保医発第0306001号
平成１８年３月６日

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

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

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

標記については、本日、「診療報酬の算定方法を定める件」（平成18年厚生労働省告示第92号）等が公布され、平成18年４月１日より適用されることとなったところであるが、実施に伴う留意事項は、医科診療報酬点数表については別添１、歯科診療報酬点数表については別添２及び調剤報酬点数表については別添３のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に対し、周知徹底を図られたい。

なお、療養病棟入院基本料２及び有床診療所療養病床入院基本料２に係る留意事項については、おって通知する。

従前の「診療報酬点数表（平成６年厚生省告示第54号）及び老人診療報酬点数表（平成６年厚生省告示第72号）の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）」（平成16年２月27日保医発第0227001号）は、平成18年３月31日限り廃止する。

別添１

医科診療報酬点数表に関する事項

＜通則＞

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

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

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

４　基本診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等（平成18年厚生労働省告示第93号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。

５　特掲診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「特掲診療料の施設基準等（平成18年厚生労働省告示第94号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。

第１章　基本診療料

第１部　初・再診料

＜通則＞

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

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

ただし、初診料の注２のただし書に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の医療法施行令（昭和23年政令第326号）第５条の11第１項及び第２項に規定する診療科（以下この部において単に「診療科」という。以下同じ。）を初診として受診した場合の２つ目の診療科については、この限りではない。

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

ア　初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合

イ　往診等の後に薬剤のみを取りに来た場合

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

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

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

４　医療法（昭和23年法律第２０５号）に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中にあっては、再診料（外来診療料を含む。）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

⑴　特に初診料が算定できない旨の規定がある場合を除き、患者の傷病について医学的に初診といわれる診療行為があった場合に、初診料を算定する。なお、同一の保険医が別の医療機関において、同一の患者について診療を行った場合は、最初に診療を行った医療機関において初診料を算定する。

⑵　患者が異和を訴え診療を求めた場合において、診断の結果、疾病と認むべき徴候のない場合にあっても初診料を算定できる。

⑶　自他覚的症状がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該保険医が、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、初診料は算定できない。ただし、当該治療（初診を除く。）については、医療保険給付対象として診療報酬を算定できること。

⑷　⑶にかかわらず、健康診断で疾患が発見された患者が、疾患を発見した保険医以外の保険医（当該疾患を発見した保険医の属する保険医療機関の保険医を除く。）において治療を開始した場合には、初診料を算定できる。

⑸　労災保険、健康診断、自費等（医療保険給付対象外）により傷病の治療を入院外で受けている期間中又は医療法に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中にあっては、当該保険医療機関において医療保険給付対象となる診療を受けた場合においても、初診料は算定できない。

⑹　現に診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できない。

　ただし、「注２」のただし書に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の診療科を初診として受診した場合は、現に診療継続中の診療科を除く診療科１つに限り、同ただし書の所定点数を算定できる。また、診療継続中以外の患者であって、同一日に異なる傷病で２以上の診療科を初診として受診する場合においても、２つ目の診療科に限り、同ただし書の所定点数を算定できる。この場合において、「注３」から「注６」までに規定する加算は、算定できない。なお、患者が専門性の高い診療科を適切に受診できるよう保険医療機関が設置した総合外来等については、診療科とみなさず、総合外来等を受診後、新たに別の診療科を受診した場合であっても同ただし書の所定点数は算定できない。

⑺　患者が任意に診療を中止し、１月以上経過した後、再び同一の保険医療機関において診療を受ける場合には、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、その際の診療は、初診として取り扱う。なお、この場合において、１月の期間の計算は、暦月によるものであり、例えば、２月10日～３月９日、９月15日～10月14日等と計算する。

⑻　⑺にかかわらず、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療は、初診として取り扱わない。

⑼　Ａ保険医療機関には、検査又は画像診断の設備がないため、Ｂ保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合には、次のように取り扱うものとする。（Ｂ００９診療情報提供料(Ⅰ)の⑸～⑺を参照。）

ア　Ｂ保険医療機関が単に検査又は画像診断の設備の提供にとどまる場合

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

イ　Ｂ保険医療機関が、検査又は画像診断の判読も含めて依頼を受けた場合

　Ｂ保険医療機関においては、初診料、検査料、画像診断料等を算定できる。

⑽　乳幼児加算

初診料を算定しない場合には、特に規定する場合を除き、「注３」の乳幼児加算は、算定できない。

⑾　時間外加算

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

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

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

ウ　保険医療機関は診療時間をわかりやすい場所に表示する。

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

オ　時間外加算を算定する場合には、休日加算、深夜加算及び時間外加算の特例については、算定しない。

⑿　休日加算

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

イ　休日加算は次の患者について算定できるものとする。

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

①　地域医療支援病院（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)　当該休日を休診日とする保険医療機関に、又は当該休日を診療日としている保険医療機関の診療時間以外の時間に、急病等やむを得ない理由により受診した患者（上記(ｲ)以外の理由により常態として又は臨時に当該休日を診療日としている保険医療機関の診療時間内に受診した患者を除く。）

ウ　休日加算を算定する場合には、時間外加算、深夜加算及び時間外加算の特例については、算定しない。

⒀　深夜加算

ア　深夜加算は、初診が深夜に開始された場合に算定する。ただし、保険医療機関の都合（やむを得ない事情の場合を除く。）により深夜に診療が開始された場合は算定できない。

なお、深夜とは、いずれの季節においても午後10時から午前６時までの間をいう。

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

ウ　深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。

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

①　地域医療支援病院（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に受診した患者を除く。）

エ　深夜加算を算定する場合には、時間外加算、休日加算及び時間外加算の特例については、算定しない。

(14)　時間外加算の特例

ア　当該特例の適用を受ける保険医療機関（以下「時間外特例医療機関」という。）とは、客観的に専ら夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の３の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関をいう。

①　地域医療支援病院（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）」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

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

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

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

ア　夜間、休日及び深夜における小児診療体制の一層の確保を目的として、小児科を標榜す

る医療機関について、６歳未満の乳幼児に対し、夜間、休日又は深夜を診療時間とする医療機関において夜間、休日又は深夜に診療が行われた場合にも、それぞれ時間外加算、休日加算又は深夜加算を算定できることとするものである。

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

ウ　休日加算の対象となる休日、深夜加算の対象となる深夜の基準は、「注４」に係る休日、深夜の基準の例によるものとする。

エ　時間外加算、休日加算、深夜加算の併算定に係る取扱いは、「注４」の場合と同様である。

第２節　再診料

Ａ００１　再診料

⑴　再診料は、診療所又は一般病床の病床数が200床未満の病院において、再診の都度（同一日において２以上の再診があってもその都度）算定できる。ただし、２以上の傷病について同時に再診を行った場合の再診料は、当該１日につき１回に限り算定する。

⑵　Ａ傷病について診療継続中の患者が、Ｂ傷病に罹り、Ｂ傷病について初診があった場合、当該初診については、初診料は算定できないが、再診料を算定できる。

⑶　再診料における時間外加算、休日加算、深夜加算及び時間外特例加算の取扱いは、初診料の場合と同様である。

⑷　外来管理加算

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

イ　投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても、外来管理加算を算定できる。

ウ　「注５」に規定するリハビリテーション、精神科専門療法、処置、手術、麻酔及び放射線治療とは、第２章第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、第９部処置、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療に掲げられている項目及びそれぞれの部に掲げられている項目を準用しているものをいう。

エ　「注５」の厚生労働大臣が別に定める検査とは、第２章第３部第３節生体検査料のうち、次の各区分に掲げるものをいう。

超音波検査等
脳波検査等
神経・筋検査
耳鼻咽喉科学的検査
眼科学的検査
負荷試験等

ラジオアイソトープを用いた諸検査

内視鏡検査

⑸　電話等による再診

ア　当該保険医療機関で初診を受けた患者について、第２診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話、テレビ画像等による場合を含む。）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。

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

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

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

⑹　健康保険法（大正11年法律第70号）における療養の給付又は老人保健法（昭和57年法律第80号）における医療の提供と労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）における療養補償給付を同時に受けている場合の再診料（外来診療料を含む。）は、主たる疾病の再診料（外来診療料を含む。）として算定する。なお、入院料及び往診料は、当該入院あるいは往診を必要とした疾病に係るものとして算定する。

Ａ００２　外来診療料

⑴　外来診療料は、医療機関間の機能分担の明確化、請求の簡素化を目的として設定されたものであり、一般病床の病床数が200床以上の病院において算定する。

⑵　外来診療料の取扱いについては、再診料の場合と同様である。ただし、電話等による再診料及び外来管理加算は算定できない。

⑶　包括されている検査項目に係る検査の部の款及び注に規定する加算は、別に算定できない。ただし、検査の部の第１節第１款検体検査実施料の通則３に規定する加算は、検査の部において算定することができる。

⑷　外来診療料には、包括されている検査項目に係る判断料が含まれず、別に算定できる。なお、当該検査項目が属する区分（尿・糞便等検査判断料又は血液学的検査判断料の２区分）の判断料について、当該区分に属する検査項目のいずれをも行わなかった場合は、当該判断料は算定できない。

⑸　外来診療料には、包括されている処置項目に係る薬剤料及び特定保険医療材料料は含まれ

ず、処置の部の薬剤料及び特定保険医療材料料の定めるところにより別に算定できる。

第２部　入院料等

＜通則＞

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

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

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

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

ウ　消毒は必要の都度行われていること。

３　入院期間の確認について（入院料の支払要件）

⑴　保険医療機関の確認等

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

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

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

⑵　入院患者の申告等

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

４　１日入院

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

5　入院中の患者の他医療機関への受診

⑴　入院中の患者が、当該入院の原因となった傷病以外の傷病に罹患し、入院している保険医療機関（以下本項において「入院医療機関」という。）以外での診療の必要が生じた場合は、他の保険医療機関（以下本項において「他医療機関」という。）へ転医又は対診を求めることを原則とする。

⑵　入院医療機関において、特定入院料、療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料（以下、通則において「特定入院料等」という。）を算定している患者について、当該特定入院料等に含まれる診療を他医療機関で行った場合には、当該他医療機関は当該費用を算定できない。

⑶　⑵にかかわらず、特定入院料等を算定する患者に対し眼科等の専門的な診療が必要となった場合（当該入院医療機関に当該診療に係る診療科がない場合に限る。）であって、当該患者に対し当該診療が行われた場合（当該診療に係る専門的な診療科を標榜する他医療機関（特別の関係にあるものを除く。）において、次に掲げる診療行為を含む診療行為が行われた場合に限る。）は、当該患者について算定する特定入院料等に含まれる診療が当該他医療機関において行われた診療に含まれる場合に限り、当該他医療機関において、当該診療に係る費用を算定できることとする。ただし、短期滞在手術基本料２、医学管理等、在宅医療、投薬、注射及びリハビリテーションに係る費用（当該専門的な診療科に特有な薬剤を用いた投薬又は注射に係る費用を除く。）は算定できない。

ア　初・再診料

イ　短期滞在手術基本料１

ウ　検査

エ　画像診断

オ　精神科専門療法

カ　処置

キ　手術

ク　麻酔

ケ　放射線治療

⑷　他医療機関において⑶の規定により費用を算定することのできる診療を行わせる場合には、当該患者が入院している保険医療機関において、当該他医療機関に対し、当該診療に必要な診療情報（当該入院医療機関での算定入院料及び必要な診療科を含む。）を文書により提供する（これらに要する費用は患者の入院している保険医療機関が負担するものとする。）とともに、診療録にその写しを添付すること。この場合においては、当該他医療機関において診療が行われた日に係る特定入院料等は、当該特定入院料等の所定点数から当該特定入院料等の基本点数の70％を控除した点数により算定するものとする。この場合において、１点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算するものとする。

⑸　他医療機関において⑶のアからケまでに規定する診療を行った場合には、当該患者の入院している保険医療機関から提供される当該患者に係る診療情報に係る文書を診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に「当該患者の算定する特定入院料等」、「診療科」及び「（他）（受診日数：○日）」と記載すること。

6　外泊期間中の入院料等

⑴　入院患者の外泊期間中の入院料等については、入院基本料の基本点数の15％又は特定入院料の15％を算定するが、精神及び行動の障害の患者について治療のために外泊を行わせる場合は更に15％を算定できる。ただし、入院基本料又は特定入院料の30％を算定することができる期間は、連続して３日以内に限り、かつ月（同一暦月）６日以内に限る。

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

なお、当該外泊期間は、７の入院期間に算入する。

⑵　入院中の患者が在宅医療に備えて一時的に外泊するに際して、当該在宅医療に関する指導管理が行われた場合は、⑴に規定する点数に加えて、区分「Ｃ１００」退院前在宅療養指導管理料を、外泊初日に１回に限り算定できる。

７　入院期間の計算

⑴　入院の日とは、入院患者の保険種別変更等の如何を問わず、当該保険医療機関に入院した日をいい、保険医療機関ごとに起算する。

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

⑵　⑴にかかわらず、保険医療機関を退院後、同一傷病により当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合の入院期間は、当該保険医療機関の初回入院日を起算日として計算する。

ただし、次のいずれかに該当する場合は、新たな入院日を起算日とする。

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

イ　退院の日から起算して３月以上（悪性腫瘍又は「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年４月17日衛発第242号）の別紙の第３に掲げる疾患に罹患している患者については１月以上）の期間、同一傷病について、いずれの保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所（短期入所療養介護費を算定すべき入所を除く。）することなく経過した後に、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合

⑶　「特別の関係」とは、次に掲げる関係をいう。

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

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

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

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

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

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

イ　「保険医療機関等」とは、保険医療機関である病院若しくは診療所、特定承認保険医療機関、老人保健法第25条第３項第２号に規定する病院若しくは診療所、介護老人保健施設又は指定訪問看護事業者をいう。

ウ　「親族等」とは、親族関係を有する者及び以下に掲げる者をいう。

(ｲ)　事実上婚姻関係と同様の事情にある者

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

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

８　病棟移動時の入院料

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

９　退院時処方に係る薬剤料の取扱い

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

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

11　複合病棟に関する取扱いについては、「複合病棟に関する基準等（平成12年厚生省告示第70号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。

12　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合に限り入院基本料（特別入院基本料及び老人特定入院基本料を含む。）又は特定入院料の算定を行うものであり、基準に適合していることを示す資料等を整備しておく必要がある。

第１節　入院基本料

Ａ１００　一般病棟入院基本料

⑴　一般病棟入院基本料は、「注１」の入院基本料及び「注２」の特別入院基本料から構成され、「注１」の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た一般病棟に入院している患者について、７対１入院基本料等の各区分の所定点数を算定し、「注２」の特別入院基本料については、届け出た一般病棟に入院している患者について算定する。

⑵　当該保険医療機関において複数の一般病棟がある場合には、当該病棟のうち、障害者施設等入院基本料等又は特殊疾患療養病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の一般病棟入院基本料を算定するものとする。

⑶　「注４」に規定する特定患者とは、90日を超える期間、同一の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を含む。）の一般病棟に入院している患者であって、当該90日を経過する日の属する月（90日経過後にあってはその後の各月とする。以下、下の表において単に「月」という。）に下の表の左欄に掲げる状態等にあって、中欄の診療報酬点数に係る療養のいずれかについて、右欄に定める期間等において実施している患者（以下「基本料算定患者」という。）以外のものをいう。

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

状　態　等	診療報酬点数	実施の期間等
1　難病患者等入院診療加算を算定する患者	難病患者等入院診療加算	当該加算を算定している期間
2　重症者等療養環境特別加算を算定する患者	重症者等療養環境特別加算	当該加算を算定している期間
3　重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等（※１参照）	――――――	左欄の状態にある期間
4　悪性新生物に対する治療（重篤な副作用のおそれがあるもの等に限る。）を実施している状態（※２参照）	動脈注射 抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入 点滴注射 中心静脈注射 骨髄内注射 放射線治療（エックス線表在治療又は血液照射を除く。）	左欄治療により、集中的な入院加療を要する期間
5　観血的動脈圧測定を実施している状態	観血的動脈圧測定	当該月において２日以上実施していること

6　リハビリテーション等を実施している状態（患者の入院の日から起算して180日までの間に限る。）	心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーション	週３回以上実施している週が、当該月において２週以上
7　ドレーン法若しくは胸腔又は腹腔の洗浄を実施している状態（※３参照）	ドレーン法（ドレナージ） 胸腔穿刺 腹腔穿刺	当該月において２週以上実施していること
8　頻回に喀痰吸引を実施している状態（※３参照）	喀痰吸引 気管支カテーテル薬液注入法	１日に８回以上（夜間を含め約３時間に１回程度）実施している日が、当該月において20日以上であること
9　人工呼吸器を使用している状態	間歇的陽圧吸入法 人工呼吸	当該月において１週以上使用していること
10　人工腎臓又は血漿交換療法を実施している状態	人工腎臓	各週２日以上実施していること
	血漿交換療法	当該月において２日以上実施していること
11　全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態（当該手術を実施した日から起算して30日までの間に限る。）	脊椎麻酔 開放点滴式全身麻酔 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	――

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

a　重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者及び重度の意識障害者

b　以下の疾患に罹患している患者

筋ジストロフィー、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病及び亜急性硬化性全脳炎

※２　４の「重篤な副作用のおそれがあるもの等」とは、以下のものである。

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

b　放射線治療

c　末期の悪性新生物に対する治療

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

また、８に係る喀痰吸引を算定した場合は、当該喀痰吸引を頻回に行った旨を診療報酬明細書に、その実施時刻及び実施者について診療録等に記載すること。

※４　基本診療料の施設基準等（平成18年厚生労働省告示第　号）別表第四に規定する「前各号に掲げる状態に準ずる状態にある患者」は、定められていない。

⑷　基本料算定患者が90日を超える期間一般病棟に入院している場合は、平均在院日数の算定の対象から除外すること。このため、基本料算定患者を入院させる保険医療機関においては、当該患者の人数等が明確に分かるような名簿を月ごとに作成し、適切に管理しておく必要があること。

⑸　「注４」に規定する特定患者が、包括病床群（第３節「Ａ３１３　老人一般病棟入院医療管理料」の「注１」に規定する包括病床群をいう。）の届出を行っていない病床に入院している場合については、老人特定入院基本料（928点又は790点）を算定すること。

また、老人特定入院基本料に含まれる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤及び特定保険医療材料の費用並びに浣腸、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に際して薬剤又は特定保険医療材料を使用した場合の当該薬剤又は特定保険医療材料に係る費用は、老人特定入院基本料に含まれるものであること。

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

⑹　一般病棟入院基本料を算定する病棟については、「注６」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

Ａ１０１　療養病棟入院基本料

⑴　療養病棟入院基本料１（平成18年６月30日までに限る。）

ア　療養病棟入院基本料１は、「注１」の入院基本料及び「注２」の特別入院基本料から構成され、それぞれ別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た療養病棟に入院している患者について、入院基本料１等の各区分の所定点数を算定する。

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

ウ　療養病棟入院基本料１に含まれる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用並びに浣腸、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１に含まれる。

エ　療養病棟入院基本料１を算定する病棟は主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する施設であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病棟への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

オ　「注４」に掲げる加算を算定するに当たっては、当該加算の要件を満たすとともに、次の㈠から㈢までの要件を満たすことが必要である。

㈠　当該加算の基準に基づき、患者の身体障害の状態及び認知症の状態を評価するとと

もに、当該加算の基準に基づく評価、これらに係る進行予防等の対策の要点及び評価日を診療録に記載するものとする。当該加算は、対策の要点に基づき、計画を立て、当該計画を実行した日から算定する。

(ﾛ) 当該加算算定患者については、定期的（原則として月に１回）に当該加算の基準に基づく評価及び対策の要点を見直し、評価日と併せて診療録に記載する。

(ﾊ) 患者の状態に著しい変化が見られた場合には、その都度、当該加算の基準に基づく評価及び対策の要点を見直し、評価日と併せて診療録に記載する。評価に変更がある場合には、新たな点数を算定する。

(ﾆ) 当該加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該加算の算定根拠となる評価（当該加算の基準に基づくランク等）及び評価日を記載すること。なお、月の途中で加算点数に変更がある場合については、その都度、同様に記載すること。

カ　療養病棟入院基本料１を算定する病棟については、「注５」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

Ａ１０２　結核病棟入院基本料

(1) 結核病棟入院基本料は、「注１」の入院基本料及び「注２」の特別入院基本料から構成され、「注１」の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た結核病棟に入院している患者について、７対１入院基本料等の各区分の所定点数を算定し、「注２」の特別入院基本料については、届け出た結核病棟に入院している患者について算定する。

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

(3) 結核病棟入院基本料を算定する病棟については、「注４」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

Ａ１０３　精神病棟入院基本料

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

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

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

(ｲ) 入院時において、当該加算の基準に基づくランクがＭであること。

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

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

⑷　精神病棟入院基本料を算定する病棟については、「注５」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

Ａ１０４　特定機能病院入院基本料

⑴　特定機能病院入院基本料は、「注１」に規定する入院基本料について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た一般病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者について、７対１入院基本料等の各区分の所定点数を算定する。

⑵　当該特定機能病院において同一種別の病棟が複数ある場合の入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の⑵、結核病棟入院基本料の⑵及び精神病棟入院基本料の⑵の例による。

⑶　「注３」に掲げる加算を算定するに当たっては、当該加算の基準を満たすとともに、次の㈠から㈩までの要件を満たすことが必要である。なお、既に入院中の患者が当該入院期間中に、当該基準の要件を満たすこととなっても、当該加算は算定できない。

㈠　入院時において、当該加算の基準に基づくランクがＭであること。

㈡　当該加算の基準に基づき、患者の身体障害の状態及び認知症の状態を評価するとともに、当該加算の基準に基づく評価、これらに係る進行予防等の対策の要点及び評価日を診療録に記載するものとする。当該加算は、対策の要点に基づき、計画を立て、当該計画を実行した日から算定する。

㈩　当該加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該加算の算定根拠となる評価（当該加算の基準に基づくランク等）及び評価日を記載すること。

⑷　当該特定機能病院の一般病棟に入院している特定患者に係る入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の⑶から⑸の例による。

⑸　特定機能病院入院基本料を算定する病棟については、「注４」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。

Ａ１０５　専門病院入院基本料

⑴　専門病院入院基本料は、「注１」に規定する入院基本料について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た一般病棟に入院している患者について、７対１入院基本料等の各区分の所定点数を算定する。

⑵　当該専門病院において複数の一般病棟がある場合には、当該病棟のうち、障害者施設等入院基本料又は緩和ケア病棟入院料等の特定入院料（病棟単位で行うものに限る。）を算定する病棟以外の病棟については、同じ区分の専門病院入院基本料を算定するものとする。

⑶　当該専門病院に入院している特定患者に係る入院基本料の算定については、一般病棟入院基本料の⑶から⑸の例による。

⑷　専門病院入院基本料を算定する病棟については、「注４」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。

Ａ１０６　障害者施設等入院基本料

⑴　障害者施設等入院基本料は、「注１」に規定する入院基本料について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た障害者施設等一般病棟に入院している患者について、10対１入院基本料等の各区分の所定点数を算定する。

⑵　当該保険医療機関において複数の障害者施設等一般病棟がある場合には、当該病棟全てについて同じ区分の障害者施設等入院基本料を算定するものとする。

⑶　当該障害者施設等一般病棟に入院している特定患者に係る入院基本料の算定については、

一般病棟入院基本料の⑶から⑸の例による。

⑷　障害者施設等入院基本料を算定する病棟については、「注４」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。

Ａ１０８　有床診療所入院基本料

⑴　有床診療所入院基本料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院している患者について、有床診療所入院基本料１等の各区分の所定点数を算定する。

⑵　有床診療所入院基本料１を算定する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所において、当該診療所に勤務する医師が２名以上及び当該診療所（療養病床に係るものを除く。）に勤務する看護職員が10名以上であり、かつ、夜間に看護職員を１名以上配置している場合は、「注２」に掲げる加算を算定することができる。

⑶　有床診療所入院基本料１を算定する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所において、当該診療所（療養病床に係るものを除く。）に勤務する看護職員が看護師３名以上を含む10名以上である場合は、「注３」に掲げる加算を算定することができる。

⑷　有床診療所入院基本料を算定する診療所については、「注４」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。

Ａ１０９　有床診療所療養病床入院基本料

⑴　有床診療所療養病床入院基本料１（平成18年６月30日までに限る。）

ア　有床診療所療養病床入院基本料１は、「注１」の入院基本料及び「注２」の特別入院基本料から構成され、「注１」の入院基本料については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た診療所（療養病床に係るものに限る。）に入院している患者について、入院基本料の所定点数を算定し、「注２」の特別入院基本料については、届け出た診療所（療養病床に係るものに限る。）に入院している患者について、算定する。

イ　有床診療所療養病床入院基本料１に含まれる画像診断及び処置並びにこれらに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用並びに浣腸、注腸、吸入等基本診療料に含まれるものとされている簡単な処置及びこれに伴い使用する薬剤又は特定保険医療材料の費用については有床診療所療養病床入院基本料１に含まれる。

ウ　有床診療所療養病床入院基本料１を算定する病床は主として長期にわたり療養の必要な患者が入院する施設であり、医療上特に必要がある場合に限り他の病床への患者の移動は認められるが、その医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載する。

エ　「注４」に掲げる加算に係る留意事項は、療養病棟入院基本料１の例による。

オ　有床診療所療養病床入院基本料１を算定する病床については、「注５」に掲げる入院基本料等加算について、それぞれの算定要件を満たす場合に算定できる。

第２節　入院基本料等加算

Ａ２００　入院時医学管理加算

病院の一般病棟に対する医師の配置数と入院外来患者比率を指標とする加算である。

Ａ２０４　地域医療支援病院入院診療加算

⑴　地域医療支援病院入院診療加算は、地域医療支援病院における紹介患者に対する医療提供、病床や高額医療機器等の共同利用、24時間救急医療の提供等を評価するものであり、入院初日に算定する。

⑵　⑴にかかわらず入院初日に病棟単位で行うべき特定入院料以外の特定入院料を算定した場合については、入院基本料の入院期間の計算により一連の入院期間とされる期間中に特定入院料を算定しなくなった日（当該日が退院日の場合は、退院日）において１回に限り算定する。

Ａ２０４－２　臨床研修病院入院診療加算

⑴　研修医が、当該保険医療機関の研修プログラムに位置づけられた臨床研修病院及び臨床研修協力施設において、実際に臨床研修を実施している場合に算定できる。

⑵　研修医の診療録の記載に係る指導及び確認は、速やかに行うこととし、診療録には指導の内容がわかるように指導医自らが記載を行い、署名をすること。

Ａ２０５　救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算

⑴　客観的に休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第30条の３の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関において、緊急に入院を必要とする重症患者に対して救急医療が行われた場合に、入院した日から起算して７日に限り算定できる。

ア　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）

イ　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

ウ　「救急医療対策の整備事業について（昭和52年医発第692号）」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

⑵　当該加算の対象となる患者は、次に掲げる状態にあって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者をいう。

ア　吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態

イ　意識障害又は昏睡

ウ　呼吸不全又は心不全で重篤な状態

エ　急性薬物中毒

オ　ショック

カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ　広範囲熱傷

ク　外傷、破傷風等で重篤な状態

ケ　緊急手術を必要とする状態

コ　その他、「ア」から「ケ」に準ずるような重篤な状態

⑶　都道府県知事の指定する精神科救急医療施設において、緊急に入院を必要とする重症患者（精神疾患であり、入院させなければ医療及び保護を図る上で支障のある状態）に対して救急医療が行われた場合にも算定できる。ただし、精神科応急入院施設管理加算又は精神科措置入院診療加算を算定した患者については算定できない。なお、精神科救急医療施設の運営については、平成７年10月27日健医発第1321号厚生省保健医療局長通知に従い実施されたい。

⑷　加算の起算日となる入院日は、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ている日（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するとともに、地方社会保険事務局長に届け出た日とする。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っては、第二次救急医療施設として必要な診療機能及び専用病床を確保するとともに、診療体制として通常の当直体制のほかに重症救急患者の受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。

⑸　地方社会保険事務局長への届出の様式等については、別途通知する。

Ａ２０６　在宅患者応急入院診療加算

⑴　診療所において在宅時医学総合管理料、在宅末期医療総合診療料又は第２章第２部第２節第１款に掲げる在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料（在宅自己注射指導管理料を除く。）を入院の月又はその前月に算定している患者について、当該患者の病状の急変等に伴い当該診療所の医師（以下本項において「主治医」という。）の求めに応じて入院させた場合に、当該入院中１回に限り、入院初日に算定する。

⑵　当該患者が入院中の保険医療機関が、主治医が属する保険医療機関と特別の関係（「第２部入院料等」の通則７に規定する「特別の関係」をいう。）にある場合には、在宅患者応急入院診療加算は算定できない。

Ａ２０７　診療録管理体制加算

１名以上の専任の診療記録管理者の配置その他の診療録管理体制を整え、現に患者に対し診療情報を提供している保険医療機関への加算である。

Ａ２０８　乳幼児加算・幼児加算

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

Ａ２１０　難病等特別入院診療加算

⑴　メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症患者については、菌の排出がなくなった後、３週間を限度として算定する。

⑵　特殊疾患入院施設管理加算を算定している患者については算定できない。

Ａ２１１　特殊疾患入院施設管理加算

⑴　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、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者等を主として入院させる障害者施設等一般病棟等その他の病棟において算定する。

⑵　重度の意識障害者とは、以下に掲げる者をいう。

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

イ　無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

⑶　神経難病患者とは、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ

橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病又は亜急性硬化性全脳炎に罹患している患者をいう。

Ａ２１２　超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

⑴　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16年２月27日保医発第0227002号）」別紙６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。

⑵　準超重症児（者）入院診療加算の対象となる準超重症の状態は、当該超重症児（者）判定基準による判定スコアが10以上のものをいう。

Ａ２１２－２　新生児入院医療管理加算

⑴　新生児入院医療管理加算は、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。

⑵　新生児入院医療管理加算の算定対象となる新生児は、次に掲げる状態にあって、医師が新生児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

Ａ２１３　看護配置加算

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

Ａ２１４　看護補助加算

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

Ａ２１５　夜間勤務等看護加算

⑴　夜間勤務等看護加算は、夜間の勤務体制及び看護サービスを評価したものであり、入院基本料を算定している全ての療養病棟において当該加算区分のいずれかを算定している場合に限って算定することができる。

⑵　病棟により夜間の看護体制が異なることから病棟ごとに異なる区分の加算を算定することができる。

Ａ２１８　地域加算

⑴　地域加算は、医業経費における地域差に配慮したものであり、人事院規則で定める地域に所在する保険医療機関において、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術基本料２の加算として算定できる。

⑵　人事院規則で定める対象地域及び級地区分は、別表のとおりであり、当該地域に所在する保険医療機関に入院している患者について、算定する。

Ａ２１８－２　離島加算

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

Ａ２１９　療養環境加算

⑴　特別の療養環境の提供に係る病室については、加算の対象とはならない。

⑵　医師並びに看護師、准看護師及び看護補助者の員数が医療法の定める標準を満たしていない病院では算定できない。

Ａ２２０　ＨＩＶ感染者療養環境特別加算

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

Ａ２２１　重症者等療養環境特別加算

⑴　加算の対象となる者は、次のいずれかに該当する患者であって、特に医療上の必要から個室又は２人部屋の病床に入院した者である。

ア　病状が重篤であって絶対安静を必要とする患者

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

⑵　インキュベーターに収容した新生児又は乳幼児は、加算の対象とならない。

⑶　当該加算の対象となった患者の氏名及び入院日数を記録し、３年間保存しておくこと。

Ａ２２１－２　小児療養環境特別加算

⑴　小児療養環境特別加算の対象となる患者は、次のいずれかの状態に該当する15歳未満の小児患者であって、医師が治療上の必要から個室での管理が必要と認めたものである。

ア　麻疹等の感染症に罹患しており、他の患者への感染の危険性が高い患者。

イ　易感染性により、感染症罹患の危険性が高い患者。

⑵　本加算を算定する場合は、⑴のア又はイのいずれかに該当する旨及びその病態の概要を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

⑶　当該患者の管理に係る個室が特別の療養環境の提供に係る病室であっても差し支えないが、患者から特別の料金の徴収を行うことはできない。

Ａ２２２　療養病棟療養環境加算

⑴　療養病棟療養環境加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供される療養環境を総合的に評価したものである。

⑵　特別の療養環境の提供に係る病室に入室しており、かつ、患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

Ａ２２３　診療所療養病床療養環境加算

⑴　診療所療養病床療養環境加算は、長期にわたり療養を必要とする患者に提供される療養環境を総合的に評価したものである。

⑵　特別の療養環境の提供に係る病室に入室しており、かつ、患者から特別の料金の徴収を行っている場合には算定できない。

Ａ２２４　無菌治療室管理加算

⑴　当該加算は、入院基本料（特別入院基本料を除く。）を算定し、かつ、自家発電装置を有している病院において、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者に対して、必要があって無菌治療室管理を行った場合に算定する。

　なお、無菌治療室管理とは、当該管理を行うために、滅菌水の供給が常時可能であること、室内の空気清浄度がクラス１万以下であること等の要件を満たす無菌治療室において、医師等の立入、物資の供給等の際にも無菌状態が保たれるよう必要な管理をいう。

⑵　当該加算は、一連の治療につき、無菌室に入室した日を起算日として90日を限度として算定する。

Ａ２２５　放射線治療病室管理加算

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

Ａ２２６　重症皮膚潰瘍管理加算

⑴　重症皮膚潰瘍管理とは、重症な皮膚潰瘍（Sheaの分類Ⅲ度以上のものに限る。）を有している者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行うことをいう。

⑵　本加算を算定する場合は、当該患者の皮膚潰瘍がSheaの分類のいずれに該当するかについて、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ａ２２６－２　緩和ケア診療加算

⑴　本加算は、一般病床に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従のチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。

⑵　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。

⑶　緩和ケアチームは初回の診療に当たり、主治医、看護師などと共同の上別紙様式２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。

⑷　当該加算算定患者については入院精神療法の算定は週に１回までとする。

⑸　１日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね30名以内とする。

Ａ２２７　精神科措置入院診療加算

精神科措置入院診療加算は、措置入院に係る患者について当該入院期間中１回に限り入院の日に算定する。ただし、応急入院患者として入院し、入院後措置入院又は緊急措置入院が決定した場合は、当該措置入院が決定した日に算定する。また、この場合にあっては、精神科応急入院施設管理加算は算定できない。

Ａ２２８　精神科応急入院施設管理加算

⑴　精神科応急入院施設管理加算の算定の対象となる応急入院患者は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）第33条の４第１項に規定する応急入院患者及び同法第34条第１項から第３項までの規定により移送された患者（以下「応急入院患者等」という。）であり、その取扱いについては昭和63年４月６日健医発第433号厚生省保健医療局長通知に即して行うこと。

⑵　応急入院患者等として入院した場合であっても、入院後、精神保健福祉法第29条第１項に規定する措置入院として措置が決定した場合は精神科応急入院施設管理加算は算定できない。なお、応急入院等の後の入院形態の変更については、各都道府県の衛生担当部局との連絡を密にすること。

⑶　診療報酬明細書を審査支払機関に提出した後に措置入院が決定した場合にあっては、遅滞なく、精神科応急入院施設管理加算の請求を取り下げる旨を当該保険医療機関が審査支払機関に申し出ること。

⑷　精神科応急入院施設管理加算を算定する場合にあっては、精神保健福祉法第33条の４第２項に基づく応急入院届又は同法第33条第４項に基づく医療保護入院届の写しを診療報酬明細書に添付すること。

Ａ２２９　精神科隔離室管理加算

⑴　当該加算が算定できる隔離とは、精神保健福祉法第36条第３項の規定に基づいて行われるものをいう。患者の隔離に当たっては、同法第37条第１項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準に従うとともに、隔離を行っている間は１日１回以上診察を行うこと。

⑵　精神科隔離室管理加算を算定する場合には、その隔離の理由を診療録に記載し、１日１回の診察の内容を診療録に記載すること。

⑶　精神保健福祉法第36条第３項に規定する隔離が数日間にわたり連続して行われた場合にあっては、当該隔離の開始日及び終了日についても精神科隔離室管理加算を算定できる。

⑷　隔離時間が12時間以下の場合や患者本人の意思に基づいて隔離を行った場合には算定できない。また、当該加算は、連続する30日間に７日を超えて算定できない。なお、応急入院中の期間及び精神科措置入院診療加算を算定した日に行った隔離については、当該加算の日数には数えない。

⑸　精神科応急入院施設管理加算を算定した入院患者について、当該応急入院中に行った隔離については、精神科隔離室管理加算は算定できない。ただし、当該応急入院の終了後も措置入院等で入院を継続している場合であって、精神保健福祉法第36条第３項の規定に基づく隔離を行った場合は算定できる。

⑹　精神科措置入院診療加算を算定する同一日に行った隔離については、精神科隔離室管理加算は算定できない。

⑺　当該加算は、「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」に規定する基準に該当する保険医療機関については、算定できない。

Ａ２３０　精神病棟入院時医学管理加算

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

Ａ２３１　児童・思春期精神科入院医療管理加算

⑴　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。

⑵　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。

⑶　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３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。

⑷　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。

Ａ２３２　がん診療連携拠点病院加算

⑴　がん診療連携拠点病院加算は、がんの集学的治療、緩和医療の提供、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、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。

⑵　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からの紹介によりがん診療連携拠点病院に入院した患者のうち、悪性腫瘍と診断されたものについて、当該入院中１回に限り、入院初日に算定する。

Ａ２３３　栄養管理実施加算

⑴　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。

⑵　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を算定している入院患者に対して栄養管理を行った場合に算定できる。

⑶　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。

⑷　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４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。

エ　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。

⑸　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。

⑹　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。

Ａ２３４　医療安全対策加算

⑴　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。

⑵　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専従の医療安全管理者が、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。

⑶　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。

Ａ２３５　褥瘡患者管理加算

⑴　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算定する。

⑵　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

⑴　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。

⑵　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。

⑶　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）があって既に褥瘡を有するもの

⑷　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。

Ａ２３７　ハイリスク分娩管理加算

⑴　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27週の早産

イ　40歳以上の初産婦

ウ　分娩前のＢＭＩが35以上の初産婦

エ　糖尿病合併妊娠

オ　妊娠高血圧症候群重症

カ　常位胎盤早期剥離

⑵　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、１回の妊娠につき、１入院に限り８日を限度として算定する。

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、特殊疾患療養病棟入院料、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、老人一般病棟入院医療管理料及び老人性認知症疾患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及び脳卒中ケアユニット入院医療管理料については、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又は脳卒中ケアユニット入院医療管理料を算定した後に、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又は脳卒中ケアユニット入院医療管理を行う専用の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、広範囲熱傷特定集中治療室に入院させた場合においては、60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、広範囲熱傷特定集中治療室管理料を算定する。

Ａ３００　救命救急入院料

⑴　救命救急入院料の算定対象となる重篤な救急患者とは、次に掲げる状態にあって、医師が救命救急入院が必要であると認めた者であること。

ア　意識障害又は昏睡

イ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

ウ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）

エ　急性薬物中毒

オ　ショック

カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ　広範囲熱傷

ク　大手術を必要とする状態

ケ　救急蘇生後

コ　その他外傷、破傷風等で重篤な状態

⑵　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。

⑶　「注４」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。

⑷　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

⑴　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

⑵　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

⑴　ハイケアユニット入院医療管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる状態に準じる状態にあって、医師がハイケアユニット入院医療管理が必要であると認めた者であること。

ア　意識障害又は昏睡

イ　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪

ウ　急性心不全（心筋梗塞を含む。）

エ　急性薬物中毒

オ　ショック

カ　重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）

キ　広範囲熱傷

ク　大手術後

ケ　救急蘇生後

コ　その他外傷、破傷風等で重篤な状態

⑵　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

⑴　脳卒中ケアユニット入院医療管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる疾患であって、

医師が脳卒中ケアユニット入院医療管理が必要であると認めた者であること。

ア　脳梗塞

イ　脳出血

ウ　くも膜下出血

⑵　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。

Ａ３０２　新生児特定集中治療室管理料

⑴　新生児特定集中治療室管理料の算定対象となる新生児は、次に掲げる状態にあって、医師が新生児特定集中治療室管理が必要であると認めた者である。

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

⑵　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。

Ａ３０３　総合周産期特定集中治療室管理料

⑴　総合周産期特定集中治療室管理料は、出産前後の母体及び胎児並びに新生児の一貫した管理を行うため、都道府県知事が適当であると認めた病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合していると地方社会保険事務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。

⑵　総合周産期特定集中治療室管理料の「１」母体・胎児集中治療室管理料の算定対象となる妊産婦は、次に掲げる疾患等のため母体又は胎児に対するリスクの高い妊娠と認められる妊産婦であって、医師が、常時十分な監視のもとに適時適切な治療を行うために母体・胎児集中治療室管理が必要であると認めたものである。

ア　合併症妊娠

イ　妊娠中毒症

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

⑶　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の算定対象となる新生

児は、Ａ３０２新生児特定集中治療室管理料の⑴に掲げる状態にあって、医師が新生児集中治療室管理が必要であると認めたものである。

⑷　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。

Ａ３０４　広範囲熱傷特定集中治療室管理料

⑴　広範囲熱傷特定集中治療室管理料の算定対象となる患者は、Ⅱ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室管理が必要であると認めた者である。なお、熱傷には電撃傷、薬傷及び凍傷が含まれる。

⑵　熱傷用空気流動ベッドの使用の有無にかかわらず所定点数を算定する。なお、創傷処置又は皮膚科軟膏処置の費用は所定点数に含まれ別に算定できないが、創傷処置又は皮膚科軟膏処置に用いた薬剤料については別に算定できる。

Ａ３０５　一類感染症患者入院医療管理料

⑴　一類感染症患者入院医療管理料の算定対象となる患者は、次に掲げる患者であって、医師が一類感染症患者入院医療管理が必要と認めた者である。

ア　感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第６条第８項に規定する新感染症又は同法（以下「感染症法」という。）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

⑵　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

⑴　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。

⑵　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。

⑶　「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。

⑷　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。

Ａ３０７　小児入院医療管理料

⑴　小児入院医療管理料は、届け出た保険医療機関（特定機能病院を除く。）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。

⑵　「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３を算定する医療機関にあっては、院内の当該入院医療管理料を算定する患者の全てについて算定できる。

⑶　「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。

⑷　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。

⑸　小児入院医療管理料１及び２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一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料を算定する。

⑹　小児入院医療管理料３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

⑴　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プログラムを医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士等が共同して作成し、これに基づく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。

⑵　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。

⑶　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。

⑷　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１の入院基本料１を算定する。

⑸　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。

Ａ３０８－２　亜急性期入院医療管理料

⑴　亜急性期入院医療管理料を算定する病室は、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って症状の急性増悪した患者等に対して、在宅復帰支援機能を有し、効率的かつ密度の高い医療を提供する病室である。

⑵　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」の別紙様式２の１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５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。）

⑶　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。

⑷　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。

⑸　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。

⑹　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。

Ａ３０９　特殊疾患療養病棟入院料

⑴　特殊疾患療養病棟は、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、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。

⑵　特殊疾患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、特殊疾患療養病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

⑶　「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。

⑷　特殊疾患療養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。

Ａ３１０　緩和ケア病棟入院料

⑴　緩和ケア病棟は、主として末期の悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行う病棟であり、当該病棟に入院した緩和ケアを要する末期の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。

⑵　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。

⑶　末期の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。

⑷　緩和ケア病棟における末期悪性腫瘍患者のケアに関しては、「がん末期医療に関するケアのマニュアル」（厚生省・日本医師会編）を参考とする。

Ａ３１１　精神科救急入院料

⑴　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。

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。）

⑵　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。

⑶　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。

⑷　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。

⑸　当該入院料の算定対象となる患者は以下の障害を有する者に限る。

ア　症状性を含む器質性精神障害（精神疾患を有する状態に限り、単なる認知症の症状を除く。）

イ　精神作用物質使用による精神及び行動の障害（アルコール依存症にあっては、単なる酩酊状態であるものを除く。）

ウ　統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害

エ　気分（感情）障害

オ　神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害（自殺・自傷行為及び栄養障害・脱水等の生命的危険を伴う状態に限る。）

カ　成人の人格及び行動の障害（精神疾患を有する状態に限る。）

キ　知的障害（精神疾患を有する状態に限る。）

⑹　注３に規定する非定型抗精神病薬とは、オランザピン、フマル酸クエチアピン、塩酸ペロスピロン、リスペリドンをいう。

⑺　「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。

⑻　「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。

Ａ３１１－２　　精神科急性期治療病棟入院料

⑴　精神科急性期治療病棟入院料の算定対象となる患者は、次に掲げる患者である。

ア　入院基本料の入院期間の起算日の取扱いにおいて、当該病院への入院日が入院基本料の起算日に当たる患者（当該病棟が満床である等の理由により一旦他の病棟に入院した後、入院日を含め２日以内に当該病棟に転棟した患者を含む。）（以下この項において「新規患者」という。）

イ　他の病棟から当該病棟に移動した入院患者又は当該病棟に入院中の患者であって当該入院料を算定していない患者のうち、意識障害、昏迷状態等の急性増悪のため当該病院の精神保健指定医が当該病棟における集中的な治療の必要性を認めた患者（以下この項において「転棟患者等」という。）

⑵　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。

⑶　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。

⑷　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。

⑸　精神科急性期治療病棟入院料に係る算定要件に該当しない患者が、当該病棟に入院した場合には、精神病棟入院基本料の15対１入院基本料を算定する。

⑹　当該入院料の算定対象となる患者は、区分「Ａ３１１」精神科救急入院料の⑸の例による。

⑺　「注３」に規定する加算の算定に当たっては、区分「Ａ３１１」精神科救急入院料の例による。

Ａ３１２　精神療養病棟入院料

⑴　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。

⑵　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。

⑶　「注４」に規定する加算の算定に当たっては、区分「Ａ３１１」精神科救急入院料の例による。

Ａ３１３　老人一般病棟入院医療管理料

⑴　老人一般病棟入院医療管理料は、別に厚生労働大臣が定める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一般病棟の包括病床群（以下「包括病床群」という。）に入院している特定患者（第１節の「一般病棟入院基本料」の⑶に規定する特定患者をいう。）について算定する。

⑵　包括病床群に特定患者以外の患者が入院した場合は、老人一般病棟入院医療管理料を算定する。

⑶　包括病床群に入院している特定患者の平均在院日数の算定からの除外については、当該患者の入院する保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を含む。）の一般病棟において180日を超えて入院しているもので、かつ、入院期間のうち90日を超えて老人一般病棟入院医療管理料を算定しているものを対象とする。

⑷　老人一般病棟入院医療管理料に含まれる検査、投薬、注射並びに別に厚生労働大臣が定める画像診断及び処置の費用（フィルムの費用を含む。）の取扱いは、老人特定入院基本料の例による。

Ａ３１４　老人性認知症疾患治療病棟入院料

⑴　老人性認知症疾患治療病棟入院料は、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老人性認知症疾患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、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。

⑵　老人性認知症疾患治療病棟入院医療を行う病棟は重度認知症患者を入院させる施設として特に認められたものであり、他の病棟への移動は医療上特に必要がある場合に限るものとし、単に検査のために短期間他の病棟に転棟すること等は認められない。

　なお、必要があって他の病棟へ移動した場合は、その医療上の必要性について診療報酬明細書に詳細に記載すること。

⑶　老人性認知症疾患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、老人性認知症疾患治療病棟入院料に含まれ、別に算定できない。

⑷　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。

Ａ３１６　診療所老人医療管理料

⑴　診療所老人医療管理料は、在宅療養計画を策定し、その計画に基づき、居宅において療養を行っている者（他の保険医療機関において現に在宅療養計画に基づく在宅療養を行っている者を含む。）の適切な在宅医療を確保するための診療を目的として入院させるものとして、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保険医療機関である診療所が届出をし、都道府県知事が受理した当該診療所に入院している患者について算定する。

⑵　診療所老人医療管理料には、すべての診療に要する費用（地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算及び褥瘡患者管理加算を除く。）が含まれているものであり、入院の日から退院の日までの間においては、入院及び退院の時間が午前又は午後であるか否かにかかわらず、他の診療料の算定は行わないものであること。

⑶　同一日において入退院があった場合は、診療所老人医療管理料の算定は行わないものであること。

⑷　診療所老人医療管理料を算定する患者が退院した後に再度入院を要する場合は、退院後１か月以上経過しない場合は、当該診療所老人医療管理料として645点を算定するものであること。

⑸　診療所老人医療管理料の算定に当たって主治医は、患者の病態から判断し２日を超えて継続して入院させる必要があるか日々把握するものであること。

⑹　診療所老人医療管理料を算定した場合は、その旨診療録に記載するものであること。

第４節　短期滞在手術基本料

Ａ４００　短期滞在手術基本料

⑴　短期滞在手術基本料は、短期滞在手術（日帰り手術及び１泊２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、麻酔管理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、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。

⑵　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。

⑶　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。

⑷　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。

⑸　短期滞在手術基本料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。

⑹　同一の部位につき短期滞在手術基本料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。

⑺　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。

（別表）

人事院規則で定める地域

人事院規則九－四九第２条に規定する地域

級地区分	都道府県	地　　域
１級地	東京都	特別区
２級地	茨城県	取手市
	埼玉県	和光市
	千葉県	成田市、印西市
	東京都	武蔵野市、町田市、国分寺市、国立市、福生市、狛江市、清瀬市、多摩市、稲城市、西東京市
	神奈川県	鎌倉市、厚木市
	大阪府	大阪市、守口市、門真市
	兵庫県	芦屋市
３級地	茨城県	つくば市
	埼玉県	さいたま市、志木市
	千葉県	船橋市、浦安市、袖ヶ浦市
	東京都	八王子市、立川市、府中市、昭島市、調布市、小平市、日野市
	神奈川県	横浜市、川崎市、海老名市
	愛知県	名古屋市、刈谷市、豊田市
	大阪府	吹田市、高槻市、寝屋川市、箕面市、高石市
	兵庫県	西宮市、宝塚市
	奈良県	天理市
４級地	茨城県	水戸市、土浦市、守谷市
	埼玉県	鶴ヶ島市
	千葉県	千葉市、市川市、松戸市、富津市、四街道市
	東京都	三鷹市、青梅市、東村山市、あきる野市
	神奈川県	藤沢市、茅ヶ崎市、相模原市、大和市
	愛知県	豊明市
	三重県	鈴鹿市
	滋賀県	大津市、草津市
	京都府	京都市
	大阪府	豊中市、池田市、枚方市、茨木市、八尾市
	兵庫県	神戸市、尼崎市
	奈良県	奈良市、大和郡山市
	広島県	広島市
	福岡県	福岡市
５級地	宮城県	仙台市
	茨城県	日立市、古河市、牛久市、ひたちなか市
	栃木県	宇都宮市

	埼玉県	川越市、川口市、行田市、所沢市、飯能市、加須市、東松山市、越谷市、戸田市、入間市、朝霞市、三郷市
	千葉県	茂原市、佐倉市、柏市、市原市、白井市
	神奈川県	平塚市、秦野市
	山梨県	甲府市
	静岡県	静岡市、沼津市、御殿場市
	愛知県	瀬戸市、碧南市、西尾市、大府市、知多市
	三重県	津市、四日市市
	滋賀県	守山市
	京都府	宇治市、亀岡市、京田辺市
	大阪府	河内長野市、和泉市、羽曳野市、藤井寺市
	兵庫県	伊丹市、三田市
	奈良県	大和高田市、橿原市
6級地	北海道	札幌市
	宮城県	名取市、多賀城市
	茨城県	龍ヶ崎市、筑西市
	栃木県	鹿沼市、小山市、大田原市
	群馬県	前橋市、高崎市、太田市
	埼玉県	熊谷市、春日部市、鴻巣市、上尾市、草加市、久喜市、坂戸市、比企郡鳩山町、北埼玉郡北川辺町、北葛飾郡栗橋町、北葛飾郡杉戸町
	千葉県	野田市、東金市、流山市、八街市、印旛郡酒々井町、印旛郡栄町
	東京都	武蔵村山市
	神奈川県	小田原市、三浦市
	富山県	富山市
	石川県	金沢市
	福井県	福井市
	長野県	長野市、松本市、諏訪市
	岐阜県	岐阜市、大垣市、多治見市、美濃加茂市
	静岡県	浜松市、三島市、富士宮市、富士市、磐田市、焼津市、掛川市、袋井市
	愛知県	豊橋市、岡崎市、一宮市、半田市、春日井市、津島市、安城市、犬山市、江南市、小牧市、稲沢市、東海市、知立市、愛西市、弥富市、西春日井郡豊山町、西加茂郡三好町
	三重県	桑名市、名張市、伊賀市
	滋賀県	彦根市、長浜市
	京都府	向日市、相楽郡木津町
	大阪府	柏原市、泉南市、四条畷市、交野市、阪南市、泉南郡熊取町、泉南郡田尻町、南河内郡太子町
	兵庫県	姫路市、明石市、加古川市、三木市
	奈良県	桜井市、香芝市、宇陀市、生駒郡斑鳩町、北葛城郡王寺町
	和歌山県	和歌山市、橋本市

	岡山県	岡山市
	広島県	廿日市市、安芸郡海田町、安芸郡坂町
	山口県	周南市
	香川県	高松市
	福岡県	筑紫野市、春日市、太宰府市、前原市、福津市、糟屋郡宇美町、糟屋郡粕屋町

備考　この表の「地域」欄に掲げる名称は、平成18年４月１日においてそれらの名称を有する市、町又は特別区の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。

人事院規則九－四九附則第２条に規定する地域

級地区分	都道府県	暫　定　指　定　地　域
４級地	神奈川県	横須賀市
	大阪府	堺市、東大阪市
５級地	神奈川県	三浦郡葉山町
	大阪府	岸和田市、泉大津市、貝塚市、泉佐野市、富田林市
６級地	福岡県	北九州市
	長崎県	長崎市

備考　この表の「暫定指定地域」欄に掲げる名称は、平成18年４月１日においてそれらの名称を有する市又は町の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。

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

⑴　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。

⑵　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。

⑶　第１回目の特定疾患療養管理料は、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。

⑷　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。

⑸　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。

⑹　指導内容の要点を診療録に記載する。

⑺　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。

⑻　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。

⑼　主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、対診又は依頼により検査のみを行っている保険医療機関にあっては算定できない。

⑽　再診が電話等により行われた場合にあっては、特定疾患療養管理料は算定できない。

⑾　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。

⑿　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いても、その医学的内容が分類表上の対象疾病名と同様である場合は算定の対象となる。ただし、混乱を避けるため、できる限り分類表上の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

⑴　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。

⑵　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。

⑶　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。

⑷　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。

⑸　「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社会保険事務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。

⑹　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

⑴　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、慢性気管支炎又は肺気腫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　重症の再生不良性貧血の患者又は赤芽球癆の患者であってシクロスポリンを投与しているもの

コ　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尋常性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症若しくは関節症性乾癬の患者であってシクロスポリンを投与しているもの

サ　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

シ　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

ス　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

セ　全身型重症筋無力症又は関節リウマチ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

⑵　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、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、ピルメノール及びアミオダロンをいう。

⑶　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う。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をいう。

⑷　アミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質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。

⑸　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はそれぞれ算定できる。（例　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）

⑹　薬剤の血中濃度、治療計画の要点を診療録に記載する。

⑺　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。

⑻　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。

⑼　「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。

⑽　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。

⑾　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。

⑿　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。

⒀　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

⑴　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。

⑵　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。

⑶　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。

⑷　「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「Ｄ００９」に掲げる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。

⑸　区分「Ｄ００９」腫瘍マーカーにおいて、併算定が制限されている項目（α－フェトプロテイン（ＡＦＰ）精密測定とＰＩＶＫＡⅡ精密測定等）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。

⑹　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ＡＦＰ精密測定を算定し、別に、区分「Ｄ００８」内分泌学的検査を行った場合の算定

区分「Ｂ００１」の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料「ロ」の「⑴」

＋区分「Ｄ００８」の内分泌学的検査の実施料

＋区分「Ｄ０２６」の「４」生化学的検査(Ⅱ)判断料

⑺　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

⑴　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。

⑵　小児特定疾患カウンセリングの対象となる患者は、喘息、登校拒否、自閉症、周期性嘔吐症等の小児心身症及び神経症の患者である。

⑶　小児科（小児外科を含む。以下この部において同じ。）を標榜する保険医療機関のうち、他の診療科を併せ標榜するものにあっては、小児科のみを専任する医師が本カウンセリングを行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあっては算定できない。ただし、アレルギー科を併せ担当している場合はこの限りでない。

⑷　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回目のカウンセリングを行った日に算定する。

⑸　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。

⑹　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月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

⑺　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

⑴　小児科を標榜する保険医療機関のうち、他の診療科を併せ標榜するものにあっては、小児科のみを専任する医師が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っては算定できない。ただし、アレルギー科を併せ担当している場合はこの限りでない。

⑵　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。

⑶　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。

⑷　第１回目の小児科療養指導料は、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。

⑸　指導内容の要点を診療録に記載する。

⑹　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

⑴　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。

⑵　第１回目のてんかん指導料は、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。

⑶　診療計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。

⑷　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

⑴　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。

⑵　第１回目の難病外来指導管理料は、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。

⑶　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。

⑷　診療計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。

⑸　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

⑴　皮膚科を標榜する保険医療機関とは、皮膚科、皮膚泌尿器科又は皮膚科及び泌尿器科、形成外科若しくはアレルギー科を標榜するものをいい、他の診療科を併せ標榜するものにあっては、皮膚科又は皮膚泌尿器科を専任する医師が本指導管理を行った場合に限り算定するものであり、同一医師が当該保険医療機関が標榜する他の診療科を併せ担当している場合にあっては算定できない。

⑵　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。）、尋常性白斑及び円形脱毛症である。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。

⑶　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。

⑷　第１回目の皮膚科特定疾患指導管理料は、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月を経過した日以降に算定する。

⑸　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。

⑹　診療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

⑺　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

⑴　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せんに基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案し、食品構成に基づく食事計画案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交付し、概ね15分以上指導した場合に算定する。

⑵　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。

⑶　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。

⑷　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。

⑸　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グラム以下のものに限る。）及び小児食物アレルギー患者（９歳未満の小児に限る。）に対する小児食物アレルギー食については、入院時食事療養費の特別食加算の場合と異なり、特別食に含まれる。

⑹　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を明記する。

10　入院栄養食事指導料

⑴　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せんに基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案し、食品構成に基づく食事計画案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交付し、概ね15分以上指導した場合に入院中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。

⑵　入院栄養食事指導料と退院指導料を同一日にあわせて算定することはできない。

⑶　入院栄養食事指導料を算定するに当たって、上記以外の事項は外来栄養食事指導料における留意事項の例による。

11　集団栄養食事指導料

⑴　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。

⑵　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。

⑶　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。

⑷　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。

⑸　１回の指導時間は40分を超えるものとする。

⑹　それぞれの算定要件を満たしていれば、集団栄養食事指導料と外来栄養食事指導料又は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。

⑺　集団栄養食事指導料を算定する医療機関にあっては、集団による指導を行うのに十分なスペースを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。

⑻　集団栄養食事指導料を算定するに当たって、上記以外の事項は外来栄養食事指導料における留意事項の例による。ただし、同留意事項の⑸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

⑴　心臓ペースメーカー指導管理料は、電気除細動器、一時的ペーシング装置、ペースメーカー機能計測装置（ペーサーグラフィー、プログラマー等）等を有する保険医療機関において体内埋込式心臓ペースメーカーを使用している患者であって入院中の患者以外のものについて、当該ペースメーカーのパルス幅、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、１月に１回を限度として算定する。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。

⑵　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。

⑶　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

⑴　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。

⑵　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、患家において行った場合には算定できない。

⑶　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。

⑷　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。

⑸　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

⑴　高度難聴指導管理料は、人工内耳埋込術を行った患者、伝音性難聴で両耳の聴力レベルが60dB以上の場合、混合性難聴又は感音性難聴の患者について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務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。

⑵　人工内耳埋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。

⑶　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

⑴　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。

⑵　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。

⑶　同一検査名で、一般測定及び精密測定又は定性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。

⑷　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。

⑸　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「Ｅ００１」の「１」の単純撮影（胸部を除く。）及び区分「Ｅ００２」の「１」の単純撮影（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。

⑹　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。

⑺　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。

⑻　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。

⑼　在宅血液透析指導管理料は、本管理料と別に算定できる。

⑽　下記のアからオ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回を超えた分については、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定できる。

イ　副甲状腺機能亢進症に対するパルス療法施行時のＣａ、Ｐの検査は、月２回を超えて実施される場合は月２回を限度として、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定できる。また、ＰＴＨ検査は月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できる。

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Ｃａ、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、２回を超えた分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できる。また、ＰＴＨ検査は月１回を限度として、慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定できる。

エ　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回以上実施したときは、月１回を限度として慢性維持透析患者外来医学管理料に加えて別に算定できる。

オ　高アルミニウム血症とヘモクロマトージスを合併した透析患者に対して、メシル酸デフェロキサミンを投与している期間中におけるＡ１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できる。

⑾　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

⑴　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。

⑵　「１月目」とは初回の治療管理を行った月のことをいう。

⑶　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）

⑷　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。

⑸　「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回以上ある、居宅において療養中である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（歴月）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。

⑹　当該加算を算定する場合、ピークフローメーター及び一秒量等計測用機器を患者に提供するとともに、ピークフローメーター及び一秒量等計測用機器の適切な使用方法、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。

⑺　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。

⑻　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

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。なお、当該管理料を算定している患者であっても、介達牽引及び消炎鎮痛等

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

⑴　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。

⑵　第１回目の小児悪性腫瘍患者指導管理料は、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。

⑶　治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

⑷　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　埋込型補助人工心臓指導管理料

⑴　埋込型補助人工心臓指導管理料は、区分「Ｋ６０４」に掲げる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。

⑵　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患者について、モニター、バッテリー及び充電器の使用方法の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。

Ｂ００１－２　小児科外来診療料

⑴　小児科外来診療料は、地方社会保険事務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歳未満のすべ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。

⑵　小児科外来診療料は、小児科を標榜する保険医療機関において算定する。ただし、区分「Ｃ１００」から区分「Ｃ１１２」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。

⑶　当該患者の診療に係る費用は、初診料（「注２」のただし書に規定するものを除く。）、再診料及び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、地域連携小児夜間・休日診療料、診療情報提供料(Ⅱ)並びに往診料（往診料の加算を含む。）を除き、すべ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。

⑷　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。

⑸　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。

⑹　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。

⑺　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。

⑻　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、区分「Ａ０００」に掲げる初診料を算定し、当該初診料の請求は入院の診療報酬明細書により行う。

⑼　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。

⑽　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、特定療養費に係る療養の対象となる。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。

⑾　本診療料を算定する旨を届け出た保険医療機関の保険医が「特別養護老人ホーム等における療養の給付（医療）の取扱いについて」（平成５年６月28日保険発第81号・老健第80号保険局医療課長・老人保健福祉局老人保健課長連名通知）に定める「配置医師」であり、それぞれの配置されている施設に赴き行った診療については、本診療料は算定できないが、それぞれの診療行為に係る所定点数により算定できるものとする。

Ｂ００１－２－２　地域連携小児夜間・休日診療料

⑴　地域連携小児夜間・休日診療料は、保険医療機関が地域の小児科を専ら担当する診療所その他の保険医療機関の医師と連携をとりつつ、小児の救急医療の確保のために、夜間、休日又は深夜に小児の診療が可能な体制を保つことを評価するものである。

⑵　地域連携小児夜間・休日診療料１については、夜間、休日又は深夜であって、保険医療機関があらかじめ地域に周知している時間に、地域連携小児夜間・休日診療料２については、保険医療機関が24時間診療することを周知した上で、夜間、休日又は深夜に、それぞれ６歳未満の小児を診療した場合に算定する。なお、ここでいう夜間とは、当該地域において一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜及び休日を除く。）とし、その標準は、概ね午前８時前と午後６時以降（土曜日の場合は、午前８時前と正午以降）から、午後10時から午前６時までの間を除いた時間とする。

⑶　地域連携小児夜間・休日診療料は、夜間、休日又は深夜に急性に発症し、又は増悪した６歳未満の患者であって、やむを得ず当該時間帯に保険医療機関を受診するものを対象としたものである。したがって、慢性疾患の継続的な治療等のための受診については算定できない。

⑷　夜間、休日又は深夜における担当医師名とその主たる勤務先について、予定表を作成し院内に掲示するものとする。

⑸　地域連携小児夜間・休日診療料を算定する場合にあっては、診療内容の要点、診療医師名及びその主たる勤務先名を診療録に記載するものとする。

⑹　①一連の夜間及び深夜又は②同一休日に、同一の患者に対しては、地域連携小児夜間・休

日診療料は原則として１回のみ算定する。なお、病態の度重なる変化等による複数回の受診のため２回以上算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。

⑺　診察が電話等により行われた場合にあっては、地域連携小児夜間・休日診療料は算定できない。

⑻　入院中の患者については、地域連携小児夜間・休日診療料は算定できない。ただし、患者が地域連携小児夜間・休日診療料を算定すべき診療を経た上で入院した場合は、算定できる。

⑼　患者本人が受診せず、家族などに対して指導等を行った場合には、当該診療料は算定できない。

Ｂ００１－２－３　乳幼児育児栄養指導料

乳幼児育児栄養指導料は、小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が３歳未満の乳幼児に対して初診（「注２」のただし書に規定する初診を除く。）を行った場合に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行ったときに算定する。この場合、指導の要点を診療録に記載すること。

Ｂ００１－３　生活習慣病管理料

⑴　生活習慣病管理料は、高脂血症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者の治療においては生活習慣に関する総合的な治療管理が重要であることから設定されたものであり、治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、許可病床数が200床未満の病院及び診療所である保険医療機関において算定する。なお、初診料を算定した日の属する月においては、本管理料は算定しない。

⑵　生活習慣病管理料は、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式６の１又はこれに準じた様式とする。）により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものであること。なお、交付した療養計画書の写しは診療録に貼付しておくものとする。

⑶　当該患者の診療に際して行った医学管理等、検査、投薬及び注射の費用はすべて所定点数に含まれる。

⑷　生活習慣病管理料を算定している患者に対しては、少なくとも１月に１回以上の総合的な治療管理が行われなければならない。

⑸　生活習慣病管理料を算定する月においては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理に係る療養計画書（療養計画書の様式は、別紙様式６の２又はこれに準じた様式とする。）を交付するものとするが、当該療養計画書の内容に変更がない場合はこの限りでない。ただし、その場合においても３月に１回以上は交付するものとする。なお、交付した当該療養計画書の写しは診療録に貼付しておくものとする。

⑹　当該月に生活習慣病管理料を算定した患者の病状の悪化等の場合には、翌月に生活習慣病管理料を算定しないことができる。

⑺　同一保険医療機関において、高脂血症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者について、生活習慣病管理料を算定するものと算定しないものが混在するような算定を行うことができ

るものとする。

⑻　同一月内において、院外処方せんを交付する日と交付しない日が混在した場合には、当該月の算定は、「１　処方せんを交付する場合」で算定する。

Ｂ００１－３－２　ニコチン依存症管理料

⑴　ニコチン依存症管理料は、入院中の患者以外の患者に対し、「禁煙治療のための標準手順書（日本循環器学会、日本肺癌学会及び日本癌学会の承認を得たものに限る。）」に沿って、初回の当該管理料を算定した日から起算して12週間にわたり計５回の禁煙治療を行った場合に算定する。

⑵　ニコチン依存症管理料の算定対象となる患者は、次のすべてに該当するものであって、医師がニコチン依存症の管理が必要であると認めたものであること。

ア　「禁煙治療のための標準手順書」に記載されているニコチン依存症に係るスクリーニングテスト（ＴＤＳ）で、ニコチン依存症と診断されたものであること。

イ　１日の喫煙本数に喫煙年数を乗じて得た数が200以上であるものであること。

ウ　直ちに禁煙することを希望している患者であって、「禁煙治療のための標準手順書」に則った禁煙治療について説明を受け、当該治療を受けることを文書により同意しているものであること。

⑶　ニコチン依存症管理料は、初回算定日より起算して１年を超えた日からでなければ、再度算定することはできない。

⑷　治療管理の要点を診療録に記載する。

Ｂ００１－４　手術前医学管理料

⑴　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、硬膜外麻酔、脊椎麻酔若しくは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。

⑵　手術前１週間に本管理料に包括されている検査及び画像診断項目（以下この項において「検査項目等」という。）のいずれも行わなかった場合は、本管理料は算定しない。なお、「手術を行う前１週間以内に行ったもの」とは、手術を行う日の前日を起算日として１週間前の日から当該手術を実施した当日の手術実施前までに行ったものをいう。

⑶　手術前医学管理料には、包括されている検査項目等に係る判断料が含まれており、手術前医学管理料を算定した月に血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料及び免疫学的検査判断料は別に算定できない。

⑷　手術前医学管理料を算定する際使用したフィルムの費用は、区分番号「Ｅ４００」に掲げるフィルムの所定点数により算定する。

⑸　本管理料を算定する手術前１週間において、入院と入院外が混在する場合においても、本管理料に包括されている検査項目等の１回目の所定点数については別に算定できない。

⑹　本管理料を月初めに算定し、手術前１週間が月をまたがる場合においても、本管理料の所定点数に包括されている検査項目等の１回目の所定点数については別に算定できない。

⑺　同一の患者について、月をまたがって１週間以内に硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下

の手術を２回以上行った場合には、最初に行った手術の際に手術前医学管理料を算定し、２回目の手術の際には手術前医学管理料を算定せず、それぞれの検査項目等の所定点数により算定する。

（例）　当該月の29日に硬膜外麻酔、脊椎麻酔、全身麻酔下の手術を行い、翌月の３日に再び硬膜外麻酔、脊椎麻酔、全身麻酔下の手術を行った場合の算定。

当該月の29日に手術前医学管理料を算定し、翌月の手術の３日の際には手術前医学管理料を算定せず、それぞれの検査項目等の所定点数で算定する。

Ｂ００１－５　手術後医学管理料

⑴　手術後医学管理料は、マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術後に必要な医学的管理を評価するとともに、手術後に行われる定型的な検査について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、救命救急入院料又は特定集中治療室管理料に係る届出を行っていない保険医療機関の一般病棟に入院する患者について算定する。

⑵　手術後医学管理料には、包括されている検査項目に係る判断料が含まれており、手術後医学管理料を算定した月に尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料及び生化学的検査(Ⅰ)判断料は別に算定できない。ただし、本管理料を算定する３日間が月をまたがる場合は、本管理料を算定する最初の日が属する月に係るこれらの判断料は別に算定できないが、その翌月にこれらの判断料の対象となる検査を実施した場合には、別に算定できる。

⑶　同一保険医療機関において、同一月に本管理料を算定するものと算定しないものが混在するような算定はできない。

Ｂ００１－６　肺血栓塞栓症予防管理料

⑴　肺血栓塞栓症予防管理料は、肺血栓塞栓症を発症する危険性が高い患者に対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、必要な医学管理を行った場合を評価するものである。

⑵　肺血栓塞栓症予防管理料は、病院（療養病棟、結核病棟及び精神病棟を除く。）又は診療所（療養病床に係るものを除く。）に入院中の患者であって、肺血栓塞栓症を発症する危険性の高いものに対して、肺血栓塞栓症の予防を目的として、弾性ストッキング又は間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行った場合に、入院中１回に限り算定する。

⑶　肺血栓塞栓症の予防を目的として使用される弾性ストッキング及び間歇的空気圧迫装置を用いた処置に要する費用は所定点数に含まれており、別に消炎鎮痛等処置の点数は算定できない。

⑷　肺血栓塞栓症の予防に係る計画的な医学管理を行うに当たっては、関係学会より標準的な管理方法が示されているので、患者管理が適切になされるよう十分留意されたい。

Ｂ００２　開放型病院共同指導料(Ⅰ)、Ｂ００３　開放型病院共同指導料(Ⅱ)

⑴　開放型病院共同指導料(Ⅰ)は、開放型病院に自己の診察した患者を入院させた医師（以下本項において「主治医」という。）が、開放型病院に赴き、開放型病院の医師と共同で診療、指導等を行った場合に１人の患者に１日につき１回算定できるものであり、その算定は主治医が属する保険医療機関において行う。

⑵　開放型病院共同指導料(Ⅰ)を算定した場合は、初診料、再診料、外来診療料、往診料及び在宅患者訪問診療料等は算定できない。

⑶　診療所による紹介に基づき開放型病院に入院している患者に対して、当該診療所の保険医が開放型病院に赴き診療、指導等を行った場合において、その患者について既に診療情報提

供料(Ⅰ)が算定されている場合であっても、開放型病院共同指導料(Ⅰ)を算定できる。

⑷　開放型病院共同指導料(Ⅰ)を算定する場合、主治医の診療録には、開放型病院において患者の指導等を行った事実を記載し、開放型病院の診療録には主治医の指導等が行われた旨を記載する。

⑸　開放型病院共同指導料(Ⅱ)は、主治医の属する保険医療機関が開放型病院共同指導料(Ⅰ)を算定した場合に、開放型病院において算定する。

Ｂ００４　地域連携退院時共同指導料１、Ｂ００５　地域連携退院時共同指導料２

⑴　地域連携退院時共同指導料１又は地域連携退院時共同指導料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、退院後の居宅における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、看護師等又は連携する訪問看護ステーションの看護師等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。

⑵　地域連携退院時共同指導料は、患者の家族等退院後患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。

⑶　地域連携退院時共同指導料１の１及び地域連携退院時共同指導料２の１に掲げる点数は、在宅療養支援診療所の医師が当該患者に対して、その退院後に往診及び訪問看護により24時間対応できる体制等を確保し、在宅療養支援診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供した場合に限り算定できる。

⑷　当該患者が入院している保険医療機関（以下この区分において入院保険医療機関という。）と当該患者を紹介した保険医療機関（以下この区分において紹介元保険医療機関という。）とが特別の関係にある場合は、地域連携退院時共同指導料は算定できない

⑸　紹介元保険医療機関による紹介に基づき入院している患者に対して、紹介元保険医療機関の保険医が入院保険医療機関に赴き診療、指導等を行った場合において、その患者について紹介元保険医療機関において区分「Ｂ００９」に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)が既に算定されている場合であっても、地域連携退院時共同指導料を算定することができる

⑹　地域連携退院時共同指導料を算定する場合、紹介元保険医療機関の保険医の診療録には、入院保険医療機関において当該患者の指導等を行った事実を記載し、入院保険医療機関の診療録には、紹介元保険医療機関の保険医の指導等が行われた旨を記載する。また、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付すること。

⑺　地域連携退院時共同指導料は、居宅に復帰する患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設等に入院若しくは入所する患者又は死亡した患者については、対象とはならない。

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)

⑴　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、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入院（分娩を伴うものに限る。）中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。

⑵　ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)を算定した場合は、再診料、外来診療料、往診料及び在宅

患者訪問診療料等は算定できない。

⑶　紹介元医師による紹介に基づき紹介先の病院に入院している患者に対して、当該紹介元医師が病院に赴き診療、指導等を行った場合において、その患者について、既に診療情報提供料(Ⅰ)が算定されている場合であっても、ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)を算定できる。

⑷　ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)を算定する場合、紹介元医師の診療録には、紹介先の病院において患者の医学管理等を行った事実を記載し、紹介先の病院の診療録には主治医の医学管理等が行われた旨を記載する。

⑸　ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)は、紹介元医師の属する保険医療機関がハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)を算定した場合に、紹介先の病院において算定する。

Ｂ００５－２　地域連携診療計画管理料、Ｂ００５－３　地域連携診療計画退院時指導料

⑴　地域連携診療計画管理料は、地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後７日以内に地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの診療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合に、転院時又は退院時に計画管理病院において算定する。患者に交付した診療計画の写しを診療録に貼付すること。

⑵　地域連携診療計画退院時指導料は、地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合であって、計画管理病院に対し文書にて報告した場合に連携する保険医療機関において退院時に算定する。患者に交付した診療計画の写しを診療録に貼付すること。

Ｂ００６　救急救命管理料

⑴　保険医療機関に所属する救急救命士に対して、必要な指示等を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。

⑵　救急救命士の行った処置等の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

⑶　救急救命士の所属する保険医療機関と指示等を行った医師の所属する保険医療機関が異なる場合においても、当該指示等を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。

⑷　医師が救急救命士に指示を行ったのみで、診察をしていない場合には、救急救命管理料のみを算定し、初診料、再診料又は外来診療料は算定できない。

Ｂ００６－３　退院時リハビリテーション指導料

⑴　退院時リハビリテーション指導料は、入院していた患者の退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。

⑵　退院時リハビリテーション指導料は、指導を行った者及び指導を受けたものが患者又はその家族等であるかの如何を問わず、退院日に１回に限り算定する。

⑶　当該患者の入院中主として医学的管理を行った医師又はリハビリテーションを担当した医師が、患者の退院に際し、指導を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて、保険医療機関の理学療法士又は作業療法士が保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士とともに指導を行った場合にも算定できる。

⑷　指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体

位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、家屋の適切な改造、患者の介助方法、患者の居住する地域において利用可能な在宅保健福祉サービスに関する情報提供等に関する指導とする。

⑸　指導（又は指示）内容の要点を診療録等に記載する。

⑹　死亡退院の場合は、算定できない。

Ｂ００７　退院前訪問指導料

⑴　退院前訪問指導料は、継続して１月を超えて入院すると見込まれる入院患者の退院に先立って患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。なお、入院期間は暦月で計算する。

⑵　退院前訪問指導料は、指導の対象が患者又はその家族等であるかの如何を問わず、１回の入院につき１回を限度として、指導の実施日にかかわらず、退院日に算定する。ただし、入院後早期（入院後14日以内とする。）に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ退院前に在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に２回分を算定する。

⑶　退院前訪問指導料は、退院して家庭に復帰する患者が算定の対象であり、特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。

⑷　退院前訪問指導料は、診療所老人医療管理料のみを算定後に家庭に復帰した患者については、算定できない。

⑸　医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。

⑹　指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。

⑺　退院前訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障をきたすことのないよう留意する。

⑻　保険医療機関は、退院前訪問指導の実施に当たっては、市町村の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分配意する。

Ｂ００８　薬剤管理指導料

⑴　薬剤管理指導料は、当該病院の薬剤師が医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導（服薬に関する注意及び効果、副作用等に関する状況把握を含む。）を行った場合に週１回に限り算定できる。ただし、本指導料を算定する日の間隔は６日以上とする。

　小児及び精神障害者等については、必要に応じて、その家族等に対して服薬指導を行った場合であっても算定できる。

　なお、施設基準を満たしていても、上記要件に該当しない場合にあっては、区分「Ｆ５００」調剤技術基本料の「１」により算定する。

⑵　当該病院の薬剤師は、過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を患者に面接・聴取し、当該医療機関及び可能な限り他の医療機関における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握する。

⑶　薬剤管理指導料の算定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

⑷　当該病院の薬剤師が患者ごとに作成する薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低３年間保存する。

患者の氏名、生年月日、性別、入院年月日、退院年月日、診療録の番号、投薬・注射歴、副作用歴、アレルギー歴、薬学的管理の内容（重複投薬、配合禁忌等に関する確認等を含む。）、患者への指導及び患者からの相談事項、薬剤管理指導等の実施日、記録の作成日及びその他の事項

⑸　麻薬管理指導加算は、本指導料を算定している患者のうち、麻薬が投与されている患者に対して、投与される麻薬の服用に関する注意事項等に関し、必要な指導を行った場合に算定する。

⑹　薬剤管理指導料を算定している患者に投薬された医薬品について、当該保険医療機関の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに当該患者の主治医に対し、当該情報を文書により提供するものとする。

ア　医薬品緊急安全性情報

イ　医薬品等安全性情報

⑺　麻薬管理指導加算の算定に当たっては、前記の薬剤管理指導記録に少なくとも次の事項についての記載がされていなければならない。

ア　麻薬に係る薬学的管理の内容（麻薬の服薬状況、疼痛緩和の状況等）

イ　麻薬に係る患者への指導及び患者からの相談事項

ウ　その他麻薬に係る事項

⑻　退院時服薬指導加算は、薬剤管理指導料を算定している患者の退院時に、当該患者又はその家族等に、薬剤管理指導記録に基づいて退院後の居宅における薬剤の服用等に関する必要な指導を行うとともに、指導内容、薬剤情報、退院後の外来診療に基づく投薬又は保険薬局での調剤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。

⑼　退院時服薬指導加算は、薬剤管理指導料の算定日にかかわらず、退院の日に算定する。

⑽　退院時の指導内容を薬剤管理指導記録に記載するとともに、患者に交付した文書の写しを薬剤管理指導記録に添付する等の方法で保存する。

⑾　薬剤管理指導、麻薬管理指導及び退院時服薬指導を行った場合は、必要に応じ、その要点を文書で医師に提供すること。

Ｂ００９　診療情報提供料(Ⅰ)

⑴　診療情報提供料(Ⅰ)は、医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、両者の患者の診療に関する情報を相互に提供することにより、継続的な医療の確保、適切な医療を受けられる機会の増大、医療・社会資源の有効利用を図ろうとするものである。

⑵　保険医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、算定する。

⑶　紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、下記の紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。なお、

ア　イ及びウ以外の場合　　別紙様式７

イ　市町村又は指定居宅介護支援事業者等　　別紙様式７から別紙様式10

⑷　当該情報を提供する保険医療機関と特別の関係にある機関に情報提供が行われた場合や、市町村等が開設主体である保険医療機関が当該市町村等に対して情報提供を行った場合は算定できない。

⑸　Ａ保険医療機関には、検査又は画像診断の設備がないため、Ｂ保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合には、診療情報提供料(Ⅰ)は算定できる。

⑹　⑸の場合において、Ｂ保険医療機関が単に検査又は画像診断の設備の提供にとどまる場合には、Ｂ保険医療機関においては、診療情報提供料(Ⅰ)、初診料、検査料、画像診断料等は算定できない。なお、この場合、検査料、画像診断料等を算定するＡ保険医療機関との間で合議の上、費用の精算を行うものとする。

⑺　⑸の場合において、Ｂ保険医療機関が、検査又は画像診断の判読も含めて依頼を受け、その結果をＡ保険医療機関に文書により回答した場合には、診療情報提供料(Ⅰ)を算定できる。なお、この場合に、Ｂ保険医療機関においては、初診料、検査料、画像診断料等を算定でき、Ａ保険医療機関においては検査料、画像診断料等は算定できない。

⑻　提供される情報の内容が、患者に対して交付された診断書等であって、当該患者より自費を徴収している場合、意見書等であって、意見書の交付について診療報酬又は公費で既に相応の評価が行われている場合には、診療情報提供料(Ⅰ)は算定できない。

⑼　下記のア、イの場合については、患者１人につき月１回に限り、所定点数を算定する。また、いずれの場合も診療情報の提供に当たって交付した文書の写しを診療録に添付する。

ア　区分「Ｃ００１」に掲げる在宅患者訪問診療料を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から２週間以内に、当該患者に対して継続して区分「Ｃ００５」に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は区分「Ｃ００６」に掲げる在宅訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療日、診療内容、患者の病状、日常生活動作能力等の診療情報を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合

イ　区分「Ｃ００５」に掲げる在宅患者訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は区分「Ｃ００６」に掲げる在宅訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から２週間以内に、別の保険医療機関に対して、病歴、診療内容、患者の病状等の診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合

⑽　「注２」に掲げる「市町村」又は「指定居宅介護支援事業者等」に対する診療情報提供は、入院患者については、退院時に患者の同意を得て退院の日から２週間以内に診療情報の提供を行った場合にのみ算定する。この場合においては、家庭に復帰する患者が対象であり、別の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設等に入院若しくは入所する患者又は死亡した患者についてその診療情報を市町村又は指定居宅介護支援事業者等に提供しても、診療情報提供料(Ⅰ)の算定対象とはならない。

⑾　「注２」に掲げる「市町村又は介護保険法第46条第１項の規定により都道府県知事が指定する指定居宅介護支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所若しくは精神保健福祉センター又は指定居宅介護支援事業者若し

くは地域包括支援センターをいう。また、「保健福祉サービスに必要な情報」とは、当該患者に係る健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービス又はホームヘルプサービス、ホームケア促進事業、ショートステイ、デイサービス、日常生活用具の給付等の介護保険の居宅サービス若しくは福祉サービスを有効かつ適切に実施するために必要な診療並びに家庭の状況に関する情報をいう。

⑿　「注３」については、居宅において療養を行っている疾病、負傷のため通院困難な患者（以下「在宅患者」という。）に対して、適切な在宅医療を確保するため、当該患者の選択する保険薬局の薬剤師が、訪問薬剤管理指導を行う場合であって、当該患者又はその看護等に当たる者の同意を得た上で、当該保険薬局に対して処方せん又はその写しに添付して、当該患者の訪問薬剤管理指導に必要な診療情報を提供した場合に算定する。この場合において、交付した文書の他、処方せんの写しを診療録に添付する。

なお、処方せんによる訪問薬剤管理指導の依頼のみの場合は診療情報提供料(Ⅰ)は算定できない。

⒀　「注４」については、精神障害者社会復帰施設等（精神保健福祉法第50条の２に規定する精神障害者社会復帰施設又はグループホームをいい、介護老人保健施設を含む。）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当該精神障害者社会復帰施設等に対して文書で診療情報を提供した場合に算定する。

⒁　「注６」に掲げる「老人性認知症センター」とは、認知症の症状にある患者の鑑別診断、治療方針の選定等を行うものとして、都道府県知事が指定した保険医療機関をいうものであり、その取扱いについては、「老人性認知症センター事業実施要綱」（平成元年７月11日付健医発第850号）を参考とし、都道府県精神保健主管課（部）と連絡を密にするものであること。

⒂　「注７」に掲げる退院患者の紹介に当たっては、心電図、脳波、画像診断の所見等診療上必要な検査結果、画像情報等及び退院後の治療計画等を添付すること。添付した写し又はその内容を診療録に貼付又は記載すること。なお、算定対象が介護老人保健施設である場合は、当該加算を算定した患者にあっては、その後６か月間、当該加算は算定できない。

Ｂ０１０　診療情報提供料(Ⅱ)

⑴　診療情報提供料(Ⅱ)は、主治医以外の医師による助言（セカンド・オピニオン）を得ることを推進するものとして、主治医がセカンド・オピニンオンを求める患者又はその家族からの申し出に基づき、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報等、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又はその家族に提供した場合に算定できるものである。

⑵　診療情報提供料(Ⅱ)は、患者又はその家族からの申し出に基づき、診療に関する情報を患者に交付し、当該患者又はその家族が主治医及び当該保険医療機関に所属する医師以外の医師による助言を求めるための支援を行うことを評価したものであり、医師が別の保険医療機関での診療の必要性を認め、患者の同意を得て行う診療情報提供(Ⅰ)を算定すべき診療情報の提供とは明確に区別されるべきものであること。

⑶　診療情報提供料(Ⅱ)を算定すべき診療情報の提供に当たっては、患者又はその家族からの希望があった旨を診療録に記載する。

⑷　助言を受けた患者又はその家族の希望については、その後の治療計画に十分に反映させるものであること。

Ｂ０１１－３　薬剤情報提供料

⑴　薬剤情報提供料は入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称（一般名又は商品名）、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を、当該処方に係る全ての薬剤について、文書（薬袋等に記載されている場合も含む。）により提供した場合に月１回に限り所定点数を算定する。

⑵　「注１」に規定する場合において、さらに、患者（老人保健法の規定による医療を提供する場合に限る。）に対して、当該患者の健康手帳の所定欄に、処方した薬剤の名称（一般名又は商品名）、保険医療機関名及び処方年月日を記載した場合には、月１回に限り「注２」に規定する加算を算定できる。

⑶　やむを得ない理由により、薬剤の名称に関する情報を提供できない場合は、これに代えて薬剤の形状（色、剤形等）に関する情報を提供することにより算定できる。また、効能、効果、副作用及び相互作用に関する情報については患者が理解しやすい表現であることが必要である。

⑷　同一薬剤であっても、投与目的（効能又は効果）が異なる場合には、当該情報を提供すれば薬剤情報提供料を算定できる。また、類似する効能又は効果を有する薬剤への変更の場合にあっても薬剤情報提供料を算定できる。

⑸　処方の内容に変更があった場合については、その都度薬剤情報提供料を算定できる。ただし、薬剤の処方日数のみの変更の場合は、薬剤情報提供料は算定できない。

⑹　複数の診療科を標榜する保険医療機関において、同一日に２以上の診療科で処方された場合であっても、１回のみの算定とする。

⑺　薬剤情報提供料を算定した場合は、薬剤情報を提供した旨を診療録に記載する。

Ｂ０１２　傷病手当金意見書交付料

⑴　傷病手当金意見書交付料は、医師・歯科医師が労務不能と認め証明した期間ごとにそれぞれ算定できる。

⑵　傷病手当金意見書交付料は、意見書の交付時点において当該被保険者に対し療養の給付を行うべき者に対し請求する。

⑶　傷病手当金を受給できる被保険者が死亡した後に、その遺族等が当該傷病手当金を受給するために意見書の交付を求め、医師・歯科医師が意見書を交付した場合は、当該遺族等に対する療養の給付として請求する。

　なお、この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に（相続）と表示し、また、傷病名欄には、遺族等が他に療養の給付を受けていない場合は意見書の対象となった傷病名を、他に療養の給付を受けている場合は遺族自身の傷病名と意見書の対象となった傷病名の両方を記載する。

⑷　医師・歯科医師が傷病手当金意見書を被保険者に交付した後に、被保険者が当該意見書を紛失し、再度医師・歯科医師が意見書を交付した場合は、最初の傷病手当金意見書交付料のみを算定する。この場合、２度目の意見書の交付に要する費用は、被保険者の負担とする。

⑸　結核予防法（昭和26年法律第96号）第34条による医療を受くべき患者に対して、公費負担申請のために必要な診断書の記載を行った場合は、傷病手当金意見書交付料の所定点数の10

0分の100を、更に被保険者である患者について、この申請手続に協力して保険医療機関が代行した場合は、同じく傷病手当金意見書交付料の所定点数の100分の100を算定できる。なお、結核予防法第35条による患者の結核予防法関係の診断書についても所定点数の100分の100を算定できる。

⑹　健康保険法若しくは国民健康保険法に基づく出産育児一時金若しくは出産手当金に係る証明書又は意見書については算定しない。

Ｂ０１３　療養費同意書交付料

⑴　療養費同意書交付料は、医師が療養の給付を行うことが困難であると認めた患者に対し、あん摩・マッサージ、はり及びきゅうの施術に係る同意書又は診断書（以下「同意書等」という。）を交付した場合に算定する。

⑵　初療の日から３月を経過してさらにこれらの施術を受ける必要がある場合において、同意書等を再度交付する場合にも別に算定できる。ただし、同意書等によらず、医師の同意によった場合には算定できない。

⑶　医師が同意書等を交付した後に、被保険者等が当該同意書等を紛失し、再度医師が同意書等を交付した場合は、最初に同意書等を交付した際にのみ算定できる。この場合において、２度目の同意書等の交付に要する費用は、被保険者の負担とする。

第２部　在宅医療

＜通則＞

在宅医療の費用は、第１節在宅患者診療・指導料、第２節在宅療養指導管理料、第３節薬剤料及び第４節特定保険医療材料料に掲げる所定点数を合算した点数により算定する。

第１節　在宅患者診療・指導料

１　保険医療機関は、Ｃ０００往診料、Ｃ００１在宅患者訪問診療料、Ｃ００５在宅患者訪問看護・指導料、Ｃ００６在宅訪問リハビリテーション指導管理料、Ｃ００８在宅患者訪問薬剤管理指導料、Ｃ００９在宅患者訪問栄養食事指導料又はＩ０１２精神科訪問看護・指導料（以下「訪問診療料等」という。）のうち、いずれか１つを算定した日においては、他のものを算定できない。

ただし、在宅患者訪問診療等を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。

２　一の保険医療機関が訪問診療料等のいずれか１つを算定した日については、当該保険医療機関と特別の関係にある他の保険医療機関は訪問診療料等を算定できない。

ただし、在宅患者訪問診療等を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。

３　保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーションが、当該保険医療機関の医師から訪問看護指示書の交付を受けた患者について、訪問看護療養費を算定した日においては、当該保険医療機関は訪問診療料等を算定できない。

ただし、当該訪問看護を行った後、患者の病状の急変等により、往診を行った場合の往診料の算定については、この限りではない。

４　在宅療養支援診療所とは、地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有するものであり、患者からの連絡を一元的に当該診療所で受けるとともに、患者の診療情報を集約する等の機能を果たす必要があること。このため、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保しなければならない。

ア　当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員（以下この部において「連絡担当者」という。）をあらかじめ指定するとともに、連絡担当者及び連絡担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供し、診療録にその写しを添付すること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。

イ　当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供し診療録に添付すること。

ウ　当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供し、診療録にその写しを添付すること。

エ　当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方

社会保険事務局長に届け出ていること。

オ　他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、連携する保険医療機関又は訪問看護ステーション（以下この部において「連携保険医療機関等」という。）において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に文書（電子媒体を含む。）により随時提供し、当該提供した診療情報の写しを当該患者の診療録に添付すること。なお、連携保険医療機関等の保険医又は看護師等との診療情報の共有に際し、当該患者の診療情報の提供を行った場合、これにかかる費用は各所定点数に含まれ別に算定できない。

カ　患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

キ　当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

ク　年に１回、在宅看取り数等を地方社会保険事務局長に報告していること。

5　連携保険医療機関等の保険医又は看護師等であって、在宅療養支援診療所の保険医の指示により、緊急の往診又は訪問看護を行うものは、患者の診療情報について、あらかじめ在宅療養支援診療所の保険医から提供を受け、緊急時に十分活用できる体制にて保管する必要があること。また、当該緊急の往診又は訪問看護の後には、診療内容等の要点を診療録に記載するとともに、在宅療養支援診療所の保険医が患者の診療情報を集約して管理できるよう、速やかに在宅療養支援診療所の保険医に対し、診療情報の提供を行うこと。なお、在宅療養支援診療所の保険医に対し、連携保険医療機関等から当該患者の診療情報の提供を行った場合の費用は、各所定点数に含まれ別に算定できない。

6　当該患者の病状急変時等に、連携する保険医療機関の保険医又は看護師等が往診又は訪問看護を行った場合には、初診料、再診料、往診料又は在宅患者訪問看護・指導料は往診等を行った保険医又は看護師等の属する保険医療機関において算定する。

7　連携保険医療機関等が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により往診又は訪問看護を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に連携する在宅療養支援診療所の名称及び（支援）と記載すること。

Ｃ０００　往診料

⑴　往診料は、患家の求めに応じて患家に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患家に赴いて診療を行った場合には算定できない。

⑵　緊急往診加算は、保険医療機関において、標榜時間内であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。

⑶　「注１」に規定する「別に厚生労働大臣が定める時間」とは、保険医療機関において専ら診療に従事している時間であって、おおむね午前８時から午後１時までの間とする。

⑷　「注１」の加算の対象となる緊急な場合とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに往診しなければならないと判断した場合をいい、具体的には、急性心筋梗塞、脳血管障害、急性腹症等が予想される場合をいう。

⑸　「注１」における所定点数とは、往診料に「注２」及び「注４」における加算点数を合算した点数をいう。

⑹　夜間（深夜の時間帯を除く。）とは概ね午後６時から翌日の午前６時まで、又は午後７時

から翌日の午前７時までのように、12時間を標準として各都道府県において統一的取扱いをすることとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前６時までとする。

⑺　「注１」ただし書の加算については、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制等を確保し、主治医及び連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限り、算定できる。

⑻　「注２」における診療時間とは、実際に診療に当たっている時間をいう。交通機関の都合その他診療の必要以外の事由によって患家に滞在又は宿泊した場合においては、その患家滞在の時間については、診療時間に算入しない。

⑼　同一の患家で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在宅患者訪問診療料を算定せず、初診料又は再診料若しくは外来診療料及び特掲診療料を算定する。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。

⑽　往診又は訪問診療を行った後に、患者又はその家族等が単に薬剤を取りに医療機関に来た場合は、再診料又は外来診療料は算定できない。

⑾　「注３」に規定する加算は、患者が居宅で死亡した場合であって、死亡日に往診を行い、死亡診断を行った場合に算定する。

⑿　保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える往診については、当該保険医療機関からの往診を必要とする絶対的な理由がある場合に認められるものであって、この場合の往診料の算定については、16キロメートル以内の場合と同様、本区分及び「注１」、「注２」、「注３」により算定する。この絶対的に必要であるという根拠がなく、特に患家の希望により16キロメートルを超える往診をした場合の往診料は保険診療としては算定が認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、当該保険医療機関を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に患家が所在する場合をいう。

⒀　⑿にかかわらず、往診距離が片道16キロメートルを超えて又は海路によりアの適用地域に往診した場合であって、イの各号の一に該当する特殊の事情があったときの往診料は、ウの算定方法によって算定する。

ア　適用地域

次の各号の一に該当する地域であって、イに掲げる特殊の事情のいずれかが一般的に存するものについて、地方社会保険事務局長が厚生労働大臣の承認を得て指定した地域とする。

なお、指定地域が指定要件を欠くに至ったときは、当局に内議のうえ、すみやかに地域の指定を取り消すものとする。

ⅰ　医療機関のない島の地域又は通例路程の大部分を海路による以外に往診することが困難な事情にある地域であって医療機関のないもの。（以下「１号地域」という。地域の単位は、原則として、島、部落又は小字とする。）

ⅱ　１号地域以外の地域であって、最寄りの医療機関からの往診距離が片道16キロメートルを超えるもの。（以下「２号地域」という。地域の単位は、原則として、部落又は小字とする。）

イ　特殊の事情

ⅰ　定期に航行する船舶がないか、又は定期に航行する船舶があっても航行回数がきわめて少ないか、若しくは航行に長時間を要すること。

ⅱ　海上の状態や気象条件がきわめて悪いため、又は航路に暗礁が散在するため、若しくは流氷等のため航行に危険が伴うこと。

ⅲ　冬期積雪の期間通常の車両の運行が不能のため往診に相当長時間を要する事情にあること、又は道路事情がきわめて悪く、相当の路程を徒歩によらなければならないため、往診に相当長時間を要する事情にあること。

ウ　算定方法

往診料の項に定める算定方法に準じて算定した点数（650点に「注１」、「注２」又は「注３」による点数を加算した点数）に、次の点数（１号地域については次のｉの㈠及び㈡により算出した点数、２号地域については、次のⅱにより算出した点数）を加算する。

ｉ　１号地域に対する往診の場合

㈠　波浪時（波浪注意報の出ていたとき又は波浪により通常の航海時間のおおむね1.5倍以上を要したときとする。）であった海路につき海路距離が片道１キロメートル又はその端数を増すごとに所定点数に「注２」に規定する点数の100分の150を加算した点数。（往復の場合は100分の200、片道の場合は100分の100とする。）

㈡　適用地域における往診に必要とした滞在時間（島に上陸したときから離島するまでの時間）については30分又はその端数を増すごとに100点を加算する方法で算出した点数の100分の200に相当する点数。

ⅱ　２号地域に対する往診の場合

往診のため保険医が当該保険医療機関を出発してから帰院するまでの往診時間について、30分又はその端数を増すごとに100点を加算する方法で算出した点数の100分の300に相当する点数。

⑭　保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートル以上の地域に居住する保険医に対して主治医が往診による対診を求めることができるのは、患家付近に他の保険医がいない、いても専門外である、旅行中で不在である等やむを得ない絶対的理由のある場合に限られるものである。

⑮　「注５」に規定する交通費は実費とする。

⑯　交通費には自家用車による費用を含む。

⑰　自転車、スクーター等の費用は往診料に含まれているので前項は適用されず、したがって「注５」に規定する患家の負担となる交通費には該当しない。

⑱　往診を求められて患家へ赴いたが、既に他医に受診していたため、診察を行わないで帰った場合の往診料は、療養の給付の対象としない扱いとする。したがって患者負担とする。

⑲　特定の被保険者の求めに応ずるのではなく、保険診療を行う目的をもって定期又は不定期に事業所へ赴き、被保険者（患者）を診療する場合は、往診料として取り扱うことは認められない。

⑳　数事業所の衛生管理医をしている保険医が、衛生管理医として毎日又は定期的に事業所に赴いた（巡回）際、当該事業所において常態として診療を行う場合は、⑲と同様である。

㉑　同一保険医が２カ所の保険医療機関を開設している場合の往診料は、往診の依頼を受けた医療機関を起点とするのではなく、当該保険医が患家に赴くために出発した保険医療機関か

ら患家までの距離により算定する。

Ｃ００１　在宅患者訪問診療料

⑴　在宅患者訪問診療料の算定の対象となる患者は、居宅で療養を行っており、疾病、傷病のために通院による療養が困難なものとする。ただし、医師又は看護師等の配置が義務付けられている施設に入所している患者（「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　号）等（以下「給付調整告示等」という。）に規定する場合を除く。）については算定の対象としない。

⑵　在宅患者訪問診療料は、１人の患者に対して１つの保険医療機関の保険医の指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、１日につき１回に限り算定するが、初診料を算定した初診の日には算定できない。

⑶　在宅患者訪問診療料の算定は週３回を限度とするが、次に掲げる患者についてはこの限りでない。

【厚生労働大臣が定める患者等】

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類のステージ３以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者

⑷　診療に基づき患者の病状の急性増悪、終末期等により一時的に週４回以上の頻回な訪問診療の必要を認め、当該患者の病状に基づいた訪問診療の計画を定め、当該計画に基づいて患家を定期的に訪問し、診療を行った場合には、

ア　当該訪問診療が必要な旨

イ　当該訪問診療の必要を認めた日

ウ　当該訪問診療を行った日

を診療報酬明細書に付記することにより、１月に１回に限り、当該診療を行った日から14日以内について14日を限度として算定することができる。

⑸　定期的・計画的な訪問診療を行っている期間における緊急の場合の往診の費用の算定については、在宅患者訪問診療料は算定せず、往診料及び再診料又は外来診療料を算定する。ただし、当該緊急往診を必要とした症状が治まったことを主治医が判断した以降の定期的訪問診療については、在宅患者訪問診療料の算定対象とする。

⑹　訪問診療の計画及び診療内容の要点を診療録に記載する。

⑺　「注４」に規定する在宅ターミナルケア加算は、死亡日前14日以内に２回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。

⑻　「注４」のただし書に規定する在宅療養支援診療所又は連携する保険医療機関に係る加算については、⑺の要件に加えて、在宅療養支援診療所又は連携する保険医療機関の保険医が、患者（往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限る。）が居宅で死亡した場

合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、当該患者の死亡診断を行った場合に算定する。この場合、診療内容の要点等を当該患者の診療録に記載すること。

⑼　「注５」に規定する加算は、患者が居宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。ただし、「注４」のただし書に規定する加算には、死亡診断に係る費用が含まれており、「注５」に規定する加算は別に算定できない。

⑽　患家における診療時間が１時間を超える場合の加算の算定方法、保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合又は海路による訪問診療を行った場合であって特殊な事情があった場合の在宅患者訪問診療料の算定方法及び訪問診療に要した交通費の取扱いは、往診料における取扱いの例による。

⑾　往診又はその翌日に行う訪問診療の費用については、算定はできない。ただし、在宅療養支援診療所又はその連携保険医療機関の保険医が在宅療養支援診療所の指示により、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に対して、往診を行った場合はこの限りではない。

⑿　「注８」に規定する交通費は実費とする。

Ｃ００２　在宅時医学総合管理料

⑴　在宅時医学総合管理料は、在宅において療養する患者のかかりつけ医機能の確立及び在宅における療養の推進を図るものである。

⑵　在宅時医学総合管理料は、厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関の主治医が、在宅療養計画に基づき月２回以上継続して訪問診療（往診を含む。）を行った場合に月１回に限り算定する。在宅時医学総合管理料１については、在宅療養支援診療所の主治医が、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限り、在宅療養支援診療所において算定し、在宅療養支援診療所の主治医が、当該患者以外の患者に対し、月２回以上継続して訪問した場合には、在宅時医学総合管理料の２を算定する。ただし、医師又は看護師等の配置が義務付けられている施設に入所している患者（給付調整告示等に規定する場合を除く。）については算定の対象としない。

⑶　個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、その内容を患者、家族及びその看護に当たる者等に対して説明し、在宅療養計画及び説明の要点等を診療録に記載すること。

⑷　他の保健医療又は福祉サービスとの連携に努めること。

⑸　当該患者が診療科の異なる他の保険医療機関を受診する場合には、診療の状況を示す文書を当該保険医療機関に交付する等十分な連携を図るよう努めること。

⑹　当該保険医療機関以外の保険医療機関が、当該患者に対して診療を行おうとする場合には、当該患者等に対し照会等を行うことにより、他の保険医療機関における在宅時医学総合管理料の算定の有無を確認すること。

⑺　当該患者について在宅時医学総合管理料が算定されている月において、区分番号Ｂ０００特定疾患療養管理料、Ｂ００１の「５」小児科療養指導料、同区分の「７」難病外来指導管理料、同区分の「８」皮膚科特定疾患指導管理料、同区分の「18」小児悪性腫瘍患者指導管理料、及び区分番号Ｃ１０９在宅寝たきり患者処置指導管理料は所定点数に含まれ、別に算

定できない。

⑻　当該点数を算定した月において、当該点数を算定する保険医療機関の外来を受診した場合においても投薬の費用については算定できない。

⑼　１つの患家に在宅時医学総合管理料の対象となる患者が２人以上いる場合の在宅時医学総合管理料は、患者ごとに算定すること。

⑽　同一月内において院外処方せんを交付した訪問診療と院外処方せんを交付しない訪問診療とが行われた場合は、当該月の算定は在宅時医学総合管理料のイ（院外処方せんを交付する場合）で算定するものであること。

⑾　在宅時医学総合管理料のイを算定する保険医療機関において投与期間が30日を超える薬剤を含む院外処方せんを交付した場合は、その投与期間にかかる在宅時医学総合管理料の算定に当たっては、在宅時医学総合管理料のイで算定するものであること。

⑿　在宅時医学総合管理料は、当該患者に対して主として診療を行っている保険医が属する１つの保険医療機関において算定するものであること。

⒀　在宅末期医療総合診療料を算定した日の属する月にあっては、在宅時医学総合管理料は算定できないものであること。

⒁　「注３」に係る加算は、特掲診療料の施設基準等告示別表第五に掲げる患者に対し、月４回以上の往診又は訪問診療を行い、必要な医学管理を行っている場合に重症者加算として算定する。

⒂　別に厚生労働大臣が定める状態等のうち、特掲診療料の施設基準等告示別表第五第三号に掲げる「高度な指導管理を必要とするもの」とは、別表第五の第二号のイに掲げる指導管理を２つ以上行っているものをいう。

⒃　算定対象となる患者が入所する施設と特別の関係にある保険医療機関においては、算定できない。

Ｃ００３　在宅末期医療総合診療料

⑴　在宅末期医療総合診療料は、厚生労働大臣の定める施設基準に適合するものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関である在宅療養支援診療所が、居宅において療養を行っている通院が困難な末期の悪性腫瘍患者（医師又は看護師等の配置が義務付けられている施設に入所している患者（給付調整告示等に規定する場合を除く。）の場合を除く。）であって、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供しているものに対して、計画的な医学管理の下に、次に掲げる基準のいずれにも該当する総合的な医療を提供した場合に、１週間（日曜日から土曜日の暦週をいう。本項において同じ。）を単位として当該基準を全て満たした日に算定する。

ア　当該患者に対し、訪問診療又は訪問看護を行う日が週４日以上であること。

イ　訪問診療の回数が週１回以上であること。

ウ　訪問診療及び訪問看護の回数（訪問診療を行った日又は往診料を算定した日に行った訪問看護の回数を含む。）があわせて週４回以上であること。

エ　当該診療所において又は他の保険医療機関等との連携により、往診及び訪問看護により24時間対応できる体制等を確保し、主治医の氏名及び連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供し

ていること。

⑵　在宅末期医療総合診療料は、１週間のうちに全ての要件を満たさなかった場合、１週間のうちに在宅医療と入院医療が混在した場合には算定できない。ただし、現に在宅末期医療総合診療料を算定している患者が、当該在宅療養支援診療所に一時的に入院する場合は、引き続き計画的な医学管理の下に在宅における療養を継続しているものとみなし、当該入院の日も含めた１週間について、⑴のアからエまでの要件を満たす場合には、在宅末期医療総合診療料を算定できるものとする。ただし、この場合には、入院医療に係る費用は別に算定できない。

⑶　連携により必要な体制を確保する場合にあっては、緊急時の往診又は訪問看護を連携保険医療機関等の医師又は看護師等が行うことが有り得ることを予め患者等に説明するとともに、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急時の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に文書（電子媒体を含む。）により随時提供し、当該提供した診療情報は当該患者の診療録に添付すること。なお、連携保険医療機関等の保険医又は看護師等との診療情報の共有に際し、当該患者の診療情報の提供を行った場合、これにかかる費用は各所定点数に含まれ別に算定できない。

⑷　連携保険医療機関等と共同で訪問看護を行い、又は緊急時の往診体制をとっている場合は、当該患者の訪問看護、往診に係る費用は、主治医の属する保険医療機関において一括して算定する。

⑸　連携保険医療機関等が当該患者に訪問看護を行った場合又は当該患者の病状急変時等に連携保険医療機関の保険医が往診を行った場合は、当該連携保険医療機関等は、診療内容等を在宅末期医療総合診療料を算定する保険医療機関の主治医に速やかに報告し、当該主治医は診療内容等の要点を当該患者の診療録に記載する必要がある。ただし、これに係る診療情報提供の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

⑹　算定の対象となる患者について、総合的な在宅医療計画を策定し、これに基づいて訪問診療及び訪問看護を積極的に行うとともに、他の保健医療又は福祉サービスとの連携に努めること。なお、在宅末期医療総合診療は、同一の患者に対して継続的に行うことが望ましい。

⑺　当該保険医療機関以外の保険医療機関が、当該患者に対して診療を行おうとする場合には、当該患者等に対し照会等を行うことにより、他の保険医療機関における在宅末期医療総合診療料の算定の有無を確認すること。

⑻　１週間のうち院外処方せんを交付した日がある場合は、当該１週間分を「１」で算定し、それ以外の場合は「２」で算定する。

なお、当該診療を開始又は終了（死亡による場合を含む。）した週にあって、当該１週間のうちに⑴に掲げる基準を満たした場合には、当該診療の対象となった日数分について算定する。

⑼　当該患者の診療に係る費用は、⑽の往診に係る費用及び「注２」の加算を除き、すべて所定点数に含まれる。ただし、同一月において在宅末期医療総合診療料が算定された日の前日までに算定された検体検査判断料等については、別に算定できる。

⑽　週３回以上の訪問診療を行った場合であって、訪問診療を行わない日に患家の求めに応じて緊急に往診を行った場合には、在宅末期医療総合診療料とは別に週２回を限度として往診料（加算を含む。）を算定できる。

⑾　「注２」に規定する加算は、患者が居宅で死亡した場合であって、死亡日に往診又は訪問

診療を行い、死亡診断を行った場合に算定する。

⑿　算定対象となる患者が入所する施設と特別の関係にある保険医療機関においては、算定できない。

⒀　「注４」に規定する交通費は実費とする。

Ｃ００４　救急搬送診療料

⑴　救急用の自動車とは、消防法（昭和23年法律第186号）及び消防法施行令（昭和36年政令第37号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法（昭和35年法律第105号）及び道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）に規定する緊急自動車であって当該保険医療機関に属するものをいう。

⑵　「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年７月６日医発第629号）第11に規定するドクターヘリ導入促進事業に係るドクターヘリにより搬送される患者に対して、ドクターヘリ内において診療を行った場合についても救急搬送診療料を算定することができる。

⑶　診療を継続して提供した場合、初診料、再診料又は外来診療料は、救急搬送の同一日に１回に限り算定する。

⑷　搬送先の保険医療機関の保険医に立会診療を求められた場合は、初診料、再診料又は外来診療料は１回に限り算定し、往診料は併せて算定できない。ただし、患者の発生した現場に赴き、診療を行った後、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合は、往診料を併せて算定できる。

⑸　入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、入院基本料を算定した日には救急搬送診療料は算定できない。

⑹　「注２」の加算は、６歳未満の乳幼児に対して救急搬送診療料を算定する場合に加算する。

Ｃ００５　在宅患者訪問看護・指導料

⑴　在宅患者訪問看護・指導料は、居宅において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。

⑵　在宅患者訪問看護・指導料は、在宅患者訪問看護・指導を実施する保険医療機関において医師による診療のあった日から１月以内に行われた場合に算定する。

　ただし、当該患者（患者の病状に特に変化がないものに限る。）に関し、在宅患者訪問診療料を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から２週間以内に、当該患者に対して継続して在宅患者訪問看護・指導料を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供（区分「Ｂ００９」診療情報提供料(Ⅰ)の場合に限る。）を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から１月以内に行われた場合に算定する。

⑶　在宅患者訪問看護・指導料の算定は週３日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週４日以上算定できる。

【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】

　末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小

脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類のステージ３以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着している患者

⑷　診療に基づき、患者の病状の急性増悪、終末期等により一時的に週４日以上の頻回の訪問看護が必要であると認められた患者（厚生労働大臣が定める疾病等の患者を除く。）については、月１回に限り、当該診療を行った日から14日以内の期間において、14日を限度として算定できる。

当該患者が介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である場合には、診療録に頻回の訪問看護が必要であると認めた理由及び頻回の訪問看護が必要な期間（ただし14日間以内に限る。）を記載すること。

⑸　⑶又は⑷により、週４回以上在宅患者訪問看護・指導料を算定する場合は、在宅患者訪問看護・指導料の「１」の「ロ」又は「２」の「ロ」により算定する。

⑹　「１」の助産師による在宅患者訪問看護・指導料の算定の対象となる患者は、居宅において療養を行っている通院困難な妊産婦及び乳幼児であって、疾病等に係る療養上の指導等が必要な患者であり、療養上必要と認められない一般的保健指導を専ら行う場合は算定しない。

⑺　訪問看護計画は、医師又は保健師、助産師若しくは看護師が患家を訪問し、患者の家庭における療養状況を踏まえて作成し、当該計画は少なくとも１月に１回は見直しを行うほか、患者の病状に変化があった場合には適宜見直す。

訪問看護計画には、看護及び指導の目標、実施すべき看護及び指導の内容並びに訪問頻度等を記載すること。

⑻　医師は、保健師、助産師、看護師又は准看護師に対して行った指示内容の要点を診療録に記載すること。また、保健師、助産師又は看護師が准看護師に対して指示を行ったときは、その内容の要点を記録にとどめておくこと。

⑼　保健師、助産師、看護師又は准看護師は、患者の体温、血圧等基本的な病態を含む患者の状態並びに行った指導及び看護の内容の要点を記録にとどめておくこと。

⑽　他の保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料を算定している患者については、在宅患者訪問看護・指導料を算定できない。ただし、保険医療機関を退院後１月以内の患者に対して当該保険医療機関が行った在宅患者訪問看護・指導については、この限りではない。

⑾　保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーション又は当該保険医療機関の医師が訪問看護指示書を交付した訪問看護ステーションにおいて、訪問看護療養費を算定した月については、在宅患者訪問看護・指導料を算定できない。ただし、⑶の厚生労働大臣の定める疾病等の患者については、この限りでない。

⑿　「注２」に規定する加算（難病等複数回訪問加算）は、⑶の厚生労働大臣の定める疾病等の患者又は月に14日を限度として算定する患者に対して、１日に２回又は３回以上訪問看護・指導を実施した場合に算定する。

⒀　「注３」に規定する加算は、訪問看護計画に基づき定期的に行う在宅患者訪問看護・指導以外であって、緊急の患家の求めに応じて、在宅療養支援診療所の主治医の指示により、当該主治医の属する保険医療機関又は連携する保険医療機関の看護師等が在宅患者訪問看護・

指導した場合に１日につき１回に限り算定する。その際、主治医はその指示内容を診療録に記載すること。なお、当該加算は、在宅療養支援診療所が24時間往診及び訪問看護により対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者に限り算定できる。

⒁　「注４」に規定するターミナルケア加算は、在宅患者訪問看護・指導料を死亡日前14日以内に２回以上算定し、かつ、その死亡前概ね24時間以内にターミナルケアを行った場合に算定する。

