



保医発0819第10号  
令和元年8月19日

地方厚生（支）局医療課長 都道府県民生主管部（局） 国民健康保険主管課（部）長 都道府県後期高齢者医療主管部（局） 後期高齢者医療主管課（部）長	}	殿
--	---	---

厚生労働省保険局医療課長  
（公印省略）

厚生労働省保険局歯科医療管理官  
（公印省略）

「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  
一部改正について

本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和元年厚生労働省告示第85号）が公布され、令和元年10月1日から適用されることに伴い、下記の通知の一部を別添のとおり改正し、同日から適用することとするので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底を図られたい。

記

別添 「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」（平成30年3月5日保医発0305第1号）の一部改正について

「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」  
(平成30年3月5日保医発0305第1号)の一部改正について

- 1 別添1の第1章第2部第1節A102(2)を次のように改める。
  - (2) 結核病棟に入院している結核患者に化学療法を行う際には、日本結核病学会が作成した「院内DOTSガイドライン」を踏まえ、下記の服薬支援計画の作成、服薬確認の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行っていること。当該基準を満たさない場合は、「注2」の特別入院基本料として581点を算定する。  
ア～エ(略)
- 2 別添1の第1章第2部第1節A104(2)を次のように改める。
  - (2) 結核病棟に入院している結核患者に化学療法を行う際には、日本結核病学会が作成した「院内DOTSガイドライン」を踏まえ、下記の服薬支援計画の作成、服薬確認の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行っていること。当該基準を満たさない場合は、区分番号「A102」結核病棟入院基本料の「注2」の特別入院基本料として581点を算定する。  
ア～エ(略)
- 3 別添1の第1章第2部第1節A106(5)を次のように改める。
  - (5) 「注5」に規定する特定患者は、特定入院基本料(969点又は863点)を算定すること。
- 4 別添1の第1章第2部第3節A317(5)を次のように改める。
  - (5) 「注7」に規定する点数については、地域包括ケア入院医療管理を行うものとして地方厚生(支)局長に届け出た病室において、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等の地域包括ケアシステムを支える医療を提供した場合に、特定一般病棟入院料(地域包括ケア1)として2,432点、特定一般病棟入院料(地域包括ケア2)として2,243点、特定一般病棟入院料(地域包括ケア3)として1,983点又は特定一般病棟入院料(地域包括ケア4)として1,773点を算定する。
- 5 別添2の第1章第2部C000(1)を次のように改める。
  - (1) 歯科訪問診療料は、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象としていることから、通院が容易な者に対して安易に算定できない。この場合において、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定する。なお、歯科訪問診療を実施するに当たっては、急性症状の発症時等に即応できる環境の整備が必要なことから、歯科訪問診療料は切削器具を常時携帯した場合に算定する。また、この区分番号において、診療時間については、同一日に当該患者に対して複数回の歯科訪問診療を行った場合は、その合計した時間を診療に要した時間とし、診療時間が20分未満の場合については、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。なお、100分の70に相当

する点数により算定する場合において、注6から注8まで及び注11に規定する加算又は注14に規定する減算は、100分の70に相当する点数にそれぞれの点数を加算又は減算し、注12及び注15に規定する加算は算定できない。

		同一の建物に居住する患者数		
		1人のみ (歯科訪問診療1)	2人以上9人以下 (歯科訪問診療2)	10人以上 (歯科訪問診療3)
患者1人につき 診療に要した時間	20分以上	1,100点	361点	185点
	20分未満	770点	253点	130点

6 別添3の調剤技術料の区分01(1)を次のように改める。

(1) 内服薬

ア～キ(略)

ク 一包化加算の取扱いは、以下のとおりとすること。

① 一包化加算は、処方箋の受付1回につき1回算定できるものであり、投与日数が42日分以下の場合には、一包化を行った投与日数が7又はその端数を増すごとに34点を加算した点数を、投与日数が43日分以上の場合には、投与日数にかかわらず240点を所定点数に加算する。

ケ(略)

7 別添3の調剤技術料の区分01(7)を次のように改める。

(7) 注射薬の無菌製剤処理

ア(略)

イ 注射薬調剤料の無菌製剤処理加算は、2以上の注射薬を無菌的に混合して(麻薬の場合は希釈を含む。)、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬を製剤した場合に算定し、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤又は麻薬を1日分製剤する毎にそれぞれ69点、79点又は69点(6歳未満の乳幼児の場合においては、1日分製剤する毎にそれぞれ137点、147点又は137点)を加算する。

ウ～カ(略)

(別添参考)

