

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の2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の2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。

~~A 2 3 1 児童・思春期精神科入院医療管理加算~~

~~(1) 児童・思春期精神科入院医療管理加算は、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ことを評価したものである。~~

~~(2) 当該加算は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。）について算定することができる。~~

~~(3) 当該加算を算定する場合には、医師は看護師、精神保健福祉士及び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又はこれに準ずる様式を用いて、詳細な診療計画を作成すること。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こと。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こと。~~

~~(4) 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こと。~~

A 2 3 1 - 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」（平成22年3月5日保医発0305第2号）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。

A 2 3 1 - 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、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る。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、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。

A 2 3 1 - 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、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。

A 2 3 2 がん診療連携拠点病院加算

- (1) がん診療連携拠点病院加算は、カ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。
- (2) 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に入院した患者について、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。
- (3) 当該加算の対象患者は、(2)に定める患者であり、別の保険医療機関において悪性腫瘍と診断された患者からの紹介を受け、当該がん診療連携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や悪性腫瘍の疑い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~~を行った~~患者は対象患者に含まれない。

- (4) がん診療連携拠点病院加算を算定した場合は、区分番号「C005-6-3」がん診療連携管理料は算定できない。

~~A 2 3 3 栄養管理実施加算~~

- ~~(1) 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。~~
- ~~(2) 当該加算は、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術基本料2若しくは3を算定している入院患者であって、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栄養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。~~

~~(3) 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。~~

~~(4) 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。~~

~~(5) 栄養管理は、次に掲げる内容を実施するものとする。~~

~~ア 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）。~~

~~イ 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、別紙様式5又はこれに準じた様式とする。）を作成すること。~~

~~ウ 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、当該計画書の写しを診療録に添付すること。~~

~~エ 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。~~

~~オ 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。~~

~~(6) 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。~~

~~(7) 当該保険医療機関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。~~

A 2 3 3 - 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、~~当該加算を算定できる病棟に入院している患者であって、~~
~~区分番号A 2 3 3に掲げる~~栄養管理計画実施加算を策定算定している患者のうち、次のアからエ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実施加算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、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10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、算定可能である。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」別添2「入院基本料等の施設基準」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、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10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。

A 2 3 4 医療安全対策加算

(1) ~~医療安全対策加算~~

≠ 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。~~

~~(2) 感染防止対策加算~~

~~ア 「注2」の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、更に院内に感染防止対策のチームを設置し、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る。~~

~~イ 感染防止対策チームは以下の業務を行うものとする。~~

~~(イ) 感染防止対策チームは、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。~~

~~(ロ) 感染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等を取り、投与量、投与期間の把握を行い、臨床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。~~

~~(ハ) 感染防止対策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。~~

A 2 3 4 - 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る。

(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等を取り、投与量、投与期間の把握を行い、臨床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。

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」に掲げるがん診療連携拠点病院加算を算定している場合は算定できない。

~~A235 褥瘡患者管理加算~~

~~(1) 褥瘡患者管理加算は、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、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。~~

~~(2) 当該加算は、褥瘡対策の要件に基づき、計画を立て、当該計画を実行し、その評価を行った日に算定する。~~

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

~~（4）褥瘡患者管理加算を算定した患者については、当該加算は算定できない。~~

A 2 3 6 - 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つて、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つて、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） 経膈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

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「A 2 3 7」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入院あたり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 cm	2 cm	3 cm	4 cm以上

A 2 3 7 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

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入院あたり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 ~~慢性期病棟等~~退院調整加算

- (1) 退院調整加算は、入院早期より退院困難な要因を有する者を抽出し、その上で退院困難な要因を有する者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び当該計画に基づき退院した場合について算定する。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こと。

また、退院支援計画の作成及び退院後の療養環境の調整については、病棟及び退院調整部門において、共同して行うこと。例えば、退院困難な要因を有する者の抽出及び退院支援計画の作成については、医療・看護の観点から退院困難な要因の明確化等を患者が入院している病棟において行い、退院後に必要な訪問診療や訪問看護の活用等の調整は退院調整部門で行う等、医療機関毎の退院に向けた総合的な体制による支援を行うことを評価したものである。

