

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、原文の検索に便利の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 8. 3. 5 保医発 0305 6)**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 8. 3. 5 保医発 0305 7)**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 8. 3. 5 保医発 0305 8)**特**

- 2 点数表に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「(令 8. 4. 1 その2<別添1>問22)」とあるものは、令和8年4月1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2)」の別添1・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。

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。

A205-2 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局長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ゲン活性化因子の投与後に入院治療を行った場合に、入院初日に所定点数に加算する。

(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ゲン活性化因子を投与し、又は脳梗塞を発症後4.5時間以内に「基本診療料の施設基準」に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た他の保険医療機関の外来において組織プラスミノゲン活性化因子の投与後に入院治療を行った場合に、入院初日に所定点数に加算する。
- (2) 「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域又は医療法第30条の4第6項に規定する区域に所在する保険医療機関と連携し、診療を行うこと。なお、この場合の診療報酬の請求については、当該他の保険医療機関との間で、脳梗塞患者に対する経皮的脳血栓回収術の適応の可否の判断における連携について協議し、手順書を整備した上で、対象となる患者について経皮的脳血栓回収術の適応の可否の判断についても助言を受けること。
- (3) 投与に当たっては、日本脳卒中学会が定める「静注血栓溶解(rt-PA)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。

右欄に掲載している告示や通知、事務連絡については、根拠確認できるよう発簡番号(記号)を併記しています。

同一区分内の左欄の青網かけと右欄の青網かけは対になっています。左欄に青網かけ部分がある場合、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。

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。

算定に関する疑義解釈等の事務連絡については、網かけて該当する項目の右欄に掲載しています。なお、施設基準に関連する事務連絡については、法令編にてまとめて掲載しています。

(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)の第八の六の三の(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 8. 3. 5 厚生労働省告示第70号)

K180 頭蓋骨形成手術【極新】

- | | |
|-----------------|---------|
| 1 頭蓋骨のみのもの | 17,530点 |
| 2 硬膜形成を伴うもの | 23,660点 |
| 3 骨移動を伴うもの【施設届】 | 56,508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

算定に関する情報を記号・略号で表示しています。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。

- ◆ 「3」はK932創外固定器加算対象
- ◆ 本区分はK939の「2」実物大臓器立体モデルによる画像等手術支援加算「口」対象

(頭蓋骨形成手術に関する事務連絡)

- 問 先天奇形に対して眼窩上縁前進術を行った場合、K180頭蓋骨形成手術の「3」骨移動を伴うものを算定することができるか。
- 答 算定できる。(平20. 7.10 その3・問22)
- 問 先天奇形に対して Le Fort IV型骨切離による移動を行った場合、K180頭蓋骨形成手術の「3」骨移動を伴うものとK443上顎骨形成術の「2」骨移動を伴う場合とをそれぞれ算定できるか。
- 答 算定できる。

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す。(上の「◆」は個々の項目のみに適用、下の「◆」は区分中全体に適用。)

K282-2 後発白内障手術 1,380点

(後発白内障切開術(観血的))

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K282-2後発白内障手術に準じて算定する。

K165 血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）

- | | |
|------------------|---------|
| 1 止血術 | 26,570点 |
| 2 選択的動脈化学塞栓術 | 20,040点 |
| 3 門脈塞栓術（開腹によるもの） | 27,140点 |
| 4 その他のもの | 20,480点 |

注 手術に伴う画像診断及び検査の費用は算定しない。

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。

（血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）について）

- 「1」の止血術は、外傷等による動脈損傷が認められる患者及び慢性硬膜下血腫を再発した患者に対し、血管塞栓術を行った場合に算定する。
- 慢性硬膜下血腫を再発した患者に対して実施する場合には、関係学会の定める適正使用指針及び診療ガイドラインを遵守し、初回又は前回の治療として実施したK164頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）の「2」硬膜下のもの又はK164-2慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術の算定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- カテーテルを肝動脈等に留置して造影CT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側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。
- 「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。
- 「2」の選択的動脈化学塞栓術以外の場合であって、脳動脈奇形摘出術前及び肝切除術前の前処置として
- 「2」の選択的

（診療報酬明細書「摘要」欄への記載事項）

●「1」止血術

【538】慢性硬膜下血腫を再発した患者に対して実施する場合→初回又は前回の治療として実施したK164頭蓋内血腫除去術（開頭して行うもの）の「2」硬膜下のもの又はK164-2慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術の算定日を記載すること。

■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	【揭示胸】	施設基準設定手術 →第2章第10部手術の「通則5」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	【揭示腹】	施設基準設定手術 →第2章第10部手術の「通則5」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	【乳掲】	施設基準設定手術 →第2章第10部手術の「通則6」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	【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
【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	【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
【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	【郭清セ】	頸部郭清術加算・頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算対象手術 →第2章第10部手術の「通則9」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	【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
【施基】	施設基準設定手術 →第2章第10部手術の「通則4」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
【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	【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
【揭示】	施設基準設定手術 →第2章第10部手術の「通則5」参照	【臓移】	臓器移植実施体制確保加算対象手術 →第2章第10部手術の「通則22」参照
【揭示循】	施設基準設定手術 →第2章第10部手術の「通則5」参照	【外医】	外科医療確保特別加算対象手術 →第2章第10部手術の「通則23」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」における項番を表し、Ⅲに続けて数字を表示したものは「別表Ⅲ」における項番を表しています。なお、「別表Ⅲ」の項番に「※」を付したものは「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。これらの項番の後に記載事項を示しています。「別表Ⅰ」において「紙レセのみ記載」とされている項目については、記載事項の最後に「【紙】」を附しています。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は設置の特別サイト「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きますので、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/>

