

## 凡　例

■ 本書は、**医科点数表編**（「別紙様式」、「特定保険医療材料に関する告示・通知」、「入院時食事療養及び入院時生活療養に関する告示・通知」を含む。）及び**診療方針に関する法令編**の2部構成となっています。検索の利便を図るため、巻末には**索引**を設けています。

### 医科点数表編

1 医科点数表編においては、告示された点数表の部分は各ページの**左欄**に、それらに関する留意事項や疑義解釈を対応する**右欄**に記載しています。さらに、留意事項や疑義解釈については、原文の検索に便利なよう にその発簡番号を併記しています。

なお、以下の通知の発簡番号については、それぞれ次の記号により表示しています。

① 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

(令 4. 3. 4 保医発 0304 1) ..... 留

② 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

(令 4. 3. 4 保医発 0304 2) ..... 基

③ 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

(令 4. 3. 4 保医発 0304 3) ..... 特

2 点数表がない医療行為でその準用点数が定められているものについては、その類似項目の部分に収載しています。それらは原則として、**左欄**に見出しを『( )』で囲んで記し、点数表自体と区別できるように収載しています。なお、第2章第10部手術においては、「準用元」と異なる区分に収載したものについて『(再掲)』と表示しています。

3 **左欄**における**青網かけ**の部分は、告示等により別に規定があることを示しており、それに対応する規定については、同一の区分内の**右欄**に**青網かけ**として収載しています。

4 従来の疑義解釈通知は照復の形式で出されているため、原文のまま収載することは、実務の場において幅広く活用していただくという本書の趣旨にそわないので、なるべく原文にそってその趣旨を簡単に摘記しています。なお、**右欄**における**網かけ**の部分については、医療課事務連絡であることを示しており、主に算定に関する疑義解釈を収載し、併せてその根拠を示しています。例えば「(平24. 8. 9 その8・問22)」とあるものは、平成24年8月9日発出の医療課事務連絡「疑義解釈資料の送付について(その8)」の問22であることを示しています。

5 別紙様式においては、該当する医科診療報酬点数表の区分番号を、各様式の右上に**網かけ**として表示しています。

### 診療方針に関する法令編

1 診療方針に関する法令編には、保険診療の現場において直接関係の深い事項を採択し分類して収載しています。

2 「II 基本診療料関係」及び「III 特掲診療料関係」中、告示及び通知における施設基準等の各項目について、該当する医科診療報酬点数表の区分番号を**網かけ**として併せて表示しています。

■ 平成20年9月30日保医発第0930007号により、従来地方社会保険事務局長あてに発出されてきた厚生労働省保険局医療課関係の通知等（保険局長、医療課長、歯科医療管理官及び医療指導監査室長が発出した通知及び事務連絡をいう。）のうち地方社会保険事務局長から地方厚生（支）局長に移管される事務に関するもの（以下「通知等」）については、今後、地方厚生（支）局長あてに発出されたものとみなし、通知等の規定中「地方社会保険事務局長」とあるのは「地方厚生（支）局長」と、「地方社会保険事務局」又は「社会保険事務局」とあるのは「地方厚生（支）局」と読み替える取扱いとなっています。

## ■ 医科点数表編のみかた

各頁の左欄には、「診療報酬の算定方法」（点数表告示）による点数表をそのままの順番で掲載しています。

### A 205-2 超急性期脳卒中加算（入院初日） 10,800点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、超急性期脳卒中加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）であって別に厚生労働大臣が定めるものに対して、組織プラスミノーゲン活性化因子を投与した場合又は施設基準に適合しているものとして地方厚生等に届け出た他の保険医療機関の外来において組織プラスミノーゲン活性化因子の投与後にされ、入院治療を行った場合に、入院初日は所定点数に加算する。

ここではこれらが対になっており、右欄の青網かけ部分に具体的な内容（ここでは対象患者）が掲載されています。

各頁の右欄には、左欄の点数表に対応する点数表告示以外の告示や通知、事務連絡（疑義解釈）等を適宜掲載。また、それらの根拠がわかるように、発簡番号（記号）を併記しています。

#### （超急性期脳卒中加算について）

- (1) 超急性期脳卒中加算は脳梗塞と診断された患者であって、発症後4.5時間以内に組織プラスミノーゲン活性化因子を投与した場合又は脳梗塞を発症後4.5時間以内に「基本規格」に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た場合に、組織プラスミノーゲン活性化因子を投与した場合に限り所定点数に加算する。なお、ここでいう入院初日とは、第2部「通則5」に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できません。
- 同一区分内の左欄の青網かけ部分は右欄の青網かけ部分に対するものです。左欄に青網かけ部分がある場合は、右欄の網かけ部分にその具体的な内容が掲載されています。
- (3) 投与を当たっては、日本脳卒中学会脳卒中医療向上・社会保険委員会rt-PA（アルテプラーゼ）静注療法指針改訂部会作成の「rt-PA（アルテプラーゼ）静注療法適正治療指針」を踏まえ適切に行われるよう十分留意する。
- (4) 投与を行う保険医は日本脳卒中学会等の関係学会が行う脳梗塞t-PA適正使用に係る講習会を受講していること。
- (5) 組織プラスミノーゲン活性化因子の投与に当たっては、必要に応じて、薬剤師、診療放射線技師又は臨床検査技師と連携を図ること。
- (6) 組織プラスミノーゲン活性化因子を投与した保険医療機関と投与後に入院で治療を行った保険医療機関が異なる場合の当該診療報酬の請求は、組織プラスミノーゲン活性化因子の投与後に入院治療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。

#### （厚生労働大臣が定める施設基準「注」）

- ◇ 「診療方針に関する法令編」に掲載の「基本診療料の施設基準等」（平成20年3月厚生労働省告示第62号）の第八の六の三(1)を参照。

#### （超急性期脳卒中加算の対象患者「注」）

- ◇ 基本診療料の施設基準等  
第八 入院基本料等加算の施設基準等  
六の三 超急性期脳卒中加算の施設基準等  
(2) 超急性期脳卒中加算の対象患者  
脳梗塞発症後4.5時間以内である患者

（平20.3.5 厚生労働省告示第62号）

（最終改正；令4.3.4 厚生労働省告示第55号）

### K 180 頭蓋骨形成手術【極新】

算定に関する情報をお問い合わせください。上の略号のように区分全体に付いている場合は、区分中全てのものに適用されます。また、下の略号のように個々の項目に付いている場合は、そのものだけに適用されることになります。記号・略号の一覧については、次頁をご覧ください。

1 頭蓋骨のみのもの	17,550点
2 硬膜形成を伴うもの	23,660点
3 骨移動を伴うもの【施基届】	40,950点

注 3については、先天奇形に対して行われた場合に限り算定する。

### K 282-2 後発白内障手術

（後発白内障切開術（観血的））

1,380点

準用項目については、他の項目と違いがわかるように『( )』で囲んで表示しています。

- ◇ 後発白内障切開術（観血的）はK 282-2後発白内障手術に準じて算定する。

右欄で「◆」で示されているものは、告示等で定められている算定ルールを簡略表示したもので、(上の「◆」は区分中全体に適用、下の「◆」は個々の項目のみに適用。)

#### ◆ K 932創外固定器加算対象

K 476-4 ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）【施基届】

25,000点

#### (ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）について)

- (1) 乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者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。留  
(2) 乳腺腫瘍患者若しくは遺伝性乳癌卵巣癌症候群患者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。

##### ア 一次一期的再建の場合

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は、術前診断においてStage II以下で、皮膚浸潤・大胸筋浸潤や一度のリンパ節転移を認めかい。

- イ 一 診療報酬明細書（レセプト）や診療録（カルテ）への記載等に関する要件については、見落とさないように、「診療報酬明細書」は青いゴシックで、「診療録」は黒ゴシックで強調して表示しています。

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。留

- 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。留

#### （診療報酬明細書「摘要」欄への記載事項）

[473] 「（ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）について）」の(2)のアからウまで規定するものの中から該当するものを選択して記載すること。

診療報酬明細書（レセプト）の「摘要」欄への記載が定められているものについて表示しています。詳細については下の「診療報酬明細書「摘要」欄への記載事項について」をご覧ください。

### ■ 医科点数表編における記号・略号の一覧

【短3】	短期滞在手術等基本料3対象検査、手術、放射線治療 →第1章第2部入院料等の「通則3」参照
【乳呼】	乳幼児呼吸管理材料加算対象在宅療養指導管理料 →第2章第2部在宅医療の第2節第2款の「通則3」参照
【迅】	外来迅速検体検査加算対象検査 →第2章第3部検査の第1節第1款の「通則3」参照
【外化】	外来化学療法加算対象注射 →第2章第6部注射の「通則6」参照
【乳幼】	耳鼻咽喉科乳幼児処置加算対象処置 →第2章第9部処置の「通則7」参照
【小抗】	耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算対象処置 →第2章第9部処置の「通則8」参照
【施基届】	施設基準設定手術（要届出） →第2章第10部手術の「通則4」参照
【施基】	施設基準設定手術 →第2章第10部手術の「通則4」参照
【性施届】	施設基準設定手術（要届出）（別に厚生労働大臣が定める患者に対して行う場合） →第2章第10部手術の「通則4」参照

【掲示】	施設基準設定手術 →第2章第10部手術の「通則5」参照
【掲示循】	施設基準設定手術 →第2章第10部手術の「通則5」参照
【掲示胸】	施設基準設定手術 →第2章第10部手術の「通則5」参照
【掲示腹】	施設基準設定手術 →第2章第10部手術の「通則5」参照
【乳掲】	施設基準設定手術 →第2章第10部手術の「通則6」参照
【極新】	極低出生体重児・新生児加算対象手術 →第2章第10部手術の「通則7」参照
【郭清】	頸部郭清術加算対象手術 →第2章第10部手術の「通則9」参照
【不減】	施設基準不適合減算対象手術 →第2章第10部手術の「通則16」参照
【内施届】	施設基準設定手術（要届出） →第2章第10部手術の「通則18」参照
【遺施届】	施設基準設定手術（要届出） →第2章第10部手術の「通則19」参照

### ■ 診療報酬明細書「摘要」欄への記載事項について

「診療報酬請求書等の記載要領等について（記載要領通知）」の「別表I」及び「別表III」において特に診療報酬明細書（レセプト）の「摘要」欄への記載が定められているものについて、診療行為ごとに表示しています。「【 】」で囲んだ数字のみのものは「別表I」における項目番号を表し、IIIに続けて数字を表示したものは「別表III」における項目番号を表しています。なお、「別表III」の項目番号に「※」を附したものは「別表I」の記載事項と重複しているため、「別表III」を用いた記載がされていればよく、「別表I」を用いた記載は省略して差し支えないとされています。これらの項目番号の後に記載事項を示しています。レセプト電算処理システム用コード及び当該コードによるレセプト表示文言については省略しています。

# 本書サポートサービス「Web追補」について

- Web追補とは、発刊後の本書の内容に変更・訂正等が生じた場合に、原則として月1回、変更箇所を示した一覧表を当社ウェブサイト上にて公開する無料のサービスです。
- 当社ウェブサイトに設置の特別サイト「診療報酬関連情報ナビ」においてPDF形式にて掲載します。フルカラーで見やすく、冒頭には変更・訂正等の根拠及び適用日等を明示しています。
- 診療報酬関連の規定については、本書発刊後も一部改正等が行われるため、新たな検査項目や特定保険医療材料の追加などにより、本書の内容に変更が生じることがあります。Web追補は、本書を使用している方に常に最新の情報で実務を行っていただくことを目的としたサービスです。ぜひご利用ください。



## 利用方法

### STEP 1

下記のURL又は右のQRコードからアクセスしてください。  
特別サイト「診療報酬関連情報ナビ」へ移動します。



### STEP 2

サイト内の「Web追補」コーナーに掲載月順にリストアップしていくので、お調べになりたい月のWeb追補を選択してご利用ください。

## 特別サイト「診療報酬関連情報ナビ」のご案内

- 診療報酬関連情報ナビは、本書をサポートするために設置された特別サイトで「Web追補」と「診療報酬関連情報データベース」の2本立ての構成です。ご利用はすべて無料です。
- 「診療報酬関連情報データベース」は、本書発刊後に発出された診療報酬関連の最新情報（告示・通知等）を公布日（発簡日）順にリストアップしたもので、告示・通知等を簡単に検索できるサービスです。診療報酬にまつわる多岐にわたる情報をリアルタイムで提供していきます。「Web追補」冒頭に記載された変更・訂正等の根拠となる告示・通知等について検索することも可能です。

診療報酬関連情報ナビへは、下記URLからお越しください。

<https://www.shaho.co.jp/publication/navi/>

Twitterでは、医療図書のご案内や追補などの情報提供、その他審議会などの情報をお知らせします。



『医科点数表の解釈』編集部

@ika\_kaishaku

[https://twitter.com/ika\\_kaishaku](https://twitter.com/ika_kaishaku)



