

医科点数表 Q&A 集

(令和5年4月版)

令和5年4月からの特例措置等	13
第1章 医科点数表 Q&A	39
第2章 審査支払機関における取扱い	527
第3章 Q&A アーカイブ	569
付 録 保存版『医科診療報酬 Q&A』	953

凡 例

令和5年4月からの特例措置等

- 令和5年4月1日からの診療報酬上の特例措置等について、医科点数表に関連する項目を簡潔にまとめました。
- ①オンライン資格確認の導入の原則義務付けに係る経過措置、②オンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置、③医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置、について記載しています。
- 関連する省令・告示等について、改正部分分かるように改正省令・告示の内容を掲載しています。

第1章 医科点数表Q&A

- 医科点数表について、厚生労働省保険局医療課から事務連絡として発出された疑義解釈等のうち、令和4年度診療報酬改定後の医科点数表の解釈に必要なものをQ&Aとして掲載しています。したがって、令和4年度診療報酬改定前のQ&Aについても適宜掲載しています。
- Q&Aは医科点数表の区分番号ごとに掲載しています。なお、「入院基本料」など、例外として区分番号ではなくテーマごとに掲載しているものもあります。
- 区分番号内は、原則として区分番号、「通則」、「注」などの項目ごとに**点数表関連Q&A**→**施設基準関連Q&A**の順で整理しています。
- 施設基準関連のQ&Aには **緑色の網かけ** をして掲載しています。
- 「通則」や「注」などの項目ごとに整理したものについては、見出しを「**◆緑字**」で付すとともに、その項目について **白ヌキ文字** で表示しています。それ以外にも、適宜見出しを付している箇所があります。
- Q&A本文中に他の通知等を参照する旨の記載がある場合などは、必要に応じて、その記載の部分を **緑字** で表記し、さらに当該Q&Aのあとに参照する通知等も **緑字** で掲載することで「対」となるように表示しています。なお、Q&Aを読み解くのに必要な通知等がある場合は、それらもQ&Aのあとに **緑字** で掲載しています。
- 不妊治療に関するQ&Aは、「不妊治療の取扱い」としてまとめて掲載しています。
- 各Q&Aの最後には、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。根拠を示しているため、第3章で原文を確認することも可能です。「不妊治療の取扱い」、「DPC」のQ&Aについては、例外として、根拠となる事務連絡を冒頭に表示しています。
- 新型コロナウイルス感染症について、保険適用となる検査キット等が疑義解釈で示されています。疑義解釈そのものは掲載せず、それらの内容をまとめた一覧を「保険適用となる検査手法・検査キット名等一覧(新型コロナウイルス感染症関連)」に掲載しています。
- 第1章の具体的な使用方法については、次ページの『**医科点数表Q&Aのみかた**』も併せて参考にご覧ください。

第2章 審査支払機関における取扱い

- 社会保険診療報酬支払基金（支払基金）、国民健康保険中央会（国保中央会）で公表している「審査情報提供事例」と「支払基金における審査の一般的な取扱い」を整理し、診療項目順に並べています。診療項目から探せる目次も掲載しているので、検索も容易です。
- タイトルの末尾に、審査情報提供事例は「審」を、「審査の一般的な取扱い」は「一」を付しています。
- 支払基金と国保中央会で同じ内容の事例が掲載されている場合は、一つにまとめてタイトルの下にそれぞれの発出日を掲載しています。
- 「国民健康保険中央会の審査情報提供事例であって、支払基金も合意した審査上の取扱い」については、本書では該当する国保中央会の審査情報提供事例に支払基金が合意した旨を公表した日付を掲載しています（この場合、該当する審査情報提供事例のタイトルの末尾には「審」のみを付しています）。

第3章 Q&Aアーカイブ

- 平成14年度診療報酬改定以降の医療課事務連絡を「アーカイブ」という整理のもと、医科点数表関連のQ&Aについて改定年度別に極力原本どおりに収載しており、不妊治療関連、歯科点数表関連、調剤点数表関連、DPC関連、新型コロナウイルス感染症の検査キットの保険適用等のQ&Aについては、「(略)」と表記したうえで省略しています。
- 医科点数表関連のQ&Aが含まれていない疑義解釈資料については掲載していません。
- のちに発出される医療課事務連絡により、訂正が行われるQ&A、削除されるQ&Aについては、当該Q&Aの最後に「訂正あり」、「廃止」と表記し、併せて当該医療課事務連絡の根拠を示しています。

付録について

- 平成13年に発刊した「**医科診療報酬Q&A（平成13年版）**」の全Q&Aを「保存版」として掲載しています。内容は発刊当時のものであることから、現状とはそぐわないものもあることをご理解のうえ、参考資料としてお使いいただければ幸いです。
- ※ 令和5年3月31日厚生労働省令第48号において、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」が「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令」に改められました。本書では、Q&Aが発出された当時の名称を使用しています。

医科点数表Q&A集 目次

令和5年4月からの特例措置等

令和5年4月1日からの診療報酬上の特例措置等について	
1 オンライン資格確認の導入の原則義務付けに係る経過措置（令和5年4月～）	14
2 オンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置（令和5年4月～12月）	15
3 医薬品の安定供給問題を踏まえた診療報酬上の特例措置	16
4 参考資料（関連する省令・告示・通知）	21

第1章 医科点数表Q&A

基本診療料	
初・再診料	
横断的事項	40
A 000 初診料	41
A 001 再診料	53
A 002 外来診療料	64
入院料等	
横断的事項	67
通則	67
届出	72
常勤	73
届出受理後の措置	74
退院後生活環境相談員	75
入院基本料	
A 100 一般病棟入院基本料	76
A 101 療養病棟入院基本料	76
A 102 結核病棟入院基本料	80
A 103 精神病棟入院基本料	80
A 104 特定機能病院入院基本料	81
A 105 専門病院入院基本料	81
A 106 障害者施設等入院基本料	82
A 108 有床診療所入院基本料	83
A 109 有床診療所療養病床入院基本料	83
入院基本料等の施設基準等	
平均在院日数	84
看護職員等の配置	84
看護師比率・看護要員の勤務時間	85
夜勤関連	86
医療従事者等の負担の軽減及び処遇の改善等	89
重症度、医療・看護必要度	89
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	91
医療区分・ADL区分等	97
A 100 一般病棟入院基本料	99
急性期一般入院料1, 7対1入院基本料（A 100・A 102・A 104・A 105・A 106）	99
夜間看護体制特定日減算（A 100「注6」・A 102「注8」・A 103「注10」・A 105「注10」・A 106「注11」・A 308-3「注8」）	99
夜勤時間特別入院基本料（A 100「注7」・A 102「注6」・A 103「注9」）	100
90日超入院患者（A 100「注11」・A 104「注9」・A 105「注8」・A 317「注9」）	100
ADL維持向上等体制加算（A 100「注12」・A 104「注10」・A 105「注9」）	100

A 101 療養病棟入院基本料	101
A 103 精神病棟入院基本料	103
A 104 特定機能病院入院基本料	104
A 105 専門病院入院基本料	104
A 106 障害者施設等入院基本料	105
診療所の入院基本料	106
入院基本料等加算	
医療従事者等の負担の軽減及び処遇の改善等	109
敷地内禁煙	109
A 200 総合入院体制加算	109
A 200-2 急性期充実体制加算	112
A 205 救急医療管理加算	114
A 205-3 妊産婦緊急搬送入院加算	116
A 206 在宅患者緊急入院診療加算	116
A 207 診療録管理体制加算	116
A 207-2 医師事務作業補助体制加算	117
A 207-3 急性期看護補助体制加算	120
A 207-4 看護職員夜間配置加算	124
A 211 特殊疾患入院施設管理加算	126
A 212 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算	127
A 214 看護補助加算	128
A 220-2 二類感染症患者療養環境特別加算	131
A 221-2 小児療養環境特別加算	131
A 224 無菌治療室管理加算	131
A 226-2 緩和ケア診療加算	132
A 227-2 精神科措置入院退院支援加算	133
A 230-2 精神科地域移行実施加算	133
A 230-3 精神科身体合併症管理加算	133
A 230-4 精神科リエゾンチーム加算	134
A 231-3 依存症入院医療管理加算	134
A 231-4 摂食障害入院医療管理加算	134
A 232 がん拠点病院加算	135
A 233-2 栄養サポートチーム加算	135
A 234 医療安全対策加算	138
A 234-2 感染対策向上加算	139
A 234-3 患者サポート体制充実加算	149
A 234-4 重症患者初期支援充実加算	152
A 234-5 報告書管理体制加算	153
A 236 褥瘡ハイリスク患者ケア加算	153
A 237 ハイリスク分娩等管理加算	154
A 242 呼吸ケアチーム加算	154
A 242-2 術後疼痛管理チーム加算	155
A 243 後発医薬品使用体制加算	156
A 244 病棟薬剤業務実施加算	157
A 245 データ提出加算	160
A 246 入退院支援加算	162
A 247 認知症ケア加算	165
A 247-2 せん妄ハイリスク患者ケア加算	167
A 248 精神疾患診療体制加算	168
A 249 精神科急性期医師配置加算	168
A 250 薬剤総合評価調整加算	169
A 251 排尿自立支援加算	169
特定入院料	
特定入院料	171
A 300 救命救急入院料	171
A 301 特定集中治療室管理料	175

早期離床・リハビリテーション加算 (A 300 救命救急入院料「注8」, A 301 特定集中治療室管理料「注4」, A 301-2 ハイケアユニット入院医療管理料「注3」, A 301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料「注3」, A 301-4 小児特定集中治療室管理料「注3」)	180	B 001・30 婦人科特定疾患治療管理料	236
早期栄養介入管理加算 (A 300 救命救急入院料「注9」, A 301 特定集中治療室管理料「注5」, A 301-2 ハイケアユニット入院医療管理料「注4」, A 301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料「注4」, A 301-4 小児特定集中治療室管理料「注4」)	182	B 001・31 腎代替療法指導管理料	237
A 301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料	184	B 001・34 二次性骨折予防継続管理料	237
A 301-4 小児特定集中治療室管理料	185	B 001・35 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料	238
A 302 新生児特定集中治療室管理料	185	B 001・36 下肢創傷処置管理料	238
A 303 総合周産期特定集中治療室管理料		B 001-2 小児科外来診療料	238
A 303-2 新生児治療回復室入院医療管理料	186	B 001-2-2 地域連携小児夜間・休日診療料	240
A 303 総合周産期特定集中治療室管理料	186	B 001-2-3 乳幼児育児栄養指導料	240
A 306 特殊疾患入院医療管理料	187	B 001-2-4 地域連携夜間・休日診療料	240
A 307 小児入院医療管理料	187	B 001-2-5 院内トリアージ実施料	240
A 308 回復期リハビリテーション病棟入院料	188	B 001-2-6 夜間休日救急搬送医学管理料	241
A 308-3 地域包括ケア病棟入院料	195	B 001-2-7 外来リハビリテーション診療料	242
A 309 特殊疾患病棟入院料	201	B 001-2-8 外来放射線照射診療料	243
A 310 緩和ケア病棟入院料	201	B 001-2-9 地域包括診療料	244
A 311 精神科救急急性期医療入院料	202	B 001-2-10 認知症地域包括診療料	250
A 311-2 精神科急性期治療病棟入院料	205	B 001-2-11 小児かかりつけ診療料	251
A 311-3 精神科救急・合併症入院料	206	B 001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料	252
A 311-4 児童・思春期精神科入院医療管理料	208	B 001-3 生活習慣病管理料	255
A 312 精神療養病棟入院料	208	B 001-3-2 ニコチン依存症管理料	256
A 314 認知症治療病棟入院料	210	B 001-5 手術後医学管理料	257
A 317 特定一般病棟入院料	210	B 001-6 肺血栓塞栓症予防管理料	257
A 318 地域移行機能強化病棟入院料	211	B 001-9 療養・就労両立支援指導料	257
A 319 特定機能病院リハビリテーション病棟入院料	212	B 002 開放型病院共同指導料 (I)	258
		B 003 開放型病院共同指導料 (II)	
短期滞在手術等基本料		B 004 退院時共同指導料 1	258
A 400 短期滞在手術等基本料	214	B 005 退院時共同指導料 2	
看護職員処遇改善評価料		B 005-1-2 介護支援等連携指導料	258
A 500 看護職員処遇改善評価料	217	B 005-1-3 介護保険リハビリテーション移行支援料	259
特掲診療料		B 005-6 がん治療連携計画策定料	260
特掲診療料		B 005-6-2 がん治療連携指導料	
特掲診療料	221	B 005-7-3 認知症サポート指導料	260
		B 005-8 肝炎インターフェロン治療計画料	261
		B 005-9 外来排尿自立指導料	261
		B 005-10 ハイリスク妊産婦連携指導料 1	262
		B 005-10-2 ハイリスク妊産婦連携指導料 2	263
		B 005-12 こころの連携指導料 (I)	263
		B 006-3 退院時リハビリテーション指導料	264
		B 007-2 退院後訪問指導料	264
		B 008 薬剤管理指導料	265
		B 009 診療情報提供料 (I)	265
		B 009-2 電子的診療情報評価料	267
		B 011 連携強化診療情報提供料	268
		B 011-3 薬剤情報提供料	268
		B 011-4 医療機器安全管理料	269
		B 011-5 がんゲノムプロファイリング評価提供料	269
		B 014 退院時薬剤情報管理指導料	269
		B 015 精神科退院時共同指導料	270
		B 100 禁煙治療補助システム指導管理加算	270
		在宅医療	
		通則	272
		C 000 往診料	276
		C 001 在宅患者訪問診療料 (I)	277
		C 001-2 在宅患者訪問診療料 (II)	279
		C 002 在宅時医学総合管理料	281
		C 002-2 施設入居時等医学総合管理料	
		C 003 在宅がん医療総合診療料	283
		C 004 救急搬送診療料	284
		C 005 在宅患者訪問看護・指導料	285
		C 005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料	
		C 005-2 在宅患者訪問点滴注射管理指導料	288