- (2) 退院調整加算は、当該医療機関が届出している以下の入院基本料毎に算定すること。

ア 退院調整加算1

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。）、専門病院入院基本料又は有床診療所入院基本料、特定一般病棟入院料

イ 退院調整加算2

療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。）、有床診療所療養病床入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料

- (3) 入院後7日以内に患者の入院している病棟等において、退院困難な要因を有している患者を抽出すること。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 介護保険が未申請の場合（介護保険法施行令（平成10年法律第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 入院前に比べ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）

オ 排泄に介護を要すること

カ 同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと

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

ク 入退院を繰り返していること

ケ その他患者の状況から判断してアからクに準ずると認められる場合

- (4) 退院困難な要因を有する患者については、できるだけ早期に患者及び家族と退院後の生活について話し合い、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こと。
- (5) 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、退院支援計画再作成日
 - 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、退院調整部門それぞれ記入）
 - 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、支援概要、予想される退院先、退院後の利用が予測される社会福祉サービスと担当者名
- (6) 退院支援計画に基づき、退院調整を行うにあたっては、病棟及び退院調整部門の看護師並びに社会福祉士等の関係職種が共同をしてカンファレンスを行った上で計画を実施すること。
- (7) 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こと。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、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、介護サービスの導入に係る支援を行うこと。
- (8) 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こと、
- (9) 退院先については、診療録に記載すること。
- (10) 死亡による退院又は他の病院若しく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。
- (11) 退院調整加算を算定する患者について、退院支援計画に加えて、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）を当該患者及び家族に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関や訪問看護ステーションと共有した場合に地域連携計画加算を算定できる。

~~慢性期病棟等退院調整加算は、患者の同意を得て、退院支援計画の立案及び当該計画に基づき退院した場合のそれぞれについて1入院につき、当該加算の要件を満たすものについて算定する。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こと。~~

~~また、慢性期病棟等退院調整加算1は、看護師と社会福祉士が、それぞれの専門性を生かし、共同して、医療・看護の観点からの退院困難な要因の解決や、介護・福祉サービスの活用等、退院に向けた総合的な体制による支援を行うことを評価したものであること。~~

~~(1) 退院支援計画作成加算~~

~~ア 入院後病状の安定が見込まれた後早期に、患者の病態安定後を見越して退院に関する支援の必要性の評価を行い、患者の同意を得て別紙様式6を参考として具体的な退院支援計画を作成すること。~~

~~イ 当該計画を文書で患者に説明を行い、交付するとともに、その写しを診療録に添付す~~

~~ること。~~

~~ウ 当該計画に基づき患者又は家族に必要な支援を行うこと。~~

~~エ 患者の病態が急変した場合には、適宜、当該計画を見直し、改めてアからウに係る事項を行うこと。なお、その場合であっても当該加算は入院中に1回算定するものである。~~

~~(2) 退院加算~~

~~ア 退院支援計画作成加算を算定した患者が当該計画に基づき退院できた場合に当該加算を算定するものであり、退院日に算定する入院基本料等に応じて、当該加算を算定すること。~~

~~イ 退院先について診療録に記載すること。~~

~~ウ 死亡による退院又は他の病院若しく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。~~

~~A 2 3 8 - 2 急性期病棟等退院調整加算~~

~~(1) 入院中であって、介護保険法施行令（平成10年法律第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歳以上の者が、適切な退院先に退院できるよう、医療機関全体として退院困難な要因を有する患者を抽出する体制を整備し、その上で退院困難な要因を有する患者に対し退院支援計画を策定し、退院・転院後の療養を担う保険医療機関等との連絡調整や適切な介護サービスの導入に係る業務等の退院調整を行う取組みを評価する。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) 退院困難な要因を有する患者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であって、当該計画を策定したときに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、退院時に1回に限り算定する。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再入院に係る退院時には算定できない。~~