「注４」のただし書に規定する在宅療養支援診療所の主治医の指示に基づくターミナルケア加算は、在宅療養支援診療所が24時間往診及び訪問看護により24時間対応できる体制を確保し、在宅療養支援診療所の連絡担当者の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供している患者について算定できる。

⒂　「注５」の在宅移行管理加算は、当該保険医療機関を退院した次のいずれかに該当する患者又はその家族からの相談等に対して、24時間対応できる体制が整備されている保険医療機関において、当該対象患者の退院後１月以内に訪問看護・指導料を４回以上算定した場合に、患者１人につき１回限り算定する。

この場合において、特別な管理を必要とする患者はアからオに掲げるものとし、そのうち重症度等の高い患者は、アに掲げるものとする。

ア　在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者、在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者、気管カニューレを使用している患者及び留置カテーテルを使用している患者

イ　在宅自己腹膜灌流指導管理料、在宅血液透析指導管理料、在宅酸素療法指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料、在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、在宅自己導尿指導管理料、在宅人工呼吸指導管理料、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料、在宅自己疼痛管理指導管理料又は在宅肺高血圧症患者指導管理料のうちいずれかを算定している患者

ウ　ドレーンチューブを使用している患者

エ　人工肛門又は人工膀胱を設置している患者であってその管理に配慮を必要とする患者

オ　在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している患者

⒃　在宅患者訪問看護・指導の実施に当たっては、保険医療機関における看護業務に支障を来すことのないよう留意するとともに、市町村の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分留意する。

⒄　「注６」に規定する交通費は実費とする。

Ｃ００５－２　在宅患者訪問点滴注射管理指導料

⑴　在宅患者訪問点滴注射管理指導料は、居宅において療養を行っている通院困難な患者であって、当該患者の主治医の診療に基づき、週３日以上の点滴注射を行う必要を認め、当該保険医療機関の看護師等に対して指示を行い、その内容を診療録に記載した場合又は指定訪問看護事業者に別紙様式12又は別紙様式14を参考に作成した在宅患者訪問点滴注射指示書に有効期間（７日以内に限る。）及び指示内容を記載して指示を行った場合において、併せて使用する薬剤、回路等、必要十分な保険医療材料、衛生材料を供与し、１週間のうち３日以上点滴注射を実施した場合に３日目に算定する。

⑵　点滴注射指示に当たっては、その必要性、注意点等を点滴注射を実施する看護師等に十分な説明を行うこと。

⑶　点滴注射を実施する看護師等は、患者の病状の把握に努めるとともに、当該指示による点滴注射の終了日及び必要を認めた場合には主治医への連絡を速やかに行うこと。

⑷　主治医は、患者、患者の家族又は看護師等から容態の変化等についての連絡を受けた場合は、速やかに対応すること。

⑸　在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定する場合には、必要な回路等の費用については所定点数に含まれており、別に算定できない。

⑹　在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る薬剤料は別に算定できる。

⑺　週３日以上実施できなかった場合においても、使用した分の薬剤料は算定できる。

Ｃ００６　在宅訪問リハビリテーション指導管理料

⑴　在宅訪問リハビリテーション指導管理料は、居宅で療養を行っており、疾病、傷病のために通院してリハビリテーションを受けることが困難な患者又はその家族等患者の看護に当たる者に対して、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、医師の診療に基づき、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を訪問させてリハビリテーションの観点から療養上必要な指導を20分以上行った場合（以下、本区分において「１単位」という。）に算定する。

⑵　在宅訪問リハビリテーション指導管理料の算定は週６単位を限度（末期の悪性腫瘍の患者の場合を除く。）とする。ただし、退院の日から起算して３月以内の患者に対し、入院先の医療機関の医師の指示に基づき継続してリハビリテーションを行う場合は、週12単位まで算定できる。

⑶　在宅訪問リハビリテーション指導管理料は、在宅患者訪問診療を実施する保険医療機関において医師の診療のあった日から１月以内に行われた場合に算定する。

　ただし、当該患者（患者の病状に特に変化がないものに限る。）に関し、在宅患者訪問診療料を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から２週間以内に、当該患者に対して継続して在宅患者リハビリテーション指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供（区分「Ｂ００９」診療情報提供料(Ⅰ)の場合に限る。）を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から１月以内に行われた場合に算定する。

⑷　指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、言語機能又は聴覚機能等に関する指導とする。

⑸　医師は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容の要点を診療録に記載する。

⑹　理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点及び指導に要した時間を記録にとどめておく。

⑺　他の保険医療機関において在宅訪問リハビリテーション指導管理料を算定している患者については、在宅訪問リハビリテーション指導管理料を算定できない。

⑻　介護老人保健施設において、通所リハビリテーションを受けている月については、在宅訪問リハビリテーション指導管理料を算定できない。

⑼　「注２」に規定する交通費は実費とする。

Ｃ００７　訪問看護指示料

⑴　訪問看護指示料は、居宅で療養を行っており、疾病、負傷のために通院による療養が困難な患者に対する適切な在宅医療を確保するため、指定訪問看護に関する指示を行うことを評価するものであり、患者の主治医（患者が選定する保険医療機関の保険医に限る。）が、診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、当該患者の同意を得て、別紙様式12及び別紙様式13を参考に作成した訪問看護指示書に有効期間（６月以内に限る。）を記載して、当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する。なお、１か月の指示を行う場合には、訪問看護指示書に有効期間を記載することを要しない。

⑵　指定訪問看護の指示は、当該患者に対して主として診療を行う保険医療機関が行うことを原則とし、訪問看護指示料は、退院時に１回算定できるほか、在宅で療養を行っている者について１月に１回を限度として算定できる。

　ただし、Ａ保険医療機関と特別の関係にあるＢ保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料を算定している月においては、Ａ保険医療機関は当該患者について訪問看護指示料は算定できない。

⑶　特別訪問看護指示加算は、患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪、終末期等の事由により、週４回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認めた場合であって、当該患者の同意を得て、別紙様式14を参考に作成した特別訪問看護指示書を、当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に、１月に１回を限度として算定する。

　なお、当該頻回の指定訪問看護は、当該特別の指示に係る診療の日から14日以内に限り実施するものであること。

⑷　患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーションに交付すること。

　なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーションに交付できるものであること。

⑸　主治医は交付した訪問看護指示書等の写しを診療録に添付すること。

⑹　患者の主治医は、当該訪問看護指示書交付後であっても、患者の病状等に応じてその期間を変更することができるものであること。なお、指定訪問看護の指示を行った保険医療機関は、訪問看護ステーションからの対象患者について相談等があった場合には、懇切丁寧に対応すること。

⑺　区分番号Ｃ００５の⑶に掲げる疾病等の患者について、２つの訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付する場合には、それぞれの訪問看護指示書に、他の訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付している旨及び当該他の訪問看護ステーションの名称を記載すること。

Ｃ００８　在宅患者訪問薬剤管理指導料

⑴　在宅患者訪問薬剤管理指導料は、居宅で療養を行っており、疾病、負傷のために通院による療養が困難な患者について、保険医療機関の薬剤師が当該保険医療機関の医師及び当該患者の同意を得て、患家を訪問して薬剤管理指導記録に基づいて直接患者又はその家族等に服

薬指導を行った場合に算定する。

ただし、指導の対象となる患者が他の保険医療機関に入院している場合、医師若しくは薬剤師の配置が義務付けられている施設等に入所している場合（給付調整告示等に規定する場合を除く。）又は現に他の保険医療機関若しくは保険薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行っている場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。

⑵　在宅患者訪問薬剤管理指導料は、１月に２回を限度として算定できる。ただし、月２回算定する場合にあっては、本指導料を算定する日の間隔は６日以上とする。なお、この場合には診療報酬明細書の摘要欄に当該算定日を記載すること。

⑶　当該保険医療機関の薬剤師は、指導に当たって、過去の投薬及び副作用発現状況等の基礎的事項を把握するとともに、指導の対象となる患者ごとに薬剤管理指導記録を作成すること。なお、当該薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低３年間保存すること。

ア　患者の氏名、生年月日、性別、住所、診療録の番号

イ　患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴

ウ　薬学的管理の内容（医薬品の保管状況、服薬状況、重複投薬、配合禁忌等を含む。）

エ　患者への指導及び患者からの相談の要点

オ　訪問指導等の実施日、訪問指導を行った薬剤師の氏名

カ　その他の事項

⑷　「注２」の麻薬管理指導加算は、本指導料を算定している患者のうち、麻薬が投与されている患者に対して、投与される麻薬の服用及び保管取扱上の注意事項等に関し、必要な指導を行った場合に算定する。

⑸　麻薬管理指導加算の算定に当たっては、⑶の薬剤管理指導記録に、少なくとも次の事項について記載しなければならないこと。

ア　麻薬に係る薬学的管理の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、疼痛緩和の状況等）

イ　麻薬に係る患者・家族への指導・相談事項（麻薬に係る服薬指導、保管管理の指導等）

ウ　患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項

エ　その他麻薬に係る事項

⑹　「注３」に規定する交通費は実費とする。

⑺　在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者に投薬された医薬品について、当該保険医療機関の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに当該患者の主治医に対し、当該情報を文書により提供するものとする。

ア　医薬品緊急安全性情報

イ　医薬品等安全性情報

Ｃ００９　在宅患者訪問栄養食事指導料

⑴　在宅患者訪問栄養食事指導料は、居宅で療養を行っており、疾病、負傷のために通院による療養が困難な患者について、医師が当該患者に「特掲診療料の施設基準等」に規定する特別食を提供する必要性を認めた場合であって、当該医師の食事せんに基づき、管理栄養士が患家を訪問し、患者の生活条件、し好等を勘案した食品構成に基づく食事計画案又は具体的な献立を示した栄養食事指導せんを患者又はその家族等に対して交付するとともに、当該指導せんに従った調理を介して実技を伴う指導を30分以上行った場合に算定する。

⑵　「注２」に規定する交通費は実費とする。

⑶　上記以外の点に関しては、外来栄養食事指導料における留意事項の例による。

第２節　在宅療養指導管理料

第１款　在宅療養指導管理料

１　在宅療養指導管理料は、当該指導管理が必要かつ適切であると医師が判断した患者について、患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該医師が療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行った上で、当該患者の医学管理を十分に行い、かつ、各在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行い、併せて必要かつ十分な量の衛生材料又は保険医療材料を支給した場合に算定する。

ただし、当該保険医療機関に来院した患者の看護者に対してのみ当該指導を行った場合には算定できない。

２　在宅療養指導管理料は１月１回を限度として算定し、特に規定する場合を除き、同一の患者に対して同一月に指導管理を２回以上行った場合は、第１回の指導管理を行ったときに算定する。

３　２以上の保険医療機関が同一の患者について同一の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行っている場合には、主たる指導管理を行っている保険医療機関において当該在宅療養指導管理料を算定する。

４　同一の保険医療機関において、２以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数を算定する。

５　入院中の患者に対して、退院時に退院後の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合には、退院の日１回に限り、在宅療養指導管理料の所定点数を算定できる。この場合においては、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療にて行った指導管理の費用は算定できない。また、死亡退院の場合又は他の病院若しくは診療所へ入院するため転院した場合には算定できない。

６　退院した患者に対して、当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、当該患者について当該保険医療機関において退院日に在宅療養指導管理料を算定していない場合に限り、在宅療養指導管理料を算定することができる。ただし、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定する場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に当該算定理由を記載すること。このため、在宅療養指導管理料を算定する場合は、患者に対し当該月の入院の有無を確認すること。

７　在宅療養を実施する保険医療機関においては、緊急事態に対処できるよう施設の体制、患者の選定等に十分留意すること。特に、入院施設を有しない診療所が在宅療養指導管理料を算定するに当たっては、緊急時に必要かつ密接な連携を取り得る入院施設を有する他の保険医療機関において、緊急入院ができる病床が常に確保されていることが必要であること。

８　当該在宅療養を指示した根拠、指示事項（方法、注意点、緊急時の措置を含む。）、指導内容の要点を診療録に記載すること。

９　保険医療機関が在宅療養指導管理料を算定する場合には、当該指導管理に要するアルコール等の消毒薬、衛生材料（脱脂綿、ガーゼ、絆創膏等）、酸素、注射器、注射針、翼状針、カテーテル、膀胱洗浄用注射器、クレンメ等は、当該保険医療機関が提供すること。なお、当該医療材料の費用は、特に規定する場合を除き所定点数に含まれ、別に算定できない。

10　関連学会より留意事項が示されている在宅療養については、指示、管理に当たってはこれらの事項を十分参考とするものとする。（例：がん末期医療に関するケアのマニュアル（厚生省・日本医師会編））

Ｃ１００　退院前在宅療養指導管理料

⑴　入院中の患者に対して外泊時に退院後の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合には、外泊の初日１回に限り退院前在宅療養指導管理料を算定する。

⑵　退院前在宅療養指導管理料を算定した同一月に他の在宅療養指導管理料を算定することができるが、退院前在宅療養指導管理料を算定した日には他の在宅療養指導管理料（加算を含む。）は算定できない。

⑶　入院料の取扱い上は外泊とならない１泊２日の場合であっても、退院前在宅療養指導管理料の算定要件を満たせば当該指導管理料を算定することができる。

⑷　退院前在宅療養指導管理料を算定できるのは、あくまでも退院した場合であり、病状の悪化等により退院できなかった場合には算定できない。また、外泊後、帰院することなく転院した場合には算定できない。

Ｃ１０１　在宅自己注射指導管理料

⑴　在宅における排卵誘発を目的とする性腺刺激ホルモン製剤を用いた治療については、在宅自己注射指導管理料は算定できない。

⑵　インターフェロンベータ製剤については、多発性硬化症に対して用いた場合に限り算定する。

⑶　インターフェロンアルファ製剤については、Ｃ型慢性肝炎におけるウイルス血症の改善（血中ＨＣＶ　ＲＮＡ量が高い場合を除く。）を目的として単独投与（初期治療に用いる場合を除く。）に用い、当該保険医療機関において２週に１回は外来、往診又は訪問診療による診療を行っている場合に限り、インスリン製剤に準じて算定する。なお、ペグインターフェロンアルファ製剤については算定できない。

⑷　エタネルセプト製剤については、関節リウマチ（既存治療で効果不十分な場合に限る。）に対して用い、当該保険医療機関において２週に１回は外来、往診又は訪問診療による診療を行っている場合に限り、インスリン製剤に準じて算定する。

⑸　入院中の患者に対して、退院時に在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日１回に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数は算定できない。

⑹　在宅自己注射指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関における外来受診の際の皮内、皮下及び筋肉内注射（当該指導管理料に係る薬剤に限る。）の費用は算定できない。

⑺　在宅自己注射指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料を算定する日に行った皮内、皮下及び筋肉内注射、静脈内注射及び点滴注射の費用は算定できない。

Ｃ１０２　在宅自己腹膜灌流指導管理料

⑴　「注」の「頻回に指導管理を行う必要がある場合」とは、次のような患者について指導管理を行う場合をいう。

ア　在宅自己連続携行式腹膜灌流の導入期にあるもの
イ　糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの
ウ　腹膜炎の疑い、トンネル感染及び出口感染のあるもの
エ　腹膜の透析効率及び除水効率が著しく低下しているもの
オ　その他医師が特に必要と認めるもの

⑵　１か月に２回以上在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に必要と認めた理由を明記する。

⑶　在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、人工腎臓又は腹膜灌流（連続携行式腹膜灌流に限る。）の費用は算定できない。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。

Ｃ１０２－２　在宅血液透析指導管理料

⑴　在宅血液透析とは、維持血液透析を必要とし、かつ、安定した病状にあるものについて、在宅において実施する血液透析療法をいう。

⑵　導入時に頻回の指導を行う必要がある場合とは、当該患者が初めて在宅血液透析を行う場合であり、保険医療機関の変更によるものは含まれない。

⑶　在宅血液透析指導管理を実施する保険医療機関は次の設備又は器具を備えなければならない。
ア　病床
イ　専用透析室及び人工腎臓装置

⑷　「注」の「頻回に指導管理を行う必要がある場合」とは、次のような患者について指導管理を行う場合をいう。
ア　在宅血液透析の導入期にあるもの
イ　合併症の管理が必要なもの
ウ　その他医師が特に必要と認めるもの

⑸　在宅血液透析指導管理料を算定している患者が、当該施設に赴いて人工腎臓を実施した場合には、人工腎臓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。

Ｃ１０３　在宅酸素療法指導管理料

⑴　チアノーゼ型先天性心疾患に対する在宅酸素療法とは、ファロー四徴症、大血管転位症、三尖弁閉鎖症、総動脈幹症、単心室症などのチアノーゼ型先天性心疾患患者のうち、発作的に低酸素又は無酸素状態になる患者について、発作時に在宅で行われる救命的な酸素吸入療法をいう。

この場合において使用される酸素は、小型酸素ボンベ（500リットル以下）又はクロレート・キャンドル型酸素発生器によって供給されるものとする。

⑵　保険医療機関が、チアノーゼ型先天性心疾患の患者について在宅酸素療法指導管理料を算定する場合には、これに使用する小型酸素ボンベ又はクロレート・キャンドル型酸素発生器は当該保険医療機関が患者に提供すること。なお、これに要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑶　その他の場合に該当する在宅酸素療法とは、諸種の原因による高度慢性呼吸不全例、肺高血圧症の患者又は慢性心不全の患者のうち、安定した病態にある退院患者及び手術待機の患者について、在宅で患者自らが酸素吸入を実施するものをいう。

⑷　その他の場合の対象となる患者は、高度慢性呼吸不全例のうち、在宅酸素療法導入時に動脈血酸素分圧55mmHg以下の者及び動脈血酸素分圧60mmHg以下で睡眠時又は運動負荷時に著しい低酸素血症を来す者であって、医師が在宅酸素療法を必要であると認めたもの及び慢性心不全患者のうち、医師の診断により、ＮＹＨＡⅢ度以上であると認められ、睡眠時のチェーンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数（１時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。）が20以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されている症例とする。この場合、適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いることができる。

　ただし、経皮的動脈血酸素飽和度測定器、経皮的動脈血酸素飽和度測定及び終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれており別に算定できない。

⑸　在宅酸素療法の算定に当たっては、動脈血酸素分圧の測定を月１回程度実施し、その結果について診療報酬明細書に記載すること。この場合、適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いることができる。ただし、経皮的動脈血酸素飽和度測定器、経皮的動脈血酸素飽和度測定及び終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれており別に算定できない。

⑹　在宅酸素療法を指示した医師は、在宅酸素療法のための酸素投与方法（使用機器、ガス流量、吸入時間等）、緊急時連絡方法等を装置に掲示すると同時に、夜間も含めた緊急時の対処法について、患者に説明を行うこと。

⑺　在宅酸素療法を実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない。

ア　酸素吸入設備

イ　気管内挿管又は気管切開の器具

ウ　レスピレーター

エ　気道内分泌物吸引装置

オ　動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態であるもの）

カ　スパイロメトリー用装置（常時実施できる状態であるもの）

キ　胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態であるもの）

⑻　在宅酸素療法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、酸素吸入、酸素テント、間歇的陽圧吸入法、喀痰吸引及び鼻マスク式補助換気法（これらに係る酸素代も含む。）の費用は算定できない。

Ｃ１０４　在宅中心静脈栄養法指導管理料

⑴　在宅中心静脈栄養法とは、諸種の原因による腸管大量切除例又は腸管機能不全例等のうち、安定した病態にある患者について、在宅において患者自らが実施する栄養法をいう。

⑵　対象となる患者は、原因疾患の如何にかかわらず、中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な者で、当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者とする。

⑶　在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、中心静脈注射の費用は算定できない。

⑷　在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料を算定する日に行った静脈内注射及び点滴注射の費用は算定できない。

Ｃ１０５　在宅成分栄養経管栄養法指導管理料

⑴　在宅成分栄養経管栄養法とは、諸種の原因によって経口摂取ができない患者又は経口摂取が著しく困難な患者について、在宅において患者自らが実施する栄養法をいう。このうち在

宅成分栄養経管栄養法指導管理料算定の対象となるのは、栄養素の成分の明らかなもの（アミノ酸、ジペプチド又はトリペプチドを主なタンパク源とし、未消化態タンパクを含まないもの。）を用いた場合のみであり、単なる流動食について鼻腔栄養を行ったもの等は該当しない。

⑵　対象となる患者は、原因疾患の如何にかかわらず、在宅成分栄養経管栄養法以外に栄養の維持が困難な者で、当該療法を行うことが必要であると医師が認めた者とする。

⑶　在宅成分栄養経管栄養法指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、鼻腔栄養の費用は算定できない。

Ｃ１０６　在宅自己導尿指導管理料

⑴　在宅自己導尿とは、諸種の原因により自然排尿が困難な患者について、在宅において患者自らが実施する排尿法をいう。

⑵　対象となる患者は、下記の患者のうち、残尿を伴う排尿困難を有する者であって在宅自己導尿を行うことが必要と医師が認めた者とする。

ア　諸種の原因による神経因性膀胱

イ　下部尿路通過障害（前立腺肥大症、前立腺癌、膀胱頸部硬化症、尿道狭窄等）

ウ　腸管を利用した尿リザーバー造設術の術後

⑶　在宅自己導尿指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、導尿（尿道拡張を要するもの）、膀胱洗浄及び留置カテーテル設置の費用は算定できない。

Ｃ１０７　在宅人工呼吸指導管理料

⑴　在宅人工呼吸とは、長期にわたり持続的に人工呼吸に依存せざるを得ず、かつ、安定した病状にあるものについて、在宅において実施する人工呼吸療法をいう。

⑵　対象となる患者は、病状が安定し、在宅での人工呼吸療法を行うことが適当と医師が認めた者とする。なお、睡眠時無呼吸症候群の患者は対象とならない。

⑶　在宅人工呼吸療法を実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない。

ア　酸素吸入設備

イ　気管内挿管又は気管切開の器具

ウ　レスピレーター

エ　気道内分泌物吸引装置

オ　動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態であるもの）

カ　胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態であるもの）

⑷　人工呼吸装置は患者に貸与し、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑸　在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、酸素吸入、酸素テント、間歇的陽圧吸入法、喀痰吸引、鼻マスク式補助換気法及び人工呼吸の費用（これらに係る酸素代を除く。）は算定できない。

Ｃ１０７－２　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

⑴　在宅持続陽圧呼吸療法とは、睡眠時無呼吸症候群である患者について、在宅において実施する呼吸療法をいう。

⑵　対象となる患者は、以下のすべての基準に該当する患者とする。ただし、無呼吸低呼吸指数が40以上である患者については、イの要件を満たせば対象患者となる。

ア　無呼吸低呼吸指数（１時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう）が20以上

イ　日中の傾眠、起床時の頭痛などの自覚症状が強く、日常生活に支障を来している症例

ウ　睡眠ポリグラフィー上、頻回の睡眠時無呼吸が原因で、睡眠の分断化、深睡眠が著しく減少又は欠如し、持続陽圧呼吸療法により睡眠ポリグラフィー上、睡眠の分断が消失、深睡眠が出現し、睡眠段階が正常化する症例

⑶　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料については、当該治療の開始後１、２か月間の治療状況を評価し、当該療法の継続が可能であると認められる症例についてのみ、引き続き算定の対象とする。

⑷　保険医療機関が在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する場合には、持続陽圧呼吸療法装置は当該保険医療機関が患者に貸与する。なお、当該装置に係る費用（装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用を含む。）については所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｃ１０８　在宅悪性腫瘍患者指導管理料

⑴　「在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法」とは、末期の悪性腫瘍の患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。

⑵　⑴の鎮痛療法とは、ブプレノルフィン製剤、ブトルファノール製剤若しくは塩酸モルヒネ製剤を注射又は携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて注入する療法をいう。なお、塩酸モルヒネ製剤を使用できるのは、以下の条件を満たすバルーン式ディスポーザブルタイプの連続注入器等に必要に応じて生理食塩水等で希釈の上充填して交付した場合に限る。

ア　薬液が取り出せない構造であること

イ　患者等が注入速度を変えることができないものであること

また、⑴の化学療法とは、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて中心静脈注射若しくは埋込型カテーテルアクセスにより抗悪性腫瘍剤を注入する療法又はインターフェロンアルファ製剤を多発性骨髄腫、慢性骨髄性白血病、ヘアリー細胞白血病又は腎癌の患者に注射する療法をいう。

⑶　対象となる悪性腫瘍の患者が末期であるかどうかは主治医の判断によるものとする。なお、化学療法の適応については、末期でない悪性腫瘍の患者も末期の悪性腫瘍の患者に準じて取り扱う。

⑷　在宅悪性腫瘍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、皮内、皮下及び筋肉内注射、静脈内注射、点滴注射及び中心静脈注射（当該指導管理料に係る薬剤に限る。）の費用は算定できない。

⑸　在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料を算定する日に行った皮内、皮下及び筋肉内注射、静脈内注射、点滴注射及び中心静脈注射の費用は算定できない。

Ｃ１０９　在宅寝たきり患者処置指導管理料

⑴　在宅における創傷処置等の処置とは、家庭において療養を行っている患者であって、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものが、在宅において自ら又はその家族等患者の看護に当たる者が実施する創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換

を含み、熱傷に対する処置を除く。）、皮膚科軟膏処置、留置カテーテル設置、膀胱洗浄、導尿（尿道拡張を要するもの）、鼻腔栄養、ストーマ処置、喀痰吸引、介達牽引又は消炎鎮痛等処置をいう。

⑵　これに準ずる者とは、「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年４月17日衛発第242号）の別紙の第３に掲げる疾患に罹患しているものとして、都道府県知事から医療受給者証の発行を受けている者であって、常時介護を要する状態にあるものを含むものである。

⑶　在宅寝たきり患者処置指導管理料は、原則として、当該医師が患家に訪問して指導管理を行った場合に算定する。ただし、寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものが、家族等に付き添われて来院した場合については、例外的に算定することができる。

⑷　在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（入院中の患者を除く。）については、創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含み、熱傷に対する処置を除く。）、皮膚科軟膏処置、留置カテーテル設置、膀胱洗浄、導尿（尿道拡張を要するもの）、鼻腔栄養、ストーマ処置、喀痰吸引、介達牽引及び消炎鎮痛等処置の費用は算定できない。

Ｃ１１０　在宅自己疼痛管理指導管理料

⑴　在宅自己疼痛管理指導管理料は、疼痛除去のために植込型脳・脊髄刺激装置を埋め込んだ後に、在宅において、患者自らが送信器を用いて疼痛管理を実施する場合に算定する。

⑵　対象となる患者は難治性慢性疼痛を有するもののうち、植込型脳・脊髄刺激装置を埋め込み、疼痛管理を行っている患者のうち、在宅自己疼痛管理を行うことが必要と医師が認めたものである。

Ｃ１１１　在宅肺高血圧症患者指導管理料

⑴　「プロスタグランジンＩ$_2$製剤の投与等に関する指導管理等」とは、在宅において、原発性肺高血圧症患者自らが携帯型精密輸液ポンプを用いてプロスタグランジンＩ$_2$製剤を投与する場合に、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法、注意点及び緊急時の措置等に関する指導を行い、当該患者の医学管理を行うことをいう。

⑵　肺動脈性肺高血圧症（原発性肺高血圧症を除く。）の患者であって入院中の患者以外の患者に対してプロスタグランジンＩ$_2$製剤の投与等に関する指導管理等を行った場合にあっては、当分の間、原発性肺高血圧症の患者であって入院中の患者以外の患者に対してプロスタグランジンＩ$_2$製剤の投与等に関する指導管理等を行った場合に準じて算定する。

Ｃ１１２　在宅気管切開患者指導管理料

⑴　「在宅における気管切開に関する指導管理」とは、諸種の原因により気管切開を行った患者のうち、安定した病態にある退院患者について、在宅において実施する気管切開に関する医学管理のことをいう。

⑵　在宅気管切開患者指導管理を実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない。

ア　酸素吸入設備

イ　レスピレーター

ウ　気道内分泌物吸引装置

エ　動脈血ガス分析装置（常時実施できる状態であるもの）

オ　胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態であるもの）

⑶　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、創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含み、熱傷に対する処置を除く。）及

び喀痰吸引の費用は算定できない。

Ｃ１１３　寝たきり老人訪問指導管理料

⑴　在宅寝たきり老人とは、老人保健法の規定による医療を受ける患者であって、家庭において療養を行っており、現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にあるものをいう。

⑵　寝たきり老人訪問指導管理料は、在宅の寝たきり患者を対象として在宅患者訪問診療料を算定すべき訪問診療を行い、かつ、当該訪問診療に際して療養上必要な指導管理を行った場合に算定するものであること。

⑶　１回目の寝たきり老人訪問指導管理料は、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月を経過した日以降の日に算定するものであること。

⑷　寝たきり老人訪問指導管理料は、同一暦月につき１回に限り算定するものであること。

⑸　寝たきり老人訪問指導管理料は、患者の病状に基づいた訪問診療の計画が立てられており、かつ、実際にこの訪問診療の計画に基づいて療養上必要な指導が行われた場合に算定するものであること。

⑹　訪問診療の計画及び指導内容の要点を診療録に記載すること。

⑺　１月を経過した日が休日又は翌々月の１日となる場合における１回目の寝たきり老人訪問指導管理料の取扱いについては、特定疾患療養管理料の算定方法の例によるものとすること。

⑻　寝たきり老人訪問指導管理料を算定した患者の同一患家において、当該患者以外の２人目以降の患者が寝たきりの状態又はこれに準ずる状態にある場合であって、その者に対する診療が診療計画に基づく定期的な診療の一環であり、その訪問診療の計画及び診療内容の要点が診療録に記載されている場合にあっては、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載した上、寝たきり老人訪問指導管理料を算定できるものであること。

⑼　寝たきり老人訪問指導管理料を算定している患者については、ウイルス疾患指導料及び心臓ペースメーカー指導管理料を算定できないものであること。また、皮膚科特定疾患指導管理料(I)を算定すべき指導管理を行った場合においては、寝たきり老人訪問指導管理の費用は、当該点数に含まれ、別に算定できないものであること。

第２款　在宅療養指導管理材料加算

１　同一の保険医療機関において、２以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数を算定する。この場合にあって、在宅療養指導管理材料加算及び当該２以上の指導管理に使用した薬剤、特定保険医療材料の費用は、それぞれ算定できる。

２　在宅療養指導管理材料加算は、例えば「酸素ボンベを使用した場合」とは当該保険医療機関の酸素ボンベを在宅で使用させた場合をいう等、保険医療機関が提供すること及び在宅における状態であることを前提にしているものであること。

なお、保険医療機関が所有する装置（酸素濃縮装置等）を患者に貸与する場合、保険医療機関は、当該装置の保守・管理を十分に行うこと。また、これらの装置の保守・管理を販売業者に委託する場合には、保険医療機関は、当該販売業者との間で、これらの装置の保守・管理に関する契約を締結し、保守・管理の内容を患者に説明すること。

３　「２」の保険医療材料の使用を算定要件とするものとは、区分「Ｃ１６０」に掲げる在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算等をいう。

Ｃ１５０　血糖自己測定器加算

⑴　血糖自己測定器加算は、インスリン製剤又はヒトソマトメジンＣ製剤の在宅自己注射を毎日行っている患者のうち血糖値の変動が大きい者に対して、医師が、血糖のコントロールを目的として当該患者に血糖試験紙（テスト・テープ）又は固定化酵素電極（バイオセンサー）を給付し、在宅で血糖の自己測定をさせ、その記録に基づき指導を行った場合に、在宅自己注射指導管理料に加算するものである。

なお、血糖試験紙、固定化酵素電極、穿刺器、穿刺針及び測定機器を患者に給付又は貸与した場合における費用その他血糖自己測定に係るすべての費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑵　入院中の患者に対して、退院時に在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日１回に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び血糖自己測定器加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関を当該退院した月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び血糖自己測定器加算は算定できない。

Ｃ１５１　注入器加算

⑴　「注入器」とは、自己注射適応患者（性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤の自己注射を除く。）に対するディスポーザブル注射器（注射針一体型に限る。）、自動注入ポンプ、携帯用注入器又は針無圧力注射器のことをいい、加算の算定はこれらを処方した月に限って可能であり、単に注入器の使用を行っているのみでは算定できない。注入器加算は、針付一体型の製剤を処方した場合には算定できない。

⑵　入院中の患者に対して、退院時に在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日１回に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び注入器加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び注入器加算は算定できない。

Ｃ１５２　間歇注入シリンジポンプ加算

⑴　「間歇注入シリンジポンプ」とは、インスリン又は性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤を間歇的かつ自動的に注入するシリンジポンプをいう。

⑵　入院中の患者に対して、退院時に在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日１回に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び間歇注入シリンジポンプ加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び間歇注入シリンジポンプ加算は算定できない。

Ｃ１５３　注入器用注射針加算

⑴　区分「Ｃ１５１」の注入器加算に規定する「注入器」を処方せず、注射針一体型でないディスポーザブル注射器を処方した場合は、注入器用注射針加算のみ算定する。

⑵　注入器用注射針加算は、注入器用注射針を処方した場合に算定できる。この場合において、１の加算は、以下の場合に算定できるものであり、算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に算定理由を記載すること。

ア　糖尿病等で１日概ね４回以上自己注射が必要な場合

イ　血友病で自己注射が必要な場合

⑶　注入器用注射針加算は、針付一体型の製剤又は針無圧力注射器を処方した場合には算定で

きない。

⑷　入院中の患者に対して、退院時に在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、退院の日１回に限り、在宅自己注射指導管理料の所定点数及び注入器用注射針加算の点数を算定できる。この場合において、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合であっても、指導管理の所定点数及び注入器用注射針加算は算定できない。

Ｃ１５４　紫外線殺菌器加算

在宅自己連続携行式腹膜灌流液交換用熱殺菌器を使用した場合には、紫外線殺菌器加算の点数を算定する。

Ｃ１５６　透析液供給装置加算

透析液供給装置は患者１人に対して１台を貸与し、透析液供給装置加算には、逆浸透を用いた水処理装置・前処理のためのフィルターの費用を含む。

Ｃ１５７　酸素ボンベ加算

⑴　チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して指導管理を行った場合は、酸素ボンベ加算は別に算定できない。

⑵　１の加算は、医療機関への通院等に実際に携帯用小型ボンベを使用した場合に、月１回に限り算定できる。なお、用いられるボンベのうち概ね 1,500リットル以下の詰め替え可能なものについて算定の対象とし、使い捨てのものについては算定の対象としない。

⑶　同一月内に同一患者に対して酸素ボンベ、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合又は携帯用酸素ボンベ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、それぞれ主たる装置に係る加算のみを算定できる。

Ｃ１５８　酸素濃縮装置加算

⑴　チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して指導管理を行った場合は、酸素濃縮装置加算は別に算定できない。

⑵　同一月内に同一患者に対して酸素ボンベ、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合又は携帯用酸素ボンベ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、それぞれ主たる装置に係る加算のみをできる。

Ｃ１５９　液化酸素装置加算

⑴　チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して指導管理を行った場合は、液化酸素装置加算は別に算定できない。

⑵　液化酸素装置加算を算定する場合、設置型液化酸素装置から携帯型液化酸素装置へ液化酸素の移充填を行う場合の方法、注意点、緊急時の措置等に関する患者への指導が必要である。この場合、「設置型液化酸素装置」とは、20～50リットルの内容積の設置型液化酸素装置のことをいい、「携帯型液化酸素装置」とは、１リットル前後の内容積の携帯型液化酸素装置のことをいう。なお、使用した酸素の費用及び流量計、加湿器、チューブ等の費用は加算点数に含まれ、別に算定できない。

⑶　設置型液化酸素装置に係る加算と携帯型液化酸素装置に係る加算とは併せて算定できるが、それぞれ月１回に限り算定する。

⑷　同一月内に同一患者に対して酸素ボンベ、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合又は携帯用酸素ボンベ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、それぞれ主たる装置に係る加算のみを算定できる。

Ｃ１６０　在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算

「輸液セット」とは、在宅で中心静脈栄養法を行うに当たって用いる輸液用器具（輸液バッグ）、注射器及び採血用輸血用器具（輸液ライン）をいう。

Ｃ１６１　注入ポンプ加算

「注入ポンプ」とは、在宅で中心静脈栄養法又は成分栄養経管栄養法若しくは悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行うに当たって用いる注入ポンプをいう。

Ｃ１６２　在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算

在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算と区分「Ｃ１６１」の注入ポンプ加算とは、併せて算定することができるが、それぞれ月１回に限り算定する。

Ｃ１６８　携帯型精密輸液ポンプ加算

携帯型精密輸液ポンプ加算には、カセット、延長チューブその他携帯型精密輸液ポンプに必要なすべての機器等の費用が含まれ、別に算定できない。

第３節　薬剤料

Ｃ２００　薬剤

⑴　次の厚生労働大臣の定める注射薬に限り投与することができる。

【厚生労働大臣の定める注射薬】

インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブトルファノール製剤、ブプレノルフィン製剤、塩酸モルヒネ製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、ヒトソマトメジンＣ製剤、人工腎臓用透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩液、プロスタグランジンI_2製剤及びエタネルセプト製剤

⑵　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

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

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

⑶　厚生労働大臣の定める注射薬のうち、「在宅中心静脈栄養法用輸液」とは、高カロリー輸液をいう。なお、高カロリー輸液を投与する場合には、これ以外にビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

第３部　検査

＜通則＞

１　検査の費用には、検査を行う医師、看護師及び技術者等の人件費、試薬、デッキグラス、試験管等の材料費、器械の減価償却費、管理費及び患者の衣類等の費用は含まれる。なお、患者に施用する薬剤及び特定保険医療材料の費用は検査料とは別に算定する。

２　検査に当たって施用した薬剤の費用は別に算定できるが、第２章第５部投薬の部に掲げる処方料、調剤料、処方せん料及び調剤技術基本料並びに同第６部注射の部に掲げる注射料は、別に算定できない。なお、検査に当たって施用される薬剤（検査用試薬を含む。）は、原則として医薬品として承認されたものであることを要する。

３　撮影した画像を電子媒体に保存した場合、保存に要した電子媒体の費用は検査にかかる所定点数に含まれる。

４　第１節、第２節及び第３節に掲げられていない検査で簡単な検査は、基本診療料に含まれるので、別に算定することはできない。なお、基本診療料に含まれる検査の主なものは、次のとおりである。

⑴　血圧測定

⑵　視野眼底検査のうち簡単なもの

⑶　眼科検査のうち斜照法、徹照法、細隙燈検査（ルーペ式）、器械を使用しない眼圧測定検査

⑷　区分「Ｄ２４４」自覚的聴力検査の「３」の簡易聴力検査に該当しない簡単な聴力検査

⑸　精液pH測定

⑹　デビス癌反応検査

⑺　鼓膜運動検査

⑻　イクテロメーター黄疸反応検査

⑼　簡易循環機能検査

ア　スラッジテスト

イ　指尖部皮膚毛細血管像検査

ウ　皮膚粘膜撮影検査

エ　寒冷血圧検査

オ　ビッケンバッハ起立試験

カ　ヒスタミンテスト

キ　レジチンテスト

ク　末梢の静脈圧測定

ケ　ビュルゲル病及び脱疽等の場合における電気的皮膚温度測定

ａ　単純な場合

ｂ　負荷を行った場合

コ　ギボンーランディステスト

サ　基礎代謝率簡易測定法

注　簡易循環機能検査とは、生体に対して物理的又は化学的負荷をかけ、血圧、脈拍等の理学所見の観察を行うことにより循環機能を検査することを目的とする検査であり、負荷の種類としては起立、寒冷、運動及び薬物等がある。

⑽　自律神経機能検査

⑾　アルコール中毒に対する飲酒試験における症状監視

⑿　皮膚のインピーダンス検査（皮電図記録作成）

⒀　６誘導未満の心電図検査

⒁　尿中ブロムワレリル尿素検出検査

⑮　尿脚気反応（沢田氏反応）
⑯　シュミット氏昇汞試験
⑰　糞便のストール氏虫卵数計算法
⑱　髄膜透過性検査
⑲　横田氏反応
⑳　ユーグロブリン全プラスミン測定法（ユーグロブリン分屑ＳＫ活性化プラスミン値測定）
㉑　緒方法等の補体結合反応による梅毒脂質抗原使用検査
㉒　卵白アルブミン感作血球凝集反応検査
㉓　ラクトアルブミン感作血球凝集反応検査
㉔　Miller Kurzrok検査
㉕　Schick反応
㉖　Dick反応
㉗　Frei反応
㉘　光田反応
㉙　松原反応
㉚　伊藤反応
㉛　トキソプラズマ症、ジストマ症及び猩紅熱の皮内テスト
㉜　膨疹吸収時間測定
㉝　ジアゾ反応
㉞　インジカン
㉟　血液比重測定
㊱　末梢血液像及び骨髄像における特殊染色のＢＲＡＣＨＥＴ試験
㊲　赤血球抵抗試験のリビエール法

５　第１節から第３節までに掲げる検査料の項に掲げられていない検査のうち簡単な検査の検査料は算定できないが、特殊な検査については、その都度当局に内議し、最も近似する検査として通知されたものの算定方法及び注（特に定めるものを除く。）を準用して、準用された検査に係る判断料と併せて算定する。

６　点数表において２つの項目を「及び」で結んで規定している検査については、特に定めるものを除き、当該両項目の検査を併せて行った場合にのみ算定する。

７　検査に当たって、麻酔を行った場合は、第２章第11部麻酔に規定する所定点数を別に算定する。ただし、麻酔手技料を別に算定できない麻酔を行った場合の薬剤料は、第５節薬剤料の規定に基づき算定できる。

８　同一検体について、定性検査と定量検査とを併せて行った場合、一般検査と精密検査とを併せて行った場合又はスクリーニング検査とその他の検査とを一連として行った場合は、それぞれ主たる検査の所定点数のみ算定する。ただし、併せて行う検査の区分が異なる場合は、それぞれについて算定する。

９　「分画」と記されている検査について、同一検体の各分画に対して定量検査を行った場合は、所定点数を１回のみ算定する。

10　定性又は定量の明示がない検査については、定量検査を行った場合にのみ当該検査の所定点数を算定する。

11　測定方法又は検査方法が明示されていない検査については、測定又は検査の方法の如何にかかわらず、その検査料の項に掲げる所定点数を算定する。

12　同時又は一連として行った２以上の検査の結果から計算して求めた内容が、検査料に掲げられた項目に該当する場合であっても、当該内容についての点数は算定できない。

13　２回目以降について所定点数の100分の90に相当する点数により算定することとされている場

合において「所定点数」とは、当該項目に掲げられている点数及び当該注に掲げられている加算点数を合算した点数である。

14　同一項目について検査方法を変えて測定した場合には、測定回数にかかわらず、主たる測定方法の所定点数のみを算定する。

15　算定回数が複数月に１回のみとされている検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載する。

16　第３部検査の部において用いられる検査法の略号については下記のとおりである。

ＰＨＡ：Passive hemagglutination 受身赤血球凝集反応
ＲＰＨＡ：Reversed passive hemagglutination 逆受身赤血球凝集反応
ＬＡ：Latex agglutination ラテックス凝集法
（ＬＰＩＡ：Latex photometric immuno assay）
ＰＣＩＡ：Particle counting immuno assay 微粒子計数免疫凝集測定法
ＰＡＭＩＡ：Particle mediated immuno assay 粒度分布解析ラテックス免疫測定法
ＩＡＨＡ：Immuno adherence hemagglutination 免疫粘着赤血球凝集反応
ＲＩＡ：Radio immuno assay 放射性免疫測定法
ＲＩＳＴ：Radio immuno sorbent test
ＲＡＳＴ：Radio allergo sorbent test
ＲＡ：Radioassay ラジオアッセイ
ＲＲＡ：Radioreceptorassay ラジオレセプターアッセイ
ＣＰＢＡ：Competitive protein binding analysis 競合性蛋白結合分析法
ＥＩＡ：Enzyme immuno assay 酵素免疫測定法
（ＥＬＩＳＡ：Enzyme linked immuno sorbent assay）
ＦＡ：Fluorescent antibody method 蛍光抗体法
ＦＰＡ：Fluorescence polarization assay 蛍光偏光測定法
ＦＰＩＡ：Fluorescence polarization immuno assay 蛍光偏光免疫測定法
ＴＲ－ＦＩＡ：Time resolved fluoro immuno assay 時間分解蛍光免疫測定法
ＩＲＭＡ：Immuno radiometric assay 免疫放射定量法
ＳＲＩＤ：Single radial immuno diffusion method 一元放射状免疫拡散法
ＥＳ：Electrosyneresis method 向流電気泳動法
ＴＩＡ：Turbidimetric immuno assay 免疫比濁法
ＨＰＬＣ：High performance liquid chromatography 高性能液体クロマトグラフィー
ＧＬＣ：Gas-liquid chromatography 気液クロマトグラフィー
ＧＣ：Gas chromatography ガスクロマトグラフィー
ＣＬＩＡ：Chemiluminescent immuno assay 化学発光免疫測定法
ＥＣＬＩＡ：Electrochemiluminescence immuno assay 電気化学発光免疫測定法
ＳＩＡ：Split immuno assay
ＰＣＲ：Polymerase chain reaction
ＥＶ－ＦＩＡ：Evanescent wave fluoro immuno assay エバネセント波蛍光免疫測定法
ＦＩＡ：Fluoro immuno assay 蛍光免疫測定法
ＩＦＡ：Indirect fluorescent antibody method 間接蛍光抗体法
ＬＢＡ：Liquid-phase binding assay
ＦＩＳＨ：Fluorescence in situ Hybridization
ＬＡＭＰ：Loop-Mediated Isothermal Amplification
ＴＭＡ：Transcription-Mediated Amplification
ＳＤＡ：Strand Displacement Amplification

ＳＳＣＰ：Single Strand Conformation Polymorphism
ＲＦＬＰ：Restriction Fragment Length Polymorphism
ＬＣＲ：Ligase Chain Reaction
注　ＬＡ（測定機器を用いるもの）とは、抗原抗体反応によりラテックス粒子が形成する凝集塊を光学的な分析機器を用いて定量的に測定する方法をいう。

17　精密検査とは、測定対象物を高感度又は高精度に測定する方法をいい、このうち区分「Ｄ００１」から区分「Ｄ０１５」に掲げる項目（準用する項目を含む。）については、別に通知で定めるものを除き、以下の測定方法によるものをいう。

⑴　ＥＩＡ（ＥＬＩＳＡ、ＣＬＩＡ、ＥＣＬＩＡ、ルミノールを用いた化学発光ＥＩＡ法、レクチン酵素免疫測定法を含む。簡易法は含まない。）
⑵　ＲＩＡ（ＩＲＭＡ、ＲＲＡ、ＲＡ、ＣＰＢＡを含む。）
⑶　ＦＡ（ＦＩＡ、ＴＲ－ＦＩＡ、ＩＦＡを含む。）
⑷　ＦＰＩＡ（ＥＶ－ＦＩＡ、ＦＰＡを含む。）
⑸　ＰＣＩＡ（ＬＡ（測定機器を用いるもの）、ＰＡＭＩＡ、ラテックス凝集比濁法、ＬＰＩＡを含む。）
⑹　ＴＩＡ
⑺　比色法
⑻　ネフェロメトリー法
⑼　ウエスタンブロット法、イムノブロット（ＳＩＡ）法
⑽　比濁時間分析法
⑾　ＬＢＡ
⑿　免疫阻害法
⒀　ＧＬＣ、ＧＣ、ＨＰＬＣ
⒁　発色合成基質法
⒂　ディスク電気泳動法
⒃　免疫クロマト法

第１節　検体検査料

第１款　検体検査実施料

時間外緊急院内検査加算

⑴　時間外緊急院内検査加算については、保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に入院中の患者以外の患者に対して診療を行った際、医師が緊急に検体検査の必要性を認め、当該保険医療機関において、当該保険医療機関の従事者が当該保険医療機関内に具備されている検査機器等を用いて当該検体検査を実施した場合に限り算定できる。

なお、当該加算の算定に当たっては、当該加算の対象たる検査の開始時間をもって算定する。

⑵　同一患者に対して、同一日に２回以上、時間外、休日又は深夜の診療を行い、その都度緊急の検体検査を行った場合（複数の区分にまたがる場合を含む。）も、１日につき１回のみ算定する。

⑶　現に入院中の患者については算定できない。ただし、時間外、休日又は深夜に外来を受診した患者に対し、検体検査の結果、入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合は、この限りではない。

⑷　緊急の場合とは、直ちに何らかの処置・手術等が必要である重篤な患者について、通常の診察のみでは的確な診断が困難であり、かつ通常の検査体制が整うまで検査の実施を見合わ

せることができないような場合をいう。

外来迅速検体検査加算

⑴　外来迅速検体検査加算については、当日当該保険医療機関で行われた全ての検体検査について、当日中に結果を説明した上で文書により情報を提供し、結果に基づく診療が行われた場合に、５項目を限度として、検体検査実施料の各項目の所定点数にそれぞれ１点を加算する。

⑵　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「Ｄ００６」出血・凝固検査の注の場合
区分「Ｄ００７」血液化学検査の注の場合
区分「Ｄ００８」内分泌学的検査の注の場合
区分「Ｄ００９」腫瘍マーカーの注２及び注３の場合
区分「Ｄ０１０」特殊分析の「５」アミノ酸定量の「ロ」の場合
区分「Ｄ０１３」肝炎ウイルス関連検査の注の場合
区分「Ｄ０１４」自己抗体検査の注

例　患者から１回に採取した血液等を用いて区分「Ｄ００９」腫瘍マーカーの「４」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）精密測定と「７」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「Ｄ００９」腫瘍マーカーの「注３」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、２点を加算する。

⑶　同一患者に対して、同一日に２回以上、その都度迅速に検体検査を行った場合も、１日につき５項目を限度に算定する。

⑷　区分「Ａ００２」外来診療料に含まれる検体検査とそれ以外の検体検査の双方について加算する場合も、併せて５項目を限度とする。

⑸　現に入院中の患者については算定できない。ただし、外来を受診した患者に対し、迅速に実施した検体検査の結果、入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合は、この限りではない。

Ｄ０００　尿中一般物質定性半定量検査

⑴　検体検査を行った場合は所定の判断料を算定できるものであるが、尿中一般物質定性半定量検査を実施した場合は、当該検査に係る判断料は算定できない。

⑵　尿中一般物質定性半定量検査

ア　尿中一般物質定性半定量検査とは、試験紙、アンプル若しくは錠剤を用いて検査する場合又は試験紙等を比色計等の機器を用いて判定する場合をいい、検査項目、方法にかかわらず、１回につき所定点数により算定する。

イ　尿中一般物質定性半定量検査に含まれる定性半定量の検査項目は、次のとおりである。

(ｲ)　比重
(ﾛ)　pH
(ﾊ)　蛋白
(ﾆ)　糖
(ﾎ)　ウロビリノーゲン
(ﾍ)　ウロビリン
(ﾄ)　ビリルビン
(ﾁ)　アセトン体（ケトン体）
(ﾘ)　潜血
(ﾇ)　試験紙法による尿細菌検査
(ﾙ)　食塩検査

(ﾜ)　試験紙法による白血球検査

(ﾜ)　アルブミン

⑶　尿中一般物質定性半定量検査は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に対して速やかに報告されるような場合は、所定点数を算定できる。

Ｄ００１　尿中特殊物質定性定量検査

⑴　「７」の先天性代謝異常症の尿スクリーニングテストとは、次に掲げる物質の定性半定量検査及び反応検査をいう。

ア　塩化第２鉄反応（フェニールケトン体及びアルカプトン体の検出を含む。）

イ　酸性ムコ多糖類

ウ　システイン、シスチン等のＳＨ化合物

エ　ヒスチジン

オ　メチルマロン酸

カ　ミロン反応

キ　イサチン反応

ク　ベネディクト反応

⑵　「８」のポルフィリン症スクリーニングテストとして、Watson-Schwartz反応、Rimington反応又はDeanand Barnes反応を行った場合は、それぞれ所定点数を算定する。

⑶　「12」のマイクロトランスフェリン精密測定（尿中）、「12」のアルブミン定量精密測定及び「15」のⅣ型コラーゲン定量精密測定は、早期糖尿病性腎症患者であって微量アルブミン尿を伴うもの（糖尿病性腎症第１期又は第２期のものに限る。）に対して行った場合に、３か月に１回に限り算定できる。なお、これらを同時に行った場合は、主たるもののみ算定する。

⑷　同一日に尿、穿刺液・採取液及び血液を検体として生化学的検査(Ⅰ)又は生化学的検査(Ⅱ)に掲げる検査項目につきそれぞれを実施した場合の、多項目包括規定の適用については、尿、穿刺液・採取液及び血液のそれぞれについて算出した項目数により所定点数を算定するのではなく、血液、尿、穿刺液・採取液それぞれに係る項目数を合算した項目数により、所定点数を算定する。ただし、同一日に行う２回目以降の血液採取による検体を用いた検査項目については、当該項目数に合算せず、所定点数を別途算定する。

⑸　蛋白質とクレアチニンの比を測定する目的で試験紙により実施した場合は、「17」のその他による尿中クレアチニン検査として算定し、その判断料は、区分「Ｄ０２６」検体検査判断料の「１」の尿・糞便等検査判断料を算定する。

Ｄ００２　尿沈渣顕微鏡検査

⑴　尿沈渣顕微鏡検査の所定点数は、赤血球、白血球、上皮細胞、各種円柱、類円柱、粘液系、リポイド、寄生虫等の無染色標本検査のすべての費用を含む。

⑵　尿沈渣顕微鏡検査は、区分「Ｄ０００」尿中一般物質定性半定量検査若しくは区分「Ｄ００１」尿中特殊物質定性定量検査において何らかの所見が認められ、又は診察の結果からその実施が必要と認められて実施した場合に算定すること。

⑶　尿沈渣顕微鏡検査は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。

⑷　尿路系疾患が強く疑われる患者について、診療所が尿沈渣顕微鏡検査を衛生検査所等に委託する場合であって、当該衛生検査所等が採尿後４時間以内に検査を行い、検査結果が速やかに当該診療所に報告された場合は、所定点数を算定できる。

Ｄ００２－２　フローサイトメトリー法による尿中有形成分定量測定

本測定は区分「Ｄ０００」尿中一般物質定性半定量検査若しくは区分「Ｄ００１」尿中特殊物質定性定量検査において何らかの所見が認められ、又は診察の結果からその実施が必要と認められ、赤血球、白血球、上皮細胞、円柱及び細菌を同時に測定した場合に算定する。

Ｄ００３　糞便検査

⑴　「７」のヘモグロビン又は「９」のヘモグロビン精密測定と「１」の潜血反応検査を同時に実施した場合には、「７」又は「９」の所定点数のみ算定する。

⑵　糞便中の細菌、原虫検査は、区分「Ｄ０１７」排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査により算定する。

⑶　ヘモグロビン検査を免疫クロマト法にて行った場合は、「７」のヘモグロビンにより算定する。

⑷　ヘモグロビン検査を金コロイド凝集法による定量法にて行った場合は、「９」のヘモグロビン精密測定により算定する。

Ｄ００４　穿刺液・採取液検査

⑴　「２」の胃液又は十二指腸液一般検査の所定点数には、量、色調、混濁、粘液量、臭気、酸度測定、ペプシン及び乳酸定量、ラブ酵素の証明、蛋白質の呈色反応（ニンヒドリン反応、ビウレット反応等）、毒物、潜血、虫卵、ウロビリン体の定性定量、コレステリン体の定量、液に含まれる物質の定性半定量の検査等の費用が含まれる。

⑵　「３」の髄液一般検査の所定点数には、外見、比重、ノンネアペルト、パンディ、ワイヒブロート等のグロブリン反応、トリプトファン反応、細胞数、細胞の種類判定及び蛋白、グルコース、ビリルビン、ケトン体等の定性半定量の検査等が含まれる。

⑶　「４」の精液一般検査の所定点数には、精液の量、顕微鏡による精子の数、奇形の有無、運動能等の検査のすべての費用が含まれる。

⑷　「５」の頸管粘液検査の所定点数には、量、粘稠度、色調、塗抹乾燥標本による顕微鏡検査（結晶、細菌、血球、腟上皮細胞等）等の費用が含まれる。

⑸　「６」の子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼは、赤色ラテックス着色法により、絨毛羊膜炎の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の妊婦で切迫早産の疑いがある者に対して測定した場合に算定する。

⑹　「７」の子宮頸管粘液中顆粒球エラスターゼ精密測定は、絨毛羊膜炎の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の妊婦で切迫早産の疑いがある者に対して行った場合に算定する。

⑺　「８」の腟分泌液中乳酸脱水素酵素（ＬＤＨ）半定量のためのタンポンによる検体採取に係る費用は、所定点数に含まれる。

⑻　「９」の関節液中コンドロカルシンは、ＥＩＡ法によるが、エックス線所見で明らかに変形性関節症又は慢性関節リウマチが診断できる場合は算定できない。

⑼　「10」の羊水中肺サーファクタントアポ蛋白（ＳＰ－Ａ）を妊娠中に実施する場合には、糖尿病を合併しない場合は妊娠満33週より前の時期において１回に限り算定でき、糖尿病を合併する場合は満32週より前の時期において１回に限り算定でき、満32週以降においては週１回に限り算定できる。

⑽　「11」のIgGインデックス、「12」の髄液MBP、髄液オリゴクローナルバンド測定は、多発性硬化症の診断の目的で行った場合に算定する。

⑾　「13」の悪性腫瘍遺伝子検査は、固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とし、ＰＣＲ法、ＳＳＣＰ法、ＲＦＬＰ法等を用いて、悪性腫瘍の詳細な診断及び治療法の選択を目的として悪性腫瘍患者

本人に対して行った場合に限り、患者１人につき１回に限り算定する。

当該検査を算定するに当たっては、その目的、結果及び選択した治療法を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

⑿　「13」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分「Ｄ００６－２」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「Ｄ００６－６」免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

⒀　同一日に尿、穿刺液・採取液及び血液を検体として生化学的検査(Ⅰ)又は生化学的検査(Ⅱ)に掲げる検査項目につきそれぞれを実施した場合の、多項目包括規定の適用については、尿、穿刺液・採取液及び血液のそれぞれについて算出した項目数により所定点数を算定するのではなく、血液、尿、穿刺液・採取液それぞれに係る項目数を合算した項目数により、所定点数を算定する。ただし、同一日に行う２回目以降の血液採取による検体を用いた検査項目については、当該項目数に合算せず、所定点数を別途算定する。

Ｄ００５　血液形態・機能検査

⑴　「１」の赤血球沈降速度測定は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。

⑵　同一検体について、「４」の好酸球数及び「５」の末梢血液像の検査を行った場合は、「５」の末梢血液像の所定点数のみを算定する。

⑶　「５」の末梢血液像及び「15」の骨髄像の検査については、少なくともリンパ球、単球、好中球、好酸球、好塩基球の５分類以上の同定・比率計算を行った場合に算定する。

⑷　「５」の末梢血液像及び「15」の骨髄像の検査に当たって、位相差顕微鏡又は蛍光顕微鏡を用いた場合であっても所定点数により算定する。また、末梢血液像の検査の際に赤血球直径の測定を併せて行った場合であっても、所定点数により算定する。

⑸　「５」の「注」及び「15」の「注」にいう特殊染色は、次のとおりである。

ア　オキシダーゼ染色
イ　ペルオキシダーゼ染色
ウ　アルカリフォスファターゼ染色
エ　パス染色
オ　鉄染色（ジデロブラスト検索を含む。）
カ　超生体染色
キ　脂肪染色
ク　エステラーゼ染色

⑹　「６」の末梢血液一般検査は、赤血球数、白血球数、血色素測定(Ｈb)、ヘマトクリット値（Ｈt）、血小板数の全部又は一部を行った場合に算定する。

⑺　「８」の赤血球抵抗試験は、次のとおりである。

ア　シュガーウォーターテスト
イ　ハムテスト
ウ　クロスビーテスト
エ　パルパート法
オ　サンフォード法

⑻　「10」のヘモグロビンA_{1c}（HbA_{1c}）、区分「Ｄ００７」血液化学検査の「17」のグリコアルブミン又は「22」の１，５－アンヒドロ－Ｄ－グルシトール（１，５ＡＧ）のうちいずれかを同一月中に併せて２回以上実施した場合は、月１回に限り主たるもののみ算定する。た

だし、妊娠中の患者については、4いずれか１項目を月１回に限り別に算定できる。

⑼　「13」のデオキシチミジンキナーゼ（ＴＫ）活性精密測定は、造血器腫瘍の診断又は治療効果判定のために行った場合に算定する。

⑽　「14」のターミナルデオキシヌクレオチジルトランスフェラーゼ（ＴｄＴ）精密測定は、白血病又は悪性リンパ腫の診断又は治療効果判定のために行った場合に算定する。

⑾　モノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査

ア　「16」のモノクローナル抗体法による造血器悪性腫瘍細胞検査はモノクローナル抗体を用いて蛍光抗体法、酵素抗体法、免疫ロゼット法等により白血病細胞又は悪性リンパ腫細胞の表面抗原又は細胞内抗原の検索を実施して病型分類を行った場合に算定できる。

イ　対象疾病は白血病、悪性リンパ腫等である。

ウ　検査に用いられるモノクローナル抗体は、医薬品として承認されたものであり、検査に当たって用いたモノクローナル抗体の種類、回数にかかわらず、一連として所定点数を算定する。

Ｄ００６　出血・凝固検査

⑴　出血時間測定時の耳朶採血料は、「１」の出血時間測定の所定点数に含まれる。

⑵　「６」の複合凝固因子検査に該当する検査は、オーレンのトロンボテスト、ヘパプラスチンテスト等をいい、トロンボテストと「１」のプロトロンビン時間測定を同時に施行した場合は、主たるもののみ算定する。

⑶　「10」の血小板凝集能を測定するに際しては、その過程で血小板数を測定することから、区分「Ｄ００５」血液形態・機能検査の「６」の末梢血液一般検査の所定点数を別に算定することはできない。

⑷　「16」のフィブリノーゲン分解産物精密測定は、「10」の線維素分解産物（ＦＤＰ）測定が異常値を示した場合に実施したときに算定できる。

⑸　「16」のＰＩＶＫＡⅡは、出血・凝固検査として行った場合に算定する。

⑹　「17」の凝固因子インヒビターは、第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子の定量測定を行った場合に、それぞれの測定１回につきこの項で算定する。

⑺　「15」の第Ⅷ因子様抗原は、ＳＲＩＤ法、ロケット免疫電気泳動法によるものである。

⑻　「20」のプロトロンビンフラグメントＦ１＋２精密測定を「19」のトロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体（ＴＡＴ）精密測定と同時に実施した場合は、主たるもののみ算定する。

⑼　「21」のトロンボモジュリン精密測定は、膠原病の診断若しくは経過観察又はＤＩＣ若しくはそれに引き続いて起こるＭＯＦ観察のために測定した場合のみ算定できる。

⑽　フィブリンモノマー複合体定量精密測定

ア　「22」のフィブリンモノマー複合体定量精密測定は、ＤＩＣ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精密測定、同区分「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「20」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。

Ｄ００６－２　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）

別に厚生労働大臣の定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、６月に１回を限度として算定できる。血液細胞核酸増幅同定検査は、ＰＣＲ法、ＬＣＲ法又はサザンブロット法による。

Ｄ００６－３　Ｍａｊｏｒ　ｂｃｒ－ａｂｌ　ｍＲＮＡ核酸増幅精密測定

Ｍａｊｏｒ　ｂｃｒ－ａｂｌ　ｍＲＮＡ核酸増幅精密測定は、ＴＭＡ法により測定した場合に限り算定できる。

Ｄ００６－４　進行性筋ジストロフィー遺伝子検査

⑴　進行性筋ジストロフィー遺伝子検査は、症状があり、デュシェンヌ型筋ジストロフィー、ベッカー型筋ジストロフィー又は福山型先天性筋ジストロフィーを疑う患者に対して、ＰＣＲ法を用いて、診断の目的で行った場合に限り、患者１人につき１回に限り算定する。

⑵　検査の実施にあたっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月）及び関係学会による「遺伝学的検査に関するガイドライン」（平成15年８月）を遵守すること。

Ｄ００６－５　染色体検査

⑴　染色体検査の所定点数には、フィルム代、現像代、引伸印画作製代を含む。

⑵　染色体検査の「注」の分染法加算については、その種類、方法にかかわらず、１回の算定とする。

Ｄ００６－６　免疫関連遺伝子再構成

⑴　免疫関連遺伝子再構成は、ＰＣＲ法、ＬＣＲ法又はサザンブロット法により、悪性リンパ腫、急性リンパ性白血病又は慢性リンパ性白血病の診断の目的で検査を行った場合に、６月に１回を限度として算定できる。

⑵　区分「Ｄ００４」の穿刺液・採取液検査「13」の悪性腫瘍遺伝子検査、区分「Ｄ００６－２」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「Ｄ００６－６」免疫関連遺伝子再構成のうちいずれかを同一月中に併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。

Ｄ００７　血液化学検査

⑴　抱合型ビリルビンを測定した場合は、「１」の直接ビリルビンの所定点数を算定する。

⑵　「１」のＮa及びＣlについては、両方を測定した場合も、いずれか一方のみを測定した場合も、同一の所定点数により算定する。

⑶　「１」のＣa及び「８」のイオン化カルシウムを同時に測定した場合には、いずれか一方についてのみ所定点数を算定する。

⑷　「１」の膠質反応については、反応の種類ごとに所定点数を算定する。

なお、次に掲げる検査については、膠質反応又は膠質反応に類似した検査としてこの項により所定点数を算定できる。

ア　硫酸亜鉛試験（クンケル反応）（ＺＴＴ）

イ　チモール混濁反応（ＴＴＴ）

⑸　「４」のＨＤＬ―コレステロール、総コレステロール及び「５」のＬＤＬ―コレステロールを併せて測定した場合は、主たるもの２つの所定点数を算定する。

⑹　「４」のＰ及びＨＰＯ$_4$については、両方を測定した場合も、いずれか一方のみを測定した場合も、同一の所定点数により算定する。

⑺　「４」の総鉄結合能（ＴＩＢＣ）（又は「23」の総鉄結合能（ＴＩＢＣ）精密測定）、「４」の不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）（又は「22」の不飽和鉄結合能（ＵＩＢＣ）精密測定）及び「１」の鉄の検査については、いずれか２項目の測定を実施すれば他の項目については計算により結果を求めることができることから、同時に３項目の所定点数の算定はできない。

⑻　「５」の蛋白分画測定、「１」の総蛋白及びアルブミンを併せて測定した場合は、主たるもの２つの所定点数を算定する。

⑼　「９」のマンガンは、１月以上（胆汁排泄能の低下している患者については２週間以上）高カロリー静脈栄養法が行われている患者に対して、３月に１回に限り算定することができる。

⑽　「11」のケトン体及び「18」のケトン体分画の検査を併せて実施した場合は、ケトン体分画の所定点数のみ算定する。

⑾　「14」の有機モノカルボン酸定量については、グルタチオン、乳酸、ピルビン酸及びα－ケトグルタール酸の各物質の測定を行った場合に、それぞれの測定ごとに所定点数を算定する。

⑿　同一検体について「15」の重炭酸塩及び「29」の血液ガス分析の検査を併せて行った場合は、血液ガス分析の所定点数のみ算定する。

⒀　「17」のグリコアルブミンは、ＨＰＬＣ（２カラム）、ＨＰＬＣ（１カラム）－発色法、アフィニティークロマトグラフィー・免疫比濁法によるグリコアルブミン測定装置を用いて測定した場合、ＥＩＡ法又は酵素法により測定した場合に所定点数を算定する。

⒁　肝胆道疾患の診断の目的で尿中硫酸抱合型胆汁酸測定を酵素法により実施した場合は、「19」のコレステロール分画に準じて算定する。ただし、「14」の胆汁酸を同時に測定した場合には、いずれか一方の所定点数のみを算定する。

⒂　「23」のＣＰＫ・アイソザイム精密測定とは、血清クレアチン・フォスフォキナーゼ（ＣＰＫ）のＭＢ型アイソザイム測定をいう。

⒃　「24」の心筋トロポニンＴ定性は、診療の結果から心筋梗塞が疑われるが、心電図による所見のみでは診断がつかない患者に対して検査を行った場合に、心筋梗塞の診断の確定又は転帰の決定までの間に１回に限り算定する。

　ただし、すでに心筋梗塞の治療のために入院中の患者に対して検査を行った場合は算定できない。

⒄　「25」のヘパリンの血中濃度測定においては、同一の患者につき１月以内に当該検査を２回以上行った場合においては、算定は１回とし、第１回の測定を行ったときに算定する。

⒅　「25」の膵分泌性トリプシンインヒビター（ＰＳＴＩ）と「34」のトリプシンを同時に実施した場合は、いずれか一方の所定点数を算定する。

⒆　「25」の乳酸脱水素酵素・アイソザイム１型は酵素学的阻害法による。

⒇　「25」のアポリポ蛋白は、ＡＩ、ＡⅡ、Ｂ、ＣⅡ、ＣⅢ及びＥのうち３項目以上測定した場合に、所定点数を算定する。

(21)　「26」のサーファクタントプロテインＡ（ＳＰ－Ａ）、「26」のシアル化糖鎖抗原ＫＬ－６及び「28」のサーファクタントプロテインＤ（ＳＰ－Ｄ）のうちいずれか複数を実施した場合は、主たるもののみ算定する。サーファクタントプロテインＡ（ＳＰ－Ａ）及びサーファクタントプロテインＤ（ＳＰ－Ｄ）は、ＥＩＡ法により、シアル化糖鎖抗原ＫＬ－６はＥＩＡ法又はＥＣＬＩＡ法による。

(22)　「26」の心筋トロポニンＩ精密測定と「27」の心筋トロポニンＴ精密測定を同一月に併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(23)　シスタチンＣ精密測定

ア　「27」のシスタチンＣ精密測定は、ラテックス凝集比濁法、金コロイド凝集法又はネフェロメトリー法により実施した場合のみ算定できる。

イ　シスタチンＣ精密測定は、「１」の尿素窒素（ＢＵＮ）又はクレアチニンにより腎機能低下が疑われた場合に、３月に１回に限り算定できる。ただし、「27」のペントシジンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(24)　「27」のペントシジンは、「１」の尿素窒素（ＢＵＮ）又はクレアチニンにより腎機能低下（糖尿病性腎症によるものを除く。）が疑われた場合に、３月に１回に限り算定できる。ただし、「27」のシスタチンＣ精密測定を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(25)　「28」のリポ蛋白（ａ）精密測定は、３月に１回を限度として算定できる。

(26)　「29」の血液ガス分析の所定点数には、Ｎａ、Ｋ、Ｃｌ、ｐＨ、PO_2、PCO_2及びHCO_3^-の各測定を含むものであり、測定項目数にかかわらず、所定点数により算定する。なお、同時に行ったヘモグロビン測定については算定しない。

(27) 「29」の血液ガス分析は当該検査の対象患者の診療を行っている保険医療機関内で実施した場合にのみ算定できるものであり、委託契約等に基づき当該保険医療機関外で実施された検査の結果報告を受けるのみの場合は算定できない。ただし、委託契約等に基づき当該保険医療機関内で実施された検査について、その結果が当該保険医療機関に速やかに報告されるような場合は、所定点数により算定する。

なお、在宅酸素療法を実施している入院施設を有しない診療所が、緊急時に必要かつ密接な連携を取り得る収容施設を有する他の保険医療機関において血液ガス分析を行う場合であって、採血後、速やかに検査を実施し、検査結果が速やかに当該診療所に報告された場合にあっては算定できるものとする。

(28) 「29」のヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）はＥＬＩＳＡ法又は免疫クロマト法により、急性心筋梗塞の診断を目的に用いた場合のみ算定する。

ただし、ヒト心臓由来脂肪酸結合蛋白（Ｈ－ＦＡＢＰ）と同区分の「29」のミオグロビン精密測定を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(29) 「30」のⅣ型コラーゲン精密測定又は「31」のⅣ型コラーゲン・７Ｓ精密測定は、「38」のプロリルヒドロキシラーゼ（ＰＨ）精密測定又は同区分「29」のＰ－Ⅲ－Ｐ精密測定と併せて行った場合には、一方の所定点数のみ算定する。

(30) 「31」のアルブミン非結合型ビリルビンは、診察及び他の検査の結果から、核黄疸に進展するおそれがある新生児である患者に対して、生後２週間以内に経過観察を行う場合に算定する。

(31) 「33」のアルカリフォスファターゼ・アイソザイム精密測定及び区分番号「Ｄ００８」の「16」の骨型アルカリフォスファターゼ（ＢＡＰ）精密測定を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(32) 「34」のアセトアミノフェン精密測定は、同一の患者につき１月以内に２回以上行った場合は、第１回の測定を行ったときに１回に限り算定する。

(33) 腟分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白１型（ＩＧＦＢＰ－１）

ア 「34」の腟分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白１型（ＩＧＦＢＰ－１）は、免疫クロマト法により、破水の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の者を対象として測定した場合のみ算定する。

イ 腟分泌液中インスリン様成長因子結合蛋白１型（ＩＧＦＢＰ－１）と区分「Ｄ０１５」血漿蛋白免疫学的検査の「18」の頸管腟分泌液中癌胎児性フィブロネクチンを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(34) 「34」の心室筋ミオシン軽鎖Ｉ精密測定は、同一の患者につき同一日に当該検査を２回以上行った場合は、１回のみ算定する。

(35) 「34」のヒアルロン酸は、サンドイッチ バインディング プロテイン アッセイ法、^{125}Iによる競合法を用いたバインディング プロテイン アッセイ法、ＬＡ法（測定機器を用いるもの）又はＬＢＡ法による。ただし、本検査は慢性肝炎の患者に対して、慢性肝炎の経過観察及び肝生検の適応の確認を行う場合に算定できる。

(36) 「34」のレムナント様リポ蛋白（ＲＬＰ）コレステロールは免疫吸着法－酵素法又は酵素法により実施し、３月に１回を限度として算定できる。

(37) 「37」のリポ蛋白リパーゼ精密測定は、高トリグリセライド血症及びＬＰＬ欠損症が疑われる場合の鑑別のために測定した場合のみ算定できる。また、ヘパリン負荷が行われた場合、投与したヘパリンは区分「Ｄ５００」の薬剤として算定できるが、注射料は算定できない。

(38) 「37」の肝細胞増殖因子（ＨＧＦ）はＥＬＩＳＡ法により、肝炎にて劇症化が疑われる場合又は劇症肝炎の経過観察に用いた場合のみ算定する。

(39) 「38」のＣＫアイソフォームは、免疫阻害法により実施し、同時に測定される「１」のク

レアチン・フォスフォキナーゼ（ＣＰＫ）の費用は別に算定できない。

(40) 「39」の2,5-オリゴアデニル酸合成酵素活性精密測定は、ウイルス血症を伴う慢性活動性肝炎患者のインターフェロン製剤の投与量及び治療効果の判定に用いた場合に算定する。

(41) 「40」の腟分泌液中αーフェトプロテインは色素免疫測定法により、破水の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の者を対象として実施した場合に算定する。

(42) 「43」のプロカルシトニン（ＰＣＴ）は、敗血症（細菌性）を疑う患者を対象として測定した場合に算定できる。ただし、区分「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「28」のエンドトキシン定量検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(43) 「45」の1,25ジヒドロキシビタミンＤ$_3$（1,25（ＯＨ）$_2$Ｄ$_3$）は、ラジオレセプターアッセイ法又はＲＩＡ法により、慢性腎不全、特発性副甲状腺機能低下症、偽性副甲状腺機能低下症、ビタミンＤ依存症Ｉ型若しくは低リン血症性ビタミンＤ抵抗性くる病の診断時又はそれらの疾患に対する活性型ビタミンＤ$_3$剤による治療中に測定した場合にのみ算定できる。なお、活性型ビタミンＤ$_3$剤による治療開始後１月以内においては２回を限度とし、その後は３月に１回を限度として算定する。

(44) 血液化学検査の注に掲げる検査と併せて、血液化学検査の注に掲げる検査を準用することが認められている検査を行った場合は、当該検査も注に掲げる項目数の算定に含める。

(45) 血液化学検査の注のハの注に規定する10項目以上の包括点数を算定する場合の入院時初回加算は、入院時に初めて行われる検査は項目数が多くなることにかんがみ、血液化学検査の注に掲げる検査を10項目以上行った場合に、入院時初回検査に限り20点を加算するものであり、入院後初回の検査以外の検査において10項目以上となった場合にあっては、当該加算点数は算定できない。また、基本的検体検査実施料を算定している場合にあっても、当該加算点数は算定できない。

Ｄ００８　内分泌学的検査

(1) 各種ホルモンの日内変動検査は、内分泌学的検査の該当する項目の測定回数により算定するが、その回数については妥当適切な範囲であること。

(2) 「１」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）定性及び「４」のヒト絨毛性ゴナドトロピンβ（ＨＣＧβ）分画定性は、免疫学的妊娠試験に該当するものである。

(3) ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ（ＨＣＧβ）分画定性

ア 「４」のヒト絨毛性ゴナドトロピンβ（ＨＣＧβ）分画定性及び「15」のヒト絨毛性ゴナドトロピンβ（ＨＣＧβ）分画精密測定は、ＨＣＧ産生腫瘍患者に対して測定した場合のみ算定できる。

イ ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ（ＨＣＧβ）分画定性、「15」のヒト絨毛性ゴナドトロピンβ（ＨＣＧβ）分画精密測定それぞれについて、「１」のヒト絨毛性ゴナドトロピン（ＨＣＧ）定性、「14」のヒト絨毛性ゴナドトロピン定量（ＨＣＧ定量）精密測定を同時に実施した場合は、それぞれいずれか一方の所定点数のみ算定する。

(4) 「11」のトリヨードサイロニン（Ｔ$_3$)精密測定及び「14」の遊離トリヨードサイロニン（ＦＴ$_3$)精密測定が実施されている場合又は「14」の遊離トリヨードサイロニン（ＦＴ$_3$)精密測定及び「14」の遊離サイロキシン（ＦＴ$_4$)精密測定が実施されている場合において、同時に行った「７」のＴ$_3$摂取率（Ｔ$_3$-uptake）精密測定については、別に算定できない。

(5) 「11」のサイロキシン（Ｔ$_4$)精密測定及び「14」のサイロキシン結合蛋白（ＴＢＧ）精密測定が実施されている場合又は「11」のサイロキシン（Ｔ$_4$)精密測定及び「14」の遊離サイロキシン（ＦＴ$_4$)精密測定が実施されている場合において、同時に行った「７」のＴ$_3$摂取率（Ｔ$_3$-uptake）精密測定については、別に算定できない。

(6) 「11」のレニン活性精密測定と「11」のレニン定量精密測定を併せて行った場合は、一方の所定点数のみ算定する。

⑺　「12」のＣ－ペプタイド（ＣＰＲ）精密測定を同時に血液及び尿の両方の検体について測定した場合は、血液の場合の所定点数のみを算定する。

⑻　「12」の黄体形成ホルモン（ＬＨ）はＬＡ法による。

⑼　ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（ＢＮＰ）精密測定

ア　「13」のヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（ＢＮＰ）精密測定は、入院中の患者については急性心不全又は慢性心不全の急性増悪時の病態把握のため、入院中の患者以外の患者については心不全の病態把握のために実施した場合に月１回に限り算定する。

イ　１週間以内にヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（ＢＮＰ）精密測定と「22」のヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド（ＨＡＮＰ）精密測定を併せて実施した場合は主たるもののみ算定する。

ウ　本検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に本検査の実施日（ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド（ＨＡＮＰ）精密測定を併せて実施した場合は、併せて当該検査の実施日）を記載する。

⑽　「14」の抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ（ＧＡＤ）抗体価精密測定は、すでに糖尿病の診断が確定した患者に対し、インスリン依存型糖尿病（ＩＤＤＭ）の診断に用いた場合に算定できる。

⑾　「14」のヒト絨毛性ゴナドトロピン定量（ＨＣＧ定量）精密測定は、ＨＣＧ・ＬＨ検査（試験管法）を含むものである。

⑿　「15」のＩ型コラーゲン架橋Ｎ－テロペプチド（ＮＴＸ)精密測定及び「18」の尿中デオキシピリジノリン精密測定は、原発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定、副甲状腺機能亢進症手術後の治療効果判定又は骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択に際して実施された場合に算定する。

なお、骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に１回、その後６月以内の薬剤効果判定時に１回に限り、また薬剤治療方針を変更したときは変更後６月以内に１回に限り算定できる。

⒀　「15」のＩ型コラーゲン架橋Ｎ－テロペプチド（ＮＴＸ)精密測定、「16」のオステオカルシン精密測定又は「18」の尿中デオキシピリジノリン精密測定を併せて実施した場合は、いずれか１つのみ算定する。

⒁　「16」のオステオカルシン精密測定は、続発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定及び原発性又は続発性の副甲状腺機能亢進症による上皮小体腺腫過形成手術後の治療効果判定に際して実施した場合のみ算定できる。

⒂　「16」の尿中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。

⒃　「18」のエストロジェンについては、「17」のエストリオール（E_3)精密測定又は「19」のエストラジオール（E_2）精密測定と同時に実施した場合は算定できない。

⒄　「19」の副甲状腺ホルモン関連蛋白Ｃ端フラグメント（Ｃ－ＰＴＨｒＰ）精密測定又は「19」の副甲状腺ホルモン関連蛋白（ＰＴＨｒＰ）精密測定は、高カルシウム血症の鑑別並びに悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症に対する治療効果の判定のために測定した場合のみ算定する。

⒅　「21」の抗ＩＡ－２抗体精密測定は、すでに糖尿病の診断が確定し、かつ、「14」の抗グルタミン酸デカルボキシラーゼ（ＧＡＤ）抗体価精密測定の結果、陰性が確認された３０歳未満の患者に対し、インスリン依存型糖尿病（ＩＤＤＭ）の診断に用いた場合に算定する。

なお、当該検査を算定するにあたっては、その理由及び医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

⑲　「21」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重度の慢性腎不全患者及びエリスロ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。

⑳　「21」の17α－ヒドロキシプロジェステロン精密測定は、先天性副腎皮質過形成症の精密検査又は治療効果判定のために行った場合に算定する。

㉑　「24」のノルメタネフリン精密測定は、褐色細胞腫の診断又は術後の効果判定のため行った場合に算定し、「22」のメタネフリン精密測定を併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

㉒　インスリン様成長因子結合蛋白３型（ＩＧＦＢＰ－３）精密測定

ア　「25」のインスリン様成長因子結合蛋白３型（ＩＧＦＢＰ－３）精密測定は、成長ホルモン分泌不全症の診断と治療開始時の適応判定のために実施した場合に算定できる。なお、成長ホルモン分泌不全症の診断については、厚生省間脳下垂体障害研究班「成長ホルモン分泌不全性低身長症診断の手引き」を、治療開始時の適応判定については（財）成長科学協会「ヒト成長ホルモン治療開始時の適応基準」を参照すること。

イ　インスリン様成長因子結合蛋白３型（ＩＧＦＢＰ－３）精密測定を同区分「22」のソマトメジンＣ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。

Ｄ００９　腫瘍マーカー

⑴　腫瘍マーカーは、診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から、悪性腫瘍の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合に、悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に１回を限度として算定する。

悪性腫瘍の診断が確定し、計画的な治療管理を開始した場合、当該治療管理中に行った腫瘍マーカーの検査の費用は区分「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料に含まれ、腫瘍マーカーは、原則として、区分「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料と同一月に併せて算定できない。ただし、悪性腫瘍の診断が確定した場合であっても、次に掲げる場合においては、区分「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料とは別に腫瘍マーカーの検査料を算定できる。

ア　急性及び慢性膵炎の診断及び経過観察のために「６」のエラスターゼ１精密測定を行った場合

イ　肝硬変、ＨＢｓ抗原陽性の慢性肝炎又はＨＣＶ抗体陽性の慢性肝炎の患者について、「１」のα－フェトプロテイン（ＡＦＰ）、「４」のα－フェトプロテイン（ＡＦＰ）精密測定又は「７」のＰＩＶＫＡⅡ精密測定を行った場合（月１回に限る。）

ウ　子宮内膜症の診断又は治療効果判定を目的として「８」のＣＡ125精密測定、「13」のＣＡ130精密測定又は「11」のＣＡ602精密測定を行った場合（診断又は治療前及び治療後の各１回に限る。）

エ　家族性大腸腺腫症の患者に対して「４」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）精密測定を行った場合

⑵　「３」の尿中ＢＴＡは、膀胱癌であると既に確定診断がされた患者に対して、膀胱癌再発の診断のために行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「イ」を算定する。

⑶　同一月内に「４」のα－フェトプロテイン（ＡＦＰ）精密測定と「７」のＰＩＶＫＡⅡ精密測定を併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。

⑷　「６」のＰＳＡ精密測定は、診察、腫瘍マーカー以外の検査、画像診断等の結果から、前立腺癌の患者であることを強く疑われる者に対して検査を行った場合に、前立腺癌の診断の確定又は転帰の決定までの間に原則として、１回を限度として算定する。ただし、ＰＳＡ精

密検査の検査結果が4.0ng/ml以上であって前立腺癌の確定診断がつかない場合においては、３月に１回に限り、３回を上限として算定できる。

なお、当該検査を２回以上算定するにあたっては、検査値を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

⑸　尿中ＮＭＰ２２精密測定

ア　「８」の尿中ＮＭＰ２２精密測定は、区分「Ｄ００２」尿沈渣顕微鏡検査により赤血球が認められ、尿路上皮癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に限り算定する。

イ　尿中ＮＭＰ２２精密測定については、尿路上皮癌の診断が確定した後に行った場合であっても、区分「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料は算定できない。

⑹　「８」のＣＡ125精密測定、「13」のＣＡ130精密測定、「11」のＣＡ602精密測定のうち２項目又は３項目を併せて測定した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

⑺　上記⑴にかかわらず、上記⑶又は⑹に掲げる項目について、１つを区分「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の項目とし、他の１又は２つの検査を腫瘍マーカーの項目として算定することはできず、いずれか一方のみ算定する。

⑻　「９」のＩ型コラーゲンＣテロペプチド精密測定、区分「Ｄ００８」内分泌学的検査の「15」のＩ型コラーゲン架橋Ｎ－テロペプチド（ＮＴ$_x$）精密測定又は「18」の尿中デオキシピリジノリン精密測定は、乳癌、肺癌又は前立腺癌であると既に確定診断された患者について骨転移の診断のために当該検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

⑼　「９」のＩ型プロコラーゲン－Ｃ－プロペプチド精密測定は、前立腺癌であると既に確定診断された患者に対して、骨転移の診断のために当該検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

⑽　シアリルＬｅ^x（ＣＳＬＥＸ）抗原精密測定

ア　「９」のシアリルＬｅ^x（ＣＳＬＥＸ）抗原精密測定は、診療及び他の検査の結果から乳癌の患者であることが強く疑われる者に対して検査を行った場合に算定する。

イ　シアリルＬｅ^x（ＣＳＬＥＸ）抗原精密測定と「５」のＣＡ15－3精密測定を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

⑾　「９」のフリーＰＳＡ／トータルＰＳＡ比精密測定は、診療及び他の検査（ＰＳＡ精密測定等）の結果から前立腺癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に限り算定する。

⑿　「10」のサイトケラチン19フラグメント精密測定は、悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に１回に限り算定する。

また、悪性腫瘍であることが既に確定診断された患者については、小細胞癌を除く肺癌の場合に限り、区分「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定できる。

⒀　「10」のガストリン放出ペプチド前駆体（ProGRP）精密測定を同区分の「７」に掲げる神経特異エノラーゼ（ＮＳＥ）精密測定と併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。

⒁　尿中遊離型フコース

ア　「11」の尿中遊離型フコースは酵素化学的測定法により、悪性腫瘍の診断の確定又は転帰の決定までの間に１回に限り算定する。

イ　尿中遊離型フコース、「４」の癌胎児性抗原（ＣＥＡ）精密測定、「５」のＤＵＰＡＮ

－２精密測定のうち２項目又は３項目を併せて測定した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

⒂　同一月内に「11」のＡＦＰのレクチン反応性による分画比（ＡＦＰ－Ｌ$_3$％）を「４」に掲げるα－フェトプロテイン（ＡＦＰ）精密測定又は「７」に掲げるＰＩＶＫＡⅡ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。ＡＦＰ－Ｌ$_3$％は、電気泳動法及び抗体親和性転写法又はＬＢＡ法による。

⒃　「11」の癌関連ガラクトース転移酵素（ＧＡＴ）精密測定は、内膜症性嚢胞を有する患者又は内膜症性嚢胞が疑われる患者について、卵巣癌が疑われる場合のみ算定できる。

⒄　「13」の尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コア定量（ＨＣＧβコア定量）精密測定は、診療及び他の検査の結果から、子宮頸癌、子宮体癌又は卵巣癌の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に算定する。

⒅　「15」の乳頭分泌液中ＣＥＡ精密測定は、乳頭異常分泌患者に対して非腫瘤性乳癌を強く疑って、乳頭分泌液中のＣＥＡを測定した場合に算定する。

⒆　乳頭分泌液中ＨＥＲ２タンパク測定

ア　「15」の乳頭分泌液中ＨＥＲ２タンパク測定は、乳頭異常分泌患者に対して非腫瘤性乳癌を強く疑って、ＥＩＡ法により、乳頭分泌液中のＨＥＲ２タンパクを測定した場合に限り算定する。

イ　乳頭分泌液中ＨＥＲ２タンパク測定及び「15」の乳頭分泌液中ＣＥＡ精密測定を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

⒇　「15」の血清中ＨＥＲ２タンパク測定は、乳癌であると既に確定診断され、かつＨＥＲ２タンパク過剰発現が認められている患者又は他の測定法により、ＨＥＲ２タンパク過剰発現の有無が確認されていない再発乳癌患者に対して、ＥＩＡ法により行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に限り、区分「Ｂ００１」特定疾患治療管理料の「３」悪性腫瘍特異物質治療管理料の「ロ」を算定する。

㉑　「16」のインターロイキン２受容体（ＩＬ－２Ｒ）精密測定は、非ホジキンリンパ腫、ＡＴＬの診断の目的で測定した場合のみ算定できる。

㉒　「注３」に係る規定は、「４」から「14」までに掲げる検査と「11」中の尿中遊離型フコース、「13」の尿中ヒト絨毛性ゴナドトロピンβ分画コア定量（ＨＣＧβコア定量）精密測定、「15」中の乳頭分泌液中ＣＥＡ精密測定又は「15」中の乳頭分泌液中ＨＥＲ２タンパク測定を同一日に行った場合にも、適用する。

Ｄ０１０　特殊分析

⑴　フェニール・アラニン又はヒスチジンを服用させ血清又は尿中のフェニール・アラニン又はヒスチジンの定量検査を行った場合は、それぞれ１回の測定につき「５」により算定し、使用した薬剤は、区分「Ｄ５００」薬剤により算定する。

⑵　「３」のチロシン測定は、酵素法による。

⑶　「４」の総分岐鎖アミノ酸／チロシンモル比は、酵素法による。

⑷　「８」の先天性代謝異常症検査は、臨床症状・検査所見・家族歴等から先天性有機酸代謝異常症等が強く疑われた患者に対し、ガスクロマトグラフィー・マススペクトロメトリーを用いて診断を行った場合に算定する。

Ｄ０１１　免疫血液学的検査

⑴　「３」のＲｈ（その他の因子）血液型については、同一検体による検査の場合は因子の種類及び数にかかわらず、所定点数を算定する。

⑵　「４」の赤血球不規則抗体検査は、輸血歴又は妊娠歴のある患者に対し、第２章第10部手術第７款の各区分に掲げる胸部手術、同部第８款の各区分に掲げる心・脈管手術、同部第９款の各区分に掲げる腹部手術又は区分「Ｋ８７７」子宮全摘術、「Ｋ８７９」子宮悪性腫瘍

手術、「Ｋ８８９」子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）、「Ｋ８９８」帝王切開術又は「Ｋ９１２」子宮外妊娠手術が行われた場合に、手術の当日に算定する。

また、手術に際して輸血が行われた場合は、本検査又は区分「Ｋ９２０」輸血の「注６」に定める不規則抗体検査加算のいずれかを算定する。

この場合、診療報酬明細書の摘要欄に輸血歴又は妊娠歴がある旨を記載する。

⑶　「５」のＰＡＩｇＧ（血小板関連ＩｇＧ）は、特発性血小板減少性紫斑病の診断又は経過判定の目的で行った場合に算定する。

Ｄ０１２　感染症免疫学的検査

⑴　「１」及び「５」における梅毒脂質抗原使用検査は、従来の梅毒沈降反応（ガラス板法、ＶＤＲＬ法、ＲＰＲ法、凝集法等）をいい、梅毒脂質抗原使用検査（定性）又は梅毒脂質抗原使用検査（定量）ごとに梅毒沈降反応を併せて２種類以上ずつ行った場合でも、それぞれ主たるもののみ算定する。

⑵　「６」のツツガムシ抗体価及び「24」のツツガムシ抗体価精密測定はそれぞれ各株ごとに算定する。

⑶　「８」の迅速ウレアーゼ試験を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。

⑷　「８」のアデノウイルス抗原と「９」のロタウイルス抗原を同時に測定した場合にあっては、主たる検査の所定点数のみ算定する。

⑸　ヘリコバクター・ピロリ抗体

ア　「８」のヘリコバクター・ピロリ抗体は、ＬＡ法、免疫クロマト法、金コロイド免疫測定法又はＥＩＡ法（簡易法）により実施した場合に算定する。

イ　当該検査を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。

⑹　ウイルス抗体価

ア　「11」のウイルス抗体価は、治療上必要な場合に行うものとし、次に掲げるものを当該検査の対象とする。

(ｲ)　アデノウイルス
(ﾛ)　コクサッキーウイルス
(ﾊ)　サイトメガロウイルス
(ﾆ)　ＥＢウイルス
(ﾎ)　エコーウイルス
(ﾍ)　ヘルペスウイルス
(ﾄ)　インフルエンザウイルスＡ型
(ﾁ)　インフルエンザウイルスＢ型
(ﾘ)　ムンプスウイルス
(ﾇ)　パラインフルエンザウイルスⅠ型
(ﾙ)　パラインフルエンザウイルスⅡ型
(ﾇ)　パラインフルエンザウイルスⅢ型
(ﾜ)　ポリオウイルスⅠ型
(ｶ)　ポリオウイルスⅡ型
(ﾖ)　ポリオウイルスⅢ型
(ﾀ)　ＲＳウイルス
(ﾚ)　風疹ウイルス

(ｿ)　麻疹ウイルス
(ﾂ)　日本脳炎ウイルス
(ﾈ)　オーム病クラミジア

イ　ウイルス抗体価に当たって、同一検体について同一ウイルスに対する複数の測定方法を行った場合であっても、所定点数のみを算定する。

ウ　単純ヘルペスウイルス及び水痘・帯状疱疹ウイルス抗体価を測定した場合はそれぞれ算定できる。

(7)　「12」のヘリコバクター・ピロリ抗体精密測定を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。

(8)　「15」の抗抗酸菌抗体価精密測定は、金コロイド免疫測定法又はＥＩＡ法により実施した場合に算定する。

(9)　診療録等から非加熱血液凝固因子製剤の投与歴が明らかな者及び診療録等が確認できないため血液凝固因子製剤の投与歴は不明であるが、昭和53年から昭和63年の間に入院し、かつ次のいずれかに該当する者に対して、「16」のＨＩＶ－１抗体価又は「16」のＨＩＶ－１，２抗体価を実施した場合は、ＨＩＶ感染症を疑わせる自他覚症状の有無に関わらず所定点数を算定する。

ただし、保険医療機関において採血した検体の検査を保健所に委託した場合は、算定しない。

ア　新生児出血症（新生児メレナ、ビタミンＫ欠乏症等）等の病気で「血が止まりにくい」との指摘を受けた者

イ　肝硬変や劇症肝炎で入院し、出血の著しかった者

ウ　食道静脈瘤の破裂、消化器系疾患により大量の吐下血があった者

エ　大量に出血するような手術を受けた者（出産時の大量出血も含む。）

なお、間質性肺炎等後天性免疫不全症候群の疾病と鑑別が難しい疾病が認められる場合やＨＩＶの感染に関連しやすい性感染症が認められる場合でＨＩＶ感染症を疑わせる自他覚症状がある場合は、本検査を算定できる。

(10)　ＨＩＶ－１抗体価及びＨＩＶ－１，２抗体価

ア　区分「Ｋ９２０」輸血料（「４」の自己血輸血を除く。以下この項において同じ。）を算定した患者又は血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等）の輸注を行った患者に対して、一連として行われた当該輸血又は輸注の最終日から起算して、概ね２か月後に「16」のＨＩＶ－１抗体価又は「16」のＨＩＶ－１，２抗体価の測定が行われた場合は、ＨＩＶ感染症を疑わせる自他覚症状の有無に関わらず、当該輸血又は輸注につき１回に限り、所定点数を算定できる。

イ　他の保険医療機関において輸血料の算定又は血漿成分製剤の輸注を行った場合であってもアと同様とする。

ウ　ア又はイの場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に当該輸血又は輸注が行われた最終日を記載する。

(11)　「16」のＨＩＶ－１，２抗体価は、ＥＩＡ法、ＰＡ法又は免疫クロマト法による。

(12)　「17」のＡ群β溶連菌迅速試験と区分「Ｄ０１８」細菌培養同定検査を同時に実施した場合は、Ａ群β溶連菌迅速試験の所定点数のみを算定する。この場合において、Ａ群β溶連菌迅速試験の結果が陰性のため、引き続いて細菌培養同定検査を実施した場合であっても、Ａ群β溶連菌迅速試験の所定点数のみ算定する。

(13)　インフルエンザウイルス抗原精密測定

ア　「18」のインフルエンザウイルス抗原精密測定は、発症後４８時間以内に実施した場合

に限り算定することができる。

イ　本検査と本区分「11」のウイルス抗体価のインフルエンザウイルスＡ型若しくはインフルエンザウイルスＢ型又は「20」のノイラミニダーゼを併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

ウ　本検査は光学的抗原抗体反応（ＯＩＡ法）により実施した場合にも算定できる。

⒁　「18」のカンジダ抗原は、カンジダ血症又はカンジダ肺炎の診断の目的で行った場合に算定する。

⒂　糞便中ヘリコバクター・ピロリ抗原

ア　「18」の糞便中ヘリコバクター・ピロリ抗原は、ＥＩＡ法又は免疫クロマト法により測定した場合に限り算定できる。

イ　当該検査を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。

⒃　「19」のＲＳウイルス抗原精密測定は、入院中の患者において当該ウイルス感染症が疑われる場合に適用する。

⒄　「20」の大腸菌Ｏ１５７ＬＰＳ抗原精密測定、「21」の大腸菌Ｏ１５７ＬＰＳ抗体及び区分「Ｄ０１８」細菌培養同定検査の「２」の消化管からの検体によるもののうちいずれかを複数測定した場合は、主たるもののみ算定する。大腸菌Ｏ１５７ＬＰＳ抗体はＬＡ法による。

⒅　ノイラミニダーゼ

ア　「20」のノイラミニダーゼは酵素反応法により、インフルエンザウイルス感染の診断を目的として発症後48時間以内に実施した場合に限り算定する。

イ　ノイラミニダーゼと本区分「11」のウイルス抗体価のインフルエンザウイルスＡ型若しくはインフルエンザウイルスＢ型又は「18」のインフルエンザウイルス抗原精密測定を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

⒆　「21」の淋菌同定精密検査は、区分「Ｄ０１８」細菌培養同定検査を同時に実施した場合は、別に算定できない。

⒇　「20」のＤ－アラビニトールは、カンジダ血症又はカンジダ肺炎の診断の目的で行った場合に算定する。

(21)　「20」の抗クラミジア・ニューモニエＩｇＭ抗体価精密測定を、「10」のクラミジア・ニューモニエＩｇＧ抗体価精密測定又は「11」のクラミジア・ニューモニエＩｇＡ抗体価精密測定と併せて実施した場合は、主たるもの１つに限り算定する。

(22)　「21」のクラミジアトラコマチス抗原精密測定は、泌尿器、生殖器、結膜又は鼻咽腔内からの検体によるものであり、当該検査に係る検体採取料は所定点数に含まれる。

(23)　「21」のクラミジアトラコマチス抗原精密測定（結膜又は鼻咽腔内からの検体によるもの）は、封入体結膜炎若しくはトラコーマ又は乳児クラミジアトラコマチス肺炎の診断のために実施した場合に算定できる。

(24)　「21」の単純ヘルペスウイルス特異抗原は、ヘルペスウイルスの型別確認を行った場合に算定できる。

(25)　「21」のアスペルギルス抗原はＬＡ法又はＥＬＩＳＡ法により、侵襲性肺アスペルギルス症の診断のために実施した場合にのみ算定できる。

(26)　「22」の大腸菌抗原同定検査は、区分「Ｄ０１８」細菌培養同定検査により大腸菌が確認された後、血清抗体法により大腸菌のＯ抗原又はＨ抗原の同定を行った場合に、使用した血清の数、菌種等に関わらず算定する。この場合において区分「Ｄ０１８」細菌培養同定検査の費用は別に算定できない。

(27)　「23」の尿中肺炎球菌莢膜抗原は、免疫クロマト法により実施した場合に限り算定できる。

(28)　「26」の尿中レジオネラ抗原は、症状や所見からレジオネラ症が疑われる患者に対して、ＥＬＩＳＡ法又は免疫クロマト法により実施した場合に限り１回を限度として算定する。

(29)　「25」の抗アニサキスＩｇＧ・Ａ抗体価精密測定は、腸アニサキス症、肉芽腫を伴う慢性胃アニサキス症又はアニサキス異所迷入例（肺アニサキス症等）における診断のために実施した場合のみ算定できる。

(30)　「25」のレプトスピラ抗体価は、秋疫Ａ、秋疫Ｂ、秋疫Ｃ、ワイル病、カニコーラのそれぞれについて算定する。

(31)　グロブリンクラス別クラミジアトラコマチス抗体価精密測定

ア　「25」のグロブリンクラス別クラミジアトラコマチス抗体価精密測定は、クラミジアトラコマチス抗原検出不能又は検体採取の困難な疾患（骨盤内感染症、卵管炎、副睾丸炎、新生児・乳児肺炎等）の診断に際し、ＩgG抗体価又はＩgＡ抗体価を測定した場合又は新生児・乳幼児肺炎の診断に際し、ＩｇＭ抗体価を測定した場合に算定する。

イ　ＩgG抗体価、ＩgＡ抗体価及びＩｇＭ抗体価のうち２項目以上を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。

(32)　「25」の(1→3)－β－Ｄ－グルカンは、発色合成基質法又は比濁時間分析法により、深在性真菌感染症が疑われる患者に対する治療法の選択又は深在性真菌感染症に対する治療効果の判定に使用した場合に算定する。

なお、本検査を「18」のカンジダ抗原、「20」のＤ－アラビニトール、「21」のアスペルギルス抗原又は「22」のクリプトコックス・ネオフォルマンス抗原と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(33)　「26」のサイトメガロウイルス抗体価精密測定を「26」のグロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定と併せて行った場合は、主たるもののみを算定する。

(34)　グロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定

ア　「26」のグロブリンクラス別ウイルス抗体価精密測定は、下記の項目のウイルスのＩgG型ウイルス抗体価又はＩgM型ウイルス抗体価を測定した場合に算定する。ただし、「(ﾄ)」のヒトパルボウイルスＢ１９は、紅斑が出現している妊婦について、このウイルスによる感染症が強く疑われ、ＩgM型ウイルス抗体価を測定した場合に算定する。

(ｲ)　水痘ウイルス

(ﾛ)　風疹ウイルス

(ﾊ)　サイトメガロウイルス

(ﾆ)　ＥＢウイルス

(ﾎ)　麻疹ウイルス

(ﾍ)　ムンプスウイルス

(ﾄ)　ヒトパルボウイルスＢ１９

イ　同一ウイルスについてＩgG型ウイルス抗体価及びＩgM型ウイルス抗体価を測定した場合にあっては、いずれか一方の点数を算定する。

ウ　「11」のウイルス抗体価と併せて測定した場合にあっては、いずれか一方の点数を算定する。

(35)　「28」のＨＩＶ－１抗体価精密測定又は「33」のＨＩＶ－２抗体価精密測定は、スクリーニング検査としての「16」のＨＩＶ－１抗体価又は「16」のＨＩＶ－１，２抗体価が陽性の場合の確認診断用の検査である。

(36)　「30」のダニ特異ＩgG抗体価は、減感作療法実施中の患者の場合に、必要な限度において算定できる。

(37)　「31」のワイルフェリックス反応及び「32」のヴィダール反応は、菌株ごとにそれぞれ所定点数を算定する。

㊳　「34」の白血球中サイトメガロウイルスｐｐ65抗原は免疫染色法により、骨髄移植後、臓器移植後、臍帯血移植後若しくは同種末梢血幹細胞移植後の患者又はＨＩＶ感染者に対して行った場合のみ算定できる。

㊴　「35」のＨＴＬＶ－Ｉ抗体価精密測定（ウェスタンブロット法）は、「13」のＨＴＬＶ－Ｉ抗体価又は「22」のＨＴＬＶ－Ｉ抗体価精密測定によって陽性が確認された症例について、確定診断の目的で行われた場合にのみ算定する。

㊵　「36」のＨＩＶ抗原精密測定は、ＨＩＶ感染者の経過観察又はＨＩＶ感染ハイリスク群が急性感染症状を呈した場合の確定診断に際して測定した場合に算定する。

Ｄ０１３　肝炎ウィルス関連検査

⑴　「５」のＨＣＶコア蛋白質測定は、ＥＩＡ法又はＩＲＭＡ法による。

⑵　「６」のＨＣＶ構造蛋白及び非構造蛋白抗体価は、ＰＨＡ法による定性法又は粒子凝集法による。

⑶　「７」のＨＢc抗体価精密測定とＩgM－ＨＢc抗体価精密測定を同時に測定した場合は、一方の所定点数を算定する。

⑷　「７」のＨＡ抗体価精密測定とＩgM－ＨＡ抗体価精密測定を同時に測定した場合は、一方の所定点数のみを算定する。

⑸　「８」のＨＣＶ構造蛋白及び非構造蛋白抗体価精密測定は、ＰＨＡ法による定量測定を行った場合に算定する。

⑹　「９」のＨＣＶ特異抗体価測定による群別判定は、ＥＩＡ法により、Ｃ型肝炎の診断が確定した患者に対して、Ｃ型肝炎の治療法の選択の目的で実施した場合に、患者１人につき１回に限り算定できる。

⑺　ＨＢs抗原検査を免疫クロマト法にて行った場合は、「１」のＨＢs抗原により算定する。

Ｄ０１４　自己抗体検査

⑴　リウマチ因子スクリーニング

ア　「２」のリウマチ因子スクリーニングとは、ラテックス凝集反応を利用したリウマチ因子検出検査（ＲＡテスト）及びベントナイト凝集反応をいう。

イ　リウマチ因子スクリーニングをＬＡ（測定機器を用いるもの）で行った場合は、「３」のリウマチ因子測定により算定する。

⑵　「４」の甲状腺自己抗体検査は、サイログロブリン抗体の検出及びマイクロゾーム抗体の検出を含む。

⑶　「5」の抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体又は「９」の抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体精密測定と、同区分「３」のリウマチ因子測定を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

⑷　「７」の抗ＤＮＡ抗体は、抗ｓｓＤＮＡ抗体－ＩｇＧ検査及び抗ｄｓＤＮＡ抗体－ＩｇＧ検査を含み、同区分「12」の抗ＤＮＡ抗体精密測定を併せて実施した場合は、主たるもののみの算定とする。

⑸　本区分中抗ＳＳ－Ａ／Ｒｏ抗体、抗ＳＳ－Ｂ／Ｌａ抗体、抗Ｓｃｌ－７０抗体、抗ＳＳ－Ａ／Ｒｏ抗体精密測定、抗ＳＳ－Ｂ／Ｌａ抗体精密測定及び抗Ｓｃｌ－７０抗体精密測定の検査について同一項目の一般検査と精密検査を併せて行った場合は、いずれか一方のみ算定し、包括の規定に係る項目数は１つとする。

⑹　「10」の抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体を、同区分「４」の甲状腺自己抗体検査（マイクロゾーム抗体の場合に限る。）又は同区分「10」の甲状腺自己抗体精密測定（マイクロゾーム抗体の場合に限る。）と併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

⑺　「13」の抗セントロメア抗体精密測定は、原発性胆汁性肝硬変又は強皮症の診断又は治療方針の決定を目的に用いた場合のみ算定できる。

⑻　「３」のリウマチ因子測定、「15」のＩgG型リウマチ因子精密測定、「11」のＣ１ｑ結合

免疫複合体精密測定、「15」のＣ３ｄ結合免疫複合体精密測定及び「14」のモノクローナルＲＦ結合免疫複合体精密測定並びに「９」の抗ガラクトース欠損ＩｇＧ抗体精密測定及び「９」のマトリックスメタロプロテイナーゼ－３（ＭＭＰ－３）精密測定のうち２項目以上を併せて実施した場合には、主たるもの１つに限り算定する。

⑼　血清中抗デスモグレイン１抗体

ア　「20」の血清中抗デスモグレイン１抗体は、ＥＬＩＳＡ法により、天疱瘡の鑑別診断又は経過観察中の治療効果判定を目的として測定した場合に算定できる。なお、鑑別診断目的の対象患者は、厚生省特定疾患調査研究事業稀少難治性疾患に関する調査研究班による「天疱瘡診断基準」により、天疱瘡が強く疑われる患者とする。

イ　落葉状天疱瘡の患者に対し、経過観察中の治療効果判定の目的で、本検査と「18」の血清中抗デスモグレイン３抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

⑽　抗ＬＫＭ－１抗体精密測定

ア　「16」の抗ＬＫＭ－１抗体精密測定は、ウイルス肝炎、アルコール性肝障害及び薬剤性肝障害のいずれでもないことが確認され、かつ、抗核抗体陰性の自己免疫性肝炎が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。

イ　本検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に抗核抗体陰性である旨を記載すること。

⑾　「17」の抗カルジオリピン抗体精密測定と「16」の抗カルジオリピンβ_2グリコプロテインＩ（抗ＣＬβ_2ＧＰＩ）複合体抗体を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

⑿　「17」のＴＳＨレセプター抗体精密測定と「21」のＴＳＨ刺激性レセプター抗体（ＴＳＡｂ）精密測定を同時に行った場合は、いずれか一方のみ算定する。

⒀　血清中抗デスモグレイン３抗体

ア　「18」の血清中抗デスモグレイン３抗体は、ＥＬＩＳＡ法により、天疱瘡の鑑別診断又は経過観察中の治療効果判定を目的として測定した場合に算定できる。なお、鑑別診断目的の対象患者は、厚生省特定疾患調査研究事業稀少難治性疾患に関する調査研究班による「天疱瘡診断基準」により、天疱瘡が強く疑われる患者とする。

イ　尋常性天疱瘡の患者に対し、経過観察中の治療効果判定の目的で、本検査と「20」の血清中抗デスモグレイン１抗体を併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

⒁　「19」のループスアンチコアグラントは希釈ラッセル蛇毒試験法又はリン脂質中和法により、抗リン脂質抗体症候群の診断を目的として行った場合に限り算定する。

⒂　「19」の抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（ＭＰＯ－ＡＮＣＡ）はＥＬＩＳＡ法により、急速進行性糸球体腎炎の診断又は経過観察のために測定した場合に算定する。

⒃　「19」の抗糸球体基底膜抗体精密測定は、抗糸球体基底膜抗体腎炎及びグッドパスチャー症候群の診断又は治療方針の決定を目的として行った場合に限り算定する。

⒄　「22」の抗アセチルコリンレセプター抗体価は、重症筋無力症の診断の目的で行った場合のみ算定できる。

Ｄ０１５　血漿蛋白免疫学的検査

⑴　「４」の免疫グロブリンは、ＩgG、ＩgA、ＩgM及びＩgDを測定した場合に、それぞれ所定点数を算定する。

⑵　「６」の血清アミロイドＡ（ＳＡＡ）蛋白精密測定を「１」のＣ反応性蛋白（ＣＲＰ）定性又は「１」のＣ反応性蛋白（ＣＲＰ）定量と併せて測定した場合は、主たるもののみ算定する。

⑶　「８」の補体蛋白（Ｃ$_3$）測定、「８」の補体蛋白（Ｃ$_4$）測定及び「７」のトランスフェリンは、ＳＲＩＤ法による。

⑷　「11」のプレアルブミンは、手術前後の中心静脈注射の適用の検査又は効能判定の検討に

際して実施した場合のみ算定できる。

⑸　「16」のアレルゲン刺激性遊離ヒスタミン（ＨＲＴ）測定は細胞反応測定法により実施され、「10」の特異的ＩｇＥと同時に行った場合であっても、特異抗原の種類ごとに所定点数を算定し、特異的ＩｇＥと併せて1,430点を限度として算定する。

⑹　「17」の血中ＡＰＲスコアは、α_1－酸性糖蛋白、ハプトグロビン及びＣＲＰの３つを測定した場合に算定する。

⑺　「17」のアトピー鑑別試験は、12種類の吸入性アレルゲン（ヤケヒョウヒダニ、コナヒョウヒダニ、ネコ皮屑、イヌ皮屑、ギョウギシバ、カモガヤ、ブタクサ、ヨモギ、シラカンバ（属）、スギ、カンジダ、アルテルナリア）に対する特異的ＩgＥを測定した場合に算定する。

⑻　「18」の頸管腟分泌液中癌胎児性フィブロネクチンは、破水の診断のために妊娠満22週以上満37週未満の者を対象として測定した場合又は切迫早産の診断のために妊娠満22週以上満33週未満の者を対象として測定した場合のみ算定する。

⑼　免疫電気泳動法によってＩgＡ、ＩgM及びＩgGを同時に測定した場合は、１回の検査として「20」の免疫電気泳動法により算定する。

⑽　免疫グロブリンＬ鎖κ／λ比

ア　「22」の免疫グロブリンＬ鎖κ／λ比はネフェロメトリー法により、高免疫グロブリン血症の鑑別のために測定した場合に算定できる。

イ　免疫グロブリンＬ鎖κ／λ比と「20」の免疫電気泳動法を同時に実施した場合は、主たるもののみ算定する。

⑾　「23」の結核菌特異蛋白刺激性遊離インターフェロンーγ測定は、診察又は画像診断等により結核感染が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。ただし、区分「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査の「９」の結核菌群核酸増幅同定検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ０１６　細胞機能検査

⑴　「５」の顆粒球スクリーニング検査は、白血球墨粒貪食試験、ＮＢＴ還元能検査を、「２」の顆粒球機能検査は、化学遊走物質、細菌、光化学反応を用いた検査を、「４」のモノクローナル抗体法によるＴ細胞サブセット検査は、免疫不全の診断目的に行う検査をいい、いずれも検査方法にかかわらず、一連として算定する。

⑵　「６」のフローサイトメトリーのTwo-color分析法による赤血球検査は、発作性夜間血色素尿症（PHN）の鑑別診断のため、２種類のモノクローナル抗体を用いた場合に算定できる。

⑶　「６」のリンパ球幼若化検査（一連につき）は、Ｃon－Ａ又はＰＨＡによるものである。

Ｄ０１７　排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査

⑴　排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査は、尿、糞便、喀痰、穿刺液、胃液、十二指腸液、胆汁、膿、眼分泌液、鼻腔液、咽喉液、口腔液、その他の滲出物等について細菌、原虫等の検査を行った場合に該当する。

⑵　染色の有無及び方法の如何にかかわらず、また、これら各種の方法を２以上用いた場合であっても、１回として算定する。

Ｄ０１８　細菌培養同定検査

⑴　細菌培養同定検査

ア　細菌培養同定検査は、抗酸菌を除く一般細菌、真菌、原虫等を対象として培養を行い、同定検査を行うことを原則とする。

イ　同定検査を予定して培養したものであれば、菌が陰性の場合であっても「１」から「４」までの項により算定するが、あらかじめ培養により菌の有無のみを検索する場合は、検体の種類にかかわらず、「５」の簡易培養検査により算定する。

