

2022年度版



JMS製品

診療報酬ガイドブック



JMS 医療関係者向けサイト
<https://medical.jms.cc/>

Information

情報

- 本冊子は、令和4年厚生労働省告示第54号、第55号、第56号、第57号、第58号、令和4年3月4日保医発0304第1号、第2号、第3号、第9号、令和2年3月27日保発0327第4号、第5号、第7号、第8号、事務連絡 等を参考に作成しています。
算定可否の判断は各都道府県によって異なる場合がありますので、詳細等については地方厚生局、社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会等へお問い合わせください。
- 2022年4月以降改定となった部分を青字下線、新設となった部分を赤字、2021年4月改定となった薬価等をオレンジ下線にて表記しています。

マーク	意味
施設基準	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合している必要あり
届出要	地方厚生局長等に届け出た保険医療機関であること
届出不要	地方厚生局長等への届出が不要
施基手術	施設基準に適合している場合に限り算定できる手術
特定地域	医療提供体制の確保の状況に鑑み、別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、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について、通常の施設基準の届出有無にかかわらず所定点数に代えた点数が設定されている診療報酬項目 ※別に厚生労働大臣が定める地域一覧については、P177参照

以下は、株式会社ジェイ・エム・エスの登録商標です。

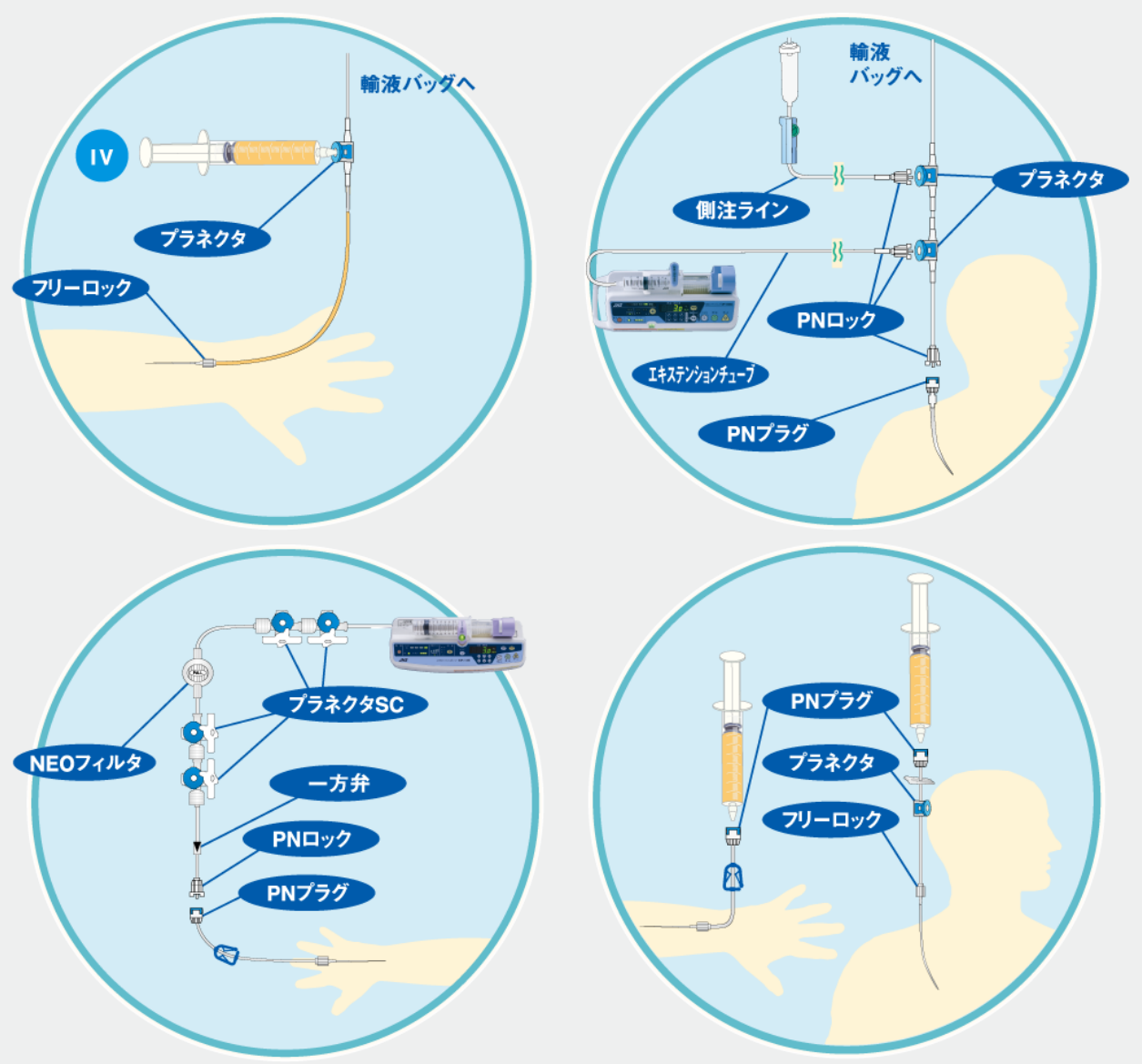
プラネクタ、セーフウイングキャス、セーフミック、キュアセンス、アイフューザー、アイフューザー プラス、インシュレット、ネオシールド、ジェイフィード、ペグロック、ペコぱんだ、ポケットLDF、フロースター、PD-MINISOLA、ペリセート、オキシア、アクアストリーム、フィルティア、ナデシコ、ベスクロス、マルチフラッシュ、セルエイド

情報	各種情報	1
輸液 注射	輸液・注射領域	3
がん	がん・疼痛緩和領域	9
麻酔	麻酔領域	23
排液	排液領域	27
在宅 療養	在宅療養領域	33
栄養	静脈経腸栄養領域	71
摂食 嚥下	【歯科診療報酬】摂食嚥下領域	85
輸血 細胞	輸血・細胞領域	89
透析	透析領域	103
心臓 血管	心臓血管外科領域	125
血管 造影	血管造影領域	131
下肢 静脈 瘤	下肢静脈瘤治療領域	139
参考	参考（施設基準等）	147
索引	50音順索引	179
特保 医材	JMS特定保険医療材料一覧	185

Infusion/injection

輸液・注射領域

G001	静脈内注射
G002	動脈注射
G003	抗悪性腫瘍剤局所持続注入
G003-3	肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入
G004	点滴注射
G020	無菌製剤処理料
第6部 注射 通則4	精密持続点滴注射加算



G001 静脈内注射（1回につき） 34点
48点
乳幼児加算（6歳未満）

算定要件チェックポイント

- 入院中以外の患者に対して行った場合に算定し、入院中の患者に行った場合は1日の薬剤料を合算し、薬剤料のみを算定する
- C101在宅自己注射指導管理料、C104在宅中心静脈栄養法指導管理料、C108在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、C108-2在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料算定患者について、C001在宅患者訪問診療料（Ⅰ）またはC001-2在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に、患家において訪問診療と併せて行った本注射に係る費用は算定しない
- ▶C101,C104,C108,C108-2に係る在宅療養指導管理材料加算、薬剤料、特定保険医療材料のみを算定している者を含む

G002 動脈注射（1日につき） 155点
45点
1 内臓の場合
2 その他の場合

算定要件チェックポイント

- [内臓の場合とは？]
●肺動脈起始部、大動脈弓および腹部大動脈等深部動脈に対して行う場合
- [その他の場合とは？]
●頸動脈、鎖骨下動脈、股動脈、上腕動脈等に対して行う場合

G003 抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1日につき） 165点
*皮下埋込型カテーテルアクセス等を用いて、抗悪性腫瘍剤を動脈内、静脈内、腹腔内に局所持続注入した場合に算定

算定要件チェックポイント

- ポンプを利用して注入する場合のポンプ費用と本注入に必要なカテーテル等の材料料は算定できない
- C108在宅悪性腫瘍等患者指導管理料を算定している月は、本注入に係る費用は算定できない
- ▶薬剤料を除く

G003-3 肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（1日につき） 165点

算定要件チェックポイント

- 抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材と抗悪性腫瘍剤を混和して肝動脈内に注入する場合に算定する
- 本注入に必要なカテーテル等の材料費用は算定できない
- 抗悪性腫瘍剤注入用肝動脈塞栓材の使用量を決定する目的で、塞栓材のみを注入する場合は、必要性が高い場合に限り、算定できる（月1回限度）

Infusion/injection

G004 点滴注射（1日につき）

- 1 6歳未満の乳幼児（1日分注射量100mL以上） **101点**
- 2 1以外のも（1日分注射量500mL以上） **99点**
- 3 その他の場合（入院中以外の患者） **50点**
- 乳幼児加算（6歳未満） **46点**
- 血漿成分製剤加算 **50点**

* 血漿成分製剤加算は1回目の注射において、患者に対し注射の必要性・危険性等について文書による説明を行った際、実施日に限り算定

☑ 算定要件チェックポイント

【血漿成分製剤とは】

- 新鮮液状血漿および新鮮凍結人血漿等をいい、血漿分画製剤（アルブミン製剤、グロブリン製剤等）は含まれないが、患者に対して輸注の必要性等説明実施に努める
- ▶ 血漿成分製剤および血漿分画製剤の輸注にあたって、『「輸血療法の実施に関する指針」および「血液製剤の使用指針」の一部改正について』（平成26年11月12日薬食発1112第12号）および『「血液製剤の使用指針」の改定について』（平成31年3月25日薬生発0325第1号）を順守するよう努める

【注射量の計算】

- ア 点滴回路から薬物を注入する「管注」を実施した場合、「管注」と補液に用いた薬剤の総量
- イ 同一患者に対して、点滴注射を1日2回以上実施した場合、それぞれの注射に用いた薬剤の総量

【算定注意】

- 点滴に係る管理に要する費用を含む
- 訪問診療と併せて行った点滴注射
- ▶ C101在宅自己注射指導管理料、C104在宅中心静脈栄養法指導管理料、C108在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、C108-2在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料の算定患者であって、C001在宅患者訪問診療料（Ⅰ）またはC001-2在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に、患家において訪問診療と併せて行った本注射に係る費用は算定しない
- 各種注射の併施
- ▶ G001静脈内注射、G004点滴注射、G005中心静脈注射、G006植込型カテーテルによる中心静脈注射のうち、2以上を同一日に併せて実施した場合、主たる診療行為のみを算定する
- 注射の回路
- ▶ G004点滴注射、G005中心静脈注射、G006植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路に係る費用、穿刺部位のガーゼ交換等処置および材料料は所定点数に含まれ、別に算定できない

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名		一般的名称
セーフウイングキャス	アンジオカットプラス	プラスチックカニューレ型滅菌済み穿刺針
ネオフロン プロ		



セーフウイングキャス®



アンジオカットプラス



ネオフロン プロ

G020 無菌製剤処理料（1日につき）

施設基準

届出要

- 1 無菌製剤処理料1
（悪性腫瘍に用いる薬剤が注射される一部の患者）
- イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 **180点**
- ロ イ以外の場合 **45点**
- 2 無菌製剤処理料2（1以外のも） **40点**

* 皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射、植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、厚生労働大臣が定める患者に使用する薬剤で、必要があって無菌製剤処理を行った場合算定

☑ 算定要件チェックポイント

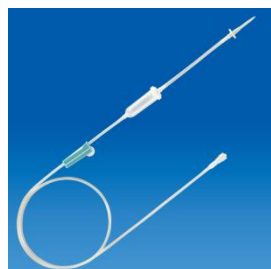
- [施設基準における「病院であること」とする要件が削除され、診療所においても算定可能となった](#)
【無菌製剤処理とは？】
- 無菌室、クリーンベンチ、安全キャビネット等の無菌環境において、無菌化した器具を用いて製剤処理を行うこと（無菌製剤処理は常勤薬剤師が行い、都度処理に関する記録整備と保管を行う）
【無菌製剤処理料1の「イ」】
- バイアル内外の差圧を調節する機構を有することで、薬剤の飛散等を防止する閉鎖式接続器具を用いて無菌製剤処理を行った場合に算定する
- ▶ [閉鎖式接続器具を使用した場合、器具の製品名および数量を記録する](#)
- 閉鎖式接続器具については、薬剤の漏出防止性能を有するものとして薬事承認された医療機器を用いることが望ましい
【無菌製剤処理料1の対象患者】
- 悪性腫瘍に対して用いる薬剤であり、細胞毒性を有するものに関し、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射が行われる患者
- ▶ 「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であり、細胞毒性を有するもの」とは、[医薬品等副作用被害救済制度の対象とならない医薬品等](#)（平成16年厚生労働省告示第185号）[に掲げる医薬品のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤](#)
- 【無菌製剤処理料2の対象患者】
- 以下のアまたはイに該当する患者である
- ア 動脈注射または点滴注射が行われる入院中の患者のうち、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者および後天性免疫不全症候群の病原体に感染し、抗体の陽性反応がある患者であり、無菌治療室管理加算もしくはHIV感染者療養環境特別加算を算定するもの、またはこれらの患者と同等の状態にあるもの
- イ 中心静脈注射または植込型カテーテルによる中心静脈注射が行われる患者

施設基準 P147参照



各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名		一般的名称
JMS 輸液セット	JMS輸液フィルター付輸液セット	自然落下式・ポンプ接続兼用輸液セット
JMS定量筒付輸液セット	ブラネクタ輸液セット 測注用	
ブラネクタ輸液セット	ブラネクタ輸液セット フィルタ付	
JMSニトログリセリン用輸液セット		輸血・カテーテル用延長チューブ
JMS延長チューブ	輸液フィルターセット	
JMSエクステンションチューブ		
JMS三方活栓		輸血・カテーテル用ストップコック
セーフミック TPNバッグ		単回使用輸液容器
JMSシリンジ	JMSシリンジ (マイクロ)	汎用注射筒
JMSシリンジG	JMSシリンジ (マイクロ) G	汎用針付注射筒
JMS注射針		単回使用注射用針
エア針		通気針
ブラネクタ		輸血・カテーテル用アクセサリセット
鈍針	プラスチックカニューラ	採液針
アクセスアダプタ		注射筒・針用アダプタ



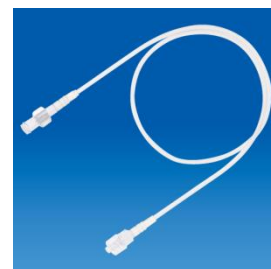
JMS 輸液セット



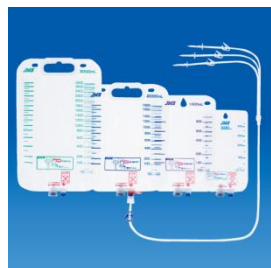
ブラネクタ®輸液セット
フィルター付



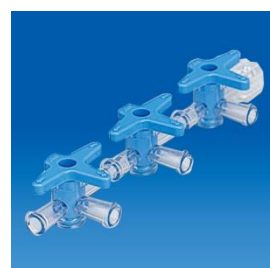
ブラネクタ®



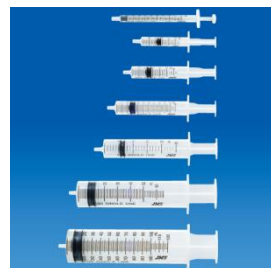
JMSエクステンション
チューブ



セーフミック®
TPNバッグ



JMS三方活栓



JMSシリンジ (マイクロ)
JMSシリンジ



JMSシリンジG
JMSシリンジ (マイクロ) G

第6部 注射 通則4 精密持続点滴注射加算 (1日につき)

80点

*精密持続点滴注射を行った場合、80点を加算

☑ 算定要件チェックポイント

[「通則4」の精密持続点滴注射とは?]

●自動輸液ポンプを用いて1時間に30mL以下の速度で体内(皮下を含む)または注射回路に薬剤を注入すること

[年齢別算定要件]

●1歳未満の乳児に対して: 注入する薬剤の種類にかかわらず算定できる

●それ以外の者に対して: 緩徐に注入する必要のあるカテコールアミン、βブロッカー等の薬剤を医学的必要性があつて注入した場合に限り算定できる

[算定注意]

●G003抗悪性腫瘍剤局所持続注入実施時の精密持続点滴は算定できる

●G005中心静脈注射またはG006植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路より精密持続点滴注射を行った場合算定できる

●特定入院料等注射の手技料を含む点数を算定した場合、算定できない

●薬価に収載されている臨床使用医薬品を使用した場合は、第2節薬剤料は算定せず、第1節注射料および第3節特定保険医療材料のみ算定する

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名	一般的名称
キュアセンス輸液ポンプ IP-100	汎用輸液ポンプ
JMS輸液ポンプ OT-808、OT-888、OT-818G	
JMSシリンジポンプ SP-520、SP-120、SP-300	注射筒輸液ポンプ
アイフューザー プラス	汎用輸液ポンプ(患者管理無痛法用輸液ポンプ)



キュアセンス®輸液ポンプ
IP-100



JMS輸液ポンプ
OT-808



JMS輸液ポンプ
OT-818G



JMSシリンジポンプ
SP-120



JMSシリンジポンプ
SP-300



アイフューザー プラス®

Oncology/Pain

がん・疼痛緩和領域

A310	緩和ケア病棟入院料 注4 緩和ケア疼痛評価加算
B001	特定疾患治療管理料
22	がん性疼痛緩和指導管理料
23	がん患者指導管理料
24	外来緩和ケア管理料
B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料
B005-6-3	がん治療連携管理料
B005-6-4	外来がん患者在宅連携指導料
第6部 注射 通則6	外来化学療法加算
G020	無菌製剤処理料
第6部 注射 通則5	麻薬注射加算
L003	硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続注入
L105	神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入
A242-2	術後疼痛管理チーム加算



A310 緩和ケア病棟入院料 注4 緩和ケア疼痛評価加算 **100点**

*緩和ケア病棟に入院している疼痛を有する患者に対して、疼痛の評価その他の療養上必要な指導を行った場合に算定（1日につき）

算定要件チェックポイント

- 本加算算定時には、以下緩和ケアに関するガイドライン等を参考に、疼痛の評価その他の療養上必要な指導等を実施する
 - ・がん疼痛薬物療法ガイドライン（日本緩和医療学会）
 - ・新版がん緩和ケア ガイドブック（日本医師会監修厚生労働科学特別研究事業「適切な緩和ケア提供のための緩和ケアガイドブックの改訂に関する研究班」）等
- [算定注意]
- 疼痛の評価その他の療養上必要な指導等を実施した日に限り算定する
- 疼痛評価を実施した結果について、患者またはその家族等に説明し、その内容を診療録等に記載する

	施設基準	届出要
B001 特定疾患治療管理料		
22 がん性疼痛緩和指導管理料		200点
小児加算（15歳未満）		50点
がん性疼痛緩和指導管理料（情報通信機器を用いた診療の場合）※		174点

*がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対してWHO方式のがん性疼痛の治療法に基づき、緩和ケアに係る研修を受けた保険医が計画的な治療管理および療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に算定（月1回）

*「※」の項目について、施設基準があり「情報通信機器を用いた診療」としての届出を行っていただくと、がん性疼痛緩和指導管理料（情報通信機器を用いた進路湯の場合）としての届出は不要

算定要件チェックポイント

- 麻薬の処方前の疼痛の程度（疼痛の強さ、部位、症状、頻度等）、麻薬の処方後の効果判定、副作用の有無、治療計画、指導内容の要点を診療録に記載する
- [算定注意]
- 同一月、同一日であっても、他の医学管理料や在宅療養指導管理料の併算定ができる

施設基準 P147参照

がん

B001	特定疾患治療管理料	施設基準	届出要
23	がん患者指導管理料		
イ	医師と看護師が共同で診療方針等について話し合い、文書等により提供 情報通信機器を用いた診療の場合※		500点 435点
ロ	医師、看護師または公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を実施 情報通信機器を用いた診療の場合※		200点 174点
ハ	医師または薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬または注射の必要性等について文書により説明 情報通信機器を用いた診療の場合※		200点 174点
ニ	医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明 情報通信機器を用いた診療の場合※		300点 261点

* イ、ロ、ハ、ニそれぞれにおいて施設基準あり

* 「※」の項目について、施設基準があり「情報通信機器を用いた診療」としての届出を行ってればよく、がん患者指導管理料（情報通信機器を用いた診療の場合）としての届出は不要

算定要件チェックポイント

[がん患者指導管理料イ]

● 悪性腫瘍と診断された患者に対し、心理状態に配慮した環境でがん診療の経験を有する医師と専任看護師が、診断結果・治療方法等について説明・相談を行った場合、または入院中以外の末期悪性腫瘍患者に対し、同意を得て患者の心理状態に配慮した環境で、がん診療の経験を有する医師と専任看護師が、診療方針等に関する患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等で提供した場合、患者1人につき1回算定

▶ 化学療法対象患者に対しては、外来化学療法の実施方法についても説明を行うこと

● B005-6がん治療連携計画策定料算定医療機関および、B005-6-2がん治療連携指導料算定保険医療機関がそれぞれ本指導管理を実施した場合は、それぞれの保険医療機関において患者1人につき1回算定できる

▶ 悪性腫瘍の診断確定後に新たに診断された悪性腫瘍（転移性腫瘍および再発性腫瘍除く）に対して行った場合は別に算定できる

● 指導内容等の要点を診療録または看護記録に記載する

● 患者の理解が得られない場合、意志が確認できない場合、患者を除く家族等のみに説明を行った場合は算定できない

[がん患者指導管理料ロ]

● 悪性腫瘍と診断された患者に対し、心理状態に配慮した環境でがん診療の経験を有する医師と専任看護師または専任公認心理師が、身体症状・精神症状の評価・対応、病状、診療方針・計画、外来での化学療法の実施方法、日常生活の注意点等、患者の必要とする情報の提供、意志決定支援など、患者の心理的不安軽減をするための面接を行った場合、患者1人につき6回まで算定できる

● 算定対象患者：がんと診断され継続治療を行う患者であり、STAS-Jで2以上の項目が2項目以上該当または、DCS40点以上のもの

● 看護師が実施した場合、当該患者の担当医に対して患者の状態、指導内容等について情報提供等を行う必要がある

● 併算定：本管理料算定時は、A226-2緩和ケア診療加算、B001の18小児悪性腫瘍患者指導管理料、B001の22がん性疼痛緩和指導管理料、B001の24外来緩和ケア管理料は算定できない

● 指導内容等の要点を診療録または看護記録に記載する

算定要件チェックポイント

● 患者の理解が得られない場合、意志が確認できない場合、患者を除く家族等のみに説明を行った場合は算定できない

[がん患者指導管理料ハ]

● 悪性腫瘍と診断され抗悪性腫瘍剤を投薬・注射されている患者（予定を含む）に対し、心理状態に配慮した環境で、がん診療の経験を有する医師と専任薬剤師が、抗悪性腫瘍剤の投薬もしくは注射開始前30日以内、または投薬もしくは注射をしている期間に限り、薬剤の効能・効果、服用方法、投与計画、副作用の種類・対策、日常生活の注意点、副作用に対応する薬剤・医療用麻薬等の使い方、薬物相互作用、外来での化学療法の実施方法等について文書により説明を行った場合、患者1人につき6回まで算定できる

● 薬剤師が実施した場合、指導薬剤師が副作用の評価を行い、当該患者の担当医に対して指導内容、過去の治療歴に関する患者情報、抗悪性腫瘍剤の副作用の有無、服薬状況、患者の不安の有無等について情報提供を行う必要がある

▶ 必要に応じて、副作用に対応する薬剤、医療用麻薬等または抗悪性腫瘍剤の処方提案等を行う必要がある

● 指導内容等の要点を診療録もしくは薬剤管理指導記録に記載、または説明に用いた文書写しを診療録等に添付する

● 患者の理解が得られない場合、意志が確認できない場合、患者を除く家族等のみに説明を行った場合は算定できない

● 併算定：B001の18小児悪性腫瘍患者指導管理料、B008薬剤管理指導料、F100処方料の注7とF400処方せん料の注6に規定する抗悪性腫瘍剤処方管理加算は別に算定できない

[がん患者指導管理料二]

● 乳癌、卵巣癌、卵管癌と診断され、遺伝性乳がん卵巣がん症候群が疑われる患者に対し、臨床遺伝専門医とがん診療の経験を有する医師が、診療方針・計画、遺伝子検査の必要性等について説明・相談を行った場合、患者1人につき1回算定できる

● 説明・相談内容等の要点を診療録に記載する

● 説明の結果、D006-18の2BRCA1/2遺伝子検査の血液を検体とするものを実施し、D026検体検査判断料の注6遺伝カウンセリング加算を算定する場合、本指導管理料は算定できない

● 遺伝カウンセリング加算の施設基準届出を行っている他医療機関の臨床遺伝専門医と連携して指導を行った場合、算定できる

▶ その場合診療報酬の分配は相互の合議によるが、D026検体検査判断料の注6遺伝カウンセリング加算を算定する場合は、本指導管理料は算定できない

施設基準 P147参照 ▶


B001	特定疾患治療管理料	施設基準	届出要	特定地域
24	外来緩和ケア管理料			290点
	小児加算（15歳未満）			150点
	外来緩和ケア管理料（特定地域）			150点
	外来緩和ケア管理料（情報通信機器を用いた診療の場合）※			252点
	外来緩和ケア管理料（特定地域・情報通信機器を用いた診療の場合）※			131点

* 緩和ケアを要する入院中以外の悪性腫瘍・後天性免疫不全症候群・末期心不全の患者※のうち、疼痛・倦怠感・呼吸困難等の身体的症状または不安・抑うつなどの精神状態を持つ者に対し、緩和ケア研修修了医師・看護師・薬剤師等が共同して必要な指導を行った場合に算定（月1回）
 * 後天性免疫不全症候群の患者を診療する場合、緩和ケア研修を修了していなくても本管理料算定可能
 * 「※」の項目について、施設基準があり「情報通信機器を用いた診療」としての届出を行ってればよく、外来緩和ケア（情報通信機器を用いた診療の場合）としての届出は不要

- ※以下ア～ウまでの基準およびエ～カまでのいずれかの基準に該当するもの
- ア 心不全に対して適切な治療が実施されている
 - イ 器質的な心機能障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回または持続的に点滴薬物療法を必要とする状態
 - ウ 過去1年以内に心不全による急変時の入院が2回以上ある
▶急変時入院とは：患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院は除く
 - エ 左室駆出率が20%以下である
 - オ 医学的に終末期であると判断される状態である
 - カ エまたはカに掲げる状態に準ずる場合

☑ 算定要件チェックポイント

- 患者の同意に基づき、緩和ケアチームによる診療が行われた場合に算定
 - 緩和ケアチームは身体症状および精神症状の緩和を提供する必要がある
 - 初回診療に当たっては、緩和ケア診療実施計画書を作成し、内容を患者に説明・交付を行い、その写しを診療録へ添付する
 - 1日あたり算定患者数は1チームあたり概ね30人以内とする（特定地域における外来緩和ケア管理料の点数を算定する場合、1日あたり算定患者数は1チームあたり概ね15人以内）
 - 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催され、緩和ケアチーム構成員と必要に応じて担当医、看護師等が参加する
 - 緩和ケアチームが保険医療機関において明確に位置づけられており、院内の見やすい場所にチームによる診療が受けられる旨を掲示するなど、必要な情報提供が行われている
 - 緩和ケア診療加算の緩和ケアチームと兼任が可能
 - 特定地域に関する点数は、別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院および一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く）において、算定可能
- [算定注意]
- B001の22がん性疼痛緩和指導管理料は別に算定できない

施設基準 P148参照 

B001-2-12	外来腫瘍化学療法診療料	施設基準	届出要
1	外来腫瘍化学療法診療料 1		
	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合		700点
	ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合		400点
2	外来腫瘍化学療法診療料 2		
	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合		570点
	ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合		270点
	小児加算		200点
	連携充実加算※		150点
	バイオ後続品導入初期加算		150点

* 悪性腫瘍が主病であり、入院中以外の患者に対して、化学療法の経験を有する医師、化学療法に従事した経験を有する専任看護師、化学療法に係る調剤経験を有する専任薬剤師が必要に応じてその他職種と共同して、注射による外来化学療法（別に厚生労働大臣が定めるもの）の実施やその他必要な治療管理を行った場合に算定

[以下項目（第2章第6部注射）で、入院中以外の患者に対して抗悪性腫瘍剤投与を行う化学療法]
 G001：静脈内注射 G002：動脈注射 G003：抗悪性腫瘍剤局所持続注入
 G003-3：肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入 G004：点滴注射 G005：中心静脈注射
 G006：植込型カテーテルによる中心静脈注射

* 「※」の項目について、施設基準があり届出の必要あり
 * 小児加算：患者が15歳未満の小児である場合に加算
 * 連携充実加算：1のイ算定患者に対して、医師または医師の指示に基づき薬剤師が副作用の発現状況・治療計画等を文書提供し、患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合に加算（月1回に限り）
 * バイオ後続品導入初期加算：患者に対しバイオ後続品に係る説明を行い、使用した場合に加算（初回使用日の属する月から起算して3月を限度）（月1回に限り）

☑ 算定要件チェックポイント

- 患者の心理状態に十分配慮された環境で、説明・指導を行う
 - ▶ 患者の十分な理解が得られない場合、患者を除く家族等へのみ説明を行った場合は算定できない
 - 抗悪性腫瘍剤の注射投与は、外来化学療法に係る専用室で行う
 - 本診療料算定患者からの電話等緊急相談等に対して24時間対応できる体制を確保し、連絡先電話番号、緊急時の注意事項等について文書提供する
- [外来腫瘍化学療法診療料 1]
- 当該保険医療機関で実施される化学療法レジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会（他医療機関と連携し、共同開催する場合を含む）において承認・登録されたレジメンを用いて治療を行った場合のみ算定可能
- [ロ 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合]
- 外来化学療法を実施している保険医療機関において、化学療法のレジメン期間内に外来化学療法または治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診・聴診・打診・触診等の身体診察含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価

算定要件チェックポイント

[算定注意]

- A000初診料（乳幼児加算・時間外加算等加算除く：注6～8）、A001再診料（乳幼児加算・時間外加算等加算除く：注4～6）、A002外来診療料（乳幼児加算・時間外加算等加算除く：注7～9）、B001の23がん患者指導管理料の「ハ」、C101在宅自己注射指導管理料は別に算定できない
- 診療料1・2の「イ」：月3回限度に算定可能、診療料1・2の「ロ」：週1回限度に算定可能
- ▶ 「イ」と「ロ」はそれぞれ算定可能だが、「イ」の算定日に「ロ」は算定不可

施設基準 P150参照

B005-6-3	がん治療連携管理料	施設基準	届出不要
1	がん診療連携拠点病院の場合		500点
2	地域がん診療病院の場合		300点
3	小児がん拠点病院の場合		750点

* 他の保険医療機関等から紹介され、がんと診断された入院中以外の患者に対し、外来化学療法または放射線治療を行った場合、患者1人につき1回に限り算定

算定要件チェックポイント

[対象患者]

- 他の保険医療機関または健康診断を実施した医療機関の医師より、悪性腫瘍と診断された患者または悪性腫瘍の疑いがあるとされた患者（最終的に悪性腫瘍と診断された患者に限る）
- ▶ 悪性腫瘍以外の疾患で他の保険医療機関から紹介を受け、当該保険医療機関において悪性腫瘍と診断された患者は含まれない

[算定注意]

- 本管理料算定時はA232がん拠点病院加算は算定できない

施設基準 P151参照

B005-6-4	外来がん患者在宅連携指導料	施設基準	届出不要
	外来がん患者在宅連携指導料		500点
	外来がん患者在宅連携指導料（情報通信機器を用いた診療の場合）※		435点

* 外来化学療法または緩和ケア実施の進行がん患者であって在宅緩和ケアへの移行が見込まれる患者に対し、診療方針等を十分に話し合い同意を得た上で、在宅緩和ケア実施保険医療機関へ文書紹介を行った場合に患者1人につき1回に限り算定

* 「※」の項目について、施設基準があり「情報通信機器を用いた診療」としての届出を行っていただくと、がん患者指導管理料（情報通信機器を用いた診療の場合）としての届出は不要

算定要件チェックポイント

- 本指導料算定保険医療機関では、在宅緩和ケア実施保険医療機関や訪問看護ステーションと連携関係を構築し、そのリストを整備し患者の特性や居住する地域に応じて患者に紹介できる体制を確保する

[算定注意]

- B009診療情報提供料（I）は本指導料に含まれ算定できない

施設基準 P151参照

第6部 注射 通則6 外来化学療法加算（1日につき）

施設基準 届出要

イ	外来化学療法加算1		670点
	(1) 15歳未満		450点
	(2) 15歳以上		
ロ	外来化学療法加算2		640点
	(1) 15歳未満		370点
	(2) 15歳以上		

* 以下について、入院中以外の関節リウマチ等の患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く）に対して、注射による化学療法の注射の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明を行い、同意を得た上で外来化学療法専用室で注射により薬剤等が投与された場合に加算

※G001静脈内注射、G002動脈注射、G004点滴注射、G005中心静脈注射、G006植込型カテーテルによる中心静脈注射について

算定要件チェックポイント

[外来化学療法加算1]

- 外来化学療法加算1届出施設において、実施される化学療法のレジメンの妥当性を評価し、承認する委員会（他の医療機関と連携し、共同で開催される場合を含む）にて承認・登録されたレジメンを用いて治療を行った場合のみ外来化学療法加算1および2を算定できる

[外来化学療法加算]

- 以下のいずれかの投与を行った場合に限り算定
- ▶ 引き続き以下に掲げる製剤を用いて、入院中以外の患者に指導管理を行っても、同一月にC101在宅自己注射指導管理料は算定できない
- ア 関節リウマチ・クローン病・ベーチェット病・強直性脊椎炎・潰瘍性大腸炎・尋常性乾癬・関節症性乾癬・膿疱性乾癬・乾癬性紅皮症の患者に対してインフリキシマブ製剤を投与した場合
- イ 関節リウマチ・多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎・全身型若年性特発性関節炎・キャスルマン病の患者に対してトシリズマブ製剤を投与した場合
- ウ 関節リウマチの患者に対してアバタセプト製剤を投与した場合
- エ 多発性硬化症の患者に対してナタリズマブ製剤を投与した場合
- オ 全身性エリテマトーデスの患者に対してベリムマブ製剤を投与した場合

施設基準 P151参照

B001 特定疾患治療管理料
 9 外来栄養食事指導料
 注2 (イ 外来栄養食事指導料1 (2) 2回目以降 ①対面で行った場合) ※ **200点**
 注3 (月1回に限り) ※ **260点**

* 外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立等によって月2回以上指導を行った場合、月の2回目の指導時に「イ (2) ①」を算定 (注2)

▶ **B001-2-12外来腫瘍化学療法診療料の算定日と同じであること**

* 外来化学療法を実施している悪性腫瘍の患者に対して、医師の指示に基づき専門的な知識を有する管理栄養士が具体的な献立等によって指導を行った場合、月1回に限り260点を算定 (注3)

* 「※」の項目について、それぞれ施設基準があり届出の必要あり

算定要件チェックポイント

- [注2]
- **B001-2-12外来腫瘍化学療法診療料の注6**連携充実加算の施設基準を満たす、外来化学療法室を担当する管理栄養士が指導した場合に限り算定
 - ▶ **本指導料の留意事項「(1) 初回」の要件を満たしている場合、外来栄養食事指導料「イ (1)」の所定点数を算定できる**
 - 指導した年月日を全て診療報酬明細書の摘要欄に記載する
 - **B001-2-12外来腫瘍化学療法診療料**算定患者への栄養食事指導について、化学療法を入院で開始し、その後外来へ変更した場合でも、本指導料の実施が初めてで30分以上療養のため必要な栄養指導を実施した場合「初回」の指導料が算定できる
- [注3]
- **専門的な知識を有した管理栄養士が医師の指示に基づき、外来化学療法を実施している悪性腫瘍患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、療養のため必要な指導を行った場合に算定**
 - ▶ **専門的な知識を有した管理栄養士：日本病態栄養学会および日本栄養士会が共同して認定している「がん病態栄養専門管理栄養士」に係る研修を修了し、認定証が発行されていること**
 - **指導時間・指導回数**の一律な基準はないが、専門的な知識を有する管理栄養士が患者状態にあわせ、必要な指導時間・指導回数を個別に設定する
 - **要件を満たせば情報通信機器を用いて実施しても差し支えない**

施設基準 P152参照

G020 無菌製剤処理料 (1日につき) 施設基準 届出要

1 無菌製剤処理料1 (悪性腫瘍に用いる薬剤が注射される一部の患者)	
イ 閉鎖式接続器具を使用した場合	180点
ロ イ以外の場合	45点
2 無菌製剤処理料2 (1以外のもの)	40点

* 皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射、中心静脈注射、植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に、厚生労働大臣が定める患者に使用する薬剤で、必要があつて無菌製剤処理を行った場合算定

算定要件チェックポイント

- **施設基準における「病院であること」とする要件が削除され、診療所においても算定可能となった**
 [無菌製剤処理とは?]
- 無菌室、クリーンベンチ、安全キャビネット等の無菌環境において、無菌化した器具を用いて製剤処理を行うこと (無菌製剤処理は常勤薬剤師が行い、都度処理に関する記録整備と保管を行う)
 [無菌製剤処理料1の「イ」]
- バイアル内外の差圧を調節する機構を有することで、薬剤の飛散等を防止する閉鎖式接続器具を用いて無菌製剤処理を行った場合に算定する
- ▶ **閉鎖式接続器具を使用した場合、器具の製品名および数量を記録する**
- 閉鎖式接続器具については、薬剤の漏出防止性能を有するものとして薬事承認された医療機器を用いることが望ましい
 [無菌製剤処理料1の対象患者]
- 悪性腫瘍に対して用いる薬剤であり、細胞毒性を有するものに関し、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、点滴注射が行われる患者
- ▶ **「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であり、細胞毒性を有するもの」とは、医薬品等副作用被害救済制度の対象とならない医薬品等 (平成16年厚生労働省告示第185号) に掲げる医薬品のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤**
- [無菌製剤処理料2の対象患者]
- 以下のアまたはイに該当する患者である
 - ア 動脈注射または点滴注射が行われる入院中の患者のうち、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者および後天性免疫不全症候群の病原体に感染し、抗体の陽性反応がある患者であり、無菌治療室管理加算もしくはHIV感染者療養環境特別加算を算定するもの、またはこれらの患者と同等の状態にあるもの
 - イ 中心静脈注射または植込型カテーテルによる中心静脈注射が行われる患者

施設基準 P147参照

第6部 注射 通則5 麻薬注射加算

5点

*注射にあたって、麻薬を使用した場合に算定

算定要件チェックポイント

[算定注意]

- 特定入院料等注射の手技料を含む点数を算定した場合、算定できない
- 薬価に収載されている臨床使用医薬品を使用した場合は、第2節薬剤料は算定せず、第1節注射料および第3節特定保険医療材料料のみ算定する

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名	一般的名称
ネオシールド	閉鎖式薬剤移注システム
ネオシールド輸液セット	自然落下式・ポンプ接続兼用輸液セット
ネオシールドシリンジコネクタ	注射筒・針用アダプタ
ネオシールドウロコネクタ	カテーテルコネクタ
ネオシールドプライミングキャップ	輸液用アクセサリセット



ネオシールド®
(トランスファー)



ネオシールド®
(バッグアダプタ)



ネオシールド®
(バイアルカバー)



ネオシールド®
(マルチスパイクPB)



ネオシールド®
(レバーロック)



ネオシールド®
(プラグ)



ネオシールド®
輸液セット



ネオシールド®
シリンジコネクタ



ネオシールド®
ウロコネクタ



ネオシールド®
プライミングキャップ

L003 硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入
(1日につき) (麻酔当日を除く)
精密持続注入加算

80点

80点

算定要件チェックポイント

[精密持続注入とは?]

- 自動注入ポンプを用いて1時間に10mL以下の速度で局所麻酔剤を注入すること

L105 神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入
(1日につき) (チューブ挿入当日を除く)
精密持続注入加算

80点

80点

算定要件チェックポイント

[精密持続注入とは?]