~~(3) 当該退院には、他の保険医療機関（特別の関係を含む。）に転院した場合も含まれる。ただし、死亡退院は含まれない。~~

~~(4) 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。なお、必要に応じて、退院調整部門の看護師又は社会福祉士と関係職種が共同してカンファレンス等を行った上で計画を策定すること。~~

~~(5) 退院支援計画の写しを診療録に添付すること。~~

~~A 2 3 8 - 3 新生児特定集中治療室退院調整加算~~

~~(1) 新生児特定集中治療室退院調整加算は、新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室に入室し、集中的な治療を受けた退院困難な要因を有する患者に対して、より適切な退院先に退院できるよう、退院支援計画を策定し、退院先の選定や必要な社会福祉サービスの調整等も含め、退院調整を行う取組を評価するものである。なお、対象となる患者には、新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室から退室後、同一の保険医療機関の他の病床に入院している患者を含むものとする。~~

~~(2) 新生児特定集中治療室退院調整加算1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のうち、新生児特定集中治療室退院調整加算2の要件を満たさないものについて、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ついて、退院時に1回に限り算定する。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再入院に係る退院時には算定できない。――

(3) 新生児特定集中治療室退院調整加算2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であって、出生時体重が1000g未満の新生児、出生時体重が1000g以上1500g未満の新生児又は区分番号「A212」超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算で規定する超重症の状態、準超重症の状態が28日以上継続する患者について、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た場合及び当該計画に基づき退院した場合について、当該計画策定時、退院時にそれぞれ1回に限り算定する。

(4) 当該退院には、他の保険医療機関（特別の関係を含む。）に転院した場合も含まれる。ただし、死亡退院は含まれない。

(5) 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。なお、必要に応じて、退院調整部門の看護師、~~又は~~社会福祉士と関係職種が共同してカンファレンス等を行った上で計画を策定すること。

(6) 退院支援計画の写しを診療録に添付すること。

A238-4 救急搬送患者地域連携紹介加算

A238-5 救急搬送患者地域連携受入加算

(1) 救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算は、高次の救急医療機関（区分番号A205救急医療管理加算~~・乳幼児救急医療管理加算~~、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A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、~~又は~~A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料 又はA301-4小児特定集中治療室管理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へ緊急入院した患者を含む。）について、他の保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）でも対応可能な場合に、他の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、高次の救急医療機関の負担軽減及び緊急入院の受け入れが円滑になるような地域における連携を評価するものである。

(2) 救急搬送患者地域連携紹介加算は、高次の救急医療機関が緊急入院患者を受け入れ、入院後7~~5~~日以内に、あらかじめ連携している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、高次の救急医療機関において転院時に算定する。

(3) 救急搬送患者地域連携受入加算は、高次の救急医療機関に緊急入院した患者を、当該緊急入院から7~~5~~日以内に受け入れた場合に、受入医療機関において入院時に算定する。

(4) 救急搬送患者地域連携紹介加算は、他の医療機関から転院してきた患者を受入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救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する高次の救急医療機関に転院した後、高次の救急医療機関への入院から7日以内に受入医療機関に転院させた場合に限り、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。救急搬送患者地域連携受入加算も同様とする。

A 2 3 8 - 6 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算

A 2 3 8 - 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（精神科病棟入院基本料、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。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。

A 2 3 8 - 8 地域連携認知症支援加算

A 2 3 8 - 9 地域連携認知症集中治療加算

(1) 地域連携認知症支援加算は、認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、保険医療機関（療養病棟入院基本料を算定する病棟又は有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床）が当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、他の保険医療機関の病棟（認知症治療病棟入院料算定病棟に限る。）に転院させた場合であって、60日以内に、当該認知症治療病棟入院料算定病棟から再び当該保険医療機関の療養病棟入院基本料を算定する病棟又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た場合には、当該患者について、当該再入院初日に限り所定点数に加算する。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。

