

医科診療報酬点数表

令和2年4月版

追補 202107

- 以下の告示・通知等により、本書の内容に訂正が生じたので、ここに追補します。

- 令和2年9月30日 保医発0930第3号（令和2年10月1日適用）
- 令和2年10月2日 保医発1002第1号（令和2年10月2日適用）
- 令和2年10月30日 保医発1030第3号（令和2年11月1日適用）
- 令和2年11月11日 保医発1111第1号（令和2年11月11日適用）
- 令和2年11月13日 官報正誤
- 令和2年11月17日 官報正誤
- 令和2年11月30日 厚生労働省告示第370号（令和2年12月1日適用）
- 令和2年11月30日 厚生労働省告示第371号（令和2年12月1日適用）
- 令和2年11月30日 厚生労働省告示第372号（令和2年12月1日適用）
- 令和2年11月30日 保医発1130第3号（令和2年12月1日適用）
- 令和2年11月30日 保医発1130第5号（令和2年12月1日適用）
- 令和2年11月30日 保医発1130第6号
- 令和2年12月28日 保医発1228第1号（令和3年1月1日適用）
- 令和2年12月28日 保医発1228第3号（令和3年1月1日適用）
- 令和3年1月29日 保医発0129第1号（令和3年2月1日適用）
- 令和3年2月3日 保医発0203第2号（令和3年2月3日適用）
- 令和3年2月26日 厚生労働省告示第57号（令和3年3月1日適用）
- 令和3年2月26日 保医発0226第2号（令和3年3月1日適用）
- 令和3年3月5日 厚生労働省告示第63号（令和3年3月6日・令和3年4月1日適用）
- 令和3年3月5日 保医発0305第1号
- 令和3年3月18日 保医発0318第1号（令和3年3月18日適用）
- 令和3年3月31日 厚生労働省告示第159号（令和3年4月1日適用）
- 令和3年3月31日 保医発0331第1号（令和3年4月1日適用）
- 令和3年3月31日 保医発0331第4号（令和3年4月1日適用）
- 令和3年4月20日 厚生労働省告示第178号（令和3年4月21日適用）
- 令和3年4月20日 厚生労働省告示第180号（令和3年4月21日適用）
- 令和3年4月20日 保医発0420第3号
- 令和3年4月30日 保医発0430第1号（令和3年5月1日適用）
- 令和3年4月30日 保医発0430第4号（令和3年5月1日適用）
- 令和3年4月30日 医療課事務連絡
- 令和3年5月12日 保医発0512第1号（令和3年5月12日適用）
- 令和3年5月31日 厚生労働省告示第215号（令和3年6月1日適用）
- 令和3年5月31日 保医発0531第2号（令和3年6月1日適用）
- 令和3年5月31日 保医発0531第3号（令和3年6月1日適用）
- 令和3年6月7日 医療課事務連絡
- 令和3年6月11日 保医発0611第1号（令和3年6月11日適用）
- 令和3年6月30日 保医発0630第3号（令和3年7月1日適用）
- 令和3年7月8日 保医発0708第1号（令和3年7月8日適用）

- 令和3年2月1日保医発0201第2号（通知の発出日（令和3年2月1日）適用）により、押印を不要とする等の改正が行われ、
 - ・本書789頁の別紙様式25
 - ・本書790頁の別紙様式27
 に変更が生じています。

改正の内容については、『診療報酬関連情報ナビ』の診療報酬関連情報データベースに各通知を掲載していますので本追補と併せてご確認ください。

(<https://www.shaho.co.jp/publication/navi/>)

- 本追補中、下線を付している部分は「追補202008」によって訂正された部分であることを示しています（本書では令和2年度改定で追加・変更となった部分に下線を付していますが、その下線とは別の意味になります）。
- 「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」に関する通知・事務連絡等については、随時当社ウェブサイト上『診療報酬関連情報ナビ』の診療報酬関連情報データベースに掲載しています。

頁	欄	行	訂正前	訂正後
60	右	上から16行目	過疎地域自立促進特別措置法（平成12年法律第15号）	過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法（令和3年法律第19号）
73	右	上から20行目	及び	、HIF-PH阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）及び
89	右	下から7行目	及び	、HIF-PH阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）及び
157	右	下から3行目	場合に限る。）	場合に限る。）、HIF-PH阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）
178	右	上から3～4行目	場合に限る。）	場合に限る。）、HIF-PH阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）
226	右		〔B001-3-2ニコチン依存症管理料の右欄として以下のように追加〕 ※ B001-3-2ニコチン依存症管理料を算定する患者に対し、ニコチン依存症の喫煙者に対する禁煙の治療補助を目的に薬事承認されたアプリ及びアプリと併用するものとして薬事承認された呼気一酸化炭素濃度測定器を使用し禁煙に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合は、初回時にC110-2在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の「注2」導入期加算の所定点数を準用して1回に限り算定する。なお、当該点数は過去1年間のニコチン依存症管理料の平均継続回数が2回以上である保険医療機関で本品を使用した場合にのみ算定できる。ただし、過去1年間にニコチン依存症管理料の算定の実績を有しない場合は、この限りではない。また、呼気一酸化炭素濃度が上昇しないたばこを使用している場合には当該点数は算定できない。 ※ B001-3-2ニコチン依存症管理料を算定する患者に対し、ニコチン依存症の喫煙者に対する禁煙の治療補助を目的に薬事承認されたアプリ及びアプリと併用するものとして薬事承認された呼気一酸化炭素濃度測定器を使用した場合は、初回時にC167疼痛等管理用送信器加算の所定点数4回分を合算した点数を準用して算定する。なお、当該点数は過去1年間のニコチン依存症管理料の平均継続回数が2回以上である保険医療機関で本品を使用した場合にのみ算定できる。ただし、過去1年間にニコチン依存症管理料の算定の実績を有しない場合は、この限りではない。また、呼気一酸化炭素濃度が上昇しないたばこを使用している場合には当該点数は算定できない。	
294	右	下から7行目	過疎地域自立促進特別措置法（平成12年法律第15号）	過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法（令和3年法律第19号）
312	右	上から20行目	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤

頁	欄	行	訂正前	訂正後
			遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤	遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤 プロスマブ製剤 メポリズマブ製剤
321	右		〔C110-3在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料の右欄として以下のように追加〕 ※ 舌下神経電気刺激療法指導管理料 ア 舌下神経電気刺激装置を植え込んだ閉塞性睡眠時無呼吸症候群患者に対し、医師用プログラマを用いて舌下神経電気刺激装置の使用状況の確認や調整等の必要な指導管理を行った場合、本区分の所定点数を準用して算定する。 イ D237終夜睡眠ポリグラフィの「3」1又は2以外の場合の「イ」安全精度管理下で行うものの施設基準に係る届出を行っている医療機関において実施すること。 ウ 本区分の「注1」及び「注2」に定める規定は適用しない。	
322	右		〔C119在宅経肛門の自己洗腸指導管理料の右欄として以下のように追加〕 ※ 在宅抗菌薬吸入療法指導管理料 ア マイコバクテリウム・アビウムコンプレックス（MAC）による肺非結核性抗酸菌症患者であつて、多剤併用療法による前治療において効果不十分な患者自らが、在宅において、超音波ネブライザを用いてアミカシン硫酸塩吸入用製剤を投与する場合において、医師が患者又は患者の看護に当たる者に対して、当該療法の方法及び注意点等に関する指導管理を行った場合は、本区分の所定点数を準用して算定する。 イ 在宅抗菌薬吸入療法を初めて実施する患者について、初回の指導を行った場合は、当該初回の指導を行った月に限り、本区分の「注2」に掲げる導入初期加算を準用して加算する。 ウ 本区分の「注1」及び「注2」に定める規定は適用しない。	
329	右		〔C164人工呼吸器加算の右欄として以下のように追加〕 ※ マイコバクテリウム・アビウムコンプレックス（MAC）による肺非結核性抗酸菌症患者であつて、多剤併用療法による前治療において効果不十分な患者（入院中の患者以外のものに限る。）に対して、アミカシン硫酸塩吸入用製剤を投与するに当たり、超音波ネブライザを使用した場合は、初回の投与を行った月に限り、本区分の「1」陽圧式人工呼吸器の所定点数を準用して算定できる。なお、この場合において、本区分の「注」及び本区分の「1」陽圧式人工呼吸器の「注」に定める規定は適用しない。	
330	右		〔C170排痰補助装置加算の右欄として以下のように追加〕 ※ マイコバクテリウム・アビウムコンプレックス（MAC）による肺非結核性抗酸菌症患者であつて、多剤併用療法による前治療において効果不十分な患者（入院中の患者以外のものに限る。）に対して、アミカシン硫酸塩吸入用製剤を投与するに当たり、超音波ネブライザを使用した場合は、初回の投与を行った月以外の月に限り、本区分の所定点数を準用して算定する。なお、この場合において、本区分の「注」に定める規定は適用しない。	
331	右	下から4行目	、ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤及び遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤	、ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤、遺伝子組換えヒト von Willebrand 因子製剤、プロスマブ製剤、アガルスダーゼ アルファ製剤、アガルスダーゼ ベータ製剤、アルグルコシダーゼ アルファ製剤、イデュルスルファーゼ製剤、イミグルセラール製剤、エロスルファーゼ アルファ製剤、ガルスルファーゼ製剤、セベリパーゼ アルファ製剤、ベラグルセラール製剤、アラグルセラール製剤、ラロニダーゼ製剤及びメポリズマブ製剤
340	右		〔D001尿中特殊物質定性定量検査の「10」の右欄として以下のように追加〕 ※ 免疫クロマトグラフィー法を用いてトリプシノーゲン2を測定する場合には、本区分の「10」ウロポルフィリン（尿）の所定点数を準用して算定する。この場合、急性膵炎を疑う医学的根拠について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 免疫クロマトグラフィー法を用いてトリプシノーゲン2を測定する場合にあつて、D007血液化学検査の「1」アミラーゼ、同区分「6」リパーゼ、同区分「14」アミラーゼアイソザイム、同区分「45」トリプシン又はD009腫瘍マーカーの「7」エラスターゼ1を併せて実施した場合には、いずれか主たるもののみ算定する。	
342	右	上から7～8行目	FEIA法	ELISA法、FEIA法又はLA法
342	右	上から14行目	、FEIA法又は金コロイド凝集法	、FEIA法、金コロイド凝集法、イムノクロマト法又はLA法
343	右		〔D004-2悪性腫瘍組織検査の「1」の右欄として以下のように追加〕 ※ 卵巣癌患者の腫瘍組織を検体とし、次世代シーケンシングにより、抗悪性腫瘍剤による治療法の選	

