別添１

特掲診療料の施設基準等

第１　特定疾患療養管理料

１　特定疾患療養管理料の注１に関する施設基準

患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

２　特定疾患療養管理料の注５に関する施設基準

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和８年３月５日保医発 0305 第７号。以下「基本診療料施設基準通知」という。）別添１の第１に掲げる情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること（以下単に「情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること」という。）。

３　届出に関する事項

特定疾患療養管理料の注１の施設基準については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。また、特定疾患療養管理料の注５に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、特定疾患療養管理料の注５として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第１の１の２　遠隔電子処方箋活用加算

１　遠隔電子処方箋活用加算に関する施設基準

「電子処方箋管理サービスの運用について」（令和４年 10 月 28 日付け薬生発 1028 第１号医政発 1028 第１号保発 1028 第１号厚生労働省医薬・生活衛生局長・医政局長・保険局長通知。）に基づく電子処方箋（以下「電子処方箋」という。）を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制として、以下の（１）から（３）までを全て満たしていること。

（１）　院外処方を行う場合には、原則として、電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行っていること。

（２）　院内処方を行う場合には、原則として、医療機関内で調剤した薬剤の情報を電子処方箋管理サービスに登録を行っていること。

（３）　電子処方箋対応医療機関であることをウェブサイトで掲示していること。

２　届出に関する事項

遠隔電子処方箋活用加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式１の４を用いること。

第１の２　ウイルス疾患指導料

１　ウイルス疾患指導料の注２に規定する加算に関する施設基準

（１）　ＨＩＶ感染者の診療に従事した経験を５年以上有する専任の医師が１名以上配置されていること。

（２）　ＨＩＶ感染者の看護に従事した経験を２年以上有する専任の看護師が１名以上配置されていること。

（３）　ＨＩＶ感染者の服薬指導を行う専任の薬剤師が１名以上配置されていること。

（４）　社会福祉士又は精神保健福祉士が１名以上勤務していること。

（５） プライバシーの保護に配慮した診察室及び相談室が備えられていること。

２　ウイルス疾患指導料の注３に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

３　届出に関する事項

（１） ウイルス疾患指導料の注２に関する施設基準に係る届出は、別添２の様式１を用いること。

（２） １の(１)から(３)までに掲げる医師、看護師、薬剤師及び１の(４)に掲げる社会福祉士又は精神保健福祉士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。

（３） ウイルス疾患指導料の注３に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、ウイルス疾患指導料の注３として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第１の２の２　小児特定疾患カウンセリング料

１　小児特定疾患カウンセリング料の注２に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

２　届出に関する事項

小児特定疾患カウンセリング料の注２に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、小児特定疾患カウンセリング料の注２として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第１の３　小児科療養指導料

１　小児科療養指導料の注６に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

２　届出に関する事項

小児科療養指導料の注６に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、小児科療養指導料の注６として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第１の４　てんかん指導料

１　てんかん指導料の注６に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

２　届出に関する事項

てんかん指導料の注６に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、てんかん指導料の注６として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第１の５　難病外来指導管理料

１　難病外来指導管理料１の対象患者

「特掲診療料の施設基準等」第３の２の(３)難病外来指導管理料の対象疾患に定める「その他これに準ずる疾患」とは、「特定疾患治療研究事業について」（昭和 48 年４月 17 日衛発第 242 号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患している患者として都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに係るものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）又は「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱について」（平成元年７月 24 日健医発第 896 号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患している患者として都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに係るものに限る。）をいう。

２　難病外来指導管理料の注７に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

３　届出に関する事項

難病外来指導管理料の注７に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、難病外来指導管理料の注７として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第１の５の２　皮膚科特定疾患指導管理料

１　皮膚科特定疾患指導管理料の注１に関する施設基準

（１）　皮膚科又は皮膚泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。

（２）　患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

２　皮膚科特定疾患指導管理料の注４に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

３　届出に関する事項

皮膚科特定疾患指導管理料の注１の施設基準については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。また、皮膚科特定疾患指導管理料の注４に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、皮膚科特定疾患指導管理料の注４として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第１の６　外来栄養食事指導料

１　外来栄養食事指導料の注２に規定する施設基準

（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、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の注３に規定する施設基準

（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養等)

（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

３ 届出に関する事項

外来栄養食事指導料の注２及び注３に規定する施設基準に係る届出は、別添２の様式１の２を用いること。

第１の７ 心臓ペースメーカー指導管理料

１ 植込型除細動器移行期加算に関する施設基準

下記のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

（１） 「Ｋ５９９」植込型除細動器移植術、「Ｋ５９９－２」植込型除細動器交換術及び「Ｋ５９９－５」経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）

（２） 「Ｋ５９９－３」両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び「Ｋ５９９－４」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

２ 遠隔モニタリング加算に関する施設基準

（１） 循環器内科、小児循環器内科又は心臓血管外科についての専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。なお、不整脈及び心臓植込み型電気デバイスについての専門的な臨床経験を３年以上有していることが望ましい。

（２） 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関（循環器内科、小児循環器内科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。）において「Ｋ５９７」ペースメーカー移植術、「Ｋ５９７－２」ペースメーカー交換術、「Ｋ５９８」両心室ペースメーカー移植術から「Ｋ５９９－４」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術までのいずれかの施設基準の届出を行っていること。

（３） 関連学会から示されているガイドライン等を遵守すること。

３ 届出に関する事項

（１） 植込型除細動器移行期加算の施設基準に係る取扱いについては、植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術（レーザーシースを用いるもの）又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術のいずれかの届出を行っていればよく、植込型除細動器移行期加算として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

（２） 遠隔モニタリング加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式１の３を用いること。

第２ 高度難聴指導管理料

１ 高度難聴指導管理料に関する施設基準

次の(１)又は(２)に該当する保険医療機関であること。

（１） 人工内耳植込術の施設基準を満たしていること。

（２） ５年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する常勤の耳鼻咽喉科の医師が１名以上配置されていること。なお、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耳鼻咽喉科の非常勤医師（５年以上の耳鼻咽喉科の診療経験を有する医師に限る。）を２名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

また、当該常勤又は非常勤の耳鼻咽喉科の医師は、補聴器に関する指導に係る適切な研修を修了した医師であることが望ましい。

２ 届出に関する事項

高度難聴指導管理料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第２の２ 慢性維持透析患者外来医学管理料の腎代替療法実績加算に関する施設基準

慢性維持透析患者外来医学管理料の腎代替療法実績加算に関する施設基準及び届出に関する事項は、第 57 の２における２の(２)導入期加算２及び(３)導入期加算３の例による。

第３ 喘息治療管理料

１ 喘息治療管理料の注２に規定する加算に関する施設基準

（１） 専任の看護師又は准看護師が常時１人以上配置され、患者からの問い合わせ等に 24 時間対応できる体制を整えていること。

（２） ピークフロー値及び一秒量等を計測する機器を備えるとともに、患者から定期的に報告される検査値等の情報を適切に蓄積、解析し、管理できる体制を整えていること。

（３） 当該保険医療機関において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急入院を受け入れる体制を常に確保していること。

２ 届出に関する事項

（１） 喘息治療管理料の注２に規定する施設基準に係る届出は、別添２の様式３を用いること。

（２） １の(１)から(３)までに掲げる事項についてその概要を記載すること。

第３の２ 小児悪性腫瘍患者指導管理料

１ 小児悪性腫瘍患者指導管理料の注５に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

２ 届出に関する事項

小児悪性腫瘍患者指導管理料の注５に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、小児悪性腫瘍患者指導管理料の注５として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第４ 糖尿病合併症管理料

１ 糖尿病合併症管理料に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関内に糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を５年以上有する専任の常勤医師が１名以上配置されていること。

なお、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（糖尿病治療及び糖尿病足病変の診療に従事した経験を５年以上有する医師に限る。）を２名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２） 当該保険医療機関内に糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を５年以上有する専任の看護師であって、糖尿病足病変の指導に係る適切な研修を修了した者が１名以上配置されていること。

なお、ここでいう適切な研修とは、次のものをいうこと。

ア 国又は医療関係団体等（糖尿病重症化予防（フットケア）研修を行っている日本糖尿病教育・看護学会等）が主催する研修であること。

イ 糖尿病患者へのフットケアの意義・基礎知識、糖尿病足病変に対する評価方法、フットケア技術、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。

ウ 糖尿病足病変に関する患者指導について十分な知識及び経験のある看護師等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。

２ 届出に関する事項

糖尿病合併症管理料の施設基準に係る届出は、別添２の２を用いること。

第４の１の２　耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料

１　耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料に関する施設基準

（１）　耳鼻咽喉科を標榜する保険医療機関であること。

（２）　患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

２　届出に関する事項

耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料の施設基準については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第４の２　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に関する施設基準

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に準拠した緩和ケア研修会

（２）　緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会（日本緩和医療学会主催）等

２　がん性疼痛緩和指導管理料の注２に関する施設基準

次に掲げる基準を全て満たしていること。

（１）　高エネルギー放射線治療の届出を行っていること。

（２）　神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）を年間合計 10 例以上実施していること。

（３）　がん性疼痛の症状緩和を目的とした放射線治療及び神経ブロックをがん患者に提供できる体制について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（４）　（３）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

３　がん性疼痛緩和指導管理料の注４に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

４　届出に関する事項

（１）　がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に係る届出は、別添２の２を用いること。

（２）　がん性疼痛緩和指導管理料の注２の施設基準に係る届出は、別添２の様式５を用いること。

（３）　がん性疼痛緩和指導管理料の注４に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、がん性疼痛緩和指導管理料の注４として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第４の３　がん患者指導管理料

１　がん患者指導管理料イに関する施設基準

（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

イ　緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会（日本緩和医療学会主催）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に関する施設基準

（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。

3　がん患者指導管理料ハに関する施設基準

（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に関する施設基準

（1）　ＢＲＣＡ１／２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の注８に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

6　届出に関する事項

（1）　がん患者指導管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の３を用いること。

（2）　がん患者指導管理料の注８に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、がん患者指導管理料の注８として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第４の４　外来緩和ケア管理料

1　外来緩和ケア管理料に関する施設基準

（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及び小児緩和ケア診療加算に係る小児緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない。

また、悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性に鑑みて、専従の医師にあっても、緩和ケア診療加算を算定すべき診療、小児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）の緩和ケアチームの専従の職員について、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等からの求めに応じ、当該介護保険施設等又は指定障害者支援施設等において緩和ケアの専門性に基づく助言を行う場合には、緩和ケアチームの業務について専従とみなすことができる。ただし、介護保険施設等又は指定障害者支援施設等に赴いて行う助言に携わる時間は、原則として月 16 時間以下であること。また介護保険施設等又は指定障害者支援施設は次に掲げるものをいう。

イ 指定介護老人福祉施設
ロ 指定地域密着型介護老人福祉施設
ハ 介護老人保健施設
ニ 介護医療院
ホ 指定特定施設入居者生活介護事業所
ヘ 指定地域密着型特定施設入居者生活介護事業所
ト 指定介護予防特定施設入居者生活介護事業所
チ 指定認知症対応型共同生活介護事業所
リ 指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業所
ヌ 指定障害者支援施設
ル 指定共同生活援助事業所
ヲ 指定福祉型障害児入所施設

（４）（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、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者を対象とする場合には、末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者をそれぞれ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っても差し支えない。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医師に限る（末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者を対象とする場合には、末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者をそれぞれ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っても差し支えない。）。）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。

（６）（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、アからウまでのいずれかの研修を修了している者であること。さらに、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には、ア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に関する指導者研修会（日本緩和医療学会主催）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

（７）（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

（ニ）　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

（８）（１）のエ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。

（９）（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っても差し支えないものとする。

(10)　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。

(11)　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。

(12)　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の注５に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

３　届出に関する事項

（１）　外来緩和ケア管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の４を用いること。

（２）　外来緩和ケア管理料の注５に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、外来緩和ケア管理料の注５として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第４の５　移植後患者指導管理料

１　臓器移植後に関する施設基準

（１）　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　臓器移植に従事した経験を２年以上有し、下記のいずれかの経験症例を持つ専任の常勤医師

なお、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（臓器移植に従事した経験を２年以上有し、下記のいずれかの経験症例を持つ医師に限る。）を２名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（イ）　腎臓移植領域 10 例以上

（ロ）　肝臓移植領域 10 例以上

（ハ）　（イ）及び（ロ）以外の臓器移植領域３例以上

イ　臓器移植に従事した経験を２年以上有し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

ウ　免疫抑制状態の患者の薬剤管理の経験を有する常勤薬剤師

（２）　(１)のイにおける移植医療に係る適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。

ア　医療関係団体が主催するものであること。

イ　移植医療に関する業務を実施する上で必要な内容を含み、通算して３日間以上の、講義、演習又は実習等からなる研修であること。ただし、実習を除く、講義又は演習等は 10 時間以上のものとする。

ウ　講義又は演習等により、臓器移植の特性に応じた、移植の適応、免疫反応、感染症等の合併症、移植プロセスに応じたコーディネーション等について研修するものであること。

（３）　移植医療に特化した専門外来が設置されていること。

２　造血幹細胞移植後に関する施設基準

（１） 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 造血幹細胞移植に従事した経験を２年以上有し、造血幹細胞移植を 10 例以上（小児科の場合は７例以上）の経験症例を持つ専任の常勤医師

なお、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（造血幹細胞移植に従事した経験を２年以上有し、造血幹細胞移植を 10 例以上（小児科の場合は７例以上）の経験症例を持つ医師に限る。）を２名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

イ 造血幹細胞移植に従事した経験を２年以上有し、移植医療に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師

ウ 免疫抑制状態の患者の薬剤管理の経験を有する常勤薬剤師

（２） （１）のイにおける移植医療に係る適切な研修とは、次に掲げる全ての事項に該当するものをいう。

ア 医療関係団体が主催するものであること。

イ 移植医療に関する業務を実施する上で必要な内容を含み、通算して３日間以上の、講義、演習又は実習等からなる研修であること。ただし、実習を除く、講義又は演習等は 10 時間以上のものとする。

ウ 講義又は演習等により、造血幹細胞移植の特性に応じた、移植の適応、免疫反応、感染症等の合併症、移植プロセスに応じたコーディネーション等について研修するものであること。

（３） 移植医療に特化した専門外来が設置されていること。

３ 移植後患者指導管理料の注３に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

４ 届出に関する事項

（１） 移植後患者指導管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の５を用いること。

（２） 移植後患者指導管理料の注３に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、移植後患者指導管理料の注３として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第４の６ 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に関する施設基準

（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３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（看護師にあっては、（３）のアを満たすこと。保健師にあっては、（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４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、同期間内に算出した $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$（mL/分/1.73 ㎡）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 $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ を算出した時点から前後３月時点の $eGFR_{Cr}$ 又は $eGFR_{Cys}$ 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に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。

２　糖尿病透析予防指導管理料の注５に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

3　届出に関する事項

（1）　糖尿病透析予防指導管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の６を用いること。なお、高度腎機能障害患者指導加算に係る届出は、別添２の様式５の８を用いること。

（2）　糖尿病透析予防指導管理料の注５に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、糖尿病透析予防指導管理料の注５として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第４の７　小児運動器疾患指導管理料

1　小児運動器疾患指導管理料に関する施設基準

（1）　以下の要件をいずれも満たす常勤の医師が１名以上勤務していること。

ア　整形外科の診療に従事した経験を５年以上有していること。

イ　小児の運動器疾患に係る適切な研修を修了していること。

（2）　当該保険医療機関において、小児の運動器疾患の診断・治療に必要な単純撮影を行う体制を有していること。

（3）　必要に応じて、当該保険医療機関の病床又は連携する保険医療機関の病床において、入院可能な体制を有していること。

2　届出に関する事項

小児運動器疾患指導管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の８の２を用いること。

第４の８　乳腺炎重症化予防ケア・指導料

1　乳腺炎重症化予防ケア・指導料に関する施設基準

（1）　当該保険医療機関内に、乳腺炎の重症化及び再発予防の指導並びに乳房に係る疾患の診療の経験を有する医師が配置されていること。

（2）　当該保険医療機関内に、乳腺炎の重症化及び再発予防並びに母乳育児に係るケア及び指導に従事した経験を５年以上有し、助産に関する専門の知識や技術を有することについて医療関係団体等から認証された専任の助産師が、１名以上配置されていること。

2　届出に関する事項

乳腺炎重症化予防ケア・指導料の施設基準に係る届出は、別添２の２を用いること。

第４の９　婦人科特定疾患治療管理料

1　婦人科特定疾患治療管理料に関する施設基準

（1）　当該保険医療機関内に婦人科疾患の診療を行うにつき十分な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）　(1)に掲げる医師は、器質性月経困難症の治療に係る適切な研修を修了していること。なお、ここでいう適切な研修とは次のものをいうこと。

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること。

イ　器質性月経困難症の病態、診断、治療及び予防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。

2　届出に関する事項

婦人科特定疾患治療管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の 10 を用いること。

第４の 10　腎代替療法指導管理料

１　腎代替療法指導管理料に関する施設基準

（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。なお、患者に対する説明は、導入期に限らず、患者の病状や患者の求めに応じて繰り返し行うこと。

イ　「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に実施すること。

２　腎代替療法指導管理料の注３に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

３　届出に関する事項

（１）　腎代替療法指導管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式２の２を用いること。

（２）　腎代替療法指導管理料の注３に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、腎代替療法指導管理料の注３として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第４の 11　一般不妊治療管理料

１　一般不妊治療管理料に関する施設基準

（１）　産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。

（２）　当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて５年以上又は泌尿器科について５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。また、そのうち１名以上は、不妊症の患者に係る診療を主として実施する医師として 20 例以上の症例を実施していること。

（３）　以下のいずれかを満たす施設であること。

ア　生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行っていること。

イ　生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関との連携体制を構築していること。

（４）　国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。

２　届出に関する事項

一般不妊治療管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の 11 を用いること。

第４の 12　生殖補助医療管理料

１　生殖補助医療管理料１に関する施設基準

（１）　産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜する保険医療機関であること。

（２）　当該保険医療機関内に、産科、婦人科若しくは産婦人科について合わせて５年以上又は泌尿器科について５年以上の経験を有し、かつ、生殖補助医療に係る２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。

（３）　当該保険医療機関内に、日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設における生殖補助医療に係る１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。

（４）　当該保険医療機関内に、配偶子・胚の管理に係る責任者が１名以上配置されていること。

（５）　当該保険医療機関内に、関係学会による配偶子・胚の管理に係る研修を受講した者が１名以上配置されていることが望ましい。

（６）　日本産科婦人科学会の体外受精・胚移植に関する登録施設であること。また、日本産科婦人科学会のＡＲＴオンライン登録へのデータ入力を適切に実施すること。

（７）　採卵を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するための以下の装置・器具等を有していること。ただし、採卵、培養及び凍結保存を行う専用の室は、同一のものであって差し支えない。

ア　酸素供給装置

イ　吸引装置

ウ　心電計

エ　呼吸循環監視装置

オ　救急蘇生セット

（８）　培養を行う施錠可能な専用の室を備えていること。

（９）　凍結保存を行う施錠可能な専用の室を備えていること。また、凍結保存に係る記録について、診療録と合わせて保存すること。

(10)　当該保険医療機関において、医療に係る安全管理を行う体制が整備されていること。

(11)　安全管理のための指針が整備されていること。また、安全管理に関する基本的な考え方、医療事故発生時の対応方法等が文書化されていること。

(12)　安全管理のための医療事故等の院内報告制度が整備されていること。また、報告された医療事故、インシデント等について分析を行い、改善策を講ずる体制が整備されていること。

(13)　安全管理の責任者等で構成される委員会が月１回程度開催されていること。なお、安全管理の責任者の判断により、当該委員会を対面によらない方法で開催しても差し支えない。

(14)　安全管理の体制確保のための職員研修が定期的に開催されていること。

(15)　配偶子・胚の管理を専ら担当する複数の常勤の医師又は配偶子・胚の管理に係る責任者が確認を行い、配偶子・胚の取り違えを防ぐ体制が整備されていること。

(16)　緊急時の対応のため、時間外・夜間救急体制が整備されていること又は他の保険医療機関との連携により時間外・夜間救急体制が整備されていること。

(17)　胚移植術を実施した患者の出産に係る経過について把握する体制を有していること。

(18)　胚移植術の回数を含む患者の治療経過について把握する体制を有していること。また、当該保険医療機関において実施した胚移植術の実施回数について、他の保険医療機関から情報提供を求められた場合には、それに応じること。

(19)　以下のいずれかを満たす施設であることが望ましい。

ア　精巣内精子採取術に係る届出を行っていること。

イ　精巣内精子採取術に係る届出を行っている他の保険医療機関との連携体制を構築していること。

(20)　国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。

(21)　以下の体制を有していること。

ア　看護師、公認心理師等の患者からの相談に対応する専任の担当者を配置していること。

イ　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。

ウ　他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整及びこれらのサービスに関する情報提供に努めること。

(22)　当面の間、(６)から(９)の基準については、他の保険医療機関との契約を行っている場合又は他の保険医療機関と特別の関係にある場合であって、当該他の保険医療機関が生殖補助医療管理料１又は２に係る届出を行っている場合には、当該他の保険医療機関との連係により要件を満たすものとして差し支えない。

２　生殖補助医療管理料２に関する施設基準

(１)　１の(１)から(20)までの基準を全て満たしていること。

(２)　当面の間、(６)から(９)の基準については、他の保険医療機関との契約を行っている場合又は他の保険医療機関と特別の関係にある場合であって、当該他の保険医療機関が生殖補助医療管理料１又は２に係る届出を行っている場合には、当該他の保険医療機関との連係により要件を満たすものとして差し支えない。

３　届出に関する事項

生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の 12 を用いること。

第４の 13　二次性骨折予防継続管理料

１　二次性骨折予防継続管理料に関する施設基準

(１)　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整備されていること。

ア　骨粗鬆症の診療を担当する専任の常勤医師

イ　専任の常勤看護師

ウ　専任の常勤薬剤師

(２)　(１)のウに掲げる専任の常勤薬剤師については、当該保険医療機関内に常勤の薬剤師が配置されていない場合に限り、地域の保険医療機関等と連携し、診療を行う体制が整備されていることで差し支えない。

（３） 当該保険医療機関内において「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」及び「骨折リエゾンサービス（FLS）クリニカルスタンダード」を参照にした上で、院内職員を対象とした「骨粗鬆症に対する知識の共有とFLSの意義について」の研修会を年に１回以上実施すること。

（４） 患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

（５） 二次性骨折予防継続管理料１については、急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、地域一般入院基本料又は７対１入院基本料若しくは10対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、有床診療所入院基本料又は地域包括医療病棟入院料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（６） 二次性骨折予防継続管理料２については、有床診療所入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料又は回復期リハビリテーション入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。

（７） 二次性骨折予防継続管理料２について、有床診療所入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関は、運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を届け出ていること。

２ 届出に関する事項

（１） 二次性骨折予防継続管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の13を用いること。

（２） 新たに届出を行う保険医療機関については、当該届出を行う日から起算して１年以内に１の(３)による研修会等を開催することが決まっている場合にあっては、(３)の要件を満たしているものとする。なお、当該届出時に研修会等の開催予定日がわかる書類を添付すること。

第４の14 アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料

１ アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関内にアレルギーの診療に従事した経験を３年以上有する常勤医師が１名以上配置されていること。なお、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非常勤医師（アレルギーの診療に従事した経験を３年以上有する医師に限る。）を２名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２） アレルゲン免疫療法に伴う副作用が生じた場合に対応できる体制が整備されていること。

（３） 院内の見やすい場所にアレルゲン免疫療法を行っ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。

２ 届出に関する事項

アレルギー性鼻炎免疫療法治療管理料の施設基準については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第４の 15　下肢創傷処置管理料

１　下肢創傷処置管理料に関する施設基準

以下の要件を全て満たす常勤の医師が１名以上勤務していること。

（１）　整形外科、形成外科、皮膚科、外科、心臓血管外科又は循環器内科の診療に従事した経験を５年以上有していること。

（２）　下肢創傷処置に関する適切な研修を修了していること。

２　届出に関する事項

下肢創傷処置管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の 14 を用いること。

第４の 16　慢性腎臓病透析予防指導管理料

１　慢性腎臓病透析予防指導管理料に関する施設基準

（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　慢性腎臓病指導の経験を有する専任の医師

イ　慢性腎臓病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師

ウ　慢性腎臓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、慢性腎臓病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、慢性腎臓病の予防指導に従事した経験を３年以上有する者であること。

（４）（１）のイに掲げる保健師は、慢性腎臓病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、慢性腎臓病の栄養指導に従事した経験を３年以上有する者であること。

（６）（１）のア、イ及びウに掲げる透析予防診療チームに所属する者のいずれかは、慢性腎臓病の予防指導に係る適切な研修を修了した者であることが望ましいこと。

（７）（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。

（８）（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。

（９）　腎臓病教室を定期的に実施すること等により、腎臓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。ただし、当該教室はＢ００１の「27」糖尿病透析予防指導管理料に規定する糖尿病教室（腎臓病についての内容が含まれる場合に限る。）の実施により代えることとしても差し支えない。

２　慢性腎臓病透析予防指導管理料の注３に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

３　届出に関する事項

（１）　慢性腎臓病透析予防指導管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 13 の９を用いること。

（２） 慢性腎臓病透析予防指導管理料の注３に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、慢性腎臓病透析予防指導管理料の注３として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第５　小児科外来診療料

１　小児科外来診療料の注１に関する施設基準

（１） 小児科を標榜する保険医療機関であること。

（２） 患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

２　小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準

薬剤耐性（ＡＭＲ）対策アクションプラン（平成 28 年４月５日国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議）に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク（仮称）」に係る活動に参加し、又は感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。

３　届出に関する事項

小児科外来診療料の注１及び小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第６　地域連携小児夜間・休日診療料

１　地域連携小児夜間・休日診療料１に関する施設基準

（１） 小児を夜間、休日又は深夜において診療することができる体制を有していること。

（２） 夜間、休日又は深夜に小児科を担当する医師（近隣の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。）として３名以上を届け出ており、うち２名以上は専ら小児科を担当する医師であること。

（３） 地域に、夜間、休日又は深夜であって小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間が周知されていること。

（４） 緊急時に小児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小児が入院できる体制が整備されていること。

２　地域連携小児夜間・休日診療料２に関する施設基準

（１） 小児を 24 時間診療することができる体制を有していること。

（２） 専ら小児科を担当する医師（近隣の診療所等の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。）として３名以上を届け出ていること。

（３） 地域に、小児の救急医療の確保のために当該保険医療機関が６歳未満の小児を 24 時間診療することが周知されていること。

（４） 緊急時に小児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小児が入院できる体制が整備されていること。

３　地域連携小児夜間・休日診療料の注２に掲げる院内トリアージ実施体制加算に関する施設基準

（１） 以下の項目を含む院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っていること。

ア　トリアージ目標開始時間及び再評価時間

イ　トリアージ分類

ウ　トリアージの流れ

なお、トリアージの流れの中で初回の評価から一定時間後に再評価すること。

（２）　患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすい場所への掲示等により周知を行っていること。

（３）　（２）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

（４）　専任の医師又は救急医療に関する３年以上の経験を有する専任の看護師が配置されていること。

４　届出に関する事項

（１）　地域連携小児夜間・休日診療料１及び２の施設基準に係る届出は、別添２の様式７を用いること。

（２）　院内トリアージ実施体制加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式７の１の２を用いること。

（３）　開放利用に関わる地域の医師会等との契約及び当該医療機関の運営規程等を記載すること。

（４）　２の(１)に掲げる事項については、その体制の概要を添付すること。

第６の２　削除

第６の３　地域連携夜間・休日診療料

１　地域連携夜間・休日診療料に関する施設基準

（１）　救急患者を夜間、休日又は深夜において診療することができる体制を有していること。

（２）　夜間、休日又は深夜に診療を担当する医師（近隣の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。）として３名以上届け出ること。また診療を行う時間においては、当該保険医療機関内に常時医師が２名以上配置されており、患者の来院状況に応じて速やかに対応できる体制を有していること。届出医師、診療に当たる医師については地域連携小児夜間・休日診療料における届出医師、診療に当たる医師と兼務可能であるが、成人を診療できる体制であること。

（３）　地域に、夜間、休日又は深夜であって救急医療の確保のために当該保険医療機関があらかじめ定めた時間が周知されていること。

（４）　緊急時に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入院できる体制が整備されていること。

（５）　当該保険医療機関において、末梢血液一般検査、エックス線撮影を含む必要な診療が常時実施できること。なお、末梢血液一般検査及びエックス線撮影を含む必要な診療が常時実施できる体制をとっていれば、当該保険医療機関と同一の敷地内にある別の保険医療機関の設備を用いても差し支えない。

２　地域連携夜間・休日診療料の注２に掲げる院内トリアージ実施体制加算に関する施設基準

（１） 以下の項目を含む院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っていること。

ア　トリアージ目標開始時間及び再評価時間

イ　トリアージ分類

ウ　トリアージの流れ

なお、トリアージの流れの中で初回の評価から一定時間後に再評価すること。

（２） 患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすい場所への掲示等により周知を行っていること。

（３） （２）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

（４） 専任の医師又は救急医療に関する３年以上の経験を有する専任の看護師が配置されていること。

３　届出に関する事項

（１） 地域連携夜間・休日診療料の施設基準に係る届出は、別添２の様式７の２を用いること。

（２） 院内トリアージ実施体制加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式７の１の２を用いること。

（３） 開放利用に関わる地域の医師会等との契約及び当該医療機関の運営規程等を記載すること。

第６の３の２　乳幼児育児栄養指導料

１　乳幼児育児栄養指導料の注２に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

２　届出に関する事項

乳幼児育児栄養指導料の注２に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、乳幼児育児栄養指導料の注２として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第６の４　削除

第６の５　救急外来医学管理料

１　救急搬送医学管理料１、夜間休日救急医学管理料１及び救急外来医学管理料の注３に掲げる救急外来緊急検査対応加算１に関する施設基準

（１） 休日又は夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる第三次救急医療機関若しくは第二次救急医療機関（医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の４の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関をいう。）又は都道府県知事若しくは指定都市市長の指定する精神科救急医療施設であること。

なお、精神科救急医療施設の運営については、「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に従い実施されたい。

（２） 夜間又は休日において入院治療を必要とする重症患者に対して救急医療を提供する日を地域の行政部門、医師会等の医療関係者及び救急搬送機関等にあらかじめ周知していること。

（３） 救急用の自動車（消防法（昭和 23 年法律第 186 号）及び消防法施行令（昭和 36 年政令第 37 号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法（昭和 35 年法律第 105 号）及び道路交通法施行令（昭和 35 年政令第 270 号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。））又は救急医療用ヘリコプターによる搬送件数（以下この区分において「救急搬送件数」という。）が、年間で 1,500 件以上であること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在する病院にあっては、当該件数が年間で 1,200 件以上であること。

（４） 救急外来診療を実施するための専用の診察室及びベッドを有する区画を設けていること。

（５） 救急外来診療を行うために必要な次に掲げる装置及び器具を当該区画内に常時備えていること。ただし、当該区画が救命救急治療室、特定集中治療室、ハイケアユニット、脳卒中ケアユニット、小児特定集中治療室、新生児特定集中治療室、母体・胎児集中治療室又は新生児治療回復室（以下「救命救急治療室等」という。）と隣接しており、これらの装置及び器具を当該救命救急治療室等と共有しても緊急の事態に十分対応できる場合においては、この限りではない。

ア 救急蘇生装置（気管挿管セット及び人工呼吸装置等）

イ 除細動器

ウ 心電計

エ 呼吸循環監視装置

（６） 保険医療機関内において、専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む。）が常時、速やかに救急外来診療を開始できる場所に勤務していること。また、当該専任の医師を交代で担う複数の医師に、救急外来診療の経験を５年以上有する医師が２名以上含まれていること。

（７） 専任の看護師が常時、当該区画内に勤務していること。また、専任の看護師について、時間帯及び救急外来の業務状況に応じ、複数名の配置を行うことが望ましいこと。

（８） 地域及び医療機関の実情に応じて、専任の救急救命士が救急外来において適切な業務を担うことが考えられることから、その際には当該救急救命士に対して、院内研修を実施していることが望ましいこと。

（９） 手術に必要な麻酔科医及び手術室の看護師が緊急呼出し当番により、緊急手術を開始できる体制が常時確保されていること。

(10) 救急外来を受診した患者に対して、血液検査、コンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）及び磁気共鳴コンピューター断層撮影（ＭＲＩ撮影）を実施できる体制が常時確保されていること。

(11) 救急外来を受診した患者に対して、調剤及び検査等を行うにつき必要な薬剤師、臨床検査技師及び診療放射線技師が常時、当該保険医療機関内に配置されていること。

(12) 院内の職員に対して、救急に関する教育コース（心肺蘇生に関する教育コース又は外傷対応に関する教育コース等をいう。）の提供を年１回以上実施していること。

(13)　業務継続計画（以下単に「ＢＣＰ」という。）を策定し、当該ＢＣＰに基づいた災害訓練を年１回以上実施していること。

(14)　地域の救急医療に関する取組として、前年（１月から 12 月まで）において、次のいずれか２つ以上を満たしていること。

ア　メディカルコントロール協議会、救急医療対策協議会又は救急患者受入コーディネーター確保事業に関わる会議に参加していること。

イ　消防機関の実施するウツタイン様式調査に協力していること。

ウ　当該保険医療機関に勤務する医師（当該保険医療機関から消防機関等に派遣されている医師を含む。）が、消防機関に属する救急救命士からの特定行為の実施に係る指示要請に対応していること。

エ　地域の関係機関（都道府県、医師会、救急医療機関及び消防機関等）との間で、定期的に連携体制の構築及びその向上等を目的とした検討会を開催していること。

オ　救急救命士の病院実習（救急救命士の養成課程中に行われるもの、就業前に行うもの又は再教育（生涯教育）として行うものを指す。）を受け入れていること。

カ　在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場に参加し、在宅療養等に関する救急搬送についての情報共有ルールの策定等を行っていること。

２　救急搬送医学管理料２、夜間休日救急医学管理料２及び救急外来医学管理料の注３に掲げる救急外来緊急検査対応加算２に関する施設基準

（１）　救急外来医学管理料１の(１)、(２)、(４)、(５)及び(13)を満たすこと。

（２）　救急搬送件数が、年間で 800 件以上であること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二の二に掲げる地域に所在する病院にあっては、当該件数が年間で 640 件以上であること。

（３）　当該保険医療機関が救急外来診療を応需する時間帯において常に、専任の医師（宿日直を行っている専任の医師を含む。）が、保険医療機関内の速やかに救急外来診療を開始できる場所に勤務していること。

（４）　当該保険医療機関が救急外来診療を応需する時間帯において常に、専任の看護師が当該区画内に勤務していること。

（５）　当該保険医療機関が救急外来診療を応需する時間帯において常に、救急外来を受診した患者に対して、血液検査及びコンピューター断層撮影（ＣＴ撮影）を実施できる体制が確保されていること。なお、コンピューター断層撮影については、当該検査を実施する医療従事者を、緊急呼出し当番により確保する体制であっても差し支えない。

（６）　院内の職員に対して、救急に関する教育コース（心肺蘇生に関する教育コース又は外傷対応に関する教育コース等をいう。）の提供を年１回以上実施していること、又は当該コースの受講を推奨することを院内の職員に向けて周知し、その受講状況を年１回以上把握していること。

（７）　地域の救急医療に関する取組として、前年（１月から 12 月まで）において、次のいずれかを満たしていること。

ア　メディカルコントロール協議会、救急医療対策協議会又は救急患者受入コーディネーター確保事業に関わる会議に参加していること。

イ　消防機関の実施するウツタイン様式調査に協力していること。

ウ　当該保険医療機関に勤務する医師（当該保険医療機関から消防機関等に派遣されている医師を含む。）が、消防機関に属する救急救命士からの特定行為の実施に係る指示要請に対応していること。

エ　地域の関係機関（都道府県、医師会、救急医療機関及び消防機関等）との間で、定期的に連携体制の構築及びその向上等を目的とした検討会を開催していること。

オ　救急救命士の病院実習（救急救命士の養成課程中に行われるもの、就業前に行うもの又は再教育（生涯教育）として行うものを指す。）を受け入れていること。

カ　在宅医療関係者と救急医療関係者の協議の場に参加し、在宅療養等に関する救急搬送についての情報共有ルールの策定等を行っていること。

3　救急搬送医学管理料３及び夜間休日救急医学管理料３に関する施設基準

救急病院等を定める省令（昭和 39 年厚生省令第８号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所であること。

4　救急外来医学管理料の注５に掲げる救急時医療情報取得加算に関する施設基準

（1）　電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制として、以下のアからウまでの全てを満たしていること。

ア　院外処方を行う場合には、原則として、電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行っていること。

イ　院内処方を行う場合には、原則として、医療機関内で調剤した薬剤の情報を電子処方箋管理サービスに登録を行っていること

ウ　電子処方箋対応医療機関であることをウェブサイトで掲示していること

（2）　救急時医療情報閲覧機能を有していること。

5　救急外来医学管理料の注７に掲げる院内トリアージ実施体制加算に関する施設基準

（1）　以下の項目を含む院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っていること。

ア　トリアージ目標開始時間及び再評価時間

イ　トリアージ分類

ウ　トリアージの流れ

なお、トリアージの流れの中で初回の評価から一定時間後に再評価すること。

（2）　患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすい場所への掲示等により周知を行っていること。

（3）　（2）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

（4）　専任の医師又は救急医療に関する３年以上の経験を有する専任の看護師が配置されていること。なお、当該専任の医師又は看護師は、１（6）及び（7）並びに２の（3）及び（4）に係る専任の医師又は看護師を兼ねることができる。

6　届出に関する事項

（1）　救急外来医学管理料及び救急外来緊急検査対応加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式７の３を用いること。

（2）　院内トリアージ実施体制加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式７の１の２を用いること。

（３） 救急時医療情報取得加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式１の４を用いること。

（４） 救急外来医学管理料に係る届出を行う保険医療機関については、令和８年 12 月 31 日までの間に限り、１の(14)又は２の(７)に該当するものとみなす。

第６の６　外来リハビリテーション診療料

１　外来リハビリテーション診療料に関する施設基準

（１） 心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料の届出を行っていること。

（２） 当該診療料を算定する患者がリハビリテーションを実施している間、患者の急変時等に連絡を受けるとともに、リハビリテーションを担当する医師が直ちに診察を行える体制にあること。

２　届出に関する事項

心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料の届出を行っていればよく、外来リハビリテーション診療料として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第６の７　外来放射線照射診療料

１　外来放射線照射診療料に関する施設基準

（１） 放射線照射の実施時において、当該保険医療機関に放射線治療医（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。

（２） 専従の看護師及び専従の診療放射線技師がそれぞれ１名以上勤務していること。なお、当該専従の診療放射線技師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。なお、専従の看護師は、粒子線治療医学管理加算及びホウ素中性子捕捉療法医学管理加算に係る常勤の看護師を兼任することはできない。

（３） 放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上勤務していること。なお、当該技術者は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師との兼任はできないが、医療機器安全管理料２に係る技術者を兼任することができる。また、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策

加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、ホウ素中性子捕捉療法及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者との兼任もできない。

（４） 合併症の発生により速やかに対応が必要である場合等、緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制をとること。

２ 届出に関する事項

外来放射線照射診療料の施設基準に係る届出は、別添２の様式７の６を用いること。

第６の８ 地域包括診療料

１ 地域包括診療料１に関する施設基準

（1）から(11)までの基準を全て満たしていること。

（１） 診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院であること。

（２） 当該医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。なお、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。

（３） 次に掲げる事項を院内の見やすい場所に掲示していること。

ア 健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨を院内掲示していること。

イ 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること。

ウ 患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。

（４） （3）のア、イ及びウの掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

（５） 診療所において、当該患者に対し院外処方を行う場合は、調剤について薬局と連携をしていること（以下、当該薬局を「連携薬局」という。）。連携薬局については、24 時間対応できる体制を整えている薬局であること。ただし、当該診療所の特性に応じて緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛消炎剤、血圧降下剤、気管支拡張剤等の薬剤について、院内処方が可能な体制が整備されている場合にあっては、当該連携薬局について、24 時間対応できる体制が整備されていなくても差し支えない。

（６） 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。

ア 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。

イ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

（７） 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。

ア 介護保険法（平成９年法律第 123 号）第 46 条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者の指定を受けており、かつ、常勤の介護支援専門員（同法第７条第５項に規定するものをいう。）を配置していること。

イ　介護保険法第８条第６項に規定する居宅療養管理指導又は同条第 10 項に規定する短期入所療養介護等を提供した実績があること。

ウ　当該医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所（介護保険法に規定する事業を実施するものに限る。）を併設していること。

エ　担当医が「地域包括支援センターの設置運営について」（平成 18 年 10 月 18 日付老計発 1018001 号・老振発 1018001 号・老老発 1018001 号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に年１回以上出席していること。

オ　介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第８条第５項に規定する訪問リハビリテーション、同条第８項に規定する通所リハビリテーション、第８条の２第４項に規定する介護予防訪問リハビリテーション、同条第６項に規定する介護予防通所リハビリテーションに限る。）を提供していること（なお、要介護被保険者等に対して、維持期の運動器リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は廃用症候群リハビリテーション料を原則として算定できないことに留意すること。）。

カ　担当医が、介護保険法第 14 条に規定する介護認定審査会の委員の経験を有すること。

キ　担当医が、都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会を受講していること。

ク　担当医が、介護支援専門員の資格を有していること。

ケ　病院の場合は、「Ａ２４６」入退院支援加算の注８に規定する総合機能評価加算の届出を行っていること又は介護支援等連携指導料を算定していること。

コ　担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。

（８）　以下の全てを満たしていること。

ア　診療所の場合

（イ）　時間外対応体制加算１の届出を行っていること。

（ロ）　常勤換算２名以上（「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあっては 1.4 人以上）の医師が配置されており、うち１名以上が常勤の医師であること。

（ハ）　在宅療養支援診療所であること。

イ　病院の場合

（イ）　地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。

（ロ）　在宅療養支援病院の届出を行っていること。

（９）　以下のア～ウのいずれかを満たすこと。

ア　担当医が、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 38 号）第 13 条第９号に規定するサービス担当者会議に参加した実績があること。

イ　担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。

ウ　保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはＩＣＴ等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。

(10)　外来診療から訪問診療への移行に係る実績について、以下の全てを満たしていること。

ア　直近１年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「１」、「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)（注１のイの場合に限る。）又は「Ｃ０００」往診料を算定した患者の数の合計が、10 人以上であること。

イ　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 70%未満であること。

(11)　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。

(12)　健康保険法第 68 条の２第１項の規定により３年以内の期限が付された同法第 63 条第３項第１号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。

２　地域包括診療料２に関する施設基準

１の(１)から(９)、(11)及び(12)の基準を全て満たしていること。

３　外来データ提出加算に関する施設基準

（１）　厚生労働省が毎年実施する「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」（以下「外来医療等調査」という。）に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及び厚生労働省が外来医療等調査の一部事務を委託する外来医療等調査事務局（以下「外来医療等調査事務局」という。）と電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず１名指定すること。

（２）　外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出すること。

（３）　診療記録（過去５年間の診療録及び過去３年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。

（４）　診療記録の保管・管理につき、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であることが望ましい。

（５）　診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。

（６）　患者についての疾病統計には、ＩＣＤ大分類程度以上の疾病分類がされていること。

（７）　保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。

４　外来データ提出加算に係るデータ提出に関する事項

（１）　データの提出を希望する保険医療機関は、令和８年 11 月 20 日、令和９年２月 22 日、５月 20 日、８月 20 日、11 月 22 日又は令和 10 年２月 21 日までに別添２の様式７の 10 について、地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出すること。

（２）　(１)の届出を行った保険医療機関は、当該届出の期限となっている月の翌月から起算して２月分のデータ（例として、令和９年７月に届出を行った場合は、令和９年８月 20 日の期限に合わせた届出となるため、試行データは令和９年９月、10 月の２月分となる。）（以下「試行データ」という。）を厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに外来医療等調査事務局へ提出すること。

（３） 試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡を３の(１)の担当者宛てに電子メールにて発出する。なお、当該連絡のあった保険医療機関においては、この連絡以後、外来データ提出加算の届出を行うことが可能となる。

５　届出に関する事項

（１） 地域包括診療料１又は２の施設基準に係る届出は、基本診療料施設基準通知別添７の様式２の３を用いること。

（２） 外来データ提出加算に係る届出については、次のとおり。

ア　外来データ提出加算の施設基準に係る届出は別添２の様式７の 11 を用いること。

イ　各調査年度において、累積して３回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、３回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

ウ　データ提出を取りやめる場合、３の(２)の基準を満たさなくなった場合及びイに該当した場合については、別添２の様式７の 12 を提出すること。

エ　ウの届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、４の(１)の手続きより開始すること。

第６の８の２　削除

第６の８の３　小児かかりつけ診療料

１　小児かかりつけ診療料１に関する施設基準

（１） 専ら小児科又は小児外科を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（２） 「Ｂ００１－２」小児科外来診療料を算定していること。

（３） 「Ａ００１」の注 10 に規定する時間外対応体制加算１又は時間外対応体制加算３に係る届出を行っていること。

（４） (１)に掲げる医師が、以下の項目のうち、２つ以上に該当すること。

ア　母子保健法（昭和 40 年法律第 141 号）第 12 条又は 13 条の規定による乳幼児の健康診査（市町村を実施主体とする１歳６か月、３歳児等の乳幼児の健康診査）を実施していること

イ　予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）第５条第１項の規定による予防接種（定期予防接種）を実施していること

ウ　過去１年間に 15 歳未満の超重症児又は準超重症児に対して在宅医療を提供した実績を有していること

エ　幼稚園の園医、保育所の嘱託医又は小学校若しくは中学校の学校医に就任していること

（５） (１)に掲げる医師は、発達障害等に関する適切な研修及び虐待に関する適切な研修を修了していることが望ましい。

（６） 健康保険法第 68 条の２第１項の規定により３年以内の期限が付された同法第 63 条第３項第１号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。

２　小児かかりつけ診療料２に関する施設基準

（１）　１の（１）、（２）、（４）、（５）及び（６）の基準を満たしていること。

（２）　次のいずれかの基準を満たしていること。

ア　「Ａ００１」の注10に規定する時間外対応体制加算２又は時間外対応体制加算４に係る届出を行っていること。

イ　以下のいずれも満たすものであること。

（イ）　在宅当番医制等により、初期小児救急医療に参加し、休日又は夜間の診療を年６回以上の頻度で行っていること。

（ロ）　当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間にあっては、留守番電話等により、地域において夜間・休日の小児科外来診療を担当する医療機関や都道府県等が設置する小児医療に関する電話相談の窓口（＃8000等）等の案内を行うなど、対応に配慮すること。

３　小児抗菌薬適正使用支援加算に関する施設基準

薬剤耐性（ＡＭＲ）対策アクションプラン（平成28年４月５日国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議）に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク（仮称）」に係る活動に参加し、又は感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。

４　届出に関する事項

小児かかりつけ診療料１又は２の施設基準に係る届出は、別添２の様式７の８を用いること。小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第６の８の４　外来腫瘍化学療法診療料

１　外来腫瘍化学療法診療料１に関する施設基準

（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。

（８）　「Ｂ００１」の「22」がん性疼痛緩和指導管理料の届出を行っていること。

（９）　「Ｂ００１」の「23」がん患者指導管理料のロの届出を行っていることが望ましい。

(10)　（２）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

イ　緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会（日本緩和医療学会主催）等

(11)　患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の提出があった場合に、就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境の変化を踏まえ療養上必要な指導を行うことが可能である旨をウェブサイトに掲載していることが望ましい。

(12)　患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていること。

(13)　外来腫瘍化学療法診療料３の届出を行っている他の保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、緊急時に当該保険医療機関に受診できる体制を確保している場合については、連携する保険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。また、連携する保険医療機関の名称等については、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(14)　（５）、（６）及び（７）に係る対応を行っていることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

(15)　(13)及び(14)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

２　外来腫瘍化学療法診療料２に関する施設基準

（１）　１の（１）、（５）、（６）及び(11)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。

（４）　患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい。

３　外来腫瘍化学療法診療料３に関する施設基準

（１）　１の（１）、（６）及び（11）を満たしていること。

（２）　２の（２）、（３）及び（４）を満たしていること。

（３）　当該保険医療機関において外来化学療法を実施する患者に対して、外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制を確保していること。また、当該他の連携する医療機関の名称等については、あらかじめ地方厚生(支)局長に届出を行い、かつ、その情報を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（４）　（３）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

（５）　標榜時間外において、当該保険医療機関で外来化学療法を実施している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備すること。また、やむを得ない事由により電話等による問

い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。

4　連携充実加算に関する施設基準

（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。

5　がん薬物療法体制充実加算に関する施設基準

（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）　化学療法に係る調剤の経験を５年以上有しており、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。）以上有する専任の常勤薬剤師が配置されていること。

（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）　薬剤師が、医師の診察前に患者から服薬状況、副作用等の情報収集及び評価を実施し、情報提供や処方提案等を行った上で、医師がそれを踏まえて、より適切な診療方針を立てることができる体制が整備されていること。

6　届出に関する事項

（1）　外来腫瘍化学療法診療料１、２及び３の施設基準に係る届出は、別添２の様式 39 を用いること。

（2）　連携充実加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 39 の２を用いること。

（3）　がん薬物療法体制充実加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 39 の３を用いること。

（4）　当該治療室の平面図を添付すること。

（5）　令和８年３月 31 日時点で外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っている保険医療機関については、同年９月 30 日までの間、１の(12)の基準を満たしているものとする。

第６の９　生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)

1　生活習慣病管理料(Ⅰ)の注１及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注１に関する施設基準

（１） 生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。

（２） 患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

（３） 特定健康診査や健康診断の結果、医療機関での治療や精密検査が必要と判定された者に対する診療を実施するなど、保険者、都道府県、市町村等が実施する地域の生活習慣病の早期発見及び重症化予防のための取組との連携を行うこと。

２　充実管理加算（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準

（１） 充実管理加算１（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準

ア　当該保険医療機関において、脂質異常症を主病として生活習慣病管理料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定する患者について、次に掲げる割合に基づき算出される、届出時点における直前の、厚生労働省保険局医療課が別途通知する集計期間の実績値が、充実管理加算の届出を行う保険医療機関全体のうち、上位 20%であること（当該保険医療機関において、集計期間中に脂質異常症を主病として生活習慣病管理を行った患者数が 10 人以上である場合に限る。以下同じ。）。

（ア） 継続して投薬による脂質異常症の治療管理を行う患者のうち、集計期間中に、「Ｄ００７」血液化学検査の「１」の中性脂肪若しくは遊離コレステロール、「３」のＨＤＬ－コレステロール若しくは総コレステロール、若しくは「４」のＬＤＬ－コレステロールを実施し、又は特定健康診査を受診した患者の割合

（イ） 集計期間中の外来受診（他の医療機関への受診を含む。以下同じ。）について、各受診間の間隔がいずれも６ヶ月以内であり、かつ、集計期間中の最終受診日から集計期間終了日までの間隔が６ヶ月を超えない患者の割合

イ　以下のいずれも満たしていること。

（ア） 外来医療等調査に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及び外来医療等調査事務局と電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず１名指定すること。

（イ） 外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出すること。

（ウ） 診療記録（過去５年間の診療録及び過去３年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。

（エ） 診療記録の保管・管理につき、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であることが望ましい。

（オ） 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。

（カ） 患者についての疾病統計には、ＩＣＤ大分類程度以上の疾病分類がされていること。

（キ） 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。

（２） 充実管理加算２（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準

ア　（１）のアに基づき算出される実績値が、充実管理加算の届出を行う保険医療機関全体のうち、上位 50%であること。

イ　（１）のイを満たしていること。

（３）　充実管理加算３（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準

（１）のイを満たしていること。

３　充実管理加算（高血圧症を主病とする場合）の施設基準

（１）　充実管理加算１（高血圧症を主病とする場合）の施設基準

ア　当該保険医療機関において、高血圧症を主病として生活習慣病管理料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定する患者について、次に掲げる割合に基づき算出される、届出時点における直前の、厚生労働省保険局医療課が別途通知する集計期間の実績値が、充実管理加算の届出を行う保険医療機関全体のうち、上位 20%であること（当該保険医療機関において、集計期間中に高血圧症を主病として生活習慣病管理を行った患者数が 10 人以上である場合に限る。以下同じ。）。

集計期間中の外来受診について、各受診間の間隔がいずれも６ヶ月以内であり、かつ、集計期間中の最終受診日から集計期間終了日までの間隔が６ヶ月を超えない患者の割合

イ　２の（１）のイを満たしていること。

（２）　充実管理加算２（高血圧症を主病とする場合）の施設基準

ア　（１）のアに基づき算出される実績値が、充実管理加算の届出を行う保険医療機関全体のうち、上位 50%であること

イ　２の（１）のイを満たしていること。

（３）　充実管理加算３（高血圧症を主病とする場合）の施設基準

２の（１）のイを満たしていること。

４　充実管理加算（糖尿病を主病とする場合）の施設基準

（１）　充実管理加算１（糖尿病を主病とする場合）の施設基準

ア　当該保険医療機関において、糖尿病を主病として生活習慣病管理料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定する患者について、次に掲げる割合に基づき算出される、届出時点における直前の、厚生労働省保険局医療課が別途通知する集計期間の実績値が、充実管理加算の届出を行う保険医療機関全体のうち、上位 20%であること（当該保険医療機関において、集計期間中に糖尿病を主病として生活習慣病管理を行った患者数が 10 人以上である場合に限る。以下同じ。）。

（ア）　集計期間中に、「Ｄ００５」血液形態・機能検査の「９」ヘモグロビンＡ１ｃ（ＨｂＡ１ｃ）を実施し、又は特定健康診査を受診した患者の割合

（イ）　集計期間中に、「Ｂ００１－３」生活習慣病管理料(Ⅰ)の注５の眼科医療機関連携強化加算若しくは注６の歯科医療機関連携強化加算又は「Ｂ００１－３－３」生活習慣病管理料(Ⅱ)の注５の眼科医療機関連携強化加算若しくは注６の歯科医療機関連携強化加算を算定した患者の割合

（ウ）　集計期間中の外来受診について、各受診間の間隔がいずれも６ヶ月以内であり、かつ、集計期間中の最終受診日から集計期間終了日までの間隔が６ヶ月を超えない患者の割合

イ　２の（１）のイを満たしていること。

（２）　充実管理加算２（糖尿病を主病とする場合）の施設基準

ア　（１）のアに基づき算出される実績値が、充実管理加算の届出を行う保険医療機関全体のうち、上位 50%であること

イ　２の（１）のイを満たしていること。

（３）　充実管理加算３（糖尿病を主病とする場合）の施設基準

２の（１）のイを満たしていること。

５　生活習慣病管理料(Ⅰ)の注４及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注４に係るデータ提出に関する事項

（１）　データの提出を希望する保険医療機関は、令和８年５月 20 日、８月 20 日、11 月 20 日、令和９年２月 22 日、５月 20 日、８月 20 日、11 月 22 日又は令和 10 年２月 21 日までに別添２の様式７の 10 について、地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出すること。

（２）（１)の届出を行った保険医療機関は、当該届出の期限となっている月の翌月から起算して２月分のデータ（例として、令和８年７月に届出を行った場合は、令和８年８月 20 日の期限に合わせた届出となるため、試行データは令和８年９月、10 月の２月分となる。）（以下「試行データ」という。）を厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査実施説明資料（以下「調査実施説明資料」という。）に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに外来医療等調査事務局へ提出すること。

（３）　試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡を２の(１)のイの(ア)の担当者宛てに電子メールにて発出する。なお、当該連絡のあった保険医療機関においては、この連絡以後、充実管理加算の届出を行うことが可能となる。

６　生活習慣病管理料(Ⅱ)の注８に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

７　届出に関する事項

生活習慣病管理料(Ⅰ)の注４及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注４の施設基準に係る届出については、次のとおり。なお、生活習慣病管理料(Ⅰ)の注１及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注１の施設基準については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はない。また、生活習慣病管理料(Ⅱ)の注８に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、生活習慣病管理料(Ⅱ)の注８として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

（１）　生活習慣病管理料(Ⅰ)の注４及び生活習慣病管理料(Ⅱ)の注４の施設基準に係る届出は別添２の様式７の 11 を用いること。

（２）　各調査年度において、累積して３回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、３回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

（３）　データ提出を取りやめる場合、２の(１)のイの(イ)の基準を満たさなくなった場合及び(２)に該当した場合については、別添２の様式７の 12 を提出すること。

（４）（３）の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、５の（１）の手続きより開始すること。

（５）２から４までの届出に必要な実績値及び集計期間については、別途厚生労働省保険局医療課より通知する。

（６）令和８年３月 31 日において現に生活習慣病管理料（Ⅰ）又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注４に係る届出を行っている保険医療機関については、令和９年３月 31 日までの間に限り、２の（１）のア、３の（１）のア及び４の（１）のアを満たしているものとする。

第７　ニコチン依存症管理料

１　ニコチン依存症管理料に関する施設基準

（１）禁煙治療を行っている旨を保険医療機関内の見やすい場所に掲示していること。

（２）禁煙治療の経験を有する医師が１名以上勤務していること。なお、当該医師の診療科は問わないものであること。

（３）禁煙治療に係る専任の看護師又は准看護師を１名以上配置していること。

（４）禁煙治療を行うための呼気一酸化炭素濃度測定器を備えていること。

（５）保険医療機関の敷地内が禁煙であること。なお、保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。

（６）情報通信機器を用いて診察を行う保険医療機関にあっては、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（以下「オンライン指針」という。）に沿って診療を行う体制を有すること。

２　ニコチン依存症管理料の注１に規定する基準

（１）ニコチン依存症管理料を算定した患者の指導に関する過去１年間の平均継続回数は、次のアに掲げる数及びイに掲げる数を合計した数をウに掲げる数で除して算出する。ただし、過去１年間に当該医療機関において当該管理料を算定している患者が５人以下である場合は、当年３月に初回の治療を行った患者を、アからウまでの数から除くことができる。

ア　１年間の当該保険医療機関において実施したニコチン依存症管理料１の延べ算定回数（初回から５回目までの治療を含む。）

イ　１年間の当該保険医療機関においてニコチン依存症管理料２を算定した患者の延べ指導回数

ウ　ニコチン依存症管理料１のイに掲げる初回の治療の算定回数及びニコチン依存症管理料２の算定回数を合計した数

（２）ニコチン依存症管理料を算定した患者の指導に関する過去１年間の平均継続回数の計算期間は、前年４月１日から当年３月 31 日までとし、当該平均継続回数の実績に基づく所定点数の算定は、当年７月１日より行う。

（３）注１に規定する基準を満たさない場合には、ニコチン依存症管理料の所定点数の 100 分の 70 に相当する点数を算定することとなるが、過去１年間に当該管理料の算定の実績が無い場合は、この限りでないこと。

３　届出に関する事項

（１）ニコチン依存症管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式８を用いること。

（２） 当該治療管理に従事する医師及び看護師又は准看護師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。

第７の２　療養・就労両立支援指導料

１　療養・就労両立支援指導料の注３に規定する相談支援加算に関する基準

専任の看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師を配置していること。なお、当該職員は「Ａ２３４－３」患者サポート体制充実加算に規定する職員と兼任であっても差し支えない。また、当該職員は、国又は医療関係団体等が実施する研修であって、厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること。

２　療養・就労両立支援指導料の注５に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

３　届出に関する事項

（１） 相談支援加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式８の３を用いること。

（２） 療養・就労両立支援指導料の注５に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、療養・就労両立支援指導料の注５として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第７の３　心不全再入院予防継続管理料

１　心不全再入院予防継続管理料１及び２に関する施設基準

（１） 一般病棟入院基本料、７対１入院基本料、10 対１入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）に係る届出を行っている保険医療機関の病棟であること。

（２） 当該保険医療機関内に、以下から構成される心不全再入院予防チームが設置されていること。

ア　心不全指導の経験を５年以上有する専任の医師

イ　心不全指導の経験を３年以上有する専任の看護師又は保健師

ウ　心不全指導の経験を３年以上有する専任の管理栄養士

（３） （２）に規定する心不全再入院予防チームに所属する（２）のアからウまでの者のいずれかは、心不全の予防指導に係る適切な研修を修了した者であることが望ましい。

（４） （２）のアからウまでに規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士は常勤であること。また、常勤の薬剤師及び理学療法士が当該保険医療機関に配置されていること。

（５） 心大血管疾患リハビリテーション料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（６） 当該保険医療機関内において、関係学会により示されているガイドラインを参照した上で、院内職員を対象とした「心不全診療に関する最新治療と多職種連携の意義」についての研修会を年に１回以上実施すること。

（７） 当該保険医療機関が所在する地域において、心不全再入院予防継続管理料３を算定する保険医療機関等を対象とし、関係学会により示されているガイドラインを参照した上で、「心不全診療に関する最新治療と多職種連携の意義」についての研修会を年に１回以上実施すること。

（８） 心不全再入院予防継続管理料３を算定する保険医療機関の求めに応じて、栄養食事指導を行うことが望ましい。

２　心不全再入院予防継続管理料３に関する施設基準

（１） １の（２）ア、（２）イ及び（３）を満たすこと。

（２） １の（２）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。

（３） 心不全指導の経験を３年以上有する専任の管理栄養士又は心不全指導の経験を３年以上有する当該保険医療機関以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備すること。

（４） 薬剤師、理学療法士が当該保険医療機関に配置されていることが望ましい。

（５） 当該保険医療機関が所在する地域において、心不全再入院予防継続管理料１又は２に関する施設基準を届け出ている保険医療機関が主催する「心不全診療に関する最新治療と多職種連携の意義」についての研修会に参加すること。

３　届出に関する事項

（１） 心不全再入院予防継続管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式８の５を用いること。

（２） 新たに届出を行う保険医療機関については、当該届出を行う日から起算して１年以内に１の（６）及び（７）のによる研修会を開催することが決まっている場合にあっては、１の（６）及び（７）の要件を満たしているものとする。なお、当該届出時に研修会等の開催予定日がわかる書類を添付すること。

第７の４　遺伝性疾患療養指導管理料

１　遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準

（１） 遺伝性疾患の診療に係る経験を３年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、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非常勤医師（遺伝性疾患の診療に係る経験を３年以上有する医師に限る。）を２名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２） 遺伝性疾患に対する療養指導を年間合計 20 例以上実施していること。

２　遺伝性疾患療養指導管理料の注４に規定する施設基準

（１） 遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（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。

３　遺伝性疾患療養指導管理料の注５に規定する施設基準

がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院又はがんゲノム医療連携病院であること。

４　届出に関する事項

（１） 遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準の届出は別添２の様式 23 を用いること。

（２） 「２」については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

（３） 遺伝性疾患療養指導管理料の注５に規定する施設基準の届出は別添２の様式 23 の４を用いること。

第８ 開放型病院共同指導料

１ 開放型病院共同指導料に関する施設基準

（１） 当該病院の施設・設備の開放について、開放利用に関わる地域の医師会等との合意（契約等）があり、かつ、病院の運営規程等にこれが明示されていること。

（２） 次のア又はイのいずれかに該当していること。

ア 当該２次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない（雇用関係にない）10 以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること又は当該地域の医師若しくは歯科医師の５割以上が登録していること。

イ 当該２次医療圏の一つの診療科を主として標榜する、当該病院の開設者と関係のない（雇用関係のない）５以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること又は当該地域の当該診療科の医師若しくは歯科医師の５割以上が登録していること。この場合には、当該診療科の医師が常時勤務していること（なお、医師が 24 時間、365 日勤務することが必要であり、医師の宅直は認めない。）。

（３） 開放病床は概ね３床以上あること。

（４） 次の項目に関する届出前 30 日間の実績を有すること。

ア 実績期間中に当該病院の開設者と直接関係のない複数の診療所の医師又は歯科医師が、開放病床を利用した実績がある。

イ これらの医師又は歯科医師が当該病院の医師と共同指導を行った実績がある。

ウ 次の計算式により計算した実績期間中の開放病床の利用率が２割以上である。ただし、地域医療支援病院においてはこの限りではない。

開放病床利用率 ＝ （30 日間の開放型病院に入院した患者の診療を担当している診療所の保険医の紹介による延べ入院患者数） ÷ （開放病床 × 30 日間）

（５） 地域医療支援病院にあっては、上記(１)から(４)までを満たしているものとして取り扱う。

２ 届出に関する事項

（１） 開放型病院共同指導料の施設基準に係る届出は、別添２の様式９を用いること。

（２） 届出前 30 日間における医師又は歯科医師の開放病床使用及び共同指導の実績並びに当該基準の１の(４)のウにより計算した開放病床利用率を記載すること。

（３） 開放利用に係る地域医師会等との契約、当該病院の運営規程等を記載すること。

（４） 登録医師又は歯科医師の名簿（登録医師等の所属する保険医療機関名を含む。）を別添２の様式 10 を用いて提出すること。

（５） 当該届出に係る病棟の配置図及び平面図（開放病床が明示されていること。）を記載すること。

（６） 地域医療支援病院にあっては、上記（２）から（５）までの記載を要せず、地域医療支援病院である旨を記載すること。

第９　在宅療養支援診療所

１　在宅療養支援診療所の施設基準

次の（１）から（３）までのいずれかに該当するものを在宅療養支援診療所という。

なお、（１）又は（２）のアのいずれかに該当するものが、「Ｃ０００」往診料の注１に規定する加算、「Ｃ０００」往診料の注３に規定する在宅ターミナルケア加算、「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注６に規定する在宅ターミナルケア加算、「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注５に規定する在宅ターミナルケア加算、「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及び「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料（以下「往診料の加算等」という。）に規定する「在宅療養支援診療所であって別に厚生労働大臣が定めるもの」である。

（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担当者として指定するとともに、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。また、患者又はその看護を行う家族に提供する連絡先をコールセンター等が担う場合は、その旨をあらかじめ患者又はその看護を行う家族に説明した上で、当該保険医療機関において当該コールセンター等からの連絡を24時間受ける体制を確保していること。

ウ　当該診療所において、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。ただし、基本診療料の施設基準等の別表第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、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。

なお、やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合にあっては、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談を行い、診療方針等の共有を行っている者に限るものとし、それ以外の者が往診をすることは、往診が可能な体制の確保には該当しない。また、患家に事前に氏名を提供していない往診医による往診体制を確保している場合、当該医師は常時１人以下であること。

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、患家の求めに応じて、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家に提供していること。

オ　有床診療所にあっては当該診療所において、無床診療所にあっ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。

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　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、「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。

コ　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、「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料又は「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、「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「１」、「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「イ」又は「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。

サ　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、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、「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料又は「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。

シ　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。

ス　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。

セ　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。

ソ　当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい。

タ　地域において、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において「介護保険施設等」という。）から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて当該介護保険施設等の協力医療機関として定められることが望ましい。

チ　各年度５月から７月の訪問診療を実施した回数が 2,100 回を超える診療所にあっては、次年の１月までに在宅データ提出加算に係る届出を行うこと。

ツ　「ＢＣＰ策定の手引き」（厚生労働省在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業専門家委員会作成）等を参考に、当該保険医療機関の実情に応じて、災害等の発生時において、当該保険医療機関において在宅医療の提供を行う患者に対する医療の提供を継続的に実施することを目指すこと、非常時の体制で早期の業務再開を図ること及び患者と職員の安全を確保すること等を目的とした計画（以下この項において「業務継続計画」という。）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。

テ　健康保険法第 68 条の２第１項の規定により３年以内の期限が付された同法第 63 条第３項第１号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。

（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。）を構築している診療所であって、以下の要件のいずれかに該当し、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っては 280 床）未満のものに限る。）が、診療所にあっては以下のいずれかの要件、病院にあ

っては第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　以下の要件のいずれにも該当すること。

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、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。

②　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担当者として指定するとともに、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。また、患者又はその看護を行う家族に提供する連絡先をコールセンター等が担う場合は、その旨をあらかじめ患者又はその看護を行う家族に説明した上で、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当該コールセンター等からの連絡を24時間受ける体制を確保していること。

③　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。また、当該保険医療機関において普段から訪問診療等を行う医師（往診担当日の前日又はそれ以前において当該保険医療機関の診療録を閲覧できる医師であって、必要に応じて往診の対象となる患者の診療方針等について訪問診療を行う医師と共有している、当該保険医療機関からの往診経験を10回以上有する往診担当医師を含む。）による、連続する24時間の往診体制を月に４回以上確保していること。ただし、基本診療料の施設基準等の別表第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、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。

なお、やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合にあっては、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談を行い、診療方針等の共有を行っている者に限るものとし、それ以外の者が往診をすることは、往診が可能な体制の確保には該当しない。また、患家に事前に氏名を提供していない往診医による往診体制を確保している場合、当該医師は常時１人以下であること。

④　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。

⑤　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。

⑥　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。

⑦　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。

⑧　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。

⑨　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、「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。

⑩　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、「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料又は「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⑤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、「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「１」、「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の「イ」又は「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。

⑪　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、(１)のサの（イ）から（ニ）までの要件のいずれも満たすこと。

⑫　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。

⑬　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。

⑭　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。

⑮　当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい。

⑯　地域において、介護保険施設等から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて当該介護保険施設等の協力医療機関として定められることが望ましい。

⑰　各年度５月から７月の訪問診療を実施した回数が 2,100 回を超える診療所にあっては、次年の１月までに在宅データ提出加算に係る届出を行うこと。

⑱　「ＢＣＰ策定の手引き」（厚生労働省在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業専門家委員会作成）等を参考に、当該保険医療機関の実情に応じて、災害等の発生時において、当該保険医療機関において在宅医療の提供を行う患者に対する医療の提供を継続的に実施することを目指すこと、非常時の体制で早期の業務再開を図ること及び患者と職員の安全を確保すること等を目的とした計画（以下この項において「業務継続計画」という。）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。

⑲　健康保険法第 68 条の２第１項の規定により３年以内の期限が付された同法第 63 条第３項第１号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。

イ　以下の要件のいずれにも該当すること。

①　アの①、②及び④から⑲までを満たすものであること。

②　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、往診担当医の氏名及び担当日等を文書により患家に提供していること。ただし、基本診療料の施設基準等の別表第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、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが 24 時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名並びに担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。

なお、やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合にあっては、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談を行い、診療方針等の共有を行っている者に限るものとし、それ以外の者が往診をすることは、往診が可能な体制の確保には該当しない。また、患家に事前に氏名を提供していない往診医による往診体制を確保している場合、当該医師は常時１人以下であること。

（３）　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　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担当者として指定するとともに、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。また、患者又はその看護を行う家族に提供する連絡先をコールセンター等が担う場合は、その旨をあらかじめ患者又はその看護を行う家族に説明した上で、当該保険医療機関において当該コールセンター等からの連絡を 24 時間受ける体制を確保していること。

イ　当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、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。ただし、基本診療料の施設基準等の別表第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、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが 24 時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。

なお、やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合にあっては、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談を行い、診療方針等の共有を行っている者に限るものとし、それ以外の者が往診をすることは、往診が可能な体制の確保には該当しない。また、患家に事前に氏名を提供していない往診医による往診体制を確保している場合、当該医師は常時１人以下であること。

ウ　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、患家の求めに応じて、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家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。

オ　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、連携する保険医療機関又は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連携保険医療機関等に文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

カ　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。

キ　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。

ク　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、（１）のサの(イ)から(ニ)までの要件のいずれも満たすこと。

なお、「Ｉ０１６」精神科在宅患者支援管理料の届出を行っている診療所であって、ＧＡＦ尺度による判定が 40 以下の統合失調症の患者を 10 人以上診療している保険医療機

関にあっては、(１)のサの(イ)から(ニ)までの要件を満たしていなくても差し支えないものとする。

ケ　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。

コ　当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい。

サ　地域において、介護保険施設等から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて当該介護保険施設等の協力医療機関として定められることが望ましい。

シ　「ＢＣＰ策定の手引き」（厚生労働省在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業専門家委員会作成）等を参考に、当該保険医療機関の実情に応じて、災害等の発生時において、当該保険医療機関において在宅医療の提供を行う患者に対する医療の提供を継続的に実施することを目指すこと、非常時の体制で早期の業務再開を図ること及び患者と職員の安全を確保すること等を目的とした計画（以下この項において「業務継続計画」という。）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。

ス　健康保険法第 68 条の２第１項の規定により３年以内の期限が付された同法第 63 条第３項第１号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。

２　往診料の加算等の適用

（１）　往診料の加算等に規定する「病床を有する場合」とは、１の(１)のオに規定する有床診療所、１の(２)のアの⑤に規定する当該診療所又は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ている場合をいう。

なお、１の(２)のアの⑤に規定する在宅支援連携体制を構築する複数の保険医療機関において１つでも病床を有する保険医療機関が存在する場合、当該在宅支援連携体制を構築する全ての保険医療機関が、往診料の加算等に規定する「病床を有する場合」に該当するものとする。

（２）　往診料の加算等に規定する「病床を有しない場合」とは、１の(１)のオに規定する無床診療所、１の(２)のアの⑤に規定する当該診療所又は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をいう。

（３）　往診料の加算等に規定する在宅医療充実体制加算の施設基準

ア　当該保険医療機関に配置されている在宅医療を担当する常勤換算医師数が３名以上かつ常勤医師数が２名以上であること。

イ　１の(１)又は(２)に規定する在宅療養支援診療所であって、１の(１)のイ及びウを満たす診療所であること。

ウ　過去１年間の緊急の往診の実績を 30 件以上有し、かつ、過去１年間の在宅における看取りの実績及び過去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、「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料又は「Ｃ０

０２－２」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。）の合計が 30 件以上であること。

エ　過去１年間において、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ診療月数に占める、在宅時医学総合管理料若しくは施設入居時等医学総合管理料の「別に厚生労働大臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合」、在宅がん医療総合診療料、ターミナルケア加算、看取り加算又は死亡診断加算を算定する患者の延べ診療月数の割合が２割以上であること。ただし、ターミナルケア加算、看取り加算又は死亡診断加算を算定する患者については、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する患者に限る。

オ　訪問診療を担当する時間について常勤換算した医師数１人当たりの、当該保険医療機関において訪問診療を実施する患者の実人数は、100 人以下であること。訪問診療を担当する時間とは、訪問診療を実施することを予定していた時間とし、外来診療を行う時間や臨時の往診に向かう時間を含めないこと。

カ　末期の悪性腫瘍等の患者であって、鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないものに対し、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去１年間に２件以上有していること、又は過去に５件以上実施した経験のある常勤の医師が配置されており、適切な方法によってオピオイド系鎮痛薬を投与（投与経路は問わないが、定期的な投与と頓用により患者が自ら疼痛を管理できるものに限る。）した実績を過去１年間に 10 件以上有していること。

キ　第４の２がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に定める「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」又は「緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会（日本緩和医療学会主催）等」を修了している常勤の医師が、在宅医療を担当していること。

ク　緩和ケア病棟又は在宅での１年間の看取り実績が 10 件以上の保険医療機関において、３か月以上の勤務歴がある常勤の医師（在宅医療を担当する医師に限る。）がいること。

ケ　院内の見やすい場所等に、過去１年間の看取り実績及び十分な緩和ケア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行われていること。

コ　医師等の教育体制に係る以下のいずれかを満たしていること。

（イ）「医学教育モデル・コア・カリキュラム」と同時に策定された「診療参加型臨床実習実施ガイドライン」における地域医療実習の実習先として指定され、当該保険医療機関において、大学の医学部医学科の単位に認定される実習（訪問診療に同行するものに限る。）を現に受け入れている又は過去２年度以内に受け入れた実績があること。

（ロ）「医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」に定める「協力型臨床研修病院」及び「臨床研修協力施設」のうち、地域医療の研修を行う施設の要件を満たし、現に地域医療の研修を目的とした研修医の受け入れを行っている又は過去２年度以内に地域医療の研修を目的とした研修医の受け入れ実績を有していること。

（ハ）専門研修プログラム整備基準（内科領域、総合診療領域又は小児科領域に限る。）に定める専門研修基幹施設又は専門研修連携施設であって、当該プログラムに

よる専門研修を目的とした専攻医を、在宅医療を担当する医師として現に受け入れている又は過去２年度以内に受け入れ実績を有していること。

（ニ） 地域枠等の卒業後に都道府県内で一定期間医師として就業する契約を当該都道府県と締結している医師又はこれに準ずる医師について、研修医又は在宅医療を担当する医師として現に受け入れている又は過去２年度以内に受け入れ実績を有していること。

サ　在宅医療情報連携加算に係る届出を行っていること。

シ　在宅データ提出加算に係る届出を行っていることが望ましいこと。

（４） 往診料の加算等に規定する在宅療養実績加算１の施設基準

１の(３)に規定する在宅療養支援診療所であって、過去１年間の緊急の往診の実績を 10 件以上有し、かつ、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。

（５） 往診料の加算等に規定する在宅療養実績加算２の施設基準

ア　１の(３)に規定する在宅療養支援診療所であって、過去１年間の緊急の往診の実績を４件以上有し、かつ、過去１年間の在宅における看取りの実績を２件以上有していること。

イ　第４の２がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準に定める「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」又は「緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会（日本緩和医療学会主催）」を修了している常勤の医師が、在宅医療を担当していること。

３　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）に規定する場合の施設基準

１の(１)から(３)に規定する在宅療養支援診療所において次のアに掲げる数をイに掲げる数で除した値が 12 未満であること。なお、アの数が 120 を超えない場合はこの限りではない。

ア　直近３月に訪問診療を行った回数（別表第７に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者、死亡した者、末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者、当該期間中に訪問診療を新たに開始した患者又は終了した患者に行う場合を除く。）

イ　直近３月に訪問診療を行った患者の数（別表第７に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者、死亡した者、末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者、当該期間中に訪問診療を新たに開始した患者又は終了した患者に行う場合を除く。）

４　届出に関する事項

１の(１)及び(２)の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添２の様式 11 及び様式 11 の３を用いること。１の(３)の在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出は、別添２の様式 11 を用いること。２の(３)の在宅医療充実体制加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 11 及び様式 11 の３を用いること。２の(４)の在宅療養実績加算１及び２の(５)の在宅療養実績加算２の施設基準に係る届出は、別添２の様式 11 及び様式 11 の５を用いること。なお、在宅療養支援診療所の施設基準に係る届出と在宅医療充実体制加算、在宅療養実績加算１又は在宅療養実績加算２を併せて届け出る場合であって、別添２の様式 11、様式 11 の３及び様式 11 の５を用いる場合は、それぞれ１部のみの届出で差し支えない。

第10　削除

第11　ハイリスク妊産婦共同管理料

1　ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)に関する施設基準

（1）　ハイリスク妊産婦共同管理を共同で行う保険医療機関の名称、住所及び電話番号を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（2）　(1)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

2　都道府県により周産期医療ネットワークが設置されており、それを介して患者を紹介し共同管理を行う場合については、そのネットワークの運営会議等において、当該保険医療機関若しくは当該保険医療機関の所属する団体（各地域の産婦人科医会等）の代表と他の保険医療機関との間でハイリスク妊産婦の医療に関する情報交換を行っていれば、届出時に、周産期ネットワークの概要、運営会議への参加医療機関及び運営会議への参加団体に所属する保険医療機関の分かる書類を添付すれば、様式に個別の医療機関を記載することを要しない。

その場合には、1の規定にかかわらず、当該保険医療機関が所在する地域の周産期医療ネットワーク名を院内に掲示すること。

3　ハイリスク妊産婦共同管理料の算定対象となる患者について

（1）　治療中のものとは、対象疾患について専門的治療が行われているものを指し、単なる経過観察のために年に数回程度通院しているのみの患者は算定できない。

（2）　妊娠30週未満の切迫早産の患者とは、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの切迫早産の兆候を示しかつ以下のいずれかを満たすものに限る。

ア　前期破水を合併したもの

イ　羊水過多症又は羊水過少症を合併したもの

ウ　経腟超音波検査で子宮頸管長が20㎜未満のもの

エ　切迫早産の診断で他の医療機関より搬送されたもの

オ　早産指数(tocolysis index)が3点以上のもの

［早産指数（tocolysis index）］

スコア	0	1	2	3	4
子宮収縮	無	不規則	規則的	－	－
破水	無	－	高位破水	－	低位破水
出血	無	有	－	－	－
子宮口の開大度	無	1㎝	2㎝	3㎝	4㎝以上

（3）　精神療法が実施されているものとは、当該保険医療機関で精神療法が実施されているもの又は他の保険医療機関で精神療法が実施されており、当該保険医療機関に対して当該患者の診療情報が文書により提供されているものを指す。

（4）　妊産婦とは産褥婦を含み、妊婦とは産褥婦を含まない。

4　届出に関する事項

ハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式13を用いること。

第11の２　がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料

１　がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料の施設基準

あらかじめ計画策定病院において疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携医療機関と共有されていること。

２　がん治療連携計画策定料の施設基準

がん診療の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（令和４年８月１日健発0801第16号厚生労働省健康局長通知）に基づき、がん診療連携拠点病院等（がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院）、特定領域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院）の指定を受けた病院又は「小児がん拠点病院の整備について」（令和４年８月１日健発0801第17号厚生労働省健康局長通知）に基づき小児がん拠点病院の指定を受けた病院をいう。特定領域がん診療連携拠点病院については、当該特定領域の悪性腫瘍の患者についてのみ、がん診療連携拠点病院に準じたものとして取り扱う（以下同じ。）。また、がん診療連携拠点病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院をいう。

３　がん治療連携計画策定料の注５に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

４　届出に関する事項

（１）　がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料の施設基準に係る届出は、別添２の様式13の２を用いること。なお、届出に当たっては、計画策定病院において、がん治療連携指導料の算定を行う連携医療機関に係る届出を併せて行っても差し支えない。

（２）　計画策定病院が当該届出を行う際には、がんの種類や治療法ごとに作成され、連携医療機関とあらかじめ共有されている地域連携診療計画を添付すること。なお、その様式は別添２の様式13の３を参考にすること。

（３）　がん治療連携計画策定料の注５に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、がん治療連携計画策定料の注５として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の３　がん治療連携管理料

１　がん治療連携管理料の１に関する施設基準

「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、キャ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。

２　がん治療連携管理料の２に関する施設基準

「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。

３　がん治療連携管理料の３に関する施設基準

「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、キャ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。

４　届出に関する事項

がん治療連携管理料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の３の２　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に関する保険医療機関の基準

外来緩和ケア管理料又は外来腫瘍化学療法診療料１若しくは２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の注３に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

３　届出に関する事項

（１）　外来緩和ケア管理料又は外来腫瘍化学療法診療料１若しくは２の届出を行っていればよく、外来がん患者在宅連携指導料として、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

（２）　外来がん患者在宅連携指導料の注３に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、外来がん患者在宅連携指導料の注３として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の３の３　外来排尿自立指導料

１　外来排尿自立指導料の施設基準

（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、「Ａ２５１」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。

2　届出に関する事項

当該指導料の施設基準に係る届出は、別添２の様式13の４を用いること。

第11の３の４　ハイリスク妊産婦連携指導料

1　ハイリスク妊産婦連携指導料１の施設基準

（1）　患者の同意を得た上で、支援を要する妊産婦の情報（産婦健康診査の結果を含む）が速やかに市町村に報告されるよう、市町村等との連携体制の整備を図るよう努めること。

（2）　原則として当該保険医療機関を受診する全ての妊産婦を対象に、エジンバラ産後うつ病質問票（ＥＰＤＳ）等を参考にしてメンタルヘルスのスクリーニングを適切に実施していること。

2　ハイリスク妊産婦連携指導料２の施設基準

患者の同意を得た上で、支援を要する妊産婦の情報が速やかに市町村等に報告されるよう、市町村等との連携体制の整備を図るよう努めること。

3　届出に関する事項

ハイリスク妊産婦連携指導料の施設基準に係る届出は、別添２の２を用いること。

第11の３の５　遠隔連携診療料

1　遠隔連携診療料の施設基準

（1）　情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

（2）　専門的な診療を行っている他の保険医療機関との連携体制を整備していること。

2　届出に関する事項

遠隔連携診療料の施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、遠隔連携診療料として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の４　認知症専門診断管理料

1　認知症専門診断管理料に関する施設基準

「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」（平成26年７月９日老発0709第３号)の別添２認知症疾患医療センター運営事業実施要綱における認知症疾患医療センターであること。

2　届出に関する事項

認知症専門診断管理料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の５　肝炎インターフェロン治療計画料

１　肝炎インターフェロン治療計画料に関する施設基準

（１）　肝疾患に関する専門的な知識を持つ常勤の医師による診断（活動度及び病期を含む。）と治療方針の決定が行われていること。

（２）　インターフェロン等の抗ウイルス療法を適切に実施できる体制を有していること。

（３）　肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できる体制を有していること。

２　肝炎インターフェロン治療計画料の注３に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

３　届出に関する事項

（１）　肝炎インターフェロン治療計画料の施設基準に係る届出は、別添２の様式13の６を用いること。

（２）　肝炎インターフェロン治療計画料の注３に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、肝炎インターフェロン治療計画料の注３として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第11の６　退院後訪問指導料

退院後訪問指導料の対象の患者は、「特掲診療料の施設基準等」別表第８に掲げる状態の患者又は「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」（平成18年４月３日老発第0403003号）におけるランクⅢ以上の患者であること。

第11の７　こころの連携指導料（Ⅰ）

１　こころの連携指導料（Ⅰ）の施設基準

（１）　精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築していること。

（２）　当該保険医療機関に、自殺対策等に関する適切な研修を受講した医師が配置されていること。また、上記研修を受講した医師が、当該診療及び療養上必要な指導を行うこと。

なお、ここでいう適切な研修とは、自殺ハイリスク者ケアの専門家・教育者が関わって実施されるものでかかりつけ医における自殺ハイリスク者への対応を学ぶことができるものであり、以下のものをいうこと。

ア　講義等により次の内容を含むものであること。

（イ）　自殺企図の定義・対応の原則

（ロ）　情報収集の方法、面接の要点

（ハ）　自殺の同定方法

（ニ）　危険因子・危険性の評価、危険性を減らす方法、治療計画

（ホ）　精神障害、精神科的対応、心理社会的介入の方法

（ヘ）　家族への対応

（ト）　医療機関・自治体等への紹介・連携、情報提供

（チ）　ポストベンション（遺族への心のケア）

イ　自殺未遂者支援の根拠となる自殺対策基本法等について学ぶ項目

ウ　うつ病等のスクリーニング法を症例検討等により実践的に学ぶ項目

エ　自殺ハイリスク患者に関する症例を用いた講師者・受講者による双方向の事例検討

2　届出に関する事項

こころの連携指導料（Ⅰ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式13の７を用いること。

第11の８　こころの連携指導料（Ⅱ）

1　こころの連携指導料（Ⅱ）の施設基準

（1）　精神科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。

（2）　当該保険医療機関内に精神保健福祉士が１名以上配置されていること。

2　届出に関する事項

こころの連携指導料（Ⅱ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式13の８を用いること。

第11の９　プログラム医療機器等指導管理料

1　プログラム医療機器等指導管理料に関する施設基準

（1）　ニコチン依存症治療補助アプリを用いる場合

ニコチン依存症管理料の注１に規定する基準を満たしていること。

（2）　高血圧症治療補助アプリを用いる場合

「Ａ００１」に掲げる再診料の「注12」の「イ」地域包括診療加算１若しくは「ロ」地域包括診療加算２、「Ｂ００１－２－９」地域包括診療料を算定する患者に対して高血圧症に係る治療管理を実施していること又は「Ｂ００１－３」に掲げる生活習慣病管理料（Ⅰ）の「2」高血圧症を主病とする場合若しくは「Ｂ００１－３－３」に掲げる生活習慣病管理料（Ⅱ）を算定する患者（入院中の患者を除く。）のうち、高血圧症に係る治療管理を実施している患者をこれまでに治療している保険医療機関又は地域の保険医療機関と連携する、関係学会が認定した高血圧症診療に係る専門施設である保険医療機関であること。

