

令和6年度診療報酬改定 **第2版**

在宅酸素療法、在宅人工呼吸、在宅持続陽圧呼吸療法、
在宅ハイフローセラピー等に関する診療報酬について

令和6年5月24日時点の情報：

点数を算定される場合は、必ず最新の告示・通知等で詳細をご確認ください。

◆目次

厚生労働省告示第57号及び関連通知等より引用。下線部は令和6年度の新設・改定点。

	項目	点数	ページ
在宅医療	◆通則 在宅療養指導管理料関連		3
	◆通則 在宅療養指導管理料 材料加算関連 乳幼児呼吸管理材料加算	1,500点	5
	◆在宅酸素療法指導管理料	-	6
	C103 在宅酸素療法指導管理料		6
	1 テアノーゼ型先天性心疾患の場合	520点	
	2 その他の場合	2,400点	
	注2 遠隔モニタリング加算	150点	
	C157 酸素ポンベ加算 1 携帯用酸素ポンベ	880点	8
	C158 酸素濃縮装置加算	4,000点	8
	C159 液化酸素装置加算 1 設置型液化酸素装置	3,970点	8
	C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算	291点	8
	C171 在宅酸素療法材料加算		8
	1 テアノーゼ型先天性心疾患の場合	780点	
	2 その他の場合	100点	
	◆在宅人工呼吸指導管理料	-	10
	C107 在宅人工呼吸指導管理料	2,800点	10
	C164 人工呼吸器加算 2 人工呼吸器	6,480点	10
	C170 排痰補助装置加算	1,829点	10
	C173 横隔神経電気刺激装置加算	600点	10
	◆在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	-	12
	C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料		12
	1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1	2,250点	
	2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2	250点	
注2 遠隔モニタリング加算	150点		
注3 情報通信機器を用いて行った場合 新設	218点		
C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算		13	
1 ASVを使用した場合	3,750点		
2 CPAPを使用した場合	960点		
C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算	100点	13	
◆在宅ハイフローセラピー指導管理料	-	15	
C107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料	2,400点	15	
C171-3 在宅ハイフローセラピー材料加算	100点	15	
C174 在宅ハイフローセラピー装置加算		15	
1 自動給水加湿チャンパーを用いる場合 新設	3,500点		
2 1以外の場合 新設	2,500点		
医学管理等	B001 特定疾患治療管理料 13 在宅療養指導料	170点	16
処置	J026-2 鼻マスク式補助換気法(1日につき)	160点	16
	J026-4 ハイフローセラピー (1日につき) 1 15歳未満	282点	16
	2 15歳以上	192点	
	J045 人工呼吸 1 30分までの場合	302点	17
2 30分を超えて5時間までの場合	302+50×時間		
3 5時間を超えた場合(1日につき) イ 14日目まで	950点		
ロ 15日目以降	815点		
検査	◆通則 脳波検査等	-	18
	D237 終夜睡眠ポリグラフィー		18
	1 携帯用装置を使用した場合	720点	
	2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	250点	
	3 1及び2以外の場合		
	イ 安全精度管理下で行なうもの	4,760点	
	ロ その他のもの	3,570点	
	D238 脳波検査判断料		21
	1 脳波検査判断料1	350点	
	2 脳波検査判断料2	180点	
	D222 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定		22
1 1時間以内又は1時間につき	100点		
2 5時間を超えた場合(1日につき)	630点		
D223 経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日につき)	35点	22	
D223-2 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定(一連につき)	100点	22	
D211-3 時間内歩行試験	200点	23	
D211-4 シャトルウォーキングテスト	200点	23	
手術	K047-2 難治性骨折超音波治療法(一連につき)	12,500点	25
	K047-3 超音波骨折治療法(一連につき)	4,620点	
精神科専門療法	I000-2 経頭蓋磁気刺激療法	2,000点	26
入院料	A400 短期滞在手術等基本料3 終夜睡眠ポリグラフィー3 1及び2以外の場合 イ・ロ		27
DPC	030250 睡眠時無呼吸		29
	040110 間質性肺炎		30
	040120 慢性閉塞性肺疾患		31
記載要領	「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について		32

通則(在宅療養指導管理料関連)

第2節 在宅療養指導管理料

通則

在宅療養指導管理料の費用は、第1款及び第2款の各区分の所定点数を合算した費用により算定する。

第1款 在宅療養指導管理料

通則

- 1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料は、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定し、同一の患者に対して1月以内に指導管理を2回以上行った場合においては、第1回の指導管理を行ったときに算定する。
- 2 同一の患者に対して、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料に規定する在宅療養指導管理のうち2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。
- 3 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けた保険医療機関が、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が行う在宅療養指導管理と異なる在宅療養指導管理を行った場合(紹介が行われた月に限る。)及び在宅療養後方支援病院が、別に厚生労働大臣の定める患者に対して当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関と異なる在宅療養指導管理を行った場合(C102に規定する指導管理とC102-2に規定する指導管理、C103に規定する指導管理とC107に規定する指導管理、C107-2に規定する指導管理又はC107-3に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105に規定する指導管理、C104に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105に規定する指導管理とC105-2に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C105-2に規定する指導管理とC105-3に規定する指導管理、C105-3に規定する指導管理とC109に規定する指導管理、C107に規定する指導管理とC107-2に規定する指導管理又はC107-3に規定する指導管理、C107-2に規定する指導管理とC107-3に規定する指導管理、C108(3を除く。))に規定する指導管理とC110に規定する指導管理、C108-4に規定する指導管理とC110に規定する指導管理及びC109に規定する指導管理とC114に規定する指導管理の組合せを除く。)には、それぞれの保険医療機関において、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定できるものとする。

- 4 入院中の患者に対して退院時に本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合においては、各区分の規定にかかわらず、当該退院の日に所定点数を算定できる。この場合において、当該退院した患者に対して行った指導管理(当該退院した日の属する月に行ったものに限る。)の費用は算定しない。

- (1) 在宅療養指導管理料は、当該指導管理が必要かつ適切であると医師が判断した患者について、患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該医師が療養上必要な事項について適正な注意及び指導を行った上で、当該患者の医学管理を十分に行い、かつ、各在宅療養の方法、注意点、緊急時の措置に関する指導等を行い、併せて必要かつ十分な量の衛生材料及び保険医療材料(以下この項において「衛生材料等」という。)を支給した場合に算定する。ただし、当該保険医療機関に来院した患者の看護者に対してのみ当該指導を行った場合には算定できない。なお、衛生材料等の支給に当たっては、以下の2又は3の方法によることも可能である。
- (2) 衛生材料又は保険医療材料の支給に当たっては、当該患者へ訪問看護を実施している訪問看護事業者から、訪問看護計画書(「訪問看護計画書等の記載要領等について」別紙様式1)により必要とされる衛生材料等の量について報告があった場合、医師は、その報告を基に療養上必要な量について判断の上、患者へ衛生材料等を支給する。また、当該訪問看護事業者から、訪問看護報告書(「訪問看護計画書等の記載要領等について」別紙様式2)により衛生材料等の使用実績について報告があった場合は、医師は、その内容を確認した上で、衛生材料等の量の調整、種類の変更等の指導管理を行う。
- (3) また、医師は、2の訪問看護計画書等を基に衛生材料等を支給する際、保険薬局(当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行っており、地域支援体制加算又は在宅患者調剤加算の届出を行っているものに限る。)に対して、必要な衛生材料等の提供を指示することができる。
- (4) 在宅療養指導管理料は1月1回を限度として算定し、特に規定する場合を除き、同一の患者に対して同一月に指導管理を2回以上行った場合は、第1回の指導管理を行ったときに算定する。
- (5) 2以上の保険医療機関が同一の患者について同一の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行っている場合には、特に規定する場合を除き、主たる指導管理を行っている保険医療機関において当該在宅療養指導管理料を算定する。
- (6) 同一の保険医療機関において、2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数を算定する。
- (7) 「通則6」について、15歳未満の人工呼吸器を装着している患者又は15歳未満から引き続き人工呼吸器を装着しており体重が20キログラム未満の患者に対して、「A20

6]在宅患者緊急入院診療加算に規定する在宅療養後方支援病院と連携している保険医療機関が、在宅療養後方支援病院と異なる在宅療養指導管理を行った場合には、それぞれの保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定できる。なお、この場合は、それぞれの保険医療機関において算定している在宅療養指導管理料について、適切な情報交換を行い、重複した算定がないよう留意すること。

- (8) 入院中の患者に対して、退院時に退院後の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合には、退院の日1回に限り、在宅療養指導管理料の所定点数を算定できる。この場合においては、当該保険医療機関において当該退院月に外来、往診又は訪問診療にて行った指導管理の費用は算定できない。また、死亡退院の場合又は他の病院若しくは診療所へ入院するため転院した場合には算定できない。
- (9) 退院した患者に対して、当該退院月に外来、往診又は訪問診療において在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合は、当該患者について当該保険医療機関において退院日に在宅療養指導管理料を算定していない場合に限り、在宅療養指導管理料を算定することができる。ただし、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に当該算定理由を記載すること。このため、在宅療養指導管理料を算定する場合は、患者に対し当該月の入院の有無を確認すること。
- (10) 在宅療養を実施する保険医療機関においては、緊急事態に対処できるよう施設の体制、患者の選定等に十分留意すること。特に、入院施設を有しない診療所が在宅療養指導管理料を算定するに当たっては、緊急時に必要かつ密接な連携を取り得る入院施設を有する他の保険医療機関において、緊急入院ができる病床が常に確保されていることが必要であること。
- (11) 当該在宅療養を指示した根拠、指示事項(方法、注意点、緊急時の措置を含む。)、指導内容の要点を診療録に記載すること。
- (12) 保険医療機関が在宅療養指導管理料を算定する場合には、当該指導管理に要するアルコール等の消毒薬、衛生材料(脱脂綿、ガーゼ、絆創膏等)、酸素、注射器、注射針、翼状針、カテーテル、膀胱洗浄用注射器、クレンメ等は、当該保険医療機関が提供すること。なお、当該医療材料の費用は、別に診療報酬上の加算等として評価されている場合を除き所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (13) 関連学会より留意事項が示されている在宅療養については、指示、管理に当たってはこれらの事項を十分参考とするものとする。(例:「がん緩和ケアに関するマニュアル」(厚生労働省・日本医師会監修))

事務連絡

(問) 第1款在宅療養指導管理料の通則2に「同一の患者に対して、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理料に規定する在宅療養指導管理のうち2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数のみにより算定する。」とあるが、入院中に行う退院前在宅療養指導管理料も同月に算定できないのか。

(答) 退院前在宅療養指導管理料は入院中の患者に対して行うものであり、在宅における在宅療養指導管理料と同月に算定できる。

事務連絡 平成22年3月29日

(問) 介護老人保健施設への入所が決まっている患者の退院時に酸素療法の指導を行った場合、C103在宅酸素療法指導管理料は算定できるか。

(答) 算定できない。介護老人保健施設の入所者に対してはそもそもC103在宅酸素療法指導管理料を算定できないため、退院時にC103在宅酸素療法指導管理料を算定すべき指導を行っても算定できない。なお、在宅酸素療法指導管理料を含め、第2節第1款に掲げる在宅療養指導管理料が算定できない施設への入所が決まっている患者については、退院時に在宅療養指導管理料は算定できない。

事務連絡 平成20年12月26日

参考

(問) 退院時に在宅療養指導管理料を算定した場合、退院の日から1月以内であっても、翌月になれば在宅療養指導管理料を算定できるのか。

(答) 算定できる。

(問) 退院時に入院医療機関が在宅療養指導管理料を算定しているが、退院月に当該医療機関以外のかかりつけ医から在宅療養指導管理を行った場合、その費用は算定できるのか。

(答) 算定できる。退院時に入院医療機関が在宅療養指導管理料を算定している場合でも、診療報酬明細書の摘要欄に算定理由を記載することによって、退院月に2つの医療機関で算定できる。

(問) 転院先医療機関で診療報酬明細書の摘要欄に算定理由を記載する際、どのような理由が想定されているのか。

(答) 特に定められていないが、入院医療機関と患者の自宅が離れている場合などが考えられる。

全国保険医団体連合会 平成14年4月5日

通則(在宅療養指導管理料 材料加算関連)

等の名称及びその数量を記載すること。

第2款 在宅療養指導管理材料加算

通則

- 1 本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算は、第1款各区分に掲げる在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数を算定する場合に、特に規定する場合を除き、月1回に限り算定する。
- 2 前号の規定にかかわらず、本款各区分に掲げる在宅療養指導管理材料加算のうち、保険医療材料の使用を算定要件とするものについては、当該保険医療材料が別表第三調剤報酬点数表第4節の規定により調剤報酬として算定された場合には算定しない。
- 3 6歳未満の乳幼児に対して区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又はC107-2に掲げる在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する場合は、乳幼児呼吸管理材料加算として、3月に3回に限り1,500点を所定点数に加算する。

- (1) 在宅療養指導管理材料加算は、要件を満たせば、第1款在宅療養指導管理料を算定するか否かにかかわらず、別に算定できる。
- (2) 同一の保険医療機関において、2以上の指導管理を行っている場合は、主たる指導管理の所定点数を算定する。この場合にあつて、在宅療養指導管理材料加算及び当該2以上の指導管理に使用した薬剤、特定保険医療材料の費用は、それぞれ算定できる。
- (3) 在宅療養指導管理材料加算は、例えば「酸素ボンベを使用した場合」とは当該保険医療機関の酸素ボンベを在宅で使用させた場合をいう等、保険医療機関が提供すること及び在宅における状態であることを前提にしているものであること。なお、保険医療機関が所有する装置(酸素濃縮装置等)を患者に貸与する場合、保険医療機関は、当該装置の保守・管理を十分に行うこと。また、これらの装置の保守・管理を販売業者に委託する場合には、保険医療機関は、当該販売業者との間で、これらの装置の保守・管理に関する契約を締結し、保守・管理の内容を患者に説明した上で、定期的な確認と指導を行い、当該装置の保守・管理が当該販売業者により十分に行われている状況を維持すること。
- (4) 「2」の「保険医療材料の使用を算定要件とするもの」とは、「C160」在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算等をいう。
- (5) 「3」の加算については、6歳未満の乳幼児に対する在宅呼吸管理を行い、専用の経皮的動脈血酸素飽和度測定器その他附属品を貸与又は支給したときに算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄に貸与又は支給した機器

在宅酸素療法指導管理料

C103 在宅酸素療法指導管理料

- 1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 520点
2 その他の場合 2,400点

注1 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅酸素療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、2を算定する患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150点に当該期間の月数(当該指導を行った月に限り、2月を限度とする。)を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

(1) チアノーゼ型先天性心疾患に対する在宅酸素療法とは、フロー四徴症、大血管転位症、三尖弁閉鎖症、総動脈幹症、単心室症などのチアノーゼ型先天性心疾患患者のうち、発作的に低酸素又は無酸素状態になる患者について、発作時に在宅で行われる救命的な酸素吸入療法をいう。

この場合において使用される酸素は、小型酸素ボンベ(500リットル以下)又はクロレート・キャンドル型酸素発生器によって供給されるものとする。

- (2) 保険医療機関が、チアノーゼ型先天性心疾患の患者について在宅酸素療法指導管理料を算定する場合には、これに使用する小型酸素ボンベ又はクロレート・キャンドル型酸素発生器は当該保険医療機関が患者に提供すること。
- (3) 「その他の場合」に該当する在宅酸素療法とは、諸種の原因による高度慢性呼吸不全例、肺高血圧症の患者、慢性心不全の患者のうち、安定した病態にある退院患者及び手術待機の患者又は重度の群発頭痛の患者について、在宅で患者自らが酸素吸入を実施するものをいう。
- (4) 「その他の場合」の対象となる患者は、高度慢性呼吸不全例のうち、在宅酸素療法導入時に動脈血酸素分圧55mmHg以下の者及び動脈血酸素分圧60mmHg以下で睡眠時又は運動負荷時に著しい低酸素血症を来す者であって、医師が在宅酸素療法を必要であると認めたもの、慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時のチェーンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数(1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。)が20以上であることが睡眠ポリグラフィ上確認されている症例及び関連学会の診断基準により群発頭痛と診断されている患者のうち、群発期間中の患者であって、1日平均1回以上の頭痛発作を認めるものとする。この場合、適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いること

