥瘡の状態の観察・アセスメント・評価（褥瘡の深さ、滲出液、大きさ、炎症・感染、肉芽組織、壊死組織、ポケット）を行い、褥瘡の発生部位及び実施したケアについて看護記録に記録すること。なお、実施したケアには必要に応じて患者の家族等への指導も含むものである~~こと~~。

ア　区分番号「Ｃ１０８」在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定している患者、区分番号「Ｃ１１２」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者、気管カニューレを使用している患者及び留置カテーテルを使用している患者

イ　区分番号「Ｃ１０２」在宅自己腹膜灌流指導管理料、区分番号「Ｃ１０２－２」在宅血液透析指導管理料、区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「Ｃ１

０４」在宅中心静脈栄養法指導管理料、区分番号「Ｃ１０５」在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、区分番号「Ｃ１０６」在宅自己導尿指導管理料、区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料、区分番号「Ｃ１０７－２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料、区分番号「Ｃ１１０」在宅自己疼痛管理指導管理料又は区分番号「Ｃ１１１」在宅肺高血圧症患者指導管理料のうちいずれかを算定している患者

ウ　人工肛門又は人工膀胱を設置している患者であってその管理に配慮を必要とする患者

エ　以下の(イ)又は(ロ)のいずれかの真皮を越える褥瘡の状態にある者

(イ)　NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度

(ロ)　DESIGN-R 分類（日本褥瘡学会によるもの）D３、D４又はD５

オ　区分番号「Ｃ００５－２」在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している患者

(2624)　在宅患者訪問看護・指導料の「注 12」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注 12」に規定する~~「注 12」に規定する~~夜間・早朝訪問看護加算及び深夜訪問看護加算については、夜間（午後６時から午後 10 時までをいう。）又は早朝（午前６時から午前８時までの時間をいう。）、深夜（午後 10 時から午前６時までをいう。）に患家の求めに応じて~~指定~~訪問看護・指導を行った場合に算定する。またこれは、緊急訪問看護加算との併算定を可とする。

(27)　在宅患者訪問看護・指導料の「注 13」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注 13」に規定する看護・介護職員連携強化加算については、保険医療機関の看護師又は准看護師が、口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃瘻若しくは腸瘻による経管栄養又は経鼻経管栄養を必要とする患者に対して、社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）第 48 条の３第１項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者又は同法附則第 20 条第１項の登録を受けた登録特定行為事業者（以下「登録喀痰吸引等事業者等」という。）の介護職員等（以下「介護職員等」という。）が実施する社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和 62 年厚生省令第 49 号）第１条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為（以下「喀痰吸引等」という。）の業務が円滑に行われるよう支援を行う取組を評価するものである。

ア　当該加算は、患者の病状やその変化に合わせて、主治医の指示により、(イ)及び(ロ)の対応を行っている場合に算定する。

(イ)　喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言

(ロ)　介護職員等に同行し、患者の居宅において喀痰吸引等の業務の実施状況についての確認

イ　当該加算は、次の場合には算定できない。

(イ)　介護職員等の喀痰吸引等に係る基礎的な技術取得や研修目的での同行訪問

(ロ)　同一の患者に、他の保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて看護・介護職員連携強化加算を算定している場合

ウ　当該加算は、介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の訪問看護・指導の実施日に算定する。また、その内容を訪問看護記録書に記録すること。

エ　登録喀痰吸引等事業者等が、患者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のために会議を行う場合は、当該会議に出席し連携する。また、その場合は、会議の内容を訪問看護記録書に記録すること。

オ　患者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に対応できるよう、患者又はその家族等に対して、保険医療機関の名称、所在地、電話番号並びに時間外及び緊急時の連絡方法を記載した文書を交付すること。

(28)　在宅患者訪問看護・指導料の「注 14」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注 14」に規定する特別地域訪問看護加算は、当該保険医療機関の所在地から患家までの訪問につき、最も合理的な通常の経路及び方法で片道１時間以上要する患者に対して、特掲診療料の施設基準等第四の四の三の三に規定する地域（以下「特別地域」という。）に所在する保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を行った場合又は特別地域以外に所在する保険医療機関の看護師等が特別地域に居住する患者に対して訪問看護・指導を行った場合に、在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物訪問看護・指導料の所定点数（注に規定する加算は含まない。）の 100 分の 50 に相当する点数を加算する。なお、当該加算は、交通事情等の特別の事情により訪問に要した時間が片道１時間以上となった場合は算定できない。特別地域訪問看護加算を算定する保険医療機関は、その所在地又は患家の所在地が特別地域に該当するか否かについては、地方厚生（支）局に確認すること。

(29~~25~~)　訪問看護・指導の実施に当たっては、保険医療機関における看護業務に支障を来すことのないよう留意するとともに、市町村の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分留意する。

(30~~26~~)　~~「注 14」~~在宅患者訪問看護・指導料の「注 16」又は同一建物居住者訪問看護・指導料の「注４」の規定により準用する在宅患者訪問看護・指導料の「注 16」に規定する交通費は実費とする。

Ｃ００５－２　在宅患者訪問点滴注射管理指導料

（１）　在宅患者訪問点滴注射管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、通院困難な者について、当該患者の在宅での療養を担う保険医の診療に基づき、週３日以上の点滴注射を行う必要を認め、当該保険医療機関の看護師又は准看護師（以下この項において「看護師等」という。）~~等~~に対して指示を行い、その内容を診療録に記載した場合又は指定訪問看護事業者に別紙様式 16、別紙様式 17 の２又は別紙様式 18 を参考に作成した在宅患者訪問点滴注射指示書に有効期間（７日以内に限る。）及び指示内容を記載して指示を行った場合において、併せて使用する薬剤、回路等、必要十分な保険医療材料、衛生材料を供与し、１週間（指示を行った日から７日間）のうち３日以上看護師等が患家を訪問して点滴注射を実施した場合に３日目に算定する。なお、算定要件となる点滴注射は、看護師等が実施した場合であり、医師が行った点滴注射は含まれない。

（２）　点滴注射指示に当たっては、その必要性、注意点等を点滴注射を実施する看護師等に十分な説明を行うこと。

（３）　点滴注射を実施する看護師等は、患者の病状の把握に努めるとともに、当該指示による点滴注射の終了日及び必要を認めた場合には在宅での療養を担う保険医への連絡を速やかに行うこと。なお、その連絡は電話等でも差し支えないこと。

（４）　在宅での療養を担う保険医は、患者、患者の家族又は看護師等から容態の変化等についての連絡を受けた場合は、速やかに対応すること。

（５）　在宅患者訪問点滴注射管理指導料には、必要な回路等の費用が含まれており、別に算定できない。

（６） 区分番号「Ｃ１０４」在宅中心静脈栄養法指導管理料又は区分番号「Ｃ１０８」在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定した場合には、当該管理指導料は算定できない。

（７） 在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る薬剤料は別に算定できる。

（８） 週３日以上実施できなかった場合においても、使用した分の薬剤料は算定できる。

Ｃ００６　在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料

（１） 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院してリハビリテーションを受けることが困難な者又はその家族等患者の看護に当たる者に対して、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、医師の診療に基づき、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させてリハビリテーションの観点から療養上必要な指導を 20 分以上行った場合（以下この区分において「１単位」という。）に算定する。

（２） 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の「１」は、在宅での療養を行っている患者（同一建物居住者であるものを除く。）に対して、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の「２」は、同一建物居住者であるものに対して、必要な指導を行わせた場合に算定する。

（３） 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定は週６単位を限度（末期の悪性腫瘍の患者の場合を除く。）とする。ただし、退院の日から起算して３月以内の患者に対し、入院先の医療機関の医師の指示に基づき継続してリハビリテーションを行う場合は、週 12 単位まで算定できる。

（４） 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、訪問診療を実施する保険医療機関において医師の診療のあった日から１月以内に行われた場合に算定する。

ただし、当該患者（患者の病状に特に変化がないものに限る。）に関し、在宅患者訪問診療料（Ｉ）の「１」を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から２週間以内に、当該患者に対して継続して在宅患者訪問リハビリテーション指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供（区分番号「Ｂ００９」診療情報提供料（Ｉ）の場合に限る。）を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から１月以内に行われた場合に算定する。

（５） 指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、言語機能又は聴覚機能等に関する指導とする。

（６） 医師は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容の要点を診療録に記載する。

（７） 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点及び指導に要した時間を記録すること。

（８） 他の保険医療機関において在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定している患者については、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定できない。

（９） 「注３」に規定する交通費は実費とする。

(10) 保険医療機関が診療に基づき、１月にバーセル指数又はＦＩＭが５点以上悪化し、一時的に頻回の訪問リハビリテーションが必要であると認められた患者については、６月に１回に限り、当該診療を行った日から 14 日以内の期間において、14 日を限度として１日に

４単位まで算定できる。

当該患者が介護保険法第 62 条に規定する要介護被保険者等である場合には、診療録に頻回の訪問リハビリテーションが必要であると認めた理由及び頻回の訪問リハビリテーションが必要な期間（ただし 14 日間以内に限る。）を記載する。

Ｃ００７　訪問看護指示料

（１）　訪問看護指示料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者に対する適切な在宅医療を確保するため、指定訪問看護に関する指示を行うことを評価するものであり、在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医（患者が選定する保険医療機関の保険医に限る。以下この項において「主治医」という。）が、診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、当該患者の同意を得て、別紙様式 16 を参考に作成した訪問看護指示書に有効期間（６月以内に限る。）を記載して、当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。なお、１か月の指示を行う場合には、訪問看護指示書に有効期間を記載することを要しない。

（２）　主治医は、在宅療養に必要な衛生材料及び保険医療材料（以下この項において「衛生材料等」という。）の量の把握に努め、十分な量の衛生材料等を患者に支給すること。

（３）　指定訪問看護の指示は、当該患者に対して主として診療を行う保険医療機関が行うことを原則とし、訪問看護指示料は、退院時に１回算定できるほか、在宅での療養を行っている患者について１月に１回を限度として算定できる。なお、同一月において、１人の患者について複数の訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した場合であっても、当該指示料は、１月に１回を限度に算定するものであること。

ただし、Ａ保険医療機関と特別の関係にあるＢ保険医療機関において区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料及び区分番号「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料を算定している月においては、Ａ保険医療機関は当該患者について訪問看護指示料は算定できない。

（４）　特別訪問看護指示加算は、患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪、終末期、退院直後等の事由により、週４回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認めた場合であって、当該患者の同意を得て、別紙様式 18 を参考に作成した特別訪問看護指示書を、当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に、１月に１回（別に厚生労働大臣が定める者については２回）を限度として算定する。ここでいう頻回の訪問看護を一時的に行う必要性とは、恒常的な頻回の訪問看護の必要性ではなく、状態の変化等で日常行っている訪問看護の回数では対応できない場合であること。また、その理由等については、特別訪問看護指示書に記載すること。

なお、当該頻回の指定訪問看護は、当該特別の指示に係る診療の日から 14 日以内に限り実施するものであること。

【厚生労働大臣が定める者】

ア　気管カニューレを使用している状態にある者

イ　以下の（イ）又は（ロ）のいずれかの真皮を越える褥瘡の状態にある者

（イ）NPUAP(The National Pressure Ulcer Advisory Panel)分類Ⅲ度又はⅣ度

（ロ）DESIGN-R 分類（日本褥瘡学会によるもの）Ｄ３、Ｄ４又はＤ５

（５）　患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）

を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーションに交付すること。

なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーションに交付できるものであること。

（６） 主治医は、交付した訪問看護指示書等の写しを診療録に添付すること。

（７） 患者の主治医は、当該訪問看護指示書交付後であっても、患者の病状等に応じてその期間を変更することができるものであること。なお、指定訪問看護の指示を行った保険医療機関は、訪問看護ステーションからの対象患者について相談等があった場合には、懇切丁寧に対応すること。

（８） 区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料の(４)に掲げる疾病等の患者について、２つの訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付する場合には、それぞれの訪問看護指示書に、他の訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付している旨及び当該他の訪問看護ステーションの名称を記載すること。

（９） 「注３」に規定する衛生材料等提供加算は、在宅療養において衛生材料等が必要な患者に対し、当該患者へ訪問看護を実施している訪問看護ステーションから提出された訪問看護計画書及び訪問看護報告書を基に、療養上必要な量について判断の上、必要かつ十分な量の衛生材料等を患者に支給した場合に算定する。

(10) 「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料、「Ｃ００２－２」施設入居時等医学総合管理料、「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料、「Ｃ００５－２」在宅患者訪問点滴注射管理指導料、第２節第１款の各区分に規定する在宅療養指導管理料を算定した場合は、「注３」の加算は当該管理料等に含まれ別に算定できない。

Ｃ００７－２　介護職員等喀痰吸引等指示料

（１） 介護職員等喀痰吸引等指示料は、当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、特定施設入居者生活介護等の指定居宅サービス事業者その他別に厚生労働大臣が定めるものによる社会福祉士及び介護福祉士法施行規則（昭和 62 年厚生省令第 49 号）第１条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為の必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する事業者に対して、別紙様式 34 を参考に作成した介護職員等喀痰吸引等指示書に有効期限（６月以内に限る。）を記載して交付した場合に、患者１人につき３月に１回に限り算定する。

（２） 痰~~たん~~の吸引等が必要な児童生徒等が受診した場合、主治医が円滑に当該指示書を交付できるように、都道府県教育委員会等は登録特定行為事業者に関する公示内容を確認し、都道府県医師会に登録特定行為事業者たる学校についての情報提供を行い、協力すること。

Ｃ００８　在宅患者訪問薬剤管理指導料

（１） 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者について、保険医療機関の薬剤師が当該保険医療機関の医師及び当該患者の同意を得て、患家を訪問して薬剤管理指導記録に基づいて直接患者又はその家族等に服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導を行った場合に算定する。

ただし、薬学的管理指導の対象となる患者が他の保険医療機関に入院している場合、医師若しくは薬剤師の配置が義務付けられている施設に入居若しくは入所している場合（給付調整告示等に規定する場合を除く。）又は現に他の保険医療機関若しくは保険薬局の薬

剤師が在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。

（２） ~~在宅患者訪問薬剤管理指導料の「１」は、在宅での療養を行っている患者（同一建物居住者であるものを除く。）に対して、在宅患者訪問薬剤管理指導料の「２」は、同一建物居住者であるものに対して、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。~~在宅患者訪問薬剤管理指導料は、単一建物診療患者の人数に従い算定する。ここでいう単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。以下この区分において同じ。）の人数をいう。なお、ユニット数が３以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。

（３） １つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が２人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者が１人の場合」を算定する。また、当該建築物において、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の 10%以下の場合又は当該建築物の戸数が 20 戸未満であって、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者が２人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が１人の場合」を算定する。

（４~~３~~） 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、「１」、~~と~~「２」及び「３」を合わせて１月に４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週２回かつ月８回）を限度として算定できるが、その場合であっても薬剤師１人につき週 40 回に限るものとする。ただし、月２回以上算定する場合にあっては、本指導料を算定する日の間隔は６日以上とする。なお、この場合には診療報酬明細書の摘要欄に当該算定日を記載すること。

（５~~４~~） 当該保険医療機関の薬剤師は、指導に当たって、過去の投薬及び副作用発現状況等の基礎的事項を把握するとともに、指導の対象となる患者ごとに薬剤管理指導記録を作成すること。なお、当該薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低３年間保存すること。

ア 患者の氏名、生年月日、性別、住所、診療録の番号

イ 患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴

ウ 薬学的管理指導の内容（医薬品の保管状況、服薬状況、残薬の状況、重複投薬、配合禁忌等に関する確認及び実施した服薬支援措置を含む。）

エ 患者への指導及び患者からの相談の要点

オ 訪問指導等の実施日、訪問指導を行った薬剤師の氏名

カ その他の事項

（６~~５~~） 「注２」の麻薬管理指導加算は、本指導料を算定している患者のうち、麻薬が投与されている患者に対して、定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱上の注意事項等に関し、必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

（７~~６~~） 麻薬管理指導加算の算定に当たっては、（４）の薬剤管理指導記録に、少なくとも次の事項について記載しなければならないこと。

ア　麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、疼痛緩和の状況、副作用の有無の確認等）

イ　麻薬に係る患者・家族への指導・相談事項（麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）

ウ　患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項

エ　その他麻薬に係る事項

（８）　乳幼児加算は、乳幼児に係る薬学的管理指導の際に、患者の体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する。

（９~~７~~）　「注３」に規定する交通費は実費とする。

（10~~８~~）　在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者に投薬された医薬品について、当該保険医療機関の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医に対し、当該情報を文書により提供するとともに、当該保険医に相談の上、必要に応じ、患者に対する薬学的管理指導を行うものとする。

ア　緊急安全性情報、安全性速報

イ　医薬品・医療機器等安全性情報

~~（９）　同居する同一世帯の複数の患者に在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する場合など、同一の患家において２人以上の患者を指導した場合には、（２）の規定にかかわらず、１人目は「１　同一建物居住者以外の場合」を算定し、２人目以降は「２　同一建物居住者の場合」を算定する。~~

Ｃ００９　在宅患者訪問栄養食事指導料

（１）　在宅患者訪問栄養食事指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者について、医師が当該患者に特掲診療料の施設基準等に規定する特別食を提供する必要性を認めた場合又は次のいずれかに該当するものとして医師が栄養管理の必要性を認めた場合であって、当該医師の指示に基づき、管理栄養士が患家を訪問し、患者の生活条件、し好等を勘案した食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立等を示した栄養食事指導箋~~せん~~を患者又はその家族等に対して交付するとともに、当該指導箋~~せん~~に従い、食事の用意や摂取等に関する具体的な指導を 30 分以上行った場合に算定する。

ア　がん患者

イ　摂食機能又は嚥下機能が低下した患者

ウ　低栄養状態にある患者

（２）　在宅患者訪問栄養食事指導料は、単一建物診療患者の人数に従い算定する。ここでいう単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。以下この区分において同じ。）の人数をいう。なお、ユニット数が３以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。

（３）　１つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が２人以上いる場合は、

患者ごとに「単一建物診療患者が１人の場合」を算定する。また、当該建築物において、当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の 10%以下の場合又は当該建築物の戸数が 20 戸未満であって、当該保険医療機関が在宅患者訪問栄養食事指導料を算定する者が２人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が１人の場合」を算定する。~~の「１」は、在宅での療養を行っている患者（同一建物居住者であるものを除く。）に対して、「２」は同一建物居住者に対して必要な訪問栄養食事指導を行った場合に算定する。~~

（4 ~~3~~） 「注２」に規定する交通費は実費とする。

（5 ~~4~~） 上記以外の点に関しては、区分番号「Ｂ００１」の「９」外来栄養食事指導料における留意事項の例による。

Ｃ０１０　在宅患者連携指導料

（１） 在宅患者連携指導料は、在宅での療養を行っている患者の診療情報等を、当該患者の診療等を担う保険医療機関等の医療関係職種間で文書等により共有し、それぞれの職種が当該診療情報等を踏まえ診療等を行う取組を評価するものである。

例えば、在宅での療養を行っている一人の患者に対して、保険医療機関の保険医と保険医である歯科医師がそれぞれ訪問診療により当該患者の診療を担っている場合において、保険医である歯科医師が訪問診療を行った際に得た当該患者の口腔内の状態に関する診療情報を保険医に対して文書等で提供し、保険医が当該患者に訪問診療を行った際に、その情報を踏まえた指導を行った場合に算定できる。

（２） 在宅での療養を行っている患者であって通院が困難な者に対して、患者の同意を得て、月２回以上医療関係職種間で文書等（電子メール、ファクシミリでも可）により共有された診療情報を基に、患者又はその家族等に対して指導等を行った場合に、月１回に限り算定する。

（３） 単に医療関係職種間で当該患者に関する診療情報を交換したのみの場合や訪問看護や訪問薬剤指導を行うよう指示を行ったのみでは算定できない。

（４） 他職種から情報提供を受けた場合、できる限り速やかに患者への指導等に反映させるよう留意しなければならない。また、当該患者の療養上の指導に関する留意点がある場合には、速やかに他職種に情報提供するよう努めなければならない。

（５） 他職種から受けた診療情報の内容及びその情報提供日並びにその診療情報を基に行った診療の内容又は指導等の内容の要点及び診療日を診療録に記載すること。

~~（６） 特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種のみで診療情報を交換した場合は算定できない。~~

Ｃ０１１　在宅患者緊急時等カンファレンス料

（１） 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、在宅での療養を行っている患者の状態の急変や診療方針の変更等の際、当該患者に対する診療等を行う医療関係職種等が一堂に会す等、~~し~~カンファレンスを行うことにより、より適切な治療方針を立てること及び当該カンファレンスの参加者の間で診療方針の変更等の的確な情報共有を可能とすることは、患者及びその家族等が安心して療養生活を行う上で重要であることから、そのような取組に対して評価するものである。

（２） 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、在宅での療養を行っている患者の病状が急変した場合や、診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に、患家を訪問し、関係する医療

関係職種等が共同でカンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報等を踏まえ、それぞれの職種が患者に対して療養上必要な指導を行った場合に月２回に限り算定する。

（３）　当該カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、やむを得ない事情により関係者全員が患家に赴き実施することができない場合は、以下のア及びイを満たすときに限り、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。

ア　当該カンファレンスに３者以上が参加すること

イ　当該３者のうち２者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っていること

なお、当該保険医療機関がビデオ通話が可能な機器を用いて当該カンファレンスに参加しても差し支えない。

（４）　また、関係者のうちいずれかが、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成 30 年３月５日保医発 0305 第●号）」の「別添３」の「別紙２」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が 400 床以上の病院、ＤＰＣ対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料１のみを届け出ている病院を除く。）等に所属する場合においては、以下のアからウを満たすときは、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。

ア　当該カンファレンスを当該月に２回実施する場合の２回目のカンファレンスであること

イ　当該２回目のカンファレンスに３者以上が参加すること

ウ　イにおいて、当該３者のうち１者以上は、患家に赴きカンファレンスを行っていること

（５）　（３）及び（４）において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

（６~~３~~）　在宅患者緊急時等カンファレンス料は、カンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえた療養上必要な指導を行った場合に、当該指導を行った日に算定することとし、区分番号「Ａ０００」初診料、区分番号「Ａ００１」再診料、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）は~~は~~併せて算定できない。また、必要に応じ、カンファレンスを行った日以降に当該指導を行う必要がある場合には、カンファレンスを行った日以降できる限り速やかに指導を行うこと。

なお、当該指導とは、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する訪問診療とは異なるものであるが、例えば、当該指導とは別に継続的に実施している訪問診療を当該指導を行った日と同一日に行う場合には、当該指導を行った日において区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を~~を~~併せて算定することは可能であること。

（7 ~~4~~） 当該在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定する場合には、カンファレンスの実施日及び当該指導日を診療報酬明細書に記載すること。

（8 ~~5~~） 当該カンファレンスは、原則として患家で行うこととするが、患者又は家族が患家以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りでない。

（9 ~~6~~） 在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医は、当該カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を診療録に記載すること。

~~（7） 特別の関係にある保険医療機関等の医療関係職種等のみでカンファレンスを行った場合は算定できないこと。~~

Ｃ０１２　在宅患者共同診療料

（1） 在宅患者共同診療料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難かつ在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望する患者に対して、在宅療養後方支援病院が、在宅医療を提供する医療機関（以下「連携医療機関」という。）からの求めに応じて共同で往診又は訪問診療を行った場合に算定する。

（2） 在宅療養後方支援病院は、訪問診療を行った後に、連携医療機関と十分情報交換を行った上で計画を策定することとする。

（3） 15 歳未満の人工呼吸器装着患者、15 歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が 20 キログラム未満の患者又は神経難病等の患者を対象とする場合 ~~500 床以上の病院（在宅療養後方支援病院に限る。）~~については、当該診療料を１年に 12 回算定することができる。

Ｃ０１３　在宅患者訪問褥瘡管理指導料

（1） 在宅患者訪問褥瘡管理指導料は、在宅褥瘡管理に係る専門的知識・技術を有する在宅褥瘡管理者を含む多職種からなる在宅褥瘡対策チームが、褥瘡予防や管理が難しく重点的な褥瘡管理が必要な者に対し、褥瘡の改善等を目的として、共同して指導管理を行うことを評価したものであり、褥瘡の改善等を目的とした指導管理のための初回訪問から起算して、当該患者１人について６月以内に限り、評価のためのカンファレンスを実施した場合に基づき２回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から１年以内は当該指導料を算定することはできない。

（2） 重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既に DESIGN-R による深さの評価が d2 以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからカまでのいずれかを有する者をいう。

ア　ショック状態のもの

イ　重度の末梢循環不全のもの

ウ　麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

エ　強度の下痢が続く状態であるもの

オ　極度の皮膚脆弱であるもの

カ　皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

~~キ~~カ　褥瘡に関する危険因子があって既に褥瘡を有するもの

（3） 在宅褥瘡対策チームは、褥瘡の改善、重症化予防、発生予防のための以下の計画的な指導管理を行う。

ア　初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員の他、必要に応じ

て当該患者の診療を行う医療関係職種が患家に一堂に会し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンス（以下「初回カンファレンス」という。）を実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。

イ　初回カンファレンス以降、評価のためのカンファレンス実施までの間、在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月１回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。

ウ　初回訪問後３月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び、必要に応じて見直しのためのカンファレンス（以下「評価カンファレンス」という。）を行う。評価カンファレンスの結果、更に継続して指導管理が必要な場合に限り、初回カンファレンス後４月以上６月以内の期間に２回目の評価カンファレンスを実施することができる。なお、２回目の評価カンファレンスは、１回目の評価カンファレンスの実施日から起算して３月以内に実施しなければならない。

（４）　初回カンファレンス及び評価カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、やむを得ない事情により関係者全員が患家に赴き実施することができない場合は、以下のいずれも満たすときに限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。

ア　当該カンファレンスに、当該保険医療機関から在宅褥瘡対策チームの構成員として複数名参加すること

イ　当該保険医療機関の在宅褥瘡対策チームの構成員のうち、１名以上は患家に赴きカンファレンスを行っていること

（５）　（４）において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

（６~~４~~）　カンファレンス及び月１回以上の指導管理の結果を踏まえ、在宅褥瘡対策チームにおいて別紙様式 43 又はこれに準じた在宅褥瘡診療計画を作成し、その内容を患者等に説明するとともに、診療録に添付すること。

（７~~５~~）　「注１」については、初回カンファレンスを起算日として３月以内に評価カンファレンスを実施した場合に算定できる。３月以内の評価カンファレンスの結果、継続して指導管理が必要と認められた場合に限り、初回カンファレンス後４月以上６月以内に実施した２回目の評価カンファレンスについても実施した場合に、算定することができる。

なお、初回カンファレンス以降に在宅褥瘡対策チームの各構成員が月１回以上、計画に基づき行う適切な指導管理については、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料、精神科訪問看護・指導料（Ⅰ）（Ⅲ）、在宅患者訪問栄養食事指導料、訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅱ）、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）（Ⅲ）を算定することができる。

（８~~６~~）　「注２」については、褥瘡の指導管理のために患家に訪問して行われる初回カンファレンスのほか、評価カンファレンスを患家で行った日に、当該カンファレンスとは別に継続的に実施する必要のある訪問診療、訪問看護、訪問栄養指導を併せて行う場合には、区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診

療料(Ⅱ)、区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「Ｃ００９」在宅患者訪問栄養食事指導料、区分番号「Ｉ０１２」精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)、(Ⅲ)、訪問看護基本療養費(Ⅰ)、(Ⅱ)、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)、(Ⅲ)を算定することができる。また、当該保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーションによる場合においても、算定することができる。ただし、当該保険医療機関が訪問看護を実施している訪問看護ステーションと連携する場合は、当該保険医療機関において、訪問看護に係る費用を算定できないものとする。なお、当該保険医療機関及び継続的に訪問看護を実施している訪問看護ステーションに適切な在宅褥瘡管理者がいない場合において、褥瘡ケアに係る専門的な研修を受けた看護師が所属する保険医療機関等と共同して行った場合は、区分番号「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料の３、区分番号「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料の３、訪問看護基本療養費(Ⅰ)のハ又は訪問看護基本療養費(Ⅱ)のハのいずれかを算定することができる。

(９~~７~~)　(７~~５~~)、(８~~６~~)の算定に当たっては、カンファレンスの日時、実施場所、概要を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

第２節　在宅療養指導管理料

第１款　在宅療養指導管理料

１　在宅療養指導管理料は、当該指導管理が必要かつ適切であると医師が判断した患者について、患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該医師が療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行った上で、当該患者の医学管理を十分に行い、かつ、各在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行い、併せて必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給した場合に算定する。

ただし、当該保険医療機関に来院した患者の看護者に対してのみ当該指導を行った場合には算定できない。

なお、衛生材料等の支給に当たっては、以下の２又は３の方法によることも可能である。

２　衛生材料又は保険医療材料の支給に当たっては、当該患者へ訪問看護を実施している訪問看護事業者から、訪問看護計画書（「訪問看護計画書等の記載要領等について」別紙様式１）により必要とされる衛生材料等の量について報告があった場合、医師は、その報告を基に療養上必要な量について判断の上、患者へ衛生材料等を支給する。

また、当該訪問看護事業者から、訪問看護報告書（「訪問看護計画書等の記載要領等について」別紙様式２）により衛生材料等の使用実績について報告があった場合は、医師は、その内容を確認した上で、衛生材料等の量の調整、種類の変更等の指導管理を行う。

３　また、医師は、２の訪問看護計画書等を基に衛生材料等を支給する際、保険薬局（当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行っており、基準調剤加算又は在宅患者調剤加算の届出を行っているものに限る。）に対して、必要な衛生材料等の提供を指示することができる。

４　在宅療養指導管理料は１月１回を限度として算定し、特に規定する場合を除き、同一の患者に対して同一月に指導管理を２回以上行った場合は、第１回の指導管理を行ったときに算定する。

５　２以上の保険医療機関が同一の患者について同一の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行っている場合には、特に規定する場合を除き、主たる指導管理を行っている保険医療機関において当該在宅療養指導管理料を算定する。

6　同一の保険医療機関において、２以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数を算定する。

7　通則６について、15 歳未満の人工呼吸器を装着している患者又は 15 歳未満から引き続き人工呼吸器を装着しており体重が 20 キログラム未満の患者に対して、区分番号「Ａ２０６」在宅患者緊急入院診療加算に規定する在宅療養後方支援病院と連携している保険医療機関が、在宅療養後方支援病院と異なる在宅療養指導管理を行った場合には、それぞれの保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定できる。なお、この場合は、それぞれの保険医療機関において算定している在宅療養指導管理料について、適切な情報交換を行い、重複した算定がないよう留意すること。

8　入院中の患者に対して、退院時に退院後の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合には、退院の日１回に限り、在宅療養指導管理料の所定点数を算定できる。この場合においては、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療にて行った指導管理の費用は算定できない。また、死亡退院の場合又は他の病院若しくは診療所へ入院するため転院した場合には算定できない。

9　退院した患者に対して、当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、当該患者について当該保険医療機関において退院日に在宅療養指導管理料を算定していない場合に限り、在宅療養指導管理料を算定することができる。ただし、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定する場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に当該算定理由を記載すること。このため、在宅療養指導管理料を算定する場合は、患者に対し当該月の入院の有無を確認すること。

10　在宅療養を実施する保険医療機関においては、緊急事態に対処できるよう施設の体制、患者の選定等に十分留意すること。特に、入院施設を有しない診療所が在宅療養指導管理料を算定するに当たっては、緊急時に必要かつ密接な連携を取り得る入院施設を有する他の保険医療機関において、緊急入院ができる病床が常に確保されていることが必要であること。

11　当該在宅療養を指示した根拠、指示事項（方法、注意点、緊急時の措置を含む。）、指導内容の要点を診療録に記載すること。

12　保険医療機関が在宅療養指導管理料を算定する場合には、当該指導管理に要するアルコール等の消毒薬、衛生材料（脱脂綿、ガーゼ、絆創膏等）、酸素、注射器、注射針、翼状針、カテーテル、膀胱洗浄用注射器、クレンメ等は、当該保険医療機関が提供すること。なお、当該医療材料の費用は、別に診療報酬上の加算等として評価されている場合を除き所定点数に含まれ、別に算定できない。

13　関連学会より留意事項が示されている在宅療養については、指示、管理に当たってはこれらの事項を十分参考とするものとする。（例：がん末期医療に関するケアのマニュアル（厚生省・日本医師会編））

Ｃ１００　退院前在宅療養指導管理料

（１）　入院中の患者に対して外泊時に退院後の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合には、外泊の初日１回に限り退院前在宅療養指導管理料を算定する。

（２）　退院前在宅療養指導管理料を算定した同一月に他の在宅療養指導管理料を算定することができるが、退院前在宅療養指導管理料を算定した日には他の在宅療養指導管理料及び在宅療養指導管理材料加算は算定できない。

（３） 入院料の取扱い上は外泊とならない１泊２日の場合であっても、退院前在宅療養指導管理料の算定要件を満たせば当該指導管理料を算定することができる。

（４） 退院前在宅療養指導管理料を算定できるのは、あくまでも退院した場合であり、病状の悪化等により退院できなかった場合には算定できない。また、外泊後、帰院することなく転院した場合には算定できない。

（５） 「注２」に規定する乳幼児加算は、６歳未満の乳幼児に対して退院前在宅療養指導管理料を算定する場合に加算する。

Ｃ１０１　在宅自己注射指導管理料

（１） 在宅における排卵誘発を目的とする性腺刺激ホルモン製剤を用いた治療については、在宅自己注射指導管理料は算定できない。ただし、性腺刺激ホルモン製剤に含まれるフォリトロピンベータ製剤（遺伝子組換えヒト卵胞刺激ホルモン製剤）を「視床下部－下垂体機能障害に伴う無排卵及び希発排卵における排卵誘発」の治療のために投与した場合、又はフォリトロピンアルファ製剤（遺伝子組換えヒト卵胞刺激ホルモン製剤）を「視床下部－下垂体機能障害又は多嚢胞性卵巣症候群に伴う無排卵及び希発排卵における排卵誘発」の治療のために投与した場合に限っては、在宅自己注射指導管理料を算定できる。

（２） インターフェロンベータ製剤については、多発性硬化症に対して用いた場合に限り算定する。

（３） インターフェロンアルファ製剤については、Ｃ型慢性肝炎におけるウイルス血症の改善（血中ＨＣＶ　ＲＮＡ量が高い場合を除く。）を目的として単独投与に用いた場合、Ｃ型代償性肝硬変におけるウイルス血症の改善（セログループ１の血中ＨＣＶ ＲＮＡ量が高い場合を除く。）を目的として単独投与に用いた場合、ＨＢｅ抗原陽性でかつＤＮＡポリメラーゼ陽性のＢ型慢性活動性肝炎のウイルス血症の改善を目的として単独投与に用いた場合及びＨＴＬＶ－１関連脊髄症（ＨＡＭ）に対して用いた場合に限り算定する。なお、ペグインターフェロンアルファ製剤については算定できない。

（４） グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・Ｌ-システイン塩酸塩配合剤については、慢性肝疾患における肝機能異常の改善に対して用い、在宅自己注射での静脈内投与について十分な経験を有する患者であって、医師により必要な指導を受けた場合に限り算定する。

（５） 顆粒球コロニー形成刺激因子製剤については、再生不良性貧血及び先天性好中球減少症の患者に対して用いた場合に限り算定する。

（６） アドレナリン製剤については、蜂毒、食物及び毒物等に起因するアナフィラキシーの既往のある患者又はアナフィラキシーを発現する危険性の高い患者に対して、定量自動注射器を緊急補助的治療として用いた場合に限り算定する。

（７） 「１」複雑な場合については、間歇注入シリンジポンプを用いて在宅自己注射を行っている患者について、診察を行った上で、ポンプの状態、投与量等について確認・調整等を行った場合に算定する。この場合、プログラムの変更に係る費用は所定点数に含まれる。

（８） 在宅自己注射の導入前に、入院又は２回以上の外来、往診若しくは訪問診療により、医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行った場合に限り算定する。また、指導内容を詳細に記載した文書を作成し患者に交付すること。なお、第２節第１款の在宅療養指導管理料の通則の留意事項に従い、衛生材料等については、必要かつ十分な量を支給すること。

(９)　「２」については、医師が当該月に在宅で実施するよう指示した注射の総回数に応じて所定点数を算定する。なお、この場合において、例えば月の途中にて予期せぬ入院等があり、やむを得ずあらかじめ指示した回数が在宅で実施されなかった場合であっても、当該指示回数に応じて算定することができる。ただし、予定入院等あらかじめ在宅で実施されないことが明らかな場合は、当該期間中の指示回数から実施回数を除して算定すること。また、「２」は区分番号「Ｂ００１」の「７」難病外来指導管理料との併算定は可とする。

(10)　「注２」に規定する導入初期加算については、新たに在宅自己注射を導入した患者に対し、３月の間、月１回に限り算定する。ただし、処方の内容に変更があった場合は、さらに１回に限り算定することができる。

(11)　「注３」に規定する「処方の内容に変更があった場合」とは、一般的名称に変更があった場合をいう。なお、過去１年以内に使用した一般的名称に変更した場合は、算定できない。

(12)　在宅自己注射指導管理料を算定している患者の外来受診時に、当該在宅自己注射指導管理に係る区分番号「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「Ｇ００１」静脈内注射を行った場合の費用及び当該注射に使用した当該患者が在宅自己注射を行うに当たり医師が投与を行っている特掲診療料の施設基準等別表第九に掲げる注射薬の費用は算定できない。

(13)　在宅自己注射指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に行った区分番号「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「Ｇ００１」静脈内注射及び区分番号「Ｇ００４」点滴注射の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

(14)　同一月に第２章第６部の通則６に規定する外来化学療法加算を算定している患者の外来受診時に、当該加算に係る注射薬を用いて当該患者に対して自己注射に関する指導管理を行った場合については、当該管理料を算定できない。

(15)　トシリズマブ製剤については、皮下注射により用いた場合に限り算定する。

(16)　アバタセプト製剤については、皮下注射により用いた場合に限り算定する。

(17)　２以上の保険医療機関が同一の患者について、異なった疾患に対する当該指導管理を行っている場合には、いずれの保険医療機関においても、当該在宅療養指導管理料を算定できる。なお、この場合にあっては、相互の保険医療機関において処方されている注射薬等を把握すること。

(18)　ゴリムマブ製剤については、関節リウマチに対して用いた場合に限り算定する。

Ｃ１０１－２　在宅小児低血糖症患者指導管理料

在宅小児低血糖症患者指導管理料は、12 歳未満の小児低血糖症の患者であって、薬物療法、経管栄養法若しくは手術療法を現に行っているもの又はそれらの終了後６月以内のものに対して、患者及びその家族等に対して適切な療養指導を行った場合に算定する。

Ｃ１０１－３　在宅妊娠糖尿病患者指導管理料

在宅妊娠糖尿病患者指導管理料は妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病の患者であって、下記の者のうち、血糖自己測定値に基づく指導を行うため血糖測定器を現に使用している者に対して、適切な療養指導を行った場合に算定する。

妊娠中の糖尿病患者又は妊娠糖尿病患者のうち、以下の(１)又は(２)に該当する者

（１） 以下のいずれかを満たす糖尿病である場合（妊娠時に診断された明らかな糖尿病）

ア 空腹時血糖値が 126mg/dL 以上

イ HbA1c がＪＤＳ値で 6.1%以上（ＮＧＳＰ値で 6.5%以上）

ウ 随時血糖値が 200mg/dL 以上

(注)ウの場合は、空腹時血糖値又は HbA1c で確認すること。

エ 糖尿病網膜症が存在する場合

（２） ハイリスクな妊娠糖尿病である場合

ア HbA1c がＪＤＳ値で 6.1%未満（ＮＧＳＰ値で 6.5%未満）で 75gOGTT2 時間値が 200mg/dL 以上

イ 75gOGTT を行い、次に掲げる項目に２項目以上該当する場合又は非妊娠時の BMI が 25 以上であって、次に掲げる項目に１項目以上該当する場合

（イ） 空腹時血糖値が 92mg/dL 以上

（ロ） １時間値が 180mg/dL 以上

（ハ） ２時間値が 153mg/dL 以上

Ｃ１０２ 在宅自己腹膜灌流指導管理料

（１） 「注１」の「頻回に指導管理を行う必要がある場合」とは、次のような患者について指導管理を行う場合をいう。

ア 在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの

イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの

ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの

エ 腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの

オ その他医師が特に必要と認めるもの

（２） １か月に２回以上在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に(１)のアからオまでの中から該当するもの~~に必要と認めた理由~~を明記する。

（３） 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）は週１回を限度として、区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓又は区分番号「Ｊ０４２」腹膜灌流の１の連続携行式腹膜灌流のいずれか一方を算定できる。なお、当該管理料を算定している患者に対して、他の医療機関において人工腎臓又は連続携行式腹膜灌流を行っても、当該所定点数は算定できない。