X（旧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

『医科点数表の解釈』編集部

@ika_kaishaku

https://x.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
	その他
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日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 舩 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）
令和4年9月5日	厚生労働省告示第269号（令和4年10月1日から適用）
令和5年1月31日	厚生労働省告示第 16号（令和5年4月1日から適用）
令和6年3月5日	厚生労働省告示第 57号（令和6年6月1日から適用）
令和6年3月15日	厚生労働省告示第 87号（令和6年4月1日から適用）
令和6年8月20日	厚生労働省告示第262号（令和6年10月1日・令和6年12月1日から適用）
令和7年2月20日	厚生労働省告示第 30号（令和7年4月1日から適用）
令和7年3月31日	厚生労働省告示第104号（令和7年4月1日から適用）
令和8年3月5日	厚生労働省告示第 69号（令和8年6月1日から適用）

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つては別表第一内科診療報酬点数表により、歯科診療にあつ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。 ㊦
- (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。 ㊦
- (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告示」（令和8年厚生労働省告示第70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。 ㊦
- (4) 「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和8年厚生労働省告示第69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る場合も含むものである。 ㊦
- (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。 ㊦
- (6) 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、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」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、本ガイドラインに定められた電子署名（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PKI認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102号）第2条第3項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第2項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。 ㊦
- (7) 所定点数は、特に規定する場合を除き、「注」に規定する加算を含まない点数を指す。 ㊦
- (8) 区分番号は、例えばA000初診料におけるA000を指す。なお、以下「区分番号」という記載は省略し、A000のみ記載する。 ㊦
- (9) 施設基準の取扱いに関する通知について、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和8年3月5日保医発0305第7号）を「基本診療料施設基準通知」、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和8年3月5日保医発0305第8号）を「特掲診療料施設基準通知」という。 ㊦

(健康診断等の受診後における初再診料等の算定について)

- (1) 健康診断、検診及び予防接種等（以下この通則において「健診等」という。）の費用は、「療養の給付と直接関係ないサービス等」に該当する場合に、別途徴収できる。 ㊦
- (2) 健診等に関する疾病（特定の疾病を対象としない健診等については、健診等の結果、診断された疾病又は疑いがあると診断された疾病を含む。）に対して、健診等を実施した保険医の属する保険医療機関において、同一日に1回の受診で保険診療を行う場合の初診料及び再診料（外来診療料を含む。）は算定できない。また、当該疾病に対して、当該保険医療機関において、同一日又は翌日以降の別の受診において保険診療を行う場合には、A000初診料は算定できないが、A001再診料又はA002外来診療料は、それぞれの規定に従い算定できる。 ㊦
- (3) (2)に規定する場合においては、(2)の規定により算定できない費用が含まれる特掲診療料及び当該費用を併せて算定できない特掲診療料についても算定できない。ただし、第3部検査、第4部画像診断、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部病理診断に掲げる診

療であって健診等に含まれないもの（当該診療の費用が他の特掲診療料に含まれる場合を含む。）を、特に必要と認め保険診療として実施する場合には、この限りではない。

留

- (4) 健診等の結果、疾病又はその疑いがあると診断された患者について、治療方針を確立する等のために検査を行う必要がある場合には、当該検査が当該健診等の一環としてあらかじめ計画又は予定されていたものではないことが客観的に明らかである場合に限り、当該検査に係る費用について、医療保険給付対象として診療報酬を算定できる。

留

- (5) 健診等の結果、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、当該治療に係る費用（(2)及び(3)の規定により算定できないこととされているものを除く。）について、医療保険給付対象として診療報酬を算定できる。

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・再診療及び第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291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、291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

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。

（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。 ㊦

（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）

（初診又は再診に附随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随する一連の行為とみなされる次に掲げる場合には、これらに要する費用は当該初診料又は再診料若しくは外来診療料に含まれ、別に再診料又は外来診療料は算定できない。

ア 初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合

イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来た場合

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

（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。 ㊦

（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。 ㊦

（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。 ㊦

（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

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

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。

第1節 初 診 料

区分

A000 初診料

291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、253点を算定する。

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、入院の原因となった傷病以外の傷病につき再診を受けた場合においても、再診料（外来診療料を含む。）は算定できない。なお、この場合において、再診料（外来診療料を含む。）（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。

図

（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。

図

（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」がいない場合には、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る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。

図

（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「（初診又は再診に附随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→1つ目及び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、医師が続い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（編注；291点）のみを算定すること。（令 4. 3.31 その1・問1）

問 A000初診料の「注1」及びA001再診料の「注1」に規定する情報通信機器を用いた診療における資格確認方法として、令和6年12月1日までは居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムを活用したオンライン資格確認と、被保険者証の画面上への提示があったところ、令和6年12月2日に施行される療担規則等の改正により、保険医療機関等における資格確認方法の一部が変更されるが、情報通信機器を用いた診療における資格確認方法はどのように変更されるか。

答 情報通信機器を用いた診療における患者の資格確認方法は、①居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムを活用したオンライン資格確認又は②資格確認書の画面上への提示等により行うこととし、①については、次の点について留意すること。

