別添１

医科診療報酬点数表に関する事項

＜通則＞

１　１人の患者について療養の給付に要する費用は、第１章基本診療料及び第２章特掲診療料又は第３章介護老人保健施設入所者に係る診療料の規定に基づき算定された点数の総計に 10 円を乗じて得た額とする。

２　基本診療料は、簡単な検査（例えば、血圧測定検査等）の費用、簡単な処置の費用等（入院の場合には皮内、皮下及び筋肉内注射並びに静脈内注射の注射手技料等）を含んでいる。

３　特掲診療料は、特に規定する場合を除き、当該医療技術に伴い必要不可欠な衛生材料等の費用を含んでいる。

４　基本診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「基本診療料の施設基準等の一部を改正する告示」（令和６年厚生労働省告示第 58 号）による改正後の「基本診療料の施設基準等（平成 20 年厚生労働省告示第 62 号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。

５　特掲診療料に係る施設基準、届出等の取扱いについては、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（令和６年厚生労働省告示第 59 号）による改正後の「特掲診療料の施設基準等（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）」に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。

６　「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」（令和６年厚生労働省告示第 57 号）による改正後の診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）及び本通知において規定する診療科については、医療法施行令（昭和 23 年政令第 326 号）及び医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）の規定に基づき、当該診療科名に他の事項を組み合わせて標榜する場合も含むものであること。

７　特掲診療料に掲げられている診療行為を行うに当たっては、医療安全の向上に資するため、当該診療行為を行う医師等の処遇を改善し負担を軽減する体制の確保に努めること。

８　署名又は記名・押印を要する文書については、自筆の署名（電子的な署名を含む。）がある場合には印は不要である。

９　文書による提供等をすることとされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野 PKI 認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成 12 年法律第 102 号）第２条第３項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第２項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成 14 年法律第 153 号）に基づき、平成 16 年１月 29 日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。

10　所定点数は、特に規定する場合を除き、注に規定する加算を含まない点数を指す。

11　区分番号は、例えば「Ａ０００」初診料における「Ａ０００」を指す。なお、以下区分番号という記載は省略し、「Ａ０００」のみ記載する。

12　施設基準の取扱いに関する通知について、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和６年３月５日保医発 0305 第５号）を「基本診療料施設基準通知」、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（令和６年３月５日保医発 0305 第６号）を「特掲診療料施設基準通知」という。

第１章　基本診療料

第１部　初・再診料

＜通則＞

１　同一の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関（歯科診療及び歯科診療以外の診療を併せて行う保険医療機関をいう。以下同じ。）を除く。）において、２以上の傷病に罹っている患者について、それぞれの傷病につき同時に初診又は再診を行った場合においても、初診料又は再診料（外来診療料を含む。）は１回に限り算定するものであること。

同一の保険医療機関において、２人以上の保険医（２以上の診療科にわたる場合も含む。）が初診又は再診を行った場合においても、同様であること。

ただし、初診料の「注５」のただし書に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病について、新たに別の医療法施行令第３条の２第１項及び第２項に規定する診療科を初診として受診した場合並びに再診料の「注３」及び外来診療料の「注５」に規定する同一保険医療機関において、同一日に他の傷病で別の診療科を再診として受診した場合の２つ目の診療科については、この限りでない。

２　初診又は再診が行われた同一日であるか否かにかかわらず、当該初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる次に掲げる場合には、これらに要する費用は当該初診料又は再診料若しくは外来診療料に含まれ、別に再診料又は外来診療料は算定できない。

ア　初診時又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来た場合

イ　往診等の後に薬剤のみを取りに来た場合

ウ　初診又は再診の際検査、画像診断、手術等の必要を認めたが、一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来た場合

３　医科歯科併設の保険医療機関において、医科診療に属する診療科に係る傷病につき入院中の患者が歯又は口腔の疾患のために歯科において初診若しくは再診を受けた場合、又は歯科診療に係る傷病につき入院中の患者が他の傷病により医科診療に属する診療科において初診若しくは再診を受けた場合等、医科診療と歯科診療の両者にまたがる場合は、それぞれの診療科において初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定することができる。

ただし、同一の傷病又は互いに関連のある傷病により、医科と歯科を併せて受診した場合には、主たる診療科においてのみ初診料又は再診料（外来診療料を含む。）を算定する。

４　医療法（昭和 23 年法律第 205 号）に規定する病床に入院（当該入院についてその理由等は問わない。）している期間中にあっては、再診料（外来診療料を含む。）（ただし、再診料の注５及び注６に規定する加算並びに外来診療料の注８及び注９に規定する加算を除く。）は算定できない。また、入院中の患者が当該入院の原因となった傷病につき、診療を受けた診療科以外の診療科で、入院の原因となった傷病以外の傷病につき再診を受けた場合においても、再診料（外来診療料を含む。）は算定できない。なお、この場合において、再診料（外来診療料を含む。）（ただし、再診料の注５及び注６に規定する加算並びに外来診療料の注８及び注９に規定する加算を除く。）以外の検査、治療等の費用の請求については、診療報酬明細書は入院用を用いること。

５　初診又は再診において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合

に、使用した薬剤の費用については第２章第２部第３節薬剤料により、特定保険医療材料の費用については同第４節特定保険医療材料料により、当該保険医療機関において算定する。なお、当該薬剤の費用は、継続的な医学管理を行う必要がある場合に算定するものとし、「Ａ０００」初診料の算定のみの場合にあっては算定できない。また、同様に当該看護師等が検査のための検体採取等を実施した場合には、当該保険医療機関において、第２章第３部第１節第１款検体検査実施料を算定するとともに、検体採取に当たって必要な試験管等の材料を患者に対して支給すること。

６　算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの１週間又は月の初日から月の末日までの１か月を単位として算定する。

第１節　初診料

Ａ０００　初診料

(16)　Ａ保険医療機関には、検査又は画像診断の設備がないため、Ｂ保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合には、次のように取り扱うものとする。（「Ｂ００９」診療情報提供料（Ｉ）の（５）から（７）までを参照。）

ア　Ｂ保険医療機関が単に検査又は画像診断の設備の提供にとどまる場合

Ｂ保険医療機関においては、診療情報提供料、初診料、検査料、画像診断料等は算定できない。なお、この場合、検査料、画像診断料等を算定するＡ保険医療機関との間で合議の上、費用の精算を行うものとする。

イ　Ｂ保険医療機関が、検査又は画像診断の判読も含めて依頼を受けた場合

Ｂ保険医療機関においては、初診料、検査料、画像診断料等を算定できる。

(18)　時間外加算

ア　各都道府県における医療機関の診療時間の実態、患者の受診上の便宜等を考慮して一定の時間以外の時間をもって時間外として取り扱うこととし、その標準は、概ね午前８時前と午後６時以降（土曜日の場合は、午前８時前と正午以降）及び休日加算の対象となる休日以外の日を終日休診日とする保険医療機関における当該休診日とする。

ただし、午前中及び午後６時以降を診療時間とする保険医療機関等、当該標準によることが困難な保険医療機関については、その表示する診療時間以外の時間をもって時間外として取り扱うものとする。

イ　アにより時間外とされる場合においても、当該保険医療機関が常態として診療応需の態勢をとり、診療時間内と同様の取扱いで診療を行っているときは、時間外の取扱いとはしない。

ウ　保険医療機関は診療時間を分かりやすい場所に表示する。

エ　時間外加算は、保険医療機関の都合（やむを得ない事情の場合を除く。）により時間外に診療が開始された場合は算定できない。

オ　時間外加算を算定する場合には、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定しない。

(19)　休日加算

ア　休日加算の対象となる休日とは、日曜日及び国民の祝日に関する法律（昭和 23 年法律

第 178 号）第３条に規定する休日をいう。なお、１月２日及び３日並びに 12 月 29 日、30 日及び 31 日は、休日として取り扱う。

イ　休日加算は次の患者について算定できるものとする。

（イ）　客観的に休日における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関を受診した患者

①　地域医療支援病院

②　救急病院等を定める省令（昭和 39 年厚生省令第８号）に基づき認定された救急病院又は救急診療所

③　「救急医療対策の整備事業について」（昭和 52 年医発第 692 号）に規定された保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関

（ロ）　当該休日を休診日とする保険医療機関に、又は当該休日を診療日としている保険医療機関の診療時間以外の時間に、急病等やむを得ない理由により受診した患者（上記(イ)以外の理由により常態として又は臨時に当該休日を診療日としている保険医療機関の診療時間内に受診した患者を除く。）

ウ　休日加算を算定する場合には、時間外加算、深夜加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定しない。

(20)　深夜加算

ア　深夜加算は、初診が深夜に開始された場合に算定する。ただし、保険医療機関の都合（やむを得ない事情の場合を除く。）により深夜に診療が開始された場合は算定できない。なお、深夜とは、いずれの季節においても午後 10 時から午前６時までの間をいう。

イ　いわゆる夜間開業の保険医療機関において、当該保険医療機関の診療時間又は診療態勢が午後 10 時から午前６時までの間と重複している場合には、当該重複している時間帯における診療については、深夜加算は算定できない。

ウ　深夜加算は、次の患者について算定できるものとする。

（イ）　客観的に深夜における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関を受診した患者

①　地域医療支援病院

②　救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

③　「救急医療対策の整備事業について」に規定された保険医療機関又は地方自治体等の実施する救急医療対策事業の一環として位置づけられている保険医療機関

（ロ）　自己の表示する診療時間が深夜を含んでいない保険医療機関に、又は自己の表示する診療時間が深夜にまで及んでいる保険医療機関の当該表示する診療時間と重複していない深夜に、急病等やむを得ない理由により受診した患者（上記(イ)以外の理由により常態として又は臨時に当該深夜時間帯を診療時間としている保険医療機関に受診した患者を除く。）

エ　深夜加算を算定する場合には、時間外加算、休日加算、時間外加算の特例又は夜間・早朝等加算については、算定しない。

(21)　時間外加算の特例

ア　当該特例の適用を受ける保険医療機関（以下「時間外特例医療機関」という。）とは、

客観的に専ら夜間における救急医療の確保のために診療を行っていると認められる次に掲げる保険医療機関であって、医療法第 30 条の４の規定に基づき都道府県が作成する医療計画に記載されている救急医療機関をいう。

① 地域医療支援病院

② 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院又は救急診療所

③ 「救急医療対策の整備事業について」に規定された病院群輪番制病院、病院群輪番制に参加している有床診療所又は共同利用型病院

イ 別に厚生労働大臣が定める時間とは、当該地域において一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜及び休日を除く。）とし、その標準は、概ね午前８時前と午後６時以降（土曜日の場合は、午前８時前と正午以降）から、午後 10 時から午前６時までの間を除いた時間とする。

ウ 時間外特例医療機関において、休日加算又は深夜加算に該当する場合においては、時間外加算の特例を算定せず、それぞれ休日加算、深夜加算を算定する。また、時間外加算の特例を算定する場合には、時間外加算又は夜間・早朝等加算は算定しない。

(22) 小児科（小児外科を含む。以下この部において同じ。）を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜の診療に係る特例

ア 夜間、休日及び深夜における小児診療体制の一層の確保を目的として、小児科を標榜する保険医療機関（小児科以外の診療科を併せて有する保険医療機関を含む。）について、６歳未満の乳幼児に対し、夜間、休日又は深夜を診療時間とする保険医療機関において夜間、休日又は深夜に診療が行われた場合にも、それぞれ時間外加算、休日加算又は深夜加算を算定できることとするものである。なお、診療を行う保険医が、小児科以外を担当する保険医であっても算定できるものであること。

イ 夜間であって別に厚生労働大臣が定める時間とは、当該地域において一般の保険医療機関が概ね診療応需の態勢を解除した後、翌日に診療応需の態勢を再開するまでの時間（深夜及び休日を除く。）とし、その標準は、概ね午前８時前と午後６時以降（土曜日の場合は、午前８時前と正午以降）から、午後 10 時から午前６時までの間を除いた時間とする。

ウ 休日加算の対象となる休日、深夜加算の対象となる深夜の基準は、「注７」に係る休日、深夜の基準の例によるものとする。

エ 時間外加算、休日加算、深夜加算及び夜間・早朝等加算の併算定に係る取扱いは、「注７」の場合と同様である。

第２節 再診料

Ａ００１ 再診料

（６） 再診料における時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外特例加算及び夜間・早朝等加算の取扱いは、初診料の場合と同様である。

(10) 健康保険法における療養の給付又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）における療養の給付と労働者災害補償保険法（昭和 22 年法律第 50 号）における療養補償給付を同時に受けている場合の再診料（外来診療料を含む。）は、主たる疾病の再診料（外来診療料を含む。）として算定する。なお、入院料及び往診料は、当該入院あるいは往診を必要とした疾病に係るものとして算定する。

第２部　入院料等

＜通則＞

１　入院基本料、特定入院料及び短期滞在手術等基本料は、基本的な入院医療の体制を評価するものであり、療養環境（寝具等を含む。）の提供、看護師等の確保及び医学的管理の確保等については、医療法の定めるところによる他、「病院、診療所等の業務委託について（平成５年２月 15 日指第 14 号）」等に従い、適切に実施するものとし、これに要する費用は、特に規定する場合を除き、入院基本料、特定入院料及び短期滞在手術等基本料に含まれる。

２　１に規定する他、寝具等について次の基準のいずれかに該当しない場合には、入院基本料、特定入院料、短期滞在手術等基本料は算定できない。

（１）　患者の状態に応じて寝具類が随時利用できるよう用意されていること。なお、具備されるべき寝具は、敷布団（マットレスパッドを含む。）、掛布団（毛布、タオルケット、綿毛布を含む。）、シーツ類、枕、枕覆等である。

（２）　寝具類が常時清潔な状態で確保されていること。シーツ類は、週１回以上の交換がなされていること。

（３）　消毒は必要の都度行われていること。

３　入院期間の確認について（入院料の支払要件）

（１）　保険医療機関の確認等

ア　保険医療機関は、患者の入院に際し、患者又はその家族等に対して当該患者の過去３か月以内の入院の有無を確認すること。過去３か月以内に入院がある場合は、入院の理由を確認すること。同一傷病による入院である場合には前保険医療機関における入院期間、算定入院基本料等及び入院に係る傷病名を当該患者の前保険医療機関又は保険者に照会し、当該保険医療機関の入院初日に追加される選定療養に係る入院期間及び当該患者の入院が選定療養に該当するか否かを確認すること。

イ　保険医療機関は、当該患者の退院に際しては、他保険医療機関からの当該患者の入院履歴に係る問い合わせに対し速やかに対応できるよう必要な体制を整えておくこと。円滑な運用のために別紙様式１又はこれに準ずる様式による文書を退院証明書として患者に渡すことが望ましい。

ウ　ア、イに定める確認等を怠っている場合は、入院料は算定できないものであること。

（２）　入院患者の申告等

患者は、入院に際しては、保険医療機関からの求めに応じ、自己の入院履歴を申告すること。なお、虚偽の申告等を行った場合は、それにより発生する損失について、後日費用徴収が行われる可能性があるものである。

４　１日入院

眼科、耳鼻科等において手術を行い、同一の日に入院及び退院した場合、医師が入院の必要を認めて病室に入院させて入院医療が行われた場合にあっては、入院基本料又は特定入院料を算定できるが、単なる覚醒、休養等の目的で入院させた場合は、入院基本料又は特定入院料は算定しない。なお、短期滞在手術等基本料については、第４節に規定するところによる。

５　入院中の患者の他医療機関への受診

（１）　入院中の患者が、当該入院の原因となった傷病以外の傷病に罹患し、入院している保険医療機関（以下本項において「入院医療機関」という。）以外での診療の必要が生じた場

合は、他の保険医療機関（以下本項において「他医療機関」という。）へ転医又は対診を求めることを原則とする。

（２）　入院中の患者（ＤＰＣ算定病棟に入院している患者を除く。）に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）は、他医療機関において当該診療に係る費用を算定することができる。ただし、短期滞在手術等基本料３、医学管理等（診療情報提供料を除く。）、在宅医療、投薬、注射（当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた受診日の投薬又は注射に係る費用を除き、処方料、処方箋料及び外来化学療法加算を含む。）及びリハビリテーション（言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料を除く。）に係る費用は算定できない。

（３）　（２）のただし書にかかわらず、出来高入院料を算定する病床に入院している患者の場合には、他医療機関における診療に要する費用のうち、当該専門的な診療に特有な薬剤を用いた投薬に係る費用は算定できる。

（４）　本通則において、出来高入院料とは、特定入院料、一般病棟入院基本料（「注 11」の規定により療養病棟入院料１の例により算定する場合に限る。）、特定機能病院入院基本料（「注９」の規定により療養病棟入院料１の例により算定する場合に限る。）、専門病院入院基本料（「注８」の規定により療養病棟入院料１の例により算定する場合に限る。）、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料（「注６」、「注 13」及び「注 14」の例により算定する場合に限る。）、有床診療所療養病床入院基本料及び特定入院基本料（以下本通則において「特定入院料等」という。）を除く入院基本料をいう。

（５）　入院中の患者が他医療機関を受診する場合には、入院医療機関は、当該他医療機関に対し、当該診療に必要な診療情報（当該入院医療機関での算定入院料及び必要な診療科を含む。）を文書により提供する（これらに要する費用は患者の入院している保険医療機関が負担するものとする。）とともに、診療録にその写しを添付すること。

（６）　（２）の規定により入院中の患者が他医療機関を受診する日の入院医療機関における診療報酬の算定については、以下のとおりとすること。この場合において、１点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算すること。