ができる。

ただし、経皮的動脈血酸素飽和度測定器、「D223」経皮的動脈血酸素飽和度測定及び「D223-2」終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定費用は所定点数に含まれており別に算定できない。

- (5) 在宅酸素療法指導管理料の算定に当たっては、動脈血酸素分圧の測定を月1回程度実施し、その結果について診療報酬明細書に記載すること。この場合、適応患者の判定に経皮的動脈血酸素飽和度測定器による酸素飽和度を用いることができる。ただし、経皮的動脈血酸素飽和度測定器、経皮的動脈血酸素飽和度測定及び終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定費用は所定点数に含まれており別に算定できない。
- (6) 在宅酸素療法を指示した医師は、在宅酸素療法のための酸素投与方法(使用機器、ガス流量、吸入時間等)、緊急時連絡方法等を装置に掲示すると同時に、夜間も含めた緊急時の対処法について、患者に説明を行うこと。
- (7) 在宅酸素療法を実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない。

ア 酸素吸入設備

イ 気管内挿管又は気管切開の器具

ウ レスピレーター

エ 気道内分泌物吸引装置

オ 動脈血ガス分析装置(常時実施できる状態であるもの)

カ スパイロメリー用装置(常時実施できる状態であるもの)

キ 胸部エックス線撮影装置(常時実施できる状態であるもの)

ア 「その他の場合」の対象で、かつ、日本呼吸器学会「COPD(慢性閉塞性肺疾患)診断と治療のためのガイドライン」の病期分類でⅢ期以上の状態となる入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、情報通信機器を活用して、脈拍、酸素飽和度、機器の使用時間及び酸素流量等の状態について定期的にモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合に、2月を限度として来院時に算定するこ

とができる。

- イ 患者の同意を得た上で、対面による診療とモニタリングを組み合わせた診療計画を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載し、当該計画に沿ってモニタリングを行った上で、状況に応じて適宜患者に来院を促す等の対応を行う。なお、当該モニタリングの開始に当たっては、患者やその家族等に対し、情報通信機器の基本的な操作や緊急時の対応について十分に説明する。
- ウ 当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた臨床所見等及び行った指導内容を診療録に記載すること。
- エ 療養上必要な指導はビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、オンライン指針に沿って行うこと。なお、当該診療に関する費用は当該加算の所定点数に含まれる。

事務連絡

- (問) 区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料及び区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、「療養上必要な指導を行った場合」とあるが、ビデオ等のリアルタイムの視覚情報を含まない、電話等の情報通信機器を用いて指導が完了した場合も含まれるか。

- (答) 遠隔モニタリング加算については、予め作成した診療計画に沿って、モニタリングにより得られた臨床所見に応じて、療養上の指導等を行った場合の評価であり、この場合の療養上の指導は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針に沿って、原則として、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な情報通信機器を用いたものであること。

ただし、このような診療計画に沿ったモニタリング及び指導を行う場合であって、患者から事前に合意を得ている場合に限り、当該指導をリアルタイムの視覚情報を含まない電話等の情報通信機器を用いても差し支えないものとする。

事務連絡 平成 30 年 10 月 9 日 疑義解釈その 8

- (問) 区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料及び区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、モニタリング及び指導に用いたシステムの利用料は別途徴収できるか。

- (答) 別途徴収できない。

事務連絡 平成 30 年 7 月 10 日 疑義解釈その 5

- (問) 区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、モニタリングを行った結果、その

時点で急を要する指導事項がなく、療養上の指導を行わなかった場合にも算定できるか。

- (答) 遠隔モニタリング加算は、予め作成した診療計画に沿って、モニタリングにより得られた臨床所見に応じて、療養上の指導等を行った場合の評価であり、モニタリングを行っても、療養上の指導を行わなかった場合は、算定できない。

事務連絡 平成 30 年 7 月 10 日 疑義解釈その 5

- (問) 動脈血酸素飽和度を毎月診療報酬明細書に記載することとあるが、これは毎月診察時に動脈血酸素分圧 55mmHg 以下である必要があるということか。

- (答) 在宅酸素療法の対象患者には、慢性心不全で要件に該当する患者や、動脈血酸素分圧 60mmHg 以下で睡眠時または運動負荷時に著しい低酸素血症を来す患者の場合もあるため、傷病名等も勘案し、それぞれの基準に該当していることを確認する。

事務連絡・一部修正 平成 16 年 3 月 30 日

- (問) 慢性心不全の患者について、夜間の呼吸状態の悪化を経皮的動脈血酸素飽和度測定で確認した場合は算定できるか。

- (答) 算定要件を満たすことを終夜睡眠ポリグラフィー上確認することが必要である。

事務連絡・一部修正 平成 16 年 3 月 30 日

参考

- (問) 毎月診療報酬明細書に「動脈血酸素濃度分圧若しくは SPO₂ の記載をする」とされているが、測定する際に酸素吸入器を外すと危険となる患者の場合、酸素吸入を行ったままの測定結果の記載でよいか。

- (答) 酸素吸入を行ったままの測定結果の記載でよい。

全国保険医団体連合会 平成 16 年 4 月 4 日

C157 酸素ポンベ加算

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1 携帯用酸素ポンベ | 880 点 |
| 2 1以外の酸素ポンベ | 3,950 点 |

注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者(チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。)に対して、酸素ポンベを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

- (1) チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して指導管理を行った場合は、酸素ポンベ加算は別に算定できない。
- (2) 「1」の加算は、医療機関への通院等実際に携帯用小型ポンベを使用した場合に算定できる。なお、用いられるポンベのうち概ね 1,500 リットル以下の詰め替え可能なものについて算定の対象とし、使い捨てのものについては算定の対象としない。
- (3) 同一患者に対して酸素ポンベ(携帯用酸素ポンベを除く。)、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて3月に3回に限り算定する。
- (4) 同一患者に対して、携帯用酸素ポンベ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて3月に3回に限り算定する。

C158 酸素濃縮装置加算 4,000 点

注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者(チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。)に対して、酸素濃縮装置を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。ただし、この場合において、区分番号C157に掲げる酸素ポンベ加算の2は算定できない。

- (1) チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して指導管理を行った場合は、酸素濃縮装置加算は別に算定できない。
- (2) 同一患者に対して酸素ポンベ(携帯用酸素ポンベを除く。)、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて3月に3回に限り算定する。
- (3) 同一患者に対して携帯用酸素ポンベ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて3月に3回に限り算定する。

C159 液化酸素装置加算

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1 設置型液化酸素装置 | 3,970 点 |
| 2 携帯型液化酸素装置 | 880 点 |

注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者(チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。)に対して、液化酸素装置を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

- (1) チアノーゼ型先天性心疾患の患者に対して指導管理を行った場合は、液化酸素装置加算は別に算定できない。
- (2) 液化酸素装置加算を算定する場合、設置型液化酸素装置から携帯型液化酸素装置へ液化酸素の移充填を行う場合の方法、注意点、緊急時の措置等に関する患者への指導が必要である。この場合、「設置型液化酸素装置」とは、20～50 リットルの内容積の設置型液化酸素装置のことをいい、「携帯型液化酸素装置」とは、1リットル前後の内容積の携帯型液化酸素装置のことをいう。なお、使用した酸素の費用及び流量計、加湿器等の費用は加算点数に含まれ、別に算定できない。
- (3) 設置型液化酸素装置に係る加算と携帯型液化酸素装置に係る加算とは併せて算定できるが、それぞれ3月に3回に限り算定する。
- (4) 同一患者に対して酸素ポンベ(携帯用酸素ポンベを除く。)、酸素濃縮装置及び設置型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて3月に3回に限り算定する。
- (5) 同一患者に対して携帯用酸素ポンベ及び携帯型液化酸素装置を併用して在宅酸素療法を行った場合は、合わせて3月に3回に限り算定する。

C159-2 呼吸同調式デマンドバルブ加算 291 点

注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者(チアノーゼ型先天性心疾患の患者を除く。)に対して、呼吸同調式デマンドバルブを使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

呼吸同調式デマンドバルブ加算は、呼吸同調式デマンドバルブを携帯用酸素供給装置と鼻カニューレとの間に装着して使用した場合に算定できる。

C171 在宅酸素療法材料加算

- | | |
|--------------------------|--------------|
| 1 チアノーゼ型先天性心疾患の場合 | 780 点 |
| 2 その他の場合 | 100 点 |

注 在宅酸素療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

- (1) 在宅酸素療法材料加算1は、「C103」在宅酸素療法指導管理料の「1」を算定すべき指導管理を行った患者に対し、保険医療機関からチアノーゼ型先天性心疾患の患者に小型酸素ポンベ又はクロレート・キャンドル型酸素発生器が提供される場合に、3月に3回に限り算定できる。なお、本加算には当該装置に係る費用のうち、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用が含まれるものであること。

(2) 在宅酸素療法材料加算2は、「C103」在宅酸素療法指導管理料の「2」を算定すべき指導管理を行った患者に対し、保険医療機関から在宅酸素療法装置が提供される場合に、3月に3回に限り算定できる。なお、本加算には当該装置に係る費用のうち、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用が含まれるものであること。

事務連絡

(問) C157酸素ボンベ加算等について、3月に3回に限り算定するとあるが、次月・次々月と合わせて3月とするのか、又は前月と前々月と合わせて3月とするのか。

(答) 患者が受診していない月の医学管理が適切に行われている場合には、いずれについても可。

事務連絡・一部修正 平成 24 年 3 月 30 日

(問) C158 酸素濃縮装置加算の算定要件に「ただし、この場合において区分番号C157 に掲げる酸素ボンベ加算の2は算定できない。」とあるが、次の場合、酸素濃縮装置加算及び酸素ボンベ加算は算定できるか。

- ① 4月酸素ボンベ加算(携帯用酸素ボンベ以外)×1(当月分)、酸素濃縮装置加算×1(翌月分)
5月酸素濃縮装置加算×1(翌月分)
- ② 4月酸素濃縮装置加算×2(今月分及び翌月分)
5月酸素ボンベ加算(携帯用酸素ボンベ以外)×1(翌月分)

(答) ①及び②とも算定できる。

事務連絡 平成 24 年 8 月 9 日 疑義解釈その 8

(問) 区分番号「C157」酸素ボンベ加算、区分番号「C158」酸素濃縮装置加算、区分番号「C159」液化酸素装置加算、区分番号「C159-2」呼吸同調式デマンドバルブ加算、区分番号「C165」在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算、区分番号「C171」在宅酸素療法材料加算、区分番号「C171-2」在宅持続陽圧呼吸療法材料加算について、1月に3回分の算定を行う場合は、当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか診療報酬明細書の「摘要」欄に記載することとされているが、1月に2回分の算定を行う場合も、当月分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのかの記載は必要か。

(答) 必要である。

事務連絡 平成 28 年 6 月 30 日 疑義解釈その 5

施設基準

厚生労働省告示第 59 号(令和 6 年 3 月 5 日)及び関連通知より

六の三の二 在宅酸素療法指導管理料の

遠隔モニタリング加算の施設基準

- (1) 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (2) 呼吸器疾患の診療につき十分な経験を有する常勤の医師及び看護師が配置されていること。

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。

様式 20 の 3 の 2

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書添付書類

1 厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う体制
(有 ・ 無)

2 常勤医師に係る要件

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の氏名	勤務時間	経験年数
	時間	年

3 看護師に係る要件

呼吸器内科について3年以上の経験を有する看護師の氏名	勤務時間	経験年数
	時間	年

【記載上の注意】

- 1 「2」及び「3」の経験年数については、呼吸器内科における経験年数を記載すること。
- 2 「2」及び「3」については、医師及び看護師の就業規則等に定める過あたりの所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。

在宅人工呼吸指導管理料

C107 在宅人工呼吸指導管理料 2,800 点

注 在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅人工呼吸に関する指導管理を行った場合に算定する。

- (1) 在宅人工呼吸とは、長期にわたり持続的に人工呼吸に依存せざるを得ず、かつ、安定した病状にあるものについて、在宅において実施する人工呼吸療法をいう。
- (2) 次のいずれも満たす場合に、当該指導管理料を算定する。
 - ア 患者が使用する装置の保守・管理を十分に行うこと(委託の場合を含む。)
 - イ 装置に必要な保守・管理の内容を患者に説明すること。
 - ウ 夜間・緊急時の対応等を患者に説明すること。
 - エ その他、療養上必要な指導管理を行うこと。
- (3) 対象となる患者は、病状が安定し、在宅での人工呼吸療法を行うことが適当と医師が認めた者とする。なお、睡眠時無呼吸症候群の患者(Adaptive Servo Ventilation(ASV)を使用する者を含む。)は対象とならない。
- (4) 在宅人工呼吸療法を実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない。
 - ア 酸素吸入設備
 - イ 気管内挿管又は気管切開の器具
 - ウ レスピレーター
 - エ 気道内分泌物吸引装置
 - オ 動脈血ガス分析装置(常時実施できる状態であるもの)
 - カ 胸部エックス線撮影装置(常時実施できる状態であるもの)
- (5) 人工呼吸装置は患者に貸与し、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (6) 在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者(入院中の患者を除く。)については、「J024」酸素吸入、「J024-2」突発性難聴に対する酸素療法、「J025」酸素テント、「J026」間歇的陽圧吸入法、「J026-3」体外式陰圧人工呼吸器治療、「J018」喀痰吸引、「J018-3」干渉低周波去痰器による喀痰排出、「J026-2」鼻マスク式補助換気法及び「J045」人工呼吸の費用(これらに係る酸素代を除き、薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。)は算定できない。
- (7) 指導管理の内容について、診療録に記載する。
- (8) 脊髄損傷又は中枢性低換気症候群の患者に対して、呼吸補助を行うことを目的として横隔神経電気刺激装置を使用する場合には、関連学会の定める適正使用指針を遵守して指導管理を行うこと。

C164 人工呼吸器加算

1 陽圧式人工呼吸器 7,480 点

注 気管切開口を介した陽圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。

2 人工呼吸器 6,480 点

注 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器を使用した場合に算定する。

3 陰圧式人工呼吸器 7,480 点

注 陰圧式人工呼吸器を使用した場合に算定する。

注 在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、人工呼吸器を使用した場合に、いずれかを第1款の所定点数に加算する。

療養上必要な回路部品その他附属品(療養上必要なバッテリー及び手動式肺人工蘇生器等を含む。)の費用は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

C170 排痰補助装置加算 1,829 点

注 在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の神経筋疾患等の患者に対して、排痰補助装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

- (1) 排痰補助装置加算は、在宅人工呼吸を行っている患者であって、換気能力が低下し、自力での排痰が困難と医師が認めるものに対して、排痰補助装置を使用した場合に算定できる。
- (2) 「注」に規定する神経筋疾患等の患者とは、筋ジストロフィー、筋萎縮性側索硬化症、脳性麻痺、脊髄損傷等の患者をさす。

C173 横隔神経電気刺激装置加算 600 点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において、在宅人工呼吸を行っている入院中の患者以外の患者に対して、横隔神経電気刺激装置を使用した場合に、第1款の所定点数に加算する。

