

		<p>継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していることが望ましい。</p> <p>ア～イ 《略》</p> <p>(8) 通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録に当該診療に要した時間を記載すること。ただし、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が5分、30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「〇分超」などの記載でも差し支えない。また、通院・在宅精神療法の「1」のロ又は「2」のロ又は「2」のハを算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を記載する。</p>
469	I 0 0 3 - 2 認知療法・認知行動療法	(2) 認知療法・認知行動療法は、一連の治療計画を策定し、患者に対して詳細な説明を行った上で、当該療法に関する研修を受講するなど当該療法に習熟した医師によって30分を超えて治療が行われた場合（「 <u>2</u> 」において、看護師により30分を超える面接が行われ、その後当該療法に習熟した医師により5分以上の面接が行われた場合を含む。）に算定する。
478	I 0 0 9 精神科デイ・ケア	(11) 「注4」に掲げる <u>長期入院患者長期の入院歴を有する患者</u> とは、精神疾患により、通算して1年以上の入院歴を有する患者であること。
484	I 0 1 2 精神科訪問看護・指導料	(24) 「注10」に規定する精神科複数回訪問加算は、精神科在宅患者支援管理料を算定する保険医療機関が、 <u>当該精神科在宅患者支援管理料1</u> （ハを除く。）又は2を算定し、医師が複数回の精神科訪問看護・指導が必要であると認めた患者に対して、1日に2回又は3回以上の訪問看護を行った場合に、患者1人につき、それぞれの点数を加算する。
488 489	I 0 1 6 精神科在宅患者支援管理料	<p>(2) 「1」のイ及び「2」のイについては、以下の全てに該当する患者について、初回の算定日から起算して6月以内に限り、月に1回に限り算定すること。</p> <p>ア 1年以上の入院歴を有する者、措置入院又は緊急措置入院を経て退院した患者であって、都道府県等が精神障害者の退院後支援に関する係る指針を踏まえて作成する退院後支援計画に関する計画に基づく支援期間にある患者又は入退院を繰り返す者（入退院を繰り返す者については、直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該直近の入院の入院日より起算して過去3月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者に限る。）</p> <p>イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態、退院時又は算定時におけるGAF尺度による判定が40以下の者（重度認知症の状態とは、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年4月3日老発第0403003号）（「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する</p>

		<p>手続きの取扱いについて」(平成 2830 年 3 月 45 日保医発 03040305 第 12 号)の別添 6 の別紙 12 及び別紙 13 参照)におけるランク M に該当すること。ただし、重度の意識障害のある者(JCS (Japan Com a Scale)でⅡ-3 (又は 30) 以上又は GCS (Glasgow Coma Scale)で 8 点以下の状態にある者)を除く。)</p> <p>(3) 「1」の<u>ロ</u>及び「2」のロについては、(2)のア又はイに該当する患者について算定できる。</p> <p>(4) 《略》</p> <p>(5) 「1」の<u>イ</u>及び「2」のイは、<del>ア</del>以下の全てを実施する場合に算定する。 ア～ウ 《略》</p> <p>(6) 「1」の<u>ロ</u>及び「2」のロは、(5)のアに加え、以下の全てを実施する場合に算定する。 ア～イ 《略》</p>
491	I O 1 6 精神科在宅患者支援管理料	<p>(12) 多職種が参加する定期的な会議の開催に当たっては、以下の点に留意すること。 ア～イ 《略》 ウ 支援計画書の内容については、患者又はその家族等へ文書による説明を行い、説明に用いた文書を交付すること。また、説明に用いた文書の写しを<u>診療録</u>に添付すること。</p> <p>(13)～(15) 《略》</p> <p>(16) 精神科オンライン在宅管理料は、以下の全てを実施する場合に算定する。 ア 《略》 イ オンライン診察は、アの計画に基づき、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた医学管理のもとで実施されるものであり、連続する 3 月の間に対面診療が 1 度も行われていない場合は、算定することはできない。<del>ただし、対面診療とオンライン診察を同月に行った場合は、精神科オンライン在宅管理料は算定できない。</del> ウ～ス 《略》</p>
<b>第 9 部 処置</b>		
501	<通則>	<p>5 通則 5 の休日加算 2、時間外加算 2 又は深夜加算 2 (以下「時間外加算等 2」という。)は、区分番号「A000」の注 7、区分番号「A001」の注 5、区分番号「A002」の注 8 に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた所定点数が 150 点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できるものであり、区分番号「A000」の注 9 又は区分番号「A001」の注 7 に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診若しくは再診に引き続き行われた場合又は入院中の患者に対して行われた場合については対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても当該加算は算定できる。</p>