頁	欄	行	訂正前	訂正後
			<p>択を目的として、相同組換え修復欠損の評価を行った場合は、本区分「1」の「注2」の「ロ」3項目以上及びD006-18BRCA1/2遺伝子検査の「1」腫瘍細胞を検体とするものの所定点数を合算した点数を準用して、患者1人につき1回に限り算定する。</p> <p>卵巣癌患者の腫瘍組織を検体とし、次世代シーケンシングにより、抗悪性腫瘍剤による治療法の選択を目的として、相同組換え修復欠損の評価を行った場合は、D006-18BRCA1/2遺伝子検査の「1」腫瘍細胞を検体とするものの施設基準に係る届出を行っている保険医療機関で実施すること。</p>	
343	右	下から15行目	固形癌	固形癌若しくは手術後の大腸癌
344	右	上から9行目	固形癌	固形癌又は手術後の大腸癌
344	右	上から22行目	場合に限る。)	場合に限る。ただし、使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を使用した場合は除く。)
344	右	下から21行目	〔次行に追加〕	エ 胆道癌におけるFGFR2融合遺伝子検査
345	右	上から5行目	卵巣癌	卵巣癌又は前立腺癌
345	右		〔上から15行目の次に以下のように追加〕	
			(3) リンチ症候群の診断の補助を目的としてマイクロサテライト不安定性検査を行う場合でも、使用目的又は効果として、医薬品の適応を判定するための補助等に用いるものとして薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いる場合には「1」の「イ」の「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるものの所定点数を算定する。	
351	右		〔D006-7UDPグルクロン酸転移酵素遺伝子多型の右欄として以下のように追加〕	
			※ 二次性進行型多発性硬化症患者に対するシボニドフマル酸の投与の可否の判定又は投与量の判定を目的として、リアルタイムPCR法により、全血又は口腔粘膜から抽出されたゲノムDNA中の薬物代謝酵素CYP2C9遺伝子多型を測定した場合は、本区分の所定点数を準用して、患者1人につき1回に限り算定する。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	
353	右	下から24～23行目	進行卵巣癌患者	進行卵巣癌患者又は転移性去勢抵抗性前立腺癌患者
353	右	下から19行目	進行卵巣癌患者	進行卵巣癌患者、治癒切除不能な膀胱癌患者、転移性去勢抵抗性前立腺癌患者
353	右		〔下から10行目の次に以下のように追加〕	
			(4) 「1」腫瘍細胞を検体とするものについて、転移性去勢抵抗性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保険医療機関で実施すること。	
			(5) 「1」腫瘍細胞を検体とするものについて、転移性去勢抵抗性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、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関で実施すること。ただし、遺伝カウンセリング加算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有し、当該届出を行っている保険医療機関において必要なカウンセリングを実施できる体制が整備されている場合は、この限りではない。	
			(6) 「1」腫瘍細胞を検体とするものについて、転移性去勢抵抗性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、「注」に定める施設基準の規定は適用しない。	
			(7) 「2」血液を検体とするものについて、治癒切除不能な膀胱癌患者に対して、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膀胱腫瘍に関して専門の知識及び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保険医療機関で実施すること。	
			(8) 「2」血液を検体とするものについて、転移性去勢抵抗性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保険医療機関で実施すること。	
			(9) 「2」血液を検体とするものについて、治癒切除不能な膀胱癌患者又は転移性去勢抵抗性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、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関で実施すること。ただし、遺伝カウンセリング加算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有し、当該届出を行っている保険医療機関において必要なカウンセリングを実施できる体制が整備されている場合は、この限りではない。	
			(10) 「2」血液を検体とするものについて、治癒切除不能な膀胱癌患者又は転移性去勢抵抗性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実施する場合には、「注」に定める施設基準の規	

頁	欄	行	訂正前	訂正後
				定は適用しない。
363	右		<p>[D008内分泌学的検査の「31」の右欄として以下のように追加]</p> <p>※ 全身性炎症反応症候群の患者（疑われる患者を含む。）の重症度判定の補助を目的として、ECLIA法又はCLIA法により血清又は血漿中のインターロイキン-6（IL-6）を測定した場合は、本区分の「31」副甲状腺ホルモン（PTH）の所定点数を準用して、一連の治療につき2回に限り算定する。なお、本検査を実施した年月日を診療報酬明細書に記載すること。また、医学的な必要性から一連の治療につき3回以上算定する場合においては、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>※ sFlt-1/PlGF比</p> <p>ア 血清を検体とし、ECLIA法により可溶性fms様チロシンキナーゼ1（sFlt-1）及び胎盤増殖因子（PlGF）を測定し、sFlt-1/PlGF比を算出した場合は、本区分の「31」副甲状腺ホルモン（PTH）の所定点数2回分を合算した点数を準用して算定する。</p> <p>イ 本検査は、妊娠18週から36週未満の妊娠高血圧腎症が疑われる妊婦であって、以下のリスク因子のうちいずれか1つを有するものに対して実施した場合に、原則として一連の妊娠につき1回に限り算定できる。なお、リスク因子を2つ以上有する場合は、原則として当該点数は算定できない。</p> <p>(イ) 収縮期血圧が130mmHg以上又は拡張期血圧80mmHg以上</p> <p>(ロ) 蛋白尿</p> <p>(ハ) 妊娠高血圧腎症を疑う臨床症状又は検査所見</p> <p>(ニ) 子宮内胎児発育遅延</p> <p>(ホ) 子宮内胎児発育遅延を疑う検査所見</p> <p>ウ 本検査を算定する場合は、イのリスク因子のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、イの(ハ)又は(ホ)に該当する場合は、その医学的根拠を併せて記載すること。なお、医学的な必要性から、リスク因子を2つ以上有する妊婦において算定する場合、又は一連の妊娠につき2回以上算定する場合は、その詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>エ 本検査の実施に際し、本区分の「31」副甲状腺ホルモン（PTH）の所定点数2回分を合算した点数を準用して算定する場合は、本区分の「注」に定める規定は適用しない。</p>	
366	右		<p>[D009腫瘍マーカーの「23」の右欄として以下のように追加]</p> <p>※ 組織因子経路インヒビター2（TFPI2）</p> <p>ア 組織因子経路インヒビター2（TFPI2）は、本区分の「23」CA602の所定点数を準用して算定する。</p> <p>イ 本検査は、EIA法により測定した場合に算定できる。</p> <p>ウ 本検査は、本区分の注1及び注2の規定に準ずる。</p>	
372	右		<p>[追補202008でD012感染症免疫学的検査の「25」の右欄として追加した項目中、「化学発光酵素免疫測定法（定量）」を「化学発光酵素免疫測定法（定量）又は電気化学発光免疫測定法（定量）」に、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）」（令和2年6月25日健感発0625第5号）」を「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）」（令和3年2月25日健感発0225第1号）」に改める。]</p>	
372	右		<p>[D012感染症免疫学的検査の「25」の右欄として以下のように追加]</p> <p>※ SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出は、当該検査キットが薬事承認された際の検体採取方法で採取された検体を用いて、SARS-CoV-2抗原及びインフルエンザウイルス抗原の検出を目的として薬事承認又は認証を得ているものにより、COVID-19の患者であることが疑われる者に対しCOVID-19の診断を目的として行った場合に限り、本区分「25」マイコプラズマ抗原定性（免疫クロマト法）の所定点数4回分を合算した点数を準用して算定する。ただし、感染症の発生の状況、動向及び原因を明らかにするための積極的疫学調査を目的として実施した場合は算定できない。</p> <p>COVID-19の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を1回に限り算定する。</p> <p>ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合は、上記のように合算した点数をさらに1回に限り算定できる。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>なお、SARS-CoV-2・インフルエンザウイルス抗原同時検出を実施した場合、本区分「22」のインフルエンザウイルス抗原定性、SARS-CoV-2抗原検出については、別に算定できない。</p>	
373	右		<p>[D012感染症免疫学的検査の「41」の右欄として以下のように追加]</p> <p>※ 百日咳菌抗原定性</p> <p>ア 関連学会が定めるガイドラインの百日咳診断基準における臨床判断例の定義を満たす者に対して、イムノクロマト法により百日咳菌抗原を測定した場合は、本区分の「41」レジオネラ抗原定性（尿）を準用して算定する。</p> <p>イ 本検査とD023微生物核酸同定・定量検査の「10」百日咳菌核酸検出又は同区分「17」ウイル</p>	