（3）　アルコール依存症飲酒量低減治療補助アプリを用いる場合

アルコール依存症に係る適切な研修を修了した医師が１名以上配置されていること。

2　プログラム医療機器等指導管理料の注３に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

3　届出に関する事項

（1）　プログラム医療機器等指導管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式８の４を用いること。

（2）　プログラム医療機器等指導管理料の注３に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、プログラム医療機器等指導管理料の注３として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第12　薬剤管理指導料

1　薬剤管理指導料に関する施設基準

（1）　当該保険医療機関に常勤の薬剤師が、２名以上配置されているとともに、薬剤管理指導に必要な体制がとられていること。なお、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非常勤薬剤師を２人組み合わせることによ

り、当該常勤薬剤師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤薬剤師が配置されている場合には、これらの非常勤薬剤師の実労働時間を常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤薬剤師に算入することができるのは、常勤薬剤師のうち１名までに限る。

（２） 医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、院内からの相談に対応できる体制が整備されていること。なお、院内からの相談に対応できる体制とは、当該保険医療機関の医師等からの相談に応じる体制があることを当該医師等に周知していればよく、医薬品情報管理室に薬剤師が常時配置されている必要はない。

（３） 医薬品情報管理室の薬剤師が、有効性、安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。

（４） 当該保険医療機関の薬剤師は、入院中の患者ごとに薬剤管理指導記録を作成し、投薬又は注射に際して必要な薬学的管理指導（副作用に関する状況把握を含む。）を行い、必要事項を記入するとともに、当該記録に基づく適切な患者指導を行っていること。

（５） 投薬・注射の管理は、原則として、注射薬についてもその都度処方箋により行うものとするが、緊急やむを得ない場合においてはこの限りではない。

（６） 当該基準については、やむを得ない場合に限り、特定の診療科につき区分して届出を受理して差し支えない。

２　薬剤管理指導料の対象患者

薬剤管理指導料の「１」に掲げる「特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者」とは、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤又は抗ＨＩＶ薬が投薬又は注射されている患者をいう。

３　届出に関する事項

（１） 薬剤管理指導料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 14 を用いること。

（２） 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。

（３） 調剤、医薬品情報管理、病棟薬剤業務、薬剤管理指導、又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているかを（兼務の場合はその旨を）備考欄に記載する。

（４） 調剤所及び医薬品情報管理室の平面図を提出すること。

第 12 の１の１の２　薬剤総合評価調整管理料

１　薬剤総合評価調整管理料の注３に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

２　届出に関する事項

薬剤総合評価調整管理料の注３に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、薬剤総合評価調整管理料の注３として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第12の１の２　診療情報提供料(Ⅰ)及び電子的診療情報評価料

１　診療情報提供料（Ⅰ）の地域連携診療計画加算に関する施設基準

（１）　あらかじめ疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携保険医療機関等と共有されていること。

（２）　連携保険医療機関等の職員と当該保険医療機関の職員が、地域連携診療計画に係る情報交換のために、年３回以上の頻度で面会し、情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われていること。

２　診療情報提供料(Ⅰ)の検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料に関する施設基準

（１）　他の医療機関等と連携し、患者の医療情報に関する電子的な送受信又は閲覧が可能なネットワークを構築していること。なお、電子的な送受信又は閲覧が可能な情報には、原則として、検査結果、画像情報、投薬内容、注射内容及び退院時要約が含まれていること（診療所にあっては、画像情報・退院時要約については閲覧できるのみでもよい。）。また、画像診断の所見についても含まれていることが望ましい。

（２）　常時データを閲覧できるネットワークを用いる際に、ストレージを活用する場合には、原則として厚生労働省標準規格に基づく標準化されたストレージ機能を有する情報蓄積環境を確保すること（ただし、当該規格を導入するためのシステム改修が必要な場合は、それを行うまでの間はこの限りでない。）。また、診療情報提供書を送付する際には、原則として、厚生労働省標準規格に基づく診療情報提供書様式を用いること。

（３）　情報の提供側の保険医療機関においては、提供した診療情報又は閲覧可能とした情報の範囲及び日時が記録されており、必要に応じ随時確認できること。また、情報を提供された側の保険医療機関においては、提供を受けた情報を保管している、又は閲覧した情報及び閲覧者名を含むアクセスログを一年間記録していること。これらの記録について、（１）のネットワークを運営する事務局が保険医療機関に代わって記録を行っている場合は、当該加算・評価料を算定する保険医療機関は、当該事務局から必要に応じて随時記録を取り寄せることができること。

３　届出に関する事項

（１）　地域連携診療計画加算の施設基準に係る届出は別添２の様式12により届け出ること。これに添付する地域連携診療計画は別添２の様式12の２に準じた様式を用いること。

（２）　検査・画像情報提供加算及び電子的診療情報評価料の施設基準に係る届出は、別添２の様式14の２を用いること。

第12の１の３　連携強化診療情報提供料

１　連携強化診療情報提供料の注１から注３まで（歯科点数表においては注１）に関する施設基準

健康増進法（平成14年８月２日法律第103号）等の関係法令に基づき適切な受動喫煙対策が行われていること。

２　連携強化診療情報提供料の注４及び注５（歯科点数表においては注２及び注３）に関する施設基準

（１）　産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関であること。

（２）　当該保険医療機関内に、産科若しくは産婦人科を担当している医師又は妊娠している者の診療に係る適切な研修を修了した医師を配置していることが望ましいこと。

（３）（２）の適切な研修とは、次の要件を満たすものをいうこと。

ア　都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること。

イ　研修内容に以下の内容を含むこと。

（イ）　妊娠前後及び産後の生理的変化と検査値異常

（ロ）　妊娠している者の診察時の留意点

（ハ）　妊娠している者に頻度の高い合併症や診断が困難な疾患

（ニ）　妊娠している者に対する画像検査（エックス線撮影やコンピューター断層撮影）の可否の判断

（ホ）　胎児への影響に配慮した薬剤の選択

（４）　健康増進法（平成 14 年 8 月 2 日法律第 103 号）等の関係法令に基づき適切な受動喫煙対策が行われていること。

３　届出に関する事項

連携強化診療情報提供料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して届出を行う必要はないこと。

第 12 の２　医療機器安全管理料

１　医療機器安全管理料１に関する施設基準

（１）　医療機器安全管理に係る常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（２）　医療に係る安全管理を行う部門（以下「医療安全管理部門」という。）を設置していること。

（３）　当該保険医療機関において、医療機器の安全使用のための責任者（以下「医療機器安全管理責任者」という。）が配置されていること。

（４）　当該保険医療機関において、従業者に対する医療機器の安全使用のための研修が行われていること。

（５）　当該保険医療機関において医療機器の保守点検が適切に行われていること。

２　医療機器安全管理料２に関する施設基準

（１）　放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上いること。なお、当該常勤の医師は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

（２）　放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上いること。なお、当該技術者は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺

照射（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師との兼任はできないが、外来放射線照射診療料に係る技術者を兼任することができる。また、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、ホウ素中性子捕捉療法及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者との兼任もできない。

（３） 当該保険医療施設において高エネルギー放射線治療装置、ガンマナイフ装置又は密封小線源治療機器を備えていること。

３　届出に関する事項

医療機器安全管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 15 を用いること。

なお、歯科診療に係る医療機器安全管理料の施設基準に係る届出は、医療機器安全管理料２に準じて行うこと。

第 12 の３　精神科退院時共同指導料

１　精神科退院時共同指導料の施設基準

当該保険医療機関内に、専任の精神保健福祉士が一名以上配置されていること。

２　精神科退院時共同指導料１に関する保険医療機関の施設基準

精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関であること。

３　精神科退院時共同指導料２に関する保険医療機関の施設基準

精神科を標榜する保険医療機関である病院であること。

４　届出に関する事項

精神科退院時共同指導料の施設基準に係る届出は別添２の様式 16 を用いること。

第 12 の４　がんゲノムプロファイリング評価提供料

１　がんゲノムプロファイリング評価提供料の施設基準

がんゲノムプロファイリング検査の施設基準の届出を行っていること。

２　届出に関する事項

がんゲノムプロファイリング評価提供料の施設基準については、がんゲノムプロファイリング検査の届出を行っていればよく、がんゲノムプロファイリング評価提供料として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 13　歯科治療時医療管理料

１　歯科治療時医療管理料に関する施設基準

（１） 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されていること。

（２） 常勤の歯科医師が複数名配置されていること又は常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師がそれぞれ１名以上配置されていること。なお、非常勤の歯科衛生士又は看護師

を２名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関が規定する常勤歯科衛生士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間帯に歯科衛生士又は看護師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（３） 当該患者の全身状態の管理を行うにつき以下の十分な装置・器具等を有していること。

ア　経皮的動脈血酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）

イ　酸素供給装置

ウ　救急蘇生セット

（４） 緊急時に円滑な対応ができるよう病院である別の保険医療機関との連携体制が整備されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

２　届出に関する事項

歯科治療時医療管理料の施設基準に係る届出は別添２の様式 17 を用いること。

第 13 の２　小児口腔機能管理料の注５に規定する口腔管理体制強化加算

１　口腔管理体制強化加算の施設基準

（１） 歯科医師が複数名配置されていること又は歯科医師及び歯科衛生士がそれぞれ１名以上配置されていること。

（２） 次のいずれにも該当すること。

ア　過去１年間に歯周病継続支援治療を 30 回以上算定していること。

イ　過去１年間にエナメル質初期う蝕管理料又は根面う蝕管理料をあわせて 12 回以上算定していること。

ウ　歯科点数表の初診料の注１に規定する施設基準を届け出ていること。

エ　在宅療養支援歯科診療所１又は２の施設基準に係る届出を行っていない診療所にあっては、歯科訪問診療料の注 16 に規定する届出を行っていること。

（３） 過去１年間に歯科疾患管理料（口腔機能発達不全症又は口腔機能低下症の管理を行う場合に限る。）、口腔機能実地指導料、小児口腔機能管理料、口腔機能管理料又は歯科口腔リハビリテーション料３をあわせて 12 回以上算定していること。

（４） 以下のいずれかに該当すること。

ア　過去１年間の歯科訪問診療１、歯科訪問診療２若しくは歯科訪問診療３の算定回数又は連携する在宅療養支援歯科診療所１、在宅療養支援歯科診療所２若しくは在宅療養支援歯科病院に依頼した歯科訪問診療の回数があわせて５回以上であること。

イ　連携する歯科訪問診療を行う別の医療機関や地域の在宅医療の相談窓口とあらかじめ協議し、歯科訪問診療に係る十分な体制が確保されていること。

（５） 過去１年間に診療情報提供料（Ｉ）又は診療情報等連携共有料をあわせて５回以上算定している実績があること。

（６） 当該医療機関に、歯科疾患の重症化予防に資する継続管理（エナメル質初期う蝕管理、根面う蝕管理及び口腔機能の管理を含むものであること。）並びに高齢者・小児の心身の特性及び緊急時対応等に関する適切な研修を修了した歯科医師が１名以上在籍していること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。

（７） 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。ただし、医科歯科併設の診療所にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が確保されている場合は、この限りではない。

（８） 当該診療所において歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な歯科医師をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。

（９）（６）に掲げる歯科医師が、以下の項目のうち、３つ以上に該当すること。

ア 過去１年間に、居宅療養管理指導を提供した実績があること。

イ 地域ケア会議に年１回以上出席していること。

ウ 介護認定審査会の委員の経験を有すること。

エ 在宅医療に関するサービス担当者会議や病院・診療所・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議等に年１回以上出席していること。

オ 過去１年間に、在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料を算定した実績があること。

カ 在宅医療又は介護に関する研修を受講していること。

キ 過去１年間に、退院時共同指導料１、在宅歯科医療連携加算１、在宅歯科医療連携加算２、小児在宅歯科医療連携加算１、小児在宅歯科医療連携加算２、在宅歯科医療情報連携加算、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定した実績があること。

ク 認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修を受講していること。

ケ 過去１年間に福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における定期的な歯科健診に協力していること。

コ 自治体が実施する事業（ケに該当するものを除く。）に協力していること。

サ 学校歯科医等の業務を行っていること。

シ 過去１年間に、歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２又は歯科診療特別対応加算３を算定した実績があること。

(10) 歯科用吸引装置等により、歯科ユニット毎に歯の切削や義歯の調整、歯冠補綴物の調整時等に飛散する細かな物質を吸引できる環境を確保していること。

(11) 患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき次の十分な装置・器具等を有していること。

ア 自動体外式除細動器（ＡＥＤ）

イ 経皮的動脈血酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）

ウ 酸素供給装置

エ 血圧計

オ 救急蘇生セット

カ 歯科用吸引装置

なお、自動体外式除細動器（ＡＥＤ）については保有していることがわかる院内掲示を行っていることが望ましい。

(12) 令和９年５月 31 日までの間、１の（２）、（３）及び（９）のキの規定の適用については、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の規定による令和８年５月

31 日以前の各区分の算定回数及び改正後の規定による令和８年６月１日以降の各区分の算定回数を合計して差し支えない。

２　届出に関する事項

口腔管理体制強化加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 17 の２を用いること。また、研修については、該当する研修を全て修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

第 13 の２の２　小児口腔機能管理料並びに口腔機能管理料の注７及びに歯科特定疾患療養管理料の注５に規定する施設基準

１　小児口腔機能管理料並びに口腔機能管理料の注７及びに歯科特定疾患療養管理料の注５に規定する施設基準

基本診療料施設基準通知別添１の第４の３に掲げる歯科点数表の初診料の注 16 及び再診料の注 13 に規定する施設基準の届出を行っていること。

２　届出に関する事項

歯科点数表の初診料の注 17 及び再診料の注 13 に規定する施設基準の届出を行っていればよく、小児口腔機能管理料並びに口腔機能管理料の注７及びに歯科特定疾患療養管理料の注５に規定する情報通信機器を用いた歯科診療として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 13 の２の３　歯科遠隔連携診療料

１　歯科遠隔連携診療料の施設基準

歯科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。

２　届出に関する事項

歯科遠隔連携診療料の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 13 の３　歯科疾患管理料の注 12 に規定する特別管理加算

１　特別管理加算に規定する施設基準

（１）　障害者歯科治療に係る専門の知識及び５年以上の経験を有し、障害者歯科治療を 60 症例以上経験している歯科医師を１名以上配置していること。

（２）　障害者歯科治療に係る診療の補助を 60 症例以上経験している歯科衛生士を１名以上配置していること。

（３）　障害者歯科医診療を実施する時間があらかじめ定められていること。

（４）　（３）の時間においては、障害者歯科診療を実施するための歯科用ユニットが確保されていること。

（５）　患者にとって安心で安全な歯科医療環境の提供を行うにつき、経皮的動脈血酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）及び血圧計等を有していること。

（６）　障害者歯科治療について、都道府県等と連携が図られている保険医療機関であること。ただし、歯科診療所においては、歯科を標榜する病院との連携が図られていること。

２　届出に関する事項

特別管理加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式17の３を用いること。

第13の４　口腔機能実地指導料

１　口腔機能実地指導料に規定する施設基準

（１）　歯科医師又は歯科衛生士を主体とする団体又は学会等が主催する口腔機能発達不全症及び口腔機能低下症の概要、検査法、訓練法及び実地指導方法等（入院患者や在宅・施設療養患者への対応を含むものであること。）に係る研修を受講した歯科衛生士が１名以上配置されていること。

（２）　口腔機能実地指導を実施する時間が定められていること。

（３）　（２）の時間においては、口腔機能実地指導を実施するための歯科用ユニットが確保されていること。

（４）　当該指導を行う歯科衛生士の処遇の改善に係る取組を行っていること。

２　届出に関する事項

（１）　令和９年５月31日までの間、１の（１）に該当するものとみなす。

（２）　口腔機能実地指導料の施設基準に係る届出は、別添２の様式17の４を用いること。

第14　在宅療養支援歯科診療所１及び在宅療養支援歯科診療所２

１　在宅療養支援歯科診療所１及び在宅療養支援歯科診療所２の施設基準

（１）　在宅療養支援歯科診療所１の施設基準

次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。

ア　以下のいずれかに該当すること。

（イ）　直近１か月に歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療料３を合計10回以上算定していること。

（ロ）　直近１か月に歯科訪問診療２から５までのいずれかを算定した回数が５回以上であり、そのうち20分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が６割以上であること。

（ハ）　直近１か月に在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を合計５回以上算定していること。

（ニ）　研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。

イ　高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含むものであること。）、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。

ウ　歯科衛生士が配置されていること。

エ　当該診療所において、歯科訪問診療を行う患者に対し、迅速に歯科訪問診療が可能な保険医をあらかじめ指定するとともに、当該担当医名、診療可能日、緊急時の注意事項等について、事前に患者又は家族に対して説明の上、文書により提供していること。

オ　歯科訪問診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

カ　当該診療所において、過去１年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が５回以上であること。

キ　以下のいずれかに該当すること。

（イ）　当該地域において、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・診療所・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議等に年１回以上出席していること。

（ロ）　過去１年間に、病院・診療所・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力を行っていること。

（ハ）　歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年１回以上あること。

（ニ）　過去１年間に在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料（１から３までに限る。）、退院時共同指導料１、医科連携訪問加算、在宅歯科医療連携加算１、在宅歯科医療連携加算２、小児在宅歯科医療連携加算１、小児在宅歯科医療連携加算２、在宅歯科医療情報連携加算、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定件数が１回以上であること。

ク　直近１か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を行った患者のうち、歯科訪問診療を行った患者数の割合が９割５分以上の診療所にあっては、次のいずれにも該当するものであること。

（イ）　過去１年間に、５か所以上の保険医療機関から初診患者の診療情報提供を受けていること。

（ロ）　直近３か月に当該診療所で行われた歯科訪問診療のうち、６割以上が歯科訪問診療１を算定していること。

（ハ）　在宅歯科医療に係る３年以上の経験を有する歯科医師が勤務していること。

（ニ）　歯科用ポータブルユニット、歯科用ポータブルバキューム及び歯科用ポータブルレントゲンを有していること。

（ホ）　歯科訪問診療において、過去１年間の診療実績（歯科点数表に掲げるのうち、次に掲げるものの算定実績をいう。）が次の要件のいずれにも該当していること。

①　「Ｉ００５」に掲げる抜髄及び「Ｉ００６」に掲げる感染根管処置の算定実績が合わせて 20 回以上であること。

②　「Ｊ０００」に掲げる抜歯手術の算定実績が 20 回以上であること。

③　「Ｍ０１８」に掲げる有床義歯を新製した回数、「Ｍ０２９」に掲げる有床義歯修理及び「Ｍ０３０」に掲げる有床義歯内面適合法の算定実績が合わせて 40 回以上であること。ただし、それぞれの算定実績は５回以上であること。

（２）　在宅療養支援歯科診療所２の施設基準

次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。

ア　以下のいずれかに該当すること。

（イ） 過去１年間に歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３を合計４回以上算定していること。

（ロ） 研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。

イ （1）のイからオまで及びクのいずれにも該当すること。

ウ 当該診療所において、過去１年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が３回以上であること。

（３） 令和９年５月 31 日までの間、１の（１）のキの(ニ)の規定の適用については、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の規定による令和８年５月 31 日以前の各区分の算定回数及び改正後の規定による令和８年６月１日以降の各区分の算定回数を合計して差し支えない。

２ 届出に関する事項

在宅療養支援歯科診療所１及び在宅療養支援歯科診療所２の施設基準に係る届出は、別添２の様式 18 を用いること。令和８年３月 31 日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」による改正前の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月 31 日までの間に限り、１の(1)のア及び２の（１）のアの基準を満たしているものとする。

第 14 の１の２ 在宅療養支援歯科病院

１ 在宅療養支援歯科病院の施設基準

（１）次のいずれにも該当し、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保していること。

ア 以下のいずれかに該当すること。

（イ） 過去１年間に歯科訪問診療１、歯科訪問診療２又は歯科訪問診療３の算定件数及び他の保険医療機関からの要請により歯科訪問診療による歯科治療が困難な患者の受入れを行った実績が合計 18 回であること。

（ロ） 直近１か月に歯科訪問診療２から５までのいずれかを算定した回数が５回以上であり、そのうち 20 分以上の歯科訪問診療を算定した回数の割合が６割以上であること。

（ハ） 直近１か月に在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を合計 10 回以上算定していること。

（ニ） 研修歯科医を受け入れており、当該研修歯科医に対して歯科訪問診療に係る教育を実施している臨床研修施設であること。

イ 高齢者の心身の特性（認知症に関する内容を含むものであること。）、口腔機能の管理、緊急時対応等に係る適切な研修を修了した常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。

ウ 歯科衛生士が配置されていること。

エ 歯科訪問診療を行う地域の歯科診療所と連携し、必要に応じて歯科訪問診療、外来診療又は入院診療により専門性の高い歯科医療を提供する体制を有していること。

オ　当該病院において、過去１年間の在宅医療を担う他の保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所又は介護保険施設等からの依頼による歯科訪問診療料の算定回数の実績が５回以上であること。

カ　以下のいずれかに該当すること。

（イ）　当該地域において、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・診療所・介護保険施設等が実施する多職種連携に係る会議等に年１回以上出席していること。

（ロ）　過去１年間に、病院・診療所・介護保険施設等の職員への口腔管理に関する技術的助言や研修等の実施又は口腔管理への協力を行っていること。

（ハ）　歯科訪問診療に関する他の歯科医療機関との連携実績が年１回以上あること。

（ニ）　過去１年間に在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料（１から３までに限る。）、退院時共同指導料１、医科連携訪問加算、在宅歯科医療連携加算１、在宅歯科医療連携加算２、小児在宅歯科医療連携加算１、小児在宅歯科医療連携加算２、在宅歯科医療情報連携加算、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料の算定件数が１回以上であること。

（２）　令和９年５月 31 日までの間、１の（１）のカの(ニ)の規定の適用については、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」による改正前の規定による令和８年５月 31 日以前の各区分の算定回数及び改正後の規定による令和８年６月１日以降の各区分の算定回数を合計して差し支えない。

２　届出に関する事項

在宅療養支援歯科病院の施設基準に係る届出は、別添２の様式 18 を用いること。令和８年３月 31 日時点で「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」による改正前の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月 31 日までの間に限り、１の(１)のアの基準を満たしているものとする。

第 14 の１の３　歯科訪問診療料の注７に規定する施設基準

１　歯科訪問診療料の注７に規定する施設基準

（１）　次のいずれかに該当すること。

ア　歯科訪問診療料１又は歯科訪問診療料２の算定実績が 12 回以上あること。

イ　患家で療養している患者又は入院患者に対する歯科訪問診療の実績が６回以上あること。

ウ　次のいずれかに該当すること。

（イ）　福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、介護老人福祉施設又は介護老人保健施設における定期的な歯科健診に協力していること。

（ロ）　都道府県等が実施する事業に協力していること。

（ハ）　学校歯科医等の業務を行っていること。

（２）　当該保険医療機関の歯科訪問診療の実施状況等が把握できる体制並びに他の保険医療機関、介護保険法第８条第 25 項に規定する介護保険施設等及び児童福祉法第 42 条に規定する障害児入所施設等の施設における歯科訪問診療の担当者に、治療内容、治療計画を必要に応じて共有できる体制を確保していること。

２　届出に関する事項

歯科訪問診療料の注７に規定する施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第14の２　在宅療養支援病院

１　在宅療養支援病院の施設基準

次の(１)から(３)までのいずれかに該当するものを在宅療養支援病院という。

なお、(１)又は(２)のいずれかに該当するものが、「Ｃ０００」往診料の注１に規定する加算、「Ｃ０００」往診料の注３に規定する在宅ターミナルケア加算、「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の注６に規定する在宅ターミナルケア加算、「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の注５に規定する在宅ターミナルケア加算、「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及び「Ｃ００３」在宅がん医療総合診療料（以下「往診料の加算等」という。）に規定する「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」である。

（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にあっても、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。また、患者又はその看護を行う家族に提供する連絡先をコールセンター等が担う場合は、その旨をあらかじめ患者又はその看護を行う家族に説明した上で、当該保険医療機関において当該コールセンター等からの連絡を24時間受ける体制を確保していること。

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。ただし、基本診療料の施設基準等の別表第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、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが24時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限り

でない。往診担当医、当該情報通信機器を用いた診療を行う担当医及び当該担当看護師等が複数名にわたる場合にあっても、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。

なお、やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合にあっては、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談を行い、診療方針等の共有を行っている者に限るものとし、それ以外の者が往診をすることは、往診が可能な体制の確保には該当しない。また、患家に事前に氏名を提供していない往診医による往診体制を確保している場合、当該医師は常時１人以下であること。

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　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、「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。

シ　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、「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料又は「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、「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」、「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の「イ」又は「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。

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。

タ　当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有していること。

チ　地域において、介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において「介護保険施設等」という。）等から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて当該介護保険施設等の協力医療機関として定められることが望ましい。

ツ　各年度５月から７月の訪問診療を実施した回数が 2,100 回を超える病院にあっては、次年の１月までに在宅データ提出加算に係る届出を行うこと。

テ　「ＢＣＰ策定の手引き」（厚生労働省在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業専門家委員会作成）等を参考に、当該保険医療機関の実情に応じて、災害等の発生時において、当該保険医療機関において在宅医療の提供を行う患者に対する医療の提供を継続的に実施することを目指すこと、非常時の体制で早期の業務再開を図ること及び患者と職員の安全を確保すること等を目的とした計画（以下この項において「業務継続計画」という。）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。

（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。また、患者又はその看護を行う家族に提供する連絡先をコールセンター等が担う場合は、その旨をあらかじめ患者又はその看護を行う家族に説明した上で、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当該コールセンター等からの連絡を 24 時間受ける体制を確保していること。

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。ただし、基本診療料の施設基準等の別表第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、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが 24 時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限りでない。往診担当医、当該情報通信機器を用いた診療を行う担当医及び当該担当看護師等が複数名にわたる場合にあっても、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。

なお、やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合にあっては、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談を行い、診療方針等の共有を行っている者に限るものとし、それ以外の者が往診をすることは、往診が可能な体制の確保には該当しない。また、患家に事前に氏名を提供していない往診医による往診体制を確保している場合、当該医師は常時１人以下であること。

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　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、「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。

シ　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、「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料又は「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、「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」、「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の「イ」又は「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。

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。

タ　当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有していること。

チ　地域において、介護保険施設等から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて当該介護保険施設等の協力医療機関として定められることが望ましい。

ツ　各年度５月から７月の訪問診療を実施した回数が 2,100 回を超える病院にあっては、次年の１月までに在宅データ提出加算に係る届出を行うこと。

テ　「ＢＣＰ策定の手引き」（厚生労働省在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業専門家委員会作成）等を参考に、当該保険医療機関の実情に応じて、災害等の発生時において、当該保険医療機関において在宅医療の提供を行う患者に対する医療の提供を継続的に実施することを目指すこと、非常時の体制で早期の業務再開を図ること及び患者と職員の安全を確保すること等を目的とした計画（以下この項において「業務継続計画」という。）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。

（３）　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にあっても、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　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。また、患者又はその看護を行う家族に提供する連絡先をコールセンター等が担う場合は、その旨をあらかじめ患者又はその看護を行う家族に説明した上で、当該保険医療機関において当該コールセンター等からの連絡を 24 時間受ける体制を確保していること。

ウ　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。ただし、基本診療料の施設基準等の別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、看護師等といる患者に対して情報通信機器を用いた診療を行うことが 24 時間可能な体制を確保し、担当医及び担当看護師等の氏名、担当日等を文書により患家に提供している場合は、この限り

でない。往診担当医、当該情報通信機器を用いた診療を行う担当医及び当該担当看護師等が複数名にわたる場合にあっても、それらの者及び「オ」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。

なお、やむを得ない事由により患家に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合にあっては、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談を行い、診療方針等の共有を行っている者に限るものとし、それ以外の者が往診をすることは、往診が可能な体制の確保には該当しない。また、患家に事前に氏名を提供していない往診医による往診体制を確保している場合、当該医師は常時１人以下であること。

エ　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。

オ　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「ウ」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。

カ　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。

キ　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。

ク　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。

ケ　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。

コ　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。

サ　当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有していること。

シ　地域において、介護保険施設等から協力医療機関となることを求められた場合、その求めに応じて当該介護保険施設等の協力医療機関として定められることが望ましい。

ス　「ＢＣＰ策定の手引き」（厚生労働省在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業専門家委員会作成）等を参考に、当該保険医療機関の実情に応じて、災害等の発生時において、当該保険医療機関において在宅医療の提供を行う患者に対する医療の提供を継続的に実施することを目指すこと、非常時の体制で早期の業務再開を図ること及び患者と職員の安全を確保すること等を目的とした計画（以下この項において「業務継続計画」と

いう。）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。

2　往診料の加算等の適用

（1）　1の(1)及び(2)に規定する在宅療養支援病院は、往診料の加算等に規定する「病床を有する場合」に該当するものとする。

（2）　往診料の加算等に規定する在宅医療充実体制加算の施設基準

1の(1)又は(2)に規定する在宅療養支援病院であって、第9の2の(3)に規定する要件を満たしていること。

（3）　往診料の加算等に規定する在宅療養実績加算1の施設基準

1の(3)に規定する在宅療養支援病院であって、第9の2の(4)に規定する要件を満たしていること。

（4）　往診料の加算等に規定する在宅療養実績加算2の施設基準

1の(3)に規定する在宅療養支援病院であって、第9の2の(5)に規定する要件を満たしていること。

3　在宅患者訪問診療料（Ⅰ）及び在宅患者訪問診療料（Ⅱ）に規定する場合の施設基準

1の(1)から(3)に規定する在宅療養支援病院において次のアに掲げる数をイに掲げる数で除した値が12未満であること。なお、アの数が120を超えない場合はこの限りではない。

ア　直近3月に訪問診療を行った回数（別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者、死亡した者、末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者、当該期間中に訪問診療を新たに開始した患者又は終了した患者に行う場合を除く。）

イ　直近3月に訪問診療を行った患者の数（別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者、死亡した者、末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者、当該期間中に訪問診療を新たに開始した患者又は終了した患者に行う場合を除く。）

4　届出に関する事項

1の(1)及び(2)の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2及び様式11の3を用いること。1の(3)の在宅療養支援病院の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2を用いること。2の(2)の在宅医療充実体制加算の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2及び様式11の3を用いること。2の(3)の在宅療養実績加算1及び2の(4)の在宅療養実績加算2の施設基準に係る届出は、別添2の様式11の2及び様式11の5を用いること。なお、在宅療養支援病院の施設基準に係る届出と在宅医療充実体制加算、在宅療養実績加算1又は在宅療養実績加算2を併せて届け出る場合であって、別添2の様式11の2、様式11の3及び様式11の5を用いる場合は、それぞれ1部のみの届出で差し支えない。

第14の3　在宅患者歯科治療時医療管理料

1　在宅患者歯科治療時医療管理料に関する施設基準

（1）　当該療養を行うにつき、十分な経験を有する常勤の歯科医師、歯科衛生士等により、治療前、治療中及び治療後における当該患者の全身状態を管理できる体制が整備されていること。

（2）　常勤の歯科医師が複数名配置されていること又は常勤の歯科医師及び常勤の歯科衛生士又は看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。なお、非常勤の歯科衛生士又は看護師

を２名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関が規定する常勤歯科衛生士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間帯に歯科衛生士又は看護師が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（３） 当該患者の全身状態の管理を行うにつき以下の十分な装置・器具等を有していること。

ア　経皮的動脈血酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）

イ　酸素供給装置

ウ　救急蘇生セット

（４） 緊急時に円滑な対応ができるよう病院である別の保険医療機関との連携体制が整備されていること。ただし、病院である医科歯科併設の保険医療機関にあっては、当該保険医療機関の医科診療科との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

２　届出に関する事項

在宅患者歯科治療時医療管理料の施設基準に係る届出は別添２の様式 17 を用いること。

第 14 の４　往診料に規定する患者

以下のいずれかに該当する者であって、当該患者又はその家族等の患者の看護等に当たる者が、往診を行う医療機関（以下この項において「往診医療機関」という。）に対し電話等で直接往診を求め、当該往診医療機関の医師が往診の必要性を認めたもの。

１　往診医療機関において、過去 60 日間に在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）又は在宅がん医療総合診療料を算定しているもの（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和８年３月５日保医発 0305 第６号）の別添１「医科診療報酬点数表に関する事項」第２章第２部第１節「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)(５)において、「Ａ０００」初診料又は「Ａ００１」再診料若しくは「Ａ００２」外来診療料及び第２章特掲診療料のみを算定した場合を含む。以下この区分において同じ。）。

２　往診医療機関と連携する保険医療機関（以下この項において「連携医療機関」という。）において、過去 60 日間に在宅患者訪問診療料（Ⅰ）、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）又は在宅がん医療総合診療料を算定しているもの。ただし、この場合において、連携医療機関は以下のいずれも満たしていること。

（１） 計画的な医学管理の下、主治医として定期的に訪問診療を実施している保険医の所属する保険医療機関であって、往診医療機関と連携体制を構築していること。

（２） 当該保険医療機関において、連携する往診医療機関が往診を行う場合に、当該患者の疾患名、患者の状態、治療方針及び急変時の対応方針等（以下この項において「診療情報等」という。）を、あらかじめ患者の同意を得た上で往診医療機関がＩＣＴ等を用いて確認できるように、適切な情報提供を行う体制を有していること。

（３） 連携医療機関が患者に対し、当該保険医療機関において往診を行うことが困難な時間帯等に対応を行う他の保険医療機関の名称、電話番号及び担当者の氏名等を文書により提供していること。

３　過去 180 日間に往診医療機関の外来を受診し、再診料、外来診療料、小児科外来診療料(再診時に限る。)、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料（再診時に限る。）又は外来腫瘍化学療法診療料（再診時に限る。）を３回以上算定しているもの。

4　介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において「介護保険施設等」という。）に入所している患者であって、当該患者又は当該介護保険施設の従事者等が、介護保険施設等の協力医療機関として定められている当該往診医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該往診医療機関の医師が往診の必要性を認めたもの。ただし、この場合において介護保険施設等は以下のいずれかに該当する患者であること。

（1）　次のア及びイに該当していること。

ア　介護保険施設等において、当該往診医療機関が往診を行う場合に、往診を行う患者の診療情報等を、あらかじめ患者の同意を得た上で、当該介護保険施設から往診医療機関に適切に提供されており、必要に応じて往診医療機関がＩＣＴを活用して患者の診療情報等を常に確認可能な体制を有していること。

イ　往診を受ける患者が入所している介護保険施設等と当該往診医療機関において、当該入所者の診療情報等の共有を図るため、年１回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。なお、当該カンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

（2）　当該患者が入所している介護保険施設等と当該往診医療機関において、当該入所者の診療情報等の共有を図るため、年３回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。ただし、当該介護保険施設において往診の必要性が認められた入所者に対する往診を、年に２件以上行った場合には、カンファレンスの実施は年に１回以上の頻度であれば良いこととする。この場合において、往診に際して当該介護保険施設の職員と往診医療機関の間で、入所者の病状急変時の対応方針及び往診依頼時の連絡方法等に係る適切な情報共有が行われていること。

なお、(１)のイ及び(２)に規定するカンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

第14の４の２　介護保険施設等連携往診加算

1　介護保険施設等連携往診加算に関する施設基準

（1）　当該保険医療機関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往診体制等を確保していること。

ア　介護老人保健施設、介護医療院及び特別養護老人ホーム（以下この項において「介護保険施設等」という。）から協力医療機関として定められている保険医療機関であること。なお、当該保険医療機関は、当該介護保険施設等との間で以下の取り決めを行っていること。

（イ）　当該介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等において、当該保険医療機関の医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。

（ロ）　当該介護保険施設等の求めがあった場合において、当該保険医療機関が診療を行う体制を常時確保していること。

イ　当該保険医療機関において、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、事前に介護保険施設等の管理者等に対して説明の上、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医療機関の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直接連絡がとれる連絡先電話番号等を提供した文書等に明示すること。

ウ　当該保険医療機関において、当該介護保険施設等の求めに応じて、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当該介護保険施設等に提供していること。

（２）　次のいずれかの要件を満たすもの。

ア　次の（イ）及び（ロ）に該当していること。

（イ）　往診を行う患者の診療情報及び急変時の対応方針等をあらかじめ患者の同意を得た上で介護保険施設等の協力医療機関として定められている保険医療機関に適切に提供され、必要に応じて往診を行う医師が所属する保険医療機関がＩＣＴを活用して当該診療情報及び急変時の対応方針等を常に確認可能な体制を有していること。

（ロ）　当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、介護保険施設等の入所者の病状が急変した場合等における対応方針等の共有を図るため、年１回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。

イ　当該介護保険施設等と協力医療機関である保険医療機関において、介護保険施設等の入所者の病状急変した場合等における対応方針等の共有を図るため、年３回以上の頻度でカンファレンスを実施していること。ただし、当該介護保険施設等において往診の必要性が認められた入所者の往診を、年に２件以上行った場合には、カンファレンスの実施は年に１回以上の頻度であれば良いこととする。この場合において、往診に際して当該介護保険施設等の職員と、入所者の急変時の対応方針及び往診依頼時の連絡方法等に係る適切な情報共有が行われていること。

（３）　（２）のアの（ロ）及びイに規定するカンファレンスは、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。また、当該カンファレンスが基本診療料施設基準通知の別添３の第 26 の５の１の（５）に規定する入退院支援加算１における連携機関との面会を兼ねることは差し支えない。

（４）　介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

（５）（４）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

２　届出に関する事項

介護保険施設等連携往診加算の施設基準に関する届出は、別添２の様式 18 の３を用いること。

第 14 の５　在宅医療ＤＸ情報活用加算

１　在宅医療ＤＸ情報活用加算１に関する施設基準

（１）　電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。

（２） 健康保険法第３条第 13 項に規定する電子資格確認（以下「オンライン資格確認」という。）を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。

（３） 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、医師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制を有していること。

（４） 電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有していること。

（５） 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること。

（６） 医療ＤＸ推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得・活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。具体的には次に掲げる事項を掲示していること。

ア 医師が居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して、計画的な医学管理の下に、訪問して診療を実施している保険医療機関であること。

イ マイナ保険証の利用を促進する等、医療ＤＸを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であること。

（７） （６）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

２ 在宅医療ＤＸ情報活用加算２に関する施設基準

（１） １の(１)から(３)まで及び(５)から(７)までの基準を満たすこと。

３ 届出に関する事項

（１） 在宅医療ＤＸ情報活用加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 11 の６を用いること。

（２） １の(５)については当面の間、当該基準を満たしているものとみなす。ただし、保険医療機関は、国等が全国で電子カルテ情報共有サービスの運用を開始した場合には、速やかに導入するように努めること。

第 15 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料

１ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料に関する施設基準

（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。ただし、当該保険医療機関が「へき地保健医療対策事業について」（平成 13 年５月 16 日医政発第 529 号）に規定するへき地診療所であって、在宅医療を担当する医師が、緊急時の連絡体制及び 24 時間診療体制の確保において当該へき地診療所と連携するへき地医療拠点病院又は医療提供機能連携確保加算を算定する別の保険医療機関においても勤務している場合においては、常勤でなくても差し支えない。

（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。

２　在宅時医学総合管理料の注８（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準

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分未満の保険医療機関（診療所に限る。）であること。

３　在宅時医学総合管理料の注 14（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準

直近３月間の当該保険医療機関及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関（令和６年３月 31 日以前に開設されたものを除く。）の訪問診療回数の合算が 2,100 回未満であること。なお、次の要件をいずれも満たす場合は当該基準に該当するものとする。

（１） 当該保険医療機関において、直近１年間に５つ以上の保険医療機関から、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。

（２） 当該保険医療機関において、直近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、直近３月間において、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、「Ｃ００２」在宅時医学総合管理料又は「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。

（３） 当該保険医療機関において、直近３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（特掲診療料の施設基準等の別表第７に掲げる別に厚生労働大臣の定める疾病等の患者等を除く。）の割合が７割以下であること。

（４） 当該保険医療機関において、直近３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８の２に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者等の割合が５割以上であること。

４　在宅時医学総合管理料の注 16（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準

以下のいずれかに該当すること。

（１） 直近３か月に在宅患者訪問診療料を月２回以上算定する患者の延べ診療月数が 30 月未満であること。

（２） 直近３か月に在宅患者訪問診療料を月２回以上算定する患者の延べ診療月数が 30 月以上であり、次のアをイで除した値が２割以上であること。

ア　直近３か月の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の「別に厚生労働臣が定める状態の患者に対し、月２回以上訪問診療を行っている場合」の算定回数、在宅患者訪問診療料を月２回以上算定し、包括的支援加算を算定する患者の延べ訪問診療月数及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ訪問診療月数の和

イ　直近３か月の在宅患者訪問診療料を月２回以上算定する患者及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者の延べ訪問診療月数の和（ただし、当該保険医療機関において、４か月

前から１年前までの間に３月以上連続して訪問診療を行った後、当該保険医療機関の外来を直近３か月のうちの１月以上を含む連続した３月受診した患者数がいる場合は、当該患者数に３月を乗じた月数を差し引くことができる。）

５　届出に関する事項

（１）　在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の施設基準に係る届出は別添２の様式19を用いること。ただし、「２」については、当該基準を満たしていればよく、当該基準を満たしている場合には、改めて地方厚生（支）局長に届出を行う必要はないこと。

（２）　「３」については、在宅時医学総合管理料の注14（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準の該当可否について毎年２月、５月、８月及び11月に確認し、変更がある場合は別添２の様式19及び様式19の２を用いて同月中に速やかに地方厚生（支）局長に届出を行うこと。

（３）　「４」については、在宅時医学総合管理料の注16（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準の該当可否について毎年２月、５月、８月及び11月に確認し、変更がある場合は別添２の様式19を用いて同月中に速やかに地方厚生（支）局長に届出を行うこと。

第15の２　在宅時医学総合管理料の注12（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する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に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

２　届出に関する事項

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、在宅時医学総合管理料の注12（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する情報通信機器を用いた診療として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第15の３　在宅時医学総合管理料の注13（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する在宅データ提出加算

１　在宅データ提出加算の施設基準

（１）　外来医療等調査に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及び外来医療等調査事務局と電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず１名指定すること。

（２）　外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出すること。

（３）　診療記録（過去５年間の診療録及び過去３年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。

（４）　診療記録の保管・管理につき、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であることが望ましい。

（５）　診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。

（６）　患者についての疾病統計には、ＩＣＤ大分類程度以上の疾病分類がされていること。

（７）　保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。

２　データ提出に関する事項

（１） データの提出を希望する保険医療機関は、令和８年５月 20 日、８月 20 日、11 月 20 日、令和９年２月 22 日、５月 20 日、８月 20 日、11 月 22 日又は令和 10 年２月 21 日までに別添２の様式７の 10 について、地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出すること。

（２） （１）の届出を行った保険医療機関は、試行データを厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、調査実施説明資料に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに外来医療等調査事務局へ提出すること。

（３） 試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡を１の（１）の担当者宛てに電子メールにて発出する。なお、当該連絡のあった保険医療機関においては、この連絡以後、在宅データ提出加算の届出を行うことが可能となる。

３ 届出に関する事項

在宅時医学総合管理料の注 13（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する在宅データ提出加算の施設基準に係る届出については、次のとおり。

（１） 在宅データ提出加算の施設基準に係る届出は別添２の様式７の 11 を用いること。

（２） 各調査年度において、累積して３回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、３回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

（３） データ提出を取りやめる場合、１の（２）の基準を満たさなくなった場合及び（２）に該当した場合については、別添２の様式７の 12 を提出すること。

（４） （３）の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、２の（１）の手続きより開始すること。

第 15 の４ 在宅時医学総合管理料の注 15（施設入居時等医学総合管理料の注５の規定により準用する場合を含む。）に規定する在宅医療情報連携加算並びに歯科疾患在宅療養管理料の注７、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の注８及び小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料の注８に規定する在宅歯科医療情報連携加算

１ 在宅医療情報連携加算及び在宅歯科医療情報連携加算の施設基準

（１） 在宅での療養を行っている患者の診療情報等について、在宅医療情報連携加算又は在宅歯科医療情報連携加算を算定する保険医療機関と連携する他の保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）とＩＣＴを用いて共有し、当該情報について常に確認できる体制を有している保険医療機関であること。

（２） （１）の体制は、以下の全ての要件を満たすものであること。

ア 記録された患者の診療情報等については、連携機関間の協議に基づき、一元的に管理されたサーバーで保管されていること。

イ　診療情報等の共有について、患者、その家族又は連携機関（以下「参加者」という。）のうち、患者が同意した者のみにおいて、保管された当該情報の共有がＩＣＴを用いて行われるものであること。

ウ　参加者の範囲を随時設定することが可能であること。なお、情報の内容に応じて、参加者のうち情報共有される者の範囲を任意に設定できるＩＣＴを用いることが望ましい。

エ　参加者が、保管された当該情報について、常時、閲覧・取得を行うことが可能であること。なお、保管された当該情報が、患者ごとに、時系列で速やかに表示されるＩＣＴを用いること。

オ　参加者が、常時、必要な診療情報等を共有できること。なお、文字情報の共有だけではなく、画像・映像の共有等の機能を有するＩＣＴを用いることが望ましい。

カ　体制の整備にあたっては、一般社団法人保健医療福祉情報安全管理適合性評価協会（ＨＩＳＰＲＯ）が公表している「医療情報連携において、ＳＮＳを利用する際に気を付けるべき事項」におけるプライベートＳＮＳに係る事項を参考とすること。

キ　安全な通信環境を確保するために、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」を参考とすること。

（３）　当該保険医療機関と患者の診療情報等を共有している連携機関（特別の関係にあるものを除く。）の数が、５以上であること。

（４）　地域において、連携機関以外の保険医療機関等が、当該ＩＣＴを用いた情報を共有する連携体制への参加を希望した場合には、当該体制を運営する関係者の間で定めた取り決めに基づき、連携体制を構築すること。なお、連携体制が煩雑なものとならないよう、地域で同一の連携体制を構築することが望ましい。

（５）　（１）に規定する連携体制を構築していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（６）　（５）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

２　届出に関する事項

在宅医療情報連携加算及び在宅歯科医療情報連携加算の施設基準に関する届出は、別添２の様式19の３を用いること。

第16　在宅がん医療総合診療料

１　在宅がん医療総合診療料に関する施設基準

（１）　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院に係る施設基準の届出を行っていること。

（２）　居宅において療養を行っている末期の悪性腫瘍患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供できること。

（３）　患者に対し、定期的に訪問診療及び訪問看護を実施できる体制があること。

（４）　患者の症状急変等により、患者等から求めがあった場合に、常時対応ができる体制があること。

（５）　上記（３）における訪問看護及び（４）については、当該保険医療機関と連携を有する保険医療機関又は訪問看護ステーションと共同して、これに当たっても差し支えないものとする。

２　届出に関する事項

（１）　在宅がん医療総合診療料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 20 を用いること。

（２）　当該保険医療機関において主として在宅がん医療総合診療に当たる医師、看護師の氏名を記載すること。

（３）　緊急時の連絡・対応方法について患者等への説明文書の例を添付すること。

（４）　悪性腫瘍患者の過去１か月間の診療状況について下記の事項を記載すること。

ア　入院患者数（延べ患者数）

イ　外来患者数（延べ患者数）

ウ　往診、訪問診療、訪問看護を行った患者の数（延べ患者数）

第 16 の１の２　在宅がん医療総合診療料の注７に規定する在宅データ提出加算

１　在宅データ提出加算の施設基準及びデータ提出に関する事項

当該加算の要件については、第 15 の３の１及び２と同様である。

２　届出に関する事項

在宅がん医療総合診療料の注７に規定する在宅データ提出加算の施設基準に係る届出については、次のとおり。

（１）　在宅データ提出加算の施設基準に係る届出は別添２の様式７の 11 を用いること。

（２）　各調査年度において、累積して３回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、３回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

（３）　データ提出を取りやめる場合、第 15 の３の１の(２)の基準を満たさなくなった場合及び(２)に該当した場合については、別添２の様式７の 12 を提出すること。

（４）　(３)の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、第 15 の３の２の(１)の手続きより開始すること。

第 16 の１の３　在宅がん医療総合診療料の注９に規定する在宅医療情報連携加算

１　在宅医療情報連携加算に関する事項

第 15 の４に掲げる在宅医療情報連携加算の届出を行っていること。

２　届出に関する事項

第 15 の４に掲げる在宅医療情報連携加算の届出を行っていればよく、在宅時がん医療総合診療料の注９に規定する在宅医療情報連携加算として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 16 の１の４　救急搬送診療料の注４に規定する重症患者搬送加算

１　救急搬送診療料の注４に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関内に、以下から構成される重症患者搬送チームが設置されていること。

ア　集中治療の経験を５年以上有する医師

イ　看護師

ウ　臨床工学技士

（２）（１）のアに掲げる集中治療の経験を５年以上有する医師は、重症の小児患者を搬送する場合にあっては、小児の特定集中治療の経験を５年以上有することが望ましいこと。

（３）（１）のイに掲げる看護師は、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を５年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の看護師であることが望ましいこと。また、ここでいう「適切な研修」とは、国又は医療関係団体等が主催する 600 時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）であり、講義及び演習により集中治療を必要とする患者の看護に必要な専門的な知識及び技術を有する看護師の養成を目的とした研修又は保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる集中治療を必要とする患者の看護に係る研修であること。

（４）（１）のウに掲げる臨床工学技士は、「Ａ３００」救命救急入院料、「Ａ３０１」特定集中治療室管理料、「Ａ３０１－２」ハイケアユニット入院医療管理料、「Ａ３０１－３」脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料を届け出た治療室を有する保険医療機関で５年以上の経験を有することが望ましいこと。

（５）　関係学会により認定された施設であること。

（６）　日本集中治療医学会から示されている指針等に基づき、重症患者搬送が適切に実施されていること。

（７）（１）に掲げるチームにより、重症患者搬送に関わる職員を対象として、重症患者搬送に関する研修を年２回以上実施すること。

２　届出に関する事項

重症患者搬送加算の施設基準に関する届出は、別添２の様式 20 の１の２を用いること。

第 16 の１の５　救急患者連携搬送料

１　救急患者連携搬送料１に関する施設基準

（１）　救急用の自動車又は救急医療用ヘリコプターによる救急搬送件数が、年間で 2,000 件以上であること。

（２）　受入先の候補となる他の保険医療機関において受入が可能な疾患や病態について、当該保険医療機関が地域のメディカルコントロール協議会等と協議を行った上で、候補となる保険医療機関のリストを作成していること。

（３）　搬送を行った患者の診療についての転院搬送先からの相談に応じる体制及び搬送を行った患者が急変した場合等に必要に応じて再度当該患者を受け入れる体制を有すること。

２　救急患者連携搬送料２に関する施設基準

受入が可能な疾患や病態について、当該保険医療機関が救急患者連携搬送料１の届出を行う他の保険医療機関や地域のメディカルコントロール協議会等とあらかじめ協議を行った上で、搬送元の候補となる保険医療機関のリストを作成していること。

３　届出に関する事項

救急患者連携搬送料１及び２の施設基準に関する届出は、別添２の様式 20 の１の３を用いること。

第16の２　在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料

１　在宅患者訪問看護・指導料の注２及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注２に関する施設基準

当該保険医療機関において、緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアを行うにつき、専門の研修を受けた看護師が配置されていること。

なお、ここでいう緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修とは、それぞれ、次に該当するものをいうこと。

（１）　緩和ケアに係る専門の研修

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

（ニ）　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

（ヌ）　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

（２）　褥瘡ケアに係る専門の研修

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術を習得することができる600時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）又は保健師助産師看護師法第37条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる褥瘡等の創傷ケアに係る研修

イ　講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

（３）　人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であって、必要な人工肛門及び人工膀胱のケアに関する知識・技術が習得できる600時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）

イ　講義及び演習等により、人工肛門及び人工膀胱管理のための皮膚障害に関するアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

２　在宅患者訪問看護・指導料の注15（同一建物居住者訪問看護・指導料の注８の規定により準用する場合を含む。）に規定する訪問看護・指導体制充実加算に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において、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、患家の求めに応じて、当該保険医療機関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、訪問看護を担当する保険医療機関又は訪問看護ステーションの名称、担当日等を文書により患家に提供していること。

（２） 次に掲げる項目のうち少なくとも２つを満たしていること。ただし、許可病床数が 400 床以上の病院にあっては、アを含めた２項目以上を満たしていること。

ア 在宅患者訪問看護・指導料３又は同一建物居住者訪問看護・指導料３の前年度の算定回数が計５回以上であること。

イ 在宅患者訪問看護・指導料の注６（同一建物居住者訪問看護・指導料の注８の規定により準用する場合を含む。）に掲げる乳幼児加算の前年度の算定回数が計 25 回以上であること。

ウ 特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者について、在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料の前年度の算定回数が計 25 回以上であること。

エ 在宅患者訪問看護・指導料の注 10（同一建物居住者訪問看護・指導料の注８の規定により準用する場合を含む。）に掲げる在宅ターミナルケア加算の前年度の算定回数が計４回以上であること。

オ 退院時共同指導料１又は２の前年度の算定回数が計 25 回以上であること。

カ 開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)の前年度の算定回数が計 40 回以上であること。

３ 在宅患者訪問看護・指導料の注 16（同一建物居住者訪問看護・指導料の注８の規定により準用する場合を含む。）に規定する専門管理加算に関する施設基準

次のいずれかに該当する保険医療機関であること。

（１） 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が配置されていること。なお、ここでいう緩和ケアに係る専門の研修とはアの要件を、褥瘡ケアに係る専門の研修とはイの要件を、人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修とはウの要件を満たすものであること。

ア 緩和ケアに係る専門の研修

１の(１)のアからウまでを満たすものであること。

イ 褥瘡ケアに係る専門の研修

次のいずれの要件も満たすものであること。

（イ） 国又は医療関係団体等が主催する研修であって、褥瘡管理者として業務を実施する上で必要な褥瘡等の創傷ケア知識・技術を習得することができる 600 時間以上の研修（修了証が交付されるものに限る。）

（ロ） 講義及び演習等により、褥瘡予防管理のためのリスクアセスメント並びにケアに関する知識・技術の習得、コンサルテーション方法、質保証の方法等を具体例に基づいて実施する研修

ウ 人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修

１の(３)のア及びイを満たすものであること。

（２） 保健師助産師看護師法第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において、同項第１号に規定する特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものに係る研修

を修了した看護師が配置されていること。なお、特定行為のうち訪問看護において専門の管理を必要とするものとは、以下のアからキまでに掲げるものをいう。

ア　気管カニューレの交換

イ　胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換

ウ　膀胱ろうカテーテルの交換

エ　褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去

オ　創傷に対する陰圧閉鎖療法

カ　持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整

キ　脱水症状に対する輸液による補正

4　在宅患者訪問看護・指導料の注17（同一建物居住者訪問看護・指導料の注８の規定により準用する場合を含む。）に規定する訪問看護医療ＤＸ情報活用加算に関する施設基準

（1）　電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。

（2）　オンライン資格確認を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向け総合ポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。

（3）　居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、看護師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制を有していること。

（4）　医療ＤＸ推進の体制に関する事項及び質の高い訪問看護を実施するための十分な情報を取得・活用して訪問看護を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。具体的には、次に掲げる事項を掲示していること。

ア　看護師等が居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して訪問看護・指導を実施している保険医療機関であること。

イ　マイナ保険証の利用を促進する等、医療ＤＸを通じて質の高い医療を提供できるよう取組を実施している保険医療機関であること。

（5）　（4）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

5　在宅患者訪問看護・指導料の注18（同一建物居住者訪問看護・指導料の注８の規定により準用する場合を含む。）に規定する遠隔死亡診断補助加算に関する施設基準

当該保険医療機関において、情報通信機器を用いて主治医の死亡診断の補助を行うにつき、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師が配置されていること。

なお、情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修とは、厚生労働省「情報通信機器（ＩＣＴ）を利用した死亡診断等ガイドライン」に基づく「法医学等に関する一定の教育」であること。

6　在宅患者訪問看護・指導料の注19（同一建物居住者訪問看護・指導料の注８の規定により準用する場合を含む。）に規定する訪問看護医療情報連携加算に関する施設基準

（1）　在宅での療養を行っている患者の診療情報等について、訪問看護医療情報連携加算を算定する保険医療機関と連携する他の保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等（以下「連携機関」という。）と

ＩＣＴを用いて共有し、当該情報について常に確認できる体制を有している保険医療機関であること。

（２）（１）の体制は、以下の全ての要件を満たすものであること。

ア　記録された患者の診療情報等については、連携機関間の協議に基づき、一元的に管理されたサーバーで保管されていること。

イ　診療情報等の共有について、患者、その家族又は連携機関（以下「参加者」という。）のうち、患者が同意した者のみにおいて、保管された当該情報の共有がＩＣＴを用いて行われるものであること。

ウ　参加者の範囲を随時設定することが可能であること。なお、情報の内容に応じて、参加者のうち情報共有される者の範囲を任意に設定できるＩＣＴを用いることが望ましい。

エ　参加者が、保管された当該情報について、常時、閲覧・取得を行うことが可能であること。なお、保管された当該情報が、患者ごとに、時系列で速やかに表示されるＩＣＴを用いること。

オ　参加者が、常時、必要な診療情報等を共有できること。なお、文字情報の共有だけではなく、画像・映像の共有等の機能を有するＩＣＴを用いることが望ましい。

カ　体制の整備にあたっては、一般社団法人保健医療福祉情報安全管理適合性評価協会（ＨＩＳＰＲＯ）が公表している「医療情報連携において、ＳＮＳを利用する際に気を付けるべき事項」におけるプライベートＳＮＳに係る事項を参考とすること。

キ　安全な通信環境を確保するために、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」を参考とすること。

（３）　当該保険医療機関と患者の診療情報等を共有している連携機関（特別の関係にあるものを除く。）の数が、５以上であること。

（４）　地域において、連携機関以外の保険医療機関等が、当該ＩＣＴを用いた情報を共有する連携体制への参加を希望した場合には、当該体制を運営する関係者の間で定めた取り決めに基づき、連携体制を構築すること。なお、連携体制が煩雑なものとならないよう、地域で同一の連携体制を構築することが望ましい。

（５）（１）に規定する連携体制を構築していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（６）（５）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

７　届出に関する事項

（１）　１の在宅患者訪問看護・指導料の注２及び同一建物居住者訪問看護・指導料の注２に係る届出は、別添２の様式 20 の２の２を用いること。２の在宅患者訪問看護・指導料の注 15（同一建物居住者訪問看護・指導料の注８の規定により準用する場合を含む。）に規定する訪問看護・指導体制充実加算に係る届出は、別添２の様式 20 の３を用いること。３の在宅患者訪問看護・指導料の注 16（同一建物居住者訪問看護・指導料の注８の規定により準用する場合を含む。）に規定する専門管理加算に係る届出は、別添２の様式 20 の３の３を用いること。４の在宅患者訪問看護・指導料の注 17（同一建物居住者訪問看護・指導料の注８の規定により準用する場合を含む。）に規定する訪問看護医療ＤＸ情報活用加算に係る届出は、別添２の様式 20 の３の４を用いること。５の在宅患者訪問看護・指導料の注 18（同

一建物居住者訪問看護・指導料の注８の規定により準用する場合を含む。）に規定する遠隔死亡診断補助加算に係る届出は、別添２の様式 20 の３の５を用いること。６の在宅患者訪問看護・指導料の注 19（同一建物居住者訪問看護・指導料の注８の規定により準用する場合を含む。）に規定する訪問看護医療情報連携加算に係る届出は、別添２の様式 20 の３の６を用いること。

（２） ６の(６)については、令和８年９月 30 日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

第 16 の２の２　訪問看護遠隔診療補助料

１　訪問看護遠隔診療補助料の施設基準

（１） 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

（２） 「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」の「０６」訪問看護遠隔診療補助料を届け出ている訪問看護ステーションと連携する場合には、事前に連携体制を構築していること。

２　届出に関する事項

訪問看護遠隔診療補助料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 20 の３の７を用いること。

第 16 の３　在宅療養後方支援病院

１　在宅療養後方支援病院の施設基準

（１） 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 160 床）以上の病院であること。

（２） 在宅医療を提供する医療機関（以下「連携医療機関」という。）と連携していること。その際、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し、その連絡先を文書で連携医療機関に対して提供していること。

（３） 連携医療機関の求めに応じて入院希望患者（連携医療機関が在宅医療を行っており、緊急時に当該病院への入院を希望するものとして、あらかじめ別添２の様式 20 の６又はこれに準じた様式の文書を用いて当該病院に届け出た患者をいう。）の診療が 24 時間可能な体制を確保し、当該体制についてあらかじめ入院希望患者に説明を行っていること（連携医療機関を通じて説明を行ってもよい。）。なお、入院希望患者が届け出た文書については、連携医療機関及び入院希望患者にそれぞれ写しを交付するとともに、当該医療機関において保管しておくこととし、届出内容に変更があった場合については、適宜更新すること。

また、入院希望患者の届出は１患者につき１病院を想定したものであり、１人の患者が複数の医療機関に当該届出を行うことは想定されないため、当該届出を受理する際は患者が他に当該届出を行っている病院がないか、十分に連携医療機関及び患者に確認すること。

（４） 当該病院において、入院希望患者に緊急入院の必要が生じた場合に入院できる病床を常に確保していること。入院希望患者に緊急入院の必要が生じたにもかかわらず、やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、当該病院が他に入院可能な病院を探し、入院希望患者を紹介すること。

（５） 連携医療機関との間で、３月に１回以上患者の診療情報の交換をしていること。なお、その際、「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）は算定できない。また、当該診療情報は、詳細

な診療内容が記載されている必要はないが、現時点において患者が引き続き当該病院に緊急時に入院することを希望しているか等、(３)の届出内容の変更の有無及び期間中の特記すべき出来事の有無（ある場合はその内容）が記載されている必要がある。なお、ファクシミリ、電子メール又はＩＣＴ等を用いた情報交換でも差し支えないが、記録の残らない電話等は認められない。

（６）（５)に規定する診療情報等に基づき、当該病院の入院希望患者の最新の一覧表を作成していること。

２　届出に関する事項

在宅療養後方支援病院の施設基準に係る届出は、別添２の様式 20 の４を用いること。

第 16 の４　在宅患者訪問褥瘡管理指導料

１　在宅患者訪問褥瘡管理指導料に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関に以下の３名から構成される在宅褥瘡対策チームが設置されていること。

ア　常勤の医師

イ　保健師、助産師、看護師又は准看護師

ウ　管理栄養士

当該保険医療機関の医師と管理栄養士又は当該保険医療機関以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士が、当該患者に対して継続的に訪問看護を行う訪問看護ステーションの看護師と連携して在宅褥瘡対策を行う場合及び他の保険医療機関等の看護師（准看護師を除く。）を(２)に掲げる褥瘡管理者とする場合に限り、当該看護師を在宅褥瘡対策チームの構成員とすることができる。なお、必要に応じて、理学療法士、薬剤師等が配置されていることが望ましい。

（２）　在宅褥瘡対策チームのア又はイ（准看護師を除く。）のいずれか１名以上については、以下のいずれの要件も満たす在宅褥瘡管理者であること。

ア　５年以上医師又は看護師として医療に従事し、褥瘡対策について１年以上の経験を有する者

イ　在宅褥瘡ケアに係る所定の研修を修了している者

ただし、当該保険医療機関に在宅褥瘡管理者の要件を満たす者がいない場合にあっては、「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料及び「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 67 号）」の「０１」訪問看護基本療養費の注２に規定される他の保険医療機関等の褥瘡ケアに係る専門の研修を修了した看護師を在宅褥瘡管理者とすることができる。

（３）　(２)のイにおける在宅褥瘡ケアに係る所定の研修とは、学会等が実施する在宅褥瘡管理のための専門的な知識、技術を有する医師、看護師等の養成を目的とした６時間以上を要する講義及び褥瘡予防・管理ガイドラインに準拠した予防、治療、ケアの実施に関する症例報告５事例以上の演習を含む研修であり、当該学会等より修了証が交付される研修であること。

なお、当該学会等においては、症例報告について適切な予防対策・治療であったことを審査する体制が整備されていること。また、当該研修の講義に係る内容については、次の内容を含むものであること。

ア　管理の基本

イ　褥瘡の概要

ウ　褥瘡の予防方法

エ　褥瘡の治療

オ　発生後の褥瘡ケア

カ　在宅褥瘡医療の推進

また、(２)の在宅褥瘡管理者について、「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料及び「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」の「０１」訪問看護基本療養費の注２に規定される褥瘡ケアに係る専門の研修を修了した看護師については、当該研修を修了したものとみなすものであること。

２　届出に関する事項

在宅患者訪問褥瘡管理指導料の施設基準に係る届出は、別添２の様式20の７を用いること。なお、当該管理指導料の届出については実績を要しない。

第16の４の２　在宅自己注射指導管理料

１　在宅自己注射指導管理料の注５に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

２　届出に関する事項

在宅自己注射指導管理料の注５に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、在宅自己注射指導管理料の注５として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第16の４の３　在宅自己腹膜灌流指導管理料

１　在宅自己腹膜灌流指導管理料２の施設基準

（１）　腹膜透析の診療の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（２）　以下のア又はイの手術を年間３例以上実施していること。

ア　連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術

イ　腹腔鏡下連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術

（３）　必要に応じて、当該保険医療機関の病床において、入院可能な体制を有していること。

（４）　在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している他の保険医療機関との連携体制を構築していること。

２　届出に関する事項

在宅自己腹膜灌流指導管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式20の１の４を用いること。

第16の５　在宅血液透析指導管理料

１　在宅血液透析指導管理料の施設基準

（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。

２　届出に関する事項

在宅血液透析指導管理料の施設基準に係る届出は別添２の様式20の２を用いること。

第16の６　在宅酸素療法指導管理料

１　遠隔モニタリング加算の施設基準

（１）　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。

（２）　呼吸器内科について３年以上の経験を有する常勤の医師を配置していること。

（３）　呼吸器内科について３年以上の経験を有する看護師を配置していること。

２　届出に関する事項

在宅酸素療法指導管理料遠隔モニタリング加算の施設基準に係る届出は別添２の様式20の３の２を用いること。

第16の７　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

１　持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算の施設基準

（１）　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料２の対象で、かつ、当該保険医療機関において持続陽圧呼吸（以下「ＣＰＡＰ」という。）療法の指導管理を実施している入院中の患者以外の全ての患者について、使用時間等の着用状況、無呼吸低呼吸指数等がモニタリング可能な機器を活用して、定期的なモニタリングを行っていること。

（２）　当該月の直近３月以内において、当該保険医療機関がＣＰＡＰ療法の指導管理を行う入院中の患者以外の患者の延べ管理月数に占める、ＣＰＡＰ療法の１日使用時間が４時間以上の日が20日以上である管理月数の割合が４割以上であること。

２　遠隔モニタリング加算の施設基準

リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な情報通信機器を用いて指導を行う場合は、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。

３　在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注３に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

４　届出に関する事項

（１）　持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算の施設基準に係る届出は別添20の12を用いること。

（２）　遠隔モニタリング加算の施設基準に係る届出は別添２の２を用いること。

（３） 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注４に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注４として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第16の７の２　在宅振戦等刺激装置治療指導管理料

１　在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の注３に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

２　届出に関する事項在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の注３に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、在宅振戦等刺激装置治療管理料の注３として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第16の８　在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料

１　在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料の施設基準

以下のいずれかを満たす施設であること。

（１） 植込型補助人工心臓（非拍動流型）に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関であること。

（２） 当該指導管理を行うに当たり関係学会から認定され、その旨が当該学会のホームページ等で広く周知された施設であること。

２　届出に関する事項

在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料の施設基準に関する届出は、別添２の様式20の９を用いること。

第16の８の２　在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料

１　在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料の施設基準

「Ｄ２３７」終夜睡眠ポリグラフィーの「３」１及び２以外の「イ」安全精度管理下で行うものの施設基準に準ずる。

２　届出に関する事項

「Ｄ２３７」終夜睡眠ポリグラフィーの「３」１及び２以外の「イ」安全精度管理下で行うものの届出を行っていればよく、舌下神経電気刺激療法指導管理料として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第16の９　在宅腫瘍治療電場療法指導管理料

１　在宅腫瘍治療電場療法指導管理料の１に関する施設基準

（１） 脳神経外科を標榜している病院であること。

（２） 膠芽腫の治療を過去５年間に５例以上実施していること。

（３） 膠芽腫の治療の経験を過去５年間に５例以上有し、脳神経外科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（４） 関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了した医師が１名以上配置されていること。

（５） 関連学会から示されている基準に基づき、当該治療が適切に実施されていること。

２　在宅腫瘍治療電場療法指導管理料の２に関する施設基準

（１）　呼吸器内科、呼吸器外科又は腫瘍内科を標榜している病院であること。

（２）　非小細胞肺癌に対する PD-1/PD-L1 阻害剤による治療を過去１年間に 10 例以上実施していること。

（３）　非小細胞肺癌に対する PD-1/PD-L1 阻害剤による治療の経験を過去１年間に５例以上有し、所定の研修を修了した常勤の医師が１名以上配置されていること。

（４）　関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了した医師が１名以上配置されていること。

（５）　関連学会から示されている基準に基づき、当該治療が適切に実施されていること。

（６）　皮膚関連有害事象を含む有害事象が発生した際、当該施設又は連携施設において専門的な対応が可能であること。

３　届出に関する事項

（１）　在宅腫瘍治療電場療法指導管理料に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 20 の 10 を用いること。

（２）　関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了した医師が配置されていることを証する文書の写しを添付すること。

第 16 の 10　在宅経肛門的自己洗腸指導管理料

１　在宅経肛門的自己洗腸指導管理料の施設基準

（１）　脊髄障害を原因とする排便障害を含めた大腸肛門疾患の診療について５年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（２）　脊髄障害を原因とする排便障害を有する患者の看護について３年以上の経験を有する専任の看護師が配置されていること。

２　届出に関する事項

当該指導管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 20 の 11 を用いること。

第 16 の 11　持続血糖測定器加算

１　持続血糖測定器加算に関する施設基準

（１）　間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合

ア　糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５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。

イ　持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。

（２）　間歇注入シリンジポンプと連動しない持続血糖測定器を用いる場合

ア　糖尿病の治療に関し、専門の知識及び５年以上の経験を有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の医師が１名以上配置されていること。

イ　持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。

ウ　糖尿病の治療に関し、持続皮下インスリン注入療法に従事した経験を２年以上有し、持続血糖測定器に係る適切な研修を修了した常勤の看護師、薬剤師又は臨床検査技師が１名以上配置されていること。

エ　ア及びウに掲げる適切な研修とは、次の事項に該当する研修のことをいう。

（イ） 医療関係団体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、持続血糖測定器に関する理解・活用及び事例分析・評価等の内容が含まれているものであること。

2　届出に関する事項

持続血糖測定器加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 24 の５を用いること。

第 16 の 12　横隔神経電気刺激装置加算

1　横隔神経電気刺激装置加算に関する施設基準

「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料の「１」呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は「２」呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準に準ずる。

2　届出に関する事項

「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料の「１」呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は「２」呼吸器リハビリテーション料（Ⅱ）の届出を行っていればよく、横隔神経電気刺激装置加算として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 17　歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算

1　歯科訪問診療料に係る地域医療連携体制加算に関する施設基準

（１） 歯科を標榜する診療所である保険医療機関であること。

（２） 当該保険医療機関において、次のアに該当する保険医療機関及びイに該当する保険医療機関との連携により、緊急時の歯科診療ができる連携体制を確保していること。

ア　歯科点数表「Ａ０００」に掲げる初診料の注２の届出を行った地域歯科診療支援病院歯科である保険医療機関で次の要件を満たしていること。

①　緊急時に当該患者に対する歯科診療を行う体制を確保していること。

②　在宅歯科医療の調整担当者を１名以上配置していること。

③　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。

イ　当該患者に対する歯科訪問診療を行う体制が整備されている保険医療機関であること。

（３） 当該連携保険医療機関において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患者又はその家族の同意を得て、その治療等に必要な情報を連携保険医療機関に対してあらかじめ別添２の様式 21 の２又はこれに準じた様式の文書をもって提供し、その写しを診療録に添付しておくこと。

（４） 地域医療連携体制加算を算定する保険医療機関にあっては、患者又はその家族等に連携保険医療機関の名称、住所、在宅歯科医療の調整担当者又は担当の歯科医師の氏名及び連絡方法等を記載した別添２の様式 21 の２及び様式 21 の３又はこれに準じた様式の文書を必ず交付することにより、地域医療連携体制の円滑な運営を図るものであること。

2　届出に関する事項

地域医療連携体制加算の施設基準に係る届出は別添２の様式 21 を用いること。

第 17 の１の２　歯科訪問診療料の注 16 に規定する基準

1　歯科訪問診療料の注 16 に規定する基準に関する施設基準

直近１か月に歯科訪問診療及び外来で歯科診療を提供した患者のうち、歯科訪問診療を提供した患者数の割合が９割５分未満の保険医療機関であること。

２　届出に関する事項

歯科訪問診療料の注16に規定する基準に係る届出は別添２の様式21の３の２を用いること。

第17の１の３　歯科訪問診療料の注22に規定する医科連携訪問加算の基準

１　歯科訪問診療料の注22に規定する医科連携訪問加算の基準

（１）　入院中の口腔状態に課題を抱える患者について連携する他の保険医療機関の依頼に基づき対応できる体制を構築していること。

（２）（１）に規定する連携機関から歯科訪問診療の依頼を受ける方法について取り決めを行い、連絡先や連絡方法について文書により提供を受けていること。

（３）（１）に規定する連携体制を構築していること及び連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（４）（３）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

２　届出に関する事項

歯科訪問診療料の注22に規定する医科連携訪問加算の基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第18　造血器腫瘍遺伝子検査

１　造血器腫瘍遺伝子検査に関する施設基準

検体検査管理加算(Ⅱ)、(Ⅲ)又は(Ⅳ)の施設基準に準ずる。

２　届出に関する事項

検体検査管理加算（Ⅱ）、（Ⅲ）又は（Ⅳ）の届出を行っていればよく、造血器腫瘍遺伝子検査として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第18の１の２　遺伝学的検査

１　遺伝学的検査の注１に規定する疾患

「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別添１「医科診療報酬点数表に関する事項」第２章第３部第１節第１款「Ｄ００６－４」遺伝学的検査の(１)のエ又はオに掲げる疾患

２　遺伝学的検査の注１に規定する施設基準

関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していること。なお、当該検査の一部を他の保険医療機関又は衛生検査所（臨床検査技師等に関する法律（昭和33年法律第76号）第20条の３第１項に規定する衛生検査所をいう。以下同じ。）に委託する場合は、当該施設基準の届出を行っている他の保険医療機関又は関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していることが公表されている衛生検査所にのみ委託すること。

３　遺伝学的検査の注２に規定する施設基準

（１）　遺伝学的検査の注１に規定する施設基準に係る届出を行っていること。

（２） 臨床遺伝学の診療に係る経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、当該医師は難病のゲノム医療に係る所定の研修を修了していること。

（３） 遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準に係る届出を行っていること。

４　届出に関する事項

遺伝学的検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式 23 を用いること。

第 18 の１の３　染色体検査

１　染色体検査の注２に規定する施設基準

（１） 当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

ア　産婦人科、産科又は婦人科を標榜する保険医療機関であること。

イ　専ら産婦人科、産科又は婦人科に従事し、当該診療科について 10 年以上の経験を有する医師が配置されていること。また、当該医師は、流産検体を用いた絨毛染色体検査を主として実施する医師として 20 例以上の症例を実施していること。

ウ　看護師及び臨床検査技師が配置されていること。

エ　緊急手術が可能な体制を有していること。ただし、緊急手術が可能な保険医療機関との連携（当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る。）により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない。

オ　遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準に係る届出を行っていること。ただし、遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準に係る届出を行っている保険医療機関と連携体制をとっており、当該患者に対して遺伝カウンセリングを実施することが可能である場合はこの限りでない。

（２） 当該検査を衛生検査所に委託する場合においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

ア　産婦人科、産科又は婦人科を標榜する保険医療機関であること。

イ　専ら産婦人科、産科又は婦人科に従事し、当該診療科について 10 年以上の経験を有する医師が配置されていること。また、当該医師は、流産検体を用いた絨毛染色体検査を主として実施する医師として 20 例以上の症例を実施していること。

ウ　看護師が配置されていること。

エ　緊急手術が可能な体制を有していること。ただし、緊急手術が可能な保険医療機関との連携（当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る。）により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない。

オ　遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準に係る届出を行っていること。ただし、遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準に係る届出を行っている保険医療機関と連携体制をとっており、当該患者に対して遺伝カウンセリングを実施することが可能である場合はこの限りでない。

２　届出に関する事項

染色体検査の注２に規定する施設基準に係る届出は、別添２の様式 23 の１の２及び様式 52 を用いること。

第18の１の４　骨髄微小残存病変量測定

１　骨髄微小残存病変量測定に関する施設基準

（１）　当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

ア　内科又は小児科を標榜する保険医療機関であること。

イ　内科又は小児科の５年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

ウ　血液内科の経験を５年以上有している常勤医師が３名以上配置されていること。

エ　関係学会により認定された施設であること。

オ　関係学会の定める遺伝子関連検査検体品質管理マニュアルを遵守し検査を実施していること。

（２）　当該検査を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

ア　内科又は小児科を標榜する保険医療機関であること。

イ　内科又は小児科の５年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

ウ　血液内科の経験を５年以上有している常勤医師が１名以上配置されていること。

エ　（１）を全て満たすものとして地方厚生（支）局長に届出を行っている他の保険医療機関又は関係学会による認定を受けている衛生検査所にのみ委託すること。

２　届出に関する事項

骨髄微小残存病変量測定の施設基準に係る届出は、別添２の様式23の２を用いること。

第18の１の５　ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査

１　ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の腫瘍細胞を検体とするものに関する施設基準

（１）　卵巣癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査を実施する場合には、化学療法の経験を５年以上有する常勤医師又は産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて６年以上有する常勤医師が１名以上配置されていること。

（２）　前立腺癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査を実施する場合には、化学療法の経験を５年以上有する常勤医師又は泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤医師が１名以上配置されていること。

（３）　乳癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査を実施する場合には、化学療法の経験を５年以上有する常勤医師又は乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有する常勤医師が１名以上配置されていること。

（４）　遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準に係る届出を行っていること。ただし、遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準に係る届出を行っている保険医療機関と連携体制をとっており、当該患者に対して遺伝カウンセリングを実施することが可能である場合はこの限りでない。

２　ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の血液を検体とするものに関する施設基準

（１）　卵巣癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査を実施する場合には、化学療法の経験を５年以上有する常勤医師又は産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて６年以上有する常勤医師が１名以上配置されていること。

（２） 乳癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査を実施する場合には、化学療法の経験を５年以上有する常勤医師又は乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有する常勤医師が１名以上配置されていること。

（３） 膵癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査を実施する場合には、化学療法の経験を５年以上有する常勤医師又は膵腫瘍について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤医師が１名以上配置されていること。

（４） 前立腺癌患者に対して、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として検査を実施する場合には、化学療法の経験を５年以上有する常勤医師又は泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤医師が１名以上配置されていること。

（５） 遺伝性乳癌卵巣癌症候群の診断を目的として検査を実施する場合には、(１)又は(２)のいずれかを満たすこと。

（６） 遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準に係る届出を行っていること。ただし、遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準に係る届出を行っている保険医療機関と連携体制をとっており、当該患者に対して遺伝カウンセリングを実施することが可能である場合はこの限りでない。

３ 届出に関する事項

ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式 23 の３を用いること。

第 18 の１の６ がんゲノムプロファイリング検査

１ がんゲノムプロファイリング検査に関する施設基準

（１） がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院又はがんゲノム医療連携病院であること。

（２） 次世代シーケンシングを用いた検査に係る適切な第三者認定を受けていること。ただし、当該検査を同様の第三者認定を受けた衛生検査所に委託する場合はこの限りでない。

（３） 患者からの求めに応じて、当該患者のシークエンスデータ（ＦＡＳＴＱ、ＢＡＭ又はＣＲＡＭ。以下同じ。）、解析データ（ＶＣＦ、ＸＭＬ、ＹＡＭＬ又はＪＳＯＮ。以下同じ。）等を患者に提供できる体制を整備すること。

（４） がんゲノムプロファイルの解析により得られた遺伝子のシークエンスデータ、解析データ及び臨床情報等については、患者の同意に基づき、医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（以下「Ｃ－ＣＡＴ」という。）に全例を提出していること（当該患者の同意が得られなかった場合、当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除く。）。なお、提出に当たっては、Ｃ－ＣＡＴ検査データ転送システム利用規約を遵守していること。

（５） 臨床情報等の提出に当たっては、医療関連団体が定める「がんゲノム情報レポジトリー臨床情報収集項目一覧表」に則って提出していること。

（６） 当該検査で得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」の別添１「医科診療報酬点数表に関する事項」第２章第１部第１節「Ｂ０１１－５」がんゲノムプロファイリング評価提供料の(１)に基づいてエキスパートパネルを省略する場合又は患者が予期せず死亡した場合その他やむ

を得ない場合を除き、エキスパートパネルでの検討を経た上で、全ての対象患者に提供し、治療方針等について文書を用いて説明していること。

（７） 次に掲げる事項を記載した管理簿等を作成し、当該検査を実施した全ての患者について管理簿等により管理すること。

ア　検査を実施した患者の氏名及びＩＤ

イ　検体を衛生検査所等に発送した年月日

ウ　衛生検査所等からの解析結果の受取の有無及び受け取った年月日

エ　エキスパートパネルが開催された年月日（エキスパートパネルを省略した場合はその旨）

オ　エキスパートパネルから検査結果を受け取った年月日（エキスパートパネルを省略した場合を除く。）

カ　検査結果を患者に説明した年月日

キ　検査結果を説明した後、Ｃ－ＣＡＴ等からの情報に基づいた、臨床試験又は治験等の新たな治療方針の説明の有無及び説明した年月日

ク　Ｃ－ＣＡＴへのデータ提出及びデータの二次利用に係る患者の同意の有無

ケ　Ｃ－ＣＡＴに対してシークエンスデータ、解析データ及び臨床情報等を提出した年月日

（８） エキスパートパネルの開催に際しては、「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」（令和４年８月１日健発 0801 第 18 号）及び「エキスパートパネルの実施要件について」（令和４年３月３日健が発 0303 第１号）に基づき開催していること。

２　届出に関する事項

がんゲノムプロファイリング検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式 23 の４を用いること。

第 18 の１の７　角膜ジストロフィー遺伝子検査

１　角膜ジストロフィー遺伝子検査に関する施設基準

（１） 当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

ア　眼科を標榜している病院であること。

イ　眼科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

ウ　常勤の臨床検査技師が配置されていること。

エ　当該検査に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。

オ　遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準に係る届出を行っている、又は当該基準の届出を行っている他の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

（２） 当該検査を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

ア　眼科を標榜している病院であること。

イ　眼科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

ウ　遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準に係る届出を行っている、又は当該基準の届出を行っている他の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

エ　(1)を全て満たすものとして地方厚生（支）局長に届出を行っている他の保険医療機関又は関係学会の作成する遺伝学的検査の実施に関する指針を遵守し検査を実施していることが公表されている衛生検査所にのみ委託すること。

２　届出に関する事項

角膜ジストロフィー遺伝子検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式23の５を用いること。

第18の１の８　遺伝子相同組換え修復欠損検査

１　遺伝子相同組換え修復欠損検査に関する施設基準

ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の施設基準に準ずる。

２　届出に関する事項

ＢＲＣＡ１／２遺伝子検査の届出を行っていればよく、遺伝子相同組換え修復欠損検査として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第18の１の９　染色体構造変異解析

１　染色体構造変異解析に関する施設基準

遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準に準ずる。

２　届出に関する事項

遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準に係る届出を行っていればよく、染色体構造変異解析として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第18の１の10　Ｙ染色体微小欠失検査

１　Ｙ染色体微小欠失検査に関する施設基準

（１）　次のいずれかの施設基準の届出を行った保険医療機関であること。

ア　「Ｂ００１」の「33」生殖補助医療管理料の生殖補助医療管理料１又は２のいずれか

イ　「Ｋ８３８－２」精巣内精子採取術

（２）　「Ｂ００１－11」遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準に係る届出を行っている、又は当該基準の届出を行っている他の保険医療機関との間の連携体制が整備されていることが望ましい。

２　届出に関する事項

１の(1)のいずれかの届出を行っていればよく、Ｙ染色体微小欠失検査として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第18の１の11　先天性代謝異常症検査

１　先天性代謝異常症検査に関する施設基準

（１）　小児科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 19 条の３第１項に規定する指定医である常勤医師が１名以上配置されていること。

２　届出に関する事項

先天性代謝異常症検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式 23 の６を用いること。

第 18 の１の 12　デングウイルス抗原定性及びデングウイルス抗原・抗体同時測定定性

１　デングウイルス抗原定性及びデングウイルス抗原・抗体同時測定定性に関する施設基準

下記のいずれかの施設基準の届出を行った保険医療機関において算定できる。

（１） 「Ａ３００」救命救急入院料の「１」又は「２」のいずれか

（２） 「Ａ３０１」特定集中治療室管理料の「１」から「３」までのいずれか

（３） 「Ａ３０１－２」ハイケアユニット入院医療管理料の「１」又は「２」のいずれか

（４） 「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料

２　届出に関する事項

１のいずれかの届出を行っていればよく、デングウイルス抗原定性及びデングウイルス抗原・抗体同時測定定性として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 18 の１の 13　抗アデノ随伴ウイルス９型（ＡＡＶ９）抗体

１　抗アデノ随伴ウイルス９型（ＡＡＶ９）抗体に関する施設基準

関連学会の定める適正使用指針において定められた実施施設基準に準じていること。

２　届出に関する事項

抗アデノ随伴ウイルス９型（ＡＡＶ９）抗体の施設基準に係る届出は、別添２の様式 23 の７を用いること。

第 18 の１の 14　抗アデノ随伴ウイルス血清型ｒｈ７４（ＡＡＶｒｈ７４）抗体

１　抗アデノ随伴ウイルス血清型ｒｈ７４（ＡＡＶｒｈ７４）抗体に関する施設基準

関連学会の定める適正使用指針において定められた実施施設基準に準じていること。

２　届出に関する事項

抗アデノ随伴ウイルス血清型ｒｈ７４（ＡＡＶｒｈ７４）抗体の施設基準に係る届出は、別添２の様式 23 の７を用いること。

第 18 の１の 15　抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）及び抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）

１　抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）及び抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）に関する施設基準

（１） 当該検査を当該保険医療機関内で実施する場合においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

ア　「Ｂ００１」の「25」移植後患者指導管理料（臓器移植後の場合に限る。）に関する施設基準の届出を行っていること。

イ　関係学会の作成する指針を遵守し検査を実施していること。

（２） 当該検査を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

ア　「Ｂ００１」の「25」移植後患者指導管理料（臓器移植後の場合に限る。）に関する施設基準の届出を行っていること。

イ　（1）を全て満たすものとして地方厚生（支）局長に届出を行っている他の保険医療機関又は関係学会の作成する指針を遵守し当該検査を実施していることが公表されている衛生検査所にのみ委託すること。