ア　入院医療機関において、当該患者が出来高入院料を算定している場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の 10％を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、「Ｅ１０１」シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影、「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、「Ｅ１０１－４」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、「Ｅ１０１－５」乳房用ポジトロン断層撮影、「Ｍ００１」体外照射の３の強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、「Ｍ００１－２」ガンマナイフによる定位放射線治療、「Ｍ００１－３」直線加速器による放射線治療の１の定位放射線治療の場合又は「Ｍ００１－４」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の５％を控除した点数により算定すること。

イ　入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定する場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の 40％を控除した点数

（他医療機関において、「Ｅ１０１」シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影、「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、「Ｅ１０１－４」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、「Ｅ１０１－５」乳房用ポジトロン断層撮影、「Ｍ００１」体外照射の３の強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、「Ｍ００１－２」ガンマナイフによる定位放射線治療、「Ｍ００１－３」直線加速器による放射線治療の１の定位放射線治療の場合又は「Ｍ００１－４」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は当該特定入院料等の基本点数の 35%を控除した点数）により算定すること。ただし、有床診療所療養病床入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を算定している場合は、当該特定入院料等の基本点数の 20%を控除した点数（他医療機関において、「Ｅ１０１」シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影、「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、「Ｅ１０１－４」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、「Ｅ１０１－５」乳房用ポジトロン断層撮影、「Ｍ００１」体外照射の３の強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、「Ｍ００１－２」ガンマナイフによる定位放射線治療、「Ｍ００１－３」直線加速器による放射線治療の１の定位放射線治療の場合又は「Ｍ００１－４」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は当該特定入院料等の基本点数の 15%を控除した点数）により算定すること。

ウ　入院医療機関において、当該患者が特定入院料等を算定している場合であって、当該他医療機関において特定入院料等に含まれる診療に係る費用（特掲診療料に限る。）を算定しない場合は、特定入院料等は、当該特定入院料等の基本点数の 10%を控除した点数により算定すること。ただし、他医療機関において、「Ｅ１０１」シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、「Ｅ１０１－２」ポジトロン断層撮影、「Ｅ１０１－３」ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、「Ｅ１０１－４」ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、「Ｅ１０１－５」乳房用ポジトロン断層撮影、「Ｍ００１」体外照射の３の強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、「Ｍ００１－２」ガンマナイフによる定位放射線治療、「Ｍ００１－３」直線加速器による放射線治療の１の定位放射線治療の場合又は「Ｍ００１－４」粒子線治療に係る費用を算定する場合は、特定入院料等は当該特定入院料等の基本点数の５%を控除した点数により算定すること。

エ　他医療機関において当該診療に係る費用を一切算定しない場合には、他医療機関において実施された診療に係る費用は、入院医療機関において算定し、入院基本料等の基本点数は控除せずに算定すること。この場合において、入院医療機関で算定している入院料等に包括されている診療に係る費用は、算定できない。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとする。

（７）　他医療機関において診療を行った場合には、入院医療機関から提供される当該患者に係る診療情報に係る文書を診療録に添付するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に「入院医療機関名」、「当該患者の算定する入院料」、「受診した理由」、「診療科」及び「㊤（受診日数：○日）」を記載すること。

（８） 入院医療機関においては、診療報酬明細書の摘要欄に、「他医療機関を受診した理由」、「診療科」及び「㊤（受診日数：○日）」を記載すること。ただし、（６）のウの特定入院料等を 10％減算する場合（ただし書に該当し５％減算する場合を含む。）には、他医療機関のレセプトの写しを添付すること。

（９） 入院中の患者（ＤＰＣ算定病棟に入院している患者であって「診療報酬の算定方法」により入院料を算定する患者に限る。）に対し他医療機関での診療が必要となり、当該入院中の患者が他医療機関を受診した場合（当該入院医療機関にて診療を行うことができない専門的な診療が必要となった場合等のやむを得ない場合に限る。）の他医療機関において実施された診療に係る費用は、入院医療機関の保険医が実施した診療の費用と同様の取扱いとし、入院医療機関において算定すること。なお、この場合の医療機関間での診療報酬の分配は、相互の合議に委ねるものとする。

６ 外泊期間中の入院料等

（１） 入院患者の外泊期間中の入院料等については、入院基本料（療養病棟入院基本料を算定する療養病棟にあっては、外泊前日の入院基本料）の基本点数の 15％又は特定入院料の 15％を算定するが、精神及び行動の障害の患者について治療のために外泊を行わせる場合は更に 15％を算定できる。ただし、入院基本料の基本点数又は特定入院料の 30％を算定することができる期間は、連続して３日以内に限り、かつ月（同一暦月）６日以内に限る。

外泊中の入院料等を算定する場合においては、その点数に１点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算するものとする。

なお、当該外泊期間は、７の入院期間に算入する。

（２） 入院中の患者が在宅医療に備えて一時的に外泊するに際して、当該在宅医療に関する指導管理が行われた場合は、（１）に規定する点数に加えて、「Ｃ１００」に掲げる退院前在宅療養指導管理料を、外泊初日に１回に限り算定できる。

７ 入院期間の計算

（１） 入院の日とは、入院患者の保険種別変更等の如何を問わず、当該保険医療機関に入院した日をいい、保険医療機関ごとに起算する。

また、Ａ傷病により入院中の患者がＢ傷病に罹り、Ｂ傷病についても入院の必要がある場合（例えば、結核で入院中の患者が虫垂炎で手術を受けた場合等）又はＡ傷病が退院できる程度に軽快した際に他の傷病に罹り入院の必要が生じた場合においても、入院期間はＡ傷病で入院した日を起算日とする。

（２） （１）にかかわらず、保険医療機関を退院後、同一傷病により当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合の入院期間は、当該保険医療機関の初回入院日を起算日として計算する。

ただし、次のいずれかに該当する場合は、新たな入院日を起算日とする。

ア １傷病により入院した患者が退院後、一旦治癒し若しくは治癒に近い状態までになり、その後再発して当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合

イ 退院の日から起算して３月以上（悪性腫瘍、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50 号）第５条第１項に規定する指定難病（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患者（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。）に係るものに限る。）又は「特定疾患治療研究事業について」（昭和 48 年４月 17 日衛発第 242 号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）に罹患している患者については１月以上）の期間、同一傷病について、いずれの保険医療機関に入院又は介護老人保健施設に入所（短期入所療養介護費を算定すべき入所を除く。）することなく経過した後に、当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に入院した場合

（３）　「特別の関係」とは、次に掲げる関係をいう。

ア　当該保険医療機関等と他の保険医療機関等の関係が以下のいずれかに該当する場合に、当該保険医療機関等と当該他の保険医療機関等は特別の関係にあると認められる。

（イ）　当該保険医療機関等の開設者が、当該他の保険医療機関等の開設者と同一の場合

（ロ）　当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者と同一の場合

（ハ）　当該保険医療機関等の代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者の親族等の場合

（ニ）　当該保険医療機関等の理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の保険医療機関等の役員等の親族等の占める割合が 10 分の３を超える場合

（ホ）　（イ）から（ニ）までに掲げる場合に準ずる場合（人事、資金等の関係を通じて、当該保険医療機関等が、当該他の保険医療機関等の経営方針に対して重要な影響を与えることができると認められる場合に限る。）

イ　「保険医療機関等」とは、保険医療機関である病院若しくは診療所、介護老人保健施設又は指定訪問看護事業者をいう。

ウ　「親族等」とは、親族関係を有する者及び以下に掲げる者をいう。

（イ）　事実上婚姻関係と同様の事情にある者

（ロ）　使用人及び使用人以外の者で当該役員等から受ける金銭その他の財産によって生計を維持しているもの

（ハ）　（イ）又は（ロ）に掲げる者の親族でこれらの者と生計を一にしているもの

8　入院初日又は入院した日とは、特に規定する場合を除き、第２部通則５に規定する起算日のことをいい、入院期間が通算される再入院の初日は算定できない。

9　病棟移動時の入院料

同一保険医療機関内の病棟（病室及び治療室を含む。）から病棟（病室及び治療室を含む。）に移動した日の入院料の算定については、移動先の病棟（病室及び治療室を含む。）の入院料（入院基本料又は特定入院料）を算定する。

10　退院時処方に係る薬剤料の取扱い

投薬に係る費用が包括されている入院基本料（療養病棟入院基本料等）又は特定入院料（特殊疾患病棟入院料等）を算定している患者に対して、退院時に退院後に在宅において使用するための薬剤（在宅医療に係る薬剤を除く。）を投与した場合は、当該薬剤に係る費用（薬剤料に限る。）は、算定できる。

11　定数超過入院に該当する保険医療機関、医療法に定める人員標準を著しく下回る保険医療機

関の取扱いについては、「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」（平成 18 年厚生労働省告示第 104 号）に基づくものとし、その具体的な取扱いについては別途通知する。

12　入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策、栄養管理体制、意思決定支援及び身体的拘束最小化について、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合に限り入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算、夜勤時間特別入院基本料及び重症患者割合特別入院基本料（以下「特別入院基本料等」という。）及び特定入院基本料を含む。）、特定入院料又は短期滞在手術等基本料３の算定を行うものであり、基準に適合していることを示す資料等を整備しておく必要がある。

13　救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合は、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床（「Ａ２０５」救急医療管理加算又は「Ａ３００」救命救急入院料を算定する病床に限る。）に入院したものとみなすものであること。

14　退院が特定の時間帯に集中している場合の入院基本料の算定について

（１）　以下のいずれも満たす病棟を有する保険医療機関を対象とする。

ア　一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定している病棟を有する保険医療機関であること。

イ　当該病棟の退院全体のうち、正午までに退院するものの割合が９割以上の保険医療機関であること。

（２）　減算の対象となる入院基本料は、一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料のうち、当該病棟に 30 日を超えて入院している者の退院日の入院基本料であって、以下のいずれも満たすものとする。

ア　退院日に 1,000 点以上の処置又は手術を算定していないもの

イ　入退院支援加算を算定していないもの

（３）　（１）のイに係る計算式は退院日に一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定している患者を対象として、以下のいずれかの方法によること。

ア　電子カルテ等で退院時間が明らかな場合については、以下により算定する。

１月当たりの当該病棟の退院患者のうち、正午以前に退院した患者数／１月当たりの退院患者数

イ　退院時間が明らかでない場合は、毎月 16 日を含む１週間（例えば 16 日が火曜日の場合は 14 日（日）から 20 日（土）までの７日間）に当該病棟を退院した患者を対象とし、該当する退院患者の退院日、退院日前日の食事回数をもとに以下により算定する。

（退院日前日に退院患者に提供した夕食数－退院日に退院患者に提供した昼食数）／退院日前日に退院患者に提供した夕食数

ウ　ア又はイのいずれかの方法により、直近６か月の月ごとの割合を算定し、当該６か月のいずれも９割以上の場合、翌月から（２）に該当する入院基本料は、所定点数の 100 分の 92 に相当する点数により算定する。

15　入院日及び退院日が特定の日に集中している場合の入院基本料の算定について

（1） 以下のいずれも満たす保険医療機関を対象とする。

ア 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料を算定している病棟を有する保険医療機関

イ アに掲げる病棟の入院全体のうち金曜日に入院したものの割合と、退院全体のうち月曜日に退院したものの割合の合計が 40%以上の保険医療機関

（2） 減算の対象となる入院基本料は、金曜日に入院した患者の入院基本料（一般病棟入院基本料（特別入院基本料等を含む。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）及び専門病院入院基本料をいう。以下この項において同じ。）又は月曜日に退院した患者の入院基本料とするが、金曜日に入院した患者については、入院日直後の土曜日及び日曜日の入院基本料であって、当該日に 1,000 点以上の処置又は手術を伴わないものであり、月曜日に退院した患者については、退院日直前の土曜日及び日曜日の入院基本料であって、当該日に 1,000 点以上の処置又は手術を伴わないものとする。金曜日に入院し、月曜日に退院した患者については、要件を満たす入院日直後の土曜日及び日曜日、退院日直前の土曜日及び日曜日のいずれも減算の対象となる。なお、金曜日に入院し、その直後の月曜日に退院した患者については、要件を満たす土曜日及び日曜日の入院基本料は所定点数の 100 分の 92 に相当する点数により算定することとする。

（3） （1）イに係る計算式において、入院患者は入院日に入院基本料を算定している患者、退院患者は退院日に入院基本料を算定している患者を対象として、以下の方法による。

（1 月当たりの金曜日入院患者数／1 月当たりの全入院患者数）×100

＋（1 月当たりの月曜日退院患者数／1 月当たりの全退院患者数）×100

直近 6 か月の月ごとの割合を算定し、当該 6 か月のいずれも 4 割以上の場合、翌月より（2）に該当する入院基本料を減算する。

16 算定回数が「週」単位又は「月」単位とされているものについては、特に定めのない限り、それぞれ日曜日から土曜日までの 1 週間又は月の初日から月の末日までの 1 か月を単位として算定する。

17 平成 31 年 4 月 1 日から当分の間、以下のいずれかの要件に該当する者は、公認心理師とみなす。

ア 平成 31 年 3 月 31 日時点で、臨床心理技術者として保険医療機関に従事していた者

イ 公認心理師に係る国家試験の受験資格を有する者

第２章　特掲診療料

第１部　医学管理等

第１節　医学管理料等

Ｂ００１　特定疾患治療管理料

３　悪性腫瘍特異物質治療管理料

（１）　悪性腫瘍特異物質治療管理料は、悪性腫瘍であると既に確定診断がされた患者について、腫瘍マーカー検査を行い、当該検査の結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に、月１回に限り算定する。

（２）　悪性腫瘍特異物質治療管理料には、腫瘍マーカー検査、当該検査に係る採血及び当該検査の結果に基づく治療管理に係る費用が含まれるものであり、１月のうち２回以上腫瘍マーカー検査を行っても、それに係る費用は別に算定できない。

（３）　腫瘍マーカー検査の結果及び治療計画の要点を診療録に添付又は記載する。

（４）　「注３」に規定する初回月加算は、適切な治療管理を行うために多項目の腫瘍マーカー検査を行うことが予想される初回月に限って算定する。ただし、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定する当該初回月の前月において、「Ｄ００９」腫瘍マーカーを算定している場合は、当該初回月加算は算定できない。

（５）　「Ｄ００９」腫瘍マーカーにおいて、併算定が制限されている項目を同一月に併せて実施した場合には、１項目とみなして、本管理料を算定する。

（６）　当該月に悪性腫瘍特異物質以外の検査（本通知の腫瘍マーカーの項に規定する例外規定を含む。）を行った場合は、本管理料とは別に、検査に係る判断料を算定できる。

（例）　肝癌の診断が確定している患者で α－フェトプロテインを算定し、別に、「Ｄ００８」内分泌学的検査を行った場合の算定

悪性腫瘍特異物質治療管理料「ロ」の「(１)」

＋「Ｄ００８」内分泌学的検査の実施料

＋「Ｄ０２６」の「５」生化学的検査(Ⅱ)判断料

（７）　特殊な腫瘍マーカー検査及び計画的な治療管理のうち、特に本項を準用する必要のあるものについては、その都度当局に内議し、最も近似する腫瘍マーカー検査及び治療管理として準用が通知された算定方法により算定する。

９　外来栄養食事指導料

（２）　特別食には、心臓疾患及び妊娠高血圧症候群等の患者に対する減塩食、十二指腸潰瘍の患者に対する潰瘍食、侵襲の大きな消化管手術後の患者に対する潰瘍食、クローン病及び潰瘍性大腸炎等により腸管の機能が低下している患者に対する低残渣食、高度肥満症（肥満度が＋40％以上又はＢＭＩが 30 以上）の患者に対する治療食並びにてんかん食（難治性てんかん（外傷性のものを含む。）、グルコーストランスポーター１欠損症又はミトコンドリア脳筋症の患者に対する治療食であって、グルコースに代わりケトン体を熱量源として供給することを目的に炭水化物量の制限と脂質量の増加が厳格に行われたものに限る。）を含む。ただし、高血圧症の患者に対する減塩食（塩分の総量が６ｇ未満のものに限る。）及び小児食物アレルギー患者（食物アレルギー検査の結果（他の保険医療機関から提供を受けた食物アレルギー検査の結果を含む。）、食物アレルギー

を持つことが明らかな 16 歳未満の小児に限る。）に対する小児食物アレルギー食については、入院時食事療養（Ⅰ）又は入院時生活療養（Ⅰ）の特別食加算の場合と異なり、特別食に含まれる。なお、妊娠高血圧症候群の患者に対する減塩食は、日本高血圧学会、日本妊娠高血圧学会等の基準に準じていること。

（３）　管理栄養士への指示事項は、当該患者ごとに適切なものとし、熱量・熱量構成、蛋白質、脂質その他の栄養素の量、病態に応じた食事の形態等に係る情報のうち医師が必要と認めるものに関する具体的な指示を含まなければならない。

（４）　管理栄養士は常勤である必要はなく、要件に適合した指導が行われていれば算定できる。

（５）　摂食機能又は嚥下機能が低下した患者とは、医師が、硬さ、付着性、凝集性などに配慮した嚥下調整食（日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類に基づく。）に相当する食事を要すると判断した患者をいう。