- (2) 地域連携認知症集中治療加算は、認知症に対する短期的かつ集中的な治療のため、他の保険医療機関の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟又は有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床）から転院してきた患者について必要な診療を行い、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で、当該転院の日から60日以内に当該他の保険医療機関の病棟又は病床に再び転院させた場合に、当該患者について、退院時に所定点数に加算する。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。

A 2 4 0 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。

A 2 4 2 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。

A 2 4 3 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ける全ての医薬品の採用品目数のうち、後発医薬品の採用品目数の割合が20%以上 又は30%以上であるととも、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。

A 2 4 4 病棟薬剤業務実施加算

- (1) 当該保険医療機関の病棟において、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1週間につき20時間相当以上（複数の薬剤師が一の病棟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、週1回に限り加算する。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4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 医薬品緊急安全性情報

ii 医薬品・医療機器等安全性情報

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あたっては、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。

（3）病棟薬剤業務の実施にあたっては、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は、特定入院料に含まれるものであるため、これに係る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。

A 2 4 5 データ提出加算

（1）当該加算は、急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等について、厚生労働省が実施する「DPC導入の影響評価に係る調査」に準拠したDPCフォーマットデータが正確に作成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、厚生労働省に帰属し、個別患者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、急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、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病院において、DPCフォーマットの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。ただし、対象病棟から当該病棟以外の病棟に転棟する場合にあっても、転棟時に算定することができる。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る支払を受けたことのある患者については、機能評価係数Iで評価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、調査実施説明資料に定められた期限までに当該医療機関のデータが調査事務局宛てに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方法以外の方法で送付された場合を含む。）、到着したデータが提出すべき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、A100一般病棟入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、A103精神病棟入院基本料、A104特定機能病院入院基本料（7対1一般病棟入院基本料、10対1一般病棟入院基本料及び精神病棟に限る。）、A105専門病院入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）、A300救命救急入院料、A301特定集中治療室管理料、A301-2ハイケアユニット入院医療管理料、A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料、A301-4小児特定集中治療室管理料、A302新生児特定集中治療室管理料、A303総合周産期特定集中治療室管理料、A303-2新生児治療回復室入院医療管理料、A305一類感染症患者入院医療管理料、A307小児入院医療管理料、A311精神科救急入院料、A311-2精神科急性期治療病棟入院料、A311-3精神科救急・合併症入院料、A311-4児童・思春期精神科入院医療管理料、A400の3短期滞在手術基本料3をいう。
- (7) (2)の「データ提出の実績が認められた病院」とは、厚生労働省が実施する「DPC導入の影響評価に係る調査」に準拠したデータの提出が、厚生労働省において確認され、その旨厚生労働省保険局医療課より通知された病院をいう。なお、実績は当該加算の各区分毎に通知される。
- (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。

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及び認知症治療病棟入院料を除く。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。）~~、及び~~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。）~~、又は~~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。）~~、又は~~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つて、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、人格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」に掲げる加算については、急性薬毒物中毒（催眠鎮静剤、抗不安剤による中毒を除く。）が疑われる患者に対して原因物質の分析等、必要な救命救急管理を実施した場合に算定する。
- (6) 「注7」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。
- (7) 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。

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、A300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) 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。

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つて、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。

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つて、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。 __

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歳未満であつて、次に掲げる状態にあつて、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) 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。

A 3 0 2 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つて、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。

A 3 0 3 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つて、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つて、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「A 3 0 2」新生児特定集中治療室管理料の(1)に掲げる状態にあつて、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。

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つて、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。

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つて、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。

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新生児特定集中治療室退院調整加算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。

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。
- (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つては、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) 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。
- (5) 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。
- (6) 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。

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能力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。
- (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、その場合にあつては、当該入院料の算定期間を通算する。なお、診療報酬明細書に転院してきた旨を記載すること。

(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「B005-2」地域連携診療計画管理料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一般病棟用の重症度・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。

~~(9) 注2に掲げる重症患者回復病棟加算は、重症者が多く入院する病棟において、集中的かつ効果的なりハビリテーションの提供により、実際に患者を回復させていることを評価したものである。~~

(10) 注2イ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り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イ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り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。