2　届出に関する事項

抗ＨＬＡ抗体（スクリーニング検査）及び抗ＨＬＡ抗体（抗体特異性同定検査）の施設基準に係る届出は、別添２の様式５の５を用いること。

第18の２　ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）

1　ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）に関する施設基準

（1）　産婦人科の経験を５年以上有している医師が配置されていること。

（2）　当該保険医療機関が産婦人科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。

2　届出に関する事項

ＨＰＶ核酸検出及びＨＰＶ核酸検出（簡易ジェノタイプ判定）の施設基準に係る届出は、別添２の様式22の２を用いること。

第18の２の２　ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出

1　ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出に関する施設基準

（1）　感染症に係る診療を専ら担当する常勤の医師（専ら感染症に係る診療の経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上又は臨床検査を専ら担当する常勤の医師（専ら臨床検査を担当した経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいう。

（2）　次のいずれかの施設基準の届出を行った保険医療機関であること。

ア　「Ａ３００」救命救急入院料の「１」又は「２」のいずれか

イ　「Ａ３０１」特定集中治療室管理料の「１」から「３」までのいずれか

ウ　「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料の「１」又は「２」のいずれか

エ　「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料の「１」又は「２」のいずれか

オ　「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の「２」

（3）　「Ａ２３４－２」感染対策向上加算の「１」又は「２」のいずれかの施設基準の届出を行った保険医療機関であること。

2　ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出の対象患者

「重症肺炎と診断された患者」とは、次のいずれかに該当するものをいう。

ア　小児においては、日本小児呼吸器学会及び日本小児感染症学会の「小児呼吸器感染症診療ガイドライン」における小児市中肺炎の重症度分類で重症と判定される患者

イ　成人においては、日本呼吸器学会の「成人肺炎診療ガイドライン」における市中肺炎若しくは医療・介護関連肺炎の重症度分類で重症以上又は院内肺炎の重症度分類で中等症以上と判定される患者

3　届出に関する事項

ウイルス・細菌核酸及び薬剤耐性遺伝子多項目同時検出の施設基準に係る届出は、別添２の様式22の３を用いること。

第18の２の３　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出

1　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出に関する施設基準

感染症に係る診療を専ら担当する常勤の医師（専ら感染症に係る診療の経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上又は臨床検査を専ら担当する常勤の医師（専ら臨床検査を担当した経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいう。

2　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の対象患者

（1）「重症の呼吸器感染症と診断された、又は疑われる患者」とは、次のいずれかに該当するものをいう。

ア　小児においては、日本小児呼吸器学会及び日本小児感染症学会の「小児呼吸器感染症診療ガイドライン」における上気道炎の重症度分類であるＷｅｓｔｌｅｙのクループスコア若しくは気道狭窄の程度の評価で重症以上又は小児市中肺炎の重症度分類で重症と判定される患者

イ　成人においては、日本呼吸器学会の「成人肺炎診療ガイドライン」における市中肺炎若しくは医療・介護関連肺炎の重症度分類で重症以上又は院内肺炎の重症度分類で中等症以上と判定される患者

（2）「インフルエンザ（鳥インフルエンザを除く。）又は新型コロナウイルス感染症等が疑われ、重症化のおそれが高い患者」とは、例えば、新型コロナウイルス感染症又はインフルエンザウイルス感染症等が疑われ、かつ次のいずれかに該当するものをいう。

ア　新型コロナウイルス感染症については、日本感染症学会の「COVID-19に対する薬物治療の考え方第15.1版」における新型コロナウイルス感染症の重症化リスク因子を有する患者

イ　インフルエンザウイルス感染症については、日本感染症学会及び日本臨床微生物学会の「インフルエンザ核酸検出検査の有効活用に向けた提言」におけるインフルエンザウイルス感染症の重症化リスク因子を有する患者

3　届出に関する事項

ウイルス・細菌核酸多項目同時検出の施設基準に係る届出は、別添２の様式22の３を用いること。

第18の２の４　細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出

1　細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出に関する施設基準

「Ａ２３４－２」感染対策向上加算の「１」又は「２」の施設基準に準ずる。

２　届出に関する事項

「Ａ２３４－２」感染対策向上加算の「１」又は「２」の届出を行っていればよく、細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第18の２の５　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）

１　ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）に関する施設基準

（１）　感染症に係る診療を専ら担当する常勤の医師（専ら感染症に係る診療の経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上又は臨床検査を専ら担当する常勤の医師（専ら臨床検査を担当した経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理・運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいう。

（２）　小児科、脳神経内科、脳神経外科又は救急医療の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　次のいずれかの施設基準の届出を行った保険医療機関であること。

ア　「Ａ３００」救命救急入院料の「１」又は「２」のいずれか

イ　「Ａ３０１」特定集中治療室管理料の「１」から「３」までのいずれか

ウ　「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料の「１」又は「２」のいずれか

エ　「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料の「１」又は「２」のいずれか

オ　「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の「２」

２　届出に関する事項

ウイルス・細菌核酸多項目同時検出（髄液）の施設基準に係る届出は、別添２の様式22の３を用いること。

第18の２の６　クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンＢ遺伝子検出

１　クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンＢ遺伝子検出に関する施設基準

（１）　「Ｄ０２６」検体検査判断料の「注４」の「ロ」検体検査管理加算(Ⅱ)、「ハ」検体検査管理加算(Ⅲ)又は「ニ」検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準に準ずる。

（２）　「Ａ２３４－２」感染対策向上加算の「１」の施設基準に準ずる。

２　届出に関する事項

「Ｄ０２６」検体検査判断料の「注４」の「ロ」検体検査管理加算(Ⅱ)、「ハ」検体検査管理加算(Ⅲ)又は「ニ」検体検査管理加算(Ⅳ)及び「Ａ２３４－２」感染対策向上加算の「１」の届出を行っていればよく、クロストリジオイデス・ディフィシルのトキシンＢ遺伝子検出として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第19　検体検査管理加算(Ⅰ)

１　検体検査管理加算(Ⅰ)に関する施設基準

検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準のうち(３)から(６)までの全てを満たしていること。

２　届出に関する事項

（１）　検体検査管理加算(Ⅰ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式 22 を用いること（「１　臨床検査を（専ら）担当する常勤医師の氏名」を除く。）。

（２）　「３　検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

第 19 の２　検体検査管理加算(Ⅱ)

１　検体検査管理加算(Ⅱ)に関する施設基準

（１）　臨床検査を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、臨床検査を担当する医師とは、検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理及び運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者であること。

（２）　検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準のうち(３)から(７)までの全てを満たしていること。

２　届出に関する事項

（１）　検体検査管理加算(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式 22 を用いること。

（２）　「３　検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

第 20　検体検査管理加算(Ⅲ)

１　検体検査管理加算(Ⅲ)に関する施設基準

（１）　臨床検査を専ら担当する常勤の医師が１名以上、常勤の臨床検査技師が４名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理及び運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいう。

（２）　検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準のうち(２)から(７)までの全てを満たしていること。

２　届出に関する事項

（１）　検体検査管理加算(Ⅲ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式 22 を用いること。

（２）　「３　検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

第 20 の２　検体検査管理加算(Ⅳ)

１　検体検査管理加算（Ⅳ）に関する施設基準

（１）　臨床検査を専ら担当する常勤の医師が１名以上、常勤の臨床検査技師が 10 名以上配置されていること。なお、臨床検査を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において検体検査結果の判断の補助を行うとともに、検体検査全般の管理及び運営並びに院内検査に用いる検査機器及び試薬の管理についても携わる者をいう。

（２）　院内検査に用いる検査機器及び試薬の全てが受託業者から提供されていないこと。

（３）　次に掲げる緊急検査が当該保険医療機関内で常時実施できる体制にあること。

ア　血液学的検査のうち末梢血液一般検査

イ　生化学的検査のうち次に掲げるもの

総ビリルビン、総蛋白、尿素窒素、クレアチニン、グルコース、アミラーゼ、クレアチンキナーゼ（ＣＫ）、ナトリウム及びクロール、カリウム、カルシウム、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）、血液ガス分析

ウ　免疫学的検査のうち以下に掲げるもの

ＡＢＯ血液型、Ｒｈ（Ｄ）血液型、Ｃｏｏｍｂｓ試験（直接、間接）

エ　微生物学的検査のうち以下に掲げるもの

排泄物、滲出物又は分泌物の細菌顕微鏡検査（その他のものに限る。）

（４）　定期的に臨床検査の精度管理を行っていること。

（５）　外部の精度管理事業に参加していること。

（６）　臨床検査の適正化に関する委員会が設置されていること。

（７）　当該保険医療機関内で実施された検体検査の結果が、生命が危ぶまれるような状態にあることを示唆する異常値（以下「パニック値」という。）であった際に、次の対応を行う体制が整備されていることが望ましい。

ア　当該保険医療機関内で実施した検体検査のうち、少なくともグルコース、カリウム及び血小板について、パニック値の閾値を設定すること。

イ　当該保険医療機関内で実施した検体検査の結果が、パニック値であった際に、速やかに当該患者の診療に当たる医師へ連絡すること。なお、医師への連絡については、看護師等を経由して連絡することでも差し支えない。また、連絡を受けた医師は、当該パニック値に対して行った対応について、遅滞なく診療録に記載するよう努めること。

ウ　検査結果報告書等において、当該検体検査の結果がパニック値であることがわかる表示を行うよう努めること。

２　届出に関する事項

（１）　検体検査管理加算(Ⅳ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式 22 を用いること。

（２）　「３　検体検査を常時実施できる検査に係る器具・装置等の名称・台数等」については、受託業者から提供されているものを除く。

第 20 の３　国際標準検査管理加算

１　国際標準検査管理加算に関する施設基準

（１）　国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けていること。

（２）　検査を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合においては、同様の認定を受けている他の保険医療機関又は衛生検査所に委託していることが望ましい。

２　届出に関する事項

（１）　国際標準検査管理加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 22 を用いること。

（２）　国際標準化機構が定めた臨床検査に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けていることを証する文書の写しを添付すること。

第 21　削除

第 22　心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算

１　心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算に関する施設基準

（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。

２ 届出に関する事項

心臓カテーテル法による諸検査の血管内視鏡検査加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式24を用いること。

第22の２ 植込型心電図検査

１ 植込型心電図検査に関する施設基準

次のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。

（１） 「Ｋ５９７」ペースメーカー移植術及び「Ｋ５９７－２」ペースメーカー交換術

（２） 「Ｋ５９８」両心室ペースメーカー移植術及び「Ｋ５９８－２」両心室ペースメーカー交換術

（３） 「Ｋ５９９」植込型除細動器移植術及び「Ｋ５９９－２」植込型除細動器交換術

（４） 「Ｋ５９９－３」両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び「Ｋ５９９－４」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

２ 届出に関する事項

ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術、両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術、植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術のいずれかの届出を行っていればよく、植込型心電図検査として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第22の３ 時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテスト

１ 時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテストに関する施設基準

（１） 当該検査の経験を有し、循環器内科又は呼吸器内科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（２） 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。

（３） 次に掲げる緊急の検査及び画像診断が当該保険医療機関内で実施できる体制にあること。

ア 生化学的検査のうち、血液ガス分析

イ 画像診断のうち、単純撮影（胸部）

２ 届出に関する事項

時間内歩行試験及びシャトルウォーキングテストの施設基準に係る届出については、別添２の様式24の６を用いること。

第22の４　胎児心エコー法

１　胎児心エコー法に関する施設基準

（１）　循環器内科、小児科又は産婦人科の経験を５年以上有し、胎児心エコー法を20症例以上経験している医師が配置されていること。

（２）　当該保険医療機関が産婦人科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が２名以上配置されていること。ただし、胎児心エコー法を実施する医師が専ら循環器内科又は小児科に従事している場合にあっては、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。

（３）　倫理委員会が設置されており、必要なときは事前に開催すること。

２　届出に関する事項

胎児心エコー法の施設基準に係る届出については、別添２の様式24の３及び様式52を用いること。

第22の５　ヘッドアップティルト試験

１　ヘッドアップティルト試験に関する施設基準

（１）　当該試験の経験を有し、脳神経内科、循環器内科又は小児科（専ら神経疾患又は循環器疾患に係る診療を行う小児科）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。

（２）　急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該試験を行うための体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

ヘッドアップティルト試験の施設基準に係る届出については、別添２の様式24の７を用いること。

第23　人工膵臓検査

１　人工膵臓検査に関する施設基準

（１）　患者の緊急事態に対応する緊急検査が可能な検査体制を有していること。

（２）　担当する医師が常時待機しており、糖尿病の治療に関し、専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（３）　人工膵臓検査を行うために必要な次に掲げる検査が当該保険医療機関内で常時実施できるよう必要な機器を備えていること。

ア　血液学的検査

赤血球数、白血球数、血小板数、ヘマトクリット値

イ　生化学的検査

グルコース、尿素窒素、インスリン、ナトリウム、クロール、カリウム

（４）　100人以上の糖尿病患者を入院又は外来で現に管理していること。

（５）　入院基本料（特別入院基本料を除く。）を算定していること。

（６）　前記各項でいう「常時」とは、勤務態様の如何にかかわらず、午前０時より午後12時までの間のことである。

（７）　医療法第30条の４第１項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該検査に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

２　届出に関する事項

（１） 人工膵臓検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式 24 の４を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。

（３） 当該地域における必要性を記載すること（理由書）。

第 23 の２　皮下連続式グルコース測定

１　皮下連続式グルコース測定に関する施設基準

（１） 糖尿病の治療に関し、専門の知識及び５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） 持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。

２　届出に関する事項

皮下連続式グルコース測定の施設基準に係る届出は、別添２の様式 24 の５を用いること。

第 24　長期継続頭蓋内脳波検査

１　長期継続頭蓋内脳波検査に関する施設基準

（１） 脳神経外科を標榜している病院であること。

（２） 脳神経外科の常勤医師が１名以上配置されていること。なお、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脳神経外科の非常勤医師を２名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

２　届出に関する事項

長期継続頭蓋内脳波検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式 25 を用いること。

第 24 の２　長期脳波ビデオ同時記録検査１

１　長期脳波ビデオ同時記録検査１に関する施設基準

（１） 小児科、脳神経内科、脳神経外科、精神科、神経科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 長期脳波ビデオ同時記録検査を年間 50 例以上実施していること。

（３） てんかんの治療を目的とする手術を年間 10 例以上実施していること。ただし、てんかんの治療を目的とする手術を年間 10 例以上実施している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りではない。

（４） ３テスラ以上のＭＲＩ装置、ポジトロン断層撮影装置及びシングルホトンエミッションコンピューター断層撮影装置を有していること。ただし、これらの装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

（５） てんかんに係る診療の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（６） 長期脳波ビデオ同時記録検査の経験を１年以上有する常勤の看護師及び常勤の臨床検査技師がそれぞれ１名以上配置されていること。

（７） てんかん発作の常時監視及びてんかん発作に対する迅速な対応が可能な体制がとられていること。

（８） 複数診療科によるてんかん診療に関するカンファレンス、内科的治療と外科的治療との連携等、専門的で高度なてんかん医療を行っていること。

（９） 関係学会により教育研修施設として認定された施設であること。

(10) 当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託していないこと。

２ 届出に関する事項

長期脳波ビデオ同時記録検査１の施設基準に係る届出は、別添２の様式 25 の２及び様式 52 を用いること。

第 25 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図

１ 中枢神経磁気刺激による誘発筋電図に関する施設基準

施設共同利用率について別添２の様式 26 に定める計算式により算出した数値が 100 分の 20 以上であること。

２ 届出に関する事項

中枢神経磁気刺激による誘発筋電図の施設基準に係る届出は、別添２の様式 26 を用いること。

第 25 の２ 単線維筋電図

１ 単線維筋電図に関する施設基準

（１） 脳神経内科、リハビリテーション科又は小児科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 脳神経内科、リハビリテーション科又は小児科を担当する常勤の医師（専ら神経系疾患の診療を担当した経験を 10 年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。

（３） 筋電図・神経伝導検査を 100 例以上実施した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、当該医師は(２)に掲げる医師と同一の者であっても差し支えない。

（４） 筋電図・神経伝導検査を年間 50 例以上実施していること。

（５） 日本神経学会から示されている重症筋無力症に係る診療ガイドラインに基づき、当該検査が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

単線維筋電図の施設基準に係る届出は、別添２の様式 27 の４及び様式 52 を用いること。

第 25 の３ 光トポグラフィー

１ 抑うつ症状の鑑別診断の補助に使用する場合の診療料を算定するための施設基準

（１） 精神科又は心療内科及び脳神経内科又は脳神経外科を標榜する病院であること。

（２） 当該療法に習熟した医師の指導の下に、当該療法を５例以上実施した経験を有する常勤の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号。以下「精神保健福祉法」という。）第 18 条第１項の規定による指定を受けた精神保健指定医（以下「精神保健指定医」という。）が２名以上配置されていること。

（３） 脳神経内科又は脳神経外科において、常勤の医師が配置されていること。

（４） 常勤の臨床検査技師が配置されていること。

（５） 当該療養に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。

（６） 国立精神・神経医療研究センターが実施している所定の研修を修了した常勤の医師が１名以上配置されていること。

（７） 当該療法の実施状況を別添２の様式 26 の３により毎年地方厚生（支）局長に報告していること。

２ 適合していない場合には所定点数の 100 分の 80 に相当する点数により算定することとなる施設基準

施設共同利用率について別添２の様式 26 の２に定める計算式により算出した数値が 100 分の 20 以上であること。

３ 届出に関する事項

光トポグラフィーの施設基準に係る届出は、別添２の様式 26 の２及び様式 52 を用いること。

第 26 脳磁図

１ 自発活動を測定するものに関する施設基準

（１） 脳磁図に係る診療の経験を３年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、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非常勤医師（脳磁図に係る診療の経験を３年以上有する医師に限る。）を２名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２） 他の保険医療機関からの依頼による診断が行われていること。

（３） 「Ｄ２３５－３」の「１」長期脳波ビデオ同時記録検査１の施設基準に係る届出を行っていること。

２ その他のものに関する施設基準

（１） 脳磁図に係る診療の経験を３年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、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非常勤医師（脳磁図に係る診療の経験を３年以上有する医師に限る。）を２名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２） 他の保険医療機関からの依頼による診断が行われていること。

３ 届出に関する事項

脳磁図の施設基準に係る届出は、別添２の様式 27 を用いること。

第 26 の１の２ 終夜睡眠ポリグラフィー

１ 安全精度管理下で行うものに関する施設基準

（１） 睡眠障害又は睡眠呼吸障害に係る診療の経験を５年以上有し、日本睡眠学会等が主催する研修会を受講した常勤の医師が１名以上配置されていること。

（２） 当該保険医療機関の検査部門において、常勤の臨床検査技師が３名以上配置されていること。

（３） 終夜睡眠ポリグラフィーの「３」１及び２以外の場合を年間 50 症例以上及び反復睡眠潜時試験（ＭＳＬＴ）を年間５件以上実施していること。

（４） 当該保険医療機関内で、睡眠検査に関する安全管理マニュアルを策定し、これを遵守すること。

（５） 日本睡眠学会から示されている指針等に基づき、当該検査が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

終夜睡眠ポリグラフィーの安全精度管理下で行うものの施設基準に係る届出は、別添２の様式27の２の２及び様式52を用いること。

第26の１の３ 脳波検査判断料１

１ 脳波検査判断料１に関する施設基準

（１） 小児科、脳神経内科、脳神経外科、精神科、神経科又は心療内科を標榜している保険医療機関であること。

（２） ＭＲＩ装置を有していること。ただし、ＭＲＩ装置を有している保険医療機関との連携体制が整備されている場合は、この限りでない。

（３） 脳波診断に係る診療の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（４） 脳波検査の経験を１年以上有する常勤の臨床検査技師が１名以上配置されていること。

（５） 関係学会により教育研修施設として認定された施設であること。

（６） 当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託していないこと。

２ 届出に関する事項

脳波検査判断料１の施設基準に係る届出は、別添２の様式27の２を用いること。

第26の１の４ 遠隔脳波診断

１ 遠隔脳波診断に関する施設基準

（１） 送信側（脳波検査が実施される保険医療機関）においては、脳波検査の実施及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を有していること。

（２） 受信側（脳波検査の結果について診断が行われる病院である保険医療機関）においては、脳波検査判断料１に関する届出を行っている保険医療機関であること。

２ 届出に関する事項

遠隔脳波診断の施設基準に係る届出は、別添２の様式27の３を用いること。なお、届出については、送信側、受信側の双方の医療機関がそれぞれ届出を行うことが必要であり、また、送信側の医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

第26の２ 神経学的検査

１ 神経学的検査に関する施設基準

（１） 脳神経内科、脳神経外科又は小児科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 神経学的検査に関する所定の研修を修了した脳神経内科、脳神経外科又は小児科を担当する常勤の医師（専ら神経系疾患の診療を担当した経験を10年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。なお、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脳神経内科、脳神経外科又は小児科を担当する

非常勤医師（神経学的検査に関する所定の研修を修了し、専ら神経系疾患の診療を担当した経験を 10 年以上有するものに限る。）を２名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

２　届出に関する事項

神経学的検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式 28 を用いること。

第 27　補聴器適合検査

１　補聴器適合検査に関する施設基準

（１）　耳鼻咽喉科を標榜している保険医療機関であり、厚生労働省主催補聴器適合判定医師研修会を修了した耳鼻咽喉科を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、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耳鼻咽喉科を担当する非常勤医師（厚生労働省主催補聴器適合判定医師研修会を修了した医師に限る。）を２名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２）　当該検査を行うために必要な次に掲げる装置・器具を常時備えていること。

ア　音場での補聴器装着実耳検査に必要な機器並びに装置（スピーカー法による聴覚検査が可能なオージオメータ等)

イ　騒音・環境音・雑音などの検査用音源又は発生装置

ウ　補聴器周波数特性測定装置

２　届出に関する事項

補聴器適合検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式 29 又はそれに準ずる様式を用いること。

第 27 の２　黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図

１　黄斑局所網膜電図に関する施設基準

（１）　眼科を標榜している保険医療機関であって、眼科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（２）　黄斑局所網膜電図を記録する装置を有する施設であること。

２　全視野精密網膜電図に関する施設基準

（１）　眼科を標榜している保険医療機関であって、眼科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（２）　国際臨床視覚電気生理学会の推奨する刺激条件で、全視野刺激により網膜の杆体系と錐体系の網膜電図をそれぞれ分離して記録する装置を有する施設であること。

３　届出に関する事項

黄斑局所網膜電図及び全視野精密網膜電図に係る届出は、別添２の様式 29 の３を用いること。

第27の３　ロービジョン検査判断料

１　ロービジョン検査判断料に関する施設基準

眼科を標榜している保険医療機関であり、厚生労働省主催視覚障害者用補装具適合判定医師研修会（眼鏡等適合判定医師研修会）（以下「視覚障害者用補装具適合判定医師研修会」という。）を修了した眼科を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、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非常勤医師（視覚障害者用補装具適合判定医師研修会を修了した医師に限る。）を２名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

２　届出に関する事項

ロービジョン検査判断料の施設基準に係る届出は、別添２の様式29の２に準ずる様式を用いること。

第28　コンタクトレンズ検査料

１　コンタクトレンズ検査料に関する施設基準

（１）　コンタクトレンズ検査料１から４までに関する施設基準

次の基準を満たしていること。

ア　次に掲げる事項を内容とするコンタクトレンズ検査料を含む診療に係る費用について、保険医療機関の外来受付（複数診療科を有する場合は、コンタクトレンズに係る診療を行う診療科の外来受付）及び支払窓口の分かりやすい場所に掲示するとともに、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

①　初診料及び再診料（許可病床のうち一般病床に係るものの数が200以上の保険医療機関にあっては外来診療料）の点数

当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において過去にコンタクトレンズ検査料が算定されている場合には、再診料を算定する旨

②　当該保険医療機関において算定するコンタクトレンズ検査料の区分の点数

当該診療日にコンタクトレンズ診療を行っている医師の氏名及び眼科診療経験

③　以上の項目について、患者の求めがあった場合には、説明を行う旨

イ　アについて、患者の求めがあった場合には説明を行っていること。

（２）　コンタクトレンズ検査料１に関する施設基準

ア　次のうちいずれかの基準を満たしていること。

①　コンタクトレンズに係る診療を行う診療科（複数の診療科を有する場合は、コンタクトレンズに係る診療を行う診療科）において、初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者（複数の診療科を有する保険医療機関において、同一日に他の診療科を併せて受診していることにより初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。）のうち、コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者（既装用の場合を含む。以下同じ。）に対する眼科学的検査）を実施した患者の割合が３割未満であること。

② コンタクトレンズに係る診療を行う診療科（複数の診療科を有する場合は、コンタクトレンズに係る診療を行う診療科）において、初診料、再診料又は外来診療料を算定した患者（複数の診療科を有する保険医療機関において、同一日に他の診療科を併せて受診していることにより初診料、再診料又は外来診療料を算定しない患者を含む。）のうち、コンタクトレンズに係る検査（コンタクトレンズの装用を目的に受診した患者に対する眼科学的検査）を実施した患者の割合が４割未満であり、かつ当該保険医療機関に眼科診療を専ら担当する常勤の医師（眼科診療の経験を 10 年以上有する者に限る。）が配置されていること

イ 次のうちいずれかに該当すること。

① 眼科の病床を有すること。

② コンタクトレンズ検査料を算定した患者が年間 10,000 人未満であること。

③ コンタクトレンズの自施設交付割合が９割５分未満であること。

（３） コンタクトレンズ検査料２に関する施設基準

ア コンタクトレンズ検査料１の施設基準のうち「ア」を満たしていること。

イ コンタクトレンズ検査料１の施設基準のうち「イ」に該当しないこと。

（４） コンタクトレンズ検査料３に関する施設基準

ア コンタクトレンズ検査料１の施設基準のうち「ア」を満たしていないこと。

イ コンタクトレンズ検査料１の施設基準のうち「イ」に該当すること。

２ 届出に関する事項

コンタクトレンズ検査料１から３までの施設基準に係る届出は、別添２の様式 30 を用いること。

第 29 小児食物アレルギー負荷検査

１ 小児食物アレルギー負荷検査に関する施設基準

（１） 小児科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 小児食物アレルギーの診断及び治療の経験を 10 年以上有する小児科を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、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小児科を担当する非常勤医師（小児食物アレルギーの診断及び治療の経験を 10 年以上有する医師に限る。）を２名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（３） 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。

２ 届出に関する事項

（１） 小児食物アレルギー負荷検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式 31 を用いること。

（２） 小児科を担当する医師の小児食物アレルギーの診断及び治療経験が分かるものを添付すること。

第 29 の２ 内服・点滴誘発試験

１ 内服・点滴誘発試験に関する施設基準

（１） 皮膚科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 薬疹の診断及び治療の経験を 10 年以上有する皮膚科を担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３） 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。

２ 届出に関する事項

（１） 内服・点滴誘発試験の施設基準に係る届出は、別添２の様式 31 の２を用いること。

（２） 皮膚科を担当する医師の薬疹の診断及び治療の経験が分かるものを添付すること。

第 29 の３ センチネルリンパ節生検（片側）

１ センチネルリンパ節生検（片側）に関する施設基準

（１） 乳腺外科又は外科の経験を５年以上有しており、乳癌センチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として５症例以上経験している医師が配置されていること。

（２） 当該保険医療機関が乳腺外科又は外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が２名以上配置されていること。ただし、「２ 単独法」のうち、色素のみによるもののみを実施する施設にあっては、放射線科を標榜していなくても差し支えない。

（３） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。ただし、保険医療機関間の連携による病理診断に関する施設基準を届け出ている保険医療機関にあっては、病理医が配置されていなくても差し支えない。

２ 届出に関する事項

センチネルリンパ節生検（片側）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 31 の３及び様式 52 を用いること。

第 29 の３の１の２ 経頸静脈的肝生検

１ 経頸静脈的肝生検に関する施設基準

（１） 放射線科又は消化器内科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 以下のアからウの手術等について、合わせて 50 例以上（ただし、アの検査を１例以上含むこと。）を術者として実施した経験を有する、放射線科又は消化器内科の経験を５年以上有する常勤の医師が配置されていること。

ア 「Ｄ４１２－３」経頸静脈的肝生検

イ 「Ｋ６１５」血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）

ウ 「Ｋ６６８―２」バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術

（３） 診療放射線技師が配置されていること。

（４） 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。

２ 届出に関する事項

経頸静脈的肝生検の施設基準に係る届出は、別添２の様式 31 の３の２及び様式 52 を用いること。

第29の３の２　前立腺針生検法（ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの）

１　前立腺針生検法のＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるものに関する施設基準

（１）　泌尿器科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　専ら泌尿器科に従事し、当該診療科について４年以上の経験を有する医師が配置されていること。また、当該医師は、前立腺針生検法（ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの）を主として実施する医師として５例以上の症例を実施していること。

（３）　放射線科の経験を５年以上有している医師が１名以上配置されていること。

（４）　当該療法に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。

（５）　1.5テスラ以上のＭＲＩ装置を有していること。

２　届出に関する事項

前立腺針生検法（ＭＲＩ撮影及び超音波検査融合画像によるもの）の施設基準に係る届出は、別添２の様式31の４及び様式52を用いること。

第29の４　ＣＴ透視下気管支鏡検査加算

１　ＣＴ透視下気管支鏡検査加算に関する施設基準

（１）　「Ｅ２００」コンピューター断層撮影の「１」ＣＴ撮影の「イ」128列以上のマルチスライス型の機器による場合、「ロ」64列以上128列未満のマルチスライス型の機器による場合又は「ハ」16列以上64列未満のマルチスライス型の機器による場合に係る施設基準のいずれかを現に届け出ていること。

（２）　専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を５年以上有する常勤の医師が配置されていること。

（３）　診療放射線技師が配置されていること。

２　届出に関する事項

ＣＴ透視下気管支鏡検査加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式38を用いること。

第29の４の２　経気管支凍結生検法

１　経気管支凍結生検法に関する施設基準

（１）　専ら呼吸器内科又は呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を５年以上有する常勤の医師が２名以上配置されていること。そのうち少なくとも１名は10年以上の経験を有していること。

（２）　診療放射線技師が配置されていること。

（３）　急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

経気管支凍結生検法の施設基準に係る届出は、別添２の様式38の４を用いること。

第29の４の２の２　壁側胸膜凍結生検法

１　壁側胸膜凍結生検法に関する施設基準

（１）　専ら呼吸器外科に従事し、呼吸器系疾患の診療の経験を５年以上有する常勤の医師が配置されていること。

（２） 急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該検査を行うための体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

壁側胸膜凍結生検法の施設基準に係る届出は、別添２の様式38の４を用いること。

第29の５　有床義歯咀嚼機能検査

１　有床義歯咀嚼機能検査に関する施設基準

（１） 歯科補綴治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。

（２） 当該保険医療機関内に歯科用下顎運動測定器（非接触型）を備えていること。

２　届出に関する事項

有床義歯咀嚼機能検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式38の１の２を用いること。なお、有床義歯咀嚼機能検査のうち、１のロ及び２のロについては、特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第29の６　精密触覚機能検査

１　精密触覚機能検査に関する施設基準

（１） 歯科医療を担当する保険医療機関であること。

（２） 口腔顔面領域の感覚検査及び三叉神経損傷の診断と治療法に関する研修を修了した歯科医師が１名以上配置されていること。なお、既に受講した研修が要件の一部を満たしている場合には、不足する要件を補足する研修を受講することでも差し支えない。

（３） 当該医療機関内にSemmes-Weinstein monofilament setを備えていること。

２　届出に関する事項

精密触覚機能検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式38の１の３を用いること。また、研修については、該当する研修を全て修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。

第29の７　睡眠時歯科筋電図検査

１　睡眠時歯科筋電図検査に関する施設基準

（１） 当該療養を行うにつき、十分な経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。

（２） 当該保険医療機関内に歯科用筋電計を備えていること。

２　届出に関する事項

睡眠時歯科筋電図検査の施設基準に係る届出は、別添２の様式38の１の４を用いること。

第30　画像診断管理加算

１　画像診断管理加算１に関する施設基準

（１） 放射線科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている２年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology（IVR）及び核医学に関する事項

を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が１名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

（３） 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（４） 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。

２　画像診断管理加算２に関する施設基準

（１） 放射線科を標榜している病院であること。

（２） 画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を 10 年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている２年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology（IVR）及び核医学に関する事項を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が１名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

（３） 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、（２）に規定する医師の下に画像情報の管理が行われていること。

（４） 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも８割以上の読影結果（医科点数表第２章第４部画像診断の通則の７に規定する遠隔画像診断を行う場合にあっては、送信側の保険医療機関において読影を行う場合に限る。）が、（２）に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。

（５） 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（６） 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。ただし、医科点数表第２章第４部画像診断の通則の７に規定する遠隔画像診断を行うために当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託する場合であって、当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、読影又は診断を委託した割合が２割以下である場合は、この限りではない。

（７） 関係学会の定める指針を遵守し、ＭＲＩ装置の適切な安全管理を行っていること。

３　画像診断管理加算３に関する施設基準

（１） 放射線科を標榜している病院であること。

（２） 「救急医療対策事業実施要綱」（昭和 52 年７月６日医発第 692 号）に定める第３「救命救急センター」又は第４「高度救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。

（３） 画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を 10 年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている２年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology（IVR）及び核医学に関する事項を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が３名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

（４） 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、（３）に規定する医師の下に画像情報の管理が行われていること。

（５） 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも８割以上の読影結果が、(３)に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。

（６） 当該保険医療機関において、関係学会の定める指針に基づく夜間及び休日の読影体制が整備されていること。

（７） 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（８） 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。

（９） 関係学会の定める指針を遵守し、ＭＲＩ装置の適切な安全管理を行っていること。

(10) 関係学会の定める指針に基づいて、人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理を行っていること。その際、画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を 10 年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている２年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology（IVR）及び核医学に関する事項を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が責任者として配置されていること。

４　画像診断管理加算４に関する施設基準

（１） 放射線科を標榜している特定機能病院であること。

（２） 画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を 10 年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている２年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology（IVR）及び核医学に関する事項を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が６名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

（３） 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、(２)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われていること。

（４） 当該保険医療機関における核医学診断及びコンピューター断層診断のうち、少なくとも８割以上の読影結果が、(２)に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。

（５） 当該保険医療機関において、関係学会の定める指針に基づく夜間及び休日の読影体制が整備されていること。

（６） 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されており、当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理を行っていること。

（７） 当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。

（８） 関係学会の定める指針を遵守し、ＭＲＩ装置の適切な安全管理を行っていること。

（９） 関係学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること。その際、施設内の全てのＣＴ検査の線量情報を電子的に記録し、患者単位及び検査プロトコル単位で集計・管理の上、被ばく線量の最適化を行っていること。

(10) 関係学会の定める指針に基づいて、人工知能関連技術が活用された画像診断補助ソフトウェアの適切な安全管理を行っていること。その際、画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を 10 年以上有するもの又は当該療養について関係学会から

示されている２年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology（IVR）及び核医学に関する事項を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が責任者として配置されていること。

5　届出に関する事項

画像診断管理の施設基準に係る届出は、別添２の様式32を用いること。なお、画像診断管理加算１の施設基準の届出については、画像診断管理加算２、３又は４の届出をもってこれに代えることができる。

第31　歯科画像診断管理加算

1　歯科画像診断管理加算１に関する施設基準

（1）　歯科診療報酬点数表の初診料の注２の届出（地域歯科診療支援病院歯科初診料に係るものに限る。）を行った保険医療機関であること。

（2）　画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が１名以上いること。なお、画像診断を専ら担当する歯科医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

（3）　画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（4）　当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。

2　歯科画像診断管理加算２に関する施設基準

（1）　歯科診療報酬点数表の初診料の注２の届出（地域歯科診療支援病院歯科初診料に係るものに限る。）を行った保険医療機関であること。

（2）　画像診断を専ら担当する常勤の歯科医師が１名以上いること。なお、画像診断を専ら担当する歯科医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

（3）　当該保険医療機関において実施される全ての歯科用３次元エックス線断層撮影及びコンピューター断層診断（歯科診療に係るものに限る。）について、(2)に規定する歯科医師の下に画像情報の管理が行われていること。

（4）　当該保険医療機関における歯科用３次元エックス線断層撮影診断及びコンピューター断層診断（歯科診療に係るものに限る。）のうち、少なくとも８割以上の読影結果が、(2)に規定する歯科医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する歯科医師に報告されていること。

（5）　画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（6）　当該保険医療機関以外の施設に読影又は診断を委託していないこと。

3　届出に関する事項

歯科画像診断管理加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式33を用いること。

第32　遠隔画像診断

1　遠隔画像診断に関する施設基準

（1）　送信側（画像の撮影が行われる保険医療機関）においては以下の基準を全て満たすこと。

ア　画像の撮影及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を有しており、受信側の保険医療機関以外の施設へ読影又は診断を委託していないこと。

イ　関係学会の定める指針に基づく画像診断管理を行っていることが望ましい。

（２）　受信側（画像診断が行われる病院である保険医療機関）においては以下の基準を全て満たすこと。ただし、歯科診療に係る画像診断については、歯科画像診断管理加算の要件を満たしていれば足りるものであること。

ア　画像診断管理加算１、２、３又は４に関する施設基準を満たすこと。

イ　特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院又は基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する病院であること。

ウ　関係学会の定める指針に基づく画像診断管理を行っていることが望ましい。

２　届出に関する事項

遠隔画像診断の施設基準に係る届出は、別添２の様式 34 又は様式 35 を用いること。なお、届出については、送信側、受信側の双方の医療機関がそれぞれ届出を行うことが必要であり、また、送信側の医療機関の届出書については、受信側に係る事項についても記載すること。

第 33　ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影

１　ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影若しくはポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合又はＰＳＭＡイメージング剤を用いた場合を除く。）又は乳房用ポジトロン断層撮影に係る費用を算定するための施設基準

（１）　核医学診断の経験を３年以上有し、かつ、所定の研修を修了した常勤医師が１名以上いること。

（２）　診断撮影機器ごとに、ＰＥＴ製剤の取扱いに関し、専門の知識及び経験を有する専任の診療放射線技師が１名以上いること。

２　ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（アミロイドＰＥＴイメージング剤を用いた場合に限る。）に係る費用を算定するための施設基準

（１）　１の(１)及び(２)を満たしていること。

（２）　関連学会の定める「アミロイドＰＥＴイメージング剤の適正使用ガイドライン」における「診療用ＰＥＴ薬剤製造施設認証」（放射性医薬品合成設備を用いる場合に限る。）及び「ＰＥＴ撮像施設認証」を受けている施設であること。

３　ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（ＰＳＭＡイメージング剤を用いた場合に限る。）に係る費用を算定するための施設基準

（１）　１の(１)及び(２)を満たしていること。

（２）　関連学会の定めるＰＳＭＡ標的療法に係る所定の講習会又は院内研修を受講している常勤の医師及び診療放射線技師が１名以上配置されていること。

４　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

ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、別添２の様式36に定める計算式により算出した数値が100分の30以上であること（ただし、特定機能病院、がん診療の拠点となる病院又は高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律（平成20年法律第93号）第４条第１項に規定する国立高度専門医療研究センターの設置する保険医療機関を除く。）。がん診療の拠点となる病院とは、第11の２がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料の２と同様であること。

５　届出に関する事項

ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影又は乳房用ポジトロン断層撮影の施設基準に係る届出は、別添２の様式36を用いること。

第34　ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影

１　ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影に関する施設基準

（１）　128列以上、64列以上128列未満、16列以上64列未満若しくは４列以上16列未満のマルチスライスＣＴ装置又は３テスラ以上若しくは1.5テスラ以上３テスラ未満のＭＲＩ装置のいずれかを有していること。

（２）　128列以上若しくは64列以上128列未満のマルチスライスＣＴ装置又は３テスラ以上のＭＲＩ装置においては、画像診断管理加算２、３又は４に関する施設基準の届出を行っていること。

（３）　128列以上若しくは64列以上128列未満のマルチスライスＣＴ装置又は３テスラ以上のＭＲＩ装置においては、ＣＴ撮影に係る部門又はＭＲＩ撮影に係る部門にそれぞれ専従の診療放射線技師が１名以上勤務していること。

２　ＣＴ撮影の注８及びＭＲＩ撮影の注６に規定する施設基準

ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影に使用する画像診断機器の施設共同利用率について、別添２の様式37に定める計算式により算出した数値が100分の10以上であること。

３　届出に関する事項

（１）　ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影の施設基準に係る届出は、別添２の様式37を用いること。

（２）　当該撮影を行う画像診断機器の機種名、型番、メーカー名、テスラ数（ＭＲＩの場合）を記載すること。

（３）　ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影に係る安全管理責任者の氏名を記載し、ＣＴ撮影装置、ＭＲＩ撮影装置及び造影剤注入装置の保守管理計画を添付すること。

第35　冠動脈ＣＴ撮影加算

１　冠動脈ＣＴ撮影加算に関する施設基準

（１）　128列以上又は64列以上128列未満のマルチスライス型のＣＴ装置を有していること。

（２）　以下のいずれかの要件を満たすこと。

ア　画像診断管理加算２、３又は４に関する基準を満たすこと。

イ　以下のいずれも満たすものであること。

（イ）　画像診断管理加算１に関する基準を満たすこと。

（ロ） 循環器疾患を専ら担当する常勤の医師（専ら循環器疾患の診療を担当した経験を10年以上有するもの）又は画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの）が合わせて３名以上配置されていること。

（ハ） 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、画像診断管理加算１に関する施設基準の(2)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われていること。

２　届出に関する事項

冠動脈ＣＴ撮影加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式38を用いること。

第35の２　血流予備量比コンピューター断層撮影解析

１　血流予備量比コンピューター断層撮影解析に関する施設基準

（１） 128列以上又は64列以上128列未満のマルチスライス型のＣＴ装置を有していること。

（２） 以下のいずれかの要件を満たすこと。

ア　画像診断管理加算２、３又は４に関する基準を満たすこと。

イ　以下のいずれも満たすものであること。

（イ） 画像診断管理加算１に関する基準を満たすこと。

（ロ） 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、画像診断管理加算１に関する施設基準の(2)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われていること。

（３） 次のいずれにも該当すること。

ア　許可病床数が200床以上の病院であること。

イ　循環器内科及び放射線科を標榜している保険医療機関であること。

ウ　５年以上の循環器内科の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

エ　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、ウに掲げる医師と同一の者であっても差し支えない。

オ　「Ｋ５４６」から「Ｋ５５０」までに掲げる手術を合わせて年間100例以上実施していること。

カ　冠動脈狭窄が認められた病変に対して冠動脈血流予備能測定検査又は血流予備量比コンピュータ断層撮影解析等により機能的虚血の有無を確認した結果、経皮的冠動脈形成術又は冠動脈バイパス手術のいずれも行わなかった症例が前年に10例以上あること。

キ　日本循環器学会の研修施設に該当し、かつ、日本心血管インターベンション治療学会の研修施設又は研修関連施設に該当する病院であること。

２　届出に関する事項

血流予備量比コンピューター断層撮影解析の施設基準に係る届出は、別添２の様式37の２及び様式52を用いること。

第35の３　外傷全身ＣＴ加算

１　外傷全身ＣＴ加算に関する施設基準

（１） 救命救急入院料の施設基準の届出を行っていること。

（２） 128列以上又は64列以上128列未満のマルチスライス型のＣＴ装置を有していること。

（３） 画像診断管理加算２、３又は４に関する施設基準の届出を行っていること。

２　届出に関する事項

外傷全身ＣＴ加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 38 を用いること。

第 35 の４　大腸ＣＴ撮影加算

１　大腸ＣＴ撮影加算に関する施設基準

「Ｅ２００」コンピューター断層撮影の１「ＣＴ撮影」の「イ」128 列以上のマルチスライス型の機器による場合、「ロ」64 列以上 128 列未満のマルチスライス型の機器による場合又は「ハ」１６列以上６４列未満のマルチスライス型の機器による場合に係る施設基準を現に届け出ていること。

２　届出に関する事項

コンピューター断層撮影の１「ＣＴ撮影」の「イ」128 列以上のマルチスライス型の機器による場合、「ロ」64 列以上 128 列未満のマルチスライス型の機器による場合又は「ハ」16 列以上 64 列未満のマルチスライス型の機器による場合の届出を行っていればよく、大腸ＣＴ撮影加算として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 36　心臓ＭＲＩ撮影加算

１　心臓ＭＲＩ撮影加算に関する施設基準

（１） 1.5 テスラ以上のＭＲＩ装置を有していること。

（２） 以下のいずれかの要件を満たすこと。

ア　画像診断管理加算２、３又は４に関する施設基準を満たすこと。

イ　以下のいずれも満たすものであること。

（イ） 画像診断管理加算１に関する基準を満たすこと。

（ロ） 循環器疾患を専ら担当する常勤の医師（専ら循環器疾患の診療を担当した経験を 10 年以上有するもの）又は画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を 10 年以上有するもの）が合わせて３名以上配置されていること。

（ハ） 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、画像診断管理加算１に関する施設基準の(２)に規定する医師の下に画像情報の管理が行われていること。

２　届出に関する事項

心臓ＭＲＩ撮影加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 38 を用いること。

第 36 の１の２　乳房ＭＲＩ撮影加算

１　乳房ＭＲＩ撮影加算に関する施設基準

（１） 1.5 テスラ以上のＭＲＩ装置を有していること。

（２） 画像診断管理加算２、３又は４に関する施設基準を満たすこと。

（３） 関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。

２　届出に関する事項

乳房ＭＲＩ撮影加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 38 を用いること。

第36の１の３　小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算

１　小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算に関する施設基準

（１）　1.5テスラ以上のＭＲＩ装置を有していること。

（２）　画像診断管理加算２、３又は４に関する施設基準を満たすこと。

（３）　小児救急医療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（４）　小児のＭＲＩ撮影及び画像診断に関して十分な知識と経験を有する常勤の医師及び小児の麻酔・鎮静に十分な知識と経験を有する常勤の医師が、それぞれ１名以上配置されていること。

（５）　関係学会から示されているＭＲＩ撮影時の鎮静に関する指針に基づき、鎮静下のＭＲＩ撮影を適切に実施していること。

２　届出に関する事項

小児鎮静下ＭＲＩ撮影加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式38を用いること。

第36の１の４　頭部ＭＲＩ撮影加算

１　頭部ＭＲＩ撮影加算に関する施設基準

（１）　３テスラ以上のＭＲＩ装置を有していること。

（２）　画像診断管理加算２、３又は４に関する施設基準を満たすこと。

（３）　画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている２年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology（IVR）及び核医学に関する事項を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されているものに限る。）が３名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

（４）　当該保険医療機関において、関係学会の定める指針に基づく夜間及び休日の読影体制が整備されていること。

（５）　当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理を行っていること。

（６）　関係学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること。その際、施設内の全てのＣＴ検査の線量情報を電子的に記録し、患者単位及び検査プロトコル単位で集計・管理の上、被ばく線量の最適化を行っていること。

２　届出に関する事項

頭部ＭＲＩ撮影加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式38を用いること。

第36の１の５　全身ＭＲＩ撮影加算

１　全身ＭＲＩ撮影加算に関する施設基準

（１）　1.5テスラ以上のＭＲＩ装置を有していること。

（２）　画像診断管理加算２、３又は４に関する施設基準を満たすこと。

（３）　画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている２年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology（IVR）及び核医学に関する事項

を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されているものに限る。）が３名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

（４） 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理を行っていること。

（５） 関係学会の定める指針に基づいて、適切な被ばく線量管理を行っていること。その際、施設内の骨シンチグラフィの線量情報を電子的に記録し、患者単位で集計・管理の上、被ばく線量の最適化を行っていること。

２　届出に関する事項

全身ＭＲＩ撮影加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 38 を用いること。

第 36 の１の６　肝エラストグラフィ加算

１　肝エラストグラフィ加算に関する施設基準

（１） 1.5 テスラ以上のＭＲＩ装置を有していること。

（２） 画像診断管理加算２、３又は４に関する施設基準を満たすこと。

（３） 画像診断を専ら担当する常勤の医師（専ら画像診断を担当した経験を 10 年以上有するもの又は当該療養について関係学会から示されている２年以上の所定の研修（専ら放射線診断に関するものとし、画像診断、Interventional Radiology（IVR）及び核医学に関する事項を全て含むものであること。）を修了し、その旨が登録されている医師に限る。）が３名以上配置されていること。なお、画像診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において画像情報の撮影又は読影に携わっている者をいう。

（４） 当該保険医療機関において、関係学会の定める指針に基づく夜間及び休日の読影体制が整備されていること。

（５） 当該保険医療機関において実施される全ての核医学診断、ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影について、夜間及び休日を除いて、検査前の画像診断管理を行っていること。

（６） 関係学会の定める指針に基づいて、肝エラストグラフィ撮影を適切に実施していること。

２　届出に関する事項

肝エラストグラフィ加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 38 を用いること。

第 36 の２　抗悪性腫瘍剤処方管理加算

１　抗悪性腫瘍剤処方管理加算に関する施設基準

（１） 許可病床数が 200 床以上の病院であること。

（２） 化学療法の経験を５年以上有する専任の常勤医師が１名以上勤務していること。

２　届出に関する事項

（１） 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 38 の２を用いること。

（２） １の(２)に掲げる医師の経験が確認できる文書を添付すること。

第36の３　地域支援・外来医薬品供給対応体制加算

１　地域支援・外来医薬品供給対応体制加算に関する施設基準

（１）　診療所であって、薬剤部門又は薬剤師が後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されていること。

（２）　当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成20年厚生労働省告示第60号）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量（以下「規格単位数量」という。）に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算１にあっては90％以上、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算２にあっては85％以上90％未満、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算３にあっては75％以上85％未満であること。

（３）　後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用に積極的に取り組んでいる旨を当該保険医療機関の受付及び支払窓口の見やすい場所に掲示していること。

（４）　医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること。

（５）　（４）の体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤が変更となる可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（６）　（３）及び（５）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

（７）　個々の医薬品の価値及び流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。

（８）　医薬品の流通の効率化及び安定供給の確保のため、卸売販売業者への頻回配送、休日夜間配送及び急配に係る過度な依頼を慎むこと。

（９）　厳格な温度管理を要する医薬品及び在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。

(10)　医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、平時から地域の保険医療機関、保険薬局及び医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目について情報共有や事前の合意等に取り組むことが望ましい。

２　届出に関する事項

地域支援・外来医薬品供給対応体制加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式38の３を用いること。

第36の４　一般名処方加算

１　一般名処方加算に関する施設基準

（１）　医薬品の供給状況や、長期収載品について医療上の必要性があると認められない場合に患者の希望を踏まえ処方等した場合は選定療養となること等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（２）　（１）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

２　届出に関する事項

一般名処方加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 37　外来化学療法加算

１　外来化学療法加算１に関する施設基準

（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）　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。

２　外来化学療法加算２に関する施設基準

（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。

３　届出に関する事項

（１）　外来化学療法加算１及び２の施設基準に係る届出は、別添２の様式 39 を用いること。

（２）　当該治療室の平面図を添付すること。

第 37 の２　無菌的分割製剤作成加算

１　無菌的分割製剤作成加算に関する施設基準

輸血管理料Ⅰ又は輸血管理料Ⅱを届け出ていること。

２　届出に関する事項

無菌的分割製剤作成加算に関する施設基準については、輸血管理料Ⅰ又は輸血管理料Ⅱの届出を行っていればよく、無菌的分割製剤作成加算として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 37 の３　無菌製剤処理料

１　無菌製剤処理料に関する施設基準

（１）　２名以上の常勤の薬剤師がいること。なお、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非常勤薬剤師を２名以上組み合わせることにより、当該常勤薬剤師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤薬剤師が配置されている場合には、これらの非常勤薬剤師の実労働時間を常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができるのは、常勤薬剤師のうち１名までに限る。

（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。

２　無菌製剤処理料の対象患者

（１）　無菌製剤処理料１の対象患者は、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって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、脳脊髄腔注射又は薬液膀胱内注入が行われる患者であり、この場合において、「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって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をいう。

（２）　無菌製剤処理料２の対象患者は、以下のア又はイに該当する患者である。

ア　動脈注射又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及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って、無菌治療室管理加算若しくはＨＩＶ感染者療養環境特別加算を算定する患者又はこれらの患者と同等の状態にある患者

イ　中心静脈注射又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

３　投与時閉鎖式接続器具使用加算に関する施設基準

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。

４　届出に関する事項

（１） 無菌製剤処理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 40 を用いること。

（２） 投与時閉鎖式接続器具使用加算に係る届出は、外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っていればよく、投与時閉鎖式接続器具使用加算として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

（３） 当該保険医療機関に勤務する薬剤師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。なお、調剤、医薬品情報管理、病棟薬剤業務、薬剤管理指導又は在宅患者訪問薬剤管理指導のいずれに従事しているか（兼務の場合はその旨）並びに無菌製剤処理業務に従事している場合はその旨を備考欄に記載すること。

第 38　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）

１　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準

（１） 届出保険医療機関（循環器内科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、循環器内科又は心臓血管外科の医師が、心大血管疾患リハビリテーションを実施している時間帯において常時勤務しており、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が１名以上勤務していること。この場合において、心大血管疾患リハビリテーションを受ける患者の急変時等に連絡を受けるとともに、当該保険医療機関又は連携する保険医療機関において適切な対応ができるような体制を有すること。

（２） 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師が合わせて２名以上勤務していること又は専従の常勤理学療法士若しくは専従の常勤看護師のいずれか一方が２名以上勤務していること。なお、いずれの組合せの場合であっても、うち１名は専任の従事者でも差し支えない。また、当該専従の者については、第２章第１部医学管理、第２部在宅医療、第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務並びに介護施設等への助言に係る業務に従事することは差し支えないが、第１章第２部入院料等において配置が求められている従事者（専任の者を除く。）として従事することはできない。加えて、心大血管疾患リハビリテーションとその他のリハビリテーションの実施日・時間が異なる場合にあっては、別のリハビリテーションの専従者として届け出ることは可能である。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。

（３） 専用の機能訓練室（少なくとも、病院については、内法による測定で 30 平方メートル以上、診療所については、内法による測定で 20 平方メートル以上。）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、当該療法を実施する時間帯に、他の疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室で行う場合には、それぞれの施設基準を満たしていれば差し支えない。それぞれの施設基準を満たす場合とは、例えば、心大血管疾患リハビリテーションと脳血管疾患等リハビリテーションを同一の時間帯に実施する場合には、機能訓練室の面積は、それぞれのリハビリテーションの施設基準で定める面積を合計したもの以上である必要があり、必要な器械・器具に

ついても、兼用ではなく、それぞれのリハビリテーション専用のものとして備える必要があること。

（４） 平成 26 年３月 31 日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５） 専用の機能訓練室には、当該療法を行うために必要な以下の器械・器具を備えていること。また、当該保険医療機関内に運動負荷試験装置を備えていること。

ア 酸素供給装置

イ 除細動器

ウ 心電図モニター装置

エ トレッドミル又はエルゴメータ

オ 血圧計

カ 救急カート

（６） リハビリテーションに関する記録（医師の指示、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（７） 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

（８） 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関（循環器内科又は心臓血管外科を標榜するものに限る。以下この項において同じ。）において、緊急手術や、緊急の血管造影検査を行うことができる体制が確保されていること。

（９） 届出保険医療機関又は連携する別の保険医療機関において、救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出がされており、当該治療室が心大血管疾患リハビリテーションの実施上生じた患者の緊急事態に使用できること。

(10) 心大血管疾患リハビリテーションを実施した患者であって、他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意を得た上で、当該他の保険医療機関に対して、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること。

(11) （１）の専任の常勤医師について、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を２名以上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、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、この項において、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する非常勤医師に限る。

(12) （２）の専従の常勤理学療法士及び専従の常勤看護師について、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従の非常勤理学療法士又は専従の非常勤看護師をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、常勤理学療法士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士又は非常勤看護師がそれぞれ配置されている場合には、これらの非常勤理学療法士又は非常勤看護師の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数又は常勤看護師数にそれぞれ算入することができる。ただし、この項において、常勤換算し常勤理学療法士数又は常勤看護師数に算入することができるのは、心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する理学療法士又は看護師であって、それぞれ常勤配置のうち１名までに限る。

2　初期加算及び急性期リハビリテーション加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、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リハビリテーション科の非常勤医師を２名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

3　リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

（1）　外来医療等調査に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及び外来医療等調査事務局と電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず１名指定すること。

（2）　外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出すること。

（3）　診療記録（過去５年間の診療録及び過去３年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。

（4）　診療記録の保管・管理につき、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であることが望ましい。

（5）　診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。

（6）　患者についての疾病統計には、ＩＣＤ大分類程度以上の疾病分類がされていること。

（7）　保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。

4　リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

（1）　データの提出を希望する保険医療機関は、令和８年５月 20 日、８月 20 日、11 月 20 日、令和９年２月 22 日、５月 20 日、８月 20 日、11 月 22 日又は令和 10 年２月 21 日までに別添２の様式７の 10 について、地方厚生（支）局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出すること。

（2）　（1）の届出を行った保険医療機関は、試行データを厚生労働省が提供するチェックプログラムにより作成し、調査実施説明資料に定められた方法に従って厚生労働省保険局医療課が別途通知する期日までに外来医療等調査事務局へ提出すること。

（3）　試行データが適切に提出されていた場合は、データ提出の実績が認められた保険医療機関として、厚生労働省保険局医療課より事務連絡を３の（1）の担当者宛てに電子メールにて発出する。なお、当該連絡のあった保険医療機関においては、この連絡以後、リハビリテーションデータ提出加算の届出を行うことが可能となる。

5　届出に関する事項

（1）　心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 41 を用いること。

（2）　当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士及び看護師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等について別添２の様式 44 の２を用いて提出すること。

（3）　当該治療が行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。

（4）　リハビリテーションデータ提出加算の施設基準に係る届出は別添２の様式７の 11 を用いること。

（５） 各調査年度において、累積して３回のデータ提出の遅延等が認められた場合は、適切なデータ提出が継続的に行われていないことから、３回目の遅延等が認められた日の属する月に速やかに変更の届出を行うこととし、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月からは算定できないこと。

（６） データ提出を取りやめる場合、３の(２)の基準を満たさなくなった場合及び(５)に該当した場合については、別添２の様式７の 12 を提出すること。

（７） (６)の届出を行い、その後に再度データ提出を行う場合にあっては、４の(１)の手続きより開始すること。

第 39　心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)

１　心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)に関する施設基準

（１） 届出保険医療機関において、心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯に循環器内科又は心臓血管外科を担当する医師（非常勤を含む。）及び心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する医師（非常勤を含む。）が１名以上勤務していること。

（２） 心大血管疾患リハビリテーションの経験を有する専従の理学療法士又は看護師のいずれか１名以上が勤務していること。兼任等の取扱いについては第 38 の１の（２）と同様である。また、必要に応じて、心機能に応じた日常生活活動に関する訓練等の心大血管疾患リハビリテーションに係る経験を有する作業療法士が勤務していることが望ましい。

（３） 第 38 の１の（３）から（10）までを満たしていること。

２　初期加算及び急性期リハビリテーション加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第 38 の２と同様である。

３　リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第 38 の３と同様である。

４　リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第 38 の４と同様である。

５　届出に関する事項

当該届出に関する事項については、第 38 の５と同様である。

第 40　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)

１　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が２名以上勤務していること。ただし、そのうち１名は、脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する３年以上の臨床経験又は脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する研修会、講習会の受講歴（又は講師歴）を有すること。なお、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を、第 38 の１の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。ただし、この項において、脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する３年以上の臨床経験又は脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する研修会、講習会の受講歴（又は講師歴）を有する常勤医師についてこれらの非常勤医師による常勤換算を行う場合にあっては、当該経験又は受講歴（又は講師歴）を有する非常勤医師に限る。

（２） 次のアからエまでを全て満たしていること。

ア　専従の常勤理学療法士が５名以上勤務していること。ただし、当該専従の常勤理学療法士については、第７部リハビリテーション第１節（心大血管疾患リハビリテーション料を除く。）において配置が求められている理学療法士（専従の者を含む。）との兼任は可能であるが、第１章第２部入院料等において配置が求められている従事者（専任の者を除く。）として従事することはできないことに留意すること。

イ　専従の常勤作業療法士が３名以上勤務していること。兼任の取扱いについては第 40 の１の（２）のアと同様である。

ウ　言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が１名以上勤務していること。兼任の取扱いについては第 40 の１の（２）のアと同様である。

エ　アからウまでの専従の従事者が合わせて 10 名以上勤務すること。これらの専従の従事者については、第２章第１部医学管理、第２部在宅医療、第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務（専任として配置が求められる者を含む。）並びに介護施設等への助言に係る業務に従事することは差し支えない。また、第 38 の１の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士を常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち理学療法士は４名、作業療法士は２名、言語聴覚士は１名までに限る。

オ　次の(イ)又は(ロ)の要件を満たす場合であって、アからウまでの専従の従事者が疾患別リハビリテーションを提供すべき患者がいない時間帯には、脳血管疾患等リハビリテーションの実施時間中であっても、当該専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成 18 年厚生労働省令第 19 号）第６条の６第１号に規定する自立訓練（機能訓練）（以下、「自立訓練（機能訓練）」という。）に従事しても差し支えない。

（イ） 疾患別リハビリテーション料の施設基準における専従の従事者以外の全ての理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が、介護保険のリハビリテーション、自立訓練（機能訓練）、その他疾患別リハビリテーション以外の業務に従事していること。

（ロ） 当該保険医療機関に配置された全ての理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が、いずれかの疾患別リハビリテーション料の施設基準における専従の従事者であること。

（３） 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、内法による測定で 160 平方メートル以上。）を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。また、専用の機能訓練室は、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり、疾患別リハビリテーション、障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない。ただし、同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては、それぞれの施設基準を満たしていること。なお、

言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で８平方メートル以上）１室以上を別に有していること。

（４） 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。これらの器械等については、当該保険医療機関が、指定通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）を実施する場合であって、リハビリテーションの提供に支障が生じない場合に、指定通所リハビリテーション事業所又は自立訓練（機能訓練）事業所の利用者が使用しても差し支えない。

歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具（長・短下肢装具等）、家事用設備、各種日常生活動作用設備等。ただし、言語聴覚療法を行う場合は、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等を有すること。必要に応じ、麻痺側の関節の屈曲・伸展を補助し運動量を増加させるためのリハビリテーション用医療機器を備えること。

（５） 言語聴覚療法のみを実施する場合において、以下のアからエまでの基準を全て満たす場合は、上記基準にかかわらず、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)の基準を満たすものとする。

ア 専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、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を、第 38 の１の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。

イ 専従の常勤言語聴覚士が３名以上勤務していること。なお、第 38 の１の(12)の例により、専従の非常勤言語聴覚士を常勤言語聴覚士数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち２名までに限る。

ウ 遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で８平方メートル以上）を有していること。

エ 言語聴覚療法に必要な、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等の器械・器具を具備していること。

（６） 平成 26 年３月 31 日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室等の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(３)及び(５)の内法の規定を満たしているものとする。

（７） リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（８） 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

（９） (２)のアからウまでの専従の従事者以外の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）に従事可能であること。

(10) 要介護認定を申請中の者又は介護保険法第 62 条に規定する要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意を得た上で、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所、指定訪問リハビリテーション事業所、指定介護予防通所リハビリテーション事業所又は指定介護予防訪問リハビリテーション事業所（以下「指定通所リハビリテーション事業所等」という。）に対して、

リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること。

(11)　脳血管疾患等リハビリテーションを実施した患者であって、他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該他の医療機関に対して、当該患者の同意を得た上で、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること。

2　初期加算及び急性期リハビリテーション加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第38の2と同様である。

3　リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第38の3と同様である。

4　リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第38の4と同様である。

5　届出に関する事項

（1）　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式42を用いること。

（2）　当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添2の様式44の2を用いて提出すること。

（3）　当該治療が行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。

（4）　リハビリテーションデータ提出加算の施設基準に係る届出については、第38の5の（4）から（7）までと同様である。

第40の2　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)

1　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)に関する施設基準

（1）　当該保険医療機関において、専任の常勤医師が1名以上勤務していること。なお、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を、第38の1の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。

（2）　次のアからエまでを全て満たしていること。

ア　専従の常勤理学療法士が1名以上勤務していること。兼任の取扱いについては第40の1の（2）のアと同様である。

イ　専従の常勤作業療法士が1名以上勤務していること。兼任の取扱いについては第40の1の（2）のアと同様である。

ウ　言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること。兼任の取扱いについては第40の1の（2）のアと同様である。

エ　アからウまでの専従の従事者が合わせて4名以上勤務していること。なお、これらの者については、第2章第1部医学管理、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務（専任として配置が求められる者を含む。）並びに介護施設等への助言に係る業務に従事することは差し支えない。また、第38の1の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士、専

従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士を常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうちそれぞれ１名までに限る。

オ　アからウまでの専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）に従事する場合については、第 40 の１の(２)のオの例によること。

（３）　治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、病院については内法による測定で 100 平方メートル以上、診療所については内法による測定で 45 平方メートル以上。）を有していること。なお、専用の機能訓練室に係る面積以外の規定は、第 40 の１の（３）の例による。

（４）　平成 26 年３月 31 日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(３)の内法の規定を満たしているものとする。

（５）　当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。これらの器械等については、当該保険医療機関が、指定通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）を実施する場合については、第 40 の１の（４）の例によること。

歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、平行棒、傾斜台、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具、各種装具（長・短下肢装具等）、家事用設備、各種日常生活動作用設備等。ただし、言語聴覚療法を行う場合は、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等を有すること。

（６）　言語聴覚療法のみを実施する場合において、以下のアからエまでの基準を全て満たす場合は、上記基準にかかわらず、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の基準を満たすものとする。

ア　専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、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を、第 38 の１の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。

イ　専従の常勤言語聴覚士が２名以上勤務していること。第 38 の１の(12)の例により、専従の非常勤言語聴覚士を常勤言語聴覚士数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうち１名までに限る。

ウ　遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で８平方メートル以上）を有していること。

エ　言語聴覚療法に必要な聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等の器械・器具を具備していること。

（７）　第 40 の１の（７）から（11）までを満たしていること。

２　初期加算及び急性期リハビリテーション加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第 38 の２と同様である。

３　リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第 38 の３と同様である。

４　リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第 38 の４と同様である。

5　届出に関する事項

当該届出に関する事項については、第 40 の５と同様である。

第 41　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)

1　脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)に関する施設基準

（1）　第 40 の２の１の（１）を満たしていること。

（2）　専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士のいずれか１名以上勤務していること。兼任の取扱いについては第 40 の１の（２）のアと同様である。なお、これらの専従の従事者については、第２章第１部医学管理、第２部在宅医療、第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務（専任として配置が求められる者を含む。）並びに介護施設等への助言に係る業務に従事することは差し支えない。また、第 38 の１の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士をそれぞれ常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができる。専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）に従事する場合については、第 40 の１の(２)のオの例によること。

（3）　第 40 の２の１の（３）及び（４）を満たしていること。なお、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で８平方メートル以上）１室以上を別に有していることとし、言語聴覚療法のみを行う場合は、当該個別療法室があれば前段に規定する専用の施設は要しない。

（4）　当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として以下のものを具備していること。これらの器械等については、当該保険医療機関が、指定通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）を実施する場合については、第 40 の１の（４）の例によること。

歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具等。ただし、言語聴覚療法を行う場合は、聴力検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム等を有すること。

（5）　第 40 の１の（７）及び（８）を満たしていること。

（6）　（２)の専従の従事者以外の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）に従事可能であること。

（7）　第 40 の１の（10）及び（11）を満たしていること。

2　初期加算及び急性期リハビリテーション加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第 38 の２と同様である。

3　リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第 38 の３と同様である。

4　リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第 38 の４と同様である。

5　届出に関する事項

当該届出に関する事項については、第 40 の５と同様である。

第41の２　廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)

１　廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準

（１）　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）を届け出ていること。なお、言語聴覚療法のみを実施する保険医療機関で、第40の１の(１)から(４)までのいずれかを満たさず、(５)のアからエまでを全て満たすことで脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)の基準を満たしたものについては、言語聴覚療法のみについて廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)を算定できる。

（２）　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準における専任の医師、専従の理学療法士、専従の作業療法士及び専従の言語聴覚士は、それぞれ廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）の専任者又は専従者を兼ねるものとする。

（３）　要介護認定を申請中の者又は介護保険法第62条に規定する要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意を得た上で、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること。

（４）　廃用症候群リハビリテーションを実施した患者であって、他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該他の医療機関に対して、当該患者の同意を得た上で、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること。

２　初期加算及び急性期リハビリテーション加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第38の２と同様である。

３　リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第38の３と同様である。

４　リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第38の４と同様である。

５　届出に関する事項

（１）　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）の届出を行っていればよく、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

（２）　リハビリテーションデータ提出加算の施設基準に係る届出については、第38の５の（４）から（７）までと同様である。

第41の３　廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)

１　廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)に関する施設基準

（１）　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）を届け出ていること。なお、言語聴覚療法のみを実施する保険医療機関で、第40の２の１の(１)から(３)まで又は(５)のいずれかを満たさず、(６)のアからエまでを全て満たすことで脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の基準を満たしたものについては、言語聴覚療法のみについて廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)を算定できる。

（２） 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準における専任の医師、専従の理学療法士、専従の作業療法士及び専従の言語聴覚士は、それぞれ廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）の専任者又は専従者を兼ねるものとする。

（３） 第41の２の１の（３）及び（４）を満たしていること。

２ 初期加算及び急性期リハビリテーション加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第38の２と同様である。

３ リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第38の３と同様である。

４ リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第38の４と同様である。

５ 届出に関する事項

（１） 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の届出を行っていればよく、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

（２） リハビリテーションデータ提出加算の施設基準に係る届出については、第38の５の（４）から（７）までと同様である。

第41の４ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)

１ 廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)に関する施設基準

（１） 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）を届け出ていること。

（２） 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）の施設基準における専任の医師、専従の理学療法士、専従の作業療法士及び専従の言語聴覚士は、それぞれ廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）の専任者又は専従者を兼ねるものとする。

（３） 第41の２の１の（３）及び（４）を満たしていること。

２ 初期加算及び急性期リハビリテーション加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第38の２と同様である。

３ リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第38の３と同様である。

４ リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第38の４と同様である。

５ 届出に関する事項

（１） 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）の届出を行っていればよく、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

（２） リハビリテーションデータ提出加算の施設基準に係る届出については、第38の５の（４）から（７）までと同様である。

第42 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)

１ 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において、運動器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、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運動器リハビリテーションの経験を有する専任の非常勤医師を、第 38 の１の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。なお、運動器リハビリテーションの経験を有する医師とは、運動器リハビリテーションの経験を３年以上有する医師又は適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した医師であることが望ましい。

（２） 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士が合わせて４名以上勤務していること。なお、当該専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士については、第７部リハビリテーション第１節（心大血管疾患リハビリテーション料を除く。）において配置が求められている理学療法士又は作業療法士（専従の者を含む。）との兼任は可能であるが、第１章第２部入院料等において配置が求められている従事者（専任の者を除く。）として従事することはできないことに留意すること。また、これらの者については、第２章第１部医学管理、第２部在宅医療、第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務（専任として配置が求められる者を含む。）並びに介護施設等への助言に係る業務に従事することは差し支えない。なお、第 38 の１の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士又は専従の非常勤作業療法士を常勤理学療法士数又は常勤作業療法士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数又は常勤作業療法士数に算入することができるのは、常勤配置のうちそれぞれ１名までに限る。専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）に従事する場合については、第 40 の１の(２)のオの例によること。

（３） 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、病院については内法による測定で 100 平方メートル以上、診療所については内法による測定で 45 平方メートル以上。）を有していること。なお、専用の機能訓練室に係る面積以外の規定は、第 40 の１の（３）の例による。

（４） 平成 26 年３月 31 日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室等の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５） 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。これらの器械等については、当該保険医療機関が、指定通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）を実施する場合については、第 40 の１の（４）の例によること。

各種測定用器具（角度計、握力計等）、血圧計、平行棒、姿勢矯正用鏡、各種車椅子、各種歩行補助具等

（６） リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（７） 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

（８） (２)の専従の従事者以外の理学療法士及び作業療法士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）に従事可能であること。

（９） 要介護認定を申請中の者又は介護保険法第 62 条に規定する要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意を得た上で、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること。

(10) 運動器リハビリテーションを実施した患者であって、他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該他の医療機関に対して、当該患者の同意を得た上で、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること。

２ 初期加算及び急性期リハビリテーション加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第 38 の２と同様である。

３ リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第 38 の３と同様である。

４ リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第 38 の４と同様である。

５ 届出に関する事項

（１） 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)及び「注５」の施設基準に係る届出は、別添２の様式 42 を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式 44 の２を用いて提出すること。

（３） 当該治療が行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。

（４） リハビリテーションデータ提出加算の施設基準に係る届出については、第 38 の５の（４）から（７）までと同様である。

第 42 の２ 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)

１ 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)に関する施設基準

（１） 第 42 の１の（１）を満たしていること。

（２） 次のアからウまでのいずれかを満たしていること。兼任等の取扱いについては第 42 の１の（２）と同様である。

ア 専従の常勤理学療法士が２名以上勤務していること。

イ 専従の常勤作業療法士が２名以上勤務していること。

ウ 専従の常勤理学療法士及び専従の常勤作業療法士が合わせて２名以上勤務していること。

なお、第 38 の１の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士又は専従の非常勤作業療法士を常勤理学療法士数又は常勤作業療法士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数又は常勤作業療法士数に算入することができるのは、常勤配置のうちそれぞれ１名までに限る。また、当分の間、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した看護師、准看護師、あん摩マッサージ指圧師又は柔道整復師が、専従の常勤職員として勤務している場合であって、運動器リハビリテーションの経験を有する医師の監督

下に当該療法を実施する体制が確保されている場合に限り、理学療法士が勤務しているものとして届け出ることができる。ただし、当該あん摩マッサージ指圧師等は、呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)等との兼任はできないこと。専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）に従事する場合については、第40の１の(２)のオの例によること。

（３） 第42の１の（３）から（10）を満たしていること。

２ 初期加算及び急性期リハビリテーション加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第38の２と同様である。

３ リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第38の３と同様である。

４ リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第38の４と同様である。

５ 届出に関する事項

当該届出に関する事項については、第42の５と同様である。

第43 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)

１ 運動器リハビリテーション料(Ⅲ)に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、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を、第38の１の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。

（２） 専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士がいずれか１名以上勤務していること。兼任等の取扱いについては第42の１の（２）の例による。なお、第38の１の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士又は専従の非常勤作業療法士を常勤理学療法士数又は常勤作業療法士数にそれぞれ算入することができる。専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）に従事する場合については、第40の１の(２)のオの例によること。

（３） 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、内法による測定で45平方メートル以上とする。）を有していること。なお、専用の機能訓練室に係る面積以外の規定は、第40の１の（３）の例による。

（４） 平成26年３月31日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(３)の内法の規定を満たしているものとする。

（５） 治療・訓練を行うための以下の器具等を具備していること。これらの器械等については、当該保険医療機関が、指定通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）を実施する場合については、第40の１の（４）の例によること。

歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具等

（６） 第42の１の（６）から（10）までを満たしていること。

２ 初期加算及び急性期リハビリテーション加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第38の２と同様である。

3　リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第 38 の３と同様である

4　リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第 38 の４と同様である。

5　届出に関する事項

当該届出に関する事項については、第 42 の５と同様である。

第 44　呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)

1　呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)に関する施設基準

（1）　当該保険医療機関において、呼吸器リハビリテーションの経験を有する専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、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呼吸器リハビリテーションの経験を有する専任の非常勤医師を、第 38 の１の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。

（2）　呼吸器リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士１名を含む常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が合わせて２名以上勤務していること。ただし、当該専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士については、第７部リハビリテーション第１節（心大血管疾患リハビリテーション料を除く。）において配置が求められている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（専従の者を含む。）との兼任は可能であるが、第１章第２部入院料等において配置が求められている従事者（専任の者を除く。）として従事することはできないことに留意すること。また、当該専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士については、第２章第１部医学管理、第２部在宅医療、第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務（専任として配置が求められる者を含む。）並びに介護施設等への助言に係る業務に従事することは差し支えない。なお、第 38 の１の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士を常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうちそれぞれ１名までに限る。また、呼吸器リハビリテーションの経験を有する専従の常勤理学療法士について当該非常勤理学療法士による常勤換算を行う場合にあっては、当該経験を有する専従の非常勤理学療法士に限る。

（3）　治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、病院については内法による測定で 100 平方メートル以上、診療所については内法による測定で 45 平方メートル以上とする。）を有していること。なお、専用の機能訓練室に係る面積以外の規定は、第 40 の１の（３）の例による。

（4）　平成 26 年３月 31 日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(３)の内法の規定を満たしているものとする。

（5）　治療・訓練を行うための以下の各種計測用器具等を具備していること。

呼吸機能検査機器、血液ガス検査機器等

（６） リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。

（７） 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

（８） 呼吸器リハビリテーションを実施した患者であって、他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該他の医療機関に対して、当該患者の同意を得た上で、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供できる体制を整備していること。

２ 初期加算及び急性期リハビリテーション加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第 38 の２と同様である。

３ リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第 38 の３と同様である。

４ リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第 38 の４と同様である。

５ 届出に関する事項

（１） 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式 42 を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式 44 の２を用いて提出すること。

（３） 当該治療が行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。

（４） リハビリテーションデータ提出加算の施設基準に係る届出については、第 38 の５の（４）から（７）までと同様である。

第 45 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)

１ 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、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を、第 38 の１の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。

（２） 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士のいずれか１名以上が勤務していること。兼任等の取扱いについては第 44 の１の（２）と同様である。なお、第 38 の１の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士を常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。

（３） 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、内法による測定で 45 平方メートル以上とする。）を有していること。なお、専用の機能訓練室に係る面積以外の規定は、第 40 の１の（３）の例による。

（４） 平成 26 年３月 31 日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(３)の内法の規定を満たしているものとする。

（５） 第44の１の（５）から（８）までを満たしていること。

２　初期加算及び急性期リハビリテーション加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第38の２と同様である。

３　リハビリテーションデータ提出加算に関する施設基準

当該加算の要件については、第38の３と同様である。

４　リハビリテーションデータ提出加算に関する事項

当該加算に関する事項については、第38の４と同様である。

５　届出に関する事項

当該届出に関する事項については、第44の５と同様である。

第45の２　摂食嚥下機能回復体制加算

１　摂食嚥下機能回復体制加算１に関する施設基準

（１） 保険医療機関内に、以下の摂食機能及び嚥下機能の回復の支援に係る専門知識を有した多職種により構成されたチーム（以下「摂食嚥下支援チーム」という。）が設置されていること。なお、歯科医師が摂食嚥下支援チームに参加している場合には、歯科衛生士が必要に応じて参加していること。

ア　専任の常勤医師又は常勤歯科医師

イ　摂食嚥下機能障害を有する患者の看護に従事した経験を５年以上有する看護師であって、摂食嚥下障害看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士

ウ　専任の常勤管理栄養士

（２）（１）のイに掲げる摂食嚥下障害看護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　摂食嚥下障害看護に必要な専門的な知識・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　講義及び演習は、次の内容を含むものであること。

（イ） 摂食嚥下障害の原因疾患・病態及び治療

（ロ） 摂食嚥下機能の評価とその方法、必要なアセスメント

（ハ） 摂食嚥下障害に対する援助と訓練

（ニ） 摂食嚥下障害におけるリスクマネジメント

（ホ） 摂食嚥下障害のある患者の権利擁護と患者家族の意思決定支援

（ヘ） 摂食嚥下障害者に関連する社会資源と関連法規

（ト） 摂食嚥下リハビリテーションにおける看護の役割とチームアプローチ

エ　実習により、事例に基づくアセスメントと摂食嚥下障害看護関連領域に必要な看護実践を含むものであること。

（３） 摂食嚥下支援チームの構成員は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週１回以上のカンファレンスに参加していること。なお、摂食嚥下支援チームの構成員以外の職種については、必要に応じて参加することが望ましい。

（４） 当該保険医療機関において経口摂取以外の栄養方法を行っている患者であって、以下のいずれかに該当するもの（転院又は退院した患者を含む。）の合計数に占める鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は中心静脈栄養を開始した日から１年以内に経口摂取のみの栄養方法を行っている状態へ回復させた患者の割合が、前年において３割５分以上であること。

ア　他の保険医療機関等から紹介された鼻腔栄養を実施している患者、胃瘻を造設している患者又は中心静脈栄養を実施している患者であって、当該保険医療機関において摂食機能療法を実施したもの

イ　当該保険医療機関において鼻腔栄養を導入した患者、胃瘻を造設した患者又は中心静脈栄養を開始した患者

（５） 以下のいずれかに該当する患者は、（４）の計算には含まないものとする。ただしエからカまでに該当する患者は、摂食機能療法を当該保険医療機関で算定した場合であって、胃瘻造設した日から１年を経過していない場合は、（４）の計算に含むものとする。

ア　鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は、中心静脈栄養を開始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。）

イ　鼻腔栄養を導入した日、胃瘻を造設した日又は、中心静脈栄養を開始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の状態へ回復した患者

ウ　（４）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、胃瘻を造設した日又は、中心静脈栄養を開始した日から起算して１年以上が経過している患者

エ　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

オ　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

カ　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

２　摂食嚥下機能回復体制加算２に関する施設基準

１の（１）から（３）までの基準を満たしていること。

３　摂食嚥下機能回復体制加算３に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において、専任の常勤医師、専任の常勤看護師又は専任の常勤言語聴覚士が１名以上勤務していること。

（２） 当該医師、看護師又は言語聴覚士は、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の検査結果を踏まえて実施する週１回以上のカンファレンスに参加していること。なお、その他の職種については、必要に応じて参加することが望ましい。

（３） 当該保険医療機関において、療養病棟入院料１又は２を算定する病棟の入院患者における、ア及びイの前年の実績の合計数が２名以上であること。

ア　中心静脈栄養を実施していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、中心静脈栄養を終了した者

イ　鼻腔栄養を実施していた患者又は胃瘻を造設していた患者のうち、嚥下機能評価を実施した上で嚥下リハビリテーション等を行い、嚥下機能が回復し、経口摂取のみの栄養方法を行う状態に回復した者

４　届出に関する事項

（１） 摂食嚥下機能回復体制加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 43 の６を用いること。

（２） 摂食嚥下機能回復体制加算１又は３の施設基準に係る届出は、別添２の様式 43 の６の２を用いること。

（３） 摂食嚥下支援チーム等の医師その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式 44 の２を用いて提出すること。

第 46　難病患者リハビリテーション料

１　難病患者リハビリテーション料に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が勤務していること。なお、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を、第 38 の１の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。

（２） 専従する２名以上の従事者（理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が１名以上であり、かつ、看護師が１名以上）が勤務していること。ただし当該専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士については、第７部リハビリテーション第１節（心大血管疾患リハビリテーション料を除く。）において配置が求められている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（専従の者を含む。）との兼任は可能である。なお、当該従事者は第１章第２部入院料等において配置が求められている従事者（専任の者を除く。）として従事することはできないことに留意すること。また、これらの者については、第２章第１部医学管理、第２部在宅医療、第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務（専任として配置が求められる者を含む。）並びに介護施設等への助言に係る業務に従事することは差し支えない。

（３） 取り扱う患者数は、従事者１人につき１日 20 人を限度とすること。

（４） 難病患者リハビリテーションを行うにふさわしい専用の機能訓練室を有しており、当該機能訓練室の広さは、内法による測定で 60 平方メートル以上とし、かつ、患者１人当たりの面積は、内法による測定で 4.0 平方メートルを標準とすること。なお、専用の機能訓練室には疾患別リハビリテーション又は障害児（者）リハビリテーションを行う機能訓練室を充てて差し支えない。

（５） 平成 26 年３月 31 日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、(４)の内法の規定を満たしているものとする。

（６） 当該訓練を行うために必要な専用の器械・器具として、以下のものを具備していること。

ア　訓練マットとその付属品

イ　姿勢矯正用鏡

ウ　車椅子

エ　各種杖

オ　各種測定用器具（角度計、握力計等）

２　届出に関する事項

（１） 難病患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 43 を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式 44 の２を用いて提出すること。

（３） 当該治療が行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。

第 47　障害児（者）リハビリテーション料

１　障害児（者）リハビリテーション料に関する施設基準

（１） 当該リハビリテーションを実施する保険医療機関は、次のいずれかであること。

ア　児童福祉法第 42 条第２号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第７条第２項に規定する重症心身障害児をいう。）を入所させるものに限る。）

イ　児童福祉法第７条第２項に規定する指定発達支援医療機関

ウ　当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している外来患者のうち、概ね８割以上が別表第十の二に該当する患者（加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。）である医療機関（概ね８割であることの要件については、暦月で３か月を超えない期間の１割以内の変動である場合には、要件を満たすものであること。）

（２） 当該保険医療機関において、専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、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を、第 38 の１の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。

（３） ア又はイのいずれかに該当していること。

ア　専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて２名以上勤務していること。

イ　専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士のいずれか１名以上及び障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師１名以上が合わせて２名以上が勤務していること。

ただし、当該専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士については、第７部リハビリテーション第１節（心大血管疾患リハビリテーション料を除く。）において配置が求められている理学療法士又は作業療法士（専従の者を含む。）との兼任は可能であるが、第１章第２部入院料等において配置が求められている従事者（専任の者を除く。）として従事することはできないことに留意すること。これらの者については、第２章第１部医学管理、第２部在宅医療、第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務（専任として配置が求められる者を含む。）並びに介護施設等への助言に係る業務に従事することは差し支えない。また、第 38 の１の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤看護師を常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤看護師数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤看護師数に算入することができるのは、常勤配置のうちそれぞれ１名までに限る。

（４） 言語聴覚療法を行う場合は、専従の常勤言語聴覚士が１名以上勤務していること。なお、第７部リハビリテーション第１節（心大血管疾患リハビリテーション料を除く。）において配置が求められている言語聴覚士（専従の者を含む。）については、兼任は可能である。なお、当該従事者は第１章第２部入院料等において配置が求められている従事者（専任の者を除く。）として従事することはできないことに留意すること。また、第 38 の１の(12)の例により、専従の非常勤言語聴覚士を常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。

（５）（３)及び（４）の専従の従事者が、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）に従事する場合については、第 40 の１の(２)のオの例によること。

（６） 障害児（者）リハビリテーションを行うにふさわしい専用の機能訓練室（少なくとも、病院については、内法による測定で 60 平方メートル以上、診療所については、内法による測定で 45 平方メートル以上とする。）を有すること。なお、専用の機能訓練室に係る面積以外の規定は、第 40 の１の（３）の例による。

（７） 平成 26 年３月 31 日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室等の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（６）の内法の規定を満たしているものとする。

（８） 当該訓練を行うために必要な専用の器械・器具として、以下のものを具備していること。これらの器械等については、当該保険医療機関が、指定通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）を実施する場合については、第 40 の１の（４）の例によること。

ア 訓練マットとその付属品

イ 姿勢矯正用鏡

ウ 車椅子

エ 各種杖

オ 各種測定用器具（角度計、握力計等）

（９） リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

(10) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

(11) （３)及び（４）の専従の従事者以外の理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き、当該保険医療機関が行う通所リハビリテーション又は自立訓練（機能訓練）に従事可能であること。

２ 届出に関する事項

（１） 障害児（者）リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 43 を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式 44 の２を用いて提出すること。

（３） 当該治療が行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。

第47の２　がん患者リハビリテーション料

１　がん患者リハビリテーション料に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関において、がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、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（がん患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する医師に限る。）を、第38の１の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。十分な経験を有する専任の常勤医師とは、以下のいずれも満たす者のことをいう。