- 自動注入ポンプを用いて1時間に10mL以下の速度で局所麻酔剤を注入すること

施設基準 届出要

A242-2 術後疼痛管理チーム加算 (1日につき)

100点

* L008マスクまたは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った患者であり、継続して手術後の疼痛管理が必要なものに対し、当該保険医療機関の麻酔に従事する医師・看護師・薬剤師等が共同して疼痛管理を行った場合、手術日の翌日から起算して3日を限度として加算

算定要件チェックポイント

- 本加算は質の高い疼痛管理による、患者の疼痛スコアの減弱・生活の質の向上・合併症予防等を目的として、術後疼痛管理に係る専門的知識を有した多職種からなるチーム（以下、術後疼痛管理チーム）が必要な疼痛管理を実施することを評価
- 術後疼痛管理チームは、術後疼痛管理プロトコルを作成し、その内容に基づき術後疼痛管理が必要な患者の状態に応じた疼痛管理およびその評価を行い、その内容を診療録に記載する
- ▶ 必要に応じて当該患者の診療を行う医師および術後疼痛管理チーム以外の医師、看護師等と連携する
- [対象患者]
- 第1節入院基本料（特別入院基本料等除く）または第3節特定入院基本料のうち、本加算算定可能患者に限る
- L008マスクまたは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を受けた患者であり、手術後に継続して以下いずれかの手技が必要な患者
 - ① 硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入
 - ② 神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入
 - ③ 麻薬を静脈内注射により投与しているもの（覚醒下のものに限る）

施設基準 P153参照



各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名	一般的名称
キュアセンス輸液ポンプ IP-100	汎用輸液ポンプ
JMS輸液ポンプ OT-808、OT-888、OT-818G	
JMSシリンジポンプ SP-520、SP-120、SP-300	注射筒輸液ポンプ
アイフューザー プラス	汎用輸液ポンプ（患者管理無痛法用輸液ポンプ）



キュアセンス®輸液ポンプ
IP-100



JMS輸液ポンプ
OT-808



JMS輸液ポンプ
OT-818G



JMSシリンジポンプ
SP-120



JMSシリンジポンプ
SP-300



アイフューザー プラス®

Anesthesia

麻酔領域

L001-2	静脈麻酔
L003	硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入
L105	神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入



L001-2 静脈麻酔	
1 短時間のもの	120点
2 十分な体制で行われる長時間のもの（単純）	600点
3 十分な体制で行われる長時間のもの（複雑）	1,100点
麻酔管理時間加算（3のみ）	100点
幼児加算（3歳以上6歳未満）	10/100

* 麻酔管理時間加算は静脈麻酔の実施時間が2時間を超えた場合に加算

* 幼児加算は所定点数の100分の10相当の点数を加算

▶ 「麻酔管理時間加算」を算定時は、加算を合算した点数を所定点数とする

☑ 算定要件チェックポイント

[静脈麻酔とは?]

- 静脈注射用麻酔剤を用いた全身麻酔であり、意識消失を伴うもの
- 「1」は静脈麻酔実施の下、検査、画像診断、処置または手術が行われた場合であり、麻酔の実施時間が10分未満の場合に算定する
- 「2」「3」は、静脈注射用麻酔剤を用いた全身麻酔を10分以上行った場合であり、L008マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔以外の静脈麻酔が行われた場合に算定する
- ▶ ただし、安全性の観点より、呼吸抑制等が起きた場合等には速やかにマスクまたは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔に移行できる十分な準備を行った上で、医療機器等を用いて十分な監視下で行う

[「3」に規定する複雑な場合]

- 常勤の麻酔科医が専従で本麻酔を実施した場合

[静脈麻酔の実施時間]

- 開始時間：静脈注射用麻酔剤を最初に投与した時間
- 終了時間：検査、画像診断、処置、手術が終了した時間

医薬品

販売名	薬価
プロポフォール静注1%20mL「FK」	396円
プロポフォール静注1%50mL「FK」	677円
プロポフォール静注1%100mL「FK」	1,110円
ロクロニウム臭化物静注液25mg/2.5mL「FK」	205円
ロクロニウム臭化物静注液50mg/5.0mL「FK」	334円



プロポフォール静注1%20mL「FK」
プロポフォール静注1%50mL「FK」
プロポフォール静注1%100mL「FK」



ロクロニウム臭化物静注液25mg/2.5mL「FK」
ロクロニウム臭化物静注液50mg/5.0mL「FK」

L003 硬膜外麻酔後における局所麻酔剤の持続的注入 (1日につき) (麻酔当日を除く)	80点
精密持続注入加算	80点

算定要件チェックポイント

[精密持続注入とは?]

- 自動注入ポンプを用いて1時間に10mL以下の速度で局所麻酔剤を注入すること

L105 神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入 (1日につき) (チューブ挿入当日を除く)	80点
精密持続注入加算	80点

算定要件チェックポイント

[精密持続注入とは?]

- 自動注入ポンプを用いて1時間に10mL以下の速度で局所麻酔剤を注入すること

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名	一般的名称
キュアセンス輸液ポンプ IP-100	汎用輸液ポンプ
JMS輸液ポンプ OT-808、OT-888、OT-818G	
JMSシリンジポンプ SP-520、SP-120、SP-300	注射筒輸液ポンプ
アイフューザー プラス	汎用輸液ポンプ (患者管理無痛法用輸液ポンプ)



キュアセンス®輸液ポンプ
IP-100



JMS輸液ポンプ
OT-808



JMS輸液ポンプ
OT-818G



JMSシリンジポンプ
SP-120



JMSシリンジポンプ
SP-300



アイフューザー プラス®

Drainage 排液領域

A251	排尿自立支援加算
B005-9	外来排尿自立指導料
J002	ドレーン法（ドレナージ）
J020	胃持続ドレナージ
J060	膀胱洗浄
J063	留置カテーテル設置
J064	導尿（尿道拡張を要するもの）
J018	喀痰吸引



施設基準

届出要

A251 排尿自立支援加算

200点

*厚生労働大臣が定めるもの※に対して、包括的な排尿ケアを行った場合、患者1人につき、週1回に限り12週を限度として算定

- 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉塞等の下部尿路機能障害の症状を有する患者
- 尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの

☑ 算定要件チェックポイント

[排尿自立支援加算とは？]

- 当該保険医療機関において、排尿ケアチーム（排尿に関するケアに係る専門的知識を有した多職種からなるチーム）を設置し、患者の診療を担う医師・看護師等がチームと連携して、患者の排尿自立の可能性や下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法等を組み合わせるなど、下部尿路機能の回復のための包括的ケアの実施を評価したもの
 - 病棟看護師等は、以下取り組みを行った上で排尿ケアチームに相談すること
 - ア 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉塞等の下部尿路機能障害の症状を有する患者の抽出
 - イ アの患者について下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定等）を行う
 - ウ 尿道カテーテル挿入中の患者について、尿道カテーテル抜去後の排尿自立の可能性について評価し、抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるが、排尿自立の可能性のある患者の抽出
 - 排尿ケアチームは上記情報を基に、下部尿路機能障害を評価し、病棟看護師等と共同して排尿自立に向けた包括的排尿ケアの計画を策定する
 - ▶包括的排尿ケアの内容は、看護師等による排尿誘導や生活指導、必要に応じて理学療法士等による排尿に関連する動作訓練、医師による薬物療法等を組み合わせた計画とする
 - 排尿ケアチーム、病棟看護師等および関係する従事者は共同して本計画に基づく包括的排尿ケアを実施し、定期的な評価を行う
 - 情報の抽出・収集、ケアの計画、ケアの評価については、診療録等に記載する
- [算定注意]
- 排尿ケアチームによる関与と、病棟看護師等による患者への直接的指導・援助のうち、いずれか片方のみ実施した週については、本指導料を算定できない
 - 排尿が自立し指導を終了した場合、その後の算定はできない

施設基準 P153参照 ▶

排液

施設基準

届出要

B005-9 外来排尿自立指導料

200点

*厚生労働大臣が定めるもの※に対して、包括的な排尿ケアを行った場合、入院中以外の患者1人につき、週1回に限り、A251排尿自立支援加算を算定した期間と通算して計12週を限度として算定

当該保険医療機関に入院中でA251排尿自立支援加算を算定し、退院後に継続的な包括的排尿ケアの必要があると認め、以下いずれかに該当するもの

- 尿道カテーテル抜去後に、尿失禁、尿閉等の下部尿路機能障害の症状を有するもの
- 尿道カテーテル留置中の患者であって、尿道カテーテル抜去後に下部尿路機能障害を生ずると見込まれるもの

算定要件チェックポイント

【外来排尿自立指導料とは?】

- 当該保険医療機関において、排尿ケアチーム（排尿に関するケアに係る専門的知識を有した多職種からなるチーム）を設置し、入院中から患者の排尿自立の可能性や下部尿路機能を評価し、排尿誘導等の保存療法、リハビリテーション、薬物療法等を組み合わせるなど、下部尿路機能の回復のための包括的ケアを実施していた患者に対して、入院中に退院後の包括的排尿ケアの必要性を認めた場合、外来で引き続き実施することを評価したもの
- 退院後に継続的な包括的排尿ケアの必要があると認めた旨を診療録等に記載する
- 排尿ケアチーム、患者担当医、看護師等は共同して入院中に策定した包括的排尿ケア計画に基づいたケアを実施し、定期的に評価を行う
- ▶必要に応じて排尿ケアチームが計画の見直しを行う
- ▶上記について、診療録等へ記載する

【算定注意】

- 排尿ケアチームによる関与と、患者担当医または医師の指示を受けた看護師等が、患者への直接的指導または援助を行うこと
- C106在宅自己導尿指導管理料を算定する場合、算定できない

施設基準 P154参照



J002 ドレーン法（ドレナージ）（1日につき）

- 1 持続的吸引を行うもの
 - 2 その他のもの
- 乳幼児加算（3歳未満）

50点
25点
110点

算定要件チェックポイント

【算定注意】

- 部位数、交換の有無にかかわらず、1日につき所定点数のみを算定する
- ドレナージの部位の消毒等処置料は所定点数に含まれ、J000創傷処置は別に算定できない
- ▶ただし、ドレーン抜去後に抜去部位の処置が必要な場合、J000創傷処置「1」にて手術後の患者に対するものとして算定する
- 「1」と「2」は同一日に併算定できない
- PTCDチューブの単なる交換については、「2」にて算定する

J020 胃持続ドレナージ（開始日）

乳幼児加算（3歳未満）

50点
110点

算定要件チェックポイント

【算定注意】

- 2日目以降はJ002ドレーン法（ドレナージ）の所定点数より算定

J060 膀胱洗浄（1日につき）

60点

算定要件チェックポイント

【算定注意】

- 薬液注入、膀胱洗浄と同時に行うJ063留置カテーテル設置および設置中の膀胱洗浄は算定できない
- C106在宅自己導尿指導管理料、C109在宅寝たきり患者処置指導管理料算定患者に対して行った本処置の費用は算定できない
- ▶C106,C109に係る在宅療養指導管理材料加算または薬剤料、特定保険医療材料のみを算定している者を含む
- ▶入院中および医療型短期入所サービス費また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患者を除く
- カテーテル留置中に膀胱洗浄および薬液膀胱内注入を行った場合、1日につき本処置料を算定する
- 膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿（尿道拡張を要するもの）、後部尿道洗浄（ウルツマン）を同一日に行った場合、主たる処置の所定点数を算定する

特定保険医療材料

医科
028 胃管カテーテル

機能区分	販売名	償還価格
(1)シングルルーメン	JMS胃管カテーテル	88円

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名		一般的名称
JMS膀胱洗浄セット		一時的使用膀胱洗浄キット
JMSドレンチューブ	JMS小児用採尿袋	非医療機器
JMSドレンバッグ	排液袋 未滅菌	



JMSドレンバッグ



排液袋 未滅菌



JMSドレンチューブ



JMS膀胱洗浄セット

J063 留置カテーテル設置 40点

算定要件チェックポイント

- [算定注意]
- 膀胱洗浄と同時に行う本処置の費用は、膀胱洗浄の所定点数に含まれ算定できない
 - C106在宅自己導尿指導管理料、C109在宅寝たきり患者処置指導管理料算定患者に対して行った本処置の費用は算定できない
 - ▶C106,C109に係る在宅療養指導管理材料加算または薬剤料、特定保険医療材料のみを算定している者を含む
 - ▶入院中および医療型短期入所サービス費また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患者を除く
 - バルーンカテーテルを長期間留置するための挿入手技料は、本処置料を算定する
 - ▶必要があってカテーテルを交換したときの挿入手技料も、本処置料を算定する
 - 本処置時に使用する注射用蒸留水または生理食塩水等の費用は算定できない

J064 導尿（尿道拡張を要するもの） 40点

算定要件チェックポイント

- [算定注意]
- C106在宅自己導尿指導管理料、C109在宅寝たきり患者処置指導管理料算定患者に対して行った本処置の費用は算定できない
 - ▶C106,C109に係る在宅療養指導管理材料加算または薬剤料、特定保険医療材料のみを算定している者を含む
 - ▶入院中および医療型短期入所サービス費また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患者を除く

J018 喀痰吸引（1日につき） 48点 乳幼児加算（6歳未満） 83点

算定要件チェックポイント

- [算定注意]
- 喀痰の凝塊または肺切除後喀痰が気道に停滞し、喀出困難な患者に対して、ネラトンカテーテルや吸引器を使用して喀痰吸引を行った場合に算定する
 - 間歇的陽圧吸入法または人工呼吸と同時に行った本処置料は、それぞれ間歇的陽圧吸入法または人工呼吸の所定点数に含まれる
 - 喀痰吸引、内視鏡下気管支分泌物吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、ハイフローセラピー、高気圧酸素治療、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法、気管内洗浄（気管支ファイバースコープを使用した場合を含む）、ネブライザ、超音波ネブライザを同一日に行った場合、主たる処置の所定点数を算定する
 - 以下算定患者に対して行った本処置料は算定できない

併算定不可			
C103	在宅酸素療法指導管理料	C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料
C107	在宅人工呼吸指導管理料	C112	在宅気管切開患者指導管理料
C107-3	在宅ハイフローセラピー指導管理料	C112-2	在宅喉頭摘出患者指導管理料

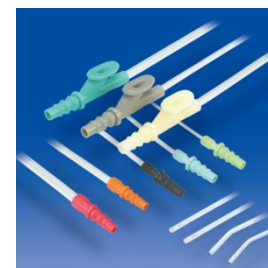
- ▶C103,C107,C107-3,C109,C112,C112-2に係る在宅療養指導管理材料加算または特定保険医療材料のみを算定している者を含む
- ▶入院中の患者を除く

特定保険医療材料

医科	膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル		
	機能区分	販売名	償還価格
O39	(2) 2管一般（Ⅱ）	シリコンフォーリーカテーテル	561円
	(5) 特定（Ⅱ）		2,090円

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名	一般的名称
JMS吸引カテーテル	気管支吸引用カテーテル
JMSネラトンカテーテル	間欠泌尿器用カテーテル



JMS吸引カテーテル



JMSネラトンカテーテル

Home care

在宅療養領域

[医学管理等]	B001	特定疾患治療管理料 13 在宅療養指導料
[在宅医療]		
在宅患者診療・指導料	C002	在宅時医学総合管理料
	C002-2	施設入居時等医学総合管理料
在宅療養指導管理料		
-自己注射-	C101	在宅自己注射指導管理料
	C151	注入器加算
-腹膜灌流-	C102	在宅自己腹膜灌流指導管理料
	C154	紫外線殺菌器加算
	C155	自動腹膜灌流装置加算
-血液透析-	C102-2	在宅血液透析指導管理料
	C156	透析液供給装置加算
-静脈栄養-	C104	在宅中心静脈栄養法指導管理料
	C160	在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算
	C161	注入ポンプ加算
-経腸栄養-	C105	在宅成分栄養経管栄養法指導管理料
	C105-2	在宅小児経管栄養法指導管理料
	C105-3	在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料
	C162	在宅経管栄養法用栄養管セット加算
	C161	注入ポンプ加算
-自己導尿-	C106	在宅自己導尿指導管理料
	C163	特殊カテーテル加算
-悪性腫瘍等-	C108	在宅悪性腫瘍等患者指導管理料
	C108-2	在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料
	C161	注入ポンプ加算
-寝たきり患者処置-	C109	在宅寝たきり患者処置指導管理料
-気管切開・喉頭摘出-	C112	在宅気管切開患者指導管理料
	C169	気管切開患者用人工鼻加算
	C112-2	在宅喉頭摘出患者指導管理料

在宅療養領域【医学管理等】

B001 特定疾患治療管理料
13 在宅療養指導料 **170点**

*第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各指導管理料を算定している患者、または器具（人工肛門・人工膀胱・気管カニューレ・留置カテーテル・ドレーン等）を装着し、その管理に配慮を要する患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師または看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合、患者1人につき月1回に限り算定（初回の指導実施月にあつては月2回）

☑ 算定要件チェックポイント

- 指導時間は30分超/回
 - 療養指導にあたる保健師、助産師または看護師は、訪問看護や外来診療の診療補助を兼ねることができる
 - 保健師、助産師または看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、指導の要点・実施時間を明記する
- [算定注意]
- 同時に複数の患者に行った場合や指導時間が30分未満の場合は算定できない
 - 指導は患者のプライバシーが配慮される専用の場所で行う必要があり、保険医療機関受診時に算定できる
- ▶患者にて行った場合は算定できない

在宅療養領域【在宅患者診療・指導料】

	施設基準	届出要
C002 在宅時医学総合管理料		
1 在支診または在支病で別に厚生労働大臣が定めるもの※1		
(1) 厚生労働大臣が定める状態の患者※2に月2回以上訪問診療		
① 単一建物診療患者が1人の場合	イ 病床有 5,400点	□ 病床無 5,000点
② 単一建物診療患者が2人以上～9人以下の場合	4,500点	4,140点
③ ①および②以外の場合	2,880点	2,640点
2 在支診または在支病（1を除く）		
イ 厚生労働大臣が定める状態の患者※2に月2回以上訪問診療		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合		4,600点
(2) 単一建物診療患者が2人以上～9人以下の場合		3,780点
(3) (1) および (2) 以外の場合		2,400点
3 1および2以外の場合		
イ 厚生労働大臣が定める状態の患者※2に月2回以上訪問診療		
(1) 単一建物診療患者が1人の場合		3,450点
(2) 単一建物診療患者が2人以上～9人以下の場合		2,835点
(3) (1) および (2) 以外の場合		1,800点

* 在宅療養患者であり、通院困難なもの（C002-2施設入居時等医学総合管理料対象患者を除く）に対し、個別患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、定期的訪問診療を行い、総合的な医学管理を行った場合の評価

▶ 継続的な診療の必要のないものや通院可能患者に対して、安易な算定不可
例：少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院できる患者

* 保険医が在宅療養計画に基づき診療を行った場合、月1回に限り算定

※1 別に厚生労働大臣が定めるもの（施設基準） P155参照 ▶

※2 別に厚生労働大臣が定める状態の患者

1 以下疾患に罹患している患者

末期の悪性腫瘍	スモン	後天性免疫不全症候群
---------	-----	------------

難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病

脊髄損傷	真皮を越える褥瘡
------	----------

2 以下状態の患者

在宅自己連続携行式腹膜灌流を実施	在宅血液透析を実施
在宅酸素療法を実施	在宅中心静脈栄養法を実施
在宅成分栄養経管栄養法を実施	在宅自己導尿を実施
在宅人工呼吸を実施	気管切開を実施
気管カニューレを使用	人工肛門または人工膀胱を設置
植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を実施	ドレーンチューブまたは留置カテーテルを使用

肺高血圧症であり、プロスタグランジンI₂製剤を投与されている

C002-2 施設入居時等医学総合管理料

1 在支診または在支病で別に厚生労働大臣が定めるもの※1

(1) 厚生労働大臣が定める状態の患者※2に月2回以上訪問診療

- ① 単一建物診療患者が1人の場合
- ② 単一建物診療患者が2人以上～9人以下の場合
- ③ ①および②以外の場合

2 在支診または在支病（1を除く）

イ 厚生労働大臣が定める状態の患者※2に月2回以上訪問診療

	施設基準	届出要
(1) 単一建物診療患者が1人の場合	イ 病床有 3,900点	□ 病床無 3,600点
(2) 単一建物診療患者が2人以上～9人以下の場合	3,240点	2,970点
(3) (1) および (2) 以外の場合	2,880点	2,640点

3 1および2以外の場合

イ 厚生労働大臣が定める状態の患者※2に月2回以上訪問診療

(1) 単一建物診療患者が1人の場合		2,450点
(2) 単一建物診療患者が2人以上～9人以下の場合		2,025点
(3) (1) および (2) 以外の場合		1,800点

* 施設療養を行っている以下患者であり、通院困難なもの（C002在宅時医学総合管理料）に対し、個別患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、定期的訪問診療を行い、総合的な医学管理を行った場合の評価

▶ 継続的な診療の必要のないものや通院可能患者に対して、安易な算定不可
例：少なくとも独歩で家族・介助者等の助けを借りずに通院できる患者

* 保険医が在宅療養計画に基づき診療を行った場合、月1回に限り算定

- ア 以下いずれかの施設にて療養を行っている患者
養護老人ホーム・軽費老人ホーム・特別養護老人ホーム・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅（高齢者の居住の安定確保に関する法律第5条第1項規定）・認知症対応型共同生活介護事業所
- イ 以下いずれかのサービスを受けている患者
短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護

※1 別に厚生労働大臣が定めるもの（施設基準） P155参照 ▶

☑ 共通算定要件チェックポイント

<C002/C002-2>

- 個別患者ごとに総合的な在宅療養計画を作成し、その内容を患者・家族・その看護にあたる者等に説明し、要点等を診療録へ記載する
- ほかの保健医療サービスまたは福祉サービスとの連携に努める
- 患者が診療科の異なる他の保険医療機関を受診する場合、診療の状況を示す文書を保険医療機関に交付する等十分な連携を図るよう努める
- 当該保険医療機関以外の保険医療機関が、患者に対して診療を行おうとする場合、当該患者等に対し照会等を行うことにより、他の保険医療機関におけるC002またはC002-2算定の有無を確認する
- C002またはC002-2は、当該患者に対して主として診療を行っている保険医が属する1つの保険医療機関において算定する

在宅療養領域【在宅患者診療・指導料】


☑ 共通算定要件チェックポイント

- 算定対象となる患者が入居または入所する施設と特別の関係にある保険医療機関においても算定可能
- 悪性腫瘍と診断された患者については、医学的に末期であると判断した段階で、患者のケアマネジメントを担当する居宅介護支援専門員に対し、予後および今後想定される病状の変化、病状の変化に合わせて必要となるサービス等について、適時情報提供する

[算定注意]

- 本管理料算定月において、算定保険医療機関の外来受診時、第5部投薬の費用は算定できない
- C003在宅がん医療総合診療料算定日の属する月は、C002またはC002-2は算定できない
- 本管理料算定月は、以下項目は所定点数に含まれ算定不可
- ▶在宅での総合的な医学管理に当たって必要な薬剤（投薬に係るものを除く）および特定保険医療材料については、第3節薬剤料・第4節特定保険医療材料において算定可能

B000 特定疾患療養管理料		
B001 特定疾患治療管理料	4	小児特定小児特定疾患カウンセリング料
5 小児科療養指導料	6	てんかん指導料
7 難病外来指導管理料	8	皮膚科特定疾患指導管理料
18 小児悪性腫瘍患者指導管理料	27	糖尿病透析予防指導管理料
B001-3 生活習慣病管理料	C007	注4 衛生材料等提供加算
C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料	I012-2	注4 衛生材料等提供加算
J000 創傷処置	J001-7	爪甲除去
J001-8 穿刺排膿後薬液注入	J018	喀痰吸引
J018-3 干渉低周波去痰器による喀痰排出	J043-3	ストーマ処置
J053 皮膚科軟膏処置	J060	膀胱洗浄
J060-2 後部尿道洗浄	J063	留置カテーテル設置
J064 導尿	J118	介達牽引
J118-2 矯正固定	J118-3	変形機械矯正術
J119 消炎鎮痛等処置	J119-2	腰部又は胸部固定帯固定
J119-3 低出力レーザー照射	J119-4	肛門処置
	J120	鼻腔栄養

施設基準 P160参照 

在宅療養領域【自己注射】

C101 在宅自己注射指導管理料	施設基準	届出不要	
1 複雑な場合			1,230点
2 1以外の場合			
イ 月27回以下の場合			650点
ロ 月28回以上の場合			750点
導入初期加算			580点
バイオ後続品導入初期加算			150点
[情報通信機器を用いた診療の場合※]			
在宅自己注射指導管理料 1 複雑な場合			1,070点
在宅自己注射指導管理料 2 1以外 イ 月27回以下			566点
在宅自己注射指導管理料 2 1以外 ロ 月28回以上			653点

- * 別に厚生労働大臣が定める注射薬（別表第9）の自己注射を行っている入院中以外の患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合に算定
- * 初回の指導を行った日の属する月から起算して3月以内の期間に本指導管理を行った場合は、導入初期加算として580点を加算（3月を限度）
- * 処方内容に変更があった場合、さらに1回に限り導入初期加算を算定（1月を限度）
 - ▶ 処方内容に変更があった場合とは、別表第9に掲げられる注射薬に変更があった場合をいう
 - ▶ 先行バイオ医薬品とバイオ後続品の変更を行った場合、およびバイオ後続品から先行バイオ医薬品が同一であるバイオ後続品に変更した場合は算定できない
 - ▶ 過去1年以内に処方されたことがある、別表第9に掲げられる注射薬に変更した場合は算定できない
- * 患者に対して、バイオ後続品の有効性や安全性等について説明した上で、バイオ後続品を処方した場合に、初回の処方日の属する月から起算して3月に限り、月1回に限り算定
 - ▶ バイオ後続品を処方した場合とは、バイオ後続品の一般的名称または販売名で処方した場合をいう
- * 導入初期加算・バイオ後続品導入初期加算は対面診療の場合に限り算定
- * 情報通信機器を用いた医学指導管理は、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定
 - ▶ 「※」の項目について、施設基準があり「情報通信機器を用いた診療」としての届出を行っていればよく、在宅自己注射指導管理料（情報通信機器を用いた診療の場合）としての届出は不要

算定要件チェックポイント

- [1 複雑な場合とは？]
- 間歇注入シリンジポンプを用いて在宅自己注射を行っている患者について、診察を行った上でポンプの状態、投与量等について確認・調整等を行った場合に算定
 - ▶ この場合、プログラムの変更に係る費用は所定点数に含まれる
- [2 について]
- 医師が当該月に在宅で実施するよう指示した注射の総回数に応じて所定点数を算定
 - ▶ 月の途中で予期せぬ入院等があり、やむを得ず指示した回数の注射が実施されなくても、当該指示回数で算定可能（予定入院等あらかじめ実施されないことが明らかな場合、指示回数から実施回数を除して算定）
 - ▶ B001の「7」難病外来指導管理料との併算定可能
- [算定注意]
- 在宅自己注射導入前に、入院または2回以上の外来、往診もしくは訪問診療により、医師による十分な教育期間をとり、十分な指導を行った場合に限り算定
 - ▶ アドレナリン製剤については、この限りではない
 - ▶ 指導内容を詳細に記載した文書を作成し、患者に交付する
 - ▶ 衛生材料等については必要かつ十分な量を支給する

算定要件チェックポイント

- 本管理料算定患者について、当該保険医療機関においてC001在宅患者訪問診療料(Ⅰ)またはC001-2在宅患者訪問診療料(Ⅱ)算定日に行ったG000皮内、皮下および筋肉内注射、G001静脈内注射およびG004点滴注射の費用（薬剤および特定保険医療材料に係る費用を含む）は算定できない
- 同一月内にB001-2-12外来腫瘍化学療法診療料または第6部（注射の部）通則6外来化学療法加算を算定している患者の外来受診時に、当該加算に係る注射薬を用いて本管理料に関する指導管理を行った場合、本管理料は算定できない
- 2以上の保険医療機関が同一患者について、異なる疾患に対する本指導管理を行った場合、いずれの保険医療機関においても当該在宅療養指導管理料を算定できる
 - ▶ この場合、相互の保険医療機関において処方されている注射薬等を把握すること

施設基準 P161参照

C151 注入器加算 300点

- * 厚生労働大臣が定める注射薬（別表第9※2を除く）の自己注射を行っている入院中以外の患者に対して、注入器を処方した場合に加算

※2【別表第9】に規定する注射薬のうち、pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤以外のもの

算定要件チェックポイント

- [注入器とは？]
- 自己注射適応患者（性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤の自己注射を除く）に対するディスポーザブル注射器（注射針一体型に限る）、自動注入ポンプ、携帯用注入器または針無圧力注射器のことをいう
- [算定注意]
- 本加算は注入器を処方した月に限って算定が可能であり、単に注入器の使用を行っているのみでは算定できない
 - 本加算は、針付一体型の製剤を処方した場合は算定できない
 - 入院中の患者に対し、退院時にC101在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合、退院の日に限り、C101在宅自己注射指導管理料および本加算の点数を算定できる
 - ▶ その場合、当該保険医療機関において当該退院月に外来・往診または訪問診療において在宅自己注射指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合でも、C101在宅自己注射指導管理料および本加算は算定できない

【別表第9】
● P41参照

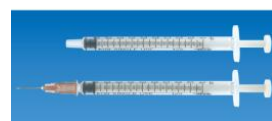
在宅療養領域【自己注射】

特定保険医療材料

調剤 001	インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器	
機能区分	販売名	償還価格
(1) 標準型	インシュレット	17円
調剤 003	ホルモン製剤等注射用ディスポーザブル注射器	
	販売名	償還価格
	JMSシリンジG JMSシリンジ（マイクロ）G	11円



インシュレット®
(針埋め込みタイプ)



インシュレット®
(シリンジタイプ)



JMSシリンジG
JMSシリンジ（マイクロ）G

【別表第9】

- インスリン製剤
- ヒト成長ホルモン剤
- 遺伝子組換え型血液凝固第Ⅷ因子製剤
- 乾燥濃縮人血液凝固第Ⅹ因子加活性化第Ⅶ因子製剤
- 乾燥人血液凝固第Ⅸ因子製剤
- 性腺刺激ホルモン放出ホルモン剤
- ゴナドトロピン放出ホルモン誘導體
- グルカゴン様ペプチド-1 受容体アゴニスト
- インターフェロンアルファ製剤
- エタネルセプト製剤
- スマトリプタン製剤
- グリチルリチン酸モノアンモニウム・グリシン・L-システイン塩酸塩配合剤
- テリパラチド製剤
- ヘパリンカルシウム製剤
- セルトリズマブペゴル製剤
- メトレレプチン製剤
- pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤
- グラチラマー酢酸塩製剤
- エボロクマブ製剤
- アリロクマブ製剤
- イキセキズマブ製剤
- エミシズマブ製剤
- ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤
- インスリン・グルカゴン様ペプチド1 受容体アゴニスト配合剤
- プロスマブ製剤
- メボリズマブ製剤
- テデュグルチド製剤
- ガルカネズマブ製剤
- 性腺刺激ホルモン製剤
- 遺伝子組換え活性型血液凝固第Ⅶ因子製剤
- 遺伝子組換え型血液凝固第Ⅸ因子製剤
- 乾燥人血液凝固第Ⅷ因子製剤
- 顆粒球コロニー形成刺激因子製剤
- ソマトスタチンアナログ
- グルカゴン製剤
- ヒトソマトメジンC製剤
- インターフェロンベータ製剤
- ペグビソマント製剤
- アダリムマブ製剤
- アドレナリン製剤
- アポモルヒネ塩酸塩製剤
- トシリズマブ製剤
- アバタセプト製剤
- アスホターゼアルファ製剤
- セクキヌマブ製剤
- プロダルマブ製剤
- ベリムマブ製剤
- ゴリムマブ製剤
- イカチバント製剤
- サリルマブ製剤
- デュピルマブ製剤
- 遺伝子組換えヒトvon Willebrand因子製剤
- オマリズマブ製剤
- サトラリズマブ製剤
- オフアツムマブ製剤

在宅療養領域【腹膜灌流】

C102 在宅自己腹膜灌流指導管理料	4,000点
頻回指導加算	2,000点
遠隔モニタリング加算	115点

- * 在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている入院中以外の患者に対して、在宅自己連続携帯式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合に算定
- * 頻回に指導管理を行う必要がある場合、同一月内の2回目以降1回につき2,000点を算定できる（月2回に限り）
- * 本指導管理を算定する同一月内にJ038人工腎臓またはJ042腹膜灌流の1を算定する場合は、頻回指導加算の2回目以降の費用は算定しない
- * 継続的に遠隔モニタリングを実施し、本指導管理を行った場合、遠隔モニタリング加算を月1回に限り算定する

✓ 算定要件チェックポイント

- 1ヶ月に2回以上、本指導管理料を算定した場合は診療報酬明細書の摘要欄に以下アからオまでの中から該当するものを明記する
[頻回指導加算]
- 頻回に指導管理を行う必要がある場合（以下のような患者）
 - ア 在宅自己連続携帯式腹膜灌流の導入期にあるもの
 - イ 糖尿病で血糖コントロールが困難であるもの
 - ウ 腹膜炎の疑い、トンネル感染および出口感染のあるもの
 - エ 腹膜の透析効率および除水効率が著しく低下しているもの
 - オ その他医師が特に必要と認めるもの
- [遠隔モニタリング加算]
- 以下のすべてを実施する場合に算定
 - ア 自動腹膜灌流装置に搭載された情報通信機能により、注液量・排液量・除水量・体重・血圧・体温等の状態について継続的なモニタリングを行う
 - イ モニタリングの状況に応じて、適宜患者に来院を促す等の対応を行う
 - ウ 本加算を算定する月は、モニタリングにより得られた所見等および行った指導管理の内容を診療録に記載する
 - エ モニタリングの実施に当たっては、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」等に対応する
- [算定注意（本管理料算定患者について）]
- J038人工腎臓またはJ042腹膜灌流1連続携帯式腹膜灌流のいずれか一つを、週1回限度として算定できる（入院中を除く）
 - ▶ 本管理料を算定している患者に対して、他医療機関でJ042を行っても算定はできない
 - ▶ 本管理料を算定している患者に対して、他医療機関でJ038を行った場合、診療報酬明細書摘要欄にJ038を算定している他保険医療機関名および実施の必要性を記載する

C154 紫外線殺菌器加算	360点
---------------	------

- * 在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている入院中以外の患者に対して、紫外線殺菌器を使用した場合に加算

C155 自動腹膜灌流装置加算	2,500点
-----------------	--------

- * 在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている入院中以外の患者に対して、自動腹膜灌流装置を使用した場合に加算

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名	一般的名称
APD装置 PD-MINISOLA	自動腹膜灌流用装置



APD装置 PD-MINISOLA®

特定保険医療材料

在宅 001	調剤 004	腹膜透析液交換セット	機能区分	販売名	償還価格
			(1)交換キット	APD回路 PD-Mini JMS PDキャップキットS	554円
			(2)回路	① Yセット CAPDバッグフリー交換セット JMS CAPDコネクティングシステム	884円
				② APDセット APD回路 PD-Mini	5,470円
				③ IPDセット JMS腹膜灌流セット	1,040円



APD回路 PD-Mini



CAPDバッグフリー交換セット



JMS PDキャップキットS

在宅療養領域【腹膜灌流】

医薬品			
販売名/規格	薬価	販売名/規格	薬価
ペリセート360N腹膜透析液/1L1袋	575円	ペリセート400N腹膜透析液/1L1袋	408円
ペリセート360N腹膜透析液/1L1袋(排液用バッグ付)	1,311円	ペリセート400N腹膜透析液/1L1袋(排液用バッグ付)	1,363円
ペリセート360N腹膜透析液/1.5L1袋	832円	ペリセート400N腹膜透析液/1.5L1袋	593円
ペリセート360N腹膜透析液/1.5L1袋(排液用バッグ付)	1,638円	ペリセート400N腹膜透析液/1.5L1袋(排液用バッグ付)	1,494円
ペリセート360N腹膜透析液/2L1袋	918円	ペリセート400N腹膜透析液/2L1袋	946円
ペリセート360N腹膜透析液/2L1袋(排液用バッグ付)	1,815円	ペリセート400N腹膜透析液/2L1袋(排液用バッグ付)	1,597円
ペリセート360N腹膜透析液/2.5L1袋(排液用バッグ付)	1,833円	ペリセート400N腹膜透析液/2.5L1袋(排液用バッグ付)	1,567円
ペリセート360N腹膜透析液/3L1袋	1,333円	ペリセート400N腹膜透析液/3L1袋	1,359円



ペリセート®360N
腹膜透析液1.5L1袋



ペリセート®360N
腹膜透析液1.5L1袋
(排液用バッグ付)

医薬品			
販売名/規格	薬価	販売名/規格	薬価
ペリセート360NL腹膜透析液/1L1袋	585円	ペリセート400NL腹膜透析液/1L1袋	484円
ペリセート360NL腹膜透析液/1L1袋(排液用バッグ付)	1,449円	ペリセート400NL腹膜透析液/1L1袋(排液用バッグ付)	1,152円
ペリセート360NL腹膜透析液/1.5L1袋	902円	ペリセート400NL腹膜透析液/1.5L1袋	888円
ペリセート360NL腹膜透析液/1.5L1袋(排液用バッグ付)	1,597円	ペリセート400NL腹膜透析液/1.5L1袋(排液用バッグ付)	1,628円
ペリセート360NL腹膜透析液/2L1袋	898円	ペリセート400NL腹膜透析液/2L1袋	890円
ペリセート360NL腹膜透析液/2L1袋(排液用バッグ付)	1,612円	ペリセート400NL腹膜透析液/2L1袋(排液用バッグ付)	1,783円
ペリセート360NL腹膜透析液/2.5L1袋(排液用バッグ付)	1,853円	ペリセート400NL腹膜透析液/2.5L1袋(排液用バッグ付)	1,783円
ペリセート360NL腹膜透析液/3L1袋	1,474円	ペリセート400NL腹膜透析液/3L1袋	1,501円



ペリセート®360NL
腹膜透析液1.5L1袋



ペリセート®360NL
腹膜透析液1.5L1袋
(排液用バッグ付)

在宅療養領域【血液透析】

	施設基準	届出要
C102-2 在宅血液透析指導管理料 頻回指導加算		10,000点 2,000点
<p>* 在宅血液透析を行っている入院中以外の患者に対して、在宅血液透析に関する指導管理を行った場合に算定</p> <p>* 頻回に指導管理を行う必要がある場合、本指導管理料を最初に算定した日から起算して2月までの間は、同一月内の2回目以降1回につき2,000点を算定できる（月2回に限り）</p> <p>* 本指導管理を算定する同一月内にJ038人工腎臓を算定する場合は、頻回指導加算の2回目以降の費用は算定しない</p>		

☑ 算定要件チェックポイント

- [日本透析医会が作成した「在宅血液透析管理マニュアル」](#)に基づき、患者および介助者が医療機関において十分な教育を受け、文書において在宅血液透析に係る説明および同意を受けた上で実施されていること
また、[当該マニュアルに基づいて](#)在宅血液透析に関する指導管理を行う
[頻回指導加算]
 - 患者が初めて在宅血液透析を行う場合であり、保険医療機関の変更によるものは含まれない
 - 頻回に指導管理を行う必要がある場合とは（以下のような患者）
 - ア 在宅血液透析の導入期にあるもの
 - イ 合併症の管理が必要なもの
 - ウ その他医師が特に必要と認めるもの
- [算定注意（本管理料算定患者について）]
- 週1回を限度としてJ038人工腎を算定できる

施設基準 P161参照 

C156 透析液供給装置加算	10,000点
----------------	----------------

* 在宅血液透析を行っている入院中以外の患者に対して、透析液供給装置を使用した場合に加算

☑ 算定要件チェックポイント

- 透析液供給装置は患者1人に対して1台を貸与する
- 逆浸透を用いた水処理装置・前処理のためのフィルター費用は本加算に含まれる

医薬品

販売名	薬価
ヘパフィールド透析用150単位/mLシリンジ20mL	155円
ヘパフィールド透析用200単位/mLシリンジ20mL	170円
ヘパフィールド透析用250単位/mLシリンジ20mL	170円



ヘパフィールド透析用150単位/mLシリンジ20mL
 ヘパフィールド透析用200単位/mLシリンジ20mL
 ヘパフィールド透析用250単位/mLシリンジ20mL

在宅療養領域【静脈栄養】

C104 在宅中心静脈栄養法指導管理料 **3,000点**

*在宅中心静脈栄養法を行っている入院中以外の患者に対して、在宅中心静脈栄養法に関する指導管理を行った場合に算定

✓ 算定要件チェックポイント

[在宅中心静脈栄養法とは?]

●諸種の原因による腸管大量切除例または腸管機能不全例等のうち、安定した病態にある患者について、在宅療養を行っている患者自らが実施する栄養法

[対象患者]

●原因疾患の如何にかかわらず、中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な者で、本療法が必要と医師が認めた者

[算定注意（入院中を除く、本管理料算定患者について）]

●G005中心静脈注射とG006植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定できない

●保険医療機関においてC001在宅患者訪問診療料(Ⅰ)またはC001-2在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に行ったG001静脈内注射、G004点滴注射、G006植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用（薬剤・特定保険医療材料に係る費用を含む）は算定できない

▶本指導管理にかかわらない薬剤については算定できる

C160 在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算 **2,000点**

*在宅中心静脈栄養法を行っている入院中以外の患者に対して、輸液セットを使用した場合に加算

✓ 算定要件チェックポイント

[輸液セットとは?]