C 007 訪問看護指示料	288	D 208 心電図検査	320
C 010 在宅患者連携指導料	290	D 211-3 時間内歩行試験	320
C 011 在宅患者緊急時等カンファレンス料	290	D 215 超音波検査	320
C 012 在宅患者共同診療料	290	D 215-4 超音波減衰法検査	320
C 013 在宅患者訪問褥瘡管理指導料	291	D 216-2 残尿測定検査	321
C 014 外来在宅共同指導料	292	D 223-2 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定	321
在宅療養指導管理料	292	D 225-4 ヘッドアップティルト試験	321
C 100 退院前在宅療養指導管理料	293	D 235-3 長期脳波ビデオ同時記録検査	321
C 101 在宅自己注射指導管理料	293	D 236-3 脳磁図	321
C 101-3 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料	294	D 237 終夜睡眠ポリグラフィー	321
C 102 在宅自己腹膜灌流指導管理料	294	D 238 脳波検査判断料	322
C 103 在宅酸素療法指導管理料	294	D 239 筋電図検査	322
C 105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料	295	D 239-3 神経学的検査	323
C 107 在宅人工呼吸指導管理料	295	D 239-4 全身温熱発汗試験	323
C 107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	296	D 239-5 精密知覚機能検査	323
C 108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料	297	D 250 平衡機能検査	323
C 109 在宅寝たきり患者処置指導管理料	298	D 254 電気味覚検査	324
C 114 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料	298	D 255 精密眼底検査 (片側)	324
C 116 在宅植込型補助人工心臓 (非拍動流型) 指導管理料	298	D 255-2 汎網膜硝子体検査 (片側)	324
C 118 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料	298	D 256 眼底カメラ撮影	324
C 119 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料	299	D 257 細隙灯顕微鏡検査 (前眼部及び後眼部)	325
C 150 血糖自己測定器加算	299	D 261 屈折検査	325
C 152-2 持続血糖測定器加算	299	D 273 細隙灯顕微鏡検査 (前眼部)	325
C 153 注入器用注射針加算	300	D 282-3 コンタクトレンズ検査料	325
C 162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算	300	D 283 発達及び知能検査	326
C 163 特殊カテーテル加算	300	D 286 肝及び腎のクリアランステスト	326
C 171 在宅酸素療法材料加算	300	D 288 糖負荷試験	326
C 171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算	301	D 291-2 小児食物アレルギー負荷検査	326
C 172 在宅経肛門的自己洗腸用材料加算	301	内視鏡検査	326
C 200 薬剤	301	D 308 胃・十二指腸ファイバースコープ	327
検 査		D 310 小腸内視鏡検査	327
通則	302	D 313 大腸内視鏡検査	327
検体検査実施料	302	D 409-2 センチネルリンパ節生検 (片側)	328
D 002 尿沈渣 (鏡検法)	303	D 410 乳腺穿刺又は針生検 (片側)	328
D 004 穿刺液・採取液検査	303	D 419 その他の検体採取	328
D 004-2 悪性腫瘍組織検査	303	画 像 診 断	
D 005 血液形態・機能検査	304	通則	329
D 006-4 遺伝学的検査	304	E 002 撮影	330
D 006-5 染色体検査	305	E 003 造影剤注入手技	331
D 006-11 F I P 1 L 1 - P D G F R α 融合遺伝子検査	305	E 101-2 ポジトロン断層撮影 (P E T)	331
D 006-13 骨髄微小残存病変測定	305	E 101-3 ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影 (P E T - C T)	332
D 006-17 Nudix hydrolase 15 (NUDT15) 遺伝子多型	305	第3節コンピューター断層撮影診断料	332
D 006-18 B R C A 1/2 遺伝子検査	306	E 200 コンピューター断層撮影 (C T 撮影)	332
D 006-19 がんゲノムプロファイリング検査	307	E 200-2 血流予備量比コンピューター断層撮影	334
D 006-26 染色体構造変異解析	310	E 202 磁気共鳴コンピューター断層撮影 (M R I 撮影)	334
D 007 血液化学検査	310	E 400 フィルム	336
D 008 内分泌学の検査	310	投 薬	
D 009 腫瘍マーカー	310	通則	337
D 012 感染症免疫学的検査	311	F 100 処方料	337
D 013 肝炎ウイルス関連検査	314	F 200 薬剤	341
D 014 自己抗体検査	314	F 400 処方箋料	343
D 015 血漿蛋白免疫学的検査	315	F 500 調剤技術基本料	346
D 016 細胞機能検査	315	注 射	
D 019-2 酵母様真菌薬剤感受性検査	315	通則	348
D 023 微生物核酸同定・定量検査	315	G 020 無菌製剤処理料	349
D 026 検体検査判断料	318	G 100 薬剤	350
呼吸循環機能検査等	319	リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン	
D 206 心臓カテーテル法による諸検査	319	通則	351
		H 000 心大血管疾患リハビリテーション料	359

H 001 脳血管疾患等リハビリテーション料	360	K 014 皮膚移植術（生体・培養）	405
H 001-2 廃用症候群リハビリテーション料	362	K 014-2 皮膚移植術（死体）	405
H 002 運動器リハビリテーション料	363	K 019-2 自家脂肪注入	405
H 003 呼吸器リハビリテーション料	366	K 046 骨折靱血の手術	405
H 003-2 リハビリテーション総合計画評価料	367	K 047 難治性骨折電磁波電気治療法	406
H 003-3 リハビリテーション計画提供料	369	K 047-2 難治性骨折超音波治療法	
H 003-4 目標設定等支援・管理料	369	K 047-3 超音波骨折治療法	406
H 004 摂食機能療法	371	K 056-2 難治性感染性偽関節手術（創外固定器によるもの）	406
H 007 障害児（者）リハビリテーション料	374	K 075 非靱血の関節授動術	406
H 007-2 がん患者リハビリテーション料	374	K 081 人工骨頭挿入術	407
H 007-3 認知症患者リハビリテーション料	376	K 126 脊椎、骨盤骨（軟骨）組織採取術（試験切除によるもの）	407
H 007-4 リンパ浮腫複合的治療料	376	K 134-4 椎間板内酵素注入療法	407
H 008 集団コミュニケーション療法料	378	K 169 頭蓋内腫瘍摘出術	408
精神科専門療法			
I 000 精神科電気痙攣療法	379	K 171-2 内視鏡下経鼻の腫瘍摘出術	408
I 001 入院精神療法	379	K 177 脳動脈瘤頸部クリッピング	408
I 002 通院・在宅精神療法	379	K 180 頭蓋骨形成手術	408
I 002-3 救急患者精神科継続支援料	382	K 181-6 頭蓋内電極植込術	408
I 003-2 認知療法・認知行動療法	382	K 190 脊髄刺激装置植込術	408
I 004 心身医学療法	383	K 190-6 仙骨神経刺激装置植込術	408
I 006-2 依存症集団療法	384	K 190-6 仙骨神経刺激装置植込術	409
I 008-2 精神科ショート・ケア	385	K 190-7 仙骨神経刺激装置交換術	409
I 009 精神科デイ・ケア	386	K 190-8 舌下神経電気刺激装置植込術	409
I 012 精神科訪問看護・指導料	387	K 219 眼瞼下垂症手術	409
I 012-2 精神科訪問看護指示料	388	K 228 眼窩骨折整復術	409
I 014 医療保護入院等診療料	388	K 268 緑内障手術	409
I 016 精神科在宅患者支援管理料	389	K 277 網膜冷凍凝固術	409
処置			
通則	390	K 305-2 植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術	410
J 000-2 下肢創傷処置	390	K 308-3 耳管用補綴材挿入術	410
J 001-4 重度褥瘡処置	391	K 331-3 下甲介粘膜レーザー焼灼術	410
J 001-10 静脈圧迫処置	391	K 374-2 鏡視下咽頭悪性腫瘍手術	410
J 003 局所陰圧閉鎖処置（入院）	391	K 394-2 鏡視下喉頭悪性腫瘍手術	
J 003-4 多血小板血漿処置	391	K 400 喉頭形成手術	410
J 007-2 硬膜外自家血注入	391	K 443 上顎骨形成術	410
J 022-5 持続的難治性下痢便ドレナージ	391	K 445-2 顎関節人工関節全置換術	410
J 034-2 経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術	392	K 470-2 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法	410
J 038 人工腎臓	393	K 474-3 乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術	411
J 038-2 持続緩徐式血液濾過	396	K 476 乳腺悪性腫瘍手術	411
J 039 血漿交換療法	396	K 488-4 胸腔鏡下試験切除術	411
J 041 吸着式血液浄化法	397	K 513 胸腔鏡下肺切除術	411
J 042 腹膜灌流	397	K 520 食道縫合術（穿孔、損傷）	412
J 043-4 経管栄養・薬剤投与用力カテーテル交換法	397	K 529-2 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術	412
J 043-7 経会陰的放射線治療用材料局所注入	397	K 533 食道・胃静脈瘤硬化療法（内視鏡によるもの）	412
J 045 人工呼吸	397	心、心膜、肺動静脈、冠血管等	412
J 047 カウンターショック	398	K 555-2 経カテーテル弁置換術	412
J 047-3 心不全に対する遠赤外線温熱療法	398	K 561 スtentグラフト内挿術	413
J 054-2 皮膚レーザー照射療法	398	K 594 不整脈手術	413
J 086 眼処置	398	K 597 ペースメーカー移植術	413
J 114 ネブライザ	398	K 597-2 ペースメーカー交換術	
J 115-2 排痰誘発法	399	K 598 両心室ペースメーカー移植術	413
J 118-4 歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	399	K 598 両心室ペースメーカー移植術	413
J 120 鼻腔栄養	399	K 598-2 両心室ペースメーカー交換術	
ギプス	399	K 599 植込型除細動器移植術	413
J 129-4 治療用器具採型法	399	K 599-2 植込型除細動器交換術	
J 200 腰部、胸部又は頸部固定帯加算	399	K 599-3 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術	414
手術			
通則	400	K 599-4 両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術	414
K 000 創傷処理等	404	K 603-2 小児補助人工心臓	414
K 000-2 小児創傷処理（6歳未満）	404		

K 604-2	植込型補助人工心臓（非拍動流型）	414	
K 605-5	骨格筋由来細胞シート心表面移植術	414	
K 608-3	内シャント血栓除去術	414	
K 614	血管移植術，バイパス移植術	414	
K 615	血管塞栓術（頭部，胸腔，腹腔内血管等）	415	
K 616	四肢の血管拡張術・血栓除去術	415	
K 616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術	415	
K 616-6	経皮的下肢動脈形成術	416	
K 617-4	下肢静脈瘤血管内焼灼術	416	
K 636-4	腹腔鏡下試験切除術	416	
K 647-3	内視鏡下胃・十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術	416	
K 664-3	薬剤投与用胃瘻造設術	416	
K 665	胃瘻閉鎖術	417	
K 682-3	内視鏡的経鼻胆管ドレナージ術（ENBD）	417	
K 685	内視鏡的胆道結石除去術	417	
K 695-2	腹腔鏡下肝切除術	417	
K 702-2	腹腔鏡下臍体尾部腫瘍切除術	417	
K 703-2	腹腔鏡下臍頭部腫瘍切除術	418	
K 705	臍嚢胞胃（腸）バイパス術	418	
K 709-6	同種死体臍島移植術	418	
K 721	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	418	
K 721-4	早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術	418	
K 722	小腸結腸内視鏡的止血術	418	
K 730	小腸瘻閉鎖術	419	
K 731	結腸瘻閉鎖術	419	
K 739-2	経肛門の内視鏡下手術（直腸腫瘍に限る。）	419	
K 740-2	腹腔鏡下直腸切除・切断術	419	
K 755-3	副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法	419	
K 777	腎（腎盂）腸瘻閉鎖術	420	
K 781	経尿道的尿路結石除去術	420	
K 783-2	経尿道的尿管ステント留置術	420	
K 783-3	経尿道的尿管ステント抜去術	420	
K 792	尿管腸瘻閉鎖術	420	
K 808	膀胱腸瘻閉鎖術	421	
K 858	腔腸瘻閉鎖術	421	
K 879-2	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術	421	
K 882-2	腹腔鏡下子宮癒痕部修復術	421	
K 898	帝王切開術	422	
K 914	脳死臓器提供管理料	422	
K 916	体外式膜型人工肺管理料	422	
K 920	輸血	422	
K 920-2	輸血管理料	423	
K 922	造血幹細胞移植	423	
K 924	自己生体組織接着剤作成術	423	
K 924	自己生体組織接着剤作成術	423	
K 924-2	自己クリオプレシテート作製術（用手法）	423	
K 924-3	同種クリオプレシテート作製術	424	
K 934-2	副鼻腔手術用骨軟部組織切除機器加算	424	
K 936	自動縫合器加算	424	
K 939	画像等手術支援加算	424	
K 939-3	人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算	424	
K 939-5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算	425	
K 939-6	凍結保存同種組織加算	426	
麻 酔			
通則			427
L 008	マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	427	
L 008-2	体温維持療法	429	
L 009	麻酔管理料（Ⅰ）	429	
L 010	麻酔管理料（Ⅱ）	429	