508	J 0 2 6 - 4 ハイフローセラピー (1日につき)	(2) 区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料及び又は区分番号「C107」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。）については、ハイフローセラピーの費用は算定できない。
528	J 1 1 7 鋼線等による直達牽引	(3) 消炎鎮痛等処置、腰部又は胸部固定帯固定、低出力レーザー照射又は肛門処置を併せて行った場合は、鋼線等による直達牽引（ <u>2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。</u> ）の所定点数のみにより算定する。
529	J 1 1 8 介達牽引	(4) 区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、 <u>人工呼吸介達牽引</u> の費用は算定できない。
529	J 1 1 8 - 2 矯正固定	(2) 区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、 <u>人工呼吸矯正固定</u> の費用は算定できない。
529	J 1 1 8 - 3 変形機械矯正術	(2) 区分番号「C109」在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、 <u>人工呼吸変形機械矯正術</u> の費用は算定できない。+
<b>第10部 手術</b>		
536	通則	4 区分番号K007（注に規定する加算を算定する場合に限る。）、K014-2、K022の1、K059の3のイ、K059の4、《中略》K643-2、K647-3、K656-2、 <del>K664-3</del> 、K665の2、K668-2、K677の1、《以下略》
572	<通則>	18 同一手術野又は同一病巣における算定方法 (1)～(2) 《略》 (3) 同一手術野又は同一病巣であっても、「複数手術に係る費用の特例（平成24年厚生労働省告示第138号） <u>（改正された場合は、改正後の告示による。）</u> 」に規定するものについては、主たる手術の所定点数に、従たる手術（1つに限る。）の所定点数の100分の50に相当する額を加えた点数により算定する。なお、具体的な取扱いについては、別途通知する。
579	K 1 4 2 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎	(1) 「2」後方又は後側方固定から「4」前方後方同時固定までの各区分に掲げる手術の費用には、当該手術を実施した椎間に隣接する椎弓に係る「5」椎弓切除及び「6」椎弓形成の費用が含まれる。

	間又は多椎弓の場合を含む。)	<p>例1 第10胸椎から第12胸椎までの後方固定及び第11胸椎の椎弓切除を実施した場合の算定例</p> <p>下記ア及びイを合算した点数を算定する。</p> <p>ア 「2」後方又は後側方固定の所定点数</p> <p>イ 「2」後方又は後側方固定の所定点数の100分の50に相当する点数</p> <p><del>ウ 「5」椎弓切除の所定点数の100分の50に相当する点数</del></p> <p>《以下略》</p>
580	K177 脳動脈瘤頸部クリッピング	<p>(1) 「注2」に規定する<del>ハイロー</del>フローバイパス術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、<del>上肢又は下肢頭皮</del>から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定する。</p> <p>(2) 「注3」に規定する<del>ローハイ</del>フローバイパス術併用加算は、本手術に際し、親血管より末梢側の血流を確保するため、<del>頭皮上肢又は下肢</del>から採取した血管を用いた頭蓋外・頭蓋内血管吻合を併せて行った場合に算定する。</p>
587	K546 経皮的冠動脈形成術	(1) 一方向から造影して75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を行った場合に算定する。なお、医学的根拠に基づきこれ以外の症例に対して算定する場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。
591	K595 経皮的カテーテル心筋焼灼術	(2) 注1の三次元カラーマッピング加算を算定する場合は、特定保険医療材料114の体外式ペースメーカー用カテーテル電極のうち、心臓電気生理学的検査機能付加型の「心房内・心室内全域型」及び <del>「アブレーション機能付き」</del> 並びに特定保険医療材料123の経皮的カテーテル心筋焼灼術用カテーテルのうち、熱アブレーション用の「体外式ペースティング機能付き」及び「体外式ペースティング機能付き・特殊型」については算定できない。
591	K597 ペースメーカー移植術、 K597-2 ペースメーカー交換術	(1) ペースメーカー移植の実施日と体外ペースメーカー移植術の実施日の間隔が1週間以内の場合にあっては、ペースメーカー移植術の所定点数のみを算定する。
592	K604-2 植込型補助人工心臓(非拍動流型)	(1) 植込型補助人工心臓(非拍動流型)は、心臓移植適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓等 <del>などの</del> 他の補助循環法によっても継続した代償不全に陥っており、かつ、心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善を目的とした場合に算定する。
601	K783 経尿道的尿管狭窄拡張術、 ~K817 尿道	K783 経尿道的尿管狭窄拡張術、K783-2 経尿道的尿管ステント留置術、K783-3 経尿道的尿管ステント抜去術、K785 経尿道的腎盂尿管腫瘍摘出術、K794-2 経尿道的尿管瘤切除術、K798