- ・ あらかじめ、保険医療機関又は保険薬局において、オンライン資格確認等システムで「マイナ在宅受付WEB」のURL又は二次元コードを生成・取得すること等が必要であること。
- ・ 患者が自らのモバイル端末等を用いて、当該URL等から「マイナ在宅受付WEB」にアクセスし、マイナンバーカードによる本人確認を行うことで、オンライン資格確認が可能となり、医療情報等の提供について、同意を登録することが可能となること。
- ・ なお、マイナ保険証の電子証明書の有効期限が過ぎても3か月間は引き続き資格確認を行うことが可能であること。ただし、この場合は医療情報等の取得は不可能であることに留意すること。

仮に何らかの事情でオンライン資格確認を行えなかった場合は、次に掲げるいずれかの方法により資格確認を行うこと。

- ・ マイナンバーカード及び資格情報のお知らせの画面上への提示
- ・ マイナンバーカード及びマイナポータル画面（PDF含む）の画面上への提示

（参考）オンライン診療等におけるオンライン資格確認の概要

https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sysparm_article=KB0010235

（参考）マイナ在宅受付WEBに関するよくある質問（FAQ）

https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=kb_article_view&sysparm_article=KB0011377

また、②については、次に掲げるいずれかの方法により資格確認を行うこと。

- ・ 資格確認書の画面上への提示
- ・ 令和6年12月2日時点で現に交付されている被保険者証（有効期限の範囲内又は令和7年12月1日までの間に限る）の画面上への提示

（令 6.11.29 保その1＜別添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（保険医と開設者とは同一人）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

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。

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一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、患者の負担とする。

答 算定できる。

(平20. 3.28 問93)

(在宅患者共同診療料について)

- (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。 ㊦
- (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。 ㊦
- (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。 ㊦

(診療報酬明細書「摘要」欄への記載事項)

[204] 初回算定年月日を記載すること。

[204] 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回数（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年間に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。

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）の第四の五の二の(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の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 8. 3. 5 厚生労働省告示第71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
慢性炎症性脱髄性多発神経炎
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 8. 3. 5 厚生労働省告示第70号）

C012-2 訪問診療薬剤師同時指導料 300点

- 注1 訪問診療を実施している保険医療機関の保険医が、在宅での療養を行っている患者（施設入居時等医学総合管理料の対象患者を除く。）であって、通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を実施している他の保険医療機関若しくは保険薬局又は居宅療養管理指導を実施している病院、診療所若しくは保険薬局の薬剤師と同時に訪問を行うとともに、療養上必要な指導を行った場合に、6月に1回に限り算定する。
- 2 当該保険医療機関を退院した患者に対して退院の日から起算して1月以内に行った指導の費用は、第1章第2部第1節に掲げる入院基本料に含まれるものとする。

（訪問診療薬剤師同時指導料について）

- (1) 訪問診療薬剤師同時指導料は、薬剤師との連携による在宅患者の適切な処方推進する観点から、当該保険医療機関において在宅時医学総合管理料を算定し、他の保険医療機関又は保険薬局において在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合）を算定する患者に対し、計画的に訪問診療を実施している保険医である医師と、訪問薬剤管理指導を行っている別の保険医療機関又は保険薬局の薬剤師が、事前に当該患者の同意を得た上で、患家に同時に訪問し処方の調整等の必要な対応を共同して行うことを評価するものである。 図
- (2) 在宅医療における薬剤師との同時訪問を実施するに当たっては、患者の生活実態に即した薬物療法の最適化を図る観点から、患家における残薬・服薬状況の確認、副作用の早期兆候把握、剤形・用法の変更等を患家において医師と薬剤師が協議し、必要に応じて、医師による処方設計の見直し及び薬剤師による即応的な薬学的支援を実施する。なお、医師と薬剤師の協議の結果、処方内容に変更がない場合であっても当該指導料を算定することができる。 図
- (3) 訪問診療薬剤師同時指導料を算定する場合は、医師及び薬剤師が共同して行った指導の内容及び医師が処方薬の調整を行っていればその要点等について、診療録に記載する。 図

（診療報酬明細書「摘要」欄への記載事項）

【205】同時に訪問した在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定する別の保険医療機関又は保険薬局の名称を記載すること。

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 区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、区分番号C001-2に掲げる在宅患者訪問診療料（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。

（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。 図
- (2) 重点的な褥瘡管理が必要な者とは、ベッド上安静であって、既にDESIGN-R2020による深さの評価がd 2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 図
- (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家に一堂に会し、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。 ㊦
- (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、関係者全員が患家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名以上は患家に赴きカンファレンスを行っていること ㊦
- (5) (4)において、患者の個人情報等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、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。 ㊦
- (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。 ㊦
- (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。 ㊦
- (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**、**I 012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。 ㊦
- (9) 「注2」については、褥瘡の指導管理のために患家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家で行った日に、当該カンファレンスとは別に継続的に実施する必要がある訪問診療、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**、**I 012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。 ㊦
- (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。 ㊦

（診療報酬明細書「摘要」欄への記載事項）

【206】「（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。

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、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。