ア　リハビリテーションに関して十分な経験を有すること。

イ　がん患者のリハビリテーションに関し、適切な研修を修了していること。なお、適切な研修とは以下の要件を満たすものをいう。

（イ）　医療関係団体等が主催するものであること。

（ロ）　研修期間は通算して14時間程度のものであること。

（ハ）　研修内容に以下の内容を含むこと。

（ａ）　がん患者のリハビリテーションの概要

（ｂ）　周術期リハビリテーションについて

（ｃ）　化学療法及び放射線療法中あるいは療法後のリハビリテーションについて

（ｄ）　がん患者の摂食・嚥下・コミュニケーションの障害に対するリハビリテーションについて

（ｅ）　がんやがん治療に伴う合併症とリハビリテーションについて

（ｆ）　進行癌患者に対するリハビリテーションについて

（ニ）　研修にはワークショップや、実際のリハビリテーションに係る手技についての実技等を含むこと。

（ホ）　リハビリテーションに関するチーム医療の観点から、同一の医療機関から、医師、病棟においてがん患者のケアに当たる看護師、リハビリテーションを担当する理学療法士等がそれぞれ１名以上参加して行われるものであること。

（２）　当該保険医療機関内にがん患者リハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が２名以上配置されていること。なお、十分な経験を有するとは、（１）のイに規定する研修を修了した者のことをいう。また、当該専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士については、第７部リハビリテーション第１節（心大血管疾患リハビリテーション料を除く。）において配置が求められている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（専従の者を含む。）との兼任は可能であるが、第１章第２部入院料等において配置が求められている従事者（専任の者を除く。）として従事することはできないことに留意すること。なお、これらの者については、第２章第１部医学管理、第２部在宅医療、第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務（専任として配置が求められる者を含む。）並びに介護施設等への助言に係る業務に従事することは差し支えない。また、第38の１の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士を常勤理学療法士数、常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。ただし、常勤換算し常勤理学療法士数、常勤作業療法

士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは、常勤配置のうちそれぞれ１名までに限る。

（３） 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも、内法による測定で 100 平方メートル以上）を有していること。なお、専用の機能訓練室に係る面積以外の規定は、第 40 の１の（３）の例による。

（４） 平成 26 年３月 31 日において、現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については、当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５） 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として、以下のものを具備していること。

歩行補助具、訓練マット、治療台、砂嚢などの重錘、各種測定用器具等

２ 届出に関する事項

（１） がん患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 43 の２を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様及び勤務時間等を別添２の様式 44 の２を用いて提出すること。

（３） 当該治療が行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。

第 47 の３ 認知症患者リハビリテーション料

１ 認知症患者リハビリテーション料に関する施設基準

（１） 認知症患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、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（認知症患者のリハビリテーションを行うにつき、十分な経験を有する医師に限る。）を、第 38 の１の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。十分な経験を有する専任の常勤医師とは、以下のいずれかの者をいう。

ア 認知症患者の診療の経験を５年以上有する者

イ 認知症患者のリハビリテーションに関し、適切な研修を修了した者

なお、適切な研修とは、次の事項に該当する研修である。

（イ） 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（６時間以上の研修期間であるもの）。

（ロ） 認知症患者のリハビリテーションについて専門的な知識・技能を有する医師の養成を目的とした研修であること。

（ハ） 講義及び演習により次の内容を含むものであること。

（ａ） 認知症医療の方向性

（ｂ） 認知症のリハビリテーションの概要

（ｃ） 認知症の非薬物療法について

（ｄ） 認知症の鑑別と適する非薬物療法

（ｅ） 認知症の生活機能障害の特徴とリハビリテーション

（ｆ） 進行期認知症のリハビリテーションの考え方

（ニ） ワークショップや、実際の認知症患者へのリハビリテーションに係る手技についての実技等を含むこと。

（２） 専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が１名以上勤務していること。ただし、当該専従の常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士については、第７部リハビリテーション第１節（心大血管疾患リハビリテーション料を除く。）において配置が求められている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（専従の者を含む。）との兼任は可能であるが、第１章第２部入院料等において配置が求められている従事者（専任の者を除く。）として従事することはできないことに留意すること。なお、これらの者については、第２章第１部医学管理、第２部在宅医療、第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務（専任として配置が求められる者を含む。）並びに介護施設等への助言に係る業務に従事することは差し支えない。なお、第 38 の１の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士及び専従の非常勤言語聴覚士を常勤理学療法士数、常勤作業療法士数、常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。

（３） 治療・訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室を有していること。専用の機能訓練室は、当該療法を実施する時間帯において「専用」ということであり、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。

（４） 当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を対象患者の状態と当該療法の目的に応じて具備すること。

（５） 認知症疾患医療センターとは、「認知症対策等総合支援事業の実施について」（平成 26 年７月９日老発 0709 第３号老健局長通知）における、基幹型センター及び地域型センターとして、都道府県知事又は指定都市市長が指定した保険医療機関であること。

２ 届出に関する事項

（１） 認知症患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 43 の３を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様及び勤務時間等を別添２の様式 44 の２を用いて提出すること。

（３） 当該治療が行われる専用の機能訓練室の平面図を添付すること。

第 47 の３の２ リンパ浮腫複合的治療料

１ リンパ浮腫複合的治療料に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関に、次の要件を全て満たす専任の常勤医師１名以上及び専任の常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士１名以上が勤務していること。なお、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、非常勤看護師、非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士（それぞれ次の要件を全て満たす者に限る。）をそれぞれ２名以上組み合わせることにより、常勤医師、常勤看護師、常勤理学療法士又は常勤作業療法士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師、非常勤看護師、非常勤理学療法士又は非常勤作業療法士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たしていることとみなすことができる。

ア それぞれの資格を取得後２年以上経過していること。

イ　直近２年以内にリンパ浮腫を５例以上経験していること。

ウ　リンパ浮腫の複合的治療について(イ)から(ハ)までの要件を全て満たす研修を修了していること。なお、座学の研修を実施した主体と実技を伴う研修を実施した主体が異なっても、それぞれが(イ)から(ハ)までの要件を全て満たしていれば差し支えない。

（イ）　国、関係学会、医療関係団体等で、過去概ね３年以上にわたり医師、看護師、理学療法士又は作業療法士を対象とした教育・研修の実績があるものが主催し、修了証が交付されるものであること。

（ロ）　内容、実施時間等について「専門的なリンパ浮腫研修に関する教育要綱」（厚生労働省後援事業「がん医療に関わる医療従事者向けのがんのリハビリテーションに関する研修事業」リンパ浮腫研修運営委員会）に沿ったものであること。ただし、医師（専らリンパ浮腫複合的治療に携わる他の従事者の監督を行い、自身では直接治療を行わないものに限る。）については、座学の研修のみを修了すればよい。

（ハ）　研修の修了に当たっては原則として試験を実施し、理解が不十分な者については再度の受講等を求めるものであること。

（２）　当該保険医療機関が、直近１年間にリンパ浮腫指導管理料を 50 回以上算定していること又はリンパ浮腫の診断等に係る連携先として届け出た保険医療機関において、直近１年間にリンパ浮腫指導管理料を 50 回以上算定していること。

（３）　当該保険医療機関又は合併症治療に係る連携先として届け出た別の保険医療機関において、入院施設を有し、内科、外科又は皮膚科を標榜し、蜂窩織炎等のリンパ浮腫に係る合併症に対する診療を適切に行うことができること。

（４）　治療を行うために必要な施設及び器械・器具として以下のものを具備していること。

歩行補助具、治療台、各種測定用器具（巻尺等）

（５）　治療に関する記録（医師の指示、実施時間、実施内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能である。

２　届出に関する事項

リンパ浮腫複合的治療料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 43 の７を用いること。

第 47 の４　集団コミュニケーション療法料

１　集団コミュニケーション療法料に関する施設基準

（１）　専任の常勤医師が１名以上勤務していること。なお、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を２名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２）　専従する常勤言語聴覚士が１名以上勤務すること。なお、当該専従の常勤言語聴覚士は、第７部リハビリテーション第１節（心大血管疾患リハビリテーション料を除く。）において配置が求められている言語聴覚士（専従の者を含む。）との兼任は可能であるが、当該従事者は第１章第２部入院料等において配置が求められている従事者（専任の者を除く。）として従事することはできないことに留意すること。なお、第２章第１部医学管理、第２部在宅医療、第７部リハビリテーション、第８部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務（専任として配置が求められる者を含む。）並びに介

護施設等への助言に係る業務に従事することは差し支えない。さらに、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従の非常勤言語聴覚士を２名以上組み合わせることにより、常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（３） 次に掲げる当該療法を行うための専用の療法室及び必要な器械・器具を有していること。

ア 専用の療法室

集団コミュニケーション療法を行うに当たっては、集団コミュニケーション療法室（内法による測定で８平方メートル以上）を１室以上有していること（言語聴覚療法以外の目的で使用するものは集団コミュニケーション療法室に該当しないものとする。なお言語聴覚療法における個別療法室と集団コミュニケーション療法室の共用は可能なものとする）。

イ 必要な器械・器具（主なもの）

簡易聴力スクリーニング検査機器、音声録音再生装置、ビデオ録画システム、各種言語・心理・認知機能検査機器・用具、発声発語検査機器・用具、各種診断・治療材料（絵カード他）

（４） 平成 26 年３月 31 日において、現に集団コミュニケーション療法料の届出を行っている保険医療機関については、当該療法室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５） リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

２ 届出に関する事項

（１） 集団コミュニケーション療法料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 44 を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師及び言語聴覚士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式 44 の２を用いて提出すること。

（３） 当該治療が行われる専用の療法室の配置図及び平面図を添付すること。

第 47 の５ 歯科口腔リハビリテーション料２

１ 歯科口腔リハビリテーション料２に関する施設基準

（１） 歯科又は歯科口腔外科を標榜し、当該診療科に係る５年以上の経験及び当該療養に係る３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。

（２） 顎関節症の診断に用いる磁気共鳴コンピュータ断層撮影（ＭＲＩ撮影）機器を設置していること。なお、当該医療機器を設置していない保険医療機関は、当該医療機器を設置している病院と連携が図られていること。

２ 届出に関する事項

歯科口腔リハビリテーション料２の施設基準に係る届出は、別添２の様式 44 の４を用いること。

第47の６　経頭蓋磁気刺激療法

１　経頭蓋磁気刺激療法に関する施設基準

（１）　精神科を標榜している病院であること

（２）　うつ病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有し、本治療に関する所定の研修を修了している常勤の精神科の医師が１名以上勤務していること。

（３）　認知療法・認知行動療法に関する研修を修了した専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が１名以上勤務していること。

（４）　次のいずれかの施設基準に係る届出を行っている病院であること。

（イ）　「Ａ２３０－４」精神科リエゾンチーム加算

（ロ）　「Ａ２３８－６」精神科救急搬送患者地域連携紹介加算

（ハ）　「Ａ２３８－７」精神科救急搬送患者地域連携受入加算

（ニ）　「Ａ２４９」精神科急性期医師配置加算

（ホ）　「Ａ３１１」精神科救急急性期医療入院料

（ヘ）　「Ａ３１１－２」精神科急性期治療病棟入院料

（ト）　「Ａ３１１－３」精神科救急・合併症入院料

２　届出に関する事項

経頭蓋磁気刺激療法に関する施設基準に係る届出は、別添２の様式44の８を用いること。

第47の７　通院・在宅精神療法

１　通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算に関する施設基準

20歳未満の精神疾患を有する患者の診療を行うにつき相当の実績を有している保険医療機関であること。なお、「相当の実績を有する」とは以下のことをいう。

（１）　当該保険医療機関に、精神保健指定医に指定されてから５年以上にわたって主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を有する専任の常勤精神保健指定医が１名以上勤務していること。なお、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（精神保健指定医に指定されてから５年以上にわたって主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を有する精神保健指定医に限る。）を２名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２）　（１）の他、主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験１年以上を含む精神科の経験３年以上の専任の常勤精神科医が、１名以上勤務していること。なお、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精神科医（主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験１年以上を含む精神科の経験３年以上の医師に限る。）を２名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（３）　20歳未満の患者に対する当該療法に専任の精神保健福祉士又は公認心理師が１名以上配置されていること。

（４） 当該保険医療機関が過去６か月間に当該療法を実施した 16 歳未満の患者の数が、月平均 40 人以上であること。

（５） 診療所である保険医療機関の場合は、（１）から（４）までに加え、当該保険医療機関が過去６か月間に当該療法を実施した患者のうち、50％以上が 16 歳未満の者であること。

２ 通院・在宅精神療法の療養生活継続支援加算の施設基準

（１） 当該保険医療機関内に、当該支援に専任の精神保健福祉士が１名以上勤務していること。

（２） 当該支援を行う保健師、看護師又は精神保健福祉士が同時に担当する療養生活継続支援の対象患者の数は１人につき 30 人以下であること。また、それぞれの保健師、看護師又は精神保健福祉士が担当する患者の一覧を作成していること。

３ 通院・在宅精神療法の児童思春期支援指導加算の施設基準

（１） 児童思春期支援指導加算１の施設基準

ア 児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した精神科の専任の常勤医師が１名以上配置されていること。ただし、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を２名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

イ 児童思春期の患者に対する当該支援に専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師が２名以上かつ２職種以上配置されており、そのうち１名以上は児童思春期の患者に対する精神医療に係る適切な研修を修了した者であること。

ウ ア及びイにおける適切な研修とは以下のものをいうこと。

（イ） 国又は医療関係団体等が主催する研修であること（15 時間以上の研修期間であるものに限る。）。

（ロ） 講義及び演習により次の内容を含むものであること。

① 児童・思春期の精神医療における診察

② 児童・思春期の精神医療における治療

③ 家族面接

④ 発達障害の支援

⑤ 児童・思春期の精神医療における多職種の業務及び連携

（ハ） 研修には、複数職種によるグループワークやディスカッション等を含むこと。

エ 当該保険医療機関が過去６か月間に初診を実施した 20 歳未満の患者の数が、月平均８人以上であること。

（２） 児童思春期支援指導加算２の施設基準

ア （１）のアからウを満たすこと。

イ 当該保険医療機関が過去３か月間に初診を実施した 20 歳未満の患者の数が、月平均４人以上であること。

４ 通院・在宅精神療法の早期診療体制充実加算の施設基準

（１） 早期診療体制充実加算１の施設基準

ア 常勤の精神保健指定医が１名以上配置されていること。

イ　当該保険医療機関が過去６か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数に占める、通院・在宅精神療法の「１」のロ若しくはハの（１）又は「２」のロ若しくはハの（１）若しくは（２）の算定回数の合計の割合が５％以上であること。

ウ　当該保険医療機関が過去６か月間に実施した通院・在宅精神療法の「１」のロの（１）又は「２」のロの（１）の算定回数及び「１」のロの（２）又は「２」のロの（２）の算定回数を２で除した回数の合計算定回数を、当該保険医療機関に勤務する精神科を担当する医師の数で除した数が 60 以上であること。

エ　地域の精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関であること。具体的には、(イ)から(ハ)までのいずれかを満たしていること。

(イ)　「精神科救急医療体制整備事業の実施について」（平成 20 年５月 26 日障発第 0526001 号）に規定する精神科救急医療確保事業（以下「精神科救急医療確保事業」という。）において常時対応型施設として指定を受けている医療機関又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関であること。

(ロ)　精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であって、①又は②のいずれかに該当すること。

①　時間外、休日又は深夜における入院件数が年４件以上であること。そのうち１件以上は、精神科救急医療体制整備事業における精神科救急情報センター（以下「精神科救急情報センター」という。）、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業における精神医療相談窓口（以下「精神医療相談窓口」という。）、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下エにおいて同じ。）、市町村、保健所、警察又は消防（救急車）からの依頼であること。

②　時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年 10 件以上であること。なお、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察又は消防（救急車）等からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。

(ハ)　次の①及び③又は②及び③を満たしていること。

①　精神科救急医療確保事業において外来対応施設として指定を受けている医療機関であること。

②　時間外対応体制加算１の届出を行っていること。

③　精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。

オ　当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が、精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年１回以上行っていること。なお、当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が２名以上勤務している場合は、少なくとも２名が精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年１回以上行っていること。

カ　次のいずれかを満たしていること。

（イ） １、２又は３に規定する各加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（ロ） 「Ａ２３０－４」に掲げる精神科リエゾンチーム加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（ハ） 「Ａ２３１－３」に掲げる依存症入院医療管理加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（ニ） 「Ａ２３１－４」に掲げる摂食障害入院医療管理加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（ホ） 「Ａ２４６－２」に掲げる精神科入退院支援加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（ヘ） 「Ａ３１１－４」に掲げる児童・思春期精神科入院医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（ト） 「Ｉ００３－２」に掲げる認知療法・認知行動療法に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（チ） 「Ｉ００６－２」に掲げる依存症集団療法１、２又は３に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（リ） 「Ｉ０１６」に掲げる精神科在宅患者支援管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

（ヌ） 当該保険医療機関がクロザピンを処方する体制を有していること。具体的には、当該保険医療機関がクロザリル患者モニタリングサービスの登録医療機関であること。

（２） 早期診療体制充実加算２の施設基準

ア 病院であること。

イ （１）のア、イ及びエからカまでを満たしていること。

（３） 早期診療体制充実加算３の施設基準

ア 診療所であること。

イ （１）のア、オ及びカを満たしていること。

ウ 当該保険医療機関が過去６か月間に実施した通院・在宅精神療法の算定回数に占める、通院・在宅精神療法の「１」のロ若しくはハの（１）又は「２」のロ若しくはハの（１）若しくは（２）の算定回数の合計の割合が２％以上であること。

エ 当該保険医療機関が過去６か月間に実施した通院・在宅精神療法の「１」のロの（１）又は「２」のロの（１）の算定回数及び「１」のロの（２）又は「２」のロの（２）の算定回数を２で除した回数の合計算定回数を、当該保険医療機関に勤務する精神科を担当する医師の数で除した数が 24 以上であること。

オ 以下のいずれかを満たすこと。

（イ） 精神科救急医療確保事業において常時対応型施設若しくは病院群輪番型施設として指定を受けている又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている病院（以下この項において連携病院という。）と連携し、以下の①から③までを満たしていること。

① １年に１回以上、連携病院に入院中の患者に対して共同指導を行うことで、退院時共同指導料１又は精神科退院時共同指導料１を算定していること。

② 当該診療所に通院している患者への時間外や休日の対応及び緊急時の入院受け入れを連携病院が行うこと、連携病院から退院した患者を当該診療所において受け入れること等、相互に連携しており、緊急患者の受け入れに当たっては、連携病院が当該診療所に対して、常時連絡できる連絡先を伝えていること。当該内容を含め、明確に連携していることを示す文書を取り交わしていること。なお、当該診療所は必要に応じて、連携病院からの問い合わせ等に対応すること。

③ 連携している病院名及び連絡先を当該診療所内に掲示していること。

（ロ） （１）のエを満たしていること。

５ 情報通信機器を用いた精神療法の施設基準

（１） 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

（２） 厚生労働省「情報通信機器を用いた精神療法の適切な実施に関する指針」（以下「オンライン精神療法指針」という。）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。

（３） オンライン精神療法指針において「オンライン精神療法を実施する医師や医療機関については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに資するよう、地域における精神科医療の提供体制への貢献が求められる」とされていることから、以下のア及びウ又はイ及びウを満たすこと。

ア 地域の精神科救急医療体制の確保に協力している保険医療機関であること。具体的には、（イ）から（ハ）までのいずれかを満たしていること。

（イ） 精神科救急医療確保事業において常時対応型施設として指定を受けている医療機関又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関であること。

（ロ） 精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関であって、①又は②のいずれかに該当すること。

① 時間外、休日又は深夜における入院件数が年４件以上であること。そのうち１件以上は、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県（政令市の地域を含むものとする。以下アにおいて同じ。）、市町村、保健所、警察又は消防（救急車）からの依頼であること。

② 時間外、休日又は深夜における外来対応件数が年 10 件以上であること。なお、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県、市町村、保健所、警察又は消防（救急車）等からの依頼の場合は、日中の対応であっても件数に含む。

（ハ） 次の①及び③又は②及び③を満たしていること。

① 精神科救急医療確保事業において外来対応施設として指定を受けている医療機関であること。

② 時間外対応体制加算１の届出を行っていること。

③ 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、や

むを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。

イ　精神科救急医療確保事業において常時対応型施設若しくは病院群輪番型施設として指定を受けている又は身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている病院（以下この項において連携病院という。）と連携し、以下のいずれも満たしていること。

（イ）　診療所であること。

（ロ）　１年に１回以上、連携病院に入院中の患者に対して共同指導を行うことで、退院時共同指導料１又は精神科退院時共同指導料１を算定していること。

（ハ）　当該診療所に通院している患者への時間外や休日の対応及び緊急時の入院受け入れを連携病院が行うこと、連携病院から退院した患者を当該診療所において受け入れること等、相互に連携しており、緊急患者の受け入れに当たっては、連携病院が当該診療所に対して、常時連絡できる連絡先を伝えていること。当該内容を含め、明確に連携していることを示す文章を取り交わしていること。なお、当該診療所は必要に応じて、連携病院からの問い合わせ等に対応すること。

（ニ）　連携している病院名及び連絡先を当該診療所内に掲示していること。

ウ　当該保険医療機関において情報通信機器を用いた精神療法を実施する精神保健指定医が、精神科救急医療体制の確保への協力を行っていること。具体的には、次のいずれかの実績があること。

（イ）　時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等を含む。）での外来診療又は救急医療機関への診療協力（外来、当直又は対診）を年６回以上行うこと（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）。

（ロ）　精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等を年１回以上行っていること。

（４）　初診において、情報通信機器を用いた精神療法を行う場合は、精神保健福祉センター、保健所及び市区町村からの相談等に平時から対応すること等により、精神保健福祉センター、保健所及び市区町村との連携体制を構築していること。

６　通院・在宅精神療法の注 13 に関する施設基準

以下のいずれかを満たすこと

（１）　以下のいずれかを満たす保険医療機関において実施されていること。

ア　「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する以下のいずれかの医療機関において、行われていること。

（イ）　身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関

（ロ）　精神科救急医療確保事業において常時対応型施設又は病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関

イ　精神病床を有する特定機能病院

ウ　急性期病院精神病棟入院基本料を届け出ている病院

（２）　以下を全て満たす医師により行われていること。

ア　令和８年５月 31 日時点において、精神医療に 20 年以上従事していること。

イ　過去１年間に心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号）第 42 条第１項第１号又は第 61 条第１項第１号の決定に

より入院している者若しくは第 42 条第１項第２号又は第 51 条第１項第２号による決定を受けた対象者を診察している又は精神科医療に関する行政機関の業務（保健所又は児童相談所の嘱託医、障害支援区分の市町村の審査会委員、その他精神保健医療に関し行政機関に雇用、委託又は委嘱されて実施する業務）を行っていること。

7　届出に関する事項

（１）　通院・在宅精神療法の児童思春期精神科専門管理加算に関する施設基準に係る届出は、別添２の様式４及び様式 44 の５を用いること。

（２）　通院・在宅精神療法の療養生活継続支援加算に関する施設基準に係る届出は、別添２の様式 44 の５の２を用いること。

（３）　通院・在宅精神療法の心理支援加算に関する施設基準に係る届出は、別添２の様式 44 の５の２を用いること。

（４）　通院・在宅精神療法の児童思春期支援指導加算に関する施設基準に係る届出は、別添２の様式 44 の５の２を用いること。

（５）　通院・在宅精神療法の早期診療体制充実加算に関する施設基準に係る届出は、別添２の様式 44 の５の３を用いること。

（６）　情報通信機器を用いた精神療法に関する施設基準に係る届出は、別添２の様式 44 の５の３を用いること。

（７）　通院・在宅精神療法の注 13 に関する施設基準に係る届出は、別添２の様式 44 の５の５を用いること。

第 47 の８　救急患者精神科継続支援料

１　救急患者精神科継続支援料に関する施設基準

（１）　「Ａ２３０－４」精神科リエゾンチーム加算の届出を行っていること。

（２）　自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤医師が１名以上配置されていること。なお、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（自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した医師に限る。）を２名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（３）　自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導等を行うための適切な研修を修了した専任の常勤精神保健福祉士及び専任の常勤看護師、専任の常勤作業療法士、専任の常勤公認心理師又は専任の常勤社会福祉士が、１名以上配置されていること。

（４）　(２)及び(３)における適切な研修とは、次のものをいうこと。

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（16 時間以上の研修期間であるものに限る。）。

イ　講義及び演習により次の内容を含むものであること。

（イ）　自殺死亡者及び自殺企図後の患者についての基本的事項

（ロ）　救急搬送された自殺企図後の患者のケースマネジメントの概要

（ハ） 自殺企図のリスク因子と防御因子について
（ニ） 自殺企図後の患者とのコミュニケーション技法について
（ホ） 初回ケースマネジメント面接について
（ヘ） 定期ケースマネジメントについて
（ト） ケースマネジメントの終了について
（チ） インシデント対応について
（リ） ポストベンションについて
（ヌ） チーム医療とセルフケアについて

ウ 研修にはグループワークや、救急搬送された自殺企図後の患者のケースマネジメントを豊富に経験している者による実技指導やロールプレイ等を含むこと。

2 届出に関する事項

救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 44 の６を用いること。

第 48 認知療法・認知行動療法

1 認知療法・認知行動療法１に関する施設基準

当該保険医療機関内に、専任の認知療法・認知行動療法に習熟した医師が１名以上勤務していること。

2 認知療法・認知行動療法２に関する施設基準

（1） １を満たしていること。

（2） 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の常勤看護師が１名以上勤務していること。

ア 認知療法・認知行動療法１の届出医療機関における外来に２年以上勤務し、治療に係る面接に 60 回以上同席した経験があること。

イ うつ病等の気分障害の患者に対して、当該看護師が認知療法・認知行動療法の手法を取り入れた面接を過去に５症例 60 回以上実施していること。

ウ 認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。

（イ） 国、関係学会、医療関係団体等が主催し修了証が交付されるものであること。

（ロ） 厚生労働科学研究班作成の「うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル」（平成 21 年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」）に準拠したプログラムによる２日以上のものであること。

（ハ） 講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。

3 認知療法・認知行動療法３に関する施設基準

（1） １を満たしていること。

（2） 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の常勤公認心理師が１名以上勤務していること。

ア 認知療法・認知行動療法１の届出医療機関における外来に２年以上勤務し、治療に係る面接に 60 回以上同席した経験があること。

イ　うつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害又は神経性過食症の患者に対して、当該公認心理師が認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に係る面接を過去に５症例 60 回以上実施していること。

ウ　認知療法・認知行動療法について下記の要件を全て満たす研修を修了していること。

（イ）　国、関係学会、医療関係団体等が主催し修了証が交付されるものであること。

（ロ）　認知行動療法の基本的技能に係る内容を含む２日以上のものであること。

（ハ）　講師に、厚生労働省による「認知行動療法研修事業」においてスーパーバイザーを経験した者が含まれていること。

４　届出に関する事項

認知療法・認知行動療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式 44 の３を用いること。

第 48 の１の２　依存症集団療法

１　依存症集団療法の「１」（薬物依存症の場合）に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関に、専任の精神科医及び専任の看護師又は専任の作業療法士がそれぞれ１名以上勤務していること（いずれも薬物依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了した者に限る。）。

（２）（１）における適切な研修とは以下のものをいうこと。

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（14 時間以上の研修期間であるものに限る。）。

イ　研修内容に以下の内容を含むこと。

（イ）　依存症の疫学、依存性薬物の薬理学的特徴と乱用の動向

（ロ）　依存症患者の精神医学的特性

（ハ）　薬物の使用に対する司法上の対応

（ニ）　依存症に関連する社会資源

（ホ）　依存症に対する集団療法の概要と適応

（ヘ）　集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点

ウ　研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含むこと。

２　依存症集団療法の「２」（ギャンブル依存症の場合）に関する施設基準

（１）　「依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関の整備について」（平成 29 年６月 13 日障発 0613 第４号）における依存症専門医療機関であること。

（２）　当該保険医療機関に、専任の精神科医及び専任の看護師又は専任の作業療法士がそれぞれ１名以上勤務していること（ギャンブル依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了した者に限る。）。

（３）（２）における適切な研修とは以下のものをいうこと。

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（８時間以上の研修時間であるものに限る。）。

イ　研修内容に以下の内容を含むこと。

（イ）　ギャンブル依存症の疫学、ギャンブル依存症の特徴

（ロ）　ギャンブル依存症患者の精神医学的特性

（ハ） ギャンブル依存症に関連する社会資源

（ニ） ギャンブル依存症に対する集団療法の概要と適応

（ホ） 集団療法参加患者に対する外来対応上の留意点

ウ　研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含むこと。

3　依存症集団療法の「3」（アルコール依存症の場合）に関する施設基準

（1） 当該保険医療機関に、専任の精神科医及び専任の看護師又は専任の作業療法士がそれぞれ1名以上勤務していること（いずれもアルコール依存症に対する集団療法に係る適切な研修を修了した者に限る。）。

（2） （1）における適切な研修とは以下のものをいうこと。

ア　国又は医療関係団体が主催する研修であること（8時間以上の研修時間であるものに限る。）。

イ　医師の研修については、研修内容に以下の内容を含むこと。

（イ） アルコール精神医学

（ロ） アルコールの公衆衛生学

（ハ） アルコール依存症と家族

（ニ） 再飲酒予防プログラム

（ホ） アルコール関連問題の予防

（ヘ） アルコール内科学及び生化学

（ト） グループワーク

ウ　看護師の研修については、研修内容に以下の内容を含むこと。

（イ） アルコール依存症の概念と治療

（ロ） アルコール依存症者の心理

（ハ） アルコール依存症の看護・事例検討

（ニ） アルコール依存症と家族

（ホ） アルコールの内科学

（ヘ） グループワーク

エ　作業療法士の研修については、研修内容に以下の内容を含むこと。

（イ） アルコール依存症の概念と治療

（ロ） アルコール依存症のインテーク面接

（ハ） アルコール依存症と家族

（ニ） アルコールの内科学

（ホ） アルコール依存症のケースワーク・事例検討

（ヘ） グループワーク

オ　研修にはデモセッションの見学や、実際のプログラム実施法に関するグループワーク等を含むこと。

4　届出に関する事項

依存症集団療法の施設基準に係る届出は、別添2の様式44の7を用いること。

第 48 の２　精神科作業療法

１　精神科作業療法に関する施設基準

（１）　作業療法士は、専従者として最低１人が必要であること。ただし、精神科作業療法を実施しない時間帯において、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下この項において「精神科ショート・ケア等」という。）に従事することは差し支えない。また、精神科作業療法と精神科ショート・ケア等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科ショート・ケア等の専従者として届け出ることは可能である。

（２）　患者数は、作業療法士１人に対しては、１日 50 人を標準とすること。

（３）　作業療法を行うためにふさわしい専用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、作業療法士１人に対して 50 平方メートル（内法による測定による。）を基準とすること。なお、当該専用の施設は、精神科作業療法を実施している時間帯において「専用」ということであり、当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において、他の用途に使用することは差し支えない。

（４）　平成 26 年３月 31 日において、現に精神科作業療法の届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（３）の内法の規定を満たしているものとする。

（５）　当該療法を行うために必要な専用の器械・器具を対象患者の状態と当該療法の目的に応じて具備すること。

代表的な諸活動：創作活動（手工芸、絵画、音楽等）、日常生活活動（調理等）、通信・コミュニケーション・表現活動（パーソナルコンピュータ等によるものなど）、各種余暇・身体活動（ゲーム、スポーツ、園芸、小児を対象とする場合は各種玩具等）、職業関連活動等

（６）　精神科病院又は精神病棟を有する一般病院にあって、入院基本料（特別入院基本料を除く。）、精神科急性期治療病棟入院料、精神療養病棟入院料又は精神科地域包括ケア病棟入院料を算定する入院医療を行っていること。ただし、当分の間、精神病棟入院基本料の特別入院基本料を算定している場合も算定できることとする。

２　届出に関する事項

（１）　精神科作業療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式 45 を用いること。

（２）　当該治療に従事する作業療法士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。

（３）　当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第 49　精神科ショート・ケア「大規模なもの」

１　精神科ショート・ケア「大規模なもの」に関する施設基準

（１）　精神科ショート・ケアであって大規模なものを実施するに当たっては、その従事者及び１日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。ただし、専従者については、精神科ショート・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下この項において「精神科作業療法等」という。）に従事することは差し支えない。また、精神科ショート

・ケアと精神科作業療法等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科作業療法等の専従者として届け出ることは可能である。

ア　精神科の医師及び専従する３人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア若しくは精神科デイ・ケアの経験を有する看護師のいずれか１人、看護師１人、公認心理師、精神保健福祉士のいずれか１人を含む。）の４人で構成される場合にあっては、患者数は、当該従事者４人に対して１回 50 人を限度とすること。

イ　アに規定する４人で構成される従事者に、更に、精神科医師１人及びアに規定する精神科医師以外の従事者１人を加えて、６人で従事者を構成する場合にあっては、患者数は、当該従事者６人に対して１回 70 人を限度とすること。

（２）　精神科ショート・ケアを行うにふさわしい専用の施設（内法による測定で広さ 60 平方メートル以上とし、かつ、患者１人当たりの面積は、内法による測定で 4.0 平方メートルを標準とする。）又は同等の面積を有する精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有すること。

（３）　平成 26 年３月 31 日において、現に精神科ショート・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

（４）　（１）で規定する従事者が共同して、別添２の様式 46 の２又はこれに準じる様式により疾患等に応じた診療計画が作成されていること。

２　届出に関する事項

（１）　精神科ショート・ケア「大規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添２の様式 46 を用いること。

（２）　当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

（３）　当該治療が行われる専用の施設の平面図を添付すること。

第 50　精神科ショート・ケア「小規模なもの」

１　精神科ショート・ケア「小規模なもの」に関する施設基準

（１）　精神科医師及び専従する１人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師のいずれか１人）の２人で構成される場合には、患者数は、当該従事者２人に対しては１回 20 人を限度とすること。なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を有していることが望ましい。ただし、専従者については、精神科ショート・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下この項において「精神科作業療法等」という。）に従事することは差し支えない。また、精神科ショート・ケアと精神科作業療法等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科作業療法等の専従者として届け出ることは可能である。

（２）　精神科ショート・ケアを行うにふさわしい専用の施設（内法による測定で広さ 30 平方メートル以上とし、患者１人当たりの面積は、内法による測定で 3.3 平方メートルを標準と

する。）又は同等の面積を有する精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有すること。

（３） 平成 26 年３月 31 日において、現に精神科ショート・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

２　届出に関する事項

（１） 精神科ショート・ケア「小規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添２の様式 46 を用いること。

（２） 当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

（３） 当該治療が行われる専用の施設の平面図を添付すること。

第 51　精神科デイ・ケア「大規模なもの」

１　精神科デイ・ケア「大規模なもの」に関する施設基準

（１） 精神科デイ・ケアであって大規模なものを実施するに当たっては、その従事者及び１日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。ただし、専従者については、精神科デイ・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科ショート・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下この項において「精神科作業療法等」という。）に従事することは差し支えない。また、精神科デイ・ケアと精神科作業療法等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科作業療法等の専従者として届け出ることは可能である。

ア　精神科医師及び専従する３人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケアの経験を有する看護師のいずれか１人、看護師１人、公認心理師、精神保健福祉士の１人）の４人で構成される場合にあっては、患者数は、当該従事者４人に対して１日 50 人を限度とすること。

イ　アに規定する４人で構成される従事者に、更に、精神科医師１人及びアに規定する精神科医師以外の従事者１人を加えて、６人で従事者を構成する場合にあっては、患者数は、当該従事者６人に対して１日 70 人を限度とすること。

（２） 精神科デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、内法による測定で 60 平方メートル以上とし、かつ、患者１人当たりの面積は内法による測定で 4.0 平方メートルを標準とすること。

（３） 平成 26 年３月 31 日において、現に精神科デイ・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

（４） （１）で規定する従事者が共同して、別添２の様式 46 の２又はこれに準じる様式により疾患等に応じた診療計画が作成されていること。

（５） 精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する保険医療機関にあっては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならないこと。

２　届出に関する事項

（１） 精神科デイ・ケア「大規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添２の様式 46 を用いること。

（２） 当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

（３） 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第 52　精神科デイ・ケア「小規模なもの」

１　精神科デイ・ケア「小規模なもの」に関する施設基準

（１） 精神科医師及び専従する２人の従事者（作業療法士、精神保健福祉士又は公認心理師等のいずれか１人、看護師１人）の３人で構成される場合には、患者数は、当該従事者３人に対しては１日 30 人を限度とすること。なお、看護師は精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアの経験を有していることが望ましい。ただし、専従者については、精神科デイ・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科ショート・ケア、精神科ナイト・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下この項において「精神科作業療法等」という。）に従事することは差し支えない。また、精神科デイ・ケアと精神科作業療法等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科作業療法等の専従者として届け出ることは可能である。

（２） 精神科デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、内法による測定で 40 平方メートル以上とし、かつ、患者１人当たりの面積は、内法による測定で 3.3 平方メートルを標準とするものであること。

（３） 平成 26 年３月 31 日において、現に精神科デイ・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

（４） 精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する保険医療機関にあっては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならないこと。

２　届出に関する事項

（１） 精神科デイ・ケア「小規模なもの」の施設基準に係る届出については、別添２の様式 46 を用いること。

（２） 当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

（３） 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第 53　精神科ナイト・ケア

1　精神科ナイト・ケアに関する施設基準

（1）　精神科医師及び専従する２人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア若しくは精神科ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか１人、看護師又は精神保健福祉士若しくは公認心理師等のいずれか１人）の３人で構成される場合には、患者数は、当該従事者３人に対しては、１日 20 人を限度とすること。ただし、専従者については、精神科ナイト・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下この項において「精神科作業療法等」という。）に従事することは差し支えない。また、精神科ナイト・ケアと精神科作業療法等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科作業療法等の専従者として届け出ることは可能である。

（2）　精神科ナイト・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しており、当該専用の施設の広さは、内法による測定で 40 平方メートル以上とし、かつ、患者１人当たりの面積は、内法による測定で 3.3 平方メートルを標準とすること。

（3）　平成 26 年３月 31 日において、現に精神科ナイト・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（2）の内法の規定を満たしているものとする。

（4）　精神科デイ・ケアと精神科ナイト・ケアを同一施設で実施する保険医療機関にあっては、両者を同一時間帯に混在して実施してはならないこと。

2　届出に関する事項

（1）　精神科ナイト・ケアの施設基準に係る届出については、別添２の様式 46 を用いること。

（2）　当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

（3）　当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第 54　精神科デイ・ナイト・ケア

1　精神科デイ・ナイト・ケアに関する施設基準

（1）　精神科デイ・ナイト・ケアを実施するに当たっては、その従事者及び１日当たり患者数の限度が次のいずれかであること。ただし、専従者については、精神科デイ・ナイト・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア及び重度認知症患者デイ・ケア（以下この項において「精神科作業療法等」という。）に従事することは差し支えない。また、精神科デイ・ナイト・ケアと精神科作業療法等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科作業療法等の専従者として届け出ることは可能である。

ア　精神科医師及び専従する２人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか１人及び看護師、精神保健福祉士、公認心理師又は栄養士のいずれか１人）

の３人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者３人に対して１日 30 人を限度とすること。

イ　精神科医師及び専従する３人の従事者（作業療法士又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師のいずれか１人、看護師又は准看護師のいずれか１人及び精神保健福祉士、公認心理師又は栄養士のいずれか１人）の４人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者４人に対して１日 50 人を限度とすること。

ウ　イに規定する４人に、イに規定する精神科医師以外の従事者２人を加えて、６人で従事者を構成する場合にあっては、患者数が当該従事者６人に対して１日 70 人を限度とすること。ただし、イにおいていずれか１人と規定されている従事者の区分ごとに同一区分の従事者が２人を超えないこと。なお、看護師又は准看護師の代わりに、１名に限り、看護補助者をもって充てることができる。

（２）　精神科デイ・ナイト・ケアを行うにふさわしい専用の施設又は精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア若しくは精神科デイ・ナイト・ケアと兼用の施設を有しているものであり、当該施設の広さは、内法による測定で 40 平方メートル以上とし、かつ、患者１人当たりの面積は、内法による測定で 3.3 平方メートルを標準とすること。なお、当該施設には調理設備を有することが望ましい。

（３）　平成 26 年３月 31 日において、現に精神科デイ・ケアの届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

２　届出に関する事項

（１）　精神科デイ・ナイト・ケアの施設基準に係る届出については、別添２の様式 46 を用いること。

（２）　当該ケアの従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。なお、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師については、その旨を備考欄に記載すること。

（３）　当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第 54 の１の２　精神科訪問看護・指導料

１　訪問看護医療ＤＸ情報活用加算に関する施設基準

（１）　電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。

（２）　オンライン資格確認を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向け総合ポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。

（３）　居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、看護師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制を有していること。

（４）　医療ＤＸ推進の体制に関する事項及び質の高い訪問看護を実施するための十分な情報を取得・活用して訪問看護を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。具体的には、次に掲げる事項を掲示していること。

ア　看護師等が居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して訪問看護・指導を実施している保険医療機関であること。

イ　マイナ保険証の利用を促進する等、医療ＤＸを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であること。

（５）　（４）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

２　届出に関する事項

訪問看護医療ＤＸ情報活用加算の施設基準に係る届出は別添２の様式 20 の３の４を用いること。

第 54 の２　抗精神病特定薬剤治療指導管理料

１　治療抵抗性統合失調症治療指導管理料に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関において、統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する常勤医師と常勤薬剤師がそれぞれ１名以上配置されていること。なお、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非常勤医師（統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する医師に限る。）を２名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２）　副作用に対応できる体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の施設基準に係る届出は別添２の様式 46 の３を用いること。

第 55　重度認知症患者デイ・ケア料

１　重度認知症患者デイ・ケア料に関する施設基準

（１）　重度認知症患者デイ・ケアを実施するに当たっては、その従事者及び１日当たりの患者数の限度が次のいずれかであること。ただし、専従者については、重度認知症患者デイ・ケアを実施しない時間帯において、精神科作業療法、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア及び精神科デイ・ナイト・ケア（以下この項において「精神科作業療法等」という。）に従事することは差し支えない。また、重度認知症患者デイ・ケア料と精神科作業療法等の実施日・時間が異なる場合にあっては、精神科作業療法等の専従者として届け出ることは可能である。

ア　精神科医師及び専従する３人の従事者（作業療法士１人、看護師１人及び精神科病棟に勤務した経験を有する看護師、精神保健福祉士又は公認心理師のいずれか１人）の４人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者４人に対して１日 25 人を限度とする。

イ　アに規定する４人で構成される従事者に加えて、精神科医師１人及び専従する３人の従事者（作業療法士１人、看護師１人及び精神科病棟に勤務した経験を有する看護師、精神保健福祉士又は公認心理師のいずれか１人）の８人で構成する場合にあっては、患者数が当該従事者８人に対し１日 50 人を限度とする。

ウ　夜間ケアを実施するに当たっては、アに規定する４人に、アに規定する精神科医師以外の専従の従事者１人を加えて、５人で従事者を構成する場合にあっては、患者数が当該従事者５人に対し１日 25 人を限度とする。

エ　夜間ケアを実施するに当たっては、イに規定する８人に、イに規定する精神科医師以外の専従の従事者２人を加えて、10 人で従事者を構成する場合にあっては、患者数が当該従事者 10 人に対し１日 50 人を限度とする。

（２）　重度認知症患者デイ・ケアを行うにふさわしい専用の施設を有しているものであり、当該専用施設の広さは、内法による測定で 60 平方メートル以上とし、かつ、患者１人当たりの面積は、内法による測定で 4.0 平方メートルを基準とすること。

（３）　平成 26 年３月 31 日において、現に重度認知症患者デイ・ケア料の届出を行っている保険医療機関については、当該専用の施設の増築又は全面的な改築を行うまでの間は、（２）の内法の規定を満たしているものとする。

（４）　重度認知症患者デイ・ケアを行うために必要な専用の器械・器具を具備しているものであること。

２　届出に関する事項

（１）　重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 47 を用いること。

（２）　重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出の受理は、医療法第 70 条に規定する精神科を診療科名として標榜している保険医療機関を単位として行うものであること。

（３）　当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

第 55 の２　精神科在宅患者支援管理料

１　精神科在宅患者支援管理料「１」及び「２」に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関において、以下の要件を満たしていること。

ア　在宅医療を担当する精神科の常勤医師を配置していること。なお、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精神科の非常勤医師（在宅医療を担当する医師に限る。）を２名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

イ　常勤精神保健福祉士を配置していること。

ウ　作業療法士を配置していること。

（２）　当該保険医療機関において精神科訪問看護・指導を担当する常勤の保健師若しくは看護師を配置していること又は精神科訪問看護基本療養費を算定する訪問看護ステーションとして届出を行っている訪問看護ステーションと連携していること。

（３）　精神科在宅患者支援管理料を算定する保険医療機関においては、以下のいずれにも該当し、緊急の連絡体制を確保すると共に、24 時間の往診又は 24 時間の精神科訪問看護若しくは 24 時間の精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保していること。

ア　当該保険医療機関において 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直接連絡が取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家族等に対して説明の上、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取れる連絡先電話番号等を明示すること。

イ　当該保険医療機関において、患者又はその家族等から電話等により意見を求められた場合に常時対応でき、かつ、必要に応じて往診又は精神科訪問看護若しくは精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を有すること。なお、当該保険医療機関が 24 時間往診の体制を有さない場合には、連携する訪問看護ステーション等による 24 時間の精神科訪問看護又は当該保険医療機関による 24 時間の精神科訪問看護・指導を行うことができる体制を確保すること。

ウ　往診又は精神科訪問看護・指導を行う者は、当該保険医療機関の当直体制を担う者とは別の者であること。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。

エ　標榜時間外において、当該保険医療機関を継続的に受診している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備するとともに、必要に応じてあらかじめ連携している保険医療機関に紹介できる体制を有していること。具体的には、(イ)又は(ロ)のいずれかの要件を満たしていること。

(イ)　「Ａ００１」再診料の注 10 に規定する時間外対応体制加算１の届出を行っていること。

(ロ)　精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防（救急車）、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられていること。また、やむを得ない事由により電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。

２　精神科在宅患者支援管理料「３」に関する施設基準

精神科在宅患者支援管理料「１」又は「２」の届出を行っていること。

３　届出に関する事項

（１）　精神科在宅患者支援管理料「１」及び「２」の施設基準に係る届出は別添２の様式 47 の２を用いること。

（２）　精神科在宅患者支援管理料「３」の施設基準に係る届出は別添２の２を用いること。

第 55 の３　精神科オンライン在宅管理料

１　精神科オンライン在宅管理料に関する施設基準

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。

２　届出に関する事項

情報通信機器を用いた診療の届出を行っていればよく、精神科オンライン在宅管理料として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 56　医療保護入院等診療料

１　医療保護入院等診療料に関する施設基準

（１） 常勤の精神保健指定医が１名以上配置されていること。ただし、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精神保健指定医である非常勤医師を２名以上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、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２） 行動制限最小化に係る委員会において次の活動を行っていること。

ア 行動制限についての基本的考え方や、やむを得ず行動制限する場合の手順等を盛り込んだ基本指針の整備。

イ 措置入院、緊急措置入院、医療保護入院及び応急入院に係る患者の病状、院内における行動制限患者の状況に係るレポートをもとに、月１回程度の病状改善、行動制限の状況の適切性及び行動制限最小化のための検討会議。

ウ 当該保険医療機関における精神科診療に携わる職員全てを対象とした、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、隔離拘束の早期解除及び危機予防のための介入技術等に関する研修会の年２回程度の実施。

２ 届出に関する事項

医療保護入院等診療料の施設基準に係る届出は別添２の様式 48 を用いること。

第 56 の２ 医科点数表第２章第９部処置の通則の５並びに歯科点数表第２章第８部処置の通則の６に掲げる処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の施設基準

１ 処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１を算定する診療科を届け出ていること。

２ 次のいずれかを満たしていること。

（１） 「救急医療対策事業実施要綱」（昭和 52 年７月６日医発第 692 号）に規定する第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院又は「疾病・事業及び在宅医療に係る医療提供体制について」（平成 29 年３月 31 日医政地発 0331 第３号）の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針」に規定する「周産期医療の体制構築に係る指針」による総合周産期母子医療センターを設置している保険医療機関であること。

（２） 「災害時における医療体制の充実強化について」（平成 24 年３月 31 日医政地発 0331 第３号）に規定する災害拠点病院、「へき地保健医療対策事業について」（平成 13 年５月 16 日医政発第 529 号）に規定するへき地医療拠点病院又は地域医療支援病院の指定を受けていること。

（３） 基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関であること。

（４） 年間の緊急入院患者数が 200 名以上の実績を有する病院であること。

（５） 全身麻酔による手術の件数が年間 800 件以上の実績を有する病院であること。

３ 緊急入院患者数とは、救急搬送（特別の関係にある保険医療機関に入院する患者を除く。）により緊急入院した患者数及び当該保険医療機関を受診した次に掲げる状態の患者であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要と認めた重症患者のうち、緊急入院した患者数の合計をいう。なお、「周産期医療対策整備事業の実施について」（平成 21 年３月 30 日医政発第 0330011 号厚生労働省医政局長通知）に規定される周産期医療を担う医療機関において救急搬送となった保険診療の対象となる妊産婦については、母体数と胎児数を別に数える。

（１） 吐血、喀血又は重篤な脱水で全身状態不良の状態
（２） 意識障害又は昏睡
（３） 呼吸不全又は心不全で重篤な状態
（４） 急性薬物中毒
（５） ショック
（６） 重篤な代謝異常（肝不全、腎不全、重症糖尿病等）
（７） 広範囲熱傷、顔面熱傷又は気道熱傷
（８） 外傷、破傷風等で重篤な状態
（９） 緊急手術、緊急カテーテル治療・検査又は t-PA 療法を必要とする状態
(10) 消化器疾患で緊急処置を必要とする重篤な状態
(11) 蘇生術を必要とする重篤な状態
(12) （１）から(11)までに準ずるような状態又はその他の重症な状態であって、医師が診察等の結果、緊急に入院が必要であると認めた重症患者

４　医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制として、次の体制を整備していること。なお、急性期総合体制加算や急性期看護補助体制加算等を届け出ている保険医療機関において、医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制又は看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備する場合は、当該加算等に係る体制と合わせて整備して差し支えない。

（１） 当該保険医療機関内に、医師の負担の軽減及び処遇の改善に関し、当該保険医療機関に勤務する医師の勤務状況を把握し、その改善の必要性等について提言するための責任者を配置すること。

（２） 特別の関係にある保険医療機関での勤務時間も含めて、医師の勤務時間及び当直を含めた夜間の勤務状況を把握していること。その上で、業務の量や内容を勘案し、特定の個人に業務負担が集中しないよう配慮した勤務体系を策定し、職員に周知徹底していること。

（３） 当該保険医療機関内に、多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議（以下この項において「委員会等」という。）を設置し、「医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画」を作成すること。当該委員会等は、当該計画の達成状況の評価を行う際、その他適宜必要に応じて開催していること。また、当該委員会等において、当該保険医療機関の管理者が年１回以上出席すること。なお、当該委員会等は、当該保険医療機関における労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）第 19 条に規定する安全衛生委員会等、既存の委員会を活用することで差し支えない。

（４） （３）の計画は、現状の勤務状況等を把握し、問題点を抽出した上で、具体的な取組み内容と目標達成年次等を含めた医師の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画とすること。また、当該計画を職員に対して周知徹底していること。

（５） 当該計画には以下の項目を含むこと。

ア　医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担の具体的内容（例えば、初診時の予診の実施、静脈採血等の実施、入院の説明の実施、検査手順の説明の実施、服薬指導など）について計画に記載し、院内の職員に向けて周知徹底するとともに、（３）に規定する委員会等で取組状況を定期的に評価し、見直しを行うこと

イ　予定手術前日の当直や夜勤に対する配慮等

（６） 当該計画には、医師（当該加算を算定している診療科以外の医師も含む）の勤務体制等に係る取組について、次に掲げる項目のうち少なくとも２項目以上を含んでいること。

① 勤務計画上、連続当直を行わない勤務体制の実施

② 前日の終業時刻と翌日の始業時刻の間の一定時間の休息時間の確保（勤務間インターバル）

③ 当直翌日の業務内容に対する配慮

④ 交替勤務制・複数主治医制の実施

⑤ 育児・介護休業法第 23 条第１項若しくは第３項又は第 24 条の規定による措置を活用した短時間正規雇用医師の活用

（７） 医師の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項を当該保険医療機関内に掲示する等の方法で公開すること。

５ 静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、次のいずれも実施していること。

（１） 静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保について、原則として医師以外の医療従事者が実施することとし、以下のアからウまでのいずれかの場合のみ医師が対応することとしていること。

ア 教育的観点から、臨床研修の責任者が必要とあらかじめ認める場合であって、臨床研修１年目の医師が実施する場合（ただし、当該臨床研修医が所属する診療科において行われるものであって、研修プログラムに支障のない範囲に留まる場合に限る。）

イ 医師以外の医療従事者が、実際に患者に静脈採血、静脈注射及び留置針によるルート確保を試みたが、実施が困難であると判断した場合（患者を実際に観察し、穿刺を行う前に判断する場合を含む。）

ウ 新生児に対して実施する場合

（２） 静脈採血、静脈注射又は留置針によるルート確保が実施可能な医師以外の者が各部門又は病棟ごとに常時１名以上配置されており、当該医師以外の者の氏名について、院内掲示等により、職員に周知徹底されていること。

６ 当該加算を算定している全ての診療科において、予定手術前日における医師の当直や夜勤に対する配慮として、次のいずれも実施していること。

（１） 年間の当直表（当該保険医療機関全体の当直の実績が分かるもの）及び当該加算を算定している全ての診療科における予定手術に係る術者、第一助手の実績一覧及び緊急呼出し当番表（勤務実績が分かるもの）を少なくとも５年間保管していること。

（２） 以下のア及びイの事項について記録していること。

ア 当該加算を算定している全ての診療科において予定手術に係る術者及び第一助手について、その手術の前日の夜勤時間帯（午後 10 時から翌日の午前５時までをいう。以下、同様とする。）に当直、夜勤及び緊急呼出し当番（以下「当直等」という。）を行った者がある場合は、該当する手術と当直等を行った日

イ 当該加算を算定している全ての診療科において２日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った者がある場合は、該当する当直を行った日。

（３） （２）のアの当直等を行った日が届出を行っている診療科の各医師について年間４日以内であり、かつ、（２）のイの２日以上連続で夜勤時間帯に当直を行った回数が、それぞれについて届出を行っている診療科の各医師について年間４回以内であること。ただし、緊急呼

出し当番を行う者について、当番日の夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日の予定手術に係る術者及び第一助手となっていても、（２）のアの当直等を行った日には数えない。

7　当該加算を算定する全ての診療科において、（１）又は（２）のいずれか及び（３）を実施していること。

（１）　交代勤務制を導入しており、以下のアからキまでのいずれも実施していること。

ア　当該診療科に常勤の医師が３名以上配置されていること。

イ　夜勤時間帯において、１名以上の医師が勤務していること。

ウ　夜勤を行った医師については、翌日の日勤帯は、休日としていること。

エ　日勤から連続して夜勤を行う場合は、当該夜勤時間帯に２名以上の医師が勤務していることとし、夜勤時間帯に、日勤から連続して勤務している者１名につき、４時間以上の休憩を確保すること。

オ　原則として、当該診療科において夜勤時間帯に行われる診療については、夜勤を行う医師のみによって実施されていること。また、緊急呼出し当番を担う医師を置かなくても差し支えない。ただし、同時に２列以上の手術を行う場合は、夜勤を行う医師以外の医師が行ってもよい。また、同時に２列以上の手術を行う場合、手術を行う医師（夜勤を行っている医師を除く。）は、６（２）のアにおける当直等を行っている者には数えない。

カ　交代勤務の勤務実績を少なくとも５年間保管していること。また、６（１）に加え、交代勤務制を導入している全ての診療科について、予定手術以外の手術の一覧（術者及び全ての助手の医師の氏名並びに開始時間及び終了時間が分かるもの）を作成し、少なくとも５年間保管していること。

キ　交代勤務制の概要を、診療科ごとにとりまとめ、地方厚生（支）局長に報告していること。

（２）　チーム制を導入しており、ア及びイの事項、ウ又はエの事項並びにオからキまでの事項のいずれも実施していること。

ア　休日、時間外又は深夜（以下「休日等」という。）において、２名以上（当該診療科に配置されている医師の数が５名未満の場合は１名以上）の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。

イ　休日等において、当該診療科における診療が必要な場合は、原則として緊急呼出し当番又は当直医（当該診療科以外の医師を含む。）が行うこと（ただし、当該診療科において、緊急手術を行う場合は、緊急呼出し当番以外の者が手術に参加しても良い。）。

ウ　夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行った者について、翌日を休日としていること。ただし、夜勤時間帯に当該保険医療機関内で診療を行わなかった場合は、翌日を休日としなくても差し支えない。

エ　夜勤時間帯に緊急呼出し当番を行う者については、医療法第 123 条第１項に規定する特定対象医師であるかどうかにかかわらず、特定対象医師について医療法第 123 条第１項及び第２項に規定するものと同様の休息時間を確保すること。また、特定対象医師については、同条第３項に規定するものと同様の休息時間を確保するよう配慮していること。

オ　夜勤時間帯において、緊急手術を行った医師（術者及び全ての助手をいう。）について、翌日の予定手術を行う場合は、６（２）のアにおける当直等を行っている者として数える。

カ　６(１)に加え、チーム制を導入している全ての診療科について、予定手術以外の手術の一覧（術者及び全ての助手の医師の氏名並びに開始時間及び終了時間が分かるもの）及び緊急呼出しを実施した実績一覧（実際に保険医療機関内で診療を行ったもの全てを含むこと。また、保険医療機関内で診療を行った医師の氏名及び保険医療機関内の診療を開始した時間と終了した時間が分かるものであること）を作成し、少なくとも５年間保管していること。

キ　緊急呼出し当番の方法等に関する概要を診療科ごとにとりまとめ、地方厚生（支）局長に報告していること。

（３）　医師が時間外、休日又は深夜の手術等を行った場合の手当等を支給しており、以下のア又はイのいずれかを実施するとともに実施内容について就業規則に記載を行い、その写しを地方厚生（支）局長に届け出ていること。また、（１）の交代勤務制を導入している場合は、休日又は時間外において、当該診療科に１名以上の緊急呼出し当番を担う医師を置いていること。

ア　当該診療科において、医師が、休日等の手術又は処置（所定点数が 1,000 点以上の処置に限る。）を行った場合、その都度、休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等とは別の手当を支給しており、その内容を当該保険医療機関内の全ての医師に周知していること。

イ　当該診療科において、医師が、休日等の手術又は処置（所定点数が 1,000 点以上の処置に限る。）を年間に行った数に応じた手当を支給しており、その内容を当該保険医療機関内の全ての医師に周知していること。

８　「夜勤」とは、各保険医療機関が定める午後 10 時から翌日の午前５時までの時間を含めた連続する 16 時間の間において、現に勤務することをいう。

９　届出に関する事項

（１）　施設基準の届出は別添２の様式 48 の２、48 の２の２、48 の３及び 48 の４を用いること。また、前年度における病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の取組状況を評価するため、基本診療料施設基準通知の別添７の様式 13 の４により届け出ること。

（２）　静脈採血、静脈注射又は留置針によるルート確保が実施可能な医師以外の者の氏名を、別添２の様式４を用いて提出すること。

（３）　当該加算の変更の届出に当たり、医師の負担の軽減及び処遇の改善の取組状況について、直近１年以内に届け出た内容と変更がない場合は、様式 13 の 4 の届出を略すことができること。

（４）　令和８年３月 31 日時点で休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月 31 日までの間に限り、７の(２)のウ又はエを満たしているものとみなす。

第56の２の２　医科点数表第２章第９部処置の通則の８に掲げる耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準

１　耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算の施設基準

（１）　耳鼻咽喉科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　薬剤耐性（ＡＭＲ）対策アクションプラン（平成28年４月５日国際的に脅威となる感染症対策関係閣僚会議）に位置づけられた「地域感染症対策ネットワーク（仮称）」に係る活動に参加し、又は感染症にかかる研修会等に定期的に参加していること。

２　届出に関する事項

当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第56の２の３　静脈圧迫処置（慢性静脈不全に対するもの）

１　静脈圧迫処置の施設基準

（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。

２　届出に関する事項

静脈圧迫処置の施設基準に係る届出は、別添２の様式48の５を用いること。

第56の２の４　多血小板血漿処置

１　多血小板血漿処置の施設基準

（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（ただし、自己多血小板血漿ゲルを用いた創傷治癒の促進に用いるものとして薬事承認を得ている医療機器を用いて実施した場合を除く。）。

（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。

２　届出に関する事項

（１）　多血小板血漿処置に係る届出は、別添２の様式48の７を用いること。

（２）　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を証する文書として、地方厚生（支）局で受理された再生医療等提供計画の写しを添付すること。

第56の３　硬膜外自家血注入

１　硬膜外自家血注入の施設基準

（１）　脳神経外科、整形外科、神経内科又は麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　脳神経外科、整形外科、神経内科又は麻酔科について５年以上及び当該療養について１年以上の経験を有している常勤の医師が１名以上配置されていること。また、当該医師は、当該療養を術者として実施する医師として３例以上の症例を実施していること。

（３）　病床を有していること。

（４）　当直体制が整備されていること。

（５）　緊急手術体制が整備されていること。

（６）　当該処置後の硬膜下血腫等の合併症等に対応するため、(２)について脳神経外科又は整形外科の医師が配置されていない場合にあっては、脳神経外科又は整形外科の専門的知識及び技術を有する医師が配置された医療機関との連携体制を構築していること。

２　届出に関する事項

硬膜外自家血注入に係る届出は、別添２の様式48の６及び様式52を用いること。

第57　エタノールの局所注入

１　甲状腺に対する局所注入の診療料を算定するための施設基準

（１）　甲状腺治療に関し、専門の知識及び５年以上の経験を有する医師が１名以上いること。

（２）　カラードプラエコー（解像度　7.5MHｚ以上）を備えていること。

２　副甲状腺に対する局所注入の診療料を算定するための施設基準

（１）　副甲状腺治療に関し、専門の知識及び５年以上の経験を有する医師が１名以上いること。

（２）　カラードプラエコー（解像度　7.5MHｚ以上）を備えていること。

３　届出に関する事項

エタノールの局所注入の施設基準に係る届出は別添２の様式49又は様式49の２を用いること。

第57の２　人工腎臓

１　人工腎臓の施設基準

（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「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「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。

２ 導入期加算の施設基準

（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、患者に対し必要な説明を行っていること。なお、患者に対する説明は、導入期に限らず、患者の病状や患者の求めに応じて繰り返し行うこと。

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 「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。

カ 腎代替療法を導入するに当たって、（１）のアに加え、心血管障害を含む全身合併症の状態及び当該合併症について選択することができる治療法について、患者に対し十分な説明を行っていること。

（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　「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。

キ　(2)のカを満たしていること。

3　透析液水質確保加算の施設基準

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。

4　慢性維持透析濾過加算の施設基準

慢性維持透析濾過加算の施設基準及び届出に関する事項は、第 57 の２の「３」透析液水質確保加算の例による。

5　腎代替療法診療体制充実加算の施設基準

（1）　ハザードマップにより当該保険医療機関の災害発生時のリスクを把握した上で、災害対応に係るマニュアルを作成していること。

（2）　日本透析医会、日本透析医会支部又は都道府県等による災害時の情報伝達訓練に年に１回以上参加していること。

（3）　腎代替療法に係る情報提供について、関係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、患者に対し必要な説明を行っていること。なお、患者に対する説明は、導入期に限らず、患者の病状や患者の求めに応じて繰り返し行うこと。

（4）　以下のア又はイのいずれかを満たすこと。

ア　「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。

イ　腎移植について、患者の求め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（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。）が前年に２人以上いること。

（5）　透析シャント閉塞等により経皮的シャント拡張術・血栓除去術等の治療を要する場合には、当該保険医療機関で治療を行う場合を除き、シャント閉塞等の治療を行う他の保険医療機関と事前に連携した上で必要に応じて診療情報の提供を行う体制が整備されていること。

（6）　緩和ケアを必要とする患者に対し、患者の症状に応じた適切な治療及びケアを提供できる体制が整備されていることが望ましい。なお、緩和ケアについては、「腎不全患者のため

の緩和ケアガイダンス」（日本緩和医療学会、日本腎臓学会、日本透析医学会）を参考にすること。

6　届出に関する事項

（1）　人工腎臓の施設基準に係る届出は別添２の様式87の４を用いること。なお、透析機器安全管理委員会において作成した透析機器及び水処理装置の管理計画を添付すること。

（2）　導入期加算１、２及び３の施設基準に係る届出は別添２の様式２の２を用いること。

（3）　透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算の施設基準に係る届出は別添２の様式49の３を用いること。

（4）　腎代替療法診療体制充実加算の施設基準に係る届出は別紙２の様式２の２を用いること。

（5）　腎代替療法診療体制充実加算の届出を行っている保険医療機関については、令和９年５月31日までの間に限り、５の（2）の基準に該当するものとみなす。また、令和10年５月31日までの間に限り、５の（4）の基準に該当するものとみなす。

第57の２の２　下肢末梢動脈疾患指導管理加算

1　下肢末梢動脈疾患指導管理加算に関する施設基準

（1）　当該保険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、当該内容をもとに当該保険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ＳＰＰ検査40㎜Hg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保険医療機関へ紹介を行っていること。また、当該保険医療機関が専門的な治療体制を有している保険医療機関の要件を満たしている場合は、当該保険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連携先の保険医療機関をあらかじめ定めた上で、当該保険医療機関について事前に届出を行っていること。また、連携先の保険医療機関について、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保険医療機関とは、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

2　届出に関する事項

下肢末梢動脈疾患指導管理加算の施設基準に係る届出は別添２の様式49の３の２を用いること。

第57の２の３　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

1　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アフェレシス療法の施設基準

（1）　内科又は泌尿器科を標榜している病院であること。

（２） 腎臓内科について５年以上の経験を有している医師が２名以上配置されていること。

（３） （２）のうち、１名は専ら腎臓内科又は泌尿器科に従事し、当該診療科について５年以上の経験を有する医師であること。また、当該医師は、リポソーバーを用いた血液浄化療法について１年以上の経験を有しており、当該療養を術者として実施する医師として２例以上の症例を実施していること。

（４） 当該保険医療機関においてリポソーバーを用いた血液浄化療法が５例以上実施されていること。

（５） 臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（６） 当該療法に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。

２ 届出に関する事項

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アフェレシス療法に係る届出は、別添２の様式 49 の３の３及び様式 52 を用いること。

第 57 の２の４ 移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法

１ 移植後抗体関連型拒絶反応治療における血漿交換療法の施設基準

（１） 内科、外科又は泌尿器科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 血液浄化療法について１年以上の経験を有する医師が配置されていること。

（３） 看護師及び臨床工学技士がそれぞれ１名以上配置されていること。

２ 届出に関する事項

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係る届出は、別添２の様式 49 の３の４を用いること。

第 57 の２の４の２ ストーマ合併症加算

１ ストーマ合併症加算に関する施設基準

（１） 関係学会から示されている指針等に基づき、当該処置が適切に実施されていること。

（２） 排泄ケア関連領域における適切な研修を修了した常勤の看護師が配置されていること。

２ 届出に関する事項

ストーマ合併症加算に係る届出は、別添２の様式 49 の 10 を用いること。

第 57 の２の５ 人工膵臓療法

１ 人工膵臓療法に関する施設基準

（１） 患者の緊急事態に対応する緊急検査が可能な検査体制を有していること。

（２） 担当する医師が常時待機しており、糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（３） 人工膵臓療法を行うために必要な次に掲げる検査が当該保険医療機関内で常時実施できるよう必要な機器を備えていること。

ア 血液学的検査

赤血球数、白血球数、血小板数、ヘマトクリット値

イ 生化学的検査

グルコース、尿素窒素、インスリン、ナトリウム、クロール、カリウム

（４） 100 人以上の糖尿病患者を入院又は外来で現に管理していること。

（５） 入院基本料（特別入院基本料を除く。）を算定していること。

（６） 前記各項でいう「常時」とは、勤務態様の如何にかかわらず、午前０時より午後 12 時までの間のことである。

（７） 医療法第 30 条の４第１項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該療法に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

２ 届出に関する事項

（１） 人工膵臓療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式 24 の４を用いること。

（２） 当該治療に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。

（３） 当該地域における必要性を記載すること（理由書）。

第 57 の３ 磁気による膀胱等刺激法

１ 磁気による膀胱等刺激法に関する施設基準

５年以上の泌尿器科の経験又は５年以上の産婦人科の経験を有する常勤の医師が併せて２名以上配置されていること。

２ 届出に関する事項

磁気による膀胱等刺激法に関する施設基準に係る届出は別添２の様式 49 の４を用いること。

第 57 の４ 一酸化窒素吸入療法（新生児の低酸素呼吸不全に対して実施するものに限る。）

１ 一酸化窒素吸入療法（新生児の低酸素呼吸不全に対して実施するものに限る。）に関する施設基準

「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料又は「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行っている保険医療機関であること。

２ 届出に関する事項

「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料又は「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行っていればよく、一酸化窒素吸入療法（新生児の低酸素呼吸不全に対して実施するものに限る。）として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 57 の４の２ 心不全に対する遠赤外線温熱療法

１ 心不全に対する遠赤外線温熱療法に関する施設基準

（１） 「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）に係る届出を行っていること。

（２） 当該療法の経験を有し、循環器内科又は心臓血管外科の経験を５年以上有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（３） 関係学会が主催又は後援する所定の研修を修了した医師が１名以上配置されていること。

（４） 当該療法に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。

（５） 関係学会から示されている指針に基づき、当該療法が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

心不全に対する遠赤外線温熱療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式 49 の４の２及び様式 52 を用いること。

第 57 の４の２の２　同種死体移植腎機械灌流保存

１　同種死体移植腎機械灌流保存に関する施設基準

（１）　腎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ること。

（２）　当該処置を担当する診療科において、常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了していること。

（３）　常勤の臨床工学技士が２名以上配置されており、そのうち１名以上は体外循環の操作の経験を有していること。また、常勤の臨床工学技士のうち１名以上が関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了していること。

２　届出に関する事項

（１）　同種死体移植腎機械灌流保存の施設基準に係る届出は、別添２の様式 49 の４の３を用いること。

（２）　日本臓器移植ネットワークに登録された施設であることを確認できる文書の写しを添付すること。

第 57 の４の３　歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）

１　歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）に関する施設基準

（１）　当該保険医療機関において、神経・筋疾患の診療及びリハビリテーションに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名以上勤務していること。

（２）　従事者の職種、人数及び勤務形態並びに訓練室の具備すべき条件（装置、広さ等）について、関連学会が監修する適正使用ガイドに規定された基準を満たすこと。

（３）　定期的に、担当の複数職種が参加し、当該処置による歩行運動機能改善効果を検討するカンファレンスが開催されていること。

（４）　当該処置に関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者、歩行運動機能改善効果に係る検討結果等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。

２　届出に関する事項

（１）　歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 49 の６を用いること。

（２）　当該処置に従事する医師の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）及び勤務時間を別添２の様式４を用いて提出すること。

（３）　当該処置に従事する理学療法士、作業療法士、看護師等の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別）等を別添２の様式 49 の７を用いて提出すること。

（４）　当該処置が行われる機能訓練室及び歩行路の平面図を添付すること。

第 57 の４の４　手術用顕微鏡加算

１　手術用顕微鏡加算に関する施設基準

（１） 手術用顕微鏡を用いた治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。

（２） 保険医療機関内に手術用顕微鏡が設置されていること。

２ 届出に関する事項

手術用顕微鏡加算の施設基準に係る届出については、別添２の様式 49 の８を用いること。

第 57 の４の５ 口腔粘膜処置

１ 口腔粘膜処置に関する施設基準

（１） 当該レーザー治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上いること。

（２） 口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。

２ 届出に関する事項

口腔粘膜処置に係る届出は別添２の様式 49 の９を用いること。

第 57 の５ う蝕歯無痛的窩洞形成加算

１ う蝕歯無痛的窩洞形成加算に関する施設基準

（１） 当該レーザー治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上いること。

（２） 無痛的に充填のためのう蝕の除去及び窩洞形成が可能なレーザー機器を備えていること。

２ 届出に関する事項

う蝕歯無痛的窩洞形成加算の施設基準に係る届出は別添２の様式 50 を用いること。

第 57 の５の２ 歯科技工士連携加算１

１ 歯科技工士連携加算１に関する施設基準

（１） 保険医療機関内に専任の歯科技工士を配置していること又は他の歯科技工所と連携できる体制を有している医療機関であること。

（２） （１）に規定する連携体制を構築していること及び実際に連携している実績のある保険医療機関内の歯科技工士の氏名又は歯科技工所の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（３） （２）の掲示事項について、原則としてウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

（４） 歯科技工士の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。

２ 届出に関する事項

歯科技工士連携加算１の施設基準に係る届出は、別添２の様式 50 の２の２を用いること。

第 57 の５の３ 歯科技工士連携加算２

１ 歯科技工士連携加算２に関する施設基準

（１） 保険医療機関内に専任の歯科技工士を配置していること又は他の歯科技工所と連携できる体制を有している医療機関であること。

（２） （１）に規定する連携体制を構築していること及び実際に連携している実績のある保険医療機関内の歯科技工士の氏名又は歯科技工所の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

（３） （２）の掲示事項について、原則としてウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

（４） 歯科技工士の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制を整備していること。

（５） 保険医療機関内に配置している専任の歯科技工士又は他の歯科技工所との情報通信機器を用いた連携に当たって、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であること。

２ 届出に関する事項

歯科技工士連携加算２の施設基準に係る届出は、別添２の様式50の２の２を用いること。

第57の５の４ 光学印象

１ 光学印象に関する施設基準

（１） 歯科補綴治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。

（２） 当該保険医療機関内に光学印象に必要な機器を有していること。

２ 届出に関する事項

光学印象の施設基準に係る届出は、別添２の様式50の２を用いること。

第57の６ ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレー

１ ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレーに関する施設基準

（１） 歯科補綴治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。

（２） 保険医療機関内に歯科用ＣＡＤ/ＣＡＭ装置が設置されている場合は、歯科技工士を配置していること。

（３） 保険医療機関内に歯科用ＣＡＤ／ＣＡＭ装置が設置されていない場合は、当該装置を設置している歯科技工所との連携が図られていること。

２ 届出に関する事項

ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレーの施設基準に係る届出は、別添２の様式50の２を用いること。

第57の７ ３次元プリント有床義歯

１ ３次元プリント有床義歯に関する施設基準

（１） 歯科補綴治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。

（２） 保険医療機関内に液槽光重合方式３次元プリント有床義歯製作装置が設置されている場合は、専任の歯科技工士を配置していること。

（３） 保険医療機関内に液槽光重合方式３次元プリント有床義歯製作装置が設置されていない場合は、当該装置を設置している歯科技工所との連携が図られていること。

２　届出に関する事項

３次元プリント有床義歯の施設基準に係る届出は、別添２の様式 50 の３の２を用いること。

第 57 の７の２　有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算１及び２

１　有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算１及び２に関する施設基準

（１） 常勤の歯科技工士を配置していること。なお、非常勤の歯科技工士を２名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関が規定する常勤歯科技工士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤歯科技工士が配置されている場合には、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２） 歯科医療機関内に歯科技工室を有していること。

（３） 歯科技工に必要な機器を有していること。

（４） 患者の求めに応じて、迅速に有床義歯の修理及び床裏装を行う体制が整備されている旨を院内掲示していること。

（５） （４）の掲示事項について、原則としてウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

２　届出に関する事項

有床義歯修理及び有床義歯内面適合法の歯科技工加算１及び２の施設基準に係る届出は、別添２の様式 50 の３を用いること。

第 57 の８　皮膚悪性腫瘍切除術（皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算を算定する場合に限る。）

１　皮膚悪性腫瘍切除術（皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算を算定する場合に限る。）の施設基準

（１） 皮膚科、形成外科、耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科の経験を５年以上有しており、皮膚悪性腫瘍切除術における皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に術者として５症例以上経験している医師が配置されていること。

（２） 当該保険医療機関が皮膚科、形成外科、耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。

（３） 麻酔科標榜医が配置されていること。

（４） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

２　届出に関する事項

皮膚悪性腫瘍切除術（皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算を算定する場合に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 50 の４及び様式 52 を用いること。

第 57 の８の２　皮膚移植術（死体）

１　皮膚移植術（死体）に関する施設基準

（１） 広範囲熱傷及び重症熱傷の治療の実績を有する施設であること。

（２） 関連学会の主催する講習会を受講し、同種皮膚移植の十分な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。

（３） 日本組織移植学会の認定する、採取して保存した組織を他施設へ供給できる組織バンクと、当該保存同種組織の適切な使用及び保存方法等について契約している保険医療機関であること。

２ 届出に関する事項

皮膚移植術（死体）に係る届出は、別添２の様式87の６及び様式52を用いること。なお、１の(３)に係る契約に関する文書の写しも併せて提出すること。

第57の８の３ 自家脂肪注入

１ 自家脂肪注入に関する施設基準

（１） 形成外科を標榜している病院であること。

（２） 形成外科の経験を５年以上有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が形成外科について10年以上の経験を有していること。

（３） 関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師が１名以上配置されていること。

（４） 耳鼻咽喉科の専門的な研修の経験を10年以上有している常勤の医師が１名以上配置されており、連携して手術を行うこと。

（５） 緊急手術の体制が整備されていること。

（６） 関係学会から示されている指針に基づき、自家脂肪注入が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

自家脂肪注入の施設基準に係る届出は、別添２の様式87の24を用いること。

第57の９ 組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合（内視鏡下によるものを含む。）に限る。）

１ 組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合（内視鏡下によるものを含む。）に限る。）に関する施設基準

（１） 形成外科又は乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有している医師若しくはその指導下で研修を行う医師が１名以上配置されていること。

（２） 関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師が１名以上配置されていること。

（３） 一次再建の場合は、乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上及び形成外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤又は非常勤の医師配置されており、連携して手術を行うこと。

（４） 二次再建の場合は、形成外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上配置されていること又は乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上及び形成外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤又は非常勤の医師が１名以上配置されており、連携して手術を行うこと。

（５） 関係学会から示されている指針に基づき、乳房再建術が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

組織拡張器による再建手術（一連につき）（乳房（再建手術）の場合（内視鏡下によるものを含む。）に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 50 の５を用いること。

第 57 の９の１の２　静脈奇形硬化療法（一連につき）

１　静脈奇形硬化療法（一連につき）に関する施設基準

（１）　形成外科、放射線科、心臓血管外科又は小児外科を標榜している病院であること。

（２）　関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師が１名以上配置されていること。

（３）　診療放射線技師が配置されていること。

（４）　緊急手術の体制が整備されていること。

（５）　関係学会から示されている指針に基づき、静脈奇形硬化療法が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

静脈奇形硬化療法（一連につき）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 50 の５の１の２を用いること。

第 57 の９の２　処理骨再建加算に関する施設基準

１　処理骨再建加算に関する施設基準

（１）　整形外科を標榜している病院であること。

（２）　整形外科について５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。

（３）　骨・軟部腫瘍手術を術者として 50 例（このうち 10 例は骨・軟部悪性腫瘍手術であること）以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師が１名以上配置されていること。

（４）　処理骨を作製するにつき、必要な設備や機器等を備えていること。

（５）　病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

（６）　緊急手術が可能な体制を有していること。

（７）　関係学会から示されている指針等に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

処理骨再建加算に係る届出は、別添２の様式 50 の５の３及び様式 52 を用いること。

第 57 の９の３　緊急整復固定加算及び緊急挿入加算

１　緊急整復固定加算及び緊急挿入加算に関する施設基準

（１）　整形外科、内科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　整形外科について５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（３）　麻酔科標榜医が配置されていること。

（４）　常勤の内科の医師が１名以上配置されていること。

（５）　緊急手術が可能な体制を有していること。

（６）　大腿骨近位部骨折患者に対する、前年の「Ｋ０４６」骨折観血的手術及び「Ｋ０８１」人工骨頭挿入術の算定回数の合計が 60 回以上であること。

（７）　当該施設における大腿骨近位部骨折後 48 時間以内に手術を実施した前年の実績について、院内掲示すること。

（８） 関係学会等と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（９） 多職種連携を目的とした、大腿骨近位部骨折患者に対する院内ガイドライン及びマニュアルを作成すること。

(10) 速やかな術前評価を目的とした院内の内科受診基準を作成すること。

(11) 「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていること。

(12) 二次性骨折予防継続管理料１の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていること。

(13) 関係学会から示されているガイドライン等に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

緊急整復固定加算又は緊急挿入加算に係る届出は、別添２の様式 87 の 25 を用いること。

第 57 の９の３の２ 骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法

１ 骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法に関する施設基準

（１） 整形外科及び麻酔科を標榜している保険医療機関である病院であること。

（２） 整形外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（３） 麻酔科標榜医が配置されていること。

（４） 悪性骨腫瘍手術を年間 10 例以上実施していること。

（５） 緊急手術が可能な体制を有していること。

２ 届出に関する事項

骨悪性腫瘍、類骨骨腫及び四肢軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 53 を用いること。

第 57 の９の３の３ 脛骨遠位骨切り術

１ 脛骨遠位骨切り術に関する施設基準

（１） 整形外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 整形外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は当該手術を主として実施する医師又は補助を行う医師として合わせて５例以上実施した経験を有すること。

（３） 緊急手術が可能な体制を有していること。

２ 届出に関する事項

脛骨遠位骨切り術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 50 の５の４及び様式 52 を用いること。

第57の９の４　骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。）））

１　骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。））） に関する施設基準

（１）　整形外科を標榜している病院であること。

（２）　整形外科について５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。

（３）　日本組織移植学会の認定する採取して保存した組織を他施設へ供給できる組織バンクを有していること。当該バンクを有していない場合は、当該バンクを有する保険医療機関とあらかじめ当該保存同種組織の適切な使用及び保存方法等について契約を有していること。

２　届出に関する事項

骨移植術（軟骨移植術を含む。）（同種骨移植（非生体）（同種骨移植（特殊なものに限る。））） に係る届出は、別添２の様式50の５の２を用いること。なお、１の(３)に係る契約に関する文書の写しも併せて提出すること。

第57の10　骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）

１　骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）に関する施設基準

次のいずれにも該当する保険医療機関において実施すること。

（１）　ＣＴ撮影及びＭＲＩ撮影の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていること。

（２）　「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料(Ⅰ)又は(Ⅱ)の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていること。

（３）　関節軟骨修復術を含む骨切り術、関節鏡下靭帯再建術、半月板手術、人工膝関節置換術等の膝関節手術を年間100症例以上実施していること又は大学病院本院であること。

（４）　整形外科の経験を５年以上有しており、関節軟骨修復術10症例以上を含む膝関節手術を術者として100症例以上実施した経験を有する常勤の医師であって、所定の研修を修了している常勤の整形外科の医師が１名以上配置されていること。なお、当該研修は次の内容を含むものであること。

ア　自家培養軟骨の適応に関する事項

イ　変形性膝関節症との鑑別点に関する事項

ウ　軟骨採取法に関する事項

エ　周術期管理に関する事項

オ　合併症への対策に関する事項

カ　リハビリテーションに関する事項

キ　全例調査方法に関する事項

ク　手術方法に関する事項（自家培養軟骨に類似した人工物を用いた手技を含む。）

２　届出に関する事項

骨移植術（軟骨移植術を含む。）（自家培養軟骨移植術に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式50の６及び様式52を用いること。

第57の10の１の１の２　人工関節置換術（人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの）に限る。）

１　人工関節置換術（人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの）に限る。）に関する施設基準

（１）　整形外科を標榜している病院であること。

（２）　整形外科について専門の知識及び５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。また、人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの）を術者として10例以上実施した経験を有する医師が１名以上配置されていること。

（３）　関連学会の定める「リバース型人工肩関節全置換術適正使用基準」に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

人工関節置換術（人工肩関節置換術（腱移行を伴うもの）に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式50の６の２及び様式52を用いること。

第57の10の１の２　人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）

１　人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）の施設基準

（１）　整形外科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　当該保険医療機関において、人工股関節置換術に係る手術（「Ｋ０８２」の「２」又は「Ｋ０８２－３」の「２」）を年間10例以上実施していること。

（３）　整形外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（４）　当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（５）　当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

２　届出に関する事項

人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式87の54を用いること。

第57の10の１の３　人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）

１　人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）の施設基準

（１）　整形外科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　当該保険医療機関において、人工膝関節置換術に係る手術（「Ｋ０８２」の「３」又は「Ｋ０８２－３」の「３」）を年間10例以上実施していること。

（３）　整形外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（４）　当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（５）　当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

２　届出に関する事項

人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）の施設基準に係る届出は、別添２の様式50の６の３及び様式52を用いること。

第57の11　後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）

１　後縦靭帯骨化症手術に関する施設基準

（１）　整形外科又は脳神経外科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　脊椎又は脊髄に係る手術について100例以上の経験を有し、かつ、後縦靭帯骨化症に係る手術について20例以上の経験を有する医師が配置されていること。

（３）　整形外科又は脳神経外科について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。

（４）　顕微鏡下に手術が実施できる体制を有していること。

（５）　緊急手術が可能な体制を有していること。

２　届出に関する事項

後縦靭帯骨化症手術（前方進入によるもの）に係る届出は、別添２の様式52及び様式87の７を用いること。

第57の12　椎間板内酵素注入療法

１　椎間板内酵素注入療法に関する施設基準

（１）　整形外科又は脳神経外科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　整形外科又は脳神経外科について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。

（３）　緊急手術が可能な体制を有していること。ただし、緊急手術が可能な保険医療機関との連携（当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る。）により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない。

（４）　椎間板内酵素注入療法を行うに当たり関係学会より認定された施設であること。

（５）　病床を有していること。

２　届出に関する事項

（１）　椎間板内酵素注入療法に係る届出は、別添２の様式50の７を用いること。

（２）　関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第58　腫瘍脊椎骨全摘術

１　腫瘍脊椎骨全摘術

（１）　整形外科を標榜している病院であること。

（２）　当該保険医療機関において、常勤の整形外科の医師が２名以上配置されていること。

（３）　「Ｋ１１８」、「Ｋ１３１－２」から「Ｋ１３６」まで、「Ｋ１３８」、「Ｋ１３９」、「Ｋ１４２」及び「Ｋ１４２－２」に掲げる脊椎手術を、術者として300例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師が１名以上配置されていること。

（４）　当該手術に熟練した医師の指導の下に、術者として、当該手術を３例以上実施した経験を有する常勤の整形外科の医師が１名以上配置されていること。

（５）　手術の際の緊急事態に対応可能な体制を有していること。

２　届出に関する事項

腫瘍脊椎骨全摘術に係る届出は、別添２の様式 51 及び様式 52 を用いること。

第 58 の１の２　緊急穿頭血腫除去術

１　緊急穿頭血腫除去術に関する施設基準

（１）　「Ａ３００」救命救急入院料、「Ａ３０１」特定集中治療室管理料、「Ａ３０１－２」ハイケアユニット入院医療管理料、「Ａ３０１－３」脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。

（２）　脳神経外科を標榜している保険医療機関である病院であること。

（３）　脳神経外科の常勤医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が５年以上の脳神経外科の経験を有していること。