ウ　細菌培養同定検査は、検体ごとに「１」から「４」までの所定点数を算定できるが、同

一検体を用いて簡易培養検査を併せて行った場合は、「５」の簡易培養検査は算定できない。

エ　症状等から同一起因菌によると判断される場合であって、当該起因菌を検索する目的で異なった部位から、又は同一部位の数か所から検体を採取した場合は、主たる部位又は１部位のみの所定点数を算定する。

オ　各検体別の所定点数には、定量培養を行った場合を含む。

⑵　「２」における穿刺液とは、胸水、腹水、髄液及び関節液をいい、「４」の「その他の部位からの検体」とは、「１」から「３」までに掲げる部位に含まれないすべての部位からの検体をいい、例えば、皮下からの検体をいう。

⑶　簡易培養検査

ア　「５」の簡易培養検査は、 Dip-Slide法、簡易培地等を用いて簡単な培養を行うものである。

イ　ウロトレース、ウリグロックスペーパー等の尿中細菌検査用試験紙による検査は、区分「Ｄ０００」尿中一般物質定性半定量検査に含まれるものであり、別に算定できない。

⑷　嫌気性培養のみを行った場合は、「１」から「５」の所定点数のみ算定し、「注」の加算は算定できない。

Ｄ０１９　細菌薬剤感受性検査

細菌薬剤感受性検査は、結果として菌が検出できず実施できなかった場合においては算定しない。

Ｄ０１９－２　酵母様真菌薬剤感受性検査

酵母様真菌薬剤感受性検査は、深在性真菌症（カンジダ、クリプトコックスに限る。）であり、原因菌が分離できた患者に対して行った場合に限り算定する。

Ｄ０２０　抗酸菌分離培養検査

⑴　抗酸菌分離培養検査は、検体の採取部位が異なる場合であっても、同時に又は一連として検体を採取した場合は、１回のみ所定点数を算定する。

⑵　「１」の抗酸菌分離培養検査１は、液体培地を用いて培養を行い、酸素感受性蛍光センサー、二酸化炭素センサー又は酸化還元呈色色素を用いて検出を行った場合に算定する。

⑶　「２」の抗酸菌分離培養検査２は、⑵に掲げるもの以外について算定する。

Ｄ０２１　抗酸菌同定検査

「２」のその他の同定検査については、検査方法、培地数にかかわらず、１回のみ所定点数を算定する。

Ｄ０２２　抗酸菌薬剤感受性検査

⑴　抗酸菌薬剤感受性検査は、直接法、間接法等の方法及び培地数にかかわらず、感受性検査を行った薬剤の種類により算定する。

⑵　混合薬剤耐性検査においても、使われた薬剤の種類により算定する。

Ｄ０２３　微生物核酸同定・定量検査

⑴　微生物核酸同定・定量検査における精密検査は、核酸ハイブリダイゼーション法によるものであり、「８」の抗酸菌群核酸同定精密検査においては、マイクロプレート・ハイブリダイゼーション法によるものをいう。

⑵　泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体による「２」の淋菌核酸同定精密検査は、区分「Ｄ０１２」の「21」の淋菌同定精密検査又は区分「Ｄ０１８」細菌培養同定検査を併用した場合は、主なもののみ算定する。

⑶　「２」のクラミジアトラコマチス核酸同定精密検査は、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体によるものである。

なお、本検査と区分「Ｄ０１２」の「21」のクラミジアトラコマチス抗原精密測定を併用

した場合は、主なもののみ算定する。

⑷　淋菌核酸増幅同定精密検査

ア　「３」の淋菌核酸増幅同定精密検査と「２」の淋菌核酸同定精密検査、区分「Ｄ０１２」の「21」の淋菌同定精密検査又は区分「Ｄ０１８」細菌培養同定検査を併せて実施した場合は、主なもののみ算定する。

イ　淋菌核酸増幅同定精密検査は、ＬＣＲ法による増幅とＥＩＡ法による検出、ＰＣＲ法による増幅と核酸ハイブリダイゼーション法による検出を組み合わせた方法又はＳＤＡ法による。淋菌核酸増幅同定精密検査は、泌尿器又は生殖器からの検体によるものである。ただし、男子尿を含み、女子尿を含まない。

⑸　「３」のクラミジアトラコマチス核酸増幅同定検査と「２」のクラミジアトラコマチス核酸同定精密検査又は区分「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「21」のクラミジアトラコマチス抗原精密測定を併せて測定した場合は、主なもののみ算定する。

なお、クラミジアトラコマチス核酸増幅同定検査は、ＰＣＲ法、ＬＣＲ法又はＳＤＡ法による。

⑹　「４」のＨＢＶ核酸定量測定は、分岐ＤＮＡプローブ法による。

⑺　「４」のＨＢＶ核酸同定精密測定は、核酸ハイブリダイゼーション法によるものであり、「６」のＤＮＡポリメラーゼ及び「12」のＨＢＶ核酸定量測定を同時に測定した場合は、主たるもののみ算定する。

⑻　淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定精密検査

ア　「５」の淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定精密検査は、クラミジア・トラコマチス感染症若しくは淋菌感染症が疑われる患者又はクラミジア・トラコマチスと淋菌による重複感染が疑われる患者であって、臨床所見、問診又はその他の検査によっては感染因子の鑑別が困難なものに対して治療法選択のために実施した場合及びクラミジア・トラコマチスと淋菌の重複感染者に対して治療効果判定に実施した場合に算定できる。

ただし、区分「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「21」の淋菌同定精密検査、同区分「21」のクラミジアトラコマチス抗原精密測定、本区分「２」の淋菌核酸同定精密検査、クラミジアトラコマチス核酸同定精密検査、「３」の淋菌核酸増幅同定精密検査又はクラミジアトラコマチス核酸増幅同定検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

イ　淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定精密検査は、ＴＭＡ法による同時増幅法とＨＰＡ法及びＤＫＡ法による同時検出法による。淋菌及びクラミジアトラコマチス同時核酸増幅同定精密検査は、泌尿器又は生殖器からの検体によるものである。ただし、男子尿は含み女子尿は含まない。

⑼　ＨＣＶ核酸同定検査

ア　「７」のＨＣＶ核酸同定検査はＰＣＲ法又はＴＭＡ法により、Ｃ型肝炎の治療方法の選択及び治療経過の観察に用いた場合にのみ算定できる。

イ　治療方法の選択の場合においては、抗体陽性であり、かつ、「12」のＨＣＶ核酸定量検査で検出限界を下回る者について実施した場合に算定できるものとし、治療経過の観察の場合においては、本検査と「12」のＨＣＶ核酸定量検査を併せて実施した場合には、いずれか一方に限り算定する。

⑽　「13」の血清中のＨＢＶプレコア変異及びコアプロモーター変異遺伝子同定検査

ア　血清中のＨＢＶプレコア変異及びコアプロモーター変異遺伝子同定検査は、下記「イ」又は「ウ」に掲げる患者に対し、ＰＣＲ法により測定した場合に限り算定できる。

イ　Ｂ型急性肝炎患者に対しては、劇症肝炎が疑われる場合に限り、患者１人につき１回算定できる。

ウ　Ｂ型慢性肝炎患者に対しては、経過観察中にＡＬＴ異常値などにより肝炎増悪が疑われ、

かつ、抗ウイルス薬等のＢ型肝炎治療薬の投与対象患者の選択のために行われた場合に限り算定できる。なお、本検査実施以降は、区分「Ｄ０１３」肝炎ウイルス関連検査のうちＢ型肝炎に関する検査（ただし抗ウイルス薬等のＢ型肝炎治療薬の治療効果判定に用いる検査を除く。）は、算定できない。

⑾　「９」の結核菌群核酸増幅同定検査は、核酸増幅と液相ハイブリダイゼーション法による検出又はＬＣＲ法による核酸増幅とＥＩＡ法による検出を組み合わせた方法による。

⑿　マイコバクテリウムアビウム・イントラセルラー核酸同定精密検査

ア　「10」のマイコバクテリウムアビウム・イントラセルラー核酸同定精密検査は、他の検査により結核菌が陰性であることが確認された場合のみに算定できる。

イ　区分「Ｄ０２１」抗酸菌同定検査が併せて実施された場合にあっては、主なもののみ算定する。

⒀　ＨＩＶ－１核酸同定検査

ア　「11」のＨＩＶ－１核酸同定検査はＰＣＲ法により、区分「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「16」のＨＩＶ－１抗体価若しくは同区分「16」のＨＩＶ－１，２抗体価が陽性の場合の確認診断又はＨＩＶ－１陽性者である母親からの新生児における診断に用いた場合にのみ算定できる。

イ　ＨＩＶ－１核酸同定検査と区分「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査「28」のＨＩＶ－１抗体価精密測定を併せて実施した場合には、いずれか一方に限り算定するものとする。

⒁　ＨＣＶ核酸定量検査

ア　「12」のＨＣＶ核酸定量検査は分岐ＤＮＡプローブ法又はＰＣＲ法により、Ｃ型肝炎の治療法の選択及び治療経過の観察に用いた場合にのみ算定できる。

イ　治療経過の観察の場合において、ＨＣＶ核酸定量検査と本区分の「７」のＨＣＶ核酸同定検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

⒂　「14」のブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子同定検査は、ＥＤ－ＰＣＲ法又はＰＣＲ法により、血液培養により黄色ブドウ球菌が検出された患者を対象として測定した場合又は免疫不全状態であって、ＭＲＳＡ感染症が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。

⒃　ＳＡＲＳコロナウイルス核酸増幅検査

ア　「15」のＳＡＲＳコロナウイルス核酸増幅検査は、ＬＡＭＰ法により測定した場合に限り算定できる。

イ　ＳＡＲＳコロナウイルス核酸増幅検査は、糞便又は鼻腔咽頭拭い液からの検体により行うものである。

ウ　本検査は、「感染症法に基づく医師から都道府県等への届出のための基準の改正について」（平成15年11月5日健感発第1105006号）による臨床的特徴、届出基準によりＳＡＲＳ感染症の患者であることが強く疑われる者に対して行った場合に、診断の確定までの間に１回を限度として算定する。ただし、発症後10日以内に他疾患であるとの診断がつかない場合は、さらに１回に限り算定できる。

⒄　ＨＩＶ－１核酸増幅定量精密検査

ア　「16」のＨＩＶ－１核酸増幅定量精密検査はＰＣＲ法と核酸ハイブリダイゼーション法を組み合わせた方法により、ＨＩＶ感染者の経過観察に用いた場合又は区分「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「16」のＨＩＶ－１抗体価又は「16」のＨＩＶ－１，２抗体価が陽性の場合の確認診断に用いた場合にのみ算定する。

イ　ＨＩＶ－１核酸増幅定量精密検査と区分「Ｄ０１２」感染症免疫学的検査の「28」のＨＩＶ－１抗体価精密測定を併せて実施した場合は、それぞれを算定することができる。

ウ　ＨＩＶ－１核酸増幅定量精密検査と「11」のＨＩＶ－１核酸同定検査を併せて実施した

場合には、主たるもののみ算定する。

⒅　結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査

ア　「17」の結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査は、同時に結核菌を同定した場合に限り算定する。

イ　結核菌群リファンピシン耐性遺伝子同定検査は、「９」の結核菌群核酸増幅同定検査を併用した場合は、主たるもののみ算定する。

⒆　「18」のＨＩＶ－ジェノタイプ薬剤耐性検査は、抗ＨＩＶ治療の選択及び再選択の目的で行った場合に、３月に１回を限度として算定できる。

Ｄ０２３－２　その他の微生物学的検査

⑴　黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白２’（PBP2’）

ア　「１」の黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白２’（PBP2’）は、ＬＡ法により実施した場合に算定する。

イ　血液培養により黄色ブドウ球菌が検出された患者を対象として測定した場合又は免疫不全状態であって、ＭＲＳＡ感染症が強く疑われる患者を対象として測定した場合のみ算定できる。

ウ　黄色ブドウ球菌ペニシリン結合蛋白２’（PBP2’）と区分「Ｄ０２３」微生物核酸同定・定量検査の「14」のブドウ球菌メチシリン耐性遺伝子同定検査を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

⑵　「２」の尿素呼気試験を含むヘリコバクター・ピロリ感染診断の保険診療上の取扱いについては「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。

⑶　「３」の腸炎ビブリオ菌耐熱性溶血毒（ＴＤＨ）検査は、ＥＬＩＳＡ法によるものであり、区分「Ｄ０１８」細菌培養同定検査によって、腸炎ビブリオ菌が確認された場合のみ算定できる。

⑷　大腸菌ベロトキシン検出検査

ア　「４」の大腸菌ベロトキシン検出検査は、大腸菌の抗原同定検査の結果より病原性大腸菌が疑われる患者に対して行った場合に算定する。

イ　大腸菌ベロトキシン検出検査のうち、細菌培養を行うことなく糞便から直接検出する方法であってＥＬＩＳＡ法によるものについては、臨床症状や流行状況から腸管出血性大腸菌感染症が強く疑われる場合に限り、大腸菌の抗原同定検査を踏まえることなく行った場合にも算定できる。

Ｄ０２４　動物使用検査

従前、細菌動物検査、妊娠動物検査、トキソプラズマ症におけるマウス使用検査等動物を用いて行う検査として認められていたものについては、本点数により算定する。

Ｄ０２５　基本的検体検査実施料

⑴　基本的検体検査実施料は、特定機能病院である保険医療機関の入院医療において通常行われる基本的な検査について、請求の簡素化の観点から包括化して入院日数に応じた請求方法を導入したものである。

⑵　特定機能病院である保険医療機関が適用対象となる。

⑶　基本的検体検査実施料に含まれない検査を行った場合は、別途当該検査に係る所定点数を算定でき、当該検査が基本的検体検査判断料の対象に含まれないものであるときは、当該検査に係る検体検査判断料も併せて別途算定できる。

⑷　入院日数については、入院の都度当該入院の初日から起算し、また、退院日も算定対象とする。

⑸　外泊期間中は、入院日数に含まれない。

⑹　療養病棟、結核病棟若しくは精神病棟に入院している患者及び第１章第２部第２節に規定するＨＩＶ感染者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第３節に規定する特定入院料を算定している患者については、基本的検体検査実施料は別に算定しないが、入院日数は入院の初日から数える。

⑺　１月を通じて、基本的検体検査実施料に包括されている検査項目のいずれも行われなかった場合は、当該月は本実施料は請求できない。

第２款　検体検査判断料

Ｄ０２６　検体検査判断料

⑴　検体検査については、実施した検査に係る検体検査実施料及び当該検査が属する区分（尿・糞便等検査判断料から微生物学的検査判断料までの６区分）に係る検体検査判断料を合算した点数を算定する。

⑵　各区分の検体検査判断料については、その区分に属する検体検査の種類及び回数にかかわらず、月１回に限り、初回検査の実施日に算定する。

⑶　実施した検査が属する区分が２以上にわたる場合は、該当する区分の判断料を合算した点数を算定できる。

⑷　同一月内において、同一患者に対して、入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科において検体検査を実施した場合においても、同一区分の判断料は、入院・外来又は診療科の別にかかわらず、月１回に限る。

⑸　上記の規定にかかわらず、区分「Ｄ０００」尿中一般物質定性半定量検査を実施した場合は、当該検査に係る検体検査判断料は算定しない。

　慢性維持透析患者外来医学管理料又は基本的検体検査実施料を算定した月と同一月に検体検査を行った場合は、それぞれの区分に包括されている検体検査に係る判断料は別に算定できない。

⑹　注３に規定する検体検査管理加算(Ⅰ)は入院中の患者及び入院中の患者以外の患者に対し、検体検査管理加算(Ⅱ)は入院中の患者に対して、検体検査を実施し検体検査判断料のいずれかを算定した場合に、患者１人につき月１回に限り加算するものであり、検体検査判断料を算定しない場合に本加算は算定できない。

　また、基本的検体検査判断料の注２に掲げる加算を算定した場合には、本加算は算定できない。

⑺　入院中の患者について注３に規定する検体検査管理加算(Ⅱ)を算定している保険医療機関であっても、入院中の患者以外の患者について検体検査管理加算(Ⅰ)を算定することができる。

Ｄ０２７　基本的検体検査判断料

⑴　基本的検体検査判断料は、特定機能病院である保険医療機関の入院医療において通常行われる基本的な検査について、請求の簡素化の観点から、月１回の包括的な判断料を設定したものである。

⑵　基本的検体検査実施料に含まれない検査を行った場合は、当該検査が基本的検体検査判断料の対象に含まれないものであるときは、当該検査に係る検体検査判断料も併せて別途算定できる。

⑶　療養病棟、結核病棟若しくは精神病棟に入院している患者及び第１章第２部第２節に規定するＨＩＶ感染者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算を算定している患者については、基本的検体検査判断料は、別に算定しない。

⑷　１月を通じて、基本的検体検査実施料に包括されている検査項目のいずれも行われなかった場合は、当該月は本判断料は請求できない。

⑸　特定機能病院において、⑶に掲げる場合以外で基本的検体検査判断料を算定すべき場合は、尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料、生化学的検査(Ⅰ)判断料、免疫学的検査判断料

及び微生物学的検査判断料を算定することはできず、本判断料を算定するものとする。

第２節　病理学的検査

第１款　病理学的検査実施料

Ｄ１００　病理組織迅速顕微鏡検査

⑴　病理組織迅速顕微鏡検査は、手術の途中において迅速凍結切片等による検査を完了した場合において、１手術につき１回算定する。

なお、摘出した臓器について、術後に再確認のため精密な病理組織検査を行った場合は、区分「Ｄ１０１」病理組織顕微鏡検査の所定点数を別に算定する。

⑵　テレパソロジーによる病理組織迅速顕微鏡検査を行った場合は、送信側の保険医療機関において区分「Ｄ１００」に掲げる病理組織迅速顕微鏡検査及び区分「Ｄ１０４」に掲げる病理診断料を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用については受信側、送信側の医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

Ｄ１０１　病理組織顕微鏡検査

⑴　病理組織顕微鏡検査について、次に掲げるものは、各区分ごとに１臓器として算定する。

ア　気管支及び肺臓
イ　食道
ウ　胃及び十二指腸
エ　小腸
オ　盲腸
カ　上行結腸、横行結腸及び下行結腸
キ　Ｓ状結腸
ク　直腸
ケ　子宮体部及び子宮頸部

⑵　病理組織顕微鏡検査において、１臓器から多数のブロック、標本等を作製、検鏡した場合であっても、１臓器の検査として算定する。

⑶　病理組織顕微鏡検査において、悪性腫瘍がある臓器又はその疑いがある臓器から多数のブロックを作製し、又は連続切片標本を作製して検査を行った場合であっても、所定点数のみ算定する。

⑷　「注２」の電子顕微鏡による検査を行った場合の加算は、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、多糖体蓄積症及び心筋症に対する心筋生検の場合に算定できる。また、免疫抗体法を行った場合の加算は、方法（蛍光抗体法、酵素抗体法）、試薬の種類にかかわらず、１臓器につき１回のみ算定する。

⑸　リンパ節については、所属リンパ節ごとに１臓器として数えるが、複数の所属リンパ節が１臓器について存在する場合は、当該複数の所属リンパ節を１臓器として数えるものとする。

⑹　当該検査をヘリコバクター・ピロリ感染診断を目的に行う場合の保険診療上の取扱いについては、「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成12年10月31日保険発第180号）に即して行うこと。

Ｄ１０１－２　その他の病理組織検査

⑴　「１」のエストロジェンレセプター検査は、病理組織顕微鏡検査を別に実施した場合も、所定点数を別に算定できる。

⑵　「２」のプロジェステロンレセプター（ＰgＲ）検査と同一月にエストロジェンレセプター検査を併せて実施した場合は、一方の所定点数のみ算定する。

⑶　「３」のＨＥＲ２タンパクは、半定量検査又はＥＩＡ法を行った場合に限り算定する。

なお、病理組織顕微鏡検査を別に実施した場合も、所定点数を別に算定できる。

Ｄ１０２　細胞診検査

⑴　腟脂膏顕微鏡検査並びに胃液、腹腔穿刺液等の癌細胞検査及び眼科プロヴァツェク小体検査は、細胞診検査により算定する。

⑵　同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して検査を行った場合であっても、１回として算定する。

Ｄ１０３－２　ＨＥＲ２遺伝子

ＨＥＲ２遺伝子は、乳癌の転移が確認された乳癌患者に対して、抗ＨＥＲ２ヒト化モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与対象患者の選択のため、ＦＩＳＨ法により遺伝子増幅検査を行った場合に限り１回を限度として算定する。

なお、本検査と区分「Ｄ１０１－２」その他の病理組織検査の「３」のＨＥＲ２タンパクを併せて実施した場合は、主たる点数のみを算定する。

第２款　病理学的検査診断・判断料

Ｄ１０４　病理診断料

⑴　病理診断料を算定できる保険医療機関は、病理学的検査を専ら担当する医師が勤務する病院でなければならないが、年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること、病理部門の要員を備えていること等を満たしている程度の機関であることが望ましい。

⑵　当該保険医療機関以外の医療機関で作製した組織標本につき診断のみを行った場合は、月１回に限り所定点数を算定する。

なお、患者が当該傷病につき当該保険医療機関で受診していないとき（テレパソロジーによる病理組織迅速顕微鏡検査を行う場合を除く。）においては、療養の給付の対象とならない。

第３節　生体検査料

１　同一月内において、同一患者に対して、入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科において生体検査が実施された場合であっても、同一の生体検査判断料は、月１回を限度として算定する。

２　２回目以降について所定点数の100分の90に相当する点数により算定することとされている場合において「所定点数」とは、当該項目に掲げられている点数及び当該注に掲げられている加算点数を合算した点数である。

３　同一月内に２回以上実施した場合、所定点数の100分の90に相当する点数により算定することとされている生体検査は、外来及び入院にまたがって行われた場合においても、これらを通算して２回目以降は100分の90で算定する。

４　２回目以降100分の90に相当する点数により算定することとされている場合に、新生児加算又は乳幼児加算を行う場合は、所定点数にそれぞれの割合を乗じた上で、端数が生じた場合には、これを四捨五入した点数により算定する。

［呼吸循環機能検査等に係る共通事項（Ｄ２００～Ｄ２１４）］

⑴　２回目以降100分の90で算定する場合の「同一の検査」

区分「Ｄ２０８」心電図検査の「１」から「６」まで、区分「Ｄ２０９」負荷心電　図検査の「１」と「２」、区分「Ｄ２１０」ホルター型心電図検査の「１」と「２」については、それぞれ同一の検査として扱う。また、準用が通知されている検査については、当該検査が準ずることとされている検査と同一の検査として扱う。

⑵　呼吸循環機能検査等に係る一般事項

ア　通則の「特に規定する場合」とは、区分「Ｄ２０８」の「注」又は区分「Ｄ２０９」

の「注１」に掲げる場合をさす。

イ　区分「Ｄ２００」スパイログラフィー等検査から区分「Ｄ２０３」肺胞機能検査までの各検査については、特に定めのない限り、次に掲げるところによる。

a　実測値から算出される検査値については算定できない。

b　測定方法及び測定機器は限定しない。

c　負荷を行った場合は、負荷の種類及び回数にかかわらず、その前後の検査について、それぞれ１回のみ所定点数を算定する。

d　使用したガス（ＣＯ、CO_2、He等）は、購入価格を10円で除して得た点数を別に算定できる。

e　喘息に対する吸入誘発試験は、負荷試験に準ずる。

⑶　肺活量計による肺活量の測定は、別に算定できない。

Ｄ２００　スパイログラフィー等検査

⑴　「１」の肺気量分画測定には、予備吸気量、１回換気量及び予備呼気量のすべての実測及び実測値から算出される最大呼吸量の測定のほか、安静換気量及び最大換気量の測定が含まれる。

⑵　「１」の肺気量分画測定と区分「Ｄ２０２」肺内ガス分布の「１」の指標ガス洗い出し検査とを同時に実施した場合には、機能的残気量測定は算定できない。

⑶　「２」のフローボリュームカーブは、曲線を描写し記録した場合にのみ算定し、強制呼出曲線の描出に係る費用を含む。また、フローボリュームカーブから計算によって求められる努力肺活量、１秒量、１秒率、ＭＭＦ、ＰＦＲ等は、別に算定できない。

⑷　「５」の左右別肺機能検査の所定点数には、カテーテル挿入並びに他の「１」から「４」までのスパイログラフィー等検査及び換気力学的検査の費用を含む。

⑸　体プレスチモグラフを用いる諸検査は、別に定めのない限り、「３」により算定する。

Ｄ２０１　換気力学的検査

「２」中のコンプライアンス測定の所定点数には、動肺コンプライアンス測定及び静肺コンプライアンス測定の双方を含む。

Ｄ２０４　基礎代謝測定

基礎代謝測定の所定点数には、患者に施用する窒素ガス又は酸素ガスの費用を含む。

Ｄ２０６　心臓カテーテル法による諸検査

⑴　心臓カテーテル検査により大動脈造影、肺動脈造影及び肺動脈閉塞試験を行った場合においても、心臓カテーテル法による諸検査により算定するものとし、血管造影等のエックス線診断の費用は、別に算定しない。

⑵　心臓カテーテル法による諸検査のようなカテーテルを用いた検査を実施した後の縫合に要する費用は、所定点数に含まれる。

⑶　「１」の右心カテーテル及び「２」の左心カテーテルを同時に行った場合であっても、「注１」、「注２」及び「注３」の加算は１回のみに限られる。

⑷　血管内視鏡検査加算は患者１人につき月１回に限り算定する。

Ｄ２０７　体液量等測定

⑴　体液量等測定の所定点数には、注射又は採血を伴うものについては注射手技料及び採血料を含む。

⑵　「２」の皮弁血流検査は、１有茎弁につき２回までを限度として算定するものとし、使用薬剤及び注入手技料は、所定点数に含まれ、別に算定しない。

⑶　「２」の血流量測定は、電磁式によるものを含む。

⑷　「２」の電子授受式発消色性インジケーター使用皮膚表面温度測定は、皮弁形成術及び四

肢の血行再建術後に、術後の血行状態を調べるために行った場合に算定する。

ただし、術後１回を限度とする。

なお、使用した電子授受式発消色性インジケーターの費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑸　「２」の血管伸展性検査は、描写し記録した脈波図により脈波伝達速度を求めて行うものであり、このために行った脈波図検査と併せて算定できない。

Ｄ２０８　心電図検査

⑴　「１」の四肢単極誘導及び胸部誘導を含む最低12誘導は、普通、標準肢誘導（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）、単極肢誘導（$_{a}V_{R}$、$_{a}V_{L}$、$_{a}V_{F}$）、胸部誘導（V_{1}、V_{2}、V_{3}、V_{4}、V_{5}、V_{6}）の12誘導で、その他特別の場合にV_{7}、V_{8}、食道誘導等を行う場合もこれに含まれる。

⑵　当該保険医療機関以外の医療機関で描写したものについて診断のみを行った場合は、診断料として１回につき所定点数を算定できるが、患者が当該傷病につき当該医療機関で受診していない場合は算定できない。

⑶　当該保険医療機関以外の医療機関で描写した検査について診断を行った場合の算定については、２回目以降においても100分の90の算定としない。

⑷　「３」の携帯型発作時心電図記憶伝送装置使用心電図検査は、入院中の患者以外の患者に対して、携帯型発作時心電図記憶伝送装置を用いて発作時等の心電図を記録させた場合に、一連につき１回算定する。

⑸　「４」のバリストカルジオグラフは、心弾動計、弾動心拍出量計により行った場合に算定する。

Ｄ２０９　負荷心電図検査

⑴　負荷心電図検査の「負荷」は、運動負荷、薬剤負荷をいい、負荷の種類及び回数によらない。

⑵　当該保険医療機関以外の医療機関で描写したものについて診断のみを行った場合は、診断料として１回につき所定点数を算定できるが、患者が当該傷病につき当該医療機関で受診していない場合は算定できない。

⑶　当該保険医療機関以外の医療機関で描写した検査について診断を行った場合の算定については、２回目以降においても100分の90の算定としない。

⑷　負荷心電図検査には、この検査を行うために一連として実施された心電図検査を含むものであり、同一日に行われた心電図検査は、別に算定できない。

Ｄ２１０　ホルター型心電図検査

⑴　ホルター型心電図検査（解析料を含む。）は、患者携帯用の記録装置を使って長時間連続して心電図記録を行った場合に算定するものであり、所定点数には、単に記録を行うだけではなく、再生及びコンピューターによる解析を行った場合の費用を含む。

⑵　やむを得ず不連続に記録した場合においては、記録した時間を合算した時間により算定する。また、24時間を超えて連続して記録した場合であっても、「２」により算定する。

Ｄ２１１　トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査

⑴　トレッドミルによる負荷心肺機能検査、サイクルエルゴメーターによる心肺機能検査には、この検査を行うために一連として実施された区分「Ｄ２０８」心電図検査、区分「Ｄ２００」スパイログラフィー等検査を含むものであり、負荷の種類及び回数にかかわらず、所定点数により算定する。

⑵　呼吸器疾患に対して施行された場合にも、所定点数を算定できる。

Ｄ２１２　リアルタイム解析型心電図

⑴　リアルタイム解析型心電図とは、入院中の患者以外の患者に対して８時間以上心電図をモニターしながら同時に波形を解析し、異常波形発現時にのみ記録を行い得るものをいう。

⑵　リアルタイム解析型心電図記録計を用いて８時間以上心電図をモニターした場合は、解析の費用を含め、一連の使用について１回として算定する。

Ｄ２１２－２　携帯型発作時心電図記録計使用心電図検査

心電図を２日間以上連続して記録することができる携帯型発作時心電図記録計を用いて、記録スイッチ入力前を含む心電図を記録した場合に、解析の費用を含め、一連の使用について１回として算定する。

Ｄ２１３　心音図検査

亜硝酸アミル吸入心音図検査の点数算定は、薬剤負荷の前後の検査をそれぞれ１回として心音図検査により算定し、亜硝酸アミルについては、区分「Ｄ５００」薬剤により算定する。

Ｄ２１４　脈波図、心機図、ポリグラフ検査

⑴　脈波図については、次に掲げる検査を２以上行った場合であり、脈波曲線を描写し記録した場合に算定する。

ア　心及び肝拍動図

イ　動脈波

ウ　静脈波

エ　容積脈波

オ　指尖脈波

カ　心尖（窩）拍動図

また、心機図とは各種脈波図と心電図、心音図検査等の２以上を同時に記録し、循環機能の解析を行う検査である。

⑵　「１」の「イ」から「ニ」までの誘導数については、種目又は部位を順次変えて検査した場合であっても、一連の検査のうちの最高誘導数による。

⑶　運動又は薬剤の負荷による検査を行った場合には、負荷前後の検査をそれぞれ１回の検査として算定し、複数の負荷を行った場合であっても、負荷の種類及び回数にかかわらず、所定点数の100分の200を限度として算定する。

⑷　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「Ｄ２０７」体液量等測定の「２」により算定し、脈波図、心機図、ポリグラフ検査判断料は、別に算定できない。

Ｄ２１５　超音波検査

⑴　「１」から「５」までに掲げる検査のうち２以上のものを同一月内に同一の部位について行った場合、同一月内に２回以上行った場合の算定方法の適用においては、同一の検査として扱う。

⑵　超音波検査を同一の部位に同時に２以上の方法を併用する場合は、主たる検査方法により１回として算定する。また、同一の方法による場合は、部位数にかかわらず、１回のみの算定とする。

⑶　超音波検査の記録に要した費用（フィルム代、印画紙代、記録紙代、テープ代等）は、所定点数に含まれる。

⑷　体表には肛門、甲状腺、乳腺、表在リンパ節等を含む。

⑸　「２」の断層撮影法において血管の血流診断を目的としてパルスドプラ法を併せて行った場合には、「注１」に掲げる加算を算定できる。

⑹　「３」のＵＣＧの所定点数には、同時に記録した心音図、脈波図、心電図及び心機図の検査の費用を含む。

⑺　「３」のＵＣＧ以外で、断層撮影法とＭモード法を併用した場合の点数算定は、「２」の「イ」により算定する。

⑻　「３」のＵＣＧ以外で、Ｍモード法のみの検査を行った場合は、「３」の「ロ」により算定するものである。

⑼　「４」の「イ」の末梢血管血行動態検査は、慢性動脈閉塞症の診断及び病態把握のために行った場合に算定する。

⑽　「４」の「ロ」の脳動脈血流速度連続測定とは、経頭蓋骨的に連続波又はパルスドプラを用いて、ソノグラムを記録して血流の分析を行う場合をいう。

⑾　「４」の「ハ」の脳動脈血流速度マッピング法とは、パルスドプラにより脳内動脈の描出を行う場合をいう。

⑿　「５」の血管内超音波法は次の方法による。

ア　検査を実施した後の縫合に要する費用は所定点数に含まれる。

イ　本検査を、左心カテーテル検査及び右心カテーテル検査と併せて行った場合は、左心カテーテル検査及び右心カテーテル検査の所定点数で算定できる。

ウ　エックス線撮影に用いられたフィルムの費用は、区分「Ｅ４００」に掲げるフィルムの所定点数により算定する。

Ｄ２１６－２　残尿測定検査

⑴　残尿測定検査は、前立腺肥大症並びに神経因性膀胱の患者に対し、超音波若しくはカテーテルを用いて残尿を測定した場合に算定する。

⑵　残尿測定を目的として超音波検査を行った場合は残尿測定検査により算定する。

Ｄ２１７　骨塩定量検査

⑴　骨塩定量検査は、骨粗鬆症の診断及びその経過観察の際のみ算定できる。ただし、４月に１回を限度とする。

⑵　「２」の「ＭＤ法、ＳＥＸＡ法等」の方法には、ＤＥＸＡ法(dual Energy x-Ray Absorptiometry)、単一光子吸収法(SPA:Single Photon Absorptiometry)、二重光子吸収法(DPA:Dual Photon Absorptiometry)、ＭＤ法(Microdensitometryによる骨塩定量法)、ＤＩＰ法(Digital Image Processing)、ＳＥＸＡ法(single Energy x-Ray Absorptiometry)、単色Ｘ線光子を利用した骨塩定量装置による測定及びｐＱＣＴ（peripheral Quantitative Computed Tomography)による測定がある。

⑶　ＭＤ法による骨塩定量検査を行うことを目的として撮影したフィルムを用いて画像診断を併施する場合は、「２」の「ＭＤ法、ＳＥＸＡ法等」の所定点数又は画像診断の手技料（区分「Ｅ００１」写真診断及び区分「Ｅ００２」撮影）の所定点数のいずれか一方により算定する。ただし、区分「Ｅ４００」フィルムの費用は、いずれの場合でも、手技料とは別に算定できる。

Ｄ２１８　分娩監視装置による諸検査

分娩監視装置による諸検査は、胎児仮死、潜在胎児仮死及び異常分娩の経過改善の目的で陣痛促進を行う場合にのみ算定できるものであり、陣痛曲線、胎児心電図及び胎児心音図を記録した場合も、所定点数に含まれる。

Ｄ２１９　ノンストレステスト

⑴　ノンストレステストは、妊娠中毒症、子宮内胎児発育不全、胎盤機能不全、多胎妊娠、Ｒｈ不適合若しくは羊水異常症、子宮収縮抑制剤使用時又は糖尿病、甲状腺機能亢進症、膠原病若しくは心疾患である妊娠中の患者に対して行った場合に算定できる。

⑵　ノンストレステストは入院中の患者に対して行った場合は１週間につき１回に限り、入院中の患者以外の患者に対して行った場合は１月につき１回に限り算定できる。なお、１週間、１月の期間の計算はそれぞれ暦週、暦月による。

Ｄ２２０　呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視装置、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

⑴　呼吸心拍監視は、重篤な心機能障害若しくは呼吸機能障害を有する患者又はそのおそれのある患者に対して、常時監視を行っている場合に算定されるものである。この際、呼吸曲線

の観察の有無に関わらず、心電曲線、心拍数の観察を行った場合は、所定点数を算定する。

⑵　呼吸心拍監視は、観察した呼吸曲線、心電曲線、心拍数のそれぞれの観察結果の要点を診療録に記載した場合に算定できる。

⑶　新生児心拍・呼吸監視装置、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープは、重篤な心機能障害若しくは呼吸機能障害を有する患者又はそのおそれのある患者に対し、心電曲線及び心拍数の観察を行っている場合に算定する。この際、呼吸曲線を同時に観察した場合の費用は所定点数に含まれる。

⑷　呼吸心拍監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）又はカルジオタコスコープを同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

⑸　診療報酬明細書の摘要欄に呼吸心拍監視の算定開始日を記載する。

⑹　呼吸心拍監視装置の装着を中止した後30日以内に再装着が必要となった場合の日数の起算日は、最初に呼吸心拍監視を算定した日とする。特定入院料を算定した患者が引き続き「Ｄ２２０」の呼吸心拍監視を行う場合の日数の起算日についても同様とする。なお、当該検査を中止している期間についても実施日数の計算に含める。

⑺　７日を超えた場合は、検査に要した時間にかかわらず「２」の「ロ」又は「ハ」を上限として算定する。

Ｄ２２２　経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定

⑴　経皮的血液ガス分圧測定は、循環不全及び呼吸不全があり、酸素療法を行う必要のある新生児についてのみ算定するものであり、測定するガス分圧の種類にかかわらず、所定点数により算定する。ただし、出生時体重が1,000g未満又は1,000g以上1,500g未満の新生児の場合は、それぞれ90日又は60日を限度として算定する。

⑵　血液ガス連続測定は、閉鎖循環式全身麻酔において分離肺換気を行う際に血中のPO_2、PCO_2及びｐＨの観血的連続測定を行った場合に、算定できる。

Ｄ２２３　経皮的動脈血酸素飽和度測定

経皮的動脈血酸素飽和度測定は、次のいずれかに該当する患者に対して行った場合に算定する。

ア　呼吸不全若しくは循環不全又は術後の患者であって、酸素吸入を現に行っているもの又は酸素吸入を行う必要があるもの

イ　静脈麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を実施中の患者に行った場合

なお、閉鎖式全身麻酔を実施した際に区分「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を算定した日と同一日には算定できない。

Ｄ２２３－２　終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定（一連につき）

終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定は、睡眠時呼吸障害の疑われる患者に対して行った場合に算定し、数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。

Ｄ２２４　終末呼気炭酸ガス濃度測定

⑴　終末呼気炭酸ガス濃度測定は、気管内挿管又は気管切開している患者であって、次のいずれかに該当する患者に対して行った場合に算定する。

ア　人工呼吸器を装着している患者

イ　自発呼吸が不十分な患者

ウ　脳外傷等換気不全が生じる可能性が非常に高いと判断される患者

⑵　閉鎖式全身麻酔を実施した際に区分「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を算定した日と同一日には算定できない。

Ｄ２２５　観血的動脈圧測定

⑴　観血的動脈圧測定は、動脈圧測定用カテーテルを挿入して測定するもの又はエラスター針等を動脈に挿入してトランスデューサーを用いて測定するものをいう。

⑵　穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は、別に算定できない。

Ｄ２２５－２　非観血的連続血圧測定

非観血的連続血圧測定は、トノメトリー法により麻酔に伴って実施した場合に限り算定できるものとし、また、観血的動脈圧測定と同一日に実施した場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ２２６　中心静脈圧測定

⑴　穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は、別に算定できない。

⑵　中心静脈圧測定を算定中にカテーテルの挿入手技を行った場合（手術に関連して行う場合を除く。）は、区分「Ｇ００５－２」の中心静脈注射用カテーテル挿入により算定する。

この場合において、カテーテルの挿入に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｄ２２７　頭蓋内圧持続測定

穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は、別に算定できない。

Ｄ２２８　深部体温計による深部体温測定

直腸温又は膀胱温の測定は、深部体温測定と異なるものであり、深部体温計による深部体温の測定には該当しない。

Ｄ２２９　前額部、胸部、手掌部、足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察

前額部、胸部、手掌部、足底部体表面体温測定による末梢循環不全状態観察と区分「Ｄ２２８」深部体温計による深部体温測定を同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

Ｄ２３０　観血的肺動脈圧測定

⑴　肺動脈楔入圧を持続的に測定する場合に所定点数を算定する。

⑵　測定のために右心カテーテル法により、バルーン付肺動脈カテーテルを挿入した場合には挿入日にカテーテル挿入加算を算定できる。この場合、使用したカテーテルの本数にかかわらず、一連として算定する。

⑶　観血的肺動脈圧測定と右心カテーテル法による諸検査又は中心静脈圧測定を同一日に実施した場合は、主たるもののみ算定する。

⑷　左心カテーテル法による諸検査を同一日に実施した場合は、別に算定できる。

⑸　穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は、別に算定できない。

Ｄ２３１　人工膵臓

⑴　糖尿病患者の治療に際してインスリン抵抗性の評価、至適インスリン用量の決定等を目的として、血管内に留置した二重腔カテーテルから吸引した血中のグルコース値を連続して測定した場合に算定できる。

⑵　算定の対象となる患者は、次の療養が必要な糖尿病等の患者であって、医師が人工膵臓以外による血糖調整が困難であると認めた者である。

ア　高血糖時（糖尿病性昏睡等）における救急的治療

イ　手術、外傷及び分娩時の血糖管理

ウ　インスリン産生腫瘍摘出術の術前、術後の血糖管理

エ　糖尿病性腎症に対する透析時の血糖管理

オ　難治性低血糖症の治療のための血糖消費量決定

カ　インスリン抵抗性がみられる難治性糖尿病に対するインスリン感受性テスト及び血糖管理

⑶　２日以上にわたり連続して実施した場合においても、一連として１回の算定とする。

⑷　人工膵臓と同一日に行った血中グルコース測定は、別に算定できない。

⑸　人工膵臓を行うために必要な血液学的検査、生化学的検査とは、次に掲げる検査である。

ア　血液学的検査

赤血球沈降速度測定、赤血球数、白血球数、血小板数、ヘマトクリット値、ヘモグロビンA_{1c}、血液浸透圧測定

イ　生化学的検査

グルコース、アンモニア、ケトン体、アミラーゼ、総窒素、尿素窒素（ＢＵＮ）、遊離脂肪酸、総コレステロール、インスリン、グルカゴン、Ｎａ、Ｃｌ、Ｋ、Ｐ、Ｃａ

⑹　穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は、別に算定できない。

Ｄ２３３　直腸肛門機能検査

⑴　直腸肛門機能検査とは、次のアからオに掲げる検査をいう。

ア　直腸肛門内圧測定

イ　直腸感覚検査

ウ　直腸コンプライアンス検査

エ　直腸肛門反射検査

オ　排出能力検査

⑵　直腸肛門機能検査は、ヒルシュスプルング病、鎖肛、肛門括約不全、直腸肛門由来の排便障害等の直腸肛門疾患に対して行う検査をいう。

⑶　直腸肛門機能検査は、直腸肛門内圧検査用バルーン、マイクロチップ、インフューズドオープンチップ又はマイクロバルーン等を用いて実施されるものである。

Ｄ２３４　胃・食道内24時間ｐＨ測定

⑴　胃・食道逆流症の診断及び治療方法の選択のために実施された場合に算定する。

⑵　胃・食道内24時間ｐＨ測定に用いる測定器、基準電極、ｐＨカテーテル、ガラス電極、保護チューブ、電解液、電極用ゼリー、ｐＨ緩衝液等の費用は、所定点数に含まれる。

⑶　胃・食道内24時間ｐＨ測定は、概ね24時間以上連続して行われるものであり、これを１回として算定する。

Ｄ２３５　脳波検査

⑴　脳波検査を算定するものは、同時に８誘導以上の記録を行った場合である。

⑵　８誘導未満の誘導数により脳波を測定した場合は、誘導数に応じて区分「Ｄ２１４」脈波図、心機図、ポリグラフ検査の所定点数により算定するものとし、種々の賦活検査（睡眠、薬物を含む。）を行った場合も、同区分の所定点数のみにより算定する。

⑶　心臓及び脳手術中における脳波検査は、８誘導以上の場合は脳波検査により、それ以外の場合は誘導数に応じて区分「Ｄ２１４」脈波図、心機図、ポリグラフ検査により算定する。

Ｄ２３５－２　長期継続頭蓋内脳波検査

長期継続頭蓋内脳波検査は、難治性てんかんの患者に対し、硬膜下電極若しくは深部電極を用いて脳波測定を行った場合、患者１人につき１４日間を限度として算定する。

Ｄ２３６　脳誘発電位検査

⑴　脳誘発電位検査は、刺激又は負荷を加えながら脳活動電位を記録し、コンピューター等により解析を行うものであり、同時に記録した脳波検査については、別に算定できない。

⑵　脳波聴力検査、脳幹反応聴力検査及び中間潜時反応聴力検査は、いずれの検査も「３」により算定するものであり、２種類以上行った場合であっても、１回のみ算定する。

Ｄ２３６－２　光トポグラフィー

⑴　光トポグラフィーは以下のア又はイの場合に限り、各手術前に１回のみ算定できる。

ア　言語野関連病変（側頭葉腫瘍等）又は正中病変における脳外科手術に当たり言語優位半球を同定する必要がある場合

イ　難治性てんかんの外科的手術に当たりてんかん焦点計測を目的に行われた場合

⑵　当該検査を算定するに当たっては、手術実施日又は手術実施予定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、手術が行われなかった場合はその理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｄ２３６－３　神経磁気診断

⑴　神経磁気診断は、原発性及び続発性てんかん、中枢神経疾患に伴う感覚障害及び運動障害の患者に対する手術部位の診断や手術方法の選択を行う場合に限り、手術前に１回のみ算定できる。

⑵　当該検査を算定するに当たっては、手術実施日又は手術予定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、手術が行われなかった場合はその理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｄ２３７　終夜睡眠ポリグラフィー

⑴　「１　携帯用装置を使用した場合」

ア　問診、身体所見又は他の検査所見から睡眠時呼吸障害が強く疑われる患者に対し、睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用した場合に算定する。なお、在宅持続陽圧式呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、６月に１回を限度として算定できる。

イ　鼻呼吸センサー、気道音センサーによる呼吸状態及び経皮的センサーによる動脈血酸素飽和状態を終夜連続して測定した場合に算定する。この場合の経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれる。

ウ　数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。

エ　診療録に検査結果の要点を記載する。

⑵　「２　１以外の場合」

ア　他の検査により睡眠中無呼吸発作の明らかな患者に対して睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として行った場合及び睡眠中多発するてんかん発作の患者又はうつ病若しくはナルコレプシーであって、重篤な睡眠、覚醒リズムの障害を伴うものの患者に対して行った場合に、１月に１回を限度として算定する。なお、在宅持続陽圧式呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、初回月に限り２回を限度として算定できる。

当該検査を実施するに当たっては、下記㈠から㈣に掲げる検査の全て（睡眠時呼吸障害の疑われない患者については㈠のみ）を当該患者の睡眠中８時間以上連続して測定し、記録する。

㈠　脳波、眼球運動及びおとがい筋筋電図

㈡　鼻又は口における気流の検知

㈢　胸壁及び腹壁の換気運動記録

㈣　パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度連続測定

イ　脳波等の記録速度は、毎秒1.5センチメートル以上のものを標準とする。

ウ　同時に行った検査のうち、区分「Ｄ２００」スパイログラフィー等検査から本区分「１」までに掲げるもの及び区分「Ｄ２３９」筋電図検査については、併せて算定できない。

エ　測定を開始した後、患者の覚醒等やむを得ない事情により、当該検査を途中で中絶した場合には、当該中絶までに施行した検査に類似する検査項目によって算定する。

オ　診療録に検査結果の要点を記載する。

Ｄ２３９　筋電図検査

「１」については、顔面及び躯幹の場合にあっては、左右、腹背を問わずそれぞれ１肢として扱い、「２」及び「３」については、検査する筋肉の種類及び部位にかかわらず、一連として所定点数により算定する。「３」については多発性硬化症、運動ニューロン疾患等の神経系の運動障害の診断を目的として、単発若しくは二連発磁気刺激法により行った場合に算定する。

Ｄ２３９－２　電流知覚閾値測定

電流知覚閾値測定は、末梢神経障害の重症度及び治療効果の判定を目的として、神経線維を

刺激することによりその電流知覚閾値を測定した場合に、検査する筋肉の種類及び部位にかかわらず、一連につき所定点数により算定する。

Ｄ２４０　神経・筋負荷テスト

⑴　「１」のテンシロンテストについては、Edrophonium Chlorideを負荷して行う検査に伴うすべての検査（前後の観察及び精密眼圧測定を含む。）を含む。

⑵　「２」瞳孔薬物負荷テストは、ホルネル症候群又はアディー症候群について行った場合に、負荷する薬剤の種類にかかわらず、一連として所定点数により算定する。

なお、使用した薬剤については、区分「Ｄ５００」薬剤により算定する。

⑶　「３」乏血運動負荷テストについては、血中乳酸、焦性ブドウ酸、カリウム、Ｐ等の測定検査の費用及び採血料を含む。

（耳鼻咽喉科学的検査）

Ｄ２４４　自覚的聴力検査

⑴　「１」の標準純音聴力検査は、日本工業規格の診断用オージオメーターを使用し、日本聴覚医学会制定の測定方法により、気導聴力（測定周波数250,500,1,000,2,000,4,000,8,000Hz）及び骨導聴力（測定周波数250,500,1,000,2,000,4,000Hz）を両耳について測定する方法をいう。

⑵　「２」のことばのききとり検査は、難聴者の語音了解度を測定し、補聴器及び聴能訓練の効果の評価を行った場合に、算定する。

⑶　「３」の簡易聴力検査とは、室内騒音が30ホーン以下の防音室で行う検査である。

⑷　「３」の簡易聴力検査のうち「イ」は、日本工業規格の診断用オージオメーターを使用して標準純音聴力検査時と同じ測定周波数について気導聴力検査のみを行った場合に算定する。

⑸　「３」の簡易聴力検査のうち「ロ」は、次に掲げるア及びイを一連として行った場合に算定する。

ア　音叉を用いる検査（ウェーバー法、リンネ法、ジュレ法を含む。）

イ　オージオメーターを用いる検査（閉鎖骨導試験（耳栓骨導試験）、日本工業規格選別用オージオメーターによる気導検査を含む。）

⑹　「４」の後迷路機能検査とは、短音による検査、方向感機能検査、ひずみ語音明瞭度検査及び一過性閾値上昇検査(TTD)のうち、１種又は２種以上のものを組み合わせて行うものをいい、２種以上行った場合においても、所定点数により算定する。

⑺　「５」の内耳機能検査の所定点数は、レクルートメント検査（ＡＢＬＢ法）、音の強さ及び周波数の弁別域検査、ＳＩＳＩテスト等の内耳障害の鑑別に係るすべての検査の費用を含むものであり、検査の数にかかわらず、所定点数により算定する。

⑻　「５」の耳鳴検査は、診断用オージオメーター、自記オージオメーター又は耳鳴検査装置を用いて耳鳴同調音の検索やラウドネスの判定及び耳鳴り遮蔽検査等を行った場合に算定する。

⑼　「６」中耳機能検査は、骨導ノイズ法、鼓膜穿孔閉鎖検査（パッチテスト）、気導聴力検査等のうち２種以上を組み合わせて行った場合にのみ算定する。

Ｄ２４４－２　補聴器適合検査

補聴器適合検査は、聴力像に対し電気音響的に適応と思われる補聴器を選択の上、音場での補聴器装着実耳検査を実施した場合に算定する。

Ｄ２４５　鼻腔通気度検査

鼻腔通気度検査は、当検査に関連する手術日の前後３月以内に行った場合に算定する。その場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該検査に関連する手術名及び手術日（手術前に当該検査を実施した場合においては手術予定日）を記載すること。

なお、手術に関係なく、睡眠時無呼吸症候群又は神経性（心因性）鼻閉症の診断の目的で行

った場合にも、所定点数を算定できる。

Ｄ２４６　アコースティックオトスコープを用いた鼓膜音響反射率検査

アコースティックオトスコープを用いて鼓膜音響反射率検査と耳鏡検査及び鼓膜可動性検査を併せて行い、リコーダーで記録を診療録に残した場合のみ算定できる。

なお、この場合の耳鏡検査及び鼓膜可動性検査の手技料は、当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｄ２４７　他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査

「５」の耳音響放射（ＯＡＥ）検査の「ロ」の「その他の場合」とは、誘発耳音響放射（ＥＯＡＥ）及び結合音耳音響放射（ＤＰＯＡＥ）をいう。

なお、「イ」及び「ロ」の両方を同一月中に行った場合は、「イ」の所定点数は算定できない。

Ｄ２４８　耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定

耳管機能測定装置を用いた耳管機能測定において音響耳管法、耳管鼓室気流動体法又は加圧減圧法のいずれか又は複数により測定した場合に算定する。

Ｄ２５０　平衡機能検査

⑴　「１」の標準検査とは、上肢偏倚検査（遮眼書字検査、指示検査、上肢偏倚反応検査、上肢緊張検査等）、下肢偏倚検査（歩行検査、足ぶみ検査等）、立ちなおり検査（ゴニオメーター検査、単脚起立検査、両脚起立検査等）、自発眼振検査（正面、右、左、上、下の注視眼振検査、異常眼球運動検査、眼球運動の制限の有無及び眼位検査を含む検査）をいい、一連の検査につき、その数にかかわらず、所定点数により算定する。

⑵　「２」の頭位及び頭位変換眼振検査は、フレンツェル眼鏡下における頭位眼振及び変換眼振検査をいい、一連の検査につき、その数にかかわらず、所定点数により算定する。

⑶　「３」の刺激又は負荷を加える特殊検査とは、次に掲げるものをいい、それぞれ検査１回につき所定点数により算定する。

ア　温度眼振検査（温度による眼振検査）

イ　視運動眼振検査（電動式装置又はそれに準じた定量的方法により刺激を行う検査）

ウ　回転眼振検査（電動式装置又はそれに準じた定量的方法により刺激を行う検査）

エ　視標追跡検査

オ　迷路瘻孔症状検査

⑷　「４」の電気眼振図を区分「Ｄ２７８」眼球電位図（ＥＯＧ）と併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。

⑸　重心動揺計

ア　「５」の重心動揺計は、荷重変動を測定する検出器とこの荷重信号を記録・分析するデータ処理装置から成る装置を用いて、めまい・平衡障害の病巣診断のために行うものである。

本検査は、当該装置を用いて、重心動揺軌跡を記録し、その面積（外周・矩形・実効値面積）、軌跡長（総軌跡長・単位軌跡長・単位面積軌跡長）、動揺中心変位、ロンベルグ率をすべて計測した場合に算定するものである。

なお、本検査は、「１」の標準検査を行った上、実施の必要が認められたものに限り算定するものである。

イ　「注」のパワー・ベクトル分析を行った場合の加算は、記録された重心動揺軌跡のコンピューター分析を行い、パワー・スペクトル、位置ベクトル、速度ベクトル、振幅確率密度分布をすべて算出した場合に算定する。

ウ　「注」の刺激又は負荷を加えた場合の加算は、電気刺激、視運動刺激、傾斜刺激、水平運動刺激、振動刺激等姿勢反射誘発を加えて本検査を行った場合に１種目ごとに算定する。

Ｄ２５１　音声言語医学的検査

⑴　「２」の音響分析は、種々の原因による音声障害及び発音、構音、話しことば等の障害がある患者に対して、音声パターン検査又は音声スペクトル定量検査のうちの一方又は両方を行った場合に算定する。

⑵　「３」の音声機能検査とは、嗄声等の音声障害について、発声状態の総合的分析を行う検査であり、音域検査、声の強さ測定、発声時呼吸流の測定、発声持続時間の測定を組み合わせて、それぞれ又は同時に測定するものをいい、種類及び回数にかかわらず、一連として１回算定する。

Ｄ２５２　扁桃マッサージ法

扁桃マッサージ法は、慢性扁桃炎に対する病巣誘発試験として行われた場合に算定する。

Ｄ２５３　嗅覚検査

⑴　「１」の基準嗅覚検査は、５種の基準臭（Ｔ＆Ｔオルファクトメーター）による嗅力検査である。

⑵　「２」の静脈性嗅覚検査は、有嗅医薬品静注後の嗅感発現までの時間と嗅感の持続時間を測定するものであり、注射の手技料は、所定点数に含まれる。

Ｄ２５４　電気味覚検査

⑴　電気味覚検査については、検査の対象とする支配神経領域に関係なく所定点数を一連につき１回算定する。

⑵　濾紙ディスク法による味覚定量検査は、電気味覚検査により算定する。

Ｄ２５５　精密眼底検査

精密眼底検査は、手持式、額帯式、固定式等の電気検眼鏡による眼底検査をいい、眼底カメラ撮影のみでは算定できない。

Ｄ２５５－２　汎網膜硝子体検査

増殖性網膜症、網膜硝子体界面症候群又は硝子体混濁を伴うぶどう膜炎の患者に対して、散瞳剤を使用し、細隙燈顕微鏡及び特殊レンズを用いて網膜、網膜硝子体界面及び硝子体の検査を行った場合に限り算定する。

Ｄ２５６　眼底カメラ撮影

⑴　眼底カメラ撮影は片側、両側の区別なく所定点数により算定する。

⑵　「通常の方法の場合」と「蛍光眼底法の場合」の双方を行った場合においては、どちらか一方の所定点数により算定する。

⑶　使用したフィルム及び現像の費用は、10円で除して得た点数を加算する。

⑷　インスタントフィルムを使用した場合は、フィルムの費用として10円で除した点数を加算する。なお、１回当たり16点を限度とする。

Ｄ２５７　細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）

⑴　散瞳剤を使用し、前眼部、透光体及び網膜に対して細隙燈顕微鏡検査を行った場合には、検査の回数にかかわらず、１回に限り所定点数を算定する。

⑵　細隙燈を用いた場合であって写真診断を必要として撮影を行った場合は、使用したフィルム代等については、眼底カメラ撮影の例により算定する。

⑶　細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）を行った後、更に必要があって生体染色を施して再検査を行った場合は、再検査１回に限り区分「Ｄ２７３」により算定する。

Ｄ２５８　網膜電位図（ＥＲＧ）

網膜電位図（ＥＲＧ）は、前眼部又は中間透光体に混濁があって、眼底検査が不能の場合又は眼底疾患の場合に限り、誘導数にかかわらず、所定点数により算定する。

Ｄ２５９　精密視野検査

⑴　精密視野検査は、中心視野計又は周辺視野計を用いて視野の測定を行った場合に、それぞ

れ所定点数により算定する。

⑵　河本氏暗点計による検査及び器械を使用しない検査は、基本診療料に含まれる。

Ｄ２６０　量的視野検査

量的視野検査には、全視野にわたって検査する場合のほか、例えば、中心視野を特に重点的に検査する量的中心視野検査等、視野の一定部位を限定して検査する場合があるが、２つ以上の部位にわたって当該検査を同時に実施した場合においても、本区分の所定点数のみを算定する。

Ｄ２６１　屈折検査

⑴　屈折検査は、検眼レンズ等による自覚的屈折検定法又は検影法、レフラクトメーターによる他覚的屈折検定法をいい、両眼若しくは片眼又は検査方法の種類にかかわらず、所定点数により算定し、裸眼視力検査のみでは算定できない。

⑵　散瞳剤又は調節麻痺剤を使用してその前後の屈折の変化を検査した場合には、前後各１回を限度として所定点数を算定する。

⑶　屈折検査と区分「Ｄ２６３」矯正視力検査を併施した場合は、屈折異常の疑いがあるとして初めて検査を行った場合又は眼鏡処方せんを交付した場合に限り併せて算定できる。

Ｄ２６２　調節検査

⑴　調節検査は、近点計等による調節力の測定をいうものであり、両眼若しくは片眼又は検査方法（調節力検査及び調節時間検査等を含む。）の種類にかかわらず、所定点数により算定する。

⑵　負荷調節検査を行った場合であって、負荷の前後に調節検査を行った場合には、所定点数の100分の200の点数を限度として算定する。

Ｄ２６３　矯正視力検査

眼鏡を処方する前後のレンズメーターによる眼鏡検査は、矯正視力検査に含むものとする。

Ｄ２６４　精密眼圧測定

⑴　精密眼圧測定は、ノンコンタクトトノメーター若しくはアプラネーショントノメーターを使用する場合又はディファレンシャル・トノメトリーにより眼内圧を測定する場合（眼球壁の硬性測定検査を行った場合を含む。）をいい、検査の種類にかかわらず、所定点数により算定する。

⑵　網膜中心血管圧測定に際しての精密眼圧測定は、別に算定できない。

⑶　「注」の加算は、水分を多量に摂取させたり、薬剤の注射、点眼若しくは暗室試験等の負荷により眼圧の変化をみた場合又は眼圧計等を使用して前房水の流出率、産出量を測定した場合に、検査の種類、負荷回数にかかわらず、１回のみ所定点数により算定する。

Ｄ２６５－２　角膜形状解析検査

⑴　角膜形状解析検査は、初期円錐角膜などの角膜変形患者、角膜移植後の患者又は高度角膜乱視（２ジオプトリー以上）を伴う白内障患者の手術前後に行われた場合に限り算定する。

⑵　角膜移植後の患者については２か月に１回を限度として算定し、高度角膜乱視を伴う白内障患者については手術の前後各１回に限り算定する。

⑶　角膜変形患者に対して行われる場合は、コンタクトレンズ処方に伴う場合を除く。

Ｄ２６６　光覚検査

光覚検査とは、アダプトメーター等による光覚検査をいう。

Ｄ２６７　色覚検査

「２」の場合には、ランターンテスト及び定量的色盲表検査が含まれるが、色覚検査表による単なるスクリーニング検査は算定しない。

Ｄ２６８　眼筋機能精密検査及び輻輳検査

眼筋機能精密検査及び輻輳検査とは、マドックスによる複像検査、コージオメーターによる

検査、正切スカラによる眼位の検査、輻輳近点検査等をいう。

Ｄ２７２　両眼視機能精密検査

両眼視機能精密検査とは、Worth４灯法、赤フィルター法等による両眼単視検査をいう。

Ｄ２７３　細隙燈顕微鏡検査（前眼部）

⑴　細隙燈顕微鏡検査（前眼部）とは、細隙燈顕微鏡を用いて行う前眼部及び透光体の検査をいうものであり、区分「Ｄ２５７」細隙燈顕微鏡検査（前眼部及び後眼部）と併せて算定できない。

⑵　細隙燈を用いた場合であって、写真診断を必要として撮影を行った場合は、使用したフィルム代等については、眼底カメラ撮影の例により算定する。

⑶　細隙燈顕微鏡検査（前眼部）を行った後、更に必要があって生体染色を施して再検査を行った場合は、再検査１回に限り算定する。

Ｄ２７４　前房隅角検査

前房隅角検査とは、隅角鏡を用いて行う前房隅角検査であり、緑内障等の場合に行う。

Ｄ２７６　網膜中心血管圧測定

⑴　「１」の簡単なものとは、オフタルモ・ダイナモメーターによる網膜中心血管圧測定検査である。

⑵　「２」の複雑なものとは、キャップメーターによる網膜中心血管圧測定検査をいう。

Ｄ２７７　涙液分泌機能検査、涙管通水・通色素検査

涙液分泌機能検査とは、シルメル法等による涙液分泌機能検査をいう。

Ｄ２７８　眼球電位図（ＥＯＧ）

区分「Ｄ２５０」平衡機能検査の「４」電気眼振図と併せて行った場合は、主たる検査の所定点数のみを算定する。

Ｄ２７９　角膜内皮細胞顕微鏡検査

眼内手術、角膜手術における手術の適応の決定及び術後の経過観察の際に算定する。

Ｄ２８０　レーザー前房蛋白細胞数検査

レーザー前房タンパク細胞測定装置を用いて、前眼部炎症の程度を診断するために、前房内のタンパク濃度及び細胞数を測定するものである。

Ｄ２８１　瞳孔機能検査（電子瞳孔計使用）

視神経炎、視神経症等の求心性疾患や動眼神経麻痺、ホルネル症候群、アディー症候群、糖尿病による自律神経障害等の遠心性疾患又は変性疾患及び中毒による疾患の診断を目的として行った場合に算定できる。

Ｄ２８２　中心フリッカー試験

視神経疾患の診断のために行った場合に算定する。

Ｄ２８２－２　ＰＬ(Preferential Looking)法

⑴　ＰＬ法は４歳未満の乳幼児又は通常の視力検査で視力測定ができない患者に対し、粟屋－Mohindra方式等の測定装置を用いて視力測定を行った場合に算定する。

⑵　テラーカード等による簡易測定は本検査には含まれない。

⑶　診療録に検査結果の要点を記載する。

Ｄ２８２－３　コンタクトレンズ検査料

⑴　コンタクトレンズの初回装用者に対して、眼科学的検査を実施し、屈折異常の診断に基づきコンタクトレンズに係る処方を行う等、コンタクトレンズ処方のために眼科学的検査を行った場合は、「１」の「イ」又は「２」の「イ」により算定する。

⑵　コンタクトレンズの既装用者に対して、患者の眼の状態、コンタクトレンズの装用歴等を勘案し、医師が屈折異常に係る継続的な管理の必要性を認め、次回の受診を指示した場合にあっては、当該受診日に行われる眼科学的検査については「１」の「ロ」又は「２」の

「ロ」を算定する。

⑶　当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別な関係ある保険医療機関において過去に「１」の「イ」又は「２」の「イ」を算定した患者に対して「１」の「ロ」又は「２」の「ロ」を算定する場合は、区分「Ａ０００」に掲げる初診料は算定せず、区分「Ａ００１」に掲げる再診料又は区分「Ａ００２」に掲げる外来診療料を算定する。

⑷　コンタクトレンズの既装用者であって、自他覚症状がなく屈折異常以外の新たな疾病の罹患が疑われないにもかかわらず、疾病の予防の観点から定期的に行われる眼科学的検査については、疾病又は負傷に対する療養又は医療の給付に該当しないことから、保険給付の対象とはならない。ただし、コンタクトレンズの既装用者であって、自他覚症状を有する等、新たな疾病の罹患が疑われる場合にあっては、医師の指示した受診日以前であっても、実施された眼科学的検査については「１」の「ロ」又は「２」の「ロ」を算定できる。

⑸　コンタクトレンズ処方のために眼科的検査を行った場合又はコンタクトレンズ装用者に対して眼科学的検査を行った場合は、「１」又は「２」の所定点数を算定し、別に区分「Ｄ２５５」から「Ｄ２８２－２」までに掲げる眼科学的検査を算定することはできない。ただし、新たな疾患の発生（屈折異常以外の疾患の急性増悪を含む。）によりコンタクトレンズの装用を中止しコンタクトレンズの処方を行わない場合又は眼内の手術前後の患者等にあっては、当該点数を算定せず、区分「Ｄ２５５」から「Ｄ２８２－２」までに掲げる眼科学的検査により算定する。なお、この場合においても、区分「Ａ０００」に掲げる初診料は算定せず、区分「Ａ００１」に掲げる再診料又は区分「Ａ００２」に掲げる外来診療料を算定する。

Ｄ２８２－４　ダーモスコピー

ダーモスコピーは、悪性黒色腫、基底細胞癌、ボーエン病、色素性母斑、老人性色素斑、脂漏性角化症、エクリン汗孔腫、血管腫等の色素性皮膚病変の診断の目的で行った場合に、初回の診断日に限り算定する。

Ｄ２８３　発達及び知能検査、Ｄ２８４　人格検査、Ｄ２８５　その他の心理検査

⑴　検査を行うに当たっては、個人検査用として標準化され、かつ、確立された検査方法により行う。

⑵　各区分のうち「１」の「操作が容易なもの」とは、検査及び結果処理に概ね40分以上を要するもの、「２」の「操作が複雑なもの」とは、検査及び結果処理に概ね１時間以上を要するもの、「３」の「操作と処理が極めて複雑なもの」とは、検査及び結果処理に１時間30分以上要するものをいう。

なお、臨床心理・神経心理検査は、医師が自ら、又は医師の指示により他の従事者が自施設において検査及び結果処理を行い、かつその結果に基づき医師が自ら結果を分析した場合にのみ算定する。

⑶　医師は診療録に分析結果を記載する。

⑷　区分「Ｄ２８３」発達及び知能検査の「１」は、津守式乳幼児精神発達検査、牛島乳幼児簡易検査、日本版ミラー幼児発達スクリーニング検査、遠城寺式乳幼児分析的発達検査、デンバー式発達スクリーニング、ＤＡＭグッドイナフ人物画知能検査、フロスティッグ視知覚発達検査、脳研式知能検査、コース立方体組み合わせテスト、レーヴン色彩マトリックス、ＪＡＲＴである。

⑸　区分「Ｄ２８３」発達及び知能検査の「２」はＭＣＣベビーテスト、ＰＢＴピクチュア・ブロック知能検査、新版Ｋ式発達検査、ＷＰＰＳＩ知能診断検査、全訂版田中ビネー知能検査、田中ビネー知能検査Ｖ、鈴木ビネー式知能検査、ＷＩＳＣ－Ⅲ知能検査、ＷＩＳＣ－Ｒ知能検査、ＷＡＩＳ－Ｒ成人知能検査（ＷＡＩＳを含む。）、大脇式盲人用知能検査である。

⑹　区分「Ｄ２８４」人格検査の「１」はパーソナリティイベントリー、モーズレイ性格検査、Ｙ－Ｇ矢田部ギルフォード性格検査、ＴＥＧ－Ⅱ東大式エゴグラム、新版ＴＥＧである。

⑺　区分「Ｄ２８４」人格検査の「２」はバウムテスト、ＳＣＴ、Ｐ－Ｆスタディ、ＭＭＰＩ、ＴＰＩ、ＥＰＰＳ性格検査、１６Ｐ－Ｆ人格検査、描画テスト、ゾンディーテスト、ＰＩＬテストである。

⑻　区分「Ｄ２８４」人格検査の「３」はロールシャッハテスト、ＣＡＰＳ、ＴＡＴ絵画統覚検査、ＣＡＴ幼児児童用絵画統覚検査である。

⑼　区分「Ｄ２８５」その他の心理検査の「１」はＣＡＳ不安測定検査、ＳＤＳうつ性自己評価尺度、ＣＥＳ－Ｄうつ病（抑うつ状態）自己評価尺度、ＨＤＲＳハミルトンうつ病症状評価尺度、ＳＴＡＩ状態・特性不安検査、ＰＯＭＳ、ＩＥＳ－Ｒ、ＰＤＳ、ＴＫ式診断的新親子関係検査、ＣＭＩ健康調査票、ＧＨＱ精神健康評価票、ＭＡＳ不安尺度、ブルドン抹消検査、ＭＥＤＥ多面的初期認知症判定検査、ＷＨＯ　ＱＯＬ２６である。

⑽　区分「Ｄ２８５」その他の心理検査の「２」はベントン視覚記銘検査、内田クレペリン精神検査、三宅式記銘力検査、ベンダーゲシュタルトテスト、ＷＣＳＴウイスコンシン・カード分類検査、ＳＣＩＤ構造化面接法、ＣＬＡＣ－Ⅱである。

⑾　区分「Ｄ２８５」その他の心理検査の「３」はＩＴＰＡ、ＣＬＡＣ－Ⅲ、標準失語症検査、ＷＡＢ失語症検査、老研版失語症検査、Ｋ－ＡＢＣ、ＷＭＳ－Ｒである。

⑿　改訂長谷川式簡易知能評価スケールを用いた検査及び国立精研式認知症スクリーニングテストの費用は、基本診療料に含まれているものであり、別に算定できない。

Ｄ２８６　肝及び腎のクリアランステスト

⑴　肝及び腎のクリアランステストとは、負荷後に検体採取及び検体分析を経時的若しくは連続的に行う検査である。

⑵　肝クリアランステストに該当するものは、ＩＣＧ等を用いた検査であり、腎クリアランステストに該当するものは、ＰＳＰ、チオ硫酸等を負荷して行うクリアランステスト、腎血漿流量測定、糸球体濾過値測定である。

⑶　肝及び腎のクリアランステストは、肝クリアランステスト又は腎クリアランステストのいずれかを実施した場合に算定できる。

⑷　「注２」の注射とは、注射手技料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

Ｄ２８７　内分泌負荷試験

⑴　各負荷試験については、測定回数及び負荷する薬剤の種類にかかわらず、一連のものとして月１回に限り所定点数を算定する。

　なお、「１」の下垂体前葉負荷試験及び「５」の副腎皮質負荷試験以外のものについては、測定するホルモンの種類にかかわらず、一連のものとして算定する。

⑵　内分泌負荷試験において、負荷の前後に係る血中又は尿中のホルモン等測定に際しては、測定回数、測定間隔等にかかわらず、一連のものとして扱い、当該負荷試験の項により算定するものであり、検体検査実施料における生化学的検査(Ⅰ)又は生化学的検査(Ⅱ)の項では算定できない。

⑶　「１」の下垂体前葉負荷試験に含まれるものとしては、下記のものがある。

ア　成長ホルモン（ＧＨ）については、インスリン負荷、アルギニン負荷、Ｌ－ＤＯＰＡ負荷、クロニジン負荷、グルカゴン負荷、プロプラノロール負荷、ブロモクリプチン負荷、睡眠負荷等

イ　ゴナドトロピン（ＬＨ及びＦＳＨ）については、ＬＨ－ＲＨ負荷、クロミフェン負荷等

ウ　甲状腺刺激ホルモン（ＴＳＨ）については、ＴＲＨ負荷等

エ　プロラクチン（ＰＲＬ）については、ＴＲＨ負荷、ブロモクリプチン負荷等

オ　副腎皮質刺激ホルモン（ＡＣＴＨ）については、インスリン負荷、メトピロン負荷、デキサメサゾン負荷、ＣＲＨ負荷等

⑷　「２」の下垂体後葉負荷試験の抗利尿ホルモン（ＡＤＨ）については、水制限、高張食塩

水負荷（カーター・ロビンステスト）等が含まれる。

⑸　「３」の甲状腺負荷試験の甲状腺ホルモンについては、T_3抑制等が含まれる。

⑹　「４」の副甲状腺負荷試験の副甲状腺ホルモン（ＰＴＨ）については、カルシウム負荷、ＰＴＨ負荷（エルスワースハワードテスト）、ＥＤＴＡ負荷等が含まれる。

⑺　「５」の副腎皮質負荷試験に含まれるものとしては、下記のものがある。

ア　鉱質コルチコイド（レニン、アルドステロン）については、フロセマイド負荷、アンギオテンシン負荷等

イ　糖質コルチコイド（コルチゾール、ＤＨＥＡ及びＤＨＥＡＳ）については、ＡＣＴＨ負荷、デキサメサゾン負荷、メトピロン負荷等

⑻　「６」の性腺負荷試験に含まれるものとしては、下記のものがある。

ア　テストステロンについては、ＨＣＧ負荷等

イ　エストラジオールについては、ＨＭＧ負荷等

⑼　「注２」の注射とは、注射手技料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

Ｄ２８８　糖負荷試験

⑴　負荷の前後に係る血中又は尿中のホルモン等測定に際しては、測定回数、測定間隔等にかかわらず、一連のものとして扱い、当該負荷試験の項により算定するものであり、検体検査実施料における生化学的検査(Ⅰ)又は生化学的検査(Ⅱ)の項では算定できない。

⑵　「２」の耐糖能精密検査（常用負荷試験及び血中インスリン測定又は常用負荷試験及び血中Ｃ－ペプタイド測定を行った場合）は、常用負荷試験及び負荷前後の血中インスリン測定又は血中Ｃ－ペプタイド測定を行った場合に算定する。

⑶　乳糖を服用させて行う耐糖試験は、糖負荷試験により算定する。また、使用した薬剤は、区分「Ｄ５００」薬剤により算定する。

⑷　ブドウ糖等を１回負荷し、負荷前後の血糖値等の変動を把握する検査は、糖負荷試験の所定点数により算定する。

⑸　「注」の注射とは、注射手技料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

Ｄ２８９　その他の機能テスト

⑴　胃液分泌刺激テスト

ア　「３」の胃液分泌刺激テストは、生体に分泌刺激物質を投与し、胃液若しくは血液を採取、分析することにより胃液分泌機能を検査するものであり、胃液分泌刺激テストに該当するものは、ガストリン刺激テスト、ヒスタログ刺激試験、Katsch-Kalk法、ヒスタミン法等である。

イ　検査に伴って行った注射、検体採取、検体測定及びエックス線透視の費用は、別に算定できない。

⑵　「３」の胆道機能テストは、十二指腸ゾンデを十二指腸乳頭部まで挿入し、胆道刺激物を投与して十二指腸液を分画採取した場合に算定する。

⑶　「４」のセクレチン試験は、十二指腸液採取用二重管を十二指腸まで挿入し、膵外分泌刺激ホルモンであるセクレチンを静脈注射し、刺激後の膵液量、重炭酸濃度及びアミラーゼ排出量を測定した場合に算定する。

ただし、セクレチン注射の手技料、測定に要する費用、血清酵素逸脱誘発試験の費用等は所定点数に含まれる。

⑷　「注」の注射とは、注射手技料をいい、施用した薬剤の費用は、別途算定する。

Ｄ２９０　卵管通気・通水・通色素検査

卵管通気・通水・通色素検査の所定点数は、両側についての点数であり、検査の種類及び回数にかかわらず、所定点数のみを算定する。

Ｄ２９１　皮内反応検査、ヒナルゴンテスト、鼻アレルギー誘発試験、過敏性転嫁検査、薬物光

貼布試験、最小紅斑量（ＭＥＤ）測定

⑴　皮内反応検査とは、ツベルクリン反応、各種アレルゲンの皮膚貼布試験（皮内テスト、スクラッチテストを含む。）等であり、ツベルクリン、アレルゲン等検査に使用した薬剤に係る費用は、区分「Ｄ５００」薬剤により算定する。

⑵　数種のアレルゲン又は濃度の異なったアレルゲンを用いて皮内反応検査を行った場合は、それぞれにつき１箇所として所定点数を算定するものである。

⑶　薬物投与に当たり、あらかじめ皮内反応、注射等による過敏性検査を行った場合にあっては、皮内反応検査の所定点数は算定できない。

⑷　薬物光線貼布試験、最小紅斑量（ＭＥＤ）測定は、１照射につき１箇所として算定する。

Ｄ２９１－２　小児食物アレルギー負荷検査

⑴　問診及び血液検査等から、食物アレルギーが強く疑われる９歳未満の小児に対し、原因抗原の特定、耐性獲得の確認のために、食物負荷検査を実施した場合に、12月に２回を限度として算定する。

⑵　検査を行うに当たっては、食物アレルギー負荷検査の危険性、必要性、検査方法及びその他の留意事項について、患者又はその家族等に対して文書により説明の上交付するとともに、その文書の写しを診療録に添付すること。

⑶　負荷試験食の費用は所定点数に含まれる。

⑷　小児食物アレルギーの診療にあたっては、「厚生労働科学研究班による食物アレルギーの診療の手引き 2005（平成15～17年度厚生労働科学研究）」を参考とすること。

Ｄ２９３　シンチグラム（画像を伴わないもの）

「４」の肺局所機能検査、脳局所血流検査については、炭酸ガス等を用いて検査を行った場合であっても、所定点数のみを算定する。ただし、使用した炭酸ガスの費用は、別に算定する。

［内視鏡検査に係る共通事項（Ｄ２９５～Ｄ３２４）］

⑴　本節の通則による新生児加算又は乳幼児加算を行う場合には、超音波内視鏡検査実施加算は、所定点数に含まないものとする。

⑵　内視鏡検査の通則２による算定において、区分「Ｄ３１３」大腸ファイバースコピーの「１」から「３」については、同一の検査として扱う。また、準用が通知されている検査については、当該検査が準ずることとされている検査と同一の検査として扱う。

⑶　内視鏡検査に際して第２章第11部に掲げる麻酔を行った場合は、麻酔の費用を別に算定する。

⑷　内視鏡検査で麻酔手技料を別に算定できない麻酔を行った場合の薬剤料は、区分「Ｄ５００」薬剤により算定する。

⑸　処置又は手術と同時に行った内視鏡検査は、別に算定できない。

⑹　内視鏡検査当日に、検査に関連して行う注射の技術料は別に算定できない。

⑺　区分「Ｄ２９５」関節鏡検査から区分「Ｄ３２４」血管内視鏡検査に掲げる内視鏡検査は、次により算定する。

ア　生検用ファイバースコピーを使用して組織の採取を行った場合は、採取した組織の個数にかかわらず、１回の内視鏡検査について区分「Ｄ４１４」内視鏡下生検法に掲げる所定点数を別に算定する。

イ　互いに近接する部位の２以上のファイバースコピー検査を連続的に行った場合には、主たる検査の所定点数のみにより算定する。

ウ　内視鏡検査をエックス線透視下において行った場合にあっても、透視診断料は算定しない。

エ　写真診断を行った場合は、使用フィルム代（現像料及び郵送料を含むが、書留代等は除く。）を10円で除して得た点数を加算して算定するが、撮影料及び診断料並びにデジタル

映像化処理加算は算定しない。

オ　当該保険医療機関以外の医療機関で撮影した内視鏡写真について診断のみを行った場合は、診断料として１回につき所定点数を算定できるが、患者が当該傷病につき当該医療機関で受診していない場合は算定できない。

⑻　区分「Ｄ３０６」食道ファイバースコピー、「Ｄ３０８」胃・十二指腸ファイバースコピー、「Ｄ３１０」小腸ファイバースコピー、「Ｄ３１２」直腸ファイバースコピー又は「Ｄ３１３」大腸ファイバースコピーを行う際に、インジゴカルミン、メチレンブルー、トルイジンブルー、コンゴーレッド等による色素内視鏡法を行った場合は、粘膜点墨法に準じて算定する。ただし、使用される色素の費用は所定点数に含まれる。

Ｄ２９６－２　鼻咽腔直達鏡検査

鼻咽腔直達鏡検査は、区分「Ｄ２９８」嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピーと同時に行った場合は算定できない。

Ｄ２９８　嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピー

嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部ファイバースコピーについては、嗅裂部・鼻咽腔・副鼻腔入口部の全域にわたっての一連の検査として算定する。

Ｄ３０２　気管支ファイバースコピー

「注」の気管支肺胞洗浄法検査加算は、肺胞タンパク症、サルコイドーシス等の診断のために気管支肺胞洗浄を行い、洗浄液を採取した場合に算定する。

Ｄ３０４　縦隔鏡検査

縦隔鏡検査は、主に胸部（肺及び縦隔）の疾病の鑑別、肺癌の転移の有無、手術適応の決定のために用いられるものをいう。

Ｄ３０６　食道ファイバースコピー

⑴　「注」の粘膜点墨法とは、治療範囲の決定、治療後の部位の追跡等を目的として、内視鏡直視下に無菌の墨汁を消化管壁に極少量注射して点状の目印を入れるものである。

⑵　表在性食道がんの診断のための食道ヨード染色法は、粘膜点墨法に準ずる。ただし、染色に使用されるヨードの費用は、所定点数に含まれる。

Ｄ３０７　胃鏡検査、ガストロカメラ

胃鏡検査とガストロカメラは併せて算定できない。

Ｄ３１０　小腸ファイバースコピー

小腸ファイバースコピーは、ダブルバルーン内視鏡を用いて行った場合にも、所定点数により算定できる。

Ｄ３１１　直腸鏡検査

コロンブラッシュ法は、直腸鏡検査の所定点数に、検鏡診断料として沈渣塗抹染色による細胞診断の場合は区分「Ｄ１０２」細胞診検査の所定点数を、また、包埋し組織切片標本を作成し検鏡する場合は、区分「Ｄ１０１」病理組織顕微鏡検査の所定点数を併せて算定する。

Ｄ３１４　腹腔鏡検査

⑴　人工気腹術は、区分「Ｄ３１４」腹腔鏡検査に伴って行われる場合にあっては、別に算定できない。

⑵　区分「Ｄ３１４」腹腔鏡検査を、区分「Ｄ３１５」腹腔ファイバースコピーと同時に行った場合は主たるものの所定点数を算定する。

Ｄ３１７　膀胱尿道ファイバースコピー

⑴　膀胱尿道ファイバースコピーを必要とする場合において、膀胱結石等により疼痛が甚しいとき、あるいは著しく患者の知覚過敏なとき等にキシロカインゼリーを使用した場合における薬剤料は、区分「Ｄ５００」薬剤により算定する。

⑵　膀胱尿道ファイバースコピーにインジゴカルミンを使用した場合は、区分「Ｄ２８９」そ

の他の機能テストの「２」の所定点数を加算する。

⑶　膀胱尿道ファイバースコピーについては、ファイバースコープを用いた前部尿道から膀胱までの一連の検査を含むものとする。

なお、ファイバースコープ以外の場合の膀胱鏡検査のみ又は尿道鏡検査のみでは所定点数は算定できない。

Ｄ３１８　尿管カテーテル法（両側）

尿管カテーテル法は、ファイバースコープを用いて尿管の通過障害、結石、腫瘍等の検索を行った場合に算定できるもので、同時に行う区分「Ｄ３１７」膀胱尿道ファイバースコピーを含む。

なお、ファイバースコープ以外の膀胱鏡による場合には算定できない。

Ｄ３１９　腎盂尿管ファイバースコピー（片側）

腎盂尿管ファイバースコピーの所定点数には、ファイバースコープを用いた前部尿道から腎盂までの一連の検査を含む。

Ｄ３２０　ヒステロスコピー

ヒステロスコピーに際して、子宮腔内の出血により子宮鏡検査が困難なため、子宮鏡検査時の腔内灌流液を使用した場合における薬剤料は、区分「Ｄ５００」薬剤により算定する。ただし、注入手技料は算定しない。

Ｄ３２５　肺臓カテーテル法、肝臓カテーテル法、膵臓カテーテル法

⑴　造影剤を使用した場合においても、血管造影等のエックス線診断の費用は、別に算定しない。

⑵　検査を実施した後の縫合に用する費用は、所定点数に含まれる。

第４節　診断穿刺・検体採取料

１　各部位の穿刺・針生検においては、同一部位において２か所以上行った場合にも、所定点数のみの算定とする。

２　診断穿刺・検体採取後の創傷処置については、区分「Ｊ０００」創傷処置として翌日より算定できる。

３　同一日に実施された下記に掲げる穿刺と同一の処置としての穿刺については、いずれか一方のみ算定する。

⑴　脳室穿刺

⑵　後頭下穿刺

⑶　腰椎穿刺、胸椎穿刺又は頸椎穿刺

⑷　骨髄穿刺

⑸　関節穿刺

⑹　上顎洞穿刺並びに扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺

⑺　腎嚢胞又は水腎症穿刺

⑻　ダグラス窩穿刺

⑼　リンパ節等穿刺

⑽　乳腺穿刺

⑾　甲状腺穿刺

４　区分「Ｄ４０９」リンパ節等穿刺又は針生検から区分「Ｄ４１３」前立腺針生検法までに掲げるものをＣＴ透視下に行った場合は、区分「Ｅ２００」コンピューター断層撮影の所定点数を別途算定する。ただし、第２章第４部第３節コンピューター断層撮影診断料の通則２に規定する場合にあっては、通則２に掲げる点数を算定する。

Ｄ４００　血液採取

血液採取に係る乳幼児加算は、「１」の静脈及び「２」のその他のそれぞれについて加算す

るものである。

Ｄ４１２　経皮的針生検法

経皮的針生検法とは、区分「Ｄ４０９」、「Ｄ４１０」、「Ｄ４１１」及び区分「Ｄ４１３」に掲げる針生検以外の臓器に係る経皮的針生検をいう。

なお、所定点数には透視（ＣＴ透視を除く。）、心電図及び超音波検査が含まれており、別途算定できない。

Ｄ４１４　内視鏡下生検法

「１臓器」の取扱いについては、「Ｄ１０１」病理組織顕微鏡検査に準ずる。

Ｄ４１５　経気管肺生検法

⑴　経気管肺生検法と同時に行われるエックス線透視に係る費用は、当該検査料に含まれる。

また、写真診断を行った場合は、フィルム代のみ算定できるが、撮影料、診断料は算定できない。

⑵　経気管肺生検法は、採取部位の数にかかわらず、所定点数のみ算定する。

⑶　区分「Ｄ３０２」に掲げる気管支ファイバースコピーの点数は別に算定できない。

Ｄ４１６　臓器穿刺、組織採取

「２」の開腹による臓器穿刺、組織採取については、穿刺回数、採取臓器数又は採取した組織の数にかかわらず、１回として算定する。

Ｄ４１９　その他の検体採取

⑴　「１」の胃液・十二指腸液採取については、１回採取、分割採取にかかわらず、この項の所定点数により算定するものとし、ゾンデ挿入に伴いエックス線透視を行った場合においても、エックス線透視料は、別に算定しない。

⑵　「２」の胸水・腹水採取の所定点数には、採取及び簡単な液検査（肉眼的性状観察、リバルタ反応、顕微鏡による細胞の数及び種類の検査）の費用が含まれる。

なお、塗抹染色顕微鏡検査を行った場合は、区分「Ｄ０１７」排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査により、細胞診検査を行った場合は、区分「Ｄ１０２」細胞診検査により、血液化学検査を行った場合は、区分「Ｄ００４」穿刺液・採取液検査の「１６」その他により算定する。

⑶　人工腎臓、人工心肺等の回路から動脈血採取を行った場合の採血料は算定できない。

第４部　画像診断

＜通則＞

１　薬剤料

⑴　画像診断のために使用した薬剤料は別に算定できるが、投薬に係る処方料、処方せん料、調剤料及び調剤技術基本料並びに注射に係る注射料は別に算定できない。

⑵　画像診断のために使用した造影剤又は造影剤以外の薬剤は、区分「Ｅ３００」に掲げる薬剤料により算定する。

２　画像診断に当たって、麻酔を行った場合は、第２章第11部麻酔に規定する所定点数を別に算定する。ただし、麻酔手技料を別に算定できない麻酔を行った場合の薬剤料は、第４節薬剤料の規定に基づき算定できる。

３　時間外緊急院内画像診断加算

⑴　保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜に入院中の患者以外の患者に対して診療を行った際、医師が緊急に画像診断を行う必要性を認め、当該保険医療機関において、当該保険医療機関の従事者が当該保険医療機関に具備されている画像診断機器を用いて当該画像撮影及び診断を実施した場合に限り算定できる。

⑵　画像診断の開始時間が診療時間以外の時間、休日又は深夜に該当する場合に当該加算を算定する。なお時間外等の定義については、区分「Ａ０００」初診料の時間外加算等における定義と同様であること。

⑶　同一患者に同一日に２回以上、時間外、休日又は深夜の診療を行い、その都度緊急の画像診断を行った場合（複数の区分にまたがる場合を含む。）においても１回のみの算定とする。

⑷　入院中の患者には当該加算は算定できない。ただし、時間外、休日又は深夜に外来を受診した患者に対し、画像診断の結果入院の必要性を認めて、引き続き入院となった場合はこの限りではない。

⑸　時間外緊急院内画像診断加算は他の医療機関で撮影されたフィルムを診断した場合は算定できない。

⑹　緊急に画像診断を要する場合とは、直ちに何らかの処置・手術等が必要な患者であって、通常の診察のみでは的確な診断が下せず、なおかつ通常の画像診断が整う時間まで画像診断の実施を見合わせることができないような重篤な場合をいう。

４　画像診断に当たって通常使用される患者の衣類の費用は、画像診断の所定点数に含まれる。

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主治医に報告した場合に、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ー断層撮影の全てについて、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主治医に報告した場合に、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。

６　遠隔画像診断を行った場合は、送信側の保険医療機関において撮影料、診断料及び画像診断管理加算（当該加算の算定要件を満たす場合に限る。）を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用については受信側、送信側の医療機関間における相互の合議に委ね

るものとする。

第１節　エックス線診断料

１　エックス線診断に係る一般的事項

⑴　エックス線写真撮影の際に失敗等により、再撮影をした場合については再撮影に要した費用は算定できない。再撮影に要した費用は、その理由が患者の故意又は重大な過失による場合を除き、当該保険医療機関の負担とする。

⑵　「２」又は「３」の「同一の部位」とは、部位的な一致に加え、腎と尿管、胸椎下部と腰椎上部のように通常同一フィルム面に撮影し得る範囲をいう。

　ただし、食道・胃・十二指腸、血管系（血管及び心臓）、リンパ管系及び脳脊髄腔については、それぞれ全体を「同一の部位」として取り扱うものである。

⑶　「２」又は「３」の「同時に」とは、診断するため予定される一連の経過の間に行われたものをいう。例えば、消化管の造影剤使用写真診断（食道・胃・十二指腸等）において、造影剤を嚥下させて写真撮影し、その後２～３時間経過して再びレリーフ像を撮影した場合は、その診断料は100分の50とする。

　ただし、胸部単純写真を撮影して診断した結果、断層像の撮影の必要性を認めて、当該断層像の撮影を行った場合等、第１の写真診断を行った後に別種の第２の撮影、診断の必要性を認めて第２の撮影診断を行った場合は、「同時に」には該当せず、第２の診断についても100分の50とはしない。

⑷　「２」の「２以上のエックス線撮影」とは、撮影料が別に定められている単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影のうち２種以上の撮影を行った場合をいう。

⑸　「３」の「同一の方法」による撮影とは、単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影のそれぞれの撮影方法をいう。

⑹　特殊撮影、乳房撮影、心臓及び冠動脈の造影剤使用撮影の診断料及び撮影料は、フィルム枚数にかかわらず、一連のものについて１回として算定する。ただし、別個に撮影した両側の肺野の断層写真等、撮影部位の異なる場合（乳房撮影を除く。）は、部位ごとに１回とする。

⑺　次の場合は、「同一の方法」の繰り返しと考えられるので、「３」の算定方法が適用される。ただし、ウについては、いずれか一方の写真診断の結果、他法による撮影の必要性を認め、診断を行った場合は「同時に」には該当しないので、胸部単純撮影及び胸椎撮影のそれぞれについて「３」の適用となるか否かを判断すること。なお、仮にそれぞれについて同時に２枚以上のフィルムが使用されれば「３」の適用となること。

ア　脊椎の単純撮影において、頸椎及び胸椎上部を正面・側面等曝射の角度を変えて数回にわたって撮影した場合

イ　胸部単純撮影と肺尖撮影を併施した場合

ウ　胸部単純撮影と胸椎撮影を併施した場合

エ　消化管造影において、食道・胃・十二指腸を背腹・腹背等体位を変換させて数回にわたって撮影した場合

オ　耳鼻科領域におけるシュラー法、ステンバー法及びマイヤー法のうち、２方法以上の撮影を併せて実施した場合

⑻　耳・肘・膝等の対称器官又は対称部位の健側を患側の対照として撮影する場合における撮影料、診断料については、同一部位の同時撮影を行った場合と同じ取扱いとする。

⑼　２枚目以降100分の50で算定する場合及び間接撮影を行った場合に端数が生じる場合の端数処理は、点数計算の最後に行うものとする。

例　２枚の頭部単純エックス線撮影を行った場合

［診断料］　85点＋85点×0.5 ＝　127.5点　→（四捨五入）　→　128点

［撮影料］　65点＋65点×0.5 ＝　97.5点　→（四捨五入）　→　98点

３枚の頭部単純エックス線撮影を行った場合

［診断料］　85点＋85点×0.5 × 2＝　170点

［撮影料］　65点＋65点×0.5 × 2＝　130点

２枚の胸部エックス線間接撮影を行った場合

［診断料］　85点×0.5＋85点×0.5×0.5＝　63.75点　→（四捨五入）　→　64点

［撮影料］　65点×0.5＋65点×0.5×0.5＝　48.75点　→（四捨五入）　→　49点

２　デジタル映像化処理加算

⑴　デジタル映像化処理とは、デジタル・サブトラクション・アンギオグラフィー法、コンピューテッド・ラジオグラフィー法又はデジタル透視撮影法をいい、２以上を実施した場合にあっては、主たる処理をもって算定する。

なお、デジタル透視撮影法とは、超細密イメージング・インテンシファイアー及び超細密ビデオカメラを用いてデジタル映像化処理を行うものをいう。

⑵　フィルムへのプリントアウトを行わずに画像を電子媒体に保存した場合であっても、デジタル映像化処理として本加算を算定できる。

⑶　デジタル映像化処理は、同一の部位につき、同時に２種類以上の撮影方法を使用した場合は一連の撮影とみなし、主たる撮影の点数のみ算定する。

⑷　デジタル映像化処理加算は、撮影に当たってデジタル映像化処理を行った場合に算定し、他の医療機関で撮影したフィルムについて診断のみ行った場合には算定しない。

Ｅ０００　透視診断

⑴　本項の透視診断とは、透視による疾病、病巣の診断を評価するものであり、特に別途疑義解釈通知等により取扱いを示した場合を除き、消化管の造影剤使用撮影に際し腸管の所要の位置に造影剤が到達しているか否かを透視により検査する場合等、撮影の時期決定や準備手段又は他の検査、注射、処置及び手術の補助手段として行う透視については算定できない。

⑵　造影剤を使用する透視診断は一連の診断目的のために行うものについては、時間を隔てて行う場合であっても１回として算定する。ただし、腸管の透視を時間を隔てて数回行いその時間が数時間にわたる場合には、２回以上として算定できる。その基準は概ね２時間に１回とする。

Ｅ００１　写真診断

⑴　他の医療機関で撮影したフィルムについての診断料は撮影部位及び撮影方法（単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影）別に１回の算定とする。例えば、胸部単純写真と断層像についてであれば２回として算定できる。

ただし、１つの撮影方法については撮影回数、写真枚数にかかわらず１回として算定する。

⑵　写真診断においては、耳、副鼻腔は頭部として、骨盤、腎、尿管、膀胱は腹部として、そ

れぞれ「１」の「イ」により算定する。また、頸部、腋窩、股関節部、肩関節部、肩胛骨又は鎖骨にあっても、「１」の「イ」により算定する。

⑶　写真診断に掲げる所定点数は、フィルムへのプリントアウトを行わずに画像を電子媒体に保存した場合にも算定できる。

⑷　イメージ・インテンシファイアー間接撮影装置によるエックス線撮影については、診断料及び撮影料は間接撮影の場合の所定点数により算定できる。また、同一部位に対し直接撮影を併せて行った場合は、イメージ・インテンシファイアー間接撮影装置による一連の撮影として間接撮影の場合の所定点数のみを算定する。

Ｅ００２　撮影

⑴　高圧撮影、拡大撮影及び軟部組織撮影は、「１」の単純撮影として算定する。

⑵　エックス線フィルムサブトラクションについては、反転フィルムの作成の費用として、一連につき、「１」及び区分「Ｅ４００」フィルムによって算定し、診断料は別に算定できない。なお、診療継続中の患者であって診療上の必要性を認め以前撮影した脳血管造影フィルムを用いてサブトラクションを実施した場合であっても、反転フィルムの作成の費用及びフィルム料は算定できるが、診断料は別に算定できない。

⑶　特殊撮影とは、パントモグラフィー、断層撮影（同時多層撮影、回転横断撮影を含む。）、スポット撮影（胃、胆嚢及び腸）、側頭骨・上顎骨・副鼻腔曲面断層撮影及び児頭骨盤不均衡特殊撮影（側面撮影及び骨盤入口撮影後、側面、骨盤入口撮影のフィルムに対し特殊ルーラー（計測板）の重複撮影を行う方法をいう。）をいう。なお、胃のスポット撮影、胆嚢スポット撮影及び腸スポット撮影については、消化管撮影の一連の診断行為の１つとみなされる場合であっても、第１節エックス線診断料の「２」の適用の対象とする。

⑷　撮影に掲げる所定点数は、フィルムへのプリントアウトを行わずに画像を電子媒体に保存した場合にも算定できる。

⑸　造影剤使用撮影時の算定方法

ア　造影剤使用撮影とは、血管造影、瘻孔造影及び気造影等の造影剤を使用して行った撮影をいう。

イ　二重造影は、消化管診断に含まれ、別に算定できないが、その際に使用される発泡錠は薬剤料として別に算定できる。

ウ　椎間板の変性を見るため、エックス線透視下に造影剤を使用し、椎間板を求めて１～３か所注入し、四ツ切フィルム２枚のエックス線写真診断を行った場合は、「３」により算定する。

エ　高速心大血管連続撮影装置による撮影は、「３」により算定する。

オ　子宮卵管造影法による検査は、区分「Ｅ００１」写真診断の「３」、区分「Ｅ００２」撮影の「３」、区分「Ｅ００３」造影剤注入手技の「６」の「ロ」、区分「Ｅ３００」薬剤及び区分「Ｅ４００」フィルムにより算定する。

⑹　乳房撮影とは、当該撮影専用の機器を用いて、原則として両側の乳房に対し、それぞれ２方向以上の撮影を行うものをいい、両側について一連として算定する。

⑺　「注２」により新生児加算又は乳幼児加算を行う場合の所定点数とは、「１」、「２」、「３」（「注３」による加算を含む。）又は「４」の点数（間接撮影の場合は100分の50に相当する点数）をいう。

なお、新生児加算又は乳幼児加算を行う場合に端数が生じる場合の端数処理は、当該撮影の最後に行うものとする。

例　単純撮影における新生児加算又は乳幼児加算を行う場合の端数処理の例

１枚撮影の場合

［新生児加算］　65点×1.3 ＝84.5 点→（四捨五入）→　85点

［乳幼児加算］　65点×1.15＝74.75点→（四捨五入）→　75点

３枚撮影の場合

［新生児加算］　65点×1.3 ＋65点×1.3 ×0.5 × 2＝169　点

［乳幼児加算］　65点×1.15＋65点×1.15×0.5 × 2＝149.5点 →（四捨五入）→150点

Ｅ００３　造影剤注入手技

⑴　造影剤注入手技料は、造影剤使用撮影を行うに当たって造影剤を注入した場合に算定する。ただし、同一日に点滴注射を算定した場合は造影剤注入手技「１」点滴注射の所定点数は重複して算定できない。

⑵　「３」の動脈造影カテーテル法及び「４」の静脈造影カテーテル法とは、血管造影用カテーテルを用いて行った造影剤注入手技をいう。

⑶　「３」の「イ」は、主要血管である総頸動脈、椎骨動脈、鎖骨下動脈、気管支動脈、腎動脈、腹部動脈（腹腔動脈、上及び下腸間膜動脈をも含む。）、骨盤動脈又は各四肢の動脈の分枝血管を選択的に造影撮影した場合、分枝血管の数にかかわらず１回に限り算定できる。

総頸動脈、椎骨動脈、鎖骨下動脈、気管支動脈及び腎動脈の左右両側をあわせて造影した場合であっても一連の主要血管として所定点数は１回に限り算定する。

⑷　静脈造影カテーテル法は、副腎静脈、奇静脈又は脊椎静脈に対して実施した場合に算定できる。

⑸　「６」の「イ」注腸を実施する際の前処置として行った高位浣腸の処置料は所定点数に含まれ、別途算定できない。

⑹　「６」の「ロ」その他のものとは、腰椎穿刺注入、胸椎穿刺注入、頸椎穿刺注入、関節腔内注入、上顎洞穿刺注入、気管内注入（内視鏡下の造影剤注入によらないもの）、子宮卵管内注入、胃・十二指腸ゾンデ挿入による注入、膀胱内注入、腎盂内注入及び唾液腺注入をいう。

⑺　経皮経肝胆管造影における造影剤注入手技は区分「Ｄ３１４」により算定し、胆管に留置したドレーンチューブ等からの造影剤注入手技は区分「Ｅ００３」の「６」の「ロ」により算定する。

⑻　精嚢撮影を行うための精管切開は、区分「Ｋ８２９」により算定する。

⑼　造影剤を注入するために観血手術を行った場合は、当該観血手術の所定点数をあわせて算定する。

⑽　リンパ管造影を行うときの造影剤注入のための観血手術及び注入の手技料は、あわせて、区分「Ｋ６２６」リンパ節摘出術の「１」により算定する。

Ｅ００４　基本的エックス線診断料

⑴　基本的エックス線診断料は、特定機能病院の入院医療において通常行われる基本的な画像診断について、その適正化及び請求事務の簡素化の観点から包括化して入院日数に応じた算

定を行うものである。

⑵　１月を通じて、基本的エックス線診断料に包括されている画像診断項目のいずれも行われなかった場合は、当該月は本診断料は算定できない。

⑶　写真診断及び撮影を行い、これに伴って使用されるフィルムは、別に算定できる。

⑷　基本的エックス線診断料を算定している患者に対して、デジタル映像化処理を行った場合は、一連の撮影ごとに第１節のエックス線診断料の「４」に規定するデジタル映像化処理加算を別に算定できる。

⑸　基本的エックス線診断料を算定している患者に対して、エックス線フィルムサブトラクションを行った場合は、基本的エックス線診断料の他、手技料として区分「Ｅ００２」の「１」の点数を算定できる。

⑹　基本的エックス線診断料に含まれない画像診断を行った場合は、別途当該画像診断に係る所定点数を算定できる。

⑺　単純撮影を２枚以上撮影した場合又は間接撮影を行った場合にあっても、手技料は基本的エックス線診断料に含まれ、別に算定できない。

⑻　入院日数については、入院基本料とは異なり、入院の都度当該入院の初日から数え、また、退院日も算定対象となる。なお、外泊期間中は、入院日数に含まれない。

⑼　療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第１章第２部第２節に規定するＨＩＶ感染者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第３節に規定する特定入院料を算定している患者については、基本的エックス線診断料は別に算定しないが、入院日数は入院初日から数える。

第２節　核医学診断料

１　核医学診断に係る一般的事項

「１」に規定する核医学診断に係る所定点数とは、区分「Ｅ１００」から区分「Ｅ１０１－３」までに掲げる所定点数及び区分「Ｅ１０２」に掲げる所定点数を合算した点数をいう。

２　「３」に規定する画像処理とは、画像を電子媒体に保存して処理するものをいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該撮影に係るフィルムの費用は算定出来ない。

３　ラジオアイソトープの費用

ラジオアイソトープの費用を算定する場合は、「使用薬剤の薬価（薬価基準）」の定めるところによる。

Ｅ１００　シンチグラム（画像を伴うもの）

「注３」の加算における所定点数には「注２」による加算は含まれない。

Ｅ１０１　シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影

⑴　シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影は、同一のラジオアイソトープを使用した一連の検査につき、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾病の種類等にかかわらず所定点数のみにより算定する。

⑵　「注２」及び「注３」の加算における所定点数とは、「注１」から「注３」までの加算を含まない点数である。

Ｅ１０１－２　ポジトロン断層撮影

⑴　ポジトロン断層撮影は、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾患の種類等にかかわらず所定点数のみにより算定する。

⑵　^{18}ＦＤＧを用いたポジトロン断層撮影については、てんかん、虚血性心疾患、悪性腫瘍（脳腫瘍、頭頸部癌、肺癌、乳癌、食道癌、膵癌、転移性肝癌、大腸癌、子宮癌、卵巣癌、悪性リンパ腫、悪性黒色腫及び原発不明癌に限る。）の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。

１．てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。
２．虚血性心疾患	虚血性心疾患による心不全患者で、心筋組織のバイアビリティ診断が必要とされる患者に使用する。ただし、通常の心筋血流シンチグラフィで判定困難な場合に限るものとする。
３．肺　癌	以下のいずれかに該当する患者に使用する。 ・　他の検査、画像診断により肺癌の存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない患者 ・　他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者
４．乳　癌	以下のいずれかに該当する患者に使用する。 ・　他の検査、画像診断により乳癌の存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない患者 ・　他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者
５．大腸癌	以下のいずれかに該当する患者に使用する。 ・　他の検査、画像診断により大腸癌の存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない患者 ・　他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者
６．頭頸部癌	以下のいずれかに該当する患者に使用する。 ・　他の検査、画像診断により頭頸部癌の存在を疑うが、病理診断により確定診断が得られない患者 ・　他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者
７．脳腫瘍	他の検査、画像診断により転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。

８．膵　癌	以下のいずれかに該当する患者に使用する。 ・　他の検査、画像診断により膵癌の存在を疑うが、腫瘤形成性膵炎と鑑別が困難な患者 ・　他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者
９．悪性リンパ腫	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。
10．転移性肝癌	以下のいずれかに該当する患者に使用する。 ・　他の検査、画像診断により転移性肝癌を疑うが、病理診断により確定診断の得られない患者 ・　原発巣の不明な患者
11．原発不明癌	リンパ節生検、画像診断等で転移巣が疑われ、かつ、腫瘍マーカーが高値を示す等、悪性腫瘍の存在を疑うが、原発巣の不明な患者に使用する。
12．悪性黒色腫	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。
13．食道癌	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。
14．子宮癌	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。
15．卵巣癌	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。

⑶　^{18}ＦＤＧ製剤を医療機関内で製造する場合は、^{18}ＦＤＧ製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。

⑷　当該画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的でシンチグラム（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）を実施した場合には、主たるもののみを算定する。

⑸　ポジトロン断層撮影と同時に同一の機器を用いて行ったコンピューター断層撮影の費用はポジトロン断層撮影の所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑹　^{15}Ｏ標識ガス剤を用いた場合に当該画像診断に伴って行われる血液ガス分析の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑺　ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の^{15}Ｏ標識ガス剤の合成及び吸入に係る費用並びに^{18}ＦＤＧの合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｅ１０１－３　ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影

⑴　ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影は、Ｘ線ＣＴ組合せ型ポジトロンＣＴ装置を用いて、診断用の画像としてポジトロン断層撮影画像、コンピューター断層撮影画像及び両者の融合画像を取得するものをいい、ポジトロン断層撮影画像の吸収補正用としてのみコンピューター断層撮影を行った場合は該当しない。また、撮影の方向、スライスの数、撮影の部位数及び疾患の種類等にかかわらず所定点数により算定する。

⑵　同一月に、区分「Ｅ２００」のコンピューター断層撮影を行った後にポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を行う場合は、本区分は算定せず、区分「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影により算定する。

⑶　^{18}ＦＤＧを用いたポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影については、てんかん、悪性腫瘍（頭頸部癌、肺癌、乳癌、食道癌、膵癌、転移性肝癌、大腸癌、子宮癌、卵巣癌、悪性リンパ腫、悪性黒色腫及び原発不明癌に限る。）の診断を目的とし、次の表に定める要件を満たす場合に限り算定する。ただし、表中の「画像診断」からは、コンピューター断層撮影に係るものを除く。次の表に定める要件は満たさないが、区分「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影に定める要件を満たす場合は、区分「Ｅ１０１－２」により算定する。

１．てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。
２．肺　癌	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。
３．乳　癌	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。
４．大腸癌	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。
５．頭頸部癌	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。
６．膵　癌	以下のいずれかに該当する患者に使用する。 ・　他の検査、画像診断により膵癌の存在を疑うが、腫瘤形成性膵炎と鑑別が困難な患者 ・　他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者
７．悪性リンパ腫	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。

８．転移性肝癌	以下のいずれかに該当する患者に使用する。 ・　他の検査、画像診断により転移性肝癌を疑うが、病理診断により確定診断の得られない患者 ・　原発巣の不明な患者
９．原発不明癌	リンパ節生検、画像診断等で転移巣が疑われ、かつ、腫瘍マーカーが高値を示す等、悪性腫瘍の存在を疑うが、原発巣の不明な患者に使用する。
10．悪性黒色腫	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。
11．食道癌	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。
12．子宮癌	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。
13．卵巣癌	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。

⑷　^{18}ＦＤＧ製剤を医療機関内で製造する場合は、^{18}ＦＤＧ製剤の製造に係る衛生管理、品質管理等については、関係学会の定める基準を参考として、十分安全な体制を整備した上で実施すること。

⑸　撮影に当たって造影剤を使用した場合は、区分「Ｅ２００」コンピューター断層撮影の「注４」の加算を本区分に対する加算として併せて算定する。

⑹　当該画像診断を実施した同一月内に悪性腫瘍の診断の目的でシンチグラム（ガリウムにより標識された放射性医薬品を用いるものに限る。）を実施した場合には、主たるもののみを算定する。

⑺　^{15}Ｏ標識ガス剤を用いた場合に当該画像診断に伴って行われる血液ガス分析の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑻　ターゲットガス（窒素、酸素、二酸化炭素）等の^{15}Ｏ標識ガス剤の合成に係る費用及び^{15}Ｏ標識ガス剤の吸入に係る費用並びに^{18}ＦＤＧの合成及び注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｅ１０２　核医学診断

⑴　核医学診断料は、実施したＥ１００からＥ１０１－３までに掲げる各区分の種類又は回数にかかわらず、月１回の算定とし、初回のシンチグラム（画像を伴うもの）、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を実施する日に算定する。

⑵　同一月内において入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科においてシンチグラム（画像を伴うもの）、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、ポジトロン断層撮影又はポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を実施した場合においては、入院若しくは外来又は診療科の別にかかわらず、月１回に限り算定する。

第３節　コンピューター断層撮影診断料

１　コンピューター断層撮影と磁気共鳴コンピューター断層撮影を行う際の取扱い

⑴　同一月に区分「Ｅ１０１－３」のポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影を行った後に区分「Ｅ２００」のコンピューター断層撮影又は区分「Ｅ２０２」の磁気共鳴コンピューター断層撮影を行った場合には、当該コンピューター断層撮影又は磁気共鳴コンピューター断層撮影については、２回目以降として第３節の通則「２」の例により算定する。

⑵　開設者が同一である複数の保険医療機関又は検査施設提供の契約を結んだ複数の医療機関において、同一の患者につき、コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に２回以上行った場合は、当該月の２回目以降の断層撮影について、「２」により算定する。

２　「３」に規定する画像処理とは、画像を電子媒体に保存して処理するものをいい、フィルムへのプリントアウトを行った場合にも当該加算を算定することができるが、本加算を算定した場合には当該撮影に係るフィルムの費用は算定できない。

３　「４」の加算における所定点数には、区分「Ｅ２００」の「注４」及び区分「Ｅ２０２」の「注４」による加算が含まれる。

Ｅ２００　コンピューター断層撮影

⑴　コンピューター断層撮影は、スライスの数、疾患の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。

⑵　「１」から「３」までに掲げる撮影のうち２以上のものを同時に行った場合は主たる撮影の所定点数のみにより算定する。また、四肢のコンピューター断層撮影を同時に２肢以上に対して行った場合も一連のものとして所定点数のみを算定する。

⑶　単純ＣＴ撮影の「イ」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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、マルチスライスＣＴを使用して撮影を行った場合に限り算定する。

⑷　特殊ＣＴ撮影は、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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、ヘリカルＣＴ又はマルチスライスＣＴを使用して血管腔を描出した場合に限り算定する。

⑸　「注４」の単純ＣＴ撮影及び特殊ＣＴ撮影における「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射、点滴注射、腔内注入及び穿刺注入等により造影剤使用撮影を行った場合をいう。ただし、経口造影剤を使用した場合を除く。

⑹　造影剤を使用しない単純ＣＴ撮影又は特殊ＣＴ撮影を行い、引き続き造影剤を使用して撮影を行った場合は、所定点数及び造影剤の使用による加算点数のみにより算定する。

⑺　造影剤を使用してコンピューター断層撮影を行った場合、閉鎖循環式全身麻酔に限り麻酔手技料を別に算定できる。

Ｅ２０２　磁気共鳴コンピューター断層撮影

⑴　磁気共鳴コンピューター断層撮影は、画像のとり方、画像処理法の種類、スライスの数、撮影の部位数、疾病の種類等にかかわらず、所定点数のみにより算定する。

⑵　「１」及び「２」に掲げる撮影のうち２以上のものを同時に行った場合は、主たる撮影の所定点数のみにより算定する。また、四肢の磁気共鳴コンピューター断層撮影を同時に２肢以上に対して行った場合も一連のものとして所定点数のみを算定する。

⑶　単純ＭＲＩ撮影の「イ」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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、1.5テスラ以上のＭＲＩを使用して撮影を行った場合に限り算定する。

⑷　特殊ＭＲＩ撮影は、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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において、1.0テスラ以上のＭＲＩを使用して血管腔又は膵胆管及び胆嚢を描出した場合に限り算定する。ただし、脳血管を除く血管腔の描出に関しては造影剤を使用し、撮影対象部位の動脈及び静脈を分離して描出した場合に限り算定できる。

⑸　「注３」の「造影剤を使用した場合」とは、静脈内注射等により造影剤使用撮影を行った場合をいう。ただし、経口造影剤を使用した場合は除く。

⑹　造影剤を使用しない磁気共鳴コンピューター断層撮影を行い、引き続き造影剤を使用して撮影を行った場合は、所定点数及び造影剤の使用による加算点数のみにより算定する。