頁	欄	行	訂正前	訂正後
			ス・細菌核酸多項目同時検出を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。	
374	右		<p>[D012感染症免疫学的検査の「42」の右欄として以下のように追加]</p> <p>※ 腸管アメーバ症の症状を呈する患者に対して、アメーバ赤痢の診断を目的として、酵素免疫測定法(定性)により糞便中の赤痢アメーバ抗原を測定した場合は、本区分の「42」赤痢アメーバ抗体半定量の所定点数を準用して算定する。</p>	
374	右		<p>[D012感染症免疫学的検査の「46」の右欄として以下のように追加]</p> <p>※ スクリーニング検査としての本区分「16」のHIV-1,2抗体定性、本区分「16」のHIV-1,2抗体半定量、本区分「16」のHIV-1,2抗原・抗体同時測定定性、本区分「17」のHIV-1抗体、本区分「18」のHIV-1,2抗体定量又は本区分「18」のHIV-1,2抗原・抗体同時測定定量が陽性の場合の確認診断用の検査として、イムノクロマト法により、全血、血清又は血漿中のHIV-1特異抗体及びHIV-2特異抗体を検出する検査を行った場合は、本区分の「46」HIV-1抗体(ウエスタンブロット法)及び本区分「49」HIV-2抗体(ウエスタンブロット法)を合算した点数を準用して算定する。なお、本検査を実施した場合、本区分の「46」HIV-1抗体(ウエスタンブロット法)及び本区分「49」HIV-2抗体(ウエスタンブロット法)は、別に算定できない。</p>	
374	右		<p>[D012感染症免疫学的検査の「52」の右欄として以下のように追加]</p> <p>※ 診察又は画像診断等により鳥関連過敏性肺炎が強く疑われる患者を対象として、E I A法により、鳥特異的IgG抗体を測定した場合は、本区分の「52」抗トリコスポロン・アサヒ抗体の所定点数を準用して算定する。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p>	
375	右		<p>[D013肝炎ウイルス関連検査の「14」の右欄として以下のように追加]</p> <p>※ インターフェロン-λ3 (IFN-λ3)</p> <p>ア COVID-19と診断された患者(呼吸不全管理を要する中等症以上の患者を除く。)の重症化リスクの判定補助を目的として、2ステップサンドイッチ法を用いた化学発光酵素免疫測定法により、インターフェロン-λ3 (IFN-λ3)を測定した場合は、本区分の「14」HBVジェノタイプ判定の所定点数を準用して算定する。</p> <p>イ 本検査を2回以上算定する場合は、前回の検査結果が基準値未満であることを確認すること。</p> <p>ウ 本検査の実施に際し、本区分の「14」HBVジェノタイプ判定の所定点数を準用して算定する場合は、本区分の「注」に定める規定は適用しない。</p>	
378	右		<p>[D014自己抗体検査の「35」の右欄として以下のように追加]</p> <p>※ 15歳以下の小児におけるアトピー性皮膚炎の重症度評価を行うことを目的として、ELISA法により血清中のSCCA2量を測定した場合は、本区分の「35」抗デスマグレイン1抗体の所定点数を準用して、月1回を限度として算定する。ただし、本検査及びD015血漿蛋白免疫学的検査の「18」TARCを同一月中に併せて行った場合は、主たるもののみ算定する。</p>	
378	右		<p>[D014自己抗体検査の「39」の右欄として以下のように追加]</p> <p>※ クロウ・深瀬症候群(POEMS症候群)の診断又は診断後の経過観察の目的として、ELISA法により、血管内皮増殖因子(VEGF)を測定した場合は、本区分の「39」抗GM1IgG抗体の所定点数を準用し、月1回を限度として算定できる。</p>	
378	右		<p>[D014自己抗体検査の「43」の右欄として以下のように追加]</p> <p>※ レプチン</p> <p>ア 脂肪萎縮、食欲亢進、インスリン抵抗性、糖尿病及び脂質異常症のいずれも有する患者に対して、全身性脂肪萎縮症の診断の補助を目的として、ELISA法により、血清中のレプチンを測定した場合は、本区分の「43」抗アクアポリン4抗体の所定点数を準用して、患者1人につき1回に限り算定する。</p> <p>イ 本検査の実施に当たっては、関連学会が定める指針を遵守し、脂肪萎縮の発症時期及び全身性脂肪萎縮症を疑う医学的な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p>	
380	右	上から6～7行目	◇ TARCは、血清中のTARC量を測定する場合に月1回を限度として算定できる。	◇ TARC ア アトピー性皮膚炎の重症度評価の補助を目的として、血清中のTARC量を測定する場合は、月1回を限度として算定できる。 イ COVID-19と診断された患者(呼吸不全管理を要する中等症以上の患者を除く。)の重症化リスクの判定補助を目的として、血清中のTARC量を測定する場合は、一連の治療につき1回を限度として算定できる。
385	右		<p>[追補202008でD023微生物核酸同定・定量検査の「14」の右欄として追加した項目中、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて(一部改正)」(令和2年6月25日健康発0625第5号)を「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制</p>	