（４）　救急医療に関する３年以上の経験を有する専任の看護師が配置されていること。

２　届出に関する事項

緊急穿頭血腫除去術に係る届出は別添２の様式 87 の 55 を用いること。

第 58 の１の３　機能的定位脳手術（てんかんの場合）

１　機能的定位脳手術（てんかんの場合）に関する施設基準

（１）　脳神経外科を標榜している病院であること。

（２）　５年以上の脳神経外科の経験を有する常勤の医師及びてんかんに係る診療の経験を５年以上有する常勤の医師がそれぞれ１名以上配置されていること。

（３）　以下のア及びイを満たしていること。

ア　てんかんの治療を目的とする手術を年間 10 例以上実施していること。

イ　複数診療科によるてんかん診療に関するカンファレンス、内科的治療と外科的治療との連携等、専門的で高度なてんかん医療を行っていること。

（４）　関係学会の定める指針を遵守していること。

２　届出に関する事項

機能的定位脳手術（てんかんの場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 51 の１の２及び様式 52 を用いること。

第 58 の２　頭蓋内腫瘍摘出術（脳腫瘍覚醒下マッピング加算を算定する場合に限る。）

１　頭蓋内腫瘍摘出術（脳腫瘍覚醒下マッピング加算を算定する場合に限る。）に関する施設基準

（１）　脳神経外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　当該手術を行うに当たり関係学会から認定された施設であること。

（３）　５年以上の脳神経外科の経験を有しており、所定の研修を修了している常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は当該手術を主として実施する医師又は補助を行う医師として合わせて５例以上実施した経験を有すること。

（４）　５年以上の麻酔科の経験を有しており、所定の研修を修了している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（５）　頭蓋内腫瘍摘出術を年間５例以上実施していること。

２　届出に関する事項

（１） 頭蓋内腫瘍摘出術（脳腫瘍覚醒下マッピング加算を算定する場合に限る。）に係る届出は、別添２の様式 51 の２及び様式 52 を用いること。

（２） 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 58 の３　頭蓋内腫瘍摘出術（原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。）

１　頭蓋内腫瘍摘出術（原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。）に関する施設基準

（１） 脳神経外科を標榜している病院であること。

（２） ５年以上の脳神経外科の経験を有する常勤の医師が１名以上配置されており、このうち１名以上は関係学会から示されている悪性脳腫瘍患者に対する光線力学療法に関する所定の研修を修了していること。

（３） 脳腫瘍摘出術中の病理検査が可能な体制が整っていること。

（４） 脳腫瘍摘出術に伴う合併症への対応ができる体制が整っていること。

（５） 当該手術に用いる機器について、適切に使用管理区域の設定がなされていること。

（６） 悪性脳腫瘍患者に対する光線力学療法の研修プログラムを受講した機器管理責任者（医師又は臨床工学技士）が選定されており、当該手術に用いる装置について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理されていること。

（７） 実際の手技に当たって、５年以上の脳神経外科の経験を有する常勤の医師であって関係学会から示されている所定の研修を修了している医師が１名以上参加すること。

２　届出に関する事項

頭蓋内腫瘍摘出術（原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算を算定する場合に限る。）に係る届出は、別添２の様式 51 の３を用いること。

第 58 の４　内視鏡下脳腫瘍生検術及び内視鏡下脳腫瘍摘出術

１　内視鏡下脳腫瘍生検術及び内視鏡下脳腫瘍摘出術に関する施設基準

（１） 脳神経外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 内視鏡下脳腫瘍生検術又は内視鏡下脳腫瘍摘出術を、当該手術に習熟した医師の補助として合わせて 10 例以上経験し、当該手術に習熟した医師の指導の下に術者として合わせて 10 例以上実施した経験を有する常勤の脳神経外科の医師（当該診療科について５年以上の経験を有するものに限る。）が術者として１名以上配置されていること。

（３） ５年以上の脳神経外科の経験を有している常勤の医師が２名以上配置されていること。

（４） 常勤の麻酔科標榜医が１名以上配置されていること。

（５） 内視鏡下脳腫瘍生検術及び内視鏡下脳腫瘍摘出術に伴う合併症への対応ができる体制が整っていること。

２　届出に関する事項

内視鏡下脳腫瘍生検術及び内視鏡下脳腫瘍摘出術に係る届出は、別添２の様式 87 の 26 を用いること。

第 58 の５　脳血栓回収療法連携加算

１　脳血栓回収療法連携加算の施設基準

（１）　「Ａ２０５－２」超急性期脳卒中加算に関する施設基準における(１)のアを満たすものとして当該加算の届出を行っている施設であること。

（２）　関係学会の定める指針に基づき、「Ａ２０５－２」超急性期脳卒中加算に関する施設基準における(１)のイを満たすものとして当該加算の届出を行っている他の保険医療機関との間で、脳梗塞患者に対する経皮的脳血栓回収術の適応の可否の判断における連携について協議し、手順書を整備した上で、対象となる患者について当該他の保険医療機関に対して助言を行っていること。

２　届出に関する事項

脳血栓回収療法連携加算に係る届出は、別添２の様式 87 の 56 を用いること。

第 59　頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）

１　頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）に関する施設基準

（１）　形成外科及び脳神経外科を標榜している病院であること。

（２）　頭蓋骨形成手術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として５例以上実施した経験を有する常勤の形成外科及び脳神経外科の医師（当該診療科について５年以上の経験を有するものに限る。）がそれぞれ１名以上配置されていること。

（３）　当該保険医療機関において頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）が５例以上実施されていること。

（４）　関係学会から示されている指針に基づき当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

頭蓋骨形成手術（骨移動を伴うものに限る。）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 54 を用いること。

第 60　脳刺激装置植込術及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術

１　脳刺激装置植込術及び脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術に関する施設基準

（１）　脳刺激装置植込術及び脳刺激装置交換術

第 24 の長期継続頭蓋内脳波検査の施設基準に準ずる。

（２）　脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術

脳神経外科、整形外科又は麻酔科を標榜しており、当該診療科の常勤医師が１名以上配置されていること。なお、診療所である保険医療機関においても届出が可能であること。

２　届出に関する事項

脳刺激装置植込術、脳刺激装置交換術、脊髄刺激装置植込術又は脊髄刺激装置交換術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 25 を用いること。

第 60 の２　頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（７本以上の電極による場合）に限る。）

１　頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（７本以上の電極による場合）に限る。）に関する施設基準

（１）　脳神経外科及び脳神経内科を標榜している病院であること。

（２）　５年以上の脳神経外科の経験を有する常勤の医師及びてんかんに係る診療の経験を５年以上有する常勤の医師がそれぞれ１名以上配置されており、このうち１名以上は関係学会から示されている頭蓋内電極植込術に関する所定の研修を修了していること。

（３）　頭蓋内電極植込術に伴う合併症への対応ができる体制が整っていること。

（４）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（５）　当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（６）　関連学会の定める指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

頭蓋内電極植込術（脳深部電極によるもの（７本以上の電極による場合）に限る。）に係る届出は、別添２の様式 25 の３を用いて提出すること。

第 60 の２の２　癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）

１　癒着性脊髄くも膜炎手術（脊髄くも膜剥離操作を行うもの）に関する施設基準

（１）　脳神経外科又は整形外科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　10 年以上の脳神経外科又は整形外科の経験を有するものであって、脊椎又は脊髄に係る専門的知識を有する医師が配置されていること。

（３）　緊急事態に対応するための体制が整備されていること。

（４）　当該保険医療機関において「Ｋ９３０」脊髄誘発電位測定等加算又は「Ｋ９３９」画像等手術支援加算をあわせて年間５回以上算定していること。

２　届出に関する事項

癒着性脊髄くも膜炎手術に係る届出は、別添２の様式 87 の 27 を用いて提出すること。

第 60 の２の３　仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術

１　仙骨神経刺激装置植込術、仙骨神経刺激装置交換術（便失禁に対して実施する場合）に関する施設基準

（１）　大腸肛門疾患の診療の経験を５年以上有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は所定の研修を修了していること。

（２）　大腸肛門疾患の診療の経験を５年以上有する常勤の医師で、所定の研修を修了している者が実施すること。

（３）　緊急事態に対応するための体制が整備されていること。

（４）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　仙骨神経刺激装置植込術、仙骨神経刺激装置交換術（便過活動膀胱に対して実施する場合）に関する施設基準

（１）　下部尿路機能障害の診療の経験を５年以上有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は所定の研修を修了していること。

（２）　下部尿路機能障害の診療の経験を５年以上有する常勤の医師で、所定の研修を修了している者が実施すること。

（３）　緊急事態に対応するための体制が整備されていること。

（４）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

3　届出に関する事項

仙骨神経刺激装置植込術及び仙骨神経刺激装置交換術に係る届出は、別添２の様式 53 を用いて適応ごとにそれぞれ提出すること。

第 60 の２の４　舌下神経電気刺激装置植込術

1　舌下神経電気刺激装置植込術に関する施設基準

（1）　耳鼻咽喉科又は頭頸部外科を標榜している病院であること。

（2）　耳鼻咽喉科又は頭頸部外科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されており、そのうち１名以上は所定の研修を修了していること。

（3）　耳鼻咽喉科又は頭頸部外科の経験を５年以上有する常勤の医師で、所定の研修を修了している者が実施すること。

（4）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

2　届出に関する事項

舌下神経電気刺激装置植込術に係る届出は、別添２の様式 87 の 28 を用いて提出すること。

第 60 の２の４の２　羊膜移植加算

1　羊膜移植加算に関する施設基準

羊膜移植術の施設基準を届け出ていること。

2　届出に関する事項

羊膜移植術の届出を行っていればよく、羊膜移植加算として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 60 の２の５　角結膜悪性腫瘍切除術

1　角結膜悪性腫瘍切除術に関する施設基準

（1）　眼科を標榜している保険医療機関であること。

（2）　眼科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（3）　当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が３名以上配置されていること。

（4）　病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

2　届出に関する事項

角結膜悪性腫瘍切除術に係る届出は、別添２の様式 87 の 50 を用いること。

第 60 の３　治療的角膜切除術（エキシマレーザーによるものに限る。）

1　治療的角膜切除術に関する施設基準（エキシマレーザーによるものに限る。）

（1）　眼科の経験を５年以上有しており、エキシマレーザーによる治療的角膜切除術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として 10 症例以上経験している医師が配置されていること。

（2）　当該保険医療機関が眼科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が１名以上配置されていること。

2　届出に関する事項

治療的角膜切除術に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 54 の２を用いること。

第60の３の２　角膜移植術

１　内皮移植加算に関する施設基準

（１）　眼科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　眼科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が２名以上配置されていること。

（４）　当該保険医療機関において、角膜移植術を年間５例以上実施していること。

２　届出に関する事項

内皮移植に係る届出は、別添２の様式52及び様式54の２の２を用いること。

第60の３の３　培養ヒト角膜内皮細胞移植術

１　培養ヒト角膜内皮細胞移植術に関する施設基準

（１）　眼科の経験を５年以上有し、かつ、角膜移植について主として実施する医師として５例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）　実際の手技に当たって、製造販売業者が企画する講習会での研修を修了し、（１）の要件を満たした常勤の医師が術者として参加すること。

（３）　日本眼科学会と日本角膜移植学会が作成した「ネルテペンドセル使用要件等基準（第２版）」等関連学会から示されている基準等を遵守している旨を届け出ていること。

２　届出に関する事項

培養ヒト角膜内皮細胞移植術に係る届出は、別添２の様式52及び様式54の２の３を用いること。

第60の４　羊膜移植術

１　羊膜移植術に関する施設基準

（１）　眼科の経験を５年以上有し、かつ、当該手術について主として実施する医師又は補助を行う医師として６例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）　当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が３名以上配置されていること。

（３）　日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守している旨を届け出ていること。

２　届出に関する事項

羊膜移植術に係る届出は、別添２の様式52及び様式54の３を用いること。

第60の５　緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））

１　緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））に関する施設基準

（１）　眼科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　眼科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　当該保険医療機関において、濾過手術又は緑内障インプラント手術が合わせて50例以上実施されていること。

（４）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

緑内障手術（緑内障治療用インプラント挿入術（プレートのあるもの））に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 54 の４を用いること。

第 60 の６　緑内障手術（流出路再建術（眼内法）及び水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）

１　緑内障手術（流出路再建術（眼内法））に関する施設基準

（１）　眼科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　眼科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　眼科の経験を５年以上有し、水晶体再建術の手術を 100 例以上及び観血的緑内障手術を 10 例以上経験している医師が１名以上配置されていること。なお、（２）に掲げる医師と同一の者であっても差し支えない。

２　緑内障手術（水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）に関する施設基準

（１）　眼科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　眼科の経験を５年以上有し、水晶体再建術の手術を 100 例以上及び観血的緑内障手術を 10 例以上経験している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

３　届出に関する事項

緑内障手術（流出路再建術（眼内法）及び水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 54 の８を用いること。

第 60 の６の２　緑内障手術（濾過胞再建術（needle 法））

１　緑内障手術（濾過胞再建術（needle 法））に関する施設基準

（１）　眼科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　眼科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

２　届出に関する事項

緑内障手術（濾過胞再建術（needle 法））の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 54 の８を用いること。

第 60 の６の３　毛様体光凝固術（眼内内視鏡を用いるものに限る。）

１　毛様体光凝固術（眼内内視鏡を用いるものに限る。）に関する施設基準

（１）　眼科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　眼科の経験を５年以上有し、水晶体再建術の手術を 100 例以上及び観血的緑内障手術を 10 例以上経験している常勤の医師が配置されていること。

（３）　当該手術に必要なモニター、眼内内視鏡等の設備を有しており、当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。なお、当該設備は、リース等であっても差し支えない。

２　届出に関する事項

毛様体光凝固術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 54 の８を用いること。

第60の６の４　経皮的選択的眼動脈注入術

１　経皮的選択的眼動脈注入術に関する施設基準

（１）　放射線科の経験を５年以上有する常勤医師、眼科の経験を５年以上有する常勤医師、小児科の経験を５年以上有する常勤医師及び常勤の麻酔科標榜医がそれぞれ１名以上配置されていること。

（２）　診療放射線技師が配置されていること。

（３）　急変時等の緊急事態に対応するための体制その他当該治療を行うための体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

経皮的選択的眼動脈注入術の施設基準に係る届出は、別添２の様式54の４の２を用いること。

第60の７　網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）

１　網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）に関する施設基準

（１）　眼科に係る診療の経験を10年以上有し、「Ｋ２７７－２」、「Ｋ２８０」の「１」、「Ｋ２８０」の「２」又は「Ｋ２８１」の手術を、１年間に、主たる術者として合わせて30例以上行った常勤の医師が１名以上配置されていること。

（２）　眼科を標榜している医療機関であること。

（３）　当該手術に必要なモニター、眼内内視鏡等の設備を有しており、当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。なお、当該設備は、リース等であっても差し支えない。

２　届出に関する事項

網膜付着組織を含む硝子体切除術（眼内内視鏡を用いるもの）に係る届出は、別添２の様式52及び様式54の５を用いること。

第60の８　網膜再建術

１　網膜再建術に関する施設基準

（１）　眼科及び麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　常勤の眼科の医師が２名以上配置されており、このうち１名以上は当該手術に習熟した医師の指導の下に３例以上実施した経験を有する医師（当該診療科について10年以上の経験を有するものに限る。）であること。

（３）　常勤の麻酔科標榜医が１名以上配置されていること。

（４）　当該保険医療機関において増殖性硝子体網膜症手術が10例以上実施されていること。

（５）　緊急手術が可能な体制を有していること。

２　届出に関する事項

網膜再建術に係る届出は、別添２の様式52及び様式54の６を用いること。

第60の９　経外耳道的内視鏡下鼓室形成術

１　経外耳道的内視鏡下鼓室形成術に関する施設基準

（１）　耳鼻咽喉科を標榜している病院であること。

（２） 鼓室形成に係る手術を年間 20 例以上実施していること。

（３） 常勤の耳鼻咽喉科の医師が３名以上配置されており、このうち２名以上は耳鼻咽喉科の経験を５年以上有していること。

２ 届出に関する事項

経外耳道的内視鏡下鼓室形成術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 29 を用いること。

第 61 植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術

１ 植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術に関する施設基準

（１） 耳鼻咽喉科を標榜している病院であること。

（２） 内耳又は中耳の手術が年間 30 例以上あること。

（３） 常勤の耳鼻咽喉科の医師が３名以上配置されており、このうち２名以上は耳鼻咽喉科の経験を５年以上有しており、１名は少なくとも１例以上の人工内耳植込術の経験を有していること。

（４） 言語聴覚療法に専従する職員が２名以上配置されていること。なお、届出を行う保険医療機関と密接な連携を有する保険医療機関で植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術を実施した患者のリハビリテーションを行う場合は、リハビリテーションを実施する施設に常勤の耳鼻咽喉科医師が１名以上及び言語聴覚療法に専従する職員が２名以上配置されていれば差し支えない。

２ 届出に関する事項

植込型骨導補聴器（直接振動型）植込術、人工中耳植込術、人工内耳植込術、植込型骨導補聴器移植術及び植込型骨導補聴器交換術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 55 を用いること。

第 61 の２ 耳管用補綴材挿入術

１ 耳管用補綴材挿入術に関する施設基準

（１） 耳鼻咽喉科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 耳鼻咽喉科について５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。

（３） （２）のうち１名以上が、鼓膜形成術又は鼓室形成術を術者として合わせて 20 例以上実施した経験を有し、関係学会より認定されていること。

（４） 関係学会より認定された施設であること。

２ 届出に関する事項

耳管用補綴材挿入術に係る届出は、別添２の様式 87 の 49 及び様式 52 を用いること。

第61の２の２　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うものに限る。）

１　内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型(拡大副鼻腔手術)及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うものに限る。）に関する施設基準

（１）　耳鼻咽喉科、脳神経外科及び眼科を標榜している病院であること。

（２）　耳鼻咽喉科の経験を５年以上有する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名以上は少なくとも５例以上の内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型(拡大副鼻腔手術)の経験を有していること。

（３）　脳神経外科又は眼科の経験を５年以上有する常勤の医師がそれぞれ１名以上配置されていること。

（４）　緊急手術が可能な体制を有していること。

２　届出に関する事項

内視鏡下鼻・副鼻腔手術Ｖ型（拡大副鼻腔手術）及び経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うものに限る。）に係る届出は、別添２の様式52及び様式54の７を用いること。

第61の２の２の２　上咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、中咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、下咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、喉頭蓋嚢腫摘出術（鏡視下によるもの）及び喉頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）

１　上咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、中咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、下咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、喉頭蓋嚢腫摘出術（鏡視下によるもの）及び喉頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）に関する施設基準

（１）　耳鼻咽喉科又は頭頸部外科を標榜している病院であること。

（２）　耳鼻咽喉科又は頭頸部外科の経験を５年以上有する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　「Ｋ３７１」上咽頭腫瘍摘出術の「５」鏡視下によるもの、「Ｋ３７２」中咽頭腫瘍摘出術の「３」鏡視下によるもの、「Ｋ３７３」下咽頭腫瘍摘出術の「３」鏡視下によるもの、「Ｋ３９２－２」喉頭蓋嚢腫摘出術の「２」鏡視下によるもの、「Ｋ３９３」喉頭腫瘍摘出術の「３」鏡視下によるもの、「Ｋ３７４－２」鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）又は「Ｋ３９４－２」鏡視下喉頭悪性腫瘍手術を術者として３例以上実施した経験を有している医師が１名以上配置されていること。

（４）　緊急手術の体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

上咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、中咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、下咽頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）、喉頭蓋嚢腫摘出術（鏡視下によるもの）及び喉頭腫瘍摘出術（鏡視下によるもの）に係る届出は、別添２の様式52及び様式56の７を用いること。

第61の２の３　鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）、鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１　鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）に関する施設基準

（１）　耳鼻咽喉科又は頭頸部外科を標榜している病院であること。

（２）　耳鼻咽喉科又は頭頸部外科について10年以上の経験を有し、「Ｋ３７４」咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）又は「Ｋ３９４」喉頭悪性腫瘍手術の術者として合わせて５例以上実施した経験及び「Ｋ３７４－２」鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）又は「Ｋ３９４－２」鏡視下喉頭悪性腫瘍手術を術者として３例以上実施した経験を有している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　緊急手術の体制が整備されていること。

２　鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準

（１）　耳鼻咽喉科又は頭頸部外科並びに放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　耳鼻咽喉科又は頭頸部外科について10年以上の経験を有しており、以下のア又はイの手術を術者として、合わせて３例以上実施した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。

ア　鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

イ　鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

（３）　耳鼻咽喉科又は頭頸部外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が10年以上の経験を有すること。

（４）　麻酔科の標榜医が配置されていること。

（５）　当該保険医療機関において、咽頭悪性腫瘍又は喉頭悪性腫瘍に係る手術（「Ｋ３７４」、「Ｋ３７４－２」、「Ｋ３９４」、「Ｋ３９４－２」又は「Ｋ３９５」）が１年間に合わせて10例以上実施されていること。

（６）　緊急手術の体制が整備されていること。

（７）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（８）　当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（９）　当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

３　届出に関する事項

（１）　鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）に係る届出は、別添２の様式56の７及び様式52を用いること。

（２）　鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る届出は、別添２の様式87の30及び様式52を用いること。

第61の２の４　内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）

１　内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）に関する施設基準

（１）　耳鼻咽喉科又は神経内科を標榜している病院であること。

（２）　耳鼻咽喉科又は神経内科の経験を５年以上有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が耳鼻咽喉科又は神経内科について10年以上の経験を有していること。

（３）　緊急手術の体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

内喉頭筋内注入術（ボツリヌス毒素によるもの）に係る届出は、別添２の様式87の31を用いること。

第61の２の５　鏡視下喉頭悪性腫瘍手術

１　鏡視下喉頭悪性腫瘍手術に関する施設基準

（１）　耳鼻咽喉科又は頭頸部外科を標榜している病院であること。

（２）　耳鼻咽喉科又は頭頸部外科について10年以上の経験を有し、「Ｋ３７４」咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）又は「Ｋ３９４」喉頭悪性腫瘍手術の術者として合わせて５例以上実施した経験及び「Ｋ３７４－２」鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）又は「Ｋ３９４－２」鏡視下喉頭悪性腫瘍手術を術者として３例以上実施した経験を有している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　緊急手術の体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

鏡視下喉頭悪性腫瘍手術に係る届出は、別添２の様式56の７及び様式52を用いること。

第61の２の６　喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）

１　喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）に関する施設基準

（１）　耳鼻咽喉科の経験を５年以上有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が耳鼻咽喉科について10年以上の経験を有していること。

（２）　（１）の医師のうち１名以上は、20例以上の喉頭形成手術の手術経験を有し、関係学会による手術講習会を受講していること。

（３）　音声障害に対する言語聴覚士による指導・訓練を実施できる十分な体制を整えていること。

２　届出に関する事項

喉頭形成手術（甲状軟骨固定用器具を用いたもの）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式87の５を用いること。

第61の３　上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）

１　上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）に関する施設基準

（１） 形成外科又は耳鼻咽喉科を標榜している病院であること。

（２） 上顎骨形成術又は下顎骨形成術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として合わせて５例以上実施した経験を有する常勤の形成外科又は耳鼻咽喉科の医師（当該診療科について５年以上の経験を有するものに限る。）が１名以上配置されていること。

（３） 当該保険医療機関において当該手術が５例以上実施されていること。

（４） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 56 を用いること。

第 61 の４ 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）（歯科診療に係るものに限る。）

１ 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）に関する施設基準

（１） 歯科口腔外科を標榜している病院であること。

（２） 上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）又は下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）を、当該手術に習熟した歯科医師の指導の下に、術者として合わせて５例以上実施した経験を有する常勤の歯科口腔外科の歯科医師（当該診療科について５年以上の経験を有するものに限る。）が１名以上配置されていること。

（３） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

上顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）及び下顎骨形成術（骨移動を伴う場合に限る。）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 56 の３を用いること。

第 61 の４の２ 顎関節人工関節全置換術（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）

１ 顎関節人工関節全置換術に関する施設基準

（１） 形成外科又は耳鼻咽喉科を標榜している病院であること。

（２） 関連学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、形成外科又は耳鼻咽喉科について５年以上の経験を有する常勤医師が１名以上配置されていること。

２ 届出に関する事項

顎関節人工関節全置換術に係る届出は、別添 2 の様式 56 の８を用いること。

第 61 の４の３ 顎関節人工関節全置換術の施設基準（歯科診療に係るものに限る。）

１ 顎関節人工関節全置換術に関する施設基準

（１） 歯科口腔外科を標榜している病院であること。

（２） 関連学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、当該診療科について５年以上の経験を有する常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。

２ 届出に関する事項

顎関節人工関節全置換術に係る届出は別添２の様式 56 の８を用いること。

第61の４の４　内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術

１　内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術に関する施設基準

（１）　外科、頭頸部外科、耳鼻咽喉科又は内分泌外科を標榜している病院であること。

（２）　外科、頭頸部外科、耳鼻咽喉科又は内分泌外科について10年以上及び「Ｋ４６１－２」、「Ｋ４６２－２」及び「Ｋ４６４－２」の手術を術者として合わせて５例以上実施した経験を有している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　緊急手術体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

内視鏡下甲状腺部分切除、腺腫摘出術、内視鏡下バセドウ甲状腺全摘（亜全摘）術（両葉）、内視鏡下副甲状腺（上皮小体）腺腫過形成手術に係る届出は、別添２の様式52及び様式56の４を用いること。

第61の４の５　内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術

１　内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術に関する施設基準

（１）　外科、頭頸部外科、耳鼻咽喉科又は内分泌外科を標榜している病院であること。

（２）　外科、頭頸部外科、耳鼻咽喉科又は内分泌外科について10年以上の経験を有し、「Ｋ４６１－２」、「Ｋ４６２－２」及び「Ｋ４６４－２」の手術を術者として合わせて５例以上実施した経験及び内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術を術者として３例以上実施した経験を有している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　緊急手術体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

内視鏡下甲状腺悪性腫瘍手術に係る届出は、別添２の様式52及び様式56の４を用いること。

第61の４の６　頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（歯科診療以外の診療に係るものに限る。）

１　頭頸部悪性腫瘍光線力学療法に関する施設基準

（１）　関係学会により教育研修施設として認定された施設であること。

（２）　頭頸部外科について５年以上の経験を有し、所定の研修を修了している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。

（４）　緊急手術の体制が整備されていること。

（５）　当該療養に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

２　届出に関する事項

頭頸部悪性腫瘍光線力学療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式87の46を用いること。

第61の４の６の２　頭頸部悪性腫瘍光線力学療法（歯科診療に係るものに限る。）

１　頭頸部悪性腫瘍光線力学療法に関する施設基準

（１）　関係学会により教育研修施設として認定された施設であること。

（２）　頭頸部癌の治療に係る専門の知識及び５年以上の経験を有し、本治療に関する所定の研修を修了している常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。

（３）　常勤の歯科麻酔科医又は常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。

（４）　緊急時・偶発症発生時に備えて医師との連携体制を確保していること。

（５）　緊急手術の体制が整備されていること。

（６）　当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

２　届出に関する事項

頭頸部悪性腫瘍光線力学療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式87の46の２を用いること。

第61の４の７　乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲＩによるもの）

１　乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲＩによるもの）に関する施設基準

（１）　1.5テスラ以上のＭＲＩ装置を有していること。

（２）　画像診断管理加算１、２、３又は４に関する施設基準を満たすこと。

（３）　関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。

２　届出に関する事項

乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術（ＭＲＩによるもの）の施設基準に係る届出は、別添２の様式38を用いること。

第61の５　乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの及び拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）については、乳癌センチネルリンパ節生検加算１又は乳癌センチネルリンパ節生検加算２を算定する場合に限る。）

１　乳腺悪性腫瘍手術（乳癌センチネルリンパ節生検加算１又は乳癌センチネルリンパ節生検加算２を算定する場合に限る。）に関する施設基準

（１）　乳腺外科又は外科の経験を５年以上有しており、乳房悪性腫瘍手術における乳癌センチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として５症例以上経験している医師が配置されていること。

（２）　当該保険医療機関が乳腺外科又は外科及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が２名以上配置されていること。ただし、「注１」の乳癌センチネルリンパ節生検加算１のうち、インドシアニングリーンによるもの及び「注２」の乳癌センチネルリンパ節生検加算２のうち、色素のみによるもののみを算定する保険医療機関にあっては、放射線科を標榜していなくても差し支えない。

（３） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。ただし、保険医療機関間の連携による病理診断に関する施設基準を届け出ている保険医療機関にあっては、病理医が配置されていなくても差し支えない。

２　乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの（内視鏡下によるものを含む。））及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））に関する施設基準

（１） 乳腺悪性腫瘍手術が年間 20 例以上あること。

（２） 乳腺外科又は外科の経験を５年以上有しており、乳輪温存乳房切除術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として 10 症例以上経験している医師が配置されていること。

（３） 当該保険医療機関が乳腺外科又は外科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が２名以上配置されていること。

（４） 麻酔科標榜医が配置されていること。

（５） 病理部門が設置され、病理医が配置されかつ迅速病理検査の体制が整っていること。

３　届出に関する事項

乳腺悪性腫瘍手術（単純乳房切除術（乳腺全摘術）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房切除術（腋窩部郭清を伴わないもの）、乳房部分切除術（腋窩部郭清を伴うもの（内視鏡下によるものを含む。））、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施しないもの、乳房切除術（腋窩鎖骨下部郭清を伴うもの）・胸筋切除を併施するもの及び拡大乳房切除術（胸骨旁、鎖骨上、下窩など郭清を併施するもの）については、乳癌センチネルリンパ節生検加算１又は乳癌センチネルリンパ節生検加算２を算定する場合に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 56 の２を用いること。乳腺悪性腫瘍手術（乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴わないもの（内視鏡下によるものを含む。））及び乳輪温存乳房切除術（腋窩郭清を伴うもの））に関する施設基準については、別添２の様式 52 及び様式 56 の５を用いること。

第 61 の６　ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）（内視鏡下によるものを含む。）

１　ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）（内視鏡下によるものを含む。）に関する施設基準

（１） 形成外科又は乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有している医師若しくはその指導下で研修を行う医師が１名以上配置されていること。

（２） 関係学会から示されている指針に基づいた所定の研修を修了し、その旨が登録されている医師が１名以上配置されていること。

（３） 一次一期的再建の場合は、乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上及び形成外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤又は非常勤の医師が１名以上配置されており、両者が術者となり共同して手術を行うこと。

（４） 一次二期的再建の場合は、形成外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上配置されていること又は乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上及び形成外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤又は非常勤の医師が１名以上配置されており、両者が術者となり共同して手術を行うこと。

（５） 二次再建の場合は、形成外科の専門的な研修の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（６） 関係学会から示されている指針に基づき、乳房再建術が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）（内視鏡下によるものを含む。）に係る届出は、別添２の様式 50 の５を用いること。

第 61 の６の１の２ 乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法

１ 乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法に関する施設基準

（１） 乳腺外科又は外科を標榜している保険医療機関である病院であること。

（２） 乳腺外科又は外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（３） 乳腺手術を年間 10 例以上実施していること。

（４） 緊急手術が可能な体制を有していること。

（５） 乳癌センチネルリンパ節生検加算１又は乳癌センチネルリンパ節生検加算２は次に掲げる要件をいずれも満たす場合に限り算定する。

ア 乳腺外科又は外科の経験を５年以上有しており、乳癌センチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として５症例以上経験している医師が配置されていること。

イ 当該保険医療機関が乳腺外科又は外科のいずれか及び放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が合わせて２名以上配置されていること。ただし、「２ 単独法」のうち、色素のみによるもののみを実施する施設にあっては、放射線科を標榜していなくても差し支えない。

ウ 麻酔科標榜医が配置されていること。

エ 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

２ 届出に関する事項

乳腺悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 57 を用いること。

第 61 の６の２ 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１ 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

（１） 呼吸器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 以下のアからエまでの手術を術者として、合わせて 10 例以上実施した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。

ア 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

イ 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

ウ 胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

エ 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除、肺葉切除又は１肺葉を超えるもの及び気管支形成を伴う肺切除に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

（３） 当該保険医療機関において、胸腺関連疾患に係る手術を年間５例以上施行しており、このうち当該手術又は胸腔鏡下手術を３例以上実施していること。

（４） ５年以上の呼吸器外科の経験及び専門的知識を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は10年以上の呼吸器外科の経験を有していること。

（５） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（６） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（７） 当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（８） 関連学会の定める指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式87の22を用いること。

第61の７ 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１ 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

（１） 呼吸器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 以下のアからエまでの手術を術者として、合わせて５例以上実施した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。

ア 胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

イ 胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

ウ 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除、肺葉切除又は１肺葉を超えるもの及び気管支形成を伴う肺切除に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

エ 胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

（３） 当該保険医療機関において、縦隔腫瘍に係る手術を年間10例以上施行しており、このうち当該手術又は胸腔鏡下手術を年間５例以上実施していること。

（４） ５年以上の呼吸器外科の経験及び専門的知識を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は10年以上の呼吸器外科の経験を有していること。

（５） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（６） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（７） 当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（８） 関連学会の定める指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術及び胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式87の８を用いること。

第61の７の１の２ 気管支バルブ留置術

１ 気管支バルブ留置術に関する施設基準

（１） 呼吸器内科、呼吸器外科及び麻酔科を標榜している保険医療機関である病院であること。

（２） 呼吸器内科、呼吸器外科又は気管支鏡手技に関する専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（３） 常勤の呼吸器外科の医師が配置されていること。

（４） 麻酔科標榜医が配置されていること。

（５） 緊急手術が可能な体制を有していること。

２ 届出に関する事項

気管支バルブ留置術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 87 の 58 を用いること。

第 61 の７の１の３ 胸腔鏡下肺切除術（区域切除及び肺葉切除術又は１肺葉を超えるものに限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１ 胸腔鏡下肺切除術（区域切除及び肺葉切除術又は１肺葉を超えるものに限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

（１） 呼吸器外科及び麻酔科を標榜している保険医療機関である病院であること。

（２） 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除、肺葉切除又は１肺葉を超えるもの及び気管支形成を伴う肺切除に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）又は胸腔鏡下肺切除術（区域切除及び肺葉切除術又は１肺葉を超える場合）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の手術を術者として、合わせて 10 例以上実施した経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（３） 当該保険医療機関において、肺良性腫瘍、炎症性肺疾患及び肺悪性腫瘍に係る手術を年間 50 例以上実施しており、このうち胸腔鏡下手術を年間 20 例以上実施していること。

（４） ５年以上の呼吸器外科の経験及び専門的知識を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は 10 年以上の呼吸器外科の経験を有していること。

（５） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（６） 麻酔科標榜医が配置されていること。

（７） 常勤の臨床工学技士が配置されていること。

（８） 当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（９） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

(10) 関連学会が定める指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

胸腔鏡下肺切除術（区域切除及び肺葉切除又は１肺葉を超えるものに限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 17 を用いること。

第61の７の２　肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）

１　肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）に関する施設基準

（１）　呼吸器外科の経験を15年以上有しており、悪性胸膜中皮腫に係る手術に習熟した医師の指導下に、術者として５例以上経験している常勤の医師が配属されていること。

（２）　当該保険医療機関に呼吸器内科及び放射線科の経験を５年以上有している常勤の医師がそれぞれ１名以上配置されていること。

２　届出に関する事項

肺悪性腫瘍手術（壁側・臓側胸膜全切除（横隔膜、心膜合併切除を伴うもの）に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式56の６を用いること。

第61の７の３　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除、肺葉切除又は１肺葉を超えるもの及び気管支形成を伴う肺切除に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除、肺葉切除又は１肺葉を超えるもの及び気管支形成を伴う肺切除に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

（１）　呼吸器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除、肺葉切除又は１肺葉を超えるもの及び気管支形成を伴う肺切除に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の手術を術者として、合わせて10例以上実施した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。

（３）　当該保険医療機関において、肺悪性腫瘍に係る手術を年間50例以上実施されており、このうち胸腔鏡下手術を年間20例以上実施していること。

（４）　５年以上の呼吸器外科の経験及び専門的知識を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は10年以上の呼吸器外科の経験を有していること。

（５）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（６）　麻酔科標榜医が配置されていること。

（７）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（８）　当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（９）　当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

(10)　関連学会の定める指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除、肺葉切除又は１肺葉を超えるもの及び気管支形成を伴う肺切除に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式87の17を用いること。

第61の７の４　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）

１　胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）に関する施設基準

（１）　呼吸器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術を術者として、合わせて 50 例以上実施した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。

（３） 当該保険医療機関において、肺悪性腫瘍に係る手術を年間 50 例以上実施されており、このうち胸腔鏡下手術を年間 20 例以上実施していること。

（４） ５年以上の呼吸器外科の経験及び専門的知識を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は 10 年以上の呼吸器外科の経験を有していること。

（５） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

２ 届出に関する事項

胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（気管支形成を伴う肺切除）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 51 を用いること。

第 62 同種死体肺移植術

１ 同種死体肺移植術に関する施設基準

移植関係学会合同委員会において、肺の移植実施施設として選定された施設であること。

２ 届出に関する事項

（１） 同種死体肺移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 57 を用いること。

（２） 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 62 の２ 生体部分肺移植術

１ 生体部分肺移植術に関する施設基準

（１） 肺切除術が年間 20 例以上あること。

（２） 当該手術を担当する診療科の常勤医師が５名以上配置されており、このうち少なくとも１名は臓器移植の経験を有していること。

（３） 生体部分肺移植術の実施に当たり、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並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守していること。

２ 届出に関する事項

（１） 生体部分肺移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 58 を用いること。

（２） 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並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体部分肺移植ガイドライン」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

第 62 の２の１の２ 肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法

１ 肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法に関する施設基準

（１） 呼吸器外科及び麻酔科を標榜している保険医療機関である病院であること。

（２） 呼吸器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（３） 麻酔科標榜医が配置されていること。

（４） 肺悪性腫瘍手術を年間 10 例以上実施していること。

（５） 緊急手術が可能な体制を有していること。

２ 届出に関する事項

肺悪性腫瘍及び胸腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 59 を用いること。

第 62 の２の２ 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１ 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準

（１） 外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 当該保険医療機関において、以下のアからオまでの手術を合わせて年間 10 例以上実施しており、このうちイ、エ又はオの手術を合わせて年間 10 例以上実施していること。

ア 食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）

イ 胸腔鏡下胸部食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）

ウ 食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）

エ 胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）

オ 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）

（３） 外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が外科又は消化器外科について 10 年以上の経験を有すること。

（４） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（５） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（６） 当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（７） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（８） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 10 を用いること。

第 62 の２の３ 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１ 縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準

（１） 外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 当該保険医療機関において、以下のアからオまでの手術を合わせて年間 10 例以上実施しており、このうちイ、エ又はオの手術を合わせて年間 10 例以上実施していること。

ア 食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）

イ 胸腔鏡下胸部食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）

ウ　食道悪性腫瘍手術（消化管再建手術を併施するもの）

エ　胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）

オ　縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）

（３）　外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が外科又は消化器外科について 10 年以上の経験を有すること。

（４）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（５）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（６）　当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（７）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 10 を用いること。

第 62 の２の４　内視鏡下筋層切開術

１　内視鏡下筋層切開術に関する施設基準

（１）　消化器内科又は消化器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　当該医療機関において、当該手術が 10 例以上実施されていること。

（３）　消化器外科又は消化器内科について５年以上の経験を有し、内視鏡的食道粘膜切開術（早期悪性腫瘍粘膜下層剥離術に限る。）について 20 例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。また、当該医師は、当該手術について術者として又は補助を行う医師として 15 例（このうち５例は術者として実施しているものに限る。）以上の経験を有していること。

（４）　実施診療科において、常勤の医師が３名以上配置されていること。ただし、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。

（５）　常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。

（６）　緊急手術体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

内視鏡下筋層切開術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 58 の２を用いること。

第 62 の２の５　食道縫合術(穿孔、損傷)(内視鏡によるもの)、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び腟腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）

１　食道縫合術(穿孔、損傷)(内視鏡によるもの)、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるも

の）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び腟腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）に関する施設基準

（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。

２ 届出に関する事項

（１） 食道縫合術(穿孔、損傷)(内視鏡によるもの)、内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術、胃瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、小腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、結腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、腎（腎盂）腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、尿管腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）、膀胱腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）及び腟腸瘻閉鎖術（内視鏡によるもの）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 87 の９を用いること。

（２） 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 62 の２の６ 心腫瘍摘出術（単独のもの（胸腔鏡下によるもの）に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、心腔内粘液腫摘出術（単独のもの（胸腔鏡下によるもの）に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１ 心腫瘍摘出術（単独のもの（胸腔鏡下によるもの）に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、心腔内粘液腫摘出術（単独のもの（胸腔鏡下によるもの）に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準

（１） 胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）又は胸腔鏡下弁置換術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出を行っていること。

（２） 当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（３） 当該手術を実施する患者について、関係学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（４） 関係学会の定める指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

心腫瘍摘出術（単独のもの（胸腔鏡下によるもの）に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）、心腔内粘液腫摘出術（単独のもの（胸腔鏡下によるもの）に限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 87 の 10 の３を用いること。

第 62 の３ 経皮的冠動脈形成術

１ 経皮的冠動脈形成術に関する施設基準

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

２ 届出に関する事項

経皮的冠動脈形成術の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第63　経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）

1　経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）に関する施設基準

（1）　循環器内科を標榜している病院であること。

（2）　開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術に係る緊急手術が実施可能な体制を有していること。ただし、緊急手術が可能な保険医療機関との連携（当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る。）により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない。

（3）　５年以上の循環器内科の経験を有する医師が１名以上配置されていること。

（4）　経皮的冠動脈形成術について術者として実施する医師として300例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。

（5）　日本心血管インターベンション治療学会の定める指針を遵守していること。

（6）　「３　アテローム切除アブレーション式血管形成術用カテーテルによるもの」については、既に経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）の施設基準に係る届出を行っており、複数の高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルを設置している又は１種類のみの高速回転式経皮経管アテレクトミーカテーテルの導入施設で過去２年間25例以上の使用実績のある保険医療機関であること。

2　届出に関する事項

経皮的冠動脈形成術（特殊カテーテルによるもの）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式59を用いて提出すること。

第63の２　経皮的冠動脈ステント留置術

1　経皮的冠動脈ステント留置術に関する施設基準

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

2　届出に関する事項

経皮的冠動脈ステント留置術の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第63の２の２　胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡下弁置換術

1　胸腔鏡下弁形成術及び胸腔鏡下弁置換術に関する施設基準

（1）　心臓血管外科及び麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（2）　体外循環を使用する手術を年間50例以上（心臓弁膜症手術30例以上を含む。）実施していること又は心臓弁膜症手術を術者として200例以上実施した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。

（３） ５年以上の心臓血管外科の経験及び専門的知識を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は 10 年以上の心臓血管外科の経験を有していること。
（４） 経食道心エコーを年間 100 例以上実施していること。
（５） 麻酔科標榜医が配置されていること。
（６） 常勤の臨床工学技士が２名以上配置されており、そのうち１名以上は手術における体外循環の操作を 30 例以上実施した経験を有していること。
（７） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

２ 胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準
（１） 心臓血管外科及び麻酔科を標榜している病院であること。
（２） 体外循環を使用する手術を年間 100 例以上（心臓弁膜症手術 60 例以上を含む）実施していること。
（３） 胸腔鏡下弁形成術を年間 20 例以上実施していること。
（４） 胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、５例以上実施した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。
（５） 麻酔科標榜医が配置されていること。
（６） ５年以上の心臓血管外科の経験及び専門的知識を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は 10 年以上の心臓血管外科の経験を有していること。
（７） 経食道心エコーを年間 100 例以上実施していること。
（８） 常勤の臨床工学技士が２名以上配置されており、そのうち１名以上は手術における体外循環の操作を 30 例以上実施した経験を有していること。
（９） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。
(10) 当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。
(11) 関連学会の定める指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。
(12) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

３ 胸腔鏡下弁置換術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準
（１） 心臓血管外科及び麻酔科を標榜している保険医療機関である病院であること。
（２） 体外循環を使用する手術を年間 100 例以上（心臓弁膜症手術 60 例以上を含む）実施していること。
（３） 胸腔鏡下弁置換術を年間 20 例以上実施していること。
（４） 胸腔鏡下弁置換術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、５例以上実施した経験を有する常勤の医師が配置されていること。
（５） ５年以上の心臓血管外科の経験及び専門的知識を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は 10 年以上の心臓血管外科の経験を有していること。
（６） 麻酔科標榜医が配置されていること。
（７） 経食道心エコーを年間 100 例以上実施していること。
（８） 常勤の臨床工学技士が２名以上配置されており、そのうち１名以上は手術における体外循環の操作を 30 例以上実施した経験を有していること。

（９） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

(10) 当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

(11) 関連学会の定める指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

(12) 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

４ 届出に関する事項

胸腔鏡下弁形成術、胸腔鏡下弁置換術及び胸腔鏡下弁形成術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び胸腔鏡下弁置換術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 11 を用いること。

第 63 の２の３ 弁置換術（大動脈弁、僧帽弁及び中心線維体の再建を含むものに限る。）

１ 弁置換術（大動脈弁、僧帽弁及び中心線維体の再建を含むものに限る。）に関する施設基準

（１） 心臓血管外科及び麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 体外循環を使用する手術を年間 50 例以上（心臓弁膜症手術 30 例以上を含む。）実施した経験を有する常勤の医師及び心臓弁膜症手術を術者として、100 例以上実施した経験を有する常勤の医師がそれぞれ１名以上配置されていること。

（３） ５年以上の心臓血管外科の経験及び専門的知識を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は 10 年以上の心臓血管外科の経験を有していること。

（４） 麻酔科標榜医が配置されていること。

（５） 常勤の臨床工学技士が２名以上配置されており、そのうち１名以上は手術における体外循環の操作を 30 例以上実施した経験を有していること。

（６） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（７） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

２ 届出に関する事項

弁置換術（大動脈弁、僧帽弁及び中心線維体の再建を含むものに限る。）に係る届出は、別添２の様式 59 の１の２を用いること。

第 63 の３ 経カテーテル弁置換術

１ 経カテーテル弁置換術（経心尖大動脈弁置換術及び経皮的大動脈弁置換術）に関する施設基準

（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。

２　経カテーテル弁置換術（経皮的肺動脈弁置換術）に関する施設基準

（１）　循環器内科又は小児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）　経カテーテル人工生体弁セットを用いる場合は、人工心肺を使用する開心術を年間 40 例以上実施していること。

（３）　経カテーテル人工生体弁セット（ステントグラフト付き）を用いる場合は、人工心肺を使用する開心術（先天性心疾患に係るものに限る。）を年間 30 例以上実施していること。

（４）　５年以上の循環器内科又は小児循環器内科の経験を有する常勤の医師が２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２名以上配置されていること。

（５）　先天性心疾患について２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。なお、（４）に掲げる医師と同一の者であっても差し支えない。

（６）　関係学会より認定された施設であること。

（７）　以下のいずれかの設備を有していること。

ア　設置型透視装置を備えており、速やかに開胸手術に移行可能である手術室

イ　２方向以上の透視が可能な装置を備えている血管造影室

（８）　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。

（９）　関係学会の策定する実施施設基準を遵守すること。

３　届出に関する事項

（１）　経カテーテル弁置換術（経心尖大動脈弁置換術及び経皮的大動脈弁置換術）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 59 の２を用いること。

（２）　経カテーテル弁置換術（経皮的肺動脈弁置換術）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 59 の２の２を用いること。

（３）　関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 63 の３の２　経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術

１　経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術に関する施設基準

（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 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。

ウ 経食道心エコー検査を年間 100 例以上（うち、術中経食道心エコー検査を年間 30 例以上、それ以外の診断目的の経食道心エコー検査を年間 50 例以上）実施していること。

エ 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間 100 例以上実施していること。

オ 僧帽弁置換術又は僧帽弁形成術を合わせて年間 20 例以上実施していること。

カ 経皮経静脈的僧帽弁交連切開術又は肺静脈隔離術等において実施する心房中隔穿刺手技（経カテーテル心房中隔欠損閉鎖術において実施する場合を除く。）（以下「ブロッケンブロー手技」という。）を年間 20 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２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２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名以上配置されており、かつ、緊急開心・胸部大動脈手術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、次のいずれかに該当すること。

ア 経皮的弁周囲欠損孔閉鎖術の場合

ブロッケンブロー手技について 20 例以上の経験と５年以上の循環器内科又は心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が術者として参加すること。

イ 経心尖弁周囲欠損孔閉鎖術の場合

開心術（経心尖大動脈弁置換術等の心尖部へのアプローチを含む。）又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間 100 例以上の経験と５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が術者として参加すること。

（９） 関係学会の策定する実施施設基準を遵守すること。

２ 届出に関する事項

（１） 経カテーテル弁周囲欠損孔閉鎖術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 59 の２の３を用いること。

（２） 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第63の４　経皮的僧帽弁クリップ術

１　経皮的僧帽弁クリップ術に関する施設基準

（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　経皮的冠動脈形成術を年間100例以上実施していること。

イ　経食道心エコー検査を年間100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医師が３名以上配置されており、かつ心臓血管外科の経験を有する医師が３名以上配置されており、うち２名以上は５年以上の心臓血管外科の経験を有する医師であること。

（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）　経皮的僧帽弁クリップ術を行うに当たり関係学会より認定された施設であること。

（６）　関係学会から示されている指針に基づき、経皮的僧帽弁クリップ術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

（１）　経皮的僧帽弁クリップ術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式87の12を用いること。

（２）　関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第63の４の２　経皮的三尖弁クリップ術

１　経皮的三尖弁クリップ術に関する施設基準

（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　直近１年間に経皮的僧帽弁クリップ術を12例以上実施していること。

イ　経皮的僧帽弁クリップ術を50例以上実施していること。

（３）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

経皮的三尖弁クリップ術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式59の２の４を用いること。

第63の５　胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術

１　胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術に関する施設基準

（１）　心臓血管外科、麻酔科及び小児科を標榜している病院であること。

（２）　当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が２名以上配置されていること。

（３）　常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。

（４）　直視下又は胸腔鏡下の動脈管開存閉鎖術を３年間に10例以上実施していること。

（５）　「Ｋ５５２」から「Ｋ６０５―４」までに掲げる手術（経皮的手術、「Ｋ５９１」、「Ｋ５９６」から「Ｋ６０２」までに掲げるもの及び２日目以降の補助人工心臓（植込型を含む）に係るものを除く。）を年間50例以上（16歳未満に実施したものに限る。）実施していること。

（６） 心臓血管外科の経験を５年以上有し、当該療法を術者として又は補助を行う医師として10例（このうち５例は術者として実施しているものに限る。）以上実施した経験及び直視下動脈管開存閉鎖術を術者として20例以上実施した経験を有する常勤の心臓血管外科医が１名以上配置されていること。

（７） 緊急手術が可能な体制を有していること。

２ 届出に関する事項

胸腔鏡下動脈管開存閉鎖術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式59の３を用いること。

第63の５の１の２ 胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術

１ 胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術に関する施設基準

（１） 心臓血管外科、麻酔科及び小児科を標榜している保険医療機関である病院であること。

（２） 当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が２名以上配置されていること。

（３） 常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。

（４） 直視下又は胸腔鏡下の心房中隔欠損閉鎖術を５年間に10例以上実施していること。

（５） 「Ｋ５５２」から「Ｋ６０５―４」までに掲げる手術（経皮的手術、「Ｋ５９１」、「Ｋ５９６」から「Ｋ６０２」までに掲げるもの及び２日目以降の補助人工心臓（植込型を含む）に係るものを除く。）を年間50例以上（16歳未満に実施したものに限る。）実施していること。

（６） 心臓血管外科の経験を５年以上有し、当該療法を術者として又は補助を行う医師として10例（このうち５例は術者として実施しているものに限る。）以上実施した経験及び直視下心房中隔欠損閉鎖術を術者として20例以上実施した経験を有する常勤の心臓血管外科医が配置されていること。

（７） 緊急手術が可能な体制を有していること。

２ 届出に関する事項

胸腔鏡下心房中隔欠損閉鎖術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式87の60を用いること。

第63の５の２ 不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下によるもの及び経カテーテル的手術によるもの）に限る。）

１ 不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下によるもの）に限る。）に関する施設基準

（１） 心臓血管外科及び麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（２） ５年以上の心臓血管外科の経験及び専門的知識を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上は10年以上の心臓血管外科の経験を有していること。

（３） 経食道心エコーを年間100例以上実施していること。

（４） 緊急手術が可能な体制を有していること。

（５） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

２ 不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）に関する施設基準

（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） 経カテーテル大動脈弁置換術、経皮的大動脈弁拡張術、経皮的僧帽弁拡張術、経皮的僧帽弁クリップ術、経皮的動脈管開存閉鎖術、経皮的大動脈形成術、経皮的肺動脈弁拡張術、経皮的肺動脈形成術、経皮的肺動脈穿通・拡大術、心房中隔欠損作成術（経皮的心房中隔欠損作成術に限る。）、経皮的心房中隔欠損閉鎖術、経皮的卵円孔開存閉鎖術、不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）、経皮的カテーテル心筋焼灼術又は経皮的中隔心筋焼灼術を合わせて年間 50 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医師が２名以上配置されていること

（４） 心臓血管外科の経験を有する医師が２名以上配置されており、うち１名以上は５年以上の心臓血管外科の経験を有する医師であること。

（５） 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及び５年以上の不整脈についての治療の経験を有している常勤の医師がそれぞれ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。

（６） 緊急手術が可能な体制を有していること。

（７） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（８） 不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）を行うに当たり関係学会より認定された施設であること。

（９） 関係学会から示されている指針に基づき、不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）が適切に実施されていること。

３ 届出に関する事項

（１） 不整脈手術（左心耳閉鎖術（胸腔鏡下によるもの）に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 32 を用いること。

（２） 不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 59 の３の２を用いること。

（３） 不整脈手術（左心耳閉鎖術（経カテーテル的手術によるもの）に限る。）の施設基準に係る届出は、関連学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 63 の６ 経皮的カテーテル心筋焼灼術（磁気ナビゲーション加算を算定する場合に限る。）

１ 経皮的カテーテル心筋焼灼術（磁気ナビゲーション加算を算定する場合に限る。）に関する施設基準

（１） 循環器内科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 経皮的カテーテル心筋焼灼術を年間 50 例以上実施していること。

（３） 循環器内科についての専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名以上は５名以上の不整脈についての治療の経験を５年以上有していること。

（４） 麻酔科の標榜医が１名以上配置されていること。

（５） 緊急手術が可能な体制を有していること。

（６） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（７） 当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

２ 届出に関する事項

経皮的カテーテル心筋焼灼術（磁気ナビゲーション加算を算定する場合に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 59 の４を用いること。

第 64　経皮的中隔心筋焼灼術

１　経皮的中隔心筋焼灼術に関する施設基準

（１）　循環器内科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術に関し、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。

（３）　５年以上の心臓血管外科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。ただし、５年以上の心臓血管外科の経験を有する常勤の医師が配置されている保険医療機関との連携（当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る。）により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない。

（４）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（５）　経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術又は経皮的冠動脈ステント留置術を年間合計 100 例以上実施していること。

２　届出に関する事項

（１）　経皮的中隔心筋焼灼術の施設基準に係る届出及び届出前１年間の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の実施件数は、別添２の様式 52 及び様式 60 を用いて提出すること。

（２）　経皮的中隔心筋焼灼術に係る届出を行う場合であって、他の保険医療機関との連携により１の(３)に掲げる要件を充足するものとする場合は、当該他の保険医療機関との連携に係る契約に関する文書の写しを提出すること。

なお、当該契約においては、緊急事態が発生したときは、当該他の保険医療機関が即時に適切な対応を図ることが明記されているものであること。

第 65　ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術

１　ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術に関する施設基準

（１）　循環器内科又は心臓血管外科の経験を５年以上有する医師が１名以上配置されていること。なお、診療所である保険医療機関においても届出が可能であること。

（２）　リードレスペースメーカーの場合には、「Ｋ５９７」ペースメーカー移植術又は「Ｋ５９７－２」ペースメーカー交換術を合わせて年間 10 例以上実施していること。

（３）　リードレスペースメーカーの場合には、緊急手術が可能な体制を有していること。ただし、緊急手術が可能な保険医療機関との連携（当該連携について、文書による契約が締結されている場合に限る。）により、緊急事態に対応するための体制が整備されている場合は、この限りでない。

２　届出に関する事項

ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 24 及び様式 52 を用いること。

第65の２　植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術

１　植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術に関する施設基準

下記のいずれかの施設基準の届出を行った保険医療機関において算定できる。

（１）　「Ｋ５９７」ペースメーカー移植術及び「Ｋ５９７－２」ペースメーカー交換術

（２）　「Ｋ５９８」両心室ペースメーカー移植術及び「Ｋ５９８－２」両心室ペースメーカー交換術

（３）　「Ｋ５９９」植込型除細動器移植術及び「Ｋ５９９－２」植込型除細動器交換術

（４）　「Ｋ５９９－３」両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び「Ｋ５９９－４」両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

２　届出に関する事項

ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術、両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術、植込型除細動器移植術及び植込型除細動器交換術又は両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術のいずれかの届出を行っていればよく、植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第66　両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術

１　両心室ペースメーカー移植術（心筋電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（心筋電極の場合）に関する施設基準

（１）　循環器内科又は小児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）　心臓電気生理学的検査又は体外式ペースメーカーを用いた循環器集中管理を年間50例以上実施していること。

（３）　開心術、冠動脈バイパス術、大血管（ただし、動脈管開存に対する根治術を除く。）、弁疾患又は短絡手術を合わせて年間30例以上実施しており、かつ、経静脈電極によるペースメーカー移植術を年間10例以上又は心筋電極によるペースメーカー移植術を３年間に３例以上実施していること。

（４）　体外式を含む補助人工心臓等の経験又は「Ａ３０１」特定集中治療室管理料若しくは「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料の届出を行っている十分な体制や設備を備えた、重症心不全治療に対して適切に対応できる施設であること。

（５）　常勤の循環器内科又は小児循環器内科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ２名以上配置されており、そのうち２名以上は、所定の研修を修了していること。

（６）　当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア　血液学的検査

イ　生化学的検査

ウ　画像診断

（７）　定期的に循環器内科又は小児循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する、重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスが開催されていること。

２　両心室ペースメーカー移植術（経静脈電極の場合）及び両心室ペースメーカー交換術（経静脈電極の場合）に関する施設基準

（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） 心臓電気生理学的検査を年間 50 例以上実施していること。
（３） 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間 30 例以上実施しており、かつ、ペースメーカー移植術を年間 10 例以上実施していること。
（４） 体外式を含む補助人工心臓等を用いた重症心不全治療の十分な経験のある施設であること。
（５） 常勤の循環器内科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ２名以上配置されており、そのうち２名以上は、所定の研修を修了していること。
（６） 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。
ア 血液学的検査
イ 生化学的検査
ウ 画像診断

３ 届出に関する事項

両心室ペースメーカー移植術及び両心室ペースメーカー交換術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 61 を用いること。

第 67 植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術

１ 植込型除細動器移植術（心筋リードを用いるもの）及び植込型除細動器交換術（心筋リードを用いるもの）に関する施設基準

（１） 循環器内科又は小児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） 心臓電気生理学的検査又は体外式ペースメーカーを用いた循環器集中管理を年間 50 例以上実施していること。なお、このうち５例以上は致死性不整脈（心室性頻拍性不整脈症例又は開心術術後不整脈）に対するものであること。
（３） 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間 30 例以上実施しており、かつ、経静脈電極によるペースメーカー移植術を年間 10 例以上又は心筋電極によるペースメーカー移植術を３年間に３例以上実施していること。
（４） 常勤の循環器内科又は小児循環器内科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ２名以上配置されており、そのうち２名以上は、所定の研修を修了していること。
（５） 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。
ア 血液学的検査
イ 生化学的検査
ウ 画像診断
（６） 定期的に循環器内科又は小児循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する、重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスが開催されていること。

２ 植込型除細動器移植術（経静脈リードを用いるもの、皮下植込型リードを用いるもの又は胸骨下植込型リードを用いるもの）、植込型除細動器交換術（その他のもの）及び経静脈電極抜去術に関する施設基準

（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） 心臓電気生理学的検査を年間 50 例以上実施していること。なお、このうち５例以上は心室性頻拍性不整脈症例に対するものである。

（３） 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間 30 例以上実施しており、かつ、ペースメーカー移植術を年間 10 例以上実施していること。

（４） 常勤の循環器内科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ２名以上配置されており、そのうち２名以上は、所定の研修を修了していること。

（５） 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア 血液学的検査

イ 生化学的検査

ウ 画像診断

３ 届出に関する事項

植込型除細動器移植術、植込型除細動器交換術及び経静脈電極抜去術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 62 を用いること。

第 67 の２ 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術

１ 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（心筋電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（心筋電極の場合）に関する施設基準

（１） 循環器内科又は小児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） 心臓電気生理学的検査又は体外式ペースメーカーを用いた循環器集中管理を年間 50 例以上実施していること。なお、このうち５例以上は致死性不整脈（心室性頻拍性不整脈症例又は開心術術後不整脈）に対するものであること。

（３） 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間 30 例以上実施しており、かつ、経静脈電極によるペースメーカー移植術を年間 10 例以上又は心筋電極によるペースメーカー移植術を３年間に３例以上実施していること。

（４） 常勤の循環器内科又は小児循環器内科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ２名以上配置されており、そのうち２名以上は、所定の研修を修了していること。

（５） 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア 血液学的検査

イ 生化学的検査

ウ 画像診断

（６） 定期的に循環器内科又は小児循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する、重症心不全患者又は不整脈患者の治療方針を決定するカンファレンスが開催されていること。

２ 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術（経静脈電極の場合）及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術（経静脈電極の場合）に関する施設基準

（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） 心臓電気生理学的検査を年間 50 例以上実施しており、このうち５例以上は心室性頻拍性不整脈症例に対するものであること。

（３） 開心術又は冠動脈、大動脈バイパス移植術を合わせて年間 30 例以上実施しており、かつ、ペースメーカー移植術を年間 10 例以上実施していること。

（４） 常勤の循環器内科及び心臓血管外科の医師がそれぞれ２名以上配置されており、そのうち２名以上は所定の研修を修了していること。

（５） 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア 血液学的検査

イ 生化学的検査

ウ 画像診断

３ 届出に関する事項

両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術及び両室ペーシング機能付き植込型除細動器交換術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 63 を用いること。

第 68 大動脈内バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）

１ 大動脈内バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）に関する施設基準

循環器内科、心臓血管外科又は麻酔科のうち、いずれか一つの診療科の経験を５年以上有する医師が１名以上配置されていること。

２ 届出に関する事項

大動脈内バルーンパンピング法（ＩＡＢＰ法）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 24 及び様式 52 を用いること。

第 68 の２ 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）

１ 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）に関する施設基準

（１） 循環器内科の経験を５年以上有する常勤医師及び心臓血管外科の経験を５年以上有する常勤医師（小児を対象とする場合は小児循環器内科の経験を５年以上有する常勤の医師）がそれぞれ１名以上配置されていること。

（２） 次のいずれにも該当すること。

ア 心臓血管手術の症例が年間 100 例以上であり、小児を対象とする場合は、そのうち 18 歳未満の症例に対する心臓手術が年間 50 例以上であること。

イ 経皮的冠動脈形成術を３年間に 300 例以上実施していること。ただし、小児を対象とする場合を除く。

ウ 「Ｋ６００」大動脈内バルーンパンピング法を３年間に 30 例以上及び「Ｋ６０２」経皮的心肺補助法を３年間に 20 例以上実施していること。ただし、小児を対象とする場合を除く。

エ 小児を対象とする場合は 11 歳未満の症例に対する機械的循環補助を過去５年間で３例以上経験していること。なお、機械的循環補助とは、補助人工心臓、左心バイパス又は左心系脱血を伴う膜型人工肺の装着を指す。

（３） 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）を行うに当たり関係学会より認定された施設であること。

（４） 関係学会から示されている指針に基づき、経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

（１） 経皮的循環補助法（ポンプカテーテルを用いたもの）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 13 を用いること。

（２） 関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

（３） 経皮的循環補助法の施設基準に係る届出書添付書類及び経皮的循環補助法（小児を対象とする場合）の施設基準に係る届出書添付書類ともに届出を行う場合は別にそれぞれ届け出ること。

第 69　補助人工心臓

１　補助人工心臓に関する施設基準

（１） 心臓血管外科を標榜している病院であること。

（２） 開心術（冠動脈、大動脈バイパス移植術を含む。）の症例が年間 50 例以上あること。

（３） 常勤の心臓血管外科の医師が５名以上配置されており、このうち２名以上は心臓血管外科の経験を５年以上有しており、１名は少なくとも１例以上の補助人工心臓の経験を有していること。

（４） 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア　血液学的検査

イ　生化学的検査

ウ　画像診断

２　届出に関する事項

補助人工心臓の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 64 を用いること。

第 69 の２　小児補助人工心臓

１　小児補助人工心臓に関する施設基準

（１） 心臓血管手術の症例が年間 100 例以上であり、そのうち 18 歳未満の症例に対する心臓手術が年間 50 例以上であること。

（２） 11 歳未満の症例に対する機械的循環補助を過去５年間で３例以上経験していること。なお、機械的循環補助とは、補助人工心臓、左心バイパス又は左心系脱血を伴う膜型人工肺の装着を指す。

（３） 常勤の心臓血管外科の医師が３名以上配置されており、このうち２名以上は心臓血管外科の経験を５年以上有しており、１名は少なくとも１例以上の補助人工心臓の経験を有していること。

（４） ５年以上の経験を有する小児循環器内科の医師が１名以上配置されていること。

（５） 当該療養を行うに当たり関係学会から認定され、その旨が当該学会のホームページ等で広く周知された施設であること。

２　届出に関する事項

小児補助人工心臓の施設基準に関する届出は、別添２の様式 52 及び様式 64 の２を用いること。

第 70　削除

第 70 の２　植込型補助人工心臓（非拍動流型）

１　植込型補助人工心臓（非拍動流型）（設置する場合）に関する施設基準

（１）　心臓血管外科を標榜している病院であること。

（２）　開心術の症例が年間 100 例以上であること。

（３）　常勤の心臓血管外科の医師が５名以上配置されており、このうち２名以上は心臓血管外科の経験を５年以上有しており、１名は少なくとも１例以上の補助人工心臓の経験を有していること。

（４）　外科的挿入を伴うポンプカテーテルによる経皮的循環補助法を含む補助人工心臓の装着を過去５年間に５例以上実施していること。そのうち１例は左室心尖脱血を伴っていることが望ましい。

（５）　当該療養を行うに当たり関係学会から認定された施設であること。

（６）　所定の研修を修了している常勤医師が２名以上配置されていること。

（７）　当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア　血液学的検査

イ　生化学的検査

ウ　画像診断

（８）　補助人工心臓装着の適応を検討する循環器内科医を含めた委員会が組織され、装着患者を統合的に治療・看護する体制が組めること。

（９）　体外設置型補助人工心臓駆動装置について、緊急時の装着がいつでも施行可能な体制を確保していること。

２　植込型補助人工心臓（非拍動流型）（その他の場合）に関する施設基準

植込型補助人工心臓（非拍動流型）（設置する場合）に関する施設基準又は在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料の施設基準を届け出ていること。

３　届出に関する事項

（１）　植込型補助人工心臓（非拍動流型）（設置する場合）の施設基準に関する届出は、別添２の様式 52 及び様式 65 の３を用いること。

（２）　植込型補助人工心臓（非拍動流型）（その他の場合）の施設基準については、植込型補助人工心臓（非拍動流型）（設置する場合）又は在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料の届出を行っていればよく、植込型補助人工心臓（非拍動流型）（その他の場合）として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

（３）　関係学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 71　同種心移植術

１　同種心移植術に関する施設基準

移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設であること。

2　届出に関する事項

（1）　同種心移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 57 を用いること。

（2）　移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 72　同種心肺移植術

1　同種心肺移植術に関する施設基準

移植関係学会合同委員会において、心肺同時移植実施施設として選定された施設であること。

2　届出に関する事項

（1）　同種心肺移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 57 を用いること。

（2）　移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 72 の１の２　骨格筋由来細胞シート心表面移植術

1　骨格筋由来細胞シート心表面移植術に関する施設基準

（1）　植込型補助人工心臓（非拍動流型）の実施施設として届出のある施設又は植込型補助人工心臓（非拍動流型）の実施施設として届出のある施設と連携可能な施設であること。

（2）　医薬品医療機器等法に基づく薬局等構造設備規則又は再生医療等の安全性の確保等に関する法律（平成 25 年法律第 85 号）に基づく細胞培養加工施設の構造設備に関する基準に則った設備を有すること。

（3）　循環器内科の経験を５年以上有する常勤医師及び心臓血管外科の経験を５年以上有する常勤医師がそれぞれ１名以上配置され、これらの医師は所定の研修を修了していること。

（4）　定期的に循環器内科の医師と心臓血管外科の医師が参加する心臓移植を含む重症心不全患者の治療方針を決定するカンファレンスが開催されていること。

（5）　関連学会の定める「ヒト（自己）骨格筋由来細胞シートの使用要件等の基準について」において定められた実施施設基準に準じていること。

2　届出に関する事項

（1）　骨格筋由来細胞シート心表面移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 65 の３の２を用いること。

（2）　過去１年間に実施した、心臓移植を含む重症心不全患者の治療方針を決定するカンファレンスの議事録を、個人情報をマスクした上で、添付すること。

第 72 の１の３　腎神経焼灼術

1　腎神経焼灼術に関する施設基準

（1）　循環器内科を標榜している病院であること。

（2）　循環器内科について専門の知識及び５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。

（3）　腎神経焼灼術を行うに当たり、関連学会より認定された施設であること。

（4）　関連学会から示されている指針に基づき、腎神経焼灼術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

（１）　腎神経焼灼術の施設基準に係る届出は、別添２の様式65の３の２の２を用いること。

（２）　関連学会より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第72の２　経皮的大動脈遮断術

１　経皮的大動脈遮断術に関する施設基準

「Ａ３００」救命救急入院料又は「Ａ３０１」特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。

２　届出に関する事項

救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出を行っていればよく、経皮的大動脈遮断術として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第72の２の２　経皮的下肢動脈形成術

１　経皮的下肢動脈形成術に関する施設基準

（１）　外科又は心臓血管外科を標榜している病院であること。

（２）　当該保険医療機関に日本ＩＶＲ学会、日本心血管インターベンション治療学会又は日本血管外科学会が認定する常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３）　緊急手術が可能な体制を有していること。

（４）　日本ＩＶＲ学会、日本心血管インターベンション治療学会又は日本血管外科学会により認定された施設であること。

（５）　日本ＩＶＲ学会、日本心血管インターベンション治療学会及び日本血管外科学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

（１）　経皮的下肢動脈形成術の施設基準に係る届出は、別添２の様式65の３の３を用いること。

（２）　日本ＩＶＲ学会、日本心血管インターベンション治療学会又は日本血管外科学会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第72の３　内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術

１　内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術に関する施設基準

（１）　外科、血管外科又は心臓血管外科を標榜している病院であること。

（２）　当該保険医療機関において、血管外科又は心臓血管外科の経験を合わせて５年以上有し、かつ、当該療法を術者として10例以上実施した経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（３）　下肢静脈瘤手術（抜去切除術、硬化療法及び高位結紮術をいう。）、大伏在静脈抜去術、下肢静脈瘤血管内焼灼術及び内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術を合わせて年間50例以上実施していること。

２　届出に関する事項

内視鏡下下肢静脈瘤不全穿通枝切離術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式65の４を用いること。

第72の４　腹腔鏡下リンパ節群郭清術

１　腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）に関する施設基準

（１）　泌尿器科を標榜している病院であること。

（２）　以下のアからキまでの手術を術者として、合わせて20例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が２名以上配置されていること。

ア　腹腔鏡下リンパ節群郭清術（骨盤）

イ　腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）

ウ　腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術

エ　腹腔鏡下腎摘出術

オ　腹腔鏡下副腎摘出術

カ　腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術

キ　腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術

（３）　当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術、腹腔鏡下リンパ節群郭清術（骨盤）又は腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術を術者として合わせて10例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が１名以上配置されていること。

（４）　当該保険医療機関において当該手術、腹腔鏡下リンパ節群郭清術（骨盤）又は腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術が合わせて10例以上実施されていること。

（５）　関係学会から示されている指針に基づき適切に実施されていること。

２　腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）に関する施設基準

腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）及び病理診断管理加算２に係る届出を行っている施設であること。

３　腹腔鏡下リンパ節群郭清術（側方）に関する施設基準

（１）　外科又は消化器外科を標榜している病院であること。

（２）　外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が、外科又は消化器外科について10年以上の経験を有すること。

４　腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準

（１）　腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）及び腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出を行っていること。

（２）　当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（３）　当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（４）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

５　届出に関する事項

（１）　腹腔鏡下リンパ節群郭清術（後腹膜）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式65の４の２を用いること。

（２） 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）の施設基準に係る届出は、別添２の２を用いること。

（３） 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（側方）の施設基準に係る届出は、別添２の 87 の 33 を用いること。

（４） 腹腔鏡下リンパ節群郭清術（傍大動脈）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 71 の５を用いること。

第 72 の４の２　腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術

１　腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術に関する施設基準

（１） 泌尿器科を標榜している病院であること。

（２） 以下のアからタまでの手術を術者として、合わせて 20 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が２名以上配置されていること。

ア　腹腔鏡下リンパ節群郭清術

イ　腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術

ウ　腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術

エ　腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術

オ　腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術

カ　腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術

キ　腹腔鏡下腎摘出術

ク　腹腔鏡下小切開腎摘出術

ケ　腹腔鏡下副腎摘出術

コ　腹腔鏡下小切開副腎摘出術

サ　腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術

シ　腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術

ス　腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術

セ　腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術

ソ　腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術

タ　腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

（３） 当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として 10 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が１名以上配置されていること。

（４） 当該保険医療機関において当該手術が 10 例以上実施されていること。

（５） 関係学会から示されている指針に基づき適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 65 の５を用いること。

第 72 の５　腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術

腹腔鏡下小切開後腹膜リンパ節群郭清術の施設基準及び届出に関する事項は、第 72 の４の２腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第72の５の２　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準

（１）　外科又は消化器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　当該保険医療機関において、以下のア及びイの手術を合わせて年間30例以上実施しており、このうちイの手術を年間15例以上実施していること。

ア　ヘルニア手術（鼠径ヘルニアに限る。）

イ　腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）

（３）　外科又は消化器外科について専門の知識を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が外科又は消化器外科について５年以上の経験を有すること。

（４）　以下のいずれかの消化器外科に係る手術であって内視鏡手術用支援機器を用いた場合の施設基準を届け出ていること。

「Ｋ６５５－２」の「１」、「Ｋ６５５－２」の「３」、「Ｋ６５５－５」の「１」、「Ｋ６５５－５」の「３」、「Ｋ６５７－２」の「１」、「Ｋ６５７－２」の「４」、「Ｋ６７４－２」、「Ｋ６９５－２」、「Ｋ７０２－２」、「Ｋ７０３－２」、「Ｋ７１９－３」及び「Ｋ７４０－３」

（５）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（６）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（７）　当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（８）　当該手術を実施する患者について、関係学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（９）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式65の５の２を用いること。

第72の６　ダメージコントロール手術

１　ダメージコントロール手術に関する施設基準

「Ａ３００」救命救急入院料又は「Ａ３０１」特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。

２　届出に関する事項

救命救急入院料又は特定集中治療室管理料の届出を行っていればよく、ダメージコントロール手術として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第72の７　腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術

腹腔鏡下小切開後腹膜腫瘍摘出術及び腹腔鏡下小切開後腹膜悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の４の２腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第72の７の１の１の２　腹腔鏡下骨盤内臓全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１　腹腔鏡下骨盤内臓全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準

（１） 外科又は消化器外科、産婦人科又は婦人科、泌尿器科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 当該保険医療機関において、以下のア及びイの手術を合わせて２年間で５例以上実施していること。

ア 骨盤内臓全摘術

イ 腹腔鏡下骨盤内臓全摘術

（３） 外科又は消化器外科、産婦人科又は婦人科及び泌尿器科について専門の知識を有する常勤の医師がそれぞれ２名以上配置されており、そのうち１名以上が外科又は消化器外科、産婦人科又は婦人科及び泌尿器科について 10 年以上の経験を有すること。

（４） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（５） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（６） 当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（７） 当該手術を実施する患者について、関係学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（８） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

腹腔鏡下骨盤内臓全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 65 の５の４を用いること。

第 72 の７の１の２ 骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法

１ 骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法に関する施設基準

（１） 消化器外科及び麻酔科を標榜している保険医療機関である病院であること。

（２） 消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（３） 麻酔科標榜医が配置されていること。

（４） 消化器悪性腫瘍手術を年間 10 例以上実施していること。

（５） 緊急手術が可能な体制を有していること。

２ 届出に関する事項

骨盤内悪性腫瘍及び腹腔内軟部腫瘍ラジオ波焼灼療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 61 を用いること。

第 72 の７の１の３ 腹膜切除を伴う多臓器合併切除術

１ 腹膜切除を伴う多臓器合併切除術に関する施設基準

（１） 産婦人科又は婦人科、外科又は消化器外科及び麻酔科を標榜している保険医療機関である病院であること。

（２） 「Ａ３０１」特定集中治療室管理料の施設基準の届出を行った保険医療機関であること。

（３） 次のいずれかを満たしていること。

ア　産婦人科又は婦人科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が産婦人科又は婦人科について 10 年以上の経験を有すること。

イ　外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が外科又は消化器外科について 10 年以上の経験を有すること。

（４）　腹膜切除を伴う多臓器合併切除術を術者として５例以上実施した経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（５）　当該保険医療機関において、腹膜切除を伴う多臓器合併切除術を年間３例以上実施していること。

（６）　麻酔科標榜医が配置されていること。

（７）　当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（８）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

腹膜切除を伴う多臓器合併切除術の施設基準に係る届出については、別添２の様式 52 及び様式 65 の５の３を用いること。

第 72 の７の２　内視鏡的逆流防止粘膜切除術

１　内視鏡的逆流防止粘膜切除術に関する施設基準

（１）　消化器内科、外科又は消化器外科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　消化管内視鏡手術について５年以上の経験を有し、早期悪性腫瘍に係る消化管内視鏡手術（「Ｋ５２６－２」の「２」、「Ｋ６５３」の「２」、「３」及び「Ｋ７２１－４」）を術者として 30 例以上実施した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。

（３）　消化器内科又は消化器外科について５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

２　届出に関する事項

内視鏡的逆流防止粘膜切除術の施設基準に係る届出については、別添２の様式 52 及び様式 87 の 34 を用いること。

第 72 の７の２の２　腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）

１　腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）の施設基準

（１）　当該保険医療機関において、胃悪性腫瘍に係る手術（「Ｋ６５４－２」、「Ｋ６５４－３」、「Ｋ６５５」、「Ｋ６５５－２」（「１　単純切除術」については、内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）、「Ｋ６５５－４」、「Ｋ６５５－５」（「１　単純切除術」については、内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）、「Ｋ６５７」及び「Ｋ６５７－２」（「１　単純全摘術」については、内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。））を年間 40 例以上施行していること。

（２）　当該保険医療機関において、腹腔鏡手術を年間 50 例以上実施していること。

（３） 当該保険医療機関において、膵頭十二指腸切除術（「Ｋ７０３」及び「Ｋ７０３－２」）を年間 10 例以上施行していること。

（４） 当該保険医療機関において、粘膜下層剥離術（「Ｋ５２６－２」の「２」又は「Ｋ６５３」の「２」）を年間 20 例以上実施していること。

（５） 外科又は消化器外科、消化器内科及び麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（６） 外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が外科又は消化器外科について 10 年以上の経験を有していること。

（７） 消化管内視鏡手術について５年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（８） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（９） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

２ 届出に関する事項

腹腔鏡下十二指腸局所切除術（内視鏡処置を併施するもの）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 65 の８を用いること。

第 72 の７の３ 腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））

１ 腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））の施設基準

（１） 外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 当該保険医療機関において、以下のアからカまでの手術を年間 30 例以上実施しており、このうちイ、エ及びカの手術を合わせて年間 15 例以上実施していること。

ア 胃切除術

イ 腹腔鏡下胃切除術

ウ 噴門側胃切除術

エ 腹腔鏡下噴門側胃切除術

オ 胃全摘術

カ 腹腔鏡下胃全摘術

（３） 外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が外科又は消化器外科について 10 年以上の経験を有していること。

（４） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（５） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（６） 当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（７） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（８） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

腹腔鏡下胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 14 を用いること。

第 72 の７の４　腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））

１　腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））の施設基準

（１）　外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　当該保険医療機関において、以下のアからカまでの手術を年間 30 例以上実施しており、このうちイ、エ及びカの手術を合わせて年間 15 例以上実施していること。

ア　胃切除術

イ　腹腔鏡下胃切除術

ウ　噴門側胃切除術

エ　腹腔鏡下噴門側胃切除術

オ　胃全摘術

カ　腹腔鏡下胃全摘術

（３）　外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が外科又は消化器外科について 10 年以上の経験を有していること。

（４）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（５）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（６）　当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（７）　当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（８）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 14 を用いること。

第 72 の７の５　腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））

１　腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））の施設基準

（１）　外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 当該保険医療機関において、以下のアからカまでの手術を年間 30 例以上実施しており、このうちイ、エ及びカの手術を合わせて年間 15 例以上実施していること。

ア　胃切除術

イ　腹腔鏡下胃切除術

ウ　噴門側胃切除術

エ　腹腔鏡下噴門側胃切除術

オ　胃全摘術

カ　腹腔鏡下胃全摘術

（３） 外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が外科又は消化器外科について 10 年以上の経験を有していること。

（４） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（５） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（６） 当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（７） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（８） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合））及び腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの））の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 14 を用いること。

第 72 の８　腹腔鏡下胃縮小術

１　腹腔鏡下胃縮小術に関する施設基準

（１） 外科又は消化器外科、麻酔科及び内科、循環器内科、内分泌内科、代謝内科又は糖尿病内科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 「１　スリーブ状切除によるもの」については、以下のア又はイのいずれも満たしていること。

ア　腹腔鏡を使用した胃の手術（「Ｋ６４７－２」、「Ｋ６４９－２」、「Ｋ６５４－３」、「Ｋ６５５－２」（「１　単純切除術」については、内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）、「Ｋ６５５－５」（「１　単純切除術」については、内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）、「Ｋ６５６－２」、「Ｋ６５７－２」（「１　単純全摘術」については、内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）、「Ｋ６６２－２」、「Ｋ６６６－２」又は「Ｋ６６７－２」）を１年間に合わせて 10 例以上実施していること。

イ　外科又は消化器外科について５年以上の経験を有し、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として５例以上実施した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。

（３）　「２　スリーブ状切除によるもの（バイパス術を併施するもの）」については、以下のア又はイのいずれも満たしていること。

ア　「１　スリーブ状切除によるもの」を１年間に合わせて 10 例以上実施していること。

イ　外科又は消化器外科について５年以上の経験を有し、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として５例以上実施した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。

（４）　当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が２名以上配置されていること。

（５）　常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。

（６）　高血圧症、脂質異常症、糖尿病又は肥満症に関する診療について合わせて５年以上の経験を有する常勤の医師１名が配置されていること。

（７）　常勤の管理栄養士が配置されていること。

（８）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（９）　前年度の実績等を地方厚生（支）局長に届け出ていること。

(10)　当該保険医療機関において当該手術を実施した患者に対するフォローアップ（年に１回、体重、生活習慣病の重症度等を把握することをいう。）を行っており、フォローアップの内容が一元的に記録されていること。なお、術後５年目の捕捉率が７割５分以上であることが望ましい。

２　届出に関する事項

腹腔鏡下胃縮小術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 65 の６を用いること。

第 72 の８の２　バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術

１　バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術に関する施設基準

（１）　当該手術を術者として５例以上実施した経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（２）　消化器内科の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上配置されており、そのうち１名以上が消化管内視鏡検査について５年以上の経験を有していること。

（３）　放射線科の経験を５年以上有している常勤の医師が１名以上配置されていること。

（４）　外科又は消化器外科、内科又は消化器内科及び放射線科を標榜している保険医療機関であること。

（５）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 15 を用いること。

第 72 の８の３　腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１　腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準

（１）　小児外科、外科若しくは消化器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、３例以上実施した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。

（３） 小児外科、外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が 10 年以上の経験を有すること。

（４） 麻酔科の標榜医が配置されていること。

（５） 当該保険医療機関において、総胆管拡張症に係る手術（「Ｋ６７４」又は「Ｋ６７４－２」（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を含む。））が１年間に合わせて２例以上実施されていること。

（６） 緊急手術の体制が整備されていること。

（７） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（８） 当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（９） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

２ 届出に関する事項

腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 87 の 35 及び様式 52 を用いること。

第 72 の８の４ 腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）

１ 腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術を、１年間に 10 例以上実施していること。

（２） 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。

（３） 当該保険医療機関が外科又は消化器外科及び麻酔科を標榜しており、消化器外科において常勤の医師が３名以上配置されており、そのうち１名以上が消化器外科について５年以上の経験を有していること。

（４） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

（５） 緊急手術が可能な体制を有していること。

２ 届出に関する事項

腹腔鏡下胆嚢悪性腫瘍手術（胆嚢床切除を伴うもの）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 87 の 36 及び様式 52 を用いること。

第 72 の９ 胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）

１ 胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）に関する施設基準

（１） 当該医療機関において、膵頭十二指腸切除術又は肝切除術を年間 20 例以上実施していること。

（２） 外科又は消化器外科について５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

２ 届出に関する事項

胆管悪性腫瘍手術（膵頭十二指腸切除及び肝切除（葉以上）を伴うものに限る。）の施設基準に係る届出については、別添２の様式 52 及び様式 65 の７を用いること。

第 73　体外衝撃波胆石破砕術

1　体外衝撃波胆石破砕術に関する施設基準

（1）　体外衝撃波胆石破砕術を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能な手術室を有していること。ただし、体外衝撃波胆石破砕術、体外衝撃波膵石破砕術及び体外衝撃波腎・尿管結石破砕術を行う専用の室は同一のものであって差し支えない。

（2）　担当する医師が常時待機しており、胆石症の治療に関し専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（3）　当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア　生化学的検査

イ　血液学的検査

ウ　微生物学的検査

エ　画像診断

（4）　医療法第 30 条の４第１項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該手術に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

2　届出に関する事項

（1）　体外衝撃波胆石破砕術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 66 を用いること。

（2）　当該治療が行われる専用の施設の平面図を添付すること。

（3）　当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。

第 73 の２　腹腔鏡下肝切除術

1　腹腔鏡下肝切除術（部分切除及び外側区域切除）に関する施設基準

（1）　当該保険医療機関において肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術を、１年間に 10 例以上実施していること。

（2）　腹腔鏡を用いる手術について、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）　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。

（4）　当該保険医療機関が消化器外科及び麻酔科を標榜しており、消化器外科において常勤の医師が３名以上配置されており、そのうち１名以上が消化器外科について５年以上の経験を有していること。

（5）　病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

（6）　緊急手術が可能な体制を有していること。

2　腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除、１区域切除（外側区域切除を除く。）、２区域切除及び３区域切除以上のもの）に関する施設基準

（1）　当該保険医療機関において肝切除術又は腹腔鏡下肝切除術を、１年間に 20 例以上実施していること。

（2）　当該保険医療機関において腹腔鏡手術を年間 100 例以上実施していること。

（３） 腹腔鏡を用いる手術について、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。

（４） 腹腔鏡下肝切除を術者として 10 例以上実施した経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（５） 当該保険医療機関が消化器外科及び麻酔科を標榜しており、消化器外科において常勤の医師が３名以上配置されており、そのうち１名以上が消化器外科について５年以上の経験を有していること。

（６） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

（７） 緊急手術が可能な体制を有していること。

（８） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

３ 届出に関する事項

腹腔鏡下肝切除術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 66 の２を用いること。

第 73 の２の２ 腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１ 腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準