⑺　造影剤を使用して磁気共鳴コンピューター断層撮影を行った場合、閉鎖循環式全身麻酔に限り麻酔手技料を別に算定できる。

Ｅ２０３　コンピューター断層診断

⑴　コンピューター断層診断は、実施したコンピューター断層撮影（磁気共鳴コンピューター断層撮影及び非放射性キセノン脳血流動態検査を含み、区分「Ｅ１０１－３」のポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影は含まない。以下同じ。）の種類又は回数にかかわらず、月１回の算定とし、初回のコンピューター断層撮影を実施する日に算定する。

⑵　同一月内において、入院及び外来の両方又は入院中に複数の診療科において、コンピューター断層撮影を実施した場合は、入院若しくは外来又は診療科の別にかかわらず、月１回の算定とする。

⑶　当該医療機関以外の医療機関で撮影したフィルムについて診断を行った場合には、初診料を算定した日に限り、コンピューター断層診断料を算定できる。

第５部　投薬　＜通則＞

１　投薬の費用は、第１節調剤料、第２節処方料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料及び第６節調剤技術基本料に掲げる所定点数を合算した点数で算定する。ただし、処方せんを交付した場合は第５節処方せん料に掲げる所定点数のみを算定する。

なお、使用薬剤の薬価（薬価基準）に収載されている臨床試用医薬品を使用した場合は、薬剤料は算定せず、調剤料、処方料、特定保険医療材料料、調剤技術基本料のみを算定する。

２　別に規定する場合を除き、入院実日数を超えて投薬を算定することができる。退院時の投薬については、服用の日の如何にかかわらず入院患者に対する投薬として扱う。

３　投薬時における薬剤の容器は、原則として保険医療機関から患者へ貸与するものとする。なお、患者が希望する場合には、患者にその実費負担を求めて容器を交付できるが、患者が当該容器を返還した場合には、当該容器本体部分が再使用できるものについて当該実費を返還しなければならない。

４　患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることは認められない。

５　保険医療機関が患者に喘息治療剤の施用のため小型吸入器及び鼻腔・口腔内治療剤の施用のため噴霧・吸入用器具（散粉器）を交付した場合は、患者にその実費負担を求めることができるが、患者が当該吸入器を返還した場合には当該実費を返還しなければならない。

６　入院中の患者に月をまたがって投与した薬剤は、投薬の日の属する月により区分する。

７　外来において数日分投与しその薬剤を入院後も服用する場合、この入院後服用の分の請求区分は服用の日の如何にかかわらず、外来投与として扱う。

８　被保険者が保険医より薬品の授与を受け、持ち帰りの途中又は自宅において薬品を紛失したために（天災地変の他やむを得ない場合を除く。）保険医が再交付した場合は、その薬剤の費用は、被保険者の負担とする。

第１節　調剤料

Ｆ０００　調剤料

⑴　入院中の患者以外の患者に係る調剤料の所定単位については、１回の処方に係る調剤料として、その剤数・日数又は調剤した量にかかわらず「１」の所定点数を処方料算定時にまとめて算定する。ただし、２以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき、調剤料を算定できる。

⑵　トローチ剤又は亜硝酸アミル等の嗅薬、噴霧吸入剤については外用薬として、投薬に係る費用を算定する。例えば、トローチ剤の１日量６錠３日分は、18錠分を１調剤の薬剤料として算定する。

⑶　外泊期間中及び入院実日数を超えた部分について、調剤料は算定できない。

⑷　「注」の加算については、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、入院中の患者以外の患者に対して投薬を行う場合は１処方につき１点を、また、入院中の患者に対して投薬を行う場合は１日につき１点を所定点数に加算する。なお、リン酸コデイン散１％のように、当該薬剤の基剤が麻薬等に属していても、稀釈度により麻薬等の取扱いを受けていないものを調剤又は処方した場合には対象とならない。

⑸　「注」にいう麻薬、向精神薬、覚せい剤原料及び毒薬は次の通りである。

ア　毒薬とは薬事法第44条第１項の規定（同施行規則第52条、別表第３）による毒薬をいう。

イ　向精神薬とは、麻薬及び向精神薬取締法第２条第６号の規定（同法、別表第３）による向精神薬をいう。

第２節　処方料

Ｆ１００　処方料

⑴　複数の診療科を標榜する保険医療機関において、２以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方料を算定する。

⑵　処方料における内服薬の種類については、区分「Ｆ２００」薬剤の「注２」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が６種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「２」で算定する。

⑶　臨時的に内服薬の追加投与等を行った場合の取扱いについては、Ｆ２００薬剤の⑷に準じるものとする。

⑷　「注２」の加算は、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、１処方につき１点を所定点数に加算する。

⑸　複数の診療科を標榜する保険医療機関において、２以上の診療科で、異なる医師が３歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、それぞれの処方について「注４」による乳幼児加算を算定することができる。

⑹　特定疾患処方管理加算

ア　特定疾患処方管理加算は、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、プライマリ機能を担う地域のかかりつけ医師が総合的に病態分析を行い、それに基づく処方管理を行うことを評価したものであり、診療所又は許可病床数が200床未満の病院においてのみ算定する。

イ　処方期間が28日以上の場合は、月１回に限り１処方につき65点を加算する。

ウ　処方期間が28日以上の場合の加算は、長期投薬の際の病態分析及び処方管理の評価の充実を図るものであり、特定疾患に対する薬剤の処方期間が28日以上の場合に算定する。ただし、当該患者に処方された薬剤の処方期間がすべて28日以上である必要はない。

エ　イに該当する場合以外の場合には、月２回に限り１処方につき15点を算定する。なお、同一暦月に処方料と処方せん料を算定する場合であっても、処方せん料の当該加算と合わせて２回を限度とする。

オ　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、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。

カ　特定疾患処方管理加算は初診料を算定した初診の日においても算定できる。

キ　投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護等に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても算定できる。

第３節　薬剤料

Ｆ２００　薬剤

⑴　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　固型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

⑵　「注１」における「その他の特定の疾患」とは、「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年４月17日衛発第242号）の別紙の第３に掲げる疾患をいう。

⑶　特別入院基本料（平成18年６月30日までの間は、療養病棟入院基本料１の特別入院基本料２を含む。以下この項において同じ。）を算定する病棟を有する病院の長期入院患者に係る入院期間の算定は、当該特別入院基本料を算定する病棟を有する病院となる以前からの入院期間を通算する。

また、入院期間の算定は第１章第２部入院料等の通則の例に準じる。

⑷　多剤投与の場合の算定

ア　「注２」の算定は、外来の場合に限り、１処方のうち、内服薬についてのみ対象とする。この場合の「種類」については、次のように計算する。なお、１処方とは処方料の算定単位となる処方をいう。

㈠　錠剤、カプセル剤については、１銘柄ごとに１種類と計算する。

㈡　散剤、顆粒剤及び液剤については、１銘柄ごとに１種類と計算する。

㈢　㈡の薬剤を混合して服薬できるよう調剤を行ったものについては、１種類とする。

㈣　薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が205円以下の場合には、１種類とする。

イ　「注２」の「所定点数」とは、１処方のうちのすべての内服薬の薬剤料をいう。

ウ　「注２」の算定は、常態として投与する内服薬が７種類以上の場合に行い、臨時に投与する薬剤については対象としない。

エ　ウの臨時に投与する薬剤とは連続する投与期間が２週間以内のものをいい、２週間を超える投与期間の薬剤にあっては常態として投与する薬剤として扱う。なお、投与中止期間が１週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。

オ　臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、１処方につき内服薬が７種類以上となる場合において、傷病名欄からその必要性が明らかでない場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその必要性を記載する。

⑸　ビタミン剤

ア　「注３」に規定するビタミン剤（ビタミンＢ群製剤及びビタミンＣ製剤に限る。）とは、内服薬及び注射薬をいうものであり、また、ビタミンＢ群又はビタミンＣを含有する配合剤を含むものである。

イ　ビタミン剤に係る薬剤料が算定できるのは、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断し、適正に投与された場合に限られるものであり、具体的には、次のような場合をいう。ただし、薬事法上の承認内容に従って投与された場合に限る。

㈠　患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合（例えば、悪性貧血のビタミンB_{12}の欠乏等、診察及び検査の結果から当該疾患又は症状が明らかな場合）

(ロ) 患者が妊産婦、乳幼児等（手術後の患者及び高カロリー輸液療法実施中の患者を含む。）であり、診察及び検査の結果から食事からのビタミンの摂取が不十分であると診断された場合

(ハ) 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であると推定され、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合

(ニ) 重湯等の流動食及び軟食のうち、一分がゆ、三分がゆ又は五分がゆを食している場合

(ホ) 無菌食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食又はガラクトース血症食を食している場合

ウ　ビタミン剤に係る薬剤料を算定する場合には、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を具体的に診療録及び診療報酬明細書に記載しなければならない。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合は趣旨を診療報酬明細書に記載することは要しない。

第５節

Ｆ４００　処方せん料

(1) 処方せん料の「１」及び「２」の算定において後発医薬品を１剤以上含む処方を行った場合には「イ　後発医薬品を含む場合」として算定する。なお、後発医薬品以外の薬剤を処方した場合において、当該処方を行った医師が、当該薬剤を後発医薬品に変更して差し支えないと判断し、その意志表示として当該処方せんに署名又は記名・押印をした処方せんを患者に交付した場合（後発医薬品がある先発医薬品を処方した場合に限る。）又は一般名等を記載した処方せんを患者に交付した場合（後発医薬品がある先発医薬品を処方した場合に限る。）においても、「イ　後発医薬品を含む場合」として算定できる。

(2) 保険薬局で保険調剤を受けさせるために、患者に保険医療機関及び保険医療養担当規則に定められている様式の完備した処方せん（院外処方せん）を交付した場合に限り算定し、その処方せんに処方した剤数、投与量（日分数）等の如何にかかわらず、１回として算定する。

(3) 同一の保険医療機関が一連の診療に基づいて、同時に、同一の患者に２枚以上の処方せんを交付した場合は、１回として算定する。

(4) 複数の診療科を標榜する保険医療機関において、２以上の診療科で、異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方せん料を算定することができる。

(5) 処方せん料における内服薬の種類については、区分「Ｆ２００」薬剤の「注２」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が６種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「２」で算定する。

(6) 臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、１処方につき内服薬が７種類以上となる場合には、処方せんの備考欄にその必要性を記載する。

その他、臨時的に内服薬の追加投与を行った場合の取扱いについてはＦ２００薬剤の(4)に準じるものとする。

(7) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方せんにより投薬することは、原則として認められない。

また、注射器、注射針又はその両者のみを処方せんにより投与することは認められない。

(8) 乳幼児加算又は特定疾患処方管理加算はＦ１００処方料の(5)又は(6)に準じるものとする。

⑼　訪問薬剤管理指導との関係

保険薬局に訪問薬剤管理指導を依頼している場合は、当該保険医療機関は在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できない。保険薬局から情報提供があった場合は、当該保険医療機関は文書を診療録に貼付する。なお、地方社会保険事務局長に届出を行った保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できるのは月に４回に限られる。

第６節　調剤技術基本料

Ｆ５００　調剤技術基本料

⑴　調剤技術基本料は、重複投薬の防止等保険医療機関内における調剤の管理の充実を図るとともに投薬の適正を確保することを目的としており、薬剤師が常態として勤務する保険医療機関において、薬剤師の管理のもとに調剤が行われた場合に、患者１人につき、月１回に限り算定する。

⑵　同一医療機関において同一月内に処方せんの交付がある場合は、調剤技術基本料は算定できない。

⑶　同一月に区分Ｂ００８に掲げる薬剤管理指導料又は区分Ｃ００８に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している場合には、調剤技術基本料は算定しない。

⑷　院内製剤加算

ア　「注３」の院内製剤加算は、薬価基準に収載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品とは異なる剤形の医薬品を院内製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き算定できる。

㈠　調剤した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合

㈡　散剤を調剤した場合

㈢　液剤を調剤する場合であって、薬事法上の承認内容が用時溶解して使用することとなっている医薬品を交付時に溶解した場合

㈣　１種類のみの医薬品を水に溶解して液剤とする場合（安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を使用した場合及び調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があって、これらの行為を行った場合を除く。）

イ　上記アにかかわらず、剤形が変わらない場合であっても、次に該当する場合には、院内製剤加算が算定できる。ただし、調剤した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合を除く。

㈠　同一剤形の２種類以上の既製剤（賦形剤、矯味矯臭剤等を除く。）を混合した場合（散剤及び顆粒剤を除く。）

㈡　安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を加えて調剤した場合

㈢　調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があって、これらの行為を行った場合

ウ　ア、イにかかわらず調剤した医薬品を、原料とした医薬品の承認内容と異なる用法・用量あるいは効能・効果で用いる場合は院内製剤加算は算定できない。

第６部　注射

＜通則＞

１　注射に係る費用は、第１節注射料、第２節薬剤料及び第３節特定保険医療材料料（別に厚生労働大臣が定める保険医療材料のうち注射に当たり使用したものの費用に限る。）に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。

２　生物学的製剤注射加算

⑴　「通則３」の生物学的製剤注射加算を算定できる注射薬は、トキソイド、ワクチン及び抗毒素であり、注射の方法にかかわらず、次に掲げる薬剤を注射した場合に算定できる。

ア　㊫乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン

イ　組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチン（酵母由来）

ウ　組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチン（チャイニーズ・ハムスター卵巣細胞由来）

エ　肺炎球菌ワクチン

オ　沈降破傷風トキソイド

カ　㊫ガスえそウマ抗毒素

キ　乾燥ガスえそウマ抗毒素

ク　㊫乾燥ジフテリアウマ抗毒素

ケ　㊫乾燥破傷風ウマ抗毒素

コ　㊫乾燥はぶウマ抗毒素

サ　㊫乾燥ボツリヌスウマ抗毒素

シ　㊫乾燥まむしウマ抗毒素

⑵　区分Ｇ００５に掲げる中心静脈注射の回路より生物学的製剤を注入した場合は、「通則３」の加算を算定できる。

３　精密持続点滴注射加算

⑴　「通則４」の精密持続点滴注射は、自動輸液ポンプを用いて１時間に30mL以下の速度で体内（皮下を含む。）又は注射回路に薬剤を注入することをいう。

⑵　１歳未満の乳児に対して精密持続点滴注射を行う場合は、注入する薬剤の種類にかかわらず算定できるが、それ以外の者に対して行う場合は、緩徐に注入する必要のあるカテコールアミン、βブロッカー等の薬剤を医学的必要性があって注入した場合に限り算定する。

⑶　区分Ｇ００５に掲げる中心静脈注射の回路より精密持続点滴注射を行った場合は、「通則４」の加算を算定できる。

⑷　区分Ｇ００３に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入の実施時に精密持続点滴を行った場合は、「通則４」の加算を算定できる。

４　特定入院料等注射の手技料を含む点数を算定した場合は、「通則３」、「通則４」及び「通則５」の加算は算定できない。なお、使用薬剤の薬価（薬価基準）に収載されている臨床試用医薬品を使用した場合は、第２節薬剤料は算定せず、第１節注射料及び第３節特定保険医療材料料のみ算定する。

５　心臓内注射及び痔核注射等の第１節に掲げられていない注射のうち簡単なものに係る費用については、第２節薬剤料に掲げる所定点数のみ算定する。ただし、胸腔内注入、前房内注射、硝子体内注射、副鼻腔注入及び気管支内薬液注入については、第２章第９部処置又は第10部手術に掲げる所定点数をそれぞれ算定し、これらに係る薬剤料の算定に関しては第２章第５部投

薬のＦ２００薬剤の⑵、⑶及び⑸の例による。

６　区分Ｇ００１に掲げる静脈内注射、区分Ｇ００４に掲げる点滴注射又は区分Ｇ００５に掲げる中心静脈注射のうち２以上を同一日に併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみ算定する。

７　点滴注射及び中心静脈注射の回路にかかる費用並びに穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料については、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

８　人工腎臓の回路より注射を行った場合は、当該注射に係る費用は別に算定できない。

第１節　注射料

Ｇ０００　皮内、皮下及び筋肉内注射

⑴　入院中の患者以外の患者に対して行った場合にのみ算定し、入院中の患者に行った場合は、１日の薬剤料を合算し、第２節薬剤料のみ算定できる。

⑵　涙のう内薬液注入、鼓室内薬液注入、局所・病巣内薬剤注入、子宮腟部注射、咽頭注射（軟口蓋注射、口蓋ヒヤリー氏点の注射を含む。）、腱鞘周囲注射及び血液注射については、皮内、皮下及び筋肉内注射に準じて算定する。ただし、涙のう内薬液注入については、両眼にそれぞれ異なる薬剤を使用した場合は、片眼ごとに所定点数を算定する。

⑶　区分Ｃ１０１在宅自己注射指導管理料又は区分Ｃ１０８在宅悪性腫瘍患者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又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて皮内、皮下及び筋肉内注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

Ｇ００１　静脈内注射

⑴　入院中の患者以外の患者に対して行った場合にのみ算定し、入院中の患者に行った場合は、１日の薬剤料を合算し、第２節薬剤料のみ算定する。

⑵　区分Ｃ１０１在宅自己注射指導管理料、区分Ｃ１０４在宅中心静脈栄養法指導管理料又は区分Ｃ１０８在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これらに係る器具加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて静脈内注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

Ｇ００２　動脈注射

「内臓の場合」とは、肺動脈起始部、大動脈弓及び腹部大動脈等深部動脈に対して行う場合であり、「その他の場合」とは、頸動脈、鎖骨下動脈、股動脈、上腕動脈等に対して行う場合をいう。

Ｇ００３　抗悪性腫瘍剤局所持続注入

ポンプを利用して注入する場合におけるポンプの費用及び当該注入に必要なカテーテル等の材料の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｇ００３－３　肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入

⑴　抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材と抗悪性腫瘍剤を混和して肝動脈内に注入する場合に算定できる。なお、当該注入に必要なカテーテル等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑵　抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材の使用量を決定する目的で注入する場合は、その必要性が高い場合に限り、月１回に限り算定できる。

Ｇ００４　点滴注射

⑴　６歳未満の乳幼児に対する１日分の注射量が100mL未満の場合及び６歳以上の者に対する１日分の注射量が 500mL未満の場合は、入院中の患者以外の患者に限り、３に掲げる所定点数で算定する。

⑵　「注射量」は、次のように計算する。

ア　点滴回路より薬物を注入するいわゆる「管注」を行った場合には、「管注」に用いた薬剤及び補液に用いた薬剤の総量。

イ　同一の者に対して、点滴注射を１日に２回以上行った場合には、それぞれの注射に用いた薬剤の総量。

⑶　注２に規定する加算の対象となる「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの」とは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）第４条第５項第１号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（平成16年厚生労働省告示第185号）のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が無菌製剤処理を行う薬剤を用いる患者ごとに、投与経路、投与速度、投与間隔などの確認を行った上で、無菌室・クリーンベンチ等の無菌環境において、無菌化した器具を用いて、無菌製剤処理を行い、その都度、当該処理に関する記録を整備し、保管することとする。

⑷　注２に規定する加算の対象となる「厚生労働大臣が定める入院患者」とは、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者及び後天性免疫不全症候群の病原体に感染し抗体の陽性反応がある患者であって、無菌治療室管理加算及びＨＩＶ感染者療養環境特別加算を算定する患者並びにこれらの患者と同等の状態にある患者をいう。

⑸　注３に掲げる加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、当該抗悪性腫瘍剤による注射の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍の治療を目的として抗腫瘍用薬等が投与された場合に算定する。

⑹　注３に掲げる加算は、関節リウマチの患者及びクローン病の患者に対してインフリキシマブ製剤の注射を行った場合も算定できる。

⑺　血漿成分製剤加算

ア　注５に規定する「文書による説明」とは、１回目の輸注を行う際（当該患者に対して複数回の輸注を行う場合は概ね１週間毎）に、別紙様式15又はこれに準ずる様式により、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等にあっては、その家族等）に対して、輸注の必要性、副作用、輸注方法及びその他の留意点等について説明することをいう。

イ　説明に用いた文書については、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等にあっては、その家族等）から署名又は押印を得た上で、当該患者に交付するとともに、その文書の写しを診療録に貼付することとする。

ウ　緊急その他やむを得ない場合は、輸注後に説明を行った場合も算定できるが、この場合輸注後速やかに行うこととする。

エ　注５に規定する血漿成分製剤とは、新鮮液状血漿及び新鮮凍結人血漿等をいい、血漿分

画製剤（アルブミン製剤、グロブリン製剤等）は含まれないが、血漿成分製剤に準じ、患者に対して輸注の必要性等の説明を行うよう努めること。なお、血漿成分製剤及び血漿分画製剤の輸注に当たっては、「「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の改定について」」（平成17年９月６日薬食発第0906002号）を遵守するよう努めるものとする。

⑻　区分Ｃ１０１、区分Ｃ１０４又は区分Ｃ１０８に掲げる在宅自己注射指導管理料、在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これらに係る器具加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、区分Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて点滴注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

Ｇ００５　中心静脈注射

⑴　中心静脈注射により高カロリー輸液を行っている場合であっても、必要に応じ食事療養を行った場合は、入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時食事療養(Ⅱ)を別に算定できる。

⑵　無菌製剤処理加算

ア　無菌製剤処理とは、無菌室・クリーンベンチ等の無菌環境において、無菌化した器具を用いて、製剤処理を行うことをいう。

イ　無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が行うとともに、その都度、当該処理に関する記録を整備し、保管しておくこと。

⑶　注２に掲げられる血漿成分製剤加算については、Ｇ００４点滴注射の⑺に規定する血漿成分製剤加算の例による。

⑷　区分Ｃ１０４に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者（これに係る器具加算又は薬剤料若しく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、中心静脈注射の費用は算定できない。

⑸　区分Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これに係る器具加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、区分Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射を行った場合は当該注射の費用は算定しない。

Ｇ００５－２　中心静脈注射用カテーテル挿入

⑴　中心静脈圧測定の目的でカテーテルを挿入した場合は、中心静脈注射用カテーテル挿入に準じて算定する。中心静脈注射及び中心静脈圧測定を同一の回路より同時に行った場合は、どちらか一方のみを算定する。

ただし、中心静脈注射及び中心静脈圧測定を別の回路から別のカテーテルを用いて同時に行った場合は、それぞれ材料料及び手技料を算定できる。

⑵　カテーテルの詰まり等によりカテーテルを交換する場合は、カテーテルの材料料及び手技料はその都度算定できる。

⑶　カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。

⑷　区分Ｃ１０４又は区分Ｃ１０８に掲げる在宅中心静脈栄養法指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定している患者（これらに係る材料加算又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、区分Ｃ００１に掲げる在宅患者訪問診

療料を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料料及び手技料は別に算定できる。

Ｇ００６　埋込型カテーテルによる中心静脈栄養

注に規定する無菌製剤処理加算は、Ｇ００５中心静脈注射の⑵無菌製剤処理加算に規定する事項を満たした場合に算定できる。

Ｇ００９　脳脊髄腔注射

検査、処置を目的とする穿刺と同時に実施した場合は、当該検査若しくは処置又は脳脊髄腔注射のいずれかの所定点数を算定する。

Ｇ０１０　関節腔内注射

検査、処置を目的とする穿刺と同時に実施した場合は、当該検査若しくは処置又は関節腔内注射のいずれかの所定点数を算定する。

Ｇ０１２　結膜下注射

⑴　両眼に行った場合は、それぞれに片眼ごとの所定点数を算定する。

⑵　結膜下注射又は眼球注射の実施時に使用された麻薬については、「通則５」の加算は算定できない。

Ｇ０１２－２　自家血清の眼球注射

眼球注射に際し、患者の血液を採取する場合は所定点数に採血料を加算して算定する。

第２節　薬剤料

Ｇ１００　薬剤

アレルゲン治療エキス及びアレルゲンハウスダストエキス等によるアレルギー疾患減感作療法において使用した薬剤料については、使用量（やむを得ず廃棄した場合の薬液量を含む。）に応じて薬価により算定する。

第７部　リハビリテーション

＜通則＞

1　リハビリテーション医療は、基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚療法等の治療法より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われるものである。

2　第１節リハビリテーション料に掲げられていないリハビリテーションのうち、簡単なリハビリテーションのリハビリテーション料は、算定できないものであるが、個別に行う特殊なリハビリテーションのリハビリテーション料は、その都度当局に内議し、最も近似するリハビリテーションとして準用が通知された算定方法により算定する。

3　各区分におけるリハビリテーションの実施に当たっては、全ての患者の機能訓練の内容の要点及び実施時刻（開始時刻と終了時刻）の記録を診療録等へ記載すること。

4　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。また、リハビリテーションの開始時及びその後３か月に１回以上（特段の定めのある場合を除く。）患者に対して当該リハビリテーション実施計画の内容を説明し、診療録にその要点を記載すること。

5　届出施設である保険医療機関内において、治療、訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、所定点数により算定できる。

6　心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料に掲げるリハビリテーション（以下この部において「疾患別リハビリテーション」という。）の点数は、患者に対して20分以上個別療法として訓練を行った場合（以下この部において、「１単位」という。）にのみ算定するものであり、訓練時間が１単位に満たない場合は、基本診療料に含まれる。

7　疾患別リハビリテーションは、患者１人につき１日合計６単位（別に厚生労働大臣が定める患者については１日合計９単位）に限り算定できる。

8　疾患別リハビリテーションは、患者の疾患等を総合的に勘案して最も適切な区分に該当する疾患別リハビリテーションを算定する。ただし、当該患者が病態の異なる複数の疾患を持つ場合には、必要に応じ、それぞれを対象とする疾患別リハビリテーションを算定できる。例えば、疾患別リハビリテーションのいずれかを算定中に、新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合には、新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として、各々の算定日数の範囲内でいずれかの疾患別リハビリテーションを算定することができる。この場合においても、１日の算定単位数は前項の規定による。

9　疾患別リハビリテーションを実施する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に疾患名及び当該疾患の発症日等につき明記すること。

10　「通則５」に掲げる加算は、心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、運動器リハビリテーション料(I)、呼吸器リハビリテーション料(I)を算定する入院中の患者について算定するものとし、下記のとおり取り扱うこととする。

⑴　当該加算は、訓練室以外の病棟等（屋外を含む。）において、早期歩行自立及び実用的な日常生活における諸活動の自立を目的として、実用歩行訓練・日常生活活動訓練が行われた

場合に限り算定できるものであり、訓練により向上させた能力については常に看護師等により日常生活活動に生かされるよう働きかけが行われることが必要である。ただし、平行棒内歩行、基本的動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練等は当該加算の対象としない。

⑵　当該加算を算定するに当たっては、リハビリテーション開始時及びその後は１月に１回以上、医師、理学療法士等が共同してリハビリテーション実施計画書（別紙様式16の１、別紙様式16の２又はこれらに準ずるもの）を作成し、患者又は家族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、リハビリテーション総合計画評価料算定患者及び回復期リハビリテーション病棟入院料算定患者については、リハビリテーション総合実施計画書の作成により、リハビリテーション実施計画書の作成に代えることができる。

⑶　当該加算については、当該保険医療機関以外で当該療法が行われたときには算定できない。

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

⑴　心大血管疾患リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、心機能の回復、当該疾患の再発予防等を図るために、心肺機能の評価による適切な運動処方に基づき運動療法等を個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、関係学会により周知されている「心疾患における運動療法に関するガイドライン」（Circulation Journal Vol.66,Supple.Ⅳ, 2002：1194）に基づいて実施すること。

⑵　心大血管疾患リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の四に掲げる対象患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に心大血管疾患リハビリテーションが必要であると認めるものであること。

ア　急性発症した心大血管疾患又は心大血管疾患の手術後の患者とは、急性心筋梗塞、狭心症、開心術後、大血管疾患（大動脈解離、解離性大動脈瘤、大血管術後）のものをいう。

イ　慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管の疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、

㈠　慢性心不全であって、左室駆出率40％以下、最高酸素摂取量が基準値80％以下又はヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（ＢＮＰ）が80pg/ml以上の状態のもの

㈡　末梢動脈閉塞性疾患であって、間欠性跛行を呈する状態のもの

をいう。

⑶　心大血管疾患リハビリテーション料の標準的な実施時間は、１回１時間（３単位）程度とするが、入院中の患者以外の患者については、１日当たり１時間（３単位）以上、１週３時間（９単位）を標準とする。

⑷　心大血管疾患リハビリテーション料は、緊急事態に備えるため専任の医師の直接の監視下に実施することとし、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名程度とし、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名程度とする。

⑸　心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)の届出保険医療機関において、重症不整脈や運動で誘発される心筋虚血を有する例、左室駆出率40％未満の低心機能例又は慢性心不全例以外の

心疾患の患者について当該療法を行う場合には、緊急対応が可能であることを前提としつつ、医師の管理下で行うことも可能である。この場合、看護師と患者が１対１で行った場合に限り算定し、実施単位数は看護師１人につき１日18単位を標準とし、週108単位に限り算定する。ただし、１日24単位を上限とする。

⑹　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心電図検査、負荷心電図検査及び呼吸心拍監視の費用が含まれる。

⑺　治療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判断される場合であって、別に厚生労働大臣が定める疾患とは、

ア　失語症、失認及び失行症

イ　高次脳機能障害

ウ　重度の頸髄損傷

エ　頭部外傷又は多部位外傷

オ　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者

カ　難病患者リハビリテーション料に規定する患者

キ　障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者

である。

Ｈ００１　脳血管疾患等リハビリテーション料

⑴　脳血管疾患等リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合又は言語聴覚機能に障害を持つ患者に対して言語機能若しくは聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定する。なお、物理療法のみを行った場合には処置料の項により算定する。

⑵　脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の五に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が脳血管疾患等リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア　急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者とは、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等のものをいう。

イ　急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者とは、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍、脳腫瘍摘出術などの開頭術後、てんかん重積発作等のものをいう。

ウ　神経疾患とは、多発性神経炎（ギランバレー症候群等）、多発性硬化症、末梢神経障害（顔面神経麻痺等）等をいう。

エ　慢性の神経筋疾患とは、パーキンソン病、脊髄小脳変性症、運動ニューロン疾患（筋萎縮性側索硬化症）、遺伝性運動感覚ニューロパチー、末梢神経障害、皮膚筋炎、多発性筋炎等をいう。

オ　失語症、失認及び失行症、高次脳機能障害の患者

カ　難聴や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者とは、音声障害、構音障害、言語発達障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を持つ患者をいう。

キ　リハビリテーションを要する状態であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、外科手術又は肺炎等の治療時の安静による廃用症候群、脳性麻痺等に伴う先天性の発達障害等の患者であって、治療開始時の機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下この項において「ＦＩＭ」という。)115以下、基本的日常生活活動度（Barthel Index、以下この項において「ＢＩ」という。）85以下の状態等のものをいう。

⑶　脳血管疾患等リハビリテーション料の所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。

⑷　急性増悪とは、脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる疾患の増悪等により、１週間以内にＦＩＭ得点又はＢＩが10以上低下するような状態等に該当する場合をいう。

⑸　脳血管疾患等リハビリテーション料は、医師の指導監督の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の監視下に行われたものについて算定する。また専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

⑹　脳血管疾患等リハビリテーション料は、１人の従事者が１人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が１対１で行った場合に算定し、実施単位数は従事者１人につき１日18単位を標準とし、週108単位に限り算定する。ただし、１日24単位を上限とする。

⑺　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の届出を行った保険医療機関（専従する常勤の理学療法士が２名以上勤務しているものに限る。）において、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって、⑴から⑹までのいずれにも該当する場合に限り、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の100点を算定できる。

⑻　治療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判断される場合であって、別に厚生労働大臣が定める疾患とは、

ア　失語症、失認及び失行症

イ　高次脳機能障害

ウ　重度の頸髄損傷

エ　頭部外傷又は多部位外傷

オ　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者

カ　難病患者リハビリテーション料に規定する患者

キ　障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者

である。

Ｈ００２　運動器リハビリテーション料

⑴　運動器リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応

能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、物理療法のみを行った場合には処置料の項により算定する。

⑵　運動器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア　急性発症した運動器疾患又はその手術後の患者とは、上・下肢の複合損傷（骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち３種類以上の複合損傷）、脊椎損傷による四肢麻痺（１肢以上）、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断（義肢）、運動器の悪性腫瘍等のものをいう。

イ　慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、運動器不安定症等のものをいう。

⑶　運動器リハビリテーション料の所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。

⑷　運動器リハビリテーション料は、医師の指導監督の下、理学療法士又は作業療法士の監視下により行われたものについて算定する。また専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士又は作業療法士が実施した場合と同様に算定できる。

⑸　運動器リハビリテーションは、１人の従事者が１人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士又は作業療法士と患者が１対１で行った場合に算定し、実施単位数は従事者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。

⑹　運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の届出を行った保険医療機関（専従の常勤理学療法士が勤務している場合に限る。）において、理学療法士及び作業療法士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって⑴から⑸までのいずれにも該当する場合に限り、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の80点を算定できる。

⑺　運動器リハビリテーション料(Ⅰ)の届出を行った保険医療機関において、理学療法士及び作業療法士以外に、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了したあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって⑴から⑸までのいずれにも該当する場合に限り、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の80点を算定できる。

⑻　治療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判断される場合であって、別に厚生労働大臣が定める疾患とは、

ア　失語症、失認及び失行症

イ　高次脳機能障害

ウ　重度の頸髄損傷

エ　頭部外傷又は多部位外傷

オ　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者

カ　難病患者リハビリテーション料に規定する患者

キ　障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者

である。

Ｈ００３　呼吸器リハビリテーション料

⑴　呼吸器リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、呼吸訓練や種々の運動療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合に算定する。

⑵　呼吸器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の七に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に呼吸器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア　急性発症した呼吸器疾患の患者とは、肺炎、無気肺等のものをいう。

イ　呼吸器疾患又はその手術後の患者とは、胸部外傷、肺梗塞、肺移植手術、慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）に対するＬＶＲＳ（Lung volume reduction surgery）、肺癌、食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌の手術後等のものをいう。

ウ　慢性の呼吸器疾患により、一定程度以上の重症の呼吸困難や日常生活能力の低下を来している患者とは、慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）、気管支喘息、気管支拡張症、間質性肺炎、塵肺、びまん性汎気管支炎（ＤＰＢ）、神経筋疾患で呼吸不全を伴う患者、気管切開下の患者、人工呼吸管理下の患者、肺結核後遺症等のものであって、次の㈠～㈩のいずれかに該当する状態であるものをいう。

㈠　息切れスケール（Medical Research Council Scale）で２以上の呼吸困難を有する状態

㈡　慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）で日本呼吸器学会の重症度分類のⅡ以上の状態

㈩　呼吸障害による歩行機能低下や日常生活活動度の低下により日常生活に支障を来す状態

⑶　呼吸器リハビリテーション料の所定点数には、呼吸機能検査、経皮的動脈血酸素飽和度測定及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。また、呼吸機能訓練と同時に行った酸素吸入の費用も所定点数に含まれる。

⑷　呼吸器リハビリテーション料は、医師の指導監督の下で行われるものであり、理学療法士の監視下に行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士が実施した場合と同様に算定できる。

⑸　呼吸器リハビリテーション料は、１人の従事者が１人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士と患者が１対１で行った場合に算定し、実施単位数は従事者１人につき１日18単位を標準とし、週108単位に限り算定する。ただし、１日18単位を標準とするが、１日24単位を上限とする。

⑹　治療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判断される場合であって、別に厚生労働大臣が定める疾患とは、

ア　失語症、失認及び失行症

イ　高次脳機能障害

ウ　重度の頸髄損傷

エ　頭部外傷又は多部位外傷

オ　回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者
カ　難病患者リハビリテーション料に規定する患者
キ　障害児（者）リハビリテーション料に規定する患者
である。

Ｈ００３－２　リハビリテーション総合計画評価料

⑴　リハビリテーション総合計画評価料は、定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき医師、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に算定する。

⑵　リハビリテーション総合計画評価料の最初の算定が入院中に行われた患者が退院した場合については引き続き入院中の患者であるものとみなして、また、最初の算定が入院中以外に行われた患者が入院した場合については引き続き入院中以外の患者であるものとみなして算定する。

　ただし、当該リハビリテーション総合計画評価料の最初の算定が入院中以外に行われた患者が入院した場合であって、再度患者の病態等の変化を考慮の上、医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等をもとに⑴に掲げる要件を満たすリハビリテーション総合実施計画の作成及び評価を行った場合は入院中の患者であるものとして算定する。

⑶　医師及びその他の従事者は、共同してリハビリテーション総合実施計画書（別紙様式17の１、別紙様式17の２又は別紙様式17の３）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。

Ｈ００４　摂食機能療法

⑴　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、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。

⑵　摂食機能療法の実施に当たっては、実施計画を作成し、医師は定期的な摂食機能検査をもとに、その効果判定を行う必要がある。なお、訓練内容及び治療開始日を診療録に記載すること。

⑶　治療開始日から３月以内に摂食機能療法を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に治療開始日を記載すること。

⑷　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が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。

Ｈ００５　視能訓練

⑴　視能訓練は、両眼視機能に障害のある患者に対して、その両眼視機能回復のため矯正訓練（斜視視能訓練、弱視視能訓練）を行った場合に算定できるものであり、１日につき１回のみ算定する。

⑵　斜視視能訓練と弱視視能訓練を同時に施行した場合は、主たるもののみで算定する。

⑶　実施に当たって、医師は個々の患者の症状に対応した診療計画を作成し診療録に記載する。

Ｈ００６　難病患者リハビリテーション料

⑴　難病患者リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているも

のとして地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関において、難病患者の社会生活機能の回復を目的として難病患者リハビリテーションを行った場合に、実施される内容の種類にかかわらず１日につき１回のみ算定する。

⑵　難病患者リハビリテーション料の算定対象は、入院中の患者以外の難病患者であって、要介護者（食事又はトイレに介助が必要な者）及び準要介護者（移動又は入浴に介助が必要な者）であり、医師がリハビリテーションが必要であると認めるものであること。

⑶　難病患者リハビリテーションは、個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであるが、この実施に当たっては、患者の症状等に応じたプログラムの作成、効果の判定等に万全を期すること。なお、実施時間は患者１人当たり１日につき６時間を標準とする。

⑷　難病患者リハビリテーション料を算定している患者に対して、同一日に行う他のリハビリテーションは所定点数に含まれるものとする。

⑸　加算の対象となる食事の提供は、あくまで医療上の目的を達成するための手段であり、治療の一環として行われるものに限られる。なお、食事の提供に当たっては、当該保険医療機関内で調理した食事を提供するとともに、関係帳簿を整備する。

Ｈ００７　障害児（者）リハビリテーション料

⑴　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って、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度心身障害児施設又は同法第27条第２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の入所者又は通園者（外来患者を含む。）である以下の患者（医師がリハビリテーションが必要と認めた患者に限る。）に対して、個々の症例に応じてリハビリテーションを行った場合に算定する。

ア　脳性麻痺

イ　胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害には、脳形成不全、小頭症、水頭症、奇形症候症、二分脊椎等が含まれる。

ウ　顎・口腔の先天異常

エ　先天性の体幹四肢の奇形又は変形には、先天性切断、先天性多発性関節拘縮症等が含まれる。

オ　先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症

カ　先天性又は進行性の神経筋疾患には、脊髄小脳変性症、シャルコーマリートゥース病、進行性筋ジストロフィー症等が含まれる。

キ　神経障害による麻痺及び後遺症には、低酸素性脳症、頭部外傷、溺水、脳炎・脳症・髄膜炎、脊髄損傷、脳脊髄腫瘍、腕神経叢損傷・坐骨神経損傷等回復に長期間を要する神経疾患等が含まれる。

ク　言語障害、聴覚障害、認知障害を伴う自閉症等の発達障害には、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害等が含まれる。

⑵　障害児（者）リハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な運動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。

⑶　障害児（者）リハビリテーション料を算定する場合は、脳血管疾患等リハビリテーション料又は運動器リハビリテーション料は別に算定できない。

第８部　精神科専門療法

＜通則＞

精神科専門療法においては、薬剤を使用した場合は、第１節の精神科専門療法料と第２節の薬剤料を合算した点数により、薬剤を使用しない場合は、第１節の精神科専門療法料に掲げる所定点数のみによって算定する。

第１節　精神科専門療法料

Ｉ０００　精神科電気痙攣療法

⑴　精神科電気痙攣療法とは、100ボルト前後の電流を頭部に短時間通電することを反復し、各種の精神症状の改善を図る療法をいい、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が行った場合に限り、１日１回を限度として算定する。

⑵　精神科電気痙攣療法は、当該療法について十分な知識を有する医師が実施すべきものであり、当該医師以外の介助者の立ち合いの下に、何らかの副作用が生じた際に適切な処置が取り得る準備の下に行われなければならない。

⑶　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴った精神科電気痙攣療法を実施する場合は、当該麻酔に要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。ただし、当該麻酔に伴う薬剤料及び特定保険医療材料料は別途算定できる。

Ｉ００１　入院精神療法

⑴　入院精神療法とは、入院中の統合失調症、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（以下本項において「対象精神疾患」という。）の患者に対して、一定の治療計画に基づいて精神面から効果のある心理的影響を与えることにより、対象精神疾患に起因する不安や葛藤を除去し、情緒の改善を図り洞察へと導く治療方法をいう。

⑵　入院精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神保健指定医その他の精神科を担当する医師が、当該保険医療機関内の精神療法を行うにふさわしい場所において、対象精神疾患の患者に対して必要な時間行った場合に限り算定する。また、対象精神疾患に伴い知的障害、認知症、心身症及びてんかんがある患者に対して入院精神療法が行われた場合にも算定できる。

⑶　入院精神療法として算定できる回数は、医学的に妥当と認められる回数を限度とする。なお、入院精神療法は、同時に複数の患者又は複数の家族を対象として集団的に行われた場合には、算定できない。

⑷　患者の家族に対する入院精神療法は、統合失調症の患者であって、家族関係が当該疾患の原因又は増悪の原因と推定される場合に限り、当該保険医療機関における初回の入院の時に、入院中２回を限度として算定できる。ただし、患者の病状説明、服薬指導等一般的な療養指導である場合は、算定できない。なお、家族に対して入院精神療法を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に　家族　と記載する。

⑸　入院精神療法を行った場合（家族に対して行った場合を含む。）は、その要点を診療録に記載する。入院精神療法(I)にあっては、更に当該療法に要した時間及びその要点を診療録に記載する。

⑹　患者に対して入院精神療法を行った日と同一の日に家族に対して入院精神療法を行った場

合における費用は、患者に対する入院精神療法の費用に含まれ、別に算定できない。

⑺　入院の日及び入院の期間の取扱いについては、入院基本料の取扱いの例による。

⑻　重度の精神障害者とは、措置入院患者、医療保護入院患者及び任意入院であるが何らかの行動制限を受けている患者等をいう。

⑼　入院精神療法(Ⅰ)を行った週と同一週に行われた入院精神療法(Ⅱ)は別に算定できない。

⑽　入院中の対象精神疾患の患者に対して、心身医学療法が算定できる自律訓練法、森田療法等の療法を併せて行った場合であっても、入院精神療法のみにより算定する。

⑾　当該患者に対して、同じ日に入院精神療法と標準型精神分析療法を行った場合は標準型精神分析療法により算定する。

Ｉ００２　通院精神療法

⑴　通院精神療法とは、入院中の患者以外の統合失調症、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（以下本項において「対象精神疾患」という。）のため社会生活を営むことが著しく困難な通院患者（通院患者の著しい病状改善に資すると考えられる場合にあっては当該通院患者の家族）に対して、医師が一定の治療計画のもとに危機介入、対人関係の改善、社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行う治療方法をいう。

⑵　通院精神療法は、精神科を標榜する保険医療機関の精神科を担当する医師が行った場合に限り算定する。また、対象精神疾患に伴い知的障害、認知症、心身症及びてんかんがある患者に対して通院精神療法が行われた場合にも算定できる。

⑶　通院精神療法は、同時に複数の患者又は複数の家族を対象に集団的に行われた場合には算定できない。

⑷　通院精神療法は、初診時（区分「Ａ０００」の初診料の「注２」のただし書に規定する初診を含む。以下この項において同じ。）には診療時間が30分を超えた場合に限り算定できる。この場合において診療時間とは、医師自らが患者に対して行う問診、理学的所見（視診、聴診、打診及び触診）及び当該通院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。なお、初診時に通院精神療法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診療に要した時間を記載する。

⑸　当該患者の家族に対する通院精神療法は、家族関係が当該疾患の原因又は増悪の原因と推定される場合に限り算定する。ただし、患者の病状説明、服薬指導等一般的な療養指導である場合は、算定できない。家族に対して通院精神療法を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に（家族）と記載する。

⑹　通院精神療法を行った場合（家族に対して行った場合を含む。）は、その要点を診療録に記載する。

⑺　患者に対して通院精神療法を行った日と同一の日に家族に対して通院精神療法を行った場合における費用は、患者に対する通院精神療法の費用に含まれ、別に算定できない。

⑻　入院中の患者以外の対象精神疾患を有する患者に対して、通院精神療法に併せて心身医学療法が算定できる自律訓練法、森田療法等の療法を併せて行った場合であっても、通院精神療法のみにより算定する。

⑼　当該患者に対する通院精神療法を算定した場合は、同じ日に標準型精神分析療法は算定で

きない。

⑽　「１」は精神保健指定医又はこれに準ずる者（精神保健指定医であった医師及び旧精神衛生法に規定する精神衛生鑑定医であった医師をいう。）により初診時に通院精神療法が行われた場合に限り初診時にのみ算定できる。なお、この場合においても他の初診時と同様に診療時間が30分を超えた場合に限り算定できる。

Ｉ００３　標準型精神分析療法

⑴　標準型精神分析療法とは、口述による自由連想法を用いて、抵抗、転移、幼児体験等の分析を行い解釈を与えることによって洞察へと導く治療法をいい、当該療法に習熟した医師により行われた場合に、概ね月６回を標準として算定する。また、精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関において、標準型精神分析療法に習熟した心身医学を専門とする医師が当該療法を行った場合においても算定できる。

⑵　口述でなく筆記による自由連想法的手法で行う精神分析療法は、１時間以上にわたるような場合であっても、入院中の患者にあっては区分「Ｉ００１」入院精神療法により、入院中の患者以外の患者にあっては区分「Ｉ００２」通院精神療法により算定する。

⑶　標準型精神分析療法を行った場合は、その要点及び診療時間を診療録に記載する。

Ｉ００４　心身医学療法

⑴　心身医学療法とは、心身症の患者について、一定の治療計画に基づいて、身体的傷病と心理・社会的要因との関連を明らかにするとともに、当該患者に対して心理的影響を与えることにより、症状の改善又は傷病からの回復を図る治療方法をいう。この心身医学療法には、自律訓練法、カウンセリング、行動療法、催眠療法、バイオフィードバック療法、交流分析、ゲシュタルト療法、生体エネルギー療法、森田療法、絶食療法、一般心理療法及び簡便型精神分析療法が含まれる。

⑵　心身医学療法は、当該療法に習熟した医師によって行われた場合に算定する。

⑶　心身医学療法は、初診時（区分「Ａ０００」の初診料の「注２」のただし書に規定する初診を含む。以下この項において同じ。）には診療時間が30分を超えた場合に限り算定できる。この場合において診療時間とは、医師自らが患者に対して行う問診、理学的所見（視診、聴診、打診及び触診）及び当該心身医学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。なお、初診時に心身医学療法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診療に要した時間を記載する。

⑷　心身医学療法を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の傷病名欄において、心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「（心身症）」と記載する。

例　「胃潰瘍（心身症）」

⑸　心身医学療法を行った場合は、その要点を診療録に記載する。

⑹　入院の日及び入院の期間の取扱いについては、入院基本料の取扱いの例による。

⑺　入院精神療法、通院精神療法又は標準型精神分析療法を算定している患者については、心身医学療法は算定できない。

Ｉ００５　入院集団精神療法

⑴　入院集団精神療法とは、入院中の統合失調症、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、人格障害及び精神症状を伴う脳器質性障害等の患者に対して、一定の治療計画に基づき、言葉によるやりとり、劇の形

態を用いた自己表現等の手法により、集団内の対人関係の相互作用を用いて、対人場面での不安や葛藤の除去、患者自身の精神症状・問題行動に関する自己洞察の深化、対人関係技術の習得等をもたらすことにより、病状の改善を図る治療法をいう。

⑵　入院集団精神療法は、精神科を標榜している保険医療機関において、精神科を担当する医師及び１人以上の精神保健福祉士又は臨床心理技術者等により構成される２人以上の者が行った場合に限り算定する。

⑶　１回に15人を限度とし、１日につき１時間以上実施した場合に、入院の日から起算して６月に限り週２回を限度として算定する。この場合、個々の患者について、精神科医師による治療計画が作成されていることが必要である。なお、入院の日及び入院の期間の取扱いについては、入院基本料の取扱いの例による。

⑷　入院集団精神療法に使用する十分な広さを有する当該医療機関内の一定の場所及びその場所を使用する時間帯を予め定めておくこと。

⑸　入院集団精神療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録に記載する。

⑹　入院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

Ｉ００６　通院集団精神療法

⑴　通院集団精神療法とは、入院中の患者以外の統合失調症、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、人格障害及び精神症状を伴う脳器質性障害等の患者に対して、一定の治療計画に基づき、集団内の対人関係の相互作用を用いて、自己洞察の深化、社会適応技術の習得、対人関係の学習等をもたらすことにより病状の改善を図る治療法をいう。

⑵　通院集団精神療法は、精神科を標榜している保険医療機関において、精神科を担当する医師及び１人以上の精神保健福祉士又は臨床心理技術者等により構成される２人以上の者が行った場合に限り算定する。

⑶　１回に10人を限度とし、１日につき１時間以上実施した場合に、開始日から６月に限り週２回を限度として算定する。

⑷　通院集団精神療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録に記載する。

⑸　通院集団精神療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

Ｉ００７　精神科作業療法

⑴　精神科作業療法は、精神障害者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される作業内容の種類にかかわらずその実施時間は患者１人当たり１日につき２時間を標準とする。

⑵　１人の作業療法士が、当該療法を実施した場合に算定する。この場合の１日当たりの取扱い患者数は、概ね25人を１単位として、１人の作業療法士の取扱い患者数は１日２単位50人以内を標準とする。

⑶　精神科作業療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録に記載する。

⑷　当該療法に要する消耗材料及び作業衣等については、当該保険医療機関の負担とする。

Ｉ００８　入院生活技能訓練療法

⑴　入院生活技能訓練療法とは、入院中の精神疾患を有する患者に対して、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。

⑵　精神科を標榜している保険医療機関において、経験のある２人以上の従事者が行った場合に限り算定できる。この場合、少なくとも１人は、看護師、准看護師又は作業療法士のいずれかとし、他の１人は精神保健福祉士、臨床心理技術者又は看護補助者のいずれかとすることが必要である。なお、看護補助者は専門機関等による生活技能訓練、生活療法又は作業療法に関する研修を修了したものでなければならない。

⑶　対象人数及び実施される訓練内容の種類にかかわらず、患者１人当たり１日につき１時間以上実施した場合に限り、週１回を限度として算定できる。

⑷　１人又は複数の患者を対象として行った場合に算定できるが、複数の患者を対象とする場合は、１回に15人を限度とする。ただし、精神症状の安定しない急性期の精神疾患患者は、対象としない。

⑸　当該療法に従事する作業療法士は、精神科作業療法の施設基準において、精神科作業療法に専従する作業療法士の数には算入できない。また、当該療法に従事する看護師、准看護師及び看護補助者が従事する時間については、入院基本料の施設基準における看護職員の数に算入できない。

⑹　入院生活技能訓練療法を実施した場合はその要点を個々の患者の診療録に記載する。

⑺　入院生活技能訓練療法と同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

⑻　当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。

Ｉ００８－２　精神科ショート・ケア

⑴　精神科ショート・ケアは、精神障害者の地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者１人当たり１日につき３時間を標準とする。

⑵　精神科ショート・ケアは入院中の患者以外の患者に限り算定する。精神科ショート・ケアを算定している患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。ただし、精神科ショート・ケアに引き続き、同一日に、患家又は社会復帰施設等において精神科訪問看護・指導を行う場合は、退院後３か月以内に限り、精神科訪問看護・指導料を算定できるものとする。

⑶　同一の保険医療機関で精神科ショート・ケアを開始した日から起算して３年を超える場合には、精神科ショート・ケアの実施回数にかかわらず、算定は１週間に５日を限度とする。

⑷　精神科ショート・ケアと精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの届出をあわせて行っている保険医療機関にあっては、精神科ショート・ケアと精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを各々の患者に対して同時に同一施設で実施することができる。この場合、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを算定する患者は、各々に規定する治療がそれぞれ実施されている場合に限り、それぞれ算定できる。なお、同一日に実施される精神科ショート・ケアの対象患者数と精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの対象患者数の合計は、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの届出に係る患者数の限度を超えることはできない。この場合において、精神科ショート・ケアの対象患者数の計算に当たっては、精神科デイ・ケアの対象患者数の２分の１として計算する。

⑸　当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。

Ｉ００９　精神科デイ・ケア

⑴　精神科デイ・ケアは、精神障害者の社会生活機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者１人当たり１日につき６時間を標準とする。なお、この実施に当たっては、患者の症状等に応じたプログラムの作成、効果の判定等に万全を期すること。

⑵　精神科デイ・ケアは入院中の患者以外の患者に限り算定する。ただし、精神科デイ・ケアを算定している患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

⑶　同一の保険医療機関で精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアを開始した日から起算して３年を超える場合には、精神科デイ・ケア等の実施回数にかかわらず、算定は１週間に５日を限度とする。

⑷　「注３」に掲げる加算の対象となる食事の提供は、あくまでも医療上の目的を達成するための手段であり、治療の一環として行われた場合に算定する。

⑸　食事の提供の実施に当たっては、概ね入院時食事療養(I)の基準に準じるものとし、関係帳簿を整備する。

⑹　同一の患者に対して同一日に精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアをあわせて実施した場合は、精神科デイ・ナイト・ケアとして算定する。

⑺　当該療法に要する消耗材料等については、当該保険医療機関の負担とする。

Ｉ０１０　精神科ナイト・ケア

⑴　精神科ナイト・ケアは、精神障害者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、その開始時間は午後４時以降とし、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者１人当たり１日につき４時間を標準とする。

⑵　その他精神科ナイト・ケアの取扱いについては、精神科デイ・ケアの取扱いに準じて行う。

Ｉ０１０－２　精神科デイ・ナイト・ケア

⑴　精神科デイ・ナイト・ケアは、精神障害者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者１人当たり１日につき10時間を標準とする。

⑵　精神科デイ・ナイト・ケアと精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアの届出をあわせて行っている保険医療機関にあっては、精神科デイ・ナイト・ケアと精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを各々の患者に対して同時に同一施設で実施することができる。この場合、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケアを算定する患者は、各々に規定する治療がそれぞれ実施されている場合に限り、それぞれ算定できる。なお、同一日に実施される精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア又は精神科ナイト・ケア及び精神科デイ・ナイト・ケアの対象患者数の合計は、精神科デイ・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの届出に係る患者数の限度を超えることはできない。この場合において、精神科ショート・ケアの対象患者数の計算に当たっては、精神科デイ・ケアの対象患者数の２分の１として計算する。

⑶　その他精神科デイ・ナイト・ケアの取扱いについては、精神科デイ・ケアの取扱いに準じて行う。

Ｉ０１１　精神科退院指導料

⑴　精神科退院指導料は、精神科を標榜する保険医療機関において、１月を超えて入院してい

る精神障害者である患者又はその家族等退院後の患者の看護に当たる者に対して、医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、「別紙様式18」を参考として作成した文書により、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点、退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等について医師が説明を行った場合に算定する。なお、説明に用いた文書は、患者又はその家族等に交付するとともに、その写しを診療録に貼付すること。

⑵　精神科退院指導料は、指導を行った者及び指導の対象が患者又はその家族等にかかわらず、算定の基礎となる退院につき、１回に限り当該患者の退院日に算定する。

⑶　入院の日及び入院期間の取扱いについては、入院基本料における取扱いと同様である。

⑷　死亡退院の場合又は他の病院若しくは診療所に入院するため転院した患者については、算定できない。

Ｉ０１１－２　精神科退院前訪問指導料

⑴　精神科退院前訪問指導料は、精神科を標榜する保険医療機関に入院している精神障害者である患者の退院に先立ち、患家又は精神障害者社会復帰施設、小規模作業所等を訪問し、患者の病状、生活環境及び家族関係等を考慮しながら、患者又は家族等の退院後患者の看護や相談に当たる者に対して、退院後の療養上必要な指導や、在宅療養に向けた調整を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。

⑵　精神科退院前訪問指導料は、指導を行った者及び指導の対象が患者又はその家族であるか等の如何を問わず、１回の入院につき３回（当該入院期間が６月を超えると見込まれる患者にあっては、６回）を限度として指導の実施日にかかわらず退院日に算定する。

⑶　「注２」にかかる加算は、患者の社会復帰に向けた調整等を行うに当たり、必要があって複数の職種が共同して指導を行った場合に算定するものであり、単一の職種の複数名による訪問の場合は対象としない。

⑷　精神科退院前訪問指導料は、退院して患家に復帰又は精神障害者社会復帰施設に入所する患者が算定の対象であり、医師又は看護師、作業療法士若しくは精神保健福祉士が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。

⑸　精神科退院前訪問指導を行った場合は、指導内容の要点を診療録等に記載する。

⑹　精神科退院前訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障を来すことのないよう留意する。

⑺　保険医療機関は、精神科退院前訪問指導の実施に当たっては、保健所等の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分配慮する。

⑻　退院前訪問指導料を算定した場合は、精神科退院前訪問指導料は算定できない。

Ｉ０１２　精神科訪問看護・指導料

⑴　精神科訪問看護・指導料(I)は、精神科を標榜している保険医療機関において精神科を担当している医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（以下「保健師等」という。）が、精神障害者である入院中以外の患者又はその家族等の了解を得て患家を訪問し、個別に患者又は家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行った場合に算定する。

⑵　「注３」に係る加算は、精神科を担当する医師が、複数の保健師等による患家への訪問が

必要と判断し、当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の複数の保健師等が、患者又は家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行った場合に算定する。なお、保健師又は看護師の訪問に、准看護師が同行した場合には、「注３」に係る加算が算定できる。

⑶　精神科訪問看護・指導料(Ⅱ)は、精神科を標榜している保険医療機関において、精神科を担当する医師の指示を受けた保健師等が、グループホーム又は医師若しくは看護師の配置を義務付けられていない精神障害者社会復帰施設の了解の下にこれらの施設を訪問して、当該施設に入所し、かつ、当該保険医療機関で診療を行っている複数の患者又はその介護を担当する者等に対して同時に看護又は社会復帰指導を行った場合に算定する。

⑷　⑶に規定する精神科訪問看護・指導は、１名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名程度を標準とし、１回の訪問看護・指導に８名を超えることはできない。

⑸　医師は、保健師等に対して行った指示内容の要点を診療録に記載する。

⑹　保健師等は、医師の指示に基づき行った指導の内容の要点並びに訪問看護・指導を実施した際の開始時刻及び終了時刻を記録にとどめておく。

⑺　保険医療機関は、精神科訪問看護・指導の実施に当たっては、保健所の実施する訪問指導事業との連携に十分配慮する。

⑻　「注５」に規定する交通費は実費とする。

Ｉ０１３　持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料

⑴　持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料は、精神科を標榜する保険医療機関において、精神科を担当する医師が、持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の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、月１回に限り、当該薬剤を投与した日に算定する。

⑵　持続性抗精神病注射薬剤とは、デカン酸ハロペリドール、エナント酸フルフェナジン及びデカン酸フルフェナジンをいう。

⑶　持続性抗精神病注射薬剤治療管理を行った場合は、治療計画及び指導内容の要点を診療録に記載する。

Ｉ０１４　医療保護入院等診療料

⑴　医療保護入院等診療料は、措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院に係る患者について、当該入院期間中１回に限り算定する。

⑵　医療保護入院等診療料を算定する場合にあっては、患者の該当する入院形態を診療報酬明細書に記載する。

⑶　医療保護入院等診療料を算定する病院は、隔離等の行動制限を最小化するための委員会において、入院医療について定期的な（少なくとも月１回）評価を行うこと。

⑷　患者に対する治療計画、説明の要点について診療録に記載すること。

Ｉ０１５　重度認知症患者デイ・ケア料

⑴　精神症状及び行動異常が著しい認知症患者（「認知症である老人の日常生活度判定基準」がランクＭに該当するもの）の精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的とし、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、患者１人当たり１日につき６時間以上行った場合に算定する。

⑵　医師の診療に基づき、対象となる患者ごとにプログラムを作成し、当該プログラムに従っ

て行うものであって、定期的にその評価を行う等計画的な医学的管理に基づいて行うものであること。

⑶　「注３」に掲げる加算の対象となる食事の提供については、区分「Ｉ００９」精神科デイ・ケアの⑷及び⑸の規定によるものとする。

⑷　重度認知症患者デイ・ケアの実施時刻については、診療録等に記載すること。

第２節　薬剤料

精神病特殊薬物療法は、第２章第５部投薬として算定する。

第９部　処置

＜通則＞

１　処置の費用は、第１節処置料及び第２節処置医療機器等加算、第３節薬剤料又は第４節特定保険医療材料料に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。この場合において、処置に当たって通常使用される包帯（頭部・頸部・躯幹固定用伸縮性包帯を含む。）、ガーゼ等衛生材料、患者の衣類及び保険医療材料の費用は、所定点数に含まれており、別に算定できない。

なお、処置に用いる衛生材料を患者に持参させ、又は処方せんにより投与するなど患者の自己負担とすることは認められない。

２　特に規定する場合を除き、患者に対して特定保険医療材料又は薬剤を支給したときは、これに要する費用として、特定保険医療材料については「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」の定めるところにより、薬剤については「使用薬剤の薬価（薬価基準）」の定めるところにより算定する。なお、この場合、薬剤費の算定の単位は１回に使用した総量の価格であり、患者に対して施用した場合に限り、特に規定する場合を除き算定できるものであるが、投薬の部に掲げる処方料、調剤料、処方せん料及び調剤技術基本料並びに注射の部に掲げる注射料は、別に算定できない。

３　浣腸、注腸、吸入その他第１節処置料に掲げられていない処置であって簡単な処置（簡単な物理療法を含む。）の費用は、基本診療料に含まれるものとし、別に算定することはできない。

なお、処置に対する費用が別に算定できない場合（処置後の薬剤病巣撒布を含む。）であっても、処置に際して薬剤を使用した場合には、第２節薬剤料に定めるところにより薬剤料を算定することはできる。

４　「通則５」の休日加算、時間外加算又は深夜加算（以下「時間外加算等」という。）は、区分「Ａ０００」の注４、区分「Ａ００１」の注３、区分「Ａ００２」の注４の対象となる初診又は再診に引き続き行われた150点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できるものであり、入院中の患者については対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても当該加算は算定できる。

５　処置の開始時間とは、患者に対し直接施療した時とする。なお、処置料において「１日につき」とあるものは午前０時より午後１２時までのことであり、午前０時前に処置を開始し、午前０時以降に処置が終了した場合には、処置を行った初日のみ時間外加算を算定し、午前０時以降の２日目については算定できない。

６　処置が保険医療機関又は保険医の都合により時間外となった場合は時間外加算等は算定できない。

７　時間外加算等に係る「所定点数」とは、第１節処置料に掲げられた点数及び各注による加算を合計した点数であり、通則に基づく加算、第２節、第３節及び第４節における費用は含まない。

８　４から７に規定する他、時間外加算等の取扱いについては、初診料における場合と同様である。

９　「通則６」における「特に規定する場合」とは、処置名の末尾に片側と記入したものをいう。両眼に異なる疾患を有し、それぞれ異なった処置を行った場合は、その部分についてそれぞれ別に算定できる。

10　第１節に掲げられていない特殊な処置の処置料は、その都度当局に内議し、最も近似する処

置として準用が通知された算定方法により算定する。

11　血腫、膿腫その他における穿刺は、新生児頭血腫又はこれに準ずる程度のものに対して行う場合は、陰嚢水腫穿刺に準じて算定できるが、小範囲のものや試験穿刺については、算定できない。

＜処置料＞

（一般処置）

Ｊ０００　創傷処置

⑴　創傷処置、区分「Ｊ００１」熱傷処置、区分「Ｊ００１－４」重度褥瘡処置及び区分「Ｊ０５３」皮膚科軟膏処置の各号に示す範囲とは、包帯等で被覆すべき創傷面の広さ、又は軟膏処置を行うべき広さをいう。

⑵　同一疾病又はこれに起因する病変に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置又は湿布処置が行われた場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さを、いずれかの処置の各号に照らして算定するものとし、併せて算定できない。

⑶　同一部位に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置、面皰圧出法又は湿布処置が行われた場合はいずれか１つのみにより算定し、併せて算定できない。

⑷　区分「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分「Ｃ１１２」在宅気管切開患者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、創傷処置（熱傷に対するものを除く。）の費用は算定できない。

⑸　手術後の患者に対する創傷処置は、その回数にかかわらず、１日につき所定の点数のみにより算定する。

⑹　複数の部位の手術後の創傷処置については、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さに該当する点数により算定する。

⑺　中心静脈圧測定、点滴注射、静脈内注射及び中心静脈注射に係る穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は、別に算定できない。

Ｊ００１　熱傷処置

⑴　熱傷処置を算定する場合は、創傷処置は併せて算定できない。

⑵　熱傷には電撃傷、薬傷及び凍傷が含まれる。

Ｊ００１－２　絆創膏固定術

足関節捻挫又は膝関節靭帯損傷に絆創膏固定術を行った場合に算定する。ただし、交換は原則として週１回とする。

Ｊ００１－３　鎖骨又は肋骨骨折固定術

鎖骨骨折固定術後の包帯交換は、区分「Ｊ０００」創傷処置に準じて算定し、肋骨骨折固定術の２回目以降の絆創膏貼用は、絆創膏固定術に準じて算定する。

Ｊ００１－４　重度褥瘡処置

⑴　皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。）（ＮＰＵＡＰ分類Ⅲ度及びⅣ度）に対して褥瘡処置を行った場合に算定する。

⑵　重度褥瘡処置を算定する場合は、創傷処置は併せて算定できない。

Ｊ００１－５　老人処置

⑴　老人処置料の算定に係る褥瘡処置とは、臥床に伴う褥瘡性潰瘍又は圧迫性潰瘍に対する処置

（第２章第９部処置において、入院中の患者について算定することとされている範囲のものに限る。）をいうものであること。

⑵　褥瘡処置の回数及び部位数にかかわらず１日につき１回に限り算定するものであること。

⑶　１年を超える入院の場合にあって創傷処置又は皮膚科軟膏処置の費用を算定する場合は、その対象傷病名を診療報酬明細書に明記すること。

Ｊ００１－６　老人精神病棟等処置料

⑴　「注１」に掲げる処置には褥瘡処置を含む。

⑵　入院期間が１年を超える入院中の患者に対して行った褥瘡処置が、「注１」に掲げるもの以外の創傷処置又は皮膚科軟膏処置である場合は、老人処置料の所定点数により算定する。

⑶　老人保健法に規定する医療を提供する場合であって、結核病棟又は精神病棟に入院している患者であって入院期間が１年を超えるものに対して、ドレーン法を行った場合は、その種類又は回数にかかわらず老人精神病棟等処置料として、１日につき所定点数を算定する。

Ｊ００１－９　空洞切開術後ヨードホルムガーゼ処置

肺空洞切開手術後の空洞内にヨードホルムガーゼを使用した場合に算定する。なお、ヨードホルムガーゼを多量に使用することは、中毒のおそれもあり留意すべきである。

Ｊ００２　ドレーン法（ドレナージ）

⑴　部位数、交換の有無にかかわらず、１日につき、所定点数のみにより算定する。

⑵　ドレナージの部位の消毒等の処置料は、所定点数に含まれる。

⑶　「１」と「２」は同一日に併せて算定できない。

⑷　ドレーン抜去後に抜去部位の処置が必要な場合は、区分「Ｊ０００」創傷処置の「１」として算定する。

Ｊ００５　脳室穿刺

区分「Ｄ４０１」脳室穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ００６　後頭下穿刺

区分「Ｄ４０２」後頭下穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ００７　頸椎、胸椎又は腰椎穿刺

区分「Ｊ００７」腰椎穿刺は、区分「Ｄ４０３」腰椎穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ００８　胸腔穿刺

⑴　胸腔穿刺、洗浄、薬液注入又は排液について、これらを併せて行った場合においては、胸腔穿刺の所定点数を算定する。

⑵　単なる試験穿刺として行った場合は、区分「Ｄ４１９」その他の検体採取の「２」により算定する。

Ｊ０１１　骨髄穿刺

区分「Ｄ４０４」骨髄穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ０１２　腎嚢胞又は水腎症穿刺

区分「Ｄ４０７」腎嚢胞又は水腎症穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ０１３　ダグラス窩穿刺

区分「Ｄ４０８」ダグラス窩穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ０１４　乳腺穿刺

区分「Ｄ４１０」乳腺穿刺又は針生検と同一日に算定することはできない。

Ｊ０１５　甲状腺穿刺

区分「Ｄ４１１」甲状腺穿刺又は針生検と同一日に算定することはできない。

Ｊ０１６　リンパ節等穿刺

区分「Ｄ４０９」リンパ節等穿刺又は針生検と同一日に算定することはできない。

Ｊ０１７　エタノールの局所注入

⑴　肝がん、有症状の甲状腺のう胞、機能性甲状腺結節（Plummer病）、内科的治療に抵抗性の２次性副甲状腺機能亢進症等に対してエタノールを局所注入した場合に算定する。なお、使用したエタノールは、所定点数に含まれ別に算定できない。

⑵　当該手技に伴って実施される超音波検査、画像診断の費用は所定点数に含まれる。

Ｊ０１７－２　リンパ管腫局所注入

リンパ管腫にピシバニールを局所注入した場合に算定する。

Ｊ０１８　喀痰吸引

⑴　喀痰の凝塊又は肺切除後喀痰が気道に停滞し、喀出困難な患者に対し、ネラトンカテーテル及び吸引器を使用して喀痰吸引を行った場合に算定する。

⑵　喀痰吸引、気管支分泌物吸引、間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、高気圧酸素治療、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法、気管内洗浄（気管支ファイバースコピーを使用した場合を含む。）、ネブライザー又は超音波ネブライザーを同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

⑶　区分「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料、区分「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料、区分「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分「Ｃ１１２」在宅気管切開患者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、喀痰吸引の費用は算定できない。

Ｊ０１８－２　内視鏡下気管支分泌物吸引

算定は１日に１回を限度とする。

Ｊ０１８－３　干渉低周波去痰器による喀痰排出

⑴　区分「Ｊ０１８」喀痰吸引を同一日に行った場合はどちらか一方のみ算定する。

⑵　区分「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料、区分「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料、区分「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分「Ｃ１１２」在宅気管切開患者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、喀痰吸引の費用は算定できない。

Ｊ０１９　持続的胸腔ドレナージ

⑴　２日目以降は、区分「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。

⑵　手術と同一日に行った持続的胸腔ドレナージは別に算定できない。なお、手術の翌日以降は、区分「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

Ｊ０１９－２　胸腔内出血排除術（非開胸的）

手術と同一日に行った胸腔内出血排除術（非開胸的）は別に算定できない。なお、手術の翌日以降は、区分「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

Ｊ０２０　胃持続ドレナージ

２日目以降は、区分「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。

Ｊ０２１　持続的腹腔ドレナージ

⑴　２日目以降は、区分「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。

⑵　手術と同一日に行った持続的腹腔ドレナージは別に算定できない。なお、手術の翌日以降は、区分「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

Ｊ０２２　高位浣腸、高圧浣腸、洗腸

高位浣腸、高圧浣腸、洗腸又は摘便を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数により算定する。

Ｊ０２４　酸素吸入

⑴　間歇的陽圧吸入法、体外式陰圧人工呼吸器治療、鼻マスク式補助換気法、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法又は気管内洗浄（気管支ファイバースコピーを使用した場合を含む。）と同一日に行った酸素吸入又は酸素テントの費用は、それぞれの所定点数に含まれており、別に算定できない。

⑵　区分「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料又は区分「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、酸素吸入の費用は算定できない。

⑶　酸素と窒素を用いて空気と類似した組成の気体を作成し酸素吸入等に用いた場合、酸素及び窒素の費用は算定できない。

Ｊ０２５　酸素テント

⑴　使用したソーダライム等の二酸化炭素吸着剤の費用は所定点数に含まれる。

⑵　区分「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料又は区分「Ｃ１０７」在宅人工呼吸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、酸素テントの費用は算定できない。

Ｊ０２６　間歇的陽圧吸入法

区分「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料又は区分「Ｃ１０７」在宅人工呼吸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、間歇的陽圧吸入法の費用は算定できない。

Ｊ０２７　高気圧酸素治療

⑴　「１」は次の疾患に対して、発症後１週間以内に行う場合に、１日につき所定点数を算定する。

ア　急性一酸化炭素中毒その他のガス中毒（間歇型を含む。）

イ　ガス壊疽

ウ　空気塞栓又は減圧症

エ　急性末梢血管障害

(ｲ)　重症の熱傷又は凍傷

(ﾛ)　広汎挫傷又は中等度以上の血管断裂を伴う末梢血管障害

オ　ショック

カ　急性心筋梗塞その他の急性冠不全

キ　脳塞栓、重症頭部外傷若しくは開頭術後の意識障害又は脳浮腫

ク　重症の低酸素性脳機能障害
ケ　腸閉塞
コ　網膜動脈閉塞症
サ　突発性難聴
シ　重症の急性脊髄傷害

⑵　「２」は次の疾患又は「１」の適応疾患であって発症後の期間が１週間を超えたものに行う場合に、１日につき所定点数を算定する。
ア　放射線又は抗癌剤治療と併用される悪性腫瘍
イ　難治性潰瘍を伴う末梢循環障害
ウ　皮膚移植
エ　スモン
オ　脳血管障害、重症頭部外傷又は開頭術後の運動麻痺
カ　一酸化炭素中毒後遺症
キ　脊髄神経疾患
ク　骨髄炎又は放射線壊死

⑶　２絶対気圧以上の治療圧力が１時間に満たないものについては、１日につき区分「Ｊ０２４」酸素吸入により算定する。

⑷　高気圧酸素治療を行うに当たっては、関係学会より留意事項が示されているので、これらの事項を十分参考とすべきものである。

Ｊ０２８　インキュベーター

⑴　インキュベーターを行うに当たって使用した滅菌精製水の費用は、所定点数に含まれる。

⑵　１日につき所定点数により算定する。

Ｊ０２９　鉄の肺

１日につき所定点数により算定する。

Ｊ０３４　ミラー・アボット管（イレウス管）挿入法

２日目以降は、ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。

Ｊ０３８　人工腎臓

⑴　人工腎臓には、血液透析のほか血液濾過、血液透析濾過が含まれる。

⑵　入院中の患者に人工腎臓を行った場合又は特掲診療料の施設基準等（平成18年厚生労働省告示第94号）の第十一の二に規定する場合（入院中の患者以外の患者に血液濾過を行った場合又はその他特に厚生労働大臣が認める場合）に該当する場合においては、「２」により算定する。なお、「その他特に厚生労働大臣が認める場合」とは、入院中の患者以外の患者であって下記の場合である。
ア　血液透析濾過を行った場合
イ　生命に危険を及ぼす程度の重篤な出血性合併症（頭蓋内出血、消化管出血）を有する患者に対して血液透析を行った場合
ウ　重大な視力障害に至る可能性が著しく高い、進行性眼底出血を有する患者に血液透析を行った場合

⑶　⑵の場合（入院中の患者の場合を除く。）に該当し、「２」により算定する場合にあっては、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

⑷　「注１」の夜間人工腎臓加算の開始時間については、シャントから動脈血を人工腎臓用特定保険医療材料に導き入れるときとし、人工腎臓実施前の準備、整理等に要する時間は除かれる。

⑸　人工腎臓の時間等については、患者の病態に応じて、最も妥当なものとし、治療内容の変更が必要となった場合には、患者に十分な説明をすること。

⑹　１月に15回以上人工腎臓を実施した場合は、15回目以降の人工腎臓は算定できない。ただし、薬剤料（透析液、血液凝固阻止剤及び生理食塩水を含む。）又は特定保険医療材料料は別に算定できる。

⑺　区分「Ｃ１０２」に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料又は区分「Ｃ１０２－２」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。

⑻　人工腎臓における血液濾過は、人工腎臓の必要な患者のうち、血液透析によって対処ができない透析アミロイド症若しくは透析困難症の患者又は緑内障、心包炎若しくは心不全を合併する患者について、血液透析を行った上で、その後血液濾過を実施した場合に限り算定できる。この場合の人工腎臓の費用は、「２」により算定する。

⑼　人工腎臓における血液透析濾過は、人工腎臓の必要な患者のうち、血液透析によって対処ができない透析アミロイド症又は透析困難症の患者について実施した場合に限り算定できる。この場合の人工腎臓の費用は「２」により算定する。

⑽　「注１」の加算については、人工腎臓を緊急のため午後５時以降に開始したため又は緊急のため休日に行ったため、「通則５」による時間外加算等が算定できる場合にあっては、併せて算定できない。

⑾　休日加算の対象となる休日とは、初診料における休日加算の対象となる休日と同じ取扱いである。ただし、日曜日である休日（日曜日である12月29日から１月３日までの日を除く。）は、休日加算の対象としない。

⑿　休日の午後５時以降に開始した場合又は午後９時以降に終了した場合にあっては、「注１」の加算を１回のみ算定できる。

⒀　療養の一環として行われた食事以外の食事が提供された場合には、患者から実費を徴収することができるものであること。

⒁　「注２」の加算については、「人工腎臓における導入期」とは継続して血液透析を実施する必要があると判断された場合の血液透析の開始日より１月間をいい、これに該当する場合、１日につき300点を１月間に限り算定する。

⒂　「注３」の加算については、下記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

⑯　人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、次の通りとする。

ア　「１」の場合には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水及びエリスロポエチン製剤の費用は所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるものが含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。

イ　「１」により算定する場合においても、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水及びエリスロポエチン製剤の使用について適切に行うこと。

ウ　人工腎臓灌流原液の希釈水の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。また、必要があって脱イオン（純水製造装置による）を行わなければ使用できない場合であっても同様である。

エ　人工腎臓の希釈水に対してアルミニウム、フッ素、遊離塩素及びエンドトキシン等を除去する目的で逆浸透装置、活性炭フィルター及び軟水装置を用いて水処理を行った場合の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

オ　緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルを設置するための手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。なお、本カテーテルは１週間に１本を限度とする。

カ　人工腎臓の回路を通して行う注射料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑰　「２」の場合であって、人工腎臓を夜間に開始し、午前０時以降に終了した場合においても、「１」に準じて１日として算定する。

Ｊ０３８－２　持続緩徐式血液濾過

⑴　使用した特定保険医療材料については、持続緩徐式血液濾過器として算定する。

⑵　持続緩徐式血液濾過は、腎不全のほか、重症急性膵炎、劇症肝炎又は術後肝不全（劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈する急性肝不全を含む。）の患者に対しても算定できる。ただし、重症急性膵炎の患者に対しては一連につきおおむね８回を限度とし、劇症肝炎又は術後肝不全（劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈する急性肝不全を含む。）の患者に対しては一連につき月10回を限度として３月間に限って算定する。

⑶　人工腎臓、腹膜灌流又は持続緩徐式血液濾過を同一日に実施した場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

⑷　持続緩徐式血液濾過を夜間に開始し、午前０時以降に終了した場合においても、１日として算定する。

Ｊ０３９　血漿交換療法

⑴　血漿交換療法は、多発性骨髄腫、マクログロブリン血症、劇症肝炎、薬物中毒、重症筋無力症、悪性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、血栓性血小板減少性紫斑病、重度血液型不適合妊娠、術後肝不全、急性肝不全、多発性硬化症、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎、ギラン・バレー症候群、天疱瘡、類天疱瘡、巣状糸球体硬化症、溶血性尿毒症症候群、家族性高コレステロール血症、閉塞性動脈硬化症、中毒性表皮壊死症、スティーブンス・ジョンソン症候群若しくはインヒビターを有する血友病の患者又はＡＢＯ血液型不適合間若しくは抗リンパ球抗体陽性の同種腎移植の患者に対して、遠心分離法等により血漿と血漿以外とを分離し、二重濾過法、血漿吸着法等により有害物質等を除去する療法（血漿浄化法）を行った場合に算定できるものであり、必ずしも血漿補充を要しない。

⑵　当該療法の対象となる多発性骨髄腫、マクログロブリン血症の実施回数は、一連につき週１回を限度として３月間に限って算定する。

⑶　当該療法の対象となる劇症肝炎については、ビリルビン及び胆汁酸の除去を目的に行われる場合であり、当該療法の実施回数は、一連につき概ね10回を限度として算定する。

⑷　当該療法の対象となる薬物中毒の実施回数は、一連につき概ね８回を限度として算定する。

⑸　当該療法の対象となる重症筋無力症については、発病後５年以内で重篤な症状悪化傾向のある場合、又は胸腺摘出術や副腎皮質ホルモン剤に対して十分奏効しない場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき月７回を限度として３月間に限って算定する。

⑹　当該療法の対象となる悪性関節リウマチについては、都道府県知事によって特定疾患医療受給者と認められた者であって、血管炎により高度の関節外症状（難治性下腿潰瘍、多発性神経炎及び腸間膜動脈血栓症による下血等）を呈し、従来の治療法では効果の得られない者に限り、当該療法の実施回数は、週１回を限度として算定する。

⑺　当該療法の対象となる全身性エリテマトーデスについては、次のいずれにも該当する者に限り、当該療法の実施回数は、月４回を限度として算定する。なお、測定した血清補体価、補体蛋白の値又は抗ＤＮＡ抗体の値を診療録に記載する。

ア　都道府県知事によって特定疾患医療受給者と認められた者

イ　血清補体価（CH_{50}）の値が20単位以下、補体蛋白（C_3）の値が40mg/dl以下及び抗ＤＮＡ抗体の値が著しく高く、ステロイド療法が無効又は臨床的に不適当な者

ウ　急速進行性糸球体腎炎（ＲＰＧＮ）又は中枢神経性ループス（ＣＮＳループス）と診断された者

⑻　当該療法の対象となる血栓性血小板減少性紫斑病の実施回数は、一連につき週３回を限度として、３月間に限って算定する。

⑼　当該療法の対象となる重度血液型不適合妊娠とは、Ｒｈ式血液型不適合妊娠による胎内胎児仮死又は新生児黄疸の既往があり、かつ、間接クームス試験が妊娠20週未満にあっては64倍以上、妊娠20週以上にあっては128倍以上であるものをいう。

⑽　当該療法の対象となる術後肝不全については、手術後に発症した肝障害（外科的閉塞性機序

によるものを除く。）のうち次のいずれにも該当する場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき概ね７回を限度として算定する。

ア　総ビリルビン値が５mg/dl以上で、かつ、持続的に上昇を認める場合

イ　ヘパプラスチンテスト（ＨＰＴ）40％以下又はComa Grade Ⅱ以上の条件のうち２項目以上を有する場合

⑾　当該療法の対象となる急性肝不全については、プロトロンビン時間、昏睡の程度、総ビリルビン及びヘパプラスチンテスト等の所見から劇症肝炎又は術後肝不全と同程度の重症度を呈するものと判断できる場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき概ね７回を限度として算定する。

⑿　当該療法の対象となる多発性硬化症、慢性炎症性脱髄性多発根神経炎の実施回数は、一連につき月７回を限度として３月間に限って算定する。

⒀　当該療法の対象となるギラン・バレー症候群については、Hughesの重症度分類で４度以上の場合に限り、当該療法の実施回数は、一連につき月７回を限度として、３月間に限って算定する。

⒁　当該療法の対象となる天疱瘡、類天疱瘡については、診察及び検査の結果、診断の確定したもののうち他の治療法で難治性のもの又は合併症や副作用でステロイドの大量投与ができないものに限り、当該療法の実施回数は、一連につき週２回を限度として、３月間に限って算定する。ただし、３月間治療を行った後であっても重症度が中等度以上（厚生省特定疾患調査研究班の天疱瘡スコア）の天疱瘡の患者については、さらに３月間に限って算定する。

⒂　当該療法の対象となる巣状糸球体硬化症は、従来の薬物療法では効果が得られず、ネフローゼ状態を持続し、血清コレステロール値が250mg/dl以下に下がらない場合であり、当該療法の実施回数は、一連につき３月間に限って12回を限度として算定する。

⒃　当該療法の対象となる家族性高コレステロール血症については、次のいずれかに該当する者のうち、黄色腫を伴い、負荷心電図及び血管撮影により冠状動脈硬化が明らかな場合であり、維持療法としての当該療法の実施回数は週１回を限度として算定する。

ア　空腹時定常状態の血清総コレステロール値が500mg/dlを超えるホモ接合体の者

イ　血清コレステロール値が食事療法下の定常状態（体重や血漿アルブミンを維持できる状態）において400mg/dlを超えるヘテロ接合体で薬物療法を行っても血清コレステロール値が250mg/dl以下に下がらない者

⒄　当該療法の対象となる閉塞性動脈硬化症については、次のいずれにも該当する者に限り、当該療法の実施回数は、一連につき３月間に限って10回を限度として算定する。

ア　フォンテイン分類Ⅱ度以上の症状を呈する者

イ　薬物療法で血中総コレステロール値220mg/dl又は、ＬＤＬコレステロール値140mg/dl以下に下がらない高コレステロール血症の者

ウ　膝窩動脈以下の閉塞又は広範な閉塞部位を有する等外科的治療が困難で、かつ従来の薬物療法では十分な効果を得られない者

⒅　当該療法の対象となる中毒性表皮壊死症又はスティーブンス・ジョンソン症候群の実施回数は、一連につき８回を限度として算定する。

⒆　当該療法の対象となるインヒビターを有する血友病は、インヒビター力価が５ベセスダ単位以上の場合に限り算定する。

⑳　当該療法の対象となる同種腎移植は二重濾過法により、ＡＢＯ血液型不適合間の同種腎移植を実施する場合又はリンパ球抗体陽性の同種腎移植を実施する場合に限り、当該療法の実施回数は一連につき術前は４回を限度とし、術後は２回を限度として算定する。

㉑　血漿交換療法を行う回数は、個々の症例に応じて臨床症状の改善状況、諸検査の結果の評価等を勘案した妥当適切な範囲であること。

㉒　本療法を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に一連の当該療法の初回実施日及び初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む。）を記載する。

Ｊ０４０　局所灌流

開始日の翌日以降に行ったものについては、区分「Ｊ０００」創傷処置に準じて算定する。

Ｊ０４１　吸着式血液浄化法

⑴　吸着式血液浄化法は、肝性昏睡又は薬物中毒の患者に限り算定できる。

⑵　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、「Ｊ０４１」吸着式血液浄化法に準じて算定する。

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㈠～㈡のうち２項目以上を同時に満たすもの

㈠ 体温が38度以上又は36度未満

㈡ 心拍数が90回／分以上

㈢ 呼吸数が20回／分以上又は$PaCO_2$が32mmHg未満

㈣ 白血球数が12,000／mm^3以上若しくは4,000／mm^3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。）

Ｊ０４１－２　血球成分除去療法

⑴　血球成分除去療法（吸着式及び遠心分離式を含む。）は、潰瘍性大腸炎又は関節リウマチ患者（吸着式のみ。）に対して次のア又はイのとおり実施した場合に算定できる。

ア　潰瘍性大腸炎の重症・劇症患者及び難治性患者（厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班の診断基準）に対しては、活動期の病態の改善及び緩解導入を目的として行った場合に限り、一連の治療につき２クールを限度として算定できる。

なお、当該療法の実施回数は、１クールにつき週１回を限度として、５週間に限って算定する。ただし、劇症患者については、第１週目に限り週２回を限度として算定できる。

イ　薬物療法に抵抗する関節リウマチ患者に対しては、臨床症状改善を目的として行った場合に限り、一連の治療につき１クールを限度として行い、１クールにつき週１回を限度として、５週間に限って算定できる。なお、当該療法の対象となる関節リウマチ患者は、活動性が高く薬物療法に抵抗する関節リウマチ患者又は発熱などの全身症状と多関節の激しい滑膜炎を呈し薬物療法に抵抗する急速進行型関節リウマチ患者であって、以下の２項目を満たすものである。

㈠　腫脹関節数　６カ所以上

㈡　ＥＳＲ５０mm/h以上又はＣＲＰ３mg/dl以上

⑵　本療法を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に一連の当該療法の初回実施日及び初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む。）を記載する。

Ｊ０４２　腹膜灌流

⑴　腹膜灌流における導入期とは、継続して連続携行式腹膜灌流を実施する必要があると判断され、当該処置の開始日より14日間をいうものであり、再開の場合には算定できない。

⑵　区分「Ｃ１０２」に掲げる在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定する患者（これ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患者を含み、入院中の患者を除く。）については、腹膜灌流（連続携行式腹膜灌流に限る。）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。

Ｊ０４３　新生児高ビリルビン血症に対する光線療法

疾病、部位又は部位数にかかわらず１日につき所定点数により算定する。

Ｊ０４３－２　瀉血療法

瀉血療法は、真性多血症、続発性多血症又はインターフェロンや肝庇護療法に抵抗性のあるＣ型慢性肝炎に対して行った場合に算定する。

Ｊ０４３－３　ストーマ処置

⑴　ストーマ処置は、消化器ストーマ又は尿路ストーマに対して行った場合に算定する。

⑵　ストーマ処置には、装具の交換の費用は含まれるが、装具の費用は含まない。

⑶　区分「Ｃ１０９」に掲げる在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る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、ストーマ処置の費用は算定できない。

（救急処置）

Ｊ０４４　救命のための気管内挿管

⑴　救命のための気管内挿管は、救命救急処置として特に設けられたものであり、検査若しくは麻酔のため挿管する場合又は既に挿管している気管内チューブを交換する場合は算定できない。

⑵　救命のための気管内挿管に併せて、人工呼吸を行った場合は、区分「Ｊ０４５」人工呼吸の所定点数を合わせて算定できる。

Ｊ０４４－２　体表面ペーシング法又は食道ペーシング法

救急処置として体表面ペーシング法又は食道ペーシング法を行った場合に算定する。

Ｊ０４５　人工呼吸

⑴　胸部手術後肺水腫を併発し、応急処置として閉鎖循環式麻酔器による無水アルコールの吸入療法を行った場合は、人工呼吸の所定点数により算定し、これに要した無水アルコールの費用については区分「Ｊ３００」薬剤により算定する。

⑵　呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定又は非観血的連続血圧測定を同一日に行った場合は、これらに係る費用は人工呼吸の所定点数に含まれる。

⑶　閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸及びマイクロアダプター（人工蘇生器）を使用して、酸素吸入を施行した場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。また、ガス中毒患者に対して、閉鎖循環式麻酔器を使用し、気管内挿管下に酸素吸入を行った場合も同様とする。なお、この場合、酸素吸入の費用は人工呼吸の所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑷　気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器による酸素加圧により、肺切除術後の膨張不全に対して肺膨張を図った場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。

⑸　閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合には、区分「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の所定点数に含まれ、別に算定できない。また、半閉鎖式循環麻酔器による人工呼吸についても、閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸と

同様の取扱いとする。

⑹　肺気腫に対するレスピラトール（ホセイニン）使用は、人工呼吸に準じて算定する。

⑺　新生児の呼吸障害に対する補助呼吸装置による持続陽圧呼吸法（ＣＰＡＰ）及び間歇的強制呼吸法（ＩＭＶ）を行った場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。

⑻　鼻マスク式人工呼吸器を用いた場合は、ＰａＯ２／ＦＩＯ２が300mmHg以下又はＰａＣＯ２が４５mmHg以上の急性呼吸不全の場合に限り人工呼吸に準じて算定する。

⑼　区分「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、人工呼吸の費用は算定できない。

Ｊ０４７　カウンターショック

⑴　カウンターショックに伴う皮膚の創傷に対する処置に要する費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑵　心臓手術に伴うカウンターショックは、それぞれの心臓手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑶　カウンターショックと開胸的心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「Ｋ５５１」開胸心臓マッサージの所定点数をそれぞれ算定する。

Ｊ０５０　気管内洗浄

⑴　気管から区域細気管支にわたる範囲で異物又は分泌物による閉塞（吐物の逆流、誤嚥、気管支喘息重積状態又は無気肺）のために急性呼吸不全をおこした患者に対し、気管内挿管下（気管切開下を含む。）に洗浄した場合に１日につき所定点数を算定する。

⑵　新たに気管内挿管を行った場合には、区分「Ｊ０４４」救命のための気管内挿管の所定点数を合わせて算定できる。

⑶　気管支ファイバースコピーを使用した場合は、区分「Ｄ３０２」気管支ファイバースコピーの所定点数のみを算定する。

Ｊ０５２－２　熱傷温浴療法

⑴　熱傷温浴療法は、体表面積の30％以上の広範囲熱傷に対する全身温浴として、受傷後60日以内に行われたものについて算定する。

⑵　受傷日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（皮膚科処置）

Ｊ０５３　皮膚科軟膏処置

区分「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る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、皮膚科軟膏処置の費用は算定できない。

Ｊ０５４　皮膚科光線療法

⑴　赤外線療法は、ソラックス灯等の赤外線を出力する機器を用いて行った場合に算定できる。

⑵　紫外線療法は、フィンゼン灯、クロマイエル水銀石英灯等の紫外線を出力する機器を用いて行った場合に算定できる。

⑶　赤外線又は紫外線療法（長波紫外線療法及び中波紫外線療法を除く。）は、５分以上行った場合に算定する。

⑷　長波紫外線又は中波紫外線療法は、長波紫外線（概ね315～400ナノメートル）又は中波紫外

線（概ね290～315ナノメートル）を選択的に出力できる機器によって長波紫外線又は中波紫外線療法を行った場合に算定できるものであり、いわゆる人工太陽等の長波紫外線及び中波紫外線を非選択的に照射する機器によって光線療法を行った場合は、赤外線又は紫外線療法の所定点数によって算定する。

⑸　長波紫外線又は中波紫外線療法は乾癬、類乾癬、掌蹠膿疱症、菌状息肉腫（症）、悪性リンパ腫、慢性苔癬状粃糠疹、尋常性白斑又はアトピー性皮膚炎に対して行った場合に限って算定する。

⑹　赤外線療法、紫外線療法、長波紫外線療法又は中波紫外線療法を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。また、同じものを同一日に複数回行った場合でも、１日につき所定点数のみにより算定する。

⑺　皮膚科光線療法は、同一日において消炎鎮痛等処置とは併せて算定できない。

Ｊ０５４－２　皮膚レーザー照射療法

⑴　皮膚レーザー照射療法は、単なる美容を目的とした場合は算定できない。

⑵　「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいい、概ね３月間にわたり行われるものをいう。例えば、対象病変部位の一部ずつに照射する場合や、全体に照射することを数回繰り返して一連の治療とする場合は、１回のみ所定点数を算定する。

⑶　皮膚レーザー照射療法を開始した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、前回の一連の治療の開始日を記載する。

⑷　「１」の色素レーザー照射療法は、単純性血管腫、苺状血管腫又は毛細血管拡張症に対して行った場合に算定できる。

⑸　「２」のＱスイッチ付レーザー照射療法は、Ｑスイッチ付ルビーレーザー照射療法、ルビーレーザー照射療法、Ｑスイッチ付アレキサンドライトレーザー照射療法をいう。

⑹　Ｑスイッチ付レーザー照射療法は、頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部又は背部のそれぞれの部位ごとに所定点数を算定する。また、各部位において、病変部位が重複しない複数の疾患に対して行った場合は、それぞれ算定できる。

⑺　Ｑスイッチ付ルビーレーザー照射療法及びルビーレーザー照射療法は、太田母斑、異所性蒙古斑、外傷性色素沈着症、扁平母斑等に対して行った場合に算定できる。なお、一連の治療が終了した後に再発した症例に対して当該療法を行う場合には、同一部位に対しては初回治療を含め２回を限度として算定する。

⑻　Ｑスイッチ付アレキサンドライトレーザー照射療法は、太田母斑、異所性蒙古斑、外傷性色素沈着症等に対して行った場合に算定できる。なお、扁平母斑にあっては算定できない。

Ｊ０５７　軟属腫摘除

伝染性軟属腫の内容除去は、軟属腫摘除として算定する。

Ｊ０５７－２　面皰圧出法

面皰圧出法は、顔面、前胸部、上背部等に多発した面皰に対して行った場合に算定する。

Ｊ０５７－３　鶏眼・胼胝処置

鶏眼・胼胝処置は、同一部位について、その範囲にかかわらず月１回を限度として算定する。

（泌尿器科処置）

Ｊ０６０　膀胱洗浄

⑴　カテーテル留置中に膀胱洗浄及び薬液膀胱内注入を行った場合は、１日につき、膀胱洗浄により算定する。

⑵　膀胱洗浄、留置カテーテル設置又は導尿（尿道拡張を要するもの）を同一日に行った場合には、主たるものの所定点数により算定する。

⑶　区分「Ｃ１０６」在宅自己導尿指導管理料又は区分「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置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。）については膀胱洗浄の費用は算定できない。

Ｊ０６１　腎盂洗浄

⑴　腎盂洗浄は片側ごとに所定点数をそれぞれ算定する。

⑵　尿管カテーテル挿入を行った場合は、所定点数に区分「Ｄ３１８」尿管カテーテル法の所定点数を合わせて算定できる。

Ｊ０６３　留置カテーテル設置

⑴　長期間にわたり、バルーンカテーテルを留置するための挿入手技料は、留置カテーテル設置により算定する。この場合、必要があってカテーテルを交換したときの挿入手技料も留置カテーテル設置により算定する。

⑵　区分「Ｃ１０６」在宅自己導尿指導管理料又は区分「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置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、留置カテーテル設置の費用は算定できない。

Ｊ０６４　導尿（尿道拡張を要するもの）

区分「Ｃ１０６」在宅自己導尿指導管理料又は区分「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置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、導尿の費用は算定できない。

Ｊ０６５　間歇的導尿

間歇的導尿は脊椎損傷の急性期の尿閉、骨盤内の手術後の尿閉の患者に対し、排尿障害の回復の見込みのある場合に行うもので、６月間を限度として算定する。

Ｊ０６８　嵌頓包茎整復法

小児仮性包茎における包皮亀頭癒着に対する用手法等による剝離術は、嵌頓包茎整復法に準じて算定する。

Ｊ０７０－２　干渉低周波による膀胱等刺激法

⑴　干渉低周波による膀胱等刺激法は、尿失禁の治療のために行った場合に算定する。

⑵　治療開始時点においては、３週間に６回を限度とし、その後は２週間に１回を限度とする。

Ｊ０７０－３　冷却痔処置

⑴　Ⅰ度又はⅡ度の内痔核の患者に対し、１日１ないし２回、かつ連続して５日以上実施した場合に10日間を限度として、１日につき１回算定できる。なお、当該処置に使用した冷却痔疾治療用具については、所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑵　冷却痔処置の請求に当たっては、内痔核の重症度について診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（産婦人科処置）

Ｊ０７８　子宮腟部薬物焼灼法

ゲメプロスト製剤の投与により子宮内容物の排出が認められた場合は、子宮腟部薬物焼灼法に準じて算定できる。

Ｊ０８５－２　人工羊水注入法

人工羊水注入法は、羊水過少症等の患者に対して、超音波断層法検査及び子宮内圧測定を施行し、適正な注入量の羊水を子宮内に注入した場合に算定する。なお、当該手技に伴って実施される超音波検査等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（眼科処置）

Ｊ０８６　眼処置

所定点数には、洗眼、点眼、片眼帯、巻軸帯を必要とする処置、蒸気罨法、熱気罨法、イオントフォレーゼ及び麻薬加算が含まれており、これらを包括して１回につき所定点数を算定する。

Ｊ０８９　睫毛抜去

５～６本程度の睫毛抜去は「１」を算定する。また、「１」については、他の眼科処置又は眼科手術に併施した場合には、その所定点数に含まれ別に算定できない。

（耳鼻咽喉科処置）

Ｊ０９５　耳処置

耳処置とは、外耳道入口部から鼓膜面までの処置であり、点耳、耳浴、耳洗浄及び簡単な耳垢栓除去が含まれており、これらを包括して一側、両側の区別なく１回につき所定点数を算定する。

Ｊ０９５－２　鼓室処置

鼓室処置は、急性又は慢性の鼓膜穿孔耳に対して鼓室病変の沈静・制御を目的として、鼓室腔内の分泌物・膿汁等の吸引及び鼓室粘膜処置等を行った場合に算定する。

Ｊ０９６　耳管処置

⑴　「１」には、耳管通気に必要とする表面麻酔薬又は血管収縮薬等の塗布、噴霧等の鼻内における処置が含まれており、これらを包括して１回につき片側ごとに所定点数を算定する。ただし、鼻処置を必要とする疾病があって別に鼻処置を行った場合は別に算定できるが、傷病名の記載を要する。

⑵　ポリッツエル球により両耳に通気する場合は、片側、両側の区別なく１回につき所定点数を算定する。

⑶　耳管処置に当たり咽頭処置を行った場合であっても、咽頭に特に異常がなければ、咽頭処置は算定できない。

Ｊ０９７　鼻処置

⑴　鼻処置には、鼻吸引、鼻洗浄、単純鼻出血及び鼻前庭の処置が含まれており、これらを包括して一側、両側の区別なく１回につき所定点数を算定する。なお、口腔、咽頭処置と併せて行った場合であっても、口腔、咽頭処置の所定点数は別に算定できない。

⑵　副鼻腔洗浄に伴う単なる鼻処置は、副鼻腔洗浄の所定点数に含まれ別に算定はできない。

Ｊ０９７－２　副鼻腔自然口開大処置

副鼻腔自然口開大処置は、急性副鼻腔炎及び慢性副鼻腔炎の患者に対して、副鼻腔の換気・排液ならびにネブライザー効果の増大を目的として自然口の開大処置を行った場合に算定する。

Ｊ０９８　口腔、咽頭処置

⑴　口腔、咽頭処置をそれぞれ単独に実施した場合も、同時に実施した場合も１回につき所定点数を算定する。

⑵　ルゴール液の噴霧吸入は口腔、咽頭処置に準ずる。

⑶　ルゴール等の噴霧吸入と鼻、口腔又は咽頭処置を同時に行った場合は、鼻処置又は口腔、咽頭処置の所定点数を算定する。

Ｊ０９８－２　扁桃処置

⑴　扁桃処置は、慢性扁桃炎の急性増悪、急性腺窩（陰窩）性扁桃炎、扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍等に対し、膿栓吸引、洗浄等を行った場合に算定する。

⑵　扁桃処置の所定点数には、咽頭処置が含まれ別途算定できない。

Ｊ０９９　間接喉頭鏡下喉頭処置

⑴　間接喉頭鏡下喉頭処置には、喉頭注入が含まれており、喉頭蓋、仮声帯、披裂部、声帯等の病変に対して処置を行った場合に算定する。

⑵　喉頭処置後の薬剤注入は、喉頭処置の所定点数に含まれる。

Ｊ１００　副鼻腔手術後の処置（片側）

副鼻腔手術後の洗浄、ガーゼ交換等（手術日の翌日以降のものに限る。）を行った場合に算定する。

この場合、区分「Ｊ０００」創傷処置は別に算定できない。

Ｊ１０２　上顎洞穿刺

区分「Ｄ４０６」上顎洞穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ１０３　扁桃周囲膿瘍穿刺

扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍において、単に穿刺排膿のみ行い切開しなかった場合は所定点数を算定し、試験穿刺を行い膿汁を認め直ちに切開した場合は区分「Ｋ３６８」扁桃周囲膿瘍切開術を算定する。

Ｊ１０８　鼻出血止血法

副鼻腔炎術後の後出血（手術日の翌日以後起った出血をいう。）が多量で再び術創を必要があって開く場合は、区分「Ｋ３５２」上顎洞根本手術に準じて算定する。

Ｊ１１３　耳垢栓塞除去

耳垢水等を用いなければ除去できない耳垢栓塞を、完全に除去した場合に算定する。

Ｊ１１５　超音波ネブライザー

超音波ネブライザーにおいて、酸素療法を併せて行った場合は区分「Ｊ０２４」酸素吸入の所定点数を合わせて算定できる。

（整形外科的処置）

Ｊ１１６　関節穿刺

関節穿刺を左右両側に行った場合は、それぞれ算定できるが、同一側の関節に対して、区分「Ｄ４０５」関節穿刺、区分「Ｇ０１０」関節腔内注射を同一日に行った場合は、主たるもののみ算定する。

Ｊ１１７　鋼線等による直達牽引

⑴　鋼線等による直達牽引は、鋼線等を用いて観血的に牽引を行った場合に算定する。なお鋼線等による直達牽引には、鋼線牽引法、双鋼線伸延法及び直達頭蓋牽引法を含むものである。

⑵　１局所とは、上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの躯幹のそれぞれをいい、全身を

５局所に分けるものである。

Ｊ１１８　介達牽引

⑴　介達牽引は、絆創膏牽引法、斜面牽引法、スピードラック牽引、腰椎バンド及びグリソン係蹄によるモーターを使用した断続牽引並びにベーラー法を含むものであり、部位数にかかわらず所定点数を算定する。

⑵　「注２」に掲げる「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」 とは、脳血管疾患、脊髄損傷等の脳・脊髄（中枢神経）外傷、大腿骨頸部骨折、下肢・骨盤等の骨折、上肢骨折又は開腹術・開胸術後の患者、脳腫瘍などの開頭術後、急性発症した脳炎・ギランバレーなどの神経筋疾患、高次脳機能障害、脳性麻痺、四肢（手部・足部を含む。）の骨折・切断・離断・腱損傷、脊椎・肩甲骨・関節の手術後、四肢の熱傷（Ⅱ度の熱傷では体表面積15％以上、Ⅲ度の熱傷では10％以上）、気道熱傷を伴う熱傷、多発外傷、植皮術後及び15歳未満の先天性股関節脱臼症の手術後の患者をいう。この場合、脳血管疾患とは、急激な意識障害発作を伴った脳内出血、脳塞栓、脳血栓、くも膜下出血、脳動脈瘤破裂等をいい、症状の発現の緩徐な慢性脳循環不全症等はこれに該当しない。

⑶　急性発症した脳血管疾患等の患者について、新たな疾患の発生により、新たに「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」に該当することとなった場合は、当該疾患の発症日（開腹術・開胸術後、脳腫瘍など開頭術後、脊椎・肩甲骨・関節の手術後、植皮術後及び15歳未満の先天性股関節脱臼症の手術後の患者については、当該手術の日、高次脳機能障害の患者については「高次脳機能障害診断基準」に基づいた診断がなされた日）をもって新たな発症日とすることができる。なお、脳血管疾患の患者に係る「新たな脳血管疾患が発症した場合」とは、臨床上急激に発症し、画像診断等において新たな発症が確認され、かつ当該疾患への急性期治療がなされた場合を指すものであり、出血性脳梗塞、脳血管攣縮等脳卒中急性期に出現する一連の病態によって生じた症状増悪などはこれに該当しない。

⑷　急性発症した脳血管疾患等の患者に該当する場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に対象となる疾患名及び発症日（又は新たな発症日）につき明記すること。

Ｊ１１８－２　矯正固定

変形の矯正を目的としてマッサージ等を行った後に、副子、厚紙や絆創膏にて矯正固定を行った場合に算定する。

Ｊ１１９　消炎鎮痛等処置

⑴　消炎鎮痛等処置は、疾病、部位又は部位数にかかわらず１日につき所定点数により算定する。

⑵　「１」のマッサージ等の手技による療法とは、あんま、マッサージ及び指圧による療法をいう。また、「２」の器具等による療法とは、電気療法、赤外線治療、熱気浴、ホットパック、超音波療法、マイクロレーダー等による療法をいう。

⑶　消炎鎮痛を目的とする外用薬を用いた処置は「３」の湿布処置として算定する。

⑷　患者自ら又は家人等に行わせて差し支えないと認められる湿布については、あらかじめ予見される当該湿布薬の必要量を外用薬として投与するものとし、湿布処置は算定できない。

⑸　区分「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る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、消炎鎮痛等処置の費用は算定できない。

Ｊ１１９－２　腰部又は胸部固定帯固定

⑴　腰痛症の患者に対して腰部固定帯で腰部を固定した場合又は骨折非観血的整復術等の手術を必要としない肋骨骨折等の患者に対して、胸部固定帯で胸部を固定した場合に算定する。

⑵　同一患者につき同一日において、消炎鎮痛等処置を行った場合は、主たるものにより算定する。

⑶　区分「１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る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。）ついては、腰部又は胸部固定帯固定の費用は算定できない。

Ｊ１１９－３　低出力レーザー照射

⑴　筋肉、関節の慢性非感染性炎症性疾患における疼痛の緩和のために低出力レーザー照射を行った場合は、疾病、照射部位又は照射回数に関わらず所定点数を算定する。

⑵　同一患者につき同一日において、消炎鎮痛等処置を行った場合は、主たるものにより算定する。

⑶　区分「１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る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。）ついては、低出力レーザー照射の費用は算定できない。

Ｊ１１９－４　肛門処置

⑴　診療所において、入院中の患者以外の患者についてのみ算定する。

⑵　単に坐薬等を挿入した場合は算定できない。

⑶　同一患者につき同一日において、消炎鎮痛等処置を行った場合は、主たるものにより算定する。

⑷　区分「１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る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、肛門処置の費用は算定できない。

（栄養処置）

Ｊ１２０　鼻腔栄養

⑴　鼻腔栄養は、注入回数の如何を問わず１日につき算定するものである。

⑵　患者が経口摂取不能のため、薬価基準に収載されている高カロリー薬を経鼻経管的に投与した場合は鼻腔栄養の所定点数及び薬剤料を算定し、入院時食事療養費及び投薬料は別に算定しない。

⑶　患者が経口摂取不能のため、薬価基準に収載されていない流動食を提供した場合は、鼻腔栄養の所定点数及び入院時食事療養費を算定する。この場合において、当該保険医療機関が入院時食事療養(Ⅰ)の届出を行っているときは入院時食事療養(Ⅰ)を、さらに、特別食の算定要件を満たしているときは特別食の加算をそれぞれ算定する。

⑷　薬価基準に収載されている高カロリー薬及び薬価基準に収載されていない流動食を併せて投与及び提供した場合は、⑵又は⑶のいずれかのみにより算定する。

⑸　胃瘻より流動食を点滴注入した場合は、鼻腔栄養に準じて算定する。

⑹　区分「Ｃ１０５」在宅成分栄養経管栄養法指導管理料又は区分「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これらに係る器具加算、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、鼻腔栄養の費用は算定できない。

（ギプス）

1　一般的事項

⑴　ギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合は、ギプス包帯を作成した保険医療機関もギプス包帯の切割使用に係る点数を算定できる。

⑵　既装着のギプスを他の保険医療機関で除去したときは、ギプス除去料としてギプス包帯を切割使用した場合の２分の１に相当する点数により算定する。

⑶　ギプスベッド又はギプス包帯の修理を行ったときは、修理料として所定点数の100分の10に相当する点数を算定することができる。

⑷　プラスチックギプスを用いてギプスを行った場合にはシーネとして用いた場合が含まれる。

⑸　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。）に準じて算定する。

⑹　四肢ギプス包帯の所定点数にはプラスチックギプスに係る費用が含まれ、別に算定できない。

2　練習用仮義足又は仮義手

練習用仮義足又は仮義手の処方、採型、装着、調整等については、仮義足又は仮義手を支給する１回に限り算定する。

（処置医療機器等加算）

Ｊ２００　腰部固定帯加算

⑴　腰部固定帯加算は、腰部固定帯を給付する都度算定する。なお、「腰部固定帯」とは、従来、頭部・頸部・躯幹固定用伸縮性包帯として扱われてきたもののうち、簡易なコルセット状のものをいう。

⑵　胸部固定帯は、腰部固定帯に準じて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。

Ｊ２０１　酸素加算

⑴　酸素吸入のほか酸素又は窒素を使用した診療に係る酸素又は窒素の価格は、「酸素及び窒素の価格」（平成２年厚生省告示第41号）により定められており、その単価（単位　リットル。摂氏35度、１気圧における容積とする。）は、次のとおりである。

ア　離島等以外の地域に所在する保険医療機関の場合

液体酸素の単価

定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）に係る酸素の単価	１リットル当たり0.18円
可搬式液化酸素容器（ＬＧＣ）に係る酸素の単価	１リットル当たり0.30円

酸素ボンベに係る酸素の単価

大型ボンベに係る酸素の単価	１リットル当たり0.40円
小型ボンベに係る酸素の単価	１リットル当たり2.25円

イ　離島等に所在する保険医療機関の場合

液体酸素の単価

定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）に係る酸素の単価	１リットル当たり0.27円
可搬式液化酸素容器（ＬＧＣ）に係る酸素の単価	１リットル当たり0.45円

酸素ボンベに係る酸素の単価

大型ボンベに係る酸素の単価	１リットル当たり0.60円
小型ボンベに係る酸素の単価	１リットル当たり3.00円

⑵　離島等とは、以下の地域をいう。

ア　離島振興法（昭和28年法律第72号）第２条第１項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域

イ　奄美群島振興開発特別措置法（昭和29年法律第189号）第１条に規定する奄美群島の地域

ウ　小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和44年法律第79号）第２条第１項に規定する小笠原諸島の地域

エ　沖縄振興特別措置法（平成14年法律第14号）第３条第３号に規定する離島

オ　過疎地域自立促進特別措置法（平成12年法律第15号）第２条第１項に規定する過疎地域

カ　豪雪地帯対策特別措置法（昭和37年法律第73号）第２条第２項の規定により特別豪雪地帯として指定された地域

⑶　定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）とは、医療機関の敷地内に設置されており、通常気体酸素容量が200万Ｌから1,500万Ｌのものをいい、可搬式液化酸素容器（ＬＧＣ）とは、気体酸素容量が13.3万Ｌ又は37.6万Ｌのものをいい、大型ボンベとは、ボンベ１本当たり通常7,000Ｌ又は6,000Ｌ用のボンベをいい3,000Lを超えるもの、小型ボンベとは、ボンベ１本当たり通常1,500Ｌ又は500Ｌ用のボンベをいい3,000L以下のものをいう。

⑷　酸素の価格については、次の算式により算出した値の１円未満を四捨五入して得た額とする。

酸素の価格（単位　円）　＝　酸素の単価（単位　円）×当該患者に使用した酸素の容積（単位　リットル）×　補正率

⑸　⑴の規定にかかわらず、⑴に規定する区分ごとに次の算式により、保険医療機関ごとに算出される酸素の購入単価が⑴に規定する単価に満たない場合には、４月１日から３月31日までの１年間の診療については、この酸素の購入単価を用いて算出した酸素の購入価格によって請求するものとする。

酸素の購入価格（単位　円）　＝　酸素の購入単価（単位　円）×当該患者に使用した酸素の容積（単位　リットル）×補正率

酸素の購入単価（単位　円）＝ $\dfrac{\text{当該年度の前年の１月から12月までの間に当該保険医療機関が購入した酸素の対価}}{\text{当該購入した酸素の容積（単位　リットル。35℃１気圧で換算）}}$

なお、酸素の購入時期と請求時期との関係を以下に明示する。

●の診療に係る請求

③、④及び⑤の購入実績により算出した酸素の購入単価による。

▲の診療に係る請求

①及び②の購入実績により算出した酸素の購入単価による。

⑹　⑷及び⑸の算式の場合において、「当該患者に使用した酸素の容積」とは、患者に使用する際の状態の温度及び気圧において測定された酸素の容積をいうものであり、一定の温度又は気圧に換算する必要はない。

また、補正率1.3は、購入時と使用時の気体の状態の違いに由来する容積差等を勘案の上設定したものである。

⑺　新規に保険医療機関の指定を受けた場合及び⑵に規定する区分を追加又は変更した場合であって、当該診療に係る年度の前年の１月から12月までの１年間において酸素の購入実績がない場合にあっては、当年度の３月までの間は、次に定めるところによって酸素の購入単価を算出するものとする。その場合において購入単価が⑴に規定する単価を超える場合は、⑴の購入単価とする。

ア　当該診療月前に酸素を購入した実績がある場合（当該年度内に新規に指定され購入又は区分の追加若しくは変更（大型ボンベを廃止し、ＣＥに変更等）を行った場合に限る。）にあっては、購入した酸素（保険医療機関の指定を受けた日前に購入したものを含む。）の対価を当該購入した酸素の摂氏35度、１気圧における容積（単位　リットル）で除して得た額の0.01円未満の端数を四捨五入した額を酸素の購入単価とする。

イ　アにより算出した場合の購入単価について、当年度の３月までの間については、当該診療月前に購入したすべての酸素（保険医療機関の指定を受けた日前に購入したものを含む。）の対価を当該購入した酸素の摂氏35度、１気圧における容積（単位　リットル）で除して得た額の0.01円未満の端数を四捨五入した額を酸素の購入単価とする。

⑻　⑸並びに⑺のア及びイの関係は、当該年度（診療日の属する年度）に係る購入単価は、原則、前年の１月から12月までの購入実績に基づき算出した単価とするものであるが、年度の途中において新規又は区分の変更を行った年度に限り当該年度内の購入実績に基づき購入単価とするものである。従って、翌年度の４月１日からは、⑸により算出した購入単価によることとなる。

⑼　離島等における特別の事情とは、酸素の搬入において船舶による搬入時間が、多くの時間を要する場合や酸素製造工場又は医療用酸素充填所から著しく遠距離であるため通常の価格では購入が困難な場合等を考慮したものであり、当該事情があると認められた場合には、⑴の規定にかかわらず、⑴に規定する区分ごとに⑸に規定する算式により、保険医療機関ごとに算出される酸素の購入単価が⑴に規定する単価を超える場合は、４月１日から３月31日までの１年間の診療については、この酸素の購入単価を用いて算出した酸素の購入価格によって請求するものとする。なお、この場合、前年度の購入単価を超えることはできないものとする。ただし、大型ボンベにあっては、6,000L以上、小型ボンベにあっては、500L以上に限る。

⑽　離島等における特別の事情がある場合は、その理由を記載した書面を地方社会保険事務局長に届け出るものとする。

⑾　保険医療機関は、当該年の４月１日以降の診療に係る費用の請求に当たって用いる酸素の単価並びにその算出の基礎となった前年の１月から12月までの間に当該保険医療機関が購入した酸素の対価及び当該購入した酸素の容積を別紙様式19により、当該年の２月15日までに地方社会保険事務局長に届け出るものとする。ただし、⑺のア又はイの方法によって酸素の購入単価を算出している場合にあっては、随時（当該年度内において算出した購入単価に30％を超える変動があった場合を含む。）地方社会保険事務局長に届け出るものとする。

⑿　地方社会保険事務局においては、届出を受けた購入単価について、審査支払機関に対し通知するとともに、保険者に対し通知し、情報提供を行うこと。

⒀　窒素の価格は、液化窒素、ボンベ等の窒素の形態にかかわらず、窒素の単価に当該患者に使用した窒素の容積を乗じた値とする。なお、窒素の単価は１リットル当たり0.12円である。

⒁　酸素を動力源とする閉鎖循環式麻酔装置、高気圧酸素治療装置等を利用して、人工呼吸、酸素吸入、高気圧酸素治療等を行った場合、動力源として消費される酸素の費用は算定できない。また、動力源として消費される窒素の費用も算定できない。

⒂　区分「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料又は区分「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、酸素吸入の費用は算定できない。

⒃　突発性難聴に対する酸素療法は、酸素吸入により算定する。

⒄　酸素と窒素を用いて空気と類似した組成の気体を作成し酸素吸入等に用いた場合、酸素及び窒素の費用は算定できない。

第10部　手術

＜通則＞

１　「通則１」の「診断穿刺・検体採取」とは、第２章第３部検査の第４節診断穿刺・検体採取料に係るものをいう。

２　「通則１」及び「通則２」は、手術料算定の内容には次の３通りあることを示しており、輸血料については、手術料の算定がなくとも単独で算定できる。

⑴　手術料（＋薬剤料等）

⑵　手術料＋輸血料（＋薬剤料等）

⑶　輸血料（＋薬剤料等）

３　手術料（輸血料を除く。）は、特別の理由がある場合を除き、入院中の患者及び入院中の患者以外の患者にかかわらず、同種の手術が同一日に２回以上実施される場合には、主たる手術の所定点数のみにより算定する。

４　手術当日に、手術に関連して行う処置（ギプスを除く。）の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。また、内視鏡を用いた手術を行う場合、これと同時に行う内視鏡検査料は別に算定できない。

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、厚生労働大臣が別に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。

６　画像診断及び検査の費用を別に算定できない手術の際に画像診断又は検査を行った場合においても、当該画像診断及び検査に伴い使用したフィルムに要する費用については、区分「Ｅ４００」（注を含む。）に掲げるフィルム料を算定できる。また、当該画像診断及び検査に伴い特定保険医療材料又は薬剤を使用した場合は、区分「Ｋ９５０」に掲げる特定保険医療材料料又は区分「Ｋ９４０」に掲げる薬剤料を算定できる。なお、この場合、フィルム料、特定保険医療材料料及び薬剤料以外の画像診断及び検査の費用は別に算定できない。

７　第１節手術料に掲げられていない手術のうち、簡単な手術の手術料は算定できないが、特殊な手術（点数表にあっても、手技が従来の手術と著しく異なる場合等を含む。）の手術料は、その都度当局に内議し、最も近似する手術として準用が通知された算定方法により算定する。

例えば、従来一般的に開胸又は開腹により行われていた手術を内視鏡下において行った場合等はこれに該当する。

８　「通則５」に規定する体外循環を要する手術とは、区分「Ｋ５４１」から「Ｋ５４４」まで、「Ｋ５５１」、「Ｋ５５３」、「Ｋ５５４」から「Ｋ５５６」まで、「Ｋ５５７」から「Ｋ５５７－３」、「Ｋ５５８」、「Ｋ５６８」、「Ｋ５７０」、「Ｋ５７１」から「Ｋ５７４」、「Ｋ５７６」、「Ｋ５７７」、「Ｋ５７９」から「Ｋ５８０」、「Ｋ５８２」から「Ｋ５８９」及び「Ｋ５９２」から「Ｋ５９４」までに掲げる人工心肺を用いた手術をいう。

９　「通則７」及び「通則８」の加算は、第１節手術料に定める手術にのみ適用され、輸血料、手術医療機器等加算、薬剤料及び特定保険医療材料料は加算の対象とならない。

また、「通則７」及び「通則８」の「所定点数」とは、第１節手術料の各区分に掲げられた

点数及び各区分の注に規定する加算の合計をいい、通則の加算点数は含まない。

10　「通則10」の加算は、ＨＩＶ－１抗体価精密測定、ＨＩＶ－２抗体価精密測定によってＨＩＶ抗体が陽性と認められた患者又はＨＩＶ－１核酸同定検査によってＨＩＶ－１核酸が確認された患者に対して観血的手術を行った場合に１回に限り算定する。ただし、同一日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。

11　「通則11」の加算は、次のいずれかに該当する患者に対して全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を伴う観血的手術を行った場合に１回に限り算定する。ただし、同一日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。

⑴　感染症法に基づく医師から都道府県知事等への届出のための基準により医師により届け出が義務付けられているメチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症の患者（診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断がなされたもの。）

⑵　ＨＢs又はＨＢe抗原精密測定によって抗原が陽性と認められたＢ型肝炎患者

⑶　ＨＣＶ抗体価精密測定又はＨＣＶ抗体価検査によってＨＣＶ抗体が陽性と認められたＣ型肝炎患者

⑷　微生物学的検査により結核菌を排菌していることが術前に確認された結核患者

12　「通則12」の入院中の患者以外の患者に対する手術の休日加算、時間外加算又は深夜加算は、次の場合に算定できる。ただし、手術が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外又は深夜に行われた場合には算定できない。

⑴　休日加算、時間外加算又は深夜加算が算定できる初診又は再診に引き続き行われた緊急手術の場合

⑵　初診又は再診から手術までの間に、手術に必要不可欠な検査等を行い、かつ、当該検査等の終了後に手術（休日に行うもの又はその開始時間（執刀した時間をいう。）が診療時間以外の時間若しくは深夜であるものに限る。）を開始した場合であって、当該初診又は再診から手術の開始時間までの間が８時間以内である場合（当該手術の開始時間が入院手続きの後の場合を含む。）

13　「通則12」の入院中の患者に対する手術の休日加算又は深夜加算は、病状の急変により、休日に緊急手術を行った場合又は開始時間が深夜である緊急手術を行った場合に算定できる。

ただし、手術が保険医療機関又は保険医の都合により休日又は深夜に行われた場合には算定できない。

14　「通則12」の休日加算、時間外加算又は深夜加算の対象となる時間の取扱いは初診料と同様である。また、「通則12」の加算に係る適用の範囲及び「所定点数」については、「通則７」及び「通則８」の加算の取扱いと同様（本通則９参照）である。なお、区分「Ｋ７８０」同種腎移植術の「注２」に規定する死体腎移植加算について、「通則12」の加算を算定する場合は、同種腎移植の開始時間により要件の該当の有無を判断するのではなく、死体腎の摘出術の開始時間をもって判断する。

15　「通則13」の「特に規定する場合」とは、各区分に掲げる手術名の末尾に両側と記入したものをいう。なお、この場合において、両側にわたり手術を行う医療上の必要性がなく片側の手術のみを行った場合であっても、両側に係る所定点数を算定することができる。

また、肺の両側に対し手術を行った場合は、片側それぞれについて算定できる。

16　同一手術野又は同一病巣における算定方法

⑴　「通則14」の「同一手術野又は同一病巣」とは、原則として、同一皮切により行い得る範囲をいい、具体的には、次のような手術の組み合わせが行われる範囲をいう。この場合においては、「主たる手術」の所定点数のみを算定する。なお、「主たる手術」とは、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいう。

ア　肺切除術の際に併施する簡単な肺剝皮術

イ　虫垂切除術と盲腸縫縮術

ウ　子宮附属器腫瘍摘出術と卵管結紮術

⑵　⑴にかかわらず、「同一皮切により行い得る範囲」内にあっても、次に掲げる場合には、「同一手術野又は同一病巣」には該当せず、それぞれ所定点数を算定する。なお、それらの他、「同一皮切により行い得る範囲」の原則によることが著しく不合理である場合は、「通則３」に照らしてその都度当局に内議のうえ決定する。

ア　胃切除術（消化器系の手術）と腹部大動脈瘤に対する大動脈瘤切除術（脈管系の手術）の組み合わせ、胃切除術（消化器系の手術）と腎摘出術（尿路系の手術）の組み合わせ、胃切除術（消化器系の手術）と子宮附属器腫瘍摘出術（開腹によるもの）（婦人科系の手術）の組み合わせ、腎悪性腫瘍手術（尿路系の手術）と肺切除術（呼吸器系の手術）の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術（消化器系の手術）と腹腔鏡下腎摘出術（尿路系の手術）の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術（消化器系の手術）と子宮附属器腫瘍摘出術（腹腔鏡によるもの）（婦人科系の手術）等、相互に関連のない２手術を同時に行う場合

イ　胃切除術と直腸切除術の組み合わせ、食道腫瘍摘出術（開腹手術によるもの）と結腸切除術の組み合わせ、腹腔鏡下胃切除術と腹腔鏡下直腸切除術の組み合わせ、食道腫瘍摘出術（腹腔鏡下によるもの）と腹腔鏡下結腸切除術の組み合わせ等、同じ消化器系の手術であっても、遠隔部位の２手術を行う場合

ウ　人工妊娠中絶術（腟式手術）と卵管結紮術（開腹術）の組み合わせ等、通常行う手術の到達方法又は皮切及び手術部位が異なる場合

⑶　同一手術野又は同一病巣であっても、「複数手術に係る費用の特例（平成18年厚生労働省告示第117号）」に規定するものについては、主たる手術の所定点数に、従たる手術（１つに限る。）の所定点数の100分の50に相当する額を加えた点数により算定する。なお、具体的な取扱いについては、別途通知する。

⑷　指に係る同一手術野の範囲

指に係る同一手術野の範囲と算定方法については次の通りである。

ア　第１指から第５指までを別の手術野とする次に掲げる手術のうち、２つ以上の手術を同一指について行った場合には、「通則14」における「別に厚生労働大臣が定めた場合」に該当する場合を除き、当該手術の中で主たる手術の所定点数のみを算定する。なお、複数指について行った場合には、それぞれの指について算定する。

(ｲ)　第１指から第５指（中手部・中足部若しくは中手骨・中足骨を含む。）のそれぞれを同一手術野とする手術は、次に掲げる手術である。

区分「Ｋ０２８」腱鞘切開術

区分「Ｋ０３４」腱切離術・腱切除術

区分「Ｋ０３５」腱剝離術

区分「Ｋ０３７」腱縫合術

区分「Ｋ０３８」腱延長術

区分「Ｋ０３９」腱移植術（人工腱形成術を含む。）の「１」指（手、足）

区分「Ｋ０４０」腱移行術の「１」指（手、足）

区分「Ｋ０４６」骨折観血的手術

(ﾛ) 第１指から第５指（中手部・中足部若しくは中手骨・中足骨を含まない。）のそれぞれを同一手術野とする手術は、次に掲げる手術である。ただし、合指症手術にあっては各指間のそれぞれを同一手術野とする。

区分「Ｋ０８９」爪甲除去術　　区分「Ｋ１００」多指症手術

区分「Ｋ０９０」ひょう疽手術　　区分「Ｋ１０１」合指症手術

区分「Ｋ０９１」陥入爪手術　　区分「Ｋ１０２」巨指症手術

区分「Ｋ０９９」指瘢痕拘縮手術　　区分「Ｋ１０３」屈指症手術、斜指症手術

第１節手術料の項で「指（手、足）」と規定されている手術（区分「Ｋ０４６」骨折観血的手術、区分「Ｋ０３９」腱移植術（人工腱形成術を含む。）の「１」指（手、足）及び区分「Ｋ０４０」腱移行術の「１」指(手、足）を除く。）

イ　デブリードマンその他(ｲ)及び(ﾛ)に該当しない手術については、第１指から第５指までを同一手術野として取り扱い、当該手術のうち２以上の手術を複数指に行った場合には、「通則14」における「別に厚生労働大臣が定めた場合」に該当する場合を除き、主たる手術の所定点数のみを算定する。

ウ　第１指から第５指までを別の手術野として取り扱う手術と、第１指から第５指までを同一手術野として取り扱う手術を同時に行った場合にあっては、それぞれの手術が別々の指に対して行われたものであっても、「通則14」における「別に厚生労働大臣が定めた場合」に該当する場合を除き、主たる手術の所定点数のみを算定する。

ただし、第１指から第５指までを別の手術野として取り扱う手術を複数指に対し行った場合に、それぞれの点数を合算した点数が、同一手術野として取り扱う手術の点数よりも高くなる場合にあっては、いずれかにより算定する。

(5) 眼球の手術（第１節手術料第４款眼に掲げるものをいう。）については、片眼を同一手術野として取り扱う。

(6) 多発性嚢腫等で近接しているものについては、数か所の切開を行った場合でも１切開として算定する。また、麦粒腫、霰粒腫等については、同一瞼内にあるものについては１回として算定する。

(7) 骨折整復と脱臼整復を併施した場合については、骨折部位と関節との距離やそれぞれの整復が非観血的に行われたか観血的に行われたか、また、一方の整復手技が他方の整復手技と個別に行われる場合と、併せて１手術とみなすのが適当な場合等によって異なるが、一般には近接部位の場合は通例同一手術野の手術として「通則14」により主たる手術の所定点数のみにより算定する。

(8) 悪性腫瘍に対する手術において、リンパ節郭清術、頸部郭清術（ネックディセクション）は所定点数に含まれ、特に規定する場合を除き、別に算定できない。

(9) 「通則14」の植皮術とは区分「Ｋ０１３」全層、分層植皮術をいう。

17　手術の中絶等の場合の算定方法

(1) 手術の開始後、患者の病状の急変等やむを得ない事情により手術を中途で中絶せざるを得

なかった場合においては、当該中絶までに施行した実態に最も近似する手術項目の所定点数により算定する。

例えば、胃切除術を行うべく開腹したが、適応でないのでそのまま手術創を閉じた場合は、区分「Ｋ６３６」試験開腹術の所定点数により、また、全副鼻腔根本手術を開始したが、上顎洞、篩骨洞を終えたのみで中絶した場合は、区分「Ｋ３５８」上顎洞篩骨洞根本手術の所定点数により、算定する。なお、術前において中絶した場合は、算定の対象にならない。

⑵　妊娠９か月において子宮出血があり、前置胎盤の疑いで入院し、止血剤注射を行い帝王切開の準備として諸器械の消毒を終ったところ出血が止まり、そのまま分娩した場合の消毒に要した諸経費は、保険給付の対象とならない。

⑶　手術の準備をしていたところ、患者が来院しなかったとき又は患者が手術の術前において手術不能となった場合は保険給付の対象とならない。

18　臓器等移植における組織適合性試験及び臓器等提供者に係る感染症検査の取扱い

⑴　組織適合性試験

ア　組織適合性試験とは、ＨＬＡ型クラスⅠ（Ａ、Ｂ、Ｃ）、クラスⅡ（ＤＲ、ＤＱ、ＤＰ）、リンパ球直接交差試験（ダイレクト・クロスマッチテスト）及びＤＮＡタイピングをいう。

イ　次に掲げる臓器等移植の提供者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

区分「Ｋ５１４－３」移植用肺採取術（死体）（両側）
区分「Ｋ６０５」移植用心採取術
区分「Ｋ６０５－３」移植用心肺採取術
区分「Ｋ６９７－４」移植用部分肝採取術（生体）
区分「Ｋ６９７－６」移植用肝採取術（死体）
区分「Ｋ７０９－２」移植用膵採取術（死体）
区分「Ｋ７０９－４」移植用膵腎採取術（死体）
区分「Ｋ７７９」移植用腎採取術（生体）
区分「Ｋ７７９－２」移植用腎採取術（死体）
区分「Ｋ９２１」移植骨髄穿刺

ウ　次に掲げる臓器等移植の移植者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

区分「Ｋ５１４－３」同種死体肺移植術
区分「Ｋ６０５－２」同種心移植術
区分「Ｋ６０５－４」同種心肺移植術
区分「Ｋ６９７－５」生体部分肝移植術
区分「Ｋ６９７－７」同種死体肝移植術
区分「Ｋ７０９－３」同種死体膵移植術
区分「Ｋ７０９－４」同種死体膵腎移植術
区分「Ｋ７８０」同種腎移植術
区分「Ｋ９２２」骨髄移植の「１」同種移植

エ　次に掲げる臓器等移植の提供者及び移植者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含

まれ、別に算定できない。

区分「Ｋ９２２」骨髄移植の「３」同種末梢血幹細胞移植

区分「Ｋ９２２－２」臍帯血移植

⑵　臓器等提供者に係る感染症検査

ア　臓器等提供者に係る感染症検査とは、ＨＢs抗原、ＨＢc抗体価、ＨＣＶ抗体価、ＨＩＶ－１抗体価、ＨＩＶ－２抗体価、ＨＴＬＶ－Ｉ抗体価、ＴＰＨＡ試験又はサイトメガロウイルス抗体価（同一検査で一般測定及び精密測定又は定性及び定量測定がある場合は、いずれか１つの検査に限る。）の全部又は一部をいう。

イ　次に掲げる臓器等移植に際し、必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合には、スクリーニング検査１回に限り、別に算定できる。

区分「Ｋ０１４」皮膚移植術

区分「Ｋ６９７－４」移植用部分肝採取術（生体）

区分「Ｋ７７９」移植用腎採取術（生体）

区分「Ｋ９２１」移植骨髄穿刺

区分「Ｋ９２２」骨髄移植の「３」同種末梢血幹細胞移植

区分「Ｋ９２２－２」臍帯血移植

ウ　次に掲げる臓器等移植に際し行った臓器等提供者に係る感染症検査は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

区分「Ｋ２５９」角膜移植術

区分「Ｋ７０９－２」移植用膵採取術（死体）（死体膵（臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から採取された膵を除く）を採取する場合に限る。）

区分「Ｋ７０９－４」移植用膵腎採取術（死体）（死体膵腎（臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から採取された膵腎を除く）を移植する場合に限る。）

区分「Ｋ７８０」同種腎移植術（死体腎（臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から採取された腎を除く）を移植する場合に限る。）

エ　臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から採取して臓器等移植を行った場合の臓器等提供者に係る感染症検査は、次に掲げる所定点数に含まれ、別に算定できない。

区分「Ｋ９１４」脳死臓器提供管理料

19　第１節第２款筋骨格系・四肢・体幹に掲げる手術のうち、関節鏡下によることができるものについては、内視鏡下によるものの場合にも算定できる。

20　既に保険適用されている腹腔鏡下手術以外の手術で腹腔鏡を用いる場合については、その都度当局に内議し準用が通知されたもののみが保険給付の対象となる。それ以外の場合については、その手術を含む診療の全体が保険適用とならないので留意されたい。なお、胸腔鏡下手術も同様の取扱いとする。

第１節　手術料

第１款　皮膚・皮下組織

Ｋ０００　創傷処理

⑴　創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第１回治療のことであり、第２診以後の手術創に対する処置は区分「Ｊ０００」創傷処置により算定する。

⑵　創傷が数か所あり、これを個々に縫合する場合は、近接した創傷についてはそれらの長さを合計して１つの創傷として取り扱い、他の手術の場合に比し著しい不均衡を生じないようにすること。

⑶　「注２」の「露出部」とは、顔面、頸部、上肢にあっては肘関節以下及び下肢にあっては膝関節以下（足底部を除く。）をいう。

⑷　「注３」のデブリードマンの加算は、汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行ったときに限り算定できる。

Ｋ００１　皮膚切開術

⑴　長径10センチメートルとは、切開を加えた長さではなく、膿瘍、癤又は蜂窩織炎等の大きさをいう。

⑵　多発性癤腫等で近接しているものについては、数か所の切開も１切開として算定する。

Ｋ００２　デブリードマン

⑴　区分「Ｋ０１３」全層、分層植皮術から区分「Ｋ０２１－２」粘膜弁手術までの手術を前提に行う場合にのみ算定する。

⑵　面積の算定方法については、区分「Ｊ０００」創傷処置の取扱いの例による。

⑶　汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行ったときに算定する。また、繰り返し算定する場合は、植皮の範囲（全身に占める割合）を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

Ｋ００３、Ｋ００４　皮膚・皮下、粘膜下血管腫摘出術

⑴　「露出部」とは区分「Ｋ０００」創傷処理の「注２」の「露出部」と同一の部位をいう。

⑵　露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の50％以上の場合は、区分「Ｋ００３」の所定点数により算定し、50％未満の場合は、区分「Ｋ００４」の所定点数により算定する。

Ｋ００５、Ｋ００６　皮膚・皮下腫瘍摘出術

⑴　「露出部」とは区分「Ｋ０００」創傷処理の「注２」の「露出部」と同一の部位をいう。

⑵　近接密生しているいぼ及び皮膚腫瘍等については、１個として取り扱い、他の手術等の点数と著しい不均衡を生じないようにすること。

⑶　露出部と露出部以外が混在する患者については、露出部に係る長さが全体の50％以上の場合は、区分「Ｋ００５」の所定点数により算定し、50％未満の場合は、区分「Ｋ００６」の所定点数により算定する。

Ｋ００７　皮膚悪性腫瘍切除術

リンパ節の郭清を伴う場合は「１」を算定し、病巣部のみを切除した場合は「２」を算定する。

Ｋ００９　皮膚剝削術

皮膚剝削術（グラインダーで皮膚を剝削する手術）は小腫瘍、丘疹性疾患及び外傷性異物の

場合に算定する。なお、単なる美容を目的とした場合は保険給付外である。

Ｋ０１０　瘢痕拘縮形成手術

⑴　単なる拘縮に止まらず運動制限を伴うものに限り算定する。

⑵　指に対して行う場合には、区分「Ｋ０９９」指瘢痕拘縮手術により算定する。

Ｋ０１３　全層、分層植皮術

⑴　デルマトームを使用した場合の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑵　広範囲皮膚欠損の患者に対して、全層、分層植皮術を頭頸部、左上肢、左下肢、右上肢、右下肢、腹部（胸部を含む。）又は背部の部位のうち同一部位以外の２以上の部位について行った場合においては、それぞれの部位ごとに所定点数を算定する。

Ｋ０１４　皮膚移植術

⑴　皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑵　生体皮膚を移植する場合においては、皮膚提供者から移植用皮膚を採取することに要する費用（皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は除く。）については、各所定点数により算出し、皮膚移植術の所定点数に加算する。

⑶　皮膚移植を行った保険医療機関と皮膚移植に用いる移植用皮膚を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求については、皮膚移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、皮膚移植者の診療報酬明細書の摘要欄に皮膚提供者の氏名及び療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

⑷　死体皮膚を移植する場合においては、死体から死体皮膚を採取・保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に請求できない。

Ｋ０２２　組織拡張器による再建手術（一連につき）

⑴　治療に要した日数、回数にかかわらず、一連のものとして所定点数を算定する。

⑵　対象となる疾患は、先天異常、母斑（血管腫を含む。）、外傷性瘢痕拘縮、術後瘢痕拘縮及び腫瘍切除時の拘縮である。なお、美容を目的とするものは保険給付外である。

⑶　１患者の同一疾患に対して１回のみの算定であり、１回行った後に再度行っても算定できない。

第２款　筋骨格系・四肢・体幹

腱形成術は、区分「Ｋ０３４」腱切離術・腱切除術（関節鏡下によるものを含む。）から区分「Ｋ０４０」腱移行術までにより算定する。

Ｋ０３０　四肢・躯幹軟部腫瘍摘出術

皮膚又は皮下にある腫瘍に係る手術については、区分「Ｋ００５」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）又は区分「Ｋ００６」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）に準じて算定する。

Ｋ０３７　腱縫合術

切創等の創傷によって生じた固有指の伸筋腱の断裂の単なる縫合は、区分「Ｋ０００」創傷処理の「２」に準じて算定する。

Ｋ０４３－２　骨関節結核瘻孔摘出術

骨関節結核に行う瘻孔摘出術の際に行った脂肪移植術は所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｋ０４４　骨折非観血的整復術

⑴　ギプスを使用した場合にはギプス料を別に算定できる。

⑵　著しい腫脹等によりギプスを掛けられない状態にあるために徒手整復のみを行った場合についても、骨折非観血的整復術により算定できる。その際に副木を使用した場合には、当該副木の費用は別に算定できる。

⑶　徒手整復した骨折部位に対して２回目以降の処置を行った場合は、区分「Ｊ０００」創傷処置に準じて算定する。

Ｋ０４６　骨折観血的手術

前腕骨又は下腿骨骨折の手術に際し、両骨（橈骨と尺骨又は脛骨と腓骨）を同時に行った場合であって皮切が別々の場合には、別の手術野として骨折観血的手術の「２」をそれぞれの手術野について算定する。

Ｋ０４７　難治性骨折電磁波電気治療法（一連につき）

⑴　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、観血的手術又は他の療法を行っても治癒しない難治性骨折に対して行われた場合に限り算定する。

⑵　治療に要した日数、回数にかかわらず一連のものとして所定点数を算定する。

⑶　当該治療法は１患者に対して一連として１回のみの算定であり、１回行った後に再度行った場合又は入院中に開始した当該療法を退院した後も継続して行っている場合であっても別に算定できない。

Ｋ０４７－２　難治性骨折超音波治療法（一連につき）

区分「Ｋ０４７」難治性骨折電磁波電気治療法の取扱いと同様とする。

Ｋ０４８　骨内異物（挿入物）除去術

⑴　三翼釘、髄内釘、ロッドを抜去する場合の骨内異物（挿入物）除去術は、手術を行った保険医療機関であると否とにかかわらず算定できる。

⑵　鋼線、銀線等で簡単に除去し得る場合には、区分「Ｊ０００」創傷処置又は区分「Ｋ０００」創傷処理の各区分により算定する。

Ｋ０５２－２　多発性軟骨性外骨腫摘出術

⑴　巨大（児頭大）なもので２回に分けて摘出することが必要な場合は、１回ごとにそれぞれ所定点数を算定できる。

⑵　多発性骨腫摘出術は、同一皮切で実施し得る範囲のものについては、回数にかかわらず１回の算定とする。

Ｋ０５５－２　大腿骨頭回転骨切り術

区分「Ｋ１４０」骨盤骨切り術、区分「Ｋ１４１」臼蓋形成手術又は区分「Ｋ１４１－２」寛骨臼移動術を併せて行った場合は、それぞれの所定点数を算定できる。

Ｋ０５５－３　大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術

⑴　大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術とは、イムホイザー３次元骨切り術、ダン骨切り術、外反伸展骨切り術、外反屈曲骨切り術、転子間湾曲骨切り術、パウエル外内反骨切り術等をいう。

⑵　区分「Ｋ１４０」骨盤骨切り術、区分「Ｋ１４１」臼蓋形成手術又は区分「Ｋ１４１－２」寛骨臼移動術を併せて行った場合は、それぞれの所定点数を算定できる。

Ｋ０５７　変形治癒骨折矯正手術

次に掲げる変形治癒骨折矯正手術は、それぞれに規定する区分により算定する。

ア　眼窩変形治癒骨折に対する矯正術は、区分「Ｋ２２８」による。

イ　鼻骨変形治癒骨折に対する矯正術は、区分「Ｋ３３４－２」による。

ウ　頬骨変形治癒骨折に対する矯正術は、区分「Ｋ４２７－２」による。

Ｋ０５８　骨長調整手術

使用するステイプルの数にかかわらず１回の算定とする。

Ｋ０５９　骨移植術（軟骨移植術を含む。）

⑴　骨移植術を行った場合は、他の手術の所定点数に骨移植術の所定点数を併せて算定できる。なお、骨移植術の所定点数には、骨片切採術の手技料は含まれ、骨移植術において骨移植に用いる骨片をその必要があって２か所（例えば脛骨と骨盤）から切除した場合であっても当該採取に係る手技料は別に算定できない。

⑵　骨移植術は、採取した骨片を複数か所に移植した場合も、１回の算定とする。

⑶　骨片切採のみに終わり骨移植に至らない場合については、区分「Ｋ１２６」脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除によるもの）に準じて算定する。

⑷　自家軟骨移植術を行った場合は、骨移植術の「１」により算定する。

Ｋ０６２　先天性股関節脱臼非観血的整復術（両側）

先天性股関節脱臼非観血的整復術のギプス料は、区分「Ｊ１２７」先天性股関節脱臼ギプス包帯により算定する。

Ｋ０８０　関節形成手術

同側足関節に対して、二関節固定術と後方制動術を併施した場合は、関節形成手術の「２」に準じて算定する。

Ｋ０８０－２　内反足手術

内反足手術は、アキレス腱延長術・後方足関節切開術・足底腱膜切断術を行い、後足部をキルシュナー鋼線で正する方法により行った場合に算定する。

Ｋ０８２－３　人工関節再置換術

再置換術の加算は、置換術から６か月以上経過したものについてのみ算定できる。

Ｋ０８３　鋼線等による直達牽引

⑴　鋼線等を用いて観血的に牽引を行った場合に算定する。なお、鋼線等による直達牽引には、鋼線牽引法、双鋼線伸延法及び直達頭蓋牽引法を含む。

⑵　当該鋼線等による直達牽引のうち初日に行ったものについて所定点数を算定する。なお、鋼線等の除去の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑶　１局所とは、上肢の左右、下肢の左右及び頭より尾頭までの躯幹のそれぞれをいい、全身を５局所に分けるものである。

Ｋ０８３－２　内反足足板挺子固定

内反足に対しキルシュナー鋼線等で足板挺子を固定した場合に算定する。この場合において、ギプス固定を行った場合は、その所定点数を別に算定する。

Ｋ０８８　切断四肢再接合術

切断四肢再接合術は、顕微鏡下で行う手術の評価を含む。

Ｋ０８９　爪甲除去術

爪甲白せん又は爪床間に「とげ」等が刺さった場合の爪甲除去で、麻酔を要しない程度のものは区分「Ｊ０００」創傷処置の「１」により算定する。

Ｋ０９９　指瘢痕拘縮手術

⑴　単なる拘縮に止まらず運動制限を伴う場合に算定する。

⑵　本手術には、Ｚ形成術のみによるもの及び植皮術を要するものが含まれる。

Ｋ０９９－２　デュプイトレン拘縮手術

運動障害を伴う手掌・手指腱膜の線維性増殖による拘縮（デュプイトレン拘縮）に対して、指神経、指動静脈を剝離しながら拘縮を解除し、Ｚ形成術等の皮膚形成術を行った場合に算定する。

Ｋ１１７－２　頚椎非観血的整復術

頚椎椎間板ヘルニア及び頚椎骨軟骨症の新鮮例に対する頚椎の非観血的整復術（全麻、牽引による）を行った場合に算定する（手術の前処置として変形機械矯正術（垂直牽引、グリソン係蹄使用）を行った場合を除く。）。

なお、頚腕症候群及び五十肩に対するものについては算定できない。

Ｋ１３２　椎弓形成手術

骨形成的片側椎弓切除術及び髄核摘出術を併せて２椎間に行った場合は、区分「Ｋ１８６」脊髄硬膜内神経切断術に準じて算定する。

Ｋ１３４　椎間板摘出術

「４」の経皮的髄核摘出術は、１椎間につき２回を限度とする。

Ｋ１４１－２　寛骨臼移動術

⑴　寛骨臼全体を移動させ関節軟骨で骨頭の被覆度を高め安定した股関節を再建するものであり、寛骨臼回転骨切り術、寛骨臼球状骨切り術、ホフ骨切り術、ガンツ骨切り術、スティールのトリプル骨切り術、サルター骨切り術等を行った場合に算定する。

⑵　区分「Ｋ０５５－２」大腿骨頭回転骨切り術又は区分「Ｋ０５５－３」大腿骨近位部（転子間を含む。）骨切り術を併せて行った場合は、それぞれの所定点数を算定する。

Ｋ１４４　体外式脊椎固定術

⑴　体外式脊椎固定術は、ハローペルビック牽引装置、ハローベスト等の器械・器具を使用して脊椎の整復固定を行った場合に算定する。この場合において、当該器械・器具の費用は所定点数に含まれる。

⑵　ベスト式の器械・器具に用いられるベスト部分は、その患者のみの使用で消耗する程度のものに限り副木として算定できる。

第３款　神経系・頭蓋

第３款 神経系・頭蓋の手術において神経内視鏡を使用した場合の当該神経内視鏡に係る費用は、当該手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ１４５　穿頭脳室ドレナージ

⑴　穿頭術の手技料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑵　脳室ドレナージの開始以後ドレーン法を行った場合は、区分「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

Ｋ１４７　穿頭術（トレパナチオン）

⑴　穿頭術又は開頭術を行い、脳室穿刺を行った場合の手技料は当該手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

⑵　穿頭術の穿頭とは骨キリにより穿孔することのみをいう。

⑶　穿頭による慢性硬膜下血腫洗浄・除去術は、区分「Ｋ１６４－２」慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術により算定する。

Ｋ１４８　試験開頭術

⑴　開頭とは骨キリ以外の器具を用い相当広範囲に開窓することをいう。

⑵　穿頭術及び試験開頭術を同時又は短時間の間隔をおいて２か所以上行った場合の点数は、試験開頭術により１回に限り算定する。

Ｋ１５１－２　広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術

広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術は次のような手術を行った場合に算定する。

ア　眼窩内又は副鼻腔に及ぶ腫瘍に対する眼窩内又は副鼻腔を含む前頭蓋底切除による腫瘍摘出と再建術

イ　海綿静脈洞に及ぶ腫瘍に対する海綿静脈洞の解放を伴う腫瘍切除と再建術

ウ　錐体骨・斜台の腫瘍に対する経口的腫瘍摘出又は錐体骨削除・Ｓ状静脈洞露出による腫瘍摘出と再建術

エ　頸静脈孔周辺部腫瘍に対するＳ状静脈洞露出を伴う頸静脈孔解放術による腫瘍摘出と再建術

Ｋ１５４　機能的定位脳手術

⑴　脳性小児麻痺に対するレンズ核破壊術、パーキンソニズム、振戦麻痺等の不随意運動、筋固縮に対する脳淡蒼球内オイルプロカイン注入療法（脳深部定位手術）は、機能的定位脳手術により算定する。

⑵　機能的定位脳手術に係る特殊固定装置による固定及び穿頭並びに穿刺、薬剤注入に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。ただし、手術前に行うエックス線撮影及びフィルムによる注入部位の位置計測については、第２章第４部画像診断のエックス線診断料により別に算定できる。

Ｋ１５５　脳切截術（開頭して行うもの）

両側同時に施行した場合は左右別々に所定点数を算定する。

Ｋ１６０－２　頭蓋内微小血管減圧術

後頭蓋窩の顔面神経又は三叉神経への微小血管圧迫に起因する顔面痙攣又は三叉神経痛に対して、後頭下開頭による神経減圧術を行った場合に算定する。

Ｋ１７４　水頭症手術

脳室穿破術、脳室腹腔シャント手術、脳室心耳シャント手術又は腰部くも膜下腔腹腔シャント手術を行った場合に算定する。

Ｋ１７４－２　髄液シャント抜去術

水頭症に対して髄液短絡術を実施した後、経過良好のためカテーテル抜去術を行った場合に算定する。

Ｋ１７７　脳動脈瘤頸部クリッピング

脳動脈瘤頸部クリッピングは、開頭の部位数にかかわらず、クリッピングの箇所数に応じて算定する。

Ｋ１７８　脳血管内手術

脳動脈瘤や脳動静脈奇形等の脳血管異常に対して、血管内手術用カテーテルを用いて手術を行った場合に算定する。

Ｋ１７８－２　経皮的脳血管形成術

経皮的脳血管形成術用カテーテルを用いて、頭蓋内の椎骨動脈又は内頸動脈の狭窄に対して、経皮的脳血管形成術を行った場合に算定する。

Ｋ１８１　脳刺激装置植込術（頭蓋内電極植込術を含む。）

薬物療法、他の外科療法及び神経ブロック療法の効果が認められない慢性難治性疼痛又は振戦等の神経症状の除去若しくは軽減、或いはてんかん治療を目的として行った場合に算定する。

Ｋ１８１－３　頭蓋内電極抜去

頭蓋内電極植込後の電極抜去の費用について、電極抜去のみを目的として開頭術を行った場合に算定する。なお、それ以外の場合にあっては、併せて行った開頭術又は頭蓋内電極植込術の所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｋ１８２－２　神経交差縫合術

交通事故により腕神経叢が根部で切断された病状で、患側の肋間神経を剝離し、易動性にし、切断部より末梢部において神経縫合した場合等、末梢神経損傷に対し、他の健常な神経を遊離可動化し、健常神経の末梢端と損傷神経の中枢端を縫合した場合に算定する。

Ｋ１９０　脊髄刺激装置植込術

薬物療法、他の外科療法及び神経ブロック療法の効果が認められない慢性難治性疼痛の除去又は軽減を目的として行った場合に算定する。

Ｋ１９６　交感神経節切除術

下腹部神経叢切除術又はコット手術にクレニッヒ手術を併せて行った場合は、交感神経節切除術の「３」に準じて算定する。

Ｋ１９６－５　末梢神経遮断（挫滅又は切断）術（浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経に限る。）

疼痛に対して行う末梢神経遮断（挫滅又は切断）術は、浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経又は腓腹神経の場合に限り算定する。なお、浅腓骨神経、深腓骨神経、後脛骨神経及び腓腹神経を同時に遮断した場合には、それぞれ別に所定点数を算定する。

第４款　眼

Ｋ２００－２　涙点プラグ挿入術

⑴　乾性角結膜炎（シルマーテスト第１法変法５㎜以下、又はローズベンガル染色試験++以上）及びシェーグレン症候群に対して行った場合に算定する。

⑵　上下涙点に挿入した場合も含め１回のみの算定とする。

Ｋ２０８　麦粒腫切開術

数か所の切開も同一瞼内にあるものについては１回として算定する。

Ｋ２１２　兎眼矯正術

兎眼症の場合の瞼板縫合術は、区分「Ｋ２１２」兎眼矯正術により算定する。

Ｋ２１４　霰粒腫摘出術

数か所の切開も同一瞼内にあるものについては１回として算定する。

Ｋ２５９　角膜移植術

角膜の費用は所定点数に含まれる。

Ｋ２７６　網膜光凝固術

⑴　「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療

過程をいう。例えば、糖尿病性網膜症に対する汎光凝固術の場合は、１週間程度の間隔で一連の治療過程にある数回の手術を行うときは、１回のみ所定点数を算定するものであり、その他数回の手術の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑵　「その他特殊なもの」とは、網膜剝離裂孔、円板状黄斑変性症、網膜中心静脈閉鎖症による黄斑浮腫、類嚢胞黄斑浮腫及び未熟児網膜症に対する網膜光凝固術並びに糖尿病性網膜症に対する汎光凝固術をいう。

Ｋ２７７－２　黄斑下手術

黄斑下手術は、中心窩下新生血管膜を有する疾患（加齢黄斑変性症等）又は黄斑下血腫に対して行った場合に算定する。

Ｋ２８２　水晶体再建術

⑴　１眼に白内障及び斜視があり両者を同時に手術した場合は、別に算定できる。ただし、斜視手術が保険給付の対象となる場合に限る。

⑵　眼内レンズの費用は所定点数に含まれる。

第５款　耳鼻咽喉

Ｋ２９６　耳介形成手術

耳介形成手術は、耳輪埋没症、耳垂裂等に対して行った場合に算定する。

Ｋ３１８　鼓膜形成手術

⑴　鼓膜形成手術に伴う鼓膜又は皮膚の植皮術については、別に算定できない。

⑵　耳翼後面から植皮弁を採りWullsteinの鼓室形成手術の第１型とほぼ同様の操作（ただ鼓膜の上皮のみを除去することが異なる。）で、鼓膜形成手術を行った場合は、鼓室形成手術に準じて算定する。

Ｋ３１９　鼓室形成手術

鼓室形成手術に伴う植皮術は、算定できない。

Ｋ３３８　鼻甲介切除術

⑴　慢性肥厚性鼻炎兼鼻茸に対し鼻甲介切除と鼻茸摘出術を同時に行った場合は、鼻甲介切除術と区分「Ｋ３４０」鼻茸摘出術とをそれぞれ算定できる。

⑵　鼻甲介切除術又は粘膜下下鼻甲介骨切除術と副鼻腔手術とを併施した場合は、前者が後者の遂行上行われた場合以外は同一手術野とはみなさず、それぞれの所定点数を合算して算定できる。

Ｋ３４０　鼻茸摘出術

高周波電磁波で行う場合にあっても鼻茸摘出術に準じて算定できる。

Ｋ３４７－２　変形外鼻手術

⑴　先天性の高度斜鼻・鞍鼻、口唇裂外鼻又は上顎洞・外鼻の悪性腫瘍術後等による機能障害を伴う外鼻の変形に対して、機能回復を目的として外鼻形成を行った場合に算定する。なお、外傷等による骨折治癒後の変形等に対するものは、鼻骨変形治癒骨折矯正術により算定する。

⑵　単なる美容を目的とするものは保険給付外である。

Ｋ３５２－３　副鼻腔炎術後後出血止血法

副鼻腔炎術後の後出血（手術日の翌日以後起った場合をいう。）が多量で、必要があって再び術創を開く場合に算定する。

Ｋ３６１　上顎洞篩骨洞蝶形洞根本手術

鼻内前頭洞手術、鼻内篩骨洞手術、篩骨洞鼻外手術及び鼻内上顎洞手術を併施した場合は、上顎洞篩骨洞蝶形洞根本手術に準じて算定する。

Ｋ３７７　口蓋扁桃手術

⑴　扁桃除去を行った当日における止血については算定できない。

⑵　口蓋扁桃手術を行った日の翌日以降の後出血が多量で、やむを得ず再び術創を開く場合における止血術は、区分「Ｋ３６７」咽後膿瘍切開術に準じて算定する。

Ｋ３８６　気管切開術

気管切開術後カニューレを入れた数日間の処置（単なるカニューレの清拭でない）は、区分「Ｊ０００」創傷処置により算定する。

Ｋ３８８－２　咽頭粘膜下軟骨片挿入術

反回神経麻痺に対し、声帯固定のため甲状軟骨を左右に分離し、喉頭側軟骨膜下に甲状軟骨より取り出した小軟骨片を挿入する喉頭粘膜下軟骨片挿入術を行った場合に算定する。

Ｋ３８９　喉頭又は声帯ポリープ切除術

喉頭ポリープが左右の声帯にあるときは、各側ごとに算定できる。

第６款　顔面・口腔・頸部

Ｋ４０７－２　軟口蓋形成手術

いびきに対する軟口蓋形成手術を行った場合に算定する。

Ｋ４２３　頬腫瘍摘出術

皮膚又は皮下にある腫瘍の摘出術は、区分「Ｋ００５」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部）又は区分「Ｋ００６」皮膚、皮下腫瘍摘出術（露出部以外）に準じて算定する。

Ｋ４３４　顔面多発骨折観血的手術

顔面多発骨折観血的手術は、上下顎の同時骨折の場合等複数の骨に対して観血的に手術を行った場合に算定する。

Ｋ４４３　上顎骨形成術

⑴　「単純な場合」とは上顎骨発育不全症、外傷後の上顎骨後位癒着等に対し、Le FortⅠ型切離により移動を図る場合をいう。

⑵　「複雑な場合及び２次的再建の場合」とは同様の症例に対し、Le FortⅡ型、Le FortⅢ型切離により移動する場合及び悪性腫瘍手術等による上顎欠損症に対し２次的骨性再建を行う場合をいう。

Ｋ４４６　顎関節授動術

徒手的授動術とは顎関節の運動障害を有する患者に対して、パンピング（顎関節腔に対する薬液の注入、洗浄）を行いながら、徒手的に顎関節の授動を図ったものをいう。なお、その際の関節腔に対する薬剤の注入に係る手技料は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｋ４５０　唾石摘出術

⑴　「表在性のもの」とは、導管開口部付近に位置する唾石をいう。

⑵　「深在性のもの」とは、腺体付近の導管等に位置する唾石をいう。

Ｋ４６９　頸部郭清術

⑴　頸部郭清術（ネックディセクション）とは、頸部リンパ節群が存在する頸部領域の腫瘍細胞を根絶するため、当該領域の組織（筋、リンパ節、静脈、脂肪、結合織等）を広範囲に切除する術式をいう。

⑵　頸部郭清術を他の手術に併せて行った場合は、手術の「通則９」に規定されている所定点数を算定するものとし、独立して行った場合には本区分の所定点数を算定する。

⑶　他の手術に併せて行った頸部リンパ節の単なる郭清は手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。なお、単独に行った場合は、区分「Ｋ６２７」リンパ節群郭清術の「２」により算定する。

第７款　胸部

Ｋ４７４－３　乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（一連につき）

⑴　乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術は、マンモグラフィー等の検査を行った結果、乳房に非触知病変や石灰化病変などが認められる場合に、画像ガイド下（マンモグラフィー又は超音波装置に限る。）で乳房専用の吸引システムを用いて、当該乳腺組織を摘出した場合に算定する。

⑵　当該乳腺組織の確定診断や手術適用を決定することを目的として行った場合も本区分で算定する。

⑶　組織の採取に用いる保険医療材料の費用は所定点数に含まれるものとする。

Ｋ４７６　乳腺悪性腫瘍手術

乳腺悪性腫瘍手術と両側の腋窩リンパ節郭清術を併せて行った場合は、乳腺悪性腫瘍手術の「６」により算定する。

Ｋ４７６－２　陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術

⑴　授乳障害のある陥没乳頭に対して乳頭形成を行った場合、又は乳腺悪性腫瘍手術後の再建乳房に対して二期的に乳頭形成を行った場合に算定する。

⑵　単なる美容を目的とするものは保険給付外である。

Ｋ４８０－２　流注膿瘍切開掻爬術

流注膿瘍の切開掻爬術に当たって、原発巣まで追及して拡大手術を行った場合に算定する。

Ｋ４８２　肋骨切除術

切除肋骨の本数に関係なく２本以上切除した場合も所定点数のみにより算定する。また、肋骨２本切除と同時に胸骨を掻爬した場合も本区分により算定する。

Ｋ４８６　胸壁瘻手術

非開胸で肋骨切除を行うと否とにかかわらず本区分により算定する。

Ｋ４８７　漏斗胸手術

内臓の機能障害等による病状を訴えるものに対して行った場合に限り算定する。

Ｋ４８８　試験開胸術

開胸のみで手術を中止した場合は、試験開胸術により算定する。

Ｋ４９９　胸郭形成手術（肺切除後遺残腔を含む。）

肺結核手術、肺切除後遺残腔等に対して行われた場合に算定する。

Ｋ５０９　気管支異物除去術

成人の肺胞蛋白症に対し、一側肺の換気を維持しつつ、他側肺を生理的食塩水、ヘパリン又はムコフィリン溶液等で満たし、繰返し洗浄する処置は、区分「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔（２時間まで）に準じて算定する。

Ｋ５１０－２　光線力学療法（早期肺癌（０期又は１期）に限る。）

光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長630ｎｍ）及びＹＡＧ－ＯＰＯレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機

器を用いて行った場合に限り算定できる。

Ｋ５１１　肺切除術、Ｋ５１７　肺縫縮術

⑴　刺創のため開腹、開胸により心筋損傷の縫合、心嚢の縫合、横隔膜の縫合、胃の腹腔内還納等の手術を併施した場合は、区分「Ｋ５１１」肺切除術の「２」に準じて算定する。

⑵　肺切除と胸郭形成手術の併施は、区分「Ｋ５１１」肺切除術の「５」に準じて算定する。

⑶　肺気腫に対する正中切開による肺縫縮術は、区分「Ｋ５１１」肺切除術に準じて算定する。

⑷　肺気腫に対する正中切開による肺縫縮術に当たって自動縫合器を使用した場合は、区分「Ｋ９３６」自動縫合器加算の加算点数に15個を限度として使用個数を乗じて得た点数を加算する。

Ｋ５１３　胸腔鏡下肺切除術

対象となる疾患は、気胸及び良性肺腫瘍である。

Ｋ５１４－２　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術

肺門リンパ節、縦隔リンパ節等のリンパ節郭清を伴わない胸腔鏡下肺切除術を行った場合には「１」により、肺門リンパ節、縦隔リンパ節等のリンパ節郭清を伴う転移性肺腫瘍又は肺悪性腫瘍に対する胸腔鏡下肺切除術については「２」により算定する。

Ｋ５１４－３　移植用肺採取術（死体）（両側）

⑴　移植用肺採取術（死体）の所定点数は、臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から肺の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

⑵　移植用肺採取術の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための肺採取を行う際の採取前の採取対象肺の灌流、肺採取、採取肺の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、肺採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取肺を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法に準じて算定する。

⑶　部分肺を用いて複数の者に対する移植が行われた場合には、移植を行った保険医療機関それぞれにおいて算定する。

⑷　肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ５１４－４　同種死体肺移植術

⑴　同種死体肺移植術の所定点数は、臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から肺の移植が行われた場合に限り、算定する。

⑵　同種死体肺移植術の所定点数には，灌流の費用が含まれる。

⑶　肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

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、肺尖剝離、空洞切開術（空洞内容郭清）、さらに肺を含めた空洞縫縮術を同時に併施した場合は、気管支瘻閉鎖術に準じて算定する。

Ｋ５２２　食道狭窄拡張術

マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療養に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ５２５－２　胸壁外皮膚管形成吻合術

薬物腐蝕による全食道狭窄に対して胸壁外皮膚管形成吻合術を行った場合に算定する。

Ｋ５２６　食道腫瘍摘出術

「１」内視鏡によるものについて、マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ５２６－２　早期食道悪性腫瘍内視鏡的粘膜切除術

マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療養に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ５２６－３　表在性食道悪性腫瘍光線力学療法

表在性食道悪性腫瘍に対する光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長630ｎｍ）及びＹＡＧ－ＯＰＯレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

Ｋ５２７　食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）

単に腫瘍のみを切除したものは区分「Ｋ５２６」食道腫瘍摘出術で算定する。

Ｋ５２９　食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）

有茎腸管移植を併せて行った場合は、「注」の加算を算定する。

Ｋ５３３　食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）

⑴　「一連」とは２週間を目安とする。治療上の必要があって初回実施後２週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定する。

⑵　食道・胃静脈瘤硬化療法と内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術を併施した場合には、いずれか主たるもので算定する。

⑶　マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

第８款　心・脈管

Ｋ５４４　心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、Ｋ５５３　心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）、Ｋ５５３－２　左室形成術、心室中隔穿孔閉鎖術、左室自由壁破裂修復術

左心室形成手術と、区分「Ｋ５５４」弁形成術（１弁のものに限る。）又は区分「Ｋ５５５」弁置換術（１弁のものに限る。）を併施した場合は、「２」により算定する。

Ｋ５４５　開胸心臓マッサージ

⑴　開胸心臓マッサージと同時に併施した人工呼吸については別に所定点数を算定できる。

⑵　カウンターショックと開胸的心マッサージの併施は、区分「Ｊ０４７」のカウンターショックの所定点数と開胸心臓マッサージの所定点数をそれぞれ算定する。

Ｋ５４６　経皮的冠動脈形成術

⑴　原則として、一方向から造影して75％以上の狭窄病変が存在する症例について算定する。なお、やむを得ない理由によりこれ以外の症例に算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。

⑵　次の表に該当する場合は、経皮的冠動脈形成術用カテーテルに係る費用は、それぞれ次の表に示す本数にて算定する。なお、やむを得ない理由によりこれを上回る本数を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。

	病変箇所数	経皮的冠動脈形成術用カテーテル算定本数
完全閉塞病変の場合	１箇所	２本以下
	２箇所	３本以下
完全閉塞病変以外の場合	１箇所	１本以下
	２箇所	２本以下

⑶　同一医療機関において同一患者に５年間において、同一標的病変に対して実施する区分「Ｋ５４６」経皮的冠動脈形成術、区分「Ｋ５４７」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分「Ｋ５４８」経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）又は区分「Ｋ５４９」経皮的冠動脈ステント留置術の合計回数は２回以下を標準とする。なお、やむを得ない理由によりこれを超える回数の手術を実施する場合にあっては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア　過去の実施時期

イ　実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ　今回、経皮的冠動脈形成術を実施する理由及び医学的な根拠

Ｋ５４７経皮的冠動脈粥腫切除術

⑴　原則として、一方向から造影して75％以上の狭窄病変が存在する症例について算定する。なお、やむを得ない理由によりこれ以外の症例に算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。

⑵　同一医療機関において同一患者に５年間において、同一標的病変に対して実施する区分「Ｋ５４６」経皮的冠動脈形成術、区分「Ｋ５４７」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分「Ｋ５４８」経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）又は区分「Ｋ５４９」経皮的冠動脈ステント留置術の合計回数は２回以下を標準とする。なお、やむを得ない理由によりこれを超える回数の手術を実施する場合にあっては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア　過去の実施時期

イ　実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ　今回、経皮的冠動脈粥腫切除術を実施する理由及び医学的な根拠

Ｋ５４８　経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）

同一医療機関において同一患者に５年間において、同一標的病変に対して実施する区分「Ｋ５４６」経皮的冠動脈形成術、区分「Ｋ５４７」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分「Ｋ５４８」経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）又は区分

「Ｋ５４９」経皮的冠動脈ステント留置術の合計回数は２回以下を標準とする。なお、やむを得ない理由によりこれを超える回数の手術を実施する場合にあっては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア　過去の実施時期

イ　実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ　今回、経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）を実施する理由及び医学的な根拠

Ｋ５４９　経皮的冠動脈ステント留置術

⑴　原則として、一方向から造影して75％以上の狭窄病変が存在する症例について算定する。なお、やむを得ない理由によりこれ以外の症例に算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。

⑵　次の表に該当する場合は、経皮的冠動脈形成術用カテーテル及び冠動脈用ステントセットに係る費用は、それぞれ次の表に示す本数及びセット数にて算定する。なお、やむを得ない理由によりこれ以上の本数を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。

	病変箇所数	経皮的冠動脈形成術用カテーテル算定本数	冠動脈用ステントセット
完全閉塞病変の場合	１箇所	２本以下	１セット以下
	２箇所	３本以下	２セット以下
完全閉塞病変以外の場合	１箇所	１本以下	１セット以下
	２箇所	２本以下	２セット以下

⑶　同一医療機関において同一患者に５年間において、同一標的病変に対して実施する区分「Ｋ５４６」経皮的冠動脈形成術、区分「Ｋ５４７」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分「Ｋ５４８」経皮的冠動脈形成術（高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルによるもの）又は区分「Ｋ５４９」経皮的冠動脈ステント留置術の合計回数は２回以下を標準とする。なお、やむを得ない理由によりこれを超える回数の手術を実施する場合にあっては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。

ア　過去の実施時期

イ　実施した手術及びそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル及び冠動脈用ステントセットの使用本数

ウ　今回、経皮的冠動脈ステント留置術を繰り返して実施する理由及び医学的な根拠

Ｋ５５２　冠動脈、大動脈バイパス移植術、Ｋ５５２－２　冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないもの）

⑴　区分「Ｋ６１４」血管移植術、バイパス移植術及び冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないものを含む。）におけるバイパス造成用自家血管の採取料については、当該所定点数に含まれ別に算定できない。

⑵　区分「Ｋ６１４」血管移植術、バイパス移植術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心肺を使用しないものを含む。）以外の手術における自家血管の採取料については、区分「Ｋ０００」創傷処理の「２」に準じて算定する。

⑶　吻合とは、グラフトと冠動脈の吻合部位のことであり、１本のグラフトを用いて冠動脈の２箇所について吻合を行った場合は２吻合とみなす。

⑷　区分「Ｋ６０２」経皮的心肺補助法を併施した場合は、区分「Ｋ５５２」冠動脈、大動脈バイパス移植術により算定する。

Ｋ５５５　弁置換術

弁置換に併せて弁形成を行った場合は、弁置換又は弁形成を行った弁の合計数に基づき、弁置換術の各区分の所定点数を算定する。

Ｋ５６０　大動脈瘤切除術

下行大動脈から腹部大動脈にかけて大動脈瘤があるため、胸部及び腹部の操作を行うものは大動脈瘤切除術の「６」で算定する。

Ｋ５９７　ペースメーカー移植術、Ｋ５９７－２　ペースメーカー交換術

⑴　ペースメーカー移植の実施日と体外ペースメーキングの実施日の間隔が１週間以内の場合にあっては、ペースメーカー移植術の所定点数のみを算定する。

⑵　ペースメーカー本体の交換のみの場合は区分「Ｋ５９７－２」ペースメーカー交換術により算定する。

Ｋ５９８　両心室ペースメーカー移植術

⑴　両心室ペースメーカー移植術は、左右の心室を電気的に刺激することにより、重症心不全患者の心臓リズムを補正すると同時に、左右の心室間伝導障害を軽減し、血行動態を改善することを目的に実施されるものであり、十分な薬物治療にもかかわらず改善のみられないＱＲＳ幅130ms以上及び左室駆出率35％以下を伴う重症心不全に対する症状改善を目的として実施した場合に算定する。

⑵　両心室ペースメーカー移植術を行った患者については、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。

Ｋ５９９　埋込型除細動器移植術、Ｋ５９９－２　埋込型除細動器交換術

⑴　埋込型除細動器移植術は、次のいずれかに該当する患者に対して実施した場合に算定する。

ア　血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の自然発作が１回以上確認されている患者であって、埋込型除細動器移植術以外の治療法の有効性が心臓電気生理学的検査及びホルター型心電図検査によって予測できないもの

イ　血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動の自然発作が１回以上確認されている患者であって、有効薬が見つからないもの又は有効薬があっても認容性が悪いために服用が制限されるもの

ウ　既に十分な薬物療法や心筋焼灼術等の手術が行われているにもかかわらず、心臓電気生

理学的検査によって血行動態が破綻する心室頻拍又は心室細動が繰り返し誘発される患者

⑵　埋込型除細動器移植術を行った患者については、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。

⑶　埋込型除細動器本体の交換のみの場合は、区分「Ｋ５９９－２」埋込型除細動器交換術により算定する。

Ｋ６００　大動脈バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）

ガスの価格は別に算定できない。

Ｋ６０１　人工心肺

⑴　人工心肺実施のために血管を露出し、カニューレ、カテーテル等を挿入した場合の手技料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑵　急性呼吸不全又は慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない場合に使用した人工心肺については、所定点数を算定できる。

⑶　人工心肺をはずすことができず、翌日以降も引き続き補助循環を行った場合は、１日につき「２」により算定する。

⑷　「注１」の選択的冠灌流加算は大動脈基部を切開し、左右冠動脈口に別個にカニューレを挿入し、心筋保護を行った場合に算定する。

⑸　「注１」の補助循環加算は、人工心肺を用いた心大血管手術後の低心拍出量症候群に対して人工心肺を使用した補助循環を行った場合に限り算定できる。

⑹　区分「Ｋ６００」大動脈バルーンパンピング法、区分「Ｋ６０１」人工心肺、区分「Ｋ６０２」経皮的心肺補助法又は区分「Ｋ６０３」補助人工心臓を併施した場合においては、１日ごとに主たるものにより算定する。また、これら４つの開心術補助手段等と冠動脈、大動脈バイパス移植術等の他手術を併施した場合は、当該手術の所定点数を別に算定できる。

Ｋ６０３　補助人工心臓

開心術症例の体外循環離脱困難、開心術症例の術後低心拍出症候群、その他の心原性循環不全に対して補助人工心臓を行った場合に算定する。ただし、重症感染症、重症多臓器不全を合併する症例の場合は算定できない。

Ｋ６０４　埋込型補助人工心臓

⑴　埋込型補助人工心臓は、重症心不全患者で薬物療法や体外式補助人工心臓等による他の循環補助法では、治療が困難であって、心臓移植を行わなければ救命が困難な症例に対して、心臓移植までの待機期間の循環改善（ブリッジユース）のみを目的として実施されるものである。

⑵　埋込型補助人工心臓の対象患者は、（社）日本臓器移植ネットワークに登録された心臓移植待機中の患者に限るものとする。

Ｋ６０５　移植用心採取術

⑴　移植用心採取術の所定点数は、臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から心臓の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

⑵　移植用心採取術の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための心採取を行う際の採取前の採取対象心の灌流、心採取，採取心の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、心採取を行う医師を派遣

した場合における医師の派遣に要した費用及び採取心を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法に準じて算定する。

⑶　心移植を行った保険医療機関と心移植に用いる健心を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、心移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ６０５－２　同種心移植術

⑴　同種心移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

⑵　心移植を行った保険医療機関と心移植に用いる健心を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、心移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ６０５－３　移植用心肺採取術

⑴　移植用心肺採取術の所定点数は、臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から同時に心と肺の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

⑵　移植用心肺採取術の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための心肺採取を行う際の採取前の採取対象心肺の灌流、心肺採取，採取心肺の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、心肺採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取心肺を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法に準じて算定する。

⑶　心肺移植を行った保険医療機関と心肺移植に用いる健心肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、心肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ６０５－４　同種心肺移植術

⑴　同種心肺移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

⑵　心肺移植を行った保険医療機関と心肺移植に用いる健心肺を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、心肺移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ６０６　血管露出術

⑴　経皮的に留置針を挿入する場合は、血管露出術は算定できない。

⑵　手術に伴う血管露出術は、同一術野でない場合においても算定できない。

Ｋ６０８　動脈塞栓除去術

動脈血栓摘出術は、動脈塞栓除去術に準じて算定する。

Ｋ６１０－２　脳新生血管造成術

もやもや病に対する脳新生血管造成術（脳表面に浅側頭動脈と側頭筋を硬膜に縫合する形で新生血管の造成を図るもの）を行った場合に算定する。

Ｋ６１０－５　血管吻合術及び神経再接合術（上腕動脈、正中神経及び尺骨神経）

上腕動脈、正中神経及び尺骨神経が切断された場合、上腕動脈及び正中神経が切断された場合、又は上腕動脈及び尺骨神経が切断された場合の血管及び神経再接合術を行った場合に算定する。

Ｋ６１１　抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用埋込型カテーテル設置

⑴　悪性腫瘍の患者に対し抗悪性腫瘍剤を局所持続注入すること又は疼痛の制御を目的として、チューブ又は皮下埋込型カテーテルアクセスを設置した場合に算定できる。

⑵　設置するチューブ、体内に埋め込むカテーテル及びカテーテルアクセス等の材料料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ６１４　血管移植術、バイパス移植術

大腿動脈閉塞症における自家血管を用いた動脈間バイパス造成術は、血管移植術、バイパス移植術の「５」により算定する。

Ｋ６１５　血管塞栓術

⑴　血管カテーテルを用いてボタロー管開存閉鎖術を行った場合は、血管塞栓術に準じて算定する。

⑵　手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ６１７　下肢静脈瘤手術

⑴　「１」の抜去切除術は大腿部から下腿部に及ぶ広範囲の静脈瘤にストリッピングを行った場合に算定する。

⑵　「２」の硬化療法における「一連」とは、所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいい、概ね２週間にわたり行われるものをいう。

Ｋ６１８　中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置

⑴　中心静脈栄養用の皮下埋込型カテーテルアクセスを設置した場合に算定できる。

⑵　体内に埋め込むカテーテル及びカテーテルアクセス等の材料料は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ６２０　下大静脈フィルター留置

下大静脈フィルター留置は、肺塞栓の患者であって、再発するおそれが高いと判断されたものに対して行った場合に算定する。

Ｋ６２７　リンパ節群郭清術

独立手術として行った場合にのみ算定できる。悪性腫瘍に対する手術と同時に行うリンパ節郭清の費用は悪性腫瘍に対する手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

第９款　腹部

Ｋ６３５　胸水・腹水濾過濃縮再静注法

一連の治療過程中、第１回目の実施日に、１回に限り算定する。なお、一連の治療期間は２週間を目安とし、治療上の必要があって初回実施後２週間を経過して実施した場合は改めて所定点数を算定する。

Ｋ６３５－３　連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術

連続携行式腹膜灌流を開始するに当たり、当該カテーテルを留置した場合に算定できる。また、当該療法開始後一定期間を経て、カテーテル閉塞等の理由により再度装着した場合においても算定できる。

Ｋ６４７　胃縫合術（大網充填術又は被覆術を含む。）

外傷等により破裂した胃を縫合した場合、又は胃、十二指腸潰瘍穿孔に対して大網充填術若しくは被覆術を行った場合に算定する。

Ｋ６５３　内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術

⑴　短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。
⑵　ポリープを数個切除又は焼灼した場合においても、切除又は焼灼したポリープの数にかかわらず所定点数のみにより算定する。
⑶　「２」は、経内視鏡的に高周波切除器を用いて病変の周囲を全周性に切開し、粘膜下層を剥離することにより病変部を含む３センチメートル以上の範囲を一括で切除した場合に算定する。

Ｋ６５３－３　内視鏡的食道下部及び胃内異物摘出術

内視鏡的食道下部及び胃内異物摘出術は、食道下部及び胃内の異物（電池、胃手術時の縫合糸、アニサキス等）を内視鏡（ファイバースコープ）下により摘出した場合に算定する。

Ｋ６５３－４　表在性早期胃癌光線力学療法

⑴　表在性早期胃癌に対する光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長630ｎｍ）及びＹＡＧ－ＯＰＯレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。
⑵　マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ６５４　内視鏡的消化管止血術

⑴　内視鏡的消化管止血術は１日１回、週３回を限度として算定する。
⑵　マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ６５５　胃切除術、Ｋ６５７　胃全摘術

⑴　有茎腸管移植を併せて行った場合は、「注」の加算を算定する。
⑵　悪性腫瘍に対する手術であっても、リンパ節郭清等を伴わない単純な切除・消化管吻合術又は単純な全摘・消化管吻合術を行った場合には単純切除術又は単純全摘術により算定する。
⑶　先天性胆管拡張症に対し、胃切除、総胆管切除、胆嚢摘出、胃腸吻合兼ブラウン吻合、胆管空腸吻合、十二指腸膵頭吻合及び空腸吻合術を併施した場合は、区分「Ｋ６５７」胃全摘術の「２」に準じて算定する。

Ｋ６５５－３　十二指腸窓（内方）憩室摘出術）

十二指腸窓（内方）に生じた憩室（多数）を後腹膜を切開し、大腸肝屈曲部を剝離して摘出する場合に算定する。

Ｋ６５９　食道下部迷走神経切除術

十二指腸潰瘍に迷走神経切断術及び幽門形成術を併施した場合は、胃瘻造設術の併施の有無にかかわらず、食道下部迷走神経切除術の「３」により算定する。

Ｋ６６４　胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む。）

経皮的内視鏡下胃瘻造設術で用いるカテーテル及びキットは所定点数に含まれる。

Ｋ６７０　胆嚢切開結石摘出術

胆石のみを摘出した場合に算定するものとする。

Ｋ６７２　胆嚢摘出術

胆石症及び腸間膜動脈性十二指腸閉塞症に対し、同時に同一手術創で胆嚢摘除術及び十二指腸空腸吻合術（十二指腸水平脚と空腸起始部より20㎝の部で側々吻合を行う。）を施行した場合は、区分「Ｋ６５５」胃切除術の「１」に準じて算定する。

Ｋ６７８　体外衝撃波胆石破砕術

⑴　当該技術の適応となる胆石は、次の要件を満たすもののうち、胆石破砕術の適応となるも

のである。

ア　胆石症の既往があるもの

イ　胆嚢に炎症がなく、胆嚢機能が良好な胆嚢内結石又は肝内・総胆管内結石

⑵　「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の体外衝撃波胆石破砕を行う場合は、１回のみ所定点数を算定するものであり、その後に行われた同一目的の手術の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

⑶　体外衝撃波胆石破砕によっては所期の目的が達成できず、他の手術手技を行った場合の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｋ６８２　胆管外瘻造設術

⑴　経皮的胆管ドレナージは、胆管外瘻造設術の「２」により算定する。

⑵　経皮的胆管ドレナージの開始以後ドレーン法を行った場合は、区分「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。

Ｋ６８４　先天性胆道閉鎖症手術

初回根治手術が適切に行われた患者であって、初回手術後数日中に再手術を行ったものについては、初回手術における肝門部処理と同等以上の肝門部処理が行われた場合は、２回目の手術についても当該手術の所定点数を算定できる。

Ｋ６８５　内視鏡的胆道砕石術（経十二指腸的又は外瘻孔を介するもの）

⑴　内視鏡的胆道砕石術は、術後残存胆管結石症に対して、Ｔ字管瘻孔又は胆管外瘻孔を介し、胆道鏡を挿入し、若しくは内視鏡により経十二指腸的に電気水圧衝撃波、超音波又は砕石用把持鉗子等により結石を破砕し、バスケットワイヤーカテーテルを用いて摘出する場合に算定する。

⑵　外瘻孔を介して胆道鏡下に又は経十二指腸的に内視鏡下にバスケットワイヤーカテーテルのみを用いて砕石を行わず単に結石を摘出する場合は、区分「Ｋ７９８」膀胱結石、異物摘出術の「１」に準じて算定する。

⑶　短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。

Ｋ６８７　内視鏡的乳頭切開術

⑴　短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。

⑵　「２」胆道砕石術を伴うものは、乳頭切開を行った後、経乳頭的に電気水圧衝撃波、超音波又は砕石用把持鉗子等により結石を破砕し、バスケットワイヤーカテーテルを用いて摘出した場合に算定する。ただし、バスケットワイヤーカテーテルのみを用いて砕石を行わず単に結石を摘出した場合は、「１」により算定する。

⑶　マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

⑷　短期間又は同一入院期間中、区分「Ｋ６８５」内視鏡的胆道砕石術（経十二指腸的又は外瘻孔を介するもの）と区分「Ｋ６８７」内視鏡的乳頭切開術を併せて行った場合は、主たるものにより算定する。

Ｋ６９７－２　肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）

肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法は、経皮的、開腹下又は腹腔鏡下のいずれの方法によるものについても算定できる。

Ｋ６９７－３　肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）

肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法は、経皮的、開腹下又は腹腔鏡下のいずれの方法によるものについても算定できる。

Ｋ６９７－５　生体部分肝移植

⑴　対象疾患は、先天性胆道閉鎖症、進行性肝内胆汁うっ滞症（原発性胆汁性肝硬変と原発性硬化性胆管炎を含む。）、アラジール症候群、バッドキアリー症候群、先天性代謝性肝疾患（家族性アミロイドポリニューロパチーを含む。）、多発嚢胞肝、カロリ病、肝硬変（非代償期）及び劇症肝炎（ウイルス性、自己免疫性、薬剤性、成因不明を含む。）である。なお、肝硬変に肝細胞癌を合併している場合には、遠隔転移と血管侵襲を認めないもので、肝内に径５cm以下１個、又は径３cm以下３個以内が存在する場合に限る。

⑵　生体肝を移植する場合においては肝提供者から移植肝を摘出することに係るすべての療養上の費用を所定点数により算出し、生体部分肝移植の所定点数に加算する。なお、肝提供者の生体肝を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的には、「入院時食事療養費に係る食事療養の費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第99号）によって算定した費用額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を四捨五入して得た点数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、肝提供者から食事にかかる標準負担額を求めることはできない。

⑶　請求に当たっては、肝移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肝提供者の氏名及び療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、肝提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付する。

⑷　生体部分肝移植術の所定点数には，灌流の費用が含まれる。

⑸　肝移植を行った保険医療機関と肝移植に用いる健肝を摘出した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肝移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ６９７－６　移植用肝採取術（死体）

⑴　移植用肝採取術（死体）の所定点数は、臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から肝の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

⑵　移植用肝採取術（死体）の所定点数には、脳死した者の身体から移植のための肝採取を行う際の採取前の採取対象肝の灌流、肝採取、採取肝の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、肝採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取肝を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法に準じて算定する。

⑶　部分肝を用いて複数の者に対する移植が行われた場合には、移植を行った保険医療機関それぞれにおいて算定する。

⑷　肝移植を行った保険医療機関と肝移植に用いる健肝を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肝移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ６９７－７　同種死体肝移植術

⑴　同種死体肝移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

⑵　肝移植を行った保険医療機関と肝移植に用いる健肝を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、肝移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ７０９－２　移植用膵採取術（死体）

⑴　移植用膵採取術（死体）の所定点数は、死体から膵の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

⑵　死体膵には、臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）に規定する脳死した者の身体の膵を含む。

⑶　移植用膵採取術の所定点数には，移植のための膵採取を行う際の採取前の採取対象膵の灌流，膵採取，採取膵の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、膵採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取膵を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法に準じて算定する。

⑷　膵移植を行った保険医療機関と膵移植に用いる健膵を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、膵移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ７０９－３　同種死体膵移植術

⑴　同種死体膵移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

⑵　膵移植を行った保険医療機関と膵移植に用いる健膵を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は，膵移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ７０９－４　移植用膵腎採取術（死体）

⑴　移植用膵腎採取術（死体）の所定点数は，死体から同時に膵と腎の移植が行われた場合に，移植を行った保険医療機関において算定する。

⑵　死体膵腎には，臓器の移植に関する法律（平成9年法律第104号）に規定する脳死した者の身体の膵腎を含む。

⑶　移植用膵腎採取術の所定点数には，移植のための膵腎採取を行う際の採取前の採取対象膵腎の灌流，膵腎採取，採取膵腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費，薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし，膵腎採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取膵腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し，それらの額は移送費の算定方法に準じて算定する。

⑷　膵腎移植を行った保険医療機関と膵腎移植に用いる健膵腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は，膵腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ７０９－５　同種死体膵腎移植術

⑴　同種死体膵腎移植術の所定点数には，灌流の費用が含まれる。

⑵　膵腎移植を行った保険医療機関と膵腎移植に用いる健膵腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は，膵腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ７１４　腸管癒着症手術

腸閉塞手術は、その術式により腸管癒着症手術、区分「Ｋ７１５」腸重積症整復術、区分「Ｋ７１６」小腸切除術又は区分「Ｋ７１９」結腸切除術等により算定する。

Ｋ７１６－２　腹腔鏡下小腸切除術

腹腔鏡下小腸切除術の適応は、良性小腸疾患とする。

Ｋ７２１　内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術

⑴　短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。

⑵　早期悪性腫瘍粘膜切除術は、術前に病理学的に悪性腫瘍であることが確認された病変（術前に肉眼的に悪性であることが強く疑われ、病理学的検査を実施せずに早期悪性腫瘍粘膜切除術として施行した後、病理学的検査により悪性腫瘍であることが確認された病変を含む。）に対し行ったときに算定できる。

⑶　マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ７２１－２　内視鏡的大腸ポリープ切除術

⑴　切除した大腸ポリープの数に関係なく所定点数のみにより算定する。

⑵　短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。

Ｋ７２２　小腸結腸内視鏡的止血術

⑴　小腸結腸内視鏡的止血術は１日１回、週３回を限度として算定する。

⑵　マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ７３５－２　小腸・結腸狭窄部拡張術

短期間又は同一入院期間中、回数にかかわらず、第１回目の実施日に１回に限り算定する。

Ｋ７３６　人工肛門形成術

⑴　直腸癌の手術で人工肛門を造設した後、腸管出口が狭窄を起こしたり、断端の過不足を生じたため、改めてそれを拡張又は整形したときは、人工肛門形成術により算定する。

⑵　人工肛門造設時の余分な腸管の切除は、直腸切除・切断術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ７３９　直腸腫瘍摘出術（ポリープ摘出を含む。）

マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。

Ｋ７４２　直腸脱手術

直腸脱の場合において、直腸脱手術、子宮脱手術及び卵管結紮術の３つの手術を併施した場合は、直腸脱手術の「４」に準じて算定する。

Ｋ７４３　痔核手術（脱肛を含む。）

⑴　内痔核に対するミリガン・モーガン手術により１か所又は２か所以上の手術を行った場合は、痔核手術の「３」により算定する。

⑵　ホワイトヘッド手術は、痔核手術の「３」により算定する。

Ｋ７４３－２　肛門括約筋切開術

結腸又は直腸の拡張を伴う慢性便秘症に対する肛門括約筋切開術を行った場合に算定する。

Ｋ７４３－５　モルガニー氏洞及び肛門管切開術

肛門瘙痒症に対し種々の原因治療を施しても治癒しないとき、モルガニー氏洞及び肛門管切開術又は肛門部皮膚剝離切除術を行った場合に算定する。

第10款　尿路系・副腎

Ｋ７５４－２　腹腔鏡下副腎摘出術

腹腔鏡下副腎摘出術の適応は、良性副腎腫瘍とする。

Ｋ７５５　副腎腫瘍摘出術

巨大な副腎腫瘍が脾と強く癒着しているため副腎腫瘍摘出術と脾摘出術を併施した場合は、区分「Ｋ６７３」胆管形成手術に準じて算定する。

Ｋ７６２　腎固定術

遊走腎兼移動性盲腸に対して、必要があって腸固定術、腎固定術を行った際に一皮切から行い得た場合は、同一手術野の手術として「通則14」により腎固定術のみにより算定する。

Ｋ７６４　経皮的尿路結石除去術

経皮的尿路結石除去術は、腎尿管結石症に対して経皮的に腎瘻を造設して、腎瘻より腎盂鏡を挿入し、電気水圧衝撃波、弾性衝撃波又は超音波等により結石を摘出する場合に算定する。

Ｋ７６８　体外衝撃波腎・尿管結石破砕術

⑴　「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数日の間隔をおいて一連の治療過程にある数回の体外衝撃波腎・尿管結石破砕を行う場合は、１回のみ所定点数を算定する。なお、その他数回の手術の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

⑵　体外衝撃波腎・尿管結石破砕によっては所期の目的が達成できず、他の手術手技を行った場合の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｋ７６９　腎部分切除術

残腎結核で腎空洞切開術・腎瘻術・腎盂尿管移行部形成術の三者を併施した場合は、区分「Ｋ７８９」尿管腸膀胱吻合術に準じて算定する。

Ｋ７７５　経皮的腎（腎盂）瘻造設術

腎（腎盂）瘻造設術及び経皮的腎（腎盂）瘻造設術については、同時に行う超音波検査及び画像診断を併せて算定できない。

Ｋ７７９－２　移植用腎採取術（死体）

⑴　移植用腎採取術（死体）の所定点数は、死体から腎の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

⑵　死体腎には，臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死した者の身体の腎を含む。

⑶　移植用腎採取術（死体）の所定点数には，移植のための腎採取を行う際の採取前の採取対象腎の灌流、腎採取、採取腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費，薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、腎採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法に準じて算定する。

⑷　腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ７８０　同種腎移植術

⑴　同種腎移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。

⑵　自家腎移植のために腎採取を行った場合には、同種腎移植術及び移植用腎採取術の所定点数を別に算定できる。

⑶　生体腎を移植する場合（自家腎移植の場合を除く。）においては腎提供者から移植腎を摘出することに係るすべての療養上の費用を所定点数により算出し、同種腎移植術の所定点数に加算する。なお、腎提供者の生体腎を摘出することに係る療養上の費用には、食事の提供も含まれ、具体的には、入院時食事療養費に係る食事療養の費用の額の算定に関する基準によって算定した費用額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を四捨五入して得た点数と他の療養上の費用に係る点数を合計した点数とする。この場合、腎提供者から食事にかかる標準負担額を求めることはできない。

⑷　死体腎には、臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死体の腎を含む。

⑸　請求に当たっては、腎移植者の診療報酬明細書の摘要欄に腎提供者の氏名及び療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、腎提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付する。

⑹　腎移植を行った保険医療機関と腎移植に用いる健腎を摘出した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、腎移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

⑺　「注２」の規定に基づく加算は、死体（脳死体を除く。）から移植のための腎摘出を行う際の摘出前の摘出対象腎の灌流、腎摘出、摘出腎の灌流及び保存並びにリンパ節の保存に要する人件費、薬品・容器等の材料費等の費用がすべて含まれる。ただし、腎摘出を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び摘出腎を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法に準じて算定する。

Ｋ７８１　経尿道的尿路結石除去術

経尿道的尿路結石除去術は、腎結石症、腎盂結石症又は尿管結石症に対して経尿道的に内視鏡を腎、腎盂又は尿管内に挿入し、電気水圧衝撃波、弾性衝撃波又は超音波等により結石を破砕し、バスケットワイヤーカテーテルを用いて摘出する場合に算定する。ただし、透視下にバスケットワイヤーカテーテルのみで結石を摘出する場合は、区分「Ｋ７９８」膀胱結石、異物摘出術の「１」に準じて算定する。

Ｋ７８３　経尿道的尿管狭窄拡張術

経尿道的尿管狭窄拡張術等の経尿道的手術には、ファイバースコープ等内視鏡検査の費用を含むものであり、別に算定できない。

Ｋ８２１－３　尿道ステント前立腺部尿道拡張術

全身状態が不良で、前立腺被膜下摘出術又は経尿道的前立腺手術が実施できない患者に対し、尿道ステントを用いて、前立腺部の尿道拡張を行った場合に算定する。ただし、手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

Ｋ８２３　尿失禁手術

恥骨固定式膀胱頸部吊上術を行うものについては、恥骨固定式膀胱頸部吊上キットを用いて尿失禁手術を行った場合に算定する。手術に必要な保険医療材料の費用は所定点数に含まれる。

Ｋ８２３－２　尿失禁又は膀胱尿管逆流現象コラーゲン注入手術

⑴　注入に用いるコラーゲン、皮内反応用のコラーゲン、注入針等の費用、膀胱鏡の費用等は所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑵　本手術の適応は、１年以上改善の見られない腹圧性尿失禁又は膀胱尿管逆流現象とする。

⑶　所期の目的を達するために複数回実施しても、一連として算定する。

第11款　男子性器

Ｋ８２８－２　陰茎持続勃起症手術

陰茎背静脈、尿道海綿体、大伏在静脈又は体外静脈系と陰茎海綿体のシャントを行った場合には、「２」により算定する。

Ｋ８４１－２　経尿道的レーザー前立腺切除術

⑴　本手術は、膀胱・尿道鏡下に行われた場合に算定し、超音波ガイド下に行われたものは算定しない。

⑵　使用されるレーザープローブの費用等レーザー照射に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ８４１－３　経尿道的前立腺高温度治療

⑴　本療法は、前立腺肥大組織を45℃以上で加熱するものである。

⑵　本手術の所定点数には、使用される用具等の費用が含まれる。

⑶　所期の目的を達するために複数回実施しても、一連として算定する。

第12款　女子性器

Ｋ８５４　腟式旁結合織膿瘍切開術

子宮旁結合織炎（膿瘍）切開排膿の第２回以後の洗浄は区分「Ｊ０６６」尿道拡張法に準じて算定する。

Ｋ８６５　子宮脱手術

⑴　腟壁縫合術の費用は子宮脱手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑵　子宮脱手術に際して腟壁裂創縫合術と腹式子宮全摘術を併施した場合は、区分「Ｋ８５２」腟壁裂創縫合術（分娩時を除く。）の所定点数と区分「Ｋ８７７」子宮全摘術の所定点数とを合算した点数により算定する。

ただし、子宮脱手術に際して区分「Ｋ８５２」腟壁裂創縫合術（分娩時を除く。）と区分「Ｋ８７２」子宮筋腫核出術の「２」腟式を併施した場合は、区分「Ｋ８７２」子宮筋腫核出術の所定点数のみにより算定する。

Ｋ８６７－２　子宮腟部糜爛等子宮腟部乱切切除術

子宮腟部糜爛（ナボット胞のあるもの）等の場合に、子宮腟部の乱切術を行う場合に算定する。

Ｋ８７２－５　子宮頸部初期癌又は異形性光線力学療法

子宮頸部初期癌又は異形成に対する光線力学療法は、ポルフィマーナトリウムを投与した患者に対しエキシマ・ダイ・レーザー（波長630ｎｍ）及びＹＡＧ－ＯＰＯレーザーを使用した場合など、保険適用された薬剤、機器を用いて行った場合に限り算定できる。

Ｋ８７７－２　腹腔鏡下腟式子宮全摘術

腹腔鏡下腟式子宮全摘術の適応は、良性子宮疾患とする。

Ｋ８９０－２　卵管鏡下卵管形成手術

手術に伴う腹腔鏡検査等の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ８９２　骨盤位娩出術

産科娩出術において双子の場合は、帝王切開術を除き１児ごとに所定点数を算定する。

Ｋ８９８　帝王切開術

緊急帝王切開術は、母体及び胎児の状況により緊急に帝王切開となった場合に算定する。なお、選択帝王切開を予定していた場合にあっても母体及び胎児の状態により緊急に帝王切開となった場合は「１」を算定する。

Ｋ９０６　子宮頸管縫縮術

子宮頸管縫縮術のうち、シロッカー法は、筋膜採取を含めて所定点数による。

Ｋ９０７　胎児外回転術

胎児外回転術の算定は分娩時のみに限るものではないが、その効果が十分期待しうる時期に実施された場合に限り算定する。

Ｋ９０９　流産手術

⑴　流産手術は原則として、術式を問わず、また、あらかじめ頸管拡張を行った場合であってもそれを別に算定することなく、本区分の所定点数のみで算定する。

⑵　人工妊娠中絶のために必要があって、区分「Ｋ８９８」帝王切開術、区分「Ｋ８７７」子宮全摘術又は区分「Ｋ８７６」子宮腟上部切断術を実施した場合は、流産手術の所定点数によらずそれぞれの所定点数により算定する。

⑶　妊娠満22週以上のものの中絶は、流産手術として算定せず、実際に行った分娩誘導又は産科手術の術式の所定点数によって算定する。

Ｋ９１２　子宮外妊娠手術

外妊破裂を起こさなかった場合でも算定できる。

Ｋ９１３　新生児仮死蘇生術

新生児仮死蘇生術は、「通則８」の乳幼児加算を算定できる。

第13款　脳死臓器提供管理料

Ｋ９１４　脳死臓器提供管理料

⑴　脳死臓器提供管理料の所定点数は、臓器の移植に関する法律（平成９年法律第104号）に規定する脳死した者の身体から臓器の移植が行われた場合に、移植を行った保険医療機関において算定する。

⑵　脳死臓器提供管理料の所定点数には、臓器の移植に関する法律に規定する脳死判定並びに判定後の脳死した者の身体への処置、検査、医学的管理、看護、薬剤及び材料の使用、採取対象臓器の評価並びに脳死した者の身体から臓器を採取する際の術中全身管理に係る費用等が含まれる。

⑶　脳死臓器提供管理料は、同種死体肺移植術、同種心移植術、同種心肺移植術、同種死体肝移植術、同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術又は同種腎移植術が算定できる場合に限り、算定する。

⑷　診療報酬の請求は臓器の移植を行った保険医療機関で行い、脳死臓器提供管理を行った医療機関との診療報酬の分配は、相互の合議に委ねる。

第２節　輸血料

Ｋ９２０　輸血

⑴　自家採血輸血、保存血液輸血及び自己血輸血の算定に当たっては、200mLを単位とし、200mL又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。ただし、６歳未満の患者に対して自己血輸血を行った場合は、体重１kgにつき４mLを単位とし、当該単位又はその端数を増すごとに

所定点数を算定する。

⑵　自家採血輸血及び保存血液輸血における１回目とは、一連の輸血における最初の200mLの輸血をいい、２回目とはそれ以外の輸血をいう。

⑶　輸血と補液を同時に行った場合は、輸血の量と、補液の量は別々のものとして算定する。

⑷　自家採血輸血を算定する単位としての血液量は、採血を行った量ではなく、実際に輸血を行った１日当たりの量である。

⑸　自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料は、原材料として用いた血液の量に従い、「１」により算定する。ただし、この場合の血液の量は3,000mLを限度とすること。この場合、患者に用いるリンゲル液、糖液等については、区分「Ｇ１００」薬剤により算定するが、自家製造に要する費用及び製造の過程で用いる薬剤については算定できない。

⑹　同種骨髄移植後の慢性骨髄性白血病の再発、骨髄異形成症候群の再発及びＥＢウイルス感染によるＢ細胞性リンパ球増殖性疾患に対し、骨髄提供者のリンパ球を採取・輸注した場合は、「１」に準じて算定する。

⑺　保存血液輸血の注入量は、１日における保存血及び血液成分製剤（自家製造したものを除く。）の実際に注入した総量又は原材料として用いた血液の総量のうちいずれか少ない量により算定する。例えば、200mLの血液から製造された30mLの血液成分製剤については30mLとして算定し、200mLの血液から製造された230mLの保存血及び血液成分製剤は、200mLとして算定する。

⑻　血小板濃厚液の注入は、輸血の「２」により算定する。なお、血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結血漿等）は注射の部において取り扱われる。

⑼　自己血貯血は、当該保険医療機関において手術を予定している患者から採血を行い、当該血液を保存した場合に算定する。

⑽　自己血輸血は、当該保険医療機関において手術を行う際に予め貯血しておいた自己血（自己血貯血）を輸血した場合において、手術時及び手術後３日以内に輸血を行ったときに算定できる。ただし、自己血輸血を行わなかった場合には算定できない。

⑾　自己血輸血を算定する単位としての血液量は、採血を行った量ではなく、手術開始後に実際に輸血を行った１日当たりの量である。なお、使用しなかった保存血については、算定できない。

⑿　患者への説明

ア　「注１」に規定する説明とは、別紙様式20を参考として、文書により輸血の必要性、副作用、輸血方法及びその他の留意点等について、輸血を行う際に患者本人に対して行うことを原則とするが、医師の説明に対して理解ができないと認められる患者（例えば小児、意識障害者等）については、その家族等に対して説明を行うことが必要である。

イ　アの説明は、当該患者に対する一連の輸血につき１回行うものとする。なお、この場合、「一連」とは、概ね１週間とする。ただし、再生不良性貧血、白血病等の患者の治療において、輸血の反復の必要性が明らかである場合はこの限りでない。

ウ　説明に用いた文書については、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等にあっては、その家族等）から署名又は押印を得た上で、当該患者に交付するとともに、その文書の写しを診療録に貼付することとする。

エ　緊急その他事前に説明を行うことが著しく困難な場合は、事後の説明でも差し支えない

ものとする。

⒀　輸血に当たっては、「「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の改定について」（平成17年９月６日薬食発第0906002号）を遵守するよう努めるものとする。

⒁　「注３」の加算は、第１節に掲げる手術と同日に骨髄内輸血又は血管露出術が行われた場合には、算定できない。

⒂　「注６」の頻回に輸血を行う場合とは、週１回以上、当該月で３週以上にわたり行われるものである。

⒃　加算を算定できるＨＬＡ型適合血小板輸血は、白血病又は再生不良性貧血の場合であって、抗ＨＬＡ抗体のために血小板輸血に対して不応状態となり、かつ、強い出血傾向を呈しているものに限る。なお、この場合において、対象となる白血病及び再生不良性貧血の患者の血小板数は概ね、それぞれ２万/mm^3以下及び１万/mm^3以下を標準とする。

⒄　「注８」の血液交叉試験又は間接クームス検査の加算は、自家採血を使用する場合にあっては、供血者ごとに、保存血を使用する場合にあっては、血液バッグ（袋）１バッグごとにそれぞれ算定する。

⒅　「注10」に規定する「輸血に伴って行った供血者の諸検査」には、ＨＣＶ抗体価精密測定検査、ＨＩＶ－１抗体価測定検査、ＨＩＶ－１，２抗体価測定検査、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体価測定検査及び不規則抗体検査等が含まれ、これらの検査に係る費用は別に算定できない。

⒆　自己血を採血する際の採血バッグ並びに輸血する際の輸血用回路及び輸血用針の費用並びに自己血の保存に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｋ９２０－２　輸血管理料

⑴　輸血管理料は輸血療法の安全かつ適正な実施を推進する観点から、医療機関における輸血管理体制の構築及び輸血の適正な実施について評価を行うものである。

⑵　輸血管理料は、赤血球濃厚液（浮遊液を含む。）、血小板濃厚液若しくは自己血の輸血、又は新鮮凍結血漿若しくはアルブミン製剤の輸注を行った場合に、月１回を限度として算定する。

Ｋ９２１　移植骨髄穿刺

移植骨髄穿刺は、骨髄移植においてＫ９２２の⑵に規定する同種移植を行い、区分「Ｋ９２２」の骨髄移植が算定できる場合に限り、骨髄提供者に対して行った骨髄穿刺の回数にかかわらず、骨髄移植の所定点数とは別に、算定する。なお、この場合において、骨髄提供者の骨髄の採取に係る当該骨髄穿刺を検査又は処置の部の骨髄穿刺の所定点数により算定することはできない。

Ｋ９２２　骨髄移植

⑴　骨髄移植の所定点数には、骨髄移植に関連して実施した骨髄採取、組織適合性試験及び骨髄造血幹細胞測定の費用がすべて含まれる。

⑵　同種移植とは、ヒト組織適合性抗原が一致する提供者の骨髄を移植する場合をいうものであり、同種移植を行う場合においては、骨髄提供者から骨髄を採取することに係るすべての費用を各所定点数により算定し、骨髄移植の所定点数に加算する。

⑶　同種移植の所定点数は、適合する骨髄提供者の情報検索連絡調整に係る費用等、骨髄移植の実施に必要な費用の一部も含めて評価したものである。

⑷　同種移植の対象疾患は、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不

全症等であり、また、自家末梢血幹細胞移植、自家造血幹細胞移植の対象疾患は、化学療法や放射線療法に感受性のある白血病等の悪性腫瘍である。

⑸　請求に当たっては、骨髄移植者の診療報酬明細書の摘要欄に骨髄提供者の氏名及び療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、骨髄提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付する。

⑹　骨髄採取を行う医師を派遣した場合における医師の派遣に要した費用及び採取した骨髄を搬送した場合における搬送に要した費用については療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法に準じて算定する。

⑺　骨髄採取を行った医療機関と骨髄移植を行った保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、骨髄移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

Ｋ９２２－２　臍帯血移植

⑴　移植に使用した臍帯血の保存施設から移植実施保険医療機関までの搬送に要した費用については療養費として支給し、その額は移送費の算定方法に準じて算定する。

⑵　臍帯血移植の所定点数は、臍帯血の管理に係る費用等、臍帯血移植の実施に必要な費用の一部も含めて評価したものである。

Ｋ９２３　術中術後自己血回収術

⑴　開心術及び大血管手術で出血量が600mL以上の場合並びにその他無菌的手術で出血量が600mL以上の場合（外傷及び悪性腫瘍の手術を除く。）に、術中術後自己血回収術を算定する。

⑵　術中術後自己血回収セットとは、術野から血液を回収して、濃縮及び洗浄を行い、又は濾過を行い、当該手術の際に患者の体内に戻す一連の器具をいう。

⑶　開心術及び大血管手術で出血量が600mL以上の場合並びにその他無菌的手術で出血量が600mL以上の場合（外傷及び悪性腫瘍の手術を除く。）に、術中術後自己血回収術を算定する。

⑷　術中術後自己血回収セットとは、術野から血液を回収して、濃縮及び洗浄を行い、又は濾過を行い、当該手術の際に患者の体内に戻す一連の器具をいう。

第３節　手術医療機器等加算

Ｋ９３０　脊髄誘発電位測定加算

「注」に規定する脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術とは、区分「Ｋ１１６」から「Ｋ１１８」まで、「Ｋ１２８」から「Ｋ１３６」まで、「Ｋ１３８」、「Ｋ１３９」、「Ｋ１４２」から「Ｋ１４２－３」まで、「Ｋ１８３」から「Ｋ１９２」まで、及び「Ｋ５６０」に掲げる手術をいう。なお、これらの項目に準じて所定点数を算定する手術については加算は行わない。

Ｋ９３２　創外固定器加算

区分「Ｋ０４６」骨折観血的手術については、開放骨折、関節内骨折又は粉砕骨折に対して創外固定器を用いた場合、区分「Ｋ０５８」骨長調整手術については、軟骨無形成症及び軟骨低形成症等の骨異形成症、四肢形成不全又は四肢変形の患者に対して脚延長術を行う際に創外固定器を用いた場合に算定する。

Ｋ９３３　イオントフォレーゼ加算

当該加算を算定した場合、麻酔料は別に算定できない。

Ｋ９３６　自動縫合器加算

⑴　区分「Ｋ５２９」、「Ｋ５３１」、「Ｋ６５５」、「Ｋ６５５－２」、「Ｋ７１６」、「Ｋ７３９」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、３個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

⑵　区分「Ｋ５１１」、「Ｋ５１３」、「Ｋ６５７」、「Ｋ６５７－２」、「Ｋ７０２」、「Ｋ７０３」、「Ｋ７１９の３」、「Ｋ７１９－２」、「Ｋ７１９－３」、「Ｋ７３５」、「Ｋ７３５－３」、「Ｋ７４０」、「Ｋ７４０－２」及び「Ｋ７４０－３」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、４個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

⑶　区分「Ｋ８０３」及び「Ｋ８１７」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、５個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

⑷　区分「Ｋ５１４」及び「Ｋ５１４－２」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、６個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

Ｋ９３６－２　自動吻合器加算

区分「Ｋ６５７」及び「Ｋ６５７－２」に掲げる手術に当たって自動吻合器を使用した場合は２個を限度として、それ以外の手術にあっては１個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。

Ｋ９３６－３　微小血管自動縫合器加算

四肢（手、足、指（手、足）を含む。）以外の部位において、「Ｋ０１７」遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）又は「Ｋ０２０」自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を行う際に、微小静脈の縫合のために微小血管自動縫合器を用いた場合に算定する。なお、この場合において、２個を限度として当該加算点数に微小血管自動縫合器用カートリッジの使用個数を乗じて得た点数を加算するものとする。

Ｋ９３８　体外衝撃波消耗性電極加算

消耗性電極とは、１回又は２回以上の使用により消耗し、交換が必要となる電極をいう。なお、この加算は一連の手術について１回のみ算定できる。

第11部　麻酔

＜通則＞

1　血圧降下等当然予測される副作用等を防止するための注射、麻酔の前処置として行われる麻薬、鎮静剤等の注射及び投薬に要する費用については、第３節薬剤料の規定に基づき薬価基準の定めるところにより算定できる。

2　麻酔の術中に起こる偶発事故に対する処置（酸素吸入、人工呼吸）及び注射（強心剤等）等の費用は、別に算定することができる。ただし、区分「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の場合は、区分「Ｊ０２４」酸素吸入、区分「Ｊ０４５」人工呼吸は算定できない。

3　検査、画像診断、処置又は手術に当たって、麻酔が前処置と局所麻酔のみによって行われる場合には、麻酔の手技料は検査料、画像診断料、処置料又は手術料に含まれ、算定できない。ただし、薬剤（外皮用殺菌剤を除く。）を使用した場合は、各部の薬剤料の規定に基づき薬価基準の定めるところにより算定できる。

4　麻酔法の選択については、保険診療の原則に従い、経済面にも考慮を払いつつ、必要に応じ妥当適切な方法を選択することが必要である。なお、特に規定するものについては、当該規定に従い適切に行うこと。

5　第１節及び第２節に掲げる麻酔法（１つに限る。）を別の麻酔の補助麻酔、強化麻酔又は前処置として行った場合の麻酔料は、主たる麻酔法の所定点数のみを算定する。この場合、当該一連の麻酔に使用されたすべての薬剤については薬剤料として算定できる。

なお、手術中において他の麻酔法を追加併用した場合も同様に算定する。

6　「通則」の麻酔料又は神経ブロック料の所定点数とは、麻酔料又は神経ブロック料の節に掲げられた点数及び各注に規定する加算（酸素又は窒素を使用した場合の加算を除く。）の合計をいい、「通則」の加算点数は含まない。

7　「通則２」の加算及び「通則３」の加算は、第１節麻酔料（麻酔管理料は除く。）又は第２節神経ブロック料について適用され、第３節薬剤料については適用されない。この場合、麻酔に要する費用は、麻酔料及び神経ブロック料の所定点数に各通則の加算を加えた点数並びに薬剤料の合計点数により算定する。

8　「通則２」の未熟児に対する加算は、出生時体重が2,500グラム未満の新生児に対し、出生後90日以内に麻酔が行われた場合に限り算定できる。

9　「通則３」の休日加算、時間外加算又は深夜加算（本項において「時間外加算等」という。）の取扱いは、次に掲げるものの他、初診料の時間外加算等と同様である。

ア　麻酔料

時間外加算等が算定できる緊急手術に伴う麻酔に限り算定できる。

イ　神経ブロック料

緊急やむを得ない理由により時間外加算等が算定できる時間に行われた場合に算定できる。

10　麻酔料に掲げられていない麻酔であって特殊な麻酔の麻酔料は、その都度当局に内議し、最も近似する麻酔として準用が通知された算定方法により算出する。

第１節　麻酔料

Ｌ０００　迷もう麻酔

(1)　迷もう麻酔とは、吸入麻酔であって、その実施時間が数分程度のものをいう。

⑵　ガス麻酔器を使用する数分間の麻酔は、本区分により算定する。

Ｌ００１　静脈麻酔、筋肉注射による全身麻酔、注腸による麻酔

静脈麻酔とは、静脈注射用麻酔剤を用いて行う麻酔であって、その実施時間が短時間のものをいう。

Ｌ００２　硬膜外麻酔

⑴　実施時間は、硬膜外腔に当該麻酔を施行するために局所麻酔薬を注入した時点を開始時間とし、当該検査、画像診断、処置又は手術の終了した時点を終了時間として計算する。

⑵　第12胸椎と第１腰椎の間より硬膜外針を刺入した場合は「１」で算定する。また、第５腰椎と第１仙椎の間より硬膜外針を刺入した場合は「２」で算定する。

⑶　区分「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の「注４」の硬膜外麻酔加算を算定した場合には、硬膜外麻酔の時間加算は算定できない。

Ｌ００３　硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入

精密持続注入とは、自動注入ポンプを用いて１時間に10mL以下の速度で局所麻酔剤を注入するものをいう。

Ｌ００４　脊椎麻酔

実施時間は、くも膜下腔に局所麻酔剤を注入した時点を開始時間とし、当該検査、画像診断、処置又は手術の終了した時点を終了時間として計算する。

Ｌ００５　上・下肢伝達麻酔

⑴　上肢伝達麻酔は、検査、画像診断、処置又は手術のために腕神経叢の麻酔を行った場合に算定する。

⑵　下肢伝達麻酔は、検査、画像診断、処置又は手術のために少なくとも坐骨神経及び大腿神経の麻酔を行った場合に算定する。

Ｌ００６　球後麻酔及び顔面・頭頸部の伝達麻酔

球後麻酔と顔面伝達麻酔を同時に行った場合は、主たるもののみで算定し、重複して算定できない。

Ｌ００７　開放点滴式全身麻酔

吸入麻酔を10分以上連続して実施した場合は、本区分により算定する。

Ｌ００８　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

⑴　ガス麻酔器を使用する閉鎖式・半閉鎖式等の全身麻酔を相当長時間実施した場合は、本区分により算定し、数分間の使用にとどまる場合は、区分「Ｌ０００」迷もう麻酔により算定する。

⑵　重症の患者とは、以下に掲げるものをいい、麻酔前の状態により評価する。

ア　NYHAⅢ度以上の心不全

イ　CCS分類Ⅲ度以上の狭心症

ウ　心筋梗塞発症後３月以内の者

エ　大動脈弁閉鎖不全、僧帽弁閉鎖不全又は三尖弁閉鎖不全であって、Ⅱ度以上のもの

オ　大動脈弁平均圧較差50mmHg以上の大動脈弁狭窄、僧帽弁平均圧較差10mmHg以上の僧帽弁狭窄

カ　動脈血酸素分圧60mmHg未満、又は動脈血酸素分圧・吸入気酸素分画比300未満の呼吸不全

キ　１秒率70％未満かつ肺活量比70％未満の換気障害

ク　治療が行われているにもかかわらず、中発作以上の発作を繰り返す気管支喘息

ケ　HbA_{1c}8.0％以上、空腹時血糖160mg/dL以上又は食後２時間血糖220mg/dL以上の糖尿病

コ　血清クレアチニン値4.0mg/dL以上の腎不全

サ　Child-Pugh分類Ｂ以上の肝不全

シ　Hb6.0g/dL未満の貧血

ス　PT-INR2.0以上の凝固能低下

セ　DIC

ソ　血小板数５万／uL未満の血小板減少

タ　SIRSを伴う敗血症

チ　ショック（収縮期血圧が90mmHg未満となるもの）

ツ　人工呼吸、心肺補助、大動脈内バルーンパンピング、又は透析を行っている者

テ　植込み型ペースメーカ又は植込み型除細動器を使用している者

⑶　流量計を装置した酸素ボンベ及びエーテル蒸発装置を使用し、気管内チューブ挿入吹送法又はノンレブリージングバルブを使用して麻酔を維持した場合は本区分により算定できる。

⑷　静脈注射用麻酔剤を用いて相当長時間にわたる全身麻酔の維持を行う場合であって、マスク又は気管内挿管による酸素吸入又は酸素・亜酸化窒素混合ガス吸入と併用する場合は、本区分及び各注により算定する。

⑸　本区分について「通則３」の加算を算定する場合の所定点数は、「注１」、「注２」及び「注４」による加算を含むものとする。

⑹　時間加算（注１）

ア　実施時間は、当該麻酔を行うために閉鎖循環式全身麻酔器を患者に接続した時点を開始時間とし、患者が当該麻酔器から離脱した時点を終了時間として計算する。なお、これ以外の観察等の時間は実施時間に算入しない。

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。

⑺　心臓手術等加算（注２）

ア　100分の10、100分の50、100分の100又は100分の200の２つ以上に該当する場合は主たる加算のみ算定し、重複して算定できない。

イ　当該加算の対象となる「心臓手術」とは、開胸式心大血管手術をいう。

ウ　100分の100の加算対象となる「低血圧麻酔」とは、手術操作を安全にし、出血量を減少させる目的で、脳動脈瘤手術や出血しやすい手術の際に、低血圧の状態を維持する麻酔をいう。なお、この場合の「低血圧」とは概ね、患者の通常収縮期血圧の60％又は平均動脈圧で60～70ｍｍＨｇを標準とする。

エ　100分の100の加算対象となる「高頻度換気法」とは、特殊な換気装置を使用し、一回換気量を少なくし、換気回数を著しく増加させた換気法をいう。なお、この場合の「換気回数」は概ね１分間に60回以上である。

オ　脳温を32～34℃に維持する重度脳障害患者への治療的低体温は、「注２」の100分の200の加算の対象とはならない。

⑻　酸素・窒素（注３）

ア　酸素又は窒素の価格は、「酸素及び窒素の価格」（平成２年厚生省告示第41号）の定め

るところによる。

イ　酸素及び窒素を動力源とする閉鎖循環式麻酔装置を使用して全身麻酔を施行した場合、動力源として消費される酸素及び窒素の費用は、「注３」の加算として算定できない。

⑼　硬膜外麻酔加算（注４）

硬膜外麻酔加算を算定した場合は、硬膜外麻酔の時間加算は算定できない。

⑽　所定点数に含まれる費用

ア　本区分の麻酔法の際に使用するソーダライム等の二酸化炭素吸着剤の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

イ　呼吸心拍監視の検査に要する費用は本区分の所定点数に含まれ、本区分の所定点数を算定した同一日においては、麻酔の前後にかかわらず、呼吸心拍監視料は別に算定できない。

ウ　体温（深部体温を含む。）測定の検査に要する費用は本区分の所定点数に含まれ、別に算定できない。

エ　経皮的動脈血酸素飽和度測定又は終末呼気炭酸ガス濃度測定に要する費用は所定点数に含まれ、本区分の所定点数を算定した同一日においては、麻酔の前後にかかわらず、経皮的動脈血酸素飽和度測定及び終末呼気炭酸ガス濃度測定は別に算定できない。

Ｌ００８－２　低体温療法

低体温療法は、直腸温35℃以下の場合に算定する。ただし、脳温を32～34℃に維持する重度脳障害患者への治療的低体温の場合は算定できない。

Ｌ００９　麻酔管理料

⑴　麻酔管理料は麻酔科を標榜する保険医療機関において、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が麻酔前後の診察を行い、かつ専ら当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医が区分「Ｌ００２」硬膜外麻酔、区分「Ｌ００４」脊椎麻酔又は区分「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する。なお、この場合において、緊急の場合を除き、麻酔前後の診察は、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。

⑵　麻酔管理料を算定しようとする保険医療機関の開設者は、当該保険医療機関の所在地の地方社会保険事務局長に届け出なければならない。なお、届出の様式等については、別途通知する。

⑶　麻酔管理料を算定する場合には、麻酔前後の診察及び麻酔の内容を診療録に記載する。なお、麻酔前後の診察について記載された麻酔記録又は麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる。

⑷　麻酔管理料について、「通則２」及び「通則３」の加算は適用しない。

第２節　神経ブロック料

Ｌ１００　神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）、Ｌ１０１　神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）

⑴　神経ブロックとは、疼痛管理に専門的知識を持った医師が行うべき手技であり、疾病の治療又は診断を目的とし、主として末梢の脳脊髄神経節、脳脊髄神経、交感神経節等に局所麻酔剤、ボツリヌス毒素若しくはエチルアルコール（50％以上）及びフェノール（２％以上）等の神経破壊剤を注入し又は高周波凝固法により、神経内の刺激伝達を遮断することをいう。

⑵　神経ブロックは、疼痛管理を専門としている医師又はその経験のある医師が、原則として

局所麻酔剤、ボツリヌス毒素若しくは神経破壊剤又は高周波凝固法を使用した場合に算定する。ただし、医学的な必要性がある場合には、局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合においても神経ブロックとして算定できる。なお、この場合において、医学的必要性について診療報酬明細書に記載する。

⑶　同一神経のブロックにおいて、神経破壊剤又は高周波凝固法使用によるものは、癌性疼痛を除き、月１回に限り算定する。また、同一神経のブロックにおいて、局所麻酔剤又はボツリヌス毒素により神経ブロックの有効性が確認された後に、神経破壊剤又は高周波凝固法を用いる場合に限り、局所麻酔剤又はボツリヌス毒素によるものと神経破壊剤又は高周波凝固法によるものを同一月に算定できる。

⑷　同一名称の神経ブロックを複数か所に行った場合は、主たるもののみ算定する。また、２種類以上の神経ブロックを行った場合においても、主たるもののみ算定する。

⑸　椎間孔を通って脊柱管の外に出た脊髄神経根をブロックする「１」の神経根ブロックに先立って行われる選択的神経根造影等に要する費用は、「１」の神経根ブロックの所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑹　神経ブロックに先立って行われるエックス線透視や造影等に要する費用は、神経ブロックの所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑺　神経ブロックと同時に行われたトリガーポイント注射や神経幹内注射については、別に算定できない。

Ｌ１０３　カテラン硬膜外注射

刺入する部位にかかわらず、所定点数を算定する。

Ｌ１０４　トリガーポイント注射

⑴　トリガーポイント注射は、圧痛点に局所麻酔剤あるいは局所麻酔剤を主剤とする薬剤を注射する手技であり、施行した回数及び部位にかかわらず、１日につき１回算定できる。

⑵　トリガーポイント注射と神経幹内注射は同時に算定できない。

Ｌ１０５　硬膜外ブロックにおける麻酔剤の持続的注入

「注」の「精密持続注入」とは、自動注入ポンプを用いて１時間に10mL以下の速度で麻酔剤を注入するものをいう。

第12部　放射線治療

＜通則＞

放射線治療料の項に掲げられていない放射線治療のうち、簡単な放射線治療の放射線治療料は算定できないものであるが、特殊な放射線治療の放射線治療料は、その都度当局に内議し、最も近似する放射線治療として準用が通知された算定方法により算定する。

＜放射線治療料＞

Ｍ０００　放射線治療管理料

⑴　放射線治療管理料は、体外照射又は密封小線源治療に掲げる外部照射、腔内照射若しくは組織内照射による治療を行うに際して、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画（３次元線量分布図を用いるものを含む。以下同じ。）により放射線照射を行った場合に、所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程において、各区分の照射法につき１回に限り算定する。

⑵　画像診断を実施し、その結果に基づき、線量分布図に基づいた照射計画を作成した場合には、画像診断の所定点数は算定できるが、照射計画の作成に係る費用は当該治療管理料に含まれ、別に算定できない。

⑶　「注２」に掲げる放射線治療専任加算は、区分「Ｍ００１」体外照射の「３」に掲げる高エネルギー放射線治療の際に、放射線治療を専ら担当する医師により、照射計画の作成、照射中の患者の管理及び照射後の副作用管理を含めた放射線科的管理が行われた場合に限り算定する。

Ｍ０００－２　放射性同位元素内用療法管理料

⑴　放射性同位元素内用療法管理料は、非密封放射線源による治療で、放射性同位元素を生体に投与し、その放射能による病巣内照射を行う放射線治療に当たり、当該治療を受けている患者の継続的な管理を評価するものである。

⑵　放射性同位元素内用療法管理料は入院・入院外を問わず、患者に対して放射性同位元素内用療法に関する内容について説明・指導した場合に限り算定できる。また、説明・指導した内容等を診療録に記載又は添付すること。

⑶　放射性同位元素の内用後４月間は、内用の有無にかかわらず算定できる。ただし、診療報酬明細書には、管理の開始の日付を記載すること。

⑷　甲状腺癌に対する放射性同位元素内用療法管理料の対象疾患は、甲状腺分化癌の患者（甲状腺分化癌であって、甲状腺組織の破壊、又は甲状腺癌の転移の治療（甲状腺全摘術、亜全摘術後及び手術により摘出できない症例等））とする。

⑸　放射性同位元素内用療法管理に当たっては、退出基準等、放射線管理の基準に沿って行われるものであること。

Ｍ００１　体外照射

⑴　体外照射の具体的な定義は次のとおりである。

ア　エックス線表在治療とは、管電圧10万ボルト未満による照射療法をいう。

イ　コバルト^{60}遠隔大量照射とは、大量のコバルト^{60}線源のガンマ線を使用した固定コバルト装置以外のコバルト装置による遠隔照射療法をいう。

ウ　高エネルギー放射線治療とは、100万電子ボルト以上のエックス線又は電子線の応用で、直線加速装置又はマイクロトロン治療装置使用による照射療法をいう。

⑵　体外照射の治療料は、疾病の種類、部位の違い、部位数、同一患部に対する照射方法にかかわらず、１回につき所定点数を算定する。また、２方向以上の照射であっても当該所定点数の

みにより算定する。

⑶　１日に複数部位の照射を行う場合においては、１回目とは異なる部位に係る２回目の照射に限り、ロの所定点数を算定する。１日に同一部位に対する複数回の照射を行う場合は、１回目の照射と２回目の照射の間隔が２時間を超える場合に限り、イの所定点数を１日に２回分算定できる。

⑷　「注３」の体外照射用固定器具加算は、頭頸部腫瘍（頭蓋内腫瘍を含む。）に対して体外照射を行う際に頭頸部を精密に固定する器具を使用した場合に限り、患者１人につき１回に限り算定できる。

Ｍ００１－２　ガンマナイフによる定位放射線治療

⑴　ガンマナイフによる定位放射線治療とは、半球状に配置された多数のコバルト^{60}の微小線源から出るガンマ線を集束させ、病巣部を照射する治療法をいう。

⑵　数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は１回のみ算定する。

⑶　定位型手術枠（フレーム）を取り付ける際等の麻酔、位置決め等に係る画像診断、検査、放射線治療管理等の当該治療に伴う一連の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｍ００１－３　直線加速器による定位放射線治療

⑴　直線加速器による定位放射線治療とは、直線加速器（マイクロトロンを含む。）により極小照射野で線量を集中的に照射する治療法であり、頭頸部に対する治療については、照射中心の固定精度が２㎜以内であるものをいい、体幹部に対する治療にあっては、照射中心の固定精度が５㎜以内であるものをいう。

⑵　頭頸部に対する治療については、頭頸部腫瘍（頭蓋内腫瘍を含む。）及び脳動静脈奇形に対して行った場合にのみ算定し、体幹部に対する治療にあっては、原発病巣の直径５㎝以内で転移病巣のない原発性肺癌又は原発性肝癌、及び３個以内で他病巣のない転移性肺癌又は転移性肝癌、並びに脊髄動静脈奇形（頸部脊髄動静脈奇形を含む。）に対して行った場合にのみ算定し、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は１回のみ算定する。

⑶　定位型手術枠又はこれと同等の固定精度を持つ固定装置を取り付ける際等の麻酔、位置決め等に係る画像診断、検査、放射線治療管理等の当該治療に伴う一連の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｍ００２　全身照射

全身照射は、１回の骨髄移植について、一連として１回に限り算定できる。

Ｍ００３　電磁波温熱療法

⑴　「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。

⑵　四肢若しくは頸部の悪性腫瘍に対して行う場合又はアプリケーターを用いて腔内加温を行う場合は、腫瘍の存在する部位及び使用する機器の如何を問わず、「２」の浅在性悪性腫瘍に対するものにより算定する。

⑶　電磁波温熱療法は、放射線治療と併用しない場合（化学療法と併用する場合又は単独で行う場合）においても算定できる。

⑷　「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数か月間の一連の治療過程に複数回の電磁波温熱療法を行う場合は、１回のみ所定点数を算定し、その他数回の療法の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑸　電磁波温熱療法の実施に当たっては、治療部分の温度を測定し、十分な加温を確認する等の必要な措置を講ずる。

⑹　電磁波温熱療法を行うに当たって使用するセンサー等の消耗品の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｍ００４　密封小線源治療

⑴　密封小線源治療の治療料は疾病の種類、部位の違い、部位数の多寡にかかわらず、一連として所定点数を算定する。

⑵　外部照射

外部照射とは、コバルト^{60}、セシウム^{137}等のガンマ線又はストロンチウム^{90}等のベーター線による４ｃｍ以下の近距離又は直接貼布する療法をいう。

⑶　腔内照射

ア　高線量率イリジウム照射を行った場合とは、子宮腔、腟腔、口腔、直腸等の腔内にイリジウム^{192}管を挿入し照射する場合であり、アプリケーターの挿入から抜去までを一連として算定する。なお、挿入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

イ　その他の場合とは、子宮腔、腟腔、口腔、直腸等の腔内にコバルト^{60} 管、セシウム^{137}管等を挿入して照射する場合や眼窩内等にストロンチウム容器を挿入して照射する場合であり、アプリケーターの挿入から抜去までを一連として算定する。なお、挿入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑷　組織内照射

ア　前立腺癌に対する永久挿入療法とは、前立腺組織内にヨウ素^{125}粒子を刺入する療法をいい、当該療法の実施に当たっては、関係法令及び関係学会のガイドラインを踏まえ、適切に行われるよう十分留意すること。

イ　高線量率イリジウム照射を行った場合とは、イリジウム^{192} 針を刺入する場合であり、刺入から抜去までの全期間を一連として算定する。なお、刺入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

ウ　その他の場合とは、舌その他の口腔癌、皮膚癌、乳癌等の癌組織内にコバルト針、セシウム針等を刺入する場合であり、刺入から抜去までの全期間を一連として算定する。なお、刺入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑸　放射性粒子照射

放射性粒子照射とは、組織内に放射性金粒子等の放射性粒子を刺入するものであって、その使用本数等に関係なく一連につき所定点数を算定する。また、この場合「注」により放射性粒子の費用は別に算定できる。なお、刺入に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑹　同一の高線量率イリジウムを使用し、１人又は複数の患者に対して１回又は複数回の密封小線源治療を行った場合は、使用した高線量率イリジウムの費用として、患者１人につき１回に限り加算する。

⑺　同一の低線量率イリジウムを使用し、１人の患者に対して複数回の密封小線源治療を行った

場合は、使用した低線量率イリジウムの費用として、患者１人につき１回に限り加算する。

Ｍ００５　血液照射

⑴　血液照射は、輸血後移植片対宿主病予防のために輸血用血液に対して放射線照射を行った場合に算定する。

⑵　血液照射料は、血液照射を行った血液量が400mL以下の場合には110点、これ以降400mL又はその端数を増すごとに110点を加えて計算する。なお、血液照射を行った血液のうち、実際に輸血を行った１日当たりの血液量についてのみ算定する。

⑶　血液量は、実際に照射を行った総量又は原材料として用いた血液の総量のうちいずれか少ない量により算定する。例えば、200mLの血液から製造された30mLの血液成分製剤については30mLとして算定し、200mLの血液から製造された230mLの保存血及び血液成分製剤は、200mLとして算定する。

⑷　放射線を照射した血液製剤を使用した場合は、当該血液照射は別に算定できない。

⑸　血液照射に当たっては、「「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の改定について」（平成17年９月６日薬食発第0906002号）その他の関係通知及び関係学会から示されている血液照射についてのガイドラインを遵守するよう努めるものとする。

第３章　介護老人保健施設入所者に係る診療料

＜通則＞

介護老人保健施設には常勤医師が配置されているので、比較的病状が安定している者に対する療養又は医療については、介護老人保健施設の医師が対応できることから、介護老人保健施設の入所者である患者（以下「施設入所者」という。）が、往診又は通院により受ける医療に係る診療料については、施設入所者以外の患者に対する算定方法とは別の算定方法を設けたものであり、施設入所者に対しては、第１章基本診療料又は第２章特掲診療料は適用せず、第３章介護老人保健施設入所者に係る診療料に規定するところによるものであること。

第１部　併設保険医療機関の療養又は医療に関する事項

併設保険医療機関とは、「併設保険医療機関の取扱いについて」（平成14年３月８日保医発第0308008号）に規定する保険医療機関をいうこと。

１　施設入所者自己腹膜灌流薬剤料

⑴　施設入所者自己腹膜灌流薬剤料は、施設入所者が、自己連続携行式腹膜灌流を行っている場合に、その薬剤の費用を算定するものであること。

⑵　在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定はできないものであること。

２　施設入所者材料料

⑴　施設入所者材料料は、第２章第２部第２節第１款の在宅療養指導管理料（以下単に「在宅療養指導管理料」という。）において算定することができるとされている特定保険医療材料及び同節第２款に掲げる加算の費用を算定するものであること。

⑵　在宅療養指導管理料の各区分に規定する指導管理料は算定できないものであること。

⑶　施設入所者材料料の算定方法は、在宅療養指導管理料の算定方法の例によるものであること。

３　その他の診療料

⑴　施設入所者に対する診療料として併設保険医療機関が算定できるのは別紙のとおりであること。

⑵　算定できないものとされた診療料については、その診療に伴い使用した薬剤、保険医療材料の費用についても算定できないものであること（ただし、注射に係る薬剤の費用のうち、エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）を除く。）。また、算定できるものとされた診療料に伴い使用した薬剤、保険医療材料の費用については、第１章及び第２章の例により算定できるものであること。

⑶　「特掲診療料の施設基準等」（平成18年厚生労働省告示第94号）第十六及び別表第十二に規定する検査等の取扱いによること。

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

１　施設入所者共同指導料

⑴　施設入所者共同指導料は、介護老人保健施設に入所中の患者の退所後の療養を担当する病院である保険医療機関の医師（以下「担当医」という。）が、介護老人保健施設に赴き、介護老人保健施設の医師と共同して、退所後の療養上必要な指導を行った場合に、１入所につ

き１回に限り算定できるものであること。

⑵　施設入所者共同指導料は、退所して家庭に復帰する予定の患者が算定の対象となるものであること。

⑶　施設入所者共同指導料は、特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としないものであること。

⑷　施設入所者共同指導料を算定した場合は、初診料、再診料、外来診療料、地域連携退院時共同指導料、往診料及び在宅患者訪問診療料は算定できないものであること。

⑸　施設入所者共同指導料を算定する場合においては、担当医は診療録に介護老人保健施設において行った指導の要点を記入すること。

⑹　特別の関係にある病院又は介護老人保健施設における算定は、行わないものであること。

２　施設入所者自己腹膜灌流薬剤料

⑴　施設入所者自己腹膜灌流薬剤料は、施設入所者が、自己連続携行式腹膜灌流を行っている場合に、その薬剤の費用を算定するものであること。

⑵　在宅自己腹膜灌流指導管理料の算定はできないものであること。

３　施設入所者材料料

⑴　施設入所者材料料は、在宅療養指導管理料において算定することができるとされている特定保険医療材料及び第２章第２部第２節第２款の各区分に規定する加算の費用を算定するものであること。

⑵　在宅療養指導管理料の各区分に規定する指導管理料は算定できないものであること。

⑶　施設入所者材料料の算定方法は、在宅療養指導管理料の算定方法の例によるものであること。

４　その他の診療料

⑴　施設入所者に対する診療料として併設保険医療機関以外の保険医療機関が算定できるのは別紙のとおりであること。

⑵　算定できないものとされた診療料については、その診療に伴い使用した薬剤、保険医療材料の費用についても算定できないものであること（ただし、注射に係る薬剤の費用のうち、エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）を除く。）。また、算定できるものとされた診療料に伴い使用した薬剤、保険医療材料の費用については、第１章及び第２章の例により算定できるものであること。

⑶　特掲診療料の施設基準等第十六及び別表第十二に規定する検査等の取扱いによること。

（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	地域連携退院時共同指導料	×	○
	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18年厚生労働省告示第94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。

（別紙様式１）

退　院　証　明　書

保険医療機関名称
住所
電話番号
主治医氏名

患者氏名	性別（男・女）
患者住所	
電話番号	
生年月日　（明・大・昭・平）　　年　　月　　日（　　歳）	

１．当該保険医療機関における入院年月日及び退院年月日

⑴　入院年月日　　平成　　年　　月　　日
⑵　退院年月日　　平成　　年　　月　　日

２．当該保険医療機関における入院基本料等（特定入院料を含む。）の種別及び算定期間
（複数ある場合はそれぞれ記載のこと）

⑴　入院基本料等の種別：
⑵　算定期間：　　日（平成　　年　　月　　日～平成　　年　　月　　日）

３．当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間

⑴　　日（平成　　年　　月　　日現在）

４．当該保険医療機関の入院に係る傷病名

⑴　傷病名：

５．転帰（該当するものに〇をつける）

⑴　治癒
⑵　治癒に近い状態（寛解状態を含む）
⑶　その他

６．その他の特記事項

（別紙様式2）

緩和ケア実施計画書

氏名	（ふりがな）	年齢	ID
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日	歳	

主訴

診断

1）　　5）
2）　　6）
3）　　7）
4）　　8）

現病歴

年　月　日

既往歴

年　月　日

身体症状

【重症度】

1. 痛み	□なし	□軽	□中	□重
2. 呼吸困難	□なし	□軽	□中	□重
3. 倦怠感	□なし	□軽	□中	□重
4. 発熱	□なし	□軽	□中	□重
5. 口渇	□なし	□軽	□中	□重
6. 咳・痰	□なし	□軽	□中	□重
7. 食欲不振	□なし	□軽	□中	□重
8. 嘔気・嘔吐	□なし	□軽	□中	□重
9. 腹部膨満感	□なし	□軽	□中	□重
10. 便秘	□なし	□軽	□中	□重
11. 尿閉、失禁	□なし	□軽	□中	□重
12. 浮腫	□なし	□軽	□中	□重

13. その他（具体的に）

【症状の性質、分布】

身体活動状態

全般　□0.　問題なし　□1. 軽度の症状があるも、軽い労働は可能　□2.　時に介助が必要、一日の半分以上は起きている
□3.　しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している　□4.　常に介助が必要、終日臥床している

歩行　□問題なし　□要介助　□不可　　排泄　□問題なし　□ポータブル　□要介助
食事　□問題なし　□要介助　□不可　　入浴　□問題なし　□要介助　□不可

精神状態	【重症度】
1. 不安	□なし □軽 □中 □重
2. 抑うつ	□なし □軽 □中 □重
3. せん妄	□なし □軽 □中 □重
4. 不眠	□なし □軽 □中 □重
5. 眠気	□なし □軽 □中 □重
6. その他(具体的に)	

その他の問題

□家族
□経済
□仕事・趣味・交際などの活動や生きがい
□その他

本人の希望	家族の希望

治療目標（優先順に）		
①	②	③

緩和治療・検査計画

□薬物療法

□精神療法（カウンセリング、リラクセーション）

□理学・作業療法

□その他

備考

説明日	年　　月　　日
本人の署名	家族の署名 （続柄　　）
主治医	精神科医
緩和ケア医	緩和担当看護師

（別紙様式３）

児童・思春期精神医療入院治療計画書

患　者　氏　名	（男・女）	生年月日	昭和・平成　年　月　日生　（　　歳）
診断名（状態像名）			ICD-10（コード番号）：

Ⅰ．発育・社会的環境

発達・生育歴	家族構成：	社会的環境：	c. 職歴
□特記事項なし □あり	（同居家族を含む）	a. 就学状況	
		b. 教育歴 （最終学歴：　　）	d. 交友関係など

Ⅱ．入院時の状況

入院年月日	平成　年　月　日　（　　曜日）	入 院 形 態	□任意入院　□医療保護入院 □措置入院　□その他

主訴	患者：
	家族（父・母・その他　　）：

症状　および　問題行動：

A. 行　　動：a. 動　　き：□多動　□寡動　□常同症　□拒絶症　□奇妙な動作（　　）

b. 表　情：□不安・恐怖・心配　□憂うつ　□怒り・敵意　□無表情

c. 話し方：□緘黙　□不明瞭　□吃音　□反響言語

d. その他：□睡眠障害　□食行動異常　□排泄障害　□習癖異常

B. 情　　緒：□不安定　□無感情　□怒り・敵意　□不安・恐怖・心配　□高揚　□抑うつ気分　□感情の不調和

C. 対人関係：□ひきこもり　□自己中心的　□他罰的　□共感性欠如

D. 知的機能：□注意散漫　□興味限局　□記憶障害　□知的障害　□学習（能力）障害

E. 意　　識：□見当識障害　□意識障害

F. 意　　欲：□消極性　□意欲減退　□無為　□意欲亢進

G. 行　　為：□自傷　□他害・暴行　□盗み　□器物破損

H. 知　　覚：□錯覚　□幻覚

I. 思　　考：□心気症　□強迫観念・行為　□恐怖症　□自殺念慮・自殺企図　□離人体験　□病的な空想　□作為体験

□罪業妄想　□被害・関係妄想　□その他の妄想（　　）　□連合障害

J. そ　の　他：□病識欠如　□不登校　□計画的な行動がとれない　□衝動コントロールの欠如　□主体性の未確立

具体的な事柄：

（※）担当者名

主治医	看護師	精神保健福祉士	臨床心理技術者	その他

Ⅲ．治療計画　　（患者氏名　　）

予定治療期間（　　週間/月） 本人の希望： 家族の希望　： 目標の設定： **同意事項：** □検査　□診断の確定 □薬物療法の調整　□精神症状の改善 □問題行動の改善　□生活リズムの改善 □家族関係の調整　□主体性の確立 □社会復帰 □その他（　　）	**基本方針：** **治療と検査：** A. 治療： 精神療法： □個人精神療法：　回/週　□集団精神療法：　回/週 □認知行動療法：　回/週　□生活療法：　回/週 薬物療法： □抗精神病薬　□抗うつ薬　□抗躁薬　□抗不安薬 □抗てんかん薬　□睡眠導入剤 □その他（　　） B. 検査： 理化学検査： □血液検査　□心電図　□脳波　□X 線 □CT（MRI）検査　□その他（　　） 心理検査： □知能検査（　　） □性格検査（　　）
行動制限：□なし　□あり（電話、面会、外出、外泊、その他　　）	**隔離室・個室使用：**□なし　□あり
退院後の目標：　□家庭内適応　□復学　□就労　□デイケア　□地域作業所　□施設入所 □その他（　　）	

Ⅳ．家族へのアプローチ

面接： □家族面接：　回/週・月（□父親　□母親　□その他（　　）） □本人との同席面接：　回/週・月 **その他：** □家族療法：　回/週・月　□その他：　回/週・月	具体的アプローチ

Ⅴ．学校・教育へのアプローチ

入院中の教育的配慮： □院内学級・院内分校への通級（学） □地元（原籍）校への通学　□訪問学級 □通信教育　□その他（　　）	**学校への具体的アプローチ：**　□本人の同意　□保護者の同意 □担任　□養護教諭　□生徒指導担当　□その他（　　） □現状での問題点（　　） □今後の方向性（　　）

上記説明を受けました。　平成　　年　　月　　日　本人サイン＿＿＿＿＿＿　保護者サイン＿＿＿＿＿＿

（注）内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得るものである。

（児童・思春期精神医療入院治療計画書記載上の注意）

1．　入院の早い時期に、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者などの関係者が協力し、治療計画を決めること。

2．　すみやかに、患者、保護者へ説明を行うとともに交付すること。（病状によっては、別紙２のみの交付でも可）

別紙様式４

栄養管理計画書

計画作成日　　.　　.

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏 名　　殿　（男・女）　　病　棟

明・大・昭・平　　年　　月　　日生（　　歳）　　担 当 医 師 名

入院日；　　担当管理栄養士名

入院時栄養状態に関するリスク

栄養状態の評価と課題

栄養管理計画

目標	
栄養補給に関する事項	
栄養補給量 ・ｴﾈﾙｷﾞｰ　kcal　・たんぱく質　g ・水分　・ ・　・	栄養補給方法　☐経口　☐経腸栄養　☐静脈栄養 食事内容 留意事項

栄養食事相談に関する事項		
入院時栄養食事指導の必要性	☐なし☐あり（内容	実施予定日：　月　日
栄養食事相談の必要性	☐なし☐あり（内容	実施予定日：　月　日
退院時の指導の必要性	☐なし☐あり（内容	実施予定日：　月　日
備考		

その他栄養管理上解決すべき課題に関する事項

栄養状態の再評価の時期　実施予定日：　月　日
退院時及び終了時の総合的評価

（別紙様式５）

亜急性期入院医療管理診療計画書
（在宅復帰支援に関する事項）

（患者氏名）　　殿

平成　年　月　日

病　棟　（　病　室　）	
在宅復帰支援担当者名	
病　　名 （他に考え得る病名）	
推定される入院期間	
在宅復帰支援計画	

注１）　病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わりうるものである。
注２）　入院期間については、現時点で予想されるものである。

（主治医氏名）　　印

別紙様式6の1

生活習慣病　療養計画書　初回用

（記入日：　　年　　月　　日）

患者氏名：　　（男・女）	主病：
生年月日：明・大・昭・平　　年　　月　　日生（　　才）	□糖尿病　□高血圧症　□高脂血症

ねらい：検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【検査・問診】

【検査項目】
- □身　長　（　　cm）
- □体 重：現在（　　kg）→目標（　　kg）
- □BMI　（　　）
- □腹 囲：現在（　　cm）→目標（　　cm）
- □栄養状態　（低栄養状態の恐れ　　良好　　肥満）
- □収縮期／拡張期血圧（　　／　　mmHg）
- □運動負荷心電図
- □その他　（　　）

【血液検査項目】（採血日　　月　　日）
- □血糖（□空腹時　□随時　□食後（　　）時間）（　　mg/dl）
- □HbA1c：現在　（　　%）→目標（　　%）
- □総コレステロール　（　　mg/dl）
- □中性脂肪　（　　mg/dl）
- □HDLコレステロール　（　　mg/dl）
- □LDLコレステロール　（　　mg/dl）
- □その他　（　　）

【問　診】　□食事の状況　□運動の状況　□たばこ　□その他の生活

【①達成目標】：患者と相談した目標

（　　）

【②行動目標】：患者と相談した目標

（　　）

医師氏名　（印）

【重点を置く領域と指導項目】

		担当者の氏名
□食事	□食事摂取量を適正にする □野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □油を使った料理（揚げ物や炒め物等）の摂取を減らす □節酒：〔減らす（種類・量：　　を週　　回）〕 □間食：〔減らす（種類・量：　　を週　　回）〕 □食べ方：（ゆっくり食べる・その他（　　）） □食事時間：朝食、昼食、夕食を規則正しくとる □食塩・調味料を控える □外食の際の注意事項（　　） □その他（　　）	（印）
□運動	□運動処方：種類（ウォーキング・　　） 時間（30分以上・　　）、頻度（ほぼ毎日・週　　日） 強度（息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍　　拍/分 or　　） □日常生活の活動量増加（例：1日1万歩・　　） □運動時の注意事項など（　　）	（印）
□たばこ	□非喫煙者である □禁煙・節煙の有効性　□禁煙の実施方法等	（印）
□その他	□仕事　□余暇　□睡眠の確保（質・量）　□減量 □家庭での計測（歩数、体重、血圧、腹囲等） □その他（　　）	（印）
【服薬指導】	□処方なし　□薬の説明	（印）

【療養を行うにあたっての問題点】	
【他の施設の利用状況について】	

※実施項目は、□にチェック、（　　）内には具体的に記入

患者署名

医師氏名　（印）

別紙様式6の2

生活習慣病　療養計画書　継続用　　（記入日：　　年　　月　　日）（　　）回目

患者氏名：　　（男・女）	主病： □糖尿病　□高血圧症　□高脂血症
生年月日：明・大・昭・平　　年　　月　　日生（　　才）	

ねらい：重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

【検査・問診】

【検査項目】
- □体 重：現在（　　kg）→目標（　　kg）
- □BMI　（　　）
- □腹 囲：現在（　　cm）→目標（　　cm）
- □栄養状態　（低栄養状態の恐れ　　良好　　肥満）
- □収縮期／拡張期血圧（　　／　　mmHg）
- □運動負荷心電図
- □その他　（　　）

【血液検査項目】（採血日　　月　　日）
- □血糖（□空腹時　□随時　□食後（　　）時間）（　　mg/dl）
- □HbA1c：現在（　　%）→目標（　　%）
- □総コレステロール（　　mg/dl）
- □中性脂肪（　　mg/dl）
- □HDLコレステロール（　　mg/dl）
- □LDLコレステロール（　　mg/dl）
- □その他（　　）

【目標の達成状況と次の目標】：患者と相談した目標

【①達成目標】：患者と相談した目標

（　　）

【②行動目標】：患者と相談した目標

（　　）

医師氏名　　（印）

【重点を置く領域と指導項目】

□食事	□今回は、指導の必要なし □食事摂取量を適正にする □野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □油を使った料理（揚げ物や炒め物等）の摂取を減らす □節酒：〔減らす（種類・量：　　を週　回）〕 □間食：〔減らす（種類・量：　　を週　回）〕 □食べ方：（ゆっくり食べる・その他（　　）） □食事時間：朝食、昼食、夕食を規則正しくとる □食塩・調味料を控える □外食の際の注意事項（　　） □その他（　　）	担当者の氏名　　（印）
□運動	□今回は、指導の必要なし □運動処方：種類（ウォーキング・　　） 時間（30分以上・　　）、頻度（ほぼ毎日・週　　日） 強度（息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍　　拍/分 or　　） □日常生活の活動量増加（例：1日1万歩・　　） □運動時の注意事項など（　　）	担当者の氏名　　（印）
□たばこ	□禁煙・節煙の有効性　□禁煙の実施方法等	担当者の氏名　　（印）
□その他	□仕事　□余暇　□睡眠の確保（質・量）□減量 □家庭での計測（歩数、体重、血圧、腹囲等） □その他（　　）	担当者の氏名　　（印）
服薬指導	□処方なし　□薬の説明	担当者の氏名　　（印）

【療養を行うにあたっての問題点】	
【他の施設の利用状況について】	

※実施項目は、□にチェック、（　　）内には具体的に記入

患者署名

医師氏名　　（印）

（別紙様式7）

紹介先医療機関等名

担当医　　科　　殿

平成　　年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名　　印

患者氏名 患者住所　　性別　男　・　女 電話番号 生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日（　　歳）　職業

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備　　考

備考　１．必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
２．必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
３．紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

（別紙様式８）

平成　　年　　月　　日

情報提供先市町村　　市町村長　殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師氏名

患者氏名

性別　（　男　・　女　）　　生年月日　　明・大・昭　　年　　月　　日生（　　歳）　職業

住所

電話番号

診療形態	１．外来　２．往診　３．入院（平成　年　月　日）		情報提供回数　回
傷病名（疑いを含む）	１．脳梗塞（ｱ.脳血栓　ｲ.脳塞栓　ｳ.不明）　２．脳出血　３．クモ膜下出血 ４．その他の脳血管障害		
	発症年月日	平成　年　月　日	
	受診年月日	平成　年　月　日	
	初発／再発	１．初発　２．再発（　年　月　日 初発）	
その他の傷病名			

寝たきり度（該当するものに○）

Ｊ　一部自立　　何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
Ａ　準寝たきり　　屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。
Ｂ　寝たきり　１　　屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。
Ｃ　寝たきり　２　　１日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。

日常生活活動（ＡＤＬ）の状況（該当するものに○）

移動　自立・一部介助・全面介助	食事　自立・一部介助・全面介助
排泄　自立・一部介助・全面介助	入浴　自立・一部介助・全面介助
着替　自立・一部介助・全面介助	整容　自立・一部介助・全面介助

痴呆性老人の日常生活自立度（該当するものに○）

Ⅰ　何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
Ⅱ　日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。
Ⅲ　日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。
Ⅳ　日常生活に支障を来すような症状、行動や意志疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。
Ｍ　著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等

訪問診療　有　・　無　　訪問看護　有　・　無

必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容

注意　１．必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
　　２．わかりやすく記入すること。
　　３．必要な場合は、家庭環境等についても記載すること。

（別紙様式9）

平成　　年　月　日

情報提供先市町村

市町村長　殿
紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師名　　印

患児の氏名	男・女　平成　年　月　日生		
傷病名	（疑いを含む）　その他の傷病名		
病状 既往症 治療状況等			
父母の氏名	父:　（　）歳 職業（　）	母:　（　）歳 職業（　）	
住所	電話番号　（自宅・実家・その他）		
退院先の住所	様方　電話番号　（自宅・実家・その他）		
入退院日	入院日　：　平成　年　月　日	退院（予定）日　：　平成　年　月　日	
出生時の状況	出生場所　：　当院・他院 （　） 在　胎　:（　）週　単胎　・　多胎　（　）子中（　）子 体重　：（　g）身長　：（　cm） 出生時の特記事項　：　無　・　有　（　） 妊娠中の異常の有無　：　無　・　有（　） 妊婦健診の受診有無　：　無　・　有　（　回:　）	家族構成 育児への支援者:無・有（　）	
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください			
児の状況	発育・発達	・発育不良　・発達のおくれ　・その他（　）	
	情緒	・表情が乏しい　・極端におびえる　・大人の顔色をうかがう　・多動　・乱暴	
		・身体接触を極端にいやがる・多動　・誰とでもべたべたする	
		・その他（　）	
	日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診　・不潔　・その他（　）	
養育者の状況	健康状態等	・疾患（　）　・障害（　）	
		・出産後の状況（マタニティ・ブルーズ、産後うつ等）　・その他（　）	
	こどもへの思い・態度	・拒否的　・無関心　・過干渉　・権威的　・その他（　）	
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない　・その他（　）	
	同胞の状況	・同胞に疾患（　）　・同胞に障害（　）	
	養育者との分離歴	・出産後の長期入院　・施設入所等　・その他（　）	
情報提供の目的とその理由			

＊備考　1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 本様式は、患者が18歳以下である場合について用いること。

（別紙様式10）

平成　　年　月　日

情報提供先市町村　　市町村長　殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師名　　印

患者の氏名	昭和・平成　年　月　日生 男・女　（　　）歳 職業（　　）		
傷病名	（疑いを含む）　その他の傷病名		
病状 既往症 治療状況等			
児の氏名	男・女　平成　年　月　日生まれ		
住所	電話番号　（自宅・実家・その他）		
退院先の住所	様方　電話番号　（自宅・実家・その他）		
入退院日	入院日　：　平成　年　月　日	退院（予定）日　：　平成　年　月　日	
今回の出産時の状況	出産場所　：　当院・他院 （　　） 在　胎　：（　　）週　単胎　・　多胎　（　）子中（　）子 体重　：（　　g）身長　：（　　cm） 出産時の特記事項　：　無　・　有　（　　） 妊娠中の異常の有無　：　無　・　有（　　） 妊婦健診の受診有無　：　無　・　有　（　回：　　）	家族構成 育児への支援者：無・有（　）	
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください			
児の状況	発育・発達	・発育不良　・発達のおくれ　・その他（　　）	
	日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診　・不潔　・その他（　　）	
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない　・その他（　　）	
	他の児の状況	・疾患（　　）　・障害（　　）	
	こどもとの分離歴	・出産後の長期入院　・施設入所等　・その他（　　）	
情報提供の目的とその理由			

＊備考　1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 本様式は、患者が現に子供の養育に関わっている者である場合について用いること。
3. 出産時の状況及び児の状況については、今回出産をした児のことについて記入すること。

（別紙様式11）

平成　　年　　月　　日

介護老人保健施設　　殿

医療機関名

住　　所

電　　話

（ＦＡＸ.）

医 師 氏 名　　㊞

患	氏　　名		男 ・ 女
者	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日 生　　（　　歳）	

病　　名	
現　　症	
所見及び診断	

今後の診療に関する情報

（別紙様式12）

訪　問　看　護　指　示　書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間（平成　年　月　日　～　年　月　日）
点滴注射指示期間（平成　年　月　日　～　年　月　日）

<table>
<tr><td colspan="2">患者氏名</td><td></td><td colspan="2">生年月日　　明・大・昭・平　　年　　月　　日
（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">患者住所</td><td colspan="3">電話（　　）　　ー</td></tr>
<tr><td colspan="2">主たる傷病名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="7">現在の状況（該当項目に○等）</td><td>病状・治療状態</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>投与中の薬剤の用量・用法</td><td colspan="3">1．　　2．
3．　　4．
5．　　6．</td></tr>
<tr><td rowspan="2">日常生活自立度</td><td>寝たきり度</td><td colspan="2">J　　A　　B　　C</td></tr>
<tr><td>痴呆の状況</td><td colspan="2">Ⅰ　　Ⅱ　　Ⅲ　　Ⅳ　　M</td></tr>
<tr><td colspan="2">要介護認定の状況</td><td colspan="2">要支援　　要介護（1　2　3　4　5）</td></tr>
<tr><td>装着・使用医療機器等</td><td colspan="3">1．自動腹膜灌流装置　2．透析液供給装置　3．酸素療法（　／min）
4．吸引器　5．中心静脈栄養　6．輸液ポンプ
7．経管栄養（経鼻・胃瘻：チューブサイズ　　、　　日に1回交換）
8．留置カテーテル（サイズ　　、　　日に1回交換）
9．人工呼吸器　（陽圧式・陰圧式：設定　　）
10．気管カニューレ（サイズ　　）　11．ドレーン　（部位：　　）
12．人工肛門　13．人工膀胱　14．その他（　　）</td></tr>
</table>

留意事項及び指示事項
Ⅰ　療養生活指導上の留意事項

Ⅱ　1．リハビリテーション

2．褥瘡の処置等

3．装着・使用医療機器等の操作援助・管理

4．その他

在宅患者訪問点滴注射に関する指示（投与薬剤・投与量・投与方法等）

緊急時の連絡先
不在時の対応法

特記すべき留意事項（注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等があれば記載して下さい。）

他の訪問看護ステーションへの指示
（無　有：指定訪問看護ステーション名　　）

上記のとおり、指示いたします。

平成　年　月　日

医療機関名
住　　所
電　　話
（ＦＡＸ．）
医師氏名　　印

指定訪問看護ステーション　　殿

（別紙様式13）　　精神訪問看護指示書（基本療養費Ⅱ）

指示期間　（平成　年　月　日　～　年　月　日）

<table>
<tr><td colspan="2">患者氏名</td><td></td><td colspan="2">生年月日　明・大・昭・平　年　月　日
（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">患者住所</td><td colspan="2">電話（　）　－</td><td>施設名</td></tr>
<tr><td colspan="2">主たる傷病名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">現在の状況</td><td>病状・治療状況</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>投与中の薬剤の用量・用法</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>病識</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>日常生活自立度</td><td colspan="3">痴呆の状況　（Ⅰ　Ⅱ　Ⅲ　Ⅳ　Ｍ）</td></tr>
<tr><td colspan="5">治療の目標</td></tr>
<tr><td colspan="5">精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項
1　生活習慣、生活リズムの確立
2　生活技術、家事能力、社会技能等の獲得
3　対人関係の改善
4　社会資源活用の支援
5　その他</td></tr>
<tr><td colspan="5">緊急時の連絡先
不在時の対応法</td></tr>
<tr><td colspan="5">特記すべき留意事項</td></tr>
</table>

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成　　年　　月　　日

医療機関名
住　　所
電　　話
（ＦＡＸ．）
医師氏名　　印

指定訪問看護ステーション　　殿

（別紙様式14）

特 別 訪 問 看 護 指 示 書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間　（平成　年　月　日　～　年　月　日）
点滴注射指示期間　（平成　年　月　日　～　年　月　日）

患者氏名	生年月日　明・大・昭・平　年　月　日 （　歳）
病状・主訴	
留意事項及び指示事項（注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。）	
点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等）	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

平成　年　月　日

医療機関名
電　　話
（ＦＡＸ．）
医 師 氏 名　　印

指定訪問看護ステーション　　殿

（別紙様式15）

平成　　年　　月　　日

主　治　医　氏　名	
１．血漿成分製剤の種類及び輸注量等	
２．血漿成分製剤輸注の必要性及び輸注を行わない場合の危険性等	
３．血漿成分製剤の輸注により起こりうる副作用等	
４．血漿成分製剤の輸注に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
５．その他留意点（副作用・感染症救済制度等）	

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で血漿成分製剤輸注を受けることに同意しました。

（患者氏名）　　印

（家族等氏名）　　印

（患者との続柄：　　）

※　患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

（別紙様式16の1）

リハビリテーション実施計画書

患者氏名	男・女	年生（　　歳）	計画評価実施日　年　月　日

リハ担当医		PT		OT		ST			

原因疾患（発症・受傷日）	合併疾患・コントロール状態（高血圧，心疾患，糖尿病等）

評価項目・内容（コロン（:）の後に具体的内容を記入）

心身機能・構造

□意識障害:(3-3-9:　　)
□痴呆:
□中枢性麻痺
(ステージ・グレード)右上肢:　右手指:　右下肢:
左上肢:　左手指:　左下肢:
□筋力低下（部位，MMT:　　）

基本動作
立位保持（装具:　　）　□手放し，□つかまり，□不可
平行棒内歩行（装具:　　）　□独立　，□一部介助，□非実施
訓練室内歩行（装具:　　）　□独立　，□一部介助，□非実施

□失行・失認:
□音声・発話障害（□構音障害，□失語症:種類　　）
□摂食機能障害:
□排泄機能障害:
□拘縮:
□褥瘡:
□起立性低血圧:

活動

ADL・ASL等 ＼ 自立度	日常生活（病棟）実行状況:「している“活動”」 自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・実行場所 介助内容　等	訓練時能力:「できる“活動”」 独立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具	姿勢・場所（訓練室・病棟等）介助内容等
屋外歩行 病棟トイレへの歩行														
〃　への車椅子駆動 車椅子・ベッド間移乗														
椅子座位保持 ベッド起き上がり														
排尿（昼） 排尿（夜）														
食事 整容														
更衣 装具・靴の着脱 入浴														
コミュニケーション														

活動度　日中臥床:□無，□有（時間帯:　　理由　　）
日中座位:□椅子，□車椅子，□ベッド上，□ギャッチアップ

参加

職業　（含:主婦・学生）（職種・業種・仕事内容:　　）

社会参加（内容・頻度等，発症前状況を含む。）

目標	本人の希望
	家族の希望
方針	リハビリテーション終了の目安・時期

本人・家族への説明　年　月　日	本人サイン		家族サイン		説明者サイン	

（別紙様式 16の 2）

リハビリテーション実施計画書

患者氏名: 男・女	生年月日(西暦) 年 月 日	計画評価実施日	年 月 日

主治医		リハ担当医		PT		OT		ST			

診断名、障害名(発症日、手術日、診断日):	合併症(コントロール状態):	発症前の活動、社会参加:

日常生活自立度: J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2	痴呆性老人の日常生活自立度判定基準: Ⅰ, Ⅱa, Ⅱb, Ⅲa, Ⅲb, Ⅳ, Ⅴ, M

評価項目・内容 (コロン(:)の後ろに具体的内容を記入)

心身機能・構造

□意識障害 (JCS、GCS):
□運動障害:
□感覚障害:
□摂食障害:
□排泄障害:
□呼吸、循環障害:

基本動作
寝返り (□自立 □一部介助 □全介助):
起き上がり (□自立 □一部介助 □全介助):
座位 (□自立 □一部介助 □全介助):
立ち上がり (□自立 □一部介助 □全介助):
立位 (□自立 □一部介助 □全介助):

□ 音声・発話障害
(□構音障害, □失語症:種類)
□ 関節可動域制限:
□ 筋力低下:
□ 褥瘡:
□ その他:

活動

活動度 (安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)

ADL (B. I.)	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	使用用具(杖、装具)	介助内容
食事	10	5	0			
移乗	15	10 ←監視下				
座れるが移れない→		5	0			
整容	5	0	0			
トイレ動作	10	5	0			
入浴	5	0	0			
平地歩行	15	10←歩行器等		歩行:		
車椅子操作が可能		→ 5	0	車椅子:		
階段	10	5	0			
更衣	10	5	0			
排便管理	10	5	0			
排尿管理	10	5	0			
合計(0～100 点)	点					
コミュニケーション						

目標 (一ヶ月後、退院時):	本人・家族の希望:

リハビリテーションの治療方針:

目標到達予想時期:	説明者署名:

本人・家族への説明: 年 月 日	説明を受けた人:本人、家族( ) 署名:

（別紙様式17の1）

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日　　年　月　日

患者氏名	男・女	生年月日（明・大・昭・平）　年　月　日（　歳）	利き手	右・右（矯正）・左

主治医		リハ担当医		PT		OT		ST		看護		SW等

原因疾患（発症・受傷日）	合併疾患・コントロール状態 （高血圧，心疾患，糖尿病等）	廃用症候群　□軽度 □中等度 □重度 □起立性低血圧 □静脈血栓	リハビリテーション歴

日常生活自立度：J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2	痴呆性老人の日常生活自立度判定基準：Ⅰ，Ⅱa，Ⅱb，Ⅲa，Ⅲb，Ⅳ，M

評価項目・内容（コロン（:）の後に具体的内容を記入）

心身機能・構造

□意識障害:(3-3-9:　　)
□痴呆:
□知的障害:
□精神障害:
□中枢性麻痺
(ステージ・グレード)右上肢:　右手指:　右下肢:
左上肢:　左手指:　左下肢:
□筋力低下（部位，MMT:　　）
□不随意運動・協調運動障害:

基本動作

立位保持（装具:　　）　□手放し，□つかまり，□不可
平行棒内歩行（装具:　　）　□独立　，□一部介助，□全介助
訓練室内歩行（装具:　　）　□独立　，□一部介助，□全介助

□知覚障害（□視覚，□表在覚，□深部覚，□その他:　　）
□音声・発話障害（□構音障害，□失語症）（種類:　　）
□失行・失認:
□摂食機能障害:
□排泄機能障害:
□呼吸・循環機能障害:
□拘縮:
□褥瘡:
□疼痛:

活動

自立度 / ADL・ASL等	日常生活（病棟）実行状況:「している“活動”」 自立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具　姿勢・実行場所 介助内容　等	訓練時能力:「できる“活動”」 独立	監視	一部介助	全介助	非実施	使用用具 杖・装具　姿勢・実行場所 介助内容　等
屋外歩行						杖・装具:						杖・装具:
階段昇降						杖・装具:						杖・装具:
廊下歩行						杖・装具:						杖・装具:
病棟トイレへの歩行						杖・装具:						杖・装具:
〃　への車椅子駆動(昼)						装具:						装具:
車椅子・ベッド間移乗						装具:						装具:
椅子座位保持						装具:						装具:
ベッド起き上がり												
食事						用具:						用具:
排尿（昼）						便器:						便器:
排尿（夜）						便器:						便器:
整容						移動方法・姿勢:						移動方法・姿勢:
更衣						姿勢:						姿勢:
装具・靴の着脱						姿勢:						姿勢:
入浴						浴槽:						浴槽:
コミュニケーション												

活動度　日中臥床:□無，□有（時間帯:　　理由　　）
日中座位:□椅子（背もたれなし），□椅子（背もたれあり），□椅子（背もたれ，肘うけあり），□車椅子，□ベッド上，□ギャッチアップ

参加

職業　（□無職，□病欠中，□休職中，□発症後退職，□退職予定　　）
（職種・業種・仕事内容:　　）
経済状況（　　）

社会参加（内容・頻度等）
余暇活動（内容・頻度等）

心理

障害の受容（□ショック期　，□否認期，□怒り・恨み期，
□悲観・抑うつ期，□解決への努力期，□受容期）
機能障害改善への固執（□強い，□中程度，□普通，□弱い）

依存欲求（□強い，□中程度，□普通，□弱い）
独立欲求（□強い，□中程度，□普通，□弱い）

環境

同居家族:
親族関係:

家屋　:
家屋周囲:
交通手段:

第三者の不利

発病による家族の変化
□社会生活:
□健康上の問題の発生:
□心理的問題の発生:

基本方針	本人の希望
	家族の希望
リスク・疾病管理（含：過用・誤用）	
リハビリテーション終了の目安・時期	外泊訓練の計画

	目標（到達時期）	具体的アプローチ
参加（「主目標」）	退院先　□自宅　□親族宅　□医療機関　□その他： 復職　　□現職復帰　□転職　　□不可　□その他： （仕事内容：　　） 通勤方法の変更　□無　□有： 家庭内役割： 社会活動： 趣味：	
活動（すべて実行状況）	自宅内歩行　□不可　□自立　□介助： （装具・杖等：　　） 屋外歩行　　□不可　□自立　□介助： （装具・杖等：　　） 交通機関利用　□不可　□自立　□介助： （種類：　　） 車椅子　□不要　□電動　□手動　（使用場所：　　） （駆動　□自立　□介助）（移乗　□自立　□介助：　　） 排泄　□自立：形態　□洋式　□和式　□立ち便器　□その他 　　□介助： 食事　□箸自立　□フォーク等自立　□介助： 整容　□自立　□介助： 更衣　□自立　□介助： 入浴　□自宅浴槽自立　□介助： 家事　□全部実施　□非実施　□一部実施： 書字 □自立　□利き手交換後自立　□その他： コミュニケーション　□問題なし　□問題有り：	
心身機能・構造	基本動作（訓練室歩行等） 要素的機能（拘縮・麻痺等）	
心理	機能障害改善への固執からの脱却：	
環境	自宅改造　□不要　□要： 福祉機器　□不要　□要： 社会保障サービス　□不要　□身障手帳　□障害年金　□その他： 介護保険サービス　□不要　□要：	
第三者の不利	退院後の主介護者　□不要　□要： 家族構成の変化　　□不要　□要： 家族内役割の変化　□不要　□要： 家族の社会活動変化 □不要　□要：	

退院後又は終了後のリハビリテーション計画（種類・頻度・期間）	備考

本人・家族への説明　　年　　月　　日	本人サイン		家族サイン		説明者サイン	

（別紙1－3）

（リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意）

1. 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について（平成3年11月18日　老健第102－2号）厚生労働省大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1,J2,A1,A2,B1,B2,C1又はC2に該当するものであること。
2. 痴呆老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成5年10月26日　老健第135号）厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ又はMに該当するものであること。
3. 日常生活（病棟）実行状況：「している“活動”」の欄については、自宅又は病棟等における実生活で実行している状況についてであること。
4. 訓練時能力：「できる“活動”」の欄については、機能訓練室又は病棟等における訓練・評価時に行なうことができる能力についてであること。

（別紙様式17の２）

リハビリテーション総合実施計画書

計画評価実施日：　　年　　月　　日

患者氏名：　　男・女				生年月日(西暦)　　年　　月　　日（　　歳）							利き手	右・右(矯正)・左
主治医		リハ担当医		PT		OT		ST		看護		SW等

診断名、障害名(発症日、手術日、診断日)：	合併症(コントロール状態)：	リハビリテーション歴：

日常生活自立度：　J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2	痴呆性老人の日常生活自立度判定基準：　Ⅰ，Ⅱa，Ⅱb，Ⅲa，Ⅲb，Ⅳ，Ⅴ，M

	評価項目・内容　(コロン(:)の後ろに具体的内容を記入)	短期目標（＿＿ヶ月後）	具体的アプローチ
心身機能・構造	□意識障害　(JCS、GCS)： □見当識障害： □記銘力障害： □運動障害： □感覚障害： □摂食障害： □排泄障害： □呼吸、循環障害： □音声、発話障害(構音、失語)： □関節可動域制限： □筋力低下： □褥瘡： □疼痛： □半側空間無視： □注意力障害： □構成障害： □その他：		
	基本動作 寝返り（ □自立 □一部介助 □全介助 ）： 起き上がり（ □自立 □一部介助 □全介助 ）： 座位（ □自立 □一部介助 □全介助 ）： 立ち上がり（ □自立 □一部介助 □全介助 ）： 立位（ □自立 □一部介助 □全介助 ）：		
活動	**活動度**　(安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)		

ADL（B. I.）	自立	一部介助	全介助	使用用具(杖、装具)、介助内容	短期目標	具体的アプローチ
食事	10	5	0			
移乗	15	10 ←監視下				
座れるが移れない→		5	0			
整容	5	0	0			
トイレ動作	10	5	0			
入浴	5	0	0			
平地歩行	15	10←歩行器等		歩行：		
車椅子操作が可能		→ 5	0	車椅子：		
階段	10	5	0			
更衣	10	5	0			
排便管理	10	5	0			
排尿管理	10	5	0			
合計(0～100点)		点				
コミュニケーション	理解					
	表出					

	評価	短期目標	具体的アプローチ
参加	職業（□無職、□病欠中、□休職中、 □発症後退職、□退職予定　　） 職種・業種・仕事内容: 経済状況: 社会参加(内容、頻度等): 余暇活動(内容、頻度等):	退院先（□自宅、□親族宅、□医療機関、 □その他　　） 復職（□現職復帰、□転職、□配置転換、 □復職不可、□その他　　） 復職時期: 仕事内容: 通勤方法: 家庭内役割: 社会活動: 趣味:	
心理	抑鬱: 障害の否認: その他:		
環境	同居家族: 親族関係: 家屋: 家屋周囲: 交通手段:	自宅改造 □不要、□要: 福祉機器 □不要、□要: 社会保障サービス □不要、□身障手帳、□障害年金 □その他: 介護保険サービス □不要、□要:	
第三者の不利	発病による家族の変化 社会生活: 健康上の問題の発生: 心理的問題の発生:	退院後の主介護者 □不要、□要: 家族構成の変化 □不要、□要: 家族内役割の変化 □不要、□要: 家族の社会活動変化 □不要、□要:	

1ヵ月後の目標:	本人の希望: 家族の希望:
リハビリテーションの治療方針:	外泊訓練計画:
退院時の目標と見込み時期　:	
退院後のリハビリテーション計画　(種類・頻度・期間)	
退院後の社会参加の見込み:	説明者署名:

本人・家族への説明:　　年　　月　　日	説明を受けた人:本人、家族(　　)　署名:

(リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション総合実施計画書記入上の注意)

1. 日常生活自立度の欄については、「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日　老健第102－2号)厚生労働大臣官房老人保健福祉部長通知によるランクJ1, J2, A1, A2, B1, B2, C1又はC2に該当するものであること。
2. 痴呆老人の日常生活自立度判定基準の欄については、「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」の活用について(平成5年10月26日　老健第135号)厚生省老人保健福祉局長通知によるランクⅠ,Ⅱa,Ⅱb,Ⅲa,Ⅲb,Ⅳ又はMに該当するものであること。
3. 活動の欄におけるADLの評価に関しては、Barthel Indexに変えてFIMを用いてもよい。

（別紙様式17の3）

リハビリテーション実施計画書（1）

計画評価実施日　　年　　月　　日

利用者氏名：　　性別：男・女　生年月日　　年　　月　　日（　　歳）要介護度：

健康状態(原因疾患，発症・受傷日等)	合併疾患・コントロール状態 （高血圧，心疾患，呼吸器疾患，糖尿病等）

心身機能

□運動機能障害：

□感覚機能障害

□高次脳機能障害：

□拘縮：（部位　　）

□関節痛：（部位　　）

□その他（　　）

認知症に関する評価

参加　　主目標　（コロン（：）の後に具体的内容を記入）

退院先　　□自宅　□その他：　　□退院未定

家庭内役割（家事への参加、等）：

社会活動：

外出（内容・頻度等）：

余暇活動（内容・頻度等）：

退院後利用資源：

自立・介護状況 ＼ 項目		現在の評価及び目標							具体的なアプローチ				
		自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具・歩行器・車椅子など	介助内容 つたい・もたれ等	到達時期	重点項目	PT、OT、STが実施する内容・頻度等	その他の従事者が実施する内容・頻度等	実施上の留意点
日常生活・社会活動	トイレへの移動												
	階段昇降												
	屋内移動												
	屋外移動												
	食事												
	排泄（昼）												
	排泄（夜）												
	整容												
	更衣												
	入浴												
	コミュニケーション												
	家事												
	外出												

自立・介護状況 ＼ 項目		現在の評価及び目標							具体的なアプローチ				
		自立	見守り	一部介助	全介助	行わず	使用用具 杖・装具・歩行器・車椅子など	介助内容 つたい・もたれ等	到達時期	重点項目	PT、OT、STが実施する内容・頻度等	その他の従事者が実施する内容・頻度等	実施上の留意点
起居動作	寝返り												
	起きあがり												
	座位												
	立ち上がり												
	立位												
摂食・嚥下													

「現在の評価及び目標」における項目に関する記入例：　Ⓐ 目標　　Ⓑ 実行状況　　Ⓒ 能力

リハビリテーション実施計画書(2)

ご本人の希望（　　年　　月　　日）
ご家族の希望（　　年　　月　　日）

生活目標	その人らしく生活するためのポイント
リハビリテーションプログラム	ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい楽しみの支援に向けての取り組み

ご本人に行ってもらうこと
ご家族にお願いしたいこと
病気との関係で気をつけること

前回計画書作成時からの改善・変化等（　　月　　日）

備考

担当チーム	担当医： ●PT・OT・ST：　（　　）、（　　）、（　　）、（　　） ●看護・介護：　（　　）、（　　）、（　　）、（　　） ●　（　　）、（　　）、（　　）、（　　） （　）内は職種を記入

ご本人・ご家族への説明と同意：　　年　　月　　日

ご本人サイン：　　ご家族サイン：　　説明者サイン：

注：本計画書に記載されている情報は、適切な医療・介護サービスを提供するためにのみ使用いたします。

（別紙様式18）

（精神科）退院療養計画書

（患者氏名）　　殿

平成　年　月　日

病棟（病室）	
主治医以外の担当者名	
予想される退院日	
退院後の治療計画	
退院後の療養上の留意点	
退院後必要となる保健医療サービス又は福祉サービス	
その他	

注）　退院日等は、現時点で予想されるものである。

（主治医氏名）　　印

（別紙様式19）

酸素の購入価格に関する届出書（平成　　年度）

１　前年の１月から１２月までの酸素の購入実績

購入年月	定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）		可搬式液化酸素容器（LGC）		大型ボンベ（3,000L超）		小型ボンベ（3,000L以下）	
	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）
年１月								
２月								
３月								
４月								
５月								
６月								
７月								
８月								
９月								
１０月								
１１月								
１２月								
計								
単価								

２　前年１年間において酸素の購入実績がない場合（当該診療月前の酸素の購入実績）

購入年月	定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）		可搬式液化酸素容器（LGC）		大型ボンベ（3,000L超）		小型ボンベ（3,000L以下）	
	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）
年　月								
単価								

３　その他

購入業者名	種類（液化酸素、ボンベ）

上記のとおり届出します。

平成　　年　　月　　日

医療機関コード	

保険医療機関　　所在地
名　称
開設者　　印

地方社会保険事務局長　　殿

［記載上の注意事項］

１　届出は、当該前年の１月１日から１２月３１日までの間に購入したすべての酸素について記載すること。
２　対価は、実際に購入した価格（消費税を含む。）を記載すること。

（別紙様式20）

平成　　年　　月　　日

主　治　医　氏　名	
１．輸血の必要性及び輸血を行わない場合の危険性等	
２．輸血の種類*（自己血輸血を含む。）と使用量等	
３．輸血の副作用等	
４．輸血に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
５．その他留意点（副作用・感染症救済制度等）	

＊　自己血輸血を実施しない場合は、その理由を説明すること。

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で輸血を受けることに同意しました。

（患者氏名）　　印

（家族等氏名）　　印

（患者との続柄：　　）

※　患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

別添２

歯科診療報酬点数表に関する事項

＜通則＞

１　１人の患者について療養の給付に要する費用は、第１章基本診療料及び第２章特掲診療料の規定に基づき算定された点数の総計に10円を乗じて得た額とする。

２　基本診療料には、簡単な診療行為が包括されており、消炎、鎮痛を目的とする理学療法、口腔軟組織の処置、単純な外科後処置、口角びらんの処置は、再診料にも包括されている。

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

４　基本診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等（平成18年厚生労働省告示第93号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。

５　特掲診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「特掲診療料の施設基準等（平成18年厚生労働省告示第94号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。

第１章　基本診療料

第１部　初・再診料

［通則］

１　別添１医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の次に掲げる処置は、歯科診療報酬点数表においては基本診療料に含まれる。

イ　鼻処置

ロ　口腔咽頭処置

ハ　喉頭処置

ニ　ネブライザー

ホ　熱傷処置

ヘ　皮膚科軟膏処置

ト　消炎鎮痛等処置

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

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

従って、歯科診療においては、１口腔１初診として取り扱うものとする。

３　歯科診療における診療科は、歯科、小児歯科、矯正歯科及び歯科口腔外科を同一とみなす。

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

いて初診料又は再診料を算定することができる。

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

5　医療法（昭和23年法律第205号）に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中にあっては、再診料は算定できない。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、再診料は算定できない。なお、この場合において、再診料以外の検査、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。

ただし、歯科疾患以外の疾病で他科に入院中の患者が歯科に外来としてきている場合は再診料を算定できる。

第１節　初診料

Ａ０００　初診料

⑴　特に初診料が算定できない旨の規定がある場合を除き、患者の傷病について歯科医学的に初診といわれる診療行為があった場合に、初診料を算定する。なお、同一の保険医が別の医療機関において、同一の患者について診療を行った場合は、最初に診療を行った医療機関において初診料を算定する。

⑵　患者が異和を訴え診療を求めた場合において、診断の結果、疾病と認むべき徴候のない場合にあっても初診料を算定できる。

⑶　学校検診等、自他覚的症状がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該保険医が、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、初診料は算定できない。ただし、当該治療（初診を除く。）については、医療保険給付対象として診療報酬を算定できること。

⑷　⑶にかかわらず、健康診断で疾患が発見された患者が、疾患を発見した保険医以外の保険医において治療を開始した場合には、初診料を算定できる。ただし、当該治療が健康診断の結果に基づくものであることが明らかである場合は、この限りでない。

⑸　労災保険、健康診断、自費等（医療保険給付対象外）により傷病の治療を入院外で受けている期間中又は医療法に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中にあっては、当該保険医療機関において医療保険給付対象となる診療を受けた場合においても、初診料は算定できない。

⑹　現に傷病について診療継続中の患者につき、新たに発生した他の傷病で初診を行った場合には、当該新たに発生した傷病について初診料は算定できない。

⑺　患者が任意に診療を中止し、１月以上経過した後、再び同一の保険医療機関において診療を受ける場合には、その診療が同一病名又は同一症状によるものであっても、その際の診療は、初診として取り扱う。なお、この場合において、１月の期間の計算は、暦月によるものであり、例えば、２月10日～３月９日、９月15日～10月14日等と計算する。

⑻　⑺にかかわらず、欠損補綴を前提とした抜歯で抜歯後印象採得まで１か月以上経過した場合、歯周疾患等の慢性疾患である場合等であって、明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合の診療、又は歯科疾患総合指導料を算定した場合等治療計画に基づき継続的に

診療を行っている場合の診療は、初診として取り扱わない。

⑼　病院である保険医療機関において歯科、小児歯科、矯正歯科又は歯科口腔外科を標榜する診療科の初診患者のうち、別の保険医療機関等（特別な関係を除く。）からの文書による紹介により当該診療科に来院した患者（以下、「紹介等患者数」という。）の数等に関する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け出たものについては、初診料として地域歯科診療支援病院歯科初診料を算定する。

⑽　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、厚生労働大臣が別に定める手術の件数が年間30件を超えるものとする。

なお、厚生労働大臣が別に定める手術とは、「基本診療料の施設基準等（平成18年厚生労働省告示第93号）」の別表第一に掲げる手術である。

⑾　乳幼児加算及び障害者加算

初診料を算定しない場合には、初診時における乳幼児加算又は障害者加算は算定できない。

⑿　障害者加算

「注６」の「著しく歯科診療が困難な障害者」とは、脳性麻痺等で身体の不随運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態又はこれらに準ずる状態にある者をいう。なお、障害者加算を算定した場合には患者の状態を診療録に記載し、専門的技法を用いた場合は、その名称を併せて診療録に記載する。

⒀　初診時歯科診療導入加算

「歯科治療環境に円滑に適応できるような技法」とは、歯科診療の開始にあたり、患者が歯科治療の環境に円滑に適応できるための方法として、Tell-Show-Do法などの系統的脱感作法並びにそれに準拠した方法、オペラント法、モデリング法、TEACCH法、遊戯療法、ボイスコントロール法等の患者の行動を調整する専門的技法をいう。

⒁　乳幼児加算と乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算及び乳幼児深夜加算は併せて算定できない。

⒂　障害者加算を算定した者が、６歳未満の乳幼児である場合は、乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算又は乳幼児深夜加算を併せて算定することができる。

⒃　「注７」から「注９」の医科と共通の項目については、医科点数表第１章第１部第１節の区分番号Ａ０００に掲げる初診料の例により算定する。

第２節　再診料

Ａ００２　再診料

⑴　再診料は、再診の都度（同一日において２以上の再診があってもその都度）算定できる。

ただし、２以上の傷病について同時に再診を行った場合の再診料は、当該１日につき１回に限り算定する。

⑵　Ａ傷病について診療継続中の患者が、Ｂ傷病に罹り、Ｂ傷病について初診があった場合、当該初診については、初診料は算定できないが、再診料を算定できる。

⑶　歯冠修復物又は欠損補綴において一連の行為のために同一日に２以上の再診を行った場合の再診料は１回の算定である。

⑷　電話等による再診

イ　当該保険医療機関で初診を受けた患者について、第２診以後、当該患者又はその看護に当たっている者から直接又は間接（電話、テレビ画像等による場合を含む。ただし、ファクシミリ又は電子メール等によるものは含まない。）に、治療上の意見を求められた場合に、必要な指示をしたときには、再診料を算定できる。

ロ　患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合は、乳幼児加算又は障害者加算は算定できる。

ハ　時間外加算を算定すべき時間、休日又は深夜に患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合は、時間外加算、休日加算又は深夜加算を算定する。

⑸　その他初診料と共通の項目については、区分番号Ａ０００に掲げる初診料と同様であり、医科と共通の項目については、医科点数表第１章第１部第２節の区分番号Ａ００１に掲げる再診料の例により算定する。

第２部　入院料等

第１節　入院基本料

医科と共通の項目について、医科点数表第１章第２部第１節「入院基本料」の例により算定する。

第２節　入院基本料等加算

医科と共通の項目について、医科点数表第１章第２部第２節「入院基本料等加算」の取扱いの例により算定する。

ただし、入院時医学管理加算については、次の取扱いとする。

イ　歯科医業についての診療科名のみを標榜する病院にあっては、許可病床数が100床未満であることから、常勤の歯科医師の員数が９以上であること。

ロ　医科歯科併設の病院にあって医科について算定できる場合にあっては、歯科疾患について入院する患者についても同様とする。

第３節　特定入院料

医科と共通の項目について、医科点数表第１章第２部第３節「特定入院料」の例により算定する。

第４節　短期滞在手術基本料

Ａ４００　短期滞在手術基本料

⑴　短期滞在手術基本料は、短期滞在手術に係る「Ｊ０５５」顎下腺摘出術及び「Ｊ０５６」顎下腺腫瘍摘出術を実施した場合に限り算定できる。

⑵　⑴のほかは、医科点数表「Ａ４００」短期滞在手術基本料の例により算定する。

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

Ｂ０００　歯科口腔衛生指導料

⑴　齲蝕又は16歳未満で歯肉炎に罹患している患者又はその家族に対して、療養上必要な指導を行った場合に算定する。

⑵　歯科口腔衛生指導料は、１口腔につき月１回に限り算定できる。

⑶「注１」に規定する文書とは、病名、病状、一連の指導計画、指導内容の要点、保険医療機関名、当該指導を行った主治の歯科医師の氏名等を記載したもの（「注３」又は「注４」の加算を算定した場合においては、各加算で行った指導の内容及びその他療養上必要な事項等を含めて記載したもの）をいう。患者に交付した文書の写しを診療録に添付する。

⑷ 同一の患者に対し同一月に歯科口腔衛生指導を算定すべき指導を２回以上行った場合においては、第１回目の指導を行ったとき算定する。なお、２回目以降の指導において文書による情報提供を行った場合は、患者に提供した文書の写しを診療録に添付すること。

⑸　再診が電話等により行われた場合にあっては、歯科口腔衛生指導料は算定できない。

⑹　　区分番号Ｂ０００－３に掲げる歯科疾患総合指導料、区分番号Ｂ００１に掲げる歯周疾患指導管理料又は区分番号Ｂ００２に掲げる歯科特定疾患療養管理料を算定している患者に対して歯科口腔衛生指導を併せて行った場合は、診療録に歯科口腔衛生指導として行った指導等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に併せて歯科口腔衛生指導を実施した旨を記載すること。

⑺　齲蝕多発傾向者とは、継続的な指導管理が必要な者であって、齲蝕多発傾向者の判定基準の左欄の年齢に応じて右欄の歯冠修復終了歯を有するものをいう。

（齲蝕多発傾向者の判定基準）

年　齢	歯冠修復終了歯		
	乳　　歯		永　久　歯
0～2 歳	2 歯 以 上		――――
3～4 歳	5 歯 以 上		――――
5～7 歳	8 歯 以 上	及　び	3 歯 以 上
8～10歳	――――		6 歯 以 上
11～12歳	――――		8 歯 以 上

⑻　齲蝕多発傾向者の判定基準において、⑺にかかわらず次に掲げる場合はそれぞれに規定するところにより取り扱うものとする。

イ　５～７歳の者で永久歯の萌出歯が３歯未満の場合、歯冠修復終了永久歯は、齲蝕多発傾

向者の判定の要件としない。

ロ　フッ化ジアンミン銀塗布歯は歯冠修復終了歯には含まないものであるが、３歳未満児の初期齲蝕で、歯冠修復の実施が患児の非協力等により物理的に困難と判断される場合に限り、当該未処置齲歯にフッ化ジアンミン銀を塗布した場合、歯冠修復終了乳歯として取り扱う。

(9)　「注３」のフッ化物局所応用による指導管理に係る加算は、次に掲げる取扱いとする。

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に基づき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に対し文書により提供を行なった上でフッ化物の歯面塗布を行な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か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。

(10)　「注４」のフッ化物洗口指導による指導管理に係る加算は、次に掲げる取扱いとする。

イ　主治の歯科医師又は主治の歯科医師の指示に基づき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４」のフッ化物洗口に用いる薬液とは、洗口用の0.05％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　歯科医師の指示に基づき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。

(11)　(9)のフッ化物歯面塗布と(10)のフッ化物洗口によるフッ化物局所応用の指導を行った場合は、いずれかの加算のみを算定する。

Ｂ０００－３　歯科疾患総合指導料

(1)　歯科疾患総合指導料は、歯科診療の開始にあたり、患者への病名、症状、治療内容、治療期間、治療計画等の情報提供を踏まえた総合的な治療計画の立案と継続的な指導管理を評価するものであり、算定に当たっては、主治の歯科医師が当該診療報酬の趣旨及び歯科医学管理の下に歯科診療を行う旨を患者又はその家族等（以下「患者」という。）に対して十分説明を行い、「注１」に規定する患者の同意を得るものとする。

(2)　歯科疾患総合指導料を算定する場合は、治療開始にあたり、患者の同意を得た上で、治療計画の立案に際し必要に応じ検査、画像診断を実施し、治療計画、指導等を患者に効果的に説明するとともに、必要に応じて保健福祉サービスに関する情報を患者に積極的に提供する。

(3)　歯科疾患総合指導料を算定できる保険医療機関は、「特掲診療料の施設基準等(平成18年厚生労働省告示第94号)」の第三の十一に定める基準を満たしているものであること。

イ　歯科疾患総合指導料１は、常勤の歯科医師が１名以上及び歯科衛生士が１名以上配置されており、区分番号Ｍ０００－２に掲げる補綴物維持管理料の注１に規定する届出が行われており、別の保険医療機関との連携が確保されている歯科医療機関において算定する。

ロ　歯科疾患総合指導料２は、常勤の歯科医師が1名以上配置されており、区分番号Ｍ０００－２に掲げる補綴物維持管理料の注１に規定する届出が行なわれており、別の保険医療機関との連携が確保されている歯科医療機関において算定する。

⑷　歯科疾患総合指導料は、同一の治療期間中において患者１人に対して２以上の保険医療機関で算定することはできない。なお、保険医療機関は、歯科疾患総合指導料を算定した場合であって、当該患者に係る被保険者証の療養給付記録欄への所定事項の記載が可能な場合は、当該記録欄に歯科疾患総合指導料を算定した旨の記載を行うものとする。また、歯科疾患総合指導料は、同一の期間中においては患者１人に対して２以上の保険医療機関は算定できないことに留意し、被保険者証で確認できない場合には、患者等に対し照会等を行うことにより、他の保険医療機関において歯科疾患総合指導料を算定していないことを確認し、確認先の名称、確認年月日、確認結果を診療録に記載するものとする。

⑸　歯科疾患総合診療料１を算定した場合は、歯科疾患総合指導料２の算定はできない。また、歯科疾患総合指導料２を算定した場合は、歯科疾患総合指導料１は算定できない。

⑹　歯科疾患総合指導料を算定した日に急性炎症等で、口腔内写真等の治療計画の立案に必要な検査等が行えず、総合的な指導管理が行えない場合にあっては、初回又は２回目の再診日までに必要な検査等を行い、治療計画を立て、当該総合指導と併せて患者に対して文書を提供し説明を行った場合に限り算定する。

⑺　歯科疾患総合指導料を算定している患者が、別の保険医療機関において休日等に救急的に治療を受けた場合には、救急的治療を行った保険医療機関は歯科疾患総合指導料の算定はできない。

⑻　「注１」の説明に用いる「口腔内写真等」とは口腔内写真、スタディモデル等の患者本人の算定時における口腔の状態、病状等を表したものをいう。説明に口腔内写真又はスタディモデルを用いた場合の口腔内写真又はスタディモデルの取扱いについては、区分番号Ｄ００３－２に掲げる口腔内写真検査、区分番号Ｄ００３に掲げるスタディモデルに準じて行い、検査結果を診療録に記載する。なお、説明に用いた口腔内写真及びスタディモデルの費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

⑼　歯科疾患総合指導料を算定した場合にあっては、治療計画期間及び治療計画に基づく一連の治療が終了した日から起算して３か月以内は再診として取扱い、区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定せず、区分番号Ａ００２に掲げる再診料を算定する。ただし、外傷等により当初の治療計画の傷病とは異なる新たな疾患が生じた場合についてはこの限りでなく、区分番号Ａ０００に掲げる初診料と同様の取扱いとして差し支えない。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に前回治療終了月日及び当該疾患の状態を記載する。

⑽　歯科疾患総合指導料を算定した患者であって、治療計画に基づく一連の治療が終了した日から起算して３か月を超えた場合に、当該患者に再度の歯科疾患総合指導料を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に当該患者の前回治療終了年月日を記載する。ただし、前回治療終了年月日から１年以上経過した場合にはこの限りでない。

⑾　「注１」に規定する文書とは、別紙様式１又はこれに準ずる様式に、主訴、病名、病状、

一連の指導計画、説明に用いた資料の種類、指導内容、保険医療機関名、当該指導を行った主治の歯科医師の氏名等を記載したものをいう。なお、主治の歯科医師の指示に基づき歯科衛生士が機械的歯面清掃を行った場合には、当該患者に行った指導内容及び当該指導を行った歯科衛生士の署名を患者に交付する文書に明記し、主治の歯科医師に報告する。

⑿　患者への文書の提供に当たっては、治療計画、指導内容等を患者が理解したことを確認した上で文書を受領した年月日及び自署による署名を得るものとする。なお、患者に交付した文書の写しを診療録に添付する。

⒀　歯科疾患総合指導料を算定する場合は、診療録に、一連の指導計画、指導内容、患者説明用に実際に使用した資料の種類及び内容等を記載すること。

⒁　同一の患者に対し同一月に歯科疾患総合指導料を算定すべき指導を２回以上行った場合においては、第1回目の指導を行ったとき算定する。なお、２回目以降の指導において文書による情報提供を行った場合は、患者に提供した文書の写しを診療録に添付すること。

⒂　「注４」の機械的歯面清掃とは、歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が歯面における機械的な回転器具や研磨用ペーストを用いて行う歯垢除去等をいい、一口腔単位で行った場合に限り算定できる。機械的歯面清掃の実施に当たっては、最後に機械的歯面清掃を実施し加算を算定した日から３月を経過した日以降に実施した場合に限り算定する。なお、歯科疾患総合指導が歯周疾患以外の患者に対して行われた場合は、当該加算は算定できない。

⒃　区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者、区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者には当該加算は各所定点数に含まれ別に算定できない。

⒄　「注４」、区分番号Ｂ００４－８に掲げる歯科疾患継続指導料の「注３」及び区分番号Ｂ００１に掲げる歯周疾患指導管理料の「注５」で規定する機械的歯面清掃の実施に当たっては、最後に機械的歯面清掃を実施し加算を算定した日から３月を経過した日以降に実施した場合に限り算定する。

Ｂ００１　歯周疾患指導管理料

⑴　歯周疾患指導管理料は、歯周疾患に罹患している患者に対して、プラークコントロール、栄養、日常生活その他の療養上必要な指導を行った場合に算定する。なお、この場合、歯周組織検査や診療方針等に基づき適切に行う必要がある。

⑵　歯周疾患指導管理料は、同一暦月につき１回に限り算定する。

⑶　歯周疾患に関する療養上の指導を適切に行うためには、歯周組織検査等に基づき策定された診療方針が必要不可欠であることから、区分番号Ｄ００２に掲げる歯周組織検査が区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日以降に全く実施されていない場合、歯周疾患に罹患している患者に対し明確な診療方針が策定されていない場合、実際に当該疾病の療養上の指導が行われていない場合又は実態的に当該疾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、歯周疾患指導管理料は算定できない。

⑷　歯周疾患指導管理料を算定する場合は、歯周疾患にかかる患者の症状、指導内容、評価、診療方針等を診療録に記載する。

⑸　再診が電話等により行われた場合は、歯周疾患指導管理料は算定できない。

⑹　「注１」に規定する文書とは、病名、病状、歯周組織検査等の検査結果、指導内容、保険医療機関名、当該指導を行った主治の歯科医師の氏名等を記載したものをいう。なお、主治

の歯科医師の指示に基づき歯科衛生士が機械的歯面清掃を行った場合には、当該患者に行った指導内容の要点及び当該指導を行った歯科衛生士の署名を患者に交付する文書に明記し、主治の歯科医師に報告する。患者に交付した文書の写しを診療録に添付する。

⑺　「注５」の機械的歯面清掃とは、歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が歯面における機械的な回転器具や研磨用ペーストを用いて行う歯垢除去等をいい、一口腔単位で行った場合に限り算定できる。機械的歯面清掃の実施に当たっては、最後に機械的歯面清掃を実施し加算を算定した日から３月を経過した日以降に実施した場合に限り算定する。

⑻　同一の患者に対し同一月に歯周疾患指導管理料を算定すべき指導を２回以上行った場合においては、第１回目の指導を行ったとき算定する。なお、２回目以降の指導において文書による情報を行った場合は、患者に提供した文書を診療録に添付すること。

⑼　区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者、区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者については各所定点数に含まれ当該加算を別に算定することはできない。

⑽　「注５」、区分番号Ｂ０００－３に掲げる歯科疾患総合指導料の「注５」及び区分番号Ｂに掲げる歯科疾患継続指導料の「注３」で規定する機械的歯面清掃の実施に当たっては、最後に機械的歯面清掃を実施し加算を算定した日から３月を経過した日以降に実施した場合に限り算定する。

Ｂ００１－２　歯科衛生実地指導料

⑴　齲蝕又は歯周疾患に罹患している患者に対して、主治の歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士が、次に掲げる全ての指導等を15分以上実施した場合に算定する。

イ　歯及び歯肉等口腔状況の説明

ロ　プラークチャートを用いたプラークの付着状況の指摘及び患者自身によるブラッシングを観察した上でのプラーク除去方法の指導

ハ　家庭において特に注意すべき療養指導

⑵　歯科医師は歯科衛生士に患者の療養上必要な指示を十分に行うとともに、歯科衛生士に行った指示内容等の要点を診療録に記載する。

⑶　「注１」に規定する文書とは、⑴に掲げる全ての事項を含む指導等の内容、プラークの付着状況結果、指導の開始及び終了時刻、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名前、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、当該指導が終了した後に主治の歯科医師に報告をおこない、患者に交付した文書の写しを歯科衛生士業務記録簿に添付した場合に限り算定する。

⑷　歯科衛生実地指導料を算定した保険医療機関は、毎年７月１日現在で名称、開設者、常勤非常勤ごとの歯科衛生士数等を地方社会保険事務局長に報告する。

Ｂ００２　歯科特定疾患療養管理料

⑴　歯科特定疾患療養管理料は、「特掲診療料の施設基準等」の別表第四歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患に掲げ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、栄養等の療養上の指導を行った場合に月２回に限り算定する。

⑵　「特掲診療料の施設基準等」の別表第四歯科特定疾患療養管理料に規定する疾患に掲げる疾患のうち、顎・口腔の先天異常、舌痛症(心因性によるものを含む。)、口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る。）、口腔乾燥症(放射線治療を原因とするものに限る。)及び睡眠時

無呼吸症候群(口腔内装置治療を要するものに限る。)とはそれぞれ次の疾患をいう。

イ　顎・口腔の先天異常とは後継永久歯がなく、かつ、著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症又は唇顎口蓋裂をいう。

ロ　舌痛症とは、ハンター舌炎、メラー舌炎、プランマー・ヴィンソン症候群又はペラグラであって舌の疼痛を伴うもの及び心因性によるものをいう。

ハ　口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る。）とは、口腔の帯状疱疹、再生不良性貧血による歯肉出血、原発性血小板減少性紫斑病による歯肉出血、血友病における歯肉出血、口腔のダリェー病、口腔のベーチェット病、口腔の結核、口腔の扁平苔癬又は口腔の白板症をいう。

ニ　口腔乾燥症(放射線治療を原因とするものに限る。)とは、口腔領域以外の悪性新生物等の治療のため行われた放射線治療を原因とするものをいう。

ホ　睡眠時無呼吸症候群(口腔内装置治療を要するものに限る。)とは、口腔内装置治療が有効であると診断され、医科医療機関からの診療情報提供に基づき口腔内装置治療を必要とするものをいう。

⑶　「注１」に規定する文書とは、主病、病名、病状、治療内容、治療計画、指導内容、保険医療機関名、担当保険医氏名等の内容を記載したものをいう。なお、「注２」の共同療養指導計画を主治医と共同で作成し「注１」で規定する文書に記載し、主治の医師の勤務する保険医療機関名及び主治の医師の氏名を記載した場合においては、主治の医師と共同して作成した治療計画書を別途患者に提供することを省略することができる。

患者に「注１」に基づく文書を提供した場合においては、当該文書の写しを診療録に添付する。

⑷　「注２」の共同療養指導計画加算は、患者の主治医(「注１」に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。)と共同で、歯科診療に関する総合的な口腔の療養指導計画を策定し、当該患者にその内容を文書により提供した場合に、患者一人につき１回に限り算定するものであるが、患者の症状に変化が生じ当該計画の見直しが必要となり、改めてその内容を文書により提供した場合に限り、再度算定することができる。

また、共同療養指導計画加算を算定した場合においては、患者に提供した療養指導計画に係る文書の写しを診療録に添付するとともに、共同療養指導計画の策定に関わった患者の主治医（「注１」に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。）の保険医療機関名及び氏名を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

⑸　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限り、看護に当たっている家族等を通して療養上の指導を行ったときは、歯科特定疾患療養管理料を算定できる。

⑹　患者の症状、指導内容等を診療録に記載する。

⑺　歯科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指導が行われていない場合又は実態的に主病の口腔領域における症状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。

⑻　主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、対診又は依頼により検査のみを行っている保険医療機関にあっては算定できない。

⑼　再診が電話等により行われた場合にあっては、歯科特定疾患療養管理料は算定できない。

Ｂ００３　特定薬剤治療管理料

⑴　アミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質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。

⑵　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う。

⑶　薬剤の血中濃度、治療計画の要点を診療録に記載する。

⑷　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４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。

⑸　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、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。

Ｂ００４　悪性腫瘍特異物質治療管理料

悪性腫瘍特異物質治療管理は、悪性腫瘍と既に確定診断がされた患者に対し行った腫瘍マーカー検査に基づき実施するが、腫瘍マーカー及び悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定する場合は、医科点数表区分番号Ｂ００１の３に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料及び区分番号Ｄ００９に掲げる腫瘍マーカーの例により算定する。

Ｂ００４－２　手術前医学管理料

医科点数表区分番号Ｂ００１－４に掲げる手術前医学管理料の例により算定する。

Ｂ００４－３　手術後医学管理料

医科点数表区分番号Ｂ００１－５に掲げる手術後医学管理料の例により算定する。

Ｂ００４－６　歯科治療総合医療管理料

⑴　歯科治療総合医療管理料は、別に厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者であって、別の医科医療機関等の当該主病の担当医から歯科治療を行うにあたり、総合的医療管理が必要であるとして診療情報提供料算定による患者の全身状態等に係る情報提供を受けた患者に対し、必要な医療管理を行った場合に算定する。また、当該主病の担当医からの情報提供に関する内容及び担当医の所属保険医療機関名等について診療録に記載すること。

⑵　「注１」で規定する文書とは、主病名、病名、病状、治療内容、説明内容、管理内容、全身状態の把握状況、術中の経過、保険医療機関名、当該管理を行なった歯科医師の氏名、医科医療機関名、主病の担当医師名等の内容を記載したものをいう。また、患者に「注１」に基づく文書を提供した場合においては、当該文書の写しを診療録に添付した場合に限り算定する。

⑶　歯科治療総合医療管理料を算定する保険医療機関においては、全身状態の把握、管理等に必要な呼吸心拍監視装置等の機器、機材等が整備されていること。

⑷　歯科治療総合医療管理料は、当該主病の担当医から歯科治療を行うにあたり、全身状態の把握、管理等が必要であるとして紹介を受けた患者に対し、担当医からの情報提供等に基づき、歯科医師が次に掲げる総合的医療管理を一定時間以上行った場合に算定する。

また、当該医療管理料を算定する場合は、患者の症状、総合的医療管理の詳細等について診療録に記載すること。

イ　治療内容に関する十分な説明及び同意

ロ　治療前、治療中における全身状態の把握、管理（呼吸心拍監視、鎮静等）

ハ　治療後における十分な変調の把握（一定時間の経過観察）

ニ　患者又は家族への状況説明（注意事項等）

⑸　歯科治療総合医療管理料は、同一暦月につき１回に限り算定できる。

⑹　歯科治療総合医療管理料には、呼吸心拍監視、簡単な鎮静の費用が含まれ、別に算定できない。

⑺　歯科治療総合医療管理料を算定した場合は、当該主病に係る紹介元保険医療機関名について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

⑻　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疾患をいう。

Ｂ００４－７　新製義歯指導料

⑴　新製義歯指導料は、義歯を新製した患者に対して、義歯の取扱い、義歯の保存法、義歯の清掃その他の義歯の使用に当たって必要な指導を行った場合に算定する。

⑵　新製義歯指導料は、区分番号Ｍ０３５に掲げる新製義歯調整料を算定と同時に1回に限り算定する。

⑶　有床義歯の指導を行った場合は、指導内容等を診療録に記載する。なお、有床義歯の検査及び調整指導については、日本歯科補綴学会の「有床義歯の調整・指導についてのガイドライン」を参考とすること。

⑷　再診が電話等により行われた場合は、新製義歯指導料は算定できない。

⑸　「注」に規定する文書とは、欠損の状態、新製義歯の形状、指導内容、保存・清掃の方法、保険医療機関名、当該指導を行った主治の歯科医師の氏名等を記載したものをいう。患者に交付した文書の写しを診療録に添付すること。

Ｂ００４－８　歯科疾患継続指導料

⑴　歯科疾患継続指導料は、歯科疾患（齲蝕、歯周疾患、歯冠修復及び欠損補綴）に係る一連の治療終了後１年間における継続的指導管理を評価したものであり、区分番号Ｄ００２－４に掲げる歯科疾患継続管理診断料の「注１」に規定する継続治療計画に基づき、継続指導を実施した場合に算定する。

⑵　当該継続指導の開始から１年を経過した時点で、区分番号Ｄ００２－４に掲げる歯科疾患継続管理診断料に基づく歯科疾患継続管理診断を行い、当該継続指導の終了又は延長の必要性について判断する。なお、当該継続指導の延長回数は1回に限り、かつ延長期間は１年間に限る。

⑶　「注１」の「文書」とは、病名、病状、指導内容、保険医療機関名、当該指導を行った主治の歯科医師の氏名等を記載したものをいう。なお、主治の歯科医師の指示に基づき歯科衛生士が機械的歯面清掃を行った場合には、当該患者に行った指導内容の要点及び当該指導を行った歯科衛生士の署名を患者に交付する文書に明記し、主治の歯科医師に報告する。患者に交付した文書の写しを診療録に添付する。

⑷　歯科疾患継続指導料を算定する場合は、診療録に、一連の指導計画、指導内容等を記載すること。

⑸　「注３」の機械的歯面清掃とは、歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が歯面における機械的な回転器具や研磨用ペーストを用いて行う歯垢除去等をいい、一口腔単位で行った

場合に限り算定できる。機械的歯面清掃の実施に当たっては、最後に機械的歯面清掃を実施し加算を算定した日から３月を経過した日以降に実施した場合に限り算定する。

⑹　区分番号Ｃ００１に掲げる訪問歯科衛生指導料を算定している患者、区分番号Ｎ００２に掲げる歯科矯正管理料を算定している患者については各所定点数に含まれ当該加算を別に算定することはできない。

⑺　「注３」、区分番号Ｂ０００－３に掲げる歯科疾患総合指導料の「注４」及び区分番号Ｂ００１に掲げる歯周疾患指導管理料の「注５」で規定する機械的歯面清掃の実施に当たっては、最後に機械的歯面清掃を実施し加算を算定した日から３月を経過した日以降に実施した場合に限り算定する。

⑻　歯科疾患継続指導料の算定を行った場合、診療報酬明細書の摘要欄に区分番号Ｄ００２－４に掲げる歯科疾患継続管理診断料の算定日を記載するものとする。なお、当該継続指導を延長した場合は、延長の判断に係る区分番号Ｄ００２－４に掲げる歯科疾患継続管理診断料の算定日及び当該継続指導を延長した旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載するものとする。

⑼　歯科疾患継続指導料を算定し、歯周疾患の継続的指導管理を行う場合は、「歯周疾患の診断と治療のガイドライン」(平成８年３月)を参考とすること。

⑽　歯科疾患継続指導と同時に行った区分番号Ｂ００１－２に掲げる歯科衛生実地指導に係る費用については別に算定することができる。

⑾　歯科疾患継続指導料の算定期間中に、区分番号Ｂ００１－２に掲げる歯科衛生実地指導料、区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)、区分番号Ｄ００２に掲げる歯周組織検査の１歯周基本検査、区分番号Ｉ００３に掲げる初期齲蝕小窩裂溝填塞処置、区分番号Ｉ０１１歯周基本治療の１スケーリング、区分番号Ｍ０３６に掲げる有床義歯調整料を併せて行った場合においては、各区分の要件に準じて実施すること。各区分の特掲診療料を算定した場合においては、診療報酬明細書の所定の欄に実施した区分名を記載すること。なお、区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療の「１　スケーリング」及び区分番号Ｉ００３に掲げる初期齲蝕小窩裂溝填塞処置を算定する場合においては、実施年月日、算定対象となった歯の部位を併せて診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

⑿　歯科疾患継続指導料の初回以外の算定時においては、診療報酬明細書の摘要欄に、前回歯科疾患継続指導料の算定年月日及び歯科疾患継続指導料とあわせて行った特掲診療の内容を記載すること。

⒀　歯科疾患継続指導料の算定期間中に、機械的歯面清掃、スケーリング等による継続管理のみでは病状の維持安定が見込めない部位が生じ、歯周疾患処置又は歯周外科手術等が必要となった場合においては、事前にその理由書、検査結果、歯周疾患処置又は歯周外科手術等が必要となった部位の口腔内写真、継続指導の経過等を地方社会保険事務局長に提出し、その判断を求めるものとする。なお、口腔内写真の費用については、区分番号Ｄ００３－２に掲げる口腔内写真検査に準じて行うものとするが、算定は撮影枚数にかかわらず１枚分の費用のみとする。

Ｂ００５　開放型病院共同指導料(Ⅰ)

医科点数表区分番号Ｂ００２に掲げるの開放型病院共同指導料(Ⅰ)の例により算定する。

Ｂ００６　開放型病院共同指導料(Ⅱ)

医科点数表区分番号Ｂ００３に掲げるの開放型病院共同指導料(Ⅱ)の例により算定する。

Ｂ００７　退院前訪問指導料

医科点数表区分番号Ｂ００７に掲げるの退院前訪問指導料の例により算定する。

Ｂ００８　薬剤管理指導料

医科点数表区分番号Ｂ００８に掲げるの薬剤管理指導料の例により算定する。

Ｂ００９、Ｂ０１０　診療情報提供料

医科点数表区分番号Ｂ００９又は区分番号Ｂ０１０に掲げるの診療情報提供料の例により算定する。

Ｂ０１１－３　薬剤情報提供料

医科点数表区分番号Ｂ０１１－３に掲げるの薬剤情報提供料の例により算定する。

Ｂ０１２　傷病手当金意見書交付料

医科点数表区分番号Ｂ０１２に掲げるの傷病手当金意見書交付料の例により算定する。

Ｃ０００　歯科訪問診療料

⑴　歯科訪問診療は常時寝たきりの状態等であって、居宅又は社会福祉施設等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象とし、療養中の当該患者の居宅又は社会福祉施設等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定できる。なお、歯科訪問診療を行うにあたっては、日本歯科医学会の「歯科訪問診療における基本的考え方」（2004年）を参考とすること。

⑵　保険医療機関が、当該保険医療機関と医科点数表第１章第２部の「通則７の⑶」に規定する特別の関係にある施設等に、訪問して歯科診療を行った場合においては、歯科訪問診療料は算定できない。

⑶　歯科訪問診療を行った後に、患者又はその家族等が単に薬剤を受け取りに医療機関に来た場合は、再診料は算定できない。

⑷　「注１」及び「注２」に規定する「社会福祉施設等」には、介護老人保健施設、特別養護老人ホームの他、歯科、小児歯科、矯正歯科又は歯科口腔外科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関が含まれ、これらに入院する患者についても算定する。

⑸　同一の居宅において療養を行っている通院困難な２人以上の患者を診療した場合は、１人目については「１　歯科訪問診療１」を算定する。なお、２人目以降の患者については歯科訪問診療料を算定せず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００２に掲げる再診料及び第２章特掲診療料を算定する。

⑹　地域医療連携体制加算は、歯科訪問診療が必要な通院困難な患者等が安心して在宅療養等が行えるよう、複数の保険医療機関により夜間、休日及び診療を自ら行わない時間等における緊急時の歯科診療ができる連携体制が整備されているとともに歯科訪問診療料を算定する患者の同意を得て当該患者の診療に必要な情報を他の保険医療機関の保険医等に提供及び共有すること等により、緊急時の迅速、適切なの連携体制が整備されていること等を評価するものである。

ただし、この場合にあっては、緊急時には連携保険医療機関の歯科医師が対応に当たることがあり得る旨を患者等に説明するとともに、当該患者の病状、直近の診療内容等、緊急時の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関に対し文書（ファクシミリを含む。）により適宜提供すること。

なお、この連携に係る診療情報提供に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑺　地域医療連携体制加算の算定による複数の保険医療機関により休日夜間等における緊急時の歯科診療ができる連携体制の確保が必要な場合とは、歯科訪問診療において処置、手術等が必要で治療期間中に病状が急変する可能性がある場合等をいうものであり、病状が急変する可能性がなくなった場合においては、当該加算の算定を中止すること。

⑻　地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関にあっては、患者又はその家族等に「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成18年３月６日保医発第0306003号）に示された様式第19の３又はこれに準じた様式の文書が必ず交付されていること。なお、患者に提供した文書の写しを診療録に添付した場合に限り算定できる。

⑼　地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関にあっては、患者又はその家族等の同意を

得て、歯科訪問診療料の算定対象となる療養に必要な情報を連携保険医療機関に対して予め文書（「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」に示した様式第19の２又はこれに準じた様式の文書に限る。）をもって提供し、その写しを診療録に添付すること。また、引き続き地域医療連携体制加算の算定による緊急時等の対応が必要であり、病態の変化が生じた場合には、改めて連携保険医療機関に対し情報提供を行うこと。なお、連携医療機関等の変更にともない患者に対し再度の情報提供を行った場合の費用は、第１回目の費用に含まれ別に算定できない。

⑽　当該患者の病状急変時等に、連携保険医療機関の歯科医師が緊急に診療又は歯科訪問診療等を行った場合には、歯科初診料、歯科再診料、歯科訪問診療料等は、診療又は歯科訪問診療等を行った歯科医師の属する保険医療機関が算定する。

　この際、当該患者の病状急変等に対応して、診療又は歯科訪問診療等を行ったこと及びその際の診療内容等を、地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関の主治医に速やかに報告し、当該主治医は治療の要点を当該患者の診療録に記載することが必要である。

⑾　地域医療連携体制加算を算定する場合は、休日、夜間等における緊急時に対応し得るよう、できる限り患家に近隣の保険医療機関を連携保険医療機関とすること。

⑿　地域医療連携体制加算にかかる連携保険医療機関にあっては、主治医から提供された患者の療養に必要な情報が記載された文書を緊急時に十分に活用できる状態で保管し、自ら当該患者を診療し診療録を作成した場合には、当該文書を診療録に添付しておくこと。

⒀　地域医療連携体制加算は、１人の患者につき同一の初診で１回に限り算定できるものである。

⒁　特定の被保険者の求めに応ずるのではなく、保険診療を行う目的をもって定期又は不定期に社会福祉施設等へ赴き、被保険者（患者）を診療する場合は、歯科訪問診療として取り扱うことは認められず、区分番号Ｃ００１に掲げる歯科訪問診療料及びその他の特掲診療料は算定できない。

⒂　歯科訪問診療を行う場合は、当該患者の病状に基づいた訪問診療の計画を定めるとともに、その計画を診療録に記載する。

⒃　歯科訪問診療に基づき訪問歯科衛生指導が必要と認められる場合は、当該患者の疾病等の状況に基づいた訪問指導計画を策定し、「注６」に規定する指示書により訪問歯科衛生指導を担当する歯科衛生士等に対して訪問指導に係る指示を行う。

⒄　同日に社会福祉施設等で療養を行っている通院困難な複数患者に対し、訪問して歯科診療を行った場合は、１人目の患者及び２人目以降の患者であって当該歯科診療に要した時間が30分を超えた患者については、「２　歯科訪問診療２」を算定する。なお、２人目以降の患者であって当該歯科診療に要した時間が30分未満の者については、歯科訪問診療料を算定せず、区分番号Ａ０００に掲げる初診料、区分番号Ａ００２に掲げる再診料（及び第２章特掲診療料を算定する。

⒅　緊急歯科訪問診療加算は、保険医療機関において、標榜時間内であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて歯科訪問診療を行った場合に算定する。

⒆　⑸、⒄により歯科訪問診療料を算定した場合において、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、「注３」の加算を算定する。

⑳　「注２」及び「注３」に規定する診療時間には、治療のための準備、後片付けや患者の移動に要した時間及び併せて実施した訪問歯科衛生指導に係る時間を含まない。また、交通機関の都合その他診療の必要以外の事由によって患家に滞在又は宿泊した場合においては、その患家滞在の時間については、診療時間に算入しない。

㉑　歯科訪問診療を行った場合には、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に以下の事項を記載する。

イ　歯科訪問診療を行った日付、開始した時刻及び終了した時刻

ロ　訪問先

ハ　通院困難となった理由

㉒　患者又は家族等に当該訪問診療で実施した治療内容、患者の状況等の説明を行い「注１」に規定する文書により情報提供し、患者又は家族等に提供した文書の写しを診療録に添付した場合に限り算定する。

㉓　「注１」及び「注２」に規定する文書とは歯科訪問診療行った場合において歯科訪問診療を行った日付、開始した時刻及び終了した時刻、当該訪問診療で実施した治療内容、患者の状況及びその他療養上必要な事項に関する情報（初回の訪問診療を行なったときに提供する文書の場合においては、歯科訪問診療の依頼者、依頼年月日、依頼理由等を含む。）を含むものをいう。

㉔　訪問歯科診療を行なった場合は、診療録に、患者の状況及びその他患者に提供した療養上必要な事項に関する情報等を記載すること。

㉕　疾病、傷病等のため通院による歯科治療が困難な場合以外の歯科訪問診療の必要性を認めない患者については、歯科訪問診療料を含め歯科診療に係る一連の費用は算定しない。

㉖　「注３」の加算は、患者それぞれについて算定するものであり、複数の患者に対し訪問して歯科診療を行った場合の診療時間を合算することはできない。

㉗　加算の対象となる緊急な場合とは、患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに歯科訪問診療しなければならないと判断した場合をいい、手術後の急変等が予想される場合をいうものである。

㉘　夜間（深夜の時間帯を除く。）とは概ね午後６時から翌日の午前６時まで、又は午後７時から翌日の午前７時までのように、12時間を標準として各都道府県において統一的取扱いをすることとし、深夜の取扱いについては、午後10時から午前６時までとする。

㉙　保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える歯科訪問診療については、当該保険医療機関からの歯科訪問診療を必要とする絶対的な理由がある場合に認められるものであって、この場合の歯科訪問診療料の算定については、16キロメートル以内の場合と同様に取り扱う。この絶対的に必要であるという根拠がなく、特に患家の希望により16キロメートルを超える歯科訪問診療をした場合の歯科訪問診療は保険診療としては算定が認められないことから、患者負担とする。この場合において、「保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超えた場合」とは、当該保険医療機関を中心とする半径16キロメートルの圏域の外側に患家が所在する場合をいう。

㉚　保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートル以上の地域に居住する保険医に対して主治医が歯科訪問診療による対診を求めることができるのは、患家付近に他の保険医がいない、いても専門外である、旅行中で不在である等やむを得ない絶対的理由のあ

る場合に限り認められるものである。

(31) 「注８」に規定する交通費は実費とする。

(32) その他、歯科訪問診療料の取扱いについては、平成６年厚生省告示第２３５号による改正前の往診料に関する既往の通知が引き続き有効であるが、この場合において、当該通知中「往診」とあるのは「歯科訪問診療」と読み替えてこれを適用する。

Ｃ００１　訪問歯科衛生指導料

(1) 訪問歯科衛生指導料は、歯科訪問診療料を算定すべき歯科訪問診療を行った患者又はその家族等に対して当該歯科訪問診療を行った歯科医師が作成した指示書に基づき、当該保険医療機関に勤務（常勤又は非常勤）する歯科衛生士等が、療養上必要な実地指導を行った場合に限り算定し、単なる日常的口腔清掃等のケアを行なった場合は算定できない。

(2) 歯科訪問診療を行った歯科医師が作成した区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料の注６に規定する指示書に基づき、歯科衛生士等に訪問歯科衛生指導の指示が行われていない場合は、訪問歯科衛生指導料は算定できない。

(3) 訪問歯科衛生指導料は、歯科訪問診療料を算定する保険医療機関の訪問診療の日から起算して１月以内に行われた場合に算定する。

(4) 訪問歯科衛生指導料の「１　複雑なもの」とは、１人の患者に対して歯科衛生士等が１対１で20分以上実施するものをいう。

(5) 訪問歯科衛生指導料の「２　簡単なもの」とは、指導効果がある実地指導を行った場合であって以下のものをいう。

イ　１回の指導における患者の人数は10人以下を標準とし、１回の指導時間は40分を超えるもの

ロ　１人の患者に対して１対１であって20分に満たないもの

(6) 訪問歯科衛生指導料を行った時間とは、実際に指導を行った時間をいうものであり、指導のための準備や患者の移動に要した時間等は含まない。

(7) 「注１」の訪問指導計画とは区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料の注６に規定する訪問指導計画をいい、歯科医師が患者又はその家族等の同意及び歯科訪問診療の結果に基づき策定するものである。当該訪問指導計画には、患者の疾病等の状況及び歯科衛生士等が行う療養上必要な実地指導内容や訪問頻度等の具体的な計画を含む。なお、実地指導内容が単なる日常的口腔清掃等のケアであるなど療養上必要な指導に該当しないと判断される場合は訪問歯科衛生指導料は算定できない。

(8) 歯科訪問診療を行った歯科医師は区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料の注６に規定する訪問指導計画に基づく文書より、実際に訪問歯科衛生指導を行う歯科衛生士等に対し訪問指導に係る指示を行う。なお、策定した文書は、歯科衛生士の作成する業務記録簿に添付し、写しは歯科医師が診療録に添付すること。

(9) 訪問歯科衛生指導は、当該保険医療機関に勤務する歯科衛生士等が歯科訪問診療を行った歯科医師からの文書による指示を受け、居宅又は施設に訪問して実施した場合に限り算定する。なお、訪問歯科衛生指導の終了後は、指示を受けた歯科医師に対し文書等により直接報告するものとする。

(10) 訪問歯科衛生指導料の「１　複雑なもの」を行った場合は、当該訪問指導で実施した指導内容、指導の開始及び終了時刻、及びその他療養上必要な事項に関する情報を患者又はその

家族等に担当者の署名を行った文書を提供するとともに、患者又は家族等に情報提供した文書の写しを業務記録簿に添付すること。

⑾　訪問歯科衛生指導を行った場合は、歯科医師は診療録に開始及び終了時刻を記載するものとし、診療報酬明細書には、日付、訪問先、通院困難な理由、指導の開始及び終了時刻を摘要欄に記載する。

⑿　歯科医師は訪問歯科衛生指導に関し、歯科衛生士等に指示した内容を診療録に記載する。

⒀　訪問歯科衛生指導を行った場合において、歯科衛生士等は実地指導に係る記録を作成し、患者氏名、訪問先、指導の開始及び終了時刻、指導の要点、主訴の改善、食生活の改善等に関する要点及び担当者の署名を明記し、主治の歯科医師に報告する。

⒁　訪問歯科衛生指導料を算定する場合は、区分番号Ｂ００１－２に掲げる歯科衛生実地指導料は算定できない。

⒂　「注３」に規定する交通費は実費とする。

⒃　訪問歯科衛生指導料を算定した保険医療機関は、毎年７月１日現在で名称、開設者及び常勤、非常勤ごとの歯科衛生士数等を地方社会保険事務局長に報告する。

Ｃ００２　救急搬送診療料

医科点数表区分番号Ｃ００４に掲げる救急搬送診療料の例により算定する。

Ｃ００３　在宅患者訪問薬剤管理指導料

医科点数表区分番号Ｃ００８に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料の例により算定する。

Ｃ００４　退院前在宅療養指導管理料

医科点数表区分番号Ｃ１００に掲げる退院前在宅療養指導管理料の例により算定する。

Ｃ００５　在宅悪性腫瘍患者指導管理料

医科点数表区分番号Ｃ１０８に掲げる在宅悪性腫瘍患者指導管理料の例により算定する。

Ｃ００６　老人訪問口腔指導管理料

⑴　老人訪問口腔指導管理料は、居宅又は介護保険施設等において、療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、適切な在宅歯科医療を提供する観点から設定されたものである。

⑵　老人訪問口腔指導管理料は、居宅又は介護保険施設等において、療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、歯科訪問診療料を算定すべき訪問診療を行い、かつ、当該訪問診療に際して、療養上必要な指導管理を行い指導内容について患者又は患者の家族等に対して文書により提供した場合に限り算定すること。

⑶　老人訪問口腔指導管理料は、居宅又は介護保険施設等において、療養を行っている患者であって通院が困難なものの心身の特性を踏まえ、口腔の状態(残存歯の状態、補綴物の状態及び咀嚼・摂食機能の状態等)について、訪問診療に基づき、計画的な歯科医学管理の内容、全身状態との関連及び精神面をも考慮して、当該患者又はその家族等に対して療養上必要な指導等を行った場合に算定する。また、必要に応じて保健福祉サービス等に関する情報を患者又はその家族等に積極的に提供するよう努めること。

⑷　「注１」に規定する「介護保険施設等」には、介護老人保健施設、特別養護老人ホームの他、歯科、小児歯科、矯正歯科、又は歯科口腔外科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関が含まれる。

⑸　老人訪問口腔指導管理を行った場合は、口腔の状態及びそれに基づく歯科医学管理の内容、

指導内容、指導の実施日・時刻等を診療録に詳細に記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に、訪問先、通院困難な理由、指導の実施時刻を記載した場合に限り算定する。

⑹　「注１」に規定する文書とは、病名、病状、口腔の状態、病状に基づく歯科医学管理の内容、義歯の装着又は修理の年月日、患者の治療前、治療中及び治療後の状態、治療計画、療養上必要な指導等の内容、必要となる保健福祉サービスその他療養上必要な事項等を記載したものをいう。

⑺　⑹の「必要となる保健福祉サービス」とは、当該患者に係る健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービス及びホームヘルプサービス、デイ・サービス等の福祉サービスをいうものである。また、必要に応じて市町村、在宅介護支援センター等との連絡・調整等に関する事項も含まれる。

⑻　区分番号Ａ０００に掲げる初診料を算定する初診の日又は退院の日から当該初診又は退院の日の属する月の末日までに行った当該指導管理の費用は、区分番号Ａ０００に掲げる初診料及び第１章第２部に掲げる入院基本料等に含まれ別に算定できない。ただし、当該保険医療機関を退院した患者については、歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外の診療に係る病棟に入院していた場合はこの限りでないこと。

⑼　老人訪問口腔指導管理料は、患者の症状に基づいた訪問診療の計画が立てられており、かつ、実際にこの訪問診療の計画に基づいて療養上必要な指導が行われた場合に限り算定する。

⑽　老人訪問口腔指導管理料は、月１回に限り算定する。

第３部　検　査

［通則］

１　検査に用いた薬剤料は別に算定できるが、投薬及び注射の手技料は別に算定できない。

２　検査料の項に掲げられていない検査のうち、簡単な検査の検査料は算定できないが、特殊な検査の検査料はその都度当局に内議し、最も近似する検査として準用が通知された算定方法により算定する。なお、準用した場合には、特に定める場合を除き、準用された項目に係る注についても、同時に準用されるものとする。また、腫瘍マーカーについては、医科点数表区分番号Ｄ００９に掲げる腫瘍マーカーの例により算定する。

３　第３部に規定する検査料以外の検査料の算定は、医科点数表の例により算定する。

４　計画的に欠損補綴物を製作するために区分番号Ｄ００６に掲げるチェックバイト検査、区分番号Ｄ００７に掲げるゴシックアーチ描記法又は区分番号Ｄ００８に掲げるパントグラフ描記法を行った場合は、１口腔１回に限りそれぞれ算定できる。ただし、区分番号Ｄ００７に掲げるゴシックアーチ描記法及び区分番号Ｄ００８に掲げるパントグラフ描記法は併せて算定できない。

５　咀嚼機能検査については算定できない。

第１節　検査料

Ｄ０００　電気的根管長測定検査

電気的根管長測定検査は、電気的抵抗を応用して根管長を測定するものであり、１歯について１回に限り所定点数を算定する。ただし、２以上の根管を有する歯にあっては、２根管目以上については１根管を増すごとに所定点数に15点を加算する。

Ｄ００１　細菌簡易培養検査

細菌簡易培養検査は、感染根管処置後の根管貼薬処置期間中に行った場合であって診療録に検査結果が記載されている場合に限り、１歯１回につき算定する。なお、微生物学的検査判断料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｄ００２　歯周組織検査

⑴　歯周組織検査とは、歯周ポケット測定、歯の動揺度の検査、プラークの付着状況の検査、歯肉の炎症状態の検査等、１口腔単位で実施するものであり、歯周病の診断に必要な検査をいう。なお、２回目以降の歯周組織検査は、歯周基本治療等の効果、治療の成否、治療に対する反応等を把握し、治癒の判断又は治療計画の修正及び歯周外科手術を実施した後に歯周組織の変化の比較検討等を目的として実施するものである。歯周組織検査の実施については、「歯周病の診断と治療のガイドライン」（平成８年３月）を参考とすること。

⑵　歯周組織検査の費用は、当該検査を実施した歯数により算定する。ただし、残根歯は歯数に数えない。

⑶　歯周基本検査は、１点法以上の歯周ポケット測定及び歯の動揺度検査を行った場合に算定する。なお、歯周基本検査の結果は診療録に記載すること。

⑷　歯周精密検査は、６点法による歯周ポケット測定、歯の動揺度及びプラークチャートを用いてプラークの付着状況を検査した場合に算定する。なお、歯周精密検査の結果は診療録に記載すること。

Ｄ００２－４　歯科疾患継続管理診断料

⑴　歯科疾患継続管理診断及び当該歯科疾患継続管理診断に基づく区分番号Ｂ００４－８に掲げる歯科疾患継続指導の実施は、区分番号Ｂ０００－３に掲げる歯科疾患総合指導料の注１の規定に基づき算定に係る地方社会保険事務局長への届け出を行った保険医療機関において、区分番号Ｂ０００－３に掲げる歯科疾患総合指導料を算定した患者に限り算定する。

⑵　歯科疾患継続管理診断を実施する場合は、初診日から３月以上を経過し、区分番号Ｂ０００－３に掲げる歯科疾患総合指導料の「注１」の治療計画に基づく齲蝕、歯髄疾患、歯周疾患、歯の欠損等に係る一連の歯科治療が終了した患者に対して、一連の歯科疾患の治療終了から1月以上経過した後に歯科疾患の病状安定後の維持管理としての継続指導の必要性を認め、口腔内の状態の検査、歯周疾患を罹患している患者については歯周組織検査、齲蝕、歯髄疾患等により歯内療法、歯冠修復及び欠損補綴を行った患者に対しては歯冠修復及び欠損補綴等に係る検査等で確認し、一連の検査の結果、病状安定に係る診断内容を診療録に記載した場合に算定する。なお、区分番号Ｄ００２に掲げる歯周組織検査を除き、検査の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

⑶　歯周疾患の治療を行った患者に対して歯科疾患継続管理診断料を算定する場合は、「歯周疾患の診断と治療のガイドライン」(平成８年３月)を参考とすること。

⑷　「注１」に規定する当該患者の同意に基づく継続治療計画には、患者の歯周組織の状態、維持管理として実施する指導管理、歯周組織検査、機械的歯面清掃の必要性の有無、歯周基本治療等の概要及び回数等を含むものをいう。

⑸　「注１」の口腔内の状態の検査とは、１口腔単位で実施するプラークチャートを用いたプラークの付着状況の検査、歯肉の炎症状態の検査等の歯周疾患の診断に必要な検査、歯冠修復物及び欠損補綴物の適合、構造状態等の歯冠修復及び欠損補綴の診断に必要な検査をいう。

⑹　歯科疾患継続管理診断を実施し、維持管理としての継続的指導が必要と判断された患者に対しては、「注１」に規定する当該患者の同意に基づく継続治療計画を策定するとともに、病名、検査結果、口腔内の状態、歯冠修復及び欠損補綴の状態、一連の指導計画、保険医療機関名、当該継続治療計画に係る内容、当該診断を行った主治の歯科医師の氏名等について「注１」に規定する文書により、患者に対し情報提供を行った場合に限り算定する。なお、患者に交付した文書の写しを診療録に添付する。

⑺　歯科疾患継続管理診断を実施し、維持管理としての継続的指導が不要と判断される患者については、当該患者の口腔内の状態、歯冠修復及び欠損補綴の状態、歯周組織検査等の検査結果及び継続管理が不要と判断した根拠を診療録に記載するとともに、患者に対しては、口腔内の状態、歯冠修復及び欠損補綴の状態、歯周組織検査等の検査結果及び継続管理が不要と判断した根拠、歯科疾患の再発予防に係る家庭等での留意事項、当該診断を行った主治の歯科医師の氏名等について「注１」に規定する文書により情報提供を行った場合に限り算定する。なお、患者に交付した文書の写しを診療録に添付する。

⑻　「注１」に規定する文書の患者への提供に当たっては、別紙様式２又はこれに準ずる様式により、治療計画、指導内容等を患者が理解したことを確認した上で文書を受領した年月日及び氏名を患者の自署による署名を得た場合に限り算定する。

⑼　歯科疾患管理診断料を算定する場合は、診療録に、検査結果、口腔内の状態、歯冠修復及び欠損補綴の状態、一連の指導計画、当該継続治療計画に係る内容、指導内容等を記載すること。

⑽　区部番号Ｂ０００に掲げる歯科口腔衛生指導料の「注３」又は「注４」の加算を算定し齲蝕多発傾向者に対する継続管理が行われている患者については、当該診断料は算定できない。

⑾　算定に当たっては、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に区分番号Ｂ０００－３に掲げる歯科疾患総合指導料を算定した年月日、区分番号Ｂ０００－３に掲げる歯科疾患総合指導料の「注１」に規定する治療計画に基づく一連の治療が終了した年月日を記載すること。

Ｄ００３　スタディモデル（１組につき）

⑴　スタディモデルとは、患者の口腔内状況を診査するために用いた場合に算定し、個人トレー等歯科技工物の製作に用いた場合は算定できない。なお、製作されたスタディモデルには、患者氏名、製作年月日等必要事項を明記する。

⑵　歯列及び咬合状態、歯肉縁上の歯冠・歯根の状態、歯の植立方向、欠損部の状態、顎堤、口蓋、小帯等の軟組織の形態等、スタディモデルを用いた詳細な検査結果を診療録に記載する。なお、スタディモデルの製作にあたっては、「スタディモデルの取扱いについて（昭和39年10月30日保険発第116号）」を参考とすること。

⑶　作成したスタディモデルについては、一連の治療が終了した日の属する月の翌月の初日から起算して３年を保存期間とする。ただし、作成したスタディモデルの正面観、左右側面観、上下歯列の咬合面冠等を患者氏名、作成年月日が判別できる状態でそれぞれ写真撮影し、当該写真を診療録に添付した場合にあっては、スタディモデルの算定を行った日に属する月の翌月の初日から起算して３月を保存期間とする。なお、写真撮影に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

⑷　患者が持参したスタディモデルを用いて診断した場合は、算定できない。

Ｄ００３－２　口腔内写真検査

⑴　口腔内写真検査は、「注」に規定する歯周疾患の状態を示す方法として、歯周組織の状態をカラー写真での撮影又はこれに準ずる方法で行う。なお、口腔内写真の撮影については、「歯周病の診断と治療のガイドライン」（平成８年３月）の「口腔内カラー写真」を参考とすること。

⑵　作成した口腔内カラー写真には、患者の氏名及び作成した年月日を明記する。

⑶　フィルム代等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑷　作成した口腔内カラー写真を、診療録に添付した場合に限り算定できる。

Ｄ００４　平行測定（１装置につき）

平行測定検査は、ブリッジの支台歯形成に当たり、実施した場合にそれぞれ１装置について１回に限り、次の区分に従い所定点数を算定する。なお、測定方法及び検査結果を診療録に記載しなかった場合には算定できない。

イ　支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が５歯以下の場合

平行測定器を用いて支台歯間の平行関係の測定を行い検査方法、検査結果等を診療録に記載した場合に限り「１　支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が５歯以下の場合」の所定点数を算定する。

ロ　支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が６歯以上の場合

支台歯間の平行関係につき、模型を製作しサベイヤー等で測定し診療録に計測方法、計測結果等を記載した場合に限り「２　支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が６歯以上の場合」の所定点数を算定する。なお、模型製作に要する費用は所定点数に含まれ、

別に算定できない。

作成した模型については、欠損補綴が終了した日の属する月の翌月の初日から起算して３年を保存期間とする。ただし、作成した模型をサベイヤー等での測定結果、患者氏名及び作成年月日が判別できる状態で写真撮影し、当該写真を診療録に添付した場合にあっては、算定を行った日の属する月の翌月の初日から起算して３月を保存期間とする。なお、写真撮影に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｄ００５　下顎運動路描記法

⑴　下顎運動路描記法（MMG）は、多数歯欠損の有床義歯作製時の下顎位の決定を行うためにマンディブラキネジオグラフを用いて行った場合に算定する。

⑵　測定結果を、転写する等の手段により診療録に記載した場合に限り算定できる。

Ｄ００６　チェックバイト検査

⑴　チェックバイト検査（ＣｈＢ）は、多数歯欠損等であって下顎の偏心運動時の歯による下顎の誘導の状態が不明確な患者に対し、顔弓（フェイスボウ）を使用して顎関節に対する上顎の位置的関係を記録し、ワックス等の記録材を用いて咬頭嵌合位若しくは中心位の他に下顎の前方位及び側方位での上下顎関係を採得した上で、上下顎模型を付着した半調節性咬合器を使用して顆路傾斜度を測定した場合に算定する。

⑵　測定結果を、診療録に記載した場合に限り算定できる。

Ｄ００７　ゴシックアーチ描記法

⑴　ゴシックアーチ描記法（ＧｏＡ）は、多数歯欠損等であって上顎に対する下顎の位置が不明確な患者に対し咬合採得時の水平的顎位を決めるためにゴシックアーチトレーサーを用いて、口外法又は口内法で描記した場合に算定する。

⑵　測定結果を、転写する等の手段により診療録に記載した場合に限り算定できる。

Ｄ００８　パントグラフ描記法

⑴　パントグラフ描記法（Ｐｔｇ）は、全調節性咬合器を使用する場合に下顎の前方運動と側方運動を水平面と矢状面において、それぞれ連続的な運動経路として描記した場合に算定する。