- (1) 横隔神経電気刺激装置加算は、在宅人工呼吸を行っている脊髄損傷又は中枢性低換気症候群の患者に対して、呼吸補助を行うことを目的として横隔神経電気刺激装置を使用した場合に算定する。
- (2) 関連学会の定める適正使用指針を遵守して使用した場合に限り算定する。なお、横隔神経電気刺激装置を使用するに当たり必要なバックアップ用体表不関電極セット、コネクタホルダ、ストレインリリーフブーツキット、その他療養上必要な医療材料の費用は、所定点数に含まれる。

施設基準

厚生労働省告示第59号(令和6年3月5日)及び関連通知より

六の十一 横隔神経電気刺激装置加算の施設基準

横隔神経電気刺激装置の使用につき十分な体制が整備されていること。

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)の届出を行っていただくと、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。

◇◇ 参考 ◇◇

【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】

○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末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上かつ生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を使用している状態

令和6年3月5日 厚生労働省告示第59号

C005 在宅患者訪問看護・指導料、

C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料より抜粋

<疑義解釈 訪問看護療養費関係>

【別表7に掲げる疾病等の利用者】

(問) 医科点数表のC107 在宅人工呼吸指導管理料の留意事項通知には、SAS に対する ASV が除外されたが、別表7の「人工呼吸」には SAS に対する ASV や CPAP は含まれるのか。

(答) 含まれない。

事務連絡 平成26年3月31日 疑義解釈その1

(問) 「疑義解釈資料の送付について(その1)(平成26年3月31日付事務連絡)」問10において、SAS に対する ASV や CPAP は、別表7の「人工呼吸器」には含まれないと整理されたが、慢性心不全の患者の場合は、「人工呼吸器」に含まれるのか。

(答) 「在宅人工呼吸指導管理料」、「人工呼吸器加算の2」を算定している場合は、別表7に掲げる疾病等の者の「人工呼吸器」に含まれることとする。

なお、この取り扱いにより、保険種別が変更となる場合は、次回の介護保険のケアプラン見直し(1ヶ月間)までの間に変更すること。

事務連絡 平成26年7月10日 疑義解釈その8

(問) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の要件に該当する患者に対してASVを使用した場合は在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算を算定できるとされたが、この場合の患者について、特掲診療料の施設基準等別表7に掲げる疾病等の者の「人工呼吸器を使用している状態」に含まれるか。

(答) 含まれない。

事務連絡 平成28年6月14日 疑義解釈その4

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

C107-2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

1 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1 2,250 点

2 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2 250 点

注1 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅持続陽圧呼吸療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

2 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、2を算定し、CPAPを用いている患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な管理を行った場合は、遠隔モニタリング加算として、150 点に当該期間の月数(当該管理を行った月に限り、2月を限度とする。)を乗じて得た点数を、所定点数に加算する。

3 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2を算定すべき指導管理を情報通信機器を用いて行った場合は、2の所定点数に代えて、218 点を算定する。

- (1) 在宅持続陽圧呼吸療法とは、睡眠時無呼吸症候群又は慢性心不全である患者について、在宅において実施する呼吸療法をいう。
- (2) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1の対象となる患者は、以下の全ての基準に該当する患者とする。
 - ア 慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時にチェンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が 20 以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されているもの
 - イ 持続陽圧呼吸(CPAP)療法を実施したにもかかわらず、無呼吸低呼吸指数が 15 以下にならない者に対して ASV 療法を実施したもの
- (3) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の対象となる患者は、以下のアからウまでのいずれかの基準に該当する患者とする。
 - ア 慢性心不全患者のうち、医師の診断により、NYHAⅢ度以上であると認められ、睡眠時にチェンストークス呼吸がみられ、無呼吸低呼吸指数が 20 以上であることが睡眠ポリグラフィー上確認されているもので、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1の対象患者以外に ASV 療法を実施した場合
 - イ 心不全である者のうち、日本循環器学会・日本心不全学会による ASV 適正使用に関するステートメントに留意した上で、ASV 療法を継続せざるを得ない場合

ウ 以下の(イ)から(ハ)までの全ての基準に該当する患者。ただし、無呼吸低呼吸指数が 40 以上である患者については、(ロ)の要件を満たせば対象患者となる。

- (イ) 無呼吸低呼吸指数(1時間当たりの無呼吸数及び低呼吸数をいう。)が 20 以上
 - (ロ) 日中の傾眠、起床時の頭痛などの自覚症状が強く、日常生活に支障を来している症例
 - (ハ) 睡眠ポリグラフィー上、頻回の睡眠時無呼吸が原因で、睡眠の分断化、深睡眠が著しく減少又は欠如し、持続陽圧呼吸療法により睡眠ポリグラフィー上、睡眠の分断が消失、深睡眠が出現し、睡眠段階が正常化する症例
- (4) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料については、当該治療の開始後最長2か月間の治療状況を評価し、当該療法の継続が可能であると認められる症例についてのみ、引き続き算定の対象とする。
 - (5) 保険医療機関が在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する場合には、持続陽圧呼吸療法装置は当該保険医療機関が患者に貸与する。
 - (6) 遠隔モニタリング加算は、以下の全てを実施する場合に算定する。

ア 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の対象で、かつ、CPAP療法を実施している入院中の患者以外の患者について、前回受診月の翌月から今回受診月の前月までの期間、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情報通信機器を活用して、定期的なモニタリングを行った上で、状況に応じ、療養上必要な指導を行った場合又は患者の状態を踏まえた療養方針について診療録に記載した場合に、2月を限度として来院時に算定することができる。

イ 患者の同意を得た上で、対面による診療とモニタリングを組み合わせた診療計画を作成する。当該計画の中には、患者の急変時における対応等も記載し、当該計画に沿ってモニタリングを行った上で、状況に応じて適宜患者に来院を促す等の対応を行う。

ウ 当該加算を算定する月にあっては、モニタリングにより得られた臨床所見等を診療録に記載しており、また、必要な指導を行った際には、当該指導内容を診療録に記載していること。

エ 療養上必要な指導は電話又はビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて行う。情報通信機器を用いて行う場合は、オンライン指針に沿って行うこと。なお、当該診療に関する費用は当該加算の所定点数に含まれる。

- (7) 「注3」に規定する情報通信機器を用いた指導管理については、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2の対象となる患者のうち(3)のウの要件に該当する患者、かつ、CPAP療法を実施している閉塞性無呼吸症候群の診断が得られている入院中の患者以外の患者について、オンライン指針に沿って診療を行った場合に算定する。

(8) 「注 3」に規定する情報通信機器を用いた指導管理については、CPAP 療法を開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを対面診療で確認した場合に実施すること。また、通常の対面診療で確認する CPAP 管理に係るデータについて、情報通信機器を用いた診療において確認すること。さらに、睡眠時無呼吸症候群に合併する身体疾患管理の必要性に応じて対面診療を適切に組み合わせること及び情報通信機器を用いた診療を開始した後も症状の悪化等の不調等が生じた場合には、速やかに対面診療に切り替えることが求められる。その他、関係学会が提示する情報通信機器を用いた場合の CPAP 療法に係る指針に沿った診療を実施すること。

(9) 「注 3」に規定する情報通信機器を用いた指導管理を実施する際は、当該診療に係る初診日及び CPAP 療法を開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを対面診療で確認した日を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

C165 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算

1 ASVを使用した場合 3,750 点

2 CPAPを使用した場合 960 点

注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、持続陽圧呼吸療法用治療器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

(1) 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1については、「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1並びに「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2のア及びイの要件に該当する患者に対して保険医療機関が患者に貸与する持続陽圧呼吸療法装置のうち、ASV を使用して治療を行った場合に、3月に3回に限り算定できる。なお、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2のア及びイの要件に該当する患者については、診療報酬請求に当たって、診療報酬明細書の摘要欄に、算定の根拠となった要件(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2のア又はイ)を記載する。なお、イの要件を根拠に算定をする場合は、当該患者に対する ASV 療法の実施開始日も併せて記載すること。

(2) 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算2については、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2のウの要件に該当する患者に対して保険医療機関が患者に貸与する持続陽圧呼吸療法装置のうち、CPAP を使用して治療を行った場合に、3月に3回に限り算定できる。なお、在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 2 は、「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の「注 3」に規定する情報通信機器を用いた指導管理を算定した場合についても算定できる。

C171-2 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 100 点

注 在宅持続陽圧呼吸療法を行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

在宅持続陽圧呼吸療法材料加算には、「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定する患者に対し、保険医療機関が貸与する持続陽圧呼吸療法装置に係る費用のうち、装置に必要な回路部品その他の附属品等に係る費用が含まれ、3月に3回に限り算定できる。

事務連絡

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】

(問) 「疑義解釈の送付について(その7)」(平成 26 年6月2日事務連絡)において、「在宅酸素療法指導管理料及び在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の要件を満たす慢性心不全患者に対して ASV を使用した場合、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料及び人工呼吸器加算2を算定できる」とされたが、今回の診療報酬改定によって、当該患者はどの管理料等を算定するのか。

(答) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1の基準を満たす患者に ASV を実施した場合は、当該管理料1、在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1及び在宅持続陽圧呼吸療法材料加算を算定できる。また、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2のア又はイの基準を満たす患者に ASV を実施した場合は、当該管理料2、在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1及び在宅持続陽圧呼吸療法材料加算を算定できる。

事務連絡 平成 28 年 3 月 31 日 疑義解釈その 1

【在宅持続陽圧呼吸療法材料加算／在宅酸素療法材料加算】

(問) 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算について、在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1又は2と併せて算定することは出来るのか。また、在宅酸素療法材料加算については、酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算又は人工呼吸器加算と併せて算定することは出来るのか。

(答) 算定可能である。

事務連絡 平成 28 年 3 月 31 日 疑義解釈その 1

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】

(問) 区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料「2」について、通知の(3)のイの「心不全である者のうち、日本循環器学会・日本心不全学会によるASV適正使用に関するステートメントに留意した上で、ASV療法を継続せざるを得ない場合」に該当し、当該管理料を算定する場合、診療報酬明細書の「摘要」欄に直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日の記載は必要か。

(答) 現時点では、不要である。なお、初回の指導管理を行った月日、当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見及び2月を超えて当該療法の継続が可能であると認める場合はその理由を記載する必要があることに留意すること。

事務連絡 平成 28 年 6 月 30 日 疑義解釈その 5

(問) 区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料及び区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、モニタリング及び指導に用いたシステムの利用料は別途徴収できるか。

(答) 別途徴収できない。

事務連絡 平成 30 年 7 月 10 日 疑義解釈その 5

(問) 区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算について、「療養上必要な指導」を医師以外が行った場合であっても、加算を算定することができるか。

(答) 医師以外が指導を行った場合は、算定することはできない。

事務連絡 平成 30 年 10 月 9 日 疑義解釈その 8

【遠隔モニタリング加算(在宅酸素療法指導管理料、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料)】

(問 182) 区分番号「C103」在宅酸素療法指導管理料の注2及び区分番号「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注2に規定する遠隔モニタリング加算について、遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合、情報通信機器を用いた診療に係る基本診療料は別に算定できるか。

(答) 当該診療に係る基本診療料については、遠隔モニタリング加算に包括されており、別に算定できない。

事務連絡 令和 4 年 3 月 31 日 疑義解釈その 1

【在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料】

(問 17) 「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注3について、「情報通信機器を用いた指導管理については、CPAP 療法を開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを対面診療で確認した場合に実施すること」とされているが、他の保険医療機関で CPAP 療法を開始した患者が紹介された場合の取扱い如何。

(答) 当該指導管理を実施する保険医療機関において、CPAP 療法を開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを対面診療で確認した場合に算定可能。なお、当該診療に係る初診日及び CPAP 療法を開始したことにより、睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを、当該指導管理を実施する保険医療機関において対面診療で確認した日を診療録及び診療

報酬明細書の摘要欄に記載すること。

事務連絡 令和 6 年 4 月 26 日 疑義解釈その 3

施設基準

厚生労働省告示第 59 号(令和 6 年 3 月 5 日)及び関連通知より

六の四の三 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の施設基準

(1) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算の施設基準

電話以外による指導を行う場合は、情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注3に規定する施設基準

情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

第 16 の 7 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料

1 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。

2 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。

3 届出に関する事項

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。

在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の注3に関する施設基準については、情報通信機器を用いた診療の届出を行ってればよく、在宅持続陽圧呼吸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。

別添2の2
特掲診療料の施設基準等に係る届出書

届出診療種別コード 又は保険適用コード	連絡先 担当氏名: 電話番号:
<p>(届出事項)</p> <p><input type="checkbox"/> 難病療養費管理料 (※難病費 等)</p> <p><input type="checkbox"/> がん性疼痛緩和指導管理料 (※がん疼痛 等)</p> <p><input type="checkbox"/> 乳癌治療化学療法ケア・指導料 (※乳癌ケア 等)</p> <p><input type="checkbox"/> ハイリスク妊産婦看護指導料(1-2) (※ハイリスク(1-2) 等)</p> <p><input type="checkbox"/> 遠隔モニタリング加算(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料) (※遠隔指導 等)</p> <p><input type="checkbox"/> 精神科在宅急変支援管理料S (※精神科急変 等)</p> <p><input type="checkbox"/> 遠隔鏡下リンパ節診断術(拡大観察) (※鏡下拡大 等)</p>	
<p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う月の月間において当該届出に係る事項に關し、平定又は平定届出(法令の規定に基づくものに限る。)を行ったことがないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う月の月間において療養科及び看護科別に療養基準に基づき厚生労働大臣が定める療養事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ既に違反していないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う月の月間において、難病診療法第15条第1項及び第2項の診療の提供に關する診療費15条第1項の規定に關する事項の届出、診療内容又は診療報酬の請求に關し、平定又は平定届出が認められたことがないこと。</p> <p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入居費等の基準及び医師等の員数の基準及び入居費等の基準に關する入居費等の基準に關する施設基準等又は診療費15条第2項の基準に關する施設基準等がないこと。</p> <p>連絡については、上記のすべてに適合し、施設基準を遵守していること。届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>保険医療機関の所在地及び名称</p> <p>代表者</p>	

備考 1 □には、適合する場合「し」を記入すること。
2 ※は記載する必要がないこと。
3 届出費は、1 通提出のこと。

在宅ハイフローセラピー指導管理料

C107-3 在宅ハイフローセラピー指導管理料 2,400点

注 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピーに関する指導管理を行った場合に算定する。

- (1) 在宅ハイフローセラピーとは、慢性閉塞性肺疾患(COPD)の患者のうち、安定した病態にある退院患者について、在宅において実施するハイフローセラピーをいう。
- (2) 次のいずれも満たす場合に、当該指導管理料を算定する。
 - ア 患者が使用する装置の保守・管理を十分に行うこと(委託の場合を含む)。
 - イ 装置に必要な保守・管理の内容を患者に説明すること。
 - ウ 夜間・緊急時の対応等を患者に説明すること。
 - エ その他、療養上必要な指導管理を行うこと。
- (3) 対象となる患者は、在宅ハイフローセラピー導入時に以下のいずれも満たす慢性閉塞性肺疾患(COPD)の患者であって、病状が安定し、在宅でのハイフローセラピーを行うことが適当と医師が認めた者とする。
 - ア 呼吸困難、去痰困難、起床時頭痛、頭重感等の自覚症状を有すること。
 - イ 在宅酸素療法を実施している患者であって、次のいずれかを満たすこと。
 - (イ) 在宅酸素療法導入時又は導入後に動脈血二酸化炭素分圧 45mmHg 以上 55mmHg 未満の高炭酸ガス血症を認めること。
 - (ロ) 在宅酸素療法導入時又は導入後に動脈血二酸化炭素分圧 55mmHg 以上の高炭酸ガス血症を認める患者であって、在宅人工呼吸療法が不適であること。
 - (ハ) 在宅酸素療法導入後に夜間の低換気による低酸素血症を認めること(終夜睡眠ポリグラフィ又は経皮的動脈血酸素飽和度測定を実施し、経皮的動脈血酸素飽和度が 90%以下となる時間が 5 分間以上持続する場合又は全体の 10%以上である場合に限る)。
- (4) 在宅ハイフローセラピーを実施する保険医療機関又は緊急時に入院するための施設は、次の機械及び器具を備えなければならない。
 - ア 酸素吸入設備
 - イ 気管内挿管又は気管切開の器具
 - ウ レスピレーター
 - エ 気道内分泌物吸引装置
 - オ 動脈血ガス分析装置(常時実施できる状態であるもの)
 - カ スパイロメトリー用装置(常時実施できる状態であるもの)
 - キ 胸部エックス線撮影装置(常時実施できる状態であるもの)
- (5) 在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者