頁	欄	行	訂正前	訂正後
			限の取扱いについて（一部改正）」（令和3年2月25日健感発0225第1号）」に改める。]	
385	右		<p>[D023微生物核酸同定・定量検査の「14」の右欄として以下のように追加]</p> <p>※ COVID-19の患者であることが疑われる者に対し、SARS-CoV-2及びインフルエンザウイルスの核酸検出を目的として薬事承認又は認証を得ている体外診断用医薬品を用いて、PCR法（定性）により、唾液、鼻咽頭ぬぐい液又は鼻腔ぬぐい液中のSARS-CoV-2及びインフルエンザウイルスの核酸検出（以下、「SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出」という。）を同時に行った場合、採取した検体を、国立感染症研究所が作成した「感染性物質の輸送規則に関するガイダンス2013-2014版」に記載されたカテゴリーBの感染性物質の規定に従って、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合は、本区分の「14」SARSコロナウイルス核酸検出の所定点数4回分を合算した点数を準用して算定し、それ以外の場合は、同点数3回分を合算した点数を準用して算定する。なお、採取した検体を、検体採取を行った保険医療機関以外の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合は、検査を実施した施設名を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>COVID-19の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的として本検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、上記のように合算した点数を1回に限り算定する。ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかず、本検査を再度実施した場合は、上記のように合算した点数をさらに1回に限り算定できる。なお、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>COVID-19の治療を目的として入院している者に対し、退院可能かどうかの判断を目的として実施した場合は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて（一部改正）」（令和3年2月25日健感発0225第1号）の「第1 退院に関する基準」に基づいて実施した場合に限り、1回の検査につき上記のように合算した点数を算定する。なお、検査を実施した日時及びその結果を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>なお、SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出を実施した場合、本区分「11」のインフルエンザ核酸検出、SARS-CoV-2核酸検出及びウイルス・細菌核酸多項目同時検出（SARS-CoV-2を含む。）については、別に算定できない。</p>	
386	右	上から5行目	算定できない。なお、検査に用いる検体については、国立感染症研究所が作成した「2019-nCoV（新型コロナウイルス）感染を疑う患者の検体採取・輸送マニュアル」を参照すること。	算定できない。なお、検査に用いる検体については、厚生労働省の定める新型コロナウイルス感染症の検査に係る指針を参照すること。
386	右	上から24～25行目	（令和2年6月25日健感発0625第5号）	（令和3年2月25日健感発0225第1号）
394	右		<p>[D206心臓カテーテル法による諸検査の右欄として以下のように追加]</p> <p>※ 循環動態解析装置を用いる冠血流予備能測定検査が、関連学会の定める指針に沿って行われた場合、本区分の「注4」冠動脈血流予備能測定検査加算の所定点数12回分を合算した点数を準用して算定する。ただし、循環動態解析装置を用いる冠血流予備能測定検査とE200-2血流予備能比コンピューター断層撮影は併せて算定できない。</p> <p>循環動態解析装置を用いる冠血流予備能測定検査を実施した場合、冠血流予備能測定検査に係る特定保険医療材料は算定できない。</p>	
402	右		<p>[D217骨塩定量検査の右欄として以下のように追加]</p> <p>※ REMS法(Radiofrequency Echographic Multi-spectrometry)による腰椎の骨塩定量検査を実施した場合は、本区分の「2」MD法、SEXA法等を準用して算定する。また、同一日にREMS法により大腿骨の骨塩定量検査を行った場合には、大腿骨同時検査加算として、D216-2残尿測定検査の「1」超音波検査によるものを準用し所定点数に加算する。</p>	
430	右		<p>[D310小腸内視鏡検査の右欄として以下のように追加]</p> <p>※ 電動回転可能なスパイラル形状のフィンを装着した内視鏡を用いて小腸内視鏡検査を行った場合は、本区分の「1」バルーン内視鏡によるものの所定点数を準用して算定する。</p>	
430	右	下から9行目	「1」のバルーン内視鏡によるもの	「1」のバルーン内視鏡によるもの又は追補202107（本追補）でD310小腸内視鏡検査の右欄として追加した「※」の電動回転可能なスパイラル形状のフィンを装着した内視鏡によるもの
529	右	上から14行目	精神科在宅患者支援管理料1（「ハ」を除く。）	精神科在宅患者支援管理料（「1」の「ハ」を除く。）
529	右	上から16行目	精神科在宅患者支援管理料1（「ハ」を除く。）	精神科在宅患者支援管理料（「1」の「ハ」を除く。）
531	右	上から21～22	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」の「ハ」を除く。）