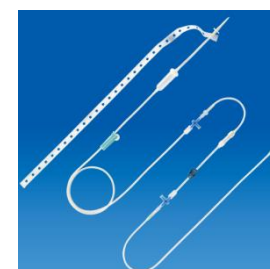
●在宅で中心静脈栄養法を行うに当たって用いる輸液用器具（輸液バッグ）、注射器、採血用輸血用器具（輸液ライン）

特定保険医療材料 -7組目以降の輸液セットについて-

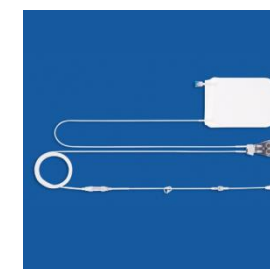
在宅 002	調剤 005	在宅中心静脈栄養用輸液セット	償還価格
(1)本体	機能区分	販売名 JMS 輸液セット JMSニトログリセリン用輸液セット JMS輸液フィルター付輸液セット 輸液フィルターセット アイフューザー輸液セット ブラネクタ輸液セット ブラネクタ輸液セット フィルタ付 ブラネクタ輸液セット 側注用 BJ輸液セット JMSエクステンションチューブ JMS延長チューブ ※規格によっては特定保険医療材料として登録していませんので、ご注意ください。	1,520円
(2)付属品	②輸液バッグ	セーフミック TPNバッグ	414円

▶6組目以内の在宅中心静脈栄養用輸液セットについては、C160の加算に包括

▶夜間の中心静脈栄養等で、在宅中心静脈栄養用輸液セットを1月に7組以上用いる場合は、7組目以降の輸液セットについては、特定保険医療材料として算定できる



JMS輸液フィルター付輸液セット



アイフューザー®輸液セット



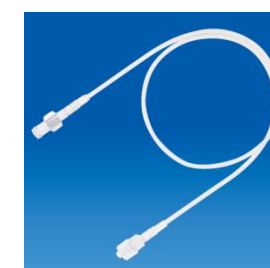
JMS 輸液セット



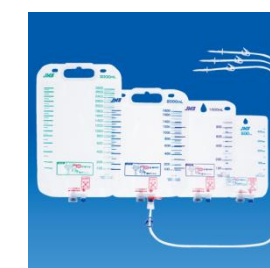
ブラネクタ®輸液セットフィルタ付



BJ輸液セット



JMSエクステンションチューブ



セーフミック® TPNバッグ

在宅療養領域【静脈栄養】

C161 注入ポンプ加算 1,250点

*在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法を行っている入院中以外の患者、在宅における鎮痛療法もしくは悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中以外の末期の患者、または別に厚生労働大臣が定める注射薬※の自己注射を行っている入院中以外の患者に対して注入ポンプを使用した場合、2月に2回に限り加算

※pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤

☑ 算定要件チェックポイント

- [注入ポンプとは?]
- 在宅で中心静脈栄養法、成分栄養経管栄養法、小児経管栄養法、鎮痛療法もしくは悪性腫瘍の化学療法、または注射薬の精密自己注射を行うにあたって用いる注入ポンプ
- [在宅における鎮痛療法もしくは悪性腫瘍の化学療法とは?]
- 末期の悪性腫瘍または筋萎縮性側索硬化症もしくは筋ジストロフィーの患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの
 - 注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法または化学療法

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名	一般的名称
キュアセンス輸液ポンプ IP-100	汎用輸液ポンプ
JMS輸液ポンプ OT-808、OT-888、OT-818G	
JMSシリンジポンプ SP-520、SP-120、SP-300	
アイフューザー プラス	汎用輸液ポンプ（患者管理無痛法用輸液ポンプ）



キュアセンス®輸液ポンプ IP-100



JMS輸液ポンプ OT-808



JMS輸液ポンプ OT-818G



JMSシリンジポンプ SP-120



JMSシリンジポンプ SP-300



アイフューザー プラス®

在宅療養領域【経腸栄養】

C105 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 **2,500点**

*在宅成分栄養経管栄養法を行っている入院中以外の患者に対して、在宅成分栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定

☑ 算定要件チェックポイント

[在宅成分栄養経管栄養法とは?]

- 諸種の原因によって経口摂取できない患者、または経口摂取が著しく困難な患者について、在宅療養を行っている患者自らが実施する栄養法

[算定の対象]

- 栄養維持のために主として栄養素成分の明らかなもの（アミノ酸、ジペプチド、トリペプチドを主なタンパク源とし、未消化態タンパクを含まないもの）を用いた場合

▶ 栄養維持のために主として単なる流動食（栄養素成分の明らかなもの以外）を用いており、栄養素成分の明らかなものを一部用いている場合は該当しない

▶ 単なる流動食を鼻腔栄養にて行った場合は該当しない

[対象患者]

- 原因疾患の如何にかかわらず、在宅成分栄養経管栄養法以外に栄養維持が困難な者で、本療法が必要と医師が認めた者

[算定注意（本管理料算定患者について）]

- J120鼻腔栄養の費用は算定できない（入院中を除く）

C105-2 在宅小児経管栄養法指導管理料 **1,050点**

*在宅小児経管栄養法を行っている入院中以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者※に限る）に対して、在宅小児経管栄養法に関する指導管理を行った場合に算定

- ※ (1) 経口摂取が著しく困難な15歳未満の者
(2) 15歳以上の者であって経口摂取が著しく困難である状態が15歳未満から継続しているもの（体重が20kg未満である場合に限る）

☑ 算定要件チェックポイント

[在宅小児経管栄養法とは?]

- 対象となる者が在宅療養を行っている患者自らが実施する栄養法

[対象患者]

- 原因疾患の如何にかかわらず、在宅小児経管栄養法以外に栄養維持が困難な者で、本療法が必要と医師が認めた者

[算定注意（本管理料算定患者について）]

- J120鼻腔栄養の費用は算定できない（入院中を除く）

C105-3 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料 **2,500点**

*在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院中以外の患者（別に厚生労働大臣が定める者※に限る）に対して、在宅半固形栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合に、最初に算定した日から起算して1年を限度として算定

※経口摂取が著しく困難なため胃瘻を造設している者であって、医師が、経口摂取の回復に向けて本療法を行う必要を認め、胃瘻造設術後1年以内に本療法を開始するもの

☑ 算定要件チェックポイント

[在宅半固形栄養経管栄養法とは?]

- 諸種の原因によって経口摂取が著しく困難な患者であって栄養管理を目的として胃瘻を造設しているものについて、在宅療養を行っている患者自らが実施する栄養法

[算定の対象]

- 栄養維持のために主として、[使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号：以下、「薬価基準」）](#)に収載されている高カロリー薬または薬価基準に収載されていない流動食

（市販されているものに限る、以下この区分において同じ）であって、投与時間の短縮が可能な形状にあらかじめ調整された半固形状のもの（以下「半固形栄養剤等」）を用いた場合のみ

▶ 半固形栄養剤等のうち、薬価基準に収載されていない流動食を使用する場合、入院中の患者に対して退院時に本指導管理を行っている必要がある

▶ 主として、単なる液体状の栄養剤等、半固形栄養剤等以外のものを用いた場合は該当しない

[対象患者]

- 原因疾患の如何にかかわらず、在宅半固形栄養経管栄養法により、単なる液体状の栄養剤等を用いた場合に比べて投与時間の短縮が可能な者で、経口摂取の回復に向けて本療法を行うことが必要であると医師が認めた者

[算定注意（本管理料算定患者について）]

- 経口摂取の回復に向けた指導管理（口腔衛生管理に係るものを含む）を併せて行う

▶ 経口摂取の回復に向けた指導管理は、胃瘻造設術を実施した保険医療機関から提供された情報（嚥下機能評価の結果、嚥下機能訓練等の必要性や実施すべき内容、嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態や量の情報等を含む嚥下調整食の内容等）も利用して行う

- J120鼻腔栄養の費用は算定できない（入院中を除く）

C162 在宅経管栄養法用栄養管セット加算 **2,000点**

*在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法または在宅半固形栄養経管栄養法を行っている入院中以外の患者に対して、栄養管セットを使用した場合に加算

▶在宅半固形栄養経管栄養法を行っている患者については、C105-3在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定しているものに限る

☑ 算定要件チェックポイント

[算定注意]

- C161注入ポンプ加算との併算定ができる（それぞれ月1回に限り）

在宅療養領域【経腸栄養】

C161 注入ポンプ加算 1,250点

*在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法を行っている入院中以外の患者、在宅における鎮痛療法もしくは悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中以外の末期の患者、または別に厚生労働大臣が定める注射薬※の自己注射を行っている入院中以外の患者に対して注入ポンプを使用した場合、2月に2回に限り加算

※pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤

算定要件チェックポイント

[注入ポンプとは?]

●在宅で中心静脈栄養法、成分栄養経管栄養法、小児経管栄養法、鎮痛療法もしくは悪性腫瘍の化学療法、または注射薬の精密自己注射を行うにあたって用いる注入ポンプ

[在宅における鎮痛療法もしくは悪性腫瘍の化学療法とは?]

- 末期の悪性腫瘍または筋萎縮性側索硬化症もしくは筋ジストロフィーの患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの
- 注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法または化学療法

特定保険医療材料

在宅 O12 交換用胃瘻カテーテル

機能区分		販売名	償還価格
(1) 胃留置型	②バルーン型	ジェイフィールド ペグロック	7,480円



ジェイフィールド® ペグロック®

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名	一般的名称
経腸栄養ポンプ Amika	経腸栄養用輸液ポンプ
JMS経腸栄養ポンプ EN-SP50	
キュアセンス輸液ポンプ IP-100	汎用輸液ポンプ
JMS輸液ポンプ OT-808、OT-888、OT-818G	
JMSシリンジポンプ SP-520、SP-120、SP-300	注射筒輸液ポンプ
アイフューザー プラス	汎用輸液ポンプ（患者管理無痛法用輸液ポンプ）



経腸栄養ポンプ Amika



キュアセンス®輸液ポンプ IP-100



JMS輸液ポンプ OT-808



JMS輸液ポンプ OT-818G



JMS経腸栄養ポンプ EN-SP50



JMSシリンジポンプ SP-120



JMSシリンジポンプ SP-300



アイフューザー プラス®

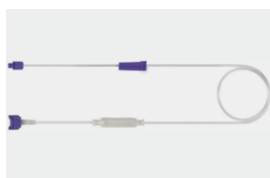
在宅療養領域【経腸栄養】

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名		一般的名称
ジェイフィード栄養剤用バッグ	ジェイフィード EN Yジョイント	経腸栄養注入セット
ジェイフィード栄養セット	ジェイフィードENシリンジ	
ジェイフィード栄養ボトル	EN変換コネクタ	
ジェイフィード フィーディングバッグ		ポンプ用経腸栄養注入セット
フレゼニウス Amikaポンプ用経腸栄養セット		
フレゼニウス ポンプ用経腸栄養セット		
ジェイフィードEN延長チューブ		ポンプ用経腸栄養延長チューブ



ジェイフィード®
栄養剤用バッグ



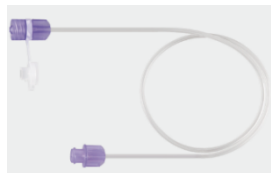
ジェイフィード®
栄養セット



ジェイフィード®
栄養ボトル



ジェイフィード®
フィーディングバッグ



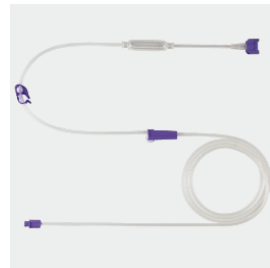
ジェイフィード®
EN延長チューブ



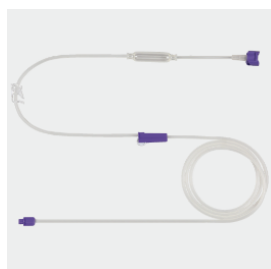
ジェイフィード®
EN Yジョイント



EN変換コネクタ



フレゼニウス Amika
ポンプ用経腸栄養セット



フレゼニウス ポンプ用
経腸栄養セット

在宅療養領域【自己導尿】

C106 在宅自己導尿指導管理料 **1,400点**

*在宅自己導尿を行っている入院中以外の患者に対して、在宅自己導尿に関する指導管理を行った場合に算定

算定要件チェックポイント

[在宅自己導尿とは?]

- 諸種の原因により自然排尿が困難な患者について、在宅療養を行っている患者自らが実施する排尿法
[対象患者]
- 以下の患者のうち、残尿を伴う排尿困難を有する者であって、在宅自己導尿が必要と医師が認めた者
 - ア 諸種の原因による神経因性膀胱
 - イ 下部尿路通過障害（前立腺肥大症、前立腺癌、膀胱頸部硬化症、尿道狭窄症）
 - ウ 腸管を利用した尿リザーバー造設術の術後
- [算定注意（本管理料算定患者について）]
- カテーテルの費用は、在宅療養指導管理材料加算に定める所定点数により算定する
- J064導尿（尿道拡張を要するもの）、J060膀胱洗浄、J060-2後部尿道洗浄（ウルツマン）、J063留置カテーテル設置の費用（薬剤・特定保険医療材料に係る費用を含む）は算定できない（入院中を除く）

C163 特殊カテーテル加算

- | | |
|----------------------|---------------|
| 1 再利用型カテーテル | 400点 |
| 2 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル | |
| イ 親水性コーティングを有するもの | |
| (1) 60本以上90本未満 | 1,700点 |
| (2) 90本以上120本未満 | 1,900点 |
| (3) 120本以上 | 2,100点 |
| ロ イ以外のもの | 1,000点 |
| 3 間歇バルーンカテーテル | 1,000点 |

*在宅自己導尿を行っている入院中以外の患者に対して、再利用型カテーテル、間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルまたは間歇バルーンカテーテルを使用した場合に、3月に3回に限り加算

算定要件チェックポイント

- 在宅療養において在宅自己導尿が必要な患者に対し、療養上必要なカテーテルについて判断の上、必要かつ十分な量のカテーテルを支給した場合に算定する
[「2」の「イ」親水性コーティングを有するもの]
- 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテルとして、親水性コーティングが施されたカテーテルであり、包装内に潤滑剤が封入されていて、開封後すぐに挿入可能なもののみを使用した場合に算定する
- 排尿障害が長期間かつ不可逆的に持続し、代替となる排尿方法が存在せず、適切な消毒操作が困難な場所において導尿が必要となる場合等、本カテーテルを使用する医学的妥当性が認められる場合のみ使用する

算定要件チェックポイント

- 原則として以下いずれかに該当する患者に使用した場合、算定する
 - ア 脊髄障害
 - イ 二分脊椎
 - ウ 他の中枢神経を原因とする神経因性膀胱
 - エ その他

▶診療報酬明細書の摘要欄にアからエまでのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載する

- 1月あたり60本以上使用した場合（他のカテーテルを合わせて用いた場合を含む）に算定し、これに満たない場合は「2」の「イ」以外の主たるものの所定点数を算定する
[「3」間歇的バルーンカテーテル]
- 患者自身が間歇導尿を行うことが可能なカテーテルであり、カテーテルに接続してバルーンを膨らませるためのリザーバーを有し、患者自身が消毒下で携帯可能なもの
[算定注意]
- 間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル、間歇バルーンカテーテル、再利用型カテーテルのいずれかを併せて使用した場合は、主たるもののみを算定する

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名	一般的名称
JMSネラトンカテーテル	間欠泌尿器用カテーテル



JMSネラトンカテーテル

在宅療養領域【悪性腫瘍等】

C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 **1,500点**

*在宅において鎮痛療法または悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中以外の末期の患者に対して、本療法に関する指導管理を行った場合に算定

☑ 算定要件チェックポイント

[在宅における鎮痛療法または悪性腫瘍の化学療法とは？]

- 末期の悪性腫瘍または筋萎縮性側索硬化症もしくは筋ジストロフィーの患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの、または注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法または化学療法

[算定注意（以下表参照）]

	算定不可	算定可能
C108算定月	G003抗悪性腫瘍剤局所注入※1 B001-2-12外来腫瘍化学療法診療料等・第6部「通則6」外来化学療法加算	G003に用いる薬剤費用
C108算定患者の外来受診時	C108に係る以下診療行為※2の手技料・注射薬・特定保険医療材料	C108に係らない以下診療行為※2の手技料・注射薬・特定保険医療材料
C108算定患者 ▶C001またはC001-2算定日	C001在宅患者訪問診療料(Ⅰ)またはC001-2在宅患者訪問診療料(Ⅱ)算定日に行った以下診療行為※2の手技料・注射薬・特定保険医療材料	

※1 C108算定月でも入院中に行ったG003抗悪性腫瘍剤局所持続注入は算定できる（外来での実施は算定できない）

※2 G000皮内、皮下および筋肉内注射・G001静脈内注射・G004点滴注射・G005中心静脈注射・G006植込型カテーテルによる中心静脈注射

[対象治療法（外来と在宅にて化学療法を行う場合）]

- 主に在宅にて化学療法を実施⇒C108を算定
- 主に外来にて化学療法を実施⇒[B001-2-12外来腫瘍化学療法診療料等を算定](#)
- ▶外来で抗悪性腫瘍剤の注射を行い、注入ポンプ等を用いてその後も自宅で連続注入を行う等の治療法のみを行う場合は本管理料対象外
- ▶例：FOLFOX療法、FOLFIRI療法等が該当

C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料 **1,500点**

*別に厚生労働大臣が定める保険医療機関の保険医※が、他の保険医療機関においてC108を算定する患者に対し、当該他の保険医療機関と連携して同一日に患者へ悪性腫瘍の鎮痛療法または化学療法に関する指導管理を行った場合に算定

- ※緩和ケアに関する、以下いずれかの研修を修了している者
- ア 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成29年12月1日付け健発1201第2号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会（平成29年度までに開催したものであって、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠したものを含む）
 - イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等

☑ 算定要件チェックポイント

[悪性腫瘍の鎮痛療法または化学療法とは？]

- 末期の悪性腫瘍の患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの、または注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法または化学療法

☑ 共通算定要件チェックポイント

<C108/C108-2>

[鎮痛療法とは？]

- 以下製剤を注射または携帯型ディスポーザブル注入ポンプもしくは輸液ポンプを用いて注入する療法
 - ・ブプレノルフィン製剤
 - ・モルヒネ塩酸塩製剤
 - ・フェンタニルクエン酸塩製剤
 - ・複方オキシコドン製剤
 - ・オキシコドン塩酸塩製剤
 - ・フルルビプロフェンアキセチル製剤
 - ・ヒドロモルフォン塩酸塩製剤

- 下線製剤を使用できるのは、以下条件を満たすバルーン式ディスポーザブルタイプの連続注入器等に、必要に応じて生理食塩水等で希釈の上、充填交付した場合に限る

ア 薬液が取り出せない構造であること

イ 患者等が注入速度を変えることができないものであること

[化学療法とは？]

- 携帯型ディスポーザブル注入ポンプもしくは輸液ポンプを用いて中心静脈注射もしくは植込型カテーテルアクセスにより抗悪性腫瘍剤を注入する療法
- インターフェロンアルファ製剤を多発性骨髄腫、慢性骨髄性白血病、ヘアリー細胞白血病、腎癌の患者に注射する療法

[対象患者の末期判断]

- 在宅療養を行っている患者の診療を担う保険医の判断による

在宅療養領域【悪性腫瘍等】

C161 注入ポンプ加算 1,250点

*在宅中心静脈栄養法、在宅成分栄養経管栄養法、在宅小児経管栄養法を行っている入院中以外の患者、在宅における鎮痛療法もしくは悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中以外の末期の患者、または別に厚生労働大臣が定める注射薬※の自己注射を行っている入院中以外の患者に対して注入ポンプを使用した場合、2月に2回に限り加算

※pH4処理酸性人免疫グロブリン（皮下注射）製剤

☑ 算定要件チェックポイント

[注入ポンプとは?]

- 在宅で中心静脈栄養法、成分栄養経管栄養法、小児経管栄養法、鎮痛療法もしくは悪性腫瘍の化学療法、または注射薬の精密自己注射を行うにあたって用いる注入ポンプ

[在宅における鎮痛療法もしくは悪性腫瘍の化学療法とは?]

- 末期の悪性腫瘍または筋萎縮性側索硬化症もしくは筋ジストロフィーの患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの
- 注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法または化学療法

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名	一般的名称
キュアセンス輸液ポンプ IP-100	汎用輸液ポンプ
JMS輸液ポンプ OT-808、OT-888、OT-818G	
JMSシリンジポンプ SP-520、SP-120、SP-300	
アイフューザー プラス	汎用輸液ポンプ（患者管理無痛法用輸液ポンプ）



キュアセンス®輸液ポンプ
IP-100



JMS輸液ポンプ
OT-808



JMS輸液ポンプ
OT-818G



JMSシリンジポンプ
SP-120



JMSシリンジポンプ
SP-300



アイフューザー プラス®

在宅療養領域【在宅寝たきり患者処置】

C109 在宅寝たきり患者処置指導管理料 **1,050点**

*在宅において創傷処置等の処置を行っている入院中以外の患者であって、寝たきりの状態にあるもの、またはこれに準ずる状態にあるものに対して、本処置に関する指導管理を行った場合に算定

☑ 算定要件チェックポイント

[在宅における創傷処置等の処置とは？]

●本指導管理料対象患者、または看護にあたる患者家族等が実施する以下処置をいう

▷創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換を含む）	▷皮膚科軟膏処置	▷留置カテーテル設置
▷導尿（尿道拡張を要するもの）	▷膀胱洗浄	▷鼻腔栄養
▷ストーマ処置	▷喀痰吸引	▷介達牽引
▷消炎鎮痛等処置		

[これに準ずる状態にあるものとは？]

- 以下の疾患に罹患しているものとし、常時介護を要する状態にあるものを含む
 - ア 難病の患者に対する医療等に関する法律第5条に規定する指定難病
 - イ 「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

[例外的算定]

●本指導管理料は原則、医師が患家に訪問して指導管理を行った場合に算定するが、寝たきりの状態にあるもの、またはこれに準ずる状態にあるものが家族等に付き添われて来院した場合は例外的に算定できる

[算定注意（本管理料算定患者について）]

- B001の8皮膚科特定疾患指導管理料の算定患者には算定できない
- 以下処置の費用（薬剤および特定保険医療材に係る費用含む）は算定できない（入院中を除く）

▷J000創傷処置	▷J001-7爪甲除去（麻酔を要しないもの）	▷J001-8穿刺排膿後薬液注入
▷J018喀痰吸引	▷J018-3干涉低周波去痰器による喀痰排出	▷J043-3ストーマ処置
▷J060膀胱洗浄	▷J060-2後部尿道洗浄（ウルツマン）	▷J063留置カテーテル設置
▷J120鼻腔栄養	▷J064導尿（尿道拡張を要するもの）	▷J053皮膚科軟膏処置
▷J118介達牽引	▷J118-2矯正固定	▷J118-3変形機械矯正術
▷J119-4肛門処置	▷J119-2腰部または胸部固定帯固定	▷J119-3低出力レーザー照射
▷J119消炎鎮痛等処置		

▶本管理料に係る薬剤および特定保険医療材料を支給した場合、薬剤・特定保険医療材料として算定できる

特定保険医療材料

在宅 005	調剤 006	在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル	
機能区分		販売名	償還価格
(1)経鼻用	①一般用	ジェイフィールド栄養カテーテル	183円
	②乳幼児用 イ 非DEHP型		147円
	③経腸栄養用	JMS E・D・チューブ	1,630円
在宅 004	調剤 010	在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル	
機能区分		販売名	償還価格
(2) 2管一般 (Ⅱ)	①標準型	シリコンフォーリーカテーテル	561円
(5) 特定 (Ⅱ)		シリコンフォーリーカテーテル	2,090円



ジェイフィールド®栄養カテーテル



JMS E・D・チューブ

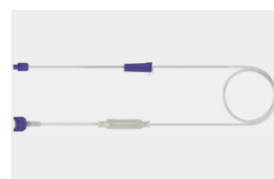
在宅療養領域【在宅寝たきり患者処置】

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名		一般的名称
ジェイフィード栄養剤用バッグ	ジェイフィード EN Yジョイント	経腸栄養注入セット
ジェイフィード栄養セット	ジェイフィードENシリンジ	
ジェイフィード栄養ボトル	EN変換コネクタ	
ジェイフィード フィーディングバッグ		ポンプ用経腸栄養延長チューブ
ジェイフィードEN延長チューブ		



ジェイフィード®
栄養剤用バッグ



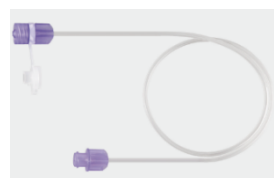
ジェイフィード®
栄養セット



ジェイフィード®
栄養ボトル



ジェイフィード®
フィーディングバッグ



ジェイフィード®
EN延長チューブ



ジェイフィード®
EN Yジョイント



EN変換コネクタ

在宅療養領域【気管切開・喉頭摘出】

C112 在宅気管切開患者指導管理料 **900点**

* 気管切開を行っている入院中以外の患者に対して、在宅における気管切開に関する指導管理を行った場合に算定

☑ 算定要件チェックポイント

- 本指導管理を行う保険医療機関または緊急時に入院するための施設は、以下の機械・器具を備える
 - ア 酸素吸入設備
 - イ レスピレーター
 - ウ 気道内分泌物吸引装置
 - エ 動脈血ガス分析装置（常時実施可能であるもの）
 - オ 胸部エックス線撮影装置（常時実施可能であるもの）
 [在宅における気管切開に関する指導管理とは？]
- 諸種の原因により気管切開を行った患者のうち、安定した病態にある退院患者に対し、在宅にて実施する気管切開に関する指導管理のこと
 [算定注意（本管理料算定患者について）]
- J000創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換含む）、J001-7爪甲除去（麻酔を要しないもの）、J001-8穿刺排膿後薬液注入、J018喀痰吸引、J018-3干涉低周波去痰器による喀痰排出費用は算定できない（入院中を除く）

C169 気管切開患者用人工鼻加算 **1,500点**

* 気管切開を行っている入院中以外の患者に対して、人工鼻を使用した場合に算定

☑ 算定要件チェックポイント

- 喉頭摘出患者に人工鼻材料を使用する場合は算定できない

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名	一般的名称
マルチトラキ（滅菌タイプ）	気管切開患者用人工鼻



マルチトラキ（滅菌タイプ）

C112-2 在宅喉頭摘出患者指導管理料 **900点**

* 喉頭摘出を行っている入院中以外の患者に対して、在宅における人工鼻材料の使用に関する指導管理を行った場合に算定

☑ 算定要件チェックポイント

- [在宅における人工鼻材料の使用に関する指導管理とは？]
- 喉頭摘出患者について、在宅において実施する人工鼻材料に関する指導管理のこと
 [算定注意（本管理料算定患者について）]
- J000創傷処置（気管内ディスポーザブルカテーテル交換含む）、J001-7爪甲除去（麻酔を要しないもの）、J001-8穿刺排膿後薬液注入、J018喀痰吸引、J018-3干涉低周波去痰器による喀痰排出費用は算定できない（入院中を除く）

Nutrition Intravenous/Enteral

静脈経腸栄養領域

【静脈栄養】

G005	中心静脈注射
G005-2	中心静脈注射用カテーテル挿入
G005-3	末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入
G006	植込型カテーテルによる中心静脈注射
D226	中心静脈圧測定
第6部 注射 通則4	精密持続点滴注射加算

【経腸栄養】

第10部 手術 通則20	周術期栄養管理実施加算
A300	救命救急入院料 注9 早期栄養介入管理加算
A301	特定集中治療室管理料 注5 早期栄養介入管理加算
A301-2	ハイケアユニット入院医療管理料 注4 早期栄養介入管理加算
A301-3	脳卒中ケアユニット入院医療管理料 注4 早期栄養介入管理加算
A301-4	小児特定集中治療室管理料 注4 早期栄養介入管理加算
J120	鼻腔栄養
J043-4	経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法
J034-2	経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術
K664	胃瘻造設術
K939-5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算
K664-2	経皮経食道胃管挿入術
K665	胃瘻閉鎖術
K665-2	胃瘻拔去術

静脈経腸栄養領域【静脈栄養】

G005	中心静脈注射（1日につき）	140点
	血漿成分製剤加算	50点
	乳幼児加算（6歳未満）	50点

* 血漿成分製剤加算は1回目の注射において、患者に対し注射の必要性・危険性等について文書による説明を行った際、実施日に限り算定

☑ 算定要件チェックポイント

【算定注意】

- 本注射により高カロリー輸液を行っている場合でも、必要に応じて食事療養または生活療養を行った場合は入院時食事療養（Ⅰ）もしくは（Ⅱ）、または入院時生活療養（Ⅰ）もしくは（Ⅱ）の食事の提供たる療養に係る費用を別に算定できる
- 本注射の費用を算定した患者については、同一日に行われたG004点滴注射の費用は算定できない
- C104在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定している患者については、本注射の費用は算定できない
- ▶ C104に係る在宅療養指導管理材料加算または薬剤料もしくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む
- ▶ 入院中の患者および医療型短期入所サービス費また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患者を除く
- C108在宅悪性腫瘍等患者指導管理料またはC108-2在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、C001在宅患者訪問診療料（Ⅰ）またはC001-2在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に、患家において訪問診療と併せて行った本注射の費用は算定できない
- ▶ C108,C108-2に係る在宅療養指導管理材料加算または薬剤料もしくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む

G005-2	中心静脈注射用カテーテル挿入	1,400点
	乳幼児加算（6歳未満）	500点
	静脈切開法加算	2,000点

* 別に厚生労働大臣が定める患者※に対して静脈切開法を用いて行った場合、2,000点を加算する

- ※3歳未満の乳幼児であり、以下の疾患である者
- 先天性小腸閉鎖症
 - 鎖肛
 - ヒルシュスプルング病
 - 短腸症候群

☑ 算定要件チェックポイント

【算定注意】

- 中心静脈圧測定の目的でカテーテルを挿入した場合、および緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル（カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルを除く）を挿入した場合は本注射に準じて算定する
- 中心静脈注射および中心静脈圧測定を同一の回路より同時に行った場合、どちらか一方のみを算定する
- ▶ ただし、別の回路から別のカテーテルを用いて同時に行った場合は、それぞれの材料料および手技料が算定できる
- カテーテルの詰まり等によりカテーテルを交換する場合は、カテーテルの材料料と手技料は都度算定できる

算定要件チェックポイント

- カテーテルの挿入に伴う検査、画像診断、局所麻酔の手技料は算定できない（局所麻酔の薬剤料は算定できる）
- 本手技に係る抜去の費用は所定点数に含まれ算定できない
- C104在宅中心静脈栄養法指導管理料、C108在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、C108-2在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、C001在宅患者訪問診療料(Ⅰ)またはC001-2在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に、患家において訪問診療と併せて行った中心静脈注射用カテーテル挿入は、材料料と手技料は別に算定できる
- ▶C104,C108,C108-2に係る在宅療養指導管理材料加算または薬剤料もしくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む

G005-3 末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 700点
乳幼児加算（6歳未満） 500点

算定要件チェックポイント

- [算定注意]
- カテーテルの詰まり等によりカテーテルを交換する場合は、カテーテルの材料料と手技料は都度算定できる
 - カテーテルの挿入に伴う検査、画像診断、局所麻酔の手技料は算定できない（局所麻酔の使用薬剤料は算定できる）
 - C104在宅中心静脈栄養法指導管理料、C108在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、C108-2在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、C001在宅患者訪問診療料(Ⅰ)またはC001-2在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に、患家において訪問診療と併せて行った末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入は、材料料および手技料は別に算定できる
 - ▶C104,C108,C108-2に係る在宅療養指導管理材料加算または薬剤料もしくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む

G006 植込型カテーテルによる中心静脈注射（1日につき） 125点
乳幼児加算（6歳未満） 50点

算定要件チェックポイント

- [算定注意]
- 本注射により高カロリー輸液を行っている場合でも、必要に応じて食事療養または生活療養を行った場合は入院時食事療養（Ⅰ）もしくは（Ⅱ）、または入院時生活療養（Ⅰ）もしくは（Ⅱ）の食事の提供たる療養に係る費用を別に算定できる
 - C104在宅中心静脈栄養法指導管理料算定患者に対して行った本注射の費用は算定できない
 - ▶C104に係る在宅療養指導管理材料加算または薬剤料もしくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む
 - ▶入院中の患者および医療型短期入所サービス費また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
 - C108在宅悪性腫瘍等患者指導管理料またはC108-2在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について、C001在宅患者訪問診療料(Ⅰ)またはC001-2在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に、併せて行った本注射の費用は算定できない

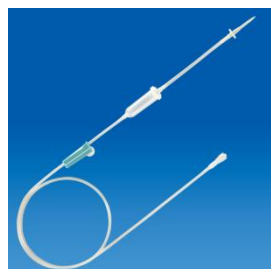
D226 中心静脈圧測定（1日につき）
1 4回以下の場合 120点
2 5回以上の場合 240点

*カテーテルの交換有無にかかわらず、一連として算定

算定要件チェックポイント

- [算定注意]
- 穿刺部位のガーゼ交換等の処置料、材料料は別に算定できない
 - 本測定を算定中にカテーテル挿入手技を行った場合（手術に関連して行う場合を除く）は、G005-2中心静脈注射用カテーテル挿入により算定する
 - ▶この場合、カテーテル挿入に伴う画像診断、検査の費用は算定できない

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器		
販売名	一般的名称	
JMS 輸液セット	JMS輸液フィルター付輸液セット	自然落下式・ポンプ接続兼用輸液セット
JMS定量筒付輸液セット	ブラネクタ輸液セット 測注用	
ブラネクタ輸液セット	ブラネクタ輸液セット フィルタ付	
JMSニトログリセリン用輸液セット		
JMS延長チューブ	輸液フィルターセット	輸血・カテーテル用延長チューブ
JMSエクステンションチューブ		
JMS三方活栓		輸血・カテーテル用ストップコック
セーフミック TPNバッグ		単回使用輸液容器
JMSシリンジ	JMSシリンジ (マイクロ)	汎用注射筒
JMSシリンジG	JMSシリンジ (マイクロ) G	汎用針付注射筒
JMS注射針		単回使用注射用針
エア針		通気針
ブラネクタ		輸血・カテーテル用アクセサリセット
鈍針	プラスチックカニューラ	採液針
アクセスアダプタ		注射筒・針用アダプタ



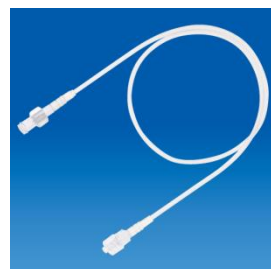
JMS 輸液セット



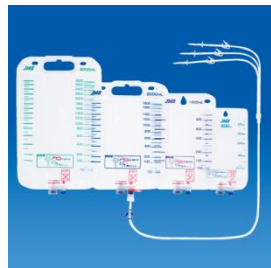
ブラネクタ®輸液セット
フィルタ付



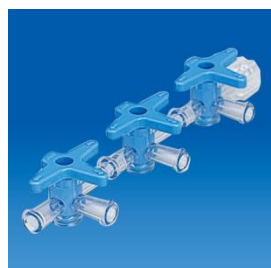
ブラネクタ®



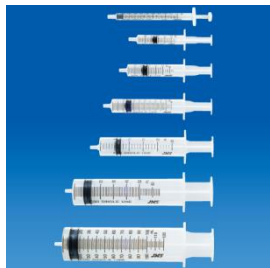
JMSエクステンション
チューブ



セーフミック®
TPNバッグ



JMS三方活栓



JMSシリンジ (マイクロ)
JMSシリンジ



JMSシリンジG
JMSシリンジ (マイクロ) G

第6部 注射 通則4 精密持続点滴注射加算 (1日につき) 80点

* 精密持続点滴注射を行った場合、80点を加算する

☑ 算定要件チェックポイント

〔「通則4」の精密持続点滴注射とは?〕

● 自動輸液ポンプを用いて1時間に30mL以下の速度で体内（皮下を含む）または注射回路に薬剤を注入することをいう

〔年齢別算定要件〕

- 1歳未満の乳児に対して：注入する薬剤の種類にかかわらず算定できる
- それ以外の者に対して：緩徐に注入する必要のあるカテコールアミン、βブロッカー等の薬剤を医学的必要性があって注入した場合に限り算定できる

〔算定注意〕

- G003抗悪性腫瘍剤局所持続注入実施時の精密持続点滴は算定できる
- G005中心静脈注射またはG006植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路より精密持続点滴注射を行った場合算定できる
- 特定入院料等注射の手技料を含む点数を算定した場合、算定できない
- 薬価基準に収載されている臨床試用医薬品を使用した場合は、第2節薬剤料は算定せず、第1節注射料および第3節特定保険医療材料のみ算定する

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器		
販売名	一般的名称	
キュアセンス輸液ポンプ IP-100		汎用輸液ポンプ
JMS輸液ポンプ OT-808、OT-888、OT-818G		
JMSシリンジポンプ SP-520、SP-120、SP-300		注射筒輸液ポンプ



キュアセンス®輸液ポンプ
IP-100



JMS輸液ポンプ
OT-808



JMS輸液ポンプ
OT-818G

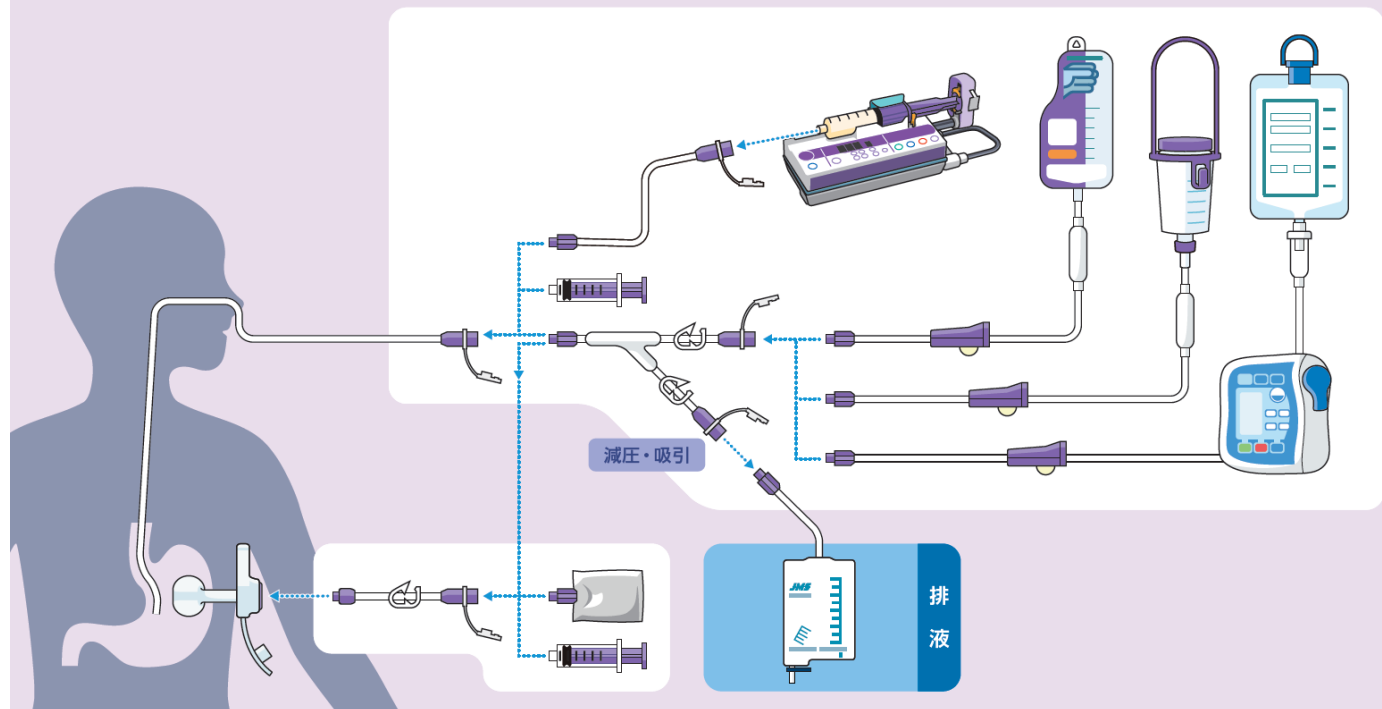


JMSシリンジポンプ
SP-120



JMSシリンジポンプ
SP-300

ジェイフィード経腸栄養システム



静脈経腸栄養領域【経腸栄養】

第10部 手術 通則20 周術期栄養管理実施加算

施設基準

届出要

270点

* 専任の管理栄養士が医師と連携し、周術期の患者の日々変化する栄養状態を把握した上で、術前・術後の栄養管理を適切に実施し、L008マスクまたは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術を行った場合に加算

算定要件チェックポイント

- 術前・術後の栄養管理を実施する際には、日本臨床栄養代謝学会の「静脈経腸栄養ガイドライン」またはESPENの「ESPEN Guideline: Clinical nutrition in surgery」等を参考とし、以下項目を含める
 - ▶ 必要に応じて入院前からの取組を実施する
 - ア：栄養スクリーニング
 - イ：栄養アセスメント
 - ウ：周術期における栄養管理の計画を作成
 - エ：栄養管理の実施
 - オ：モニタリング
 - カ：再評価および必要に応じて直接的な指導・計画の見直し
 - ▶ 上記を実施する場合、院内の周術期の栄養管理に精通した医師と連携していることが望ましい
[算定注意]
- 本加算算定時、以下加算は別に算定できない
 - ・ 入院栄養管理体制加算：A104特定機能病院入院基本料の注11
 - ・ 早期栄養介入管理加算：A300救命救急入院料の注9
 - A301特定集中治療室管理料の注5
 - A301-2ハイケアユニット入院医療管理料の注4
 - A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料の注4
 - A301-4小児特定集中治療室管理料の注4



施設基準

届出要

A301 特定集中治療室管理料 注5 早期栄養介入管理加算

早期から経腸栄養を開始した場合

250点

400点

* 本加算は以下入院料へも拡大

A300 救命救急入院料 注9

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料 注4

A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 注4

A301-4 小児特定集中治療室管理料 注4

* 患者が関連する特定入院料（救命救急入院料・特定集中治療室管理料・ハイケアユニット入院医療管理料・脳卒中ケアユニット入院医療管理料・小児特定集中治療室管理料）算定病室への入室後、早期から経腸栄養等の必要な栄養管理を行った場合、入室した日から起算して7日を限度として250点を加算

* 入室後早期から経腸栄養を開始した場合、開始日以降400点を加算

▶ B001の10入院栄養食事指導料は算定できない

算定要件チェックポイント

- 重症患者が関連する特定入院料算定病室入室後、早期に管理栄養士がICUの医師・看護師・薬剤師等と連携し、早期の経口移行・維持および低栄養の改善等につながる栄養管理を実施した場合の評価
- 本加算算定時は、日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」にそった栄養管理を実施する
 - また、入室患者全員に栄養スクリーニングを実施し、抽出患者に対し以下項目を実施する
 - ▶ アおよびイ（早期経腸栄養開始の場合はア～ウまで実施）は入室後48時間以内に実施する
 - ア 栄養アセスメント
 - イ 栄養管理に係る早期介入の計画の作成および計画に基づく栄養管理の実施
 - ウ 腸管機能評価を実施し、入室後48時間以内に経腸栄養等を開始
 - エ 経腸栄養開始後は1日に3回以上のモニタリングを行い、その結果を踏まえ必要に応じて計画の見直しとともに栄養管理を実施
 - オ 再アセスメントを実施し胃管からの胃内容物の逆流有無等の確認
 - カ ア～オまでの内容を診療録等に記載する。ウに関しては入室時刻および経腸栄養開始時刻を記載
 - ▶ 上記項目を実施する場合、ICU医師・看護師・薬剤師等とのカンファレンスおよび回診等を実施するとともに、早期離床・リハビリテーションチームが設置されている場合は、適切に連携して栄養管理を実施

[算定患者数]

● 1日あたり：管理栄養士1名につき10人以内

● 本加算およびA233-2栄養サポートチーム加算算定患者数：管理栄養士1名につき15人以内

施設基準 P161～163参照



各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名	一般的名称
経腸栄養ポンプ Amika	経腸栄養用輸液ポンプ
JMS経腸栄養ポンプ EN-SP50	



経腸栄養ポンプ
Amika



JMS経腸栄養ポンプ
EN-SP50

J120 鼻腔栄養（1日につき） **60点**
 間歇的経管栄養法加算（1日につき） **60点**

算定要件チェックポイント

[算定注意]

- 注入回数の如何に問わず、1日につき算定する
- 患者が経口摂取不能のため、薬価基準に記載されている高カロリー薬を経鼻経管的に投与した場合は、本処置料および薬剤料を算定し、食事療養に係る費用または生活療養の食事の提供たる療養に係る費用および投薬料は算定しない
- ▶ 薬価基準記載の高カロリー薬および薬価基準記載なしの流動食をあわせて投与・提供した場合は、上記または以下のいずれかのみで算定する
- 患者が経口摂取不能のため、薬価基準に記載されていない流動食を提供した場合は、本処置料および食事療養に係る費用または生活療養の食事の提供たる療養に係る費用を算定する
- ▶ 入院時食事療養（I）または入院時生活療養（I）の届出を行っている場合は、それぞれの費用を算定し、さらに特別食の算定要件を満たしている場合は、特別食加算を算定する
- 胃瘻より流動食を点滴注入した場合、本処置料を算定する
- C105在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、C105-2在宅小児経管栄養法指導管理料、C105-3在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料またはC109在宅寝たきり患者処置指導管理料算定患者に対して行った本処置の費用は算定できない
- ▶ C105,C105-2,C105-3,C109に係る在宅療養指導管理材料加算または薬剤料もしくは特定保険医療材料のみを算定している者を含む
- ▶ 入院中の患者および医療型短期入所サービス費また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患者を除く

J043-4 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法 **200点**

算定要件チェックポイント

[経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法とは?]