（１） 外科又は消化器外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 「腹腔鏡下肝切除術」（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、10 例以上実施した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。

（３） 消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が 10 年以上の経験を有すること。

（４） 麻酔科の標榜医が配置されていること。

（５） 当該保険医療機関において、腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を通算３例以上実施していること。また、以下のアからエまでの手術を合わせて年間 20 例以上実施しており、このうち、ウ又はエの手術を 10 例以上実施していること。

ア 肝切断術（部分切除及び外側区域切除）

イ 肝切除術（亜区域切除、１区域切除（外側区域切除を除く。）、２区域切除及び３区域切除以上のもの）

ウ 腹腔鏡下肝切除術（部分切除及び外側区域切除）

エ 腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除、１区域切除（外側区域切除を除く。）、２区域切除及び３区域切除以上のもの）

（６） 緊急手術の体制が整備されていること。

（７） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（８） 当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（９） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

２ 届出に関する事項

腹腔鏡下肝切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 87 の 37 及び様式 52 を用いること。

第73の３　腹腔鏡下胆道閉鎖症手術

１　腹腔鏡下胆道閉鎖症手術の施設基準

（１）　当該手術を５例以上実施した経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（２）　当該保険医療機関において、胆道閉鎖症に係る手術（「Ｋ６８４」先天性胆道閉鎖症手術又は「Ｋ６８４－２」腹腔鏡下胆道閉鎖症手術）が１年間に合わせて２例以上実施されていること。

（３）　当該保険医療機関において、腹腔鏡を用いる手術(16歳未満に実施したものに限る。「Ｋ６３４」腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）を除く。）が１年間に50例以上実施されていること。

２　届出に関する事項

腹腔鏡下胆道閉鎖症手術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式87の16を用いること。

第73の３の２　移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）

１　移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）に関する施設基準

（１）　腹腔鏡を用いる手術について、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。

（２）　移植用部分肝採取術（生体）と生体部分肝移植術、又は移植用肝採取術（死体）と同種死体肝移植術を術者として合計10例以上実施したものであって、腹腔鏡下肝切除を術者として50例以上実施した経験を有する医師が配置されていること。

（３）　当該保険医療機関が外科、消化器外科又は小児外科及び麻酔科を標榜しており、外科、消化器外科又は小児外科において常勤の医師が３名以上配置されており、そのうち１名以上が当該診療科について５年以上の経験を有していること。

（４）　病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

（５）　緊急手術が可能な体制を有していること。

（６）　当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（７）　生体部分肝移植術の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出ていること。

２　届出に関する事項

移植用部分肝採取術（生体）（腹腔鏡によるもの）の施設基準に係る届出は、別添２の様式87の38及び様式52を用いること。

第74　生体部分肝移植術

１　生体部分肝移植術に関する施設基準

（１）　肝切除術が年間20例以上あること、又は小児科及び小児外科の病床数が合わせて100床以上の保険医療機関については肝切除術及び先天性胆道閉鎖症手術が合わせて年間10例以上あること。

（２） 当該手術を担当する診療科の常勤医師数が５名以上配置されており、このうち少なくとも１名は臓器移植の経験を有していること。

（３） 生体部分肝移植術の実施に当たり、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「肝移植ガイドライン」及び日本肝移植研究会「生体肝提供手術に関する指針」を遵守していること。

２ 届出に関する事項

（１） 生体部分肝移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 67 を用いること。

（２） 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「肝移植ガイドライン」及び日本肝移植研究会「生体肝提供手術に関する指針」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

第 75 同種死体肝移植術

１ 同種死体肝移植術に関する施設基準

移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設であること。

２ 届出に関する事項

（１） 同種死体肝移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 57 を用いること。

（２） 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 75 の２ 体外衝撃波膵石破砕術（一連につき）

１ 体外衝撃波膵石破砕術（一連につき）に関する施設基準

（１） 体外衝撃波膵石破砕術を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能な手術室を有していること。ただし、体外衝撃波胆石破砕術、体外衝撃波膵石破砕術及び体外衝撃波腎・尿管結石破砕術を行う専用の室は同一のものであって差し支えない。

（２） 担当する医師が常時待機（院外での対応も含む。）しており、膵石の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（３） 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア 生化学的検査

イ 血液学的検査

ウ 微生物学的検査

エ 画像診断

（４） 膵石に対する内視鏡的治療が可能な体制を有していること。

（５） 医療法第 30 条の４第１項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該手術に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

２ 届出に関する事項

体外衝撃波膵石破砕術（一連につき）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 66 を用いること。

第 75 の３　腹腔鏡下膵腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術

１　腹腔鏡下膵腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術の施設基準

（１）　当該保険医療機関において、膵臓手術（内視鏡によるものを除く。）を１年間に５例以上実施していること。

（２）　腹腔鏡を用いる手術について、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）　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。

（４）　当該保険医療機関において、消化器外科及び麻酔科を標榜しており、消化器外科において、医師が３名以上配置されており、そのうち１名以上が消化器外科について５年以上の経験を有していること。

（５）　病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

（６）　緊急手術が可能な体制を有していること。

２　腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

（１）　外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　以下のア又はイの手術を術者として、合わせて５例以上実施した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。

ア　腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

イ　腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

（３）　当該保険医療機関において、膵臓に係る手術を年間 20 例以上実施していること。

（４）　外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上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。

（５）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（６）　麻酔科標榜医が配置されていること。

（７）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（８）　当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（９）　当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

(10)　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

３　届出に関する事項

（１）　腹腔鏡下膵腫瘍摘出術及び腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 67 の２を用いること。

（２）　腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 67 の２の２を用いること。

第 75 の４　腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術及び腹腔鏡下膵中央切除術

１　腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術及び腹腔鏡下膵中央切除術の施設基準

（１）　当該保険医療機関で膵臓に係る手術を年間 50 例以上施行しており、そのうち膵頭十二指腸切除術を年間 20 例以上施行していること。

（２）　当該保険医療機関において腹腔鏡手術を年間 100 例以上、かつ、胆嚢摘出術を除く腹腔鏡下上腹部手術を年間 20 例以上実施していること。

（３）　腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術又は腹腔鏡下膵体尾部切除術を術者として 20 例以上実施した経験を有する常勤医師が配置されていること。

（４）　外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（５）　病理部門が設置され、病理医が配属されていること。

（６）　外科又は消化器外科において常勤の医師が５名以上配置されており、そのうち１名以上が消化器外科について 15 年以上の経験を有していること。

（７）　麻酔科標榜医が配置されていること。

２　腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

（１）　外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　以下のア又はイの手術を術者として、合わせて５例以上実施した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。

ア　腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

イ　腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

（３）　腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術又は腹腔鏡下膵体尾部切除術を術者として 20 例以上実施した経験を有する常勤医師が配置されていること。

（４）　当該保険医療機関において膵臓に係る手術を年間 50 例以上実施しており、そのうち膵頭十二指腸切除術を年間 20 例以上実施していること。

（５）　当該保険医療機関において腹腔鏡手術を年間 100 例以上、かつ、胆嚢摘出術を除く腹腔鏡下上腹部手術を年間 20 例以上実施していること。

（６）　病理部門が設置され、病理医が配属されていること。

（７）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（８）　麻酔科標榜医が配置されていること。

（９）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

(10)　当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

(11)　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

３　届出に関する事項

（１）　腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術及び腹腔鏡下膵中央切除術の施設基準に係る届出については、別添２の様式 52 及び様式 67 の２の３を用いること。

（２）　腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出については、別添２の様式 52 及び様式 67 の２の４を用いること。

第 76　同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術

1　同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術に関する施設基準

移植関係学会合同委員会において、膵臓移植実施施設として選定された施設であること。

2　届出に関する事項

（1）　同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 57 を用いること。

（2）　移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 76 の２　同種死体膵島移植術

1　同種死体膵島移植術に関する施設基準

（1）　当該保険医療機関において、同種死体膵移植術、同種死体膵腎移植術又は同種死体膵島移植術を合わせて３年間に５例以上実施していること。

（2）　当該手術を担当する診療科の常勤医師数が２名以上配置されており、このうち１名以上は３例以上の同種死体膵島移植術の経験を有していること。

（3）　糖尿病の治療に関し、専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名以上は膵臓移植又は膵島移植患者の診療の経験を有していること。

（4）　同種死体膵島移植術を行うに当たり医療関係団体より認定された施設であること。

（5）　日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」等関連学会から示されている基準等を遵守している旨を届け出ていること。

（6）　同種死体膵島移植術の実施に当たり、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。

2　届出に関する事項

（1）　同種死体膵島移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 57 の２を用いること。

（2）　医療関係団体より認定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

（3）　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を証する文書として、地方厚生（支）局で受理された再生医療等提供計画の写しを添付すること。

第 76 の２の２　生体部分小腸移植術

1　生体部分小腸移植術に関する施設基準

（1）　当該保険医療機関において、生体部分肝移植術又は生体部分小腸移植術を合わせて１年間に５例以上実施していること。

（2）　当該手術を担当する診療科の常勤医師数が５名以上配置されており、このうち少なくとも１名は生体部分小腸移植術又は同種死体小腸移植術の経験を有していること。

（３） 生体部分小腸移植術の実施に当たり、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及び日本移植学会「生体小腸移植実施指針」を遵守していること。

２　届出に関する事項

（１） 生体部分小腸移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 17 の２を用いること。

（２） 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及び日本移植学会「生体小腸移植実施指針」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

第 76 の３　同種死体小腸移植術

１　同種死体小腸移植術に関する施設基準

移植関係学会合同委員会において、小腸移植実施施設として選定された施設であること。

２　届出に関する事項

（１） 同種死体小腸移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 57 を用いること。

（２） 移植関係学会合同委員会により選定された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第 76 の４　早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術

１　早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術の施設基準

（１） 当該保険医療機関において、粘膜下層剥離術（「Ｋ５２６－２」の「２」、「Ｋ６５３」の「２」若しくは「３」及び「Ｋ７２１－４」）を年間 20 件以上実施していること。

（２） 消化器内科、消化器外科、内視鏡内科又は内視鏡外科を標榜していること。

（３） 当該保険医療機関において、消化管内視鏡手術について５年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（４） 緊急手術が可能な体制を有していること。

２　届出に関する事項

早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 67 の３を用いること。

第 76 の４の２　腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１　腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

（１） 外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、10 例以上実施した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。

（３） 当該保険医療機関において、結腸悪性腫瘍に係る手術（「Ｋ７１９の３」又は「Ｋ７１９－３」）を年間 30 例以上実施していること。

（４） 外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が、外科又は消化器外科について 10 年以上の経験を有すること。

（５） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（６） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（７） 当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（８） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（９） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 39 を用いること。

第 76 の４の３ 内視鏡的小腸ポリープ切除術

１ 内視鏡的小腸ポリープ切除術の施設基準

（１） 消化器内科、消化器外科、内視鏡内科又は内視鏡外科を標榜していること。

（２） 当該保険医療機関において、消化管内視鏡手術について５年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（３） 緊急手術が可能な体制を有していること。

２ 届出に関する事項

内視鏡的小腸ポリープ切除術の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 76 の５ 腹腔鏡下小切開副腎摘出術

腹腔鏡下小切開副腎摘出術の施設基準及び届出に関する事項は、第 72 の４の２腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第 76 の６ 腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

１ 腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の施設基準

（１） 外科又は消化器外科、消化器内科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 当該保険医療機関において、以下のア及びイの手術を年間 30 例以上実施しており、このうちイの手術を年間 10 例以上実施していること。

ア 直腸切除・切断術

イ 腹腔鏡下直腸切除・切断術

（３） 外科又は消化器外科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が、外科又は消化器外科について 10 年以上の経験を有すること。

（４） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（５） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（６） 当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（７） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（８） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 18 を用いること。

第 76 の７ 腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

１ 腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）の施設基準

（１） 泌尿器科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 以下のア又はイの手術を術者として、合わせて５例以上実施した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。

ア 腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

イ 腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

（３） 泌尿器科において常勤の医師２名を有し、いずれも泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有すること。

（４） 麻酔科の標榜医が配置されていること。

（５） 当該保険医療機関において、副腎腫瘍に係る手術（「Ｋ７５４」、「Ｋ７５４－２」、「Ｋ７５４－３」、「Ｋ７５５」又は「Ｋ７５５－２」）が１年間に合わせて 10 例以上実施されていること。

（６） 緊急手術体制が整備されていること。

（７） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（８） 当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（９） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

２ 届出に関する事項

腹腔鏡下副腎摘出手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 48 を用いること。

第 76 の８ 副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法

１ 副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法に関する施設基準

（１） 放射線科を標榜している病院であること。

（２） 内分泌内科又は高血圧症について専門の知識及び３年以上の経験を有する常勤の医師、泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師並びに放射線科について専門の経験及び５年以上の経験を有する常勤の医師がそれぞれ１名以上配置されていること。

（３） 副腎静脈サンプリングが年間 20 例以上実施されていること。

（４） 副腎手術が年間 10 例以上実施されていること又は原発性アルドステロン症に対する副腎手術が年間５例以上実施されていること。

（５） 緊急手術が可能な体制を有していること。

２ 届出に関する事項

副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 47 を用いること。

第 77 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術

１ 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術に関する施設基準

（１） 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術を行う専用の室を備えているとともに、患者の緊急事態に対応するため緊急手術が可能な手術室を有していること。ただし、体外衝撃波胆石破砕術、体外衝撃波膵石破砕術及び体外衝撃波腎・尿管結石破砕術を行う専用の室は同一のものであって差し支えない。

（２） 担当する医師が常時待機（院外での対応も含む。）しており、腎・尿管結石の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（３） 当該手術を行うために必要な次に掲げる検査等が、当該保険医療機関内で常時実施できるよう、必要な機器を備えていること。

ア 生化学的検査

イ 血液学的検査

ウ 微生物学的検査

エ 画像診断

（４） なお、医療法第 30 条の４第１項に規定する医療計画との連携も図りつつ、地域における当該手術に使用する機器の配置の適正にも留意されていること。

２ 届出に関する事項

（１） 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 66 を用いること。

（２） 当該治療が行われる専用の施設の平面図を添付すること。

（３） 当該地域における必要性を記載した理由書を添付すること。

第 77 の２ 腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術

腹腔鏡下小切開腎部分切除術、腹腔鏡下小切開腎摘出術、腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は、第 72 の４の２腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第77の３　腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）

１　腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）の施設基準

（１）　泌尿器科を標榜している病院であること。

（２）　当該手術を担当する医師が常時待機（院外での対応を含む。）しており、腎腫瘍の治療に関し、専門の知識及び少なくとも５年以上の経験を有する常勤の泌尿器科の医師が２名以上配置されていること。

２　届出に関する事項

腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）の施設基準に係る扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第77の３の２　腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

１　腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に関する施設基準

（１）　泌尿器科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　泌尿器科について５年以上の経験を有しており、また、当該手術について10例以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（３）　泌尿器科において常勤の医師２名を有し、いずれも泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有すること。

（４）　麻酔科の標榜医が配置されていること。

（５）　当該保険医療機関において、腎悪性腫瘍尿管悪性腫瘍に係る手術（「Ｋ７７３」、「Ｋ７７３－２」、「Ｋ７７３－３」、「Ｋ７７３－４」、「Ｋ７７３－５」又は「Ｋ７７３－６」）が１年間に合わせて10例以上実施されていること。

（６）　緊急手術体制が整備されていること。

（７）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（８）　当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

２　届出に関する事項

腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）及び腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に係る届出は、別添２の様式52及び様式68の３を用いること。

第77の３の２の２　腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法

１　腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法に関する施設基準

（１）　泌尿器科及び麻酔科を標榜している保険医療機関である病院であること。

（２）　泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されていること。

（３）　麻酔科標榜医が配置されていること。

（４）　腎悪性腫瘍手術を年間10例以上実施していること。

（５） 緊急手術が可能な体制を有していること。

２　届出に関する事項

腎悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 62 を用いること。

第 77 の３の３　腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１　腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準

（１） 泌尿器科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 以下のアからウの手術を術者として、合わせて 10 例以上実施した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。

ア　腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

イ　腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

ウ　腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

（３） 当該保険医療機関において、以下のアからクまでの手術を合わせて年間 10 例以上実施しており、このうちキ又はクの手術を年間１例以上実施していること。

ア　腎（尿管）悪性腫瘍手術

イ　腹腔鏡下腎（尿管）悪性腫瘍手術

ウ　腹腔鏡下小切開腎（尿管）悪性腫瘍手術

エ　腎腫瘍凝固・焼灼術（冷凍凝固によるもの）

オ　腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

カ　腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

キ　腎盂形成手術

ク　腹腔鏡下腎盂形成手術

（４） 泌尿器科において常勤の医師２名を有し、いずれも泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有すること。

（５） 緊急手術体制が整備されていること。

（６） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（７） 当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

２　届出に関する事項

腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 68 の４を用いること。

第 77 の４　同種死体腎移植術

１　同種死体腎移植術に関する施設基準

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ること。

２　届出に関する事項

（１） 同種死体腎移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 57 を用いること。

（２） 日本臓器移植ネットワークに登録された施設であることを証する文書の写しを添付すること。

第77の５　生体腎移植術

１　生体腎移植術に関する施設基準

（１）　腎尿路系手術（「Ｌ００８」声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔を伴うものに限る。）が年間10例以上あること。

（２）　当該手術を担当する診療科の常勤の医師が２名以上配置されており、このうち少なくとも１名は、１例以上の死体腎移植又は５例以上の生体腎移植の経験を有していること。

（３）　生体腎移植術の実施に当たり、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並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体腎移植ガイドライン」を原則として遵守していること。

２　届出に関する事項

（１）　生体腎移植術の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式69を用いること。

（２）　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並びに日本移植学会倫理指針及び日本移植学会「生体腎移植ガイドライン」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

第77の６　腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術

腹腔鏡下小切開尿管腫瘍摘出術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の４の２腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第77の７　膀胱水圧拡張術及びハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）

１　膀胱水圧拡張術及びハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）に関する施設基準

（１）　泌尿器科の経験を５年以上有しており、膀胱水圧拡張術を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として、５例以上実施した経験を有する医師が配置されていること。

（２）　当該保険医療機関が泌尿器科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。

（３）　麻酔科標榜医が配置されていること。

（４）　緊急手術が可能な体制を有していること。

２　届出に関する事項

膀胱水圧拡張術及びハンナ型間質性膀胱炎手術（経尿道）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式69の２を用いること。

第77の８　腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術

腹腔鏡下小切開膀胱腫瘍摘出術の施設基準及び届出に関する事項は、第72の４の２腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第77の９　腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術

１　腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において、膀胱悪性腫瘍手術（「Ｋ８０３」、「Ｋ８０３－２」（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）及び「Ｋ８０３－３」）を１年間に 10 例以上実施していること。

（２） 腹腔鏡を用いる手術について、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） 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。

（４） 当該保険医療機関が泌尿器科及び麻酔科を標榜している医療機関であり、泌尿器科において常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち少なくとも１名は、５年以上の経験を有すること。

（５） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

（６） 緊急手術が可能な体制を有していること。

２ 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る施設基準

（１） 泌尿器科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、５例以上実施した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。

（３） 当該保険医療機関において、以下のアからウまでの手術を合わせて年間５例以上実施していること。

ア 膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの、尿管Ｓ状結腸吻合を利用して尿路変更を行うもの、回腸若しくは結腸導管を利用して尿路変更を行うもの又は代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの）に限る。）

イ 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術

ウ 腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術

（４） 泌尿器科において常勤の医師が２名以上配置され、いずれも泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有すること。

（５） 緊急手術体制が整備されていること。

（６） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（７） 当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（８） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（９） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

３ 届出に関する事項

（１） 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出

腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 69 の３を用いること。

（２） 腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る届出

腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 69 の５を用いること。

第77の10　腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術

腹腔鏡下小切開膀胱悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は、第77の９の１腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術の例による。

第77の10の２　腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）

１　腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）の施設基準

（１）　泌尿器科又は小児外科及び麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　泌尿器科又は小児外科について５年以上の経験を有し、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として５例以上実施した経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（３）　当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が２名以上配置されていること。

（４）　麻酔科標榜医が配置されていること。

（５）　緊急手術が可能な体制を有していること。

２　届出に関する事項

腹腔鏡下膀胱尿管逆流手術（膀胱外アプローチ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式52及び様式87の63を用いること。

第77の10の２の２　尿道狭窄グラフト再建術

１　尿道狭窄グラフト再建術に関する施設基準

（１）　泌尿器科及び麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　５年以上の経験を有する泌尿器科の常勤医師が配置されていること。

（３）　麻酔科標榜医が配置されていること。

２　届出に関する事項

尿道狭窄グラフト再建術の施設基準に係る届出は、別添２の様式69の４を用いること。

第77の11　人工尿道括約筋植込・置換術

１　人工尿道括約筋植込・置換術の施設基準

（１）　泌尿器科を標榜している医療機関であり、泌尿器科において常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち少なくとも１名は、５年以上の経験を有すること。

（２）　緊急手術体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

人工尿道括約筋植込・置換術の施設基準に係る届出は、別添２の様式69の４を用いること。

第77の11の２　膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）、埋没陰茎手術及び陰嚢水腫手術（鼠径部切開によるもの）

１　膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）、埋没陰茎手術及び陰嚢水腫手術（鼠径部切開によるもの）に関する施設基準

（１）　泌尿器科、小児外科、外科又は形成外科を標榜している病院であること。

（２）　泌尿器科において常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち少なくとも１名は、５年以上の経験を有すること。

２　届出に関する事項

膀胱頸部形成術（膀胱頸部吊上術以外）、埋没陰茎手術及び陰嚢水腫手術（鼠径部切開によるもの）の施設基準に係る扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第77の11の２の２　精巣温存手術

１　精巣温存手術の施設基準

（１）　泌尿器科又は小児外科について５年以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（２）　病理部門が設置され、常勤の病理医が配置されていること。

（３）　関係学会の定めるガイドラインに基づき、当該治療を適切に実施していること。

２　届出に関する事項

精巣温存手術の施設基準に係る届出は、別添２の様式87の64を用いること。

第77の11の３　精巣内精子採取術

１　精巣内精子採取術の施設基準

（１）　次のいずれかに該当すること。

ア　次のいずれの基準にも該当すること。

①　泌尿器科を標榜している保険医療機関であること。

②　泌尿器科について５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。

③　生殖補助医療管理料に係る届出を行っている又は生殖補助医療管理料に係る届出を行っている他の保険医療機関と連携していること。

イ　次のいずれの基準にも該当すること。

①　産科、婦人科又は産婦人科を標榜している保険医療機関であること。

②　精巣内精子採取術について過去２年に10例以上の経験を有する常勤の医師又は泌尿器科について５年以上の経験を有する医師が１名以上配置されていること。

③　生殖補助医療管理料に係る届出を行っている保険医療機関であること。

④　泌尿器科を標榜している他の保険医療機関との連携体制を構築していること。

（２）　緊急時の対応のため、時間外・夜間救急体制が整備されていること又は他の保険医療機関との連携により時間外・夜間救急体制が整備されていこと。

（３）　国が示す不妊症に係る医療機関の情報提供に関する事業に協力すること。

２　届出に関する事項

精巣内精子採取術の施設基準に係る届出は、別添２の様式87の42を用いること。

第77の12　焦点式高エネルギー超音波療法

１　焦点式高エネルギー超音波療法に関する施設基準

（１）　泌尿器科を標榜している病院であること。

（２） 当該手術を主として実施する医師及び補助を行う医師としてそれぞれ５例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師（当該診療科について５年以上の経験を有するものに限る。）が１名以上配置されていること。

（３） 当該保険医療機関において当該手術が５例以上実施されていること。

（４） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

焦点式高エネルギー超音波療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 70 を用いること。

第 78 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術

１ 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に関する施設基準

（１） 当該保険医療機関において、前立腺悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術を、１年間に合わせて 10 例以上実施していること。

（２） 当該保険医療機関が、泌尿器科及び麻酔科を標榜している医療機関であり、泌尿器科において５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名は少なくとも 10 年以上の経験を有すること。

（３） 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おり、当該手術に習熟した医師の指導の下に、当該手術を術者として 10 例以上実施した経験を有する常勤の泌尿器科の医師が１名以上配置されており、少なくとも１名以上は手術に参加すること。

（４） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

（５） 緊急手術が可能な体制を有していること。

（６） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 71 を用いること。

第 78 の２ 腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術

腹腔鏡下小切開前立腺悪性腫瘍手術の施設基準及び届出に関する事項は第 72 の４の２腹腔鏡下小切開骨盤内リンパ節群郭清術の例による。

第 78 の２の２ 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

１ 腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に関する施設基準

（１） 泌尿器科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 泌尿器科において常勤の医師２名を有し、いずれも泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有すること。

（３） 麻酔科の標榜医が配置されていること。

（４） 当該保険医療機関において前立腺悪性腫瘍手術に係る手術（「Ｋ８４３」、「Ｋ８４３－２」、「Ｋ８４３－３」又は「Ｋ８４３－４」）が１年間に合わせて 20 例以上実施されていること。

（５） 緊急手術が可能な体制を有していること。

（６） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（７） 当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

２　届出に関する事項

腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 71 の１の２を用いること。

第 78 の２の２の１の２　女子外性器悪性腫瘍手術（女子外性器悪性腫瘍手術センチネルリンパ節生検加算を算定する場合に限る。）

１　女子外性器悪性腫瘍手術（女子外性器悪性腫瘍手術センチネルリンパ節生検加算を算定する場合に限る。）に関する施設基準

（１） 産婦人科又は婦人科の経験を５年以上有しており、女子外性器悪性腫瘍手術における女子外性器悪性腫瘍手術センチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として３例以上経験している医師が配置されていること。

（２） 産婦人科又は婦人科及び放射線科を標榜している保険医療機関であり、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。

（３） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

２　届出に関する事項

女子外性器悪性腫瘍手術（女子外性器悪性腫瘍手術センチネルリンパ節生検加算を算定する場合に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 65 を用いること。

第 78 の２の２の２　腹腔鏡下腟断端挙上術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１　腹腔鏡下腟断端挙上術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

（１） 産婦人科又は婦人科及び麻酔科を標榜している保険医療機関である病院であること。

（２） 腹腔鏡下腟断端挙上術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として５例以上を実施した経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（３） 当該保険医療機関において腟断端挙上術、腹腔鏡下腟断端挙上術又は子宮腫瘍に係る手術を合わせて年間 30 例以上実施しており、このうち腟断端挙上術及び腹腔鏡下腟断端挙上術を合わせて年間３例以上実施していること。

（４） 産婦人科、婦人科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名以上が産婦人科、婦人科について 10 年以上の経験を有していること。

（５） 麻酔科標榜医が配置されていること。

（６） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（７） 常勤の臨床工学技士が配置されていること。

（８） 当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（９） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

(10) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

腹腔鏡下腟断端挙上術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る届出は、別添２の様式52及び様式87の66を用いること。

第78の２の３　腹腔鏡下仙骨腟固定術

１　腹腔鏡下仙骨腟固定術に関する施設基準

（１）　産婦人科、婦人科又は泌尿器科を標榜している保険医療機関であること。

（２）　当該保険医療機関において当該手術が５例以上実施されていること。

（３）　産婦人科又は泌尿器科について５年以上の経験を有し、当該手術を術者として５例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。

（４）　実施診療科において常勤の医師が２名以上配置されていること。

（５）　麻酔科標榜医が配置されていること。

（６）　緊急手術体制が整備されていること。

（７）　病床を有していること。

２　腹腔鏡下仙骨腟固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準

（１）　産婦人科又は婦人科、泌尿器科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　以下のアからウまでの手術について、イの手術を３例以上含む、合わせて10例以上を術者として実施した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。

ア　腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

イ　腹腔鏡下仙骨腟固定術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

ウ　腹腔鏡下腟式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

（３）　当該保険医療機関において、膀胱瘤、膀胱悪性腫瘍、子宮脱又は子宮腫瘍に係る手術を合わせて年間30例以上実施しており、このうち腹腔鏡下仙骨腟固定術を年間５例以上実施していること。

（４）　産婦人科、婦人科又は泌尿器科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名以上が産婦人科、婦人科又は泌尿器科について10年以上の経験を有していること。

（５）　麻酔科標榜医が配置されていること。

（６）　緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（７）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（８）　当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（９）　関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

３　届出に関する事項

（１）　腹腔鏡下仙骨腟固定手術に係る届出は、別添２の様式52及び様式71の１の３を用いること。

（２）　腹腔鏡下仙骨腟固定手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る届出は、別添２の様式52及び様式71の１の４を用いること。

第78の３　腹腔鏡下腟式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）

１　腹腔鏡下腟式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

（１） 産婦人科又は婦人科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 腹腔鏡下腟式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として５例以上実施した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。

（３） 当該保険医療機関において、以下のアからエまでの手術を年間 30 例以上実施しており、このうちイの手術を年間 10 例以上実施していること。

ア 子宮全摘術

イ 腹腔鏡下腟式子宮全摘術

ウ 子宮悪性腫瘍手術

エ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術

（４） 産婦人科又は婦人科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が産婦人科又は婦人科について 10 年以上の経験を有していること。

（５） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（６） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（７） 当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（８） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２ 届出に関する事項

腹腔鏡下腟式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 19 を用いること。

第 78 の３の１の２ 子宮悪性腫瘍手術（子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算１又は子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算２を算定する場合に限る。）

１ 子宮悪性腫瘍手術（子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算１又は子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算２を算定する場合に限る。）に関する施設基準

（１） 産婦人科又は婦人科の経験を５年以上有しており、子宮悪性腫瘍手術における子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として５症例以上経験している医師が配置されていること。

（２） 当該保険医療機関が産婦人科又は婦人科を標榜しているとともに、放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が２名以上配置されていること。

（３） 麻酔科標榜医が配置されていること。

（４） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

（５） 関係学会の定める指針を遵守していること。

２ 届出に関する事項

子宮悪性腫瘍手術（子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算１又は子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算２を算定する場合に限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 71 の６を用いること。

第 78 の３の２ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術

１ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）の施設基準

（１） 産婦人科又は婦人科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 産婦人科又は婦人科について合わせて５年以上の経験を有し、開腹の子宮悪性腫瘍手術について 20 例以上実施した経験、腹腔鏡下腟式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）について 20 例以上実施した経験及び腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）について術者として５例以上実施した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。

（３） 当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が２名以上配置されていること。

（４） 常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。

（５） 病理部門が設置され、常勤の病理医が配置されていること。

（６） 子宮悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）が１年間に合わせて 20 例以上実施されていること。

（７） 緊急手術が可能な体制を有していること。

（８） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

２ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）の施設基準

（１） 産婦人科又は婦人科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 産婦人科又は婦人科について合わせて５年以上の経験を有し、開腹の子宮悪性腫瘍手術について 20 例以上実施した経験、腹腔鏡下腟式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）について 20 例以上実施した経験及び腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。内視鏡手術用支援機器を用いる場合を除く。）について術者として３例以上実施した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。

（３） 当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が２名以上配置されていること。

（４） 常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。

（５） 病理部門が設置され、常勤の病理医が配置されていること。

（６） 子宮悪性腫瘍手術又は腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合を含む。）が１年間に合わせて 20 例以上実施されていること。

（７） 緊急手術が可能な体制を有していること。

（８） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

３ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準

（１） 産婦人科又は婦人科、放射線科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２） 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、10 例以上実施した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。

（３） 当該保険医療機関において、以下のア又はイの手術を年間 20 例以上実施しており、このうちイの手術を年間５例以上実施していること。

ア 子宮悪性腫瘍手術

イ 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術

（４） 産婦人科又は婦人科について専門の知識及び５年以上の経験を有する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名以上が産婦人科又は婦人科について 10 年以上の経験を有すること。

（５） 緊急手術が実施可能な体制が整備されていること。

（６） 常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（７） 当該手術に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（８） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（９） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

４　腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）に関する施設基準

（１） 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）及び腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出を行っていること。

（２） 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）を術者として、３例以上実施した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。

（３） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

（４） 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること。

５　子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算１又は子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算２の施設基準

子宮悪性腫瘍手術（子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算１又は子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算２を算定する場合に限る。）の施設基準に係る届出を行った保険医療機関であること。

６　届出に関する事項

（１） 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）及び腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 71 の２を、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）及び腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮頸がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 71 の５を用いること。

（２） 子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算１又は子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算２の施設基準については、子宮悪性腫瘍手術（子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算１又は子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算２を算定する場合に限る。）の届出を行っていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 78 の３の３　腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術

１　腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術の施設基準

（１） 産科又は産婦人科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 産科又は産婦人科について５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。

（３） 当該保険医療機関において腹腔鏡手術が年間 20 例以上実施されていること。

（４） 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。

（５） 実施診療科において常勤の医師が２名以上配置されていること。

（６） 麻酔科標榜医が配置されていること。

２ 届出に関する事項

腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 43 を用いること。

第 78 の３の４ 人工授精

１ 人工授精の施設基準

（１） 産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 「Ｂ００１」の「32」一般不妊治療管理料の施設基準に係る届出を行った保険医療機関であること。

２ 届出に関する事項

一般不妊治療管理料の届出を行っていればよく、人工授精として特に地方厚生（支）局長に対して届出を行う必要はないこと。

第 78 の３の５ 胚移植術、採卵術、体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料

１ 胚移植術、採卵術、体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料の施設基準

（１） 産科、婦人科又は産婦人科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 「Ｂ００１」の「33」生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行った保険医療機関であること。

２ 届出に関する事項

生殖補助医療管理料の届出を行っていればよく、胚移植術、採卵術、体外受精・顕微授精管理料、受精卵・胚培養管理料及び胚凍結保存管理料として特に地方厚生（支）局長に対して届出を行う必要はないこと。

第 78 の３の６ 採取精子調整管理料及び精子凍結保存管理料

１ 採取精子調整管理料及び精子凍結保存管理料の施設基準

（１） 産科、婦人科、産婦人科又は泌尿器科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 「Ｂ００１」の「33」生殖補助医療管理料又は「Ｋ８３８－２」精巣内精子採取術の施設基準に係る届出を行った保険医療機関であること。

２ 届出に関する事項

生殖補助医療管理料又は精巣内精子採取術の届出を行っていればよく、採取精子調整管理料及び精子凍結保存管理料として特に地方厚生（支）局長に対して届出を行う必要はないこと。

第 78 の４ 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術

１ 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術の施設基準

（１） 産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科を標榜していること。

（２） 当該保険医療機関において、双胎間輸血症候群に関する十分な経験を有した常勤の医師が配置されていること。

（３）　「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること又は緊急帝王切開に対応できる体制を有しており、「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。

（４）　倫理委員会が設置されており、必要なときは事前に開催すること。

２　届出に関する事項

（１）　内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術の施設基準に係る届出は、別添２の様式71の３を用いること。

（２）　倫理委員会の開催要綱（運営規定等）の写しを添付すること。

第78の５　胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）

１　胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）に関する施設基準

（１）　産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科を標榜し、それぞれの診療科において２名以上の医師が配置されており、そのうち１名以上は５年以上の経験を有する医師であること。

（２）　５例以上の胎児胸水症例を経験した常勤の医師が配置されていること。

（３）　「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること又は緊急帝王切開に対応できる体制を有しており、「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。

２　届出に関する事項

胎児胸腔・羊水腔シャント術（一連につき）に係る届出は、別添２の様式52及び様式71の４を用いること。

第78の５の２　無心体双胎焼灼術（一連につき）

１　無心体双胎焼灼術の施設基準

（１）　産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科を標榜していること。

（２）　当該保険医療機関において、無心体双胎に関する十分な経験を有した常勤の医師が配置されていること。

（３）　「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること又は緊急帝王切開に対応できる体制を有しており、「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。

（４）　倫理委員会が設置されており、必要なときは事前に開催すること。

２　届出に関する事項

（１）　無心体双胎焼灼術の施設基準に係る届出は、別添２の様式71の４を用いること。

（２）　医師が経験した当該手術の症例数が分かる書類を添付すること。

（３）　倫理委員会の開催要綱（運営規定等）の写しを添付すること。

第78の５の３　胎児輸血術（一連につき）及び臍帯穿刺

１　胎児輸血術（一連につき）及び臍帯穿刺に関する施設基準

（１）　産科又は産婦人科、小児科及び麻酔科を標榜し、それぞれの診療科において２名以上の医師が配置されており、そのうち１名以上は５年以上の経験を有する医師であること。

（２） 超音波ガイド下の胎児治療に十分な治療経験を有し、２例以上の臍帯穿刺又は胎児輸血を経験した常勤の医師が配置されていること。

（３） 「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること又は緊急帝王切開に対応できる体制を有しており、「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料の届出を行った保険医療機関であること。

２ 届出に関する事項

胎児輸血術（一連につき）又は臍帯穿刺に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 71 の４を用いること。

第 78 の５の４ 体外式膜型人工肺管理料

１ 体外式膜型人工肺管理料の施設基準

（１） 下記のいずれかの施設基準に係る届出を行った保険医療機関であること。

ア 「Ａ３００」救命救急入院料

イ 「Ａ３０１」特定集中治療室管理料

ウ 「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料

（２） 当該保険医療機関内に専任の臨床工学技士が常時１名以上配置されていること。

２ 届出に関する事項

体外式膜型人工肺管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 87 の 44 を用いること。

第 78 の６ 医科点数表第２章第 10 部手術の通則４（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術

１ 医科点数表第２章第 10 部手術の通則４（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術の施設基準

（１） 形成外科、泌尿器科又は産婦人科を標榜している一般病床を有する病院であること。

（２） 当該保険医療機関に関連学会が認定する常勤又は非常勤の医師が１名以上配置されていること。

（３） 当該保険医療機関において、医科点数表第２章第 10 部手術の通則４（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術を合わせて 20 例以上実施していること。ただし、当該保険医療機関において、形成外科、泌尿器科又は産婦人科について５年以上の経験を有し当該手術を合わせて 20 例以上実施した経験を有する関連学会が認定する常勤の医師が１名以上配置されている場合は、この限りではない。

（４） 関連学会のガイドラインを遵守していること。

（５） 当該手術を実施する患者について、関連学会と連携の上、手術適応等の治療方針の決定及び術後の管理等を行っていること。

２ 届出に関する事項

医科点数表第２章第 10 部手術の通則４（性同一性障害の患者に対して行うものに限る。）に掲げる手術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 87 の 20 を用いること。

第 79　医科点数表第２章第 10 部手術の通則の５及び６（歯科点数表第２章第９部手術の通則４を含む。）に掲げる手術

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　頭蓋内腫瘤摘出術等（頭蓋内腫瘤摘出術、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、脳硬膜血管結紮術、脳動脈瘤頸部クリッピング、緊急穿頭血腫除去術、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、硝子体茎顕微鏡下離断術、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）、眼窩悪性腫瘍手術、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的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、醸膿胸膜、胸膜肥厚切除術（通常のものと胸腔鏡下のもの）、胸膜外肺剥皮術、胸腔鏡下膿胸腔掻爬術、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、靭帯断裂形成手術（関節鏡下）、関節観血的授動術、関節授動術（関節鏡下）、肩関節授動術（関節鏡下）（肩腱板断裂手術を伴うもの）、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、経鼻内視鏡下鼻副鼻腔悪性腫瘍手術（頭蓋底郭清、再建を伴うものを除く。）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、尿道狭窄グラフト再建術、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）、膵体尾部腫瘍切除術、腹腔鏡下膵頭部腫瘍切除術、膵頭部腫瘍切除術、骨盤内臓全摘術（通常のものと腹腔鏡下のもの）、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、腟壁悪性腫瘍手術、造腟術、腟閉鎖症術（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、頬骨変形治癒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）

エ　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）、神経血管柄付皮弁術（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）、喉頭温存頸部食道悪性腫瘍手術（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、胸腔鏡下胸部食道悪性腫瘍手術（単に切除のみのもの）、胸腔鏡下食道切除術（単に切除のみのもの）、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、心腫瘍摘出術、心腔内粘液腫摘出術（胸腔鏡下によるものに限る。）、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）、腹腔鏡下連続携行式腹膜灌流用カテーテル腹腔内留置術、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・直腸切除嚢肛門吻合術、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、腹腔鏡下直腸切除・切断術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）、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、腹腔鏡下副腎髄質腫瘍摘出術（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、腹腔鏡下尿膜管摘出術、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、腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈結紮術、腹腔鏡下停留精巣内精巣動静脈延長術、腹腔鏡下造腟術、腹腔鏡下腟断端挙上術、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、腹腔鏡下子宮腟上部切断術、腹腔鏡下腟式子宮全摘術、腹腔鏡下広靭帯内腫瘍摘出術、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（腟式を含む。）（腹腔鏡によるもの）、卵管結紮術（腟式を含む。）（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、卵管腫瘤全摘除術、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、人工股関節置換術（手術支援装置を用いるもの）及び人工膝関節置換術（手術支援装置を用いるもの）

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（人工心肺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　３の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

５　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。

６　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。

７　届出に関する事項

（１）　当該施設基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

（２）　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」を遵守する旨の文書（様式任意）を添付すること。

第79の１の２　医科点数表第２章第10部手術の通則の９（歯科点数表第２章第９部手術の通則７を含む。）に掲げる頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算

１　頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算に関する施設基準

（１）　耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科の経験を５年以上有しており、頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検を、当該手術に習熟した医師の指導の下に、術者として３例以上経験している医師が配置されていること。

（２）　耳鼻咽喉科又は歯科口腔外科を標榜しているとともに、放射線科を標榜している保険医療機関であり、当該診療科において常勤の医師が配置されていること。

（３）　病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

２　届出に関する事項

頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式87の20の２を用いること。

第79の２　医科点数表第２章第10部手術の通則の12並びに歯科点数表第２章第９部手術の通則の９に掲げる手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の施設基準

手術の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の施設基準及び届出に関する事項は、第56の２処置の休日加算１、時間外加算１及び深夜加算１の例による。この場合において、同１中「処置」とあるのは、「手術」と読み替えるものとする。

第79の３　医科点数表第２章第10部手術の通則の16に掲げる手術

１　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（「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（「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っては、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っては、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っては、経鼻経管を抜去した日、胃瘻の患者にあっては、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。

２ 届出に関する事項

胃瘻造設術に係る届出は別添２の様式 43 の４及び様式 43 の５を用いること。

第 79 の４ 医科点数表第２章第 10 部手術の通則の 19 に掲げる手術

１ 乳房切除術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行うものに限る。）の施設基準

（１） 乳腺外科又は外科を標榜しており、乳腺外科の専門的な研修の経験を５年以上有する常勤医師が配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修を修了していること。

（２） 臨床遺伝学の診療に係る経験を３年以上有する常勤の医師が配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修を修了していること。

（３） 乳房切除術を行う施設においては乳房ＭＲＩ加算の施設基準に係る届出を行っていること。ただし、次の項目をいずれも満たす場合においては、当該施設基準を満たすものとして差し支えない。

ア 関係学会より乳癌の専門的な診療が可能として認定された施設であること。

イ 遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者の診療に当たり、1.5テスラ以上のＭＲＩ装置を有する他の保険医療機関と連携し、当該患者に対してＭＲＩ撮影ができる等、乳房ＭＲＩ撮影加算の施設基準を満たす保険医療機関と同等の診療ができること。なお、当該連携について文書による契約が締結されており、届出の際に当該文書を提出すること。

（４） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

（５） 遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準に係る届出を行っていること。

２ 子宮附属器腫瘍摘出術（遺伝性乳癌卵巣癌症候群の患者に対して行うものに限る。）の施設基準

（１） 産婦人科又は婦人科及び麻酔科を標榜しており、産婦人科及び婦人科腫瘍の専門的な研修の経験を合わせて６年以上有する常勤医師が配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修を修了していること。

（２） 臨床遺伝学の診療に係る経験を３年以上有する常勤の医師が配置されていること。なお、当該医師は医療関係団体が主催する遺伝性乳癌卵巣癌症候群に関する研修を修了していること。

（３） 病理部門が設置され、病理医が配置されていること。

（４） 麻酔科標榜医が配置されていること。

（５） 遺伝性疾患療養指導管理料の注１から注３までに規定する施設基準に係る届出を行っていること。

３ 届出に関する事項

医科点数表第２章第10部手術の通則の19に掲げる手術に係る届出は別添２の様式87の23を用いること。

第79の５ 周術期栄養管理実施加算

１ 周術期栄養管理実施加算の施設基準

（１） 基本診療料施設基準通知別添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） 基本診療料施設基準通知別添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） 「Ａ２００」に掲げる急性期総合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。

２ 届出に関する事項

（１） 周術期栄養管理実施加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式87の45を用いること。

（２） 令和８年３月31日時点で総合入院体制加算又は急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、令和８年９月30日までの間に限り、１の（３）の基準を満たしているものとみなす。

第79の６　再製造単回使用医療機器使用加算

１　再製造単回使用医療機器使用加算の施設基準

（１） 再製造単回使用医療機器（特定保険医療材料に限る。）を手術に使用した実績が５例以上あること。

（２） 再製造単回使用医療機器を使用することについて、あらかじめ文書を用いて患者に説明を行っていること。

（３） 再製造単回使用医療機器の原型医療機器の回収等について、再製造単回使用医療機器基準（平成29年厚生労働省告示第261号）第４の１（５）に規定する「再製造単回使用医療機器の製造販売の承認の際に交付される承認書に記載された方法」に基づき、適切に実施していること。

２　届出に関する事項

再製造単回使用医療機器使用加算に係る届出は、別添２の様式87の52を用いること。

第79の７　外科医療確保特別加算

１　外科医療確保特別加算の施設基準

（１） 外科医療確保特別加算を算定する診療科を届け出ていること。

（２） 「Ａ１０４」特定機能病院入院基本料又は「Ａ２００」急性期総合体制加算を届け出ていること。

（３） 医科点数表第２章第10部に掲げる長時間かつ高難度な手術（「Ｋ５２２－３」、「Ｋ５２４」の「2」から「Ｋ５２５－３」まで、「Ｋ５２６」の「2」及び「3」、「Ｋ５２７」から「Ｋ５２８－３」まで、「Ｋ５２９」から「Ｋ５２９－５」まで、「Ｋ５３０－２」、「Ｋ５３１」、「Ｋ５３２」の「2」から「Ｋ５３２－３」まで、「Ｋ６４０」の「2」、「Ｋ６４３」から「Ｋ６４３－３」まで、「Ｋ６４５」、「Ｋ６４５－２」、「Ｋ６５４－４」から「Ｋ６５５－２」まで、「Ｋ６５５－４」、「Ｋ６５５－５」、「Ｋ６５６－２」の「2」から「Ｋ６５７－２」まで、「Ｋ６５９」の「3」、「Ｋ６６０」の「3」、「Ｋ６６７－２」、「Ｋ６７１－２」の「1」、「Ｋ６７３」から「Ｋ６７７」の「3」まで、「Ｋ６７７－２」、「Ｋ６８０」、「Ｋ６８４」、「Ｋ６８４－２」、「Ｋ６９５」、「Ｋ６９５－２」、「Ｋ６９７－４」から「Ｋ６９７－７」まで、「Ｋ７００」、「Ｋ７００－４」、「Ｋ７０２」の「2」から「Ｋ７０４」まで、「Ｋ７０６」、「Ｋ７０９－２」から「Ｋ７０９－５」まで、「Ｋ７１１」、「Ｋ７１１－２」、「Ｋ７１６－３」から「Ｋ７１６－６」まで、「Ｋ７１９」の「2」、「Ｋ７１９－２」、「Ｋ７１９－３」、「Ｋ７１９－５」、「Ｋ７１９－６」、「Ｋ７２９－２」、「Ｋ７３２－２」、「Ｋ７３５」、「Ｋ７３５－３」、「Ｋ７３５－５」、「Ｋ７４０」から「Ｋ７４０－３」まで、「Ｋ７４２」の「4」、「Ｋ７４８」の「2」及び「Ｋ７５１」の「4」から「Ｋ７５

１－３」まで。以下「対象手術」という。）を合わせて年間 200 例以上実施していること。

（４） 当該加算を算定する全ての診療科において、以下の全てを実施していること。

ア 当該診療科の経験を５年以上有する常勤（週４日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 31 時間以上であることをいう。ただし、正職員として勤務する者について、育児・介護休業法第 23 条第１項、同条第３項又は同法第 24 条の規定による措置が講じられ、当該労働者の所定労働時間が短縮された場合にあっては、所定労働時間が週 30 時間以上であることをいう。）の医師が６名以上配置されていること。

イ チーム制又は交代勤務制を導入していること。

ウ 当該診療科に配置されている常勤の医師については、医療法第 123 条第１項に規定する特定対象医師であるかどうかにかかわらず、特定対象医師について医療法第 123 条第１項及び第２項に規定するものと同様の休息時間を確保すること。また、特定対象医師について同条第３項に規定するものと同様の休息時間を確保するよう配慮していること。

（５） 他の保険医療機関との連携体制について、次のいずれにも該当していること。

ア 地域の他の保険医療機関と、対象手術の実施体制及び術後フォローアップの体制等について、事前に協議を行っていること。

イ 当該保険医療機関及び当該他の保険医療機関において、対象手術の実施体制及び術後のフォローアップ体制等に係る協議内容について、公表するとともに、当該患者に説明していること。

（６） 臨床研修終了後の医師を対象として、対象手術に係る診療科における医師法第 16 条の 10 に規定する計画に定められた研修体制が整備されていること。

（７） 外科医療確保特別加算を算定する診療科については、基本診療料施設基準通知別添３の第 26 の 10 の２（３）に規定する特定診療科（ただし、外科系診療科全体を特定した場合を除く）であること。

（８） 当該診療科の医師が行った対象手術件数に応じ、休日手当、時間外手当、深夜手当、当直手当等とは別に、当該加算額の 100 分の 30 以上に相当する額を総額とする手当を当該診療科の医師に支給していること。また、当該支給額の８割以上を当該診療科に配置されている常勤医師に支給しており、当該支給内容について保険医療機関内の全ての医師に周知していること。なお、当該手当を（７）における処遇に係る配慮に活用して差し支えない。

２ 届出に関する事項

（１） 外科医療確保特別加算に係る届出は、別添２の様式 87 の 67 を用いること。

（２） １の（４）に掲げる医師の氏名及び所属する診療科を別添２の様式４を用いて提出すること。

第 80 輸血管理料

１ 輸血管理料Ⅰに関する施設基準

（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。

ＡＢＯ血液型、Ｒｈ（Ｄ）血液型、血液交叉試験又は間接Ｃｏｏｍｂｓ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、日本輸血・細胞治療学会より示されている「輸血療法実践ガイド」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。

２ 輸血管理料Ⅱに関する施設基準

（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。

３ 輸血適正使用加算の施設基準

（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（ＦＦＰ）の使用量を赤血球濃厚液（ＭＡＰ）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（ＭＡＰ）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（ＦＦＰ）及びアルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液（ＭＡＰ）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（ＭＡＰ）の使用量

② 新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）の全使用量

③ 血漿交換療法における新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）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未満

（④－⑤）／①＝２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（ＦＦＰ）の使用量を赤血球濃厚液（ＭＡＰ）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（ＭＡＰ）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（ＦＦＰ）及びアルブミン製剤の使用量を赤血球濃厚液（ＭＡＰ）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（ＭＡＰ）の使用量

② 新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）の全使用量

③　血漿交換療法における新鮮凍結血漿（ＦＦＰ）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未満

（④－⑤）／①＝２未満

４　貯血式自己血輸血管理体制加算の施設基準

（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。

５　輸血管理料の届出に関する事項

輸血管理料Ⅰ、Ⅱ、輸血適正使用加算及び貯血式自己血輸血管理体制加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 73 を用いること。

第 80 の２　コーディネート体制充実加算

１　コーディネート体制充実加算に関する施設基準

（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。

２　届出に関する事項

（１）　コーディネート体制充実加算に係る届出は、別添２の様式 87 の 21 を用いること。

（２）　当該手術を担当する診療科が関係学会により認定されていることを証する文書の写しを添付すること。

第 80 の２の２　無菌的分割製剤作成加算の施設基準

１　無菌的分割製剤作成加算に関する施設基準

輸血管理料Ⅰ又は輸血管理料Ⅱを届け出ていること。

２　届出に関する事項

無菌的分割製剤作成加算に関する施設基準については、輸血管理料Ⅰ又は輸血管理料Ⅱの届出を行っていればよく、無菌的分割製剤作成加算として特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 80 の３　自己生体組織接着剤作成術

１　自己生体組織接着剤作成術に関する施設基準

（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日本輸血・細胞治療学会より示されている「輸血療法実践ガイド」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。

２　届出に関する事項

（１） 自己生体組織接着剤作成術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 73 の２を用いること。

（２） 臨床検査技師の勤務状況について具体的に分かるものを添付すること。

第 80 の３の２　自己クリオプレシピテート作製術（用手法）及び同種クリオプレシピテート作製術

１　自己クリオプレシピテート作製術（用手法）及び同種クリオプレシピテート作製術に関する施設基準

（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日本輸血・細胞治療学会より示されている「輸血療法実践ガイド」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。

２　届出に関する事項

（１） 自己クリオプレシピテート作製術（用手法）及び同種クリオプレシピテート作製術の施設基準に係る届出は、別添２の様式 73 の２を用いること。

（２） 臨床検査技師の勤務状況について具体的に分かるものを添付すること。

第 80 の４　人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算

１　人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算に関する施設基準

（１） 人工肛門又は人工膀胱造設に関する十分な経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（２） ５年以上の急性期患者の看護に従事した経験を有し、急性期看護又は排泄ケア関連領域における適切な研修を修了した常勤の看護師が配置されていること。なお、ここでいう急性期看護又は排泄ケア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　医療関係団体等が認定する教育施設において実施され、20 時間以上を要し、当該団体より修了証が交付される研修であること。

イ　急性期看護又は排泄ケア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。

２　届出に関する事項

（１）　人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 73 の３を用いること。

（２）　人工肛門又は人工膀胱造設に関する十分な経験を有する常勤の医師の勤務状況について具体的に分かるものを添付すること。

第 80 の５　胃瘻造設時嚥下機能評価加算

胃瘻造設時嚥下機能評価加算の施設基準及び届出に関する事項は、第 79 の３医科点数表第２章第 10 部手術の通則の 16 に掲げる手術の例による。

第 80 の５の２　凍結保存同種組織加算

１　凍結保存同種組織加算に関する施設基準

（１）　外科、心臓血管外科又は小児外科及び麻酔科を標榜している病院であること。

（２）　当該医療機関において、当該療養が３例以上実施されていること。

（３）　外科、心臓血管外科又は小児外科について 10 年以上及び当該療養について５年以上の経験を有し、また、当該療養について術者として実施する医師又は補助を行う医師として８例以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。そのうち、術者として５例以上の経験を有する常勤の医師が配置されていること。

（４）　実施診療科において常勤の医師が３名以上配置されていること。

（５）　常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。

（６）　臨床検査技師が配置されていること。

（７）　緊急手術体制が整備されていること。

（８）　日本組織移植学会の認定する採取して保存した組織を他施設へ供給できる組織バンクを有していること。当該バンクを有していない場合は、当該バンクを有する保険医療機関とあらかじめ当該同種保存組織の適切な使用及び保存方法等について契約を有していること。

２　届出に関する事項

凍結保存同種組織加算に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 73 の５を用いること。なお、１の凍結保存同種組織加算に関する施設基準の(８)に係る契約に関する文書の写しも併せて提出すること。

第 80 の６　歯周組織再生誘導手術

１　歯周組織再生誘導手術に関する施設基準

歯科又は歯科口腔外科を標榜し、歯周病治療に係る専門の知識及び５年以上の経験を有する歯科医師が１名以上いること。

２　届出に関する事項

歯周組織再生誘導手術の施設基準に係る届出は別添２の様式 74 を用いること。

第 80 の７　手術時歯根面レーザー応用加算

１　手術時歯根面レーザー応用加算に関する施設基準

（１） 当該レーザー治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上いること。

（２） 歯周組織再生誘導手術について当該療養を行う場合は、歯周組織再生誘導手術の届出を行った保険医療機関であること。

（３） 歯肉剥離掻爬手術又は歯周組織再生誘導手術において、レーザー照射により当該手術の対象歯の歯根面の歯石除去を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。

２ 届出に関する事項

手術時歯根面レーザー応用加算に係る届出は別添２の様式 50 を用いること。

第 80 の８ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術

１ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術に関する施設基準

（１） 歯科又は歯科口腔外科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 当該診療科に係る５年以上の経験及び当該療養に係る３年以上の経験を有する常勤の歯科医師が２名以上配置されていること。

（３） 病院であること。

（４） 当直体制が整備されていること。

（５） 医療機器保守管理及び医薬品に係る安全確保のための体制が整備されていること。

（６） 当該手術に必要な検査機器を設置していること。

２ 届出に関する事項

広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る届出は別添２の様式 74 の 3 を用いること。

第 80 の９ 歯根端切除手術の注３

１ 歯根端切除手術の注３に関する施設基準

（１） 手術用顕微鏡を用いた治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。

（２） 保険医療機関内に手術用顕微鏡が設置されていること。

２ 届出に関する事項

歯根端切除手術の注３の施設基準に係る届出については、別添２の様式 49 の８を用いること。

第 80 の 10 口腔粘膜血管腫凝固術

１ 口腔粘膜血管腫凝固術に関する施設基準

（１） 当該レーザー治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する歯科医師が１名以上配置されていること。

（２） 口腔粘膜に生じた血管腫等の血管病変に対する凝固を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。

２ 届出に関する事項

口腔粘膜血管腫凝固術に係る届出は別添２の様式 74 の４を用いること。

第 80 の 11　レーザー機器加算の施設基準

1　レーザー機器加算に関する施設基準

（1）　当該レーザー治療に係る専門の知識及び３年以上の経験を有する医師又は歯科医師が１名以上配置されていること。

（2）　口腔内の軟組織の切開、止血、凝固及び蒸散を行うことが可能なレーザー機器を備えていること。

2　届出に関する事項

レーザー機器加算に係る届出は別添２の様式 49 の９を用いること。

第 80 の 12　内視鏡手術用支援機器加算

1　内視鏡手術用支援機器加算に関する施設基準

（1）　内視鏡手術用支援機器を用いた手術（区分番号Ｋ３７４－２、Ｋ３９４－２、Ｋ５０２－５、Ｋ５０４－２、Ｋ５１４－２の２及び３、Ｋ５２９－２、Ｋ５２９－３、Ｋ５５４－２、Ｋ５５５－３、Ｋ６５５－２の３、Ｋ６５５－５の３、Ｋ６５７－２の４、Ｋ６７４－２、Ｋ６９５－２、Ｋ７０２－２の１、Ｋ７０３－２、Ｋ７１９－３、Ｋ７４０－３、Ｋ７５５－２、Ｋ７７３－５、Ｋ７７３－６、Ｋ７７８－２、Ｋ８０３－２、Ｋ８４３－４、Ｋ８６５－２並びにＫ８７９－２（子宮体がんに限る。））を合わせて年間 200 例以上実施していること。

（2）　麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（3）　常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。

（4）　緊急手術が可能な体制を有していること。

（5）　常勤の臨床工学技士が１名以上配置されていること。

（6）　当該療養に用いる機器について、保守管理の計画を作成し、適切に保守管理がなされていること。

（7）　内視鏡手術用支援機器を用いた手術について、関連学会が行うレジストリにおける手術患者の長期予後情報の収集に参加していること。

（8）　内視鏡手術用支援機器を用いた手術の前年の実績（症例数及び平均在院日数）について、ウェブサイトに掲載していること。

2　届出に関する事項

（1）　内視鏡手術用支援機器加算に係る届出は別添２の様式 73 の４を用いること。

（2）　令和９年５月 31 日までの間に限り、１の(８)に該当するものとみなす。

第 81　吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静（声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの）（麻酔に従事する医師が専従で実施する場合及び麻酔に従事する医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合に限る。）

1　吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静（声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの（麻酔科標榜医が専従で実施する場合）の施設基準

（1）　麻酔管理料(Ⅰ)を届け出ていること。

（２） 緊急時又は蘇生時に対応する体制として、夜間及び休日を含む連絡体制並びに機器及び機材の設置に係る手順書を事前に作成すること。当該手順書については、深鎮静を実施する全ての診療科及び麻酔科が協同して作成すること。

２　吸入麻酔又は静脈麻酔による深鎮静（声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴わないもの（麻酔科標榜医の指導下で麻酔を専従で実施する場合）の施設基準

（１） 麻酔管理料(Ⅱ)を届け出ていること。

（２） １の（２）を満たすこと。

３　届出に関する事項

麻酔に従事する医師が専従で実施する場合及び麻酔に従事する医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合の施設基準に係る届出は、別添２の様式 75 の４を用いること。

第 81 の１の２　体温調節療法

１　体温調節療法の注２及び注３に規定する施設基準

次のいずれかの特定入院料の届出を行っていること。

ア　「Ａ３００」救命救急入院料

イ　「Ａ３０１」特定集中治療室管理料

ウ　「Ａ３０１－２」ハイケアユニット入院医療管理料

エ　「Ａ３０１－３」脳卒中ケアユニット入院医療管理料

オ　「Ａ３０１－４」小児特定集中治療室管理料

カ　「Ａ３０２」新生児特定集中治療室管理料

キ　「Ａ３０３」総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料

２　届出に関する事項

体温調節療法の注２及び注３に係る届出は、１に掲げる特定入院料のうちいずれかの届出を行っていればよく、体温調節療法として特に地方厚生(支)局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第 81 の２　麻酔管理料(Ⅰ)

１　麻酔管理料(Ⅰ)の施設基準

（１） 麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 麻酔科標榜医が１名以上配置されていること。

（３） 常勤の麻酔科標榜医により、麻酔の安全管理体制が確保されていること。

２　周術期薬剤管理加算の施設基準

（１） 周術期薬剤管理に関するプロトコルを整備していること。なお、周術期薬剤管理の実施状況を踏まえ、定期的なプロトコルの見直しを行うこと。

（２） 周術期薬剤管理加算の施設基準における専任の薬剤師、「Ａ２４４」病棟薬剤業務実施加算の施設基準における専任の薬剤師及び医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、周術期薬剤管理における問題点等の情報を共有するとともに、各薬剤師が周術期薬剤管理を実施するにつき必要な情報が提供されていること。

（３） 医薬品の安全使用や、重複投与・相互作用・アレルギーのリスクを回避するための手順等を盛り込んだ薬剤の安全使用に関する手順書（マニュアル）を整備し、必要に応じて当直

等の薬剤師と連携を行っていること。なお、周術期薬剤管理の実施状況等を踏まえ、定期的に当該手順書の見直しを行うこと。

3　届出に関する事項

（1）　麻酔管理料(Ⅰ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式 75 を用いること。

（2）　周術期薬剤管理加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 75 の３を用いること。

第 81 の３　麻酔管理料(Ⅱ)

1　麻酔管理料(Ⅱ)の施設基準

（1）　麻酔科を標榜している保険医療機関であること。

（2）　常勤の麻酔科標榜医が５名以上配置されていること。なお、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麻酔科標榜医である非常勤医師を２名以上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、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤配置のうち４名までに限る。

（3）　常勤の麻酔科標榜医により麻酔の安全管理体制が確保されていること。

（4）　24 時間緊急手術の麻酔に対応できる体制を有していること。

（5）　麻酔科標榜医と麻酔科標榜医以外の医師が共同して麻酔を実施する体制が確保されていること。なお、ここでいう「麻酔科標榜医以外の医師」とは、当該保険医療機関において常態として週３日以上かつ週 22 時間以上の勤務を行っている医師であって、当該保険医療機関の常勤の麻酔科標榜医の指導の下に麻酔を担当するもの（以下この項において、単に「担当医師」という。）をいう。

（6）　担当医師が実施する一部の行為を、麻酔中の患者の看護に係る適切な研修を修了した常勤看護師が実施する場合にあっては、当該研修を修了した専任の常勤看護師が１名以上配置されていること。ここでいう「適切な研修」とは、保健師助産師看護師法第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる麻酔中の患者の看護に係る研修であること。

（7）　担当医師が実施する一部の行為を、(6)に規定する看護師が実施する場合にあっては、麻酔科標榜医又は担当医師と連携することが可能な体制が確保されていること。

2　周術期薬剤管理加算の施設基準

当該加算の要件については、第 81 の２と同様である。

3　届出に関する事項

（1）　麻酔管理料(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式 75 を用いること。

（2）　周術期薬剤管理加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 75 の３を用いること。

第 81 の４　歯科麻酔管理料

1　歯科麻酔管理料に関する施設基準

（1）　歯科麻酔に係る専門の知識及び２年以上の経験を有し、当該療養に習熟した医師又は歯科医師の指導の下に、主要な麻酔手技を自ら実施する者として全身麻酔を 200 症例以上及び静脈内鎮静法又は歯科静脈麻酔を 100 症例以上経験している常勤の麻酔に従事する歯科

医師が１名以上配置されていること。なお、無床診療所にあっては、同等の経験を有する、非常勤の麻酔に従事する歯科医師が複数名配置されている場合においても、当該基準を満たしていることとみなすことができる。

（２） 麻酔に従事する歯科医師により、麻酔の安全管理体制が確保されていること。

（３） 無床歯科診療所である保険医療機関においては、次に該当する保険医療機関との連携により、緊急時の連携体制を確保し、連携保険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。

ア 病院である医療機関であること。

イ 緊急時の対応を行う体制を確保していること。

２ 届出に関する事項

歯科麻酔管理料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 75 の２を用いること。

第 81 の５ 歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）

１ 麻酔に従事する歯科医師が専従で実施する場合及び麻酔に従事する歯科医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合の施設基準

歯科麻酔管理料の施設基準を届け出ていること。

２ １以外の者が実施する場合の施設基準

（１） 当該療養に習熟した医師又は歯科医師の指導の下に、主要な麻酔手技を自ら実施する者として全身麻酔を 50 症例以上経験した常勤歯科医師が１名以上配置されていること。

（２） 無床歯科診療所である保険医療機関においては、次に該当する保険医療機関との連携により、緊急時の連携体制を確保し、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。

ア 病院である医療機関であること。

イ 緊急時の対応を行う体制を確保していること。

（３） 病院である保険医療機関においては、関係する診療科との連携の上で、緊急時の対応についての連携体制を確保すること。

３ 届出に関する事項

歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 75 の５を用いること。

第 82 放射線治療専任加算

１ 放射線治療専任加算に関する施設基準

（１） 放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加

算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

（２） 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（３） 当該管理を行うために必要な次に掲げる機器等を備えていること。

ア　高エネルギー放射線治療装置

イ　Ｘ線あるいはＣＴを用いた位置決め装置

ウ　放射線治療計画システム

２　届出に関する事項

放射線治療専任加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 76 を用いること。

第 82 の２　外来放射線治療加算

１　外来放射線治療加算に関する施設基準

（１） 放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

（２） 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（３） 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器等を備えていること。

ア　高エネルギー放射線治療装置

イ　Ｘ線又はＣＴを用いた位置決め装置

ウ　放射線治療計画システム

エ　患者が休憩できるベッド等

２　届出に関する事項

外来放射線治療加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 76 を用いること。

第 82 の３　遠隔放射線治療計画加算

１　遠隔放射線治療計画加算に関する施設基準

（１） 放射線治療を行う施設は、次の施設基準を満たしていること。

ア　放射線科を標榜している保険医療機関であること。

イ　専ら放射線治療を担当する常勤の医師が配置されていないこと。

ウ　放射線治療を担当する常勤の診療放射線技師が２名以上配置されており、そのうち１名は放射線治療を専ら担当し、かつ、５年以上の経験を有すること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。

エ　当該治療を行うために必要な次に掲げる機器等を備えていること。

①　直線加速器

②　治療計画用ＣＴ装置及び三次元放射線治療計画システム

③　セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システム

④　第三者機関による直線加速器の出力線量の評価

オ　遠隔放射線治療の支援施設の放射線治療を専ら担当する医師と、常時連絡がとれる体制にあること。

カ　遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針が策定されていること。

キ　関係学会の定めるガイドラインに基づき、当該治療を適切に実施していること。

（２） 放射線治療を支援する施設は、次の施設基準を満たしていること。

ア　放射線治療を専ら担当する常勤の医師が２名以上配置されており、そのうち１名は５年以上の放射線治療の経験を有すること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤

の医師を兼任することができるが、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算及びホウ素中性子捕捉療法医学管理加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。

イ　照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担当者は強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

ウ　セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システムを備えていること。

エ　遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針が策定されており、実際の遠隔放射線治療の支援が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な遠隔放射線治療の実施に係る記録が保存されていること。

オ　関係学会の定めるガイドラインに基づき、当該支援を適切に実施していること。

２　届出に関する事項

遠隔放射線治療計画加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 76 の２を用いること。

第 83　高エネルギー放射線治療

１　高エネルギー放射線治療に関する施設基準

照射方法を問わず、高エネルギー放射線治療を年間合計 100 例以上実施又は小児入院医療管理料１を届け出ていること。

２　届出に関する事項

高エネルギー放射線治療の施設基準に係る届出は、別添２の様式 77 を用いること。

第 83 の２　高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）及び強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射（寡分割照射に係るものに限る。）

１　高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に限る。）に関する施設基準

（１）　照射方法を問わず、高エネルギー放射線治療を年間 100 例以上実施していること。

（２）　放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

（３） 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

２ 強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に限る。）に関する施設基準

（１） 照射方法を問わず、高エネルギー放射線治療を年間 100 例以上実施していること。

（２） 放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

（３） 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（４） 強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）を行うために必要な機器等を備えていること。

（５） 強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）を年間 10 例以上実施しており、かつ「Ｍ００１」の「注 10」の「ハ」画像誘導放射線治療（腫瘍の位置情報によるもの）を年間 10 例以上実施していること。

３ 届出に関する事項

高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）及び強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 77 を用いること。

第 83 の３ 強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）

１ 強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に関する施設基準

（１） 放射線科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名は放射線治療の経験を５年以上有する者であること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

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を２名以上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、当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる。ただし、常勤換算し常勤医師数に算入することができるのは、常勤配置のうち１名（放射線治療の経験を５年以上有する者１名を除く。）に限る。また、この場合には強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）は年間 50 例を限度として実施できる。

（３） （２）の放射線治療を専ら担当する常勤の医師の配置について、当該保険医療機関が、放射線治療における業務の一部（照射計画の立案等）を、情報通信技術を用いたシステムを利用し、当該保険医療機関と連携した放射線治療を支援する施設の医師による支援を受けて実施する場合には、放射線治療を専ら担当する常勤の医師は１名（放射線治療の経験を５年以上有する者に限る。）の配置とすることができる。この場合について、放射線治療を行う施設は、次のアからカまでを全て満たしていること。

ア 地域がん診療連携拠点病院又は体外照射を年間 200 症例以上実施している地域がん診療病院であること。

イ 当該保険医療機関が所在するがん医療圏に強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の施設基準に係る届出を行っている他の保険医療機関がないこと。

ウ 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器等を備えていること。

① 直線加速器

② 治療計画用ＣＴ装置及び三次元放射線治療計画システム

③ セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システム

④ 第三者機関による直線加速器の出力線量の評価

エ 放射線治療を支援する施設の放射線治療を専ら担当する医師と、常時連絡がとれる体制にあること。

オ 遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針が策定されていること。

カ 関係学会の定めるガイドラインに基づき、当該治療を適切に実施していること。

（４） （３）に規定する当該保険医療機関と連携した放射線治療を支援する施設は、次のアからカを満たしていること。

ア 特定機能病院、都道府県がん診療連携拠点病院又は地域がん診療連携拠点病院であること。

イ　放射線治療を専ら担当する常勤の医師が３名以上配置されており、そのうち２名以上は５年以上の放射線治療の経験を有すること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算及びホウ素中性子捕捉療法医学管理加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。

ウ　放射線治療を行う施設の支援をする医師は、放射線治療を専ら担当する常勤医師であって５年以上の放射線治療の経験を有すること。複数名の医師が支援する場合は、届出に医師名を記載すること。なお、複数の施設を支援する場合、放射線治療を専ら担当する常勤医師（放射線治療の経験を５年以上有する者に限る。）１名につき、２施設までとする。

エ　セキュリティ対策を講じた遠隔放射線治療システムを備えていること。

オ　遠隔放射線治療及び医療情報のセキュリティ対策に関する指針が策定されており、実際の放射線治療の遠隔支援が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な遠隔放射線治療の実施に係る記録が保存されていること。

カ　関係学会の定めるガイドラインに基づき、当該支援を適切に実施していること。

（５）　放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。

（６）　放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担当者は遠隔放射線治療計画加算、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（７）　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）を年間 10 例以上実施していること。

（８）　当該治療を行うために必要な次に掲げる機器等を備えていること。

ア　直線加速器

イ　治療計画用ＣＴ装置

ウ　インバースプラン（逆方向治療計画）の可能な三次元放射線治療計画システム

エ　照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置

オ　平面上の照射強度を変化させることができる装置

カ　微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価個体ファントム

キ　二次元以上で相対的な線量分布を測定・比較できる機器

（9）　当該保険医療機関において、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）に関する機器の精度管理に関する指針が策定されており、実際の線量測定等の精度管理が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な精度管理に係る記録が保存されていること。

2　届出に関する事項

強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 78 を用いること。

第 83 の４　画像誘導放射線治療加算

1　画像誘導放射線治療加算に関する施設基準

（1）　放射線科を標榜している保険医療機関であること。

（2）　放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

（3）　放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。

（4）　放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担当者は、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密

封小線源治療加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（５） 当該治療を行うために必要な次に掲げるいずれかの機器が当該治療を行う室内に設置されていること。

ア ２方向以上の透視が可能な装置

イ 画像照合可能なＣＴ装置

ウ 画像照合可能な超音波診断装置

（６） 当該治療を行うために必要な次に掲げるいずれかの機器が当該治療を行う室内に設置されていること。

ア 体表面の位置情報により位置照合可能な装置

イ 骨構造の位置情報により位置照合可能な装置

ウ 腫瘍の位置情報により位置照合可能な装置

（７） 当該保険医療機関において、画像誘導放射線治療（ＩＧＲＴ）に関する手法と機器の精度管理に関する指針が策定されており、実際の画像誘導の精度管理が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な実施記録と精度管理に係る記録が保存されていること。

２ 届出に関する事項

画像誘導放射線治療加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式78の２を用いること。

第83の５ 体外照射呼吸性移動対策加算

１ 体外照射呼吸性移動対策加算の施設基準

（１） 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る医師を兼任することができる。

（２） 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。なお、当該診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る診療放射線技師を兼任することができる。

（３） 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担

当者は遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（４） 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器が当該治療を行う室内に設置されていること。

ア 呼吸性移動が 10㎜ 以上の腫瘍（左乳癌に対して行う場合は、標的）に対して、呼吸性移動を補償するために必要な照射範囲の拡大が 5㎜ 以下とするために必要な装置

イ 実際の照射野内に腫瘍（左乳癌に対して行う場合は、標的）が含まれていることを毎回の照射直前又は照射中に確認・記録するために必要な装置

（５） 当該保険医療機関において、当該治療に係る公開可能な実施記録と精度管理に係る記録が保存されていること。

２ 届出に関する事項

体外照射呼吸性移動対策加算の施設基準に係る届出は別添２の様式 78 の３を用いること。

第 84 定位放射線治療

１ 定位放射線治療に関する施設基準

（１） 放射線科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 放射線治療を専ら担当する常勤の医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができる。

（３） 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。

（４） 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担

当者は、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（５） 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器等を備えていること。

ア 直線加速器

イ 治療計画用ＣＴ装置

ウ 三次元放射線治療計画システム

エ 照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置

オ 微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価個体ファントム

２ 届出に関する事項

定位放射線治療の施設基準に係る届出は、別添２の様式 79 を用いること。

第 84 の２ 定位放射線治療呼吸性移動対策加算

１ 定位放射線治療呼吸性移動対策加算（動体追尾法）の施設基準

（１） 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が２名以上配置されており、このうち１名は放射線治療の経験を５年以上有する者であること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る医師を兼任することができる。

（２） 体外照射呼吸性移動対策加算の（２）から（５）までを満たすこと。ただし、「定位放射線治療呼吸性移動対策加算」は「体外照射呼吸性移動対策加算」と読み替えるものとする。

２ 定位放射線治療呼吸性移動対策加算（その他のもの）の施設基準

体外照射呼吸性移動対策加算の（１）から（５）までを満たすこと。ただし、「定位放射線治療呼吸性移動対策加算」は「体外照射呼吸性移動対策加算」と読み替えるものとする。

３ 届出に関する事項

定位放射線治療呼吸性移動対策加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 78 の３を用いること。

第 84 の２の２ 粒子線治療

１ 粒子線治療に関する施設基準

（１） 放射線科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 放射線治療を専ら担当する常勤の医師が２名以上配置されていること。このうち１名は、放射線治療の経験を 10 年以上有するとともに、陽子線治療については陽子線治療の経

験を、重粒子線治療については重粒子線治療の経験を２年以上（放射線治療（四門以上の照射、運動照射、原体照射又は強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）による体外照射に限る。）による療養について１年以上の経験を有する者については、１年以上）有すること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、遠隔放射線治療計画加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。

（３） 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師が配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。

（４） 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担当者は、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（５） 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器等を備えていること。

ア 粒子線治療装置

イ 治療計画用ＣＴ装置

ウ 粒子線治療計画システム

エ 照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置

オ 微小容量電離箱線量計又は半導体線量計（ダイヤモンド線量計を含む。）及び併用する水ファントム又は水等価固体ファントム

（６） 当該治療に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。

（７） 重粒子線治療については重粒子線治療の実績を、陽子線治療については陽子線治療の実績を 10 例以上有していること。

２ 届出に関する事項

粒子線治療の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 79 の１の２を用いること

第84の２の３　粒子線治療適応判定加算

１　粒子線治療適応判定加算に関する施設基準

（１）　放射線治療に専従の常勤の医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る）が２名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、遠隔放射線治療計画加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。

（２）　粒子線治療に係るキャンサーボードについて、以下のいずれかを満たしていること。

ア　当該保険医療機関において「がん診療連携拠点病院等の整備について」に準拠したキャンサーボード（手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換、共有、検討、確認等を行うためのカンファレンスをいう。以下同じ。）が開催され、当該キャンサーボードによって、当該保険医療機関で当該治療を受ける患者に対して、粒子線治療の適応判定等が実施される体制を有すること。なお、当該キャンサーボードについては、月に１回以上開催されており、手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアの分野に携わる専門的な知識及び技能を有する医師のうち３分野以上の医師が毎回出席していること。

イ　連携体制のあるがん診療連携拠点病院のキャンサーボードに、当該保険医療機関の医師が参加することによって、当該保険医療機関で当該治療を受ける患者に対して、粒子線治療の適応判定等が実施される体制を有すること。

２　届出に関する事項

粒子線治療適応判定加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式79の１の３を用いること。

第84の２の４　粒子線治療医学管理加算

１　粒子線治療医学管理加算に関する施設基準

（１）　放射線治療に専従の常勤の医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が２名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導

密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、遠隔放射線治療計画加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。

（２） 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が粒子線治療室１つにつき２名以上、かつ当該保険医療機関に合計３名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（３） 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担当者は、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（４） 放射線治療に専従の常勤の看護師が１名以上配置されていること。なお、当該常勤の看護師は、外来放射線照射診療料に係る常勤の看護師を兼任することはできない。

（５） 次に掲げる機器を備えていること。なお、アとイについては、患者ごとのスキャニング法による照射を行う場合にはこの限りでない。

ア 患者毎のコリメーターを用いる照射野形成装置

イ 患者毎のボーラスを用いる深部線量分布形成装置

ウ ２方向以上の透視が可能な装置、画像照合可能なCT装置、又は画像照合可能な超音波装置（いずれも治療室内に設置されているものに限る。）

２ 届出に関する事項

粒子線治療適応判定加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式79の１の３を用いること。

第84の２の５ ホウ素中性子捕捉療法

１ ホウ素中性子捕捉療法に関する施設基準

（１） 放射線科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 関連学会が認定する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療適応判定加

算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、遠隔放射線治療計画加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。

（３） 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師が配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。

（４） 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担当者は、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（５） 当該療法を行うために必要な次に掲げる機器等を備えていること。

ア　ホウ素中性子捕捉療法装置

イ　治療計画用ＣＴ装置

ウ　ホウ素中性子捕捉療法計画システム

エ　照射中心に対する患者の動きや臓器の体内移動を制限する装置

オ　ホウ素中性子捕捉療法装置での中性子計測の放射化法に適した検出器及び併用する水ファントム又は固体ファントム

（６） 当該療法に用いる医療機器について、適切に保守管理がなされていること。

（７） 当該療法の実績を 10 例以上有していること。

（８） 関係学会から示されている指針に基づき、当該療法が適切に実施されていること。

２　届出に関する事項

ホウ素中性子捕捉療法の施設基準に係る届出は、別添２の様式 52 及び様式 79 の１の４を用いること

第 84 の２の６　ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算

１　ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算に関する施設基準

（１） 関連学会が認定する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療

医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、遠隔放射線治療計画加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。

（２） ホウ素中性子捕捉療法に係るキャンサーボードについて、以下のいずれかを満たしていること。

ア 当該保険医療機関において「がん診療連携拠点病院等の整備について」に準拠したキャンサーボード（手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換、共有、検討、確認等を行うためのカンファレンスをいう。以下同じ。）が開催され、当該キャンサーボードによって、当該保険医療機関で当該療法を受ける患者に対して、ホウ素中性子捕捉療法の適応判定等が実施される体制を有すること。なお、当該キャンサーボードについては、月に１回以上開催されており、手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアの分野に携わる専門的な知識及び技能を有する医師のうち３分野以上の医師が毎回出席していること。

イ 連携体制のあるがん診療連携拠点病院のキャンサーボードに、当該保険医療機関の医師が参加することによって、当該保険医療機関で当該療法を受ける患者に対して、ホウ素中性子捕捉療法の適応判定等が実施される体制を有すること。

２ 届出に関する事項

ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 79 の１の４を用いること。

第 84 の２の７ ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算

１ ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算に関する施設基準

（１） 関連学会が認定する常勤の医師が１名以上配置されていること。なお、当該常勤の医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の医師を兼任することができるが、遠隔放射線治療計画加算に係る常勤の医師を兼任することはできない。

（２） 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が２名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、ホウ素中性子捕捉療法及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師

を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（３） 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担当者は、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、ホウ素中性子捕捉療法及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（４） 放射線治療に専従の常勤の看護師が１名以上配置されていること。なお、当該常勤の看護師は、外来放射線照射診療料に係る常勤の看護師を兼任することはできない。

２　届出に関する事項

ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 79 の１の４を用いること。

第 84 の２の８　画像誘導密封小線源治療加算

１　画像誘導密封小線源治療加算に関する施設基準

（１） 放射線科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 放射線治療を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が配置されていること。なお、当該常勤の医師又は歯科医師は、医療機器安全管理料２、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療適応判定加算、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算及びホウ素中性子捕捉療法医学管理加算に係る常勤の医師又は歯科医師を兼任することができる。

（３） 放射線治療を専ら担当する常勤の診療放射線技師（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）及び看護師がそれぞれ１名以上配置されていること。なお、当該常勤の診療放射線技師は、外来放射線照射診療料、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の前立腺癌に対する前立腺照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法及びホウ素中性子捕捉療法医学管理加算に係る常勤の診療放射線技師を兼任することができる。

（４） 放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等を専ら担当する者（診療放射線技師その他の技術者等）が１名以上配置されていること。なお、当該担当者は、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、画像誘導放射線治療

加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法及びホウ素中性子捕捉療法医学管理加算に係る担当者を兼任することができる。ただし、外来放射線照射診療料及び医療機器安全管理料２における技術者との兼任はできない。

（５） 当該治療を行うために必要な次に掲げる機器を有していること。

ア　画像照合可能なＣＴ又はＭＲＩ装置

イ　遠隔操作式密封小線源治療装置

ウ　小線源治療用三次元的治療計画装置

（６） 当該保険医療機関において、画像誘導密封小線源治療に関する手法と機器の精度管理に関する指針が策定されており、実際の画像誘導の精度管理が当該指針に沿って行われているとともに、公開可能な実施記録と精度管理に係る記録が保存されていること。

２　届出に関する事項

画像誘導密封小線源治療加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 78 の２を用いること。

第 84 の３　保険医療機関間の連携による病理診断

１　保険医療機関間の連携による病理診断に関する施設基準

（１） 標本、検体又はデジタル病理画像（以下「標本等」という。）の送付又は送信側（検体採取が行われる保険医療機関）においては、病理診断業務について５年以上の経験を有し、病理標本作製を行うことが可能な常勤の検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）が１名以上配置されていることが望ましい。

（２） 標本等の受取又は受信側（病理標本等の観察及び評価が行われる保険医療機関）においては、次に掲げる基準を全て満たしていること。

ア　病理診断管理加算、悪性腫瘍病理組織標本加算又は口腔病理診断管理加算の届出を行っている施設であること。

イ　特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院、基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関又は病理診断科を標榜する医療機関であること。

ウ　イに掲げる医療機関のうち、特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院及び基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関以外の医療機関であって、病理診断科を標榜する医療機関における病理診断に当たっては、同一の病理組織標本等について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師又は常勤の歯科医師が観察を行い、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断に当たる医師又は歯科医師のうち少なくとも１名以上は、病理診断の経験を７年以上有していること。

エ　病理標本が送付される場合においては、受取側の保険医療機関に送付される病理標本について、別添２の様式 79 の２に定める計算式により算出した数値が 100 分の 80 以下であること。

オ　デジタル病理画像の観察及び評価を行う場合は、デジタル病理画像による病理診断の施設基準に係る届出を行っていること。

２　届出に関する事項

保険医療機関間の連携による病理診断の施設基準に係る届出は、別添２の様式79の２を用いること。

第84の４　保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製

１　保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製に関する施設基準

（１）　送信側（検体採取が行われる保険医療機関）においては、病理診断業務の経験５年以上を有し、凍結切片を作製することが可能な常勤の検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）が１名以上配置されていること。

（２）　受信側（病理診断が行われる保険医療機関）においては、病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師が勤務する特定機能病院、臨床研修指定病院又はへき地医療拠点病院であること。

２　届出に関する事項

保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製の施設基準に係る届出は、別添２の様式80を用いること。

第84の５　保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診

１　保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診に関する施設基準

（１）　送信側（検体採取が行われる保険医療機関）においては、病理診断業務の経験５年以上を有し、細胞診の経験を十分に有する常勤の検査技師（臨床検査技師又は衛生検査技師）が１名以上配置されていること。

（２）　受信側（病理診断が行われる保険医療機関）においては、病理診断を専ら担当する常勤の医師又は歯科医師が勤務する特定機能病院、臨床研修指定病院、へき地医療拠点病院又は基本診療料の施設基準等別表第六の二に規定する地域に所在する保険医療機関であること。

２　届出に関する事項

保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診の施設基準に係る届出は、別添２の様式80を用いること。

第84の６　デジタル病理画像による病理診断に関する施設基準

１　デジタル病理画像による病理診断に関する施設基準

（１）　病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算に係る届出を行っている施設であること。

（２）　デジタル病理画像の作成及び管理を行うにつき、十分な体制を整備していること。

２　届出に関する事項

デジタル病理画像による病理診断の施設基準に係る届出は、別添２の様式80の２を用いること。

第84の７　削除

第84の８　病理診断管理加算

１　病理診断管理加算１に関する施設基準

（１） 病理診断科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 病理診断を専ら担当する常勤の医師（専ら病理診断を担当した経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。なお、病理診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において病理標本の作製又は病理診断に携わっている者をいう。

（３） 病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（４） 年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていることが望ましい。