(入院中の患者を除く。)については、「J024」酸素吸入、「J024-2」突発性難聴に対する酸素療法、「J025」酸素テント、「J026」間歇的陽圧吸入法、「J026-3」体外式陰圧人工呼吸器治療、「J018」喀痰吸引、「J018-3」干渉低周波去痰器による喀痰排出、「J026-2」鼻マスク式補助換気法及び「J026-4」ハイフローセラピー(これらに係る酸素代も含む。)の費用(薬剤及び特定保険医療材料に係る費用を含む。)は算定できない。

- (6) 指導管理の内容について、診療録に記載する。

参考

【在宅ハイフローセラピー指導管理料】

- (問) 新設された在宅ハイフローセラピー指導管理料は、どのような治療を実施することで算定できるか。
- (答) 加温加湿された高流量ガスを侵襲性の低い経鼻カニューラで供給する呼吸療法を、在宅にて行っている患者等に対して指導管理を行っている場合に算定できる。
- (問) 算定要件に「退院患者」とあるが、退院時のみ算定できるか。
- (答) 退院時のみでなく退院月以降に在宅で指導を行った場合でも算定できる。

全国保険医団体連合会 令和4年4月16日

C171-3 在宅ハイフローセラピー材料加算 100点

注 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、当該療法に係る機器を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

在宅ハイフローセラピー材料加算は、「C107-3」在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定すべき指導管理を行った患者に対し、保険医療機関から在宅ハイフローセラピー装置が提供される場合に、3月に3回に限り算定できる。なお、本加算には当該装置に係る費用のうち、装置に必要な回路部品その他の付属品等に係る費用が含まれるものであること。

C174 在宅ハイフローセラピー装置加算

- 1 自動給水加湿チャンバーを用いる場合 3,500点
- 2 1以外の場合 2,500点

注 在宅ハイフローセラピーを行っている入院中の患者以外の患者に対して、在宅ハイフローセラピー装置を使用した場合に、3月に3回に限り、第1款の所定点数に加算する。

医学管理等

B001 特定疾患治療管理料

13 在宅療養指導料 170点

注1 第2部第2節第1款在宅療養指導管理料の各区分に掲げる指導管理料を算定すべき指導管理を受けている患者、器具を装着しておりその管理に配慮を必要とする患者又は退院後1月以内の慢性心不全の患者に対して、医師の指示に基づき保健師、助産師又は看護師が在宅療養上必要な指導を個別に行った場合に、患者1人につき月1回(初回の指導を行った月にあつては、月2回)に限り算定する。

2 1回の指導時間は30分を超えるものでなければならぬものとする。

- (1) 次のいずれかの患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあつては月2回に限り、その他の月にあつては月1回に限り算定する。
 - ア 在宅療養指導管理料を算定している患者
 - イ 入院中の患者以外の患者であつて、器具(人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等)を装着しており、その管理に配慮を要する患者
 - ウ 退院後1月以内の患者であつて、過去1年以内に心不全による入院が、当該退院に係る直近の入院を除き、1回以上ある慢性心不全の患者(治療抵抗性心不全の患者を除く。)
- (2) 保健師、助産師又は看護師が個別に30分以上療養上の指導を行った場合に算定できるものであり、同時に複数の患者に行った場合や指導の時間が30分未満の場合には算定できない。なお、指導は患者のプライバシーが配慮されている専用の場所で行うことが必要であり、保険医療機関を受診した際に算定できるものであつて、患家において行った場合には算定できない。
- (3) 療養の指導に当たる保健師、助産師又は看護師は、訪問看護や外来診療の診療補助を兼ねることができる。
- (4) 保健師、助産師又は看護師は、患者ごとに療養指導記録を作成し、当該療養指導記録に指導の要点、指導実施時間を明記する。
- (5) 当該療養上の指導を行う保健師、助産師又は看護師は、次に掲げる在宅療養支援能力向上のための適切な研修を修了していることが望ましいこと。
 - ア 国、都道府県及び医療関係団体等が主催する研修であること(5時間程度)
 - イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること
 - (イ) 外来における在宅療養支援について
 - (ロ) 在宅療養を支える地域連携とネットワークについて
 - (ハ) 在宅療養患者(外来患者)の意思決定支援について
 - (ニ) 在宅療養患者(外来患者)を支える社会資源について

処置

J026-2 鼻マスク式補助換気法(1日につき) 160点

注1 鼻マスク式補助換気法と同時にされる喀痰吸引、酸素吸入又は酸素テントの費用は、所定点数に含まれるものとする。

2 区分番号C103に掲げる在宅酸素療法指導管理料、区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料又は区分番号C107-3に掲げる在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者に対して行った鼻マスク式補助換気法の費用は算定しない。

- (1) 「C103」在宅酸素療法指導管理料、「C107」在宅人工呼吸指導管理料又は「C107-3」在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者(これらに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。)については、鼻マスク式補助換気法及び体外式陰圧人工呼吸器治療の費用は算定できない。
- (2) 鼻マスク式補助換気法又は体外式陰圧人工呼吸器治療と同時に行う喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントは、所定点数に含まれるものとする。

J026-4 ハイフローセラピー(1日につき)

1 15歳未満の患者の場合 282点

2 15歳以上の患者の場合 192点

- (1) 動脈血酸素分圧が60mmHg以下又は経皮的動脈血酸素飽和度が90%以下の急性呼吸不全の患者に対して実施した場合に限り算定する。なお、算定に当たっては、動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (2) 「C103」在宅酸素療法指導管理料、「C107」在宅人工呼吸指導管理料又は「C107-3」在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定している患者(これらに係る在宅療養指導管理材料加算又は特定保険医療材料のみを算定している者を含み、入院中の患者を除く。)については、ハイフローセラピーの費用は算定できない。

J045 人工呼吸

1 30分までの場合	302点
2 30分を超えて5時間までの場合 又はその端数を増すごとに50点を加算して得た点数	302点に30分
3 5時間を超えた場合(1日につき)	
イ 14日目まで	950点
ロ 15日目以降	815点

注1 使用した精製水の費用及び人工呼吸と同時に呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定若しくは非観血的連続血圧測定又は喀痰吸引若しくは酸素吸入の費用は、所定点数に含まれるものとする。

2 区分番号C107に掲げる在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者に対して行った人工呼吸の費用は算定しない。

3・4 略

5 3のイについては、別に厚生労働大臣が定める患者に対して、連続した12時間以上の腹臥位療法を行った場合に、腹臥位療法加算として、1回につき900点を所定点数に加算する。

- (1) 胸部手術後肺水腫を併発し、応急処置として閉鎖循環式麻酔器による無水アルコールの吸入療法を行った場合は、人工呼吸の所定点数により算定し、これに要した無水アルコールの費用については「J300」薬剤により算定する。
- (2) 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ(ハートスコープ)、カルジオタコスコープ、経皮的動脈血酸素飽和度測定又は非観血的連続血圧測定を同一日に行った場合は、これらに係る費用は人工呼吸の所定点数に含まれる。
- (3) 喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法の費用は、所定点数に含まれる。
- (4) 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸及びマイクロアダプター(人工蘇生器)を使用して、酸素吸入を施行した場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。また、ガス中毒患者に対して、閉鎖循環式麻酔器を使用し、気管内挿管下に酸素吸入を行った場合も同様とする。なお、この場合、酸素吸入の費用は人工呼吸の所定点数に含まれ、別に算定できない。
- (5) 気管内挿管下に閉鎖循環式麻酔器による酸素加圧により、肺切除術後の膨張不全に対して肺膨張を図った場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。
- (6) 閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸を手術直後に引き続いて行う場合には、「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔の所定点数に含まれ、別に算定できない。また、半閉鎖式循環麻酔器による人工呼吸

についても、閉鎖循環式麻酔装置による人工呼吸と同様の取扱いとする。

- (7) 新生児の呼吸障害に対する補助呼吸装置による持続陽圧呼吸法(CPAP)及び間歇的強制呼吸法(IMV)を行った場合は、実施時間に応じて人工呼吸の所定点数により算定する。
- (8) 鼻マスク式人工呼吸器を用いた場合は、 PaO_2/FiO_2 が300mmHg以下又は $PaCO_2$ が45mmHg以上の急性呼吸不全の場合に限り人工呼吸に準じて算定する。
- (9) 「C107」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者(これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。)については、人工呼吸の費用は算定できない。
- (10) 「3」について、他院において人工呼吸器による管理が行われていた患者については、人工呼吸の算定期間を通算する。
- (11) 「3」について、自宅等において人工呼吸器が行われていた患者については、治療期間にかかわらず、「ロ」の所定点数を算定する。

(12)~(13) 略

(14) 「注5」に規定する腹臥位療法加算は、人工呼吸器管理下における、中等症以上の急性呼吸窮迫症候群(ARDS)患者に対し、12時間以上の連続した腹臥位療法を実施した場合に算定することとし、腹臥位療法の実施が日をまたぐ場合については、当該療法を開始してから連続した12時間が経過した時点で算定する。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるガイドライン等を参考にすること。

◇◇ 参考 ◇◇

【人工呼吸の注5に規定する対象患者】

- 特掲診療料の施設基準等別表第十の三の二に掲げる患者区分番号A300に掲げる救命救急入院料2又は4
を算定する患者
- 区分番号A301に掲げる特定集中治療室管理料1又は2
を算定する患者
- 区分番号A301-4に掲げる小児特定集中治療室管理料
を算定する患者
- 区分番号A302に掲げる新生児特定集中治療室管理料1
を算定する患者
- 区分番号A302-2に掲げる新生児特定集中治療室重症児
対応体制強化管理料を算定する患者
- 区分番号A303に掲げる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を算定する患者
- 令和6年3月5日 厚生労働省告示第59号

◇◇ 参考 ◇◇

< 疑義解釈 医科診療報酬点数表関係(DPC) >

【3. 診断群分類区分の適用の考え方について

(3)「手術・処置等1・2」について】

(問) 手術に伴った人工呼吸は医科点数表では「手術当日に、手術(自己血貯血を除く)の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。」とされているが、DPCについて同様の取扱いか。

(答) 手術当日に手術に関連して行う人工呼吸については、術前・術後にかかわらず「人工呼吸 なし」の診断群分類区分を選択する。

事務連絡 平成30年3月30日 疑義解釈その1

◇◇ 参考 ◇◇

第10部手術 < 通則 >

4 手術当日に、手術(自己血貯血を除く。)に関連して行う処置(ギブスを除く。)の費用及び注射の手技料は、術前、術後にかかわらず算定できない。また、内視鏡を用いた手術を行う場合、これと同時に内視鏡検査料は別に算定できない。

令和4年3月4日 保医発0304第1号

参考

(問) 「3 5時間を超えた場合(1日につき)」が、「イ 14日目まで」と「ロ 15日目以降」の2区分とされたが、当該日数の起算日の考え方は、以下の①②のいずれか。

① 人工呼吸「1 30分までの場合」、「2 30分を超えて5時間までの場合」、「3 5時間を超えた場合(1日につき)」のいずれかの算定開始日を起算日とする。

② 「3 5時間を超えた場合(1日につき)」の算定開始日を起算日とする。

(答) ①となる。(令和4年4月11日 厚労省・口頭回答)

(問) 「3 5時間を超えた場合(1日につき)」において、他院において人工呼吸器による管理が行われていた患者は、人工呼吸の算定期間を通算するののか。

(答) その通り。

(問) 「3 5時間を超えた場合(1日につき)」において、自宅等において人工呼吸器が行われていた患者は、治療期間にかかわらず、「ロ 15日目以降」の所定点数を算定するののか。

(答) その通り。

(問) 「3 5時間を超えた場合(1日につき)」を算定する場合、レセプト「摘要」欄には、どのような記載が必要か。

(答) 自院において人工呼吸を開始している場合は、自院における開始年月日を記載する。他院において人工呼吸を開始している場合は、他院における開始年月日を記載する。

全国保険医団体連合会 令和4年4月16日

検査

第3部 検査 第3節 生体検査料 (脳波検査等)

通則

区分番号D235からD237-3までに掲げる脳波検査等については、各所定点数及び区分番号D238に掲げる脳波検査判断料の所定点数を合算した点数により算定する。

D237 終夜睡眠ポリグラフィー

1 携帯用装置を使用した場合	720点
2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合	250点
3 1及び2以外の場合	
イ 安全精度管理下で行うもの	4,760点
ロ その他のもの	3,570点

注 3のイについては、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

(1) 「1 携帯用装置を使用した場合」

ア 問診、身体所見又は他の検査所見から睡眠時呼吸障害が強く疑われる患者に対し、睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用した場合に算定する。なお、「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者又は当該保険医療機関からの依頼により睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した歯科医療機関から検査の依頼を受けた患者については、治療の効果を判定するため、6月に1回を限度として算定できる。

イ 鼻呼吸センサー又は末梢動脈波センサー、気道音センサーによる呼吸状態及び経皮的センサーによる動脈血酸素飽和状態を終夜連続して測定した場合に算定する。この場合の「D214」脈波図、心機図、ポリグラフ検査、「D223」経皮的動脈血酸素飽和度測定及び「D223-2」終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれる。

ウ 数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。

エ 診療録に検査結果の要点を記載する。

(2) 「2 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合」

ア 多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用する場合は、パルスオキシメーターモジュールを組み合わせを行い、問診、身体所見又は他の検査所見から睡眠時呼吸障害が強く疑われる患者に対し、睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用し、解析を行った場合に算定する。

イ 「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者又は当該保険医療機関からの依頼により睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した歯科医療機関から検査の依頼を受けた患者については、治療の効果を判定するため、6月に1回を限度として算定できる。

ウ 「D223」経皮的動脈血酸素飽和度測定及び「D223-2」終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は所定点数に含まれる。

エ 数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。

オ 診療録に検査結果の要点を記載する。

(3) 「3 1及び2以外の場合」の イ 安全精度管理下で行うもの

ア 次のいずれかに該当する患者等であって、安全精度管理下に当該検査を実施する医学的必要性が認められるものに該当する場合に、1月に1回を限度として算定する。なお、「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、初回月に限り2回、翌月以後は1月に1回を限度として算定する。なお、診療報酬明細書の摘要欄に下記(イ)から(ホ)までのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載すること。

(イ) 以下のいずれかの合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者

- ① 心疾患、神経筋疾患(脳血管障害含む。)又は呼吸器疾患(継続的に治療を行っている場合に限る。)
- ② BMI35以上の肥満
- ③ 生活に常時介護を要する認知機能障害