Ｃ１０２－２ 在宅血液透析指導管理料

（１） 在宅血液透析とは、維持血液透析を必要とし、かつ、安定した病状にあるものについて、在宅において実施する血液透析療法をいう。

（２） 導入時に頻回の指導を行う必要がある場合とは、当該患者が初めて在宅血液透析を行う場合であり、保険医療機関の変更によるものは含まれない。

（３） 「注１」の「頻回に指導管理を行う必要がある場合」とは、次のような患者について指導管理を行う場合をいう。

ア 在宅血液透析の導入期にあるもの

イ 合併症の管理が必要なもの

ウ その他医師が特に必要と認めるもの

（４） 在宅血液透析指導管理料を算定している患者は、週１回を限度として、区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓を算定できる。

（５） 関係学会のガイドラインに基づいて患者及び介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において在宅血液透析に係る説明及び同意を受けた上で、在宅血液透析が実施されていること。また、当該ガイドラインを参考に在宅血液透析に関する指導管理を行うこと。

Ｃ１０３　在宅酸素療法指導管理料

（１） チアノーゼ型先天性心疾患に対する在宅酸素療法とは、ファロー四徴症、大血管転位症、三尖弁閉鎖症、総動脈幹症、単心室症などのチアノーゼ型先天性心疾患患者のうち、発作的に低酸素又は無酸素状態になる患者について、発作時に在宅で行われる救命的な酸素吸入療法をいう。

この場合において使用される酸素は、小型酸素ボンベ（500 リットル以下）又はクロレート・キャンドル型酸素発生器によって供給されるものとする。

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

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

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

ただし、経皮的動脈血酸素飽和度測定器、区分番号「Ｄ２２３」経皮的動脈血酸素飽和度測定及び区分番号「Ｄ２２３－２」終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれており別に算定できない。

（５） 在宅酸素療法指導管理料の算定に当たっては、動脈血酸素分圧の測定を月１回程度実施し、その結果について診療報酬明細書に記載すること。この場合、適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いることができる。ただし、経皮的動脈血酸素飽和度測定器、経皮的動脈血酸素飽和度測定及び終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれており別に算定できない。

（６） 在宅酸素療法を指示した医師は、在宅酸素療法のための酸素投与方法（使用機器、ガス流量、吸入時間等）、緊急時連絡方法等を装置に掲示すると同時に、夜間も含めた緊急時の対処法について、患者に説明を行うこと。

（７） 在宅酸素療法を実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない。

ア　酸素吸入設備

イ　気管内挿管又は気管切開の器具
ウ　レスピレーター
エ　気道内分泌物吸引装置
オ　動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態であるもの）
カ　スパイロメトリー用装置（常時実施できる状態であるもの）
キ　胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態であるもの）

（８）　在宅酸素療法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ０２４」酸素吸入、区分番号「Ｊ０２４－２」突発性難聴に対する酸素療法、区分番号「Ｊ０２５」酸素テント、区分番号「Ｊ０２６」間歇的陽圧吸入法、区分番号「Ｊ０２６－３」体外式陰圧人工呼吸器治療、区分番号「Ｊ０１８」喀痰吸引、区分番号「Ｊ０１８－３」干渉低周波去痰器による喀痰排出及び区分番号「Ｊ０２６－２」鼻マスク式補助換気法（これらに係る酸素代も含む。）の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

（９）　遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア　「その他の場合」の対象で、かつ、日本呼吸器学会「ＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）診断と治療のためのガイドライン」のＣＯＰＤの病期分類でⅢ期以上の状態となる入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用して、血圧、脈拍、酸素飽和度等の状態について定期的にモニタリングを行ったうえで適切な指導・管理を行い、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、２月を限度として来院時に算定することができる。

イ　患者の同意を得た上で、対面による診療とモニタリングを組み合わせた診療計画を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載し、当該計画に沿ってモニタリングを行った上で、状況に応じて適宜患者に来院等を促す等の対応を行う。なお、当該モニタリングの開始にあたっては、患者やその家族等に対し、情報通信機器の基本的な操作や緊急時の対応について十分に説明する。

ウ　当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた臨床所見等を診療録に記載しており、また、必要な指導を行った際には、当該指導内容を診療録に記載していること。

エ　厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿ってモニタリングを行う。

オ　遠隔モニタリングによる指導・管理に関する内容についてオンライン診察を行った場合、当該診察に関する費用は当該加算の所定点数に含まれており、別に区分番号「Ａ００３」オンライン診療料を算定することはできない。

Ｃ１０４　在宅中心静脈栄養法指導管理料

（１）　在宅中心静脈栄養法とは、諸種の原因による腸管大量切除例又は腸管機能不全例等のうち、安定した病態にある患者について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する栄養法をいう。

（２）　対象となる患者は、原因疾患の如何にかかわらず、中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な者で、当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者とする。

（３）　在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｇ００５」中心静脈注射及び区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによ

る中心静脈注射の費用は算定できない。

（４） 在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に行った区分番号「Ｇ００１」静脈内注射、区分番号「Ｇ００４」点滴注射及び区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

Ｃ１０５　在宅成分栄養経管栄養法指導管理料

（１） 在宅成分栄養経管栄養法とは、諸種の原因によって経口摂取ができない患者又は経口摂取が著しく困難な患者について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する栄養法をいう。このうち在宅成分栄養経管栄養法指導管理料算定の対象となるのは、栄養維持のために主として栄養素の成分の明らかなもの（アミノ酸、ジペプチド又はトリペプチドを主なタンパク源とし、未消化態タンパクを含まないもの。以下同じ。）を用いた場合のみであり、栄養維持のために主として単なる流動食（栄養素の成分の明らかなもの以外のもの。）を用いており、栄養素の成分の明らかなものを一部用いているだけの場合や単なる流動食について鼻腔栄養を行った場合等は該当しない。

（２） 対象となる患者は、原因疾患の如何にかかわらず、在宅成分栄養経管栄養法以外に栄養の維持が困難な者で、当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者とする。

（３） 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ１２０」鼻腔栄養の費用は算定できない。

Ｃ１０５－２　在宅小児経管栄養法指導管理料

（１） 在宅小児経管栄養法とは、諸種の原因によって経口摂取が著しく困難な 15 歳未満の患者又は 15 歳以上の患者であって経口摂取が著しく困難である状態が 15 歳未満から継続しているもの（体重が 20 キログラム未満である場合に限る。）について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する栄養法をいう。

（２） 対象となる患者は、原因疾患の如何にかかわらず、在宅小児経管栄養法以外に栄養の維持が困難な者で、当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者とする。

（３） 在宅小児経管栄養法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ１２０」鼻腔栄養の費用は算定できない。

Ｃ１０５－３　在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料

（１） 在宅半固形栄養経管栄養法とは、諸種の原因によって経口摂取が著しく困難な患者であって栄養管理を目的として胃瘻を造設しているものについて、在宅での療養を行っている患者自らが実施する栄養法をいう。このうち在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料算定の対象となるのは、栄養維持のために、主として、薬価基準に収載されている高カロリー薬又は薬価基準に収載されていない流動食（市販されているものに限る。以下この区分において同じ。）であって、投与時間の短縮が可能な形状にあらかじめ調整された半固形状のもの（以下「半固形栄養剤等」という。）を用いた場合のみであり、主として、単なる液体状の栄養剤等、半固形栄養剤等以外のものを用いた場合は該当しない。ただし、半固形栄養剤等のうち、薬価基準に収載されていない流動食を使用する場合にあっては、入院中の患者に対して退院時に当該指導管理を行っている必要がある。

（２） 対象となる患者は、原因疾患の如何にかかわらず、在宅半固形栄養経管栄養法により、単なる液体状の栄養剤等を用いた場合に比べて投与時間の短縮が可能な者で、経口摂取の

回復に向けて当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者とする。

（３） 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定している患者については、経口摂取の回復に向けた指導管理（口腔衛生管理に係るものを含む。）を併せて行う。なお、経口摂取の回復に向けた指導管理は、胃瘻造設術を実施した保険医療機関から提供された情報（嚥下機能評価の結果、嚥下機能訓練等の必要性や実施すべき内容、嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態や量の情報等を含む嚥下調整食の内容等）も利用して行う。

（４） 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ１２０」鼻腔栄養の費用は算定できない。

Ｃ１０６　在宅自己導尿指導管理料

（１） 在宅自己導尿とは、諸種の原因により自然排尿が困難な患者について、在宅での療養を行っている患者自らが実施する排尿法をいう。

（２） 対象となる患者は、下記の患者のうち、残尿を伴う排尿困難を有する者であって在宅自己導尿を行うことが必要と医師が認めた者とする。

ア　諸種の原因による神経因性膀胱

イ　下部尿路通過障害（前立腺肥大症、前立腺癌、膀胱頸部硬化症、尿道狭窄等）

ウ　腸管を利用した尿リザーバー造設術の術後

（３） 在宅自己導尿指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ０６４」導尿（尿道拡張を要するもの）、区分番号「Ｊ０６０」膀胱洗浄、区分番号「Ｊ０６０－２」後部尿道洗浄（ウルツマン）及び区分番号「Ｊ０６３」留置カテーテル設置の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

Ｃ１０７　在宅人工呼吸指導管理料

（１） 在宅人工呼吸とは、長期にわたり持続的に人工呼吸に依存せざるを得ず、かつ、安定した病状にあるものについて、在宅において実施する人工呼吸療法をいう。

（２） 次のいずれも満たす場合に、当該指導管理料を算定する。

ア　患者が使用する装置の保守・管理を十分に行うこと（委託の場合を含む。）。

イ　装置に必要な保守・管理の内容を患者に説明すること。

ウ　夜間・緊急時の対応等を患者に説明すること。

エ　その他、療養上必要な指導管理を行うこと。

（３） 対象となる患者は、病状が安定し、在宅での人工呼吸療法を行うことが適当と医師が認めた者とする。なお、睡眠時無呼吸症候群の患者（Adaptive Servo Ventilation（ASV）を使用する者を含む。）は対象とならない。

（４） 在宅人工呼吸療法を実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない。

ア　酸素吸入設備

イ　気管内挿管又は気管切開の器具

ウ　レスピレーター

エ　気道内分泌物吸引装置

オ　動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態であるもの）

カ　胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態であるもの）

（５） 人工呼吸装置は患者に貸与し、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（６） 在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ０２４」酸素吸入、区分番号「Ｊ０２４－２」突発性難聴に対する酸素療法、区分番号「Ｊ０２５」酸素テント、区分番号「Ｊ０２６」間歇的陽圧吸入法、区分番号「Ｊ０２６－３」体外式陰圧人工呼吸器治療、区分番号「Ｊ０１８」喀痰吸引、区分番号「Ｊ０１８－３」干渉低周波去痰器による喀痰排出、区分番号「Ｊ０２６－２」鼻マスク式補助換気法及び区分番号「Ｊ０４５」人工呼吸の費用（これらに係る酸素代を除き、薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

（７） 指導管理の内容について、診療録に記載する。

~~（８） 交流電場腫瘍治療のための指導管理を、入院中の患者以外の患者に対して行った場合は、（２）に準じて所定点数を算定する。ただし、（６）については適用しない。~~

~~（９） 交流電場腫瘍治療の治療指導管理の内容について、診療録に記載する。~~

Ｃ１０７－２ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

（１） 在宅持続陽圧呼吸療法とは、睡眠時無呼吸症候群又は慢性心不全である患者について、在宅において実施する呼吸療法をいう。

（２） 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料１の対象となる患者は、以下の全ての基準に該当する患者とする。

ア 慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時にチェーンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が 20 以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されているもの

イ CPAP 療法を実施したにもかかわらず、無呼吸低呼吸指数が 15 以下にならない者に対して ASV 療法を実施したもの

（３） 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２の対象となる患者は、以下のアからウまでのいずれかの基準に該当する患者とする。

ア 慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時にチェーンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が 20 以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されているもので、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料１の対象患者以外に ASV 療法を実施した場合

イ 心不全である者のうち、日本循環器学会・日本心不全学会による ASV 適正使用に関するステートメントに留意した上で、ASV 療法を継続せざるを得ない場合

ウ 以下の(イ)から(ハ)までの全ての基準に該当する患者。ただし、無呼吸低呼吸指数が 40 以上である患者については、(ロ)の要件を満たせば対象患者となる。

（イ） 無呼吸低呼吸指数（１時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。）が 20 以上

（ロ） 日中の傾眠、起床時の頭痛などの自覚症状が強く、日常生活に支障を来している症例

（ハ） 睡眠ポリグラフィー上、頻回の睡眠時無呼吸が原因で、睡眠の分断化、深睡眠が著しく減少又は欠如し、持続陽圧呼吸療法により睡眠ポリグラフィー上、睡眠の分断が消失、深睡眠が出現し、睡眠段階が正常化する症例

（４） 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料については、当該治療の開始後１、２か月間の治療状況を評価し、当該療法の継続が可能であると認められる症例についてのみ、引き続き算定の対象とする。

（５） 保険医療機関が在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する場合には、持続陽圧呼吸療

法装置は当該保険医療機関が患者に貸与する。

（６）　遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２の対象で、かつ、持続陽圧呼吸療法（ＣＰＡＰ）を実施している入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で適切な指導・管理を行い、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、２月を限度として来院時に算定することができる。

イ　患者の同意を得た上で、対面による診療とモニタリングを組み合わせた診療計画を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載し、当該計画に沿ってモニタリングを行った上で、状況に応じて適宜患者に来院を促す等の対応を行う。

ウ　当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた臨床所見等を診療録に記載しており、また、必要な指導を行った際には、当該指導内容を診療録に記載していること。

エ　厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿ってモニタリングを行う。

オ　遠隔モニタリングによる指導・管理に関する内容についてオンライン診察を行った場合、当該診察に関する費用は当該加算の所定点数に含まれており、別に区分番号「Ａ００３」オンライン診療料を算定することはできない。

Ｃ１０８　在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、Ｃ１０８－２　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料

（１）　在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の注に掲げる「在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法」とは、末期の悪性腫瘍又は筋萎縮性側索硬化症若しくは筋ジストロフィーの患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。

（２）　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料の注に掲げる「在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法」とは、末期の悪性腫瘍の患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。

（３）　（１）及び（２）の鎮痛療法とは、ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤又はフルルビプロフェンアキセチル製剤を注射又は携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて注入する療法をいう。なお、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤又はオキシコドン塩酸塩製剤を使用できるのは、以下の条件を満たすバルーン式ディスポーザブルタイプの連続注入器等に必要に応じて生理食塩水等で希釈の上充填して交付した場合に限る。

ア　薬液が取り出せない構造であること

イ　患者等が注入速度を変えることができないものであること

また、（１）及び（２）の化学療法とは、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて中心静脈注射若しくは植込型カテーテルアクセスにより抗悪性腫瘍剤を注入する療法又はインターフェロンアルファ製剤を多発性骨髄腫、慢性骨髄性白血

病、ヘアリー細胞白血病又は腎癌の患者に注射する療法をいう。

（４） 対象となる患者が末期であるかどうかは在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医の判断によるものとする。なお、化学療法の適応については、末期でない悪性腫瘍の患者も末期の悪性腫瘍の患者に準じて取り扱う。

（５） 外来と在宅において化学療法を行うものについては、主に在宅において化学療法を行う場合は在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定し、主に外来で行う場合には在宅悪性腫瘍等患者指導管理料は算定せず、注射手技料及び基準を満たす場合には外来化学療法加算等を算定する。なお、外来で抗悪性腫瘍剤の注射を行い、注入ポンプなどを用いてその後も連続して自宅で抗悪性腫瘍剤の注入を行う等の治療法のみを行う場合は当該指導管理料の対象には該当しない。

（６） 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する月は、区分番号「Ｇ００３」抗悪性腫瘍剤局所持続注入の費用は算定できない。ただし、抗悪性腫瘍剤局所持続注入に用いる薬剤に係る費用は算定できる。

（７） 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する月は第６部通則６に規定する外来化学療法加算は算定できない。

（８） 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定している患者の外来受診時に、当該在宅悪性腫瘍等患者指導管理料に係る区分番号「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「Ｇ００１」静脈内注射、区分番号「Ｇ００４」点滴注射、区分番号「Ｇ００５」中心静脈注射及び区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬（在宅で使用していない抗悪性腫瘍剤も含む。）及び特定保険医療材料の費用は算定できない。ただし、当該在宅悪性腫瘍等患者指導管理料に係らない区分番号「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「Ｇ００１」静脈内注射、区分番号「Ｇ００４」点滴注射、区分番号「Ｇ００５」中心静脈注射及び区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬及び特定保険医療材料の費用は算定できる。

（９） 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において区分番号「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は区分番号「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に行った区分番号「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、区分番号「Ｇ００１」静脈内注射、区分番号「Ｇ００４」点滴注射、区分番号「Ｇ００５」中心静脈注射及び区分番号「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射の手技料、注射薬及び特定保険医療材料の費用は算定できない。

(10) 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料は、在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該保険医療機関の保険医と、在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定する保険医療機関の保険医とが連携して、同一日に当該患者に対する悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

(11) 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定する医師は、以下のいずれかの緩和ケアに関する研修を修了している者であること。

ア　がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成 20 年４月１日付け健発第 0401016 号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会

イ　緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等

Ｃ１０９　在宅寝たきり患者処置指導管理料

（１） 在宅における創傷処置等の処置とは、家庭において療養を行っている患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものが、在宅において自ら又はその家族等患者の看護に当たる者が実施する創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む。）、皮膚科軟膏処置、留置カテーテル設置、膀胱洗浄、導尿（尿道拡張を要するもの）、鼻腔栄養、ストーマ処置、喀痰吸引、介達牽引又は消炎鎮痛等処置をいう。

（２） 「これに準ずる状態にあるもの」とは、以下に掲げる疾患に罹患しているものとして、常時介護を要する状態にあるものを含むものである。

ア 難病の患者に対する医療等に関する法律第５条に規定する指定難病（同法第７条第４項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第１項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）

イ 「特定疾患治療研究事業について」（昭和 48 年４月 17 日衛発第 242 号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）

（３） 在宅寝たきり患者処置指導管理料は、原則として、当該医師が患家に訪問して指導管理を行った場合に算定する。ただし、寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものが、家族等に付き添われて来院した場合については、例外的に算定することができる。

（４） 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ０００」創傷処置、区分番号「Ｊ００１－７」爪甲除去（麻酔を要しないもの）、区分番号「Ｊ００１－８」穿刺排膿後薬液注入、区分番号「Ｊ０５３」皮膚科軟膏処置、区分番号「Ｊ０６３」留置カテーテル設置、区分番号「Ｊ０６０」膀胱洗浄、区分番号「Ｊ０６０－２」後部尿道洗浄（ウルツマン）、区分番号「Ｊ０６４」導尿（尿道拡張を要するもの）、区分番号「Ｊ１２０」鼻腔栄養、区分番号「Ｊ０４３－３」ストーマ処置、区分番号「Ｊ０１８」喀痰吸引、区分番号「Ｊ０１８－３」干渉低周波去痰器による喀痰排出、区分番号「Ｊ１１８」介達牽引、区分番号「Ｊ１１８－２」矯正固定、区分番号「Ｊ１１８－３」変形機械矯正術、区分番号「Ｊ１１９」消炎鎮痛等処置、区分番号「Ｊ１１９－２」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「Ｊ１１９－３」低出力レーザー照射及び区分番号「Ｊ１１９－４」肛門処置の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は算定できない。

Ｃ１１０　在宅自己疼痛管理指導管理料

（１） 在宅自己疼痛管理指導管理料は、疼痛除去のために植込型脳・脊髄電気刺激装置を植え込んだ後に、在宅において、患者自らが送信器を用いて疼痛管理を実施する場合に算定する。

（２） 対象となる患者は難治性慢性疼痛を有するもののうち、植込型脳・脊髄電気刺激装置を植え込み、疼痛管理を行っている患者のうち、在宅自己疼痛管理を行うことが必要と医師が認めたものである。

Ｃ１１０－２　在宅振戦等刺激装置指導管理料

（１） 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料は、植込型脳・脊髄電気刺激装置を植え込んだ後に、在宅において、患者自らが送信器等を用いて治療を実施する場合に、診察とともに治療効

果を踏まえ、装置の状態について確認・調節等を行った上で、当該治療に係る指導管理を行った場合に算定する。

（２） プログラムの変更に係る費用は所定点数に含まれる。

（３） 計測した指標と指導内容を診療録に記載すること。

Ｃ１１０－３　在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料

（１） 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料は、植込型迷走神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅において、患者自らがマグネット等を用いて治療を実施する場合に、診察とともに治療効果を踏まえ、装置の状態について確認・調整等を行った上で、当該治療に係る指導管理を行った場合に算定する。

（２） プログラムの変更に係る費用は所定点数に含まれる。

（３） 計測した指標と指導内容を診療録に記載すること。

Ｃ１１０－４　在宅仙骨神経刺激療法指導管理料

（１） 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料は、植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、在宅において、患者自らが送信器等を用いて治療を実施する場合に、診察とともに治療効果を踏まえ、装置の状態について確認・調節等を行った上で、当該治療に係る指導管理を行った場合に算定する。

（２） プログラムの変更に係る費用は所定点数に含まれる。

（３） 計測した指標と指導内容を診療録に記載すること。

~~（４） 「注」の記載に関わらず、過活動膀胱に対するコントロールのため植込型仙骨神経刺激装置を植え込んだ後に、患者の同意を得て、在宅において、自己による過活動膀胱管理を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅過活動膀胱管理に関する指導管理を行った場合にも算定できる。~~

Ｃ１１１　在宅肺高血圧症患者指導管理料

~~（１）~~「プロスタグランジンＩ$_2$製剤の投与等に関する指導管理等」とは、在宅において、肺高血圧症患者自らが携帯型精密輸液ポンプ又は携帯型精密ネブライザーを用いてプロスタグランジンＩ$_2$製剤を投与する場合に、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法、注意点及び緊急時の措置等に関する指導を行い、当該患者の医学管理を行うことをいう。

~~（２） パーキンソン病の患者に対しレボドパカルビドパ水和物を経胃瘻空腸投与する場合に、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法、注意点及び緊急時の措置等に関する指導を行い、当該患者の医学管理を行う際には当該点数を準用する。~~

Ｃ１１２　在宅気管切開患者指導管理料

（１） 「在宅における気管切開に関する指導管理」とは、諸種の原因により気管切開を行った患者のうち、安定した病態にある退院患者について、在宅において実施する気管切開に関する医学管理のことをいう。

（２） 在宅気管切開患者指導管理を実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない。

ア　酸素吸入設備

イ　レスピレーター

ウ　気道内分泌物吸引装置

エ　動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態であるもの）

オ　胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態であるもの）

（３）　在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、区分番号「Ｊ０００」創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む。）、区分番号「Ｊ００１－７」爪甲除去（麻酔を要しないもの）、区分番号「Ｊ００１－８」穿刺排膿後薬液注入、区分番号「Ｊ０１８」喀痰吸引及び区分番号「Ｊ０１８－３」干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定できない。

Ｃ１１４　在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料

（１）　在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料は、表皮水疱症患者又は水疱型先天性魚鱗癬様紅皮症患者であって、難治性の皮膚病変に対する特殊な処置が必要なものに対して、水疱、びらん又は潰瘍等の皮膚の状態に応じた薬剤の選択及び被覆材の選択等について療養上の指導を行った場合に、月１回に限り算定する。

（２）　特定保険医療材料以外のガーゼ等の衛生材料や、在宅における水疱の穿刺等の処置に必要な医療材料に係る費用は当該指導管理料に含まれる。

（３）　当該指導管理料を算定している患者に対して行う処置の費用（薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。）は別に算定できる。

Ｃ１１５　削除

Ｃ１１６　在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料

（１）　在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料は、植込型補助人工心臓（非拍動流型）を使用している患者であって入院中の患者以外のものについて、当該月に区分番号「Ｋ６０４－２」植込型補助人工心臓（非拍動流型）を算定したか否かにかかわらず、月に１回に限り算定できる。

（２）　当該指導管理料は、駆動状況の確認と調整、抗凝固療法の管理等の診察を行った上で、緊急時の対応を含む療養上の指導管理を行った場合に算定する。

（３）　当該指導管理に要する療養上必要なモニター、バッテリー、充電器等の回路部品その他附属品等に係る費用及び衛生材料等は、第４節に定めるものを除き、当該指導管理料に含まれ、別に算定できない。

（４）　機器の設定内容と、指導管理の内容を診療録に記載すること。

Ｃ１１７　在宅経腸投薬指導管理料

パーキンソン病の患者に対し、レボドパ・カルビドパ水和物製剤を経胃瘻空腸投与する場合に、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法、注意点及び緊急時の措置等に関する指導を行い、当該患者の医学管理を行った場合に算定する。

Ｃ１１８　在宅腫瘍治療電場療法指導管理料

（１）　在宅腫瘍治療電場療法とは、テント上膠芽腫の治療を目的として交流電場を形成する治療法を在宅で患者自らが行うことをいい、当該指導管理料は、初発膠芽腫の治療を目的とした場合に算定する。

（２）　次のいずれも満たす場合に、当該指導管理料を算定する。

ア　患者が使用する装置の保守・管理を十分に行うこと（委託の場合を含む。）。

イ　装置に必要な保守・管理の内容を患者に説明すること。

ウ　夜間・緊急時の対応等を患者に説明すること。

エ　その他、療養上必要な指導管理を行うこと。

（３）　交流電場腫瘍治療システム（ジェネレーター）は患者に貸与し、電極以外の装置に必要

な回路部品その他の付属品等に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（４） 指導管理の内容について、診療録に記載する。

Ｃ１１９　在宅経肛門的自己洗腸指導管理料

（１） 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料は、３月以上の保存的治療によっても十分な改善を得られない、脊髄障害を原因とする排便障害を有する患者（直腸手術後の患者を除く。）に対し、在宅で療養を行っている患者自ら経肛門的自己洗腸用の器具を用いて実施する洗腸について、指導管理を行った場合に算定する。

（２） 指導に当たっては、経肛門的自己洗腸の適応の可否についての評価を行い、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添１の第 16 の 10 に掲げる医師及び看護師が指導計画を作成する。指導計画及び実施した指導内容は診療録等に記載する。

（３） 「注２」に規定する導入初期加算については、新たに経肛門的自己洗腸を導入する患者に対し、（２）の医師又は看護師が十分な指導を行った場合、当該初回の指導を行った月に１回に限り算定する。

（４） 在宅療養指導管理料の通則１及び２の規定にかかわらず、本管理料と区分番号「Ｃ１０６」在宅自己導尿指導管理料を算定すべき指導管理を同一患者につき行った場合は、平成 32 年３月 31 日までの間に限り、それぞれ月１回に限り所定点数を算定する。

（５） 実施に当たっては、関係学会の定める経肛門的自己洗腸の適応及び指導管理に関する指針を遵守すること。

第２款　在宅療養指導管理材料加算

１　在宅療養指導管理材料加算は、要件を満たせば、第１款在宅療養指導管理料を算定するか否かにかかわらず、別に算定できる。

２　同一の保険医療機関において、２以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数を算定する。この場合にあって、在宅療養指導管理材料加算及び当該２以上の指導管理に使用した薬剤、特定保険医療材料の費用は、それぞれ算定できる。

３　在宅療養指導管理材料加算は、例えば「酸素ボンベを使用した場合」とは当該保険医療機関の酸素ボンベを在宅で使用させた場合をいう等、保険医療機関が提供すること及び在宅における状態であることを前提にしているものであること。

なお、保険医療機関が所有する装置（酸素濃縮装置等）を患者に貸与する場合、保険医療機関は、当該装置の保守・管理を十分に行うこと。また、これらの装置の保守・管理を販売業者に委託する場合には、保険医療機関は、当該販売業者との間で、これらの装置の保守・管理に関する契約を締結し、保守・管理の内容を患者に説明した上で、定期的な確認と指導を行い、当該装置の保守・管理が当該販売業者により十分に行われている状況を維持すること。

４　「２」の「保険医療材料の使用を算定要件とするもの」とは、区分番号「Ｃ１６０」在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算等をいう。

Ｃ１５０　血糖自己測定器加算

（１） 血糖自己測定器加算は、インスリン製剤又はヒトソマトメジンＣ製剤の在宅自己注射を毎日行っている患者のうち血糖値の変動が大きい者又は 12 歳未満の小児低血糖症患者に対して、医師が、血糖のコントロールを目的として当該患者に血糖試験紙（テスト・テープ）又は固定化酵素電極（バイオセンサー）を給付し、在宅で血糖の自己測定をさせ、そ

の記録に基づき指導を行った場合に、区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料、区分番号「Ｃ１０１－２」在宅小児低血糖症患者指導管理料又は区分番号「Ｃ１０１－３」在宅妊娠糖尿病患者指導管理料に加算するものである。

なお、血糖試験紙、固定化酵素電極、穿刺器、穿刺針及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合における費用その他血糖自己測定に係る全ての費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２） 入院中の患者に対して、退院時に区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料、区分番号「Ｃ１０１－２」在宅小児低血糖症患者指導管理料又は区分番号「Ｃ１０１－３」在宅妊娠糖尿病患者指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日~~１回~~に限り、在宅自己注射指導管理料、在宅小児低血糖症患者指導管理料又は在宅妊娠糖尿病患者指導管理料の所定点数及び血糖自己測定器加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料、在宅小児低血糖症患者指導管理料又は在宅妊娠糖尿病患者指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び血糖自己測定器加算は算定できない。

（３） 当該加算は、１月に２回又は３回算定することもできるが、このような算定ができる患者は、区分番号「Ｃ１０１」に掲げる在宅自己注射指導管理料を算定している患者のうちインスリン製剤を２月分又は３月分以上処方している患者又は区分番号「Ｃ１０１－２」に掲げる在宅小児低血糖症患者指導管理料を算定している患者に限るものである。

（４） グルカゴン様ペプチドー１受容体アゴニストの自己注射を承認された用法及び用量に従い１週間に１回以上行っている者に対して、血糖自己測定値に基づく指導を行うために血糖自己測定器を使用した場合には、インスリン製剤の自己注射を行っている者に準じて、所定点数を算定する。

（５） フラッシュグルコース測定機能を持つ血糖自己測定器を使用する場合であっても、フラッシュグルコース測定以外の血糖自己測定をした回数を基準に算定する。

Ｃ１５１　注入器加算

（１） 「注入器」とは、自己注射適応患者（性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤の自己注射を除く。）に対するディスポーザブル注射器（注射針一体型に限る。）、自動注入ポンプ、携帯用注入器又は針無圧力注射器のことをいい、加算の算定はこれらを処方した月に限って可能であり、単に注入器の使用を行っているのみでは算定できない。注入器加算は、針付一体型の製剤を処方した場合には算定できない。

（２） 入院中の患者に対して、退院時に区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日~~１回~~に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び注入器加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び注入器加算は算定できない。

Ｃ１５２　間歇注入シリンジポンプ加算

（１） 「間歇注入シリンジポンプ」とは、インスリン又は性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤を間歇的かつ自動的に注入するシリンジポンプをいう。

（２） 「プログラム付きシリンジポンプ」とは、間歇注入シリンジポンプのうち、基礎注入と独立して追加注入がプログラム可能であり、また基礎注入の流量について、１日につき２

4プログラム以上の設定が可能なものをいう。

（３）　入院中の患者に対して、退院時に区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日~~１回~~に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び間歇注入シリンジポンプ加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び間歇注入シリンジポンプ加算は算定できない。

（４）　間歇注入シリンジポンプを使用する際に必要な輸液回路、リザーバーその他療養上必要な医療材料の費用については、所定点数に含まれる。

~~（５）　レボドパカルビドパ水和物を経胃瘻空腸投与する際に用いるポンプ費用については、「１」の所定点数に準じて算定することとし、２月に２回に限り、Ｃ１１１在宅肺高血圧症患者指導管理料に加算できる。この場合において、ポンプの費用については、所定点数に含むこととし、Ｃ１５２間歇注入シリンジポンプ加算の注の規定及び上記（１）から（４）は適用しない。~~

Ｃ１５２－２　持続血糖測定器加算

（１）　入院中の患者以外の患者であって次に掲げるものに対して、持続的に測定した血糖値に基づく指導を行うために持続血糖測定器を使用した場合に算定する。

ア　血糖コントロールが不安定な１型糖尿病患者であって、持続皮下インスリン注入療法を行っている者

イ　低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている血糖コントロールが不安定な２型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある、持続皮下インスリン注入療法を行っている者

（２）　持続血糖測定器加算を算定する場合は、（１）のア又はイのいずれに該当するか~~その理由及び医学的根拠~~を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（３）　同一月において、区分番号「Ｃ１５２」間歇注入シリンジポンプ加算と当該加算は、併せて算定できない。

（４）　入院中の患者に対して、退院時に区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日~~１回~~に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び持続血糖測定器加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び持続血糖測定器加算は算定できない。

（５）　「注２」に規定するシリンジポンプを使用する際に必要な輸液回路、リザーバーその他療養上必要な医療材料の費用については、所定点数に含まれる。

Ｃ１５２－３　経腸投薬用ポンプ加算

経腸投薬用ポンプ加算は、レボドパ・カルビドパ水和物製剤を経胃瘻空腸投与することを目的とした場合に限り算定できる。

Ｃ１５３　注入器用注射針加算

（１）　区分番号「Ｃ１５１」注入器加算に規定する「注入器」を処方せず、注射針一体型でないディスポーザブル注射器を処方した場合は、注入器用注射針加算のみ算定する。

（２）　注入器用注射針加算は、注入器用注射針を処方した場合に算定できる。この場合におい

て、「１」の加算は、以下の場合に算定できるものであり、算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に~~算定理由~~次のいずれに該当するかを記載すること。

ア　糖尿病等で１日概ね４回以上自己注射が必要な場合

イ　血友病で自己注射が必要な場合

（３）　注入器用注射針加算は、針付一体型の製剤又は針無圧力注射器を処方した場合には算定できない。

（４）　入院中の患者に対して、退院時に区分番号「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日~~１回~~に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び注入器用注射針加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び注入器用注射針加算は算定できない。

Ｃ１５４　紫外線殺菌器加算

在宅自己連続携行式腹膜灌流液交換用熱殺菌器を使用した場合には、紫外線殺菌器加算の点数を算定する。

Ｃ１５６　透析液供給装置加算

透析液供給装置は患者１人に対して１台を貸与し、透析液供給装置加算には、逆浸透を用いた水処理装置・前処理のためのフィルターの費用を含む。

Ｃ１５７　酸素ボンベ加算

（１）　チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して指導管理を行った場合は、酸素ボンベ加算は別に算定できない。

（２）　「１」の加算は、医療機関への通院等に実際に携帯用小型ボンベを使用した場合に算定できる。なお、用いられるボンベのうち概ね 1,500 リットル以下の詰め替え可能なものについて算定の対象とし、使い捨てのものについては算定の対象としない。

（３）　同一患者に対して酸素ボンベ（携帯用酸素ボンベを除く。）、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて３月に３回に限り算定する。

（４）　同一患者に対して、携帯用酸素ボンベ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて３月に３回に限り算定する。

Ｃ１５８　酸素濃縮装置加算

（１）　チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して指導管理を行った場合は、酸素濃縮装置加算は別に算定できない。

（２）　同一患者に対して酸素ボンベ（携帯用酸素ボンベを除く。）、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて３月に３回に限り算定する。

（３）　同一患者に対して携帯用酸素ボンベ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて３月に３回に限り算定する。

Ｃ１５９　液化酸素装置加算

（１）　チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して指導管理を行った場合は、液化酸素装置加算は別に算定できない。

（２）　液化酸素装置加算を算定する場合、設置型液化酸素装置から携帯型液化酸素装置へ液化

酸素の移充填を行う場合の方法、注意点、緊急時の措置等に関する患者への指導が必要である。この場合、「設置型液化酸素装置」とは、20～50リットルの内容積の設置型液化酸素装置のことをいい、「携帯型液化酸素装置」とは、１リットル前後の内容積の携帯型液化酸素装置のことをいう。なお、使用した酸素の費用及び流量計、加湿器等の費用は加算点数に含まれ、別に算定できない。

（３） 設置型液化酸素装置に係る加算と携帯型液化酸素装置に係る加算とは併せて算定できるが、それぞれ３月に３回に限り算定する。

（４） 同一患者に対して酸素ボンベ（携帯用酸素ボンベを除く。）、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて３月に３回に限り算定する。

（５） 同一患者に対して携帯用酸素ボンベ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて３月に３回に限り算定する。

Ｃ１５９－２　呼吸同調式デマンドバルブ加算

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

Ｃ１６０　在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算

「輸液セット」とは、在宅で中心静脈栄養法を行うに当たって用いる輸液用器具（輸液バッグ）、注射器及び採血用輸血用器具（輸液ライン）をいう。

Ｃ１６１　注入ポンプ加算

「注入ポンプ」とは、在宅で中心静脈栄養法、成分栄養経管栄養法若しくは小児経管栄養法、鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法又は注射薬の精密自己注射を行うに当たって用いる注入ポンプをいう。なお、「在宅における鎮痛療法若しくは悪性腫瘍の化学療法」とは、末期の悪性腫瘍又は筋萎縮性側索硬化症若しくは筋ジストロフィーの患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。

Ｃ１６２　在宅経管栄養法用栄養管セット加算

在宅経管栄養法用栄養管セット加算と区分「Ｃ１６１」注入ポンプ加算とは、併せて算定することができるが、それぞれ月１回に限り算定する。

Ｃ１６３　特殊カテーテル加算

（１） 「１」の「イ」親水性コーティングを有するものについては、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルとして、親水性コーティングが施されたカテーテルであって、包装内に潤滑剤が封入されており、開封後すぐに挿入可能なもののみを使用した場合に算定する。

（２） 「２」の「間歇バルーンカテーテル」とは、患者自身が間歇導尿を行うことが可能なカテーテルであって、当該カテーテルに接続してバルーンを膨らませるためのリザーバーを有し、患者自身が消毒下で携帯することが可能であるものをいう。

（３） 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルと間歇バルーンカテーテルを併せて使用した場合は、主たるもののみを算定する。

Ｃ１６４　人工呼吸器加算

療養上必要な回路部品その他附属品（療養上必要なバッテリー及び手動式肺人工蘇生器等を含む。）の費用は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｃ１６５　在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算

（１）　在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算１については、区分番号「Ｃ１０７―２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料１並びに区分番号「Ｃ１０７―２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２のア及びイの要件に該当する患者に対して保険医療機関が患者に貸与する持続陽圧呼吸療法装置のうち、ASV を使用して治療を行った場合に、３月に３回に限り算定できる。なお、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２のア及びイの要件に該当する患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書の摘要欄に、算定の根拠となった要件（在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２のア又はイ）を記載する。なお、イの要件を根拠に算定をする場合は、当該患者に対する ASV 療法の実施開始日も併せて記載すること。

（２）　在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算２については、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２のウの要件に該当する患者に対して保険医療機関が患者に貸与する持続陽圧呼吸療法装置のうち、CPAP を使用して治療を行った場合に、３月に３回に限り算定できる。

Ｃ１６６　携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算

外来で抗悪性腫瘍剤の注射を行い、携帯型ディスポーザブル注入ポンプなどを用いてその後も連続して自宅で抗悪性腫瘍剤の注入を行う場合においては、本加算を算定できない。

Ｃ１６８　携帯型精密輸液ポンプ加算

携帯型精密輸液ポンプ加算には、カセット、延長チューブその他携帯型精密輸液ポンプに必要な全ての機器等の費用が含まれ、別に算定できない。

Ｃ１６８－２　携帯型精密ネブライザー加算

（１）　本加算は、吸入用のプロスタグランジンＩ２製剤を使用するに当たり、一定量の薬液を効率的に吸入させるため、患者の呼吸に同調して薬液を噴霧する機構を備えた携帯型精密ネブライザーを使用した場合に算定する。

（２）　携帯型精密ネブライザー加算には、携帯型精密ネブライザーを使用するに当たって必要な全ての費用が含まれ、別に算定できない。

Ｃ１７０　排痰補助装置加算

（１）　排痰補助装置加算は、在宅人工呼吸を行っている患者であって、換気能力が低下し、自力での排痰が困難と医師が認めるものに対して、排痰補助装置を使用した場合に算定できる。

（２）　注に規定する神経筋疾患等の患者とは、筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症、脳性麻痺、脊髄損傷等の患者をさす。

Ｃ１７１　在宅酸素療法材料加算

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

（２）　在宅酸素療法材料加算２は、区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料の「２」を算定する患者に対し、保険医療機関から在宅酸素療法装置が提供される場合に、３月に３回に限り算定できる。なお、本加算には当該装置に係る費用のうち、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用が含まれるものであること。

Ｃ１７１－２　在宅持続陽圧呼吸療法材料加算

在宅持続陽圧呼吸療法材料加算には、区分番号「Ｃ１０７－２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する患者に対し、保険医療機関が貸与する持続陽圧呼吸療法装置に係る費用のうち、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用が含まれ、３月に３回に限り算定できる。