２ 病理診断管理加算２に関する施設基準

（１） 病理診断科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 病理診断を専ら担当する常勤の医師（専ら病理診断を担当した経験を５年以上有するものに限る。）が１名以上及び病理診断を専ら担当する常勤の医師（専ら病理診断を担当した経験を７年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。なお、病理診断を専ら担当する医師とは、勤務時間の大部分において病理標本の作製又は病理診断に携わっている者をいう。

（３） 病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されている病院であること。

（４） 年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていること。

（５） 臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合（ＣＰＣ：Clinicopathological Conference）を少なくとも年２回以上行っていること。

（６） 同一の病理組織標本について、病理診断を専ら担当する複数の常勤の医師が鏡検し、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断に当たる医師のうち少なくとも１名以上は専ら病理診断を担当した経験を５年以上有すること。

３ 届出に関する事項

病理診断管理加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 80 の２を用いること。

第 84 の９ 悪性腫瘍病理組織標本加算に関する施設基準

１ 悪性腫瘍病理組織標本加算に関する施設基準

病理診断管理加算又は口腔病理診断管理加算に係る届出を行っている施設であるか、以下の全てを満たす施設であること。

（１） 病理診断科を標榜している保険医療機関であること。

（２） 専ら病理診断を担当した経験を７年以上有する医師が１名以上配置されていること。

（３） 病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（４） 年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていることが望ましい。

２ 届出に関する事項

悪性腫瘍病理組織標本加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 80 の２を用いること。

第84の10　国際標準病理診断管理加算

1　国際標準病理診断管理加算の施設基準

（1）　国際標準化機構が定めた病理診断に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けていること。

（2）　病理診断を当該保険医療機関以外の施設に委託する場合においては、同様の認定を受けている他の保険医療機関に委託していることが望ましい。

2　届出に関する事項

（1）　国際標準病理診断管理加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式80の２を用いること。

（2）　国際標準化機構が定めた病理診断に関する国際規格に基づく技術能力の認定を受けていることを証する文書の写しを添付すること。

第84の11　口腔病理診断管理加算

1　口腔病理診断管理加算１に関する施設基準

（1）　病理部門又は口腔病理部門が設置されており、口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師（専ら口腔病理診断を担当した経験を７年以上有するものに限る。）が１名以上配置されていること。なお、口腔病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師とは、勤務時間の大部分において病理標本の作製又は病理診断に携わっている者をいう。

（2）　口腔病理標本作製及び口腔病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

（3）　年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていることが望ましい。

2　口腔病理診断管理加算２に関する施設基準

（1）　病理部門又は口腔病理部門が設置されており、口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師（専ら口腔病理診断を担当した経験７年以上有するものに限る。）が１名以上及び口腔病理診断を専ら担当する常勤の歯科医師又は医師（専ら口腔病理診断を担当した経験を10年以上有する者に限る。）が１名以上配置されていること。なお、口腔病理診断を専ら担当する歯科医師又は医師とは、勤務時間の大部分において病理標本の作製又は病理診断に携わっている者をいう。

（2）　口腔病理標本作製及び病理診断の精度管理を行うにつき十分な体制が整備されている病院であること。

（3）　年間の剖検数・生検数が十分にあること、剖検室等の設備や必要な機器等を備えていること等を満たしていること。

（4）　臨床医及び病理医が参加し、個別の剖検例について病理学的見地から検討を行うための会合（ＣＰＣ：Clinicopathological Conference）を少なくとも年２回以上行っていること。

（5）　同一の病理標本について、口腔病理診断を専ら担当する複数の常勤の歯科医師又は医師が鏡検し、診断を行う体制が整備されていること。なお、診断に当たる歯科医師又は医師のうち１名以上は口腔病理診断を専ら担当した経験を７年以上有していること。

3　届出に関する事項

口腔病理診断管理加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式80の３を用いること。

第85　クラウン・ブリッジ維持管理料の届出に関する事項

１　クラウン・ブリッジ維持管理を行うに当たって、必要な体制が整備されていること。

２　クラウン・ブリッジ維持管理料に係る届出は、別添２の様式81を用いること。

第86　歯科矯正診断料

１　歯科矯正診断料に関する施設基準

（１）　当該療養を行うために必要な次に掲げる基準を満たしていること。

ア　歯科矯正セファログラムが行える機器を備えていること。

イ　歯科矯正治療の経験を５年以上有する専任の歯科医師が１名以上勤務していること。

（２）　常勤の歯科医師が１名以上配置されていること。

（３）　当該療養につき顎切除等の手術を担当する診療科又は別の保険医療機関と、歯科矯正に関する医療を担当する診療科又は別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

歯科矯正診断料の施設基準に係る届出は、別添２の様式82を用いること。

第87　顎口腔機能診断料

１　顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするものに限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの）に関する施設基準

（１）　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第36条第１号及び第２号に係る医療について、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第59条第１項に規定する都道府県知事の指定を受けた医療機関（歯科矯正に関する医療を担当するものに限る。）であること。

（２）　当該療養を行うために必要な次に掲げる基準を満たしていること。

ア　下顎運動検査、歯科矯正セファログラム及び咀嚼筋筋電図検査が行える機器を備えていること。

イ　専任の常勤歯科医師及び専従する常勤看護師又は歯科衛生士がそれぞれ１名以上勤務していること。

（３）　当該療養につき顎離断等の手術を担当する診療科又は別の保険医療機関と、歯科矯正に関する医療を担当する診療科又は別の保険医療機関との間の連携体制が整備されていること。

２　届出に関する事項

顎口腔機能診断料の施設基準に係る届出は、別添２の様式83を用いること。

第88　調剤基本料１

１　調剤基本料１に関する施設基準

（１） 調剤基本料２、調剤基本料３及び特別調剤基本料Ａのいずれにも該当しない保険薬局であって、調剤基本料に係る届出を行う保険薬局であること。なお、調剤基本料の注１のただし書の施設基準に該当する保険薬局（「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域」に所在する保険薬局）は、第 88 の２から４までの基準にかかわらず調剤基本料１となる。

（２） 処方箋集中率が 85％を超え、処方箋の受付回数が１月に 600 回を超える保険薬局（都市部に所在し、かつ、当該保険薬局の敷地境界線からの水平距離が 500 メートル以内の区域内に、他の保険薬局の敷地境界線が含まれるものに限る。）であっても、令和８年５月 31 日において、現に処方箋の受付回数が１月に 1,800 枚以下であるとして届け出ている保険薬局であって、その後も１月の処方箋の受付回数が継続的に 1,800 枚以下である場合は、調剤基本料１となる。

２ 届出に関する事項

調剤基本料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 84 を用いること。

第 88 の２ 調剤基本料２

１ 調剤基本料２に関する施設基準

次のいずれかに該当する保険薬局であって、調剤基本料に係る届出を行う保険薬局であること（調剤基本料３のイ若しくはロ又は特別調剤基本料Ａに該当するものを除く。）。

（１） 次のいずれかに該当するものであること

ア １月における処方箋受付回数が多い上位３の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合の合計が 70％を超え、処方箋の受付回数が１月に 4,000 回を超えるもの

イ 特定の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合（以下「処方箋集中率」という。）が 85％を超え、処方箋の受付回数が１月に 1,800 回を超えるもの

ウ 処方箋集中率が 85％を超え、処方箋の受付回数が１月に 600 回を超えるものであって、都市部に所在するもの（次のいずれかに該当する保険薬局は除く。）

（イ） 当該保険薬局の敷地境界線からの水平距離が 500 メートル以内の区域内に、他の保険薬局の敷地境界線が含まれていないもの

（ロ） 令和８年５月 31 日において、現に処方箋の受付回数が１月当たりに 1,800 枚以下であるとして届け出ている保険薬局であって、その後も１月当たりの処方箋の受付回数が継続的に 1,800 枚以下であるもの（（イ）に該当するものを除く。）

（２） 次のいずれかに該当するものであること（（１）に該当するものを除く。）

ア 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一の敷地内又は同一の建物内に複数の保険医療機関が所在する場合（いわゆる医療モールの場合）にあっては、当該医療モールにある全ての保険医療機関に係る処方箋の受付回数を合算したものとする。以下同じ。）が１月に 4,000 回を超えること。

イ 特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一グループの保険薬局（財務上又は営業上若しくは事業上、緊密な関係にある範囲の保険薬局をいう。以下同じ。）のうち、これに属する他の保険薬局において、処方箋集中率が最も高い保険医療機関が同一の場合は、処方箋の受付回数は当該他の保険薬局の処方箋の受付回数を含む。）が、１月に 4,000 回を超えること。

２ 調剤基本料２の施設基準に関する留意点

（１） 処方箋の受付回数

処方箋の受付回数の計算に当たり、薬剤調製料の時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した患者に係る処方箋（以下「時間外等処方箋」という。）は、受付回数に数えない。なお、療担規則第 20 条第３号ロ及び療担基準第 20 条第４号ロに規定するリフィル処方箋については、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める（時間外等処方箋を除く。）。

（２） 処方箋の受付回数及び処方箋集中率等の算出に係る処方箋の受付回数が、調剤基本料の施設基準に該当するか否かの取扱いについては、処方箋受付回数の合計が、調剤基本料の施設基準で定められている回数に、受付回数を計算した月数を乗じて得た回数を超えるか否かで判定する。

（３） 処方箋集中率は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。）を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除して得た値とする。ただし、いわゆる医療モールの場合においては、当該医療モールにある全ての保険医療機関に係る処方箋の受付回数を合算し、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数とみなして、処方箋集中率を算出する。また、１の（１）のアの「処方箋受付回数が多い上位３の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合」は、上位３の保険医療機関（いわゆる医療モールの場合においては、当該医療モールにある全ての保険医療機関を一の保険医療機関とみなす。）それぞれの処方箋集中率を合計して得た値とする。

（４）（３）の計算に当たり、次に掲げる処方箋は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数及び当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数のいずれからも除いて計算する。

ア 情報通信機器を用いた服薬指導を受けた患者の処方箋

イ 同一グループの保険薬局の勤務者（常勤及び非常勤を含めた全ての職員をいう。）の処方箋

ウ 同一グループの保険薬局の勤務者の家族（同一グループの保険薬局の勤務者と同居又は生計を一にする者をいう。）の処方箋

エ 介護保険法で定める介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院、高齢者住まい法で定めるサービス付き高齢者向け住宅並びに老人福祉法で定める有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び認知症高齢者グループホームに入居する患者の処方箋（ただし、単一建物診療患者又は単一建物居住者が１人である患者の処方箋は除く。）

（５） いわゆる医療モールとは、複数の保険医療機関が一つの敷地又は建物に所在している場合のことをいう。

（６） （３）の処方箋集中率の計算においては、いわゆる医療モールとは、次のいずれかに該当する場合を指す。

ア 不動産登記法上、同一の地番又は一団の土地として取り扱われている土地上に複数の保険医療機関が所在する敷地又は建物である場合

イ 外観上分離されておらず、また構造上も外壁、床、天井又は屋根といった敷地又は建物の主要な部分が一体として連結し、あるいは密接な関連をもって接続している場合

ウ 複数の保険医療機関が、共用の通路、エントランス、駐車場、案内表示その他の共用部分を有し、外形上、医療モール等として一体的に利用されていると認められる敷地又は

建物である場合（共用部分をフェンス等で区切ってあるのみで、実質的に共用部分として利用される場合を含む。）

エ　保険医療機関、保険薬局等を複数集合させることを目的として、不動産開発業者等が開発の企画、不動産の取得、建築物の建設、入居の募集等を行った敷地又は建物である場合

（７）　１の（１）のウの「都市部」とは、東京都の特別区の地域及び政令指定都市の地域をいう。

（８）　１の（１）のウの（ロ）の「その後も１月当たりの処方箋の受付回数が継続的に 1,800 枚以下である」とは、月ごとに判断するのではなく、前年５月１日から当年４月末日までの１年間の処方箋受付回数の実績をもって判断する。

（９）　保険薬局が開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直した場合であっても、各厚生局のホームページに公表されている「コード内容別医療機関一覧表」において指定年月日が変更されない限り、令和８年６月１日以降も１月当たりの処方箋の受付回数が継続的に 1,800 枚以下である保険薬局は、１の（１）のウの（ロ）に該当するものとみなす。

(10)　同一グループは次の基準により判断する（第 88 の３、第 88 の４、第 92、第 92 の２及び第 95 において同じ。）。

ア　同一グループの保険薬局とは、次のいずれかに該当する保険薬局とする。

①　保険薬局の事業者の最終親会社等

②　保険薬局の事業者の最終親会社等の子会社等

③　保険薬局の事業者の最終親会社等の関連会社等

④　①から③までに掲げる者と保険薬局の運営に関するフランチャイズ契約を締結している者

イ　アの保険薬局の事業者の最終親会社等は、保険薬局の事業者を子会社等とする者のうち、親会社等がない法人又は個人（以下「法人等」という。）をいう（カにおいて同じ。）。

ウ　イの親会社等は、次に掲げる者とする。

①　他の法人（株式会社その他これに準じる形態の法人に限る。）の議決権の過半数を自己の計算において所有している法人等

②　他の法人（持分会社（会社法（平成 17 年法律第 86 号）第 575 条第１項に規定する持分会社をいう。以下同じ。）その他これに準じる形態の法人に限る。）の資本金の過半数を出資している法人等

③　他の法人の事業の方針の決定に関して、①及び②に掲げる者と同等以上の支配力を有すると認められる法人等

エ　ア②及びイの子会社等は、次に掲げる者とする。この場合において、法人等の子会社等が次に掲げる者を有する場合における当該者は、当該法人等の子会社等とみなす（法人等及びその子会社等が共同で次に掲げる者を有する場合における当該者を含む。）。

①　法人等が議決権の過半数を所有している他の法人（株式会社その他これに準じる形態の法人に限る。）

② 法人等が資本金の過半数を出資している他の法人（持分会社その他これに準じる形態の法人に限る。）

③ 法人等が、他の法人の事業の方針の決定に関して、①及び②に規定する法人等と同等以上の支配力を有すると認められる場合における当該他の法人

オ ア③の関連会社等とは、法人等及びその子会社等が、出資、人事、資金、技術、取引等の関係を通じて、子会社等以外の他の法人の財務及び営業又は事業の方針の決定に対して重要な影響を与えることができる場合（財務諸表等の用語、様式及び作成方法に関する規則（昭和 38 年大蔵省令第 59 号）第８条第６項に規定する場合をいう。）における当該子会社等以外の他の法人をいう。

カ 保険薬局の事業者の最終親会社等が連結財務諸表提出会社（連結財務諸表の用語、様式及び作成方法に関する規則（昭和 51 年大蔵省令第 28 号）第２条第１号に規定する連結財務諸表提出会社をいう。）である場合には、当該最終親会社の連結子会社（同条第４号に規定する連結子会社をいう。）をア②に掲げる者とみなし、当該最終親会社等の関連会社（同条第７号に規定する関連会社をいう。）をア③に掲げる者とみなす。

(11) (10) ウ③及びエ③における「同等以上の支配力を有すると認められる」とは、例えば、財務諸表等の用語、様式及び作成方法に関する規則第８条第４項第２号及び第３号に規定する要件に該当する場合等、他の法人の意思決定機関を支配している場合等が該当するものであること。ただし、財務上又は営業上若しくは事業上の関係からみて他の法人等の意思決定機関を支配していないことが明らかであると認められる場合は、この限りでないこと。

３ 届出に関する事項

調剤基本料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 84 を用いること。

第 88 の３ 調剤基本料３

１ 調剤基本料３に関する施設基準

（１） 調剤基本料３ イ

同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が１月に３万５千回を超え、40 万回以下である保険薬局であって以下のいずれかに該当する調剤基本料に係る届出を行うものであること（特別調剤基本料Ａに該当するものを除く。）。

ア 処方箋集中率が 85％を超えるもの

イ 特定の保険医療機関と不動産の取引等その他特別な関係を有しているもの

（２） 調剤基本料３ ロ

同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が１月に 40 万回を超える場合であって以下のいずれかに該当する調剤基本料に係る届出を行う保険薬局であること（特別調剤基本料Ａに該当するものを除く。）。

ア 処方箋集中率が 85％を超えるもの

イ 特定の保険医療機関と不動産の取引等その他特別な関係を有しているもの

（３） 調剤基本料３ ハ

同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が１月に 40 万回を超える場合であって、処方箋集中率が 85％以下の調剤基本料に係る届出を行う保険薬局であること（調剤基本料２、調剤基本料３のロ又は特別調剤基本料Ａに該当するものを除く。）。

２　調剤基本料３の施設基準に関する留意点

（１）　処方箋の受付回数及び処方箋集中率の取扱い等については、「第 88 の２　調剤基本料２」の２と同様である。

（２）　同一グループ内の処方箋受付回数が１月に３万５千回又は 40 万回を超えるか否かの取扱いは、当年４月末日時点で「第 88 の２　調剤基本料２」の２の(10)に規定する同一グループ内の保険薬局について、保険薬局ごとの１月当たりの処方箋受付回数を合計した値が３万５千回又は 40 万回を超えるか否かで判定する。保険薬局ごとの１月当たりの処方箋の受付回数は以下のとおりとする。

ア　前年４月末日以降継続して保険薬局に指定されている薬局の場合は、前年５月１日から当年４月末日までに受け付けた処方箋受付回数を 12 で除した値とする。

イ　前年５月１日から当年３月末日までに新規指定された保険薬局の場合は、指定された日の属する月の翌月から、当年４月末日までに受け付けた処方箋受付回数を月数で除した値とする。

ウ　開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、処方箋受付回数について、イの記載にかかわらず、当該遡及指定前の実績を含めて算出した値とする。

（３）　「特定の保険医療機関と不動産の取引等その他特別な関係を有している保険薬局」における「不動産」とは、土地又は建物を指すものとし、保険医療機関及び保険薬局の事業の用に供されるものに限るものである。

（４）　「特定の保険医療機関と不動産の取引等その他特別な関係を有している保険薬局」における「不動産取引」とは、保険医療機関と保険薬局が直接不動産取引を契約している場合を指す他、次のアからウまでの場合を含む。

ア　保険医療機関が所有又は賃借（賃料が発生しない場合を含む。以下同じ。）する不動産を第三者（「第 88 の２　調剤基本料２」の２の(10)に規定する事業者の最終親会社等を含む。以下同じ。）が賃借し、当該第三者と保険薬局との間で不動産取引を契約している場合（第三者による転借が複数回行われている場合等を含む。）

イ　保険薬局が所有又は賃借する不動産を第三者が賃借し、当該第三者と保険医療機関との間で不動産取引を契約している場合（第三者による転借が複数回行われている場合を含む。）

ウ　保険医療機関及び保険薬局の開設者の近親者が当該契約の名義人となっている場合並びに保険医療機関及び保険薬局が法人である場合の当該法人の役員が当該契約の名義人となっている場合

（５）　（４）のア及びイについては、令和６年４月以降に新規に開局し、指定を受けた保険薬局が該当する。ただし、遡及指定が認められる場合であって、令和６年３月 31 日以前から、（４）のア及びイに該当する場合を除く。

（６）　「保険医療機関と不動産取引等その他特別な関係を有している保険薬局」とは、当該契約の名義が当該保険薬局の事業者の最終親会社等、「第 88 の２　調剤基本料２」の２の(10)に定める者であるか否かにかかわらず、次のものを指すものである。

ア　保険薬局の個々の店舗について、その土地又は建物が特定の保険医療機関の所有である場合における当該店舗

イ　保険医療機関が保険薬局の事業者（当該保険薬局の事業者の最終親会社等、「第88の２　調剤基本料２」の２の(10)に定める者を含む。）から土地又は建物を賃借している場合において、当該保険医療機関と近接な位置にある当該保険薬局の店舗

３　届出に関する事項

調剤基本料の施設基準に係る届出は、別添２の様式84を用いること。

第88の４　特別調剤基本料Ａ

１　特別調剤基本料Ａに関する施設基準

次のいずれかに該当する保険薬局であって、調剤基本料に係る届出を行うものであること。

（１）　保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局であって、処方箋集中率が50%を超えるもの。ただし、令和８年３月４日以前から当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在しており、令和８年３月５日以降、その診療所が所在し続けており、かつ新たに他の保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しない場合を除く。

（２）　同一敷地内においてオンライン診療受診施設を設置しているもの。ただし、医療法第30条の４第１項に規定する医療計画におけるへき地に所在する保険薬局に設置されている場合を除く。

２　特別調剤基本料Ａの施設基準に関する留意点

（１）　処方箋の受付回数及び処方箋集中率の取扱い等については、「第88の２　調剤基本料２」の２と同様である。

（２）　「保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局」とは、次のアからエまでのいずれかに該当するものであること。ただし、令和８年３月４日以前から当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在しており、令和８年３月５日以降、その診療所が所在し続けており、かつ新たに他の保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しない場合は、ここでいう「保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局」には該当しない。

ア　当該保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局である場合

イ　当該保険医療機関が譲り渡した不動産（保険薬局以外の者に譲り渡した場合を含む。）を利用して開局している保険薬局である場合

ウ　当該保険医療機関に対し、当該保険薬局が所有する会議室その他の設備を貸与している保険薬局である場合

エ　当該保険医療機関から開局時期の指定を受けて開局した保険薬局である場合

（３）　（２）における「不動産取引等その他の特別な関係」の取扱いについては、「第88の３　調剤基本料３」の２の（３）及び（４）と同様である。

（４）　（２）のアについては、保険薬局（保険薬局の事業者の最終親会社等、「第88の２　調剤基本料２」の２の(10)に定める者を含む。）の不動産を保険医療機関が賃借している場合であって、当該保険医療機関と近接する位置に同一グループの他の保険薬局があるときは、

当該他の保険薬局は「特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局」と判断する。

（５）（２）のアについては、次のアからエまでのいずれかに該当する場合に「特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局」と判断する。

ア　病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局（「第 88 の３　調剤基本料３」の２の（４）のアからウまでに該当する場合を含む。以下、（５）において同じ。）であって、平成 28 年 10 月１日以降に新規に開局し、指定を受けたもの。ただし、遡及指定が認められる場合であって、平成 28 年９月 30 日以前から、病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある場合を除く。

イ　平成 28 年９月 30 日以前に開局した保険薬局であって、平成 28 年 10 月１日時点では特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係になかったが、平成 28 年 10 月１日以降に、病院である特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局となったもの。

ウ　診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局であって、平成 30 年４月１日以降に新規に開局し、指定を受けたもの。ただし、遡及指定が認められる場合であって、平成 30 年３月 31 日以前から、診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある場合を除く。

エ　平成 30 年３月 31 日以前に開局した保険薬局であって、平成 30 年４月１日時点では特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係になかったが、平成 30 年４月１日以降に、診療所である特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局となったもの。

オ　ウ及びエについては、平成 30 年３月 31 日以前に不動産の賃貸取引又は譲り渡しの契約若しくは建物の建築の契約を行うなど、当該開局に係る手続きが相当程度進捗している場合には、ウのただし書きに該当するものとみなす。

（６）（２）のイについては、次のアからエまでのいずれかに該当する場合に「保険医療機関と不動産取引等その他特別な関係を有している」と判断する。この場合において、譲り受けた者が更に別の者に譲り渡した場合を含め、譲り受けた者にかかわらず適用する。

ア　病院である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して、平成 28 年 10 月１日以降に新規に開局し、指定を受けた保険薬局である場合。ただし、遡及指定が認められる場合であって、平成 28 年９月 30 日以前から、病院である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局している場合を除く。

イ　平成 28 年９月 30 日以前に開局した保険薬局であって、平成 28 年 10 月１日以降に、病院である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局しているもの。

ウ　診療所である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して、平成 30 年４月１日以降に新規に開局し、指定を受けた保険薬局である場合。ただし、遡及指定が認められる場合であって、平成 30 年３月 31 日以前から、診療所である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局している場合を除く。

エ　平成 30 年３月 31 日以前に開局した保険薬局であって、平成 30 年４月１日以降に、診療所である保険医療機関が譲り渡した不動産を利用して開局しているもの。

オ　ウ及びエについては、平成 30 年３月 31 日以前に不動産の賃貸取引又は譲り渡しの契約若しくは建物の建築の契約を行うなど、当該開局に係る手続きが相当程度進捗している場合には、ウのただし書きに該当するものとみなす。

（７）（２）のウについては、特定の保険医療機関に対する貸与時間の割合がそれ以外のものへの貸与時間全体の３割以上である場合に「当該保険薬局が所有する会議室その他の設備を貸与している」と判断する。この場合において、災害等の発生により、緊急にやむを得ず当該保険医療機関に貸与した場合は、当該貸与に係る時間は含めないものとする。

（８）（２）のエについては、次のア又はイのいずれかに該当する場合に「当該保険医療機関から開局時期の指定を受けて開局した」と判断する。なお、公募の際に、開局時期が明示されていない場合であっても、開局時期の指定を受けたものとみなす。

ア　病院又はその開設者からの公募（病院又はその開設者からの依頼により第三者が公募する場合を含む。）に応じるなど、開局時期の指定を受けて平成 28 年 10 月１日以降に開局した場合

イ　診療所からの公募に応じるなど、開局時期の指定を受けて平成 30 年４月１日以降に開局した場合（ただし、平成 30 年３月 31 日以前に不動産の賃貸取引又は譲り渡しの契約若しくは建物の建築の契約を行うなど、当該開局に係る手続きが相当程度進捗している場合には、平成 30 年４月１日以降に開局したものと判断しない。）

（９）（２）のエについては、開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合についても適用する。

(10)　「当該保険薬局の所在する建物内に保険医療機関（診療所に限る。）が所在している場合」は、「第 88 の２　調剤基本料２」の２の（５）と同様に、外観上分離されておらず、また構造上も外壁、床、天井又は屋根といった建物の主要な部分が一体として連結し、あるいは密接な関連をもって接続している場合とする。

(11)　保険薬局が直接関与できずに、保険薬局が利用していた不動産について、不動産の所有者が変更になった場合等において、１の（２）又は２の（２）のア若しくはイのいずれかに該当することとなった場合においては、新たに「保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局」になった当該月の翌月から６か月間に限り、特別調剤基本料Ａを適用しない（当該保険薬局が移転した場合を除く。）。

(12)　保険薬局が遡及指定を受ける場合において、遡及指定前から移転等により不動産賃貸借関係が変更となる場合には、遡及指定後の不動産賃貸借関係を踏まえ、特別調剤基本料Ａへの該当性を判断すること。

(13)　令和８年４月末時点で、次のアからキまでのいずれかに該当する保険薬局においては、（２）のアからエまでの該当性について改めて確認し、特別調剤基本料Ａへの該当性を判断した上で、地方厚生（支）局長に対して、届出を行うこと。

ア　病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局のうち、平成 28 年 10 月以降に新規に開局し、指定を受けたもの。ただし、遡及指定が認められる場合であって、平成 28 年９月 30 日以前から、病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある場合を除く。

イ　病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局（「第 88 の３　調剤基本料３」の２の（４）のアからウまでに該当する場合を含む。以下、（13）において同じ。）のうち、平成 28 年９月以前に開局したものであって、平成 28 年 10 月１日時点では特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係になかったものについて、平成 28 年 10 月以降に賃貸借取引関係に変更があったもの。

ウ　病院である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局のうち、平成 28 年９月以前に開局し、平成 28 年 10 月以降に遡及指定を受けたものであって、平成 28 年 10 月１日時点では特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係になかったものについて、平成 28 年 10 月以降に賃貸借取引関係に変更があったもの。

エ　診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局のうち、平成 30 年４月１日以降に新規に開局し、指定を受けたもの。ただし、遡及指定が認められる場合であって、平成 30 年３月 31 日以前から、診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある場合を除く。

オ　診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局のうち、平成 30 年３月以前に開局したものであって、平成 30 年４月１日時点では特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係になかったものについて、平成 30 年４月以降に賃貸借取引関係に変更があったもの。

カ　診療所である保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局のうち、平成 30 年３月以前に開局し、平成 30 年４月以降に遡及指定を受けたものであって、平成 30 年４月１日時点では特定の保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係になかったものについて、平成 30 年４月以降に賃貸借取引関係に変更があったもの。

キ　保険医療機関と不動産の賃貸借取引関係にある保険薬局のうち、令和８年３月４日以前から当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在しており、令和８年３月５日以降、その診療所が所在し続けており、かつ新たに他の保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有したもの。

３　届出に関する事項

調剤基本料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 84 を用いること。

第 89　調剤基本料の注１ただし書に規定する施設基準（処方箋集中率等の状況によらず例外的に調剤基本料１を算定することができる保険薬局）

１　調剤基本料の注１ただし書に規定する施設基準

次のいずれかに該当する保険薬局であって、調剤基本料の注１に係る届出を行うものであること。

（１）　次のいずれにも該当すること。

ア　基本診療料施設基準通知の別添３の別紙２の「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域」に所在すること。また、地方厚生（支）局長に対して、調剤基本料の施設基準に係る届出を行っていること。

イ　当該保険薬局が所在する特定の区域内における保険医療機関について、許可病床数が 200 床未満であり、その数が 10 以下であること。なお、「特定の区域内」とは、原則として、学校教育法施行令（昭和 28 年政令第 340 号）第５条第２項に基づき、就学すべき

中学校の指定をする際の判断基準として、市町村（特別区を含む。）の教育委員会があらかじめ設定した区域（以下「中学校区」という。）とする。ただし、当該保険薬局の所在する中学校区外に所在する保険医療機関であっても、当該保険薬局における当該保険医療機関に係る処方箋集中率が70％を超える場合には、当該保険医療機関は特定の区域内にあるものとみなす。

「特定の区域内における保険医療機関」の数には、歯科医療のみを担当する保険医療機関を含めず、医科歯科併設の保険医療機関は含める。

ウ　処方箋受付回数が一月に2,500回を超えないこと。なお、処方箋の受付回数が１月に2,500回を超えるか否かの取扱いについては、「第88の２　調剤基本料２」の「２　調剤基本料２の施設基準に関する留意点」の（１）に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。

（２）　次のいずれにも該当すること。

ア　当該保険薬局が、地方公共団体の所有する土地に所在する診療所又は地方公共団体の開設する診療所と同一の敷地又は建物に所在すること。

イ　アに規定する保険医療機関が、へき地の医療の提供のために必要な診療所として、各都道府県が策定する医療計画（医療法第30条の４第１項に規定するもの）において示され、都道府県知事に認められたものであること。

ウ　当該保険薬局から水平距離４キロメートル以内に、他の保険薬局がないこと。

２　届出に関する事項

（１）　施設基準に係る届出は、別添２の様式87の２を用いること。

（２）　１（１）イの当該保険薬局が所在する中学校区については、当該区域の地名がわかる資料を添付すること。

（３）　令和８年３月31日において、現に改正前の基本診療料施設基準通知の別添３の別紙２の「医療を提供しているが、医療資源の少ない地域」に所在する保険薬局が、調剤基本料の注１ただし書に規定に係る届出を行っている場合は、令和10年５月31日までの間、なお効力を有するものとする。

第90　調剤基本料の注２に規定する保険薬局

１　対象となるのは、地方厚生（支）局長に対して、調剤基本料に係る届出を行っていない保険薬局であること。

２　１の規定は、調剤基本料に係る届出を行っている保険薬局について、当該届出の内容が実態と異なることが判明した場合であって、地方厚生局による適時調査が実施された場合には適用するものではないこと。なお、当該届出が故意又は重大な過失により虚偽であった場合については、この限りでない。

第91　調剤基本料の注４に規定する保険薬局

１　次のいずれかに該当する保険薬局は注４の規定により、調剤基本料を100分の50に減算する。

（１）　当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率が５割以下であること。

（２） 当該保険薬局における医療用医薬品の取引価格の妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況について、地方厚生（支）局長に報告していない保険薬局であること。

（３） 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を１年間実施していない保険薬局であること。ただし、処方箋の受付回数が１月に 600 回以下の保険薬局である場合を除く。

２ 妥結率等に関する留意点

（１） 保険薬局と卸売販売業者との価格交渉においては、医薬品特有の取引慣行や過度な薬価差、薬価差の偏在の是正を図り、適切な流通取引が行われる環境を整備するため、厚生労働省「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」（以下「流通改善ガイドライン」という。）に基づき、原則として全ての品目について単品単価交渉とすることが望ましいこと、個々の医薬品の価値を無視した値引き交渉、医薬品の安定供給や卸売業者の経営に影響を及ぼすような流通コストを全く考慮しない値引き交渉を慎むこと等に留意するとともに、医薬品価格調査の信頼性を確保する観点から定めているものであり、「妥結率」、「医療用医薬品の取引に係る状況」及び「流通改善に関する取組状況」については以下のとおりとする。なお、医薬品取引に係る契約書の写し等の資料については求めに応じて説明できるよう、適切に保管していること。

ア 「妥結率」の報告における妥結とは、取引価格が決定しているものであり、契約書等の遡及条項により、取引価格が遡及し変更することが可能な場合には未妥結とする。また、取引価格は決定したが、支払期間が決定しないなど、取引価格に影響しない契約事項が未決定の場合は妥結とする。

※ 妥結率の計算については、下記のとおりとする。

妥結率＝卸売販売業者（医薬品医療機器等法第 34 条第３項に規定する卸売販売業者をいう。）と当該保険薬局との間での取引価格が定められた医療用医薬品の薬価総額（各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したもの）／当該保険薬局において購入された医療用医薬品の薬価総額

イ 「医療用医薬品の取引に係る状況」とは、前年度における価格交渉及び妥結価格についての状況をいう。

ウ 「流通改善に関する取組状況」とは、流通改善ガイドラインにおいて、卸売販売業者と保険医療機関・保険薬局との関係において留意する事項とされている、単品単価契約の推進、個々の医薬品の価値に基づいた価格交渉の推進、価格交渉の頻度の改善等の取組について、当該保険薬局における状況を報告するものであること。

（２） 妥結率、医療用医薬品の取引に係る状況及び流通改善に関する取組状況に係る状況について、別添２の様式 85 により、毎年 10 月１日から 11 月末日までに、同年４月１日から９月 30 日までの期間における実績を地方厚生（支）局長へ報告することとし、11 月末日までの報告に基づく調剤基本料は、翌年６月１日から翌々年５月末日まで適用する。なお、卸売販売業者との取引価格決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料は、報告の際の添付は不要であるが、当該保険薬局において適切に保管すること。

３ 薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務に関する留意点

（１） 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務」は、以下のものをいう。

・薬剤調製料の時間外加算、休日加算及び深夜加算並びに夜間・休日等加算

・調剤管理料の調剤時残薬調整加算及び薬学的有害事象等防止加算
・服薬管理指導料の１のイ又は２のイに係る服薬管理指導
・服薬管理指導料の麻薬管理指導加算
・外来服薬支援料１
・服用薬剤調整支援料
・在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料並びに居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を算定するに際して実施する業務
・退院時共同指導料
・服薬情報等提供料
・訪問薬剤管理医師同時指導料

（２） 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を１年間実施していない保険薬局」は、１年間の(１)に掲げる業務の算定が合計 10 回未満のものが該当する。ただし、特別調剤基本料Ａ又は特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局においては合計 100 回未満のものが該当する。

（３） 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を１年間実施していない保険薬局」への該当性は、前年５月１日から当年４月末日までの１年間の実績をもって判断する。該当する場合は当年６月１日から翌年５月末日までの間は、調剤基本料の注４で定める点数で算定する。ただし、前年５月１日から当年４月末日までに指定された保険薬局の場合は、３の(１)に掲げる業務の算定回数が、(２)に掲げる年間の実績基準（10 回又は 100 回）を 12 で除して得た数に当年４月末までの調剤基本料を算定した月数を乗じて得た数以上であれば、「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を１年間実施していない保険薬局」に該当しないものとする。

（４） 「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を１年間実施していない保険薬局」に該当した場合であっても、当年６月１日から翌年５月末日までの期間中に、(１)に掲げる業務を合計 10 回（特別調剤基本料Ａ又は特別調剤基本料Ｂを算定する保険薬局においては合計 100 回）算定した場合には、算定回数を満たした翌月より「薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を１年間実施していない保険薬局」に該当しない。

（５） 処方箋の受付回数が１月に 600 回を超えるか否かの取扱いについては、「第 88 の２　調剤基本料２」の「２　調剤基本料２の施設基準に関する留意点」の（１）に定める処方箋受付回数に準じて行う。

第 92　地域支援・医薬品供給対応体制加算

１　地域支援・医薬品供給対応体制加算１に関する施設基準

（１） 特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局以外の保険薬局であること。

（２） 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制として以下の要件を満たすこと。

ア　在庫を抑制した結果、他の保険薬局からの分譲を頻繁に受けざるを得ない状況や、卸売販売業者への頻回配送・休日夜間配送・急配に係る過度な依頼を行わざるを得ない状況に陥らないよう、医薬品の安定供給に向けた計画的な調達や在庫管理を行うこと。

イ　直近１年間において、他の保険薬局等に医薬品を分譲した実績があること。また、分譲を行った際には分譲に係る伝票又は医療用医薬品の譲渡書を２年間保存すること。ただし、同一グループの保険薬局への医薬品の分譲は、当該実績に含めない。

ウ　医薬品の供給不安等により、患者が持参した処方箋に記載された医薬品が入手困難な場合は、当該医薬品の在庫を持つ保険薬局を探し、当該保険薬局に予め連絡して在庫を確認した上で、当該患者に当該保険薬局を案内したり、処方医に処方内容の変更可否を照会したりする等、適切に対応すること。

エ　重要供給確保医薬品のうち内用薬及び外用薬であるものについて、１か月分程度は備蓄するよう努めること。

オ　個々の医薬品の価値や流通コストを無視した値引き交渉を慎むこと。また、原則として全ての品目について単品単価交渉とすること。

カ　流通の効率化と安定供給の確保のため、卸売販売業者への頻回配送・休日夜間配送・急配に係る過度な依頼を慎むこと。

キ　厳格な温度管理を要する医薬品や、在庫調整を目的とした医薬品等については卸売販売業者への返品を慎むこと。

ク　医薬品の流通改善及び安定供給の観点から、地域の保険医療機関や保険薬局、医療関係団体と連携し、取り扱う医薬品の品目についての情報共有や、事前の取り決めを行っておくことが望ましい。

（３）　直近３月間の当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量を合算した数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が 85%以上であること。

（４）　後発医薬品の調剤を積極的に行っている旨を当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示すること。

２　地域支援・医薬品供給対応体制加算２

（１）　１の基準を満たすこと。

（２）　調剤基本料１を算定している保険薬局であること。

（３）　地域医療への貢献に係る十分な体制として、以下のアからコまでの要件を満たすこと。

ア　地域における医薬品等の供給拠点としての体制として以下を満たすこと。

（イ）　保険調剤に係る医薬品として 1200 品目以上の医薬品を備蓄していること。

（ロ）　当該保険薬局の存する地域の保険医療機関又は保険薬局（同一グループの保険薬局を除く。）に対して在庫状況の共有、医薬品の融通などを行っていること。

（ハ）　医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。また、在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。

（ニ）　麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号）第３条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。

（ホ）　次に掲げる情報（当該保険薬局において取り扱う医薬品に係るものに限る。）を随時提供できる体制にあること。

① 一般名
② 剤形
③ 規格
④ 内服薬にあっては製剤の特徴（普通製剤、腸溶性製剤、徐放性製剤等）
⑤ 緊急安全性情報、安全性速報
⑥ 医薬品・医療機器等安全性情報
⑦ 医薬品・医療機器等の回収情報

（ヘ） 令和８年６月以降に開設する保険薬局又は改築若しくは増築する保険薬局においては、面積が 16 平方メートル以上の調剤室を有すること。なお、開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築若しくは増築以外の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、この限りではない。

イ 休日、夜間を含む保険薬局における調剤・相談応需体制等の対応が可能な体制として以下を満たすこと。

（イ） 当該保険薬局の開局時間は、平日は１日８時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週 45 時間以上開局していること。

（ロ） 当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制とは、単独の保険薬局又は近隣の保険薬局との連携により、患家の求めに応じて休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務（在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導をいう。以下同じ。）に対応できる体制を整備していることをいうものであり、当該業務を自局において速やかに提供できない場合であっても、患者又はその家族等の求めがあれば連携する近隣の保険薬局（以下「連携薬局」という。）を案内すること。また、休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制には、地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている輪番制に参加している場合も含まれる。

（ハ） 当該保険薬局を利用する患者及びその家族等からの相談等に対して、以下の①から③までの体制が整備されていること。

① 夜間、休日を含む時間帯の対応できる体制が整備されていること。また、やむを得ない事由により、患者からの電話等による問い合わせに応じることができなかった場合は、速やかに折り返して連絡することができる体制が整備されていること。

② 当該保険薬局は、原則として初回の処方箋受付時に（記載事項に変更があった場合はその都度）、当該保険薬局の保険薬剤師と連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項（近隣の保険薬局との連携により休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制を整備している保険薬局は、連携薬局の所在地、名称、連絡先電話番号等を含む。）等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書（これらの事項が薬袋に記載されている場合を含む。）により交付していること。

③　これらの連携薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示すること。

（ニ）　地域の行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等に対して、休日、夜間を含む開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制（地域医療の確保の観点から、救急医療対策の一環として設けられている輪番制に参加している場合も含む。）に係る周知を自局及び同一グループで十分に対応すること。また、同様の情報の周知は地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて十分に行っていること。

ウ　在宅医療を行うための関係者との連携等の体制として以下の要件を満たすこと。

（イ）　在宅療養の支援に係る診療所又は病院及び訪問看護ステーションと円滑な連携ができるよう、あらかじめ患者又はその家族等の同意が得られた場合には、訪問薬剤管理指導の結果、当該患者に対する療養上の指導に関する留意点等の必要な情報を関係する診療所又は病院及び訪問看護ステーションの医師又は看護師に文書（電子媒体を含む。）により随時提供していること。

（ロ）　当該地域において、介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等の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すること。また、患者の服薬状況に関する相談を受け付けるなど、地域包括支援センターと必要な連携を行うこと。

（ハ）　在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績としては、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（ただし、いずれも情報通信機器を用いた場合の算定回数を除く。）の算定回数の合計が保険薬局当たりで 24 回以上であること。当該回数には、在宅協力薬局として連携した場合や同等の業務を行った場合を含めることができる（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）。なお、「同等の業務」には、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者１人当たりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。この場合において、保険薬局当たりの直近１年間の実績とする。

（ニ）　当該保険薬局は、地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行うとともに、処方医から在宅患者訪問薬剤管理指導の指示があった場合に適切な対応ができるよう、例えば、保険薬剤師に在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修等を受けさせ、薬学的管理指導計画書の様式をあらかじめ備えるなど、在宅患者に対する薬学的管理指導を実施することが可能な体制を整備していること。また、患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の情報提供をするために、当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることを掲示し、当該内容を記載した文書を交付すること。

エ　医療安全に関する取組の実施として以下を満たすこと。

（イ）　医薬品医療機器情報配信サービス（ＰＭＤＡメディナビ）に登録することにより、常に最新の医薬品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全性情報等の医薬品情報の収集を行い、保険薬剤師に周知していること。

（ロ） 「薬局機能情報提供制度の考え方及び報告に当たっての留意点について」（令和５年 11 月１日付け医薬総発第 1101 第２号）に基づき、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として直近一年以内に都道府県に報告していること。

（ハ） 副作用報告に係る手順書を作成し、報告を実施する体制を有していること。

オ 地方厚生（支）局長に対して、施設基準に適合するものとして、あらかじめ服薬管理指導料の注１に規定する服薬管理指導を行う旨の届出を行っていること。

カ 当該保険薬局の保険薬剤師は、保険調剤に係る医薬品以外の医薬品に関するものを含め、患者ごとに薬剤服用歴等を作成し、調剤に際して必要な薬学的管理を行い、調剤の都度必要事項を記入するとともに、当該記録に基づき、調剤の都度当該薬剤の服用及び保管取扱いの注意に関し必要な指導を行っていること。

キ 当該保険薬局の管理薬剤師は、以下の要件を全て満たしていること。

（イ） 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として５年以上の保険薬局勤務経験があること。なお、保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を１年以上有する場合、１年を上限として保険薬剤師としての勤務経験の期間に含めることができる。

（ロ） 当該保険薬局に週 31 時間以上勤務していること。

（ハ） 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に継続して１年以上在籍していること。

ク 当該保険薬局において、調剤従事者等の資質の向上を図るため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき研修を実施するとともに、定期的に薬学的管理指導、医薬品の安全、医療保険等に関する外部の学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。

ケ 薬学的管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。また、高齢者への配慮並びに丁寧な服薬指導及び患者の訴えの適切な聞き取りなどの観点から、患者のプライバシーの配慮に加え、必要に応じて患者等が椅子に座った状態で服薬指導等を行うことが可能な体制を有していることが望ましい。

コ 地域医療に関連する取組の実施として以下を満たすこと。

（イ） 要指導医薬品及び一般用医薬品を販売していること。なお、要指導医薬品及び一般用医薬品の販売の際には、購入される要指導医薬品及び一般用医薬品のみに着目するのではなく、購入者の薬剤服用歴の記録に基づき、情報提供を行い、必要に応じて医療機関へのアクセスの確保を行っていること。また、要指導医薬品等は単に最低限の品目を有していればいいものではなく、購入を希望して来局する者が症状等に応じて必要な医薬品が選択できるよう、様々な種類の医薬品を取り扱うべきであり、健康増進支援薬局（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和 36 年厚生省令第１号。以下「医薬品医療機器等法施行規則」という。）第１条第２項第５号で規定する薬局）の届出要件とされている 48 薬効群の品

目を取り扱うこと。薬効群については、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の一般用医薬品・要指導医薬品の添付文書検索システムに記載されているものであること。

（ロ） 健康相談又は健康教室を行うとともに、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙など生活習慣全般に係る相談について応需・対応し、地域住民の生活習慣の改善、疾病の予防に資する取組を行うといった健康情報拠点としての役割を果たすこと。

（ハ） 緊急避妊薬を備蓄するとともに、当該医薬品を必要とする者に対する相談について適切に応需・対応し、調剤又は販売を行う体制を整備していること。なお、オンライン診療に伴う緊急避妊薬の調剤等の対応も適切に行えるようにするため、「緊急避妊薬を調剤・販売する薬剤師及び販売する薬局・店舗販売業の店舗について」（令和７年９月 18 日厚生労働省医薬局総務課長及び医薬品審査管理課長連名通知）に基づいて研修を受講する等、適切に対応すること。

（ニ） 当該保険薬局の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。

① 当該保険薬局の敷地内を禁煙区域とすること。

② 保険薬局が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険薬局の保有又は借用している部分が禁煙区域とすること。

（ホ） 当該保険薬局及び当該保険薬局に併設される医薬品の店舗販売業（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第 25 条第１号に基づく許可を有する店舗）において、たばこ及び喫煙器具を販売していないこと。

（ヘ） 次に掲げるセルフメディケーション関連機器のうち少なくとも３つについて、患者の求めに応じて使用できるよう設置していること。

① 体重計

② 体温計

③ 血圧測定器

④ 体組成計（体脂肪率、BMI 等を含むもの）

⑤ 血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメータ）

⑥ 握力計

⑦ 骨密度測定器

（ト） 当該保険薬局及び当該保険薬局に併設される医薬品の店舗販売業（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第 25 条第１号に基づく許可を有する店舗）において、薬事未承認の研究用試薬又は検査サービスを販売又は提供していないこと。

（４） 地域医療への貢献に係る十分な実績として、以下のアからケまでの９の要件のうち、エを含む３項目以上を満たすこと。

ア 薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が 40 回以上であること。

イ 薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が１回以上であること。

ウ 調剤時残薬調整加算及び薬学的有害事象等防止加算の算定回数の合計が 20 回以上であること。

エ　服薬管理指導料１のイ及び２のイの算定回数の合計が 20 回以上であること。

オ　外来服薬支援料１の算定回数が１回以上であること。

カ　在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（ただし、いずれも情報通信機器を用いた場合の算定回数を除く。）について単一建物診療患者が１人の場合の算定回数の合計が計 24 回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）や同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者１人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。

キ　服薬情報等提供料の算定回数が 30 回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。

ク　服薬管理指導料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料の小児特定加算の算定回数の合計が１回以上であること。

ケ　薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に１回以上出席していること。

（５）（４）のキの「服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務」とは次のものをいう。ただし、特別調剤基本料Ａを算定している保険薬局において、区分番号００に掲げる調剤基本料の「注６」に規定する厚生労働大臣が定める保険医療機関へ情報提供を行った場合は除くこと。

・　服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算２及び吸入薬指導加算（文書により情報提供した場合に限る）

・　調剤後薬剤管理指導料

・　服用薬剤調整支援料２

（６）　（４）のケは、当該保険薬局当たりの直近１年間の実績とし、それ以外については当該保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数１万回当たりの実績とする。なお、直近１年間の処方箋受付回数が１万回未満の場合は、処方箋受付回数１万回とみなす。

（７）（６）の「当該保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数」は、「第 88 の２　調剤基本料２」の「２　調剤基本料２の施設基準に関する留意点」の（１）に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。（４）のケ以外の基準を満たすか否かは、当該保険薬局における直近１年間の実績が、直近１年間の処方箋受付回数を各基準に乗じて１万で除して得た回数以上であるか否かで判定する。

３　地域支援・医薬品供給対応体制加算３

（１）　１の基準を満たすこと。

（２）　調剤基本料１を算定している保険薬局であること。

（３）　２の（３）の基準を満たすこと。

（４）　地域医療への貢献に係る相当の実績として、２の（４）のアからケまでの９の要件のうち、７項目以上を満たすこと。この場合において、２の（５）から（７）までに準じて取り扱う。

４　地域支援・医薬品供給対応体制加算４

（1） １の基準を満たすこと。

（2） 調剤基本料１又は特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局以外の保険薬局であること。

（3） ２の（3）の基準を満たすこと。

（4） 地域医療への貢献に係る十分な実績として、以下のアからケまでの９の要件のうち、エ及びカを含む３項目以上を満たすこと。この場合において、２の(5)から(7)までに準じて取り扱う。

ア 薬剤調製料の時間外等加算及び夜間・休日等加算の算定回数の合計が 400 回以上であること。

イ 薬剤調製料の麻薬を調剤した場合に加算される点数の算定回数が 10 回以上であること。

ウ 調剤時残薬調整加算及び薬学的有害事象等防止加算の算定回数の合計が 40 回以上であること。

エ 服薬管理指導料１のイ及び２のイの算定回数の合計が 40 回以上であること。

オ 外来服薬支援料１の算定回数が 12 回以上であること。

カ 在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費（ただし、いずれも情報通信機器を用いた場合の算定回数を除く。）について単一建物診療患者が１人の場合の算定回数の合計が計 24 回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）や同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者１人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。

キ 服薬情報等提供料の算定回数が 60 回以上であること。なお、当該回数には、服薬情報等提供料が併算定不可となっているもので、相当する業務を行った場合を含む。

ク 服薬管理指導料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料及び在宅患者緊急時等共同指導料の小児特定加算の算定回数の合計が１回以上であること。

ケ 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議に５回以上出席していること。

5 地域支援・医薬品供給対応体制加算５

（1） １の基準を満たすこと。

（2） 調剤基本料１又は特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局以外の保険薬局であること。

（3） ２の（3）の基準を満たすこと。

（4） 地域医療への貢献に係る相当の実績として、４の(4)のアからケまでの９の要件のうち７項目以上を満たすこと。この場合において、２の(5)から(7)までに準じて取り扱う。

6 地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準に関する留意点

（1） １の（2）のエの「１か月分程度は備蓄する」とは、重要供給確保医薬品のうち内用薬又は外用薬の各品目（直近１年間で調剤しなかったものを除く。）について、当該保険薬局で直近１年間（開設から１年に満たない保険薬局については、開設した月からの月

数。）に調剤した数量から割り出した１か月分の使用数量を備蓄することをいう。ここでいう備蓄とは、当該保険薬局に現に医薬品の在庫を保有していることを指し、卸売販売業者が代わりに在庫を確保していることのみでは、備蓄には該当しない。

（２）　１の（２）のオの「単品単価交渉」とは、他の医薬品の価格の影響を受けず、地域差や個々の取引条件等により生じる安定供給に必要なコストを踏まえ、取引先と個別品目ごとに取引価格を決める交渉をいい、直近に地方厚生（支）局長等に届け出た別添２の様式85（妥結率等に係る報告書）の３の（１）において、「単品単価交渉を行っていない」に非該当であることで本要件を満たすものとして取り扱う。様式85を地方厚生（支）局長等に届け出ていない場合は本要件を満たさないものとして取り扱う。ただし、開設から１年に満たない保険薬局で、妥結率等に係る報告書の提出経験がない場合は本要件を満たしているものとみなす。なお、取引先と個別品目ごとに取引価格を決めていたとしても、例えば、次に掲げる交渉については、単品単価交渉に該当しない。

ア　総価値引率を用いた交渉（総価交渉や総価交渉除外有りを含む。）

イ　全国最低価格に類する価格をベンチマークとして用いた交渉

ウ　ベンチマークを用いた交渉のうち、配送コストなどの地域差及び購入金額、支払条件、返品、急配等の取引条件を考慮していない単価をベンチマークとし、当該価格で決定する一方的な交渉

エ　法人格・個人事業主が異なる加盟施設との取引価格の交渉を一括して受託する業者の価格交渉について、加盟施設ごとの地域差や取引条件等を考慮しない取引価格での交渉や加盟施設の確認が行われない交渉

（３）　地域支援・医薬品供給対応体制加算１の（３）に適合するとの届出をした後は、前年５月１日から当年４月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年６月１日から翌年５月末日まで所定点数を算定できるものとする。

（４）　地域支援・医薬品供給対応体制加算２から５までの施設基準に適合するとの届出をした後は、２の（３）のウの（ハ）及び２の（４）のアからケまで又は４の（４）のアからケまでについては、前年５月１日から当年４月末日までの実績をもって施設基準の適合性を判断し、当年６月１日から翌年５月末日まで所定点数を算定できるものとする。この場合の処方箋受付回数は、前年５月１日から当年４月末日までの処方箋受付回数とする。

（５）　２の（４）、４の（４）の実績の計算に当たり、同一グループの保険薬局の勤務者（常勤及び非常勤を含めた全ての職員をいう。）及びその家族（同一グループの保険薬局の勤務者と同居又は生計を一にする者をいう。）に係る実績を除いて計算する。また、処方箋の受付回数についても同様に取り扱うこととする。

３　届出に関する事項

（１）　地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式87の３の１及び様式87の３の２を用いること。ただし、当年６月１日から翌年５月末日までの間に、新たに施設基準に適合した場合は、届出を行うことができ、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の５月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から算定する。

（２） 令和８年３月 31 日時点で後発医薬品調剤体制加算１、２又は３に係る届出を行っている保険薬局については、令和９年５月 31 日までの間に限り、１の（３）に規定する要件を満たしているものとする。

第 92 の２　連携強化加算

１　連携強化加算に関する施設基準

（１） 都道府県知事より第二種協定指定医療機関の指定を受けており、次に掲げる体制が整備されていること。

ア　当該保険薬局において、感染症に係る最新の科学的知見に基づいた適切な知識を習得することを目的として、年１回以上、当該保険薬局の保険薬剤師に対する研修を実施する、又は、外部の機関が実施する研修に当該保険薬局の保険薬剤師を参加させること。

イ　新型インフルエンザ等感染症、指定感染症又は新感染症（以下「新型インフルエンザ等感染症等」という。）に係る医療の提供に当たっての訓練を、年１回以上、当該保険薬局において実施する、又は、外部の機関が実施する訓練に当該保険薬局の保険薬剤師を参加させること。

ウ　新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われたときから新型インフルエンザ等感染症等と認められなくなった旨の公表等が行われるまでの間において、都道府県知事からの要請を受けて、自宅療養者等に対して、調剤、オンライン又は訪問による服薬指導、薬剤等の交付（配送による対応を含む。）等の対応を行う体制が整っていること。

エ　新型インフルエンザ等感染症等に係る医療の提供を迅速かつ的確に行う観点から、個人防護具を備蓄していること。

オ　新型インフルエンザ等感染症等の発生時等において、要指導医薬品及び一般用医薬品の提供、感染症に係る体外診断用医薬品（検査キット）（薬事承認を受けたものに限る。）の提供、マスク等の感染症対応に必要な衛生材料等の提供ができる体制を新型インフルエンザ等感染症等の発生等がないときから整備し、これらを提供していること。

（２） 災害の発生時等において他の保険薬局等（同一薬局グループ以外の薬局を含む。）との連携に係る体制として、次に掲げる体制が整備されていること。

ア　災害の発生時等に、医薬品の提供施設として薬局機能を維持し、自治体からの要請に応じて、避難所・救護所等における医薬品の供給又は調剤所の設置に係る人員派遣等の協力等を行う体制が整備されていること。

イ　医薬品の供給や地域の衛生管理に係る対応等を行うことについて、災害の被災状況に応じた対応を習得する研修を薬局内で実施する、又は、地域の協議会、研修若しくは訓練等に参加するよう計画を作成し、実施すること。また、協議会、研修又は訓練等には、年１回程度参加することが望ましい。

ウ　災害の発生時等において、地方公共団体や地域の薬剤師会等と協議の上で、当該保険薬局のみ又は当該保険薬局を含む近隣の保険薬局と連携して、夜間、休日等の開局時間外であっても調剤及び在宅業務に対応できる体制が整備されていること。

（３） 災害や新興感染症発生時における対応可能な体制を確保していることについて、当該保険薬局及び同一グループのほか、地域の行政機関、薬剤師会等のウェブサイト等で広く周知していること。

（４） 災害や新興感染症発生時における薬局の体制や対応について、それぞれの状況に応じた手順書等を作成し、当該保険薬局の職員に対して共有していること。

（５） 災害時においては、オンライン資格確認等システムの「緊急時医療情報・資格確認機能（災害時医療情報閲覧）」（災害時モード）を用いることにより、被災により手帳やマイナ保険証を確認することができない患者であっても薬剤情報等の把握が可能となり、更に電子処方箋管理サービスへの調剤情報の登録により直近の薬剤情報が充実することを念頭に置いて、平時よりこれらのシステムの活用に努めること。

（６） 情報通信機器を用いた服薬指導を行うために以下の体制が整備されていること。

ア 「オンライン服薬指導の実施要領について」（令和４年９月 30 日付け薬生発 0930 第１号）の別添（以下「オンライン服薬指導の実施要領」という。）の第４の（４）に基づき、必要な通信環境を確保すること。

イ オンライン服薬指導の実施要領の第４の（５）に基づき、薬局内の保険薬剤師に対して、必要な知識を習得させるための研修を実施すること。

ウ 最新の厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参照し、また、「「薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」及び「薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストマニュアル～薬局・事業者向け～」等について」（令和５年 10 月 13 日付け医政参発 1013 第２号・医薬総発 1013 第１号医政局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官・医薬局総務課長通知）の別添１、別添２及び別添４を活用するなどして、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行うこと。

（７） 要指導医薬品及び一般用医薬品を販売していること。ただし、要指導医薬品等は単に最低限の品目を有していればいいものではなく、購入を希望して来局する者が症状等に応じて必要な医薬品が選択できるよう、新型インフルエンザ等感染症等の発生時に必要となる様々な種類の医薬品及び検査キット（薬事承認を受けたものに限る。）を取り扱うべきであること。なお、取り扱う要指導医薬品等の選択に当たっては、健康増進支援薬局の届出要件とされている 48 薬効群を参考にすること。

２ 連携強化加算の施設基準に関する留意点

１の（３）について、厚生局の届出のウェブサイトに掲載される一覧に当該ウェブサイトへのリンクを掲載したのみでは、行政機関又は薬剤師会等が情報提供していることには該当しない。

３ 届出に関する事項

連携強化加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 87 の３の４を用いること。

第 93 バイオ後続品調剤体制加算

１ バイオ後続品調剤体制加算に関する施設基準

（１） 当該保険薬局において調剤したバイオ医薬品（バイオ後続品のあるものに限る。以下本項において同じ。）の規格単位数量及び当該バイオ後続品の規格単位数量を合算した数量に占める当該バイオ後続品の規格単位数量の割合が 80%以上となるバイオ医薬品の成分の数が、当該保険薬局において調剤実績のあるバイオ医薬品の成分数の 60%以上であることが望ましい。

（２） バイオ後続品の調剤を積極的に行っている旨を当該保険薬局の内側及び外側の見えやすい場所に掲示すること。

２　バイオ後続品調剤体制加算の施設基準に関する留意点

バイオ後続品調剤体制加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式87の３の７を用いること。

第94　調剤基本料の注８に規定する厚生労働大臣が定める保険薬局

１　以下のいずれかに該当する保険薬局は調剤基本料を５点減算する。ただし、処方箋受付回数が１月に600回以下の保険薬局を除くものとする。

（１） 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が50%以下であること。ただし、当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないものを除く。

（２） 当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合について、毎年８月１日現在で届出書の記載事項について行う報告等を通じ、直近１年間に地方厚生（支）局長への報告を行っていないこと。

２　「当該保険薬局における処方箋受付状況を踏まえ、やむを得ないもの」とは、直近１月間の当該保険薬局における処方箋受付回数のうち、先発医薬品の変更不可の記載がある処方箋の受付回数が50%以上の場合のことをいう。この場合の処方箋受付回数は、「第88の２　調剤基本料２」の「２　調剤基本料２の施設基準に関する留意点」の（１）に定める処方箋受付回数に準じて取り扱う。

３　１の(１)の後発医薬品の調剤数量割合に基づく当該減算への該当性については、直近３月間の当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品について、当該薬剤を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合をもって翌月に判断し、該当する場合は、翌々月から調剤基本料を減算する。

４　１の(２)の直近１年間に地方厚生（支）局長に報告を行っていない保険薬局に該当した場合は、当該報告を行った場合には、報告を行った月の翌月より、当該保険薬局に該当しないものとして取り扱う。

第95　在宅薬学総合体制加算

１　在宅薬学総合体制加算１に関する施設基準

（１） 地方厚生（支）局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出を行っている保険薬局であること。

（２） 直近１年間に、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行うものに限り、情報通信機器を用いるものを除く。）及び介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行うものに限り、情報通信機器を用いるものを除く。）についての算定回数の合計が計48回以上であること（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）及び同等の業務を行った場合を含む。）。なお、「同等の業務」とは、在宅患者

訪問薬剤管理指導料で規定される患者１人当たりの同一月内の算定回数の上限を超えて訪問薬剤管理指導業務を行った場合を含む。

（３） 緊急時等の開局時間以外の時間における在宅業務に対応できる体制が整備されていること。緊急時等に対応できる体制の整備については、在宅協力薬局の保険薬剤師と連携して対応する方法を講じている場合も含むものである。

（４） 地域の行政機関、保険医療機関、訪問看護ステーション及び福祉関係者等に対して、急変時等の開局時間外における在宅業務に対応できる体制（医療用麻薬の対応等の在宅業務に係る内容を含む。）に係る周知を自局及び同一グループで十分に行っていること。また、同様の情報の周知は地域の行政機関又は薬剤師会等を通じて十分に行っていること。併せて、保険薬局が実施可能な在宅業務に係る内容についても周知を行うことが望ましい。

（５） 当該保険薬局において、在宅業務の質の向上のため、研修実施計画を作成し、当該計画に基づき当該保険薬局で在宅業務に関わる保険薬剤師に対して在宅業務に関する研修を実施するとともに、定期的に在宅業務に関する外部の学術研修（地域薬剤師会等が行うものを含む。）を受けさせていること。なお、当該学術研修には、認知症、緩和医療、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」等の内容を踏まえた意思決定支援等に関する事項が含まれていることが望ましい。併せて、当該保険薬局の保険薬剤師に対して、薬学等に関する団体・大学等による研修認定の取得、医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表、学術論文の投稿等を行わせていることが望ましい。

（６） 医療材料及び衛生材料を供給できる体制を有していること。

また、患者に在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局に対し保険医療機関から衛生材料の提供を指示された場合は、原則として衛生材料を当該患者に供給すること。なお、当該衛生材料の費用は、当該保険医療機関に請求することとし、その価格は保険薬局の購入価格を踏まえ、保険医療機関と保険薬局との相互の合議に委ねるものとする。

（７） 麻薬及び向精神薬取締法第３条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。

（８） 地方厚生（支）局長に対して、施設基準に適合するものとして、あらかじめ服薬管理指導料の「注１」に規定する服薬管理指導を行う旨の届出を行っていること。

２ 在宅薬学総合体制加算２に関する施設基準

（１） １の基準を満たすこと。

（２） 次のいずれかの要件を満たすこと。

ア 直近１年間における在宅患者訪問薬剤管理指導料の１、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、単一建物居住者が１人の場合の居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行うものに限り、情報通信機器を用いるものを除く。）及び介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行うものに限り、情報通信機器を用いるものを除く。）についての算定回数（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）及び同等の業務を行った場合を含む。）の合計が計 240 回以上であり、かつ、直近１年間における在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費についての算定回数（ただし、いずれも情報通信機器を用いた場合の算定回数を除く。）の合計に占める割合が２割を超えること。

イ　直近１年間における在宅患者訪問薬剤管理指導料の１、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、単一建物居住者が１人の場合の居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行うものに限り、情報通信機器を用いるものを除く。）及び介護予防居宅療養管理指導費（薬局の薬剤師が行うものに限り、情報通信機器を用いるものを除く。）についての算定回数（在宅協力薬局として連携した場合（同一グループ薬局に対して業務を実施した場合を除く。）及び同等の業務を行った場合を含む。）の合計が計 480 回以上であり、かつ直近１年間における在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費についての算定回数（ただし、いずれも情報通信機器を用いた場合の算定回数を除く。）の合計に占める割合が１割を超えること。

（３）　次のアからウまでのいずれかを満たす保険薬局であること。

ア　直近１年間における麻薬管理指導加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料の注３に規定する加算、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注２に規定する加算及び在宅患者緊急時等共同指導料の注２に規定する加算）、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料の注４に規定する加算、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注３に規定する加算及び在宅患者緊急時等共同指導料の注３に規定する加算）、居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合）の注３及び注７に規定する加算並びに介護予防居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合）の注３及び注７に規定する加算の算定回数の合計が 10 回以上であること。

イ　直近１年間における薬剤調製料の注２に規定する無菌製剤処理加算の算定回数が１回以上であること。

ウ　直近１年間における乳幼児加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料の注５に規定する加算、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注４に規定する加算又は在宅患者緊急時等共同指導料の注４に規定する加算）及び小児特定加算（在宅患者訪問薬剤管理指導料の注６に規定する加算、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の注５に規定する加算又は在宅患者緊急時等共同指導料の注５に規定する加算）の算定回数の合計が６回以上であること。

（４）　常勤換算で３名以上の保険薬剤師が勤務していること。また、原則として開局時間中は２名以上の薬剤師が保険薬局に常駐し、常態として調剤応需及び在宅患者の急変等に対応可能な体制をとっていること。なお、この場合においては、当該保険薬局における常勤薬剤師の所定労働時間（32 時間未満の場合は、32 時間）の勤務をもって常勤１名として換算する。

（５）　医薬品医療機器等法第 39 条第１項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。

３　在宅薬学総合体制加算の施設基準に関する留意点

施設基準に適合するとの届出をした後は、１の（２）、２の（２）イ及び（３）については、前年５月１日から当年４月末日までの実績により判定し、当年６月１日から翌年の５月末日まで所定点数を算定できるものとする。

４　届出に関する事項

在宅薬学総合体制加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 87 の３の５を用いること。

第95の２　電子的調剤情報連携体制整備加算

１　電子的調剤情報連携体制整備加算に関する施設基準

（１）　電子情報処理組織を使用した調剤報酬請求を行っていること。

（２）　健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認を行う体制を有していること。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向けポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行うこと。

（３）　オンライン資格確認等システムを通じて患者の診療情報、薬剤情報等を取得し、調剤、服薬指導等を行う際に当該情報を閲覧し、活用できる体制を有していること。

（４）　電子処方箋を受け付け、当該電子処方箋により調剤する体制を有するとともに、紙の処方箋を受け付け、調剤した場合を含めて、原則として、全てにつき調剤結果を速やかに電子処方箋管理サービスに登録すること。また、調剤に際しては、電子処方箋管理サービスの重複投薬等チェック機能を用いて、患者の服用する薬剤における有効成分の重複その他薬物療法上の薬学的知見の観点から不適切な組合せが生じていないかの有無を確認することができる体制を整備すること。

（５）　電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理体制を有していること。ただし、紙媒体で受け付けた処方箋、情報提供文書等を紙媒体のまま保管することは差し支えない。なお、保険薬局における医療ＤＸによる情報活用等の観点から、オンライン資格確認、薬剤服用歴等の管理、レセプト請求業務等を担う当該保険薬局内の医療情報システム間で情報の連携が取られていることが望ましい。

（６）　国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること。

（７）　電子的調剤情報連携体制整備加算を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率(同月におけるマイナ保険証利用者数を、同月の患者数で除した割合であって、社会保険診療報酬支払基金から報告されるものをいう。以下同じ。)が、30%以上であること。

（８）　（７)について、電子的調剤情報連携体制整備加算を算定する月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。

（９）　医療ＤＸ推進の体制に関する事項及び質の高い医療を提供するための十分な情報を取得し、及び活用して調剤を行うことについて、当該保険薬局の見やすい場所に掲示していること。具体的には次に掲げる事項を掲示していること。

(イ)　オンライン資格確認等システムを通じて患者の診療情報、薬剤情報等を取得及び閲覧し、調剤、服薬指導等を行う際に当該情報を活用している保険薬局であること。

(ロ)　マイナンバーカードの健康保険証利用を促進する等、医療ＤＸを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険薬局であること。

(ハ)　電子処方箋や電子カルテ情報共有サービスを活用するなど、医療ＤＸに係る取組を実施している保険薬局であること。

(10)　（９）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。ただし、ホームページ等を有しない保険薬局については、この限りではない。

(11)　最新の厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参照し、また、「「薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト」及び「薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストマニュアル～薬局・事業者向け～」等について」（令和５年 10 月 13 日付け医政参発 1013 第２号・医薬総発 1013 第１号医政局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官・医薬局総務課長通知）の別添１、別添２及び別添４を活用するなどして、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行う体制を有していること。

(12)　マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じる体制を有していること。

２　届出に関する事項

（１）　電子的調剤情報連携体制整備加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 87 の３の６を用いること。

（２）　１の(６)については、当面の間に、当該基準を満たしているものとみなす。ただし、保険薬局は、国等が全国で電子カルテ情報共有サービスの運用を開始した場合には、速やかに導入するように努めること。

（３）　電子的調剤情報連携体制整備加算の施設基準のうち、１の(７)及び(12)については、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長への届出を行う必要はないこと。

第 95 の３　門前薬局等立地依存減算

１　門前薬局等立地依存減算に関する施設基準

次のいずれかに該当する保険薬局であること。

（１）　次のアからウまでのいずれにも該当する保険薬局であること。

ア　都市部に所在し、かつ水平距離 500 メートル以内に他の保険薬局があること。（都市部は、「第 88 の２　調剤基本料２」の２の（７）と同様である。）

イ　処方箋集中率が 85%を超えること。

ウ　次のいずれかに該当すること。

(イ)　保険医療機関（許可病床数が 200 床以上の病院に限る。）の敷地境界線からの水平距離が 100 メートル以内の区域内に所在し、当該区域内及び当該保険医療機関の敷地内に、他の保険薬局が２以上所在すること。

(ロ)　当該保険薬局の敷地境界線からの水平距離が 50 メートル以内の区域内に、他の保険薬局が２以上所在すること。

(ハ)　当該保険薬局の敷地境界線からの水平距離が 50 メートル以内の区域内に所在する他の保険薬局が、（ロ）に該当すること。

（２）　次のア及びイに該当する保険薬局であること。

ア　処方箋集中率が 85%を超えること。

イ　保険医療機関が所在する建物又は敷地と同一の建物内又は敷地内に所在すること。

２　門前薬局等立地依存減算の施設基準に関する留意点

（１）　令和８年５月 31 日において現に保険指定を受けている保険薬局については、当面の間、門前薬局等立地依存減算に該当しないものとする。

（２） 開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、当面の間、門前薬局等立地依存減算に該当しないものとする。

（３） １の（１）のウについて、それぞれが示す区域内に他の保険薬局が所在するとは、当該区域内に他の薬局の敷地境界線の一部が含まれていることを指す。

（４） １の（２）のイについて、保険医療機関が所在する建物又は敷地と同一の建物内又は敷地内に所在する場合とは、次のいずれかに該当する場合を指す。

ア 不動産登記法上、同一の地番又は一団の土地として取り扱われている土地上に、保険医療機関と当該保険薬局が所在する建物又は敷地である場合

イ 保険医療機関と当該保険薬局が所在する敷地又は建物が、外観上分離されておらず、また構造上も外壁、床、天井又は屋根といった敷地又は建物の主要な部分が一体として連結し、あるいは密接な関連をもって接続している場合

ウ 保険医療機関と当該保険薬局が、共用の通路、エントランス、駐車場、案内表示その他の共用部分を有し、外形上、医療モール等として一体的に利用されていると認められる建物又は敷地である場合（共用部分をフェンス等で区切ってあるのみで、実質的に共用部分として利用される場合を含む。）

エ 保険医療機関、保険薬局等を複数集合させることを目的として、不動産開発業者等が開発の企画、不動産の取得、建築物の建設、入居の募集等を行った敷地又は建物である場合

（５） 特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局には適用しないこと。

３ 届出に関する事項

保険薬局の門前薬局等立地依存減算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 84（調剤基本料）を用いること。

第 96 無菌製剤処理加算

１ 無菌製剤処理加算に関する施設基準

（１） ２名以上の保険薬剤師（うち１名以上が常勤の保険薬剤師）がいること。

（２） 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。ただし、医薬品医療機器等法施行規則第 11 条の８第１項のただし書の規定に基づき無菌調剤室（薬局に設置された高度な無菌製剤処理を行うことができる作業室をいう。）を共同利用する場合は、この限りでない。

２ 届出に関する事項

保険薬局の無菌製剤処理加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 88 を用いること。

第 97 調剤管理料の注３及び注４に規定する保険薬局（手帳の活用実績が少ない保険薬局）

１ 「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」とは、３月以内に再度処方箋を持参した患者への服薬管理指導料の算定回数のうち、手帳を提示した患者への服薬管理指導料の算定回数の割合が 50%以下である保険薬局であること。この場合において、小数点以下は四捨五入すること。

２　手帳の活用実績は、「第 88 の２　調剤基本料２」の「２　調剤基本料２の施設基準に関する留意点」の（１）に定める処方箋受付回数の取扱いと同様に、前年５月１日から当年４月 30 日までの服薬管理指導料の実績をもって該当性を判断し、当年６月１日から翌年５月 31 日まで適用する。その他、新規に保険薬局に指定された薬局、開設者の変更等の取扱いについても、「第 88 の２　調剤基本料２」の「２　調剤基本料２の施設基準に関する留意点」の（１）に定める処方箋受付回数の取扱いと同様とする。

３　１及び２により、「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」に該当した場合であっても、直近３月間における１の割合が 50%を上回った場合には、２にかかわらず、当該割合を満たした翌月より「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」に該当しないものとする。

第 97 の２　服薬管理指導料の注１に規定する保険薬局

１　かかりつけ薬剤師として必要な指導等を行う保険薬剤師は、次の要件を全て満たすこと。

（１）　以下に掲げる勤務経験等を有していること。

ア　施設基準の届出時点において、保険薬剤師として３年以上の保険薬局勤務経験がある。なお、保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を１年以上有する場合、１年を上限として保険薬剤師としての勤務経験の期間に含めることができる。

イ　当該保険薬局に週 31 時間以上（31 時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、保険薬剤師について育児・介護休業法第 23 条第１項若しくは第３項又は第 24 条の規定による措置が講じられ、当該保険薬剤師（労働者に限る。）の所定労働時間が短縮された場合にあっては週 24 時間以上かつ週４日以上）勤務している。

ウ　施設基準の届出時点において、当該保険薬局に継続して６か月以上在籍している。なお、産前産後休業、育児休業又は介護休業から復職する場合（復職後に勤務する保険薬局が休業前と同一の保険薬局である場合に限る。）は、休業前の在籍期間を合算することができる。

（２）　薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。

（３）　医療に係る地域活動の取組に参画していること。

２　施設基準の届出時点において、以下のいずれの要件も満たしていること。

（１）　１の要件を全て満たす保険薬剤師（派遣労働者であるものを含み、休職中のものを除く。）を配置していること。

（２）　以下のいずれかの要件を満たすこと。

ア　当該保険薬局に勤務する常勤の保険薬剤師（派遣労働者である者を含み、産前産後休業中、育児休業中又は介護休業中の者を除く。）について、当該保険薬局に継続的に在籍している期間（産前産後休業、育児休業又は介護休業から復職した保険薬剤師の休業前の在籍期間を含む。）が平均して１年以上であること。

イ　当該保険薬局の管理薬剤師が、当該保険薬局に継続して３年以上在籍していること。

（３）　薬学的管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。

3　届出に関する事項

（1）　保険薬局の服薬管理指導料の注１の施設基準に係る届出は、別添２の様式 90 を用いること。

（2）　令和８年５月 31 日において、現にかかりつけ薬剤師指導料に係る届出を行っていた保険薬局については、令和８年 11 月 30 日までの間に限り、２の（2）に掲げる要件を満たすものとみなす。

第 98　特定薬剤管理指導加算２

1　特定薬剤管理指導加算２に関する施設基準

（1）　施設基準の届出時点において、保険薬剤師としての勤務経験を５年以上有する薬剤師が勤務していること。なお、保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を１年以上有する場合、１年を上限として保険薬剤師としての勤務経験の期間に含めることができる。

（2）　薬学的管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。

（3）　麻薬及び向精神薬取締法第３条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができる体制が整備されていること。

（4）　保険医療機関が実施する抗悪性腫瘍剤の化学療法に係る研修会に当該保険薬局に勤務する常勤の保険薬剤師が年１回以上参加していること。

2　届出に関する事項

特定薬剤管理指導加算２の施設基準に係る届出は、別添２の様式 92 を用いること。

第 99　服薬管理指導料の注 17 に規定する保険薬局（手帳の活用実績が少ない保険薬局）

1　「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」とは、３月以内に再度処方箋を持参した患者への服薬管理指導料の算定回数のうち、手帳を提示した患者への服薬管理指導料の算定回数の割合が 50%以下である保険薬局であること。この場合において、小数点以下は四捨五入すること。

2　手帳の活用実績は、「第 88 の２　調剤基本料２」の「２　調剤基本料２の施設基準に関する留意点」の（1）に定める処方箋受付回数の取扱いと同様に、前年５月１日から当年４月 30 日までの服薬管理指導料の実績をもって該当性を判断し、当年６月１日から翌年５月 31 日まで適用する。その他、新規に保険薬局に指定された薬局、開設者の変更等の取扱いについても、「第 88 の２　調剤基本料２」の「２　調剤基本料２の施設基準に関する留意点」の（1）に定める処方箋受付回数の取扱いと同様とする。

3　１及び２により、「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」に該当した場合であっても、直近３月間における１の割合が 50%を上回った場合には、２にかかわらず、当該割合を満たした翌月より「適切な手帳の活用実績が相当程度あると認められない保険薬局」に該当しないものとする。

第 100　削除

第 101　削除

第 102　在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算

1　在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算に関する施設基準

麻薬及び向精神薬取締法第３条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。

2　届出に関する事項

在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 89 を用いること。

第 103　在宅中心静脈栄養法加算

1　在宅中心静脈栄養法加算に関する施設基準

（1）　医薬品医療機器等法第 39 条第１項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けている又は同法第 39 条の３第１項の規定による管理医療機器の販売業の届出を行っていること。

2　届出に関する事項

在宅中心静脈栄養法加算の施設基準に係る届出は、別添２の様式 89 を用いること。

第 104　看護職員処遇改善評価料

1　看護職員処遇改善評価料の施設基準

（1）　以下のいずれかに該当すること。

ア　次の(イ)及び(ロ)のいずれにも該当すること。

(イ)　「Ａ２０５」救急医療管理加算に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(ロ)　救急用の自動車(消防法(昭和 23 年法律第 186 号)及び消防法施行令(昭和 36 年政令第 37 号)に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法(昭和 35 年法律第 105 号)及び道路交通法施行令(昭和 35 年政令第 270 号)に規定する緊急自動車(傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。)をいう。)又は救急医療用ヘリコプター(救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法(平成 19 年法律第 103 号)第２条に規定する救急医療用ヘリコプターをいう。)による搬送件数(以下「救急搬送実績」という。)が、年間で 200 件以上であること。

イ　「救急医療対策事業実施要綱」(昭和 52 年７月６日医発第 692 号)に定める第３「救命救急センター」、第４「高度救命救急センター」又は第５「小児救命救急センター」を設置している保険医療機関であること。

（2）　救急搬送実績については、以下の取扱いとする。

ア　救急搬送実績は、賃金の改善を実施する期間を含む年度(以下「賃金改善実施年度」という。)の前々年度１年間における実績とすること。

イ　アにかかわらず、新規届出を行う保険医療機関については、新規届出を行った年度に限り、賃金改善実施年度の前年度１年間における実績とすること。

ウ　現に看護職員処遇改善評価料を算定している保険医療機関については、賃金改善実施年度の前々年度１年間の救急搬送実績が(１)のアの(ロ)の基準を満たさない場合であっても、賃金改善実施年度の前年度のうち連続する６か月間における救急搬送実績が 100 件以上である場合は、同(ロ)の基準を満たすものとみなすこと。ただし、本文の規定を適用した年度の翌年度においては、本文の規定は、適用しないこと。

（３）　当該評価料を算定する場合は、当該保険医療機関に勤務する看護職員等(保健師、助産師、看護師及び准看護師(非常勤職員を含む。)をいう。以下同じ。)に対して、当該評価料の算定額に相当する賃金(基本給、手当、賞与等を含む。以下同じ。)の改善を実施しなければならないこと。ただし、退職手当の改善に用いてはならないこと。

この場合において、賃金の改善措置の対象者については、当該保険医療機関に勤務する看護職員等に加え、当該保険医療機関の実情に応じて、当該保険医療機関に勤務する看護補助者、理学療法士、作業療法士その他別表１に定める職員(非常勤職員を含む。)も加えることができること。

（４）　賃金改善の実績については、当該保険医療機関における「令和８年３月又は５月時点の給与体系（令和８年５月までにベースアップ評価料等を届け出ていた保険医療機関にあっては、令和８年度診療報酬改定前のベースアップ評価料等による賃金改善後であって令和８年度診療報酬改定によるベースアップ評価料等による賃金改善前の体系に限る。）を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」との差分により判断すること。なお、基本給等とは、基本給又は決まって毎月支払われる手当をいう。また、賃金改善の実績については、当該評価料及び医科点数表における外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)並びに入院ベースアップ評価料、歯科点数表における歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び(Ⅱ)並びに入院ベースアップ評価料並びに調剤点数表における調剤ベースアップ評価料（以下「ベースアップ評価料」という。)について共通のものであること。

ただし、「令和８年３月又は５月時点の給与体系（令和８年５月までにベースアップ評価料を届け出ていた保険医療機関にあっては、令和８年度診療報酬改定前のベースアップ評価料による賃金改善後であって令和８年度診療報酬改定によるベースアップ評価料による賃金改善前の体系に限る。）を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。

（５）　(３)について、安定的な賃金改善を確保する観点から、当該評価料による賃金改善の合計額の３分の２以上は、基本給等の引上げ(以下「ベア等」という。)により改善を図ること。なお、恒常的に夜間を含む交替制勤務をとっている職場の職員に支払われる夜勤手当については、決まって毎月支払われる手当に準じて基本給等に含めて差し支えない。

（６）　(５)について、原則として、賃金改善実施期間内に賃金の改善措置を行う必要があること。

（７）　当該評価料を算定する場合は、当該保険医療機関における看護職員等の数(保健師、助産師、看護師及び准看護師の常勤換算の数をいう。以下同じ。)及び延べ入院患者数(入院基本料、特定入院料又は短期滞在手術等基本料(短期滞在手術等基本料１を除く。)を算定し

ている患者の延べ人数をいう。以下同じ。)を用いて次の式により算出した数【A】に基づき、別表２に従い該当する区分を届け出ること。

常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数(当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。)とする。

$$【A】= \frac{\text{看護職員等の賃上げ必要額（当該保険医療機関の看護職員等の数×12,000 円×1.165）}}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数×10 円}}$$

（８）（７)について、「看護職員等の数」は、２の（１）の届出を行う月の直近３月の期間の各月１日時点における看護職員等の数の平均の数値を用いること。「延べ入院患者数」は、２の（１）の届出を行う月の直近３月の期間の１月あたりの延べ入院患者数の平均の数値を用いること。

また、前回届け出た時点と比較して、「看護職員等の数」及び「延べ入院患者数」に１割以上の変動があった場合であって、改めて区分を算出した場合に区分の変動がある場合には、算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。

（９） 当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。

(10) 当該保険医療機関は、(３)の賃金の改善措置の対象者に対して、賃金改善を実施する方法等について、２の（１）届出及び区分変更に合わせて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、当該対象者から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。

(11) 過年度において当該評価料を算定している場合、前年度及び当年度に提出が必要な賃金改善実績報告書を適切に提出していること。

２　届出に関する事項

（１） 看護職員処遇改善評価料の施設基準に係る届出及び１の(７)及び(８)に基づき、新規届出時及び区分変更時において算出した該当する区分に係る届出は、別添２の様式 97 を用いること。

（２） 毎年８月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を別添２の様式 100 の別添１により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。また、毎年８月において、賃金改善実施年度における賃金改善の取組状況を当該保険医療機関において適切に把握するため、「賃金改善中間報告書」を別添２の様式 100 の別添１により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。

（３） 事業の継続を図るため、職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療

機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添２の様式94により作成し、届け出ること。

なお、年度を超えて看護職員等の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(２)の「賃金改善中間報告書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出る必要があること。

(４) 保険医療機関は、看護職員処遇改善評価料の算定に係る書類(「賃金改善中間報告書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後３年間保管すること。

第105　外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)

１　外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の施設基準

(１) 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。

(２) 当該保険医療機関に勤務する職員(40歳以上の医師及び歯科医師並びに業務委託により勤務する者を除く。以下、この区分において「対象職員」という。)がいること。

(３) 当該評価料により得られる収入は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下、「基本給等」という。）の引上げ（以下「ベア等」という。）及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む。)等の増加分に用いること。なお、恒常的に夜間を含む交替制勤務をとっている職場の職員に支払われる夜勤手当については、決まって毎月支払われる手当に準じて基本給等に含めて差し支えない。

ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の増加分に用いた額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合に限り、賞与等の手当など、ベア等以外の方法による賃金改善を行うことが認められる。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。

また、賃金改善の実績については、当該保険医療機関における「令和８年３月又は５月時点の給与体系（令和８年５月までにベースアップ評価料等を届け出ていた保険医療機関にあっては、令和８年度診療報酬改定前のベースアップ評価料等による賃金改善後であって令和８年度診療報酬改定によるベースアップ評価料等による賃金改善前の体系に限る。）を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」との差分により判断すること。なお、賃金改善の実績については、ベースアップ評価料及び看護職員処遇改善評価料について共通のものであること。

ただし、「令和８年３月又は５月時点の給与体系（令和８年５月までにベースアップ評価料等を届け出ていた保険医療機関にあっては、令和８年度診療報酬改定前のベースアップ評価料等による賃金改善後であって令和８年度診療報酬改定によるベースアップ評価料等による賃金改善前の体系に限る。）を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。

また、６月から翌年５月の１年間に算定した当該評価料による収入を、当該年の４月から翌年３月の賃金改善に充当することは差し支えない。

（４） 当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。

（５） 当該保険医療機関は、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、３の（１）の届出に合わせて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。