（６）　低栄養状態にある患者とは、次のいずれかを満たす患者をいう。

ア　GLIM 基準による栄養評価を行い、低栄養と判定された患者

イ　医師が栄養管理により低栄養状態の改善を要すると判断した患者

(15)　外来栄養食事指導料を算定するに当たって、管理栄養士は、患者ごとに栄養指導記録を作成するとともに、指導内容の要点、指導時間（「注２」及び「注３」を除く。）及び指導した年月日（「注４」及び「注６」に限る。）を記載すること。

10　入院栄養食事指導料

（１）　入院栄養食事指導料は、入院中の患者であって、別に厚生労働大臣が定める特別食を保険医療機関の医師が必要と認めた者又は次のいずれかに該当する者に対し、管理栄養士が医師の指示に基づき、患者ごとにその生活条件、し好を勘案した食事計画案等を必要に応じて交付し、初回にあっては概ね 30 分以上、２回目にあっては概ね 20 分以上、療養のため必要な栄養の指導を行った場合に入院中２回に限り算定する。ただし、１週間に１回に限り算定する。

ア　がん患者

イ　摂食機能又は嚥下機能が低下した患者

ウ　低栄養状態にある患者

（２）　入院栄養食事指導料１は、当該保険医療機関の管理栄養士が当該保険医療機関の医師の指示に基づき、指導を行った場合に算定する。

　また、入院栄養食事指導料２は、有床診療所において、当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士が当該診療所の医師の指示に基づき、対面による指導を行った場合に算定する。

（３）　入院栄養食事指導料を算定するに当たって、上記以外の事項は「Ｂ００１」の「９」外来栄養食事指導料における留意事項の（２）から（６）まで及び(15)の例による。

23　がん患者指導管理料

（１）　がん患者指導管理料イ

ア　悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師及びがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師

が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、診断結果及び治療方法等について患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行った場合又は入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該患者の同意を得て、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師及びがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、診療方針等について十分に話し合った上で、当該診療方針等に関する当該患者の意思決定に対する支援を行い、その内容を文書等により提供した場合に算定する。なお、化学療法の対象となる患者に対しては、外来での化学療法の実施方法についても説明を行うこと。

イ　当該患者について「Ｂ００５－６」に掲げるがん治療連携計画策定料を算定した保険医療機関及び「Ｂ００５－６－２」に掲げるがん治療連携指導料を算定した保険医療機関が、それぞれ当該指導管理を実施した場合には、それぞれの保険医療機関において、患者１人につき１回算定できる。ただし、当該悪性腫瘍の診断を確定した後に新たに診断された悪性腫瘍（転移性腫瘍及び再発性腫瘍を除く。）に対して行った場合は別に算定できる。

ウ　指導内容等の要点を診療録又は看護記録に記載すること。

エ　患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

（２）　がん患者指導管理料ロ

ア　悪性腫瘍と診断された患者に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師、がん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師又はがん患者への心理支援に従事した経験を有する専任の公認心理師が適宜必要に応じてその他の職種と共同して、身体症状及び精神症状の評価及び対応、病状、診療方針、診療計画、外来での化学療法の実施方法、日常生活での注意点等の説明、患者の必要とする情報の提供、意思決定支援、他部門との連絡及び調整等、患者の心理的不安を軽減するための指導を実施した場合に算定する。なお、患者の理解に資するため、必要に応じて文書を交付するなど、分かりやすく説明するよう努めること。

イ　がん患者指導管理料ロの算定対象となる患者は、がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、ＳＴＡＳ－Ｊ（ＳＴＡＳ日本語版）で２以上の項目が２項目以上該当する者、又はＤＣＳ（Dicisional Conflict Scale）４０点以上のものであること。なお、ＳＴＡＳ－Ｊについては日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団（以下「ホスピス財団」という。）の「ＳＴＡＳ－Ｊ（ＳＴＡＳ日本語版）スコアリングマニュアル第３版」（ホスピス財団ホームページに掲載）に沿って評価を行うこと。

ウ　看護師又は公認心理師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った看護師又は公認心理師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、患者の状態、指導内容等について情報提供等を行わなければならない。

エ　指導内容等の要点を診療録又は看護記録に記載すること。

オ　患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

（３）　がん患者指導管理料ハ

ア　悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤を投薬又は注射されている者（予定を含む。）に対して、患者の心理状態に十分配慮された環境で、がん診療の経験を有する医師又は抗悪性腫瘍剤に係る業務に従事した経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、抗悪性腫瘍剤の投薬若しくは注射の開始日前 30 日以内、又は投薬若しくは注射をしている期間に限り、薬剤の効能・効果、服用方法、投与計画、副作用の種類とその対策、日常生活での注意点、副作用に対応する薬剤や医療用麻薬等の使い方、他の薬を服用している場合は薬物相互作用、外来での化学療法の実施方法等について文書により説明を行った場合に算定する。

イ　薬剤師が実施した場合は、アに加えて、指導を行った薬剤師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、指導内容、過去の治療歴に関する患者情報（患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴等）、服薬状況、患者の不安の有無等について情報提供するとともに、必要に応じて、副作用に対応する薬剤、医療用麻薬等又は抗悪性腫瘍剤の処方に関する提案等を行わなければならない。

ウ　指導内容等の要点を診療録若しくは薬剤管理指導記録に記載又は説明に用いた文書の写しを診療録等に添付すること。

エ　患者の十分な理解が得られない場合又は患者の意思が確認できない場合は、算定の対象とならない。また患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

24　外来緩和ケア管理料

（１）　外来緩和ケア管理料については、医師がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している入院中の患者以外の悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群又は末期心不全の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という。）による診療が行われた場合に算定する。

（２）　末期心不全の患者とは、以下のアからウまでの基準及びエからカまでのいずれかの基準に該当するものをいう。

ア　心不全に対して適切な治療が実施されていること。

イ　器質的な心機能障害により、適切な治療にもかかわらず、慢性的に NYHA 重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回又は持続的に点滴薬物療法を必要とする状態であること。

ウ　過去１年以内に心不全による急変時の入院が２回以上あること。なお、「急変時の入院」とは、患者の病状の急変等による入院を指し、予定された入院を除く。

エ　左室駆出率が 20%以下であること。

オ　医学的に終末期であると判断される状態であること。

カ　エ又はオに掲げる状態に準ずる場合であること。

（３）　緩和ケアチームは、身体症状及び精神症状の緩和を提供することが必要である。緩和ケアチームの医師は緩和ケアに関する研修を修了した上で診療に当たること。ただし、後天性免疫不全症候群の患者を診療する際には当該研修を修了していなくても本管理料は算定できる。

（４）　緩和ケアチームは初回の診療に当たり、当該患者の診療を担う保険医、看護師及び薬剤師などと共同の上、別紙様式３又はこれに準じた緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付すること。

（５）　１日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね 30 人以内とする。ただし、「注４」に規定する点数を算定する場合は、１日当たりの算定患者数は、１チームにつき概ね 15 人以内とする。

（６）　症状緩和に係るカンファレンスが週１回程度開催されており、緩和ケアチームの構成員及び必要に応じて、当該患者の診療を担当する保険医、看護師などが参加していること。

（７）　当該保険医療機関に緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること。

（８）　院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること。

（９）　当該緩和ケアチームは、緩和ケア診療加算の緩和ケアチームと兼任可能である。

（10）　「注４」に規定する点数は、「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が 400 床以上の病院、ＤＰＣ対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料１のみを届け出ている病院を除く。）において、算定可能である。

Ｂ００１－２－７　外来リハビリテーション診療料

（１）　外来リハビリテーション診療料は、医師によるリハビリテーションに関する包括的な診察を評価するものである。

（２）　外来リハビリテーション診療料１の対象患者は、状態が比較的安定している患者であって、リハビリテーション実施計画書において心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料に掲げるリハビリテーション（以下「疾患別リハビリテーション」という。）を１週間に２日以上提供することとしている患者である。

（３）　外来リハビリテーション診療料１を算定した日から起算して７日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る「Ａ０００」初診料、「Ａ００１」再診料又は「Ａ００２」外来診療料は算定できないものとし、当該７日間は、「Ａ０００」初診料、「Ａ００１」再診料又は「Ａ００２」外来診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。

（４）　外来リハビリテーション診療料２の対象患者は、状態が比較的安定している患者であって、リハビリテーション実施計画書において疾患別リハビリテーションを２週間に２日以上提供することとしている患者である。

（５）　外来リハビリテーション診療料２を算定した日から起算して 14 日間は、疾患別リハビリテーションの提供に係る「Ａ０００」初診料、「Ａ００１」再診料又は「Ａ００２」外来診療料は算定できないものとし、当該 14 日間は「Ａ０００」初診料、「Ａ００１」再診料又は「Ａ００２」外来診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。

（６）　外来リハビリテーション診療料１及び２を算定している場合は、疾患別リハビリテーションを提供する日において、リハビリテーションスタッフ（疾患別リハビリテーションの実施に係る理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等をいう。以下同じ。）がリハビリテーション提供前に患者の状態を十分に観察し、療養指導記録に記載すること。また、患者の状態を観察した際に、前回と比べて状態の変化が認められた場合や患者の求めがあった

場合等には、必要に応じて医師が診察を行うこと。

（７）　外来リハビリテーション診療料１及び２を算定している場合は、医師は疾患別リハビリテーション料の算定ごとに当該患者にリハビリテーションを提供したリハビリテーションスタッフからの報告を受け、当該患者のリハビリテーションの効果や進捗状況等を確認し、診療録等に記載すること。なお、リハビリテーションスタッフからの報告は、カンファレンスの実施により代えることとしても差し支えない。

Ｂ００１－２－８　外来放射線照射診療料

（１）　放射線治療医（放射線治療の経験を５年以上有するものに限る。）が診察を行った日に算定し、算定日から起算して７日間は放射線照射の実施に係る「Ａ０００」初診料、「Ａ００１」再診料又は「Ａ００２」外来診療料は算定できないものとし、当該７日間は、「Ａ０００」初診料、「Ａ００１」再診料又は「Ａ００２」外来診療料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できるものとする。

（２）　外来放射線照射診療料を算定した場合にあっては、第２日目以降の看護師、診療放射線技師等による患者の観察については、照射ごとに記録し、医師に報告すること。

（３）　放射線治療を行う前に、放射線治療により期待される治療効果や成績などとともに、合併症、副作用等についても必ず患者又はその家族に説明し、文書等による同意を得ること。

（４）　関係学会による放射線精度管理等のガイドラインを遵守すること。

（５）　算定した日を含め、３日間以内で放射線照射が終了する場合は、本点数の 100 分の 50 に相当する点数を算定する。

Ｂ００１－２－12　外来腫瘍化学療法診療料

（１）　外来腫瘍化学療法診療料は、入院中の患者以外の悪性腫瘍を主病とする患者に対して、患者の同意を得た上で、化学療法の経験を有する医師、化学療法に従事した経験を有する専任の看護師及び化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、注射による外来化学療法の実施その他の必要な治療管理を行った場合に算定する。

（２）　「１」の「イ」の(１)、「２」の「イ」の(１)又は「３」の「イ」の(１)に規定する点数は、月の初日から起算して、抗悪性腫瘍剤を１回目に投与した日から３回目に投与した日に算定し、「１」の「イ」の(２)、「２」の「イ」(２)又「３」の「イ」の(２)に規定する点数は、月の初日から起算して、抗悪性腫瘍剤を４回目以降に投与した日に算定する。

（３）　「１」の「ロ」、「２」の「ロ」及び「３」の「ロ」に規定する点数は、注射による外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間に、当該外来化学療法を実施している保険医療機関において、当該外来化学療法又は治療に伴う副作用等で来院した患者に対し、診察（視診、聴診、打診及び触診等の身体診察を含む）の上、必要に応じて速やかに検査、投薬等を行う体制を評価したものである。

　また、外来腫瘍化学療法診療料３の届出を行っている保険医療機関において外来化学療法を実施している患者が、外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っている他の連携する保険医療機関を緊急的な副作用等で受診した場合には、「１」の「ロ」を算定できる。ただし、あらかじめ治療等に必要な情報を文書（電子媒体を含む。）により当該外来腫瘍化学療法診療料３の届出を行っている医療機関から受理している場合に限る。

なお、「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは、当該化学療法のレジメンの期間内とする。

（４） 外来化学療法の実施及びその他必要な治療管理を行うに当たっては、患者の心理状態に十分配慮された環境で、以下の説明及び指導等を行うこと。

なお、患者の十分な理解が得られない場合又は患者を除く家族等にのみ説明を行った場合は算定できない。

ア 化学療法を初めて実施する場合、レジメンを変更した際、及び必要に応じて、患者に対して、抗悪性腫瘍剤の効能・効果、投与計画、副作用の種類とその対策、副作用に対する薬剤や医療用麻薬等の使い方、他の薬を服用している場合は薬物相互作用、日常生活での注意点、抗悪性腫瘍剤ばく露の予防方法等について文書により説明を行うこと。

なお、抗悪性腫瘍剤ばく露の予防方法については、関係学会から示されている抗悪性腫瘍剤ばく露対策の指針に基づき、患者及びその家族等に対して指導を行うこと。

イ アについては、医師の指示を受けた、抗悪性腫瘍剤に係る業務に従事した経験を有する専任の薬剤師が実施しても差し支えない。ただし、その場合、アに加えて、指導を行った薬剤師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、指導内容、過去の治療歴に関する患者情報（患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴等）、服薬状況、患者からの症状及び不安等の訴えの有無等について医師に報告するとともに、必要に応じて、副作用に対応する薬剤、医療用麻薬等又は抗悪性腫瘍剤の処方に関する提案等を行うこと。

ウ 指導内容等の要点を診療録若しくは薬剤管理指導記録に記載又は説明に用いた文書の写しを診療録等に添付すること。

（５） 抗悪性腫瘍剤の注射による投与を行うに当たっては、外来化学療法に係る専用室において、投与を行うこと。

（６） 当該診療料を算定する患者からの電話等による緊急の相談等に対して 24 時間対応できる体制を確保し、連絡先電話番号及び緊急時の注意事項等について、文書により提供すること。

（７） 外来腫瘍化学療法診療料１は、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会（他の保険医療機関と連携し、共同で開催する場合を含む。）において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定できる。

（８） 外来腫瘍化学療法診療料３の届出を行う医療機関は、外来腫瘍化学療法診療料１の届出を行っている他の連携する保険医療機関に対して、緊急時に当該他の連携する保険医療機関に受診を希望する患者について、あらかじめ治療等に必要な情報を文書により、少なくとも治療開始時に１回は提供し、以降は適宜必要に応じて提供していること。

（９） 「注８」に規定する連携充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料１を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料１のイの（１）を算定する日に、次に掲げる全ての業務を実施した場合に月１回に限り算定する。

ア 化学療法の経験を有する専任の医師又は化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、患者に注射又は投薬されている抗悪性腫瘍剤等の副作用の発現状況を評価するとともに、副作用の発現状況を記載した治療計画等の治療の進捗に関する文書を患者に交付すること。なお、当該文書に次に掲げる事項

が記載されていること。

（イ）　患者に実施しているレジメン

（ロ）　当該レジメンの実施状況

（ハ）　患者に投与した抗悪性腫瘍剤等の投与量

（ニ）　主な副作用の発現状況（「有害事象共通用語規準 v5.0 日本語訳 JCOG 版」に基づく副作用の重篤度のスケール（Grade）及び関連する血液・生化学的検査の結果等）

（ホ）　その他医学・薬学的管理上必要な事項

イ　治療の状況等を共有することを目的に、交付した治療計画等の治療の進捗に関する文書を他の保険医療機関の医師若しくは薬剤師又は保険薬局の薬剤師に提示するよう患者に指導を行うこと。

ウ　他の保険医療機関又は保険薬局から服薬状況、抗悪性腫瘍剤等の副作用等に関する情報が提供された場合には、必要な分析又は評価等を行うこと。

エ　悪性腫瘍の治療を担当する医師の診察に当たっては、あらかじめ薬剤師、看護師等と連携して服薬状況、抗悪性腫瘍剤等の副作用等に関する情報を収集し、診療に活用することが望ましい。

オ　療養のため必要な栄養の指導を実施する場合には、管理栄養士と連携を図ること。

(10)　「注９」に規定するがん薬物療法体制充実加算については、外来腫瘍化学療法診療料１を届け出た保険医療機関において、外来腫瘍化学療法診療料１のイの（１）を算定する患者に対して（４）イ及びウに掲げる業務について、医師の指示を受けた薬剤師による業務のうち、医師の診察前に服薬状況、副作用の有無等の情報を患者から直接収集し、評価を行った上で、当該医師に当該患者に係る情報提供、処方提案等を行った場合は、月１回に限り 100 点を所定点数に加算する。なお、必要に応じて、医師の診察後においても、抗悪性腫瘍剤、副作用に対する薬剤等の使い方等について、適宜患者に対して説明を行うこと。

Ｂ００１－４　手術前医学管理料

（１）　手術前医学管理料は硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下で行われる手術の前に行われる定型的な検査・画像診断について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、「Ｌ００２」硬膜外麻酔、「Ｌ００４」脊椎麻酔若しくは「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下に手術が行われた場合に、月１回に限り、疾病名を問わず全て本管理料を算定する。

（２）　手術前１週間に本管理料に包括されている検査及び画像診断項目（以下この項において「検査項目等」という。）のいずれも行わなかった場合は、本管理料は算定しない。なお、「手術を行う前１週間以内に行ったもの」とは、手術を行う日の前日を起算日として１週間前の日から当該手術を実施した当日の手術実施前までに行ったものをいう。