「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」(平成30年3月5日保医発0305第1号)の一部改正について  
(傍線の部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p>別添1</p> <p>医科診療報酬点数表に関する事項</p> <p>第1章 基本診療料</p> <p>第1部 (略)</p> <p>第2部 入院料等</p> <p>第1節 入院基本料</p> <p>A102 結核病棟入院基本料</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 結核病棟に入院している結核患者に化学療法を行う際には、日本結核病学会が作成した「院内DOTSガイドライン」を踏まえ、下記の服薬支援計画の作成、服薬確認の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行っていること。当該基準を満たさない場合は、「注2」の特別入院基本料として<u>581</u>点を算定する。</p> <p>ア～エ (略)</p> <p>(3)～(7) (略)</p> <p>A104 特定機能病院入院基本料</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 結核病棟に入院している結核患者に化学療法を行う際には、日本結核病学会が作成した「院内DOTSガイドライン」を踏まえ、下記の服薬支援計画の作成、服薬確認の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行って</p>	<p>別添1</p> <p>医科診療報酬点数表に関する事項</p> <p>第1章 基本診療料</p> <p>第1部 (略)</p> <p>第2部 入院料等</p> <p>第1節 入院基本料</p> <p>A102 結核病棟入院基本料</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 結核病棟に入院している結核患者に化学療法を行う際には、日本結核病学会が作成した「院内DOTSガイドライン」を踏まえ、下記の服薬支援計画の作成、服薬確認の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行っていること。当該基準を満たさない場合は、「注2」の特別入院基本料として<u>559</u>点を算定する。</p> <p>ア～エ (略)</p> <p>(3)～(7) (略)</p> <p>A104 特定機能病院入院基本料</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 結核病棟に入院している結核患者に化学療法を行う際には、日本結核病学会が作成した「院内DOTSガイドライン」を踏まえ、下記の服薬支援計画の作成、服薬確認の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行って</p>

いること。当該基準を満たさない場合は、区分番号「A 1 0 2」結核病棟入院基本料の「注 2」の特別入院基本料として581点を算定する。

ア～エ（略）

(3) ～ (11)（略）

#### A 1 0 6 障害者施設等入院基本料

(1) ～ (4)（略）

(5) 「注 5」に規定する特定患者は、特定入院基本料（96 点又は863点）を算定すること。

(6) ～ (13)（略）

### 第 2 部 入院料等

#### 第 3 節 特定入院料

##### A 3 1 7 特定一般病棟入院料

(1) ～ (4)（略）

(5) 「注 7」に規定する点数については、地域包括ケア入院医療管理を行うものとして地方厚生（支）局長に届け出た病室において、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等の地域包括ケアシステムを支える医療を提供した場合に、特定一般病棟入院料（地域包括ケア 1）として2,432点、特定一般病棟入院料（地域包括ケア 2）として2,243点、特定一般病棟入院料（地域包括ケア 3）として1,983点又は特定一般病棟入院料（地域包括ケア 4）として1,773点を算定する。

いること。当該基準を満たさない場合は、区分番号「A 1 0 2」結核病棟入院基本料の「注 2」の特別入院基本料として559点を算定する。

ア～エ（略）

(3) ～ (11)（略）

#### A 1 0 6 障害者施設等入院基本料

(1) ～ (4)（略）

(5) 「注 5」に規定する特定患者は、特定入院基本料（96 点又は860点）を算定すること。

(6) ～ (13)（略）

### 第 2 部 入院料等

#### 第 3 節 特定入院料

##### A 3 1 7 特定一般病棟入院料

(1) ～ (4)（略）

(5) 「注 7」に規定する点数については、地域包括ケア入院医療管理を行うものとして地方厚生（支）局長に届け出た病室において、急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受入れ並びに患者の在宅復帰支援等の地域包括ケアシステムを支える医療を提供した場合に、特定一般病棟入院料（地域包括ケア 1）として2,371点、特定一般病棟入院料（地域包括ケア 2）として2,191点、特定一般病棟入院料（地域包括ケア 3）として1,943点又は特定一般病棟入院料（地域包括ケア 4）として1,743点を算定する。

## 別添 2

## 歯科診療報酬点数表に関する事項

## 第1章 (略)

## 第2章 特掲診療料

## 第2部 在宅医療

## C000 歯科訪問診療料

- (1) 歯科訪問診療料は、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象としていることから、通院が容易な者に対して安易に算定できない。この場合において、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定する。なお、歯科訪問診療を実施するに当たっては、急性症状の発症時等に即応できる環境の整備が必要なことから、歯科訪問診療料は切削器具を常時携帯した場合に算定する。また、この区分番号において、診療時間については、同一日に当該患者に対して複数回の歯科訪問診療を行った場合は、その合計した時間を診療に要した時間とし、診療時間が20分未満の場合については、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。なお、100分の70に相当する点数により算定する場合において、注6から注8まで及び注11に規定する加算又は注14に規定する減算は、100分の70に相当する点数にそれぞれの点数を加算又は減算し、注12及び注15に規定する加算は算定できない。

	同一の建物に居住する患者数		
	1人のみ (歯科訪問診療1)	2人以上9人以下 (歯科訪問診療2)	10人以上 (歯科訪問診療3)

## 別添 2

## 歯科診療報酬点数表に関する事項

## 第1章 (略)

## 第2章 特掲診療料

## 第2部 在宅医療

## C000 歯科訪問診療料

- (1) 歯科訪問診療料は、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象としていることから、通院が容易な者に対して安易に算定できない。この場合において、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定する。なお、歯科訪問診療を実施するに当たっては、急性症状の発症時等に即応できる環境の整備が必要なことから、歯科訪問診療料は切削器具を常時携帯した場合に算定する。また、この区分番号において、診療時間については、同一日に当該患者に対して複数回の歯科訪問診療を行った場合は、その合計した時間を診療に要した時間とし、診療時間が20分未満の場合については、所定点数の100分の70に相当する点数により算定する。なお、100分の70に相当する点数により算定する場合において、注6から注8まで及び注11に規定する加算又は注14に規定する減算は、100分の70に相当する点数にそれぞれの点数を加算又は減算し、注12及び注15に規定する加算は算定できない。

	同一の建物に居住する患者数		
	1人のみ (歯科訪問診療1)	2人以上9人以下 (歯科訪問診療2)	10人以上 (歯科訪問診療3)

患者 1 人につ き診療に要し た時間	20分以上	<u>1,100</u> 点	<u>361</u> 点	<u>185</u> 点
	20分未満	<u>770</u> 点	<u>253</u> 点	<u>130</u> 点

(2) ～ (43) (略)

### 別添 3

調剤診療報酬点数表に関する事項

調剤技術料

区分00 調剤基本料 (略)

区分01 調剤料

(1) 内服薬

ア～キ (略)

ク 一包化加算の取扱いは、以下のとおりとすること。

① 一包化加算は、処方箋の受付 1 回につき 1 回算定できるものであり、投与日数が 42 日分以下の場合には、一包化を行った投与日数が 7 又はその端数を増すごとに 34 点を加算した点数を、投与日数が 43 日分以上の場合には、投与日数にかかわらず 240 点を所定点数に加算する。

ケ (略)

(2) ～ (6) (略)

(7) 注射薬の無菌製剤処理

ア (略)

イ 注射薬調剤料の無菌製剤処理加算は、2 以上の注射薬を無菌的に混合して（麻薬の場合は希釈を含む。）、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬を製剤した場合に算定し、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤又は麻薬を 1 日分製剤する毎にそれぞれ 69 点、79 点又は 69 点（6 歳

患者 1 人につ き診療に要し た時間	20分以上	<u>1,036</u> 点	<u>338</u> 点	<u>175</u> 点
	20分未満	<u>725</u> 点	<u>237</u> 点	<u>123</u> 点

(2) ～ (43) (略)

### 別添 3

調剤診療報酬点数表に関する事項

調剤技術料

区分00 調剤基本料 (略)

区分01 調剤料

(1) 内服薬

ア～キ (略)

ク 一包化加算の取扱いは、以下のとおりとすること。

① 一包化加算は、処方箋の受付 1 回につき 1 回算定できるものであり、投与日数が 42 日分以下の場合には、一包化を行った投与日数が 7 又はその端数を増すごとに 32 点を加算した点数を、投与日数が 43 日分以上の場合には、投与日数にかかわらず 220 点を所定点数に加算する。

ケ (略)

(2) ～ (6) (略)

(7) 注射薬の無菌製剤処理

ア (略)

イ 注射薬調剤料の無菌製剤処理加算は、2 以上の注射薬を無菌的に混合して（麻薬の場合は希釈を含む。）、中心静脈栄養法用輸液、抗悪性腫瘍剤又は麻薬を製剤した場合に算定し、中心静脈栄養法用輸液又は抗悪性腫瘍剤又は麻薬を 1 日分製剤する毎にそれぞれ 67 点、77 点又は 67 点（6 歳

未満の乳幼児の場合においては、1日分製剤する毎にそれぞれ137点、147点又は137点）を加算する。

ウ～カ（略）

（8）～（13）（略）

未満の乳幼児の場合においては、1日分製剤する毎にそれぞれ135点、145点又は135点）を加算する。

ウ～カ（略）

（8）～（13）（略）