~~(12) 平成22年3月31日現在において、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定している保険医療機関については、「基本診療料の施設基準等」第九の十の(1)のイ又は(2)のイの基準を満たさない場合であっても、平成22年9月30日までは従前の例により算定することができる。また、平成22年3月31日現在において、回復期リハビリテーション病棟入院料2を算定している保険医療機関については、「基本診療料の施設基準等」第九の十の(1)のイの基準を満たさない場合であっても、平成22年9月30日までは従前の例により算定することができる。~~

A308-2 亜急性期入院医療管理料

(1) 亜急性期入院医療管理料1を算定する病室は、急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であつて症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援及び機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供した場合に算定する病室である。

(2) 亜急性期入院医療管理料2を算定する病室は、急性期治療を経過した患者に対して安定化を図り、在宅復帰支援及びリハビリテーションを含む機能を有し、効率的かつ密度の高い急性期後の医療を提供した場合に算定する病室である。

- (3) 当該病室に入室してから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当該管理料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) 当該管理料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」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に掲げる加算は、亜急性期入院医療管理料2を算定する患者病室において、~~リハビリテーションを必要とする患者に対して、併存する疾患や症状に応じた対して~~密度の高い医療を提供しつつ、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集中的な充実したリハビリテーションを提供することを評価したものである。
- ~~(7)~~ 医療上特に必要がある場合に限り亜急性期入院医療管理料を算定する病室から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。
- ~~(8)~~ 亜急性期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、亜急性期入院医療管理料に含まれ、別に算定できない。
- ~~(9)~~ 亜急性期入院医療管理料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病室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。 _
- (10) 平成24年3月31日において、亜急性期入院医療管理料1を算定している患者であって、同年4月1日以降継続して亜急性期入院医療管理料1又は亜急性期入院医療管理料2を算定する患者については、当該病室に入院した日から起算して90日まで算定できるものとする。

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新生児特定集中治療室退院調整加算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。

A 3 1 0 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。
- (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、「Evidence-Based Medicineに則ったがん疼痛治療ガイドライン」（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）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。

A 3 1 1 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 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) 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つては、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。）
- (6) 「注3」に規定する非定型抗精神病薬とは、オランザピン、クエチアピソフマル酸塩、ペロスピロン塩酸塩、リスペリドン、パリペリドン、アリピプラゾール、ブロナンセリン及びクロザピンをいう。
- (7) 「注3」に規定する抗精神病薬とは、アリピプラゾール、オキシペルチン、オランザピン、カルピプラミン塩酸塩水和物、カルピプラミンマレイン酸塩、クエチアピソフマル酸塩、クロカプラミン塩酸塩水和物、クロザピン、クロルプロマジン塩酸塩、スピペロン、スルトプリド塩酸塩、スルピリド、ゾテピン、チミペロン、トリフロペラジンマレイン酸塩、ネモナプリド、パリペリドン、ハロペリドール、ハロペリドールデカン酸エステル、ピパンペロン塩酸塩、ピモジド、フルフェナジンデカン酸エステル、フルフェナジンマレイン酸塩、プロクロルペラジンマレイン酸塩、ブロナンセリン、プロペリシアジン、ブロムペリドール、塩酸ペルフェナジン、ペルフェナジンフェンジゾ酸塩、ペルフェナジンマレイン酸塩、ペロスピロン塩酸塩、モサプラミン塩酸塩、モペロン塩酸塩、リスペリドン、レセルピン、レボメプロマジンマレイン酸塩及びレボメプロマジン塩酸塩をいう。
- (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。

A 3 1 1 - 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つて当該

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、精神科病棟入院基本料の15対1入院基本料を算定する。
- (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(5)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例による。

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、次のア、イ又はウに該当する患者（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 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 身体疾患の治療のため、救命救急センター等の一般病床に一旦入院した後に、当該病棟に入院（同一機関からの入院も含む。）した患者であって、当該病棟に入院する前3か月において保険医療機関の精神科病棟に入院したことがない患者
- (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、精神科病棟入院基本料の15対1入院基本料を算定する。
- (5) 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(5)の例による。
- (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例による。 〃