（３）　手術前医学管理料には、包括されている検査項目等に係る判断料が含まれており、手術前医学管理料を算定した月に「Ｄ０２６」血液学的検査判断料、生化学的検査（Ｉ）判断料及び免疫学的検査判断料は別に算定できない。

（４）　手術前医学管理料を算定する際使用したフィルムの費用は、「Ｅ４００」フィルムの所定点数により算定する。

（５）　本管理料を算定する手術前１週間において、入院と入院外が混在する場合においても、本管理料に包括されている検査項目等の１回目の所定点数については別に算定できない。

（６）　本管理料を月初めに算定し、手術前１週間が月をまたがる場合においても、本管理料の所定点数に包括されている検査項目等の１回目の所定点数については別に算定できない。

（７）　同一の患者について、月をまたがって１週間以内に硬膜外麻酔、脊椎麻酔又は全身麻酔下の手術を２回以上行った場合には、最初に行った手術の際に手術前医学管理料を算定し、２回目の手術の際には手術前医学管理料を算定せず、それぞれの検査項目等の所定点数により算定する。

（例）　当該月の 29 日に硬膜外麻酔、脊椎麻酔、全身麻酔下の手術を行い、翌月の３日に再び硬膜外麻酔、脊椎麻酔、全身麻酔下の手術を行った場合の算定。

当該月の 29 日に手術前医学管理料を算定し、翌月の手術の３日の際には手術前医学管理料を算定せず、それぞれの検査項目等の所定点数で算定する。

（８）　本管理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も含め、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。

Ｂ００１－５　手術後医学管理料

（１）　手術後医学管理料は、「Ｌ００８」マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術後に必要な医学的管理を評価するとともに、手術後に行われる定型的な検査について、請求の簡素化等の観点から包括して評価したものであり、「Ａ３００」救命救急入院料又は「Ａ３０１」特定集中治療室管理料に係る届出を行っていない保険医療機関の一般病棟に入院する患者について算定する。

（２）　手術後医学管理料には、包括されている検査項目に係る判断料が含まれており、手術後医学管理料を算定した月に「Ｄ０２６」尿・糞便等検査判断料、血液学的検査判断料及び生化学的検査（Ｉ）判断料は別に算定できない。ただし、本管理料を算定する３日間が月をまたがる場合は、本管理料を算定する最初の日が属する月に係るこれらの判断料は別に算定できないが、その翌月にこれらの判断料の対象となる検査を実施した場合には、別に算定できる。

（３）　同一保険医療機関において、同一月に本管理料を算定するものと算定しないものが混在するような算定はできない。

（４）　手術後医学管理料の算定開始日となる入院の日とは、第１章第２部通則５に定める起算日のことをいう。

Ｂ００１－９　療養・就労両立支援指導料

（１）　療養・就労両立支援指導料は、就労中の患者の療養と就労の両立支援のため、患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ、就労の状況を考慮して、療養上の指導を行うこと及び当該患者が勤務する事業場において選任されている労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）第 13 条第１項に規定する産業医、同法第 10 条第１項に規定する総括安全衛生管理者、同法第 12 条に規定する衛生管理者若しくは同法第 12 条の２に規定する安全衛生推進者若しくは衛生推進者又は同法第 13 条の２の規定により労働者の健康管理等を行う保健師（以下この区分において「産業医等」という。）に就労と療養の両立に必要な情報を提供すること並びに診療情報を提供した後の勤務環境

の変化を踏まえ療養上必要な指導を行った場合を評価するものである。

（２）　療養・就労両立支援指導料は、入院中の患者以外の患者であって、別に厚生労働大臣が定める疾患に罹患しているものの求めを受けて、患者の同意を得て、以下の全ての医学管理を実施した場合に、月１回に限り算定する。

ア　治療を担当する医師が、患者から当該患者と当該患者を使用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書を当該患者から受け取ること。

イ　治療を担当する医師が、アの文書の内容を踏まえ、療養上の指導を行うとともに、当該医師又は当該医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は、公認心理師が、患者から就労の状況を聴取した上で、治療や疾患の経過に伴う状態変化に応じた就労上の留意点に係る指導を行うこと。

ウ　治療を担当する医師が、①又は②のいずれかにより、当該患者が勤務する事業場において選任されている産業医等に対し、病状、治療計画、就労上の措置に関する意見等当該患者の就労と療養の両立に必要な情報の提供を行うこと。

①　病状、治療計画、治療に伴い予想される症状、就労上必要な配慮等について、「別紙様式 49」、「別紙様式 49 の２」又はこれに準ずる様式を用いて、患者の勤務する事業場の産業医等に対して就労と療養の両立に必要な情報を記載した文書の提供を行い、当該文書の写しを診療録に添付すること。患者の勤務する事業場の産業医等があらかじめ指定した様式を用いて就労上の留意点等を提供することも差し支えない。なお、当該患者が勤務する事業場において産業医が選任されている場合は、当該産業医に対して当該患者の就労と療養の両立に必要な情報の提供を行うこと。

②　当該患者の診察に同席した産業医等に対して、就労と療養の両立に必要なことを説明し、説明の内容を診療録等に記載すること。

（３）　「２」については、「１」を算定した患者について、情報提供を行った診療の次回以降の受診時に、就労の状況等を確認し、必要な療養上の指導を行った場合に、「１」を算定した日の属する月又はその翌月から起算して３月を限度として、月１回に限り算定する。なお、「１」を算定した日の属する月に「２」を算定しなかった場合に限り、その翌月から起算すること。

（４）　「注３」に規定する相談支援加算については、専任の看護師、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師が、療養上の指導に同席し、相談支援を行った場合に算定できる。

（５）　「１」については、事業場の産業医等への就労と療養の両立に必要な情報を記載した文書の作成に係る評価を含むことから、当該指導料を算定する場合、当該文書の発行に係る費用を、療養の給付と直接関係ないサービス等の費用として別途徴収できない。

（６）　治療を担当する医師と産業医が同一の者である場合及び治療を担当する医師が患者の勤務する事業場と同一資本の施設で勤務している場合においては、当該指導料は算定できない。

Ｂ００２　開放型病院共同指導料（Ⅰ）、Ｂ００３　開放型病院共同指導料（Ⅱ）

（１）　開放型病院共同指導料（Ⅰ）は、開放型病院に自己の診察した患者を入院させた保険医が、開放型病院に赴き、開放型病院の保険医と共同で診療、指導等を行った場合に１人の患者に１日につき１回算定できるものであり、その算定は当該患者を入院させた保険医が属する保険医療機関において行う。

（２）　開放型病院共同指導料（Ⅰ）を算定した場合は、「Ａ０００」初診料、「Ａ００１」再診料、「Ａ００２」外来診療料、「Ｃ０００」往診料及び「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「１」等は算定できない。

（３）　診療所による紹介に基づき開放型病院に入院している患者に対して、当該診療所の保険医が開放型病院に赴き診療、指導等を行った場合において、その患者について、「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）が既に算定されている場合であっても、開放型病院共同指導料（Ⅰ）を算定できる。

（４）　開放型病院共同指導料（Ⅰ）を算定する場合、当該患者を入院させた保険医の診療録には、開放型病院において患者の指導等を行った事実を記載し、開放型病院の診療録には当該患者を入院させた保険医の指導等が行われた旨を記載する。

（５）　開放型病院共同指導料（Ⅱ）は、当該患者を入院させた保険医の属する保険医療機関が開放型病院共同指導料（Ⅰ）を算定した場合に、開放型病院において算定する。

Ｂ００５－６　がん治療連携計画策定料、Ｂ００５－６－２　がん治療連携指導料

（１）　がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料は、がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院又は小児がん拠点病院を中心に策定された地域連携診療計画に沿ったがん治療に関わる医療機関の連携により、がん患者に対して地域における切れ目のない医療が提供されることを評価したものである。

（２）　地域連携診療計画は、あらかじめがん診療連携拠点病院等において、がんの種類や治療方法等ごとに作成され、当該がん診療連携拠点病院等からの退院後の治療を共同して行う複数の連携保険医療機関との間で共有して活用されるものであり、病名、ステージ、入院中に提供される治療、退院後、計画策定病院で行う治療内容及び受診の頻度、連携医療機関で行う治療の内容及び受診の頻度、その他必要な項目が記載されたものであること。

（３）　がん治療連携計画策定料１は、がんと診断され、がんの治療目的に初回に入院した際に、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合に、退院時又は退院した日から起算して 30 日以内に計画策定病院において算定する。その際、患者に交付した治療計画書の写しを診療録に添付すること。

（４）　がん治療連携計画策定料１は、病理診断の結果が出ない又は退院後一定期間の外来診療を必要とする等の理由で、個別の患者の治療計画を入院中に策定できない場合であっても、退院した日から起算して 30 日以内に速やかに個別の治療計画を策定するとともに、文書にて患者又は家族に提供した場合にあっては、算定可能とする。その際、交付した治療計画書の写しを診療録に添付すること。

（５）　計画策定病院は、治療計画に基づき、患者に対して治療を提供するとともに、患者の同意を得て、適切に連携医療機関と情報共有を図るとともに、必要に応じて適宜治療計画を見直すものとする。なお、がん治療連携計画策定料２は、当該患者の状態の変化等により連携医療機関から紹介を受け、当該患者を診療した上で、当該患者の治療計画を変更し、患者又はその家族等に説明するとともに、文書にて提供した場合に計画策定病院において算定する（連携医療機関において「Ｂ００５－６－２」がん治療連携指導料を算定している患者に限る。）。その際、交付した治療計画書の写しを診療録に添付すること。

（６）　がん治療連携指導料は、連携医療機関において、患者ごとに作成された治療計画に基づ

く診療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する情報提供をした際に算定する。計画策定病院に対する情報提供の頻度は、基本的には治療計画に記載された頻度に基づくものとするが、患者の状態の変化等により、計画策定病院に対し治療方針等につき、相談・変更が必要となった際に情報提供を行った際にも算定できるものである。

（７）　がん治療連携計画策定料又はがん治療連携指導料を算定した場合は、「Ａ２４６」入退院支援加算の注４及び「Ｂ００９」診療情報提供料（Ｉ）の注 16 に規定する地域連携診療計画加算は算定できない。

Ｂ００５－６－３　がん治療連携管理料

（１）　がん治療連携管理料は、がんの集学的治療、緩和ケアの提供、地域医療との連携、専門医師その他の専門の医療従事者の配置、院内がん登録の適切な実施、相談支援センター等の体制を備えた、がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院又は小児がん拠点病院として指定された病院を評価したものである。

（２）　別の保険医療機関又は健康診断を実施した医療機関の医師により、悪性腫瘍の疑いがあるとされた患者（最終的に悪性腫瘍と診断された患者に限る。）又は悪性腫瘍と診断された患者に対し、がん治療連携管理料の「１」についてはこれらの保険医療機関等から紹介を受けたがん診療連携拠点病院が、がん治療連携管理料の「２」についてはこれらの保険医療機関等から紹介を受けた地域がん診療病院が、外来における化学療法又は放射線治療を行った場合に、患者１人につき１回に限り所定点数を算定する。

（３）　がん治療連携管理料の「３」は、別の保険医療機関又は健康診断を実施した医療機関の医師により、悪性腫瘍の疑いがあるとされた小児の患者（最終的に悪性腫瘍と診断された患者に限る。）又は悪性腫瘍と診断された小児の患者に対し、これらの保険医療機関等から紹介を受けた小児がん拠点病院が、外来における化学療法又は放射線治療を行った場合に、患者１人につき１回に限り所定点数を算定する。

（４）　当該管理料の対象患者は、（２）及び（３）に定める患者であり、悪性腫瘍以外の疾患で別の保険医療機関から紹介を受け、当該がん診療連携拠点病院において悪性腫瘍と診断された患者は含まれない。

（５）　がん治療連携管理料を算定した場合は、「Ａ２３２」がん拠点病院加算は算定できない。

Ｂ００５－12　こころの連携指導料（Ｉ）

（１）　精神疾患が増悪するおそれがあると認められる患者又は精神科若しくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断された患者とは、ＳＡＤ Ｐｅｒｓｏｎｓスケール、ＥＰＤＳ、ＰＨＱ―９又はＫ－６等によるスクリーニングにより、精神科又は心療内科への紹介が必要であると認められる患者をいう。

（２）　診療及び療養上必要な指導においては、患者の心身の不調に配慮するとともに、当該患者の生活上の課題等について聴取し、その内容及び指導の要点を診療録に記載すること。

（３）　当該患者に対する２回目以降の診療等においては、連携する精神科又は心療内科を担当する医師から提供された当該患者に係る診療情報等を踏まえ、適切な診療及び療養上必要な指導に努めること。また、２回目以降の診療等に関し、連携する精神科又は心療内科を担当する医師に対して文書による情報提供を行うことは必ずしも要しないが、あらかじめ定められた方法で、情報共有を行うこと。

（４）　初回の診療等における他の保険医療機関への文書の提供に係る区分番号「Ｂ００９」に

掲げる診療情報提供料（Ｉ）の費用は、別に算定できない。

（５）　必要に応じて、当該患者の同意を得た上で、当該患者に係る情報を市町村等に提供すること。

Ｂ００７　退院前訪問指導料

（１）　退院前訪問指導料は、継続して１月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中（外泊時を含む。）又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。なお、入院期間は暦月で計算する。

（２）　退院前訪問指導料は、指導の対象が患者又はその家族等であるかの如何を問わず、１回の入院につき１回を限度として、指導の実施日にかかわらず、退院日に算定する。ただし、入院後早期（入院後 14 日以内とする。）に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に２回分を算定する。

（３）　退院前訪問指導料は、退院して家庭に復帰する患者が算定の対象であり、特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。

（４）　医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。

（５）　指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。

（６）　退院前訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障をきたすことのないよう留意する。

（７）　保険医療機関は、退院前訪問指導の実施に当たっては、市町村の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分配意する。

Ｂ００８　薬剤管理指導料

（１）　薬剤管理指導料は、当該保険医療機関の薬剤師が医師の同意を得て薬剤管理指導記録に基づき、直接服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導（処方された薬剤の投与量、投与方法、投与速度、相互作用、重複投薬、配合変化、配合禁忌等に関する確認並びに患者の状態を適宜確認することによる効果、副作用等に関する状況把握を含む。）を行った場合に週１回に限り算定できる。

　また、薬剤管理指導料の算定対象となる小児及び精神障害者等については、必要に応じて、その家族等に対して服薬指導等を行った場合であっても算定できる。

　なお、施設基準を満たしていても、上記要件に該当しない場合にあっては、「Ｆ５００」調剤技術基本料の「１」により算定する。

（２）　薬剤管理指導料の「１」は、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、不整脈用剤、抗てんかん剤、血液凝固阻止剤（内服薬に限る。）、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤、カリウム製剤（注射薬に限る。）、精神神経用剤、糖尿病用剤、膵臓ホルモン剤又は抗ＨＩＶ薬が投薬又は注射されている患者に対して、これらの薬剤に関し、薬学的管理指導を行った場合に算定する。なお、具体的な対象薬剤については、その一覧を厚生労働省のホームページに掲載している。

（３）　当該保険医療機関の薬剤師は、過去の投薬・注射及び副作用発現状況等を患者又はその

家族等から聴取し、当該医療機関及び可能な限り他の医療機関における投薬及び注射に関する基礎的事項を把握する。

（４）　薬剤管理指導料の算定日を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

（５）　当該保険医療機関の薬剤師が患者ごとに作成する薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低３年間保存する。

患者の氏名、生年月日、性別、入院年月日、退院年月日、診療録の番号、投薬・注射歴、副作用歴、アレルギー歴、薬学的管理指導の内容、患者への指導及び患者からの相談事項、薬剤管理指導等の実施日、記録の作成日及びその他の事項

なお、薬剤管理指導記録を診療録等とともに管理する場合にあっては、上記の記載事項のうち、重複する項目については、別途記録の作成を要しない。また、薬剤管理指導記録に添付が必要な文書等を別途保存することは差し支えないが、この場合にあっては、薬剤管理指導記録と当該文書等を速やかに突合できるような管理体制を整備すること。

（６）　「注２」の麻薬管理指導加算は、当該指導料を算定している患者のうち、麻薬が投与されている患者に対して、投与される麻薬の服用に関する注意事項等に関し、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

（７）　薬剤管理指導料を算定している患者に投薬された医薬品について、当該保険医療機関の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに当該患者の診療を担う保険医に対し、当該情報を文書により提供するとともに、当該保険医に相談の上、必要に応じ、患者に対する薬学的管理指導を行うものとする。

ア　緊急安全性情報、安全性速報

イ　医薬品・医療機器等安全性情報

（８）　「注２」の麻薬管理指導加算の算定に当たっては、前記の薬剤管理指導記録に少なくとも次の事項についての記載がされていなければならない。

ア　麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の服薬状況、疼痛緩和の状況等）

イ　麻薬に係る患者への指導及び患者からの相談事項

ウ　その他麻薬に係る事項

（９）　薬剤管理指導及び麻薬管理指導を行った場合は、必要に応じ、その要点を文書で医師に提供すること。

Ｂ００８－２　薬剤総合評価調整管理料

（１）　薬剤総合評価調整管理料は、内服を開始して４週間以上経過した内服薬が６種類以上処方されている入院中の患者以外の患者に対して、複数の薬剤の投与により期待される効果と副作用の可能性等について、当該患者の病状及び生活状況等に伴う服薬アドヒアランスの変動等について十分に考慮した上で、総合的に評価を行い、処方内容を検討した結果、処方される内服薬が減少した場合について評価したものである。