（６） 過年度において当該評価料を算定している場合、前年度及び当年度に提出が必要な賃金改善実績報告書を適切に提出していること。

２　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注５に関する施設基準

以下のいずれかに該当する保険医療機関であること。

（１） 令和８年３月 31 日時点において外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）を届け出ていた保険医療機関

（２） 令和８年度の対象職員（医師及び歯科医師を除く。）の、当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、当該対象職員を令和６年３月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、５分５厘（看護補助者、事務職員については、８分）に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関又は令和９年度の対象職員（医師及び歯科医師を除く。）の当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、当該対象職員を令和６年３月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、８分７厘（看護補助者、事務職員については、１割３分７厘）に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関

３　届出に関する事項

（１） 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の施設基準に係る届出は、別添２の様式 95 を用いること。ただし、２の（２）の基準を満たす場合における届出は、追加で別添２の様式 98 を用いること。

（２） 毎年８月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を別添２の様式 100 の別添１により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。また、毎年８月において、算定を行っている年度における賃金改善の取組状況を当該保険医療機関において適切に把握するため、「賃金改善中間報告書」を別添２の様式 100 の別添１により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。

（３） 事業の継続を図るため、対象職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添２の様式 94 により作成し、届け出ること。

なお、年度を超えて対象職員の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(２)の「賃金改善中間報告書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出る必要があること。

（４） 保険医療機関は、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の算定に係る書類(「賃金改善実績報告書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後３年間保管すること。

（５） 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、場合には、別添２の様式100の別添１の代わりに、別添２の様式100の別添２を用いることとする。

第106　外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)

１　外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準

（１） 医科点数表又は歯科点数表第１章第２部第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第３節の特定入院料又は同部第４節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）の１月あたりの合計算定回数が30未満の保険医療機関であること。

（２） 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出を行っており、入院ベースアップ評価料の届出を行っていない保険医療機関であること。

（３） 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み（ただし、当該評価料の注５又は注７に規定する点数を算定する場合は、それぞれ１から３まで又は注６に規定する点数を算定したものとする。）を合算した数に10円を乗じた額が、次のアからエにそれぞれ別表３に定める数を乗じた額の合計（以下、「賃金改善算定基礎額」という。）の５割未満であること。ただし、月額賃金とは、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）及び時間外手当等の月ごとに変動して支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。なお、「月額賃金」には、「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は、含めないものとする。

ア　当該保険医療機関に勤務する職員(40歳以上の医師及び歯科医師並びに業務委託により勤務する者を除く。以下、この区分において「対象職員」という。)のうち、医師、歯科医師、看護補助者及び事務職員を除く職員の月額賃金総額

イ　当該保険医療機関に勤務する看護補助者及び事務職員（業務委託により勤務する者を除く。）の月額賃金総額

ウ　40歳未満の常勤の医師及び歯科医師（事業主及び役員を除く。）の数

エ　40歳未満の週22時間以上勤務（宿日直を除く。）する非常勤の医師及び歯科医師（事業主及び役員を除く。）の数

（４） 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の保険医療機関ごとの区分については、当該保険医療機関における賃金改善算定基礎額、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み並びに外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込みを用いて算出した数【Ｂ】に基づき、別表４に従い該当するいずれかの区分を届け出ること。ただし、医科歯科併設の保険医療機関であって、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準についても届出を行う保険医療機関については、同一の区分により届け出ること(例えば、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)２の届出を行う場合は、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)２を届け出ること。)。

〔賃金改善算定基礎額×0.5－(外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び

$$【B】＝\frac{\text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み)×10円}}{\left(\begin{array}{l}\text{(外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数の見込み×８}\\ \text{＋ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数の見込み}\\ \text{＋ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数の見込み×８}\\ \text{＋ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数の見込み　　)×10円}\end{array}\right)}$$

（５）（３)のア及びイは、原則として３の（１）の届出を行う月の直近１月の総額（ただし、届出を行う月より前に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合は、当該賃金改善を開始する前月の総額）を用いること。

（３）のウ及びエは、３の（１）の届出を行う月の直近３月の期間の各月１日時点における１月あたりの平均の数値を用いること。「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み」及び「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込み」は「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１の第２章第14部第１節「Ｏ００１」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の（２）から（５）及び「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添２の第２章第15部第１節「Ｐ００１」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の（２）から（５）までに掲げる基本診療料等の算定回数を用いて計算し、３の（１）の届出を行う月の直近３月の期間の１月あたりの平均の数値を用いること。

また、届け出た時点と比較して、対象職員の数又は３月ごとの外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の合計算定回数に１割以上の変動があった場合であって、改めて区分を算出した場合に区分の変動がある場合には、算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。

（６） 当該評価料により得られる収入は、対象職員の基本給等の引上げ（以下「ベア等」という。）及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む。)等の増加分に用いること。なお、恒常的に夜間を含む交替制勤務をとっている職場の職員に支払われる夜勤手当については、決まって毎月支払われる手当に準じて基本給等に含めて差し支えない。

ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の増加分に用いた額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合に限り、賞与等の手当など、ベア等以外の方法による賃金改善を行うことが認められる。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。

また、賃金改善の実績については、当該保険医療機関における「令和８年３月又は５月時点の給与体系（令和８年５月までにベースアップ評価料等を届け出ていた保険医療機関にあっては、令和８年度診療報酬改定前のベースアップ評価料等による賃金改善後であって令和

８年度診療報酬改定によるベースアップ評価料等による賃金改善前の体系に限る。）を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」との差分により判断すること。なお、賃金改善の実績については、ベースアップ評価料及び看護職員処遇改善評価料について共通のものであること。

ただし、「令和８年３月又は５月時点の給与体系（令和８年５月までにベースアップ評価料等を届け出ていた保険医療機関にあっては、令和８年度診療報酬改定前のベースアップ評価料等による賃金改善後であって令和８年度診療報酬改定によるベースアップ評価料等による賃金改善前の体系に限る。）を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。

また、６月から翌年５月の１年間に算定した当該評価料による収入を、当該年の４月から翌年３月の給与改善に充当することは差し支えない。

（７） 常勤換算２名以上の対象職員が勤務していること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、この限りでない。

（８） 当該保険医療機関において、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額(以下、「社会保険診療等収入金額」という。)の合計額が、総収入の 100 分の 80 を超えること。

ア 社会保険診療(租税特別措置法(昭和 32 年法律第 26 号)第 26 条第２項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)に係る収入金額(労働者災害補償保険法(昭和 22 年法律第 50 号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね 100 分の 10 以下の場合をいう。)の場合に限る。)及び保険外併用療養費（健康保険法第 86 条に規定する保険外併用療養費をいう。）を支給された場合に当該療養に関して患者から支払われる料金を含む。）

イ 健康増進法(平成 14 年法律第 103 号)第６条各号に掲げる健康増進事業実施者が行う同法第４条に規定する健康増進事業(健康診査に係るものに限る。以下同じ。)に係る収入金額(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限る。）

ウ 予防接種(予防接種法(昭和 23 年法律第 68 号)第２条第６項に規定する定期の予防接種等その他医療法施行規則第 30 条の 35 の３第１項第２号ロの規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種(平成 29 年厚生労働省告示第 314 号)に規定する予防接種をいう。)に係る収入金額

エ 助産(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く。)に係る収入金額(１の分娩に係る助産に係る収入金額が 50 万円を超えるときは、50 万円を限度とする。）

オ 介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額(租税特別措置法第 26 条第２項第４号に掲げるサービスに係る収入金額を除く。）

カ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第６条に規定する介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給

付費、特例計画相談支援給付費及び基準該当療養介護医療費並びに同法第 77 条及び第 78 条に規定する地域生活支援事業に係る収入金額

キ　児童福祉法第 21 条の５の２に規定する障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費、同法第 24 条の２に規定する障害児入所給付費、同法第 24 条の７に規定する特定入所障害児食費等給付費並びに同法第 24 条の 25 に規定する障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費に係る収入金額

ク　国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額

（９）　当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。

(10)　当該保険医療機関は、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、３の（１）の届出及び区分変更に合わせて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。

(11)　過年度において当該評価料を算定している場合、前年度及び当年度に提出が必要な賃金改善実績報告書を適切に提出していること。

２　外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の注５及び注６に関する施設基準

以下のいずれかに該当する保険医療機関であること。

（１）　令和８年３月 31 日時点において外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）を届け出ていた保険医療機関

（２）　令和８年度の対象職員（医師及び歯科医師を除く。）の当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、当該対象職員を令和６年３月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、５分５厘（看護補助者、事務職員については、８分）に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関又は令和９年度の対象職員（医師及び歯科医師を除く。）の当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、当該対象職員を令和６年３月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、８分７厘（看護補助者、事務職員については、１割３分７厘）に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関

３　届出に関する事項

（１）　外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式 96 を用いること。ただし、２の（２）の基準を満たす場合における届出は、追加で別添２の様式 98 を用いること。なお、令和８年度及び令和９年度においてベースアップ評価料の点数構造の変更に伴い、評価区分を見直す必要があるため、新規届出時及び毎年６月１日時点において当該評価料を算定できるよう、地方厚生(支)局長に届け出ること。

（２）　毎年８月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を別添２の様式 100 の別添１により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。また、毎年８月において、算定を行っている年度における賃金改善の取組状況を当該保険医療機関において適切に把握するため、「賃金改善中間報告書」を別添２の様式 100 の別添１により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。

（３）　事業の継続を図るため、対象職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険

医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添２の様式 94 により作成し、届け出ること。

なお、年度を超えて対象職員の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(２)の「賃金改善中間報告書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出る必要があること。

（４） 保険医療機関は、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定に係る書類(「賃金改善中間報告書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後３年間保管すること。

（５） 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添２の様式 96 の作成に当たって別添２の様式 99 を、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、別添２の様式 100 の別添１の代わりに、別添２の様式 100 の別添２を用いることとする。

第 106 の２　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)

１　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の施設基準

（１） 外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。

（２） 当該保険医療機関に勤務する職員(40 歳以上の歯科医師及び医師並びに業務委託により勤務する者を除く。以下、この区分において「対象職員」という。)がいること。

（３） 当該評価料により得られる収入は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当(以下「基本給等」という。)の引上げ（以下「ベア等」という。）及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む。)等の増加分に用いること。なお、恒常的に夜間を含む交替制勤務をとっている職場の職員に支払われる夜勤手当については、毎月支払われる手当に準じて基本給等に含めて差し支えない。

ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の増加分に用いた額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合に限り、賞与等の手当など、ベア等以外の方法による賃金改善を行うことが認められる。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。

また、賃金改善の実績については、当該保険医療機関における「令和８年３月又は５月時点の給与体系（令和８年５月までにベースアップ評価料等を届け出ていた保険医療機関にあっては、令和８年度診療報酬改定前のベースアップ評価料等による賃金改善後であって令和８年度診療報酬改定によるベースアップ評価料等による賃金改善前の体系に限る。）を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」との差分により判断すること。なお、賃金改善の実績については、ベースアップ評価料及び看護職員処遇改善評価料について共通のものであること。

ただし、「令和８年３月又は５月時点の給与体系（令和８年５月までにベースアップ評価料等を届け出ていた保険医療機関にあっては、令和８年度診療報酬改定前のベースアップ評

価料等による賃金改善後であって令和８年度診療報酬改定によるベースアップ評価料等による賃金改善前の体系に限る。）を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。

また、６月から翌年５月の１年間に算定した当該評価料による収入を、当該年の４月から翌年３月の賃金改善に充当することは差し支えない。

（４） 当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。

（５） （１）の当該保険医療機関は、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、３の（１）の届出に合わせて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。

（６） 過年度において当該評価料を算定している場合、前年度及び当年度に提出が必要な賃金改善実績報告書を適切に提出していること。

２ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の注５に関する施設基準

以下のいずれかに該当する保険医療機関であること。

（１） 令和８年３月 31 日時点において歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)を届け出ていた保険医療機関

（２） 令和８年度に対象職員（歯科医師及び医師を除く。）の当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、その対象職員を令和６年３月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、５分５厘（看護補助者、事務職員については、８分）に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関又は令和９年度の対象職員（歯科医師及び医師を除く。）の当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、令和６年３月時点と比較した場合に、８分７厘（看護補助者、事務職員については、１割３分７厘）相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関

３ 届出に関する事項

（１） 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式 95 を用いること。ただし、２の（２）の基準を満たす場合における届出は、追加で別添２の様式 98 を用いること。

（２） 毎年８月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を別添２の様式 100 の別添１により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。また、毎年８月において、算定を行っている年度における賃金改善の取組状況を当該保険医療機関において適切に把握するため、「賃金改善中間報告書」を別添２の様式 100 の別添１により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。

（３） 事業の継続を図るため、対象職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添２の様式 94 により作成し、届け出ること。

なお、年度を超えて対象職員の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(2)の「賃金改善中間報告書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出る必要があること。

(4) 保険医療機関は、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の算定に係る書類(「賃金改善中間報告書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後3年間保管すること。

(5) 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、場合には、別添2の様式100の別添1の代わりに、別添2の様式100の別添2を用いることとする。

第106の3　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)

1　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準

(1) 医科点数表又は歯科点数表第1章第2部第1節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第3節の特定入院料又は同部第4節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料1を除く。）の1月あたりの算定回数が30未満の保険医療機関であること。

(2) 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出を行っており、入院ベースアップ評価料の届出を行っていない保険医療機関であること。

(3) 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み（ただし、当該評価料の注5又は注7に定める点数を算定する場合は、1から3まで又は注6に定める点数を算定したものとする。）を合算した数に10円を乗じた額が、次のアからエにそれぞれ別表3に定める数を乗じた額の合計金額（以下、「賃金改善算定基礎額」という。）の5割未満であること。ただし、月額賃金とは、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）及び時間外手当等の月ごとに変動して支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。なお、「月額賃金」には、「令和7年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は、含めないものとする。

ア　当該保険医療機関に勤務する職員(40歳以上の歯科医師及び医師並びに業務委託により勤務する者を除く。以下、この区分において「対象職員」という。)のうち、歯科医師、医師、看護補助者及び事務職員を除く職員の月額賃金総額

イ　当該保険医療機関に勤務する看護補助者及び事務職員（業務委託により勤務する者を除く。）の月額賃金総額

ウ　40歳未満の常勤の歯科医師及び医師（事業主及び役員を除く。）の数

エ　40歳未満の週22時間以上勤務（宿日直を除く。）する非常勤の歯科医師及び医師（事業主及び役員を除く。）の数

(4) 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の保険医療機関ごとの区分については、当該保険医療機関における賃金改善算定基礎額、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み並びに歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込みを用いて算出した数【B】に基づき、別表4に従い該当するいずれかの区分を届け出ること。ただ

し、医科歯科併設の保険医療機関であって、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準についても届出を行う保険医療機関については、同一の区分により届け出ること(例えば歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)２の届出を行う場合は、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)２を届け出ること。)。

$$【B】＝\frac{\left(\begin{array}{l}賃金改善算定基礎額×0.5－(外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び\\歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み)×10円\end{array}\right)}{\left(\begin{array}{l}(外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数の見込み×８\\\quad ＋ 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数の見込み\\\quad ＋ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)イの算定回数の見込み×８\\\quad ＋ 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)ロの算定回数の見込み　　)×10円\end{array}\right)}$$

（５）　（３）のア及びイは、原則として３の（１）の届出を行う月の直近１月の総額　（ただし、届出を行う月より前に既に当該年度の賃金改善が開始されている場合は、当該賃金改善を開始する前月の総額）を用いること。

（３）のウ及びエは、３の（１）の届出を行う月の直近３月の期間の各月１日時点における１月あたりの平均の数値を用いること。「歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定回数の見込み」は、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添２の第２章第15部第１節「Ｐ００１」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の（２）から（５）及び「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について別添１の第２章第14部第１節「Ｏ００１」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の（２）から（５）までに掲げる基本診療料等の算定回数を用いて計算し、３の（１）の届出を行う月の直近３か月の期間の１月あたりの平均の数値を用いること。

また、届け出た時点と比較して、対象職員の数又は３月ごとの歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の合計算定回数に１割以上の変動があった場合であって、改めて区分を算出した場合に区分の変動がある場合には、算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。

（６）　当該評価料により得られる収入は、対象職員の基本給等の引上げ（以下「ベア等」という）及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む。)等の増加分に用いること。なお、恒常的に夜間を含む交替制勤務をとっている職場の職員に支払われる夜勤手当については、毎月支払われる手当に準じて基本給等に含めて差し支えない。

ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の増加分に用いた額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合に限り、賞与等の手当など、ベア等以外の方法による賃金改善を行うことが認められる。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によっ

て賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。

また、賃金改善の実績については、当該保険医療機関における「令和８年３月又は５月時点の給与体系（令和８年５月までにベースアップ評価料等を届け出ていた保険医療機関にあっては、令和８年度診療報酬改定前のベースアップ評価料等による賃金改善後であって令和８年度診療報酬改定によるベースアップ評価料等による賃金改善前の体系に限る。）を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」との差分により判断すること。なお、賃金改善の実績については、ベースアップ評価料及び看護職員処遇改善評価料について共通のものであること。

ただし、「令和８年３月又は５月時点の給与体系（令和８年５月までにベースアップ評価料等を届け出ていた保険医療機関にあっては、令和８年度診療報酬改定前のベースアップ評価料等による賃金改善後であって令和８年度診療報酬改定によるベースアップ評価料等による賃金改善前の体系に限る。）を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。

また、６月から翌年５月の１年間に算定した当該確保料による収入を、当該年の４月から翌年３月の給与改善に充当することは差し支えない。

（７） 常勤換算２名以上の対象職員が勤務していること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、この限りでない。

（８） 当該保険医療機関において、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額(以下、「社会保険診療等収入金額」という。)の合計額が、総収入の 100 分の 80 を超えること。

ア 社会保険診療(租税特別措置法(昭和 32 年法律第 26 号)第 26 条第２項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)に係る収入金額(労働者災害補償保険法(昭和 22 年法律第 50 号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね 100 分の 10 以下の場合をいう。)の場合に限る。)及び保険外併用療養費（健康保険法第 86 条に規定する保険外併用療養費をいう。）を支給された場合に当該療養に関して患者から支払われる料金を含む。)

イ 健康増進法(平成 14 年法律第 103 号)第六条各号に掲げる健康増進事業実施者が行う同法第４条に規定する健康増進事業(健康診査に係るものに限る。以下同じ。)に係る収入金額(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限る。)

ウ 予防接種(予防接種法(昭和 23 年法律第 68 号)第２条第６項に規定する定期の予防接種等その他医療法施行規則第 30 条の 35 の３第１項第２号ロの規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種(平成 29 年厚生労働省告示第 314 号)に規定する予防接種をいう。)に係る収入金額

エ 助産(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く。)に係る収入金額(１の分娩に係る助産に係る収入金額が 50 万円を超えるときは、50 万円を限度とする。)

オ　介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額(租税特別措置法第 26 条第２項第４号に掲げるサービスに係る収入金額を除く。)

カ　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第６条に規定する介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給付費、特例計画相談支援給付費及び基準該当療養介護医療費並びに同法第 77 条及び第 78 条に規定する地域生活支援事業に係る収入金額

キ　児童福祉法第 21 条の５の２に規定する障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費、同法第 24 条の２に規定する障害児入所給付費、同法第 24 条の７に規定する特定入所障害児食費等給付費並びに同法第 24 条の 25 に規定する障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費に係る収入金額

ク　国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額

（９）　当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。

(10)　当該保険医療機関は、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、３の（１）の届出及び区分変更に合わせて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。

２　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の注５及び注６に関する施設基準

以下のいずれかに該当する保険医療機関であること。

（１）　令和８年３月 31 日時点において歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)を届け出ていた保険医療機関

（２）　令和８年度の対象職員（歯科医師及び医師を除く。）の当該評価料を算定する月の基本給等を合計し、当該対象職員を令和６年３月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、５分５厘（看護補助者、事務職員については、８分）に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関又は令和９年度の対象職員（歯科医師及び医師を除く。）の当該評価料を算定する月時点の基本給等を合計し、当該対象患者を令和６年３月時点の給与体系に当てはめた場合と比較した場合に、８分７厘（看護補助者、事務職員については、１割３分７厘）に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関

３　届出に関する事項

（１）　歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添２の様式 96 を用いること。ただし、２の（２）の基準を満たす場合における届出は、追加で別添２の様式 98 を用いること。なお、令和８年度及び令和９年度においてベースアップ評価料の点数構造の変更に伴い、評価区分を見直す必要があるため、新規届出時及び毎年６月１日時点において当該評価料を算定できるよう、地方厚生(支)局長に届け出ること。

（２）　毎年８月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を別添２の様式 100 の別添１により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。また、毎年８月において、算定を行っている年度における賃金改善の取組状況を当該保険医療機関において適切に把握するため、「賃金改善中間報告書」を別添２の様式 100 の別添１により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。

（３） 事業の継続を図るため、対象職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添２の様式 94 により作成し、届け出ること。

なお、年度を超えて対象職員の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(２)の「賃金改善中間報告書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出る必要があること。

（４） 保険医療機関は、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の算定に係る書類(「賃金改善中間報告書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後３年間保管すること。

（５） 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添２の様式 96 の作成に当たって別添２の様式 99 を、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、別添２の様式 100 の別添１の代わりに、別添２の様式 100 の別添２を用いることとする。

第 107　入院ベースアップ評価料

１　入院ベースアップ評価料の施設基準

（１） 医科点数表又は歯科点数表第１章第２部第１節の入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、同部第３節の特定入院料又は同部第４節の短期滞在手術等基本料（短期滞在手術等基本料１を除く。）を算定している保険医療機関であること。

（２） 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)又は歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出を行っており、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の届出を行っていない保険医療機関であること。

（３） 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み（ただし、当該評価料の注５又は注７に定める点数を算定する場合は、それぞれ１から３まで又は注６に定める点数を算定したものとする。）を合算した数に 10 円を乗じた額が、賃金改善算定基礎額未満であること。

（４） 入院ベースアップ評価料の保険医療機関ごとの区分については、当該保険医療機関における賃金改善算定基礎額、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み並びに延べ入院患者数の見込みを用いて次の式により算出した数【C】に基づき、別表５に従い該当する区分を届け出ること。

$$【C】= \frac{\left\{\begin{array}{l}\text{賃金改善算定基礎額－(外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び}\\ \text{歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み)×10 円}\end{array}\right\}}{\text{当該保険医療機関の延べ入院患者数×10 円}}$$

（５） (３)及び(４)について、

賃金改善算定基礎額の算出に用いる対象職員（医師及び歯科医師を除く。）の月額賃金総額は、２の（１）の届出を行う月の直近１月の総額（ただし、届出を行う月の前月に既に当

該年度の賃金改善が開始されている場合は、当該賃金改善を開始する前月の総額）を用いること。ただし、月額賃金とは、基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」という。）及び時間外手当等の月ごとに変動して支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。なお、「月額賃金」には、「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は、含めないものとする。

「常勤及び週 22 時間以上勤務する非常勤の医師及び歯科医師の数」は、２の（１）の届出を行う月の直近３月の期間の各月１日時点における１月あたりの平均の数値を用いること。「外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)により算定される点数の見込み」は、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１の第２章第 14 部第１節「Ｏ００１」外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の（２）から（５）及び「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添２の第２章第 15 部第１節「Ｐ００１」歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の（２）から（５）までに掲げる基本診療料等の算定回数を用いて計算し、２の（１）の届出を行う月の直近３月の期間の１月あたりの平均の数値を用いること。「延べ入院患者数」は、２の（１）の届出を行う月の直近３月の期間の１月あたりの延べ入院患者数の平均の数値を用いること。

また、届け出た時点と比較して、対象職員の数又は「延べ入院患者数」に１割以上の変動があった場合であって、改めて区分を算出した場合に区分の変動がある場合には、算出を行った月内に地方厚生(支)局長に届出を行った上で、翌月から変更後の区分に基づく点数を算定すること。

（６） 当該評価料により得られる収入は、対象職員の基本給等の引上げ(以下「ベア等」という。)及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む)等の増加分に用いること。なお、恒常的に夜間を含む交代制勤務をとっている職場の職員に支払われる夜勤手当については、決まって毎月支払われる手当に準じて基本給等に含めて差し支えない。

ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の増加分に用いた額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合に限り、賞与等の手当など、ベア等以外の方法による賃金改善を行うことが認められる。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。

また、賃金改善の実績については、当該保険医療機関における「令和８年３月又は５月時点の給与体系（令和８年５月までにベースアップ評価料等を届け出ていた保険医療機関にあっては、令和８年度診療報酬改定前のベースアップ評価料等による賃金改善後であって令和８年度診療報酬改定によるベースアップ評価料等による賃金改善前の体系に限る。）を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」との差分により判断すること。なお、賃金改善の実績については、ベースアップ評価料及び看護職員処遇改善評価料について共通のものであること。

ただし、「令和８年３月又は５月時点の給与体系（令和８年５月までにベースアップ評価料等を届け出ていた保険医療機関にあっては、令和８年度診療報酬改定前のベースアップ評価料等による賃金改善後であって令和８年度診療報酬改定によるベースアップ評価料等による賃金改善前の体系に限る。）を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。

また、６月から翌年５月の１年間に算定した当該評価料による収入を、当該年の４月から翌年３月の給与改善に充当することは差し支えない。

（７） 常勤換算２名以上の対象職員が勤務していること。ただし、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては、この限りでない。

（８） 当該保険医療機関において、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額(以下、「社会保険診療等収入金額」という。)の合計額が、総収入の 100 分の 80 を超えること。

ア 社会保険診療(租税特別措置法(昭和 32 年法律第 26 号)第 26 条第２項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。)に係る収入金額(労働者災害補償保険法(昭和 22 年法律第 50 号)に係る患者の診療報酬(当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額(全収入金額のおおむね 100 分の 10 以下の場合をいう。)の場合に限る。)及び保険外併用療養費（健康保険法第 86 条に規定する保険外併用療養費をいう。）を支給された場合に当該療養に関して患者から支払われる料金を含む。）

イ 健康増進法(平成 14 年法律第 103 号)第６条各号に掲げる健康増進事業実施者が行う同法第四条に規定する健康増進事業(健康診査に係るものに限る。以下同じ。)に係る収入金額(当該収入金額が社会保険診療報酬と同一の基準により計算されている場合に限る。）

ウ 予防接種(予防接種法(昭和 23 年法律第 68 号)第３条第６項に規定する定期の予防接種等その他医療法施行規則第 30 条の 35 の３第２項第２号ロの規定に基づき厚生労働大臣が定める予防接種(平成 29 年厚生労働省告示第 314 号)に規定する予防接種をいう。)に係る収入金額

エ 助産(社会保険診療及び健康増進事業に係るものを除く。)に係る収入金額(１の分娩に係る助産に係る収入金額が 50 万円を超えるときは、50 万円を限度とする。）

オ 介護保険法の規定による保険給付に係る収入金額(租税特別措置法第 26 条第２項第４号に掲げるサービスに係る収入金額を除く。）

カ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第６条に規定する介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費、特例訓練等給付費、特定障害者特別給付費、特例特定障害者特別給付費、地域相談支援給付費、特例地域相談支援給付費、計画相談支援給付費、特例計画相談支援給付費及び基準該当療養介護医療費並びに同法第 77 条及び第 78 条に規定する地域生活支援事業に係る収入金額

キ 児童福祉法第 21 条の５の２に規定する障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費、同法第 24 条の２に規定する障害児入所給付費、同法第 24 条の７に規定する特定入所障害児食費等給付費並びに同法第 24 条の 25 に規定する障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費に係る収入金額

ク　国、地方公共団体及び保険者等が交付する補助金等に係る収入金額

（９）　当該保険医療機関は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。

(10)　当該保険医療機関は、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について、２の（１）の届出に合わせて周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。

(11)　過年度において当該評価料を算定している場合、前年度及び当年度に提出が必要な賃金改善実績報告書を適切に提出していること。

２　届出に関する事項

（１）　入院ベースアップ評価料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 97 を用いること。なお、令和８年度及び令和９年度においてベースアップ評価料の点数構造の変更に伴い、評価区分を見直す必要があるため、新規届出時及び毎年６月１日時点において当該評価料を算定できるよう、地方厚生(支)局長に届け出ること。

（２）　毎年８月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を別添２の様式 100 の別添１により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。また、毎年８月において、算定を行っている年度における賃金改善の取組状況を当該保険医療機関において適切に把握するため、「賃金改善中間報告書」を別添２の様式 100 の別添１により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。

（３）　事業の継続を図るため、対象職員の賃金水準(看護職員処遇改善評価料及びベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険医療機関の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添２の様式 94 により作成し、届け出ること。

なお、年度を超えて対象職員の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(２)の「賃金改善中間報告書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出る必要があること。

（４）　保険医療機関は、入院ベースアップ評価料の算定に係る書類(「賃金改善中間報告書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後３年間保管すること。

（５）　法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添２の様式 97 の作成に当たって別添２の様式 99 を、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、別添２の様式 100 の別添１の代わりに、別添２の様式 100 の別添２を用いることとする。

第 108　歯科技工所ベースアップ支援料

１　歯科技工所ベースアップ支援料の施設基準

（１）　歯科技工所に補綴物等の製作等を委託しており、当該歯科技工所の歯科技工士の賃上げ等、補綴物の製作を後方から支援する保険医療機関であること。

（２） 当該保険医療機関は、当該支援料の趣旨を踏まえ、製作等を委託する歯科技工所が当該支援料による賃金改善の意向を有する場合に、当該歯科技工所と連携の上で届出を行うとともに、当該支援料を全て歯科技工所への委託費の増額に充てること。

２　届出に関する事項

（１） 歯科技工所ベースアップ支援料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 101 を用いること。

（２） 毎年８月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため「実績報告書」を別添２の様式 102 の別添１により地方厚生(支)局長に届け出ること。

（３） 保険医療機関は、歯科技工所ベースアップ支援料の算定に係る書類(「実績報告書」等)を、当該支援料を算定する年度の終了後３年間保管すること。

第 109　調剤ベースアップ評価料

１　調剤ベースアップ評価料の施設基準

（１） 調剤基本料に係る届出を実施している保険薬局であること。

（２） 当該保険薬局に勤務する職員(事業主、使用者、開設者、管理者、40 歳以上の薬剤師及び業務委託により勤務する者を除く。以下、この区分において「対象職員」という。)がいること。ただし、他の保険薬局又は事業所を主たる勤務先とし、当該保険薬局における調剤業務等に直接従事していない管理的業務に専従する者（本部職員、エリアマネージャー等）は、対象職員に含めない。

（３） 当該評価料により得られる収入は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下、「基本給等」という。）の引上げ（以下、「ベア等」という。）及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む。)等の増加分に用いること。なお、恒常的に夜間を含む交替制勤務をとっている保険薬局の職員に支払われる夜勤手当については、決まって毎月支払われる手当に準じて基本給等に含めて差し支えない。

ただし、ベア等を実施した保険薬局において、処方箋受付回数の変動等により当該評価料による収入がベア等に用いた額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合に限り、賞与等の手当など、ベア等以外の方法による賃金改善を行うことが認められる。いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させてはならない。

また、賃金改善の実績については、当該保険薬局における「原則として、令和８年３月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」との差分により判断すること。

ただし、「原則として、令和８年３月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする

また、６月から翌年５月の１年間に算定した当該評価料による収入を、当該年の４月から翌年３月の給与改善に充当することは差し支えない。

（４） 当該保険薬局は、当該評価料の趣旨を踏まえ、労働基準法等を遵守すること。

（５） 当該保険薬局は、対象職員に対して、賃金改善を実施する方法等について周知するとともに、就業規則等の内容についても周知すること。また、対象職員から当該評価料に係る賃金改善に関する照会を受けた場合には、当該対象者についての賃金改善の内容について、書面を用いて説明すること等により分かりやすく回答すること。

（６） 店舗販売業を併設している保険薬局においては、当該評価料により得られる収入を保険調剤に従事する職員の賃上げにのみ用いることとし、店舗販売業に従事する職員の賃上げには用いないこと。(３)の賃金の改善の判断にあたり、保険調剤に従事する職員と店舗販売業に従事する職員を明瞭に分けることができない場合には、店舗販売業を併設している保険薬局に勤務する全ての職員の数に当該保険薬局における全ての収入に対する保険調剤による収入の割合を乗じて得た職員の数を用いること。

なお、保険調剤による収入には、診療報酬（保険外併用療養費を除く。）、介護保険、国、地方公共団体、保険者等が交付する補助金等に係るものを含めることとし、労災保険に係るものを除く。

２ 届出に関する事項

（１） 調剤ベースアップ評価料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 103 を用いること。

（２） 毎年８月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため、「賃金改善実績報告書」を別添２の様式 104 の別添１又は２により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。また、毎年８月において、算定を行っている年度における賃金改善の取組状況を当該保険薬局において適切に把握するため、「賃金改善中間報告書」を別添２の様式 104 の別添１又は２により作成し、地方厚生(支)局長に報告すること。

（３） 事業の継続を図るため、対象職員の賃金水準(調剤ベースアップ評価料による賃金改善分を除く。)を引き下げた上で、賃金改善を行う場合には、当該保険薬局の収支状況、賃金水準の引下げの内容等について記載した「特別事情届出書」を、別添２の様式 94 により作成し、届け出ること。なお、年度を超えて対象職員の賃金を引き下げることとなった場合は、次年度に(２)の「賃金改善中間報告書」を提出する際に、「特別事情届出書」を再度届け出る必要があること。

（４） 保険薬局は、調剤ベースアップ評価料の算定に係る書類(「賃金改善実績報告書」等の記載内容の根拠となる資料等)を、当該評価料を算定する年度の終了後３年間保管すること。

（５） 法人内又はグループ内の同一の給与体系に基づく複数の保険薬局において、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、別添２の様式 104 の別添１の代わりに、別添２の様式 104 の別添２を用いることとする。

別表１（看護職員処遇改善評価料において、看護補助者、理学療法士及び作業療法士以外の賃金の改善措置の対象とすることができる対象職種）

ア 視能訓練士
イ 言語聴覚士
ウ 義肢装具士
エ 歯科衛生士
オ 歯科技工士
カ 診療放射線技師
キ 臨床検査技師
ク 臨床工学技士
ケ 管理栄養士
コ 栄養士
サ 精神保健福祉士
シ 社会福祉士
ス 介護福祉士
セ 保育士
ソ 救急救命士
タ あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師
チ 柔道整復師
ツ 公認心理師
テ その他医療サービスを患者に直接提供している職種

別表２

【Ａ】	看護職員処遇改善評価料の区分	点数
1.5 未満	看護職員処遇改善評価料１	１点
1.5 以上 2.5 未満	看護職員処遇改善評価料２	２点
2.5 以上 3.5 未満	看護職員処遇改善評価料３	３点
3.5 以上 4.5 未満	看護職員処遇改善評価料４	４点
4.5 以上 5.5 未満	看護職員処遇改善評価料５	５点
5.5 以上 6.5 未満	看護職員処遇改善評価料６	６点
6.5 以上 7.5 未満	看護職員処遇改善評価料７	７点
7.5 以上 8.5 未満	看護職員処遇改善評価料８	８点
8.5 以上 9.5 未満	看護職員処遇改善評価料９	９点
9.5 以上 10.5 未満	看護職員処遇改善評価料 10	10 点
10.5 以上 11.5 未満	看護職員処遇改善評価料 11	11 点
11.5 以上 12.5 未満	看護職員処遇改善評価料 12	12 点
12.5 以上 13.5 未満	看護職員処遇改善評価料 13	13 点
13.5 以上 14.5 未満	看護職員処遇改善評価料 14	14 点
14.5 以上 15.5 未満	看護職員処遇改善評価料 15	15 点
15.5 以上 16.5 未満	看護職員処遇改善評価料 16	16 点
16.5 以上 17.5 未満	看護職員処遇改善評価料 17	17 点
17.5 以上 18.5 未満	看護職員処遇改善評価料 18	18 点
18.5 以上 19.5 未満	看護職員処遇改善評価料 19	19 点
19.5 以上 20.5 未満	看護職員処遇改善評価料 20	20 点
20.5 以上 21.5 未満	看護職員処遇改善評価料 21	21 点
21.5 以上 22.5 未満	看護職員処遇改善評価料 22	22 点
22.5 以上 23.5 未満	看護職員処遇改善評価料 23	23 点
23.5 以上 24.5 未満	看護職員処遇改善評価料 24	24 点
24.5 以上 25.5 未満	看護職員処遇改善評価料 25	25 点
25.5 以上 26.5 未満	看護職員処遇改善評価料 26	26 点
26.5 以上 27.5 未満	看護職員処遇改善評価料 27	27 点
27.5 以上 28.5 未満	看護職員処遇改善評価料 28	28 点
28.5 以上 29.5 未満	看護職員処遇改善評価料 29	29 点
29.5 以上 30.5 未満	看護職員処遇改善評価料 30	30 点
30.5 以上 31.5 未満	看護職員処遇改善評価料 31	31 点
31.5 以上 32.5 未満	看護職員処遇改善評価料 32	32 点
32.5 以上 33.5 未満	看護職員処遇改善評価料 33	33 点
33.5 以上 34.5 未満	看護職員処遇改善評価料 34	34 点
34.5 以上 35.5 未満	看護職員処遇改善評価料 35	35 点
35.5 以上 36.5 未満	看護職員処遇改善評価料 36	36 点
36.5 以上 37.5 未満	看護職員処遇改善評価料 37	37 点
37.5 以上 38.5 未満	看護職員処遇改善評価料 38	38 点

38.5 以上 39.5 未満	看護職員処遇改善評価料 39	39 点
39.5 以上 40.5 未満	看護職員処遇改善評価料 40	40 点
40.5 以上 41.5 未満	看護職員処遇改善評価料 41	41 点
41.5 以上 42.5 未満	看護職員処遇改善評価料 42	42 点
42.5 以上 43.5 未満	看護職員処遇改善評価料 43	43 点
43.5 以上 44.5 未満	看護職員処遇改善評価料 44	44 点
44.5 以上 45.5 未満	看護職員処遇改善評価料 45	45 点
45.5 以上 46.5 未満	看護職員処遇改善評価料 46	46 点
46.5 以上 47.5 未満	看護職員処遇改善評価料 47	47 点
47.5 以上 48.5 未満	看護職員処遇改善評価料 48	48 点
48.5 以上 49.5 未満	看護職員処遇改善評価料 49	49 点
49.5 以上 50.5 未満	看護職員処遇改善評価料 50	50 点
50.5 以上 51.5 未満	看護職員処遇改善評価料 51	51 点
51.5 以上 52.5 未満	看護職員処遇改善評価料 52	52 点
52.5 以上 53.5 未満	看護職員処遇改善評価料 53	53 点
53.5 以上 54.5 未満	看護職員処遇改善評価料 54	54 点
54.5 以上 55.5 未満	看護職員処遇改善評価料 55	55 点
55.5 以上 56.5 未満	看護職員処遇改善評価料 56	56 点
56.5 以上 57.5 未満	看護職員処遇改善評価料 57	57 点
57.5 以上 58.5 未満	看護職員処遇改善評価料 58	58 点
58.5 以上 59.5 未満	看護職員処遇改善評価料 59	59 点
59.5 以上 60.5 未満	看護職員処遇改善評価料 60	60 点
60.5 以上 61.5 未満	看護職員処遇改善評価料 61	61 点
61.5 以上 62.5 未満	看護職員処遇改善評価料 62	62 点
62.5 以上 63.5 未満	看護職員処遇改善評価料 63	63 点
63.5 以上 64.5 未満	看護職員処遇改善評価料 64	64 点
64.5 以上 65.5 未満	看護職員処遇改善評価料 65	65 点
65.5 以上 66.5 未満	看護職員処遇改善評価料 66	66 点
66.5 以上 67.5 未満	看護職員処遇改善評価料 67	67 点
67.5 以上 68.5 未満	看護職員処遇改善評価料 68	68 点
68.5 以上 69.5 未満	看護職員処遇改善評価料 69	69 点
69.5 以上 70.5 未満	看護職員処遇改善評価料 70	70 点
70.5 以上 71.5 未満	看護職員処遇改善評価料 71	71 点
71.5 以上 72.5 未満	看護職員処遇改善評価料 72	72 点
72.5 以上 73.5 未満	看護職員処遇改善評価料 73	73 点
73.5 以上 74.5 未満	看護職員処遇改善評価料 74	74 点
74.5 以上 75.5 未満	看護職員処遇改善評価料 75	75 点
75.5 以上 76.5 未満	看護職員処遇改善評価料 76	76 点
76.5 以上 77.5 未満	看護職員処遇改善評価料 77	77 点

77.5 以上 78.5 未満	看護職員処遇改善評価料 78	78 点
78.5 以上 79.5 未満	看護職員処遇改善評価料 79	79 点
79.5 以上 80.5 未満	看護職員処遇改善評価料 80	80 点
80.5 以上 81.5 未満	看護職員処遇改善評価料 81	81 点
81.5 以上 82.5 未満	看護職員処遇改善評価料 82	82 点
82.5 以上 83.5 未満	看護職員処遇改善評価料 83	83 点
83.5 以上 84.5 未満	看護職員処遇改善評価料 84	84 点
84.5 以上 85.5 未満	看護職員処遇改善評価料 85	85 点
85.5 以上 86.5 未満	看護職員処遇改善評価料 86	86 点
86.5 以上 87.5 未満	看護職員処遇改善評価料 87	87 点
87.5 以上 88.5 未満	看護職員処遇改善評価料 88	88 点
88.5 以上 89.5 未満	看護職員処遇改善評価料 89	89 点
89.5 以上 90.5 未満	看護職員処遇改善評価料 90	90 点
90.5 以上 91.5 未満	看護職員処遇改善評価料 91	91 点
91.5 以上 92.5 未満	看護職員処遇改善評価料 92	92 点
92.5 以上 93.5 未満	看護職員処遇改善評価料 93	93 点
93.5 以上 94.5 未満	看護職員処遇改善評価料 94	94 点
94.5 以上 95.5 未満	看護職員処遇改善評価料 95	95 点
95.5 以上 96.5 未満	看護職員処遇改善評価料 96	96 点
96.5 以上 97.5 未満	看護職員処遇改善評価料 97	97 点
97.5 以上 98.5 未満	看護職員処遇改善評価料 98	98 点
98.5 以上 99.5 未満	看護職員処遇改善評価料 99	99 点
99.5 以上 100.5 未満	看護職員処遇改善評価料 100	100 点
100.5 以上 101.5 未満	看護職員処遇改善評価料 101	101 点
101.5 以上 102.5 未満	看護職員処遇改善評価料 102	102 点
102.5 以上 103.5 未満	看護職員処遇改善評価料 103	103 点
103.5 以上 104.5 未満	看護職員処遇改善評価料 104	104 点
104.5 以上 105.5 未満	看護職員処遇改善評価料 105	105 点
105.5 以上 106.5 未満	看護職員処遇改善評価料 106	106 点
106.5 以上 107.5 未満	看護職員処遇改善評価料 107	107 点
107.5 以上 108.5 未満	看護職員処遇改善評価料 108	108 点
108.5 以上 109.5 未満	看護職員処遇改善評価料 109	109 点
109.5 以上 110.5 未満	看護職員処遇改善評価料 110	110 点
110.5 以上 111.5 未満	看護職員処遇改善評価料 111	111 点
111.5 以上 112.5 未満	看護職員処遇改善評価料 112	112 点
112.5 以上 113.5 未満	看護職員処遇改善評価料 113	113 点
113.5 以上 114.5 未満	看護職員処遇改善評価料 114	114 点
114.5 以上 115.5 未満	看護職員処遇改善評価料 115	115 点
115.5 以上 116.5 未満	看護職員処遇改善評価料 116	116 点

116.5 以上 117.5 未満	看護職員処遇改善評価料 117	117 点
117.5 以上 118.5 未満	看護職員処遇改善評価料 118	118 点
118.5 以上 119.5 未満	看護職員処遇改善評価料 119	119 点
119.5 以上 120.5 未満	看護職員処遇改善評価料 120	120 点
120.5 以上 121.5 未満	看護職員処遇改善評価料 121	121 点
121.5 以上 122.5 未満	看護職員処遇改善評価料 122	122 点
122.5 以上 123.5 未満	看護職員処遇改善評価料 123	123 点
123.5 以上 124.5 未満	看護職員処遇改善評価料 124	124 点
124.5 以上 125.5 未満	看護職員処遇改善評価料 125	125 点
125.5 以上 126.5 未満	看護職員処遇改善評価料 126	126 点
126.5 以上 127.5 未満	看護職員処遇改善評価料 127	127 点
127.5 以上 128.5 未満	看護職員処遇改善評価料 128	128 点
128.5 以上 129.5 未満	看護職員処遇改善評価料 129	129 点
129.5 以上 130.5 未満	看護職員処遇改善評価料 130	130 点
130.5 以上 131.5 未満	看護職員処遇改善評価料 131	131 点
131.5 以上 132.5 未満	看護職員処遇改善評価料 132	132 点
132.5 以上 133.5 未満	看護職員処遇改善評価料 133	133 点
133.5 以上 134.5 未満	看護職員処遇改善評価料 134	134 点
134.5 以上 135.5 未満	看護職員処遇改善評価料 135	135 点
135.5 以上 136.5 未満	看護職員処遇改善評価料 136	136 点
136.5 以上 137.5 未満	看護職員処遇改善評価料 137	137 点
137.5 以上 138.5 未満	看護職員処遇改善評価料 138	138 点
138.5 以上 139.5 未満	看護職員処遇改善評価料 139	139 点
139.5 以上 140.5 未満	看護職員処遇改善評価料 140	140 点
140.5 以上 141.5 未満	看護職員処遇改善評価料 141	141 点
141.5 以上 142.5 未満	看護職員処遇改善評価料 142	142 点
142.5 以上 143.5 未満	看護職員処遇改善評価料 143	143 点
143.5 以上 144.5 未満	看護職員処遇改善評価料 144	144 点
144.5 以上 147.5 未満	看護職員処遇改善評価料 145	145 点
147.5 以上 155.0 未満	看護職員処遇改善評価料 146	150 点
155.0 以上 165.0 未満	看護職員処遇改善評価料 147	160 点
165.0 以上 175.0 未満	看護職員処遇改善評価料 148	170 点
175.0 以上 185.0 未満	看護職員処遇改善評価料 149	180 点
185.0 以上 195.0 未満	看護職員処遇改善評価料 150	190 点
195.0 以上 205.0 未満	看護職員処遇改善評価料 151	200 点
205.0 以上 215.0 未満	看護職員処遇改善評価料 152	210 点
215.0 以上 225.0 未満	看護職員処遇改善評価料 153	220 点
225.0 以上 235.0 未満	看護職員処遇改善評価料 154	230 点
235.0 以上 245.0 未満	看護職員処遇改善評価料 155	240 点

245.0 以上 255.0 未満	看護職員処遇改善評価料 156	250 点
255.0 以上 265.0 未満	看護職員処遇改善評価料 157	260 点
265.0 以上 275.0 未満	看護職員処遇改善評価料 158	270 点
275.0 以上 285.0 未満	看護職員処遇改善評価料 159	280 点
285.0 以上 295.0 未満	看護職員処遇改善評価料 160	290 点
295.0 以上 305.0 未満	看護職員処遇改善評価料 161	300 点
305.0 以上 315.0 未満	看護職員処遇改善評価料 162	310 点
315.0 以上 325.0 未満	看護職員処遇改善評価料 163	320 点
325.0 以上 335.0 未満	看護職員処遇改善評価料 164	330 点
335.0 以上	看護職員処遇改善評価料 165	340 点

別表３　賃金改善算定基礎額の算出に用いる数

職種ごとの基礎額	算定期間ごとの「別表３に定める数」	
	令和８年６月～令和９年５月	令和９年６月～
対象職員（医師、歯科医師、看護補助者及び事務職員を除く。）の月額賃金総額	1.29×3.2%	1.29×6.4%
看護補助者及び事務職員の月額賃金総額	1.29×5.7%	1.29×11.4%
常勤の医師及び歯科医師（事業主及び役員を除く。）の数	27,021 円／人	54,042 円／人
週 22 時間以上勤務する非常勤の医師及び歯科医師（事業主及び役員を除く。）の数	9,244 円／人	18,487 円／人

別表４

【Ｂ】	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)の区分	点数(イ)	点数(ロ)
０を超える	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)１及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)１	８点	１点
1.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)２及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)２	16 点	２点
2.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)３及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)３	24 点	３点
3.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)４及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)４	32 点	４点
4.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)５及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)５	40 点	５点
5.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)６及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)６	48 点	６点
6.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)７及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)７	56 点	７点
7.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)８及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)８	64 点	８点
8.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)９及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)９	72 点	９点
9.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)10 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)10	80 点	10 点
10.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)11 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)11	88 点	11 点
11.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)12 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)12	96 点	12 点
12.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)13 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)13	104 点	13 点
13.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)14 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)14	112 点	14 点
14.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)15 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)15	120 点	15 点
15.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)16 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)16	128 点	16 点
16.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)17 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)17	136 点	17 点
17.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)18 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)18	144 点	18 点

18.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)19 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)19	152 点	19 点
19.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)20 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)20	160 点	20 点
20.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)21 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)21	168 点	21 点
21.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)22 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)22	176 点	22 点
22.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)23 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)23	184 点	23 点
23.5 以上	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)24 及び 歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)24	192 点	24 点

別表５

【Ｃ】	入院ベースアップ評価料の区分	点数
０を超え 1.5 未満	入院ベースアップ評価料１	１点
1.5 以上 2.5 未満	入院ベースアップ評価料２	２点
2.5 以上 3.5 未満	入院ベースアップ評価料３	３点
3.5 以上 4.5 未満	入院ベースアップ評価料４	４点
4.5 以上 5.5 未満	入院ベースアップ評価料５	５点
5.5 以上 6.5 未満	入院ベースアップ評価料６	６点
6.5 以上 7.5 未満	入院ベースアップ評価料７	７点
7.5 以上 8.5 未満	入院ベースアップ評価料８	８点
8.5 以上 9.5 未満	入院ベースアップ評価料９	９点
9.5 以上 10.5 未満	入院ベースアップ評価料 10	10 点
10.5 以上 11.5 未満	入院ベースアップ評価料 11	11 点
11.5 以上 12.5 未満	入院ベースアップ評価料 12	12 点
12.5 以上 13.5 未満	入院ベースアップ評価料 13	13 点
13.5 以上 14.5 未満	入院ベースアップ評価料 14	14 点
14.5 以上 15.5 未満	入院ベースアップ評価料 15	15 点
15.5 以上 16.5 未満	入院ベースアップ評価料 16	16 点
16.5 以上 17.5 未満	入院ベースアップ評価料 17	17 点
17.5 以上 18.5 未満	入院ベースアップ評価料 18	18 点
18.5 以上 19.5 未満	入院ベースアップ評価料 19	19 点
19.5 以上 20.5 未満	入院ベースアップ評価料 20	20 点
20.5 以上 21.5 未満	入院ベースアップ評価料 21	21 点
21.5 以上 22.5 未満	入院ベースアップ評価料 22	22 点
22.5 以上 23.5 未満	入院ベースアップ評価料 23	23 点
23.5 以上 24.5 未満	入院ベースアップ評価料 24	24 点

24.5 以上 25.5 未満	入院ベースアップ評価料 25	25 点
25.5 以上 26.5 未満	入院ベースアップ評価料 26	26 点
26.5 以上 27.5 未満	入院ベースアップ評価料 27	27 点
27.5 以上 28.5 未満	入院ベースアップ評価料 28	28 点
28.5 以上 29.5 未満	入院ベースアップ評価料 29	29 点
29.5 以上 30.5 未満	入院ベースアップ評価料 30	30 点
30.5 以上 31.5 未満	入院ベースアップ評価料 31	31 点
31.5 以上 32.5 未満	入院ベースアップ評価料 32	32 点
32.5 以上 33.5 未満	入院ベースアップ評価料 33	33 点
33.5 以上 34.5 未満	入院ベースアップ評価料 34	34 点
34.5 以上 35.5 未満	入院ベースアップ評価料 35	35 点
35.5 以上 36.5 未満	入院ベースアップ評価料 36	36 点
36.5 以上 37.5 未満	入院ベースアップ評価料 37	37 点
37.5 以上 38.5 未満	入院ベースアップ評価料 38	38 点
38.5 以上 39.5 未満	入院ベースアップ評価料 39	39 点
39.5 以上 40.5 未満	入院ベースアップ評価料 40	40 点
40.5 以上 41.5 未満	入院ベースアップ評価料 41	41 点
41.5 以上 42.5 未満	入院ベースアップ評価料 42	42 点
42.5 以上 43.5 未満	入院ベースアップ評価料 43	43 点
43.5 以上 44.5 未満	入院ベースアップ評価料 44	44 点
44.5 以上 45.5 未満	入院ベースアップ評価料 45	45 点
45.5 以上 46.5 未満	入院ベースアップ評価料 46	46 点
46.5 以上 47.5 未満	入院ベースアップ評価料 47	47 点
47.5 以上 48.5 未満	入院ベースアップ評価料 48	48 点
48.5 以上 49.5 未満	入院ベースアップ評価料 49	49 点
49.5 以上 50.5 未満	入院ベースアップ評価料 50	50 点
50.5 以上 51.5 未満	入院ベースアップ評価料 51	51 点
51.5 以上 52.5 未満	入院ベースアップ評価料 52	52 点
52.5 以上 53.5 未満	入院ベースアップ評価料 53	53 点
53.5 以上 54.5 未満	入院ベースアップ評価料 54	54 点
54.5 以上 55.5 未満	入院ベースアップ評価料 55	55 点
55.5 以上 56.5 未満	入院ベースアップ評価料 56	56 点
56.5 以上 57.5 未満	入院ベースアップ評価料 57	57 点
57.5 以上 58.5 未満	入院ベースアップ評価料 58	58 点
58.5 以上 59.5 未満	入院ベースアップ評価料 59	59 点
59.5 以上 60.5 未満	入院ベースアップ評価料 60	60 点
60.5 以上 61.5 未満	入院ベースアップ評価料 61	61 点
61.5 以上 62.5 未満	入院ベースアップ評価料 62	62 点
62.5 以上 63.5 未満	入院ベースアップ評価料 63	63 点

63.5 以上 64.5 未満	入院ベースアップ評価料 64	64 点
64.5 以上 65.5 未満	入院ベースアップ評価料 65	65 点
65.5 以上 66.5 未満	入院ベースアップ評価料 66	66 点
66.5 以上 67.5 未満	入院ベースアップ評価料 67	67 点
67.5 以上 68.5 未満	入院ベースアップ評価料 68	68 点
68.5 以上 69.5 未満	入院ベースアップ評価料 69	69 点
69.5 以上 70.5 未満	入院ベースアップ評価料 70	70 点
70.5 以上 71.5 未満	入院ベースアップ評価料 71	71 点
71.5 以上 72.5 未満	入院ベースアップ評価料 72	72 点
72.5 以上 73.5 未満	入院ベースアップ評価料 73	73 点
73.5 以上 74.5 未満	入院ベースアップ評価料 74	74 点
74.5 以上 75.5 未満	入院ベースアップ評価料 75	75 点
75.5 以上 76.5 未満	入院ベースアップ評価料 76	76 点
76.5 以上 77.5 未満	入院ベースアップ評価料 77	77 点
77.5 以上 78.5 未満	入院ベースアップ評価料 78	78 点
78.5 以上 79.5 未満	入院ベースアップ評価料 79	79 点
79.5 以上 80.5 未満	入院ベースアップ評価料 80	80 点
80.5 以上 81.5 未満	入院ベースアップ評価料 81	81 点
81.5 以上 82.5 未満	入院ベースアップ評価料 82	82 点
82.5 以上 83.5 未満	入院ベースアップ評価料 83	83 点
83.5 以上 84.5 未満	入院ベースアップ評価料 84	84 点
84.5 以上 85.5 未満	入院ベースアップ評価料 85	85 点
85.5 以上 86.5 未満	入院ベースアップ評価料 86	86 点
86.5 以上 87.5 未満	入院ベースアップ評価料 87	87 点
87.5 以上 88.5 未満	入院ベースアップ評価料 88	88 点
88.5 以上 89.5 未満	入院ベースアップ評価料 89	89 点
89.5 以上 90.5 未満	入院ベースアップ評価料 90	90 点
90.5 以上 91.5 未満	入院ベースアップ評価料 91	91 点
91.5 以上 92.5 未満	入院ベースアップ評価料 92	92 点
92.5 以上 93.5 未満	入院ベースアップ評価料 93	93 点
93.5 以上 94.5 未満	入院ベースアップ評価料 94	94 点
94.5 以上 95.5 未満	入院ベースアップ評価料 95	95 点
95.5 以上 96.5 未満	入院ベースアップ評価料 96	96 点
96.5 以上 97.5 未満	入院ベースアップ評価料 97	97 点
97.5 以上 98.5 未満	入院ベースアップ評価料 98	98 点
98.5 以上 99.5 未満	入院ベースアップ評価料 99	99 点
99.5 以上 100.5 未満	入院ベースアップ評価料 100	100 点
100.5 以上 101.5 未満	入院ベースアップ評価料 101	101 点
101.5 以上 102.5 未満	入院ベースアップ評価料 102	102 点

102.5 以上 103.5 未満	入院ベースアップ評価料 103	103 点
103.5 以上 104.5 未満	入院ベースアップ評価料 104	104 点
104.5 以上 105.5 未満	入院ベースアップ評価料 105	105 点
105.5 以上 106.5 未満	入院ベースアップ評価料 106	106 点
106.5 以上 107.5 未満	入院ベースアップ評価料 107	107 点
107.5 以上 108.5 未満	入院ベースアップ評価料 108	108 点
108.5 以上 109.5 未満	入院ベースアップ評価料 109	109 点
109.5 以上 110.5 未満	入院ベースアップ評価料 110	110 点
110.5 以上 111.5 未満	入院ベースアップ評価料 111	111 点
111.5 以上 112.5 未満	入院ベースアップ評価料 112	112 点
112.5 以上 113.5 未満	入院ベースアップ評価料 113	113 点
113.5 以上 114.5 未満	入院ベースアップ評価料 114	114 点
114.5 以上 115.5 未満	入院ベースアップ評価料 115	115 点
115.5 以上 116.5 未満	入院ベースアップ評価料 116	116 点
116.5 以上 117.5 未満	入院ベースアップ評価料 117	117 点
117.5 以上 118.5 未満	入院ベースアップ評価料 118	118 点
118.5 以上 119.5 未満	入院ベースアップ評価料 119	119 点
119.5 以上 120.5 未満	入院ベースアップ評価料 120	120 点
120.5 以上 121.5 未満	入院ベースアップ評価料 121	121 点
121.5 以上 122.5 未満	入院ベースアップ評価料 122	122 点
122.5 以上 123.5 未満	入院ベースアップ評価料 123	123 点
123.5 以上 124.5 未満	入院ベースアップ評価料 124	124 点
124.5 以上 125.5 未満	入院ベースアップ評価料 125	125 点
125.5 以上 126.5 未満	入院ベースアップ評価料 126	126 点
126.5 以上 127.5 未満	入院ベースアップ評価料 127	127 点
127.5 以上 128.5 未満	入院ベースアップ評価料 128	128 点
128.5 以上 129.5 未満	入院ベースアップ評価料 129	129 点
129.5 以上 130.5 未満	入院ベースアップ評価料 130	130 点
130.5 以上 131.5 未満	入院ベースアップ評価料 131	131 点
131.5 以上 132.5 未満	入院ベースアップ評価料 132	132 点
132.5 以上 133.5 未満	入院ベースアップ評価料 133	133 点
133.5 以上 134.5 未満	入院ベースアップ評価料 134	134 点
134.5 以上 135.5 未満	入院ベースアップ評価料 135	135 点
135.5 以上 136.5 未満	入院ベースアップ評価料 136	136 点
136.5 以上 137.5 未満	入院ベースアップ評価料 137	137 点
137.5 以上 138.5 未満	入院ベースアップ評価料 138	138 点
138.5 以上 139.5 未満	入院ベースアップ評価料 139	139 点
139.5 以上 140.5 未満	入院ベースアップ評価料 140	140 点
140.5 以上 141.5 未満	入院ベースアップ評価料 141	141 点

141.5 以上 142.5 未満	入院ベースアップ評価料 142	142 点
142.5 以上 143.5 未満	入院ベースアップ評価料 143	143 点
143.5 以上 144.5 未満	入院ベースアップ評価料 144	144 点
144.5 以上 145.5 未満	入院ベースアップ評価料 145	145 点
145.5 以上 146.5 未満	入院ベースアップ評価料 146	146 点
146.5 以上 147.5 未満	入院ベースアップ評価料 147	147 点
147.5 以上 148.5 未満	入院ベースアップ評価料 148	148 点
148.5 以上 149.5 未満	入院ベースアップ評価料 149	149 点
149.5 以上 150.5 未満	入院ベースアップ評価料 150	150 点
150.5 以上 151.5 未満	入院ベースアップ評価料 151	151 点
151.5 以上 152.5 未満	入院ベースアップ評価料 152	152 点
152.5 以上 153.5 未満	入院ベースアップ評価料 153	153 点
153.5 以上 154.5 未満	入院ベースアップ評価料 154	154 点
154.5 以上 155.5 未満	入院ベースアップ評価料 155	155 点
155.5 以上 156.5 未満	入院ベースアップ評価料 156	156 点
156.5 以上 157.5 未満	入院ベースアップ評価料 157	157 点
157.5 以上 158.5 未満	入院ベースアップ評価料 158	158 点
158.5 以上 159.5 未満	入院ベースアップ評価料 159	159 点
159.5 以上 160.5 未満	入院ベースアップ評価料 160	160 点
160.5 以上 161.5 未満	入院ベースアップ評価料 161	161 点
161.5 以上 162.5 未満	入院ベースアップ評価料 162	162 点
162.5 以上 163.5 未満	入院ベースアップ評価料 163	163 点
163.5 以上 164.5 未満	入院ベースアップ評価料 164	164 点
164.5 以上 165.5 未満	入院ベースアップ評価料 165	165 点
165.5 以上 166.5 未満	入院ベースアップ評価料 166	166 点
166.5 以上 167.5 未満	入院ベースアップ評価料 167	167 点
167.5 以上 168.5 未満	入院ベースアップ評価料 168	168 点
168.5 以上 169.5 未満	入院ベースアップ評価料 169	169 点
169.5 以上 170.5 未満	入院ベースアップ評価料 170	170 点
170.5 以上 171.5 未満	入院ベースアップ評価料 171	171 点
171.5 以上 172.5 未満	入院ベースアップ評価料 172	172 点
172.5 以上 173.5 未満	入院ベースアップ評価料 173	173 点
173.5 以上 174.5 未満	入院ベースアップ評価料 174	174 点
174.5 以上 175.5 未満	入院ベースアップ評価料 175	175 点
175.5 以上 176.5 未満	入院ベースアップ評価料 176	176 点
176.5 以上 177.5 未満	入院ベースアップ評価料 177	177 点
177.5 以上 178.5 未満	入院ベースアップ評価料 178	178 点
178.5 以上 179.5 未満	入院ベースアップ評価料 179	179 点
179.5 以上 180.5 未満	入院ベースアップ評価料 180	180 点

180.5 以上 181.5 未満	入院ベースアップ評価料 181	181 点
181.5 以上 182.5 未満	入院ベースアップ評価料 182	182 点
182.5 以上 183.5 未満	入院ベースアップ評価料 183	183 点
183.5 以上 184.5 未満	入院ベースアップ評価料 184	184 点
184.5 以上 185.5 未満	入院ベースアップ評価料 185	185 点
185.5 以上 186.5 未満	入院ベースアップ評価料 186	186 点
186.5 以上 187.5 未満	入院ベースアップ評価料 187	187 点
187.5 以上 188.5 未満	入院ベースアップ評価料 188	188 点
188.5 以上 189.5 未満	入院ベースアップ評価料 189	189 点
189.5 以上 190.5 未満	入院ベースアップ評価料 190	190 点
190.5 以上 191.5 未満	入院ベースアップ評価料 191	191 点
191.5 以上 192.5 未満	入院ベースアップ評価料 192	192 点
192.5 以上 193.5 未満	入院ベースアップ評価料 193	193 点
193.5 以上 194.5 未満	入院ベースアップ評価料 194	194 点
194.5 以上 195.5 未満	入院ベースアップ評価料 195	195 点
195.5 以上 196.5 未満	入院ベースアップ評価料 196	196 点
196.5 以上 197.5 未満	入院ベースアップ評価料 197	197 点
197.5 以上 198.5 未満	入院ベースアップ評価料 198	198 点
198.5 以上 199.5 未満	入院ベースアップ評価料 199	199 点
199.5 以上 200.5 未満	入院ベースアップ評価料 200	200 点
200.5 以上 201.5 未満	入院ベースアップ評価料 201	201 点
201.5 以上 202.5 未満	入院ベースアップ評価料 202	202 点
202.5 以上 203.5 未満	入院ベースアップ評価料 203	203 点
203.5 以上 204.5 未満	入院ベースアップ評価料 204	204 点
204.5 以上 205.5 未満	入院ベースアップ評価料 205	205 点
205.5 以上 206.5 未満	入院ベースアップ評価料 206	206 点
206.5 以上 207.5 未満	入院ベースアップ評価料 207	207 点
207.5 以上 208.5 未満	入院ベースアップ評価料 208	208 点
208.5 以上 209.5 未満	入院ベースアップ評価料 209	209 点
209.5 以上 210.5 未満	入院ベースアップ評価料 210	210 点
210.5 以上 211.5 未満	入院ベースアップ評価料 211	211 点
211.5 以上 212.5 未満	入院ベースアップ評価料 212	212 点
212.5 以上 213.5 未満	入院ベースアップ評価料 213	213 点
213.5 以上 214.5 未満	入院ベースアップ評価料 214	214 点
214.5 以上 215.5 未満	入院ベースアップ評価料 215	215 点
215.5 以上 216.5 未満	入院ベースアップ評価料 216	216 点
216.5 以上 217.5 未満	入院ベースアップ評価料 217	217 点
217.5 以上 218.5 未満	入院ベースアップ評価料 218	218 点
218.5 以上 219.5 未満	入院ベースアップ評価料 219	219 点

219.5 以上 220.5 未満	入院ベースアップ評価料 220	220 点
220.5 以上 221.5 未満	入院ベースアップ評価料 221	221 点
221.5 以上 222.5 未満	入院ベースアップ評価料 222	222 点
222.5 以上 223.5 未満	入院ベースアップ評価料 223	223 点
223.5 以上 224.5 未満	入院ベースアップ評価料 224	224 点
224.5 以上 225.5 未満	入院ベースアップ評価料 225	225 点
225.5 以上 226.5 未満	入院ベースアップ評価料 226	226 点
226.5 以上 227.5 未満	入院ベースアップ評価料 227	227 点
227.5 以上 228.5 未満	入院ベースアップ評価料 228	228 点
228.5 以上 229.5 未満	入院ベースアップ評価料 229	229 点
229.5 以上 230.5 未満	入院ベースアップ評価料 230	230 点
230.5 以上 231.5 未満	入院ベースアップ評価料 231	231 点
231.5 以上 232.5 未満	入院ベースアップ評価料 232	232 点
232.5 以上 233.5 未満	入院ベースアップ評価料 233	233 点
233.5 以上 234.5 未満	入院ベースアップ評価料 234	234 点
234.5 以上 235.5 未満	入院ベースアップ評価料 235	235 点
235.5 以上 236.5 未満	入院ベースアップ評価料 236	236 点
236.5 以上 237.5 未満	入院ベースアップ評価料 237	237 点
237.5 以上 238.5 未満	入院ベースアップ評価料 238	238 点
238.5 以上 239.5 未満	入院ベースアップ評価料 239	239 点
239.5 以上 240.5 未満	入院ベースアップ評価料 240	240 点
240.5 以上 241.5 未満	入院ベースアップ評価料 241	241 点
241.5 以上 242.5 未満	入院ベースアップ評価料 242	242 点
242.5 以上 243.5 未満	入院ベースアップ評価料 243	243 点
243.5 以上 244.5 未満	入院ベースアップ評価料 244	244 点
244.5 以上 245.5 未満	入院ベースアップ評価料 245	245 点
245.5 以上 246.5 未満	入院ベースアップ評価料 246	246 点
246.5 以上 247.5 未満	入院ベースアップ評価料 247	247 点
247.5 以上 248.5 未満	入院ベースアップ評価料 248	248 点
248.5 以上 249.5 未満	入院ベースアップ評価料 249	249 点
249.5 以上 250.5 未満 （令和９年５月までは、249.5 以上）	入院ベースアップ評価料 250	250 点
250.5 以上 251.5 未満	入院ベースアップ評価料 251	251 点
251.5 以上 252.5 未満	入院ベースアップ評価料 252	252 点
252.5 以上 253.5 未満	入院ベースアップ評価料 253	253 点
253.5 以上 254.5 未満	入院ベースアップ評価料 254	254 点
254.5 以上 255.5 未満	入院ベースアップ評価料 255	255 点
255.5 以上 256.5 未満	入院ベースアップ評価料 256	256 点
256.5 以上 257.5 未満	入院ベースアップ評価料 257	257 点

257.5 以上 258.5 未満	入院ベースアップ評価料 258	258 点
258.5 以上 259.5 未満	入院ベースアップ評価料 259	259 点
259.5 以上 260.5 未満	入院ベースアップ評価料 260	260 点
260.5 以上 261.5 未満	入院ベースアップ評価料 261	261 点
261.5 以上 262.5 未満	入院ベースアップ評価料 262	262 点
262.5 以上 263.5 未満	入院ベースアップ評価料 263	263 点
263.5 以上 264.5 未満	入院ベースアップ評価料 264	264 点
264.5 以上 265.5 未満	入院ベースアップ評価料 265	265 点
265.5 以上 266.5 未満	入院ベースアップ評価料 266	266 点
266.5 以上 267.5 未満	入院ベースアップ評価料 267	267 点
267.5 以上 268.5 未満	入院ベースアップ評価料 268	268 点
268.5 以上 269.5 未満	入院ベースアップ評価料 269	269 点
269.5 以上 270.5 未満	入院ベースアップ評価料 270	270 点
270.5 以上 271.5 未満	入院ベースアップ評価料 271	271 点
271.5 以上 272.5 未満	入院ベースアップ評価料 272	272 点
272.5 以上 273.5 未満	入院ベースアップ評価料 273	273 点
273.5 以上 274.5 未満	入院ベースアップ評価料 274	274 点
274.5 以上 275.5 未満	入院ベースアップ評価料 275	275 点
275.5 以上 276.5 未満	入院ベースアップ評価料 276	276 点
276.5 以上 277.5 未満	入院ベースアップ評価料 277	277 点
277.5 以上 278.5 未満	入院ベースアップ評価料 278	278 点
278.5 以上 279.5 未満	入院ベースアップ評価料 279	279 点
279.5 以上 280.5 未満	入院ベースアップ評価料 280	280 点
280.5 以上 281.5 未満	入院ベースアップ評価料 281	281 点
281.5 以上 282.5 未満	入院ベースアップ評価料 282	282 点
282.5 以上 283.5 未満	入院ベースアップ評価料 283	283 点
283.5 以上 284.5 未満	入院ベースアップ評価料 284	284 点
284.5 以上 285.5 未満	入院ベースアップ評価料 285	285 点
285.5 以上 286.5 未満	入院ベースアップ評価料 286	286 点
286.5 以上 287.5 未満	入院ベースアップ評価料 287	287 点
287.5 以上 288.5 未満	入院ベースアップ評価料 288	288 点
288.5 以上 289.5 未満	入院ベースアップ評価料 289	289 点
289.5 以上 290.5 未満	入院ベースアップ評価料 290	290 点
290.5 以上 291.5 未満	入院ベースアップ評価料 291	291 点
291.5 以上 292.5 未満	入院ベースアップ評価料 292	292 点
292.5 以上 293.5 未満	入院ベースアップ評価料 293	293 点
293.5 以上 294.5 未満	入院ベースアップ評価料 294	294 点
294.5 以上 295.5 未満	入院ベースアップ評価料 295	295 点
295.5 以上 296.5 未満	入院ベースアップ評価料 296	296 点

296.5 以上 297.5 未満	入院ベースアップ評価料 297	297 点
297.5 以上 298.5 未満	入院ベースアップ評価料 298	298 点
298.5 以上 299.5 未満	入院ベースアップ評価料 299	299 点
299.5 以上 300.5 未満	入院ベースアップ評価料 300	300 点
300.5 以上 301.5 未満	入院ベースアップ評価料 301	301 点
301.5 以上 302.5 未満	入院ベースアップ評価料 302	302 点
302.5 以上 303.5 未満	入院ベースアップ評価料 303	303 点
303.5 以上 304.5 未満	入院ベースアップ評価料 304	304 点
304.5 以上 305.5 未満	入院ベースアップ評価料 305	305 点
305.5 以上 306.5 未満	入院ベースアップ評価料 306	306 点
306.5 以上 307.5 未満	入院ベースアップ評価料 307	307 点
307.5 以上 308.5 未満	入院ベースアップ評価料 308	308 点
308.5 以上 309.5 未満	入院ベースアップ評価料 309	309 点
309.5 以上 310.5 未満	入院ベースアップ評価料 310	310 点
310.5 以上 311.5 未満	入院ベースアップ評価料 311	311 点
311.5 以上 312.5 未満	入院ベースアップ評価料 312	312 点
312.5 以上 313.5 未満	入院ベースアップ評価料 313	313 点
313.5 以上 314.5 未満	入院ベースアップ評価料 314	314 点
314.5 以上 315.5 未満	入院ベースアップ評価料 315	315 点
315.5 以上 316.5 未満	入院ベースアップ評価料 316	316 点
316.5 以上 317.5 未満	入院ベースアップ評価料 317	317 点
317.5 以上 318.5 未満	入院ベースアップ評価料 318	318 点
318.5 以上 319.5 未満	入院ベースアップ評価料 319	319 点
319.5 以上 320.5 未満	入院ベースアップ評価料 320	320 点
320.5 以上 321.5 未満	入院ベースアップ評価料 321	321 点
321.5 以上 322.5 未満	入院ベースアップ評価料 322	322 点
322.5 以上 323.5 未満	入院ベースアップ評価料 323	323 点
323.5 以上 324.5 未満	入院ベースアップ評価料 324	324 点
324.5 以上 325.5 未満	入院ベースアップ評価料 325	325 点
325.5 以上 326.5 未満	入院ベースアップ評価料 326	326 点
326.5 以上 327.5 未満	入院ベースアップ評価料 327	327 点
327.5 以上 328.5 未満	入院ベースアップ評価料 328	328 点
328.5 以上 329.5 未満	入院ベースアップ評価料 329	329 点
329.5 以上 330.5 未満	入院ベースアップ評価料 330	330 点
330.5 以上 331.5 未満	入院ベースアップ評価料 331	331 点
331.5 以上 332.5 未満	入院ベースアップ評価料 332	332 点
332.5 以上 333.5 未満	入院ベースアップ評価料 333	333 点
333.5 以上 334.5 未満	入院ベースアップ評価料 334	334 点
334.5 以上 335.5 未満	入院ベースアップ評価料 335	335 点

335.5 以上 336.5 未満	入院ベースアップ評価料 336	336 点
336.5 以上 337.5 未満	入院ベースアップ評価料 337	337 点
337.5 以上 338.5 未満	入院ベースアップ評価料 338	338 点
338.5 以上 339.5 未満	入院ベースアップ評価料 339	339 点
339.5 以上 340.5 未満	入院ベースアップ評価料 340	340 点
340.5 以上 341.5 未満	入院ベースアップ評価料 341	341 点
341.5 以上 342.5 未満	入院ベースアップ評価料 342	342 点
342.5 以上 343.5 未満	入院ベースアップ評価料 343	343 点
343.5 以上 344.5 未満	入院ベースアップ評価料 344	344 点
344.5 以上 345.5 未満	入院ベースアップ評価料 345	345 点
345.5 以上 346.5 未満	入院ベースアップ評価料 346	346 点
346.5 以上 347.5 未満	入院ベースアップ評価料 347	347 点
347.5 以上 348.5 未満	入院ベースアップ評価料 348	348 点
348.5 以上 349.5 未満	入院ベースアップ評価料 349	349 点
349.5 以上 350.5 未満	入院ベースアップ評価料 350	350 点
350.5 以上 351.5 未満	入院ベースアップ評価料 351	351 点
351.5 以上 352.5 未満	入院ベースアップ評価料 352	352 点
352.5 以上 353.5 未満	入院ベースアップ評価料 353	353 点
353.5 以上 354.5 未満	入院ベースアップ評価料 354	354 点
354.5 以上 355.5 未満	入院ベースアップ評価料 355	355 点
355.5 以上 356.5 未満	入院ベースアップ評価料 356	356 点
356.5 以上 357.5 未満	入院ベースアップ評価料 357	357 点
357.5 以上 358.5 未満	入院ベースアップ評価料 358	358 点
358.5 以上 359.5 未満	入院ベースアップ評価料 359	359 点
359.5 以上 360.5 未満	入院ベースアップ評価料 360	360 点
360.5 以上 361.5 未満	入院ベースアップ評価料 361	361 点
361.5 以上 362.5 未満	入院ベースアップ評価料 362	362 点
362.5 以上 363.5 未満	入院ベースアップ評価料 363	363 点
363.5 以上 364.5 未満	入院ベースアップ評価料 364	364 点
364.5 以上 365.5 未満	入院ベースアップ評価料 365	365 点
365.5 以上 366.5 未満	入院ベースアップ評価料 366	366 点
366.5 以上 367.5 未満	入院ベースアップ評価料 367	367 点
367.5 以上 368.5 未満	入院ベースアップ評価料 368	368 点
368.5 以上 369.5 未満	入院ベースアップ評価料 369	369 点
369.5 以上 370.5 未満	入院ベースアップ評価料 370	370 点
370.5 以上 371.5 未満	入院ベースアップ評価料 371	371 点
371.5 以上 372.5 未満	入院ベースアップ評価料 372	372 点
372.5 以上 373.5 未満	入院ベースアップ評価料 373	373 点
373.5 以上 374.5 未満	入院ベースアップ評価料 374	374 点

374.5 以上 375.5 未満	入院ベースアップ評価料 375	375 点
375.5 以上 376.5 未満	入院ベースアップ評価料 376	376 点
376.5 以上 377.5 未満	入院ベースアップ評価料 377	377 点
377.5 以上 378.5 未満	入院ベースアップ評価料 378	378 点
378.5 以上 379.5 未満	入院ベースアップ評価料 379	379 点
379.5 以上 380.5 未満	入院ベースアップ評価料 380	380 点
380.5 以上 381.5 未満	入院ベースアップ評価料 381	381 点
381.5 以上 382.5 未満	入院ベースアップ評価料 382	382 点
382.5 以上 383.5 未満	入院ベースアップ評価料 383	383 点
383.5 以上 384.5 未満	入院ベースアップ評価料 384	384 点
384.5 以上 385.5 未満	入院ベースアップ評価料 385	385 点
385.5 以上 386.5 未満	入院ベースアップ評価料 386	386 点
386.5 以上 387.5 未満	入院ベースアップ評価料 387	387 点
387.5 以上 388.5 未満	入院ベースアップ評価料 388	388 点
388.5 以上 389.5 未満	入院ベースアップ評価料 389	389 点
389.5 以上 390.5 未満	入院ベースアップ評価料 390	390 点
390.5 以上 391.5 未満	入院ベースアップ評価料 391	391 点
391.5 以上 392.5 未満	入院ベースアップ評価料 392	392 点
392.5 以上 393.5 未満	入院ベースアップ評価料 393	393 点
393.5 以上 394.5 未満	入院ベースアップ評価料 394	394 点
394.5 以上 395.5 未満	入院ベースアップ評価料 395	395 点
395.5 以上 396.5 未満	入院ベースアップ評価料 396	396 点
396.5 以上 397.5 未満	入院ベースアップ評価料 397	397 点
397.5 以上 398.5 未満	入院ベースアップ評価料 398	398 点
398.5 以上 399.5 未満	入院ベースアップ評価料 399	399 点
399.5 以上 400.5 未満	入院ベースアップ評価料 400	400 点
400.5 以上 401.5 未満	入院ベースアップ評価料 401	401 点
401.5 以上 402.5 未満	入院ベースアップ評価料 402	402 点
402.5 以上 403.5 未満	入院ベースアップ評価料 403	403 点
403.5 以上 404.5 未満	入院ベースアップ評価料 404	404 点
404.5 以上 405.5 未満	入院ベースアップ評価料 405	405 点
405.5 以上 406.5 未満	入院ベースアップ評価料 406	406 点
406.5 以上 407.5 未満	入院ベースアップ評価料 407	407 点
407.5 以上 408.5 未満	入院ベースアップ評価料 408	408 点
408.5 以上 409.5 未満	入院ベースアップ評価料 409	409 点
409.5 以上 410.5 未満	入院ベースアップ評価料 410	410 点
410.5 以上 411.5 未満	入院ベースアップ評価料 411	411 点
411.5 以上 412.5 未満	入院ベースアップ評価料 412	412 点
412.5 以上 413.5 未満	入院ベースアップ評価料 413	413 点

413.5 以上 414.5 未満	入院ベースアップ評価料 414	414 点
414.5 以上 415.5 未満	入院ベースアップ評価料 415	415 点
415.5 以上 416.5 未満	入院ベースアップ評価料 416	416 点
416.5 以上 417.5 未満	入院ベースアップ評価料 417	417 点
417.5 以上 418.5 未満	入院ベースアップ評価料 418	418 点
418.5 以上 419.5 未満	入院ベースアップ評価料 419	419 点
419.5 以上 420.5 未満	入院ベースアップ評価料 420	420 点
420.5 以上 421.5 未満	入院ベースアップ評価料 421	421 点
421.5 以上 422.5 未満	入院ベースアップ評価料 422	422 点
422.5 以上 423.5 未満	入院ベースアップ評価料 423	423 点
423.5 以上 424.5 未満	入院ベースアップ評価料 424	424 点
424.5 以上 425.5 未満	入院ベースアップ評価料 425	425 点
425.5 以上 426.5 未満	入院ベースアップ評価料 426	426 点
426.5 以上 427.5 未満	入院ベースアップ評価料 427	427 点
427.5 以上 428.5 未満	入院ベースアップ評価料 428	428 点
428.5 以上 429.5 未満	入院ベースアップ評価料 429	429 点
429.5 以上 430.5 未満	入院ベースアップ評価料 430	430 点
430.5 以上 431.5 未満	入院ベースアップ評価料 431	431 点
431.5 以上 432.5 未満	入院ベースアップ評価料 432	432 点
432.5 以上 433.5 未満	入院ベースアップ評価料 433	433 点
433.5 以上 434.5 未満	入院ベースアップ評価料 434	434 点
434.5 以上 435.5 未満	入院ベースアップ評価料 435	435 点
435.5 以上 436.5 未満	入院ベースアップ評価料 436	436 点
436.5 以上 437.5 未満	入院ベースアップ評価料 437	437 点
437.5 以上 438.5 未満	入院ベースアップ評価料 438	438 点
438.5 以上 439.5 未満	入院ベースアップ評価料 439	439 点
439.5 以上 440.5 未満	入院ベースアップ評価料 440	440 点
440.5 以上 441.5 未満	入院ベースアップ評価料 441	441 点
441.5 以上 442.5 未満	入院ベースアップ評価料 442	442 点
442.5 以上 443.5 未満	入院ベースアップ評価料 443	443 点
443.5 以上 444.5 未満	入院ベースアップ評価料 444	444 点
444.5 以上 445.5 未満	入院ベースアップ評価料 445	445 点
445.5 以上 446.5 未満	入院ベースアップ評価料 446	446 点
446.5 以上 447.5 未満	入院ベースアップ評価料 447	447 点
447.5 以上 448.5 未満	入院ベースアップ評価料 448	448 点
448.5 以上 449.5 未満	入院ベースアップ評価料 449	449 点
449.5 以上 450.5 未満	入院ベースアップ評価料 450	450 点
450.5 以上 451.5 未満	入院ベースアップ評価料 451	451 点
451.5 以上 452.5 未満	入院ベースアップ評価料 452	452 点

452.5 以上 453.5 未満	入院ベースアップ評価料 453	453 点
453.5 以上 454.5 未満	入院ベースアップ評価料 454	454 点
454.5 以上 455.5 未満	入院ベースアップ評価料 455	455 点
455.5 以上 456.5 未満	入院ベースアップ評価料 456	456 点
456.5 以上 457.5 未満	入院ベースアップ評価料 457	457 点
457.5 以上 458.5 未満	入院ベースアップ評価料 458	458 点
458.5 以上 459.5 未満	入院ベースアップ評価料 459	459 点
459.5 以上 460.5 未満	入院ベースアップ評価料 460	460 点
460.5 以上 461.5 未満	入院ベースアップ評価料 461	461 点
461.5 以上 462.5 未満	入院ベースアップ評価料 462	462 点
462.5 以上 463.5 未満	入院ベースアップ評価料 463	463 点
463.5 以上 464.5 未満	入院ベースアップ評価料 464	464 点
464.5 以上 465.5 未満	入院ベースアップ評価料 465	465 点
465.5 以上 466.5 未満	入院ベースアップ評価料 466	466 点
466.5 以上 467.5 未満	入院ベースアップ評価料 467	467 点
467.5 以上 468.5 未満	入院ベースアップ評価料 468	468 点
468.5 以上 469.5 未満	入院ベースアップ評価料 469	469 点
469.5 以上 470.5 未満	入院ベースアップ評価料 470	470 点
470.5 以上 471.5 未満	入院ベースアップ評価料 471	471 点
471.5 以上 472.5 未満	入院ベースアップ評価料 472	472 点
472.5 以上 473.5 未満	入院ベースアップ評価料 473	473 点
473.5 以上 474.5 未満	入院ベースアップ評価料 474	474 点
474.5 以上 475.5 未満	入院ベースアップ評価料 475	475 点
475.5 以上 476.5 未満	入院ベースアップ評価料 476	476 点
476.5 以上 477.5 未満	入院ベースアップ評価料 477	477 点
477.5 以上 478.5 未満	入院ベースアップ評価料 478	478 点
478.5 以上 479.5 未満	入院ベースアップ評価料 479	479 点
479.5 以上 480.5 未満	入院ベースアップ評価料 480	480 点
480.5 以上 481.5 未満	入院ベースアップ評価料 481	481 点
481.5 以上 482.5 未満	入院ベースアップ評価料 482	482 点
482.5 以上 483.5 未満	入院ベースアップ評価料 483	483 点
483.5 以上 484.5 未満	入院ベースアップ評価料 484	484 点
484.5 以上 485.5 未満	入院ベースアップ評価料 485	485 点
485.5 以上 486.5 未満	入院ベースアップ評価料 486	486 点
486.5 以上 487.5 未満	入院ベースアップ評価料 487	487 点
487.5 以上 488.5 未満	入院ベースアップ評価料 488	488 点
488.5 以上 489.5 未満	入院ベースアップ評価料 489	489 点
489.5 以上 490.5 未満	入院ベースアップ評価料 490	490 点
490.5 以上 491.5 未満	入院ベースアップ評価料 491	491 点

491.5 以上 492.5 未満	入院ベースアップ評価料 492	492 点
492.5 以上 493.5 未満	入院ベースアップ評価料 493	493 点
493.5 以上 494.5 未満	入院ベースアップ評価料 494	494 点
494.5 以上 495.5 未満	入院ベースアップ評価料 495	495 点
495.5 以上 496.5 未満	入院ベースアップ評価料 496	496 点
496.5 以上 497.5 未満	入院ベースアップ評価料 497	497 点
497.5 以上 498.5 未満	入院ベースアップ評価料 498	498 点
498.5 以上 499.5 未満	入院ベースアップ評価料 499	499 点
499.5 以上	入院ベースアップ評価料 500	500 点