第３節　薬剤料

Ｃ２００　薬剤

（１）　次の厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる。

【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、乾燥濃縮人血液凝固第Ｘ因子加活性化第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤、活性化プロトロンビン複合体、乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、グルカゴン様ペプチドー１受容体アゴニスト、ヒトソマトメジンＣ製剤、人工腎臓用透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩液、プロスタグランジンＩ$_2$製剤、エタネルセプト製剤、注射用水、ペグビソマント製剤、スマトリプタン製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、ベタメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンリン酸エステルナトリウム製剤、デキサメタゾンメタスルホ安息香酸エステルナトリウム製剤、プロトンポンプ阻害剤、Ｈ$_2$遮断剤、カルバゾクロムスルホン酸ナトリウム製剤、トラネキサム酸製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤、メトクロプラミド製剤、プロクロルペラジン製剤、ブチルスコポラミン臭化物製剤、グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・Ｌ－システイン塩酸塩配合剤、アダリムマブ製剤、エリスロポエチン、ダルベポエチン、テリパラチド製剤、アドレナリン製剤、ヘパリンカルシウム製剤、アポモルヒネ塩酸塩製剤、セルトリズマブペゴル製剤、トシリズマブ製剤、メトレレプチン製剤、アバタセプト製剤、ｐＨ４処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤、電解質製剤、注射用抗菌薬、エダラボン製剤、アスホターゼ　アルファ製剤、グラチラマー酢酸塩製剤、脂肪乳剤、セクキヌマブ製剤、エボロクマブ製剤、ブロダルマブ製剤、アリロクマブ製剤、ベリムマブ製剤~~及び、~~イキセキズマブ製剤及びゴリムマブ製剤

（２）　上記の注射薬の投与日数は、以下のとおりである。

ア　投与日数に制限のないもの

イ及びウに該当しない注射薬

イ　14 日分を限度に投与することができるもの

（イ）　新医薬品（医薬品医療機器法第 14 条の４第１項第一号に規定する新医薬品をいう。）であって、使用薬剤の薬価（薬価基準）への収載の日の属する月の翌月の初日から起算して１年を経過していない注射薬

（ロ）　複方オキシコドン製剤

ウ　30日分を限度に投与することができるもの

ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤

（３）　厚生労働大臣の定める注射薬のうち、「在宅中心静脈栄養法用輸液」とは、高カロリー輸液をいう。なお、高カロリー輸液を投与する場合には、これ以外にビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

（４）　厚生労働大臣の定める注射薬のうち、「電解質製剤」とは、経口摂取不能又は不十分な場合の水分・電解質の補給・維持を目的とした注射薬（高カロリー輸液を除く。）をいい、電解質製剤以外に電解質補正製剤（電解質製剤に添加して投与する注射薬に限る。）、ビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

（５）　厚生労働大臣の定める注射薬のうち、「注射用抗菌薬」とは、病原体に殺菌的又は静菌的に作用する注射薬をいう。

（６）　初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、当該保険医療機関において、本区分により点滴又は処置等に用いた薬剤（当該患者に対し使用した分に限る。）の費用を算定する。なお、この場合にあっては、当該薬剤が使用された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。ただし、区分番号「Ａ０００」初診料の算定のみの場合にあっては、当該薬剤料の費用は算定できない。

第４節　特定保険医療材料料

Ｃ３００　特定保険医療材料

初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合は、当該保険医療機関において、本区分により点滴又は処置等に用いた特定保険医療材料（当該患者に対し使用した分に限る。）の費用を算定する。なお、この場合にあっては、当該特定保険医療材料が使用された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

第３部　検査

＜通則＞

１　検査の費用には、検査を行う医師、看護師及び技術者等の人件費、試薬、デッキグラス、試験管等の材料費、機器の減価償却費、管理費及び患者の衣類等の費用は含まれる。なお、患者に施用する薬剤及び特定保険医療材料の費用は検査料とは別に算定する。

２　検査に当たって施用した薬剤の費用は別に算定できるが、第２章第５部投薬の部に掲げる処方料、調剤料、処方~~せん~~箋料及び調剤技術基本料並びに同第６部注射の部に掲げる注射料は、別に算定できない。なお、検査に当たって施用される薬剤（検査用試薬を含む。）は、原則として医薬品として承認されたものであることを要する。

３　撮影した画像を電子媒体に保存した場合、保存に要した電子媒体の費用は検査にかかる所定点数に含まれる。

４　第１節及び第３節に掲げられていない検査で簡単な検査は、基本診療料に含まれるので、別に算定することはできない。なお、基本診療料に含まれる検査の主なものは、次のとおりである。

（１）　血圧測定

（２）　視野眼底検査のうち簡単なもの

（３）　眼科検査のうち斜照法、徹照法、細隙燈検査（ルーペ式）、機器を使用しない眼圧測定検査

（４）　区分番号「Ｄ２４４」自覚的聴力検査の「３」の簡易聴力検査に該当しない簡単な聴力検査

（５）　精液ｐＨ測定

（６）　デビス癌反応検査

（７）　鼓膜運動検査

（８）　イクテロメーター黄疸反応検査

（９）　簡易循環機能検査

ア　スラッジテスト

イ　指尖部皮膚毛細血管像検査

ウ　皮膚粘膜撮影検査

エ　寒冷血圧検査

オ　ビッケンバッハ起立試験

カ　ヒスタミンテスト

キ　レジチンテスト

ク　末梢の静脈圧測定

ケ　ビュルゲル病及び脱疽等の場合における電気的皮膚温度測定

ａ　単純な場合

ｂ　負荷を行った場合

コ　ギボンーランディステスト

サ　基礎代謝率簡易測定法

注　簡易循環機能検査とは、生体に対して物理的又は化学的負荷をかけ、血圧、脈拍等の

理学所見の観察を行うことにより循環機能を検査することを目的とする簡易な検査であり、負荷の種類としては起立、寒冷、運動及び薬物等がある。

(10) 自律神経機能検査

(11) アルコール中毒に対する飲酒試験における症状監視

(12) 皮膚のインピーダンス検査（皮電図記録作成）

(13) ６誘導未満の心電図検査

(14) 尿中ブロムワレリル尿素検出検査

(15) 尿脚気反応（沢田氏反応）

(16) シュミット氏昇汞試験

(17) 糞便のストール氏虫卵数計算法

(18) 髄膜透過性検査

(19) 横田氏反応

(20) ユーグロブリン全プラスミン測定法（ユーグロブリン分屑ＳＫ活性化プラスミン値測定）

(21) 緒方法等の補体結合反応による梅毒脂質抗原使用検査

(22) 卵白アルブミン感作血球凝集反応検査

(23) ラクトアルブミン感作血球凝集反応検査

(24) Miller Kurzrok 検査

(25) Schick 反応

(26) Dick 反応

(27) Frei 反応

(28) 光田反応

(29) 松原反応

(30) 伊藤反応

(31) トキソプラズマ症、ジストマ症及び猩紅熱の皮内テスト

(32) 膨疹吸収時間測定

(33) ジアゾ反応

(34) インジカン

(35) 血液比重測定

(36) 末梢血液像及び骨髄像における特殊染色のＢＲＡＣＨＥＴ試験

(37) 赤血球抵抗試験のリビエール法

(38) ナイアシンテスト

(39) ＲＰＨＡ法によるα－フェトプロテイン(ＡＦＰ)

(40) リウマチ因子スクリーニング

(41) α_1－酸性糖蛋白測定

(42) β－リポ蛋白

(43) モノアミンオキシダーゼ（ＭＡＯ）

(44) ヴィダール反応

(45) ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ（ＨＣＧβ）分画定性

(46) 凝集法及び免疫染色法による抗ＤＮＡ抗体

(47)　全血凝固溶解時間測定

(48)　血清全プラスミン測定

5　第１節及び第３節に掲げる検査料の項に掲げられていない検査のうち簡単な検査の検査料は算定できないが、特殊な検査については、その都度当局に内議し、最も近似する検査として通知されたものの算定方法及び注（特に定めるものを除く。）を準用して、準用された検査に係る判断料と併せて算定する。

6　点数表において２つの項目を「及び」で結んで規定している検査については、特に定めるものを除き、当該両項目の検査を併せて行った場合にのみ算定する。

7　検査に当たって、麻酔を行った場合は、第２章第 11 部麻酔に規定する所定点数を別に算定する。ただし、麻酔手技料を別に算定できない麻酔を行った場合の薬剤料は、第５節薬剤料の規定に基づき算定できる。

8　同一検体について、定性検査、半定量検査及び定量検査のうち２項目以上を併せて行った場合又はスクリーニング検査とその他の検査とを一連として行った場合は、それぞれ主たる検査の所定点数のみ算定する。ただし、併せて行う検査の区分が異なる場合は、それぞれについて算定する。

9　「分画」と記されている検査について、同一検体の各分画に対して定量検査を行った場合は、所定点数を１回のみ算定する。

10　定性、半定量又は定量の明示がない検査については、定量検査を行った場合にのみ当該検査の所定点数を算定する。

11　測定方法又は検査方法が明示されていない検査については、測定又は検査の方法の如何にかかわらず、その検査料の項に掲げる所定点数を算定する。

12　同時又は一連として行った２以上の検査の結果から計算して求めた内容が、検査料に掲げられた項目に該当する場合であっても、当該内容についての点数は算定できない。

13　２回目以降について所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定することとされている場合において「所定点数」とは、当該項目に掲げられている点数及び当該注に掲げられている加算点数を合算した点数である。

14　同一項目について検査方法を変えて測定した場合には、測定回数にかかわらず、主たる測定方法の所定点数のみを算定する。

15　算定回数が複数月に１回又は年１回のみとされている検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載する。

16　第３部検査の部において用いられる検査法の略号については下記のとおりである。

ＰＨＡ：Passive hemagglutination 受身赤血球凝集反応

ＲＰＨＡ：Reversed passive hemagglutination 逆受身赤血球凝集反応

ＬＡ：Latex agglutination ラテックス凝集法

（ＬＰＩＡ：Latex photometric immuno assay）

ＰＣＩＡ：Particle counting immuno assay 微粒子計数免疫凝集測定法

ＰＡＭＩＡ：Particle mediated immuno assay 粒度分布解析ラテックス免疫測定法

ＩＡＨＡ：Immuno adherence hemagglutination 免疫粘着赤血球凝集反応

ＲＩＡ：Radio immuno assay 放射性免疫測定法

ＲＩＳＴ：Radio immuno sorbent test

ＲＡＳＴ：Radio allergo sorbent test

ＲＡ：Radioassay ラジオアッセイ

ＲＲＡ：Radioreceptorassay ラジオレセプターアッセイ

ＣＰＢＡ：Competitive protein binding analysis 競合性蛋白結合分析法

ＥＩＡ：Enzyme immuno assay 酵素免疫測定法

（ＥＬＩＳＡ：Enzyme linked immuno sorbent assay）

ＦＡ：Fluorescent antibody method 蛍光抗体法

ＦＰＡ：Fluorescence polarization assay 蛍光偏光法

ＦＰＩＡ：Fluorescence polarization immuno assay 蛍光偏光免疫測定法

ＴＲ－ＦＩＡ：Time resolved fluoro immuno assay 時間分解蛍光免疫測定法

ＩＲＭＡ：Immuno radiometric assay 免疫放射定量法

ＳＲＩＤ：Single radial immuno diffusion method 一元拡散法

ＥＳ：Electrosyneresis method 向流電気泳動法

ＴＩＡ：Turbidimetric immuno assay 免疫比濁法

ＨＰＬＣ：High performance liquid chromatography 高性能液体クロマトグラフィー

ＧＬＣ：Gas-liquid chromatography 気液クロマトグラフィー

ＧＣ：Gas chromatography ガスクロマトグラフィー

ＣＬＩＡ：Chemiluminescent immuno assay 化学発光免疫測定法

ＥＣＬＩＡ：Electrochemiluminescence immuno assay 電気化学発光免疫測定法

ＳＩＡ：Split immuno assay

ＰＣＲ：Polymerase chain reaction

ＥＶ－ＦＩＡ：Evanescent wave fluoro immuno assay エバネセント波蛍光免疫測定法

ＦＩＡ：Fluoro immuno assay 蛍光免疫測定法

ＬＢＡ：Liquid-phase binding assay　液相結合法

ＦＩＳＨ：Fluorescence in situ hybridization

ＳＩＳＨ：silver in situ hybridization

ＬＡＭＰ：Loop-mediated isothermal amplification

ＴＭＡ：Transcription-mediated amplification

ＳＤＡ：Strand displacement amplification

ＳＳＣＰ：Single strand conformation polymorphism

ＲＦＬＰ：Restriction fragment length polymorphism

ＬＣＲ：Ligase chain reaction

ＨＤＲＡ：Histoculture drug response assay

ＣＤ－ＤＳＴ：Collagen gel droplet embedded culture drug sensitivity test

注　ＬＡ（測定機器を用いるもの）とは、抗原抗体反応によりラテックス粒子が形成する凝集塊を光学的な分析機器を用いて定量的に測定する方法をいう。

17　「定性」とは分析物の有無を判定するもの、「半定量」とは段階希釈などを用いて得られる最高希釈倍率や一定濃度の標準品との対比によって得られる濃度段階区分など、相対的な多寡を判定・分類するもの、「定量」とは分析物の量を標準品との対比によって精密に測定するものをいう。

18　初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合は、当該保険医療機関において、第１節第１款検体検査実施料を算定するとともに、検体採取に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給すること。なお、この場合にあっては、当該検体採取が実施された日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

第１節　検体検査料

第１款　検体検査実施料

時間外緊急院内検査加算

（１）　時間外緊急院内検査加算については、保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に入院中の患者以外の患者に対して診療を行った際、医師が緊急に検体検査の必要性を認め、当該保険医療機関において、当該保険医療機関の従事者が当該保険医療機関内に具備されている検査機器等を用いて当該検体検査を実施した場合に限り算定できる。

なお、当該加算の算定に当たっては、当該加算の対象たる検査の開始時間をもって算定する。

（２）　検査の開始時間が診療時間以外の時間、休日又は深夜に該当する場合に当該加算を算定する。なお時間外等の定義については、区分番号「Ａ０００」初診料の注７に規定する時間外加算等における定義と同様であること。

（３）　同一患者に対して、同一日に２回以上、時間外、休日又は深夜の診療を行い、その都度緊急の検体検査を行った場合（複数の区分にまたがる場合を含む。）も、１日につき１回のみ算定する。

（４）　現に入院中の患者については算定できない。ただし、時間外、休日又は深夜に外来を受診した患者に対し、検体検査の結果、入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合は、この限りではない。

（５）　時間外緊急院内検査加算を算定する場合においては、区分番号「Ａ０００」初診料の注９並びに区分番号「Ａ００１」再診料の注７に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。

（６）　緊急の場合とは、直ちに何らかの処置・手術等が必要である重篤な患者について、通常の診察のみでは的確な診断が困難であり、かつ、通常の検査体制が整うまで検査の実施を見合わせることができないような場合をいう。

外来迅速検体検査加算

（１）　外来迅速検体検査加算については、当日当該保険医療機関で行われた検体検査について、当日中に結果を説明した上で文書により情報を提供し、結果に基づく診療が行われた場合に、５項目を限度として、検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ 10 点を加算する。

（２）　以下の多項目包括規定に掲げる点数を算定する場合には、その規定にかかわらず、実施した検査項目数に相当する点数を加算する。

区分番号「Ｄ００６」出血・凝固検査の注の場合

区分番号「Ｄ００７」血液化学検査の注の場合

区分番号「Ｄ００８」内分泌学的検査の注の場合

区分番号「Ｄ００９」腫瘍マーカーの注２の場合

例　患者から１回に採取した血液等を用いて区分番号「Ｄ００９」腫瘍マーカーの「２」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）と「６」のＣＡ19－９を行った場合、検体検査実施料の請求は区分番号「Ｄ００９」腫瘍マーカーの「注２」の「イ」２項目となるが、外来迅速検体検査加算は、行った検査項目数が２項目であることから、20 点を加算する。

（３）　同一患者に対して、同一日に２回以上、その都度迅速に検体検査を行った場合も、１日につき５項目を限度に算定する。

（４）　区分番号「Ａ００２」外来診療料に含まれる検体検査とそれ以外の検体検査の双方について加算する場合も、併せて５項目を限度とする。

（５）　現に入院中の患者については算定できない。ただし、外来を受診した患者に対し、迅速に実施した検体検査の結果、入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合は、この限りではない。

Ｄ０００　尿中一般物質定性半定量検査

（１）　検体検査を行った場合は所定の判断料を算定できるものであるが、尿中一般物質定性半定量検査を実施した場合は、当該検査に係る判断料は算定できない。

（２）　尿中一般物質定性半定量検査

ア　尿中一般物質定性半定量検査とは、試験紙、アンプル若しくは錠剤を用いて検査する場合又は試験紙等を比色計等の機器を用いて判定する場合をいい、検査項目、方法にかかわらず、１回につき所定点数により算定する。

イ　尿中一般物質定性半定量検査に含まれる定性半定量の検査項目は、次のとおりである。

（イ）　比重
（ロ）　pH
（ハ）　蛋白定性
（ニ）　グルコース
（ホ）　ウロビリノゲン
（ヘ）　ウロビリン定性
（ト）　ビリルビン
（チ）　ケトン体
（リ）　潜血反応
（ヌ）　試験紙法による尿細菌検査（亜硝酸塩）
（ル）　食塩
（ヲ）　試験紙法による白血球検査（白血球エステラーゼ）
（ワ）　アルブミン

（３）　尿中一般物質定性半定量検査は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に対して速やかに報告されるような場合は、所定点数を算定できる。

Ｄ００１　尿中特殊物質定性定量検査

（１）　「３」の先天性代謝異常症スクリーニングテスト（尿）とは、次に掲げる物質の定性半定量検査及び反応検査をいう。

ア　塩化鉄（Ⅲ）反応（フェニールケトン体及びアルカプトン体の検出を含む。）
イ　酸性ムコ多糖類
ウ　システイン、シスチン等のＳＨ化合物
エ　ヒスチジン定性
オ　メチルマロン酸
カ　Millon 反応
キ　イサチン反応
ク　Benedict 反応

（２）　「４」のポルフィリン症スクリーニングテスト（尿）として、Watson-Schwartz 反応、Rimington 反応又は Deanand Barnes 反応を行った場合は、それぞれ所定点数を算定する。

（３）　「８」のアルブミン定量（尿）、「９」のトランスフェリン（尿）~~、「８」のアルブミン定量（尿）~~及び「1~~5~~6」のⅣ型コラーゲン（尿）は、糖尿病又は糖尿病性早期腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの（糖尿病性腎症第１期又は第２期のものに限る。）に対して行った場合に、３月に１回に限り算定できる。なお、これらを同時に行った場合は、主たるもののみ算定する。

（４）　「1~~2~~3」のミオイノシトール（尿）は、空腹時血糖が 110mg/dL 以上 126mg/dL 未満の患者に対し、耐糖能診断の補助として、尿中のミオイノシトールを測定した場合に１年に１回に限り算定できる。ただし、既に糖尿病と診断されている場合は、算定できない。

（５）　「17」のシュウ酸（尿）は、再発性尿路結石症の患者に対して、キャピラリー電気泳動法により行った場合に、原則として１年に１回に限り算定する。

（~~5~~６）　「1~~6~~8」のＬ型脂肪酸結合蛋白（Ｌ－ＦＡＢＰ）（尿）は、原則として３月に１回に限り算定する。ただし、医学的な必要性からそれ以上算定する場合においては、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（~~6~~７）　好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン（ＮＧＡＬ）（尿）

~~ア　好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン（ＮＧＡＬ）（尿）は、区分番号「Ｄ００１」尿中特殊物質定性定量検査の「16」Ｌ型脂肪酸結合蛋白（Ｌ－ＦＡＢＰ）（尿）の所定点数に準じて算定する。~~

~~イ~~ア　~~本検査~~「18」の好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン（ＮＧＡＬ）（尿）は、急性腎障害の診断時又はその治療中に、ＣＬＩＡ法により測定した場合に算定できる。ただし、診断時においては１回、その後は急性腎障害に対する一連の治療につき３回を限度として算定する。なお、医学的必要性からそ~~の~~れ以上算定する場合においては、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

~~ウ~~イ　~~本検査~~「18」の好中球ゼラチナーゼ結合性リポカリン（ＮＧＡＬ）（尿）と~~区分番号「Ｄ００１」尿中特殊物質定性定量検査の~~「1~~8~~16」のＬ型脂肪酸結合蛋白（Ｌ－ＦＡＢＰ）（尿）を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

（~~7~~８）　同一日に尿、穿刺液・採取液及び血液を検体として生化学的検査（Ⅰ）又は生化学的検査（Ⅱ）に掲げる検査項目につきそれぞれを実施した場合の、多項目包括規定の適用については、尿、穿刺液・採取液及び血液のそれぞれについて算出した項目数により所定点数を算定するのではなく、血液、尿、穿刺液・採取液それぞれに係る項目数を合算した項目数により、所定点数を算定する。ただし、同一日に行う２回目以降の血液採取による検体を

用いた検査項目については、当該項目数に合算せず、所定点数を別途算定する。

（~~8~~ 9） 蛋白質とクレアチニンの比を測定する目的で試験紙により実施した場合は、「~~18~~20」のその他によるクレアチニン（尿）として算定し、その判断料は、区分番号「Ｄ０２６」検体検査判断料の「１」尿・糞便等検査判断料を算定する。

Ｄ００２　尿沈渣(鏡検法)

（１） 尿沈渣（鏡検法）の所定点数は、赤血球、白血球、上皮細胞、各種円柱、類円柱、粘液系、リポイド、寄生虫等の無染色標本検査の全ての費用を含む。

（２） 尿沈渣（鏡検法）は、区分番号「Ｄ０００」尿中一般物質定性半定量検査若しくは区分番号「Ｄ００１」尿中特殊物質定性定量検査において何らかの所見が認められ、又は診察の結果からその実施が必要と認められて実施した場合に算定すること。

（３） 尿沈渣（鏡検法）は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。

（４） 尿路系疾患が強く疑われる患者について、診療所が尿沈渣（鏡検法）を衛生検査所等に委託する場合であって、当該衛生検査所等が採尿後４時間以内に検査を行い、検査結果が速やかに当該診療所に報告された場合は、所定点数を算定できる。

（５） 当該検査と区分番号「Ｄ００２－２」尿沈渣（フローサイトメトリー法）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ００２－２　尿沈渣（フローサイトメトリー法）

（１） 本測定は区分番号「Ｄ０００」尿中一般物質定性半定量検査若しくは区分番号「Ｄ００１」尿中特殊物質定性定量検査において何らかの所見が認められ、又は診察の結果からその実施が必要と認められ、赤血球、白血球、上皮細胞、円柱及び細菌を同時に測定した場合に算定する。

（２） 本検査と区分番号「Ｄ００２」尿沈渣（鏡検法）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ００３　糞便検査

（１） 糞便中の細菌、原虫検査は、区分番号「Ｄ０１７」排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査により算定する。

（２） ヘモグロビン検査を免疫クロマト法にて行った場合は、「５」の糞便中ヘモグロビン定性により算定する。

（３） ヘモグロビン検査を金コロイド凝集法による定量法にて行った場合は、「７」の糞便中ヘモグロビンにより算定する。

~~（４） 「９」のキモトリプシン（糞便）を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

（４） カルプロテクチン（糞便）

ア 「９」の カルプロテクチン（糞便）を慢性的な炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎やクローン病等）の診断補助を目的として測定する場合は、ＦＥＩＡ法により測定した場合に

算定できる。ただし、腸管感染症が否定され、下痢、腹痛や体重減少などの症状が３月以上持続する患者であって、肉眼的血便が認められない患者において、慢性的な炎症性腸疾患が疑われる場合の内視鏡前の補助検査として実施すること。また、その要旨を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

イ　本検査を潰瘍性大腸炎の病態把握を目的として測定する場合は、ＥＬＩＳＡ法又はＦＥＩＡ法により測定した場合に、３月に１回を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から、本検査を１月に１回行う場合には、その詳細な理由及び検査結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ウ　慢性的な炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎やクローン病等）の診断補助又は潰瘍性大腸炎の病態把握を目的として、本検査及び区分番号「Ｄ３１３」大腸内視鏡検査を同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ００４　穿刺液・採取液検査

~~（１）　「１」の酸度測定（胃液）を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

（~~２~~１）　「~~３~~２」の胃液又は十二指腸液一般検査の所定点数には、量、色調、混濁、粘液量、臭気、酸度測定、ペプシン及び乳酸定量、ラブ酵素の証明、蛋白質の呈色反応（ニンヒドリン反応、ビウレット反応等）、毒物、潜血、虫卵、ウロビリン体の定性定量、コレステリン体の定量、液に含まれる物質の定性半定量の検査等の費用が含まれる。

（~~３~~２）　「~~４~~３」の髄液一般検査の所定点数には、外見、比重、ノンネアペルト、パンディ、ワイヒブロート等のグロブリン反応、トリプトファン反応、細胞数、細胞の種類判定及び蛋白、グルコース、ビリルビン、ケトン体等の定性半定量の検査等が含まれる。

（~~４~~３）　「~~５~~４」の精液一般検査の所定点数には、精液の量、顕微鏡による精子の数、奇形の有無、運動能等の検査の全ての費用が含まれる。

（~~５~~４）　「~~６~~５」の頸管粘液一般検査の所定点数には、量、粘稠度、色調、塗抹乾燥標本による顕微鏡検査（結晶、細菌、血球、腟上皮細胞等）等の費用が含まれる。

（~~６~~５）　「~~７~~６」の顆粒球エラスターゼ定性（子宮頸管粘液）は、フロースルー免疫測定法（赤色ラテックス着色法）により、絨毛羊膜炎の診断のために妊娠満 22 週以上満 37 週未満の妊婦で切迫早産の疑いがある者に対して測定した場合に算定する。

（~~７~~６）　「~~７~~６」のＩｇＥ定性（涙液）は、アレルギー性結膜炎の診断の補助を目的として判定した場合に月１回に限り算定できる。

（~~８~~７）　「~~８~~７」の顆粒球エラスターゼ（子宮頸管粘液）は、絨毛羊膜炎の診断のために妊娠満 22 週以上満 37 週未満の妊婦で切迫早産の疑いがある者に対して行った場合に算定する。

~~（９）　「９」の乳酸デヒドロゲナーゼ（ＬＤ）半定量（膣分泌液）のためのタンポンによる検体採取に係る費用は、所定点数に含まれる。また、当該検査を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

（~~１０~~８）　「~~１０~~８」のマイクロバブルテストは妊娠中の患者又は新生児の患者に対して週に１回に限り算定できる。

~~（11）　「11」のⅡ型プロコラーゲン-C-プロペプチド（コンドロカルシン）（関節液）は、ＥＩＡ法によるが、エックス線所見で明らかに変形性関節症又は慢性関節リウマチが診断できる場合は算定できない。また、当該検査を実施した場合は、他の検査で代替できない理~~

~~由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

(~~12~~9)　「~~12~~9」の IgG インデックス、「1~~3~~0」のオリゴクローナルバンド及び「14」のミエリン塩基性蛋白（MBP）（髄液）は、多発性硬化症の診断の目的で行った場合に算定する。

(1~~3~~0)　「1~~5~~2」のリン酸化タウ蛋白（髄液）は、認知症の診断を目的に、１患者につき１回に限り算定する。

(14)　「1~~5~~2」のタウ蛋白（髄液）は、クロイツフェルト・ヤコブ病の診断を目的に、１患者につき１回に限り算定する。

(1~~5~~2)　同一日に尿、穿刺液・採取液及び血液を検体として生化学的検査(Ⅰ)又は生化学的検査(Ⅱ)に掲げる検査項目につきそれぞれを実施した場合の、多項目包括規定の適用については、尿、穿刺液・採取液及び血液のそれぞれについて算出した項目数により所定点数を算定するのではなく、血液、尿、穿刺液・採取液それぞれに係る項目数を合算した項目数により、所定点数を算定する。ただし、同一日に行う２回目以降の血液採取による検体を用いた検査項目については、当該項目数に合算せず、所定点数を別途算定する。

Ｄ００４－２　悪性腫瘍組織検査

（１）　「１」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、ＰＣＲ法、ＳＳＣＰ法、ＲＦＬＰ法等を用いて、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った、以下の遺伝子検査について、患者１人につき１回に限り算定する。ただし、肺癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査については、再発や増悪により、２次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する必要がある場合にも算定できる。

ア　肺癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査、ＲＯＳ１融合遺伝子検査又はＫ－ｒａｓ遺伝子検査

イ　膵癌におけるＫ－ｒａｓ遺伝子検査

ウ　悪性骨軟部組織腫瘍におけるＥＷＳ－Ｆｌｉ１遺伝子検査、ＴＬＳ－ＣＨＯＰ遺伝子検査又はＳＹＴ－ＳＳＸ遺伝子検査

エ　消化管間葉系腫瘍におけるｃ－ｋｉｔ遺伝子検査

オ　家族性非ポリポージス大腸癌におけるマイクロサテライト不安定性検査

カ　悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節生検に係る遺伝子検査又はＢＲＡＦ遺伝子検査

キ　大腸癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査、Ｋ－ｒａｓ遺伝子検査又はＲＡＳ遺伝子検査

（２）　「１」の悪性腫瘍遺伝子検査を算定するに当たっては、~~その目的、結果及び選択した治療法~~（１）のアからキまでの中から該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（３）　「１」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「Ｄ００６－２」造血器腫瘍遺伝子検査又は区分番号「Ｄ００６－６」免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

~~（４）　ＲＯＳ１融合遺伝子~~

~~ア　ＲＯＳ１融合遺伝子は、区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」ＥＧＦＲ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法）の所定点数に準じて算定する。~~

~~イ　本検査は、肺癌の腫瘍細胞を検体とし、肺癌の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者本人に対して行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。~~

~~ウ　本検査、区分番号「Ｄ００６－２」造血器腫瘍遺伝子検査又は区分番号「Ｄ００６－６」免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。~~

~~エ　本検査を算定するに当たっては、その目的、結果及び選択した治療法を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

（~~５~~４）　「２」の抗悪性腫瘍剤感受性検査は、手術等によって採取された消化器癌、頭頸部癌、乳癌、肺癌、癌性胸膜・腹膜炎、子宮頸癌、子宮体癌又は卵巣癌の組織を検体とし、ＨＤＲＡ法又はＣＤ-ＤＳＴ法を用いて、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として行った場合に限り、患者１人につき１回に限り算定する。

（~~６~~５）　当該検査の対象となる抗悪性腫瘍剤は、細胞毒性を有する薬剤に限る。また、当該検査に係る薬剤の費用は、所定点数に含まれる。

Ｄ００５　血液形態・機能検査

（１）　「１」の赤血球沈降速度（ＥＳＲ）は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。

（２）　同一検体について、「４」の好酸球数及び「３」の末梢血液像（自動機械法）又は「６」の末梢血液像（鏡検法）を行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。

（３）　「３」の末梢血液像（自動機械法）、「６」の末梢血液像（鏡検法）及び「14」の骨髄像の検査については、少なくともリンパ球、単球、好中球、好酸球、好塩基球の５分類以上の同定・比率計算を行った場合に算定する。

（４）　「６」の末梢血液像（鏡検法）及び「14」の骨髄像の検査に当たって、位相差顕微鏡又は蛍光顕微鏡を用いた場合であっても所定点数により算定する。また、末梢血液像（鏡検法）の検査の際に赤血球直径の測定を併せて行った場合であっても、所定点数により算定する。

（５）　「６」の「注」及び「14」の「注」にいう特殊染色は、次のとおりである。

ア　オキシダーゼ染色

イ　ペルオキシダーゼ染色

ウ　アルカリホスファターゼ染色

エ　パス染色

オ　鉄染色（ジデロブラスト検索を含む。）

カ　超生体染色

キ　脂肪染色

ク　エステラーゼ染色

（６）　「５」の末梢血液一般検査は、赤血球数、白血球数、血色素測定(Hb)、ヘマトクリット値（Ht）、血小板数の全部又は一部を行った場合に算定する。

（７）　「８」の赤血球抵抗試験は、次のとおりである。

ア　シュガーウォーターテスト

イ　ハムテスト

ウ　クロスビーテスト

エ　パルパート法

オ　サンフォード法

（８）　「９」のヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）、区分番号「Ｄ００７」血液化学検査の「18」グリコアルブミン又は同区分「22」の１，５－アンヒドロ－Ｄ－グルシトール（１，５ＡＧ）のうちいずれかを同一月中に併せて２回以上実施した場合は、月１回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、１型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して６月以内の患者、インスリン治療を開始して６月以内の患者等については、いずれか１項目を月１回に限り別に算定できる。

（９）　「12」のデオキシチミジンキナーゼ（ＴＫ）活性は、造血器腫瘍の診断又は治療効果判定のために行った場合に算定する。

（10）　「13」のターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（ＴｄＴ）は、白血病又は悪性リンパ腫の診断又は治療効果判定のために行った場合に算定する。

（11）　造血器腫瘍細胞抗原検査

ア　「15」の造血器腫瘍細胞抗原検査はモノクローナル抗体を用いて蛍光抗体法、酵素抗体法、免疫ロゼット法等により白血病細胞又は悪性リンパ腫細胞の表面抗原又は細胞内抗原の検索を実施して病型分類を行った場合に算定できる。

イ　対象疾病は白血病、悪性リンパ腫等である。

ウ　検査に用いられるモノクローナル抗体は、医薬品として承認されたものであり、検査に当たって用いたモノクローナル抗体の種類、回数にかかわらず、一連として所定点数を算定する。

Ｄ００６　出血・凝固検査

（１）　出血時間測定時の耳朶採血料は、「１」の出血時間の所定点数に含まれる。

~~（２）　「２」の全血凝固時間、「７」のヘパプラスチンテスト及び「35」のフィブリノペプチドを実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

（~~３~~２）　「２」のプロトロンビン時間（ＰＴ）とトロンボテスト~~とプロトロンビン時間（ＰＴ）~~を同時に施行した場合は、主たるもののみ算定する。

（~~４~~３）　「８」の血小板凝集能を測定するに際しては、その過程で血小板数を測定することから、区分番号「Ｄ００５」血液形態・機能検査の「５」末梢血液一般検査の所定点数を別に算定することはできない。

（~~５~~４）　「13」の凝固因子インヒビター定性（クロスミキシング試験）は、原因不明のプロトロンビン時間延長又は活性化部分トロンボプラスチン時間延長がみられる患者に対して行った場合に限り算定できる。

~~（６）　「14」のフィブリノゲン分解産物（ＦｇＤＰ）は、「11」のフィブリン・フィブリノゲン分解産物（ＦＤＰ）（定性、半定量又は定量）が異常値を示した場合に実施したときに算定できる。また、当該検査を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

（~~７~~５）　「~~21~~19」のＰＩＶＫＡ－Ⅱは、出血・凝固検査として行った場合に算定する。

（~~８~~６）　「2~~2~~0」の凝固因子インヒビターは、第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子の定量測定を行った場合に、

それぞれの測定１回につきこの項で算定する。

(~~9~~ 7)　「2~~2~~1」の von Willebrand 因子（ＶＷＦ）抗原は、ＳＲＩＤ法、ロケット免疫電気泳動法等によるものである。

(~~10~~ 8)　「~~30~~28」のトロンボモジュリンは、膠原病の診断若しくは経過観察又はＤＩＣ若しくはそれに引き続いて起こるＭＯＦ観察のために測定した場合のみ算定できる。

(~~11~~ 9)　フィブリンモノマー複合体

ア　「3~~2~~0」のフィブリンモノマー複合体は、ＤＩＣ、静脈血栓症又は肺動脈血栓塞栓症の診断及び治療経過の観察のために実施した場合に算定する。

イ　「30」のフィブリンモノマー複合体、「2~~8~~6」のトロンビン・アンチトロンビン複合体（ＴＡＴ）及び「2~~9~~7」のプロトロンビンフラグメントＦ１＋２のうちいずれか複数を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(10)　ＡＤＡＭＴＳ13 活性

ア　「34」のＡＤＡＭＴＳ13 活性は、他に原因を認めない血小板減少を示す患者に対して、血栓性血小板減少性紫斑病の診断補助を目的として測定した場合又はその再発を疑い測定した場合に算定できる。

イ　血栓性血小板減少性紫斑病と診断された患者またはその再発が認められた患者に対して、診断した日又は再発を確認した日から起算して１月以内の場合には、１週間に１回に限り別に算定できる。なお、血栓性血小板減少性紫斑病と診断した日付又はその再発を確認した日付を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(11)　ＡＤＡＭＴＳ13 インヒビター

ア　「35」のＡＤＡＭＴＳ13 インヒビターは、ＡＤＡＭＴＳ13 活性の著減を示す患者に対して、血栓性血小板減少性紫斑病の診断補助を目的として測定した場合又はその再発を疑い測定した場合に算定できる。

イ　後天性血栓性血小板減少性紫斑病と診断された患者又はその再発が認められた患者に対して、診断した日又は再発を確認した日から起算して１月以内の場合には、１週間に１回に限り別に算定できる。なお、後天性血栓性血小板減少性紫斑病と診断した日付又はその再発を確認した日付を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｄ００６－２　造血器腫瘍遺伝子検査

（１）　造血器腫瘍遺伝子検査は、ＰＣＲ法、ＬＣＲ法又はサザンブロット法により行い、月１回を限度として算定できる。

（２）　区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「Ｄ００６－２」造血器腫瘍遺伝子検査又は区分番号「Ｄ００６－６」免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

~~(3)　ＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）~~

~~ア　ＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）は、区分番号「Ｄ００６－２」造血器腫瘍遺伝子検査の所定点数に準じて算定する。~~

~~イ　本検査は、血漿を用いてリアルタイムＰＣＲ法で測定した場合に算定できる。~~

~~ウ　本検査は、肺癌の詳細な診断及び治療法を選択する場合、又は肺癌の再発や増悪により、ＥＧＦＲ遺伝子変異の２次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する場合に、~~

~~患者１人につきそれぞれの場合で１回に限り算定できる。ただし、本検査の実施は、医学的な理由により、肺癌の組織を検体として、区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」ＥＧＦＲ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法）又は「ロ」ＥＧＦＲ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法以外）を行うことが困難な場合に限る。なお、本検査の実施に当たっては、関連学会が定める実施指針を遵守すること。~~

~~エ　本検査を実施した場合には、肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

~~オ　本検査と、肺癌の組織を検体とした区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」ＥＧＦＲ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法）又は「ロ」ＥＧＦＲ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法以外）を同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。~~

Ｄ００６－３　Ｍａｊｏｒ　ＢＣＲ－ＡＢＬ１

（１）　「１」のｍＲＮＡ定量（国際標準値）については、リアルタイムＲＴ－ＰＣＲ法により測定した場合に限り算定できる。

（２）　「２」のｍＲＮＡ定量（１以外のもの）は、ＴＭＡ法により測定した場合に限り算定できる。

~~（３）　Ｆ１Ｐ１Ｌ１－ＰＤＧＦＲα融合遺伝子検査~~

~~ア　Ｆ１Ｐ１Ｌ１－ＰＤＧＦＲα融合遺伝子検査は、区分番号「Ｄ００６－２」造血器腫瘍遺伝子検査及び区分番号「Ｄ００６－３」Ｍａｊｏｒ　ＢＣＲ－ＡＢＬ１の「２」ｍＲＮＡ定量（１以外のもの）の所定点数を合算した点数を準用して算定する。~~

~~イ　本検査は、二次性好酸球増加症を除外した上で、慢性好酸球性白血病又は好酸球増多症候群と診断した患者において、治療方針の決定を目的としてＦＩＳＨ法により測定した場合に、原則として１回に限り算定できる。ただし、臨床症状・検査所見等の変化を踏まえ、治療法を選択する必要があり、本検査を再度実施した場合にも算定できる。~~

~~ウ　本検査を算定するに当たっては、本検査を必要と判断した理由、検査結果、診断名、選択した治療法及び本検査を再度実施した場合にはその理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

Ｄ００６－４　遺伝学的検査

（１）　遺伝学的検査は以下の遺伝子疾患が疑われる場合に行うものとし、原則として患者１人につき１回算定できる。ただし、２回以上実施する場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

~~ア　デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー、福山型先天性筋ジストロフィー、栄養障害型表皮水疱症、家族性アミロイドーシス、先天性ＱＴ延長症候群及び脊髄性筋萎縮症~~

~~イ　ハンチントン病、球脊髄性筋萎縮症、網膜芽細胞腫及び甲状腺髄様癌~~

~~ウ　フェニルケトン尿症、メープルシロップ尿症、ホモシスチン尿症、シトルリン血症（１型）、アルギノコハク酸血症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、イソ吉草酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、ＨＭＧ血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症１型、ＭＣＡＤ欠損症、ＶＬＣＡＤ欠損症、ＭＴＰ（ＬＣＨＡＤ）欠損~~

~~症、ＣＰＴ１欠損症、筋強直性ジストロフィー、隆起性皮膚線維肉腫、先天性銅代謝異常症、色素性乾皮症、先天性難聴、ロイスディーツ症候群及び家族性大動脈瘤・解離~~

~~エ　神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。）、プリオン病、原発性免疫不全症候群、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、ペリー症候群、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状 20 番染色体症候群、ＰＣＤＨ19 関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、クルーゾン症候群、アペール症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、ロスムンド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、１ｐ36 欠失症候群、４ｐ欠失症候群、５ｐ欠失症候群、第 14 番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22ｑ11.2 欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱Ｘ症候群関連疾患、脆弱Ｘ症候群、ウォルフラム症候群、タンジール病、高ＩｇＤ症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群及びエーラスダンロス症候群（血管型）~~