（２）　薬剤総合評価調整管理料は、当該保険医療機関で処方された内服薬の種類数が２種類以上減少し、その状態が４週間以上継続すると見込まれる場合に算定する。ただし、他の保険医療機関から投薬を受けていた患者については、当該保険医療機関及び当該他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から２種類以上減少した場合については、「Ａ２５０」に掲げる薬剤総合評価調整加算と合わせて、１か所の保険医療機関に限り算定できることとする。この場合には当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における

調整前後の薬剤の種類数を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、保険薬局からの提案を踏まえて、処方内容の評価を行い、処方内容を調整した場合には、その結果について当該保険薬局に情報提供を行う。

（３） 連携管理加算は、処方内容の総合調整に当たって、薬効の類似した処方又は相互作用を有する処方等について、患者が受診する他の保険医療機関又は保険薬局に照会を行った場合及び当該他の保険医療機関等からの情報提供を受けて、処方内容の調整又は評価を行い、その結果について当該他の保険医療機関等に情報提供を行った場合に算定する。

（４） 受診時において当該患者が処方されている内服薬のうち、屯服薬については内服薬の種類数から除外する。また、服用を開始して４週間以内の薬剤については、調整前の内服薬の種類数から除外する。

（５） 当該管理料の算定における内服薬の種類数の計算に当たっては、錠剤、カプセル剤、散剤、顆粒剤及び液剤については、１銘柄ごとに１種類として計算する。

（６） 医師が内服薬を総合的に評価及び調整するに際しては、「高齢者の医薬品適正使用の指針（総論編）」（厚生労働省）、「高齢者の医薬品適正使用の指針（各論編（療養環境別））」（厚生労働省）、日本老年医学会の関連ガイドライン（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン）等を参考にすること。

（７） 医師が内服薬を調整するに当たっては、評価した内容や調整の要点を診療録に記載する。

（８） 当該保険医療機関で「Ａ２５０」の「注２」に掲げる薬剤調整加算又は薬剤総合評価調整管理料を１年以内に算定した場合においては、前回の算定に当たって減少した後の内服薬の種類数から更に２種類以上減少しているときに限り新たに算定することができる。

Ｂ００９　診療情報提供料（Ｉ）

（１） 診療情報提供料（Ｉ）は、医療機関間の有機的連携の強化及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報提供機能の評価を目的として設定されたものであり、両者の患者の診療に関する情報を相互に提供することにより、継続的な医療の確保、適切な医療を受けられる機会の増大、医療・社会資源の有効利用を図ろうとするものである。

（２） 保険医療機関が、診療に基づき他の機関での診療の必要性等を認め、患者に説明し、その同意を得て当該機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定する。

（３） 紹介に当たっては、事前に紹介先の機関と調整の上、下記の紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとする。

ア　イ、ウ及びエ以外の場合　　別紙様式 11 又は別紙様式 11 の２

イ　市町村又は指定居宅介護支援事業者等　　別紙様式 12 から別紙様式 12 の４まで

ウ　介護老人保健施設又は介護医療院　　別紙様式 13

エ　保育所等又は幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、高等専門学校若しくは専修学校

別紙様式 14 から別紙様式 14 の３まで

（４） 当該情報を提供する保険医療機関と特別の関係にある機関に情報提供が行われた場合や、市町村等が開設主体である保険医療機関が当該市町村等に対して情報提供を行った場合は

算定できない。

（５）　Ａ保険医療機関には、検査又は画像診断の設備がないため、Ｂ保険医療機関（特別の関係にあるものを除く。）に対して、診療状況を示す文書を添えてその実施を依頼した場合には、診療情報提供料（Ⅰ）は算定できる。

（６）　（５）の場合において、Ｂ保険医療機関が単に検査又は画像診断の設備の提供にとどまる場合には、Ｂ保険医療機関においては、診療情報提供料（Ⅰ）、初診料、検査料、画像診断料等は算定できない。なお、この場合、検査料、画像診断料等を算定するＡ保険医療機関との間で合議の上、費用の精算を行うものとする。

（７）　（５）の場合において、Ｂ保険医療機関が、検査又は画像診断の判読も含めて依頼を受け、その結果をＡ保険医療機関に文書により回答した場合には、診療情報提供料（Ⅰ）を算定できる。なお、この場合に、Ｂ保険医療機関においては、初診料、検査料、画像診断料等を算定でき、Ａ保険医療機関においては検査料、画像診断料等は算定できない。

（８）　提供される情報の内容が、患者に対して交付された診断書等であって、当該患者より自費を徴収している場合、意見書等であって、意見書の交付について診療報酬又は公費で既に相応の評価が行われている場合には、診療情報提供料（Ⅰ）は算定できない。

（９）　下記のア、イの場合については、患者１人につき月１回に限り、所定点数を算定する。また、いずれの場合も診療情報の提供に当たって交付した文書の写しを診療録に添付する。

ア　「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から２週間以内に、当該患者に対して継続して「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料又は「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は「Ｃ００６」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療日、診療内容、患者の病状、日常生活動作能力等の診療情報を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合

イ　「Ｃ００５」在宅患者訪問看護・指導料又は「Ｃ００５－１－２」同一建物居住者訪問看護・指導料を算定すべき看護若しくは指導又は「Ｃ００６」在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定すべき指導管理を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から２週間以内に、別の保険医療機関に対して、病歴、診療内容、患者の病状等の診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合

(10)　診療情報の提供に当たり、レントゲンフィルム等をコピーした場合には、当該レントゲンフィルム等及びコピーに係る費用は当該情報提供料に含まれ、別に算定できない。

(11)　「注２」に掲げる「市町村又は介護保険法第 46 条第１項に規定する指定居宅介護支援事業者、同法第 58 条第１項に規定する指定介護予防支援事業者、障害者総合支援法第 51 条の 17 第１項第１号に規定する指定特定相談支援事業者、児童福祉法第 24 条の 26 第１項第１号に規定する指定障害児相談支援事業者等」とは、当該患者の居住地を管轄する市町村（特別区を含む。以下同じ。）、保健所若しくは精神保健福祉センター、児童相談所、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者若しくは地域包括支援センター又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者をいう（以下「指定居宅介護支援

事業者等」という。）。また、「保健福祉サービスに必要な情報」とは、当該患者に係る健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービス又はホームヘルプサービス、ホームケア促進事業、ショートステイ、デイサービス、日常生活用具の給付等の介護保険の居宅サービス若しくは福祉サービスを有効かつ適切に実施するために必要な診療並びに家庭の状況に関する情報をいう。

(12)　「注２」に掲げる「市町村」又は「指定居宅介護支援事業者等」に対する診療情報提供は、入院患者については、退院時に患者の同意を得て退院の日の前後２週間以内の期間に診療情報の提供を行った場合にのみ算定する。ただし、退院前に算定する場合、介護支援等連携指導料を算定した患者については算定できない。また、「市町村」又は「指定居宅介護支援事業者等」に対する診療情報提供においては、自宅に復帰する患者が対象であり、別の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設等に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者について、その診療情報を市町村又は指定居宅介護支援事業者等に提供しても、「Ｂ００９」診療情報提供料（Ⅰ）の算定対象とはならない。

(13)　「注３」については、在宅での療養を行っている疾病、負傷のため通院困難な患者（以下「在宅患者」という。）に対して、適切な在宅医療を確保するため、当該患者の選択する保険薬局の保険薬剤師が、訪問薬剤管理指導を行う場合であって、当該患者又はその看護等に当たる者の同意を得た上で、当該保険薬局に対して処方箋又はその写しに添付して、当該患者の訪問薬剤管理指導に必要な診療情報を提供した場合に算定する。この場合において、交付した文書の他、処方箋の写しを診療録に添付する。

　なお、処方箋による訪問薬剤管理指導の依頼のみの場合は診療情報提供料（Ⅰ）は算定できない。

(21)　「注８」に掲げる退院患者の紹介に当たっては、心電図、脳波、画像診断の所見等診療上必要な検査結果、画像情報等及び退院後の治療計画等を添付すること。また、添付した写し又はその内容を診療録に添付又は記載すること。なお、算定対象が介護老人保健施設又は介護医療院である場合は、当該加算を算定した患者にあっては、その後６か月間、当該加算は算定できない。

(31)　「注 18」に規定する検査・画像情報提供加算は、保険医療機関が、患者の紹介を行う際に、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等の診療記録のうち主要なもの（少なくとも検査結果及び画像情報を含むものに限る。画像診断の所見を含むことが望ましい。また、イについては、平成 30 年４月以降は、退院時要約を含むものに限る。）について、①医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ他の保険医療機関に常時閲覧可能なよう提供した場合、又は②電子的に送受される診療情報提供書に添付した場合に加算する。なお、多数の検査結果及び画像情報等を提供する場合には、どの検査結果及び画像情報等が主要なものであるかを併せて情報提供することが望ましい。

Ｂ００９－２　電子的診療情報評価料

（１）　電子的診療情報評価料は、別の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、同時に電子的方法により提供された検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等のうち主要なものを電子的方法により閲覧又は受信し、当該検査結果等を診療に活用することによって、質の高い診療が効率的に行われることを

評価するものである。

（２） 保険医療機関が、他の保険医療機関から診療情報提供書の提供を受けた患者について、検査結果、画像情報、画像診断の所見、投薬内容、注射内容及び退院時要約等のうち主要なもの（少なくとも検査結果及び画像情報を含む場合に限る。）を①医療機関間で電子的に医療情報を共有するネットワークを通じ閲覧、又は②電子的に送付された診療情報提供書と併せて受信し、当該検査結果や画像を評価して診療に活用した場合に算定する。その際、検査結果や画像の評価の要点を診療録に記載する。

（３） 電子的診療情報評価料は、提供された情報が当該保険医療機関の依頼に基づくものであった場合は、算定できない。

（４） 検査結果や画像情報の電子的な方法による閲覧等の回数にかかわらず、「Ｂ００９」に掲げる診療情報提供料（Ｉ）を算定する他の保険医療機関からの１回の診療情報提供に対し、１回に限り算定する。

Ｂ０１０ 診療情報提供料(Ⅱ)

（１） 診療情報提供料(Ⅱ)は、診療を担う医師以外の医師による助言（セカンド・オピニオン）を得ることを推進するものとして、診療を担う医師がセカンド・オピニオンを求める患者又はその家族からの申し出に基づき、治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報等、他の医師が当該患者の診療方針について助言を行うために必要かつ適切な情報を添付した診療状況を示す文書を患者又はその家族に提供した場合に算定できるものである。なお、入院中の患者に対して当該情報を提供した場合であっても算定できるものである。

（２） 診療情報提供料(Ⅱ)は、患者又はその家族からの申し出に基づき、診療に関する情報を患者に交付し、当該患者又はその家族が診療を担う医師及び当該保険医療機関に所属する医師以外の医師による助言を求めるための支援を行うことを評価したものであり、医師が別の保険医療機関での診療の必要性を認め、患者の同意を得て行う「Ｂ００９」診療情報提供料(Ｉ)を算定すべき診療情報の提供とは明確に区別されるべきものであること。

（３） 診療情報提供料(Ⅱ)を算定すべき診療情報の提供に当たっては、患者又はその家族からの希望があった旨を診療録に記載する。

（４） 助言を受けた患者又はその家族の希望については、その後の治療計画に十分に反映させるものであること。

Ｂ０１１ 連携強化診療情報提供料

（１） 連携強化診療情報提供料は、かかりつけ医機能を有する保険医療機関、外来機能報告対象病院等（医療法第 30 条の 18 の４第１項第２号の規定に基づき、同法第 30 条の 18 の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県により公表されたものに限る。）又は難病若しくはてんかんに係る専門的な外来医療を提供する保険医療機関又は産科若しくは産婦人科を標榜する保険医療機関等と他の保険医療機関が連携することで、質の高い診療が効率的に行われることを評価するものであり、他の保険医療機関から紹介された患者について、当該患者を紹介した他の保険医療機関等からの求めに応じ、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を提供した場合に、患者１人につき提供する保険医療機関ごとに１月に１回又は３月に１回に限り算定する。

（２） 診療状況を示す文書については、次の事項を記載し、患者又は提供する保険医療機関に交付すること。また、交付した文書の写しを診療録に添付すること。

ア　患者の氏名、生年月日、連絡先

イ　診療情報の提供先保険医療機関名

ウ　診療の方針、患者への指導内容、検査結果、投薬内容その他の診療状況の内容

エ　診療情報を提供する保険医療機関名及び担当医師名

（３）　必要に応じて、紹介元の保険医療機関が「注１」に規定する別に厚生労働大臣が定める基準を満たす保険医療機関であるかを確認すること。

（４）　「次回受診する日の予約を行った場合」については、次回受診する日を診療録に記載すること。なお、予約診療を実施していない保険医療機関については、次回受診する日を決めた上で、次回受診する日を診療録に記載していればよい。

（５）　次回受診する日の予約を行った上で、初診時に連携強化診療情報提供料を算定した場合は、次回受診時に予約に基づく診察による特別の料金の徴収はできない。

（６）　「注５」については、３月に１回に限り算定する。ただし、診療に基づき、頻回の情報提供の必要性を認め、当該患者を紹介した他の保険医療機関に情報提供を行った場合に、月１回に限り算定する。

（７）　同一の患者について、同一の保険医療機関に対して紹介を行い「Ｂ００９」診療情報提供料（Ｉ）を算定した保険医療機関においては、「Ｂ００９」診療情報提供料（Ｉ）を算定した月について、当該患者に対して連携強化診療情報提供料は別に算定できない。

（８）　当該情報を提供する保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関に情報提供が行われた場合は算定できない。

Ｂ０１１－３　薬剤情報提供料

（１）　薬剤情報提供料は入院中の患者以外の患者に対して、処方した薬剤の名称（一般名又は商品名）、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を、当該処方に係る全ての薬剤について、文書（薬袋等に記載されている場合も含む。）により提供した場合に月１回に限り所定点数を算定する。

（２）　「注１」に規定する場合において、さらに、当該患者の求めに応じて薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳に、処方した薬剤の名称（一般名又は商品名）、保険医療機関名及び処方年月日を記載した場合には、月１回に限り「注２」に規定する手帳記載加算を算定できる。なお、この場合の「手帳」とは、経時的に薬剤の記録が記入でき、かつ次のアからウまでに掲げる事項を記録する欄がある薬剤の記録用の手帳をいう。

ア　患者の氏名、生年月日、連絡先等患者に関する記録

イ　患者のアレルギー歴、副作用歴等薬物療法の基礎となる記録

ウ　患者の主な既往歴等疾病に関する記録

また、所有している手帳を持参しなかった患者に対して薬剤の名称が記載された簡潔な文書（シール等）を交付した場合は、手帳記載加算を算定できない。

（３）　やむを得ない理由により、薬剤の名称に関する情報を提供できない場合は、これに代えて薬剤の形状（色、剤形等）に関する情報を提供することにより算定できる。また、効能、効果、副作用及び相互作用に関する情報については患者が理解しやすい表現であることが必要である。

（４）　同一薬剤であっても、投与目的（効能又は効果）が異なる場合には、当該情報を提供すれば薬剤情報提供料を算定できる。また、類似する効能又は効果を有する薬剤への変更の

場合にあっても薬剤情報提供料を算定できる。

（５）　処方の内容に変更があった場合については、その都度薬剤情報提供料を算定できる。ただし、薬剤の処方日数のみの変更の場合は、薬剤情報提供料は算定できない。

（６）　複数の診療科を標榜する保険医療機関において、同一日に２以上の診療科で処方された場合であっても、１回のみの算定とする。

（７）　薬剤情報提供料を算定した場合は、薬剤情報を提供した旨を診療録等に記載する。

Ｂ０１１－５　がんゲノムプロファイリング評価提供料

（１）　がんゲノムプロファイリング評価提供料は、固形がん患者について、「Ｄ００６－19」がんゲノムプロファイリング検査を行った場合であって、得られた包括的なゲノムプロファイルの結果を医学的に解釈するための多職種（がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師、遺伝カウンセリング技術を有する者等）による検討会（エキスパートパネル）で検討を行った上で、治療方針等について文書を用いて患者に説明した場合に患者１人につき１回に限り算定する。

（２）　当該検査実施時に患者から得られた同意に基づき、当該患者のがんゲノムプロファイルの解析により得られた遺伝子のシークエンスデータ（ＦＡＳＴＱ又はＢＡＭ）、解析データ（ＶＣＦ、ＸＭＬ又はＹＡＭＬ）及び臨床情報等を、保険医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（Ｃ－ＣＡＴ）に提出した場合に算定する。ただし、患者から同意が得られなかった場合については、この限りではない。

（３）　Ｃ－ＣＡＴへのデータ提出に係る手続きに当たっては、個人情報の保護に係る諸法令を遵守すること。

Ｂ０１２　傷病手当金意見書交付料

（１）　傷病手当金意見書交付料は、医師・歯科医師が労務不能と認め証明した期間ごとにそれぞれ算定できる。

（２）　傷病手当金意見書交付料は、意見書の交付時点において当該被保険者に対し療養の給付を行うべき者に対し請求する。

（３）　傷病手当金を受給できる被保険者が死亡した後に、その遺族等が当該傷病手当金を受給するために意見書の交付を求め、医師・歯科医師が意見書を交付した場合は、当該遺族等に対する療養の給付として請求する。

なお、この場合において、診療報酬明細書の摘要欄に相続と表示し、また、傷病名欄には、遺族等が他に療養の給付を受けていない場合は意見書の対象となった傷病名を、他に療養の給付を受けている場合は遺族自身の傷病名と意見書の対象となった傷病名の両方を記載する。

