

事務連絡  
平成20年3月28日

地方社会保険事務局  
都道府県民生主管部（局）  
国民健康保険主管課（部）  
都道府県老人医療主管部（局）  
老人医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

平成20年度診療報酬改定関連通知の一部訂正について

「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」の制定等について」（平成20年3月5日保発第0305003号）、「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成20年3月5日保医発第0305001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20年3月5日保医発第0305002号）、「特掲診療料の施設基準及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成20年3月5日保医発第0305003号）、「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」（平成20年3月5日保医発第0305005号）、「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の制定に伴う特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について」（平成20年3月5日保医発第0305006号）、「特定診療報酬算定医療機器の定義等について」（平成20年3月5日保医発第0305007号）、「特定保険医療材料の定義について」（平成20年3月5日保医発第0305008号）及び「歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について」（平成20年3月5日保医発第0305010号）について、それぞれ別紙1から別紙9までのとおり訂正するので、その取り扱いに遺漏のないよう関係者に対し、周知徹底を図られたい。

「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」の制定等について  
(平成20年3月5日保発第0305003号)

第2 訪問看護基本療養費について

3 訪問看護基本療養費(Ⅲ)は、指定訪問看護を受けようとする者であつて、居住系施設入居者等に対して、その主治医(保険医療機関の保険医又は介護老人保健施設の医師に限る。)が交付した訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき、訪問看護ステーションの看護師等が当該指示書に記載された有効期間内(6か月を限度とする。)に行った指定訪問看護について、利用者一人につき週3日を限度として算定すること。ただし、基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者については、週4日以上算定でき、この場合において、週4日以降の日については、訪問看護基本療養費(Ⅲ)の(1)(二)又は(2)(二)の所定額を算定すること。

ここにいう居住系施設入居者等とは、次に掲げる利用者いう。

ア 次に掲げるいずれかの施設に入居又は入所している利用者

- ① 老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の4に規定する養護老人ホーム(⑤に規定する~~特定施設~~を除く。)
- ② 同法第20条の6に規定する軽費老人ホーム(⑤に規定する~~特定施設~~を除く。)
- ③ 同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム(⑤に規定する~~特定施設~~を除く。)
- ④ 老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム
- ⑤ 特定施設(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の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第34号)第109条第1項に規定する指定地域密着型特定施設及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年3月14日厚生労働省令第35号)第230条第1項に規定する指定介護予防特定施設に限り~~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及び同条第19項に規定する地域密着型特定施設のことをいふ、~~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利用者が入居する施設を含む。)及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第253条に規定する外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受けている利用者が入居する施設を含む。)
- ⑥ 高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則(平成13年国土交通省令第115号)第3条第6号に規定する高齢者専用賃貸住宅(⑤に規定する~~特定施設~~を除く。)

イ 次に掲げるいずれかのサービスを受けている利用者

- ① 介護保険法(平成9年法律第123号)第8条第9項に規定する短期入所生活介護
- ② 介護保険法第8条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準~~(平成18年厚生労働省令第34号)~~第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。)
- ③ 介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護
- ④ 介護保険法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護
- ⑤ 介護保険法第8条の2第16項に規定する介護予防型小規模多機能型居宅介護(指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型

介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）

⑥ 介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護

- 8(2) 緊急時訪問看護加算に係る緊急訪問看護を行った場合は、速やかに主治医に利用者の病状等を報告するとともに、必要な場合は特別指示書の交付を受け、訪問看護計画について見直しを行うこと。

### 第3 訪問看護管理療養費について

- 4(1) 退院時共同指導加算は、指定訪問看護を受けようとする者が主治医の所属する保険医療機関に入院中又は介護老人保健施設に入所中である場合において、その退院又は退所に当たって、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該主治医又はその所属する保険医療機関又は介護老人保健施設（当該指定訪問看護を行う指定訪問看護事業者以外の者が開設するものに限る。）の職員とともに、当該指定訪問看護を受けようとする者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合に、初日の指定訪問看護の実施時に1回に限り訪問看護管理療養費の~~イ又はロ~~の所定額に加算すること。ただし、基準告示第2の1に規定する疾病等の利用者及び同告示第2の4に規定する状態等にある利用者については2回に限り加算ができる。（複数日に指導を実施した場合に限る。）この場合、当該2回の加算は初日の指定訪問看護の実施日に加算する。

なお、訪問看護管理療養費を算定する月の前月に退院時共同指導を行った場合においても算定できること。

### 第5 後期高齢者終末期相談支援療養費について

- 3 利用者者の十分な理解が得られない場合又は利用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、利用者の自発的な意思を尊重し、終末期と判断した利用者であるからといって、利用者には意思の決定を迫ってはならないこと。
- 5 時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更、生活の変化に応じて、また利用者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し利用者の十分な理解を得ること。ただし、変更があった際の~~文章~~文書等の作成に係る費用については所定点数に含まれ別に算定できない。

診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について（医科）  
（平成20年3月5日保医発第0305001号）

## 第1章 基本診療料

### 第1部 初・再診料

#### <通則>

- 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る場合は、再診料（外来診療料を含む。）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。）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。

### 第1節 初診料

#### A000 初診料

##### (13) 深夜加算

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思わ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（医療法第4条第1項に規定する地域医療支援病院）

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) 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を受診した患者を除く。）

(15) 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

##### (16) 夜間・早朝等加算

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 診療科場

合においては、夜間・早朝等加算は算定しない。

## 第2節 再診料

### A001 再診料

#### (4) 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。

## 第2部 入院料等

### 第1節 入院基本料

#### A101 療養病棟入院基本料

(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」~~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Eを算定する場合については、この限りではない。

#### A109 有床診療所療養病床入院基本料

(5) 有床診療所療養病床入院基本料を算定するに~~あたって~~当たっては、次のアからウの要件を満たすことが必要である。

ア 定期的（原則として月に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、患者の状態の評価及び対策を見直し、その要点を診療録に記載する。

ウ 施設単位（療養病床に限る。）で褥瘡の発生割合等について継続的に測定を行い、その結果を施設内に備え付けておく。

### 第2節 入院基本料等加算

#### A200 入院時医学管理加算

入院時医学管理加算は、急性期医療を提供する体制及び病院勤務医の負担の軽減に対する体制等を評価した加算であるり、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。

#### A205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

- (4) 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とする。~~するとともに、地方社会保険事務局長に届け出ている日とする。~~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つては、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け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。