- 胃瘻カテーテルまたは経皮経食道胃管カテーテルについて、安全管理に十分に留意し、カテーテル交換後の確認を画像診断または内視鏡等を用いて行った場合に算定する
 - ▶ 画像診断および内視鏡等の費用は、本処置算定日にのみ算定する（1回に限り）
 - ▶ 胃瘻カテーテル交換の際に併せて行ったE000透視診断の費用は、本処置算定日に限り算定できる（1回に限り）
- [算定注意]
- J000創傷処置、K000創傷処置の費用は所定点数に含まれ算定できない
 - 薬剤投与を目的として胃瘻カテーテルの交換を行った場合、レボドパ・カルビドパ水和物製剤を投与する目的の場合に限り算定する
 - 本処置は鼻腔栄養カテーテルの交換は対象とならない

J034-2 経鼻栄養・薬剤投与用チューブ挿入術 **180点**

算定要件チェックポイント

- 経管栄養を行うためにEDチューブを挿入した場合、胃食道逆流症や全身状態悪化等により、経口また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算定する
- ▶ 上記患者に該当すれば、病名に関係なく算定できる
- 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
- ▶ X線透視下時の透視診断料（使用薬剤含む）、画像診断の費用は所定点数に含まれ算定できない
- EDチューブを用いて経管栄養を行う場合、J120鼻腔栄養（1日につき）より算定する
- 経鼻薬剤投与を行う場合、レボドパ・カルビドパ水和物製剤を投与する目的の場合に限り算定
- ▶ この場合の画像診断および内視鏡等の費用は、本処置算定日に限り算定できる
- 抜去費用は所定点数に含まれ算定できない

K664 胃瘻造設術 **6,070点**
 （経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む）

施設基準 届出要

* 施設基準を満たさない保険医療機関にて実施される場合、80/100の減算算定

算定要件チェックポイント

- 経皮的内視鏡下胃瘻増設術を行う場合、あらかじめ胃壁と腹壁を固定する
- 実施した胃瘻造設術の術式について、診療報酬明細書の摘要欄に記載する（開腹・経皮的内視鏡下・腹腔鏡下）
- ▶ 経皮的内視鏡下胃瘻造設術で使用するカテーテルおよびキットの費用は算定できない
- 胃瘻造設の必要性、管理方法・閉鎖時の身体状態等、療養上必要な事項について患者またはその家族等へ説明を行う
- 胃瘻造設後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、嚥下機能評価の結果、嚥下機能訓練等の必要性や実施すべき内容、嚥下調整食の内容（適切と考えられる食事形態や量の情報等含む）、患者または家族等への説明内容等を情報提供する

施設基準 P164参照

K939-5 胃瘻造設時嚥下機能評価加算 施設基準 届出要 **2,500点**

* K664胃瘻造設術に当たって嚥下機能評価等を実施した場合に算定
 * 施設基準を満たさない保険医療機関にて実施される場合、80/100の減算算定

算定要件チェックポイント

- 胃瘻造設前に嚥下造影または内視鏡下嚥下機能検査による嚥下機能評価を実施し、結果に基づき医師が胃瘻造設の必要性、今後の摂食機能療法必要性・方法、胃瘻除去または閉鎖の可能性等について患者またはその家族等に十分に説明・相談を行った上で胃瘻造設術を実施した場合に算定する
- 内視鏡下嚥下機能検査による嚥下機能評価を実施する場合、関連学会等が実施する所定研修を修了した者が実施する（他の保険医療機関で検査を実施する場合を含む）
- 他の保険医療機関で嚥下造影や内視鏡下嚥下機能検査による嚥下機能評価を実施した場合、評価を実施した保険医療機関において、その結果を患者またはその家族等へ説明し、胃瘻造設術を実施する保険医療機関に情報提供する
- ▶ 嚥下機能評価と胃瘻造設術を行う保険医療機関が異なる場合、診療報酬の請求は胃瘻造設を行う保険医療機関が行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる
- 嚥下機能評価の結果および患者または家族等への説明要点を診療録に記載する
- 嚥下造影または内視鏡下嚥下機能検査の実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する
 [算定注意]
- 本加算算定時でも、E003「7」嚥下造影、D298-2内視鏡下嚥下機能検査は算定できる

施設基準 P165参照

K664-2 経皮経食道胃管挿入術（PTEG） **14,610点**

算定要件チェックポイント

- 本手術を実施した医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する
- ▶ 本手術で使用するカテーテルおよびキットの費用は所定点数に含まれ算定できない

K665 胃瘻閉鎖術 施基手術4 届出要 施基手術5 届出不要

1 開腹または腹腔鏡※によるもの（※通則5施設基準対象） **12,040点**
 2 内視鏡によるもの（通則4施設基準対象） **10,300点**

算定要件チェックポイント

- 外科的に造設された胃瘻について、開腹や腹腔鏡による操作等を伴う胃瘻閉鎖を行った場合に算定する
- ▶ 胃瘻カテーテルを抜去し閉鎖した場合は算定できない

通則4 施設基準 P165参照

通則5 施設基準 P172参照

K665-2 胃瘻抜去術 **2,000点**

算定要件チェックポイント

- 胃瘻カテーテルを抜去し閉鎖した場合に算定する

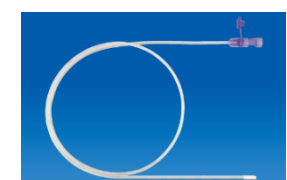
特定保険医療材料

医科	機能区分		販売名	償還価格
026	(1)経鼻用	① 一般用	ジェイフィールド栄養カテーテル	183円
		② 乳幼児用 イ 非DEHP型		147円
		③ 経腸栄養用	JMS E・D・チューブ	1,630円

医科	機能区分		販売名	償還価格
037	(1)胃留置型	②バルーン型	ジェイフィールド ペグロック	7,480円



ジェイフィールド®栄養カテーテル



JMS E・D・チューブ



ジェイフィールド® ペグロック®

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

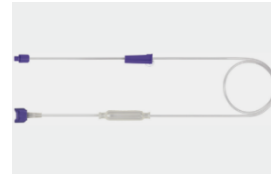
販売名		一般的名称
ジェイフィード ペグロック内視鏡用アダプタ		内視鏡用部品アダプタ
ジェイフィード ペグロック延長チューブ		ポンプ用経腸栄養延長チューブ
ジェイフィードEN延長チューブ		
ジェイフィード栄養剤用バッグ	ジェイフィード EN Yジョイント	経腸栄養注入セット
ジェイフィード栄養セット	ジェイフィードENシリンジ	
ジェイフィード栄養ボトル	EN変換コネクタ	
ジェイフィード フィーディングバッグ		



ジェイフィード®
ペグロック®延長チューブ



ジェイフィード®
栄養剤用バッグ



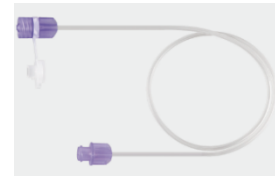
ジェイフィード®
栄養セット



ジェイフィード®
栄養ボトル



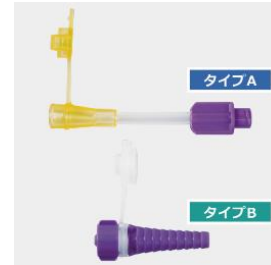
ジェイフィード®
フィーディングバッグ



ジェイフィード®
EN延長チューブ



ジェイフィード®
EN Yジョイント



EN変換コネクタ

Swallowing【歯科診療報酬】

摂食嚥下領域

【歯科診療報酬】

D012	舌圧検査
B000-4-3	口腔機能管理料



歯科診療報酬

D012 舌圧検査（1回につき）

140点

* 舌圧測定を行った場合、3月に1回に限り算定

* 上記規定にかかわらず、I017-1-3舌接触補助床、M025口蓋補綴、顎補綴を装着する患者、J109広範囲顎骨支持型装置埋入手術の対象となる患者に対して舌圧測定を行った場合、月2回に限り算定



算定要件チェックポイント

[舌圧検査とは?]

●舌の運動機能を評価する目的で、舌を口蓋部に押し上げるときの圧力を舌圧計を用いて測定するものをいう

[対象患者：3月に1回に限り算定]

●問診、口腔内所見または他の検査所見から加齢等による口腔機能の低下が疑われる患者に対し、口腔機能低下症の診断を目的として実施した場合に算定

▶B000-4歯科疾患管理料、B000-4-3口腔機能管理料、[B002歯科特定疾患療養管理料](#)、[C001-3歯科疾患在宅療養管理料](#)または[C001-5在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料](#)を算定し、継続的な口腔機能の管理を行っている患者

[対象患者：月2回に限り算定]

●舌の運動機能を評価する目的で本検査を行った場合、算定

▶この場合において、[B013-3広範囲顎骨支持型補綴物管理料](#)、[H001-2歯科口腔リハビリテーション料1の「2 舌接触補助床の場合」](#)もしくは「[3 その他の場合](#)」、[I017-1-3舌接触補助床](#)、[M025口蓋補綴](#)、[顎補綴](#)または[M025-2広範囲顎骨支持型補綴](#)と同日に算定できる

▶摂食機能療法と同日に本検査を実施した場合、[H001摂食機能療法](#)と別に算定できる

[算定注意]

●有床義歯等の調整と同日に行った場合、[H001-2歯科口腔リハビリテーション料1](#)を別に算定する

●検査に係る費用は所定点数に含まれ算定できない



歯科診療報酬

B000-4-3 口腔機能管理料（月1回） **100点**

* B000-4歯科疾患管理料またはB002歯科特定疾患療養管理料算定患者であり、口腔機能の低下を来しているものに対して、口腔機能回復または維持を目的とし、患者の同意を得て口腔機能評価に基づく管理計画を作成・療養上必要な指導を行った場合に算定

☑ 算定要件チェックポイント

[口腔機能管理料とは？]

- **50歳**以上の歯の喪失や加齢、これら以外の全身的な疾患等により口腔機能低下を認める患者に対し、口腔機能回復・維持・向上を目的として行う医学管理を評価

[対象患者]

- 関係学会の診断基準により口腔機能低下症と診断されている患者のうち、咀嚼機能低下（D011-2咀嚼能力検査算定患者に限る）、咬合力低下（D011-3咬合圧検査算定患者に限る）または低舌圧（D012舌圧検査算定患者に限る）のいずれかに該当するものに対して、継続的な指導および管理を実施する場合に本管理料を算定する

▶ 本管理を行うに当たっては、関係学会より示されている「口腔機能低下症に関する基本的な考え方」（令和2年3月日本歯科医学会）を参考とすること

[算定注意]

- 入院患者に対し管理を行った場合、または退院患者に対して退院日の属する月に管理を行った場合、本管理料は第1章第2部第1節、第3節、第4節の各区分所定点数に含まれる
- ▶ 歯科診療および歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関の歯科診療以外に係る診療病棟に入院中の患者または退院患者については、この限りでない
- 本管理料算定月においては、以下管理料は算定できない

B000-6周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）	C001-3歯科疾患在宅療養管理料
B000-7周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）	C001-5在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料
B000-8周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）	N002歯科矯正管理料

- 本管理料を算定するにあたっては、口腔機能の評価および一連の口腔機能の管理計画を策定し、本管理計画に係る情報を文書提供し、提供文書の写しを診療録へ添付する

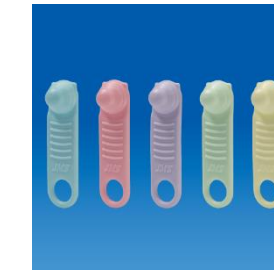
▶ 本管理を行った場合、指導・管理内容を診療録へ記載し、または指導・管理に係る記録を文書作成している場合は、当該記録もしくは写しを診療録へ添付する

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名	一般的名称
JMS舌圧測定器	舌圧測定器
JMS医療用ペコぱんだ	口腔・嚥下機能訓練器具



JMS舌圧測定器



JMS医療用ペコぱんだ®

Blood Transfusion/Cell therapy

輸血・細胞領域

J003-4	多血小板血漿処置
J039	血漿交換療法
J041-2	血球成分除去療法
J043-2	瀉血療法
K920	輸血
K920-2	輸血管理料
K921	造血幹細胞採取
K922	造血幹細胞移植
K923	術中術後自己血回収術
K924	自己生体組織接着剤作成術



J003-4 多血小板血漿処置

施設基準
届出要
4,190点

算定要件チェックポイント

- トラフェルミン（遺伝子組換え）を用いた治療または局所陰圧閉鎖処置を28日以上行っても効果が得られない難治性皮膚潰瘍に対して、本処置を行った場合に限り算定する
▶診療報酬明細書の摘要欄に本処置を行う医学的必要性を記載する
- [算定注意]
- 一連につき2クールを限度として行い、1クール（4週間に限る）につき1回を限度として算定する
- 部位数にかかわらず、所定点数により算定する
- 本処置算定時は、一連の期間内においてJ001-4重度褥瘡処置、J003局所陰圧閉鎖処置（入院）、J003-2局所陰圧閉鎖処置（入院外）、J053皮膚科軟膏処置は併算定できない
- ▶J000創傷処置、J000-2下肢創傷処置、J001熱傷処置は併算定できるが、本処置が対象とする創傷を重複して算定できない
- 本処置に伴って行われた採血等の費用は、所定点数に含まれ算定できない

施設基準 P165参照

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名	一般的名称
セルエイド Pタイプ	血液成分分離バッグ



セルエイド® Pタイプ



J039 血漿交換療法（1日につき） 4,200点

- * 本療法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は1日として算定
- * [難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症に対するLDLアフェレシス療法と移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法については、それぞれ施設基準があり届出の必要あり](#)

算定要件チェックポイント

〔血漿交換療法とは？〕

- 本療法は以下患者に対して、遠心分離法等により血漿と血漿以外を分離し、二重濾過法、血漿吸着法等により有害物質等を除去する療法（血漿浄化法）を行った場合に算定でき、必ずしも血漿補充を要しない

多発性骨髄腫	マクログロブリン血症	劇症肝炎
薬物中毒	重症筋無力症	悪性関節リウマチ
全身性エリテマトーデス	血栓性血小板減少性紫斑病	重度血液型不適合妊娠
術後肝不全	急性肝不全	多発性硬化症
慢性炎症性脱髄性多発根神経炎	ギラン・バレー症候群	天疱瘡
類天疱瘡	巣状糸球体硬化症	抗糸球体基底膜抗体（抗GBM抗体）型急速進行性糸球体腎炎
抗白血球細胞質抗体（ANCA）型急速進行性糸球体腎炎	溶血性尿毒症症候群	家族性高コレステロール血症
難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症	閉塞性動脈硬化症	中毒性表皮壊死症
川崎病	スティーヴンス・ジョンソン症候群もしくはインヒビターを有する血友病の患者	ABO血液型不適合間もしくは抗リンパ球抗体陽性の同種腎移植
ABO血液型不適合間もしくは抗リンパ球抗体陽性の同種肝移植	移植後抗体関連型拒絶反応	慢性C型肝炎

〔算定注意〕

- 本療法の実施回数は、個々の症例に応じて臨床症状の改善状況、諸検査の結果の評価等を勘案した妥当適切な範囲に限られること
- 本療法実施時は、診療報酬明細書の摘要欄に一連の初回実施日および初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む）を記載する

〔夜間開始の場合とは？〕

- 午後6時以降に開始した場合をいい、終了時間が午前0時以降であっても1日として算定
- ▶ **ただし、夜間に本療法を開始し、12時間以上継続して行った場合は2日として算定**

参考情報 ■ 血漿交換療法の適応一覧

	適応疾患	限度回数
1	〔多発性骨髄腫〕	一連につき週1回、3月間を限度
2	〔マクログロブリン血症〕	一連につき週1回、3月間を限度
3	〔劇症肝炎〕 ビリルビンおよび胆汁酸の除去目的に限る	一連につき概ね10回を限度
4	〔薬物中毒〕	一連につき概ね8回を限度

	適応疾患	限度回数
5	〔重症筋無力症〕 発病後5年以内で重篤な症状悪化傾向がある場合、または胸腺摘出術や副腎皮質ホルモン剤に対して十分奏功しない場合に限る	一連につき月7回、3月間を限度
6	〔悪性関節リウマチ〕 特定疾患医療受給者と都道府県知事に認められた者であり、血管炎により高度の関節外症状（難治性下腿潰瘍、多発性神経炎、腸間膜動脈血栓症による下血等）を呈し、従来治療法では効果の得られない者に限る	週1回を限度
7	〔全身性エリテマトーデス〕 以下のいずれも該当する者に限る ア 特定疾患医療受給者と都道府県知事に認められた者 イ 血清補体価（CH50）値が20単位以下、補体蛋白（C3）値が40mg/dL以下、抗DNA抗体値が著しく高く、ステロイド療法が無効または臨的に不適当な者 ウ 急速進行性糸球体腎炎（RPGN）または中枢神経性ループス（CNSループス）と診断された者	月4回を限度 ※測定した血清補体価、補体蛋白の値または抗DNA抗体の値を診療録に記載する
8	〔血栓性血小板減少性紫斑病〕	本療法の開始後1月を上限として、原則として血小板数が15万/μL以上となった日の2日後まで算定できる ※ただし、血小板数が15万/μL以上となった後1月以内に血栓性血小板減少性紫斑病が再燃した場合等、医学的な必要性により別途実施する場合には、診療録および診療報酬明細書の摘要欄にその理由および医学的な必要性を記載する
9	〔重度血液型不適合妊娠〕 Rh式血液型不適合妊娠による胎内胎児仮死または新生児黄疸の既往があり、かつ、間接クームス試験が①妊娠20週未満：64倍以上、②妊娠20週以上：128倍以上であるもの	-
10	〔術後肝不全〕 手術後に発症した肝障害（外科的閉塞性機序によるものを除く）のうち、以下のいずれにも該当する場合に限る ア 総ビリルビン値が5mg/dL以上、かつ、持続的に上昇を認める場合 イ ヘパプラスチンテスト（HPT）40%以下またはComa Grade II以上	一連につき概ね7回を限度
11	〔急性肝不全〕 プロトロンビン時間、昏睡の程度、総ビリルビン、ヘパプラスチンテスト等の所見から劇症肝炎または術後肝不全と同程度の重症度を呈すると判断できる場合に限る	
12	〔多発性硬化症〕	
13	〔慢性炎症性脱髄性多発根神経炎〕	一連につき月7回、3月間を限度
14	〔ギラン・バレー症候群〕 Hughesの重症度分類で4度以上の場合に限る	
15	〔天疱瘡、類天疱瘡〕 診察・検査の結果、診断確定をしたもののうち、他の治療法で難治性のもの、または合併症や副作用でステロイドの大量投与ができないものに限る	一連につき週2回、3月間を限度 ※3月間の治療後も重症度が中等度以上（厚生省特定疾患調査研究班の天疱瘡スコア）の天疱瘡患者については、さらに3月間に限り算定
16	〔巣状糸球体硬化症〕 従来の薬物療法では効果が得られず、ネフローゼ状態を持続し、血清コレステロール値が250mg/dL以下に下らない場合	一連につき12回、3月間を限度

	適応疾患	限度回数
17	[抗糸球体基底膜抗体（抗GBM抗体）型急速進行性糸球体腎炎] 急速進行性糸球体腎炎（RPGN）と診断された患者のうち、抗糸球体基底膜抗体（抗GBM抗体）が陽性であった患者	一連につき2クール、 1クール（2週間に限る）につき7 回を限度
18	[抗白血球細胞質抗体（ANCA）型急速進行性糸球体腎炎] 急速進行性糸球体腎炎（RPGN）と診断された患者のうち、抗白血球細胞質抗体（ANCA）が陽性であった患者	一連につき2クール、 1クール（2週間に限る）につき7 回を限度
19	[家族性高コレステロール血症] 以下のいずれかに該当する者のうち、黄色腫を伴い、負荷心電図および血管撮影により冠状動脈硬化が明らかな場合 ア 空腹時定常状態の血清LDLコレステロール値が370mg/dLを超えるホモ接合体の者 イ 食事療法および薬物療法を行っても血清LDLコレステロール値が170mg/dL以下に下がらないヘテロ接合体の者	週1回を限度
20	[閉塞性動脈硬化症] 以下のいずれにも該当する者に限る ア フォンテイン分類Ⅱ度以上の症状を呈する者 イ 薬物療法で血中総コレステロール値が220mg/dLまたはLDLコレステロール値140mg/dL以下に下がらない高コレステロール血症の者 ウ 膝窩動脈以下の閉塞または広範な閉塞部位を有する等、外科的治療が困難で、かつ従来の薬物療法では十分な効果が得られない者	一連につき10回、3月間を限度
21	[中毒性表皮壊死症]	一連につき8回を限度
22	[スティーヴンス・ジョンソン症候群]	一連につき8回を限度
23	[インヒビターを有する血友病の患者] インヒビターカ価が5ベセスダ単位以上の場合に限る	-
24	[同種腎移植、同種肝移植※] 遠心分離法等による血漿と血漿以外の分離または二重濾過法により、ABO血液型不適合間の同種腎移植もしくは同種肝移植を実施する場合、またはリンパ球抗体陽性の同種腎移植もしくは同種肝移植を実施する場合に限る ※同種肝移植は二重濾過法（膜型血漿成分分離機使用）のみ適用	一連につき術前4回、術後2回を 限度
25	[慢性C型ウイルス肝炎] セログループ1〔ジェノタイプⅡ（Ib）〕型であり、直近のインターフェロン療法を施行後、血液中のHCV RNA量が100KIU/mL以上のものとする	直近のインターフェロン（IFN） 療法より5回を限度（IFN療法に 先行して施行）
26	[川崎病] 免疫グロブリン療法、ステロイドパルス療法、好中球エラスターゼ阻害薬投与療法が無効な場合、または適応とならない場合に限る	一連につき6回を限度
27	[溶血性尿毒症症候群]	一連につき21回を限度
28	[難治性高コレステロール血症に伴う重度尿蛋白を呈する糖尿病性腎症] 重度尿蛋白（1日3g以上の尿蛋白を呈するものまたは尿蛋白/尿クレアチニン比が3g/gCr以上に限る）を呈する糖尿病性腎症（血清クレアチニンが2mg/dL未満に限る）であり、薬物治療を行っても血清LDLコレステロール値が120mg/dL未満に下がらない場合	一連につき12回を限度
29	[移植後抗体関連型拒絶反応] 臓器移植後に抗体関連型拒絶反応を呈する患者を対象として、抗ドナー抗体を除去することを目的として実施する場合に限る	一連につき5回を限度 ※医学的な必要性から一連につき 6回以上算定する場合、その理由 を診療報酬明細書の摘要欄に記載 する

参考情報

- [本療法対象となる慢性C型ウイルス肝炎患者の「直近のインターフェロンを施行した後」とは?]
- インターフェロン療法施行後であれば、期間は限定していない
 - 直近のインターフェロン療法についての治療期間は限定しておらず、インターフェロン投与開始後に治療効果が認められない等の理由により、治療を中止した患者であっても対象となる
 - インターフェロン療法に先行して血漿交換療法を開始している場合、5回の本療法終了前からインターフェロン療法を開始しても差し支えない

J041-2 血球成分除去療法（1日につき）

2,000点

* 本療法を夜間に開始し、午前0時以降に終了した場合は1日として算定

☑ 算定要件チェックポイント

[血球成分除去療法とは?]

- 本療法（吸着式および遠心分離式を含む）は、潰瘍性大腸炎、関節リウマチ（吸着式に限る）、クローン病、膿疱性乾癬、関節症性乾癬患者に対し、以下のとおり実施した場合に算定
 - ア 潰瘍性大腸炎の重症・劇症患者および難治性患者（厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班の診断基準）に対しては、活動期の病態の改善および緩解導入を目的として実施した場合に限り算定
 - 実施回数：一連につき10回を限度、ただし劇症患者については11回を限度
 - イ 薬物療法に抵抗する関節リウマチ患者に対しては、臨床症状改善を目的として行った場合に限り、一連の治療につき1クールを限度として、1クールにつき週1回を限度として、5週間に限って算定
 - 関節リウマチ患者は、活動性が高く薬物療法に抵抗する関節リウマチ患者、または発熱などの全身症状と多関節の激しい滑膜炎を呈し薬物療法に抵抗する急速進行型関節リウマチ患者であって、以下2項目を満たすもの
 - （イ）腫脹関節数：6カ所以上
 - （ロ）ESR50mm/h以上またはCRP3mg/dL以上
 - ウ 栄養療法および既存の薬物療法が無効または適用できない、大腸の病変に起因する明らかな臨床症状が残る中等症～重症の活動期クローン病患者に対しては、緩解導入目的として行った場合に限り算定
 - 実施回数：一連につき10回を限度
 - エ 薬物療法が無効または適用できない、中等症以上の膿疱性乾癬患者（厚生労働省難治性疾患克服研究事業稀少難治性皮膚疾患に関する調査研究班の診断基準）に対しては、臨床症状の改善を目的として行った場合に限り、一連の治療につき1クールを限度として、1クールにつき週1回を限度として、5週間に限って算定
 - オ 関連学会のガイドラインに準拠した既存の薬物療法が無効または適用できない関節症性乾癬患者に対しては、臨床症状の改善目的として行った場合に限り、一連の治療につき2クールを限度として、1クールにつき週1回を限度として、5週間に限って算定
 - ただし、1クール終了時に治療に対する効果を判定し、無効と判断されれば中止する
 - カ 寛解期の潰瘍性大腸炎で既存の薬物治療が無効、効果不十分または適用できない難治性患者（厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班の診断基準）に対しては、寛解維持を目的として行った場合、原則として一連につき2週間に1回を限度として48週間に限って算定
 - なお、医学的な必要性から一連につき2週間に2回以上算定する場合、または48週間を超えて算定する場合、その理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載する
 - また、初回実施に当たっては、医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する

算定要件チェックポイント

- [算定注意]
- 本療法実施時は、診療報酬明細書の摘要欄に一連の初回実施日および初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む）を記載する
[夜間開始の場合とは?]
 - 午後6時以降に開始した場合をいい、終了時間が午前0時以降であっても1日として算定
▶ただし、夜間に本療法を開始し、12時間以上継続して行った場合は2日として算定

J043-2 瀉血療法 250点

算定要件チェックポイント

- 真性多血症、続発性多血症、インターフェロンや肝庇護療法に抵抗性のあるC型慢性肝炎に対して行った場合に算定

K920 輸血	イ 1回目	ロ 2回目以降
1 自家採血輸血（200mLごと）	750点	650点
2 保存血液輸血（200mLごと）	450点	350点
3 自己血貯血	(1) 液状保存	(2) 凍結保存
イ 6歳以上（200mLごと）	250点	500点
ロ 6歳未満（体重1kgにつき4mLごと）	250点	500点
4 自己血輸血	(1) 液状保存	(2) 凍結保存
イ 6歳以上（200mLごと）	750点	1,500点
ロ 6歳未満（体重1kgにつき4mLごと）	750点	1,500点
5 希釈式自己血輸血		
イ 6歳以上（200mLごと）		1,000点
ロ 6歳未満（体重1kgにつき4mLごと）		1,000点
6 交換輸血（1回につき）		5,250点
血液型検査（ABO式およびRh式）加算		54点
不規則抗体検査加算（1月につき）		197点
▶但し頻回輸血施行の場合は、1週間に1回を限度		
HLA型クラスⅠ（A,B,C）加算（一連につき）		1,000点
HLA型クラスⅡ（DR,DQ,DP）加算（一連につき）		1,400点
血液交叉試験加算（1回につき）		30点
間接クームス検査加算（1回につき）		47点
コンピュータクロスマッチ加算（1回につき）		30点
乳幼児加算（6歳未満）		26点
血小板洗浄術加算		580点

*輸血に伴って、患者に対し輸血の必要性、危険性等文書による説明を行った場合に算定
*コンピュータクロスマッチ施行の場合、血液交叉試験加算・間接クームス検査加算は算定できない

算定要件チェックポイント

- [輸血に伴う患者に対する説明]
- 輸血の必要性、副作用、輸血方法、その他留意点等について、患者本人に対して行うことを原則として、文書による説明を行った場合に算定
▶医師の説明が理解できないと認められる患者（小児、意識障害者等）についてはその家族等
 - 当該患者に対する一連（概ね1週間）の輸血につき1回行う
 - ▶再生不良性貧血、白血病等、輸血の反復の必要性が明らかである治療においては、この限りではない
 - 説明に用いた文書は患者（医師の説明が理解できないと認められる小児、意識障害者等については、その家族等）から署名または押印を得た上で患者交付するとともに、その文書の写しを診療録に添付
 - 緊急、その他事前に説明を行うことが著しく困難な場合、事後の説明でも差し支えない
- [輸血単位・輸血量]
- 自家採血輸血・保存血液輸血・自己血輸血・希釈式自己血輸血：200mLを単位とし、200mLまたはその端数を増すごとに所定点数を算定
▶ただし、6歳未満に対して自己血輸血を行った場合、体重1kgにつき4mLを単位とし、当該単位またはその端数を増すごとに所定点数を算定
 - 自家採血、保存血、自己血の輸血量に、抗凝固液の量は含まれない
 - 自家採血輸血の算定単位としての血液量は採血量ではなく、実際に輸血を行った1日あたり量である
[自家採血輸血および保存血液輸血における1回目・2回目とは?]
 - 1回目：一連の輸血における最初の200mLをいう
 - 2回目以降：1回目以外の輸血をいう
- [算定注意]
- 輸血に当たって薬剤を使用した場合、薬剤費用として第4節薬剤料に掲げる所定点数を加算
 - 輸血と補液を同時に行った場合は、輸血の量と補液の量は別々のものとして算定
 - 骨髄内輸血または血管露出術を行った場合、D404骨髄穿刺またはK606血管露出術の所定点数をそれぞれ加算
 - 輸血実施時の供血者の諸検査、輸血用回路、輸血用針は所定点数に含まれる
 - 輸血に伴って、血液を保存する費用は所定点数に含まれる
 - 自家製造した血液成分製剤を用いた注射手技料は、原材料として用いた血液量に従い、「1」により算定
▶ただし、血液量は3,000mLを限度とする
 - ▶患者に用いるリンゲル液、糖液等についてはG100薬剤により算定するが、自家製造に要する費用と製造の過程で用いる薬剤については算定できない
 - 同種造血幹細胞移植後の慢性骨髄性白血病の再発、骨髄異形成症候群の再発、EBウイルス感染によるB細胞性リンパ球増殖性疾患に対し、造血幹細胞提供者のリンパ球を採取・輸注した場合は「1」により算定
▶自家製造したリンパ球を使用した場合、上記規定に基づき原材料として用いた血液の量に従い算定
 - 保存血液輸血の注入量は、1日における保存血および血液成分製剤（自家製造したものを除く）の実際の注入総量または原材料として用いた血液総量のうち、どちらか少ない量を算定
▶例.200mLの血液から製造された30mLの血液成分製剤については30mLとして算定
200mLの血液から製造された230mLの保存血および血液成分製剤は200mLとして算定
 - 血小板濃厚液の注入は「2」により算定
 - ▶血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結血漿等）は注射の部にて取り扱う

☑ 算定要件チェックポイント

- 自己血貯血-
- 当該保険医療機関において、手術またはヒト骨髄由来間葉系幹細胞の投与を予定している患者から採血を行い、血液を保存した場合に算定
 - ヒト骨髄由来間葉系幹細胞の投与予定患者に関しては、「3」自己血貯血「イ」6歳以上（200mLごと）「（1）」液状保存より算定する
- 自己血輸血-
- 当該保険医療機関において、手術を行うためにあらかじめ貯血しておいた自己血で手術時および手術後3日以内に輸血を行った場合に算定
 - 算定単位の血液量は、採血を行った量ではなく、手術開始後に実際に輸血を行った1日当たりの量
 - ▶使用しなかった自己血は算定できない
 - 自己血を採血する採血バッグ、輸血する輸血用回路、輸血用針の費用、自己血の保存に係る費用は、所定点数に含まれ算定できない
 - ▶自己血採血に伴うエリスロポエチンに係る第2章第6部第1節第1款注射実施料については、自己血貯血の所定点数とは別に算定
- 希釈式自己血輸血-
- 当該保険医療機関において手術を行う際、麻酔導入後から執刀までの間に自己血の採血を行った後、採血量に見合った量の代用血漿の輸液を行い、手術時あらかじめ採血しておいた自己血を輸血した場合に算定
 - 算定単位の血液量は、採血を行った量ではなく、手術開始後に実際に輸血を行った1日当たりの量
 - ▶使用しなかった自己血は算定できない

参考情報

- 輸血後に輸血後肝炎が疑われ、「輸血療法の実施に関する指針」および「血液製剤の使用指針」に基づき、定められた検査を行った場合、検査費用は算定可能
- 自己血貯血の際のエリスロポエチンは、自己血貯血に伴う薬剤であるためK940薬剤料として算定可能
[自己血輸血6歳未満（体重10kgで80mL輸血時）の例]
■体重1kgにつき4mLごとのため、 $4 \times 10\text{kg} = 40$ 、 $80\text{mL} \div 40 = 2$ で2単位の計算となる
[輸血量算定例]
■400mL輸血後、同一日に600mL輸血：最初の400mLのうち200mL分を1回目とし、残りの200mLと600mLを2回目以降の点数で算定
■毎日200mLを3日間輸血：初日の200mLを1回目とし、2日目、3日目の200mLをそれぞれ2回目以降の点数で算定

		施設基準	届出要
K920-2	輸血管理料		
1	輸血管理料 I		220点
2	輸血管理料 II		110点
	所定点数1算定時	輸血適正使用加算※	120点
	所定点数2算定時	輸血適正使用加算※	60点
	貯血式自己血輸血管理体制加算※		50点

- * 輸血を行った場合、月1回を限度として算定
- * 「※」の項目について、施設基準があり届出の必要あり

☑ 算定要件チェックポイント

- 本管理料は、輸血療法の安全かつ適正な実施を推進する観点から、医療機関における輸血管理体制の構築・輸血の適正実施について評価
- 赤血球濃厚液（浮遊液含む）、血小板濃厚液もしくは自己血の輸血、または新鮮凍結血漿もしくはアルブミン製剤の輸注を行った場合に算定

施設基準 P165参照 ▶

参考情報

- 人血清アルブミン（遺伝子組換え）注射剤を用いた場合でも、本管理料を算定できる

K921 造血幹細胞採取（一連につき）	イ 同種移植	□ 自家移植
	1 骨髄採取	21,640点
2 末梢血幹細胞採取	21,640点	17,440点

☑ 算定要件チェックポイント

- [算定注意]
- 本採取に当たって薬剤を使用した場合、薬剤費用として第4節薬剤料に掲げる所定点数を加算
- 造血幹細胞採取-
- 自家移植を行う場合、K922造血幹細胞移植を行わなかった場合でも算定できる
 - 同種移植を行う場合、K922造血幹細胞移植の同種移植を算定した場合に限り算定できる
 - ▶骨髄採取に係る骨髄穿刺を行った場合、D404骨髄穿刺とJ011骨髄穿刺を別に算定できない
- 造血幹細胞採取にともなう検査-
- 同種移植における造血幹細胞提供者または自家移植を受ける者に係る造血幹細胞採取、組織適合性試験、造血幹細胞測定、造血幹細胞提供前後における健康管理等費用は所定点数に含まれ、別に算定できない
 - 同種移植における造血幹細胞提供者に係る感染症検査を行った場合、スクリーニングにつき1回に限り別に算定できる

K922 造血幹細胞移植	施設基準	届出要	イ 同種移植	□ 自家移植
1 骨髓移植			66,450点	25,850点
2 末梢血幹細胞移植			66,450点	30,850点
3 臍帯血移植				66,450点
乳幼児加算 (6歳未満)				26点
抗HLA抗体検査加算				4,000点
非血縁者間移植加算 (1のイ・2のイのみ)				10,000点
コーディネート体制充実加算 (1・2のみ) ※				1,500点

* 「※」の項目について、施設基準があり届出の必要あり

☑ 算定要件チェックポイント

- 臍帯血移植を除く造血幹細胞採取を行う医師の派遣に要する費用と採取した造血幹細胞を搬送した場合の費用は療養費として支給し、移送費の算定方法により算定
- 移植に使用した臍帯血の保存施設から移植実施保険医療機関までの搬送費用は療養費として支給し、移送費の算定方法に準じて算定
- 臍帯血移植を除く造血幹細胞の採取と移植の実施保険医療機関が異なる場合、診療報酬請求は移植を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる

[算定注意]

- 本移植に当たって薬剤を使用した場合、薬剤費用として第4節薬剤料に掲げる所定点数を加算-所定点数に含まれるもの-
- 造血幹細胞移植に当たって使用した輸血用バッグと輸血用針
- 同種移植における造血幹細胞移植者の組織適合性試験
- 同種移植：適合する造血幹細胞提供者の情報検索連絡調整に係る費用、コーディネート中断後の再ドナー候補者に対する追加確認検査 (HLA検査等) といった安全管理の追加費用等
- 臍帯血移植：臍帯血に係る組織適合性試験の費用と臍帯血のHLA検査等の安全性確認試験実施を含めた臍帯血の管理に係る費用等
- 臍帯血移植における提供者と移植者に係る組織適合性試験費用
- ▶ 必要に応じ臓器等提供者に係る感染症検査を行った場合、スクリーニングにつき1回に限り別に算定できる

[同種移植とは?]