（４）　医師・歯科医師が傷病手当金意見書を被保険者に交付した後に、被保険者が当該意見書を紛失し、再度医師・歯科医師が意見書を交付した場合は、最初の傷病手当金意見書交付料のみを算定する。この場合、２度目の意見書の交付に要する費用は、被保険者の負担とする。

（５）　感染症法第 37 条の２による医療を受けるべき患者に対して、公費負担申請のために必要な診断書の記載を行った場合は、傷病手当金意見書交付料の所定点数の 100 分の 100 を、更に被保険者である患者について、この申請手続に協力して保険医療機関が代行した場合は、同じく傷病手当金意見書交付料の所定点数の 100 分の 100 を算定できる。なお、感染症法第

37 条による結核患者の入院に係る感染症法関係の診断書についても所定点数の 100 分の 100 を算定できる。

（６） 健康保険法若しくは国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）に基づく出産育児一時金若しくは出産手当金に係る証明書又は意見書については算定しない。

Ｂ０１４　退院時薬剤情報管理指導料

（１） 退院時薬剤情報管理指導料は、医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、患者の入院時に、必要に応じ保険薬局に照会するなどして薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。）を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳（「Ｂ０１１－３」薬剤情報提供料の（２）に掲げる手帳をいう。以下同じ。）に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に１回に限り算定する。なお、ここでいう退院とは、第１章第２部通則５に規定する入院期間が通算される入院における退院のことをいい、入院期間が通算される再入院に係る退院日には算定できない。

（２） 入院時に、医薬品の服用状況及び薬剤服用歴を手帳等により確認するとともに、患者が、医薬品等を持参している場合には、当該医薬品等について実際に確認し、その名称等及び確認した結果の要点を診療録等に記載する。

（３） 入院中に使用した薬剤のうち、どの薬剤について手帳に記載するかは、患者の病態や使用する薬剤の種類によるが、少なくとも、退院直前（概ね退院前１週間以内）に使用した薬剤及び入院中に副作用が発現した薬剤については記載する。副作用が発現した薬剤については、投与量、当該副作用の概要、投与継続の有無を含む講じた措置、転帰等について記載する。

（４） 患者の退院に際して、当該患者又はその家族等に、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導（保険医療機関を受診する際や保険薬局に処方箋を提出する際に、手帳を提示する旨の指導を含む。）を行うとともに、退院後の療養を担う保険医療機関での投薬又は保険薬局での調剤に必要な服薬の状況及び投薬上の工夫に関する情報について、手帳に記載すること。なお、指導の要点についても、分かりやすく手帳に記載し、必要に応じて退院時の処方に係る薬剤の情報を文書で提供すること。なお、退院後、在宅療養を必要とする患者であって、手帳にかかりつけ薬剤師の氏名が記載されている場合は、退院後の薬学的管理及び指導に関しかかりつけ薬剤師への相談を促すよう努めること。

　また、入院時に当該患者が持参した医薬品の服用状況等について保険薬局から提供を受けた場合には、患者の退院に際して、患者の同意を得たうえで、当該保険薬局に対して当該患者の入院中の使用薬剤や服薬の状況等について情報提供すること。

（５） 手帳を所有している患者については、原則として、退院時までに家族等に持参してもらうこととするが、持参できない場合には、必要な情報が記載された簡潔な文書（シール等）を交付し、所有している手帳に添付するよう、患者に対して指導を行った場合又は新たに手帳を発行した場合でも算定できる。

（６） 退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、薬剤情報を提供した旨及び提供した情報並びに指導した内容の要点を診療録等に記載する。なお、「Ｂ００８」薬剤管理指導料を算定している患者の場合にあっては、薬剤管理指導記録に記載することで差し支えない。

（７）　「注２」に規定する退院時薬剤情報連携加算は、地域における継続的な薬学的管理指導を支援するため、保険医療機関から保険薬局に対して、患者の入院前の処方薬の変更又は中止に関する情報や変更又は中止後の患者の状態等に関する情報を提供することを評価するものである。

（８）　「注２」に規定する退院時薬剤情報連携加算は、退院時薬剤情報管理指導料の算定対象となる患者であって、入院前の処方の内容に変更又は中止の見直しがあったものに対して、患者又はその家族等の同意を得て、退院時に見直しの理由や見直し後の患者の状態等を、患者又はその家族等の選択する保険薬局に対して、文書で情報提供を行った場合に、退院の日に１回に限り算定する。なお、患者１人につき複数の保険薬局に対し情報提供を行った場合においても、１回のみの算定とする。

（９）　保険薬局への情報提供に当たっては、「薬剤管理サマリー」（日本病院薬剤師会）等の様式を参照して情報提供文書を作成し、当該文書を患者若しくはその家族等又は保険薬局に交付する。この場合において交付した文書の写しを診療録等に添付する。

(10)　死亡退院の場合は算定できない。

第２部　在宅医療

Ｃ００４　救急搬送診療料

（１）　救急用の自動車とは、消防法及び消防法施行令に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車並びに道路交通法及び道路交通法施行令に規定する緊急自動車であって当該保険医療機関に属するものをいう。

（２）　救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法第２条に規定する「救急医療用ヘリコプター」により搬送される患者に対して、救急医療用ヘリコプター内において診療を行った場合についても救急搬送診療料を算定することができる。

（３）　診療を継続して提供した場合、「Ａ０００」初診料、「Ａ００１」再診料又は「Ａ００２」外来診療料は、救急搬送の同一日に１回に限り算定する。

（４）　搬送先の保険医療機関の保険医に立会診療を求められた場合は、「Ａ０００」初診料、「Ａ００１」再診料又は「Ａ００２」外来診療料は１回に限り算定し、「Ｃ０００」往診料は併せて算定できない。ただし、患者の発生した現場に赴き、診療を行った後、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合は、往診料を併せて算定できる。

（５）　救急搬送診療料は、救急用の自動車等に同乗して診療を行った医師の所属する保険医療機関において算定する。

（６）　入院患者を他の保険医療機関に搬送した場合、救急搬送診療料は算定できない。ただし、以下のいずれかに該当する場合においては、入院患者についても救急搬送診療料を算定することができる。

ア　搬送元保険医療機関以外の保険医療機関の医師が、救急用の自動車等に同乗して診療を行った場合

イ　救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、日本集中治療医学会の定める指針等に基づき、患者の搬送を行う場合

（８）　「注３」の加算は、患者の発生した現場に赴き、診療を開始してから、医療機関に到着

し、医療機関内で診療を開始するまでの時間が 30 分を超えた場合に加算する。

（９）　「注４」の加算は、救急搬送中に人工心肺補助装置、補助循環装置又は人工呼吸器を装着し医師による集中治療を要する状態の患者について、日本集中治療医学会の定める指針等に基づき、重症患者搬送チームが搬送を行った場合に加算する。

(10)　同一の搬送において、複数の保険医療機関の医師が診療を行った場合、主に診療を行った医師の所属する保険医療機関が診療報酬請求を行い、それぞれの費用の分配は相互の合議に委ねることとする。

Ｃ００８　在宅患者訪問薬剤管理指導料

（１）　在宅患者訪問薬剤管理指導料は、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、負傷のために通院による療養が困難な者について、保険医療機関の薬剤師が当該保険医療機関の医師及び当該患者の同意を得て、患家を訪問して薬剤管理指導記録に基づいて直接患者又はその家族等に服薬指導、服薬支援その他の薬学的管理指導を行った場合に算定する。

　ただし、薬学的管理指導の対象となる患者が他の保険医療機関に入院している場合、医師若しくは薬剤師の配置が義務付けられている施設に入居若しくは入所している場合（給付調整告示等に規定する場合を除く。）又は現に他の保険医療機関若しくは保険薬局の薬剤師が在宅患者訪問薬剤管理指導を行っている場合には、在宅患者訪問薬剤管理指導料は算定できない。

（２）　在宅患者訪問薬剤管理指導料は、単一建物診療患者の人数に従い算定する。ここでいう単一建物診療患者の人数とは、当該患者が居住する建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者（当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関において算定するものを含む。以下この区分において同じ。）の人数をいう。なお、ユニット数が３以下の認知症対応型共同生活介護事業所については、それぞれのユニットにおいて、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を、単一建物診療患者の人数とみなすことができる。

（３）　１つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が２人以上いる場合は、患者ごとに「単一建物診療患者が１人の場合」を算定する。また、当該建築物において、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者の数が、当該建築物の戸数の 10%以下の場合又は当該建築物の戸数が 20 戸未満であって、当該保険医療機関が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する者が２人以下の場合には、それぞれ「単一建物診療患者が１人の場合」を算定する。

（４）　在宅患者訪問薬剤管理指導料は、「１」、「２」及び「３」を合わせて１月に４回（末期の悪性腫瘍の患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週２回かつ月８回）を限度として算定できるが、その場合であっても薬剤師１人につき週 40 回に限るものとする。ただし、月２回以上算定する場合にあっては、本指導料を算定する日の間隔は６日以上とする。なお、この場合には診療報酬明細書の摘要欄に当該算定日を記載すること。

（５）　当該保険医療機関の薬剤師は、指導に当たって、過去の投薬及び副作用発現状況等の基礎的事項を把握するとともに、指導の対象となる患者ごとに薬剤管理指導記録を作成すること。なお、当該薬剤管理指導記録には、次の事項を記載し、最後の記入の日から最低３年間保存すること。

ア　患者の氏名、生年月日、性別、住所、診療録の番号

イ　患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴

ウ　薬学的管理指導の内容（医薬品の保管状況、服薬状況、残薬の状況、重複投薬、配合禁忌等に関する確認及び実施した服薬支援措置を含む。）

エ　患者への指導及び患者からの相談の要点

オ　訪問指導等の実施日、訪問指導を行った薬剤師の氏名

カ　その他の事項

（６）　「注２」の麻薬管理指導加算は、本指導料を算定している患者のうち、麻薬が投与されている患者に対して、定期的に、投与される麻薬の服用状況、残薬の状況及び保管状況について確認し、残薬の適切な取扱方法も含めた保管取扱上の注意事項等に関し、必要な指導を行うとともに、麻薬による鎮痛効果や副作用の有無の確認を行い、必要な薬学的管理指導を行った場合に算定する。

（７）　麻薬管理指導加算の算定に当たっては、（５）の薬剤管理指導記録に、少なくとも次の事項について記載しなければならないこと。

ア　麻薬に係る薬学的管理指導の内容（麻薬の保管管理状況、服薬状況、残薬の状況、疼痛緩和の状況、副作用の有無の確認等）

イ　麻薬に係る患者・家族への指導・相談事項（麻薬に係る服薬指導、残薬の適切な取扱方法も含めた保管管理の指導等）

ウ　患者又は家族から返納された麻薬の廃棄に関する事項

エ　その他麻薬に係る事項

（８）　乳幼児加算は、乳幼児に係る薬学的管理指導の際に、患者の体重、適切な剤形その他必要な事項等の確認を行った上で、患者の家族等に対して適切な服薬方法、誤飲防止等の必要な服薬指導を行った場合に算定する。

（９）　「注３」に規定する交通費は実費とする。

(10)　在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者に投薬された医薬品について、当該保険医療機関の薬剤師が以下の情報を知ったときは、原則として当該薬剤師は、速やかに在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医に対し、当該情報を文書により提供するとともに、当該保険医に相談の上、必要に応じ、患者に対する薬学的管理指導を行うものとする。

ア　緊急安全性情報、安全性速報

イ　医薬品・医療機器等安全性情報

第２節　在宅療養指導管理料

第１款　在宅療養指導管理料

Ｃ１００　退院前在宅療養指導管理料

（１）　入院中の患者に対して外泊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、外泊の初日１回に限り退院前在宅療養指導管理料を算定する。

（２）　退院前在宅療養指導管理料を算定した同一月に他の在宅療養指導管理料を算定することができるが、退院前在宅療養指導管理料を算定した日には他の在宅療養指導管理料及び在宅療養指導管理材料加算は算定できない。

（３）　入院料の取扱い上は外泊とならない１泊２日の場合であっても、退院前在宅療養指導管理料の算定要件を満たせば当該指導管理料を算定することができる。

（４）　退院前在宅療養指導管理料を算定できるのは、あくまでも退院した場合であり、病状の悪化等により退院できなかった場合には算定できない。また、外泊後、帰院することなく転院した場合には算定できない。

（５）　「注２」に規定する乳幼児加算は、６歳未満の乳幼児に対して退院前在宅療養指導管理料を算定する場合に加算する。

Ｃ１０８　在宅麻薬等注射指導管理料

（１）　在宅麻薬等注射指導管理料の「注１」及び「注２」に規定する在宅における麻薬等の注射とは、末期の悪性腫瘍又は筋萎縮性側索硬化症若しくは筋ジストロフィーの患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しない場合に、在宅において実施する注射による麻薬等の投与をいう。なお、患者が末期であるかどうかは在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医の判断によるものとする。

（４）　（１）の麻薬等の投与とは、ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤又はヒドロモルフォン塩酸塩製剤を注射又は携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて注入する療法をいう。また、（３）の麻薬の投与とは、モルヒネ塩酸塩製剤を注射又は携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて注入する療法をいう。

　なお、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤又はヒドロモルフォン塩酸塩製剤を使用できるのは、以下の条件を満たす連続注入器等に必要に応じて生理食塩水等で希釈の上充填して交付した場合に限る。

ア　薬液が取り出せない構造であること。

イ　患者等が注入速度を変えることができないものであること。

（５）　在宅において同一月に抗悪性腫瘍剤の注射を行うものについては、在宅麻薬等注射指導管理料は算定せず、「Ｃ１０８－２」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する。

（６）　在宅麻薬等注射指導管理料を算定する月は、「Ｇ００３」抗悪性腫瘍剤局所持続注入の費用は算定できない。ただし、抗悪性腫瘍剤局所持続注入に用いる薬剤に係る費用は算定できる。

（７）　在宅麻薬等注射指導管理料を算定する月は「Ｂ００１－２－12」外来腫瘍化学療法診療料等及び第６部「通則６」に規定する外来化学療法加算は算定できない。

（８）　在宅麻薬等注射指導管理料を算定している患者の外来受診時に、当該在宅麻薬等注射指導管理料に係る「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、「Ｇ００１」静脈内注射、「Ｇ００４」点滴注射、「Ｇ００５」中心静脈注射及び「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬（在宅で使用していない抗悪性腫瘍剤も含む。）及び特定保険医療材料の費用は算定できない。ただし、当該在宅麻薬等注射指導管理料に係らない「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、「Ｇ００１」静脈内注射、「Ｇ００４」点滴注射、「Ｇ００５」中心静脈注射及び「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬及び特定保険医療材料の費用は算定できる。

（９）　在宅麻薬等注射指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に行った「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、「Ｇ００１」静脈内注射、

「Ｇ００４」点滴注射、「Ｇ００５」中心静脈注射及び「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射の手技料、注射薬及び特定保険医療材料の費用は算定できない。

Ｃ１０８－２　在宅腫瘍化学療法注射指導管理料

（１）　在宅腫瘍化学療法注射指導管理料の「注」に規定する在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射とは、悪性腫瘍の患者に対して、在宅において実施する注射による抗悪性腫瘍剤等の投与をいう。

（２）　（１）の抗悪性腫瘍剤等の投与とは、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて中心静脈注射若しくは植込型カテーテルアクセスにより抗悪性腫瘍剤を注入する療法又はインターフェロンアルファ製剤を多発性骨髄腫、慢性骨髄性白血病、ヘアリー細胞白血病若しくは腎癌の患者に注射する療法をいう。

（３）　外来と在宅において抗悪性腫瘍剤の投与を行うものについては、主に在宅において抗悪性腫瘍剤の投与を行う場合は、在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定し、主に外来で行う場合には在宅腫瘍化学療法注射指導管理料は算定せず、「Ｂ００１－２－12」外来腫瘍化学療法診療料等を算定する。なお、外来で抗悪性腫瘍剤の注射を行い、注入ポンプなどを用いてその後も連続して自宅で抗悪性腫瘍剤の注入を行う等の治療法のみを行う場合は当該指導管理料の対象には該当しない。

（４）　在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する月は、「Ｇ００３」抗悪性腫瘍剤局所持続注入の費用は算定できない。ただし、抗悪性腫瘍剤局所持続注入に用いる薬剤に係る費用は算定できる。

（５）　在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する月は「Ｂ００１－２－12」外来腫瘍化学療法診療料等及び第６部「通則６」に規定する外来化学療法加算は算定できない。

（６）　在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定している患者の外来受診時に、当該在宅腫瘍化学療法注射指導管理料に係る「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、「Ｇ００１」静脈内注射、「Ｇ００４」点滴注射、「Ｇ００５」中心静脈注射及び「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬（在宅で使用していない抗悪性腫瘍剤も含む。）及び特定保険医療材料の費用は算定できない。ただし、当該腫瘍化学療法注射指導管理料に係らない「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、「Ｇ００１」静脈内注射、「Ｇ００４」点滴注射、「Ｇ００５」中心静脈注射及び「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合の手技料、注射薬及び特定保険医療材料の費用は算定できる。

（７）　在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定している患者については、当該保険医療機関において「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に行った「Ｇ０００」皮内、皮下及び筋肉内注射、「Ｇ００１」静脈内注射、「Ｇ００４」点滴注射、「Ｇ００５」中心静脈注射及び「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射の手技料、注射薬及び特定保険医療材料の費用は算定できない。