(ロ) 以下のいずれかの睡眠障害の患者

- ① 中枢性過眠症
- ② パラソムニア
- ③ 睡眠関連運動障害
- ④ 睡眠中多発するてんかん発作

(ハ) 13歳未満の小児の患者

(ニ) 「107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者であって、(イ)～(ハ)で治療の効果を判定するため、安全精度管理下にCPAPを用いて当該検査を実施する医学的必要性が認められる患者

(ホ) その他、安全精度管理が医学的に必要と主治医が認める患者

イ 当該検査を実施するに当たっては、下記(イ)から

(ニ)までに掲げる検査の全て(睡眠時呼吸障害の疑われない患者については(イ)のみ)を、当該患者の睡眠中8時間以上連続して当該保険医療機関内で測定し、記録すること。また、当該検査は、専ら当該検査の安全及び精度の確保を担当する医師、看護師又は臨床検査技師の下で実施することとし、原則と

して当該検査の実施中に他の業務を兼任しないこと。

(イ) 8極以上の脳波、眼球運動及びおとがいの筋電図

(ロ) 鼻又は口における気流の検知

(ハ) 胸壁及び腹壁の換気運動記録

(ニ) パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度連続測定

ウ 脳波等の記録速度は、毎秒 1.5 センチメートル以上のものを標準とする。

エ 同時に行った検査のうち、「D200」スパイログラフイー等検査から本区分「2」までに掲げるもの及び「D239」筋電図検査については、併せて算定できない。

オ 測定を開始した後、患者の覚醒等やむを得ない事情により、当該検査を途中で中絶した場合には、当該中絶までに施行した検査に類似する検査項目によって算定する。

カ 診療録に、検査結果の要点を記載し、検査中の安全精度管理に係る記録を添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に、安全精度管理を要した患者の診断名(疑い病名を含む。)、検査中の安全精度管理を担当した従事者の氏名、検査中の安全精度管理に係る記録及び検査結果の要点を記載すること。また、合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者に対して実施した場合は、当該患者の継続的な治療の内容、BMI又は日常生活の状況等の当該検査を実施する医学的必要性についても診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(4) 「3 1及び2以外の場合」の ロ その他のもの

ア 他の検査により睡眠中無呼吸発作の明らかな患者に対して睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として行った場合及び睡眠中多発するてんかん発作の患者又はうつ病若しくはナルコレプシーであって、重篤な睡眠、覚醒リズムの障害を伴うものの患者に対して行った場合に、1月に1回を限度として算定する。なお、「C107-2」在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、初回月に限り2回、翌月以後は1月に1回を限度として算定できる。当該検査を実施するに当たっては、下記(イ)から(ニ)までに掲げる検査の全て(睡眠時呼吸障害の疑われない患者については(イ)のみ)を当該患者の睡眠中8時間以上連続して測定し、記録する。

(イ) 脳波、眼球運動及びおとがいの筋電図

(ロ) 鼻又は口における気流の検知

(ハ) 胸壁及び腹壁の換気運動記録

(ニ) パルスオキシメーターによる動脈血酸素飽和度連続測定

イ 脳波等の記録速度は、毎秒 1.5 センチメートル以上のものを標準とする。

- ウ 同時に行った検査のうち、「D200」スパイログラフィー等検査から本区分「2」までに掲げるもの及び「D239」筋電図検査については、併せて算定できない。
- エ 測定を開始した後、患者の覚醒等やむを得ない事情により、当該検査を途中で中絶した場合には、当該中絶までに施行した検査に類似する検査項目によって算定する。
- オ 診療録に検査結果の要点を記載する。

(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。

施設基準

厚生労働省告示第 59 号(令和 6 年 3 月 5 日)及び関連通知より

ハの二 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

- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

第 2 届出に関する手続き

4 (3) 終夜睡眠ポリグラフィー(1及び 2 以外の場合) (安全精度管理下で行うもの)に係る年間実施件数

ア 1 月から 12 月までの 1 年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の4月1日から翌々年3月末日まで所定点数を算定できるものとする。

イ アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前6月以内の実施件数が、要件とされる年間実施件数の半数以上であれば足りるものとし、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3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日から翌年の3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。(以下省略)

ウ エ(省略)

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。

様式 27 の 2 の 2
終夜睡眠ポリグラフィー (安全精度管理下で行うもの) の
施設基準に係る届出書添付書類

1 睡眠障害又は睡眠呼吸障害に係る診療の経験を5年以上有する常勤医師の氏名等	常勤医師の氏名	勤務時間	睡眠障害又は睡眠呼吸障害に係る診療の経験年数	日本睡眠学会等が主催する研修会の受講年月日
		時間 年	年	
2 常勤臨床検査技師の氏名等	常勤臨床検査技師の氏名	勤務時間		
		時間 年		
		時間 年		
		時間 年		
3 当該保険医療機関における睡眠ポリグラフィー検査及び反復睡眠潜時試験 (MSLT) の年間実施件数	終夜睡眠ポリグラフィー検査	反復睡眠潜時試験 (MSLT)		
	____ 件	____ 件		
4 施設検査に関する安全管理マニュアル策定の有無 (有・無)				

【記載上の注意】
 1 「1」の常勤医師及び「2」の常勤臨床検査技師の勤務時間について、就業規則等に定める通常の所定労働時間 (休憩時間を除く労働時間) を記入すること。なお、「1」については、当該医師の研修受講記録簿の写し (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。
 2 「2」については、「終夜睡眠ポリグラフィー検査」は、区分番号「D237」に掲げる終夜睡眠ポリグラフィーの「3」1及び2以外の場合の実施件数を、「反復睡眠潜時試験 (MSLT)」は、区分番号「D237-2」に掲げる反復睡眠潜時試験 (MSLT) の実施件数を、それぞれ記載すること。
 3 「3」については、当該検査症例一覧 (実施年月日、手術名、患者の性別、年齢、主病名) を別添2の様式 52 により添付すること。
 4 「4」については、当該保険医療機関内で策定された施設検査に関する安全管理マニュアルを添付すること。

様式 52
[] 検査・処置・手術症例一覧

番号	年月日	検査名・処置名・手術名	性別	年齢	主病名
1					
2					
3					

事務連絡

- (問) D237 終夜睡眠ポリグラフィー (多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合) の算定要件に、「多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用する場合は・・・睡眠時無呼吸症候群の診断を目的として使用し、解析を行った場合に算定する。」とあり、「C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定している患者については、治療の効果を判定するため、6月に1回を限度として算定できる。」と示されている。C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定していない患者で、既に睡眠時無呼吸症候群と確定診断されている患者は算定できるか。
- (答) 算定できない。

事務連絡 平成 24 年 8 月 9 日 疑義解釈その 8

(問) D237 終夜睡眠ポリグラフィー(多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合)の算定要件に、「D223 経皮的動脈血酸素飽和度及びD223-2終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定のコストは所定点数に含まれる。」とあり、「数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。」と示されているが、検査の包括規定は次のいずれになるか。

- ①同日
- ②同月(入院・外来問わず)
- ③同月において終夜睡眠ポリグラフィー(多点感圧センサーを有する睡眠評価装置を使用した場合)が算定されているレセプトにおいては算定できない。

(答) 診断が確定するまでの間が「一連のもの」の期間である。
事務連絡 平成 24 年 8 月 9 日 疑義解釈その 8

(問) 区分番号「D237」終夜睡眠ポリグラフィーに係る安全精度管理下で行うものに関する施設基準における「日本睡眠学会等が主催する研修会」とは具体的にどのようなものか。

(答) 現時点では、日本睡眠学会による「睡眠検査安全精度管理セミナー」が該当する。

事務連絡 令和 2 年 8 月 25 日 疑義解釈その 29

(問) 区分番号「D237」終夜睡眠ポリグラフィーについて、「心疾患、神経筋疾患(脳血管障害を含む。)又は呼吸器疾患(継続的に治療を行っている場合に限る。)」とは具体的にどのような患者を指すか。

(答) 例えば、複数の治療薬や酸素療法を行っている患者、冠動脈治療後の冠動脈疾患の患者、確定診断されている神経筋疾患の患者であって何らかの症状を有する者(この場合は、必ずしも内服治療や呼吸管理を行っている必要はなく、継続的な通院及び管理がなされていればよいものとする。)等、安全精度管理下に当該検査を実施する医学的必要性が認められるものが該当する。なお、高血圧のみの患者や、内服治療を受けているが無症状の脳血管障害の患者等、当該検査の医学的必要性が認められない場合は該当しない。

事務連絡 令和 2 年 3 月 31 日 疑義解釈その 1

参考

原則として、C103在宅酸素療法指導管理料「2」のその他の場合について、在宅酸素療法指導管理料を慢性心不全で算定する場合で、睡眠時無呼吸症候群の病名がない場合、終夜睡眠ポリグラフィー「1」～「3」は認められない。【留意事項】慢性心不全患者にはSAS(とりわけ中枢性SAS)の合併が高頻度に見られること。また、その治療には在宅酸素療法(HOT)と並んで在宅持続陽圧呼吸療法(C-PAP)が有効であることが知られている。PSGを施行した慢性心不全患者でSASの病名が付いていないレセプトでは、PSGを必要とした理由や無呼吸低呼吸指数(AHI)の値に関してコメントすることが適当である。

支払基金 平成 22 年 6 月 21 日

更新 平成 26 年 9 月 22 日

D238 脳波検査判断料

- 1 脳波検査判断料1 350 点
- 2 脳波検査判断料2 180 点

注1 脳波検査等の種類又は回数にかかわらず月1回に限り算定するものとする。

- 2 1については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。
- 3 遠隔脳波診断を行った場合については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間で行われた場合に限り算定する。この場合において、受信側の保険医療機関が脳波検査判断料1の届出を行った保険医療機関であり、当該保険医療機関において常勤の医師が脳波診断を行い、その結果を送信側の保険医療機関に文書等により報告した場合は、脳波検査判断料1を算定することができる。

- (1) 脳波検査判断料1は、脳波診断を担当した経験を5年以上有する医師が脳波診断を行い、その結果を文書により当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。なお、当該保険医療機関以外の施設に脳波診断を委託した場合は算定できない(「注3」の遠隔脳波診断により算定する場合を除く。)
- (2) 遠隔脳波診断を行った場合、脳波検査判断料1は、受信側の保険医療機関において、脳波診断を担当した経験を5年以上有する医師が脳波診断を行い、その結果を文書により送信側の保険医療機関における当該患者の診療を担当する医師に報告した場合に、月の最初の診断の日に算定する。この場合、当該患者の診療を担当する医師は、報告された文書又はその写しを診療録に添付すること。
- (3) 遠隔脳波診断を行った場合は、送信側の保険医療機関において「D235」脳波検査及び本区分の脳波検査判断料1を算定できる。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用については受信側、送信側の医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

D222 経皮的血液ガス分圧測定、血液ガス連続測定

- | | |
|---------------------------|-------------|
| 1 1時間以内又は1時間につき | 100点 |
| 2 5時間を超えた場合(1日につき) | 630点 |

- (1) 経皮的血液ガス分圧測定は、以下のいずれかに該当する場合に算定する。
- ア 循環不全及び呼吸不全があり、酸素療法を行う必要のある新生児に対して測定を行った場合。その際には、測定するガス分圧の種類にかかわらず、所定点数により算定する。ただし、出生時体重が 1,000g 未満又は 1,000g 以上 1,500g 未満の新生児の場合は、それぞれ 90 日又は 60 日を限度として算定する。
- イ 神経筋疾患、肺泡低換気症候群(難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する指定難病の患者であって、同法第7条第4項に規定する医療受給者証を交付されているもの(同条第1項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。))に限る。)又は慢性呼吸器疾患の患者に対し、NPPVの適応判定及び機器の調整を目的として経皮的に血中のP_{CO₂}を測定した場合。その際には、1入院につき2日を限度として算定できる。
- (2) 血液ガス連続測定は、閉鎖循環式全身麻酔において分離肺換気を行う際に血中のPO₂、PCO₂及びpHの観血的連続測定を行った場合に算定できる。

D223 経皮的動脈血酸素飽和度測定(1日につき) 35点

注 人工呼吸と同時にを行った経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は、人工呼吸の所定点数に含まれるものとする。

- (1) 経皮的動脈血酸素飽和度測定は、次のいずれかに該当する患者に対して行った場合に算定する。
- ア 呼吸不全若しくは循環不全又は術後の患者であって、酸素吸入若しくは突発性難聴に対する酸素療法を現に行っているもの又は酸素吸入若しくは突発性難聴に対する酸素療法を行う必要があるもの
- イ 静脈麻酔、硬膜外麻酔又は脊椎麻酔を実施中の患者に行った場合
- なお、閉鎖式全身麻酔を実施した際に「L008」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を算定した日と同一日には算定できない。
- (2) 「C103」在宅酸素療法指導管理料を算定している患者(これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。)については、経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用は算定できない。

事務連絡

(問) 鎮静下に内視鏡検査を実施する際のモニターとして、心電図、呼吸心拍監視、経皮的動脈血酸素飽和度測定の算定は認められるか。

(答) 当該項目の算定要件を満たしている場合には、それぞれの所定点数を算定できる。

事務連絡 平成 28 年 3 月 31 日 疑義解釈その 1

(問) 区分番号「H003」呼吸器リハビリテーション料を算定するリハビリテーションの前又は後に、区分番号「D223」経皮的動脈血酸素飽和度測定を行った場合、リハビリテーションの前であるか後であるかを問わず経皮的動脈血酸素飽和度測定は算定できないと考えてよいか。

(答) そのとおり。呼吸器リハビリテーション料の所定点数には、区分番号「D223」経皮的動脈血酸素飽和度測定の費用が含まれるが、これは当該測定の実施がリハビリテーションの前であるか後であるかを問わない。

事務連絡 平成 28 年 3 月 31 日 疑義解釈その 1

D223-2 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定(一連につき)

100点

- (1) 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定は、睡眠時呼吸障害の疑われる患者に対して行った場合に算定し、数日間連続して測定した場合でも、一連のものとして算定する。
- (2) 「C103」在宅酸素療法指導管理料を算定している患者(これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。)については、終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定(一連につき)の費用は算定できない。

事務連絡

(問) 終夜経皮的動脈血酸素飽和度測定の一連につきとは具体的にいつまでの期間を指すのか。

(答) 診断が確定するまでの間。

事務連絡 平成 18 年 3 月 28 日

D211-3 時間内歩行試験 200点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

2 区分番号D200に掲げるスパイログラフィー等検査及び区分番号D220からD223-2までに掲げる諸監視であつて、時間内歩行試験と同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

- (1) 時間内歩行試験は、在宅酸素療法を施行している患者又は「C103」在宅酸素療法指導管理料の算定要件を満たす患者若しくは本試験により算定要件を満たすことが可能となる患者で在宅酸素療法の導入を検討している患者に対し、医師又は医師の指導管理の下に看護職員、臨床検査技師若しくは理学療法士がパルスオキシメーター等を用いて動脈血酸素飽和度を測定しながら6分間の歩行を行わせ、到達した距離、動脈血酸素飽和度及び呼吸・循環機能検査等の結果を記録し、医師が患者の運動耐容能等の評価及び治療方針の決定を行った場合に、年に4回を限度として算定する。なお、当該検査の実施に係る時間(準備や説明に要した時間を含む。)については、第7部に掲げるリハビリテーションを実施した時間に含めることはできない。
- (2) 医師の指導管理の下に看護職員、臨床検査技師又は理学療法士が6分間の歩行を行わせる場合は、医師が同一建物内において当該看護職員、臨床検査技師又は理学療法士と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる体制であること。
- (3) 以下の事項を診療録に記載すること
ア 当該検査結果の評価
イ 到達した距離、施行前後の動脈血酸素飽和度、呼吸・循環機能検査等の結果
- (4) 当該検査を算定する場合にあつては、過去の実施日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