頁	欄	行	訂正前	訂正後
		行目	(「ハ」を除く。)	く。)
533	右	下から26行目	過疎地域自立促進特別措置法	過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法
546	右	下から18行目	算定できる。	算定できる。ただし、切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合は算定できない。
547	右	上から7行目	算定できる。	算定できる。ただし、切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合は算定できない。
581	右	下から11行目	「過疎地域自立促進特別措置法」(平成12年法律第15号)	「過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法」(令和3年法律第19号)
584	右	下から22～21行目	過疎地域自立促進特別措置法(平成12年法律第15号)	過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法(令和3年法律第19号)
596	右		<p>〔K000創傷処理の右欄として以下のように追加〕</p> <p>※ 次のいずれにも該当する閉塞性動脈硬化症の患者に対して、吸着式血液浄化用浄化器(閉塞性動脈硬化症用)を使用して治療を行った場合には、本区分の「2」筋肉、臓器に達するもの(長径5センチメートル以上10センチメートル未満)の所定点数を準用して算定する。なお、当該療法の実施回数は、原則として一連につき3月間に限って24回を限度として算定する。</p> <p>ア フォンテイン分類Ⅳ度の症状を呈する者</p> <p>イ 膝下動脈以下の閉塞又は広範な閉塞部位を有する等外科的治療又は血管内治療が困難で、かつ従来の薬物療法では十分な効果を得られない者</p> <p>閉塞性動脈硬化症の患者に対して吸着式血液浄化用浄化器(閉塞性動脈硬化症用)を使用して治療を行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄に当該治療を行う医学的必要性を記載すること。</p>	
606	右		<p>〔K054骨切り術の右欄として以下のように追加〕</p> <p>※ 先天異常による上腕又は前腕の骨の変形を矯正することを目的とする骨切り術において、手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイドと変形矯正プレートが一体として薬事承認を得ている医療機器を使用した場合に、本区分の「注」に定める患者適合型変形矯正ガイド加算の所定点数を準用して加算する。</p>	
606	右		<p>〔K057変形治療骨折矯正手術の右欄として以下のように追加〕</p> <p>※ 上腕又は前腕の変形治療骨折矯正手術において、手術前に得た画像等により作成された実物大の患者適合型の変形矯正ガイドと変形矯正プレートが一体として薬事承認を得ている医療機器を使用した場合に、本区分の「注」に定める患者適合型変形矯正ガイド加算の所定点数を準用して加算する。</p>	
621	右		<p>〔K181-4迷走神経刺激装置植込術の右欄として以下のように追加〕</p> <p>※ 以下のアからキの全てを満たす閉塞性睡眠時無呼吸症候群患者に対し、関係学会の定める舌下神経電気刺激装置適正使用指針に基づき、舌下神経電気刺激装置を植え込む手術を実施した場合、本区分の所定点数を準用して算定する。</p> <p>ア 無呼吸低呼吸指数が20以上の閉塞性睡眠時無呼吸症候群であること。</p> <p>イ CPAP療法が不適又は不認容であること。</p> <p>ウ 扁桃肥大等の重度の解剖学的異常がないこと。</p> <p>エ 18歳以上であること。</p> <p>オ BMIが30未満であること。</p> <p>カ 薬物睡眠下内視鏡検査で軟口蓋の同心性虚脱を認めないこと。</p> <p>キ 中枢性無呼吸の割合が25%以下であること。</p> <p>舌下神経電気刺激装置を植え込む手術については、関係学会の定める舌下神経電気刺激装置適正使用指針に基づき、耳鼻咽喉科又は頭頸部外科について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医師が実施すること。なお、当該医師の所定の講習修了を証する文書の写しを診療報酬明細書に添付すること。</p>	
631	右		<p>〔K318鼓膜形成手術の右欄として以下のように追加〕</p> <p>※ 保存的治療が奏功しない難治性耳管開放症の症状改善を目的に耳管用補綴材を耳管内に留置した場合は、本区分の所定点数を準用して算定する。</p>	
651	右		<p>〔K526-4内視鏡的食道悪性腫瘍光線力学療法の右欄として以下のように追加〕</p> <p>※ 半導体レーザー用プローブを用いて切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対してレーザー光照射を実施した場合は、本区分の所定点数を準用して算定する。</p> <p>ア 本治療は、頭頸部外科について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医師が実施すること。なお、その医師の所定の研修修了を証する文書の写しを診療報酬明細書に添付すること。</p> <p>イ 本治療は、次のいずれにも該当する医療機関において実施すること。</p> <p>① 関連学会により教育研修施設として認定されていること。</p> <p>② 頭頸部外科について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</p>	