Ｃ１０８－４　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料

（１）　在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料の「注」に規定する麻薬等又は抗悪性腫瘍剤等の注射とは、末期の悪性腫瘍の患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しない場合に、在宅において実施する注射による麻薬等の投与、又は悪性腫瘍の患者に対して、在宅において実施する注射による抗悪性腫瘍剤等の投与をい

う。

（２）（１）の麻薬等の投与とは、ブプレノルフィン製剤、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤、フルルビプロフェンアキセチル製剤又はヒドロモルフォン塩酸塩製剤を注射又は携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて注入する療法をいう。

なお、モルヒネ塩酸塩製剤、フェンタニルクエン酸塩製剤、複方オキシコドン製剤、オキシコドン塩酸塩製剤又はヒドロモルフォン塩酸塩製剤を使用できるのは、以下の条件を満たす連続注入器等に必要に応じて生理食塩水等で希釈の上充填して交付した場合に限る。

ア　薬液が取り出せない構造であること

イ　患者等が注入速度を変えることができないものであること

また、（１）の抗悪性腫瘍剤等の投与とは、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ若しくは輸液ポンプを用いて中心静脈注射若しくは植込型カテーテルアクセスにより抗悪性腫瘍剤　を注入する療法又はインターフェロンアルファ製剤を多発性骨髄腫、慢性骨髄性白血病、　ヘアリー細胞白血病又は腎癌の患者に注射する療法をいう。

（３）在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料は、「Ｃ１０８」在宅麻薬等注射指導管理料の「１」又は「Ｃ１０８－２」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する指導管理を受けている患者に対し、当該保険医療機関の保険医と、「Ｃ１０８」在宅麻薬等注射指導管理料の「１」又は「Ｃ１０８－２」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定する保険医療機関の保険医とが連携して、同一日に当該患者に対する麻薬等又は抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。

（４）在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定する医師は、以下のいずれかの緩和ケアに関する研修を修了している者であること。

ア　「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠した緩和ケア研修会

イ　緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等

第４部　画像診断

第１節　エックス線診断料

１　エックス線診断に係る一般的事項

（２）「２」又は「３」の「同一の部位」とは、部位的な一致に加え、腎と尿管、胸椎下部と腰椎上部のように通常同一フィルム面に撮影し得る範囲をいう。

ただし、食道・胃・十二指腸、血管系（血管及び心臓）、リンパ管系及び脳脊髄腔については、それぞれ全体を「同一の部位」として取り扱うものである。

（３）「２」又は「３」の「同時に」とは、診断するため予定される一連の経過の間に行われたものをいう。例えば、消化管の造影剤使用写真診断（食道・胃・十二指腸等）において、造影剤を嚥下させて写真撮影し、その後２～３時間経過して再びレリーフ像を撮影した場合は、その診断料は 100 分の 50 とする。

ただし、胸部単純写真を撮影して診断した結果、断層像の撮影の必要性を認めて、当該

断層像の撮影を行った場合等、第１の写真診断を行った後に別種の第２の撮影、診断の必要性を認めて第２の撮影診断を行った場合は、「同時に」には該当せず、第２の診断についても 100 分の 50 とはしない。

（４）　「２」の「２以上のエックス線撮影」とは、単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影のうち２種以上の撮影を行った場合をいう。この場合、デジタル撮影及びアナログ撮影については区別せず、１種の撮影として扱う。

（５）　「３」の「同一の方法」による撮影とは、単純撮影、特殊撮影、造影剤使用撮影又は乳房撮影のそれぞれの撮影方法をいい、デジタル撮影及びアナログ撮影については「同一の方法」として扱う。

Ｅ００４　基本的エックス線診断料

（１）　基本的エックス線診断料は、特定機能病院の入院医療において通常行われる基本的な画像診断について、その適正化及び請求事務の簡素化の観点から包括化して入院日数に応じた算定を行うものである。

（２）　１月を通じて、基本的エックス線診断料に包括されている画像診断項目のいずれも行われなかった場合は、当該月は本診断料は算定できない。

（３）　写真診断及び撮影を行い、これに伴って使用されるフィルムは、別に算定できる。

（４）　基本的エックス線診断料を算定している患者に対して、撮影した画像を電子化して管理及び保存した場合は、一連の撮影ごとに第１節のエックス線診断料通則の「４」に規定する電子画像管理加算を別に算定できる。

（５）　基本的エックス線診断料を算定している患者に対して、エックス線フィルムサブトラクションを行った場合は、基本的エックス線診断料の他、手技料として「Ｅ００２」の「１」の所定点数を算定できる。

（６）　基本的エックス線診断料に含まれない画像診断を行った場合は、別途当該画像診断に係る所定点数を算定できる。

（７）　単純撮影を２枚以上撮影した場合又は間接撮影を行った場合にあっても、手技料は基本的エックス線診断料に含まれ、別に算定できない。

（８）　入院日数については、入院基本料とは異なり、入院の都度当該入院の初日から数え、また、退院日も算定対象となる。なお、外泊期間中は、入院日数に含まれない。

（９）　療養病棟、結核病棟又は精神病棟に入院している患者及び第１章第２部第２節に規定するＨＩＶ感染者療養環境特別加算、特定感染症患者療養環境特別加算若しくは重症者等療養環境特別加算又は同部第３節に規定する特定入院料を算定している患者については、基本的エックス線診断料は別に算定しないが、入院日数は入院初日から数える。

第５部　投薬

＜通則＞

１　投薬の費用は、第１節調剤料、第２節処方料、第３節薬剤料、第４節特定保険医療材料料及び第６節調剤技術基本料に掲げる所定点数を合算した点数で算定する。ただし、処方箋を交付した場合は第５節処方箋料に掲げる所定点数のみを算定する。

なお、使用薬剤の薬価（薬価基準）に収載されている臨床試用医薬品を使用した場合は、薬剤料は算定せず、調剤料、処方料、特定保険医療材料料、調剤技術基本料のみを算定する。

2　別に規定する場合を除き、入院実日数を超えて投薬を算定することができる。退院時の投薬については、服用の日の如何にかかわらず入院患者に対する投薬として扱う。

3　投薬時において薬剤の容器を交付する場合は、その実費を徴収できる。

4　患者に直接投薬する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることは認められない。

5　保険医療機関が患者に喘息治療剤の施用のため小型吸入器及び鼻腔・口腔内治療剤の施用のため噴霧・吸入用器具（散粉器）を交付した場合は、患者にその実費負担を求めることができるが、患者が当該吸入器を返還した場合には当該実費を返還しなければならない。

6　入院中の患者に月をまたがって投与した薬剤は、投薬の日の属する月により区分する。

7　外来において数日分投与しその薬剤を入院後も服用する場合、この入院後服用の分の請求区分は服用の日の如何にかかわらず、外来投与として扱う。

8　被保険者が保険医より薬品の授与を受け、持ち帰りの途中又は自宅において薬品を紛失したために（天災地変の他やむを得ない場合を除く。）保険医が再交付した場合は、その薬剤の費用は、被保険者の負担とする。

第１節　調剤料

Ｆ０００　調剤料

（１）　入院中の患者以外の患者に係る調剤料の所定単位については、１回の処方に係る調剤料として、その剤数・日数又は調剤した量にかかわらず「１」の所定点数を処方料算定時にまとめて算定する。ただし、２以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき、調剤料を算定できる。

（２）　トローチ剤又は亜硝酸アミル等の嗅薬、噴霧吸入剤については外用薬として、投薬に係る費用を算定する。例えば、トローチ剤の１日量６錠３日分は、18 錠分を１調剤の薬剤料として算定する。

（３）　外泊期間中及び入院実日数を超えた部分について、調剤料は算定できない。

（４）　「注」の加算については、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、入院中の患者以外の患者に対して投薬を行う場合は１処方につき１点を、また、入院中の患者に対して投薬を行う場合は１日につき１点を所定点数に加算する。なお、コデインリン酸塩散１％のように、当該薬剤の基剤が麻薬等に属していても、稀釈度により麻薬等の取扱いを受けていないものを調剤又は処方した場合には対象とならない。

（５）　「注」にいう麻薬、向精神薬、覚醒剤原料及び毒薬は次のとおりである。

ア　毒薬とは医薬品医療機器等法第 44 条第１項の規定（同施行規則第 204 条、別表第３）による毒薬をいう。

イ　向精神薬とは、麻薬及び向精神薬取締法第２条第６号の規定（同法別表第３）による向精神薬をいう。

第２節　処方料

Ｆ１００　処方料

（１）　医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30 日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病

状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

ア　30 日以内に再診を行う。

イ　許可病床数が 200 床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（許可病床数が 200 床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出を行う。

ウ　患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。

（２）　複数の診療科を標榜する保険医療機関において、２以上の診療科で異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方料を算定する。

（４）　「２」において、処方料における内服薬の種類については、「Ｆ２００」薬剤の「注３」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が６種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「３」で算定する。

（５）　「２」において、臨時的に内服薬の追加投与等を行った場合の取扱いについては、「Ｆ２００」薬剤の(６)に準じるものとする。

（７）　「注２」の加算は、内服薬、浸煎薬及び屯服薬、外用薬等の区分、剤数、用法用量等の如何にかかわらず、１処方につき１点を所定点数に加算する。

（８）　複数の診療科を標榜する保険医療機関において、２以上の診療科で、異なる医師が３歳未満の乳幼児に対して処方を行った場合は、それぞれの処方について「注４」による乳幼児加算を算定することができる。

（９）　特定疾患処方管理加算

ア　特定疾患処方管理加算は、別に厚生労働大臣が定める疾患（以下、この項において「特定疾患」という。）を主病とする患者について、プライマリ機能を担う地域のかかりつけ医師が総合的に病態分析を行い、それに基づく処方管理を行うことを評価したものであり、診療所又は許可病床数が 200 床未満の病院においてのみ算定する。

イ　同一暦月に「Ｆ１００」処方料と「Ｆ４００」処方箋料を算定する場合にあっては、「Ｆ１００」処方料又は「Ｆ４００」処方箋料のいずれか一方の加算として月１回に限り算定する。

ウ　当該加算は、長期投薬の際の病態分析及び処方管理の評価の充実を図るものであり、特定疾患に対する薬剤の処方期間が 28 日以上の場合に算定する。ただし、当該患者に処方された薬剤の処方期間が全て 28 日以上である必要はない。

エ　主病とは、当該患者の全身的な医学管理の中心となっている特定疾患をいうものであり、２以上の診療科にわたり受診している場合においては、主病と認められる特定疾患の治療に当たっている診療科においてのみ算定する。

オ　特定疾患処方管理加算は初診料を算定した初診の日においても算定できる。

カ　投薬は本来直接本人を診察した上で適切な薬剤を投与すべきであるが、やむを得ない事情で看護等に当たっている者から症状を聞いて薬剤を投与した場合においても算定できる。

(10)　抗悪性腫瘍剤処方管理加算

ア　「注６」に規定する抗悪性腫瘍剤処方管理加算については、入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤による投薬の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、抗悪性腫瘍剤の適正使用及び副作用管理に基づく処方管理のもとに悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤が処方された場合に算定する。

イ　同一暦月に「Ｆ１００」処方料と「Ｆ４００」処方箋料を算定する場合にあっては、「Ｆ１００」処方料又は「Ｆ４００」処方箋料のいずれか一方の加算として月１回に限り算定する。

ウ　加算対象となる抗悪性腫瘍剤は、薬効分類上の腫瘍用薬とする。

(12)　「注８」に規定する外来後発医薬品使用体制加算は、後発医薬品の品質、安全性、安定供給体制等の情報を収集・評価し、その結果を踏まえ後発医薬品の採用を決定する体制が整備されている保険医療機関を評価したものであり、診療所においてのみ算定する。

(15)　外来後発医薬品使用体制加算は、当該保険医療機関において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品を合算した規格単位数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合が 75%以上、85%以上又は 90%以上であるとともに、外来において後発医薬品（ジェネリック医薬品）の使用を積極的に行っている旨を当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している保険医療機関において、１処方につき５点、７点又は８点を所定点数に加算する。

第３節　薬剤料

Ｆ２００　薬剤

（３）　１回の処方において、２種類以上の内服薬を調剤する場合には、それぞれの薬剤を個別の薬包等に調剤しても、服用時点及び服用回数が同じであるものについては、次の場合を除き１剤として算定する。

ア　配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合

イ　固形剤と内用液剤の場合

ウ　内服錠とチュアブル錠等のように服用方法が異なる場合

（４）　「注１」における「その他の特定の疾患」とは、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（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患者（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。）に係るものに限る。）又は「特定疾患治療研究事業について」に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）をいう。

（５）　特別入院基本料等を算定する病棟を有する病院の長期入院患者に係る入院期間の算定は、当該特別入院基本料等を算定する病棟を有する病院となる以前からの入院期間を通算する。

また、入院期間の算定は第１章第２部入院料等の通則の例に準じる。

（６）　「注３」の多剤投与の場合の算定

ア　「注３」の算定は、外来の場合に限り、１処方のうち、内服薬についてのみ対象とする。この場合の「種類」については、次のように計算する。なお、１処方とは処方料の

算定単位となる処方をいう。

（イ） 錠剤、カプセル剤については、１銘柄ごとに１種類と計算する。

（ロ） 散剤、顆粒剤及び液剤については、１銘柄ごとに１種類と計算する。

（ハ） （ロ）の薬剤を混合して服薬できるよう調剤を行ったものについては、１種類とする。

（ニ） 薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が 205 円以下の場合には、１種類とする。

イ 「注３」の「所定点数」とは、１処方のうちの全ての内服薬の薬剤料をいう。

ウ 「注３」の算定は、常態として投与する内服薬が７種類以上の場合に行い、臨時に投与する薬剤については対象としない。

エ ウの臨時に投与する薬剤とは連続する投与期間が２週間以内のものをいい、２週間を超える投与期間の薬剤にあっては常態として投与する薬剤として扱う。なお、投与中止期間が１週間以内の場合は、連続する投与とみなして投与期間を計算する。

オ 臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、１処方につき内服薬が７種類以上となる場合において、傷病名欄からその必要性が明らかでない場合には、診療報酬明細書の摘要欄にその必要性を記載する。

（８） ビタミン剤

ア 「注５」に規定するビタミン剤とは、内服薬及び注射薬をいうものであり、また、ビタミンを含有する配合剤を含むものである。

イ ビタミン剤に係る薬剤料が算定できるのは、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断し、適正に投与された場合に限られるものであり、医師が疾患の特性により投与の必要性を認める場合のほか、具体的には、次のような場合をいう。ただし、薬事承認の内容に従って投与された場合に限る。

（イ） 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合（例えば、悪性貧血のビタミンＢ12 の欠乏等、診察及び検査の結果から当該疾患又は症状が明らかな場合）

（ロ） 患者が妊産婦、乳幼児等（手術後の患者及び高カロリー輸液療法実施中の患者を含む。）であり、診察及び検査の結果から食事からのビタミンの摂取が不十分であると診断された場合

（ハ） 患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝障害であると推定され、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合

（ニ） 重湯等の流動食及び軟食のうち、一分がゆ、三分がゆ又は五分がゆを食している場合

（ホ） 無菌食、フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシスチン尿症食又はガラクトース血症食を食している場合

ウ ビタミン剤に係る薬剤料を算定する場合には、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を具体的に診療録及び診療報酬明細書に記載しなければならない。ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要、かつ、有効と判断できる場合は趣旨を診療報酬明細書に記載することは要しない。

第５節　処方箋料

Ｆ４００　処方箋料

（１）　医師が処方する投薬量については、予見することができる必要期間に従ったものでなければならず、30 日を超える長期の投薬を行うに当たっては、長期の投薬が可能な程度に病状が安定し、服薬管理が可能である旨を医師が確認するとともに、病状が変化した際の対応方法及び当該保険医療機関の連絡先を患者に周知する。

なお、上記の要件を満たさない場合は、原則として次に掲げるいずれかの対応を行うこと。

ア　30 日以内に再診を行う。

イ　許可病床数が 200 床以上の保険医療機関にあっては、患者に対して他の保険医療機関（許可病床数が 200 床未満の病院又は診療所に限る。）に文書による紹介を行う旨の申出を行う。

ウ　患者の病状は安定しているものの服薬管理が難しい場合には、分割指示に係る処方箋を交付する。

（２）　保険薬局で保険調剤を受けさせるために、患者に保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 15 号）に定められている様式の完備した処方箋（院外処方箋）を交付した場合に限り算定し、その処方箋に処方した剤数、投与量（日分数）等の如何にかかわらず、１回として算定する。なお、分割指示に係る処方箋を発行する場合は、保険医療機関及び保険医療養担当規則に定められている様式第二号の二を用いることとし、分割の回数は３回までとする。また、患者に対し、調剤を受ける度に別紙を含む分割指示に係る処方箋の全てを保険薬局に提出するよう指導する。

（３）　同一の保険医療機関が一連の診療に基づいて、同時に、同一の患者に２枚以上の処方箋を交付した場合は、１回として算定する。

（４）　複数の診療科を標榜する保険医療機関において、２以上の診療科で、異なる医師が処方した場合は、それぞれの処方につき処方箋料を算定することができる。

（５）　「１」については、「Ｆ１００」処方料の（３）に準じるものとする。

（６）　「２」において、処方箋料における内服薬の種類については、「Ｆ２００」薬剤の「注３」における内服薬の種類と同様の取扱いとする。なお、当該処方に係る内服薬の投薬が６種類以下の場合又は外用薬、屯服薬のみの投薬の場合は「３」で算定する。