D211-4 シヤトルウォーキングテスト 200点

注1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に限り算定する。

2 区分番号D200に掲げるスパイログラフィー等検査及び区分番号D220からD223-2までに掲げる諸監視であつて、シヤトルウォーキングテストと同一日に行われたものの費用は、所定点数に含まれるものとする。

- (1) シヤトルウォーキングテストは、在宅酸素療法を施行している患者又は「C103」在宅酸素療法指導管理料の算定要件を満たす患者若しくは本試験により算定要件を満たすことが可能となる患者であつて在宅酸素療法の導入を検討しているものに対し、医師又は医師の指導管理の下に看護

職員若しくは臨床検査技師がパルスオキシメーター等を用いて動脈血酸素飽和度を測定しながら一定の距離を往復で歩行させ、歩行可能距離又は歩行持続時間、動脈血酸素飽和度及び呼吸・循環機能検査等の結果を記録し、医師が患者の運動耐容能等の評価及び治療方針の決定を行った場合に、年に4回を限度として算定する。なお、「D211-3」時間内歩行試験を併せて実施した場合には、時間内歩行試験又はシヤトルウォーキングテストを合わせて年に4回を限度として算定する。

- (2) 医師の指導管理の下に看護職員又は臨床検査技師がシヤトルウォーキングテストを行う場合は、医師が同一建物内において当該看護職員又は臨床検査技師と常時連絡が取れる状態かつ緊急事態に即時的に対応できる体制であること。
- (3) 以下の事項を診療録に記載すること。
ア 当該検査結果の評価
イ 歩行可能距離又は歩行持続時間、施行前後の動脈血酸素飽和度、呼吸・循環機能検査等の結果
- (4) 当該検査を算定する場合にあつては、以下の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
ア 過去の実施日
イ 在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針

施設基準

厚生労働省告示第59号(令和6年3月5日)及び関連通知より

六の三 時間内歩行試験の施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

六の三の二 シヤトルウォーキングテストの施設基準

- (1) 当該保険医療機関内に当該検査を行うにつき必要な医師が配置されていること。
- (2) 当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること。

第2 届出に関する手続き

7 次の(1)から(17)までに掲げるものについては、それらの点数のうちいずれか1つについて届出を行ってれば、当該届出を行った点数と同一の区分に属する点数も算定できるものであり、点数ごとに別々の届出を行う必要はないものであること。

- (1)～(5) 略
- (6) 時間内歩行試験、シヤトルウォーキングテスト
- (7)～(17) 略

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)

(問) D211-3時間内歩行試験の実施に当たり、前後の血液ガス分析は必須なのか。

(答) 時間内歩行試験の実施に当たっては、患者の状態等を勘案の上、医学的に必要かつ妥当な検査を実施し、結果を診療録に記載すること。

事務連絡 平成24年3月30日

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。

様式24の6 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書添付書類				
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の氏名等				
診療科名	常勤医師の氏名	勤務時間	当該診療科の経験年数	当該検査の経験症例数
		時間	年	例
		時間	年	例
2 当該保険医療機関内で必要な検査等が実施できる機器				
	(一般的名称)	(承認番号)		
・生化学的検査(血液ガス分析)				
・画像診断(単純撮影(胸部))				
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の概要				
<small>【記載上の注意】 「1」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める通常の所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記入すること。</small>				

事務連絡

(問) ①D211-3時間内歩行試験は、年に4回を限度として算定できるが、初回の実施から1年間に4回か。それとも1/1~12/31までの間に4回か。

②過去の実施日の記載は、上記①回答の1年間に行ったもののみでよいか。

(答) ①1/1~12/31までの間に4回である。

②よい。

事務連絡 平成24年8月9日

手術

K047-2 難治性骨折超音波治療法(一連につき)

12,500 点

「K047」難治性骨折電磁波電気治療法の取扱いと同様とする。

K047 難治性骨折電磁波電気治療法

- (1) 対象は四肢(手足を含む。)の遷延治癒骨折や偽関節であって、観血的手術、「K044」骨折非観血的整復術、「K045」骨折経皮的鋼線刺入固定術又は「K047-3」超音波骨折治療法他の療法を行っても治癒しない難治性骨折に対して行った場合に限り算定する。ただし、やむを得ない理由により観血的手術、「K044」骨折非観血的整復術、「K045」骨折経皮的鋼線刺入固定術又は「K047-3」超音波骨折治療法他の療法を行わずに難治性骨折電磁波電気治療法を行った場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。
- (2) 当該治療を開始してから6か月間又は骨癒合するまでの間、原則として連日、継続して実施する場合に、一連のものとして1回のみ所定点数を算定する。なお、算定に際しては、当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した上で、当該指導内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (3) 当該治療法を1回行った後に再度行った場合又は入院中に開始した当該治療法を退院した後に継続して行っている場合であっても、一連として1回のみ算定する。
- (4) 本手術の所定点数には、使用される機器等(医師の指示に基づき、患者が自宅等において当該治療を継続する場合を含む。)の費用が含まれる。

K047-3 超音波骨折治療法(一連につき)

4,620 点

注 骨折観血的手術等が行われた後に本区分が行われた場合に限り算定する。

- (1) 超音波骨折治療法は、四肢(手足を含む。)の観血的手術、骨切り術又は偽関節手術を実施した後に、骨折治癒期間を短縮する目的で、当該骨折から3週間以内に超音波骨折治療法を開始した場合に算定する。なお、やむを得ない理由により3週間を超えて当該超音波骨折治療法を開始した場合にあっては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由を詳細に記載すること。
- (2) 当該治療を開始してから3か月間又は骨癒合するまでの間、原則として連日、継続して実施する場合に、一連のものとして1回のみ所定点数を算定する。なお、算定に際しては、当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した上で、当該指導内容を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

- (3) 当該治療法を1回行った後に再度行った場合又は入院中に開始した当該治療法を退院した後に継続して行っている場合であっても、一連として1回のみ算定する。
- (4) 本手術の所定点数には、使用される機器等(医師の指示に基づき、患者が自宅等において当該治療を継続する場合を含む。)の費用が含まれる。
- (5) 本手術に併せて行った「J119」消炎鎮痛等処置、「J119-2」腰部又は胸部固定帯固定又は「J119-4」肛門処置については、別に算定できない。

事務連絡

(問) 区分番号「K047」難治性骨折電磁波電気治療法、区分番号「K047-2」難治性骨折超音波治療法及び区分番号「K047-3」超音波骨折治療法について、鎖骨を対象に実施した場合も算定できるのか。

(答) 医学的に妥当かつ適切であれば算定できる。

事務連絡 平成 28 年 3 月 31 日 疑義解釈その 1

(問1) 区分番号「K044」骨折非観血的整復術を行った後に、区分番号「K047-3」超音波骨折治療法を実施した場合、当該点数を算定できるか。

(答) 算定できない。

事務連絡 平成 28 年 3 月 31 日 疑義解釈その 1

(問2) 「四肢の骨折に対する観血的手術の手術中に行われたものは算定できない」が削除されたが、取扱いに変更があるか。

(答) そもそも当該治療法を手術中に行われるものではないことから、従前のおり算定できない。

事務連絡 平成 28 年 4 月 25 日 疑義解釈その 2

精神科専門療法

1000-2 経頭蓋磁気刺激療法 2,000点

注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、薬物治療で十分な効果が認められない成人のうつ病患者に対して、経頭蓋治療用磁気刺激装置による治療を行った場合に限り算定する。

- (1) 当該治療を実施する場合は関連学会の定める適正使用指針を遵守すること。
- (2) 経頭蓋磁気刺激療法は、抗うつ剤を使用した経験があつて、十分な効果が認められない成人のうつ病患者に用いた場合に限り算定できる。ただし、双極性感情障害、軽症うつ病エピソード、持続気分障害などの軽症例や、精神病症状を伴う重症うつ病エピソード、切迫した希死念慮、緊張病症状、速やかに改善が求められる身体的・精神医学的状态を認めるなどの電気痙攣療法が推奨される重症例を除く。
- (3) 経頭蓋磁気刺激療法は、関連学会の定める適正使用指針に基づき、適正時間の刺激により治療が行われた場合に算定できる。時間については、治療装置による治療の前後の医師又は看護師によって行われる面接の時間及び治療装置の着脱に係る時間は含まない。なお、当該治療に用いた医療機器、治療を行った日時及び刺激した時間について、診療録に記載する。
- (4) 初回の治療を行った日から起算して8週を限度として、計30回に限り算定できる。また、治療開始日と終了日の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (5) 治療開始前にHAMD17又はHAMD24(ハミルトンうつ病症状評価尺度)による評価を行い、その分析結果及び患者に対する本治療の説明内容の要点を診療録に記載する。
- (6) 治療開始から第3週目及び第6週目にHAMD17又はHAMD24による再評価を行い、その分析結果を診療録に記載する。なお、第3週目の評価において、その合計スコアがHAMD17で7以下、HAMD24で9以下である場合は寛解と判断し当該治療は中止又は漸減する。漸減する場合、第4週目は最大週3回、第5週目は最大週2回、第6週目は最大週1回まで算定できる。また、第3週目の評価において、HAMD17又はHAMD24の合計スコアで寛解と判断されず、かつ治療開始前の評価より改善が20%未満の場合には中止する。

施設基準

厚生労働省告示第59号(令和6年3月5日)及び関連通知より

第十 精神科専門療法

一 経頭蓋磁気刺激療法の施設基準

経頭蓋磁気刺激療法を行うにつき十分な体制が整備されていること。

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。

様式 44 の 8			
経頭蓋磁気刺激療法の施設基準に係る届出書添付書類			
1 標榜診療科名 (施設基準に係る標榜科名を記入すること)			
科			
2 うつ病の治療に関し、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精神科医師の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	うつ病の治療の経験年数	所定の研修修了年月日
	時間	年	
	時間	年	
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の氏名等			
常勤医師の氏名	勤務時間	認知療法・認知行動療法の経験年数	講習の受講年月日
	時間	年	
	時間	年	
4 当該病院で届出を行っている施設基準 (いずれかを選択すること)			
(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			
【記載上の注意】			
1 「2」及び「3」の常勤医師の勤務時間について、就業規則等に定める通常の所定労働時間(休憩時間を除く労働時間)を記載すること。			
2 「2」及び「3」について、医師の所定の研修の修了を証する文書の写し(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覽でも可)を添付すること。			

短期滞在手術等基本料

第2部 入院料等 第4節 短期滞在手術等基本料

A400 短期滞在手術等基本料

D237 終夜睡眠ポリグラフィーに係る部分を抜粋。

A400 短期滞在手術等基本料

1 略

2 短期滞在手術等基本料3(4泊5日までの場合)

イ D237 終夜睡眠ポリグラフィー3 1及び2以外の場合

イ 安全精度管理下で行うもの 9,537点

(生活療養を受ける場合にあつては、9,463点)

ロ D237 終夜睡眠ポリグラフィー3 1及び2以外の場合

ロ その他のもの 8,400点

(生活療養を受ける場合にあつては、8,326点)

ハ～ 略

注1 略

2 別に厚生労働大臣が定める保険医療機関において、当該手術を行った場合(入院した日から起算して5日までの期間に限る。)は、短期滞在手術等基本料3を算定する。ただし、当該患者が同一の疾病につき、退院の日から起算して7日以内に再入院した場合は、当該基本料は算定しない。

3 略

4 第1章基本診療料及び第2章特掲診療料に掲げるもの(当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、区分番号J038に掲げる人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料、第14部その他並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く。)は、短期滞在手術等基本料3に含まれるものとする。

- (1) 短期滞在手術等基本料は、短期滞在手術等(日帰り及び4泊5日入院による手術、検査及び放射線治療)を行うための環境及び当該手術を行うために必要な術前・術後の管理や定型的な検査、画像診断等を包括的に評価したものであり、次に定める要件を満たしている場合に算定できる。
- ア 手術室を使用していること((6)のアからカまでを算定する場合を除く。)。なお、内視鏡を用いた手術を実施する場合については、内視鏡室を使用してもよい。
- イ 手術等の実施前に十分な説明を行った上で、別紙様式8を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること。
- ウ 退院翌日に患者の状態を確認する等、十分なフォローアップを行うこと。
- エ 退院後概ね3日間、患者が1時間以内で当該医療機関に来院可能な距離にいること(短期滞在手術等基本料3を除く。)
- (2) 短期滞在手術等基本料を算定した後、当該患者が同一の疾病につき再入院した場合であつて、当該再入院日が前回入院の退院の日から起算して7日以内である場合は、当該再入院においては短期滞在手術等基本料を算定せず、

第1章基本診療料(第2部第4節短期滞在手術等基本料を除く。)及び第2章特掲診療料に基づき算定する。

(3)・(4) 略

(5) DPC対象病院においては、短期滞在手術等基本料3を算定できない。

(6) DPC対象病院及び診療所を除く保険医療機関において、入院した日から起算して5日以内に以下の手術等を行う場合には、特に規定する場合を除き、全ての患者について短期滞在手術等基本料3を算定する。

ア 「D237」終夜睡眠ポリグラフィーの「3」

「1」及び「2」以外の場合の「イ」安全精度管理下で行うもの

イ 「D237」終夜睡眠ポリグラフィーの「3」

「1」及び「2」以外の場合の「ロ」その他のもの

ウ～ア₂ 略

(7) 以下のアからオまでに該当する場合は、短期滞在手術等基本料3を算定しない。なお、イ及びウについては、例えば眼科で同一の手術を両眼に実施した場合等、同一の手術等を複数回実施する場合は含まれない。また、エについては、手術等を実施した保険医療機関、転院先の保険医療機関ともに短期滞在手術等基本料3を算定しない。

ア 特別入院基本料及び月平均夜勤時間超過減算を算定する保険医療機関の場合

イ 入院した日から起算して5日以内に(6)に掲げる手術等の中から2以上を実施した場合

ウ 入院した日から起算して5日以内に(6)に掲げる手術等に加えて、手術(第2章特掲診療料第10部手術に掲げるもの)を実施した場合

エ 入院した日から起算して5日以内に(6)に掲げる手術等を実施した後、入院した日から起算して5日以内に他の保険医療機関に転院した場合

オ 「K721」内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術を行う場合であつて、内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術の「注1」又は「注2」に規定する加算を算定する場合

(8) 短期滞在手術等基本料3を算定する場合は、当該患者に対して行った第2章第2部第2節在宅療養指導管理料、第3節薬剤料、第4節特定保険医療材料料、「J038」人工腎臓及び退院時の投薬に係る薬剤料(第2章第5部第3節薬剤料に掲げる各所定点数をいう。)、第14部その他並びに別に厚生労働大臣が定める除外薬剤・注射薬の費用を除き、医科点数表に掲げる全ての項目について、別に算定できない。また、入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院医療機関が入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該又は他の保険医療機関等で処方された薬剤を患者に持参させ、入院医療機関が使用することは特別な理由がない限り認められない(やむを得ず患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合については、当該特別な理由を診療録に記載すること)。

(9) 短期滞在手術等基本料3を算定する患者について、6日目以降においても入院が必要な場合には、6日目以降の療養に係る費用は、第1章基本診療料(第2部第4節短期滞在手術等基本料を除く。)及び第2章特掲診療料に基づき算定すること。

(10) 略

(11) 短期滞在手術等基本料を算定している月においては、血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料又は免疫学的検査判断料は算定できない。ただし、短期滞在手術等基本料3を算定している月においては、入院日の前日までにを行った血液学的検査判断料、生化学的検査(I)判断料又は免疫学的検査判断料はこの限りではない。