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。

A 3 1 2 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) 「注3」に規定する加算の算定に当たっては、区分番号「A 3 1 1」精神科救急入院料の例による。
- (4) 「注4」~~に規定する加算の算定に当たっては、~~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局長等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G A F尺度による判定が30以下~~40~~以下の患者である場合に算定する。
- (5) 「注4」の重症者加算2は、算定する日においてG A F尺度による判定が40以下の患者である場合に算定する。
- (6) 「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、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。

A 3 1 4 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、必要があつ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) 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、及び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することとし、退院支援部署による退院調整を行う。
- (6) 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日間に限り算定できる。

A 3 1 7 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1病棟から成る保険医療機関の病棟であり、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に定める起算日とする。
- (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つて、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、亜急性期入院医療管理を行うものとして地方厚生局長等に届け出た病室において、急性期治療を経過した患者、在宅・介護施設等からの患者であつて症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援及び効率的かつ密度の高い医療を提供した場合に、1,761点を算定すること。
- (6) 「注9」に規定する点数については、(5)の病室において、急性期治療を経過した患者に対して安定化を図り、在宅復帰支援及びリハビリテーションを含む効率的かつ密度の高い急性期後の医療を提供した場合に、1,661点を算定すること。
- (7) 「注11」に掲げる加算は、「注9」に掲げる亜急性期入院医療管理に係る点数を算定する患者において、併存する疾患や症状に応じた密度の高い医療を提供しつつ、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集中的なリハビリテーションを提供することを評価したものである。
- (8) 「注12」に規定する患者については、区分番号「A100」に掲げる一般病棟入院基本料の「注13」により算定すること。
- (9) 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。

第4節 短期滞在手術基本料

A400 短期滞在手術基本料

- (1) 短期滞在手術基本料は、短期滞在手術（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）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。
 - 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（短期滞在手術基本料3を除く。）。
- (2) 保険医療機関（有床診療所を含む。）において、15歳未満の鼠径ヘルニア手術及び15歳未満の腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術を行う場合には、当該患者が特別入院基本料（7対1特別入院基本料及び10対1特別入院基本料を含む。）又は区分番号「A307」に掲げる小児入院医療管理料を算定する場合を除き、全て短期滞在手術基本料3を算定するものであること。
- (3) 短期滞在手術基本料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。
- (4) 短期滞在手術を行うことを目的として本基本料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基本料に含まれ、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。
- (5) 短期滞在手術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。
- (6) 短期滞在手術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。
- (7) 短期滞在手術基本料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」に掲げるフィルムの所定点数により算定する。
- (8) 同一の部位につき短期滞在手術基本料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。

- (9) 短期滞在手術基本料1の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術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>

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同一月に算定できない。

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2」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退院の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退院の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つては算定できない。
- (10) 再診が電話等により行われた場合にあつては、特定疾患療養管理料は算定できない。
- (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。

- (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6年総務庁告示第75号）」（以下「分類表」という。）に規定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ウイルス又は成人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ウイルス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ウイルス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。
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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

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重度の再生不良性貧血、赤芽球瘍、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

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

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

シ 全身型重症筋無力症、関節リウマチ、ループス腎炎又は潰瘍性大腸炎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

ス 重症又は難治性真菌感染症の患者であってトリアゾール系抗真菌剤を投与しているもの

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

(2) 特定薬剤治療管理料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、~~塩酸~~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、~~コハク酸~~シベンゾリン、~~コハク酸塩~~、ピルメノール、~~及び~~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。

(3) 特定薬剤治療管理料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、ポリコナゾールをいう。

(4) 特定薬剤治療管理料を算定できる~~また~~、免疫抑制剤とは、シクロスポリン、~~及び~~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。

(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。

(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(1)アからス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。

