

療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3は、送信側の保険医療機関において実施される核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が読影を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関において当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、夜間又は休日に撮影された画像については、受信側の保険医療機関において専ら画像診断を担当する医師が、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影及び診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際には、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施すること。また、受信側又は送信側の保険医療機関が受信側及び送信側の保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託した場合は、当該加算は算定できない。また、これらの加算を算定する場合は、報告された文書又はその写しを診療録に貼付する。

- (3) 遠隔画像診断を行った場合、画像診断管理加算1、画像診断管理加算2又は画像診断管理加算3は、それぞれの届出を行った保険医療機関において、専ら画像診断を担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する1名（画像診断管理加算3を算定する場合にあつては6名）を除いた専ら画像診断を担当する医師については、当該保険医療機関において常態として週3日以上かつ週24時間以上の勤務を行っている場合に、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、画像の読影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で読影を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合も算定できる。その際、患者の個人情報を含む医療情報の送受信に当たり、安全管理を確実に行った上で実施する。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握していること。

第5部 投薬

第2節 処方料

F100 処方料

- (16) 外来後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が70%以上、75%以上又は85%以上であるとともに、外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関において、1処方につき2点、4点又は5点を所定点数に加算する。

第7部 リハビリテーション

<通則>

- 6 届出施設である保険医療機関内において、治療、訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。

また、当該保険医療機関外であっても、以下の(1)から(4)までを全て満たす場合は、1

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

(1)～(4) (略)

第1節 リハビリテーション料

H000 心大血管疾患リハビリテーション料

(2) 心大血管疾患リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の四に掲げる対象患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に心大血管疾患リハビリテーションが必要であると認めるものであること。

ア (略)

イ 慢性心不全、末梢動脈閉塞性疾患その他の慢性の心大血管の疾患により、一定程度以上の呼吸循環機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、

(イ) 慢性心不全であって、左室駆出率40%以下、最高酸素摂取量が基準値80%以下、脳性Na利尿ペプチド(BNP)が80pg/mL以上の状態のもの又は脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント(NT-proBNP)が400pg/mL以上の状態のもの

(ロ) 末梢動脈閉塞性疾患であって、間欠性跛行を呈する状態のものをいう。

H001 脳血管疾患等リハビリテーション料

(2) 脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の五に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が脳血管疾患等リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア～ク (略)

ケ リハビリテーションを要する状態であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力の低下及び日常生活能力の低下を来しているものとは、脳性麻痺等に伴う先天性の発達障害等の患者であって、治療開始時のFIM115以下、BI85以下の状態等のものをいう。

H002 運動器リハビリテーション料

(2) 運動器リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の六に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が個別に運動器リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア (略)

イ 慢性の運動器疾患により、一定程度以上の運動機能の低下及び日常生活能力の低下を来している患者とは、関節の変性疾患、関節の炎症性疾患、熱傷瘢痕による関節拘縮、

運動器不安定症等のものをいう。

H003-2 リハビリテーション総合計画評価料

- (4) リハビリテーション総合実施計画書の様式については、以下のいずれかを患者の状態等に応じ選択する。患者の理解に資する記載となるよう、十分配慮すること。

ア(略)

イ 別紙様式21の6又はこれに準じた様式に、(イ)から(へ)までの全て及び(ト)から(ヲ)までのうちいずれか1項目以上を組み合わせて記載する様式(回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する患者については、必ず(ヌ)を含めること。)

(イ)～(ニ) (略)

(ホ) 疾患別リハビリテーションの実施に当たり、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の従事者が担う等が担う具体的内容に係るもの

(チ)～(ヲ) (略)

H004 摂食機能療法

- (6) 「注3~~ホ~~」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届出を行った保険医療機関において、鼻腔栄養を実施している患者(経口摂取回復促進加算1を算定する場合に限る。)又は胃瘻を造設している患者に対して、摂食機能療法を実施した場合に、いずれか一方に限り算定できる。

- (7) 「注3~~ホ~~」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2を算定する場合は、当該患者に対し、月に1回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施し、当該検査結果を踏まえて、当該患者にリハビリテーションを提供する医師、歯科医師、言語聴覚士、看護師、准看護師、歯科衛生士、理学療法士又は作業療法士を含む多職種によるカンファレンスを月に1回以上行うこと。内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの結果の要点を診療録に記載すること。また、カンファレンスの結果に基づき、リハビリテーション計画の見直し及び嚥下調整食の見直し(嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態に見直すことや量の調整を行うことを含む。)を行うとともに、それらの内容を患者又は家族等に対し、要点を診療録に記載すること。なお、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した日付及びカンファレンスを実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- (8) 「注3~~ホ~~」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2を算定する場合は、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況を確認し、診療録に記載すること。

- (10) 「注3~~ホ~~」に掲げる経口摂取回復促進加算1又は2を算定する月においては、区分番号「D298-2」内視鏡下嚥下機能検査又は区分番号「E003」造影剤注入手技の「7」嚥下造影は別に算定できない。ただし、胃瘻造設の適否を判断するために事前に内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を行った場合は、行った日付及び胃瘻造設術を実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載したうえで、別に算定できる。