# 医科診療報酬点数表

初・再診料	医学管理等 在宅医療
入院料等	検査 画像診断
入院基本料	投薬 注射
入院基本料等加算	リハビリ 精神科専門
特定入院料	処置 手術
短期滞在手術等基本料	麻酔 放射線治療
基本診療料(参考)	病理診断 入所者診療
	経過措置

## 診療報酬の算定方法

### ○厚生労働省告示第59号

健康保険法（大正11年法律第70号）第76条第2項（同法第149条において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）第71条第1項の規定に基づき、診療報酬の算定方法を次のように定め、平成20年4月1日から適用し、診療報酬の算定方法（平成18年厚生労働省告示第92号）は、平成20年3月31日限り廃止する。ただし、この告示の別表第一区分番号A100の注1ただし書、区分番号A102の注1ただし書及び区分番号A105の注1ただし書に係る規定は、平成20年7月1日から適用し、同年3月31において現にこの告示による廃止前の診療報酬の算定方法（平成18年厚生労働省告示第92号）の別表第一区分番号A308に係る届出を行っている病棟であって、この告示の別表第一区分番号A308に係る届出を行っていないものにおける回復期リハビリテーション病棟入院料の算定については、同年9月30日までの間は、なお従前の例による。

平成20年3月5日 厚生労働大臣 拝添要一

一部改正；

平成20年6月30日	厚生労働省告示第349号（平成20年7月1日から適用）
平成20年9月30日	厚生労働省告示第468号（平成20年10月1日から適用）
平成22年3月5日	厚生労働省告示第69号（平成22年4月1日から適用）
平成24年3月5日	厚生労働省告示第76号（平成24年4月1日から適用）
平成25年1月18日	厚生労働省告示第6号（平成25年4月1日から適用）
平成26年3月5日	厚生労働省告示第57号（平成26年4月1日から適用）
平成26年11月21日	厚生労働省告示第439号（平成26年11月25日から適用）
平成28年3月4日	厚生労働省告示第52号（平成28年4月1日から適用）
平成30年3月5日	厚生労働省告示第43号（平成30年4月1日から適用）
平成30年12月28日	厚生労働省告示第432号（平成31年1月1日から適用）
令和元年8月19日	厚生労働省告示第85号（令和元年10月1日から適用）
令和2年3月5日	厚生労働省告示第57号（令和2年4月1日から適用）
令和3年7月30日	厚生労働省告示第292号（令和3年8月1日から適用）
令和4年3月4日	厚生労働省告示第54号（令和4年4月1日から適用）

### ○厚生労働省告示第54号

健康保険法（大正11年法律第70号）第76条第2項（同法第149条において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）第71条第1項の規定に基づき、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）の一部を次のように改正し、令和4年4月1日から適用する。ただし、同年3月31において現にこの告示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の1のへに係る届出を行っている保険医療機関の病棟については、急性期一般入院料6の算定に係る規定は、同年9月30日までの間、なおその効力を有するものとし、同年3月31において現に旧算定方法別表第一区分番号A308の5又は6に係る届出を行っている保険医療機関の病棟については、回復期リハビリテーション病棟入院料5又は回復期リハビリテーション病棟入院料6の算定に係る規定は、令和5年3月31日までの間、なおその効力を有するものとする。

## 診療報酬の算定方法

- 1 健康保険法第63条第3項第一号に規定する保険医療機関に係る療養（高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高齢者医療確保法」という。）の規定による療養を含む。以下同じ。）に要する費用の額は、歯科診療以外の診療にあっては別表第一医科診療報酬点数表により、歯科診療にあっては別表第二歯科診療報酬点数表により算定するものとする。ただし、別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養（健康保険法第63条第1項第五号に掲げる療養（同条第2項に規定する食事療養、生活療養、評価療養、患者申出療養及び選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第1項第一号から第三号までに掲げる療養並びに高齢者医療確保法第64条第1項第五号に掲げる療養（同条第2項に規定する食事療養、生活療養、評価療養、患者申出療養及び選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第1項第一号から第三号までに掲げる療養に限る。）に要する費用の額は、当該療養を提供する病院の病棟ごとに別に厚生労働大臣が定めるところにより算定するものとする。
- 2 保険医療機関に係る療養に要する費用の額は、1点の単価を10円とし、別表第一又は別表第二に定める点数を乗じて算定するものとする。
- 3 健康保険法第63条第3項第一号に規定する保険薬局に係る療養に要する費用の額は、別表第三調剤報酬点数表により、1点の単価を10円とし、同表に定める点数を乗じて算定するものとする。
- 4 前3号の規定により保険医療機関又は保険薬局が毎月分につき保険者（高齢者医療確保法第7条第2項に規定する保険者をいう。）又は後期高齢者医療広域連合（同法第48条に規定する後期高齢者医療広域連合をいう。）ごとに請求すべき療養に要する費用の額を算定した場合において、その額に1円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算するものとする。
- 5 特別の事由がある場合において、都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合における療養に要する費用の額は、前各号により算定した額に当該療養担当手当の額を加算して算定するものとする。
- 6 前各号の規定により保険医療機関又は保険薬局において算定する療養に要する費用の額は、別に厚生労働大臣が定める場合を除き、介護保険法（平成9年法律第123号）第62条に規定する要介護被保険者等については、算定しないものとする。
- 7 別表第一から別表第三までにおける届出については、届出を行う保険医療機関又は保険薬局の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うものとする。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うものとする。

## 医科診療報酬点数表

### 第1章 基本診療料

#### 基本診療料

##### (基本診療料について)

- (1) 1人の患者について療養の給付に要する費用は、第1章基本診療料及び第2章特掲診療料又は第3章介護老人保健施設入所者に係る診療料の規定に基づき算定された点数の総計に10円を乗じて得た額とする。 留
- (2) 基本診療料は、簡単な検査（例えば、血圧測定検査等）の費用、簡単な処置の費用等（入院の場合には皮内、皮下及び筋肉内注射並びに静脈内注射の注射手技料等）を含んでいる。 留
- (3) 基本診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（令和4年厚生労働省告示第55号）」による改正後の「基本診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第62号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。 留
- (4) 「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和4年厚生労働省告示第54号）による改正後の診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせて標榜する場合も含むものである。 留
- (5) 署名又は記名・押印を要する文書については、自筆の署名（電子的な署名を含む。）がある場合には印は不要である。 留

##### (基本診療料の性格と内容)

- (1) 基本診療料としては、第1部初・再診料及び第2部入院料等が設けられているが、これは、医療という一連のサービスを初・再診及び入院診療の2つの基本的関連においてとらえ、それぞれ初診若しくは再診の際及び入院診療の際に行われる診察行為又は入院サービスの費用のほかに、通常初診若しくは再診の際又は入院の際に行われる基本的な診療行為の費用も一括して基本診療料として支払うという方式をとっている。従って、基本診療料として支払われる診療内容には、簡単な検査（例えば血圧測定検査等）の費用、入院の場合の皮内、皮下及び筋肉内並びに静脈内注射の注射手技料、簡単な物理療法の費用、簡単な処置の費用等を含んでいる。

また、第2部入院料等の入院基本料は、従前の入院環境料、看護料、入院時医学管理料等を統合・簡素化し、基本的な入院医療の体制を総合的に評価したものであり、特定入院料、短期滞在手術等基本料には入院基本料が包括されている。このため、入院基本料、特定入院料及び短期滞在手術等基本料には、療養環境（寝具等を含む。）の提供、看護師等の確保及び医学的管理の確保等に要する費用は、特に規定する場合を除き含まれている。

- (2) 基本診療料は、初診、再診及び入院診療の際（特に規定する場合を除く。）に原則として必ず算定できるのであって、仮に簡単な診療行為を全く行わない場合においても所定の点数を算定できるものである。例えば、初診料は288点であり、初診の際に算定できるのであるが、初診の際に診察だけで終り、検査も注射もしなかった場合においても、288点として算定できる。

また、逆に基本診療料として一括して支払われる簡単な診療行為を何回やっても、何種類やっても基本診療料の所定点数しか算定できない。

##### (基本診療料と特掲診療料との関係)

- ◇ 基本診療料として一括して支払うことが適当でない特殊な診療行為の費用は、第2章特掲診療料に定められているが、特掲診療料が設定されている診療行為及びそれらに準ずる特殊な診療行為を行った場合は、それぞれ特掲診療料を基本診療料のほかに算定できるものである。従って、1人の患者に対する診療報酬は、基本診療料と特掲診療料を合算した額となる。

##### (明細書の記載)

- ◇ 基本診療料として一括して算定される簡単な診療行為を行った場合においては、診療録に必要な記載をすることは当然であるが、診療報酬の請求に当っては原則としてその内容を明細書に記載する必要はない。

##### (基本診療料に関する事務連絡)

- 問 カンファレンス等の実施について、複数のカンファレンス等を同時に実施することは

可能か。

答 それぞれの要件を満たしていれば可能である。ただし、実施の記録の管理を適切に行うこと。  
(令 4. 3.31 その1・問253)

問 オンライン会議システムやe-learning形式等を活用し、研修を実施することは可能か。

答 可能。なお、オンライン会議システム、動画配信やe-learning形式を活用して研修を実施する場合は、それぞれ以下の点に留意すること。

<オンライン会議システムを活用した実施に係る留意点>

○ 出席状況の確認

(例)

- 受講生は原則として、カメラをオンにし、講義中、事務局がランダムな時間でスクリーンショットを実施し、出席状況を確認すること。
- 講義中、講師等がランダムにキーワードを表示し、受講生に研修終了後等にキーワードを事務局に提出させること。

○ 双方向コミュニケーション・演習方法

(例)

- 受講生からの質問等については、チャットシステムや音声発信を活用すること。
- ブレイクアウトルーム機能を活用してグループごとに演習を実施後、全体の場に戻って受講生に検討内容を発表させること。

○ 理解度の確認

(例)

- 確認テストを実施し、課題を提出させること。

<動画配信又はe-learning形式による実施に係る留意点>

○ 研修時間の確保・進捗の管理

(例)

- 主催者側が、受講生の学習時間、進捗状況、テスト結果を把握すること。
- 早送り再生を不可とし、全講義の動画を視聴しなければレポート提出ができないようにシステムを構築すること。

○ 双方向コミュニケーション

(例)

- 質問を受け付け、適宜講師に回答を求めるとともに、質問・回答について講習会のWebページに掲載すること。
- 演習を要件とする研修については、オンライン会議システムと組み合わせて実施すること。

○ 理解度の把握

(例)

- 読み飛ばし防止と理解度の確認のため、講座ごとに知識習得確認テストを設定すること。

(令 4. 3.31 その1・問257)

## 第1部 初・再診料

### 通 則

1 健康保険法第63条第1項第1号及び高齢者医療確保法第64条第1項第1号の規定による初診及び再診の費用は、第1節又は第2節の各区分の所定点数により算定する。ただし、同時に2以上の傷病について初診を行った場合又は再診を行った場合には、区分番号A000に掲げる初診料の注5のただし書、区分番号A001に掲げる再診料の注3及び区分番号A002に掲げる外来診療料の注5に規定する場合を除き、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は、1回として算定する。

2 歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関にあっては、歯科診療及び歯科診療以外の診療につき、それぞれ別に初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。

3 入院中の患者（第2部第4節に規定する短期滞在手術等基本料を算定する患者を含む。）に対する再診の費用（区分番号A001に掲げる再診料の注5及び注6に規定する加算並びに区分番号A002に掲げる外来診療料の注8及び注9に規定す

### (同時に2以上の傷病について行った初診・再診、2以上の保険医等の初診・再診の取扱い)

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

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

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

### (対診を行った場合の初診の取扱い)

◇ 1保険医療機関において診療を受けている患者につき、他の保険医療機関の保険医が対診を行った場合は、対診を行った保険医が勤務する保険医療機関においても、当該患者につき別個の初診料を算定することができる。（昭32.7.31 保険発112）

### (初診又は再診に附隨する一連の行為の取扱い)

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

ア 初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合

イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来た場合

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

### (保険医の診療日以外の日に実施した点滴・処置等に係る薬剤、特定保険医療材料等)

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

### (算定回数の単位について)

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

### (医科歯科併設の保険医療機関における初診料又は再診料（外来診療料）の取扱い)

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

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

### (入院患者の再診の費用及び他科での再診)

◇ 医療法（昭和23年法律第205号）に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中にあっては、再診料（外来診療料を含む。）（ただし、A001再診料の「注5」及び「注6」に規定する加算並びにA002外来診療料の「注8」及び「注9」に規定する加算を除く。）は算定できない。また、入院中の患者が当該入