ア　ＰＣＲ法、ＤＮＡシーケンス法、ＦＩＳＨ法又はサザンブロット法による場合に算定できるもの

①　デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー及び家族性アミロイドーシス

②　福山型先天性筋ジストロフィー及び脊髄性筋萎縮症

③　栄養障害型表皮水疱症及び先天性ＱＴ延長症候群

イ　ＰＣＲ法による場合に算定できるもの

①　球脊髄性筋萎縮症

②　ハンチントン病、網膜芽細胞腫及び甲状腺髄様癌

ウ　ア、イ及びエ以外のもの

①　筋強直性ジストロフィー及び先天性難聴

②　フェニルケトン尿症、ホモシスチン尿症、シトルリン血症（１型）、アルギノコハク酸血症、イソ吉草酸血症、ＨＭＧ血症、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症１型、ＭＣＡＤ欠損症、ＶＬＣＡＤ欠損症、ＣＰＴ１欠損症、隆起性皮膚線維肉腫及び先天性銅代謝異常症

③　メープルシロップ尿症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、ＭＴＰ（ＬＣＨＡＤ）欠損症、色素性乾皮症、ロイスディーツ症候群及び家族性大動脈瘤・解離

エ　別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において検査が行われる場合に算定できるもの

①　ライソゾーム病（ムコ多糖症Ⅰ型、ムコ多糖症Ⅱ型、ゴーシェ病、ファブリ病及びポンペ病を含む。）及び脆弱Ｘ症候群

②　プリオン病、クリオピリン関連周期熱症候群、神経フェリチン症、先天性大脳白質形成不全症（中枢神経白質形成異常症を含む。）、環状 20 番染色体症候群、ＰＣＤＨ19 関連症候群、低ホスファターゼ症、ウィリアムズ症候群、アペール症候群、ロスムン

ド・トムソン症候群、プラダー・ウィリ症候群、１ｐ36 欠失症候群、４ｐ欠失症候群、５ｐ欠失症候群、第 14 番染色体父親性ダイソミー症候群、アンジェルマン症候群、スミス・マギニス症候群、22ｑ11.2 欠失症候群、エマヌエル症候群、脆弱Ｘ症候群関連疾患、ウォルフラム症候群、高ＩｇＤ症候群、化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群及び先天異常症候群

③　神経有棘赤血球症、先天性筋無力症候群、原発性免疫不全症候群、ペリー症候群、クルーゾン症候群、ファイファー症候群、アントレー・ビクスラー症候群、タンジール病、先天性赤血球形成異常性貧血、若年発症型両側性感音難聴、尿素サイクル異常症、マルファン症候群、エーラスダンロス症候群（血管型）、遺伝性自己炎症疾患及びエプスタイン症候群

（２）（１）のアに掲げる遺伝子疾患の検査は、ＰＣＲ法、ＤＮＡシーケンス法、ＦＩＳＨ法又はサザンブロット法による。（１）のイに掲げる遺伝子疾患の検査は、ＰＣＲ法による。

（３）　検査の実施に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのための~~ガイドライン~~ガイダンス」（平成 ~~16~~29 年 ~~12~~4 月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査･診断に関するガイドライン」（平成 23 年２月）を遵守すること。

（４）（１）のエに掲げる遺伝子疾患に対する検査については、（３）に掲げる~~ガイドライン~~ガイダンス及びガイドラインに加え、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

（５）「１」の「処理が容易なもの」とは、アからエの①に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。

（６）「２」の「処理が複雑なもの」とは、アからエの②に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。

（７）「３」の「処理が極めて複雑なもの」とは、ア、ウ及びエの③に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。

Ｄ００６－５　染色体検査

（１）　染色体検査の所定点数には、フィルム代、現像代、引伸印画作製代を含む。

（２）　染色体検査の「注」の分染法加算については、その種類、方法にかかわらず、１回の算定とする。

Ｄ００６－６　免疫関連遺伝子再構成

（１）　免疫関連遺伝子再構成は、ＰＣＲ法、ＬＣＲ法又はサザンブロット法により、悪性リンパ腫、急性リンパ性白血病又は慢性リンパ性白血病の診断の目的で検査を行った場合に、６月に１回を限度として算定できる。

（２）　区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「Ｄ００６－２」造血器腫瘍遺伝子検査又は区分番号「Ｄ００６－６」免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

Ｄ００６－７　ＵＤＰグルクロン酸転移酵素遺伝子多型

ＵＤＰグルクロン酸転移酵素遺伝子多型は、塩酸イリノテカンの投与対象となる患者に対して、その投与量等を判断することを目的として、インベーダー法又はＰＣＲ法~~と核酸ハイブリダイゼーション法を組み合わせた方法~~により測定を行った場合、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針

の決定までの間に１回を限度として算定する。

Ｄ００６－８　サイトケラチン 19（ＫＲＴ19）ｍＲＮＡ検出

サイトケラチン 19（ＫＲＴ19）ｍＲＮＡ検出は、視触診等による診断又は術前の画像診断でリンパ節転移陽性が明らかでない乳癌、胃癌、大腸癌又は非小細胞肺癌に対して、摘出された乳癌、胃癌、大腸癌又は非小細胞肺癌所属リンパ節中のサイトケラチン 19（ＫＲＴ19）ｍＲＮＡの検出によるリンパ節転移診断及び術式の選択等の治療方針の決定の補助を目的として、ＯＳＮＡ(One-Step Nucleic Acid Amplification)法により測定を行った場合に、一連につき１回に限り算定する。

Ｄ００６－９　ＷＴ１ｍＲＮＡ

ＷＴ１ｍＲＮＡは、リアルタイムＲＴ－ＰＣＲ法により、急性骨髄性白血病又は骨髄異形成症候群の診断の補助又は経過観察時に行った場合に月１回を限度として算定できる。

Ｄ００６－10　ＣＣＲ４タンパク（フローサイトメトリー法）

ＣＣＲ４タンパク（フローサイトメトリー法）及び区分番号「Ｎ００２」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「５」ＣＣＲ４タンパクを同一の目的で行った場合には、原則としていずれか一方のみを算定する。ただし、医学的な必要性がある場合には、併せて実施した場合であっても、いずれの点数も算定できる。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

Ｄ００６－11　ＦＩＰ１Ｌ１－ＰＤＧＦＲα 融合遺伝子検査

（１）ＦＩＰ１Ｌ１－ＰＤＧＦＲα融合遺伝子検査は、二次性好酸球増加症を除外した上で、慢性好酸球性白血病又は好酸球増多症–候群と診断した患者において、治療方針の決定を目的としてＦＩＳＨ法により測定した場合に、原則として１回に限り算定できる。ただし、臨床症状・検査所見等の変化を踏まえ、治療法を選択する必要があり、本検査を再度実施した場合にも算定できる。

（２）ＦＩＰ１Ｌ１－ＰＤＧＦＲα融合遺伝子検査を算定するに当たっては、本検査を必要と判断した理由又は本検査を再度実施した場合にはその理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｄ００６－12　ＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）

（１）ＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）は、血漿を用いてリアルタイムＰＣＲ法で測定した場合に算定できる。

（２）肺癌の詳細な診断及び治療法を選択する場合、又は肺癌の再発や増悪により、ＥＧＦＲ遺伝子変異の２次的遺伝子変異等が疑われ、再度治療法を選択する場合に、患者１人につきそれぞれの場合に１回に限り算定できる。ただし、本検査の実施は、医学的な理由により、肺癌の組織を検体として、区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」ＥＧＦＲ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法）又は「ロ」ＥＧＦＲ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法以外）を行うことが困難な場合に限る。

（３）ＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）を実施した場合には、肺癌の組織を検体とした検査が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（４）ＥＧＦＲ遺伝子検査（血漿）と、肺癌の組織を検体とした区分番号「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」ＥＧＦＲ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法）又は「ロ」ＥＧＦＲ遺伝子検査（リアルタイムＰＣＲ法以外）を同一月中に併

せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

Ｄ００６－13　骨髄微小残存病変量測定

（１）骨髄微小残存病変量測定は、ＰＣＲ法により、急性リンパ性白血病の診断補助又は経過観察を目的に行った場合に算定できる。

（２）「１」の遺伝子再構成の同定に用いるものについては、急性リンパ性白血病と診断された患者又は再発が認められた患者に対して、遺伝子再構成の同定及び当該遺伝子のプライマー作成を行った場合に、それぞれ１回に限り算定できる。

（３）「２」のモニタリングに用いるものについては、「１」の遺伝子再構成に用いるものを行った患者に対して、ＰＣＲ法により急性リンパ性白血病の経過観察を目的として行った場合に、初発時と再発時にそれぞれ２回を限度として算定できる。

Ｄ００７　血液化学検査

（１）　「１」のナトリウム及びクロールについては、両方を測定した場合も、いずれか一方のみを測定した場合も、同一の所定点数により算定する。

（２）　「１」のカルシウム及び「７」のイオン化カルシウムを同時に測定した場合には、いずれか一方についてのみ所定点数を算定する。

~~（３）　「１」の膠質反応については、反応の種類ごとに所定点数を算定する。~~

~~なお、次に掲げる検査については、膠質反応又は膠質反応に類似した検査としてこの項により所定点数を算定できる。~~

~~ア　硫酸亜鉛試験（ＺＴＴ）~~

~~イ　チモール混濁反応（ＴＴＴ）~~

~~また、当該検査を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

（~~４~~３）　「１」の総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）と不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）を同時に実施した場合は、「１」の不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（比色法）又は総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（比色法）の所定点数を算定する。

（~~５~~４）　「１」のクレアチニンについて、ヤッフェ法を用いて実施した場合は算定できない。

（~~６~~５）　「３」のＨＤＬ―コレステロール、「３」の総コレステロール及び「４」のＬＤＬ―コレステロールを併せて測定した場合は、主たるもの２つの所定点数を算定する。

（~~７~~６）　「３」の無機リン及びリン酸については、両方を測定した場合も、いずれか一方のみを測定した場合も、同一の所定点数により算定する。

（~~８~~７）　「４」の蛋白分画、「１」の総蛋白及びアルブミンを併せて測定した場合は、主たるもの２つの所定点数を算定する。

（~~９~~８）　「８」のマンガン（Ｍｎ）は、１月以上（胆汁排泄能の低下している患者については２週間以上）高カロリー静脈栄養法が行われている患者に対して、３月に１回に限り算定することができる。

（~~10~~９）　「10」のケトン体及び「20」のケトン体分画の検査を併せて実施した場合は、ケトン体分画の所定点数のみ算定する。

（1~~1~~0）　「11」のアポリポ蛋白は、ＡⅠ、ＡⅡ、Ｂ、ＣⅡ、ＣⅢ及びＥのうち、測定した項目数に応じて、所定点数を算定する。

（1~~2~~1）　「14」の有機モノカルボン酸については、グルタチオン、乳酸、ピルビン酸及びα－ケ

トグルタール酸の各物質の測定を行った場合に、それぞれの測定ごとに所定点数を算定する。

(132) 同一検体について「15」の重炭酸塩及び「367」の血液ガス分析の検査を併せて行った場合は、血液ガス分析の所定点数のみ算定する。

(134) 「18」のグリコアルブミンは、ＨＰＬＣ（２カラム）、ＨＰＬＣ（１カラム）－発色法、アフィニティークロマトグラフィー・免疫比濁法によるグリコアルブミン測定装置を用いて測定した場合、ＥＩＡ法又は酵素法により測定した場合に所定点数を算定する。

(154) 区分番号「Ｄ００５」血液形態・機能検査の「９」のヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）、本区分「18」のグリコアルブミン又は「22」の 1,5－アンヒドロ－Ｄ－グルシトール（1,5ＡＧ）のうちいずれかを同一月中に合わせて２回以上実施した場合は、月１回に限り主たるもののみ算定する。ただし、妊娠中の患者、１型糖尿病患者、経口血糖降下薬の投与を開始して６月以内の患者、インスリン治療を開始して６月以内の患者等については、いずれか１項目を月１回に限り別に算定できる。

(165) 肝胆道疾患の診断の目的で尿中硫酸抱合型胆汁酸測定を酵素法により実施した場合は、「19」のコレステロール分画に準じて算定する。ただし、「14」の胆汁酸を同時に測定した場合には、いずれか一方の所定点数のみを算定する。

(176) 「24」の膵分泌性トリプシンインヒビター（ＰＳＴＩ）と「446」のトリプシンを同時に実施した場合は、いずれか一方の所定点数を算定する。

(187) 「24」のＬＤアイソザイム１型は酵素学的阻害法による。

(198) ~~遊離カルニチン及び~~総カルニチン及び遊離カルニチン

ア 「24」の~~遊離カルニチン及び~~総カルニチン及び遊離カルニチンは、~~区分番号「Ｄ００７」血液化学検査の「24」ＬＤアイソザイム１型の所定点数に準じて算定する。~~

~~イ 本検査は、~~関係学会の定める診療に関する指針を遵守し、酵素サイクリング法により測定した場合に算定する。

~~ウ~~イ ~~本検査を~~本検査を先天性代謝異常症の診断補助又は経過観察のために~~実施~~実施する場合は、月に１回を限度として算定する。

ウ 静脈栄養管理若しくは経腸栄養管理を長期に受けている筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症若しくは小児の患者、人工乳若しくは特殊治療用ミルクを使用している小児患者、バルプロ酸ナトリウム製剤投与中の患者、Ｆａｎｃｏｎｉ症候群の患者又は慢性維持透析の患者におけるカルニチン欠乏症の診断補助若しくは経過観察のために、本検査を実施する場合は、６月に１回を限度として算定する。

エ 同一検体について、本検査と区分番号「Ｄ０１０」特殊分析の「８」先天性代謝異常症検査を併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

(~~20~~19) 「25」のＡＬＰアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）は、アガロース電気泳動法によって、一連の検査によって同時に行った場合に算定する。また、区分番号「Ｄ００８」内分泌学的検査の「24」の骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）と併せて実施した場合には、いずれか主たるもののみ算定する。

(2~~1~~0) 「26」のリポ蛋白（ａ）は、３月に１回を限度として算定できる。

(2~~2~~1) 「27」のヘパリンの血中濃度測定においては、同一の患者につき１月以内に当該検査を２回以上行った場合においては、算定は１回とし、１回目の測定を行ったときに算定する。

(2~~3~~2)　「30」のＫＬ－６、「3~~4~~5」の肺サーファクタント蛋白―Ａ（ＳＰ－Ａ）及び「3~~5~~6」の肺サーファクタント蛋白-Ｄ（ＳＰ－Ｄ）のうちいずれか複数を実施した場合は、主たるもののみ算定する。ＫＬ－６は、ＥＩＡ法、ＥＣＬＩＡ法又はラテックス凝集比濁法により、肺サーファクタント蛋白-Ａ（ＳＰ－Ａ）及び肺サーファクタント蛋白-Ｄ（ＳＰ－Ｄ）は、ＥＩＡ法による。

(2~~4~~3)　「30」の心筋トロポニンＩと「3~~0~~2」の心筋トロポニンＴ（ＴｎＴ）定性・定量を同一月に併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(2~~5~~4)　「~~29~~31」のペントシジンは、「１」の尿素窒素又は「１」のクレアチニンにより腎機能低下（糖尿病性腎症によるものを除く。）が疑われた場合に、３月に１回に限り算定できる。ただし、「3~~2~~3」のシスタチンＣを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(2~~6~~5)　「3~~0~~2」のイヌリンは、「１」の尿素窒素又は「１」のクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、６月に１回に限り算定できる。ただし、「１」のクレアチニン（腎クリアランス測定の目的で行い、血清及び尿を同時に測定する場合に限る。）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(2~~7~~6)　シスタチンＣ

ア　「3~~2~~3」のシスタチンＣは、ＥＩＡ法、ラテックス凝集比濁法、金コロイド凝集法又はネフェロメトリー法により実施した場合のみ算定できる。

イ　シスタチンＣは、「１」の尿素窒素又は「１」のクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、３月に１回に限り算定できる。ただし、「~~29~~31」のペントシジンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(2~~8~~7)　「3~~6~~7」の血液ガス分析の所定点数には、ナトリウム、カリウム、クロール、ｐＨ、PO_2、PCO_2及びHCO_3^-の各測定を含むものであり、測定項目数にかかわらず、所定点数により算定する。なお、同時に行ったヘモグロビンについては算定しない。

(2~~9~~8)　「3~~6~~7」の血液ガス分析は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。

なお、在宅酸素療法を実施している入院施設を有しない診療所が、緊急時に必要、かつ、密接な連携を取り得る入院施設を有する他の保険医療機関において血液ガス分析を行う場合であって、採血後、速やかに検査を実施し、検査結果が速やかに当該診療所に報告された場合にあっては算定できるものとする。

(~~30~~29)　「3~~6~~8」のⅣ型コラーゲン又は「~~39~~40」のⅣ型コラーゲン・７Ｓは、~~「50」のプロリルヒドロキシラーゼ（ＰＨ）、~~「3~~6~~7」のプロコラーゲンーⅢーペプチド（Ｐ－Ⅲ－Ｐ）又は「4~~5~~8」のＭａｃ－２結合蛋白糖鎖修飾異性体と併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

(3~~1~~0)　「3~~6~~9」のセレンは、長期静脈栄養管理若しくは長期成分栄養剤を用いた経腸栄養管理を受けている患者、人工乳若しくは特殊治療用ミルクを使用している小児患者又は重症心身障害児（者）に対して、診察及び他の検査の結果からセレン欠乏症が疑われる場合の診断及び診断後の経過観察を目的として実施した場合に限り算定する。

(3~~2~~1)　「3~~7~~8」の心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）定性及び定量は、ＥＬＩＳＡ法、免疫クロマト法、ラテックス免疫比濁法又はラテックス凝集法により、急性心筋梗塞の診断を目的に用いた場合のみ算定する。

ただし、心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）定性又は定量と「3~~7~~8」のミオグロビン定性又は定量を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(3~~3~~2)　「3~~7~~8」のアルブミン非結合型ビリルビンは、診察及び他の検査の結果から、核黄疸に進展するおそれがある新生児である患者に対して、生後２週間以内に経過観察を行う場合に算定する。

(3~~4~~3)　「4~~1~~3」のＡＬＰアイソザイム（ＰＡＧ電気泳動法）、「25」のＡＬＰアイソザイム及び骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）及び区分番号「Ｄ００８」内分泌学的検査の「24」の骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(3~~5~~4)　「4~~2~~4」の心室筋ミオシン軽鎖Ｉは、同一の患者につき同一日に当該検査を２回以上行った場合は、１回のみ算定する。

(3~~6~~5)　「4~~2~~4」のヒアルロン酸は、サンドイッチ バインディング プロテイン アッセイ法、^{125}Ｉ による競合法を用いたバインディング プロテイン アッセイ法、ＬＡ法（測定機器を用いるもの）又はＬＢＡ法による。ただし、本検査は慢性肝炎の患者に対して、慢性肝炎の経過観察及び肝生検の適応の確認を行う場合に算定できる。

(3~~7~~6)　「4~~3~~7」のアセトアミノフェンは、同一の患者につき１月以内に２回以上行った場合は、第１回目の測定を行ったときに１回に限り算定する。

(3~~8~~7)　腟分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白１型（ＩＧＦＢＰ－１）定性

ア　「4~~3~~5」の腟分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白１型（ＩＧＦＢＰ－１）定性は、免疫クロマト法により、破水の診断のために妊娠満 22 週以上満 37 週未満の者を対象として測定した場合のみ算定する。

イ　「4~~3~~5」の腟分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白１型（ＩＧＦＢＰ－１）定性及び区分番号「Ｄ０１５」血漿蛋白免疫学的検査の「~~19~~23」癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管腟分泌液）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(3~~9~~8)　「4~~4~~6」のレムナント様リポ蛋白コレステロール（ＲＬＰ－Ｃ）は免疫吸着法－酵素法又は酵素法により実施し、３月に１回を限度として算定できる。

(~~40~~39)　「4~~5~~9」のマロンジアルデヒド修飾ＬＤＬ（ＭＤＡ－ＬＤＬ）は、冠動脈疾患既往歴のある糖尿病患者で、冠動脈疾患発症に関する予後予測の補助の目的で測定する場合に３月に１回に限り算定できる。ただし、糖尿病患者の経皮的冠動脈形成術治療時に、治療後の再狭窄に関する予後予測の目的で測定する場合、上記と別に術前１回に限り算定できる。

(4~~1~~0)　Ｍａｃ－２結合蛋白糖鎖修飾異性体

ア　「4~~5~~8」のＭａｃ－２結合蛋白糖鎖修飾異性体は、２ステップサンドイッチ法を用いた化学発光酵素免疫測定法により、慢性肝炎又は肝硬変の患者（疑われる患者を含む。）に対して、肝臓の線維化進展の診断補助を目的に実施した場合に算定する。

イ　本検査と「3~~6~~7」のプロコラーゲンⅢペプチド（Ｐ－Ⅲ－Ｐ）若しくは「38」のⅣ型コラーゲン、「~~39~~40」のⅣ型コラーゲン・７Ｓ~~、~~又は「4~~2~~4」のヒアルロン酸~~又は「50」のプロリルヒドロキシラーゼ（ＰＨ）~~を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定

する。

(4~~2~~1)　「4~~8~~52」のリポ蛋白リパーゼ（ＬＰＬ）は、高トリグリセライド血症及びＬＰＬ欠損症が疑われる場合の鑑別のために測定した場合のみ算定できる。また、ヘパリン負荷が行われた場合、投与したヘパリンは区分番号「Ｄ５００」の薬剤として算定できるが、注射料は算定できない。

(4~~3~~2)　「4~~9~~53」の肝細胞増殖因子（ＨＧＦ）はＥＬＩＳＡ法により、肝炎にて劇症化が疑われる場合又は劇症肝炎の経過観察に用いた場合のみ算定する。

~~(44)　「50」のＣＫアイソフォームは、免疫阻害法により実施し、同時に測定される「１」のクレアチンキナーゼ（ＣＫ）の費用は別に算定できない。また、当該検査を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

~~(45)　「50」のプロリルヒドロキシラーゼ（ＰＨ）及び「51」のα－フェトプロテイン（ＡＦＰ）定性（膣分泌液）を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

(4~~6~~3)　「5~~1~~4」の 2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性は、ウイルス血症を伴う慢性活動性肝炎患者のインターフェロン製剤の投与量及び治療効果の判定に用いた場合に算定する。

~~(47)　「51」のα－フェトプロテイン（ＡＦＰ）定性（膣分泌液）は色素免疫測定法により、破水の診断のために妊娠満 22 週以上満 37 週未満の者を対象として実施した場合に算定する。~~

(4~~8~~4)　「5~~5~~8」のプロカルシトニン（ＰＣＴ）定量又は~~「55」のプロカルシトニン（ＰＣＴ）~~同半定量は、敗血症（細菌性）を疑う患者を対象として測定した場合に算定できる。ただし、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「4~~5~~3」のエンドトキシンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(4~~9~~5)　プレセプシン定量

ア　「5~~5~~8」のプレセプシン定量は、敗血症（細菌性）を疑う患者を対象として測定した場合に算定できる。

イ　「5~~5~~8」のプレセプシン定量と~~「55」~~プロカルシトニン（ＰＣＴ）定量、~~「55」プロカルシトニン（ＰＣＴ）~~同半定量又は区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「4~~5~~3」エンドトキシンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(~~50~~46)　「59」のインフリキシマブ定性

~~ア　インフリキシマブ定性は、区分番号「Ｄ００７」血液化学検査の「55」プロカルシトニン半定量の所定点数に準じて算定する。~~

~~イ　本検査~~は、関節リウマチの患者に対して、インフリキシマブ投与量の増量等の判断のために、イムノクロマト法により測定した場合に、患者１人につき３回を限度として算定できる。

(~~51~~47)　「~~57~~61」の 1,25-ジヒドロキシビタミンＤ$_3$は、ラジオレセプターアッセイ法、ＲＩＡ法又はＥＬＩＳＡ法により、慢性腎不全、特発性副甲状腺機能低下症、偽性副甲状腺機能低下症、ビタミンＤ依存症Ⅰ型若しくは低リン血症性ビタミンＤ抵抗性くる病の診断時又はそれらの疾患に対する活性型ビタミンＤ$_3$剤による治療中に測定した場合にのみ算定できる。なお、活性型ビタミンＤ$_3$剤による治療開始後１月以内においては２回を限度とし、その後は３月に１回を限度として算定する。

(~~52~~48)　「62」の25-ヒドロキシビタミンDは、

~~ア　25-ヒドロビタミンDは、区分番号「００７」血液化学検査の「57」1、25-ジヒドロキシビタミンD$_3$の所定点数に準じて算定する。~~

~~イ　本検査は、~~ＣＬＩＡ法又はＣＬＩＥＡ法により、ビタミンＤ欠乏~~症~~性くる病若しくはビタミンＤ欠乏性骨軟化症の診断時又はそれらの疾患に対する治療中に測定した場合にのみ算定できる。ただし、診断時においては１回を限度とし、その後は３月に１回を限度として算定する。

(~~53~~49)　血液化学検査の注に掲げる検査と併せて、血液化学検査の注に掲げる検査を準用することが認められている検査を行った場合は、当該検査も注に掲げる項目数の算定に含める。

(540)　血液化学検査の注のハの注に規定する 10 項目以上の包括点数を算定する場合の入院時初回加算は、入院時に初めて行われる検査は項目数が多くなることに鑑み、血液化学検査の注に掲げる検査を 10 項目以上行った場合に、入院時初回検査に限り 20 点を加算するものであり、入院後初回の検査以外の検査において 10 項目以上となった場合にあっては、当該加算は算定できない。また、基本的検体検査実施料を算定している場合にあっても、当該加算は算定できない。

Ｄ００８　内分泌学的検査

（１）　各種ホルモンの日内変動検査は、内分泌学的検査の該当する項目の測定回数により算定するが、その回数については妥当適切な範囲であること。

（２）　「１」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）定性及び「1~~9~~8」のヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（ＨＣＧ-β）は、免疫学的妊娠試験に該当するものである。

（３）　「７」のレニン活性と「1~~0~~1」のレニン定量を併せて行った場合は、一方の所定点数のみ算定する。

（４）　「1~~3~~2」のＣ－ペプチド（ＣＰＲ）を同時に血液及び尿の両方の検体について測定した場合は、血液の場合の所定点数のみを算定する。

（５）　「1~~3~~2」の黄体形成ホルモン（ＬＨ）はＬＡ法等による。

（６）　「15」の抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗ＧＡＤ抗体）は、すでに糖尿病の診断が確定した患者に対して１型糖尿病の診断に用いた場合又は自己免疫介在性脳炎・脳症の診断に用いた場合に算定できる。

（７）　脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）

ア　「1~~7~~6」の脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）は、心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月１回に限り算定する。

イ　「1~~7~~6」の脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）、「1~~7~~8」の脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－proＢＮＰ）及び「43」の心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮＰ）のうち２項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して１週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

ウ　「16」の~~本検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に本検査の実施日（「17」の脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－proＢＮＰ）又は「43」の心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮＰ）を併せて実施した場合は、併せて当該検査の実施日）を記載する。~~脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）、「18」の脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－proＢＮＰ）及び「43」の心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮ

Ｐ）のうち２項目以上を実施した場合は、各々の検査の実施日を「摘要」欄に記載する。

（８）　脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ）

ア　「1~~7~~8」の脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ）は、心不全の診断又は病態把握のために実施した場合に月１回に限り算定する。

イ　「1~~7~~8」の脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－ｐｒｏＢＮＰ）、「1~~7~~8」の脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）及び「43」の心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮＰ）のうち２項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して１週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

ウ　本検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に本検査の実施日（「1~~7~~6」の脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）又は「43」の心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮＰ）を併せて実施した場合は、併せて当該検査の実施日）を記載する。

（９）　ヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（ＨＣＧ-β）

ア　「1~~9~~8」のヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（ＨＣＧ-β）は、ＨＣＧ産生腫瘍患者に対して測定した場合のみ算定できる。

イ　「1~~9~~8」のヒト絨毛性ゴナドトロピン-βサブユニット（ＨＣＧ-β）、「１」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）定性、「20」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）定量又は~~「20」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）~~同半定量を併せて実施した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

（10）　「20」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）定量及び~~「20」ヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）~~同半定量は、ＨＣＧ・ＬＨ検査（試験管法）を含むものである。

（11）　「23」のⅠ型コラーゲン架橋Ｎ－テロペプチド（ＮＴＸ）及び「35」のデオキシピリジノリン（ＤＰＤ）（尿）は、原発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定、副甲状腺機能亢進症手術後の治療効果判定又は骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択に際して実施された場合に算定する。

なお、骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に１回、その後６月以内の薬剤効果判定時に１回に限り、また薬剤治療方針を変更したときは変更後６月以内に１回に限り算定できる。

（12）　「23」のⅠ型コラーゲン架橋Ｎ－テロペプチド（ＮＴＸ）、「2~~9~~6」のオステオカルシン（ＯＣ）又は「35」のデオキシピリジノリン（ＤＰＤ）（尿）を併せて実施した場合は、いずれか１つのみ算定する。

（13）　「23」の酒石酸抵抗性酸ホスファターゼ（ＴＲＡＣＰ－５ｂ）は、代謝性骨疾患及び骨転移（代謝性骨疾患や骨折の併発がない肺癌、乳癌、前立腺癌に限る）の診断補助として実施した場合に１回、その後６月以内の治療経過観察時の補助的指標として実施した場合に１回に限り算定できる。また治療方針を変更した際には変更後６月以内に１回に限り算定できる。

本検査と「23」のⅠ型コラーゲン架橋Ｎ―テロペプチド（ＮＴＸ）、「2~~9~~6」のオステオカルシン（ＯＣ）又は「35」のデオキシピリジノリン（ＤＰＤ）（尿）を併せて実施した場合は、いずれか一つのみ算定する。

なお、乳癌、肺癌又は前立腺癌であると既に確定診断された患者について骨転移の診断のために当該検査を行い、当該検査に基づいて計画的な治療管理を行った場合は、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

(14)　「24」の骨型アルカリホスファターゼ（ＢＡＰ）、「2~~7~~8」のインタクトＩ型プロコラーゲン－Ｎ－プロペプチド（IntactＰＩＮＰ）、「~~29~~30」のＩ型プロコラーゲン－Ｎ－プロペプチド（ＰＩＮＰ）及び区分番号「Ｄ００７」血液化学検査の「4~~1~~3」ＡＬＰアイソザイム（ＰＡＧ電気泳動法）のうち２項目以上を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(15)　「2~~6~~5」の低カルボキシル化オステオカルシン（ｕｃＯＣ）は、骨粗鬆症におけるビタミンＫ$_2$剤の治療選択目的で行った場合又は治療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては１回、その後は６月以内に１回に限り算定できる。

(16)　「2~~9~~6」のオステオカルシン（ＯＣ）は、続発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定及び原発性又は続発性の副甲状腺機能亢進症による副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術後の治療効果判定に際して実施した場合のみ算定できる。

(17)　「2~~8~~9」のＩ型コラーゲン架橋Ｃ-テロペプチド-β異性体（β-ＣＴＸ）（尿）は、骨粗鬆症におけるホルモン補充療法及びビスフォスフォネート療法等、骨吸収抑制能を有する薬物療法の治療効果判定又は治療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては１回、その後は６月以内に１回に限り算定できる。

~~(18)　カルプロテクチン（糞便）~~

~~ア　カルプロテクチン（糞便）は、区分番号「Ｄ０１４」自己抗体検査の「27」抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（ＭＰＯ－ＡＮＣＡ）の所定点数に準じて算定する。~~

~~イ　本検査は、潰瘍性大腸炎の患者に対して、病態把握を目的として、ＥＬＩＳＡ法により測定した場合に、３月に１回を限度として算定できる。ただし、医学的必要性から本検査を３月に２回以上行う場合（１月に１回に限る。）には、その詳細な理由及び検査結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

~~ウ　本検査及び区分番号「Ｄ３１３」大腸内視鏡検査を同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。~~

(1~~8~~9)　「~~29~~30」のＩ型コラーゲン架橋Ｃ-テロペプチド-β異性体（β-ＣＴＸ）は、骨粗鬆症におけるホルモン補充療法及びビスフォスフォネート療法等、骨吸収抑制能を有する薬物療法の治療効果判定又は治療経過観察を行った場合に算定できる。ただし、治療開始前においては１回、その後は６月以内に１回に限り算定できる。

また、「2~~8~~9」のＩ型コラーゲン架橋Ｃ-テロペプチド-β異性体（β-ＣＴＸ）（尿）と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(~~20~~19)　「3~~1~~3」のエストロゲン半定量又は定量については、「3~~1~~3」のエストリオール（Ｅ$_3$）又は「3~~3~~4」のエストラジオール（Ｅ$_2$）と同時に実施した場合は算定できない。

(2~~1~~0)　「3~~1~~3」の副甲状腺ホルモン関連蛋白Ｃ端フラグメント（Ｃ－ＰＴＨｒＰ）又は「3~~4~~6」の副甲状腺ホルモン関連蛋白（ＰＴＨｒＰ）は、高カルシウム血症の鑑別並びに悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症に対する治療効果の判定のために測定した場合のみ算定する。

(2~~2~~1)　「39」の抗ＩＡ－２抗体は、すでに糖尿病の診断が確定し、かつ、「15」の抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗ＧＡＤ抗体）の結果、陰性が確認された ~~30 歳未満の~~患者に対し、１型糖尿病の診断に用いた場合に算定する。

なお、当該検査を算定するに当たっては、~~その理由及び医学的根拠~~抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ抗体（抗ＧＡＤ抗体）の結果、陰性が確認された年月日を診療報酬明細書

の摘要欄に記載すること。

(2~~3~~2)　「38」のエリスロポエチンは、以下のいずれかの目的で行った場合に算定する。

ア　赤血球増加症の鑑別診断

イ　重度の慢性腎不全患者又はエリスロポエチン若しくはダルベポエチン投与前の透析患者における腎性貧血の診断

ウ　骨髄異形成症候群に伴う貧血の治療方針の決定

(2~~4~~3)　「39」の 17α－ヒドロキシプロゲステロン（17α－ＯＨＰ）は、先天性副腎皮質過形成症の診断又は治療効果判定のために行った場合に算定する。

(2~~5~~4)　「43」の心房性Ｎａ利尿ペプチド（ＡＮＰ）、「1~~7~~8」の脳性Ｎａ利尿ペプチド前駆体Ｎ端フラグメント（ＮＴ－proＢＮＰ）及び「16」の脳性Ｎａ利尿ペプチド（ＢＮＰ）のうち２項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して１週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

(2~~6~~5)　「46」のノルメタネフリンは、褐色細胞腫の診断又は術後の効果判定のため行った場合に算定し、「41」のメタネフリンを併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

(2~~7~~6)　インスリン様成長因子結合蛋白３型（ＩＧＦＢＰ－３）

ア　「47」のインスリン様成長因子結合蛋白３型（ＩＧＦＢＰ－３）は、成長ホルモン分泌不全症の診断と治療開始時の適応判定のために実施した場合に算定できる。なお、成長ホルモン分泌不全症の診断については、厚生労働省間脳下垂体機能障害に関する調査研究班「成長ホルモン分泌不全性低身長症診断の手引き」を、治療開始時の適応判定については（財）成長科学協会「ヒト成長ホルモン治療開始時の適応基準」を参照すること。

イ　「47」のインスリン様成長因子結合蛋白３型（ＩＧＦＢＰ－３）を「42」のソマトメジンＣと併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ００９　腫瘍マーカー

（１）　腫瘍マーカーは、悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合に、悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に１回を限度として算定する。

悪性腫瘍の診断が確定し、計画的な治療管理を開始した場合、当該治療管理中に行った腫瘍マーカーの検査の費用は区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料に含まれ、腫瘍マーカーは、原則として、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料と同一月に併せて算定できない。ただし、悪性腫瘍の診断が確定した場合であっても、次に掲げる場合においては、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料とは別に腫瘍マーカーの検査料を算定できる。

ア　急性及び慢性膵炎の診断及び経過観察のために「~~5~~ 7」のエラスターゼ１を行った場合

イ　肝硬変、ＨＢｓ抗原陽性の慢性肝炎又はＨＣＶ抗体陽性の慢性肝炎の患者について、「３」のα－フェトプロテイン（ＡＦＰ）、「~~8~~ 9」のＰＩＶＫＡ-Ⅱ半定量又は定量を行った場合（月１回に限る。）

ウ　子宮内膜症の診断又は治療効果判定を目的として「1~~0~~1」のＣＡ125~~、「22」のＣＡ130~~又は「2~~0~~4」のＣＡ602 を行った場合（診断又は治療前及び治療後の各１回に限る。）

エ　家族性大腸腺腫症の患者に対して「２」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）を行った場合

（２）　「１」の尿中ＢＴＡは、膀胱癌であると既に確定診断がされた患者に対して、膀胱癌再発の診断のために行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「イ」を算定する。

（３）　「~~６~~８」の前立腺特異抗原（ＰＳＡ）は、診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から、前立腺癌の患者であることを強く疑われる者に対して検査を行った場合に、前立腺癌の診断の確定又は転帰の決定までの間に原則として、１回を限度として算定する。ただし、前立腺特異抗原（ＰＳＡ）の検査結果が 4.0ng/mＬ以上であって前立腺癌の確定診断がつかない場合においては、３月に１回に限り、３回を上限として算定できる。

なお、当該検査を２回以上算定するに当たっては、検査値を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

~~（４）　「９」のＣＡ50 を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

（~~５~~４）　核マトリックスプロテイン 22（ＮＭＰ22）定性（尿）又は定量（尿）

ア　「1~~１~~3」の核マトリックスプロテイン 22（ＮＭＰ22）定量（尿）及び「1~~１~~3」の核マトリックスプロテイン 22（ＮＭＰ22）定性（尿）は、区分番号「Ｄ００２」尿沈渣（鏡検法）により赤血球が認められ、尿路上皮癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に限り算定する。

イ　「1~~１~~3」の核マトリックスプロテイン 22（ＮＭＰ22）定量（尿）及び「1~~１~~3」の核マトリックスプロテイン 22（ＮＭＰ22）定性（尿）については、尿路上皮癌の診断が確定した後に行った場合であっても、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定できない。

（~~６~~５）　「1~~１~~3」の核マトリックスプロテイン 22（ＮＭＰ22）定量（尿）又は「1~~１~~3」の核マトリックスプロテイン 22（ＮＭＰ22）定性（尿）及び「1~~２~~6」のサイトケラチン８・18（尿）を同時に実施した場合は、いずれか一方の所定点数を算定する。

（~~７~~６）　「1~~０~~1」のＣＡ125~~、~~及び「2~~０~~4」のＣＡ602~~、「22」のＣＡ130 のうち２項目又は３項目~~を併せて測定した場合は、主たるもの~~１つに限り~~のみ算定する。

（~~８~~７）　上記（１）にかかわらず、（~~７~~６）に掲げる項目について、１つを区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の項目とし、他の１~~又は２~~つの検査を腫瘍マーカーの項目として算定することはできず、いずれか一方のみ算定する。

（~~９~~８）　サイトケラチン８・18（尿）

ア　「1~~２~~6」のサイトケラチン８・18（尿）は、区分番号「Ｄ００２」尿沈渣（鏡検法）により赤血球が認められ、尿路上皮癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に限り算定する。

イ　「1~~２~~6」のサイトケラチン８・18（尿）は、尿路上皮癌の診断が確定した後に行った場合であっても、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定できない。

（~~１０~~９）　「1~~３~~5」の遊離型ＰＳＡ比（ＰＳＡ　Ｆ／Ｔ比）は、診療及び他の検査（前立腺特異抗原（ＰＳＡ）等）の結果から前立腺癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った

場合に限り算定する。

(110) 「147」の抗 p53 抗体は、食道癌、大腸癌又は乳癌が強く疑われる患者に対して行った場合に月１回に限り算定できる。

(121) 「1621」のⅠ型コラーゲン-C-テロペプチド（ＩＣＴＰ）、区分番号「Ｄ００８」内分泌学的検査の「23」のⅠ型コラーゲン架橋Ｎ－テロペプチド（ＮＴＸ）又は同区分「35」のデオキシピリジノリン（ＤＰＤ）（尿）は、乳癌、肺癌又は前立腺癌であると既に確定診断された患者について骨転移の診断のために当該検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

~~(13) 「16」のⅠ型プロコラーゲン－Ｃ－プロペプチド（ＰＩＣＰ）は、前立腺癌であると既に確定診断された患者に対して、骨転移の診断のために当該検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。また、当該検査を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

(142) シアリルＬｅ^{X}抗原（ＣＳＬＥＸ）

ア 「1620」のシアリルＬｅ^{X}抗原（ＣＳＬＥＸ）は、診療及び他の検査の結果から乳癌の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合に算定する。

イ シアリルＬｅ^{X}抗原（ＣＳＬＥＸ）と「4 5」のＣＡ15－3 を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