頁	欄	行	訂正前	訂正後
			<p>医師が1名以上配置されていること。</p> <p>③ 常勤の麻酔科標榜医が1名以上配置されていること。</p> <p>④ 緊急手術の体制が整備されていること。</p> <p>⑤ 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。</p>	
660	右		<p>[K555-2経カテーテル大動脈弁置換術の右欄として以下のように追加]</p> <p>※ 経カテーテル人工生体弁セットを用いて肺動脈弁置換術を実施した場合は、本区分の「2」経皮的動脈弁置換術の所定点数を準用して算定する。</p> <p>経カテーテル人工生体弁セットを用いて肺動脈弁置換術を実施する場合は、関連学会の定める適正使用基準に従って使用する場合に限り算定できる。</p> <p>経カテーテル人工生体弁セットを用いて肺動脈弁置換術を実施する場合は、関連学会より認定された保険医療機関で使用した場合に限り算定できる。なお、関連学会より認定された保険医療機関であることを証する文書の写しを診療報酬明細書に添付すること。</p> <p>経カテーテル人工生体弁セットを用いて肺動脈弁置換術を実施する場合は、本区分に係る施設基準の規定は適用しない。</p>	
670	右	上から19～22行目	<p>(1) 心臓移植適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓等の他の補助循環法によっても継続した代償不全に陥っており、かつ、心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善を目的とした場合に算定する。</p>	<p>(1) 植込型補助人工心臓（非拍動流型）は、次のいずれかの場合に算定する。</p> <p>ア 心臓移植適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓等の他の補助循環法によっても継続した代償不全に陥っており、かつ、心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善を目的とした場合。</p> <p>イ 心臓移植不適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓などの補助循環法によっても継続した代償不全に陥っている症例に対して、長期循環補助を目的とした場合。</p>
687	右		<p>[K697-3肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法の右欄として以下のように追加]</p> <p>※ 副腎腫瘍ラジオ波焼灼療法（一連として）</p> <p>ア 腫瘍の長径が1センチメートル未満の副腎腫瘍に対してラジオ波焼灼療法を実施した場合は、本区分の「1」2センチメートル以内のもの「ロ」その他のもの及びD415経気管肺生検法の「注2」CT透視下気管支鏡検査加算の所定点数を合算した点数を準用して算定し、腫瘍の長径が1センチメートル以上の副腎腫瘍に対してラジオ波焼灼療法を実施した場合は、本区分の「2」2センチメートルを超えるもの「ロ」その他のもの及びD415経気管肺生検法の「注2」CT透視下気管支鏡検査加算の所定点数を合算した点数を準用して算定する。</p> <p>イ 本治療の実施に当たっては、関係学会の定める適正使用指針を遵守すること。</p> <p>ウ 本治療は、片側性アルドステロン過剰分泌による原発性アルドステロン症の患者であって、副腎摘出術が適応外であるものに対して実施すること。なお、本治療の実施に当たっては、副腎摘出術が適応外である詳細な理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。</p> <p>エ 本治療は、以下のいずれにも該当する医療機関において実施すること。</p> <p>① 放射線科を標榜している病院であること。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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5例以上実施されていること。</p> <p>⑤ 緊急手術が可能な体制を有していること。</p> <p>オ 本区分の「注」に定める規定は適用しない。</p>	
695	右		<p>[K722小腸結腸内視鏡的止血術の右欄として以下のように追加]</p> <p>※ 電動回転可能なスパイラル形状のフィンを着装した内視鏡を用いて実施した場合は、本区分の「注」に掲げるバルーン内視鏡加算の所定点数を準用して加算する。当該加算については、小腸出血に対して内視鏡的止血術を行った場合のみ算定できる。</p>	
697	右		<p>[K735-2小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）の右欄として以下のように追加]</p> <p>※ 電動回転可能なスパイラル形状のフィンを着装した内視鏡を用いて実施した場合は、本区分の「注」に掲げるバルーン内視鏡加算の所定点数を準用して加算する。</p>	
722	右		<p>[K938体外衝撃波消耗性電極加算の右欄として以下のように追加]</p> <p>※ 滲出液を持続的に除去し、切開創手術部位感染のリスクを低減させる目的のみで薬事承認されてい</p>	

頁	欄	行	訂正前	訂正後
			<p>る局所陰圧閉鎖処置用材料をCDC手術創クラスⅢ以上に相当する術後縫合創に対して使用した場合は、本区分及びJ003局所陰圧閉鎖処置（入院）の「1」100平方センチメートル未満の「注1」初回加算並びに「注2」持続洗浄加算を合算した点数を準用して算定する。</p> <p>ア A301特定集中治療室管理料，A301-3脳卒中ケアユニット入院医療管理料，A301-4小児特定集中治療室管理料，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を算定する患者であって，次に掲げる患者に対して使用した場合に限り算定できる。その際，次に掲げる患者のいずれに該当するかを診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。</p> <p>(イ) BMIが30以上の肥満症の患者 (ロ) 糖尿病患者のうち，ヘモグロビンA1c (HbA1c) がJDS値で6.6%以上 (NGSP値で7.0%以上) の者 (ハ) ステロイド療法を受けている患者 (ニ) 慢性維持透析患者 (ホ) 免疫不全状態にある患者 (ヘ) 低栄養状態にある患者 (ト) 創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者 (チ) 手術の既往がある者に対して，同一部位に再手術を行う患者</p> <p>イ 以下に掲げる場合は，滲出液を持続的に除去し，切開創手術部位感染のリスクを低減させる目的のみで薬事承認されている局所陰圧閉鎖処置用材料に係る費用はそれぞれの手術の所定点数に含まれる。</p> <p>(イ) CDC手術創クラスⅢ以上に相当する術後縫合創に対して使用した場合（「ア」以外の患者に対して使用した場合に限る。） (ロ) CDC手術創クラスⅡ以下に相当する術後縫合創に対して使用した場合</p> <p>ウ 本区分の「注」に定める規定は適用しない。</p>	
723	右		<p>〔K939画像等手術支援加算の右欄として以下のように追加〕</p> <p>※ K437下顎骨部分切除術，K438下顎骨離断術，K439下顎骨悪性腫瘍手術又はK444下顎骨形成術に当たって，手術前に得た画像等により作成された患者適合型単回使用骨手術用器械を使用した場合は，本区分の「3」患者適合型手術支援ガイドによるもの所定点数を準用して，一連の手術について1回に限り算定する。なお，この場合にあつては，本区分の「3」患者適合型手術支援ガイドによるものの「注」に定める規定は適用しない。</p>	
753	右	下から12行目	〔次行に追加〕	HIF-PH阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）の費用
754	右	上から17行目	腎性貧血状態にあるものに投与	腎性貧血状態にあるものに対して投与
754	右	上から18～19行目	腎性貧血状態にあるものに投与	腎性貧血状態にあるものに対して投与
754	右	上から19行目	〔次行に追加〕	エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）の費用
778			〔「別紙様式16」を本追補末尾の「別紙1」に変更〕	
784			〔「別紙様式21の6」を本追補末尾の「別紙2」に変更〕	
827	左	上から2行目	（令和2.6.1 厚生労働省告示第234号改正）	（令和3.4.20 厚生労働省告示第180号改正）
830	左	上から4行目	令和2年	令和3年
830	左	上から6行目	令和3年	令和4年
830	右	下から11～10行目	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤及び遺伝子組換えヒトvon Willebrand因子製剤	ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤，遺伝子組換えヒトvon Willebrand因子製剤，プロスマブ製剤，アガルシダーゼ アルファ製剤，アガルシダーゼ ベータ製剤，アルグルコシダーゼ アルファ製剤，イデュルスルファージェ製剤，イミグルセラージェ製剤，エロスルファージェ アルファ製剤，ガルスルファージェ製剤，セベリパーゼ アルファ製剤，ベラグルセラージェ アルファ製剤，ラロニダーゼ製剤及びメボリズマブ製剤
842	左	上から2行目	（令和2.8.31 厚生労働省告示第304号改正）	（令和3.5.31 厚生労働省告示第215号改正）
842	右	下から15行目	〔次行に追加〕	(4) 特殊型 3,240円
843	右	下から22行目	〔次行に追加〕	(4) 特殊型 3,240円