る加算を除く。)は、第2部第1節、第3節又は第4節の各区分の所定点数に含まれるものとする。

院の原因となった傷病につき、診療を受けた診療科以外の診療科で、入院の原因となつた傷病以外の傷病につき再診を受けた場合においても、再診料（外来診療料を含む。）は算定できない。なお、この場合において、再診料（外来診療料を含む。）（ただし、A001再診料の「注5」及び「注6」に規定する加算並びにA002外来診療料の「注8」及び「注9」に規定する加算を除く。）以外の検査、治療等の費用の請求については、**診療報酬明細書**は入院用を用いる。

留

## 第1節 初 診 料

### 区分

#### A000 初診料

288点

注1 保険医療機関において初診を行った場合に算定する。ただし、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地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、情報通信機器を用いた初診を行った場合には、251点を算定する。

### (算定の原則)

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

留

### (情報通信機器を用いた診療)

- ◇ 「注1」のただし書に規定する情報通信機器を用いた診療については、以下のアからキまでの取扱いとする。

- ア 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下「オンライン指針」という。）に沿って情報通信機器を用いた診療を行った場合に算定する。なお、この場合において、診療内容、診療日及び診療時間等の要点を**診療録**に記載する。
- イ 情報通信機器を用いた診療は、原則として、保険医療機関に所属する保険医が保険医療機関内で実施する。なお、保険医療機関外で情報通信機器を用いた診療を実施する場合であっても、オンライン指針に沿った適切な診療が行われるものであり、情報通信機器を用いた診療を実施した場所については、事後的に確認可能な場所であること。
- ウ 情報通信機器を用いた診療を行う保険医療機関について、患者の急変時等の緊急時には、原則として、当該保険医療機関が必要な対応を行う。ただし、夜間や休日など、当該保険医療機関がやむを得ず対応できない場合については、患者が速やかに受診できる医療機関において対面診療を行えるよう、事前に受診可能な医療機関を患者に説明した上で、以下の内容について、**診療録**に記載しておく。

(イ) 当該患者に「かかりつけの医師」がいる場合には、当該医師が所属する医療機関名

(ロ) 当該患者に「かかりつけの医師」がない場合には、対面診療により診療できない理由、適切な医療機関としての紹介先の医療機関名、紹介方法及び患者の同意

エ オンライン指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関においては、対面診療を提供できる体制を有すること。また、「オンライン診療を行った医師自身では対応困難な疾患・病態の患者や緊急性がある場合については、オンライン診療を行った医師がより適切な医療機関に自ら連絡して紹介することが求められる」とされていることから、患者の状況によって対応することが困難な場合には、ほかの医療機関と連携して対応できる体制を有すること。

オ 情報通信機器を用いた診療を行う際には、オンライン指針に沿って診療を行い、オンライン指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療がオンライン指針に沿った適切な診療であることを**診療録**及び**診療報酬明細書**の摘要欄に記載する。また、処方を行う際には、オンライン指針に沿って処方を行い、一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方がオンライン指針に沿った適切な処方であることを**診療録**及び**診療報酬明細書**の摘要欄に記載する。

カ 情報通信機器を用いた診療を行う際は、予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

キ 情報通信機器を用いた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。

留

### (診療報酬明細書「摘要」欄への記載事項)

【1】初診の後、当該初診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該初診日が前月である場合→第1章第1部「通則」の「(初診又は再診に附隨する一連の行為の取扱い)」のアからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。

【1】注5のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を算定した場合→2つ目の診療科の診療科名を記載すること。

【1】情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合→当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。

【1】情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合→一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であることを記載すること。

#### (情報通信機器を用いた診療に関する事務連絡)

問 情報通信機器を用いた診療を実施する場合、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徴収できることとされている。当該費用の徴収に当たって、患者から署名により同意を得ることとされているが、電子署名法上の電子署名又はこれに準ずる方法（患者本人による同意であることなどが担保されている方法）を用いることにより同意を得ることは可能か。

答 可能。 (令 3. 1.19 その48・問2)

問 A000初診料の「注1」のただし書に規定する情報通信機器を用いた初診を行った結果、医師が続けて対面診療を行う必要があると判断し、患者に来院して対面診療を受けるよう指示し、同日に当該保険医療機関において対面診療を行った場合の初診料の算定は、どのように考えればよいか。

答 A000初診料288点のみを算定すること。 (令 4. 3.31 その1・問1)

#### (厚生労働大臣が定める施設基準「注1」)

◇ 「診療方針に関する法令編」に掲載の「基本診療料の施設基準等」（平成20年3月厚生労働省告示第62号）の第三の一の三を参照。

#### (2ヵ所診療所開設の場合の初診料)

- (1) 同一人が2ヵ所の診療所（本院、分院）を開設している場合（保険医と開設者は同一人）において、分院で初診した患者を同一疾病について本院で診療した場合、本院では実際に当該患者について医学的に初診といわれる診療行為があったとは考えられないでの、本院における初診料は算定できない。 (昭35. 7.27 保文発6083)
- (2) 分院で診療中の患者から直接本院に往診の請求があった場合の初診料の取扱いも(1)と同様である。 (昭35. 7.27 保文発6083)
- (3) 同一患者に対し、本院、分院にわたって診療を行った場合における診療報酬請求・明細書は、本院分、分院分にそれぞれ区分して2枚作成する。(昭35. 7.27 保文発6083)
- (4) 2診療所を開設している保険医が、本院で患者を初診し、同日容態悪化のため分院で往診依頼を受けて往診した場合の初診料は同一保険医の診察であるから算定できない。 (昭38. 2. 1 保文発 41)

#### (異和の主訴により診察した結果疾病を認めなかった場合の取扱い)

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

#### (健康診断の取扱い)

- (1) 自他覚的症状がなく健康診断を目的とする受診により疾患が発見された患者について、当該保険医が、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、初診料は算定できない。  
ただし、当該治療（初診を除く。）については、医療保険給付対象として診療報酬を算定できる。 (昭35. 7.27 保文発6083)
- (2) (1)にかかわらず、健康診断で疾患が発見された患者が、疾患を発見した保険医以外の保険医（当該疾患を発見した保険医の属する保険医療機関の保険医を除く。）において治療を開始した場合には、初診料を算定できる。 (昭35. 7.27 保文発6083)

#### (労災保険、健康診断、自費等で治療中又は入院中に保険診療を受けた場合の取扱い)

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

#### (検査又は画像診断を他に依頼した場合の取扱い)

◇ A保険医療機関には、検査又は画像診断の設備がないため、B保険医療機関（特別の関係（第2部「通則5」の「特別の関係にある保険医療機関について」に規定する「特別の関係」をいう。以下同じ。）にあるものを除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合には、次のように取り扱うものとする。（第2章第1部医学管理等のB009診療情報提供料（I）の「（診療情報提供料（I）について）」の(5)から(7)までを参照。）

に参加し、それらの者と共同で療養上必要な指導を行った場合に、月2回に限り算定する。

- (3) 当該カンファレンスは、1者以上が患者に赴きカンファレンスを行う場合には、その他の関係者は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。
- (4) (3)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。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に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。  
留
- (5) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、カンファレンスを行い、当該カンファレンスで共有した当該患者の診療情報を踏まえた療養上必要な指導を行った場合に、当該指導を行った日に算定することとし、**A000初診料**、**A001再診料**、**C001在宅患者訪問診療料（I）**又は**C001-2在宅患者訪問診療料（II）**は併せて算定できない。また、必要に応じ、カンファレンスを行った日以降に当該指導を行う必要がある場合には、カンファレンスを行った日以降できる限り速やかに指導を行う。
- なお、当該指導とは、**C001在宅患者訪問診療料（I）**又は**C001-2在宅患者訪問診療料（II）**を算定する訪問診療とは異なるものであるが、例えば、当該指導とは別に継続的に実施している訪問診療を当該指導を行った日と同一日に行う場合には、当該指導を行った日において**C001在宅患者訪問診療料（I）**又は**C001-2在宅患者訪問診療料（II）**を併せて算定することは可能である。  
留
- (6) 当該在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定する場合には、カンファレンスの実施日及び当該指導日を**診療報酬明細書**に記載する。  
留
- (7) 当該カンファレンスは、原則として患者で行うこととするが、患者又は家族が患者以外の場所でのカンファレンスを希望する場合はこの限りでない。  
留
- (8) 在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医は、当該カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を**診療録**に記載する。  
留

#### （診療報酬明細書「摘要」欄への記載事項）

**[I95]** カンファレンスを実施した年月日及びカンファレンスの参加者と共同で療養上必要な指導を行った年月日を記載すること。

#### （在宅患者緊急時等カンファレンス料に関する事務連絡）

問 在宅患者緊急時等カンファレンス料について、カンファレンスを主催する保険医療機関の保険医と当該保険医療機関自ら訪問看護指示書を出した訪問看護ステーションの看護師の二者でカンファレンスを行った場合であっても、在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定できるのか。

答 算定できる。

（平20.3.28 問93）

#### C012 在宅患者共同診療料

1 往診の場合	1,500点
2 訪問診療の場合（同一建物居住者以外）	1,000点
3 訪問診療の場合（同一建物居住者）	240点

注1 1については、在宅療養後方支援病院（在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。）（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者であって通院が困難なもの（当該在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望するものに限る。以下この区分番号において同じ。）に対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて共同で往診を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

2 2については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾

(1) 在宅患者共同診療料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のためには通院による療養が困難かつ在宅療養後方支援病院を緊急時の搬送先として希望する患者に対して、在宅療養後方支援病院が、在宅医療を提供する医療機関（以下「連携医療機関」という。）からの求めに応じて共同で往診又は訪問診療を行った場合に算定する。  
留

(2) 在宅療養後方支援病院は、訪問診療を行った後に、連携医療機関と十分情報交換を行った上で計画を策定する。  
留

(3) 15歳未満の人工呼吸器装着患者、15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20キログラム未満の患者又は神経難病等の患者を対象とする場合については、当該診療料を1年に12回算定することができる。  
留

#### （診療報酬明細書「摘要」欄への記載事項）

**[I96]** 初回算定年月日を記載すること。

**[I96]** 15歳未満の人工呼吸器装着患者、15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20キログラム未満の患者又は神経難病等の患者を対象とした場合→当該診療の初回算定年月日及び初回からの通算算定期数（当該月に実施されたものを含む。）を記載すること。

#### （在宅患者共同診療料に関する事務連絡）

問 C012在宅患者共同診療料について、在宅療養後方支援病院又は在宅医療を担う保険医療機関を変更した場合に1年間の起算日はどのように考えるのか。

答 医療機関が変更されたかどうかにかかわらず、当該患者に対して最初に算定された日を起算日とする。  
（平26.3.31 その1・問62）

問 C012在宅患者共同診療料について、在宅を担当している医療機関と共同で往診又は訪問診療を行った場合に、最初に算定を行った日から起算して1年内に2回までに限り算定することとされているが、最初に診療を行った日から起算して1年間が経過すれば更に年2回算定できるのか。

病等を有する患者以外の患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同日に訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除く。）であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

3 3については、在宅療養後方支援病院（許可病床数が400床未満の病院に限る。）が、在宅で療養を行っている別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者以外の患者（同一建物居住者に限る。）であって通院が困難なものに対して、当該患者に対する在宅医療を担う他の保険医療機関からの求めに応じて計画的な医学管理の下に定期的に訪問して共同で診療を行った場合に、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて2回に限り算定する。

4 注1から注3までの規定にかかわらず、在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣が定める疾病等を有する患者に対して行った場合については、1から3までのいずれかを最初に算定した日から起算して1年以内に、患者1人につき1から3までを合わせて12回に限り算定する。

5 往診又は訪問診療に要した交通費は、患家の負担とする。

答 その通り。

(平26.3.31 その1・問63)

問 C012在宅患者共同診療料について、患者が入院した場合に算定の起算日はどのように考えるのか。

答 入院の有無にかかわらず、当該患者に対して最初に算定された日を起算日とする。

(平26.3.31 その1・問64)

#### (厚生労働大臣が定める施設基準「注1」)

◇ 「診療方針に関する法令編」に掲載の「特掲診療料の施設基準等」（平成20年3月厚生労働省告示第63号）の第四の五の(1)を参照。

#### (在宅患者共同診療料に規定する厚生労働大臣が定める疾病等「注1」、「注2」、「注3」、「注4」)

◇ 特掲診療料の施設基準等

##### 第四 在宅医療

###### 五の二 在宅療養後方支援病院の施設基準等

(2) 在宅患者共同診療料に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等

基本診療料の施設基準等別表第十三に掲げる疾病等

(平20.3.5 厚生労働省告示第63号)

(最終改正；令4.3.4 厚生労働省告示第56号)

◇ 基本診療料の施設基準等

別表第十三 在宅患者緊急入院診療加算に規定する別に厚生労働大臣が定める疾病等

多発性硬化症

重症筋無力症

スモン

筋萎縮性側索硬化症

脊髄小脳変性症

ハンチントン病

進行性筋ジストロフィー症

パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））

多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・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

慢性炎症性脱髓性多発神経炎

後天性免疫不全症候群

頸髄損傷

15歳未満の者であって人工呼吸器を使用している状態のもの又は15歳以上のものであって人工呼吸器を使用している状態が15歳未満から継続しているもの（体重が20キログラム未満である場合に限る。）