(7)~~㊦~~ 薬剤の血中濃度、治療計画の要点を診療録に記載する。

(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。

(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は算定できない。

(10~~9~~) 「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は算定できない。

(11~~10~~) 「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。

(12~~11~~) 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。

(13~~12~~) 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。

(14~~13~~) 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。

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、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つては、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つては算定できない。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。
- (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。
- (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。
- (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。
- (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つては、小児科のみを専任する医師が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つては算定できない。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日又は退院の日から起算して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) 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。

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退院の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退院の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。

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つては、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退院の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等に対し、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、~~食品構成に基づく~~食事計画案等又は少なくとも数日間の具体的な献立を示した栄養食事指導せんを必要に応じて交付し、概ね15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。
- (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するが、少なくとも熱量・熱量構成、蛋白質量、脂質量、~~脂質構成(不飽和脂肪酸/飽和脂肪酸比)~~についての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並びに高度肥満症(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) 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、~~当該栄養指導記録に指導を行った献立又は食事計画の例についての総カロリー、栄養素別の計算及び~~指導内容の要点及び指導時間を記載明記する。

10 入院栄養食事指導料

- (1) 入院栄養食事指導料は、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、食品構成に基づき~~食事計画案~~等又は少なくとも数日間の具体的な献立を示した~~栄養食事指導~~せん又は食事計画案~~を必要に応じて交付し、概ね15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回を限度として算定する。ただし、1週間に1回を限度とする。
- (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)、(5)及び(6)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つては、集団による指導を行うのに十分なスペースをも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「体内埋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、埋植込型除細動器及び両室ペーシング機能付き埋植込型除細動器を指す。
- (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、プログラマー等）等を有する保険医療機関において、体内埋植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者であつ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) 「イ」遠隔モニタリングによる場合とは、遠隔モニタリングに対応した体内埋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、プログラム変更に要する費用は所定点数に含まれる。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、「イ」を算定していない月に限り、「ロ」を算定することができる。
- (4) 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。
- (5) なお、心臓ペースメーカー患者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。

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、患者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、診療録に保健師又は看護師への指示事項を記載する。
- (5) 保健師又は看護師は、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「K 3 2 8」人工内耳埋植込術を行った患者、伝音性難聴で両耳の聴力レベルが60 dB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) 人工内耳埋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、第2部通則5の(6)のア、イ又はウのただし書に規定する入院中の患者の他医療機関への受診時の透析を除く。)。

- (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、P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、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、P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、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 シナカルセッ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、P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、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シスを合併した透析患者に対して、~~メシル酸~~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) 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。

(2) 「1月目」とは初回の治療管理を行った月のことをいう。

(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日以降又は退院の日から起算して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~~埋込型補助人工心臓指導管理料

- ~~(1) 埋込型補助人工心臓指導管理料は、区分番号「K604」埋込型補助人工心臓を行うことができる保険医療機関においてのみ算定できる。~~
- ~~(2) 埋込型補助人工心臓指導管理料は、埋込型補助人工心臓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、モニター、バッテリー及び充電器の使用方法的説明など療養上必要な指導を行った場合に月1回を限度として算定する。この場合において、モニター、バッテリー及び充電器などに要する費用は所定点数に含まれる。~~

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。

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つては、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つては算定できない。
- (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歳未満の患者であつて、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年間に於いて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退院の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つては、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)~~ (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)~~ (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 がん患者カウンセリング料

- (1) 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。
- (2) ~~自院、他院を問わず、原則として患者1人1回に限り算定する。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。~~
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。
- (3) 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。
- (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。

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「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「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かんがみて、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、月に1回に限り算定する。この場合において、プログラム変更に必要な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、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、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、療養指導記録又は栄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、「注2」「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。

(7) 当該管理料を算定する場合は、別紙様式31に基づき、一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。

B001-2 小児科外来診療料

- (1) 小児科外来診療料は、地方厚生（支）局長に対し本診療料を算定する旨を届け出た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。なお、届出の様式等については別途通知する。
- (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、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「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。
- (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。
- (6) 同一月において、院外処方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。
- (7) 常態として院外処方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。
- (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。
- (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。
- (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。