L 100	神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）	430	
放 射 線 治 療			
通則			431
M 000	放射線治療管理料	431	
M 001	体外照射	431	
M 001-3	直線加速器による放射線治療	432	
M 001-4	粒子線治療	432	
M 001-5	ホウ素中性子捕捉療法	433	
M 004	密封小線源治療	433	
病 理 診 断			
通則			434
N 003-2	迅速細胞診	435	
N 004	細胞診	435	
N 006	病理診断料	435	
N 007	病理判断料	436	
不 妊 治 療 の 取 扱 い			
＜令和4年3月31日＞			
一般不妊治療管理料			437
人工授精			438
生殖補助医療管理料			439
採卵術			444
精巣内精子採取術			444
体外受精・顕微授精管理料			444
受精卵・胚培養管理料			446
胚凍結保存管理料			447
胚移植術			450
医薬品			451
その他			452
＜令和4年6月29日＞			
不妊治療に係る検査			453
一般不妊治療管理料，生殖補助医療管理料			453
医薬品			454
＜令和4年8月24日＞			
不妊治療に係る検査			454
＜令和5年1月12日＞			
患者及びパートナーへの説明・同意について			454
生殖補助医療管理料			455
採卵術			455
在宅自己注射管理料			455
胚凍結保存管理料			456
一般不妊治療管理料			456
保険外の診療の取扱い			456
その他			457
介護老人保健施設入所者に係る診療料			
介護老人保健施設入所者に係る診療料			
介護老人保健施設入所者に係る診療料			458
併設保険医療機関の療養に関する事項			
1	緊急時施設治療管理料	459	
特 定 保 険 医 療 材 料			
医学管理等・検査・画像診断・投薬・注射・処置・手術・麻酔・放射線治療用特定保険医療材料			460
調剤報酬点数表に規定する特定保険医療材料			462
入院時食事療養及び入院時生活療養			
入院時食事療養費			463
入院時生活療養費			464
療 養 担 当 規 則 関 係			
療担規則			465

「保険医療機関等において本人確認を実施する場合の方法について」(令2.1.10保保発0110 1, 保国発0110 1, 保高発0110 1, 保医発0110 1)に関する留意点	472
特定療養費, 保険外併用療養費	477
その他	492
D P C	
<令和4年3月31日・別添3>	
1. D P C対象病院の基準について	495
2. D P C対象患者について	495
3. 診断群分類区分の適用の考え方について	496
4. 診療報酬の算定について	500
5. 医療機関別係数について	501
6. 診断群分類点数表等により算定される診療報酬について	502
7. 特定入院料の取扱いについて	504
8. 入院日Ⅲを超えて化学療法が実施された場合の取扱いについて	505
9. 同一傷病での再入院の取扱いについて	506
10. 退院時処方取扱いについて	507
11. 対診・他医療機関受診の取扱いについて	508
12. データ提出加算について	509
13. 診療報酬の調整等について	509
14. 令和4年度改定に係る経過措置について	510
15. 診療報酬明細書関連について	511
<令和4年3月31日・別添4>	
血液化学検査	512
血液形態・機能検査	512
出血・凝固検査	513
血漿蛋白免疫学的検査	513
医薬品	513
<令和4年8月24日>	
特定入院料に係る加算の取扱いについて	517
<令和5年1月31日>	
後発医薬品使用体制加算	517
記 載 要 領	
記載要領	518
保険適用となる検査手法・検査キット名等一覧 (新型コロナウイルス感染症関連)	
SARS-CoV-2 (新型コロナウイルス) 抗原検出	521
SARS-CoV-2 (新型コロナウイルス) 抗原検出 (定性)	522
SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出	522
SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出 (定性)	522
SARS-CoV-2・RSウイルス抗原同時検出 (定性)	523
SARS-CoV-2 (新型コロナウイルス) 核酸検出	523
SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出	525
SARS-CoV-2・インフルエンザ・RSウイルス核酸同時検出	525

第2章 審査支払機関における取扱い

① 審査情報提供事例・審査の一般的な取扱い	528
② 国民健康保険中央会の審査情報提供事例であって、支払基金も合意した審査上の取扱い	567
③ コンピュータチェックに関する公開基準及びコンピュータチェック対象事例	568

第3章 Q&Aアーカイブ

平成14年度改定 疑義解釈資料等	
平成14年3月28日(診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正に関するQ&Aの送付について)	570
平成14年4月9日(疑義解釈について)	571
平成14年4月9日(疑義解釈について)	571
平成14年4月24日	572
平成14年7月5日	573
平成14年10月17日(慢性疼痛疾患管理料の算定等について)	574
平成15年1月29日(血管移植術の算定等について)	574
平成15年6月12日	574
平成15年7月30日(健康診断時及び予防接種の費用について)	576
平成15年12月2日(往診時の外来管理加算の算定について)	576
平成16年度改定 疑義解釈資料等	
平成16年3月30日	577
平成16年7月7日	588
平成16年11月1日(厚生労働大臣の定める入院患者数の基準の取扱いについて)	592
平成17年5月11日	592
平成17年5月31日(老人性痴呆疾患治療病棟入院料の施設基準の取扱いについて)	593
平成17年10月21日	593
平成18年度改定 疑義解釈資料等	
平成18年3月23日(その1)	596
平成18年3月28日(その2)	599
平成18年3月31日(その3)	603
平成18年4月28日(その5)	615
平成19年4月20日(その7)	620
平成19年6月1日(その8)	626
平成19年7月3日(「摂食機能療法の算定基準に係るQ&A」の送付について)	628
平成20年度改定 疑義解釈資料	
平成20年3月28日	629
平成20年5月9日	641
平成20年7月10日(その3)	646
平成20年10月15日(その5)	650
平成20年12月26日(その6)	651
平成21年3月30日(その8)	652
平成21年7月31日(その9)	653
平成22年度改定 疑義解釈資料	
平成22年3月29日(その1)	655
平成22年4月13日(その2)	669
平成22年4月30日(その3)	671
平成22年6月4日(その4)	675
平成22年6月11日(その5)	675
平成22年7月28日(その6)	677
平成22年12月6日(その7)	679
平成23年4月1日(その8)	680
平成23年9月16日(その9)	681
平成23年9月22日(その10)	681
平成23年10月19日(その11)	681
平成23年12月12日(その12)	682
平成24年度改定 疑義解釈資料	
平成24年3月30日(その1)	683
平成24年4月20日(その2)	698

平成24年4月27日(その3)	704	令和元年10月9日(その17)	849
平成24年5月18日(その4)	706	令和元年12月2日(その18)	849
平成24年6月7日(その5)	707	令和2年度改定 疑義解釈資料	
平成24年6月21日(その6)	708	令和2年3月31日(その1)	850
平成24年7月3日(その7)	709	令和2年4月16日(その5)	871
平成24年8月9日(その8)	711	令和2年5月7日(その9)	873
平成24年9月21日(その9)	716	令和2年5月8日(その10)	874
平成24年11月1日(その10)	717	令和2年6月2日(その15)	874
平成25年1月24日(その11)	717	令和2年6月30日(その20)	875
平成25年3月21日(その12)	719	令和2年7月20日(その23)	876
平成25年3月28日(その13)	720	令和2年8月25日(その29)	877
平成25年6月14日(その14)	721	令和2年9月1日(その30)	878
平成25年8月6日(その15)	723	令和2年11月17日(その43)	879
平成25年9月11日(その16)	724	令和2年11月24日(その44)	879
平成25年11月21日(その17)	725	令和3年1月19日(その48)	880
平成26年度改定 疑義解釈資料		令和3年2月2日(その52)	881
平成26年3月31日(その1)	727	令和3年2月3日(その53)	881
平成26年4月4日(その2)	735	令和3年2月18日(その56)	881
平成26年4月10日(その3)	741	令和3年2月22日(その57)	882
平成26年4月23日(その4)	744	令和3年3月31日(その62)	882
平成26年5月1日(その5)	748	令和3年7月20日(その72)	883
平成26年5月7日(その6)	749	令和3年9月28日(その76)	883
平成26年6月2日(その7)	749	令和3年10月8日(その77)	884
平成26年7月10日(その8)	752	令和3年10月15日(その79)	884
平成26年9月5日(その9)	756	令和3年11月5日(その80)	884
平成26年10月10日(その10)	758	令和3年11月5日(その81)	885
平成26年11月5日(その11)	759	令和3年11月17日(その83)	885
平成27年2月3日(その12)	760	令和3年11月30日(その84)	886
平成27年3月30日(その13)	761	令和3年12月9日(その85)	886
平成27年6月30日(その14)	763	令和3年12月24日(その87)	886
平成27年9月3日(その15)	765	令和3年12月27日(その88)	887
平成28年度改定 疑義解釈資料		令和4年1月27日(その89)	887
平成28年3月31日(その1)	766	令和4年2月3日(その91)	887
平成28年4月25日(その2)	789	令和4年2月10日(その94)	888
平成28年6月14日(その4)	794	令和4年2月28日(その97)	888
平成28年6月30日(その5)	799	令和4年3月17日(その100)	889
平成28年9月15日(その7)	800	令和4年3月31日(その101)	889
平成28年11月17日(その8)	802	令和4年度改定 疑義解釈資料等	
平成29年3月31日(その10)	804	令和4年3月31日(その1)	890
平成29年5月26日(その11)	805	令和4年4月11日(その3)	922
平成29年6月14日(その12)	807	令和4年4月13日(その4)	923
平成29年7月28日(その13)	807	令和4年4月21日(その6)	924
平成30年度改定 疑義解釈資料等		令和4年4月28日(その7)	925
平成30年3月30日(その1)	809	令和4年5月13日(その8)	928
平成30年4月6日(その2)	830	令和4年6月1日(その10)	930
平成30年4月25日(その3)	831	令和4年6月7日(その12)	932
平成30年5月25日(その4)	833	令和4年6月22日(その14)	933
平成30年7月10日(その5)	835	令和4年6月29日(その15)	934
平成30年7月20日(その6)	839	令和4年7月13日(その18)	936
平成30年7月30日(その7)	839	令和4年7月26日(その19)	936
平成30年10月9日(その8)	840	令和4年8月4日(その21)	938
平成30年11月19日(その9)	842	令和4年8月24日(その23)	939
平成31年1月30日(その11)	843	令和4年8月31日(令和4年度診療報酬改定関連通知等の一部訂正について)	940
平成31年2月20日(その12)	844	令和4年8月31日(「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」等の一部改正について)	940
平成31年4月3日(その13)	844	令和4年9月5日(医療情報・システム基盤整備体制充実加算関連)(その1)	941
平成31年4月17日(その14)	845		
令和元年6月4日(その15)	846		
令和元年8月19日(令和元年10月診療報酬改定関連)(その1)	847		
令和元年8月26日(その16)	847		

令和4年9月5日（看護職員処遇改善評価料関連） （その1）	942
令和4年9月27日（その28）	944
令和4年9月27日（看護職員処遇改善評価料関連） （その2）	946
令和4年11月16日（その32）	946
令和4年12月9日（その34）	948
令和4年12月21日（その35）	948
令和5年1月13日（その39）	948
令和5年1月27日（その41）	949
令和5年1月31日（令和5年4月1日からの診療 報酬上の特例措置関連）	949
令和5年3月29日（その44）	950
令和5年3月30日（その45）	951

付 録

保存版『医科診療報酬Q&A』	953
----------------	-----

参考資料（新型コロナ関連）

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づ けの変更に伴う新型コロナウイルス感染症に係る 診療報酬上の臨時的な取扱いについて	1099
---	------