~~(15) 「16」のＳＰ１を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

(163) 「179」のサイトケラチン 19 フラグメント（シフラ）は、悪性腫瘍であることが既に確定診断された患者については、小細胞癌を除く肺癌の場合に限り、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定できる。

(174) 「1822」のガストリン放出ペプチド前駆体（ＰｒｏＧＲＰ）を「7 10」の神経特異エノラーゼ（ＮＳＥ）と併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

(185) 「1923」の癌関連ガラクトース転移酵素（ＧＡＴ）は、内膜症性嚢胞を有する患者又は内膜症性嚢胞が疑われる患者について、卵巣癌が疑われる場合のみ算定できる。

~~(19) 遊離型フコース（尿）~~

~~ア 「20」の遊離型フコース（尿）は酵素化学的測定法による。~~

~~イ 「20」の遊離型フコース（尿）、「２」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）、「４」のＤＵＰＡＮ－２のうち２項目又は３項目を併せて測定した場合は、主たるもの１つに限り算定する。~~

~~ウ 「20」の遊離型フコース（尿）を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

(2016) 「204」のα-フェトプロテインレクチン分画（ＡＦＰ－Ｌ３％）は、電気泳動法及び抗体親和性転写法又はＬＢＡ法による。

~~(21) 「22」のＣＡ130 及び「23」の膵癌胎児性抗原（ＰＯＡ）を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

~~(22) 「22」のヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コアフラグメント（ＨＣＧβ－ＣＦ）（尿）は、~~

~~診療及び他の検査の結果から、子宮頸癌、子宮体癌又は卵巣癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に算定する。また、当該検査を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

(~~23~~17)　ヒト精巣上体蛋白４（ＨＥ４）

~~ア　~~「26」のヒト精巣上体蛋白４~~は、区分番号「Ｄ００９」腫瘍マーカーの「22」ＣＡ130の所定点数に準じて算定する。~~

~~イ　本検査は、区分番号「Ｄ００９」腫瘍マーカーの注１及び注２の規定に準ずる。~~

~~ウ　本検査~~は、~~悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合に、悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に１回を限度として算定する。~~

~~悪性腫瘍の診断が確定し、計画的な治療管理を開始した場合、当該治療管理中に行った本検査の費用は区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料に含まれ、本検査は、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料と同一月に併せて算定できない。~~

~~エ　本検査は、~~ＣＬＩＡ法により測定した場合に算定できる。

(~~24~~18)　可溶性メソテリン関連ペプチド

ア　「2~~3~~7」の可溶性メソテリン関連ペプチドは、悪性中皮腫の診断の補助又は悪性中皮腫であると既に確定診断された患者に対して治療効果の判定若しくは経過観察を目的として実施した場合に算定する。

イ　本検査を悪性中皮腫の診断の補助を目的として実施する場合は、以下のいずれかに該当する患者に対して使用した場合に限り算定する。この場合、本検査が必要である理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（イ）　石綿曝露歴があり、胸水、腹水等の貯留が認められる患者

（ロ）　体腔液細胞診で悪性中皮腫が疑われる患者

（ハ）　画像診断で胸膜腫瘍、腹膜腫瘍等の漿膜腫瘍が認められる患者

ウ　本検査を悪性中皮腫の治療効果の判定又は経過観察を目的として実施する場合は、悪性中皮腫であると既に確定診断された患者に対して、本検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

(~~25~~19)　「2~~4~~8」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）定性（乳頭分泌液）又は同半定量（乳頭分泌液）は、乳頭異常分泌患者に対して非腫瘤性乳癌を強く疑って、乳頭分泌液中の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）を測定した場合に算定する。

~~(26)　ＨＥＲ２蛋白（乳頭分泌液）~~

~~ア　「25」のＨＥＲ２蛋白（乳頭分泌液）は、乳頭異常分泌患者に対して非腫瘤性乳癌を強く疑って、ＥＩＡ法により、乳頭分泌液中のＨＥＲ２蛋白を測定した場合に限り算定する。~~

~~イ　「25」のＨＥＲ２蛋白（乳頭分泌液）に併せて「24」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）定性（乳頭分泌液）又は半定量（乳頭分泌液）を測定した場合は、主たるもののみ算定する。~~

~~ウ　「25」のＨＥＲ２蛋白（乳頭分泌液）を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

(2~~7~~0)　「2~~5~~9」のＨＥＲ２蛋白は、悪性腫瘍が既に確定診断され、かつ、ＨＥＲ２蛋白過剰発

現が認められている患者又は他の測定法により、ＨＥＲ２蛋白過剰発現の有無が確認されていない再発癌患者に対して、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

(2~~8~~1)　「~~26~~30」の可溶性インターロイキン-２レセプター（ｓＩＬ－２Ｒ）は、非ホジキンリンパ腫、ＡＴＬの診断の目的で測定した場合に算定できる。

また、非ホジキンリンパ腫又はＡＴＬであることが既に確定診断された患者に対して、経過観察のために測定した場合は、区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」により算定する。

(2~~9~~2)　「注２」に係る規定は、本区分に掲げる血液を検体とする検査と~~「20」の遊離型フコース（尿）、「22」のヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コアフラグメント（ＨＣＧβ－ＣＦ）（尿）、~~「2~~4~~8」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）定性（乳頭分泌液）~~、~~又は同半定量（乳頭分泌液）~~又は「25」のＨＥＲ２蛋白（乳頭分泌液）~~を同一日に行った場合にも、適用する。

Ｄ０１０　特殊分析

（１）　フェニール・アラニン又はヒスチジンを服用させ血清又は尿中のフェニール・アラニン又はヒスチジンの定量検査を行った場合は、それぞれ１回の測定につき「５」により算定し、使用した薬剤は、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。

（２）　「３」のチロシンは、酵素法による。

（３）　「４」の総分岐鎖アミノ酸／チロシンモル比（ＢＴＲ）は、酵素法による。

（４）　「８」の先天性代謝異常症検査は、臨床症状・検査所見・家族歴等から先天性有機酸代謝異常症等が強く疑われた患者に対し、ガスクロマトグラフィー・マススペクトロメトリー等を用いた有機酸及び脂肪酸等の分析、タンデムマスを用いた血中カルニチン分析又はムコ多糖体分画の定量検査等により、疾患の診断又は経過観察を行った場合に算定する。

Ｄ０１１　免疫血液学的検査

（１）　「~~4~~3」のＲｈ（その他の因子）血液型については、同一検体による検査の場合は因子の種類及び数にかかわらず、所定点数を算定する。

（２）　「~~3~~4」の不規則抗体は、輸血歴又は妊娠歴のある患者に対し、第２章第 10 部手術第７款の各区分に掲げる胸部手術、同部第８款の各区分に掲げる心・脈管手術、同部第９款の各区分に掲げる腹部手術又は区分番号「Ｋ８７７」子宮全摘術、「Ｋ８７９」子宮悪性腫瘍手術、「Ｋ８８９」子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）、「Ｋ８９８」帝王切開術又は「Ｋ９１２」~~子宮外~~異所性妊娠手術が行われた場合に、手術の当日に算定する。

また、手術に際して輸血が行われた場合は、本検査又は区分番号「Ｋ９２０」輸血の「注６」に定める不規則抗体検査加算のいずれかを算定する。

この場合、診療報酬明細書の摘要欄に輸血歴がある患者又は妊娠歴がある患者のいずれに該当するか~~旨~~を記載する。

（３）　「６」の血小板関連ＩｇＧ（ＰＡ－ＩｇＧ）は、特発性血小板減少性紫斑病の診断又は経過判定の目的で行った場合に算定する。

（４）　血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ、ＩｇＭ及びＩｇＡ抗体）、血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ抗体）

ア　「~~9~~10」の血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ、ＩｇＭ及びＩｇＡ抗体）

及び「９」の血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ抗体）は、ヘパリン起因性血小板減少症の診断を目的として行った場合に算定する。

イ　一連の検査で、「~~9~~10」の血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ、ＩｇＭ及びＩｇＡ抗体）及び「９」の血小板第４因子－ヘパリン複合体抗体（ＩｇＧ抗体）を測定した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ０１２　感染症免疫学的検査

（１）　「１」及び「５」における梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、梅毒血清反応（ＳＴＳ）半定量及び梅毒血清反応（ＳＴＳ）定量は、従来の梅毒沈降反応（ガラス板法、ＶＤＲＬ法、ＲＰＲ法、凝集法等）をいい、梅毒血清反応（ＳＴＳ）定性、梅毒血清反応（ＳＴＳ）半定量及び梅毒血清反応（ＳＴＳ）定量ごとに梅毒沈降反応を併せて２種類以上ずつ行った場合でも、それぞれ主たるもののみ算定する。

（２）　「４」のマイコプラズマ抗体定性、マイコプラズマ抗体半定量、「2~~6~~5」のマイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）又は「~~30~~29」のマイコプラズマ抗原定性（ＦＡ法）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

~~（３）　「５」の連鎖球菌多糖体抗体（ＡＳＰ）半定量、「16」の抗デオキシリボヌクレアーゼＢ（ＡＤＮａｓｅＢ）半定量及び「46」のボレリア・ブルグドルフェリ抗体を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

（~~4~~3）　「７」の迅速ウレアーゼ試験定性を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成 12 年 10 月 31 日保険発第 180 号）に即して行うこと。

（~~5~~4）　「７」のアデノウイルス抗原定性（糞便）と「８」のロタウイルス抗原定性（糞便）又は定量（糞便）を同時に行った場合は、主たる検査のみ算定する。

（~~6~~5）　ヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量

ア　「９」のヘリコバクター・ピロリ抗体定性・半定量は、ＬＡ法、免疫クロマト法、金コロイド免疫測定法又はＥＩＡ法（簡易法）により実施した場合に算定する。

イ　当該検査を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成 12 年 10 月 31 日保険発第 180 号）に即して行うこと。

（~~7~~6）　ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）

ア　「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）は、治療上必要な場合に行うものとし、次に掲げるものを当該検査の対象とする。

(イ)　アデノウイルス
(ロ)　コクサッキーウイルス
(ハ)　サイトメガロウイルス
(ニ)　ＥＢウイルス
(ホ)　エコーウイルス
(ヘ)　ヘルペスウイルス
(ト)　インフルエンザウイルスＡ型
(チ)　インフルエンザウイルスＢ型
(リ)　ムンプスウイルス

（ヌ）　パラインフルエンザウイルスⅠ型
（ル）　パラインフルエンザウイルスⅡ型
（ヲ）　パラインフルエンザウイルスⅢ型
（ワ）　ポリオウイルスⅠ型
（カ）　ポリオウイルスⅡ型
（ヨ）　ポリオウイルスⅢ型
（タ）　ＲＳウイルス
（レ）　風疹ウイルス
（ソ）　麻疹ウイルス
（ツ）　日本脳炎ウイルス
（ネ）　オーム病クラミジア
（ナ）　水痘・帯状疱疹ウイルス

イ　ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）に当たって、同一検体について同一ウイルスに対する複数の測定方法を行った場合であっても、所定点数のみを算定する。

(~~8~~ 7)　「12」のヘリコバクター・ピロリ抗体を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成 12 年 10 月 31 日保険発第 180 号）に即して行うこと。

(~~9~~ 8)　「13」のＨＴＬＶ－Ⅰ抗体定性又は半定量は、粒子凝集法により実施した場合に算定する。

(~~10~~ 9)　「1~~7~~6」の抗酸菌抗体定量又は~~「17」の抗酸菌抗体~~同定性は、金コロイド免疫測定法又はＥＩＡ法により実施した場合に算定する。

(1~~1~~0)　診療録等から非加熱血液凝固因子製剤の投与歴が明らかな者及び診療録等が確認できないため血液凝固因子製剤の投与歴は不明であるが、昭和 53 年から昭和 63 年の間に入院し、かつ、次のいずれかに該当する者に対して、「1~~7~~6」のＨＩＶ－１抗体、「1~~8~~7」のＨＩＶ－１，２抗体定性、同半定量、「1~~9~~8」のＨＩＶ－１，２抗体定量、又は「1~~8~~7」のＨＩＶ-１，２抗原・抗体同時測定定性若しくは同定量を実施した場合は、ＨＩＶ感染症を疑わせる自他覚症状の有無に関わらず所定点数を算定する。

ただし、保険医療機関において採血した検体の検査を保健所に委託した場合は、算定しない。

ア　新生児出血症（新生児メレナ、ビタミンＫ欠乏症等）等の病気で「血が止まりにくい」との指摘を受けた者
イ　肝硬変や劇症肝炎で入院し、出血の著しかった者
ウ　食道静脈瘤の破裂、消化器系疾患により大量の吐下血があった者
エ　大量に出血するような手術を受けた者（出産時の大量出血も含む。）

なお、間質性肺炎等後天性免疫不全症候群の疾病と鑑別が難しい疾病が認められる場合やＨＩＶの感染に関連しやすい性感染症が認められる場合、既往がある場合又は疑われる場合でＨＩＶ感染症を疑う場合は、本検査を算定できる。

(1~~2~~1)　ＨＩＶ－１抗体及びＨＩＶ－１，２抗体定性、同半定量又は同定量、ＨＩＶ-１，２抗原・抗体同時測定定性又は同定量

ア　区分番号「Ｋ９２０」輸血（「４」の自己血輸血を除く。以下この項において同じ。）

を算定した患者又は血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等）の輸注を行った患者に対して、一連として行われた当該輸血又は輸注の最終日から起算して、概ね２か月後に「1~~7~~6」のＨＩＶ－１抗体、「1~~8~~7」のＨＩＶ－１，２抗体定性、同半定量、「1~~9~~8」のＨＩＶ－１，２抗体定量、又は「1~~8~~7」のＨＩＶ-１，２抗原・抗体同時測定定性若しくは同定量の測定が行われた場合は、ＨＩＶ感染症を疑わせる自他覚症状の有無に関わらず、当該輸血又は輸注につき１回に限り、所定点数を算定できる。

イ　他の保険医療機関において輸血料の算定又は血漿成分製剤の輸注を行った場合であってもアと同様とする。

ウ　ア又はイの場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に当該輸血又は輸注が行われた最終日を記載する。

(1~~3~~2)　「1~~8~~7」のＨＩＶ－１，２抗体定性、同半定量、及び「1~~9~~8」のＨＩＶ－１，２抗体定量は、ＬＡ法、ＥＩＡ法、ＰＡ法又は免疫クロマト法による。

(1~~4~~3)　「~~20~~19」のＡ群β溶連菌迅速試験定性と区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査を同時に実施した場合は、Ａ群β溶連菌迅速試験定性の所定点数のみを算定する。この場合において、Ａ群β溶連菌迅速試験定性の結果が陰性のため、引き続いて細菌培養同定検査を実施した場合であっても、Ａ群β溶連菌迅速試験定性の所定点数のみ算定する。

~~(15)　ノイラミニダーゼ定性~~

~~ア　「21」のノイラミニダーゼ定性は酵素反応法により、インフルエンザウイルス感染の診断を目的として発症後 48 時間以内に実施した場合に限り算定する。~~

~~イ　本検査と「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）のインフルエンザウイルスＡ型若しくはインフルエンザウイルスＢ型又は「25」のインフルエンザウイルス抗原定性を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。~~

~~ウ　当該検査を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

(1~~6~~4)　「2~~2~~0」のカンジダ抗原定性、半定量又は定量は、カンジダ血症又はカンジダ肺炎の診断の目的で行った場合に算定する。

(1~~7~~5)　ヘリコバクター・ピロリ抗原定性

ア　「24」のヘリコバクター・ピロリ抗原定性は、ＥＩＡ法又は免疫クロマト法により測定した場合に限り算定できる。

イ　当該検査を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成 12 年 10 月 31 日保険発第 180 号）に即して行うこと。

(1~~8~~6)　「2~~4~~2」のＲＳウイルス抗原定性は、以下のいずれかに該当する患者について、当該ウイルス感染症が疑われる場合に適用する。

ア　入院中の患者

イ　１歳未満の乳児

ウ　パリビズマブ製剤の適応となる患者

(1~~9~~7)　インフルエンザウイルス抗原定性

ア　「2~~5~~3」のインフルエンザウイルス抗原定性は、発症後 48 時間以内に実施した場合に限り算定することができる。

イ　本検査と「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）のインフルエンザウイルスＡ型若しくはインフルエンザウイルスＢ型~~又は「21」のノイラミニダーゼ定性~~を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

ウ　本検査は光学的抗原抗体反応（ＯＩＡ法）により実施した場合にも算定できる。

(~~20~~18)　「2~~6~~5」のインフルエンザ菌（無莢膜型）抗原定性は、ＥＬＩＳＡ法により、インフルエンザ菌感染が疑われる中耳炎又は副鼻腔炎患者に対して、インフルエンザ菌（無莢膜型）感染の診断の目的で実施した場合に算定する。

(~~21~~19)　「2~~6~~5」のマイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）、「４」のマイコプラズマ抗体定性~~、~~若しくは~~マイコプラズマ抗体~~同半定量又は「~~30~~29」のマイコプラズマ抗原定性（ＦＡ法）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(2~~2~~0)　ヒトメタニューモウイルス抗原定性

ア　「2~~6~~5」のヒトメタニューモウイルス抗原定性と「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）のインフルエンザウイルスＡ型若しくはインフルエンザウイルスＢ型~~、若しくは「21」のノイラミニダーゼ定性~~、若しくは「2~~5~~3」のインフルエンザウイルス抗原定性又は「2~~4~~2」のＲＳウイルス抗原定性のうち３項目を併せて実施した場合には、主たるもの２つに限り算定する。ただし、本区分「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）のインフルエンザウイルスＡ型若しくはインフルエンザウイルスＢ型~~、「21」のノイラミニダーゼ定性~~又は「2~~5~~3」のインフルエンザウイルス抗原定性を併せて実施した場合は１項目として数える。

イ　本検査は、当該ウイルス感染症が疑われる６歳未満の患者であって、画像診断又は胸部聴診所見により肺炎が強く疑われる患者を対象として測定した場合に算定する。

(2~~3~~1)　「2~~6~~5」のノロウイルス抗原定性は、以下のいずれかに該当する患者について、当該ウイルス感染症が疑われる場合に算定する。

ア　３歳未満の患者

イ　65 歳以上の患者

ウ　悪性腫瘍の診断が確定している患者

エ　臓器移植後の患者

オ　抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、又は免疫抑制効果のある薬剤を投与中の患者

(2~~4~~2)　「2~~7~~6」のＤ－アラビニトールは、カンジダ血症又はカンジダ肺炎の診断の目的で行った場合に算定する。

(2~~5~~3)　「2~~7~~6」のクラミドフィラ・ニューモニエＩｇＭ抗体を、「９」のクラミドフィラ・ニューモニエＩｇＧ抗体又は「10」のクラミドフィラ・ニューモニエＩｇＡ抗体と併せて実施した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

(2~~6~~4)　「2~~8~~6」のクラミジア・トラコマチス抗原定性は、泌尿器、生殖器、結膜又は鼻咽腔内からの検体によるものであり、本検査に係る検体採取料は所定点数に含まれる。

(2~~7~~5)　「2~~8~~6」のクラミジア・トラコマチス抗原定性について、結膜又は鼻咽腔内からの検体による場合は、封入体結膜炎若しくはトラコーマ又は乳児クラミジア・トラコマチス肺炎の診断のために実施した場合に算定できる。

(2~~8~~6)　「2~~9~~7」のアスペルギルス抗原はＬＡ法又はＥＬＩＳＡ法により、侵襲性肺アスペルギルス症の診断のために実施した場合にのみ算定できる。

(2~~97~~)　「~~30~~28」の大腸菌Ｏ157 抗原定性、「3~~1~~0」の大腸菌Ｏ157 抗体定性及び区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査の「２」消化管からの検体によるもののうちいずれかを複数測定した場合は、主たるもののみ算定する。なお、「3~~1~~0」の大腸菌Ｏ157 抗体定性はＬＡ法による。

(~~30~~28)　「~~30~~29」のマイコプラズマ抗原定性（ＦＡ法）、「４」のマイコプラズマ抗体定性、~~マイコプラズマ抗体~~同半定量又は「2~~6~~5」のマイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(~~31~~29)　「3~~3~~2」の淋菌抗原定性は、区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査を同時に実施した場合は、別に算定できない。

(3~~2~~0)　「3~~3~~2」の単純ヘルペスウイルス抗原定性は、ヘルペスウイルスの型別確認を行った場合に算定できる。

(3~~3~~1)　「3~~3~~2」の大腸菌血清型別は、区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査により大腸菌が確認された後、血清抗体法により大腸菌のＯ抗原又はＨ抗原の同定を行った場合に、使用した血清の数、菌種等に関わらず算定する。この場合において区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査の費用は別に算定できない。

(3~~4~~2)　肺炎球菌細胞壁抗原定性

ア　「3~~5~~3」の肺炎球菌細胞壁抗原定性は、次のいずれかの場合に算定する。

（イ）　喀痰又は上咽頭ぬぐいを検体として、イムノクロマト法により、肺炎又は下気道感染症の診断に用いた場合

（ロ）　イムノクロマト法により、中耳炎及び副鼻腔炎の診断に用いた場合

イ　当該検査と「3~~7~~4」の肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

(3~~5~~3)　「3~~7~~4」の肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）は、免疫クロマト法により実施した場合に限り算定できる。

(3~~6~~4)　「3~~7~~6」のアニサキスＩｇＧ・ＩｇＡ抗体は、腸アニサキス症、肉芽腫を伴う慢性胃アニサキス症又はアニサキス異所迷入例（肺アニサキス症等）における診断のために実施した場合のみ算定できる。

~~(37)　「37」のレプトスピラ抗体は、秋疫Ａ、秋疫Ｂ、秋疫Ｃ、ワイル病、カニコーラのそれぞれについて算定する。また、当該検査を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

(3~~8~~5)　「3~~7~~6」の単純ヘルペスウイルス抗原定性（角膜）は、角膜ヘルペスが疑われる角膜上皮病変を認めた患者に対し、イムノクロマト法により行った場合に算定する。

(3~~9~~6)　グロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体

ア　「3~~6~~5」のグロブリンクラス別クラミジア・トラコマチス抗体は、クラミジア・トラコマチス抗原検出不能又は検体採取の困難な疾患（骨盤内感染症、卵管炎、副睾丸炎、新生児・乳児肺炎等）の診断に際し、ＩｇＧ抗体価又はＩｇＡ抗体価を測定した場合又は新生児・乳幼児肺炎の診断に際し、ＩｇＭ抗体価を測定した場合に算定する。

イ　ＩｇＧ抗体価、ＩｇＡ抗体価及びＩｇＭ抗体価のうち２項目以上を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(~~40~~37)　「3~~8~~7」のツツガムシ抗体半定量又は~~「38」のツツガムシ抗体~~同定性は、各株ごとに算

定する。

(~~41~~38)　「3~~8~~7」の(1→3)－β－Ｄ－グルカンは、発色合成基質法又は比濁時間分析法により、深在性真菌感染症が疑われる患者に対する治療法の選択又は深在性真菌感染症に対する治療効果の判定に使用した場合に算定する。

なお、本検査を「2~~2~~0」のカンジダ抗原定性、同半定量、同定量、「2~~7~~6」のＤ－アラビニトール、「2~~9~~7」のアスペルギルス抗原、「3~~4~~1」のクリプトコックス抗原半定量又は~~「34」のクリプトコックス抗原~~同定性と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(~~42~~39)　「~~40~~39」のサイトメガロウイルス抗体を「3~~9~~8」のグロブリンクラス別ウイルス抗体価と併せて行った場合は、主たるもののみを算定する。

(4~~3~~0)　グロブリンクラス別ウイルス抗体価

ア　「3~~9~~8」のグロブリンクラス別ウイルス抗体価は、下記の項目のウイルスのＩgG型ウイルス抗体価又はＩgM型ウイルス抗体価を測定した場合に算定する。ただし、「(~~ト~~ト)」のヒトパルボウイルスＢ19 は、紅斑が出現している~~妊婦~~15 歳以上の成人について、このウイルスによる感染症が強く疑われ、ＩgM型ウイルス抗体価を測定した場合に算定する。

(イ)　ヘルペスウイルス

(ロ)　風疹ウイルス

(ハ)　サイトメガロウイルス

(ニ)　ＥＢウイルス

(ホ)　麻疹ウイルス

(ヘ)　ムンプスウイルス

(ト)　ヒトパルボウイルスＢ19

(チ)　水痘・帯状疱疹ウイルス

イ　同一ウイルスについてＩgG型ウイルス抗体価及びＩgM型ウイルス抗体価を測定した場合にあっては、いずれか一方の点数を算定する。

ウ　「11」のウイルス抗体価（定性・半定量・定量）と併せて測定した場合にあっては、いずれか一方の点数を算定する。

(4~~4~~1)　「4~~2~~0」のレジオネラ抗原定性（尿）は、症状や所見からレジオネラ症が疑われる患者に対して、ＥＬＩＳＡ法又は免疫クロマト法により実施した場合に限り１回を限度として算定する。

(4~~5~~2)　デングウイルス抗原定性又は同抗原・抗体同時測定定性

~~ア　デングウイルス抗原・抗体同時測定定性は、区分場号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「43」デングウイルス抗原定性の所定点数に準じて算定する。~~

~~イ~~ア　「41」のデングウイルス抗原・抗体同時測定定性は、デングウイルスＮＳ１抗原、ＩｇＧ抗体及びＩｇＭ抗体を、イムノクロマト法を用いて同時に測定した場合に算定できる。

~~ウ~~イ　「4~~3~~1」のデングウイルス抗原定性及び同抗原・抗体同時測定定性は、国立感染症研究所が作成した「蚊媒介感染症の診療ガイドライン」に基づきデング熱を疑う患者が、~~当該患者の集中治療に対応できる下記のいずれかに係る届出を行っている保険医療機関に~~入院を要する場合に限り算定できる。

~~(イ)　区分番号「Ａ３００」救命救急入院料「１」から「４」までのいずれか~~

~~(ロ)　区分番号「Ａ３０１」特定集中治療室管理料「１」から「４」までのいずれか~~

~~(ハ)　区分番号「Ａ３０１－２」ハイケアユニット入院医療管理料「１」又は「２」のいずれか~~

~~(ニ)　区分番号「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料~~

~~エ~~ウ　「4~~3~~1」のデングウイルス抗原定性及び同抗原・抗体同時測定定性は、感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするための積極的疫学調査を目的として実施された場合は算定できない。

~~オ~~エ　「4~~3~~1」のデングウイルス抗原定性及び同抗原・抗体同時測定定性を併せて実施した場合は、主体たるもののみ算定する。

(4~~6~~3)　「4~~7~~5」のＨＩＶ－１抗体（ウエスタンブロット法）又は「~~50~~47」のＨＩＶ－２抗体（ウエスタンブロット法）は、スクリーニング検査としての「1~~7~~6」のＨＩＶ－１抗体、「1~~8~~7」のＨＩＶ－１，２抗体定性若しくは同半定量、「1~~9~~8」のＨＩＶ－１，２抗体定量又は「1~~8~~7」のＨＩＶ－１，２抗原・抗体同時測定定性若しくは同定量が陽性の場合の確認診断用の検査である。

~~(47)　「49」のダニ特異ＩｇＧ抗体は、減感作療法実施中の患者の場合に、必要な限度において算定できる。また、当該検査を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

~~(48)　「49」の Weil-Felix 反応は、菌株ごとにそれぞれ所定点数を算定する。また、当該検査を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

(4~~9~~4)　「~~51~~48」のサイトメガロウイルス pp65 抗原定性は免疫染色法により、臓器移植後若しくは造血幹細胞移植後の患者又はＨＩＶ感染者又は高度細胞性免疫不全の患者に対して行った場合のみ算定できる。ただし、高度細胞性免疫不全の患者については、当該検査が必要であった理由について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(~~50~~45)　「~~52~~49」のＨＴＬＶ－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）は、「13」のＨＴＬＶ－Ⅰ抗体定性、半定量又は「3~~2~~0」のＨＴＬＶ－Ⅰ抗体によって陽性が確認された症例について、確定診断を目的としてウエスタンブロット法又はラインブロット法により行った場合に算定する。

(~~51~~46)　「5~~3~~0」のＨＩＶ抗原は、ＨＩＶ感染者の経過観察又はＨＩＶ感染ハイリスク群が急性感染症状を呈した場合の確定診断に際して測定した場合に算定する。

(~~52~~47)　「5~~4~~1」の抗トリコスポロン・アサヒ抗体は、ＥＬＩＳＡ法により、夏型過敏性肺炎の鑑別診断を目的として測定した場合に算定できる。なお、鑑別診断目的の対象患者は、厚生省特定疾患びまん性肺疾患調査研究班による「過敏性肺炎の診断の手引と診断基準」により、夏型過敏性肺炎が疑われる患者とする。

Ｄ０１３　肝炎ウイルス関連検査

（１）　「１」のＨＢｓ抗原定性・半定量は、免疫クロマト法、赤血球凝集法、粒子凝集法、ＥＩＡ法（簡易法）、金コロイド凝集法による。

（２）　「２」のＨＢｓ抗体半定量は、赤血球凝集法、粒子凝集法、ＥＩＡ法（簡易法）、金コロイド凝集法による。

（３）　「５」のＨＣＶコア蛋白は、ＥＩＡ法又はＩＲＭＡ法による。

（４）　「~~７~~６」のＨＢｃ 抗体半定量・定量と「８」のＨＢｃ－ＩｇＭ抗体を同時に測定した場合は、一方の所定点数を算定する。

（５）　「８」のＨＡ抗体とＨＡ－ＩgＭ抗体を同時に測定した場合は、一方の所定点数のみを算定する。

（６）　「11」のＨＣＶ血清群別判定は、ＥＩＡ法により、Ｃ型肝炎の診断が確定した患者に対して、Ｃ型肝炎の治療法の選択の目的で実施した場合に、患者１人につき１回に限り算定できる。

（７）　「12」のＨＢＶコア関連抗原（ＨＢｃｒＡｇ）は、ＨＢＶ感染の診断の補助及び治療効果の判定の目的で、血清又は血漿中のＨＢＶコア関連抗原（ＨＢｃｒＡｇ）を測定した場合に１月に１回に限り算定する。なお、区分番号「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査の「~~４~~３」のＨＢＶ核酸定量を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。

（８）　「14」のＨＢＶジェノタイプ判定は、Ｂ型肝炎の診断が確定した患者に対して、Ｂ型肝炎の治療法の選択の目的で実施した場合に、患者１人につき１回に限り算定できる。

Ｄ０１４　自己抗体検査

（１）　「２」のリウマトイド因子（ＲＦ）定量、「７」のマトリックスメタロプロテイナーゼ－３（ＭＭＰ－３）、「８」の抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定性、同定量、「1~~3~~2」のＣ$_1$ｑ結合免疫複合体、「~~18~~20」のモノクローナルＲＦ結合免疫複合体~~、~~及び「2~~0~~2」のＩgＧ型リウマトイド因子~~及び「22」のＣ$_3$ｄ結合免疫複合体~~のうち３項目以上を併せて実施した場合には、主たるもの２つに限り算定する。

（２）　「８」の抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定性、同定量は、ＥＣＬＩＡ法又はレクチン酵素免疫測定法による。なお、「２」のリウマトイド因子（ＲＦ）定量を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（３）　「10」の抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体を、「３」の抗甲状腺マイクロゾーム抗体半定量と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（４）　「1~~4~~5」の抗ＲＮＡポリメラーゼⅢ抗体は、びまん性型強皮症の確定診断を目的として行った場合に、１回を限度として算定できる。また、その際陽性と認められた患者に関し、腎クリ―ゼのリスクが高い者については治療方針の決定を目的として行った場合に、また、腎クリ―ゼ発症後の者については病勢の指標として測定した場合に、それぞれ３月に１回を限度として算定できる。

（５）　「1~~6~~7」の抗セントロメア抗体定量又は~~「16」の抗セントロメア抗体~~同定性は、原発性胆汁性肝硬変又は強皮症の診断又は治療方針の決定を目的に用いた場合のみ算定できる。

（６）　~~抗ＡＲＳ抗体~~

~~ア~~　「1~~7~~8」の抗ＡＲＳ抗体と「~~10~~９」の抗Ｊｏ－１抗体定性、同半定量又は同定量を併せて実施した場合は主たるもののみ算定する。

~~イ　本検査と「９」から「14」までに掲げる検査を２項目又は３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ３２０点又は４９０点を算定する。ただし、本検査と本区分「10」の抗Ｊｏ－１抗体定性、同半定量又は同定量を併せて実施した場合は１項目として数える。~~

~~（７）　「22」のＣ$_3$ｄ結合免疫複合体を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療~~

~~報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

（８） 抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は同定量

ア 「2~~2~~3」の抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は同定量は、以下のいずれかの場合に算定できる。

（イ） 関節リウマチと確定診断できない者に対して診断の補助として検査を行った場合に、原則として１回を限度として算定できる。ただし、当該検査結果が陰性の場合においては、３月に１回に限り算定できる。なお、当該検査を２回以上算定するに当たっては、検査値を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（ロ） （イ）とは別に、関節リウマチに対する治療薬の選択のために行う場合においては、患者１人につき１回に限り算定する。

イ 「2~~2~~3」の抗シトルリン化ペプチド抗体定性、同定量、「７」のマトリックスメタロプロテイナーゼ－３（ＭＭＰ－３）、「８」の抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体定性、同定量、「1~~3~~2」のＣ$_1$ｑ結合免疫複合体、「~~18~~20」のモノクローナルＲＦ結合免疫複合体~~、~~及び「2~~0~~2」のＩｇＧ型リウマトイド因子~~及び「22」のＣ$_3$ｄ結合免疫複合体~~のうち２項目以上を併せて実施した場合には、主たるもの１つに限り算定する。

（９） 抗ＬＫＭ－１抗体

ア 「2~~3~~4」の抗ＬＫＭ－１抗体は、ウイルス肝炎、アルコール性肝障害及び薬剤性肝障害のいずれでもないことが確認され、かつ、抗核抗体陰性の自己免疫性肝炎が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。

イ 本検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に抗核抗体陰性~~である旨~~を確認した年月日を記載すること。

(10) 「2~~3~~5」の抗カルジオリピンβ$_2$グリコプロテインⅠ複合体抗体と「2~~4~~7」の抗カルジオリピン抗体を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(11) 「2~~4~~6」の抗ＴＳＨレセプター抗体（ＴＲＡｂ）及び「3~~1~~7」の甲状腺刺激抗体（ＴＳＡｂ）を同時に行った場合は、いずれか一方のみ算定する。

(12) 「2~~5~~8」のＩｇＧ$_2$（ＴＩＡ法によるもの）及び「3~~3~~9」のＩｇＧ$_2$（ネフェロメトリー法によるもの）は、原発性免疫不全等を疑う場合に算定する。これらを併せて実施した場合は、「2~~5~~8」のＩｇＧ$_2$（ＴＩＡ法によるもの）により算定する。~~なお、算定に当たっては、その理由及び医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

(13) 抗デスモグレイン３抗体

ア 「2~~6~~9」の抗デスモグレイン３抗体は、ＥＬＩＳＡ法又はＣＬＥＩＡ法により、天疱瘡の鑑別診断又は経過観察中の治療効果判定を目的として測定した場合に算定できる。なお、鑑別診断目的の対象患者は、厚生省特定疾患調査研究事業稀少難治性疾患に関する調査研究班による「天疱瘡診断基準」により、天疱瘡が強く疑われる患者とする。

イ 尋常性天疱瘡の患者に対し、経過観察中の治療効果判定の目的で、本検査と「3~~0~~6」の抗デスモグレイン１抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(14) 「2~~6~~9」の抗ＢＰ180－ＮＣ16ａ抗体は、ＥＬＩＳＡ法又はＣＬＥＩＡ法により、水疱性類天疱瘡の鑑別診断又は経過観察中の治療効果判定を目的として測定した場合に算定できる。

(15) 「30」の抗ＭＤＡ５抗体、抗ＴＩＦ１－γ抗体~~、~~及び抗Ｍｉ－２抗体~~、抗ＴＩＦ１－γ抗体~~

~~ア　抗ＭＤＡ５抗体、抗Ｍｉ－２抗体及び抗ＴＩＦ１－γ抗体は、区分番号「Ｄ０１４」自己抗体検査の「26」抗デスモグレイン３抗体、抗ＢＰ１８０－ＮＣ１６ａ抗体の所定点数に準じて算定する。~~

~~イ　本検査~~は、厚生労働省難治性疾患克服研究事業自己免疫疾患に関する調査研究班による「皮膚筋炎診断基準」を満たす患者において、ＥＬＩＳＡ法により測定した場合に算定できる。

~~ウ　本検査と区分番号「Ｄ０１４」自己抗体検査の「９」から「14」まで及び「17」に掲げる検査を、２項目又は３項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、それぞれ 320 点又は 490 点を算定する。~~

(1~~6~~5)　「~~28~~34」のループスアンチコアグラント定量及び~~「28」のループスアンチコアグラント同~~定性は、希釈ラッセル蛇毒試験法又はリン脂質中和法により、抗リン脂質抗体症候群の診断を目的として行った場合に限り算定する。

(17)　「~~27~~31」の抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（ＭＰＯ－ＡＮＣＡ）は、ＥＬＩＳＡ法、ＣＬＥＩＡ法又はラテックス免疫比濁法により、急速進行性糸球体腎炎の診断又は経過観察のために測定した場合に算定する。

~~(18)　カルプロテクチン（糞便）~~

~~ア　カルプロテクチン（糞便）は、区分番号「Ｄ０１４」自己抗体検査の「27」抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（ＭＰＯ－ＡＮＣＡ）の所定点数に準じて算定する。~~

~~イ　本検査は、慢性的な炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎やクローン病等）の診断補助を目的として、ＦＥＩＡ法により測定した場合に算定できる。ただし、腸管感染症が否定され、下痢、腹痛や体重減少などの症状が３月以上持続する患者であって、肉眼的血便が認められない患者において、慢性的な炎症性腸疾患が疑われる場合の内視鏡前の補助検査として実施すること。また、その要旨を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

~~ウ　本検査は、潰瘍性大腸炎の病態把握を目的として、ＥＬＩＳＡ法又はＦＥＩＡ法により測定した場合に、３月に１回を限度として算定できる。ただし、医学的な必要性から、病態把握を目的として、本検査を３月に２回以上行う場合（１月に１回に限る。）には、その詳細な理由及び検査結果を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

~~エ　慢性的な炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎やクローン病等）の診断補助又は潰瘍性大腸炎の病態把握を目的として、本検査及び区分番号「Ｄ３１３」大腸内視鏡検査を同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。~~

(1~~9~~8)　「~~28~~33」の抗糸球体基底膜抗体（抗ＧＢＭ抗体）は、抗糸球体基底膜抗体腎炎及びグッドパスチャー症候群の診断又は治療方針の決定を目的として行った場合に限り算定する。

(~~20~~19)　抗デスモグレイン１抗体

ア　「3~~0~~6」の抗デスモグレイン１抗体は、ＥＬＩＳＡ法又はＣＬＥＩＡ法により、天疱瘡の鑑別診断又は経過観察中の治療効果判定を目的として測定した場合に算定できる。なお、鑑別診断目的の対象患者は、厚生省特定疾患調査研究事業稀少難治性疾患に関する調査研究班による「天疱瘡診断基準」により、天疱瘡が強く疑われる患者とする。

イ　落葉状天疱瘡の患者に対し、経過観察中の治療効果判定の目的で、本検査と「2~~0~~9」の抗デスモグレイン３抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(2~~1~~0)　「3~~2~~8」のＩｇＧ$_4$は、ネフェロメトリー法又はＴＩＡ法による。

(2~~2~~1)　「~~34~~40」の抗ＧＭ１ＩｇＧ抗体は、ＥＬＩＳＡ法により、進行性筋力低下又は深部腱反射低下等のギラン・バレー症候群が疑われる所見が見られる場合において、診断時に１回に限り算定でき、経過観察時は算定できない。

(2~~3~~2)　「~~34~~40」の抗ＧＱ１ｂＩｇＧ抗体は、ＥＬＩＳＡ法により、眼筋麻痺又は小脳性運動失調等のフィッシャー症候群が疑われる場合において、診断時に１回に限り算定でき、経過観察時は算定できない。

(2~~4~~3)　抗アセチルコリンレセプター抗体（抗ＡＣｈＲ抗体）

ア　「~~35~~41」の抗アセチルコリンレセプター抗体（抗ＡＣｈＲ抗体）は、重症筋無力症の診断又は診断後の経過観察の目的で行った場合に算定できる。

イ　本検査と「~~37~~43」の抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(2~~5~~4)　「~~36~~42」の抗グルタミン酸レセプター抗体は、ラスムッセン脳炎、小児の慢性進行性持続性部分てんかん又はオプソクローヌス・ミオクローヌス症候群の診断の補助として行った場合に、月１回を限度として算定できる。

(2~~6~~5)　「~~37~~43」の抗アクアポリン４抗体は、ＥＬＩＳＡ法により視神経脊髄炎の診断（治療効果判定を除く。）を目的として測定した場合に算定できる。なお、当該検査の結果は陰性であったが、臨床症状・検査所見等の変化を踏まえ、視神経脊髄炎が強く疑われる患者に対して、疾患の診断を行う必要があり、当該検査を再度実施した場合においても算定できる。ただし、この場合、前回の検査実施日及び~~その結果並びに~~検査を再度実施する医学的な必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(2~~7~~6)　抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体