- ヒト組織適合性抗原が概ね一致する提供者の造血幹細胞を移植する場合をいう

[同種移植の対象疾患]

- 白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等

[自家骨髄移植・自家末梢血幹細胞移植の対象疾患]

- 化学療法や放射線療法に感受性のある白血病等の悪性腫瘍

[同種移植の請求]

- 造血幹細胞移植者の診療報酬明細書摘要欄に造血幹細胞提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載し、その診療報酬明細書を添付する

施設基準 P166参照



医薬品

販売名

JMS ACD-A液

薬価未収載



JMS ACD-A液

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名	一般的名称
ボーン マロウ コレクションキット	単回使用骨髄採取・移送セット



ボーン マロウ コレクションキット

K923 術中術後自己血回収術 (自己血回収器具によるもの)

- | | |
|----------------|--------|
| 1 濃縮および洗浄を行うもの | 5,500点 |
| 2 濾過を行うもの | 3,500点 |

☑ 算定要件チェックポイント

[術中術後自己血回収セットとは?]

- 術野から血液を回収し、濃縮と洗浄または濾過を行い、手術の際に患者体内へ戻す一連の器具をいう

[算定対象]

- 開心術および大血管手術で出血量が600mL以上 (12歳未満の患者は10mL/kg) の場合
- その他無菌的手術で出血量が600mL以上 (12歳未満の患者は10mL/kg) の場合
- 外傷および悪性腫瘍の手術を除く

▶ 外傷のうち骨盤骨折、大腿骨骨折等の閉鎖骨折に対する手術においては算定できる

[算定注意]

- 併施される手術の点数とは別に算定する
- 使用した術中術後自己血回収セットの費用は所定点数に含まれる
- 「1」については、術中術後自己血回収セットを用いて血液の濃縮および洗浄を行った場合に算定
- 「2」については、術中術後自己血回収セットを用いて血液の濾過を行った場合に算定

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名	一般的名称
フレゼニウス自己血回収装置 CATSmart	自己血回収装置



フレゼニウス自己血回収装置
CATSmart

K924 自己生体組織接着剤作成術

施設基準

届出要

4,340点

* 自己生体組織接着剤を用いた場合に算定

施設基準 P167参照



参考情報

- 骨移植時の移植骨の接着に用いた場合、医療機器製造販売承認書による効能・効果に即して使用した場合に算定できる

Dialysis

透析領域

【初・再診料】

A000	初診料	注1	情報通信機器を用いた場合
A001	再診料	注1	情報通信機器を用いた場合
A002	外来診療料	注1	情報通信機器を用いた場合

【入院料等】

A101	療養病棟入院基本料	注9	慢性維持透析管理加算
A109	有床診療所療養病床入院基本料	注12	慢性維持透析管理加算

【医学管理等】

B001	特定疾患治療管理料	15	慢性維持透析患者外来医学管理料
B001	特定疾患治療管理料	27	糖尿病透析予防指導管理料
B001	特定疾患治療管理料	31	腎代替療法指導管理料

【検査】

D207	体液量等測定
------	--------

【血液透析】

J038	人工腎臓
------	------

【血液浄化】

J038-2	持続緩徐式血液濾過療法
--------	-------------

【腹膜透析】

J042	腹膜灌流
------	------

透析領域【初・再診料】

			施設基準	届出要
A000	初診料	注1	情報通信機器を用いた場合	251点
A001	再診料	注1	情報通信機器を用いた場合	73点
A002	外来診療料	注1	情報通信機器を用いた場合	73点

* 情報通信機器を用いた初診・再診を行った場合、算定

▶ A003オンライン診療料の廃止

☑ 算定要件チェックポイント

- 情報通信機器を用いた診療については、以下ア～キまでの取り扱いとする
 - 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）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
 - ▶ 診療内容・診療日・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
 - ▶ 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
 - ▶ 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、患者が速やかに受診可能な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、以下内容について、診療録に記載しておく
 - (イ) かかりつけ医師がいる場合：当該医師が所属する医療機関名
 - (ロ) かかりつけ医師がいない場合：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・紹介方法および患者の同意
 - エ オンライン指針において、「対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められる」とされていることから、保険医療機関では対面診療を提供できる体制を有すること
 - ▶ 「オンライン診療を行った医師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、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・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困難な場合、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場合、オンライン指針に沿って診療を行い、オンライン指針に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および診療報酬明細書の摘要欄に記載する
 - ▶ 処方を行う場合、オンライン指針に沿って行い、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およ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場合、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場合、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

透析領域【入院料等】

A101 療養病棟入院基本料 注9 慢性維持透析管理加算 **100点**

- *療養病棟入院基本料1を算定するものに限る
- *入院患者のうち当該保険医療機関にて、J038人工腎臓、J038-2持続緩徐式血液濾過、J039血漿交換療法、J042腹膜灌流を行っている患者について加算（1日につき）

 算定要件チェックポイント

- 療養病棟における透析患者の診療を評価
 - 自院で人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法または腹膜灌流を行っている場合に算定
 - ▶これらの項目については、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はない
- [算定注意]
- 特別入院基本料等を算定する場合、本加算は算定できない

A109 有床診療所療養病床入院基本料 注12 慢性維持透析管理加算 **100点**

- *入院患者のうち当該保険医療機関にて、J038人工腎臓、J038-2持続緩徐式血液濾過、J039血漿交換療法、J042腹膜灌流を行っている患者について加算（1日につき）

 算定要件チェックポイント

- 本基本料を算定する病床における、透析患者の診療を評価
- 自院で人工腎臓、持続緩徐式血液濾過、血漿交換療法または腹膜灌流を行っている場合に算定
- ▶これらの項目については、継続的に適切に行われていれば、毎日行われている必要はない

透析領域【医学管理等】

B001 特定疾患治療管理料
 15 慢性維持透析患者外来医学管理料
 腎代替療法実績加算※ **2,211点**
100点

* 入院中以外の安定した状態にある慢性維持透析患者に対し、検査の結果に基づき計画的な医学管理を行った場合、月1回に限り算定
 * 「※」の項目について、施設基準があり届出の必要あり

算定要件チェックポイント

- 第3部検査、第4部画像診断のうち、以下項目は算定できない
- ▶ 以下検査に係る第3部検査の部の「通則」、「款」、「注」に規定される加算は別に算定できない
- ▶ 以下画像診断に係る、第4部画像診断の部「通則」、「節」、「注」等に規定される加算は算定できる

所定点数に含む 算定できない

▷尿中一般物質定性半定量検査	▷血液化学検査
▷尿沈渣（鏡検法）	総ビリルビン,総蛋白,アルブミン（BCP改良法・BCG法）,尿素窒素,クレアチニン,尿酸,グルコース,乳酸デヒドロゲナーゼ（LD）,アルカリホスファターゼ（ALP）,コリンエステラーゼ（ChE）,アミラーゼ,γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT）,ロイシニアミノペプチダーゼ（LAP）クレアチンキナーゼ（CK）,中性脂肪,ナトリウムおよびクロール,カリウム,カルシウム,鉄（Fe）,マグネシウム,無機リンおよびリン酸,総コレステロール,アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST）,アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT）,グリコアルブミン,1,5-アンヒドロ-D-グルシトール（1,5AG）,1,25-ジヒドロキシビタミンD ₃ ,HDL-コレステロール,LDL-コレステロール,不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法）,総鉄結合能（TIBC）（比色法）,蛋白分画,血液ガス分析,アルミニウム（Al）,フェリチン半定量,フェリチン定量,シスタチンC,ペントシジン
▷糞便検査 糞便中ヘモグロビン定性	▷肝炎ウイルス関連検査 HBs抗原、HBs抗体、HCV抗体定性・定量
▷血液形態・機能検査 赤血球沈降速度（ESR）,網赤血球数,末梢血液一般検査,末梢血液像（自動機械法）,末梢血液像（鏡検法）,ヘモグロビンA1c（HbA1c）	▷心電図検査
▷出血・凝固検査 出血時間	▷写真診断 単純撮影（胸部）
▷内分泌学的検査 トリヨードサイロニン（T ₃ ）,サイロキシシン（T ₄ ）,甲状腺刺激ホルモン（TSH）,副甲状腺ホルモン（PTH）,遊離トリヨードサイロニン（FT ₃ ）,C-ペプチド（CPR）,遊離サイロキシシン（FT ₄ ）,カルシトニン,心房性Na利尿ペプチド（ANP）,脳性Na利尿ペプチド（BNP）	▷撮影 単純撮影（胸部）
▷感染症免疫学的検査 梅毒血清反応（STS）定性,梅毒血清反応（STS）半定量,梅毒血清反応（STS）定量	
▷血漿蛋白免疫学的検査 C反応性蛋白（CRP）,血清補体価（CH ₅₀ ）,免疫グロブリン,C ₃ ,C ₄ ,トランスフェリン（Tf）,β ₂ -ミクログロブリン	
D026検体検査判断料 尿・糞便等検査判断料,血液学的検査判断料,生化学的検査（Ⅰ）判断料、生化学的検査（Ⅱ）判断料,免疫学的検査判断料	

算定要件チェックポイント

[安定した状態にある慢性維持透析患者とは?]

- 透析導入後3ヶ月以上が経過し、定期的に透析を必要とする入院中以外の患者
- ▶ 以下入院料等を算定する入院中の患者の、他医療機関への受診時透析を除く
結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（結核病棟および精神病棟に限る）、有床診療所入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、児童・思春期入院医療管理料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、有床診療所療養病床入院基本料および地域移行機能強化病棟入院料
- ▶ 診療録に特定の検査結果および計画的な治療管理の要点を添付または記載する
- ▶ 「特定の検査」とは左記表内一覧に掲げるものをいい、実施される種類および回数にかかわらず、所定点数のみを算定する

[算定注意]

- 本管理料包括外の検体検査を算定する場合、その必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載する
- ▶ 本管理料算定月に、包括外のE001「1」単純撮影（胸部を除く）およびE002「1」単純撮影（胸部を除く）を算定した場合、診療報酬明細書の摘要欄に撮影部位を記載する
- 透析導入後3か月目が月の途中である場合、当該月の翌月より本管理料を算定する
- 同一月に2以上の保険医療機関で透析を定期的に行っている場合、主たる保険医療機関において本管理料を請求し、配分は相互の合議に委ねる
- 同一保険医療機関において同一月に入院と入院外が混在する場合、または人工腎臓と自己腹膜灌流療法を併施している場合、本管理料は算定できない
- C102-2在宅血液透析指導管理料は本管理料と別に算定できる
- 要件に該当するものとして以下をそれぞれ算定した場合、該当するものを診療報酬明細書鶴の摘要欄に記載する

ア	▷出血性合併症を伴った患者が手術のため入院した後退院した場合、退院月の翌月における末梢血液一般検査を月2回以上実施する場合	▷2回目以後の検査について別に算定
イ	▷副甲状腺機能亢進症に対するパルス療法施行時のカルシウム、無機リンの検査を月2回以上実施する場合 ▷副甲状腺機能亢進症に対するパルス療法施行時のPTH検査を月2回以上実施する場合	▷2回目以後の検査について月2回に限り、別に算定 ▷2回目以後の検査について月1回に限り、別に算定
ウ	▷副甲状腺機能亢進症により副甲状腺切除を行った患者に対するカルシウム、無機リンの検査を退院月の翌月から5か月間は、月2回以上実施する場合 ▷また、副甲状腺機能亢進症により副甲状腺切除を行った患者に対するPTH検査を月2回以上実施する場合	▷2回目以後の検査について別に算定 ▷2回目以後の検査について月1回に限り、別に算定
エ	▷シナカルセト塩酸塩、エテルカルセチド、エボカルセトまたはウパシカルセトナトリウムの初回投与から3か月以内の患者に対するカルシウム、無機リンの検査を月2回以上実施する場合 ▷当該薬剤の初回投与から3か月以内の患者に対するPTH検査を月2回以上実施する場合	▷2回目以後の検査について月2回に限り、別に算定 ▷2回目以後の検査について月1回に限り、別に算定
オ	▷透析導入後5年以上経過した透析アミロイド症に対して、ダイアラライザーの選択に当たりβ ₂ -ミクログロブリン除去効果の確認が必要な場合、その選択をした日の属する月を含めた3か月間に、β ₂ -ミクログロブリン検査を月2回以上実施する場合	▷2回目以後の検査について月1回に限り、別に算定
カ	▷高アルミニウム血症とヘモクロマトーシスを併発した透析患者に対して、デフェロキサミンメシル酸塩を投与している期間中におけるアルミニウム（Al）の検査	▷別に算定

施設基準 P167参照

	施設基準	届出要	特定地域
B001 特定疾患治療管理料			
27 糖尿病透析予防指導管理料			350点
糖尿病透析予防指導管理料（特定地域）			175点
高度腎機能障害患者指導加算※1			100点
糖尿病透析予防指導管理料（ 情報通信機器を用いた診療の場合 ）※2			305点
糖尿病透析予防指導管理料（特定地域で情報通信機器を用いた診療の場合） ※1※2			152点

*「※1」の項目について、それぞれ施設基準があり届出の必要あり

*「※2」の項目について、施設基準があり「[情報通信機器を用いた診療](#)」としての届出を行って
いればよく、糖尿病透析予防指導管理料（[情報通信機器を用いた診療の場合](#)）としての届出は不要

*別に厚生労働大臣が定める者※3であり、医師が透析予防に関する指導の必要性を認めた通院中の患者
（在宅療養患者を除く）に対し、医師、看護師または保健師、管理栄養士等が共同して指導を行った
場合に算定（月1回に限り）

※3 透析導入を予防するために重点的な指導管理を必要とする患者

- ヘモグロビンA1cがJDS値で6.1%以上（NGSP値で6.5%以上） または
- 内服薬やインスリン製剤使用者であり、糖尿病性腎症第2期以上の患者（透析療法実施者除く）

☑ 算定要件チェックポイント

- 本管理料は専任医師、専任看護師（または保健師）、管理栄養士が透析予防診療チームとして、対象患者に対し日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限、タンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導を必要に応じて個別に実施した場合に算定する
 - 透析予防診療チームは糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて指導計画を作成し、糖尿病性腎症のリスク要因に関する評価結果、指導計画、実施した指導内容を診療録、療養指導記録、栄養指導記録に記載する
 - 本管理料を算定する場合、1年間の算定患者数、状態の変化等について報告を行う
 - 特定地域に関する点数は、別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院および一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く）において、算定可能
 - 本管理料算定患者について、保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力依頼がある場合、患者の同意を得て必要な協力を行う
- [糖尿病透析予防指導管理料（[情報通信機器を用いた場合](#)）算定時]
- [オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定](#)
 - 本点数を算定する場合、以下の要件を満たすこと
 - ア 透析予防診療チームが、[情報通信機器を用いた診療](#)による計画的な療養上の医学管理を行う月において、対象患者に対し、ビデオ通話が可能な情報通信機器を活用して、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、本管理料に定める指導等を必要に応じて個別に実施する
なお、[情報通信機器を用いた診療](#)による計画的な療養上の医学管理を行う月にあつては、医師または医師の指示を受けた看護師もしくは管理栄養士による指導等について、各職種が当該月の別日に指導等を実施した場合においても算定できる
 - イ 当該指導等の実施に当たっては、透析予防診療チームは事前に対面による指導と[情報通信機器を用いた診療](#)による指導を組み合わせた指導計画を作成し、計画に基づいて指導を実施する
 - ウ 透析予防診療チームは、[情報通信機器を用いた診療](#)により実施した指導内容、指導実施時間等を診療録、療養指導記録、栄養指導記録に記載する

☑ 算定要件チェックポイント

[高度腎機能障害患者指導加算]

- eGFR（mL/分/1.73m²）が45未満の患者に対し、専任医師が患者に以下指導を行った場合に算定する
 - ▶患者が腎機能を維持するために必要と考えられる運動（種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等）
 - ▶すでに運動を開始している患者の場合、状況確認の上、必要に応じて更なる指導
 - ▶指導については日本腎臓リハビリテーション学会から「保存期CKD患者に対する腎臓リハビリテーションの手引き」が示されている

[算定注意]

- B001の9外来栄養食事指導料、B001の11集団栄養食事指導料は所定点数に含まれ、B000特定疾患療養管理料算定患者には算定できない
- 同一月または同一日であっても、他の医学管理等（上記項目を除く）と在宅療養指導管理料は併算定できる

施設基準 P167参照 ▶

B001 特定疾患治療管理料
31 腎代替療法指導管理料

施設基準

届出要

500点

腎代替療法指導管理料（情報通信機器を用いた場合）※1

435点

* 「※1」の項目について、施設基準があり「情報通信機器を用いた診療」としての届出を行って
いればよく、腎代替療法指導管理料（情報通信機器を用いた診療の場合）としての届出は不要

* 別に厚生労働大臣が定める患者※2であり、入院中以外の患者に対し、患者の同意を得て、看護師と
共同し診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合に算定（患者1人につき
2回限度）

☑ 算定要件チェックポイント

- 腎臓内科の経験を有する常勤医師および腎臓病患者の看護に従事した経験を有する専任看護師が、
患者への腎代替療法の情報提供が必要と判断した場合、腎代替療法について指導を行い、患者が十分
に理解・納得した上で治療方針を選択できるよう説明・相談を行った場合に算定
 - ▶ 2回目の本管理料算定時には、医療上の必要性について診療報酬明細書の摘要欄に記載する
 - 指導内容等の要点を診療録へ記載する
 - ▶ 説明に用いた文書写しを診療録へ添付することで、診療録への記載に代えることができる
 - 説明に当たっては、関連学会作成の腎代替療法選択に係る資料またはそれらを参考に作成した資料に
基づき説明を行う
 - 1回の指導時間は30分以上でなければならない
 - [対象患者]
 - 本管理料を算定する場合、以下いずれかの要件を満たすこと
 - ア 慢性腎臓病の患者であって、3月前までの直近2回のeGFR（mL/分/1.73m²）がいずれも30未満
の場合
 - ▶ 本管理料算定時、直近の血液検査（eGFR）の検査値について、以下（イ）～（ハ）のうち、
いずれかに該当するものを診療報酬明細書摘要欄に記載する
 - （イ） 25mL/min/1.73m²以上 30mL/min/1.73m²未満
 - （ロ） 15mL/min/1.73m²以上 25mL/min/1.73m²未満
 - （ハ） 15mL/min/1.73m²未満
 - イ 急速進行性糸球体腎炎等による腎障害により、急速な腎機能低下を呈し、不可逆的に慢性腎臓病
に至ると判断される場合
 - ▶ 本管理料算定時、当該指導管理の実施について適切な時期と判断した理由を診療報酬明細書
摘要欄に記載する
- [腎代替療法指導管理料（情報通信機器を用いた場合）算定時]
- オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定

施設基準 P168参照



透析領域【検査】

D207 体液量等測定

- 2 血流量測定、皮膚灌流圧測定、皮弁血流検査、
循環血流量測定（色素希釈法によるもの）、電子授受式
発消色性インジケータ使用皮膚表面温度測定

100点



算定要件チェックポイント

- 本検査の所定点数には、注射、採血を伴うものについては第6部第1節第1款注射実施料とD400血液採取が含まれる
- 皮弁血流検査は、1有茎弁につき2回までを限度として算定し、使用薬剤および注入手技料は算定できない
- 血流量測定は電磁式を含む
- 電子授受式発消色性インジケータ使用皮膚表面温度測定は、皮弁形成術および四肢の血行再建術後に、術後の血行状態を調べるために行った場合に算定する（術後1回を限度）
- ▶使用した電子授受式発消色性インジケータ費用は算定できない
- 皮膚灌流圧測定は、2箇所以上の測定を行う場合、一連につき2回を限度として算定する

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名	一般的名称
ポケットLDF	レーザ血流計



ポケットLDF®

透析領域【血液透析】

	施設基準	届出要
1038 人工腎臓（1日につき）		
1 慢性維持透析を行った場合1		
イ 4時間未満		1,885点
□ 4時間以上5時間未満		2,045点
ハ 5時間以上		2,180点
2 慢性維持透析を行った場合2		
イ 4時間未満		1,845点
□ 4時間以上5時間未満		2,005点
ハ 5時間以上		2,135点
3 慢性維持透析を行った場合3		
イ 4時間未満		1,805点
□ 4時間以上5時間未満		1,960点
ハ 5時間以上		2,090点
4 その他の場合		1,580点
時間外・休日加算		380点
イ 導入期加算1※		200点
□ 導入期加算2※		400点
ハ 導入期加算3※		800点
障害者等加算		140点
透析液水質確保加算※		10点
下肢末梢動脈疾患指導管理加算※		100点
長時間加算		150点
慢性維持透析濾過加算（1～3が対象）※		50点
透析時運動指導等加算		75点

*「※」の項目について、それぞれ施設基準があり届出の必要あり

算定要件チェックポイント

【人工腎臓】

- 血液透析、血液濾過、血液透析濾過が含まれる
- 人工腎臓を行う医療機関の規模や効率性等を踏まえた評価とする観点から、「1」または「2」についてはそれぞれ施設基準の届出を行った保険医療機関において算定
- 「3」については、「1」または「2」の施設基準届出を行っていない保険医療機関において算定
- ▶関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていることが望ましい
- 「1～3（慢性維持透析濾過加算算定時含む）」については、[HIF-HP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](#)
- ▶[同一患者に対し、同一診療日にHIF-HP阻害剤のみを院内において投薬する場合、F400処方箋料の\(9\)の規定（同一患者・同一診療日に一部の薬剤を院内において投薬し、他薬剤を院外処方箋により投薬することは原則認められない）にかかわらず、他の薬剤を院外処方により投薬して差し支えない](#)
- ▶[欠品等やむを得ない事情がある場合、保険医療機関から保険薬局に対して供給を依頼し、患者へ使用することは差し支えないが、薬剤費用は相互の合議に委ねる](#)
- 人工腎臓の時間は、シャント等から動脈血等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、血液を生体に返却し終えた時まで（人工腎臓実施前後の準備、整理等の時間は除かれる）
- 療養の一環として行われた食事以外の食事が提供された場合、患者から実費を徴収できる

算定要件チェックポイント

- 人工腎臓の時間等については、患者に対し十分な説明を行い患者の病態に応じて最も妥当なものとし、人工腎臓を行った時間（開始および終了した時間を含む）を診療録等に記載する
- ▶治療内容の変更が必要となった場合においても、患者に十分な説明を行う
- 人工腎臓を夜間に開始した場合とは、午後6時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前0時以降であっても1日として算定する
- ▶「4」の場合であって、夜間に人工腎臓を開始し12時間以上継続して行った場合、2日として算定
- 原則として関連学会から示されている基準に基づき、水質管理の適切な実施および透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師または専任の臨床工学技士が1名以上配置されている
- 「4」の場合とは、以下の場合に算定
- ▶算定する場合は該当するものを診療報酬明細書の摘要欄に記載する

項目	要件
ア	急性腎不全の患者
イ	透析導入期（導入後1月に限る）の患者
ウ	血液濾過または血液透析濾過（慢性維持透析濾過加算算定時を除く）を行った場合
エ	以下の合併症または状態を有する患者に対して、連日人工腎臓を実施する場合や半減期の短い特別な抗凝固剤を使用するなど、特別な管理を必要とする場合
	(イ) 重大な視力障害にいたる可能性が著しく高い、進行性眼底出血（発症後2週間に限る）
	(ロ) 重篤な急性出血性合併症（頭蓋内出血、消化管出血、外傷性出血等）（発症後2週間に限る）
4 その他	(ハ) ヘパリン起因性血小板減少症
	-ニ～ヌについては、入院中患者に限る-
	(ニ) 播種性血管内凝固症候群
	(ホ) 敗血症
	(ヘ) 急性膵炎
	(ト) 重篤な急性肝不全
	(チ) 悪性腫瘍（注射による化学療法中のものに限る）
	(リ) 自己免疫疾患の活動性が高い状態
	(ヌ) L002硬膜外麻酔、L004脊椎麻酔、L008マスクまたは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔による手術を実施した状態（手術前日～術後2週間に限る）

- 人工腎臓の所定点数に含まれるものの取扱いについては、以下を参照

項目	包括
1 慢性維持透析1	透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水（回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様目的での使用による電解質補液、ブドウ糖液等含む）、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペゴル製剤、HIF-PH阻害剤
2 慢性維持透析2	カニューレーション料、人工腎臓灌流原液の希釈水、必要時の脱イオン使用、人工腎臓の希釈水（逆浸透装置、活性炭フィルター、軟水装置使用の水処理費用含む）、人工腎臓回路を通して行う注射料
3 慢性維持透析3	
4 その他	

※1～3において、慢性維持透析濾過加算算定時を含む

算定要件チェックポイント

[算定注意]

- 妊娠中以外の患者に対し、人工腎臓とJ038-2持続緩徐式血液濾過を併せて1月に15回以上実施（本処置のみ実施時含む）した場合、15回目以降の本処置料またはJ038-2持続緩徐式血液濾過は算定できない
- ▶薬剤料（透析液、血液凝固阻止剤、エリスロポエチン製剤、ダルベポエチン製剤、エポエチンベータペグル製剤、HIF-PH阻害剤、生理食塩水含む）、特定保険医療材料料は算定できる
- C102在宅自己腹膜灌流指導管理料算定患者に行った場合、J042腹膜灌流「1」連続携帯式腹膜灌流の実施回数と併せて週1回を限度として算定できる（2回目以降は薬剤料、特定保険医療材料料のみ算定できる）

また、C102-2在宅血液透析指導管理料算定患者に行った場合、週1回を限度として算定できる（2回目以降は薬剤料、特定保険医療材料料のみ算定できる）

▶他の医療機関においてC102在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している場合、診療報酬明細書摘要欄に、C102を算定している保険医療機関名を記載した場合に限り、週1回を限度として算定できる

[血液濾過]

- 人工腎臓の必要な患者のうち、血液透析によって対処できない透析アミロイド症もしくは透析困難症の患者または緑内障、心包炎もしくは心不全を合併する患者について、血液透析を行った上で、その後血液濾過を実施した場合に限り「4」で算定できる

[血液透析濾過（慢性維持透析濾過加算算定時を除く）]

- 人工腎臓の必要な患者のうち、血液透析によって対処できない透析アミロイド症もしくは透析困難症の患者について実施した場合に限り「4」で算定できる

[加算]

-時間外・休日加算-

- 入院中以外の患者に対して、午後5時以降に開始、もしくは午後9時以降に終了、または休日に行った場合算定
- 本加算算定時、A000初診料およびA001再診料の夜間・早朝等加算は算定しない
- 休日加算の対象休日：初診料における休日加算の対象休日と同じ扱い
- ▶日曜日である休日は対象外（日曜日である12月29日～1月3日を除く）
- 休日の午後5時以降の開始または午後9時以降の終了時には1回のみ算定できる

-導入期加算-

- 腎代替療法について患者への説明実施状況ならびに腹膜透析および腎移植に係る実績に応じて、1日につき1月間に限り算定
- 継続して血液透析が必要であると判断された場合の血液透析開始日から1月間に限る

-障害者等加算-

- 著しく人工腎臓が困難な障害者等に対して行った場合、1日につき算定

-下肢末梢動脈疾患指導管理加算-

- 慢性維持透析を実施している全ての患者に対しリスク評価等を行った場合に算定
- 「血液透析患者における心血管合併症の評価と治療に関するガイドライン」等に基づき、下肢動脈の触診や下垂試験・拳上試験等を実施した上で、下肢末梢動脈の虚血性病変が疑われる場合、足関節上腕血圧比（ABI）検査または皮膚組織灌流圧（SPP）検査によるリスク評価を行っていること
- ▶ABI検査0.7以下またはSPP検査40mmHg以下の患者については、専門的な治療体制を有している保険医療機関へ紹介を行い、当該保険医療機関が専門的な保険医療機関である場合は専門科と連携を行っていること

算定要件チェックポイント

-長時間加算-

- 以下の状態の患者であって、通常の人工腎臓では管理困難な徴候を有するものについて、6時間以上の人工腎臓を行った場合に算定
 - ア 心不全徴候を認めるまたは血行動態の不安定な患者
 - イ 適切な除水、適切な降圧薬管理および適切な塩分摂取管理を行っても高血圧が持続する患者
 - ウ 高リン血症が持続する患者

-慢性維持透析濾過加算-

- 慢性維持透析濾過（複雑なもの）は、血液透析濾過のうち、透析液から分離作製した置換液を用いて血液透析濾過を行うことをいう

-透析時運動指導等加算-

- 透析患者の運動指導に係る研修受講医師、理学療法士、作業療法士または医師に具体的指示を受けた研修を受講した看護師が、1回の血液透析中に連続して20分以上患者の病状および療養環境等を踏まえ必要な指導等を実施した場合に算定
- ▶実施した指導等の内容を、実施した医師または指導等を実施した理学療法士等から報告を受けた医師が診療録に記録すること
- ▶以下、患者数の上限

	入院中の患者	入院中以外の患者
医師・理学療法士・作業療法士 ※1人あたり	1回15人程度	1回20人程度
看護師 ※1人あたり	1回5人程度	1回8人程度

- 本加算指導等に当たっては、日本腎臓リハビリテーション学会「腎臓リハビリテーションガイドライン」等の関係学会によるガイドラインを参照すること
- 指導を行う室内に心電図モニター、経皮的動脈血酸素飽和度を測定できる機器および血圧計を指導に当たって必要な台数有していること
- ▶同室内に救命に必要な器具およびエルゴメータを有していることが望ましい
- 本加算算定日は、疾患別リハビリテーション料は別に算定できない

施設基準 P169参照 ▶

医薬品	販売名	薬価
	ヘパフィールド透析用150単位/mLシリンジ20mL	155円
	ヘパフィールド透析用200単位/mLシリンジ20mL	170円
	ヘパフィールド透析用250単位/mLシリンジ20mL	170円



ヘパフィールド透析用150単位/mLシリンジ20mL
ヘパフィールド透析用200単位/mLシリンジ20mL
ヘパフィールド透析用250単位/mLシリンジ20mL

透析領域【血液浄化】

J038-2 持続緩徐式血液濾過（1日につき）	1,990点
時間外・休日加算	300点
障害者等加算	120点

* 時間外・休日加算：入院中以外の患者に対して、午後5時以降に開始、もしくは午後9時以降に終了、または休日に行った場合算定

▶ 本加算算定時、A000初診料およびA001再診料の夜間・早朝等加算は算定しない

* 障害者等加算：著しく持続緩徐式血液濾過が困難な障害者等に対して行った場合、1日につき算定

 算定要件チェックポイント

- 本処置は以下いずれかの状態の患者に算定できる
- ▶ キ・クの場合：一連につき概ね8回を限度として算定
ケの場合：一連につき月10回を限度として3月間に限って算定
- ▶ ア～カの場合：診療報酬明細書摘要欄に該当項目を記載
キ～ケの場合：診療報酬明細書摘要欄に要件を満たす医学的根拠について記載
 - ア 末期腎不全の患者
 - イ 急性腎障害と診断された高度代謝性アシドーシスの患者
 - ウ 薬物中毒の患者
 - エ 急性腎障害と診断された尿毒症の患者
 - オ 急性腎障害と診断された電解質異常の患者
 - カ 急性腎障害と診断された体液過剰状態の患者
 - キ 急性膵炎診療ガイドライン2015において、本処置の実施が推奨される重症急性膵炎の患者
 - ク 重症敗血症の患者
 - ケ 劇症肝炎または術後肝不全（劇症肝炎または術後肝不全と同程度の重症度を呈する急性肝不全を含む）の患者

[算定注意]

- 使用した特定保険医療材料は、持続緩徐式血液濾過器として算定する
- 人工腎臓、腹膜灌流、持続緩徐式血液濾過を同一日に実施した場合、主たるものの所定点数のみ算定する
- 妊娠中以外の患者に対し、本処置とJ038人工腎臓を併せて1月に15回以上実施（本処置のみ実施時含む）した場合、15回目以降の本処置料またはJ038人工腎臓は算定できない
- ▶ 薬剤料、特定保険医療材料料は算定できる
- 本処置を夜間に開始した場合は、午後6時以降に開始した場合をいい、終了した時間が午前0時以降であっても1日として算定する
- ▶ 夜間に本処置を開始し12時間以上継続して行った場合、2日として算定

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名	一般的名称
血液浄化装置 AcuFil Auto JC-01	多用途血液処理用装置



血液浄化装置 AcuFil
Auto JC-01

特定保険医療材料

医科
O40 人工腎臓用特定保険医療材料（回路を含む。）

	機能区分		販売名	償還価格
(4)持続緩徐式血液濾過器	① 標準型	ア 一般用 イ 超低体重患者用	フロースター	27,000円



フロースター®

透析領域【腹膜透析】

J042	腹膜灌流（1日につき）				
1	連続携行式腹膜灌流				330点
	導入期加算				500点
	乳幼児加算（6歳未満）	導入期	14日まで		1,100点
			15～30日まで		550点
2	その他の腹膜灌流				1,100点

 算定要件チェックポイント

[導入期とは?]

● 継続して連続携行式腹膜灌流を実施する必要があると判断され、本処置開始日より14日間をいう

▶ 再開の場合は算定できない

[算定注意]

● C102在宅自己腹膜灌流指導管理料算定患者に対し、「1 連続携行式腹膜灌流」を行った場合、J038人工腎臓と併せて、週1回を限度として算定できる

▶ 2回目以降の処置料は算定できないが、薬剤料と特定保険医療材料料は算定できる

● 人工腎臓、腹膜灌流、持続緩徐式血液濾過を同一日に実施した場合、主たるものの所定点数のみ算定する

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

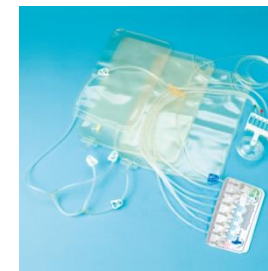
販売名	一般的名称
APD装置 PD-MINISOLA	自動腹膜灌流用装置



APD装置
PD-MINISOLA®

特定保険医療材料

医科	腹膜透析用接続チューブ	販売名	償還価格	
051		JMS CAPD接続チューブ	12,900円	
医科	腹膜透析用カテーテル	機能区分	販売名	償還価格
052		(2)緊急留置型	JMS腹膜灌流カテーテル	825円
医科	腹膜透析液交換セット	機能区分	販売名	償還価格
053		(1)交換キット	APD回路 PD-Mini	554円
		(2)回路	① Yセット CAPDバッグフリー交換セット JMS CAPDコネクティングシステム	884円
			② APDセット APD回路 PD-Mini	5,470円
			③ IPDセット JMS腹膜灌流セット	1,040円



APD回路 PD-Mini

CAPDバッグフリー
交換セット

透析領域【腹膜灌流】

医薬品			
販売名/規格	薬価	販売名/規格	薬価
ペリセート360N腹膜透析液/1L1袋	575円	ペリセート400N腹膜透析液/1L1袋	408円
ペリセート360N腹膜透析液/1L1袋(排液用バッグ付)	1,311円	ペリセート400N腹膜透析液/1L1袋(排液用バッグ付)	1,363円
ペリセート360N腹膜透析液/1.5L1袋	832円	ペリセート400N腹膜透析液/1.5L1袋	593円
ペリセート360N腹膜透析液/1.5L1袋(排液用バッグ付)	1,638円	ペリセート400N腹膜透析液/1.5L1袋(排液用バッグ付)	1,494円
ペリセート360N腹膜透析液/2L1袋	918円	ペリセート400N腹膜透析液/2L1袋	946円
ペリセート360N腹膜透析液/2L1袋(排液用バッグ付)	1,815円	ペリセート400N腹膜透析液/2L1袋(排液用バッグ付)	1,597円
ペリセート360N腹膜透析液/2.5L1袋(排液用バッグ付)	1,833円	ペリセート400N腹膜透析液/2.5L1袋(排液用バッグ付)	1,567円
ペリセート360N腹膜透析液/3L1袋	1,333円	ペリセート400N腹膜透析液/3L1袋	1,359円



ペリセート®360N
腹膜透析液1.5L1袋



ペリセート®360N
腹膜透析液1.5L1袋
(排液用バッグ付)

医薬品

販売名/規格	薬価	販売名/規格	薬価
ペリセート360NL腹膜透析液/1L1袋	585円	ペリセート400NL腹膜透析液/1L1袋	484円
ペリセート360NL腹膜透析液/1L1袋(排液用バッグ付)	1,449円	ペリセート400NL腹膜透析液/1L1袋(排液用バッグ付)	1,152円
ペリセート360NL腹膜透析液/1.5L1袋	902円	ペリセート400NL腹膜透析液/1.5L1袋	888円
ペリセート360NL腹膜透析液/1.5L1袋(排液用バッグ付)	1,597円	ペリセート400NL腹膜透析液/1.5L1袋(排液用バッグ付)	1,628円
ペリセート360NL腹膜透析液/2L1袋	898円	ペリセート400NL腹膜透析液/2L1袋	890円
ペリセート360NL腹膜透析液/2L1袋(排液用バッグ付)	1,612円	ペリセート400NL腹膜透析液/2L1袋(排液用バッグ付)	1,783円
ペリセート360NL腹膜透析液/2.5L1袋(排液用バッグ付)	1,853円	ペリセート400NL腹膜透析液/2.5L1袋(排液用バッグ付)	1,783円
ペリセート360NL腹膜透析液/3L1袋	1,474円	ペリセート400NL腹膜透析液/3L1袋	1,501円



ペリセート®360NL
腹膜透析液1.5L1袋



ペリセート®360NL
腹膜透析液1.5L1袋
(排液用バッグ付)

K601	人工心肺
K601-2	体外式膜型人工肺
K602	経皮的心肺補助法
K916	体外式膜型人工肺管理料



K601	人工心肺（1日につき）	
	1 初日	30,150点
	2 2日目以降	3,000点
	初日に補助循環、選択的冠灌流または逆行性冠灌流を併実施	4,800点
	初日に選択的脳灌流を併実施	7,000点

☑ 算定要件チェックポイント

- 人工心肺をはずすことができず、翌日以降も引き続き補助循環を行った場合、1日につき「2」にて算定
[補助循環加算]
- 人工心肺を用いた心大血管手術後の低心拍出量症候群に対して、人工心肺を用いて循環補助した場合に限り算定
[選択的冠灌流加算]
- 大動脈基部を切開し、左右冠動脈口に個別にカニューレを挿入し、心筋保護を行った場合に算定
[逆行性冠灌流加算]
- 冠静脈洞にバルーンカテーテルを挿入し、心筋保護を行った場合に算定
[算定注意]
- カニューレーション料は所定点数に含まれる
- 人工心肺実施のため血管を露出し、カニューレ、カテーテル等を挿入した場合の手技料は所定点数に含まれ算定できない

K601-2	体外式膜型人工肺（1日につき）	
	1 初日	30,150点
	2 2日目以降	3,000点

☑ 算定要件チェックポイント

- 急性呼吸不全または慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない患者に対して使用した場合に算定
[算定注意]
- カニューレーション料は所定点数に含まれる
- 人工心肺実施のため血管を露出し、カニューレ、カテーテル等を挿入した場合の手技料は所定点数に含まれ別に算定できない

K602	経皮的心肺補助法（1日につき）	
	1 初日	11,100点
	2 2日目以降	3,120点

K916 体外式膜型人工肺管理料（1日につき）

施基手術4

届出要

- | | |
|---------------|--------|
| 1 7日目まで | 4,500点 |
| 2 8日目以降14日目まで | 4,000点 |
| 3 15日目以降 | 3,000点 |
| 導入期加算 | 5,000点 |

* 治療開始時の初回に限り、導入期加算を算定

算定要件チェックポイント

- 急性呼吸不全または慢性呼吸不全の急性増悪であって、人工呼吸器で対応できない患者に対して体外式膜型人工肺を用いて呼吸管理を行った場合に算定
[算定注意]
- 本管理料は、K601-2体外式膜型人工肺を算定する場合に限り算定
- 本管理料について、以下通則の加算は適用できない
 - ・手術通則 8：乳幼児加算、幼児加算
 - ・手術通則10：HIV抗体陽性患者への観血的手術実施時の加算
 - ・手術通則11：メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症患者、B型肝炎感染症患者、C型肝炎感染症患者・結核患者へのL008マスクまたは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔、L002硬膜外麻酔、L004脊椎麻酔を伴う手術実施時の加算
 - ・手術通則12：休日加算・時間外加算・深夜加算