	悪性腫瘍摘出術の「2」	膀胱結石、異物摘出術の「1」、K798-2 経尿道的尿管凝血除去術(バスケットワイヤーカテーテル使用)、K800-2 経尿道的電気凝固術、K803 膀胱悪性腫瘍手術の「6」、K817 尿道悪性腫瘍摘出術の「2」、 <u>K821 尿道狭窄内視鏡手術</u> <u>内視鏡検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。</u>
602	K821 尿道狭窄内視鏡手術	<del>K821 尿道狭窄内視鏡手術</del> <del>内視鏡検査に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。</del>
604	K920 輸血	(21) 「注10」に規定する「輸血に伴って行った供血者の諸検査」には、HCV抗体定性・定量、HIV-1抗体、HIV-1,2抗体定性、HIV-1,2抗体半定量、HIV-1,2抗体定量、HIV-1,2抗原・抗体同時測定定性、HIV-1,2抗原・抗体同時測定定量、HTLV-I抗体、不規則抗体検査等が含まれ、これらの検査に係る費用は別に算定できない。
606	K931 超音波凝固切開装置等加算	(2) 「注」に規定する「悪性腫瘍等に係る手術」とは、「K031」、「K053」、「K374」、《中略》「K522-3」、「K527」、「K529」、「K531」、「K552」 <del>から</del> 、「K552-2」 <del>まで</del> 、「K643」、「K645」、「K655」の「2」、「K655-4」の「2」、《以下略》
606	K936 自動縫合器加算	(2) 区分番号「K524-2」、「K654-3」の「2」、「K655」、「K662」、「K662-2」、「K695」の「4」から「K695」の「7」まで、「K695-2」の「4」から「 <u>K695-2</u> 」の「6」 <u>まで</u> 、「K700-2」、「K700-3」、「K711-2」、「K716」、「716-2」、「K732」の「2」、「K739」及び「K739-3」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、3個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。 (3) 《略》 (4) 区分番号「K655-2」、「K657」、「K803」から「K803-3」 <u>まで</u> 及び「K817」の「3」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、5個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。 (5) 区分番号「K511」、「K513」、「K514」、「K514-2」の「1」、「K514-2」の「3」、「K529」の「1」、「K529」の「2」、「K529-2」、「 <u>K529-3</u> 」及び「K656-2」に掲げる手術に当たって自動縫合器を使用した場合は、6個を限度として当該加算点数に使用個数を乗じて得た点数を加算する。
<b>第11部 麻酔</b>		
615	L008 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身	(12) 麻酔の実施時間 ア～イ 《略》 ウ 複数の点数の区分に当たる麻酔が行われた場合は、以下のように算

	<p>麻酔</p>	<p>定する。</p> <p>(イ)～(ハ) 《略》</p> <p>(二) (ハ) の場合において、各々の区分に係る麻酔が30分を超えない場合については、それらの麻酔の実施時間を合計し、その中で実施時間の長い区分から順に加算を算定する。なお、いずれの麻酔の実施時間も等しい場合には、その中で最も高い点数の区分に係る加算を算定する。</p> <p>例1 麻酔が困難な患者以外の患者に対し、次の麻酔を行った場合</p> <p>① 最初に仰臥位で10分間</p> <p>② 次に伏臥位で2時間30分間</p> <p>③ 最後に仰臥位で20分間</p> <p>の計3時間の麻酔を行った場合</p> <p>基本となる2時間に②の2時間を充当 <del>0, 1509, 050</del>点</p> <p>②の残り30分の加算 900点</p> <p>仰臥位で行われた①と③を合計して30分の加算 600点</p> <p>算定点数 <del>10, 650</del>10, 550点</p> <p>《以下略》</p> <p>(13) 《略》</p> <p>(14) 硬膜外麻酔併施加算(注4)</p> <p>硬膜外麻酔を併せて行った場合は、その区分に応じて「注4」に掲げる点数を所定点数に加算し、さらにその実施時間に応じて「注5」に規定する加算を算定する。</p>
<p>第12部 放射線治療</p>		
<p>623</p>	<p>M000 放射線治療管理料</p>	<p>(5) 「注4」に掲げる遠隔放射線治療計画加算は、放射線治療を専ら担当する常勤の医師が配置されていない施設における放射線治療において、緊急時の放射線治療における業務の一部(照射計画の立案等)を、情報通信技術を用いたシステムを利用し、<u>放射線治療実施を行う施設とは異なる施設と連携した放射線治療を支援する施設</u>の医師等による支援を受けて実施した場合に、一連の治療につき1回に限り算定する。なお、緊急時とは急激な病態の変化により速やかに放射線治療の開始が必要な切迫した病態や、<u>臨時的な放射線治療計画変更が必要とされる状態</u>をいう。</p>
<p>624</p>	<p>M001 体外照射</p>	<p>(4) 1回線量増加加算</p> <p>ア～イ 《略》</p> <p>ウ 「注6」の前立腺癌に対して行う場合1回線量増加加算は、強度変調放射線治療(IMRT)を行う場合であって、「注4」の「ハ」(画像誘導放射線治療加算(腫瘍の位置情報によるもの))を算定する場合に限り算定する。</p>
<p>625</p>	<p>M001-3 直線加速器による放射線治療</p>	<p>(5) 「注2」の呼吸性移動対策とは、呼吸による移動長が10ミリメートルを超える肺がん又は、肝がん又は腎がんに対し、治療計画時及び毎回の</p>