(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。 ㊦
- (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。 ㊦
- (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。 ㊦
- (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。 ㊦
- (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。 ㊦
- (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。 ㊦
- (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。 ㊦
- (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。 ㊦
- (9) 当該指導において、患者の個人情報や情報通信機器等の画面上で取り扱う場合には、患者の同意を得る。また、厚生労働省の定める「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応していること。 ㊦
- (10) 情報通信機器等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。 ㊦
- (11) 外来在宅共同指導料2を算定する場合には、A000初診料、A001再診料、A002外来診療料、C000往診料、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)は別に算定できない。 ㊦

(診療報酬明細書「摘要」欄への記載事項)

【207】 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こと。

第 14 部 その他

通 則

- 1 処遇の費用は、第 1 節の各区分の所定点数により算定する。
- 2 処遇改善に当たって、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、それぞれ別に第 1 節（看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料を除く。）及び歯科点数表第 2 章第 15 部第 1 節（看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料を除く。）の各区分に掲げるベースアップ評価料等を算定する。
- 3 物価対応の費用は、第 2 節の各区分の所定点数により算定する。
- 4 物価対応に係る費用について、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、それぞれ別に第 2 節（入院物価対応料を除く。）及び歯科点数表第 2 章第 15 部第 2 節（歯科入院物価対応料を除く。）の各区分に掲げる物価対応料を算定する。

第 1 節 ベースアップ評価料等

区分

〇〇〇〇 看護職員処遇改善評価料（1 日につき）

1 看護職員処遇改善評価料 1	1 点
2 看護職員処遇改善評価料 2	2 点
3 看護職員処遇改善評価料 3	3 点
4 看護職員処遇改善評価料 4	4 点
5 看護職員処遇改善評価料 5	5 点
6 看護職員処遇改善評価料 6	6 点
7 看護職員処遇改善評価料 7	7 点
8 看護職員処遇改善評価料 8	8 点
9 看護職員処遇改善評価料 9	9 点
10 看護職員処遇改善評価料 10	10 点
11 看護職員処遇改善評価料 11	11 点
12 看護職員処遇改善評価料 12	12 点
13 看護職員処遇改善評価料 13	13 点
14 看護職員処遇改善評価料 14	14 点
15 看護職員処遇改善評価料 15	15 点
16 看護職員処遇改善評価料 16	16 点
17 看護職員処遇改善評価料 17	17 点
18 看護職員処遇改善評価料 18	18 点
19 看護職員処遇改善評価料 19	19 点
20 看護職員処遇改善評価料 20	20 点

(算定の原則)

- ◇ 処遇の費用は、第 1 節ベースアップ評価料等の各区分の所定点数により算定する。

図

(医科歯科併設の保険医療機関におけるベースアップ評価料の取扱い)

- ◇ 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歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）若しくは歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）又は外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）若しくは外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）（以下「外来・在宅ベースアップ評価料」という。）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外来・在宅ベースアップ評価料を算定する。

図

(物価対応)

- ◇ 物価対応の費用は、第 2 節物価対応料の各区分の所定点数により算定する。

図

(医科歯科併設の保険医療機関における物価対応料の取扱い)

- ◇ 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歯科外来物価対応料又は外来・在宅物価対応料を算定することができる。ただし、同一の傷病又は互いに関連のある傷病により、医科と歯科を併せて受診した場合には、主たる診療科においてのみ所定の物価対応料を算定する。

図

(看護職員処遇改善評価料について)

- ◇ 看護職員処遇改善評価料は、地域で一定の役割を担う保険医療機関に勤務する保健師、助産師、看護師及び准看護師の賃金を改善するための措置を実施することを評価したものであり、第 1 章第 2 部第 1 節入院基本料、第 3 節特定入院料又は第 4 節短期滞在手術等基本料（A400 の「1」短期滞在手術等基本料 1 を除く。）を算定している患者について、1 日につき 1 回に限り算定できる。

図

(看護職員処遇改善評価料等に関する事務連絡)

※区分番号については、令和 8 年度改定後のものに修正した（以下第 14 部において同じ）。
問 外来診療及び在宅医療を実施しておらず、入院医療のみを実施している保険医療機関について、ベースアップ評価料の届出及び算定についてどのように考えればよいか。

答 〇〇〇1 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び〇〇〇3 入院ベースアップ評価料の届出を行った上で、〇〇〇3 入院ベースアップ評価料のみを算定する。

（令 6. 3.28 その 1 <別添 2> 問 20）

問 外来即入院となった患者について、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）を算定した上で、〇〇〇〇 看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料を同日に算定することは可能か。

答 算定可能。（令 6. 3.28 その 1 <別添 2> 問 21）

問 看護職員処遇改善評価料及び入院ベースアップ評価料については、入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料（A400 の「1」短期滞在手術等基本料 1 を除く。）を算定している患者について算定するとされているが、外泊期間中であって、入院基本料の基本点数又は特定入院料の 15% 又は 30% を算定する日においても、算定可能か。

答 算定可。（令 6. 3.28 その 1 <別添 2> 問 28）

問 「診療報酬の算定方法」別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）における〇〇〇〇 看護職員処遇改善評価料、別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）における P 〇〇〇 看護職員処遇改善評価料（以下「看護職員処遇改善評価料」という。）、医科点数表における〇〇〇1 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）、〇