第8部 精神科専門療法

第1節 精神科専門療法料

I 0 0 2 通院・在宅精神療法

- (4) 通院・在宅精神療法の「1」のイ及び「1」のハの(2)並びに「2」のイ及び「2」のハの(3)は、診療に要した時間が5分を超えたときに限り算定する。
- (6) 通院・在宅精神療法の「1」のイ及び「2」のイについては、当該患者の退院後支援についての総合調整を担う都道府県、保健所を設置する市又は特別区（以下「都道府県等」という。）が、精神障害者の退院後支援に関する~~標準~~指針を踏まえて作成する退院後支援に関する計画に基づく支援期間にある患者に対し、当該計画において外来又は在宅医療を担うこととされている保険医療機関の精神科の医師が実施した場合に限り算定できる。
- (7) 通院・在宅精神療法の「1」のイ又は「1」のロ及び「2」のイ又は「2」のロを算定する保険医療機関においては、以下のいずれかの要件に該当していること等、標榜時間外において、所属する保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していることが望ましい。
- ア 区分番号「A 0 0 1」再診料の時間外対応加算1の届出を行っていること。
- イ 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかつた場合であっても、速やかに折り返して電話することができる体制がとられていること。
- (8) 通院・在宅精神療法を算定するに当たっては、診療録に当該診療に要した時間を記載すること。ただし、当該診療に要した時間が明確でない場合には、当該診療に要した時間が5分、30分又は60分を超えたことが明らかであると判断される精神療法を行った場合に限り、「〇分超」などの記載でも差し支えない。また、通院・在宅精神療法の「1」のロ又は「2」のロ又は「2」のハを算定する場合にあつては、診療報酬明細書の摘要欄に当該診療に要した時間を記載する。

I 0 0 9 精神科デイ・ケア

- (11) 「注4」に掲げる長期の入院歴を有する患者~~長期入院患者~~とは、精神疾患により、通算して1年以上の入院歴を有する患者であること。

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、精神科在宅患者支援当該管理料1（ハを除く。）又は2を算定し、医師が複数回の精神科訪問看護・指導が必要であると認めた患者に対して、1日に2回又

は3回以上の訪問看護を行った場合に、患者1人につき、それぞれの点数を加算する。

I 0 1 6 精神科在宅患者支援管理料

(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。

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つて、都道府県等が精神障害者の退院後支援に関する~~係る~~指針を踏まえて作成する退院後支援計画に関する計画に基づく支援期間にある患者又は入退院を繰り返す者（入退院を繰り返す者については、直近の入院が、措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院であり、かつ当該直近の入院の入院日より起算して過去3月以内に措置入院、緊急措置入院又は医療保護入院をしたことのある者に限る。）

イ 統合失調症、統合失調症型障害若しくは妄想性障害、気分（感情）障害又は重度認知症の状態、退院時又は算定時におけるGAF尺度による判定が40以下の者（重度認知症の状態とは、「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年4月3日老発第0403003号）（「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成~~30~~~~28~~年3月~~5~~~~4~~日保医発0305~~0004~~第~~2~~~~1~~号）の別添6の別紙12及び別紙13参照）におけるランクMに該当すること。ただし、重度の意識障害のある者（JCS（Japan Coma Scale）でII-3（又は30）以上又はGCS（Glasgow Coma Scale）で8点以下の状態にある者）を除く。）

(3) 「1」のロ及び「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。

(5) 「1」のイ及び「2」のイは、~~≒~~以下の全てを実施する場合に算定する。

ア～ウ(略)

(6) 「1」のロ及び「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)

(12) 多職種が参加する定期的な会議の開催に当たっては、以下の点に留意すること。

ア 多職種会議においては、患者についての診療情報の共有、支援計画書の作成と見直し、具体的な支援内容、訪問日程の計画及び支援の終了時期等について協議を行うこと。また、診療録に会議の要点、参加者の職種と氏名を記載すること。

イ 可能な限り、患者又はその家族等が同席することが望ましい。

ウ 支援計画書の内容については、患者又はその家族等へ文書による説明を行い、説明に用いた文書を交付すること。また、説明に用いた文書の写しを診療録に添付すること。

第9部 処置

<通則>

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。

第1節 処置料

J026-4 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又は~~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。

J117 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（2日目以降。観血的に行った場合の手技料を含む。）の所定点数のみにより算定する。

J118 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、介達牽引~~又は~~呼吸の費用は算定できない。

J118-2 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、矯正固定~~又は~~呼吸の費用は算定できない。

J118-3 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、変形機械矯正術~~又は~~呼吸の費用は算定できない。

第10部 手術

第1節 手術料

K142 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術（多椎間又は多椎弓の場合を含む。）

(1) 「2」後方又は後側方固定から「4」前方後方同時固定までの各区分に掲げる手術の費用には、当該手術を実施した椎間に隣接する椎弓に係る「5」椎弓切除及び「6」椎

弓形成の費用が含まれる。

例1 第10胸椎から第12胸椎までの後方固定及び第11胸椎の椎弓切除を実施した場合の算定例

下記ア及びイを合算した点数を算定する。

ア 「2」後方又は後側方固定の所定点数

イ 「2」後方又は後側方固定の所定点数の100分の50に相当する点数

~~ウ 「5」椎弓切除の所定点数の100分の50に相当する点数~~

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。

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」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」及び~~「アブレーション機能付き」~~については算定できない。

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交換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。

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~~その他~~の他の補助循環法によっても継続した代償不全に陥っており、かつ、心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善を目的とした場合に算定する。

第2節 輸血料

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。

第3節 手術医療機器等加算