ア　「~~37~~43」の抗筋特異的チロシンキナーゼ抗体は、ＲＩＡ法により重症筋無力症の診断~~（治療効果判定を除く。）~~又は診断後の経過観察を目的として測定した場合に算定できる。

イ　本検査と「~~35~~41」抗アセチルコリンレセプター抗体（抗ＡＣｈＲ抗体）を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(27)　「44」の抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）は、肺移植、心移植、肝移植、膵移植、小腸移植又は腎移植後の患者に対して実施した場合に、原則として１年に１回に限り算定する。ただし、抗体関連拒絶反応を強く疑う場合等、医学的必要性がある場合には、１年に１回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

(28)　「45」の抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）は、「44」の抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）によって陽性が確認された症例について、抗体関連拒絶反応の確定診断を目的に行われた場合に算定する。ただし、抗体関連拒絶反応と診断された患者の経過観察時に行った場合には、１年に２回に限り更に算定できる。なお、この場合においては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。

Ｄ０１５　血漿蛋白免疫学的検査

（１）　「４」の免疫グロブリンは、ＩｇＧ、ＩｇＡ、ＩｇＭ及びＩｇＤを測定した場合に、それぞれ所定点数を算定する。

（２）　「６」の血清アミロイドＡ蛋白（ＳＡＡ）を「１」のＣ反応性蛋白（ＣＲＰ）定性又は

「１」のＣ反応性蛋白（ＣＲＰ）と併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

（３）　「７」のトランスフェリン（Ｔｆ）、「８」のＣ$_3$及び~~「８」の~~Ｃ$_4$は、ＳＲＩＤ法等による。

（４）　「15」のアレルゲン刺激性遊離ヒスタミン（ＨＲＴ）は細胞反応測定法により実施され、「1~~1~~2」の特異的ＩｇＥ半定量・定量と同時に行った場合であっても、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定し、特異的ＩｇＥ半定量・定量と併せて 1,430 点を限度として算定する。

（５）　「~~17~~20」のＡＰＲスコア定性は、α$_1$－酸性糖蛋白、ハプトグロビン及びＣ反応性蛋白（ＣＲＰ）定性の３つを測定した場合に算定する。

（６）　「~~18~~21」のアトピー鑑別試験定性は、12 種類の吸入性アレルゲン（ヤケヒョウヒダニ、コナヒョウヒダニ、ネコ皮屑、イヌ皮屑、ギョウギシバ、カモガヤ、ブタクサ、ヨモギ、シラカンバ（属）、スギ、カンジダ、アルテルナリア）に対する特異的ＩｇＥを測定した場合に算定する。

（７）　「1~~8~~9」のＴＡＲＣは、血清中のＴＡＲＣ量を測定する場合に月１回を限度として算定できる。

（８）　「~~19~~23」の癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管膣分泌液）は、破水の診断のために妊娠満 22 週以上満 37 週未満の者を対象として測定した場合又は切迫早産の診断のために妊娠満 22 週以上満 33 週未満の者を対象として測定した場合のみ算定する。

（９）　「~~19~~23」の癌胎児性フィブロネクチン定性（頸管膣分泌液）及び区分番号「Ｄ００７」血液化学検査の「45~~43~~」腟分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白１型（ＩＧＦＢＰ－１）定性を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(10)　~~免疫電気泳動法によってＩｇＡ、ＩｇＭ及びＩｇＧを同時に測定した場合は、１回の検査として「21」の免疫電気泳動法により算定する。~~免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）及び免疫電気泳動法（特異抗血清）

ア　「17」の免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）及び「24」の免疫電気泳動法（特異抗血清）については、同一検体につき一回に限り算定する。

イ　同一検体について「17」の免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）及び「24」の免疫電気泳動法（特異抗血清）を併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。

ウ　「24」の免疫電気泳動法（特異抗血清）は、免疫固定法により実施した場合にも算定できる。

(11)　免疫グロブリンＬ鎖κ／λ比

ア　「2~~3~~6」の免疫グロブリンＬ鎖κ／λ比はネフェロメトリー法により、高免疫グロブリン血症の鑑別のために測定した場合に算定できる。

イ　「2~~3~~6」の免疫グロブリンＬ鎖κ／λ比と~~「21」の免疫電気泳動法~~「17」の免疫電気泳動法（抗ヒト全血清）又は「24」の免疫電気泳動法（特異抗血清）を同時に実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(12)　「2~~5~~8」の結核菌特異的インターフェロンーγ産生能は、診察又は画像診断等により結核感染が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。

Ｄ０１６　細胞機能検査

（１）　「~~4~~５」の顆粒球スクリーニング検査は、白血球墨粒貪食試験、ＮＢＴ還元能検査を、「~~2~~３」の顆粒球機能検査は、化学遊走物質、細菌、光化学反応を用いた検査を、「２」

のＴ細胞サブセット検査は、免疫不全の診断目的に行う検査をいい、いずれも検査方法にかかわらず、一連として算定する。

（２）　「~~５~~６」の赤血球表面抗原検査は、発作性夜間血色素尿症（PNH）の鑑別診断のため、２種類のモノクローナル抗体を用いた場合に算定できる。

（３）　「~~６~~７」のリンパ球刺激試験（ＬＳＴ）~~（一連につき）~~は、Ｃon－Ａ、ＰＨＡ又は薬疹の被疑医薬品によるものである。

Ｄ０１７　排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査

（１）　排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査は、尿、糞便、喀痰、穿刺液、胃液、十二指腸液、胆汁、膿、眼分泌液、鼻腔液、咽喉液、口腔液、その他の滲出物等について細菌、原虫等の検査を行った場合に該当する。

（２）　染色の有無及び方法の如何にかかわらず、また、これら各種の方法を２以上用いた場合であっても、１回として算定する。

（３）　当該検査と区分番号「Ｄ００２」の尿沈渣（鏡検法）又は区分番号「Ｄ００２－２」の尿沈渣（フローサイトメトリー法）を同一日に併せて算定する場合は、当該検査に用いた検体の種類を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｄ０１８　細菌培養同定検査

（１）　細菌培養同定検査

ア　細菌培養同定検査は、抗酸菌を除く一般細菌、真菌、原虫等を対象として培養を行い、同定検査を行うことを原則とする。

イ　同定検査を予定して培養したものであれば、菌が陰性の場合であっても「１」から「５」までの項により算定するが、あらかじめ培養により菌の有無のみを検索する場合は、検体の種類にかかわらず、「６」の簡易培養により算定する。

ウ　細菌培養同定検査は、検体ごとに「１」から「５」までの所定点数を算定できるが、同一検体を用いて簡易培養を併せて行った場合は、「６」の簡易培養は算定できない。

エ　症状等から同一起因菌によると判断される場合であって、当該起因菌を検索する目的で異なった部位から、又は同一部位の数か所から検体を採取した場合は、主たる部位又は１か所のみの所定点数を算定する。ただし、血液を２か所以上から採取した場合に限り、「３」の血液又は穿刺液を２回算定できる。この場合、「注１」及び「注２」の加算は２回算定できる。

オ　各検体別の所定点数には、定量培養を行った場合を含む。

（２）　「３」における穿刺液とは、胸水、腹水、髄液及び関節液をいい、「５」の「その他の部位からの検体」とは、「１」から「４」までに掲げる部位に含まれない全ての部位からの検体をいい、例えば、皮下からの検体をいう。

（３）　簡易培養

ア　「６」の簡易培養は、 Dip-Slide 法、簡易培地等を用いて簡単な培養を行うものである。

イ　ウロトレース、ウリグロックスペーパー等の尿中細菌検査用試験紙による検査は、区分番号「Ｄ０００」尿中一般物質定性半定量検査に含まれるものであり、別に算定できない。

（４）　嫌気性培養のみを行った場合は、「１」から「６」までの所定点数のみ算定し、「注１」

の加算は算定できない。

Ｄ０１９　細菌薬剤感受性検査

細菌薬剤感受性検査は、結果として菌が検出できず実施できなかった場合においては算定しない。

Ｄ０１９－２　酵母様真菌薬剤感受性検査

酵母様真菌薬剤感受性検査は、深在性真菌症（カンジダ、クリプトコックスに限る。）であり、原因菌が分離できた患者に対して行った場合に限り算定する。

Ｄ０２０　抗酸菌分離培養検査

（１）　抗酸菌分離培養検査は、検体の採取部位が異なる場合であっても、同時に又は一連として検体を採取した場合は、１回のみ所定点数を算定する。

（２）　「１」の抗酸菌分離培養（液体培地法）は、液体培地を用いて培養を行い、酸素感受性蛍光センサー、二酸化炭素センサー又は酸化還元呈色色素を用いて検出を行った場合に算定する。

（３）　「２」の抗酸菌分離培養（それ以外のもの）は、（２）に掲げるもの以外について算定する。

（４）　抗酸菌分離培養検査は、結核患者の退院の可否を判断する目的で、患者の病状を踏まえ頻回に行われる場合においても算定できる。

Ｄ０２１　抗酸菌同定

抗酸菌同定は、検査方法、培地数にかかわらず、１回のみ所定点数を算定する。

Ｄ０２２　抗酸菌薬剤感受性検査

（１）　抗酸菌薬剤感受性検査は、直接法、間接法等の方法及び培地数にかかわらず、感受性検査を行った薬剤が４種類以上の場合に限り算定する。

（２）　混合薬剤耐性検査においても、使われた薬剤が４種類以上の場合に限り算定する。

Ｄ０２３　微生物核酸同定・定量検査

（１）　クラミジア・トラコマチス核酸検出

ア　「２」のクラミジア・トラコマチス核酸検出と区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「2~~8~~6」クラミジア・トラコマチス抗原定性を併用した場合は、主なもののみ算定する。

イ　クラミジア・トラコマチス核酸検出は、ＰＣＲ法、ＬＣＲ法、核酸ハイブリダイゼーション法、ハイブリッドキャプチャー法、ＳＤＡ法又はＴＭＡ法による同時増幅法並びにＨＰＡ法及びＤＫＡ法による同時検出法により、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体により実施した場合に限り算定できる。

（２）　淋菌核酸検出

ア　「２」の淋菌核酸検出、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「3~~3~~2」淋菌抗原定性又は区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査（淋菌感染を疑って実施するもの）を併せて実施した場合は、主なもののみ算定する。

イ　淋菌核酸検出は、ＤＮＡプローブ法、ＬＣＲ法による増幅とＥＩＡ法による検出を組み合わせた方法、ＰＣＲ法による増幅と核酸ハイブリダイゼーション法による検出を組み合わせた方法、ＳＤＡ法又はＴＭＡ法による同時増幅法並びにＨＰＡ法及びＤＫＡ法による同時検出法による。淋菌核酸検出は、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体による

ものである。ただし、男子尿を含み、女子尿を含まない。なお、ＳＤＡ法、ＰＣＲ法による増幅と核酸ハイブリダイゼーション法による検出を組み合わせた方法又はＴＭＡ法による同時増幅法並びにＨＰＡ法及びＤＫＡ法による同時検出法においては咽頭からの検体も算定できる。

（３）　「~~４~~３」のＨＢＶ核酸定量は、分岐ＤＮＡプローブ法、ＴＭＡ法又はＰＣＲ法による。

（４）　淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出

ア　「~~３~~４」の淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出は、クラミジア・トラコマチス感染症若しくは淋菌感染症が疑われる患者又はクラミジア・トラコマチスと淋菌による重複感染が疑われる患者であって、臨床所見、問診又はその他の検査によっては感染因子の鑑別が困難なものに対して治療法選択のために実施した場合及びクラミジア・トラコマチスと淋菌の重複感染者に対して治療効果判定に実施した場合に算定できる。

ただし、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「3~~3~~2」淋菌抗原定性、同区分「2~~8~~6」のクラミジア・トラコマチス抗原定性、区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査（淋菌及びクラミジアによる感染を疑って実施するもの）、本区分「２」の淋菌核酸検出又はクラミジア・トラコマチス核酸検出を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

イ　「~~３~~４」の淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出は、ＴＭＡ法による同時増幅法並びにＨＰＡ法及びＤＫＡ法による同時検出法、ＰＣＲ法による同時増幅法及び核酸ハイブリダイゼーション法による同時検出法又はＳＤＡ法による。淋菌及びクラミジア・トラコマチス同時核酸検出は、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体によるものである。ただし、男子尿は含み、女子尿は含まない。なお、ＴＭＡ法による同時増幅法並びにＨＰＡ法及びＤＫＡ法による同時検出法、ＳＤＡ法又はＰＣＲ法による同時増幅法及び核酸ハイブリダイゼーション法による同時検出法においては咽頭からの検体も算定できる。

（５）　「７」のＥＢウイルス核酸定量は、以下のいずれかに該当する患者に対して、リアルタイムＰＣＲにより実施した場合に算定する。

ア　臓器移植後の患者については、移植後３月以内の場合は１週に１回、移植後１年以内の場合は１月に１回に限り算定する。ただし、移植後１年以内にＥＢウイルス核酸定量の測定を行い、核酸量の高値が認められた患者については、移植後１年以上経過した場合も、３月に１回に限り算定できる。

イ　造血幹細胞移植後の患者であって、ＨＬＡ型不一致の移植が行われた患者又は移植に伴い抗胸腺細胞グロブリンが投与された患者については、移植後３月以内の場合は１週に１回、移植後１年以内の場合は１月に１回に限り算定する。

ウ　臓器移植後の急性拒絶反応又は造血幹細胞移植後の急性移植片対宿主病に対して抗胸腺細胞グロブリンが投与された患者については、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日から起算して２月以内の場合は１週に１回、６月以内の場合は１月に１回に限り算定する。

エ 移植後リンパ増殖性疾患を疑う患者に対して、当該疾患の診断の補助又は診断された後の経過観察を目的として実施する場合に算定する。ただし、経過観察を目的とする場合は、当該疾患と診断された日から起算して１月以内の場合は１週に１回、６月以内の場合は１月に１回に限り算定する。

オ 悪性リンパ腫又は白血病の患者に対して、ＥＢウイルス陽性の確認又は確認された後の

経過観察を目的として実施する場合に算定する。ただし、経過観察を目的とする場合は、悪性リンパ腫又は白血病と診断された日から１年以内に限り、１月に１回に限り算定する。

カ　再生不良性貧血の患者であって、抗胸腺細胞グロブリンが投与された患者については、抗胸腺細胞グロブリンの投与開始日から起算して２月以内の場合は１週に１回、６月以内の場合は１月に１回に限り算定する。

キ　慢性活動性ＥＢウイルス感染症を疑う患者に対して、当該疾患の診断の補助又は診断された後の経過観察を目的に実施された場合は、１月に１回に限り算定する。

(~~5~~ 6)　ＨＣＶ核酸検出

ア　「~~7~~ 8」のＨＣＶ核酸検出は、ＰＣＲ法又はＴＭＡ法により、Ｃ型肝炎の治療方法の選択及び治療経過の観察に用いた場合にのみ算定できる。

イ　治療方法の選択の場合においては、抗体陽性であり、かつ、「1~~0~~1」のＨＣＶ核酸定量で検出限界を下回る者について実施した場合に算定できるものとし、治療経過の観察の場合においては、本検査と「1~~0~~1」のＨＣＶ核酸定量を併せて実施した場合には、いずれか一方に限り算定する。

(~~6~~ 7)　ＨＰＶ核酸検出、ＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）

ア　「~~7~~ 8」のＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）は、予め行われた細胞診の結果、ベセスダ分類上ＡＳＣ－ＵＳ（意義不明異型扁平上皮）と判定された患者又は過去に子宮頸部円錐切除を行った患者に対して行った場合に限り算定できる。なお、細胞診と同時に実施した場合は算定できない。

イ　「~~7~~ 8」のＨＰＶ核酸検出とＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）を併せて実施した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

(~~7~~ 8)　「８」の百日咳菌核酸検出

~~ア　百日咳核酸検出は、区分番号「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査の「７」ＨＣＶ核酸検出、ＨＰＶ核酸検出、ＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）の所定点数に準じて算定する。~~

~~イ　本検査~~は、関連学会が定めるガイドラインの百日咳診断基準における臨床判断例の定義を満たす患者に対して、ＬＡＭＰ法により測定した場合に算定できる。

(~~8~~ 9)　「~~8~~ 9」のインフルエンザ核酸検出は、インフルエンザの感染が疑われる重症患者のみに算定し、その場合には、当該検査が必要な理由について診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(~~9~~10)　抗酸菌核酸同定

ア　「~~8~~ 9」の抗酸菌核酸同定は、マイクロプレート・ハイブリダイゼーション法によるものをいう。

イ　当該検査は、結核患者の退院の可否を判断する目的で、患者の病状を踏まえ頻回に行われる場合においても算定できる。

(1~~0~~1)　「~~8~~ 9」の結核菌群核酸検出は、核酸増幅と液相ハイブリダイゼーション法による検出を組み合わせた方法、ＬＣＲ法による核酸増幅とＥＩＡ法による検出を組み合わせた方法、ＬＡＭＰ法又は核酸増幅とキャピラリ電気泳動分離による検出を組み合わせた方法による。

なお、結核患者の退院の可否を判断する目的で、患者の病状を踏まえ頻回に行われる場合においても算定できる。

(1~~1~~2)　マイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（ＭＡＣ）核酸検出

ア　「~~9~~10」のマイコバクテリウム・アビウム及びイントラセルラー（ＭＡＣ）核酸検出は、他の検査により結核菌が陰性であることが確認された場合のみに算定できる。

イ　区分番号「Ｄ０２１」抗酸菌同定と併せて実施された場合にあっては、主なもののみ算定する。

(1~~2~~3)　ＨＣＶ核酸定量

ア　「1~~0~~1」のＨＣＶ核酸定量は、分岐ＤＮＡプローブ法又はＰＣＲ法により、急性Ｃ型肝炎の診断、Ｃ型肝炎の治療法の選択及び治療経過の観察に用いた場合にのみ算定できる。

イ　治療経過の観察の場合において、「1~~0~~1」のＨＣＶ核酸定量及び「~~7~~8」のＨＣＶ核酸検出を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(1~~3~~4)　ＨＢＶ核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出

ア　「1~~0~~2」のＨＢＶ核酸プレコア変異及びコアプロモーター変異検出は、下記「イ」又は「ウ」に掲げる患者に対し、ＰＣＲ法により測定した場合に限り算定できる。

イ　Ｂ型急性肝炎患者に対しては、劇症肝炎が疑われる場合に限り、患者１人につき１回算定できる。

ウ　Ｂ型慢性肝炎患者に対しては、経過観察中にＡＬＴ異常値などにより肝炎増悪が疑われ、かつ、抗ウイルス薬等のＢ型肝炎治療薬の投与対象患者の選択のために行われた場合に限り算定できる。なお、本検査実施以降は、区分番号「Ｄ０１３」肝炎ウイルス関連検査のうちＢ型肝炎に関する検査（ただし、抗ウイルス薬等のＢ型肝炎治療薬の治療効果判定に用いる検査を除く。）は、算定できない。

(1~~4~~5)　「1~~0~~2」のブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出は、ＥＤ－ＰＣＲ法又はＰＣＲ法により、血液培養により黄色ブドウ球菌が検出された患者を対象として測定した場合又は免疫不全状態であって、ＭＲＳＡ感染症が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。

(1~~5~~6)　ＳＡＲＳコロナウイルス核酸検出

ア　「1~~0~~2」のＳＡＲＳコロナウイルス核酸検出は、ＬＡＭＰ法により測定した場合に限り算定できる。

イ　本検査は、糞便又は鼻腔咽頭拭い液からの検体により行うものである。

ウ　本検査は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 12 条第１項及び第 14 条第２項に基づく届出の基準等について」（平成 18 年３月８日健感発第 0308001 号）による臨床的特徴、届出基準によりＳＡＲＳ感染症の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に、診断の確定までの間に１回を限度として算定する。ただし、発症後 10 日以内に他疾患であるとの診断がつかない場合は、さらに１回に限り算定できる。

(1~~6~~7)　ＨＴＬＶ－１核酸検出

「1~~0~~2」のＨＴＬＶ－１核酸検出は、区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「~~5~~249」のＨＴＬＶ－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）によって判定保留となった妊婦を対象として測定した場合にのみ算定する。本検査を実施した場合は、~~診療報酬明細書の摘要欄にウエスタンブロット法による検査実施日及び判定保留である旨を~~ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体（ウエスタンブロット法及びラインブロット法）の判定保留を確認した年

月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(1~~7~~8)　ＨＩＶ－１核酸定量

ア　「1~~1~~3」のＨＩＶ－１核酸定量は、ＰＣＲ法と核酸ハイブリダイゼーション法を組み合わせた方法により、ＨＩＶ感染者の経過観察に用いた場合又は区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「1~~7~~6」ＨＩＶ－１抗体、「1~~8~~7」のＨＩＶ－１，２抗体定性、同半定量、ＨＩＶ-１，２抗原・抗体同時測定定性、同定量、又は「1~~9~~8」のＨＩＶ－１，２抗体定量が陽性の場合の確認診断に用いた場合にのみ算定する。

イ　当該検査と区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「4~~7~~5」ＨＩＶ－１抗体（ウエスタンブロット法）を併せて実施した場合は、それぞれを算定することができる。

(1~~8~~9)　結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出、結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出

ア　「1~~2~~4」の結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出及び結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出は、同時に結核菌を検出した場合に限り算定する。

イ　「1~~2~~4」の結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出、結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出及び結核菌群イソニアジド耐性遺伝子検出と「~~8~~ 9」の結核菌群核酸検出を併用した場合は、主たるもののみ算定する。

ウ　当該検査は、薬剤耐性結核菌感染が疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。

(20)　サイトメガロウイルス核酸検出

ア　「14」のサイトメガロウイルス核酸検出は、先天性サイトメガロウイルス感染の診断を目的として、尿を検体として等温核酸増幅法により測定した場合に、１回に限り算定できる。

イ　先天性サイトメガロウイルス感染の診断を目的として、「14」のサイトメガロウイルス核酸検出と区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「11」ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）若しくは「38」グロブリンクラス別ウイルス抗体価におけるサイトメガロウイルスを対象とした検査又は「39」サイトメガロウイルス抗体を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

(~~1~~21)　細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出

ア　「15」の細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出は~~、区分番号「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査の「12」結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出及び結核菌群ピラジナミド耐性遺伝子検出の所定点数を合算した点数を準用して算定する。~~

~~イ　本検査は、区分番号「Ａ２３４－２」感染防止対策加算１又は２の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関において~~、敗血症が疑われる患者に対して、細菌核酸及び関連する薬剤耐性遺伝子（計 15 項目以上）をマイクロアレイ法により同時測定した場合に、当該疾患に対する一連の治療につき１回に限り算定できる。なお、本検査を行う場合には、関連学会が定める実施指針を遵守すること。

~~ウ~~イ　~~本検査~~「15」の細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出と~~区分番号「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査~~「１」の細菌核酸検出（白血球）~~（１菌種あたり）~~、「1~~0~~2」のブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子検出又は区分番号「Ｄ０２３－２」その他の微生物学的検

査「１」の黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白２’（ＰＢＰ２’）定性を併せて測定した場合には、主たるもののみ算定する。

~~エ~~ウ　本検査を実施した場合には~~、敗血症を疑う根拠として~~、関連学会が定める敗血症診断基準に基づいて、敗血症を疑う根拠~~の該当項目~~を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

~~(20)　サイトメガロウイルス核酸検出（尿）~~

~~ア　サイトメガロウイルス核酸検出（尿）は、区分番号「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査の「12」結核菌群リファンピシン耐性遺伝子検出の所定点数に準じて算定する。~~

~~イ　本検査は、先天性サイトメガロウイルス感染の診断を目的として、等温核酸増幅法により測定した場合に、１回に限り算定できる。~~

~~ウ　先天性サイトメガロウイルス感染の診断を目的として、本検査と区分番号「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「11」ウイルス抗体価（定性・半定量・定量）（１項目当たり）若しくは「39」グロブリンクラス別ウイルス抗体価（１項目当たり）におけるサイトメガロウイルスを対象とした検査又は「40」サイトメガロウイルス抗体を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。~~

(2~~1~~2)　ＨＰＶジェノタイプ判定

ア　「1~~3~~6」のＨＰＶジェノタイプ判定は、あらかじめ行われた組織診断の結果、ＣＩＮ１又はＣＩＮ２と判定された患者に対し、治療方針の決定を目的として、ハイリスク型ＨＰＶのそれぞれの有無を確認した場合に算定する。

イ　当該検査は、「~~7~~8」のＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）の施設基準を届け出ている保険医療機関のみ算定できる。

ウ　当該検査を算定するに当たっては、あらかじめ行われた組織診断の実施日及び組織診断の結果、ＣＩＮ１又はＣＩＮ２のいずれに該当するか~~及び組織診断の実施日、及び当該検査によって選択した治療法~~を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

エ　同一の患者について、当該検査を２回目以降行う場合は、当該検査の前回実施日~~、及び前回選択した治療（その後通常の検診となった場合はその旨）~~を上記に併せて記載する。

(2~~3~~3)　「1~~4~~7」のＨＩＶジェノタイプ薬剤耐性は、抗ＨＩＶ治療の選択及び再選択の目的で行った場合に、３月に１回を限度として算定できる。

(2~~3~~4)　「~~4~~12」の単純疱疹ウイルス・水痘帯状疱疹ウイルス核酸定量は、免疫不全状態であって、単純疱疹ウイルス感染症又は水痘帯状疱疹ウイルス感染症が強く疑われる患者を対象としてリアルタイムＰＣＲ法により測定した場合に、一連として１回のみ算定できる。

Ｄ０２３－２　その他の微生物学的検査

（１）　黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白２’（ＰＢＰ２’）定性

ア　「１」の黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白２’（ＰＢＰ２’）定性は、ＬＡ法により実施した場合に算定する。

イ　当該検査は、血液培養により黄色ブドウ球菌が検出された患者を対象として測定した場合又は免疫不全状態であって、ＭＲＳＡ感染症が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。

ウ　当該検査と区分番号「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査の「12~~1~~0」ブドウ球菌メ

チシリン耐性遺伝子検出を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（２）　「２」の尿素呼気試験（ＵＢＴ）を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成 12 年 10 月 31 日保険発第 180 号）に即して行うこと。

~~（３）　「３」の腸炎ビブリオ耐熱性溶血毒（ＴＤＨ）定性は、ＥＬＩＳＡ法によるものであり、区分番号「Ｄ０１８」細菌培養同定検査によって、腸炎ビブリオ菌が確認された場合のみ算定できる。また、当該検査を実施した場合は、他の検査で代替できない理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。~~

（~~４~~３）　大腸菌ベロトキシン定性

ア　「~~４~~３」の大腸菌ベロトキシン定性は、大腸菌の抗原定性の結果より病原性大腸菌が疑われる患者に対して行った場合に算定する。

イ　「~~４~~３」の大腸菌ベロトキシン定性のうち、細菌培養を行うことなく糞便から直接検出する方法であってＥＬＩＳＡ法によるものについては、臨床症状や流行状況から腸管出血性大腸菌感染症が強く疑われる場合に限り、大腸菌の抗原定性を踏まえることなく行った場合にも算定できる。

Ｄ０２４　動物使用検査

従前、細菌動物検査、妊娠動物検査、トキソプラズマ症におけるマウス使用検査等動物を用いて行う検査として認められていたものについては、本区分により算定する。

Ｄ０２５　基本的検体検査実施料

（１）　基本的検体検査実施料は、特定機能病院である保険医療機関の入院医療において通常行われる基本的な検査について、請求の簡素化の観点から包括化して入院日数に応じた請求方法を導入したものである。

（２）　基本的検体検査実施料に含まれない検査を行った場合は、別途当該検査に係る所定点数を算定でき、当該検査が基本的検体検査判断料の対象に含まれないものであるときは、当該検査に係る検体検査判断料も併せて別途算定できる。

（３）　入院日数については、入院の都度当該入院の初日から起算し、また、退院日も算定対象とする。

（４）　外泊期間中は、入院日数に含まれない。

（５）　療養病棟、結核病棟若しくは精神病棟に入院している患者及び第１章第２部第２節に規定するＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第３節に規定する特定入院料を算定している患者については、基本的検体検査実施料は別に算定しないが、入院日数は入院の初日から数える。

（６）　１月を通じて、基本的検体検査実施料に包括されている検査項目のいずれも行われなかった場合は、当該月は本実施料は算定できない。

第２款　検体検査判断料

Ｄ０２６　検体検査判断料

（１）　検体検査については、実施した検査に係る検体検査実施料及び当該検査が属する区分（尿・糞便等検査判断料から微生物学的検査判断料までの６区分）に係る検体検査判断料を合算した点数を算定する。

（２）　各区分の検体検査判断料については、その区分に属する検体検査の種類及び回数にかか

わらず、月１回に限り、初回検査の実施日に算定する。

（３）　実施した検査が属する区分が２以上にわたる場合は、該当する区分の判断料を合算した点数を算定できる。

（４）　同一月内において、同一患者に対して、入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科において検体検査を実施した場合においても、同一区分の判断料は、入院・外来又は診療科の別にかかわらず、月１回に限る。

（５）　上記の規定にかかわらず、区分番号「Ｄ０００」尿中一般物質定性半定量検査を実施した場合は、当該検査に係る検体検査判断料は算定しない。

区分番号「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「15」の慢性維持透析患者外来医学管理料又は区分番号「Ｄ０２５」基本的検体検査実施料を算定した月と同一月に検体検査を行った場合は、それぞれの区分に包括されている検体検査に係る判断料は別に算定できない。

（６）　注３に規定する検体検査管理加算（Ⅰ）は入院中の患者及び入院中の患者以外の患者に対し、検体検査管理加算（Ⅱ）、検体検査管理加算（Ⅲ）及び検体検査管理加算（Ⅳ）は入院中の患者に対して、検体検査を実施し検体検査判断料のいずれかを算定した場合に、患者１人につき月１回に限り加算するものであり、検体検査判断料を算定しない場合に本加算は算定できない。

また、区分番号「Ｄ０２７」基本的検体検査判断料の注２に掲げる加算を算定した場合には、本加算は算定できない。

（７）　入院中の患者について注３に規定する検体検査管理加算（Ⅱ）、検体検査管理加算（Ⅲ）又は検体検査管理加算（Ⅳ）を算定している保険医療機関であっても、入院中の患者以外の患者について検体検査管理加算（Ⅰ）を算定することができる。

（８）　注５に規定する遺伝カウンセリング加算は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、区分番号「Ｄ００６－４」遺伝学的検査を実施~~し、~~する際、以下のいずれも満たした場合に算定できる。

ア　当該検査の実施前に、患者又はその家族等に対し、当該検査の目的並びに当該検査の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行っていること。

イ　患者又はその家族等に対し、当該検査の結果に基づいて療養上の指導を行~~った場合に算定する。~~ていること。

なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのための~~ガイドライン~~ガイダンス」（平成~~16~~29年~~12~~4月）及び関係学会による「医療における遺伝学的検査･診断に関するガイドライン」（平成23年２月）を遵守すること。

（９）　注６に規定する骨髄像診断加算は、血液疾患に関する専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する医師が、当該保険医療機関内で採取された骨髄液に係る検査結果の報告書を作成した場合に、月１回に限り算定する。

（10）　注７に規定する免疫電気泳動法診断加算は、免疫電気泳動法の判定について少なくとも５年以上の経験を有する医師が、~~当該保険医療機関内で作製された~~免疫電気泳動像を判定し、~~M~~M蛋白血症等の診断に係る検査結果の報告書を作成した場合に算定する。

Ｄ０２７　基本的検体検査判断料

（１）　基本的検体検査判断料は、特定機能病院である保険医療機関の入院医療において通常行われる基本的な検査について、請求の簡素化の観点から、月１回の包括的な判断料を設定したものである。

（２）　基本的検体検査実施料に含まれない検査を行った場合は、当該検査が基本的検体検査判断料の対象に含まれないものであるときは、当該検査に係る検体検査判断料も併せて別途算定できる。

（３）　療養病棟、結核病棟若しくは精神病棟に入院している患者及び第１章第２部第２節に規定するＨＩＶ感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算を算定している患者については、基本的検体検査判断料は、別に算定しない。

（４）　１月を通じて、基本的検体検査実施料に包括されている検査項目のいずれも行われなかった場合は、当該月は本判断料は算定できない。

（５）　特定機能病院において、（３）に掲げる場合以外で基本的検体検査判断料を算定すべき場合は、尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査（Ｉ）判断料、免疫学的検査判断料及び微生物学的検査判断料を算定することはできず、本判断料を算定するものとする。

第２節　削除

第３節　生体検査料

１　同一月内において、同一患者に対して、入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科において生体検査が実施された場合であっても、同一の生体検査判断料は、月１回を限度として算定する。

２　２回目以降について所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定することとされている場合において「所定点数」とは、当該項目に掲げられている点数及び当該注に掲げられている加算点数を合算した点数である。

３　同一月内に２回以上実施した場合、所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定することとされている生体検査は、外来及び入院にまたがって行われた場合においても、これらを通算して２回目以降は 100 分の 90 で算定する。

４　２回目以降 100 分の 90 に相当する点数により算定することとされている場合に、新生児加算、乳幼児加算若しくは幼児加算を行う場合又は内視鏡検査の通則５に掲げる休日加算、時間外加算若しくは深夜加算を行う場合は、所定点数にそれぞれの割合を乗じた上で、端数が生じた場合には、これを四捨五入した点数により算定する。

［呼吸循環機能検査等に係る共通事項（区分番号「Ｄ２００」から区分番号「Ｄ２１４」まで）］

（１）　２回目以降 100 分の 90 で算定する場合の「同一の検査」

区分番号「Ｄ２０８」心電図検査の「１」から「５」まで、区分番号「Ｄ２０９」負荷心電図検査の「１」及び「２」、区分番号「Ｄ２１０」ホルター型心電図検査の「１」及び「２」については、それぞれ同一の検査として扱う。また、準用が通知されている検査については、当該検査が準ずることとされている検査と同一の検査として扱う。

（２）　呼吸循環機能検査等に係る一般事項

ア　通則の「特に規定する場合」とは、区分番号「Ｄ２０８」心電図検査の「注」又は区分番号「Ｄ２０９」負荷心電図検査の「注１」に掲げる場合をさす。

イ　区分番号「Ｄ２００」スパイログラフィー等検査から区分番号「Ｄ２０３」肺胞機能検査までの各検査については、特に定めのない限り、次に掲げるところによる。

a　実測値から算出される検査値については算定できない。

b　測定方法及び測定機器は限定しない。

c　負荷を行った場合は、負荷の種類及び回数にかかわらず、その前後の検査について、それぞれ１回のみ所定点数を算定する。

d　使用したガス（ＣＯ、CO_2、He 等）は、購入価格を 10 円で除して得た点数を別に算定できる。

e　喘息に対する吸入誘発試験は、負荷試験に準ずる。

（３）　肺活量計による肺活量の測定は、別に算定できない。

Ｄ２００　スパイログラフィー等検査

（１）　「１」の肺気量分画測定には、予備吸気量、１回換気量及び予備呼気量の全ての実測及び実測値から算出される最大呼吸量の測定のほか、安静換気量及び最大換気量の測定が含まれる。

（２）　「１」の肺気量分画測定及び区分番号「Ｄ２０２」肺内ガス分布の「１」の指標ガス洗い出し検査とを同時に実施した場合には、機能的残気量測定は算定できない。

（３）　「２」のフローボリュームカーブは、曲線を描写し記録した場合にのみ算定し、強制呼出曲線の描出に係る費用を含む。また、フローボリュームカーブから計算によって求められる努力肺活量、１秒量、１秒率、ＭＭＦ、ＰＦＲ等は、別に算定できない。

（４）　「５」の左右別肺機能検査の所定点数には、カテーテル挿入並びに他の「１」から「４」までのスパイログラフィー等検査及び換気力学的検査の費用を含む。

（５）　体プレスチモグラフを用いる諸検査は、別に定めのない限り、「３」により算定する。

Ｄ２０１　換気力学的検査

「２」中のコンプライアンス測定の所定点数には、動肺コンプライアンス測定及び静肺コンプライアンス測定の双方を含む。

Ｄ２０４　基礎代謝測定

基礎代謝測定の所定点数には、患者に施用する窒素ガス又は酸素ガスの費用を含む。

Ｄ２０６　心臓カテーテル法による諸検査

（１）　心臓カテーテル検査により大動脈造影、肺動脈造影及び肺動脈閉塞試験を行った場合においても、心臓カテーテル法による諸検査により算定するものとし、血管造影等のエックス線診断の費用は、別に算定しない。

（２）　心臓カテーテル法による諸検査のようなカテーテルを用いた検査を実施した後の縫合に要する費用は、所定点数に含まれる。

（３）　「１」の右心カテーテル及び「２」の左心カテーテルを同時に行った場合であっても、「注１」、「注２」、「注３」及び「注４」の加算は１回のみに限られる。

（４）　「注３」、「注４」及び「注５」に掲げる加算は主たる加算を患者１人につき月１回に限り算定する。

（５）　心筋生検を行った場合は、区分番号「Ｄ４１７」組織試験採取、切採法の所定点数を併

せて算定する。

Ｄ２０７　体液量等測定

（１）　体液量等測定の所定点数には、注射又は採血を伴うものについては第６部第１節第１款の注射実施料及び区分番号「Ｄ４００」血液採取を含む。

（２）　「２」の皮弁血流検査は、１有茎弁につき２回までを限度として算定するものとし、使用薬剤及び注入手技料は、所定点数に含まれ、別に算定しない。

（３）　「２」の血流量測定は、電磁式によるものを含む。

（４）　「２」の電子授受式発消色性インジケーター使用皮膚表面温度測定は、皮弁形成術及び四肢の血行再建術後に、術後の血行状態を調べるために行った場合に算定する。

ただし、術後１回を限度とする。

なお、使用した電子授受式発消色性インジケーターの費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（５）　「４」の血管内皮機能検査を行った場合は、局所ボディプレティスモグラフ又は超音波検査等、血管内皮反応の検査方法及び部位数にかかわらず、１月に１回に限り、一連として当該区分において算定する。この際、超音波検査を用いて行った場合であっても、超音波検査の費用は算定しない。

Ｄ２０８　心電図検査

（１）　「１」の四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低 12 誘導は、普通、標準肢誘導（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）、単極肢誘導（$_{a}V_{R}$、$_{a}V_{L}$、$_{a}V_{F}$）、胸部誘導（V_{1}、V_{2}、V_{3}、V_{4}、V_{5}、V_{6}）の 12 誘導で、その他特別の場合にV_{7}、V_{8}、食道誘導等を行う場合もこれに含まれる。

（２）　当該保険医療機関以外の医療機関で描写したものについて診断のみを行った場合は、診断料として１回につき所定点数を算定できるが、患者が当該傷病につき当該医療機関で受診していない場合は算定できない。

（３）　当該保険医療機関以外の医療機関で描写した検査について診断を行った場合の算定については、２回目以降においても 100 分の 90 の算定としない。

（４）　「３」の携帯型発作時心電図記憶伝達装置使用心電図検査は、入院中の患者以外の患者に対して、携帯型発作時心電図記憶伝達装置を用いて発作時等の心電図を記録させた場合に、一連につき１回算定する。

（５）　「４」加算平均心電図による心室遅延電位測定

ア　心筋梗塞、心筋症、Brugada 症候群等により、致死性の心室性不整脈が誘発される可能性がある患者に対し行われた場合に算定する。

イ　当該検査の実施に当たり行った他の心電図検査は、別に算定できない。

Ｄ２０９　負荷心電図検査

（１）　負荷心電図検査の「負荷」は、運動負荷、薬剤負荷をいい、負荷の種類及び回数によらない。

（２）　当該保険医療機関以外の医療機関で描写したものについて診断のみを行った場合は、診断料として１回につき所定点数を算定できるが、患者が当該傷病につき当該医療機関で受診していない場合は算定できない。

（３）　当該保険医療機関以外の医療機関で描写した検査について診断を行った場合の算定については、２回目以降においても 100 分の 90 の算定としない。

（４） 負荷心電図検査には、この検査を行うために一連として実施された心電図検査を含むものであり、同一日に行われた心電図検査は、別に算定できない。

Ｄ２１０　ホルター型心電図検査

（１） ホルター型心電図検査は、患者携帯用の記録装置を使って長時間連続して心電図記録を行った場合に算定するものであり、所定点数には、単に記録を行うだけではなく、再生及びコンピューターによる解析を行った場合の費用を含む。

（２） やむを得ず不連続に記録した場合においては、記録した時間を合算した時間により算定する。また、24 時間を超えて連続して記録した場合であっても、「２」により算定する。

Ｄ２１０－３　植込型心電図検査

（１） 短期間に失神発作を繰り返し、その原因として不整脈が強く疑われる患者であって、心臓超音波検査及び心臓電気生理学的検査（心電図検査及びホルター心電図検査を含む。）等によりその原因が特定できない者又は関連する学会の定める診断基準に従い、心房細動検出を目的とする植込型心電図記録計検査の適応となり得る潜因性脳梗塞と判断された者に対して、原因究明を目的として使用した場合に限り算定できる。