頁	欄	行	訂正前	訂正後
846	左	上から10行目	〔次行に追加〕	ウ 特殊型・表面特殊加工付き 76,100円
846	左	上から11行目	ウ	エ
846	右	下から10行目	〔次行に追加〕	(9) 変形矯正用患者適合型プレート 91,500円
846	右	下から9行目	(9)	(10)
848	右	下から7行目	〔次行に追加〕	③ 16極以上用・自動調整機能付き 1,800,000円
848	右	下から6行目	③	④
850	左	下から20行目	〔次行に追加〕	① 冠状静脈洞型 51,400円
850	左	下から19行目	①	②
852	右	上から26～27行目	(21) 脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステム 1,420,000円	(21) 脳動脈瘤治療用フローダイバーターシステム ① 動脈内留置型 1,420,000円 ② 瘤内留置型 1,530,000円
853	左	上から5行目	〔次行に追加〕	(3) 短期使用型 84,100円
854	右	上から13行目	206 人工顎関節用材料 (略) 207 人工鼻材料 (略)	206 人工顎関節用材料 (略) 207 人工鼻材料 (略) 208 耳管用補綴材 43,500円 209 吸着式血液浄化用浄化器 (閉塞性動脈硬化症用) 91,600円 210 植込型舌下神経電気刺激装置 2,480,000円

(別紙様式 16)

訪 問 看 護 指 示 書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名		生年月日	年	月	日		
						(歳)	
患者住所							
電話 () -							
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)				
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療 状						
	投与中の薬剤 の用量・用法	1.	2.				
		3.	4.				
		5.	6.				
	日常生活 自 立 度	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1 B 2 C 1 C 2
		認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b IV M
		要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)				
	褥 瘡 の 深 さ	DESIGN分類 D3 D4 D5		NPUAP分類 III度 IV度			
装着・使用 医 療 機 器 等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (l/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻 : サイズ , 日に1回交換) 8. 留置カテーテル (部位 : サイズ , 日に1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式 : 設定) 10. 気管カニューレ (サイズ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ()						
留意事項及び指示事項							
I 療養生活指導上の留意事項							
II							
1. リハビリテーション (理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり20・40・60・()分を週()回(注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載)) 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他							
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)							
緊急時の連絡先 不在時の対応							
特記すべき留意事項 (注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)							
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有 : 指定訪問看護ステーション名)							
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有 : 訪問介護事業所名)							

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX.)
医師氏名

印

事業所

殿

(別紙様式21の6)

事業所番号 _____ リハビリテーション実施計画書 入院 外来 / 訪問 通所 / 入所 計画作成日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 氏名: _____ 様 性別: 男 女 生年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 要支援 要介護 _____
 リハビリテーション担当医: _____ 担当: _____ (PT OT ST 看護職員 その他従事者(_____)

■本人の希望(したい又はできるようにになりたい生活の希望等)	■家族の希望(本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等)

■健康状態、経過

原因疾病: _____ 発症日・受傷日: _____ 年 月 日 直近の入院日: _____ 年 月 日 直近の退院日: _____ 年 月 日

治療経過(手術がある場合は手術日・術式等): _____

合併疾患・コントロール状態(高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等): _____

これまでのリハビリテーションの実施状況(プログラムの実施内容、頻度、量等): _____

目標設定等支援・管理シート: あり なし 日常生活自立度: 自立、J1、J2、A1、A2、B1、B2、C1、C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準: 自立、I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	特記事項(改善の見込み含む)
筋力低下	—	—	
麻痺	—	—	
感覚機能障害	—	—	
関節可動域制限	—	—	
摂食嚥下障害	—	—	
失語症・構音障害	—	—	
見当識障害	—	—	
記憶障害	—	—	
高次脳機能障害 (_____)	—	—	
栄養障害	—	—	
褥瘡	—	—	
疼痛	—	—	
精神行動障害(BPSD)	—	—	
<input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> TUG Test			
服薬管理			
<input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDS-R コミュニケーション の状況			

■活動(基本動作、活動範囲など)

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項(改善の見込み含む)
寝返り	—	—	
起き上がり	—	—	
座位保持	—	—	
立ち上がり	—	—	
立位保持	—	—	

■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)

項目	リハビリ開始時点	現在の状況	特記事項(改善の見込み含む)
食事	—	—	
イスとベッド間の移乗	—	—	
整容	—	—	
トイレ動作	—	—	
入浴	—	—	
平地歩行	—	—	
階段昇降	—	—	
更衣	—	—	
排便コントロール	—	—	
排尿コントロール	—	—	
合計点			

■リハビリテーションの短期目標(今後3ヶ月)

(心身機能)

(活動)

(参加)

■リハビリテーションの長期目標

(心身機能)

(活動)

(参加)

■リハビリテーションの方針(今後3ヶ月間)

■本人・家族への生活指導の内容(自主トレ指導含む)

■リハビリテーション実施上の留意点
 (開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)

■リハビリテーションの見直し・継続理由

■リハビリテーションの終了目安
 (終了の目安となる時期: _____ ヶ月後)

利用者・ご家族への説明: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

特記事項: