

＜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科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 区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料及び区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料（以下この部において「疾患別リハビリテーション料」という。）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、別紙様式21から別紙様式21の5までを参考にした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（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」にそれぞれ規定する場合を含む。）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。

また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注1」本文に規定する日数（以下「標準的算定日数」という。）を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、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（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後1か月に1回以上リハビリテーション実施計画書を作成し、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、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下この部において「FIM」という。）、基本的日常生活活動度（Barthel Index、以下この部において「BI」という。）、関節の可動域、歩行速度及び運動耐有用能などの指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由、などを記載したものであること。

リハ - 1 -

- ア 移動の手段の獲得を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車等への乗降、自動車の運転等、患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練を行うもの。
- イ 特殊な器具、設備を用いた作業（旋盤作業等）を行う職業への復職の準備が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内で実施できないものを行うもの。
- ウ 家事能力の獲得が必要である患者に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等、実際の場面で家事を実施する訓練（訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る。）を行うもの。
- （4）専ら当該保険医療機関の従事者が訓練を行うものであり、訓練の実施について保険外の患者負担（公共交通機関の運賃を除く。）が発生しないものであること。

- 7 疾患別リハビリテーション料は、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。

当該別に厚生労働大臣が定める患者のうち「入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ADLの自立等を目的として区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション料（I）、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料（I）、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料（I）、区分番号「H002」運動器リハビリテーション料（I）又は区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料（I）を算定するもの」とは、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患者であること。ただし、平行棒内歩行、基本的動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練等のみを行っている患者については含まれない。

- 8 疾患別リハビリテーション料は、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料を算定する。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料を算定できる。例えば、疾患別リハビリテーション料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、それぞれの疾患別リハビリテーション料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治療開始日又は発症日、手術日又は急性増悪（当該疾患別リハビリテーションの対象となる疾患の増悪等により、1週間以内にFIM又はBIが10以上（「難病の患者に対する医療等に関する法律」第5条第1項に規定する指定難病については5以上とする）低下するような状態等に該当する場合をいう。以下この部において同じ。）の日（以下この部において「発症日等」という。）を記載すること。また、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、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（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、①これまでのリハビリテーションの実施状況

リハ - 3 -

- 4の2 疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注4」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第二号に掲げる患者であって、別表第九の九第二号に掲げる場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後3か月に1回以上、リハビリテーション実施計画書を作成し、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、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態とを比較した当月の患者の状態、③今後のリハビリテーション計画等について記載したものであること。なお、入院中の患者以外の患者に対して、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを提供する場合にあつては、介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーション（以下「介護保険によるリハビリテーション」という。）の適用について適切に評価し、適用があると判断された場合にあつては、患者に説明の上、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションを受けるために必要な手続き等について指導すること。

- 4の3 同一の疾患等に係る疾患別リハビリテーションについては、一つの保険医療機関が責任をもって実施するべきであるが、言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーションについては、言語聴覚療法を実施できる保険医療機関が少ないことを考慮し、当分の間、別の保険医療機関において実施した場合であっても算定することができるものとする。また、区分番号「H007」障害児（者）リハビリテーション料については、その特殊性を勘案し、疾患別リハビリテーション料、区分番号「H007-2」がん患者リハビリテーション料又は区分番号「H007-3」認知症患者リハビリテーション料を算定している保険医療機関とは別の保険医療機関で算定することができるものとする。

- 5 疾患別リハビリテーション料の点数は、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。
- 6 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、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。

また、当該保険医療機関外であっても、以下の（1）から（3）までを全て満たす場合は、1日に3単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、訓練の前後においても、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。また、保険医療機関外でリハビリテーションを実施する際には、訓練場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。

- （1）当該保険医療機関に入院中の患者に対する訓練であること。
- （2）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）、廃用症候群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）又は呼吸器リハビリテーション料（I）を算定するものであること。
- （3）以下の訓練のいずれかであること。

リハ - 2 -

（期間及び内容）、②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④FIM、BI、関節の可動域、歩行速度及び運動耐有用能などの指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由を摘要欄に記載すること。ただし、リハビリテーション実施計画書を作成した月にあつては、改善に要する見込み期間とリハビリテーション継続の理由を摘要欄に記載した上で、当該計画書の写しを添付することでも差し支えない。なお、継続の理由については、具体的には次の例を参考にして記載すること。

本患者は、2008年9月21日に脳出血を発症し、同日開頭血腫除去術を施行した。右片麻痺を認めたが、術後に敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施できるようになったのは術後40日目からであった。2009年2月中旬末で1日5単位週4日程度のリハビリテーションを実施し、BIは45点から65点に改善を認めた。3月末に標準的算定日数を超えるが、BIの改善を引き続き認めており、リハビリテーションの開始が合併症のために遅れたことを考えると、1か月程度のリハビリテーション継続により、更なる改善が見込めると判断される。

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

- （1）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厚生（支）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「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン（2012年改訂版）」に基づいて実施すること。
- （2）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う。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、経カテーテル大動脈弁置換術後、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。なお、心大血管疾患リハビリテーション料（II）を算定する場合、急性心筋梗塞及び大血管疾患は発症後（手術を実施した場合は手術後）1月以上経過したものに限る。

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、

（イ）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、脳性Na利尿ペプチド（BNP）が80pg/mL以上の状態のもの又は脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）が400pg/mL以上の状態のもの

（ロ）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。
- （3）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、

リハ - 4 -

- 1 週 3 時間（9 単位）を標準とする。
- (4) 心大血管疾患リハビリテーションは、専任の医師の指導管理の下に実施することとする。この場合、医師が直接監視を行うか、又は医師が同一建物内において直接監視をしている他の従事者と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる態勢であること。また、専任の医師は定期的な心機能チェックの下に、運動処方を含むリハビリテーションの実施計画を作成し、診療録に記載すること。この場合、入院中の患者については、当該療法を担当する医師又は理学療法士、作業療法士及び看護師の 1 人当たりの患者数は、それぞれ 1 回 15 人程度、1 回 5 人程度とし、入院中の患者以外の患者については、それぞれ、1 回 20 人程度、1 回 8 人程度とする。
- (5) 当該リハビリテーションと他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法を同一の従事者が行う場合、心大血管疾患リハビリテーションに実際に従事した時間 20 分を 1 単位としてみなした上で、他の疾患別リハビリテーション等の実施単位数を足した値が、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。
- (6) 心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数には、同一日に行われる区分番号「D 2 0 8」に掲げる心電図検査、区分番号「D 2 0 9」に掲げる負荷心電図検査及び区分番号「D 2 2 0」に掲げる呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープの費用が含まれる。
- (7) 標準的算定日数を超えた患者については、「注 4」に規定するとおり、1 月に 13 単位に限り心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあっては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。
- ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められる者をいうものである。
- イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある 40 歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上的の障害が、介護保険法第 7 条第 3 項第 2 号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。
- (8) 「注 2」に掲げる加算は、当該施設における心大血管疾患に対する治療開始後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して 1 単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟等（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。特掲診療料の施設基準等別表第九の四第二号に掲げる患者については、手術を実施したものと及び急性増悪したものを除き、「注 2」に掲げる加算は算定できない。ただし、平成 28 年 3 月 31 日以

リハ - 5 -

- ケ 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ものとは、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 F I M115 以下、B I 85 以下の状態等のものをいう。
- (3) 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。
- (4) 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であっても、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。
- (5) 脳血管疾患等リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、1 人の従事者が 1 人の患者に対して重点的に個別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 で行うものとする。
- なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、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。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合にあって、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間 20 分を 1 単位とみなした上で計算するものとする。
- (6) 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 人以上勤務しているものに限り。）又は脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)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勤務している場合に限り。）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、(1)から(5)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(Ⅲ)の所定点数を算定できる。
- (7) 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)又は(Ⅲ)を届け出ている施設で、看護師、あん摩マッサージ指圧師等、理学療法士以外の従事者が理学療法を行う場合については、「理学療法士は医師の指導監督の下に訓練を受ける患者の運動機能訓練の内容等を的確に把握すること。
- (8) 理学療法士等が、車椅子上で姿勢保持が困難のために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。
- (9) 「注 1」に規定する標準的算定日数は、発症、手術又は急性増悪の日が明確な場合はその日から 180 日以内、それ以外の場合は最初に当該疾患の診断がされた日から 180 日以内とする。

リハ - 7 -

- 前から当該加算を算定している患者については、当該加算の算定を開始した日から起算して 30 日を限度として算定できる。
- (9) 「注 3」に掲げる加算は、当該施設における心大血管疾患に対する治療開始後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注 2」に掲げる加算と別に算定することができる。特掲診療料の施設基準等別表第九の四第二号に掲げる患者については、手術を実施したものと及び急性増悪したものを除き、「注 3」に掲げる加算は算定できない。ただし、平成 28 年 3 月 31 日以前から当該加算を算定している患者については、当該加算の算定を開始した日から起算して 14 日を限度として算定できる。
- (10) 「注 4」に掲げる標準的算定日数を超過してリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが 13 単位以下であること。
- (11) 訓練を実施する場合、患者一人につき概ね 3 平方メートル以上の面積を確保すること。
- H O O 1 脳血管疾患等リハビリテーション料
- (1) 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厚生（支）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る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、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第 2 章特掲診療料第 9 部処置の項により算定する。
- (2) 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、脳腫瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍、脳腫瘍摘出術などの開頭術後、てんかん重複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 難聴や人工内耳植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植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 顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者
- ク 舌嚥性腫瘍等の手術による構音障害を有する患者

リハ - 6 -

- (10) 標準的算定日数を超えた患者については、「注 4」に規定するとおり、1 月に 13 単位に限り脳血管疾患等リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあっては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、介護保険法第 62 条に規定する要介護被保険者等である患者については、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、「注 4」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。
- ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められるものをいうものである。
- イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある 40 歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上的の障害が、介護保険法第 7 条第 3 項第 2 号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。
- (11) 「注 2」に掲げる加算は、当該施設における脳血管疾患等に対する発症、手術又は急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したものと又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号「A 2 4 6」注 4 の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対して 1 単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、入院中の患者については、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の五第三、四、六及び七号に掲げる患者については、手術を実施したものと及び急性増悪したものを除き、「注 2」に掲げる加算は算定できない。ただし、平成 28 年 3 月 31 日以前から当該加算を算定している患者については、当該加算の算定を開始した日から起算して 30 日の間を限度として算定できる。
- (12) 「注 3」に掲げる加算は、当該施設における脳血管疾患等に対する発症、手術又は急性増悪後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、「注 2」に掲げる加算とは別に算定することができる。また、当該加算の対象患者は、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したものと又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号「A 2 4 6」注 4 の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）である。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の五第三、四、六及び七号に掲げる患者については、手術を実施したものと及び急性増悪したものを除き、「注 3」に掲げる加算は算定できない。ただし、平成 28 年 3 月 31 日以前から当該加算を算定している患者については、当該加算の算定を開始した日から起算して 14 日を限度として算定できる。

リハ - 8 -

- (13) 入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって他の保険医療機関を退院したもの）が「注2」又は「注3」に掲げる加算を算定する場合にあっては、区分番号「A246」注4の地域連携診療計画加算の算定患者である旨を、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (14) 「注4」に掲げる標準的算定日数を超過してリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合には、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。
- (15) 「注5」に規定する過去1年間に介護保険における通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションを実施した実績のない保険医療機関が、入院中の患者以外の患者に対して実施する場合は、「注4」に掲げる点数の100分の80に相当する点数により算定する。
- (16) 「注6」における「所定点数」とは、「注1」から「注5」までを適用して算出した点数である。

H001-2 廃用症候群リハビリテーション科

- (1) 廃用症候群リハビリテーション科は、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している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、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第2章特掲診療料第9部処置の項により算定する。
- (2) 廃用症候群リハビリテーション科の対象となる患者は、急性疾患等に伴う安静（治療の有無を問わない）による廃用症候群であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものであること。「一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの」とは、治療開始時において、FIM115以下、B185以下の状態等のものをいう。区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション科、区分番号「H002」運動器リハビリテーション科、区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション科、区分番号「H007」障害児（者）リハビリテーション科又は区分番号「H007-2」がん患者リハビリテーション科の対象となる患者が廃用症候群を合併している場合、廃用症候群に関連する症状に対してリハビリテーションを行った場合は、廃用症候群リハビリテーション科により算定する。
- (3) 廃用症候群リハビリテーション科の所定点数には、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。
- (4) 廃用症候群リハビリテーション科は、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。
- (5) 廃用症候群リハビリテーション科を算定すべき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訓練を行う必要があると認められる場合であって、

リハ - 9 -

- イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上的の障害が、介護保険法第7条第3項第2号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。
- (10) 廃用症候群リハビリテーション科を算定する場合は、廃用症候群に係る評価表（別紙様式22）を用いて、月ごとに評価し、診療報酬明細書に添付する又は同様の情報を摘要欄に記載するとともに、その写しを診療録に添付すること。
- (11) 「注2」に掲げる加算は、当該施設における急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群に係る急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。
- (12) 「注3」に掲げる加算は、当該施設における急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群に係る急性増悪後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注2」に掲げる加算とは別に算定することができる。
- (13) 「注4」に掲げる標準的算定日数を超過してリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合には、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。
- (14) 「注5」に規定する過去1年間に介護保険における通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションを実施した実績のない保険医療機関が、入院中の患者以外の患者に対して実施する場合は、「注4」に掲げる点数の100分の80に相当する点数により算定する。
- (15) 「注6」における「所定点数」とは、「注1」から「注5」までを適用して算出した点数である。

H002 運動器リハビリテーション科

- (1) 運動器リハビリテーション科は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届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、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第2章特掲診療料第9部処置の項により算定する。
- (2) 運動器リハビリテーション科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・靱帯、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。

リハ - 11 -

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が1対1で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、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。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合にあって、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を1単位とみなした上で計算するものとする。

- (6) 廃用症候群リハビリテーション科(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人以上勤務しているものに限る。）又は廃用症候群リハビリテーション科(Ⅲ)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勤務している場合に限る。）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、(1)から(5)までのいずれにも該当する場合に限り、廃用症候群リハビリテーション科(Ⅲ)の所定点数を算定できる。
- (7) 廃用症候群リハビリテーション科(Ⅱ)又は(Ⅲ)を届け出ている施設で、看護師、あん摩マッサージ指圧師等、理学療法士以外の従事者が理学療法を行う場合については、理学療法士は医師の指導監督の下に訓練を受ける患者の運動機能訓練の内容等を的確に把握すること。
- (8) 理学療法士等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。
- (9) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」に規定するとおり、1月に13単位に限り廃用症候群リハビリテーション科の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあっては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である患者については、平成31年3月31日までの間に限り、「注4」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。
- ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められるものをいうものである。

リハ - 10 -

- イ 慢性的運動器疾患により、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。
- (3) 運動器リハビリテーション科の所定点数には、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。
- (4) 運動器リハビリテーション科は、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。
- (5) 運動器リハビリテーション科を算定すべき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で行うものとする。
- なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、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。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合にあって、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を1単位とみなした上で計算するものとする。
- (6) 運動器リハビリテーション科(Ⅲ)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(1)から(5)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科(Ⅲ)の所定点数を算定できる。
- (7) 運動器リハビリテーション科(Ⅱ)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(1)から(5)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科(Ⅲ)の所定点数を算定できる。
- (8) 理学療法士等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。
- (9) 運動器リハビリテーション科(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(1)から(5)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

リハ - 12 -

ーション料(Ⅲ)の所定点数を算定できる。

- (10) 「注1」に規定する標準的算定日数は、発症、手術又は急性増悪の日が明確な場合はその日から150日以内、それ以外の場合は最初に当該疾患の診断がされた日から150日以内とする。
- (11) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」に規定するとおり、1月13単位に限り運動器リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあっては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。また、介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等である患者については、平成31年3月31日までの間に限り、「注4」に規定する点数をそれぞれの区分に従い算定する。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。
- ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められるものをいうものである。
- イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上的の障害が、介護保険法第7条第3項第2号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。
- (12) 「注2」に掲げる加算は、当該施設における運動器疾患に対する発症、手術又は急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したも又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号「A246」注4の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、入院中の患者については、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む）で実施した場合においても算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の六第二号に掲げる患者については、手術を実施したものと及び急性増悪したものを除き、「注2」に掲げる加算は算定できない。ただし、平成28年3月31日以前から当該加算を算定している患者については、当該加算の算定を開始した日から起算して30日を限度として算定できる。
- (13) 「注3」に掲げる加算は、当該施設における運動器疾患に対する発症、手術又は急性増悪後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、「注2」に掲げる加算とは別に算定することができる。また、当該加算の対象患者は、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって、当該保険医療機関を退院したも又は他の保険医療機関を退院したもの（区分番号「A246」注4の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）である。なお、特掲診療

リハ - 13 -

食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の患者であって、これらの疾患に係る手術日から概ね1週間前の患者及び手術後の患者で呼吸機能訓練を行うことで術後の経過が良好になることが医学的に期待できる患者のことをいう。

- (3) 呼吸器リハビリテーション料の所定点数には、区分番号「D200」から「D204」までに掲げる呼吸機能検査等、区分番号「D223」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及び呼吸機能訓練と同時に行った区分番号「J024」酸素吸入の費用が含まれる。
- (4) この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、理学療法士又は作業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であっても、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。
- (5) 呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、1人の従事者が1人の患者に対して重点的に個別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で行うものとする。
- なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、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。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合において、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間20分を1単位とみなした上で計算するものとする。
- (6) 標準的算定日数を超えた患者については、「注4」に規定するとおり、1月に13単位に限り呼吸器リハビリテーション料の所定点数が算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあっては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。
- ア 特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められるものをいうものである。
- イ 特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある40歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上的の障害が、介護保険法第7条第3項第2号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。
- (7) 「注2」に掲げる加算は、当該施設における呼吸器疾患の発症、手術若しくは急性増悪又は当該疾患に対する治療開始後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して1単位以上の個別療法を行った場合に算定でき

リハ - 15 -

料の施設基準等別表第九の六第二号に掲げる患者については、手術を実施したものと及び急性増悪したものを除き、「注3」に掲げる加算は算定できない。ただし、平成28年3月31日以前から当該加算を算定している患者については、当該加算の算定を開始した日から起算して14日を限度として算定できる。

- (14) 入院中の患者以外の患者（大腿骨頸部骨折の患者であって他の保険医療機関を退院したも）の「注2」又は「注3」に掲げる加算を算定する場合にあっては、区分番号「A246」注4の地域連携診療計画加算の算定患者である旨を、診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (15) 「注4」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超えた場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。
- (16) 「注5」に規定する過去1年間に介護保険における通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションを実施した実績のない保険医療機関が、入院中の患者以外の患者に対して実施する場合は、「注4」に掲げる点数の100分の80に相当する点数により算定する。
- (17) 「注6」における「所定点数」とは、「注1」から「注5」までを適用して算出した点数である。

H003 呼吸器リハビリテーション料

- (1) 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厚生（支）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で個々の症例に応じて行った場合に算定する。
- (2) 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 肺腫瘍、胸部外傷その他の呼吸器疾患又はその手術後の患者とは、肺腫瘍、胸部外傷、肺塞栓、肺移植手術、慢性閉塞性肺疾患（COPD）に対するLVRS（Lung volume reduction surgery）等の呼吸器疾患又はその手術後の患者をいう。
- ウ 慢性的呼吸器疾患により、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(イ)から(ハ)までのいずれかに該当する状態であるものをいう。
- (イ) 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
- (ロ) 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
- (ハ) 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
- エ 食道癌、胃癌、肝臓癌、咽・喉頭癌等の手術前後の呼吸機能訓練を要する患者とは、

リハ - 14 -

る。また、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の七第三号に掲げる患者については、急性増悪したものを除き、「注2」に掲げる加算は算定できない。ただし、平成28年3月31日以前から当該加算を算定している患者については、当該加算の算定を開始した日から起算して30日を限度として算定できる。

- (8) 「注3」に掲げる加算は、当該施設における呼吸器疾患の発症、手術若しくは急性増悪又は当該疾患に対する治療開始後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注2」に掲げる加算とは別に算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の七第三号に掲げる患者については、急性増悪したものを除き、「注3」に掲げる加算は算定できない。ただし、平成28年3月31日以前から当該加算を算定している患者については、当該加算の算定を開始した日から起算して14日を限度として算定できる。
- (9) 「注4」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超えた場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが13単位以下であること。

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 「1」及び「2」における介護保険リハビリテーションへの移行を予定している患者とは、介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であって、各疾患別リハビリテーション料に規定する標準的算定日数の3分の1を経過した期間にリハビリテーションを実施している患者をいう。
- (4) リハビリテーション総合実施計画書の様式については、以下のいずれかを患者の状態等に応じ選択する。患者の理解に資する記載となるよう、十分配慮すること。
- ア 別紙様式23から別紙様式23の4まで又はこれに準じた様式
- イ 別紙様式21の6又はこれに準じた様式に、(イ)から(ヘ)までの全て及び(ト)から(チ)までのうちいずれか1項目以上を組み合わせて記載する様式（回復期リハビリテーション入院料1を算定する患者については、必ず(ト)を含めること。）
- (イ) 疾患別リハビリテーション開始前の日常生活動作の状況
- (ロ) FIMを用いた評価
- (ハ) 前回計画書作成時からの変更・変化
- (ニ) 今後1ヶ月のリハビリテーションの目標、リハビリテーションの頻度、方針及び留意点
- (ホ) 疾患別リハビリテーションの実施に当たり、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の従事者が担う等が担う具体的内容に係るもの

リハ - 16 -

- (ヘ) 今後十分なりハビリテーションを実施しない場合に予想される状態の変化
- (ト) 疾患別リハビリテーション終了後のリハビリテーションの提供の必要性及び必要な場合の具体的なリハビリテーションの内容
- (チ) 病棟における日常生活動作の状況（入院患者に対し、リハビリテーション総合計画評価値を算定する場合のみ記載することができる。）
- (リ) 関節可動域、筋力、持久力、変形、関節不安定性、運動機能発達に係る障害、麻痺等、個々の運動機能障害における重症度の評価
- (ヌ) 身長、体重、BMI（Body Mass Index）、栄養補給方法（経口、経管栄養、静脈栄養）等に基づく患者の栄養状態の評価に係るもの（栄養障害等の状態にある患者については、必要栄養量、総摂取栄養量等も踏まえた評価を行う。なお、嚥下調整食を必要とする患者については、栄養障害等の有無にかかわらず、当該嚥下調整食の形態に係る情報として、日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類コードでも必ず記載する。）
- (ル) リハビリテーションの観点から、家庭や病棟において、患者自ら行うことが望ましい訓練
- (ヲ) FAI（Frenchay Activities Index）、LSA（Life-Space Assessment）、日本作業療法士協会が作成する生活行為向上アセスメントロコモ25（平成22年抗生労働科学研究費補助金疾病・障害対策研究分野長寿科学総合研究「運動器機能不全（ロコモティブシンドローム）の早期発見ツールの開発」において作成されたもの）又は若研式活動能力指標のいずれかを用いた患者の心身機能又は活動の評価に係るもの
- (5) 「注3」に掲げる入院時訪問指導加算は、区分番号「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者について、当該病棟への入院日前7日以内又は入院後7日以内に当該患者の同意を得て、医師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士のうち1名以上が、必要に応じて社会福祉士、介護支援専門員又は介護福祉士等と協力して、退院後生活する患者等を訪問し、患者の病状、退院後生活する住環境（家屋構造、室内の段差、手すりの場所、近隣の店までの距離等）、家族の状況、患者及び家族の住環境に関する希望等の情報収集及び評価を行った上で、リハビリテーション総合実施計画を作成した場合に、入院中に1回に限り算定する。
- (6) 当該加算を算定する場合には、入院前に訪問した場合は入院した日の属する月に算定し、入院後に訪問した場合は訪問日の属する月に算定すること。
- (7) なお、ここである退院後生活する患者等には、他の保険医療機関、介護老人保健施設又は当該加算を算定する保険医療機関に併設されている介護保険施設等は含まれない。
- (8) 当該加算を算定する場合には、別紙様式42又はこれに準ずる様式を用いて評価書を作成するとともに、その写しを診療録に添付すること。

H003-3 リハビリテーション計画提供料

(1) リハビリテーション計画提供料1は、要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意を得た上で、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所、指定訪問リハビリテーション事業所、指定介護予防通所リ

- ハビリテーション事業所又は指定介護予防訪問リハビリテーション事業所（以下「指定通所リハビリテーション事業所等」という。）に対して、別紙様式21の6を用いて3月以内に作成したリハビリテーション実施計画又はリハビリテーション総合実施計画書を文書により提供した場合に算定する。利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等とは、当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員を通じ、当該患者の利用について検討する意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等という。
- (2) リハビリテーション計画提供料1について、当該患者が、直近3月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供した場合に算定できる。
- (3) 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接敷地内にある指定通所リハビリテーション事業所等を除き、当該保険医療機関と特別の関係にある指定通所リハビリテーション事業所等に提供した場合でも算定できる。
- (4) リハビリテーション計画提供料1を算定した場合、診療情報提供料(1)は算定できない。
- (5) 「注4」については、リハビリテーション計画提供料1を算定する場合に、文書によるリハビリテーション実施計画書等の提供とともに、「通所・訪問リハビリテーションの評価データ収集等事業」で利用可能な適切な電子媒体を用いてリハビリテーション実施計画書等の提供を行った場合に算定する。
- (6) リハビリテーション計画提供料2は、入院中に疾患別リハビリテーションを実施した患者であって、退院時に区分番号「A246」注4の地域連携診療計画加算を算定した者について、当該患者の同意を得た上で、退院後の外来におけるリハビリテーションを担う他の保険医療機関に対してリハビリテーション実施計画を文書により提供した場合に算定する。なお、当該患者が他の保険医療機関に入院を伴う転院をした場合は算定できない。
- (7) リハビリテーション計画提供料2を算定する場合、他の保険医療機関に提供した文書の写しを診療録に添付すること。

H003-4 目標設定等支援・管理料

- (1) 目標設定等支援・管理料は、要介護被保険者等に対するリハビリテーションの実施において、定期的な医師の診察、運動機能検査又は作業能力検査等の結果、患者との面接等に基づき、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患者と共同して、個々の患者の特性に応じたリハビリテーションの目標設定と方向付けを行い、またその進捗を管理した場合に算定する。
- (2) 医師及びその他の従事者は、共同して目標設定等支援・管理シート（別紙様式23の5又はこれに準じた様式）を作成し、患者に交付し、その写しを診療録に添付すること。
- (3) 医師は、作成した目標設定等支援・管理シートに基づき、少なくとも次に掲げる内容について、医師が患者又は患者の看護に当たる家族等（以下この区分番号において「患者等」という。）に対して説明すること。また、説明を受けた患者等の反応を踏まえ、必要に応じて適宜、リハビリテーションの内容を見直すこと。
- ア 説明時点までの経過

- イ 当該保険医療機関における治療開始時及び説明時点のADL評価（BI又はFIMによる評価の得点及びその内訳を含む。）
- ウ 説明時点における患者の機能予後の見通し
- エ 当該患者の生きがい、価値観等に対する医師及びその他の従事者の理解や認識及びウの機能予後の見通し等を踏まえ、どのような活動、社会参加の実現を目指してリハビリテーションを行っているか又は行う予定か。
- オ 現在実施している、又は今後実施する予定のリハビリテーションが、それぞれエの目標にどのように関係するか。
- (4) 医師は、(3)の説明について、その内容、当該説明を患者等がどのように受け止め、どのように反応したかについて診療録に記載すること。
- (5) 当該患者が、以後、介護保険によるリハビリテーション等のサービスの利用が必要と思われる場合には、必要に応じて介護支援専門員と協力して、患者等に介護福祉士による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等を提供する事業所（当該保険医療機関を含む。）を紹介し、見学、体験（入院中の患者以外の患者に限る。）を提案すること。

H004 摂食機能療法

- (1) 摂食機能療法の、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に基づき、医師又は歯科医師若しくは医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士が1回につき30分以上訓練指導を行った場合に限り算定する。なお、摂食機能障害者とは、以下のいずれかに該当する患者をいう。
- ア 発達遅滞、顎切除及び舌切除の手術又は脳卒中等による後遺症により摂食機能に障害があるもの
- イ 内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影によって他覚的に嚥下機能の低下が確認できるものであって、医学的に摂食機能療法の有効性が期待できるもの
- (2) 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、治療開始日並びに毎回の訓練内容、訓練の開始時間及び終了時間を診療録に記載すること。
- (3) 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疾患名及び当該疾患に係る摂食機能療法の治療開始日を記載すること。
- (4) 医師又は歯科医師の指示の下に言語聴覚士、看護師、准看護師又は歯科衛生士が行う嚥下訓練は、摂食機能療法として算定できる。
- (5) 「2」については、脳卒中の発症後14日以内の患者に対し、15分以上の摂食機能療法を行った場合に算定できる。なお、脳卒中の発症後14日以内の患者であっても、30分以上の摂食機能療法を行った場合には「1」を算定できる。
- (6) 「注2」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届出を行った保険医療機関において、鼻経栄養を実施している患者（経口摂取回復促進加算1を算定する場合に限る。）又は胃瘻を造設している患者に対して、摂食機能療法を実施した場合に、いずれか一方に限り算定できる。

- (7) 「注2」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2を算定する場合は、当該患者に対し、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施し、当該検査結果を踏まえて、当該患者にリハビリテーションを提供する医師、歯科医師、言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士を含む多職種によるカンファレンスを月に1回以上行うこと。内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの結果の要点を診療録に記載すること。また、カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し及び嚥下調整食の見直し（嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態に見直すことや量の調整を行うことを含む。）を行うとともに、それらの内容を患者又は家族等に対し、要点を診療録に記載すること。なお、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した日付及びカンファレンスを実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (8) 「注2」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2を算定する場合は、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況を確認し、診療録に記載すること。
- (9) 当該患者の転院時又は退院時には、患者又はその家族等に対して、嚥下機能の状態の説明並びに誤嚥予防のための食事内容及び摂食方法の指導を行うとともに、転院後又は退院後のリハビリテーションを担う他の保険医療機関等の医師及びその他職種に対して、患者の嚥下機能の状態並びに患者又は家族等への説明及び指導の内容について情報提供を行うこと。
- (10) 「注2」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2を算定する月においては、区分番号「D298-2」内視鏡下嚥下機能検査又は区分番号「E003」造影剤注入手技の「7」嚥下造影は別に算定できない。ただし、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、行った日付及び胃瘻造設術を実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載したうえで、別に算定できる。

H005 視能訓練

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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こと。

H006 難病患者リハビリテーション科

- (1) 難病患者リハビリテーション科は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届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。
- (2) 難病患者リハビリテーション科の算定対象は、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。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 「注２」に規定する短期集中リハビリテーション実施加算は、退院後早期の個々の患者の状態に対応した集中的なリハビリテーションの評価を行うものであり、退院日から起算して１月以内に行われる場合は、１週につき概ね２回以上、１回当たり４０分以上、退院日から起算して１月を超え３月以内の期間に行われる場合は、１週につき概ね２回以上、１回当たり２０分以上の個別リハビリテーションを含む難病患者リハビリテーションを行った場合に算定する。なお、個別リハビリテーション実施の際には、他の患者に対して提供するリハビリテーションに支障のないよう配慮すること。
- (6) 治療の一環として治療の目的を達するために食事を提供する場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる。

H 0 0 7 障害児（者）リハビリテーション料

- (1) 障害児（者）リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める障害児（者）リハビリテーション料の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関である次に掲げるいずれかの施設で行った場合に算定する。
- ア 児童福祉法第 42 条第 2 号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第 7 条第 2 項に規定する重症心身障害児をいう。）を入所させるものに限る。）
- イ 児童福祉法第 6 条の 2 に規定する指定医療機関
- ウ 当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している外来患者のうち、概ね 8 割以上が特掲診療料の施設基準等別表第十の二に該当する患者（ただし加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。）である保険医療機関
- (2) 障害児（者）リハビリテーション料は、(1)に掲げる施設の入所者、入院患者、通園者又は通院患者のうち、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 脳性麻痺の患者
- 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の患者（脳形成不全、小頭症、水頭症、奇形症候症、二分脊椎等の患者を含む。）
- ウ 顎・口腔の先天異常の患者
- エ 先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者（先天性切断、先天性多発性関節拘縮症等の患者を含む。）
- オ 先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者
- カ 先天性又は進行性の神経筋疾患の患者（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の患者を含む。）
- キ 神経障害による麻痺及び後遺症の患者（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の患者を含む。）
- 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の患者（広汎性発達障害、

リハ - 21 -

- の患者又は行われた患者で、術後に肩関節の運動障害等を起こす可能性がある患者
- エ 骨軟部腫瘍又はがんの骨転移に対して、当該入院中に患肢温存術若しくは切断術、創外固定若しくはピン固定等の固定術、化学療法又は放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者
- オ 原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者であって、当該入院中に手術若しくは放射線治療が行われる予定の患者又は行われた患者
- カ 血液腫瘍により、当該入院中に化学療法若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者又は行われた患者
- キ 当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者又は行われた患者
- ク 在宅において緩和ケア主体で治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって、症状増悪のため時に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者
- (4) がん患者リハビリテーションを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、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計画を作成し、区分番号「H 0 0 3－2」リハビリテーション総合計画評価料 1 を算定していること。なお、がん患者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、患者又はその家族に対して当該がん患者リハビリテーションの実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。なお、がんのリハビリテーションに従事する者は、積極的にキャンサーボードに参加することが望ましい。
- (5) がん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、区分番号「H 0 0 0」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 1」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 1－2」廃用症候群リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 2」運動器リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 3」呼吸器リハビリテーション料又は区分番号「H 0 0 7」障害児（者）リハビリテーション料は別に算定できない。

H 0 0 7－3 認知症患者リハビリテーション料

- (1) 認知症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厚生（支）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、重度認知症の患者（区分番号「A 3 1 4」認知症治療病棟入院料を算定する患者又は認知症患者医療センターに入院している患者に限る。）に対して、認知症の行動・心理症状の改善及び認知機能や社会生活機能の回復を目的として、作業療法、学習訓練療法、運動療法等と組み合わせて個々の症例に応じて行った場合について算定する。ここでいう重度認知症の患者とは、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成 18 年 4 月 3 日老発第 0403003 号。「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 2 号）の別添 6 の別紙 12 及び別紙 13 参照）におけるランク M に該当するものをいう。ただし、重度の意識障害のある者（J C S（Japan Coma Scale）でⅡ－3（又は 30）以上又は G C S（Glasgow Coma Scale）で 8 点以下の状態にある者）を除く。また、ここでいう認知症患者医療センターとは、「認知症施策等総合支援事業の実施について」（平成 26 年 7 月 9 日老発 0709 第 3 号老健局長通知（一部改正、平成 27 年 6 月 26 日老発 0626 第 3 号））に基づき、都道府県知事又は指定都市市長が指定した保険医療機関であること。

リハ - 23 -

注意欠陥多動性障害、学習障害等の患者を含む。）

- (3) 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。なお、障害児（者）リハビリテーションを実施するに当たっては、開始時及びその後 3 か月に 1 回以上、患者又はその家族に対して実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。
- (4) 障害児（者）リハビリテーション料を算定する場合は、同一の保険医療機関において、区分番号「H 0 0 0」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 1」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 1－2」廃用症候群リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 2」運動器リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 3」呼吸器リハビリテーション料又は区分番号「H 0 0 7－2」がん患者リハビリテーション料は別に算定できない。ただし、障害児（者）リハビリテーションについては、その特殊性を勘案し、疾患別リハビリテーション料又は区分番号「H 0 0 7－2」がん患者リハビリテーション料を算定している保険医療機関とは別の保険医療機関で算定することは可能である。

H 0 0 7－2 がん患者リハビリテーション料

- (1) がん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厚生（支）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、がんの種類や進行、がんに対して行う治療及びそれに伴って発生する副作用又は障害等について十分な配慮を行った上で、がんやがんの治療により生じた疼痛、筋力低下、障害等に対して、二次的障害を予防し、運動器の低下や生活機能の低下予防・改善することを目的として種々の運動療法、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と組み合わせて個々の症例に応じて行った場合について算定する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第 2 章特掲診療料第 9 部処置の項により算定する。
- (2) がん患者リハビリテーション料は、対象となる患者に対して、医師の指導監督の下、がん患者リハビリテーションに関する適切な研修を修了した理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が個別に 20 分以上のリハビリテーションを行った場合を 1 単位として、1 日につき 6 単位に限り算定する。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。
- (3) がん患者リハビリテーション料の対象となる患者は、入院中のがん患者であって、以下のいずれかに該当する者をいい、医師が個別にがん患者リハビリテーションが必要であると認める者である。
- ア 食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝癌がん、胆膵がん、膵臓がん又は大腸がんと診断され、当該入院中に閉鎖循環式全身麻酔によりがんの治療のための手術が行われる予定の患者又は行われた患者
- イ 舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がんその他頸部リンパ節郭清を必要とするがんにより入院し、当該入院中に放射線治療若しくは閉鎖循環式全身麻酔による手術が行われる予定の患者又は行われた患者
- ウ 乳がんにより入院し、当該入院中にリンパ節郭清を伴う乳房切除術が行われる予定

リハ - 22 -

- (2) 認知症患者リハビリテーション料は、対象となる患者に対して、認知症リハビリテーションに関して、十分な経験を有する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が個別に 20 分以上のリハビリテーションを行った場合に算定する。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。
- (3) 認知症患者リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、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 で行うものとする。
- なお、当該リハビリテーションを実施する患者数は、従事者 1 人につき 1 日 18 人を上限とする。ただし、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の労働時間が適切なものになるよう配慮すること。
- (4) 認知症患者リハビリテーションを行う際には、定期的な医師の診察結果に基づき、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計画を作成し、区分番号「H 0 0 3－2」リハビリテーション総合計画評価料 1 を算定していること。
- (5) 認知症患者リハビリテーションを算定している患者について、区分番号「H 0 0 0」心大血管疾患リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 1」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 1－2」廃用症候群リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 2」運動器リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 3」呼吸器リハビリテーション料、区分番号「H 0 0 7」障害児（者）リハビリテーション料又は区分番号「H 0 0 7－2」がん患者リハビリテーション料は別に算定できない。

H 0 0 7－4 リンパ浮腫複合的治療料

- (1) リンパ浮腫複合的治療料は、区分番号「B 0 0 1－7」リンパ浮腫指導管理料の対象となる腫瘍に対する手術等の後にリンパ浮腫に罹患した患者であって、国際リンパ学会による病期分類Ⅰ期以降のものに対し、複合的治療を実施した場合に算定する。なお、この場合において、病期分類Ⅱ期以降の患者が「1」の「重症の場合」の対象患者となる。
- (2) リンパ浮腫複合的治療料は、専任の医師が直接行うもの又は専任の医師の指導監督の下、専任の看護師、理学療法士若しくは作業療法士が行うものについて算定する。あん摩マッサージ指圧師（当該保険医療機関に勤務する者であって、あん摩マッサージ指圧師の資格を取得後、2 年以上業務に従事（うち 6 月以上は当該保険医療機関において従事）し、施設基準に定める適切な研修を修了したものに限る。）が行う場合は、専任の医師、看護師、理学療法士又は作業療法士が事前に指示し、かつ事後に報告を受ける場合に限る算定できる。いずれの場合も、患者 1 名に対し従事者 1 名以上の割合で実施する。
- (3) リンパ浮腫複合的治療料は、弾性着衣又は弾性包帯による圧迫、圧迫下の運動、手的リンパドレナージュ、患肢のスキンケア及び体重管理等のセルフケア指導等を適切に組み合わせ、「1」の「重症の場合」は 1 回 40 分以上、「2」の「1 以外の場合」は 1 回 20 分以上行った場合に算定する。なお、一連の治療において、患肢のスキンケア、体重管理等のセルフケア指導は必ず行うこと。また、重症の場合は、毎回の治療において弾

リハ - 24 -

- 性着衣又は弾性包帯による圧迫を行うこと（圧迫を行わない医学的理由がある場合を除く。）。
- (4) 当該保険医療機関において、直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定していない場合は、リンパ浮腫の診断等に係る連携先として届け出た保険医療機関（直近1年間にリンパ浮腫指導管理料を50回以上算定しているものに限る。）においてリンパ浮腫と診断され、リンパ浮腫の複合的治療を依頼する旨とともに紹介されたもの（区分番号「B009」診療情報提供料（I）を算定するものに限る。）についてのみ算定できる。
- H008 集団コミュニケーション療法料
- (1) 集団コミュニケーション療法料は、別に厚生労働大臣が定める区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料又は区分番号「H007」障害児（者）リハビリテーション料の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関であって、当該施設において医師又は医師の指導監督の下で言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行った場合に算定できる。
- (2) 集団コミュニケーション療法料の算定対象となるのは、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション料、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション料又は区分番号「H007」障害児（者）リハビリテーション料を算定する患者のうち、1人の言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行うことができる程度の症状の患者であって、特に集団で行う言語聴覚療法である集団コミュニケーション療法が有効であると期待できる患者である。
- (3) 集団コミュニケーション療法の実施単位数は言語聴覚士1人当たり1日のべ54単位を限度とする。また、集団コミュニケーション療法と脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション又は障害児（者）リハビリテーションを併せて行っている従事者については、実施するリハビリテーションの単位数が、集団コミュニケーション療法3単位を疾患別リハビリテーション1単位とみなした上で、1日に概ね18単位、週に108単位を超えないものとする。
- (4) 集団コミュニケーション療法の実施に当たっては、医師は定期的な言語聴覚機能能力に係る検査をもとに効果判定を行い、集団コミュニケーション療法の実施計画を作成する必要がある。なお、集団コミュニケーション療法を実施する場合は開始時及びその後3か月に1回以上、患者又はその家族に対して当該集団コミュニケーション療法の実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載する。
- 院の時に、入院中2回に限り算定できる。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「**家関**」と記載する。
- (5) 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）にあつては、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。
- (6) 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。
- (7) 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。
- (8) 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。
- (9) 入院精神療法（I）を行った週と同一週に入院された入院精神療法（II）は別に算定できない。
- (10) 入院中の対象精神疾患の患者に対して、入院精神療法に併せて区分番号「I004」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。
- (11) 当該患者に対して、同じ日に入院精神療法と区分番号「I003」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・在宅精神療法
- (1) 通院・在宅精神療法とは、入院中の患者以外の患者であつて、精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害（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患者の家族）に対して、精神科を担当する医師（研修医を除く。）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。
- (2) 通院・在宅精神療法は、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。
- (3) 通院・在宅精神療法は、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。
- (4) 通院・在宅精神療法の「1」のイ及びハの(2)並びに「2」のイ及びハの(3)は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する。
- (5) 通院・在宅精神療法の「1」のロ及び「2」のロは、区分番号「A000」初診料を算定する初診の日（区分番号「A000」の初診料の「注5」のただし書に規定する初診を含む。）は、診療に要した時間が60分以上の場合に限り算定することとし、「1」のハの(1)及び「2」のハの(2)は、診療に要した時間が30分以上の場合に、「2」のハの(1)は、診療に要した時間が60分以上の場合に限り算定する。この場合において、診療に要した時間とは、医師が自ら患者に対して行う問診、身体診察（視診、聴診、打診及び触診をいう。）及び当該通院・在宅精神療法に要する時間をいい、これら以外の診療に要する時間は含まない。
- (6) 通院・在宅精神療法の「1」のイ及び「2」のイについては、当該患者の退院後支援についての総合調整を担う都道府県、保健所を設置する市又は特別区（以下「都道府県

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、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。この部において、精神疾患とは、I C D - 1 0（国際疾病分類）の第5章「精神および行動の障害」に該当する疾病又は第6章に規定する「アルツハイマー<Alzheimer>病」、「てんかん」及び「睡眠障害」に該当する疾病をいう。

第1節 精神科専門療法料

I000 精神科電気痙攣療法

- (1) 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回に限り算定する。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 「注3」に規定する加算は、麻酔科標榜医により、質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。当該加算を算定する場合には、当該麻酔科標榜医の氏名、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。

I001 入院精神療法

- (1) 入院精神療法とは、入院中の患者であつて精神疾患又は精神症状を伴う脳器質性障害があるものに対して、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。
- (2) 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。ただし、区分番号「A230-4」精神科リエンゾチーム加算の届出を行っている保険医療機関については、精神科を標榜していない場合にも、入院精神療法を算定できる。
- (3) 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。
- (4) 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つて、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

- 等」という。）が、精神障害者の退院後支援に関する係る指針を踏まえて作成する退院後支援に関する計画に基づく支援期間にある患者に対し、当該計画において外来又は在宅医療を担うこととされている保険医療機関の精神科の医師が実施した場合に限り算定できる。
- (7) 通院・在宅精神療法の「1」のイ又はロ及び「2」のイ又はロを算定する保険医療機関においては、以下のいずれかの要件に該当していること等、標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していることが望ましい。
- ア 区分番号「A001」再診料の時間外対応加算1の届出を行っていること。
- イ 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかに折り返して電話することができるとしていること。
- (8) 通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録に当該診療に要した時間を記載すること。ただし、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が5分、30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「〇分超」などの記載でも差し支えない。また、通院・在宅精神療法の「1」のロ又は「2」のロ又はハ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。
- (9) 当該患者の家族に対する通院・在宅精神療法は、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・在宅精神療法を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に「**家関**」と記載する。
- (10) 通院・在宅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。
- (11) 患者に対して通院・在宅精神療法を行った日と同一の日に家族に対して通院・在宅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・在宅精神療法の費用に含まれ、別に算定できない。
- (12) 入院中の患者以外の精神疾患を有する患者に対して、通院・在宅精神療法に併せて区分番号「I004」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行った場合であっても、通院・在宅精神療法のみにより算定する。
- (13) 当該患者に対する通院・在宅精神療法を算定した場合は、同じ日に区分番号「I003」標準型精神分析療法は算定できない。
- (14) 通院・在宅精神療法は、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、訪問診療又は往診による診療を行った際にも算定できる。
- (15) 「注3」に規定する加算は、必要に応じて児童相談所等と連携し、保護者等へ適切な指導を行った上で、20歳未満の患者に対して、通院・在宅精神療法を行った場合（当該保険医療機関の精神科を初めて受診した日から起算して1年以内の期間に行った場合に

- 限る。)に、所定点数に加算する。
- (16) 「注4」に規定する児童思春期精神科専門管理加算は、児童思春期精神科の専門の医師(精神保健指定医に指定されてから5年以上にわたって主に20歳未満の患者に対する精神医療に従事した医師であって、現に精神保健指定医である医師をいう。)又は当該専門の医師の指導の下、精神療法を実施する医師が、20歳未満の患者(イについては16歳未満の患者に限る。)に対し、専門的な精神療法を実施した場合に算定する。
- (17) 「注4」のロについては、発達障害や虐待の有無等を含む精神状態の総合的な評価、鑑別診断及び療育方針の検討等が必要な者に対し、発達歴や日常生活の状況の聴取・行動観察等に基づく、60分以上の専門的な精神療法を実施すること。なお、実施に当たっては、以下の要件をいずれも満たすこと。
- ア 発達障害の評価に当たっては、ADI-R(Autism Diagnostic Interview- Revised)やDISCO(The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders)等で採用されている診断項目を考慮すること。
- イ 患者及び患者の家族に、今後の診療計画について文書及び口頭で説明すること。説明に用いた診療計画の写しを診療録に添付すること。
- (18) 「注5」に定める特定薬剤副作用評価加算は、抗精神病薬を服用中の患者について、精神保健指定医又はこれに準ずる者が、通常行うべき薬剤の副作用の有無等の確認に加え、更に薬源性難体外路症状評価尺度を用いて定量的かつ客観的に薬源性難体外路症状の評価を行った上で、薬物療法の治療方針を決定した場合に、月に1回に限り算定する。この際、別紙様式33に準じて評価を行い、その結果と決定した治療方針について、診療録に記載すること。なお、同一月に区分番号「I002-2」精神科継続外来支援・指導科の「注4」に規定する特定薬剤副作用評価加算を算定している患者については、当該加算は算定できない。
- (19) 「注6」に定める所定点数には、注3から注5までの加算を含まないこと。また、別に厚生労働大臣が定める要件は、特掲診療料の施設基準等別表第十の二の四に掲げるものを全て満たすものをいう。なお、その留意事項は以下のとおりである。
- ア 「当該保険医療機関において、3種類以上の抗うつ薬及び3種類以上の抗精神病薬の投与の頻度が一定以下であること」とは、当該保険医療機関において抗うつ薬又は抗精神病薬のいずれかを処方された患者のうち、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を処方された患者の割合が1割未満であるか、その数が20名未満であることをいう。なお、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は区分番号「F100」処方料における計算方法に準じる。抗うつ薬又は抗精神病薬を処方された患者のうち、3種類以上の抗うつ薬又は3種類以上の抗精神病薬を処方された患者の割合は、区分番号「F100」処方料(3)ウにより報告したもののうち、直近のものを用いることとする。また、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上又は抗精神病薬を3種類以上投与(以下この部において「向精神薬多剤投与」という。)していないために当該報告を行わなかった保険医療機関については、当該要件を満たすものとして扱う。
- イ 「当該患者に対し、適切な説明や医学管理が行われていること」とは、当該月を含む過去3か月以内に以下の全てを行っていることをいう。

精神 - 4 -

- 担当する医師の指示の下、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、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合を評価したものである。
- (5) 「注4」に定める特定薬剤副作用評価加算は、抗精神病薬を服用中の患者について、精神保健指定医又はこれに準ずる者が、通常行うべき薬剤の副作用の有無等の確認に加え、更に薬源性難体外路症状評価尺度を用いて定量的かつ客観的に薬源性難体外路症状の評価を行った上で、薬物療法の治療方針を決定した場合に、月1回に限り算定する。この際、別紙様式33に準じて評価を行い、その結果と決定した治療方針について、診療録に記載すること。なお、同一月に区分番号「I002」通院・在宅精神療法の「注5」に規定する特定薬剤副作用評価加算を算定している患者については、当該加算は算定できない。
- (6) 他の精神科専門療法と同日に行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。
- (7) 精神科継続外来支援・指導料は、初診時(区分番号「A000」初診料の「注5」のただし書に規定する初診を含む。)は算定できないものとする。
- (8) 精神科継続外来支援・指導を行った場合は、その要点を診療録に記載する。
- (9) 「注5」に定める別に厚生労働大臣が定める要件は、特掲診療料の施設基準等別表十の二の四に掲げるものを全て満たすものをいう。なお、その留意事項は、「I002」通院・在宅精神療法の(19)に示すものと同様である。
- I002-3 救急患者精神科継続支援料
- (1) 救急患者精神科継続支援料は、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師若しくは社会福祉士が、自殺企図若しくは自傷又はそれらが疑われる行為によって生じた外傷や身体症状のために医師が入院の必要を認めた患者であって、精神疾患の状態にあるものに対し、自殺企図や精神状態悪化の背景にある生活上の課題の状況を確認した上で、解決に資する社会資源について情報提供する等の援助を行う他、かかりつけ医への受診や定期的な服薬等、継続して精神疾患の治療を受けるための指導や助言を行った場合に算定する。なお、指導等を行う精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師等は、適切な研修を受講している必要があること。
- (2) 「1」については、精神科医の指示を受けた看護師等が指導等を行う場合には、あらかじめ、当該精神科医が週に1回以上診察している必要があること。
- (3) 「2」については、精神科医又は当該精神科医の指示を受けた看護師等(いずれも入院中に当該患者の指導等を担当した者に限る。)が、電話等で1月に2回以上の指導等を行った場合に1回算定することとし、退院から6月に6回に限り算定する。なお、指導等を実施した月の翌月以降に外来を受診した際に算定しても差し支えないこととし、指導等を行った月と算定する月が異なる場合には、診療報酬明細書の摘要欄に指導等を行った月を記載すること。
- (4) 指導等の内容の要点を診療録等に記載すること。

I003 標準型精神分析療法

(1) 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

- (イ) 患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者(以下イにおいて「患者等」という。)に対して、当該投与により見込む効果及び特に留意する副作用等について説明し、診療録に説明内容及び患者等の受け止めを記載していること。
- ただし、説明を行うことが診療上適切でないと考える場合は、診療録にその理由を記載することで代替して差し支えない。
- (ロ) 服薬状況(残薬の状況を含む。)を患者等から聴取り、診療録に記載していること。
- (ハ) 3種類以上の抗精神病薬を投与している場合は、「注5」に掲げる客観的な指標による抗精神病薬の副作用評価を行っていること。
- (ニ) 減薬の可能性について検討し、今後の減薬計画又は減薬計画が立てられない理由を患者等に説明し、診療録に説明内容及び患者等の受け止めを記載していること。
- ウ 「当該処方が臨時の投薬等のもの又は患者の病状等によりやむを得ないものであること」とは、区分番号「F100」処方料(3)のアの(イ)から(ニ)までのいずれかに該当するものであることをいう。
- (20) 「注7」に規定する措置入院後継続支援加算は、通院・在宅精神療法の「1」のイを算定する患者に対し、医師の指示を受けた看護職員又は精神保健福祉士が、対面又は電話で、月1回以上の指導を行った上で、3月に1回以上の頻度で当該患者の入院後支援について総合調整を担う都道府県等に対し、当該患者の治療や生活の状況及びより一層の支援が必要と考えられる課題について、文書で情報提供している場合に、3月に1回に限り算定できる。診療録等において、毎回の指導内容を記載するとともに、都道府県等への情報提供の写しを記録すること。なお、指導等を実施した月の翌月以降に通院・在宅精神療法を行った場合に算定しても差し支えないこととし、指導等を行った月と算定する月が異なる場合には、診療報酬明細書の摘要欄に指導等を行った月を記載すること。
- I002-2 精神科継続外来支援・指導科
- (1) 精神科継続外来支援・指導料とは、入院中の患者以外の患者であって、精神疾患のものに対して、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、精神障害者の地域生活の維持や社会復帰に向けた支援のため、患者又はその家族等の患者の看護や相談に当たる者に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を継続して行う場合を評価したものである。
- (2) 「注2」については、当該保険医療機関が、1回の処方において、向精神薬多剤投与した場合には、算定しない。ただし、区分番号「F100」処方料(3)のアの(イ)から(ハ)までのいずれかに該当する場合、及び3種類の抗うつ薬又は3種類の抗精神病薬を投与する場合(ニ)に該当する場合は算定することができる。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に向精神薬多剤投与に該当するが、精神科継続外来支援・指導料を算定する理由を記載すること。
- (3) 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は一般形で計算する。また、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類については、別紙36を参考にする。
- (4) 「注3」に規定する加算は、「注1」に規定する医師による支援と併せて、精神科を

精神 - 5 -

- 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。
- (2) 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時間以上にお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番号「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番号「I002」通院・在宅精神療法により算定する。
- (3) 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。
- I003-2 認知療法・認知行動療法
- (1) 認知療法・認知行動療法とは、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害又は神経性過食症の患者に対して、認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって治療することを目的とした精神療法をいう。
- (2) 認知療法・認知行動療法は、一連の治療計画を策定し、患者に対して詳細な説明を行った上で、当該療法に関する研修を受講するなど当該療法に習熟した医師によって30分を超えて治療が行われた場合(「3」において、看護師により30分を超える面接が行われ、その後当該療法に習熟した医師により5分以上の面接が行われた場合を含む。)に算定する。
- (3) 一連の治療につき16回に限り算定する。
- (4) 認知療法・認知行動療法と同日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。
- (5) うつ病等の気分障害の患者に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研習班作成の「うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」(平成21年度厚生労働省こころの健康科学研習事業「精神療法の実施方法及有効性に関する研究」)に従って行った場合に限り、算定できる。
- (6) 強迫性障害の患者に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研習班作成の「強迫性障害(強迫症)の認知行動療法マニュアル(治療者用)」(平成27年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」)に従って行った場合に限り、算定できる。
- (7) 社交不安障害の患者に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研習班作成の「社交不安障害(社交不安症)の認知行動療法マニュアル(治療者用)」(平成27年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」)に従って行った場合に限り、算定できる。
- (8) パニック障害の患者に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生労働科学研習班作成の「パニック障害(パニック症)の認知行動療法マニュアル(治療者用)」(平成27年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」)に従って行った場合に限り、算定できる。
- (9) 心的外傷後ストレス障害に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、厚生

精神 - 7 -

- 労働科学研究班作成の「PTSD(心的外傷後ストレス障害)の認知行動療法マニュアル〔持続エクスポージャー療法／PE療法〕（平成27年度厚生労働省障害者対策総合研究事業「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究」）に従って行った場合に限り、算定できる。
- (10) 神経性過食症に対する認知療法・認知行動療法の実施に当たっては、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター研究班作成の「摂食障害に対する認知行動療法CBT-E簡易マニュアル」（平成29年度国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神・神経疾患研究開発費研究事業「心身症・摂食障害の治療プログラムと臨床マーカーの検証」）に従って行った場合に限り、算定できる。
- (11) 認知療法・認知行動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。
- (12) 認知療法・認知行動療法の「2」は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合するものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関において、入院中の患者以外のうつ病等の気分障害の患者に対して、医師が治療を行うに当たり、治療に係る面接の一部を専任の看護師が実施した場合に算定する。ただし、この場合にあつては、次の全てを満たすこと。
- ア 初回時又は治療終了時を予定する回の治療に係る面接は専任の医師が実施し、専任の看護師が同席すること。
- イ 初回から治療を終了するまでの間の治療は、初回時に同席した看護師が実施し、当該看護師による面接後に、専任の医師が患者と5分以上面接すること。
- ウ 看護師が面接を実施する場合は、患者の同意を得た上で当該面接の内容を録音し、専任の医師はその内容を、指示又は指導の参考とすること。
- (13) 認知療法・認知行動療法の「1」及び「2」は、一連の治療において同一の点数を算定する。ただし、「2」の要件を満たす場合のうち、医師と看護師が同席して30分以上の面接を行った日に限り、「1」の点数を算定できる。

I 0 0 4 心身医学療法

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 心身医学療法は、初診時（区分番号「A 0 0 0」初診料の「注5」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つては、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。
- (4) 心身医学療法を算定する場合にあつては、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。

精神 - 8 -

- （昭和26年法律第252号）第2条に規定する覚せい剤とする。）麻薬（麻薬及び向精神薬取締法第2条に規定する麻薬とする。）大麻（大麻取締法第1条に規定する大麻とする。）又は危険ドラッグ（医薬品医療機器等法第2条第15項に規定する指定薬物又は指定薬物と同等以上の精神作用を有する蓋然性が高い薬物、ハーブ、リキッド、パソソルト等をいう。）に対する物質依存の状態にあるものについて、精神科医又は精神科医の指示を受けた看護師、作業療法士、精神保健福祉士若しくは公認心理師で構成される2人以上の者（このうち1人以上は、当該療法の実施時間において専任する精神科医、看護師又は作業療法士（いずれも依存症集団療法に関する適切な研修を修了した者に限る。）であること。）が、認知行動療法の手法を用いて、薬物の使用を患者自らコントロールする手法等の習得を図るための指導を行った場合に算定する。
- (2) 依存症集団療法は、1回に20人に限り、90分以上実施した場合に算定する。
- (3) 依存症集団療法は、平成22～24年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業において「薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究」の研究班が作成した、物質使用障害治療プログラムに沿って行われた場合に算定すること。
- (4) 依存症集団療法実施後に、精神科医及び精神科医の指示を受けて当該療法を実施した従事者が、個別の患者の理解度や精神状態等について評価を行い、その要点を診療録等に記載すること。

I 0 0 7 精神科作業療法

- (1) 精神科作業療法は、精神疾患を有するもの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。なお、治療の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。
- (2) 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。
- (3) 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等に記載する。
- (4) 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。

I 0 0 8 入院生活技能訓練療法

- (1) 入院生活技能訓練療法とは、入院中の患者であつて精神疾患を有するものに対して、行動療法の理論に裏付けられた一定の治療計画に基づき、観察学習、ロールプレイ等の手法により、服薬習慣、再発徴候への対処技能、着衣や金銭管理等の基本生活技能、対人関係保持能力及び作業能力等の獲得をもたらすことにより、病状の改善と社会生活機能の回復を図る治療法をいう。
- (2) 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、公認心理師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ぬ。
- (3) 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

精神 - 10 -

- 例 「胃潰瘍（心身症）」
- 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。
- (6) 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。
- (7) 「注5」に規定する加算は、必要に応じて児童相談所等と連携し、保護者等へ適切な指導を行った上で、20歳未満の患者に対して、心身医学療法を行った場合に、所定点数を加算する。
- (8) 区分番号「I 0 0 1」入院精神療法、区分番号「I 0 0 2」通院・在宅精神療法又は区分番号「I 0 0 3」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。

I 0 0 5 入院集団精神療法

- (1) 入院集団精神療法とは、入院中の患者であつて、精神疾患のものに対して、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。
- (2) 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公認心理師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。
- (3) 1回に15人に限り、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月を限度として週2回に限り算定する。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。
- (4) 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。
- (5) 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等に記載する。
- (6) 入院集団精神療法と同日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

I 0 0 6 通院集団精神療法

- (1) 通院集団精神療法とは、入院中の患者以外の患者であつて、精神疾患のものに対して、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。
- (2) 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公認心理師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。
- (3) 1回に10人に限り、1日につき1時間以上実施した場合に、開始日から6月を限度として週2回に限り算定する。
- (4) 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等に記載する。
- (5) 通院集団精神療法と同日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。

I 0 0 6-2 依存症集団療法

- (1) 依存症集団療法は、入院中の患者以外の患者であつて、覚せい剤（覚せい剤取締法

精神 - 9 -

- 時間以上実施した場合に限り、週1回に限り算定できる。
- (4) 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人に限る。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。
- (5) 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任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、入院基本料等の施設基準における看護職員の数に算入できない。
- (6) 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等に記載する。
- (7) 入院生活技能訓練療法と同日に行う他の精神科専門療法は、別に算定できない。
- (8) 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。

I 0 0 8-2 精神科ショート・ケア

- (1) 精神科ショート・ケアは、精神疾患を有するもの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。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。
- (2) 「大規模なもの」については、多職種が共同して疾患等に応じた診療計画を作成した場合に算定する。なお、診療終了後に当該計画に基づいて行った診療方法や診療結果について評価を行い、その要点を診療録等に記載している場合には、参加者個別のプログラムを実施することができる。
- (3) 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、同日に行う他の精神科専門療法（他の保険医療機関において実施するものも含む。）は、別に算定できない。ただし、他の医療機関に入院中の患者であつて、退院を予定しているもの（区分番号「I 0 1 1」に掲げる精神科退院指導料を算定したもの又は区分番号「A 3 1 8」地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であつて、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているものに限る。）に対しては、退院支援の一環として、当該他の医療機関の入院中1回に限り算定できる。この場合、当該他の医療機関に照会を行い、退院を予定しているものであること、入院科等について他医療機関を受診する場合の取扱いがなされていること、他の医療機関を含め、入院中に精神科ショート・ケアの算定のないことを確認すること。また、精神科ショート・ケアに引き続き、同日に、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。
- (4) 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（以下「精神科デイ・ケア等」という。）を開始した日から起算して1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。ただし、週4日以上算定できるのは、以下のいずれもを満たす場合に限られること。
- ア 少なくとも6月に1回以上医師が精神科デイ・ケア等の必要性について精神医学的

精神 - 11 -

- な評価を行っていること。継続が必要と判断した場合には、その理由を診療録に記載すること。
- イ 少なくとも6月に1回以上、精神保健福祉士又は公認心理師が患者の意向を聴取していること。
- ウ 精神保健福祉士等が聴取した患者の意向を踏まえ、医師を含む多職種が協同して、患者の意向及び疾患等に応じた診療計画を作成していること。診療計画には、短期目標及び長期目標、必要なプログラム内容と実施頻度、精神科デイ・ケア等を必要とする期間等を記載すること。医師は、作成した診療計画を患者又は家族等に説明し、精神科デイ・ケア等の実施について同意を得ること。
- エ 当該保険医療機関が以下のいずれかの要件を満たしていること。
- (イ) 直近6月の各月について、次の(a)に掲げる数を(b)に掲げる数で除して算出した数値の平均が0.8未満であること。
- (a) 当該月において、14回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数
- (b) 当該月において、1回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数
- (ロ) 直近1か月に1回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者について、当該保険医療機関の精神科デイ・ケア等を最初に算定した月から当該月末までの月数の平均が、12か月未満であること。
- (5) 月14回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数等について、毎年10月に「別紙様式31」を用いて地方厚生(支)局長に報告すること。
- (6) 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・ケアの届出を併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。
- (7) 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。
- (8) 「注4」に掲げる早期加算の対象となる患者は、当該療法の算定を開始してから1年以内又は精神病床を退院して1年以内の患者であること。
- (9) 「注5」については、入院中の患者であって、退院を予定しているもの(区分番号「I011」に掲げる精神科退院指導料を算定したもの又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているものに限る。)に対して、精神科ショート・ケアを行う場合に、入院中1回に限り算定できる。
- (10) 「注7」については、概ね40歳未満の患者で構成される10人以下の患者グループに対し、あらかじめ治療内容や到達目標を示した治療計画を作成し、個々の患者に説明し、治療の目的について患者本人が理解できるよう文書で説明し同意を得た上で、治療計画に従って、2名の従事者が当該患者グループに対し精神科ショート・ケアを実施した場

精神 - 12 -

- る患者に対しては、同一日に行う他の精神科専門療法(他の医療機関で実施するものも含む。)は、別に算定できない。
- (4) 同一の保険医療機関で精神科デイ・ケア等を開始した日から起算して1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。ただし、週4日以上算定できるのは、区分番号「I008-2」精神科ショート・ケアの(4)のAからエまでのいずれも満たす場合に限られること。
- (5) 月14回以上精神科デイ・ケア等を実施した患者の数等について、毎年10月に「別紙様式31」を用いて地方厚生(支)局長に報告すること。
- (6) 治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる。
- (7) 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・ケアを併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。
- (8) 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。
- (9) 「注5」に掲げる早期加算の対象となる患者は、当該療法の算定を開始してから1年以内又は精神病床を退院して1年以内の患者であること。
- (10) 「注6」については、入院中の患者であって、退院を予定しているもの(区分番号「I011」精神科退院指導料を算定したもの又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているものに限る。)に対して、精神科デイ・ケアを行う場合に、入院中1回に限り算定できる。
- (11) 「注4」に掲げる長期入院患者とは、精神疾患により、通算して1年以上の入院歴を有する患者であること。
- (12) 当該保険医療機関又は他の保険医療機関に入院中の患者に対して精神科デイ・ケアを行う場合、当該患者は精神科デイ・ケアを提供する対象患者数に含めること。
- (13) 精神科デイ・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録等に記載する。

I 0 1 0 精神科ナイト・ケア

- (1) 精神科ナイト・ケアは、精神疾患を有するもの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。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。
- (2) 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。
- (3) 精神科ナイト・ケアを算定する場合においては、区分番号「A000」初診料の「注9」及び「A001」再診料の「注7」に規定する夜間・早朝等加算は算定できない。
- (4) 精神科ナイト・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録等に記載する。

I 0 1 0-2 精神科デイ・ナイト・ケア

- (1) 精神科デイ・ナイト・ケアは、精神疾患を有するもの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。なお、治療上の必要がある場合には、病棟や屋外

精神 - 14 -

- 合に、40歳未満の患者についてそれぞれ算定する。当該加算は、あらかじめ治療計画に記載された治療期間のみ算定できる。一連の治療計画に従って精神科ショート・ケアを実施している間は、患者グループを構成する患者は固定されることが望ましいが、患者グループの人数が10人に満たない場合であって、既に患者グループを構成する患者の治療に支障のない場合には、治療計画の途中で新たな患者を患者グループに加えることも差し支えない。なお、自閉症スペクトラム及びその近縁の発達障害の患者に対する精神科ショート・ケアの実施に当たっては、「発達障害専門プログラム」(日本医療研究開発機構「発達障害者の特性をふまえた精神科ショートケア・プログラムの開発と臨床応用に関する研究」において作成)を参考に行うことが望ましい。
- (11) 「注7」の対象患者は、自閉症スペクトラム及びその近縁の発達障害、薬物依存症又は病的賭博のいずれかの疾患を有する患者又はこれらの複数の疾患を併せ持つ患者とする。一連の治療計画において治療の対象となる疾患はいずれか一つであり、例えば自閉症スペクトラムの治療のために精神科ショート・ケアを実施する患者と薬物依存症のために精神科ショート・ケアを実施する患者が、治療計画を共有する同一の患者グループを構成することはできない。また、入院中の患者についても注7の加算を算定することができるが、この場合「注5」の規定における「所定点数」には注7の加算を含まないこと。
- (12) 入院中の患者が精神科ショート・ケアを行う場合は、対象患者数に含めること。
- (13) 精神科ショート・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録等に記載する。

I 0 0 9 精神科デイ・ケア

- (1) 精神科デイ・ケアは、精神疾患を有するもの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、治療上のある場合には、病棟や屋外など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。また、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。
- (2) 「大規模なもの」については、多職種が共同して疾患等に応じた診療計画を作成した場合に算定する。なお、診療終了後に当該計画に基づいて行った診療方法や診療結果について評価を行い、その要点を診療録等に記載している場合には、参加者個別のプログラムを実施することができる。
- (3) 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、他の医療機関に入院中の患者であって、退院を予定しているもの(区分番号「I011」精神科退院指導料を算定したもの又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料を算定している患者であって、指定特定相談支援事業者等において、退院後の生活を念頭に置いたサービス等利用計画が作成されているものに限る。)に対しては、退院支援の一環として、当該他の医療機関の入院中1回(区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院料を算定しているものについては入院中4回)に限り算定できる。この場合、当該他の医療機関に照会を行い、退院を予定しているものであること、入院料等について他医療機関を受診する場合の取扱いがなされていること、他の医療機関を含め、入院中に精神科デイ・ケアの算定のないことを確認すること。また、精神科デイ・ケアを算定してい

精神 - 13 -

- など、専用の施設以外において当該療法を実施することも可能であること。
- (2) 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・ケアの届出を併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デイ・ケア等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。
- (3) 「注5」に掲げる加算の対象となる患者は、多職種が共同して「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添2の様式46の2又はこれに準じる様式により疾患等に応じた診療計画を作成して行った場合に、加算する。なお、診療終了後に、当該計画に基づいて行った診療方法や診療結果について評価を行い、その要点を診療録等に記載している場合には、参加者個別のプログラムを実施することができる。
- (4) 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。
- (5) 精神科デイ・ナイト・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録等に記載する。

I 0 1 1 精神科退院指導料

- (1) 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疾患を有するもの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、精神科を担当する医師、看護師、作業療法士及び精神保健福祉士が共同して、必要に応じて障害福祉サービス事業所及び相談支援事業所等と連携しつつ、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24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。また、入院期間が1年を超える精神疾患を有するもの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、当該計画に基づき必要な指導を行った場合であって、当該患者が退院したときには、精神科地域移行支援加算として、退院時に1回に限り算定する。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。
- (2) 精神科退院指導料は、指導を行ったもの及び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、算定の基礎となる退院につき、1回に限り当該患者の入院中に算定する。
- (3) 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。
- (4) 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。

I 0 1 1-2 精神科退院前訪問指導料

(1) 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疾患を有するものの円滑な退院のため、患家又は精神障害者施設、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、必要に応じて障害福祉サービス事業所及び相談支援事業所等と連携しつつ、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。 (2) 精神科退院前訪問指導料は、指導を行ったもの及び指導の対象が患者又はその家族等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）に限り指導の実施日にかかわらず退院日に算定する。 (3) 「注2」に係る加算は、患者の社会復帰に向けた調整等を行うに当たり、必要があつ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。 (4) 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。 (5) 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。 (6) 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。 (7) 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。 (8) 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。		においては、それぞれの指示は月に1回ずつに限り、その必要性について、急性増悪の状態及び指示内容の要点と併せて診療録に記載し、診療報酬明細書にもその必要性について記載する。 (5) 精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)は、精神科訪問看護・指導を受けようとする同一建物居住者に対して、当該患者を診療した精神科を標榜する保険医療機関の保健師等を訪問させて、看護又は療養上必要な指導を行った場合に、以下のア又はイにより算定する。 ア 同一建物居住者が2人の場合は、当該患者全員に対して、イの(1)又はロの(1)により算定 イ 同一建物居住者が3人以上の場合は、当該患者全員に対して、イの(2)又はロの(2)により算定 (6) 同一建物居住者とは、基本的には、建築基準法（昭和25年法律第201号）第2条第1号に掲げる建築物に居住する複数の患者のことをいうが、具体的には、例えば以下のような患者のことをいう。 ア 老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の4に規定する養護老人ホーム、老人福祉法第20条の6に規定する軽費老人ホーム、老人福祉法第29条第1項に規定する有料老人ホーム、老人福祉法第20条の5に規定する特別養護老人ホーム、マンションなどの集合住宅等に入居又は入所している複数の患者 イ 介護保険法第8条第9項に規定する短期入所生活介護、介護保険法第8条第18項に規定する小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準第63条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第8条第19項に規定する認知症対応型共同生活介護、介護保険法第8条の2第9項に規定する介護予防短期入所生活介護、介護保険法第8条の2第16項に規定する介護予防小規模多機能型居宅介護（指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第36号）第44条第5項に規定する宿泊サービスに限る。）、介護保険法第8条の2第17項に規定する介護予防認知症対応型共同生活介護などのサービスを受けている複数の患者 (7) 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び(Ⅲ)は、1回の訪問の実施時間に基づき、30分未満、30分以上90分程度の時間区分のいずれか一方の所定点数を算定する。30分未満の訪問については、当該患者に短時間訪問の必要性があると医師が認めた場合にのみ算定する。 (8) 同一の患者について、訪問看護ステーションにおいて訪問看護療養費を算定した月については、精神科訪問看護・指導料を算定できない。ただし、次に掲げる場合はこの限りではない。なお、オの場合にあっては、精神科訪問看護・指導料及び訪問看護基本療養費を算定する日と合わせて週3日（退院後3月以内の期間において行われる場合にあっては、週5日）を限度とする。 ア 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者及び特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等の患者について、訪問看護療養費を算定した場合 イ 服薬中断等により急性増悪した場合であつて、一時的に週4日以上の頻回の精神科訪問看護・指導を行う必要を認めた患者 ウ 当該保険医療機関を退院後3月以内の患者
Ⅰ 〇 1 2 精神科訪問看護・指導料 (1) 精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)又は(Ⅲ)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、准看護師、作業療法士又は精神保健福祉士（「保健師等」という。）が、精神疾患を有す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、個別に患者又はその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。 (2) 「注1」及び「注2」に規定する精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)及び(Ⅲ)の算定回数は、週（日曜日から土曜日までの連続した7日間をいう。）について計算する。また、「注1」ただし書及び「注2」ただし書の患者に対する算定回数は、急性増悪した日から連続した7日間について計算すること。また、同一日に複数回精神科訪問看護・指導を行った場合であっても、1日につき1回に限り算定する。 (3) 「注1」のただし書及び「注2」のただし書に規定する場合とは、患者が急性増悪した状態であつて、精神科を担当している医師が患者を直接診察した上で、精神科訪問看護・指導の必要性を認め、指示した場合である。また、「注3」に規定する場合には、医師が患者を直接診察していない場合であっても、当該患者に対して精神科訪問看護・指導を行った保健師等からの情報により、精神科を担当している医師が患者の病状を充分に把握し、必要と判断して、指示した場合を含むものとする。 (4) 「注1」ただし書及び「注2」ただし書に規定する場合並びに「注3」に規定する場合		
精神 - 16 -		精神 - 17 -
エ 区分番号「Ⅰ 〇 1 6」精神科在宅患者支援管理料1（ハを除く。）又は2を算定する患者 オ 精神科在宅患者支援管理料1（ハを除く。）又は2の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長へ届け出ている保険医療機関において、精神保健福祉士による精神科訪問看護・指導を行う場合 (9) (8)のただし書の場合において、同一の患者について、精神科訪問看護・指導料及び訪問看護療養費を算定できる場合であっても、訪問看護療養費を算定した日については、精神科訪問看護・指導料を算定できない。ただし、精神科在宅患者支援管理料1を算定する保険医療機関及び当該保険医療機関と連携する特別の関係にある訪問看護ステーションのそれぞれが同一日に訪問看護を実施した場合における精神科訪問看護・指導料（作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限る。）の算定、並びに、精神科在宅患者支援管理料2を算定する保険医療機関及び当該保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが同一日に訪問看護を実施した場合における精神科訪問看護・指導料の算定は、この限りでない。 (10) 同一の患者について、複数の保険医療機関や訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護・指導を行う場合は、当該保険医療機関及び訪問看護ステーション間において十分に連携を図る。具体的には、精神科訪問看護・指導の実施による患者の目標の設定、計画の立案、精神科訪問看護・指導の実施状況及び評価を共有する。 (11) 介護保険法第8条第20項に規定する認知症対応型共同生活介護を行う施設、高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅、障害者総合支援法第5条第1項に規定する障害福祉サービスを行う施設又はその他の高齢者向け施設等に入所している患者に精神科訪問看護・指導を行う場合においては、介護保険等による医療及び看護サービスの提供に係る加算の算定等を含む当該施設における利用者の医療ニーズへの対応について確認し、当該施設で行われているサービスと十分に連携する。また、当該施設において当該保険医療機関が日常的な健康管理等（医療保険制度の給付によるものを除く。）を行っている場合は、健康管理等と医療保険制度の給付による精神科訪問看護・指導を区別して実施する。 (12) 「注4」に係る複数名精神科訪問看護・指導加算は、精神科を担当する医師が、複数の保健師等又は看護補助者による患家への訪問が必要と判断し、患者又はその家族等に同意を得て、当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師又は看護師と保健師等又は看護補助者が、患者又はその家族等に対して看護及び社会復帰指導等を行った場合（30分未満の場合を除く。）は、1日につき「注4」のイ、ロ又はハのいずれかを算定する。精神科訪問看護・指導を行う保健師又は看護師に保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が同行する場合はイを、准看護師が同行する場合はロを、1日当たりの回数に応じて算定する。また、看護補助者が同行する場合はハを所定点数に加算すること。ただし、看護補助者が同行する場合には、週1日を限度として所定点数に加算する。単に2人の保健師等又は看護補助者が同時に精神科訪問看護・指導を行ったことのみをもって算定することはできない。 (13) 保健師又は看護師と同行する看護補助者は、常に同行の必要はないが、必ず患家において両者が同時に滞在する一定の時間を確保すること。		(14) 「注5」に規定する長時間精神科訪問看護・指導加算は、特掲診療料の施設基準等別表第十の一の七の(1)に規定する長時間の訪問を要する者に対して、1回の精神科訪問看護・指導の時間が90分を超えた場合について算定するものであり、週1回（特掲診療料の施設基準等第十の一の七の(2)に規定する者には週3回）に限り算定できるものとする。なお、特掲診療料の施設基準等第十の一の七の(1)のイ及び(2)のイに規定する者のうち、超重症児・準超重症児については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添6の別紙14の超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準による判定スコアが10以上のものをいう。 (15) 「注6」に規定する夜間・早朝訪問看護加算は、夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。）又は早朝（午前6時から午前8時までの時間をいう。）に精神科訪問看護・指導を行った場合に、深夜訪問看護加算は深夜（午後10時から午前6時までの時間をいう。）に精神科訪問看護・指導を行った場合に、所定点数を加算すること。当該加算は、精神科緊急訪問看護加算との併算定を可とする。 (16) (15)は患者の求めに応じて、当該時間に精神科訪問看護・指導を行った場合に算定できるものであり、保険医療機関の都合により、当該時間に保健師等を訪問させて精神科訪問看護・指導を行った場合には算定できない。 (17) 「注7」に規定する精神科緊急訪問看護加算は、精神科訪問看護計画に基づき定期的に行う精神科訪問看護・指導以外であつて、患者又はその家族等の緊急の求めに応じて、精神科を担当する医師の指示により、保健師等が精神科訪問看護・指導を行った場合に1日につき1回に限り加算すること。 (18) 精神科緊急訪問看護加算に係る精神科緊急訪問看護を行った場合は、速やかに指示を行った精神科を担当する医師に患者の病状等を報告するとともに、必要な場合は精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、精神科訪問指導計画について見直しを行うこと。 (19) 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。 (20) 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精神科訪問看護・指導を実施した際の開始時刻及び終了時刻を記録すること。また、保険医療機関における日々の精神科訪問看護・指導を実施した患者氏名、訪問場所、訪問時間（開始時刻及び終了時刻）及び訪問人数等について記録し、保管しておくこと。 (21) 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。 (22) 「注9」に規定する交通費は実費とする。 (23) 区分番号「Ⅰ 〇 1 6」精神科在宅患者支援管理料1を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日において訪問看護を行った場合は、それぞれが精神科訪問看護・指導料（ただし、作業療法士又は精神保健福祉士による場合に限る。）及び精神科訪問看護基本療養費を算定することができる。 (24) 「注10」に規定する精神科複数回訪問加算は、精神科在宅患者支援管理料を算定する保険医療機関が、当該管理料1（ハを除く。）又は2を算定し、医師が複数回の精神科訪問看護・指導が必要であると認めた患者に対して、1日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合に、患者1人につき、それぞれの点数を加算する。 (25) 精神科在宅患者支援管理料1を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーショ
精神 - 18 -		精神 - 19 -

- ンのそれぞれが、同一日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合は、当該訪問看護ステーションは訪問看護療養費に係る精神科複数回訪問加算を算定せず、当該保険医療機関が「注10」に規定する精神科複数回訪問加算を算定する。
- (26) 精神科在宅患者支援管理料1を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、当該訪問看護ステーションは精神科訪問看護基本療養費を算定せず、当該保険医療機関が精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定する。
- (27) 精神科在宅患者支援管理料2を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合、当該訪問看護ステーションが訪問看護療養費に係る精神科複数回訪問加算を算定し、当該保険医療機関は「注10」に規定する精神科複数回訪問加算を算定できない。
- (28) 精神科在宅患者支援管理料2を算定する保険医療機関と連携する訪問看護ステーションのそれぞれが、同一時間帯に訪問看護を実施した場合は、当該訪問看護ステーションが精神科訪問看護基本療養費を算定し、当該保険医療機関は精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定できない。
- (29) 「注11」に規定する看護・介護職員連携強化加算については、保険医療機関の看護師又は准看護師が、口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃瘻若しくは腸瘻による経管栄養又は経鼻経管栄養を必要とする患者に対して、社会福祉士及び介護福祉士法(昭和62年法律第30号)第48条の3第1項の登録を受けた登録喀痰吸引等事業者又は同法附則第20条第1項の登録を受けた登録特定行為事業者(以下、「登録喀痰吸引等事業者等」という。)の介護職員等(以下、「介護職員等」という。)が実施する社会福祉士及び介護福祉士法施行規則(昭和62年厚生省令第49号)第1条各号に掲げる医師の指示の下に行われる行為(以下「喀痰吸引等」という。)の業務が円滑に行われるよう支援を行う取組を評価するものである。
- ア 当該加算は、患者の病状やその変化に合わせて、主治医の指示により、(イ)及び(ロ)の対応を行っている場合に算定する。
- (イ) 喀痰吸引等に係る計画書や報告書の作成及び緊急時等の対応についての助言
- (ロ) 介護職員等と同行し、患者の居宅において喀痰吸引等の業務の実施状況についての確認
- イ 当該加算は、次の場合には算定できない。
- (イ) 介護職員等の喀痰吸引等に係る基礎的な技術取得や研修目的での同行訪問
- (ロ) 同一の患者に、他の保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて看護・介護職員連携強化加算を算定している場合
- ウ 当該加算は、介護職員等と同行訪問を実施した日の属する月の初日の訪問看護・指導の実施日に算定する。また、その内容を訪問看護記録書に記録すること。
- エ 登録喀痰吸引等事業者等が、患者に対する安全なサービス提供体制整備や連携体制確保のために会議を行う場合は、当該会議に出席し連携する。また、その場合は、会議の内容を訪問看護記録書に記録すること。
- オ 患者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に対応できるように、患者又はその家族等に対して、保険医療機関の名称、所在地、電話番号並びに

精神 - 20 -

- り実施するものであること。
- (5) 患者の診療を行った精神科の医師は、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精神科訪問看護指示書及び精神科特別訪問看護指示書(以下の項において「精神科訪問看護指示書等」という。)を作成すること。当該精神科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、精神科訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーションに交付できるものであること。
- (6) 主治医は、交付した精神科訪問看護指示書等の写しを診療録に添付すること。
- (7) 患者の診療を担う保険医(精神科の医師に限る。)は、当該精神科訪問看護指示書交付後であっても、患者の病状等に応じてその期間を変更することができるものであること。なお、指定訪問看護の指示を行った保険医療機関は、訪問看護ステーションからの対象患者について相談等があった場合には、懇切丁寧に対応すること。
- (8) 「注3」に規定する衛生材料等提供加算は、在宅療養において衛生材料等が必要な患者に対し、当該患者へ精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションから提出された精神科訪問看護計画書及び精神科訪問看護報告書を基に、療養上必要な量について判断の上、必要かつ十分な量の衛生材料等を患者に支給した場合に算定する。
- (9) 「C002」在宅時医学総合管理料、「C002-2」施設入居時等医学総合管理料、「C003」在宅がん医療総合診療料、「C005-2」在宅患者訪問点滴注射管理指導料、第2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を算定した場合は、「注3」の加算は当該管理料等に含まれて算定できない。

I 0 1 3 抗精神病特定薬剤治療指導管理料

- (1) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「1」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。
- (2) 持続性抗精神病注射薬剤の種類については、別紙36を参考にすること。
- (3) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料の「2」治療抵抗性統合失調症治療指導管理料は、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、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性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回に限り算定する。
- (4) 治療抵抗性統合失調症治療薬とは、クロザピンをいう。
- (5) 抗精神病特定薬剤治療指導管理料を算定する場合は、治療計画及び治療内容の要点を診療録に記載する。

I 0 1 4 医療保護入院等診療料

- (1) 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。
- (2) 医療保護入院等診療料を算定する場合にあっては、患者の入院形態について、措置入

精神 - 22 -

- 時間外及び緊急時の連絡方法を記載した文書を交付すること。
- (30) 「注12」に規定する特別地域訪問看護加算は、当該保険医療機関の所在地から患者までの訪問につき、最も合理的な通常の経路及び方法で片道1時間以上要する患者に対して、特別地域に所在する保険医療機関の保健師等が精神科訪問看護・指導を行った場合又は特別地域外に所在する保険医療機関の保健師等が、特別地域に居住する患者に対して精神科訪問看護・指導を行った場合に、精神科訪問看護・指導料の所定点数(注に規定する加算は含まない。)の100分の50に相当する点数を加算する。なお、当該加算は、交通事情等の特別の事情により訪問に要した時間が片道1時間以上となった場合は算定できない。特別地域訪問看護加算を算定する保険医療機関は、その所在地又は患者の所在地が特別地域に該当するか否かについては、地方厚生(支)局に確認すること。

I 0 1 2-2 精神科訪問看護指示料

- (1) 精神科訪問看護指示料は、入院中以外の精神疾患を有する患者であって、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、患者の診療を担う保険医(精神科の医師に限る。)が診療に基づき指定訪問看護の必要性を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、別紙様式17を参考に作成した精神科訪問看護指示書に有効期間(6月以内に限る。)を記載して、当該患者又はその家族等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、精神科訪問看護指示書に有効期間を記載することを要しない。
- (2) 精神科訪問看護指示書を交付した保険医(精神科の医師に限る。)は、在宅療養に必要な衛生材料及び保険医療材料(以下「衛生材料等」という。)の量の把握に努め、十分な量の衛生材料等を患者に支給すること。
- (3) 精神科訪問看護の指示は、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、退院時に1回算定できるほか、在宅で療養を行っている患者について1月に1回に限り算定できる。なお、同一月において、1人の患者について複数の訪問看護ステーションに対して訪問看護指示書を交付した場合であっても、当該指示料は、1月に1回を限度に算定するものであること。
- ただし、A保険医療機関と特別の関係にあるB保険医療機関において区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料及び精神科訪問看護・指導料を算定している月においては、A保険医療機関は当該患者について区分番号「C007」訪問看護指示料は算定できない。
- (4) 精神科特別訪問看護指示加算は、当該患者が服薬中断等により急性増悪した場合であって、当該患者の診療を担う保険医(精神科の医師に限る。)が、一時的に頻回の指定訪問看護を当該患者に対して行う必要性を認め、当該患者又はその家族等の同意を得て、別紙様式17の2を参考に作成した精神科特別訪問看護指示書を、当該患者等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回に限り算定する。

ここでいう一時的に頻回の指定訪問看護を行う必要性とは、恒常的な頻回の指定訪問看護の必要性ではなく、状態の変化等で日常行っている指定訪問看護の回数では対応できない場合であること。また、その理由等については、精神科特別訪問看護指示書に記載すること。

なお、当該頻回の指定訪問看護は、当該特別の指示に係る診療の日から14日以内に限

精神 - 21 -

- 院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院の中から該当するものを診療報酬明細書に記載する。
- (3) 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(少なくとも月1回)な評価を行うこと。
- (4) 入院患者の隔離及び身体拘束その他の行動制限が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを常に確認できるよう、一覧性のある台帳が整備されていること(平成26年3月14日障精発第0314第1号「精神科病院に対する指導監督等の徹底について」)。また、その内容について他の医療機関と相互評価できるように体制を有していることが望ましい。
- (5) 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。

I 0 1 5 重度認知症患者デイ・ケア料

- (1) 精神症状及び行動異常が著しい認知症患者(「認知症高齢者の日常生活活動判定基準」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。
- (2) 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。
- (3) 治療の一環として治療上の目的を達するために食事を提供する場合にあっては、その費用は所定点数に含まれる。
- (4) 「注2」に掲げる早期加算の対象となる患者は、当該療法の算定を開始してから1年以内又は精神病床を退院して1年以内の患者であること。
- (5) 「注3」に掲げる夜間ケア加算の対象となる患者は、夜間の精神状態及び行動異常が著しい認知症患者で、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関において、当該療法に引き続き2時間以上の夜間ケアを行った場合には、当該療法を最初に算定した日から起算して1年以内の期間に限り算定できる。
- (6) 重度認知症患者デイ・ケアを行った場合は、その要点及び診療時間を診療録等に記載すること。
- (7) 重度認知症患者デイ・ケア料は入院中の患者以外の患者に限り算定する。ただし、重度認知症患者デイ・ケア料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。

I 0 1 6 精神科在宅患者支援管理料

- (1) 精神科在宅患者支援管理料は、精神科を標榜する保険医療機関への通院が困難な者(精神症状により単独での通院が困難な者を含む。)に対し、精神科医、看護師又は保健師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種が、計画的な医学管理の下に月1回以上の訪問診療及び定期的な精神科訪問看護を実施するとともに、必要に応じ、急変時等に常時対応できる体制を整備し、多職種が参加する定期的な会議を開催することを評価するものであり、月1回に限り算定する。なお、「1」のイ及び「2」のイの算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、直近の入院についての入院日、入院形態並びに退院日(入退院を繰り返す者の場合は、直近の入院に加え、前々回の入院についての入院

精神 - 23 -

- 日、入院形態並びに退院日）、直近の退院時におけるGAF、当該月の最初の訪問診療時におけるGAF、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年4月3日老発第0403003号）におけるランク、初回の算定日及び算定する月に行った訪問の日時、診療時間並びに訪問した者の職種を記載すること。
- (2) 「1」及び「2」のイについては、以下の全てに該当する患者について、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月に1回に限る算定すること。
- ア 1年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者であって、都道府県等が精神障害者の退院後支援に関する係る指針を踏まえて作成する退院後支援計画に関する計画に基づく支援期間にある患者又は入退院を繰り返す者（入退院を繰り返す者については、直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該直近の入院の入院日より起算して過去3月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者に限る。）
- イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態、退院時又は算定時におけるGAF尺度による判定が40以下の者（重度認知症の状態とは、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年4月3日老発第0403003号）（「基本診療科の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成28年3月4日保医発0304第1号）の別添6の別紙12及び別紙13参照）におけるランクMに該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（JCS（Japan Coma Scale）でⅡ-3（又は30）以上又はGCS（Glasgow Coma Scale）で8点以下の状態にある者）を除く。）
- (3) 「1」及び「2」のイについては、(2)のA又はイに該当する患者について算定できる。
- (4) 計画的な医学管理については、別紙様式41又はこれに準じた様式を用いて総合支援計画書を月1回以上作成し、総合支援計画書の写しを診療録に添付すること。
- (5) 「1」及び「2」のイは、で以下の全てを実施する場合に算定する。
- ア 算定患者ごとに、当該患者の診療等を担当する精神科医、看護師又は保健師、精神保健福祉士及び作業療法士の各1名以上からなる専任のチームを設置すること。
- イ 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と週2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導（うち月2回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問であること）を行うこと。基本的に、(5)のAに規定する専任のチームに所属する精神科医等が訪問することとし、異なる従事者が行う場合には、あらかじめ患者又は患者家族等に説明を行い、同意を得ること。
- ウ (5)のAに規定する専任のチームが週1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。うち、月1回以上は保健師又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること。ただし、当該保健師又は精神保健福祉センター等の都合により当該保健師又は精神保健福祉センター等がカンファレンスに参加できなかった場合は、参加できなかった理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (6) 「1」及び「2」のロは、(5)のAに加え、以下の全てを実施する場合に算定する。
- ア 当該患者に対して月1回以上の訪問診療と月2回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導（うち月1回以上は精神保健福祉士又は作業療法士による訪問である

精神 - 24 -

- る際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。
- (12) 多職種が参加する定期的な会議の開催に当たっては、以下の点に留意すること。
- ア 多職種会議においては、患者についての診療情報の共有、支援計画書の作成と見直し、具体的な支援内容、訪問日程の計画及び支援の終了時期等について協議を行うこと。また、診療録に会議の要点、参加者の職種と氏名を記載すること。
- イ 可能な限り、患者又はその家族等が出席することが望ましい。
- ウ 支援計画書の内容については、患者又はその家族等へ文書による説明を行い、説明に用いた文書を交付すること。また、説明に用いた文書の写しを添付すること。
- (13) 特別の関係にある訪問看護ステーションと連携して行う場合は、精神科在宅患者支援管理料1を算定すること。
- (14) 連携する訪問看護ステーションが当該患者について訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した場合、訪問看護ステーションが訪問を行った同一時間帯に行う区分番号「C000」往診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料、区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、区分番号「C008」在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号「C009」在宅患者訪問栄養食事指導料又は区分番号「I012」精神科訪問看護・指導料は算定できない。
- (15) 2以上の保険医療機関が同一の患者について同一の精神科在宅患者支援管理料を算定すべき医学管理を行っている場合には、主たる医学管理を行っている保険医療機関において当該精神科在宅患者支援管理料を算定する。
- (16) 精神科オンライン在宅管理料は、以下の全てを実施する場合に算定する。
- ア 精神科オンライン在宅管理料は、対面診療の原則のもとで、訪問診療とオンライン診療を組み合わせた在宅診療計画を作成し、当該計画に基づいて、オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行うことを評価したものであり、訪問診療を実施した時間帯以外の時間帯にオンライン診療による医学管理を実施した場合に算定できる。なお、当該診療計画に基づかない他の傷病に対する診察は、対面診療で行うことが原則であり、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。
- イ オンライン診察は、Aの計画に基づき、訪問診療とオンライン診療を組み合わせた医学管理のもとで実施されるものであり、連続する3月の間に対面診療が1度も行われない場合は、算定することはできない。ただし、対面診療とオンライン診療を同月に行った場合は、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。
- ウ 精神科オンライン在宅管理料が算定可能な患者は、精神科在宅患者支援管理料の算定対象となる患者であって、当該管理料を初めて算定した月から6月以上経過し、かつ当該管理料を初めて算定した月から6月の間、オンライン診療を行う医師と同一の医師により、毎月訪問診療を行っているものに限る。ただし、精神科在宅患者支援管理料（診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成30年厚生労働省告示第43号）に

精神 - 26 -

- こと）を行うこと。基本的に、(5)のAに規定する専任のチームに所属する精神科医等が訪問することとし、異なる従事者が行う場合には、あらかじめ患者又は患者家族等に説明を行い、同意を得ること。
- イ (5)のAに規定する専任のチーム及び保健師又は精神保健福祉センター等と共同して月1回以上一堂に会しカンファレンスを行うこと。ただし、当該保健師又は精神保健福祉センター等の都合により当該保健師又は精神保健福祉センター等がカンファレンスに参加できなかった場合は、参加できなかった理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (7) 連携する訪問看護ステーションが精神科訪問看護を行う場合には、精神科在宅患者支援管理料2を算定する。この場合、(5)のAに規定する専任のチームに、連携する訪問看護ステーションの看護師若しくは保健師、作業療法士又は精神保健福祉士のいずれか1名以上が参加している必要があること。また、連携する訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、定期的な多職種会議の他、あらかじめ患者の同意を得て、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随時提供していること。
- (8) 精神科在宅患者支援管理料2のイにおける(5)のウに規定するカンファレンスは、(5)のAに規定する関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、やむを得ない事情により関係者全員が一堂に会し実施することができない場合は、以下のA及びイを満たすときに限り、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分において、「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。
- ア (5)のAに規定するチームの構成員全員が、月1回以上当該患者に対するカンファレンスに対面に参加しているとき
- イ 保健師又は精神保健福祉センター等と共同して会議を行う時に、(5)のAに規定する関係者全員が一堂に会すること
- (9) また、精神科在宅患者支援管理料2のイにおける(5)のAに規定する関係者のうちいずれかが「基本診療科の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成30年3月5日保医発0305第2号）の「別添3」の「別添2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）等の場合においては、関係者全員が一堂に会し当該患者に関するカンファレンスを1回以上実施した後は、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。
- (10) 精神科在宅患者支援管理料2のロにおける(6)のイに規定するカンファレンスは、(5)のAに規定する関係者全員が一堂に会し実施することが原則であるが、やむを得ない事情により関係者全員が一堂に会し実施することができない場合は、関係者全員が6月に1回以上の頻度で一堂に会し対面当該患者に対するカンファレンスを実施しているときに限り、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。
- (11) (8)、(9)及び(10)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有す

精神 - 25 -

- る改正前の診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）における区分番号「I016」精神科重症症患者早期集中支援管理料を含む。）を初めて算定した月から6月以上経過している場合は、直近12月以内に当該管理料を6回以上、同一の医師による対面診療において算定していればよい。
- エ 患者の同意を得た上で、訪問診療とオンライン診療を組み合わせた在宅診療計画を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載する。なお、当該計画に基づかない他の傷病に対する診察は、対面で行うことが原則であり、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。
- オ 当該計画に沿って、オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行った際には、当該管理の内容、当該管理に係るオンライン診療を行った日、診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- カ オンライン診療による計画的な療養上の医学管理を行う医師は、精神科在宅患者支援管理料を算定する際に診療を行う医師と同一のものに限る。
- キ オンライン診療を行う際には、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う。
- ク オンライン診療による計画的な療養上の医学管理は、当該保険医療機関内において行う。
- ケ 同一の患者について、オンライン診療による医学管理を実施した同一時間帯に連携する訪問看護ステーションが訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した場合、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。
- コ 同一の患者について、オンライン診療による医学管理を実施した日に、区分番号「C000」往診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）、区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料、区分番号「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料、区分番号「C006」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、区分番号「C008」在宅患者訪問薬剤管理指導料、区分番号「C009」在宅患者訪問栄養食事指導料又は区分番号「I012」精神科訪問看護・指導料を算定した場合、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。
- サ 当該管理料を算定する場合、オンライン診療を受ける患者は、当該患者の自宅においてオンライン診療を受ける必要がある。また、複数の患者に対して同時にオンライン診療を行った場合は、当該管理料は算定できない。
- シ 当該診療を行う際の情報通信機器の運用に要する費用については、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できる。
- ス 精神科オンライン在宅管理料を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、精神科在宅患者支援管理料の算定を開始した年月を記載すること。

第2節 薬剤科

精神科特殊薬物療法は、第2章第5部投薬として算定する。

第3節 経過措置

精神 - 27 -

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

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

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

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・軀幹等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。
- 2 なお、処置に用いる衛生材料を患者に持参させ、又は処方箋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。
- 3 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、処方箋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。
- 4 浣腸、注腸、吸入、100 平方センチメートル未満の第 1 度熱傷の熱傷処置、100 平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置、洗眼、点眼、点耳、簡単な耳垢除去、鼻洗浄、狭い範囲の湿布処置その他第 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。
- 5 なお、処置に対する費用が別に算定できない場合（処置後の薬剤病果撒布を含む。）であっても、処置に際して薬剤を使用した場合には、第 3 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。
- 6 通則 5 の入院中の患者以外の患者に対する処置の休日加算 1、時間外加算 1 又は深夜加算 1（以下「時間外等加算 1」という。）は、次のア又はイの場合であって、所定点数が 1,000 点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できる。
- 7 ア 区分番号「A000」の注 7、区分番号「A001」の注 5、区分番号「A002」の注 8 に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた場合。ただし、区分番号「A000」の注 9 又は区分番号「A001」の注 7 に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診若しくは再診に引き続き行われた場合は対象とならない。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。
- 8 イ 初診又は再診に引き続いて、緊急処置に必要な不可欠な検査等を行った後、速やかに緊急処置（休日に行うもの又はその開始時間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処置の開始時間までの間が 8 時間以内である場合（当該処置の開始時間が入院手続きの後の場合を含む。）
- 9 通則 5 の休日加算 2、時間外加算 2 又は深夜加算 2（以下「時間外加算等」という。）は、区分番号「A000」の注 7、区分番号「A001」の注 5、区分番号「A002」の注 8 に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた所定点数が 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、区分番号「A000」の注 9 又は区分番号「A00

- 1 「」の注 7 に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診若しくは再診に引き続き行われた場合又は入院中の患者に対して行われた場合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。
- 2 通則 5 の入院中の患者に対する処置の休日加算 1 又は深夜加算 1 は、病状の急変により、休日に緊急処置を行った場合又は開始時間が深夜である緊急処置を行った場合であって、所定点数が 1,000 点以上の緊急処置を行った場合に算定できる。
- 3 通則 5 の時間外等加算 1 は、当該加算を算定するものとして、地方厚生（支）局長に届出を行っている診療科において処置を実施した場合に限り算定できる。
- 4 処置の開始時間とは、患者に対し直接施した時とする。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 1 2 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等を算定し、午前 0 時以降の 2 日目については算定できない。
- 5 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。
- 6 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（プラスチックギプス加算及びギプスに係る乳幼児加算を含む。）を合計した点数であり、第 2 節、第 3 節及び第 4 節における費用は含まない。
- 7 4 から 10 までに規定する他、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。
- 8 「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」、「1 肢につき」等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。
- 9 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。
- 10 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、区分番号「J059-2」血腫、膿腫穿刺により算定できるが、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

- 1 創傷処置、区分番号「J001」熱傷処置、区分番号「J001-4」重度褥瘡処置及び区分番号「C053」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。
- 2 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、いずれかの処置に係る区分に照らして算定するものとし、併せて算定できない。
- 3 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。
- 4 区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号「C112」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（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のみを算定している者を含む、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。）、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入の費用は算定できない。
- 5 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。
- 6 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。
- 7 中心静脈圧測定、静脈内注射、点滴注射、中心静脈注射及び経遠型カテーテルによる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。
- 8 軟膏の塗布又は湿布の貼付のみの処置では算定できない。

J001 熱傷処置

- 1 熱傷処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。
- 2 熱傷には電撃傷、薬傷及び凍傷が含まれる。
- 3 「1」については、第 1 度熱傷のみでは算定できない。

J001-2 絆創膏固定術

- 1 足関節捻挫又は膝関節靱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

- 1 鎖骨骨折固定術後の包帯交換は、区分番号「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

- 1 皮下組織に至る褥瘡（筋肉、骨等に至る褥瘡を含む。）（DESIGN-R 分類 D3、D4 及び D5）に対して褥瘡処置を行った場合に算定する。
- 2 重度褥瘡処置を算定する場合は、創傷処置、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入は併せて算定できない。

J001-5 長期療養患者褥瘡等処置

- 1 長期療養患者褥瘡等処置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（創傷処置又は皮膚科軟膏処置において、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。）をいうものであり、重度褥瘡処置を含むものであること。
- 2 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。
- 3 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記載すること。

J001-6 精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置

- 1 「注 1」に掲げる処置には褥瘡処置及び重度褥瘡処置を含む。
- 2 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、重度褥瘡処置が、「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、長期療養患者褥瘡等処置の所定点数により算定する。
- 3 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精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置として、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）

- （１） 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。
- （２） 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。
- （３） 「１」と「２」は同一日に併せて算定できない。
- （４） ドレーン抜去後に抜去部位の処置が必要な場合は、区分番号「Ｊ０００」創傷処置の「１」により手術後の患者に対するものとして算定する。
- （５） ＰＴＣＤチューブの単なる交換については、「２」により算定する。

Ｊ００３ 局所陰圧閉鎖処置（入院）（１日につき）

- （１） 入院中の患者に対して処置を行った場合に限り算定できる。
- （２） 「１」から「３」までに示す範囲は、局所陰圧閉鎖処置用材料で被覆すべき創傷面の広さをいう。
- （３） 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。
- （４） 局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、区分番号「Ｊ００１－４」重度褥瘡処置及び区分番号「Ｊ０５３」皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。区分番号「Ｊ０００」創傷処置又は区分番号「Ｊ００１」熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。
- （５） 局所陰圧閉鎖処置（入院）終了後に引き続き創傷部位の処置が必要な場合は、区分番号「Ｊ０００」創傷処置により算定する。
- （６） 「注」に規定する加算は、入院前に区分番号「Ｊ００３－２」局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定していた患者が、引き続き入院中に局所陰圧閉鎖処置（入院）を行った場合は算定できない。
- （７） 局所陰圧閉鎖処置（入院）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定できる。

Ｊ００３－２ 局所陰圧閉鎖処置（入院外）（１日につき）

- （１） 入院中の患者以外の患者に対して陰圧創傷治療用カートリッジを用いて処置を行った場合に限り算定できる。
- （２） 「１」から「３」までに示す範囲は、局所陰圧閉鎖処置用材料で被覆すべき創傷面の広さをいう。
- （３） 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。
- （４） 局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定する場合は、区分番号「Ｊ００１－４」重度褥瘡処置及び区分番号「Ｊ０５３」皮膚科軟膏処置は併せて算定できない。区分番号「Ｊ０００」創傷処置又は区分番号「Ｊ００１」熱傷処置は併せて算定できるが、当該処置が対象とする創傷を重複して算定できない。
- （５） 局所陰圧閉鎖処置（入院外）終了後に引き続き創傷部位の処置が必要な場合は、区分番号「Ｊ０００」創傷処置により算定する。

処置 - 4 -

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。

- （２） 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

リンパ管腫にビシパニールを局所注入した場合に算定する。

Ｊ０１８ 喀痰吸引

- （１） 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。
- （２） 喀痰吸引、内視鏡下気管支分泌物吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、ハイフローセラピー、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ープ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。
- （３） 区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料、区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号「Ｃ１１２」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（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。

Ｊ０１８－３ 干渉低周波去痰器による喀痰排出

- （１） 区分番号「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。
- （２） 区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料、区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料、区分番号「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料又は区分番号「Ｃ１１２」在宅気管切開患者指導管理料を算定している患者（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、干渉低周波去痰器による喀痰排出の費用は算定できない。
- （３） 算定は１日に１回を限度とする。

Ｊ０１９ 持続的胸腔ドレナージ

- （１） ２日目以降は、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。
- （２） 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、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。
- （３） 胸腔内出血排除（非閉鎖的）については本区分で算定する。

Ｊ０２０ 胃持続ドレナージ

２日目以降は、区分番号「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

- （１） ２日目以降は、区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。
- （２） 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、区分番号「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

- （６） 「注」に規定する加算は、入院中に区分番号「Ｊ００３」局所陰圧閉鎖処置（入院）（１日につき）を算定していた患者が引き続き入院外で局所陰圧閉鎖処置を実施した場合は算定できない。

- （７） 局所陰圧閉鎖処置（入院外）を算定する場合は、特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定できる。

Ｊ００４ 流注膿瘍穿刺

区分番号「Ｊ００１－８」穿刺排膿後薬液注入と同一日に算定することはできない。

Ｊ００５ 脳室穿刺

区分番号「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

区分番号「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

区分番号「Ｊ００７」頸椎穿刺は区分番号「Ｄ４０３」頸椎穿刺と、区分番号「Ｊ００７」胸椎穿刺は区分番号「Ｄ４０３」胸椎穿刺と、区分番号「Ｊ００７」腰椎穿刺は区分番号「Ｄ４０３」腰椎穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ００７－２ 硬膜外自家血注入

硬膜外自家血注入は、起立性頭痛を有する患者に係るものであって、関係学会の定める脳脊髄液漏出症の画像診断基準に基づき脳脊髄液漏出症として「確実」又は「確定」と診断されたものに対して実施した場合に限り算定できる。なお、診療報酬請求に当たっては、診療報酬明細書に当該診断基準を満たすことを示す画像所見、撮影日、撮影医療機関の名称等の症状詳記を添付すること。

Ｊ００８ 胸腔穿刺

- （１） 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。
- （２） 単なる試験穿刺として行った場合は、区分番号「Ｄ４１９」その他の検体採取の「２」により算定する。

Ｊ０１１ 骨髄穿刺

区分番号「Ｄ４０４」骨髄穿刺と同一日に算定することはできない。

Ｊ０１２ 腎囊嚢又は水腎症穿刺

区分番号「Ｄ４０７」腎囊嚢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

区分番号「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

区分番号「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

区分番号「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

区分番号「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 コタノールの局所注入

- （１） 肝癌、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

処置 - 5 -

高位浣腸、高圧浣腸、洗腸、摘便、腰椎麻酔下直腸内異物除去又は腸内ガス排気処置（開腹手術後）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。

Ｊ０２２－５ 持続的難治性下痢便ドレナージ

- （１） 持続的難治性下痢便ドレナージは、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は無菌治療室管理加算を現に算定している患者であって、２時間に１回以上の反復する難治性の下痢便を認める患者又は肛門周囲熱傷を伴う患者に対し、急性期患者の皮膚・排泄ケアを実施するための適切な知識・技術を有する医師又は看護師が、便の回収を持続的かつ閉鎖的に行う機器を用いて行った場合に算定する。
- （２） 持続的難治性下痢便ドレナージは、当該技術に関する十分な経験を有する医師又は５年以上の急性期患者の看護に従事した経験を有し、急性期患者の皮膚・排泄ケア等に係る適切な研修を修了した看護師が実施することがのぞましい。なお、ここでの急性期患者への看護等に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国及び医療機関団体等が主催する研修であること。（６月以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）
イ 急性期看護又は排泄ケア関連領域における専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

- （３） 開始日については、当該点数で算定し、２日目以降は区分番号「Ｊ００２」ドレーン法（ドレナージ）（１日につき）の「２」その他のもので算定する。

Ｊ０２４ 酸素吸入、Ｊ０２４－２ 突発性難聴に対する酸素療法

- （１） 間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、ハイフローセラピー、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ープを使用した場合を含む。）と同一日に行った酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法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。
- （２） 区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料又は区分番号「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、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法の費用は算定できない。
- （３） 肺血流増加型先天性心疾患の患者に対して、呼吸循環管理を目的として低濃度酸素吸入を行った場合は、区分番号「Ｊ０２４」酸素吸入の所定点数を算定する。

Ｊ０２５ 酸素テント

- （１） 使用したソーダライム等の二酸化炭素着剤の費用は所定点数に含まれる。
- （２） 区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料又は区分番号「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

- （１） 区分番号「Ｃ１０３」在宅酸素療法指導管理料又は区分番号「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。

処置 - 7 -

- (2) 間歇的陽圧吸入法と同時に行う喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。
- J 0 2 6 - 2 鼻マスク式補助換気法、J 0 2 6 - 3 体外式陰圧人工呼吸器治療
- (1) 区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料又は区分番号「C 1 0 7」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、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、鼻マスク式補助換気法及び体外式陰圧人工呼吸器治療の費用は算定できない。
- (2) 鼻マスク式補助換気法又は体外式陰圧人工呼吸器治療と同時に行う喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。
- J 0 2 6 - 4 ハイフローセラピー（1日につき）
- (1) 動脈血酸素分圧が60mmHg以下又は経皮的動脈血酸素飽和度が90%以下の急性呼吸不全の患者に対して実施した場合に限り算定する。なお、算定に当たっては、動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (2) 区分番号「C 1 0 3」在宅酸素療法指導管理料及び区分番号「C 1 0 7」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、ハイフローセラピーの費用は算定できない。
- J 0 2 7 高気圧酸素治療
- (1) 「1」は減圧症又は空気塞栓に対して、発症後1か月以内に行う場合に、一連につき7回を限度として算定する。
- (2) 「2」は次の疾患に対して行う場合に、一連につき10回を限度として算定する。
- 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 重症軟部組織感染症（ガス壊疽、壊死性筋膜炎）又は頭蓋内膿瘍
- ウ 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
- （ハ）コンパートメント症候群又は圧性候群
- エ 脳梗塞
- オ 重症頭部外傷後若しくは開頭術後の意識障害又は脳浮腫
- カ 重症の低酸素脳症
- キ 腸閉塞
- (3) 「2」は次の疾患に対して行う場合に、一連につき30回を限度として算定する。
- ア 網膜動脈閉塞症
- イ 突発性難聴
- ウ 放射線又は抗癌剤治療と併用される悪性腫瘍
- エ 難治性潰瘍を伴う末梢循環障害
- オ 皮膚移植
- カ 脊髄神経疾患

処置 - 8 -

- する。したがって、人工腎臓実施前後の準備、整理等に要する時間は除かれる。
- (4) 人工腎臓の時間等については、患者に対し十分な説明を行った上で、患者の病態に応じて、最も妥当なものとし、人工腎臓を行った時間（開始及び終了した時間を含む。）を診療録等に記載すること。また、治療内容の変更が必要となった場合においても、患者に十分な説明を行うこと。
- (5) 妊娠中の患者以外の患者に対し、人工腎臓と区分番号「J 0 3 8 - 2」持続経線式血液濾過を併せて1月に15回以上実施した場合（人工腎臓のみを15回以上実施した場合を含む。）は、15回目以降の人工腎臓又は持続経線式血液濾過は算定できない。ただし、薬剤料（透析液、血液凝固阻止剤、エリスロポエチン、ダルベオエチン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。
- (6) 区分番号「C 1 0 2」在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、区分番号「J 0 4 2」腹膜灌流の「1」連続携行式腹膜灌流の実施回数と併せて週1回を限度として算定できる。また、区分番号「C 1 0 2 - 2」在宅血液透析指導管理料を算定している患者に対して行った場合には、週1回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料料に限り算定できる。
- (7) 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」から「3」までの場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）には、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤及びダルベオ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等が含まれ、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」から「3」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）においても、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン製剤及びダルベオエチン製剤の使用について適切に行うこと。また、慢性維持透析患者の貧血の管理に当たっては、関係学会が示している腎性貧血治療のガイドラインを踏まえ適切に行うこと。
- ウ 「1」から「4」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）において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、必要があつて脱イオン（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 「1」から「4」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）において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 「1」から「4」までにより算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）において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。
- (8) 「4」その他の場合は次の場合に算定する。
- ア 急性腎不全の患者に対して行った場合
- イ 透析導入期（導入後1月に限る。）の患者に対して行った場合
- ウ 血液濾過又は血液透析濾過（「注13」の加算を算定する場合を除く。）を行った場合

処置 - 10 -

- キ 骨髄炎又は放射線障害
- (4) スモンの患者に対して行う場合は、「2」により算定する。
- (5) 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「J 0 2 4」酸素吸入により算定する。
- (6) 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。
- J 0 2 8 インキュベーター
- (1) 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。
- (2) 1日につき所定点数により算定する。
- J 0 2 9 鉄の肺
- 1日につき所定点数により算定する。
- J 0 3 4 イレウス用ロングチューブ挿入法
- (1) 2日目以降は、区分番号「J 0 0 2」ドレーン法（ドレナージ）の所定点数により算定する。
- (2) 経肛門的に挿入した場合においても本区分により算定する。
- J 0 3 4 - 2 経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術
- (1) EDチューブを用いて経管栄養を行うためにEDチューブを挿入した場合は、胃食道逆流症や全身状態の悪化等により、経口又は経胃の栄養摂取では十分な効果が得られない患者に対して実施した場合に限り算定する。
- (2) 経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術は、X線透視下で経鼻栄養・薬剤投与用チューブを挿入し、食道から胃を通過させ、先端が十二指腸あるいは空腸内に存在することを確認した場合に算定する。
- (3) EDチューブを用いて経管栄養を行う場合には、区分番号「J 1 2 0」鼻腔栄養（1日につき）の所定点数により算定する。
- (4) 経鼻薬剤投与を行う場合は、レボドパ・カルビドパ水和物製剤を投与する目的の場合に限り算定する。
- J 0 3 4 - 3 内視鏡的結腸輪捻転解除術
- 一連につき、一回に限り算定する。なお、区分番号「D 3 1 3」大腸内視鏡検査の費用は、所定点数に含まれる。
- J 0 3 8 人工腎臓
- (1) 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。
- (2) 人工腎臓を行う医療機関の規模や効率性等を踏まえた評価とする観点から、「1」については「慢性維持透析を行った場合1」の施設基準、「2」については「慢性維持透析を行った場合2」の施設基準の届出を行った保険医療機関において算定する。「慢性維持透析を行った場合3」については、「1」又は「2」の施設基準のいずれかに該当するものとして届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において算定する。ただし、「慢性維持透析を行った場合3」についても、関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていることが望ましい。
- (3) 人工腎臓の時間は、シャント等から動脈血等を人工腎臓用特定保険医療材料に導き入れたときを起点として、人工腎臓用特定保険医療材料から血液を生体に返却し終了したときまでと

処置 - 9 -

- エ 以下の合併症又は状態を有する患者（(ニ)から(ヌ)までについては入院中の患者に限る。）に対して行った場合であつて、連日人工腎臓を実施する場合や半減期の短い特別な抗凝固剤を使用する場合等特別な管理を必要とする場合
- (イ) 重大な視力障害にいたる可能性が著しく高い、進行性眼底出血（発症後2週間に限る。）
- (ロ) 重篤な急性出血性合併症（頭蓋内出血、消化管出血、外傷性出血等）（発症後2週間に限る。）
- (ハ) ヘパリン起因性血小板減少症
- (ニ) 播種性血管内凝固症候群
- (ホ) 敗血症
- (ヘ) 急性脾炎
- (ト) 重篤な急性肝不全
- (チ) 悪性腫瘍（注射による化学療法中のものに限る。）
- (リ) 自己免疫疾患の活動性が高い状態
- (ヲ) 区分番号「L 0 0 2」硬膜外麻酔、「L 0 0 4」脊椎麻酔若しくは「L 0 0 8」マスク又は気管挿管による閉鎖循環式全身麻酔による手術を実施した状態（手術前日から術後2週間に限る。）
- (9) (8)の場合に該当し、「4」により算定する場合にあつては、(8)のAからエ（エについては(イ)から(ヌ)まで）までの中から該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (10) 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、「4」により算定する。
- (11) 人工腎臓における血液透析濾過（「注13」の加算を算定する場合を除く。）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「4」により算定する。
- (12) 「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つては、併せて算定できない。
- (13) 「注1」の加算を算定する場合は、区分番号「A 0 0 0」初診料の「注9」及び区分番号「A 0 0 1」再診料の「注7」に掲げる夜間・早朝等加算は算定しない。
- (14) 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。
- (15) 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つては、「注1」の加算を1回のみ算定できる。
- (16) 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。
- (17) 「注2」の加算については、代替療法についての患者への説明の実施状況並びに腹膜透

処置 - 11 -

- 折及び腎移植に係る実績に応じて、１日につき 300 点又は 400 点を１月間に限り算定する。
なお、「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月間をいう。
- (18) 「注 3」の加算については、次に掲げる状態の患者であって著しく人工腎臓が困難なものについて算定する。
- ア 障害者基本法にいう障害者（腎不全以外には身体障害者手帳を交付される程度の障害を有さない者であって、腎不全により身体障害者手帳を交付されているものを除く。）
イ 精神保健福祉法の規定によって医療を受ける者
ウ 難病の患者に対する医療等に関する法律第 5 条に規定する指定難病（同法第 7 条第 4 項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第 1 項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）又は「特定疾患治療研究事業について」（昭和 48 年 4 月 17 日衛発第 242 号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）に罹患している者であって介護を要するもの（腎疾患により受給者証を発行されているものを除く。）
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
- (19) 人工腎臓を夜間に開始した場合は、午後 6 時以降に開始した場合はいい、終了した時間が午前 0 時以降であっても、１日として算定する。ただし、「4」の場合であって、夜間に人工腎臓を開始し、12 時間以上継続して行った場合は、２日として算定する。
- (20) 「注 10」の下肢末梢動脈疾患指導管理加算は、当該保険医療機関において慢性維持透析を実施している全ての患者に対しリスク評価等を行った場合に算定できる。その際「血液透析患者における心血管合併症の評価と治療に関するガイドライン」等に基づき、下肢動脈の触診や下腿試験・挙上試験等を実施した上で、下肢末梢動脈の虚血性病変が疑われる場合には足関節上腕血圧比（ABI）検査又は皮膚組織灌流圧（SPP）検査によるリスク評価を行っていること。また、ABI 検査 0.7 以下又は SPP 検査 40mmHg 以下の患者については、専

処置 - 12 -

- 壊死症、川崎病、スティーヴンス・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、ABO 血液型不適合若しくは抗リンパ球抗体陽性の同種腎移植、ABO 血液型不適合若しくは抗リンパ球抗体陽性の同種肝移植又は慢性 C 型肝炎の患者に対して、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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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 7 回を限度として 3 月間に限って算定する。
- (6) 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。
- (7) 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こと。
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（CH₅₀）の値が 20 単位以下、補体蛋白（C₃）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
- (8) 当該療法の対象となる血栓性血小板減少性紫斑病の患者に実施する場合は、当該療法の開始後 1 月を上限として、原則として血小板数が 15 万/μL 以上となった日の 2 日後まで算定できる。ただし、血小板数が 15 万/μL 以上となった後 1 月以内に血栓性血小板減少性紫斑病が再燃した場合等、医学的な必要性により別途実施する場合には、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。
- (9) 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 Coombs 試験が妊娠 20 週未満にあっては 64 倍以上、妊娠 20 週以上にあつては 128 倍以上であるものをいう。
- (10) 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 5 mg/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

処置 - 14 -

- 目的な治療体制を有している保険医療機関へ紹介を行うこと。当該保険医療機関が専門的な治療体制を有している保険医療機関の要件を満たしている場合は、当該保険医療機関内の専門科と連携を行っていること。
- (21) 「注 11」の長時間加算については、次に掲げる状態の患者であって、通常的人工腎臓では管理困難な徴候を有するものについて、6 時間以上的人工腎臓を行った場合に算定する。
ア 心不全徴候を認める又は血行動態の不安定な患者
イ 適切な除水、適切な降圧薬管理及び適切な塩分摂取管理を行っても高血圧が持続する患者
ウ 高リン血症が持続する患者
- (22) 「注 13」慢性維持透析濾過（複雑なもの）は、血液透析濾過のうち、透析液から分離作製した置換液を用いて血液透析濾過を行うことをいう。
- (23) 原則として、関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること及び透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が 1 名以上配置されていること。
- J 0 3 8 - 2 持続緩徐式血液濾過
- (1) 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。
- (2) 持続緩徐式血液濾過は、腎不全のほか、重症急性肺炎、重症敗血症、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、重症急性肺炎及び重症敗血症の患者に対しては一連につき概ね 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。
- (3) 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。
- (4) 「注 1」の加算を算定する場合は、区分番号「A 0 0 0」初診料の注 9 及び区分番号「A 0 0 1」再診料の注 7 に掲げる夜間・早朝等加算は算定しない。
- (5) 持続緩徐式血液濾過を夜間に開始した場合は、午後 6 時以降に開始した場合はいい、終了した時間が午前 0 時以降であっても、１日として算定する。ただし、夜間に持続緩徐式血液濾過を開始し、12 時間以上継続して行った場合は、２日として算定する。
- (6) 妊娠中の患者以外の患者に対し、持続緩徐式血液濾過と人工腎臓を併せて 1 月に 15 回以上実施した場合（持続緩徐式血液濾過のみを 15 回以上実施した場合を含む。）は、15 回目以降の持続緩徐式血液濾過又は人工腎臓は算定できない。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。
- J 0 3 9 血漿交換療法
- (1) 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、抗糸球体基底膜抗体（抗 GBM 抗体）型急速進行性糸球体腎炎、抗白血球細胞質抗体（ANCA）型急速進行性糸球体腎炎、溶血性尿毒症候群、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

処置 - 13 -

- 上を有する場合
- (11) 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。
- (12) 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。
- (13) 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。
- (14) 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下（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。
- (15) 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。
- (16) 当該療法の対象となる抗糸球体基底膜抗体（抗 GBM 抗体）型急速進行性糸球体腎炎は、急速進行性糸球体腎炎（RPGN）と診断された患者のうち、抗糸球体基底膜抗体（抗 GBM 抗体）が陽性であった患者について、一連につき 2 クールを限度として行い、1 クール（2 週間に限る。）につき 7 回を限度として算定する。
- (17) 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
- (18) 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
- (19) 当該療法の対象となる中毒性表皮壊死症又はスティーヴンス・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。
- (20) 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。

処置 - 15 -

(21) 当該療法の対象となる同種腎移植又は同種肝移植は、二重濾過法により、ＡＢＯ血液型不適合間の同種腎移植若しくは同種肝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若しくは同種肝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。 (22) 当該療法の対象となる慢性Ｃ型ウイルス肝炎は、セログループ１（ジェノタイプⅡ（１ｂ））型であり、直近のインターフェロン療法を施行した後、血液中のＨＣＶ RNA 量が 100KIU/ml 以上のものとする。なお、当該療法の実施回数は、直近のインターフェロン療法より、５回を限度として算定する（ただしインターフェロン療法に先行して当該療法を行った場合に限る。）。 (23) 当該療法の対象となる川崎病は、免疫グロブリン療法、ステロイドパルス療法又は好中球エラスターゼ阻害薬投与療法が無効な場合又は適応とならない場合に限り、一連につき６回を限度として算定する。 (24) 当該療法の対象となる溶血性尿毒症症候群の実施回数は一連につき 21 回を限度として算定する。 (25) 当該療法の対象となる抗白血球細胞質抗体（ＡＮＣＡ）型急速進行性糸球体腎炎は、急速進行性糸球体腎炎（ＲＰＧＮ）と診断された患者のうち、抗白血球細胞質抗体（ＡＮＣＡ）が陽性であった患者について、一連につき２クールを限度として行い、１クール（２週間に限る。）につき７回を限度として算定する。 (26) 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。 (27) 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。 (28) 血漿交換療法を夜間に開始した場合は、午後６時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前０時以降であっても、１日として算定する。ただし、夜間に血漿交換療法を開始し、１２時間以上継続して行った場合は、２日として算定する。	(ニ) 白血球数が 12,000／mm³以上若しくは 4,000／mm³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 10 mg/dL 以上かつヘパラスチンテスト 40％以下であるもの）を除く。） (３) 吸着式血液浄化法を夜間に開始した場合は、午後６時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前０時以降であっても、１日として算定する。ただし、夜間に吸着式血液浄化法を開始し、１２時間以上継続して行った場合は、２日として算定する。
Ｊ０４０ 局所灌流	Ｊ０４１－２ 血球成分除去療法
(１) 開始日の翌日以降に行ったものについては、区分番号「Ｊ０００」創傷処置における手術後の患者に対するものに準じて算定する。 (２) 局所灌流を夜間に開始した場合は、午後６時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前０時以降であっても、１日として算定する。ただし、夜間に局所灌流を開始し、１２時間以上継続して行った場合は、２日として算定する。	(１) 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、関節リウマチ（吸着式のみ。）、クローン病又は膿毒性乾癬患者に対して次のア、イ、ウ又はエ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急導入を目的として行った場合に限り算定できる。 なお、当該療法の実施回数は、一連につき 10 回を限度として算定する。ただし、劇症患者については、11 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。 (イ) 腫脹関節数 ６カ所以上 (ロ) ESR 50 mm/h 以上又は CRP 3 mg/dL 以上 ウ 栄養療法及び既存の薬物療法が無効又は適用できない、大腸の病変に起因する明らかな臨床症状が残る中等症から重症の活動期クローン病患者に対しては、緩急導入を目的として行った場合に限り算定できる。 なお、当該療法の実施回数は、一連の治療につき 10 回を限度として算定する。 エ 薬物療法が無効又は適用できない、中等症以上の膿毒性乾癬患者（厚生労働省難治性疾患克服研究事業稀少難治性皮膚疾患に関する調査研究班の診断基準）に対しては、臨床症状の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。 (２) 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（当該月に実施したものも含む。）を記載する。 (３) 血球成分除去療法を夜間に開始した場合は、午後６時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前０時以降であっても、１日として算定する。ただし、夜間に血球成分除去療法を開始し、１２時間以上継続して行った場合は、２日として算定する。
Ｊ０４１ 吸着式血液浄化法	Ｊ０４２ 腹膜灌流
(１) 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。 (２) エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法は、次のアからウまでのいずれにも該当する患者に対して行った場合に、区分番号「Ｊ０４１」吸着式血液浄化法により算定する。 ア エンドトキシン血症であるもの又はグラム陰性菌感染症が疑われるもの イ 次の(イ)から(ニ)までのうち２項目以上を同時に満たすもの (イ) 体温が 38 度以上又は 36 度未満 (ロ) 心拍数が 90 回／分以上 (ハ) 呼吸数が 20 回／分以上又は PaCO₂ が 32 mm Hg 未満	(１) 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。
(２) 区分番号「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に対して「１連続携行式腹膜灌流」を行った場合には、区分番号「Ｊ０３８」人工腎臓の実施回数と併せて週１回を限度として算定できる。それを超えた回数を実施した場合は、薬剤料及び特定保険医療材料料に限り算定できる。 (３) 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。	できない。 (救急処置) Ｊ０４４ 救命のための気管内挿管 (１) 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。 (２) 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、区分番号「Ｊ０４５」人工呼吸の所定点数を合わせて算定できる。
Ｊ０４３ 新生児高ビリルビン血症に対する光線療法	Ｊ０４４－２ 体表面ベーシング法又は食道ベーシング法
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 滴血療法 滴血療法は、真性多血症、続発性多血症又はインターフェロンや肝臓腫瘍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。	救急処置として体表面ベーシング法又は食道ベーシング法を行った場合に算定する。 Ｊ０４５ 人工呼吸
Ｊ０４３－３ ストーマ処置 (１) 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。 (２) 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。 (３) 区分番号「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。	(１) 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番号「Ｊ３００」薬剤により算定する。 (２) 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープ、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。 (３) 喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法は、費用は、所定点数に含まれる。 (４) 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸及びマイクログラブタール（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。
Ｊ０４３－４ 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法 (１) 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法は、胃腸カテーテル又は経皮経食道胃管カテーテルについて、十分に安全管理に留意し、経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換後の確認を画像診断又は内視鏡等を用いて行った場合に限り算定する。なお、その際行われる画像診断及び内視鏡等の費用は、当該点数の算定日にのみ、１回に限り算定する。 (２) 薬剤投与を目的として胃腸カテーテルの交換を行った場合は、レボドパ・カルビドパ水和物製剤を投与する目的の場合に限り算定する。	(５) 気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器による酸素加压により、肺切除術後の膨脹不全に対して肺膨脹を図った場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。 (６) 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、区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔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。 (７) 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。
Ｊ０４３－５ 尿路ストーマカテーテル交換法 尿路ストーマカテーテル交換法は、十分に安全管理に留意し、尿路ストーマカテーテル交換後の確認を画像診断等を用いて行った場合に限り算定する。なお、その際行われる画像診断等の費用は、当該点数の算定日に限り、１回に限り算定する。	(８) 鼻マスク式人工呼吸器を用いた場合は、PaO₂／F_iO₂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。 (９) 区分番号「Ｃ１０７」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これに係る在宅栄養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、人工呼吸の費用は算定できない。
Ｊ０４３－６ 人工腎臓療法 (１) 人工腎臓療法は、糖尿病患者の治療に際して、周術期における血糖コントロール等を目的として、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、持続的な血糖管理を行った場合に算定できる。 (２) 算定の対象となる患者は、次の療養が必要な糖尿病等の患者であって、医師が人工腎臓療法以外による血糖調整が困難であると認めたものである。 ア 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 (３) 人工腎臓療法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。 (４) 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。 (５) 人工腎臓療法を４日以上実施した場合の費用は、３日目までの所定点数に含まれ別に算定	Ｊ０４５－２ 一酸化窒素吸入療法

- (1) 新生児の肺高血圧を伴う低酸素性呼吸不全の改善を目的として本療法を行った場合は、「1」により算定する。この場合、開始時刻より通算して96時間を限度として、一酸化窒素ガス加算を加算でき、本療法の終了日に算定する。ただし、医学的根拠に基づきこの限度を超えて算定する場合は、さらに48時間を限度として算定でき、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。
- (2) 心臓手術又は先天性横隔膜ヘルニアの周術期における肺高血圧の改善を目的として一酸化窒素吸入療法を行った場合は、「2」により算定する。この場合、開始時刻より通算して168時間を限度として、一酸化窒素ガス加算を加算でき、本療法の終了日に算定するが、56時間を超えて本療法を実施する場合は、症状に応じて離脱の可能性について検討し、その検討結果を診療録に記録すること。ただし、医学的根拠に基づき168時間を超えて算定する場合は、さらに48時間を限度として算定でき、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。
- (3) (1)及び(2)の開始時刻とは一酸化窒素供給装置を人工呼吸器と接続し、一酸化窒素の供給を開始した時刻を指し、本療法を実施した場合、同時刻を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (4) (1)又は(2)と呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオオタコスコープ、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一酸化窒素吸入療法の所定点数に含まれる。
- (5) 喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入及び突発性聴覚に対する酸素療法の費用は(1)又は(2)の所定点数に含まれる。
- J 0 4 7 カウンターショック**
- (1) 非医療従事者向け自動除細動器を用いて行った場合には、「1」を算定する。ただし、保険医療機関において保険医により施行された場合においてのみ算定する。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) カウンターショックと開胸心臓マッサージを併せて行った場合は、カウンターショックの所定点数と区分番号「K 5 4 5」開胸心臓マッサージの所定点数をそれぞれ算定する。
- J 0 4 7 - 2 心腔内除細動**
- 心房性不整脈に対する治療の目的で心腔内除細動カテーテルを用いて心腔内除細動を実施した場合に算定する。ただし、不整脈手術などに伴う心腔内除細動は、それぞれの手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。
- J 0 5 0 気管内洗浄**
- (1) 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、気管支喘息重症状態又は無気肺）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。
- (2) 新たに気管内挿管を行った場合には、区分番号「J 0 4 4」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。
- (3) 気管支ファイバースコープを使用した場合は、区分番号「D 3 0 2」気管支ファイバース

処置 - 22 -

- コピーの所定点数のみを算定する。
- (4) 気管内洗浄（気管支ファイバースコープを使用した場合を含む。）と同時に行う喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出又は酸素吸入は、所定点数に含まれる。
- J 0 5 2 - 2 熱温温浴療法**
- (1) 熱温温浴療法は、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、入院中の患者に対し受傷後60日以内に行われたものについて算定する。
- (2) 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）
- J 0 5 3 皮膚科軟膏処置**
- (1) 区分番号「C 1 0 9」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。
- (2) 100平方センチメートル未満の皮膚科軟膏処置は、第1章基本診療料に含まれるものであり、皮膚科軟膏処置を算定することはできない。
- J 0 5 4 皮膚科光線療法**
- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 長波紫外線又は中波紫外線療法は、長波紫外線（概ね315ナノメートル以上400ナノメートル以下）又は、中波紫外線（概ね290ナノメートル以上315ナノメートル以下）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。
- (5) 中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの）は、いわゆるナローバンドUVB療法をいい、308ナノメートル以上313ナノメートル以下の中波紫外線を選択的に出力できる機器によって中波紫外線療法を行った場合に算定する。
- (6) 長波紫外線療法又は中波紫外線療法は乾癬、類乾癬、掌跖膿疱症、菌状皰肉腫（症）、悪性リンパ腫、慢性苔癬状乾癬疹、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り算定する。
- (7) 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。
- (8) 皮膚科光線療法は、同日において消炎鎮痛等処置とは併せて算定できない。
- J 0 5 4 - 2 皮膚レーザー照射療法**
- (1) 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。
- (2) 「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

処置 - 21 -

- ては膀胱洗浄又は後部尿道洗浄（ウルツマン）の費用は算定できない。
- J 0 6 1 腎盂洗浄**
- (1) 腎盂洗浄は片側ごとに所定点数をそれぞれ算定する。
- (2) 尿管カテーテル挿入を行った場合は、所定点数に区分番号「D 3 1 8」尿管カテーテル法の所定点数を合わせて算定できる。
- J 0 6 3 留置カテーテル設置**
- (1) 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。
- (2) 区分番号「C 1 0 6」在宅自己導尿指導管理料又は区分番号「C 1 0 9」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のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、留置カテーテル設置の費用は算定できない。
- (3) 留置カテーテル設置時に使用する注射用蒸留水又は生理食塩水等の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
- J 0 6 4 導尿（尿道拡張を要するもの）**
- 区分番号「C 1 0 6」在宅自己導尿指導管理料又は区分番号「C 1 0 9」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のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、導尿（尿道拡張を要するもの）の費用は算定できない。
- J 0 6 5 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。
- J 0 6 8 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術癒着は、嵌頓包茎整復法に準じて算定する。
- J 0 7 0 - 2 干渉低周波による膀胱等刺激法**
- (1) 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。
- (2) 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。
- J 0 7 0 - 3 冷却時処置**
- (1) 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時疾病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。
- (2) 冷却時処置の請求に当たっては、内痔核の重症度について、I度又はII度のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- J 0 7 0 - 4 磁気による膀胱等刺激法**
- (1) 次のいずれかに該当する尿失禁を伴う成人女性の過活動膀胱患者に対して実施した場合に

処置 - 23 -

	限り算定できる。
	ア 尿失禁治療薬を12週間以上服用しても症状改善がみられない患者
	イ 副作用等のために尿失禁治療薬が使用できない患者
(2)	1週間12回を限度とし、6週間で1クールとして、1年間に2クールに限り算定できる。
	(産婦人科処置)
J 0 7 7	子宮出血止血法
	子宮用止血バルーンカテーテルを用いた止血を行う前に他の止血法を実施した場合は、主たるもののみ算定する。
J 0 7 8	子宮腔部薬物焼灼法
	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、子宮腔部薬物焼灼法に準じて算定できる。
J 0 8 2－2	薬物放出子宮内システム処置
	避妊を目的とするものは保険給付の対象とならない。
J 0 8 5－2	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)
J 0 8 6	眼処置
(1)	所定点数には、片眼帯、巻軸帯を必要とする処置、蒸気電法、熱気電法、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。
(2)	点眼又は洗眼は、第1章基本診療料に含まれるものであり、眼処置を算定することではない。
J 0 8 9	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)
J 0 9 5	耳処置
(1)	耳処置とは、外耳道入口部から鼓膜面までの処置であり、耳及び耳洗浄が含まれており、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。
(2)	点耳又は簡単な耳垢除去は、第1章基本診療料に含まれるものであり、耳処置を算定することではない。
J 0 9 5－2	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。
J 0 9 6	耳管処置
(1)	「1」には、耳管通気が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つて別に鼻処置を行った場合は別に算定できるが、傷

処置 - 24 -

	周囲膿瘍切開術を算定する。
(2)	区分番号「D 4 0 6－2」扁桃周囲炎又は扁桃周囲膿瘍における試験穿刺と同一日に算定することはできない。
J 1 1 3	耳垢栓塞除去
(1)	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。
(2)	簡単な耳垢除去は、第1章基本診療料に含まれるものであり、耳垢栓塞除去を算定することではない。
J 1 1 5	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番号「J 0 2 4」酸素吸入の所定点数を合わせて算定できる。
J 1 1 5－2	排痰誘発法
(1)	排痰誘発法は、結核を疑う患者に対し、非能動型呼吸運動訓練装置を用いて患者の排痰を促し、培養検査等を実施した場合に1日につき算定する。
(2)	患者の排痰を促し、培養検査等を目的としてネブライザー、超音波ネブライザー又は排痰誘発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。
	(整形外科的処置)
J 1 1 6	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、区分番号「D 4 0 5」関節穿刺、区分番号「G 0 1 0」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。
J 1 1 6－5	酵素注射療法
	酵素注射療法は、デュピュイトラン拘縮の患者に対し、コラゲナーゼ(クロストリジウム ヒストリチウム)を拘縮索に注射した場合に、1回の投与(同一日に複数箇所注射を行った場合を含む。)及び伸展処置に係る一連の手技として算定する。なお、当該注射に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
J 1 1 7	鋼線等による直達牽引
(1)	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。
(2)	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軀幹のそれぞれをいい、全身を5局所に分けるものである。
(3)	消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引の所定点数のみにより算定する。
J 1 1 8	介連牽引
(1)	介連牽引は、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留によるモーターを使用した断続牽引並びにペ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。
(2)	介連牽引、矯正固定又は変形機械矯正術に消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、主たるもののいずれかの所定点数のみにより算定する。

処置 - 26 -

	病名の記載を要する。
(2)	ポリツェル球により両耳に流通する場合は、片側、両側の区別なく1回につき所定点数を算定する。
(3)	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。
(4)	耳管開放症に対する処置は、「1」により算定する。
J 0 9 7	鼻処置
(1)	鼻処置には、鼻吸引、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。
(2)	副鼻腔洗浄に伴う単なる鼻処置は、副鼻腔洗浄又は吸引の所定点数に含まれ別に算定はできない。
(3)	鼻洗浄は、第1章基本診療料に含まれるものであり、鼻処置を算定することはできない。
J 0 9 7－2	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・排液並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。
J 0 9 8	口腔、咽頭処置
(1)	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。
(2)	ルゴール等の噴霧吸入は口腔、咽頭処置に準ずる。
(3)	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。
J 0 9 8－2	扁桃処置
(1)	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。
(2)	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。
J 0 9 9	間接喉頭鏡下喉頭処置
(1)	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。
(2)	喉頭処置後の薬剤注入は、間接喉頭鏡下喉頭処置の所定点数に含まれる。
J 1 0 0	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、創傷処置、爪甲除去(麻酔を要しないもの)及び穿刺排膿後薬液注入は別に算定できない。
J 1 0 2	上顎洞穿刺
	区分番号「D 4 0 6」上顎洞穿刺と同一日に算定することはできない。
J 1 0 3	扁桃周囲膿瘍穿刺
(1)	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番号「K 3 6 8」扁桃

処置 - 25 -

	(3) 介連牽引、矯正固定又は変形機械矯正術を同一日に併せて行った場合は、主たるものいずれかの所定点数のみにより算定する。
	(4) 区分番号「C 1 0 9」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、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。)については、人工呼吸の費用は算定できない。

- 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。
- (5) 区分番号「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のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、消炎鎮痛等処置の費用は算定できない。
- (6) 「3」の対象となる湿布処置は、半肢の大部又は頭部、顔部及び顔面の大部以上にわたる範囲のものについて算定するものであり、それ以外の狭い範囲の湿布処置は、第1章基本診療料に含まれるものであり、湿布処置を算定することはできない。

J119-2 腰部又は胸部固定帯固定

- (1) 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1日につき所定点数を算定する。
- (2) 同一患者につき同一日において、腰部又は胸部固定帯固定に併せて消炎鎮痛等処置、低出力レーザー照射又は肛門処置を行った場合は、主たるものにより算定する。
- (3) 区分番号「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のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、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

- (1) 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に、疾病、照射部位又は照射回数に関わらず1日につき所定点数を算定する。
- (2) 同一患者につき同一日において、低出力レーザー照射に併せて消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、肛門処置を行った場合は、主たるものにより算定する。
- (3) 区分番号「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のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、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

- (1) 診療所において、入院中の患者以外の患者についてのみ1日につき所定点数を算定する。
- (2) 単に坐薬等挿入した場合は算定できない。
- (3) 同一患者につき同一日において、肛門処置に併せて消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射を行った場合は、主たるものにより算定する。
- (4) 区分番号「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

- (1) 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。
- (2) 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、食事療養に係る費用又は生活療養の食

処置 - 28 -

- 事の提供たる療養に係る費用及び投薬料は別に算定しない。
- (3) 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食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用を算定する。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)又は入院時生活療養(Ⅰ)の届出を行っているときは入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の食事の提供たる療養に係る費用を、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。
- (4) 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、(2)又は(3)のいずれかのみにより算定する。
- (5) 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。
- (6) 区分番号「C105」在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、区分番号「C105-2」在宅小児経管栄養法指導管理料、区分番号「C105-3」在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料又は区分番号「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のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、鼻腔栄養の費用は算定できない。

(ギプス)

1 一般的事項

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) ギプスシーネは、ギプス包帯の点数(ギプス包帯をギプスシャーレとして切割使用した場合の各区分の所定点数の100分の20に相当する点数を算定する場合を除く。)により算定する。
- (6) 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。

J129-3 義肢装具採寸法

- (1) 区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「20」糖尿病合併症管理料を算定している患者について、糖尿病足病変に対して用いる装具の採寸を行った場合は、1年に1回に限り、所定点数を算定する。ただし、過去1年以内に区分番号「J129-4」治療装具採型法を算定している場合は算定できない。
- (2) 当該採寸と区分番号「J129-4」治療装具採型法を併せて実施した場合は、主たるも

処置 - 29 -

のみ算定する。

J129-4 治療装具採型法

- (1) 区分番号「B001」特定疾患治療管理料の「20」糖尿病合併症管理料を算定している患者について、糖尿病足病変に対して用いる装具の採型を行った場合は、1年に1回に限り、所定点数を算定する。ただし、過去1年以内に区分番号「J129-3」義肢装具採寸法を算定している場合は算定できない。
- (2) 区分番号「J129-3」義肢装具採寸法と当該採型を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(処置医療機器等加算)

J200 腰部、胸部又は頸部固定帯加算

- (1) 本加算は、それぞれの固定帯を給付する都度算定する。なお、「固定帯」とは、従来、頭部・頸部・軀幹等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。
- (2) 胸部固定帯については、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

- (1) 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とは、「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0.19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0.31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0.41円
小型ボンベに係る酸素の単価	1リットル当たり2.31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0.28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0.46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0.62円
小型ボンベに係る酸素の単価	1リットル当たり3.09円

- (2) 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4条第1項に規定する小笠原諸島の地域

処置 - 30 -

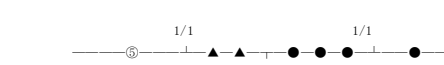
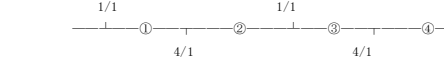
- エ 沖縄振興特別措置法(平成14年法律第14号)第3条第三号に規定する離島
- オ 過疎地域自立促進特別措置法(平成12年法律第15号)第2条第1項に規定する過疎地域
- カ 豪雪地帯対策特別措置法(昭和37年法律第73号)第2条第2項の規定により特別豪雪地帯として指定された地域
- (3) 定置式液化酸素貯槽(CE)とは、医療機関の敷地内に設置されており、通常気体酸素容量が200万Lから1,500万Lまでのものをいい、可搬式液化酸素容器(LGC)とは、気体酸素容量が13.3万L又は37.6万Lのものをいい、大型ボンベとは、ボンベ1本当たり通常7,000L又は6,000L用のボンベをいい3,000L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。
- (4) 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
- (5) (1)の規定にかかわらず、(1)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(1)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。

$$\text{酸素の購入価格(単位 円)} = \frac{\text{酸素の購入単価(単位 円)} \times \text{当該患者に使用した酸素の容積(単位 リットル)} \times \text{補正率}}{\text{当該年度の前年の1月から12月までの間に当該保険医療機関が購入した酸素の対価}}$$

$$\text{酸素の購入単価(単位 円)} = \frac{\text{当該購入した酸素の容積(単位 リットル)} \times 35^{\circ}\text{C} \text{ 1気圧で換算}}{\text{}}$$

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⑥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。
- (6) (4)及び(5)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。

処置 - 31 -

- 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。
- (7) 新規に保険医療機関の指定を受けた場合及び(1)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(1)に規定する単価を超える場合は、(1)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（大型ポンペを廃止し、C E に変更等）を行った場合に限り。）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全ての酸素（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。
- (8) (5)並びに(7)の A 及び B 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、(5)により算出した購入単価によることとなる。
- (9) 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、(1)の規定にかかわらず、(1)に規定する区分ごとに(5)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(1)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、大型ポンペにあっては、6,000L 以上、小型ポンペにあっては、500 L 以上に限る。
- (10) 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厚生（支）局長に届け出るものとする。
- (11) 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 25 により、当該年の 2 月 15 日までに地方厚生（支）局長に届け出るものとする。ただし、(7)の A 又は B 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 3 0%を超える変動があった場合を含む。）地方厚生（支）局長に届け出るものとする。
- (12) 地方厚生（支）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。

処置 - 32 -

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。
- (1) 手術料（＋薬剤料等）
- (2) 手術料＋輸血料（＋薬剤料等）
- (3) 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（自己血貯血を除く。）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、別に厚生労働大臣が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（手術後の薬剤病棄撒布を含み、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、区分番号「E 4 0 0」（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、区分番号「K 9 5 0」に掲げる特定保険医療材料又は区分番号「K 9 4 0」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、区分番号「K 5 4 1」から「K 5 4 4」まで、「K 5 5 1」、「K 5 5 3」、「K 5 5 4」から「K 5 5 6」まで、「K 5 5 7」から「K 5 5 7-3」まで、「K 5 5 8」、「K 5 6 0」、「K 5 6 0-2」、「K 5 6 8」、「K 5 7 0」、「K 5 7 1」から「K 5 7 4」まで、「K 5 7 6」、「K 5 7 7」、「K 5 7 9」から「K 5 8 0」まで、「K 5 8 2」から「K 5 8 9」まで及び「K 5 9 2」から「K 5 9 4」までに掲げる人工心肺を用いた手術をいう。

手術 - 1 -

- (13) 室素の価格は、液化室素、ポンペ等の室素の形態にかかわらず、室素の単価に当該患者に使用した室素の容積を乗じた値とする。なお、室素の単価は 1 リットル当たり 0.12 円である。
- (14) 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室素の費用も算定できない。
- (15) 酸素と室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、酸素及び室素の費用は算定できない。
- (16) (5)、(7)及び(11)に掲げる対価については、平成 25 年 1 月 1 日から平成 26 年 3 月 31 日までの間に医療機関が購入したものについては、当該対価に 105 分の 108 を乗じて得た額の 1 円未満の端数を四捨五入した額とする。

処置 - 33 -

- 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、H I V-1 抗体（ウェスタンブロット法）若しくは H I V-2 抗体（ウェスタンブロット法）によって H I V 抗体が陽性と認められた患者又は H I V-1 核酸検査によって H I V-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、硬膜外麻酔又は脊髄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。
- (1) 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。）
- (2) H B s 又は H B e 抗原によって抗原が陽性と認められた B 型肝炎患者
- (3) H C V 抗体定性・定量によって H C V 抗体が陽性と認められた C 型肝炎患者
- (4) 微生物学的検査により結核菌を排除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 1 及び 2、時間外加算 1 及び 2 又は深夜加算 1 及び 2 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。
- (1) 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
- (2) 初診又は再診から手術までの間に、手術に必要な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 1 及び 2 又は深夜加算 1 及び 2 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 1 及び 2、時間外加算 1 及び 2 又は深夜加算 1 及び 2 の対象となる時間の取扱いは初診料と同様であり、区分番号「A 0 0 0」の注 9 又は区分番号「A 0 0 1」の注 7 に規定する夜間・早朝等加算を算定する場合にあっては、「通則 12」の休日加算 1 及び 2、時間外加算 1 及び 2 又は深夜加算 1 及び 2 は算定しない。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、区分番号「K 7 8 0」同種死体腎移植術の「注 1」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、同種死体腎

手術 - 2 -

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12」の休日加算1、時間外加算1又は深夜加算1（以下「時間外等加算1」という。）は、当該加算を算定するものとして、地方厚生（支）局長に届出を行っている診療科において手術を実施した場合に限り 算定できる。
- 16 「通則12」の時間外等加算1を算定する場合は、手術を実施した診療科、初診又は再診の日時（入院中の患者以外の患者に手術を実施した場合に限る。）及び手術を開始した日時を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- 17 「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に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。
- また、肺の両側に對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。
- 18 同一手術野又は同一病巣における算定方法

- （1）「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剥皮術
- イ 虫垂切除術と盲腸縫縮術
- ウ 子宮付属器腫瘍摘出術と卵管結紮術
- （2）（1）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）と子宮付属器腫瘍摘出術（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）と子宮付属器腫瘍摘出術（腹腔鏡によるもの）（婦人科系の手術）の組み合わせ等、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（膣式手術）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
- （3）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24年厚生労働省告示第138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

手術 - 3 -

- び「K082」人工関節置換術の「3」中の指（手、足）を除く。）
- （ハ）同一指内の骨及び関節（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。
- 区分番号「K045」骨折経皮的鋼線刺入固定術
- 区分番号「K046」骨折観血的手術
- 区分番号「K063」関節脱臼観血的整復術
- 区分番号「K073」関節内骨折観血的手術
- 区分番号「K078」観血的関節固定術
- 区分番号「K080」関節形成手術
- 区分番号「K082」人工関節置換術
- 区分番号「K082-3」人工関節再置換術

- イ デブリードマンその他(イ)、(ロ)及び(ハ)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る場合」に該当する場合を除き、主たる手術の所定点数を算定する。
- ウ (イ)及び(ロ)に掲げる手術と、(ハ)に掲げる手術を同時に行った場合にあっては、「通則14」における「別に厚生労働大臣が定める場合」に該当する場合を除き、同一指に対して行われたものは主たる手術の点数を算定し、別々の指に対して行われたものはそれぞれ所定の点数を算定する。
- エ 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（同一指内の骨及び関節を別の手術野として取り扱う手術を含む。）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る場合」に該当する場合を除き、主たる手術の所定点数を算定する。
- 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（同一指内の骨及び関節を別の手術野として取り扱う手術を含む。）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）眼珠の手術（第1節手術科第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）多発性囊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、同一輪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。ただし、(4)の(ハ)に掲げる場合は別に算定できる。
- （8）悪性腫瘍に対する手術において、区分番号「K469」頸部郭清術（ネックディセクション）及び区分番号「K627」リンパ節群郭清術の「2」は所定点数に含まれ、特

手術 - 5 -

（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。

- (4) 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る場合」に該当する場合及び(ハ)に掲げる手術を除き、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、(イ)及び(ロ)に掲げる手術については、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し、(ハ)に掲げる手術については、同一指内の複数の骨又は関節について行った場合には、各々の骨又は関節について算定する。
- (イ) 第1指から第5指まで（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。
- 区分番号「K028」腱鞘切開術（関節鏡下によるものを含む。）
- 区分番号「K034」腱切離・切除術（関節鏡下によるものを含む。）
- 区分番号「K035」腱剥離術（関節鏡下によるものを含む。）
- 区分番号「K037」腱縫合術
- 区分番号「K038」腱延長術
- 区分番号「K039」腱移植術（人工腱形成術を含む。）の「1」指（手、足）
- 区分番号「K040」腱移行術の「1」指（手、足）
- 区分番号「K040-2」指伸筋腱脱臼観血的整復術
- 区分番号「K054」骨切り術の「3」中の指（手、足）（関節リウマチの患者に対し、関節温存を前提として中足骨短縮骨切り術を行った場合に限る。）
- (ロ) 第1指から第5指まで（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。
- 区分番号「K089」爪甲除去術 区分番号「K100」多指症手術
- 区分番号「K090」ひょう疽手術 区分番号「K101」合指症手術
- 区分番号「K091」陥入爪手術 区分番号「K102」巨指症手術
- 区分番号「K099」指癒痕拘縮手術 区分番号「K103」屈指症手術
- 斜指症手術
- 第1節手術科の項で「指（手、足）」と規定されている手術（区分番号「K039」腱移植術（人工腱形成術を含む。）の「1」指（手、足）、区分番号「K040」腱移行術の「1」指（手、足）、区分番号「K045」骨折経皮的鋼線刺入固定術の「3」中の指（手、足）、区分番号「K046」骨折観血的手術の「3」中の指（手、足）、区分番号「K054」骨切り術の「3」中の指（手、足）（関節リウマチの患者に対し、関節温存を前提として中足骨短縮骨切り術を行った場合に限る。）、区分番号「K063」関節脱臼観血的整復術の「3」中の指（手、足）、区分番号「K073」関節内骨折観血的手術の「3」中の指（手、足）、区分番号「K080」関節形成手術の「3」中の指（手、足））及

手術 - 4 -

- に規定する場合を除き、別に算定できない。
- (9) 「通則14」の植皮術とは区分番号「K013」分層植皮術及び「K013-2」全層植皮術をいう。
- (10) 「通則14」の神経移植術とは区分番号「K198」神経移植術をいう。
- 19 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途中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、区分番号「K636」試験開腹術の所定点数により、また、汎劇鼻腔根治手術を開始したが、上顎洞、篩骨洞を終えたのみで中絶した場合は、区分番号「K358」上顎洞篩骨洞根治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。
- (2) 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わ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。
- (3) 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。

- 20 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
- (1) 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。
- 区分番号「K514-3」移植用肺採取術（死体）（両側）
- 区分番号「K514-5」移植用部分肺採取術（生体）
- 区分番号「K605」移植用心臓採取術
- 区分番号「K605-3」移植用心肺採取術
- 区分番号「K697-4」移植用部分肝採取術（生体）
- 区分番号「K697-6」移植用肝採取術（死体）
- 区分番号「K709-2」移植用脾採取術（死体）
- 区分番号「K709-4」移植用脾腎採取術（死体）
- 区分番号「K716-3」移植用部分小腸採取術（生体）
- 区分番号「K716-5」移植用小腸採取術（死体）
- 区分番号「K779」移植用腎採取術（生体）
- 区分番号「K779-2」移植用腎採取術（死体）
- 区分番号「K779-3」腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）
- 区分番号「K921」造血幹細胞採取の「1」骨髄採取の「イ」同種移植の場合
- 区分番号「K921」造血幹細胞採取の「2」末梢血幹細胞採取の「イ」同種移植の場合

手術 - 6 -

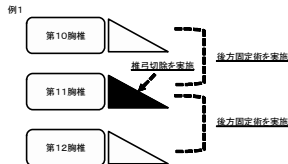
場合 ウ 次に掲げる臓器等移植の移植者に係る組織適合性試験の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。 区分番号「K 0 1 4」皮膚移植術（生体・培養） 区分番号「K 0 1 4－2」皮膚移植術（死体） 区分番号「K 0 5 9」骨移植術（軟骨移植術を含む。） 区分番号「K 5 1 4－4」同種死体肺移植術 区分番号「K 5 1 4－6」生体部分肺移植術 区分番号「K 6 0 5－2」同種心移植術 区分番号「K 6 0 5－4」同種心肺移植術 区分番号「K 6 9 7－5」生体部分肝移植術 区分番号「K 6 9 7－7」同種死体肝移植術 区分番号「K 7 0 9－3」同種死体腎移植術 区分番号「K 7 0 9－5」同種死体脾腎移植術 区分番号「K 7 1 6－4」生体部分小腸移植術 区分番号「K 7 1 6－6」同種死体小腸移植術 区分番号「K 7 8 0」同種死体腎移植術 区分番号「K 7 8 0－2」生体腎移植術 区分番号「K 9 2 2」造血幹細胞移植の「1」骨髓移植の「イ」同種移植の場合 区分番号「K 9 2 2」造血幹細胞移植の「2」末梢血幹細胞移植の「イ」同種移植の場合 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。 区分番号「K 9 2 2」造血幹細胞移植の「3」臍帯血移植 (2) 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 抗体半定量・定量、HCV 抗体定性・定量、HIV－1 抗体、HIV－2 抗体定性・定量、HTLV－1 抗体、梅毒トレポネーマ抗体半定量、梅毒トレポネーマ抗体定量又はサイトメガロウイルス抗体（同一検査で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、スクリーニングにつき、1 回に限り別に算定する。 区分番号「K 0 1 4」皮膚移植術（生体・培養） 区分番号「K 5 1 4－5」移植用部分肺採取術（生体） 区分番号「K 6 9 7－4」移植用部分肝採取術（生体） 区分番号「K 7 1 6－3」移植用部分小腸採取術（生体） 区分番号「K 7 7 9」移植用腎採取術（生体） 区分番号「K 7 7 9－3」腹腔鏡下移植用腎採取術（生体） 区分番号「K 9 2 1」造血幹細胞採取の「1」骨髓採取の「イ」同種移植の場合 区分番号「K 9 2 1」造血幹細胞採取の「2」末梢血幹細胞採取の「イ」同種移植の場合	の場合 区分番号「K 9 2 2」造血幹細胞移植の「3」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。 区分番号「K 2 5 9」角膜移植術 区分番号「K 7 0 9－2」移植用脾採取術（死体）（死体脾（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脾を除く。）を採取する場合に限る。） 区分番号「K 7 0 9－4」移植用脾腎採取術（死体）（死体脾腎（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脾腎を除く）を移植する場合に限る。） 区分番号「K 7 8 0」同種死体腎移植術（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。 区分番号「K 9 1 4」脳死臓器提供管理料 21 第1 節第2 款筋骨格系・四肢・体幹に掲げる手術のうち、関節鏡下による手術については、内視鏡を用いた場合についても算定できる。 22 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、胸腔鏡下手術及び内視鏡手術用支援機器を用いた手術も同様の取扱いとする。 23 「通則 17」の加算を算定した場合は、周術期口腔機能管理を実施した歯科医療機関名（歯科を併設する病院は除く。）を診療録に記載すること。なお、悪性腫瘍手術は病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限り算定できる。 24 性同一性障害の患者に対して次に掲げる手術を行う場合は、届出を行った場合に限り算定できる。 区分番号「K 4 7 5」乳房切除術 区分番号「K 8 1 8」尿道形成手術の「1」前部尿道 区分番号「K 8 1 9」尿道下裂形成手術 区分番号「K 8 1 9－2」陰茎形成術 区分番号「K 8 2 5」陰茎全摘術 区分番号「K 8 3 0」精巣摘出術 区分番号「K 8 5 1」会陰形成手術の「1」筋層に及ばないもの 区分番号「K 8 5 9」造膣術、陰閉鎖症術の「2」遊離植皮によるもの 区分番号「K 8 5 9」造膣術、陰閉鎖症術の「4」腸管形成によるもの 区分番号「K 8 5 9」造膣術、陰閉鎖症術の「5」筋皮弁移植によるもの 区分番号「K 8 7 7」子宮全摘術
手術 - 7 -	手術 - 8 -
区分番号「K 8 7 7－2」腹腔鏡下腔式子宮全摘術 区分番号「K 8 8 8」子宮附属器腫瘍摘出術（両側）の「1」開腹によるもの 区分番号「K 8 8 8」子宮附属器腫瘍摘出術（両側）の「2」腹腔鏡によるもの 第1 節 手術科 第1 款 皮膚・皮下組織 K 0 0 0 創傷処理、K 0 0 0－2 小児創傷処理 (1) 創傷処理とは、切・刺・創又は挫創に対して切除、結紮又は縫合（ステープラーによる縫合を含む。）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番号「J 0 0 0」創傷処置により算定する。なお、ここで筋肉、臓器に達するものとは、単に創傷の深さを指すものではなく、筋肉、臓器に何らかの処理を行った場合をいう。 (2) 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。 (3) 「3」の「イ」頭頸部のもの（長径20 センチメートル以上のものに限る。）は、長径20 センチメートル以上の重度軟部組織損傷に対し、全身麻酔下で実施した場合に限り算定できる。 (4) 「注2」の「露出部」とは、頭部、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をいう。 (5) 「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場合に限り算定する。 K 0 0 1 皮膚切開術 (1) 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、せつ又は蜂窩織炎等の大きさをいう。 (2) 多発性せつ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。 K 0 0 2 デブリードマン (1) 区分番号「K 0 1 3」分層植皮術から区分番号「K 0 2 1－2」粘膜炎手術までの手術を前記に行う場合にのみ算定する。 (2) 面積の算定方法については、区分番号「J 0 0 0」創傷処置の取扱いの例による。 (3) 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。 (4) 「注3」の深部デブリードマン加算は、(3) でいう繰り返し算定される場合についても、要件をみたせば算定できる。 (5) 「注4」の水圧式デブリードマン加算は、Ⅱ度以上の熱傷、糖尿病性潰瘍又は植皮を必要とする創傷に対して、水圧式ナイフを用いて、組織や汚染物質等の切除、除去を実施した場合に、一連の治療につき1 回に限り算定する。なお、加圧に用いた生理食塩水の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。	K 0 0 3、K 0 0 4 皮膚、皮下、粘膜下血管腫摘出術 (1) 「露出部」とは区分番号「K 0 0 0」創傷処理の「注2」の「露出部」と同一の部位をいう。 (2) 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、区分番号「K 0 0 3」の所定点数により算定し、50 % 未満の場合は、区分番号「K 0 0 4」の所定点数により算定する。 K 0 0 5、K 0 0 6 皮膚、皮下腫瘍摘出術 (1) 「露出部」とは区分番号「K 0 0 0」創傷処理の「注2」の「露出部」と同一の部位をいう。 (2) 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。 (3) 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、区分番号「K 0 0 5」の所定点数により算定し、50 % 未満の場合は、区分番号「K 0 0 6」の所定点数により算定する。 K 0 0 6－2、K 0 0 6－3 鶏眼・胼胝切除術 (1) 「露出部」とは区分番号「K 0 0 0」創傷処理の「注2」の「露出部」と同一の部位をいう。 (2) 近接密生している鶏眼・胼胝等については、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。 (3) 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5 0 % 以上の場合は、区分番号「K 0 0 6－2」の所定点数により算定し、5 0 % 未満の場合は、区分番号「K 0 0 6－3」の所定点数により算定する。 K 0 0 6－4 皮膚腫瘍冷凍凝固摘出術 (1) ここでいう「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。 (2) 脂腫性角化症、軟性線維腫に対する凍結療法については、区分番号「J 0 5 6」いぼ等冷凍凝固法により算定する。 K 0 0 7 皮膚悪性腫瘍切除術 (1) 皮膚悪性腫瘍切除術を行った場合において、リンパ節の郭清を伴う場合は「1」により算定し、病巣部のみを切除した場合は「2」により算定する。 (2) 「注」に規定するセンチネルリンパ節加算については、以下の要件に留意し算定すること。 ア 触診及び画像診断の結果、遠隔転移が認められない悪性黒色腫、メルケル細胞癌又は長径2 c m を超える有棘細胞癌であって、臨床的に所属リンパ節の腫大が確認されていない場合にのみ算定する。 イ センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、区分番号「K 9 4 0」薬剤料により算定する。 ウ 放射性同位元素の検出に要する費用は、区分番号「E 1 0 0」シンチグラム（画像を伴うもの）の「1」部分（静態）（一連につき）により算定する。 エ 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第13 部病理診断の所定点数
手術 - 9 -	手術 - 10 -

	により算定する。		医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。
K 0 0 9	皮膚剥削術	K 0 2 2	組織拡張器による再建手術
	皮膚剥削術（グラインダーで皮膚を剥削する手術）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の対象とならない。	(1)	治療に要した日数又は回数にかかわらず、一連のものとして所定点数を算定する。なお、ここでいう一連とは、組織拡張器の挿入、生理食塩水等の注入及び組織拡張器の除去を含めた一連の手技のことであり、治療に要した日数又は回数にかかわらず、一連のものとして組織拡張器挿入時にのみ所定点数を算定する。また、拡張器の除去に要する手技料は別に算定できない。
K 0 1 0	瘻底拘縮形成手術	(2)	「1」の乳房（再建手術）の場合は、乳腺腫瘍に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当し、乳房用の組織拡張器を挿入した場合に限り算定できる。その際、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。ただし、美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。
	(1) 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。	ア	一次再建の場合
(2)	指に対して行う場合には、区分番号「K 0 9 9」指瘻底拘縮手術により算定する。		乳腺全摘術後の症例で、かつ、皮膚欠損を生じないか、小範囲で緊張なく縫合閉鎖可能な症例。ただし、乳腺悪性腫瘍手術後の場合においては、術前診断において Stage II 以下で、皮膚浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。
K 0 1 3	分層植皮術	イ	二次再建の場合
(1)	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。		乳腺全摘術後で大胸筋が残存している症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。
(2)	広範囲の皮膚欠損に対して、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は、それぞれの部位について所定点数を算定する。	(3)	「1」の乳房（再建手術）の場合において乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術と乳房再建術を行う医療機関が異なる場合は、双方の持つ臨床情報、手術日、術式等を示す文書を相互に交付した上で、診療録に添付して保存すること。
K 0 1 3-2	全層植皮術	(4)	「2」のその他の場合は、「1」の乳房（再建手術）の場合以外の場合であって、先天異常、母斑（血管腫を含む。）、外傷性瘻底拘縮、術後瘻底拘縮及び悪性腫瘍切除後の患者に対して一般用の組織拡張器を挿入した場合に算定できる。なお、美容を目的とするものは保険給付外である。
(1)	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。	(5)	原則として1患者の同一部位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。ただし、医学的な必要からそれ以上算定する場合においては、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
(2)	広範囲の皮膚欠損に対して、全層植皮術を頭頸部、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は、それぞれの部位について所定点数を算定する。		
K 0 1 4	皮膚移植術（生体・培養）		
(1)	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。		
(2)	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（生体・培養）の所定点数に加算する。		
(3)	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。		
(4)	皮膚を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。		
(5)	自家培養表皮移植の実施に際して、自家培養表皮用皮膚採取のみに終わり皮膚移植術に至らない場合については、区分番号「K 0 0 0」創傷処理又は区分番号「K 0 0 0-2」小児創傷処理（6歳未満）に準じて算定する。		
K 0 1 4-2	皮膚移植術（死体）		
(1)	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。		
(2)	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。		
(3)	皮膚を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する		
	手術 - 11 -		手術 - 12 -
K 0 4 4	骨折非観血的整復術		該超音波骨折治療法を開始した場合にあつては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。
(1)	ギプスを使用した場合にはギプス料を別に算定できる。	(2)	当該治療を開始してから3か月間又は骨癒合するまでの間、原則として連日、継続して実施する場合に、一連のものとして1回のみ所定点数を算定する。なお、算定に際しては、当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した上で、当該指導内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
(2)	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。	(3)	当該治療法を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治療法を退院した後に継続して行っている場合であっても、一連として1回のみ算定する。
(3)	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、区分番号「J 0 0 0」創傷処置における手術後の患者に対するものにより算定する。	(4)	本手術の所定点数には、使用される機器等（医師の指示に基づき、患者が自宅において当該治療を継続する場合を含む。）の費用が含まれる。
K 0 4 6	骨折観血的手術	(5)	本手術に併せて行った区分番号「J 1 1 9」消炎鎮痛等処置、区分番号「J 1 1 9-2」腰部又は胸部固定帯固定又は区分番号「J 1 1 9-4」肛門処置については、別に算定できない。
	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、皮膚切開が個別の場合には、別の手術野として骨折観血的手術の「2」の所定点数をそれぞれの手術野について算定する。		
K 0 4 6-3	一時的創外固定骨折治療術		
(1)	開放骨折、関節内骨折若しくは粉碎骨折又は骨盤骨折（腸骨翼骨折を除く。）について骨折観血的手術に当たって一時的に創外固定器を用いて骨折治療を行った場合に算定する。		
(2)	区分番号「K 9 3 2」創外固定器加算については、別に算定できない。		
(3)	当該手術後に、当該骨折の治療のために行った他の手術の費用は、別に算定できる。		
K 0 4 7	難治性骨折電磁波電気治療法		
(1)	対象は四肢（手足を含む。）の遷延治癒骨折や偽関節であって、観血的手術、区分番号「K 0 4 4」骨折非観血的整復術、区分番号「K 0 4 5」骨折経皮的鋼線刺入固定術又は区分番号「K 0 4 7-3」超音波骨折治療法等他の療法を行っても治癒しない難治性骨折に対して行った場合に限り算定する。ただし、やむを得ない理由により観血的手術、区分番号「K 0 4 4」骨折非観血的整復術、区分番号「K 0 4 5」骨折経皮的鋼線刺入固定術又は区分番号「K 0 4 7-3」超音波骨折治療法等他の療法を行わずに難治性骨折電磁波電気治療法を行った場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。		
(2)	当該治療を開始してから6か月間又は骨癒合するまでの間、原則として連日、継続して実施する場合に、一連のものとして1回のみ所定点数を算定する。なお、算定に際しては、当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した上で、当該指導内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。		
(3)	当該治療法を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治療法を退院した後に継続して行っている場合であっても、一連として1回のみ算定する。		
(4)	本手術の所定点数には、使用される機器等（医師の指示に基づき、患者が自宅において当該治療を継続する場合を含む。）の費用が含まれる。		
K 0 4 7-2	難治性骨折超音波治療法		
	区分番号「K 0 4 7」難治性骨折電磁波電気治療法の取扱いと同様とする。		
K 0 4 7-3	超音波骨折治療法		
(1)	超音波骨折治療法は、四肢（手足を含む。）の観血的手術、骨切り術又は偽関節手術を実施した後に、骨折治癒期間を短縮する目的で、当該骨折から3週間以内に超音波骨折治療法を開始した場合に算定する。なお、やむを得ない理由により3週間を超えて当		

- (2) 患者適合型変形矯正ガイド加算は、上腕又は前腕の変形治療骨折矯正手術において、手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイドとして薬事承認を得ている医療機器を用いて実施した場合に算定する。
- K 0 5 8 骨長調整手術
使用するステイブルの数にかかわらず 1 回の算定とする。
- K 0 5 9 骨移植術（軟骨移植術を含む。）
- (1) 骨移植術に併せて他の手術を行った場合は、本区分の所定点数に他の手術の所定点数を併せて算定する。
- (2) 移植用に採取した腱骨を複数か所に移植した場合であっても、1 回のみ算定する。
- (3) 移植用骨採取のみに終わり骨移植に至らない場合については、区分番号「K 1 2 6」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。
- (4) 自家軟骨の移植を行った場合は、「1」により算定する。
- (5) 同種骨（凍結保存された死体骨を含む。）を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。
- (6) 移植用骨採取及び骨提供者の組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (7) 自家骨又は非生体同種骨（凍結保存された死体骨を含む。）移植に加え、人工骨移植を併せて行った場合は「3」により算定する。ただし、人工骨移植のみを行った場合は算定できない。
- (8) 同種骨移植（特殊なもの）は、腫瘍、感染、人工関節置換等に係る広範囲の骨及び靱帯組織の欠損に対して、日本組織移植学会が認定した組織バンクにおいて適切に採取、加工及び保存された非生体の同種骨及び靱帯組織を使用した場合に限り算定できる。なお、この場合、骨移植等を行った保険医療機関と骨移植等に用いた同種骨等採取等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、同種骨移植等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。
- (9) 自家培養軟骨を患者自身に移植した場合は、「4」により算定する。
- K 0 6 2 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、区分番号「J 1 2 7」先天性股関節脱臼ギプス包帯により算定する。
- K 0 8 0 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」により算定する。
- K 0 8 0-2 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矯正する方法により行った場合に算定する。
- K 0 8 0-3 肩腱板断裂手術
「2」複雑なものとは、腱板の断裂が 5 cm 以上の症例に対して行う手術であって、筋膜の移植又は筋腱の移行を伴うものをいう。
- K 0 8 0-4 関節鏡下肩腱板断裂手術

手術 - 15 -

- (1) 単なる拘縮に止まらず運動制限を伴う場合に算定する。
- (2) 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。
- K 0 9 9-2 デュブイトレン拘縮手術
運動障害を伴う手掌・手指腱膜の線維性増殖による拘縮（デュブイトレン拘縮）に対して、指神経、指動静脈を剥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。
- K 1 1 7-2 頸椎非観血的整復術
頸椎椎間板ヘルニア及び頸椎骨軟骨症の新鮮例に対する頸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、頸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。
- K 1 2 6-2 自家培養軟骨組織採取術
自家培養軟骨を作製するために、患者の軟骨から組織を採取した場合は、採取した回数にかかわらず、一連のものとして算定する。
- K 1 3 3-2 後縦韌帯骨化症手術（前方進入によるもの）
頸椎又は胸椎の後縦韌帯骨化症に対して、前方又は前側方から病巣に到達した場合に算定する。
- K 1 3 4 椎間板摘出術
椎間板摘出術の「4」経皮的髄核摘出術については、1 椎間につき 2 回を限度とする。
- K 1 4 1-2 寛骨臼移動術
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。
- K 1 4 2 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）
- (1) 「2」後方又は後側方固定から「4」前方後方同時固定までの各区分に掲げる手術の費用には、当該手術を実施した椎間に隣接する椎弓に係る「5」椎弓切除及び「6」椎弓形成の費用が含まれる。
- 例 1 第 10 胸椎から第 12 胸椎までの後方固定及び第 11 胸椎の椎弓切除を実施した場合の算定例
下記ア及びイを合算した点数を算定する。
ア 「2」後方又は後側方固定の所定点数
イ 「2」後方又は後側方固定の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数
ウ 「5」椎弓切除の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数

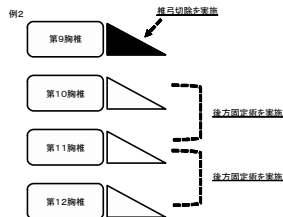


手術 - 17 -

- 「2」複雑なものとは、腱板の断裂が 5 cm 以上の症例に対して行う手術であって、筋膜の移植又は筋腱の移行を伴うものをいう。
- K 0 8 2-3 人工関節再置換術
人工関節再置換術は、区分番号「K 0 8 2」人工関節置換術から 6 か月以上経過して行った場合にのみ算定できる。
- K 0 8 2-4 自家肋骨助軟骨関節全置換術
肋骨助軟骨移行部から採取した骨及び軟骨を用いて、関節の両側又は片側の全置換を行った場合に算定できる。この場合、区分番号「K 0 5 9」骨移植術は別に算定できない。
- K 0 8 3 鋼線等による直達牽引
- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 1 局所とは、上肢の左右、下肢の左右及び頭より頭頂までの軀幹のそれぞれをいい、全身を 5 局所に分けるものである。
- (4) 区分番号「J 1 1 8」介連牽引、区分番号「J 1 1 8-2」矯正固定、区分番号「J 1 1 8-3」変形機械矯正術、区分番号「J 1 1 9」消炎鎮痛等処置、区分番号「J 1 1 9-2」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「J 1 1 9-3」低出力レーザー照射又は区分番号「J 1 1 9-4」肛門処置を併せて行った場合であっても、本区分の所定点数のみにより算定する。
- K 0 8 3-2 内反足足板挺子固定
- (1) 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。
- (2) 区分番号「J 1 1 8」介連牽引、区分番号「J 1 1 8-2」矯正固定、区分番号「J 1 1 8-3」変形機械矯正術、区分番号「J 1 1 9」消炎鎮痛等処置、区分番号「J 1 1 9-2」腰部又は胸部固定帯固定、区分番号「J 1 1 9-3」低出力レーザー照射又は区分番号「J 1 1 9-4」肛門処置を併せて行った場合であっても、本区分の所定点数のみにより算定する。
- K 0 8 8 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。
- K 0 8 9 爪甲除去術
爪甲白せん又は爪床開に「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番号「J 0 0 1-7」爪甲除去（麻酔を要しないもの）により算定する。
- K 0 9 6-2 体外衝撃波疼痛治療術
- (1) 治療に要した日数又は回数にかかわらず一連のものとして算定する。再発により 2 回目以降算定する場合には、少なくとも 3 か月以上あけて算定する。
- (2) 保存療法の開始日及び本治療を選択した医学的理由並びに 2 回目以降算定する場合にはその理由を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。なお、本手術に併せて行った区分番号「J 1 1 9」消炎鎮痛等処置については、別に算定できない。
- K 0 9 9 指瘤痕拘縮手術

手術 - 16 -

- 例 2 第 10 胸椎から第 12 胸椎までの後方固定及び第 9 胸椎の椎弓切除を実施した場合の算定例
下記ア、イ及びウを合算した点数を算定する。
ア 「2」後方又は後側方固定の所定点数
イ 「2」後方又は後側方固定の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数
ウ 「5」椎弓切除の所定点数の 100 分の 50 に相当する点数



- (2) 骨形成の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、区分番号「K 1 8 6」脊髄硬膜内神経根切断術に準じて算定する。
- K 1 4 2-2 脊椎側彎症手術
- (1) 「注」に規定する胸部変形矯正用材料を用いた場合は、「2」の「ロ」交換術を行う場合を指しており、「1」の場合には適用されない。
- (2) 矯正術を前提として行われるアンカー補強手術（foundation 作成）は区分番号「K 1 4 2」脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）の「2」後方又は後側方固定にて算定する。また、その一連の治療として数か月後に行われる矯正術は「2」の「ロ」交換術にて算定する。
- (3) 「2」の「ロ」交換術とは、患者の成長に伴い、ロッド又はグレードを含めた全体の交換が必要となった場合の術式を指す。一部のクリップ等を交換し、固定位置の調整等を行った場合は「ハ」伸展術にて算定する。
- K 1 4 2-6 歯突起骨折接合術
歯突起骨折に対して、椎間の可動域を温存しながら骨接合術を行った場合に算定する。
- K 1 4 2-7 腰椎分離部修復術
腰椎分離症に対して、椎間の可動域を温存しながら修復術を行った場合に算定する。
- K 1 4 4 体外式脊椎固定術
- (1) 体外式脊椎固定術は、ハローベリック牽引装置、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。
- (2) 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。

手術 - 18 -

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術

- (1) 穿頭術の手術料は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (2) 当該手術は、初回実施に限り算定し、2回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「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）

- (1) 穿頭術又は開頭術を行い、脳室穿刺を行った場合の手術料は当該手術の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 穿頭術における穿頭とは穿頭器を用いて穿孔することのみをいう。
- (3) 穿頭による慢性硬膜下血腫洗浄・除去術は、区分番号「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

- (1) 試験開頭術における開頭とは、穿頭器以外の器具を用いて広範囲に開窓することをいう。
- (2) 区分番号「K147」穿頭術及び本手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、本区分の所定点数のみにより1回に限り算定する。

K149-2 後頭蓋窩減圧術

キアリ奇形を伴う脊髄空洞症に対して行った場合に算定する。

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及び再建術

イ 海綿静脈洞に及ぶ腫瘍に対する海綿静脈洞の開放を伴う腫瘍切除及び再建術

ウ 錐体骨・斜台の腫瘍に対する経口の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及び再建術

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開放術による腫瘍摘出及び再建術

K154 機能的定位脳手術

- (1) 脳性小児麻痺に対するレンズ核破壊術若しくはパーキンソニズム、振戦麻痺等の不随意運動又は筋固縮に対する脳深蒼球内オイルプロカイン注入療法（脳深部定位手術）を行った場合は、本区分により算定する。
- (2) 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 脳切除術（開頭して行うもの）

本手術を両側同時に施行した場合は、片側ごとに所定点数を算定する。

K160-2 頭蓋内微小血管減圧術

手術 - 19 -

する。

K181-3 頭蓋内電極抜去術

本手術は、電極の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つては、併せて行った開頭術（脳刺激装置植込術及び頭蓋内電極植込術を含む。）の所定点数に含まれ、別に算定できない。

K181-4 迷走神経刺激装置植込術

本手術は、てんかん外科治療に関する専門の知識及び5年以上の経験を有する医師により行われた場合に算定する。また、当該手術の実施に当たっては、関連学会の定める実施基準に準じること。

K182-2 神経交差縫合術

交通事故等により腕神経叢が根部で切断された病状で、患側の肋間神経を剥離し、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。

K182-3 神経再生誘導術

神経再生誘導術は、神経再生誘導材を用いて神経再建を実施した場合に算定する。

K188-2 硬膜外腔癒着剥離術

- (1) 経皮的にカテーテルを用いて機械的な癒着剥離を含む硬膜外腔の癒着剥離を透視下に実施した場合に算定する。
- (2) 経皮的にカテーテルを硬膜外腔に挿入し局所麻酔剤の注入等を行った場合であっても、機械的な癒着剥離を含む硬膜外腔の癒着剥離を目的としない場合は、第11部麻酔第2節神経ブロック料により算定する。

K190 脊髄刺激装置植込術

- (1) 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。
- (2) 試験刺激を実施し、効果判定時に効果なしと判断されリードを抜去した場合、その費用は「1」の所定点数に含まれ別に算定できない。

K190-6 仙骨神経刺激装置植込術

- (1) 医師の指示に従い、自ら送信機を使用することで便秘禁又は過活動膀胱に対するコントロールを行う意思のある者であつて、保存的療法が無効又は適用できない患者に対して実施する場合に限り算定できる。なお、自ら送信機を使用することができない患者に対して実施する場合は算定できない。
- (2) 患者自身により記載された同意書を診療録に添付すること。
- (3) リードの抜去に要する費用は所定点数に含まれる。試験刺激を実施し、効果判定時に効果なしと判断されリードを抜去した場合、その費用は「1」の所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。

K190-7 仙骨神経刺激装置交換術

医師の指示に従い、自ら送信機を使用することで便秘禁又は過活動膀胱に対するコントロールを行う意思のある者であつて、保存的療法が無効又は適用できない患者に対して実施する場合であつて、関係学会の定める診療に関する指針に従って実施した場合に限り算定でき

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。

K164 頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）

定位的脳内血腫除去術を行った場合は、区分番号「K164-4」定位的脳内血腫除去術により算定する。

K169 頭蓋内腫瘍摘出術

「注1」に規定する脳腫瘍覚醒下マッピング加算を算定する場合は、区分番号「K930」脊髄誘発電位測定等加算は算定できない。

K174 水頭症手術

脳室穿刺術、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

水頭症に対してシャント手術を実施した後、経過良好のためカテーテルを抜去した場合に算定する。

K176 脳動脈瘤流入血管クリッピング（開頭して行うもの）

本手術は、開頭の部位数又は使用したクリップの個数にかかわらず、クリッピングを要する病変の箇所数に応じて算定する。

K177 脳動脈瘤頸部クリッピング(1) 「注2」に規定するハイフローバイパス術併用加算

は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、上肢又は下肢から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定する。

(2) 「注3」に規定するローフローバイパス術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、頭皮から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定する。

(3) 「注2」及び「注3」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。

K178 脳血管内手術

- (1) 脳動脈瘤、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。
- (2) 脳血管内ステントを用いて脳血管内手術を行った場合には、手術を行った箇所数にかかわらず、「3」を算定する。

K178-2 経皮的脳血管形成術

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用カテーテルを用いて経皮的脳血管形成術を行った場合に算定する。

K178-5 経皮的脳血管ステント留置術

経皮的脳血管ステント留置術は、脳血管用ステントセットを用いて経皮的脳血管ステント留置術を行った場合に算定する。なお、実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。

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

手術 - 20 -

る。なお、自ら送信機を使用することができない患者に対して実施する場合は算定できない。

K193-2 レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部）、K193-3 レックリングハウゼン病偽神経腫切除術（露出部以外）

- (1) 「露出部」とは区分番号「K000」創傷処理の「注2」の「露出部」と同一の部位をいう。
- (2) 近接密生しているレックリングハウゼン病偽神経腫については、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。
- (3) 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、区分番号「K193-2」の所定点数により算定し、50%未満の場合は、区分番号「K193-3」の所定点数により算定する。

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」により算定する。

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、涙点閉鎖術

- (1) 乾性角結膜炎（シルマーテスト第1法変法5mm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。
- (2) 上下涙点に実施した場合も含め1回のみを算定とする。

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

兎眼症に対して瞼板縫合術を行った場合は、本区分により算定する。

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。

K228 眼窩骨折整復術

陳旧性の変形治癒骨折に対して整復術を実施した場合に算定する。

K259 角膜移植術

- (1) 角膜を採取・保存するために要する費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 角膜を移植する場合においては、平成12年1月7日保健医療局長通知「眼球提供者（ドナー）適応基準について」（健医発第25号）、平成12年1月7日保健医療局長通知「眼球のあつせん技術指針について」（健医発第26号）を遵守している場合に限り算定する。
- (3) 眼科用レーザー角膜手術装置により角膜切片を作成し、角膜移植術を行った場合は、レーザー使用加算を併せて算定する。

手術 - 22 -

	査等を行った結果、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、超音波装置又はMR I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。
（２）	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。
（３）	組織の採取に用いる保険医療材料の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
（４）	「２」は、マンモグラフィー又は超音波検査では検出できず、MR I撮影によってのみ検出できる病変が認められる患者に対して、当該病変が含まれる乳腺組織を摘出する目的で実施した場合に限り算定できる。
K 4 7 6	乳腺悪性腫瘍手術
（１）	乳腺悪性腫瘍手術において、両側の腋窩リンパ節郭清術を併せて行った場合は、「７」により算定する。
（２）	「注１」に規定する乳がんセンチネルリンパ節加算１及び「注２」に規定する乳がんセンチネルリンパ節加算２については、以下の要件に留意し算定すること。 ア 触診及び画像診断の結果、腋窩リンパ節への転移が認められない乳がんに係る手術の場合のみ算定する。 イ センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、区分番号「K 9 4 0」薬剤により算定する。 ウ 放射性同位元素の検出に要する費用は、区分番号「E 1 0 0」シンチグラム（画像を伴うもの）の「１」部分（静態）（一連につき）により算定する。 エ 摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第 13 部病理診断の所定点数により算定する。
K 4 7 6－2	陥没乳頭形成術、再建乳房乳頭形成術
（１）	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。
（２）	単なる美容を目的とするものは保険給付の対象とならない。
K 4 7 6－3	動脈（皮）弁及び筋（皮）弁を用いた乳房再建術（乳房切除後）
	乳房再建術（乳房切除後）は、動脈（皮）弁術及び筋（皮）弁術を実施した場合に算定する。なお、区分番号「K 0 1 7」遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を実施した場合は、区分番号「K 0 1 7」遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）の所定点数のみを算定し、本区分の所定点数は別に算定できない。
K 4 7 6－4	ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術
（１）	乳腺腫瘍に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術にゲル充填人工乳房を用いた場合に限り算定できる。
（２）	乳腺腫瘍に対する乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術後の乳房再建術を行う症例で、次のいずれかに該当した場合に限り算定できる。その際、次のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 一次二期の再建の場合 大胸筋が温存され皮膚欠損が生じない乳輪乳頭温存皮下乳腺全摘術を行った症例。 ただし、乳腺悪性腫瘍術後の場合においては、術前診断において StageⅡ 以下で、皮膚

手術 - 27 -

	植込み型病変識別マーカーを用いて、経皮的にマーカー留置を行った場合は、気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術に準じて算定する。この際、マーカー代は所定点数に含まれ、別に算定できない。
K 5 0 9－4	気管支癒肉閉鎖術
（１）	気管支癒肉閉鎖術は、気管支用充填材を用いて気管支の癒肉閉鎖を実施した場合に算定する。
（２）	気管支ファイバースコープに要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
K 5 1 0－2	光線力学療法
	光線力学療法は、ボルフ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－（波長 630 nm）及びY A G－O P Oレーザ－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。
K 5 1 1	肺切除術、K 5 1 7 肺縫縮術
（１）	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、区分番号「K 5 1 1」肺切除術の「２」により算定する。
（２）	肺切除と胸郭形成手術の併施は、区分番号「K 5 1 1」肺切除術の「５」により算定する。
（３）	肺気腫に対する正中切開による肺縫縮術は、区分番号「K 5 1 1」肺切除術の「１」に準じて算定する。
（４）	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、区分番号「K 9 3 6」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。
K 5 1 3	胸腔鏡下肺切除術
	慢性閉塞性肺疾患（C O P D）に対する治療的胸腔鏡下肺切除術については「１」により算定する。
K 5 1 3－2	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術
（１）	胸腔鏡下胸腺摘出術（重症筋無力症に対するものを除く）については本区分で算定する。
（２）	胸腔鏡下縦隔腫瘍摘出術については、本区分で算定する。
K 5 1 4－3	移植用肺採取術（死体）（両側）
（１）	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。
（２）	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全て含まれる。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より算定する。
（３）	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

手術 - 29 -

	浸潤、大胸筋浸潤や高度のリンパ節転移を認めないこと。
イ	一次二期の再建の場合
	乳腺全摘術時に組織拡張器が挿入され、十分に皮膚が拡張されている症例。
ウ	二次再建の場合
	乳腺全摘術後で大胸筋が残存しており、初回手術で組織拡張器が挿入され十分に皮膚が拡張されているか、皮弁移植術などにより皮膚の不足が十分に補われている、あるいは十分に補われることが見込まれる症例。ただし、放射線照射により皮膚の血行や弾力性が障害されていないこと。
（３）	乳房切除術又は乳腺悪性腫瘍手術と乳房再建術を行う医療機関が異なる場合は、双方の持つ臨床情報、手術日、術式等を示す文書を相互に交付した上で、診療録に添付して保存すること。
K 4 8 0－2	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。
K 4 8 2	肋骨切除術
	切除した肋骨の本数にかかわらず所定点数を 1 回に限り算定する。また、2 本以上の肋骨の切除と胸骨の揺爬を併施した場合も本区分により算定する。また、胸郭出口症候群根治術を行った場合は、当該区分にて算定する。
K 4 8 6	胸壁癒手術
	非開胸で肋骨の切除を行うと否にかかわらず本区分により算定する。
K 4 8 7	漏斗胸手術
	内臓の機能障害等による症状を有するものに対して行った場合に限り算定する。
K 4 8 8	試験開胸術
	開胸術のみを行った時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。
K 4 8 8－3	胸腔鏡下試験開胸術
	胸腔鏡による胸腔内の確認のみを行った時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。
K 4 8 8－4	胸腔鏡下試験切除術
	胸腔鏡による胸腔内の確認を行い、臓器・組織の一部を切除した時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。
K 4 9 9	胸郭形成手術（肺切除後遺腔を含む。）
	肺結核手術、肺切除後遺腔等に対して行われた場合に算定する。
K 5 0 7	肺腫瘍切開排膿術
	肺結核空洞吸引術（モナルジー法）又は肺結核空洞切開術を行った場合は本区分で算定する。
K 5 0 8－3	気管支熱形成術
（１）	18 歳以上の重症喘息患者に対し、気管支熱形成術（気管支サーモブラスティ）を実施した場合に、本区分の所定点数を算定する。
（２）	気管支ファイバースコープに要する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
K 5 0 9－3	気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術
	気管支内視鏡的放射線治療用マーカー留置術は、放射線治療目的でマーカーを留置した場合に限り算定し、マーカー代は所定点数に含まれ、別に算定できない。

手術 - 28 -

	間それぞれにおいて算定する。
（４）	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。
K 5 1 4－4	同種死体肺移植術
（１）	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。
（２）	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。
（３）	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。
K 5 1 4－5	移植用部分肺採取術（生体）
	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。なお、請求に当たっては、肺移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肺提供者の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、肺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。
K 5 1 4－6	生体部分肺移植術
（１）	対象疾患は、肺動脈性肺高血圧症、肺静脈狭窄症、肺毛細血管腫症、特発性間質性肺炎、気管支拡張症、肺サルコイドーシス、肺リンパ脈管筋腫症、アゼンメンジャー症候群、その他の間質性肺炎、閉塞性細気管支炎、じん肺、肺好酸球性肉芽腫症、びまん性汎細気管支炎、慢性血栓塞栓性肺高血圧症、多発性肺動静脈瘤、α 1 アンチトリプシン欠損型肺気腫、その他の肺気腫、嚢胞性線維症、肺囊胞症、慢性過敏性肺炎、その他肺・心肺移植関連学会協議会で承認する進行性肺疾患である。
（２）	生体肺を移植する場合においては、日本移植学会が作成した「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。
（３）	生体肺を移植する場合においては肺提供者から移植肺を摘出することに係る全ての療養上の費用を所定点数により算出し、生体部分肺移植術の所定点数に加算する。なお、肺提供者の生体肺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費及び入院時生活療養費に係る生活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、肺提供者から食事に係る標準負担額を求めることはできない。
（４）	生体部分肺移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
（５）	肺移植を行った保険医療機関と肺移植に用いる健肺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、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。なお、請求に当たっては、肺移植者の診療報酬明細書の摘要欄に肺提供者の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、肺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。
K 5 1 6	気管支癒肉閉鎖術

手術 - 30 -

- 巨大な陳旧性空洞（排菌があるものに限る。）の結核に対して、一次的胸郭形成手術（第1、第2及び第3肋骨）に、肺尖剥離、空洞切開術（空洞内容郭清）及び肺を含めた空洞縫縮術を同時に行った場合は、本区分により算定する。
- K 5 2 2 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法に係る費用は、所定点数に含まれる。
- K 5 2 5 - 2 胸壁外皮瘤管形成吻合術
薬物腐蝕による全食道狭窄に対して本手術を行った場合に算定する。
- K 5 2 6 食道腫瘍摘出術
「1」を行った場合について、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。
- K 5 2 6 - 2 内視鏡的食道粘膜切除術
マイクロ波凝固療法を実施した場合における当該療法に係る費用は、所定点数に含まれる。
- K 5 2 6 - 3 内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法
内視鏡的表在性食道悪性腫瘍光線力学療法は、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 630 nm）及びYAG-OPOL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（ケラポルフィンナトリウム及び半導体レーザー用プローブを用いた場合は除く。）に限り算定できる。
- K 5 2 6 - 4 内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法
（1） ケラポルフィンナトリウム及び半導体レーザー用プローブを用いて、以下のいずれにも該当する局所遺残再発食道悪性腫瘍に対して光線力学療法を実施した場合に算定する。
ア 外科的切除又は内視鏡的治療等の根治的治療が不可能であるもの
イ 壁深度が固有筋層を越えないもの
ウ 長径が3 cm 以下かつ周在性が1/2 周以下であるもの
エ 頸部食道に及ばないもの
オ 遠隔転移及びリンパ節転移のいずれも有さないもの
（2） 内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法の実施に当たり、追加照射の要否を判定するための内視鏡検査及び追加照射に係る費用は全て所定の点数に含まれ、別に算定できない。
- K 5 2 7 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場合については、区分番号「K 5 2 6」食道腫瘍摘出術で算定する。
- K 5 3 0 - 2 腹腔鏡下食道アカラシア形成手術
胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む）食道筋層切開術は本区分で算定する。
- K 5 3 0 - 3 内視鏡下筋層切開術
食道アカラシア、食道びまん性けいれん症等の食道運動機能障害を有するもの（食道の空洞が狭窄しているものに限る。）に対して実施した場合に限り算定する。
- K 5 3 3 食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）（一連として）
（1） 「一連」とは1 週間を目安とする。治療上の必要があつて初回実施後1 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。

手術 - 31 -

- （イ） 胸痛等の虚血症状
（ロ） 新規のS T - T 変化又は新規の左脚ブロック
（ハ） 新規の異常Q 波の出現
（ニ） 心臓超音波検査又は左室造影で認められる新規の心筋の可動性の低下又は壁運動異常
（ホ） 冠動脈造影で認められる冠動脈内の血栓
ウ 以下の（イ）又は（ロ）のいずれかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目、発症時刻、来院時刻及び再開した時刻を記載すること。
（イ） 症状発現後12 時間以内に来院し、来院からバルーンカテーテルによる責任病変の再開通までの時間（door to balloon time）が90 分以内であること。
（ロ） 症状発現後36 時間以内に来院し、心原性ショック（Killip 分類 class IV）であること。
- （3） 「2」の不安定狭心症に対するものは、次のいずれにも該当する不安定狭心症患者に対して実施した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。
ア 日本循環器学会の承認を得た非S T 上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける不安定狭心症の分類で重症度 class I、class II 又は class III であること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に重症度及びその医学的根拠を記載すること。
イ 日本循環器学会の承認を得た非S T 上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける急性冠症候群の短期リスク評価が高リスク又は中等度リスクであること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に短期リスク評価及びその医学的根拠を記載すること。
ウ 来院から24 時間以内（院内発症の場合は症状発現後24 時間以内）に当該手術を開始すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に来院時刻及び手術開始時刻を記載すること。
- （4） 「3」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病変に対して実施した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。また、医学的な必要性からそれ以外の病変に対して実施する場合は、その詳細な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
ア 一方向から造影して90%以上の狭窄病変
イ 安定労作性狭心症の原因と考えられる狭窄病変（他に有意狭窄病変を認めない場合に限る。）
ウ 機能的虚血の評価のための検査を実施し、機能的虚血の原因と確認されている狭窄病変
- （5） （2）のア及びイに該当する急性心筋梗塞患者に対して、（3）のウを満たして当該手術を実施した場合は、「2」に準じて算定する。
- （6） 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を算定する。なお、医学的根拠に基づき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根拠を詳細に記載すること。

手術 - 33 -

- （2） 食道・胃静脈瘤硬化療法と区分番号「K 5 3 3 - 2」内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術を併施した場合（一連の期間内において異なる日に実施する場合を含む。）は、主たるもののみで算定する。
- （3） 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。
- K 5 3 3 - 2 内視鏡的食道・胃静脈瘤結紮術
（1） 一連の期間（概ね1 週間）において、1 回に限り算定する。治療上の必要があつて初回実施後1 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。
（2） 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 章 心・脈管

- K 5 4 4 心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、K 5 5 3 心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）、K 5 5 3 - 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
区分番号「K 5 4 4」心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術、区分番号「K 5 5 3」心室瘤切除術（梗塞切除を含む。）又は区分番号「K 5 5 3 - 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と、区分番号「K 5 5 4」弁形成術（1 弁のものに限る。）又は区分番号「K 5 5 5」弁置換術（1 弁のものに限る。）を併施した場合は、区分番号「K 5 4 4」、区分番号「K 5 5 3」又は区分番号「K 5 5 3 - 2」の「2」により算定する。
- K 5 4 5 開胸心臓マッサージ
（1） 開胸心臓マッサージに併せて行った人工呼吸については、区分番号「J 0 4 5」人工呼吸により別に算定する。
（2） 開胸心臓マッサージに併せて行ったカウンターショックについては、区分番号「J 0 4 7」カウンターショックにより別に算定する。
- K 5 4 6 経皮的冠動脈形成術
（1） 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対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づき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根拠を詳細に記載すること。
（2） 「1」の急性心筋梗塞に対するものは、次のいずれにも該当する急性心筋梗塞患者に対して実施した場合に算定する。ただし、冠動脈インターベンション治療（区分番号「K 5 4 6」から「K 5 5 0 - 2」まで）又は冠動脈バイパス術（区分番号「K 5 5 2」及び「K 5 5 2 - 2」）後24 時間以内に発症した場合は「1」の急性心筋梗塞に対するものは算定できない。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。
ア 心筋トロポニンT（T n T）又は心筋トロポニンI が高値であること又は心筋トロポニンT（T n T）若しくは心筋トロポニンI の測定ができない場合であつてCK - MB が高値であること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に測定項目及びその値について記載すること。
イ 以下の（イ）から（ホ）までのいずれかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目及びその所見の得られた時刻を記載すること。

手術 - 32 -

	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

- （7） 同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「K 5 4 6」経皮的冠動脈形成術、区分番号「K 5 4 7」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「K 5 4 8」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は区分番号「K 5 4 9」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、5 年間に2 回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づき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、エキシマレーザー血管形成用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根拠
- （8） 当該手術が、日本循環器学会、日本冠症患学会、日本冠動脈外科学会、日本胸外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会及び日本糖尿病学会の承認を受けた「安定冠動脈疾患における待機的P C I のガイドライン（2011 年改訂版）」、「虚血性心疾患に対するバイパスグラフトと手術術式の選択ガイドライン（2011 年改訂版）」と両ガイドラインに記載された「P C I / C A B G の適応に関するガイドライン（安定冠動脈疾患に対する冠血行再建術（P C I / C A B G）：ステートメント&適応（冠動脈血行再建術協議会）」及び「非S T 上昇型急性冠症候群の診療に関するガイドライン（2012 年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

- K 5 4 7 経皮的冠動脈粥腫切除術
（1） 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対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して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根拠を詳細に記載すること。
（2） 同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「K 5 4 6」経皮的冠動脈形成術、区分番号「K 5 4 7」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「K 5 4 8」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は区分番号「K 5 4 9」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、5 年間に2 回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づき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。

手術 - 34 -

- 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、エキシマレーザー血管形成用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根拠
- (3) 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本冠動脈外科学会、日本胸外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会及び日本糖尿病学会の承認を受けた「安定冠動脈疾患における待機的 P C I のガイドライン（2011 年改訂版）」、「虚血性心疾患に対するバイパスグラフトと手術術式の選択ガイドライン（2011 年改訂版）」と両ガイドラインに記載された「P C I / C A B G の適応に関するガイドライン（安定冠動脈疾患に対する冠血行再建術（P C I / C A B G）：ステートメントと適応（冠動脈血行再建術協議会）」及び「非 S T 上昇型急性冠症候群の診療に関するガイドライン（2012 年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

K 5 4 8 経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）

- (1) 同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「K 5 4 6」経皮的冠動脈形成術、区分番号「K 5 4 7」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「K 5 4 8」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は区分番号「K 5 4 9」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、5 年間に 2 回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づき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、エキシマレーザー血管形成用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（特殊カテーテルによるもの）を実施する理由及び医学的根拠
- (2) 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本冠動脈外科学会、日本胸外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会及び日本糖尿病学会の承認を受けた「安定冠動脈疾患における待機的 P C I のガイドライン（2011 年改訂版）」、「虚血性心疾患に対するバイパスグラフトと手術術式の選択ガイドライン（2011 年改訂版）」と両ガイドラインに記載された「P C I / C A B G の適応に関するガイドライン（安定冠動脈疾患に対する冠血行再建術（P C I / C A B G）：ステートメントと適応（冠動脈血行再建術協議会）」及び「非 S T 上昇型急性冠症候群の診療に関するガイドライン（2012 年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

K 5 4 9 経皮的冠動脈ステント留置術

- (1) 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対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して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根拠を詳細に記載すること。

手術 - 35 -

- ア 一方向から造影して 90%以上の狭窄病変
- イ 安定労作性狭心症の原因と考えられる狭窄病変（他に有意狭窄病変を認めない場合に限る。）
- ウ 機能的虚血の評価のための検査を実施し、機能的虚血の原因と確認されている狭窄病変
- (5) (2)の A 及びイに該当する急性心筋梗塞患者に対して、(3)のウを満たして当該手術を実施した場合は、「2」に準じて算定する。
- (6) 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を算定する。なお、医学的根拠に基づき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算定セット数
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

- (7) 同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対して区分番号「K 5 4 6」経皮的冠動脈形成術、区分番号「K 5 4 7」経皮的冠動脈粥腫切除術、区分番号「K 5 4 8」経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）又は区分番号「K 5 4 9」経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、5 年間に 2 回以下を標準とする。なお、医学的根拠に基づき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、エキシマレーザー血管形成用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根拠
- (8) 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本冠動脈外科学会、日本胸外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会及び日本糖尿病学会の承認を受けた「安定冠動脈疾患における待機的 P C I のガイドライン（2011 年改訂版）」、「虚血性心疾患に対するバイパスグラフトと手術術式の選択ガイドライン（2011 年改訂版）」と両ガイドラインに記載された「P C I / C A B G の適応に関するガイドライン（安定冠動脈疾患に対する冠血行再建術（P C I / C A B

手術 - 37 -

- (2) 「1」の急性心筋梗塞に対するものは、次のいずれにも該当する急性心筋梗塞患者に対して実施した場合に算定する。ただし、冠動脈インターベンション治療（区分番号「K 5 4 6」から「K 5 5 0-2」まで）又は冠動脈バイパス術（区分番号「K 5 5 2」及び「K 5 5 2-2」）後 24 時間以内に発症した場合は「1」の急性心筋梗塞に対するものは算定できない。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。

ア 心筋トロポニン T (T n T) 又は心筋トロポニン I が高値であること又は心筋トロポニン T (T n T) 若しくは心筋トロポニン I の測定ができない場合であって C K-MB が高値であること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に測定項目及びその値について記載すること。

イ 以下の(イ)から(ホ)までのいずれかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目及びその所見の得られた時刻を記載すること。

- (イ) 胸痛等の虚血症状
(ロ) 新規の S T-T 変化又は新規の左胸ブロック
(ハ) 新規の異常 Q 波の出現
(ニ) 心臓超音波検査又は左室造影で認められる新規の心筋の可動性の低下又は壁運動異常
(ホ) 冠動脈造影で認められる冠動脈内の血栓

ウ 以下の(イ)又は(ロ)のいずれかに該当すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に該当項目、発症時刻、来院時刻及び再開通した時刻を記載すること。

(イ) 症状発現後 12 時間以内に来院し、来院からバルーンカテーテルによる責任病変の再開通までの時間 (door to balloon time) が 90 分以内であること。

(ロ) 症状発現後 36 時間以内に来院し、心原性ショック (Killip 分類 class IV) であること。

- (3) 「2」の不安定狭心症に対するものは、次のいずれにも該当する不安定狭心症患者に対して実施した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること。

ア 日本循環器学会の承認を得た非 S T 上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける不安定狭心症の分類で重症度 class I、class II 又は class III であること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に重症度及びその医学的根拠を記載すること。

イ 日本循環器学会の承認を得た非 S T 上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける急性冠症候群の短期リスク評価が高リスク又は中等度リスクであること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に短期リスク評価及びその医学的根拠を記載すること。

ウ 来院から 24 時間以内（院内発症の場合は症状発現後 24 時間以内）に当該手術を開始すること。なお、診療報酬明細書の摘要欄に来院時刻及び手術開始時刻を記載すること。

- (4) 「3」のその他のものは、原則として次のいずれかに該当する病変に対して実施した場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠について記載すること。なお、医学的な必要性からそれ以外の病変に対して実施する場合は、その詳細な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

手術 - 36 -

G)：ステートメントと適応（冠動脈血行再建術協議会）」及び「非 S T 上昇型急性冠症候群の診療に関するガイドライン（2012 改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定する。

K 5 5 2 冠動脈、大動脈バイパス移植術、K 5 5 2-2 冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心臓を使用しないもの）

- (1) 区分番号「K 5 5 2」冠動脈、大動脈バイパス移植術、区分番号「K 5 5 2-2」冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心臓を使用しないもの）及び区分番号「K 6 1 4」血管移植術、バイパス移植術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。
- (2) 区分番号「K 5 5 2」冠動脈、大動脈バイパス移植術、区分番号「K 5 5 2-2」冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心臓を使用しないもの）及び区分番号「K 6 1 4」血管移植術、バイパス移植術以外の手術における自家血管の採取料については、区分番号「K 0 0 0」創傷処理の「2」又は区分番号「K 0 0 0-2」小児創傷処理の「3」に準じて算定する。
- (3) 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。
- (4) 区分番号「K 5 5 2-2」冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心臓を使用しないもの）を区分番号「K 6 0 2」経皮的肺補助法と併施した場合は、区分番号「K 5 5 2」冠動脈、大動脈バイパス移植術により算定する。

K 5 5 4-2 胸腔鏡下弁形成術

次に掲げる要件をいずれも満たす場合に限り算定する。

- (1) 右小開胸手術であること。
(2) 胸骨温存手術であること（胸骨部分切開を行うものは当該手術に含めない）。
(3) 主たる手術操作を胸腔鏡下に行っていること。

K 5 5 5 弁置換術

- (1) 区分番号「K 5 5 4」弁形成術を併せて行った場合は、弁置換又は弁形成を行った弁の合計数に基づき、本区分の所定点数により算定する。
- (2) 同種弁を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。
- (3) 弁提供者の移植用弁採取及び組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (4) 移植用弁採取に係る費用については、弁置換を行った保険医療機関にて請求するものとし、診療報酬の分配は弁置換を行った保険医療機関と移植用弁採取を行った保険医療機関との合議に委ねる。
- (5) 心臓弁再置換術加算は弁置換術後の再置換、弁置換術後の違う弁の置換又は弁形成後の弁置換を行った場合に算定する。なお、前回の手術から 3 か月以上経過していること。
- (6) 心臓弁再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

K 5 5 5-2 経カテーテル大動脈弁置換術

手術 - 38 -

経カテーテル大動脈弁置換術は、経カテーテル人工生体弁セットを用いて大動脈弁置換術を実施した場合に算定する。	
K 5 5 5 - 3 胸腔鏡下弁置換術	
(1) 次に掲げる要件をいずれも満たす場合に限り算定する。	
ア 右小開胸手術であること。	
イ 胸骨温存手術であること（胸骨部分切開を行うものは当該手術に含めない）。	
ウ 主たる手術操作を胸腔鏡下に行っていること。	
(2) 区分番号「K 5 5 4 - 2」胸腔鏡下弁形成術を併せて行った場合は、弁置換又は弁形成を行った弁の合計数に基づき、本区分の所定点数により算定する。	
(3) 同種弁を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。	
(4) 弁提供者の移植用弁採取及び組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。	
(5) 移植用弁採取に係る費用については、弁置換を行った保険医療機関にて請求するものとし、この場合の診療報酬の分配は、弁置換を行った保険医療機関と移植用弁採取を行った保険医療機関との合議に委ねる。	
(6) 心臓弁再置換術加算は弁置換後の再置換、弁置換後の違う弁の置換又は弁形成後の弁置換を行った場合に算定する。なお、前回の手術から3か月以上経過していること。	
(7) 心臓弁再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	
K 5 5 7 - 3 弁輪拡大術を伴う大動脈弁置換術	
(1) 心臓弁再置換術加算は弁置換後の再置換、弁置換後の違う弁の置換又は弁形成後の弁置換を行った場合に算定する。なお、前回の手術から3か月以上経過していること。	
(2) 心臓弁再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	
K 5 5 9 - 3 経皮的僧帽弁クリップ術	
経皮的僧帽弁クリップ術は、経皮的僧帽弁クリップシステムを用いて実施した場合に算定する。	
K 5 6 0 大動脈瘤切除術	
(1) 下行大動脈から腹部大動脈にかけて大動脈瘤があり、胸部及び腹部の操作を行った場合は、「5」により算定する。	
(2) 腎動脈遮断を伴う腹部大動脈瘤に対する人工血管置換術については、「6」により算定する。	
(3) 心臓弁再置換術加算は弁置換後の再置換、弁置換後の違う弁の置換又は弁形成後の弁置換を行った場合に算定する。なお、前回の手術から3か月以上経過していること。	
(4) 心臓弁再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	
K 5 6 0 - 2 オープン型ステントグラフト内挿術	
オープン型ステントグラフトを直視下に挿入し、中樞側血管又は中樞側人工血管と吻合し	

手術 - 39 -

(2) 人工血管等再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	
K 5 9 5 経皮的カテーテル心筋焼灼術	
(1) 注1に規定する三次元カラーマッピングとは、体表面電極から発生する微弱な電気信号を体外式ペースメーカー用カテーテル電極（磁気センサーを有するものを除く。）等により検出し、三次元心腔内形状を作成し、これらのカテーテル電極にて検出した心電図との合成により三次元画像を構築することをいう。	
(2) 注1の三次元カラーマッピング加算を算定する場合は、特定保険医療材料114の体外式ペースメーカー用カテーテル電極のうち、心臓電気生理学的検査機能付加型の「心房内・心室内全域型」及び「アブレーション機能付き」については算定できない。	
(3) 注2に規定する磁気ナビゲーション法は、心臓マッピングシステムワークステーションを用いて実施した場合に算定できる。	
(4) 経皮的カテーテル心筋冷凍焼灼術を実施した場合は、本区分の所定点数を算定する。その場合、実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること	
K 5 9 7 ペースメーカー移植術、K 5 9 7 - 2 ペースメーカー交換術	
(1) ペースメーカー移植の実施日と体外ペースメーカーの実施日の間隔が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。	
(2) ペースメーカー本体の交換のみの場合は、区分番号「K 5 9 7 - 2」ペースメーカー交換術により算定する。	
K 5 9 8 両心室ペースメーカー移植術	
(1) 両心室ペースメーカー移植術は、左右の心室を電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120ms以上及び左室駆出率35%以下の重症心不全に対して、症状の改善を目的に行われた場合に算定する。	
(2) 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。	
K 5 9 9 植込型除細動器移植術、K 5 9 9 - 2 植込型除細動器交換術	
(1) 植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、植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	
(2) 植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	

手術 - 41 -

た場合に、術式に応じて算定する。	
K 5 6 1 ステントグラフト内挿術	
(1) 血管塞栓術を同時に実施した場合の血管塞栓術の手術料は、ステントグラフト内挿術の所定点数に含まれ、別に算定できない。	
(2) 一連の治療過程中に、血管塞栓術を実施した場合の手術料も原則として所定点数に含まれ、別に算定できない。	
(3) 「1」血管損傷の場合は、末梢血管ステントグラフトを用いて腸骨動脈以外の末梢血管に対し血管損傷治療を行った場合に算定できる。	
K 5 6 2 動脈管開存症手術	
ボタロー管開存症に対して、血管カテーテルを用いて閉鎖術を行った場合は、「1」により算定する。	
K 5 6 2 - 2 胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術	
次に定める要件をいずれも満たす場合に限り算定する。	
(1) 16歳未満の患者に実施すること	
(2) 最大径が10mm以下で、かつ、石灰化、感染又は瘤化していない動脈管に対して実施すること	
K 5 7 1 肺静脈逆流異常症手術	
「2」の「ロ」その他のものとは、上心臓型、下心臓型又は混合型の場合をいう。	
K 5 8 1 肺動脈閉鎖症手術	
(1) 人工血管等再置換術加算は、患者の成長に伴うパッチ、導管、人工血管等の再置換のために、同一部位に対して再手術を実施した場合に算定する。なお、前回の手術から1年以上経過していること。	
(2) 人工血管等再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	
K 5 8 3 大血管転位症手術	
(1) 人工血管等再置換術加算は、患者の成長に伴うパッチ、導管、人工血管等の再置換のために、同一部位に対して再手術を実施した場合に算定する。なお、前回の手術から1年以上経過していること。	
(2) 人工血管等再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	
K 5 8 4 修正大血管転位症手術	
(1) 人工血管等再置換術加算は、患者の成長に伴うパッチ、導管、人工血管等の再置換のために、同一部位に対して再手術を実施した場合に算定する。なお、前回の手術から1年以上経過していること。	
(2) 人工血管等再置換術加算を算定する場合は、前回の手術日、術式及び医療機関名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	
K 5 8 6 単心室症又は三尖弁閉鎖症手術	
(1) 人工血管等再置換術加算は、患者の成長に伴うパッチ、導管、人工血管等の再置換のために、同一部位に対して再手術を実施した場合に算定する。なお、前回の手術から1年以上経過していること。	

手術 - 40 -

細書に症状詳記を添付する。	
(3) 植込型除細動器本体の交換のみを行った場合は、区分番号「K 5 9 9 - 2」植込型除細動器交換術により算定する。	
(4) K 5 9 9 の「2」は、特定保険医療材料の植込型除細動器（Ⅲ型）・皮下植込式電極併用型を、植込型除細動器用カテーテル電極（皮下植込式）と組み合わせて使用した場合に算定する。	
K 5 9 9 - 3 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術、K 5 9 9 - 4 両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	
(1) 両室ペーシング機能付き植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、両室ペーシング機能付き植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	
(2) 両室ペーシング機能付き植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。	
(3) 両室ペーシング機能付き植込型除細動器本体の交換のみを行った場合は、区分番号「K 5 9 9 - 4」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術により算定する。	
K 5 9 9 - 5 経静脈電極抜去術	
当該手術の実施に当たっては、関連学会の定める実施基準に準じること。	
K 6 0 0 大動脈バルーンパンピング法（I A B P法）	
(1) ガスの価格は別に算定できない。	
(2) 大動脈バルーンパンピング法（I A B P法）、区分番号「K 6 0 1」人工心臓、区分番号「K 6 0 2」経皮的心肺補助法、区分番号「K 6 0 3」補助人工心臓又は区分番号「K 6 0 2 - 2」経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）を併施した場合においては、1日ごとに主たるもののみにより算定する。また、これら5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。	
K 6 0 1 人工心臓	
(1) 人工心臓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術料は、所定点数に含まれ、別に算定できない。	
(2) 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場合は、本区分により算定する。	
(3) 人工心臓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。	

手術 - 42 -

- (4) 「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用いて循環を補助した場合に限り算定できる。
- (5) 「注1」の選択的冠灌流加算は大動脈基部を切開し、左右冠動脈口に個別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。
- (6) 「注1」の逆行性冠灌流加算は、冠静脈洞にバルーンカテーテルを挿入し、心筋保護を行った場合に算定する。

K 6 0 2-2 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）（1日につき）

経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）の実施のために、カニューレ、カテーテル等を挿入した場合の手術技は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

K 6 0 3 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に対して行った場合は算定できない。

K 6 0 3-2 小児補助人工心臓

投薬治療、外科手術及び補助循環では症状の改善が見込めない小児の重症心不全患者であって、小児補助人工心臓による治療が当該患者にとって最善であると判断された患者に対して、心移植に達するまで又は心機能が回復するまでの循環改善を目的に実施した場合に算定する。

K 6 0 4-2 植込型補助人工心臓（非拍動型）

- (1) 植込型補助人工心臓（非拍動型）は、心臓移植適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓などの他の補助循環法によっても継続した代償不全に陥っており、かつ、心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善を目的とした場合に算定する。
- (2) 外來で定期的な管理を行っている場合には、区分番号「C 1 1 6」在宅植込型補助人工心臓（非拍動型）指導管理料を算定する。

K 6 0 5 移植用心採取術

- (1) 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。
- (2) 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全て含まれる。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より算定する。
- (3) 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。

K 6 0 5-2 同種心移植術

- (1) 同種心移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (2) 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

手術 - 43 -

K 6 1 0-5 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）

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）は、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吻合術及び神経再接合術を行った場合に算定する。

K 6 1 1 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置

- (1) 悪性腫瘍の患者に対し、抗悪性腫瘍剤の局所持続注入又は疼痛の制御を目的として、チューブ又は皮下植込型カテーテルアクセスを設置した場合に算定できる。
- (2) 設置するチューブ、体内に植え込むカテーテル及びカテーテルアクセス等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (3) 抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル抜去の費用は「K 0 0 0」創傷処理の「1」筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満）で算定する。

K 6 1 2 末梢動静脈造設術

「1」については、穿刺することが困難な部位を走行する静脈を長さ15cm以上遊離して遠位端を切断し、穿刺することが可能な部位に転位して、断端を動脈と吻合して動脈瘻を造設した場合に算定する。

K 6 1 4 血管移植術、バイパス移植術

- (1) 「6」膝窩動脈は、膝関節より遠位側で下腿三分岐に至らない部分で行った場合をいう。
- (2) 大腿動脈閉塞症に対して自家血管を用いた動脈間バイパス造設術を行った場合は、「7」により算定する。
- (3) 同種血管を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。
- (4) 血管提供者の移植用血管採取及び組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- (5) 血管移植を行った保険医療機関と移植用血管採取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、血管移植を行った保険医療機関で行うものとし、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

K 6 1 5 血管塞栓術

- (1) 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
- (2) 「1」の止血術は、外傷等による動脈損傷が認められる患者に対し、血管塞栓術を行った場合に算定する。
- (3) カテーテルを肝動脈等に留置して造影C T等を行い、病変の個数及び分布を確認の上、肝細胞癌に対して区域枝より末梢枝において肝動脈等の動脈化学塞栓術を行った場合には、「2」により算定する。
- (4) 「2」の選択的動脈化学塞栓術の場合、動脈化学塞栓術を選択的に行った肝動脈等の部位を診療録に記載すること。
- (5) 「2」の選択的動脈化学塞栓術以外の場合であって、脳動脈畸形摘出術前及び肝切除術前の前処置としての血管塞栓術を行った場合には、「3」により算定する。

手術 - 45 -

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。

K 6 0 5-3 移植用心肺採取術

- (1) 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。
- (2) 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全て含まれる。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より算定する。
- (3) 心移植を行った保険医療機関と心臓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、心臓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。

K 6 0 5-4 同種心肺移植術

- (1) 同種心肺移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
- (2) 心臓移植を行った保険医療機関と心臓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、心臓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。

K 6 0 5-5 骨格筋由来細胞シート心表面移植術

- (1) 虚血性心疾患による重症心不全患者で、薬物治療や侵襲的治療を含む標準治療では効果不十分として関連学会の定める「ヒト（自己）骨格筋由来細胞シート」の使用要件等の基準について」に定めるハートチームによる適応判定が行われ、かつ、根治療法として心臓移植以外に治療手段がないと考えられる症例に対して、上記基準に従って実施された場合に限り算定できる。
- (2) 本技術に先立って行われる骨格筋由来細胞シートを調整するための骨格筋採取に係る技術については、区分番号「K 0 0 0」創傷処理又は区分番号「K 0 0 0-2」小児創傷処理（6歳未満）により算定する。

K 6 0 6 血管露出術

- (1) 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。
- (2) 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。

K 6 0 8 動脈塞栓除去術

動脈血栓除去術は、本区分により算定する。

K 6 0 9-2 経皮的頸動脈ステント留置術

経皮的頸動脈ステント留置術を行う場合は、総頸動脈又は内頸動脈にステントを留置した際の血栓の移動に対する予防的措置を同時に行うこと。

K 6 1 0-2 脳新生血管造成術

脳新生血管造成術は、もやもや病に対して、浅頭動脈及び側頭筋を硬膜に縫合することにより新生血管の造成を図った場合に算定する。

手術 - 44 -

- (6) 「2」の選択的動脈化学塞栓術以外の場合であって、多血性腫瘍又は動脈瘤畸形に対して、血管内塞栓材を用いて動脈塞栓術又は動脈化学塞栓術を行った場合は、本区分「3」を算定する。

K 6 1 5-2 経皮的大動脈遮断術

経皮的大動脈遮断術は、重度外傷等による腹腔内大量出血に対して、経皮的にバルーンカテーテルを挿入し大動脈の血行を遮断した場合に算定する。

K 6 1 6 四肢の血管拡張術・血栓除去術

膝窩動脈又はそれより末梢の動脈に対するステントの留置では、当該点数は算定できない。

K 6 1 6-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術

3か月に1回に限り算定する。

K 6 1 7 下肢静脈瘤手術

- (1) 大腿部から下腿部に及ぶ広範囲の静脈瘤に対してストリッピングを行った場合は、「1」により算定する。
- (2) 「2」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。

K 6 1 7-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術

所定の研修を修了した医師が実施した場合に限り算定し、一側につき1回に限り算定する。なお、当該手術に伴って実施される画像診断及び検査の費用は所定点数に含まれる。

K 6 1 7-5 内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術

- (1) 下腿の広範囲の皮膚に色素沈着、硬化、萎縮又は潰瘍を有しており、かつ、超音波検査等により、不全穿通枝が同定され、血液が逆流していることが確認されている患者について実施した場合であって、次のア又はイに該当する場合に一側につき1回のみ算定できる。
- ア 下肢静脈瘤手術（抜去切除術、硬化療法及び高位結紮術をいう。）、大伏在静脈抜去術又は下肢静脈瘤血管内焼灼術を実施したが、効果が不十分な患者に対して、当該手術を実施した場合
- イ 下肢静脈瘤手術（抜去切除術、硬化療法及び高位結紮術をいう。）、大伏在静脈抜去術又は下肢静脈瘤血管内焼灼術のみでは効果が不十分と予想される患者に対して、当該手術を下肢静脈瘤手術、大伏在静脈抜去術又は下肢静脈瘤血管内焼灼術と同時に実施した場合

- (2) 当該手術に伴って実施される画像診断及び検査の費用は所定点数に含まれる。

K 6 1 8 中心静脈注射用植込型カテーテル設置

- (1) 中心静脈注射用の皮下植込型カテーテルアクセスを設置した場合に算定できる。
- (2) 体内に植え込むカテーテル及びカテーテルアクセス等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (3) 中心静脈注射用植込型カテーテル抜去の際の費用は「K 0 0 0」創傷処理の「1」筋肉、臓器に達するもの（長径5センチメートル未満）で算定する。

K 6 2 0 下大静脈フィルター留置術

下大静脈フィルター留置術は、肺血栓塞栓症の患者又は肺血栓塞栓症を発症する危険性が高い患者に対して行った場合に算定する。

K 6 2 7 リンパ節群郭清術

手術 - 46 -

- 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。
- K 6 2 7－2 腹腔鏡下骨盤内リンパ節群郭清術
- 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。
- K 6 2 7－3 腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術
- (1) 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。
- (2) 原発性泌尿器がん(腎、副腎、尿管、膀胱、尿道、陰茎、精巣、前立腺等のがんをいう。)から骨盤内リンパ節群に転移したのに対して実施した場合に限り算定する。
- K 6 2 7－4 腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術
- (1) 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。
- (2) 原発性精巣がんから後腹膜リンパ節群に転移したのに対して実施した場合に限り算定する。

第9款 腹部

- K 6 3 5 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、治療上の必要があつて初回実施後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。
- K 6 3 5－3 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。
- K 6 3 6 試験開腹術
- 開腹術のみを行った時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。
- K 6 3 6－2 ダメージコントロール手術
- (1) ダメージコントロール手術とは、重度胸部、腹部又は骨盤部外傷患者に対する初回手術において、止血手術、損傷臓器等に対する処置、タールパッキング等を迅速に実施した後に、患者を一度集中治療室等に収容し、全身状態の改善を図り、二期的又は多期的手術により根治を図る段階的外科治療のことである。
- (2) 重度胸部、腹部又は骨盤部外傷に対してダメージコントロール手術を行った場合は原則として当初の1回に限り所定点数を算定し、2回目以降に行った手術については各区分に掲げる所定点数を算定する。ただし、2回目以降も当該手術を施行した場合は、当該所定点数を算定できる。
- K 6 3 6－3 腹腔鏡下試験開腹術
- 腹腔鏡による腹腔内の確認のみを行った時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。
- K 6 3 6－4 腹腔鏡下試験切除術

手術 - 47 -

- 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。
- K 6 5 5－3 十二指腸憩(内方)憩室摘出術
- 十二指腸憩(内方)に生じた憩室(多数)を後腹膜を開切し、大腸肝屈曲部を剥離して摘出する場合に算定する。
- K 6 5 6－2 腹腔鏡下胃縮小術(スリーブ状切除によるもの)
- (1) 6か月以上の内科的治療によっても十分な効果が得られないBMIが35以上の肥満症の患者であつて、糖尿病、高血圧症、脂質異常症又は閉塞性睡眠時無呼吸症候群のうち1つ以上を合併している患者に対して腹腔鏡下にスリーブ状胃切除術を実施した場合に限り算定する。
- (2) 実施するに当たっては、高血圧症、脂質異常症又は糖尿病の治療について5年以上の経験を有する常勤の医師(当該保険医療機関に配置されている医師に限る。)が治療の必要性を認めていること。
- (3) 長期継続的に生活習慣病の管理を行うため、患者の同意を得た上で治療計画を作成し、当該手術の副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、術後の継続的な治療を他の保険医療機関において行う場合は、術後の継続的な治療を担う他の保険医療機関へ当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供すること。また、手術前のBMI、手術前に行われた内科的管理の内容及び期間、手術の必要性等を診療報酬明細書の摘要欄及び診療録に記載すること。
- K 6 5 9 食道下部迷走神経切除術
- 十二指腸潰瘍に対して迷走神経切断術及び幽門形成術を併施した場合は、区分番号「K 6 6 4」胃瘻造設術の併施の有無にかかわらず、「3」により算定する。
- K 6 6 4 胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。)
- (1) 実施した胃瘻造設術の術式について、開腹による胃瘻造設術、経皮的内視鏡下胃瘻造設術又は腹腔鏡下胃瘻造設術のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、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の費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 当該療養を行う際には、胃瘻造設の必要性、管理の方法及び閉鎖の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。
- (3) 胃瘻造設後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、嚥下機能評価の結果、嚥下機能訓練等の必要性や実施すべき内容、嚥下調整食の内容(嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態や量の情報等を含む。)、患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。
- (4) 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において行われる場合は、所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。
- K 6 6 4－2 経皮経食道胃管挿入術(PTEG)
- (1) 経皮経食道胃管挿入術を実施した医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (2) 経皮経食道胃管挿入術(PTEG)で用いるカテーテル及びキットの費用は所定点数

手術 - 49 -

- 腹腔鏡による腹腔内の確認を行い、臓器・組織の一部を切除した時点で手術を中止した場合は、本区分により算定する。
- K 6 3 7－2 経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術
- 当該点数は初回実施に限り算定し、2回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「J 0 0 2」ドレーン法(ドレナージ)により算定する。
- K 6 4 7 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。
- K 6 5 3 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術
- (1) 短期間又は同一入院期間中において、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。
- (2) 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。
- (3) 「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開切し、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。
- (4) 内視鏡的胃、十二指腸ポリープ・粘膜切除術と同時に施行した内視鏡的止血術の手術料は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- K 6 5 3－3 内視鏡的食道及び胃内異物摘出術
- 内視鏡的食道及び胃内異物摘出術は、食道及び胃内の異物(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。
- K 6 5 3－4 内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法
- (1) 内視鏡的表在性胃悪性腫瘍光線力学療法は、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-OPOL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。
- (2) 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。
- K 6 5 3－5 内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術
- 短期間又は同一入院期間中において、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。
- K 6 5 4 内視鏡的消化管止血術
- (1) 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。
- (2) 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。
- K 6 5 4－3 腹腔鏡下胃局所切除術
- (1) 「1」は、経内視鏡的に高周波切除器を用いて病変の周囲に粘膜下層に達する切開線を設け、腹腔鏡下にこの切開線に沿って腫瘍を摘出した場合に算定する。
- (2) 「1」において、内視鏡に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- K 6 5 5 胃切除術、K 6 5 5－2 腹腔鏡下胃切除術、K 6 5 5－4 噴門側胃切除術、K 6 5 7 胃全摘術、K 6 5 7－2 腹腔鏡下胃全摘術

手術 - 48 -

- に含まれ別に算定できない。
- K 6 6 4－3 薬剤投与用胃瘻造設術
- (1) レボ多巴・カルビドパ水和物製剤を経胃瘻空腸投与する目的で胃瘻造設を行った場合に限り算定する。算定に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に経胃瘻空腸投与が必要な理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。なお、薬剤投与用胃瘻造設術で用いるカテーテル及びキットの費用は所定点数に含まれ別に算定できない。
- (2) 当該療養を行う際には、胃瘻造設の必要性、管理の方法及び閉鎖の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。
- K 6 6 5 胃瘻閉鎖術
- 外科的に造設された胃瘻について、開腹や腹腔鏡による操作等を伴う胃瘻閉鎖を行った場合に算定する。なお、胃瘻カテーテルを抜去し閉鎖した場合は算定できない。
- K 6 6 5－2 胃瘻抜去術
- 胃瘻カテーテルを抜去し、閉鎖した場合に算定する。
- K 6 6 8－2 バルーン閉塞下行性経静脈的塞栓術
- 胃静脈瘤出血又は出血リスクの高い胃静脈瘤に対して行った場合に算定する。
- K 6 7 0 胆嚢切開結石摘出術
- 胆嚢結石症に対して、胆嚢結石のみを摘出した場合に算定するものとする。
- K 6 7 2 胆嚢摘出術
- 胆嚢結石症及び腸間膜動脈性十二指腸閉塞症に対し、胆嚢摘出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20cmの部で側々吻合を行う。)を併施した場合は、区分番号「K 6 5 5」胃切除術の「1」に準じて算定する。
- K 6 7 4 総胆管拡張症手術
- 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、十二指腸腔頭吻合及び空腸吻合を同時に行った場合は、区分番号「K 6 5 7」胃全摘術の「2」に準じて算定する。
- K 6 7 7－2 肝門部胆管悪性腫瘍手術
- (1) 「1」は門脈又は肝動脈血行再建を併施した場合に算定する。
- (2) 肝切除を伴う肝外胆道悪性腫瘍切除術についても、本区分で算定する。
- K 6 7 8 体外衝撃波胆石破砕術
- (1) 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 胆嚢結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結石症又は肝内・総胆管内結石症
- (2) 「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、所定点数を1回に限り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。
- (3) 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、他の手術手術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。
- K 6 8 2－2 経皮的胆管ドレナージ術

手術 - 50 -

- (1) 当該手術は初回実施に限り算定し、2回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「J002」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。
- (2) 急性胆嚢炎に対して、経皮的胆嚢穿刺のみを行い、ドレーンを留置しなかった場合は、区分番号「J010-2」経皮的肝膿瘍等穿刺術により算定する。
- K682-3 内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ENBD）
- 当該手術は初回実施に限り算定し、2回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「J002」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。
- K682-4 超音波内視鏡下瘻孔形成術（腹腔内膿瘍に対するもの）
- 腹腔内の膿瘍形成に対し、コンベックス型超音波内視鏡を用いて瘻孔形成術を行った場合に算定する。この際の超音波検査及び内視鏡検査の費用は所定点数に含まれる。なお、脾仮性嚢胞、脾膿瘍、閉塞性黄疸又は骨盤腔内膿瘍に対し、コンベックス型超音波内視鏡を用いて瘻孔形成術を行った場合についても本区分で算定する。
- 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、初回手術後胆汁排泄不良を認め、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。
- K684-2 腹腔鏡下胆道閉鎖症手術
- 初回根治手術が適切に行われた患者であって、初回手術後胆汁排泄不良を認め、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 内視鏡的胆道結石除去術

- (1) 「1」の胆道砕石術を伴うものは、胆道鏡を用いT字管又は胆管外瘻孔を介し、若しくは内視鏡を用い経十二指腸的に、電気水圧衝撃波、超音波又は砕石用保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。
- (2) バスケットワイヤーカテーテルを用いて、砕石を行わず結石の摘出のみを行った場合は、「2」その他のもので算定する。
- (3) 短期間又は同一入院期間中において、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。
- (4) 短期間又は同一入院期間中において、区分番号「K687」内視鏡的乳頭切開術と区分番号「K685」内視鏡的胆道結石除去術を併せて行った場合は、主たるもののみにより算定する。
- (5) 「注」の加算については、術後再建腸管を有する患者に対して実施した場合のみ算定できる。
- K686 内視鏡的胆道拡張術
- 「注」の加算については、術後再建腸管を有する患者に対して実施した場合のみ算定できる。
- K687 内視鏡的乳頭切開術
- (1) 短期間又は同一入院期間中において、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。
- (2) 乳頭切開を行った後、経乳頭的に電気水圧衝撃波、超音波又は砕石用保持鉗子等により

手術 - 51 -

- 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、当該肝癌が、次の条件により、肝内に長さ5cm以下1個、又は長さ3cm以下3個以内である場合に限る。また、小児肝芽腫についても対象疾患に含むものとする。
- ア 肝癌の長さ及び個数については、病理結果ではなく、当該移植実施日から1月以内の術前画像を基に判定することを基本とする。
- イ 術前画像において肝癌と判定される結節性病変は、単純CTで撮影した画像において低吸収域として描出され、造影CTで撮影した画像の動脈相において高吸収域として、門脈相において低吸収域として描出されるものをいい、これを典型的な肝癌と判定する。なお、非典型的な肝癌の場合は、最新の科学的根拠に基づく肝癌診療ガイドライン作成に関する研究班「肝癌診療ガイドライン」に基づき、肝癌と診断された場合に限る。また、造影剤にアレルギーがあり造影CTが実施できない場合は、MRIで代用する。
- ウ 当該移植前に肝癌に対する治療を行った症例に関しては、当該治療を終了した日から3月以上経過後の移植前1月以内の術前画像を基に判定するものとする。なお、完全壊死に陥っている結節は、肝癌の個数には含まない。
- (2) 生体肝を移植する場合においては、日本移植学会が作成した「生体肝移植ガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。
- (3) 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全ての療養上の費用を所定点数により算出し、生体部分肝移植術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及び入院時生活療養費に係る生活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、肝提供者に食事療養標準負担額を求めることはできない。
- (4) 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より算定する。
- (5) 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。
- (6) 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。
- (7) 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）
- (1) 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。
- (2) 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

手術 - 53 -

- 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は、「2」により算定する。ただし、バスケットワイヤーカテーテルを用いて、砕石を行わず結石の摘出のみを行った場合は、「1」により算定する。
- (3) 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。
- (4) 短期間又は同一入院期間中において、区分番号「K685」内視鏡的胆道結石除去術と区分番号「K687」内視鏡的乳頭切開術を併せて行った場合は、主たるもののみにより算定する。
- (5) 内視鏡的乳頭拡張術を行った場合は、「1」により算定する。
- (6) 「注」の加算については、術後再建腸管を有する患者に対して実施した場合のみ算定できる。

- K688 内視鏡的胆道ステント留置術
- 「注」の加算については、術後再建腸管を有する患者に対して実施した場合のみ算定できる。
- K691-2 経皮的肝膿瘍ドレナージ術
- 当該点数は初回実施に限り算定し、2回目以降の処置に係るドレナージについては、区分番号「J002」ドレーン法（ドレナージ）により算定する。
- K695 肝切除術
- 尾状葉全切除は「6」の3区域切除以上のもので算定する。なお、単に、尾状葉の一部を切除するものについては、「1」の部分切除で算定する。
- K695-2 腹腔鏡下肝切除術
- 「3」、「4」、「5」及び「6」については、血行再建や胆道再建を伴うものは対象とされない。
- K697-2 肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）
- (1) 「1」及び「2」を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。
- (2) 区分番号「K697-3」肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法と併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。
- K697-3 肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）
- (1) 「1」及び「2」のそれぞれについて、「イ」及び「ロ」を併せて実施した場合には、主たるもののみ算定する。
- (2) 区分番号「K697-2」肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法と併せて行った場合には、主たるもののみ算定する。
- (3) ここでいう2センチメートルとは、ラジオ波による焼灼範囲ではなく、腫瘍の長径をいう。
- K697-5 生体部分肝移植術
- (1) 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（非代償期）に肝癌（転移性のものを除く。以下同じ。）

手術 - 52 -

- 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全て含まれる。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より算定する。
- (3) 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。
- (4) 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
- (1) 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。
- (2) 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。
- K699-2 体外衝撃波膵石破砕術
- (1) 「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。数日の間隔を置いて一連の治療過程にある数回の体外衝撃波膵石破砕術を行う場合は、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。
- (2) 体外衝撃波膵石破砕術によっては所期の目的が達成できず、内視鏡を用いた破砕膵石の除去以外の手術手技を実施した場合の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。
- K700-3 腹腔鏡下膵腫瘍摘出術
- 当該手術について十分な経験を有する医師により実施された場合に算定する。
- K702-2 腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術
- 当該手術について十分な経験を有する医師により実施された場合に算定する。なお、原則として周辺臓器及び尿管の合併切除を伴わないものに対して実施した場合に限り算定すること。
- K703-2 腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術
- 当該手術について十分な経験を有する医師により実施された場合に算定する。なお、原則として尿管の合併切除及びリンパ節郭清切除を伴わないものに対して実施した場合に限り算定すること。
- K709-2 移植用膵採取術（死体）
- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 移植用膵採取術（死体）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全て含まれる。ただし、膵採取を行う医師を派遣した

手術 - 54 -

	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より算定する。
(4)	脾移植を行った保険医療機関と脾移植に用いる健脾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、脾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。
K 7 0 9 - 3	同種死体脾移植術
(1)	同種死体脾移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
(2)	脾移植を行った保険医療機関と脾移植に用いる健脾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、脾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。
K 7 0 9 - 4	移植用脾腎採取術（死体）
(1)	移植用脾腎採取術（死体）の所定点数は、死体から同時に脾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。
(2)	死体脾腎には、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脾腎を含む。
(3)	移植用脾腎採取術（死体）の所定点数には、移植のための脾腎採取を行う際の採取前の採取対象脾腎の灌流、脾腎採取、採取脾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全て含まれる。ただし、脾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脾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より算定する。
(4)	脾腎移植を行った保険医療機関と脾腎移植に用いる健脾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、脾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。
K 7 0 9 - 5	同種死体脾腎移植術
(1)	同種死体脾腎移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
(2)	脾腎移植を行った保険医療機関と脾腎移植に用いる健脾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、脾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。
K 7 1 4	腸管癒着症手術
	腸閉塞症手術を行った場合は、その術式により腸管癒着症手術、区分番号「K 7 1 5」腸重複症修復術、区分番号「K 7 1 6」小腸切除術又は区分番号「K 7 1 9」結腸切除術等により算定する。
K 7 1 6 - 4	生体部分小腸移植術
(1)	対象症例は、短腸症候群又は機能的難治性小腸不全であって、経静脈栄養を必要とし、経静脈栄養の継続が困難なもの又は困難になることが予測されるものとする。
(2)	生体小腸を移植する場合においては、日本移植学会による「生体小腸移植実施指針」を遵守している場合に限り算定する。
(3)	生体小腸を移植する場合においては、小腸提供者から移植小腸を摘出することに係る全ての療養上の費用を所定点数により算出し、生体部分小腸移植術の所定点数に加算する。
	手術 - 55 -
	数に含まれ、別に算定できない。
K 7 2 1 - 4	早期悪性腫瘍大腸結膜下層剥離術
(1)	短期間又は同一入院期間中において、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。
(2)	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、結膜下層を剥離することにより、最大径が 2 cm 以上の早期癌又は最大径が 5 mm から 1 cm までの神経内分泌腫瘍に対して、病変を含む範囲を一括で切除した場合に算定する。ただし、線維化を伴う早期癌については、最大径が 2 cm 未満のものに対して実施した場合でも算定できる。
(3)	早期悪性腫瘍大腸結膜下層剥離術と同時に施行した内視鏡的止血術の手術料は所定点数に含まれ、別に算定できない。
K 7 2 2	小腸結腸内視鏡的止血術
(1)	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。
(2)	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。
K 7 2 5 - 2	腹腔鏡下腸癒、虫垂癒造設術
	腹腔鏡下逆流防止弁付加結腸癒造設術についても本区分で算定する。
K 7 2 6	人工肛門造設術
	区分番号「K 7 4 0」直腸切除・切除術の「4」を行った場合の人工肛門造設に係る腸管の切除等の手術料は、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。
K 7 2 6 - 2	腹腔鏡下人工肛門造設術
	区分番号「K 7 4 0 - 2」腹腔鏡下直腸切除・切除術の「3」を行った場合の人工肛門造設に係る腸管の切除等の手術料は、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。
K 7 2 9 - 2	多発性小腸閉鎖症手術
	当該手術は、先天性小腸閉鎖に対して 2 箇所以上の病変に対して行われる場合に限り算定する。
K 7 3 5 - 2	小腸・結腸狭窄部拡張術
	短期間又は同一入院期間中において、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。
K 7 3 5 - 5	腸管延長術
	腸管延長術は、短腸症候群の患者の拡張した残存小腸に対し、自動縫合器を用いて切端延長を行った場合に算定する。
K 7 3 6	人工肛門形成術
	人工肛門造設後における、人工肛門狭窄又は腸管断端の過不足により、改めてそれを拡張又は整形した場合は、本区分により算定する。
K 7 3 9	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。
K 7 4 0	直腸切除・切断術
(1)	「4」において、人工肛門造設に係る腸管の切除等の手術料は所定点数に含まれ、別に算定できない。
(2)	「注」の人工肛門造設加算については、医学的な必要性がある場合に一時的人工肛門造

	設を行った場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。
K 7 4 0 - 2	腹腔鏡下直腸切除・切断術
(1)	「3」において、人工肛門造設に係る腸管の切除等の手術料は所定点数に含まれ、別に算定できない。
(2)	「注」の人工肛門造設加算については、医学的な必要性がある場合に一時的人工肛門造設を行った場合に算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。
K 7 4 1 - 2	直腸瘤手術
	直腸瘤に対して、経體的又は経肛門的に行った場合に算定する。
K 7 4 2	直腸脱手術
(1)	「1」の「ロ」は、デロルメ法又はアルテマイヤー法により実施された場合に限り算定する。
(2)	区分番号「K 8 6 5」子宮脱手術及び区分番号「K 8 8 7 - 2」卵管結紮術を併せて行った場合は、「4」により算定する。
K 7 4 3	痔核手術（脱肛を含む。）
(1)	内痔核に対するミリガン・モーション手術により 1 か所又は 2 か所以上の手術を行った場合は、「4」により算定する。
(2)	ホワイトヘッド手術は、「4」により算定する。
(3)	自動吻合器を用いて痔核手術を行った場合は、本区分の「6」により算定する。ただし、自動吻合器等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
K 7 4 3 - 2	肛門括約筋切開術
	本手術は、結腸又は直腸の拡張を伴う慢性便秘症に対して、肛門括約筋切開術を行った場合に算定する。
K 7 4 3 - 5	モルガニー氏洞及び肛門管切開術、K 7 4 3 - 6 肛門部皮膚剥離切除術
	肛門掻痒症に対し種々の原因治療を施しても治癒しない場合において、本手術を行った場合に算定する。
第 10 款	尿路系・副腎
K 7 5 4 - 2	腹腔鏡下副腎摘出術
	腹腔鏡下副腎摘出術の対象疾患は、良性副腎腫瘍とする。
K 7 5 4 - 3	腹腔鏡下小切開副腎摘出術
	腹腔鏡下小切開副腎摘出術の対象疾患は、良性副腎腫瘍とする。
K 7 6 2	腎固定術
	遊走腎兼移動性盲腸に対して、必要があつて腸固定術、腎固定術を行った際に一度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。
K 7 6 4	経皮的尿路結石除去術
	経皮的尿路結石除去術は、腎結石症又は尿管結石症に対して、経皮的に腎嚢を造設した後、腎嚢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を用いて結石を摘出した場合に算定する。

K 7 6 8	体外衝撃波腎・尿管結石破砕術
(1)	「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。数日の間隔を置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。
(2)	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。
K 7 6 9	腎部分切除術
	残腎結核に対して、腎空洞切開術及び腎盂尿管移行部形成術を併施した場合は、区分番号「K 7 8 9」尿管膀胱吻合術に準じて算定する。
K 7 7 3-4	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）
	腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）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。
K 7 7 3-5	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
	原発病巣が7センチメートル以下であり転移病巣のない腎悪性腫瘍に対して、腎部分切除を行った場合に限り算定する。
K 7 7 5	経皮的腎（腎盂）瘻造設術
	手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。
K 7 7 9	移植用腎採取術（生体）
	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。なお、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こと。
K 7 7 9-2	移植用腎採取術（死体）
(1)	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。
(2)	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。
(3)	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全て含まれる。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より算定する。
(4)	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。
K 7 7 9-3	腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）
	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

手術 - 59 -

	が特定できない肉眼的血尿に対し、腎盂尿管鏡を用いて出血部位を特定し、Ho-YAG レーザー等を用いて、止血を行った場合に算定する。なお、内視鏡検査及び使用するレーザー等に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
K 7 8 3	経尿道的尿管狭窄拡張術、K 7 8 3-2 経尿道的尿管ステント留置術、K 7 8 3-3 経尿道的尿管ステント抜去術、K 7 8 5 経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術、K 7 9 4-2 経尿道的尿管瘤切除術、K 7 9 8 膀胱結石、異物摘出術の「1」、K 7 9 8-2 経尿道的尿管癌血除手術（バスケットワイヤーカテーテル使用）、K 8 0 0-2 経尿道的電気凝固術、K 8 0 3 膀胱悪性腫瘍手術の「6」、K 8 1 7 尿道悪性腫瘍摘出術の「2」
K 7 8 3-2	経尿道的尿管ステント留置術、K 7 8 3-3 経尿道的尿管ステント抜去術
区分番号「K 7 8 3-2」	経尿道的尿管ステント留置術と区分番号「K 7 8 3-3」経尿道的尿管ステント抜去術を併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。
K 8 0 2-2	膀胱脱手術
	「1」については、メッシュを使用した場合に算定する。
K 8 0 3	膀胱悪性腫瘍手術
	「注」の狭帯域光強調加算は、上皮内癌（C I S）の患者に対し、手術中に切除範囲の決定を目的に実施した場合に限り算定する。
K 8 0 5-2	膀胱皮膚瘻造設術
	穿刺によらず、膀胱と皮膚とを縫合することで膀胱皮膚瘻を造設した場合に算定する。
K 8 0 5-3	導尿管造設術
	腸管を用いて膀胱からの導尿管を造設した場合に算定する。
K 8 0 9-3	腹腔鏡下膀胱内手術
	膀胱尿管逆流症又は巨大尿管症に対して行われたものに対して算定する。
K 8 2 1	尿道狭窄内視鏡手術
	内視鏡検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
K 8 2 1-3	尿道ステント前立腺部尿道拡張術
	全身状態が不良のため、区分番号「K 8 4 0」前立腺被膜下摘出術又は区分番号「K 8 4 1」経尿道的前立腺手術を実施できない患者に対して、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。
K 8 2 3	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、別に算定できない。
K 8 2 3-2	尿失禁又は膀胱尿管逆流現象カラーゲン注入手術
(1)	注入に用いるカラーゲン、皮内反応用のカラーゲン、注入針、膀胱鏡等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
(2)	本手術の対象疾患は、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症とする。
(3)	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。
K 8 2 3-3	膀胱尿管逆流症手術（治療用注入材によるもの）
	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。

手術 - 61 -

に委ねる。なお、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こと。

K 7 8 0	同種死体腎移植術
(1)	同種死体腎移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
(2)	移植の対象となる死体腎には、臓器の移植に関する法律に規定する脳死体の腎を含む。
(3)	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。
(4)	「注1」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全て含まれる。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より算定する。
K 7 8 0-2	生体腎移植術
(1)	対象疾患は、末期慢性腎不全である。
(2)	生体腎を移植する場合においては、日本移植学会が作成した「生体腎移植ガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。
(3)	生体腎を移植する場合においては腎提供者から移植腎を摘出することに係る全ての療養上の費用を所定点数により算出し、生体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及び入院時生活療養費に係る生活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係る標準負担額を求めることはできない。
(4)	生体腎移植術の所定点数には、灌流の費用が含まれる。
(5)	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。なお、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こと。
K 7 8 1	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、超音波又はレーザー等により結石を破砕し、バスケットワイヤーカテーテル等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を用いて、砕石を行わず結石の摘出のみを行った場合は、区分番号「K 7 9 8」膀胱結石、異物摘出術の「1」に準じて算定する。
K 7 8 1-3	経尿道的腎盂尿管凝固止血術
	経尿道的腎盂尿管凝固止血術は、画像診断、血液学的検査、尿細胞診検査によっても原因

手術 - 60 -

第11 款 性器

K 8 2 8-2	陰茎持続勃起症手術
	陰茎背静脈、尿道海绵体、大伏在静脈又は体外静脈系と陰茎海绵体のシャント術を行った場合には、「2」により算定する。
K 8 3 4-2	腹腔鏡下内精巣静脈結紮術
	腹腔鏡下精索静脈瘤手術は本区分で算定する。
K 8 4 1-2	経尿道的レーザー前立腺切除術
(1)	経尿道的レーザー前立腺切除術は、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場合は算定できない。
(2)	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。
K 8 4 1-3	経尿道的前立腺高温治療
(1)	本手術は、前立腺肥大組織を45℃以上で加熱するものをいう。
(2)	本手術の所定点数には、使用される機器等の費用が含まれ、別に算定できない。
(3)	所期の目的を達するために複数回実施した場合であっても、一連として算定する。
K 8 4 1-4	焦点式高エネルギー超音波療法
(1)	前立腺肥大症に対して行われた場合に限り算定する。
(2)	本手術の所定点数には、使用される機器等の費用が含まれ、別に算定できない。
(3)	前立腺肥大症の治療のために行われる当該手術については、一連の手術につき1回に限り算定するものとし、治療終了後、医師が治療の必要性を認めた場合には算定できる。
K 8 4 1-5	経尿道的前立腺核摘術
	経尿道的前立腺核摘術は、電解質溶液を灌流液として用いて、前立腺核摘出用電極により、経尿道的に前立腺腺腫を核出した場合に算定する。
K 8 5 4	腔式子宮旁結合嚢炎（嚢瘍）切開術
	子宮旁結合嚢炎（嚢瘍）切開排膿の第2回以後の洗浄処置については、区分番号「J 0 6 6」尿道拡張法により算定する。
K 8 6 5	子宮脱手術
(1)	腔壁縫合術の費用は本区分の所定点数に含まれ、別に算定できない。
(2)	区分番号「K 8 5 2」腔壁裂創縫合術（分娩時を除く。）及び区分番号「K 8 7 7」子宮全摘術を併施した場合は、それぞれの所定点数を別に算定する。
	ただし、区分番号「K 8 5 2」腔壁裂創縫合術（分娩時を除く。）と区分番号「K 8 7 2」子宮筋腫摘出（核出）術の「2」を併施した場合は、区分番号「K 8 7 2」子宮筋腫摘出（核出）術の「2」の所定点数のみにより算定する。
K 8 6 7-2	子宮腔部摩爛等子宮腔部乱切除術
	子宮腔部摩爛（ナボット胞のあるもの）等の場合に、子宮腔部の乱切除術を行う場合に算定する。
K 8 7 2-5	子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法
	子宮頸部初期癌又は異形成光線力学療法は、ボルトイ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-OPPOレーザーを使用した場合など、

手術 - 62 -

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 腹腔鏡下腔式子宮全摘術
腹腔鏡下腔式子宮全摘術の対象疾患は、良性子宮疾患とする。

Ｋ８７９－２ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術
（１） 子宮体がんに対するものについては、日本産科婦人科学会、日本病理学会、日本医学放射線学会及び日本放射線腫瘍学会が定める「子宮体癌取り扱い規約」におけるⅠＡ期の子宮体がんに対して実施した場合に算定し、傍大動脈リンパ節郭清を実施した場合は、算定できない。
（２） 子宮体がんに対するものについては、ⅠＡ期の術前診断により当該手術を行おうとしたが、術中所見でⅠＢ期以降であったため、開腹手術を実施した場合は、区分番号「Ｋ８７９」子宮悪性腫瘍手術を算定する。
（３） 子宮頸がんに対するものについては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守し、実施すること。

Ｋ８８５－２ 経皮的卵巣嚢腫内容排除術
経皮的卵巣嚢腫内容排除術は、単房性の卵巣嚢腫を呈した１歳未満の患者に対して実施した場合に限り算定する。

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
（１） 「１」緊急帝王切開は、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、「２」選択帝王切開を予定していた場合であっても、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」により算定する。
（２） 「注」に規定する「複雑な場合」とは以下に掲げるものをいう。
ア 前置胎盤の合併を認める場合
イ 32週未満の早産の場合
ウ 胎児機能不全を認める場合
エ 常位胎盤早期剥離を認める場合
オ 開腹歴（腹腔・骨盤腔内手術の既往をいう。）のある妊婦に対して実施する場合
カ 多胎の場合

Ｋ９０１ 子宮双手圧迫術（大動脈圧迫術を含む。）
子宮双手圧迫術を実施した後、子宮用止血バルーンカテーテルを用いた止血を実施した場合は主たるもののみ算定する。

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

手術 - 63 -

できない。

Ｋ９１５ 生体臓器提供管理料
（１） 生体臓器提供管理料の所定点数には、採取対象臓器の評価や生体から臓器を採取する際の術中全身管理をはじめとする臓器提供者の安全管理等に係る費用が含まれる。
（２） 生体臓器提供管理料の所定点数は、移植を行った保険医療機関において算定する。
（３） 生体臓器提供管理料は、区分番号「Ｋ５１４－６」生体部分肺移植術、区分番号「Ｋ６９７－５」生体部分肝移植術、区分番号「Ｋ７１６－４」生体部分小腸移植術又は区分番号「Ｋ７８０－２」生体腎移植術が算定できる場合に限り算定する。
（４） 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、生体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。
（５） 生体臓器提供管理料について、「通則８」、「通則１０」、「通則１１」及び「通則１２」の加算は適用できない。

第2節 輸血料

Ｋ９２０ 輸血
（１） 自家採血輸血、保存血液輸血、自己血輸血及び希釈式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。
（２） 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回目はそれ以外の輸血をいう。
（３） 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。
（４） 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。
（５） 自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手術料は、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、区分番号「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。
（６） 同種造血幹細胞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、造血幹細胞提供者のリンパ球を採取・輸注した場合は、「１」により算定する。またこの際、自家製造したリンパ球を使用した場合には、（５）の規定に基づき、原材料として用いた血液の量に従い算定する。
（７） 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。
（８） 血小板濃厚液の注入は、「２」により算定する。なお、血漿成分製剤（新鮮凍状血漿、

手術 - 65 -

（１） 流産手術は原則として、あらかじめ頭頸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により算定する。
（２） 人工妊娠中絶のために必要があつて、区分番号「Ｋ８９８」帝王切開術、区分番号「Ｋ８７７」子宮全摘術又は区分番号「Ｋ８７６」子宮腔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。
（３） 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。

Ｋ９１０－２ 内視鏡的胎盤吻合血管管レーザー焼灼術
内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術は双胎間輸血症候群と診断された患者に対し、双胎間輸血症候群の十分な経験を有する医師の下で行われた場合に算定する。

Ｋ９１０－３ 胎児胸腔・羊水腔シャント術
胎児胸腔・羊水腔シャント術は、胎児胸水に対し、胎児胸水排出用シャントを用いて胸水を羊水腔に持続的に排出した場合に、一連につき１回に限り算定する。なお、使用した胎児胸水排出用シャントの費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｋ９１２ 異所性妊娠手術
外妊破裂を起こさなかった場合であっても算定できる。

Ｋ９１３ 新生児仮死蘇生術
新生児仮死蘇生術は、「通則７」の極低出生体重児又は新生児加算を算定できる。

Ｋ９１３－２ 性腺摘出術
停留精巣又は性分化異常症等による性腺等を摘出した場合に算定する。

第12款 削除

第13款 臓器提供管理料

Ｋ９１４ 脳死臓器提供管理料
（１） 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。
（２） 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及び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。
（３） 脳死臓器提供管理料は、区分番号「Ｋ５１４－４」同種死体肺移植術、区分番号「Ｋ６０５－２」同種心移植術、区分番号「Ｋ６０５－４」同種心肺移植術、区分番号「Ｋ６９７－７」同種死体肝移植術、区分番号「Ｋ７０９－３」同種死体脾移植術、区分番号「Ｋ７０９－５」同種死体膵腎移植術、区分番号「Ｋ７１６－６」同種死体小腸移植術又は区分番号「Ｋ７８０」同種死体腎移植術が算定できる場合に限り、算定する。
（４） 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。
（５） 脳死臓器提供管理料について、「通則１０」、「通則１１」及び「通則１２」の加算は適用

手術 - 64 -

新鮮凍結血漿等）は注射の部において取り扱われる。

（９） 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。

（10） 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。

（11） 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、使用しなかった自己血については、算定できない。

（12） 希釈式自己血輸血は、当該保険医療機関において手術を行う際、麻酔導入後から執刀までの間に自己血の採血を行った後に、採血量に見合った量の代用血漿の輸液を行い、手術時予め採血しておいた自己血を輸血した場合に算定できる。

（13） 希釈式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、使用しなかった自己血については、算定できない。

（14） 患者への説明
ア 「注１」に規定する説明とは、別紙様式26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、輸血の反复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。

（15） 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」の一部改正について」（平成26年11月12日薬食発1112第12号）及び「「血液製剤の使用指針」の改定について」（平成29年3月31日薬生発0331第15号）を遵守するよう努めるものとする。

（16） 「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。

（17） 「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週以上にわたりに行われるものである。

（18） 「注７」の加算を算定できる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つて、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

手術 - 66 -

	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。
(19)	「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。
(20)	「注8」のコンピュータクロスマッチ加算は、「輸血療法の実施に関する指針」（改訂版）（平成26年11月）を遵守してコンピュータクロスマッチを実施した場合に算定する。
(21)	「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抗体定性・定量、HIV-1抗体、HIV-1,2抗体定性、HIV-1,2抗体半定量、HIV-1,2抗体定量、HIV-1,2抗原・抗体同時測定定性、HIV-1,2抗原・抗体同時測定定量、HTLV-I抗体、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。
(22)	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。なお、自己血の採血に伴うエリスロポエチンに係る第2章第6部第1節第1款注射実施料については、自己血貯血の所定点数とは別に算定する。
(23)	「注12」に規定する血小板洗浄術加算は、血液・造血器疾患において、副作用の発生防止を目的として、血小板濃厚液を置換液等で洗浄操作した上で血漿成分を除去し輸血を行った場合に算定する。
	血小板洗浄術の実施に当たっては関係学会の定めるガイドラインを遵守すること。
K920-2	輸血管理料
(1)	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。
(2)	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	造血幹細胞採取
	区分番号「K921」造血幹細胞採取の自家移植を行う場合は、区分番号「K922」造血幹細胞移植を行わなかった場合においても算定できる。また、区分番号「K921」造血幹細胞採取の同種移植を行う場合は、区分番号「K922」造血幹細胞移植の同種移植を算定した場合に限り算定できる。
	なお、骨髄の採取に係る当該骨髄穿刺を行った場合は、区分番号「D404」骨髄穿刺及び区分番号「J011」骨髄穿刺の所定点数を別に算定できない。
K922	造血幹細胞移植
(1)	造血幹細胞移植の所定点数には、造血幹細胞移植に関連して実施した造血幹細胞移植者の造血幹細胞採取、組織適合性試験及び骨髄造血幹細胞測定費用が含まれる。
(2)	同種移植とは、ヒト組織適合性抗原が概ね一致する提供者の造血幹細胞を移植する場合をいう。また、同種移植を行う場合においては、造血幹細胞提供者から造血幹細胞を採取することに係る全ての費用をこの表に掲げる所定点数により算定し、造血幹細胞移植の所

手術 - 67 -

	9」、「K142」から「K142-3」まで、「K142-5」から「K142-7」、「K151-2」、「K154」、「K154-2」、「K159」、「K160-2」、「K169」、「K170」、「K172」、「K175」から「K178-3」まで、「K181」、「K183」から「K190-2」まで、「K191」、「K192」、「K457」、「K458」、「K560」、「K560-2」、「K609」及び「K609-2」に掲げる手術をいう。なお、これらの項目の所定点数を準用する手術については加算を行わない。
(3)	「2」に規定する甲状腺又は副甲状腺の手術とは区分番号「K462」から「K463-2」及び「K465」に掲げる手術をいう。なお、これらの項目の所定点数を準用する手術については加算を行わない。
K931	超音波凝固切開装置等加算
(1)	ベッセルシーリングシステムについては、本区分により加算する。
(2)	「注」に規定する「悪性腫瘍に係る手術」とは、「K031」、「K053」、「K374」、「K376」、「K379-2」、「K394」、「K395」、「K463」、「K463-2」、「K465」、「K476」の「4」、「K476」の「6」、「K476」の「9」、「K484」、「K484-2」、「K502」、「K502-4」、「K504」、「K511」、「K514」、「K514-3」から「K514-6」まで、「K522-3」、「K527」、「K529」、「K531」、「K552」から「K552-2」まで、「K643」、「K645」、「K655」の「2」、「K655-4」の「2」、「K657」の「2」、「K675」、「K677」、「K677-2」、「K695」、「K697-4」から「K697-7」まで、「K702」から「K704」まで、「K709-2」から「K709-5」まで、「K716」、「K719」の「2」、「K719」の「3」、「K719-5」、「K740」、「K748」、「K756」、「K773」、「K779」、「K779-2」、「K780」、「K780-2」、「K801」の「1」、「K803」、「K817」の「3」、「K843」、「K843-4」、「K850」、「K857」、「K879」及び「K889」に掲げる手術をいう。
(3)	区分番号「K716」小腸切除術の「1」、区分番号「K719」結腸切除術の「2」及び区分番号「K719-5」全結腸・直腸切除糞肛吻合術については、クローン病又は潰瘍性大腸炎の再手術に対して超音波凝固切開装置等を用いた場合に限り算定する。
K932	創外固定器加算
	区分番号「K046」骨折観血的手術及び「K073」関節内骨折観血的手術については、開放骨折、関節内骨折又は粉碎骨折に対して創外固定器を用いた場合、区分番号「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、区分番号「K076」観血的関節授動術については、外傷又は変性疾患等により拘縮となった関節に対して創外固定器を用いた場合、区分番号「K125」骨盤骨折観血的手術（腸骨翼骨折を除く。）については骨盤骨折（腸骨翼骨折を除く。）について創外固定器を用いた場合、区分番号「K180」の3）頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うもの）については頭蓋縫合早期癒合症等の頭蓋骨変形の患者に対して骨延長術を行う際に創外固定器を用いた場合、区分番号「K443」上顎骨形成術については外傷後の上顎後位位癒着、上顎骨発育不全症又は症候群性頭蓋縫合早期癒合症等の先天異常に対しLe Fort I、II又はIII型骨切離による移動を創外

手術 - 69 -

	定点数に加算する。
(3)	同種移植の所定点数は、適合する造血幹細胞提供者の情報検索連絡調整に係る費用やコーディネート中断後の再ドナー候補者に対する追加確認検査（HLA検査等）といった安全管理の追加費用等、造血幹細胞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。
(4)	臍帯血移植の所定点数は、臍帯血のHLA検査等の安全性確認試験の実施を含めた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。
(5)	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、自家骨髄移植、自家末梢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。
(6)	同種移植の請求に当たっては、造血幹細胞移植者の診療報酬明細書の摘要欄に造血幹細胞提供者の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、造血幹細胞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。
(7)	造血幹細胞採取（臍帯血移植を除く。）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造血幹細胞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より算定する。
(8)	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。
(9)	造血幹細胞採取（臍帯血移植を除く。）を行った医療機関と造血幹細胞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、造血幹細胞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。
K923	術中術後自己血回収術

(1)	開心術及び大血管手術で出血量が600mL以上（ただし、12歳未満の患者においては10mL/kg）の場合並びにその他無菌的手術で出血量が600mL以上（ただし、12歳未満の患者においては10mL/kg）の場合（外傷及び悪性腫瘍の手術を除く。ただし、外傷のうち骨盤骨折、大腿骨骨折等の閉鎖骨折に対する手術においては算定できる。）に、術中術後自己血回収術を算定する。
(2)	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。
(3)	「1」については、術中術後自己血回収セットを用いて血液の濃縮及び洗浄を行った場合に算定する。
(4)	「2」については、術中術後自己血回収セットを用いて血液の濾過を行った場合に算定する。

第3節 手術医療機器等加算

K930	脊髄誘発電位測定等加算
(1)	神経モニタリングについては、本区分により加算する。
(2)	「1」に規定する脳、脊椎、脊髄又は大動脈瘤の手術とは、区分番号「K116」から「K118」まで、「K122」から「K136」まで、「K138」、「K13

手術 - 68 -

	固定器により行う場合に算定する。
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。
K934-2	副鼻腔手術用骨軟部組織切除除機器加算
(1)	区分番号「K934」副鼻腔手術用内視鏡加算と併せて算定できる。
(2)	両側に使用した場合であっても一連として所定点数は1回に限り算定する。
K936	自動縫合器加算
(1)	区分番号「K674」、「K674-2」、「K675」の「2」から「K675」の「5」まで、「K677」、「K677-2」、「K680」、「K696」、「K705」及び「K706」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、2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。
(2)	区分番号「K524-2」、「K654-3」の「2」、「K655」、「K662-2」、「K695」の「4」から「K695」の「7」まで、「K695-2」の「4」から「6」、「K700-2」、「K700-3」、「K711-2」、「K716」、「716-2」、「K732」の「2」、「K739」及び「K739-3」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、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。
(3)	区分番号「488-4」、「K522-3」、「K525」、「K529」の「3」、「K531」、「K655-4」、「K655-5」、「K657-2」、「K700」、「K702」から「K703-2」まで、「K719」から「K719-3」まで、「K735」、「K735-3」、「K740」及び「K740-2」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、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。
(4)	区分番号「K655-2」、「K657」、「K803」から「K803-3」及び「K817」の「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、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。
(5)	区分番号「K511」、「K513」、「K514」、「K514-2」の「1」、「K514-2」の「3」、「K529」の「1」、「K529」の「2」、「K529-2」及び「K656-2」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。
(6)	区分番号「K514-2」の「2」及び「K735-5」に掲げる手術にあたって自動縫合器を使用した場合は、8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。
(7)	区分番号「K552」、「K552-2」、「K554」、「K555」、「K557」、「K557-2」、「K557-3」、「K560」及び「K594」の「3」に掲げる手術に当たって左心閉塞用クリップを使用した場合は、1個を限度として本区分の所定点数を算定する。
K936-2	自動吻合器加算
	区分番号「K655-4」、「K655-5」、「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

手術 - 70 -

	（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。 Ｋ９３７－２ 術中グラフ血流測定加算 冠動脈血行再建術、四肢の血管移植術又はバイパス移植術に当たって超音波トランジットタイム法又は高解像度心臓超音波法により、グラフトの血流を術中に測定した場合に算定する。 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回のみ算定する。 Ｋ９３９ 画像等手術支援加算 （１）画像等手術支援加算は、当該技術の補助により手術が行われた場合に算定するものであり、当該技術が用いられた場合であっても、手術が行われなかった場合は算定できない。 （２）ナビゲーションによるものとは、手術前又は手術中に得た画像を３次元に構築し、手術の過程において、３次元画像と術野の位置関係をリアルタイムにコンピューター上で処理することで、手術を補助する目的で用いることをいう。 （３）実物大臓器立体モデルによるものとは、手術前に得た画像等により作成された実物大臓器立体モデルを、手術を補助する目的で用いることをいう。 （４）患者適合型手術支援ガイドによるものとは、手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型手術支援ガイドとして事業承認を得ている医療機器を、人工関節置換術又は再置換術を補助する目的で用いることをいう。 Ｋ９３９－２ 術中血管等描出撮影加算 術中血管等描出撮影加算は脳神経外科手術、冠動脈血行再建術又は区分番号「Ｋ８０３」膀胱悪性腫瘍手術の「６」においてインドシアニングリーン又はアミノレブリン酸塩酸塩を用いて、蛍光測定等により血管や腫瘍等を確認した際又は手術において消化管の血流を確認した際に算定する。なお、単にＸ線用、超音波用又はＭＲＩ用の造影剤を用いたのみでは算定できない。 Ｋ９３９－３ 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算 人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算は、人工肛門等造設後の合併症等の予防のため、術前の画像診断や触診等により、腹直筋の位置を確認した上で、適切な造設部位に術前に印をつけるなどの処置を行うことをいい、人工肛門又は人工膀胱のケアに従事した経験を５年以上有する看護師等であって、人工肛門又は人工膀胱のケアにかかる適切な研修を修了したものが、手術を実施する医師とともに、術前に実施した場合に算定すること。 Ｋ９３９－５ 胃瘻造設時嚥下機能評価加算 （１）胃瘻造設前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能評価による嚥下機能評価を実施し、その結果に基づき、当該保険医療機関に配置されている医師が胃瘻造設の必要性、今後の摂食機能療法必要性及び方法、胃瘻除去又は閉鎖の可能性等について患者又はその家族等に十分に説明及び相談を行った上で胃瘻造設術を実施した場合に算定する。 （２）内視鏡下嚥下機能評価による嚥下機能評価を実施する場合（他の保険医療機関で内視鏡下嚥下機能評価を実施する場合を含む。）は、関連学会等が実施する所定の研修を修了した者が実施すること。 （３）他の保険医療機関において嚥下造影による嚥下機能評価を実施した場合又は内視鏡下嚥下機能検査（関連学会等が実施する所定の研修を修了した者が実施する場合に限る。）による嚥下機能評価を実施した場合は、当該評価を実施した保険医療機関において、その結果を患者又はその家族等に十分に説明するとともに、胃瘻造設術を実施する保険医療機関に情報提供すること。また、胃瘻造設術を実施する保険医療機関と嚥下機能評価を実施した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求は、胃瘻造設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。 （４）嚥下機能評価の結果及び患者又はその家族等に対する説明の要点を診療録に記載すること。 （５）嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 （６）当該加算を算定した場合であっても、区分番号「Ｅ００３」の「７」嚥下造影及び区分番号「Ｄ２９８－２」内視鏡下嚥下機能検査は別に算定できる。 （７）別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において実施される場合は、所定点数の１００分の８０に相当する点数により算定する。 Ｋ９３９－６ 凍結保存同種組織加算 （１）区分番号「Ｋ５５５」、「Ｋ５５５－３」、「Ｋ５５７」、「Ｋ５５７－４」、「Ｋ５５８」、「Ｋ５６０」、「Ｋ５６６」、「Ｋ５６７」、「Ｋ５７０」、「Ｋ５８０」から「Ｋ５８７」まで、「Ｋ６１４」、「Ｋ６２３」、「Ｋ６４２」、「Ｋ６４３」、「Ｋ６７５」の「２」から「５」まで、「Ｋ６７７－２」、「Ｋ６９５」、「Ｋ６９７－５」、「Ｋ６９７－７」、「Ｋ７０２」の「４」、「Ｋ７０３」の「４」及び「Ｋ７０４」に掲げる手術に当たって、凍結保存された同種組織である心臓弁又は血管を用いた場合に限り算定する。 （２）日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守した場合に限り算定する。 （３）組織適合性試験及び同種組織を採取及び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算定できない。 （４）日本組織移植学会が認定した組織バンクにおいて適切に採取、加工及び保存された非生体の同種組織である、生体弁又は血管を使用した場合に限り算定できる。なお、組織移植を行った保険医療機関と組織移植に用いた組織を採取等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、組織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。 Ｋ９３９－７ レーザー機器加算 レーザー機器加算は、口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散が可能なものとして保険適用されている機器を使用して「注２」から「注４」までに掲げる手術を行った場合に算定する。なお、通則１４に規定する「同一手術野又は同一病巣につき、２以上の手術を同時に行った場合」に該当しない２以上の手術を算定した場合はそれぞれの手術において算定する。
手術 - 71 -	手術 - 72 -

麻酔 - 1 -

第11部 麻酔

<通則>

- 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。
- 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、区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の場合は、区分番号「Ｊ０２４」酸素吸入及び区分番号「Ｊ０４５」人工呼吸は算定できない。
- 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、麻酔の手術料は検査料、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。
- 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。
- 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全ての薬剤料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。
- 「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。
- 「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。
- 「通則２」の未熟児加算は、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。
- 「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、次に掲げるもの他、初診料の時間外加算等と同様である。なお、区分番号「Ａ０００」の「注９」又は区分番号「Ａ００１」の「注７」に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診又は再診において実施された麻酔については算定できない。
- 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。
- 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、その都度当局に内識し、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

- 迷もう麻酔とは、吸入麻酔であって、実施時間が１０分未満のものをいう。なお、迷もう麻酔の実施時間は、麻酔薬の吸入を最初にを行った時間を開始時間とし、検査、画像診断、処置又は手術が終了した時点を終了時間とする。
- ガス麻酔器を使用する１０分未満の麻酔は、本区分により算定する。なお、ガス麻酔器を使用する麻酔の実施時間は、麻酔器を患者に接続した時間を開始時間とし、当該麻酔器から離脱した時間を終了時間とする。

Ｌ００１－２ 静脈麻酔

- 静脈麻酔とは、静脈注射用麻酔剤を用いた全身麻酔であり、意識消失を伴うものをいう。
- 「１」は、静脈麻酔の実施の下、検査、画像診断、処置又は手術が行われた場合であって、麻酔の実施時間が１０分未満の場合に算定する。
- 「２」及び「３」は、静脈注射用麻酔剤を用いた全身麻酔を１０分以上行った場合であって、区分番号「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔以外の静脈麻酔が行われた場合に算定する。ただし、安全性の観点から、呼吸抑制等が起きた場合等には速やかにマスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔に移行できる十分な準備を行った上で、医療機器等を用いて十分な監視下で行わなければならない。
- 「３」に規定する複雑な場合は、常勤の麻酔科医が専従で当該麻酔を実施した場合をいう。
- 静脈麻酔の実施時間は、静脈注射用麻酔剤を最初に投与した時間を開始時間とし、当該検査、画像診断、処置又は手術が終了した時間を終了時間とする。
- 「注１」における所定点数とは、「注２」における加算点数を合算した点数をいう。

Ｌ００２ 硬膜外麻酔

- 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。
- 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。

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 脊髄麻酔

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

（１）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。

（２）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。

L 0 0 7 開放点滴式全身麻酔

ガス麻酔器を使用する 10 分以上 20 分未満の麻酔は、本区分により算定する。なお、ガス麻酔器を使用する麻酔の実施時間は、麻酔器に接続した時間を開始時間とし、当該麻酔器から離脱した時間を終了時間とする。

L 0 0 8 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

- (1) ガス麻酔器を使用する閉鎖式・半閉鎖式等の全身麻酔を 20 分以上実施した場合は、本区分により算定する。
- (2) 静脈注射用麻酔剤を用いて全身麻酔を実施した場合であって、マスク又は気管内挿管による酸素吸入又は酸素・重酸化窒素混合ガス吸入と併用する場合は、20 分以上実施した場合は、本区分により算定する。
- (3) 本区分の全身麻酔の実施時間は、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する。なお、これ以外の観察等の時間は実施時間に含めない。
- (4) 麻酔が困難な患者とは、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 心不全 (NYHA Ⅲ度以上のものに限定。) の患者
- イ 狭心症 (CCS 分類Ⅲ度以上のものに限定。) の患者
- ウ 心筋梗塞 (発症後 3 月以内のものに限定。) の患者
- エ 大動脈閉鎖不全、僧帽弁閉鎖不全又は三尖弁閉鎖不全 (いずれも中等度以上のものに限定。) の患者
- オ 大動脈弁狭窄 (経大動脈弁血流速度 4m/秒以上、大動脈弁平均圧較差 40mmHg 以上又は大動脈弁口面積 1 cm²以下のものに限定。) 又は僧帽弁狭窄 (僧帽弁口面積 1.5 cm²以下のものに限定。) の患者
- カ 植込型ペースメーカー又は植込型除細動器を使用している患者
- キ 先天性心疾患 (心臓カテーテル検査により平均肺動脈圧 25mmHg 以上であるもの又は、心臓超音波検査によりそれに相当する肺高血圧が診断されているものに限定。) の患者
- ク 肺動脈性肺高血圧症 (心臓カテーテル検査により平均肺動脈圧 25mmHg 以上であるもの又は、心臓超音波検査によりそれに相当する肺高血圧が診断されているものに限定。) の患者
- ケ 呼吸不全 (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 未満のものに限定。) の患者
- コ 換気障害 (1 秒率 70% 未満かつ肺活量比 70% 未満のものに限定。) の患者
- ク 気管支喘息 (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ものに限定。) の患者
- シ 糖尿病 (HbA1c が JDS 値で 8.0% 以上 (NGSP 値で 8.4% 以上)、空腹時血糖 160mg/dL 以上又は食後 2 時間血糖 220mg/dL 以上のものに限定。) の患者
- ス 腎不全 (血清クレアチニン値 4.0mg/dL 以上のものに限定。) の患者
- セ 肝不全 (Child-Pugh 分類 B 以上のものに限定。) の患者
- ソ 貧血 (Hb6.0g/dL 未満のものに限定。) の患者

麻酔 - 3 -

- (11) 臓器移植術加算は、K 5 1 4 - 4 同種死体肺移植術、K 6 0 5 - 2 同種心移植術、K 6 0 5 - 4 同種心肺移植術、K 6 9 7 - 7 同種死体肝移植術、K 7 0 9 - 3 同種死体膵移植術、K 7 0 9 - 5 同種死体膵腎移植術、K 7 1 6 - 6 同種死体小腸移植術又は K 7 8 0 同種死体腎移植術が算定できる場合に限り算定する。

(12) 麻酔の実施時間

- ア 全身麻酔の実施時間は、(3) により計算する。
- イ 当該麻酔の開始時間及び終了時間を麻酔記録に記載すること。
- ウ 複数の点数の区分に当たる麻酔が行われた場合は、以下のように算定する。
- (イ) 同じ点数区分にある麻酔の時間について合算する。
- (ロ) 麻酔時間の基本となる 2 時間については、その点数の高い区分の麻酔時間から順に充当する。
- (ハ) (ロ) の計算を行った残りの時間について、それぞれ「注 2」の規定に従い 30 分又はその端数を増すごとに加算を行う。
- (ニ) (ハ) の場合において、各々の区分に係る麻酔が 30 分を超えない場合については、それらの麻酔の実施時間を合計し、その中で実施時間の長い区分から順に加算を算定する。なお、いずれの麻酔の実施時間も等しい場合には、その中で最も高い点数の区分に係る加算を算定する。

例 1 麻酔が困難な患者以外の患者に対し、次の麻酔を行った場合

- ① 最初に仰臥位で 10 分間
- ② 次に伏臥位で 2 時間 30 分間
- ③ 最後に仰臥位で 20 分間
- の計 3 時間の麻酔を行った場合
- 基本となる 2 時間に②の 2 時間を充当 9, 1 5 0 点
- ②の残り 30 分の加算 9 0 0 点
- 仰臥位で行われた①と③を合計して 30 分の加算 6 0 0 点
- 算定点数 1 0, 6 5 0 点

例 2 麻酔が困難な患者に対し、次の麻酔を行った場合

- ① 最初に仰臥位で 10 分間
- ② 次に側臥位で 1 時間 20 分間
- ③ 最後に仰臥位で 47 分間
- の計 2 時間 17 分の麻酔を行った場合
- 基本となる 2 時間に②の 1 時間 20 分+①と③の 57 分のうち 40 分 9, 1 3 0 点
- ①と③の残り 17 分の加算 6 0 0 点
- 算定点数 9, 7 3 0 点

例 3 麻酔が困難な患者に対し、次の麻酔を行った場合

- ① 最初に仰臥位で 5 分間
- ② 次に側臥位で 21 分間
- ③ 次に分離肺換気 1 時間 27 分間
- ④ 次に側臥位で 30 分間

麻酔 - 5 -

- タ 血液凝固能低下 (PT-INR2.0 以上のものに限定。) の患者
- チ DIC の患者
- ツ 血小板減少 (血小板 5 万/μL 未満のものに限定。) の患者
- テ 敗血症 (SIRS を伴うものに限定。) の患者
- ト ショック状態 (収縮期血圧 90mmHg 未満のものに限定。) の患者
- ナ 完全脊髄損傷 (第 5 胸椎より高位のものに限定。) の患者
- ニ 心肺補助を行っている患者
- ヌ 人工呼吸を行っている患者
- ネ 透析を行っている患者
- ノ 大動脈内バルーンパンピングを行っている患者
- ハ BMI35 以上の患者

- (5) (4) の場合に該当し、本区分 1 から 5 までのイに掲げる点数により算定する場合にあつては、(4) のアからハまでの中から該当する状態を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- (6) 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。
- (7) 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 2」、「注 4」、「注 5」及び「注 7」による加算を含むものとする。
- (8) 麻酔の種類等について
- ア 「心臓手術」とは、開胸式心大血管手術をいう。
- イ 「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。
- ウ 「高頻度換気法」とは、特殊な換気装置を使用し、1 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。
- エ 「低体温麻酔」は、重度脳障害患者への治療的低体温では算定できない。
- (9) 麻酔の種類等における実施時間について
- ア 「低体温麻酔」については、クーリングを開始した時点から復温する時点までをいう。
- イ 「低血圧麻酔」については、人為的低血圧を開始した時点から低血圧を離脱する時点までをいう。
- ウ 「高頻度換気法による麻酔」については、特殊な換気装置を作動させた時点から終了させた時点までをいう。
- エ 「人工心肺を使用した麻酔」については、人工心肺装置に接続し装置を動かし始めた時点から装置を停止した時点までをいう。
- (10) 複数の点数に分類される麻酔や手術が一の全身麻酔の中で行われる場合においては、行われた麻酔の中で最も高い点数のものを算定する。なお、ここでいう一の全身麻酔とは、当該麻酔を行うために閉鎖循環式全身麻酔器を接続した時点を開始とし、患者が麻酔器から離脱した時点を終了とする麻酔をいう。

麻酔 - 4 -

⑤ 最後に仰臥位で 5 分間

の計 2 時間 28 分の麻酔を行った場合

基本となる 2 時間に③の 1 時間 27 分+②と④の 51 分のうち 33 分

1 6, 6 0 0 点

②と④の残り 18 分+①と⑤の 10 分の合計 28 分の加算

6 6 0 点

算定点数 1 7, 2 6 0 点

例 4 麻酔が困難な患者に対し、次の心臓手術の麻酔を行った場合

- ① 最初に仰臥位で 10 分間
- ② 次に心臓手術を人工心肺装置を使用せずに 45 分間
- ③ 次に心臓手術を人工心肺装置を使用して 2 時間 25 分間
- ④ 次に心臓手術を人工心肺装置を使用せずに 1 時間
- ⑤ 最後に仰臥位で 10 分間

の計 4 時間 30 分の麻酔を行った場合

基本となる 2 時間に③の 2 時間を充当 1 6, 6 0 0 点

②+④で 1 時間 45 分となり、このうち 30 分×3 の加算

2, 7 0 0 点

③の残り 25 分間に④の残り 15 分間のうち 5 分間を加算

1, 2 0 0 点

①+⑤の 20 分間に④の残り 10 分間を加算

6 0 0 点

算定点数 2 1, 1 0 0 点

(13) 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。

(14) 硬膜外麻酔加算 (注 4)

硬膜外麻酔を併せて行った場合は、その区分に応じて「注 4」に掲げる点数を所定点数に加算し、さらにその実施時間に応じて「注 5」に規定する加算を算定する。

(15) 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 区分番号「D 2 2 0」呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ (ハースコープ)、カルジオタコスコープ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日においては、麻酔の前後にかかわらず、当該検査に要する費用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。

(16) 「注 7」に規定する術中経食道心エコー連続監視加算は、手術患者の心臓機能を評価す

麻酔 - 6 -

- る目的で経食道心エコー法を行った場合に算定できる。
- (17) 「注7」でいう、麻酔が困難な患者のうち冠動脈疾患または弁膜症の患者とは、(4)のイ、ウ、エ、オに掲げるものをいい、麻酔前の状態により評価する。
- (18) 神経ブロックを超音波ガイド下に行わせて行った場合は、「注9」に掲げる点数を所定点数に加算する。
- (19) 「注10」に規定する非侵襲的血行動態モニタリング加算は、動脈圧測定用カテーテル、サーモダイリュション用カテーテル、体外式連続心拍出量測定用センサー等を用いた侵襲的モニタリングが実施されている場合には、算定できない。
- (20) 「注11」に規定する術中脳灌流モニタリング加算は、近赤外光を用いて非侵襲的かつ連続的に脳灌流のモニタリングを実施した場合に算定できる。

L 0 0 8－2 低体温療法

- (1) 低体温療法は、心肺蘇生後の患者に対し、直腸温 35℃以下で 12 時間以上維持した場合に、開始日から 3 日間に限り算定する。
- (2) 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。
- (3) 当該点数を算定するに当たり、かならずしも手術を伴う必要はない。
- (4) 低体温迅速導入加算は、目撃された心停止発症後 15 分以内に医療従事者による蘇生術が開始された心停止患者に対して、心拍再開の 15 分後までに咽頭冷却装置を用いて低体温を導入した場合に算定できる。低体温迅速導入加算の算定に当たっては、診療報酬明細書に症状詳記を添付する。
- (5) 中心静脈留置型経皮的体温調節装置システムを用いる場合、G 0 0 5－2 に掲げる中心静脈注射用カテーテル挿入は所定点数に含まれ、別に算定できない。

L 0 0 8－3 経皮的体温調節療法

経皮的体温調節療法は、集中治療室等において、くも膜下出血、頭部外傷又は熱中症による急性重症脳障害を伴う発熱患者に対して、中心静脈留置型経皮的体温調節装置を用いて体温調節を行った場合に、一連につき 1 回に限り算定する。

L 0 0 9 麻酔管理料(Ⅰ)

- (1) 当該点数は、麻酔科標榜医により、質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。
- (2) 麻酔管理料(Ⅰ)は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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(地方厚生(支)局長に届け出ている医師に限る。以下この項において同じ。)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番号「L 0 0 2」硬膜外麻酔、区分番号「L 0 0 4」脊椎麻酔又は区分番号「L 0 0 8」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。
- (3) 麻酔科標榜医が、麻酔科標榜医以外の医師と共同して麻酔を実施する場合においては、麻酔科標榜医が、当該麻酔を通じ、麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当たり、主要な麻酔手技を自ら実施した場合に算定する。
- (4) 麻酔管理料(Ⅰ)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

麻酔 - 7 -

の添付により診療録への記載に代えることができる。

- (5) 麻酔管理料(Ⅰ)について、「通則2」及び「通則3」の加算は適用しない。

L 0 1 0 麻酔管理料(Ⅱ)

- (1) 当該点数は、複数の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保され、質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。
- (2) 麻酔管理料(Ⅱ)は厚生労働大臣が定める施設基準に適合している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の指導の下に、麻酔を担当する医師が麻酔前後の診察を行い、区分番号「L 0 0 2」硬膜外麻酔、区分番号「L 0 0 4」脊椎麻酔又は区分番号「L 0 0 8」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。
- (3) 主要な麻酔手技を実施する際には、麻酔科標榜医の管理下で行わなければならない。この場合、当該麻酔科標榜医は、麻酔中の患者と同室内にいない必要があること。
- (4) 麻酔管理料(Ⅱ)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。
- (5) 麻酔管理料(Ⅱ)について、「通則2」及び「通則3」の加算は適用しない。
- (6) 同一の患者について、麻酔管理料(Ⅰ)と麻酔管理料(Ⅱ)を併算することはできないが、同一保険医療機関において麻酔管理料(Ⅰ)と麻酔管理料(Ⅱ)の双方を異なる患者に算定することは可能であること。

第2節 神経ブロック料

L 1 0 0 神経ブロック(局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用)、L 1 0 1 神経ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)

- (1) 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)等の神経破壊剤の注入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行う。
- (2) 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、医学的な必要性について診療報酬明細書に記載する。
- (3) 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、がん性疼痛を除き、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。
- (4) 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、

麻酔 - 8 -

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。

- (5) 椎間孔を通過し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。
- (6) 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。
- (7) 同一日に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、部位にかかわらず別に算定できない。

L 1 0 3 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。

L 1 0 4 トリガーポイント注射

- (1) トリガーポイント注射は、圧痛部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。
- (2) 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。

L 1 0 5 神経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。

麻酔 - 9 -

第12部 放射線治療

<通則>

- 1 放射線治療に係る費用は、第1節放射線治療管理・実施料及び第2節特定保険医療材料料(厚生労働大臣が定める保険医療材料のうち放射線治療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 この部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。
- 3 小児放射線治療加算は、各区分の注に掲げる加算については加算の対象とならない。

第1節 放射線治療管理・実施料

M 0 0 0 放射線治療管理料

- (1) 放射線治療管理料は、区分番号「M 0 0 1」体外照射又は区分番号「M 0 0 4」密封小線源治療の「1」に掲げる外部照射、「2」に掲げる腔内照射若しくは「3」に掲げる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(三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、分布図の作成1回につき1回、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2回に限り算定する。ただし、子宮頸癌に対して行う場合は、一連の治療過程において4回まで算定できる。
- (2) 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。
- (3) 「注2」に掲げる放射線治療専任加算は、区分番号「M 0 0 1」体外照射の「2」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「M 0 0 1」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療(IMRT)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。
- (4) 「注3」に掲げる外来放射線治療加算の対象となる患者は、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であり、以下のいずれかに該当する場合に、1日につき1回に限り算定する。
- ア 入院中の患者以外の患者に対して、区分番号「M 0 0 1」体外照射の「2」に掲げる高エネルギー放射線治療又は区分番号「M 0 0 1」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療(IMRT)の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合
- イ 他医療機関に入院中の患者に対して、区分番号「M 0 0 1」体外照射の「3」に掲げる強度変調放射線治療(IMRT)の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合
- (5) 「注4」に掲げる遠隔放射線治療計画加算は、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が配置されていない施設における放射線治療において、緊急時の放射線治療における業務の一部(照射計画の立案等)を、情報通信技術を用いたシステムを利用し、放射線治療実施施設とは異なる施設の医師等による支援を受けて実施した場合に、一連の治療につき1回に限り算定する。なお、緊急時とは急激な病態の変化により速やかに放射線治療の開始が必要な切迫した病態

放射 - 1 -

や、臨時的な放射線治療計画変更が必要とされる状態をいう。

M000-2 放射性同位元素内用療法管理料

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 「1」の「甲状腺癌に対するもの」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））に対して行った場合に算定する。
- (5) 「3」の「固形癌骨転移による疼痛に対するもの」は、固形癌骨転移の患者（骨シンチグラフィで陽性像を呈する骨転移があって、骨転移部位の疼痛緩和目的（他の治療法（手術、化学療法、内分泌療法、鎮痛剤、外部放射線照射等）で疼痛コントロールが不十分である症例））に対して行った場合に算定する。
- (6) 「4」の「B細胞性非ホジキンリンパ腫に対するもの」は、CD20陽性の再発又は難治性である、低悪性度B細胞性非ホジキンリンパ腫又はマンツル細胞リンパ腫の患者に対して行った場合に算定する。
- (7) 「5」の「骨転移のある去勢抵抗性前立腺癌に対するもの」は、去勢抵抗性前立腺癌であって、骨シンチグラフィ等で骨転移を認める患者に対して行った場合に、1月あたりの回数によらず、放射性同位元素を内用した日に限り算定する。
- (8) 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

- (1) 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 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前応用で、直線加速装置又はマイクロトン治療装置使用による照射療法をいう。
 - ウ 強度変調放射線治療（IMRT）とは、多分割照射（マルチリーフコリメータ）などを用いて、空間的又は時間的な放射線強度の調整を同一部位に対する複数方向からの照射について行うことで、三次元での線量分布を最適なものとする照射療法をいう。ただし、診療報酬の算定については、関連学会のガイドラインに準拠し、3方向以上の照射角度から各門につき3種以上の線束強度変化を持つビームによる治療計画を逆方向治療計画法にて立案したもののについて照射した場合に限る。
- (2) 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。
- (3) 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

放射 - 2 -

- のであり、「M001」体外照射を算定する場合は、当該点数は算定できない。
- (2) 定位放射線治療とは、直線加速器（マイクロトンを含む。）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ミリメートル以内であるものをいい、体幹部に対する治療については、照射中心の固定精度が5ミリメートル以内であるものをいう。
 - (3) 定位放射線治療における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。）及び脳動脈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ついては、原発性脳果が直径5センチメートル以下であり転移病巣のない原発性肺癌、原発性肝癌又は原発性腎癌、3個以内で他病巣のない転移性肺癌又は転移性肝癌、転移病巣のない限局性の前立腺癌及び脊髄動脈奇形（頭部脊髄動脈奇形を含む。）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。
 - (4) 定位放射線治療については、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。
 - (5) 「注2」の呼吸性移動対策とは、呼吸による移動長が10ミリメートルを超える肺がん又は肝がんに対し、治療計画時及び毎回の照射時に呼吸運動（量）を計測する装置又は実時間位置画像装置等を用いて、呼吸性移動による照射範囲の拡大を低減する対策のことをいい、呼吸性移動のために必要な照射野の拡大が三次元的な各方向に対しそれぞれ5ミリメートル以下となることが、治療前に計画され、照射時に確認されるものをいう。なお、治療前の治療計画の際に、照射範囲計画について記録し、毎回照射時に実際の照射範囲について記録の上、検証すること。
 - (6) 「注2」の「イ」動体追尾法は、自由呼吸の下で、呼吸運動と腫瘍位置との関係を分析し、呼吸運動に合わせて照射野を移動して照射する方法、又は呼吸運動に合わせて腫瘍の近傍のマーカー等をエックス線透視し、決められた位置を通過する時に照射する方法のいずれかの場合に算定する。

M001-4 粒子線治療

- (1) 重粒子線治療とは、炭素原子核を加速することにより得られた重粒子線を集中的に照射する治療法であるものをいう。
- (2) 陽子線治療とは、水素原子核を加速することにより得られた陽子線を集中的に照射する治療法であるものをいう。
- (3) 重粒子線治療は、手術による根治的な治療法が困難である限局性の骨軟部腫瘍、頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）又は限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）に対して根治的な治療法と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。
- (4) 陽子線治療は、小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）、手術による根治的な治療法が困難である限局性の骨軟部腫瘍、頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）又は限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）に対して根治的な治療法と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。
- (5) 「1」に規定する希少な疾病とは、小児腫瘍（限局性の固形悪性腫瘍に限る。）、手術によ

放射 - 4 -

限り、「ロ」の2回目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1回目の所定点数を1日に2回分算定できる。

(4) 1回線量増加算

ア 日本放射線腫瘍学会が作成した最新の「放射線治療計画ガイドライン」を遵守して実施した場合に限り算定できる。

イ 患者に対して、当該治療の内容、合併症及び予後等を照射線量と回数の違いによる差異が分かるように文書を用いて詳しく説明を行い、患者の同意を得るとともに、患者から要望のあった場合、その都度治療に関して十分な情報を提供すること。

なお、患者への説明は、図、画像、映像、模型等を用いて行うことも可能であるが、説明した内容については文書（書式様式は自由）で交付、診療録に添付すること。また、患者への説明が困難な状況にあつては、事後の説明又は家族等関係者に説明を行っても差し支えない。ただし、その旨を診療録に記載すること。

ウ 「注6」の前立腺癌に対して行う場合は、強度変調放射線治療（IMRT）を行う場合であつて、「注4」の「ハ」（画像誘導放射線治療加算（腫瘍の位置情報によるもの））を算定する場合に限り算定する。

(5) 「注3」の体外照射用固定器具加算は、悪性腫瘍に対して体外照射を行う際に身体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。

(6) 「注4」の画像誘導放射線治療（IGRT）とは、毎回の照射時に治療計画時と照射時の照射中心位置の三次元的な空間的再現性が5ミリメートル以内であることを照射室内で画像的に確認・記録して照射する治療のことである。

(7) 「注4」の画像誘導放射線治療加算は、「2」の「イ」又は「3」の所定点数を1日に2回分算定できる場合であっても、1日に1回の算定を限度とする。

(8) 「注5」の呼吸性移動対策とは、呼吸による移動長が10ミリメートルを超える肺がん、食道がん、胃がん、肝がん、胆道がん、膵がん、腎がん若しくは副腎がん又は深吸気位において心臓の線量低減が可能な左乳がんに対し、治療計画時及び毎回の照射時に呼吸運動（量）を計測する装置又は実時間位置画像装置等を用いて、呼吸性移動による照射範囲の拡大を低減する対策のことをいい、呼吸性移動のために必要な照射野の拡大が三次元的な各方向に対しそれぞれ5ミリメートル以下となることが、治療前に計画され、照射時に確認されるものをいう。なお、治療前の治療計画の際に、照射範囲計画について記録し、毎回照射時に実際の照射範囲について記録の上、検証すること。

M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

(1) 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。

(2) 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。

(3) 定位型手術枠（フレーム）を取り付ける際の麻酔、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 直線加速器による放射線治療（一連につき）

(1) 直線加速器による放射線治療は、実施された直線加速器による体外照射を一連で評価したも

放射 - 3 -

る根治的な治療法が困難である限局性の骨軟部腫瘍及び頭頸部悪性腫瘍（口腔・咽喉頭の扁平上皮癌を除く。）のことを指し、「2」に規定する「1」以外の特定の疾病とは、限局性及び局所進行性前立腺癌（転移を有するものを除く。）のことを指す。

(6) 粒子線治療について、位置決めなどに係る画像診断、検査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。

(7) 「注2」の粒子線治療適応判定加算は、当該治療の実施に当たって、治療適応判定に関する体制が整備された保険医療機関において、適応判定が実施された場合に算定できるものであり、当該治療を受ける全ての患者に対して、当該治療の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望のあった場合、その都度治療に関して十分な情報を提供すること。なお、患者への説明内容については文書（書式様式は自由）で交付し、診療録に添付するものであること。

(8) 「注3」の粒子線治療医学管理加算は、粒子線治療に係る照射に際して、画像診断に基づきあらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画と照射時の照射中心位置を、三次元的な空間的再現性により照射室内で画像的に確認・記録するなどの医学的管理を行った場合に限り算定する。

(9) 粒子線治療の実施に当たっては、薬事承認された粒子線治療装置を用いた場合に限り算定する。

M002 全身照射

全身照射は、1回の造血幹細胞移植について、一連として1回に限り算定できる。

M003 電磁波温熱療法

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

(2) 四肢若しくは頭部の悪性腫瘍に対して行う場合又はアプリー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。

(3) 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。

(4) 「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。

(5) 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。

(6) 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

(1) 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。

(2) 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等のベータ線による4センチメートル以下の近距離照射又は直接貼布する療法をいう。

放射 - 5 -

(3) 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、腔腔、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、アプリー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 新型コバルト小線源治療装置とは、高線量率イリジウム照射で用いられる線源と概ね同じ大きさの径の線源を用いるものをいう。
- ウ その他の場合とは、子宮腔、腔腔、口腔、直腸等の腔内にセシウム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、アプリーケーターの挿入から抜去までを一連として算定するものとし、新型コバルト小線源治療装置を用いた場合には、「イ」により算定し、旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合は算定できない。
- 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。

(4) 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粒子を挿入する療法をいい、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線源を挿入する場合であり、外套針の挿入から抜去までの全期間を一連として算定する。なお、外套針の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。
- ウ 新型コバルト小線源治療装置とは、高線量率イリジウム照射で用いられる線源と概ね同じ大きさの径の線源を用いるものであり、それよりも大きな径の線源である従前のコバルト線源を用いるものは該当しない。
- エ 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、セシウム針等を挿入する場合であり、挿入から抜去までの全期間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。
- (5) 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挿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6」により放射性粒子の費用は別に算定できる。なお、挿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。
- (6) 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。
- (7) 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。
- (8) 同一のコバルトを使用し、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、使用したコバルトの費用として、患者1人につき1回に限り加算する。
- (9) 「注8」の画像誘導密封小線源治療加算は、治療用のアプリーケータを挿入した状態で撮影したCT又はMR Iの画像所見を用いて治療計画を行い、腫瘍と周囲臓器への最適な照射線量を計算して、子宮頸癌に対して照射した場合に限り、一連につき1回に限り算定する。
- (10) 「注8」の画像誘導密封小線源治療加算は、日本放射線腫瘍学会が作成した最新の「密封小線源治療の診療・物理QAガイドライン」を遵守して実施した場合に限り算定できる。

放射 - 6 -

第13部 病理診断

<通則>

- 病理診断の費用には、病理標本作製を行う医師、看護師、臨床検査技師、衛生検査技師及び病理診断・判断を行う医師の件費、試薬、デッキングラス、試験管等の材料費、機器の減価償却費、管理費等の費用が含まれる。
- 病理標本作製に当たって使用される試薬は、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。
- 病理標本を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所定点数に含まれる。
- 第1節に掲げられていない病理標本作製であって簡単な病理標本作製の費用は、基本診療料に含まれ、別に算定できない。
- 第1節に掲げる病理標本作製料の項に掲げられていない病理標本作製のうち簡単な病理標本作製の病理標本作製料は算定できないが、特殊な病理標本作製については、その都度当局に内識し、最も近似する病理標本作製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、準用された病理標本作製料に係る病理診断・判断料と併せて算定する。
- 保険医療機関間の連携により病理診断を行った場合は、標本若しくは検体（以下「標本等」という。）の送付側又はデジタル病理画像の送信側の保険医療機関において区分番号「N006」病理診断料を算定できる。なお、その際には、送付側又は送信側の保険医療機関において、別紙様式44又はこれに準じた様式に診療情報等の必要事項を記載し、受取側又は受信側の保険医療機関に交付するものであること。更に、病理標本の作製を衛生検査所に委託する場合には、衛生検査所にも当該事項を同様に交付すること。
また、「N006」の「注4」に規定する病理診断管理加算1又は2については、標本若しくは検体の受取側又はデジタル病理画像の受信側の保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、標本等の送付側又は送信側の保険医療機関にその結果を文書により報告した場合に当該基準に係る区分に従い、送付側又は送信側の保険医療機関において所定点数に加算する。標本等の受取側又は受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、標本等の送付側又は送信側、標本等の受取側又は受信側の保険医療機関における相互の合意に委ねるものとする。
- 保険医療機関間のデジタル病理画像の送受信及び受信側の保険医療機関における当該デジタル病理画像の観察による術中迅速病理組織標本作製を行った場合は、送信側の保険医療機関において区分番号「N003」術中迅速病理組織標本作製及び区分番号「N006」病理診断料の「1」を算定できる。また、「N006」の「注4」に規定する病理診断管理加算1又は2については、受信側の保険医療機関が、当該加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関であり、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断

病理 - 1 -

MOO5 血液照射

- (1) 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。
- (2) 血液照射料は、血液照射を行った血液量が400ミリリットル以下の場合には110点、これ以降400ミリリットル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。
- (3) 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、200ミリリットルの血液から製造された30ミリリットルの血液成分製剤については30ミリリットルとして算定し、200ミリリットルの血液から製造された230ミリリットルの保存血及び血液成分製剤は、200ミリリットルとして算定する。
- (4) 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。
- (5) 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」の一部改正について」（平成26年11月12日薬食発1112第12号）及び「「血液製剤の使用指針」の改定について」（平成29年3月31日薬生発0331第15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。

放射 - 7 -

を行い、送信側の保険医療機関にその結果を報告した場合に当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、受信側、送信側の保険医療機関における相互の合意に委ねるものとする。

- 8 保険医療機関間のデジタル病理画像の送受信及び受信側の保険医療機関における当該デジタル病理画像の観察による迅速細胞診を行った場合は、送信側の保険医療機関において区分番号「N003-2」迅速細胞診及び区分番号「N006」病理診断料の「2」を算定できる。また、「N006」の「注4」に規定する病理診断管理加算1又は2については、受信側の保険医療機関が、当該加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関であり、病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、送信側の保険医療機関にその結果を報告した場合に当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、受信側、送信側の保険医療機関における相互の合意に委ねるものとする。
- 9 デジタル病理画像に基づく病理診断については、デジタル病理画像の作成、観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察及び診断を行った場合に算定できる。なお、デジタル病理画像に基づく病理診断を行うに当たっては、関係学会による指針を参考とすること。

第1節 病理標本作製料

N00 病理組織標本作製

- (1) 「1」の「組織切片によるもの」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
- (2) 「2」の「セルブロック法によるもの」について、同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して標本作製を行った場合であっても、1回として算定する。
- (3) 病理組織標本作製において、1臓器又は1部位から多数のブロック、標本等を作製した場合であっても、1臓器又は1部位の標本作製として算定する。
- (4) 病理組織標本作製において、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、又は連続切片標本作製した場合であっても、所定点数のみ算定する。
- (5) 当該標本作製において、ヘリコバクター・ピロリ感染診断を目的に行う場合

病理 - 2 -

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。

- (6) 「2」の「セルブロック法によるもの」は、悪性中皮腫を疑う患者又は組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難な肺悪性腫瘍を疑う患者に対して、穿刺吸引等により採取した検体を用いてセルブロック法により標本作製した場合に算定する。なお、肺悪性腫瘍を疑う患者に対して実施した場合には、組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

N001 電子顕微鏡病理組織標本作製

- (1) 電子顕微鏡病理組織標本作製は、腎組織、内分泌臓器の機能性腫瘍（甲状腺腫を除く。）、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、多糖体蓄積症等に対する生検及び心筋症に対する心筋生検の場合において、電子顕微鏡による病理診断のための病理組織標本作製した場合に算定できる。
- (2) 電子顕微鏡病理組織標本作製、区分番号「N000」病理組織標本作製、区分番号「N002」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製のうち、いずれを算定した場合であっても、他の2つの項目を合わせて算定することができる。

N002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

- (1) 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、病理組織標本作製するにあたり免疫染色を行った場合に、方法（蛍光抗体法又は酵素抗体法）又は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。
- (2) 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製、区分番号「N000」病理組織標本作製又は区分番号「N001」電子顕微鏡病理組織標本作製のうち、いずれを算定した場合であっても、他の2つの項目を合わせて算定することができる。
- (3) 「1」のエストロジェンレセプターの免疫染色と「2」のプロゲステロンレセプターの免疫染色を同一月に実施した場合は、いずれかの主たる病理組織標本作製の所定点数及び注に規定する加算のみを算定する。
- (4) 「3」のHER2タンパクは、半定量法又はEIA法（酵素免疫測定法）による病理標本作製を行った場合に限り算定する。
- (5) 「5」CCR4タンパク及び区分番号「D006-10」CCR4タンパク（フローサイトメトリ法）を同一の目的で実施した場合は、原則として主たるもののみ算定する。ただし、医学的な必要性がある場合には、併せて実施した場合であっても、いずれの点数も算定できる。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的な必要性を記載すること。
- (6) 「6」のALK融合タンパクは、非小細胞肺癌患者に対して、ALK阻害剤の投与の適応を判断することを目的として、ブリッジ試薬を用いた免疫組織染色法により病理標本作製を行った場合に、当該薬剤の投与方針の決定までの間に1回を限度として算定する。

病理 - 3 -

を指す。

- (4) 「注1」の婦人科材料等液状化検体細胞診加算は、採取と同時にを行った場合に算定できる。なお、過去に穿刺し又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本作製し診断を行った場合には算定できない。
- (5) 「注2」の液状化検体細胞診加算は、採取と同時に作製された標本に基づいた診断の結果、再検が必要と判断され、固定保存液に回収した検体から再度標本作製し、診断を行った場合に限り算定できる。採取と同時に行った場合は算定できない。

N005 HER2遺伝子標本作製

- (1) HER2遺伝子標本作製は、抗HER2ヒトモノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、FISH法、SISH法又はCISH法により遺伝子増幅標本作製を行った場合に、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針の決定までの間に1回を限度として算定する。

- (2) 標本作製と区分番号「N002」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「3」を同一の目的で実施した場合は、本区分の「2」により算定する。

N005-2 ALK融合遺伝子標本作製

- (1) ALK融合遺伝子標本作製は、ALK阻害剤の投与の適応を判断することを目的として、FISH法により遺伝子標本作製を行った場合に、当該薬剤の投与方針の決定までの間に1回を限度として算定する。

N005-3 PD-L1タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

- PD-L1タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、抗PD-1抗体抗悪性腫瘍剤又は抗PD-L1抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を行った場合に、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針の決定までの間に1回を限度として算定する。

第2節 病理診断・判断料

N006 病理診断料

- (1) 当該保険医療機関以外に勤務する病理診断を行う医師が、当該保険医療機関に出向いて病理診断を行った場合等、当該保険医療機関における勤務の実能がない場合においては、病理診断料は算定できない。
- (2) 当該保険医療機関において、当該保険医療機関以外の医療機関（衛生検査所等を含む。）で作製した病理標本につき診断を行った場合には、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を受診していない場合においては、療養の給付の対象とならない。
- (3) 病理診断料が含まれない入院料を算定する病棟に入院中の患者に対して、病理診断料を算定する場合は、同一月内に当該患者が病理診断料が含まれる入院料を算定する病棟に転棟した場合であっても、当該病理診断料を算定することができる。
- (4) 病理診断管理加算1又は2の届出を行った保険医療機関において、病理診断

病理 - 5 -

- (7) 「7」のCD30は、HQリンカーを用いた免疫組織化学染色法により、悪性リンパ腫の診断補助を目的に実施した場合に算定する。
- (8) 「注2」に規定する「確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者」とは、悪性リンパ腫、悪性中皮腫、肺悪性腫瘍（腺癌、扁平上皮癌）、消化管間質腫瘍（GIST）、慢性腎炎、内分泌腫瘍、軟部腫瘍、皮膚の血管炎、水痘疹（天疱瘡、類天疱瘡等）、悪性黒色腫、筋ジストロフィー又は筋炎が疑われる患者を指す。これらの疾患が疑われる患者であっても3種類以下の抗体で免疫染色を行った場合は、当該加算は算定できない。
- (9) 肺悪性腫瘍（腺癌、扁平上皮癌）が疑われる患者に対して「注2」の加算を算定する場合は、腫瘍が未分化であった場合等HE染色では腺癌又は扁平上皮癌の診断が困難な患者に限り算定することとし、その医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。なお、既に区分番号「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」EGFR遺伝子検査（リアルタイムPCR法）、「ロ」EGFR遺伝子検査（リアルタイムPCR法以外）、「ヲ」ROS1融合遺伝子検査又は区分番号「N005-2」ALK融合遺伝子標本作製を算定している場合には、当該加算は算定できない。
- (10) セルブロック法による病理組織標本に対する免疫染色については、悪性中皮腫を疑う患者又は組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難な肺悪性腫瘍を疑う患者に対して実施した場合に算定する。なお、肺悪性腫瘍を疑う患者に対して実施した場合には、組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

N003 術中迅速病理組織標本作製

- 術中迅速病理組織標本作製は、手術の途中において迅速凍結切片等による標本作製及び鏡検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標本作製を行った場合は、区分番号「N000」病理組織標本作製の所定点数を別に算定する。

N003-2 迅速細胞診

- 迅速細胞診は、手術又は気管支鏡検査（超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法の実施時に限る。）の途中において腹水及び胸水等の体腔液又はリンパ節穿刺液を検体として標本作製及び鏡検を完了した場合において、1手術又は1検査につき1回算定する。

N004 細胞診

- (1) 腔脂膏顕微鏡標本作製、胃液、腹腔穿刺液等の癌細胞標本作製及び眼科プロヴァツェク小体標本作製並びに天疱瘡におけるTzanck細胞の標本作製は、細胞診により算定する。
- (2) 同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して標本作製を行った場合であっても、1回として算定する。
- (3) 「2」の「穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等」とは、喀痰細胞診、気管支洗浄細胞診、体腔液細胞診、体腔洗浄細胞診、体腔臓器擦過細胞診及び髄液細胞診等

病理 - 4 -

を専ら担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する1名（病理診断管理加算2を算定する場合にあつては2名）を除いた病理診断を専ら担当する常勤の医師については、当該保険医療機関において常勤として週3日以上、かつ、週24時間以上の勤務を行っている場合、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、デジタル病理画像の観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も病理診断料及び病理診断管理加算1又は2を算定できる。なお、デジタル画像に基づく病理診断を行うに当たっては、関係学会による指針を参考とすること。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握していること。

- (5) 「注5」の悪性腫瘍病理組織標本加算については、原発性悪性腫瘍に対して「K007の1」、「K031」、「K053」、「K162」、「K394」、「K439」、「K442」、「K476」、「K484-2」、「K514」、「K514-2」、「K529」、「K529-2」、「K529-3」、「K653の2」、「K655の2」、「K655-2の2」、「K655-4の2」、「K655-5の2」、「K657の2」、「K657-2の2」、「K675」、「K677」、「K677-2」、「K695」、「K695-2」、「K700-2」、「K700-3」、「K702」、「K702-2」、「K703」、「K703-2」、「K704」、「K721-4」、「K740」、「K740-2」、「K773」から「K773-3」、「K773-5」、「K803」から「K803-3」、「K833」、「K843」から「K843-4」、「K879」、「K879-2」又は「K889」に掲げる手術を実施し、当該手術の検体から作製された病理組織標本に基づき病理診断を行った場合に算定する。

N007 病理判断料

- 病理判断料が含まれない入院料を算定する病棟に入院中の患者に対して、病理判断料を算定した場合は、同一月内に当該患者が病理判断料が含まれる入院料を算定する病棟に転棟した場合であっても、当該病理判断料を算定することができる。

病理 - 6 -

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。

1 緊急時施設治療管理料

- (1) 平成18年7月1日から平成30年3月31日までの間に介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準（平成11年厚生省令第40号）附則第13条に規定する転換を行って開設した介護老人保健施設（以下「介護療養型老健施設」という。）においては、従来の介護老人保健施設の入所者より必要な医療処置等の頻度が多い患者の割合が高いことから、緊急に医療処置等が必要となった場合にその費用について医療保険から給付をするものである。
- (2) 介護療養型老健施設の併設保険医療機関の医師が、当該介護療養型老健施設に入所中の患者の緊急時に、当該介護療養型老健施設の医師の電話等による求めに応じ、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に算定する。ただし、患者1人につき1日1回、1月につき4回に限る。
- (3) 患者の緊急時とは、次のいずれかの状態の患者に対して、当該介護療養型老健施設の医師が、医師による直接の処置等が必要と判断し、かつ、やむを得ない理由で対応できない場合のことをいう。
- 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 ショック
- オ 重篤な代謝障害（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
- カ その他薬物中毒等重篤なものの
- (4) 併設保険医療機関の保険医が往診を行った場合には、往診を行った患者の状態、当該介護療養型老健施設の医師の氏名及び往診を行った日時について診療録に記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に次の事項を記載すること。
- ア 併設保険医療機関の保険医が往診を行った月に介護保険の緊急時施設療養費を算定した場合はその日時
- イ 対象患者が当該介護療養型老健施設の入所者である旨の記載

2 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料

老健 - 1 -

- (1) 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料は、施設入所者が、自己連続携帯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。
- (2) 区分番号「C102」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
- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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
- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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、特掲診療料の施設基準等第十六の二及び三に掲げる内服薬、外用薬及び注射薬の費用は別に算定できる。）。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。

第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項

1 施設入所者共同指導料

- (1) 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人につき1回に限り算定できるものであること。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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、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。
- (5) 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。

2 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料

- (1) 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料は、施設入所者が、自己連続携帯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。
- (2) 区分番号「C102」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
- (1) 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

老健 - 2 -

(別紙)

（算定できるものについては「○」、算定できないものについては「×」）

項 目	小 項 目	併 設 保 険 医 療 機 関	そ の 他
基本診療料	初診料	×	○
	再診料	×	○
	外来診療料	×	○
特掲診療料			
医学管理等	退院時共同指導料1	×	○
	診療情報提供料（Ⅰ）（注4及び注15に限る。）	×	○
	診療情報提供料（Ⅱ）	×	○
在宅医療	その他のもの	×	×
	往診料	×	○
検査	その他のもの	×	×
	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
画像診断	その他のもの	○	○
	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
投薬	その他のもの	×	×
	厚生労働大臣が定めるもの	○	○
注射	その他のもの	×	×
	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
リハビリテーション	その他のもの	○	○
	厚生労働大臣が定めるもの	×	×
精神科専門療法 処置	その他のもの	○	○
	厚生労働大臣が定めるもの	×	×

老健 - 3 -

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 病理診断		○	○
		○	○

(注) 厚生労働大臣が定めるものは、「特掲診療料の施設基準等」(平成 20 年厚生労働省告示第 63 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。

別添 1 の 2

<通則>

医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する書面等は別紙様式のとおりである。

なお、当該様式は、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、当該別紙様式と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該別紙様式の作成や保存等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたいこと。

自筆の署名がある場合には印は不要であること。

署名又は記名・押印を要する文書については、電子的な署名を含む。

様式 11、12、12 の 2、12 の 3、12 の 4、13、16、17、17 の 2、18 について、電子的方法によって、個々の患者の診療に関する情報等を他の保険医療機関、保険薬局等に提供する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成 25 年 10 月)を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野の公開鍵基盤 (HPKI : Healthcare Public Key Infrastructure) による電子署名を施すこと。

※別紙様式 15 は欠番である。

保 医 発 0305 第 2 号

平 成 30 年 3 月 5 日

地 方 厚 生 （ 支 ） 局 医 療 課 長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

厚 生 労 働 省 保 険 局 医 療 課 長
（ 公 印 省 略 ）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（ 公 印 省 略 ）

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

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成 30 年厚生労働省告示第 43 号）の公布に伴い、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成 30 年厚生労働省告示第 44 号）が公布され、平成 30 年 4 月 1 日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び審査支払機関等に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 28 年 3 月 4 日保医発 0304 第 1 号）は、平成 30 年 3 月 31 日限り廃止する。

記

第 1 基本診療料の施設基準等

基本診療料の施設基準等については、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件」による改正後の「基本診療料の施設基準等」（平成 20 年厚生労働省告示第 62 号）に定めるものの他、下記のとおりとし、下記の施設基準を歯科診療について適合する場合にあっては、必要に応じて、当該基準中「医師」とあるのは、「歯科医師」と読み替えて適用するものとする。

- 1 初・再診料の施設基準等は別添 1 のとおりとする。
- 2 入院基本料等の施設基準等は別添 2 のとおりとする。
- 3 入院基本料等加算の施設基準等は別添 3 のとおりとする。

- 4 特定入院料の施設基準等は別添 4 のとおりとする。
- 5 短期滞在手術等基本料の施設基準等は別添 5 のとおりとする。
- 6 基本診療料の施設基準等及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和 23 年政令第 326 号）及び医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせで標榜する場合も含むものであること。
- 7 診療等に要する書面等は別添 6 のとおりである。

なお、当該書面による様式として示しているものは、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、別添 6 の様式と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該様式の作成や保存方法等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたい。

- 8 基本診療料の施設基準等における常勤配置とは、従事者が労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号）第 65 条に規定する休業（以下「産前産後休業」という。）、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成 3 年法律第 76 号。以下「育児・介護休業法」という。）第 2 条第 1 号に規定する育児休業（以下「育児休業」という。）、同条第 2 号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）、同法第 23 条第 2 項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第 24 条第 1 項（第 2 号に係る部分に限る。）の規定により同項第 2 号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業（以下「育児休業に準ずる休業」という。）を取得中の期間において、当該施設基準等において求められる資質を有する複数の非常勤従事者の常勤換算後の人員数を原則として含めるものであること。

また、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第 1 項、同条第 3 項又は同法第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、週 30 時間以上の勤務で常勤扱いとすること。

第 2 届出に関する手続き

- 1 基本診療料の施設基準等に係る届出に際しては、特に規定のある場合を除き、当該保険医療機関単位で行うものであること。
- 2 「基本診療料の施設基準等」の各号に掲げる施設基準に係る届出を行お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厚生（支）局長に対して、別添 7 の当該施設基準に係る届出書（届出書添付書類を含む。以下同じ。）を 1 通提出するものであること。なお、国立高度専門医療研究センター等で内部で権限の委任が行われているときは、病院の管理者が届出書を提出しても差し支えない。また、当該保険医療機関は、提出した届出書の写しを適切に保管するものであること。
- 3 届出書の提出があった場合は、届出書を基に、「基本診療料の施設基準等」及び本通知の第 1 に規定する基準に適合するか否かについて要件の審査を行い、記載事項等を確認した上で受理又は不受理を決定するものであること。また、補正が必要な場合は適宜補正を求めるものとする。なお、この要件審査に要する期間は原則として 2 週間以内を標準とし、遅くとも概ね 1 か月以内（提出者の補正に要する期間は除く。）とするものであること。
- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に規定する場合を除き、届出前 1 か月の実績を有していること。ただし、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急入院料及び精神科救

急・合併症入院料の施設基準については届出前4か月、回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4及び回復期リハビリテーション病棟入院料5の施設基準については届出前6か月、地域移行機能強化病棟入院料の施設基準については届出前1年間の実績を有していること並びに急性期一般入院料2及び急性期一般入院料3については、届出前の直近3月以上急性期一般入院料1を算定している実績を有していること。ただし、平成30年3月31日時点で、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成30年厚生労働省告示第43号）による改正前の診療報酬の算定方法（以下「旧算定方法」という。）別表第一区分番号A100に掲げる7対1入院基本料の届出を行っている病棟並びに一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）及び専門病院入院基本料について、全ての病棟で包括的に届出を行うのではなく、看護配置が異なる病棟群（7対1入院基本料と10対1入院基本料の組み合わせに限る。）ごとによる届出を行っている保険医療機関における当該病棟にあつては、急性期一般入院料2又は3の基準を満たす限り、平成32年3月31日までの間、届出前の直近3月以上の急性期一般入院料1の算定実績を要しない。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。

5 基本診療料の施設基準に係る届出を行う保険医療機関が、次のいずれかに該当する場合にあつては当該届出の受理は行わないものであること。

- (1) 当該届出を行う前6か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがある保険医療機関である場合。
- (2) 当該届出を行う前6か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）に違反したことがある保険医療機関である場合。
- (3) 地方厚生（支）局長に対して当該届出を行う時点において、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）に該当している保険医療機関である場合。
- (4) 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法（大正11年法律第70号）第78条第1項（同項を準用する場合を含む。）及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（以下「高齢者医療確保法」という。）第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた保険医療機関である場合。なお、「診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められた場合」とは、「保険医療機関及び保険医等の指導及び監査について」（平成12年5月31日保発第105号厚生省保険局長通知）に規定する監査要綱に基づき、戒告若しくは注意又はその他の処分を受けた場合をいうものとする。

6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、提出者に対して受理番号を付して通知するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付して通知すること。

機能強化加算	(機能強化)	第	号
初診料（歯科）の注1に掲げる基準	(歯初診)	第	号
時間外対応加算1	(時間外1)	第	号
時間外対応加算2	(時間外2)	第	号

時間外対応加算3	(時間外3)	第	号
地域包括診療加算	(地包加)	第	号
地域歯科診療支援病院歯科初診料	(病初診)	第	号
歯科外来診療環境体制加算1	(外来環1)	第	号
歯科外来診療環境体制加算2	(外来環2)	第	号
歯科診療特別対応連携加算	(歯特連)	第	号
オンライン診療料	(オン診)	第	号
一般病棟入院基本料	(一般入院)	第	号
療養病棟入院基本料	(療養入院)	第	号
結核病棟入院基本料	(結核入院)	第	号
精神病棟入院基本料	(精神入院)	第	号
特定機能病院入院基本料	(特定入院)	第	号
専門病院入院基本料	(専門入院)	第	号
障害者施設等入院基本料	(障害入院)	第	号
有床診療所入院基本料	(診入院)	第	号
有床診療所入院基本料在宅復帰機能強化加算	(診入院)	第	号
有床診療所療養病床入院基本料	(診療養入院)	第	号
有床診療所療養病床入院基本料在宅復帰機能強化加算	(診療養入院)	第	号
総合入院体制加算1	(総合1)	第	号
総合入院体制加算2	(総合2)	第	号
総合入院体制加算3	(総合3)	第	号
超急性期脳卒中加算	(超急性期)	第	号
診療録管理体制加算1	(診療録1)	第	号
診療録管理体制加算2	(診療録2)	第	号
医師事務作業補助体制加算1	(事補1)	第	号
医師事務作業補助体制加算2	(事補2)	第	号
急性期看護補助体制加算	(急性看補)	第	号
看護職員夜間配置加算	(看夜配)	第	号
特殊疾患入院施設管理加算	(特施)	第	号
看護配置加算	(看配)	第	号
看護補助加算	(看補)	第	号
療養環境加算	(療)	第	号
重症者等療養環境特別加算	(重)	第	号
療養病棟療養環境加算1	(療養1)	第	号
療養病棟療養環境加算2	(療養2)	第	号
療養病棟療養環境改善加算1	(療養改1)	第	号
療養病棟療養環境改善加算2	(療養改2)	第	号
診療所療養病床療養環境加算	(診療養)	第	号
診療所療養病床療養環境改善加算	(診療養改)	第	号
無菌治療室管理加算1	(無菌1)	第	号

無菌治療室管理加算 2	(無菌 2) 第	号
緩和ケア診療加算	(緩診) 第	号
有床診療所緩和ケア診療加算	(診緩診) 第	号
精神科応急入院施設管理加算	(精応) 第	号
精神科棟入院時医学管理加算	(精入学) 第	号
精神科地域移行実施加算	(精移行) 第	号
精神科身体合併症管理加算	(精合併加算) 第	号
精神科リエゾンチーム加算	(精リエ) 第	号
重度アルコール依存症入院医療管理加算	(重アル) 第	号
摂食障害入院医療管理加算	(摂食障害) 第	号
栄養サポートチーム加算	(栄養チ) 第	号
医療安全対策加算 1	(医療安全 1) 第	号
医療安全対策加算 2	(医療安全 2) 第	号
感染防止対策加算 1	(感染防止 1) 第	号
感染防止対策加算 2	(感染防止 2) 第	号
患者サポート体制充実加算	(患サポ) 第	号
褥瘡ハイリスク患者ケア加算	(褥瘡ケア) 第	号
ハイリスク妊娠管理加算	(ハイ妊娠) 第	号
ハイリスク分娩管理加算	(ハイ分娩) 第	号
精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	(精救急紹介) 第	号
精神科救急搬送患者地域連携受入加算	(精救急受入) 第	号
総合評価加算	(総合評価) 第	号
呼吸ケアチーム加算	(呼吸チ) 第	号
後発医薬品使用体制加算 1	(後発使 1) 第	号
後発医薬品使用体制加算 2	(後発使 2) 第	号
後発医薬品使用体制加算 3	(後発使 3) 第	号
後発医薬品使用体制加算 4	(後発使 4) 第	号
病棟薬剤業務実施加算 1	(病棟薬 1) 第	号
病棟薬剤業務実施加算 2	(病棟薬 2) 第	号
データ提出加算	(データ提) 第	号
入退院支援加算	(入退支) 第	号
認知症ケア加算	(認ケア) 第	号
精神疾患診療体制加算	(精疾診) 第	号
精神科急性期医師配置加算	(精急医配) 第	号
地域歯科診療支援病院入院加算	(地歯入院) 第	号
救命救急入院料 1	(救 1) 第	号
救命救急入院料 2	(救 2) 第	号
救命救急入院料 3	(救 3) 第	号
救命救急入院料 4	(救 4) 第	号
特定集中治療室管理料 1	(集 1) 第	号

特定集中治療室管理料 2	(集 2) 第	号
特定集中治療室管理料 3	(集 3) 第	号
特定集中治療室管理料 4	(集 4) 第	号
ハイケアユニット入院医療管理料 1	(ハイケア 1) 第	号
ハイケアユニット入院医療管理料 2	(ハイケア 2) 第	号
脳卒中ケアユニット入院医療管理料	(脳卒中ケア) 第	号
小児特定集中治療室管理料	(小集) 第	号
新生児特定集中治療室管理料 1	(新 1) 第	号
新生児特定集中治療室管理料 2	(新 2) 第	号
総合周産期特定集中治療室管理料	(周) 第	号
新生児治療回復室入院医療管理料	(新回復) 第	号
一類感染症患者入院医療管理料	(一類) 第	号
特殊疾患入院医療管理料	(特入) 第	号
小児入院医療管理料 1	(小入 1) 第	号
小児入院医療管理料 2	(小入 2) 第	号
小児入院医療管理料 3	(小入 3) 第	号
小児入院医療管理料 4	(小入 4) 第	号
小児入院医療管理料 5	(小入 5) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 1	(回 1) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 2	(回 2) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 3	(回 3) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 4	(回 4) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 5	(回 5) 第	号
回復期リハビリテーション病棟入院料 6	(回 6) 第	号
地域包括ケア病棟入院料 1 及び地域包括ケア入院医療管理料 1	(地包ケア 1) 第	号
地域包括ケア病棟入院料 2 及び地域包括ケア入院医療管理料 2	(地包ケア 2) 第	号
地域包括ケア病棟入院料 3 及び地域包括ケア入院医療管理料 3	(地包ケア 3) 第	号
地域包括ケア病棟入院料 4 及び地域包括ケア入院医療管理料 4	(地包ケア 4) 第	号
特殊疾患病棟入院料 1	(特疾 1) 第	号
特殊疾患病棟入院料 2	(特疾 2) 第	号
緩和ケア病棟入院料 1	(緩 1) 第	号
緩和ケア病棟入院料 2	(緩 2) 第	号
精神科救急入院料 1	(精救 1) 第	号
精神科救急入院料 2	(精救 2) 第	号
精神科急性期治療病棟入院料 1	(精急 1) 第	号
精神科急性期治療病棟入院料 2	(精急 2) 第	号
精神科救急・合併症入院料	(精合併) 第	号
児童・思春期精神科入院医療管理料	(児春入) 第	号
精神療養病棟入院料	(精療) 第	号
認知症治療病棟入院料 1	(認治 1) 第	号

- | | |
|---------------|------------|
| 認知症治療病棟入院料 2 | (認治 2) 第 号 |
| 特定一般病棟入院料 1 | (特般 1) 第 号 |
| 特定一般病棟入院料 2 | (特般 2) 第 号 |
| 地域移行機能強化病棟入院料 | (移機強) 第 号 |
| 短期滞在手術等基本料 1 | (短手 1) 第 号 |
| 短期滞在手術等基本料 2 | (短手 2) 第 号 |
- 7 各月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の 1 日から当該届出に係る診療報酬を算定する。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の 1 日から算定する。なお、平成 30 年 4 月 16 日までに届出書の提出があり、同月末日までに要件審査を終え届出の受理が行われたものについては、同月 1 日に遡って算定することができるものとする。
- 8 届出の不受理の決定を行った場合は、速やかにその旨を提出者に対して通知するものであること。

第 3 届出受理後の措置等

- 1 届出を受理した後において、届出の内容と異なった事情が生じ、当該施設基準を満たさなくなった場合又は当該施設基準の届出区分が変更となった場合には、保険医療機関の開設者は遅滞なく変更の届出等を行うものであること。また、病床数に著しい増減があった場合にはその都度届出を行う。(病床数の著しい増減とは、病棟数の変更や、病棟の種類ごとの病床数に対して 1 割以上の病床数の増減があった場合等のことであるが、これに該当しない病床数の変更の場合であっても、病床数の増減により届出の基準を満たさなくなった場合には、当然、変更の届出は必要である。)
- ただし、次に掲げる事項についての一時的な変動についてはこの限りではない。
- (1) 平均在院日数及び月平均夜勤時間数については、暦月で 3 か月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動。
- (2) 医師と患者の比率については、暦月で 3 か月を超えない期間の次に掲げる範囲の一時的な変動
- ア 医療法に定める標準数を満たしていることが届出に係る診療料の算定要件とされている場合
- 当該保険医療機関における医師の配置数が、医療法に定める標準数から 1 を減じた数以上である範囲
- イ 「基本診療料の施設基準等」第五の二の(1)のイの②の 3、四の(1)のイの④及び六の(2)のイの⑤の場合
- 常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数に 100 分の 10 を乗じて得た数から 1 を減じた数以上
- (3) 1 日当たり勤務する看護師及び准看護師又は看護補助者(以下「看護要員」という。)の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護師及び准看護師(以下「看護職員」という。)の数に対する看護師の比率については、暦月で 1 か月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動。
- (4) 医療法上の許可病床数(感染症病床を除く。)が 100 床未満の病院及び特別入院基本料

(月平均夜勤時間超過減算により算定する場合を除く。)を算定する保険医療機関にあっては、1 日当たり勤務する看護要員の数、看護要員の数と入院患者の比率並びに看護職員の数に対する看護師の比率については、暦月で 3 か月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動。

- (5) 算定要件(一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡ(以下「重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ」という。))の評価方法を用いる要件は除く。)中の該当患者の割合については、暦月で 3 か月を超えない期間の 1 割以内の一時的な変動。

- (6) 算定要件中の紹介率及び逆紹介率については、暦月で 3 か月間の一時的な変動。

2 1 による変更の届出は、1 のただし書の場合を除き、届出の内容と異なった事情が生じた日の属する月の翌月に速やかに行うこと。その場合においては、変更の届出を行った日の属する月の翌月(変更の届出について、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理された場合には当該月の 1 日)から変更後の入院基本料等を算定すること。ただし、面積要件や常勤職員の配置要件のみの変更の場合など月単位で算出する数値を用いた要件を含まない施設基準の場合には、当該施設基準を満たさなくなった日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から変更後の入院基本料等を算定すること。

3 届出を受理した保険医療機関については、適時調査を行い(原則として年 1 回、受理後 6 か月以内を目途)、届出の内容と異なる事情等がある場合には、届出の受理の変更を行うなど運用の適正を期するものであること。

4 基本診療料の施設基準等に適合しないことが判明した場合は、所要の指導の上、変更の届出を行わせるものであること。その上で、なお改善がみられない場合は、当該届出は無効となるものであるが、その際には当該保険医療機関の開設者に弁明を行う機会を与えるものとする。

5 届出を行った保険医療機関は、毎年 7 月 1 日現在で施設基準の適合性を確認し、その結果について報告を行うものであること。

6 地方厚生(支)局においては、届出を受理した後、当該届出事項に関する情報を都道府県に提供し、相互に協力するよう努めるものとする。

7 届出事項については、被保険者等の便宜に供するため、地方厚生(支)局において閲覧(ホームページへの掲載等を含む。)に供するとともに、当該届出事項を適宜とりまとめて、保険者等に提供するよう努めるものとする。また、保険医療機関においても、保険医療機関及び保険医療養担当規則(昭和 32 年厚生省令第 15 号)及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準(昭和 58 年厚生省告示第 14 号)の規定に基づき、院内の見やすい場所に届出内容の掲示を行うよう指導をするものであること。

(揭示例)

(1) 入院患者数 42 人の一般病棟で、一般病棟入院基本料の急性期一般入院料 7 を算定している病院の例

「当病棟では、1 日に 13 人以上の看護職員(看護師及び准看護師)が勤務しています。なお、時間帯毎の配置は次のとおりです。」

- ・ 朝 9 時から夕方 17 時まで、看護職員 1 人当たりの受け持ち数は 6 人以内です。
- ・ 夕方 17 時から深夜 1 時まで、看護職員 1 人当たりの受け持ち数は 14 人以内です。
- ・ 深夜 1 時から朝 9 時まで、看護職員 1 人当たりの受け持ち数は 14 人以内です。

(2) 有床診療所入院基本料 1 を算定している診療所の例

「当診療所には、看護職員が7人以上勤務しています。」

第4 経過措置等

1 第2及び第3の規定にかかわらず、平成30年3月31日現在において入院基本料等の届出が受理されている保険医療機関については、次の取扱いとする。

平成30年3月31日において現に表1及び表2に掲げる入院基本料等以外の入院基本料等を算定している保険医療機関であって、引き続き当該入院基本料等を算定する場合には、新たな届出を要しないが、平成30年4月以降の実績により、届出を行っている入院基本料等の施設基準等の内容と異なる事情等が生じた場合は、変更の届出を行うこと。

表1	新たに施設基準が創設されたことにより、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの
	初診料の注12に掲げる機能強化加算
	初診料（歯科）の注1に掲げる施設基準
	オンライン診療料
	結核病棟入院基本料の注7に掲げる重症患者割合特別入院基本料
	療養病棟入院基本料の注13に掲げる夜間看護加算
	障害者施設等入院基本料の注9に掲げる看護補助加算
	障害者施設等入院基本料の注10に掲げる夜間看護体制加算
	看護職員夜間16対1配置加算2
	医療安全対策加算の注2に掲げる医療安全対策地域連携加算1又は2
	感染防止対策加算の注3に掲げる抗菌薬適正使用支援加算
	後発医薬品使用体制加算4
	入退院支援加算の注7に掲げる入院時支援加算
	特定集中治療室管理料の注4に掲げる早期離床・リハビリテーション加算
	回復期リハビリテーション病棟入院料4
	回復期リハビリテーション病棟入院料5
	回復期リハビリテーション病棟入院料6
	地域包括ケア病棟入院料1
	地域包括ケア入院医療管理料1
	地域包括ケア病棟入院料3
	地域包括ケア入院医療管理料3
	地域包括ケア病棟入院料の注7に掲げる看護職員夜間配置加算
	緩和ケア病棟入院料1
	緩和ケア病棟入院料2
	精神科救急入院料の注5に掲げる看護職員夜間配置加算
	精神科救急・合併症入院料の注5の看護職員夜間配置加算

表2 施設基準の改正により、平成30年3月31日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であっても、平成30年4月以降において当該点数を算定するに当たり届出の必要なもの

の
地域歯科診療支援病院歯科初診料（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

初診料（歯科）の注9に掲げる歯科外来診療環境体制加算1（平成30年3月31日において、現に旧算定方法別表A000の注9に掲げる歯科外来診療環境体制加算に係る届出を行っている保険医療機関（地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行っている保険医療機関を除く。）であって、平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

初診料（歯科）の注9に掲げる歯科外来診療環境体制加算2（平成30年3月31日において、現に旧算定方法別表A000の注9に掲げる歯科外来診療環境体制加算に係る届出を行っている保険医療機関（地域歯科診療支援病院歯科初診料の届出を行っている保険医療機関に限る。）であって、平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

再診料の注12に掲げる地域包括診療加算1

一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料7、地域一般入院基本料2及び3を除く。）（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

一般病棟入院基本料（急性期一般入院基本料4から7までに限る。）（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

療養病棟入院基本料（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

療養病棟入院基本料（許可病床数が200床以上の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

療養病棟入院基本料の注10に掲げる在宅復帰機能強化加算（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

結核病棟入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（7対1入院基本料に限る。）（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定機能病院入院基本料の注5に掲げる看護必要度加算（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

専門病院入院基本料（7対1入院基本料に限る。）（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

専門病院入院基本料の注3に掲げる看護必要度加算（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

専門病院入院基本料（7対1入院基本料及び10対1入院基本料に限る。）（許可病床数が200床未満の保険医療機関に限る。）（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（平成31年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

総合入院体制加算（平成30年10月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

急性期看護補助体制加算（10 対 1 入院基本料に限る。）（平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

看護職員夜間配置加算（10 対 1 入院基本料に限る。）（平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

看護補助加算 1（平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

後発医薬品使用体制加算（4 を除く。）

データ提出加算（1 のロ及び 2 のロに限る。）（許可病床数が 200 床未満の保険医療機関に限る。）（平成 31 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

救命救急入院料 1、3（平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

救命救急入院料の注 3 に掲げる救急体制充実加算（平成 31 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

脳卒中ケアユニット入院医療管理料（平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

回復期リハビリテーション病棟入院料（データ提出加算の届出を既に届け出ている保険医療機関を除く。）（平成 31 年 4 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域包括ケア病棟入院料（平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

緩和ケア病棟入院料 1（平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

特定一般病棟入院料の注 7（平成 30 年 10 月 1 日以降に引き続き算定する場合に限る。）

表 3 診療報酬の算定項目の名称が変更されたが、平成 30 年 3 月 31 日において現に当該点数を算定していた保険医療機関であれば新たに届出は必要でないもの

地域包括診療加算	→	地域包括診療加算 2
一般病棟入院基本料（10 対 1 入院基本料に限る。）	→	急性期一般入院基本料 7
一般病棟入院基本料（13 対 1 入院基本料に限る。）	→	地域一般入院基本料 2
一般病棟入院基本料（15 対 1 入院基本料に限る。）	→	地域一般入院基本料 3
看護職員夜間 16 対 1 配置加算	→	看護職員夜間 16 対 1 配置加算 1
退院支援加算	→	入退院支援加算
地域包括ケア病棟入院料 1 及び地域包括ケア入院医療管理料 1	→	地域包括ケア病棟入院料 2 及び地域包括ケア入院医療管理料 2
地域包括ケア病棟入院料 2 及び地域包括ケア入院医療管理料 2	→	地域包括ケア病棟入院料 4 及び地域包括ケア入院医療管理料 4

- 2 精神病棟入院基本料の特別入院基本料の施設基準のうち「当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上であること」については、看護職員の確保が特に困難であると認められる保険医療機関であって、看護職員の確保に関する具体的な計画が定められているものについては、当該施設基準の規定にかかわらず、なお従前の例によることができる。
- 3 平成 30 年 3 月 31 日において、現に一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟

の場合に限る。）及び専門病院入院基本料について、全ての病棟で包括的に届出を行うのではなく、看護配置が異なる病棟群（7 対 1 入院基本料と 10 対 1 入院基本料の組み合わせに限る。）ごとによる届出を行っている保険医療機関における当該病棟にあっては、第 2 の 4 の規定にかかわらず、同年 9 月 30 日までの間に限り、別添 2 における急性期一般入院料 2 に係る基準を満たしているものとみなす。また、平成 30 年 3 月 31 日において、平成 30 年度改定前における「基本診療料の施設基準等」の第十一経過措置の十四の規定の適用を受けていた病棟においては、同年 9 月 30 日までの間に限り、別添 2 における急性期一般入院料 2 に係る基準を満たしているものとみなす。

初・再診料の施設基準等

第1 夜間・早朝等加算

1 夜間・早朝等加算に関する施設基準等

- (1) 1 週間当たりの表示診療時間の合計が 30 時間以上の診療所である保険医療機関であること。なお、一定の決まった日又は決まった時間に行われる訪問診療の時間については、その実施する時間を表示している場合に限り、1 週間当たりの表示診療時間に含めて差し支えない。
- (2) (1)の規定にかかわらず、概ね月 1 回以上、当該診療所の保険医が、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して認められる次に掲げる保険医療機関に赴き夜間・休日の診療に協力している場合は、1 週間当たりの表示診療時間の合計が 27 時間以上でよいこと。また、当該診療所が次のイ及びウの保険医療機関である場合も同様に取り扱うものであること。
 - 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
- (3) (1)及び(2)の規定にかかわらず、表示診療時間とされる場合であって、当該診療所が常態として医師が不在となる時間（訪問診療に要する時間を除く。）は、1 週間当たりの表示診療時間の合計に含めない。
- (4) 診療時間については、当該保険医療機関の建造物の外部かつ敷地内に表示し、診療可能な時間を地域に周知していること。なお、当該保険医療機関が建造物の一部を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の外部に表示していること。

2 届出に関する事項

夜間・早朝等加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第1の2 機能強化加算

1 機能強化加算に関する施設基準

次のいずれにも該当すること。

- (1) 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院であること。
- (2) 次のいずれかに係る届出を行っていること。
 - ア 区分番号「A001」の注12に規定する地域包括診療加算
 - イ 区分番号「B001-2-9」に掲げる地域包括診療料
 - ウ 区分番号「B001-2-11」に掲げる小児かかりつけ診療料
 - エ 区分番号「C002」に掲げる在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所（区分番号「B004」退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所をいう。以下同じ。）又

- 1 -

5 届出に関する事項

時間外対応加算に係る届出は、別添7の様式2を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第2の2 明細書発行体制等加算

1 明細書発行体制等加算に関する施設基準

- (1) 診療所であること。
 - (2) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求又は光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っていること。
 - (3) 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付していること。また、その旨の院内掲示を行っていること。
- 2 届出に関する事項
- 明細書発行体制等加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第2の3 地域包括診療加算

1 地域包括診療加算 1 に関する施設基準

- (1)から(9)までの基準を全て満たしていること。
- (1) 診療所であること。
- (2) 当該医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下「担当医」という。）を配置していること。
- (3) 健康相談を実施している旨を院内掲示していること。
- (4) 当該患者に対し院外処方を行う場合は、24 時間対応をしている薬局と連携をしていること。
- (5) 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。
 - ア 当該保険医療機関の敷地内に禁煙であること。
 - イ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- (6) 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。
 - ア 介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 46 条第 1 項に規定する指定居宅介護支援事業者の指定を受けており、かつ、常勤の介護支援専門員（介護保険法第 7 条第 5 項に規定するものをいう。）を配置していること。
 - イ 介護保険法第 8 条第 6 項に規定する居宅療養管理指導又は同条第 10 項に規定する短期入所療養介護等を提供した実績があること。
 - ウ 当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所（介護保険法に規定する事業を実施するものに限る。）を併設していること。
 - エ 担当医が「地域包括支援センターの設置運営について」（平成 18 年 10 月 18 日付老計発 1018001 号・老振発 1018001 号・老老発 1018001 号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に年 1 回以上出席していること。

- 3 -

は在宅療養支援病院（区分番号「C000」往診料の注1に規定する在宅療養支援病院をいう。以下同じ。）に限る。）

オ 区分番号「C002-2」に掲げる施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に限る。）

- (3) 地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談・保健・福祉サービスに関する相談及び夜間・休日の問い合わせへの対応を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。

2 届出に関する事項

機能強化加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式1を用いること。

第2 時間外対応加算

1 通則

- (1) 診療所であること。
- (2) 標榜時間外において、患者からの電話等による問い合わせに応じる体制を整備するとともに、対応者、緊急時の対応体制、連絡先等について、院内掲示、連絡先を記載した文書の配布、診察券への記載等の方法により患者に対し周知していること。

2 時間外対応加算 1 に関する施設基準

診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

3 時間外対応加算 2 に関する施設基準

- (1) 診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。
- (2) 休診日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、地域の救急医療機関等の連絡先の案内を行うなど、対応に配慮すること。

4 時間外対応加算 3 に関する施設基準

- (1) 診療所（連携している診療所を含む。）を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による連携により対応する体制がとられていること。
- (2) 当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。また、標榜時間内や当番日の標榜時間外の夜間の数時間に、やむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。
- (3) 当番日以外の日、深夜及び休日等においては、留守番電話等により、当番の診療所や地域の救急医療機関等の案内を行うなど、対応に配慮すること。
- (4) 複数の診療所の連携により対応する場合、連携する診療所の数は、当該診療所を含め最大で3つまでとすること。

- 2 -

オ 介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第 8 条第 5 項に規定する訪問リハビリテーション、同条第 8 項に規定する通所リハビリテーション、第 8 条の 2 第 4 項に規定する介護予防訪問リハビリテーション、同条第 6 項に規定する介護予防通所リハビリテーションに限る。）を提供していること。（なお、要介護被保険者等に対して、維持期の運動器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又は廃用症候群リハビリテーション料を原則として算定できないことに留意すること。）

カ 担当医が、介護保険法第 14 条に規定する介護認定審査会の委員の経験を有すること。

キ 担当医が、都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会を受講していること。

ク 担当医が、介護支援専門員の資格を有していること。

- (7) 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の往診等の体制を確保していること。（「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成 30 年 3 月 5 日保医発 0305 第 3 号）の第 9 在宅療養支援診療所の施設基準の 1 の（1）に規定する在宅療養支援診療所以外の診療所については、連携医療機関の協力を得て行うものを含む。）

- (8) 以下のいずれか 1 つを満たしていること。

ア 時間外対応加算 1 又は 2 の届出を行っていること。

イ 常勤換算 2 名以上の医師が配置されており、うち 1 名以上が常勤の医師であること。

ウ 在宅療養支援診療所であること。

- (9) 外来診療から訪問診療への移行に係る実績について、以下の全てを満たしていること。

ア 直近 1 年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、区分番号「C000」往診料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」又は区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイに場合に限る。）を算定した患者の数の合計が、在宅療養支援診療所については 10 人以上、在宅療養支援診療所以外の診療所については 3 人以上であること。

イ 直近 1 か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が 70%未満であること。

ウ 平成 31 年 3 月 31 日までの間、アにおける在宅患者訪問診療料（Ⅰ）を算定した患者及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定した患者については、診療報酬の算定方法の一部を改正する件（平成 30 年厚生労働省告示第 43 号）による改正前の診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）における区分番号「C001」在宅患者訪問診療料を算定した患者を含めることができる。

2 地域包括診療加算 2 に関する施設基準

以下の全てを満たしていること。

- (1) 1 の（1）から（6）まで及び（8）を満たしていること。
- (2) 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の連絡体制を確保していること。

3 届出に関する事項

地域包括診療加算 1 又は 2 の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 2 の 3 を用いること。

第2の4 認知症地域包括診療加算

1 認知症地域包括診療加算 1 に関する基準

- 4 -

- 第2の3に掲げる地域包括診療加算1の届出を行っていること。
- 2 認知症地域包括診療加算2に関する基準
- 第2の3に掲げる地域包括診療加算2の届出を行っていること。
- 3 届出に関する事項
- 地域包括診療加算1又は2の届出を行っていればよく、認知症地域包括診療加算1又は2として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第2の5 特定受結率初診料、特定受結率再診料及び特定受結率外来診療料

- 1 保険医療機関と卸売販売業者との価格交渉においては、「「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」について」（平成30年1月23日医政発0123第9号、保発0123第3号）に基づき、原則として全ての品目について単品単価契約とすることが望ましいこと、個々の医薬品の価値を無視した値引き交渉、医薬品の安定供給や卸売業者の経営に影響を及ぼすような流通コストを全く考慮しない値引き交渉を慎むこと等に留意するとともに、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から、受結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況を報告すること等について規定しているものであり、具体的な取扱いについては以下のとおりとする。
- （1） 受結率の報告における受結とは、取引価格が決定しているものであり、契約書等の週及条項により、取引価格が週及し変更することが可能な場合には未受結とする。また、取引価格は決定したが、支払期間が決定しないなど、取引価格に影響しない契約事項が未決定の場合は受結とする。
- ※ 受結率の計算については、下記のとおりとする。
- 受結率＝卸売販売業者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）医薬品医療機器等法第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。以下同じ。）と当該保険医療機関との間で取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したもの）／当該保険医療機関において購入された医療用医薬品の薬価総額
- （2） 単品単価契約とは、「品目ごとに医療用医薬品の価値を踏まえて価格を決定した契約」をいう。
- ※ 単品単価契約率の計算については、下記のとおりとする。
- 単品単価契約率＝単品単価契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額／卸売販売業者と当該保険医療機関との間で取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額
- （3） 一律値引き契約とは、「卸売販売業者と当該保険医療機関との間で取引価格が定められた医療用医薬品のうち、一定割合以上の医療用医薬品について総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約」をいう。この場合、一定割合以上とは、以下の計算により得られた割合が5割以上であることとし、全ての医療用医薬品が一律値引きにより価格決定した場合を含むものとする。また、一律値引きと契約に係る状況については、一律値引き契約の該当の有無及び該当有りとした場合にあっては、取引卸売販売業者ごとの当該契約における値引き率（薬価と取引価格（税込み）との差を薬価で除し、これに100を乗じて得た率）を報告すること。
- ※ 一律値引き契約における割合の計算については、下記のとおりとする。

- 5 -

- （5） 年に1回、院内感染対策の実施状況等について、様式2の7により地方厚生（支）局長に報告していること。
- 2 届出に関する事項
- （1） 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準に係る届出は、別添7の様式2の6及び様式2の8を用いること。様式2の8について、院内感染防止対策に係る研修を4年以内に修了していることが確認できる文書を添付すること。
- （2） 新規開設時届出を行う場合に限り、当該届出については実績を要しない。この場合において、届出を行った次年度の7月において、届出の変更を行うこととする。この場合において、届出の変更により1の（5）に規定する報告を行ったものとみなす。
- （3） 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修については、平成31年3月31日までは要件を満たしているものとして取り扱う。この場合において、平成31年4月1日以降も届出を継続する場合は、様式2の5による届け出を行うこと。
- （4） 届出を行った日の属する月の翌月から起算して4年が経過するまでに様式2の8を用いて再度の届出を行うこと。ただし、平成30年4月1日から平成30年9月30日までの間に届出を行った場合にあっては、平成30年10月から起算して4年経過するまでに様式2の8を用いて再度の届出を行うこと。

第3 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等

- 1 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する施設基準等
- （1） 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する基準における文書により紹介された患者の数及び当該保険医療機関における初診患者の数については、届出前1か月間（暦月）の数値を用いる。
- （2） 地域歯科診療支援病院歯科初診料に関する基準における手術の数については、届出前1年間（暦年）の数値を用いる。
- （3） 歯科医療を担当する病院である保険医療機関において、歯科点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定した患者の月平均患者数については、届出前3か月間（暦月）の月平均の数値を用いる。
- （4） （1）の「文書により紹介された患者の数」とは、別の保険医療機関等からの文書（別添6の別添1又はこれに準ずる様式）により紹介されて歯科、小児歯科、矯正歯科又は口腔外科を標榜する診療科に来院し、初診料を算定した患者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関からの紹介患者は除く。）の数をいい、当該保険医療機関における「初診の患者の数」とは、当該診療科で初診料を算定した患者の数（時間外、休日又は深夜に受診した6歳未満の患者を除く。）をいう。単に電話での紹介を受けた場合等は紹介患者には該当しない。
- （5） 「特別の関係にある保険医療機関」とは「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成28年3月4日医政発0304第3号）の別添1第1章第2部通則7の（3）に規定する特別の関係にある保険医療機関をいう。
- （6） 当該病院が当該病院の存する地域において、歯科医療を担当する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
- （7） 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄

- 7 -

- 総価額で交渉し、総価額に見合うよう当該医療用医薬品の単価を同一の割合で値引きすることを合意した契約に基づき取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額／卸売販売業者と当該保険医療機関との間で取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額
- 2 受結率、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況については、別添7の様式2の4により、毎年10月1日から11月末日までに、同年4月1日から9月30日までの期間における実績を地方厚生（支）局長へ報告することとし、11月末日までの報告に基づく特定受結率初診料、特定受結率再診料及び特定受結率外来診療料は、12月1日から翌年11月末日まで適用する。
- 3 単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況の報告については、平成30年12月から適用することとし、平成30年12月までの間は、単品単価契約率及び一律値引き契約に係る状況の報告がないことをもって特定受結率初診料、特定受結率再診料及び特定受結率外来診療料が算定されることはないこととすることから、平成30年4月以降、毎年10月1日から11月末日までに、同年4月1日から9月30日までの期間における実績を地方厚生（支）局長へ報告すること。

第2の6 オンライン診療料

- 1 オンライン診療料に関する施設基準
- （1） 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。
- （2） オンライン診療料の算定を行う患者について、緊急時に概ね30分以内に当該保険医療機関が対面による診察が可能な体制を有していること。（ただし、区分番号「B001」の「5」小児科療養指導料、区分番号「B001」の「6」てんかん指導料又は区分番号「B001」の「7」難病外来指導管理料の対象となる患者は除く。）
- （3） 当該保険医療機関において、1月当たりの区分番号「A001」再診料（注9による場合は除く。）、区分番号「A002」外来診療料、区分番号「A003」オンライン診療料、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の算定回数に占める区分番号「A003」オンライン診療料の算定回数の割合が1割以下であること。
- 2 届出に関する事項
- オンライン診療料の施設基準に係る届出は、別添7の様式2の5を用いること。

第2の7 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準

- 1 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準
- （1） 口腔内で使用する歯科医療機器等について、患者ごとの交換や、専用の機器を用いた洗浄・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染防止対策を講じていること。
- （2） 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。
- （3） 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- （4） 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

- 6 -

- ・滅菌処理を徹底する等十分な院内感染防止対策を講じていること。
- （8） 感染症患者に対する歯科診療に対応する体制を確保していること。
- （9） 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修を4年に1回以上、定期的に受講している常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- （10） 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。

2 届出に関する事項

- （1） 地域歯科診療支援病院歯科初診料の施設基準に係る届出は、別添7の様式2の8及び様式3を用いること。様式2の8について、院内感染防止対策に係る研修を4年以内に修了していることが確認できる文書を添付すること。
- （2） 届出受理後の措置については、毎年3月末日までに、前年1年間（暦年）の実績について別添7の様式3による報告を行い、必要があれば区分の変更を行う。
- （3） 歯科外来診療の院内感染防止対策に係る研修については、平成31年3月31日までは要件を満たしているものとして取り扱い、様式2の8について届出を省略して差し支えない。この場合において、平成31年4月1日以降も届出を継続する場合は、様式2の8による届け出を行うこと。
- （4） 届出を行った日の属する月の翌月から起算して4年が経過するまでに様式2の8を用いて再度の届出を行うこと。ただし、平成30年4月1日から平成30年9月30日までの間に届出を行った場合にあっては、平成30年10月から起算して4年経過するまでに様式2の8を用いて再度の届出を行うこと。

第4 歯科外来診療環境体制加算1及び歯科外来診療環境体制加算2

- 1 歯科外来診療環境体制加算1及び歯科外来診療環境体制加算2に関する施設基準
- （1） 歯科外来診療環境体制加算1に関する施設基準
- ア 歯科医療を担当する保険医療機関（歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診料にかかる施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関を除く。）であること。
- イ 歯科点数表の初診料の注1に係る施設基準の届出を行っていること。
- ウ 偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全対策に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること。
- エ 歯科衛生士が1名以上配置されていること。
- オ 患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を持っていること。また、自動体外式除細動器（AED）については保有していることがわかる院内掲示を行っていること。
- （イ） 自動体外式除細動器（AED）
- （ロ） 経皮的酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）
- （ハ） 酸素（人工呼吸・酸素吸入用のもの）
- （ニ） 血圧計
- （ホ） 救急蘇生セット
- （ヘ） 歯科吸引装置

- 8 -

- カ 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。ただし、医科歯科併設の保険医療機関にあつては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が確保されている場合は、この限りでない。
- キ 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯牙の切削や義歯の調整、歯の被せ物の調整時等に飛散する細かな物質を吸収できる環境を確保していること。
- ク 当該保険医療機関の見やすい場所に、緊急時における連携保険医療機関との連携方法やその対応等、歯科診療に係る医療安全管理対策を実施している旨の院内掲示を行っていること。
- (2) 歯科外来診療環境体制加算2に関する施設基準
- ア 歯科点数表の地域歯科診療支援病院歯科初診科の届出を行った保険医療機関であること。
- イ (1)のウからクまでの施設基準をすべて満たすこと。
- ウ 歯科外来診療において発生した医療事故、インシデント等を報告・分析し、その改善策を実施する体制を整備していること。
- (3) 平成30年3月31日において、現に歯科診療外来環境体制加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成30年9月30日までの間に限り、1の(1)のイ又は(2)のウの基準を満たしているものとみなす。
- 2 届出に関する事項
- 歯科外来診療環境体制加算1又は歯科外来診療環境体制加算2の施設基準に係る届出は、別添7の様式4を用いること。また、偶発症に対する緊急時の対応、医療事故対策等の医療安全管理に係る研修を全て修了していることが確認できる文書を添付すること。
- 第5 歯科診療特別対応連携加算
- 1 歯科診療特別対応連携加算に関する施設基準
- (1) 歯科診療特別対応連携加算に関する基準における歯科診療報酬点数表の初診科の注6又は再診科の注4に規定する加算を算定している月平均外来患者数については、届出前3か月間(暦月)の数値を用いる。
- (2) 当該患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次に掲げる十分な装置・器具を有していること。
- ア 自動体外式除細動器(AED)
- イ 経皮的酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター)
- ウ 酸素(人工呼吸・酸素吸入用のもの)
- エ 救急蘇生セット
- (3) 緊急時に円滑な対応ができるよう別の医科診療を担当する病院である保険医療機関との連携体制が整備されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあつては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。
- 2 届出に関する事項
- 歯科診療特別対応連携加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式4の2を用いること。

- 9 -

別添2

入院基本料等の施設基準等

- 第1 入院基本料(特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料(以下「特別入院基本料等」という。))及び特定入院基本料を含む。))及び特定入院科に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準
- 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準は、「基本診療科の施設基準等」の他、次のとおりとする。
- 1 入院診療計画の基準
- (1) 当該保険医療機関において、入院診療計画が策定され、説明が行われていること。
- (2) 入院の際に、医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、患者に対し、別添6の別紙2又は別紙2の3を参考として、文書により病名、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、入院後7日以内に説明を行うこと。ただし、高齢者医療確保法の規定による療養の給付を提供する場合の療養病棟における入院診療計画については、別添6の別紙2の2を参考にする。なお、当該様式にかかわらず、入院中から退院後の生活がイメージできるような内容であり、年月日、経過、達成目標、日ごとの治療、処置、検査、活動・安静度、リハビリ、食事、清潔、排泄、特別な栄養管理の必要性の有無、教育・指導(栄養・服薬)・説明、退院後の治療計画、退院後の療養上の留意点が電子カルテなどに組み込まれ、これらを活用し、患者に対し、文書により説明が行われている場合には、各保険医療機関が使用している様式で差し支えない。
- (3) 入院時に治療上の必要性から患者に対し、病名について情報提供し難い場合にあっては、可能な範囲において情報提供を行い、その旨を診療録に記載すること。
- (4) 医師の病名等の説明に対して理解できないと認められる患者(例えば小児、意識障害患者)については、その家族等に対して行ってもよい。
- (5) 説明に用いた文書は、患者(説明に対して理解できないと認められる患者)についてはその家族等)に交付するとともに、その写しを診療録に貼付するものとする。
- (6) 入院期間が通算される再入院の場合であっても、患者の病態により当初作成した入院診療計画書に変更等が必要な場合には、新たな入院診療計画書を作成し、説明を行う必要がある。
- 2 院内感染防止対策の基準
- (1) 当該保険医療機関において、院内感染防止対策が行われていること。
- (2) 当該保険医療機関において、院内感染防止対策委員会が設置され、当該委員会が月1回程度、定期的に開催されていること。
- (3) 院内感染防止対策委員会は、病院長又は診療所長、看護部長、薬剤部門の責任者、検査部門の責任者、事務部門の責任者、感染症対策に関し相当の経験を有する医師等の職員から構成されていること(診療所においては各部門の責任者を兼務した者で差し支えない。))。
- (4) 当該保険医療機関内において(病院である保険医療機関においては、当該病院にある検査部において、各病棟(有床診療所においては、当該有床診療所の有する全ての病床。以
- 5 栄養管理体制の基準
- (1) 当該病院である保険医療機関(特別入院基本料等を算定する病棟のみを有するものを除く。)内に、常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (2) 管理栄養士をはじめとして、医師、看護師、その他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。
- (3) 入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- (4) (3)において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画(別添6の別紙23又はこれに準じた様式とする。)を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定することとする。
- (5) 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項(栄養補給量、補給方法、特別食の有無等)、栄養食事相談に関する事項(入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等)、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書又はその写しを診療録に貼付すること。
- (6) 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。
- (7) 当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直していること。
- (8) 特別入院基本料等及び短期滞在手術等基本料1を算定する場合は、(1)から(7)までの体制を満たしていることが望ましい。
- (9) (1)に規定する管理栄養士は、1か月以内の欠勤については、欠勤期間中も(1)に規定する管理栄養士に算入することができる。なお、管理栄養士が欠勤している間も栄養管理のための適切な体制を確保していること。
- (10) 当該保険医療機関(診療所を除く。)において、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため、(1)に係る基準が満たせなくなった場合、地方厚生(支)局長に届け出た場合に限り、当該届出を行った日の属する月を含む3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる。
- 6 医科点数表第1章第2部通則第8号及び歯科点数表第1章第2部入院科等通則第7号に規定する基準
- 当該保険医療機関内に、非常勤の管理栄養士又は常勤の栄養士が1名以上配置されていること。

- 第1の2 歯科点数表第1章基本診療科第2部入院科等通則第6号ただし書に規定する入院基本料(特別入院基本料等を含む。))及び特定入院科に係る入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準
- 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び栄養管理体制の基準は、「基本診療科の施設基準等」の他、次のとおりとする。
- 1 第1の1から4までのいずれにも該当するものであること。
- 2 栄養管理体制の基準

- 3 -

- (1) 当該保険医療機関内（診療所を除く。）に、栄養管理を担当する管理栄養士が1名以上配置されていること。
- (2) 管理栄養士をはじめとして、歯科医師、看護職員、その他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。
- (3) 入院時に患者の栄養状態を歯科医師、看護師、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について入院診療計画書に記載していること。
- (4) (3)において、特別な栄養管理が必要と医学的に判断される患者について、栄養状態の評価を行い、歯科医師、管理栄養士、看護師その他の医療従事者が共同して、当該患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画（別添6の別紙23又はこれに準じた様式とする。）を作成していること。なお、救急患者や休日に入院した患者など、入院日に策定できない場合の栄養管理計画は、入院後7日以内に策定することとする。
- (5) 栄養管理計画には、栄養補給に関する事項（栄養補給量、補給方法、特別食の有無等）、栄養食事相談に関する事項（入院時栄養食事指導、退院時の指導の計画等）、その他栄養管理上の課題に関する事項、栄養状態の評価の間隔等を記載すること。また、当該計画書又はその写しを診療録に貼付すること。
- (6) 当該患者について、栄養管理計画に基づいた栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。
- (7) 当該患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて栄養管理計画を見直ししていること。
- (8) 特別入院基本料等及び短期滞在手術等基本料1を算定する場合は、(1)から(7)までの体制を満たしていることが望ましい。
- (9) (1)に規定する管理栄養士は、1か月以内の欠勤については、欠勤期間中も(1)に規定する管理栄養士に算入することができる。なお、管理栄養士が欠勤している間も栄養管理のための適切な体制を確保していること。
- (10) 当該保険医療機関（診療所を除く。）において、管理栄養士の離職又は長期欠勤のため、(1)に係る基準を満たせなくなった場合、地方厚生（支）局長に届け出た場合に限り、当該届出を行った日の属する月を含む3か月間に限り、従前の入院基本料等を算定できる。

第2 病院の入院基本料等に関する施設基準

病院である保険医療機関の入院基本料等に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

- 1 病棟の概念は、病院である保険医療機関の各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとする。なお、高層建築等の場合であっても、複数階（原則として二つの階）を1病棟として認めることは差し支えないが、三つ以上の階を1病棟とすることは、2の(3)の要件を満たしている場合に限り、特例として認められるものであること。また、感染症病床が別棟にある場合は、隣接して看護を円滑に実施できる一般病棟に含めて1病棟とすることができる。平均入院患者数が概ね30名程度以下の小規模な結核病棟を有する保険医療機関については、一般病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料又は障害者施設等入院基本料を算定する病棟）と結核病棟を併せて1看護単位とすることはできるが、看護配置基準が同じ入院基本料を算定する場合に限る。ただし、結核病棟を構造上

- 4 -

者の数の取扱いについては、便宜上、開設又は増床した病床数に対し、一般病棟にあっては一般病棟の病床数の80%、療養病棟にあっては療養病棟の病床数の90%、結核病棟にあっては結核病棟の病床数の80%、精神病棟にあっては精神病棟の病床数の100%を、実績の値に加えた数とする。

また、一般病棟に感染症病床がある場合は、届出時の直近1年間の入院患者数が0であっても、感染症病床数の5%をもって感染症病床に係る入院患者の数とすることができる。

- ウ 届出前1年間の間に減床を行った保険医療機関については、減床後の実績が3か月以上ある場合は、減床後の延入院患者数を延日数で除して得た数とする。なお、減床後から3か月未満の期間においては、減床後の入院患者数の見込みをもって届出を行うことができるものとするが、当該入院患者数が、減床後3か月の時点での減床後の延入院患者数を延日数で除して得た数を満たしていないことが判明したときは、当該届出は遡って無効となり、変更の届出を行わせること。
- エ 病棟単位で算定する特定入院料（区分番号「A317」に掲げる特定一般病棟入院料を除く。）、「基本診療料の施設基準等」の別表第三に規定する治療室、病室及び短期滞在手術等基本料1に係る回復室に入院中の患者については、入院患者の数から除く。
- (2) 看護要員の数については、次の点に留意する。
 - ア 看護要員の数は、届出時の看護要員の数とする。
 - イ 当該届出病棟に配置されている看護要員の数は、1勤務帯8時間で1日3勤務帯を標準として、月平均1日当たりの要件を満たしていること。なお、出産、育児又は家族介護に関する休業等が確保されるよう配慮を行うこと。
 - ウ 看護要員の数は、病棟において実際に入院患者の看護に当たっている看護要員の数であり、その算定に当たっては、看護部長等（専ら、病院全体の看護管理に従事する者をいう。）、当該保険医療機関附属の看護師養成所等の専任教員、外来勤務、手術室勤務又は中央材料室勤務等の看護要員の数は算入しない。
 - エ 病棟勤務と外来勤務、手術室勤務、中央材料室勤務又は集中治療室勤務等を兼務する場合は、勤務実績表による病棟勤務の時間を看護要員の数に算入する。
 - オ 臨時職員であっても継続して勤務に服する者は、給与の支払方式が日給制であるか否にかかわらず、看護要員の数に算入することができる。ただし、継続勤務については、特に被保険者証等により確認する必要はなく、実態に応じて判断すること。なお、職業安定法（昭和22年法律第141号）の規定に基づき、職業紹介事業を行う者からの紹介又は労働者供給事業を行う者からの供給により看護要員を雇した場合、労働者派遣事業の適切な運営の確保及び派遣労働者の就業条件の整備等に関する法律（昭和60年法律第88号）に基づき、紹介予定派遣として派遣された場合及び産前産後休業、育児休業、育児休業に準ずる休業又は介護休業中の看護職員の勤務を派遣労働者が代替する場合は、雇用期間にかかわらず看護要員の数に算入することができる。また、看護補助者の雇用形態は問わない。（派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式等を除く。）
 - カ 病棟単位で算定する特定入院料（区分番号「A317」に掲げる特定一般病棟入院料を除く。）に係る病棟並びに「基本診療料の施設基準等」の別表第三に規定する治療室、病

- 6 -

区分すること等医療法で規定する構造設備の基準は遵守するものとし、平均在院日数の計算に当たっては、一般病棟のみにより計算するものとし、一般病棟が急性期一般入院基本料、7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出を行う病棟である場合及び結核病棟が7対1入院基本料又は10対1入院基本料の届出を行う病棟である場合には、原則として一般病棟及び結核病棟で別々に重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの評価を行うものとするが、7対1入院基本料の結核病棟のみで重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの基準を満たせない場合に限り、両病棟の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの評価を合わせて行い、重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの基準を満たすことで差し支えないものとする。

- 2 1病棟当たりの病床数に係る取扱いについては、次のとおりとする。
 - (1) 1病棟当たりの病床数については、①効率的な看護管理、②夜間における適正な看護の確保、③当該病棟に係る建物等の構造の観点から、総合的に判断した上で決定されるものであり、原則として60床以下を標準とする。ただし、精神病棟については、70床まではやむを得ないものとする。
 - (2) (1)の病床数の標準を上回っている場合については、①2以上の病棟に分割した場合には、片方について1病棟として成り立たない、②建物構造上の事情で標準を満たすことが困難である、③近く建物の改築がなされることが確実である等、やむを得ない理由がある場合に限り、認められるものであること。
 - (3) 複数階で1病棟を構成する場合又は別棟にある感染症病床を含めて1病棟を構成する場合についても上記(1)及び(2)と同様であるが、いわゆるサブナース・ステーションの設置や看護要員の配置を工夫すること。
- 3 平均在院日数については次の点に留意すること。
 - (1) 平均在院日数を算出するに当たり対象となる入院患者は、保険診療に係る入院患者（「基本診療料の施設基準等」の別表第二に規定する入院患者を除く。）であること。
 - (2) 平均在院日数については、直近3か月間の数値を用いて別添6の別紙4により計算すること。なお、平均在院日数は小数点以下は切り上げること。また、短期滞在手術等基本料3を算定した患者であって6日以降も入院する場合は、入院日から起算した日数を含めて平均在院日数を計算すること。
- 4 入院患者の数及び看護要員の数等については下記のとおりとする。
 - (1) 入院患者の数については、次の点に留意する。
 - ア 入院患者の数は、当該日の24時現在当該病棟に入院中の患者をいい、当該病棟に入院してその日のうちに退院又は死亡した者を含むものである。また、保険診療に係る入院患者のほか、正常の妊娠婦、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、人間ドックなどの保険外診療の患者であって、看護要員を保険診療を担当する者と保険外診療を担当する者とに明確に区分できない場合の患者を含むものであること。なお、救急患者として受け入れ、処置室、手術室等において死亡した患者について入院料を算定する場合であっても、当該患者については、入院患者の数に計上しない。
 - イ 入院患者の数については、届出時の直近1年間（届出前1年からも6か月の間に開設又は増床を行った保険医療機関にあっては、直近6か月間とする。）の延入院患者数を延日数で除して得た数とし、小数点以下は切り上げる。

なお、届出前6か月の間に開設又は増床した病棟を有する保険医療機関に係る入院患者

- 5 -

室、短期滞在手術等基本料1に係る回復室及び外来化学療法に係る専用施設に勤務する看護要員の数は、兼務者を除き算入できない。

- キ 看護補助者の数については、次の点に留意する。
 - (イ) 看護補助者の数を算出するに当たっては、看護職員を看護補助者とみなして差し支えない。なお、入院基本料等の施設基準に定める必要数を超えて配置している看護職員を看護補助者とみなす（以下「みなし看護補助者」という。）場合には、看護職員の勤務実績に基づいて、実際に勤務した看護職員の総勤務時間数から、当該届出区分において勤務することが必要となる看護職員数の総勤務時間数を差し引いた数を、看護補助者の勤務時間数として算入する。
 - (ロ) 小児病棟又は特殊疾患入院施設管理加算を算定している病棟等において小児患者の保育に当たっている保育士は、看護補助者の数に算入することができる。ただし、小児入院医療管理料の加算の届出に係る保育士については、看護補助者として算入することはできない。
 - (ハ) 主として事務的業務を行う看護補助者を配置する場合は、常時、当該病棟の入院患者の数が200又はその端数を増すごとに1以下であること。

主として事務的業務を行う看護補助者の数の算出に当たっては、当該保険医療機関の院内規程において、看護補助者が行う事務的業務の内容を定めた上で、1人の看護補助者の延べ勤務時間数のうち事務的業務が5割以上を占める看護補助者を、「主として事務的業務を行う看護補助者」として算入すること。また、主として事務的業務を行う看護補助者については、当該病棟において事務的業務以外の業務を行った時間数も含めて、当該看護補助者の勤務時間数を算入すること。
 - ク 1か月以上長期欠勤の看護要員、身体障害者（児）に対する機能訓練指導員及び主として洗濯、掃除等の業務を行う者は看護要員に算入しない。
 - (3) 夜間における勤務（以下「夜勤」という。）については、次の点について留意する。
 - ア 「夜勤」とは、各保険医療機関が定める午後10時から翌日の午前5時までの時間を含めた連続する16時間（以下「夜勤時間帯」という。）の間において、現に勤務することをいい、当該夜勤時間帯に現に勤務した時間数を「夜勤時間数」という。なお、各保険医療機関において、当該夜勤時間帯を定める場合には、夜勤時間帯以外の時間帯（以下「日勤帯」という。）が、夜勤時間帯と重なる時間が、当該日勤帯の2分の1以下とすること。
 - イ 看護要員の名簿及び勤務実績表により、各病棟（精神病棟入院基本料の特別入院基本料等以外の特別入院基本料等を算定する病棟を除く。）ごとに次の要件が満たされていること。
 - (イ) 看護要員は、常時2人以上であること。
 - (ロ) 一般病棟、結核病棟及び精神病棟においては、看護職員を2人以上配置していること。（精神病棟入院基本料の特別入院基本料を除く。）
 - (ハ) 療養病棟においては、看護職員1人と看護補助者1人の計2人以上の配置であっても差し支えない。
 - (ニ) (イ)から(ハ)までの要件を満たしている場合は、曜日や時間帯によって、夜勤の従事者が変動することは差し支えない。

- 7 -

- ウ 特定入院科（地域包括ケア入院医療管理料を除く。また、小児入院医療管理料4、特殊疾患入院医療管理料又は児童・思春期精神科入院医療管理料については、病棟単位で算定する場合に限る。）を算定している病棟に係る看護要員は、夜勤時間数の計算対象としないこと。
- エ 夜勤に従事する看護要員の月当たり延夜勤時間数は、1か月又は4週間の当該夜勤時間帯に従事した時間数をいう。
- オ 月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体（同一の入院基本料を算定する複数の病棟（看護単位）を持つ病院にあっては、当該複数の病棟を合わせた全体）で届出前1か月又は4週間の夜勤時間帯に従事する看護職員の延夜勤時間数を夜勤時間帯に従事した実人数で除して得た数とし、当該月当たりの平均夜勤時間数の直近1か月又は直近4週間の実績の平均値により、72時間以下であること。すなわち、月平均夜勤時間数は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で計算するものであり、病棟（看護単位）ごとに計算するものではないため、病棟（看護単位）ごとに月平均夜勤時間数が72時間以下である必要はないものであること。
- また、新規届出直後においては、当該病棟の直近3か月間又は12週間の実績の平均値が要件を満たしていれば差し支えない。
- なお、療養病棟入院基本料を算定する病棟の看護職員については、この限りではないこと。
- カ 月平均夜勤時間数の計算に含まれる実人数及び延夜勤時間数については、次の点に留意する。
- （イ）専ら夜勤時間帯に従事する者（以下「夜勤専従者」という。）は、実人数及び延べ夜勤時間数に含まないこと。
- （ロ）夜勤時間帯に看護職員が病棟勤務と外来勤務等を兼務する場合は、当該看護職員が夜勤時間帯に当該病棟で勤務した月当たりの延べ時間を、当該看護職員の月当たりの延べ夜勤時間（病棟と病棟以外の勤務の時間を含む。）で除して得た数を、夜勤時間帯に従事した実人数として算入すること。
- （ハ）急性期一般入院基本料、7対1入院基本料及び10対1入院基本料の病棟の実人数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤時間数が16時間未満の者は含まないこと。ただし、短時間正職員制度を導入している保険医療機関の短時間正職員については、月当たりの夜勤時間数が12時間以上のものを含む。
- （ニ）急性期一般入院基本料、7対1入院基本料及び10対1入院基本料以外の病棟の実人数及び延べ夜勤時間数には、月当たりの夜勤時間数が8時間未満の者は含まないこと。
- （ホ）夜勤時間帯の中で申し送りに要した時間は、申し送った看護職員の夜勤時間から除いて差し支えない。
- キ 週当たりの所定労働時間は、40時間以内であること。
- ク 夜勤専従者の夜勤時間については、夜勤による勤務負担が過重とならないよう十分配慮すること。
- ケ 上記（2）のアからクまで及び（3）のアからクまでに係る看護要員の配置数、人員構成及び夜間勤務に係る具体的な算出方法等については、別添6の別紙5の例を参考とする

- 8 -

- ウ 個々の患者の病状にあった適切な看護が実施されていること。また、効果的な医療が提供できるよう患者ごとに看護計画が立てられ、その計画に沿って看護が実施されるよう配慮すること。
- エ 看護に関する記録としては、看護体制の1単位ごとに別添6の別紙6に掲げる記録がなされている必要がある。なお、これらの記録の様式・名称等は各病院が適当とする方法で差し支えないが、記録の作成に際しては、重複を避け簡潔明瞭を旨とすること。
- オ 当該届出に係る各病棟の看護単位ごとに看護の責任者が配置され、看護チームによる交代制勤務等の看護が実施され、ナース・ステーション等の設備を有し、看護に必要な器具器械が備え付けられていること。
- 4の2 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料及び地域一般入院基本料（地域一般入院科1に限る。）に係る重症度、医療・看護必要度については、次の点に留意する。
- （1）急性期一般入院基本料、7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院内院基本料（精神病棟を除く。）及び専門病院内院基本料）、10対1入院基本料（特定機能病院内院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院内院基本料）及び地域一般入院科1を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している全ての患者の状態を別添6の別紙7の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱに係る評価票を用いて測定を行い、その結果に基づいて評価を行っていること。なお、急性期一般入院科2又は3については、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いて評価を行うこと。ただし、成30年3月31日時点で許可病床数200床未満の保険医療機関であって旧算定方法別表第一区分番号A100に掲げる7対1入院基本料届出を行っている病棟にあっては、平成32年3月31日に限り、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰを用いて評価することも差し支えないこと。
- （2）急性期一般入院基本料（急性期一般入院科7を除く。）及び7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院内院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院内院基本料）については、測定の結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、別表1のいずれかに該当する患者（以下「基準を満たす患者」という。）をいう。）の割合が、別表2の基準以上であること。ただし、急性期一般入院科2及び3においては、平成30年3月31日時点で許可病床数200床未満の保険医療機関であって旧算定方法別表第一区分番号A100に掲げる7対1入院基本料届出を行っている病棟にあっては、基準を満たす患者の割合が、本文の規定にかかわらず、別表3の基準以上であること。

別表1

A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者
B項目のうち「B14診療・療養上の指示が通じる」又は「B15危険行動」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上の患者
A得点が3点以上の患者
C得点が1点以上の患者

別表2

- 10 -

- こと。
- （4）看護の勤務体制は、次の点に留意する。
- ア 看護要員の勤務形態は、保険医療機関の実情に応じて病棟ごとに交代制の勤務形態をとること。
- イ 同一の入院基本料を算定する病棟全体で1日当たり勤務する看護要員の数が所定の要件を満たす場合は、24時間一定の範囲で傾斜配置することができる。すなわち、1日当たり勤務する看護要員の数の要件は、同一の入院基本料を算定する病棟全体で要件を満たしていればよく、病棟（看護単位）ごとに要件を満たす必要はないため、病棟（看護単位）ごとに異なる看護要員の配置を行うことができるとともに、1つの病棟の中でも24時間の範囲で各勤務帯において異なる看護要員の配置を行うことができるものであること。なお、各勤務帯に配置する看護職員の数については、各病棟における入院患者の状態（重症度、医療・看護必要度等）について評価を行い、実情に合わせた適正な配置数が確保されるよう管理すること。
- ウ 特別入院基本料を算定している保険医療機関については、各病棟の看護要員数の2割を看護師とすることが望ましい。
- （5）看護要員の配置に係る情報提供は、次の点に留意する。
- ア 各勤務帯のそれぞれで、1人の看護要員が、実際に受け持っている入院患者の数を各病棟内に掲示すること。また、複数の病棟間で傾斜配置をしている場合には、各病棟の看護要員の配置状況を掲示すること。
- イ アの掲示については、第3「届出受理後の措置等」の7の掲示例によること。
- （6）看護の実施は、次の点に留意する。
- ア 看護は、当該保険医療機関の看護要員のみによって行われるものであり、当該保険医療機関において患者の負担による付添看護が行われてはならない。ただし、患者の病状により、又は治療に対する理解が困難な小児患者又は知的障害を有する患者等の場合は、医師の許可を得て家族等患者の負担によらない者が付き添うことは差し支えない。なお、患者の負担によらない家族等による付添いであっても、それらが当該保険医療機関の看護要員による看護を代替し、又は当該保険医療機関の看護要員の看護力を補充するようことがあってはならない。
- イ ①病状の観察、②病状の報告、③身体清拭、食事、排泄等の世話等療養上の世話、④診察の介補、⑤与薬・注射・包帯交換等の治療の介助及び処置、⑥検温、血圧測定、検査検体の採取・測定、検査の介助、⑦患者、家族に対する療養上の指導等患者の病状に直接影響のある看護は、看護師又は看護師の指示を受けた准看護師が行うものである。看護補助者は、看護師長及び看護職員の指導の下に、原則として療養生活上の世話（食事、清潔、排泄、入浴、移動等）、病室内の環境整備やベッドメイキングのほか、病棟内において、看護用品及び消耗品の整理整頓、看護職員が行う書類・伝票の整理及び作成の代行、診療録の準備等の業務を行うこととする。
- なお、看護補助者の業務範囲について、「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号）にある、「2 役割分担の具体例（1）医師、看護師等の医療関係職と事務職員等との役割分担」に基づく院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備していること。

- 9 -

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
急性期一般入院科1	3割	2割5分
急性期一般入院科2		2割4分
急性期一般入院科3		2割3分
急性期一般入院科4	2割7分	2割2分
急性期一般入院科5	2割1分	1割7分
急性期一般入院科6	1割5分	1割2分
7対1入院基本料（特定機能病院内院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院内院基本料）	2割8分	2割3分
7対1入院基本料（結核病棟入院基本料）	1割1分	0.9割

別表3

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
急性期一般入院科2	2割7分	2割2分
急性期一般入院科3	2割6分	2割1分

- （3）第2の1にある小規模な結核病棟を有し、一般病棟と併せて1看護単位としている病棟において、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料又は10対1入院基本料を算定している場合、重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの評価は一般病棟と結核病棟とで重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱのいずれか同一の評価票を用いて別々に行い、それぞれの病棟において（2）の割合を満たすものとする。ただし、7対1入院基本料の結核病棟のみで重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの基準を満たせない場合に限り、両病棟の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの評価を合わせて行い、一般病棟における重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの基準を満たすことで差し支えないものとする。
- （4）評価に当たっては、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成30年厚生労働省告示44号）の別表第二の二十三に該当する患者は、対象から除外すること。
- （5）10対1入院基本料であっても、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、特定機能病院内院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る。）については、評価を行っていても差し支えない。
- （6）重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ（Ⅱにあっては、B項目のみ）に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。
- ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（1日程度）

- 11 -

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

(イ) 重症度、医療・看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

(ロ) 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で検証を行うこと。

- (7) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠあるいはⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院基本料の届出時に併せて届け出ること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価により届出を行う場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について各入院料等の重症度、医療・看護必要度のそれぞれの基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと。急性期一般入院料2及び3を届け出る場合のⅠの基準は、急性期一般入院料2が2割9分、急性期一般入院料3が2割8分とする。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添7の様式10を用いて届け出る必要があること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは4月又は10月（以下「切替月」という。）のみとし、切替月の10日までに届け出ること。
- (8) 毎年7月において、直近3月の評価の結果を別添7の様式10により地方厚生（支）局長に報告すること。

- (9) 旧算定方法別表第一区分番号A100に掲げる7対1入院基本料（一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）の経過措置については、平成30年3月31日において、現に一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料の7対1入院基本料に係る届出を行っている病棟であって、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（平成30年度改定前）の7対1入院基本料の重症度、医療・看護必要度の基準を満たす病棟については、平成30年9月30日までは平成30年度改定後の別表2の急性期一般入院料1、7対1入院基本料（結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）の重症度、医療・看護必要度の基準をそれぞれ満たすものとみなすものであること。

- 4の3 急性期一般入院料1及び7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料及び障害者施設等入院基本料を除く。）に係る入院患者数及び医師の数については、次の点に留意すること。

- (1) 急性期一般入院料1及び7対1入院基本料に係る患者数

4の(1)によると。

- (2) 常勤の医師の数

ア 医師数は、常勤（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第23条第1項、同条第3項又は同法第24条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあつては、所定労働時間が週30時間以上であること）の医師の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。

イ ウの医師数の計算方法における医師数は、届出時の医師数とする。

ウ 急性期一般入院料1及び7対1入院基本料に係る医師数の計算方法

- 12 -

(イ) 急性期一般入院料1及び専門病院入院基本料の7対1入院基本料に係る医師数

医療法上の一般病棟（感染症病棟を含む。）に入院する患者数から急性期一般入院料1及び7対1入院基本料を算定する病棟に入院する患者数を減じた数を16で除した数、結核病棟に入院する患者数を16で除した数、療養病棟に入院する患者数を48で除した数及び精神病棟に入院する患者数を48で除した数を合計した数を病院全体の医師数から減じた数

(ロ) 結核病棟入院基本料の7対1入院基本料に係る医師数

医療法上の一般病棟（感染症病棟を含む。）に入院する患者数を16で除した数、療養病棟に入院する患者数を48で除した数及び精神病棟に入院する患者数を48で除した数を合計した数を病院全体の医師数から減じた数

(3) 「基本診療料の施設基準等」第五の二の(1)のイの②の3及び六の(2)のイの③については以下のとおりとする。

(2)のウの(イ)による医師数が、(1)による患者数に100分の10を乗じた数以上。ただし、当該病棟に係る入院患者数が30人未満の場合は、3人以上。

(4) 「基本診療料の施設基準等」第五の四の(1)のイの④については以下の通りとする。

(2)のウの(ロ)による医師数が、(1)による患者数に100分の10を乗じた数以上。ただし、当該病棟に係る入院患者数が30人未満の場合は、3人以上。

4の4 急性期一般入院料1、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る自宅等に退院するものの割合について

(1) 急性期一般入院料1、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）に係る自宅等に退院するものとは、他の保険医療機関（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病棟入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者以外の患者をいう。

(2) 当該病棟から退院した患者数に占める自宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。

ア 直近6か月間において、当該病棟から退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、自宅等に退院するものの数

イ 直近6か月間に退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者、同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転院患者及び死亡退院した患者を除く。）

4の5 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料及び10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）並びに療養病棟入院基本料（許可病床数200床以上の保険医療機関に限る。）を算定する病棟においては、データ提出加算の届出を行っていること。ただし、平成30年3月31日において、現に「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前（平成30年度改定前）の許可病床数200床未満の10対1入院基本料（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）並びに療養病棟入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31

- 13 -

年3月31日（許可病床数が50床未満又は1病棟のみを有する保険医療機関においては、平成32年3月31日）までの間、当該基準を満たしているものとする。なお、当該基準については、別添7の様式40の7を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。

- 4の5の2 「基本診療料の施設基準等」第五の二の(1)のイの③の3及び第五の二の(1)のイの④の3について

急性期一般入院料2又は3を算定する保険医療機関については、厚生労働省が入院医療を担う保険医療機関の機能や役割について分析・評価するために行う調査に適切に参加すること。ただし、やむを得ない事情が存在する場合には、この限りでない。また、当該調査が実施されるまでの間の施設基準の届出については、参加の実績は要しないこと。

- 4の6 月平均夜勤時間超過減算による入院基本料及び夜勤時間特別入院基本料を算定する病棟については、次の点に留意する。

- (1) 月平均夜勤時間超過減算による入院基本料

ア 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料及び障害者施設等入院基本料を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める基準（夜勤を行う看護職員の1人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること）のみを満たせなくなった場合、当該基準を満たせなくなってから直近3月に限り、算定できるものであること。ただし、病棟の種別にかかわらず、月平均夜勤時間超過減算による入院基本料又は夜勤時間特別入院基本料を最後に算定した月から起算して1年以内は、当該減算による入院基本料の算定はできないものであること。

イ 本通知の第3の1の(1)に規定する一時的な変動に該当する場合には、当該一時的な変動に該当しなくなってから直近3月に限り、算定できるものであること。

ウ 月平均夜勤時間超過減算により入院基本料を算定する場合は、看護職員の採用活動状況等に関する書類を毎月10日までに地方厚生（支）局長に提出すること。

- (2) 夜勤時間特別入院基本料

ア 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料及び精神病棟入院基本料を算定する病棟において、別に厚生労働大臣が定める基準（夜勤を行う看護職員の1人当たりの月平均夜勤時間数が72時間以下であること。）のみを満たせなくなった場合、当分の間、算定できるものであること。

イ 夜勤時間特別入院基本料を算定する場合は、医療勤務環境改善支援センターに相談し、その相談状況に関する書類及び看護職員の採用活動状況等に関する書類を毎月10日までに地方厚生（支）局長に提出すること。

- (3) 月平均夜勤時間超過減算による入院基本料又は夜勤時間特別入院基本料を算定する保険医療機関においては、保険医療機関及び保険医療費担当規則第11条の2に規定されているように、保険医療機関は、看護を実施するに当たって必要な看護職員の確保に努めなければならないこととされており、看護職員定着のための処遇改善等についてなお一層の努力をすること。また、月平均夜勤時間超過減算による入院基本料又は夜勤時間特別入院基本料の算定期間中は、看護職員の夜勤時間について規定がないため、特定の看護職員に夜勤時間が偏重することがないように配慮すること。

- (4) 月平均夜勤時間超過減算による入院基本料又は夜勤時間特別入院基本料の届出を行う場合は、別添7の様式6及び様式9を用いること。

- 14 -

- 4の7 地域一般入院料1、看護必要度加算及び一般病棟看護必要度評価加算を算定する病棟については、次の点に留意する。

- (1) 10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）、地域一般入院基本料（地域一般入院料1に限る。）及び13対1入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟は、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果に基づいて評価を行っていること。10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料）を算定する病棟については、評価の結果、4の2(2)別表1のいずれかに該当する患者の割合が別表4のとおりであること。

別表4

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱ
看護必要度加算1	2割7分	2割2分
看護必要度加算2	2割1分	1割7分
看護必要度加算3	1割5分	1割2分

- (2) 評価に当たっては、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成30年厚生労働省告示第44号）の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外すること。

- (3) 重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱ（Ⅱにあつては、B項目のみ）に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（1日程度）

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

(イ) 重症度、医療・看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法

(ロ) 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で検証を行うこと。

- (4) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠあるいはⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院基本料の届出時に併せて届け出ること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価により届出を行う場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について各入院料等の重症度、医療・看護必要度のそれぞれの基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと。なお、評価方法のみの変更を行う場合には、別添7の別紙10を用いて届け出る必要があること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは切替月のみとし、切替月の10日までに届け出るこ

- 15 -

- と。
- (5) 毎年7月において、直近3月の評価の結果を別添7の様式10により地方厚生(支)局長に報告すること。
- (6) 看護必要度加算の経過措置について、平成30年3月31日において、現に看護必要度加算1、2又は3を算定するものにあつては、平成30年9月30日まではそれぞれ平成30年度改定後の看護必要度加算1、2又は3の基準を満たすものとみなすものであること。
- 4の8 ADL維持向上等体制加算の施設基準
- 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))及び専門病院入院基本料)又は10対1入院基本料(特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))及び専門病院入院基本料)を算定する病棟において、以下の基準を満たすこと。
- (1) 当該病棟に、専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士(以下「理学療法士等」という。)が2名以上配置されていること又は専従の理学療法士等が1名、かつ、専任の理学療法士等1名以上が配置されていること。なお、複数の病棟において当該加算の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれ専従の理学療法士等が配置されていること。また、当該理学療法士等(専従のものに限る。)は、区分番号「H000」心血管疾患リハビリテーション科、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション科、区分番号「H001-2」廃用症候群リハビリテーション科、区分番号「H002」運動器リハビリテーション科、区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション科、区分番号「H004」摂食機能療法、区分番号「H005」摂食訓練、区分番号「H006」難病患者リハビリテーション科、区分番号「H007」障害児(者)リハビリテーション科、区分番号「H007-2」がん患者リハビリテーション科、区分番号「H007-3」認知症患者リハビリテーション科及び区分番号「H008」集団コミュニケーション療法科(以下(1)において「疾患別リハビリテーション等」という。)を担当する専従者との兼務はできないものであること。当該理学療法士等(専従のものに限る。)がADL維持向上等体制加算の算定を終了した当該病棟の患者に対し、引き続き疾患別リハビリテーション等を算定すべきリハビリテーションを提供する場合は、1日6単位まで算定できる。
- ただし、当該病棟内に区分番号「A308-3」に規定する地域包括ケア入院医療管理料1、2、3又は4を算定する病室がある場合には、当該病室における理学療法士等の業務について兼務しても差し支えない。
- (2) 当該保険医療機関において、以下のいずれも満たす常勤医師が1名以上勤務していること。
- ア リハビリテーション医療に関する3年以上の経験を有していること。
- イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。
- (3) (2)の要件のうちイにおけるリハビリテーションに係る研修とは、医療関係団体等が開催する急性期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む研修であり、2日以上かつ10時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものである。なお、当該研修には、次の内容を含むものである。
- ア リハビリテーション概論について(急性期リハビリテーションの目的、障害の考え方、チームアプローチを含む。)
- イ リハビリテーション評価法について(評価の意義、急性期リハビリテーションに必要な

- 16 -

- 4の9 障害者施設等入院基本料に係る7対1入院基本料を算定する病棟について
- 「基本診療料の施設基準等」第五の七の(2)のイの③については、直近1か月における当該病棟に入院する超重症児(者)及び準超重症児(者)の数の和の1日平均を、直近1か月における当該病棟に入院する患者数の1日平均で除して算出する。
- 4の10 精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料(精神病棟に限る。)を算定する病棟について
- (1) 7対1入院基本料(特定機能病院の精神病棟に限る。)又は10対1入院基本料を算定する病棟については、以下の基準を満たすこと。
- 当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の5割以上が入院時においてGAF尺度30以下であること。
- (2) 13対1入院基本料を算定する病棟については、以下の基準を満たすこと。
- ア 当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の4割以上が、入院時においてGAF尺度30以下又は区分番号A230-3に掲げる精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。
- イ 身体合併症を有する患者の治療が行えるよう、必要に応じて、当該保険医療機関の精神科以外の医師が治療を行う体制が確保されていること。
- 4の11 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)のイの⑥に規定する「適切な看取りに対する指針」について
- 「適切な看取りに対する指針を定めていること」とは、当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに対する指針を定めていることをいう。
- 5 療養病棟入院料1及び2を算定する病棟の入院患者に係る「基本診療料の施設基準等」の別表第五の二に掲げる疾患及び状態にある患者(以下別添2において「医療区分3の患者」という。))及び別表第五の三の一及び二に掲げる疾患及び状態にある患者及び同表の三に掲げる患者(以下別添2において「医療区分2の患者」という。))の割合の算出方法等
- 医療区分3及び医療区分2の患者の割合については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。
- ア 直近3か月における各病棟の入院患者ごとの医療区分3の患者及び医療区分2の患者に該当する日数の和
- イ 直近3か月における各病棟の入院患者ごとの入院日数の和
- 6 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(2)に規定する区分
- 当該療養病棟に入院する患者については、別添6の別紙8の「医療区分・ADL区分等に係る評価票 評価の手引き」を用いて毎日評価を行い、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成30年3月5日保医発0305第1号)の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定の欄に記載すること。その際、該当する全ての項目に記載すること。
- 7 医療区分2に定める「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、入院又は転院時に発生していた褥瘡に限り、治癒又は軽快後も30日に限り、引き続き医療区分2として取り扱うことができる。ただし、当該取扱いを行う場合においては、入院している患者に係る褥瘡の発生割合について、患者又は家族の求めに応じて説明を行うこと。なお、褥瘡の発生割合とは、当

- 18 -

- な評価を含む。)
- ウ リハビリテーション治療法について(運動療法、作業療法、言語聴覚療法、義肢装具療法及び薬物療法を含む。)
- エ リハビリテーション処方について(リハビリテーション処方の実際、患者のリスク評価、リハビリテーションカンファレンスを含む。)
- オ 高齢者リハビリテーションについて(廃用症候群とその予防を含む。)
- カ 脳・神経系疾患(急性期)に対するリハビリテーションについて
- キ 心臓疾患(OCU)でのリハビリテーションを含む。))に対するリハビリテーションについて
- ク 呼吸器疾患に対するリハビリテーションについて
- ケ 運動器系疾患のリハビリテーションについて
- コ 周術期におけるリハビリテーションについて(ICUでのリハビリテーションを含む。)
- (4) 当該病棟の直近1年間の新規入院患者のうち、65歳以上の患者が8割以上、又は、循環器系、新生物、消化器系、運動器系若しくは呼吸器系の疾患の患者が6割以上であること。
- (5) アウトカム評価として、以下の基準を全て満たすこと。患者のADLは、基本的日常生活活動度(Barthel Index)(以下「B I」という。))を用いて評価することとする。
- ア 直近1年間に、当該病棟を退院又は転床した患者(死亡退院を除く。))のうち、退院又は転床時におけるADL(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成30年3月5日保医発0305第1号)の別添1の2の別紙様式7の2の合計得点をいう。以下(5)において同じ。))が入院時と比較して低下した患者の割合が3%未満であること。なお、入院日から起算して4日以内に外科手術を行い、当該外科手術の日から起算して3日目のADLが入院時より30以上低下した場合は、退院又は転床時におけるADLは、入院時のADLではなく、当該外科手術の日から起算して3日目のADLと比較するものとする。
- なお、新規に届出をする場合は、直近3月間の実績が施設基準を満たす場合、届出することができる。なお、施設基準を満たさなくなったため所定点数を加算できなくなった後、再度届出を行う場合には新規に届出をする場合には該当しない。
- イ 当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡(DESIGN-R分類d2以上とする。))を保有している入院患者の割合が2.5%未満であること。なお、その割合は、次の(イ)に掲げる数(ロ)に掲げる数で除して算出する。ただし、届出時の直近月の初日(以下この項において「調査日」という。))における当該病棟の入院患者数が80人以下の場合は、本文の規定にかかわらず、当該病棟の入院患者のうち、院内で発生した褥瘡を保有している入院患者が2人以下であること。
- (イ) 調査日に褥瘡を保有する患者数のうち、入院時既に褥瘡保有が記録された患者を除いた患者数
- (ロ) 調査日の入院患者数(調査日の入院又は予定入院患者は含めず、退院又は退院予定患者は含める。)
- なお、届出以降は、別添7の様式5の4に基づき、院内で発生したDESIGN-R分類d2以上の褥瘡を保有している入院患者の割合を調査すること。
- (6) 疾患別リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っていること。

- 17 -

- 当該病棟の全入院患者数に占める当該病棟内で発生した褥瘡患者数(入院又は転院時に発生していた褥瘡患者を除く。))の割合である。
- 8 「基本診療料の施設基準等」の第五の三の(1)のイの④に規定する褥瘡の発生割合等の継続的な測定及び評価
- 当該療養病棟に入院する個々の患者について、褥瘡又は尿路感染症の発生状況や身体抑制の実施状況を継続的に把握し、その結果を「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成30年3月5日保医発0305第1号)の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定の欄に記載すること。
- 9 療養病棟入院基本料の注10に規定する在宅復帰機能強化加算について
- 次の施設基準を全て満たしていること。
- (1) 療養病棟入院料1を届け出ている保険医療機関であること。
- (2) 次のいずれにも適合すること。
- ア 当該病棟から退院した患者(当該保険医療機関の他病棟(療養病棟入院基本料を算定していない病棟に限る。))から当該病棟に転床した患者については、当該病棟に入院した期間が1月以上のものに限り、以下この項において同じ。))に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上であり、その割合は、次の(イ)に掲げる数(ロ)に掲げる数で除して算出するものであること。なお在宅に退院した患者とは、同一の保険医療機関の当該加算に係る病棟以外の病棟へ転床した患者、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者を除く患者をいい、退院した患者の在宅での生活が1月以上(医療区分3の患者については14日以上)継続する見込みであることを確認できた患者をいう。
- (イ) 直近6月間に退院した患者(第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。))のうち、在宅に退院した患者数
- (ロ) 直近6月間に退院した患者数(第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、病状の急性増悪等により、他の保険医療機関(当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。))での治療が必要になり転院した患者を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状記の一覧を、届出の際に添付の上提出する。))
- イ 在宅に退院した患者の退院後1月以内(医療区分3の患者については14日以内)に、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問することにより、又は当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けることにより、当該患者の在宅における生活が1月以上(退院時に医療区分3である場合にあっては14日以上)継続する見込みであることを確認し、記録していること。
- (3) 当該保険医療機関又は別の保険医療機関の病棟若しくは病室(一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟に限る。))、専門病院入院基本料、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は地域包括ケア病棟入院料を算定するものに限る。))から当該病棟に入院し、在宅に退院した1年間の患者数(当該保険医療機関の他病棟から当該病棟に転床して1か月以内に退院した患者を除く。))を、当該病棟の1年間の1日平均入院患者数で除した数が100分の15以上であること。なお、平成30年3月31日において現に当該加算の届出を行っている保

- 19 -

- 医療機関については、平成 30 年 9 月 30 日までの間に限り、当該基準を満たしているものとする。
- 10 療養病棟入院基本料の注 11 の規定により入院料を算定する病棟については、次の点に留意する。
- 療養病棟入院基本料の注 1 に規定する病棟以外の病棟であって、療養病棟入院料 2 の施設基準のうち、別に厚生労働大臣が定めるもの（当該病棟において 1 日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が 20 若しくはその端数を増すごとに 1 以上であること又は当該病棟に入院している患者のうち、医療区分 3 の患者と医療区分 2 の患者との合計が 5 割以上であること）のみを満たせなくなった場合（いずれも満たせなくなった場合を含む。）に、平成 30 年 3 月 31 日時点で継続して 6 か月以上療養病棟入院基本料を届け出ている病棟に限り、算定できる。ただし、別に厚生労働大臣が定めるもののうち、「当該病棟において 1 日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が 20 又はその端数を増すごとに 1 以上であること」を満たせなくなった場合については、平成 30 年 3 月 31 日時点で継続して 6 か月以上療養病棟入院基本料を届け出ている病棟であることに加え、当該病棟において 1 日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上である必要があること。
- 11 療養病棟入院基本料の注 12 の規定により入院料を算定する病棟については、次の点に留意する。
- 療養病棟入院基本料の注 1 に規定する病棟以外の病棟であって、別に厚生労働大臣が定める基準（当該病棟において 1 日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が 30 又はその端数を増すごとに 1 以上であること等）を満たすものとして地方厚生（支）局長に届け出た場合に、平成 30 年 3 月 31 日時点で旧算定方法の別表第一区分番号 A 1 0 1 に掲げる療養病棟入院基本料の注 11 に係る届出を行っていた病棟に限り、算定できる。
- 12 療養病棟入院基本料の注 13 に規定する夜間看護加算の施設基準
- （1）当該病棟において、夜勤を行う看護要員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 16 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であること。ただし、看護要員の配置については、療養病棟入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。なお、当該病棟において、夜勤を行う看護要員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護要員の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員 1 を含む看護要員 3 以上であることとする。ただし、看護要員の配置については、同一の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。
- （2）夜間看護加算を算定するものとして届け出た病棟に入院している患者全体（延べ患者数）に占める ADL 区分 3 の患者の割合が 5 割以上であること。
- （3）看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、当該加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成 30 年 3 月 31 日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、当該基準を満たしているものであること。
- ア 当該保険医療機関内に、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該保険医療機関に勤務する看護職員の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。
- イ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議（以下こ
- （2）特定機能病院入院基本料の注 4 の基準
- （1）のイの基準を満たしていること。
- 14 精神病棟入院基本料の注 7 に規定する精神保健福祉士配置加算の施設基準
- （1）当該病棟に、専従の常勤精神保健福祉士が 1 名以上配置されていること。
- （2）当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、当該部署に専従の常勤精神保健福祉士が 1 名以上配置されていること。なお、当該病棟に専従する精神保健福祉士と退院支援部署に専従する精神保健福祉士は兼任できないが、退院支援部署は、退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室と同一でもよい。
- （3）措置入院患者、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号。以下「医療観察法」という。）第 34 条第 1 項若しくは第 60 条第 1 項に規定する鑑定入院の命令を受けた者又は第 37 条第 5 項若しくは第 62 条第 2 項に規定する鑑定入院の決定を受けた者（以下「鑑定入院患者」という。）及び第 42 条第 1 項第 1 号若しくは第 61 条第 1 項第 1 号に規定する同法による入院（以下「医療観察法入院」という。）の決定を受けた者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当該病棟の入院患者のうち 9 割以上が入院日から起算して 1 年以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転倒した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第 1 章第 2 部通則 5 の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。
- 15 「基本診療料の施設基準等」の第五の六専門病院入院基本料の施設基準の（1）の通則の主として悪性腫瘍患者又は循環器疾患患者を当該病院の一般病棟に 7 割以上入院させ、高度かつ専門的な医療を行っている病院とは、具体的には、次の各号に掲げる基準を満たすものをいう。
- （1）悪性腫瘍に係る専門病院について
- ア 200 床以上の一般病棟を有していること。
- イ 一般病棟（障害者施設等入院基本料及び特定入院料（救命救急入院料、特定集中治療室管理料及び緩和ケア病棟入院料を除く。）を算定する病棟を除く。以下この項において同じ。）に勤務する常勤の医師の員数が許可病床（当該一般病棟に係るものに限る。）数に 100 分の 6 を乗じて得た数以上であること。
- ウ リニアック等の機器が設置されていること。
- エ 一般病棟の入院患者の 7 割以上が悪性腫瘍患者であること。
- オ 外来患者の 3 割以上が紹介患者であること。
- （2）循環器疾患に係る専門病院について
- ア 特定集中治療室管理の施設基準に係る届出を行い受理された病院であること。
- イ 一般病棟の入院患者の 7 割以上が循環器疾患患者であること。
- ウ （1）の ア、イ及びオを満たしていること。
- 16 「基本診療料の施設基準等」の第五の七障害者施設等入院基本料の対象となる病棟は、次のい

- の項において「委員会等」という。）を設置し、「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）第 19 条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することと差し支えない。
- ウ イの計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。
- エ 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。
- （4）夜間看護加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、以下の基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年 1 回以上受講した者であること。ただし、院内研修を受講していない場合にあっては、平成 31 年 3 月 31 日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。
- ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
- イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解
- ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術
- エ 日常生活にかかわる業務
- オ 守秘義務、個人情報の保護
- カ 看護補助業務における医療安全と感染防止 等
- （5）当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年 1 回以上見直しを行うこと。また、次に掲げる所定の研修を修了した（修了証が交付されているもの）看護師長等が配置されていることが望ましいこと。
- ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（5 時間程度）
- イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
- （イ）看護補助者の活用に関する制度等の概要
- （ロ）看護職員との連携と業務整理
- （ハ）看護補助者の育成・研修・能力評価
- （ニ）看護補助者の雇用形態と処遇等
- 13 精神病棟入院基本料の注 4 及び特定機能病院入院基本料の注 4 に規定する重度認知症加算の施設基準
- 精神病棟入院基本料及び特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）を算定する患者について加算できる施設基準等は以下のとおりである。
- （1）精神病棟入院基本料の注 4 の施設基準等
- ア 「基本診療料の施設基準等」の第五の四の二の（5）のイの基準を満たしていること。
- イ 算定対象となる重度認知症の状態とは、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成 18 年 4 月 3 日老発第 0403003 号。別添 6 の別紙 12 及び別紙 13 参照）におけるランク M に該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（JCS（Japan Coma Scale）でⅡ－3（又は 30）以上又は GCS（Glasgow Coma Scale）で 8 点以下の状態にある者）を除く。
- ずれかの基準を満たすものをいう。ただし、7 対 1 入院基本料の対象となる病棟は、次の（1）のいずれかの基準を満たすものに限る。なお、（2）の要件を満たすものとして届出を行う場合には、別添 7 の様式 19 を用いること。
- （1）次のいずれかに該当する一般病棟
- ア 児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 42 条第 2 号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由の児童又は重症心身障害児（同法第 7 条第 2 項に規定する重症心身障害児をいう。以下同じ。）を入所させるものに限る。）
- イ 児童福祉法第 6 条の 2 の 2 に規定する指定医療機関
- （2）次のいずれにも該当する一般病棟
- ア 重度の肢体不自由児（者）（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「重度の肢体不自由児（者）」という。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。以下単に「脊髄損傷等の重度障害者」という。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等を概ね 7 割以上入院させている病棟であること。なお、重度の意識障害者とは、次に掲げるものをいうものであり、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。
- （イ）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
- （ロ）無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外症候群等）
- イ 当該病棟において、1 日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 10 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。ただし、当該病棟において、1 日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員 1 を含む 2 以上であることとする。
- 17 障害者施設等入院基本料の注 9 に規定する看護補助加算について
- （1）当該病棟において、1 日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 30 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であること。
- （2）当該病棟において、夜勤を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 7.5 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であること。
- （3）看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、同一の入院基本料を届け出ている病棟間を含め、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できる。
- （4）看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、12 の（3）の例による。
- （5）看護補助加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年 1 回以上受講した者であること。ただし、院内研修を受講していない場合にあっては、平成 31 年 3 月 31 日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。なお、研修内容については、12 の（4）の例による。
- （6）当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年 1 回以上見直しを行うこと。また、所定の研修を修了した（修了証が交付されているもの）看

- 看護師長等が配置されていることが望ましいこと。なお、所定の研修の内容については、12の（５）の例による。
- 18 障害者施設等入院基本料の注10に規定する夜間看護体制加算について
- 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、4項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、（1）及び（3）から（7）までのうち、4項目以上を満たしていること。
- （1）当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。
- （2）3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること。
- （3）当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。
- （4）当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。
- （5）当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者の業務のうち5割以上が療養生活上の世話であること。
- （6）当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。
- （7）当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置していること。
- 19 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料における夜間看護体制特定日減算について
- 当該減算は、許可病床数が100床未満の病院において、夜間、病棟の看護職員が一時的に救急外来で勤務する間、病棟の看護職員体制は、看護職員1名を含め看護職員と看護補助者を合わせて2名以上であること。ただし、当該時間帯の入院患者数が30人以下の場合は、看護職員1名で差し支えない。加えて、当該時間帯に当該病棟の看護職員が一時的に救急外来で勤務する間、当該病棟の看護に支障がないと当該病棟を担当する医師及び看護の管理者が判断した場合に限ること。
- 第3 診療所の入院基本料等に関する施設基準
- 診療所である保険医療機関の入院基本料等に関する基準は、「基本診療料の施設基準等」並びに第2の4の（1）のア及びイ、（2）のア及びオ、キの（イ）及び（ロ）、ク並びに（6）のア及びイの他、下記のとおりとする。
- 1 看護関連記録が整備され、勤務の実態が明確であること。なお、看護関連記録の様式、名称等は、各診療所が適当とする方法で差し支えない。
- 2 看護職員の数は、入院患者の看護と外来、手術等の看護が一体として実施されている実態を踏まえ、当該診療所に勤務しその業務に従事する看護師又は准看護師の数とする。

- 24 -

- （チ）過去1年間の全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数（分娩を除く。）が30件以上であること。
- （リ）区分番号「A317」に掲げる特定一般病棟入院料の注1に規定する厚生労働大臣が定める地域に所在する有床診療所であること。
- （ヌ）過去1年間の分娩を行った総数（帝王切開を含む。）が30件以上であること。
- （ル）過去1年間に、区分番号「A208」に掲げる乳幼児加算・幼児加算、区分番号「A212」に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算又は区分番号「A221-2」に掲げる小児療養環境特別加算を算定した実績があること。
- （2）有床診療所入院基本料2の施設基準
- ア 当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、4以上7未満であること。
- イ （1）のイを満たしていること。
- （3）有床診療所入院基本料3の施設基準
- ア 当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、1以上4未満であること。
- イ （1）のイを満たしていること。
- （4）有床診療所入院基本料4の施設基準
- （1）のアを満たしていること。
- （5）有床診療所入院基本料5の施設基準
- （2）のアを満たしていること。
- （6）有床診療所入院基本料6の施設基準
- （3）のアを満たしていること。
- 6 有床診療所入院基本料1、2、4又は5の届出をしている診療所にあつては、看護師を1人以上配置することが望ましいこと。
- 7 夜間（当該診療所が診療応需の態勢を解除している時間帯で概ね午後6時から午前8時までをいう。）における緊急時の体制を整備することとし、看護要員を1人以上配置していること。
- 8 有床診療所一般病床初期加算の施設基準
- 次のいずれかに該当すること。
- （1）在宅療養支援診療所であつて、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
- （2）全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間30件以上であること。
- （3）救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所であること。
- （4）「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している有床診療所であること。
- （5）区分番号B001の「22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定していること。
- （6）注6に規定する夜間看護配置加算1又は2を算定しており、夜間の診療応需態勢を確保していること。
- 9 医師配置加算の施設基準
- （1）医師配置加算1については、次のいずれかに該当する診療所であること。
- ア 在宅療養支援診療所であつて、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
- イ 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔（手術を実施した場合に限る。）の患者数が年間30件以上であること。

- 26 -

- 3 個々の患者の病状にあつた適切な看護が実施されていること。また、効果的な医療が提供できるよう、看護計画が策定されていること。
- 4 当該保険医療機関においてパートタイム労働者として継続して勤務する看護要員の人員換算の方法は、

パートタイム労働者の1か月間の実労働時間
常勤職員の所定労働時間

- による。ただし、計算に当たって1人のパートタイム労働者の実労働時間が常勤職員の所定労働時間を超えた場合は、所定労働時間以上の勤務時間は算入せず、「1人」として算出する。なお、常勤職員の週当たりの所定労働時間が32時間未満の場合は、32時間を所定労働時間として計算する。
- 5 有床診療所入院基本料の施設基準
- （1）有床診療所入院基本料1の施設基準
- ア 当該診療所（療養病床を除く。）における看護職員の数が、7以上であること。
- イ 次の施設基準のうち、（イ）に該当すること又は（ロ）から（ル）までのうち2つ以上に該当すること。
- （イ）過去1年間に、介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第8条第8項に規定する通所リハビリテーション又は同法第8条の2第8項に規定する介護予防通所リハビリテーション）、同法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導、同条第10項に規定する短期入所療養介護、同条第23項に規定する複合型サービス、同法第8条の2第6項に規定する介護予防居宅療養管理指導若しくは同条第10項に規定する介護予防短期入所療養介護を提供した実績があること、同法第8条第29項に規定する介護医療院を併設していること、又は同法第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者であること。
- （ロ）在宅療養支援診療所であつて、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
- （ハ）過去1年間の急変時の入院件数が6件以上であること。なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く。
- （ニ）注6に規定する夜間看護配置加算1又は2の届出を行っていること。
- （ホ）区分番号「A001」に掲げる再診料の注10に規定する時間外対応加算1の届出を行っていること。
- （ヘ）過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入が1割以上であること。なお、急性期医療を担う病院の一般病棟とは、一般病棟入院基本料、7対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））又は専門病院入院基本料に限る。）、10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。））又は専門病院入院基本料に限る。）、13対1入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）又は15対1入院基本料（専門病院入院基本料に限る。）を算定する病棟であること。ただし、地域一般入院基本料、13対1入院基本料又は15対1入院基本料を算定する保険医療機関にあつては区分番号「A205」に掲げる救急医療管理加算の算定を行っている場合に限るものとする。
- （ト）過去1年間の当該保険医療機関内における看取りの実績が2件以上であること。

- 25 -

- ウ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急診療所であること。
- エ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された在宅当番医制又は病院群輪番制に参加している有床診療所であること。
- オ 区分番号B001の「22」に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料を算定していること。
- カ 注6に規定する夜間看護配置加算1又は2を算定しており、夜間の診療応需態勢を確保していること。
- （2）施設基準に係る当該有床診療所における医師数は、常勤の医師（週4日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週32時間以上である者をいう。）の他、非常勤医師の実労働時間数を常勤換算し算入することができる。
- 10 看護配置に係る加算の施設基準
- （1）看護配置加算1については、看護職員の数が、看護師3名を含む10名以上であること。
- （2）看護配置加算2については、看護職員の数が10名以上であること。ただし、看護配置加算1に該当する場合を除く。
- （3）夜間看護配置加算1については、夜間の看護要員の数が、看護職員1名を含む2名以上であること。なお、2名のうち1名は当直で良いが、看護職員が1名のみである場合には、当該看護職員については当直によることはできないものであること。
- （4）夜間看護配置加算2については、夜間の看護職員の数が1名以上であること。ただし、夜間看護配置加算1に該当する場合を除く。なお、当該看護職員については、当直でも良い。
- （5）看護配置加算1と看護配置加算2は併算できないものであること。また、夜間看護配置加算1と夜間看護配置加算2も同様に併算できないものであること。
- 11 看護補助配置加算の施設基準
- （1）看護補助配置加算1については、当該診療所（療養病床を除く。）における看護補助者の数が2名以上であること。
- （2）看護補助配置加算2については、当該診療所（療養病床を除く。）における看護補助者の数が1名であること。
- （3）看護補助配置加算1と看護補助配置加算2は併算できないものであること。
- 12 看取り加算の施設基準
- 当該診療所における夜間の看護職員の数が1以上であること。ただし、有床診療所入院基本料と有床診療所療養病床入院基本料のいずれも届け出ている保険医療機関においては、届出を行っているいずれかの病床で夜間の看護職員の数が1以上であること。
- 13 栄養管理実施加算の基準
- 栄養管理を担当する常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。
- 14 療養病床を有する場合は、長期にわたり療養を必要とする患者にふさわしい看護を行うのに必要な器具器械が備え付けられていること。
- 15 有床診療所療養病床入院基本料を算定する病床の入院患者に対する「基本診療料の施設基準等」の医療区分3の患者及び医療区分2の患者の割合の算出方法等
- （1）医療区分3及び医療区分2の患者の割合については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で算出する。
- ア 直近3か月における当該有床診療所の療養病床の入院患者ごとの医療区分3の患者及び医療区分2の患者に該当する日数の和

- 27 -

- イ 直近3か月における当該有床診療所の療養病床の入院患者ごとの入院日数の和
- (2) 当該病床の入院患者のうち、医療区分3と医療区分2の患者の合計が8割以上に該当することとなった場合は、有床診療所療養病床入院基本料にあっては「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(2)のロの「4対1配置保険医療機関」への変更の届出を翌月速やかに行うこと。この場合、同月1日に遡って受理したものととして処理すること。また、当該変更の届出前において、4対1配置保険医療機関のお紐を要する必要はないこと。
- (3) 当該病床の入院患者のうち、医療区分3と医療区分2の患者の合計が8割以上の場合であって、次のいずれかに該当しない場合にあるは、入院基本料Eを算定する病床の届出を翌月速やかに行うものとする。この場合、同月1日に遡って受理したものとして処理すること。
- ア 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護職員の数
は、当該療養病床の入院患者の数が4又はその端数を増すごとに1以上であること。
- イ 当該有床診療所に雇用され、その療養病床に勤務することとされている看護補助者の
数は、当該療養病床の入院患者の数が4又はその端数を増すごとに1以上であること。
- 16 「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(2)のロに規定する区分
別添2の第2の6と同様に取り扱うものであること。
- 17 医療区分2に定める「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、入院又は転院時既に発生していた褥瘡に限り、治癒又は軽快後も30日間に限り、引き続き医療区分2として取り扱うことができる。ただし、当該取扱いを行う場合においては、入院している患者に係る褥瘡の発生割合について、患者又は家族の求めに応じて説明を行うこと。なお、褥瘡の発生割合とは、有床診療所療養病床入院基本料を算定する全入院患者数に占める褥瘡患者数（入院又は転院時既に発生していた褥瘡患者を除く。）の割合である。
- 18 救急・在宅等支援療養病床初期加算の施設基準
在宅療養支援診療所であって、過去1年間に訪問診療を実施した実績があること。
- 19 「基本診療料の施設基準等」の第六の三の(2)のイの③に規定する褥瘡の発生割合等の継続的な測定及び評価
当該施設（療養病床に限る。）に入院する個々の患者について、褥瘡又は尿路感染症の発生状況や身体抑制の実施状況を継続的に把握していること。なお、その結果を「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成30年3月5日保医発0305第1号）の別添1の2の別紙様式2の「医療区分・ADL区分等に係る評価票」の所定の欄に記載することが望ましい。
- 20 有床診療所入院基本料の注11に規定する在宅復帰機能強化加算の施設基準
次の施設基準を全て満たしていること。
- (1) 有床診療所入院基本料1、有床診療所入院基本料2又は有床診療所入院基本料3を届け出ている保険医療機関であること。
- (2) 次のいずれにも適合すること。
- ア 当該病床から退院した患者に占める在宅に退院した患者の割合が7割以上であり、その割合は、次の(イ)に掲げる数を(ロ)に掲げる数で除して算出するものであること。なお、在宅に退院した患者とは、他の保険医療機関へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者を除く患者をいい、退院した患者の在宅での生活が1年以上継続する見込みである

- 28 -

- 1 病院の入院基本料の施設基準に係る届出について
- (1) 病院の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添7の様式5から様式11（様式11については、一般病棟において感染症病床を有する場合に限る。）までを用いること。なお、別添7の様式10、様式10の2及び様式10の5については、急性期一般入院料1及び7対1入院基本料を届け出る場合に用い、別添7の様式10については、急性期一般入院料2から7まで、10対1入院基本料、看護必要度加算又は一般病棟看護必要度評価加算を届け出る場合に用い、別添7の様式5の5については、ADL維持向上等体制加算を届け出る場合に用い、別添7の様式10の8については、在宅復帰機能強化加算を届け出る場合に用い、別添7の様式10の7については、精神保健福祉士配置加算を届け出る場合（精神病棟入院基本料を算定している病院に限る。）に用いること。また、当該病棟に勤務する看護要員の名簿については別添7の様式8を用いること。ただし、一般病棟、療養病棟及び結核病棟の特別入院基本料等の届出は、別添7の様式6及び様式7を用いること。
- (2) 平成30年10月1日以降において、急性期一般入院料2から6までの届出を行うに当たっては、現に急性期一般入院基本料を届け出ている病棟であって、重症度、医療・看護必要度に係る基準以外の施設基準を満たしている場合に限り、(1)の規定にかかわらず、様式10のみを用いて届け出れば足りることとする。
- (3) 療養病棟入院基本料の注13に規定する夜間看護加算及び障害者施設等入院基本料の注9に規定する看護補助加算を届け出る場合は、別添7の様式9、様式13の3及び様式18の3を用い、当該加算に係る看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、毎年7月において、前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、別添7の様式13の3を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり直近の7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の3の届出を略することができること。
- (4) 急性期一般入院基本料、7対1入院基本料、10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）又は療養病棟入院基本料（許可病床数200床以上の保険医療機関に限る。）を届け出る際にはデータ提出加算の届出の写しを添付すること。
- (5) (1)又は(3)において別添7の様式8及び様式9を用いる場合は、それぞれの様式にまとめて必要事項を記載すれば、当該各様式について、1部のみ届出で差し支えない。
- 2 一般病棟入院基本料（特別入院基本料を除く。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟のうち、当該病棟に90日を超えて入院する患者について、療養病棟入院料1の例により算定を行う病棟については、別添7の様式10の6により地方厚生（支）局長に届け出ること。
- 3 診療所の入院基本料の施設基準に係る届出は、別添7の様式5及び様式12から様式12の10までを用いること。ただし、有床診療所（療養病床に限る。）の特別入院基本料の届出は、別添7の様式12を用い、有床診療所の栄養管理実施加算の届出は、別添7の様式12の8を用いること。また、有床診療所の在宅復帰機能強化加算の届出は入院基本料の届出とは別に行うこととし、一般病棟については別添7の様式12の9を用い、療養病棟については別添7の様式12の10を用いること。
- 4 管理栄養士の離職又は長期欠勤のため栄養管理体制の基準を満たせなくなった病院については、

- 30 -

- ことを確認できる患者をいう。
- (イ) 直近6月間に退院した患者（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅に退院した患者数
- (ロ) 直近6か月間に退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、病状の急性増悪等により、他の保険医療機関（当該保険医療機関と特別の関係にあるものを除く。）での治療が必要になり転院した患者を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳記の一覧を、届出の際に添付の上提出する。）
- イ 在宅に退院した患者の退院後1月以内に、当該患者の在宅における生活が1月以上継続する見込みであることを確認し、記録していること。なお、当該確認は、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問すること、当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けること、又は当該患者が当該保険医療機関を受診した際に情報提供を受けることによって行うことを原則とするが、当該患者の居宅が遠方にある場合等、これらの方法によりがたい場合には、電話等により確認することができる。
- (3) 平均在院日数が90日以内であること。
- 21 有床診療所療養病床入院基本料の注11に規定する在宅復帰機能強化加算の施設基準
- (1) 当該病床から退院した患者に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上であること。なお、その割合を算出するに当たっては、有床診療所入院基本料の注11に規定する在宅復帰機能強化加算に係る算出方法によるものであること。
- (2) 在宅に退院した患者の退院後1月以内に、当該患者の在宅における生活が1月以上（医療区分3の患者については14日以上）継続する見込みであることを確認し、記録していること。なお、当該確認は、当該保険医療機関の職員が当該患者の居宅を訪問すること、当該保険医療機関が在宅療養を担当する保険医療機関から情報提供を受けること又は当該患者が当該保険医療機関を受診した際に情報提供を受けることによって行うことを原則とするが、当該患者の居宅が遠方にある場合等、これらの方法によりがたい場合には、電話等により確認することができる。
- (3) 平均在院日数が365日以内であること。
- 22 有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護連携加算1の施設基準
次の施設基準を全て満たしていること。
- (1) 有床診療所入院基本料1又は有床診療所入院基本料2を届け出ている保険医療機関であること。
- (2) 5の(1)のイの(イ)を満たしていること。
- 23 有床診療所入院基本料の「注12」に規定する介護連携加算2の施設基準
次の施設基準を全て満たしていること。
- (1) 有床診療所入院基本料3を届け出ている保険医療機関であること。
- (2) 5の(1)のイの(イ)を満たしていること。

第4 削除

第5 入院基本料の届出に関する事項

- 29 -

- 栄養管理体制の基準が一部満たせなくなった保険医療機関として、別添7の様式5の3及び様式6を用いて届出を行うこと。
- 5 届出は、病院である保険医療機関において、全病棟包括的に行うことを原則とするが、一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟を有する保険医療機関については、一般病棟、療養病棟、結核病棟及び精神病棟につき、それぞれ区分し、当該病棟種類の病棟全体につき包括的に届出を行うこと。
- 6 5の規定にかかわらず、別添2に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）において、一般病棟入院基本料の届出を行う場合には、病棟全体で包括的に届出を行うのではなく、看護配置が異なる病棟ごとに届出を行っても差し支えない。
- 7 病棟内に特定入院料の各区分に該当する入院医療を行う病床を有する場合（特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料4及び地域包括ケア入院医療管理料1、2、3又は4を算定している病床を除く。）は、これらの病床以外の病棟全体（複数の病棟種別がある場合は、当該病棟種類の病棟全体）を単位として行う。
- 8 有床診療所入院基本料の届出は、当該診療所の全病棟（療養病床に係る病床を除く。）について包括的に行い、有床診療所療養病床入院基本料の届出は、療養病床に係る病床について包括的に行う。
- 9 入院基本料等の施設基準の届出に当たっては、届出を行うとする基準について、特に規定がある場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。なお、届出前1か月の実績は、例えば一般病棟である特殊疾患病棟入院料を算定していた病棟を、療養病床に転換し療養病棟入院基本料の施設基準の届出を行う場合に、特殊疾患病棟入院料を算定していた期間の人員配置基準を実績として用いるなど、入院料の種別の異なる期間の実績であっても差し支えないこと。なお、有床診療所入院基本料の夜間看護配置加算1又は2の届出を行う場合の届出前1か月の実績には、入院患者がいない日を除くことができるものとする。
- 10 平均在院日数の要件は満たしていないものの、看護職員の数及びその他の要件を全て満たしている保険医療機関の開設者から、届出直後の3か月間における平均在院日数を所定の日数以内とすることができることを明らかにした病棟運営計画書を添付した場合には、届出の受理を行うことができる。この場合、届出直後の3か月間における平均在院日数が、所定の日数以内とならなかったことが判明したときには、当該届出は無効となる。
- 11 新たに開設された保険医療機関が入院基本料の施設基準に係る届出を行う場合は、届出時点で、精神病棟入院基本料の特別入院基本料の基準を満たしていれば、実績がなくても入院基本料の特別入院基本料の届出を行うことができる。また、有床診療所入院基本料にあっては、有床診療所入院基本料6の基準を満たしていれば、実績がなくても有床診療所入院基本料6の届出を行うことができる。ただし、この場合は、1か月後に適時調査を行い、所定の基準を満たしていないことが判明したときは、当該届出は無効となる。
- 12 当該保険医療機関が届け出ている入院基本料を算定する病棟において、増床又は減床が行われ、届出の内容と異なる事情等が生じた場合には、速やかに変更の届出を行うこと。なお、増床に伴い、既に届け出ている入院基本料以外の入院基本料の届け出の必要が生じた場合には、実績がなくても基準を満たす入院基本料の届け出を行うことができる。ただし、この場合は、1か月後に

- 31 -

- 適時調査を行い、所定の基準を満たしていないことが判明したときは、当該届出は無効となる。
- 13 第2の2の(1)の1病棟の病床数の標準を上回る場合の届出に係る取扱いは次のとおりであること。
- (1) 第2の2の(2)に該当することが確認された場合には、届出を受理する。なお、当該事情が解消され次第、標準規模の病棟になるよう指導すること。
- (2) 既に標準を超えた規模で届出が受理されている病棟については、新たな届出を行う際に改善をさせた上で届出を受理するものとする。ただし、第2の2の(2)の①から③までに掲げたやむを得ない理由が存在する場合には、届出を受理しても差し支えないものとする。
- なお、当該事情が解消され次第、標準規模のものとなるよう指導するものとする。
- 14 医療法及び感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号）（以下「感染症法」という。）の規定に基づき、感染症指定医療機関の指定を受けようとする保険医療機関は、その旨を届け出ること。

別添3

入院基本料等加算の施設基準等

入院基本料等加算に関する基準は、「基本診療法の施設基準等」の他、下記のとおりとする。なお、病棟単位で届出を行う入院基本料等加算を算定する病棟が複数ある場合であっても、それぞれの病棟において当該入院基本料等加算の施設基準の要件を満たすことが必要であること。

第1 総合入院体制加算

1 総合入院体制加算1に関する施設基準等

- (1) 一般病棟入院基本料を算定する病棟を有する保険医療機関であること。
- (2) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。
- ただし、精神科については、24 時間対応できる体制を確保し、医療法第7条第2項第1号に規定する精神病床を有していること。また、区分番号「A103」精神病棟入院基本料、区分番号「A311」精神科救急入院科、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院科、区分番号「A311-3」精神科救急・合併症入院科、区分番号「A311-4」児童・思春期精神科入院医療管理科又は区分番号「A318」地域移行機能強化病棟入院科のいずれかの届出を行っており、現に精神疾患患者の入院を受け入れていること。
- (3) 全身麻酔による手術件数が年 800 件以上であること。また、以下のアからカまでを全て満たしていること。
- ア 人工心肺を用いた手術 40 件／年以上
- イ 悪性腫瘍手術 400 件／年以上
- ウ 腹腔鏡下手術 100 件／年以上
- エ 放射線治療（体外照射法）4000 件／年以上
- オ 化学療法 1000 件／年以上
- カ 分焼件数 100 件／年以上
- (4) 手術等の定義については、以下のとおりであること。

ア 全身麻酔

全身麻酔とは、医科点数表第2章第11部に掲げる麻酔のうち区分番号「L007」開放点滴式全身麻酔又は区分番号「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔をいう。また、手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術（輸血管理料を除く。）をいう。

イ 人工心肺を用いた手術

人工心肺を用いた手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「K541」から「K544」まで、「K551」、「K553」、「K554」から「K556」まで、「K557」から「K557-3」まで、「K558」、「K560」、「K560-2」、「K568」、「K570」、「K571」から「K574」まで、「K576」、「K577」、「K579」から「K580」まで、「K582」

- 32 -

から「K589」まで及び「K592」から「K594」までに掲げる人工心肺を用いた手術をいう。

ウ 悪性腫瘍手術

悪性腫瘍手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる悪性腫瘍手術をいう。（病理診断により悪性腫瘍であることが確認された場合に限る。）

エ 腹腔鏡下手術

腹腔鏡下手術とは、医科点数表第2章第10部に掲げる手術のうち、区分番号「K524-3」、「K526」の「3」、「K530-2」、「K532-3」、「K534-3」、「K537-2」、「K627-2」、「K627-3」、「K627-4」、「K633-2」、「K634」、「K636-3」、「K636-4」、「K639-3」、「K642-2」、「K642-3」、「K643-2」、「K647-2」、「K649-2」、「K654-3」、「K655-2」、「K655-5」、「K656-2」、「K657-2」、「K659-2」、「K660-2」、「K662-2」、「K664」、「K665」の「1」（腹腔鏡によるものに限る。）、「K666-2」、「K667-2」、「K671-2」、「K672-2」、「K674-2」、「K684-2」、「K692-2」、「K695-2」、「K697-2」の「1」、「K697-3」の「1」のイ、「K697-3」の「2」のイ、「K700-3」、「K702-2」、「K703-2」、「K711-2」、「K714-2」、「K715-2」、「K716-2」、「K718-2」、「K719-2」、「K719-3」、「K725-2」、「K726-2」、「K729-3」、「K734-2」、「K735-3」、「K740-2」、「K742-2」、「K751-3」、「K754-2」、「K754-3」、「K755-2」、「K756-2」、「K769-2」、「K769-3」、「K770-2」、「K770-3」、「K772-2」、「K772-3」、「K773-2」、「K773-3」、「K773-5」、「K778-2」、「K779-3」、「K785-2」、「K802-4」から「K802-6」まで、「K803-2」、「K803-3」、「K804-2」、「K809-3」、「K823-4」、「K834-2」、「K836-2」、「K843-2」、「K843-3」、「K843-4」、「K859-2」、「K863」、「K865-2」、「K872-2」、「K876-2」、「K877-2」、「K878-2」、「K879-2」、「K886」の「2」、「K887」の「2」、「K887-2」の「2」、「K887-3」の「2」、「K887-4」、「K888」の「2」、「K888-2」の「2」、「K890-3」、「K912」の「2」又は「K913-2」の「2」をいう。

オ 放射線治療（体外照射法）

放射線療法とは、医科点数表第2章第12部に掲げる放射線治療（血液照射を除く。）をいう。

カ 化学療法

化学療法とは、悪性腫瘍に対する抗腫瘍薬、ホルモン療法、免疫療法等の抗腫瘍効果を有する薬剤（手術中の使用又は退院時に処方されたものは含まない。）を使用するものとし、抗生剤のみの使用、G-C S F 製剤、鎮吐剤等の副作用に係る薬剤のみの使用及び

内服薬のみの使用等は含まない。

キ 分焼件数

当該医療機関において分焼を行った総数（帝王切開を含む。）とする。

- (5) 24 時間の救急医療提供として、「救急医療対策事業実施要綱」（昭和 52 年 7 月 6 日医発第 692 号）に定める第3「救命救急センター」又は第4「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。
- (6) 外来を縮小するに当たり、次の体制を確保していること。
- ア 病院の初診に係る選定療養の届出を行っており、実費を徴収していること。
- イ 地域の他の保険医療機関との連携のもとに、区分番号「B009」診療情報提供料(1)の「注7」の加算を算定する退院患者数及び転帰が治癒であり通院の必要のない患者数が直近1か月間の総退院患者数（ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにH I V等に係る専門外来の患者を除く。）のうち、4割以上であること。
- (7) 病院の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、医師事務作業補助体制加算や急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、勤務医又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。
- ア 当該保険医療機関内に、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に關し、当該病院に勤務する医療従事者の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。
- イ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、「医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）第 19 条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。
- ウ イの計画は、医療従事者の現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。
- エ イの計画には次に掲げる項目のうち少なくとも2項目以上を含んでいること。
- (イ) 外来診療時間の短縮、地域への他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組（許可病床数が 400 床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。）
- (ロ) 院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい）
- (ハ) 医師事務作業補助者の配置による病院勤務医の事務作業の負担軽減
- (ニ) 病院勤務医の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善
- (ホ) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減
- オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。
- (8) 地域の他の保険医療機関との連携体制の下、円滑に退院患者の受け入れが行われるための地域連携室を設置していること。

- 1 -

- 2 -

- 3 -

- (9) 画像診断及び検査を24時間実施できる体制を確保していること。
- (10) 薬剤師が、夜間当直を行うことにより、調剤を24時間実施できる体制を確保していること。
- (11) 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。
- ア 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。
- イ 敷地内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。
- ウ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- エ 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している病棟においては分煙でも差し支えない。
- オ 分煙を行う場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと。
- (12) 次のいずれにも該当すること。
- ア 区分番号「A101」療養病棟入院基本料又は区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない保険医療機関であること。
- イ 当該保険医療機関と同一建物内に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院又は介護療養型医療施設を設置していないこと。ただし、平成30年3月31日時点で総合入院体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であって、当該施設（介護医療院を除く。）を設置している保険医療機関については、当該時点で設置している当該施設（介護医療院を除く。）を維持することができる。
- (13) 総合入院体制加算1を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、下記別表1のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。）の割合が別表2のとおりであること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成30年厚生労働省告示第44号）の別表第二の二十三に該当する患者は測定対象から除外する。また、評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠあるいはⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠあるいはⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届

- 4 -

- の定義については、1の(4)と同様である。
- ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上
- イ 悪性腫瘍手術 400件/年以上
- ウ 腹腔鏡下手術 100件/年以上
- エ 放射線治療（体外照射法）4000件/年以上
- オ 化学療法 1000件/年以上
- カ 分娩件数 100件/年以上
- (3) 救急用の自動車（消防法（昭和23年法律第186号）及び消防法施行令（昭和36年政令第37号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和35年法律第105号）及び道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成19年法律第103号）第2条に規定する救急医療用ヘリコプターによる搬送件数が、年間で2000件以上であること。
- (4) 当該保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。
- ア 当該保険医療機関の屋内が禁煙であること。
- イ 屋内禁煙を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。
- ウ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- エ 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟に限る。）、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している病棟においては分煙でも差し支えない。
- オ 分煙を行う場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことを必須とし、さらに、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めるとともに、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずること。例えば、喫煙可能区域において、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行うこと。
- (5) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。
- ア 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する（第二）救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号）の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針」に規定する「周産期医療の体制構築に係る指針」（以下「周産期医療の体制構築に係る指針」という。）による総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関
- イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関
- (6) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、精神科については、24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制

- 6 -

け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について、別表2に掲げる基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと。

別表1

B項目のうち「B14 診療・療養上の指示が通じる」又は「B15 危険行動」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上の患者
A得点が2点以上の患者
C得点が1点以上の患者

別表2

	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰの割合	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱの割合
総合入院体制加算1、2	3割5分	3割
総合入院体制加算3	3割2分	2割7分

- (14) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入（ⅡにあつてはB項目のみ）は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。
- ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（1日程度）
- イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
- (イ) 重症度、医療・看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法
- (ロ) 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法
- 実際に、患者の重症度、医療・看護必要度が正確に測定されているか定期的に院内で検証を行うこと。
- (15) 公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれに準ずる病院とは、二次医療圏等の比較的広い地域において急性期医療を中心に地域医療を支える基幹的病院であるとして日本医療機能評価機構が定める機能評価を受けている病院又は当該評価の基準と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。

2 総合入院体制加算2に関する施設基準等

- (1) 総合入院体制加算1の施設基準（(1)、(6)から(10)まで、(12)から(15)までに限る。）を満たしていること。
- (2) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも4つ以上を満たしていること。手術等

- 5 -

を含む。）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないものであるが、この場合であっても、以下のいずれかも満たすものであること。

- ア 区分番号「A230-4」精神科リエゾンチーム加算又は区分番号「A247」認知症ケア加算1の届出を行っていること。
- イ 区分番号「A248」精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急患者の入院3日以内における区分番号「I001」入院精神療法若しくは区分番号「A300」救命救急入院料の注2に規定する加算の算定件数が合計で年間20件以上であること。
- 3 総合入院体制加算3に関する施設基準等
- (1) 総合入院体制加算1の施設基準（(1)、(6)から(10)まで、(12)のイ及び(14)に限る。）を満たしていること。
- (2) 総合入院体制加算2の施設基準（(4)及び(5)に限る。）を満たしていること。
- (3) 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を標榜し、当該診療科に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。ただし、精神科については、24時間対応できる体制（自院又は他院の精神科医が、速やかに診療に対応できる体制も含む。）があれば、必ずしも標榜し、入院医療を行う体制を必要としないものであるが、以下のいずれかを満たすものであること。
- ア 区分番号「A230-4」精神科リエゾンチーム加算又は区分番号「A247」認知症ケア加算1の届出を行っていること。
- イ 区分番号「A248」精神疾患診療体制加算2の算定件数又は救急搬送患者の入院3日以内における区分番号「I001」入院精神療法若しくは区分番号「A300」救命救急入院料の注2に規定する加算の算定件数が合計で年間20件以上であること。
- (4) 全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。なお、併せて以下のアからカまでの全てを満たすことが望ましいものであり、少なくとも2つ以上を満たしていること。手術等の定義については、1の(4)と同様である。
- ア 人工心肺を用いた手術 40件/年以上
- イ 悪性腫瘍手術 400件/年以上
- ウ 腹腔鏡下手術 100件/年以上
- エ 放射線治療（体外照射法）4000件/年以上
- オ 化学療法 1000件/年以上
- カ 分娩件数 100件/年以上
- (5) 総合入院体制加算3を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、1の(13)の別表1のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。）の割合が1の(13)の別表2のとおりであること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成30年厚生労働省告示第44号）の別表第二の二十三に該当する患者は測定対象から除外する。また、評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要

- 7 -

度のⅠあるいはⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠあるいはⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の 10 日までに届け出ること。なお、評価の方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年 4 月及び 10 月とする。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合は、届出前 3 月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について、1 の(13)の別表 2 に掲げる基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が 0.04 を超えないこと。

- (6) 区分番号「A101」療養病棟入院基本料又は区分番号「A308-3」地域包括ケア病棟入院料（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）の届出を行っていない保険医療機関であること。ただし、平成 26 年 3 月 31 日以前に総合入院体制加算に係る届出を行っている場合には、当該基準は適用しない。
- 4 総合入院体制加算について、平成 30 年 3 月 31 日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関にあっては、平成 30 年 9 月 30 日までの間、平成 30 年度改定後の総合入院体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。
- 5 総合入院体制加算の医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成 30 年 3 月 31 日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、平成 30 年度改定後の当該加算の当該基準を満たすものとみなすものであること。
- 6 届出に関する事項
- (1) 新規届出時における退院患者数の割合については、届出前 3 か月間の実績を有していること。
- (2) 総合入院体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 10、様式 13 及び様式 13 の 2 を用いること。
- (3) 毎年 7 月において、前年度における手術件数等及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、別添 7 の様式 13 及び様式 13 の 2 により届け出ること。なお、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成 30 年 7 月の届出においては平成 30 年度改定前の基準で届け出てもし支えないが、平成 31 年 7 月以降の届出においては、平成 30 年度改定後の基準で届け出ること。
- (4) 当該加算の変更の届出に当たり、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近 7 月に届け出た内容と変更がない場合は、様式 13 の 2 の届出を略すことができること。
- (5) 2 の(4)の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 2 臨床研修病院入院診療加算

- 1 臨床研修病院入院診療加算に関する施設基準（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）
- (1) 基幹型の施設基準

- 8 -

であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。

オ 当該保険医療機関の職員を対象とした保険診療に関する講習（当該保険医療機関が自ら行うものを指し、当該保険医療機関以外のものにより実施される場合を除く。）が年 2 回以上実施されていること。

- (2) 協力型の施設基準
- ア 協力型臨床研修施設（歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令第 3 条第 3 号に規定する協力型臨床研修施設をいう。）又は協力型相当大学病院（歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院及び管理型相当大学病院を除く。）であって、2 の(1)のアカラウまでを満たしていること。
- イ 研修歯科医が単独型臨床研修施設若しくは管理型臨床研修施設又は単独型相当大学病院若しくは管理型相当大学病院において実施される保険診療に関する講習を受けていること。

3 届出に関する事項

臨床研修病院入院診療加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 2 の 2 救急医療管理加算

1 救急医療管理加算に関する施設基準

- (1) 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 4 の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関であること若しくは都道府県知事又は指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。
- 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」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
- なお、精神科救急医療施設の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」（平成 20 年 5 月 26 日障発第 0526001 号）に従い実施されたい。
- (2) 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重症救急患者の受入れに対応できる医師等を始めとする医療従事者を確保していること。
- (3) 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する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等あらかじめ周知していること。

2 届出に関する事項

救急医療管理加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

また、救急医療管理加算 2 を算定した場合、当該患者に係る概要について、別添 7 の様式 14 の 3 により毎年 7 月に地方厚生（支）局長に報告すること。

ア 指導医は臨床経験を 7 年以上有する医師であること。

イ 研修医 2.5 人につき、指導医 1 人以上であること。

ウ 当該保険医療機関の医師の数は、医療法に定める標準を満たしていること。

エ 加算の対象となる保険医療機関は、臨床研修病院であって研修管理委員会が設置されている基幹型臨床研修病院（医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令（平成 14 年厚生労働省令第 158 号）第 3 条第 1 号に規定する基幹型臨床研修病院をいう。）又は基幹型相当大学病院（医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院のうち、他の病院又は診療所と共同して臨床研修を行う病院であって、当該臨床研修の管理を行うものをいう。以下同じ。）であること。

オ 当該保険医療機関の全職種の職員を対象とした保険診療に関する講習（当該保険医療機関が自ら行うものを指し、当該保険医療機関以外のものにより実施される場合を除く。）が年 2 回以上実施されていること。

カ 研修医数は、病床数を 10 で除した数又は年間の入院患者数を 100 で除して得た数を超えないものであること。

(2) 協力型の施設基準

ア 協力型臨床研修病院（医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令第 3 条第 2 号に規定する協力型臨床研修病院をいう。）又は協力型相当大学病院（医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する医学を履修する課程を置く大学に附属する病院のうち、他の病院と共同して臨床研修を行う病院（基幹型相当大学病院を除く。）をいう。）であって、1 の(1)のアカラウまで及びカを満たしていること。

イ 研修医が基幹型臨床研修病院又は基幹型相当大学病院において実施される保険診療に関する講習を受けていること。

2 臨床研修病院入院診療加算に関する施設基準（歯科診療に係るものに限る。）

(1) 単独型又は管理型の施設基準

ア 指導歯科医は歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令に基づく指導歯科医の資格要件を満たす歯科医師であること。

イ 研修歯科医 2 人につき、指導歯科医 1 人以上であること。

ウ 当該保険医療機関の歯科医師の数は、医療法に定める標準を満たしていること。

エ 加算の対象となる病院である保険医療機関は、臨床研修施設であって研修管理委員会が設置されている単独型臨床研修施設（歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令（平成 17 年厚生労働省令第 103 号）第 3 条第 1 号に規定する単独型臨床研修施設をいう。）若しくは管理型臨床研修施設（同条第 2 号に規定する管理型臨床研修施設をいう。）又は単独型相当大学病院（歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、単独で若しくは歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する臨床研修に関する省令第 3 条第 1 号に規定する研修協力施設と共同して臨床研修を行う病院をいう。以下同じ。）若しくは管理型相当大学病院（歯科医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する歯学若しくは医学を履修する課程を置く大学に附属する病院（歯科医業を行わないものを除く。）のうち、他の施設と共同して臨床研修を行う病院（単独型相当大学病院を除く。）

- 9 -

第 3 超急性期脳卒中加算

1 超急性期脳卒中加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関において、専ら脳卒中の診断及び治療を担当する常勤の医師（専ら脳卒中の診断及び治療を担当した経験を 10 年以上有するものに限る。）が 1 名以上配置されており、日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞 t-PA 適正使用に係る講習会を受講していること。
- (2) 薬剤師が常時配置されていること。
- (3) 診療放射線技師及び臨床検査技師が常時配置されていること。
- (4) 脳外科的処置が迅速に行える体制が整備されていること。
- (5) 脳卒中治療を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。ただし、ICU や SCU と兼用であっても構わないものとする。
- (6) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、これらの装置及び器具を他の治療室と共有していても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
- ア 救急蘇生装置（気管挿管セット、人工呼吸装置等）
- イ 除細動器
- ウ 心電計
- エ 呼吸循環監視装置
- (7) 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、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制であること。

2 届出に関する事項

超急性期脳卒中加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 15 を用いること。

第 3 の 2 妊産婦緊急搬送入院加算

1 妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準

- (1) 産科又は産婦人科を標榜している保険医療機関であること。
- (2) 妊産婦である患者の受診時に、緊急の分娩について十分な経験を有する専ら産科又は産婦人科に従事する医師が配置されており、その他緊急の分娩に対応できる十分な体制がとられていること。
- (3) 妊産婦である患者の受診時に、緊急に使用可能な分娩設備等を有しており、緊急の分娩にも対応できる十分な設備を有していること。

2 届出に関する事項

妊産婦緊急搬送入院加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 4 診療録管理体制加算

1 診療録管理体制加算 1 に関する施設基準

- (1) 診療記録（過去 5 年間の診療録及び過去 3 年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・

- 10 -

- 11 -

- 管理されていること。
- (2) 中央病歴管理室が設置されており、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(平成 29 年 5 月厚生労働省) (以下、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」という。)に準拠した体制であること。
- (3) 診療録管理部門又は診療記録管理委員会が設置されていること。
- (4) 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。
- (5) 年間の退院患者数 2,000 名ごとに 1 名以上の専任の常勤診療録管理者が配置されており、うち 1 名以上が専従であること。なお、診療録管理者は、診療情報の管理、入院患者についての疾病統計 (ICD10 による疾病分類等)を行うものであり、診療報酬の請求事務 (DPC のコーディングに係る業務を除く。)、窓口の受付業務、医療機関の経営・運営のためのデータ収集業務、看護業務の補助及び物品運搬業務等については診療記録管理者の業務としない。なお、当該専従の診療記録管理者は医師事務作業補助体制加算に係る医師事務作業補助者を兼ねることはできない。
- (6) 入院患者についての疾病統計には、ICD (国際疾病分類)上の規定に基づき、4 桁又は 5 桁の細分類項目に沿って疾病分類がなされていること。
- (7) 以下に掲げる項目を全て含む電子的な一覧表を有し、保管・管理された診療記録が、任意の条件及びコードに基づいて速やかに検索・抽出できること。なお、当該データベースについては、各退院患者の退院時要約が作成された後、速やかに更新されていること。また、当該一覧表及び診療記録に係る患者の個人情報の取扱いについては、「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ダンス」(平成 29 年 4 月 14 日(個人情報保護委員会、厚生労働省))「以下「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ダンス」という。」に基づく管理が実施されていること。
- ア 退院患者の氏名、生年月日、年齢、性別、住所 (郵便番号を含む。)
- イ 入院日、退院日
- ウ 担当医、担当診療科
- エ ICD (国際疾病分類)コードによって分類された疾患名
- オ 手術コード (医科点数表の区分番号)によって分類された当該入院中に実施された手術
- (8) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。また、前月に退院した患者のうち、退院日の翌日から起算して 14 日以内に退院時要約が作成されて中央病歴管理室に提出された者の割合が毎月 9 割以上であること。なお、退院時要約については、全患者について退院後 30 日以内に作成されていることが望ましい。
- (9) 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。なお、この場合、「診療情報の提供等に関する指針の策定について」(平成 15 年 9 月 12 日医政発第 0912001 号)を参考にする

2 診療録管理体制加算 2 に関する施設基準

- (1) 1 の(1)から(4)まで及び(9)を満たしていること。
- (2) 1 名以上の専任の診療録管理者が配置されていること。
- (3) 入院患者についての疾病統計には、ICD 大分類程度以上の疾病分類がされていること。
- (4) 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。
- ⑤ 交替勤務制・複数主治医制の実施
- ⑥ 育児・介護休業法第 23 条第 1 項、同条第 3 項又は同法第 24 条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用
- キ 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。
- (2) 院内計画に基づき、診療科間の業務の繁閑の実情を踏まえ、医師の事務作業を補助する専従者 (以下「医師事務作業補助者」という。)を、15 対 1 補助体制加算の場合は当該加算の届出を行った病床数 (以下この項において同じ。)15 床ごとに 1 名以上、20 対 1 補助体制加算の場合は 20 床ごとに 1 名以上、25 対 1 補助体制加算の場合は 25 床ごとに 1 名以上、30 対 1 補助体制加算の場合は 30 床ごとに 1 名以上、40 対 1 補助体制加算の場合は 40 床ごとに 1 名以上、50 対 1 補助体制加算の場合は 50 床ごとに 1 名以上、75 対 1 補助体制加算の場合は 75 床ごとに 1 名以上、100 対 1 補助体制加算の場合は 100 床ごとに 1 名以上配置していること。また、当該医師事務作業補助者は、雇用形態を問わない (派遣職員を含むが、指揮命令権が当該保険医療機関にない請負方式などを除く。)が、当該保険医療機関の常勤職員 (週 4 日以上常態として勤務し、かつ所定労働時間が週 32 時間以上である者)をいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第 1 項、同条第 3 項又は同法第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合には、所定労働時間が週 30 時間以上であること。)と同じ勤務時間数以上の勤務を行う職員であること。なお、当該職員は、医師事務作業補助に専従する職員の常勤換算による場合であっても差し支えない。ただし、当該医療機関において医療従事者として勤務している看護職員を医師事務作業補助者として配置することはできない。
- (3) 保険医療機関で策定した勤務医負担軽減策を踏まえ、医師事務作業補助者を適切に配置し、医師事務作業補助者の業務を管理・改善するための責任者 (医師事務作業補助者以外の職員であって、常勤者に限る。)を置くこと。当該責任者は適宜勤務医の意見を取り入れ、医師事務作業補助者の配置状況や業務内容等について見直しを行い、実際に勤務医の事務作業の軽減に資する体制を確保することに努めること。なお、医師事務作業補助者が実際に勤務する場所については、業務として医師の指示に基づく医師の事務作業補助を行う限り問わないことから、外来における事務補助や、診断書作成のための部屋等における勤務も可能であること。ただし、医師事務作業補助体制加算 1 を算定する場合は、医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の 8 割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、当該業務の内容・場所・時間等が適切に記録されていること。なお、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入力に限っては、当該保険医療機関における実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含めることができる。
- (4) 当該責任者は、医師事務作業補助者を新たに配置してから 6 か月間は研修期間として、業務内容について必要な研修を行うこと。なお、6 か月の研修期間内に 32 時間以上の研修 (医師事務作業補助者としての業務を行いながら職場内研修を含む。)を実施するものとし、当該医師事務作業補助者には実際に病院勤務医の負担軽減及び処遇の改善に資する業務を行わせるものであること。研修の内容については、次の項目に係る基礎知識を習得するこ

- (5) 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。
- 3 届出に関する事項
- 診療録管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 17 を用いること。

第 4 の 2 医師事務作業補助体制加算

1 通則

- (1) 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、総合入院体制加算や急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算に係る体制と合わせて整備して差し支えない。
- ア 当該保険医療機関内に、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該病院に勤務する医師の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。
- イ 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、病院勤務医の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること (客観的な手法を用いることが望ましい)。
- その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。
- ウ 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議 (以下この項において「委員会等」という。)を設置し、「病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法 (昭和 47 年法律第 57 号) 第 19 条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。
- エ ウの計画は、現状の勤務状況等を把握し、課題を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。
- オ 当該計画には以下の項目を含むこと。
- 医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容 (例えば、初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など)について計画に記載し、院内の職員に向けて周知徹底するとともに、ウに規定する委員会等で取組状況を定期的に評価し、見直しを行うこと。
- カ 当該計画には、医師の勤務体制等に係る取組について、次に掲げる項目のうち少なくとも 2 項目以上を含んでいること。
- ① 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施
- ② 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保 (勤務間インターバル)
- ③ 予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮
- ④ 当直翌日の業務内容に対する配慮

と。また、職場内研修を行う場合には、その実地作業における業務状況の確認及び問題点に対する改善の取組みを行うこと。

- ア 医師法、医療法、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 (昭和 33 年法律第 145 号) (以下「医薬品医療機器等法」という。)、健康保険法等の関連法規の概要
- イ 個人情報の保護に関する事項
- ウ 当該医療機関で提供される一般的な医療内容及び各配置部門における医療内容や用語等
- エ 診療録等の記載・管理及び代筆、代行入力
- オ 電子カルテシステム (オーダリングシステムを含む。)
- (5) 院内に次の診療体制がとられ、院内規程を整備していること。
- ア 医師事務作業補助者の業務範囲について、「医師及び医療関係職種と事務職員等との間等での役割分担の推進について」(平成 19 年 12 月 28 日医政発第 1228001 号)にある、「2 役割分担の具体例 (1)医師、看護師等の医療関係職種と事務職員等との役割分担 1)書類作成等」に基づく院内規程を定めており、個別の業務内容を文書で整備していること。
- イ 診療記録 (診療録並びに手術記録、看護記録等)の記載について、「診療録等の記載について」(昭和 63 年 5 月 6 日総第 17 号)等に沿った体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備していること。
- ウ 個人情報保護について、「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ダンス」に準拠した体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備していること。
- エ 電子カルテシステム (オーダリングシステムを含む。)について、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に準拠した体制であり、当該体制について、院内規程を文書で整備していること。特に、「成りすまし」がないよう、電子カルテシステムの真正性について十分留意していること。医師事務作業補助者が電子カルテシステムに入力する場合は代行入力機能を使用し、代行入力機能を有しないシステムの場合は、業務範囲を限定し、医師事務作業補助者が当該システムの入力業務に携わらないこと。

2 医師事務作業補助体制加算 1 の施設基準

医師事務作業補助者の延べ勤務時間数の 8 割以上の時間において、医師事務作業補助の業務が病棟又は外来において行われており、かつ、それぞれの配置区分ごとに、以下の(1)から(4)までの基準を満たしていること。

病棟及び外来の定義については、以下のとおりであること。

- ア 病棟とは、入院医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。
- イ 外来とは、外来医療を行っている区域をいい、スタッフルームや会議室等を含む。ただし、医師が診療や事務作業等を目的として立ち入ることがない診断書作成のための部屋及び医事課等の事務室や医局に勤務している場合は、当該時間に組み込むことはできない。
- ただし、前段の規定にかかわらず、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入

- 力に限っては、当該保険医療機関内における実施の場所を問わず、病棟又は外来での医師事務作業補助の業務時間に含めることができる。
- (1) 15 対 1 補助体制加算の施設基準
- 次のいずれかの要件を満たしていること。
- ア 「救急医療対策事業実施要綱」に規定する第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。
- イ 年間の緊急入院患者数が 800 名以上の実績を有する病院であること。
- (2) 20 対 1、25 対 1、30 対 1 及び 40 対 1 補助体制加算の施設基準
- 次のいずれかの要件を満たしていること。
- ア 「(1) 15 対 1 補助体制加算の施設基準」を満たしていること。
- イ 「災害時における医療体制の充実強化について」(平成 24 年 3 月 21 日医政発 0321 第 2 号)に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」(平成 13 年 5 月 16 日 医政発第 529 号)に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。
- ウ 年間の緊急入院患者数が 200 名以上又は全身麻酔による手術件数が年間 800 件以上の実績を有する病院であること。
- (3) 50 対 1、75 対 1 及び 100 対 1 補助体制加算の施設基準
- 次のいずれかの要件を満たしていること。
- ア 「(1) 15 対 1 補助体制加算の施設基準」又は「(2) 20 対 1、25 対 1、30 対 1 及び 40 対 1 補助体制加算の施設基準」を満たしていること。
- イ 年間の緊急入院患者数が 100 名以上(75 対 1 及び 100 対 1 補助体制加算については 50 名以上)の実績を有する病院であること。
- (4) 緊急入院患者数とは、救急搬送(特別の関係にある保険医療機関に入院する患者又は通院する患者、介護老人保健施設若しくは介護医療院に入所する患者、介護療養型医療施設に入院する患者若しくは居住系施設入居者等である患者を除く。)により緊急入院した患者数及び当該保険医療機関を受診した次に掲げる状態の患者であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた重症患者のうち、緊急入院した患者数の合計をいう。なお、「周産期医療対策整備事業の実施について」(平成 8 年 5 月 10 日児発第 488 号)に規定される周産期医療を担う医療機関において救急搬送となった保険診療の対象となる妊産婦については、母体数と胎児数を別に数える。
- ア 吐血、咯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 重篤な代謝異常(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

- 16 -

44 号)の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。また、評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠあるいはⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠあるいはⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の 10 日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年 4 月及び 10 月とする。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合は、届出前 3 月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について、当該基準をそれぞれ満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が 0.04 を超えないこと。

別表

A 得点が 2 点以上かつ B 得点が 3 点以上の患者
B 項目のうち「B14 診療・療養上の指示が通じる」又は「B15 危険行動」に該当する患者であって、A 得点が 1 点以上かつ B 得点が 3 点以上の患者
A 得点が 3 点以上の患者
C 得点が 1 点以上の患者

- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入(Ⅱにあっては B 項目のみ)は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、第 1 の 1 の (14) と同様であること。
- (6) 急性期看護補助体制加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年 1 回以上受講した者であること。なお、院内研修の内容については、別添 2 の第 2 の 12 の (4) の例による。
- (7) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年 1 回以上見直しを行うこと。また、所定の研修を修了した(修了証が交付されているもの)看護師長等が配置されていることが望ましいこと。なお、所定の研修の内容については、別添 2 の第 2 の 12 の (5) の例による。
- (8) 看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、同一の入院基本料を届け出ている病棟間を含め、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できる。
- (9) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添 2 の第 2 の 12 の (3) の例による。
- 2 25 対 1 急性期看護補助体制加算(看護補助者 5 割以上)の施設基準
- (1) 当該病棟において、1 日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であること。
- (2) 当該加算の届出に必要な看護補助者の最小必要数の 5 割以上が看護補助者(みなし看護補助者を除く。)であること。
- 3 25 対 1 急性期看護補助体制加算(看護補助者 5 割未満)の施設基準

- 18 -

- ケ 緊急手術を必要とする状態
- コ その他、「ア」から「ケ」までに準ずるような重篤な状態
- 3 医師事務作業補助体制加算 2 の施設基準
- それぞれの配置区分ごとに、2 の(1)から(4)までの基準を満たしていること。
- 4 医師事務作業補助体制加算の病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成 30 年 3 月 31 日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、平成 30 年度改定後の当該加算の当該基準を満たすものとみなすものであること。
- 5 届出に関する事項
- (1) 医師事務作業補助体制加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 13 の 4、様式 18 及び様式 18 の 2 を用いること。
- (2) 毎年 7 月において、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、別添 7 の様式 13 の 4 により届け出ること。なお、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成 30 年 7 月の届出において平成 30 年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成 31 年 7 月以降の届出においては、平成 30 年度改定後の基準で届け出ること。
- (3) 当該加算の変更の届出に当たり、病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近 7 月に届け出た内容と変更がない場合は、様式 13 の 4 の届出を略すことができること。

第 4 の 3 急性期看護補助体制加算

- 1 通則
- (1) 年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。緊急入院患者数については、第 4 の 2 の 2 (4) と同様に取り扱うものであること。
- (2) 年間の救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送人数を把握していること。
- (3) 次のいずれかを算定する病棟であること。
- ア 急性期一般入院基本料
- イ 特定機能病院入院基本料(一般病棟)の 7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料
- ウ 専門病院入院基本料の 7 対 1 入院基本料又は 10 対 1 入院基本料
- (4) 急性期看護補助体制加算を算定するものとして届け出た病床に、直近 3 月において入院している全ての患者の状態を、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体(延べ患者数)に占める基準を満たす患者(別添 6 の別紙 7 による評価の結果、下記別表のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。)の割合が急性期一般入院料 7 又は 10 対 1 入院基本料を算定する病棟において一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰで 0.7 割以上、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱで 0.6 割以上であること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等(平成 30 年厚生労働省告示第

- 17 -

- (1) 当該病棟において、1 日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であること。
- (2) 当該病棟において、届出の対象となる看護補助者の最小必要数の 5 割未満が看護補助者(みなし看護補助者を除く。)であること。
- 4 50 対 1 急性期看護補助体制加算の施設基準
- 当該病棟において、1 日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 50 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であること。
- 5 75 対 1 急性期看護補助体制加算の施設基準
- 当該病棟において、1 日に看護補助業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 75 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であること。
- 6 夜間 30 対 1 急性期看護補助体制加算の施設基準
- 当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 30 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であること。
- 7 夜間 50 対 1 急性期看護補助体制加算の施設基準
- 当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 50 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であること。
- 8 夜間 100 対 1 急性期看護補助体制加算の施設基準
- 当該病棟において、夜間の看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 100 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であること。
- 9 夜間看護体制加算の施設基準
- (1) 夜間 30 対 1 急性期看護補助体制加算、夜間 50 対 1 急性期看護補助体制加算又は夜間 100 対 1 急性期看護補助体制加算のいずれかを算定している病棟であること。
- (2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、3 項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が 2 交代制勤務又は変則 2 交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからカまでのうち、3 項目以上を満たしていること。
- ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が 11 時間以上であること。
- イ 3 交代制勤務又は変則 3 交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね 24 時間以降となる勤務編成であること。
- ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が 2 回以下であること。
- エ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。
- オ 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が 5 割以上であること。
- カ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開設している院内保育所を設置してい

- 19 -

- ること。
- (3) (2)のアカラウまでについては、届出前1か月に当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の各勤務のうち、やむを得ない理由により各項目を満たさない勤務が0.5割以内の場合は、各項目の要件を満たしているとみなす。(2)のオについては、暦月で1か月を超えない期間の1割以内の一時的な変動は要件を満たしているとみなす。(2)のカについては、院内保育所の保育時間に当該保険医療機関が定める夜勤時間帯のうち4時間以上が含まれること。
- 10 急性期看護補助体制加算について、平成30年3月31日において、現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関(10対1入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)にあつては、平成30年9月30日までの間は、平成30年度改定後の急性期看護補助体制加算の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。
- 11 急性期看護補助体制加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間に限り、平成30年度改定後の当該加算の当該基準を満たすものとみなすものであること。
- 12 届出に関する事項
- (1) 急性期看護補助体制加算、夜間急性期看護補助体制加算及び夜間看護体制加算に関する施設基準に係る届出は別添7の様式8、様式9、様式10、様式13の3及び様式18の3を用いること。なお、9の(2)に掲げる項目のうち3項目以上満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になった場合であっても夜間看護体制加算に関する変更の届出は不要であること。また、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であつて、別添7の様式8及び9を用いる場合は、それぞれの様式にまとめて必要事項を記載すれば、当該各様式について1部のみの届出で差し支えない。
- (2) 毎年7月において、前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、別添7の様式13の3を届け出ること。なお、急性期看護補助体制加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年7月の届出において平成30年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成31年7月の届出以降においては平成30年度改定後の基準で届け出ること。
- (3) 当該加算の変更の届出にあたり、看護職員の負担軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の3の届出を略することができること。

第4の4 看護職員夜間配置加算

1 看護職員夜間12対1配置加算1の施設基準

- (1) 年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。緊急入院患者数については、第4の2の2(4)と同様に取り扱うものであること。
- (2) 年間の救急自動車及び救急医療用ヘリコプターによる搬送人数を把握していること。
- (3) 次のいずれかを算定する病棟であること。

- 20 -

- (7) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の12の(3)の例による。
- (8) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、4項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからキまでのうち、4項目以上を満たしていること。
- ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。
- イ 3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること。
- ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。
- エ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。
- オ 夜間30対1急性期看護補助体制加算、夜間50対1急性期看護補助体制加算又は夜間100対1急性期看護補助体制加算を届け出ている病棟であること。
- カ 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。
- キ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開所している院内保育所を設置していること。
- (9) (8)のアカラエまで、カ及びキの留意点については、第4の3の9の(3)と同様であること。

2 看護職員夜間12対1配置加算2の施設基準

1の(1)から(7)までを満たすものであること。

3 看護職員夜間16対1配置加算1の施設基準

- (1) 1の(1)から(5)まで及び(7)から(9)までを満たすものであること。
- (2) 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。ただし、同一の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。なお、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、3以上であることとする。

4 看護職員夜間16対1配置加算2の施設基準

- (1) 1の(1)、(2)、(5)及び(7)並びに3の(2)を満たすものであること。
- (2) 急性期一般入院科2から6までのいずれかを算定する病棟であること。
- 5 看護職員夜間配置加算について、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関(10対1入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。)にあつては、平成30年9月30日までの間、平成30年度改定後の看護職員夜間配置加算の重症

ア 急性期一般入院基本料

イ 特定機能病院入院基本料(一般病棟)の7対1入院基本料又は10対1入院基本料

ウ 専門病院入院基本料の7対1入院基本料又は10対1入院基本料

- (4) 看護職員夜間配置加算を算定するものとして届け出た病棟に、直近3月において、入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該加算を算定するものとして届け出た病棟に入院している患者全体(延べ患者数)に占める基準を満たす患者(別添6の別紙7による評価の結果、下記別表のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。)の割合が急性期一般入院科7又は10対1入院基本料を算定する病棟においては重症度、医療・看護必要度Ⅰで0.7割以上、重症度、医療・看護必要度Ⅱで0.6割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等(平成30年厚生労働省告示第44号)の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。また、評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠあるいはⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠあるいはⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について、当該基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えること。

別表

A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者
B項目のうち「B14診療・療養上の指示が通じる」又は「B15危険行動」に該当する患者であつて、A得点が1点以上かつB得点が3点以上の患者
A得点が3点以上の患者
C得点が1点以上の患者

- (5) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入(ⅡにあつてはB項目のみ)は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、第1の1の(14)と同様であること。
- (6) 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が12又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。ただし、同一の入院基本料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。なお、当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、各病棟における夜勤を行う看護職員の数は、前段の規定にかかわらず、3以上であることとする。

- 21 -

- 度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。
- 6 看護職員夜間配置加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間に限り、平成30年度改定後の当該加算の当該基準を満たすものとみなすものであること。
- 7 届出に関する事項
- (1) 看護職員夜間配置加算に関する施設基準に係る届出は別添7の様式8、様式9、様式10、様式13の3及び様式18の3を用いること。なお、1の(8)に掲げる項目のうち4項目以上満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になった場合であっても変更の届出は不要であること。また、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であつて、別添7の様式8及び9を用いる場合は、それぞれの様式にまとめて必要事項を記載すれば、当該各様式について1部のみの届出で差し支えない。
- (2) 毎年7月において、前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取込状況を評価するため、別添7の様式13の3を届け出ること。なお、看護職員夜間配置加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年7月の届出において、平成30年度改定前の基準で届け出ても差し支えないが、平成31年7月の届出以降においては、平成30年度改定後の基準で届け出ること。
- (3) 当該加算の変更の届出にあたり、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の3の届出を略することができること。

第4の5 乳幼児加算・幼児加算

1 乳幼児加算・幼児加算に関する保険医療機関の基準

保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについては、基準を満たしていること。当該基準については、第1の2の(4)と同様であること。

2 届出に関する事項

保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第5 特殊疾患入院施設管理加算

1 特殊疾患入院施設管理加算に関する施設基準

- (1) 病院である保険医療機関の一般病棟(障害者施設等一般病棟に限る。)、精神病棟又は有床診療所(一般病床に限る。)を単位とすること。
- (2) 当該病棟又は当該有床診療所(一般病棟に限る。)における直近1か月間の入院患者数の概ね7割以上が、重度の肢体不自由児(者)、脊髓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又は神経難病患者であること。
- (3) 重度の意識障害者とは、次に掲げる者をいう。
- 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

- 23 -

- 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）
- (4) 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、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎又はもやもや病（ウィリス動脈輪閉塞症）に罹患している患者をいう。
- 2 届出に関する事項
- 特殊疾患入院施設管理加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式19及び様式20を用いること。また、当該管理の行われる病棟又は有床診療所（一般病床に限る。）の配置図及び平面図を添付すること。

第6 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算

- 1 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算に関する保険医療機関の基準
- 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の2の(4)と同様であること。
- 2 超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算に規定する状態
- (1) 超重症児（者）とは判定基準による判定スコアが25点以上であって、介助によらなければ座位が保持できず、かつ、人工呼吸器を使用する等、特別の医学的管理が必要な状態が6月以上継続している状態であること。ただし、新生児集中治療室又は新生児特定集中治療室を退室した患児であって当該治療室での状態が引き続き継続する患児については、当該状態が1月以上継続する場合とする。なお、新生児集中治療室又は新生児特定集中治療室を退室した後の症状増悪又は新たな疾患の発生については、その後の状態が6月以上継続する場合とする。
- (2) 準超重症児（者）とは判定基準による判定スコアが10点以上であって、超重症児（者）に準ずる状態であること。
- (3) 「基本診療科の施設基準等」における超重症児（者）・準超重症児（者）の判定基準による判定スコアについては、別添6の別紙14を参照のこと。
- 3 届出に関する事項
- 保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第6の2 看護配置加算

- 1 看護配置加算に関する施設基準
- (1) 地域一般入院科3、障害者施設等入院基本料15対1入院基本料又は結核病棟入院基本料若しくは精神病棟入院基本料の15対1入院基本料、18対1入院基本料若しくは20対1入院基本料を算定する病棟であること。
- (2) 当該病棟において、看護職員の最小必要数の7割以上が看護師であること。

- 24 -

- できること。
- (4) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の12の(3)の例による。
- (5) 看護補助加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。ただし、院内研修を受講していない場合にあつては、平成31年3月31日までに受講予定であれば、差し支えないものとする。なお、院内研修の内容については、別添2の第2の12の(4)の例による。
- (6) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年1回以上見直しを行うこと。また、所定の研修を修了した（修了証が交付されているもの）看護師長等が配置されていることが望ましいこと。なお、所定の研修の内容については、別添2の第2の12の(5)の例による。
- (7) 看護補助加算1について、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関（13対1入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る。）にあつては、平成30年9月30日までの間は、平成30年度改定後の看護補助加算1の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなすものであること。
- 2 夜間75対1看護補助加算の施設基準
- 次のいずれかを算定する病棟であること。
- (1) 地域一般入院科1又は地域一般入院科2
- (2) 専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本料（結核病棟及び精神病棟に限る。）の13対1入院基本料
- 3 夜間看護体制加算の施設基準
- (1) 看護補助者を夜勤時間帯に配置していること。
- (2) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、4項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、A及びウからキまでのうち、4項目以上を満たしていること。
- ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。
- イ 3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間以降となる勤務編成であること。
- ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護要員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。
- エ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。
- オ 当該加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者の業務のうち5割以上が療養生活上

- 26 -

2 届出に関する事項

看護配置加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式8及び様式9を用いること。なお、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であつて、別添7の様式8及び9を用いる場合は、それぞれの様式にまとめて必要事項を記載すれば、当該各様式について1部のみの届出で差し支えない。

第7 看護補助加算

- 1 看護補助加算に関する施設基準
- (1) 看護補助加算1を算定するものとして届け出た病床に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱに係る評価票を用いて継続的に測定し、その結果、当該入院基本料を算定するものとして届け出た病床に入院している患者全体（延べ患者数）に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、下記別表のいずれかに該当する患者をいう。以下「基準を満たす患者」という。）の割合が重症度、医療・看護必要度Ⅰで0.6割以上、重症度、医療・看護必要度Ⅱで0.5割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療科の施設基準等（平成30年厚生労働省告示第44号）の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。また、評価にあたっては、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度のⅠあるいはⅡのいずれかを選択し届け出た上で評価すること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠあるいはⅡのいずれを用いた評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出る他、評価方法の変更のみを届け出る場合、変更の届出は、新たな評価方法を適用する月の10日までに届け出ること。なお、評価方法の変更のみを行う場合について、新たな評価方法の適用を開始するのは毎年4月及び10月とする。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いる場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について、当該基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと。

別表

A得点が2点以上かつB得点が3点以上の患者
B項目のうち「B14診療・療養上の指示が通じる」又は「B15危険行動」に該当する患者であつて、A得点が1点以上かつB得点が3点以上の患者
A得点が3点以上の患者
C得点が1点以上の患者

- (2) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入（ⅡにあつてはB項目のみ）は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、第1の1の(14)と同様であること。
- (3) 看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、同一の入院基本料を届け出ている病棟間を含め、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置

- 25 -

- の世話であること。
- カ 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。
- キ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開設している院内保育所を設置していること。
- (3) (2)のアカラエまで、カ及びキの留意点については、第4の3の9の(3)と同様であること。
- 4 看護補助加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間に限り、平成30年度改定後の当該加算の当該基準を満たすものとみなすものであること。
- 5 届出に関する事項
- (1) 看護補助加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式13の3及び様式18の3を用いるが、地域一般入院科1若しくは地域一般入院科2又は13対1入院基本料を算定する病棟において看護補助加算1を届け出る場合さらに別添7の様式10も用いること。なお、3の(2)に掲げる項目のうち4項目以上満たしている間は、満たす項目の組合せが変更になった場合であっても変更の届出は不要であること。また、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であつて、別添7の様式8及び9を用いる場合は、それぞれの様式にまとめて必要事項を記載すれば、当該各様式について1部のみの届出で差し支えない。
- (2) 毎年7月において、前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する取組状況を評価するため、別添7の様式13の3を届け出ること。なお、看護補助加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年7月の届出において平成30年度改定前の基準でも差し支えないが、平成31年7月の届出以降においては、平成30年度改定後の基準で届け出ること。
- (3) 当該加算の変更の届出にあたり、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の取組状況について、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、様式13の3の届出を略することができること。

第8 地域加算

一般職の職員の給与に関する法律（昭和25年法律第95号）第11条の3第1項に規定する人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域は、別紙1のとおりであること。

第9 療養環境加算

- 1 療養環境加算に関する施設基準
- (1) 病棟を単位とすること。
- (2) 病室に係る病床の面積が、内法による測定で、1病床当たり8平方メートル以上であること。ただし、当該病棟内に1病床当たり6.4平方メートル未満の病室を有する場合には算定できない。
- (3) 要件となる1病床当たり面積は、医療法上の許可等を受けた病床に係る病室（特別の療養

- 27 -

- 環境の提供に係る病室を除く。)の総床面積を当該病床数(特別の療養環境の提供に係る病室に係る病床を除く。)で除して得た面積とすること。
- (4) 病棟内であっても、診察室、廊下、手術室等病室以外の部分の面積は算入しないこと。なお、病室内に付属している浴室・便所等の面積は算入の対象となるものであること。
- (5) 特別の療養環境の提供に係る病床又は特定入院料を算定している病床若しくは病室については、本加算の対象から除外すること。
- (6) 当該病院の医師及び看護要員の数は、医療法に定める標準を満たしていること。
- (7) 平成26年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。
- 2 届出に関する事項
- 療養環境加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式22を用いること。また、当該保険医療機関の配置図及び平面図(当該加算を算定する病棟の面積等が分かるもの。)を添付すること。
- なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第10 重症者等療養環境特別加算

- 1 重症者等療養環境特別加算に関する施設基準
- (1) 病院である保険医療機関の一般病棟(特殊疾患入院施設管理加算に係る病棟を除く。)における特定の病床を単位として行うこと。
- (2) 当該基準の届出の対象となる病床は次のいずれにも該当すること。
- ア 個室又は2人部屋である。
- イ 重症者等の容態が常時監視できるような設備又は構造上の配慮がなされている。(心拍監視装置等の患者監視装置を備えている場合又は映像による患者観察システムを有する場合を含む。)
- ウ 酸素吸入、吸引のための設備が整備されている。
- エ 特別の療養環境の提供に係る病室でないこと。
- (3) 当該基準の届出の対象となる病床数は、当該保険医療機関の一般病棟に入院している重症者等の届出前1月間の平均数を上限とする。ただし、当該保険医療機関の一般病棟の平均入院患者数の8%未満とし、当該保険医療機関が特別の診療機能等を有している場合であっても、一般病棟における平均入院患者数の10%を超えないこと。
- 2 届出に関する事項
- 重症者等療養環境特別加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式23及び様式23の2を用いること。また、当該届出に係る病棟の配置図及び平面図(当該施設基準に係る病床及びナースステーションが明示されているもの。)を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第10の2 小児療養環境特別加算

- 1 小児療養環境特別加算に関する保険医療機関の基準
- 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準につ

- いては、第1の2の(4)と同様であること。
- 2 届出に関する事項
- 保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11 療養病棟療養環境加算

- 1 療養病棟療養環境加算に関する施設基準
- (1) 療養病棟療養環境加算1に関する施設基準
- ア 当該療養病棟に係る病室の病床数は、1病室につき4床以下であること。
- イ 当該療養病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。
- ウ 当該療養病棟に係る病室に隣接する廊下の幅は、内法による測定で、1.8メートル以上であること。ただし、両側に居室(両側にある居室の出入口が当該廊下に面している場合に限る。)がある廊下の幅は、2.7メートル以上であること。なお、廊下の幅は、柱等の構造物(手すりを除く。)も含めた最も狭い部分において、基準を満たすこと。
- エ 当該病院に機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の床面積は、内法による測定で、40平方メートル以上であること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその付属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種枕、各種測定用具(角度計、握力計等)である。
- オ 療養病棟に係る病床に入院している患者1人につき、内法による測定で1平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。
- カ 療養病棟の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、オに規定する食堂と兼用であっても差し支えない。
- キ 当該保険医療機関内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。
- ク 当該病棟に係る病棟床面積は、患者1人につき内法による測定で、16平方メートル以上であること。なお、病棟床面積の算定に当たっては、当該病棟内にある治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等を面積に算入しても差し支えない。
- (2) 療養病棟療養環境加算2に関する施設基準
- (1)のアカリキまでを満たしていること。
- 2 届出に関する事項
- (1) 療養病棟療養環境加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添7の様式24及び様式24の2を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図(当該加算を算定する病棟の面積等が分かるもの。)を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。
- (2) 平成26年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

第11の2 療養病棟療養環境改善加算

- 1 療養病棟療養環境改善加算に関する施設基準
- (1) 療養病棟療養環境改善加算1に関する施設基準
- ア 当該療養病棟に係る病室の病床数は、1病室につき4床以下であること。
- イ 当該療養病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。
- ウ 当該病院に機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の床面積は、内法による測定で、40平方メートル以上であること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその付属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種枕、各種測定用具(角度計、握力計等)である。
- エ 療養病棟に係る病床に入院している患者1人につき、内法による測定で1平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。
- オ 療養病棟の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、エに規定する食堂と兼用であっても差し支えない。
- カ 当該保険医療機関内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。
- キ 当該加算を算定できる期間については、当該病棟の増築又は全面的改築を行うまでの間とする。
- (2) 療養病棟療養環境改善加算2に関する施設基準
- ア (1)のアカリキまでを満たしていること。
- イ 当該病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.0平方メートル以上であること。
- ウ 当該病院に機能訓練室を有していること。
- エ 当該加算の対象病棟については、平成24年3月31日において、現に療養病棟療養環境加算4に係る届出を行っている病棟のみとする。
- オ 当該加算を算定できる期間については、当該病棟の増築又は全面的改築を行うまでの間とする。
- (3) 平成26年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。
- 2 届出に関する事項
- 療養病棟療養環境改善加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添7の様式24及び様式24の2を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図(当該加算を算定する病棟の面積等が分かるもの。)を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。
- (2) 平成26年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病床の増築又は全面的改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

第12の2 診療所療養病床療養環境改善加算

- 1 診療所療養病床療養環境改善加算に関する施設基準
- (1) 診療所である保険医療機関において、当該療養病床を単位として行う。
- (2) 当該療養病床に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.0平方メートル以上であること。
- (3) 当該診療所に機能訓練室を有していること。
- (4) 当該加算を算定できる病床については、平成24年3月31日時点で診療所療養病床療養環境加算2を算定している病床のみとする。
- (5) 当該加算を算定できる期間については、当該病床の増築又は全面的改築を行うまでの間とする。
- (6) 平成26年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病床の増築又は全面的改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。
- 2 届出に関する事項
- 診療所療養病床療養環境改善加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式25を用いること。また、当該診療所の配置図及び平面図(当該加算を算定する病床の面積等が分かるもの。)を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

- (1) 療養病棟療養環境改善加算1に関する施設基準
- ア 当該療養病棟に係る病室の病床数は、1病室につき4床以下であること。
- イ 当該療養病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。
- ウ 当該病院に機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の床面積は、内法による測定で、40平方メートル以上であること。なお、当該機能訓練室には、長期にわたる療養を行うにつき必要な器械・器具を備えていること。必要な器械・器具とは、例えば訓練マットとその付属品、姿勢矯正用鏡、車椅子、各種枕、各種測定用具(角度計、握力計等)である。
- エ 療養病棟に係る病床に入院している患者1人につき、内法による測定で1平方メートル以上の広さを有する食堂が設けられていること。
- オ 療養病棟の入院患者同士や入院患者とその家族が談話を楽しめる広さを有する談話室が設けられていること。ただし、エに規定する食堂と兼用であっても差し支えない。
- カ 当該保険医療機関内に、身体の不自由な患者の利用に適した浴室が設けられていること。
- キ 当該加算を算定できる期間については、当該病棟の増築又は全面的改築を行うまでの間とする。
- (2) 療養病棟療養環境改善加算2に関する施設基準
- ア (1)のアカリキまでを満たしていること。
- イ 当該病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.0平方メートル以上であること。
- ウ 当該病院に機能訓練室を有していること。
- エ 当該加算の対象病棟については、平成24年3月31日において、現に療養病棟療養環境加算4に係る届出を行っている病棟のみとする。
- オ 当該加算を算定できる期間については、当該病棟の増築又は全面的改築を行うまでの間とする。
- (3) 平成26年3月31日において、現に当該加算の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的改築を行うまでの間は、(2)の内法の規定を満たしているものとする。
- 2 届出に関する事項
- 療養病棟療養環境改善加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添7の様式24及び様式24の2を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図(当該加算を算定する病棟の面積等が分かるもの。)を添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。
- また、当該病棟の療養環境の改善に資する計画を、別添7の様式24の3に準じて策定し、届け出るとともに、毎年7月にその改善状況について地方厚生(支)局長に報告すること。

第12 診療所療養病床療養環境加算

- 1 診療所療養病床療養環境加算に関する施設基準
- (1) 診療所である保険医療機関において、当該療養病床を単位として行う。
- (2) 当該療養病床に係る病室の病床数は、1病室につき4床以下であること。
- (3) 当該療養病床に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メー

また、当該病床の療養環境の改善に資する計画を、別添 7 の様式 25 の 2 に準じて策定し、届け出るとともに、毎年 7 月にその改善状況について地方厚生（支）局長に報告すること。

第 12 の 3 無菌治療室管理加算

1 無菌治療室管理加算に関する施設基準

（1）無菌治療室管理加算 1 に関する施設基準

- ア 当該保険医療機関において自家発電装置を有していること。
- イ 滅菌水の供給が常時可能であること。
- ウ 個室であること。
- エ 室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時 ISO クラス 6 以上であること。
- オ 当該治療室の空調設備が垂直層流方式、水平層流方式又はその双方を併用した方式であること。

（2）無菌治療室管理加算 2 に関する施設基準

- ア 室内の空気清浄度が、患者に対し無菌治療室管理を行っている際に、常時 ISO クラス 7 以上であること。
- イ （1）のア及びイを満たしていること。

2 届出に関する事項

- （1）無菌治療室管理加算 1 及び無菌治療室管理加算 2 の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 26 の 2 を用いること。
- （2）当該保険医療機関の配置図及び平面図（当該届出に係る自家発電装置が分かるもの）を添付すること。
- （3）当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（当該届出に係る病室が明示されており、滅菌水の供給場所及び空調設備の概要が分かるもの）を添付すること。

第 13 重症皮膚潰瘍管理加算

1 重症皮膚潰瘍管理加算に関する施設基準

- （1）個々の患者に対する看護計画の策定、患者の状態の継続的評価、適切な医療機器の使用、褥瘡等の皮膚潰瘍の早期発見及び重症化の防止にふさわしい体制にあること。
- （2）その他褥瘡等の皮膚潰瘍の予防及び治療に関に必要な処置を行うにふさわしい体制にあること。

2 届出に関する事項

- 重症皮膚潰瘍管理加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 14 緩和ケア診療加算

1 緩和ケア診療加算に関する施設基準

- （1）当該保険医療機関内に、以下の 4 名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。

- （ハ）悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程
- （ニ）緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
- （ホ）セルフケアへの支援及び家族支援の方法
- （ヘ）ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ
- （ト）ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
- （チ）コンサルテーション方法
- （リ）ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について

エ 実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

- （7）（1）のエに掲げる薬剤師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。
- （8）（1）のア及びイに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする。
- （9）症状緩和に係るカンファレンスが週 1 回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師、薬剤師などが参加していること。
- （10）当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。
- （11）院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。
- （12）緩和ケア診療加算の注 4 に規定する点数を算定する場合には、緩和ケアチームに、緩和ケア病棟において悪性腫瘍患者の栄養食事管理に従事した経験又は緩和ケア診療を行う医療機関において栄養食事管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る 3 年以上の経験を有する専任の管理栄養士が参加していること。
- （13）がん診療の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 26 年 1 月 10 日健発 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知）に規定するがん診療連携拠点病院等（がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院）、特定領域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院）又は「小児がん拠点病院の整備について」（平成 24 年 9 月 7 日健発 0907 第 2 号厚生労働省健康局長通知）に規定する小児がん拠点病院をいう。特定領域がん診療連携拠点病院については、当該特定領域の悪性腫瘍の患者についてのみ、がん診療連携拠点病院に準じたものとして取り扱う。以下同じ。

また、がん診療の拠点となる病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価（緩和ケア病院）と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。

2 届出に関する事項

- （1）緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 27 を用いること。
- （2）1 の（1）のアからエまでに掲げる医師、看護師及び薬剤師の経験が確認できる文書を添付すること。
- （3）1 の（1）のアからエまでに掲げる医師、看護師及び薬剤師の勤務の態様（常勤・非常勤、

ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師

イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師

ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師

エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師

なお、アからエまでのうちいずれか 1 人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診療する患者数が 1 日に 15 人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。

また、緩和ケア診療加算の注 2 に規定する点数を算定する場合には、以下の 4 名から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。

ア 身体症状の緩和を担当する常勤医師

イ 精神症状の緩和を担当する医師

ウ 緩和ケアの経験を有する看護師

エ 緩和ケアの経験を有する薬剤師

- （2）緩和ケアチームの構成員は、外来緩和ケア管理料に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。

また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師であっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲において、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない。（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の 2 分の 1 以下であること。）

- （3）（1）のアに掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和と治療を主たる業務とした 3 年以上の経験を有する者であること。
- （4）（1）のイに掲げる医師は、3 年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。
- （5）（1）のア及びイに掲げる医師は、以下のいずれかの研修を修了している者であること。また、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。
 - ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
 - イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等
- （6）（1）のウに掲げる看護師は、5 年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了している者であること。なお、ここでいう緩和ケア病棟等における研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
 - ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（600 時間以上での研修期間で、修了証が交付されるもの）
 - イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
 - ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
 - （イ）ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要
 - （ロ）悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療

専従・専任の別）及び勤務時間を、別添 7 の様式 20 を用いて提出すること。

第 14 の 2 有床診療所緩和ケア診療加算

1 有床診療所緩和ケア診療加算に関する施設基準

- （1）当該保険医療機関内に、身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師及び緩和ケアの経験を有する常勤看護師が配置されていること。
- （2）（1）に掲げる医師は、悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和と治療を主たる業務とした 1 年以上の経験を有する者であること。
- （3）（1）に掲げる看護師は、3 年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有する者であること。
- （4）（1）に掲げる医師又は看護師は以下のいずれかの研修を修了している者であること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。
 - （医師の研修）

ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会

イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等

（看護師の研修）

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（2 日以上かつ 10 時間の研修期間で、修了証が交付されるもの）

イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

- （イ）緩和ケア総論及び制度等の概要
 - （ロ）緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
 - （ハ）セルフケアへの支援及び家族支援の方法
- （5）当該診療所における夜間の看護職員の数が 1 以上であること。
 - （6）院内の見やすい場所に緩和ケアが受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

2 届出に関する事項

- （1）有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 27 の 2 を用いること。
- （2）1 の（1）に掲げる医師及び看護師の経験が確認できる文書を添付すること。
- （3）1 の（1）に掲げる医師及び看護師の勤務の態様（常勤・非常勤、専従・専任の別）及び勤務時間を、別添 7 の様式 20 を用いて提出すること。

第 15 精神科応急入院施設管理加算

1 精神科応急入院施設管理加算に関する施設基準

- (1) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和 25 年法律第 123 号、以下「精神保健福祉法」という。)第 18 条第 1 項の規定により指定された精神保健指定医(以下「精神保健指定医」という。)1 名以上及び看護師、その他の者 3 名以上が、あらかじめ定められた日に、適時、同法第 33 条の 4 第 1 項及び同法第 34 条第 1 項から第 3 項までの規定により移送される患者(以下「応急入院患者等」という。)に対して診療応需の態勢を整えていること。
- (2) 当該病院の病床について、1 日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病床を含む当該病棟の入院患者の数が 20 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。ただし、当該病床を含む当該病棟において、1 日に看護を行う看護職員及び看護補助を行う看護補助者の数が前段に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病床を含む当該病棟における夜勤を行う看護職員及び看護補助者の数は、前段の規定にかかわらず、看護職員 1 を含む 2 以上であることができる。また、看護職員の数が最小必要数の 8 割以上であり、かつ、看護職員の 2 割以上が看護師であること。ただし、地域における応急入院患者等に係る医療及び保護を提供する体制の確保を図る上でやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。
- (3) 応急入院患者等のための病床として、あらかじめ定められた日に 1 床以上確保していること。
- (4) 応急入院患者等の医療及び保護を行うにつき必要な検査が速やかに行われる態勢にあること。
- 2 届出に関する事項
- 精神科応急入院施設管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 20(精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。)及び様式 28 を用いること。また、当該届出に係る病棟の配置図及び平面図(当該管理に係る専用病床が明示されていること。)並びに精神保健福祉法第 33 条の 7 第 1 項に基づく都道府県知事による応急入院指定病院の指定通知書の写しを添付すること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第 16 精神病棟入院時医学管理加算

- 1 精神病棟入院時医学管理加算の施設基準
- (1) 病院である保険医療機関の精神病棟を単位とすること。
- (2) 精神科救急医療施設の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」(平成 20 年 5 月 26 障発第 0526001 号)に従い実施されたい。
- 2 届出に関する事項
- 精神病棟入院時医学管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 29 を用いること。

第 16 の 2 精神科地域移行実施加算

- 1 精神科地域移行実施加算の施設基準
- (1) 精神科を標榜する病院である保険医療機関において病棟を単位として行うものとする。
- (2) 区分番号「A103」精神病棟入院基本料(15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料及び 20 対 1 入院基本料に限る。)、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料(15 対 1 精神病棟入院基本料に限る。)、区分番号「A312」精神療養病棟入院料のいずれかを算定

- 36 -

- 15 対 1 入院基本料に限る。)、区分番号「A104」特定機能病院入院基本料(精神病棟である 7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料及び 15 対 1 入院基本料に限る。)、区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料及び区分番号「A314」認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。
- (3) 必要に応じて患者の受入れが可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携(他の保険医療機関を含む。)が確保されていること。
- 2 届出に関する事項
- 精神科身体合併症管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 31 を用いること。

第 17 精神科リエゾンチーム加算

- 1 精神科リエゾンチーム加算の施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に、以下の 3 名以上から構成される精神医療に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム(以下「精神科リエゾンチーム」という。)が設置されていること。
- ア 5 年以上の勤務経験を有する専任の精神科の医師(他の保険医療機関を主たる勤務先とする精神科の医師が対診等により精神科リエゾンチームに参画してもよい。)
- イ 精神科等の経験を 3 年以上有する、所定の研修を修了した専任の常勤の看護師。(精神科等の経験は入院患者の看護の経験 1 年以上を含むこと。)
- ウ 精神科病院又は一般病院での精神医療に 3 年以上の経験を有する専任の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤公認心理師のうち、いずれか 1 人。ただし、当該精神科リエゾンチームが診察する患者数が週に 15 人以内である場合は、精神科病院又は一般病院での精神医療に 3 年以上の経験を有する専任の常勤薬剤師、常勤作業療法士、常勤精神保健福祉士又は常勤公認心理師のうち、いずれか 1 人で差し支えない。この場合であっても、週 16 時間以上精神科リエゾンチームの診療に従事する必要があること。
- (2) (1)のイに掲げる看護師は、精神看護関連領域に係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここという研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
- ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること(600 時間以上の研修期間であって、修了証が交付されるもの)。
- イ 精神看護関連領域に係る専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
- ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものである。
- (イ) 精神看護関連領域に必要な理論及び保健医療福祉制度等の概要
- (ロ) 精神症状の病因・病態、治療
- (ハ) 精神看護関連領域における倫理的課題と対応方法
- (ニ) 精神看護関連領域に関するアセスメントと援助技術
- (ホ) 患者・家族の支援、関係調整
- (ヘ) ケアの連携体制の構築(他職種・他機関との連携、社会資源の活用)
- (ト) ストレスマネジメント
- (チ) コンサルテーション方法

- 38 -

- している病棟であること。
- (3) 当該病院に専門の部門(以下この項において「地域移行推進室」という。)が設置され、地域移行推進のための体制が院内に確保されていること。
- (4) 地域移行推進室に常勤の精神保健福祉士が 1 名以上配置されていること。なお、当該精神保健福祉士は、入院患者の地域移行支援に係る業務(当該患者又はその家族等に対して、退院後地域で生活するに当たっての留意点等について面接等を行うなどの業務)に専従していることが必要であり、業務を行う場所が地域移行推進室である必要はないこと。また、当該精神保健福祉士は、区分番号「A312」に掲げる精神療養病棟入院料の「注 5」等に規定する退院支援部署と兼務することができ、地域移行推進室と退院支援部署は同一でも差し支えない。
- (5) 当該保険医療機関における入院期間が 5 年を超える入院患者数のうち、退院した患者(退院後 3 月以内に再入院した患者を除く。)の数が 1 年間で 5 %以上の実績(以下この項において「退院に係る実績」という。)があること。
- (6) 退院に係る実績は、1 月から 12 月までの 1 年間における実績とし、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の 4 月 1 日から翌々年の 3 月末日まで所定点数を算定できるものとする。従って、1 月から 12 月までの 1 年間の実績において、要件を満たさない場合には、翌年の 4 月 1 日から翌々年の 3 月末日までは所定点数を算定できない。なお、退院に係る実績については、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。
- ア 1 月 1 日において入院期間が 5 年以上である患者のうち、1 月から 12 月までの間に退院した患者(退院後 3 月以内に再入院した患者を除く。)数
- イ 1 月 1 日において入院期間が 5 年以上である患者数
- (7) (6)にかかわらず、当該施設基準の届出を初めて行う場合は、届出を行う月の前月から遡って 1 年間における退院に係る実績が 5 %以上であれば足りるものとし、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の 1 日から翌年の 3 月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の初日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該初日から翌年の 3 月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、(6)によるものであること。
- (8) 死亡又は他の医療機関への転院による退院については、退院に係る実績に算入しない。
- (9) (6)のアの期間内に入院期間が 5 年以上となり、かつ退院した患者については次年度の実績として算入する。
- 2 届出に関する事項
- 精神科地域移行実施加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 30 を用いること。

第 16 の 3 精神科身体合併症管理加算

- 1 精神科身体合併症管理加算の施設基準
- (1) 精神科を標榜する病院であって、当該病棟に専任の内科又は外科の医師が 1 名以上配置されていること。
- (2) 区分番号「A103」精神病棟入院基本料(10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料及び 15 対 1 入院基本料に限る。)、区分番号「A311」精神科救急入院料、区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料及び区分番号「A314」認知症治療病棟入院料のいずれかを算定している病棟であること。
- (3) 精神科リエゾンチームが設置されている保険医療機関の入院患者の精神状態や算定対象となる患者への診療方針などに係るカンファレンスが週 1 回程度開催されており、精神科リエゾンチームの構成員及び必要に応じて当該患者の診療を担当する医師、看護師などが参加していること。
- (4) 精神科リエゾンチームによる診療実施計画書や治療評価書には、精神症状等の重症度評価、治療目標、治療計画等の内容を含んでいること。
- (5) 精神科リエゾンチームによる当該診療を行った患者数や診療の回数等について記録していること。
- (6) 平成 31 年 3 月 31 日までの間、平成 30 年 3 月 31 日時点で臨床心理技術者であった者について、公認心理師とみなす。平成 31 年 4 月 1 日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者を公認心理師とみなす。
- ア 平成 31 年 3 月 31 日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
- イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者
- 2 届出に関する事項
- (1) 精神科リエゾンチーム加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 32 を用いること。
- (2) 精神科リエゾンチームの医師及び看護師等の勤務の態様(常勤・非常勤、専従・専任の別)及び勤務時間を、別添 7 の様式 20 を用いて提出すること。

第 17 の 2 強度行動障害入院医療管理加算

- 1 強度行動障害入院医療管理加算の施設基準
- 次の各号のいずれかに該当する病棟であること。
- (1) 児童福祉法第 42 条第 2 号に規定する医療型障害児入所施設(主として重症心身障害児を入所させるものに限る。)又は同法第 6 条の 2 の 2 第 3 項に規定する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ものに係る障害者施設等入院基本料を算定する病棟であること。
- (2) 児童・思春期精神科入院医療管理科を算定する病棟であること。
- 2 強度行動障害入院医療管理加算の対象患者
- 「基本診療科の施設基準等」における強度行動障害スコア、医療判定スコアについては、別添 6 の別紙 14 の 2 を参照のこと。
- 3 届出に関する事項
- 強度行動障害入院医療管理加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 17 の 3 重度アルコール依存症入院医療管理加算

- 1 重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準
- (1) 精神科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が 2 名以上配置されていること。なお、週 3 日

- 39 -

以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 24 時間以上の勤務を行っている精神保健指定医である非常勤医師を 2 名以上組み合わせることにより、当該非常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。

- (3) 当該保険医療機関にアルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師 1 名以上及び看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師がそれぞれ 1 名以上配置されていること。ただし、看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師については少なくともいずれか 1 名が研修を修了していること。

研修については、以下の要件を満たすものであること。

ア 医師の研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する医師の養成を目的とした 20 時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

- (イ) アルコール精神医学
- (ロ) アルコールの公衆衛生学
- (ハ) アルコール依存症と家族
- (ニ) 再飲酒防止プログラム
- (ホ) アルコール関連問題の予防
- (ヘ) アルコール内科学及び生化学
- (ト) 病棟実習

イ 看護師の研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした 25 時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

- (イ) アルコール依存症の概念と治療
- (ロ) アルコール依存症者の心理
- (ハ) アルコール依存症の看護・事例検討
- (ニ) アルコール依存症と家族
- (ホ) アルコールの内科学
- (ヘ) 病棟実習

ウ 精神保健福祉士・公認心理師等の研修については、アルコール依存症に関する専門的な知識及び技術を有する精神保健福祉士・公認心理師等の養成を目的とした 25 時間以上を要する研修で、次の内容を含むものであること。

- (イ) アルコール依存症の概念と治療
- (ロ) アルコール依存症のインテーク面接
- (ハ) アルコール依存症と家族
- (ニ) アルコールの内科学
- (ホ) アルコール依存症のケースワーク・事例検討
- (ヘ) 病棟実習

- (4) 必要に応じて、当該保険医療機関の精神科以外の医師が治療を行う体制が確保されていること。

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

当する者を公認心理師とみなす。

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

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 届出に関する事項

重度アルコール依存症入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 32 の 3 を用いること。

第 17 の 4 摂食障害入院医療管理加算

1 摂食障害入院医療管理加算の施設基準

- (1) 摂食障害の年間新規入院患者数（入院期間が通算される再入院の場合を除く。）が 10 人以上であること。

- (2) 摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師、管理栄養士及び公認心理師がそれぞれ 1 名以上当該保険医療機関に配置されていること。なお、摂食障害の専門的治療の経験を有する常勤の医師の配置について、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 24 時間以上の勤務を行っている非常勤医師（摂食障害の専門的治療の経験を有する医師に限る。）を 2 名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

- (3) 精神療法を行うために必要な面接室を有していること。

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

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

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 届出に関する事項

摂食障害入院医療管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 32 の 4 を用いること。

第 18 がん拠点病院加算

1 がん拠点病院加算の 1 のイに関する施設基準

- (1) 「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

- (2) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第 1 の 2 の (4) と同様であること。

2 がん拠点病院加算の 1 のロに関する施設基準

- (1) 「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療病院の指定を受けていること。

- (2) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第 1 の 2 の (4) と同様であること。

3 がん拠点病院加算の 2 に関する施設基準

- (1) 「小児がん拠点病院の整備について」（平成 24 年 9 月 7 日健発 0907 第 2 号厚生労働省健康局長通知）に基づき、小児がん拠点病院の指定を受けていること。なお、キャンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

- (2) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第 1 の 2 の (4) と同様であること。

4 がん拠点病院加算の「注 2」に掲げる加算に関する施設基準

「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」（平成 29 年 12 月 25 日健発 1225 第 3 号厚生労働省健康局長通知）に基づき、がんゲノム医療中核拠点病院の指定を受けていること。

5 届出に関する事項

がん拠点病院加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 19 栄養サポートチーム加算

1 栄養サポートチーム加算に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される栄養管理に係るチーム（以下「栄養サポートチーム」という。）が設置されていること。また、以下のうちのいずれか 1 人は専従であること。ただし、当該栄養サポートチームが診察する患者数が 1 日に 15 人以上である場合は、いずれも専任で差し支えない。

ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤医師

イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤薬剤師

エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した専任の常勤管理栄養士

なお、アからエまでのほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

注 2 に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される栄養サポートチームにより、栄養管理に係る専門的な診療が行われていること。

ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師

イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した看護師

ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した薬剤師

エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した管理栄養士

- (2) (1) のアにおける栄養管理に係る所定の研修とは、医療関係団体等が実施する栄養管理のための専門的な知識・技術を有する医師の養成を目的とした 10 時間以上を要する研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

ア 栄養不良がもたらす影響

イ 栄養評価法と栄養スクリーニング

ウ 栄養補給ルートを選択し栄養管理プランニング

エ 中心静脈栄養法の実施と合併症及びその対策

オ 末梢静脈栄養法の実施と合併症及びその対策

カ 経腸栄養法の実施と合併症及びその対策

キ 栄養サポートチームの運営方法と活動の実態

- (3) (1) のイ、ウ及びエにおける栄養管理に係る所定の研修とは、次の事項に該当する研修であること。

ア 医療関係団体等が認定する教育施設において実施され、40 時間以上を要し、当該団体より修了証が交付される研修であること。

イ 栄養管理のための専門的な知識・技術を有する看護師、薬剤師及び管理栄養士等の養成を目的とした研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

(イ) 栄養障害例の抽出・早期対応（スクリーニング法）

(ロ) 栄養薬剤・栄養剤・食品の選択・適正使用法の指導

(ハ) 経静脈栄養剤の側管投与方法・薬剤配合変化の指摘

(ニ) 経静脈輸液適正調剤法の取得

(ホ) 経静脈栄養のプランニングとモニタリング

(ヘ) 経腸栄養剤の衛生管理・適正調剤法の指導

(ト) 経腸栄養・経口栄養のプランニングとモニタリング

(チ) 簡易懸濁法の実施と有用性の理解

(リ) 栄養療法に関する合併症の予防・発症時の対応

(ス) 栄養療法に関する問題点・リスクの抽出

(ル) 栄養管理についての患者・家族への説明・指導

(ヲ) 在宅栄養・院外施設での栄養管理法の指導

- (4) 当該保険医療機関において、栄養サポートチームが組織上明確に位置づけられていること。

- (5) 算定対象となる病棟の見やすい場所に栄養サポートチームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

2 届出に関する事項

栄養サポートチーム加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 34 を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第 20 医療安全対策加算

1 医療安全対策加算 1 に関する施設基準

(1) 医療安全管理体制に関する基準

ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでの適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。また、既に受講している研修がこれらの事項を満たしていない場合には、不足する事項を補足する研修を追加受講することで差し支えない。

(イ) 国及び医療関係団体等が主催するものであること。

(ロ) 医療安全管理者としての業務を実施する上で必要な内容を含む通算して 40 時間以上のものであること。

(ハ) 講義又は具体例に基づく演習等により、医療安全の基礎的知識、安全管理体制の構

策、医療安全についての職員に対する研修の企画・運営、医療安全に資する情報収集と分析、対策立案、フィードバック、評価、事故発生時の対応、安全文化の醸成等について研修するものであること。

イ 医療に係る安全管理を行う部門（以下「医療安全管理部門」という。）を設置していること。

ウ 医療安全管理部門の業務指針及び医療安全管理者の具体的な業務内容が整備されていること。

エ 医療安全管理部門に診療部門、薬剤部門、看護部門、事務部門等の全ての部門の専任の職員が配置されていること。

オ 医療安全管理者が、安全管理のための委員会（以下「医療安全管理対策委員会」という。）と連携し、より実効性のある医療安全対策を実施できる体制が整備されていること。

カ 当該保険医療機関の見やすい場所に医療安全管理者等による相談及び支援が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供が行われていること。

（2）医療安全管理者の行う業務に関する事項

ア 安全管理部門の業務に関する企画立案及び評価を行うこと。

イ 定期的に院内を巡回し各部門における医療安全対策の実施状況を把握・分析し、医療安全確保のために必要な業務改善等の具体的な対策を推進すること。

ウ 各部門における医療事故防止担当者への支援を行うこと。

エ 医療安全対策の体制確保のための各部門との調整を行うこと。

オ 医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修を企画・実施すること。

カ 相談窓口等の担当者と密接な連携を図り、医療安全対策に係る患者・家族の相談に適切に応じる体制を支援すること。

（3）医療安全管理部門が行う業務に関する基準

ア 各部門における医療安全対策の実施状況の評価に基づき、医療安全確保のための業務改善計画書を作成し、それに基づく医療安全対策の実施状況及び評価結果を記録していること。

イ 医療安全管理対策委員会との連携状況、院内研修の実績、患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の医療安全管理者の活動実績を記録していること。

ウ 医療安全対策に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されており、医療安全管理対策委員会の構成員及び必要に応じて各部門の医療安全管理の担当者等が参加していること。

2 医療安全対策加算2に関する施設基準

（1）医療安全管理体制に関する基準

ア 当該保険医療機関内に、医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理者として配置されていること。なお、ここでの適切な研修とは、1の（1）のアに掲げる研修である。

イ 1の（1）のイからカまでの基準を満たすこと。

（2）1の（2）及び（3）の基準を満たすこと。

3 医療安全対策地域連携加算1の施設基準

（1） 医療安全対策加算1に係る届出を行っていること。

（2） 当該保険医療機関内に、医療安全対策に3年以上の経験を有する専任の医師又は医療安全対策に係る適切な研修を修了した専任の医師が医療安全管理部門に配置されていること。なお、ここでの適切な研修とは、1の（1）のアに掲げる研修である。

この場合、1の（1）のアの規定に関わらず、当該専任医師が医療安全管理者として配置され、1の（1）のアに規定された専任の看護師、薬剤師その他の医療有資格者が医療安全管理部門に配置されていることとしても差し支えない。

（3） 他の医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関及び医療安全対策加算2に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、それぞれ少なくとも年1回程度、医療安全対策地域連携加算1に関して連携しているいずれかの保険医療機関に赴いて医療安全対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携している医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関より評価を受けていること。なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算1に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

（4） （3）に係る評価については、次の内容に対する評価を含むものである。

ア 医療安全管理者、医療安全管理部門及び医療安全管理対策委員会の活動状況

（イ） 医療安全対策の実施状況の把握・分析、医療安全確保のための業務改善等の具体的な対策の推進

（ロ） 当該対策や医療安全に資する情報の職員への周知（医療安全対策に係る体制を確保するための職員研修の実施を含む）

（ハ） 当該対策の遵守状況の把握

イ 当該保険医療機関内の各部門における医療安全対策の実施状況

具体的な評価方法及び評価項目については、当該保険医療機関の課題や実情に合わせて連携する保険医療機関と協議し定めること。その際、独立行政法人国立病院機構作成の「医療安全相互チェックシート」を参考にされたい。

4 医療安全対策地域連携加算2の施設基準

（1） 医療安全対策加算2に係る届出を行っていること。

（2） 医療安全対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、医療安全対策地域連携加算2に関して連携しているいずれかの保険医療機関より医療安全対策に関する評価を受けていること。なお、感染防止対策地域連携加算を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と医療安全対策地域連携加算2に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。

（3） （2）に係る評価については、3の（4）に掲げる内容に対する評価を含むものである。

5 届出に関する事項

（1） 医療安全対策加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式35を用いること。

（2） 医療安全対策地域連携加算1及び医療安全対策地域連携加算2の施設基準に係る届出は、別添7の様式35の4を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第21 感染防止対策加算

1 感染防止対策加算1の施設基準

（1） 感染防止に係る部門（以下「感染防止対策部門」という。）を設置していること。この場合において、第20の1の（1）のイに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。

（2） （1）に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあつては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）

イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師

ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師

エ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師

アに定める医師又はイに定める看護師のうち1名は専任であること。なお、感染制御チームの専任の職員については、抗菌薬適正使用支援チームの業務を行う場合には、感染制御チームの業務について専任とみなすことができる。

当該保険医療機関内に上記のアからエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は区分番号「A234」に掲げる医療安全対策加算に規定する医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務は行うことができる。

（3） （2）のイにおける感染管理に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）

イ 感染管理のための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。

ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。

（イ） 感染予防・管理システム

（ロ） 医療関連感染サーベイランス

（ハ） 感染防止技術

（ニ） 職業感染管理

（ホ） 感染管理指導

（ヘ） 感染管理相談

（ト） 洗浄・消毒・滅菌とファシリティマネジメント等について

（4） 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者又は感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。

（5） （2）に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の実情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。

（6） （2）に掲げるチームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の（5）に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別にいうこと。

（7） （2）に掲げるチームにより、感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関と合同で、少なくとも年4回程度、定期的に院内感染対策に関するカンファレンスを行い、その内容を記録していること。

（8） （7）に規定するカンファレンスは、（2）のアからエ及び2の（3）のアからエの構成員それぞれ1名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、やむを得ない事情により参加できない場合は、以下のアからウを満たすときに限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この項において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加することができる。

ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。

イ （2）に掲げるチームと2の（3）に掲げる感染制御チームは、4回中1回以上一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること。なお、感染制御チームを構成する各職種は、それぞれ1名以上当該カンファレンスに参加していればよいこと。

ウ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。

（9） 当該保険医療機関又は感染防止対策加算2に係る届出を行った医療機関が「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）の場合は、以下のア及びイを満たすときに限り、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。

イ 感染制御チームを構成する各職種が4回中1回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。

（10） ビデオ通話を用いる場合において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること。

（11） （2）に掲げるチームにより、感染防止対策加算2を算定する医療機関から、必要時に院内感染対策に関する相談等を受けていること。

（12） 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制又は許可制の体制をとること。

（13） （2）に掲げるチームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。

- (14) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (15) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。
- (16) 院内感染対策サーベイランス（JANIS）等、地域や全国の実験サーベイランスに参加していること。
- 2 感染防止対策加算2の施設基準
- (1) 当該保険医療機関の一般病床の数が300床以下を標準とする。
- (2) 感染防止対策部門を設置していること。ただし、第20の1の(1)イに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理部門をもって感染防止対策部門としても差し支えない。
- (3) (2)に掲げる部門内に以下の構成員からなる感染制御チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
- ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関においては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）
- イ 5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師
- ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師
- エ 3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師
- 当該保険医療機関内に上記のアカラエまでに定める者のうち1名が院内感染管理者として配置されていること。なお、当該職員は第20の1の(1)アに規定する医療安全対策加算に係る医療安全管理者とは兼任できないが、第2部通則7に規定する院内感染防止対策に掲げる業務を行うことができる。
- (4) 感染防止対策の業務指針及び院内感染管理者若しくは感染制御チームの具体的な業務内容が整備されていること。
- (5) (3)に掲げるチームにより、最新のエビデンスに基づき、自施設の实情に合わせた標準予防策、感染経路別予防策、職業感染予防策、疾患別感染対策、洗浄・消毒・滅菌、抗菌薬適正使用等の内容を盛り込んだ手順書（マニュアル）を作成し、各部署に配布していること。なお、手順書は定期的に新しい知見を取り入れ改訂すること。
- (6) (3)に掲げるチームにより、職員を対象として、少なくとも年2回程度、定期的に院内感染対策に関する研修を行っていること。なお当該研修は別添2の第1の3の(5)に規定する安全管理の体制確保のための職員研修とは別にを行うこと。
- (7) (3)に掲げるチームは、少なくとも年4回程度、感染防止対策加算1に係る届出を行った医療機関が定期的に主催する院内感染対策に関するカンファレンスに参加していること。なお、感染防止対策加算1に係る届出を行った複数の医療機関と連携する場合は、全ての連携している医療機関が開催するカンファレンスに、それぞれ少なくとも年1回程度参加し、合わせて年4回以上参加していること。
- (8) (7)に規定するカンファレンスは、(3)のアカラエ及び1の(2)のアカラエの構成員それぞれ1名以上が直接対面し、実施することが原則であるが、やむを得ない事情により参加できない場合は、以下のアカラエを満たすときに限り、ビデオ通話を用いて参加することができる。なお、患者の個人情報の取扱いについては、1の(10)の例による。

- 48 -

- ア 感染症の診療について3年以上の経験を有する専任の常勤医師（歯科医療を担当する保険医療機関においては、当該経験を有する専任の常勤歯科医師）
- イ 5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を修了した専任の看護師
- ウ 3年以上の病院勤務経験を持つ感染症診療にかかわる専任の薬剤師
- エ 3年以上の病院勤務経験を持つ微生物検査にかかわる専任の臨床検査技師
- アカラエのうちいずれか1人は専従であること。なお、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの専従者と異なることが望ましい。また、抗菌薬適正使用支援チームの専従の職員については、感染制御チームの業務を行う場合には、抗菌薬適正使用支援チームの業務について専従とみなすことができる。
- (3) (2)のイにおける感染管理に係る適切な研修とは、1の(3)に掲げる研修である。
- (4) 抗菌薬適正使用支援チームは以下の業務を行うこと。
- ア 広域抗菌薬等の特定の抗菌薬を使用する患者、菌血症等の特定の感染症兆候のある患者、免疫不全状態等の特定の患者集団など感染症早期からのモニタリングを実施する患者を施設の状況に応じて設定する。
- イ 感染症治療の早期モニタリングにおいて、アで設定した対象患者を把握後、適切な微生物検査・血液検査・画像検査等の実施状況、初期選択抗菌薬の選択・用法・用量の適切性、必要に応じた治療薬物モニタリングの実施、微生物検査等の治療方針への活用状況などを経時的に評価し、必要に応じて主治医にフィードバックを行い、その旨を診療録に記載する。
- ウ 適切な検体採取と培養検査の提出（血液培養の複数セット採取など）や、施設内のアンチバイオグラムの作成など、微生物検査・臨床検査が適正に利用可能な体制を整備する。
- エ 抗菌薬使用状況や血液培養複数セット提出率などのプロセス指標及び耐性菌発生率や抗菌薬使用量などのアウトカム指標を定期的に評価する。
- オ 抗菌薬の適正な使用を目的とした院内研修を少なくとも年2回程度実施する。また院内の抗菌薬使用に関するマニュアルを作成する。
- カ 当該保険医療機関内で使用可能な抗菌薬の種類、用量等について定期的に見直し、必要性の低い抗菌薬について医療機関内での使用中止を提案する。
- キ 1の(11)に規定する院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制に係る業務については、施設の実態に応じて、感染制御チームではなく、抗菌薬適正使用支援チームが実施しても差し支えない。
- (5) 抗菌薬適正使用支援チームが、抗菌薬適正使用支援加算を算定していない医療機関から、必要時に抗菌薬適正使用の推進に関する相談等を受けていること。
- 5 届出に関する事項
- (1) 感染防止対策加算1及び2の施設基準に係る届出は、別添7の様式35の2を用いること。
- (2) 感染防止対策地域連携加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式35の3を用いること。
- (3) 抗菌薬適正使用支援加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式35の5を用いること。
- (4) (1)から(3)までに係る当該加算の届出についてはいずれも実績を要しない。

- 50 -

- ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。
- イ (3)に掲げるチームと1の(2)に掲げる感染制御チームは、4回中1回以上一堂に会し直接対面するカンファレンスを行っていること。なお、感染制御チームを構成する各職種は、それぞれ1名以上当該カンファレンスに参加していればよいこと。
- ウ 感染制御チームを構成する各職種が4回中2回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。
- (9) 当該保険医療機関又は感染防止加算1に係る届出を行った医療機関が、「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）の場合は、以下のア及びイを満たすときに限り、ビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。
- ア ビデオ通話によりカンファレンスを行う場合は、主として当該カンファレンスにおいて取り上げる内容に関わる感染制御チームの構成員は、対面で参加していること。
- イ 感染制御チームを構成する各職種が4回中1回以上直接対面するカンファレンスに参加していること。
- (10) 院内の抗菌薬の適正使用を監視するための体制を有すること。特に、特定抗菌薬（広域スペクトラムを有する抗菌薬、抗MRSA薬等）については、届出制又は許可制の体制をとること。
- (11) (3)に掲げるチームにより、1週間に1回程度、定期的に院内を巡回し、院内感染事例の把握を行うとともに、院内感染防止対策の実施状況の把握・指導を行うこと。
- (12) 当該保険医療機関の見やすい場所に、院内感染防止対策に関する取組事項を掲示していること。
- (13) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者機関による評価を受けていることが望ましい。
- (14) 地域や全国の実験サーベイランスに参加していることが望ましい。
- 3 感染防止対策地域連携加算の施設基準
- (1) 感染防止対策加算1に係る届出を行っていること。
- (2) 他の感染防止対策加算1に係る届出を行っている保険医療機関と連携し、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関に相互に赴いて別添6の別紙24又はこれに準じた様式に基づく感染防止対策に関する評価を行い、当該保険医療機関にその内容を報告すること。また、少なくとも年1回程度、当該加算に関して連携しているいずれかの保険医療機関より評価を受けていること。なお、医療安全対策地域連携加算1又は2を算定している保険医療機関については、当該加算に係る評価と感染防止対策地域連携加算に係る評価とを併せて実施しても差し支えない。
- 4 抗菌薬適正使用支援加算の施設基準
- (1) 感染防止対策地域連携加算を算定する保険医療機関である。
- (2) 以下の構成員からなる抗菌薬適正使用支援チームを組織し、抗菌薬の適正使用の支援に係る業務を行うこと。

- 49 -

- 第21の2 患者サポート体制充実加算
- 1 患者サポート体制充実加算に関する施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に患者又はその家族（以下「患者等」という。）からの疾病に関する医学的な質問並びに生活上及び入院上の不安等、様々な相談に対応する窓口を設置していること。
- (2) (1)における当該窓口は専任の医師、看護師、薬剤師、社会福祉士又はその他医療有資格者等が当該保険医療機関の標準時間内において常時1名以上配置されており、患者等からの相談に対して相談内容に応じた適切な職種が対応できる体制をとっている必要がある。なお、当該窓口は区分番号「A234」に掲げる医療安全対策加算に規定する窓口と兼用であっても差し支えない。
- (3) (1)における相談窓口に配置されている職員は医療関係団体等が実施する医療対話仲介者の養成を目的とした研修を修了していることが望ましい。
- (4) 当該保険医療機関内に患者等に対する支援体制が整備されていること。なお、患者等に対する支援体制とは以下のことをいう。
- ア 患者支援体制確保のため、(1)における相談窓口と各部門とが十分に連携していること。
- イ 各部門において、患者支援体制に係る担当者を配置していること。
- ウ 患者支援に係る取組の評価等を行うカンファレンスが週1回程度開催されており、必要に応じて各部門の患者支援体制に係る担当者等が参加していること。
- エ 各部門において、患者等から相談を受けた場合の対応体制及び報告体制をマニュアルとして整備し、職員に遵守させていること。
- オ (1)における相談窓口及び各部門で対応した患者等の相談件数及び相談内容、相談後の取扱い、その他の患者支援に関する実績を記録していること。また、区分番号「A234」に掲げる医療安全対策加算を算定している場合は、医療安全管理対策委員会と十分に連携し、その状況を記録していること。
- カ 定期的に患者支援体制に関する取組みの見直しを行っていること。
- (5) 当該保険医療機関内の見やすい場所に、(1)における相談窓口が設置されていること及び患者等に対する支援のため実施している取組を掲示していること。また、当該保険医療機関の入院患者について、入院時に文書等を用いて(1)における相談窓口について説明を行っていること。
- (6) 公益財団法人日本医療機能評価機構等、第三者の評価を受けていることが望ましい。
- 2 届出に関する事項
- 患者サポート体制充実加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式36を用いること。

第22 褥瘡ハイリスク患者ケア加算

- 1 褥瘡ハイリスク患者ケア加算に関する施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に、褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を5年以上有する看護師等であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修を修了した者を褥瘡管理者として専従で配置していること。なお、ここでいう褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修とは、次の内容を含むものをいうこと。

- 51 -

- ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術が習得できる 600 時間以上の研修
- イ 講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修
- 注 2 に規定する点数を算定する場合は、褥瘡ハイリスク患者のケアに従事した経験を 5 年以上有する看護師等であって、褥瘡等の創傷ケアに係る適切な研修（ア及びイによるもの。）を修了した者を褥瘡管理者として配置していること。
- (2) 褥瘡管理者は、その特性に鑑みて、褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定すべき患者の管理等に影響のない範囲において、オストミー・失禁のケアを行う場合には、専従の褥瘡管理者とみなすことができる。
- (3) 別添 6 の別紙 16 の褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書を作成し、それに基づく重点的な褥瘡ケアの実施状況及び評価結果を記録していること。
- (4) 褥瘡対策チームとの連携状況、院内研修の実績、褥瘡リスクアセスメント実施件数、褥瘡ハイリスク患者特定数、褥瘡予防治療計画件数及び褥瘡ハイリスク患者ケア実施件数を記録していること。
- (5) 褥瘡対策に係るカンファレンスが週 1 回程度開催されており、褥瘡対策チームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師等が参加していること。
- (6) 総合的な褥瘡管理対策に係る体制確保のための職員研修を計画的に実施していること。
- (7) 重点的な褥瘡ケアが必要な入院患者（褥瘡の予防・管理が難しい患者又は褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する入院患者をいい、褥瘡リスクアセスメント票を用いて判定する。）に対して、適切な褥瘡発生予防・治療のための予防治療計画の作成、継続的な褥瘡ケアの実施及び評価、褥瘡等の早期発見及び重症化防止のための総合的な褥瘡管理対策を行うにふさわしい体制が整備されていること。
- (8) 毎年 7 月において、褥瘡患者数等について、別添 7 の様式 37 の 2 により届け出ること。
- 2 褥瘡管理者の行う業務に関する事項
- (1) 褥瘡管理者は、院内の褥瘡対策チームと連携して、所定の方法により褥瘡リスクアセスメントを行うこと。
- (2) (1) の結果、特に重点的な褥瘡ケアが必要と認められる患者について、当該患者の診療を担う保険医、看護師、その他必要に応じて関係職種が共同して褥瘡の発生日防等に関する予防治療計画を個別に立案すること。
- (3) 当該計画に基づく重点的な褥瘡ケアを継続して実施し、その評価を行うこと。
- (4) (1) から (3) までの他、院内の褥瘡対策チーム及び当該患者の診療を担う保険医と連携して、院内の褥瘡発生状況の把握・報告を含む総合的な褥瘡管理対策を行うこと。
- 3 届出に関する事項
- 褥瘡ハイリスク患者ケア加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 37 を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第 22 の 2 ハイリスク妊娠管理加算

- 52 -

- 1 ハイリスク妊娠管理加算に関する施設基準
- (1) 産婦人科又は産科を標榜する保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する医師が、1 名以上配置されていること。
- (3) 緊急の分娩に対応できる十分な体制及び設備を有していること。
- (4) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。
- (5) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第 1 の 2 の (4) と同様であること。
- 2 届出に関する事項
- (1) ハイリスク妊娠管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 38 を用いること。
- (2) 1 の (5) の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 23 ハイリスク分娩管理加算

- 1 ハイリスク分娩管理加算に関する施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に、専ら産婦人科又は産科に従事する常勤の医師が、3 名以上配置されていること。なお、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 24 時間以上の勤務を行っている専ら産婦人科又は産科に従事する非常勤医師を 2 名以上組み合わせることにより、当該常勤の医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤の医師のうち 2 名までに限る。
- (2) 当該保険医療機関内に、常勤の助産師が 3 名以上配置されていること。
- (3) 1 年間の分娩件数、配置医師数及び配置助産師数を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) 公益財団法人日本医療機能評価機構が定める産科医療補償制度標準補償約款と同一の産科医療補償約款に基づく補償を実施していること。
- (5) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第 1 の 2 の (4) と同様であること。
- 2 届出に関する事項
- (1) ハイリスク分娩管理加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 38 を用いること。
- (2) 1 の (1) 及び (2) に掲げる医師及び助産師の勤務の態様（常勤・非常勤、専任・専任の別）並びに勤務時間を、別添 7 の様式 20 を用いて提出すること。
- (3) 1 の (5) の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 24 削除

- 終末期医療等の内容が含まれているものであること。
- ウ 研修内容に総合的な機能評価、薬物療法等のワークショップが含まれたものであること。
- エ 研修期間は通算して 16 時間以上程度のものであること。
- (3) 当該保険医療機関内で高齢者の総合的な機能評価のための職員研修を計画的に実施すること。
- 2 届出に関する事項
- 総合評価加算の施設基準に係る届出に関しては別に別添 7 の様式 40 を用いること。

第 26 呼吸ケアチーム加算

- 1 呼吸ケアチーム加算の施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に、以下の 4 名から構成される人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係るチーム（以下「呼吸ケアチーム」という。）が設置されていること。
- ア 人工呼吸器管理等について十分な経験のある専任の医師
- イ 人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師
- ウ 人工呼吸器等の保守点検の経験を 3 年以上有する専任の臨床工学技士
- エ 呼吸器リハビリテーション等の経験を 5 年以上有する専任の理学療法士
- (2) (1) のイに掲げる看護師は、5 年以上呼吸ケアを必要とする患者の看護に従事し、呼吸ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここという研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
- ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること。（600 時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）
- イ 呼吸ケアに必要な専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
- ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。
- (イ) 呼吸ケアに必要な看護理論及び医療制度等の概要
- (ロ) 呼吸機能障害の病態生理及びその治療
- (ハ) 呼吸ケアに関するアセスメント（呼吸機能、循環機能、脳・神経機能、栄養・代謝機能、免疫機能、感覚・運動機能、痛み、検査等）
- (ニ) 患者及び家族の心理・社会的アセスメントとケア
- (ホ) 呼吸ケアに関する看護技術（気道管理、酸素療法、人工呼吸管理、呼吸リハビリテーション等）
- (ヘ) 安全管理（医療機器の知識と安全対策、感染防止と対策等）
- (ト) 呼吸ケアのための組織的取組とチームアプローチ
- (チ) 呼吸ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
- (リ) コンサルテーション方法
- エ 実習により、事例に基づくアセスメントと呼吸機能障害を有する患者への看護実践
- (3) 当該患者の状態に応じて、歯科医師又は歯科衛生士が呼吸ケアチームに参加することが望ましい。
- (4) 呼吸ケアチームによる診療計画書には、人工呼吸器装着患者の安全管理、合併症予防、人

- 55 -

第 24 の 2 削除

第 24 の 3 削除

第 24 の 4 削除

第 24 の 5 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算

- 1 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算に関する施設基準
- (1) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、精神科救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携していること。
- (2) 区分番号「A 3 1 1」精神科救急入院料、区分番号「A 3 1 1－2」精神科急性期治療病棟入院料又は区分番号「A 3 1 1－3」精神科救急・合併症入院料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算の届出を行っていない保険医療機関であること。
- 2 届出に関する事項
- 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 39 の 3 を用いること。

第 24 の 6 精神科救急搬送患者地域連携受入加算

- 1 精神科救急搬送患者地域連携受入加算に関する施設基準
- (1) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算を算定する紹介元の保険医療機関と精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定する受入先の保険医療機関とが、精神科救急患者の転院体制についてあらかじめ協議を行って連携していること。
- (2) 区分番号「A 1 0 3」精神病棟入院基本料、区分番号「A 3 1 1－4」児童・思春期精神科入院医療管理料、区分番号「A 3 1 2」精神療養病棟入院料又は区分番号「A 3 1 4」認知症治療病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- (3) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算の届出を行っていない保険医療機関であること。
- 2 届出に関する事項
- 精神科救急搬送患者地域連携受入加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 39 の 3 を用いること。

第 25 総合評価加算

- 1 総合評価加算に関する施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に総合的な機能評価に係る適切な研修を修了した常勤の医師又は歯科医師が 1 名以上いること。
- (2) 総合的な機能評価に係る適切な研修とは、次のものをいう。
- ア 医療関係団体等が実施するものであること。
- イ 研修内容に高齢者に対する基本的な診察方法、高齢者の病態の一般的な特徴、薬物療法、

- 54 -

- 工呼吸器離脱計画、呼吸器リハビリテーション等の内容を含んでいること。
- (5) 呼吸ケアチームは当該診療を行った患者数や診療の回数、当該患者のうち人工呼吸器離脱に至った患者数、患者の1人当たりの平均人工呼吸器装着日数等について記録していること。
- (6) 保険医療機関の屋内における禁煙の取扱いについて、基準を満たしていること。当該基準については、第1の2の(4)と同様であること。
- 2 届出に関する事項
- (1) 呼吸ケアチーム加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の2を用いること。
- (2) 1の(6)の保険医療機関の屋内の禁煙の取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第26の2 後発医薬品使用体制加算

- 1 後発医薬品使用体制加算の施設基準
- (1) 病院では、薬剤部門において後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ薬事委員会等で後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
- 有床診療所では、薬剤師又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。
- (2) 当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価(薬価基準)別表に規定する規格単位ごとに数えた数量(以下「規格単位数量」という。)に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、後発医薬品使用体制加算1にあつては85%以上、後発医薬品使用体制加算2にあつては80%以上85%未満、後発医薬品使用体制加算3にあつては70%以上80%未満、後発医薬品使用体制加算4にあつては60%以上70%未満であること。
- (3) 当該保険医療機関において調剤した薬剤(4)に掲げる医薬品を除く。)の規格単位数量に占める後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量の割合が50%以上であること。
- (4) 後発医薬品の規格単位数量の割合を算出する際に除外する医薬品
- ア 経腸成分栄養剤
- エンテラル配合内用剤、エンテールP乳幼児用配合内用剤、エンシェア・リキッド、エンシェア・H、ツインラインNF 配合経腸用液、ラコールNF 配合経腸用液、エネーロ配合経腸用液及びビラコールNF 配合経腸用半固形剤
- イ 特殊ミルク製剤
- フェニアラニン除去ミルク配合散「雪印」及びロイシン・イソロイシン・破倫除去ミルク配合散「雪印」
- ウ 生薬(薬効分類番号510)
- エ 漢方製剤(薬効分類番号520)
- オ その他の生薬及び漢方処方に基づく医薬品(薬効分類番号590)
- (5) 入院及び外来において後発医薬品(ジェネリック医薬品)の使用に積極的に取り組んでい

- 56 -

- (後発医薬品に関するこれらの情報も含む。)
- (7) 医薬品安全性情報等((6)アからウまでに掲げるものをいう。以下同じ。)のうち、迅速な対応が必要となるものを把握した際に、電子媒体に保存された診療録、薬剤管理指導記録等の活用により、当該医薬品を処方した医師及び投与された患者(入院中の患者以外の患者を含む。)を速やかに特定でき、必要な措置を迅速に講じることができる体制を有していること。
- (8) 病棟専任の薬剤師と医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各病棟での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が病棟薬剤業務を実施するにつき必要な情報が提供されていること。
- (9) データベースの構築などにより医療従事者が、必要な時に医薬品情報管理室で管理している医薬品安全性情報等を容易に入手できる体制を有していること。
- (10) 上記(6)から(9)までに規定する内容の具体的実施手順及び新たに入手した情報の重要性に応じて、安全管理委員会、薬事委員会等の迅速な開催、関連する医療従事者に対する周知方法等に関する手順が、あらかじめ「医薬品の安全使用のための業務に関する手順書(医薬品業務手順書)」に定められており、それに従って必要な措置が実施されていること。
- (11) 区分番号「B008」薬剤管理指導料に係る届出を行っていること。
- (12) 病棟専任の薬剤師の氏名が病棟内に掲示されていること。
- 2 病棟薬剤業務実施加算2の施設基準
- (1) 病棟薬剤業務実施加算1に係る届出を行っていること。
- (2) 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該加算を算定する治療室に配置されていること。
- (3) 当該保険医療機関において、治療室専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近1か月の実施時間が合算して1週間につき20時間相当に満たない治療室があつてはならないこと。
- (4) 病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料及び退院時薬剤情報管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれないものであること。
- (5) 医薬品情報管理室が、治療室専任の薬剤師を通じて、1の(6)のアからウまでに掲げる情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。
- (6) 治療室専任の薬剤師と医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各治療室での問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が病棟薬剤業務を実施するにつき必要な情報が提供されていること。
- 3 届出に関する事項
- (1) 病棟薬剤業務実施加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の4を用いること。
- (2) 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専任・非専任、専任・非専任の別)及び勤務時間を別添7の様式20を用いて提出すること。
- (3) 調剤、医薬品情報管理、薬剤管理指導、在宅患者訪問薬剤管理指導又は病棟薬剤業務のいずれに従事しているかを(兼務の場合はその旨を)備考欄に記載すること。
- (4) 調剤所及び医薬品情報管理室の配置図及び平面図を提出すること。

- 58 -

- る旨を当該保険医療機関の入院受付、外来受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。
- 2 届出に関する事項
- 後発医薬品使用体制加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の3を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

第26の3 病棟薬剤業務実施加算

- 1 病棟薬剤業務実施加算1の施設基準
- (1) 当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、2人以上配置されているとともに、病棟薬剤業務の実施に必要な体制がとられていること。
- (2) 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が当該保険医療機関の全ての病棟(区分番号「A106」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料(病棟単位で行うものに限る。)を算定する病棟を除く。)に配置されていること。ただし、この場合において、複数の薬剤師が一の病棟において病棟薬剤業務を実施することを妨げない。
- 病棟の概念及び1病棟当たりの病床数に係る取扱いについては、別添2の第2の1及び2によるものであること。
- なお、病棟薬剤業務実施加算を算定できない手術室、治療室及び特殊疾患病棟入院料等の特定入院料(病棟単位で行うものに限る。)を算定する病棟においても、病棟薬剤業務の実施に努めること。
- (3) 当該保険医療機関において、病棟専任の薬剤師による病棟薬剤業務の直近1か月の実施時間が合算して1週間につき20時間相当に満たない病棟(区分番号「A106」障害者施設等入院基本料又は特殊疾患病棟入院料等の特定入院料(病棟単位で行うものに限る。)を算定する病棟を除く。)があつてはならないこと。
- (4) 病棟薬剤業務の実施時間には、薬剤管理指導料及び退院時薬剤情報管理指導料算定のための業務に要する時間は含まれないものであること。
- (5) 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設(以下「医薬品情報管理室」という。)を有し、常勤の薬剤師が1人以上配置されていること。
- (6) 医薬品情報管理室が、病棟専任の薬剤師を通じて、次のアからウまでに掲げる情報を積極的に収集し、評価するとともに、一元的に管理し、当該情報及びその評価した結果について、有効に活用されるよう分かりやすく工夫した上で、関係する医療従事者に速やかに周知していること。
- ア 当該保険医療機関における医薬品の投薬及び注射の状況(使用患者数、使用量、投与日数等を含む。)
- イ 当該保険医療機関において発生した医薬品に係る副作用(医薬品医療機器等法第68条の10第2項に規定されている厚生労働大臣に報告しなければならない副作用をいう。なお、同法第68条の10第1項に規定されている副作用についても、同様の体制を講じていることが望ましい。)、ヒヤリハット、インシデント等の情報
- ウ 公的機関、医薬品製造販売業者、卸売販売業者、学術誌、医療機関外の医療従事者等外部から入手した医薬品の有効性、安全性、品質、ヒヤリハット、インシデント等の情報

- 57 -

第26の4 データ提出加算

- 1 データ提出加算1及び2の施設基準
- (1) 区分番号「A207」診療録管理体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ただし、次のアからウの保険医療機関にあつては、区分番号「A207」の診療録管理体制加算1又は2の施設基準を満たしていれば足りること。
- ア 回復期リハビリテーション病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関
- イ 地域包括ケア病棟入院料のみの届出を行う保険医療機関
- ウ 回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料の届出のみを行う保険医療機関
- (2) 厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査(特別調査を含む。)」(以下「DPC調査」という。)に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険医療課及びDPC調査事務局と常時電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず2名指定すること。
- (3) DPC調査に適切に参加し、DPC調査に準拠したデータを提出すること。なお、データ提出加算1にあつては、入院患者に係るデータを、データ提出加算2にあつては、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出すること。
- (4) 「適切なコーディングに関する委員会」(以下「コーディング委員会」という。)を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。
- コーディング委員会とは、標準的な診断及び治療方法について院内で周知を徹底し、適切なコーディング(適切な国際疾病分類に基づく適切な疾病分類等の決定をいう。)を行う体制を確保することを目的として設置するものとし、コーディングに関する責任者の他に少なくとも診療部門に所属する医師、薬剤部門に所属する薬剤師及び診療録情報を管理する部門又は診療報酬の請求事務を統括する部門に所属する診療記録管理者を構成員とする委員会のことをいう。
- なお、病院内の他の委員会において、目的及び構成員等がコーディング委員会の要件を満たしている場合には、当該委員会をコーディング委員会と見なすことができる。ただし、当該委員会の設置規定等に適切なコーディングに関する事項を明記し、適切なコーディングに関するテーマについて、年2回以上、委員会を開催しなければならない。
- 2 データ提出に関する事項
- (1) データの提出を希望する保険医療機関(DPC対象病院又はDPC準備病院である病院を除く)は、平成30年5月21日、8月20日、11月20日、平成31年2月20日、5月20日、8月20日、11月20日又は平成32年2月20日までに別添7の様式40の5について、地方厚生(支)局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出すること。
- (2) (1)の届出を行った保険医療機関は、当該届出の期限となっている月の翌月から起算して2月分のデータ(例として、平成30年7月に届出を行った場合は、平成30年8月20日の期限に合わせた届出となるため、試行データは平成30年9月及び10月の2月となる。)(以下「試行データ」という。)を厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、DPC導入の影響評価に係る調査実施説明資料(以下「調査実施説明資料」という。)に定

- 59 -

- められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに厚生労働省がD P C調査の一部事務を委託するD P C調査事務局（以下「D P C調査事務局」という。）へ提出すること。
- (3) 試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡（以下「データ提出事務連絡」という。）を1の(2)の担当者宛てに電子メールにて発出する。
- なお、当該連絡のあった保険医療機関においては、この連絡以後、データ提出加算の届出を行うことが可能となる。
- 3 提出データ評価加算に関する事項
- (1) データ提出加算2の届出を行っていること。
- (2) 診療内容に関する質の高いデータが継続的かつ適切に提出されているものとして、次のいずれにも該当する場合であること。
- ア 当該加算を算定する月の前6か月間に1度もデータ提出の遅延等がないこと。
- イ 当該加算を算定する月の前月以前に提出した直近3か月分のデータ及び提出データと同じ期間における医科の全ての診療報酬明細書（D P C対象病院においては、入院、入院外及びD P Cを、D P C対象病院以外の病院においては、入院及び入院外）（以下、この項において、「医科の全ての診療報酬明細書」という。）の未コード化傷病名の割合が全ての月で1割未満であること。
- (3) (2)のデータ提出の遅延等とは、調査実施説明資料に定められた期日までに、当該医療機関のデータについて、D P C調査事務局宛てに提出されていない場合（提出時刻が確認できない手段等、調査実施説明資料に定められた方法以外で提出された場合を含む。）、提出されたデータが調査実施説明資料に定められた提出すべきデータと異なる内容であった場合（データが格納されていない空の媒体が提出された場合を含む。）をいう。（以下、第26の4において、同じ。）
- (4) 未コード化傷病名の割合が1割未満とは、次のいずれにも該当する場合をいう。
- ア 調査実施説明資料に定められた様式1へ入力されたレセプト電算処理用の傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード（レセプト電算処理用の傷病名コード：0000999）の割合が1割未満
- イ 調査実施説明資料において定められた外来E Fファイルへ入力された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード（レセプト電算処理用の傷病名コード：0000999）の割合が1割未満
- ウ 医科の全ての診療報酬明細書に記載された傷病名コードの総数に対する未コード化傷病名のコード（レセプト電算処理用の傷病名コード：0000999）の割合が1割未満
- (5) (4)については、(4)のア及びウの基準を満たしていれば、平成31年3月分のデータまでの期間に限り、当該基準を満たしているものと見なす。
- 4 届出に関する事項
- (1) データ提出加算の施設基準に係る届出は別添7の様式40の7を用いること。
- (2) 入院患者に係るデータを提出する場合はデータ提出加算1、入院患者に係るデータに加え、外来患者に係るデータを提出する場合はデータ提出加算2を届け出ること。なお、データ提出

- 出加算1の届出を行っている保険医療機関が、新たに外来患者に係るデータを提出するものとしてデータ提出加算2の届出を行うことは可能である。ただし、データ提出加算2の届出を行っている保険医療機関が外来患者に係るデータを提出しないものとして、データ提出加算1へ届出を変更することはできない。
- (3) 各調査年度において、累積して3回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、3回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。
- (4) データ提出を取りやめる場合、1の基準を満たさなくなった場合及び(3)に該当した場合については、別添7の様式40の8を用い、その理由等を届出すること。なお、当該届出内容は必要に応じて中央社会保険医療協議会へ報告されるものであること。
- (5) (4)の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあつては、2の手続きより開始することとする。
- (6) データ提出加算1のロ又は2のロの規定については、平成30年3月31日においてこれらの規定に基づく届出を行っている保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院に限る。）については、平成31年3月31日までの間に限り、なお従前の例により、算定することができることとされているため、その間において、変更の届出は不要であるが、平成31年4月1日以降も、引き続き、許可病床数が200床以上である場合には、変更の届出が必要である。

第26の5 入退院支援加算

1 入退院支援加算1に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、入退院支援及び地域連携業務を担う部門（以下第26の5において「入退院支援部門」という。）が設置されていること。
- (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専任の看護師又は専任の社会福祉士が1名以上配置されていること。更に、専任の看護師が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の社会福祉士が、専任の社会福祉士が配置されている場合には入退院支援及び地域連携業務に関する経験を有する専任の看護師が配置されていること。（ただし、区分番号「A307」小児入院医療管理料（精神病棟に限る。）又は区分番号「A309」特殊疾患病棟入院料（精神病棟に限る。）を算定する病棟の患者に対して当該加算を算定する入退院支援を行う場合には、社会福祉士に代えて精神保健福祉士の配置であっても差し支えない。以下、第26の5において同じ。）
- (3) 入退院支援及び地域連携業務に専従する看護師又は社会福祉士が、当該加算の算定対象となっている各病棟に専任で配置されていること。当該専任の看護師又は社会福祉士が配置される病棟は1人につき2病棟、計120床までに限る。なお、20床未満の病棟及び治療室については、病棟数の算出から除いてよいが、病床数の算出には含めること。また、病棟に専任の看護師又は社会福祉士が、入退院支援部門の専任の職員を兼ねることはできないが、専任の職員を兼ねることは差し支えない。
- (4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法

- に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）の数が20以上であること。また、(2)又は(3)の職員と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で面会し、情報の共有を行っていること。なお、面会には、個別の退院調整に係る面会等を含めて差し支えないが、年3回以上の面会の日付、担当者名、目的及び連携機関の名称等を一覧できるように記録すること。
- (5) (4)に規定する連携機関の職員との年3回の面会は、対面で行うことが原則であるが、やむを得ない事情により対面で面会することができない場合は、当該3回中1回（当該保険医療機関又は連携機関が、「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、D P C対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）又は連携機関の場合、当該3回中3回）に限り、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて面会することができる。なお、患者の個人情報の取扱いについては、第21の1の(10)の例による。
- (6) 過去1年間の介護支援等連携指導料の算定回数と過去1年間の相談支援専門員との連携回数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する患者に対する支援に限る。）の合計回数が、以下のア及びイを合計した数を上回ること。
- ア 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に0.15を乗じた数と「ロ 療養病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（介護支援等連携指導料を算定できるものに限る。）に0.1を乗じた数の合計
- イ 「イ 一般病棟入院基本料等の場合」の算定対象病床数（区分番号「A307」小児入院医療管理料を算定する病床に限る。）に0.05を乗じた数
- なお、相談支援専門員との連携は、相談支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる障害福祉サービス、地域相談支援又は障害児通所支援や、当該地域において提供可能な障害福祉サービス、地域相談支援又は障害児通所支援等の情報を提供すること。
- また、平成29年度の介護支援等連携指導料の算定回数については、「介護支援等連携指導料」を「介護支援連携指導料」と読み替えること。
- (7) 病棟の廊下等の見やすい場所に、患者及び家族から分かりやすいように、入退院支援及び地域連携業務に係る病棟に専任の職員及びその担当業務を掲示していること。

2 入退院支援加算2に関する施設基準

- (1) 1の(1)及び(2)の施設基準を満たしていること。
- (2) 有床診療所の場合は、当該入退院支援部門に、入退院支援に関する経験を有する専任の看護師、准看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること。
- 3 入退院支援加算3に関する施設基準
- (1) 1の(1)の施設基準を満たしていること。
- (2) 当該入退院支援部門に入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専任の看護師又は入退院支援及び5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有する専

- 任の看護師並びに専任の社会福祉士が配置されていること。なお、当該専任の看護師又は専任の社会福祉士は、週30時間以上入退院支援に係る業務に従事していること。
- 4 地域連携診療計画加算に関する施設基準
- (1) あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携機関と共有されていること。
- (2) 連携機関の職員と当該保険医療機関の職員が、地域連携診療計画に係る情報交換のために、年3回以上の頻度で面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われていること。
- (3) 入退院支援加算に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
- 5 入退院支援加算の「注5」に規定する施設基準
- (1) 1の(1)の施設基準を満たしていること。
- (2) 当該入退院支援部門に、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師及び専任の社会福祉士がそれぞれ1名以上配置されていること。ただし、許可病床数が200床未満の病院にあつては、入退院支援に関する十分な経験を有する専任の看護師が1名以上配置されていること。当該専任の看護師が、入退院支援加算1又は2を届け出ている場合にあっては1の(2)で、入退院支援加算3を届け出ている場合にあっては3の(2)で求める専任又は専任の看護師を兼ねることは差し支えない。
- (2) 転院又は退院体制等について、連携機関とあらかじめ協議し、地域連携に係る十分な体制が整備されていること。

7 届出に関する事項

- (1) 入退院支援加算及び入院時支援加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の9を用いること。
- (2) 地域連携診療計画加算に係る届出は、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添2の様式12を用いること。これに添付する地域連携診療計画は、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添2の様式12の2に準じた様式を用いること。

第26の6 認知症ケア加算

1 認知症ケア加算1の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される認知症ケアに係るチーム（以下「認知症ケアチーム」という。）が設置されていること。このうち、イに掲げる看護師については、週16時間以上、認知症ケアチームの業務に従事すること。
- ア 認知症患者の診療について十分な経験を有する専任の常勤医師

- イ 認知症患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、認知症看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師
- ウ 認知症患者等の退院調整について経験のある専任の常勤社会福祉士又は常勤精神保健福祉士
- なお、アからウまでのほか、患者の状態に応じて、理学療法士、作業療法士、薬剤師、管理栄養士が参加することが望ましい。
- (2) (1)のアに掲げる医師は、精神科の経験を5年以上有する医師、神経内科の経験を5年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師であること。なお、ここでの適切な研修とは、国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であり、認知症診断について適切な知識・技術等を修得することを目的とした研修で、2日間、7時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものであること。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（精神科の経験を5年以上有する医師、神経内科の経験を5年以上有する医師又は認知症治療に係る適切な研修を修了した医師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名以上の非常勤医師が認知症ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- (3) (1)のイに掲げる認知症看護に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
- ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。（600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるもの）
- イ 認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
- ウ 講義及び演習は、次の内容を含むものであること。
- (イ) 認知症の原因疾患・病態及び治療・ケア・予防
- (ロ) 認知症に関わる保健医療福祉制度の変遷と概要
- (ハ) 認知症患者に特有な倫理的課題と対応方法
- (ニ) 認知症看護に必要なアセスメントと援助技術
- (ホ) コミュニケーションスキル
- (ヘ) 認知症の特性を踏まえた生活・療養環境の調整方法、行動・心理症状（BPSD）への対応
- (ト) ケアマネジメント（各専門職・他機関との連携、社会資源の活用方法）
- (チ) 家族への支援・関係調整
- エ 実習により、事例に基づくアセスメントと認知症看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。
- (4) (1)のウに掲げる社会福祉士又は精神保健福祉士は、認知症患者又は要介護者の退院調整の経験のある者又は介護支援専門員の資格を有する者であること。
- (5) 認知症ケアチームは、以下の業務を行うこと。
- ア 認知症患者のケアに係るカンファレンスが週1回程度開催されており、チームの構成員

及び当該患者の入院する病棟の看護師等、必要に応じて当該患者の診療を担う医師などが参加していること。

- イ チームは、週1回以上、各病棟を巡回し、病棟における認知症患者に対するケアの実施状況の把握や病棟職員への助言等を行うこと。
- ウ チームにより、身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。なお、認知症ケアの実施状況等を踏まえ、定期的に当該手順書の見直しを行うこと。
- エ チームにより、認知症患者に関わる職員を対象として、認知症患者のケアに関する研修を定期的に実施すること。
- (6) 認知症患者に関わる全ての病棟の看護師等は、原則として年に1回、認知症患者のアセスメントや看護方法等について、当該チームによる研修又は院外の研修を受講すること（ただし、既に前年度又は前々年度に研修を受けた看護師等にあつてはこの限りではない）。
- (7) 当該保険医療機関において、当該チームが組織上明確に位置づけられていること。
- 2 認知症ケア加算2の施設基準
- (1) 原則として、全ての病棟（小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床は除く。）に、認知症患者のアセスメントや看護方法等に係る適切な研修を受けた看護師を複数名配置すること。
- (2) (1)に掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
- ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること。（修了証が交付されるもの）
- イ 認知症看護に必要な専門的知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
- ウ 講義及び演習は、次の内容について9時間以上含むものであること。
- (イ) 認知症の原因疾患と病態・治療
- (ロ) 入院中の認知症患者に対する看護に必要なアセスメントと援助技術
- (ハ) コミュニケーション方法及び療養環境の調整方法
- (ニ) 行動・心理症状（BPSD）、せん妄の予防と対応法
- (ホ) 認知症に特有な倫理的課題と意思決定支援
- (3) 身体的拘束の実施基準や鎮静を目的とした薬物の適正使用等の内容を盛り込んだ認知症ケアに関する手順書（マニュアル）を作成し、保険医療機関内に配布し活用すること。
- (4) (1)の看護師を中心として、病棟の看護師等に対し、少なくとも年に1回は研修や事例検討会等を実施すること。
- 3 届出に関する事項
- (1) 認知症ケア加算1の施設基準に係る届出は、別添7の様式40の10を用いること。
- (2) 認知症ケア加算2の届出は、保険医療機関単位で届け出が、その際、小児科など身体疾患を有する認知症患者が入院しない病棟及び精神病床を除いて届け出ることができること。また、施設基準に係る届出は、別添7の様式40の11を用いること。

第26の7 精神疾患診療体制加算

- 1 精神疾患診療体制加算に関する施設基準
- (1) 内科及び外科を標榜し、当該診療に係る入院医療を提供している保険医療機関であること。
- (2) 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医療機関全体の許可病床数の50%未満であること。
- (3) 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしていること。
- ア 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関
- イ アと同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関
- 2 届出に関する事項
- 精神疾患診療体制加算に係る届出は別添7の様式40の12を用いること。

第26の8 精神科急性期医師配置加算

- 1 精神科急性期医師配置加算に関する施設基準
- (1) 当該病棟における常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上配置されていること。なお、当該病棟における常勤の医師は、他の病棟に配置される医師と兼任はできない。
- (2) 区分番号「A103」精神病棟入院基本料（10対1入院基本料及び13対1入院基本料に限る。）及び区分番号「A104」特定機能病院入院基本料（精神病棟の7対1入院基本料、10対1入院基本料及び13対1入院基本料に限る。）を算定する病棟については、以下の要件を満たしていること。
- ア 精神病床を除く当該保険医療機関全体の許可病床数が100床（「基本診療科の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては80床）以上であつて、内科、外科、耳鼻科、眼科、整形外科及び精神科を標榜する保険医療機関であること。
- イ 当該保険医療機関の精神病床に係る許可病床数が当該保険医療機関全体の許可病床数の50%未満かつ届出を行っている精神病棟が2病棟以下であること。
- ウ 24時間の救急医療提供として、以下のいずれかを満たしている保険医療機関であること。
- (イ) 「救急医療対策事業実施要綱」に定める第2「入院を要する（第二次）救急医療体制」、第3「救命救急センター」、第4「高度救命救急センター」又は「周産期医療の体制構築に係る指針」に規定する総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関
- (ロ) (イ)と同様に24時間の救急患者を受け入れている保険医療機関
- エ 区分番号「A230-4」精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行っていること。
- オ 当該病棟の直近3か月間の新規入院患者の5%以上が入院時に区分番号「A230-3」精神科身体合併症管理加算の対象となる患者であること。
- カ 当該保険医療機関の精神科医が、救急用の自動車（消防法及び消防法施行令に規定する

市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）又は救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第2条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であつて、身体疾患又は負傷とともに精神疾患又はせん妄・抑うつを有する者を速やかに診療できる体制を有し、当該保険医療機関到着後12時間以内に毎月5人以上（直近3か月間の平均）診療していること。

- (3) 区分番号「A311-2」精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟については、以下の要件を満たしていること。
- ア 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院の決定を受けた者（以下「医療観察法入院患者」という。）を除いた新規入院患者のうち6割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患者、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでの「患者」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転倒した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。
- イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜に用いる外来診療（電話等再診を除く。）件数が年間20件以上であり、かつ、入院件数が年間8件以上であること。
- 2 届出に関する事項
- 精神科急性期医師配置加算に係る届出は別添7の様式40の13及び様式53を用いること。

第27 地域歯科診療支援病院入院加算

- 1 地域歯科診療支援病院入院加算に関する施設基準
- (1) 歯科診療報酬点数表の初診料の注2に規定する地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準の届出を行った病院である保険医療機関であつて、次の要件を満たしていること。
- ア 連携する別の保険医療機関において歯科診療報酬点数表の初診料の注6又は再診料の注4に規定する加算を算定している患者若しくは歯科訪問診療料を算定している患者に対して、入院して歯科診療を行う体制を確保していること。
- イ 連携する別の保険医療機関との調整担当者を1名以上配置していること。
- (2) 地域において歯科訪問診療を実施している別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。
- 2 届出に関する事項
- 地域歯科診療支援病院入院加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式41を用いること。

人事院規則で定める地域及び当該地域に準じる地域

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、つくば市
	埼玉県	和光市
	千葉県	袖ヶ浦市、印西市
	東京都	武蔵野市、調布市、町田市、小平市、日野市、国分寺市、狛江市、清瀬市、多摩市
	神奈川県	横浜市、川崎市、厚木市
	愛知県	刈谷市、豊田市
	大阪府	大阪市、守口市
3 級地	茨城県	守谷市
	埼玉県	さいたま市、志木市
	千葉県	千葉市、成田市
	東京都	八王子市、青梅市、府中市、東村山市、国立市、福生市、稲城市、西東京市
	神奈川県	鎌倉市
	愛知県	名古屋市長、豊明市
	大阪府	池田市、高槻市、大東市、門真市
	兵庫県	西宮市、芦屋市、宝塚市
	茨城県	牛久市
	埼玉県	東松山市、朝霞市
4 級地	千葉県	船橋市、浦安市
	東京都	立川市
	神奈川県	相模原市、藤沢市
	三重県	鈴鹿市
	京都府	京田辺市
	大阪府	豊中市、吹田市、寝屋川市、箕面市、羽曳野市
	兵庫県	神戸市
	奈良県	天理市
5 級地	宮城県	多賀城市
	茨城県	水戸市、日立市、土浦市、龍ヶ崎
	埼玉県	坂戸市
	千葉県	市川市、松戸市、佐倉市、市原市、富津市
	東京都	三鷹市、あきる野市
	神奈川県	横須賀市、平塚市、小田原市、茅ヶ崎市、大和市

加算- 1 -

	栃木県	栃木市、鹿沼市、小山市、真岡市
	群馬県	前橋市、太田市、渋川市
	埼玉県	熊谷市
	千葉県	本更津市、君津市、八街市
	東京都	武蔵村山市
	新潟県	新潟市
	富山県	富山市
	石川県	金沢市、河北郡内灘町
	福井県	福井市
	山梨県	南アルプス市
	長野県	長野市、松本市、諏訪市、伊那市
	岐阜県	大垣市、多治見市、美濃加茂市、各務原市、可児市
	静岡県	浜松市、三島市、富士宮市、富士市、焼津市、掛川市、藤枝市、袋井市
	愛知県	豊橋市、一宮市、半田市、常滑市、小牧市、海部郡飛島村
	三重県	名張市、伊賀市
	滋賀県	長浜市、東近江市
	兵庫県	姫路市、加古川市、三木市
	奈良県	桜井市、宇陀市
	岡山県	岡山市
	広島県	三原市、東広島市、廿日市市、安芸郡海田町、安芸郡坂町
	山口県	周南市
	徳島県	徳島市、鳴門市、阿南市
	香川県	坂出市
	福岡県	北九州市、筑紫野市、糟屋郡宇美町
	長崎県	長崎市

備考 この表の「地域」欄に掲げる名称は、平成 27 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。

人事院規則で定める地域に準じる地域

級地区分	都道府県	地 域
3 級地	東京都	東久留米市
	愛知県	大府市
4 級地	千葉県	習志野市
	東京都	昭島市
	神奈川県	愛川町、清川村
5 級地	茨城県	阿見町、稲敷市、つくばみらい市

加算- 3 -

	愛知県	西尾市、知多市、みよし市
	三重県	四日市市
	滋賀県	大津市、草津市、栗東市
	京都府	京都市
	大阪府	堺市、枚方市、茨木市、八尾市、柏原市、東大阪市、交野市
	兵庫県	尼崎市、伊丹市、三田市
	奈良県	奈良市、大和郡山市
	広島県	広島市
	福岡県	福岡市、春日市、福津市
6 級地	宮城県	仙台市
	茨城県	古河市、ひたちなか市、神栖市
	栃木県	宇都宮市、大田原市、下野市
	群馬県	高崎市
	埼玉県	川越市、川口市、行田市、所沢市、飯能市、加須市、春日部市、羽生市、鴻巣市、深谷市、上尾市、草加市、越谷市、戸田市、入間市、久喜市、三郷市、比企郡滑川町、比企郡鳩山町、北葛飾郡杉戸町
	千葉県	野田市、茂原市、東金市、柏市、流山市、印旛郡酒々井町、印旛郡栄町
	神奈川県	三浦市、三浦郡葉山町、中郡二宮町
	山梨県	甲府市
	長野県	塩尻市
	岐阜県	岐阜市
	静岡県	静岡市、沼津市、磐田市、御殿場市
	愛知県	岡崎市、瀬戸市、春日井市、豊川市、津島市、碧南市、安城市、大山市、江南市、田原市、弥富市、西春日井郡豊山町
	三重県	津市、桑名市、亀山市
	滋賀県	彦根市、守山市、甲賀市
	京都府	宇治市、亀岡市、向日市、木津川市
	大阪府	岸和田市、泉大津市、泉佐野市、富田林市、河内長野市、和泉市、藤井寺市、泉南市、阪南市、泉南郡熊取町、泉南郡田尻町、泉南郡岬町、南河内郡太子町
	兵庫県	明石市、赤穂市
	奈良県	大和高田市、橿原市、香芝市、北葛城郡王寺町
	和歌山県	和歌山市、橋本市
	香川県	高松市
	福岡県	太宰府市、糸島市、糟屋郡新宮町、糟屋郡粕屋町
7 級地	北海道	札幌市
	宮城県	名取市
	茨城県	笠間市、鹿嶋市、筑西市

加算- 2 -

	千葉県	八千代市、四街道市
	東京都	小金井市、羽村市、日の出町、檜原村
	神奈川県	座間市、綾瀬市、寒川町、伊勢原市、秦野市、海老名市
	愛知県	東海市、日進市、東郷町
	京都府	八幡市
	大阪府	島本町、摂津市、四條畷市
	兵庫県	川西市、猪名川町
	奈良県	川西町、生駒市、平群町
	広島県	安芸郡府中町
6 級地	宮城県	利府町、七ヶ浜町
	茨城県	東海村、那珂市、大洗町、坂東市、境町、五霞町、常総市、利根町、河内町
	栃木県	さくら市
	群馬県	明和町
	埼玉県	八潮市、吉川市、松伏町、幸手市、宮代町、白岡市、蓮田市、桶川市、川島町、蕨市、新座市、富士見市、三芳町、狭山市、鶴ヶ島市、日高市、毛呂山町、越生町、ときがわ町
	千葉県	我孫子市、白井市、鎌ヶ谷市、大網白里市、長柄町、長南町、香取市、奥多摩町
	東京都	返子市、大磯町、中井町
	神奈川県	蒲都市、幸田町、知立市、尾張旭市、長久手市、扶桑町、あま市、蟹江町、愛西市
	三重県	東員町、朝日町、川越町、木曽岬町
	滋賀県	湖南市、野洲市
	京都府	精華町、井手町、城陽市、久御山町、長岡京市、南丹市、宇治田原町、和束町、笠置町
	大阪府	松原市、大阪狭山市、高石市、忠岡町、貝塚市、河内町、千早赤阪村、豊能町
	奈良県	御所市、葛城市、斑鳩町、上牧町、広陵町、五條市、三郷町
	和歌山県	かつらぎ町、紀の川市、岩出市
	福岡県	古賀市、久山町
	佐賀県	佐賀市
7 級地	宮城県	村田町
	茨城県	城里町、茨城町、桜川市、石岡市、下妻市、結城市、八千代町、潮来市
	栃木県	日光市、芳賀町、上三川町、壬生町、佐野市、野木町
	群馬県	伊勢崎市、沼田市、東吾妻町、玉村町、吉岡町、榛東村、桐生市、大泉町、千代田町、みどり市、板倉町
	埼玉県	吉見町、嵐山町

加算- 4 -

	千葉県	富里市、山武市、大多喜町、鴨川市
	東京都	東大和市、瑞穂町
	神奈川県	箱根町
	富山県	南砺市
	石川県	津幡町
	山梨県	甲斐市、昭和町、中央市、市川三郷町、北杜市、早川町、南部町、身延町、富士河口湖町
	長野県	上田市、筑北村、大町市、長和町、茅野市、下諏訪町、岡谷市、箕輪町、辰野町、南箕輪村、朝日村、木祖村、木曽町、大鹿村、飯田市
	岐阜県	土岐市、八百津町、坂祝町、関市、岐南町、笠松町、羽島市、瑞穂市、高山市、御嵩町
	静岡県	小山町、裾野市、長泉町、清水町、函南町、川根本町、島田市、森町、湖西市
	愛知県	新城市、東浦町、阿久比町、武豊町、大口町、岩倉市、北名古屋市、清須市、高浜市
	三重県	菰野町、いなべ市
	滋賀県	米原市、多賀町、愛荘町、日野町、竜王町、高島市
	京都府	南山城村
	兵庫県	加東市、小野市、稲美町、播磨町、高砂市、加西市
	奈良県	山添村、吉野町、明日香村、田原本町、曽爾村
	岡山県	備前市
	広島県	世羅町、安芸高田市、安芸太田町、竹原市、熊野町、呉市
	山口県	岩国市
	徳島県	小松島市、勝浦町、松茂町、北島町、藍住町
	香川県	綾川町
	福岡県	須恵町、志免町、飯塚市、大野城市、那珂川町

備考

この表の「地域」欄に掲げる名称は、平成 27 年 4 月 1 日においてそれらの名称を有する市、町又は村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。

加算-5-

奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町、飯南町
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡（土庄町、小豆島町）
高知県	高幡	須崎市、中土佐町、樽原町、津野町、四万十町
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
熊本県	阿蘇	阿蘇市、南小国町、小国町、産山村、高森町、西原村、南阿蘇村
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡（中種子町、南種子町、屋久島町）
	奄美	奄美市、大島郡（大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町）
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、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、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、小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和 44 年法律第 79 号）第 4 条第 1 項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法（平成 14 年法律第 14 号）第 3 条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

- 2 -

別紙 2

医療を提供しているが、医療資源の少ない地域

都道府県	二次医療圏	市 町 村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町、奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町、新ひだか町
	留萌	留萌市、増毛町、小平町、苫前町、羽幌町、初山別村、遠別町、天塩町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町、幌延町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鯉ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市、西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市、住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村、洋野町
	二戸	二戸市、軽米町、九戸村、一戸町
秋田県	北秋田	北秋田市、上小阿仁村
	大仙・仙北	大仙市、仙北市、美郷町
	湯沢・雄勝	湯沢市、羽後町、東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村、戸沢村
福島県	南会津	下郷町、檜枝岐村、只見町、南会津町
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
	佐渡	佐渡市
石川県	能登北部	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町
長野県	木曽	木曽郡（上松町、南木曽町、木祖村、王滝村、大桑村、木曽町）
	北信	中野市、飯山市、下高井郡（山ノ内町、木島平村、野沢温泉村）、下水内郡（栄村）
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
滋賀県	湖西	高島市

- 1 -

別添 4

特定入院料の施設基準等

特定入院料に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

- 1 特定入院料の施設基準に係る届出は、各入院料につき個別に規定するもののほか、別添 7 の様式 5、様式 6 及び様式 7 を用いること。
- 2 特定入院料の施設基準は、治療室、病床又は病棟ごとに要件を満たすことが必要であること。
- 3 特定入院料を算定する病棟及び治療室等のみの保険医療機関又は特定入院料を算定する病棟及び治療室等以外に算定する入院基本料等が特別入院基本料等のみの保険医療機関において、届出及び算定可能な特定入院料は、回復期リハビリテーション病棟入院料 1、2、3、4、5 及び 6、地域包括ケア病棟入院料 1、2、3 及び 4（地域包括ケア入院医療管理料を含む。）、精神科救急入院料 1 及び 2、精神科急性期治療病棟入院料 1 及び 2、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料 1 及び 2、地域移行機能強化病棟入院料、特定一般病棟入院料 1 及び 2、小児入院医療管理料 5、特殊疾患病棟入院料 1 及び 2、緩和ケア病棟入院料 1 及び 2、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料に限る。このうち精神科急性期治療病棟入院料 1 及び 2 は、他の特定入院料を届け出ている場合に限る。なお、小児入院医療管理料 5、特殊疾患病棟入院料 1 及び 2、緩和ケア病棟入院料 1 及び 2、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期精神科入院医療管理料については、当該保険医療機関において、このうち 2 種類の特定入院料まで、かつ、これらの届出病床数の合計が 200 床までに限るものであること。

第 1 救命救急入院料

1 救命救急入院料 1 に関する施設基準

- (1) 専任の医師が、午前 0 時より午後 12 時までの間常に（以下「常時」という。）救命救急治療室内に勤務しているとともに、手術に必要な麻酔科医等が緊急時に速やかに対応できる体制がとられていること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。
 - (2) 重篤な救急患者に対する手術等の診療体制に必要な看護師が常時治療室内に勤務していること。
 - (3) 重篤な救急患者に対する医療を行うのに必要なに掲げる装置及び器具を治療室内に常時備え付けていること。ただし、ウからカまでについては、当該保険医療機関内に備え、必要の際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
- ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）
イ 除細動器
ウ ペースメーカー
エ 心電計
オ ポータブルエックス線撮影装置
カ 呼吸循環監視装置

- 1 -

- (4) 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。なお、当該治療室以外の病床を有しない病院は、一般病棟入院基本料の届出も同時に行うこと。
- (5) 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (6) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定し評価すること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成30年厚生労働省告示第44号）の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。なお、平成30年3月31日において、現に救命救急入院料1の届出を行っている保険医療機関については、平成30年9月30日までの間に限り、当該基準を満たしているものとする。
- (7) 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。また、評価者については、所属する保険医療機関において平成30年9月30日までの間に、院内研修を受講すること。
- ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（1日程度）
- イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
- (イ) 重症度、医療・看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法
- (ロ) 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

2 救命救急入院料2に関する施設基準

救命救急入院料1の(1)から(5)までの施設基準を満たすほか、特定集中治療室管理料1又は3の施設基準を満たすものであること。

3 救命救急入院料3に関する施設基準

- (1) 救命救急入院料1の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。また、平成26年3月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。
- (2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。
- (3) 平成30年3月31日において、現に救命救急入院料3の届出を行っている保険医療機関については、平成30年9月30日までの間に限り、重症度、医療・看護必要度の基準を満たしているものとする。

4 救命救急入院料4に関する施設基準

- (1) 救命救急入院料2の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。また、平成26年3月31日において、現に当該入院料の届出を行

っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。

- (2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。

5 救命救急入院料の「注3」に掲げる加算の施設基準

- (1) 救急体制充実加算1の施設基準
- 「救命救急センターの新しい充実段階評価について」（平成30年2月16日医政地発0216第1号。以下「新評価基準」という。）の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Sでもあるものであること。
- (2) 救急体制充実加算2の施設基準
- 新評価基準の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Aでもあるものであること。
- (3) 救急体制充実加算3の施設基準
- 新評価基準の救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階Bでもあるものであること。
- 6 救命救急入院料の「注4」に掲げる加算の施設基準
- 「救急医療対策事業実施要綱」（昭和52年7月6日医発第692号）第4に規定する高度救命救急センターであること。
- 7 救命救急入院料の「注6」に掲げる小児加算の施設基準
- 専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関であること。

8 届出に関する事項

救命救急入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式42及び様式43を用いること。また、当該治療室の配置図及び平面図（面積等の分かるもの。）を添付すること。なお、当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及び診療エクス線技師については、別添7の様式20を用いること。

第2 特定集中治療室管理料

1 特定集中治療室管理料1に関する施設基準

- (1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。
- (2) 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週20時間以上配置すること。ここでいう「適切な研修」とは、国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるもの）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
- (3) 専任の臨床工学技士が、常時、院内に勤務していること。
- (4) 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり20平方メートル以上であること。ただ

- 2 -

- し、新生児用の特定集中治療室にあつては、1床当たり9平方メートル以上であること。
- (5) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。ただし、ウからカについては、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
- ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）
- イ 除細動器
- ウ ベースメーカー
- エ 心電計
- オ ポータブルエクス線撮影装置
- カ 呼吸循環監視装置
- (6) 新生児用の特定集中治療室にあつては、(5)に掲げる装置及び器具のほか、次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。
- ア 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置
- イ 酸素濃度測定装置
- ウ 光線治療器
- (7) 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。
- (8) 原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること。
- (9) 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (10) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が8割以上いること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成30年厚生労働省告示第44号）の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。
- (11) 「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したもの（修了証が交付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。
- ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（1日程度）
- イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
- (イ) 重症度、医療・看護必要度の考え方、重症度、医療・看護必要度に係る評価票の構成と評価方法
- (ロ) 重症度、医療・看護必要度に係る院内研修の企画・実施・評価方法

2 特定集中治療室管理料2（広範囲熱傷特定集中治療管理料）に関する施設基準

- (1) 特定集中治療室管理料1の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり20平方メートル以上であること。
- (2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。

- 3 -

3 特定集中治療室管理料3に関する施設基準

- (1) 専任の医師が常時、特定集中治療室内に勤務していること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。
- (2) 特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の特定集中治療室を有しており、当該特定集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。ただし、新生児用の特定集中治療室にあつては、1床当たり9平方メートル以上であること。
- (3) 特定集中治療室管理料1の(5)から(9)まで及び(11)を満たすこと。
- (4) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙17の「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて測定し、その結果、基準を満たす患者が7割以上いること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成30年厚生労働省告示第44号）の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。
- (5) 「特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、第2の1の(11)と同様である。

4 特定集中治療室管理料4（広範囲熱傷特定集中治療管理料）に関する施設基準

- (1) 特定集中治療室管理料3の施設基準を満たすほか、広範囲熱傷特定集中治療管理を行うにふさわしい治療室を有しており、当該治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。
- (2) 当該保険医療機関に広範囲熱傷特定集中治療を担当する常勤の医師が勤務していること。
- 5 特定集中治療室管理料の「注2」に掲げる小児加算の施設基準
- 専任の小児科の医師が常時配置されている保険医療機関であること。
- 6 特定集中治療室管理料の「注4」に掲げる早期離床・リハビリテーション加算の施設基準
- (1) 当該治療室内に、以下から構成される早期離床・リハビリテーションに係るチームが設置されていること。
- ア 集中治療に関する5年以上の経験を有する専任の医師
- イ 集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師
- ウ 急性期医療を提供する保険医療機関において5年以上従事した経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士
- (2) 当該保険医療機関内に複数の特定集中治療室が設置されている場合、(1)に規定するチームが複数の特定集中治療室の早期離床・リハビリテーションに係るチームを兼ねることは差し支えない。
- (3) (1)のイに掲げる専任の医師は、特定集中治療室に配置される医師が兼ねることは差し支えない。また、特定集中治療室を複数設置している保険医療機関にあつては、当該医師が配置される特定集中治療室の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、別の特定集中治療室の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。
- (4) (1)のイに掲げる集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修とは、国又は医療関係団体等が主催する600時間以上の研修（修了証が交付されるもの）であり、講義及び演習に

- 4 -

- 5 -

- より集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
- (5) (1)のイに掲げる専任の常勤看護師は、特定集中治療室管理料1及び2を届け出る治療室に配置される1の(2)の看護師が兼ねることは差し支えない。また、特定集中治療室を複数設置している保険医療機関にあっては、当該看護師が配置される特定集中治療室の患者の看護に支障がない体制を確保している場合は、別の特定集中治療室の患者に対する早期離床・リハビリテーションに係るチームの業務を実施することができる。
- (6) (1)のウに掲げる専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士は、救命救急入院科、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届け出た病棟（以下「特定集中治療室等」という。）を有する保険医療機関で5年以上の経験を有すること。ただし、特定集中治療室等を有する保険医療機関での経験が5年に満たない場合は、回復期リハビリテーション病棟に専従で勤務した経験とあわせて5年以上であっても差し支えない。
- (7) 特定集中治療室における早期離床・リハビリテーションに関するプロトコルを整備していること。なお、早期離床・リハビリテーションの実施状況等を踏まえ、定期的に当該プロトコルの見直しを行うこと。
- (8) 区分番号「H000」心大血管疾患リハビリテーション科、区分番号「H001」脳血管疾患等リハビリテーション科又は区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション科に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 7 1の(2)に掲げる「集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師」の規定については、平成30年3月31日において、現に特定集中治療室管理料1又は2に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものとする。また、平成32年3月31日までの間は、特定集中治療室等において6年以上の勤務経験を有する看護師が配置されていれば、当該基準を満たしているものとする。
- 8 1から4までに掲げる内法の規定の適用について、平成26年3月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。
- 9 届出に関する事項
- (1) 特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式42及び43を用いること。また、当該治療室の配置図及び平面図（面積等の分かるもの。）を添付すること。なお、当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及び診療エックス線技師については、別添7の様式20を用いること。
- (2) 早期離床・リハビリテーション加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式42の3を用いること。

第3 ハイケアユニット入院医療管理料

- 1 ハイケアユニット入院医療管理料1に関する施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に、専任の常勤医師が常時1名以上いること。
- (2) 当該保険医療機関の一般病床に、ハイケアユニット入院医療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。

- 6 -

- ン」を遵守し、安全な通信環境を確保すること。
- (2) 脳卒中ケアユニット入院医療管理を行うにふさわしい専用の治療室を有していること。
- (3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が特定集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を特定集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
- ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）
- イ 除細動器
- ウ 心電計
- エ 呼吸循環監視装置
- (4) 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (5) 脳血管疾患等リハビリテーションの経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士が1名以上、当該治療室に勤務していること。なお、当該理学療法士又は当該作業療法士は、疾患別リハビリテーションを担当する専従者との兼務はできないものであること。
- (6) 当該治療室の入院患者数の概ね8割以上が、脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の患者であること。
- (7) 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、脳血管造影等の必要な脳画像撮影及び診断が常時行える体制であること。
- (8) 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）又は（Ⅲ）の届出を行っていること。
- (9) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に、直近3月において入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票1を用いて測定し評価すること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成30年厚生労働省告示第44号）の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。なお、平成30年3月31日において、現に脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出を行っている保険医療機関については、平成30年9月30日までの間に限り、当該基準を満たしているものとする。
- (10) 「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票1」の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、第2の1の（11）と同様である。評価者については、所属する保険医療機関において平成30年9月30日までの間に院内研修を受講すること。
- 2 届出に関する事項
- (1) 脳卒中ケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式10及び様式45を用いること。
- (2) 1の（1）及び（5）に掲げる医師及び理学療法士又は作業療法士の経験が確認できる文書を添付すること。
- (3) 1の（1）、（4）及び（5）に掲げる医師、看護師及び理学療法士又は作業療法士の勤務の態様（常勤・非常勤、専従・専任の別）及び勤務時間を、別添7の様式20を用いて提出すること。

- 8 -

- (3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が特定集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を特定集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
- ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）
- イ 除細動器
- ウ 心電計
- エ 呼吸循環監視装置
- (4) 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (5) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて毎日測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が8割以上いること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成30年厚生労働省告示第44号）の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。
- (6) 「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、第2の1の（11）と同様である。
- 2 ハイケアユニット入院医療管理料2に関する施設基準
- (1) 当該入院料を算定するものとして届け出ている治療室に入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙18の「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」を用いて毎日測定及び評価し、その結果、基準を満たす患者が6割以上いること。ただし、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成30年厚生労働省告示第44号）の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。
- (2) 「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、第2の1の（11）と同様である。
- (3) 1の（1）から（4）まで及び（6）の施設基準を満たしていること。
- 3 届出に関する事項
- ハイケアユニット入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式44を用いること。また、当該治療室に勤務する従事者については、別添7の様式20を用いること。

第4 脳卒中ケアユニット入院医療管理料

- 1 脳卒中ケアユニット入院医療管理料に関する施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する専任の医師が常時1名以上いること。ただし、夜間又は休日において、神経内科又は脳神経外科の経験を5年以上有する医師が、当該保険医療機関の外にいる場合であって、当該医師に対して常時連絡することや、頭部の精細な画像や検査結果を含め診療に必要な情報を直ちに送受信することが可能であり、かつ、当該医師が迅速に判断を行い、必要な場合には当該保険医療機関に赴くことが可能である体制が確保されている時間に限り、当該保険医療機関内に、神経内科又は脳神経外科の経験を3年以上有する専任の医師が常時1名以上いればよいこととする。なお、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たっては、端末の管理や情報機器の設定等を含め、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライ

- 7 -

第4の2 小児特定集中治療室管理料

- 1 小児特定集中治療室管理料に関する施設基準
- (1) 小児入院医療管理料1の届出を行っている医療機関であること。
- (2) 専任の医師が常時、小児特定集中治療室内に勤務していること。当該専任の医師に、小児の特定集中治療の経験を5年以上有する医師を2名以上含むこと。ただし、患者の当該治療室への入室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。
- (3) 小児特定集中治療室管理を行うにふさわしい専用の小児特定集中治療室を有しており、当該治療室の病床数は、8床以上であること。また、当該小児特定集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。
- (4) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を特定集中治療室内に常時備えていること。ただし、ウからカについては、当該保険医療機関内に備え、必要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
- ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）
- イ 除細動器
- ウ ベースメカー
- エ 心電計
- オ ポータブルエックス線撮影装置
- カ 呼吸循環監視装置
- キ 体外補助循環装置
- ク 急性血液浄化療法に必要な装置
- (5) 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。
- (6) 原則として、当該治療室内はバイオクリーンルームであること。
- (7) 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (8) 次のいずれかの基準を満たしていること。
- ア 当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた急性期治療中の患者（転院時に他の保険医療機関で区分番号「A300」救命救急入院科、区分番号「A301」特定集中治療室管理料を算定するものに限る。）が直近1年間に20名以上であること。
- イ 当該治療室において、他の保険医療機関から転院してきた患者（転院時に他の保険医療機関又は当該保険医療機関で区分番号「C004」救急搬送診療料を算定したものに限る。）が直近1年間に50名以上（そのうち、当該治療室に入室後24時間以内に人工呼吸（5時間以上（手術時の麻酔や検査のために実施した時間を除く。）のものに限る。）を実施した患者（当該治療室に入室後又は当該他の保険医療機関で開始されたものに限られ、日常的に人工呼吸を実施している患者は含まない。）が30名以上）であること。
- 2 1の（3）に掲げる内法の規定の適用について、平成26年3月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの

- 9 -

間は、当該規定を満たしているものとする。

3 届出に関する事項

小児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式43、43の2及び48を用いること。また、当該治療室の配置図及び平面図（面積等の分かるもの。）を添付すること。なお、当該治療室に勤務する従事者並びに当該病院に勤務する臨床検査技師、衛生検査技師、診療放射線技師及び診療エックス線技師については、別添7の様式20を用いること。

第5 新生児特定集中治療室管理料

- 1 新生児特定集中治療室管理料1に関する施設基準
- (1) 専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務していること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。
- (2) 新生児特定集中治療室管理を行うのにふさわしい専用の新生児特定集中治療室を有しており、当該新生児特定集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり7平方メートル以上であること。また、平成26年3月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。
- (3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を新生児特定集中治療室内に常時備えていること。
- ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット）
- イ 新生児用呼吸循環監視装置
- ウ 新生児用人工換気装置
- エ 微量輸液装置
- オ 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置
- カ 酸素濃度測定装置
- キ 光線治療器
- (4) 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。
- (5) 原則として、当該治療室はバイオクリーンルームであること。
- (6) 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、治療室又は治療室、中間室及び回復室からなる病棟（正常新生児室及び一般小児病棟は含まれない。）以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (7) 次のいずれかの基準を満たしていること。
- ア 直近1年間の出生体重1,000グラム未満の新生児の新規入院患者数が4件以上であること。
- イ 直近1年間の当該治療室に入院している患者について行った開胸手術、開腹手術又は開腹手術の年間実施件数が6件以上であること。
- 2 新生児特定集中治療室管理料2に関する施設基準
- (1) 専任の医師が常時、当該保険医療機関内に勤務していること。なお、当該医師のみで対応

- できない緊急時には別の医師が速やかに診療に参加できる体制を整えていること。
- (2) 1の(2)から(5)までの施設基準を満たしていること。
- (3) 当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (4) 直近1年間の出生体重2,500グラム未満の新生児の新規入院患者数が30件以上であること。
- 3 新生児特定集中治療室管理料の届出を行っている病床数を一時的に超えて入院患者を受け入れた場合（超過する病床数は2床を上限とする。）であっても、他の医療機関において受入困難な状況での緊急入院などのやむを得ない事情がある場合には、次に掲げる要件を満たす場合に限り、新生児特定集中治療室管理料を算定できるものとする。また、常態として届け出た病床数を超過して患者を受け入れている場合には、新生児特定集中治療室管理料を算定する病床数の変更の届出を行うこと。
- (1) 常時4対1以上の看護配置（当該治療室内における助産師又は看護師の数が、常時、当該治療室の入院患者の数が4又はその端数を増すごとに1以上であること）よりも手厚い看護配置であること。
- (2) (1)の看護配置について、常時3対1以上の看護配置（当該治療室内における助産師又は看護師の数が、常時、当該治療室の入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上であること）の基準を満たせなくなつてから24時間以内に常時3対1以上の看護配置に戻すこと。
- (3) 定員超過した病床数、時刻及びその際の看護配置状況等について記録を備えておくこと。
- 4 届出に関する事項
- 新生児特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式42の2及び様式20を用いること。

第6 総合周産期特定集中治療室管理料

- 1 総合周産期特定集中治療室管理料に関する施設基準
- (1) 母体・胎児集中治療室管理料に関する施設基準
- ア 「疾病・事案及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。
- イ 専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。
- ウ 母体・胎児集中治療室管理を行うにふさわしい専用の母体・胎児集中治療室を有しており、当該集中治療室の広さは、内法による測定で、1床当たり15平方メートル以上であること。また、当該治療室に3床以上設置されていること。
- エ 帝王切開術が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるよう保険医療機関内に、医師その他の各職員が配置されていること。
- オ 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を母体・胎児集中治療室内に常時備えていること。ただし、(ロ)及び(ハ)については、当該保険医療機関内に備え、必

- 10 -

- 11 -

- 要な際に迅速に使用でき、緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。
- (イ) 救急蘇生装置（気管内挿管セット、人工呼吸装置等）
- (ロ) 心電計
- (ハ) 呼吸循環監視装置
- (ニ) 分娩監視装置
- (ホ) 超音波診断装置（カラードップラー法による血流測定が可能なものに限る。）
- カ 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。
- キ 原則として、当該治療室はバイオクリーンルームであること。
- ク 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする。
- (2) 新生児集中治療室管理料に関する施設基準
- ア 「疾病・事案及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成29年3月31日医政地発0331第3号）に規定する総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターのいずれかであること。
- イ 第5の1の(1)から(7)までを全て満たしていること。
- ウ 当該治療室に病床が6床以上設置されていること。
- 2 新生児集中治療室管理料について、届出を行った病床数を一時的に超えて入院患者を受け入れた場合（超過する病床数は2床を上限とする。）は、第5の3の規定と同様に取り扱うものであること。
- 3 1の(1)のウに掲げる内法の規定の適用について、平成26年3月31日において、現に当該管理料の届出を行っている保険医療機関については、当該治療室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、当該規定を満たしているものとする。
- 4 届出に関する事項
- 総合周産期特定集中治療室管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式42の2及び様式20を用いること。

第7 新生児治療回復室入院医療管理料

- 1 新生児治療回復室入院医療管理料に関する施設基準
- (1) 病院である保険医療機関の一般病棟における特定の治療室を単位とすること。
- (2) 当該保険医療機関内に、専任の小児科の常勤医師又は週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間上の勤務を行っている専任の小児科の非常勤医師が常時1名以上配置されていること。
- (3) 当該管理を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該治療室内に常時備えていること。ただし、当該治療室が新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室と隣接しており、これらの装置及び器具を新生児特定集中治療室又は新生児集中治療室と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りでない。
- ア 救急蘇生装置（気管内挿管セット）

- イ 新生児用呼吸循環監視装置
- ウ 新生児用人工換気装置
- エ 微量輸液装置
- オ 経皮的酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和度測定装置
- カ 酸素濃度測定装置
- キ 光線治療器
- (4) 自家発電装置を有している病院であって、当該病院において電解質定量検査及び血液ガス分析を含む必要な検査が常時実施できること。
- 2 届出に関する事項
- 新生児治療回復室入院医療管理料に関する施設基準に係る届出は、別添7の様式45の2、様式20及び様式42の2を用いること。

第8 一類感染症患者入院医療管理料

- 1 一類感染症患者入院医療管理料に関する施設基準
- 当該治療室を有する医療機関は感染症法第6条第13項に規定する特定感染症指定医療機関又は同法第6条第14項に規定する第一種感染症指定医療機関であること。
- 2 届出に関する事項
- 一類感染症患者入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9及び様式46を用いること。

第9 特殊疾患入院医療管理料

- 1 特殊疾患入院医療管理料に関する施設基準
- (1) 当該病室の入院患者数の概ね8割以上が、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又は神経難病患者であること。なお、重度の意識障害者とは、次に掲げるものをいうものであり、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。
- ア 意識障害レベルがJCS(Japan Coma Scale)でⅡ-3（又は30）以上又はGCS(Glasgow Coma Scale)で8点以下の状態が2週以上持続している患者
- イ 無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）
- (2) 当該病室を有する当該病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあっては看護要員が常時2人以上配置されており、そのうち1名以上は看護職員であること。
- (3) 当該病室に係る病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、6.4平方メートル以上であること。
- 2 届出に関する事項
- 特殊疾患入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20及び様式47を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（面積等が分かるもの。）を添付すること。

第10 小児入院医療管理料

- 1 小児入院医療管理料に関する施設基準
- (1) 小児入院医療管理料1、2、3又は4と小児入院医療管理料5の双方を算定することでは

- 12 -

- 13 -

- きないものであること。
- (2) 小児入院医療管理料において、小児科の常勤の医師とは、小児科又は小児外科を専任する常勤の医師のことをいう。
- (3) 小児入院医療管理料において、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている小児科又は小児外科の非常勤医師を2人以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、これらの非常勤医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、小児入院医療管理料1を算定する病棟において、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤の医師のうち10名までに限る。
- 2 小児入院医療管理料1、2、3及び4の施設基準
- (1) 一般病棟入院基本料又は専門病院入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関であること。なお、小児入院医療管理料1、2及び3を算定しようとする保険医療機関であって、他に一般病棟入院基本料を算定すべき病棟がない場合には、小児入院医療管理料を算定しようとする病棟に関し、一般病棟入院基本料に係る届出を行うこと。
- (2) 当該病棟においては、看護職員による複数夜勤体制がとられていること。
- (3) 同一保険医療機関内に小児入院医療管理料1、2及び3を算定すべき病棟と、小児入院医療管理料4を算定すべき病室を持つ病棟とは混在することができるものであること。
- (4) 小児入院医療管理料1を算定しようとする保険医療機関では、次に掲げる要件を全て満たしていること。
- ア 新生児及び6歳未満の乳幼児の入院を伴う手術件数が年間200件以上であること。
- イ 区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料、区分番号「A302」新生児特定集中治療室管理料又は区分番号「A303の2」新生児集中治療室管理料の届出を行っていること。
- ウ 年間の小児緊急入院患者数が800件以上であること。なお、小児緊急入院患者数とは、次に掲げる患者数の合計をいう。
- (イ) 救急搬送（特別の関係にある保険医療機関に入院する患者又は通院する患者を除く。）により緊急入院した15歳未満の患者数
- (ロ) 当該保険医療機関を受診した患者であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた15歳未満の患者数
- (ハ) 出生直後に集中治療のために入院した新生児の患者数
- (5) 小児入院医療管理料2を算定しようとする保険医療機関では、次に掲げる要件を全て満たしていること。
- 入院を要する小児救急医療の提供を24時間365日行っていること。
- 3 小児入院医療管理料の注2に規定する加算の施設基準
- (1) 当該病棟に小児入院患者を専ら対象とする保育士が1人以上常勤していること。
- (2) 内法による測定で30平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内（小児入院医療管理料5においては、主として小児が入院する病棟）にあることが望ましい。
- (3) プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。
- (イ) 日常生活機能評価の考え方、日常生活機能評価票の構成と評価方法
- (ロ) 日常生活機能評価に係る院内研修の企画・実施・評価方法
- (7) 毎年7月において、1年間（前年7月から6月までの間。）に当該入院料を算定する病棟に入院していた患者の日常生活機能評価について、別添7の様式49の4により地方厚生（支）局長に報告を行うこと。また、毎年7月において、各年度4月、7月、10月及び1月において「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成30年3月5日保医発0305第1号）別添1のA308の（11）のア及びイで算出した内容等について、別紙様式45を用いて地方厚生（支）局長に報告を行うこと。
- (8) 回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対する1日当たりリハビリテーション提供単位数は平均2単位以上であること。なお、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。
- ア 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院する回復期リハビリテーションを要する状態の患者（「基本診療料の施設基準等」別表第九の二に掲げる状態の患者。以下同じ。）に対して提供された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、雇用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションの総単位数（その費用が回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものと及び選定療養として行われたものを除く。）
- イ 直近1か月間に回復期リハビリテーション病棟に入院していた回復期リハビリテーションを要する状態の患者の延入院日数
- (9) 他の保険医療機関へ転院した者等とは、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した患者、他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添2の第3の5の（1）のイの（イ）に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）へ転院した患者及び介護老人保健施設に入所する患者のことをいう。なお、退院患者のうちの他の保険医療機関へ転院した者等を除く者の割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。
- ア 直近6か月間に退院した患者数（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、他の保険医療機関へ転院した者等を除く患者数
- イ 直近6か月間に退院した患者数（第2部通則5に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除き、他の保険医療機関へ転院した者等を含む。ただし、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）へ転棟した患者及び他の保険医療機関に転院した患者（一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定する病棟に限る。）を除く。なお、当該患者の数及び各患者の症状詳記の一覧を、届出の際に添付の上提出すること。
- (10) 次に掲げるものを少なくとも3か月ごとに当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。
- ア 前月までの3か月間に当該保険医療機関の回復期リハビリテーション病棟から退棟した患者の数及び当該退棟患者数の基本診療料の施設基準等別表第九の二に掲げる回復期

- 4 小児入院医療管理料の注4に規定する加算の施設基準
- (1) 小児入院医療管理料3、4又は5を届け出ている保険医療機関であること。
- (2) 当該病棟に小児入院患者を専ら対象とする保育士が1人以上常勤していること。
- (3) 内法による測定で30平方メートルのプレイルームがあること。プレイルームについては、当該病棟内（小児入院医療管理料5においては、主として小児が入院する病棟）にあることが望ましい。
- (4) プレイルーム内には、入院中の小児の成長発達に合わせた遊具、玩具、書籍等があること。
- (5) 当該病棟において、他の保険医療機関から転院してきた患者（転院前の保険医療機関において新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料の「2」新生児集中治療室管理料を算定した患者に限る。）が直近1年間に5名以上であること。
- (6) 当該病棟において、15歳未満の超重症児又は準超重症児（医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定する短期入所の者を含む。）が直近1年間に10名以上入院していること。なお、入院期間が通算される入院については、合わせて1名として計上すること。
- 5 届出に関する事項
- 小児入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式48から様式48の3までを用いること。

第11 回復期リハビリテーション病棟入院料

- 1 通則
- (1) 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）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）又は呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていること。
- (2) 回復期リハビリテーション病棟に係る病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。
- (3) 患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。
- (4) 病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7メートル以上であることが望ましい。
- (5) 別添6の別紙19又は別紙20に基づきリハビリテーションの実施計画の作成の体制及び適切な当該リハビリテーションの効果、実施方法等を定期的に評価する体制がとられていること。
- (6) 当該病棟への入院時等に測定する日常生活機能評価については、別添6の別紙21を用いて測定すること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成30年厚生労働省告示第44号）の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。当該日常生活機能評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、次に掲げる所定の研修を修了したものの（修了証が交付されているもの）又は評価に習熟したものが行う研修であることが望ましい。
- ア 国及び医療関係団体等が主催する研修であること（1日程度）
- イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

リハビリテーションを要する状態の区分別内訳

- イ 回復期リハビリテーション病棟における直近のリハビリテーション実績指数（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成30年3月5日保医発0305第1号）別添1第1章第2部第3節A308（11）イに示す方法によって算出したものをいう。以下第11において同じ。）
- 2 回復期リハビリテーション病棟入院料1及び2の施設基準
- (1) リハビリテーション科を標榜しており、当該病棟に専任の医師1名以上、専任の理学療法士3名以上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上及び在宅復帰支援を担当する専任の社会福祉士等1名以上の常勤配置を行うこと。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている専任の非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士又は常勤作業療法士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は2名、作業療法士は1名までに限る。
- また、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定しようとする病棟では、当該病棟に専任の管理栄養士1名以上の常勤配置を行うことが望ましいこと。
- なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれの従事者が配置されていること。
- (2) (1)に規定する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、次のいずれも満たす場合に限り、当該病棟において現に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定している患者及び当該病棟から同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した日から起算して3か月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者であって、当該保険医療機関に入院中の患者に限る。）に対する退院前の訪問指導並びに当該病棟を退棟した日から起算して3か月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。ただし、保険医療機関に入院中の患者又は介護老人保健施設に入所する患者を除く。）に対する外来におけるリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施しても差し支えないものとする。
- ア 届出を行う月及び各年度4月、7月、10月及び1月に算定したリハビリテーション実績指数が37以上であること。
- イ 当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施していること。
- (3) (2)のA又はイのいずれかを満たさない場合には、(1)に規定する理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士は、当該月以降、(2)の業務を実施できないこととする。なお、その後、別の月（4月、7月、10月又は1月以外の月を含む。）において、A及びイのいずれも満たす場合には、当該月以降、(2)の業務を実施しても差し支えないものとする。
- なお、(2)のA及びイについては、毎月7日に別紙様式45を用いて地方厚生（支）局長

に報告することとするが、ア及びイのいずれも満たす場合からア又はイのいずれかを満たさなくなった場合及び、その後、別の月（４月、７月、１０月又は１月以外の月を含む。）にア及びイのいずれも満たすようになった場合には、その都度同様に報告する。

- （４） 当該病棟が回復期リハビリテーション病棟入院料１又は２を算定する場合、重症の患者（別添６の別紙 21 に定める日常生活機能評価で 10 点以上の患者をいう。以下この項において同じ。）が新規入院患者のうち３割以上であること。なお、その割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出するものであること。
- ア 直近６か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうちの重症の患者数
- イ 直近６か月間に当該回復期リハビリテーション病棟に新たに入院した患者数（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）
- （５） 直近６か月間に当該病棟を退院した患者であって、入院時の判定で重症であったもの（第２部通則５に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうち、３割以上の患者が退院時において入院時と比較して日常生活機能評価で４点以上改善していること。
- （６） 当該保険医療機関において、休日を含め全ての日に、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の１日当たりリハビリテーション提供単位数も平均２単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。
- （７） 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士若しくは（１）に規定する常勤換算の対象となる専従の非常勤の理学療法士又は専従の常勤作業療法士若しくは（１）に規定する常勤換算の対象となる専従の非常勤作業療法士のうち１名以上がいずれの日においても配置されていること。
- （８） 当該病棟において看護又は看護補助を行う看護要員の配置が当該保険医療機関の休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮すること。（９） 回復期リハビリテーション病棟入院料１を算定しようとする病棟では、届出を行う月及び各年度４月、７月、１０月及び１月に算定したリハビリテーション実績指数が 37 以上であること。
- （９） データ提出加算の届出を行っている保険医療機関であること。また、当該基準については別添 7 の様式 40 の 7 を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。ただし、平成 30 年 3 月 31 日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関については、平成 31 年 3 月 31 日（許可病床数が 50 床未満又は 1 病棟のみを有する保険医療機関においては、平成 32 年 3 月 31 日）までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなすものであること。
- 3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3、4、5 及び 6 の施設基準
- （１） リハビリテーション科を標榜しており、当該病棟に専任の医師 1 名以上、専従の理学療法士 2 名以上及び作業療法士 1 名以上の常勤配置を行うこと。なお、週 3 日以上常勤として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 24 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士をそれぞれ 2 名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非

- 18 -

できる。ただし、平成 30 年 3 月 31 日において現に回復期リハビリテーション病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関については、平成 31 年 3 月 31 日（許可病床数が 50 床未満又は 1 病棟のみを有する保険医療機関においては、平成 32 年 3 月 31 日）までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなすものであること。

- 4 休日リハビリテーション提供体制加算の施設基準
- （１） 回復期リハビリテーション病棟入院料 3、4、5 又は 6 の届出を行っていること。
- （２） 当該保険医療機関において、休日を含め全ての日に、リハビリテーションを提供できる体制を備えていること。なお、リハビリテーションの提供体制については、当該保険医療機関のその他の病床におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえ、適切な体制をとることとするが、回復期リハビリテーションが提供される患者に対し、休日の１日当たりリハビリテーション提供単位数も平均２単位以上であるなど、曜日により著しい提供単位数の差がないような体制とすること。
- （３） 当該病棟に配置されている専従の常勤理学療法士若しくは 3 の（１）に規定する常勤換算対象となる専従の非常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士若しくは 3 の（１）に規定する常勤換算の対象となる専従の非常勤作業療法士のうち 1 名以上がいずれの日においても配置されていること。
- （４） 当該病棟において看護又は看護補助を行う看護要員の配置が当該保険医療機関の休日においてもリハビリテーションを提供する支障とならないよう配慮すること。
- 5 体制強化加算 1 の施設基準
- （１） 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 又は 2 の届出を行っていること。
- （２） 当該病棟に専従の常勤医師 1 名以上及び専従の常勤社会福祉士 1 名以上が配置されていること。
- （３） （２）に掲げる医師については、次のいずれも満たすこと。
- ア リハビリテーション医療に関する 3 年以上の経験を有していること。
- イ 適切なリハビリテーションに係る研修を修了していること。
- （４） （３）のイに掲げるリハビリテーションに係る研修とは、医療関係団体等が開催する回復期のリハビリテーション医療に関する理論、評価法等に関する総合的な内容を含む数日程度の研修（研修証が交付されるもの）であり、研修期間は通算して 14 時間程度のものをいう。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。
- ア 回復期リハビリテーションの総論
- イ 脳血管リハビリテーション
- ウ 運動器リハビリテーション
- エ 回復期リハビリテーションに必要な評価
- オ 高次脳機能障害
- カ 摂食嚥下、口腔ケア
- キ 地域包括ケア
- （５） （２）に掲げる社会福祉士については、退院調整に関する 3 年以上の経験を有する者であること。
- 6 体制強化加算 2 の施設基準
- （１） 体制強化加算 1 の（１）、（３）から（５）まで及び（２）において「専従の常勤医師 1 名以上」

常勤理学療法士又は非常勤作業療法士がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士の実労働時間を常勤換算し常勤従事者数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は 1 名までに限る。

- なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとにそれぞれの従事者が配置されていること。
- （２） （１）に規定する理学療法士及び作業療法士については、次のいずれも満たす場合に限り、当該病棟において現に回復期リハビリテーション病棟を算定している患者及び当該病棟から同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転化した日から起算して 3 か月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者であって、当該保険医療機関に入院中の患者に限る。）に対する退院前の訪問指導並びに当該病棟を退院した日から起算して 3 か月以内の患者（在棟中に回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者に限る。ただし、保険医療機関に入院中の患者又は介護老人保健施設に入所する患者を除く。）に対する外来におけるリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施しても差し支えないこととする。
- ア 届出を行う月及び各年度 4 月、７月、１０月及び 1 月に算定したリハビリテーション実績指数が 37 以上であること。
- イ 当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施していること。
- （３） （２）のア又はイのいずれかを満たさない場合には、（１）に規定する理学療法士及び作業療法士は、当該月以降、（２）の業務を実施できないこととする。なお、その後、別の月（４月、７月、１０月又は１月以外の月を含む。）において、ア及びイのいずれも満たす場合には、当該月以降、（２）の業務を実施しても差し支えないものとする。
- なお、（２）のア及びイについては、毎月 7 月に別紙様式 45 を用いて地方厚生（支）局長に報告することとするが、ア及びイのいずれも満たす場合からア又はイのいずれかを満たさなくなった場合及び、その後、別の月（４月、７月、１０月又は１月以外の月を含む。）にア及びイのいずれも満たすようになった場合には、その都度同様に報告する。
- （４） 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 又は 4 を算定しようとする病棟では、次に掲げる要件を全て満たしていること。
- ア 重症の患者が新規入院患者のうち 2 割以上であること。
- イ 直近 6 か月間に当該病棟を退院した患者であって、入院時の判定で重症であったもの（第 2 部通則 5 に規定する入院期間が通算される再入院の患者を除く。）のうち、3 割以上の患者が退院時において入院時と比較して日常生活機能評価で 3 点以上改善していること。
- （５） 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 又は 5 を算定しようとする病棟では、届出を行う月及び各年度 4 月、７月、１０月及び 1 月に算定したリハビリテーション実績指数が 30 以上であること。
- （６） データ提出加算の届出を行っている保険医療機関（回復期リハビリテーション料 5 及び 6 にあつては、許可病床数が 200 床以上のものに限る。）であること。また、当該基準については別添 7 の様式 40 の 7 を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことが

- 19 -

を「専従の常勤医師 2 名以上」と読み替えたものを満たすこと。

- （２） 当該病棟に専従する常勤医師のうち 2 名は、以下のアからエまでの全てを満たしていれば、当該病棟の業務に従事するとされている日や時間において、当該保険医療機関における他の業務に従事できる。なお、当該医師について、いずれも他の施設基準において専従医師として届け出ることとはできない。
- ア 当該保険医療機関において、前月に、外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導を実施していること。
- イ 当該 2 名の医師それぞれについて、当該病棟の業務に従事する曜日、時間等をあらかじめ決めていること。
- ウ 週のうち 32 時間以上において、当該 2 名の医師のうち少なくともいずれか 1 名が当該病棟業務に従事していること。
- エ 当該 2 名の医師は、いずれも当該病棟業務に週に 8 時間以上従事していること。
- 7 届出に関する事項
- 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 8、様式 9、様式 20、様式 49 から様式 49 の 7（様式 49 の 4 を除く。）までを用いること。

第 12 地域包括ケア病棟入院料

- 1 地域包括ケア病棟入院料の施設基準
- （１） 当該病棟又は病室を含む病棟において、１日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が 13 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。ただし、当該病棟又は病室を含む病棟において、１日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、2 以上であること。また、看護職員の最小必要数の 7 割以上が看護師であること。なお、注 2 の届出を行う場合にあつては、当該病棟又は病室を含む病棟において、１日に看護を行う看護職員の数、常時、当該病棟の入院患者の数が 15 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。ただし、当該病棟又は病室を含む病棟において、１日に看護を行う看護職員が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、当該病棟における夜勤を行う看護職員の数、本文の規定にかかわらず、2 以上であること。また、看護職員の最小必要数の 4 割以上が看護師であること。ただし、看護職員の配置については、同一の入院料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。
- （２） 当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に、直近 3 月において入院している全ての患者の状態について、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目（Ａ項目）及び手術等の医学的状況の項目（Ｃ項目）を用いて測定し、その結果、当該病床又は当該病室へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者（別添 6 の別紙 7 による評価の結果、看護必要度評価票Ａ項目の得点が 1 点以上の患者又はＣ項目の得点が 1 点以上の患者をいう。）の割合が、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰで 1 割以上、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱで 0.8 割以上であること。ただし、産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成 30 年厚生労働省告示第 44 号）の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。一般病棟用の重症度、医療・看護

- 21 -

- 必要度Ⅰ又はⅡ（Ⅱにあつては、Ｂ項目のみ）に係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修については第２の１の(ⅰ)と同様である。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠあるいはⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出ること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価により届出を行う場合は、届出前３月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について各入院料等の重症度、医療・看護必要度のそれぞれの基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が 0.04 を超えないこと。なお、評価方法のみの変更を行う場合には、別添 7 の様式 10 を用いて届け出る必要があること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは切替月のみとし、切替月の 10 日までに届け出ること。
- (3) 当該医療機関に専任の在宅復帰支援担当者（職種に規定は設けないが、社会福祉士のような在宅復帰支援に関する業務を適切に実施できる者をいう。以下同じ。）が 1 名以上配置されていること。
- また、当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が 1 名以上配置されていること。なお、当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない。ただし、地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合に限り、当該理学療法士等は、当該病室を有する病棟における ADL 維持向上等体制加算に係る専従者と兼務することはできる。なお、注 2 の届出を行う場合にあつては、専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士が 1 名以上配置されていること。なお、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 24 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士をそれぞれ 2 人以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たすことみなすことができる。
- (4) データ提出加算の届出を行っていること。また、当該基準については別添 7 の様式 40 の 7 を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。
- (5) 特定機能病院（医療法第 4 条の 2 第 1 項に規定する特定機能病院をいう。以下同じ。）以外の保険医療機関であること。
- (6) 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)、(Ⅱ)若しくは(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っていること。
- (7) (6)のリハビリテーションを提供する患者については、1 日平均 2 単位以上提供していること。ただし、1 患者が 1 日に算入できる単位数は 9 単位までとする。なお、当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者 1 人あたりの実施単位数に含むものとする。
- 軽費老人ホーム、認知症対応型グループホーム若しくは有料老人ホーム等（以下「有料老人ホーム等」という。）から入棟した患者のことをいう。なお、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。
- (6) 自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近 3 か月間に自宅等から入棟した患者を直近 3 か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。
- (7) 当該病棟において自宅等からの緊急入院患者の受入れが直近 3 か月間で 3 人以上であること。自宅等からの緊急入院患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者で、かつ、予定された入院以外の患者のことをいう。
- (8) 次に掲げる項目のうち少なくとも 2 つを満たしていること。
- ア 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近 3 か月間で 20 回以上であること。
- イ 当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近 3 か月間で 100 回以上、又は同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近 3 か月間で 500 回以上であること。
- ウ 当該保険医療機関において、開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）の算定回数が直近 3 か月間で 10 回以上であること。
- エ 介護保険法第 8 条第 2 項に規定する訪問介護、同条 4 項に規定する訪問看護、同条第 5 項に規定する訪問リハビリテーション、同法第 8 条の 2 第 3 項に規定する介護予防訪問看護又は同法第 4 項に規定する介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が当該保険医療機関と同一の敷地内にあること。
- (9) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに対する指針を定めていること。
- (10) 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。
- 3 地域包括ケア入院医療管理料 1 の施設基準
- (1) 当該病室において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が 7 割以上であること。当該病室から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。
- ア 直近 6 か月間において、当該病室から退院又は転棟した患者数（第 2 部「通則 5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅等に退院するものの数
- イ 直近 6 か月間に退院又は転棟した患者数（第 2 部「通則 5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）
- (2) 当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が 1 割以上であること。ただし、当該病室が 10 床未満の場合については自宅等から入室した患者を前 3 月において 3 人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。なお、当該入院料を算定する病室を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。
- (8) 病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8 メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7 メートル以上であることが望ましい。なお、廊下の幅が 1.8 メートル（両側居室の場合は 2.7 メートル）に満たない医療機関については、全面的な改築等を行うまでの間は 1.8 メートル（両側居室の場合は 2.7 メートル）未満であっても差し支えないが、全面的な改築等の予定について年 1 回報告を行うこと。
- (9) 当該病棟若しくは病室を含む病棟に、又は当該保険医療機関内における当該病棟若しくは病室を含む病棟の近傍に患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。
- (10) 次のいずれかの基準を満たしていること。
- ア 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添 1 の第 14 の 2 に規定する在宅療養支援病院の届出を行っていること。
- イ 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添 1 の第 16 の 3 に規定する在宅療養後方支援病院の届出を行っており、直近 1 年間の在宅患者の受入実績が 3 件以上（区分番号「A 2 0 6」在宅患者緊急入院診療加算の 1 を算定したものに限る。）であること。
- ウ 医療法第 30 条の 4 の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。
- エ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。
- オ 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること。
- 2 地域包括ケア病棟入院料 1 の施設基準
- (1) 当該病棟において、退院患者に占める、在宅等に退院するものの割合が 7 割以上であること。地域包括ケア病棟入院料に係る在宅等に退院するものとは、次のアからウまでのいずれにも該当しない患者をいう。
- ア 他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添 2 の第 3 の 5 の（1）のイの（イ）に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）に転院した患者
- イ 介護老人保健施設に入所した患者
- ウ 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟への転棟患者
- (2) 当該病棟から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次のアに掲げる数をイに掲げる数で除して算出する。
- ア 直近 6 か月間において、当該病棟から退院又は転棟した患者数（第 2 部「通則 5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、在宅等に退院するものの数
- イ 直近 6 か月間に退院又は転棟した患者数（第 2 部「通則 5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）
- (3) 当該病室の床面積は、内法による測定で、患者 1 人につき、6.4 平方メートル以上であること。なお、平成 27 年 3 月 31 日までの間に、床面積について、壁芯による測定で届出が行われたものについては、平成 27 年 4 月 1 日以降も有効なものとして取扱う。
- (4) 許可病床 200 床未満（「基本診療料の施設基準等」別表第 6 の 2 に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては 240 床）の保険医療機関であること。
- (5) 当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が 1 割以上であること。なお、自宅等から入棟した患者とは、自宅又は介護医療院、特別養護老人ホーム、
- (3) 自宅等から入室した患者の占める割合は、直近 3 か月間に自宅等から入室した患者を直近 3 か月に当該病室に入室した患者の数で除して算出するものであること。
- (4) 当該病室において自宅等からの緊急入院患者の受入れが直近 3 か月間で 3 人以上であること。自宅等からの緊急入院患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者で、かつ、予定された入院以外の患者のことをいう。
- (5) 病院の一般病棟又は療養病棟の病室単位で行うものであること。
- (6) 2 の(3)、(4)、(8)及び(9)を満たすものであること。
- 4 地域包括ケア病棟入院料 2 の施設基準
- (1) 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。
- (2) 2 の(1) から(3)までを満たすものであること。
- 5 地域包括ケア入院医療管理料 2 の施設基準
- (1) 病院の一般病棟又は療養病棟の病室単位で行うものであること。
- (2) 2 の(3)及び(4)並びに 3 の(1)を満たすものであること。
- 6 地域包括ケア病棟入院料 3 の施設基準
- (1) 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。
- (2) 2 の(4)から(9)までを満たすものであること。
- 7 地域包括ケア入院医療管理料 3 の施設基準
- (1) 病院の一般病棟又は療養病棟の病室単位で行うものであること。
- (2) 2 の(4)、(8)及び(9)並びに 3 の(2)から(4)までを満たすものであること。
- 8 地域包括ケア病棟入院料 4 の施設基準
- (1) 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位で行うものであること。
- 9 地域包括ケア入院医療管理料 4 の施設基準
- (1) 病院の一般病棟又は療養病棟の病室単位で行うものであること。
- (2) 2 の(4)を満たすものであること。
- 10 地域包括ケア病棟入院料の「注 3」に掲げる看護職員配置加算の施設基準
- (1) 当該病棟（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を有する病棟）において、1 日に看護を行う看護職員の数が、当該入院料の施設基準の最小必要人数に加え、常時、当該病棟の入院患者の数が 50 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。なお、看護職員の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できること。
- (2) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添 2 の第 2 の 12 の(3)の例による。なお、当該加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成 30 年 3 月 31 日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、当該基準を満たしているものであること。
- 11 地域包括ケア病棟入院料の「注 4」に掲げる看護補助者配置加算の施設基準
- (1) 当該病棟（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を有する病棟）において、1 日に看護補助を行う看護補助者の数が、当該入院料の施設基準の最小必要人数に加え、常時、当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。なお、当該加算は、みなし看護補助者を除いた看護補助者の配置を行っている場合のみ算

定できる。

また、看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できること。

- (2) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の12の(3)の例による。なお、当該加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものであること。
 - (3) 看護補助者配置加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者であること。ただし、院内研修を受講していない場合にあつては、平成31年3月31日までに受講予定であれば差し支えないものとする。なお、院内研修の内容については、別添2の第2の12の(4)の例による。
 - (4) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年1回以上見直しを行うこと。また、所定の研修を修了した(修了証が交付されているもの)看護師長等が配置されていることが望ましいこと。なお、所定の研修の内容については、別添2の第2の12の(5)の例による。
- 12 地域包括ケア病棟入院料の「注7」に掲げる看護職員夜間配置加算の施設基準
- (1) 当該病棟(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を有する病棟)において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。なお、看護職員の配置については、地域包括ケア病棟入院料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。
 - (2) 認知症等の患者の割合は、当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に入院している全ての患者に対し別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票の患者の状況等の項目(B項目)のうち、認知症及びせん妄状態に関する項目(「14. 診療・療養上の指示が通じる」又は「15. 危険行動」)に該当する患者の割合が、3割以上であること。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等(平成30年厚生労働省告示44号)の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。
 - (3) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の12の(3)の例による。なお、当該加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものであること。
- 13 地域包括ケア病棟入院料の「注8」に掲げる夜間看護体制特定日減算について
- 当該減算は、許可病床数が100床未満の病院において、夜間、病棟の看護職員が一時的に救急外来で勤務する間、病棟の看護職員体制は、看護職員1名を含め看護職員と看護補助者を合わせて2名以上であること。ただし、当該時間帯の入院患者数が30人以下の場合は、看護職員1名で差し支えない。加えて、当該時間帯に当該病棟の看護職員が一時的に救急外来で勤務する間、当該病棟の看護に支障がないと当該病棟を担当する医師及び看護の管理者が判断した場合に限ること。

- 26 -

14 届出に関する事項

地域包括ケア病棟入院料及び地域包括ケア入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、10、20、50から50の3までを用いること。また、1の(8)のなお書きに該当する場合は、年1回、全面的な改築等の予定について別添7の様式50又は50の2により地方厚生(支)局長に報告すること。

「注3」、「注4」及び「注7」に規定する看護職員配置加算、看護補助者配置加算及び看護職員夜間配置加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式13の3及び様式18の3を用いること。なお、看護職員配置加算、看護補助者加算及び看護職員夜間配置加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年7月において当該様式を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略すことができ、入院基本料等の施設基準に係る届出と当該施設基準を併せて届け出る場合であつて、別添7の様式8及び9を用いる場合は、それぞれの様式にまとめて必要事項を記載すれば、当該各様式について1部のみの届出で差し支えない。

また、急性期一般入院料1又は7対1入院基本料(専門病院入院基本料に限る。)に係る届出を行っている病棟が当該届出を行う場合に限り、2の(1)及び(2)又は3の(1)について実績を要しない。

なお、平成26年3月31日時点で10対1入院基本料(一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。)、13対1入院基本料(一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。)又は15対1入院基本料(一般病棟入院基本料に限る。)を算定する病院において、地域包括ケア病棟入院料の届出を行った場合には、当該入院料の届出を行っている期間において、急性期一般入院料1又は7対1入院基本料の届出を行うことはできない。

また、以下の場合にあつては、届出をすることができる病棟は1病棟に限る。ただし、(3)及び(4)について、平成28年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1若しくは2を2病棟以上届け出ている保険医療機関であつて、許可病床数が500床以上の保険医療機関若しくは(4)に掲げる施設基準を届け出ている保険医療機関又は平成30年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1若しくは2を2病棟以上届け出ている保険医療機関であつて、許可病床数が400床以上の保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。

- (1) 療養病床により届出を行う場合
- (2) 許可病床数が200床(「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては240床)未満の保険医療機関であつて、地域包括ケア入院医療管理料1、2、3又は4の届出を行う場合
- (3) 許可病床数が400床以上の病院であつて、地域包括ケア病棟入院料1、2、3又は4の届出を行う場合
- (4) 区分番号「A300」救命救急入院料、区分番号「A301」特定集中治療室管理料、区分番号「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、区分番号「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は区分番号「A301-4」小児特定集中治療室管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関であつて、地域包括ケア病棟入院料1、2、3又は4の届出を行う場合

- (2) 夜間において、看護師が複数配置されていること。
- (3) 当該病院の医師の員数は、医療法に定める標準を満たしていること。
- (4) 当該病棟内に緩和ケアを担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合には、病棟ごとに1名以上の常勤医師が配置されていること。
- (5) (4)に掲げる医師は次のいずれかの研修を修了している者であること。
 - ア 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠した緩和ケア研修会
 - イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がん研究センター主催)等
- (6) 当該病棟に係る病床床面積は、患者1人につき内法による測定で、30平方メートル以上であり、病室床面積は、患者1人につき内法による測定で、8平方メートル以上であること。
- (7) 当該病棟内に、患者家族の控え室、患者専用の台所、面談室、一定の広さを有する談話室を備えていること。
- (8) 当該病棟は全室個室であつて差し支えないが、特別の療養環境の提供に係る病床の数が5割以下であること。
- (9) 入退棟に関する基準が作成されていること。
- (10) 緩和ケアの内容に関する患者向けの案内が作成され、患者・家族に対する説明が行われていること。
- (11) がん診療の拠点となる病院は、別添3の第14の(12)と同様であること。

また、がん診療の拠点となる病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構が定める機能評価(緩和ケア病院)と同等の基準について、第三者の評価を受けている病院をいう。
- (12) 当該病棟への入院を希望する患者の紹介を受けた場合に、(4)の医師が入院の適応を判断し、当該医師又は当該医師の指示を受けた看護職員が入院までの待機期間や待機中の緊急時の対応方針等について、患者に説明を行う体制を設けること。
- (13) 以下のア及びイを満たしていること又はウを満たしていること。
 - ア 直近1年間の当該病棟における入院日数の平均が30日未満であること。
 - イ 当該病棟の入院患者について、以下の(イ)から(ロ)までの期間の平均が14日未満であること。
 - (イ) (4)の医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日
 - (ロ) 患者が当該病棟に入院した日
 - ウ 直近1年間において、退院患者のうち、次のいずれかに該当する患者以外の患者が15%以上であること。
 - (イ) 他の保険医療機関(療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。)に転院した患者
 - (ロ) 同一の保険医療機関の当該入院料にかかる病棟以外の病棟(療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。)への転棟患者

- 29 -

第13 特殊疾患病棟入院料

- 1 特殊疾患病棟入院料に関する施設基準
 - (1) 特殊疾患病棟入院料1又は2の施設基準
 - ア 当該病棟に専任の医師が常勤していること。
 - イ 当該病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあつては看護要員が常時2人以上配置されており、そのうち1名以上は看護職員であること。
 - ウ 当該病棟に係る病床床面積は、患者1人につき内法による測定で、16平方メートル以上であること。なお、病床床面積の算定に当たっては当該病棟内にある治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を算入しても差し支えない。
 - (2) 特殊疾患病棟入院料1の施設基準

当該病棟の入院患者数の概ね8割以上が、脊髄損傷等の重度障害者(平成20年10月1日以降は、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。)、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者であること。なお、重度の意識障害者とは、次に掲げるもののいずれであり、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

 - ア 意識障害レベルがJCS(Japan Coma Scale)でⅡ-3(又は30)以上又はGCS(Glasgow Coma Scale)で8点以下の状態が2週以上持続している患者
 - イ 無動症の患者(閉じ込め症候群、無動性無言、失外装症候群等)
 - (3) 特殊疾患病棟入院料2の施設基準

次のいずれかの基準を満たしていること。

 - ア 次のいずれかに該当する一般病棟又は精神病棟
 - (イ) 児童福祉法第43条の3に規定する肢体不自由児施設
 - (ロ) 児童福祉法第43条の4に規定する重症心身障害児施設
 - (ハ) 児童福祉法第7条第6項に規定する国立高度専門医療研究センター
 - (ニ) 児童福祉法第7条第6項に規定する独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であつて厚生労働大臣の指定する医療機関
 - イ 当該病棟の入院患者数の概ね8割以上が、重度の肢体不自由児(者)(日常生活自立度のランクB以上に限る。))等の重度の障害者(ただし、(2)に掲げる脊髄損傷等の重度障害者、筋ジストロフィー患者、神経難病患者、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者(平成20年10月1日以降に限る。))を除く。)であること。
- 2 届出に関する事項

特殊疾患病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20、様式24の2及び様式51を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図(面積等の分かるもの。)を添付すること。

第14 緩和ケア病棟入院料

- 1 緩和ケア病棟入院料1に関する施設基準等
 - (1) 主として悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを行う病棟を単位として行うこと。

- 28 -

- (ハ) 死亡退院の患者
- 2 緩和ケア病棟入院料 2 に関する施設基準等
 - 1 の(1)から(11)までを満たしていること。
- 3 届出に関する事項
 - 緩和ケア病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 20 及び様式 52 を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（面積等が分かるもの。）を添付すること。

第 15 精神科救急入院料

- 1 精神科救急入院料に関する施設基準等
 - (1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
 - (2) 当該病院には、精神保健指定医が 5 名以上常勤していること。
 - (3) 当該病院に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の 10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料、15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料若しくは 20 対 1 入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならないこと。
 - (4) 当該各病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が 16 又はその端数を増すごとに 1 以上であること。
 - (5) 当該各病棟に 2 名以上の常勤の精神保健福祉士が配置されていること。
 - (6) 当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあっては、看護師が常時 2 名以上配置されていること。
 - (7) 当該病棟の病床数は、1 看護単位当たり 60 床以下であること。
 - (8) 当該病棟の病床のうち、隔離室を含む個室が半数以上を占めていること。
 - (9) 必要な検査及び CT 撮影が必要に応じた速やかに実施できる体制にあること。ただし、CT 撮影については、他の保険医療機関との連携により速やかに実施できる体制が整備されていれば足りるものとする。
 - (10) 1 月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、4 割以上が新規患者の延べ入院日数である。
 - (11) 当該病棟の年間の新規患者のうち 6 割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び医療観察法入院のいずれかに係るものであること。
 - (12) 以下の地域における直近 1 年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として 4 分の 1 以上、又は 20 件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。
 - ア 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）
 - イ 1 精神科救急医療圏と 1 基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域
 - (13) 当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が 300 床以下の場合には 60 床以下であり、当該病院の精神病床数が 300 床を超える場合にはその 2 割以下であること。ただし、平成 30 年 3 月 31 日時点で、現に当該基準を超えて病床を有する保険医療機関にあっては、当該時点で現に届け出ている病床数を維持することができる。

- 30 -

- (2) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち 4 割以上が入院日から起算して 3 月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することである。
- 4 看護職員夜間配置加算の施設基準
 - (1) 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が 16 又はその端数を増すごとに 1 に相当する数以上であること。ただし、同一の入院料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。
 - (2) 行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っていること。
 - ア 行動制限についての基本的考え方、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針の整備
 - イ 患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月 1 回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議の開催
 - ウ 当該保険医療機関における精神科診療に携わる職員全てを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会の年 2 回程度の実施
 - (3) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、3 項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が 2 交代制勤務又は変則 2 交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからカまでのうち、3 項目以上を満たしていること。
 - ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が 11 時間以上であること。
 - イ 3 交代制勤務又は変則 3 交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね 24 時間後以降となる勤務編成であること。
 - ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の連続して行う夜勤の数が 2 回以下であること。
 - エ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。
 - オ 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が 5 割以上であること。
 - カ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開設している院内保育所を設置していること。
 - (4) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添 2 の第 2 の 12 の(3)の例による。なお、当該加算の看護職員の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成 30 年 3 月 31 日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、当該基準を満たしているものであること。
- 5 届出に関する事項
 - (1) 精神科救急入院料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 8、様式 9、様式 20（精神

- 32 -

- 2 精神科救急入院料 1 に関する施設基準等
 - (1) 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること。
 - ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数の実績が年間 150 件以上、又は 1 の(12)のア又はアの地域における人口万対 1.87 件以上であること。そのうち初診患者（精神疾患について過去 3 か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）の件数が 30 件以上又は 2 割以上であること。
 - イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間 40 件以上又はアの地域における人口万対 0.5 件以上であること。そのうち 8 件以上又は 2 割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下この項において同じ。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。
 - ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、ア及びイに規定する年間実績件数を当該病棟数で除して得た数がそれぞれの基準を満たしていること。
 - エ 全ての入院形式の患者受入れが可能であること。
 - (2) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち 6 割以上が入院日から起算して 3 月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う施設又は福祉ホーム（以下「精神障害者施設」という。）へ移行することである。なお、ここという「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ退院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。（以下この項において同じ。）
- 3 精神科救急入院料 2 に関する施設基準等
 - (1) 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、次のいずれも満たしていること。
 - ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数の実績が年間 120 件以上、又は 1 の(12)のア又はアの地域における人口万対 1.5 件以上であること。そのうち初診患者（精神疾患について過去 3 か月間に当該保険医療機関に受診していない患者）の件数が 25 件以上又は 2 割以上であること。
 - イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数の実績が年間 30 件以上又はアの地域における人口万対 0.37 件以上であること。そのうち 6 件以上又は 2 割以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。
 - ウ 複数の病棟において当該入院料の届出を行う場合については、ア及びイに規定する年間実績件数を当該病棟数で除して得た数がそれぞれの基準を満たしていること。
 - エ 全ての入院形式の患者受入れが可能であること。

- 31 -

- 保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）、様式 53 及び様式 54 を用いることとし、当該病棟の配置図（隔離室の位置が分かるもの。）を添付すること。「注 5」に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 8、様式 9 様式 13 の 3 及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添 2 の様式 48 を用いること。なお、当該加算の届出については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。ただし、当該加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年 7 月において様式 13 の 3 を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近 7 月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略することができること。
- (2) 平成 30 年 3 月 31 日において現に精神科救急入院料 1 又は 2 に係る届出を行っている保険医療機関については、平成 31 年 3 月 31 日までの間に限り、それぞれ平成 30 年度改定後の精神科救急入院料 1 又は 2 の基準を満たしているものとみなす。

第 16 精神科急性期治療病棟入院料

- 1 精神科急性期治療病棟入院料に関する施設基準等
 - (1) 同一保険医療機関内に精神科急性期治療病棟入院料 1 を算定すべき病棟と精神科急性期治療病棟入院料 2 を算定すべき病棟が混在することはできない。
 - (2) 精神科急性期治療病棟入院料 1 又は 2 の施設基準
 - ア 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていない。
 - イ 当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあっては看護要員が常時 2 人以上配置されており、そのうち 1 人以上は看護師である。
 - ウ 当該病院に他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の 10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料、15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料若しくは 20 対 1 入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならない。
 - エ 当該各病棟に精神保健指定医である医師及び精神保健福祉士又は公認心理師が常勤している。
 - オ 当該病院が精神科救急医療システムに参加していること。
 - カ 当該病棟の病床数は、当該病院の精神病床数が 300 床以下の場合には 60 床以下であり、当該病院の精神病床数が 300 床を超える場合にはその 2 割以下である。
 - キ 当該病棟の病床数は、1 看護単位当たり 60 床以下である。
 - ク 当該病棟に隔離室がある。
 - ケ 1 月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、4 割以上が新規患者の延べ入院日数である。
 - コ 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち 4 割以上が入院日から起算して 3 月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここという「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設

- 33 -

設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。

- (3) 平成31年3月31日までの間、平成30年3月31日時点で臨床心理技術者であった者については、公認心理師とみなす。また、平成31年4月1日から当分の間、次のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。
- ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
- イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 届出に関する事項

精神科急性期治療病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）及び様式53を用いること。また、当該病棟の配置図（隔離室の位置が分かるもの。）を添付すること。

第16の2 精神科救急・合併症入院料

1 精神科救急・合併症入院料に関する施設基準等

- (1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
- (2) 当該保険医療機関内に、精神科医師が5名以上常勤していること。
- (3) 当該保険医療機関内に当該入院料を算定する病棟以外の他の精神病棟が存在する場合は、当該他の精神病棟は、精神病棟入院基本料の10対1入院基本料、13対1入院基本料、15対1入院基本料、18対1入院基本料若しくは20対1入院基本料又は特定入院料を算定している病棟でなければならない。
- (4) 当該各病棟における常勤の医師の数は、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1以上であること。
- (5) 当該各病棟に2名以上の常勤の精神保健福祉士が配置されていること。
- (6) 当該各病棟において、日勤帯以外の時間帯にあっては、看護師が常時2人以上配置されていること。
- (7) 当該病棟の病床数は、1看護単位当たり60床以下であること。
- (8) 当該病棟に以下に定める合併症ユニットを有しており、当該病棟の病床のうち、隔離室を含む個室が半数以上を占める。なお、合併症ユニットの病床は個室として算入することができる。
- ア 当該病棟の治療室単位であり、当該病棟の病床数の2割以上であること。
- イ 当該治療室に入院する患者は、常時8割以上が下記の身体疾患を持つ精神障害者であること。
- (イ) 呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺炎腫、間質性肺炎の急性増悪、肺塞栓又は気胸）
- (ロ) 心疾患（New York Heart Associationの心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患又はモニター監視を必要とする不整脈）
- (ハ) 手術又は直達・介連牽引を要する骨折
- (ニ) 脊髄損傷

- 34 -

(イ) 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）

(ロ) 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域

- イ 精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における入院件数が年間20件以上であること。
- ウ 全ての入院形式の患者受入れが可能であること。
- (13) 当該病棟の年間の新規患者のうち6割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院、医療観察法入院及び合併症ユニットへ入院する身体疾患を有する精神障害者のいずれかに係るものであること。
- (14) 以下の地域における直近1年間における措置入院、緊急措置入院及び応急入院に係る新規入院患者のうち、原則として4分の1以上又は20件以上の患者を当該病棟において受け入れていること。

ア 当該保険医療機関の所在地の都道府県（政令市の区域を含むものとする。）

イ 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合（例えば政令市は市立病院が、政令市以外の地区は県立病院が救急基幹病院となる。）は、当該圏域

2 看護職員夜間配置加算の施設基準

- (1) 当該病棟において、夜間に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1に相当する数以上であること。ただし、同一の入院料を届け出ている病棟間においてのみ傾斜配置できるものであること。
- (2) 行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っていること。
- ア 行動制限についての基本的考え方、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針の整備
- イ 患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月1回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議の開催
- ウ 当該保険医療機関における精神科診療に携わる職員全てを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会の年2回程度の実施
- (3) 次に掲げる夜間における看護業務の負担軽減に資する業務管理等に関する項目のうち、3項目以上を満たしていること。ただし、当該加算を算定する病棟が2交代制勤務又は変則2交代制勤務を行う病棟のみで構成される保険医療機関である場合は、ア及びウからカまでのうち、3項目以上を満たしていること。
- ア 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務終了時刻と直後の勤務の開始時刻の間が11時間以上であること。
- イ 3交代制勤務又は変則3交代制勤務の病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の勤務開始時刻が、直近の勤務の開始時刻の概ね24時間後以降となる勤務編成であること。
- ウ 当該病棟において、夜勤を含む交代制勤務に従事する看護職員の連続して行う夜勤の数が2回以下であること。
- エ 当該保険医療機関において、所属部署以外の部署を一時的に支援するために、夜勤時間

- (ホ) 重篤な内分泌・代謝性疾患（インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患又は肝硬変に伴う高アンモニア血症）
- (ヘ) 重篤な栄養障害（Body Mass Index 13未満の摂食障害）
- (ト) 意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等）
- (チ) 全身感染症（結核、後天性免疫不全症候群、梅毒1期、2期又は敗血症）
- (リ) 中枢神経系の感染症（髄膜炎、脳炎等）
- (ヌ) 急性腹症（消化管出血、イレウス等）
- (ル) 劇症肝炎又は重症急性肝炎
- (ヲ) 悪性症候群又は横紋筋融解症
- (ワ) 広範囲（半肢以上）熱傷
- (カ) 手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍
- (ヨ) 重篤な血液疾患（ヘモグロビン7g/dl以下の貧血又は頻回に輸血を要する状態）の患者
- (タ) 急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全、ネフローゼ症候群又は糸球体腎炎）の患者
- (レ) 人工透析中又は腎不全で透析導入を要する状態
- (ソ) 手術室での手術を必要とする状態
- (ツ) 合併症妊娠・出産
- (ネ) 膠原病（専門医による管理を必要とする状態）

ウ 身体合併症管理を行うために必要なに掲げる装置及び器具を当該病棟内に常時備えていること。

- (イ) 救急蘇生装置
- (ロ) 除細動器
- (ハ) 心電計
- (ニ) 呼吸循環監視装置

- (9) 必要な検査及びCT撮影が必要に応じて速やかに実施できる体制にある。
- (10) 1月間の当該入院料を算定している病棟の患者の延べ入院日数のうち、4割以上が新規患者の延べ入院日数である。
- (11) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者を除いた新規入院患者のうち4割以上が入院日から起算して3月以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患者、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここいう「患者」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第1章第2部通則5の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。
- (12) 精神科救急医療体制整備事業において基幹的な役割を果たしていること。具体的には、以下のアからウまでのいずれをも満たしていること。

ア 常時精神科救急外来診療が可能であり、精神疾患に係る時間外、休日又は深夜における診療（電話等再診を除く。）件数が年間200件以上又は次の地域における人口万対2.5件以上であること。

帯を含めた各部署の業務量を把握・調整するシステムが構築されており、かつ、部署間での業務標準化に取り組み、過去一年間に当該システムを夜勤時間帯に運用した実績があること。

オ 当該病棟において、みなし看護補助者を除いた看護補助者の比率が5割以上であること。

カ 当該保険医療機関において、夜勤時間帯を含めて開設している院内保育所を設置していること。

- (4) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。当該体制については、別添2の第2の12の(3)の例による。なお、当該加算の看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制について、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関については、平成31年3月31日までの間に限り、当該基準を満たしているものであること。

3 届出に関する事項

精神科救急・合併症入院料の施設基準に係る届出は、別添7の様式9、様式20（精神保健指定医については、備考欄に指定番号を記載すること。）様式53及び様式55を用いることとし、当該病棟の配置図（合併症ユニット及び隔離室の位置が分かるもの。）を添付すること。「注5」に規定する看護職員夜間配置加算の施設基準に係る届出は、別添7の様式8、様式9、様式13の3及び「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添2の様式48を用いること。なお、当該加算の届出については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。ただし、当該加算に係る前年度における看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、毎年7月において様式13の3を届け出ること。また、当該加算の変更の届出にあたり、直近7月に届け出た内容と変更がない場合は、当該様式の届出を略すことができること。

第16の3 児童・思春期精神科入院医療管理料

1 児童・思春期精神科入院医療管理料に関する施設基準

- (1) 精神科を標榜する病院において精神病棟又は治療室を単位とすること。
- (2) 当該病棟又は治療室における直近1か月間の入院患者数の概ね8割以上が、20歳未満の精神疾患を有する患者（精神作用物質使用による精神及び行動の障害の患者並びに知的障害の患者を除く。）であること。
- (3) 当該病棟又は治療室に小児医療及び児童・思春期の精神医療の経験を有する常勤の医師が2名以上配置されており、うち1名は精神保健指定医であること。
- (4) 当該病棟又は治療室に専従の常勤の精神保健福祉士及び常勤の公認心理師がそれぞれ1名以上配置されていること。
- (5) 病院内に学習室が設けられていること。
- (6) 当該治療室の病床は30床以下であり、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、便所、学習室が、当該病棟の他の治療室とは別に設置されていること。
- (7) 平成31年3月31日までの間、平成30年3月31日時点で臨床心理技術者であった者については、公認心理師とみなす。また、平成31年4月1日から当分の間、次のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

- 36 -

- 37 -

- ア 平成 31 年 3 月 31 日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者
- 2 届出に関する事項
- 児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9 及び様式 57 を用いること。また、学習室が設けられていることが確認できる当該施設の平面図を添付すること。

第 17 精神療養病棟入院科

- 1 精神療養病棟入院科の施設基準等
- (1) 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
- (2) 当該病棟に精神科医師である常勤の専任医師及び常勤の作業療法士又は作業療法の経験を有する常勤の看護職員が配置されていること。
- なお、作業療法の経験を有する看護職員とは、専門機関等が主催する作業療法又は生活技能訓練に関する所定の研修を修了したものであること。
- (3) 当該病棟における専任の精神科医師は他の病棟に配置される医師と兼任はできない。また、当該医師の外來業務及び他病棟の入院患者の診療業務への従事は週 2 日以内とすること。
- (4) 医療法施行規則第 19 条第 1 項第 1 号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること（当該病棟において、1 日に看護を行う看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が 25 又はその端数を増すごとに 1 以上である場合は除く。）。
- (5) 当該各病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあつては看護要員が常時 2 人以上配置されており、そのうち 1 名以上は看護職員であること。
- (6) 当該病院には、精神保健福祉士又は公認心理師が常勤していること。
- (7) 当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という）を、平成 26 年 4 月 1 日以降に当該病棟に入院した患者 1 人につき 1 人以上、入院した日から起算して 7 日以内に指定し、当該保険医療機関内に配置していること。なお、退院支援相談員は、次のいずれかの者であること。
- ア 精神保健福祉士
イ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を 3 年以上有する者
- (8) 1 人の退院支援相談員が同時に担当する患者の数は 60 以下であること。また、退院支援相談員が担当する患者の一覧を作成していること。
- (9) 退院支援相談員の担当する当該病棟の入院患者について退院に向けた支援を推進するための委員会（「退院支援委員会」という）を設置していること。
- (10) 当該病棟の病床数は、1 看護単位当たり 60 床以下であること。
- (11) 当該病棟に係る病室の病床数は、1 病室につき 6 床以下であること。
- (12) 当該病棟に係る病棟床面積は、患者 1 人につき内法による測定で 18 平方メートル以上であり、病室床面積は、患者 1 人につき内法による測定で、6.8 平方メートル以上であること。
- なお、病棟床面積の算定に当たっては当該病棟内にある治療室、食堂、談話室、面会室、浴室、廊下、ナースステーション及び便所等の面積を算入しても差し支えない。
- (13) 当該病棟に、当該病棟の入院患者同士が使用できる談話室、食堂、面会室、浴室（又はシャワー室）及び公衆電話が設けられている。ただし、既存の病棟については、届出後 1 年間の経過措置を認める。

- 38 -

- (ホ) その他都道府県の依頼による公務員としての業務
- 3 退院調整加算の施設基準
- (1) 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従する 1 人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は公認心理師のうちいずれか 1 名）が勤務し、退院支援計画の作成等の退院調整を行っていること。また、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができ、区分番号「A 3 1 8」に掲げる地域移行機能強化病棟入院科等の施設基準において、退院支援部署に配置することとされている専従の従事者とみなすことができる。なお、退院支援部署と地域移行推進室は同一でもよい。
- (2) 平成 31 年 3 月 31 日までの間、平成 30 年 3 月 31 日時点で臨床心理技術者であった者については、公認心理師とみなす。また、平成 31 年 4 月 1 日から当分の間、次のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。
- ア 平成 31 年 3 月 31 日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者
- 4 精神保健福祉士配置加算の施設基準
- (1) 当該病棟に、専従の常勤精神保健福祉士が 1 名以上配置されていること。
- (2) 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士が 1 名以上配置されていること。なお、当該病棟に専従する精神保健福祉士と退院支援部署に専従する精神保健福祉士は兼任できないが、退院支援部署は、退院調整加算又は精神科地域移行実施加算の退院支援部署又は地域移行推進室と同一でもよい。
- (3) 措置入院患者、鑑定入院患者及び医療観察法入院患者として当該保険医療機関に入院となった患者を除いた当該病棟の入院患者のうち 7 割 5 分以上が入院日から起算して 1 年以内に退院し、自宅等へ移行すること。「自宅等へ移行する」とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することである。なお、ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院科に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ転院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。また、退院後に、医科点数表第 1 章第 2 部通則 5 の規定により入院期間が通算される再入院をした場合は、移行した者として計上しない。
- 5 届出に関する事項
- 精神療養病棟入院科の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 20（作業療法等の経験を有する看護職員については、その旨を備考欄に記載すること。）、様式 24 の 2、様式 55 の 2 及び様式 55 の 3 を用いること。また、当該病棟の配置図及び平面図（面積並びに談話室、食堂、面会室、浴室及び公衆電話の位置等が分かるもの。）を添付すること。

第 18 削除

第 19 認知症治療病棟入院科

- 1 認知症治療病棟入院科の施設基準等
- (1) 医療法第 70 条に規定する精神科を標榜している病院である保険医療機関であること。
- (2) 同一保険医療機関内に認知症治療病棟入院科 1 を算定すべき病棟と認知症治療病棟入院科

- 2 重症者加算 1 の施設基準
- 当該病棟を有する保険医療機関が次のいずれかの要件を満たすこと。
- (1) 精神科救急医療体制整備事業の常時対応型精神科救急医療施設、身体合併症対応施設、地域搬送受入対応施設又は身体合併症後搬送対応施設であること。
- (2) 精神科救急医療体制整備事業の輪番対応型精神科救急医療施設又は協力施設であつて、ア又はイのいずれかに該当すること。
- ア 時間外、休日又は深夜における入院件数が年 4 件以上であること。そのうち 1 件以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下重症者加算 1 において同じ。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。
- イ 時間外、休日又は深夜における外來対応件数が年 10 件以上であること。なお、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数を含む。
- (3) 当該保険医療機関の精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保への協力を行っていること。具体的にはア又はイのいずれかに該当すること。
- ア 時間外、休日又は深夜における外來対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等）や精神科救急医療体制整備事業の常時対応型又は輪番型の外來対応施設等）での外來診療又は救急医療機関への診療協力（外來、当直又は対診）を年 6 回以上行うこと。（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）
- イ 精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務（措置診療等）について、都道府県に積極的に協力し、診療業務等を年 1 回以上行うこと。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、(イ)から(ホ)までのいずれかの診療あるいは業務を年 1 回以上行うこと。
- (イ) 措置入院及び緊急措置入院時の診療
(ロ) 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診療
(ハ) 精神医療審査会における業務
(ニ) 精神科病院への立入検査での診療

- 2 を算定すべき病棟が混在することはできない。
- (3) 認知症治療病棟入院科 1 の施設基準
- ア 当該保険医療機関内に、精神科医師及び認知症治療病棟に専従する作業療法士がそれぞれ 1 人以上勤務していること。
- イ 当該病棟に勤務する看護職員の最小必要数の半数以上は、精神病棟に勤務した経験を有する看護職員であること。
- ウ 当該病棟に勤務する看護補助者の最小必要数の半数以上は、精神病棟に勤務した経験を有する看護補助者であること。
- エ 当該保険医療機関内に、専従する精神保健福祉士又は専従する公認心理師がいずれか 1 人以上勤務していること。
- オ 当該病棟における 1 看護単位は、概ね 40 から 60 床までを上限とすること。
- カ 当該病棟の患者 1 人当たりの面積は、内法による測定で、18 平方メートル（管理部分を除く。）を標準とすること。ただし、平成 20 年 3 月 31 日時点で特殊疾患療養病棟入院科 2 を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、内法による測定で、16 平方メートル（治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を含む。）であっても、認めることとする。
- キ 認知症治療病棟入院医療を行うにふさわしいデイルーム等の共有空間がある等高齢者の行動ししやすい廊下を有していること。
- ク 認知症治療病棟入院医療を行うにふさわしい、広さ 60 平方メートル以上（内法による測定に基づく。）の専用の生活機能回復訓練室（平成 20 年 3 月 31 日時点で特殊疾患療養病棟入院科 2 を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、代用的に生活機能回復訓練等が行える場所（デイルーム等））を有し、当該病棟に入院している全ての患者に対して、次に掲げる生活機能回復訓練等を行うこと。
- (イ) 医師の指導監督の下で、作業療法士、看護師、精神保健福祉士の従事者により、精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的に看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集行的に行う。
- (ロ) 医師の診療に基づき心理検査の結果等を踏まえて作成した患者ごとの治療計画に基づき、看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集行的に行うとともに、定期的にその評価を行う等計画的な治療を行う。
- (ハ) 生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者 1 人当たり 1 日 4 時間、週 5 回行う。ただし、当該訓練及び指導は患者の状態に応じて行うものとし、認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法を算定した場合は、その時間を含めて差し支えない。
- (4) 認知症治療病棟入院科 2 の施設基準
- ア (3)のイからエまでを満たしている。
- イ 当該保険医療機関内に、精神科医師及び認知症治療病棟に専従する作業療法士がそれぞれ 1 名以上勤務している。ただし、認知症患者の作業療法の経験を有する看護師が 1 人以上勤務する認知症治療病棟にあっては、作業療法士が週 1 回以上当該病棟において患者の作業療法についての評価を行う場合には、当分の間、作業療法士が 1 人以上勤務していることとみなす。なお、作業療法の経験を有する看護師とは、専門機関等が主催

- 39 -

- 40 -

- 41 -

- する認知症指導に関する所定の研修を修了した者である。この場合、当該看護師は当該入院料を算定する際の看護師の員数には算入しない。
- ウ 当該病棟における1看護単位は、概ね60床を上限とする。
- エ 当該病棟の患者1人当たりの面積は、内法による測定で、18平方メートル（管理部分を除く。）以上とする。ただし、平成20年3月31日時点で特殊疾患療養病棟入院料2を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、内法による測定で、16平方メートル（治療室、機能訓練室、浴室、廊下、デイルーム、食堂、面会室、ナースステーション、便所等の面積を含む。）であっても、認めることとする。
- オ 認知症治療病棟入院医療を行うにふさわしい、広さ60平方メートル以上（内法による測定に基づく。）の専用の生活機能回復訓練室（平成20年3月31日時点で特殊疾患療養病棟入院料2を算定している病棟から当該病棟へ移行した場合は、当分の間、代用的に生活機能回復訓練等が行える場所（デイルーム等）を有し、当該病棟に入院している全ての患者に対して、次に掲げる生活機能回復機能訓練等を行うこと。
- （イ）医師の指導監督の下で、作業療法士、看護師又は精神保健福祉士の従事者により、精神症状等の軽快及び生活機能の回復を目的に看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行う。
- （ロ）医師の診療に基づき心理検査の結果等を踏まえて作成した患者ごとの治療計画に基づき、看護並びに生活機能回復のための訓練及び指導を集中的に行うとともに、定期的にその評価を行う等計画的な治療を行う。
- （ハ）生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者1人当たり1日4時間、週5回行う。ただし、当該訓練及び指導は患者の状態に応じて行うものとし、認知症患者リハビリテーション科又は精神科作業療法を算定した場合は、その時間を含めて差し支えない。
- （5）退院調整加算の施設基準
- 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専任の精神保健福祉士及び専従する1人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は公認心理師のうちいずれか1名）が勤務しており、退院支援計画の作成等の退院調整を行っていること。また、当該専従精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができ、区分番号「A312」に掲げる精神療養病棟入院料の「注5」等の施設基準において、退院支援部署に配置することとされている専任の従事者とみなすことができる。なお、退院支援部署と地域移行推進室は同一でも良い。
- （6）認知症夜間対応加算の施設基準
- ア 認知症治療病棟入院料1、認知症治療病棟入院料2のいずれの場合も、夜勤を行う看護要員が3名以上の場合に算定できる。
- イ 行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っていること。
- （イ）行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針の整備
- （ロ）患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月1回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議の開催
- （ハ）当該保険医療機関における精神科診療に携わる職員全てを対象とした、精神保健

- 42 -

- ア 注7に規定する地域包括ケア入院医療管理を行う病室を有する病棟において、常時15対1以上の看護配置（当該病棟における看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上であること。）よりも手厚い看護配置であること。ただし、夜勤を行う看護職員の数は、2以上であること。
- イ 当該病室を有する病棟において、病室を含む病棟に、専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が1名以上配置されていること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っている専任の非常勤理学療法士、専任の非常勤作業療法士又は専任の非常勤言語聴覚士をそれぞれ2人以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たすこととみなすことができる。
- ウ 当該保険医療機関内において、専任の在宅復帰支援を担当する者が1名以上配置されていること。当該担当者は、在宅復帰支援以外の業務は行えないが、当該病室に入院している患者以外の患者に対し、在宅復帰支援を行うことは差し支えない。なお、当該在宅復帰支援を担当する者は、区分番号A246に掲げる入退院支援加算に規定する退院支援職員を兼ねることができ。
- エ 心大血管疾患リハビリテーション科（Ⅰ）、脳血管疾患等リハビリテーション科（Ⅰ）、（Ⅱ）若しくは（Ⅲ）、運動器リハビリテーション科（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）、呼吸器リハビリテーション科（Ⅰ）又はがん患者リハビリテーション科の届出を行っていること。
- オ エのリハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上提供していること。
- カ 当該病室の床面積は、内法による測定で、患者1人につき、6.4平方メートル以上であること。なお、平成27年3月31日までの間に、床面積について、壁芯による測定で届出が行われたものについては、平成27年4月1日以降も有効なものとして取り扱う。
- キ 病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7メートル以上であることが望ましい。なお、廊下の幅が1.8メートル（両側居室の場合は2.7メートル）に満たない医療機関については、全面的な改築等を行うまでの間は1.8メートル（両側居室の場合は2.7メートル）未満であっても差し支えないが、全面的な改築等の予定について年1回報告を行うこと。
- ク 当該病室を含む病棟に、又は当該医療機関内における当該病室を含む病棟の近傍に患者の利用に適した浴室及び便所が設けられていること。
- ケ 当該入院料を算定するものとして届け出ている病室に、直近3月において入院している全ての患者の状態について、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目（A項目）及び手術等の医的状況の項目（C項目）を用いて測定し、その結果、当該病棟又は当該病室へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者（別添6の別紙7による評価の結果、看護必要度評価票A項目の得点が1点以上の患者又はC項目の得点が1点以上の患者をいう。）の割合が重症度、医療・看護必要度Ⅰで1割以上又は重症度、医療・看護必要度Ⅱで0.8割以上である

- 44 -

- 及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会の年2回程度の実施
- （7）（3）及び（4）の内法の規定の適用については、平成26年3月31日において、現に当該入院料の届出を行っている保険医療機関については、当該病棟の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（3）及び（4）の内法の規定を満たしているものとする。
- （8）平成31年3月31日までの間、平成30年3月31日時点で臨床心理技術者であった者については、公認心理師とみなす。また、平成31年4月1日から当分の間、次のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。
- ア 平成31年3月31日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
- イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 届出に関する事項

認知症治療病棟入院料に係る施設基準の届出は、別添7の様式9、様式20及び様式56を用いることとし、当該病棟の配置図及び平面図を添付すること。また、「注3」に規定する認知症夜間対応加算の施設基準に係る届出は、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添2の様式48を用いること。なお、認知症夜間対応加算の届出については、医療保護入院等診療料の届出を行っている場合は、別に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第20 特定一般病棟入院料

1 特定一般病棟入院料の施設基準等

- （1）医療提供体制の確保の状況に鑑み、別紙2に定められた地域に所在する保険医療機関のうち、一般病棟が1病棟で構成される病院である保険医療機関であること。
- （2）特定一般病棟入院料1の施設基準
- 当該病室を有する病棟において、常時13対1以上の看護配置（当該病棟における看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに1以上であること。）よりも手厚い看護配置であること。ただし、夜勤を行う看護職員の数は、2以上であること。
- （3）特定一般病棟入院料2の施設基準
- 当該病室を有する病棟において、常時15対1以上の看護配置（当該病棟における看護職員の数が、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに1以上であること。）よりも手厚い看護配置であること。ただし、夜勤を行う看護職員の数は、2以上であること。
- （4）一般病棟看護必要度評価加算の施設基準
- 注5に掲げる一般病棟看護必要度評価加算を算定する病棟は、当該加算を算定するものとして届け出た病棟に、直近3月について入院している全ての患者の状態を、別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票のⅠを用いて継続的に測定し、その結果に基づいて評価を行っていること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票Ⅰの記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修は、第2の1の（11）と同様である。
- （5）特定一般病棟入院料（地域包括ケア1）の施設基準等

- 43 -

こと。ただし、産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等（平成30年厚生労働省告示第44号）の別表第二の二十三に該当する患者は対象から除外する。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票の記入は、院内研修を受けたものが行うものであること。なお、院内研修については、第1の1の（7）と同様である。また、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度ⅠあるいはⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出ること。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱを用いた評価により届出を行う場合は、届出前3月において、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ及びⅡの基準を満たす患者の割合について当該入院料の重症度、医療・看護必要度のそれぞれの基準を満たした上で、Ⅱの基準を満たす患者の割合からⅠの基準を満たす患者の割合を差し引いた値が0.04を超えないこと。なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添7の様式10を用いて届け出る必要があること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは切替月のみとし、切替月の10日までに届け出ること。

コ 次のいずれかの基準を満たしていること。

- ① 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添1の第14の2に規定する在宅療養支援病院の届出を行っていること。
- ② 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」の別添1の第16の3に規定する在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の直近1年間の受入実績が3件以上（区分番号「A206」在宅患者緊急入院診療加算の1を算定したものに限る。）であること。
- ③ 医療法第30条の4の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関であること。
- ④ 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院であること。
- ⑤ 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されていること。

サ 当該病室を退院した患者に占める在宅等に退院するものの割合が7割以上であること。この場合における在宅等に退院するものとは、次の①及び②のいずれにも該当しない患者をいう。

- ① 他の保険医療機関（有床診療所入院基本料（別添2の第3の5の（1）のイの（イ）に該当するものに限る。）を算定する病床を除く。）に転院した患者
- ② 介護老人保健施設に入所した患者
- シ 当該病室から退院した患者数に占める在宅等に退院するものの割合は、次の①に掲げる数を②に掲げる数で除して算出する。

- ① 直近6か月間において、当該病室から退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）のうち、自宅等に退院するものの数
- ② 直近6か月間に退院した患者数（第2部「通則5」に規定する入院期間が通算される再入院患者及び死亡退院した患者を除く。）
- ス データ提出加算の届出を行っていること。また、当該基準については別添7の様式40の7を用いて届出を行った時点で、当該入院料の届出を行うことができる。
- セ 当該病室に入室した患者のうち、自宅等から入室した患者の占める割合が1割以上で

- 45 -

あること。ただし、当該病室が 10 床未満の場合については自宅等から入室した患者を前 3 月において 3 人以上受け入れていること。なお、自宅等から入室した患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入室した患者のことをいう。なお、当該入院料を算定する病棟又は病室を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。

- ソ 自宅等から入室した患者の占める割合は、直近 3 か月間に自宅等から入室した患者を直近 3 か月に当該病棟に入室した患者の数で除して算出するものであること。
- タ 当該病室において自宅等からの緊急入院患者の受入れが直近 3 か月間で 3 人以上であること。自宅等からの緊急入院患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者で、かつ、予定された入院以外の患者のことをいう。
- チ 次に掲げる項目のうち少なくとも 2 つを満たしていること。

- ① 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定回数が直近 3 か月間で 20 回以上であること。
- ② 当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導科、同一建物居住者訪問看護・指導科又は精神科訪問看護・指導科Ⅰの算定回数が直近 3 か月間で 100 回以上、又は同一敷地内の訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近 3 か月間で 500 回以上であること。
- ③ 当該保険医療機関において、開放型病院共同指導科（Ⅰ）又は（Ⅱ）の算定回数が直近 3 か月間で 10 回以上であること。
- ④ 介護保険法第 8 条第 2 項に規定する訪問介護、同条 4 項に規定する訪問看護、同条第 5 項に規定する訪問リハビリテーション、同法第 8 条の 2 第 3 項に規定する介護予防訪問看護又は同条第 4 項に規定する介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が当該保険医療機関と同一の敷地内にあること。

- ツ 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、看取りに対する指針を定めていること。
- テ 許可病床 240 床未満の保険医療機関であること。
- （6） 特定一般病棟入院料（地域包括ケア 2）の施設基準等
（5）のアからスの基準を満たしていること。
- （7） 特定一般病棟入院料（地域包括ケア 3）の施設基準等
（5）のカ、サ及びシを除く全ての基準を満たしていること。
- （8） 特定一般病棟入院料（地域包括ケア 4）の施設基準等
（5）のアからオ、キからコ及びビスの基準を満たしていること。

2 届出に関する事項

- （1） 特定一般病棟入院料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 8、様式 9 及び様式 57 の 2 を用いること。
- （2） 注 5 に規定する一般病棟看護必要度評価加算の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 10 を用いること。
- （3） 注 7 又は注 9 に規定する地域包括ケアに係る病室の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 10、様式 20、様式 50 から様式 50 の 3 までは用いること。
- （4） 当該病棟に 90 日を超えて入院する患者について、療養病棟入院料 1 の例により算定を行

う病棟については、別添 7 の様式 57 の 3 により地方厚生（支）局長に届け出ること。

第 21 地域移行機能強化病棟入院料

1 地域移行機能強化病棟入院料の施設基準等

- （1） 医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床の数以上の入院患者を入院させていないこと。
- （2） 当該保険医療機関に医療法施行規則第 19 条第 1 項第 1 号に定める医師の員数以上の員数が配置されていること。
- （3） 当該病棟に精神科医師である常勤の専任医師及び常勤の専任作業療法士又は作業療法の経験を有する常勤の看護職員が配置されていること。なお、作業療法の経験を有する看護職員とは、専門機関等が主催する作業療法又は生活技能訓練に関する所定の研修を修了したものであること。
- （4） 当該病棟における専任の精神科医師は他の病棟に配置される医師と兼任はできない。また、当該医師の外来業務及び他病棟の入院患者の診療業務への従事は週 2 日以内とすること。
- （5） 当該各病棟において、日勤時間帯以外の時間帯にあつては看護要員、作業療法士及び精神保健福祉士が常時 2 人以上配置されており、そのうち 1 名以上は看護職員であること。
- （6） 当該病棟において、看護要員の病棟勤務時間を算出する際には、当該保険医療機関内及び当該保険医療機関外で、退院支援業務に従事している時間を含めることができること。従事している時間を含めることができる当該保険医療機関外での退院支援業務は、患者家族等への訪問指導、障害福祉サービス又は介護保険サービスの事業所及び市役所、区役所又は町村役場等で患者が行う諸手続への同行及び障害福祉サービス事業所担当者等、退院後の患者の日常生活の支援を行う者との調整に限られること。
- （7） 当該保険医療機関に常勤の公認心理師が配置されていること。
- （8） 当該病棟に 2 名以上（入院患者の数が 40 を超える場合は 3 名以上）の専従の常勤精神保健福祉士が配置されていること。ただし、当該病棟の入院患者の数が 40 を超える場合であつて、身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために必要な場合には、2 名の専従の常勤精神保健福祉士と、1 名の専従の常勤社会福祉士が配置されていなければならないこと。
- （9） 当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従する 1 人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は公認心理師のうちいずれか 1 名）が配置されていること。退院支援部署と精神科地域移行実施加算の地域移行推進室は同一でもよい。当該専従の従事者は、区分番号「A 3 1 2」に掲げる精神療養病棟入院料の「注 5」等の施設基準において、退院支援部署に配置することとされている専従の従事者とみなすことができる。また、退院支援部署に専従する従事者が精神保健福祉士の場合には、当該精神保健福祉士は、精神科地域移行実施加算の地域移行推進室と兼務することができる。
- （10） 当該病棟の入院患者の退院に向けた相談支援業務等を行う者（以下「退院支援相談員」という）を、当該病棟に入院した患者 1 人につき 1 人以上指定し、当該保険医療機関内に配置していること。なお、退院支援相談員は、次のいずれかの者であること。
- ア 精神保健福祉士（当該病棟専従の者でも可）
- イ 保健師、看護師、准看護師、作業療法士又は社会福祉士として、精神障害者に関する業務に従事した経験を 3 年以上有する者

- （11） 1 人の退院支援相談員が同時に担当する患者の数は 20 以下であること。また、退院支援相談員が担当する患者の一覧を作成していること。
- （12） 退院支援相談員の担当する当該病棟の入院患者について退院に向けた支援を推進するための委員会（「退院支援委員会」という）を設置していること。
- （13） 当該病棟の病床数は、1 看護単位当たり 60 床以下であること。
- （14） 届出時点で、次のいずれの要件も満たしていること。
- ア 届出前月に、以下の（イ）又は（ロ）いずれか小さい値を（ハ）で除して算出される数値が 0.9 以上であること。なお、届出に先立ち精神病床の許可病床数を減少させることにより 0.9 以上としても差し支えないこと。
- （イ） 届出前月の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数
- （ロ） 届出前 1 年間の当該保険医療機関全体の精神病棟における平均入院患者数
- （ハ） 届出前月末日時点での精神病床に係る許可病床数
- イ 以下の式で算出される数値が 1.5%以上であること。なお、自宅等への退院とは、患家、介護老人保健施設又は精神障害者施設へ移行することをいう。ここでいう「患家」とは、退院先のうち、同一の保険医療機関の当該入院料に係る病棟以外の病棟へ転棟した場合、他の保険医療機関へ退院した場合及び介護老人保健施設に入所した場合を除いたものをいう。

当該保険医療機関に 1 年以上入院していた患者のうち、当該病棟から自宅等に退院した患者の数の 1 か月当たりの平均（届出の前月までの 3 か月間における平均）÷当該病棟の届出病床数×100（％）

- （15） 算定開始以降、各月末時点で、以下の式で算出される数値が 1.5%以上であること。
- 当該保険医療機関に 1 年以上入院していた患者のうち、算定開始以降に当該病棟から自宅等に退院した患者数の 1 か月当たりの平均（地域移行機能強化病棟入院料を算定した全期間における平均）÷当該病棟の届出病床数 ×100（％）
- （16） 算定開始以降、1 年ごとに 1 回以上、当該保険医療機関全体の精神病床について、当該保険医療機関の所在する都道府県に許可病床数変更の許可申請を行っていること。算定開始月の翌年以降の同じ月における許可病床数は、以下の式で算出される数値以下であること。
- 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の 5 分の 1×当該病棟の算定年数）
- （17） 地域移行機能強化病棟入院料に係る届出を取り下げる際には、許可病床数が以下の式で算出される数値以下であること。
- 届出前月末日時点での精神病床の許可病床数－（当該病棟の届出病床数の 5 分の 1×当該病棟の算定月数÷12）
- （18） 保健所、市区町村の障害福祉担当部署、指定特定相談支援事業者及び指定一般相談支援事業者と連携を有していること。当該保険医療機関の担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を保健所等に文書で情報提供するとともに、保健所等の担当者の氏名及び連絡先の提供を受けていること。
- （19） 平成 31 年 3 月 31 日までの間、平成 30 年 3 月 31 日時点で臨床心理技術者であった者については、公認心理師とみなす。また、平成 31 年 4 月 1 日から当分の間、次のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

- ア 平成 31 年 3 月 31 日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者
- イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

2 重症者加算 1 の施設基準

当該病棟を有する保険医療機関が次のいずれかの要件を満たすこと。

- （1） 精神療養病棟入院料の重症者加算 1 の届出を行っていること。
- （2） 次のいずれかの要件を満たすこと
- ア 精神科救急医療体制整備事業の常時対応型精神科救急医療施設、身体合併症対応施設、地域搬送受入対応施設又は身体合併症後方搬送対応施設であること。
- イ 精神科救急医療体制整備事業の輪番対応型精神科救急医療施設又は協力施設であつて、（イ）又は（ロ）のいずれかに該当すること。
- （イ） 時間外、休日又は深夜における入院件数が年 4 件以上であること。そのうち 1 件以上は、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下重症者加算 1 において同じ。）、市町村、保健所、警察、消防（救急車）からの依頼であること。
- （ロ） 時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年 10 件以上であること。なお、精神科救急情報センター・精神医療相談窓口（精神科救急医療体制整備事業）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）等からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。
- ウ 当該保険医療機関の精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保への協力を行っていること。具体的には（イ）又は（ロ）のいずれかに該当すること。
- （イ） 時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等や精神科救急医療体制整備事業の常時対応型又は輪番型の外来対応施設等）での外来診療又は救急医療機関への診療協力（外来、直直又は対診）を年 6 回以上行うこと。（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）
- （ロ） 精神保健福祉法上の精神保健指定医の公務員としての業務（措置診療等）について、都道府県に積極的に協力し、診療業務等を年 1 回以上行うこと。具体的には、都道府県に連絡先等を登録し、都道府県の依頼による公務員としての業務等に参画し、①から⑤までのいずれかの診療又は業務を年 1 回以上行うこと。
- ① 措置入院及び緊急措置入院時の診療
- ② 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診療
- ③ 精神医療審査会における業務
- ④ 精神科病院への立入検査での診療
- ⑤ その他都道府県の依頼による公務員としての業務

3 届出に関する事項

地域移行機能強化病棟入院料に係る届出は、別添 7 の様式 9、様式 20（作業療法等の経験を有する看護職員及び専従の社会福祉士（身体合併症等を有する患者の退院支援業務のために 2 名の専従の常勤精神保健福祉士に加えて配置する場合に限る。）については、その旨を備考欄に記載すること。）及び様式 57 の 4 を用いること。作業療法士及び精神保健福祉士を看護配置に含める場合には、様式 9 の勤務実績表において、当該作業療法士及び当該精神保

健福祉士を准看護師として記入すること。また、当該届出は平成 32 年 3 月 31 日までに限り行うことができるものであること。

なお、重症者加算 1 について、精神療養病棟入院料の重症者加算 1 の届出を行っている場合は、地域移行機能強化病棟入院料の重症者加算 1 として特に地方厚生（支）局長に対して届出を行う必要はないこと。

別添 5

短期滞在手術等基本料の施設基準等

短期滞在手術等基本料に関する施設基準は、「基本診療料の施設基準等」の他、下記のとおりとする。

- 1 短期滞在手術等基本料 1 に関する施設基準
- (1) 術後の患者の回復のために適切な専用の病床を有する回復室が確保されていること。ただし、当該病床は必ずしも許可病床である必要はない。

(2) 看護師が常時患者 4 人に 1 人の割合で回復室に勤務していること。

(3) 当該保険医療機関が、退院後概ね 3 日間の患者に対して 24 時間緊急対応の可能な状態にあること。又は当該保険医療機関と密接に提携しており、当該手術を受けた患者について 24 時間緊急対応が可能な状態にある保険医療機関があること。

(4) 短期滞在手術等基本料に係る手術が行われる日において、麻酔科医が勤務していること。

(5) 術前に患者に十分に説明し、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」における別紙様式 8 を参考として同意を得ること。
- 2 短期滞在手術等基本料 2 に関する施設基準
- (1) 当該保険医療機関が病院にあっては、一般病棟入院基本料若しくは 7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料、13 対 1 入院基本料、15 対 1 入院基本料、18 対 1 入院基本料又は 20 対 1 入院基本料のいずれかの基準を、有床診療所にあっては有床診療所入院基本料 1 又は 4 の基準を満たしていること。ただし、平成 22 年 3 月 31 日現在において現に届出を行っている有床診療所については、(2)及び(3)の施設基準を満たしている間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

(2) 1 の(3)及び(4)を満たしていること。

(3) 術前に患者に十分に説明し、短期滞在手術等基本料 1 の例により同意を得ること。
- 3 届出に関する事項
- 短期滞在手術等基本料の施設基準に係る届出は、別添 7 の様式 58 を用いること。

(参考)

- ※ 本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。
- 1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。
- 2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。
- 3 「既届出」欄にチェックした場合は、届出年月を記載する。
- 4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基 礎通知	名 称	今回 届出	既届出	算定 しない	様式（別添7）
第1の2	機能強化加算	☐	☐	☐	様式1
2	時間外対応加算	☐	☐	☐	様式2
2の3	地域包括診療加算	☐	☐	☐	様式2の3
2の6	オンライン診療料	☐	☐	☐	様式2の5
2の7	歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準	☐	☐	☐	様式2の6、2の8
3	地域歯科診療支援病院歯科初診料	☐	☐	☐	様式2の8、3
4	歯科外来診療環境体制加算	☐	☐	☐	様式4
4の2	歯科診療特別対応連携加算	☐	☐	☐	様式4の2
5	一般病棟入院基本料	☐	☐	☐	様式5～11
5	療養病棟入院基本料	☐	☐	☐	様式5～11
5	結核病棟入院基本料	☐	☐	☐	様式5～11
5	精神病棟入院基本料	☐	☐	☐	様式5～11
5	特定機能病院入院基本料	☐	☐	☐	様式5～11
5	専門病院入院基本料	☐	☐	☐	様式5～11
5	障害者施設等入院基本料	☐	☐	☐	様式5～11、19
5	有床診療所入院基本料	☐	☐	☐	様式5、12～12の10
5	有床診療所療養病床入院基本料	☐	☐	☐	様式5、12～12の10
第1	総合入院体制加算	☐	☐	☐	様式10、13、13の2
3	超急性期脳卒中加算	☐	☐	☐	様式15
4	診療録管理体制加算	☐	☐	☐	様式17
4の2	医師事務作業補助体制加算	☐	☐	☐	様式13の4、18、18の2
4の3	急性期看護補助体制加算	☐	☐	☐	様式8、9、13の3、18の3
4の4	看護職員夜間配置加算	☐	☐	☐	様式8、9、10、13の3、18の3
5	特殊疾患入院施設管理加算	☐	☐	☐	様式9、19、20
6の2	看護配置加算	☐	☐	☐	様式8、9
7	看護補助加算	☐	☐	☐	様式8、9、10、13の3、18の3
9	療養環境加算	☐	☐	☐	様式22
10	重症者等療養環境特別加算	☐	☐	☐	様式23、23の2
11	療養病棟療養環境加算	☐	☐	☐	様式24、24の2
11の2	療養病棟療養環境改善加算	☐	☐	☐	様式24、24の2
12	診療所療養病床療養環境加算	☐	☐	☐	様式25

施設基 礎通知	名 称	今回 届出	既届出	算定 しない	様式（別添7）
12の2	診療所療養病床療養環境改善加算	☐	☐	☐	様式25
12の3	無菌治療室管理加算	☐	☐	☐	様式26の2
14	緩和ケア診療加算	☐	☐	☐	様式20、27
14の2	有床診療所緩和ケア診療加算	☐	☐	☐	様式20、27の2
15	精神科応急入院施設管理加算	☐	☐	☐	様式9、20、28
16	精神病棟入院時医学管理加算	☐	☐	☐	様式29
16の2	精神科地域移行実施加算	☐	☐	☐	様式30
16の3	精神科身体合併症管理加算	☐	☐	☐	様式31
17	精神科リエゾンチーム加算	☐	☐	☐	様式20、32
17の3	重度アルコール依存症入院医療管理加算	☐	☐	☐	様式32の3
17の4	摂食障害入院医療管理加算	☐	☐	☐	様式32の4
19	栄養サポートチーム加算	☐	☐	☐	様式13の2、34
20	医療安全対策加算	☐	☐	☐	様式35、35の4
21	感染防止対策加算	☐	☐	☐	様式35の2、35の3
21	抗菌薬適正使用支援加算	☐	☐	☐	様式35の5
21の2	患者サポート体制充実加算	☐	☐	☐	様式36
22	痛癢ハイリスク患者ケア加算	☐	☐	☐	様式37、37の2
22の2	ハイリスク妊娠管理加算	☐	☐	☐	様式38
23	ハイリスク分娩管理加算	☐	☐	☐	様式20、38
24の5	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	☐	☐	☐	様式39の3
24の6	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	☐	☐	☐	様式39の3
25	総合評価加算	☐	☐	☐	様式40
26	呼吸ケアチーム加算	☐	☐	☐	様式40の2
26の2	後発医薬品使用体制加算	☐	☐	☐	様式40の3
26の3	病棟薬剤業務実施加算	☐	☐	☐	様式20、40の4
26の4	データ提出加算	☐	☐	☐	様式40の5、40の7、40の8
26の5	入退院支援加算	☐	☐	☐	様式40の9 (特掲別添2) 様式12、12の2
26の6	認知症ケア加算	☐	☐	☐	様式40の10、40の11
26の7	精神疾患診療体制加算	☐	☐	☐	様式40の12
26の8	精神科急性期医師配置加算	☐	☐	☐	様式40の13、53
27	地域歯科診療支援病院入院加算	☐	☐	☐	様式41
第1	救命救急入院料	☐	☐	☐	様式20、42、43
2	特定集中治療室管理料	☐	☐	☐	様式20、42、42の3、43
3	ハイケアユニット入院医療管理料	☐	☐	☐	様式20、44
4	脳卒中ケアユニット入院医療管理料	☐	☐	☐	様式10、20、45
4の2	小児特定集中治療室管理料	☐	☐	☐	様式20、43、43の2、48
5	新生児特定集中治療室管理料	☐	☐	☐	様式20、42の2

施設基 礎通知	名 称	今回 届出	既届出	算定 しない	様式（別添7）
6	総合周産期特定集中治療室管理料	☐	☐	☐	様式20、42の2
7	新生児治療回復室入院医療管理料	☐	☐	☐	様式20、42の2、45の2
8	一類感染症患者入院医療管理料	☐	☐	☐	様式8、9、46
9	特殊疾患入院医療管理料	☐	☐	☐	様式9、20、47
10	小児入院医療管理料	☐	☐	☐	様式9、48～48の3
11	回復期リハビリテーション病棟入院料	☐	☐	☐	様式8、9、20、49～49の7(49の4を除く。)
12	地域包括ケア病棟入院料	☐	☐	☐	様式8、9、10、13の3、18の3、20、50～50の3
13	特殊疾患病棟入院料	☐	☐	☐	様式9、20、24の2、51
14	緩和ケア病棟入院料	☐	☐	☐	様式9、20、52
15	精神科救急入院料	☐	☐	☐	様式8、9、13の3、20、53、54、 (特掲別添2) 様式48
16	精神科急性期治療病棟入院料	☐	☐	☐	様式9、20、53
16の2	精神科救急・合併症入院料	☐	☐	☐	様式9、13の3、20、53、55 (特掲別添2) 様式48
16の3	児童・思春期精神科入院医療管理料	☐	☐	☐	様式9、57
17	精神療養病棟入院料	☐	☐	☐	様式9、20、24の2、55の2、55の3
19	認知症治療病棟入院料	☐	☐	☐	様式9、20、56、(特掲別添2) 様式48
20	特定一般病棟入院料	☐	☐	☐	様式8、9、20、50～50の3、57の2、57の3、(特掲別添2) 様式10
21	地域移行機能強化病棟入院料	☐	☐	☐	様式9、20、24の2、57の4
	短期滞在手術等基本料1	☐	☐	☐	様式58
	短期滞在手術等基本料2	☐	☐	☐	様式58

※様式2の2、5の2、9の2、9の3、9の4、10の4、14、14の2、16、21、26、32の2、33、39、39の2、53の2は欠番