(12) 短期滞在手術等基本料を算定した同一月に心電図検査を算定した場合は、算定の期日にかかわらず、所定点数の100分の90の点数で算定する。ただし、短期滞在手術等基本料3を算定している月においては、退院日の翌日以降に限る。

(13) ～ (16) 略

(17) 短期滞在手術等基本料に包括されている肝炎ウイルス関連検査を行った場合には、当該検査の結果が陰性であった場合を含め、当該検査の結果について患者に適切な説明を行い、文書により提供すること。

事務連絡

【短期滞在手術等基本料】

(問) DPC対象病院における地域包括ケア病棟において、短期滞在手術等基本料3は算定できるか。

(答) DPC対象病院においては、DPCを算定する病棟以外において短期滞在手術等基本料に該当する手術を行った場合でも、短期滞在手術等基本料は算定できない。

事務連絡 平成 30 年 3 月 30 日 疑義解釈その1

(問 130) 「区分番号 A400」短期滞在手術等基本料について、「従前に十分な説明を行った上で、別紙様式 8 を参考にした様式を用いて患者の同意を得ること」とあるが、検査や放射線治療を行う場合においても、患者の同意を得ることが必要か。

(答) 必要。

事務連絡 令和 4 年 3 月 31 日 疑義解釈その1

【DPC その他】

(問 2-15) DPC 対象病院において区分番号「A400」短期滞在手術等基本料 3 の対象手術等を実施した患者については、どのように算定するのか。

(答) DPC 対象病院においては、DPC/PDPS による算定を行う病床に限らず、全ての病床において短期滞在手術等基本料 3 は算定できない。

事務連絡 令和 6 年 3 月 28 日 疑義解釈その 1

参考

(問) 対象手術を行い、併せて別疾病にかかわる検査を行った場合の費用は請求できるのか。

(答) 請求できない。当該基本料に包括される。

(問) 別の疾患で入院し、その後に対象の手術・検査を実施した場合の取扱いはどうなるのか。

(答) 次の取り扱いとなる。

- ① 入院5日目までに退院した場合は当該基本料を算定する。
- ② 入院5日目までに当該手術・検査を実施したが退院が6日目以降になった場合は、5日目までは当該基本料を、6日目以降は出来高で算定する。
- ③ 6日目以降に対象手術・検査を実施した場合は、すべて出来高で算定する。

全国保険医団体連合会 平成 28 年 4 月 4 日

(問) 短期滞在手術等基本料 3 は、5 日以内の入院点数として設定されているが、入院期間が短い場合の算定はどうなるのか。

(答) 5 日以内の入院を対象とした 1 入院当たりの包括点数であり、5 日以内の入院であれば、入院日数にかかわらず短期滞在手術等基本料 3 の所定点数を算定する。

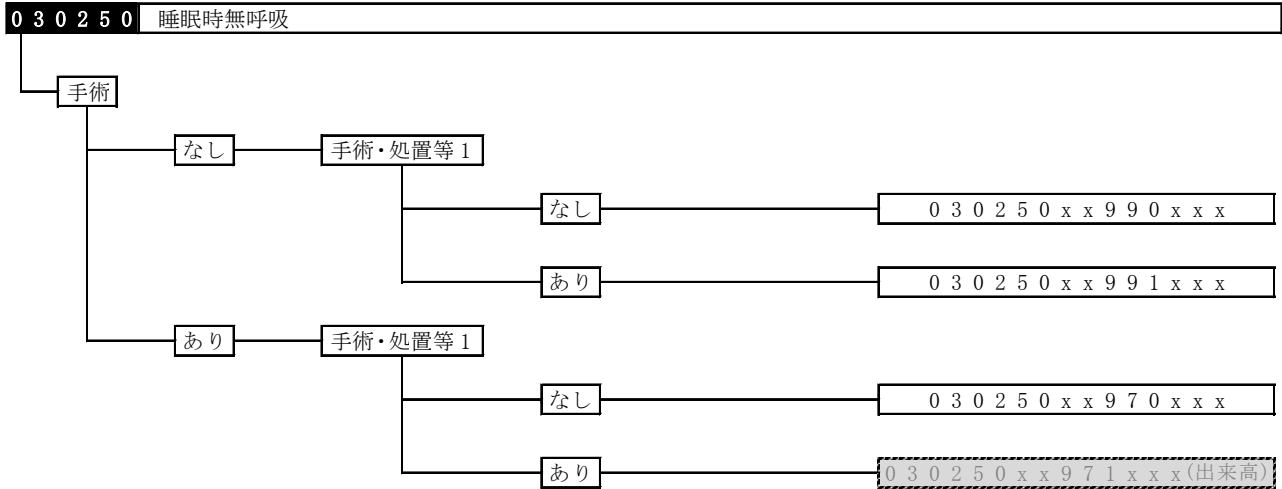
(問) 短期滞在手術等基本料 3 を算定する場合の平均在院日数は、どのように考えればよいか。

(答) 下記の通り(DPC 病棟を有する病院は、短期滞在手術等基本料 3 を算定しないが、下記に準ずる)。

- ① 5 日以内の入院で短期滞在手術等基本料 3 を算定する場合は、平均在院日数の算定から除外する。
- ② 5 日以内の入院であっても短期滞在手術等基本料 3 の算定除外となる場合は、入院初日から平均在院日数の対象とする。
- ③ 短期滞在手術等基本料 3 を算定するが、入院期間が 6 日以降も継続する場合は、入院初日から平均在院日数の対象とする。

全国保険医団体連合会 令和 4 年 4 月 16 日

令和6年厚生労働省告示第101号及び関連通知等より引用。



診断群分類点数表

診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・ 処置等1	入院日(日)			点数(点)		
				I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
030250xx990xxx	睡眠時無呼吸	なし	なし	1	2	30	2,600	1,845	1,568
030250xx991xxx	睡眠時無呼吸	なし	あり	1	2	30	5,844	1,854	1,633
030250xx970xxx	睡眠時無呼吸	あり	なし	4	8	30	2,276	1,862	1,676

医療資源を最も投入した傷病名 ICDコード、ICD名称

G473 睡眠時無呼吸

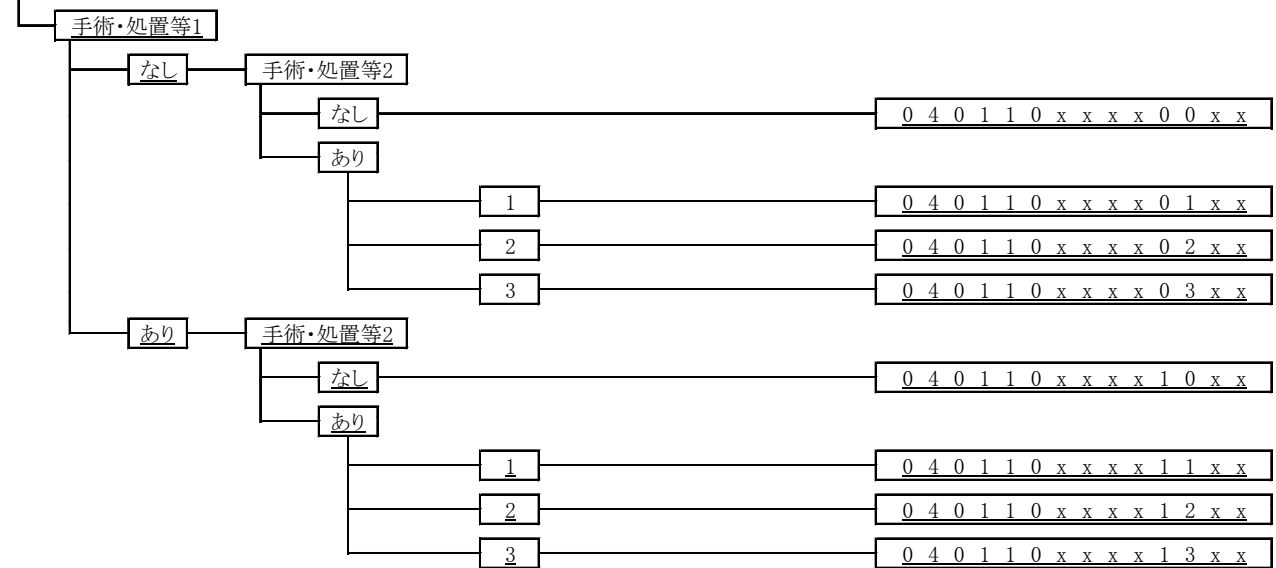
手術 区分番号等、点数表名称

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| K407-2 軟口蓋形成手術 | K4441 下顎骨形成術 おとがい形成の場合 |
| K4261 口唇裂形成手術(片側)口唇のみの場合 | K4442 下顎骨形成術 短縮又は伸長の場合 |
| K377\$ 口蓋扁桃手術 | K4443 下顎骨形成術 再建の場合 |
| K4431 上顎骨形成術 単純な場合 | K4444 下顎骨形成術 骨移動を伴う場合 |
| K4432 上顎骨形成術 複雑な場合及び2次の再建の場合 | K444-2\$ 下顎骨延長術 |
| K4433 上顎骨形成術 骨移動を伴う場合 | その他のKコード |

手術・処置等1 区分番号等、処置等名称

D2373\$ 終夜睡眠ポリグラフィー 1及び2以外の場合

040110 間質性肺炎



診断群分類点数表

診断群分類番号	傷病名	手術・ 処置等1	手術・ 処置等2	入院日(日)			点数(点)		
				I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
040110xxxx00xx	間質性肺炎	なし	なし	9	17	60	3,051	2,024	1,720
040110xxxx01xx	間質性肺炎	なし	1あり	8	16	60	3,759	2,667	2,267
040110xxxx02xx	間質性肺炎	なし	2あり	11	24	60	3,780	2,319	1,971
040110xxxx03xx	間質性肺炎	なし	3あり	11	24	60	4,253	2,677	2,275
040110xxxx10xx	間質性肺炎	あり	なし	3	11	30	4,030	2,264	1,925
040110xxxx11xx	間質性肺炎	あり	1あり	9	18	60	3,801	2,696	2,292
040110xxxx12xx	間質性肺炎	あり	2あり	14	28	60	3,490	2,257	1,919
040110xxxx13xx	間質性肺炎	あり	3あり	17	34	90	4,410	2,847	2,420

医療資源を最も投入した傷病名 ICDコード、ICD名称

- J60 炭坑夫じん(塵)肺(症)
- J61 石綿(アスベスト)及びその他の無機質線維によるじん(塵)肺(症)
- J62\$ 珪酸を含む粉じん(塵)によるじん(塵)肺(症)
- J63\$ その他の無機粉じん(塵)によるじん(塵)肺(症)
- J64 詳細不明のじん(塵)肺(症)
- J65 結核を伴うじん(塵)肺(症)
- J66\$ 特異的な有機粉じん(塵)による気道疾患
- J67\$ 有機粉じん(塵)による過敏性肺臓炎
- J68\$ 化学物質、ガス、フューム及び蒸気の吸入による呼吸器病態
- J70\$ その他の外的因子による呼吸器病態
- J82 肺好酸球症、他に分類されないもの
- J84\$ その他の間質性肺炎患
- J900 リウマチ性肺炎患
- J991 その他のびまん(広汎)性結合組織障害における呼吸器障害

手術・処置等1 区分番号等、処置等名称

- D302 気管支ファイバースコープ
- D415 経気管肺生検法
- D415-5 経気管支凍結生検法

手術・処置等2 区分番号等、処置等名称

- 1 ニンテダニブエタンスルホン酸塩
- 2 J026-4\$ ハイフローセラピー
- 3 J045\$ 人工呼吸

5号告示(高額薬剤)

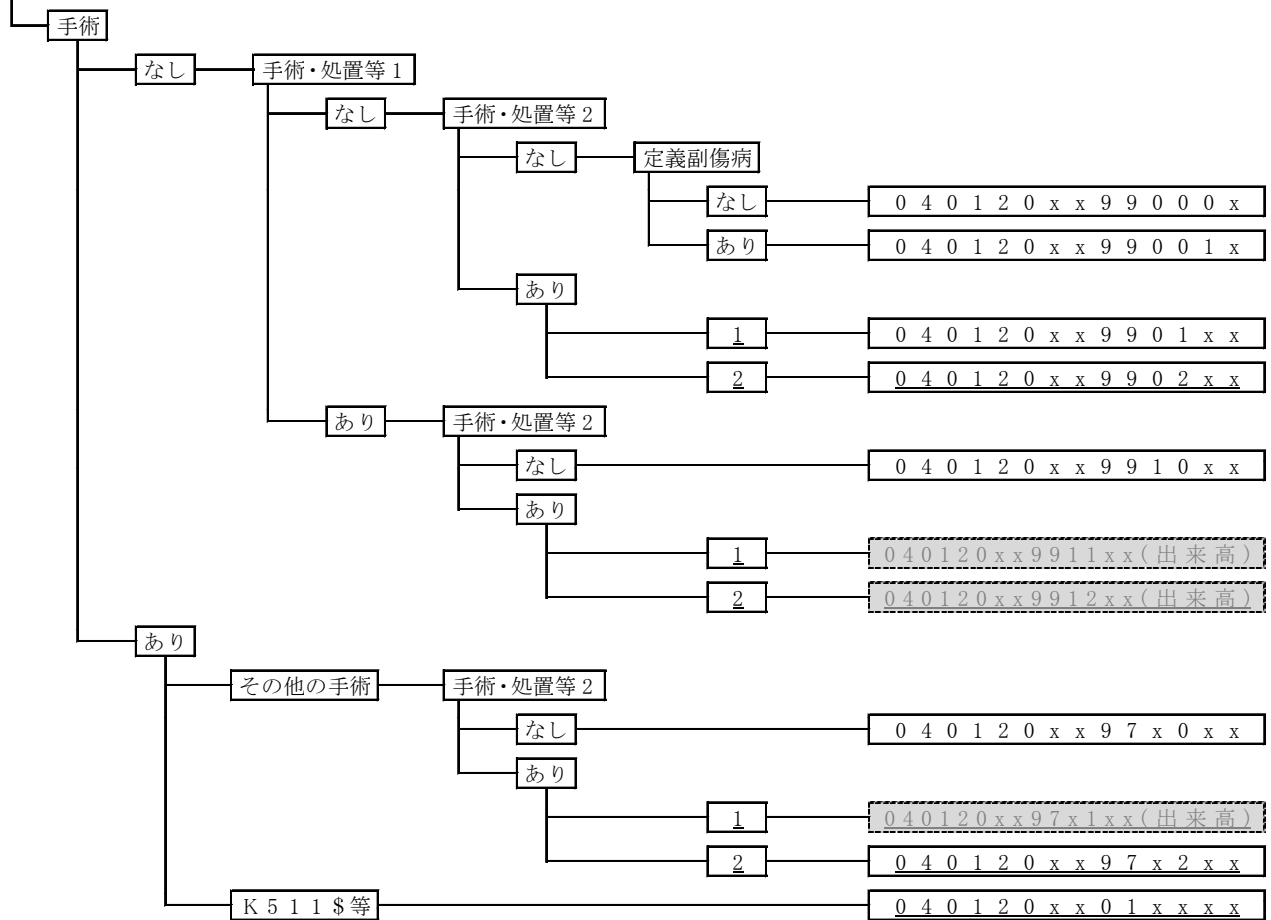
薬剤名 サルグマリン吸入用250μg
【サルグラモスチム(遺伝子組換え)】

適応症 自己免疫性肺胞蛋白質
ICD-10(参考) : I840

診断群分類番号(040110間質性肺炎)

040110xxxx00xx	040110xxxx10xx
040110xxxx01xx	040110xxxx11xx
040110xxxx02xx	040110xxxx12xx
040110xxxx03xx	040110xxxx13xx