第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項

- ◇ 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。 図

（併設保険医療機関の取扱いについて）

- ◇ 介護老人保健施設に併設される保険医療機関（以下「併設保険医療機関」という。）の取扱いについては、次による。
- (一) 併設保険医療機関とは、介護老人保健施設と同一敷地内にある病院又は診療所その他これに準ずる病院又は診療所をいう。
- なお、「その他これに準ずる病院又は診療所」とは、次のいずれかに該当するものである。
- ① 「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3月31日厚生省令第40号。以下「基準省令」という。）第3条第3項により施設を当該介護老人保健施設と共用しているもの。
- ② 基準省令第2条第4項により職員が当該介護老人保健施設の職員を兼務しているもの。
- (二) 都道府県の介護老人保健施設主管部局は、開設許可の申請及び変更許可の申請等がなされた際に、前記(一)の併設保険医療機関に該当するか否かを確認の上、併設保険医療機関に該当する場合には当該保険医療機関に対して必要な説明を行うとともに、当該開設許可の申請等を行った介護老人保健施設、都道府県の老人医療主管部局、管下市町村及び審査支払機関に対して必要な連絡を行う。
- (平14. 3. 8 保医発 0308008)

（緊急時施設治療管理料について）

- (1) 平成18年7月1日から令和6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。 図
- (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。 図
- (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 その他薬物中毒等で重篤なもの 図
- (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 図

（診療報酬明細書「摘要」欄への記載事項）

- 併設保険医療機関の保険医が往診を行った場合
- 【609】対象患者が介護療養型老健施設の入居者である旨を記載すること。
- 【609】緊急時施設治療管理料を算定する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→その年月日及び時刻を記載すること。

（緊急時施設治療管理料に関する事務連絡）

問 緊急時施設治療管理料について、患者がショック状態であるなど緊急を要する場合であっても、介護療養型老健施設の医師の電話等による求めを受けてから往診しなくてはならないのか。

1 緊急時施設治療管理料

500点

注 平成18年7月1日から令和6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（以下この表において「療養病床から転換した介護老人保健施設」という。）に併設される保険医療機関の医師が、当該療養病床から転換した介護老人保健施設の医師の求めに応じて入所している患者の病状が著しく変化した場合に緊急その他やむを得ない事情により、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に、1日に1回、1月に4回に限り算定する。

計画作成日： 年 月 日
計画見直し予定日： 年 月 日

療養生活の支援に関する計画書

氏名： 様 性別：男・女 生年月日： 年 月 日 (歳)

主治医： 看護師・保健師： 精神保健福祉士：

参加者

☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 主治医 ☐ 看護師・保健師 ☐ 精神保健福祉士 ☐ 薬剤師 ☐ 作業療法士 ☐ 公認心理師

☐ 訪問看護ステーション ☐ 行政機関 ☐ 指定特定相談支援事業所 ☐ 障害福祉サービス事業所

☐ その他 ()

本人の目標 (したい又はできるようにしたい生活の希望) 今回の支援計画における目標

評価項目	支援の 必要性	課題内容 本人の希望	本人の実施事項 (※1)	支援者の実施事項 (※1)	支援者 (機関名・担当者名・連絡先)
環境要因	☐				
生活機能 (活動)	☐				
社会参加	☐				
心身の状態	☐				
支援継続に 関する課題 (※2)	☐				
行動に関する課題 (※3)	☐				

(※1) 課題内容、本人の希望に対する実施事項を記載すること
(※2) 病状の理解の程度や自己管理能力 (※3) アルコールや薬物、自他の安全確保に関する課題、こだわり等

調子が悪くなってきたときのサイン	
自分でわかるサイン	周りの人が気づくサイン
サインに気づいたときにすること	
自分ができること	周りの人がすること

緊急連絡先：氏名	所属	連絡先
緊急連絡先：氏名	所属	連絡先
緊急連絡先：氏名	所属	連絡先

児童思春期支援指導加算 支援計画書

患者氏名	生年月日
------	------

初診日	
診断名 (状態像名)	
症状および問題行動 本人の得意なこと 本人の苦手なこと	
発達・社会的環境 家族構成： 発達・生育歴： 社会的環境 (就学状況や対人関係など)：	
方針・支援計画	
本人・家族との面接	☐ 本人との面接： 回/週・月 ☐ 家族面接： 回/週・月 (☐ 父親 ☐ 母親 ☐ その他 ())
他の機関との連携	☐ あり (☐ 本人の同意 ☐ 保護者の同意)・ ☐ なし <連携先> ☐ 担任 ☐ 養護教諭 ☐ 生徒指導担当 ☐ スクールカウンセラー ☐ スクールソーシャルワーカー ☐ 児童相談所職員 ☐ 市町村担当者 ☐ その他 ()
予想される支援の期間	本人の希望： 家族の希望： 目標の設定： (週間・月)
備考	

計画作成日
(見直し予定日)
担当医氏名
担当者氏名 (職種)

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8年4月30日 厚生労働省告示第207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

届出通則

- 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は無効であること。
- 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

施設基準通則

- 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 遠隔電子処方箋活用加算の施設基準 **B「通則7」関係**
電磁的記録をもって作成された処方箋を発行する体制を有していること。

一の二 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。）に規定する疾病のうち別表第一に掲げる疾病

一の三 特定疾患療養管理料の注1に規定する施設基準 **B000**

特定疾患療養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。

一の四 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

5日以降、新たに他の保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しない場合かつ当該保険医療機関が所在し続ける場合に限り、当該保険薬局については、当面の間、第十五の一の(6)のイに該当しないものとみなす。