#### A 2 0 7 - 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、地域の急性期医療を担う保険医療機関（特定機能病院を除く。）において、病院勤務医の負担の軽減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。

#### A 2 1 1 特殊疾患入院施設管理加算

- (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以上であつ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又は~~モヤモヤ~~もやもや病（ウイルス動脈輪閉塞症）に罹患している患者をいう。

#### A 2 1 2 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（平成20年3月5日保医発第030502号）~~を~~」別添6の別紙14の超重症児（者）判定基準による判定スコアが25以上のものをいう。

#### A 2 2 5 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、当該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。

#### A 2 3 0 - 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~~以上の~~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。

#### A 2 3 0 - 3 精神科身体合併症管理加算

- (2) 当該加算は、当該疾患の治療開始日から7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7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14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、いずれか一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~~関わらず~~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。

#### 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~~へ~~搬送されたもの
- (ホ) 早産指数(tocolysis index)が3点以上のもの
- オ 心疾患（治療中のものに限る。）の患者
- カ 糖尿病（治療中のものに限る。）の患者
- キ 甲状腺疾患（治療中のものに限る。）の患者
- ク 腎疾患（治療中のものに限る。）の患者
- ケ 膠原病（治療中のものに限る。）の患者
- コ 特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）の患者
- サ 白血病（治療中のものに限る。）の患者
- シ 血友病（治療中のものに限る。）の患者
- ス 出血傾向のある状態（治療中のものに限る。）の患者
- セ HIV陽性の患者

ソ Rh不適合の患者

タ 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の患者は算定できない。

(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

(3) 1入院の期間中に、区分番号「A 2 3 6 - 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るが、~~区分番号「A 2 3 6 - 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。

#### A 2 4 0 後期高齢者総合評価加算

(6) 後期高齢者の総合的な機能評価の実施に~~あたって~~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。

#### A 2 4 1 後期高齢者退院調整加算

(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高齢者医療確保法の規定による療養の給付を受ける後期高齢者(以下単に「後期高齢者」という。)である患者について、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。

### 第3節 特定入院料

#### A 3 0 0 救命救急入院料

(3) 「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、~~精神保健及び精神障~~

~~患者福祉に関する法律~~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。）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。

#### A 3 0 8 - 2 亜急性期入院医療管理料

- (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~~1~~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。）。

#### A 3 0 9 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）（平成20年10月1日以降は、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、脊髄損傷等の重度の障害者（平成20年10月1日以降は、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（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。

#### A 3 1 1 - 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病棟に入院したことがない患者

### 第4節 短期滞在手術基本料

#### A 4 0 0 短期滞在手術基本料

- (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、~~「診療報酬の算定方法」~~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。
- (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。

## 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、及び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~~自院、他院を問わず~~同一月に算定できない。

## 第1部 医学管理等

### B001 特定疾患治療管理料

#### 6 てんかん指導料

- (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。

#### 9 外来栄養食事指導料

- (5) 特別食には、心臓疾患及び妊娠中毒症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。なお、高血圧症の患者に対する減塩食（塩分の総量が~~7.0グラム以下~~6g未満）

のものに限る。ただし、平成20年9月30日までの間は、なお従前の例によることができる。)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。

#### 11 集団栄養食事指導料

- (6) それぞれの算定要件を満たしていれば、区分番号「B001」の「~~9~~11」集団栄養食事指導料と区分番号「B001」の「~~10~~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。

#### B001-3 生活習慣病管理料

- (9) 「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A<sub>1c</sub>(HbA<sub>1c</sub>)が8.0%以上の者をいう。

#### 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、~~手術前医学管理料を算定する旨届け出た保険医療機関において、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。なお、届出の様式等については別途通知する。~~

#### 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看護師若しくは准看護師が、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、看護師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、当該患者の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。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。

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。

B009 診療情報提供料(I)

- (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 グループホーム及びケアホーム（障害者自立支援法第5条第10項に規定する共同生活介護を行う事業所及び同条第16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（障害者自立支援法第5条第12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6項に規定する生活介護を行うものを除く。）

ウ 障害者自立支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19条~~号~~）第6条の7第2項に規定する自立訓練（生活訓練）を行う事業所

エ 障害者自立支援法第5条第14項に規定する就労移行支援を行う事業所

オ 障害者自立支援法第5条第15項に規定する就労継続支援を行う事業所

カ 障害者自立支援法第5条第22項に規定する福祉ホーム

キ 障害者自立支援法附則第48条の規定によりなお従前の例により運営することができることとされた精神保健福祉法第50条の2第1項に規定する精神障害者社会復帰施設

B014 後期高齢者退院時薬剤情報提供料

- (1) 後期高齢者退院時薬剤情報提供料は、医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、~~後期高齢者である~~患者の入院時に、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を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。）に記載した場合に、退院の日において後期高齢者である患者について、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。

#### B 0 1 5 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料

- (1) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料は、栄養管理計画に基づき栄養管理が実施されている入院中の患者の退院に際して、管理栄養士が医師の指示の下、当該計画に基づき、患者、家族等に対して、患者の退院後の生活を勘案した上で、退院後の在宅での栄養・食事管理について概ね15分以上指導を行うとともに、必要な情報を文書で提供した場合に、退院時に算定する。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。
- (2) 後期高齢者退院時栄養・食事管理指導料の対象となる患者は、経口摂取を行う患者であって次のアからエに掲げる要件の全てに該当するものであること。なお、経管栄養のみの患者は対象となっていないが、経管栄養と経口摂取を併用している場合は、対象患者となること。
- ア 当該指導の実施日において~~75歳以上~~後期高齢者である患者であること。
- イ 低栄養状態にある者。なお、低栄養状態にある者とは、アルブミン値が概ね3.5g/dL以下の者若しくはBMIが概ね18.5未満の者又は医師が低栄養状態にあると認められた者をいう。
- ウ 区分番号「A233」栄養管理実施加算が算定されていること。
- エ 当該指導の実施日において、食事が提供されていること。

#### B 0 1 6 後期高齢者診療料

- (6) 病状の急性増悪時に、区分番号の所定点数（注加算を除く。）が550点以上の検査等を実施した場合は、その理由等を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (9) 後期高齢者の生活機能を含んだ評価の実施に~~あたって~~当たっては、関係学会等よりガイドラインが示されているので、評価が適切に実施されるよう十分留意すること。
- (23) 後期高齢者診療料の算定に当たっては、算定の基礎となる指導及び診療が行われた~~時点で75歳以上の~~ときに後期高齢者である患者であること。