追 補

疑義解釈資料の送付について（その47） （令和5年4月5日医療課事務連絡）	1110
--	------

令和5年4月
特例措置等

令和5年4月からの特例措置等

令和5年4月1日からの診療報酬上の特例措置等について

1 オンライン資格確認の導入の原則義務付けに係る経過措置（令和5年4月～）

令和5年4月から、保険医療機関・保険薬局においてはオンライン資格確認の導入が原則として義務付けられますが、令和4年8月10日中医協の答申書附帯意見を踏まえ、令和4年度末時点でやむを得ない事情がある保険医療機関等については、期限付きの経過措置等が設けられます。

(1) 経過措置の対象となる保険医療機関等

以下の「やむを得ない事情」に該当する保険医療機関等が対象となります。対象保険医療機関等は、あらかじめ、支払基金を経由して地方厚生（支）局に猶予届出書を届け出ます。

やむを得ない事情	期 限
① 令和5年2月末までにベンダーと契約締結したが、導入に必要なシステム整備が未完了の保険医療機関等（システム整備中）	システム整備が完了する日まで （遅くとも令和5年9月末まで） ※医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和5年9月末事業完了まで継続
② オン資に接続可能な光回線のネットワーク環境が整備されていない保険医療機関等（ネットワーク環境事情）	オン資に接続可能な光回線のネットワーク環境が整備されてから6か月後まで ※医療情報化支援基金による補助の拡充措置は、令和6年3月末事業完了まで継続
③ 訪問診療のみを実施する保険医療機関	訪問診療のオン資（居宅同意取得型）の運用開始（令和6年4月目途）まで ※訪問診療等におけるオン資の導入に係る財政支援は、令和6年3月末補助交付まで実施
④ 改築工事中、臨時施設の保険医療機関等	改築工事が完了するまで 臨時施設が終了するまで ※令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象
⑤ 廃止・休止に関する計画を定めている保険医療機関等	廃止・休止するまで （遅くとも令和6年秋まで） ※令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象
⑥ その他特に困難な事情（*）がある保険医療機関等	特に困難な事情が解消されるまで ※令和5年2月末までに契約し、令和5年9月末までに事業完了の場合には、医療情報化支援基金による補助の拡充措置の対象

* 「自然災害等により継続的に導入が困難となる場合」、「高齢の医師等でレセプト取扱件数が少ない場合（目安として、令和5年4月時点で常勤の医師等が高齢であって、月平均レセプト件数が50件以下であること）」、「その他例外措置又は①～⑤の類型と同視できる特に困難な事情がある場合」などが想定されます。

上記のほか、患者からオンライン資格確認を求められた場合に応じる義務については、訪問診療等又はオンライン診療の場合には、居宅同意取得型の運用開始（令和6年4月目途）までの経過措置が設けられています。

(2) 猶予届出書の届出について

猶予届出書（18頁参照）は、あらかじめ支払基金（オンライン資格確認医療機関等向けポータルサイトの届出フォーム）を経由して、地方厚生（支）局に原則オンラインで令和5年3月31日までに届け出る必要があります。オンラインによる届出が困難な場合は、紙媒体の猶予届出書を地方厚生（支）局に郵送で届出を行います。

(3) 地方厚生（支）局・支払基金との情報共有

地方厚生（支）局は、療養の給付に関して必要がある時は、支払基金に対して必要な資料の提供を求めることができます。また、支払基金は、オンライン資格確認の体制整備を促進するために必要がある時は、地方厚生（支）局に対して必要な資料の提供を求めることができます。

2 オンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置（令和5年4月～12月）

医療DX推進のためのオンライン資格確認の導入・普及の徹底の観点から、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」について、初診時における評価を見直すとともに、再診時についても新たに評価を行う特例措置が講じられます。

また、あわせて「オンライン請求」をさらに普及する観点から、これらの加算の算定要件を見直す特例措置も講じられます。これらの特例措置については、令和5年4月から12月までの時限的な適用となります。

(1) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算

<算定要件（特例措置）>

医療情報・システム基盤整備体制充実加算		マイナンバーカード	現行の点数	特例措置の点数 (令和5年4～12月)
初診料（注15）	医療情報・システム基盤整備体制充実加算1	利用しない	4点	6点
	医療情報・システム基盤整備体制充実加算2	利用する	2点	2点
再診料（注18） 外来診療料（注10）	医療情報・システム基盤整備体制充実加算3	利用しない	—	2点
		利用する	—	—

① 医療情報・システム基盤整備体制充実加算1（特例措置）については、施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者（マイナンバーカードを利用しない）に対して初診を行った場合に、月1回に限り6点を算定します。なお、マイナンバーカードを利用する患者又は他の保険医療機関から診療情報の提供を受けた場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算2として、月1回に限り現行と同じ点数（2点）を算定します。

② 医療情報・システム基盤整備体制充実加算3（特例措置）については、施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者（マイナンバーカードを利用しない）に対して、当該患者に係る診療情報を取得等した上で診療を行った場合（*1）に、月1回に限り2点を算定します（A000初診料の「注15」に規定する医療情報・システム基盤整備体制充実加算を算定した場合は算定不可）。なお、マイナンバーカードを利用する患者又は他の保険医療機関から診療情報の提供を受けた場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算3の算定はできません。

*1 患者が診療情報の取得に同意しなかった場合、患者のマイナンバーカードが破損等で利用できない場合、マイナンバーカードの利用者証明用電子証明書が失効している場合、についても算定可能です。

③ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算3の算定に当たっては、他院からの処方を含めた薬剤情報や必要に応じて健診情報等を問診等により確認（*2）します。

*2 薬剤情報や健診情報等を問診等により確認を行った結果、前回の診察から薬剤情報等の変更がなかった場合でも算定可能です。

④ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算3は、次のそれぞれに包括される診療の費用に含まれず、別途算定することができます。

B 001-2 小児科外来診療料	B 001-2-7 外来リハビリテーション診療料
B 001-2-8 外来放射線照射診療料	B 001-2-9 地域包括診療料
B 001-2-10 認知症地域包括診療料	B 001-2-11 小児かかりつけ診療料
B 001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料	

⑤ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算3は、施設基準を満たす医療機関の医師が情報通信機器を用いて再診を行う場合、往診及び訪問診療で再診を行う場合は算定できません。

⑥ 下記の<施設基準>で示す体制を有していることについて掲示するとともに、必要に応じ患者に対して説明します。

4 参考資料（関連する省令・告示・通知）

※ 医科・DPCに関連するものを抜粋

料を受けるべき者に返還しなければならない。

(1) オンライン資格確認導入の原則義務化関連（令和5年4月～）

●療担規則：保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）（抄）

（最終改正：令和5年3月31日厚生労働省令第48号）

<下線は令和5年4月変更箇所>

(受給資格の確認等)

第3条 保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、健康保険法（大正11年法律第70号。以下「法」という。）第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「電子資格確認」という。）又は患者の提出する被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確認しなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によつて当該確認を行うことができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。

2 患者が電子資格確認により療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることを求めた場合における前項の規定の適用については、同項中「という。）又は患者の提出する被保険者証」とあるのは「という。）」と、「事由によつて」とあるのは「事由によつて電子資格確認により」とする。

3 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第5条第1項の規定により同項に規定する書面による請求を行っている保険医療機関及び同令第6条第1項の規定により届出を行つた保険医療機関については、前項の規定は、適用しない。

4 保険医療機関（前項の規定の適用を受けるものを除く。）は、第2項に規定する場合において、患者が電子資格確認によつて療養の給付を受ける資格があることの確認を受けることができるよう、あらかじめ必要な体制を整備しなければならない。

(被保険者証の返還)

第4条 保険医療機関は、患者の提出する被保険者証により、療養の給付を受ける資格があることを確認した患者に対する療養の給付を担当しなくなつたとき、その他正当な理由により当該患者から被保険者証の返還を求められたときは、これを遅滞なく当該患者に返還しなければならない。ただし、当該患者が死亡した場合は、法第100条、第105条又は第113条の規定により埋葬料、埋葬費又は家族埋葬

●保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（令和4年厚生労働省令第124号）（抄）

（最終改正：令和5年1月17日厚生労働省令第3号）

<下線は変更箇所>

附 則

(施行期日)

第1条 この省令は、令和5年4月1日から施行する。ただし、附則第3条の規定は、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令の一部を改正する省令（令和5年厚生労働省令第3号）の公布の日から施行する。

(受給資格の確認等に係る経過措置)

第2条 第1条の規定による改正後の保険医療機関及び保険医療養担当規則（以下「新療担規則」という。）第3条第2項から第4項までの規定及び第2条の規定による改正後の保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（以下「新薬担規則」という。）第3条第2項から第4項までの規定（新薬担規則第11条において読み替えて適用する場合を含む。）は、次の表の上（左）欄に掲げる保険医療機関又は保険薬局であつて、あらかじめ、その旨を電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他人の知覚によつては認識することができない方式で作られる記録であつて、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）に記録し電子情報処理組織を使用して提出する方法その他の適切な方法により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。）に届け出たものについて、同表の下（右）欄に掲げる期間においては、適用しない。

一 患者が健康保険法（大正11年法律第70号）第3条第13項に規定する電子資格確認（以下「電子資格確認」という。）によつて保険医療機関及び保険医療養担当規則第1条に規定する療養の給付又は保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則第1条に規定する療養の給付（以下「療養の給付」という。）を受ける資格があることの確認を受けることができる体制の整備に係る事業を行う者との間で当該体制の整備に係る契約（令和5年2月28日までに締結されたものに限る。）を締結している保険医療機関又は保険薬局であつて、当該事業	上（左）欄の体制の整備に係る作業が完了する日又は令和5年9月30日のいずれか早い日までの間
---	---

第 1 章

医科点数表 Q&A

初・再診料

横断的事項

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。

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 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)

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。

A 000 初診料

◆情報通信機器を用いた診療

注1

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。

問 A 000 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。

◆紹介状非持参患者の初診料

注2、注3

問 どのような場合に地方厚生（支）局へ報告を行う必要があるのか。

問 地方厚生（支）局への報告はどのように行うのか。

問 当該点数に係る対象となった場合、当該初診料・外来診療料等を算定する期間はいつまでか。

・ 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）

答 可能。

（令3.1.19 その48・問2）

答 A 000 初診料 288 点のみを算定すること。

（令4.3.31 その1・問1）

答 特定機能病院、許可病床数が500床以上の地域医療支援病院及び許可病床数が500床以上の病院（一般病床が200床未満の病院を除く。）（編注；特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）、紹介受診重点医療機関（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）及び許可病床の数が400床以上の病院（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）は、紹介率・逆紹介率（編注；紹介割合・逆紹介割合）が当該基準よりも低いかどうかに関わらず、毎年10月に報告を行う必要がある。

（平26.3.31 その1・問1）

答 「別紙様式28」により、当該点数に係る報告を毎年10月1日に地方厚生（支）局へ行う。なお、報告後、任意の連続する6か月間のデータで紹介率・逆紹介率が基準を上回った場合は、翌年4月1日までに再度「別紙様式28」により地方厚生（支）局に報告することにより当該点数に係る対象施設とはならない。

（平26.3.31 その1・問2）

答 「別紙様式28」により10月1日に当該点数に係る報告を行った翌年4月1日から翌々年3月31日までである。

（平26.3.31 その1・問3）

問 A 000 初診料の「注2」及び「注3」並びにA 002 外来診療料の「注2」及び「注3」における紹介割合及び逆紹介割合（以下単に「紹介割合及び逆紹介割合」という。）の計算等については令和5年4月1日から適用することとされているが、計算の対象となる期間及び地方厚生（支）局長への報告の時期についてどのように考えればよいか。

問 上記において、紹介割合及び逆紹介割合について「令和5年4月1日までに、令和4年度中の任意の連続する6か月の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について、「別紙様式28」により地方厚生（支）局長へ報告すること」とされているが、令和4年10月1日までの報告については、どのように考えればよいか。

問 新たに紹介割合及び逆紹介割合等の報告が必要となる保険医療機関に該当する場合、「新規に対象となる保険医療機関については、届出前3か月間の実績を有していること」とされているが、紹介割合及び逆紹介割合等の計算の対象となる期間及び地方厚生（支）局長への報告の時期についてどのように考えればよいか。

問 紹介割合及び逆紹介割合における初診の患者数、再診の患者数、紹介患者数、逆紹介患者数及び救急患者数は、延べ人数を使用するのか。

問 紹介割合及び逆紹介割合における「初診の患者数」は、どのように考えればよいか。

問 A 000 初診料の「注2」及び「注3」並びにA 002 外来診療料の「注2」及び「注3」における紹介割合及び逆紹介割合（以下単に「紹介割合及び逆紹介割合」という。）の計算等について「(令4.3.31 その1・問2)」, 「(令4.3.31 その1・問3)」において示されているが、令和3年度の実績において紹介割合及び逆紹介割合に係る実績を満たしている場合、令和5年4月1日までに令和4年度中の任意の連続する6か月の実績に係る報告を行う必要があるか。