特定保険医療材料

医科 124 ディスポーザブル人工肺（膜型肺）

機能区分	販売名	償還価格
(1) 体外循環型 (リザーバー機能あり)	① 一般用 オキシアACF オキシアAC-N オキシア人工心肺回路	103,000円
	② 低体重者・小児用 オキシアIC-N	122,000円
(2) 体外循環型 (リザーバー機能なし)	① 一般用 オキシアACF オキシアAC-N オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	76,200円
	② 低体重者・小児用 オキシアIC-N オキシア人工心肺回路	121,000円
(3) 補助循環・補助呼吸型	① 一般用 オキシア人工心肺回路	141,000円



オキシア® ACF



オキシア® AC-N



オキシア® IC-N

特定保険医療材料

医科 125 遠心式体外循環用血液ポンプ

機能区分	販売名	償還価格
(2) シールレス型	ミクスフローMP ミクスフローN オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	56,500円

医科 126 体外循環用カニューレ

機能区分	販売名	償還価格
(1) 成人用	② 心筋保護用カニューレ (ア) ルート JMSダブルルーメンCPカニューラ	3,950円
(2) 小児用	① 送脱血カニューレ (ア) シングル標準 JMS大動脈カニューラ	4,770円

医科 127 人工心肺回路

機能区分	販売名	償還価格	
(1) メイン回路	① 抗血栓性あり	(ア) 成人用 オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	117,000円
		(イ) 小児用 オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	134,000円
	② 抗血栓性なし	(ア) 成人用 オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	106,000円
		(イ) 小児用 オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	124,000円



ミクスフローMP



ミクスフローN



オキシア®人工心肺回路N
オキシア®人工心肺回路



JMS大動脈カニューラ



JMSダブルルーメンCPカニューラ

特定保険医療材料

医科 127		人工心肺回路	
機能区分		販売名	償還価格
(2)補助循環回路	① 抗血栓性あり	(ア)成人用 オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	69,600円
		(イ)小児用 オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	70,900円
	② 抗血栓性なし	(ア)成人用 オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	40,400円
		(イ)小児用 オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	40,400円
(3)心筋保護回路	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路		14,600円
(4)血液濃縮回路	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路 アクアストリーム コレクタフロー ヘモクリスタル		24,900円
(5)分離体外循環回路	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路		41,100円
(6)個別機能品	① 貯血槽	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路 JMS心内血貯血槽 オキシアリザーバN	9,030円
	② カーディオトミーリザーバー	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路 JMS心内血貯血槽 オキシアリザーバN	27,400円
	③ ハードシェル静脈リザーバー	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路 オキシアリザーバN	27,000円
	④ 心筋保護用貯液槽	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路 JMS心内血貯血槽	8,950円
	⑤ ラインフィルター	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路 フィルティア オキシACF	13,000円



オキシア®人工心肺回路N
オキシア®人工心肺回路



アクアストリーム®



フィルティア®



オキシア®ACF

特定保険医療材料

機能区分		販売名	償還価格
(6)個別機能品	⑥ 回路洗浄用フィルター	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路 JMS薬液フィルタ	4,100円
	⑦ 血液学的パラメーター測定用セル (ア)標準型	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	7,110円
	⑧ 熱交換器	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路 JMS熱交換器N JMS熱交換器	11,900円
	⑨ 安全弁	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	4,560円



オキシア®人工心肺回路N
オキシア®人工心肺回路



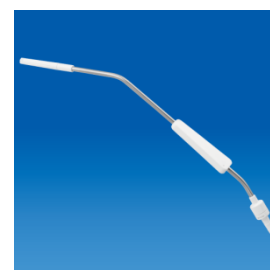
JMS薬液フィルタ



JMS熱交換器

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名	一般的名称	販売名	一般的名称
JMSサッカー	単回使用汎用吸引チップ	陰圧コントローラ VC-1	人工心肺用陰圧コントローラ
JMS血液ポンプシステム	体外循環装置用遠心ポンプ駆動装置	冷温水槽 HC-1	コントロールユニット 人工心肺用圧力計
人工心肺用圧力計 PS-1	人工心肺用温度	JMSバイパスチューブN	心臓血管縫合補助具



JMSサッカー



JMS血液ポンプシステム



冷温水槽 HC-1



陰圧コントローラ VC-1



人工心肺用圧力計 PS-1

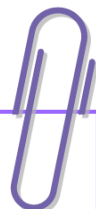


JMSバイパスチューブN

Angiography

血管造影領域

D206	心臓カテーテル法による諸検査
E003	造影剤注入手技
K615	血管塞栓術
K546	経皮的冠動脈形成術
K556-2	経皮的大動脈弁拡張術
K570-2	経皮的肺動脈弁拡張術
K555-2	経カテーテル大動脈弁置換術
K567-2	経皮的大動脈形成術
K616-4	経皮的シャント拡張術・血栓除去術



D206	心臓カテーテル法による諸検査（一連の検査）	
	1 右心カテーテル	3,600点
	2 左心カテーテル	4,000点
	新生児加算 右心カテーテル	10,800点
	新生児加算 左心カテーテル	12,000点
	乳幼児加算（新生児除く3歳未満） 右心カテーテル	3,600点
	乳幼児加算（新生児除く3歳未満） 左心カテーテル	4,000点

[各種検査加算]

卵円孔・欠損孔加算	800点
ブロッケンブロー加算	2,000点
伝導機能検査加算	400点
ヒス束心電図加算	400点
診断ペーシング加算	400点
期外刺激法加算	800点
冠攣縮誘発薬物負荷試験加算	800点
冠動脈造影加算	1,400点
血管内超音波検査加算	400点
血管内光断層撮影加算	400点
冠動脈血流予備能測定検査加算	600点
冠動脈血流予備能測定検査加算（循環動態解析装置）	7,200点
血管内視鏡検査加算※	400点
心腔内超音波検査加算	400点

* 「※」の項目について、施設基準があり届出の必要あり

☑ 算定要件チェックポイント

- 本検査により大動脈造影、肺動脈造影、肺動脈閉塞試験を行った場合でも、本検査項目として算定し、血管造影等のエックス線診断の費用は別に算定できない
 - 本検査による諸検査のようなカテーテルを用いた検査実施後の縫合に関する費用は所定点数に含まれる
 - 左心カテーテルについては、傷病名より必要性を判断する
- [算定注意]
- 同一月中に血管内超音波検査、血管内光断層撮影、冠動脈血流予備能測定検査、血管内視鏡検査のうち、2以上の検査を行った場合、主たる検査の点数を算定
 - カテーテルの種類、挿入回数によらず一連として算定し、諸監視、血液ガス分析、心拍出量測定、脈圧測定、肺血流量測定、透視、造影剤注入手技、造影剤使用撮影、エックス線診断の費用は所定点数に含まれる
 - 右心カテーテルおよび左心カテーテルを同時に行った場合であっても、新生児または乳幼児加算および各種検査加算（血管内視鏡検査および心腔内超音波検査は除く）は、1回限りとする
 - 血管内超音波検査加算、血管内光断層撮影加算、冠動脈血流予備能測定検査加算、冠動脈血流予備能測定検査加算（循環動態解析装置）、血管内視鏡検査加算は主たる加算を患者1人につき月1回に限り算定
 - エックス線撮影に用いられたフィルムの費用はE400に掲げるフィルムの所定点数より算定
 - 心筋生検を行った場合、D417組織試験採取、切採法の所定点数を併算定する

☑ 算定要件チェックポイント

[冠動脈血流予備能測定検査加算（循環動態解析装置）]

- 関連学会の定める方針に沿って実施した場合に限り算定
- ▶ 本加算とE200-2血流予備量比コンピューター断層撮影は併算定できない
- 本加算の検査を実施した場合、「冠動脈血流予備能測定検査加算（600点）」に係る特定保険医療材料は算定できない

施設基準 P171参照 ▶

E003 造影剤注入手技

3 動脈造影カテーテル法

- | | |
|--|---|
| イ 主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影
血流予備能測定検査加算
頸動脈閉塞試験加算 | 3,600点
400点
1,000点 |
| ロ イ以外の場合
血流予備能測定検査加算 | 1,180点
400点 |

☑ 算定要件チェックポイント

[造影剤注入手技とは？]

- 造影剤使用撮影を行うために、造影剤を注入した場合に算定
- ▶ 同一日にG001静脈内注射またはG004点滴注射を算定した場合、造影剤注入手技「1」点滴注射の所定点数は重複して算定できない

[動脈造影カテーテル法とは？]

- 血管造影用カテーテルを使用した造影剤注入手技をいう
- [主要血管の分枝血管を選択的に造影撮影]
- 主要血管である、総頸動脈、椎骨動脈、鎖骨下動脈、気管支動脈、腎動脈、腹部動脈（腹腔動脈、上および下腸間膜動脈含む）、骨盤動脈、各四肢の動脈の分枝血管を選択的に造影撮影した場合、分枝血管の数にかかわらず、1回に限り算定
- 総頸動脈、椎骨動脈、鎖骨下動脈、気管支動脈、腎動脈の左右両側をあわせて造影した場合であっても、一連の主要血管として所定点数は1回に限り算定

K615 血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）

- | | |
|--------------|----------------|
| 1 止血術 | 23,110点 |
| 2 選択的動脈化学塞栓術 | 20,040点 |
| 3 その他のもの | 20,480点 |

☑ 算定要件チェックポイント

[1 止血術]

- 外傷等による動脈損傷が認められる患者に対し、血管塞栓術を行った場合に算定

[2 選択的動脈化学塞栓術]

- 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・分布を確認の上、肝細胞癌に対し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算定
- 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

[3 その他のもの（2以外の場合）]

- 脳動脈奇形摘出術前および肝切除術前の前処置として、血管塞栓術を行った場合に算定

☑ 算定要件チェックポイント

- 多血性腫瘍または動静脈奇形に対し、血管内塞栓材を使用して動脈塞栓術または動脈化学塞栓術を行った場合に算定

[算定注意]

- 手術に伴う画像診断および検査の費用は算定しない

特定保険医療材料

医科 009 血管造影用カテーテル

機能区分	販売名	償還価格
(1)一般用	血管造影用カテーテル	1,790円

医科 010 血管造影用マイクロカテーテル

機能区分	販売名	償還価格
(1)オーバーザワイヤー	① 選択的アプローチ型 (ア) ブレードあり	ナデシコ 36,900円
	② 造影能強化型	ナデシコ 30,300円

医科 012 血管造影用ガイドワイヤー

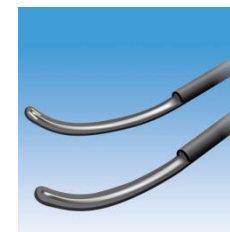
機能区分	販売名	償還価格
(1)交換用	ガイドワイヤー	2,180円
(2)微細血管用	ナデシコ ガイドワイヤー	13,100円

医科 197 ガイドワイヤー

販売名	償還価格
ガイドワイヤー（バスクロス）	1,880円



ナデシコ®



ガイドワイヤー
（バスクロス®）



血管造影用カテーテル
（バストラックⅡ）

K546 経皮的冠動脈形成術

施基手術4

届出不要

施基手術5

届出不要

2 不安定狭心症に対するもの

22,000点

算定要件チェックポイント

- D206心臓カテーテル法における75%以上の狭窄病変が存在する症例に対して当該手術を実施した場合算定
 - ▶医学的根拠に基づき、上記以外の症例に算定する場合、診療報酬明細書の摘要欄にその理由および医学的根拠を詳細に記載する
- 以下のいずれにも該当する不安定狭心症患者に対して実施した場合に算定し、診療報酬明細書の摘要欄にアからウまでのそれぞれについて、要件を満たす医学的根拠について記載すること
 - ア 日本循環器学会の承認を得た非ST上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける不安定狭心症の分類で重症度class I, class IIまたはclass IIIであること
 - ▶診療報酬明細書の摘要欄に重症度およびその医学的根拠を記載すること
 - イ 日本循環器学会の承認を得た非ST上昇型急性冠症候群ガイドラインにおける急性冠症候群の短期リスク評価が高リスクまたは中等度リスクであること
 - ▶診療報酬明細書の摘要欄に短期リスク評価およびその医学的根拠を記載すること
 - ウ 来院から24時間以内（院内発症の場合は症状発現後24時間以内）に当該手術を開始すること
 - ▶診療報酬明細書の摘要欄に来院時刻および手術開始時刻を記載すること
- 以下に該当する急性心筋梗塞患者に対して、上記「ウ」を満たして当該手術を実施した場合は、「2 不安定狭心症に対するもの」に準じて算定する
 - ア 心筋トロポニンT(TnT)または心筋トロポニンIが高値であることまたは心筋トロポニンT(TnT)もしくは心筋トロポニンIの測定ができない場合であってCK-MBが高値であること
 - ▶診療報酬明細書の摘要欄に測定項目およびその値について記載すること
 - イ 以下の（イ）から（ホ）までのいずれかに該当すること
 - ▶診療報酬明細書の摘要欄に該当項目およびその所見の得られた時刻を記載すること
 - (イ) 胸痛等の虚血症状
 - (ロ) 新規のST-T変化または新規の左脚ブロック
 - (ハ) 新規の異常Q波の出現
 - (二) 心臓超音波検査または左室造影で認められる新規の心筋の可動性の低下または壁運動異常
 - (ホ) 冠動脈造影で認められる冠動脈内の血栓
- 以下の表に該当する場合、経皮的冠動脈形成術用カテーテルに係る費用は、それぞれ以下の表に示す本数を算定する
 - ▶医学的根拠に基づきこれを上回る本数を算定する場合、診療報酬明細書の摘要欄にその理由および医学的根拠を詳細に記載すること

	病変箇所数	経皮的冠動脈形成術用カテーテル算定本数
完全閉塞病変の場合	1箇所	2本以下
	2箇所	3本以下
完全閉塞病変以外の場合	1箇所	1本以下
	2箇所	2本以下

[算定注意]

- 手術に伴う画像診断および検査の費用は算定しない

算定要件チェックポイント

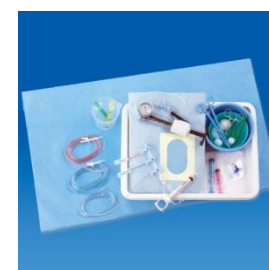
- 同一医療機関において、同一患者の同一標的病変に対してK546経皮的冠動脈形成術、K547経皮的冠動脈粥腫切除術、K548経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）またはK549経皮的冠動脈ステント留置術を行う場合の合計回数は、5年間に2回以下を標準とし、医学的根拠に基づきこれを超える回数の手術を実施する場合、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること
 - ア 過去の実施時期
 - イ 実施した手術およびそれぞれの実施時において使用した経皮的冠動脈形成術用カテーテル、アテレクトミーカテーテル、高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテル、エキシマレーザー血管形成用カテーテルおよび冠動脈用ステントセットの使用本数
 - ウ 今回、経皮的冠動脈形成術を実施する理由および医学的根拠
- 当該手術が、日本循環器学会、日本冠疾患学会、日本胸部外科学会、日本心血管インターベンション治療学会、日本心臓血管外科学会、日本心臓病学会、日本集中治療医学会、日本心臓リハビリテーション学会、日本不整脈心電学会の承認を受けた「急性冠症候群ガイドライン（2018年改訂版）」または「安定冠動脈疾患の血行再建ガイドライン（2018年改訂版）」に沿って行われた場合に限り算定

通則4 施設基準 P171参照

通則5 施設基準 P172参照

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名	一般的名称
JMSアンギオパック	単回使用クラスII処置キット



JMSアンギオパック

K556-2 経皮的動脈弁拡張術 37,430点

算定要件チェックポイント

[算定注意]
●手術に伴う画像診断および検査の費用は算定しない

K570-2 経皮的肺動脈弁拡張術 34,410点

算定要件チェックポイント

[算定注意]
●手術に伴う画像診断および検査の費用は算定しない

K555-2 経カテーテル弁置換術 39,060点

2 経皮的動脈弁置換術

施基手術4
届出要
施基手術5
届出不要

算定要件チェックポイント

●本置換術は、経カテーテル人工生体弁セットを用いて大動脈弁置換術を実施した場合に算定
[算定注意]
●手術に伴う画像診断および検査の費用は算定しない

通則4 施設基準 P171参照

通則5 施設基準 P172参照

特定保険医療材料

医科 130 心臓手術用カテーテル		償還価格
機能区分	販売名	
(5)弁拡張用 カテーテル	NuMED弁拡張カテーテル 弁拡張カテーテル Z-MED II 弁拡張カテーテル NuCLEUS-X	151,000円



NuMED弁拡張カテーテル
(ホブキントンPDCカテーテル)

K567-2 経皮的動脈形成術 37,430点

算定要件チェックポイント

[算定注意]
●手術に伴う画像診断および検査の費用は算定しない

K616-4 経皮的シャント拡張術・血栓除去術

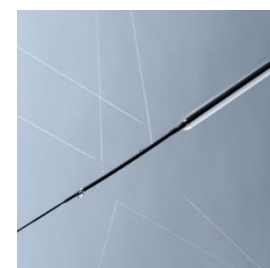
1 初回	12,000点
2 1の実施後3月以内に実施する場合	12,000点

算定要件チェックポイント

[経皮的シャント拡張術・血栓除去術]
●ブラッドアクセス用のシャントをPTAバルーンカテーテル等を用いて拡張した際に算定
●「1」については、3月に1回に限り算定
●「1」を算定してから3月以内に実施した場合、以下いずれかの要件を満たす画像所見等の医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載する
ア 透析シャント閉塞の場合
イ 超音波検査において、シャント血流量が400mL以下または血管抵抗指数 (RI) が0.6以上の場合 (アの場合を除く)
●「2」については、「1」の前回算定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する
▶他の保険医療機関での算定を含む
[算定注意]
●手術に伴う画像診断および検査の費用は算定しない
▶造影等に使用した薬剤は算定できる
●3か月に3回以上実施した場合、3回目以降の手術に伴う薬剤・特定保険医療材料料は算定できない
●内シャントの血栓を直視下で除去した場合は、K608-3内シャント血栓除去術を算定

特定保険医療材料

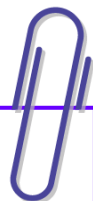
医科 133 血管内手術用カテーテル		償還価格
機能区分	販売名	
(3)PTAバルーンカテーテル	①一般型 (ア)標準型 PTAバルーンカテーテル	35,300円



PTAバルーンカテーテル
(マルチフラッシュ®)

Lower extremity varicose veins treatment 下肢静脈瘤治療領域

K617	下肢静脈瘤手術
K617-2	大伏在静脈抜去術
K617-4	下肢静脈瘤血管内焼灼術
J001-10	静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）
B001-7	リンパ浮腫指導管理料



K617	下肢静脈瘤手術	
1	抜去切除術	10,200点
2	硬化療法（一連として）	1,720点
3	高位結紮術	3,130点
4	静脈瘤切除術	1,820点

☑ 算定要件チェックポイント

- 大腿部から下腿部におよぶ広範囲の静脈瘤に対してストリッピングを行った場合、「1」を算定する
[「2」「一連」とは?]
- 所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいい、概ね2週間にわたり行われるもの

K617-2	大伏在静脈抜去術	10,200点
--------	----------	---------

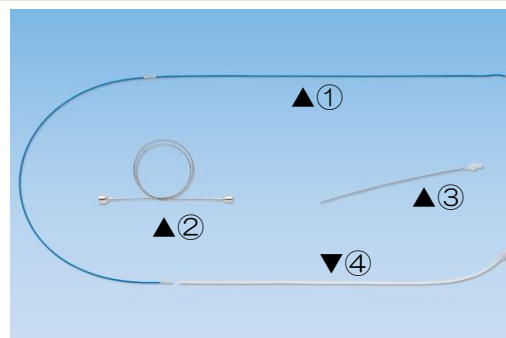
K617-4	下肢静脈瘤血管内焼灼術	10,200点
--------	-------------	---------

☑ 算定要件チェックポイント

- 本手術の実施にあたっては、関係学会が示しているガイドラインを踏まえて適切に行う
▶ガイドライン：現時点では日本静脈学会により作成された「下肢静脈瘤に対する血管内焼灼術のガイドライン2019」を指す
- [算定注意]
- 所定の研修を修了した医師が実施した場合に限り、一側につき1回に限り算定する
▶手術にともなう画像診断および検査の費用は所定点数に含まれる

各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名	一般的名称
JMSディスポーザブル静脈ストリッパー	単回使用血管手術用ストリッパ
JMS導薬チューブ	
サイドホールアーチカニューラ	単回使用注排用先丸針



- ① JMSディスポーザブル静脈ストリッパー
- ② JMSディスポーザブル静脈ストリッパー（SV用ベル型ヘッドワイヤ付）
- ③ サイドホールアーチカニューラ
- ④ JMS導薬チューブ

下肢
静脈
瘤

Lower extremity varicose veins treatment

J001-10 静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）
静脈圧迫処置初回加算

施設基準

届出要

200点
150点

* 初回の処置を行った場合、初回に限り150点を加算

算定要件チェックポイント

- 本処置は専任医師が直接行うもの、または専任医師の指導の下、専任看護師が行うものについて算定する
 - ▶ 専任医師または専任看護師は関連学会が主催する所定の研修会を受講していること
 - 本処置は弾性着衣または弾性包帯による圧迫、圧迫下の運動および患肢のスキンケアによるセルフケア指導を適切に組み合わせて、処置および指導を行った場合に算定する
 - 関連学会が定める指針等を遵守する
 - 診療報酬の請求に当たって、診療報酬明細書摘要欄に、難治性潰瘍の所見（潰瘍の持続期間、部位、深達度、面積を含む）、これまでの治療経過、慢性静脈不全と診断した根拠（下肢静脈超音波検査等の所見）、本処置を必要とする医学的理由および指導内容を記載する
- [対象患者]
- 慢性静脈不全による難治性潰瘍の患者であり、以下いずれにも該当する場合、月に1回に限り、3月を限度として算定する
 - ▶ 初回の潰瘍の大きさが100cm²を超える場合、6月を限度として算定する
 - ア 2週間以上持続し、他の治療法では治癒または改善しない下肢の難治性潰瘍を有する患者
 - イ 以下のいずれかの方法により、慢性静脈不全と診断され、それ以外の原因が否定されている患者
 - ① 下肢静脈超音波検査により、表在静脈において0.5秒、深部静脈において1秒を超える逆流所見が認められる場合、または深部静脈において有意な閉塞所見が認められる場合
 - ② 動脈性静脈性混合性潰瘍が疑われる場合で、足関節上腕血圧比（ABI）検査0.5以上の場合

施設基準 P171参照



参考情報

- 療養費の支給申請書には以下の書類を添付する
 - (1) 療養担当にあたる医師の弾性着衣等の装着指示書（装着部位等が明記されていること）
 - (2) 弾性着衣等を購入した際の領収書または費用の額を証する書類
 - (3) 弾性ストッキング：品名・購入数・着圧が確認できるもの
 - 弾性包帯：品名・購入数・タイプ（弾性包帯、筒状包帯、パッティング包帯、粘着テープ等）が確認できるもの
 - ▶ それらの内容が記載された領収書または費用の額を証する書類でも差し支えない

参考情報

■ 慢性静脈不全による難治性潰瘍治療のための弾性着衣等に係る療養費の支給における留意事項

	弾性ストッキング	弾性包帯（筒状包帯、パッティング包帯、粘着テープ等を含む）
支給対象	J001-10静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）が行われた患者であって、医師の指示に基づき販売店等で購入される患者の弾性着衣等について、療養費の支給対象とする（J001-10処置に際し、保険医療機関で弾性着衣等を給付した場合、処置に要する材料等は所定点数に含まれるため療養費の対象とはしない）	弾性包帯については、医師の判断により弾性ストッキングを使用できないとの指示がある場合に限り、療養費の支給対象となる
製品の着圧	30mmHg以上の着圧のものを支給対象とする。ただし、強い着圧では明らかに装着に支障をきたす場合など、医師の判断により特別の指示がある場合は15mmHg以上の着圧であっても支給できる。	
支給回数	1回に限り療養費の支給対象とするが、患者の疾患が治癒した後、再発した場合は再度支給できる。 1度に購入する弾性着衣は洗い替えを考慮し、装着部位ごとに2着を限度。 例）パンティストッキングタイプの弾性ストッキングは、両下肢で1着となるため、両下肢に必要な場合でも2着を限度。	
支給申請費用	療養費として支給する額/1着あたり ● 28,000円（片足用の場合：25,000円） 上記を上限とし、弾性ストッキングの購入に要した費用の範囲内とする。	療養費として支給する額/1巻あたり ● 14,000円 上記を上限とし、弾性包帯の購入に要した費用の範囲内とする。

B001-7 リンパ浮腫指導管理料 100点

- * 入院中に鼠径部、骨盤部もしくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍に対する手術を行ったもの、または原発性リンパ浮腫と診断されたものに対し、手術を行った日の属する月またはその前月・翌月のいずれか（原発性リンパ浮腫診断時には診断がされた日の属する月またはその翌月のいずれか）に、医師または医師の指示により看護師・理学療法士・作業療法士がリンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を行った場合、入院中1回に限り算定
- * 本管理料を算定して退院した患者に対して、当該保険医療機関または患者の退院後に治療（B005-6 地域連携診療計画に基づいた治療）を担う他の保険医療機関（B005-6-2がん治療連携指導料を算定した場合に限る）において、退院した日の属する月または翌月に再度指導した場合、当該指導を実施したいずれかの保険医療機関において1回に限り算定

算定要件チェックポイント

- 手術前・手術後または診断時・診断後において、以下内容について、個別に説明・指導管理を行った場合に算定できる
 - ア リンパ浮腫の病因と病態
 - イ リンパ浮腫の治療方法の概要
 - ウ セルフケアの重要性と局所へのリンパ液の停滞を予防および改善するための具体的実施方法
 - (イ) リンパドレナージに関すること
 - (ロ) 弾性着衣または弾性包帯による圧迫に関すること
 - (ハ) 弾性着衣または弾性包帯を着用した状態での運動に関すること
 - (ニ) 保湿および清潔の維持等のスキンケアに関すること
 - エ 生活上の具体的な注意事項
 - リンパ浮腫を発症または増悪させる感染症または肥満の予防に関すること
 - オ 感染症の発症等増悪時の対処方法
 - 感染症の発症等による増悪時における診察および投薬の必要性に関すること
- 指導内容の要点を診療録等に記録する
- [算定注意]
- 手術前に本指導管理を行ったが、結果的に手術が行われなかった場合、本管理料は算定できない

参考情報

- 入院中本管理料算定患者へ、退院後外来にて再度指導管理を行った場合も、退院した日の属する月または翌月に限り算定できる
- 術後リンパ浮腫が出なくても予測される場合で、軽減目的で指導を行った場合、算定できる
- 治療に弾性着衣等の使用が必要と判断される場合は、療養費払いで保険給付されるが、単に使い方の説明等で使用する場合などは、実費徴収は認められない
- 鼠径部、骨盤部もしくは腋窩部のリンパ節郭清術をとともう悪性腫瘍の術後に発生する四肢のリンパ浮腫の重篤化予防を目的とした弾性着衣等の購入費用は療養費として支給する
- 療養費の支給申請書には以下の書類を添付する
 - (1) 療養担当にあたる医師の弾性着衣等の装着指示書（装着部位・手術日等が明記されていること）
 - (2) 弾性着衣等を購入した際の領収書または費用の額を証する書類

参考情報

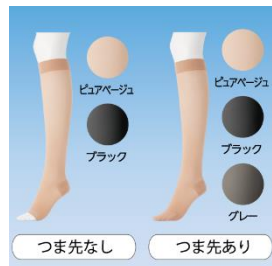
■ 四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等に係る療養費の支給における留意事項

	弾性着衣（弾性ストッキング・弾性スリーブ・弾性グローブ）	弾性包帯
支給対象の疾病	鼠径部、骨盤部若しくは腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍の術後に発生する四肢のリンパ浮腫又は原発性の四肢のリンパ浮腫	弾性包帯については、医師の判断により弾性着衣を使用できないとの指示がある場合に限り、療養費の支給対象となる
製品の着圧	30mmHg以上の弾性着衣を支給の対象とする。ただし、関節炎や腱鞘炎により強い着圧では明らかに装着に支障をきたす場合など、医師の判断により特別の指示がある場合は20mmHg以上の着圧であっても支給できる。	
支給回数	1度に購入する弾性着衣は洗い替えを考慮し、装着部位ごとに2着を限度。 弾性着衣の着圧は経年劣化するため、前回の購入後6か月経過後、再度購入した場合は、療養費として支給できる。 例1) パンティストッキングタイプの弾性ストッキングは、両下肢で1着となるため、両下肢に必要な場合でも2着を限度。 例2) ①乳がん、子宮がん等複数部位の手術を受け、上肢と下肢に必要な場合、②左右の乳がんの手術を受けた者で、左右の上肢に必要な場合および③右上肢で弾性スリーブと弾性グローブの両方が必要な場合などは、医師の指示があればそれぞれ2着を限度として支給できる。	1度に購入する弾性包帯は洗い替えを考慮し、装着部位ごとに2組を限度。 弾性包帯は経年劣化するため、前回の購入後6か月経過後、再度購入した場合は、療養費として支給できる。
支給申請費用	療養費として支給する額/1着あたり ●弾性ストッキング：28,000円 （片足用の場合：25,000円） ●弾性スリーブ：16,000円 ●弾性グローブ：15,000円 上記を上限とし、弾性着衣の購入に要した費用の範囲内とする。	療養費として支給する額/装着に必要な製品（筒状包帯、パッチング包帯、ガーゼ指包帯、粘着テープ等を含む）1組あたり ●上肢：7,000円 ●下肢：14,000円 上記を上限とし、弾性包帯の購入に要した費用の範囲内とする。

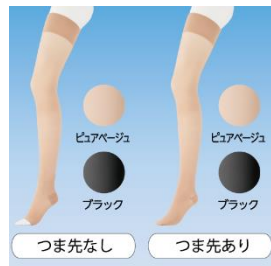
Lower extremity varicose veins treatment

注意) *各種管理料・手技料・加算等に包括される医療材料・機器

販売名	一般的名称
レッグサイエンス舞	医療用弾性ストッキング



レッグサイエンス舞
(ハイソックス)



レッグサイエンス舞
(ストッキング)

* 特定保険医療材料ではないが、条件をみたした場合に限り、療養費の支給対象となる
 →関節炎や腱鞘炎により強い着圧では明らかに装着に支障をきたす場合など、医師の判断により特別の指示がある場合は20mmHg以上の着圧であっても支給できる（詳細は142・144ページ表内参照）

G020 無菌製剤処理料



- (1) 2名以上の常勤の薬剤師がいること。
 (2) 無菌製剤処理を行うための専用の部屋（内法による測定で5平方メートル以上）を有していること。
 なお、平成26年3月31日において、現に当該処理料の届出を行っている保険医療機関については、当該専用の部屋の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、内法の規定を満たしているものとする。
 (3) 無菌製剤処理を行うための無菌室、クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること。

B001 特定疾患治療管理料 22 がん性疼痛緩和指導管理料



[1 がん性疼痛緩和指導管理料]

当該保険医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。

なお、緩和ケアの経験を有する医師とは、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。

- (1) 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成29年12月1日付け健発1201第2号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会（平成29年度までに開催したものであって、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠したものを含む。）
 (2) 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等

[2 がん性疼痛緩和指導管理料（情報通信機器を用いた診療の場合）]

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

B001 特定疾患治療管理料 23 がん患者指導管理料



[1 がん患者指導管理料イ]

- (1) 緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。
 なお、診断結果及び治療方針の説明等を行う際には両者が同席して行うこと。
 (2) (1)に掲げる医師は、次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること。
 ア 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠した緩和ケア研修会（平成29年度までに開催したものであって、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠したものを含む。）
 イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がん研究センター主催）等
 (3) (1)に掲げる看護師は、5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了した者であること。なお、ここでいうがん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
 ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること(600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものに限る。)
 イ がん看護又はがん看護関連領域における専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
 ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
 (イ) がん看護又はがん看護関連領域に必要な看護理論及び医療制度等の概要
 (ロ) 臨床倫理（告知、意思決定、インフォームド・コンセントにおける看護師の役割）
 (ハ) がん看護又はがん看護関連領域に関するアセスメントと看護実践
 (ニ) がん看護又はがん看護関連領域の患者及び家族の心理過程

- (ホ) セルフケアへの支援及び家族支援の方法
 (ヘ) がん患者のための医療機関における組織的取組とチームアプローチ
 (ト) がん看護又はがん看護関連領域におけるストレスマネジメント
 (チ) コンサルテーション方法

- エ 実習により、事例に基づくアセスメントとがん看護又はがん看護関連領域に必要な看護実践
 (4) 患者に対して診断結果及び治療方針の説明等を行う場合に、患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。
 (5) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

[2 がん患者指導管理料ロ]

- (1) 緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。
 (2) (1)に掲げる医師は、1の(2)を満たすこと。
 (3) (1)に掲げる看護師は、1の(3)を満たすこと。
 (4) 当該管理に従事する公認心理師については、1の(2)の(ア)に掲げる研修を修了した者であること。
 (5) 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。
 (6) 平成31年4月1日から当分の間、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

[3 がん患者指導管理料ハ]

- (1) 化学療法の経験を5年以上有する医師及び専任の薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。
 (2) (1)に掲げる薬剤師は、5年以上薬剤師としての業務に従事した経験及び3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例（複数のがん種であることが望ましい。）以上有するものであること。
 (3) 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。

[4 がん患者指導管理料ニ]

- (1) B R C A 1 / 2 遺伝子検査の血液を検体とするものの施設基準に係る届出を行っていること。
 (2) 患者のプライバシーに十分配慮した構造の個室を備えていること。

[5 がん患者指導管理料（情報通信機器を用いた診療の場合）]

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

B001 特定疾患治療管理料 24 外来緩和ケア管理料



[1 外来緩和ケア管理料]

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の4名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）が設置されていること。
 ア 身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師
 イ 精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師
 ウ 緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師
 エ 緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師
 なお、アからエまでのうちいずれか1人は専従であること。ただし、当該緩和ケアチームが診療する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない。
 また、注4に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される緩和ケアチームにより、緩和ケアに係る専門的な診療が行われていること。
 オ 身体症状の緩和を担当する常勤医師
 カ 精神症状の緩和を担当する医師
 キ 緩和ケアの経験を有する看護師

ク 緩和ケアの経験を有する薬剤師

- (2) 緩和ケアチームの構成員は、緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であつて差し支えない。
- また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあつても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲においては、専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない（ただし、専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は、所定労働時間の2分の1以下であること。）。
- (3) (1)のア又はオに掲げる医師は、悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であること。
- なお、末期心不全の患者を対象とする場合には、末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する者であつても差し支えない。また、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（悪性腫瘍患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした3年以上の経験を有する医師に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- (4) (1)のイ又はカに掲げる医師は、3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること。
- また、イに掲げる医師については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（3年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する医師に限る。）を2名組み合わせることにより、常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には、当該2名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- (5) (1)のア、イ、オ及びカに掲げる医師のうち、悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること。
- また、末期心不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア、イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること。
- なお、後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい。
- ア がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針に準拠した緩和ケア研修会
- イ 緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等
- ウ 日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース
- (6) (1)のウ又はキに掲げる看護師は、5年以上悪性腫瘍の患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了している者であること。
- なお、ここでいう緩和ケア病棟等における研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
- ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600時間以上の研修期間で、修了証が交付されるものに限る。）。
- イ 緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること。
- ウ 講義及び演習により、次の内容を含むものであること。
- (イ)ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要
- (ロ)悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療
- (ハ)悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程
- (二)緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法
- (ホ)セルフケアへの支援及び家族支援の方法
- (ヘ)ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ
- (ト)ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント
- (チ)コンサルテーション方法
- (リ)ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について
- エ 実習により、事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践
- (7) (1)の工又はクに掲げる薬剤師は、麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍の患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること。

- (8) (1)のア、イ、オ及びカに掲げる医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと。
- ただし、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は、緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については、緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であつても差し支えないものとする。
- (9) 症状緩和に係るカンファレンスが週1回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担う保険医、看護師、薬剤師などが参加していること。
- (10) 当該医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。
- (11) 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

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

B001-2-12 外来腫瘍化学療法診療料

- [1 外来腫瘍化学療法診療料1]
- (1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- (2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。
- (3) 化学療法の経験を5年以上有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
- (4) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- (5) 専任の医師、看護師又は薬剤師が院内に常時1人以上配置され、本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制が整備されていること。
- (6) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- (7) 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。
- 当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で1名以上（1診療科の場合は、2名以上）の代表者であること。）、業務に携わる看護師、薬剤師及び必要に応じてその他の職種から構成されるもので、少なくとも年1回開催されるものとする。

- [2 外来腫瘍化学療法診療料2]
- (1) 1の(1)、(5)及び(6)を満たしていること。
- (2) 化学療法の経験を有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
- (3) 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。

- [3 連携充実加算]
- (1) 外来腫瘍化学療法診療料1に係る届出を行っていること。
- (2) 1の(7)に規定するレジメンに係る委員会に管理栄養士が参加していること。
- (3) 地域の保険医療機関及び保険薬局との連携体制として、次に掲げる体制が整備されていること。
- ア 当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメンを当該保険医療機関のホームページ等で閲覧できるようにしておくこと。
- イ 当該保険医療機関において外来化学療法に関わる職員及び地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を年1回以上実施すること。

ウ 他の保険医療機関及び保険薬局からのレジメンに関する照会や患者の状況に関する相談及び情報提供等に応じる体制を整備すること。また、当該体制について、ホームページや研修会等で周知すること。

(4) 外来化学療法を実施している保険医療機関に5年以上勤務し、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士が勤務していること。

B005-6-3 がん治療連携管理料



[がん治療連携管理料1]

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けていること。なお、カンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

[がん治療連携管理料2]

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき、地域がん診療病院の指定を受けていること。

[がん治療連携管理料3]

「小児がん拠点病院の整備について」に基づき、小児がん拠点病院の指定を受けていること。なお、カンサーボードについては、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい。

B005-6-4 外来がん患者在宅連携指導料



[1 外来がん患者在宅連携指導料]

外来緩和ケア管理料（P148-P150参照）又は外来腫瘍化学療法診療料1若しくは2（P150-P151参照）の届出を行っていること。

[2 外来がん患者在宅連携指導料（情報通信機器を用いた診療の場合）]

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

第6部 注射 通則6 外来化学療法加算



[外来化学療法加算1]

(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクレーティングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。

(2) 化学療法の経験を5年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。

(3) 化学療法の経験を5年以上有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。

(4) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務していること。

(5) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。

(6) 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。

当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で1名以上（1診療科の場合は、2名以上）の代表者であること。）、業務に携わる看護師、薬剤師及び必要に応じてその他の職種から構成されるもので、少なくとも年1回開催されるものとする。

[外来化学療法加算2]

(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクレーティングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。

(2) 化学療法の経験を有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。

(3) 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。

(4) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。

(5) (3)については、常勤薬剤師の確保が直ちに困難な場合であって、既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っており、改正前から外来化学療法加算の届出を行っていた診療所については、外来化学療法加算2の届出を行うことができる。

B001 特定疾患治療管理料 9 外来栄養食事指導料



[1 外来栄養食事指導料 注2]

(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクレーティングシート等を含む。）を有する治療室を保有し、外来化学療法を実施している保険医療機関に5年以上勤務し、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る3年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士が1人以上配置されていること。

(2) (1)に掲げる管理栄養士は、医療関係団体等が実施する悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していることが望ましい。

[2 外来栄養食事指導料 注3]

(1) 悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了し、かつ、栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む。）に係る3年以上の経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されていること。

(2) (1)に掲げる悪性腫瘍の栄養管理に関する研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

ア 医療関係団体等が実施する300時間以上の研修であること。

イ 悪性腫瘍の栄養管理のための専門的な知識・技術を有する管理栄養士の養成を目的とした研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。

(イ) 栄養アセスメント・栄養評価結果に基づいた栄養管理(栄養スクリーニング、栄養アセスメント、計画の作成、栄養介入、栄養モニタリング及び再評価等)

(ロ) フードサービスマネジメント(病態に合わせた食事の調整等)

(ハ) 栄養食事指導の実践(患者等への支援、病態、治療に合わせた指導等)

(ニ) 症状と栄養管理(各症状と栄養アセスメント、適切な栄養・食事療法の提案と実施、モニタリングと再評価等)

(ホ) がん臨床検査の理解

(ヘ) 術前・術後の栄養管理

(ト) がん放射線療法の栄養管理(治療法の理解、消化吸収機能への影響、有害事象に対する栄養・食事療法等)

(チ) がん化学療法時の栄養管理(治療法の理解、支持療法、予測される副作用等と栄養食事療法等)

(リ) がん治療で用いられる薬剤の理解と食事への影響

(ヌ) がん患者の心の動きと栄養管理

(ル) 地域医療連携の取り組み、在宅支援(地域での栄養管理のあり方、栄養連携の実際、栄養情報提供書の活用)

(ヲ) チームアプローチの実際等

(ワ) 栄養マネジメントとリーダーシップ(栄養マネジメントの企画運営等)