	線治療（一連につき）	照射時に呼吸運動（量）を計測する装置又は実時間位置画像装置等を用いて、呼吸性移動による照射範囲の拡大を低減する対策のことをいい、呼吸性移動のために必要な照射野の拡大が三次元的な各方向に対しそれぞれ5ミリメートル以下となることが、治療前に計画され、照射時に確認されるものをいう。なお、治療前の治療計画の際に、照射範囲計画について記録し、毎回照射時に実際の照射範囲について記録の上、検証すること。
628	M004 密封小線源治療	(10) 「注8」の画像誘導密封小線源治療加算は、日本放射線腫瘍学会が作成した最新の「密封小線源治療の診療・物理QAガイドライン」を遵守して実施した場合に限り算定できる。
<b>第4章 経過措置</b>		
644	第4章 経過措置	9 第2章の規定にかかわらず、 <u>入院中の患者以外の患者に対する区分番号H001の注4の後段及び注5、H001-2の注4の後段及び注5並びにH002の注4の後段及び注5に規定する診療料は、平成31年3月31日までの間に限り、算定できるものとする。</u>

2. 基本診療料の施設基準告示・通知の正誤

ページ	項目	正 誤
基本診療料の施設基準等（告示）		
651	三 療養病棟入院基本料の施設基準等	<p>(6) 療養病棟入院基本料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定めるもの (1)のイの①若しくは③又はハに掲げる基準</p> <p>(7) 療養病棟入院基本料の注11に規定する別に厚生労働大臣が定める基準 イ～ロ 《略》</p> <p><u>ハ 当該病棟において、一日に看護補助を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。なお、主として事務的業務を行う看護補助者を含む場合は、一日に事務的業務を行う看護補助者の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が二百又はその端数を増すごとに一に相当する数以下であること。</u></p>
671	三十五の九 精神科急性期医師配置加算の施設基準	<p><del>(1) 許可病床（精神病床を除く。）の数が百床（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては八十床）以上の病院であること。</del></p> <p><del>(2) 1</del> 当該病棟において、常勤の医師は、当該病棟の入院患者の数が十六又はその端数を増すごとに一以上配置されていること。</p> <p><del>(2) 2</del> 以下のいずれかに該当する精神病棟であること。</p> <p>イ 次のいずれも満たしていること。</p> <p>①～② 《略》</p> <p>③ <u>許可病床（精神病床を除く。）の数が百床（別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては八十床）以上の病院であること。</u></p> <p>ロ 《略》</p>
684	第十一 経過措置	<p>十一 平成三十年三月三十一日において、旧医科点数表の療養病棟入院基本料1、療養病棟入院基本料2又は療養病棟入院基本料の注11に係る届出を行っている病棟については、同年九月三十日までの間に限り、第五の三の(1)のイの⑥又は第五の三の(8)の<u>ハ</u>に該当するものとみなす。</p>
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（通知）		
693 694	第2 届出に関する 手続き	<p>4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に規定する場合を除き、届出前1か月の実績を有していること。ただし、<u>次に掲げる入院料に係る実績については、それぞれ以下に定めるところによること。なお、特に規定するものの他、単なる名称変更、移転等で実体的に開設者及び従事者に変更がないと考えられるものについては実績を要しない。</u></p> <p>(1) <u>精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急入院料及び精神科救急・合併症入院料の施設基準については届出前4か月、回復期リハビリテーション病棟入院料1、回復期リハビリテーション病棟入院料2、回復期リハビリテーション病棟入院料3、回復期リハビリテーション病棟入院料4及び回復期リハビリテーション病棟入院料5の施設基準については届</u></p>