（２） 植込型心電図検査は、患者の皮下に植込まれた記録装置を使って長時間連続して心電図記録を行った場合に算定するものであり、所定点数には、単に記録を行うだけではなく、再生及びコンピューターによる解析を行った場合の費用を含む。

（３） 植込型心電図記録計を使用し診断を行った場合は、当該機器が植込まれた時間ではなく、心電図が記録された時間に応じて算定する。

Ｄ２１０－４　Ｔ波オルタナンス検査

（１） 心筋梗塞、心筋症、Brugada 症候群等により、致死性の心室性不整脈が誘発される可能性がある患者に対し行われた場合に算定する。

（２） 当該検査の実施に当たり行った区分番号「Ｄ２０８」心電図検査、区分番号「Ｄ２０９」負荷心電図検査、区分番号「Ｄ２１０」ホルター型心電図検査及び区分番号「Ｄ２１１」トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査は別に算定できない。

Ｄ２１１　トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査

（１） トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査には、この検査を行うために一連として実施された区分番号「Ｄ２０８」心電図検査、区分番号「Ｄ２００」スパイログラフィー等検査を含むものであり、負荷の種類及び回数にかかわらず、所定点数により算定する。

（２） 呼吸器疾患に対して施行された場合にも、所定点数を算定できる。

Ｄ２１１－２　喘息運動負荷試験

（１） 喘息運動負荷試験は、運動負荷前後での換気機能の変化を観察した場合に算定できる。

（２） 喘息運動負荷試験には、この検査を行うために一連として実施された区分番号「Ｄ２０８」心電図検査、区分番号「Ｄ２００」スパイログラフィー等検査を含むものであり、負荷の種類及び回数にかかわらず、所定点数により算定する。

Ｄ２１１－３　時間内歩行試験

（１） 時間内歩行試験は、在宅酸素療法を施行している患者又は区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料の算定要件を満たす患者若しくは本試験により算定要件を満たすことが

可能となる患者で在宅酸素療法の導入を検討している患者に対し、医師又は医師の指導管理の下に看護職員~~若しくは、~~臨床検査技師若しくは理学療法士がパルスオキシメーター等を用いて動脈血酸素飽和度を測定しながら６分間の歩行を行わせ、到達した距離、動脈血酸素飽和度及び呼吸・循環機能検査等の結果を記録し、医師が患者の運動耐容能等の評価及び治療方針の決定を行った場合に、年に４回を限度として算定する。なお、当該検査の実施に係る時間（準備や説明に要した時間を含む。）については、第７部に掲げるリハビリテーションを実施した時間に含めることはできない。

（２）　医師の指導管理の下に看護職員~~又は、~~臨床検査技師又は理学療法士が６分間の歩行を行わせる場合は、医師が同一建物内において当該看護職員~~又は、~~臨床検査技師又は理学療法士と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる体制であること。

（３）　以下の事項を診療録に記載すること

ア　当該検査結果の評価

イ　到達した距離、施行前後の動脈血酸素飽和度、呼吸・循環機能検査等の結果

（４）　当該検査を算定する場合にあっては、~~以下の事項~~過去の実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

~~ア　過去の実施日~~

~~イ　在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針~~

Ｄ２１１－４　シャトルウォーキングテスト

（１）　シャトルウォーキングテストは、在宅酸素療法を施行している患者又は区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料の算定要件を満たす患者若しくは本試験により算定要件を満たすことが可能となる患者であって在宅酸素療法の導入を検討しているものに対し、医師又は医師の指導管理の下に看護職員若しくは臨床検査技師がパルスオキシメーター等を用いて動脈血酸素飽和度を測定しながら一定の距離を往復で歩行させ、歩行可能距離又は歩行持続時間、動脈血酸素飽和度及び呼吸・循環機能検査等の結果を記録し、医師が患者の運動耐容能等の評価及び治療方針の決定を行った場合に、年に４回を限度として算定する。なお、区分番号「Ｄ２１１－３」時間内歩行試験を併せて実施した場合には、時間内歩行試験又はシャトルウォーキングテストを合わせて年に４回を限度として算定する。

（２）　医師の指導管理の下に看護職員又は臨床検査技師がシャトルウォーキングテストを行う場合は、医師が同一建物内において当該看護職員又は臨床検査技師と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる体制であること。

（３）　以下の事項を診療録に記載すること。

ア　当該検査結果の評価

イ　歩行可能距離又は歩行持続時間、施行前後の動脈血酸素飽和度、呼吸・循環機能検査等の結果

（４）　当該検査を算定する場合にあっては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

ア　過去の実施日

イ　在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針

Ｄ２１２　リアルタイム解析型心電図

（１）　リアルタイム解析型心電図とは、入院中の患者以外の患者に対して８時間以上心電図を

モニターしながら同時に波形を解析し、異常波形発現時にのみ記録を行い得るものをいう。

（２） リアルタイム解析型心電図記録計を用いて８時間以上心電図をモニターした場合は、解析の費用を含め、一連の使用について１回として算定する。

Ｄ２１２－２　携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査

心電図を２日間以上連続して記録することができる携帯型発作時心電図記録計を用いて、記録スイッチ入力前を含む心電図を記録した場合に、解析の費用を含め、一連の使用について１回として算定する。

Ｄ２１３　心音図検査

亜硝酸アミル吸入心音図検査の点数算定は、薬剤負荷の前後の検査をそれぞれ１回として心音図検査により算定し、亜硝酸アミルについては、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。

Ｄ２１４　脈波図、心機図、ポリグラフ検査

（１） 脈波図については、次に掲げる検査を２以上行った場合であり、脈波曲線を描写し記録した場合に算定する。

ア　心及び肝拍動図

イ　動脈波

ウ　静脈波

エ　容積脈波

オ　指尖脈波

カ　心尖（窩）拍動図

また、心機図とは各種脈波図と心電図、心音図検査等の２以上を同時に記録し、循環機能の解析を行う検査である。

（２） 「１」から「５」までの検査数については、種目又は部位を順次変えて検査した場合であっても、一連の検査のうちの最高検査数による。

（３） 運動又は薬剤の負荷による検査を行った場合には、負荷前後の検査をそれぞれ１回の検査として算定し、複数の負荷を行った場合であっても、負荷の種類及び回数にかかわらず、所定点数の 100 分の 200 を限度として算定する。

（４） 「６」の血管伸展性検査は、描写し記録した脈波図により脈波伝達速度を求めて行うものであり、このために行った脈波図検査と併せて算定できない。

Ｄ２１５　超音波検査

（１） 「１」から「５」までに掲げる検査のうち２以上のものを同一月内に同一の部位について行った場合、同一月内に２回以上行った場合の算定方法の適用においては、同一の検査として扱う。

（２） 超音波検査を同一の部位に同時に２以上の方法を併用する場合は、主たる検査方法により１回として算定する。また、同一の方法による場合は、部位数にかかわらず、１回のみの算定とする。

（３） 超音波検査の記録に要した費用（フィルム代、印画紙代、記録紙代、テープ代等）は、所定点数に含まれる。

（４） 体表には肛門、甲状腺、乳腺、表在リンパ節等を含む。

（５） 「２」の断層撮影法（心臓超音波検査を除く。）において血管の血流診断を目的としてパルスドプラ法を併せて行った場合には、「注２」に掲げる加算を算定できる。

（６）　「３」の心臓超音波検査の所定点数には、同時に記録した心音図、脈波図、心電図及び心機図の検査の費用を含む。

（７）　「３」の心臓超音波検査の所定点数にはパルスドプラ法の費用が含まれており、別に算定できない。

（８）　「３」の心臓超音波検査以外で、断層撮影法とMモード法を併用した場合の点数算定は、「２」の「イ」により算定する。

（９）　「３」の「ロ」Mモード法はMモード法のみで検査を行った場合に算定する。「３」の心臓超音波検査以外で、Mモード法のみの検査を行った場合は、「３」の「ロ」により算定する。

(10)　「３」の「ニ」の胎児心エコー法は、胎児の心疾患が強く疑われた症例に対して、循環器内科、小児科又は産婦人科の経験を５年以上有する医師（胎児心エコー法を 20 症例以上経験している者に限る。）が診断又は経過観察を行う場合に算定し、注２の胎児心エコー法診断加算は、当該検査に伴って診断を行った場合に限り算定する。その際、当該検査で得られた主な所見を診療録に記載すること。また、「４」の「イ」の胎児心音観察に係る費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。

(11)　「３」の「ホ」の負荷心エコー法には、負荷に係る費用が含まれており、また併せて行った区分番号「Ｄ２１１」トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査は別に算定できない。

(12)　「４」の「イ」の末梢血管血行動態検査は、慢性動脈閉塞症の診断及び病態把握のために行った場合に算定する。

(13)　「４」の「ロ」の脳動脈血流速度連続測定とは、経頭蓋骨的に連続波又はパルスドプラを用いて、ソノグラムを記録して血流の分析を行う場合をいう。

(14)　「４」の「ハ」の脳動脈血流速度マッピング法とは、パルスドプラにより脳内動脈の描出を行う場合をいう。

(15)　「５」の血管内超音波法の算定は次の方法による。

ア　検査を実施した後の縫合に要する費用は所定点数に含まれる。

イ　本検査を、左心カテーテル検査及び右心カテーテル検査と併せて行った場合は、左心カテーテル検査及び右心カテーテル検査の所定点数に含まれる。

ウ　エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分番号「Ｅ４００」フィルムの所定点数により算定する。

エ　区分番号「Ｄ２２０」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用は、所定点数に含まれる。

(16)　「注１」における「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射、動脈注射又は点滴注射により造影剤を使用し検査を行った場合をいう。また、「３」の心臓超音波検査においては、心筋虚血の診断を目的とした場合に算定できる。この場合、心筋シンチグラフィーを同一月に実施した場合には主たるもののみ算定する。

Ｄ２１５－２　肝硬度測定

肝硬度測定は、汎用超音波画像診断装置のうち、使用目的、効能又は効果として、肝臓の硬さについて、非侵襲的に計測するものとして薬事承認又は認証を得ているものを使用し、肝硬変の患者（肝硬変が疑われる患者を含む。）に対し、肝臓の硬さを非侵襲的に測定した場合に、原則

として３月に１回に限り算定する。ただし、医学的な必要性から３月に２回以上算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

Ｄ２１５－３　超音波エラストグラフィー

（１）　超音波エラストグラフィーは、汎用超音波画像診断装置のうち、使用目的、効能又は効果として、肝臓の硬さについて、非侵襲的に計測するものとして薬事承認又は認証を得ているものを使用し、肝硬変の患者（肝硬変が疑われる患者を含む。）に対し、肝臓の線維化の程度を非侵襲的に評価測定した場合に、原則として３月に１回に限り算定する。ただし、医学的な必要性から３月に２回以上算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

（２）　区分番号「Ｄ２１５－２」に掲げる肝硬度測定について、同一の患者につき、当該検査実施日より３月以内に行われたものの費用は、原則として所定点数に含まれるものとする。ただし、医学的な必要性から別途肝硬度測定を算定する必要がある場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。

Ｄ２１６－２　残尿測定検査

（１）　残尿測定検査は、前立腺肥大症、神経因性膀胱又は過活動膀胱の患者に対し、超音波若しくはカテーテルを用いて残尿を測定した場合に算定する。

（２）　「１」の超音波検査によるものと「２」の導尿によるものを同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ２１７　骨塩定量検査

（１）　骨塩定量検査は、骨粗鬆症の診断及びその経過観察の際のみ算定できる。ただし、４月に１回を限度とする。

（２）　「１」の注はＤＥＸＡ法による腰椎撮影及び大腿骨撮影を同一日に行った場合にのみ算定できる。

（３）　「２」の「MD法、ＳＥＸＡ法等」の方法には、ＤＥＸＡ法(dual Energy x-Ray Absorptiometry)、単一光子吸収法(SPA:Single Photon Absorptiometry)、二重光子吸収法(DPA:Dual Photon Absorptiometry)、MD法(Microdensitometry による骨塩定量法)、ＤＩＰ法(Digital Image Processing)、ＳＥＸＡ法(single Energy x-Ray Absorptiometry)、単色Ｘ線光子を利用した骨塩定量装置による測定及びｐＱＣＴ（peripheral Quantitative Computed Tomography)による測定がある。

（４）　MD法による骨塩定量検査を行うことを目的として撮影したフィルムを用いて画像診断を併施する場合は、「２」の「MD法、ＳＥＸＡ法等」の所定点数又は画像診断の手技料（区分番号「Ｅ００１」写真診断及び区分番号「Ｅ００２」撮影）の所定点数のいずれか一方により算定する。ただし、区分番号「Ｅ４００」フィルムの費用は、いずれの場合でも、手技料とは別に算定できる。

Ｄ２１８　分娩監視装置による諸検査

分娩監視装置による諸検査は、胎児仮死、潜在胎児仮死及び異常分娩の経過改善の目的で陣痛促進を行う場合にのみ算定できるものであり、陣痛曲線、胎児心電図及び胎児心音図を記録した場合も、所定点数に含まれる。

Ｄ２１９　ノンストレステスト

（１）　ノンストレステストは、以下に掲げる患者に対し行われた場合に算定する。

ア　40 歳以上の初産婦である患者
イ　ＢＭＩが 35 以上の初産婦である患者
ウ　多胎妊娠の患者
エ　子宮内胎児発育不全の認められる患者
オ　子宮収縮抑制剤を使用中の患者
カ　妊娠高血圧症候群重症の患者
キ　常位胎盤早期剥離の患者
ク　前置胎盤（妊娠 22 週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。）の患者
ケ　胎盤機能不全の患者
コ　羊水異常症の患者
サ　妊娠 30 週未満の切迫早産の患者で、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの切迫早産の兆候を示し、かつ、以下のいずれかを満たすもの
（イ）　前期破水を合併したもの
（ロ）　経腟超音波検査で子宮頸管長が 20 ㎜未満のもの
（ハ）　切迫早産の診断で他の医療機関から搬送されたもの
（ニ）　早産指数（tocolysis index）が３点以上のもの
シ　心疾患（治療中のものに限る。）の患者
ス　糖尿病（治療中のものに限る。）又は妊娠糖尿病（治療中のものに限る。）の患者
セ　甲状腺疾患（治療中のものに限る。）の患者
ソ　腎疾患（治療中のものに限る。）の患者
タ　膠原病（治療中のものに限る。）の患者
チ　特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者
ツ　白血病（治療中のものに限る。）の患者
テ　血友病（治療中のものに限る。）の患者
ト　出血傾向（治療中のものに限る。）のある患者
ナ　ＨＩＶ陽性の患者
ニ　Ｒｈ不適合の患者
ヌ　当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術を行った患者又は行う予定のある患者

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

（２）　ノンストレステストは入院中の患者に対して行った場合には１週間につき３回、入院中の患者以外の患者に対して行った場合には１週間につき１回に限り算定できる。なお、１週間の計算は暦週による。

Ｄ２２０　呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ

（１）　呼吸心拍監視は、重篤な心機能障害若しくは呼吸機能障害を有する患者又はそのおそれのある患者に対して、常時監視を行っている場合に算定されるものである。この際、呼吸曲線の観察の有無に関わらず、心電曲線、心拍数の観察を行った場合は、所定点数を算定する。

（２）　呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカル

ジオタコスコープは、観察した呼吸曲線、心電曲線、心拍数のそれぞれの観察結果の要点を診療録に記載した場合に算定できる。

（３） 新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープは、重篤な心機能障害若しくは呼吸機能障害を有する患者又はそのおそれのある患者に対し、心電曲線及び心拍数の観察を行っている場合に算定する。この際、呼吸曲線を同時に観察した場合の費用は所定点数に含まれる。

（４） 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

（５） 診療報酬明細書の摘要欄に呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープの算定開始日を記載する。

（６） 呼吸心拍監視装置等の装着を中止した後 30 日以内に再装着が必要となった場合の日数の起算日は、最初に呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを算定した日とする。特定入院料を算定した患者が引き続き呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを行う場合の日数の起算日についても同様とする。なお、当該検査を中止している期間についても実施日数の計算に含める。

（７） ７日を超えた場合は、検査に要した時間にかかわらず「２」の「ロ」又は「ハ」を上限として算定する。

（８） 人工呼吸を同一日に行った場合は、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープに係る費用は区分番号「Ｊ０４５」人工呼吸の所定点数に含まれる。

Ｄ２２２　経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定

（１） 経皮的血液ガス分圧測定は、以下のいずれかに該当する場合に算定する。

ア　循環不全及び呼吸不全があり、酸素療法を行う必要のある新生児に対して測定を行った場合。その際には、測定するガス分圧の種類にかかわらず、所定点数により算定する。ただし、出生時体重が 1,000g 未満又は 1,000g 以上 1,500g 未満の新生児の場合は、それぞれ 90 日又は 60 日を限度として算定する。

イ　神経筋疾患又は慢性呼吸器疾患の患者に対し、ＮＰＰＶの適応判定及び機器の調整を目的として経皮的に血中のPCO_2を測定した場合。その際には、１入院につき２日を限度として算定できる。

（２） 血液ガス連続測定は、閉鎖循環式全身麻酔において分離肺換気を行う際に血中のPO_2、PCO_2及びｐＨの観血的連続測定を行った場合に算定できる。

Ｄ２２２－２　経皮的酸素ガス分圧測定（１日につき）

重症下肢血流障害が疑われる患者に対し、虚血肢の切断若しくは血行再建に係る治療方針の決定又は治療効果の判定のために経皮的に血中のPO_2を測定した場合に、３月に１回に限り算定する。

Ｄ２２３　経皮的動脈血酸素飽和度測定

（１） 経皮的動脈血酸素飽和度測定は、次のいずれかに該当する患者に対して行った場合に算定する。

ア　呼吸不全若しくは循環不全又は術後の患者であって、酸素吸入若しくは突発性難聴に対

する酸素療法を現に行っているもの又は酸素吸入若しくは突発性難聴に対する酸素療法を行う必要があるもの

イ　静脈麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を実施中の患者に行った場合

なお、閉鎖式全身麻酔を実施した際に区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を算定した日と同一日には算定できない。

（２）　区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は算定できない。

Ｄ２２３－２　終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定（一連につき）

（１）　終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定は、睡眠時呼吸障害の疑われる患者に対して行った場合に算定し、数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。

（２）　区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定（一連につき）の費用は算定できない。

Ｄ２２４　終末呼気炭酸ガス濃度測定

（１）　終末呼気炭酸ガス濃度測定は、気管内挿管又は気管切開している患者であって、次のいずれかに該当する患者に対して行った場合に算定する。

ア　人工呼吸器を装着している患者

イ　自発呼吸が不十分な患者

ウ　脳外傷等換気不全が生じる可能性が非常に高いと判断される患者

（２）　閉鎖式全身麻酔を実施した際に区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を算定した日と同一日には算定できない。

Ｄ２２５　観血的動脈圧測定

（１）　観血的動脈圧測定は、動脈圧測定用カテーテルを挿入して測定するもの又はエラスター針等を動脈に挿入してトランスデューサーを用いて測定するものをいう。

（２）　穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

Ｄ２２５－２　非観血的連続血圧測定

非観血的連続血圧測定は、トノメトリー法により麻酔に伴って実施した場合に限り算定できるものとし、また、観血的動脈圧測定と同一日に実施した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ２２５－３　24 時間自由行動下血圧測定

24 時間自由行動下血圧測定は、日本循環器学会、日本心臓病学会及び日本高血圧学会の承認を得た「24 時間血圧計の使用（ＡＢＰＭ）基準に関するガイドライン」に沿って行われた場合に、１月に１回に限り算定する。

Ｄ２２５－４　ヘッドアップティルト試験

（１）　ヘッドアップティルト試験は、患者を臥位から傾斜位の状態に起こし、傾斜位の状態に保ちながら、連続的に血圧、脈拍及び症状の推移等を測定及び観察する検査をいう。なお、単に臥位及び立位又は座位時の血圧等を測定するだけのものは当該検査に該当しない。

（２）　失神発作があり、他の原因が特定されずに神経調節性失神が疑われる患者に対して、医

師が行った場合に限り算定する。

（３） 使用する薬剤の費用は所定点数に含まれる。

（４） 検査に伴い施行した心電図に係る費用は別に算定できない。

（５） 診療録に、当該検査中に測定された指標等について記載すること。

Ｄ２２６　中心静脈圧測定

（１） 穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

（２） 中心静脈圧測定を算定中にカテーテルの挿入手技を行った場合（手術に関連して行う場合を除く。）は、区分番号「Ｇ００５－２」中心静脈注射用カテーテル挿入により算定する。

この場合において、カテーテルの挿入に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｄ２２７　頭蓋内圧持続測定

穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

Ｄ２２８　深部体温計による深部体温測定

直腸温又は膀胱温の測定は、深部体温測定と異なるものであり、深部体温計による深部体温の測定には該当しない。

Ｄ２２９　前額部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察

前額部、胸部、手掌部又は足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察と区分番号「Ｄ２２８」深部体温計による深部体温測定を同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ２３０　観血的肺動脈圧測定

（１） 肺動脈楔入圧を持続的に測定する場合に所定点数を算定する。

（２） 測定のために右心カテーテル法により、バルーン付肺動脈カテーテルを挿入した場合には挿入日にカテーテル挿入加算を算定できる。この場合、使用したカテーテルの本数にかかわらず、一連として算定する。

（３） 観血的肺動脈圧測定と右心カテーテル法による諸検査又は中心静脈圧測定を同一日に実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（４） 左心カテーテル法による諸検査を同一日に実施した場合は別に算定できる。

（５） 穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

Ｄ２３１　人工膵臓検査

（１） 人工膵臓検査は、糖尿病患者の治療に際してインスリン抵抗性の評価、至適インスリン用量の決定等を目的として、血管内に留置した二重腔カテーテルから吸引した血中のグルコース値を連続して測定した場合に算定できる。

（２） 算定の対象となる患者は、次の療養が必要な糖尿病等の患者であって、医師が人工膵臓検査以外による血糖調整が困難であると認めたものである。

ア　糖尿病性腎症に対する透析時の血糖管理

イ　難治性低血糖症の治療のための血糖消費量決定

ウ　インスリン抵抗性がみられる難治性糖尿病に対するインスリン感受性テスト及び血糖管理

（３） ２日以上にわたり連続して実施した場合においても、一連として１回の算定とする。

（４） 人工膵臓検査と同一日に行った血中グルコース測定は別に算定できない。

（５） 穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

Ｄ２３１－２　皮下連続式グルコース測定（一連につき）

（１） 糖尿病患者の治療に際してインスリン抵抗性の評価、至適インスリン用量の決定等を目的として、皮下に留置した電極から皮下組織中のグルコース値を連続して測定した場合に算定できる。

（２） 皮下連続式グルコース測定は以下に掲げる患者に対し行われた場合に算定する。また、算定した場合は、以下のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に明記する。

ア　治療方針策定のために血糖プロファイルを必要とする１型糖尿病患者

イ　低血糖発作を繰り返す等重篤な有害事象がおきている血糖コントロールが不安定な２型糖尿病患者であって、医師の指示に従い血糖コントロールを行う意志のある者

（３） ２日以上にわたり連続して実施した場合においても、一連として１回の算定とする。

（４） 皮下連続式グルコース測定と同一日に行った血中グルコース測定に係る費用は所定点数に含まれる。

（５） 人工膵臓検査又は人工膵臓療法を同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

（６） 穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は別に算定できない。

Ｄ２３３　直腸肛門機能検査

（１） 直腸肛門機能検査とは、次のアからオまでに掲げる検査をいう。

ア　直腸肛門内圧測定

イ　直腸感覚検査

ウ　直腸コンプライアンス検査

エ　直腸肛門反射検査

オ　排出能力検査

（２） 直腸肛門機能検査は、ヒルシュスプルング病、鎖肛、肛門括約不全、直腸肛門由来の排便障害等の直腸肛門疾患に対して行う検査をいう。

（３） 直腸肛門機能検査は、直腸肛門内圧検査用バルーン、マイクロチップ、インフューズドオープンチップ又はマイクロバルーン等を用いて実施されるものである。

Ｄ２３４　胃・食道内 24 時間ｐＨ測定

（１） 胃・食道逆流症の診断及び治療方法の選択のために実施された場合に算定する。

（２） 胃・食道内 24 時間ｐＨ測定に用いる測定器、基準電極、ｐＨカテーテル、ガラス電極、保護チューブ、電解液、電極用ゼリー、ｐＨ緩衝液等の費用は、所定点数に含まれる。

（３） 胃・食道内 24 時間ｐＨ測定は、概ね 24 時間以上連続して行われるものであり、これを１回として算定する。

Ｄ２３５　脳波検査

（１） 脳波検査を算定するものは、同時に８誘導以上の記録を行った場合である。

（２） ８誘導未満の誘導数により脳波を測定した場合は、誘導数を区分番号「Ｄ２１４」脈波図、心機図、ポリグラフ検査の検査数と読み替えて算定するものとし、種々の賦活検査（睡眠、薬物を含む。）を行った場合も、同区分の所定点数のみにより算定する。

（３） 心臓及び脳手術中における脳波検査は、８誘導以上の場合は脳波検査により、それ以外の場合は誘導数を区分番号「Ｄ２１４」脈波図、心機図、ポリグラフ検査の検査数と読み替えて算定する。

Ｄ２３５－２　長期継続頭蓋内脳波検査

長期継続頭蓋内脳波検査は、難治性てんかんの患者に対し、硬膜下電極若しくは深部電極を用いて脳波測定を行った場合、患者１人につき 14 日間を限度として算定する。

Ｄ２３５－３　長期脳波ビデオ同時記録検査

長期脳波ビデオ同時記録検査は、難治性てんかんの患者に対し、てんかん発作型診断又は手術前後に行った場合、患者１人につきそれぞれ５日間を限度として算定する。

Ｄ２３６　脳誘発電位検査

（１）　脳誘発電位検査は、刺激又は負荷を加えながら脳活動電位を記録し、コンピューター等により解析を行うものであり、同時に記録した脳波検査については、別に算定できない。

（２）　「３」と「４」を両方行った場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ２３６－２　光トポグラフィー

（１）　「１」脳外科手術の術前検査に使用するもの

ア　近赤外光等により、血液中のヘモグロビンの相対的な濃度、濃度変化等を計測するものとして薬事承認又は認証を得ている医療機器を使用した場合であって、下記の（イ）又は（ロ）の場合に限り、各手術前に１回のみ算定できる。

（イ）　言語野関連病変（側頭葉腫瘍等）又は正中病変における脳外科手術に当たり言語優位半球を同定する必要がある場合

（ロ）　難治性てんかんの外科的手術に当たりてんかん焦点計測を目的に行われた場合

イ　当該検査を算定するに当たっては、手術実施日又は手術実施予定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、手術が行われなかった場合はその理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（２）　「２」抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するもの

ア　抑うつ症状を有している場合であって、下記の（イ）から（ハ）までを全て満たす患者に実施し、当該保険医療機関内に配置されている精神保健指定医が鑑別診断の補助に使用した場合に、１回に限り算定できる。また、下記の（イ）から（ハ）までを全て満たしており、かつ、症状の変化等により、再度鑑別が必要である場合であって、前回の当該検査から１年以上経過している場合は、１回に限り算定できる。

（イ）　当該保険医療機関内に配置されている神経内科医又は脳神経外科医により器質的疾患が除外されていること。

（ロ）　うつ病として治療を行っている患者であって、治療抵抗性であること、統合失調症・双極性障害が疑われる症状を呈すること等により、うつ病と統合失調症又は双極性障害との鑑別が必要な患者であること。

（ハ）　近赤外光等により、血液中のヘモグロビンの相対的な濃度、濃度変化等を測定するものとして薬事承認又は認証を得ている医療機器であって、10 チャンネル以上の多チャンネルにより脳血液量変化を計測可能な機器を使用すること。

イ　当該検査が必要な理由及び前回の実施日（該当する患者に限る。）を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（３）　「２」抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用するものの「イ」地域の精神科救急医療体制を確保するために必要な協力等を行っている精神保健指定医による場合

以下のアからウまでのいずれかの要件を満たした場合に算定できる。

ア　精神科救急医療体制整備事業の常時対応型精神科救急医療施設、身体合併症対応施設、地域搬送受入対応施設又は身体合併症後方搬送対応施設であること。

イ　精神科救急医療体制整備事業の輪番対応型精神科救急医療施設又は協力施設であって、次の①又は②のいずれかに該当すること。

①　時間外、休日又は深夜における入院件数が年４件以上であること。そのうち１件以上は、精神科救急情報センター（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下、本区分に同じ。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）等からの依頼であること。

②　時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年 10 件以上であること。なお、精神科救急情報センター（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、救命救急センター、一般医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）等からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。

ウ　当該保険医療機関の精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保への協力を行っており、次の①又は②のいずれかに該当すること。

①　時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等や精神科救急医療体制整備事業の常時対応型又は輪番型の外来対応施設等）での外来診療又は救急医療機関への診療協力（外来、当直又は対診）を年６回以上行うこと。（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）

②　精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務（措置診察等）について、都道府県に積極的に協力し、診察業務等を年１回以上行うこと。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、次のイからホまでのいずれかの診察あるいは業務を年１回以上行うこと。

イ　措置入院及び緊急措置入院時の診察

ロ　医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察

ハ　精神医療審査会における業務

ニ　精神科病院への立入検査での診察

ホ　その他都道府県の依頼による公務員としての業務

Ｄ２３６－３　脳磁図

（１）　脳磁図は、原発性及び続発性てんかん、中枢神経疾患に伴う感覚障害及び運動障害の鑑別診断又はてんかんの患者に対する手術部位の診断や手術方法の選択を含めた治療方針の決定のために行う場合に限り１患者につき１回のみ算定できる。

（２）　当該検査を算定するに当たっては、手術実施日又は手術実施予定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、鑑別診断等を目的として行ったため手術が行われなかった場合はその理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー

（１）　「１　携帯用装置を使用した場合」

ア　問診、身体所見又は他の検査所見から睡眠時呼吸障害が強く疑われる患者に対し、睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用した場合に算定する。なお、区分番号「Ｃ１０７－２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者又は当該保険医療機関

からの依頼により睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した歯科医療機関から検査の依頼を受けた患者については、治療の効果を判定するため、６月に１回を限度として算定できる。

イ　鼻呼吸センサー又は末梢動脈波センサー、気道音センサーによる呼吸状態及び経皮的センサーによる動脈血酸素飽和状態を終夜連続して測定した場合に算定する。この場合の区分番号「Ｄ２１４」脈波図、心機図、ポリグラフ検査、区分番号「Ｄ２２３」経皮的動脈血酸素飽和度測定及び区分番号「Ｄ２２３－２」終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれる。

ウ　数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。

エ　診療録に検査結果の要点を記載する。

（２）　「２　多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合」

ア　多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用する場合は、パルスオキシメーターモジュールを組み合わせて行い、問診、身体所見又は他の検査所見から睡眠時呼吸障害が強く疑われる患者に対し、睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用し、解析を行った場合に算定する。

イ　区分番号「Ｃ１０７－２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者又は当該保険医療機関からの依頼により睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した歯科医療機関から検査の依頼を受けた患者については、治療の効果を判定するため、６月に１回を限度として算定できる。

ウ　区分番号「Ｄ２２３」経皮的動脈血酸素飽和度測定及び区分番号「Ｄ２２３－２」終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれる。

エ　数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。

オ　診療録に検査結果の要点を記載する。

（３）　「３　１及び２以外の場合」

ア　他の検査により睡眠中無呼吸発作の明らかな患者に対して睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として行った場合及び睡眠中多発するてんかん発作の患者又はうつ病若しくはナルコレプシーであって、重篤な睡眠、覚醒リズムの障害を伴うものの患者に対して行った場合に、１月に１回を限度として算定する。なお、区分番号「Ｃ１０７－２」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、初回月に限り２回、翌月以後は１月に１回を限度として算定できる。

当該検査を実施するに当たっては、下記(イ)から(ニ)までに掲げる検査の全て（睡眠時呼吸障害の疑われない患者については(イ)のみ）を当該患者の睡眠中８時間以上連続して測定し、記録する。

(イ)　脳波、眼球運動及びおとがい筋筋電図

(ロ)　鼻又は口における気流の検知

(ハ)　胸壁及び腹壁の換気運動記録

(ニ)　パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度連続測定

イ　脳波等の記録速度は、毎秒 1.5 センチメートル以上のものを標準とする。

ウ　同時に行った検査のうち、区分番号「Ｄ２００」スパイログラフィー等検査から本区分「２」までに掲げるもの及び区分番号「Ｄ２３９」筋電図検査については、併せて算

定できない。

エ　測定を開始した後、患者の覚醒等やむを得ない事情により、当該検査を途中で中絶した場合には、当該中絶までに施行した検査に類似する検査項目によって算定する。

オ　診療録に検査結果の要点を記載する。

Ｄ２３７－２　反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）

反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）は、ナルコレプシー又は特発性過眠症が強く疑われる患者に対し、診断の補助として、概ね２時間間隔で４回以上の睡眠検査を行った場合に１月に１回を限度として算定する。なお、本検査と区分番号「Ｄ２３７」終夜睡眠ポリグラフィーを併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

Ｄ２３８　脳波検査判断料

（１）　脳波検査判断料１は、脳波診断を担当した経験を５年以上有する医師が脳波診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託した場合は算定できない（「注３」の遠隔脳波診断により算定する場合を除く。）。

（２）　遠隔脳波診断を行った場合、脳波検査判断料１は、受信側の保険医療機関において、脳波診断を担当した経験を５年以上有する医師が脳波診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関における当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。この場合、当該患者の診療を担当する医師は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付すること。

（３）　遠隔脳波診断を行った場合は、送信側の保険医療機関において区分番号「Ｄ２３５」脳波検査及び本区分の脳波検査判断料１を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用については受信側、送信側の医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

Ｄ２３９　筋電図検査

（１）　「１」において、顔面及び躯幹は、左右、腹背を問わずそれぞれ１肢として扱う。

（２）　「２」については、混合神経について、感覚神経及び運動神経をそれぞれ測定した場合には、それぞれを１神経として数える。また、左右の神経は、それぞれを１神経として数える。

（３）　「３」については、多発性硬化症、運動ニューロン疾患等の神経系の運動障害の診断を目的として、単発若しくは二連発磁気刺激法による。検査する筋肉の種類及び部位にかかわらず、一連として所定点数により算定する。

Ｄ２３９－２　電流知覚閾値測定

電流知覚閾値測定は、末梢神経障害の重症度及び治療効果の判定を目的として、神経線維を刺激することによりその電流知覚閾値を測定した場合に、検査する筋肉の種類及び部位にかかわらず、一連につき所定点数により算定する。

Ｄ２３９－３　神経学的検査

（１）　神経学的検査は、意識状態、言語、脳神経、運動系、感覚系、反射、協調運動、髄膜刺激症状、起立歩行等に関する総合的な検査及び診断を、成人においては「別紙様式 19」の神経学的検査チャートを、小児においては「別紙様式 19 の２」の小児神経学的検査チャートを用いて行った場合に一連につき１回に限り算定する。

（２） 神経学的検査は、専ら神経系疾患（小児を対象とする場合も含む。）の診療を担当する医師（専ら神経系疾患の診療を担当した経験を 10 年以上有するものに限る。）として、地方厚生（支）局長に届け出ている医師が当該検査を行った上で、その結果を患者及びその家族等に説明した場合に限り算定する。

（３） 神経学的検査と一連のものとして実施された検査（眼振を検査した場合の「Ｄ２５０」平衡機能検査、眼底を検査した場合の「Ｄ２５５」精密眼底検査等を指す。）については、所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｄ２３９－４　全身温熱発汗試験

（１） 本検査は、多系統萎縮症、パーキンソン病、ポリニューロパチー、特発性無汗症、ホルネル症候群及びロス症候群等の患者に対し、ヨウ素デンプン反応を利用して患者の全身の発汗の有無及び発汗部位を確認した場合に、診断時に１回、治療効果判定時に１回に限り算定できる。

（２） 医師が直接監視を行うか、又は医師が同一建物内において直接監視をしている他の従事者と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる体制であること。

Ｄ２３９－５　精密知覚機能検査

精密知覚機能検査は、末梢神経断裂、縫合術後又は絞扼性神経障害の患者に対して、当該検査に関する研修を受講した者が、Semmes-Weinstein monofilament set を用いて知覚機能を定量的に測定した場合に算定できる。なお、検査の実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する評価マニュアルを遵守すること。

Ｄ２４０　神経・筋負荷テスト

（１） 「１」のテンシロンテストについては、Edrophonium Chloride を負荷して行う検査に伴う全ての検査（前後の観察及び精密眼圧測定を含む。）を含む。

（２） 「２」の瞳孔薬物負荷テストは、ホルネル症候群又はアディー症候群について行った場合に、負荷する薬剤の種類にかかわらず、一連として所定点数により算定する。

なお、使用した薬剤については、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。

（３） 「３」の乏血運動負荷テストについては、血中乳酸、焦性ブドウ酸、カリウム、無機リン等の測定検査の費用及び採血料を含む。

Ｄ２４２　尿水力学的検査

排尿筋圧測定の目的で、膀胱内圧測定と併せて直腸内圧を測定した場合には、「１」の膀胱内圧測定と区分番号「Ｄ２３３」直腸肛門機能検査の「１」１項目行った場合の所定点数を併せて算定する。

また、内圧流量検査の目的で、区分番号「Ｄ２４２」に掲げる検査を複数行った場合には、それぞれの所定点数を算定する。

Ｄ２４４　自覚的聴力検査

（１） 「１」の標準純音聴力検査は、日本工業規格の診断用オージオメーターを使用し、日本聴覚医学会制定の測定方法により、気導聴力（測定周波数 250、500、1,000、2,000、4,000、8,000Hz）及び骨導聴力（測定周波数 250、500、1,000、2,000、4,000Hz）を両耳について測定する方法をいう。

（２） 「２」のことばのききとり検査は、難聴者の語音了解度を測定し、補聴器及び聴能訓練の効果の評価を行った場合に算定する。

（３）　「３」の簡易聴力検査とは、室内騒音が 30 ホーン以下の防音室で行う検査である。

（４）　「３」の簡易聴力検査のうち「イ」は、日本工業規格の診断用オージオメーターを使用して標準純音聴力検査時と同じ測定周波数について気導聴力検査のみを行った場合に算定する。

（５）　「３」の簡易聴力検査のうち「ロ」は、次に掲げるア及びイを一連として行った場合に算定する。

ア　音叉を用いる検査（ウェーバー法、リンネ法、ジュレ法を含む。）

イ　オージオメーターを用いる検査（閉鎖骨導試験（耳栓骨導試験）、日本工業規格選別用オージオメーターによる気導検査を含む。）

（６）　「４」の後迷路機能検査とは、短音による検査、方向感機能検査、ひずみ語音明瞭度検査及び一過性閾値上昇検査(ＴＴＤ)のうち、１種又は２種以上のものを組み合わせて行うものをいい、２種以上行った場合においても、所定点数により算定する。

（７）　「５」の内耳機能検査の所定点数は、レクルートメント検査（ＡＢＬＢ法）、音の強さ及び周波数の弁別域検査、ＳＩＳＩテスト等の内耳障害の鑑別に係る全ての検査の費用を含むものであり、検査の数にかかわらず、所定点数により算定する。

（８）　「５」の耳鳴検査は、診断用オージオメーター、自記オージオメーター又は耳鳴検査装置を用いて耳鳴同調音の検索やラウドネスの判定及び耳鳴り遮蔽検査等を行った場合に算定する。

（９）　「６」の中耳機能検査は、骨導ノイズ法、鼓膜穿孔閉鎖検査（パッチテスト）、気導聴力検査等のうち２種以上を組み合わせて行った場合にのみ算定する。

Ｄ２４４－２　補聴器適合検査

（１）　補聴器適合検査は、聴力像に対し電気音響的に適応と思われる補聴器を選択の上、音場での補聴器装着実耳検査を実施した場合に算定する。

（２）　植込型骨導補聴器の植え込み及び接合子付骨導端子又は骨導端子を交換した後、補聴器適合検査を実施した場合は、「２」の２回目以降により算定する。

Ｄ２４５　鼻腔通気度検査

鼻腔通気度検査は、当該検査に関連する手術日の前後３月以内に行った場合に算定する。その場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該検査に関連する手術名及び手術日（手術前に当該検査を実施した場合においては手術実施予定日）を記載すること。

なお、手術に関係なく、睡眠時無呼吸症候群又は神経性（心因性）鼻閉症の診断の目的で行った場合にも、所定点数を算定できる。

Ｄ２４６　アコースティックオトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査

アコースティックオトスコープを用いて鼓膜音響反射率検査と耳鏡検査及び鼓膜可動性検査を併せて行い、リコーダーで記録を診療録に残した場合のみ算定できる。

なお、この場合の耳鏡検査及び鼓膜可動性検査の手技料は、当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｄ２４７　他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査