(カ) 症例検討の手法

A 242-2 術後疼痛管理チーム加算 

- (1) 当該保険医療機関内に、以下の3名以上から構成される術後疼痛管理のための術後疼痛管理に係るチーム（以下「術後疼痛管理チーム」という。）が設置されていること。
- ア 麻酔に従事する常勤の医師（以下「麻酔科医」という。）
 - イ 術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の看護師
 - ウ 術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した専任の薬剤師
- なお、アからウまでのほか、術後疼痛管理に係る所定の研修を修了した臨床工学技士が配置されていることが望ましい。
- (2) (1)のイの専任の看護師は、年間200症例以上の麻酔管理を行っている保険医療機関において、手術室又は周術期管理センター等の勤務経験を2年以上有するものであること。
- (3) (1)のウの専任の薬剤師は、薬剤師としての勤務経験を5年以上有し、かつ、うち2年以上が周術期関連の勤務経験を有しているものであること。
- (4) (1)に掲げる臨床工学技士は、手術室、周術期管理センター又は集中治療部門の勤務経験を3年以上有しているものであること。
- (5) (1)に掲げる術後疼痛管理に係る所定の研修とは、次の事項に該当する研修であること。
- ア 医療関係団体等が主催する26時間以上の研修であって、当該団体より修了証が交付される研修であること。
 - イ 術後疼痛管理のための専門的な知識・技術を有する看護師、薬剤師及び臨床工学技士等の養成を目的とした研修であること。なお、当該研修には、次の内容を含むものであること。
 - (イ) 術後疼痛に係る解剖、生理、薬理学
 - (ロ) 術後疼痛発症例の抽出・早期対応
 - (ハ) 術後疼痛に対する鎮痛薬の種類と説明・指導
 - (ニ) 硬膜外鎮痛法、末梢神経ブロックのプランニングとモニタリング
 - (ホ) 患者自己調節式鎮痛法のプランニングとモニタリング
 - (ヘ) 術後鎮痛で問題となる術前合併症・リスクの抽出
 - (ト) 術後鎮痛法に伴う合併症の予防・発症時の対応
 - (チ) 在宅術後疼痛・院外施設での術後疼痛管理法の指導
 - (リ) 手術別各論
- (6) 当該保険医療機関において、術後疼痛管理チームが組織上明確に位置づけられていること。
- (7) 算定対象となる病棟の見やすい場所に術後疼痛管理チームによる診療が行われている旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

A 251 排尿自立支援加算 

- (1) 保険医療機関内に、以下から構成される排尿ケアに係るチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）が設置されていること。
- ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師
 - イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士
- (2) (1)のアに掲げる医師は、3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、他の保険医療機関を主たる勤務先とする医師（3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師に限る。）が対診等により当該チームに参画しても差し支えない。
- また、ここでいう適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
- ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。
 - イ 下部尿路機能障害の病態、診断、治療、予防及びケアの内容が含まれるものであること。
 - ウ 通算して6時間以上のものであること。

- (3) (1)のイに掲げる所定の研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
 - ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。
 - イ 下部尿路機能障害の病態生理、その治療と予防、評価方法、排尿ケア及び事例分析の内容が含まれるものであること。
 - ウ 排尿日誌による評価、エコーを用いた残尿測定、排泄用具の使用、骨盤底筋訓練及び自己導尿に関する指導を含む内容であり、下部尿路機能障害患者の排尿自立支援について十分な知識及び経験のある医師及び看護師が行う演習が含まれるものであること。
 - エ 通算して16時間以上のものであること。
- (4) 排尿ケアチームの構成員は、区分番号「B 0 0 5 - 9」外来排尿自立指導料に規定する排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。
- (5) 排尿ケアチームは、対象となる患者抽出のためのスクリーニング及び下部尿路機能評価のための情報収集（排尿日誌、残尿測定）等の排尿ケアに関するマニュアルを作成し、当該保険医療機関内に配布するとともに、院内研修を実施すること。
- (6) 包括的排尿ケアの計画及び実施に当たっては、下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドライン等を遵守すること。

B 005-9 外来排尿自立指導料 

- (1) 保険医療機関内に、以下から構成される排尿ケアに係るチーム（以下「排尿ケアチーム」という。）が設置されていること。
- ア 下部尿路機能障害を有する患者の診療について経験を有する医師
 - イ 下部尿路機能障害を有する患者の看護に従事した経験を3年以上有し、所定の研修を修了した専任の常勤看護師
 - ウ 下部尿路機能障害を有する患者のリハビリテーション等の経験を有する専任の常勤理学療法士又は専任の常勤作業療法士
- (2) (1)のアに掲げる医師は、3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した者であること。なお、他の保険医療機関を主たる勤務先とする医師（3年以上の勤務経験を有する泌尿器科の医師又は排尿ケアに係る適切な研修を修了した医師に限る。）が対診等により当該チームに参画しても差し支えない。
- また、ここでいう適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
- ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。
 - イ 下部尿路機能障害の病態、診断、治療、予防及びケアの内容が含まれるものであること。
 - ウ 通算して6時間以上のものであること。
- (3) (1)のイに掲げる所定の研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。
- ア 国又は医療関係団体等が主催する研修であること。
 - イ 下部尿路機能障害の病態生理、その治療と予防、評価方法、排尿ケア及び事例分析の内容が含まれるものであること。
 - ウ 排尿日誌による評価、エコーを用いた残尿測定、排泄用具の使用、骨盤底筋訓練及び自己導尿に関する指導を含む内容であり、下部尿路機能障害患者の排尿自立支援について十分な知識及び経験のある医師及び看護師が行う演習が含まれるものであること。
 - エ 通算して16時間以上のものであること。
- (4) 排尿ケアチームの構成員は、区分番号「A 2 5 1」排尿自立支援加算に規定する排尿ケアチームの構成員と兼任であっても差し支えない。
- (5) 包括的排尿ケアの計画及び実施に当たっては、下部尿路機能の評価、治療及び排尿ケアに関するガイドライン等を遵守すること。

C002 在宅時医学総合管理料 と C002-2 施設入居時等医学総合管理料における在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって別に厚生労働大臣が定めるもの



[在宅療養支援診療所]

- (1) 診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。
- ア 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されていること。
なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。
 - イ 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。
なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。
 - ウ 当該診療所において、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
 - エ 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患者の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
 - オ 有床診療所にあつては当該診療所において、無床診療所にあつては別の保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院を含む。）との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出ていること。
 - カ 別の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。
 - キ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
 - ク 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
 - ケ 年に1回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。
 - コ 当該診療所において、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。
なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。
 - サ 当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（3回以上定期的な訪問診療を実施し、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）を4件以上有していること。
なお、あらかじめ聴取した患者・家族の意向に基づき、オにおける受入医療機関で7日以内の入院を経て死亡した患者に対し、当該診療所が、当該入院日を含む直近6月間において訪問診療を実施していた場合（当該保険医療機関が、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の「イ」又は区分番号「C003」在宅がん医療総合診療料を算定している場合に限る。）も、在宅における看取りの実績に含めることができる。
 - シ 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が9割5分以上の保険医療機関にあつては、上記アからサまでの基準に加え、次の要件のいずれも満たすこと。
(イ)直近1年間に5つ以上の病院又は診療所から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績があること。

- (ロ)当該診療所において、過去1年間の在宅における看取りの実績を20件以上有していること又は重症児の十分な診療実績等を有していること。なお、ここでいう重症児の十分な診療実績とは、過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（3回以上の定期的な訪問診療を実施し、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）を10件以上有していることをいう。
 - (ハ)直近1か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が7割以下であること。
 - (ニ)直近1か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、要介護3以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が5割以上であること。
- ス 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設等と連携し、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議に出席していることが望ましいこと。
- セ 在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。
- ソ 当該診療所において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を作成していること。
- (2)他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（診療所又は許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては280床）未満の病院により構成されたものに限る。以下この項において「在宅支援連携体制」という。）を構築している診療所であつて、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。
ただし、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の数は、当該診療所を含めて10未満とする。
なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院（許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあつては280床）未満のものに限る。）が、診療所にあつては以下の要件、病院にあつては第14の2の1(2)の要件を全て満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定しているものである。
- ア 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されていること。
なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。
 - イ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を一元化した上で、当該担当者及び当該連絡先、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者を文書上に明示すること。
 - ウ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
 - エ 当該診療所又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患者の求めに応じて、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。
 - オ 当該診療所又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関において、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出ていること。
ただし、当該診療所又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関のいずれも病床を有しない場合には、別の保険医療機関（許可病床数が200床以上の病院を含む。）との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出ていること。

- カ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。
 なお、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間において、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月1回以上の定期的なカンファレンスを実施すること。
- キ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- ク 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
- ケ 年に1回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。また、当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関の実績を含めた在宅看取り数等を、別途、別添2の様式11の4を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。なお、報告に当たっては、当該連携体制を構築する複数の保険医療機関のうち、1つの保険医療機関が取りまとめて報告することで差し支えない。
- コ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有し、かつ、当該診療所において4件以上有すること。なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。
- サ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有していること。また、当該診療所において過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（3回以上定期的な訪問診療を実施し、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）を2件以上有すること。なお、あらかじめ聴取した患者・家族の意向に基づき、当該診療所又はオにおける受入医療機関で7日以内の入院を経て死亡した患者に対し、当該診療所が、当該入院日を含む直近6月間において訪問診療を実施していた場合（当該保険医療機関が、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の「イ」又は区分番号「C003」在宅がん医療総合診療料を算定している場合に限る。）も、当該診療所における在宅における看取りの実績に含めることができる。
- シ 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合が9割5分以上の保険医療機関にあっては、上記アからサまでの基準に加え、(1)のシの（イ）から（ニ）までの要件のいずれも満たすこと。
- ス 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設等と連携し、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議に出席していることが望ましいこと。
- セ 在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。
- ソ 当該診療所において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を作成していること。

[在宅療養支援病院]

- (1) 病院であって、当該病院単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。
- ア 許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床）未満の病院であること又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものであること。なお、半径4キロメートル以内に当該病院以外の病院が存在しても差し支えない。
 また、当該病院が届出を行った後に半径4キロメートル以内に診療所が開設された場合であっても、当分の間、当該病院を在宅療養支援病院として取り扱うこととして差し支えない。
- イ 在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されていること。
 なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。

- ウ 当該病院において、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者との直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。
 この場合において連絡を受ける担当者とは当該病院の24時間連絡を受けることができる部門を指定することで差し支えない。なお、担当者として個人を指定している場合であって、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者との直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。
- エ 当該病院において、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。往診担当医が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び「カ」に規定する訪問看護の担当者との間で患者に関する診療情報が共有されていること。
- オ 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。
 なお、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保していれば、必ずしも当該保険医療機関内に待機していなくても良いものとする。
- カ 当該病院において、又は訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該病院の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。訪問看護の担当者が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び「エ」に規定する往診担当医との間で当該患者の診療情報が共有されていること。
- キ 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。
- ク 訪問看護ステーションと連携する場合には、当該訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を訪問看護ステーションに文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。
- ケ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- コ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
- サ 年に1回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。
- シ 以下のいずれかの要件を満たすこと。
- ① 当該病院において、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有すること。
 なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。
 - ② 在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保していること及び在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去1年間で31件以上あること。
 - ③ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ていること。
- ス 当該病院において、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（3回以上定期的な訪問診療を実施し、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）を4件以上有していること。
 なお、あらかじめ聴取した患者・家族の意向に基づき、当該病院における7日以内の入院を経て死亡した患者に対し、当該病院が、当該入院日を含む直近6月間において訪問診療を実施していた場合（当該保険医療機関が、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の「イ」又は区分番号「C003」在宅がん医療総合診療料を算定している場合に限る。）も、在宅における看取りの実績に含めることができる。
- セ 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設等と連携し、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議に出席していることが望ましいこと。

- ソ 在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。
- タ 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に係る指針を作成していること。
- (2)他の保険医療機関と地域における在宅療養の支援に係る連携体制（診療所又は許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床）未満の病院により構成されたものに限る。以下この項において「在宅支援連携体制」という。）を構築している病院であって、以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。
- ただし、在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関の数は、当該病院を含めて10未満とする。なお、当該在宅支援連携体制は、これを構成する診療所及び病院（許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床）未満のものに限る。）が、診療所にあっては第9の1(2)の要件、病院にあっては以下の要件を全て満たし、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院となることを想定しているものである。
- ア 許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床）未満の病院であること。
- イ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置されていること。
なお、在宅医療を担当する医師とは、入院診療又は外来診療のみに限らず、現に在宅医療に関わる医師をいう。
- ウ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定するとともに、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を一元化した上で、当該担当者及び当該連絡先、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。この場合において連絡を受ける担当者とは当該病院の24時間連絡を受けることができる部門を指定することで差し支えない。なお、担当者として個人を指定している場合であって、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者を文書上に明示すること。
- エ 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と協力して、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。往診担当医が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び「カ」に規定する訪問看護の担当者との間で患者に関する診療情報が共有されていること。
- オ 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別のものであること。
なお、往診を担当する医師については、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保していれば、必ずしも当該保険医療機関内に待機していなくても良いものとする。
- カ 当該病院又は当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること。
訪問看護の担当者が複数名にわたる場合であっても、それらの者及び「エ」に規定する往診担当医との間で当該患者の診療情報が共有されていること。
- キ 当該病院において、緊急時に在宅での療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること。
- ク 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。
なお、在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間においては、診療を行う患者の診療情報の共有を図るため、月1回以上の定期的なカンファレンスを実施すること。
- ケ 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- コ 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。

- サ 年に1回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。
また、当該在宅療養支援体制を構築する他の保険医療機関の実績を含めた在宅看取り数等を別途、別添2の様式11の4を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。
なお、報告に当たっては、当該連携体制を構築する複数の保険医療機関のうち、1つの保険医療機関が取りまとめて報告することで差し支えない。
- シ 以下のいずれかの要件を満たすこと。
- ①当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の緊急の往診の実績を10件以上有し、かつ、当該病院において4件以上有すること。
なお、緊急の往診とは、区分番号「C000」の注1に規定する緊急又は夜間、深夜若しくは休日に行う往診のことをいう。
- ②在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入れを行う病床を常に確保していること及び在宅療養支援診療所等からの要請により患者の緊急の受入れを行った実績が過去1年間で31件以上あること。
- ③地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料1又は3を届け出ていること。
- ス 当該在宅支援連携体制を構築する他の保険医療機関と併せて、過去1年間の在宅における看取りの実績を4件以上有していること。また、当該病院において過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上又は過去1年間の15歳未満の超重症児及び準超重症児に対する在宅医療の実績（3回以上定期的な訪問診療を実施し、区分番号「C002」在宅時医学総合管理料又は区分番号「C002-2」施設入居時等医学総合管理料を算定している場合に限る。）を2件以上有すること。
なお、あらかじめ聴取した患者・家族の意向に基づき、当該病院における7日以内の入院を経て死亡した患者に対し、当該病院が、当該入院日を含む直近6月間において訪問診療を実施していた場合（当該保険医療機関が、区分番号「C001」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の「イ」又は区分番号「C003」在宅がん医療総合診療料を算定している場合に限る。）も、当該病院による在宅における看取りの実績に含めることができる。
- セ 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設等と連携し、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議に出席していることが望ましいこと。
- ソ 在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。
- タ 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に係る指針を作成していること。

C002在宅時医学総合管理料・C002-2施設入居時等医学総合管理料



- (1)次の要件のいずれをも満たすものであること。
- ア 介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること。
- イ 在宅医療を担当する常勤医師が勤務し、継続的に訪問診療等を行うことができる体制を確保していること。
- (2)他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整に努めるとともに、当該保険医療機関は、市町村、在宅介護支援センター等に対する情報提供にも併せて努めること。
- (3)地域医師会等の協力・調整等の下、緊急時等の協力体制を整えることが望ましいこと。

C101 在宅自己注射指導管理料



[在宅自己注射指導管理料(情報通信機器を用いた診療の場合)]
「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添1の第1の1に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

C102-2 在宅血液透析指導管理料



- (1)在宅血液透析指導管理を実施する保険医療機関は専用透析室及び人工腎臓装置を備えなければならないこと。
- (2)当該保険医療機関又は別の保険医療機関との連携により、患者が当該管理料に係る疾患について緊急に入院を要する状態となった場合に入院できる病床を確保していること。
- (3)患者が血液透析を行う時間においては緊急時に患者からの連絡を受けられる体制をとっていること。

第10部 手術 通則20 周術期栄養管理実施加算



- (1)「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添3の第19の1の(2)に規定する研修を修了した医師が配置されていることが望ましい。
- (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」別添3の第19の1の(3)に規定する研修を修了し、栄養サポートチームにおいて、栄養管理に係る3年以上の経験を有する常勤の管理栄養士が配置されていること。
- (3)区分番号「A200」に掲げる総合入院体制加算又は、区分番号「A200-2」に掲げる急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

A300 救命救急入院料 早期栄養介入管理加算



- (1)当該治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。
 - ア 別添3の第19の1の(3)に規定する研修を修了し、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る3年以上の経験を有すること
 - イ 集中治療を必要とする患者の栄養管理に係る3年以上の経験を有すること
- (2)(1)に掲げる管理栄養士は、以下の知識及び技能を有していることが望ましい。
 - ア 当該治療室への入室翌日までに入室患者全員の栄養スクリーニングを実施し、重点的な栄養管理を必要とする患者を特定することができること
 - イ 腸管機能として腸蠕動音、鼓音及び腹部膨満等を確認するとともに、Refeeding Syndrome、Over feeding についてのアセスメント及びモニタリングをすることができること
 - ウ 栄養管理に係る計画及び治療目的を多職種と共有し、アセスメントによって把握された徴候及び症状を勘案し、可能な限り入院前の日常生活機能等に近づけるよう栄養補給について立案することができること
 - エ 経腸栄養投与継続が困難と評価した場合は、担当医に報告し、栄養管理に係る計画を再考することができること
 - オ 経口摂取移行時においては、摂食嚥下機能について確認し、必要に応じて言語聴覚士等との連携を図ることができること
- (3)救命救急入院料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。
- (4)当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。
- (5)早期栄養介入管理加算を算定した患者の数等について、別添7の様式42の5を用いて、地方厚生(支)局長に報告すること。

A301 特定集中治療室管理料 早期栄養介入管理加算



- (1)当該治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。
 - ア 別添3の第19の1の(3)に規定する研修を修了し、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る3年以上の経験を有すること
 - イ 集中治療を必要とする患者の栄養管理に係る3年以上の経験を有すること
- (2)(1)に掲げる管理栄養士は、以下の知識及び技能を有していることが望ましい。
 - ア 特定集中治療室への入室翌日までに入室患者全員の栄養スクリーニングを実施し、重点的な栄養管理を必要とする患者を特定することができること
 - イ 腸管機能として腸蠕動音、鼓音及び腹部膨満等を確認するとともに、Refeeding Syndrome、Over feeding についてのアセスメント及びモニタリングをすることができること
 - ウ 栄養管理に係る計画及び治療目的を多職種と共有し、アセスメントによって把握された徴候及び症状を勘案し、可能な限り入院前の日常生活機能等に近づけるよう栄養補給について立案することができること
 - エ 経腸栄養投与継続が困難と評価した場合は、担当医に報告し、栄養管理に係る計画を再考することができること
 - オ 経口摂取移行時においては、摂食嚥下機能について確認し、必要に応じて言語聴覚士等との連携を図ることができること
- (3)特定集中治療室管理料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。
- (4)当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。
- (5)早期栄養介入管理加算を算定した患者の数等について、別添7の様式42の5を用いて、地方厚生(支)局長に報告すること。

A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料 早期栄養介入管理加算



- (1)当該治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。
 - ア 別添3の第19の1の(3)に規定する研修を修了し、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る3年以上の経験を有すること。
 - イ 集中治療を必要とする患者の栄養管理に係る3年以上の経験を有すること。
- (2)(1)に掲げる管理栄養士は、以下の知識及び技能を有していることが望ましい。
 - ア 当該治療室への入室翌日までに入室患者全員の栄養スクリーニングを実施し、重点的な栄養管理を必要とする患者を特定することができること。
 - イ 腸管機能として腸蠕動音、鼓音及び腹部膨満等を確認するとともに、Refeeding Syndrome、Over feeding についてのアセスメント及びモニタリングをすることができること。
 - ウ 栄養管理に係る計画及び治療目的を多職種と共有し、アセスメントによって把握された徴候及び症状を勘案し、可能な限り入院前の日常生活機能等に近づけるよう栄養補給について立案することができること。
 - エ 経腸栄養投与継続が困難と評価した場合は、担当医に報告し、栄養管理に係る計画を再考することができること。
 - オ 経口摂取移行時においては、摂食嚥下機能について確認し、必要に応じて言語聴覚士等との連携を図ることができること。
- (3)ハイケアユニット入院医療管理料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。
- (4)当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考にして院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。
- (5)早期栄養介入管理加算を算定した患者の数等について、別添7の様式42の5を用いて、地方厚生(支)局長に報告すること。

A301-3 脳卒中ケアユニット入院医療管理料 早期栄養介入管理加算



- (1) 当該治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。
- ア 別添3の第19の1の(3)に規定する研修を修了し、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る3年以上の経験を有すること
 - イ 集中治療を必要とする患者の栄養管理に係る3年以上の経験を有すること
- (2) (1)に掲げる管理栄養士は、以下の知識及び技能を有していることが望ましい。
- ア 当該治療室への入室翌日までに入室患者全員の栄養スクリーニングを実施し、重点的な栄養管理を必要とする患者を特定することができること
 - イ 腸管機能として腸蠕動音、鼓音及び腹部膨満等を確認するとともに、Refeeding Syndrome、Over feeding についてのアセスメント及びモニタリングをすることができること
 - ウ 栄養管理に係る計画及び治療目的を多職種と共有し、アセスメントによって把握された徴候及び症状を勘案し、可能な限り入院前の日常生活機能等に近づけるよう栄養補給について立案することができること
 - エ 経腸栄養投与と継続が困難と評価した場合は、担当医に報告し、栄養管理に係る計画を再考することができること
 - オ 経口摂取移行時においては、摂食嚥下機能について確認し、必要に応じて言語聴覚士等との連携を図ることができること
- (3) 救命救急入院料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。
- (4) 当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考に院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。
- (5) 早期栄養介入管理加算を算定した患者の数等について、別添7の様式42の5を用いて、地方厚生(支)局長に報告すること。

A301-4 小児特定集中治療室管理料 早期栄養介入管理加算



- (1) 当該治療室に次の要件を満たす管理栄養士が専任で配置されていること。
- ア 別添3の第19の1の(3)に規定する研修を修了し、栄養サポートチームにおいて栄養管理に係る3年以上の経験を有すること
 - イ 集中治療を必要とする患者の栄養管理に係る3年以上の経験を有すること
- (2) (1)に掲げる管理栄養士は、以下の知識及び技能を有していることが望ましい。
- ア 当該治療室への入室翌日までに入室患者全員の栄養スクリーニングを実施し、重点的な栄養管理を必要とする患者を特定することができること
 - イ 腸管機能として腸蠕動音、鼓音及び腹部膨満等を確認するとともに、Refeeding Syndrome、Over feeding についてのアセスメント及びモニタリングをすることができること
 - ウ 栄養管理に係る計画及び治療目的を多職種と共有し、アセスメントによって把握された徴候及び症状を勘案し、可能な限り入院前の日常生活機能等に近づけるよう栄養補給について立案することができること
 - エ 経腸栄養投与と継続が困難と評価した場合は、担当医に報告し、栄養管理に係る計画を再考することができること
 - オ 経口摂取移行時においては、摂食嚥下機能について確認し、必要に応じて言語聴覚士等との連携を図ることができること
- (3) 小児特定集中治療室管理料を算定する一般病床の治療室における管理栄養士の数は、当該治療室の入院患者の数が10又はその端数を増すごとに1以上であること。
- (4) 当該治療室において、早期から栄養管理を実施するため日本集中治療医学会の「日本版重症患者の栄養療法ガイドライン」を参考に院内において栄養管理に係る手順書を作成し、それに従って必要な措置が実施されていること。また、栄養アセスメントに基づく計画を対象患者全例について作成し、必要な栄養管理を行っていること。
- (5) 早期栄養介入管理加算を算定した患者の数等について、別添7の様式42の5を用いて、地方厚生(支)局長に報告すること。

K664 胃瘻造設術



該当しない場合は所定点数の100分の80に相当する点数を算定することとなる施設基準次のいずれかに該当すること。

- (1) 胃瘻造設術（内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）（以下「胃瘻造設術」という。）を実施した症例数（区分番号「K664-3」薬剤投与用胃瘻造設術の症例数及び頭頸部悪性腫瘍患者に対して行った胃瘻造設術の症例数を除く。ただし、薬剤投与用の胃瘻から栄養剤投与を行った場合は、その時点で当該症例数に計上する。）が1年間に50未満であること。
- (2) 胃瘻造設術を実施した症例数（区分番号「K664-3」薬剤投与用胃瘻造設術の症例数及び頭頸部悪性腫瘍患者に対して行った胃瘻造設術の症例数を除く。ただし、薬剤投与用の胃瘻から栄養剤投与を行った場合は、その時点で当該症例数に計上する。）が1年間に50以上である場合であって、以下のア又はイのいずれも満たしていること。
- ア 当該保険医療機関において胃瘻造設術を行う全ての患者（以下の①から⑥までに該当する患者を除く。）に対して、事前に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査を行っていること。
 - ① 消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者
 - ② 炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者
 - ③ 食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者
 - ④ 意識障害等がある場合、認知症等で検査上の指示が理解できない場合、誤嚥性肺炎を繰り返す場合等嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が危険であると判断される患者（ただし、意識障害が回復し、安全に嚥下造影又は内視鏡下嚥下機能検査の実施が可能と判断された場合は、速やかに実施すること。）
 - ⑤ 顔面外傷により嚥下が困難な患者
 - ⑥ 筋萎縮性側索硬化症、多系統萎縮症、脊髄小脳変性症又は6歳未満の乳幼児であって、明らかに嚥下が困難と判断される患者
 - イ 以下の①又は②のいずれかを満たしていること。
 - ① 経口摂取以外の栄養方法を使用している患者であって、以下の(ア)又は(イ)のいずれかに該当する患者（転院又は退院した患者を含む。）の合計数（ウに該当する患者を除く。）の3割5分以上について、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復させていること。
 - (ア) 他の保険医療機関等から紹介された患者で、鼻腔栄養又は胃瘻を使用している者であって、当該保険医療機関において、摂食機能療法を実施した患者
 - (イ) 当該保険医療機関で新たに鼻腔栄養を導入又は胃瘻を造設した患者
 - ② 当該保険医療機関において胃瘻造設術を行う全ての患者に対して、以下(ア)及び(イ)のいずれも実施していること。
 - (ア) 胃瘻造設術を行う患者に対し多職種による術前カンファレンスを行っていること。

なお、カンファレンスの出席者については、当該患者を担当する医師1名、当該手術を実施する診療科に属する医師1名、リハビリテーション医療に関する経験を3年以上有する医師、耳鼻咽喉科に関する経験を3年以上有する医師又は神経内科に関する経験を3年以上有する医師のうち1名の合計3名以上の出席を必須とし、その他歯科医師、看護師、言語聴覚士、管理栄養士などが参加することが望ましい。

また、カンファレンスを実施した際には、当該カンファレンスの概要及び出席者を診療録に記載していること。

更に、当該カンファレンスに出席した医師については、その診療科名及び経験年数も記録していること。
 - (イ) 胃瘻造設術を行う患者に対し、当該患者の臨床症状、検査所見及び経口摂取回復の見込み等を記した計画書を作成し、本人又はその家族等に十分に説明を行った上で胃瘻造設術を実施していること。
- ウ 以下の①から⑥までの患者はイの①の合計数には含まないものとする。
- ① 鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以内に死亡した患者（栄養方法が経口摂取のみの状態に回復した患者を除く。）
 - ② 鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1か月以内に栄養方法が経口摂取のみである状態へ回復した患者

- ③(2)イ①の(ア)に該当する患者であって、当該保険医療機関に紹介された時点で、鼻腔栄養を導入した日又は胃瘻を造設した日から起算して1年以上が経過している患者
- ④消化器疾患等の患者であって、減圧ドレナージ目的で胃瘻造設を行う患者
- ⑤炎症性腸疾患の患者であって、成分栄養剤の経路として胃瘻造設が必要な患者
- ⑥食道、胃噴門部の狭窄、食道穿孔等の食道や胃噴門部の疾患によって胃瘻造設が必要な患者
- (3)(2)イの①でいう「栄養方法が経口摂取のみである状態」とは、以下のア又はイの状態をいう。
- ア 鼻腔栄養の患者にあつては、経鼻経管を抜去した上で、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみである状態。
- イ 胃瘻を造設している患者にあつては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施しており、かつ、1か月以上にわたって栄養方法が経口摂取のみである状態。
- (4)栄養方法が経口摂取である状態に回復した日とは、鼻腔栄養の患者にあつては、経鼻経管を抜去した日、胃瘻の患者にあつては、胃瘻抜去術又は胃瘻閉鎖術を実施した日とする。ただし、(3)の条件を満たすこと。

K939-5 胃瘻造設時嚥下機能評価加算



K664胃瘻造設術施設基準と同じ(P164-165参照)

第10部手術 通則4 K665 胃瘻閉鎖術(2 内視鏡によるもの)



届出要

- (1)消化器内科又は消化器外科を標榜している病院であること。
- (2)消化器外科において、医師が1名以上配置されていること。
- (3)関係学会により認定された施設であること。
- (4)緊急手術の体制が整備されていること。

J003-4 多血小板血漿処置



- (1)形成外科、血管外科又は皮膚科を標榜している保険医療機関であること。
- (2)形成外科、血管外科又は皮膚科の常勤医師が2名以上配置されていること。また、このうち1名以上は当該診療科について5年以上の経験を有していること。
- (3)常勤の薬剤師又は臨床工学技士が1名以上配置されていること。また、臨床検査技師が配置されていることが望ましい。
- (4)当該処置の実施に当たり、再生医療等の安全性の確保等に関する法律第3条に規定する再生医療等提供基準を遵守していること。
- (5)関係学会等から示されている指針に基づき、当該処置を適切に実施していること。

K920-2 輸血管理料



[輸血管理料Ⅰ]

- (1)当該保険医療機関の輸血部門において、当該保険医療機関の輸血業務全般に関する責任者として専任の常勤医師が配置されていること。
- (2)当該保険医療機関の輸血部門において、臨床検査技師が常時配置されており、専従の常勤臨床検査技師が1名以上配置されていること。
- (3)当該保険医療機関の輸血部門において、輸血用血液製剤及びアルブミン製剤(加熱人血漿たん白を含む。)の一元管理がなされていること。
- (4)次に掲げる輸血用血液検査が常時実施できる体制が構築されていること。
A B O血液型、R h (D)血液型、血液交叉試験又は間接C o o m b s検査、不規則抗体検査
- (5)輸血療法委員会が設置され、年6回以上開催されるとともに、血液製剤の使用実態の報告がなされる等、輸血実施に当たっての適正化の取組がなされていること。
- (6)輸血前後の感染症検査の実施又は輸血前の検体の保存が行われ、輸血に係る副作用監視体制が構築されていること。

- (7)(5)、(6)及び血液製剤の使用に当たっては、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改正について(平成26年11月12日付薬食発1112第12号厚生労働省医薬食品局長通知)を遵守し適正に実施されていること。特に、血液製剤の使用に当たっては、投与直前の検査値の把握に努めるとともに、これらの検査値及び患者の病態を踏まえ、その適切な実施に配慮されていること。

[輸血管理料Ⅱ]

- (1)当該保険医療機関の輸血部門において、当該保険医療機関の輸血業務全般に責任を有する常勤医師を配置していること。
- (2)当該保険医療機関の輸血部門において、専任の常勤臨床検査技師が1名以上配置されていること。
- (3)当該保険医療機関の輸血部門において輸血用血液製剤の一元管理がなされていること。
- (4)輸血管理料Ⅰの施設基準のうち、(4)から(7)までの全てを満たしていること。

[輸血適正使用加算]

- (1)「1」の輸血管理料Ⅰを算定する保険医療機関において、新鮮凍結血漿(F F P)の使用量を赤血球濃厚液(M A P)の使用量で除した値が0.54未満であり、かつ、アルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液(M A P)の使用量で除した値が2未満であること。なお、新鮮凍結血漿(F F P)及びアルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液(M A P)の使用量で除した値は次により算出すること。
- ① 赤血球濃厚液(M A P)の使用量
- ② 新鮮凍結血漿(F F P)の全使用量
- ③ 血漿交換療法における新鮮凍結血漿(F F P)の使用量
- ④ アルブミン製剤の使用量
- ⑤ 血漿交換療法におけるアルブミン製剤の使用量
- $$(2-3)/2 / ① = 0.54 \text{ 未満}$$
- $$(4-5) / ① = 2 \text{ 未満}$$
- (2)「2」の輸血管理料Ⅱを算定する保険医療機関において、新鮮凍結血漿(F F P)の使用量を赤血球濃厚液(M A P)の使用量で除した値が0.27未満であり、かつ、アルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液(M A P)の使用量で除した値が2未満であること。なお、新鮮凍結血漿(F F P)及びアルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液(M A P)の使用量で除した値は次により算出すること。
- ① 赤血球濃厚液(M A P)の使用量
- ② 新鮮凍結血漿(F F P)の全使用量
- ③ 血漿交換療法における新鮮凍結血漿(F F P)の使用量
- ④ アルブミン製剤の使用量
- ⑤ 血漿交換療法におけるアルブミン製剤の使用量
- $$(2-3)/2 / ① = 0.27 \text{ 未満}$$
- $$(4-5) / ① = 2 \text{ 未満}$$

[貯血式自己血輸血管理体制加算]

- (1)関係学会から示されている指針に基づき、貯血式自己血輸血が十分な体制のもとに適正に管理及び保存されていること。
- (2)関係学会から示された指針の要件を満たし、その旨が登録されている常勤の医師及び看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。

K922 造血幹細胞移植 コーディネート体制充実加算



- (1)当該療養について専門の知識及び10年以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- (2)同種移植のコーディネート体制が十分に整備されていること。
- (3)当該手術を担当する診療科が関係学会による認定を受けていること。

K924 自己生体組織接着剤作成術



- (1)当該保険医療機関の輸血部門において、当該保険医療機関の輸血業務全般に関する責任を有する常勤医師が配置されていること。
- (2)当該保険医療機関の輸血部門において、専任の常勤臨床検査技師が1名以上配置されていること。
- (3)血液製剤の使用に当たって「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改正について」を遵守し適正に実施されていること。特に血液製剤の使用に当たっては、投与直前の検査値の把握に努めるとともに、これらの検査値及び患者の病態を踏まえ、その適切な実施に配慮されていること。
- (4)当該技術の適応の判断及び実施に当たって、関連学会から示されているガイドラインを遵守していること。

A000 初診料・A001再診料・A002外来診療料 情報通信機器を用いた診療



- (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ものとして、以下のア～ウを満たすこと。
 - ア 保険医療機関外で診療を実施することがあらかじめ想定される場合においては、実施場所が厚生労働省「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。）に該当しており、事後的に確認が可能であること。
 - イ 対面診療を適切に組み合わせて行うことが求められていることを踏まえて、対面診療を提供できる体制を有すること。
 - ウ 患者の状況によって当該保険医療機関において対面診療を提供することが困難な場合に、他の保険医療機関と連携して対応できること。
- (2)オンライン指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

B001 特定疾患治療管理料 15 慢性維持透析患者外来医学管理料 腎代替療法実績加算



J038人工腎臓の導入期加算2及び導入期加算3施設基準と同じ（P169-P170参照）

B001 特定疾患治療管理料 27 糖尿病透析予防指導管理料



- [1 糖尿病透析予防指導管理料]
- (1)当該保険医療機関内に、以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
 - ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
 - イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
 - ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士
 - (2)(1)のアに掲げる医師は、糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を5年以上有する者であること。
 - (3)(1)のイに掲げる看護師は、次のいずれかに該当する者であること。
 - ア 糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を2年以上有し、かつ、この間に通算1,000時間以上糖尿病患者の療養指導を行った者であって、適切な研修を修了した者
なお、ここでいう適切な研修とは、次の要件を満たすものをいうこと。
(イ)国又は医療関係団体等が主催する研修であること。
(ロ)糖尿病患者への生活習慣改善の意義・基礎知識、評価方法、セルフケア支援及び事例分析・評価等の内容が含まれるものであること。
(ハ)糖尿病患者の療養指導について十分な知識及び経験のある医師、看護師等が行う演習が含まれるものであること。
(ニ)通算して10時間以上のものであること。
 - イ 糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を5年以上有する者
 - (4)(1)のイに掲げる保健師は、糖尿病及び糖尿病性腎症の予防指導に従事した経験を2年以上有する者であること。
 - (5)(1)のウに掲げる管理栄養士は、糖尿病及び糖尿病性腎症の栄養指導に従事した経験を5年以上有する者であること。

- (6)(2)から(4)までに規定する医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも1名以上は常勤であること。
- (7)(2)から(5)までに規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士のほか、薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましいこと。
- (8)注4に規定する点数を算定する場合は、以下から構成される透析予防診療チームにより、透析予防に係る専門的な診療が行われていること。
 - ア 糖尿病指導の経験を有する医師（(2)を満たすこと。）
 - イ 糖尿病指導の経験を有する看護師又は保健師（看護師にあつては、(3)のアを満たすこと。保健師にあつては、(4)を満たすこと。）
 - ウ 糖尿病指導の経験を有する管理栄養士（(5)を満たすこと。）
- (9)注5に規定する高度腎機能障害患者指導加算を算定する場合は、次に掲げるイのアに対する割合が5割を超えていること。
 - ア 4月前までの3か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、同期間に算出したeGFRcr又はeGFRcys（ml/分/1.73m²）が30未満であったもの（死亡したもの、透析を導入したものと及び腎臓移植を受けたものを除き6人以上が該当する場合に限る。）
 - イ アの算定時点（複数ある場合は最も早いもの。以下同じ。）から3月以上経過した時点で以下のいずれかに該当している患者
(イ)血清クレアチニン又はシスタチンCがアの算定時点から不変又は低下していること
(ロ)尿たんぱく排泄量がアの算定時点から20%以上低下していること
(ハ)アでeGFRcr又はeGFRcysを算出した時点から前後3月時点のeGFRcr又はeGFRcysを比較し、その1月当たりの低下が30%以上軽減していること
- (10)糖尿病教室を定期的実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。
- (11)糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者の状態の変化等について、別添2の様式5の7を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

[2 糖尿病透析予防指導管理料（情報通信機器を用いた診療の場合）]
「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添1の第1の1に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

B001 特定疾患治療管理料 31 腎代替療法指導管理料



- [1 腎代替療法指導管理料]
- (1)以下の要件を満たしていること。
 - ア 説明に当たっては、関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき説明を行うこと。
 - イ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること。
 - ウ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に3人以上いること。なお、腎移植に向けた手続き等を行った患者とは、日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。
 - (2)当該保険医療機関内に、以下の職種が連携して診療を行う体制があること。
 - ア 腎臓内科の診療に3年以上従事した経験を有する専任の常勤医師
 - イ 5年以上看護師として医療に従事し、腎臓病患者の看護について3年以上の経験を有する専任の常勤看護師
 - (3)腎臓病について患者及びその家族等に対する説明を目的とした腎臓病教室を定期的実施すること。
- [2 腎代替療法指導管理料（情報通信機器を用いた診療の場合）]
「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」別添1の第1の1に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

J038 人工腎臓



〔人工腎臓1及び2〕

(1)慢性維持透析を行った場合1の施設基準

- ア 次のいずれかに該当する保険医療機関であること。
- ① 透析用監視装置の台数が26台未満であること。
 - ② 透析用監視装置一台当たりの区分番号「J038」人工腎臓の「1」から「3」を算定した患者数（外来患者に限る。）の割合が3.5未満であること。
- イ 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。
- ウ 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。

(2)慢性維持透析を行った場合2の施設基準

- ア 次のいずれにも該当する保険医療機関であること。
- ① 透析用監視装置の台数が26台以上であること。
 - ② 透析用監視装置一台当たりの区分番号「J038」人工腎臓の「1」から「3」を算定した患者数（外来患者に限る。）の割合が3.5以上4.0未満であること。
- イ 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。
- ウ 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。

(3)透析用監視装置の台数

透析用監視装置の台数の計算に当たり、以下のいずれも満たす透析用監視装置を台数に数えることとする。

- ア 透析室に配置されていること。
- イ 患者に対して使用できる状態であること。
- なお、直近12か月の各月はじめの人工腎臓を行う日の透析用監視装置の台数の合計を12で除した値をもって透析用監視装置の台数とする。
- (4)(1)のアの②及び(2)のアの②における人工腎臓を算定した患者数直近12か月の各月の患者数（外来患者に限る。）の合計を12で除した値をもって患者数とする。
- なお、人工腎臓を算定した患者数の計算に当たり、外来で人工腎臓を実施した回数が当該月において5回以下の患者は、当該月の患者数の合計に数えないこととする。