#### B 0 1 8 後期高齢者終末期相談支援料

- (1) 後期高齢者終末期相談支援料は、後期高齢者である患者が、終末期においても安心した療養生活を送ることができるよう、医師等の医療関係職種から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者が終末期における療養について十分に理解することを基本とした上で、診療が進められることを目的としたものであること。
- (2) 一般的に認められている医学的知見に基づき終末期と保険医が判断した者について、医師、看護師その他の医療関係職種が共同し、患者及びその家族等とともに、診療内容を含む終末期における療養について、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成~~18~~19年5月21日医政発第0521011号）、「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会）等を参考として、患者の十分な理解を得るために話し合い、その内容を文書（電子媒体を含む。）又は映像により記録した媒体（以下、この区分に

において「文書等」という。)にまとめて提供した場合に、当該文書等の提供日において後期高齢者である患者1人につき1回に限り算定する。とりまとめた内容の提供に当たって交付した文書等の写しを診療録に添付すること。

- (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、患者の自発的な意思を尊重し、終末期と判断した患者であるからといって、保険医は患者に意思の決定を迫ってはならないこと。
- (6) 時間の経過、患者の病状の変化、医学的評価の変更、生活の変化に応じて、また、患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の十分な理解を得ること。ただし、変更があった際の文章書等の作成に係る費用については所定点数に含まれ、別に算定できない。

## 第2部 在宅医療

### 第1節 在宅患者診療・指導料

#### C000 往診料

- (9) 同一の患家（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 (区分番号「C001」在宅患者訪問診療料の(2)のイに規定する居住系施設入居者である患者の患家を除く。)を含む。)で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又は区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定せず、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」の加算又は在宅患者訪問診療料の「注3」の加算の点数を算定する。なお、診療上の必要に基づき、同一の患家で複数の患者を診療することが継続的に行われる場合には、1人目に診療する患者が特定の人に偏ることのないようにするなど、患者の費用負担の観点から適切な配慮を行うこと。

#### C001 在宅患者訪問診療料

- (2) 在宅での療養を行っている患者とは、保険医療機関、介護老人保健施設で療養を行っている患者以外の患者であり、次の患者をいうこと。

ア 自宅、社会福祉施設又は障害者施設等で療養を行う患者

イ 次に掲げる患者（以下「居住系施設入居者等である患者」という。）

(イ) 次に掲げるいずれかの施設に入居又は入所している患者

- ① 老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム（⑤に規定する~~特定施設~~を除く。）
- ② 老人福祉法第20条の6に規定する軽費老人ホーム（⑤に規定する~~特定施設~~を除く。）
- ③ 老人福祉法第29条第1項に規定する有料老人ホーム（⑤に規定する~~特定施設~~を除く。）
- ④ 老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム

- ⑤ 特定施設（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の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第109条第1項に規定する指定地域密着型特定施設及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第35号）第230条第1項に規定する指定介護予防特定施設に限り介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第11項に規定する特定施設及び同条第19項に規定する地域密着型特定施設のことをい、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及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第253条に規定する外部サービス利用型指定介護予防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。）
- ⑥ 高齢者の居住の安定確保に関する法律施行規則（平成13年国土交通省令第115号）第3条第6号に規定する高齢者専用賃貸住宅（⑤に規定する特定施設を除く。）

(ロ) 次に掲げるいずれかのサービスを受けている患者

- ① 介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護
- ② 介護保険法第8条第17項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（~~平成18年厚生労働省令第34号~~）第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）
- ③ 介護保険法第8条第18項に規定する認知症対応型共同生活介護
- ④ 介護保険法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護
- ⑤ 介護保険法第8条の2第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）
- ⑥ 介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護

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18年厚生労働省告示第176号）、「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）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。

C002 在宅時医学総合管理料、C002-2 特定施設入居時等医学総合管理料

(3) 特定施設入居時等医学総合管理料の対象患者は、医師又は看護師の配置が義務づけ

られている施設において療養を行っている次に掲げる特定施設入居者等である患者であつて、通院困難な者である。なお、特定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（(ニ)に規定する施設を除く。）

(ロ) 軽費老人ホーム（「軽費老人ホームの設備及び運営について」（昭和47年2月26日厚生省社会局長通知）第二に規定するA型のものに限り、(ニ)に規定する施設を除く。）

(ハ) 特別養護老人ホーム

(ニ) 特定施設（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の事業の人員、設備及び運営に関する基準第109条第1項に規定する指定地域密着型特定施設及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第230条第1項に規定する指定介護予防特定施設に限り、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び外部サービス利用型指定介護予防特定施設生活介護を受けている患者が入居する施設を除く。）

~~(ロ) 特別養護老人ホーム~~

~~(ハ) 養護老人ホーム~~

~~(ニ) 軽費老人ホーム（「軽費老人ホームの設備及び運営について」（昭和47年2月26日厚生省社会局長通知）第三に規定するA型のものに限り。）~~

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

### C003 在宅末期医療総合診療料

(11) 「注3」の特記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末期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つて、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の「注4」に規定する加算（ただし、「注4」本文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・指導料及び「C005-1-2」居住系施設入居者等訪問看護・指導料のそれぞれの「注8」の加算、「注4」ただし書の加算を算定する場合には、在宅末期医療総合診療料の「注2」の加算、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料及び「C005-1-2」居住系施設入居者等訪問看護・指導料のそれぞれの「注8」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「注4」本文の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「注4」ただし書の加算の要件を満たした場合には、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。)

C 0 0 5 在宅患者訪問看護・指導料、C 0 0 5 - 1 - 2 居住系施設入居者等訪問看護・指導料

(1) ~~区分番号「C 0 0 5」~~在宅患者訪問看護・指導料及び~~区分番号「C 0 0 5 - 1 - 2」~~

~~2~~居住系施設入居者等訪問看護・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（居住系施設入居者等である患者を除く。）に対して、居住系施設入居者等訪問看護・指導料は、居住系施設入居者等である患者に対して算定する。

(15) 「注5」に規定する在宅患者連携指導加算又は居住系施設入居者等連携指導加算は、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~~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。

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。

(16) 「注6」に規定する在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は居住系施設入居者等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 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。