「５」の耳音響放射（ＯＡＥ）検査の「ロ」の「その他の場合」とは、誘発耳音響放射（ＥＯＡＥ）及び結合音耳音響放射（ＤＰＯＡＥ）をいう。

なお、「イ」及び「ロ」の両方を同一月中に行った場合は、「イ」の所定点数は算定できな

い。

Ｄ２４８　耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定

耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定において音響耳管法、耳管鼓室気流動体法又は加圧減圧法のいずれか又は複数により測定した場合に算定する。

Ｄ２５０　平衡機能検査

（１）　「１」の標準検査とは、上肢偏倚検査（遮眼書字検査、指示検査、上肢偏倚反応検査、上肢緊張検査等）、下肢偏倚検査（歩行検査、足ぶみ検査等）、立ちなおり検査（ゴニオメーター検査、単脚起立検査、両脚起立検査等）、自発眼振検査（正面、右、左、上、下の注視眼振検査、異常眼球運動検査、眼球運動の制限の有無及び眼位検査を含む検査）をいい、一連の検査につき、その数にかかわらず、所定点数により算定する。

（２）　「２」の刺激又は負荷を加える特殊検査とは、次に掲げるものをいい、それぞれ検査１回につき所定点数により算定する。

ア　温度眼振検査（温度による眼振検査）

イ　視運動眼振検査（電動式装置又はそれに準じた定量的方法により刺激を行う検査）

ウ　回転眼振検査（電動式装置又はそれに準じた定量的方法により刺激を行う検査）

エ　視標追跡検査

オ　迷路瘻孔症状検査

（３）　「３」の「イ」は、赤外線カメラを用い、暗視野において眼振及び眼球運動等の観察を行った場合に算定する。

（４）　「３」の「ロ」その他の場合とは、フレンツェル眼鏡下における頭位眼振及び変換眼振検査をいい、一連の検査につき、その数にかかわらず、所定点数により算定する。

（５）　頭位及び頭位変換眼振検査と併せて行った浮遊耳石置換法は、当該検査料に含まれる。

（６）　「４」の電気眼振図を区分番号「Ｄ２７８」眼球電位図（ＥＯＧ）と併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。

（７）　重心動揺計

ア　「５」の重心動揺計は、荷重変動を測定する検出器とこの荷重信号を記録・分析するデータ処理装置から成る装置を用いて、めまい・平衡障害の病巣診断のために行うものである。

本検査は、当該装置を用いて、重心動揺軌跡を記録し、その面積（外周・矩形・実効値面積）、軌跡長（総軌跡長・単位軌跡長・単位面積軌跡長）、動揺中心変位、ロンベルグ率を全て計測した場合に算定するものである。

なお、本検査は、「１」の標準検査を行った上、実施の必要が認められたものに限り算定するものである。

イ　「注」のパワー・ベクトル分析~~を行った場合の~~加算は、記録された重心動揺軌跡のコンピューター分析を行い、パワー・スペクトル、位置ベクトル、速度ベクトル、振幅確率密度分布を全て算出した場合に算定する。

ウ　「注」の刺激又は負荷~~を加えた場合の~~加算は、電気刺激、視運動刺激、傾斜刺激、水平運動刺激、振動刺激等姿勢反射誘発を加えて本検査を行った場合に１種目ごとに算定する。

（８）　「５」に掲げる別の検査を行った場合には、それぞれ算定できる。

Ｄ２５１　音声言語医学的検査

（１）　「２」の音響分析は、種々の原因による音声障害及び発音、構音、話しことば等の障害がある患者に対して、音声パターン検査又は音声スペクトル定量検査のうちの一方又は両方を行った場合に算定する。

（２）　「３」の音声機能検査とは、嗄声等の音声障害について、発声状態の総合的分析を行う検査であり、音域検査、声の強さ測定、発声時呼吸流の測定、発声持続時間の測定を組み合わせて、それぞれ又は同時に測定するものをいい、種類及び回数にかかわらず、一連として１回算定する。

Ｄ２５２　扁桃マッサージ法

扁桃マッサージ法は、慢性扁桃炎に対する病巣誘発試験として行われた場合に算定する。

Ｄ２５３　嗅覚検査

（１）　「１」の基準嗅覚検査は、５種の基準臭（Ｔ＆Ｔオルファクトメーター）による嗅力検査である。

（２）　「２」の静脈性嗅覚検査は、有嗅医薬品静注後の嗅感発現までの時間と嗅感の持続時間を測定するものであり、第６部第１節第１款の注射実施料は、所定点数に含まれる。

Ｄ２５４　電気味覚検査

（１）　電気味覚検査については、検査の対象とする支配神経領域に関係なく所定点数を一連につき１回算定する。

（２）　濾紙ディスク法による味覚定量検査は、電気味覚検査により算定する。

Ｄ２５５　精密眼底検査

精密眼底検査は、手持式、額帯式、固定式等の電気検眼鏡による眼底検査をいい、眼底カメラ撮影のみでは算定できない。

Ｄ２５５－２　汎網膜硝子体検査

増殖性網膜症、網膜硝子体界面症候群又は硝子体混濁を伴うぶどう膜炎の患者に対して、散瞳剤を使用し、細隙燈顕微鏡及び特殊レンズを用いて網膜、網膜硝子体界面及び硝子体の検査を行った場合に限り算定する。

Ｄ２５６　眼底カメラ撮影

（１）　眼底カメラ撮影は片側、両側の区別なく所定点数により算定する。

（２）　「通常の方法の場合」、「蛍光眼底法の場合」又は「自発蛍光撮影法の場合」のいずれか複数の検査を行った場合においては、主たる検査の所定点数により算定する。

（３）　デジタル撮影とは、画像情報をデジタル処理して管理及び保存が可能な撮影方法をいう。

（４）　デジタル撮影したものをフィルムへプリントアウトした場合、「ロ」のデジタル撮影を算定できるが、当該フィルムの費用は別に算定できない。

（５）　使用したフィルム及び現像の費用は、10 円で除して得た点数を加算する。

（６）　インスタントフィルムを使用した場合は、フィルムの費用として 10 円で除した点数を加算する。なお、１回当たり 16 点を限度とする。

（７）　アナログ撮影を行ったものをデジタルに変換した場合は、「イ」のアナログ撮影を算定する。

（８）　広角眼底撮影加算は、広角眼底撮影を、未熟児網膜症、網膜芽細胞腫又は網膜変性疾患が疑われる３歳未満の乳幼児に対して行った場合に限り加算する。

Ｄ２５６－３　光干渉断層血管撮影

光干渉断層血管撮影は片側、両側の区別なく所定点数により算定する。

Ｄ２５７　細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）

（１）　散瞳剤を使用し、前眼部、透光体及び網膜に対して細隙燈顕微鏡検査を行った場合には、検査の回数にかかわらず、１回に限り所定点数を算定する。

（２）　細隙燈を用いた場合であって写真診断を必要として撮影を行った場合は、使用したフィルム代等については、眼底カメラ撮影の例により算定する。

（３）　細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）を行った後、更に必要があって生体染色を施して再検査を行った場合は、再検査１回に限り区分番号「Ｄ２７３」細隙燈顕微鏡検査（前眼部）により算定する。

Ｄ２５８　網膜電位図（ＥＲＧ）

網膜電位図（ＥＲＧ）は、前眼部又は中間透光体に混濁があって、眼底検査が不能の場合又は眼底疾患の場合に限り、誘導数にかかわらず、所定点数により算定する。

Ｄ２５８－２　網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）

網膜機能精密電気生理検査（多局所網膜電位図）は区分番号「Ｄ２５８」網膜電位図（ＥＲＧ）では十分な情報が得られないと医師が認めるものであって、以下に掲げる場合において算定できる。

（１）　前眼部又は中間透光体に混濁があって、眼底検査が不能な黄斑疾患が疑われる患者に対して診断を目的として行う場合（初回診断時１回、以降３月に１回に限る。）

（２）　黄斑ジストロフィーの診断を目的とした場合（初回診断時１回、以降３月に１回に限る。）

（３）　網膜手術の前後（それぞれ１回ずつに限る。）

Ｄ２５９　精密視野検査

（１）　精密視野検査は、中心視野計又は周辺視野計を用いて視野の測定を行った場合に、それぞれ所定点数により算定する。

（２）　河本氏暗点計による検査及び機器を使用しない検査は、基本診療料に含まれる。

Ｄ２６０　量的視野検査

量的視野検査には、全視野にわたって検査する場合のほか、例えば、中心視野を特に重点的に検査する量的中心視野検査等、視野の一定部位を限定して検査する場合があるが、２つ以上の部位にわたって当該検査を同時に実施した場合においても、本区分の所定点数のみを算定する。

Ｄ２６１　屈折検査

（１）　屈折検査は、検眼レンズ等による自覚的屈折検定法又は検影法、レフラクトメーターによる他覚的屈折検定法をいい、両眼若しくは片眼又は検査方法の種類にかかわらず、所定点数により算定し、裸眼視力検査のみでは算定できない。

（２）　散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各１回を限度として所定点数を算定する。

（３）　屈折検査と区分番号「Ｄ２６３」矯正視力検査を併施した場合は、屈折異常の疑いがあるとして初めて検査を行った場合又は眼鏡処方~~せん~~箋を交付した場合に限り併せて算定できる。ただし、「１」については、弱視又は不同視等が疑われる場合に限り、３月に１回

（散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各１回）に限り併せて算定できる。

Ｄ２６２　調節検査

（１）　調節検査は、近点計等による調節力の測定をいうものであり、両眼若しくは片眼又は検査方法（調節力検査及び調節時間検査等を含む。）の種類にかかわらず、所定点数により算定する。

（２）　負荷調節検査を行った場合であって、負荷の前後に調節検査を行った場合には、所定点数の 100 分の 200 の点数を限度として算定する。

Ｄ２６３　矯正視力検査

眼鏡を処方する前後のレンズメーターによる眼鏡検査は、矯正視力検査に含むものとする。

Ｄ２６３－２　コントラスト感度検査

コントラスト感度検査は、空間周波数特性（ＭＴＦ）を用いた視機能検査をいい、水晶体混濁があるにも関わらず矯正視力が良好な白内障患者であって、水晶体再建術の手術適応の判断に必要な場合に、当該手術の前後においてそれぞれ１回に限り算定する。

Ｄ２６４　精密眼圧測定

（１）　精密眼圧測定は、ノンコンタクトトノメーター若しくはアプラネーショントノメーターを使用する場合又はディファレンシャル・トノメトリーにより眼内圧を測定する場合（眼球壁の硬性測定検査を行った場合を含む。）をいい、検査の種類にかかわらず、所定点数により算定する。

（２）　網膜中心血管圧測定に際しての精密眼圧測定は、別に算定できない。

（３）　「注」の加算は、水分を多量に摂取させたり、薬剤の注射、点眼若しくは暗室試験等の負荷により眼圧の変化をみた場合又は眼圧計等を使用して前房水の流出率、産出量を測定した場合に、検査の種類、負荷回数にかかわらず、１回のみ所定点数により算定する。

Ｄ２６５－２　角膜形状解析検査

（１）　角膜形状解析検査は、初期円錐角膜などの角膜変形患者、角膜移植後の患者又は高度角膜乱視（２ジオプトリー以上）を伴う白内障患者の手術前後に行われた場合に限り算定する。

（２）　角膜移植後の患者については２か月に１回を限度として算定し、高度角膜乱視を伴う白内障患者については手術の前後各１回に限り算定する。

（３）　角膜変形患者に対して行われる場合は、コンタクトレンズ処方に伴う場合を除く。

Ｄ２６６　光覚検査

光覚検査とは、アダプトメーター等による光覚検査をいう。

Ｄ２６７　色覚検査

「２」の場合には、ランターンテスト及び定量的色盲表検査が含まれるが、色覚検査表による単なるスクリーニング検査は算定しない。

Ｄ２６８　眼筋機能精密検査及び輻輳検査

眼筋機能精密検査及び輻輳検査とは、マドックスによる複像検査、正切スカラによる眼位の検査、プリズムを用いた遮閉試験（交代遮閉試験）、ＨＥＳＳ赤緑試験、輻輳近点検査、及び視診での眼球運動検査（遮閉-遮閉除去試験、９方向眼位検査、固視検査、Bielschowsky 頭部傾斜試験及び Parks の３ステップテスト）等をいう。

Ｄ２６９－２　光学的眼軸長測定

光学的眼軸長測定は非接触型機器を用いて眼軸長を測定した場合に算定する。接触型Ａモード法による場合は、区分番号「Ｄ２１５」超音波検査の「１」のＡモード法により算定する。

Ｄ２７０－２　ロービジョン検査判断料

（１）　身体障害者福祉法別表に定める障害程度の視覚障害を有するもの（ただし身体障害者手帳の所持の有無を問わない。）に対して、眼科学的検査（Ｄ２８２－３を除く。）を行い、その結果を踏まえ、患者の保有視機能を評価し、それに応じた適切な視覚的補助具（補装具を含む。）の選定と、生活訓練・職業訓練を行っている施設等との連携を含め、療養上の指導管理を行った場合に限り算定する。

（２）　当該判断料は、厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会（眼鏡等適合判定医師研修会）を修了した医師が、眼科学的検査（Ｄ２８２－３を除く。）を行い、その結果を判断した際に、月に１回に限り算定する。

Ｄ２７２　両眼視機能精密検査

両眼視機能精密検査とは、Worth４灯法、赤フィルター法等による両眼単視検査をいう。

Ｄ２７３　細隙燈顕微鏡検査（前眼部）

（１）　細隙燈顕微鏡検査（前眼部）とは、細隙燈顕微鏡を用いて行う前眼部及び透光体の検査をいうものであり、区分番号「Ｄ２５７」細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）と併せて算定できない。

（２）　細隙燈を用いた場合であって、写真診断を必要として撮影を行った場合は、使用したフィルム代等については、眼底カメラ撮影の例により算定する。

（３）　細隙燈顕微鏡検査（前眼部）を行った後、更に必要があって生体染色を施して再検査を行った場合は、再検査１回に限り算定する。

Ｄ２７４　前房隅角検査

前房隅角検査とは、隅角鏡を用いて行う前房隅角検査であり、緑内障等の場合に行う。

Ｄ２７４－２　前眼部三次元画像解析

前眼部三次元画像解析は、急性緑内障発作を疑う狭隅角眼又は角膜移植術後の患者に対して、月１回に限り算定する。

Ｄ２７５－２　前房水漏出検査

前房水漏出検査は、当該検査について十分な経験を有する医師により実施された場合に算定する。

Ｄ２７６　網膜中心血管圧測定

（１）　「１」の簡単なものとは、オフタルモ・ダイナモメーターによる網膜中心血管圧測定検査である。

（２）　「２」の複雑なものとは、キャップメーターによる網膜中心血管圧測定検査をいう。

Ｄ２７７　涙液分泌機能検査、涙管通水・通色素検査

涙液分泌機能検査とは、シルメル法等による涙液分泌機能検査をいう。

Ｄ２７８　眼球電位図（ＥＯＧ）

区分番号「Ｄ２５０」平衡機能検査の「４」の電気眼振図と併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。

Ｄ２７９　角膜内皮細胞顕微鏡検査

眼内手術、角膜手術における手術の適応の決定及び術後の経過観察若しくは円錐角膜又は水疱性角膜症の患者に対する角膜状態の評価の際に算定する。

Ｄ２８０　レーザー前房蛋白細胞数検査

レーザー前房蛋白細胞測定装置を用いて、前眼部炎症の程度を診断するために、前房内の蛋白濃度及び細胞数を測定するものである。

Ｄ２８１　瞳孔機能検査（電子瞳孔計使用）

視神経炎、視神経症等の求心性疾患や動眼神経麻痺、ホルネル症候群、アディー症候群、糖尿病による自律神経障害等の遠心性疾患又は変性疾患及び中毒による疾患の診断を目的として行った場合に算定できる。

Ｄ２８２　中心フリッカー試験

視神経疾患の診断のために行った場合に算定する。

Ｄ２８２－２　行動観察による視力検査

（１）　ＰＬ(Preferential Looking)法

ア　ＰＬ法は４歳未満の乳幼児又は通常の視力検査で視力測定ができない患者に対し、粟屋－Mohindra 方式等の測定装置を用いて視力測定を行った場合に算定する。

イ　テラーカード等による簡易測定は本検査には含まれない。

ウ　診療録に検査結果の要点を記載する。

（２）　乳幼児視力測定（テラーカード等によるもの）

乳幼児視力測定は、４歳未満の乳幼児又は通常の視力検査で視力測定できない患者に対し、テラーカード等による簡易視力測定を行った場合に算定し、診療録に検査結果の要点を記載する。

また、Ｄ２８２－２の１と併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

Ｄ２８２－３　コンタクトレンズ検査料

（１）　コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者（既装用者の場合を含む。以下同じ。）に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料「１」、「２」、「３」又は「４」により算定する。

（２）　別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たさない保険医療機関において、コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ検査料「１」、「２」、「３」又は「４」の他、区分番号「Ｄ２５５」から区分番号「Ｄ２８２－２」までに掲げる眼科学的検査についても算定できない。

（３）　コンタクトレンズ検査料を算定する場合においては、区分番号「Ａ０００」初診料の注９及び区分番号「Ａ００１」再診料の注７に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。

（４）　当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去にコンタクトレンズ検査料を算定した患者に対してコンタクトレンズ検査料を算定する場合は、区分番号「Ａ０００」に掲げる初診料は算定せず、区分番号「Ａ００１」に掲げる再診料又は区分番号「Ａ００２」に掲げる外来診療料を算定する。

（５）　コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対して眼科学的検査を行った場合は、「１」、「２」、「３」又は「４」の所定点数を算定し、別に区分番号「Ｄ２５５」から区分番号「Ｄ２８２－２」までに掲げる眼科学的検査は別に算定できない。ただし、新たな疾患の発生（屈折異常以外の疾患の急性増悪を含む。）によりコンタクトレンズの装用

を中止しコンタクトレンズの処方を行わない場合、円錐角膜、角膜変形若しくは高度不正乱視の治療を目的としてハードコンタクトレンズの処方を行った場合、９歳未満の小児に対して弱視、斜視若しくは不同視の治療を目的としてコンタクトレンズの処方を行った場合、緑内障又は高眼圧症の患者（治療計画を作成し診療録に記載するとともに、アプラネーショントノメーターによる精密眼圧測定及び精密眼底検査を実施し、視神経乳頭の所見を詳細に診療録に記載した場合に限る。）、網膜硝子体疾患若しくは視神経疾患の患者（治療計画を作成し診療録に記載するとともに、散瞳剤を使用し、汎網膜硝子体検査又は精密眼底検査、細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）並びに眼底カメラ撮影を実施し、網膜硝子体又は視神経乳頭の所見を図示して詳細に診療録に記載した場合に限る。）、度数のない治療用コンタクトレンズを装用する患者~~又は、~~眼内の手術（角膜移植術を含む。）前後の患者、スティーヴンス・ジョンソン症候群又は中毒性表皮壊死症の眼後遺症に対する治療用コンタクトレンズを装用する患者等にあっては、当該点数を算定せず、区分番号「Ｄ２５５」から区分番号「Ｄ２８２－２」までに掲げる眼科学的検査により算定する。なお、この場合においても、区分番号「Ａ０００」に掲げる初診料は算定せず、区分番号「Ａ００１」に掲げる再診料又は区分番号「Ａ００２」に掲げる外来診療料を算定する。

（６） コンタクトレンズ検査料３又は４を算定する医療機関のうち、コンタクトレンズに係る診療の割合が、７．５割を超える医療機関においては、病態により個別の検査を実施する必要がある場合には、適切な治療が提供されるよう、速やかにより専門的な医療機関へ転医させるよう努めること。

Ｄ２８２－４　ダーモスコピー

ダーモスコピーは、悪性黒色腫、基底細胞癌、ボーエン病、色素性母斑、老人性色素斑、脂漏性角化症、エクリン汗孔腫、血管腫等の色素性皮膚病変の診断又は経過観察の目的で行った場合に、~~初回の診断日~~検査の回数又は部位数にかかわらず４月に１回に限り算定する。なお、新たに他の疾患で検査を行う場合であっても、前回の算定日から１月を経過していること。

Ｄ２８３　発達及び知能検査

Ｄ２８４　人格検査

Ｄ２８５　認知機能検査その他の心理検査

（１） 検査を行うに当たっては、個人検査用として標準化され、かつ、確立された検査方法により行う。

（２） 各区分のうち「１」の「操作が容易なもの」とは、検査及び結果処理に概ね 40 分以上を要するもの、「２」の「操作が複雑なもの」とは、検査及び結果処理に概ね１時間以上を要するもの、「３」の「操作と処理が極めて複雑なもの」とは、検査及び結果処理に１時間 30 分以上要するものをいう。

なお、臨床心理・神経心理検査は、医師が自ら、又は医師の指示により他の従事者が自施設において検査及び結果処理を行い、かつ、その結果に基づき医師が自ら結果を分析した場合にのみ算定する。

（３） 医師は診療録に分析結果を記載する。

（４） 区分番号「Ｄ２８３」発達及び知能検査の「１」とは、津守式乳幼児精神発達検査、牛島乳幼児簡易検査、日本版ミラー幼児発達スクリーニング検査、遠城寺式乳幼児分析的発

達検査、デンバー式発達スクリーニング、ＤＡＭグッドイナフ人物画知能検査、フロスティッグ視知覚発達検査、脳研式知能検査、コース立方体組み合わせテスト、レーヴン色彩マトリックス及びＪＡＲＴのことをいう。

（５） 区分番号「Ｄ２８３」発達及び知能検査の「２」とは、ＭＣＣベビーテスト、ＰＢＴピクチュア・ブロック知能検査、新版Ｋ式発達検査、ＷＰＰＳＩ知能診断検査、全訂版田中ビネー知能検査、田中ビネー知能検査Ｖ、鈴木ビネー式知能検査、ＷＩＳＣ－Ｒ知能検査、ＷＡＩＳ－Ｒ成人知能検査（ＷＡＩＳを含む。）、大脇式盲人用知能検査及びベイリー発達検査のことをいう。

（６） 区分番号「Ｄ２８３」発達及び知能検査の「３」とは、ＷＩＳＣ-Ⅲ知能検査、ＷＩＳＣ-Ⅳ知能検査及びＷＡＩＳ-Ⅲ成人知能検査のことをいう。

（７） 区分番号「Ｄ２８４」人格検査の「１」とは、パーソナリティイベントリー、モーズレイ性格検査、Ｙ－Ｇ矢田部ギルフォード性格検査、ＴＥＧ－Ⅱ東大式エゴグラム及び新版ＴＥＧのことをいう。

（８） 区分番号「Ｄ２８４」人格検査の「２」とは、バウムテスト、ＳＣＴ、Ｐ－Ｆスタディ、ＭＭＰＩ、ＴＰＩ、ＥＰＰＳ性格検査、16Ｐ－Ｆ人格検査、描画テスト、ゾンディーテスト及びＰＩＬテストのことをいう。

（９） 区分番号「Ｄ２８４」人格検査の「３」とは、ロールシャッハテスト、ＣＡＰＳ、ＴＡＴ絵画統覚検査及びＣＡＴ幼児児童用絵画統覚検査のことをいう。

(10) 区分番号「Ｄ２８５」認知機能検査その他の心理検査の「１」とは、ＣＡＳ不安測定検査、ＳＤＳうつ性自己評価尺度、ＣＥＳ－Ｄうつ病（抑うつ状態）自己評価尺度、ＨＤＲＳハミルトンうつ病症状評価尺度、ＳＴＡＩ状態・特性不安検査、ＰＯＭＳ、ＩＥＳ－Ｒ、ＰＤＳ、ＴＫ式診断的新親子関係検査、ＣＭＩ健康調査票、ＧＨＱ精神健康評価票、ＭＡＳ不安尺度、ブルドン抹消検査、ＭＥＤＥ多面的初期認知症判定検査、ＷＨＯ　ＱＯＬ26、ＣＯＧＮＩＳＴＡＴ、ＳＩＢ、Ｃｏｇｈｅａｌｔｈ（医師、看護師又は臨床心理技術者が検査に立ち会った場合に限る。）、ＮＰＩ、ＢＥＨＡＶＥ－ＡＤ、音読検査（特異的読字障害を対象にしたものに限る。）、ＡＱ日本語版、ＷＵＲＳ、ＭＣＭＩ－Ⅱ、ＭＯＣＩ邦訳版、日本語版ＬＳＡＳ－Ｊ（６月に１回に限る。）、ＤＥＳ－Ⅱ~~及び~~、ＥＡＴ－26、Ｍ－ＣＨＡＴ、ＳＴＡＩ－Ｃ状態・特性不安検査（児童用）、ＤＳＲＳ－Ｃ、長谷川式知能評価スケール、ＭＭＳＥ、前頭葉評価バッテリー、ストループテスト及びＭｏＣＡ－Ｊのことをいう。

(11) 区分番号「Ｄ２８５」認知機能検査その他の心理検査の「２」とは、ベントン視覚記銘検査、内田クレペリン精神検査、三宅式記銘力検査、標準言語性対連合学習検査（S-PA）、ベンダーゲシュタルトテスト、ＷＣＳＴウイスコンシン・カード分類検査、ＳＣＩＤ構造化面接法、遂行機能障害症候群の行動評価（ＢＡＤＳ）、リバーミード行動記憶検査及びＲａｙ－Ｏｓｔｅｒｒｉｅｔｈ　Ｃｏｍｐｌｅｘ　Ｆｉｇｕｒｅ　Ｔｅｓｔ（ＲＯＣＦＴ）のことをいう。

(12) 区分番号「Ｄ２８５」認知機能検査その他の心理検査の「３」とは、ＩＴＰＡ、標準失語症検査、標準失語症検査補助テスト、標準高次動作性検査、標準高次視知覚検査、標準注意検査法・標準意欲評価法、ＷＡＢ失語症検査、老研版失語症検査、Ｋ－ＡＢＣ、Ｋ－ＡＢＣⅡ、ＷＭＳ－Ｒ、ＡＤＡＳ、ＤＮ－ＣＡＳ認知評価システム、小児自閉症評定尺度、

発達障害の要支援度評価尺度（~~MSPA~~ＭＳＰＡ）~~及び~~、親面接式自閉スペクトラム症評定尺度改訂版（~~PARS-TR~~ＰＡＲＳ－ＴＲ）及び子ども版解離評価表のことをいう。

(13)　~~改訂長谷川式簡易知能評価スケールを用いた検査及び~~国立精研式認知症スクリーニングテストの費用は、基本診療料に含まれているものであり、別に算定できない。

Ｄ２８６　肝及び腎のクリアランステスト

（１）　肝及び腎のクリアランステストとは、負荷後に検体採取及び検体分析を経時的若しくは連続的に行う検査である。

（２）　肝クリアランステストに該当するものは、ＩＣＧ等を用いた検査であり、腎クリアランステストに該当するものは、ＰＳＰ、チオ硫酸等を負荷して行うクリアランステスト、腎血漿流量測定、糸球体濾過値測定である。

（３）　肝及び腎のクリアランステストは、肝クリアランステスト又は腎クリアランステストのいずれかを実施した場合に算定できる。

（４）　「注２」の注射とは、第６部第１節第１款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

Ｄ２８６－２　イヌリンクリアランス測定

（１）　検査に伴って行った注射、採血及び検体測定の費用は、所定点数に含まれるが、使用した薬剤は別途算定できる。

（２）　６月に１回に限り算定する。

（３）　区分番号「Ｄ２８６」肝及び腎のクリアランステストのうち、腎のクリアランステストと、本検査を併せて行った場合には、いずれか主たるもののみ算定する。

Ｄ２８７　内分泌負荷試験

（１）　各負荷試験については、測定回数及び負荷する薬剤の種類にかかわらず、一連のものとして月１回に限り所定点数を算定する。ただし、「１」の「イ」の成長ホルモンに限り、月２回まで所定点数を算定できる。

なお、「１」の下垂体前葉負荷試験及び「５」の副腎皮質負荷試験以外のものについては、測定するホルモンの種類にかかわらず、一連のものとして算定する。

（２）　内分泌負荷試験において、負荷の前後に係る血中又は尿中のホルモン等測定に際しては、測定回数、測定間隔等にかかわらず、一連のものとして扱い、当該負荷試験の項により算定するものであり、検体検査実施料における生化学的検査(Ⅰ)又は生化学的検査(Ⅱ)の項では算定できない。

（３）　「１」の下垂体前葉負荷試験に含まれるものとしては、下記のものがある。

ア　成長ホルモン（ＧＨ）については、インスリン負荷、アルギニン負荷、Ｌ－ＤＯＰＡ負荷、クロニジン負荷、グルカゴン負荷、プロプラノロール負荷、ブロモクリプチン負荷、睡眠負荷等

イ　ゴナドトロピン（ＬＨ及びＦＳＨ）については、ＬＨ－ＲＨ負荷、クロミフェン負荷等

ウ　甲状腺刺激ホルモン（ＴＳＨ）については、ＴＲＨ負荷等

エ　プロラクチン（ＰＲＬ）については、ＴＲＨ負荷、ブロモクリプチン負荷等

オ　副腎皮質刺激ホルモン（ＡＣＴＨ）については、インスリン負荷、メトピロン負荷、デキサメサゾン負荷、ＣＲＨ負荷等

（４）　「２」の下垂体後葉負荷試験の抗利尿ホルモン（ＡＤＨ）については、水制限、高張食塩水負荷（カーター・ロビンステスト）等が含まれる。

（５）　「３」の甲状腺負荷試験の甲状腺ホルモンについては、T_3抑制等が含まれる。

（６）　「４」の副甲状腺負荷試験の副甲状腺ホルモン（ＰＴＨ）については、カルシウム負荷、ＰＴＨ負荷（エルスワースハワードテスト）、ＥＤＴＡ負荷等が含まれる。

（７）　「５」の副腎皮質負荷試験に含まれるものとしては、下記のものがある。

ア　鉱質コルチコイド（レニン、アルドステロン）については、フロセマイド負荷、アンギオテンシン負荷等

イ　糖質コルチコイド（コルチゾール、ＤＨＥＡ及びＤＨＥＡＳ）については、ＡＣＴＨ負荷、デキサメサゾン負荷、メトピロン負荷等

（８）　「６」の性腺負荷試験に含まれるものとしては、下記のものがある。

ア　テストステロンについては、ＨＣＧ負荷等

イ　エストラジオールについては、HMG負荷等

（９）　「注２」の注射とは、第６部第１節第１款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

(10)　本試験に伴って区分番号「Ｄ４１９」その他の検体採取の「５」の副腎静脈サンプリングにより採血を行った場合、その費用は別に算定できる。

Ｄ２８８　糖負荷試験

（１）　負荷の前後に係る血中又は尿中のホルモン等測定に際しては、測定回数、測定間隔等にかかわらず、一連のものとして扱い、当該負荷試験の項により算定するものであり、検体検査実施料における生化学的検査(Ⅰ)又は生化学的検査(Ⅱ)の項では算定できない。

（２）　「２」の耐糖能精密検査（常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中Ｃ－ペプチド測定を行った場合）は、常用負荷試験及び負荷前後の血中インスリン測定又は血中Ｃ－ペプチド測定を行った場合に算定する。

（３）　乳糖を服用させて行う耐糖試験は、糖負荷試験により算定する。また、使用した薬剤は、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。

（４）　ブドウ糖等を１回負荷し、負荷前後の血糖値等の変動を把握する検査は、糖負荷試験の所定点数により算定する。

（５）　「注」の注射とは、第６部第１節第１款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

Ｄ２８９　その他の機能テスト

（１）　胃液分泌刺激テスト

ア　「３」の胃液分泌刺激テストは、生体に分泌刺激物質を投与し、胃液若しくは血液を採取、分析することにより胃液分泌機能を検査するものであり、胃液分泌刺激テストに該当するものは、ガストリン刺激テスト、ヒスタログ刺激試験、Katsch-Kalk 法、ヒスタミン法等である。

イ　検査に伴って行った注射、検体採取、検体測定及びエックス線透視の費用は、別に算定できない。

（２）　「３」の胆道機能テストは、十二指腸ゾンデを十二指腸乳頭部まで挿入し、胆道刺激物を投与して十二指腸液を分画採取した場合に算定する。

（３）　「４」のセクレチン試験は、十二指腸液採取用二重管を十二指腸まで挿入し、膵外分泌刺激ホルモンであるセクレチンを静脈注射し、刺激後の膵液量、重炭酸濃度及びアミラーゼ排出量を測定した場合に算定する。

ただし、セクレチン注射の手技料、測定に要する費用、血清酵素逸脱誘発試験の費用等は所定点数に含まれる。

（４）　「注」の注射とは、第６部第１節第１款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

Ｄ２９０　卵管通気・通水・通色素検査、ルビンテスト

卵管通気・通水・通色素検査、ルビンテストの所定点数は、それぞれ両側についての点数であり、検査の種類及び回数にかかわらず、所定点数のみを算定する。

Ｄ２９０－２　尿失禁定量テスト（パッドテスト）

尿失禁定量テスト(パッドテスト)は、尿失禁患者において、体動時の失禁尿をパッドにより採取し、定量的な尿失禁の評価を行うものであり、１月につき１回に限り算定できる。ただし、使用されるパッドの費用は、所定点数に含まれる。

Ｄ２９１　皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光線貼布試験、最小紅斑量（ＭＥＤ）測定

（１）　皮内反応検査とは、ツベルクリン反応、各種アレルゲンの皮膚貼布試験（皮内テスト、スクラッチテストを含む。）等であり、ツベルクリン、アレルゲン等検査に使用した薬剤に係る費用は、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。

（２）　数種のアレルゲン又は濃度の異なったアレルゲンを用いて皮内反応検査を行った場合は、それぞれにつき１箇所として所定点数を算定するものである。

（３）　薬物投与に当たり、あらかじめ皮内反応、注射等による過敏性検査を行った場合にあっては、皮内反応検査の所定点数は算定できない。

（４）　薬物光線貼布試験、最小紅斑量（ＭＥＤ）測定は、１照射につき１箇所として算定する。

Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査

（１）　問診及び血液検査等から、食物アレルギーが強く疑われる９歳未満の小児に対し、原因抗原の特定、耐性獲得の確認のために、食物負荷検査を実施した場合に、12 月に２回を限度として算定する。

（２）　検査を行うに当たっては、食物アレルギー負荷検査の危険性、必要性、検査方法及びその他の留意事項について、患者又はその家族等に対して文書により説明の上交付するとともに、その文書の写しを診療録に添付すること。

（３）　負荷試験食の費用は所定点数に含まれる。

（４）　小児食物アレルギーの診療に当たっては、「厚生労働科学研究班による食物アレルギーの診療の手引き 2011（平成 21～23 年度厚生労働科学研究）」を参考とすること。

（５）　「注２」の注射とは、第６部第１節第１款の注射実施料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

Ｄ２９１－３　内服・点滴誘発試験

（１）　貼付試験、皮内反応、リンパ球幼若化検査等で診断がつかない薬疹の診断を目的とした場合であって、入院中の患者に対して被疑薬を内服若しくは点滴・静注した場合に限り算定できる。

（２） 検査を行うに当たっては、内服・点滴誘発試験の危険性、必要性、検査方法及びその他の留意事項について、患者又はその家族等に対して文書により説明の上交付するとともに、その文書の写しを診療録に添付すること。

［内視鏡検査に係る共通事項（区分番号「Ｄ２９５」から区分番号「Ｄ３２５」まで）］

（１） 本節の通則による新生児加算又は乳幼児加算を行う場合には、超音波内視鏡検査実施加算は、所定点数に含まないものとする。

（２） 内視鏡検査の「通則２」による算定において、区分番号「Ｄ３１３」大腸内視鏡検査の「１」のイ、ロ及びハについては、同一の検査として扱う。また、準用が通知されている検査については、当該検査が準ずることとされている検査と同一の検査として扱う。

（３） 通則３の当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断を行った場合の点数は、区分番号「Ａ０００」に掲げる初診料（注５に規定する２つ目の診療科に係る初診料を含む。）を算定した日に限り、算定できる。

（~~３~~４） 「通則５」の入院中の患者以外の患者に対する内視鏡検査（区分番号「Ｄ３２４」及び「Ｄ３２５」を除く。以下、「通則５」に係る留意事項において、「内視鏡検査」という。）の休日加算、時間外加算又は深夜加算は、次の場合に算定できる。ただし、内視鏡検査が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外又は深夜に行われた場合には算定できない。

（ア） 休日加算、時間外加算又は深夜加算が算定できる初診又は再診に引き続き行われた緊急内視鏡検査の場合

（イ） 初診又は再診に引き続いて、内視鏡検査に必要不可欠な検査等を行った後速やかに内視鏡検査（休日に行うもの又はその開始時間（患者に対し直接施療した時をいう。）が診療時間以外の時間若しくは深夜であるものに限る。）を開始した場合であって、当該初診又は再診から内視鏡検査の開始時間までの間が８時間以内である場合（当該内視鏡検査の開始時間が入院手続きの後の場合を含む。）

（~~４~~５） 「通則５」の入院中の患者に対する内視鏡検査の休日加算又は深夜加算は、病状の急変により、休日に緊急内視鏡検査を行った場合又は開始時間が深夜である緊急内視鏡検査を行った場合に算定できる。

ただし、内視鏡検査が保険医療機関又は保険医の都合により休日又は深夜に行われた場合には算定できない。

（~~５~~６） 「通則５」の休日加算、時間外加算又は深夜加算の対象となる時間の取扱いは初診料と同様であり、区分番号「Ａ０００」初診料の注９又は区分番号「Ａ００１」再診料の注７に規定する夜間・早朝等加算を算定する場合にあっては、通則５の休日加算、時間外加算又は深夜加算は算定しない。

（~~６~~７） 「通則５」の休日加算、時間外加算又は深夜加算に係る「所定点数」とは、区分番号「Ｄ２９５」から「Ｄ３２３」までに掲げられた点数及び各注による加算を合計した点数であり、内視鏡検査の通則における費用は含まない。ただし、同一の患者につき同一月において同一検査を２回以上実施した場合における２回目以降の検査である場合「所定点数」は、区分番号「Ｄ２９５」から「Ｄ３２３」までに掲げられた点数及び各注による加算を合計した点数の 100 分の 90 に相当する点数とする。

（~~７~~８） 内視鏡検査に際して第２章第 11 部に掲げる麻酔を行った場合は、麻酔の費用を別に算

定する。

（~~8~~ 9） 内視鏡検査で麻酔手技料を別に算定できない麻酔を行った場合の薬剤料は、区分番号「Ｄ５００」薬剤により算定する。

（~~9~~ 10） 処置又は手術と同時に行った内視鏡検査は、別に算定できない。

（1~~0~~1） 内視鏡検査当日に、検査に関連して行う第６部第１節第１款の注射実施料は別に算定できない。

（1~~1~~2） 区分番号「Ｄ２９５」関節鏡検査から区分番号「Ｄ３２５」肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法までに掲げる内視鏡検査は、次により算定する。

ア 生検用ファイバースコピーを使用して組織の採取を行った場合は、採取した組織の個数にかかわらず、１回の内視鏡検査について区分番号「Ｄ４１４」内視鏡下生検法に掲げる所定点数を別に算定する。

イ 互いに近接する部位の２以上のファイバースコピー検査を連続的に行った場合には、主たる検査の所定点数のみにより算定する。

ウ 内視鏡検査をエックス線透視下において行った場合にあっても、区分番号「Ｅ０００」透視診断は算定しない。

エ 写真診断を行った場合は、使用フィルム代（現像料及び郵送料を含むが、書留代等は除く。）を 10 円で除して得た点数を加算して算定するが、区分番号「Ｅ００２」撮影及び区分番号「Ｅ００１」写真診断は算定しない。

オ 当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断のみを行った場合は、診断料として１回につき所定点数を算定できるが、患者が当該傷病につき当該医療機関で受診していない場合は算定できない。

（1~~2~~3） 区分番号「Ｄ３０６」食道ファイバースコピー、「Ｄ３０８」胃・十二指腸ファイバースコピー、「Ｄ３１０」小腸内視鏡検査、「Ｄ３１２」直腸ファイバースコピー又は「Ｄ３１３」大腸内視鏡検査を行う際に、インジゴカルミン、メチレンブルー、トルイジンブルー、コンゴーレッド等による色素内視鏡法を行った場合は、粘膜点墨法に準じて算定する。ただし、使用される色素の費用は所定点数に含まれる。

（1~~3~~4） 内視鏡検査を行うに当たっては、関係学会のガイドライン等に基づき、必要な消毒及び洗浄を適切に行うこと。

（1~~4~~5） 鎮静下に内視鏡検査を実施する場合には、モニター等で患者の全身状態の把握を行うこと。

Ｄ２９６－２ 鼻咽腔直達鏡検査

鼻咽腔直達鏡検査は、区分番号「Ｄ２９８」嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピーと同時に行った場合は算定できない。

Ｄ２９８ 嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー

嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピーについては、嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部の全域にわたっての一連の検査として算定する。

Ｄ２９８－２ 内視鏡下嚥下機能検査

（１） 内視鏡下嚥下機能検査は、嚥下機能が低下した患者に対して、喉頭内視鏡等を用いて直接観察下に着色水を嚥下させ、嚥下反射惹起のタイミング、着色水の咽頭残留及び誤嚥の程度を指標に嚥下機能を評価した場合に算定する。