〔導入期加算〕

(1)導入期加算1の施設基準

- ア 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。
- イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていることが望ましい。

(2)導入期加算2の施設基準

次の全てを満たしていること。

- ア (1)のアを満たしていること。
- イ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が配置されていること。
- ウ 腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が、導入期加算3を算定している施設が実施する腎代替療法に係る研修を定期的に受講していること。
- エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で24回以上算定していること。
- オ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に2人以上いること。
- なお、腎移植に向けた手続きを行った患者とは、日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。

(3)導入期加算3の施設基準

次の全てを満たしていること。

- ア (1)のア及び(2)のイを満たしていること。
- イ 腎臓移植実施施設として、日本臓器移植ネットワークに登録された施設であり、移植医と腎代替療法に係る所定の研修を修了した者が連携して診療を行っていること。
- ウ 導入期加算1又は2を算定している施設と連携して、腎代替療法に係る研修を実施し、必要に応じて、当該連携施設に対して移植医療等に係る情報提供を行っていること。
- エ 区分番号「C102」在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で36回以上算定していること。
- オ 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に5人以上いること。なお、腎移植に向けた手続きを行った患者とは、日本臓器移植ネットワークに腎臓移植希望者として新規に登録された患者、先行的腎移植が実施された患者又は腎移植が実施され透析を離脱した患者をいう。
- カ 当該保険医療機関において献腎移植又は生体腎移植を実施した患者が前年に2人以上いること。

〔透析液水質確保加算〕

月1回以上水質検査を実施し、関連学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作製し、使用していること。

〔慢性維持透析濾過加算〕

J038人工腎臓の透析液水質確保加算施設基準と同じ（P170参照）

〔下肢末梢動脈疾患指導管理加算〕

- (1)当該医療機関において慢性維持透析を実施している全ての患者に対し、下肢末梢動脈疾患に関するリスク評価を行っていること。
- また、当該内容を元に当該医療機関において慢性維持透析を実施している全ての患者に指導管理等を行い、臨床所見、検査実施日、検査結果及び指導内容等を診療録に記載していること。
- (2)検査の結果、ABI検査0.7以下又はSP P検査40mmHg以下の患者については、患者や家族に説明を行い、同意を得た上で、専門的な治療体制を有している医療機関へ紹介を行っていること。
- また、当該医療機関が専門的な治療体制を有している医療機関の要件を満たしている場合は、当該医療機関内の専門科と連携を行っていること。
- (3)専門的な治療体制を有している医療機関をあらかじめ定めたと、当該医療機関について事前に届出を行っていること。
- また、当該医療機関について、院内掲示をすること。
- なお、専門的な治療体制を有している医療機関とは、次に掲げるアからウまでの全ての診療科を標榜している病院のことをいう。
- ア 循環器内科
- イ 胸部外科又は血管外科
- ウ 整形外科、皮膚科又は形成外科

D206 心臓カテーテル法による諸検査 血管内視鏡検査加算

- (1)循環器内科の経験を5年以上有する医師が1名以上配置されていること。
- (2)当該医療機関が心臓血管外科を標榜しており、心臓血管外科の経験を5年以上有する常勤の医師が配置されていること。ただし、心臓血管外科を標榜しており、かつ、心臓血管外科の経験を5年以上有する常勤の医師が1名以上配置されている他の保険医療機関と必要かつ密接な連携体制をとっており、緊急時に対応が可能である場合は、この限りでない。

第10部手術 通則4 K546 経皮的冠動脈形成術

届出不要

- 当該手術について、前年（1月から12月まで）の以下の手術件数を院内掲示すること。
- (1)急性心筋梗塞に対するもの
 - (2)不安定狭心症に対するもの
 - (3)その他のもの

第10部手術 通則4 K555-2 経カテーテル弁置換術（2 経皮的動脈弁置換術）

届出要

- (1)循環器内科及び心臓血管外科を標榜している病院であること。
- (2)次のいずれにも該当すること。
 - ア 緊急開心・胸部大動脈手術の経験があること。
 - イ 大動脈弁置換術（大動脈基部置換術を含む）を年間20例以上実施しており、かつ、大動脈に対するステントグラフト内挿術を年間10例以上実施していること。
 - ウ 冠動脈に関する血管内治療（PCI）を年間100例以上実施していること。
 - エ 経食道心エコー検査を年間200例以上実施していること。
- (3)5年以上の循環器内科の経験を有する常勤の医師が3名以上配置されており、かつ、5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が3名以上配置されていること。
- (4)5年以上の心血管インターベンション治療の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。なお、(3)に掲げる医師と同一の者であっても差し支えない。
- (5)関係学会より認定された施設であること。
- (6)以下のいずれも満たす手術室を有していること。
 - ア 設置型透視装置を備えていること。
 - イ 高性能フィルタを使用して空気浄化を行い、周辺諸室に対して適切な空気圧と気流の方向を維持していること。
 - ウ 必要な設備及び装置を清潔下で使用できる十分なスペースがあること。
 - エ 速やかに開胸手術に移行可能であること。
- (7)術中経食道心エコー検査、経皮的心肺補助装置及び緊急開心・胸部大動脈手術が実施可能であること。
- (8)実際の手技に当たって、5年以上の循環器内科の経験を有する常勤の医師と5年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師がそれぞれ1名以上参加すること。
- (9)関係学会の策定する実施施設基準を遵守すること。

J001-10 静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）

- (1)血管外科、心臓血管外科、皮膚科、形成外科又は循環器内科を専ら担当する専任の常勤医師1名以上及び専任の常勤看護師1名以上が勤務していること。
- (2)静脈疾患に係る3年以上の経験を有しており、所定の研修を修了した専任の常勤医師が1名以上配置していること。
- (3)静脈疾患の診断に必要な検査機器を備えている又は当該検査機器を備えている他の医療機関と連携していること。

第10部手術 通則5 K665 胃瘻閉鎖術（1 開腹または腹腔鏡によるもの） K546 経皮的冠動脈形成術 K555-2 経カテーテル弁置換術

届出不要

- 1 手術を受ける全ての患者に対して、当該手術の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望のあった場合、その都度手術に関して十分な情報を提供すること。
- 2 患者への説明を要する全ての手術とは、手術の施設基準を設定されている手術だけではなく、当該医療機関において行われる全ての手術を対象とする。
なお、患者への説明は、図、画像、映像、模型等を用いて行うことも可能であるが、説明した内容については文書（書式様式は自由）で交付、診療録に添付するものであること。また、患者への説明が困難な状況にあっては、事後の説明又は家族等関係者に説明を行っても差し支えない。ただし、その旨を診療録に記載すること。
- 3 当該手術について、以下の区分ごとに前年（1月から12月まで）の手術件数を院内掲示すること。
 - (1) 区分1に分類される手術
 - ア 頭蓋内腫瘍摘出術等（頭蓋内腫瘍摘出術、頭蓋内腫瘍摘出術、経鼻的下垂体腫瘍摘出術、脳動脈瘤被包術、脳動脈瘤流入血管クリッピング、脳動脈瘤頸部クリッピング、広範囲頭蓋底腫瘍切除・再建術、機能的定位脳手術、顕微鏡使用によるてんかん手術、脳刺激装置植込術、脊髄刺激装置植込術、脊髄刺激装置交換術及び脳神経手術（開頭して行うもの）をいう。）
 - イ 黄斑下手術等（黄斑下手術、硝子体茎頭微鏡下離断術、増殖性硝子体網膜症手術、眼窩内腫瘍摘出術（表在性）、眼窩内腫瘍摘出術（深在性）、眼窩内腫瘍手術、眼窩内異物除去術（表在性）、眼窩内異物除去術（深在性）、眼筋移動術、毛様体腫瘍切除術及び脈絡膜腫瘍切除術をいう。）
 - ウ 鼓室形成手術等（鼓室形成手術、内耳窓閉鎖術、経耳的聴神経腫瘍摘出術及び経迷路の内耳道開放術をいう。）
 - エ 肺悪性腫瘍手術等（肺悪性腫瘍手術、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術、肺切除術、胸壁悪性腫瘍摘出術、膿胸胸膜、胸膜肺切除術（通常のものとは胸腔鏡下のもの）、胸膜外肺剥皮術、胸腔鏡下膿胸腔搔爬術、膿胸腔有茎筋肉弁充填術、膿胸腔有茎大網充填術、胸郭形成手術（膿胸手術の場合）及び気管支形成手術をいう。）
 - オ 経皮的カテーテル心筋焼灼術、肺静脈隔離術
 - (2) 区分2に分類される手術
 - ア 靭帯断裂形成手術等（靭帯断裂形成手術、関節鏡下靭帯断裂形成手術、観血的関節授動術、関節鏡下関節授動術、骨悪性腫瘍手術及び脊椎、骨盤悪性腫瘍手術をいう。）
 - イ 水頭症手術等（水頭症手術、髄液シャント抜去術、脳血管内手術及び経皮的脳血管形成術をいう。）
 - ウ 鼻副鼻腔悪性腫瘍手術等（涙嚢鼻腔吻合術、鼻副鼻腔悪性腫瘍手術及び上咽頭悪性腫瘍手術をいう。）
 - エ 尿道形成手術等（尿道下裂形成手術、陰茎形成術、前立腺悪性腫瘍手術、尿道上裂形成手術、尿道形成手術、経皮的尿路結石除去術、経皮的腎盂腫瘍切除術、膀胱単純摘除術及び膀胱悪性腫瘍手術（経尿道的手術を除く。）をいう。）
 - オ 角膜移植術
 - カ 肝切除術等（腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）、肝切除術、腹腔鏡下肝切除術、移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）、臍体尾部腫瘍切除術、腹腔鏡下臍頭部腫瘍切除術、臍頭部腫瘍切除術、骨盤内臓全摘術、胆管悪性腫瘍手術、肝門部胆管悪性腫瘍手術及び副腎悪性腫瘍手術をいう。）
 - キ 子宮附属器悪性腫瘍手術等（子宮附属器悪性腫瘍手術（両側）、卵管鏡下卵管形成術、腔壁悪性腫瘍手術、造腔術、腔閉鎖症術（拡張器利用によるものを除く。）、女子外性器悪性腫瘍手術及び子宮鏡下子宮内膜焼灼術をいう。）
 - (3) 区分3に分類される手術
 - ア 上顎骨形成術等（顔面神経麻痺形成手術、上顎骨形成術、頬骨変形治療骨折矯正術及び顔面多発骨折観血的手術をいう。）
 - イ 上顎骨悪性腫瘍手術等（耳下腺悪性腫瘍手術、上顎骨悪性腫瘍手術、喉頭、下咽頭悪性腫瘍手術、舌悪性腫瘍手術及び口腔、顎、顔面悪性腫瘍切除術をいう。）
 - ウ バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）

工 母指化手術等（自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）、神経血管柄付植皮術（手・足）、母指化手術及び指移植手術をいう。）

オ 内反足手術等（内反足手術及び先天性気管狭窄症手術をいう。）

カ 食道切除再建術等（食道切除再建術、食道腫瘍摘出術（開胸又は開腹手術によるもの、腹腔鏡下、縦隔鏡下又は胸腔鏡下によるもの）、食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）、食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）、食道切除後2次的再建術、食道裂孔ヘルニア手術及び腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア手術をいう。）

キ 同種死体腎移植術等（移植用腎採取術（生体）、腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）、同種死体腎移植術及び生体腎移植術をいう。）

(4) 区分4に分類される手術

胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）、漏斗胸手術（胸腔鏡によるもの）、胸腔鏡下試験開胸術、胸腔鏡下試験切除術、胸腔鏡下胸管結紮術（乳糜胸手術）、胸腔鏡下縦隔切開術、胸腔鏡下拡大胸腺摘出術、胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術、胸腔鏡下肺切除術、胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術、胸腔鏡下良性胸壁腫瘍手術、胸腔鏡下肺縫縮術、胸腔鏡下食道憩室切除術、腹腔鏡下食道憩室切除術、胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術、胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術、縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術、腹腔鏡下食道アカラシア形成手術、腹腔鏡下食道静脈瘤手術（胃上部血行遮断術）、胸腔鏡下（腹腔鏡下を含む。）横隔膜縫合術、胸腔鏡下心膜開窓術、不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下によるものに限る。）に限る。）、腹腔鏡下リンパ節群郭清術（骨盤及び側方に限る。）、腹腔鏡下ヘルニア手術、腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）、腹腔鏡下試験開腹術、腹腔鏡下試験切除術、腹腔鏡下汎発性腹膜炎手術、腹腔鏡下大網、腸間膜、後腹膜腫瘍摘出術、腹腔鏡下胃、十二指腸潰瘍穿孔縫合術、腹腔鏡下胃吊上げ固定術（胃下垂症手術）、胃捻転症手術、腹腔鏡下胃局所切除術、腹腔鏡下胃切除術、腹腔鏡下噴門側胃切除術、腹腔鏡下胃全摘術、腹腔鏡下食道下部迷走神経切断術（幹迷切）、腹腔鏡下食道下部迷走神経選択的切除術、腹腔鏡下胃腸吻合術、腹腔鏡下幽門形成術、腹腔鏡下噴門形成術、腹腔鏡下食道噴門部縫縮術、腹腔鏡下胆管切開結石摘出術、腹腔鏡下胆嚢摘出術、腹腔鏡下総胆管拡張症手術、腹腔鏡下肝嚢胞切開術、腹腔鏡下脾固定術、腹腔鏡下脾摘出術、腹腔鏡下腸管癒着剥離術、腹腔鏡下腸重積症整復術、腹腔鏡下小腸切除術、腹腔鏡下虫垂切除術、腹腔鏡下結腸切除術、腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術、腹腔鏡下全結腸・直腸切除腸肛門吻合術、腹腔鏡下人工肛門造設術、腹腔鏡下腸瘻、虫垂瘻造設術、腹腔鏡下腸閉鎖症手術、腹腔鏡下人工肛門閉鎖術（悪性腫瘍に対する直腸切除術後のものに限る。）、腹腔鏡下腸回転異常症手術、腹腔鏡下先天性巨大結腸症手術、腹腔鏡下直腸切除・切断術、腹腔鏡下直腸脱手術、腹腔鏡下鎖肛手術（腹会陰、腹仙骨式）、腹腔鏡下副腎摘出術、腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）、腹腔鏡下副腎悪性腫瘍手術、腹腔鏡下腎部分切除術、腹腔鏡下腎嚢胞切除縮小術、腹腔鏡下腎嚢胞切除術、腹腔鏡下腎摘出術、腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術、腹腔鏡下腎盂形成手術、腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）、腹腔鏡下膀胱部分切除術、腹腔鏡下膀胱脱手術、腹腔鏡下尿管摘出術、腹腔鏡下膀胱内手術、腹腔鏡下尿失禁手術、腹腔鏡下内精巣静脈結紮術、腹腔鏡下腹腔内停留精巣陰嚢内固定術、腹腔鏡下造腔術、腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術、腹腔鏡下子宮筋腫摘出（核出）術、腹腔鏡下子宮腔上部切断術、腹腔鏡下腔式子宮全摘術、腹腔鏡下広靱帯内腫瘍摘出術、子宮附属器癒着剥離術（両側）（腹腔鏡によるもの）、卵巣部分切除術（腔式を含む。）（腹腔鏡によるもの）、卵管結紮術（腔式を含む。）（両側）（腹腔鏡によるものに限る。）、卵管口切開術（腹腔鏡によるもの）、腹腔鏡下多嚢胞性卵巣焼灼術、子宮附属器腫瘍摘出術（両側）（腹腔鏡によるもの）、卵管全摘除術、卵管腫瘍全摘除術、子宮卵管留血腫手術（両側）（腹腔鏡によるもの）、腹腔鏡下卵管形成術、子宮外妊娠手術（腹腔鏡によるもの）、性腺摘出術（腹腔鏡によるもの）

(5) その他の区分

ア 人工関節置換術

イ 1歳未満の乳児に対する先天性食道閉鎖症根治手術、胸腔鏡下先天性食道閉鎖症根治手術、胸腹裂孔ヘルニア手術、経皮的肺動脈穿通・拡大術、単心室症又は三尖弁閉鎖症手術（心室中隔造成術）、大血管転位症手術、左心低形成症候群手術（ノルウッド手術）、先天性胆道閉鎖症手術、肝切除術、鎖肛手術（仙骨会陰式及び腹会陰式並びに腹仙骨式）、仙尾部奇形腫手術、副腎悪性腫瘍手術及び腎（尿管）悪性腫瘍手術（以下「乳児外科施設基準対象手術」という。）

ウ ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術

エ 冠動脈、大動脈バイパス移植術（人工心臓を使用しないものを含む。）及び体外循環を要する手術

オ 経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術及び経皮的冠動脈ステント留置術

4 同種死体腎移植術等（移植用腎採取術（生体）、腹腔鏡下移植用腎採取術（生体）、同種死体腎移植術及び生体腎移植術をいう。）の実施に当たっては、臓器の移植に関する法律の運用に関する指針（ガイドライン）、世界保健機関「ヒト臓器移植に関する指針」、国際移植学会倫理指針、日本移植学会倫理指針、日本移植学会「生体腎移植実施までの手順」を遵守していること。

5 3の(1)区分1から(3)区分3までに分類される手術であって胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術及び3の(4)区分4に分類される手術の実施に当たっては、次のいずれにも該当すること。

(1)速やかに開胸手術や開腹手術に移行できる体制を整えていること。

(2)関連学会から示されているガイドライン等を踏まえ、手術適応等の治療方針についての検討を適切に実施すること。

(3)胸腔鏡又は腹腔鏡を用いる手術について十分な経験を有する医師が配置されていること。

医療を提供しているが、医療資源の少ない地域 

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	南檜山	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町、奥尻町
	日高	日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町、新ひだか町
	宗谷	稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町、幌延町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町
	根室	根室市、別海町、中標津町、標津町、羅臼町
青森県	西北五地域	五所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町、中泊町
	下北地域	むつ市、大間町、東通村、風間浦村、佐井村
岩手県	岩手中部	花巻市、北上市、遠野市、西和賀町
	気仙	大船渡市、陸前高田市、住田町
	宮古	宮古市、山田町、岩泉町、田野畑村
	久慈	久慈市、普代村、野田村、洋野町
秋田県	北秋田	北秋田市、上小阿仁村
	大仙・仙北	大仙市、仙北市、美郷町
	湯沢・雄勝	湯沢市、羽後町、東成瀬村
山形県	最上	新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村、戸沢村
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	魚沼	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
	佐渡	佐渡市
福井県	奥越	大野市、勝山市
山梨県	峡南	市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町
長野県	木曾	木曾郡（上松町、南木曾町、木祖村、王滝村、大桑村、木曾町）
	大北	大町市、北安曇野郡（池田町、松川村、白馬村、小谷村）
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
愛知県	東三河北部	新城市、設楽町、東栄町、豊根村
滋賀県	湖北	長浜市、米原市
	湖西	高島市
奈良県	南和	五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村
兵庫県	但馬	豊岡市、養父市、朝来市、香美町、新温泉町

都道府県	二次医療圏	市町村
島根県	雲南	雲南市、奥出雲町、飯南町
	大田	大田市、邑智郡（川本町、美郷町、邑南町）
	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
香川県	小豆	小豆郡（土庄町、小豆島町）
長崎県	五島	五島市
	上五島	小値賀町、新上五島町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡（中種子町、南種子町、屋久島町）
	奄美	奄美市、大島郡（大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町）
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

上記のほか、離島振興法（昭和28年法律第72号）第2条第1項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法（昭和29年法律第189号）第1条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和44年法律第79号）第4条第1項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法（平成14年法律第14号）第3条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

厚生労働大臣が定める地域



1	北海道江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町及び奥尻町の地域
2	北海道日高町、平取町、新冠町、浦河町、様似町、えりも町及び新ひだか町の地域
3	北海道稚内市、猿払村、浜頓別町、中頓別町、枝幸町、豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士町及び幌延町の地域
4	北海道帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中札内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町、池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町及び浦幌町の地域
5	北海道根室市、別海町、中標津町、標津町及び羅臼町の地域
6	青森県五所川原市、つがる市、鱒ヶ沢町、深浦町、鶴田町及び中泊町の地域
7	青森県むつ市、大間町、東通村、風間浦村及び佐井村の地域
8	岩手県花巻市、北上市、遠野市及び西和賀町の地域
9	岩手県大船渡市、陸前高田市及び住田町の地域
10	岩手県宮古市、山田町、岩泉町及び田野畑村の地域
11	岩手県久慈市、普代村、野田村及び洋野町の地域
12	秋田県北秋田市及び上小阿仁村の地域
13	秋田県大仙市、仙北市及び美郷町の地域
14	秋田県湯沢市、羽後町及び東成瀬村の地域
15	山形県新庄市、金山町、最上町、舟形町、真室川町、大蔵村、鮭川村及び戸沢村の地域
16	東京都大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村及び小笠原村の地域
17	新潟県十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町及び津南町の地域
18	新潟県佐渡市の地域
19	福井県大野市及び勝山市の地域
20	山梨県市川三郷町、早川町、身延町、南部町及び富士川町の地域
21	長野県木曾郡の地域
22	長野県大町市及び北安曇野郡の地域
23	岐阜県高山市、飛騨市、下呂市及び白川村の地域
24	愛知県新城市、設楽町、東栄町及び豊根村の地域
25	滋賀県長浜市及び米原市の地域
26	滋賀県高島市の地域
27	兵庫県豊岡市、養父市、朝来市、香美町及び新温泉町の地域
28	奈良県五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村及び東吉野村の地域
29	島根県雲南市、奥出雲町及び飯南町の地域
30	島根県大田市及び邑智郡の地域

31 島根県海士町、西ノ島町、知夫村及び隠岐の島町の地域

32 香川県小豆郡の地域

33 長崎県五島市の地域

34 長崎県小値賀町及び新上五島町の地域

35 長崎県壱岐市の地域

36 長崎県対馬市の地域

37 鹿児島県西之表市及び熊毛郡の地域

38 鹿児島県奄美市及び大島郡の地域

39 沖縄県宮古島市及び多良間村の地域

40 沖縄県石垣市、竹富町及び与那国町の地域

上記のほか、離島振興法第二条第一項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域、奄美群島振興開発特別措置法第一条に規定する奄美群島の地域、小笠原諸島振興開発特別措置法第四条第一項に規定する小笠原諸島の地域及び沖縄振興特別措置法第三条第三号に規定する離島の地域に該当する地域

In the order of the Japanese alphabet index

50音順索引

	販売名	ページ
あ	アイフューザー プラス	8,21,25,51,56,63
	アイフューザー輸液セット	50
	アクアストリーム	129
	アクセスアダプタ	7,75
	アンジオカットプラス	5
い	陰圧コントローラ VC-1	130
	インシュレット	41
	EN変換コネクタ	57,67,83
え	エアー針	7,75
	APD回路 PD-Mini	44,122
	APD装置 PD-MINISOLA	44,121
お	オキシアACF	127,129
	オキシアAC-N	127
	オキシアIC-N	127
	オキシアリザーバN	129
	オキシア人工心肺回路	127,128,129,130
	オキシア人工心肺回路N	127,128,129,130
か	ガイドワイヤー	134
き	キュアセンス輸液ポンプ IP-100	8,21,25,51,56,63,76
け	経腸栄養ポンプ Amika	56,79
	血液浄化装置 AcuFil Auto JC-01	120
	血管造影用カテーテル	134
こ	コレクタフロー	129
さ	サイドホールアーチカニューラ	140
し	CAPDバッグフリー交換セット	44,122
	JMSアンギオパック	136

	販売名	ページ
	JMS胃管カテーテル	30
	JMS E・D・チューブ	66,82
	JMS医療用ペコぱんだ	88
	JMSエキステンションチューブ	7,50,75
	JMS ACD-A液	100
	JMS延長チューブ	7,50,75
	JMS経腸栄養ポンプ EN-SP50	56,79
	JMS吸引カテーテル	32
	JMS血液ポンプシステム	130
	JMSサッカー	130
	JMS三方活栓	7,75
	JMS CAPDコネクティングシステム	44,122
	JMS CAPD接続チューブ	122
	JMS小児用採尿袋	31
	JMSシリンジ	7,75
	JMSシリンジG	7,41,75
	JMSシリンジ(マイクロ)	7,75
	JMSシリンジ(マイクロ)G	7,41,75
	JMSシリンジポンプ SP-300	8,21,25,51,56,63,76
	JMSシリンジポンプ SP-120	8,21,25,51,56,63,76
	JMSシリンジポンプ SP-520	8,21,25,51,56,63,76
	JMS心内血貯血槽	129
	JMS舌圧測定器	88
	JMS大動脈カニューラ	128
	JMSダブルルーメンCPカニューラ	128
	JMS注射針	7,75
	JMSディスプレイダブル静脈ストリッパー	140
	JMS定量筒付輸液セット	7,75
	JMS導薬チューブ	140
	JMSドレンチューブ	31
	JMSドレンバッグ	31

	販売名	ページ
	JMSニトログリセリン用輸液セット	7,50,75
	JMS熱交換器	130
	JMS熱交換機N	130
	JMSネラトンカテーテル	32,60
	JMSバイパスチューブN	130
	JMS PDキャップキットS	44
	JMS腹膜灌流カテーテル	122
	JMS腹膜灌流セット	44,122
	JMS膀胱洗浄セット	31
	JMS薬液フィルタ	130
	JMS 輸液セット	7,50,75
	JMS輸液フィルター付輸液セット	7,50,75
	JMS輸液ポンプ OT-818G	8,21,25,51,56,63,76
	JMS輸液ポンプ OT-888	8,21,25,51,56,63,76
	JMS輸液ポンプ OT-808	8,21,25,51,56,63,76
	ジェイフィールド EN Yジョイント	57,67,83
	ジェイフィールド フィーディングバッグ	57,67,83
	ジェイフィールド ペグロック	55,82
	ジェイフィールド ペグロック延長チューブ	83
	ジェイフィールド ペグロック内視鏡用アダプタ	83
	ジェイフィールドEN延長チューブ	57,67,83
	ジェイフィールドENシリンジ	57,67,83
	ジェイフィールド栄養カテーテル	66,82
	ジェイフィールド栄養セット	57,67,83
	ジェイフィールド栄養ボトル	57,67,83
	ジェイフィールド栄養剤用バッグ	57,67,83
	シリコーンフォーリーカテーテル	32,66
	人工心肺用圧力計 PS-1	130
せ	セーフウイングキャス	5
	セーフミック TPNバッグ	7,50,75
	セルエイド Pタイプ	90

	販売名	ページ
と	鈍針	7,75
な	ナデシコ	134
に	NuMED弁拡張カテーテル	137
ね	ネオシールド	19
	ネオシールドウロコネクタ	19
	ネオシールドシリンジコネクタ	19
	ネオシールドプライミングキャップ	19
	ネオシールド輸液セット	19
	ネオフロン プロ	5
は	排液袋 未滅菌	31
ひ	BJ輸液セット	50
	PTAバルーンカテーテル	138
ふ	フィルティア	129
	プラスチックカニューラ	7,75
	プラネクタ	7,75
	プラネクタ輸液セット	7,50,75
	プラネクタ輸液セット フィルタ付	7,50,75
	プラネクタ輸液セット 側注用	7,50,75
	フレゼニウス Amikaポンプ用経腸栄養セット	57
	フレゼニウス自己血回収装置 CATSmart	101
	フレゼニウス ポンプ用経腸栄養セット	57
	フロースター	120
	プロポフォール静注1%50mL「FK」	24
	プロポフォール静注1%20mL「FK」	24
	プロポフォール静注1%100mL「FK」	24
へ	ヘパフィールド透析用250単位/mLシリンジ20mL	48,118
	ヘパフィールド透析用200単位/mLシリンジ20mL	48,118
	ヘパフィールド透析用150単位/mLシリンジ20mL	48,118
	ヘモクリスタル	129
	ペリセート360NL腹膜透析液	46,124
	ペリセート360N腹膜透析液	45,123

the order of the Japanese alphabet index

	販売名	ページ
	ペリセート400NL腹膜透析液	46,124
	ペリセート400N腹膜透析液	45,123
	弁拡張カテーテル Z-MED II	137
	弁拡張カテーテル NUCLEUS-X	137
ほ	ボーンマロウ コレクションキット	100
	ポケットLDF	113
ま	マルチトラキ (滅菌タイプ)	69
み	ミクスフローN	128
	ミクスフローMP	128
ゆ	輸液フィルターセット	7,50,75
れ	冷温水槽 HC-1	130
	レッグサイエンス舞	145
ろ	ロクロニウム臭化物静注液50mg/5.0mL「FK」	24
	ロクロニウム臭化物静注液25mg/2.5mL「FK」	24

JMS special treatment materials

JMS特定保険医療材料一覧

分野番号／特定保険医療材料

機能区分		販売名	償還価格
在宅 012 交換用胃瘻カテーテル			
(1)胃留置型	②バルーン型	ジェイフィード ペグロック	7,480円

分野番号／特定保険医療材料

機能区分		販売名	償還価格
在宅 001 腹膜透析液交換セット			
(1)交換キット		APD回路 PD-Mini JMS PDキャップキットS	554円
(2)回路	①Yセット	CAPDバッグフリー交換セット JMS CAPD接続チューブ JMS CAPDコネクティングシス テム	884円
	②APDセット	APD回路 PD-Mini	5,470円
	③IPDセット	JMS腹膜灌流セット	1,040円
在宅 002 在宅中心静脈栄養用輸液セット			
(1)本体		JMS 輸液セット JMSニトログリセリン用輸液セット JMS輸液フィルター付輸液セット 輸液フィルターセット アイフューザー輸液セット プラネクタ輸液セット プラネクタ輸液セット フィルタ付 プラネクタ輸液セット 側注用 BJ輸液セット JMSエクステンションチューブ JMS延長チューブ	1,520円
(2)付属品	②輸液バッグ	セーフミック TPNバッグ	414円
在宅 004 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル			
(2)2管一般(Ⅱ)	①標準型	シリコーンフォーリーカテーテル	561円
(5)特定(Ⅱ)			2,090円
在宅 005 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル			
(1)経鼻用	①一般用	ジェイフィード栄養カテーテル	183円
	②乳幼児用 イ非DEHP型	ジェイフィード栄養カテーテル	147円
	③経腸栄養用	JMS E・D・チューブ	1,630円

分野番号／特定保険医療材料			
	機能区分	販売名	償還価格
医科 009 血管造影用カテーテル			
	(1)一般用	血管造影用カテーテル	1,790円
医科 010 血管造影用マイクロカテーテル			
(1)オーバー ザワイヤー	①選択的アプローチ型 (ア)ブレードあり	ナデシコ	36,900円
	②造影能強化型	ナデシコ	30,300円
医科 012 血管造影用ガイドワイヤー			
(1)交換用		ガイドワイヤー	2,180円
(2)微細血管用		ガイドワイヤー	13,100円
医科 026 栄養カテーテル			
(1)経鼻用	①一般用	ジェイフィード栄養カテーテル	183円
	②乳幼児用 イ 非DEHP型	ジェイフィード栄養カテーテル	147円
	③経腸栄養用	JMS E・D・チューブ	1,630円
医科 028 胃管カテーテル			
(1)シングルルーメン		JMS胃管カテーテル	88円
医科 037 交換用胃瘻カテーテル			
(1)胃留置型	②バルーン型	ジェイフィード ペグロック	7,480円
医科 039 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル			
(2)2管一般 (Ⅱ)	①標準型	シリコンフォーリーカテーテル	561円
			2,090円
(5)特定(Ⅱ)			
医科 040 人工腎臓用特定保険医療材料(回路を含む)。			
(4)持続緩徐 式血液濾過器	①標準型	ア 一般用	フロースター
		イ 超低体 重患者用	
			27,000円
医科 051 腹膜透析用接続チューブ			
		JMS CAPD接続チューブ JMS CAPDコネクティ ングシステム JMS CAPDエクステン ションチューブ	12,900円

分野番号／特定保険医療材料			
	機能区分	販売名	償還価格
医科 052 腹膜透析用カテーテル			
	(2)緊急留置型	JMS腹膜灌流カテーテル	825円
医科 053 腹膜透析液交換セット			
(1)交換キット		APD回路 PD-Mini JMS PDキャップキットS	554円
(2)回路	①Yセット	CAPDバッグフリー交換セット JMS CAPD接続チューブ JMS CAPDコネクティングシ ステム	884円
	②APDセット	APD回路 PD-Mini	5,470円
	③IPDセット	JMS腹膜灌流セット	1,040円
医科 124 ディスポーザブル人工肺(膜型肺)			
(1)体外循環型 (リザーバー 機能あり)	①一般用	オキシアACF オキシアAC-N オキシア人工心肺回路	103,000円
	②低体重者・ 小児用	オキシアIC-N	122,000円
(2)体外循環型 (リザーバー 機能なし)	①一般用	オキシアACF オキシアAC-N オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	76,200円
	②低体重者・ 小児用	オキシアIC-N オキシア人工心肺回路	121,000円
(3)補助循環・補 助呼吸型	①一般用	オキシア人工心肺回路	141,000円
医科 125 遠心式体外循環用血液ポンプ			
(2)シールレス型		ミクスフローN オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	56,500円
医科 126 体外循環用カニューレ			
(1)成人用	②心筋保護用カニューレ (ア)ルート	JMSダブルルーメンCPカニュー ラ	3,950円
(2)小児用	①送脱血カニューレ (ア)シングル標準	JMS大動脈カニューラ	4,770円

分野番号／特定保険医療材料				
		機能区分	販売名	償還価格
医科 127 人工心肺回路				
(1)メイン回路	①抗血栓性あり	(ア)成人用	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	117,000円
		(イ)小児用	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	134,000円
	②抗血栓性なし	(ア)成人用	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	106,000円
		(イ)小児用	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	124,000円
(2)補助循環回路	①抗血栓性あり	(ア)成人用	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	69,600円
		(イ)小児用	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	70,900円
	②抗血栓性なし	(ア)成人用	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	40,400円
		(イ)小児用	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	40,400円
(3)心筋保護回路			オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	14,600円
(4)血液濃縮回路			オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路 アクアストリーム コレクタフロー ヘモクリスタル	24,900円
(5)分離体外循環回路			オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路	41,100円
(6)個別機能品	①貯血槽	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路 JMS心内血貯血槽 オキシアリザーバN		9,030円
	②カーディオトミリーザーバー	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路 JMS心内血貯血槽 オキシアリザーバN		27,400円
	③ハードシエル静脈リザーバー	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路 オキシアリザーバN		27,000円

分野番号／特定保険医療材料				
		機能区分	販売名	償還価格
医科 127 人工心肺回路				
(6)個別機能品	④心筋保護用貯液槽	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路 JMS心内血貯血槽		8,950円
	⑤ラインフィルター	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路 フィルティア オキシACF		13,000円
	⑥回路洗浄用フィルター	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路 JMS薬液フィルタ		4,100円
	⑦血液学的パラメーター測定用セル(ア)標準型	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路		7,110円
	⑧熱交換器	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路 JMS熱交換器N JMS熱交換器		11,900円
	⑨安全弁	オキシア人工心肺回路N オキシア人工心肺回路		4,560円
	医科 130 心臓手術用カテーテル			
	(5)弁拡張用カテーテル	NuMED弁拡張カテーテル 弁拡張カテーテル Z-MEDI 弁拡張カテーテル NUCLEUS-X		151,000円
	医科 133 血管内手術用カテーテル			
(3)PTAバルーンカテーテル	①一般型(ア)標準型	血管拡張用カテーテル PTAバルーンカテーテル		35,300円
医科 197 ガイドワイヤー				
ガイドワイヤー			1,880円	

分野番号／特定保険医療材料			
	機能区分	販売名	償還価格
調剤	001 インスリン製剤等注射用ディスポーザブル注射器		
	(1)標準型	インシュレット	17円
調剤	003 ホルモン製剤等注射用ディスポーザブル注射器		
		JMSシリンジG JMSシリンジ(マイクロ)G	11円
調剤	004 腹膜透析液交換セット		
	(1)交換キット	APD回路 PD-Mini JMS PDキャップキットS	554円
	(2)回路	①Yセット CAPDバッグフリー交換セット JMS CAPDコネクティングシステム	884円
		②APDセット APD回路 PD-Mini	5,470円
		③IPDセット JMS腹膜灌流セット	1,040円
調剤	005 在宅中心静脈栄養用輸液セット		
	(1)本体	JMS 輸液セット JMSニトログリセリン用輸液セット JMS輸液フィルター付輸液セット 輸液フィルターセット アイフューザー輸液セット プラネクタ輸液セット プラネクタ輸液セット フィルタ付 プラネクタ輸液セット 側注用 BJ輸液セット JMSエクステンションチューブ JMS延長チューブ	1,520円
	(2)付属品	②輸液バッグ セーフミック TPNバッグ	414円
調剤	006 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル		
	(1)経鼻用	①一般用 ジェイフィールド栄養カテーテル	183円
		②乳幼児用 イ非DEHP型 ジェイフィールド栄養カテーテル	147円
		③経腸栄養用 JMS E・D・チューブ	1,630円
調剤	010 在宅寝たきり患者処置用膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル		
	(2)2管一般 (II)	①標準型 シリコンフォーリーカテーテル	561円
	(5)特定(II)		2,090円

薬効分類名		
	品名/規格単位	薬価
全身麻酔・鎮静用剤		
	プロポフォール静注1%20mL「FK」	396円
	プロポフォール静注1%50mL「FK」	677円
	プロポフォール静注1%100mL「FK」	1,110円
血液凝固阻止剤		
	ヘパフィルド透析用150単位/mLシリンジ20mL	155円
	ヘパフィルド透析用200単位/mLシリンジ20mL	170円
	ヘパフィルド透析用250単位/mLシリンジ20mL	170円
腹膜透析液		
	ペリセート360NL腹膜透析液/1L1袋	585円
	ペリセート360NL腹膜透析液/1L1袋(排液用バッグ付)	1,449円
	ペリセート360NL腹膜透析液/1.5L1袋	902円
	ペリセート360NL腹膜透析液/1.5L1袋(排液用バッグ付)	1,597円
	ペリセート360NL腹膜透析液/2L1袋	898円
	ペリセート360NL腹膜透析液/2L1袋(排液用バッグ付)	1,612円
	ペリセート360NL腹膜透析液/2.5L1袋(排液用バッグ付)	1,853円
	ペリセート360NL腹膜透析液/3L1袋	1,474円
	ペリセート360N腹膜透析液/1L1袋	575円
	ペリセート360N腹膜透析液/1L1袋(排液用バッグ付)	1,311円
	ペリセート360N腹膜透析液/1.5L1袋	832円
	ペリセート360N腹膜透析液/1.5L1袋(排液用バッグ付)	1,638円
	ペリセート360N腹膜透析液/2L1袋	918円
	ペリセート360N腹膜透析液/2L1袋(排液用バッグ付)	1,815円
	ペリセート360N腹膜透析液/2.5L1袋(排液用バッグ付)	1,833円
	ペリセート360N腹膜透析液/3L1袋	1,333円

薬効分類名		
	品名/規格単位	薬価
腹膜透析液		
	ペリセート400NL腹膜透析液/1L1袋	484円
	ペリセート400NL腹膜透析液/1L1袋(排液用バッグ付)	1,152円
	ペリセート400NL腹膜透析液/1.5L1袋	888円
	ペリセート400NL腹膜透析液/1.5L1袋(排液用バッグ付)	1,628円
	ペリセート400NL腹膜透析液/2L1袋	890円
	ペリセート400NL腹膜透析液/2L1袋(排液用バッグ付)	1,783円
	ペリセート400NL腹膜透析液/2.5L1袋(排液用バッグ付)	1,783円
	ペリセート400NL腹膜透析液/3L1袋	1,501円
	ペリセート400N腹膜透析液/1L1袋	408円
	ペリセート400N腹膜透析液/1L1袋(排液用バッグ付)	1,363円
	ペリセート400N腹膜透析液/1.5L1袋	593円
	ペリセート400N腹膜透析液/1.5L1袋(排液用バッグ付)	1,494円
	ペリセート400N腹膜透析液/2L1袋	946円
	ペリセート400N腹膜透析液/2L1袋(排液用バッグ付)	1,597円
	ペリセート400N腹膜透析液/2.5L1袋(排液用バッグ付)	1,567円
	ペリセート400N腹膜透析液/3L1袋	1,359円
非脱分極性麻酔用筋弛緩剤		
	ロクロニウム臭化物静注液25mg/2.5mL「FK」	205円
	ロクロニウム臭化物静注液50mg/5.0mL「FK」	334円



人と医療のあいだに…

JMS製品 診療報酬ガイドブック（2022年度版）

2022年 10月 発行

株式会社ジェイ・エム・エス

【広島本社】〒730-8652 広島県広島市中区加古町12-17

【東京本社】〒105-0023 東京都港区芝浦1-2-1

コーポレートサイト : <https://www.jms.cc/>

医療関係者向けサイト : <https://medical.jms.cc/>

※本冊子に掲載している情報等は、2022年10月現在のものです。