(平20.3.5 厚生労働省告示第62号)

(最終改正；令4.3.4 厚生労働省告示第55号)

#### (在宅患者訪問褥瘡管理指導料について)

(1) 在宅患者訪問褥瘡管理指導料は、在宅褥瘡管理に係る専門的知識・技術を有する在宅褥瘡管理者を含む多職種からなる在宅褥瘡対策チームが、褥瘡予防や管理が難しく重点的な褥瘡管理が必要な者に対し、褥瘡の改善等を目的として、共同して指導管理を行うことを評価したものであり、褥瘡の改善等を目的とした指導管理のための初回訪問から起算して、当該患者1人について6月以内に限り、カンファレンスを実施した場合に3回を限度に所定点数を算定することができる。なお、当該指導料を算定した場合、初回訪問から1年以内は当該指導料を算定することはできない。

(2) 重点的な褥瘡管理が必要な者は、ベッド上安静であって、既にDESIGN-R2020による深さの評価がd2以上の褥瘡を有する者であって、かつ、次に掲げるアからオまでのいずれかを有する者をいう。

ア 重度の末梢循環不全のもの

イ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要であるもの

ウ 強度の下痢が続く状態であるもの

エ 極度の皮膚脆弱であるもの

オ 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用が必要であるもの

#### C013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料

750点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、重点的な褥瘡管理を行う必要が認められる患者（在宅での療養を行っているものに限る。）に対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医、管理栄養士又は当該保険医療機関以外の管理栄養士及び看護師又は連携する他の保険医療機関等の看護師が共同して、褥瘡管理に関する計画的な指導管理を行った場合には、初回のカンファレンスから起算して6月以内に限り、当該患者1人につき3回に限り所定点数を算定する。

2 分区番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(I), 分区番号C001-2に掲げる在宅患者訪問

留

留

診療料（Ⅱ）、区分番号C005に掲げる在宅患者訪問看護・指導料又は区分番号C009に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料は別に算定できない。ただし、カンファレンスを行う場合にあっては、この限りでない。

(3) 在宅褥瘡対策チームは、褥瘡の改善、重症化予防、発生予防のための以下の計画的な指導管理を行う。

ア 初回訪問時に、在宅褥瘡管理者を含む在宅褥瘡対策チームの構成員の他、必要に応じて当該患者の診療を行う医療関係職種が患者に一堂に会し、褥瘡の重症度やリスク因子についてのアセスメントを行い、褥瘡の指導管理方針について、カンファレンス（以下「初回カンファレンス」という。）を実施し、在宅褥瘡診療計画を立案する。

イ 初回カンファレンス実施後、評価のためのカンファレンスの実施までの間、在宅褥瘡対策チームの各構成員は、月1回以上、計画に基づき、適切な指導管理を行い、その結果について情報共有する。

ウ 初回訪問後3月以内に、褥瘡の改善状況、在宅褥瘡診療計画に基づく指導管理の評価及び必要に応じて見直し（以下「評価等」という。）のためのカンファレンスを行う。2回目のカンファレンスにおいて評価等の結果、更に継続して指導管理が必要な場合に限り、初回カンファレンスの後4月以上6月以内の期間に3回目のカンファレンスにおいて評価等を実施することができる。なお、3回目のカンファレンスでの評価等は、2回目のカンファレンスの評価等の実施日から起算して3月以内に実施しなければならない。  
留

(4) 初回カンファレンス及び2回目以降のカンファレンスは、関係者全員が患者に赴き実施することが原則であるが、以下のいずれも満たす場合は、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 当該カンファレンスに、当該保険医療機関から在宅褥瘡対策チームの構成員として複数名参加すること

イ 当該保険医療機関の在宅褥瘡対策チームの構成員のうち、1名以上は患者に赴きカンファレンスを行っていること  
留

(5) (4)において、患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ている。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に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。  
留

(6) カンファレンス及び月1回以上の指導管理の結果を踏まえ、在宅褥瘡対策チームにおいて「別紙様式43」又はこれに準じた在宅褥瘡診療計画を作成し、その内容を患者等に説明するとともに、診療録に添付する。  
留

(7) 「注1」について、当該保険医療機関以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士は、当該保険医療機関の保険医の指示に基づき、管理指導を実施する。  
留

(8) 「注1」については、初回カンファレンスを実施した場合に算定する。

なお、初回カンファレンス以降に在宅褥瘡対策チームの各構成員が月1回以上、計画に基づき行う適切な指導管理については、C001在宅患者訪問診療料（I）、C001-2在宅患者訪問診療料（II）、C005在宅患者訪問看護・指導料又はC005-1-2同一建物居住者訪問看護・指導料、I012精神科訪問看護・指導料（I）（Ⅲ）、C009在宅患者訪問栄養食事指導料、訪問看護基本療養費（I）（II）、精神科訪問看護基本療養費（I）（Ⅲ）を算定することができる。  
留

(9) 「注2」については、褥瘡の指導管理のために患者に訪問して行われる初回カンファレンスのほか、2回目以降のカンファレンスを患者で行った日に、当該カンファレンスとは別に継続的に実施する必要のある訪問診療、訪問看護、訪問栄養指導を併せて行う場合には、C001在宅患者訪問診療料（I）、C001-2在宅患者訪問診療料（II）、C005在宅患者訪問看護・指導料又はC005-1-2同一建物居住者訪問看護・指導料、C009在宅患者訪問栄養食事指導料、I012精神科訪問看護・指導料（I）、（Ⅲ）、訪問看護基本療養費（I）、（II）、精神科訪問看護基本療養費（I）、（Ⅲ）を算定することができる。また、当該保険医療機関と特別の関係にある訪問看護ステーションによる場合においても、算定することができる。ただし、当該保険医療機関が訪問看護を実施している訪問看護ステーションと連携する場合は、当該保険医療機関において、訪問看護に係る費用を算定できないものとする。なお、当該保険医療機関及び継続的に訪問看護を実施している訪問看護ステーションに適切な在宅褥瘡管理者がいない場合において、褥瘡ケアに係る専門的な研修を受けた看護師が所属する保険医療機関等と共同して行った場合は、C005在宅患者訪問看護・指導料の「3」、C005-1-2同一建物居住者訪問看護・指導料の「3」、訪問看護基本療養費（I）の「ハ」又は訪問看護基本療養費（II）の「ハ」のいずれかを算定することができる。  
留

(10) (8)、(9)の算定に当たっては、カンファレンスの実施日、DESIGN-R2020による深さの評価及び(2)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。  
留

**(診療報酬明細書「摘要」欄への記載事項)**

【197】「(在宅患者訪問褥瘡管理指導料について)」の(8)又は(9)により当該指導管理料を算定する場合→カンファレンスの実施年月日、DESIGN-R2020による深さの評価及び「(在宅患者訪問褥瘡管理指導料について)」の(2)のいずれに該当するのかを記載すること。

#### (在宅患者訪問褥瘡管理指導料に関する事務連絡)

問 他の医療機関等の褥瘡ケアに係る専門的な研修を受けた看護師が、当該指導料を算定する保険医療機関等と共同して、在宅褥瘡対策チームの構成員として在宅褥瘡管理者となった場合についても、カンファレンスの参加及び月1回以上の管理指導を実施する必要があるのか。

答 他の医療機関等の看護師が在宅褥瘡対策チームの構成員として在宅褥瘡管理者となった場合も、カンファレンスの参加及び月1回以上の管理指導を行うこと。

(平26.4.4 その2・問42)

問 在宅患者訪問栄養食事指導料の対象患者でない場合、在宅褥瘡管理指導に係るカンファレンスの参加及び月1回以上の指導管理のための管理栄養士の訪問に係る費用はどのように取り扱うのか。

答 在宅患者訪問栄養食事指導料の要件を満たす場合には算定できるが、対象外の場合は算定できない。

(平26.4.4 その2・問43)

問 「(在宅患者訪問褥瘡管理指導料について)」の(3)のイに「月1回以上チーム構成員のそれぞれが患家を訪問し、その結果を情報共有する」とあるが、医師の訪問も必要か。また、外来受診が可能の際は、外来受診でも算定可能か。

答 「月1回以上チーム構成員のそれぞれが患家を訪問」としており、医師の訪問は必要である。また、当該指導料の対象者は訪問診療等の対象者であるため、外来受診可能な者は、算定対象外である。

(平26.4.4 その2・問44)

問 対象患者に「皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用」が追加されたが、「長期かつ持続的」とは具体的にどれくらいの期間を指すのか。

答 医療関連機器を1週間以上持続して使用する者が対象となる。なお、医療関連機器を1週間以上持続して使用することが見込まれる者及び当該入院期間中に医療関連機器を1週間以上持続して使用していた者も含まれる。

(平30.3.30 その1・問57)

#### (厚生労働大臣が定める施設基準「注1」)

◇ 「診療方針に関する法令編」に掲載の「特掲診療料の施設基準等」(平成20年3月厚生労働省告示第63号)の第四の五の三を参照。

#### (外来在宅共同指導料について)

(1) 外来在宅共同指導料1又は外来在宅共同指導料2は、保険医療機関の外来において継続して4回以上受診している患者について、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、患者1人につき1回に限り、それぞれの保険医療機関において算定するものである。  
留

(2) 外来在宅共同指導料は、患者の家族等在宅での患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。  
留

(3) 外来から在宅への移行に当たって、在宅での療養上必要な指導を行うために必要な看護及び栄養管理の状況等の情報を当該患者及び家族等に「別紙様式52」を参考に文書で説明し、必要に応じて、治療等を担う他の保険医療機関のほか、訪問看護ステーション、介護施設、市町村等と共有する。  
留

(4) 行った指導の内容等について、要点を診療録等に記載し、又は患者若しくはその家族等に提供した文書の写しを診療録等に添付する。  
留

(5) 外来在宅共同指導料は、在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム又は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その他施設等に入院若しくは入所する患者については、対象とはならない。  
留

(6) 外来在宅共同指導料は、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関と在宅療養を担う保険医療機関が特別の関係にある場合は算定できない。  
留

(7) 診療報酬明細書の摘要欄に、共同指導を行った者の属する保険医療機関の名称及び年月日を記載する。  
留

(8) 外来在宅共同指導料の共同指導は、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関と当該患者の在宅療養を担う保険医療機関等の関係者全員が、患家において実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。ただし、この場合であっても、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医は、患家に赴き共同指導していること。  
留

#### C014 外来在宅共同指導料

1 外来在宅共同指導料1	400点
2 外来在宅共同指導料2	600点

注1 1については、保険医療機関の外来において継続的に診療を受けている患者について、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、当該患者の同意を得て、患家等を訪問して、在宅での療養上必要な説明及び指導を、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関の保険医と共同して行つた上で、文書により情報提供した場合に、患者1人につき1回に限り、当該患者の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。

2 2については、注1に規定する場合において、外来において当該患者に対して継続的に診療を行っている保険医療機関において、患者1人につき1回に限り算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号C000に掲げる往診料、区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料(Ⅱ)は別に算定できない。



訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間(年月日～年月日)

点滴注射指示期間(年月日～年月日)

患者氏名		生年月日
患者住所		電話( )-(3)

主たる傷病名	(1)	(2)
--------	-----	-----

現状	病状・治療態	1.	2.	3.	4.	5.	6.	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
自立度	認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M							
要介護の状況	要支援(1 2)							要介護(1 2 3 4 5)							
被服の深さ	DESIGN-R2020分類	D3	D4	D5	NPUAP分類	III度	IV度								
装着・使用	1. 自動腹膜灌流装置	2.	透析液供給装置	3.	酸素ボンブ	4.	吸引器	5.	中心静脈栄養	6.	輸液ボンブ	7.	経管栄養(経鼻・胃瘻:サイズ	8.	留置カテーテル(部位:サイズ
医療機器等															
に○等	11. 人工肛門	12.	人工膀胱	13.	その他( )		9.	人工呼吸器(陽圧式・陰圧式:設定	10.	気管カニューレ(サイズ)					

## 留意事項及び指示事項

## 1 療養生活指導上の留意事項

- II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護  
 1日あたり( )分を週( )回

## 2. 褥瘡の処置等

3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理  
 4. その他

在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)

## 緊急時の連絡先

不在時の対応

特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応・訪問看護看護合併症サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)  
 他の訪問看護ステーションへの指示  
 (無)有:指定訪問看護ステーション名  
 (無)有:訪問介護事業所名

上記のとおり、指示いたします。  
 医療機関名  
 住 所  
 電 話  
 (F A X.)  
 医師氏名

年 月 日

印

事業所  
 殿  
 指定訪問看護ステーション  
 医療機関名  
 住 所  
 電 話  
 (F A X.)  
 医師氏名

印

## 精神科訪問看護指示書

指示期間( 年月日～年月日)  
 患者氏名  
 患者住所

生年月日

(歳)