040120 慢性閉塞性肺疾患



診断群分類点数表

診断群分類番号	傷病名	手術名	手術・ 処置等1	手術・ 処置等2	定義 副傷病	入院日(日)			点数(点)		
						I	II	III	入院期間 I	入院期間 II	入院期間 III
040120xx99000x	慢性閉塞性肺疾患	なし	なし	なし	なし	6	12	30	3,138	2,084	1,772
040120xx99001x	慢性閉塞性肺疾患	なし	なし	なし	あり	9	19	60	3,176	2,120	1,802
040120xx9901xx	慢性閉塞性肺疾患	なし	なし	1あり	-	10	20	60	3,272	2,151	1,828
040120xx9902xx	慢性閉塞性肺疾患	なし	なし	2あり	-	9	19	60	3,701	2,327	1,978
040120xx9910xx	慢性閉塞性肺疾患	なし	あり	なし	-	3	12	30	4,974	2,782	2,284
040120xx97x0xx	慢性閉塞性肺疾患	その他の手術あり	-	なし	-	11	23	60	3,054	2,092	1,778
040120xx97x2xx	慢性閉塞性肺疾患	その他の手術あり	-	2あり	-	21	44	120	3,878	2,584	2,197
040120xx01xxxx	慢性閉塞性肺疾患	肺切除術等	-	-	-	5	10	30	3,016	2,139	1,819

医療資源を最も投入した傷病名 ICDコード、ICD名称

- J43\$ 肺気腫
- J44\$ その他の慢性閉塞性肺疾患

手術 区分番号等、点数表名称

- その他の手術あり その他のKコード
- K511\$等 K511\$ 肺切除術
- K513\$ 胸腔鏡下肺切除術
- K513-4 胸腔鏡下肺縫縮術

手術・処置等1 区分番号等、処置等名称

- E100\$ シンチグラム

手術・処置等2 区分番号等、処置等名称

- 1 J026-4\$ ハイフローセラピー
- 2 J045\$ 人工呼吸

定義副傷病名 ICDコード、傷病名

- 手術なし
- 040081 誤嚥性肺炎

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について 保医発 0327 第 5 号 令和 6 年 3 月 27 日（抜粋）

オ「在宅」欄について

(シ) 在宅酸素療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。なお、酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算、在宅酸素療法材料加算又は遠隔モニタリング加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。また、酸素ボンベ加算及び液化酸素装置加算について携帯用又は携帯型を用いた場合は、併せて名称を記載すること。

(ツ) 在宅人工呼吸指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。人工呼吸器加算のうち、陽圧式人工呼吸器、鼻マスク・顔マスクを介した人工呼吸器又は陰圧式人工呼吸器を使用した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。また、排痰補助装置加算又は横隔神経電気刺激装置加算を算定した場合は併せて名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

(テ) 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算の「1」、「2」、在宅持続陽圧呼吸療法材料加算又は遠隔モニタリング加算を算定した場合は、併せて名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

(ト) 在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅ハイフローセラピー材料加算又は在宅ハイフローセラピー装置加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅ハイフローセラピー指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

(ヨ) 在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数に併せて他の在宅療養指導管理材料加算のみを算定した場合は、その他の項に(キ)から(ユ)まで((ニ)、(ハ)、(ヘ)、(ホ) から(ミ)まで、(メ)及び(ヤ)を除く。)に掲げる当該加算の名称を記載し、当該加算点数を記載すること。

(リ) 入院中の患者に対して退院の日在宅療養指導管理料を算定した場合は、「退院時在宅指導」と記載した上で(キ)から(ユ)までの例により記載すること。

ク「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について

(ア) 処置又は手術については、名称(処置名又は手術名)、回数及び点数を記載すること。～(略)～

対称器官の両側に対し、処置又は手術(ともに片側の点数が告示されているものに限る。)を行った場合は、左右別にそれぞれ処置名又は手術名、回数及び点数を記載すること。

ケ「検査・病理」欄について

(ア) 名称(検査・病理診断名)、回数及び点数を記載すること。

サ「その他」欄について

(カ) 精神科専門療法を算定した場合は、名称、回数及び合計点数を記載すること。

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (医科)

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセのみ記載	令和6年6月1日適用
70	A400の3	短期滞在手術等基本料3	短手3と表示し、検査日又は手術日及び検査名又は手術名を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
152	C	乳幼児呼吸管理材料加算	(1月に3回分又は2回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれを算定したのか又は当月分に加え、翌月分、前月分のいずれを算定したのかを選択して記載すること。	820100619	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):当月分		
				820100620	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):翌月分		
				820100621	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):翌々月分		
				820100622	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):前月分		
				820100623	当月以外の算定月(乳幼児呼吸管理材料加算):前々月分		
203	C103	在宅酸素療法指導管理料	当該月の動脈血酸素分圧又は動脈血酸素飽和度を記載すること。	842100072	動脈血酸素分圧(在宅酸素療法指導管理料);*****		
				842100044	動脈血酸素飽和度(%) (在宅酸素療法指導管理料);*****		
				850100139	終夜睡眠ポリグラフィーの実施年月日(在宅酸素療法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100045	無呼吸低呼吸指数(在宅酸素療法指導管理料);*****		
204	C103	在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算	当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。	850100140	在宅酸素療法指導管理料の前回算定年月(遠隔モニタリング加算);(元号)yy"年"mm"月"		

項番	区分	診療行為 名称等	記載事項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言	紙レセ のみ 記載	令和6年 6月1日 適用
211	C107-2 C107-2 注3	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 情報通信機器を用いた在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日及び当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見を記載すること。ただし、「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第2章第2部C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の(3)のイに該当する場合は、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日の記載は不要であること。 ※注3における「初診日」は一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日を指す。	850100143	一連の治療期間における初回の指導管理年月日(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				842100047	直近の無呼吸低呼吸指数(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);*****		
				830100099	睡眠ポリグラフィー上の所見(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);*****		
				850100144	睡眠ポリグラフィー実施年月日(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100100	算定日の自覚症状(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);*****		
				850190214	症状が改善していることを対面診療で確認した年月日(情報通信機器を用いた在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
		(注3を算定する場合) CPAP 療法を開始したことにより睡眠時無呼吸症候群の症状である眠気やいびきなどの症状が改善していることを対面診療で確認した日を記載すること。	830100101	療法の継続が可能であると認める理由(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料);*****			
		(2月を超えて当該療法の継続が可能であると認める場合)その理由を記載すること。					
212	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算	当該指導管理料の直近の算定年月を記載すること。	850100145	遠隔モニタリング加算(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料)前回算定年月;(元号)yy"年"mm"月"		
224	C157 C158 C159 C159-2 C165 C171 C171-2 C171-3 C174	酸素ボンベ加算 酸素濃縮装置加算 液化酸素装置加算 呼吸同調式デマンドバルブ加算 在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算 在宅酸素療法材料加算 在宅持続陽圧呼吸療法材料加算 在宅ハイフローセラピー材料加算 在宅ハイフローセラピー装置加算	(1月に2回分又は3回分の算定を行う場合) 当月分に加え、翌々月分、翌月分、前月分、前々月分のいずれかを算定したのか又は当月分に加え、翌月分、前月分のいずれかを算定したのかを選択して記載すること。	820100122	当月分		
				820100123	翌々月分		
				820100124	翌月分		
				820100125	前月分		
				820100126	前々月分		

項番	区分	診療行為 名称等	記載事項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言	紙レセ のみ 記載	令和6年 6月1日 適用
228	C165の1	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1	<p>(「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2部第2節C107-2在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の(3)のア又はイの要件に該当する患者に対し算定する場合) (3)のア又はイのうち該当するものを選択して記載すること。 また、イの要件を根拠に算定する場合は、当該患者に対するASV療法の実施開始日も併せて記載すること。</p>	820100127	ア 留意事項通知アの慢性心不全患者にASV療法を実施した場合		
				820100128	イ 留意事項通知イの心不全患者にASV療法を実施した場合		
				850100148	留意事項通知イの心不全患者 ASV療法開始年月日(在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算1);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
231	C	在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院から患者の紹介を受けて在宅療養指導管理を行う場合	<p>(「診療報酬の算定方法」(平成20年厚生労働省告示第59号)第2章第2部第2節第1款の通則3の規定に基づき、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院から患者の紹介を受けて在宅療養指導管理を行う場合)紹介元医療機関名及び当該在宅療養指導管理料を算定した理由を記載すること。</p>	830100108	紹介元医療機関名;*****		
				830100109	在宅療養指導管理料の算定理由;*****		
232	C	退院した患者に対して、当該退院月に、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定した場合	<p>(退院した患者に対して、当該退院月に、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定した場合) 当該在宅療養指導管理料を算定した理由を記載すること。</p>	830100109	在宅療養指導管理料の算定理由;*****		
324	D211-3	時間内歩行試験	過去の実施年月日を記載すること。	850100184	過去実施年月日(時間内歩行試験);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
325	D211-4	シャトルウォーキングテスト	過去の実施年月日、在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針を記載すること。	850100185	過去実施年月日(シャトルウォーキングテスト);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100143	在宅酸素療法の実施の有無又は流量の変更を含む患者の治療方針(シャトルウォーキングテスト);*****		

項番	区分	診療行為 名称等	記載事項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言	紙レセ のみ 記載	令和6年 6月1日 適用	
336	D237 の 3のイ	終夜睡眠ポリグラフ ィー3 1及び2以外の場合 イ安全精度管理下 で行うもの	「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」別添1第2章第3部D237 終夜睡眠ポリグラフィーの(3)の(イ)から(ホ)までのいずれかの要件を満たす医学的根拠を記載すること。	830100154	(イ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****			
				830100155	(ロ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****			
				830100156	(ハ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****			
				830100157	(ニ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****			
				830100778	(ホ)の要件を満たす医学的根拠(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****			
				次の事項を記載すること。	830100521	安全精度管理を要した患者の診断名(疑い病名を含む。)(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****		
			830100522		検査中の安全精度管理に係る検査結果の要点(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****			
			830100523		(合併症を有する睡眠関連呼吸障害の患者に対して実施した場合)継続的な治療の内容、BMI又は日常生活の状況等の当該検査を実施する医学的な必要性について記載すること。	830100523	継続的な治療の内容(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****	
					830100524	BMI(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****		
					830100525	医学的な必要性(終夜睡眠ポリグラフィー(1及び2以外)(安全精度管理下));*****		
400	I000-2	経頭蓋磁気刺激療法	治療開始日と終了日の年月日を記載すること。	850100235	治療開始年月日(経頭蓋磁気刺激療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"			
				850100236	治療終了年月日(経頭蓋磁気刺激療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"			
439	J026-4	ハイフローセラピー	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果を記載すること。	830100251	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度測定結果(ハイフローセラピー);*****			

項番	区分	診療行為 名称等	記載事項	レセプト電算 処理システム 用コード	左記コードによる レセプト表示文言	紙レセ のみ 記載	令和6年 6月1日 適用
455	J045の3	人工呼吸 5 時間を 超えた場合	開始年月日を記載すること。なお、長期入院により人工呼吸開始日の特定日が困難な場合については、その旨記載すること。	850100445	開始年月日(人工呼吸 5 時間を超えた場合);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100864	人工呼吸開始日の特定が困難な理由(人工呼吸 5 時間を超えた場合);*****		※
457	J045 注5	人工呼吸 腹臥位 療法加算	当該月の算定日及び 1 回毎の開始年月日、開始時間、終了年月日及び終了時間(当該月に実施されたものに限る。)を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				850190236	開始年月日(腹臥位療法加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				851100079	開始時刻(腹臥位療法加算)		※
				850190238	終了年月日(腹臥位療法加算);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				851100080	終了時刻(腹臥位療法加算)		※
468	K	手術	算定日を記載すること。なお、対称器官の両側に対し、手術(片側の点数が告示されているものに限る。)を行った場合は、左右別にそれぞれ算定日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
477	K047-2	難治性骨折超音波 治療法	(観血的手術又は超音波骨折治療法等他の療養を行わず難治性骨折超音波治療法を行った場合)その詳細な理由を記載すること。	830100780	詳細理由(難治性骨折超音波治療法);*****		
			当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を記載すること。	830100781	指導内容(難治性骨折超音波治療法);*****		
478	K047-3	超音波骨折治療法	(四肢(手足を含む。)の骨折観血的手術を実施した後、当該骨折から3週間を超えて超音波骨折治療法を行った場合)その理由を記載すること。	830100275	実施理由(超音波骨折治療法);*****		
			当該治療の実施予定期間及び頻度について患者に対して指導した内容を記載すること。	830100276	指導内容(超音波骨折治療法);*****		

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

※「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」に基づき請求する場合、「紙レセのみ記載」列の○の記載事項については、請求上、該当する「レセプト電算処理システム用コード」の記録により必然的に記載される内容になるので、別途コメントとしての記載は不要であること。

別表IV 診療行為名称等の略号一覧 (医科)

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
555	A400の3	短期滞在手術等基本料3を算定した場合	短手3	「入院」欄
598	B001の13	在宅療養指導料を算定した場合	在宅指導	「医学管理」欄
895	C103	在宅酸素療法指導管理料を算定した場合	酸	「在宅」欄
896	C103	在宅酸素療法指導管理料の遠隔モニタリング加算を算定した場合	遠モニ	「在宅」欄
902	C107	在宅人工呼吸指導管理料を算定した場合	人	「在宅」欄
903	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料1を算定した場合	持呼1	「在宅」欄
904	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料2を算定した場合	持呼2	「在宅」欄
905	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算を算定した場合	遠モニ	「在宅」欄
906	C107-2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	持呼情	「在宅」欄
907	C107-3	在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定した場合	ハイセ	「在宅」欄
937	C157	酸素ボンベ加算を算定した場合	ボ	「在宅」欄
938	C157 C159	酸素ボンベ加算及び液化酸素装置加算について携帯用又は携帯型を用いた場合	携	「在宅」欄
939	C158	酸素濃縮装置加算を算定した場合	濃	「在宅」欄
940	C159	液化酸素装置加算を算定した場合	液	「在宅」欄
941	C159-2	呼吸同調式デマンドバルブ加算を算定した場合	呼	「在宅」欄
949	C164	人工呼吸器加算のうち、陽圧式人工呼吸器を使用した場合	陽呼	「在宅」欄
950	C164	人工呼吸器加算のうち、鼻マスク・顔マスクを介した人工呼吸器を使用した場合	鼻呼	「在宅」欄
951	C164	人工呼吸器加算のうち、陰圧式人工呼吸器を使用した場合	陰呼	「在宅」欄
952	C165	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算の「1」を算定した場合	持呼加1	「在宅」欄
953	C165	在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算の「2」を算定した場合	持呼加2	「在宅」欄
959	C170	排痰補助装置加算を算定した場合	排痰	「在宅」欄
960	C171	在宅酸素療法材料加算を算定した場合	酸材	「在宅」欄
961	C171-2	在宅持続陽圧呼吸療法材料加算を算定した場合	持材	「在宅」欄
962	C171-3	在宅ハイフローセラピー材料加算を算定した場合	ハイ材	「在宅」欄
963	C173	横隔神経電気刺激装置加算を算定した場合	横電	「在宅」欄
964	C174	在宅ハイフローセラピー装置加算を算定した場合	ハイ装	「在宅」欄
996	D238	脳波検査判断料1を算定した場合	判脳1	「検査・病理」欄
997	D238	脳波検査判断料2を算定した場合	判脳2	「検査・病理」欄

医療関係者向けサイト
TEIJIN Medical Webに、診療報酬などの医療制度情報を掲載しています。



帝人ファーマ 医療関係者 検索