八 令和8年3月31日において現にこの告示による改正前の特掲診療料の施設基準等第十五の五の後発医薬品調剤体制加算1、2又は3に係る届出を行っていた保険薬局については、令和9年5月31日までの間に限り、第十五の四の(1)のロに該当するものとみなす。

九 令和8年5月31日において現に健康保険法第63条第3項第一号の指定を受けていた保険薬局については、当面の間、第十五の五の六に該当しないものとみなす。

十 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（令和6年厚生労働省告示第58号）による改正前の基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関であって、令和6年3月31日において現に外来緩和ケア管理料の注4、糖尿病透析予防指導管理料の注3、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院又は調剤基本料の注1ただし書に係る届出を行っているものは、令和12年5月31日までの間に限り、基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在するものとみなす。

十一 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（令和8年厚生労働省告示第70号）による改正前の基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関であって、令和8年3月31日において現に外来緩和ケア管理料の注4、糖尿病透析予防指導管理料の注3、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、処置の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、手術の休日加算1、時間外加算1及び深夜加算1、遠隔画像診断（受信側に限る。）、保険医療機関間の連携による病理診断（標本等の受取又は受信側に限る。）、保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診（受信側に限る。）、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料又は調剤基本料の注1ただし書に係る届出を行っているものは、令和14年5月31日までの間に限り、基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在するものとみなす。

別表第一 特定疾患療養管理料並びに処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算に規定する疾患

結核
悪性新生物
甲状腺障害
処置後甲状腺機能低下症
スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害
ムコ脂質症
リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）
リポジストロフィー
ローノア・ベンソード腺脂肪腫症
虚血性心疾患
不整脈
心不全
脳血管疾患
一過性脳虚血発作及び関連症候群
単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎
詳細不明の慢性気管支炎
その他の慢性閉塞性肺疾患
肺気腫
喘息
喘息発作重積状態
気管支拡張症
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍（消化性潰瘍のある患者への投与が禁

忌である非ステロイド性抗炎症薬の投与を受けている場合を除く。）

胃炎及び十二指腸炎
肝疾患（経過が慢性なものに限る。）
慢性ウイルス肝炎
アルコール性慢性肝炎
その他の慢性肝炎
思春期早発症
性染色体異常
アナフィラキシー
ギラン・バレー症候群

別表第二 特定疾患治療管理料に規定する疾患等

- 一 特定薬剤治療管理料1の対象患者
 - (1) テオフィリン製剤を投与している患者
 - (2) 不整脈用剤を投与している患者
 - (3) ハロペリドール製剤又はブロムペリドール製剤を投与している患者
 - (4) リチウム製剤を投与している患者
 - (5) 免疫抑制剤を投与している患者
 - (6) サリチル酸系製剤を投与している若年性関節リウマチ、リウマチ熱又は関節リウマチの患者
 - (7) メトトレキサートを投与している悪性腫瘍の患者
 - (8) アミノ配糖体抗生物質、グリコペプチド系抗生物質又はトリアゾール系抗真菌剤を投与している入院中の患者
 - (9) イマチニブを投与している患者
 - (10) シロリムス製剤を投与している患者
 - (11) スニチニブを投与している患者
 - (12) 治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している患者
 - (13) プスルファンを投与している患者
 - (14) (1)から(13)までに掲げる患者に準ずるもの
- 二 小児特定疾患カウンセリング料の対象患者
18歳未満の気分障害、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体的要因に関連した行動症候群、心理的発達の障害又は小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害の患者
- 三 削除
- 四 皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅰ）の対象疾患
天疱瘡
類天疱瘡
エリテマトーデス（紅斑性狼瘡）
紅皮症
尋常性乾癬
掌跖膿疱症
先天性魚鱗癬
類乾癬
偏平苔癬
結節性痒疹その他の痒疹（慢性型で経過が1年以上のものに限る。）
- 五 皮膚科特定疾患指導管理料（Ⅱ）の対象疾患
帯状疱疹
じんま疹
アトピー性皮膚炎（16歳以上の患者が罹患している場合に限る。）
尋常性白斑
円形脱毛症
脂漏性皮膚炎

別表第三 外来栄養食事指導料、入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、退院後訪問栄養食事指導料及び在宅患者訪問栄養食事指導料に規定する特別食

腎臓食
肝臓食
糖尿食

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の取扱いについて

（令 8. 3. 5 保医発 0305 8）

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 8 年厚生労働省告示第 69 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 8 年厚生労働省告示第 71 号）が告示され、令和 8 年 6 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、その取扱いに遺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 6 年 3 月 5 日保医発 0305 第 6 号）は、令和 8 年 5 月 31 日限り廃止する。

記

第 1 特掲診療料の施設基準等

施設基準通則

- 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ものとする。
- 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料については、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。

- 5 カンファレンス等を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「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて実施する場合において、患者の個人情報等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又は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に提供する場合には、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」に対応するとともに安全な通信環境を確保していること。

- 6 令和 10 年 5 月 31 日までの間、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

- 7 区分番号は、例えば「A000」初診料における「A000」を指す。なお、以下区分番号という記載は省略し、「A000」のみ記載する。

第 2 届出に関する手続き

届出通則

- 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、当該保険医療機関及び当該保険薬局は、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、