答 令和5年4月1日までに、令和4年度中の任意の連続する6か月の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について、「別紙様式28」により地方厚生（支）局長へ報告すること。なお、当該実績が基準に達していない場合にあっては、令和5年4月1日から令和6年3月31日までの間、A 000 初診料の「注2」若しくは「注3」又はA 002 外来診療料の「注2」若しくは「注3」の所定点数を算定すること。

また、令和5年10月1日までに、令和4年度の年間の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について、「別紙様式28」により、地方厚生（支）局長へ報告すること。

(令4.3.31 その1・問2)

答 令和3年度の実績について、令和4年度診療報酬改定後の計算式を用いて紹介割合及び逆紹介割合等を計算し、報告を行うこと。ただし、令和3年度の実績について基準を満たさない場合であっても、令和5年3月31日までは初診料の「注2」及び「注3」並びに外来診療料の「注2」及び「注3」における紹介割合等が低い保険医療機関とはみなされない。なお、やむを得ない理由等により報告ができない場合は、その理由を記載した理由書を「別紙様式28」に添付すること。(令4.3.31 その1・問3)

答 新たに紹介割合及び逆紹介割合等の報告が必要となる保険医療機関に該当する場合は、当該保険医療機関となった年度の、連続する少なくとも3か月の紹介割合及び逆紹介割合に係る実績について、翌年度の4月1日までに、「別紙様式28」により地方厚生（支）局長へ報告すること。なお、当該実績が基準に達していない場合にあっては、翌年度において、A 000 初診料の「注2」若しくは「注3」又はA 002 外来診療料の「注2」若しくは「注3」の所定点数を算定すること。(令4.3.31 その1・問4)

答 そのとおり。(令4.3.31 その1・問5)

答 初診の患者数とは、A 000 初診料の算定の有無に関わらず、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行われた患者の数を指す。(令4.3.31 その1・問6)

答 令和3年度の実績において紹介割合及び逆紹介割合に係る実績を満たしている場合においては、必要ない。

(令4.9.27 その28・問1)

◆特定妥結率初診料

注4

問 報告書への添付資料として、保険医療機関等と卸売販売業者で取引価格の決定に係る契約書の写し等、妥結率の根拠となる資料の提出が必要となるが、妥結率の根拠となる資料として、契約書の写しのみ添付すれば良いのか。

問 報告書への添付資料について、契約書の取交わしが無い場合どのようにすればよいか。

問 複数の保険医療機関等を開設している法人等において、卸売販売業者と当該本部又は本社が直接契約している場合、契約書の写し等妥結率の根拠となる資料の添付及び報告書に係る金額・妥結率の記載はどのようなになるのか。

問 公益的な側面から地域の備蓄拠点として機能している地区薬剤師会立の会営薬局との少量の取引においても、妥結率の根拠となる資料が必要となるか。

問 A 000 初診料の注4に「なお、妥結とは、取引価格が決定しているものをいう。ただし、契約書等の遡及条項により、取引価格が遡及することが可能な場合には未妥結とする。」とあるが、(編注；第2の5の1(1)に「妥結率の報告における妥結とは、取引価格が決定しているものであり、契約書等の遡及条項により、取引価格が遡及し変更することが可能な場合には未妥結とする。」とあるが、)例えば、9月に妥結し、契約書の契約期間が4月から9月までの場合には、4月に遡って清算することになるが、これは

答 添付資料としては、契約書の写しのみで差し支えない。ただし、妥結率の根拠となる詳細な資料として、保険医療機関等と卸売販売業者が取引した医薬品の薬価総額とその内訳、そのうち妥結した品目と合計が分かる資料については、地方厚生(支)局等からの求めに応じて保険医療機関等は速やかに提出できるようにしておくこと。(詳細な資料は保険医療機関等で保管しなくても、求めに応じて取引先の卸売販売業者等から当該資料を速やかに入手して提出することでも差し支えない。)(平27.8.28【別紙】3)

答 例えば取引のある卸売販売業者ごとに、卸売販売業者と保険医療機関等の両者が押印により、妥結率の報告対象となる期間において価格が変更されることがない旨証明する書類をもって、契約書の写しに替えることができるものとする。(平27.8.28【別紙】4)

答 妥結率の報告は保険医療機関等ごとに行うものであり、妥結率は実際に保険医療機関等と卸売販売業者が取引(本部又は本社から調達したものを含む。)した医薬品の価格、妥結状況から算出する。

また、本部又は本社と卸売販売業者間での契約に係る資料も、保険医療機関等ごとの妥結率の状況が分かる資料であれば、妥結率の根拠となる資料として差し支えない。

(平27.8.28【別紙】5)

答 当該薬局と妥結率を報告する保険薬局間の取引に限り、薬価総額とそのうち妥結した総額を証明する書類(この場合は、妥結率を報告する保険薬局の押印のみで良いものとする。)を添付することで差し支えない。ただし、当該薬局と妥結率を報告する保険薬局が取引した医薬品の薬価総額の内訳、そのうち妥結した品目と合計が分かる資料については、地方厚生(支)局等からの求めに応じて妥結率を報告する保険薬局は速やかに提出できるようにしておくこと。(詳細な資料は妥結率を報告する保険薬局で保管しなくても、求めに応じて取引先の会営薬局から当該資料を速やかに入手して提出することでも差し支えない。)

(平27.8.28【別紙】6)

答 9月末日以降に4月～9月分の取引分に係る取引価格が変更にならないのであれば、遡及に当てはまらない。「取引価格が遡及することが可能な場合には未妥結とする」は、4月～9月分の取引分について9月末日までに一時的に妥結をして取引価格を決め、10月以降に再度当該取引分についての取引価格を決めなおすことが可能な場合を想定している。この場合は、未妥結となる。

(平26.3.31 その1・問4)

「遡及に当てはまらない」ということでよいか。また、この「遡及すること」は、どのような場合に想定されるのか。

問 妥結率に規定する「当該保険医療機関又は保険薬局において購入された使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第495号）に記載されている医療用医薬品の薬価総額（編注；当該保険医療機関において購入された医療用医薬品の薬価総額）」の購入元の対象については、そもそも妥結率の報告が、薬価調査において障害となる妥結率が低い保険医療機関や保険薬局の評価の適正化を目的としたものであり、薬価調査において対象としていない、卸売販売業者（薬事法（昭和35年法律第145号）第34条第3項に規定する卸売販売業者をいう。）以外との取引価格の妥結状況の報告を求めることは想定されていないことから、卸売販売業者のみと理解してよいか。

問 4月から9月の妥結率を報告するにあたり、保険医療機関等が個人から法人に組織変更した場合や、保険医療機関が増床し、200床以上の保険医療機関になった場合の取扱いはどのようなになるのか。

◆同日初診

注5

問 同一日に、1つ目の診療科を再診で受診し、その後に2つ目の診療科を初診で受診した場合は算定可能か。また、同一日に、1つ目の診療科を初診で受診し、その後に2つ目の診療科を再診で受診した場合は算定可能か。

問 同一日に3つの診療科を受診する場合、算定できないと考えてよいか。

問 診療所においても算定できるのか。

問 2つ目の診療科で初診料を算定した場合、1月以内の特定疾患療養管理料は算定できるか。

問 同日再診（一度帰宅後、受診）の場合にも、2科目が初診であれば135点（編注；144点）は算定できるのか。

問 別の診療科を初診として受診したときに、135点（編注；144点）を算定するとの記載があるが、その際、外来診療料に包括される処置、検査等が別に算定できるのか。

問 内科で再診料と外来管理加算を算定し、その後、眼科を同日初診で受診し、処置を行った場合、内科で算定した外来管理加算はそのまま算定できるか。

問 「疑義解釈資料の送付について（その2）（平成18年3月28日事務連絡）」の問6において、2つ目の診療科で初診料を算定した場合、1月以内の特定疾患療養管理料は算定できないとあるが、1つ目の診療科でも算定できないのか。

答 貴見のとおり。

なお、医薬品メーカー等から直接医薬品を購入する場合も想定されるが、その場合においても、当該メーカー等が卸売販売業の許可を取得している場合は購入元の対象となることに留意されたい。

（平26.9.5 その9<別添2>問1）

答 組織変更や増床以前の妥結率と以降の妥結率（4月から9月分）をまとめて報告する。

なお、10月以降に増床した場合には、来年度以降の報告となる。

（平27.8.28【別紙】2）

答 いずれの場合も算定可。初診の診療科と再診の診療科の順番は問わない。（平18.3.28 その2【1.初再診料】問1）

答 3つ目は算定できない。

（平18.3.28 その2【1.初再診料】問2）

答 診療所においても要件を満たせば算定可。

（平18.3.28 その2【1.初再診料】問5）

答 通知のとおり算定できない。

（平18.3.28 その2【1.初再診料】問6）

答 算定できる。

（平18.3.31 その3・問1）

答 算定できない。

（平18.3.31 その3・問2）

答 算定できない。

（平18.4.28 その5・問1）

答 初診料を算定した診療科では、1月以内は特定疾患療養管理料は算定できない。ただし、再診料を算定する診療科においては、要件を満たせば特定疾患療養管理料を算定できる。

（平18.4.28 その5・問2）

処 置

通則

◆休日加算, 時間外加算及び深夜加算

通則5

問 医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者について, 第9部処置の「通則5」の「ロ」に定める, 入院中の患者以外の患者に対して行われる場合に算定できる休日・時間外・深夜加算は算定可能か。

答 算定不可。 (平28.6.14 その4・問26)

◆耳鼻咽喉科乳幼児処置加算

通則7

問 第2章第9部処置「通則7」に規定する耳鼻咽喉科乳幼児処置加算について, 「区分番号」J 095 から J 115-2 までに掲げる処置を行った場合は, 耳鼻咽喉科乳幼児処置加算として, 1日につき60点を所定点数に加算する」とあるが, J 095 耳処置 (耳浴及び耳洗浄を含む。) から J 115-2 排痰誘発法までに掲げる処置を行った日に限り, 1日につき1回算定できるのか。

答 そのとおり。 (令4.3.31 その1・問212)

◆耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算

通則8

問 医科点数表第2章第9部処置の通則第8号に規定する耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算について, 「薬剤耐性 (AMR) 対策アクションプラン (平成28年4月5日国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議) に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク (仮称)」に係る活動に参加し, 又は感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること」とあるが,

答 それぞれ以下のとおり。

- ① 「疑義解釈資料の送付について (その1)」 (平成30年3月30日事務連絡) 別添1の問127及び問128 (240頁又は252頁参照) と同様の取扱いであると考えてよいか。
- ② 「地域感染症対策ネットワーク (仮称)」に係る活動や感染症に係る研修会等には, 耳鼻咽喉科を担当する医師が参加する必要があるか。

- ① よい。
- ② 耳鼻咽喉科を担当する医師が参加している必要がある。 (令4.3.31 その1・問213)

J 000-2 下肢創傷処置

問 J 000-2 下肢創傷処置について, 足趾の浅い潰瘍についてはどのように算定すればよいか。

答 「1 足部 (踵を除く。) の浅い潰瘍 135点」を算定する。 (令4.6.22 その14・問6)

問 J 000-2 下肢創傷処置については, 留意事項通知において, 「下肢創傷処置の対象となる部位は, 足部, 足趾又は踵」であるとされているが, ここでいう「足部」とは具体的にどの部位を指すか。

答 足関節以遠の部位 (足趾又は踵を除く。) 及びアキレス腱を指す。 (令4.6.22 その14・問7)

J 001-4 重度褥瘡処置

問 J 001-5 長期療養患者褥瘡等処置, J 001-6 精神病棟等長期療養患者褥瘡等処置について, 入院期間が1年を超える入院中の患者に対して褥瘡処置を行った場合は, 本項目の所定点数に従って算定するとされているが, 1年を超える入院患者であっても, 一度在宅等に戻り, その後改めて入院した場合であれば, 入院期間はリセットされ, 改めてJ 001-4 重度褥瘡処置を算定することはできるのか。

答 入院起算日の考え方に準ずる。すなわち,

- ・ 退院後, 一度治癒したがその後再発して同一の保険医療機関又は特別の関係の保険医療機関に入院した場合
- ・ 退院の日から起算して3か月以上他の医療機関又は介護老人保健施設に入院・入所することなく経過した後, 再入院した場合

には入院期間がリセットされる。

(平 22. 3.29 その1・問 142)

J 001-10 静脈圧迫処置

問 J 001-10 静脈圧迫処置の施設基準における常勤医師の所定の研修とは具体的にどのようなものか。

答 現時点では, 日本静脈学会による「弾性ストッキング・圧迫療法コンダクター講習会」及び「弾性ストッキング・圧迫療法コンダクター講習会・静脈圧迫処置追加講習会」が該当する。

(令 2. 3.31 その1・問 146)

J 003 局所陰圧閉鎖処置 (入院)

問 J 003 局所陰圧閉鎖処置 (入院) は, 「特定保険医療材料の局所陰圧閉鎖処置用材料を併せて使用した場合に限り算定できる」こととされているが, 局所陰圧閉鎖処置用材料を算定した日しか当該処置料は算定できないのか。

答 過去に局所陰圧閉鎖処置用材料を算定していて, 引き続き当該材料を使用して治療を行っている場合には, 当該材料を算定した日以外の日であっても, 1日につき1回, 当該処置料を算定できる。

(平 27. 9. 3 その15・問 1)

J 003-4 多血小板血漿処置

問 J 003-4 多血小板血漿処置の施設基準における関係学会等から示されている指針とは何を指すのか。

答 現時点では, 日本皮膚科学会の「多血小板血漿 (PRP) を用いた難治性皮膚潰瘍の治療について」又は多血小板血漿 (PRP) 療法研究会の「手順書: 多血小板血漿 (PRP) を用いた難治性皮膚潰瘍の治療」を指す。

(令 2. 3.31 その1・問 147)

J 007-2 硬膜外自家血注入

問 J 007-2 硬膜外自家血注入について, 同一月に複数回算定することは可能か。

答 安静その他の方法によって改善しないなど, 医学的に妥当と考えられる場合に限って, 当該処置を同一月に複数回算定することは可能である。

(平 28. 3.31 その1・問 156)

J 022-5 持続的難治性下痢便ドレナージ

問 J 022-5 持続的難治性下痢便ドレナージを実施できる看護師の要件にある「急性期患者の皮膚・排泄ケア等に係る適切な研修」とは, どのような研修か。

答 研修については以下の内容を満たすものであり, 研修には, 実習により, 事例に基づくアセスメントと急性期看護又は排泄ケア関連領域に必要な看護実践が含まれること。

(イ) 急性期看護又は排泄ケア関連領域に必要な看護理論および医療制度等の概要

問 J 022-5 持続的難治性下痢便ドレナージの看護師の要件である研修の内容が上記に示されているが、具体的にはどのような研修があるのか。

問 日本看護協会の認定看護師教育課程における以下の研修について、令和2年度以降、変更後の研修名及び教育内容による研修を修了した者については、従前の疑義解釈に示される各項目の研修に係る要件を満たしているときとみなしてよいか。

従前		令和2年度以降
救急看護	→	クリティカルケア
集中ケア		
(以下略)		

J 034-2 経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術

問 J 034-2 EDチューブ挿入術（編注：経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術）において、抜去の費用は算定できるか。算定できるとすれば何で算定できるか。

問

- ① 留意事項通知の(2)において、X線透視下で挿入するとされているが、この際、以下の費用は算定できるか。
 - ① 透視診断料（使用した薬剤含む）の費用
 - ② 画像診断の費用
- ② 留意事項通知の(1)における「経口又は経胃の栄養摂取では十分な効果が得られない患者」に該当すれば、病名に関係なく算定は可能か。

〈点数表留意事項通知（令4.3.4 保医発0304 1）〉

- (1) EDチューブを用いて経管栄養を行うためにEDチューブを挿入した場合は、胃食道逆流症や全身状態の悪化等により、経口又は経胃の栄養摂取では十分な効果が得られない患者に対して実施した場合に限り算定する。
- (2) 経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術は、X線透視下に経鼻栄養・薬剤投与用チューブを挿入し、食道から胃を通過させ、先端が十二指腸あるいは空腸内に存在することを確認した場合に算定する。

- (ロ) 看護倫
- (ハ) 医療安全管理
- (ニ) 急性期看護又は排泄ケア関連領域に関するアセスメントと看護実践
- (ホ) 急性期看護又は排泄ケア関連領域の患者及び家族の支援方法
- (ヘ) コンサルテーション方法

(平24.3.30 その1・問164)

答 現時点では、以下のいずれかの研修である。

日本看護協会認定看護師教育課程「皮膚・排泄ケア」「救急看護」「集中ケア」の研修（平24.3.30 その1・問165）

答 よい。なお、従前の研修名及び教育内容による研修を修了した者についても、疑義解釈に示される各項目の研修に係る要件について引き続き満たされるものであること。

(令3.1.19 その48・問1)

答 抜去に関する費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
(平26.4.10 その3・問30)

答

- (1) ①、②の評価は所定点数に含まれる。
- (2) 可能。
(平26.4.10 その3・問31)

J 038 人工腎臓

問 J 038 人工腎臓と初診料又は再診料の夜間・早朝等加算の併算定はできるのか。

問 シヤントを用いず、ブラッドアクセス留置用カテーテル等を用いて人工腎臓を実施したときの人工腎臓の時間は、ブラッドアクセス留置用カテーテル等から、血液を人工腎臓用特定保険医療材料に導き入れた時を起点として、人工腎臓用特定保険医療材料から血液を生体に返却し終えたときまでとするのか。

問 回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料及び特定一般病棟入院料において、J 042 腹膜灌流の費用、J 038 人工腎臓又はJ 042 腹膜灌流に伴って使用した特定保険医療材料の費用及びJ 042 腹膜灌流に伴って使用した自己連続携帯式腹膜灌流用灌流液の費用は、別に算定できるのか。

問 人工腎臓の施設基準に該当する保険医療機関であって、当該施設基準の届出を行わなかった保険医療機関は、「慢性維持透析を行った場合3」により算定するのか。

問 J 038 人工腎臓について、「[1] から [3] までの場合（[注 13] の加算を算定する場合を含む。）については、H I F - P H 阻害剤は当該保険医療機関において院内処方することが原則である」とあるが、欠品等のやむを得ない事情がある場合は、保険医療機関から保険薬局に対してH I F - P H 阻害剤の供給を依頼し、患者に対して使用してよいか。

問 各月はじめの人工腎臓を行う日に、透析室に配置されており、患者に対して使用できる状態である透析用監視装置の台数を数えるのか。

問 保険医療機関内に複数の透析室がある場合には、それぞれの透析室の透析用監視装置の台数を合計するのか。

問 透析用監視装置が「患者に対して使用できる状態」とは、どのような状態か。

問 入院患者しか使用しない透析室に配置されている透析用監視装置は、台数に数えるのか。また、外来患者と入院患者の両方が人工腎臓を受ける透析室に配置されており、入院患者に対してしか使用されない透析用監視装置は、台数に数えるのか。

◆導入期加算

注2

問 導入期加算1及び2（編注；1から3）の施設基準における「関連学会の作成した資料」とは、どのような資料を指すのか。

答 「注1」の加算との併算定は出来ないが、「注1」の加算の対象とならない場合においては、算定できる。

（平20.3.28 問126）

答 そのとおり。

（平20.3.28 問127）

答 別に算定できる。

（平30.3.30 その1・問176）

答 そのとおり。

（平30.3.30 その1・問184）

答 差し支えない。なお、その場合、当該薬剤の費用については、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。

（令4.3.31 その1・問214）

答 そのとおり。

（平30.3.30 その1・問178）

答 そのとおり。

（平30.3.30 その1・問179）

答 定期的なメンテナンスがなされており、必要な配管等と接続されている状態を指す。（平30.3.30 その1・問180）

答 いずれも入院患者しか使用しないことが明らかな場合には数えない。（平30.3.30 その1・問181）

答 日本腎臓学会、日本透析医学会、日本移植学会、日本臨床腎移植学会作成の「腎不全 治療選択とその実際」等、患者の治療選択に活用することを目的として作成された資料を指す。（平30.3.30 その1・問182）

第 2 章

審査支払機関における取扱い

審査情報提供事例・審査の一般的な取扱い 目次

入院料等	530
A 205 救急医療管理加算	530
医学管理等	530
B 000 特定疾患療養管理料	530
B 001・17 慢性疼痛疾患管理料	530
B 001-3 生活習慣病管理料	530
検査	530
D 001 尿中特殊物質定性定量検査	531
D 005 血液形態・機能検査	531
D 006 出血・凝固検査	532
D 007 血液化学検査	533
D 008 内分泌学的検査	534
D 009 腫瘍マーカー	536
D 012 感染症免疫学的検査	536
D 013 肝炎ウイルス関連検査	537
D 014 自己抗体検査	539
D 015 血漿蛋白免疫学的検査	531 540
D 017 排泄物，滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査	541
D 018 細菌培養同定検査	541
D 023-2 その他の微生物学的検査	541
D 206 心臓カテーテル法による諸検査	541
D 208 心電図検査	542
D 215 超音波検査	542
D 220 呼吸心拍監視，新生児心拍・呼吸監視，カルジオスコープ（ハートスコープ），カルジオタコスコープ	544
D 223 経皮的動脈血酸素飽和度測定	545
D 237 終夜睡眠ポリグラフィー	546
D 288 糖負荷試験	546
内視鏡検査	546
画像診断	546
E 000 透視診断	547
E 101 シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影	548
E 200 コンピューター断層撮影（CT撮影）	548
投薬	549
F 100 処方料	555

F 400 処方箋料	555
注射	555
精神科専門療法	557
I 002 通院・在宅精神療法	557
処置	557
J 024 酸素吸入	557
J 045 人工呼吸	557
J 060 膀胱洗浄	558
J 097 鼻処置	558
J 105 副鼻腔洗浄又は吸引	558
J 114 ネブライザ	558
J 115 超音波ネブライザ	559
J 118 介達牽引	559
J 119 消炎鎮痛等処置	559
手術	559
K 000 創傷処理	560
K 000-2 小児創傷処理	560
K 022 組織拡張器による再建手術	560
K 045 骨折経皮的鋼線刺入固定術	560
K 046 骨折観血的手術	560
K 059 骨移植術（軟骨移植術を含む。）	561
K 204 涙嚢鼻腔吻合術	561
K 206 涙小管形成手術	561
K 595 経皮的カテーテル心筋焼灼術	561
K 615 血管塞栓術（頭部，胸腔，腹腔内血管等）	561
K 718 虫垂切除術	562
麻酔	562
L 008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔	557
L 100 神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）	562 563
L 101 神経ブロック（神経破壊剤，高周波凝固法又はパルス高周波法使用）	562
L 104 トリガーポイント注射	559
病理診断	563
N 000 病理組織標本作製	563
N 002 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製	564
その他	565
D P C	565

入院料等

■ A 205 救急医療管理加算

1 救急医療管理加算 1 (虫垂切除術 (虫垂周囲膿瘍を伴わないもの)) 審

《基金：令和元年9月30日新規》

《国保：令和2年2月26日新規》

○ 取扱い

原則として、入院当日に虫垂切除術 (虫垂周囲膿瘍を伴わないもの) を実施した患者に対して、救急医療管理加算 1 の算定は認められる。

○ 取扱いを定めた理由

入院時の臨床所見では、膿瘍を伴うものであるか否か判断がつかないため、入院当日に虫垂切除術 (虫垂周囲膿瘍を伴わないもの) を実施した患者については、通知に示されている救急医療管理加算 1 の対象となる患者の状態のうち、「ケ緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又は t-PA 療法を必要とする状態」の患者に該当すると考えられる。

○ 留意事項

来院時間、手術の準備等で、一連の診療につき、手術の開始が入院した日の翌日となった場合であっても算定できる。ただし、病態の変化等により翌日の臨床所見で手術を必要と認めた場合には算定できない。

医学管理等

■ B 000 特定疾患療養管理料

1 特定疾患療養管理料 審

《国保：平成 25 年 2 月 1 日新規》

《令和元年 8 月 29 日更新》

《基金合意：令和 3 年 8 月 31 日公表》

○ 取扱い

原則として、境界型糖尿病、耐糖能異常に対し特定疾患療養管理料の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

境界型糖尿病は糖尿病の予備軍であり確定疾患ではない。また、糖尿病の ICD 10 コードは E 14、耐糖能異常、境界型糖尿病は R 730 と異なることから糖尿病とは異なるため認められない。

■ B 001・17 慢性疼痛疾患管理料

2 慢性疼痛疾患管理料 審

《国保：平成 24 年 1 月 26 日新規》

《令和元年 8 月 29 日更新》

《令和 2 年 9 月 8 日更新》

《基金合意：令和 3 年 8 月 31 日公表》

○ 取扱い

原則として、単なる下肢痛に対し B 001 の 17 慢性疼痛疾患管理料の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

慢性疼痛疾患管理料の留意事項通知に「慢性疼痛疾患管理料は、変形性膝関節症、筋筋膜性腰痛症等の疼痛を主病とし、疼痛による運動制限を改善する等の目的でマッサージ又は器具等による療法を行った場合に算定することができる。」とあるが、単なる「下肢痛」だけでは当該管理料は認められない。

■ B 001-3 生活習慣病管理料

3 生活習慣病管理料 審

《国保：平成 25 年 2 月 1 日新規》

《令和元年 8 月 29 日更新》

《基金合意：令和 3 年 8 月 31 日公表》

○ 取扱い

原則として、境界型糖尿病、耐糖能異常に対し生活習慣病管理料の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

境界型糖尿病は糖尿病の予備軍であり確定疾患ではない。また、糖尿病の ICD 10 コードは E 14、耐糖能異常、境界型糖尿病は R 730 と異なることから糖尿病とは異なるため認められない。

検査

1 インフルエンザ関連検査 審

《国保：平成 25 年 2 月 1 日新規》

《令和元年 8 月 29 日更新》

《基金合意：令和 3 年 8 月 31 日公表》

○ 取扱い

原則として、「インフルエンザ」又は「インフルエンザ疑い」以外でインフルエンザ関連検査の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

本検査は、インフルエンザウイルス感染症の診断を行うためのものであり、「インフルエンザ」又は「インフルエンザ疑い」の明示がない、インフルエンザ関連検査の算定は認められない。

2 輸血① 審

《国保：平成 29 年 2 月 2 日新規》

《令和元年 8 月 29 日更新》

《令和 3 年 2 月 26 日更新》

○ 取扱い

血小板製剤のみの輸血に対し、血液交叉試験の算定は認められない。

○ 取扱いの根拠

原則として、患者のA B O血液型と同型の血小板濃厚液が使用されること、また、現在供給されている血小板濃厚液は赤血球をほとんど含まないので、交差適合試験を省略してもよい。

3 輸血②

審

《国保：平成 29 年 2 月 2 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》
《令和 3 年 2 月 26 日更新》

○ 取扱い

血小板製剤のみの輸血に対し、間接クームス検査は認められない。

○ 取扱いの根拠

現在供給されている血小板濃厚液は赤血球（患者血中抗体の標的）をほとんど含まないので、間接クームスは適当とは認められない。

4 輸血③

審

《国保：平成 29 年 2 月 2 日新規》
《令和元年 8 月 29 日更新》
《令和 3 年 2 月 26 日更新》

○ 取扱い

血小板製剤のみの輸血に対し、不規則抗体検査は認められない。

○ 取扱いの根拠

現在供給されている血小板濃厚液は赤血球（不規則抗体の標的）をほとんど含まないので、不規則抗体は適当とは認められない。

■ D 001 尿中特殊物質定性定量検査

5 アルブミン定量（尿）（糖尿病性早期腎症）

審

《基金：平成 23 年 2 月 28 日新規》
《平成 24 年 9 月 24 日更新》
《平成 26 年 9 月 22 日更新》
《国保：令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

糖尿病性早期腎症（第 1 期又は第 2 期の記載がないもの。）に対してのアルブミン定量（尿）の算定を認める。

○ 取扱いを定めた理由

D 001 の 8 アルブミン定量（尿）は通知に「糖尿病又は糖尿病性早期腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの（糖尿病性腎症第 1 期又は第 2 期のものに限る。）に対して行った場合に、3 か月に 1 回に限り算定できる。」とある。

糖尿病診療ガイドラインに糖尿病性腎症病期分類の表が記載されているが、第 1 期とは尿蛋白（アルブミン）が正常であるもの、第 2 期とは尿蛋白（アルブミン）が微量アルブ

ミン尿であるものと定義し、第 2 期を早期腎症と呼称している。

傷病名「早期腎症」は、尿蛋白が陰性で、アルブミン定量（尿）の測定により微量アルブミンを診断できる患者であり、通知に該当すると考えられる。

■ D 005 血液形態・機能検査、D 015 血漿蛋白免疫学的検査

6 赤血球沈降速度（ESR）とC反応性蛋白（CRP）

（併施）

審

《基金：平成 17 年 4 月 25 日新規》
《平成 22 年 5 月 27 日更新》
《平成 26 年 9 月 22 日更新》
《国保：令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

原則として、同一検体での赤血球沈降速度（ESR）とC反応性蛋白（CRP）の併施算定は認められる。

○ 取扱いを定めた理由

ESRとCRP検査データは、通常、並行的に変化するものであるが、両者のデータの乖離（かいり）は炎症初期及び回復期等に認められる場合がある。また、血管内凝固症候群など両者の乖離（かいり）が診断のきっかけとなることもあるなど、両者の併施は有用である。

■ D 005 血液形態・機能検査

7 赤血球沈降速度（ESR）（高血圧症）

審

《基金：平成 17 年 4 月 25 日新規》
《平成 22 年 5 月 27 日更新》
《国保：令和元年 8 月 29 日新規》

○ 取扱い

初診時以外で、「高血圧症」のみの病名に対する赤血球沈降速度（ESR）の算定は認められない。

○ 取扱いを定めた理由

「高血圧症」とESRは病態生理学的にみて、必然的な検査とは認められない。

8 HbA1c①（膵臓疾患）

審

《基金：平成 17 年 4 月 25 日新規》
《平成 26 年 9 月 22 日更新》
《国保：令和 2 年 2 月 26 日新規》

○ 取扱い

原則として、糖尿病若しくは糖尿病疑いの明示がなく、膵臓疾患のみの場合のHbA1c検査は認められない。

○ 取扱いを定めた理由

HbA1c検査は、糖尿病の治療のコントロールを目的として実施される検査であり、「糖尿病」または「糖尿病疑い」の場合に認められる検査である。

第 3 章

Q&A アーカイブ

平成14年度改定 疑義解釈資料等

診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正に関する Q&A の送付について

(平成14年3月28日 医療課事務連絡)

「診療報酬請求書等の記載要領等の一部改正について」(平成14年3月25日保医発第0325002号)により、「診療報酬請求書等の記載要領等について」(昭和51年8月7日保医発第82号)の一部を改正し、平成14年4月1日より適用することとしたところであるが、これに関する Q&A を作成しましたので、送付させていただきます。なお、地区医師会等でとりまとめた上で届出を行うことについては、特段、差し支えないものである旨申し添えます。

診療報酬請求書等の記載要領等の

一部改正に関する問答集(平成14年3月28日)

保険局医療課

問1 傷病名の記載に関し、主傷病・副傷病の区別の方法について、主傷病と副傷病の間を線で区切る方法以外の方法としてどのような方法があるのか。

答 例えば、主傷病の傷病名に接頭語若しくは接尾語として「(主)」と記載する方法又は主傷病の傷病名を○で囲む方法が考えられる。

問2 傷病名の記載は、必ず主傷病、副傷病の順に記載しなければならないのか。

答 主傷病、副傷病の順に記載することを原則とするが、この順に記載することが困難な場合は、この限りでない。ただし、その場合にあっては、主傷病の傷病名に接頭語又は接尾語として「(主)」と記載、主傷病の傷病名を○で囲むなどして、主傷病と副傷病とが区別できるようにすること。

問3 主傷病としての記載が複数ある場合には、ある疾患を主病とする場合に限り算定できる点数を2種類以上算定できることとなるのか。例えば、主傷病として「糖尿病」及び「パーチェット病」という記載がある場合には、「特定疾患処方管理加算」及び「難病外来指導管理料」の双方を算定することが認められることとなるのか。

答 レセプト上主傷病が複数記載されている場合であっても、ある疾患を主病とする場合に限り算定できる点数を2種類以上算定することは認められない。このような場合は、主傷病として記載されている疾患のうち、どの疾病が主病であるかを医療機関に判断させることとなる。

問4 副傷病については、主なものについて記載することとされているが、その具体的な範囲如何。

答 副傷病として記載する範囲については、実際に行った検

査・処置等の原因となる傷病のうち、他の傷病名の記載から医学的に判断して、その発症が類推できるものについては、記載する必要はないものである。

問5 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関又は保険薬局の届出に関し、届出書の様式は定められていないのか。

答 特段の様式は定めていないところであるが、別添様式を参考とされたい。なお、医事会計システムの電算化が行われていないものとして届出のあった保険医療機関及び保険薬局の数については、定期的に報告を求める予定である旨を申し添える。

問6 医事会計システムの電算化は行われているが、従来よりシステム上、薬剤名等が記載できないものを利用しては、保険医療機関又は保険薬局については、薬剤名等を省略する旨の届出はできるのか。

答 このような保険医療機関又は保険薬局については、新たにシステムを入れ替えるまでの間は、届出をすることができるものである。

(別添様式)

「診療報酬請求書等の記載要領等について」(昭和51年8月7日保医発第28号)に基づき、診療報酬の請求に当たり、薬剤名、投与量等の記載を一部省略する旨を届け出ます。	
平成	年 月 日
保険医療機関又は保険薬局の所在地及び名称	
開設者名	印
殿	

疑義解釈について

(平成14年4月9日 医療課事務連絡)

平成14年3月28日付14東社局医第427号(別添2)により照会のあった標記について、別添1のとおり東京社会保険事務局保険部保険医療課長あて回答したので、関係者に対して周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

〈別添1〉

疑義解釈について(回答)

(平成14年3月28日 保医発第0328005号)

平成14年3月28日付け14東社局医第427号により照会のあった標記について、下記のとおり回答する。

記

早期リハビリテーション加算の対象者については、「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法(平成6年3月厚生省告示第54号)において、「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」とされているところであり、その具体的な範囲は、「診療報酬点数表(平成6年3月厚生省告示第54号)及び老人診療報酬点数表(平成6年3月厚生省告示第72号)の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」(平成14年3月8日保医発第0308001号)にお

いて、「脳血管疾患、脊髄損傷等の脳・脊髄(中枢神経)外傷、大腿骨頸部骨折、下肢・骨盤等の骨折、上肢骨折又は開腹術・開胸術後の患者であり、理学療法による治療が必要と認められる患者」としているところであるが、御指摘の「脊椎・関節の手術を受けた患者」については、これらの患者のうち、理学療法による治療が必要と認められる患者については、「急性発症した脳血管疾患等の疾患の患者」に該当するものである。

〈別添2〉

診療報酬の取り扱いにかかる疑義照会について

(平成14年3月28日 14東社局医第427号)

早期リハビリテーション加算の対象患者については、「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法(平成6年3月厚生省告示第54号)において、「急性発症した脳血管疾患等の患者」とされているところであるが、脊椎・関節の手術を受けた患者については、「急性発症した脳血管疾患等の患者」に該当するものと考えてよろしいか。

疑義解釈について

(平成14年4月9日 医療課事務連絡)

平成14年1月8日付北社局文発第4093号(別添2)により照会のあった標記について、別添1のとおり北海道社会保険事務局長あて回答したので、関係者に対して周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

〈別添1〉

疑義解釈について(回答)

(平成14年4月9日 保医発第0409001号)

平成14年1月8日付け北社局文発第4093号により照会のあった標記について、下記のとおり回答する。

記

保険医は、保険医療機関及び保険医療費担当規則に従い診療に当たることとされているところであるが、いわゆる名義貸しについては、健康保険事業の健全な運営を損なうものであり、また、保険医療機関の不正な診療報酬請求を誘発する行為であることから、同令第19条の2及び第23条の2に違反するものとする。

〈別添2〉

疑義解釈について(照会)

(平成14年1月8日 北社局文発第4093号)

このことについて、別添のとおり「保険医の行政処分について」の疑義照会をしますので、よろしく申し上げます。

(別添)(質問事項)

1 保険医の行政処分について

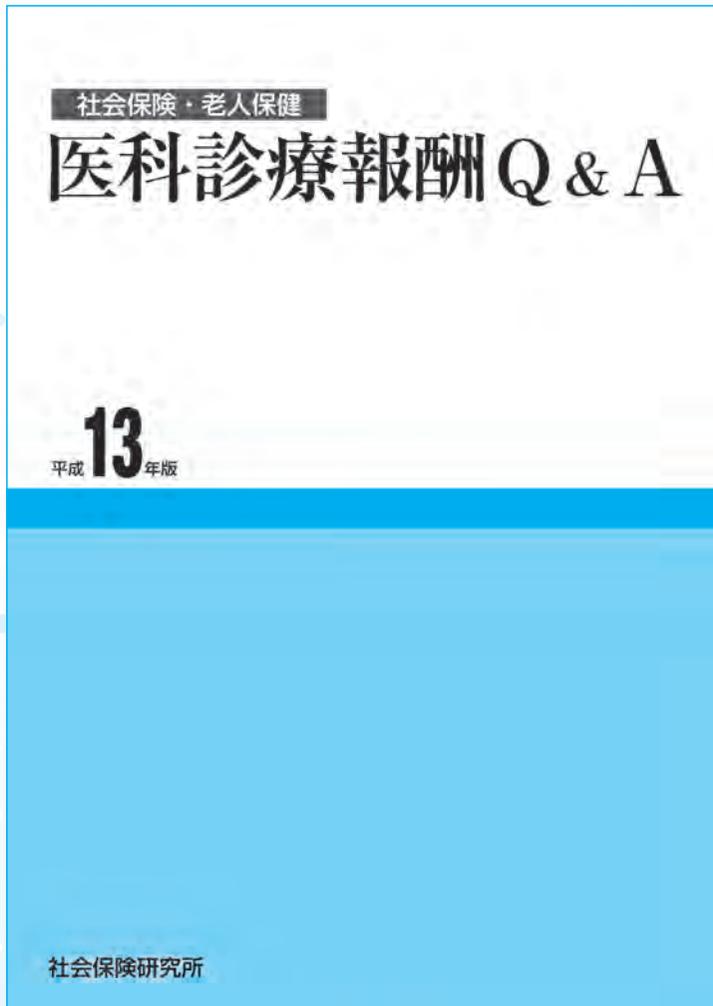
今般、医師数が著しく不足しているにも拘らず、勤務実績のない医師から名義を借り、常勤或いは非常勤として虚偽の届出或いは定例報告を行い、「入院基本料」等を減額せず不正に診療報酬を請求し、また、併せて請求できない「療養病棟療養環境加算」等を不正に診療報酬を請求していたことから、保険医療機関の取消し処分を予定しているところ です。

これに関し、名義を貸した保険医についても不正請求に繋がる行為を行ったことには間違いがないことから、行政側として、名義を貸した保険医に対しても行政処分等を行うことを検討したいと考えております。

つきましては、行政処分等の可否及び行政処分等が可能だとすればその根拠について、ご教示願います。

付 録

保存版 『医科診療報酬 Q&A』



点数表編

基本診療料	961	〈療養環境加算〉	
【初診料】	961	〈重症者等療養環境特別加算〉	
〈乳幼児加算〉		〈療養病棟療養環境加算〉	
〈乳幼児育児栄養指導加算〉		〈無菌治療室管理加算〉	
〈診療所紹介患者加算〉		〈重症皮膚潰瘍管理加算〉	
〈時間外加算等〉		〈精神科隔離室管理加算〉	
〈病院紹介患者加算〉		〈精神病棟入院時医学管理加算〉	
【再診料】	963	【特定入院料】	977
〈休日加算〉		〈救命救急入院料〉	
〈外来管理加算〉		〈特定集中治療室管理料〉	
〈継続管理加算〉		〈新生児特定集中治療室管理料〉	
【外来診療料】	966	〈総合周産期特定集中治療室管理料〉	
【入院料】	967	〈小児入院医療管理料〉	
〈病衣貸与〉		〈回復期リハビリテーション病棟入院料〉	
〈外泊期間中の入院料〉		〈特殊疾患療養病棟入院料〉	
〈入院期間の計算〉		〈緩和ケア病棟入院料〉	
〈特別の関係にある保険医療機関等〉		〈精神科急性期治療病棟入院料〉	
〈定数超過、標欠医療機関〉		〈精神療養病棟入院料〉	
【入院基本料】	969	【短期滞在手術基本料】	979
〈初期加算〉		【指導管理等】	981
〈入院診療計画未実施減算〉		【特定疾患療養指導料】	981
〈院内感染防止対策未実施減算〉		【特定疾患治療管理料】	982
〈療養病棟入院基本料〉		〈ウイルス疾患指導料〉	
〈障害者施設等入院基本料〉		〈特定薬剤治療管理料〉	
【入院基本料加算】	972	〈悪性腫瘍特異物質治療管理料〉	
〈入院時医学管理加算〉		〈小児特定疾患カウンセリング料〉	
〈紹介外来加算・紹介外来特別加算〉		〈小児科療養指導料〉	
〈急性期病院加算〉		〈てんかん指導料〉	
〈急性期特定病院加算〉		〈難病外来指導管理料〉	
〈地域医療支援病院入院診療加算〉		〈皮膚科特定疾患指導管理料〉	
〈救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算〉		〈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〉	
〈在宅患者応急入院診療加算〉		〈在宅療養指導料〉	
〈診療録管理体制加算〉		〈高度難聴指導管理料〉	
〈難病患者等特別入院診療加算〉		〈慢性維持透析患者外来医学管理料〉	
〈二類感染症患者入院診療加算〉		〈喘息治療管理料〉	
〈特殊疾患入院施設管理加算〉		【小児科外来診療料】	990
〈超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算〉		【運動療法指導管理料】	991
〈夜間勤務等看護加算〉		【手術前医学管理料】	992
〈特別看護加算・特別看護長時間加算／特別看護補助加算・特別看護補助長時間加算〉		【手術後医学管理料】	994
		【開放型病院共同指導料】	994
		【在宅患者入院共同指導料】	995

点数表編

基本診療料

【初診料】

Q1 同一患者に対し、次のケースの場合、初診料を算定してもよいか。

- ① 病院で診療していて、主治医が独立した場合、独立先での算定
- ② 自分の診療所で算定し、非常勤勤務先病院でも算定
- ③ 開設者が親族へ引き継いだ場合

A1 ②、③については、一連の中で医学的初診行為とは認められないため、算定できない。ただし、①については新規立ち上げによりカルテ作成等を伴うため、例外的に認められる。

Q2 A医療法人がB病院、Cクリニックを開設しており、Cクリニックに来院した患者を診察、B病院での診療の必要を認め、紹介を行った。

この際、B病院では初診料を算定できるか。

A2 同一人が2か所以上の診療所（本院、分院）を開設している場合については、本院、分院で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ため、算定できない旨通知している。質問のケースにおいては基本的に医学的判断によるが、診療所で診療を行った医師と病院で診療を行う医師が異なり、医学的に初診といわれる診療行為があったものについては初診料を算定できる。

Q3 医科歯科併設の医療機関について、日曜日に歯痛で来院したが、当直医が心臓外科医であったため痛み止めの処方のみが行われ、翌日、歯科の方で受診した場合、初診料は医科・歯科両方で算定できるか。

A3 同一疾病、関連のある疾病である場合は主たる診療科において算定することとなり、両方で算定はできない。

Q4 町村の健診で担当した医師から、何らかの異常があるのでどこかの病院で一度診察を受けるようにとの指示があったため、その日のうちに健診で担当した医師の病院に赴き、その医師の診察を受けた場合の基本診療料の算定はどのようになるのか。

A4 健診の際に初診行為が行われていると考えられるため、初診料の算定はできない。再診扱いとする。

Q5 検診の結果に基づく受診については、同一病院では初診料を算定できないが、検診後、数か月（2～3か月）経過してから診察を受けに来院した場合、初診料を算定できるか。

A5 検診結果に基づく受診であれば初診料は算定できない。再診扱いとする。

Q6 市が行っている健康診断のため来院した患者に対し、

本人の訴えにより同一日に超音波検査等を行った場合、初診料を算定できるか。

A6 算定できない。

Q7 入院中の患者が他科診療を必要として、同一医療法人（同一開設者）の他の保険医療機関を受診した場合に、初診料及びA 001 再診料は算定できるか。

A7 入院中の患者の他医療機関受診については、転医又は対診を求めることを原則とする。

Q8 本院（病院）に入院し、退院後分院に受診した場合に初診料を算定できるか。

A8 保険医が異なれば算定できる。

Q9 月初めに肝臓疾患で初診料を算定し治療していた。肝臓専門の医療機関での治療が必要と認め、紹介したので転帰を中止とした。その後、紹介先の医療機関が遠方であるため、月末に全然関係のない疾患、例えば感冒等で再来院した場合、初診料は算定できるか。

A9 その疾患について、それまでに診療を行っていなければ、同一月内であっても、初診料は算定できる。

Q10 挫創に対する破傷風の感染予防のため、初診料を算定した初診の日にトキソイド注射を行い、1年後に追加免疫注射のためだけに来院した場合、初診料を算定できるか。なお、追加免疫注射を行うまでに何度か別疾患で受診し、そのつど初診料を算定している。

A10 A 001 再診料を算定する。

<乳幼児加算>

Q11 「初診料を算定しない場合には、特に規定する場合を除き、「注3」の乳幼児加算は、算定できない。」とあるが、「特に規定する場合」とはどのような場合か。

A11 特になし。

Q12 昼間における時間外の場合も、時間外等乳幼児加算を算定できるか。

A12 時間外加算を算定できる場合であれば算定できる。

Q13 時間外等乳幼児加算について、B 001-2 小児科外来診療料とは別途算定できるか。

A13 別途算定できない。

<乳幼児育児栄養指導加算>

Q14 乳幼児育児栄養指導加算は小児科を標榜していれば、内科・小児科や産科・小児科など複数科標榜で医師1人の場合でも算定できるか。

A14 算定できる。

Q15 乳幼児の定期健診時に保険給付の対象となる診療を受けた場合、初診料は算定できないが、乳幼児育児栄養指導加算のみ算定することができるか。

A15 初診料に対する加算であるので、算定できない。

<診療所紹介患者加算>

Q16 診療所紹介患者加算は、診療所からの紹介では算定できないのか。

A16 診療所紹介患者加算が算定できるのは、紹介元の医療機関でB 010 診療情報提供料 (B)、B 011 診療情報提供料 (C) 又はB 011-2 診療情報提供料 (D) を算定した場合に限られる。診療所からの紹介の場合はB 009 診療情報提供料 (A) なので算定できない。

Q17 診療所からの紹介で病院へ入院し、1か月以上経過してその後退院した患者が、病院からの診療情報提供を示す文書を持参し、再び当該診療所に来院した場合は、初診料+紹介患者加算又はA 001 再診料のいずれの算定となるか。

A17 個々のケースによるが、同一の疾病、負傷である場合については、医学的初診が行われているとは考えにくいため、A 001 再診料での算定となる。

Q18 病院紹介患者加算については、「保健所、市町村等の医師からの文書による紹介患者についても算定できる。」とあるが、診療所でも同様に算定できるか。

A18 診療所紹介患者加算については、B 010 診療情報提供料 (B)、B 011 診療情報提供料 (C) 又はB 011-2 診療情報提供料 (D) を別の保険医療機関において算定した患者についてのみ算定できることになっており、保健所、市町村からの紹介では、算定できない。

<時間外加算等>

Q19 初診料及びA 001 再診料の時間外加算については、平成6年4月改正で「急患等やむを得ない事由により診療を求められた場合……」という表現が削除されたが、医療機関における診療時間外であって、診療応需の態勢を解いた後であれば、急患等でなくても算定できるのか。

A19 従来の考え方と変わっていない。診療応需の態勢を解いた後で、なおかつ急患ということが条件で、患者側の都合等による場合で急患でない場合には算定できない。

Q20 お盆を休日として届出している医療機関が、地域の輪番に当たり診療を行う場合、時間外加算は算定できるか。

A20 時間外加算の対象は、「休日加算の対象となる休日以外の日を終日休診日とする保険医療機関における当該休診日」とあり、算定できる。

Q21 時間外加算の取扱いについて、医療機関の診療時間の標榜が次の場合、

- ① 9:00～12:00 14:00～17:00
- ② 9:00～12:00 16:00～18:00
- ③ 9:00～14:00 午後なし

④ 12:00～18:00 午前なし

⑤ 9:00～12:00 16:00～19:00

①の12:00～14:00、②の12:00～16:00、③の14:00～18:00、④の8:00～12:00、⑤の12:00～16:00の間に来院した患者の時間外加算は算定できるか。

A21 時間外加算の対象となる時間の標準は、原則として午前8時前、午後6時以降と通知していることから、その時間内での時間外加算の算定は原則として認められない。

ただし、午前8時以降午後6時までの間であっても、「午前中及び午後6時以降」を診療時間としている場合については、その表示する診療時間以外の時間をもって時間外として取り扱って差し支えない。したがって、①～④は算定できないが、⑤は算定できる。

Q22 輪番制を実施している医療機関であれば、すべての日について時間外特例加算の対象とするのか、または輪番制を実施した日だけ対象とするのか。

A22 輪番制の当番日のみを対象とする。

Q23

① 一般病院、診療所で、もっぱら夜間における救急医療の確保（輪番制によるもの）から当番医となった場合、時間外特例加算は算定できるか。

② 時間外加算と時間外特例加算は同時に両方の算定ができるか。

A23

① 昼間診療していても当番日の夜間の診療分について加算できる。

② 重複算定はできない。

Q24 「注5」のただし書きに規定する「保険医療機関」とは、次のいずれの医療機関を指しているのか。

① 地域医師会を中心とした初期救急医療体制の第1次救急医療施設である夜間・休日診療所や在宅当番制の当番診療所

② 都道府県及び都道府県医師会が中心となって対処している病院群輪番制による第2次救急医療施設である当番病院

③ 第3次救急医療施設である救命救急センター

A24 厚生労働省が補助している医療機関をいい、①、②、③すべての医療機関を含んでいる。

Q25 振替休日は、休日加算の対象となるのか。

A25 対象となる。

Q26 12月29日～1月3日までの間、平常どおり診療が行われている医療機関が、例えば1月1日に当番医となった場合に1月1日は休日加算の対象となるか。