生年月日&lt;/div

### III

## 特掲診療料関係

### 1 特掲診療料の施設基準等に関する告示・通知

〔編注：告示及び通知における施設基準等の各項目について、該当する医科診療報酬点数表の区分番号を網かけとして併せて表示した。〕

#### 告 示

##### 特掲診療料の施設基準等

(平成20年3月5日 厚生労働省告示第63号)

(最終改正：令和4年4月28日 厚生労働省告示第175号)

診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）の規定に基づき、特掲診療料の施設基準等を次のように定め、平成20年4月1日から適用し、特掲診療料の施設基準等（平成18年厚生労働省告示第94号）は、平成20年3月31日限り廃止する。

##### 特掲診療料の施設基準等

#### 第一 届出の通則

- 一 保険医療機関（健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。）及び保険薬局（同号に規定する保険薬局をいう。以下同じ。）（以下「保険医療機関等」という。）は、第二から第十五までに規定する施設基準に従い、適正に届出を行わなければならないこと。
- 二 保険医療機関等は、届出を行った後に、当該届出に係る内容と異なる事情が生じた場合には、速やかに届出の内容の変更を行わなければならないこと。
- 三 届出の内容又は届出の変更の内容が第二から第十五までに規定する施設基準に適合しない場合は、当該届出又は届出の変更是無効であること。
- 四 届出については、届出を行う保険医療機関等の所在地を管轄する地方厚生局長又は地方厚生支局長（以下「地方厚生局長等」という。）に対して行うこと。ただし、当該所在地を管轄する地方厚生局又は地方厚生支局の分室がある場合には、当該分室を経由して行うこと。

#### 第二 施設基準の通則

- 一 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前6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。）を行ったことがないこと。
- 二 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前6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掲示事項等（平成18年厚生労働省告示第107号）第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。
- 三 地方厚生局長等に対して当該届出を行う前6月間において、健康保険法第78条第1項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）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ことがないこと。
- 四 地方厚生局長等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）に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

#### 第三 医学管理等

- 一 特定疾患療養管理料に規定する疾患 B000**  
平成27年総務省告示第35号（統計法第28条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類を定める件）の「6(1) 基本分類表」（以下「分類表」という。）に規定する疾病的うち別表第一に掲げる疾病
- 一の二 特定疾患療養管理料の注5に規定する施設基準 B000**  
情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- 二 特定疾患治療管理料に規定する施設基準等**
  - (1) ウイルス疾患指導料の注2に規定する施設基準 B001「1」
    - イ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の医師が配置されていること。
    - ロ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の看護師が配置されていること。
    - ハ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な専任の薬剤師が配置されていること。
    - ニ 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
    - ホ 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
  - (1)の2 ウイルス疾患指導料の注3に規定する施設基準 B001「1」
    - 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
  - (2) 特定薬剤治療管理料1の対象患者 B001「2」
    - 別表第二の一に掲げる患者
  - (2)の2 小児特定疾患カウンセリング料の対象患者 B001「4」
    - 別表第二の二に掲げる患者
  - (2)の3 小児科療養指導料の注6に規定する施設基準 B001「5」
    - 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
  - (2)の4 てんかん指導料の注6に規定する施設基準 B001「6」
    - 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備

されていること。

(3) 難病外来指導管理料の対象疾患

**B001 「7」**

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第5条第1項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。）その他これに準ずる疾患

(3)の2 難病外来指導管理料の注6に規定する施設基準

**B001 「7」**

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(4) 皮膚科特定疾患指導管理料（I）の対象疾患

**B001 「8」の「イ」**

分類表に規定する疾病のうち別表第二の四に掲げる疾病

(5) 皮膚科特定疾患指導管理料（II）の対象疾患

**B001 「8」の「ロ」**

分類表に規定する疾病のうち別表第二の五に掲げる疾病

(5)の2 皮膚科特定疾患指導管理料の注4に規定する施設基準

**B001 「8」**

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(6) 外来栄養食事指導料の注2に規定する施設基準

**B001 「9」**

イ 連携充実加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

□ 外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対する栄養食事指導を行うにつき、十分な体制が確保されていること。

(6)の2 外来栄養食事指導料及び入院栄養食事指導料の対象患者

**B001 「9」・B001 「10」**

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる特別食を必要とする患者、がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者

(6)の2の2 外来栄養食事指導料の注3に規定する施設基準

**B001 「9」**

悪性腫瘍の患者の栄養管理に係る専門の研修を修了し、当該患者の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。

(6)の3 集団栄養食事指導料に規定する特別食

**B001 「11」**

疾病治療の直接手段として、医師の発行する食事箋に基づき提供された適切な栄養量及び内容を有する別表第三に掲げる特別食

(6)の4 心臓ペースメーカー指導管理料の注4に規定する施設基準

**B001 「12」**

当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(6)の5 心臓ペースメーカー指導管理料の注5に規定する施設基準

**B001 「12」**

イ 心臓植込型電気デバイスの管理を行うにつき必要な体制

が整備されていること。

□ 循環器疾患の診療につき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていること。

(7) 高度難聴指導管理料の施設基準

**B001 「14」**

次のいずれかに該当すること。

イ 人工耳内植込術の施設基準を満たしていること。

□ 当該療養を行うにつき十分な経験を有する常勤の医師が耳鼻咽喉科に配置されていること。

(7)の2 慢性維持透析患者外来医学管理料の注3に規定する腎代替療法実績加算の施設基準

**B001 「15」**

イ 腎代替療法を行うにつき十分な説明を行っていること。

□ 腎代替療法を行うにつき必要な実績を有していること。

(8) 喘息治療管理料の注2に規定する施設基準

**B001 「16」**

イ 当該保険医療機関内に専任の看護師又は准看護師（以下「看護職員」という。）が常時1人以上配置されていること。

□ 喘息治療管理を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること。

ハ 緊急時の入院体制が確保されていること。

(8)の2 小児悪性腫瘍患者指導管理料の注5に規定する施設基準

**B001 「18」**

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(9) 糖尿病合併症管理料の施設基準

**B001 「20」**

イ 当該保険医療機関内に糖尿病足病変の指導を担当する専任の常勤医師（当該指導について相当な経験を有するものに限る。）が配置されていること。

□ 当該保険医療機関内に糖尿病足病変の指導を担当する専任の看護師（当該指導について相当な経験を有し、かつ、当該指導に係る研修を受けたものに限る。）が配置されていること。

(10) 耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料の対象患者

**B001 「21」**

15歳未満の滲出性中耳炎（疾患の反復や遷延がみられるものに限る。）の患者

(11) がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準

**B001 「22」**

当該保険医療機関内に緩和ケアを担当する医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては、医師又は歯科医師）（緩和ケアに係る研修を受けたものに限る。）が配置されていること。

(11)の2 がん性疼痛緩和指導管理料の注3に規定する施設基準

**B001 「22」**

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(12) がん患者指導管理料の施設基準等

**B001 「23」**

イ がん患者指導管理料のイの施設基準

① がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な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、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

□ がん患者指導管理料のロからニまでの施設基準

イの①を満たすこと。

ハ がん患者指導管理料の注4に規定する患者

乳癌、卵巣癌又は卵管癌と診断された患者のうち、遺伝性乳癌卵巣癌症候群が疑われる患者

二 がん患者指導管理料の注7に規定する施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(13) 外来緩和ケア管理料の施設基準等

**B001 「24」**

イ 外来緩和ケア管理料の注1に規定する施設基準

① 緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

② 当該体制において、身体症状の緩和を担当する医師、精神症状の緩和を担当する医師、緩和ケアに関する相当の経験を有する看護師及び薬剤師が適切に配置されていること。

□ 外来緩和ケア管理料の注4に規定する厚生労働大臣が定める地域

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）別表第六の二に掲げる地域

ハ 外来緩和ケア管理料の注4に規定する施設基準

① 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1を除く。）を算定する病棟を有する病院（特定機能病院及び許可病

- 床数が400床以上の病院並びに診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を有する病院を除く。）であること。
- ② 緩和ケア診療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- 二 外来緩和ケア管理料の注5に規定する施設基準  
情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (14) 移植後患者指導管理料の施設基準 **B001「25」**
- イ 移植後患者指導管理料の注1に規定する施設基準
- ① 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ② 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤医師が配置されていること。
- ③ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤看護師（臓器移植又は造血幹細胞移植に係る研修を受けたものに限る。）が配置されていること。
- ④ 当該保険医療機関内に常勤の薬剤師が配置されていること。
- 移植後患者指導管理料の注3に規定する施設基準  
情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (15) 糖尿病透析予防指導管理料の施設基準等 **B001「27」**
- イ 糖尿病透析予防指導管理料の注1に規定する施設基準
- ① 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ② 当該保険医療機関内に糖尿病に関する指導について十分な経験を有する専任の医師及び看護師又は保健師並びに管理栄養士が適切に配置されていること。
- 糖尿病透析予防指導管理料の注1に規定する厚生労働大臣が定める者  
透析を要する状態となることを予防するために重点的な指導管理を要する患者
- ハ 糖尿病透析予防指導管理料の注4に規定する厚生労働大臣が定める地域  
基本診療料の施設基準等別表第六の二に掲げる地域
- 二 糖尿病透析予防指導管理料の注4に規定する施設基準
- ① 一般病棟入院基本料（急性期一般入院料1を除く。）を算定する病棟を有する病院（特定機能病院及び許可病床数が400床以上の病院並びに診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟を有する病院を除く。）であること。
- ② 当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ホ 糖尿病透析予防指導管理料の注5に規定する施設基準  
当該療養について、相当の実績を有していること。
- ヘ 糖尿病透析予防指導管理料の注6に規定する施設基準  
情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (16) 小児運動器疾患指導管理料の施設基準 **B001「28」**
- イ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する整形外科を担当する常勤の医師が配置されていること。
- 当該療養を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (17) 乳腺炎重症化予防ケア・指導料の施設基準 **B001「29」**
- イ 当該保険医療機関内に乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行うにつき十分な経験を有する医師が配置されていること。

- 当該保険医療機関内に乳腺炎に係る包括的なケア及び指導を行うにつき十分な経験を有する専任の助産師が配置されていること。
- (18) 婦人科特定疾患治療管理料の施設基準 **B001「30」**
- イ 婦人科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。
- 当該保険医療機関内に婦人科疾患の診療を行うにつき十分な経験を有する医師が配置されていること。
- (19) 腎代替療法指導管理料の施設基準等 **B001「31」**
- イ 腎代替療法指導管理料の施設基準
- ① 当該療法を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ② 当該療法を行うにつき必要な実績を有していること。
- ③ 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき十分な経験を有する腎臓内科を担当する常勤の医師が配置されていること。
- ④ 当該保険医療機関内に腎臓病に関する指導について十分な経験を有する看護師が適切に配置されていること。
- 腎代替療法指導管理料の対象患者
- ① 腎代替療法の指導管理をする慢性腎臓病の患者
- ② 急速に腎機能が低下しており、腎代替療法の指導管理をする患者
- ハ 腎代替療法指導管理料の注3に規定する施設基準  
情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (20) 一般不妊治療管理料の施設基準 **B001「32」**
- イ 産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
- 当該保険医療機関内に一般不妊治療を行うにつき十分な経験を有する医師が配置されていること。
- ハ 一般不妊治療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ニ 一般不妊治療を行うにつき必要な実績を有していること。
- (21) 生殖補助医療管理料の施設基準 **B001「33」**
- イ 生殖補助医療管理料1の施設基準
- ① 産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器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生殖補助医療を行うにつき十分な経験を有する医師が配置されていること。
- ③ 生殖補助医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ④ 生殖補助医療を行うにつき必要な構造設備を有していること。
- 生殖補助医療管理料2の施設基準
- ① イの①、②及び④を満たすものであること。
- ② 生殖補助医療を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (22) 二次性骨折予防継続管理料の施設基準 **B001「34」**
- イ 二次性骨折予防継続管理料1の施設基準
- ① 骨粗鬆症の診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- ② 当該体制において、骨粗鬆症の診療を担当する医師、看護師及び薬剤師が適切に配置されていること。
- ③ 一般病棟入院基本料又は七対一入院基本料若しくは十対一入院基本料（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。）に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 二次性骨折予防継続管理料2の施設基準
- ① イの①及び②を満たすものであること。
- ② 回復期リハビリテーション病棟入院料又は地域包括ケ

## 通 知

### 特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きについて

(令 4. 3. 4 保医発 0304 3)

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」（令和4年厚生労働省告示第54号）の告示に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和4年厚生労働省告示第56号）が告示され、令和4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、保険医療機関及び保険薬局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保険薬局並びに審査支払機関に周知徹底を図り、その取扱いに遗漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「特掲診療料の施設基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（令和2年3月5日保医発0305第3号）は、令和4年3月31日限り廃止する。

#### 記

#### 第1 特掲診療料の施設基準等

- 1 特掲診療料の施設基準等は、「特掲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「特掲診療料の施設基準等」（平成20年厚生労働省告示第63号）に定めるもの他、別添1のとおりとすること。
- 2 別添1に定める施設基準を歯科診療について適用する場合にあっては、必要に応じ、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こと。
- 3 特掲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て標榜する場合も含むものであること。
- 4 特掲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、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、同条第2号に規定する介護休業又は育児・介護休業法第23条第2項に規定する育児休業に関する制度に準ずる措置若しくは育児・介護休業法第24条第1項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項若しくは第3項又は第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 「特掲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又は当該保険薬局単位で行うものであること。
- 2 「特掲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又は保険薬局の開設者は、当該保険医療機関又は保険薬局の所在地の地方厚生（支）局長に対して、別添2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通提出することであること。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、「特掲診療料の施設基準等」及び本通知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ことであること。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を除く。）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、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

##### (1) 開放型病院の施設基準

届出前30日間の実績を有していること。

(2) 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図、光トポグラフィー、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影、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に係る施設共同利用率、輸血管管理料に係る新鮮凍結血漿・赤血球濃厚液割合等及び保険医療機関間の連携による病理診断に係る病理標本割合  
 ア 1月から12月までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、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。

イ アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前6月の実績を有してい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、新規届出に該当しないものである。

ウ 既に施設基準の要件を満たし所定点数を算定している場合であって、当該基準に係る機器を増設する場合にあっては、実績期間を要しないものとする。この場合において、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月末日までは、当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。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日から翌年の3月末日まで当該機器についても所定点数を算定することができるものとする。

エ イ又はウに該当する場合は、所定点数を算定し始めた月の初日から同年12月の末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、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。

##### 新規届出の場合

例1：8月1日から算定を開始した場合

- 翌年3月末（③の前日）までは算定可
- ①～②までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断
  - 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
  - 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



#### 例2：2月1日から算定を開始した場合

- 翌年の3月末（③の前日）までは算定可
- ①～②までの実績により施設共同利用率に係る基準の適合性を判断
  - 施設基準に適合している場合は、③～⑤までの期間算定可
  - 施設基準に適合していない場合は、③～⑤までの期間算定不可
- ⑤の翌日以後の期間の算定の可否は、②の翌日から④までの期間における実績で判断する。



- (3) 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料、長期脳波ビデオ同時記録検査1、光トポグラフィー、終夜睡眠ポリグラフィー（1及び2以外の場合）（安全精度管理下で行うもの）、筋電図検査（単線維筋電図（一連につき））、緊急整復固定加算及び緊急挿入加算、骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術）、脳腫瘍覚醒下マッピング加算、癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）、角膜移植術（内皮移植による角膜移植を実施した場合）、網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）、経外耳道的内視鏡下鼓室形成術、植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術、植込型骨導補聴器交換術、乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの）及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除及び肺葉切除又は1肺葉を超えるもので内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）、生体部分肺移植術、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下弁形成術、胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、胸腔鏡下弁置換術、経カテーテル弁置換術、経皮的僧帽弁クリップ術、胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術、不整脈手術（左心耳閉鎖術）（胸腔鏡下によるもの及び経カテーテル的手術によるもの）、磁気ナビゲーション加算、経皮的中隔心筋焼灼術、ペースメーカー移植術（リードレスペースメーカーの場合）、両心室ペースメーカー移植術（心筋電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（心筋電極の場合）、両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（経静脈電極の場合）、植込型除細動器移植術（心筋リードを用いるもの）及び植込型除細動器交換術（心筋リードを用いるもの）、植込型除細動器移植術（経静脈リードを用いるもの又は皮下植込型リードを用いるもの）及び植込型除細動器交換術（その他のもの）、経静脈電極抜去術、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極の場合）及び両

室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（心筋電極の場合）、両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（経静脈電極の場合）、経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）、補助人工心臓、小児補助人工心臓、植込型補助人工心臓（非拍動流型）、内視鏡下下肢靜脈瘤不全穿通枝切離術、腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）、腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））、腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））、腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））、腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））、腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））、腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））、腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）、腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下胆囊悪性腫瘍手術（胆囊床切除を伴うもの）、腹腔鏡下胆道閉鎖症手術、腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）、移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）、生体部分肝移植術、腹腔鏡下脾腫瘍摘出術、腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術、腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下脾頭部腫瘍切除術、腹腔鏡下脾頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、同種死体脾島移植術、生体部分小腸移植術、早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術、腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術、低位前方切除術及び切断術に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下副腎質腫瘍摘出手術（褐色細胞腫）、（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法、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）、腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下腎孟形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、生体腎移植術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術、腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、腹腔鏡下仙骨腔固定術、腹腔鏡下仙骨腔固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術、高エネルギー放射線治療、一回線量增加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、腎代替療法指導管理料並びに導入期加算2及び3に係る年間実施件数

ア 1月から12までの1年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、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3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前6月以内の実施件数が、要件とされる年間実施件数の半数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

医科点数表第2章第9部処置の通則の5並びに歯科点数表第2章第8部処置の通則の6に掲げる処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1（令和5年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

導入期加算2（令和5年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

医科点数表第2章第10部手術の通則の19に掲げる手術  
在宅療養支援歯科診療所1（令和5年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域支援体制加算1（令和5年4月1日以降に引き続き算定する場合に限る。）

地域支援体制加算4

後発医薬品調剤体制加算1

後発医薬品調剤体制加算2

後発医薬品調剤体制加算3

表3 施設基準等の名称が変更されたが、令和4年3月31において現に当該点数を算定していた保険医療機関及び保険薬局であれば新たに届出が必要でないもの

CAD/CAM冠	→	CAD/CAM冠及びCAD/CAMインレー
経カテーテル大動脈弁置換術	→	経カテーテル弁置換術（経心尖大動脈弁置換術及び経皮の大動脈弁置換術）
腹腔鏡下胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	→	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））
腹腔鏡下噴門側胃切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	→	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））
腹腔鏡下胃全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	→	腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））
腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）	→	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術、低位前方切除術及び切断術に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）
地域支援体制加算（調剤基本料1を算定している保険薬局の場合）	→	地域支援体制加算1

## 別添1

### 特掲診療料の施設基準等

#### 第1 特定疾患療養管理料

B000

##### 1 特定疾患療養管理料の注5に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きについて」（令和4年3月4日保医発0304第2号）別添1の第1に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

##### 2 届出に関する事項

特定疾患療養管理料の注5に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、特定疾患療養管理料の注5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1の2 ウイルス疾患指導料

B001「1」

##### 1 ウイルス疾患指導料の注2に関する加算に関する施設基準

- (1) H I V感染者の診療に従事した経験を5年以上有する専任の医師が1名以上配置されていること。
- (2) H I V感染者の看護に従事した経験を2年以上有する専任の看護師が1名以上配置されていること。
- (3) H I V感染者の服薬指導を行う専任の薬剤師が1名以上配置されていること。
- (4) 社会福祉士又は精神保健福祉士が1名以上勤務していること。
- (5) プライバシーの保護に配慮した診察室及び相談室が備えられていること。

##### 2 ウイルス疾患指導料の注3に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きについて」別添1の第1の1に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

##### 3 届出に関する事項

- (1) ウイルス疾患指導料の注2に関する施設基準に係る届出は、別添2の様式1を用いること。
- (2) 1の(1)から(3)までに掲げる医師、看護師、薬剤師及び1の(4)に掲げる社会福祉士又は精神保健福祉士の氏名、勤務の様様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。
- (3) ウイルス疾患指導料の注3に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、ウイルス疾患指導料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1の3 小児科療養指導料

B001「5」

##### 1 小児科療養指導料の注6に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きについて」別添1の第1の1に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

##### 2 届出に関する事項

小児科療養指導料の注6に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、小児科療養指導料の注6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1の4 てんかん指導料

B001「6」

##### 1 てんかん指導料の注6に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きについて」別添1の第1の1に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

##### 2 届出に関する事項

てんかん指導料の注6に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、てんかん指導

料の注6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1の5 難病外来指導管理料

B001「7」

### 1 難病外来指導管理料の対象患者

「特掲診療料の施設基準等」第3の2の(3)難病外来指導管理料の対象疾患に定める「その他これに準ずる疾患」とは、「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年4月17日衛発第242号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患している患者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係るものに限る。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。）又は「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱について」（平成元年7月24日健医発第896号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患している患者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係るものに限る。）をいう。

### 2 難病外来指導管理料の注6に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添1の第1の1に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

### 3 届出に関する事項

難病外来指導管理料の注6に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、難病外来指導管理料の注6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1の5の2 皮膚科特定疾患指導管理料

B001「8」

### 1 皮膚科特定疾患指導管理料の注4に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添1の第1の1に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

### 2 届出に関する事項

皮膚科特定疾患指導管理料の注4に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、皮膚科特定疾患指導管理料の注4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1の6 外来栄養食事指導料

B001「9」

### 1 外来栄養食事指導料の注2に規定する施設基準

- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有し、外来化学療法を実施している保険医療機関に5年以上勤務し、栄養管理（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常勤管理栄養士が1人以上配置されていること。
- (2) (1)に掲げる管理栄養士は、医療関係団体等が実施する悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していることが望ましい。

### 2 外来栄養食事指導料の注3に規定する施設基準

- (1) 悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了し、かつ、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る3年以上的経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。
- (2) (1)に掲げる悪性腫瘍の栄養管理に関する研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 医療関係団体等が実施する300時間以上の研修であること。

イ 悪性腫瘍の栄養管理のための専門的な知識・技術を有する管理栄養士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) 栄養アセスメント・栄養評価結果に基づいた栄養管理（栄養スクリーニング、栄養アセスメント、計画の作成、栄養介入、栄養モニタリング及び再評価等）
- (ロ) フードサービスマネジメント（病態に合わせた食事の

### 調整等）

- (ハ) 栄養食事指導の実践（患者等への支援、病態、治療に合わせた指導等）
- (ヘ) 症状と栄養管理（各症状と栄養アセスメント、適切な栄養・食事療法の提案と実施、モニタリングと再評価等）
- (ホ) がん臨床検査の理解
- (カ) 術前・術後の栄養管理
- (ト) がん放射線療法の栄養管理（治療法の理解、消化吸収機能への影響、有害事象に対する栄養・食事療法等）
- (チ) がん化学療法時の栄養管理（治療法の理解、支持療法、予測される副作用等と栄養食事療法等）
- (リ) がん治療で用いられる薬剤の理解と食事への影響
- (ヌ) がん患者の心の動きと栄養管理
- (ル) 地域医療連携の取り組み、在宅支援（地域での栄養管理のあり方、栄養連携の実際、栄養情報提供書の活用）
- (ヲ) チームアプローチの実際等
- (ワ) 栄養マネジメントとリーダーシップ（栄養マネジメントの企画運営等）
- (カ) 症例検討の手法

### 3 届出に関する事項

外来栄養食事指導料の注2及び注3に規定する施設基準に係る届出は、別添2の様式1の2を用いること。

## 第1の7 心臓ペースメーカー指導管理料

B001「12」

### 1 植込型除細動器移行期加算に関する施設基準

下記のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

- (1) 区分番号「K599」植込型除細動器移植術、区分番号「K599-2」植込型除細動器交換及び区分番号「K599-5」経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）
- (2) 区分番号「K599-3」両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び区分番号「K599-4」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

### 2 遠隔モニタリング加算に関する施設基準

- (1) 循環器内科、小児循環器内科又は心臓血管外科についての専門の知識及び5年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。なお、不整脈及び心臓植込み型電気デバイスについての専門的な臨床経験を3年以上有していることが望ましい。

(2) 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関（循環器内科、小児循環器内科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。）において、区分番号「K597」ペースメーカー移植術、「K597-2」ペースメーカー交換術、「K598」両心室ペースメーカー移植術から「K599-4」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術までのいずれかの施設基準の届出を行っていること。

- (3) 関連学会から示されているガイドライン等を遵守すること。

### 3 届出に関する事項

- (1) 植込型除細動器移行期加算の施設基準に係る取扱いについては、植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換及び経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術のいずれかの届出を行っていればよく、植込型除細動器移行期加算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。
- (2) 遠隔モニタリング加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式1の3を用いること。

## 第2 高度難聴指導管理料

B001「14」

### 1 高度難聴指導管理料に関する施設基準

次の(1)又は(2)に該当する保険医療機関であること。

(1) 人工内耳植込術の施設基準を満たしていること。  
 (2) 5年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が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22時間以上の勤務を行っている耳鼻咽喉科の非常勤医師（5年以上の耳鼻咽喉科の診療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。

また、当該常勤又は非常勤の耳鼻咽喉科の医師は、補聴器に関する指導に係る適切な研修を修了した医師であることが望ましい。

## 2 届出に関する事項

高度難聴指導管理料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 慢性維持透析患者外来医学管理料の腎代替療法実績加算に関する施設基準 B001 「15」

慢性維持透析患者外来医学管理料の腎代替療法実績加算に関する施設基準及び届出に関する事項は、第57の2における2の(2)導入期加算2及び(3)導入期加算3の例による。

### 第3 喘息治療管理料 B001 「16」

#### 1 喘息治療管理料の注2に規定する加算に関する施設基準

- (1) 専任の看護師又は准看護師が常時1人以上配置され、患者からの問い合わせ等に24時間対応できる体制を整えていること。
- (2) ピークフロー値及び一秒量等を計測する機器を備えるとともに、患者から定期的に報告される検査値等の情報を適切に蓄積、解析し、管理できる体制を整えていること。
- (3) 当該保険医療機関において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急入院を受け入れる体制を常に確保していること。

#### 2 届出に関する事項

- (1) 喘息治療管理料の注2に規定する施設基準に係る届出は、別添2の様式3を用いること。
- (2) 1の(1)から(3)までに掲げる事項についてその概要を記載すること。

### 第3の2 小児悪性腫瘍患者指導管理料 B001 「18」

#### 1 小児悪性腫瘍患者指導管理料の注5に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添1の第1の1に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

#### 2 届出に関する事項

小児悪性腫瘍患者指導管理料の注5に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、小児悪性腫瘍患者指導管理料の注5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4 糖尿病合併症管理料 B001 「20」

#### 1 糖尿病合併症管理料に関する施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する専任の常勤医師が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22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を5年以上有する医師に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯に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。

- (2) 当該保険医療機関内に糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有する専任の看護師であって、糖尿病足病変

の指導に係る適切な研修を修了した者が1名以上配置されていること。

なお、ここでいう適切な研修とは、次のものをいうこと。  
 ア 国又は医療関係団体等（糖尿病重症化予防（フットケア）研修を行っている日本糖尿病教育・看護学会等）が主催する研修であること。

イ 糖尿病患者へのフットケアの意義・基礎知識、糖尿病足病変に対する評価方法、フットケア技術、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容が含まれるものであること。

ウ 糖尿病足病変に関する患者指導について十分な知識及び経験のある看護師等が行う演習が含まれるものであること。

エ 通算して16時間以上のものであること。

#### 2 届出に関する事項

糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出は、別添2の2を用いること。

### 第4の2 がん性疼痛緩和指導管理料 B001 「22」

#### 1 がん性疼痛緩和指導管理料に関する施設基準

当該保険医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。なお、緩和ケアの経験を有する医師とは、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。

(1) 「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」（平成29年12月1日付け健発1201第2号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会（平成29年度までに開催したものであって、「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」に準拠したものを含む。）

(2) 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

#### 2 がん性疼痛緩和指導管理料の注3に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添1の第1の1に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

#### 3 届出に関する事項

(1) がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に係る届出は、別添2の2を用いること。

(2) がん性疼痛緩和指導管理料の注3に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、がん性疼痛緩和指導管理料の注3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4の3 がん患者指導管理料 B001 「23」

#### 1 がん患者指導管理料に関する施設基準

(1) 緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、診断結果及び治療方針の説明等を行う際には両者が同席して行うこと。

(2) (1)に掲げる医師は、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。

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（平成29年度までに開催したものであって、「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」に準拠したものを含む。）

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

(3) (1)に掲げる看護師は、5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいうがん患者へのカウンセリング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に限る。）。

イ がん看護又はがん看護関連領域における専門的な知識・

## 別添2

## 特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	[ ]	届出番号	[ ]
(連絡先 担当者氏名: 電話番号:)			
(届出事項) [ ] の施設基準に係る届出			
<p>□ 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。）を行ったことがないこと。</p> <p>□ 当該届出を行う前6か月間において療養規則及び薬剤規則並びに療養基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことなく、かつ現に違反していないこと。</p> <p>□ 当該届出を行う前6か月間において、健康保険法第72条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第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て、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。</p> <p>□ 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣が定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。</p>			
標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。			
令和 年 月 日			
保険医療機関・保険薬局の所在地 及び名称			
開設者名 殿			
<b>備考1</b> [ ] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。 <b>2</b> □には、適合する場合「✓」を記入すること。 <b>3</b> 届出書は、1通提出のこと。			

(参考)  
 ※ 本様式は保険医療機関が届出に当たり確認用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」欄にチェックをした場合は、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。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式(別添2(又は別添2の2))	
1の2	ウイルス疾患指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	1, 4
1の6	外来栄養食事指導料(注2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	1の2
1の6	外来栄養食事指導料(注3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	1の2
1の7	遠隔モニタリング加算(ベースメーカー指導管理料)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	1の3
3	喘息治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	3
4	糖尿病合併症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
4の3	がん患者指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	5の4
4の5	移植後患者指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	5の5
4の6	糖尿病透析予防指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	5の6, 5の8
4の7	小児運動器疾患指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	5の8
4の8	乳腺炎重症化予防アドバイザリーリンク	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
4の9	婦人科特定疾患治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	5の10
4の10	腎代替療法指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	2の2
4の11	一般不妊治療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	5の11
4の12	生殖補助医療管理料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	5の12
4の12	生殖補助医療管理料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	5の12
4の13	二次性骨折予防継続管理料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	5の13
4の13	二次性骨折予防継続管理料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	5の13
4の13	二次性骨折予防継続管理料3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	5の13
4の15	下肢創傷処置管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	5の14
6	地域連携小児夜間・休日診療料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	7
6の3	地域連携夜間・休日診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	7の2
6の4	院内トリアージ実施料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	7の3
6の5	救急搬送看護体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	7の3
6の7	外来放射線照射診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	7の6
6の8	地域包括診療料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	7の7
6の8	地域包括診療料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	7の7
6の8	小児かかりつけ診療料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	7の8
6の8	小児かかりつけ診療料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	7の8

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式(別添2(又は別添2の2))	
6の8 の4	外来腫瘍化学療法診療料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	39
6の8 の4	外来腫瘍化学療法診療料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	39
6の8 の4	連携充実加算(外来腫瘍化学療法診療料)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	39の2
6の9	外来データ提出加算(生活習慣病管理料)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	7の10, 7の11, 7の12
7	ニコチン依存症管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	4, 8
7の2	相談支援加算(療養・就労専門支援指導料)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	8の3
8	開放型病院共同指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	9, 10
9	在宅療養支援診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	11, 11の3, 11の4, 11の5
11	ハイリスク妊娠婦共同管理料(Ⅰ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	13
11の2	がん治療連携計画料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	13の2, 13の3
11の2	がん治療連携指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	13の2
11の3 の3	外来排尿自立指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	13の4
11の3 の4	ハイリスク妊娠婦連携指導料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
11の3 の4	ハイリスク妊娠婦連携指導料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
11の5	肝炎インターフェロン治療計画料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	13の6
11の7	こころの連携指導料(Ⅰ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	13の7
11の8	こころの連携指導料(Ⅱ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	13の8
12	薬剤管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	4, 14
12の1 の2	地域連携診療計画加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	12, 12の2
12の1 の2	検査・画像情報提供加算及び電子の診療情報評価料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	14の2
12の2	医療機器安全管理料1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の2	医療機器安全管理料(歯科)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	15
12の3	精神科退院時共同指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	16
13	歯科治療時医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	17
13の2	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	17の2
13の3	禁煙治療補助システム指導管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	8
14	在宅療養支援歯科診療所1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	18
14	在宅療養支援歯科診療所2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	18

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式(別添2(又は別添2の2))	
14の2	在宅療養支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	11の2, 11の3, 11の4, 11の5
14の3	在宅患者歯科治療時医療管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	17
15	在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	19
15の3	在宅データ提出加算(在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	7の10, 7の11, 7の12
16	在宅がん医療総合診療料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	20
16の1 の2	在宅データ提出加算(在宅がん医療総合診療料)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	7の10, 7の11, 7の12
16の1 の3	重症患者搬送加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	20の1の2
16の2	在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	20の2の2
16の2	訪問看護・指導体制充実加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	20の3
16の2	専門管理加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	20の3の3
16の3	在宅療養後方支援病院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	20の4, 20の5
16の4	在宅患者訪問褥瘡管理指導料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	20の7
16の5	在宅血液透析指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	200の2
16の6	遠隔モニタリング加算(在宅酸素療法指導管理料)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	20の3の2
16の7	遠隔モニタリング加算(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	別添2の2
16の8	在宅槽込型補助人工心臓(非拍動流型)指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	200の9
16の9	在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	20の10, 52
16の10	在宅経肛門の自己洗腸指導管理料	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	20の11
16の11	持続血糖測定装置加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	240の5
17	歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	21
17の1 の2	歯科訪問診療料の注13に規定する基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	21の3の2
17の2	在宅歯科医療推進加算	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	21の4
18の1 の2	遺伝学的検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	23
18の1 の3	染色体検査の注2に規定する施設基準	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	23の1の2, 52
18の1 の4	骨髄微小残存病変量測定	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	23の2
18の1 の5	B R C A 1 / 2 遺伝子検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	23の3
18の1 の6	がんゲノムプロファイリング検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	23の4
18の1 の7	角膜ジストロフィー遺伝子検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月	<input type="checkbox"/>	23の5

## 様式20の3の2

在宅酸素療法指導管理料 遠隔モニタリング加算の施設基準に係る届出書添付書類

- 1 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制  
( 有 \* 無 )

## 2 常勤医師に係る要件

呼吸器内科について3年以上の経験を有する常勤の医師の氏名	勤務時間	経験年数
	時間	年

## 3 看護師に係る要件

呼吸器内科について3年以上の経験を有する看護師の氏名	勤務時間	経験年数
	時間	年

## 〔記載上の注意〕

- 1 「2」及び「3」の経験年数については、呼吸器内科における経験年数を記載すること。  
2 「2」及び「3」については、医師及び看護師の就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。

## 様式20の3の3

在宅患者訪問看護・指導料の注16（同一建物居住者訪問看護・指導料の注6により準用する場合を含む）に規定する専門管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

## 1 届出事項（届出を行うものに○をつけること）

- (1) 緩和ケア  
(2) 梗塞ケアに係る専門研修  
(3) 人工肛門ケア及び人工膀胱ケア  
(4) 特定行為

## 2 専門の研修を受けた看護師の氏名等

- (1) 緩和ケアに係る専門研修

氏名	氏名

- (2) 梗塞ケアに係る専門研修

氏名	氏名

- (3) 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門研修

氏名	氏名

- (4) 特定行為研修

氏名	氏名

## 〔記載上の注意〕

- (1)、(2)、(3)及び(4)の専門の研修を修了したことが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

## 様式20の4

在宅療養後方支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該病院の許可病床数_____床
2 当該病院における24時間の直接連絡を受ける体制
(1) 担当者が固定している場合： (2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合（主な担当者を記載することで差しつかえない。） ・担当者名： ・連絡先：
3 次の項目に対応可能である場合に○をつけること。 (1) 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保している。 (2) 当該病院において、入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に入院できる病床を常に確保している。 (3) 連携医療機関との間で、3月に1回以上入院患者の診療情報を交換をしている。

## 〔記載上の注意〕

- 1 24時間の直接連絡を受ける体制について、連携医療機関等に交付する文書を添付すること。  
2 様式20の5を添付して届出を行うこと。

## 様式20の5

在宅療養後方支援病院に係る報告書（新規・7月報告）

※該当するものを○で囲むこと

## I. 全般

1. 許可病床数	( ) 床
2. 計算期間	年 月～ 年 月

## II. 直近1年間の入院希望患者の推移について

1. 新規入院希望患者数	( ) 名
2. 入院希望を取り下げた患者数（死亡を含む）	( ) 名
3. 現在の入院希望患者数	( ) 名

## III. 直近1年間の受け入れ状況について

① (=②+③+④) 在宅療養患者の受け 入れ回数	② 入院希望患者 (同一建物居住者以外 の連携医療機関)	③ 入院希望患者 以外(連携医療機関)	④ ②、③以外 の連携医療機 関へ紹介した回数	入院希望患者の受け 入れができない、他医療機 関へ紹介した回数
( ) 回 ( ) 名	( ) 回 ( ) 名	( ) 回 ( ) 名	( ) 回 ( ) 名	( ) 回 ( ) 名

## IV. 直近1年間の共同診療の状況について

① 入院希望患者へ の共同診療回数 +② 在宅患者共同 診療料の算定 回数	② (=③+④ +⑤+⑥) 在宅患者共同 診療料の算定 回数	③ 往診	④ 訪問診療 (同一建物居 住者以外)	⑤ 訪問診療 (同一建物居 住者・特定施 設)	⑥ 訪問診療 (同一建物居 住者・特定施 設以外)
( ) 回 ( ) 名	( ) 回 ( ) 名	( ) 回 ( ) 名	( ) 回 ( ) 名	( ) 回 ( ) 名	( ) 回 ( ) 名

## V. 連携医療機関について

在宅医療を提供する連携医療機関の数	( ) 医療機関
-------------------	----------

## 〔記載上の注意〕

- 1 Ⅲの②については、A206在宅患者緊急入院診療加算1、③についてはA206在宅患者緊急入院診療加算2の算定回数等、④についてはA206在宅患者緊急入院診療加算3の算定回数等を記載すること。

- 2 Ⅳの①については、C012在宅患者共同診療料の算定の有無にかかわらず、入院希望患者へ行った共同診療回数の合計を記載すること。②については、①のうちC012を算定した患者について記載すること。③～⑥については、C012在宅患者共同診療料の各区分に応じた算定回数等を記載すること。

## 2 不妊治療の取扱い

### 疑義解釈資料の送付について（その1）（抄）

(令 4. 3.31 医療課事務連絡)

#### （別添2） 医科診療報酬点数表関係（不妊治療）

##### 【一般不妊治療管理料】

###### 1. 基本的な算定要件

問1 不妊症の原因検索の検査や不妊症の原因疾患に対する治療等を実施する場合、一般不妊治療管理料は算定可能か。

(答) 算定不可。一般不妊治療とは、いわゆるタイミング法及び人工授精をいい、一般不妊治療管理料は、不妊症と診断された患者に対して、当該患者の同意を得て、いわゆるタイミング法又は人工授精に係る計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行うなど、必要な要素を満たす場合に算定する。

問2 「生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない」とことされているが、例えば、生殖補助医療管理料を算定したが、翌月に治療計画を見直し、一般不妊治療管理料に切り替えた場合は、当該月において一般不妊治療管理料は算定可能か。

(答) 算定可。

問3 問2において、例えば、生殖補助医療を実施していたが、同一月に一般不妊治療に切り替えることとし、治療計画を作成し、一般不妊治療を開始した場合、当該月に生殖補助医療管理料と一般不妊治療管理料のいずれも算定可能か。

(答) 主たるもののみ算定可。

問4 タイミング法を実施するに当たり、勃起障害を伴う男性不妊症患者に対するホスホジエステラーゼ5阻害剤（以下「PDE5阻害剤」という。）の使用を伴う場合、当該患者に対して一般不妊治療管理料は算定可能か。

(答) 算定可。

問5 令和4年3月31日以前に一般不妊治療を開始した患者について、同年4月1日以降においても当該治療に係る診療が継続している場合、保険診療として実施することは可能か。

(答) 令和4年4月1日以降に、一般不妊治療について改めて治療計画を作成し、その作成日から治療を開始する場合には保険診療として実施可能。

###### 2. 治療計画の説明・同意 ※生殖補助医療管理料と共に（問30参照）

問6 治療計画の同意の取得は、文書で行う必要があるか。また、その保存は必要か。

(答) 文書により同意を取得し、当該文書を診療録に添付して保存する必要がある。

問7 治療計画の文書交付に係る費用は、別に徴収してよい。

(答) 不可。

問8 一般不妊治療管理料の算定要件のうち、治療計画に係る患者及びそのパートナーへの説明・同意の取得については、両者が受診した上で行わなければならないのか。6月に1回以上行うこととされている「治療内容等に係る同意について確認」についても両者の受診が必要か。

(答) 初回の治療計画の説明に当たっては、原則として当該患者及びそのパートナーの同席の下で実施すること。ただし、同席が困難な場合には、その理由を診療録に記載するとともに、やむを得ない事情がある場合を除き同席ができなかった者に対しても以後の診療機会に説明を行い、同意を得ること。

後段の「治療内容等に係る同意について確認」については、同意について確認がとれればよい。

問9 一般不妊治療管理料の算定要件のうち、治療計画に係る患者

又はパートナーへの説明・同意の取得について、同席が困難な場合には、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説明を行った上で、同意の確認を行ってもよいか。

(答) よい。この場合、身分証明書の提示等により確実に本人確認を行うとともに、文書による同意を得ること。この際、パートナーからの文書による同意の取得については、後日、同意を得た文書を診療録に添付することで差し支えない。なお、単にパートナーへの説明を行い、同意を取得することのみでは、当該パートナーに対する診療報酬は算定できない点に留意すること。

問10 患者及びそのパートナーに対して一般不妊治療に関する治療計画の説明を行うに当たり、当該パートナーに対しては特段の診療を行わず、治療計画の説明及び同意の取得のみを行う場合には、当該パートナーに関して一般不妊治療管理料を算定することはできないということか。

(答) そのとおり。一般不妊治療管理料は、当該一般不妊治療を実施する患者について算定するものとし、単に患者及びそのパートナーに対して治療計画の説明及び同意の取得を行ったのみでは、患者及びそのパートナーそれぞれについて算定することはできない。

問11 患者及びそのパートナーの両者に診療や必要な療養上の指導等を行った場合は、両者についてそれぞれ一般不妊治療管理料を算定することは可能か。

(答) 可能。この場合、それぞれの診療について診療録を作成し、実施した指導内容の要点を診療録に記載すること。

###### 3. 婚姻関係の確認等 ※生殖補助医療管理料と共に（問30参照）

問12 一般不妊治療管理料の初回算定時における婚姻関係等の具体的な確認方法如何。

(答) 法律婚である場合はその事実関係を、法律婚以外の場合は患者及びそのパートナーが事実婚関係にある旨の申告を受けるとともに以下アからウまでの内容について、それぞれ確認を行うこと。その際の具体的な確認方法については、個別の事情に応じた医療機関の判断に委ねるが、例えば、患者及びそのパートナーの申告書による確認を行うことなどが考えられる。その際、確認した内容を診療録に記載し、申告書により確認を行った場合は当該申告書を診療録に添付すること。

ア 当該患者及びそのパートナーが重婚でない（両者がそれぞれ他人と法律婚でない）こと。

イ 当該患者及びそのパートナーが同一世帯であること。なお、同一世帯でない場合には、その理由について確認すること。

ウ 当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること。

###### 【人工授精】

問13 患者又はそのパートナー以外の第三者からの精子提供による人工授精（AID）は、保険診療で実施可能か。

(答) 不可。

問14 区分番号「K884-2」人工授精を一の月経周期内に複数回実施した場合の算定方法如何。

(答) 一の月経周期（※）ごとに1回に限り算定可。

※ 一般的に、「月経」とは、約1ヶ月の間隔で自発的に起こり、限られた日数で自然に止まる子宮内膜からの周期的出血であり、月経周期日数はおよそ25~38日とされており、採卵術に

おける「月経周期」とは、採卵を予定する直近の月経開始日から次の月経または破綻出血が起こるまでの期間と想定される。以下同じ。

問15 複数の月経周期にわたり人工授精を実施することも考えられるが、人工授精の算定要件には、採卵術のように患者ごとの回数制限はないということか。

(答) そのとおり。ただし、医学的に妥当適切な範囲で実施すること。なお、治療が奏効しない場合には、治療計画の見直しを検討すること。

問16 同一月の別の月経周期において、それぞれ人工授精を実施した場合（例えは、月初めと月末に計2回実施した場合）は、それぞれについて人工授精を算定可能か。

(答) 算定可。その場合、同一月に算定する理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、採卵術、体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料においても同様の取扱いであること。

#### 【生殖補助医療管理料】

##### 1. 基本的な算定要件

問17 生殖補助医療管理料について、例えは遠方から病院に通院している患者について、当該病院と当該患者の自宅近くの診療所といった複数の保険医療機関が治療管理を行っている場合には、それぞれの医療機関において当該管理料を算定できるか。

(答) 当該患者に対して主として診療を行う保険医療機関においてのみ算定できる。

問18 生殖補助医療管理料の施設基準における「他の保健医療サービス及び福祉サービス」とは、具体的には何を指すのか。

(答) 都道府県等において実施されている不妊症・不育症に関する相談支援（令和4年度からは「性と健康の相談センター事業」や、不妊症・不育症支援ネットワーク事業（※）等を指す。

※ 不妊症・不育症支援ネットワーク事業（国庫補助事業）

都道府県等において、以下の(1)～(4)を実施することとされている。

(1) 不妊症・不育症の診療を行う医療機関や、相談支援等を行う自治体、当事者団体等の関係者等で構成される協議会等の開催

(2) 当事者団体等によるピア・サポート活動などへの支援の実施

(3) 不妊症・不育症の心理社会的支援に係るカウンセラーを設置し、相談支援を実施

(4) 不妊症・不育症患者への里親制度・特別養子縁組制度の紹介の実施

問19 一般不妊治療管理料については、「生殖補助医療管理料を算定している患者については算定しない」とことされているが、一般不妊治療管理料を算定したが、翌月に治療計画を見直し、生殖補助医療管理料に切り替えた場合は、当該月において生殖補助医療管理料は算定可能か。

(答) 算定可。

問20 問19において、例えは、一般不妊治療を実施していたが、同一月に生殖補助医療に切り替えることとし、治療計画を作成し、生殖補助医療を開始した場合、当該月に一般不妊治療管理料と生殖補助医療管理料のいずれも算定可能か。

(答) 主たるもののみ算定可。

問21 生殖補助医療と一連のものとして実施するカウンセリングに係る費用は、別に徴収してよいか。

(答) 不可。生殖補助医療管理料の算定要件においては、「治療に当たっては、当該患者の状態に応じて、必要な心理的ケアや社会的支援について検討し、適切なケア・支援の提供又は当該支援等を提供可能な他の施設への紹介等を行うこと」とされており、生殖補助医療と一連のものとして実施するカウンセリングは、生殖補助医療管理料において包括して評価されていることから、別途費用を徴収することは認められない。

問22 患者又はそのパートナー以外の第三者からの精子・卵子・胚提供による不妊治療や代理懐胎は、保険診療で実施可能か。

(答) 不可（不妊に悩む方への特定治療支援事業（以下「特定治療支援事業」という。）と同様の取扱い）。

問23 令和4年4月1日より前に治療を開始した診療が同日以降も継続している場合、保険診療として実施することは可能か。

(答) 年度をまたぐ「1回の治療」（※）に対して、特定治療支援事業の経過措置が設けられており、1回に限り助成金の活用が可能とされているため、当該事業をご活用いただきたい。

なお、令和4年4月1日より前に凍結保存した胚については、一定の条件下で、保険診療において使用することを可能としている（具体的には、問78参照のこと。）。

※ 特定治療支援事業における「1回の治療」とは、「採卵準備のための「薬品投与」の開始等から、「妊娠の確認」等に至るまでの特定不妊治療の実施の一連の過程」とされている。また、融解凍結胚移植を実施する場合については、「以前に行つた体外受精又は顕微授精により作られた受精胚による凍結胚移植も1回とみなす」こととされている。詳細は、同事業の要領等をご参照いただきたい。

##### 2. 年齢制限

問24 生殖補助医療管理料の年齢制限の基準日である「当該生殖補助医療の開始日」とは、当該生殖補助医療に係る治療計画を作成した日を指すのか。

(答) そのとおり。

問25 初診料を算定した日に生殖補助医療に係る治療計画を作成した場合、生殖補助医療管理料は算定できないが、このときも年齢制限の基準日は治療計画を策定した日（この場合、初診料を算定した日）となるのか。

(答) そのとおり。この場合、生殖補助医療管理料における治療計画の作成に係る算定要件は、当該治療計画を作成した日において満たしている必要があるため、初診料の算定日において、当該患者及びそのパートナーに交付した治療計画の文書や同意を得た文書を診療録に添付すること等を行うとともに、生殖補助医療管理料の請求に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、治療計画を作成した日が初診料を算定した日である旨を記載すること。

問26 治療計画を作成し、採卵より前に精巣内精子採取術等の男性不妊治療を行った場合であっても、生殖補助医療管理料における女性の年齢制限の基準日は、治療計画を作成した日となるのか。

(答) そのとおり（特定治療支援事業と同様の取扱い）。

問27 年齢制限に係る年齢のカウントは、43歳の誕生日以降は保険診療での要件を満たさなくなるという理解でよいか。

(答) よい。年齢のカウントについては、誕生日を基準とすることとし、年齢計算に関する法律や民法上の解釈による誕生日の前日ではないことに留意すること（特定治療支援事業と同様の取扱い）。

なお、こうした年齢のカウント方法は、胚移植術の回数制限においても同様であること。

問28 年齢制限の基準日において女性の年齢が43歳であるが、胚移植術の回数の上限を超えていないときには、保険診療として生殖補助医療を開始することは可能か。

(答) 不可。特定治療支援事業と同様、胚移植術の回数の上限を超えていない場合であっても、生殖補助医療管理料の年齢制限の要件を満たさない場合には算定できない。

問29 女性の年齢が年齢制限の基準日において43歳未満である場合に限るとされている。保険適用の施行当初は、例えは、医療機関において不妊治療を保険診療として実施する準備ができていないこと等も考えられるが、43歳未満で治療を開始できず、43歳で治療開始することになってしまった場合の取扱い如何。

(答) 令和4年4月1日から同年9月29日までの間に43歳に達する