⑵　測定結果を、転写する等の手段により診療録に記載した場合に限り算定できる。

第４部　画像診断

［通則］

1　片側性の顎関節症で健側を対照として撮影する場合は、医科における耳・肘・膝等の対称器官と同様に、診断料、撮影料とも健側の撮影についても患側と同一部位の同時撮影を行った場合と同じ取扱いとする。

2　歯科用エックス線フィルムを使用した歯科エックス線撮影で「通則２」及び「通則３」に該当する場合は二等分法撮影に加え、必要があって埋伏歯に対し偏心投影を行った場合や齲蝕歯に対し咬翼法撮影を行った場合等である。

3　歯科用エックス線フィルムを使用せずデジタル映像化処理を伴うエックス線撮影を行った場合及びオルソパントモ型フィルムを使用せずデジタル映像化処理を伴うパノラマ断層撮影を行った場合は、診断料及び撮影料に「通則４」に規定する加算を合算し、画像診断の費用を算定する。なお、フィルムにプリントアウトした場合のフィルムの費用はデジタル映像化処理の費用に含まれ別に算定できない。

4　エックス線フィルムを使用せずデジタル映像化処理を伴うエックス線撮影を行なった場合においての撮影料の算定方法については、「通則３」に準じて取り扱うものとする。

5　同一部位に対してデジタル映像化処理を伴うパノラマ断層撮影とデジタル映像化処理を伴うエックス線撮影を同時に行った場合は、歯科エックス線撮影に係るデジタル映像化処理の場合を除き、一連の撮影に係るデジタル映像化処理として、撮影枚数にかかわらず主たるエックス線撮影の所定点数に加算する。

6　全顎撮影の場合とは、歯科用エックス線フィルム10枚から14枚を用いて、全顎にわたり歯、歯槽骨等のエックス線撮影を行うものであり、診断料及び撮影料は撮影枚数にかかわらず所定点数で算定する。この場合、使用したフィルムの費用は撮影枚数に応じ14枚を限度とする。また、デジタル映像化処理についても撮影回数に応じ14回を限度として算定する。

7　全顎撮影に複数日を要した場合であっても、一連の全顎撮影として６と同様の方法で算定する。

8　デジタル映像化処理を伴う歯科エックス線撮影とは、ＣＣＤセンサー又はイメージングプレートを用いたデジタルラジオグラフによるものをいう。なお、フィルムを用いた通常のエックス線撮影を行い、当該フィルムをエックス線フィルムスキャナー等でデジタル映像化処理を行った場合においてはデジタル映像化処理に伴う加算は算定できない。

9　「通則５」の画像診断管理加算は、歯科大学附属病院又は歯学部附属病院に勤務し専ら画像診断を担当する歯科医師が、歯科パノラマ断層撮影等の読影結果を文書により当該病院の主治の歯科医師に報告した場合に月の最初の診断の日に算定する。この場合、報告された文書又はその写しを診療録に添付する。

10　遠隔画像診断を行った場合は、送信側の保険医療機関において撮影料、診断料及び画像診断管理加算（当該加算の算定要件を満たす場合に限る。）を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用については受信側、送信側の医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

11　第４部に規定する画像診断料以外の画像診断料の算定は、医科点数表の例により算定する。

12　画像診断のために使用した造影剤は、区分番号Ｅ３０１に掲げる造影剤料により算定する。

13　撮影した画像を電子媒体に保存した場合、保存に要した電子媒体の費用は撮影にかかる所定

点数に含まれる。

14　エックス線写真撮影の際に失敗等により、再撮影をした場合については再撮影に要した費用は算定できない。再撮影に要した費用は、その理由が患者の故意又は重大な過失による場合を除き、当該保険医療機関の負担とする。

第１節　診断料

Ｅ０００　写真診断

⑴　歯科エックス線撮影とは、歯科用エックス線フィルムを用いて撮影した場合及び歯科用エックス線フィルムを使用せず、専用の装置を用いてデジタル映像化処理を行った場合をいう。

⑵　歯科用エックス線フィルムとは、標準型、小児型、咬合型及び咬翼型等であって、歯、歯槽骨等の撮影に用いるフィルムをいう。

⑶　単純撮影の「その他の場合」とはカビネ、オルソパントモ型等のフィルムを顎関節全体、顎全体等に用いて撮影した場合をいう。

⑷　パナグラフィー、スタタスエックス２による場合は、診断料は「１のロ　その他の場合」により、撮影料は区分番号Ｅ１００に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「１のロ　その他の場合」により算定する。

⑸　デンタルゼロラジオグラフィー装置を用いた場合は、診断料は区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断の「１のイ　その他の場合」により、撮影料は区分番号Ｅ１００に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「１のイ　その他の場合」により算定する。なお、フィルム料は標準型により算定する。

⑹　単純撮影の「１のロ　その他の場合」により上下顎の全顎撮影を行った場合は、２枚目までは所定点数により算定し、３枚目及び４枚目は「通則２」及び「通則３」により算定する。

⑺　特殊撮影とは、断層撮影（パントモグラフィーを含む。）、立体撮影及びキモグラフィーをいう。なお、パントモグラフィーについては、歯科パノラマ断層撮影の所定点数により算定する。

⑻　顎関節に対して選択的なパノラマ断層撮影ができる特殊装置により、顎関節疾患（発育異常、外傷、炎症、腫瘍、顎関節強直症、代謝異常、顎関節症）について、パノラマエックス線フィルム（オルソパントモ型フィルム）を使用して、咬頭嵌合位、最大開口位、安静位等の異なった下顎位で分割撮影を行った場合は、分割数にかかわらず、一連につき、診断料は「２のイ　歯科パノラマ断層撮影」により、撮影料は区分番号Ｅ１００に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「２のイ　歯科パノラマ断層撮影」により算定する。

⑼　顎関節の機能診断（下顎頭の運動量とその経過を計量的に比較観察する方法）を目的とする一連の規格エックス線撮影の診断料は、「２のロ　歯科パノラマ断層撮影以外の場合」により、撮影料は区分番号Ｅ１００に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織の「２のロ　歯科パノラマ断層撮影以外の場合」により算定する。

⑽　⑼の「規格エックス線撮影」は、特殊な顎関節規格撮影装置を用いて、主として各顎位（中心咬合位、安静咬合位、開口経過中の異音発生位、開口経過中の発痛位、最大開口位、後退位等）における顎関節を撮影し、異位相における関節窩と下顎頭との対応症状の変化をトレーシングペーパー上に描記したものを座標上に重ねて、下顎頭の運動量とその経過を計量的に比較し経過の観察を行うものをいう。症状の変化を描記したトレーシングペーパーは

診療録に添付する。

⑾　顎関節疾患について、パノラマエックス線フィルムを使用し、パノラマ断層による分割撮影を行った場合は、顎関節を構成する骨の形態及び解剖学的な相対位置、下顎窩に対する下顎頭の位置、下顎頭の移動量等の所見を診療録に記載する。

⑿　他の医療機関において撮影したフィルムについての診断料は、撮影方法別及び撮影部位別に１回に限り算定する。したがって、同一方法により同一部位に対して撮影したエックス線フィルムの診断については、撮影した枚数にかかわらず１回に限り算定する。

⒀　区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断の「１のロ　その他の場合」、「２　特殊撮影」及び「３　造影剤使用撮影」について、一連の症状を確認するため、同一部位に対して撮影を行なった場合における、２枚目以降の撮影に係る写真診断の費用については、各区分の所定点数の100分の50により算定する。

⒁　写真診断の所見を診療録に記載した場合に限り所定点数を算定すること。

⒂　その他については、医科点数表第２章第４部第１節エックス線診断料の例により算定する。

第２節　撮影料

Ｅ１００　歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織

⑴　第１節診断料の区分番号Ｅ０００に掲げる写真診断の⑴から⑽までは、本区分についても同様であること。

⑵　造影剤使用撮影とは、顎関節腔、上顎洞又は唾液腺に造影剤を注入して行った場合をいう。

Ｅ１０１　造影剤注入手技

造影剤注入手技は、顎関節腔、上顎洞又は唾液腺に造影剤の注入を行った場合に算定する。

第３節　基本的エックス線診断料

Ｅ２００　基本的エックス線診断料

医科点数表区分番号Ｅ００４に掲げる基本的エックス線診断料の例により算定する。

第４節　フィルム及び造影剤料

Ｅ３００　フィルム

６歳未満の乳幼児に対して撮影を行う場合は、損耗量を考慮して材料価格に1.1を乗じて算定する。

＜画像診断の端数処理方法＞

⑴　小数点以下の端数がある場合は、第１節診断料と第２節撮影料及び第４節フィルム料のそれぞれについて端数処理を行い、合算した点数が請求点数となる。

（例）同一部位に対し、同時にカビネ型２枚使用して単純撮影を行った場合

診断料　　85点　＋　85/2点　＝　127.5点　→　128点

撮影料　　65点　＋　65/2点　＝　 97.5点　→　 98点

カビネ２枚分のフィルム代　42円×2/10＝　8.4点　→　8点

請求点数　128点　＋　98点　＋　8点　＝　234点

⑵　全顎撮影以外の歯科エックス線撮影に限り、歯科用エックス線フィルム１枚を単位として第１節診断料、第２節撮影料及び第４節フィルム料を合算し、端数処理を行う。

（例）1枚の場合

20点（診断料）＋25点（撮影料）＋（29円/10）点（フィルム料）＝47.9点 →48点

（例）5枚の場合

48点（1枚あたりの請求点数）×5枚＝240点

第５部　投　薬

医科点数表第２章第５部投薬（(区分番号Ｆ４００に掲げる処方せん料を除く。）の例により算定する。

第５節　処方せん料

Ｆ４００　処方せん料

⑴　同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方せんにより投薬する事は、原則として認められない。

万一緊急やむを得ない事態が生じこのような方法による投薬を行った場合は、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付及び理由を記載する。なお、注射器、注射針又はその両者のみを処方せんにより投与することは認められない。

⑵　⑴にいう「緊急やむをえない事態」とは、常時院外処方せんによる投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて臨時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して当該保険医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ臨時的に院外処方せんにより投薬した場合をいう。

⑶　同一患者に対し処方せんを交付した同日に抜歯直後等の必要から屯服薬を投与する場合、当該処方料は処方せん料に含まれる。

⑷　その他については、医科点数表区分番号Ｆ４００に掲げる処方せん料（⑺、⑻を除く。）の例により算定する。

第６部　注　射

［通則］

１　第１節に掲げられていない注射であって簡単な注射は、基本診療料に包括されているため、第２節の薬剤料のみで算定する。

２　その他については、医科点数表第２章第６部注射の＜通則＞の例により算定する。

第１節　注射料

医科点数表第２章第５部注射の注射料（区分番号Ｇ００３－３に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、区分番号Ｇ００９に掲げる脳脊髄腔注射、区分番号区分番号Ｇ０１２に掲げる結膜下注射、区分番号Ｇ０１２－２に掲げる自家血清の眼球注射、区分番号Ｇ０１３に掲げる角膜内注射、区分番号Ｇ０１４に掲げる球後注射及び区分番号Ｇ０１５に掲げるテノン氏嚢内注射を除く。）の例により算定する。

第７部　リハビリテーション

［通則］

１　第１節リハビリテーション料に掲げられていないリハビリテーションのうち、簡単なリハビリテーションのリハビリテーション料は、算定できないものであるが、特殊なリハビリテーションのリハビリテーション料は、その都度当局に内議し、最も近似するリハビリテーションとして準用が通知された算定方法により算定する。

２　各区分におけるリハビリテーションの実施に当たっては全ての患者の機能訓練の内容の要点及び実施時刻（開始時刻と終了時刻）の記録を診療録等へ記載すること。

３　顎関節疾患の治療にマイオモニターを使用した場合は診療録にマイオモニターを用いた顎関節疾患の治療の開始及び終了時間、治療内容、使用機器名等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に当該治療の実施年月日、治療時間、治療内容、使用機器名を記載した場合に限り、１回につき医科点数表区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料の「２　運動器リハビリテーション料(Ⅱ)」の所定点数により算定する。

４　開口障害の治療に際して整形手術後に開口器等を使用して開口訓練を行った場合は診療録に開口障害の訓練の開始及び終了時間、訓練内容、使用器具名等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に当該治療の実施年月日、訓練時間、訓練内容、使用器具名を記載した場合に限り、医科点数表第２章第７部第１節の区分番号Ｈ００２に掲げる運動器リハビリテーション料の「１　運動器リハビリテーション料(Ⅰ)」の所定点数により１日につき１回に限り算定する。

また、顎骨骨折に対する観血的手術後又は悪性腫瘍に対する放射線治療後に生じた開口障害について、開口器等を使用して開口訓練を行ったときについても同様の取扱いとする。

５　その他については、医科点数表第２章第７部リハビリテーションの「通則２」及び「通則３」の例により算定する。

第１節　リハビリテーション料

Ｈ０００　脳血管疾患等リハビリテーション料

脳血管疾患等リハビリテーションは、医科点数表第２章第７部第１節の区分番号Ｈ００１に掲げる脳血管疾患等リハビリテーションの例により算定する。ただし、音声・構音障害を持つ患者に対して言語機能に係る訓練を行った場合に限り算定できるものとする。

Ｈ００１　摂食機能療法

⑴　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、１回につき30分以上訓練指導を行った場合に月４回を限度として算定する。ただし、治療開始日から起算して３月以内の患者に限っては、１日につき算定できる。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者のことをいう。

⑵　摂食機能療法は、診療録に当該療法の開始及び終了時間、療法の内容、使用用具等の名称等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に当該療法の実施年月日、治療時間、治療内容、使用用具等の名称を記載した場合に限り、算定する。

⑶　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が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。

Ｈ００２　障害児（者）リハビリテーション料

障害児（者）リハビリテーションは、医科点数表第２章第７部第１節の区分番号Ｈ００７に掲げる障害児（者）リハビリテーション料の例により算定する。ただし、音声・構音障害を持つ患者に対して言語機能に係る訓練を行った場合に限り算定できるものとする。

第８部　処　置

［通則］

１　処置の所定点数とは処置料の項に掲げられた点数及び注による加算の合計をいい、通則の加算点数は含まない。

２　通則の加算方法は処置料の所定点数に通則中の各加算を足し合わせたものの合計で算定する。

３　処置の費用としては、第１節に規定してある所定点数によるほか、所定点数が120点以上の処置又は各区分の「注」に「特定薬剤料を含む。」と記載されている場合を除いて処置に使用した特定薬剤の費用についても算定する。したがって、特定薬剤を使用して処置を行った場合は、１２０点以上の処置又は特に規定する処置を除いて第１節の処置料と第２節の特定薬剤料とを合算して算定する。この場合の薬剤については別に厚生労働大臣が定めるものに限られる。

４　特定薬剤料又は特定保険医療材料料の算定の単位は１回に使用した総量の価格であって、注射液の１筒ごと等の特定単位にはこだわらない。

５　第１節に掲げられていない処置のうち簡単な処置の処置料は算定できないが、特殊な処置の処置料は、その都度当局に内議し、最も近似する処置として準用が通知された算定方法により算定する。

６　「通則５」による５歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対する加算は、第１節の所定点数の100分の50を加算する。

７　著しく歯科診療が困難な障害者の100分の50加算は、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行なうことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に限り算定する。

８　５歳未満の乳幼児が著しく歯科診療が困難な障害者である場合の100分の50加算は、乳幼児加算のみを算定する。

９　「通則６」の所定点数が150点とは、各区分に規定してある所定点数が150点という趣旨である。ただし、その処置・手術が全体として一体と考えられる処置を行った場合には、個々の所定点数が150点に達しなくとも、それらの合算点数が150点以上のときは加算が認められる。

10　120点以上の処置又は各区分の「注」に「麻酔料を含む。」と記載されている場合の処置の所定点数中に含まれる簡単な伝達麻酔とは、麻酔の部（第10部）に規定してある伝達麻酔以外の簡単な伝達麻酔（頤孔、後臼歯結節、大口蓋孔等）をいう。

　なお、麻酔の部に規定してある区分番号Ｋ００１に掲げる浸潤麻酔、圧迫麻酔については、120点以上の処置若しくは　各区分の「注」に「麻酔料を含む。」と記載されている場合の処置の所定点数に含まれ、別に算定できない。

11　歯科訪問診療は常時寝たきりの状態等である療養中の患者について実施されるものであるが、消炎鎮痛、有床義歯の調整等の訪問診療で求められる診療の重要性を考慮し、当該患者に行った区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄、区分番号Ｉ００６に掲げる感染根管処置、区分番号Ｊ０００に掲げる抜歯手術（「１　乳歯」、「２　前歯」及び「３　臼歯」に限る。）、区分番号Ｉ００７に掲げる根管貼薬処置、区分番号Ｉ００８に掲げる根管充填（「注１」で規定する加算を除く。）、区分番号Ｊ０１３に掲げる口腔内消炎手術（「２　歯肉膿瘍等」に限る。）、区分番号Ｍ０２９に掲げる有床義歯修理及び区分番号Ｍ０３６に掲げる有床義歯調整料について所定点数に所定点数の100分の50を加算する。

12　区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄、区分番号Ｉ００６に掲げる感染根管処置、区分番号Ｉ００

７根管貼薬処置及び区分番号Ｉ００８に掲げる根管充填の一連の歯内療法において、高周波療法、イオン導入法、根管拡大、根管形成、歯肉圧排、根管充填剤(材)の除去、隔壁、歯髄結石除去、根管開拡及び特定薬剤等の費用はそれぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

第１節　処置料

第１節の処置においては、区分番号Ｉ０００に掲げる齲蝕処置から区分番号Ｉ０２１に掲げる根管内異物除去の処置のために行った区分番号Ｋ００１に掲げる浸潤麻酔、圧迫麻酔等の費用については、「通則７」に該当しない場合に限り各所定点数の算定単位ごとに算定する。

Ｉ０００　齲蝕処置

⑴　齲蝕処置の費用は、１歯１回を単位として算定し、１回の処置歯数が２歯以上にわたる場合は、所定点数を歯数倍した点数により算定する。以下「１歯１回につき」等の規定のある場合の算定は、処置を行った歯数倍を乗じて算定する。

⑵　「齲蝕処置」は、次の処置をいう。

イ　多数歯にわたる齲蝕歯に同時に齲蝕治療を行う場合であって、齲蝕の処置を同時に行なうことによって咬合の維持ができない場合において、やむを得ず齲蝕治療の実施の順序が後となる齲蝕歯に対して行った軟化象牙質の除去及び暫間的充填

ロ　歯根未完成の永久歯の歯内療法実施中に、根尖部の閉鎖状態の予後観察のために行った水酸化カルシウム系糊剤等による暫間根管充填に併せて行なった暫間充填

ハ　歯髄覆罩等を行うにあたって軟化象牙質等の除去及び燐酸セメント又はカルボキシレートセメント等を用いた暫間充填

⑶　齲蝕処置、区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成、区分番号Ｍ００１－２に掲げる齲蝕歯即時充填形成及び区分番号Ｍ００１－３に掲げる齲蝕歯インレー修復形成等において、軟化象牙質検査を行った場合の費用は、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑷　脱落した歯冠修復物を再装着する場合の軟化象牙質の除去に係る費用は、装着料の所定点数に含まれ、別に算定できない。ただし、再度の装着における装着の費用及び使用した装着材料料については算定して差し支えない。

⑸　齲蝕処置を算定する場合においては、算定部位ごとに、算定理由・使用した保険医療材料名及び処置内容等を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

Ｉ０００－２　咬合調整

⑴　歯周疾患又は歯ぎしりの処置のために、歯の削合を行なった場合は、歯数に応じて１回に限り所定点数により算定する。

⑵　過重圧を受ける歯牙の切縁、咬頭の過高部又は別の歯科保険医療機関院において製作された鋳造歯冠修復物等の過高部の削除を行った場合は、歯数に応じて所定点数を算定する。

⑶　咬合緊密である患者の義歯を製作するに当たり、鉤歯と鉤歯の対合歯をレスト製作のために削除した場合は、歯数に応じて１回に限り１回に限り所定点数により算定する。

⑷　抜歯禁忌症で義歯製作の必要上、やむを得ず残根の削合のみを行う場合は、歯数に応じて１回に限り所定点数により算定する。ただし、根管治療により根の保存可能な歯には適切に保存処置を行い、鋳造歯冠修復により根面を被覆した場合には、歯冠形成の費用については区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ　単純なもの」の所定点数を、鋳造歯冠修復の費用については区分番号Ｍ０１０に掲げる鋳造歯冠修復の「１のイ　単純なもの」の所定

点数と保険医療材料料をそれぞれ算定する。また、歯科充填用材料Ｉにより根面を被覆した場合には、歯冠形成の費用については区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ　単純なもの」の所定点数を、充填の費用については区分番号Ｍ００９に掲げる充填の「１　単純なもの」の所定点数と保険医療材料料をそれぞれ算定する。

⑸　歯周組織に咬合性外傷を起こしているとき、過高部の削除に止まらず、食物の流れを改善し歯周組織への為害作用を極力阻止するため歯冠形態の修正を行った場合、又は舌、頬粘膜の咬傷を起こすような場合に、歯冠形態修正（単なる歯牙削合を除く）を行った場合は、所定点数を１回に限り算定する。なお、歯冠形態の修正を行った場合は診療録に修正前の歯の状態、歯冠形態の修正が必要である理由、歯冠形態の修正箇所、修正後の形態を診療録に記載し、診療報酬明細書の摘要欄に歯冠形態の修正を行った歯の部位及び修正理由を記載した場合に１回に限り算定する。

⑹　歯髄切断、抜髄、感染根管処置等の一連の歯内治療及び抜歯手術に伴って、患歯の安静を目的として行う歯の削合に係る費用は、区分番号Ｉ００４に掲げる歯髄切断、区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄、区分番号Ｉ００６に掲げる感染根管処置、Ｊ０００に掲げる抜歯手術等の所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｉ００１　歯髄覆罩

⑴　齲窩の処置としての象牙質の削除を行うとともに、歯髄覆罩を行い暫間充填を行った場合は、齲蝕処置と歯髄覆罩の所定点数をそれぞれ算定する。

　ただし、区分番号Ｍ００１－２に掲げる齲蝕歯即時充填形成、区分番号Ｍ００１－３に掲げる齲蝕歯インレー修復形成又は区分番号Ｉ００４に掲げる歯髄切断を行った場合は歯髄覆罩の点数は算定できない。

⑵　同一歯牙に２箇所以上、例えば近心と遠心とに齲窩が存在する場合に、それぞれの窩洞に歯髄覆罩を行った場合には、同日又は日を異にして行った場合であっても、１歯１回に限り所定点数を算定する。

⑶　直接歯髄覆罩を行った場合は、１月以上の経過観察を行った後に歯冠修復等を実施するものである。

　なお、当該処置を行った場合は、処置内容及び経過観察期間等に係る事項について患者へ効果的に説明するとともに、説明内容及び処置内容等を診療録に記載し、診療報酬明細書の摘要欄に覆罩を行なった年月日を記載した場合に限り算定する。

Ｉ００２　知覚過敏処置

⑴　イオン導入法の費用は、知覚過敏処置の所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑵　歯冠形成後、知覚過敏が生じた有髄歯に対する知覚鈍麻剤の塗布については、歯冠形成、印象採得及び装着と同時に行う場合を除き「１　３歯まで」又は「２　４歯以上」の所定点数により算定する。

⑶　次のレーザー治療器を用いて、知覚過敏症の処置を行った場合は、知覚過敏処置の所定点数により算定する。

イ　セミレーザー・ナノックス

ロ　セミコンレーザＭＲ－180

ハ　ヘリウム・ネオン・レーザー

ニ　ベルビーム

ホ　ソフトレーザー632

へ　オサダダイオトロン（ＤＬ－Ｓ）

ト　トリンプルーＤ

チ　コンパクトレーザー

リ　ＰＡＮＡＬＡＳ500

Ｉ００２－２　乳幼児齲蝕薬物塗布処置

乳幼児の齲蝕に対して、軟化象牙質等を除去して充填等を行わず、フッ化ジアンミン銀の塗布を行った場合は、１口腔１回につき歯数に応じて「１　３歯まで」又は「２　４歯以上」により算定する。

Ｉ００３　初期齲蝕小窩裂溝填塞処置

⑴　初期齲蝕小窩裂溝填塞処置は、原則として幼若永久歯又は乳歯の小窩裂溝の初期齲蝕に対して行った場合に算定する。この場合、初期齲蝕に罹患している小窩裂溝に対する清掃等を行った場合の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑵　初期齲蝕小窩裂溝填塞処置に要する特定保険医療材料料は、区分番号Ｍ００９に掲げる充填の「１　単純なもの」単純なものの場合と同様とする。

Ｉ００４　歯髄切断

⑴　生活歯髄切断のために用いた表面麻酔、浸潤麻酔、簡単な伝達麻酔、特定薬剤、歯髄覆罩の費用は、生活歯髄切断の所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑵　生活歯髄切断後に歯冠形成を行った場合は、区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１　生活歯歯冠形成」の各号により算定する。

⑶　同一歯牙について、区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄を併せて行った場合は、区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄の所定点数に当該歯髄切断の費用は含まれ別に算定できない。

⑷　歯髄切断の後に抜髄となった場合は、区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄の所定点数のみにより算定する。

Ｉ００５　抜髄

⑴　抜髄は１歯につき１回に限り算定する。

⑵　抜髄は、歯髄炎等の場合に通常局所麻酔下において歯髄の除去を行なった場合又は薬剤を用いて歯髄を壊死させ除去（失活抜髄）を行った場合に算定する。なお、麻酔、薬剤の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑶　抜髄の費用は、抜髄を行った歯について、抜髄が完了した日において算定する。この場合、失活抜髄の貼薬及び薬剤の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑷　区分番号Ｉ００１に掲げる歯髄覆罩の「１　直接歯髄覆罩」を行った場合は直接歯髄覆罩を行って１月以上の経過観察を行うものであるが、やむを得ず早期に抜髄を実施した場合は、「注１」により所定点数から減算して算定する。なお、減算を行う場合には診療報酬明細書の摘要欄に直接歯髄覆罩を行なった歯の部位及び日付を記載すること。

Ｉ００６　感染根管処置

⑴　感染根管処置とは、歯根膜炎等の場合に根管内容物の除去、根管清掃拡大等を行うことをいう。

⑵　抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的とした根管拡大等は、根管数にかかわらず１歯につき１回に限り、「１　単根管」により算定する。なお、抜歯を前提とした根管

拡大等に併せて行った消炎のための根管貼薬の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

⑶　感染根管処置を行うに当たり、根管側壁、髄室側壁又は髄床底に穿孔がある場合に封鎖をした場合は、区分番号Ｍ００９に掲げる充填の「１　単純なもの」の所定点数と保険医療材料料をそれぞれ算定する。なお、形成を行った場合は区分番号Ｍ００１に掲げるの「３のイ　単純なもの」の所定点数により算定する。また、歯肉を剝離して行った場合は区分番号Ｊ００６に掲げる歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術の所定点数及び保険医療材料料をそれぞれ算定する。

⑷　感染根管処置は１歯につき１回に限り算定する。

Ｉ００７　根管貼薬処置

⑴　根管貼薬処置とは、根管の清拭、根管貼薬等をいう。

⑵　区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄、区分番号Ｉ００６に掲げる感染根管処置、区分番号Ｉ００８に掲げる根管充填と同時に行った根管貼薬の費用は、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑶　抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬は、根管数にかかわらず１歯につき1回に限り、「１　単根管」により算定する。なお、抜歯を前提とした根管拡大として区分番号Ｉ００６に掲げる感染根管処置の「１　単根管」を算定した場合にあっては、消炎のための根管貼薬の費用は、区分番号Ｉ００６に掲げる感染根管処置の「１　単根管」の所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｉ００８　根管充填

⑴　根管充填は１歯につき１回に限り算定する。

⑵　「注１」の加圧根管充填とは、アピカルシート又はステップの形成及び根管壁の滑沢化（根管形成）が行われた根管に対して、ガッタパーチャポイントを主体として根尖孔外に根管充填材を溢出させずに加圧しながら気密に根管充填を行うことをいうことをいい、根管充填後に歯科エックス線撮影で気密な根管充填が行われていることを確認できた場合に算定する。

⑶　歯根未完成の永久歯の歯内療法実施中に、数か月間根尖部の閉鎖状態の予後観察を行うために、水酸化カルシウム系糊剤等により暫間的根管充填を行う場合は、１回に限り「１　単根管」、「２　２根管」又は「３　３根管以上」の所定点数により算定する。ただし、「注１」の加圧根管充填に係る加算の算定はできない。なお、併せて当該歯に暫間充填を行った場合の費用は区分番号Ｉ０００に掲げる齲蝕処置により算定する。

⑷　区分番号Ｍ０００－２に掲げる補綴物維持管理料の注１に係る地方社会保険事務局長への届出を行っていない保険医療機関において、根管充填を行った場合は、「注１」の加圧根管充填に係る費用は算定できない。

Ｉ００９　外科後処置

⑴　口腔内より口腔外に通ずる手術創に対する外科後処置とし、「1　口腔内外科後処置」及び「２　口腔外外科後処置」を行った場合であっても、いずれかの所定点数のみを算定する。

⑵　外科後処置とは、区分番号Ｊ０４７に掲げる腐骨除去手術の「２　顎骨に及ぶもの」、区分番号Ｊ０１０に掲げる顎堤形成術、区分番号Ｊ０４３に掲げる顎骨腫瘍摘出術、区分番号Ｊ００３に掲げる歯根嚢胞摘出手術の「２　拇指頭大のもの」、区分番号Ｊ０７２に掲げる下顎骨折観血的手術等の大手術の外科後処置であってドレーン（吸引ドレーン等）を使用し

た外科後処置をいう。なお、単純な外科後処置については、基本診療料に含まれ別に算定できない。

⑶　抜歯又は智歯歯肉弁切除等の術後、後出血を起こし簡単に止血（圧迫等により止血）できない場合における後出血処置の費用は、創傷の大小に関係なく、６歳以上の場合は区分番号Ｊ０８４に掲げる創傷処理の「４　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル未満）」により、６歳未満の場合は区分番号Ｊ０８４－２に掲げる小児創傷処理（６歳未満）の「６　筋肉、臓器に達しないもの（長径2.5センチメートル以上５センチメートル未満）」により、それぞれ算定する。なお、区分番号Ｊ０８４に掲げる創傷処理又は区分番号Ｊ０８４－２に掲げる小児創傷処理を算定した場合は、外科後処置の費用はそれぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｉ００９－２　創傷処置

医科点数表区分番号Ｊ０００に掲げる創傷処置の例により算定する。

Ｉ０１０　歯周疾患処置

⑴　歯周疾患処置は、歯周ポケット内の単なる洗浄等ではなく歯周疾患の症状の改善を目的として歯周ポケット内へ特定薬剤を注入した場合に限り１口腔を単位として算定する。なお、歯周疾患処置を算定する場合は、使用薬剤名及び使用量を診療録に記載し、診療報酬明細書に部位及び使用薬剤名を記載すること。

⑵　歯周疾患において、歯周基本治療を行った部位に対する歯周疾患処置に併せて、同時に歯周基本治療を行った部位以外の部位に対して歯周疾患処置を行ったときの費用は、算定できない。ただし、歯周基本治療を行った部位について行う２回目以降の歯周疾患処置の費用は、算定できる。

⑶　歯周疾患処置を算定する歯周ポケット内への特定薬剤の注入とは、次に該当する場合をいう。なお、用法用量に従い使用した場合に限り特定薬剤料として別に算定できる。

イ　歯周基本治療の後の歯周組織検査の結果、期待された臨床症状の改善がみられず、かつ歯周ポケットが４ミリメートル以上の部位に対して、十分な薬効が期待できる場合において、計画的に１月間薬剤注入をした場合。

ロ　アの薬剤注入後、再度の歯周組織検査の結果、臨床症状の改善はあるが、歯周ポケットが４ミリメートル未満に改善されない場合であって、更に１月間継続して薬剤注入をした場合。

Ｉ０１１　歯周基本治療

⑴　歯周基本治療は、歯周病の炎症性因子の減少又は除去を目的とする処置をいうものであり、歯周組織検査等の結果に基づき必要があると認められる場合に実施する。歯周組織検査が実施されていない場合は、本区分は算定できない。なお、歯周基本治療については、「歯周病の診断と治療のガイドライン」（平成８年３月）を参考とすること。

⑵　スケーリング・ルートプレーニング及び歯周ポケット掻爬（盲嚢掻爬）を同一歯に対して同時に実施した場合においても、いずれかの所定点数により算定する。

⑶　歯周基本治療を実施した後に同一部位に実施したスケーリング・ルートプレーニング又は歯周ポケット掻爬（盲嚢掻爬）の費用は、「注１」に掲げる同一の歯周基本治療とみなして、１回目の所定点数に含まれ別に算定できない。ただし、区分番号Ｂ００４－８に掲げる歯科疾患継続指導料を算定する場合を除く。

⑷　区分番号Ｊ０６３に掲げる歯周外科手術と同時に行われた区分番号Ｊ０６３に掲げる歯周基本治療の費用は、歯周外科手術の点数に含まれ、別に算定できない。

⑸　スケーリングとは、歯周ポケット内の歯面に付着している歯石等の沈着物を除去することをいい、単に歯の露出部分に付着した歯石等の除去のみを行った場合の費用は、基本診療料に含まれ別に算定できない。

Ｉ０１４　暫間固定

⑴　暫間固定とは、歯の支持組織の負担を軽減し、歯槽骨の吸収を防止して、その再生治癒を促進させるため、暫間的に歯冠をレジン連続冠固定法、線結紮法（帯冠使用を含む。）及びエナメルボンドシステムにより連結固定することをいう。

⑵　「１　簡単なもの」とは、歯周外科手術を伴わない場合及び歯周外科手術を予定する場合の固定源となる歯を歯数に含めない４歯未満の暫間固定をいう。なお、１顎に２か所以上行っても１回の算定とする。

⑶　「２　困難なもの」とは、歯周外科手術を伴う場合の固定源となる歯を歯数に含めない４歯以上の暫間固定をいう。なお、歯周外科手術に伴う４歯未満の暫間固定の費用は、区分番号Ｊ０６３に掲げる歯周外科手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑷　「３　著しく困難なもの」とは、連続鉤固定法及びレジン床固定法による暫間固定のことをいう。

⑸　暫間固定に際して行った印象採得、咬合採得、装着を行った場合、副子と同様に算定する。

⑹　歯周基本治療の際に暫間固定を行い、その後に歯周組織検査を実施し、その結果、歯周外科手術を行った場合に、当該手術後に暫間固定を行った場合は、固定源となる歯を歯数に含めない４歯以上のものに限り「２　困難なもの」の所定点数を算定する。

⑺　暫間固定の固定源が有床義歯である場合は、「１　簡単なもの」の所定点数及び有床義歯の費用を合算して算定する。

⑻　区分番号Ｊ００４－２に掲げる歯の再植術を行なった場合であって、脱臼歯を暫間固定した場合には、「２　困難なもの」により算定する。

⑼　両側下顎乳中切歯のみ萌出している患者であって、外傷により１歯のみ脱臼している場合であって、元の位置に整復固定した場合は「２　困難なもの」により算定する。なお、双方の歯が脱臼している場合に双方の歯を整復固定することは、歯科医学上認められない。

⑽　区分番号Ｊ００４－３に掲げる歯の移植手術に際して暫間固定を行った場合は、１歯につき「２　困難なもの」により算定する。

⑾　暫間固定装置を装着するに当たり、印象採得を行った場合は１装置につき区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「３　副子」を、咬合採得を行った場合は、１装置につき装置の範囲に相当する歯数が８歯以下の場合は区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のロの⑴少数歯欠損」、装置の範囲に相当する歯数が９歯以上は区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のロの⑵多数歯欠損」又は装置の範囲に相当する歯数が全歯にわたる場合は区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のロの⑶総義歯」の所定点数を、装着を行った場合は１装置につき区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「３　副子の装着の場合」の所定点数及び装着材料料を算定する。ただし、エナメルボンドシステムにより連結固定を行った場合は、装着料及び装着材料料は別に算定できない。

⑿　レジン床固定法及びレジン連続冠固定法による暫間固定装置において、当該装置が破損し

修理した場合は、１装置につき区分番号Ｉ０１４－２に掲げる暫間固定装置修理の各区分の所定点数により算定する。

Ｉ０１４－２　暫間固定装置修理

⑴　暫間固定装置修理は、レジン床固定法及びレジン連続冠固定法による暫間固定装置の修理を行った場合に限り算定する。

⑵　レジン連続冠固定法による暫間固定装置において、当該装置が破損し、修理を行った場合は、1装置につき「1　簡単なもの」により算定する。

⑶　レジン床固定法に用いた暫間固定装置において、当該装置が破損し、修理を行った場合は、１装置につき「２　複雑なもの」により算定する。

Ｉ０１６　線副子

線副子とは、三内式線副子程度以上のものをいう。なお、三内式線副子程度に至らないものについては、それぞれの手術の所定点数中に含まれ別に算定できない。

Ｉ０１７　床副子

⑴　「１　簡単なもの」とは次のものをいう。

イ　顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床

ロ　出血創の保護と圧迫止血を目的としてレジン等で製作した床

ハ　顎変形症における手術にあたり製作したサージカルガイドプレート

⑵　「２　困難なもの」とは次のものをいう。

イ　斜面板

ロ　咬合挙上副子

ハ　乳幼児の顎骨骨折に対してナイトガードとして口腔内に装着するマウスピース

二　固定用金属線による囲繞結紮に用いたレジン等で製作した床副子（無歯顎の老人や乳歯列を有する幼児などの顎骨骨髄炎において、腐骨摘出後欠損創に歯牙副子の応用ができない場合に限る。）

ホ　歯ぎしりに対する咬合床（アクチバトール式のものを除く）

ヘ　睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床(アクチバトール式を除き、医科医療機関等からの診療情報提供料の算定に基づく場合に限る。)

⑶　「３　著しく困難なもの」とは、次のものをいう。

イ　咬合床副子

ロ　歯ぎしりに対する咬合床(アクチバトール式のもの)

ハ　睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床(アクチバトール式で、医科医療機関等からの診療情報提供料の算定に基づく場合に限る。)

⑷　「⑵のヘ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床(アクチバトール式を除く。)」及び「⑶のハ 睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床(アクチバトール式)」の製作に当たって、確定診断が可能な医科歯科併設の病院である保険医療機関にあっては、院内での担当科からの情報提供に基づく口腔内装置治療に対する院内紹介を受けた場合に限り算定することができる。

⑸　咬合床副子、滑面板を顎間固定装置として用いた場合は、区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得及び区分番号Ｍ００５に掲げる装着の費用は１顎を単位として別に算定することができる。

⑹　斜面板を製作する際の咬合採得は、斜面板の範囲に相当する歯数により区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のロ　有床義歯」により算定する。

⑺　咬合挙上副子の装着後、咬合面にレジンを添加し調整した場合は１装置１回につき区分番号Ｉ０１７－２に掲げる床副子調整の「２　咬合挙上副子の場合」により算定する。ただし、区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の費用は算定できない。

⑻　歯ぎしり治療の補助として咬合を挙上し、軋音の発生を防止するために、咬合床（アクチバトール式のもの）を製作するに当たり、印象採得を行った場合は、１装置につき区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「２のイの⑵困難なもの」を、咬合採得を行なった場合は区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のロの⑵多数歯欠損」を、装着を行なった場合は区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「２のニの⑵印象採得が困難なもの」により算定する。

⑼　歯ぎしりに対する咬合床として（アクチバトール式のもの以外のもの）を製作するにあたり、区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の費用は所定点数に含まれ別に算定できないが、当該咬合床の製作に際し印象採得を行った場合は区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「２のイの⑴簡単なもの」により、装着を行なった場合は区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「２のニの⑴印象採得が簡単なもの」により算定する。

⑽　咬合床（アクチバトール式のもの）の製作後に患者の都合等により診療を中止した場合の請求については、第12部歯冠修復物及び欠損補綴物料の製作後診療を中止した場合の請求と同様とする。

⑾　睡眠時無呼吸症候群の治療法として、確定診断が可能な医科医療機関等からの診療情報提供料の算定に基づく口腔内装置治療の依頼を受けて、咬合床（口腔内装置）の製作にあたり印象採得を行った場合は、１装置につき区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「２のロ　連合印象」を、咬合採得は区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のロの(3)　総義歯」を、装着を行なった場合は区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「２のニの(3)印象採得が著しく困難なもの」により算定する。

ただし、確定診断が可能な医科歯科併設の病院である保険医療機関にあっては、院内での担当科からの情報提供に基づく口腔内装置治療に対する院内紹介を受けた場合に限り算定することができる。

なお、口腔内装置の装着時又は装着後１月以内に、適合を図るための調整等が必要となり、口腔内装置の調整を行った場合は、１装置につき区分番号Ｉ０１７－２に掲げる床副子調整の「１　睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合」により算定する。また、睡眠時無呼吸症候群の口腔内装置治療の紹介元保険医療機関からの情報提供に関する内容及び保険医療機関名等について診療録に記載するとともに情報提供に係る文書を添付すること、また、診療報酬明細書の摘要欄に紹介元保険医療機関名について記載すること。また、医科歯科併設の病院である保険医療機関で算定した場合については、院内紹介を受けた情報提供の内容及び担当科名を診療録に記載するとともに、情報提供に係る文書を診療録に添付し、診療報酬明細書の摘要欄に院内紹介を受けた担当科名を記載すること。

Ｉ０１７－２　床副子調整

⑴　睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の装着を行なった後、適合を図るための調整等が必要となり、装着後1月以内に咬合床の調整を行った場合は、１口腔１回に限り「１　睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合」により算定する。

⑵　咬合挙上副子を装着後、咬合面にレジンを添加し調整した場合は１口腔１回につき「２　咬合挙上副子の場合」により算定する。なお、咬合挙上副子の調整の費用は、月1回に限り算定できる。

⑶　「１　睡眠時無呼吸症候群の治療法としての咬合床の場合」及び「２　咬合挙上副子の場合」において調整を行った場合には、診療録に調整部位、調整内容等を記載した場合に限り算定できる。

Ｉ０１７－３　顎外固定

⑴　「１　簡単なもの」とは、おとがい帽を用いて顎外固定を行った場合をいう。

⑵　「２　困難なもの」とは、顎骨骨折の際に即時重合レジン、ギプス包帯等で顎外固定を行った場合又は歯科領域における習慣性顎関節脱臼の処置に際して顎帯による牽引又は固定を行った場合をいう。

Ｉ０１８　歯周治療用装置

⑴　歯周治療用装置とは、重度の歯周病で長期の治療期間が予測される歯周病の患者に対して、治療中の咀嚼機能の回復及び残存歯への咬合の負担の軽減等を目的とするために装着する冠形態又は床義歯形態の装置をいう。

⑵　「注1」の「歯周組織検査」とは、一連の歯周基本治療が終了した後、区分番号Ｊ０６３に掲げる歯周外科手術の「３　歯肉切除手術」又は区分番号Ｊ０６３に掲げる歯周外科手術の「４　歯肉剥離掻爬手術」の要否を診断するために行われる区分番号Ｄ００２に掲げる歯周組織検査の「２　歯周精密検査」をいう。

⑶　冠形態のものを連結してブリッジタイプの装置を製作した場合は、ポンティック（ダミー）部分は１歯につき「１　冠形態のもの」の所定点数により算定する。

⑷　歯周治療用装置の所定点数には、印象採得、咬合採得、装着、調整指導、修理等の基本的な技術料及び床義歯型の床材料料等の基本的な保険医療材料料は所定点数に含まれ別に算定できない。なお、設計によって歯周治療用装置に付加される部分、すなわち人工歯、鉤及びバー等の費用については別途算定できる。

Ｉ０１９　歯冠修復物又は補綴物の除去

⑴　歯冠修復物又は補綴物の除去において、除去の費用を算定できる歯冠修復物又は補綴物は、第12部に掲げる充填、鋳造歯冠修復、帯環金属冠、歯冠継続歯、ジャケット冠、支台築造であり、暫間被覆冠、仮封セメント、ストッピング等は含まれない。なお、同一の歯牙について２個以上の歯冠修復物（支台築造を含む）又は欠損補綴物の除去を一連に行った場合においては主たる、歯冠修復物(支台築造を含む。)又は欠損補綴物の除去に対する所定点数のみを算定する。

⑵　ポンティック（ダミー）及び歯冠継続歯破損の場合において、その一部の人工歯を撤去することにより修理可能な場合又は有床義歯の鉤を除去し調整を行うことにより義歯調整の目的が達成される場合に限り、所定点数を算定できる。

⑶　燐酸セメントの除去料は算定できない。

⑷　歯冠修復物又は補綴物の除去後に行う齲蝕処置等の費用については、所定点数に含まれ別に算定できない。

⑸　鉤歯の抜歯後あるいは鉤の破損等のために不適合となった鉤を連結部から切断した場合には、修理又は床裏装を前提としても除去料を算定する。

⑹　「２　困難なもの」の「困難なもの」とは、全部鋳造冠、当該歯牙が急性の歯髄炎若しくは歯根膜炎に罹患している場合であって、患者が苦痛を訴えるため除去が困難な鋳造歯冠修復物の除去をいう。

⑺　「２　困難なもの」により算定するものは、⑹の他、以下のものをいう。

イ　金属ピンの撤去（１本につき）

ロ　滑面板の撤去

ハ　整復装置の撤去（３分の１顎につき）

ニ　ポンティック（ダミー）のみの除去（切断部位１か所につき）

ホ　歯冠修復物が連結して装着されている場合において、破損等のため連結部分を切断しなければ、一部の歯冠修復物を除去できないときの切断

ヘ　歯間に嵌入した有床義歯の除去に際し、除去が著しく困難なため当該義歯を切断して除去を行った場合

⑻　「３　根管内ポストを有する鋳造体の除去」の「根管内ポストを有する鋳造体」とは歯根の長さの３分の１以上のポストにより根管内に維持を求めるために製作された鋳造体をいう。

⑼　根管内ポストを有する鋳造体の歯冠部が破折し、ポストのみを根管内に残留する状態にある鋳造体の除去についても、本区分の所定点数により算定する。

⑽　本区分を算定した場合は、除去した歯冠修復物又は補綴物の部位及び種類を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

Ｉ０２１　根管内異物除去

⑴　当該費用を算定できる異物とは、根管内で破折したため除去が著しく困難なもの（リーマー等）をいう。

⑵　当該医療機関において行なわれた治療に基づく異物について除去を行なった場合においては、当該点数を算定することはできない。

Ｉ０２２　有床義歯床下粘膜調整処置（１顎につき）

旧義歯が不適合で床裏装や再製が必要とされる場合に、床裏装や再製に着手した日以前において、有床義歯床下粘膜異常に対してそれを調整するために、旧義歯を調整しながら、粘膜調整材を用い有床義歯床下粘膜調整を行った場合は、当該義歯の調整を含めて、１顎１回につき算定する。なお、当該点数を算定した場合は、区分番号Ｍ０３６に掲げる有床義歯調整料は算定しない。

Ｉ０２３　心身医学療法

⑴　「心身医学療法」とは、心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科保険医療機関からの区分番号Ｂ００９に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)の算定に基づく歯科口腔領域に係る心因性疾患の治療の依頼（医科歯科併設の保険医療機関であって心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科診療科が設置されている場合は、院内紹介に係る文書に基づく紹介）のを受けて、確定診断が可能な医科保険医療機関と連携して治療計画を策定し、当該治療計画に基づき身体的傷病と心理・社会的要因との関連を明らかにするとともに、当該患者に対して心理的影響を与えることにより、症状の改善又は傷病からの回復を図る自律訓練法等をいう。

⑵　心身医学療法は、当該療法に習熟した歯科医師によって確定診断が可能な医科保険医療機関と連携して行われた場合に算定する。

⑶　初診時には診療時間が30分を超えた場合に限り算定できる。この場合において診療時間とは、歯科医師自らが患者に対して行う問診、理学的所見(視診、聴診、打診及び触診)及び当該心身医学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。なお、初診時に心身医学療法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診療に要した時間を記載する。

⑷　心身医学療法を算定する場合にあっては、診療報酬明細書の傷病名欄において、心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「(心身症)」と記載し、摘要欄には確定診断を行なった医科保険医療機関名（医科歯科併設の保険医療機関であって心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科診療科が設置されている場合は、確定診断を行なった診療科名）、紹介年月日、治療の内容、開始した時間及び終了した時間を記載すること。

例　「舌痛症(心身症)」

⑸　心身医学療法を行った場合は、確定診断が可能な医科保険医療機関からの診療情報提供料Ｉに基づく文書（医科歯科併設の保険医療機関であって心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科診療科が設置されている場合は、院内紹介に係る文書）を添付するとともに、治療の方法、内容、開始した時間及び終了した時間を診療録に記載する。

⑹　入院の日及び入院の期間の取扱いについては、入院基本料の取扱いの例による。

⑺　入院精神療法、通院精神療法又は標準型精神分析療法を算定している患者については、心身医学療法は算定できない。

Ｉ０２４　鼻腔栄養（１日につき）

医科点数表区分番号Ｊ１２０に掲げる鼻腔栄養の例により算定する。

Ｉ０２５　酸素吸入（1日につき）

医科点数表区分番号Ｊ０２４に掲げる酸素吸入の例により算定する。

Ｉ０２６　高気圧酸素治療（１日につき）

⑴　「高気圧酸素治療」は次の疾患に対して行う場合に限り、１日につき所定点数を算定する。

イ　放射線又は抗癌剤治療と併用される悪性腫瘍

ロ　難治性潰瘍を伴う末梢循環障害

ハ　皮膚移植又は皮弁移植

ニ　口腔・顎・顔面領域の慢性難治性骨髄炎又は放射線壊死

⑵　２絶対気圧以上の治療圧力が１時間に満たないものについては、１日につき区分番号Ｉ０２５に掲げる酸素吸入により算定する。

⑶　高気圧酸素治療を行なうに当たっては、関係学会より留意事項が示されているので、これらの留意事項を十分参考とすべきものである。

⑷高気圧酸素療法と人工呼吸を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

⑸　高気圧酸素治療に使用した酸素及び窒素の費用については、区分番号Ｉ０８２に掲げる酸素加算により算定する。

Ｉ０２７　人工呼吸

⑴　高気圧酸素療法と人工呼吸を同一日に行った場合は、主たるものの所定点数のみにより算定する。

⑵　人工呼吸と医科点数表区分番号Ｄ２２０に掲げる呼吸心拍監視、医科点数表区分番号Ｄ２

２３に掲げる経皮的動脈血酸素飽和度測定又は医科点数表区分番号Ｄ２２５－２に掲げる非観血的連続血圧測定を同一日に行った場合は、これらにかかる費用は人工呼吸の所定点数に含まれる。

⑶　人工呼吸と酸素吸入をあわせて行った場合に使用した酸素及び窒素の費用については、区分番号Ｉ０８２に掲げる酸素加算により算定する。

第２節　処置医療機器等加算

Ｉ０８０　ラバー加算

ラバーダム防湿法を行った場合のラバーの費用としての10点加算は、１顎を単位に算定する。ただし､いわゆるミニラバーダム防湿法を行った場合は算定できない。

Ｉ０８１　周辺装置加算

⑴　周辺装置加算は、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者、又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合であって、切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置を行った場合に、処置等の主たるものの所定点数に加算する。

⑵　同時にエアタービン及び歯科用電気エンジンを使用した場合は、いずれか一方を加算する。

Ｉ０８２　酸素加算

医科点数表区分番号Ｊ２０１に掲げる酸素加算の例により算定する。

第３節　特定薬剤料

Ｉ１００　特定薬剤

⑴　１回の処置に特定薬剤を２種以上使用した場合であっても、使用した特定薬剤の合計価格から40円を控除した残りの額を10円で除して得た点数について１点未満の端数を切り上げて特定薬剤料を算定する。

⑵　特定薬剤を使用した場合であっても、１回の処置又は手術に使用した特定薬剤の合計価格が40円（４点）以下の場合は、特定薬剤料は算定できない。

⑶　上記⑴及び⑵でいう１回の処置とは、処置の部に掲げられている各区分の所定点数を算定する単位を１回とする。

⑷　歯科用フラジオマイシン貼布剤は、歯科領域における抗生物質の使用基準の第３適応症並びに標準的使用法及び量の項のうち、「４　抜歯創（抜歯後の疼痛症を含む。）」及び「12　手術（手術後の処置の場合に限る。）」について使用する。

なお、抜歯創に対する使用は、貼布剤１枚を標準とし、その他の適応症に際しては必要の限度において使用する。

⑸　テトラ・コーチゾン軟膏及びヂヒドリン軟膏の使用量は、テラ・コートリル軟膏の場合と同様とする。

⑹　プレステロン軟膏、テラ・コートリル軟膏は、抜歯窩に使用することは軟膏の基剤が吸収されずに異物として残り、治癒機転を妨げるので妥当ではないので、算定は認められない。

⑺　薬価基準第４部歯科用薬剤、外用薬⑴に収載されている薬剤のうち、軟組織疾患に使用する薬剤を外用薬として投与することは、歯科医師が自ら貼薬しなければ薬効が期待できない場合を除き認められる。

⑻　智歯周囲炎の歯肉弁切除を行った場合に使用した歯科用包帯剤の費用は算定できない。なお、歯科用包帯剤を歯牙再植術に創面の保護の目的で使用した場合に限り特定薬剤として算定できる。ただし、ドライソケットの場合はこの限りではない。

第４節　特定保険薬剤料

Ｉ２００　特定保険医療材料料

特定保険医療材料は、「特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)」の別表第５の歯科点数表の第２章第８部及び第９部並びに第12部に規定する特定保険医療材料により算定する。

第９部　手　術

［通則］

１　「通則１」、「通則２」及び「通則３」は、手術料算定の内容には次の３通りあることを示しており、輸血料については、手術料の算定がなくとも単独で算定できる。

⑴　手術料（＋薬剤料又は特定保険医療材料料等）

⑵　手術料＋輸血料（＋薬剤料又は特定保険医療材料料等）

⑶　輸血料（＋薬剤料又は特定保険医療材料料等）

２　手術料の所定点数とは手術料の項に掲げられた点数及び注加算の合計点数をいい、通則の加算点数は含まない。

３　通則の加算方法は手術料の所定点数に通則中の各加算を足し合わせたものの合計で算定する。

４　手術当日に行われる手術に伴う処置（ギプスを除く。）、検査における診断穿刺・検体採取及び注射の手技料は、特に規定する場合を除き、術前、術後を問わず算定できない。また、内視鏡を用いた手術を行う場合、同時に行う内視鏡検査料は別に算定できない。ここでいう「診断穿刺・検体採取」とは、医科点数表第３部検査第４節診断穿刺・検体採取料に係るものである。

５　手術に当たって通常使用される保険医療材料（包帯、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）、外皮用殺菌剤、患者の衣類の費用及び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、厚生労働大臣が別に定める特定保険医療材料及び１回の手術に使用される特定薬剤の総量価格が40円を超える場合（特定薬剤にあっては、１２０点以上の手術又は特に規定する手術に使用した場合を除く。）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特定薬剤の費用を算定できる。

６　「通則５」による５歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対する加算及び「通則６」による極低出生体重児、新生児又は３歳未満の乳幼児に対する加算は、第１節の手術料の所定点数のみに対する加算である。

７　「通則５」における著しく歯科診療が困難な障害者の100分の50加算は、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行なうことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に算定する。

８　「通則５」における加算において５歳未満の乳幼児が著しく歯科診療が困難な障害者である場合の100分の50加算は、乳幼児加算のみを算定する。

９　「通則５」、「通則６」及び「通則９」の適用範囲は、第１節の手術料に定める手術のみであって、輸血料、手術医療機器等加算、薬剤料、特定薬剤料及び特定保険医療材料料に対しては適用されない。

10　この部における「主たる手術」とは、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいう。

11　「通則８」の加算はＨＩＶ－１抗体価精密測定、ＨＩＶ－２抗体価精密測定によってＨＩＶ抗体が陽性と認められた患者又はＨＩＶ－１核酸同定検査によってＨＩＶ－１核酸が確認された患者に対して観血的手術を行った場合に１回に限り算定する。ただし、同一日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。

12　「通則９」の入院中の患者以外に対する手術の休日加算、時間外加算又は深夜加算は、医科

点数表の例により算定する。

13　「通則９」の入院中の患者に対する手術の休日加算又は深夜加算は、医科点数表の例により算定する。

14　「通則９」の休日加算、時間外加算又は深夜加算の対象となる時間の取扱いは初診料と同様である。また、「通則９」の加算に係る適用の範囲及び「所定点数」については、「通則５」の加算の取扱いと同様である。

15　緊急のため保険医療機関の表示する診療時間以外の時間に手術を行った場合の時間外加算又は深夜加算は、既に１日の診療の後片付け等が終わった後で、特に手術する必要がある急患のため再度準備を開始する等相当の不測の労力に対する費用として時間外加算等を行う趣旨であるから、時間外であっても予定された手術を行った場合においては時間外等の加算は認められない。

16　「通則９」にいう「所定点数が150点」とは、各区分に規定してある所定点数が150点という趣旨である。ただし、その処置・手術が全体として一体と考えられる手術を行った場合には、個々の所定点数が150点に達しなくとも、それらの合算点数が150点以上のときは加算が認められる。

17　歯科領域における緊急疾病の場合（時間外）、例えば外傷時における手術で２本以上の歯を抜歯する場合であって、全体として一体と考えられる手術を行う場合においては、それぞれの抜歯の所定点数が150点に達しなくても、各抜歯の所定点数の合算点数が150点以上のときは、「通則９」の加算が認められる。

18　手術を開始した後、患者の病状の急変等やむを得ない事情により手術を中途で中絶せざるを得なかった場合においては、当該中絶までに施行した実態に最も近似する手術項目の所定点数により算定する。

19　「通則10」の加算は、次のいずれかに該当する患者に対して全身麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を伴う観血的手術を行った場合に１回に限り算定する。ただし、同一日に複数の手術を行った場合は、主たる手術についてのみ加算する。

イ　感染症法に基づく医師から都道府県知事等への届出のための基準により医師により届け出が義務付けられているメチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症の患者（診断した医師の判断により、症状や所見から当該疾患が疑われ、かつ、病原体診断がなされたもの。）

ロ　ＨＢs又はＨＢe抗原精密測定によって抗原が陽性と認められたＢ型肝炎患者

ハ　ＨＣＶ抗体価精密測定又はＨＣＶ抗体価検査によってＨＣＶ抗体が陽性と認められたＣ型肝炎患者

ニ　微生物学的検査により結核菌を排菌していることが術前に確認された結核患者

20　「通則12」でいう「特に規定する場合」とは、各区分における手術名の末尾に両側と記入したものを指す。なお、この場合において、両側にわたり手術を行う医療上の必要性がなく片側の手術のみを行った場合であっても、両側に係る所定点数を算定することができる。

21　歯科訪問診療は常時寝たきりの状態等である療養中の患者について実施されるものであるが、消炎鎮痛、有床義歯の調整等の訪問診療で求められる診療の重要性を考慮し、当該患者に行った抜髄、感染根管処置、抜歯（乳歯、前歯及び臼歯に限る。）、口腔内消炎手術（歯肉膿瘍等に限る。）、有床義歯修理及び有床義歯調整料について所定点数に所定点数の100分の50を加算する。

22　「通則13」の同一手術野又は同一病巣の算定は、医科点数表の例により算定する。ただし、区分番号Ｊ０００に掲げる抜歯手術から区分番号Ｊ００４－３に掲げる歯の移植手術を単独で行う場合については、個々の区分により規定する算定単位に応じて算定を行なうものとする。

23　同一手術野又は同一病巣に対して複数の手術を行なった場合であっては、主たる手術の所定点数により算定し、従たる手術においては診療録に手術の名称、手術の内容、部位等を記載すること。

24　第９部に規定する以外の項目については、医科点数表第２章第１０部「手術」の例により算定する。

第１節　手術料

Ｊ０００　抜歯手術

⑴　抜歯の費用は、歯又は残根の全部を抜去した場合に算定する。

⑵　歯の破折片の除去に要する費用は、区分番号Ｊ０７３に掲げる口腔内軟組織異物（人工物）除去「1　簡単なもの」の所定点数により算定する。この場合、浸潤麻酔のもとに破折片を除去した場合には区分番号Ｋ００１に掲げる浸潤麻酔料及び使用麻酔薬剤料のそれぞれを算定する。

⑶　抜歯と同時に歯肉を剝離して、歯槽骨整形手術等を行った場合の費用は、当該抜歯手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑷　歯周疾患を原因とせず髄床底の根管側枝を介する感染等を原因とする歯根分岐部の病変に対して、歯根分割を行い分岐部病変の掻爬を行って歯の保存を図った場合は、１歯につき「３　臼歯」により算定する。

⑸　「４　難抜歯」とは、歯根肥大、骨の癒着歯等に対して骨の開さく又は歯根分離術等を行った場合をいう。高血圧等の全身状態との関連から、単に抜歯にあたり注意を要する抜歯については、「４　難抜歯」に含まない。

⑹　難抜歯において、完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止した場合における費用は、難抜歯の所定点数により算定する。

⑺　当該保険医療機関において行なった治療に基づかない上顎洞へ陥入した歯の除去に要する費用は、抜歯窩より行う場合は、「４　難抜歯」の所定点数により算定する。また、犬歯窩を開さくして除去する場合は、区分番号Ｊ０８６に掲げる上顎洞開窓術の所定点数により算定する。なお、当該保険医療機関において行なった治療に基づき上顎等へ陥入した歯の除去に要する費用は、当該抜歯手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

⑻　「５　埋伏歯」とは、骨性の完全埋伏歯又は歯冠部が３分の２以上の骨性埋伏である水平埋伏智歯をいう。

⑼　埋伏智歯の抜去に際し、第二大臼歯を抜去したのち当該埋伏智歯を抜去し、第二大臼歯を再植する術式は妥当でないので認められない。

⑽　埋伏智歯の隣接歯牙を抜去し、同時に埋伏（水平）智歯を抜去した場合は、抜去すべき隣接歯牙が難抜歯であるときは当該隣接歯牙について、難抜歯の所定点数により算定する。

⑾　当該保険医療機関において行なった治療に基づかない口腔底に迷入した下顎智歯の摘出手術に要する費用は区分番号Ｊ０１５に掲げる口腔底腫瘍摘出術の所定点数により算定する。なお、当該保険医療機関において行なった治療に基づく場合は当該抜歯手術の所定点数に含

まれ、別に算定できない。

⑿　抜歯の際、局所麻酔とあわせて使用した抗生物質製剤の注射については、第６部注射の費用の算定方法により算定する。この場合の局所麻酔の費用は、当該抜歯手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。ただし、抜歯のための術前処置として手術野の消毒・麻酔等を行い、抜歯の態勢に入ったが、脳貧血等の患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止した場合は、抜歯手術は算定できないが、麻酔料は別に算定できる。その場合、抜歯中止の理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

Ｊ００１　ヘミセクション（分割抜歯）

⑴　複根歯において必要があって保存し得る歯根を残して分割抜歯を行った場合の費用は、所定点数により算定する。

⑵　ヘミセクション（分割抜歯）と同時に歯肉を剝離して、歯槽骨整形手術等を行った場合の費用は、ヘミセクション（分割抜歯）の所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｊ００２　抜歯窩再掻爬手術

抜歯窩に対して再掻爬手術を行った場合は１歯に相当する抜歯窩を単位として所定点数を算定する。

Ｊ００３　歯根嚢胞摘出手術

⑴　歯根嚢胞摘出手術において歯冠大とは当該歯根嚢胞の原因歯となった歯の歯冠大をいう。

⑵　歯根嚢胞摘出手術と歯槽骨整形手術を同時に行った場合は、当該歯槽骨整形手術の費用は、歯根嚢胞摘出手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｊ００４　歯根端切除手術（１歯につき）

⑴　歯根端切除手術は１歯単位に算定する。また、歯根端切除手術と同時に行った根管充填については別に算定できる。

⑵　歯根端切除手術を行うに際して、歯根端切除部の根管の閉鎖を行った場合の費用は、歯根端切除手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

⑶　次に掲げる手術は認められない。

イ　乳歯に対する歯根端切除手術

ロ　歯冠修復物のある歯の歯根端切除手術を行った際における、根尖孔にレジン充填を行う術式

ハ　歯根端掻爬手術

ニ　歯冠修復物の除去を避けるために実施される歯根端切除手術

⑷　当該保険医療機関において行なった治療に基づかない、根管外に突出した異物又は顎骨内に存在する異物等を、骨の開さくを行って除去した場合は、同一の骨の開さくにおいて除去した異物の数にかかわらず、１回につき本区分の所定点数で算定する。なお、歯根端切除手術と同時に行った顎骨内異物除去の費用は、歯根端切除手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｊ００４－２　歯の再植術

⑴　外傷性の歯の脱臼に対して歯の再植術を行った場合に算定する。

⑵　再植術と併せて、同時に行なった抜髄及び根管充填に係る費用は、区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄及び区分番号Ｉ００８に掲げる根管充填に限り別に算定できる。

⑶　幼若永久前歯の外傷性歯牙脱臼時に再植術を行い、歯内療法を後日実施した場合には歯内

療法に係る費用は別に算定できる。

⑷　診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に、手術部位及び再植の原因又は理由を記載する。

Ｊ００４－３　歯の移植手術

⑴　保存不適で抜歯した歯の抜歯窩に、同一患者から抜歯と同時に抜去した埋伏歯又は智歯を抜歯と同時に移植した場合に限り算定する。

⑵　歯の移植術と一連で行なった抜髄及び根管充填に係る費用は、区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄及び区分番号Ｉ００８に掲げる根管充填に掲げる所定点数に限り別に算定できる。

⑶　診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に、手術部位及び移植の原因又は理由を記載する。

Ｊ００５　歯肉息肉除去手術

「歯肉息肉除去手術」とは息肉(ポリープ)状に増殖した歯肉により齲窩や歯質欠損部が覆われた状態において、この歯肉息肉を除去しなければ抜髄、感染根管処置が行えない場合に限り算定する。

Ｊ００６　歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術

⑴　歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術の費用は、１歯に相当する範囲を単位として所定点数により算定する。

⑵　感染根管処置を行うに当たり、根管側壁、髄室側壁又は髄床底に穿孔がある場合に、当該穿孔の封鎖を歯肉の剥離を行なって実施した場合は、本区分の所定点数及び保険医療材料料を算定する。

⑶　区分番号Ｊ０６３に掲げる歯周外科手術の「４　歯肉剥離掻爬手術」と同時に骨代用物質を歯槽骨欠損部に挿入した場合は、術野又は病巣を単位として本区分の所定点数により算定する。Ｊ００７　顎骨切断端形成術顎骨腫瘍の摘出等を行い、治癒後に口蓋補綴、顎補綴を行うに当たり顎骨断端の鋭縁等の整形手術を行った場合に算定する。

Ｊ００８　歯肉、歯槽部腫瘍手術（エプーリスを含む）

「歯肉、歯槽部腫瘍手術」とは、歯肉又は歯槽部に生じた良性腫瘍又は嚢胞（歯根嚢胞を除く。）を摘出する手術をいう。

Ｊ００９　浮動歯肉切除術

浮動歯肉切除術は、有床義歯を製作するに当たり義歯床の安定を阻害する浮動歯肉（義歯性線維腫（症）を含む。）の切除を行った場合に限り算定する。

Ｊ０１０　顎堤形成術

⑴　「１　簡単なもの」とは義歯の製作に当たり口腔前庭を拡張することにより顎堤の形成を行ったもの又は口腔前庭形成手術をいう。

⑵　「２　困難なもの（２分の１顎未満）」及び「３　困難なもの（２分の1顎以上）」とは、腫瘍摘出等による顎欠損に対して当該摘出術とは別の日に、骨移植及び人工骨の挿入等により顎堤の形成を行ったものをいう。

⑶　⑵について、口腔内からの骨片の採取及び人工骨の挿入に要する費用については、「２　困難なもの」の所定点数に含まれる。

⑷　口腔外から骨片を採取して骨移植術を行った場合は、区分番号Ｊ０６３－２に掲げる骨移植術（軟骨移植術を含む）の所定点数を併せて算定する。なお、骨片切採術の手技料は区分番号Ｊ０６３－２に掲げる骨移植術（軟骨移植術を含む）の所定点数に含まれ、骨移植に用いる骨片をその必要があって２か所（例えば脛骨と骨盤）から切除した場合であっても当該

骨の採取術に係る手技料は算定できない。

⑸　顎堤形成術の所定点数には、手術のために使用する床の製作に要する費用を含むものであるが、義歯を作成して手術のために使用した場合は別に有床義歯の所定点数を算定する。

Ｊ０１１　上顎結節形成術

上顎結節形成術は上顎臼後結節が偏平となっているものに対して、義歯の安定を図るために上顎結節部を形成した場合に算定する。

Ｊ０１２　おとがい神経移動術

おとがい神経移動術は、おとがい孔部まで歯槽骨吸収が及び、義歯装着時に神経圧迫痛があるため、義歯の装着ができないと判断される患者に対し、行った場合に算定する。

Ｊ０１３　口腔内消炎手術

⑴　口腔内消炎手術は炎症病巣に対して口腔内より消炎手術を行うものであり、同一病巣に対する消炎手術を同時に２以上実施しても、主たる手術の所定点数のみにより算定する。

⑵　辺縁性歯周炎の急性発作に対する消炎手術は「２　歯肉膿瘍等」により算定する。

⑶　顎炎及び顎骨骨髄炎に対して骨の開さく等を行い、消炎を図った場合は、「４　顎炎又は額骨骨髄炎等」の該当項目により算定する。なお、顎炎とは顎骨内の感染を初発とする広範囲にわたる炎症をいう。

⑷　算定に際しては、消炎手術を実施した部位、症状、術式、切開線の長さ等を診療録に記載し、診療報酬明細書の摘要欄に消炎手術を実施した部位を記載した場合に限り算定できる。

⑸　広範囲の顎骨骨髄炎の手術として抜歯を行い、更に骨を穿孔して排膿を計った場合の、抜歯の費用は当該点数に含まれ別に算定できない。なお、当該手術と抜歯を一連で行なった場合においては診療報酬明細書の摘要欄に抜歯した歯の部位を記載する。

Ｊ０１５　口腔底腫瘍摘出術

「口腔底腫瘍摘出術」とは、口腔底に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

Ｊ０１６　口腔底悪性腫瘍手術

⑴　口腔底悪性腫瘍手術その他の悪性腫瘍手術の加算の対象となる頚部郭清術（ネックディセクション）とは、単なる病変部のリンパ節の清掃ではなく、片側又は両側の頚部領域組織の徹底的な清掃を行う場合をいう。

⑵　他の手術に併せて行った頚部リンパ節の単なる郭清の加算は所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、単独に行った場合は、医科点数表区分番号Ｋ６２７に掲げるリンパ節群郭清術の「２　頚部（深在性）」により算定する。

Ｊ０１７　舌腫瘍摘出術

「舌腫瘍摘出術」とは、舌に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

Ｊ０１９　口蓋腫瘍摘出術

「口蓋腫瘍摘出術」とは、口蓋に生じた良性腫瘍又は嚢胞（歯根嚢胞を除く）を摘出する手術をいう。

Ｊ０２２　顎・口蓋裂形成手術

顎・口蓋裂形成手術の２次手術において、腸骨海綿骨移植を行った場合は、「３　顎裂を伴うもの」の所定点数に併せて、区分番号Ｊ０６３－２に掲げる骨移植術（軟骨移植術を含む）の所定点数により算定する。

Ｊ０２４－３　軟口蓋形成手術

いびきに対する軟口蓋形成手術を行った場合に限り算定する。

Ｊ０２７　頬、口唇、舌小帯形成術

⑴　「頬、口唇、舌小帯形成術」は、次の場合に算定する。

イ　頬、口唇、舌小帯に対する形成手術を行った場合

ロ　頬、口唇、舌小帯に対する切離移動術を行った場合

ハ　小帯等を切除して開窓術を行った場合

二　ピエール・ロバン症候群の患者に対し、舌の前方牽引を行った場合

⑵　⑴に掲げる手術を、複数の小帯に対して行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。

Ｊ０３０　口唇腫瘍摘出術

「口唇腫瘍摘出術」とは、口唇に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

Ｊ０３３　頬腫瘍摘出術

⑴　「頬腫瘍摘出術」とは、頬部に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

⑵　下顎角部又は下顎枝に埋伏している下顎智歯を、口腔外より摘出を行った場合は、本区分により算定する。

Ｊ０３４　頬粘膜腫瘍摘出術

「頬粘膜腫瘍摘出術」とは、頬粘膜に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

Ｊ０３６　術後性上顎嚢胞摘出術

「２　篩骨蜂巣に及ぶもの」とは、術後性上顎嚢胞摘出術のうち、手術の範囲が篩骨蜂巣にまで及ぶものをいう。

Ｊ０３７　上顎洞口腔瘻閉鎖術

⑴　「２　困難なもの」とは、陳旧性のもの又は減張切開等を必要とするものをいう。

⑵　上顎洞へ抜歯窩より穿孔がある場合の閉鎖手術については、新鮮創であっても減張切開等を必要とする場合は、上顎洞口腔瘻閉鎖術の「２　困難なもの」の所定点数により算定する。

⑶　「３　著しく困難なもの」とは、腫瘍摘出後等による比較的大きな穿孔に対して、粘膜弁移動術、粘膜移植術等により閉鎖を行うものをいう。なお、口腔粘膜弁の作製・移動術及び口腔粘膜移植術の費用は「３　著しく困難なもの」の所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑷　「３　著しく困難なもの」について植皮術を併せて行った場合は区分番号Ｊ０８９に掲げる全層、分層植皮術又は区分番号Ｊ０９０に掲げる皮膚移植術の所定点数を合算して算定する。

⑸　「３　著しく困難なもの」について、口腔粘膜弁及び口腔粘膜移植以外の区分番号Ｊ０９１に掲げる皮弁作成術、移動術、切断術、遷延皮弁術から区分番号Ｊ０９７に掲げる粘膜移植術までの手術を併せて行った場合は主たる手術の所定点数に従たる手術の所定点数の100分の50を加算して算定する。

⑹　腫瘍摘出等により上顎洞又は鼻腔に比較的大きな穿孔を生じた場合の閉鎖術は「３　著しく困難なもの」により算定する。

⑺　埋伏歯の抜去や顎骨骨内病巣を除去し、後日二次的に創腔の閉鎖を行った場合は、「１　簡単なもの」により算定する。

Ｊ０４１　下顎骨離断術

下顎骨骨折により、顎偏位のままで異常癒着を起し、咬合不全を伴っている場合に異常癒着

部を離断し整復を行った場合は、本区分の所定点数により算定する。

Ｊ０４２　下顎骨悪性腫瘍手術

顎骨に生ずるエナメル上皮腫に対する手術は、「１　切除」又は「２　切断」の各区分により算定する。また、単胞性エナメル上皮腫の手術の場合も同様に「１　切除」又は「２　切断」の各区分により算定する。

Ｊ０４３　顎骨腫瘍摘出術（歯根嚢胞を除く。）

⑴　「顎骨腫瘍摘出術」とは、顎骨内に生じた良性腫瘍又は嚢胞（歯根嚢胞を除く。）を摘出する手術をいう。

⑵　萌出困難な歯牙に対して開窓術（歯槽骨及び被覆粘膜を切除する手術）を行った場合は、「１　長径３センチメートル未満」により算定する。

⑶　顎骨腫瘍摘出術と同時に行った原因歯の抜歯手術に要する費用は、顎骨腫瘍摘出術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑷　濾胞性歯嚢胞の摘出とともに原因歯の抜去を行った場合の抜歯手術の費用は、顎骨腫瘍摘出術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｊ０４５　口蓋隆起形成術

義歯の装着に際して口蓋隆起が著しい障害となるような症例に対して、口蓋隆起を切除、整形した場合に算定する。

Ｊ０４６　下顎隆起形成術

義歯の装着に際して下顎隆起が著しい障害となるような症例に対して、下顎隆起を切除、整形した場合に算定する。

Ｊ０４７　腐骨除去手術

２歯までの範囲であれば顎骨に及ぶものであっても「１　歯槽部に限局するもの」により算定する。

Ｊ０４８　口腔外消炎手術

⑴　口腔外消炎手術における長さ（２センチメートル未満等）とは、膿瘍、蜂窩織炎等の大きさをいい、切開を加えた長さではない。

⑵　重症な顎炎等に対して複数の切開により、口腔外からの消炎手術を行った場合は、「２のイ　３分の１顎以上の範囲のもの」により算定する。

⑶　広範囲で極めて重症な顎炎等に対して、中・下頸部又は鎖骨上窩等を切開し、口腔外から消炎手術を行った場合は、「２のロ　全顎にわたるもの」により算定する。

Ｊ０５３　唾石摘出術

⑴　「１　表在性のもの」とは、導管開口部分付近に位置する唾石をいう。

⑵　「２　深在性のもの」とは、腺体付近の導管等に位置する唾石をいう。

⑶　外部より唾石及び唾液腺を併せて摘出したものについては、「２　深在性のもの」により算定する。

Ｊ０５９　耳下腺腫瘍摘出術

「耳下腺腫瘍摘出術」とは、耳下腺に生じた良性腫瘍又は嚢胞を摘出する手術をいう。

Ｊ０６３　歯周外科手術（３分の１顎につき）

⑴　歯周外科手術とは、区分番号Ｄ００２に掲げる歯周組織検査の「２　歯周精密検査」に規定する歯周精密検査の結果に基づき行われる歯周ポケット掻爬術、新付着手術、歯肉切除手

術、歯肉剥離掻爬手術をいう。なお、歯周外科手術の実施にあたっては、「歯周病の診断と治療のガイドライン」（平成８年３月）を参考とすること。

⑵　歯周外科手術と同時に行われる区分番号Ｉ０１１に掲げる歯周基本治療の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑶　歯周ポケット掻爬術とは、縫合又はパックを伴うものであり、その費用は所定点数に含まれる。

⑷　「注２」の「簡単な暫間固定」とは、固定源となる歯を歯数に含めない４歯未満の暫間固定をいう。

⑸　歯周外科手術を伴う場合の固定源となる歯を歯数に含めない４歯以上の暫間固定の費用は、歯周外科手術とは別に区分番号Ｉ０１４に掲げる暫間固定の「２　困難なもの」の所定点数により算定する。

⑹　暫間固定に当たって印象採得を行った場合は１装置につき区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「３　副子」を、咬合採得を行った場合は、１装置につき、装置の範囲に相当する歯数が８歯以下の場合は区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のロの⑴　少数歯欠損」、装置の範囲に相当する歯数が９歯以上は区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のロの⑵　多数歯欠損」又は装置の範囲に相当する歯数が全歯にわたる場合は区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のロの⑶　総義歯」の所定点数を、装着を行った場合には１装置につき区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「３　副子の装着の場合」の所定点数及び装着材料料を、算定できる。ただし、エナメルボンドシステムにより連結固定を行った場合は、装着料及び装着材料料は別に算定できない。

⑺　歯肉剥離掻爬手術と併せて、区分番号Ｊ０６３－２に掲げる骨移植術（軟骨移植術を含む）を行った場合は、歯肉剥離掻爬手術及び区分番号Ｊ０６３－２に掲げる骨移植術（軟骨移植術を含む）のそれぞれの所定点数を併せて算定する。

⑻　区分番号Ａ００４－８に掲げる歯科疾患継続指導料の算定期間中にあっては、歯周外科手術に係る費用は別に算定できない。

Ｊ０６３－２　骨移植術（軟骨移植術を含む）

⑴　「１のイ　簡単なもの」とは、当該患者の口腔内から採取した骨片等の移植を行った場合をいう。

⑵　「１のロ　困難なもの」とは、当該患者の口腔外から採取した骨片等の移植を行った場合をいう。

⑶　「２　同種骨移植」とは、同種骨移植をいい、特定保険医療材料である人工骨等を用いた場合は算定できない。

⑷　骨移植術を行った場合は、他の手術の所定点数に骨移植術の所定点数を併せて算定できる。なお、骨移植術の所定点数には、骨片切採術の手技料は含まれ、骨移植術において骨移植に用いる骨片をその必要があって２か所（例えば脛骨と骨盤）から切除した場合であっても当該採取にかかる手技料は別に算定できない。

⑸　移植術は、採取した骨片を複数か所に移植した場合も、1回の算定とする。

⑹　「1　自家骨移植」の「ロ　困難なもの」において、骨片採取のみに終わり骨移植に至らない場合については、本区分を算定せず、区分番号Ｊ０６３－３に掲げる骨（軟骨）組織採取術を算定する。

⑺　自家骨軟骨移植術を行った場合は、本区分の「1のロ　困難なもの」により算定する。

⑻　同種骨移植を行うにあたっては、日本整形外科学会の作成した「整形外科移植に関するガイドライン」及び「冷凍ボーンバンクマニュアル」等のガイドラインを参考に、適切に行われることが望ましい。

Ｊ０６３－３　骨（軟骨）組織採取術

区分番号Ｊ０６３－２に掲げる骨移植術の「１のロ　困難なもの」の実施にあたり、骨片採取のみに終わり骨移植に至らなかった場合に限り算定する。

Ｊ０６４　歯肉歯槽粘膜形成手術

⑴　「歯肉歯槽粘膜形成手術」とは、歯周疾患の治療において、必要があって各号に掲げる手術を行った場合に算定する。

⑵　「１　歯肉弁側方根尖側移動術」とは、付着歯肉の幅が狭い場合、又は歯周病で深いポケットが存在し、歯肉歯槽粘膜境を超えているような場合に付着歯肉の幅の増加及びコ歯周ポケットの除去を目的として行なった場合に限り算定する。

⑶　「２　歯肉弁歯冠側移動術」とは、歯冠側へ歯肉弁を移動させ露出した歯根面を被覆を目的として行なった場合に限り算定する。

⑷　「３　歯肉弁側方移動術」とは、歯肉退縮によって歯根面の露出している孤立した少数歯の露出部位に隣接歯の辺縁歯肉から側方に歯肉弁を移動させ露出した歯根面を修復すること目的にとして行なった場合に限り算定する。

⑸　「４　遊離歯肉移植術」とは、歯肉の供給側より採取した移植片の歯肉を、付着させる移植側へ移植を行うものであり、転位歯等を抜去した際、隣在歯の歯根面が露出し、知覚過敏等の障害のおそれがあるときに手術を行った場合に限り算定する。ただし、粘膜面への移植は容易であるが、セメント質が露出している歯根面に対してのい移植は困難である。

⑹　「５　口腔前庭拡張術」とは、頬舌側の口腔前庭が浅いために、十分なプラークコントロールが行なえない場合又は歯冠修復物を装着するに際して付着歯肉の幅が著しく狭い場合において口腔前庭の拡張を行なった場合に限り算定する。

⑺　「５　口腔前庭拡張術」と同時に行った小帯（頬、口唇、舌小帯等）の切離移動又は形成の費用は、口腔前庭拡張術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑻　区分番号Ｂ００４－８に掲げる歯科疾患継続指導料の算定期間中にあっては、歯肉歯槽粘膜形成手術に係る費用の算定はできない。

⑼　実施にあたっては、診療録に手術目的、症状、手術部位、手術術式、手術経過等を記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に手術部位、手術目的、手術実施年月日を記載すること。

Ｊ０６６　歯槽骨骨折観血的整復術

歯槽骨骨折に対し、歯肉粘膜を剝離して観血的に歯槽骨の整復を行った場合に算定する。

Ｊ０６９　上顎骨形成術

⑴　「単純な場合」とは上顎骨発育不全症、外傷後の上顎骨後位癒着等に対し、Le Fort Ⅰ型切離により移動を図る場合をいう。

⑵　「複雑な場合及び２次的再建の場合」とは同様の症例に対し、Le Fort Ⅱ型又はLe Fort Ⅲ型切離により移動する場合及び悪性腫瘍手術等による上顎欠損症に対し２次的骨性再建を行う場合をいう。

Ｊ０７０　頬骨骨折観血的整復術

「頬骨骨折観血的整復術」とは、頬骨又は頬骨弓の骨折を観血的に整復する手術をいう。

Ｊ０７１　下顎骨折非観血的整復術

下顎骨折非観血的整復術の「注」の加算は三内式線副子以上を使用する連続歯牙結紮法を行った場合に算定し、これに至らない場合は、所定点数中に含まれ、別に算定できない。

Ｊ０７３　口腔内軟組織異物（人工物）除去術

⑴　「簡単なもの」とは異物（人工物）が比較的浅い組織内にあり、非観血的あるいは簡単な切開で除去できるものをいう。なお、歯の破折片の除去にかかる費用は、「1　簡単なもの」の所定点数により算定する。

⑵　「困難なもの」とは除去に当たって組織の剝離を必要とするものをいう。

⑶　「著しく困難なもの」とは異物の位置が確定できず、なおかつ深部に存在するため大きく深い切開等を必要とするものをいう。

⑷　口腔内軟組織異物（人工物）除去術は、異物の数にかかわらず所定点数を１回に限り算定する。ただし、当該除去物は同一術野で除去できるものに限る。

⑸　「１　簡単なもの」、「２　困難なもの」及び「３　著しく困難なもの」のうち、２以上を同時に行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。

⑹　口腔組織にささっている魚骨を除去した場合の費用は、基本診療料に含まれ、別に算定できない。

Ｊ０７４　顎骨内異物（挿入物）除去術

⑴　「１　簡単なもの」は、顎骨骨折における観血的整復、上顎骨形成術又は下顎骨形成術における顎骨の固定等に用いた金属線又はスクリューの除去を行った場合に算定する。

⑵　「２　困難なもの」は、顎骨骨折における観血的整復、上顎骨形成術又は下顎骨形成術における顎骨の固定等に用いた骨体固定金属板の撤去を行った場合に算定する。

Ｊ０７５　下顎骨形成術

下顎前突のとき下顎両側第一小臼歯を抜歯し、この部位で下顎骨を切断して後退させる下顎前突症手術は、「１　おとがい形成の場合」により算定する。

Ｊ０７６　顔面多発骨折観血的手術

顔面多発骨折観血的手術は上下顎が同時に骨折した場合等、複数の骨に対して観血的手術を行った場合に算定する。

Ｊ０７７　顎関節脱臼非観血的整復術

顎関節脱臼非観血的整復術は、片側につき、所定点数を算定する。

Ｊ０８０　顎関節授動術

⑴　「徒手的授動術」とは顎関節の運動障害を有する患者に対して、パンピング（顎関節腔に対する薬液の注入、洗浄）を行いながら、徒手的に顎関節の授動を図ったものをいう。

　なお、この場合において関節腔に対する薬剤の注入を行った場合は、区分番号Ｇ００７に掲げる関節腔内注射又は区分番号Ｇ００８に掲げる滑液嚢穿刺後の注入を併せて算定する。。

⑵　瘢痕性顎関節強直症に対する手術の費用は「３　開放受動術」により算定する。

⑶　筋突起過長による顎運動障害等で、筋突起形成術を行った場合の費用は「３　開放受動術」により算定する。

Ｊ０８２　歯科インプラント摘出術

他の医療機関で埋植した歯科インプラントを撤去した場合に、当該摘出物の種別に応じて算定する。

Ｊ０８３　顎骨インプラント摘出術

⑴　「顎骨インプラント」とは腫瘍摘出後等による顎骨欠損に対して埋植した人工骨及び人工骨頭等の欠損補綴用人工材料（体内）をいう。

⑵　埋植した顎骨インプラントを感染による化膿や破折等の理由で、やむを得ず摘出した場合に行った顎骨インプラント摘出術は算定できる。ただし、当該医療機関において行われた治療に基づく異物（骨折手術に用いられた金属内副子等を除く。）について除去を行っても区分番号Ｊ０７３に掲げる口腔内軟組織異物（人工物）除去術、区分番号Ｊ０７４に掲げる顎骨内異物（挿入物）除去術及び区分番号Ｊ０８２に掲げる歯科インプラント摘出術においては、所定点数は算定できない。

Ｊ０８４　創傷処理

⑴　創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第１回治療のことである。

⑵　創傷が数か所あり、これを個々に縫合する場合は、近接した創傷についてはそれらの長さを合計して１つの創傷として取り扱い、他の手術の場合に比し著しい不均衡を生じないようにすること。

⑶　「注２」の「露出部」とは、顔面、頸部、上肢にあっては肘関節以下及び下肢にあっては膝関節以下（足底部を除く。）をいう。

⑷　「注３」のデブリードマンの加算は、汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行ったときに限り算定できる。

⑸　当該手術を同一術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

⑹　抜歯又は智歯歯肉弁切除等の術後、後出血を起こし簡単に止血(圧迫等により止血)できない場合における後出血処置の費用は「４　筋肉、臓器に達しないもの（長径５センチメートル未満）」により算定する。

⑺　口腔内における縫合術及び口腔外における縫合術(顔面創傷等の場合)の費用については、大きさ及び深さに応じ、各号の所定点数により算定する。

Ｊ０８４－２　小児創傷処理（６歳未満）

⑴　創傷処理とは、切・刺・割創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合を行う場合の第１回治療のことである。

⑵　創傷が数か所あり、これを個々に縫合する場合は、近接した創傷についてはそれらの長さを合計して１つの創傷として取り扱い、他の手術の場合に比し著しい不均衡を生じないようにすること。

⑶　「注２」の「露出部」とは、顔面、頸部、上肢にあっては肘関節以下及び下肢にあっては膝関節以下(足底部を除く。)をいう。

⑷　「注３」のデブリードマンの加算は、汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行ったときに限り算定でき

る。

⑸　当該手術を同一術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

⑹　抜歯又は智歯歯肉弁切除等の術後、後出血を起こし簡単に止血(圧迫等により止血)できない場合における後出血処置の費用は「８　筋肉、臓器に達しないもの（長径10センチメートル以上）」により算定する。

⑺　口腔内における縫合術及び口腔外における縫合術(顔面創傷等の場合)の費用については、大きさ及び深さに応じ、各号の所定点数により算定する。

Ｊ０８５　デブリードマン

⑴　区分番号Ｊ０８９に掲げる全層、分層植皮術から区分番号Ｊ０９７に掲げる粘膜弁移植術までの手術を前提に行う場合にのみ算定する。

⑵　汚染された挫創に対して行われるブラッシング又は汚染組織の切除等であって、通常麻酔下で行われる程度のものを行ったときに算定する。また、繰り返し算定する場合は、植皮等の範囲（全身に占める割合）を診療報酬明細書の摘要欄に記入する。

⑶　当該手術を同一術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

Ｊ０８６　上顎洞開窓術

当該手術を同一術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

Ｊ０８７　上顎洞根本手術

当該手術を同一術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

Ｊ０８８　リンパ節摘出術

当該手術を同一術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

Ｊ０８９　全層、分層植皮術

デルマトームを使用した場合の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｊ０９０　皮膚移植術

⑴　皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑵　生体皮膚を移植する場合においては、皮膚提供者から移植用皮膚を採取することに要する費用(皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は除く。)については、各所定点数により算出し、皮膚移植術の所定点数に加算する。

⑶　皮膚移植を行った保険医療機関と皮膚移植に用いる移植用皮膚を採取した保険医療機関が異なる場合の診療報酬の請求については、皮膚移植を行った保険医療機関で行うものとし、

当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、皮膚移植者の診療報酬明細書の摘要欄に皮膚提供者の氏名及び療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

⑷　死体皮膚を移植する場合においては、死体から死体皮膚を採取・保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に請求できない。

Ｊ０９３　遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)

区分番号Ｊ０９３に掲げる遊離皮弁術(顕微鏡下血管柄付きのもの)を行うにあたり、微小自動縫合器を使用した場合、医科点数表区分番号Ｋ９３６－３に掲げる微小自動縫合器加算の例により算定する。

Ｊ０９６　自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）

区分番号Ｊ０９６に掲げる自家遊離複合組織移植術(顕微鏡下血管柄付きのもの)を行うにあたり、微小自動縫合器を使用した場合、医科点数表区分番号Ｋ９３６－２に掲げる微小自動縫合器加算の例により算定する。

Ｊ０９８　血管結紮術

当該手術を同一術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

Ｊ０９９　動脈形成術、吻合術

当該手術を同一術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

Ｊ０９９－２　抗悪性腫瘍剤動脈内、静脈又は腹腔持続注入用埋込型カテーテル設置

医科点数表区分番号Ｋ６０６－２に掲げる抗悪性腫瘍剤動脈内持続注入用埋込型カテーテル設置の例により算定する。

Ｊ１００　血管移植術、バイパス移植術

当該手術を同一術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

Ｊ１００－２　中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置

医科点数表区分番号Ｋ６１８に掲げる中心静脈栄養用埋込型カテーテル設置の例により算定する。

Ｊ１０１　神経移植術

当該手術を同一術野又は同一病巣につき、他の手術と同時に行った場合は、主たる手術の所定点数のみにより算定する。ただし、骨移植術及び植皮術を当該手術と同時に行った場合はこの限りではない。

Ｊ１０２　交感神経節切除術

⑴　疼痛等に対して、眼窩下孔部又はおとがい孔部で末梢神経遮断（挫滅又は切断）術を行った場合に算定する。

⑵　おとがい孔部における末梢神経遮断（挫滅又は切断）術と同時に行ったおとがい孔閉鎖に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｊ１０４　皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術

口腔領域の皮膚（粘膜）腫瘍又は皮下（粘膜下）腫瘍に対して冷凍凝固摘出術を行った場合に算定する。

Ｊ１０５　瘢痕拘縮形成手術

単なる拘縮に止まらず運動制限を伴うような外傷又は腫瘍摘出術等による瘢痕性拘縮の症例に対して、瘢痕拘縮形成手術を行った場合に算定する。

Ｊ１０６　気管切開術

⑴　口腔領域における腫瘍等による気管閉鎖で、気道確保のため救急的に気管切開を行った場合に算定する。ただし、手術に伴う一連の行為として気管切開を同時に行った場合は、主たる手術の所定点数に含まれ別に算定できない。

⑵　気管切開術後カニューレを入れた数日間の処置（単なるカニューレの清拭ではないものに限る。）は、区分番号Ｉ００９－２に掲げる創傷処置の「１　100平方センチメートル未満」により算定する。

⑶　この際用いた気管切開後のテフロンチューブ等については医科点数表の例により算定する。

Ｊ１０７　気管切開孔閉鎖術

手術に伴い行われた気管切開又は救急的な気道確保のため行われた気管切開による切開孔を、当該気管切開を行った日とは別の日に閉鎖した場合に算定する。

Ｊ１０８　顔面神経麻痺形成手術

耳下腺悪性腫瘍摘出後の顔面神経麻痺に対して動的形成手術又は静的形成手術を行った場合に算定する。

第２節　輸血料

Ｊ２００　輸血

医科点数表区分番号Ｋ９２０に掲げる輸血の例により算定する。

Ｊ２００－２　輸血管理料

医科点数表区分番号Ｋ９２０－２に掲げる輸血管理料の例により算定する。

第３節　手術医療機器等加算

Ｊ２００－３　周辺装置加算

⑴　周辺装置加算は、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者、又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合であって、切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置を行った場合に、処置等の主たるものの所定点数に加算する。

⑵　同時にエアタービン及び歯科用電気エンジンを使用した場合は、いずれか一方を加算する。

第４節　薬剤料

Ｊ２０１　薬剤

手術後の薬剤病巣撒布については、次に掲げる手術後に実施されたとき、その薬剤料を第９部手術第４節により併せて算定できる。

イ　口腔領域の悪性腫瘍手術及びこれらに準ずる手術

ロ　顎骨及び顎関節の形成術

ハ　腐骨除去手術で広範囲のもの

二　口腔領域の複雑骨折に対する観血的整復手術及びこれらに準ずるような開放性外傷に対する手術

第５節　特定薬剤料

Ｊ３００　特定薬剤

⑴　１回の手術に特定薬剤を２種以上使用した場合であっても、使用した特定薬剤の合計価格から40円を控除した残りの額を10円で除して得た点数について１点未満の端数を切り上げて特定薬剤料を算定する。

⑵　特定薬剤を使用した場合であっても、１回の手術に使用した特定薬剤の合計価格が40円以下の場合は、特定薬剤料は算定できない。

⑶　上記⑴でいう１回の手術とは、手術の部に掲げられている各区分の所定点数を算定する単位を１回とする。

⑷　特定薬剤における生理食塩水及びアクリノールは、当該手術を行うに当たり入院を必要とする手術を行った際に、当該手術に使用される特定薬剤の総量価格が40円を超える場合に限り、当該手術の所定点数の他、その費用を算定する。

⑸　その他については、第８部処置の区分番号Ｉ１００に掲げる特定薬剤の⑷から⑻の例により算定する。

第６節　特定保険医療材料

Ｊ４００　特定保険医療材料

当該手術の実施のために使用される特定保険医療材料については、材料価格を10円で除して得られた点数により算定する。

第１０部　麻　酔

［通則］

１　「通則２」、「通則３」及び「通則４」の規定は、第１節の所定点数（ただし、酸素及び窒素を使用した場合の加算を除く。）のみに適用されるものであり、第２節薬剤料に対しては適用されない。

２　「通則２」における著しく歯科診療が困難な障害者の100分の50加算は、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行なうことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に限り算定する。

３　「通則２」における加算において５歳未満の乳幼児が著しく歯科診療が困難な障害者である場合の100分の50加算は、乳幼児加算のみを算定する。

４　「通則４」における加算は、時間外加算等の適用される処置及び手術に伴って行われた麻酔に対して、第９部手術の時間外加算等と同様の取扱いで算定されるもので、当該処置及び手術の所定点数が150点に満たない場合の加算は認められない。

５　「通則４」における時間外加算等の取り扱いは初診料における場合と同様である。

６　麻酔の休日加算、時間外加算及び深夜加算は、これらの加算が算定できる緊急手術に伴い行われた麻酔についてのみ算定できる。

７　その他の麻酔法の選択について、従前から具体的な規定のないものについても、保険診療の原則に従い必要に応じ妥当適切な方法を選ぶべきものである。

８　第10部に規定する麻酔料以外の麻酔料の算定は医科点数表の例により算定する。

第１節　麻酔料

Ｋ００１　浸潤麻酔、圧迫麻酔

⑴　第9部手術、所定点数が120点以上の処置、特に規定する処置、区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の所定点数には、浸潤麻酔の費用
が含まれ、別に算定できない。

⑵　齲蝕症又は象牙質知覚過敏症等の歯に対する所定点数が120点未満の処置のために浸潤麻酔を行った場合の費用は、術野又は病巣を単位として所定点数により算定する。

Ｋ００２　吸入鎮静法

⑴　吸入鎮静法は、笑気等を用いてゲーデル（Guedel）の分類の麻酔深度の第１期において歯科手術等を行う場合に算定する。

⑵　吸入鎮静法において使用した麻酔薬剤（亜酸化窒素等）に係る費用の算定については別に定める「酸素及び窒素の価格」（平成２年厚生省告示第41号）に基づき算定する。

⑶　酸素又は窒素の価格は、区分番号Ｉ０２５に掲げる酸素吸入及び医科点数表区分番号Ｌ００８に掲げるマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の⑹のアの例により算定する。

第２節　薬剤料

Ｋ１００　薬剤

１回の麻酔に麻酔薬剤を２種以上使用した場合であっても使用麻酔薬剤の合計薬価から40円を控除した残りの額を10円で除して得た点数につき１点未満の端数を切り上げて麻酔薬剤料を算定する。

第１１部　放射線治療

医科点数表（区分番号Ｍ００１－２に掲げるガンマナイフによる定位放射線治療、、区分番号Ｍ００１－３に掲げる直線加速器による定位放射線治療、区分番号Ｍ００２に掲げる全身照射及び区分番号Ｍ００５に掲げる血液照射を除く。）の例により算定する。

第１２部　歯冠修復及び欠損補綴

［通則］

1　歯冠修復及び欠損補綴の費用は、第１節中の各区分の注に「保険医療材料料を含むものとする。」等と規定されているものを除き、第１節の各区分の所定点数に第２節の保険医療材料料を合算して算定する。

2　歯冠修復及び欠損補綴を行った場合の費用の算定は、一連の歯冠修復及び欠損補綴の所定点数を併せて算定できる。

3　印象採得、咬合採得、仮床試適及び装着については、それぞれの診療行為を行った際に算定する。

4　歯冠修復の当日に行う齲蝕処置の費用については、歯冠修復の所定点数に含まれ別に算定できない。

5　歯冠継続歯、有床義歯、ブリッジ等において人工歯を使用した場合の当該人工歯の費用は人工歯を必要とする部位が両側にわたる場合は１組として、片側の場合は１／２組として、それぞれ人工歯材料料として算定する。

6　「通則４」による乳幼児又は著しく歯科診療が困難な障害者に対する加算は、第１節の所定点数の100分の50を加算する。

7　著しく歯科診療が困難な障害者の100分の50加算は、治療を直接行う歯科医師に加え、患者の障害に起因した行動障害に対し開口の保持又は体位、姿勢の保持を行なうことを目的として、当該治療に歯科医師、歯科衛生士、看護師等が参画した場合等に限り算定する。

8　５歳未満の乳幼児が著しく歯科診療が困難な障害者である場合（100分の50加算）は、乳幼児加算のみを算定する。

9　歯冠修復及び欠損補綴物の製作に係る一連の診療行為における暫間被覆冠、歯肉圧排、歯肉整形、歯肉息肉除去、特定薬剤等の費用は、それぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。

10　歯科訪問診療は常時寝たきりの状態等である療養中の患者について実施されるものであるが、消炎鎮痛、有床義歯の調整等の訪問診療で求められる診療の重要性を考慮し、当該患者に行った区分番号Ｉ００５に掲げる抜髄、区分番号Ｉ００６に掲げる感染根管処置、区分番号Ｊ０００に掲げる抜歯手術（「１　乳歯」、「２　前歯」及び「３　臼歯」に限る。）、区分番号Ｉ００７に掲げる根管貼薬処置、区分番号Ｉ００８に掲げる根管充填（「注１」で規定する加算を除く。）、区分番号Ｊ０１３に掲げる口腔内消炎手術（「２　歯肉膿瘍等」に限る。）、区分番号Ｍ０２９に掲げる有床義歯修理及び区分番号Ｍ０３６に掲げる有床義歯調整料について所定点数に所定点数の100分の50を加算する。

11　「通則９」でいう検査とは、区分番号Ｄ００４に掲げる平行測定から区分番号Ｄ００８に掲げるパントグラフ描記法に掲げる補綴関連検査のことをいう。

12　区分番号Ｍ０００－２に掲げる補綴物維持管理料の「注１」に係る地方社会保険事務局長への届出を行っていない保険医療機関において、歯冠補綴物及びブリッジの製作を行ない装着した場合については、当該歯冠補綴物等に係る補綴関連検査、歯冠修復及び欠損補綴に係る一連の費用の所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。また、当該歯冠補綴物等の製作に先立ち区分番号Ｉ００８に掲げる根管充填を行った場合であっては、区分番号Ｉ００８に掲げる根管充填の「注１」の加圧根管充填に係る加算の費用は算定できない。

13　支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が６歯以上のブリッジによる欠損補綴を行う場

合は、区分番号Ｄ００４に掲げる平行測定に基づく検査を実施した場合に限りブリッジによる欠損補綴に係る費用の算定を行い、区分番号Ｄ００４に掲げる平行測定に基づく検査を実施しなかった場合には、ブリッジによる欠損補綴に係る費用の算定は認めない。

14　保険給付外診療で製作された歯冠修復物及び欠損補綴物であって、後日、脱落した際の再装着の費用及び破損した場合の修理の費用は保険給付の再装着、修理と同一の場合であっても保険給付の対象には認められない。

15　有床義歯製作中であって咬合採得後、試適を行う前に患者が理由無く来院しなくなった場合、患者の意思により治療を中止した場合、患者が死亡した場合であっては、診療録に装着物の種類、試適予定日及び試適できなくなった理由等を記載するとともに、診療録明細書の摘要欄に装着物の種類、試適予定日及び装着できなくなった理由を記載した場合に限り、製作された区分番号Ｍ０２０に掲げる鋳造鉤、区分番号Ｍ０２１に掲げる線鉤、区分番号Ｍ０２２に掲げるフック、スパー及び区分番号Ｍ０２３に掲げるバーにあっては各区分の所定点数の100分の70に相当する額の費用並びに特定保険医療材料である人工歯の費用の請求を行うことができるものとする。なお、区分番号Ｍ００７に掲げる仮床試適、区分番号Ｍ００５に掲げる装着の費用は算定できない。請求に当たっては、試適の予定日より1月待った上で請求を行う取扱いとする。ただし、患者が死亡した場合であって死亡が明らかな場合に限り、1月を待たずに請求することができる。

16　患者が理由無く来院しなくなった場合、患者の意思により治療を中止した場合、患者が死亡した場合であって支台築造物、鋳造歯冠修復物、ブリッジ、有床義歯（鉤、バー、フック及びスパーを含む。）の製作がすでに行われているにもかかわらず装着ができない場合は診療録に装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由等を記載するとともに、診療録明細書の摘要欄に装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由を記載した場合に限り、区分番号Ｍ００２に掲げる支台築造、区分番号Ｍ０１０に掲げる鋳造歯冠修復、区分番号Ｍ０１１に掲げる前装鋳造冠、区分番号Ｍ０１７に掲げるポンティック（ダミー）、区分番号Ｍ０１８に掲げる有床義歯、区分番号Ｍ０１９に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯、区分番号Ｍ０２０に掲げる鋳造鉤、区分番号Ｍ０２１に掲げる線鉤、区分番号Ｍ０２２に掲げるフック、スパー及び区分番号Ｍ０２３に掲げるバーの各区分に掲げる所定点数の100分の70に相当する額の費用及び特定保険医療材料料の請求を行うことができるものとする。なお、区分番号Ｍ００５に掲げる装着及び装着材料料の費用は算定できない。請求に当たっては装着の予定日より1月待った上で請求を行う取扱いとする。ただし、患者が死亡した場合であって死亡が明らかな場合に限り、1月を待たずに請求することができる。

17　歯冠修復及び欠損補綴の場合、歯冠形成及び印象採得後、偶発的な事故等を原因とする外傷による歯冠形成歯の喪失等の止むを得ない場合は、当該歯に装着予定の完成している歯冠修復物及び欠損補綴物について診療録に歯冠修復物又は欠損補綴物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由等を記載するとともに、診療録明細書の摘要欄に装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由を記載した場合に限り、区分番号Ｍ０１０に掲げる鋳造歯冠修復、区分番号Ｍ０１１に掲げる前装鋳造冠及び区分番号Ｍ０１７に掲げるポンティック（ダミー）の各区分に掲げる所定点数の100分の70に相当する額の費用及び特定保険医療材料料の請求を行うことができるものとする。なお、区分番号Ｍ００５に掲げる装着及び装着材料料は算定できない。

18　未来院請求後に患者が再び来院し、治療を再開し再度の歯冠修復物及び欠損補綴物の作成を行う場合又は既に未来院請求を行なった区分番号Ｍ００２に掲げる支台築造、区分番号Ｍ０１０に掲げる鋳造歯冠修復、Ｍ０１１に掲げる前装鋳造冠、区分番号Ｍ０１７に掲げるポンティック（ダミー）、区分番号Ｍ０１８に掲げる有床義歯、区分番号Ｍ０１９に掲げる熱可塑性樹脂有床義歯、区分番号Ｍ０２０に掲げる鋳造鉤、区分番号Ｍ０２１に掲げる線鉤、区分番号Ｍ０２２に掲げるフック、スパー及び区分番号Ｍ０２３に掲げるバーの装着を行なう場合は、その理由、模型及び装着を行なう歯冠修復物及び欠損補綴物等の種類及び具体的形態等を地方社会保険事務局長に提出し、その判断を求めるものとする。なお、添付模型の制作に係る費用は、区分番号Ｄ００３に掲げるスタディモデルに準じて算定して差し支えない。ただし、算定にあたては診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を明記すること。

19　火災等のために試適又は装着する前に消失した歯冠修復物及び欠損補物については診療報酬として請求することはできない。

第１節　歯冠修復及び欠損補綴診療料

Ｍ０００　補綴時診断料

⑴　補綴時診断料は、患者の当該初診における受診期間を通じ、新たな欠損補綴及び有床義歯の床裏装等を行う場合に、着手した日において１回に限り算定する。

⑵　新たに生じた欠損部の補綴に際し、既製の有床義歯に追加する場合は、有床義歯を新製する場合と同様に補綴時診断料を算定する。ただし、同一初診中で補綴時診断料を算定している場合であって、新たに欠損が生じた場合の補綴に対する補綴時診断に係る費用は、すでに算定を行なった補綴時診断料に含まれ別に算定できない。

⑶　「注１」に規定する文書とは、病名、症状、検査結果、診断結果、治療内容、製作する義歯の設計等、治療期間等を記載した治療計画書のことをいう。なお、患者に交付した文書の写しを診療録に添付した場合に限り算定できる。

⑷　補綴時診断料を算定する場合には欠損部の状態、欠損補綴物の名称及び設計、治療計画等を診療録に記載すること。

⑸　補綴時診断料を算定した場合には、補綴物の診断設計に基づき、患者に装着する予定の補綴物について、義歯、ブリッジ等の概要図、写真等を用いて患者に効果的に情報提供を行うこと。

⑹　補綴時診断料を算定した後、再度、補綴時診断料を算定すべき診断が必要となり診断を行った場合にあっては、新たな病名、症状、検査結果、治療内容、製作する義歯の設計、治療期間等を記載した治療計画書を作成し、患者に対して新たな治療計画書に基づき説明をした上で、文書により提供を行うものとする。提供した文書の写しについては診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に再度の診断を行った年月日及び理由を記載する。なお、当該診断の費用は第1回目の診断の費用に含まれ別に算定できない。

Ｍ０００－２　補綴物維持管理料

⑴　補綴物維持管理を実施する保険医療機関は、補綴物維持管理を開始する前月までに地方社会保険事務局長に届け出るものとする。なお、届出を行なう場合には65を用いること。

⑵　「注１」の「歯冠補綴物」とは、区分番号Ｍ０１０に掲げる鋳造歯冠修復（「１　インレー」を除く。）、区分番号Ｍ０１１に掲げる前装鋳造冠、区分番号Ｍ０１４に掲げるジャケ

ット冠、区分番号Ｍ０１５に掲げる硬質レジンジャケット冠をいう。なお、乳歯に対する歯冠修復及び欠損補綴及びインレーを支台とするブリッジは、補綴物維持管理の対象としない。

⑶　「注２」の「補綴関連検査」とは、区分番号Ｄ００４に掲げる平行測定、区分番号Ｄ００５に掲げる下顎運動路描記法（MMG）、区分番号Ｄ００６に掲げるチェックバイト検査、区分番号Ｄ００７に掲げるゴシックアーチ描記法及び区分番号Ｄ００８に掲げるパントグラフ描記法に定める各検査をいう。

⑷　「注１」に規定する文書とは、当該補綴物維持管理の対象となる補綴物ごとに、医療機関名、開設者名、装着日、補綴物維持管理料の趣旨、補綴部位等を明記したものをいう。なお、患者に対し補綴物維持管理に係る説明を行ない、患者に対し、その内容を文書により提供した場合に限り算定できる。なお、患者に提供した文書の写しを診療録に添付すること。

⑸　補綴物維持管理を行っている歯冠補綴物やブリッジを装着した歯に対して、充填を行った場合の一連の費用は当該補綴物維持管理料に含まれ別に算定できない。

⑹　補綴物維持管理を行っている歯冠補綴物やブリッジが離脱した場合の再装着に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。なお、再度の装着を行った場合には、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に再度の装着を行った歯の部位、歯冠補綴物やブリッジの種類、再度の装着を行った年月日を記載した場合に限り再度の装着に使用した装着材料料について別に算定できる。

⑺　「注１」の「歯冠補綴物又はブリッジ」を保険医療機関において装着した日から起算して１年を経過した日以降２年を経過した日までの間に、外傷、腫瘍等により止むを得ず隣在歯を抜歯し、ブリッジを装着する場合には、その理由書、模型、エックス線フィルム又はその複製を地方社会保険事務局長に提出し、その判断を求めるものとする。また、添付模型の製作の費用は、区分番号Ｄ００３に掲げるスタディモデルに準ずるが、添付フィルム又はその複製については区分番号Ｅ１００に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号Ｅ３００に掲げるフィルムに準じて算定して差し支えない。ただし、算定にあたっては診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を明記すること。

　なお、歯冠補綴物又はブリッジを装着した歯の隣在歯が歯冠補綴物又はブリッジの装着時に歯周疾患に罹患している場合等においては、隣在歯の抜歯に伴う歯冠修復物又はブリッジの再製作に係る一連の費用は、補綴物維持管理料に含まれ別に算定できない。

Ｍ００１　歯冠形成

⑴　歯冠形成は、同一歯牙について、１回に限り歯冠形成が完了した日において算定する。なお、簡単な支台築造の費用、歯冠形成に付随して行われる麻酔等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑵　歯冠形成完了後、完了した日とは別の日に当該歯に行われる麻酔の費用は別に算定できる。

⑶　「１　生活歯歯冠形成」の所定点数には歯冠形成に付随して行われる処置等の一連の費用は含まれるが、歯冠修復物の除去を行った場合の除去の費用は別に算定できる。

⑷　「１のイ　鋳造冠」及び「２のイ　鋳造冠」の鋳造冠とは、全部鋳造冠、前装鋳造冠、前歯の４分の３冠及び臼歯の５分の４冠をいう。

⑸　「鋳造冠」とは、全部鋳造冠、前装鋳造冠、前歯の４分の３冠、臼歯の５分の４冠等、全部鋳造冠方式又は全部鋳造冠に準ずる方式で製作する鋳造歯冠修復（例えば前歯において審美性の観点から唇側の歯質を一部露出させる場合）をいい、４面又は５面の鋳造歯冠修復の

すべての場合が該当するものではない。

⑹　「１のロ　ジャケット冠」のジャケット冠とは、レジンジャケット冠及び硬質レジンジャケット冠をいう。

⑺　メタルコアで支台築造を行った前装鋳造冠、全部鋳造冠及びジャケット冠に係る失活歯歯冠形成に限り所定点数「２のイの注２」又は「２のロの注」を加算する。

⑻　「３　窩洞形成」の窩洞形成は１歯単位に算定する。したがって、同一歯牙に２箇所以上の窩洞の形成を行った場合も、窩洞の数にかかわらず所定点数を１回のみ算定する。

⑼　「３のイ　単純なもの」とは、隣接歯との接触点又は接触点相当部を含まない窩洞をいう。

⑽　「３のロ　複雑なもの」とは、隣接歯との接触点又は接触点相当部を含む窩洞をいう。

⑾　「１のハ　乳歯金属冠」及び「２のハ　乳歯金属冠」の乳歯金属冠は既製の金属冠をいう。

⑿　燐酸セメント又はカルボキシレートセメントにより充填を行うための窩洞形成は「３のイ　単純なもの」により算定する。

⒀　可動性固定架工義歯（半固定性架工義歯）の可動性連結装置については「３のロ　複雑なもの」により算定する。

⒁　歯冠修復物の脱落時において、軟化象牙質を除去して再形成を行った場合の軟化象牙質の除去の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｍ００１－２　齲蝕歯即時充填形成

⑴　齲蝕歯即時充填形成は、齲歯に対して１日で当該歯の硬組織処置及び窩洞形成を完了し充填を行った場合に限り算定し、次回来院の際、充填を行う場合は該当しない。

⑵　２次齲蝕による齲蝕症第１度、２次齲蝕による齲蝕症第２度、２次齲蝕による齲蝕症第３度において充填物を除去し、即時充填のための窩洞形成を行った場合は、齲蝕歯即時充填形成により算定する。この場合の充填物の除去の費用は算定できない。

⑶　当該歯牙の歯冠修復物の除去を伴う場合の費用は別に算定できない。

Ｍ００１－３　齲蝕歯インレー修復形成

⑴　齲蝕歯インレー修復形成は齲歯に対して１日で当該歯の硬組織処置及び窩洞形成を完了し、印象採得及び咬合採得までを行った場合に算定する。

⑵　２次齲蝕による齲蝕症第１度、２次齲蝕による齲蝕症第２度、２次齲蝕による齲蝕症第３度において充填物を除去し、インレー修復のための窩洞形成を行った場合は、齲蝕歯インレー修復形成により算定する。この場合の充填物の除去の費用は算定できない。