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。

オ ~~緊急カンファレンス加算~~ 在宅患者緊急時等カンファレンス加算及び居住系施設入居者等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「~~C005~~」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「~~C005-1-2~~」居住系施設入居者等訪問看護・指導料を合わせて算定することは可能であること。

(17) 「注7」に規定する後期高齢者終末期相談支援加算は、以下の要件を満たす場合に算定すること。

ア 後期高齢者終末期相談支援加算は、後期高齢者である患者が、終末期においても安心した療養生活を送ることができるよう、医師等の医療関係職種から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療関係職種と話し合いを行い、患者が終末期における療養について十分に理解することを基本とした上で、診療が進められることを目的としたものであること。

イ 一般的に認められている医学的知見に基づき終末期と保険医が判断した者について、医師、看護師その他の医療関係職種が共同し、患者及びその家族等とともに、終末期における療養について、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成~~18~~19年5月21日医政発第0521011号）、「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会）等を参考として、患者の十分な理解を得るために話し合い、その内容を文書（電子媒体を含む。）又は映像により記録した媒体（以下、この区分において「文書等」という。）にまとめて提供した場合に患者1人につき1回に限

り算定する。とりまとめた内容の提供に当たって交付した文書等の写しを看護記録に添付すること。

ウ 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、患者の自発的な意思を尊重し、終末期と判断した患者であるからといって、患者に意思の決定を迫ってはならないこと。

エ 話し合う内容は、現在の病状、今後予想される病状の変化に加え、病状に基づく生活支援、病状が急変した場合の治療等の実施の希望及び急変時の搬送の希望（希望する場合にあっては搬送先の医療機関等を含む。）をいうものであること。

オ 時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更、生活の変化に応じて、また、患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の十分な理解を得ること。ただし、変更があった際の文章書等の作成に係る費用については所定点数に含まれ、別に算定できない。

カ 患者の死亡時に算定すること。

キ 終末期相談支援の目的のみをもって患家を訪問し、終末期相談支援以外特段の指導を行わなかった日にあつては、在宅患者訪問看護・指導料等は算定できないこと。

ク 同一の保険医療機関の保険医と終末期相談支援を行った場合又は特別の関係にある保険医療機関等のみで終末期相談支援を行った場合は算定できないこと。

#### C 0 1 1 在宅患者緊急時等カンファレンス料

(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。

(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。

#### C 1 0 8 在宅悪性腫瘍患者指導管理料

(6) 在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定する月は、区分番号「G 0 0 3」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。

### 第2節 在宅療養指導管理料

#### 第1款 在宅療養指導管理料

#### C 1 1 2 在宅気管切開患者指導管理料

(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「J 0 0 0」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「J 0 0 ~~0~~1-7」爪甲除去（麻酔を要しないもの）、区分番号「J 0 0 1-8」穿刺排膿後薬液注入、区分番号「J 0 1 8」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。

## 第2款 在宅療養指導管理材料加算

### C159-2 呼吸同調~~性式~~デマンドバルブ加算

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

## 第3節 薬剤料

### C200 薬剤

(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（薬事法第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) クエン酸フェンタニル製剤及び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、塩酸モルヒネ製剤

## 第3部 検査

### 第1節 検体検査料

#### 第1款 検体検査実施料

##### 外来迅速検体検査加算

(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

~~区分番号「D010」特殊分析の「5」アミノ酸定量の「ロ」の場合~~

~~区分番号「D013」肝炎ウイルス関連検査の注の場合~~

~~区分番号「D014」自己抗体検査の注の場合~~

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）精密測定と「6」のCA19-9精密測定を行った場合、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、10点を加算する。

### D006 出血・凝固検査

(9) フィブリンモノマー複合体定量

ア 「21」のフィブリンモノマー複合体定量は、D I C、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 フィブリンモノマー複合体定量、「19」のトロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体(TAT)精密測定及び「19」のプロトロンビンフラグメントF1+2精密測定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。

D 0 0 6 - 2 血液細胞核酸増幅同定検査(造血器腫瘍核酸増幅同定検査)

- (2) 区分番号「D 0 0 4」~~⇒~~穿刺液・採取液検査の「15」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分番号「D 0 0 6 - 2」血液細胞核酸増幅同定検査(造血器腫瘍核酸増幅同定検査)又は区分番号「D 0 0 6 - 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。

D 0 0 8 内分泌学的検査

(16) ~~βクロスラプス精密測定~~

「13」のβクロスラプス精密測定は、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。

なお、「13」の尿中βクロスラプス精密測定と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

- (21) 「17」のエリスロポエチン精密測定は、赤血球増加症の鑑別診断~~並びに~~及び重度の慢性腎不全患者~~及び~~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のために行った場合に算定する。

第2款 検体検査判断料

第3節 生体検査料

D 2 1 4 脈波図、心機図、ポリグラフ検査

- (4) 脈波図、心機図、ポリグラフ検査を1誘導で行った場合は区分番号「D 2 0 7」体液量等測定の「~~⇒~~1」により算定する。

D 2 1 9 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) 経膈超音波検査で子宮頸管長が20mm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。）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。

#### D310 小腸ファイバースコープ

(1) 「2」のカプセル型内視鏡によるものは、次の場合に算定する。

- ア カプセル型内視鏡によるものは、消化器系の内科又は外科の経験を5年以上有する常勤の医師が1人以上配置されている場合に限り算定する。なお、カプセル型内視鏡の滞留に適切に対処できる体制が整っている保険医療機関において実施すること。
- イ 事前に上部消化管検査及び下部消化管検査を実施し、原因不明の消化管出血を伴う小腸疾患の診断を行うために使用した場合に算定する。
- ウ カプセル型内視鏡を使用した患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。

#### 第4部 画像診断

<通則>

##### 5 画像診断管理加算

画像診断管理加算1は、専ら画像診断を担当する医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が読影結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の

属する保険医療機関において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。画像診断管理加算2は、当該保険医療機関において実施される核医学診断及び~~コンピュータ断層撮影~~（、CT撮影）及びMRI撮影について、専ら画像診断を担当する医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が診断を行い、読影結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において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。これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付する。

#### E003 造影剤注入手技

(8) 精嚢撮影を行うための精管切開は、区分番号「K829」により算定する。

### 第5部 投薬

#### 第3節 薬剤料

##### F200 薬剤

(1) 1回の処方において、2種類以上の内服薬を調剤する場合には、それぞれの薬剤を個別の薬包等に調剤しても、服用時点及び服用回数が同じであるものについては、次の場合を除き1剤として算定する。

- ア 配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合
- イ 固形剤と内用液剤の場合
- ウ 内服錠とチュアブル錠等のように服用方法が異なる場合

### 第7部 リハビリテーション

#### 第1節 リハビリテーション料

##### H000 心大血管疾患リハビリテーション料

(4) 心大血管疾患リハビリテーションは、専任の医師の指導管理の下に実施することとする。この場合、医師が直接監視を行うか、又は医師が同一敷地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態勢であること。また、専任の医師は定期的な心機能チェックの下に、運動処方を含むリハビリテーションの実施計画を作成し、診療録に記載すること。この場合、入院中の患者については、当該療法を担当する医師又は理学療法士及び看護師の1人当たりの患者数は、それぞれ1回15人程度、1回5人程度とし、入院中の患者以外の患者については、それぞれ、1回20人程度、1回8人程度とする。

~~(5) 心大血管疾患リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションの実施単位数は、看護師又は理学療法士1人につき1日18単位を標準とし、週108単位までとする。ただし、1日24単位を上限とする。~~

~~(5)~~ 心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数には、心大血管疾患リハビリテーションに付随する区分番号D208に掲げる心電図検査、区分番号D209に掲げる負荷心電図検査及び区分番号D220に掲げる呼吸心拍監視、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が含まれる。

~~(6)~~ 標準的算定日数を超えた患者については、注3に規定するとおり、1月に13単位

に限り心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数を算定できる。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められる者」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められる者をいうものである。

イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第7条第3項第2号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

~~(87)~~ 「注2」に掲げる加算は、当該施設における心大血管疾患に対する治療開始後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟等（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。

~~(88)~~ 「注3」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。

~~(89)~~ 訓練を実施する場合、患者一人につき概ね3平方メートル以上の面積を確保すること。

#### H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

(10) 廃用症候群に該当するものとして脳血管疾患等リハビリテーション料を算定する場合は、廃用をもたらすに至った要因、臥床・活動性低下の期間、廃用の内容、介入による改善の可能性、改善に要する見込み期間、前回の評価からの改善や変化、廃用に陥る前のADLについて別紙様式22を用いて、月ごとに評価し、診療報酬明細書に添付すること。

#### H004 摂食機能療法

(1) 摂食機能療法は、摂食機能障害を有する患者に対して、個々の患者の症状に対応した診療計画書に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。なお、摂食機能障害者とは、発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳血管疾患等による後遺症により摂食機能に障害があるものをいう。

(4) 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士又は、看護師等、准看護師又は歯科衛生

士が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。

#### H007 障害児（者）リハビリテーション料

- (1) 障害児（者）リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める障害児（者）リハビリテーション料の施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関である次に掲げるいずれかの施設で行った場合に算定する。
- ア 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第43条の3及び第43条の4に規定する肢体不自由児施設及び重症心身障害児施設
- イ 同法第7条第6項に規定する国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定する医療機関
- ウ 当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している外来患者のうち、概ね8割以上が特掲診療料の施設基準等別表第十の二に該当する患者（ただし加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。）である医療機関

### 第8部 精神科専門療法

#### 第1節 精神科専門療料

##### I002 通院・在宅精神療法

- (4) 通院・在宅精神療法の「1」及び「2」は、区分番号「A000」初診料を算定する初診の日（区分番号「A000」初診料の「注2」のただし書に規定する初診を含む。）~~は~~、診療に要した時間が30分を超えた場合に限り算定することとし、通院・在宅精神療法の「2」は、「1」以外の場合において診療に要した時間が5分を超えた場合に限り算定する。この場合において診療に要した時間とは、医師自らが患者に対して行う問診、身体診察（視診、聴診、打診及び触診）及び当該通院・在宅精神療法に要する時間をいい、これら以外の診療に要する時間は含まない。

##### I008 入院生活技能訓練療法

- (1) 入院生活技能訓練療法とは、入院中の患者であって精神疾患を有する患者ものに対して、行動療法の理論に裏付けられた一定の治療計画に基づき、観察学習、ロールプレイ等の手法により、服薬習慣、再発徴候への対処技能、着衣や金銭管理等の基本生活技能、対人関係保持能力及び作業能力等の獲得をもたらすことにより、病状の改善と社会生活機能の回復を図る治療法をいう。

##### I012 精神科訪問看護・指導料

- (7) ~~(5)~~(6)に規定する精神科訪問看護・指導は、1人の保健師等が同時に行う看護・指導の対象患者等の数は5人程度を標準とし、1回の訪問看護・指導に8人を超えることはできない。

### 第9部 処置

#### <処置料>

##### (一般処置)

## J 0 3 8 人工腎臓

(7) 区分番号「C 1 0 2」に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は区分番号「C 1 0 2 - 2」に掲げる在宅血液透析指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料又は特定保険医療材料料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、人工腎臓の費用は別に算定できない。ただし、薬剤料又は特定保険医療材料料は別に算定できる。

(16) 「注3」の加算については、~~手記次~~に掲げる状態の患者であって著しく人工腎臓が困難なものについて算定する。

ア 障害者基本法にいう障害者（腎不全以外には身体障害者手帳を交付される程度の障害を有さない者であって、腎不全により身体障害者手帳を交付されているものを除く。）

イ 精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者

ウ 「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）の別紙の第3に掲げる疾患に罹患している者として都道府県知事から医療受給者証の発行を受けている患者であって介護を要するもの

エ 透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病の患者

オ 運動麻痺を伴う脳血管疾患患者

カ 認知症患者

キ 常時低血圧症（収縮期血圧が90mmHg以下）の者

ク 透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈する者

ケ 出血性消化器病変を有する者

コ 骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症の患者

サ 重症感染症に合併しているために入院中の患者

シ 末期癌に合併しているために入院中の患者

ス 入院中の患者であって腹水・胸水が貯留しているもの

セ 妊婦（妊娠中期以降）

ソ うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）

タ 12歳未満の小児

チ 人工呼吸を実施中の患者

ツ 結核菌を排菌中の患者

## J 0 4 0 局所灌流

(2) 局所灌流を夜間に開始した場合とは、午後6時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前0時以降であっても、1日として算定する。ただし、夜間に局所灌流を開始し、12時間以上継続して行った場合は、2日として算定する。

## J 0 4 1 吸着式血液浄化法

(2) エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法は、次のアからウのいずれにも該当する患者に対して行った場合に、区分番号「J 0 4 1」吸着式血液浄化法により算定する。

ア エンドトキシン血症であるもの又はグラム陰性菌感染症が疑われるもの

イ 次の(イ)～(ニ)のうち2項目以上を同時に満たすもの

(イ) 体温が38度以上又は36度未満

(ロ) 心拍数が90回/分以上

(ハ) 呼吸数が20回/分以上又はPaCO<sub>2</sub>が32mmHg未満

(ニ) 白血球数が12,000/mm<sup>3</sup>以上若しくは4,000/mm<sup>3</sup>未満又は桿状核好中球が10%以上

ウ 昇圧剤を必要とする敗血症性ショックであるもの（肝障害が重症化したもの（総ビリルビン10mg/dL以上かつヘパプラスチンテスト40%以下であるもの）を除く。）

- (3) 吸着式血液浄化療法を夜間に開始した場合とは、午後6時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前0時以降であっても、1日として算定する。ただし、夜間に吸着式血液浄化療法を開始し、12時間以上継続して行った場合は、2日として算定する。

(救急処置)

#### J 0 4 7 カウンターショック

- (4) カウンターショックと開胸心臓マッサージを併せて行った場合は、カウンターショックの所定点数と区分番号「K 5 4 5」開胸心臓マッサージの所定点数をそれぞれ算定する。

(耳鼻咽喉科処置)

#### J 1 0 3 扁桃周囲膿瘍穿刺

- (2) 区分番号「D 4 0 6 一2」扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺と同一日に算定することはできない。

(ギプス)

#### 1 一般的事項

- (5) ギプスシーネは、ギプス包帯の点数（ギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合の各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を算定する場合を除く。）に~~準~~より算定する。

(処置医療機器等加算)

#### J 2 0 0 腰部固定帯加算

- (2) 胸部固定帯は、腰部固定帯に~~準~~より算定することができる。ただし、肋骨骨折に対し非観血的整復術を行った後に使用した場合は、手術の所定点数に含まれており別途算定できない。

## 第10部 手術

<通則>

- 5 手術に当たって通常使用される保険医療材料（チューブ、縫合糸（特殊縫合糸を含む。）等）、衛生材料（ガーゼ、脱脂綿及び絆創膏等）、外皮用殺菌剤、患者の衣類及び1回の手術に使用される総量価格が15円以下の薬剤の費用は手術の所定点数に含まれる。

ただし、別に厚生労働大臣が別定める特定保険医療材料及び1回の手術に使用される総量価格が15円を超える薬剤（手術後の薬剤病巣撒布を含み、外皮用殺菌剤を除く。）については、当該手術の所定点数の他に当該特定保険医療材料及び薬剤の費用を算定できる。

## 第1節 手術料

### 第2款 筋骨格系・四肢・体幹

#### K047 難治性骨折電磁波電気治療法（一連につき）

- (1) 対象は四肢（手足を含む。）の遷延治癒骨折や偽関節であって、観血的手術又は区分番号「K047-3」~~骨折超音波骨折治療法（一連につき）~~ などの療法を行っても治癒しない難治性骨折に対して行った場合に限り算定する。ただし、やむを得ない理由により観血的手術及び区分番号「K047-3」などの療法を行わずに難治性骨折電磁波電気治療法を行った場合にあっては、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。

#### K047-3 超音波骨折治療法（一連につき）

- (1) 超音波骨折治療法は、四肢（手足を含む。）の開放骨折又は粉碎骨折に対する観血的手術を実施した後に、骨折治癒期間を短縮する目的で、当該骨折から3週間以内に超音波骨折治療法を開始した場合に算定する。なお、やむを得ない理由により3週間を超えて当該~~骨折~~超音波骨折治療法を開始した場合にあっては、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。

### 第5款 耳鼻咽喉

#### K361 上顎洞篩骨洞蝶形洞根本手術

区分番号「K35~~5~~5」鼻内前頭洞手術、区分番号「K35~~4~~3」鼻内篩骨洞手術、区分番号「K35~~4~~4」篩骨洞鼻外手術及び区分番号「K35~~5~~2-2」鼻内上顎洞~~根本~~手術を併施した場合は、本区分により算定する。

### 第7款 胸部

#### K476-3 乳房再建術（乳房切除後）

乳房再建術（乳房切除~~術後~~）は、動脈（皮）弁術及び筋（皮）弁術を実施した場合に算定する。なお、区分番号「K017」遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を実施した場合は、区分番号「K017」遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）の所定点数のみを算定し、本区分の所定点数は別に算定できない。

#### K516 気管支瘻閉鎖術

巨大な陳旧性空洞（排菌があるものに限る。）の結核に対して、一次的胸郭形成手術（第1、第2及び第3肋骨）に、肺尖剥離~~剥離~~、空洞切開術（空洞内容郭清）及び肺を含めた空洞縫縮術を同時に行った場合は、本区分により算定する。

## 第11部 麻酔

### 第1節 麻酔料

#### L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

(2) 静脈注射用麻酔剤を用いて全身麻酔を実施した場合であって、マスク又は気管内挿管による酸素吸入又は酸素・亜鉛酸化窒素混合ガス吸入と併用する場合は、20分以上実施した場合は、本区分により算定する。

#### (9) 麻酔の実施時間

ア 全身麻酔の実施時間は、(3)により計算する。

イ 当該麻酔の開始時間及び終了時間を麻酔記録に記載すること。

ウ 複数の点数の区分に当たる麻酔が行われた場合は、以下のように算定する。

(イ) 同じ点数区分にある麻酔の時間について合算する。

(ロ) 麻酔時間の基本となる2時間については、その点数の高い区分の麻酔時間から順に充当する。

(ハ) (ロ)の計算を行った残りの時間について、それぞれ「注2」の規定に従い30分又はその端数を増すごとに加算を行う。

(ニ) (ハ)の場合において、各々の区分に係る麻酔が30分を超えない場合については、それらの麻酔の実施時間を合計し、その中で実施時間の長い区分から順に加算を算定する。なお、いずれの麻酔の実施時間も等しい場合には、その中で最も高い点数の区分に係る加算を算定する。

例1 麻酔が困難な患者以外の患者に対し、次の麻酔を行った場合

① 最初に仰臥位で10分間

② 次に伏臥位で2時間30分間

③ 最後に仰臥位で20分間

の計3時間の麻酔を行った場合

基本となる2時間に②の2時間を充当 9, 150点

②の残り30分の加算 900点

仰臥位で行われた①と③を合計して30分の加算 600点

算定点数 10, 650点

例2 麻酔が困難な患者に対し、次の麻酔を行った場合

① 最初に仰臥位で10分間

② 次に側臥位で1時間20分間

③ 最後に仰臥位で47分間

の計2時間17分の麻酔を行った場合

基本となる2時間に②の1時間20分+①と③の57分のうち40分

9, 130点

①と③の残り17分の加算 600点

算定点数 9, 730点

例3 麻酔が困難な患者に対し、次の麻酔を行った場合

① 最初に仰臥位で5分間

② 次に側臥位で21分間

③ 次に分離肺換気で1時間27分間

④ 次に側臥位で30分間

⑤ 最後に仰臥位で5分間

の計2時間28分の麻酔を行った場合

基本となる2時間に③の1時間27分+②と④の51分のうち33分

16,600点

②と④の残り18分+①と⑤の10分の合計28分の加算

660点

算定点数

17,260点

例4 麻酔が困難な患者に対し、次の心臓手術の麻酔を行った場合

① 最初に仰臥位で10分間

② 次に心臓手術を人工心肺装置を使用せずに45分間

③ 次に心臓手術を人工心肺装置を使用して2時間25分間

④ 次に心臓手術を人工心肺装置を使用せずに1時間

⑤ 最後に仰臥位で10分間

の計4時間30分の麻酔を行った場合

基本となる2時間に③の2時間を充当

16,600点

②+④で1時間45分となり、このうち30分×3の加算

2,700点

③の残り25分間に④の残り15分間のうち5分間を加算

1,200点

①+⑤の20分間に④の残り10分間を加算

600点

算定点数

21,100点

## 第12部 放射線治療

### <放射線治療料>

#### M003 電磁波温熱療法

- (1) 「1」の深在性悪性腫瘍に対するものは、頭蓋内又は体腔内に存在する腫瘍であって、腫瘍の大半が~~おおむね~~概ね皮下6センチメートル以上の深部に所在するものに対して、高出力の機器(100メガヘルツ以下の低周波数のもの)を用いて電磁波温熱療法を行う場合に算定できる。

## 第13部 病理診断

### 第1節 病理標本作製料

#### N001 電子顕微鏡病理組織標本作製

- (1) 電子顕微鏡病理組織標本作製は、腎組織、甲状腺腫を除く内分泌臓器の機能性腫瘍、異所性ホルモン産生腫瘍、軟部組織悪性腫瘍、ゴーシェ病等の脂質蓄積症、多糖体蓄積症、~~慢性腎不全~~等に対する生検及び心筋症に対する心筋生検の場合において、電子顕微鏡による病理診断のための病理組織標本作製した場合に算定できる。

## 第3章 介護老人保健施設入所者に係る診療所

### 第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養~~又は医療~~に関する事項

(別紙)

(算定できるものについては「○」、算定できないものについては「×」)

項 目	小 項 目	併 設 保 険 医 療 機 関	そ の 他
基本診療料	初診料	×	○
	再診料	×	○
	外来診療料	×	○
特掲診療料			
医学管理等	退院時共同指導料 <sup>1</sup>	×	○
	診療情報提供料(Ⅰ)(注4に限る。)	×	○
	診療情報提供料(Ⅱ)	×	○
	その他のもの	×	×
在宅医療	往診料	×	○
	その他のもの	×	×
検査	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
画像診断		○	○
投薬	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
注射	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
	その他のもの	×	×
リハビリテーション	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
精神科専門療法		×	×
処置	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
手術	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
麻酔	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
	その他のもの	○	○
放射線治療		○	○

(注) 厚生労働大臣が定めるものは、「特掲診療料の施設基準等」(平成20年厚生労働省告示第~~63~~63号)の第十六及び別表第十二により規定されているものである。

診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について（歯科）  
（平成20年3月5日保医発第0305001号）

第1章 基本診療料

第1部 初・再診料

第1節 初診料

A000 初診料

(10) 地域歯科診療支援病院歯科初診料を算定するのは、紹介等患者数が外来患者の3割以上であるもの又は2割以上であるもののうち、別に厚生労働大臣が~~別~~定める手術の件数が年間30件を超えるものとする。

なお、別に厚生労働大臣が~~別~~定める手術とは、「基本診療料の施設基準等」の別表第一に掲げる手術である。

第2章 特掲診療料

第1部 医学管理等

B000-4 歯科疾患管理料

- (2) 「注1」に規定する管理計画書（当該管理計画書の様式は、「別紙様式1」又はこれに準じた様式とする。）とは、管理計画書の提供~~交付~~年月日、患者又はその家族が記入する歯科疾患と関連性のある生活習慣の状況、生活習慣の改善目標、患者の基本状況（全身の状態、基礎疾患の有無、服薬状況等）、口腔内の状態（プラーク及び歯石の付着状況、歯牙及び歯肉の状態等）、必要に応じて実施した検査結果（エックス線写真撮影による検査、歯周組織検査及びその他の検査）等の要点、治療方針の概要、保険医療機関名、当該管理の担当歯科医師名等、歯科疾患の継続的管理を行う上で必要となる情報を記載したものをいう。なお、歯科疾患管理料の算定に当たっては、患者又はその家族に提供した管理計画書の写しを診療録に添付すること。
- (3) 1回目に患者又はその家族に対して~~交付~~提供する管理計画書については、初診日から起算して1月以内に第1回目の管理計画書を作成し、患者又はその家族に対して、その内容について説明を行った上で提供するものとする。なお、歯周病に罹患している患者の管理計画書を作成する場合は、歯周組織検査を実施し、その結果を踏まえた上で歯周病に対する治療方針等を含めた管理計画書を作成すること。
- (4) 「注2」に規定する2回目以降の継続管理計画書（当該管理計画書の様式は、「別紙様式2」又はこれに準じた様式とする。）の提供時期については、管理計画の内容に変更があったとき、検査により疾患の症状が一時的に安定したと判断されるとき（歯周病においては、歯周組織検査により一時的に病状が安定されたと判断されるとき等）、一連の補綴治療が終了したときその他療養上必要な時期に~~交付~~提供するものとするが、当該管理計画に変更がない場合はこの限りでない。ただし、この場合においても、前回の管理計画書の~~交付~~提供日から起算して3月を超える日までに1回以上~~交付~~提供すること。
- (5) 歯科疾患管理料を算定した月においては、患者又はその家族に対して、管理計画書を~~交~~

~~付~~提供しない場合~~に~~であっても、少なくとも1回以上の管理計画に基づく疾患管理を行うこと。なお、当該疾患管理を行った場合は、診療録にその要点を記載すること。

(12) 「注7」のフッ化物局所応用による指導管理に係る加算は、次の取扱いとする。

イ 歯冠修復終了後主治の歯科医師又は主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者及び保護者に対しフッ化物応用に係る管理方針を説明し患者又は保護者に対し文書により提供を行った上でフッ化物の歯面塗布を行った場合に算定する。

ロ フッ化物局所応用による指導管理に用いる局所応用フッ化物製剤とは、2%フッ化ナトリウム溶液、酸性フッ化リン酸溶液をいう。

ハ フッ化物歯面塗布とは、綿球による歯面塗布法、トレー法及びイオン導入法等の通法に従い、主治の歯科医師又は歯科衛生士が3～4月ごとに局所応用を行うことをいう。

ニ 薬剤料は、当該加算の所定点数に含まれ別に算定できない。

(13) 「注8」のフッ化物洗口指導による指導管理に係る加算は、次の取扱いとする。

イ 主治の歯科医師又は主治の歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、患者及び保護者に対しフッ化物洗口に~~かか~~係る指導を行い文書により~~情報~~提供を行った場合に算定する。

ロ ~~「注8」~~のフッ化物洗口に用いる薬液とは、洗口用の0.05%及び0.1%フッ化ナトリウム溶液をいう。

ハ フッ化物洗口に係る指導に~~あ~~当たっては、歯科医師が行った場合は次の(イ)から(ハ)の内容を含め患者に対し説明を行い、指導内容等を文書により提供した場合に限り算定する。

(イ) 洗口の方法（薬液の量やうがいの方法）及び頻度

(ロ) 洗口に関する注意事項

(ハ) 薬液の取扱い及びその保管方法

ニ 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が指導を行った場合は、歯科医師は診療録に指示内容を記載し、歯科衛生士はハに規定する(イ)から(ハ)の内容を含め患者に対し説明を行い業務記録簿に指導内容等を記載し、その内容を文書により提供した場合に算定する。

#### B001-2 歯科衛生実地指導料

(2) 「注1」に規定する文書とは、(1)に掲げる指導等の内容、プラークの付着状況結果、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）、保険医療機関名、当該指導に係る指示を行った歯科医師の氏名及び当該指導を行った歯科衛生士の署名が記載されているものをいう。なお、当該指導を行った場合は、主治の歯科医師に報告を行うとともに、患者に~~交付~~提供した文書の写しを歯科衛生士業務記録簿に添付すること。

#### B004-6 歯科治療総合医療管理料

(5) 歯科治療総合医療管理料には、呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（~~タ~~ハートスコープ）、カルジオタコスコープ及び簡単な鎮静の費用が含まれ、別に算定できない。

#### B013 義歯管理料

(2) 新製有床義歯管理料は、当該有床義歯を製作した保険医療機関において、新製した有床

義歯の適合性等について検査を行い、併せて患者に対して、新製した有床義歯の取扱い、保存・清掃方法等について必要な指導を行い、当該管理の要点を診療録に記載した場合に、新製有床義歯の装着後1月以内に2回を限度として算定できるものとする。ただし、1回目の新製有床義歯管理料については、当該有床義歯の管理に係る情報を文書により提供し、診療録に義歯管理の内容の要点を記載した場合に算定するものとする。なお、新製有床義歯管理を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該義歯の装着日を記載すること。なお、診療報酬明細書の病名欄の有床義歯の対象となる欠損部位と装着部位が異なる場合は、装着部位を摘要欄に記載すること。

~~(11) 有床義歯管理料は、有床義歯の調整方法、調整箇所等を診療録に記載した場合に算定する。~~

~~(11)~~ 別の保険医療機関で製作した有床義歯の管理については、装着後1月以内であっても有床義歯管理料により算定する。

~~(12)~~ 有床義歯長期管理とは、有床義歯により回復した口腔機能の維持を主眼とした有床義歯の長期的な管理をいい、具体的には、生体及び義歯の変化に着目した長期的な管理（調整を含む。）に加えて、口腔機能の維持や低下の程度に対する評価等を含めた管理をいう。

~~(13)~~ 有床義歯長期管理料は、新製有床義歯の装着月から起算して3月を超え1年以内の期間において検査を行い、併せて適合を図るための調整又はその取扱い等の管理について、当該有床義歯を製作した保険医療機関である場合に、当該期間中、月1回を限度として算定できる。なお、有床義歯長期管理料の算定に当たっては、有床義歯の調整方法、調整箇所等を診療録に記載する。

~~(14)~~ 新製有床義歯管理料を算定した患者について、有床義歯長期管理を終了し、新製有床義歯の装着月から起算して1年を超えた期間において、当該有床義歯の修理等により改めて有床義歯の管理を行った場合は、有床義歯管理料により算定する。

~~(15)~~ 「注4」に規定する加算は、有床義歯の適正使用を推進するため、特に咬合の回復が困難な患者に対する義歯管理を評価したものである。なお、咬合の回復が困難な患者とは、次のいずれかの要件を満たす患者をいう。

イ 総義歯を装着した患者

ロ 9歯以上の局部義歯を装着し、かつ、当該局部義歯以外には対合歯間の接触関係を有しない患者

~~(16)~~ 本区分に併せて区分番号M091に掲げる周辺装置加算を算定する場合は、実際の調整回数にかかわらず、本区分の管理料が1月に算定可能な回数を限度として算定する。

~~(17)~~ 再診が電話等により行われた場合は、新製有床義歯管理料、有床義歯管理料及び有床義歯長期管理料のいずれも算定できない。

~~(18)~~ 有床義歯に係る管理を行うに当たっては、「有床義歯の管理について」（平成19年11月日本歯科医学会）を参考にすること。

#### B014 退院時共同指導料1、B015 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医科の保険医療機関と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、当該患者が入院している保険医