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 1 に関する施設基準
患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。
- 2 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の取扱いについて」（令和 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 7 号。以下「基本診療料施設基準通知」という。）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（以下単に「情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること」という。）。
- 3 届出に関する事項
特定疾患療養管理料の注 1 の施設基準については、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、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 1 の 2 遠隔電子処方箋活用加算

B「通則 7」関係

- 1 遠隔電子処方箋活用加算に関する施設基準
「電子処方箋管理サービスの運用について」（令和 4 年 10 月 28 日付薬生発 1028 第 1 号医政発 1028 第 1 号保発 1028 第 1 号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。）に基づく電子処方箋（以下「電子処方箋」という。）を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制として、以下の(1)から(3)までを全て満たしていること。
(1) 院外処方を行う場合には、原則として、電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行っていること。
(2) 院内処方を行う場合には、原則として、医療機関内で調剤した薬剤の情報を電子処方箋管理サービスに登録を行っていること。
(3) 電子処方箋対応医療機関であることをウェブサイトで掲示していること。
- 2 届出に関する事項
遠隔電子処方箋活用加算の施設基準に係る届出は、別添 2 の様式 1 の 4 を用いること。

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 に規定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
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、勤務の態様（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 1 の 2 の 2 小児特定疾患カウンセリング料

B001「4」

- 1 小児特定疾患カウンセリング料の注 2 に関する施設基準
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
小児特定疾患カウンセリング料の注 2 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、小児特定疾患カウンセリング料の注 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 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
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
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 1 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 7 に関する施設基準
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 7 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 7 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 1 に関する施設基準
(1) 皮膚科又は皮膚泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。
(2) 患者の状態に応じ、28日以上長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。
- 2 皮膚科特定疾患指導管理料の注 4 に関する施設基準
情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

6 特掲診療料関係に関する事務連絡

【特掲診療料の施設基準等】

（施行時期後ろ倒し）

問 令和6年度の診療報酬改定において、施行時期が令和6年6月1日に変更になったが、令和6年4月又は5月に新規の届出又は変更の届出を行った場合における、令和6年6月以降の経過措置の取扱い如何。

答 令和6年4月以降に令和6年度診療報酬改定前の施設基準による届出を行った保険医療機関又は保険薬局については、令和6年度診療報酬改定における施設基準（以下「新施設基準」という。）の経過措置であって、令和6年3月31日において現に届出を行っていることを要件としている経過措置の対象にならない。

（令 6. 3.28 その1・問1）

問 上記「（令 6. 3.28 その1・問1）」について、令和6年4月又は5月に新規の届出又は変更の届出を行った保険医療機関又は保険薬局における令和6年6月1日以降の届出についてどのように考えればよいか。

答 それぞれ以下のとおり。

① 施設基準で改正がない場合（名称のみが改正された場合を含む。）又は施設基準が改正された場合であって届出が必要でない場合

令和6年6月3日以降に再度届出を行う必要はない。

② 施設基準が改正された場合であって届出が必要な場合（経過措置が置かれているものであって、令和6年3月31日において現に届出を行っていることを要件としている場合を含む。）

令和6年6月3日までに新施設基準による届出を行う必要がある。なお、当該届出を行った保険医療機関については、経過措置終了時期（例えば令和6年10月1日）の再度の届出は必要ない。

（令 6. 3.28 その1・問2）

問 施設基準の経過措置について、令和6年3月31日において現に入院基本料等の届出を行っていることとされているが、単に届出を行っていれば経過措置の対象となるのか。

答 当該施設基準の届出を行ったうえで、令和6年3月31日において現に当該診療報酬を算定している場合は、経過措置の対象となる。

（令 6. 4.26 その3・問1）

（届出）

問 「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等の算定方法について（平成14年3月8日付保医発第0308004号）」（編注；平成18年改正後は「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法について（平成18年3月23日付保医発第0323003号）」）中「第3の1のイ」では、入院基本料及び老人入院基本料（編注；平成18年改正後は特定入院料）並びに入院時食事療養（Ⅰ）及び特別管理（編注；平成18年改正後は廃止）の届出について、医師等の確保に関する具体的な計画が定められている場合、届出は可能とされているが、特掲診療料に係る届出は可能か。

答 特掲診療料に係る届出は不可である。

（平15. 6.12 ＜標次関係＞・問3）

問 基本診療料及び特掲診療料において、従来の届出と異なる区分への変更の届出を行う場合には、いつまでに届出を行い、いつから新たな報酬を算定するのか。特に、従来より低い区分への変更の届出（10対1入院基本料から13対1入院基本料への変更等）の場合には、どのように取り扱うのか。

答 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて（平成20年3月5日保医発第0305002号）第3の2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（平成20年3月5日保医発第0305003号）第3の1に規定するとおりであり、従来の届出区分より上の区分への変更である

か下の区分への変更であるかを問わず、以下のとおり取り扱うこととしたものである。

- ・ 月単位で算出する数値を用いた要件に関する施設基準の場合は、その変更を生じた月の翌月に変更の届出を行い、当該届出を行った月の翌月より新たな報酬を算定する。ただし、月の初日に変更の届出を行った場合には、当該月より新たな報酬を算定する。

- ・ 面積要件や常勤職員の配置要件等、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は、その変更を生じた日の属する月に速やかに変更の届出を行い、当該届出を行った月の翌月より新たな報酬を算定する。ただし、月の初日に変更の届出を行った場合には、当該月より新たな報酬を算定する。