⑶　当該歯の歯冠修復物の除去を伴う場合の費用は算定できない。

Ｍ００２　支台築造

⑴　「支台築造」とは、実質欠損の大きい失活歯に対して根管等により築造物を維持し、填塞又は被覆して支台歯形態に修復することをいう。

⑵　「メタルコア」とは、鋳造物により築造するものをいう。

⑶　「その他」とは、スクリューポスト（支台築造用）及び複合レジン（築造用）等により築造するものをいい、セメント等による簡単な支台築造は含まれない。

⑷　乳歯については、全部鋳造冠の歯冠形成、乳歯金属冠の歯冠形成及び窩洞形成における支台築造の費用は算定できない。

⑸　メタルコアによる支台築造物を再装着した場合は、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にメタルコアを再装着した歯の部位、再装着した年月日を記載した場合に限り、装着の費用と

して区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「１のロ　その他」及び装着に係る保険医療材料料を算定することができる。

⑹　歯冠修復を行うにあたり、メタルコアと全部鋳造冠等を同一模型上で作製し、１日で患者に装着することは、歯科医学的に適切であると認められる場合に限り認められ、常態として行うことは認められない。

Ｍ００３　印象採得

⑴　印象採得料は、有床義歯、ブリッジ及び義歯修理に当たってそれぞれの製作物ごとに算定する。

⑵　ブリッジの印象採得料の算定の時期は、間接法の場合は最初の印象採得の日とし、直接法の場合は支台装置を試適して印象採得を行った日とする。

⑶　印象採得の費用は原則として歯冠修復及び欠損補綴に当たって印象採得又は蠟型採得を行った際に、製作物単位に算定する。ただし、ワンピースキャストブリッジ以外のその他のブリッジにあっては、支台装置ごとに「１のイ　単純印象」を、または、１装置ごとに「２のイの⑴　簡単なもの」を算定する。

⑷　その他の印象採得は、次により算定する。

イ　「１のロ　連合印象」に該当するものは、鋳造歯冠修復、前装鋳造冠、硬質レジンジャケット冠において連合印象又は各個トレーを用いて行ったものである。

ロ　「その他のブリッジ」の印象採得について、一部の支台装置が鋳造歯冠修復又は前装鋳造冠である場合にその支台歯につき連合印象を行った場合は「１のロ　連合印象」の所定点数を算定する。

ハ　「２のイの⑴　簡単なもの」に該当するものは、１歯より８歯欠損までの欠損補綴（ワンピースキャストブリッジを除く。）及び有床義歯修理等である。

ニ　９歯以上の欠損補綴及びケロイドにより口唇狭小で印象採得が困難な場合、又は分割印象等を行わなければ所期の目的を達し得ない場合は「２のイの⑵　困難なもの」により算定する。

ホ　欠損補綴で連合印象又は各個トレーを用いて行った場合、又は有床義歯床裏装の印象採得料は「２のロ　連合印象」により算定する。

ヘ　「２のハ　特殊印象」は、欠損補綴でレジン系印象材又はラバー系印象材等を用いてろう義歯により咬合圧印象を行った場合をいう。また、フレンジテクニック又はマイオモニターによる印象も本区分で算定する。

ト　ケロイドにより口唇狭小の際に、連合印象又は特殊印象を行った場合は、「２のロ　連合印象」又は「２のハ　特殊印象」によりそれぞれの所定点数を算定する。

⑸　ワンピースキャストブリッジの印象採得料は、１装置における支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計により算定する。

⑹　ブリッジの製作に当たり、ワンピースキャストブリッジと同様の術式で支台歯形成から装着までを行う場合、止むを得ず複数個に分けて鋳造し連結の上、患者に装着した場合の印象採得は、「２のニ　ワンピースキャストブリッジ」により算定する。

⑺　欠損補綴に係る連合印象及び特殊印象については、顎堤の状況や欠損形態にかかわらず所定点数により算定する。

Ｍ００４　リテイナー

⑴　リテイナー（Ｒetainer）とは、ブリッジの製作過程において、支台歯の保護、支台歯及び隣在歯及び対合歯の移動防止並びに歯周組織の保護等のために歯冠形成完了後にブリッジ装着までの間暫間的に装着されるものをいう。

⑵　リテイナーの費用は分割して製作してもブリッジ１装置につき所定点数１回の算定とする。また、ブリッジ装着までの修理等の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑶　リテイナーの製作に当たり使用される保険医療材料料（人工歯を使用した場合の人工歯料を含む。）は所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑷　リテイナーの装着に用いた仮着セメント料については、印象採得後リテイナー装着に係る算定と同時点のものに限り算定が認められる。また、必要があってブリッジの試適を行った場合のリテイナーの再装着についても同様とする。

Ｍ００５　装着

⑴　装着は次により算定する。

ア　「２のロの⑴　少数歯欠損」及び「２のハの⑴　少数歯欠損」に該当するものは、１歯より８歯欠損までの欠損補綴をいう。

イ　「２のロの⑵　多数歯欠損」及び「２のハの⑵　多数歯欠損」に該当するものは、９歯より14歯欠損までの欠損補綴をいう。

ウ　「２のロの⑶　総義歯」及び「２のハの⑶　総義歯」に該当するものは、総義歯をいう。

⑵　有床義歯修理を行った場合の装着の費用は、「２のハ　有床義歯修理」の各区分により算定する。

⑶　装着の費用は原則として歯冠修復物又は欠損補綴物を装着した際に製作物ごとに算定する。ただし、ブリッジにあっては装着に係る保険医療材料料についてのみ支台装置ごとに算定ができる。

⑷　歯間離開度検査、装着後の歯冠修復の調整等の費用は、装着の所定点数に含まれ別に算定できない。

⑸　前装鋳造冠の装着を行った場合の費用は、「１のイ　鋳造歯冠修復又は硬質レジンジャケット冠」により算定する。

⑹　「２のイの⑴の㈠支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が５歯以下の場合」の「注」又は「２のイの⑴の㈡支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が６歯以上の場合」の「注」による加算は、ワンピースキャストブリッジの製作に当たって生体との調和性をみるために装着日以前に仮着を行った場合に算定する。なお、仮着物の除去の費用は、算定できない。

⑺　ワンピースキャストブリッジと同様の術式で支台歯形成から装着までを行う場合、止むを得ず複数個に分けて鋳造し連結の上、装着した場合の装着料は、「２のイの⑴の㈠支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が５歯以下の場合」又は「２のイの⑴の㈡支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が６歯以上の場合」により算定する。

⑻　欠損補綴の装着には咬合音検査の費用は含まれ、別に算定できない。

Ｍ００６　咬合採得

⑴　歯冠修復及び欠損補綴における咬合採得については、製作物ごとに算定する。

ア　「１　歯冠修復」に該当するものは、ブリッジの支台装置を除く歯冠修復。

イ　「２のイの⑵　その他のブリッジ」に該当するものは、ワンピースキャストブリッジ以

外のその他のブリッジ。

ウ　「２のロの⑴　少数歯欠損」に該当するものは、１歯より８歯欠損までの欠損補綴。

エ　「２のロの⑵　多数歯欠損」に該当するものは、９歯より14歯欠損までの欠損補綴。

オ　「２のロの⑶　総義歯」に該当するものは、総義歯。

⑵　有床義歯を装着しない口蓋補綴及び顎補綴における咬合採得については、区分番号Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「１　印象採得が簡単なもの」を算定する場合は本区分の「２のロの⑴　少数歯欠損」の所定点数を、区分番号Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「２　印象採得が困難なもの」を算定する場合は「２のロの⑵　多数歯欠損」の所定点数を、区分番号Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「３　印象採得が著しく困難なもの」を算定する場合は本区分の「２のロの⑶　総義歯」の所定点数をそれぞれ咬合採得として算定する。また、副子における咬合採得については、当該副子の範囲に相当する歯数により、本区分の「２のロ　有床義歯」により算定する。

⑶　欠損補綴に係る咬合採得については、２回以上行っても顎堤の状況や欠損形態にかかわらず所定点数により算定する。

Ｍ００７　仮床試適

⑴　仮床試適の費用は、仮床試適を行った際に製作物ごとに算定する。

⑵　仮床試適は次により算定する。

イ　「１　少数歯欠損」に該当するものは、１歯より８歯欠損までの欠損補綴。

ロ　「２　多数歯欠損」に該当するものは、９歯より14歯欠損までの欠損補綴。

ハ　「３　総義歯」に該当するものは、総義歯。

⑶　有床義歯を装着しない口蓋補綴及び顎補綴における仮床試適については、区分番号Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「１　印象採得が簡単なもの」を算定する場合は本区分の「２　多数歯欠損」の所定点数を、区分番号Ｍ０２５に掲げる口蓋補綴、顎補綴の「２　印象採得が困難なもの」又は「３　印象採得が著しく困難なもの」を算定する場合は本区分の「３　総義歯」の所定点数を算定する。

Ｍ００８　ワンピースキャストブリッジの試適

⑴　前歯部に係るワンピースキャストブリッジの製作に当たり、鋳造物の適否等を診断するために試適を行った場合に算定する。

⑵　その他のブリッジにおいては、前歯部に係る当該ブリッジの製作に当たり鋳造物等の適否等を診断するために、試適を行った場合は、「１　支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が５歯以下の場合」に準じて算定する。

＜歯冠修復＞

Ｍ００９　充填

⑴　「１　単純なもの」とは隣接歯との接触点又は接触点相当部を含まない窩洞に対して行う充填をいう。

⑵　「２　複雑なもの」とは隣接歯との接触点又は接触点相当部面を含む窩洞に対して行う充填をいう。

⑶　充填の費用は窩洞数にかかわらず１歯単位で算定する。従って、「１　単純なもの」を同一歯の複数窩洞に行った場合であっても「２　単純なもの」の所定点数により算定する。

⑷　充填の費用は窩洞形態に応じ算定するものであるが、同一歯に「１　単純なもの」及び

「２　複雑なもの」の窩洞が混在する場合は、「２　複雑なもの」の所定点数のみを算定する。

⑸　前歯部切端又は切端隅角のみのものは、「１　単純なもの」として算定する。

⑹　３面以上にわたる窩洞に硅酸セメント、硅燐酸セメント及び歯科充填用即時硬化レジンを行った場合は、「１　単純なもの」として算定する。

⑺　前歯部５級窩洞、臼歯部楔状欠損又は歯の根面部の齲蝕等対する充填は、いずれも「１　単純なもの」により算定する。

⑻　充填を行うに当たり窩洞形成を行った場合は、区分番号Ｍ００１－２」齲蝕歯即時充填形成の場合を除き、１歯につき区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ　単純なもの」又は「３のロ　複雑なもの」の所定点数を算定する。

⑼　充填に使用した保険医療材料料は窩洞を単位として算定するが、同一歯面に複数の窩洞が存在する場合については１窩洞として取り扱う。

⑽　歯科充填用材料Ⅰの保険医療材料料を算定する歯科用複合レジン充填材料を用いて、窩洞の修復を行った場合は、次の取扱いとする。

イ　単純なもの

「１　単純なもの」に掲げる所定点数及び「注」に規定する加算点数を合算した点数を算定し、保険医療材料料については歯科充填用材料Ⅰの「ロ　複雑なもの」に係る点数を算定する。

ロ　複雑なもの

「２　複雑なもの」に掲げる所定点数及び「注」に規定する加算点数を合算した点数を算定し、保険医療材料料については歯科充填用材料Ⅰの「イ　単純なもの」に係る点数及び「ロ　複雑なもの」に係る点数を合算した点数を算定する。なお、印象採得を行った場合は１個につき区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「１　歯冠修復」を、装着した場合は１個につき区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「１のロ　その他」及び合着・接着材料料をそれぞれ算定する。なお、区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

⑾　歯科充填用材料Ⅱの保険医療材料料を算定する歯科用複合レジン充填材料を用いて、窩洞の修復を行った場合は、次の取扱いとする。

イ　単純なもの

「１　単純なもの」に掲げる所定点数及び「注」に規定する加算点数を合算した点数を算定し、保険医療材料料については歯科充填用材料Ⅱの「ロ　複雑なもの」に係る点数を算定する。

ロ　複雑なもの

「２　複雑なもの」に掲げる所定点数及び同区分の「注」に規定する加算点数を合算した点数を算定し、保険医療材料料については歯科充填用材料Ⅱの「イ　単純なもの」に係る点数及び「ロ　複雑なもの」に係る点数を合算した点数を算定する。なお、印象採得を行った場合は１個につき区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「１　歯冠修復」を、装着した場合は１個につき区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「１のロ　その他」及び合着・接着材料料をそれぞれ算定する。なお、区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

⑿　感染根管処置を行うに当たり、根管側壁、髄室側壁又は髄床底に穿孔がある場合であって封鎖を行なった場合は、区分番号Ｍ００９に掲げる充填の「１　簡単なもの」と保険医療材料料により算定する。なお、形成を行った場合は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ　単純なもの」の所定点数により算定する。

また、歯肉を剝離して行った場合は区分番号Ｊ００６に掲げる歯槽骨整形手術、骨瘤除去手術により算定する。

⒀　光重合型充填用レジン強化グラスアイオノマーにより充填を行うに当たり、歯質と充填材料との接着のための専用のコンディショナーを用いた場合には、「注」の加算点数を算定する。

ただし、加算点数には保険医療材料料が含まれ、別に算定できない。

Ｍ０１０　鋳造歯冠修復

⑴　「１のイ　単純なもの」とは、隣接歯との接触点又は接触点相当部を含まない窩洞に行うインレーをいう。

⑵　「１のロ　複雑なもの」とは、隣接歯との接触点又は接触点相当部を含む窩洞に行うインレーをいう。

⑶　全部鋳造冠、前装鋳造冠、前歯の４分の３冠、臼歯の５分の４冠とは、全部鋳造冠方式又は全部鋳造冠に準ずる方式で製作する鋳造歯冠修復（例えば前歯において審美性の観点から唇側の歯質を一部露出させる場合）をいい、４面又は５面の鋳造歯冠修復のすべての場合が該当するものではない。

⑷　５分の４冠としての鋳造歯冠修復は小臼歯への適用を原則とするが、ブリッジの製作に当たり、必要があって生活歯である大臼歯を支台として使用する場合についてはこの限りでない。

⑸　乳歯の歯冠修復は銀合金により行う。また、乳歯に対する鋳造歯冠修復については、交換期を考慮して鋳造歯冠修復を行うことは認められるが、乳歯の解剖学的特殊性を考慮して窩洞形成を行うこと。

⑹　可動性固定架工義歯（半固定性架工義歯）の可動性連結装置については、１装置につき「１のロ　複雑なもの」に準じて算定する。

⑺　鋳造歯冠修復の欠損部を鋳造歯冠修復によって修復することは、全部鋳造冠の場合を除き、認められない。

⑻　智歯に対し必要がある場合には、鋳造歯冠修復を行って差し支えない。

⑼　歯槽中隔部に骨吸収及び肉芽を形成している下顎大臼歯を保存可能と診断した場合において、当該歯牙を近遠心根の中隔部において分離切断し、中隔部を掻爬するとともに、各根管に対し歯内療法を行った上で、近心根、遠心根にそれぞれ鋳造冠を製作し連結して装着する場合には、歯内療法については当該歯牙を単位として算定し、歯冠修復については製作物ごとに算定する。

なお、歯冠修復における保険医療材料料については、それぞれ小臼歯の材料料として算定する。

⑽　コンビネーション・インレーを製作した場合はそれぞれの所定点数により算定する。

⑾　抜歯禁忌症で義歯製作の必要上、やむを得ず残根を保存する場合であって、根の削除のみを行う場合は、区分番号Ｉ０００－２咬合調整により算定する。

ただし、歯内療法により根の保存可能なものに適切な保存処置の上、鋳造歯冠修復で根面を被覆した場合には、歯冠形成については区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ　単純なもの」、鋳造歯冠修復については本区分の「１のイ　単純なもの」及び保険医療材料料を算定する。また、歯科充填用材料Ｉにより根面を被覆した場合には、歯冠形成の費用については区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ　単純なもの」の所定点数を、充填の費用については区分番号Ｍ００９に掲げる充填の「１　単純なもの」の所定点数及び保険医療材料料をそれぞれ算定する。

⑿　抜歯禁忌症以外であっても、必要があって、根管処置及び根面被覆処置が完了した残根上に、義歯の装着を行うことは認められる。

Ｍ０１１　前装鋳造冠

⑴　前装鋳造冠とは、全部鋳造冠方式で製作された歯冠修復物の唇面を硬質レジンで前装したものをいい、前歯に限り認められる。

⑵　前装鋳造冠及び前装鋳造ポンティック（ダミー）の前装部分の破損部分に対して、口腔内にて充填により補修を行った場合は、形成は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ　簡単なもの」、充填は区分番号Ｍ００９に掲げる充填の「１　単純なもの」及び保険医療材料料並びに研磨は区分番号Ｍ０２８に掲げる充填物の研磨により算定する。ただし、区分番号Ｍ０００－２に掲げる補綴物維持管理を算定している前装鋳造冠及び前装鋳造ポンティック（ダミー）の前装部分に行なった修理の費用は、区分番号Ｍ０００－２に掲げる補綴物維持管理料に含まれ別に算定できない。

⑶　前装鋳造冠を装着するに当たり、

イ　歯冠形成を行った場合は、１歯につき生活歯は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１のイ　鋳造冠」及び区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１のイの注」の加算点数を、失活歯は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「２のイ　鋳造冠」、区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「２のイ」の「注１」及び「注２」の加算点数を算定する。なお、支台築造を行った場合は区分番号Ｍ００２に掲げる支台築造の「１　メタルコア」又は「２　その他」及び保険医療材料料を算定する。

ロ　印象採得を行った場合は、１歯につき区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「１のロ　連合印象」を算定する。

ハ　装着した場合は、１個につき区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「１のイ　鋳造歯冠修復又は硬質レジンジャケット冠」を算定する。

Ｍ０１４　ジャケット冠

⑴　ジャケット冠はレジンジャケット冠のことをいう。

⑵　乳歯に対するジャケット冠についても所定点数を算定する。

⑶　ジャケット冠を装着するに当たり、

イ　歯冠形成を行った場合は１歯につき、生活歯に行う場合は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１のロ　ジャケット冠」を、失活歯に行った場合は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「２のロ　ジャケット冠」及び区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「２のロ」の「注」の加算を算定する。

ロ　印象採得を行った場合は１歯につき、区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「１のイ　単純印象」を算定する。

ハ　装着した場合は、１歯につき区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「１のロ　その他」及び保険医療材料料を算定する。

⑷　歯科射出成形樹脂（歯冠用）を用いて、単層成形を行った場合は、ジャケット冠により算定する。

⑸　乳歯の前歯又は永久歯の前歯の歯冠部全体のエナメル質の一層を削除し、エナメルエッチング法を実施した後、クラウンフォームのビニールキャップに複合レジンを填入し、支台歯に圧接を行い、硬化後キャップを除去した上で、調整して歯冠修復を完成した場合は、歯冠形成の費用については区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１のロ　ジャケット冠」により、また、歯冠修復の費用についてはジャケット冠の所定点数により算定する。

なお、この場合、使用した保険医療材料料は、歯科充填用材料Ⅰ又はⅡの「１　単純なもの」と「２　複雑なもの」を合算して算定する。

⑹　複合レジン冠を失活歯に行った場合は所定点数を算定する。なお、歯冠形成の費用は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「２のロ　ジャケット冠」により算定する。

Ｍ０１５　硬質レジンジャケット冠

⑴　硬質レジンジャケット冠を装着する場合は、次の通り算定する。

イ　歯冠形成を行った場合は１歯につき、生活歯の場合は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１のロ　ジャケット冠」を、失活歯の場合は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「２のロ　ジャケット冠」及び区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「２のロ　ジャケット冠」の「注」の加算を算定する。

ロ　印象採得を行った場合は、１歯につき区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「１のイ　単純印象」又は区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「１のロ　連合印象」を算定する。

ハ　装着した場合は、１歯につき区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「１のイ　鋳造歯冠修復又は硬質レジンジャケット冠」及び保険医療材料料を算定する。

⑵　応分の咬合圧に耐えうる場合等に限り、小臼歯に対して硬質レジンジャケット冠により歯冠修復を行った場合には所定点数により算定する。

⑶　歯冠用強化ポリサルホン樹脂を用いて、歯科射出成形樹脂（歯冠用）とともに二層成形を行った場合は、硬質レジンジャケット冠により算定する。

Ｍ０１６　乳歯金属冠

⑴　乳歯金属冠は既製の金属冠をいう。

⑵　乳歯金属冠を装着するに当たっては、次のとおり算定する。

イ　歯冠形成を行った場合は１歯につき、生活歯の場合は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「１のニ　乳歯金属冠」を、失活歯の場合は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「２のニ　乳歯金属冠」を算定する。

ロ　印象採得を行った場合は１歯につき、区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「１のイ　単純印象」を算定する。

ハ　装着した場合は、１歯につき区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「１のロ　その他」及び保険医療材料料を算定する。

＜欠損補綴＞

Ｍ０１７　ポンティック（ダミー）

⑴　臼歯部におけるポンティック（ダミー）にレジン歯を使用することは認められないが、咬

合面を金属で製作し、他の部分にレジン前装を施した場合に所定点数を算定する。

⑵　延長ブリッジの場合の７番ポンティック（ダミー）の保険医療材料料は小臼歯（鋳造ポンティック（ダミー）の保険医療材料料の小臼歯）に該当する保険医療材料料を算定する。

⑶　前装鋳造ポンティック（ダミー）とは、鋳造方式により製作されたポンティック（ダミー）の唇面を硬質レジンにより前装したものをいう。

⑷　前装鋳造ポンティック（ダミー）は、前歯の支台歯を前装鋳造冠又は４分の３冠により製作されたブリッジの前歯のものに限り認められる。ただし、３番、４番の２歯欠損については、小臼歯の前装鋳造ポンティック（ダミー）は算定できる。

⑸　可動性固定架工義歯（半固定性架工義歯）の可動性連結装置を使用した場合は、区分番号Ｍ０１０に掲げる鋳造歯冠修復の「１のロ　複雑なもの」及び区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のロ　複雑なもの」を算定する。

⑹　ブリッジの製作に当たり支台歯の植立方向によりポンティック（ダミー）を分割して製作することは、認められない。

⑺　ブリッジについては、以下の適用によるものとする。

イ　ブリッジの給付について

㈠　ブリッジは歯の欠損状況から「ブリッジの適応症と設計」（1992年版）に示す方法で支台歯数等を定め製作する。

㈡　連続欠損の場合は、２歯までとする。ただし、中側切歯については連続４歯欠損まで認められる。

㈢　延長ブリッジは原則として認められない。ただし、第二大臼歯欠損の場合に、咬合状態及び支台歯の骨植状態を考慮し、半歯程度のポンティック（ダミー）を行う場合に限り認められる。

㈣　隣接歯の処置状況等からやむをえず延長ブリッジを行う場合にあっては、側切歯及び小臼歯１歯のみ認められる。

㈤　第三大臼歯は歯軸に傾きがなく歯周組織が健全で骨植堅固な場合に限り支台歯として認められる。

ロ　ブリッジ設計の考え方

ブリッジの設計については、「ブリッジの適応症と設計」（1992年版）によること。

⑻　分割抜歯後のブリッジの製作

イ　第１、第２大臼歯を分割抜歯してブリッジの支台歯とすることは、「ブリッジの適応症と設計」（1992年版）の「咬合力の負担からみたブリッジの適応症と設計、５その他（歯根を分割抜去した大臼歯に対するブリッジ）」の項を参照し、残った歯冠、歯根の状態が歯科医学的に適切な場合に限り認められる。

なお、上顎第２大臼歯の遠心頬側根抜歯、下顎第２大臼歯の遠心根抜歯の場合の延長ポンティック（ダミー）は認められない。

ロ　分割抜歯を行った場合の指数は、

ａ　下顎の場合、残った歯根はＲ＝２、欠損部をポンティック（ダミー）とした時はＦ＝４とする。

ｂ　上顎の場合、残った歯根は１根につきＲを１とするが、１根のみの支台歯は歯科医学的に適切と考えられないので認められない。ブリッジの支台歯となるのは、口蓋根と頬

側の１根が残った場合、残った歯根はＲ＝２、欠損部をポンティック（ダミー）とした時はＦ＝４とする。また、頬側の２根のみが残った場合は口蓋根部のポンティック（ダミー）は必要とされないことから残った歯根はＲ＝２のみとする。

例①（第１大臼歯の遠心根を抜歯した場合）

指数	２	４	６
歯種	６	６	７
	○	●	○
Ｒ	２		６
Ｆ		４	

ｒ＝８－４＝４
Ｆ＝４
４／３＝１．３・・・
６の残した根も７のＲもＦの１／３を超えるので、この場合条件を満たしている。

例②（第１大臼歯の遠心根と第２大臼歯を抜歯した場合）

指数	２	４	６	４	→	指数	４	２	４	６	４
歯種	６	６	７	８		歯種	５	６	６	７	８
	○	●	●	○			○	○	●	●	○
Ｒ	２			４		Ｒ	４	２			４
Ｆ		４	６			Ｆ			４	６	

ｒ＝６－10＜０で不可、５番も支台歯とする必要がある。

５番を支台歯として追加することで、ｒ＝10－10＝０で可、５と６の残した根の和も８のＲもＦの１／３を超えるのでこの場合条件を満たしている。

ハ　上顎の第１又は第２大臼歯を３根のうち２根残して分割抜歯してブリッジの支台歯とする場合は、頬側２根を残した場合は大臼歯として、又頬側いずれか１根と口蓋根を残した場合は、支台歯としての小臼歯歯冠修復と小臼歯のポンティック（ダミー）として算定して差し支えない。単独冠として行う場合は、大臼歯の歯冠修復として算定して差し支えない。

ニ　下顎の第１又は第２大臼歯を近遠心２根のうち１根を残して分割抜歯してブリッジの支台とする場合は、１根を支台歯としての小臼歯歯冠修復と小臼歯ポンティック（ダミー）として算定して差し支えない。単独冠として行う場合は、小臼歯の歯冠修復として算定して差し支えない。

⑼　ブリッジを装着するに当たり、ワンピースキャスト法により印象採得を行った場合は、１装置につき区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「２のニの⑴　支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が５歯以下の場合」又は「２のニの⑵　支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が６歯以上の場合」を、それ以外の方法で製作する場合は支台装置の印象採得を行った場合は１歯につき区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「１のイ　鋳造冠」又は区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「１のロ　ジャケット冠」を、ポンティック（ダミー）の

印象採得を行った場合は１装置につき同区分「２のイの(1)　簡単なもの」を、咬合採得を行った場合は１装置につき区分番号Ｍ００６に掲げる咬合採得の「２のイの(1)の(一)支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が５歯以下の場合」又は「２のイの(1)の(二)支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が６歯以上の場合」を、装着した場合は支台装置の装着については１歯につき区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「１のイ　鋳造歯冠修復又は硬質レジンジャケット冠」」又は区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「１のロ　その他」及び保険医療材料料を、ブリッジの装着については１装置につき区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「２のイ　ブリッジ」の各区分の所定点数を算定する。

(10)　必要があって根を分離切断した下顎大臼歯を支台歯として使う場合の指数は「６」として大臼歯１歯の取扱いとする。ただし、分離切断したのであるから、実態に合わせて指数を減ずることを考慮すべきである。

(11)　インレーを支台装置とするブリッジについては、窩洞形成を行なった場合の費用は区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のロ　複雑なもの」により算定する。なお、インレーを支台装置とするブリッジについては、区分番号Ｍ０００－２に掲げる補綴物維持管理料の対象としないことから、区分番号Ｍ０００－２に掲げる補綴物維持管理料の算定はできない。

(12)　「ブリッジの適応症と設計」（1992年版）の判定条件におけるブリッジの１側の支台歯のＲの総計が、隣接するダミーのＦ及びＦ・Ｓの総計の１／３以上であるという判定条件ｂは延長ブリッジについては適用しない旨のただし書きは、延長したポンティック（ダミー）については片側に支台歯が存在しないのでそのポンティック（ダミー）のバランスは考慮しないとの意である。したがって、

２①　１２③の場合２　部は判定条件ｂにかかわっていない

ので、基本となるブリッジ①　１２③において条件ｂを判定することになる。この場合は判定条件ｂを満たしていないので、

２①　１２③もブリッジの設計としては不適である。

(13)　「ブリッジの適応症と設計」（1992年版）によると延長ブリッジの支台歯は２歯以上となっているが、これは回転力を軽減させるためであるから、支台歯が２歯以上であって条件が整っていれば、必ずしも支台歯は連続している必要はない。

(14)　可動性ブリッジ又はインレーを支台とするブリッジの指数は、「ブリッジの適応症と設計」（1992年版）に示した当該支台歯の歯種による指数を用いる。

(15)　欠損ではなく、１歯相当分の間隙のある場合のブリッジの設計において、ポンティック（ダミー）は両隣接支台歯の何れかの形態を模して決定するが、その指数については実態に応じ近似の歯種の指数とする。

なお、半歯程度の間隙の場合は隙とする。

(16)　咬合緊密のため有床義歯が装着不可能な症例におけるブリッジの製作の必要性は、医学的判断に待つべきものであるが、診療報酬請求の段階において個々の症例について客観的に妥当なものであるかどうかの判断が困難であるので、これが運用の円滑を期するため、(16)によりこの医学的判断についてあらかじめ指導行政庁等の専門的意見によって調整を加えるもの

であり、保険者が承認を与えるものではない。

⒄　有床義歯では目的が達せられないか或いは嚥下吸引等の事故を起こす恐れが極めて大である場合であってブリッジを行う以外に方法がない時は、理由書、模型及びエックス線フィルム又はその複製を地方社会保険事務局長に提出し、当該ブリッジの適否を決する。

⒅　⒄の場合において添付模型の製作料は、区分番号Ｄ００３に掲げるスタディモデルに準じて算定する。ただし、算定にあたっては診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を明記すること。

⒆　低位唇側転位の犬歯の抜歯後に生じた欠損部の間隙が側切歯、あるいはそれ以下しかない場合であっても、「ブリッジの適応症と設計」（1992年版）にあるポンティック（ダミー）の抵抗値（Ｆ値）を減じることは適切でない。

欠損部の間隙が側切歯半歯以下の極めて小さい場合については、側切歯又は第一小臼歯、あるいは双方の歯冠幅を僅かずつ拡大して歯冠修復を行い、場合によっては補綴隙等を行うことにより対応する。

犬歯のポンティック（ダミー）が必要な場合で、中切歯が既にブリッジの支台として使用されている等の理由で新たに支台として使用できない場合に限って、ブリッジの設計を「②３④⑤」に変更することは差し支えない。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に中切歯の状況等を記載すること。

⒇　側切歯及び犬歯、あるいは犬歯及び第一小臼歯の２歯欠損であって、犬歯が低位唇側転位していたため間隙が１歯分しかない場合に限ってポンティック（ダミー）１歯のブリッジとして差し支えない。

ただし、製作するブリッジのポンティック（ダミー）の形を側切歯とするか犬歯とするかはそれぞれの症例によって異なるものと思われるが、形の如何によらずポンティック（ダミー）の抵抗値（Ｆ値）は犬歯の「５」として設計する。

この場合、診療報酬明細書の摘要欄に低位唇側転位の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨記載すること。

(21)　矯正・先天性欠如等により、第一小臼歯が既に欠損している患者の第二小臼歯を抜歯した場合あるいは第二小臼歯が舌側に転位しているとき、第一小臼歯及び第二小臼歯を抜歯した場合で、間隙は１歯分しかないような小臼歯２歯の欠損であって間隙が狭い場合のブリッジについても「ブリッジの適応症と設計」（1992年版）に従って歯式どおり対応する。

また、同様の理由で第一小臼歯、第二小臼歯、第一大臼歯欠損のブリッジにおいて、欠損歯数は３歯であるが、間隙のほうが１歯分程度小さく２歯分となる場合については、保険適用の有無を判定することになるので、理由書、模型及びエックス線フィルム又はその複製を地方社会保険事務局長に提出してその適否を決するものとする。また、添付模型の製作の費用は、区分番号Ｄ００３に掲げるスタディモデルに準ずるが、添付フィルム又はその複製については区分番号Ｅ１００に掲げる歯牙、歯周組織、顎骨、口腔軟組織及び区分番号Ｅ３００に掲げるフィルムに準じて算定して差し支えない。ただし、算定にあたっては診療報酬明細書の摘要欄に算定の理由を明記すること。

(22)　６⑥⑦及び⑤⑥６のような分割延長ブリッジは原則として認められないが、前者については隣接する第二小臼歯が前方ブリッジの支台歯となっているか又は同歯にメタルボンド冠が装着されている症例、後者については隣接する第二大臼歯に金合金又は白金加金の全部鋳造

冠が装着されている症例であって、補綴物を除去し、当該歯をブリッジの支台歯として使用することが困難であるため、当該歯の補綴物にレストを設定することによりブリッジの維持を求める構造となる場合はこの限りではない。

ただし、レストの設定に係る費用は算定できない。

Ｍ０１８　有床義歯

⑴　有床義歯については、歯の欠損状況や製作する義歯の形態にかかわらず、人工歯数に応じて所定点数を算定する。

⑵　欠損補綴に当たっての歯数の数え方については、欠損歯数によるものではなく、人工歯の数による。欠損歯が４歯であっても、人工歯の排列上５歯となる場合には、その歯数は５歯とする。

⑶　局部義歯のうち12歯より14歯については、あくまで残存歯があり、局部義歯として補綴を行った場合に限り算定する。なお、１床14歯の局部義歯の場合もあり得る。

⑷　欠損部の後方に天然歯のない場合に製作した義歯を遊離端義歯といい、また、遊離端義歯と中間義歯（欠損部の前後又は左右に天然歯のある場合に製作した義歯をいう。）とが混合している義歯を複合義歯という。

⑸　上顎左側第二大臼歯から上顎右側第二大臼歯が欠損している（欠損歯数14歯）症例において、歯冠の一部が露出した状態の埋伏智歯が残存している場合又は当然抜歯すべき症例のうち何らかの理由で抜歯不可能な場合は、智歯と無関係に総義歯同様の義歯を製作したときは、総義歯として算定する。

⑹　抜歯後１か月を経過していなくても歯科医学的にみて適当であると認められる場合に限り、義歯の製作の費用は所定点数により算定する。

⑺　抜歯禁忌症以外の場合で、残根歯に対して歯内療法及び根面被覆処置が完了したものについて、必要があって義歯を製作した場合には、その費用は算定できる。

⑻　残根上の義歯をやむを得ず製作するに際し、残根歯の歯内療法後に行う根面被覆処置として、複合レジンを使用することは差し支えない。この場合、歯冠形成については区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ」、充填については区分番号Ｍ００９に掲げる充填の「１　単純なもの」及び保険医療材料料を算定する。

⑼　骨植堅固で保存可能な残根歯を利用したアタッチメントを使用した総義歯については算定できない。

⑽　前歯部の間隙のみがある場合、これを有床義歯の隙により補綴することは歯科医学的に適切でない。

⑾　小児義歯は原則として認められないが、後継永久歯が無く著しい言語障害及び咀嚼障害を伴う先天性無歯症児に対する小児義歯に限り、有床義歯に準じて算定する。

⑿　模型上で抜歯後を推定して製作する即時義歯は認められる。ただし、即時義歯とは長期的に使用できるものをいい、暫間義歯は算定できない。

なお、歯肉の退縮等により比較的早期に床裏装を行った場合は、区分番号Ｍ０２９に掲げる有床義歯修理により算定する。

⒀　有床義歯を１日で製作し装着することは、特殊な症例で歯科医学的に適切な場合に限り、その費用は算定できる。ただし、常態として１～２日で製作し装着を行うものの、装着後の調整指導を実施しない保険医療機関においては認められない。

Ｍ０１９　熱可塑性樹脂有床義歯

⑴　熱可塑性樹脂とは、義歯床用スルフォン樹脂である義歯床用ポリエーテルサルホン樹脂、義歯床用ポリサルホン樹脂及び義歯床用強化ポリカーボネート樹脂をいう。

⑵　熱可塑性樹脂有床義歯については、歯の欠損状況や製作する義歯の形態にかかわらず、人工歯数に応じて所定点数を算定する。

Ｍ０２０　鋳造鉤

⑴　14カラット金合金による鉤は２歯欠損までの有床義歯の場合に限り算定できる。

⑵　保険医療材料料については、別に定める鋳造鉤の使用材料料により算定する。

⑶　ローチのバークラスプ及び鋳造によるバックアクション鉤は両翼鉤として算定し、２歯以上にわたるバークラスプは、双歯鉤として算定する。

　なお、保険医療材料料については、別に定める鋳造鉤の使用材料料の双歯鉤の大・小臼歯により算定する。

Ｍ０２１　線鉤

バックアクション鉤等に要する費用は、本区分の「１　双歯鉤」により算定する。

Ｍ０２３　バー

⑴　保持装置とは、孤立した中間欠損部分を補綴するため、局部義歯の鋳造バー又は屈曲バーと当該欠損部に用いる人工歯を連結するために使用される小連結子をいう。

⑵　鋳造バー、屈曲バーに保持装置を装着した場合は、その使用個数に応じて算定する。

⑶　緩圧式バーは「１　鋳造バー」又は「２　屈曲バー」により算定し、ケネディバーは「１　鋳造バー」により算定する。

⑷　バー義歯が破損し、バーの取替えが必要な症例に限り新たなバーに要する費用は算定できる。

　また、有床義歯修理の際に、新たにバーを付与した場合も歯科医学上適切な場合に限り算定できる。

⑸　有床義歯及び熱可塑性樹脂有床義歯の製作や床修理に際し、補強線を使用した場合の当該補強線に係る費用は、それぞれの所定点数に含まれ別に算定できない。

　なお、補強線は、歯牙欠損部、残存歯牙の植立状態、対咬関係、顎堤の形態及び粘膜の性状等を勘案し、義歯の破損防止のために使用するものをいう。

Ｍ０２４　臼歯金属歯

局部義歯又は総義歯において臼歯金属歯を使用した場合には、区分番号Ｍ０１８に掲げる有床義歯の所定点数及び区分番号Ｍ０２４に掲げる臼歯金属歯の所定点数を合算して算定する。

Ｍ０２５　口蓋補綴、顎補綴

⑴　義歯を装着した口蓋補綴又は顎補綴を行った場合の費用は、義歯の費用と口蓋補綴又は顎補綴の費用をそれぞれ算定する。

⑵　口蓋裂に起因する鼻咽腔閉鎖機能不全による言語療法のため鼻咽腔閉鎖機能改善の必要があり、いわゆるスピーチエイド等の発音補整装置を装着した場合は本区分により算定する。

　なお、当該装置の調整に要する費用は１回につき区分番号Ｍ０２９に係る有床義歯修理により算定する。

⑶　濾胞性歯嚢胞の摘出の際、術前にあらかじめ製作しておいた口蓋板の装着を行った場合は、「１　印象採得が簡単なもの」により算定する。

⑷　舌の切除等の外科的療法を行った後の発音障害に対して、必要があって有床義歯に発音補助装置を付加して製作し装着した場合、当該発音補助装置については「２」により算定する。ただし、区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

⑸　区分番号Ｊ０２２に掲げる顎・口蓋裂形成術を実施する患者に対して必要があってホッツ床(哺乳床)を装着した場合は、当該区分の「２　印象採得が困難なもの」により、同一の患者に対して３回を限度として算定する。ただし、印象採得、材料、装着、修理、調整等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

⑹　口腔外科領域における悪性腫瘍摘出術の術後、ラジウム照射を行うため、その保持と防禦を兼ねた特別な装置を製作し装着した場合には当該所定点数の各区分により算定する。

⑺　算定に当たっては、患者の口腔内の状態、製作した口蓋補綴装置及び顎補綴装置に設計等を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載した場合に算定できる。

＜その他の技術＞

（ろう着）

歯冠修復物及び欠損補綴物をろう着した場合の費用は、当該歯冠修復物及び欠損補綴物の製作等に係る所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｍ０２６　補綴隙

⑴　補綴隙は、必要と認められる場合に限り前歯部にはレジン隙を、臼歯部には金属隙の使用が認められるが、その費用は、いずれも補綴隙の所定点数により算定する。なお、総義歯については認められない。

⑵　間隙が広く補綴物を必要とする場合は金属冠に使用しても差し支えない。

Ｍ０２８　充填物の研磨

充填を行った場合の研磨に要する費用は、１歯につき１回に限り算定できる。

＜修理＞

Ｍ０２９　有床義歯修理

⑴　有床義歯の修理の費用は、人工歯数に関係なく所定点数により算定する。この場合、修理に伴って鉤を新たに製作したときは、その鉤の費用については、鉤の所定点数により算定する。

⑵　有床義歯修理の場合において、例えば陶歯の破折脱落のため陶歯を新たに使用した場合、又は１歯を抜歯し、旧義歯床を延長して新たに１歯分の補綴をした場合の費用は、有床義歯修理と人工歯料の所定点数を合算して算定する。

⑶　破損した有床義歯を修理した後、新たに有床義歯を製作した場合の費用はそれぞれ所定点数により算定する。

⑷　鉤歯の抜歯又は鉤の破損等のため不適合となった鉤を、連結部から切断した場合は、修理又は床裏装を前提に切断した場合に限り、除去料を算定する。

Ｍ０３０　有床義歯床裏装

⑴　有床義歯床裏装は、アクリリック樹脂又は熱可塑性樹脂で製作された義歯床の粘膜面を一層削除し、新たに義歯床の床裏装を行った場合に当該義歯の人工歯数に応じ所定点数を算定する。

⑵　義歯が不適合で有床義歯を新たに製作することを前提に行った床裏装は、有床義歯修理の所定点数により算定する。

⑶　義歯破損に際し義歯修理のみにより当初の目的を達せられない場合、歯科医学的判断により、床裏装を行ったときは、修理及び有床義歯床裏装の点数をそれぞれ算定する。ただし、同一日に直接法により床裏装を行った場合の修理の費用は、有床義歯床裏装の所定点数に含まれる。

⑷　床裏装に際しての印象採得料は区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「２のロ　連合印象」により算定する。

⑸　口蓋補綴を行い、有床義歯装着後、当該義歯不適合のため床裏装を行った場合は、「２　総義歯」により算定する。

⑹　有床義歯の換床を行った場合は、本区分により算定する。

Ｍ０３２　帯環金属冠修理

⑴　修理に際して同時に抜髄又は根管充填等の処置を行った場合は、それらの処置の費用はそれぞれの所定点数により算定する。

⑵　歯科医学的に適切なブリッジの修理については、当該ブリッジが別に定める材料価格基準に収載されている代用合金材料で製作されている場合は、「２　その他の合金冠」の所定点数に当該ブリッジのポンティック（ダミー）と支台歯の数の合計数を乗じて得た点数により算定する。

⑶　ブリッジの修理に際し印象採得を行った場合は、１装置につき区分番号Ｍ００３に掲げる印象採得の「２のイの⑴　簡単なもの」により算定する。

⑷　ブリッジの修理に際し装着を行った場合は、支台装置１歯につき区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「１のイ　鋳造歯冠修復又は硬質レジンジャケット冠」又は区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「１のロ　その他」により、ブリッジ1装置につき区分番号Ｍ００５に掲げる装着の「２のイ　ブリッジ」の各区分の所定点数により算定する。ただし、口腔内においてポンティック（ダミー）部分を修理した場合の装着料の算定は認められない。

⑸　平成４年３月までに保険給付をされていたブリッジで同月までに装着されたものが、破損した場合の修理（保険給付の修理と同一の場合）あるいは脱落した際の再装着の費用は所定点数により算定する。

Ｍ０３３　金合金鉤修理

金合金鉤修理の所定点数は、14カラット金合金鋳造鉤以外の金合金鉤（従来の金鉤）について修理を行った場合に算定し、14カラット金合金鋳造鉤の修理は算定できない。

Ｍ０３４　歯冠継続歯修理

⑴　前歯部のポンティック（ダミー）の修理は、本区分により算定する。

⑵　咬合面が金属であるレジン裏装を行った臼歯部架工義歯のポンティック（ダミー）においてレジン裏装が脱落し、これを即時重合レジンで修理した場合は本区分により算定する。

⑶　レジンジャケット冠の一部破損に対して、口腔内において即時硬化レジンで修理した場合は、本区分により算定する。

Ｍ０３５　新製義歯調整料

⑴　有床義歯の新製を前提に旧義歯の修理を行う場合は、旧義歯修理の際は、修理を行った月は有床義歯調整料のみを算定し、修理を行った月の翌月に有床義歯の新製後に新製義歯調整料を算定する。なお、新製義歯調整料を算定するにあたっては診療報酬明細書の摘要欄に有床義歯の装着を行った部位及び装着年月日を記載した場合に限り算定する。

⑵　有床義歯の新製を行った月と同一月に、当該有床義歯とは別の欠損部位の有床義歯の修理又は床裏装を行った場合、修理又は有床義歯床裏装の費用の算定は別に算定できる。なお、調整に係る費用は１口腔単位として算定するものであることから、同日に新製義歯及び床裏装又は床修理を行った義歯について調整を行った場合は、新製義歯調整料又は有床義歯調整料のいずれかを算定する。

⑶　区分番号Ｉ０２２に掲げる有床義歯床下粘膜調整処置を行い、有床義歯の新製又は床裏装を予定している場合は、新製義歯調整料又は有床義歯調整料のいずれも算定できない。この場合において、当該有床義歯の新製後又は床裏装後に新製義歯調整料又は有床義歯調整料を算定する。

⑷　有床義歯の検査及び調整を行った場合は、調整内容、調整箇所等を診療録に記載する。なお、有床義歯の検査及び調整については、日本歯科補綴学会の「有床義歯の調整・指導についてのガイドライン」を参考とすること。

⑸　新製義歯調整料を算定した月と同一月に有床義歯調整料の算定はできない。

⑹　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においては、実際の調整回数にかかわらず、月1回に限り算定する。

Ｍ０３６　有床義歯調整料

⑴　有床義歯調整料の「注１」に規定する有床義歯装着とは新製義歯の装着をいう。

⑵　別の保険医療機関で製作した有床義歯の調整については、装着後１月以内であっても有床義歯調整料により算定する。

⑶　有床義歯の新製を前提に旧義歯の修理を行う場合は、旧義歯修理の際は、有床義歯調整料を算定し、有床義歯の新製後に新製義歯調整料を算定する。

⑷　有床義歯の新製を行った月と同一月に、当該有床義歯とは別の欠損部位の有床義歯の修理又は床裏装を行った場合、修理又は有床義歯床裏装の費用の算定は別に算定できる。なお、調整に係る費用は１口腔単位として算定するものであることから、同日に新製義歯及び床裏装又は床修理を行った義歯について調整を行った場合は、新製義歯調整料又は有床義歯調整料のいずれかを算定する。

⑸　区分番号Ｉ０２２に掲げる有床義歯床下粘膜調整処置を行い、有床義歯の新製又は床裏装を予定している場合は、新製義歯調整料又は有床義歯調整料のいずれの費用も算定しない。この場合において、当該有床義歯の新製後又は床裏装後に新製義歯調整料又は有床義歯調整料を算定する。

⑹　有床義歯の検査及び調整を行った場合は、検査方法、検査結果等を診療録に記載する。なお、有床義歯の検査及び調整については、日本歯科補綴学会の「有床義歯の調整・指導についてのガイドライン」を参考とすること。

⑺　有床義歯を新製し、新製義歯調整料を算定し、継続して診療を行っている患者に対し、時期を異にして有床義歯の新製を行った場合にあっては、義歯の調整に係る費用は、有床義歯調整料を算定する。

⑻　「注２」に掲げる加算は、有床義歯の長期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調整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

⑼　有床義歯調整料を算定した月と同一月に新製義歯調整料の算定はできない。

⑽　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においては、実際の調整回数にかかわらず、月１回に限り算定する。

第２節　歯冠修復及び欠損補綴医療機器等加算

Ｍ０９０　ラバー加算

区分番号Ｍ００１に掲げる歯冠形成の「３のイ　単純なもの」に該当する臼歯の窩洞形成及び区分番号Ｍ００１－２に掲げる齲蝕歯即時充填形成に際し、ラバーダム防湿法を行った場合は、ラバーの費用として、1顎を単位に10点を加算する。ただし､いわゆるミニラバーダム防湿法を行った場合は算定できない。

Ｍ０９１　周辺装置加算

周辺装置加算は、区分番号Ｃ０００に掲げる歯科訪問診療料を算定した患者、又は著しく歯科診療が困難な障害者に対して訪問診療を行った場合において、切削を伴う処置、手術、歯冠修復又は欠損補綴が必要な場合であって、切削器具及びその周辺装置を訪問先に携行して必要な処置を行った場合に、処置等の主たるものの所定点数に加算する。なお、同時にエアタービン及び歯科用電気エンジンを使用した場合は、いずれかの加算を算定する。

第１３部　歯科矯正

［通則］

1　歯科矯正は、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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行う別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常又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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行う顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術の前後における療養に限り保険診療の対象とする。

2　顎変形症の手術とは、障害者自立支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第　　号）第36条第１号及び第２号に規定する医療について、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第59条第１項に規定する都道府県知事の指定を受けた医療機関である保険医療機関（以下「障害者自立支援法の指定を受けた医療機関」という。）において行われる顎変形症の手術をいう。

3　歯科矯正の費用は、第１節の各区分の注に「保険医療材料料を含むものとする。」等と規定されている場合を除き、第１節の各区分の所定点数に第２節の保険医療材料料を合算して算定する。

4　区分番号Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料又は区分番号Ｎ００１に掲げる顎口腔機能診断料の算定に基づく診断を行った患者に限り、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常又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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関において行う顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術の前後における療養として歯科矯正を行うことができる。

5　印象採得、咬合採得及び装着については、それぞれの診療行為を行った日に算定する。

6　歯科矯正料の項に掲げられていない歯科矯正のうち、特殊な歯科矯正の歯科矯正料は、その都度当局に内議し、最も近似する歯科矯正として準用が通知された算定方法により算定する。

7　歯科矯正においては、患者が任意に診療を中止し、一月を経過した後、再び同一症状又は同一病名で当該保険医療機関に受診した場合は、初診料は算定できない。

8　別に厚生労働大臣が定める疾患とは、以下のものをいう。

イ　唇顎口蓋裂

ロ　ゴールデンハー（Goldenhar）症候群（鰓弓異常症を含む。）

ハ　鎖骨・頭蓋骨異形成

ニ　クルーゾン（Crouzon）症候群

ホ　トリチャーコリンズ（Treacher-Collins）症候群

ヘ　ピエールロバン（Pierre Robin）症候群

ト　ダウン（Down）症候群

チ　ラッセルシルバー（Russell-Silver）症候群

リ　ターナー（Turner）症候群

ヌ　ベックウィズ・ヴィードマン（Beckwith-Wiedemann）症候群

ル　尖頭合指症

9　軟組織に限局する唇顎口蓋裂等の先天異常の患者の場合においては、咬合異常が先天異常に起因することが明確である場合に限り歯科矯正の対象とする。

10　別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常に対する歯科矯正の療養は、当該疾患に係る育成医療及び更生医療を担当する医療機関からの情報提供に基づき連携して行われるもの

である。

第１節　歯科矯正料

Ｎ０００　歯科矯正診断料

⑴　歯科矯正診断料は、厚生労働大臣が定める施設基準に適合していると地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関に限り算定する。

⑵　歯科矯正診断料は、別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常が認められる患者の口腔状態、顎骨の形態、成長及び発育等を分析し、これらの分析結果と過去に行った治療内容の評価と併せて可及的に長期的な予測を行い、治療計画書を作成し、患者に内容を説明のうえ当該治療計画の内容を文書により提供した場合に算定する。

⑶　歯科矯正診断料は、口腔内写真、顔面写真等による評価及び歯科矯正セファログラム等による評価等を併せて行った場合に算定する。なお、区分番号Ｎ００３に掲げる歯科矯正セファログラム及び区分番号Ｎ００４に掲げる模型調整の費用は別に算定できる。

⑷「注1」に規定する文書には、次に掲げる内容を含むものをいう。

イ　全身性疾患の診断名、症状及び所見

ロ　口腔領域の症状・所見（咬合異常の分類、唇顎口蓋裂がある場合は裂型、口腔の生理的機能の状態等）及びヘルマンの咬合発育段階等の歯年齢等

ハ　歯科矯正の治療として採用すべき療法、開始時期及び療養上の指導内容等

ニ　保険医療機関名、担当保険医氏名等

⑸　患者に交付した文書の写しを診療録に添付すること。

⑹　顎口腔機能診断料を算定する場合は、診療録に、症状及び所見、口腔領域の症状及び所見、療法名、一連の指導計画、指導内容、患者説明用に実際に使用した資料の種類及び内容等を記載すること。

⑺　歯科矯正診断料を算定した後、「注２」に掲げる歯科矯正診断料を算定した日から起算して６月以内の場合並びに区分番号Ｎ００３に掲げる歯科矯正セファログラムに基づく分析及び歯列弓の分析を行わなかった場合には、歯科矯正診断料は、算定できない。

⑻　歯科矯正診断料の算定に係る歯列矯正は、歯科矯正に関する医療を担当する歯科医師及び別に厚生労働大臣が定める疾患に係る育成医療及び更生医療を担当する医師等との十分な連携を図り行われるべきものである。

Ｎ００１　顎口腔機能診断料

⑴　顎口腔機能診断料は、厚生労働大臣が定める施設基準に適合していると地方社会保険事務局長に届出を行った保険医療機関に限り算定する。

⑵　顎口腔機能診断料は、顎離断等の手術を必要とする患者（顎変形症若しくは別に厚生労働大臣が定める疾患に起因した咬合異常の患者に限る。）の口腔状態、顎骨の形態、成長及び発育等を分析し、これらの分析結果、顎口腔機能の分析結果及び既に行った治療内容の評価を併せて可及的に長期的な予測を行い、治療計画書を作成し、患者に内容を説明のうえ当該治療計画の内容を文書により提供した場合に算定する。

⑶　顎口腔機能分析は、咀嚼筋筋電図、下顎運動等の検査、口腔内写真、顔面写真等による評価、予測模型等及び歯科矯正セファログラム等による評価等による評価を併せて行う。なお、区分番号Ｎ００３に掲げる歯科矯正セファログラム及び区分番号Ｎ００４に掲げる模型調整

の費用は別に算定できる。

⑷　「注1」に規定する文書には、次に掲げる内容を含むものという。

イ　全身性疾患の診断名、症状及び所見

ロ　口腔領域の症状及び所見（咬合異常の分類、唇顎口蓋裂がある場合は裂型、口腔の生理的機能の状態、頭蓋に対する上下顎骨の相対的位置関係の分類等）及びヘルマンの咬合発育段階等の歯年齢等

ハ　歯科矯正の治療として採用すべき療法、開始時期及び療養上の指導内容等

ニ　歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関及び口腔に関する医療を担当する保険医療機関が共同して作成した手術予定等年月日を含む治療計画書、計画策定及び変更年月日等

ホ　障害者自立支援法の指定を受けた医療機関である顎離断手術等の口腔に関する医療を担当する保険医療機関名及び担当保険医氏名

ヘ　歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関名、担当保険医氏名等

⑸　患者に交付した文書の写しを診療録に添付すること。

⑹　顎口腔機能診断料を算定する場合は、診療録に、症状及び所見、口腔領域の症状及び所見、療法名、一連の指導計画、指導内容、患者説明用に実際に使用した資料の種類及び内容等を記載すること。

⑺　顎口腔機能診断料を算定した後、「注２」に掲げる顎口腔機能診断料を算定した日から起算して６月以内の場合並びに区分番号Ｎ００３に掲げる歯科矯正セファログラムに基づく分析及び歯列弓の分析を行わなかった場合には、顎口腔機能診断料は算定できない。

⑻　顎口腔機能診断料の算定に係る歯科矯正及び顎離断等の手術は、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社会保険事務局長に届け出た保険医療機関で実施される歯科矯正に関する医療を担当する歯科医師及び障害者自立支援法の指定を受けた医療機関で実施される顎離断手術等の口腔に関する医療を担当する歯科医師又は医師の十分な連携の下に行われるべきものであり、これら一連の治療に関する記録は、当該医療を担当するそれぞれの歯科医師又は医師において保管すること。

Ｎ００２　歯科矯正管理料

⑴　「注１」に規定する「計画的な歯科矯正管理」及び「療養上必要な指導」とは、歯と顎の変化及び移動の把握並びにそれに基づく治療計画の点検及び修正をいう。また、顎変形症(顎離断等の手術を必要とするものに限る。)の療養の場合においては、歯科矯正に関する医療を担当する保険医療機関及び口腔に関する医療を担当する保険医療機関の共同した治療計画書等の手術予定の年月日を含む点検及び修正並びに歯科矯正に係る必要な指導及び口腔内の衛生状態の維持管理をいう。

なお、「経過模型による歯の移動等の管理」とは、経過模型を製作し、過去に製作した経過模型と対比し、歯の移動等を把握することをいう。

⑵　区分番号Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料の「注１」又は区分番号Ｎ００１に掲げる顎口腔機能診断料の「注１」に規定する治療計画書が作成されていない場合又は当該保険医療機関において歯科矯正の動的治療が行われていない場合には、歯科矯正管理料は算定できない。

⑶　療養上必要な指導とは、区分番号Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料の「注１」又は区分番号Ｎ００１に掲げる顎口腔機能診断料の「注１」に規定する治療計画書に基づいた矯正装置

の取扱い、口腔内衛生、栄養、日常生活その他療養上必要な指導及び機械的歯面清掃をいう。

なお、療養上必要な指導を行った場合には、患者の症状の経過に応じて、既に行われた指導等の評価及びそれに基づいて行った指導の詳細な内容を診療録に記載する。

⑷　「注１」の機械的歯面清掃とは、歯科医師又はその指示に基づき歯科衛生士が一口腔を単位として歯面における機械的な回転器具や研磨用ペーストを用いて行う歯垢除去等をいう。

⑸　「注１」の「文書」とは、病名、症状、療養上必要な指導及び計画的な歯科矯正管理の状況（治療計画の策定及び変更年月日を含む。）、保険医療機関名、当該指導を行った主治の歯科医師の氏名、顎変形症(顎離断等の手術を必要とするものに限る。)の療養の場合においては、連携医療機関名、手術を担当する歯科医師の氏名等を記載したものをいう。

⑹　患者に交付した文書の写しを診療録に添付すること。

⑺　歯科矯正管理料を算定する場合は、診療録に、病名、症状、療養上必要な指導及び計画的な歯科矯正管理の状況等を記載すること。

⑻　再診が電話等により行われた場合にあっては、歯科矯正管理料は算定できない。

⑼　歯科矯正管理を行った場合の説明等に使用した経過模型、口腔内写真、顔面写真等の費用は、歯科矯正管理料に含まれ別に算定できない。

⑽　保定における保定装置の調整の費用は、歯科矯正管理料に含まれる。

Ｎ００３　歯科矯正セファログラム

⑴　歯科矯正セファログラムとは、焦点と被写体の中心及びフィルム面が常に一定の距離を保持し、かつ、エックス線の主線が両耳桿の延長線に対して、０度、90度又は45度に保てる規格の機器を用いて撮影したものをいう。

なお、常に一定の距離とは、個々の患者につき、焦点と被写体の中心及びフィルム面の距離が経年的に一定であることをいう。

⑵　一連とは、側貌、前後像、斜位像等の撮影を全て含むものである。

⑶　歯科矯正セファログラムと同時に歯科エックス線撮影又は歯科パノラマ断層撮影等のエックス線撮影を行った場合、歯科エックス線撮影あるいは歯科パノラマ断層撮影等については同一部位に対する撮影であることから、診断料は各区分の所定点数の100分の50で算定する。

⑷　歯科矯正セファログラムに用いたフィルム及びデジタル映像化処理に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｎ００４　模型調製

⑴　平行模型は、咬合平面が水平になるよう製作したときに、顎態模型は、眼耳平面を基準として顎顔面頭蓋との関係を明らかにした模型を製作したときに算定する。

⑵　プラスターベースは、平行模型及び顎態模型を一定の規格に維持した状態で長期にわたって保管する必要があるために用いるものである。プラスターベースの使用に係る費用は所定点数に含まれ別に算定できない。

⑶　平行模型は、歯科矯正を開始したとき、動的処置を開始したとき、マルチブラケット法を開始したとき、顎離断等の手術を終了したとき及び保定を開始したとき、各々につき一回に限り算定する。

⑷　予測模型は、歯及び顎の移動後の咬合状態の予測を模型上にあらわしたものである。

⑸　予測模型は、歯科矯正の治療においてダイナミックポジショナー及びスプリングリテーナーを製作した場合には各々につき一回算定する。なお、歯科矯正を開始したとき又は動的処

置を開始したときは、いずれかについて１回に限り算定するものとし、顎離断等の手術を開始したときも１回に限り算定する。

⑹　作成した模型については、保定期間含む一連の治療が終了した日の属する月の翌月の初日から起算して３年を保存期間とする。

Ｎ００５　動的処置

⑴　動的処置とは、区分番号Ｎ０００に掲げる歯科矯正診断料の「注１」又は区分番号Ｎ００１に掲げる顎口腔機能診断の「注１」に規定する治療計画書に基づき策定された区分番号Ｎ００８に掲げる装着の「１のイの注」又は「１のロの注２」に規定する力系に関するチャートに基づき、矯正装置に用いた主線、弾線、スクリュー等の調整並びに床の削除及び添加により、歯及び顎の移動・拡大等を計画的に行うものとする。

⑵　動的処置は、区分番号Ｎ００８に掲げる装着の費用を算定した場合においては、区分番号Ｎ００８に掲げる装着の費用に含まれ別に算定できない。なお、保定装置の使用期間中においても算定できない。

⑶　同一月内における装置の装着と日を異にして行った動的処置は、同一月内の第１回目として取り扱う。

Ｎ００６　印象採得

⑴　歯科矯正における印象採得は、床装置、アクチバトール（ＦＫＯ）等装置ごとに算定する。

⑵　マルチブラケット装置の印象採得をステップⅠ、ステップⅡ、ステップⅢ及びステップⅣの各ステップにおいて行った場合は、各ステップにつき１回に限り算定する。

⑶　「２のイ　印象採得が簡単なもの」に該当するものは、先天性異常が軟組織に限局している場合である。

⑷　「２のロ　印象採得が困難なもの」に該当するものは、先天性異常が硬組織に及ぶ場合若しくは顎変形症の場合である。

　なお、硬組織に及ぶ場合とは、先天性異常として骨の欠損及び癒合不全、著しい顎の過成長及び劣成長を伴うものをいう。

⑸　「２のハ　印象採得が著しく困難なもの」に該当するものは、前記⑷に該当する場合であって前後又は側方の顎の狭窄を伴うため顎の拡大の必要がある場合又は残孔の状態にある場合である。

⑹　リトラクター又はプロトラクターを製作するために顎顔面の採型を行った場合は、「２のハ　印象採得が著しく困難なも」により算定する。

⑺　双線弧線装置を使用して歯科矯正を行う場合の第１回目の装置の印象採得の費用は本区分の「１　マルチブラケット装置」を、装着の費用は区分番号Ｎ００８に掲げる装着の「１のロ　固定式装置」及び装置の費用は区分番号Ｎ０１８に掲げるマルチブラケット装置の「１のロ　４装置目以降の場合」により算定するものとし、第２回目以降の装置の費用については区分番号Ｎ０１８に掲げるマルチブラケット装置の「１のロ　４装置目以降の場合」のみを算定する。

　なお、区分番号Ｎ００８に掲げる装着の「１のイの注」及び「１のロの注２」の加算については各区分の算定要件を充たしている場合には算定できる。

Ｎ００７　咬合採得

⑴　歯科矯正における咬合採得は、床装置、アクチバトール（ＦＫＯ）等装置ごとに算定する。

⑵　マルチブラケット装置の場合は、算定できない。

⑶　「２　困難なもの」に該当するものは、先天性異常が硬組織に及ぶ場合若しくは顎変形症の場合であって前後又は側方の顎の狭窄を伴うため顎の拡大の必要がある場合である。

⑷　「３　構成咬合」とは、アクチバトール、ダイナミックポジショナーの製作のために筋の機能を賦活し、その装置が有効に働き得る咬合状態を採得するものをいう。

Ｎ００８　装着

⑴　「１のイ　可撤式装置」に該当するものは、患者が自由に着脱できる床装置、アクチバトール、リトラクター等である。

⑵　「１のロ　固定式装置」に該当するものは、患者が自由に着脱できないリンガルアーチ、マルチブラケット装置、ポータータイプの拡大装置等である。

⑶　装置の装着料は、マルチブラケット装置を除き第１回目の装着の時にのみ算定できる。

⑷　マルチブラケット装置の装着料は、各ステップにつき１回に限り算定する。

⑸　ポータータイプ又はスケレトンタイプの拡大装置に使用する帯環の装着に係る費用は、装置の装着に係る費用に含まれ別に算定できない。

⑹　マルチブラケット装置の装着時の結紮に係る費用は、所定点数に含まれる。

⑺　「1のイの注」及び「１のロの注２」の「文書」とは、矯正装置に必要なフォースシステムの分析作成を行い、病名、症状、力系に関するチャート、治療装置の名称及び設計、保険医療機関名、当該指導を行った主治の歯科医師の氏名等を記載したものをいう。

⑻　フォースシステムとは、歯及び顎の移動に関して負荷する矯正力の計画を立てることであり、力系に関するチャートとは、フォースシステムを基にした矯正装置の選択及び設計のチャートである。

⑼　メタルリテーナーを除いた保定装置の製作に当たって、フォースシステムを行った場合であっても、フォースシステムの費用は算定できない。

⑽　患者に交付した文書の写しを診療録に添付すること。

⑾　歯科矯正管理料を算定する場合は、診療録に、口腔内の状況、力系に関するチャート、治療装置の名称及び設計等を記載すること。

Ｎ００９　撤去

ポータータイプの拡大装置の撤去の費用は、同装置を最終的に撤去する場合に１回に限り帯環の数に応じて算定する。

Ｎ０１０　セパレイティング

⑴　セパレイティングとは、帯環を調製装着するため、歯間を離開させることをいい、相隣接する２歯間の接触面を１か所として算定する。

なお、これに使用した真鍮線等の撤去に要する費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

⑵　叢生（クラウディング）について、唇顎口蓋裂に起因した咬合異常の歯科矯正を行う際に歯の隣接面の削除を行った場合は、区分番号Ｉ０００－２に掲げる咬合調整の各区分により算定する。

Ｎ０１１　結紮

マルチブラケット装置において結紮を行った場合にのみ算定する。

Ｎ０１２　床装置

マルチブラケット装置以外の装置については、次により算定する。

イ　「１　簡単なもの」については、顎の狭窄を伴わない場合に装着する装置について算定する。

ロ　「２　複雑なもの」については、前後又は側方の顎の狭窄を伴う場合又は残孔の状態にある場合に装着する装置について算定する。

Ｎ０１３　リトラクター

⑴　本区分に該当するものは、マンディブラリトラクター及びマキシラリリトラクターである。

⑵　「注」のスライディングプレートの製作のために行う印象採得、咬合採得、保険医療材料等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｎ０１４　プロトラクター

本区分に該当するものは、ホーンタイプ、フレームタイプ及びフェイスボウタイプの装置である。

Ｎ０１５　拡大装置

本区分に該当するものは、プレートタイプ、ポータータイプ、インナーボウタイプ及びスケレトンタイプの拡大装置である。

Ｎ０１６　アクチバトール（ＦＫＯ）

本区分に該当するものは、アクチバトール及びダイナミックポジショナーである。

Ｎ０１７　リンガルアーチ

⑴　本区分に該当するものは、リンガルアーチ（舌側弧線装置）及びレビアルアーチ（唇側弧線装置）である。

⑵　リンガルアーチにおいて、主線の前歯部分のみを再製作し、ろう着した場合は、区分番号Ｎ０２８に掲げる床装置修理により算定する。

Ｎ０１８　マルチブラケット装置

マルチブラケット装置については、次により算定するものである。

イ　マルチブラケット装置とは、帯環及びダイレクトボンドブラケットを除いたアーチワイヤーをいう。

ロ　ステップが進んだ場合には、前のステップに戻って算定することはできない。

ハ　ステップⅠとは、レベリングを行うことをいう。

ニ　ステップⅡとは、主として直径０．０１４～０．０１６インチのワイヤーを用いた前歯部の歯科矯正又は犬歯のリトラクションを行うことをいう。

ホ　ステップⅢとは、主として直径０．０１６～０．０１８インチのワイヤー又は角ワイヤーを用いた側方歯部の歯科矯正を行うことをいう。

ヘ　ステップⅣとは、主として直径０．０１６～０．０１８インチあるいはそれ以上のワイヤー又は角ワイヤーを用いた臼歯部の歯科矯正及び歯列弓全体の最終的な歯科矯正を行うことをいう。

ト　セクショナルアーチを行う場合の第１回目の装置の印象採得の費用は区分番号Ｎ００６に掲げる印象採得の「１　マルチブラケット装置」、装着の費用は区分番号Ｎ００８に掲げる装着の「１のロ　固定式装置」及び装置は本区分の「１のロ　４装置目以降の場合」に掲げる所定点数により算定するものとし、第２回目以降の装置の費用については、本区分の「１のロ　４装置目以降の場合」のみの算定とする。

なお、区分番号Ｎ００８に掲げる装着の「１のイの注」及び「１のロの注２」の加算については各区分の算定要件を満たしている場合には算定できる。

Ｎ０１９　保定装置

⑴　保定装置とは、動的処置の終了後、移動させた歯及び顎を一定期間同位置に保持する装置をいう。

⑵　動的処置に使用した矯正装置をそのまま保定装置として使用した場合には、保定装置の費用は、算定できない。

⑶　メタルリテーナーは、前後又は側方の顎の狭窄を伴うため顎の拡大を行った後の保定を維持する場合であって、メタルリテーナーを使用する必要性がある場合に限って算定する。

⑷　「５　リンガルバー」に該当するものは、リンガルバー及びパラタルバーを使用する装置である。

Ｎ０２０　鉤

「２　複雑なもの」に該当するものは、アダムス鉤である。

Ｎ０２１　帯環

帯環製作の場合のろう着の費用は、当該各区分の所定点数に含まれるものであるが、帯環にチューブ、ブラケット等をろう着する場合の費用は、区分番号Ｎ０２７に掲げる矯正用ろう着により算定する。

Ｎ０２３　フック

本区分に該当するものは、リンガルボタン、クリーク、フック等であるが、チューブに付随していて新たなろう着の必要のないものは算定できない。

Ｎ０２４　弾線

弾線をリンガルアーチ等に用いるためにろう着を行った場合の費用は、区分番号Ｎ０２７に掲げる矯正用ろう着により算定する。

Ｎ０２５　トルキングアーチ

トルキングアーチについては、装着、結紮等の費用は別に算定できない。

Ｎ０２６　附加装置

⑴　附加装置には、保険医療材料等（交換用のエラスティクスを含む。）の費用を含む。

⑵　超弾性コイルスプリングを用いて顎間又は顎内固定を行った場合は、１か所１個につき、「２　コイルスプリング」及び「４　アップライトスプリング」に掲げる所定点数を合算した点数により算定する。

Ｎ０２７　矯正用ろう着

本区分に該当するものは、通常のろう着、自在ろう着、電気熔接である。

なお、チューブ、ブラケット等を電気熔接する場合には、１個につき１か所として算定する。

Ｎ０２８　床装置修理

本区分に該当するものは、床装置の破損等であるが、床装置において動的処置の段階で床の添加を行う場合の床の添加に要する費用は、区分番号Ｎ００５に掲げる動的処置に含まれ、別に算定できない。

（別紙様式１）

歯科疾患総合指導料　説明文書

（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿　　平成＿＿年＿＿月＿＿日

主　　訴	
初 診 日	平成＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日
症　　状	
検　　査	
傷 病 名	
治療計画 指導内容	
治療期間	
治療頻度	
全ての歯科疾患 の治療の要否	□ 希望する　／　□ 希望しない
保険医療機関名	
所在地・電話番号	（　　）　　―
担当歯科医師名	㊞
備　　考	

私は、上記の説明を受け、一連の治療計画に基づく、歯科疾患総合指導に同意します。

患者署名：（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿（同意年月日）＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

（別紙様式２）

歯科疾患継続管理診断料　説明文書

（患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿殿　　平成＿＿年＿＿月＿＿日

傷　病　名	
診　断　日	平成＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日
検査結果	
口腔内の状態	
指導計画等	
管理期間	
指導頻度	
継続管理の要否	□ 希望する　／　□ 希望しない
保険医療機関名	
所在地・電話番号	（　　）　　―
担当歯科医師名	㊞
備　　考	

私は、上記の説明を受け、継続管理計画に基づく、歯科疾患継続指導に同意します。

患者署名：（患者氏名）＿＿＿＿＿＿（同意年月日）＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

別添３

調剤報酬点数表に関する事項

＜通則＞

１　保険薬局は、当該保険薬局において調剤される医薬品の品質確保について万全を期さなければならない。

２　保険薬剤師は、投与日数が長期間にわたる処方せんによって調剤を行う場合であって、処方薬の長期保存の困難その他の理由によって分割して調剤する必要がある場合には、分割調剤を行うこと。

　また、分割調剤を行う場合は、その総量は、当然処方せんに記載された用量を超えてはならず、また、第２回以後の調剤においては使用期間の日数（ただし、処方せん交付の日を含めて４日を超える場合は４日とする。）と用量（日分）に示された日数との和から第１回調剤日から起算して当該調剤日までの日数を差し引いた日分を超えては交付できない。例えば、４月３日交付、使用期間４日間、用量10日分の処方せんで４月４日に５日分の調剤を受け、次に10日に調剤を受けに来た場合は（10＋４）－７＝７であるから、残りの５日分を全部交付して差し支えないが、もし第２回の調剤を４月13日に受けに来た場合、（10＋４）－10＝４となるので４日分しか交付できない。

３　保険薬局において分割調剤を行い、当該薬局において調剤済みとならない場合は、処方せんに薬剤師法第26条に規定する事項及び分割理由等の必要な事項を記入し、調剤録を作成した後、処方せんを患者に返却すること。

＜調剤技術料＞

区分００　調剤基本料

(1) 調剤基本料は、患者等が提出する処方せんの枚数に関係なく処方せんの受付１回につき算定する。なお、同一保険薬局において分割調剤を行う場合は、調剤基本料は初回のみ算定し、２回目以降については、「注３」のとおり算定するが、異なる保険薬局で分割調剤を行う場合は、各保険薬局においてそれぞれ調剤基本料を算定できる。

(2) 同一患者から同一日に複数の処方せんを受け付けた場合、同一保険医療機関の同一医師によって交付された処方せん又は同一の保険医療機関で一連の診療行為に基づいて交付された処方せんについては一括して受付１回と数える。

　ただし、同一の保険医療機関から交付された場合であっても、歯科の処方せんについては歯科以外の処方せんと歯科の処方せんを別受付として算定できる。

(3) ２以上の異なる保険医療機関が交付した処方せんを同時に受け付けた場合においては、受付回数はそれぞれ数え２回以上とする。

(4) 処方せんの受付回数が月に4,000回を超える薬局に該当するか否かの取扱いは、次の基準による。

ア　前年２月末日以降継続して保険薬局に指定されている薬局について

　前年３月１日から当年２月末日までの12か月の受付回数が48,000回を超えるか否かで判定し、４月１日から翌年３月31日まで適用する。

イ　前年３月１日から前年11月30日までの間に新規に保険薬局に指定された薬局について

指定の日の属する月の翌月１日から当年２月末日までの受付回数が4,000回に月数を乗じて得た回数を超えるか否かで判定し、４月１日から翌年３月31日まで適用する。

ウ　前年12月１日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について

指定の日の属する月の翌月１日から３か月間の受付回数が12,000回を超えるか否かで判定し、当該３か月の最終月の翌々月１日から翌年３月31日まで適用する。なお、適用開始までの間は42点を算定する。

(5) 特定の保険医療機関（特定承認保険医療機関を含む。以下この項において同じ。）に係る処方せんによる調剤の割合が70％を超える薬局に該当するか否かの取扱いは、次の基準による。

ア　前年２月末日以降継続して保険薬局に指定されている薬局について

前年３月１日から当年２月末日までの12か月間に受け付けた処方せんのうち特定の保険医療機関に係るものの受付回数を、当該期間に受け付けたすべての処方せんの受付回数で除して得た割合が70％を超えるか否かで判定し、４月１日から翌年３月31日まで適用する。

イ　前年３月１日から前年11月30日までの間に新規に保険薬局に指定された薬局について

指定の日の属する月の翌月１日から当年２月末日までに受け付けた処方せんのうち特定の保険医療機関に係るものの受付回数を、当該期間に受け付けたすべての処方せんの受付回数で除して得た割合が70％を超えるか否かで判定し、４月１日から翌年３月31日まで適用する。

ウ　前年12月１日以降に新規に保険薬局に指定された薬局について

指定の日の属する月の翌月１日から３か月間に受け付けた処方せんのうち特定の保険医療機関に係るものの受付回数を、当該期間に受け付けたすべての処方せんの受付回数で除して得た割合が70％を超えるか否かで判定し、当該３か月の最終月の翌々月１日から翌年３月31日まで適用する。なお、適用開始までの間は42点を算定する。

(6) 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により薬事法上の薬局の許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、(4)のウ及び(5)のウの記載にかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づき調剤基本料を算定する。

(7) 「注３」については、長期投薬（１４日分を超える投薬をいう。以下同じ。）に係る処方せんによって調剤を行う場合であって、処方薬の長期保存の困難その他の理由によって分割して調剤する必要があり、分割調剤を行った場合で、１処方せんの２回目以降の調剤を同一の保険薬局において２回目以降行った場合に算定する。

(8) 「注３」に係る分割調剤を行う場合は、処方せんの受付時に、当該処方せんを発行した医療機関等に対し照会を行うとともに、分割理由等の必要な事項を調剤録に記入すること。

区分０１　調剤料

(1) 内服薬

ア　内服薬（浸煎薬、湯薬及び一包化薬を除く。以下同じ。）の調剤料については、内服用滴剤とそれ以外の内服薬とは所定単位及び所定点数が異なる。（内服用滴剤は「区分０１」の「注１」による。）

イ　内服薬（内服用滴剤以外のもの）についての調剤料及び薬剤料の算定はそれぞれ「１剤」及び「１剤１日分」を所定単位とし、内服用滴剤についての調剤料及び薬剤料は「１

調剤」を所定単位として算定するが、この場合の「１剤」とは、調剤料の算定の上で適切なものとして認められる単位をいうものであり、次の点に留意する。

(ｲ) １回の処方において、２種類以上の薬剤を調剤する場合には、それぞれの内服薬を個別の薬包等に調剤しても、服用時点が同一であるものについては、１剤として算定する。

(ﾛ) 服用時点が同一である薬剤については、投与日数にかかわらず１剤として算定する。

(ﾊ) (ｲ)及び(ﾛ)における「服用時点が同一である」とは、２種類以上の薬剤について服用日１日を通じて服用時点（例えば「朝食後、夕食後服用」、「１日３回食後服用」、「就寝前服用」、「６時間毎服用」等）が同一であることをいう。また、食事を目安とする服用時点については、食前、食後及び食間の３区分とすることとし、服用時点が「食直前」、「食前30分」等であっても、調剤料の算定にあっては、「食前」とみなし、１剤として扱う。

(ﾆ) (ｲ)及び(ﾛ)にかかわらず、次の場合は、それぞれを別剤として算定できる。

① 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

② 内服用固型剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服用液剤の場合

③ 内服錠とチュアブル錠又は舌下錠等のように服用方法が異なる場合

ウ 内服薬の調剤料は、１回の処方せん受付について、４剤以上ある場合についても、３剤として算定する。ただし、この場合、内服用滴剤は剤数に含めないが、浸煎薬、湯薬及び一包化薬を同時に調剤した場合には、浸煎薬及び湯薬については調剤数を、一包化薬については、内服薬に準じて剤数に含めることとする。

エ 同一薬局で同一処方せんを分割調剤した場合は、１回目の調剤から通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じて得た点数により算定する。

オ 隔日投与等投与しない日がある処方に係る内服薬の調剤料は、実際の投与日数により算定する。

カ ドライシロップ剤を投与する場合において、調剤の際に溶解し、液剤（シロップ剤）にして患者に投与するときは内服用液剤として算定し、散剤としてそのまま投与するときは内服用固型剤として算定する。また、ドライシロップ剤を水に溶かして同時服用の他の液剤と一緒に投与する場合は１剤として算定し、ドライシロップ剤を散剤として、同時服用の他の固型剤（錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤等）と一緒に投与する場合も１剤として算定する。

キ 嚥下困難者用製剤加算は、嚥下障害等があって、市販されている剤形では薬剤の服用が困難な患者に対し、医師の了解を得た上で錠剤を砕く等剤形を加工した後調剤を行うことを評価するものである。

ク 剤形の加工は、薬剤の性質、製剤の特徴等についての薬学的な知識に基づいて行わなければならないこと。

ケ 嚥下困難者用製剤加算は、処方せん受付１回につき１回算定できるものであること。

コ 剤形を加工したものを用いて他の薬剤と計量混合した場合の計量混合調剤加算は算定できないものであること。

サ 嚥下困難者用製剤加算を算定した場合においては、自家製剤加算は算定できないものであること。

シ 薬剤師が剤形の加工の必要を認め、医師の了解を得た後剤形の加工を行った場合は、そ

の旨調剤録等に記載すること。

ス　時間外加算、休日加算及び深夜加算の加算額を算定する場合の基礎額には、嚥下困難者用製剤加算に係る加算分は含めないものであること。

セ　内服用滴剤を調剤した場合の調剤料は、投薬日数にかかわらず、１調剤につき「注１」の所定点数を算定する。この場合の内服用滴剤とは、内服用の液剤であって、１回の使用量が極めて少量（１滴ないし数滴）であり、スポイト、滴瓶等により分割使用するものをいう。なお、当該薬剤の薬剤料は、１調剤分全量を１単位として薬剤料の項により算定するものであり、１剤１日分を所定単位とするものではない。

(2) 屯服薬

屯服薬の調剤料は、調剤した剤数、回数にかかわらず、１回の処方せん受付につき所定点数を算定する。

(3) 浸煎薬

ア　浸煎薬とは、生薬を薬局において浸煎し、液剤として製したものをいう。

イ　浸煎薬の調剤料は、日数にかかわらず、１調剤につき算定する。

ウ　浸煎薬の調剤料は、１回の処方せん受付について４調剤以上ある場合において、３調剤まで算定できる。ただし、内服薬、湯薬及び一包化薬を同時に調剤した場合には、内服薬については剤数を、湯薬については調剤数を、一包化薬については内服薬に準じて剤数を調剤数に含めることとする。

(4) 湯薬

ア　湯薬とは、薬局において２種以上の生薬（粗切、中切又は細切したもの）を混合調剤し、患者が服用するために煎じる量ごとに分包したものをいう。

イ　湯薬の調剤料は、投薬日数にかかわらず、１調剤につき算定する。

ウ　湯薬の調剤料は、１回の処方せん受付について４調剤以上ある場合において、３調剤まで算定できる。ただし、内服薬、浸煎薬及び一包化薬を同時に調剤した場合には、内服薬については剤数を、浸煎薬については調剤数を、一包化薬については内服薬に準じて剤数を調剤数に含めることとする。

(5) 一包化薬

ア　一包化薬とは、服用時点の異なる２種類以上の内服用固型剤が処方されているとき、その種類にかかわらず服用時点毎に一包として患者に投与するものをいう。なお、一包化に当たっては、錠剤等は直接の被包から取り出した後行うものである。

イ　一包化は、多種類の薬剤が投与されている患者においてしばしばみられる薬剤の飲み忘れ、飲み誤りを防止すること又は心身の特性により錠剤等を直接の被包から取り出して服用することが困難な患者に配慮することを目的としたものであり、医師の了解を得た上で行うものであること。

ウ　一包化薬の調剤料は、一包化を行った投与日数が７又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。

エ　薬剤師が一包化の必要を認め、医師の了解を得た後一包化を行った場合は、その旨及び一包化の理由を調剤録等に記載すること。

オ　服薬における安全性の確保の観点から、錠剤と散剤を別々に一包化した場合等も算定できるが、別に一包化薬の調剤料は算定できない。

カ　同一薬局で同一処方せんに係る分割調剤をした場合は、１回目の調剤から通算した日数に対応する点数から前回までに請求した点数を減じて得た点数により算定する。

(6) 注射薬

ア　注射薬の調剤料は、調剤した調剤数、日数にかかわらず、１回の処方せん受付につき所定点数を算定する。

イ　注射薬のうち支給できるものは、在宅医療における自己注射のために投与される薬剤（インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）、自己連続携行式腹膜灌流用灌流液、在宅中心静脈栄養法用輸液、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブトルファノール製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、ヒトソマトメジンＣ製剤、人工腎臓用透析液、血液凝固阻止剤、生理食塩水、プロスタグランジンI_2製剤、塩酸モルヒネ製剤、エタネルセプト製剤及び注射用水）に限る。

なお、「塩酸モルヒネ製剤」は、薬液が取り出せない構造で、かつ患者等が注入速度を変えることができない注入ポンプ等に、必要に応じて生理食塩水等で希釈の上充填して交付した場合に限る。

ウ　イの「在宅中心静脈栄養法用輸液」とは、高カロリー輸液をいい、高カロリー輸液以外にビタミン剤、高カロリー輸液用微量元素製剤及び血液凝固阻止剤を投与することができる。

(7) 外用薬

ア　外用薬の調剤料は、投与日数にかかわらず、１調剤につき算定する。

イ　外用薬の調剤料は、１回の処方せん受付について４調剤以上ある場合において、３調剤まで算定できる。

ウ　トローチについては、外用薬として算定する。

(8) 注射薬の無菌製剤処理

ア　「注２」の「無菌製剤処理」とは、無菌室・クリーンベンチ等の無菌環境の中で、無菌化した器具を使用し、無菌的な製剤を行うことをいう。なお、その基準については別途通知する。

イ　注射薬調剤料の無菌製剤処理加算は、２以上の注射薬を無菌的に混合して、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤を製剤した場合に算定し、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤を１日分製剤する毎にそれぞれ40点又は50点を加算する。

ウ　抗悪性腫瘍剤として無菌製剤処理加算の対象になる薬剤は、悪性腫瘍等に対して用いる細胞毒性を有する注射剤として独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成14年法律第192号）第４条第５項第１号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（平成16年厚生労働省告示第185号）において指定されたものをいう。

エ　無菌製剤処理加算は、２以上の中心静脈栄養法用輸液若しくは２以上の抗悪性腫瘍剤を同一日の使用のために製剤した場合又は中心静脈栄養法用輸液及び抗悪性腫瘍剤を合わせて１つの注射剤として製剤した場合においても、１日につき１回に限り、それぞれ40点若

しくは50点又は50点を算定するものとする。

オ　無菌製剤処理を伴わない調剤であって、患者が施用時に混合するものについては、無菌製剤処理加算は算定できない。

(9) 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬加算

ア　「向精神薬」とは、麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第２条第６号の規定に基づく同法別表第３に掲げる向精神薬をいう。

イ　本加算は、麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を調剤する場合において、処方中に麻薬が含まれているときに１調剤行為につき70点、それ以外のときに１調剤行為につき８点を加算するものであり、処方中の麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬の品目数、投薬日数に関係なく当該所定点数を算定する。

ウ　使用した薬剤の成分が麻薬、覚せい剤原料又は毒薬であっても、その倍散の製剤若しくは予製剤等で規制含有量以下のため麻薬、覚せい剤原料又は毒薬の取扱いを受けていない場合は、本加算は算定できない。

エ　重複した規制を受けている薬剤については、当該薬剤が麻薬である場合は１調剤につき70点を算定し、それ以外の場合は１調剤につき８点を算定する。

オ　本加算は、内服薬のほか、屯服薬、一包化薬、注射薬、外用薬についても算定できる。

(10) 調剤技術料の時間外加算等

ア　時間外加算は調剤基本料を含めた調剤技術料の100分の100、休日加算は100分の140、深夜加算は100分の200であり、これらの加算は重複して算定できない。

イ　時間外加算等を算定する場合の基礎額（調剤基本料＋調剤料）には、基準調剤加算及び注７に係る加算分は含まれ、麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算、自家製剤加算及び計量混合調剤加算に係る加算分は含まれない。

ウ　時間外加算

(ｲ) 各都道府県における保険薬局の開局時間の実態、患者の来局上の便宜等を考慮して、一定の時間以外の時間をもって時間外として取り扱うこととし、その標準は、概ね午前８時前と午後６時以降及び休日加算の対象となる休日以外の日を終日休業日とする保険薬局における当該休業日とする。

(ﾛ) (ｲ)により時間外とされる場合においても、当該保険薬局が常態として調剤応需の態勢をとり、開局時間内と同様な取扱いで調剤を行っているときは、時間外の取扱いとはしない。

(ﾊ) 保険薬局は開局時間をわかりやすい場所に掲示する。

(ﾆ) 「注４」のただし書に規定する時間外加算の特例の適用を受ける保険薬局とは、一般の保険薬局の開局時間以外の時間における救急医療の確保のため、国又は地方公共団体等の開設に係る専ら夜間における救急医療の確保のため設けられている保険薬局に限られる。

(ﾎ) 「注４」のただし書に規定する「別に厚生労働大臣が定める時間」とは、当該地域において一般の保険薬局が概ね調剤応需の態勢を解除し、翌日調剤応需の態勢を再開するまでの時間であって、深夜時間を除いた時間をいう。

エ　休日加算

(ｲ) 休日加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律（昭和23年法律

第178号）第３条に規定する休日をいう。なお、１月２日、３日、12月29日、30日及び31日は休日として取り扱う。

(ﾛ) 休日加算は次の患者について算定できるものとする。なお、①以外の理由により常態として又は臨時に当該休日に開局している保険薬局の開局時間内に調剤を受けた患者については算定できない。

① 地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による休日当番保険薬局等、客観的に休日における救急医療の確保のために調剤を行っていると認められる保険薬局で調剤を受けた患者

② 当該休日を開局しないこととしている保険薬局で、又は当該休日に調剤を行っている保険薬局の開局時間以外の時間（深夜を除く。）に、急病等やむを得ない理由により調剤を受けた患者

オ 深夜加算

深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。なお、①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開局時間としている保険薬局において調剤を受けた患者については算定できない。

① 地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている施設、又は輪番制による深夜当番保険薬局等、客観的に深夜における救急医療の確保のために調剤を行っていると認められる保険薬局で調剤を受けた患者

② 深夜時間帯（午後10時から午前６時までの間）を開局時間としていない保険薬局、及び当該保険薬局の開局時間が深夜時間帯にまで及んでいる場合にあっては、当該開局時間と深夜時間帯とが重複していない時間に、急病等やむを得ない理由により調剤を受けた患者

(11) 自家製剤加算

ア 「注５」の自家製剤加算は、投薬量、投薬日数等に関係なく、自家製剤による１調剤行為に対し算定できる。

イ 本加算に係る自家製剤とは、個々の患者に対し市販されている医薬品の剤形では対応できない場合に、医師の指示に基づき、容易に服用できるよう調剤上の特殊な技術工夫（安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等必要と認められる添加剤の使用、ろ過、加温、滅菌等）を行った次のような場合であり、既製剤を単に小分けする場合は該当しない。

① 錠剤を粉砕して散剤とすること。

② 主薬を溶解して点眼剤を無菌に製すること。

③ 主薬に基剤を加えて坐剤とすること。

ウ 「注５」のただし書に規定する「別に厚生労働大臣が定める薬剤」とは、薬価基準に収載されている薬剤と同一剤形及び同一規格を有する薬剤をいう。

エ 薬価基準に収載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品と異なる剤形の医薬品を自家製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き自家製剤加算を算定できる。

① 調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合

② 液剤を調剤する場合であって、薬事法上の承認事項において用時溶解して使用することとされている医薬品を交付時に溶解した場合

オ　割線のある錠剤を医師の指示に基づき分割した場合は、錠剤として算定する。ただし、分割した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合は算定できない。

カ　自家製剤加算を算定した場合には、計量混合調剤加算は算定できない。

キ　「予製剤」とは、あらかじめ想定される調剤のために、複数回分を製剤し、処方せん受付時に当該製剤を投与することをいう。

ク　「注５」のイ及びロの「特別の乳幼児用製剤を行った場合」とは、６歳未満の乳幼児（以下、「乳幼児」という。）に薬剤を調剤するときに、乳幼児が安全に、又は容易に服用できるように特別な工夫を施して製剤した場合をいう。

ケ　通常、成人又は６歳以上の小児に対しても行うような製剤を乳幼児に対して自家製剤として行った場合は、「注５」の「イ」により算定する。なお、通常、成人又は６歳以上の小児に対して矯味剤等を加える必要がない薬剤を乳幼児に対して調剤する場合において、薬剤師が必要性を認めて、処方医の了解を得た後で、単に矯味剤等を加えて製剤した場合であっても、「注５」の「ロ」を算定できる。

コ　自家製剤を行った場合には、賦形剤の名称、分量等を含め製剤工程を調剤録等に記載すること。

サ　自家製剤は、医薬品の特性を十分理解し、薬学的に問題ないと判断される場合に限り行うこと。

(12)計量混合調剤加算

ア　「注６」の計量混合調剤加算は、薬価基準に収載されている２種類以上の医薬品（液剤、散剤若しくは顆粒剤又は軟・硬膏剤に限る。）を計量し、かつ、混合して、液剤、散剤若しくは顆粒剤として内服薬又は屯服薬を調剤した場合及び軟・硬膏剤として外用薬を調剤した場合に、投薬量、投薬日数に関係なく、計量して混合するという１調剤行為に対し算定できる。なお、同注のただし書に規定する場合とは、次の場合をいう。

①　液剤、散剤、顆粒剤、軟・硬膏剤について注５の自家製剤加算を算定した場合

②　薬価基準に収載されている薬剤と同一剤形及び同一規格を有する薬剤を調剤した場合

イ　ドライシロップ剤を液剤と混合した場合は、計量混合調剤加算を算定するものとする。

ウ　「注６」のイ及びロの「特別の乳幼児用製剤を行った場合」とは、乳幼児に薬剤を調剤するときに、処方された医薬品が微量のため、そのままでは調剤又は服用が困難である場合において、医師の了解を得た上で賦形剤、矯味矯臭剤等を混合し、乳幼児が正確に、又は容易に服用できるようにした場合をいう。ただし、調剤した医薬品と同一剤形及び同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合はこの限りではない。

エ　計量混合調剤は、医薬品の特性を十分理解し、薬学的に問題ないと判断される場合に限り行うこと。

(13)後発医薬品調剤加算

ア　後発医薬品調剤加算は、一般名処方による処方せん又は「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名若しくは記名・押印のある処方せんを受け付けた場合であって、保険薬局において患者の同意を得た上で後発医薬品を調剤した場合又は処方せんによる指示に基づき後発医薬品を調剤した場合のいずれの場合においても算定できる。

イ　内服薬（内服用滴剤を除く。）については１剤につき、その他のものについては１調剤

につき、２点を加算する。なお、１剤に複数の後発品が含まれている場合についても２点を加算するものとする。

＜薬学管理料＞

薬学管理等は、患者等のプライバシーに十分配慮した上で実施しなければならないものとする。

区分１０　薬剤服用歴管理料

(1) 薬剤服用歴管理料は、保険薬剤師が、患者ごとに作成した薬剤服用歴の記録に基づいて、処方された薬剤の重複投薬、相互作用、薬物アレルギー等を確認した上で、次に掲げる事項その他の事項を情報提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明及び指導を患者又はその家族等に行った場合に算定する。

ア　当該薬剤の名称（一般名処方による処方せん又は「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名若しくは記名・押印のある処方せんの場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、形状（色、剤形等）

イ　用法、用量、効能、効果

ウ　副作用及び相互作用

エ　服用及び保管取扱い上の注意事項

オ　保険薬局の名称、情報提供を行った保険薬剤師の氏名

カ　保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等

(2) 薬剤服用歴管理料は、同一患者について第１回目の処方せん受付時から算定できる。

(3) 薬剤服用歴管理料を算定する場合は、薬剤服用歴の記録に、次の事項等を記載する。

ア　氏名・生年月日・性別・被保険者証の記号番号・住所・必要に応じて緊急時の連絡先等の患者についての記録

イ　処方した保険医療機関名及び保険医氏名・処方日・処方内容等の処方についての記録

ウ　調剤日・処方内容に関する照会の要点等の調剤についての記録

エ　患者の体質・アレルギー歴・副作用歴等の患者についての情報の記録

オ　患者又はその家族等からの相談事項の要点

カ　服薬状況

キ　患者の服薬中の体調の変化

ク　併用薬（一般用医薬品を含む。）の情報

ケ　合併症の情報

コ　他科受診の有無

サ　副作用が疑われる症状の有無

シ　飲食物（現に患者が服用している薬剤との相互作用が認められているものに限る。）の摂取状況等

ス　指導した保険薬剤師の氏名

(4) 薬剤服用歴の記録は、同一患者についての全ての記録が必要に応じ直ちに参照できるよう保存・管理する。

(5) 「情報提供」は、文書又はこれに準ずるものにより行うこととし、当該文書は、調剤を行ったすべての薬剤の情報が一覧できるようなものとする。ただし、調剤した薬剤をやむを得ず複数の薬袋に入れ交付する場合は、薬袋ごとに一覧できる文書とすることができる。

(6) 「これに準ずるもの」とは、視覚障害者に対する点字、カセットテープ又はボイスレコーダーへの録音その他のものをいう。

(7) 効能、効果、副作用及び相互作用に関する記載は、患者等が理解しやすい表現によるものとする。また、提供する情報の内容については正確を期すこととし、文書において薬剤の効能・効果等について誤解を招く表現を用いることや、調剤した薬剤と無関係の事項を記載しないこと。

(8) 情報提供に当たっては、抗悪性腫瘍剤や複数の異なる薬効を有する薬剤等であって特に配慮が必要と考えられるものについては、情報提供の前に処方せん発行医に確認する等慎重に対応すること。

(9) 薬剤服用歴の記録は、最終の記入の日から起算して３年間保存する。

(10) 「区分１５」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定できない。

(11) 服薬指導加算

ア 服薬指導加算は、保険薬剤師が患者又はその家族等と対話することにより情報収集するとともに、薬剤服用歴の記録に基づき、投与される薬剤の適正使用のために必要な服薬指導を行った場合に算定できる。

イ 服薬指導は、処方変更の内容のほか、新たに収集した患者の情報をもとに薬学的知識に基づき分析・検討を行い指導するものであり、薬剤服用歴の記録には、その分析・検討の結果及び指導の要点を記載するとともに、その都度過去の薬歴を参照した上で、必要に応じて指導内容を見直すこと。

(12) 麻薬管理指導加算

ア 麻薬管理指導加算は、当該患者及びその家族等に対して、麻薬の服用及び保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行った場合に算定する。

イ 指導の要点は、薬剤服用歴の記録に記載すること。

(13) 重複投薬・相互作用防止加算

ア 重複投薬・相互作用防止加算は、薬剤服用歴の記録に基づき、併用薬との重複投薬（薬理作用が類似する場合を含む。）及び併用薬、飲食物等との相互作用を防止するために、処方医に対して連絡・確認を行った場合に算定する。処方医の同意を得て、処方の変更が行われた場合に「注４」のイを算定し、処方に変更が行われなかった場合は「注４」のロを算定する。

なお、薬剤服用歴管理料を算定していない場合は、当該加算は算定できない。

イ 処方に変更が行われなかった場合であっても、処方医の指示に基づき、当該患者に適切な指導を行った場合は、「注２」に規定する加算を算定することができる。

ウ 薬剤の追加、投与期間の延長が行われた場合は、「注４」のイは算定できない。

エ 重複投薬・相互作用防止加算の対象となる事項について、処方医に連絡・確認を行った内容の要点、変更内容を薬剤服用歴の記録に記載すること。

オ 複数の保険医療機関又は複数の診療科で処方せんを交付された患者について、処方せんの受付時点が異なる場合であっても所定の要件を満たした場合は重複投薬・相互作用防止加算を算定できる。

カ 同時に複数の保険医療機関又は複数の診療科の処方せんを受け付け、複数の処方せんに

ついて薬剤を変更した場合であっても、１回に限り「注４」のイを算定する。

キ　院内投薬と院外処方せんによる投薬に係る処方変更についても、重複投薬・相互作用防止加算は算定できる。

区分１１　薬剤情報提供料

(1) 薬剤情報提供料は、１回の処方せん受付において調剤を行った薬剤について、その投薬を受ける患者等に対して、当該患者の求めに応じて、調剤日、当該薬剤の名称（一般名処方による処方せん又は「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名若しくは記名・押印のある処方せんの場合においては、現に調剤した薬剤の名称）、用法、用量及び相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の手帳に経時的に記載した場合に、月４回（当該薬局において継続して調剤を受けている患者であって、処方内容に変更があった場合には、上記にかかわらず処方ごとに月４回）を限度として算定する。

(2) 薬剤情報提供料は、調剤を行ったすべての薬剤についての情報提供を行った場合に算定する。また、類似する効能・効果を有する薬剤への変更の場合は算定できるが、薬剤の処方日数のみの変更の場合は、処方内容の変更には該当せず、算定できない。

(3) 「服用に際して注意すべき事項」とは、重大な副作用又は有害事象等を防止するために特に患者が服用時や日常生活上注意すべき事項、あるいは投薬された薬剤により発生すると考えられる症状（相互作用を含む。）等をいい、投薬された薬剤や病態に応じて、服用患者ごとに異なるものである。

(4) 「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次のアからウに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録専用の手帳をいう。ただし、健康手帳（老人保健法第13条に規定する健康手帳をいう。）に次のアからウに掲げる事項が記録される場合は、当該健康手帳を用いることもできる。

ア　患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録

イ　患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録

ウ　患者の主な既往歴等疾病に関する記録

(5) 手帳に初めて記載する保険薬局の場合には、保険薬局の名称、保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等を記載すること。

(6) 情報提供に当たっては、抗悪性腫瘍剤や複数の異なる薬効を有する薬剤等であって特に配慮が必要と考えられるものについては、情報提供の前に処方せん発行医に確認する等慎重に対応すること。

(7) 薬剤情報提供料を算定する場合は、その旨を薬剤服用歴等に記録する。

(8) 「区分１５」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については、算定できない。

区分１３　長期投薬情報提供料

(1) 長期投薬情報提供料１

ア　長期投薬情報提供料１は、長期投薬に係る処方せんの受付時に次に掲げる事項について説明を行い、患者又はその家族等の同意を文書により得た場合に、服薬期間28日までは36点、それ以上の服薬期間である場合には14日を増すごとに18点を算定する。

①　当該処方せんに係る薬剤の服用期間中に当該処方せん受付薬局が当該薬剤の服用に係る新たな重要な情報を知った場合に、患者又はその家族等に対して当該情報を提供する

こと。

② 当該処方せんに係る薬剤の服用期間中に患者又はその家族等から当該薬剤に係る情報提供の求めがあった場合にはこれに応じること。

イ 当該同意文書は、薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により保存し、当該同意文書の写しを患者又はその家族等に交付すること。

ウ 「重要な情報」とは、処方せん受付時に提供した薬剤情報以外の情報で新たに知り得た情報であって、当該患者の薬剤服用歴に基づき、服薬中の患者に重大な影響を与えると思われる事項のことであり、以下のような情報が掲げられる。

① 医薬品緊急安全性情報

② 医薬品・医療機器等安全性情報

エ 情報提供に当たっては、特に配慮が必要と考えられる薬剤については、情報提供の前に処方せん発行医に確認する等慎重に対応すること。

オ 患者の服薬期間中に新たに情報提供した事項については、薬剤服用歴等の記録に記載する。

カ 長期投薬情報提供料１は「区分１５」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については算定できない。

(2) 長期投薬情報提供料２

ア 長期投薬情報提供料２は、次に掲げる事項を全て満たした場合に算定する。

① 当該長期投薬に係る処方せんにおける薬剤の服用期間中に、患者又はその家族等が保険薬局を訪れた際又は電話等により、当該処方薬剤に係る問い合わせがあった場合に、本情報提供料の算定について患者の同意を得た上で、薬剤師が患者の服薬状況等を確認すること。

② ①の際に患者又はその家族等に対して薬剤の適正な使用のための指導を行うこと。

③ 当該患者の次回の処方せんの受付時（当初受付の処方せんと同一の疾病又は負傷に係るものに限る。）に当該保険薬局の薬剤師が再度服薬状況等の確認を行うこと。

イ 服薬期間中の「服薬状況等の確認」とは、患者の服薬状況や服薬期間中の体調変化等の確認を行うことをいう。

ウ 「当初受付の処方せんと同一の疾病又は負傷に係るもの」とは、当初受け付けた処方せんの処方と同様の処方又は処方された薬剤から一連の治療に基づくことが類推され、患者等から確認が得られたものをいう。

エ 長期投薬情報提供料２は、長期投薬に係る処方せんの初回受付時には算定できない。また、次回の処方せん受付日に薬剤服用歴管理料を算定した場合にあっては、同日に行った当該情報提供料に係る服薬状況等の確認及び必要な指導については、当該情報提供料は算定できない。ただし、同日前に行った確認及び指導については、算定できる。

オ 患者の服薬期間中及び処方せん受付時に確認した患者の服薬状況等及び指導事項については、薬剤服用歴等の記録に記載する。

カ 長期投薬情報提供料２は、「区分１５」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については算定できない。

区分１４ 後発医薬品情報提供料

(1) 一般名処方による処方せん又は「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名若しくは記名

・押印のある処方せんを受け付けた場合において、次に掲げる事項その他の事項を、保険薬剤師が作成した文書（保険薬剤師が記載した手帳でも可とする。）又はこれに準ずるものにより交付し、患者の同意を得て、後発医薬品を調剤した場合にその種類数にかかわらず１０点を算定する。

ア　一般名

イ　剤形

ウ　規格

エ　内服薬にあっては、製剤の特性（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）

オ　備蓄医薬品の一覧とその品質（溶出性等）に関する情報

カ　先発医薬品との薬剤料の差に係る情報

キ　保険薬局の名称並びに保険薬局又は保険薬剤師の連絡先等

(2) 後発医薬品を調剤した場合には、調剤した薬剤の銘柄等について、当該処方せんを発行した保険医療機関に情報提供することとする。

(3) 後発医薬品情報提供料は、「区分１５」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については算定できない。

区分１５　在宅患者訪問薬剤管理指導料

(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、居宅において療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、あらかじめ名称、所在地、開設者の氏名及び在宅患者訪問薬剤管理指導（以下「訪問薬剤管理指導」という。）を行う旨を地方社会保険事務局長に届け出た保険薬局の薬剤師が、医師の指示に基づき、薬学的管理指導計画を策定し、患家を訪問して、薬歴管理、服薬指導、薬剤服用状況及び薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行い、当該指示を行った医師に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に算定する。

(2) 「薬学的管理指導計画」は、処方医から提供された診療状況を示す文書等に基づき、又は必要に応じ処方医と相談しながら、患者の心身の特性及び処方薬剤を踏まえ策定されるものであり、薬剤の管理方法、処方薬剤の副作用、相互作用等を確認した上、実施すべき指導の内容、患家への訪問回数、訪問間隔等を記載する。

(3) 策定した薬学的管理指導計画書は、薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により保存すること。

(4) 薬学的管理指導計画は、原則として、患家を訪問する前に策定する。

(5) 訪問後、必要に応じ新たに得られた患者の情報を踏まえ計画の見直しを行うこと。

(6) 薬学的管理指導計画は少なくとも１月に１回は見直しを行うほか、処方薬剤の変更があった場合にも適宜見直しを行うこと。

(7) 訪問薬剤管理指導は、当該保険薬局の調剤した薬剤の服用期間内に、患者の同意を得て実施する。なお、調剤を行っていない月に訪問薬剤管理指導を実施した場合は、当該調剤年月日及び投薬日数を調剤報酬明細書の摘要欄に記入する。

(8) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を月２回以上算定する場合（がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者に対するものを除く。）は、算定する日の間隔は６日以上とする。がん末期患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週２回かつ月８回に限り算定できる。

(9) 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分１０」の(3)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

ア　訪問の実施日、訪問した薬剤師の氏名

イ　処方医から提供された情報の要点

ウ　訪問に際して実施した薬学的管理の内容（薬剤の保管状況、服薬状況、投薬後の併用薬剤、投薬後の併診、副作用、重複服用、相互作用の確認等）

エ　訪問に際して行った指導の要点

オ　処方医に対して提供した訪問結果に関する情報の要点

(10)患者が医師又は薬剤師の配置されている病院、診療所、施設等に入院若しくは入所している場合及び現に他の保険医療機関又は保険薬局の薬剤師が訪問薬剤管理指導を行っている場合は、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定しない。

(11)在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した月においては、その他の薬学管理料は算定できない。

(12)麻薬管理指導加算

ア　麻薬管理指導加算は、麻薬の投薬が行われている患者に対して、麻薬の服用及び保管取扱い上の注意等に関し必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、処方せん発行医に対して必要な情報提供を行った場合に算定する。

イ　「注２」の麻薬管理指導加算は、在宅患者訪問薬剤管理指導料が算定されていない場合は算定できない。

ウ　麻薬管理指導加算を算定するためには、薬剤服用歴の記録に「区分１０」の(3)及び「区分１５」の(9)の記載事項に加えて、少なくとも次の事項について記載されていなければならない。

(ｲ) 訪問に際して実施した麻薬に係る薬学的管理の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、麻薬注射剤等の併用薬剤、疼痛緩和の状況、麻薬の継続又は増量投与による副作用の有無などの確認等）

(ﾛ) 訪問に際して行った患者・家族への指導の要点（麻薬に係る服薬指導、保管管理の指導等）

(ﾊ) 処方医に対して提供した訪問結果に関する情報（麻薬の服薬状況、疼痛緩和及び副作用の状況、服薬指導の要点等に関する事項を含む。）の要点

(ﾆ) 患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項（都道府県知事に届け出た麻薬廃棄届の写しを薬剤服用歴の記録に添付することで差し支えない。）

(13)「注３」に規定する交通費は実費とする。

区分１６　調剤情報提供料

(1) 調剤情報提供料は、受け付けた処方せんが次に掲げる場合に該当し、調剤するに当たって薬学的な観点から疑義が生じた場合等において、当該処方せんを発行した医療機関等に情報提供の必要性を認め、患者の同意を得て、当該医療機関等に対し照会を行い、かつ、文書によりこの情報を提供した場合に算定する。

ア　投与日数が長期にわたる処方であって、吸湿性等の理由により薬剤の長期にわたる保存の困難性等から分割して調剤を行う必要を認める場合

イ　粉砕等の特殊な技術工夫により薬剤の体内動態への影響を認める場合

(2) 処方せんの記入上の疑義照会等では算定できない。

(3) 調剤情報提供料は、「区分１５」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者につ

いては算定できない。

区分１７　服薬情報提供料

(1) 服薬情報提供料は、患者の服薬に関する情報を保険医療機関に提供することにより、医師の処方設計及び患者の服薬の継続又は中断の判断の参考とする等、保険医療機関と保険薬局の連携の下に医薬品の適正使用を推進することを目的とするものである。

(2) 服薬情報提供料は、次の場合において患者の同意を得て、現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者の服薬状況について文書により提供したときに算定する。

ア　処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合

イ　長期投薬中の患者等について、薬剤服用歴に基づき保険薬局が患者の服薬に関する情報提供の必要性を認めた場合

(3) 患者１人につき同一月に２回以上服薬情報提供を行った場合においても、月１回のみの算定とする。ただし、２以上の保険医療機関又は診療科に対して服薬情報提供を行った場合は、当該保険医療機関又は診療科ごとに月１回に限り算定できる。

(4) 情報提供に当たっては、別紙様式１又はこれに準ずる様式の文書に必要事項を記載し、患者が現に診療を受けている保険医療機関に交付し、当該文書の写しを薬剤服用歴の記録に添付する等の方法により保存しておく。

(5) 服薬指導情報提供加算

服薬指導情報提供加算は、患者の同意を得て、服薬状況に併せて現に患者が受診している保険医療機関に対して、当該患者に対する服薬指導の要点、患者の状態等を示す文書を添えて薬剤の適正使用に必要な情報を提供したときに算定する。

(6) 服薬情報提供料は、「区分１５」の在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者については算定できない。

＜薬剤料＞

区分２０　使用薬剤料

(1) 投薬時における薬剤の容器は、原則として保険薬局から患者へ貸与する。

ただし、患者が希望する場合には、患者から実費を徴収して容器を交付しても差し支えないが、患者が当該容器を返還した場合は、当該容器本体部が再使用できるものについては当該実費を返還する。

なお、患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることはできない。

(2) 保険薬局が患者に喘息治療剤の施用のため小型吸入器及び鼻腔・口腔内治療剤の施用のため噴霧・吸入用器具（散粉器）を交付した場合は、患者にその実費を負担させて差し支えないが、患者が当該吸入器を返還した場合は当該実費を返還する。

(3) 被保険者が保険薬局より薬剤の交付を受け、持ち帰りの途中又は自宅において薬品を紛失したため（天災地変その他やむを得ない場合を除く。）再交付された処方せんに基づいて、保険薬局が調剤した場合は、当該薬剤の費用は、被保険者の負担とする。

(4) 内服用液剤を投与する際には常水（水道水、自然水）を使用するが、特に蒸留水を使用しなければならない理由があれば使用して差し支えない。

(5) 薬包紙、薬袋の費用は、別に徴収又は請求することはできない。

＜特定保険医療材料料＞

区分３０　特定保険医療材料

(1) 保険薬局で交付できる特定保険医療材料とは、別表１に掲げるものとし、次に該当する器材については算定できない。

ア　別表２に掲げる薬剤の自己注射以外の目的で患者が使用する注射器

イ　自己連続携行式腹膜灌流以外の目的で患者が使用する腹膜透析液交換セット

ウ　在宅中心静脈栄養法以外の目的で患者が使用する在宅中心静脈栄養用輸液セット

エ　在宅成分栄養経管栄養法以外の目的で患者が使用する在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル

(2) 「在宅中心静脈栄養法用輸液セット」とは、輸液用器具（輸液バッグ）、注射器及び採血用輸血用器具（輸液ライン）をいう。

別表１

○　インスリン製剤、ヒト成長ホルモン剤、遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤、遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤、乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体を含む。）、性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤、性腺刺激ホルモン製剤、ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体、ソマトスタチンアナログ、インターフェロンアルファ製剤、インターフェロンベータ製剤、ブトルファノール製剤、ブプレノルフィン製剤、抗悪性腫瘍剤、グルカゴン製剤、エタネルセプト製剤又はヒトソマトメジンＣ製剤の自己注射のために用いるディスポーザブル注射器（針を含む。）

○　万年筆型インスリン注入器用注射針

○　万年筆型ヒト成長ホルモン剤注入器用注射針

○　自己連続携行式腹膜灌流のために用いる腹膜透析液交換セット

○　在宅中心静脈栄養用輸液セット

○　在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル

別表２

インスリン製剤

ヒト成長ホルモン剤

遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤

遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤

乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤

乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤（活性化プロトロンビン複合体及び乾燥人血液凝固因子抗体迂

回活性複合体を含む。）

性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤

性腺刺激ホルモン製剤

ゴナドトロピン放出ホルモン誘導体

ソマトスタチンアナログ

インターフェロンアルファ製剤

インターフェロンベータ製剤

ブトルファノール製剤

ブプレノルフィン製剤

抗悪性腫瘍剤

グルカゴン製剤

ヒトソマトメジンＣ製剤

（別紙様式１）

情報提供先医療機関名
担当医　　科　　殿

平成　　年　　月　　日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電　　話
（ＦＡＸ）
保険薬剤師氏名　　印

患者氏名 性別（男・女）　生年月日　明・大・昭・平　　年　　月　　日生（　　歳）　職業 住所 電話番号

処方せん発行日　　平成　　年　　月　　日	調剤日　　平成　　年　　月　　日
処方薬剤の服薬状況（コンプライアンス）に関する情報	
併用薬剤（一般用医薬品を含む。）の有無（ 有 ・ 無 ） 薬剤名：	
患者の訴え（アレルギー、副作用と思われる症状等）に関する情報	
症状等に関する家族、介護者等からの情報	
その他特記すべき事項（薬剤保管状況等）	

注意１．必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
２．わかりやすく記入すること。
３．必要な場合には、処方せんの写しを添付すること。