（平20. 5. 9 問58）

問 「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（令和6年3月5日保医発0305第6号）」の第2の4(3)イについて、「新規届出の場合」とは、当該保険医療機関の新規開設又は当該手術等を実施する診療科を新規開設する場合のほか、当該保険医療機関が当該届出を初めて行う場合も該当するか。

答 そのとおり。

（令 7. 9.16 その29・問1）

問 令和8年度診療報酬改定に係る新設又は要件変更となった施設基準について網羅的な一覧はないか。

答 「令和8年度診療報酬改定に係る施設基準届出チェックリストの送付について」（令和8年4月20日厚生労働省保険局医療課事務連絡）の別添のチェックリストを参照のこと。

（令 8. 4.20 その3＜別添1＞問1）

問 令和8年度診療報酬改定が施行される令和8年6月診療分の施設基準の届出に係る届出期限についてどのように考えればよいか。

答 令和8年6月診療分の施設基準の届出については、令和8年5月7日から6月1日まで地方厚生（支）局等において受け付けているところ、令和8年5月下旬以降に地方厚生（支）局等の窓口は届出が集中し、混雑が予想されることから、可能な限り令和8年5月18日までの届出に努めること。

ただし、令和8年6月診療分の施設基準の届出に係る電子申請は令和8年5月25日から受付開始となるため、留意すること。

（令 8. 4.20 その3＜別添1＞問2）

（届出受理後の措置）

問 施設基準の変更の届出について、「届出受理後の措置」において変更の届出が必要なものが列記されているが、以下については、変更の届出が必要か。

- ・ 一般病棟入院基本料の「注11」及び特定一般入院料（編注；特定一般病棟入院料）の「注9」における90日を超える入院患者の算定

- ・ リンパ浮腫複合的治療料

- ・ 処置・手術の時間外加算1

- ・ 無菌製剤処理加算（編注；無菌製剤処理料）

答 必要である。

（平30. 3.30 その1・問216）

（常勤）

問 病院勤務医の常勤要件について、週3日以上、週24時間（編注；週22時間）以上勤務している医師を常勤換算できることとなったが、週4日、1日6時間勤務（短時間勤務）の勤務医もその対象となるか。

答 対象となる。

（平30. 3.30 その1・問206）

問 外来における常勤医師の要件について、「常勤」の定義は何か。

答 原則として、各医療機関で作成する就業規則において定められた医師の勤務時間の全てを勤務する医師を指す。なお、常時10人以上の従業員を使用する医療機関の使用者は、労働基準法第89条

IV

医療保険と介護保険の給付調整

医療保険と介護保険の給付調整

告 示

要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合

(平成20年3月27日 厚生労働省告示第128号)
(最終改正：令和8年3月27日 厚生労働省告示第119号)

診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）に基づき、要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合を次のように定め、平成20年4月1日から適用し、要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合（平成18年厚生労働省告示第176号）は、平成20年3月31日限り廃止する。ただし、同日以前の日に行われた療養の費用の額の算定については、なお従前の例による。

要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合

第一 診療報酬の算定方法第六号に規定する厚生労働大臣が定める場合は、別表第一の上（左）欄各号に掲げる患者の区分に従い、同表の下（右）欄に掲げる診療報酬の算定方法に掲げる療養を行った場合とする。ただし、別表第二の上（左）欄各号に掲げる診療報酬の算定方法に掲げる療養に要する費用を算定する場合にあっては、同表の下（右）欄に規定する算定方法による。

第二 診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）第3章第1部の4及び同章第2部の4に規定する厚生労働大臣が定めるものは、別表第三の上（左）欄各号に掲げる区分に従い、同表の下（右）欄に定めるものとする。また、別表第一及び別表第三の下（右）欄に規定する検査等は、別表第四の上（左）欄各号に掲げる区分に従い、同表の下（右）欄に定めるものとする。

別表第一

患者の区分	診療報酬の算定方法に掲げる療養
一 入院中の患者以外の患者であって、次のいずれにも該当しないもの（以下「入院中の患者以外の患者」という。）	次に掲げる点数が算定されるべき療養
イ 短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短	一 医科点数表第1章第1部に規定する点数
	二 医科点数表第2章第1部に規定する点数
	三 医科点数表第2章第2部に規定する点数であって、次に掲げる点数以外のもの

期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者
□ 地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護医療院に入所している患者

イ 区分番号C008に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料
□ 区分番号C009に掲げる在宅患者訪問栄養食事指導料
ハ 区分番号C010に掲げる在宅患者連携指導料
四 医科点数表第2章第3部から第14部までに規定する点数
五 診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）に規定する点数であって、次に掲げる点数以外のもの
イ 区分番号C001に掲げる訪問歯科衛生指導料
□ 区分番号C003に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料
ハ 区分番号C007に掲げる在宅患者連携指導料
六 診療報酬の算定方法別表第三調剤報酬点数表（以下「調剤点数表」という。）に規定する点数（区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を除く。）

二 入院している患者（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）

次に掲げる点数が算定されるべき療養
一 医科点数表及び歯科点数表に規定する点数
二 調剤点数表区分番号15の4に掲げる退院時共同指導料

三 短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室（以下「療養室」という。）において行われるものを除く。）

次に掲げる療養
一 次に掲げる点数が算定されるべき療養
イ 医科点数表第2章第1部に規定する点数（通則第7号に規定する加算については、別表第四