（７）　「２」において、臨時的に内服薬の追加投与等を行った結果、１処方につき内服薬が７種類以上となる場合には、処方箋の備考欄にその必要性を記載する。

その他、臨時的に内服薬の追加投与を行った場合の取扱いについては「Ｆ２００」薬剤の（６）に準じるものとする。

(11)　乳幼児加算及び抗悪性腫瘍剤処方管理加算は「Ｆ１００」処方料の（８）、（９）又は(10)に準じるものとする。ただし、（９）のウに規定する「特定疾患に対する薬剤の処方期間が 28 日以上」については、「特定疾患に対する薬剤の処方期間が 28 日以上（リフィル処方箋の複数回の使用による合計の処方期間が 28 日以上の場合を含む。）」と読み替えるものとする。

(12)　「注６」に規定する一般名処方加算は、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が、後発医薬品のある医薬品について、薬価基準に収載されている品名に代え

て、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）による処方箋を交付した場合に限り算定できるものである。交付した処方箋に含まれる医薬品のうち、後発医薬品のある全ての医薬品（２品目以上の場合に限る。）が一般名処方されている場合には一般名処方加算１を、１品目でも一般名処方されたものが含まれている場合には一般名処方加算２を、処方箋の交付１回につきそれぞれ加算する。品目数については、一般的名称で計算する。ただし、投与経路が異なる場合は、一般的名称が同一であっても、別品目として計算する。

なお、一般名処方とは、単に医師が先発医薬品か後発医薬品かといった個別の銘柄にこだわらずに処方を行っているものである。

また、一般名処方を行った場合の(６)の取扱いにおいて、「種類」の計算に当たっては、該当する医薬品の薬価のうち最も低いものの薬価とみなすものとする。

(14)　訪問薬剤管理指導との関係

保険薬局に訪問薬剤管理指導を依頼している場合は、当該保険医療機関は「Ｃ００８」在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できない。保険薬局から情報提供があった場合は、当該保険医療機関は文書を診療録等に添付する。なお、地方厚生（支）局長に届出を行った保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定できるのは月に４回（末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者及び中心静脈栄養法の対象患者については、週２回かつ月８回）に限られる。

(15)　保険医療機関及び保険医療養担当規則において、投与量に限度が定められている医薬品及び貼付剤については、リフィル処方箋による処方を行うことはできない。

(16)　「注８」において、「直近３月に処方箋を交付した回数が一定以上である保険医療機関が、調剤報酬点数表「００」調剤基本料の４に規定する特別調剤基本料Ａを算定する薬局であって、当該保険医療機関から集中的に処方箋を受け付けているものと不動産取引等その他の特別の関係を有する場合」とは、以下のいずれにも該当する医療機関が処方箋を交付する場合をいう。

ア　直近３月の処方箋を交付した回数が 12,000 回を超えること。

イ　保険薬局(調剤点数表「００」の４に規定する特別調剤基本料Ａを算定しているものに限る。)と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険医療機関であること。

ウ　当該特別な関係を有する保険薬局の当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が９割を超えていること。なお、当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合については、特掲診療料施設基準通知の第 88 の２の（３）の取扱いに準じる。

第６節　調剤技術基本料

Ｆ５００　調剤技術基本料

（１）　調剤技術基本料は、重複投薬の防止等保険医療機関内における調剤の管理の充実を図るとともに投薬の適正を確保することを目的としており、薬剤師が常態として勤務する保険医療機関において、薬剤師の管理のもとに調剤が行われた場合に、患者１人につき、月１回に限り算定する。

（２）　同一医療機関において同一月内に処方箋の交付がある場合は、調剤技術基本料は算定できない。

（３）　同一月に「Ｂ００８」薬剤管理指導料又は「Ｃ００８」在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している場合には、調剤技術基本料は算定しない。

（４）　院内製剤加算

ア　「注３」に規定する院内製剤加算は、薬価基準に収載されている医薬品に溶媒、基剤等の賦形剤を加え、当該医薬品とは異なる剤形の医薬品を院内製剤の上調剤した場合に、次の場合を除き算定できる。

（イ）　調剤した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合

（ロ）　散剤を調剤した場合

（ハ）　液剤を調剤する場合であって、薬事承認の内容が用時溶解して使用することとなっている医薬品を交付時に溶解した場合

（ニ）　１種類のみの医薬品を水に溶解して液剤とする場合（安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を使用した場合及び調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があって、これらの行為を行った場合を除く。）

イ　上記アにかかわらず、剤形が変わらない場合であっても、次に該当する場合には、院内製剤加算が算定できる。ただし、調剤した医薬品と同一規格を有する医薬品が薬価基準に収載されている場合を除く。

（イ）　同一剤形の２種類以上の既製剤（賦形剤、矯味矯臭剤等を除く。）を混合した場合（散剤及び顆粒剤を除く。）

（ロ）　安定剤、溶解補助剤、懸濁剤等製剤技術上必要と認められる添加剤を加えて調剤した場合

（ハ）　調剤技術上、ろ過、加温、滅菌行為をなす必要があって、これらの行為を行った場合

ウ　ア、イにかかわらず調剤した医薬品を、原料とした医薬品の承認内容と異なる用法・用量あるいは効能・効果で用いる場合は院内製剤加算は算定できない。

第６部　注射

＜通則＞

１　注射に係る費用は、第１節注射料、第２節薬剤料及び第３節特定保険医療材料料（別に厚生労働大臣が定める保険医療材料のうち注射に当たり使用したものの費用に限る。）に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。

２　生物学的製剤注射加算

（１）　「通則３」の生物学的製剤注射加算を算定できる注射薬は、トキソイド、ワクチン及び抗毒素であり、注射の方法にかかわらず、次に掲げる薬剤を注射した場合に算定できる。

ア　㊞乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン

イ　組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチン（酵母由来）

ウ　組換え沈降Ｂ型肝炎ワクチン（チャイニーズ・ハムスター卵巣細胞由来）

エ　肺炎球菌ワクチン

オ　髄膜炎菌ワクチン

カ　乾燥ヘモフィルスｂ型ワクチン

キ　沈降破傷風トキソイド

ク　㊦ガスえそウマ抗毒素
ケ　乾燥ガスえそウマ抗毒素
コ　㊦乾燥ジフテリアウマ抗毒素
サ　㊦乾燥破傷風ウマ抗毒素
シ　㊦乾燥はぶウマ抗毒素
ス　㊦乾燥ボツリヌスウマ抗毒素
セ　㊦乾燥まむしウマ抗毒素

（２）　「Ｇ００５」中心静脈注射又は「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路より生物学的製剤を注入した場合は、「通則３」の加算を算定できる。

３　精密持続点滴注射加算

（１）　「通則４」の精密持続点滴注射は、自動輸液ポンプを用いて１時間に 30mL 以下の速度で体内（皮下を含む。）又は注射回路に薬剤を注入することをいう。

（２）　１歳未満の乳児に対して精密持続点滴注射を行う場合は、注入する薬剤の種類にかかわらず算定できるが、それ以外の者に対して行う場合は、緩徐に注入する必要のあるカテコールアミン、βブロッカー等の薬剤を医学的必要性があって注入した場合に限り算定する。

（３）　「Ｇ００３」抗悪性腫瘍剤局所持続注入の実施時に精密持続点滴を行った場合は、「通則４」の加算を算定できる。

（４）　「Ｇ００５」中心静脈注射又は「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路より精密持続点滴注射を行った場合は、「通則４」の加算を算定できる。

４　外来化学療法加算

（１）　「通則６」に規定する外来化学療法加算については、入院中の患者以外の関節リウマチ等の患者に対して、注射による化学療法の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し同意を得た上で、外来化学療法に係る専用室において、注射により薬剤等が投与された場合に加算する。

（２）　外来化学療法加算１を届け出た保険医療機関において外来化学療法加算１を算定するに当たり、当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会（他の保険医療機関と連携し、共同で開催する場合を含む。）において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定でき、それ以外の場合には、外来化学療法加算１及び２は算定できない。

（３）　外来化学療法加算は、次に掲げるいずれかの投与を行った場合に限り算定する。なお、この場合において、引き続き次に掲げる製剤を用いて、入院中の患者以外の患者に対して在宅自己注射指導管理に係る自己注射に関する指導管理を行った場合であっても、同一月に「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料は算定できない。

ア　関節リウマチ、クローン病、ベーチェット病、強直性脊椎炎、潰瘍性大腸炎、尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬又は乾癬性紅皮症の患者に対してインフリキシマブ製剤を投与した場合

イ　関節リウマチ、多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎、全身型若年性特発性関節炎、キャッスルマン病又は成人スチル病の患者に対してトシリズマブ製剤を投与した場合

ウ　関節リウマチ又は多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎の患者に対してアバタ

セプト製剤を投与した場合

エ　多発性硬化症の患者に対してナタリズマブ製剤を投与した場合

オ　全身性エリテマトーデスの患者に対してベリムマブ製剤を投与した場合

カ　視神経脊髄炎スペクトラム障害の患者に対してイネビリズマブ製剤を投与した場合

5　バイオ後続品導入初期加算

「通則７」に規定するバイオ後続品導入初期加算については、入院中の患者以外の患者に対する注射に当たって、バイオ後続品の有効性や安全性等について説明した上で、バイオ後続品を使用した場合に、当該バイオ後続品の初回の使用日の属する月から起算して、３月を限度として、月１回に限り算定する。

6　特定入院料等注射の手技料を含む点数を算定した場合は、「通則３」から「通則５」までの加算は算定できない。なお、薬価基準に収載されている臨床試用医薬品を使用した場合は、第２節薬剤料は算定せず、第１節注射料及び第３節特定保険医療材料料のみ算定する。

8　第１節に掲げられていない注射のうち、特殊なもの（点数表にあっても、手技が従来の注射と著しく異なる場合等を含む。）の費用は、その都度当局に内議し、最も近似する注射として準用が通知された算定方法により算定する。

9　「Ｇ００１」静脈内注射、「Ｇ００４」点滴注射、「Ｇ００５」中心静脈注射又は「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射のうち２以上を同一日に併せて行った場合は、主たるものの所定点数のみ算定する。

10　「Ｇ００４」点滴注射、「Ｇ００５」中心静脈注射及び「Ｇ００６」植込型カテーテルによる中心静脈注射の回路に係る費用並びに穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料については、それぞれの所定点数に含まれ、別に算定できない。

第１節　注射料

＜通則＞

注射料は、第１款注射実施料及び第２款無菌製剤処理料に掲げる点数を合算した所定点数により算定する。なお、６歳未満の乳幼児である入院患者に対する１日分の注射量が 100mL 未満の点滴注射等、注射実施料が算定できないこととされる場合であっても、無菌製剤処理料を算定できる。

第１款　注射実施料

Ｇ０００　皮内、皮下及び筋肉内注射

（１）　入院中の患者以外の患者に対して行った場合にのみ算定し、入院中の患者に行った場合は、１日の薬剤料を合算し、第２節薬剤料のみ算定できる。

（２）　涙のう内薬液注入、鼓室内薬液注入、局所・病巣内薬剤注入、子宮腟部注射、咽頭注射（軟口蓋注射、口蓋ヒヤリー氏点の注射を含む。）、腱鞘周囲注射及び血液注射については、皮内、皮下及び筋肉内注射に準じて算定する。ただし、涙のう内薬液注入については、両眼にそれぞれ異なる薬剤を使用した場合は、片眼ごとに所定点数を算定する。

（３）　「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料、「Ｃ１０８」在宅麻薬等注射指導管理料、「Ｃ１０８－２」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料又は「Ｃ１０８－４」在宅悪性腫瘍患者共同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薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて皮内、皮下及び筋肉内注射を行った場合は、当該注射に係る費

用は算定しない。

Ｇ００１　静脈内注射

（１）　入院中の患者以外の患者に対して行った場合にのみ算定し、入院中の患者に行った場合は、１日の薬剤料を合算し、第２節薬剤料のみ算定する。

（２）　「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料、「Ｃ１０４」在宅中心静脈栄養法指導管理料、「Ｃ１０８」在宅麻薬等注射指導管理料、「Ｃ１０８－２」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、「Ｃ１０８－３」在宅強心剤持続投与指導管理料又は「Ｃ１０８－４」在宅悪性腫瘍患者共同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薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて静脈内注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

Ｇ００２　動脈注射

「内臓の場合」とは、肺動脈起始部、大動脈弓及び腹部大動脈等深部動脈に対して行う場合であり、「その他の場合」とは、頸動脈、鎖骨下動脈、股動脈、上腕動脈等に対して行う場合をいう。

Ｇ００３　抗悪性腫瘍剤局所持続注入

（１）　ポンプを利用して注入する場合におけるポンプの費用及び当該注入に必要なカテーテル等の材料の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　「Ｃ１０８」在宅麻薬等注射指導管理料又は「Ｃ１０８－２」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料を算定している月においては、当該抗悪性腫瘍剤局所持続注入に係る費用（薬剤料を除く。）は算定できない。

Ｇ００４　点滴注射

（１）　６歳未満の乳幼児に対する１日分の注射量が 100mL 未満の場合及び６歳以上の者に対する１日分の注射量が 500mL 未満の場合は、入院中の患者以外の患者に限り、「３」に掲げる所定点数で算定する。

（２）　「注射量」は、次のように計算する。

ア　点滴回路より薬物を注入するいわゆる「管注」を行った場合には、「管注」に用いた薬剤及び補液に用いた薬剤の総量

イ　同一の者に対して、点滴注射を１日に２回以上行った場合には、それぞれの注射に用いた薬剤の総量

（３）　血漿成分製剤加算

ア　「注３」に規定する「文書による説明」とは、１回目の輸注を行う際（当該患者に対して複数回の輸注を行う場合は概ね１週間毎）に、別紙様式 20 又はこれに準ずる様式により、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等にあっては、その家族等）に対して、輸注の必要性、副作用、輸注方法及びその他の留意点等について説明することをいう。

イ　説明に用いた文書については、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等にあっては、その家族等）から署名又は押印を得た上で、当該患者に交付するとともに、その文書の写しを診療録に添付することとする。

ウ　緊急その他やむを得ない場合は、輸注後に説明を行った場合も算定できるが、この場合輸注後速やかに行うこととする。

エ　「注３」に規定する血漿成分製剤とは、新鮮液状血漿及び新鮮凍結人血漿等をいい、血漿分画製剤（アルブミン製剤、グロブリン製剤等）は含まれないが、血漿成分製剤に準じ、患者に対して輸注の必要性等の説明を行うよう努めること。なお、血漿成分製剤及び血漿分画製剤の輸注に当たっては、「「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改正について」（平成 26 年 11 月 12 日薬食発 1112 第 12 号）及び「「血液製剤の使用指針」の改定について」（平成 31 年３月 25 日薬生発 0325 第１号）を遵守するよう努めるものとする。

（４）　「Ｃ１０１」在宅自己注射指導管理料、「Ｃ１０４」在宅中心静脈栄養法指導管理料、「Ｃ１０８」在宅麻薬等注射指導管理料、「Ｃ１０８－２」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、「Ｃ１０８－３」在宅強心剤持続投与指導管理料又は「Ｃ１０８－４」在宅悪性腫瘍患者共同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薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）に対して、「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて点滴注射を行った場合は、当該注射に係る費用は算定しない。

Ｇ００５　中心静脈注射

（１）　中心静脈注射により高カロリー輸液を行っている場合であっても、必要に応じ食事療養又は生活療養を行った場合は、入院時食事療養（Ⅰ）若しくは入院時食事療養（Ⅱ）又は入院時生活療養（Ⅰ）の食事の提供たる療養に係る費用若しくは入院時生活療養（Ⅱ）の食事の提供たる療養に係る費用を別に算定できる。

（２）　「注１」に掲げられる血漿成分製剤加算については、「Ｇ００４」点滴注射の（３）に規定する血漿成分製剤加算の例による。

（３）　「Ｃ１０４」在宅中心静脈栄養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又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料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患者を除く。）については、中心静脈注射の費用は算定できない。

（４）　「Ｃ１０８」在宅麻薬等注射指導管理料、「Ｃ１０８－２」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、「Ｃ１０８－３」在宅強心剤持続投与指導管理料又は「Ｃ１０８－４」在宅悪性腫瘍患者共同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又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射を行った場合は当該注射の費用は算定しない。

Ｇ００５－２　中心静脈注射用カテーテル挿入

（１）　長期の栄養管理を目的として、中心静脈注射用カテーテル挿入を行う際には、中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。

（２）　長期の栄養管理を目的として、中心静脈注射用カテーテル挿入を実施した後、他の保険

医療機関等に患者を紹介する場合は、中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。

（３）　中心静脈圧測定の目的でカテーテルを挿入した場合は、中心静脈注射用カテーテル挿入に準じて算定する。中心静脈注射及び中心静脈圧測定を同一の回路より同時に行った場合は、どちらか一方のみを算定する。

ただし、中心静脈注射及び中心静脈圧測定を別の回路から別のカテーテルを用いて同時に行った場合は、それぞれ材料料及び手技料を算定できる。

（４）　カテーテルの詰まり等によりカテーテルを交換する場合は、カテーテルの材料料及び手技料はその都度算定できる。

（５）　カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。

（６）　「Ｃ１０４」在宅中心静脈栄養法指導管理料、「Ｃ１０８」在宅麻薬等注射指導管理料、「Ｃ１０８－２」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、「Ｃ１０８－３」在宅強心剤持続投与指導管理料又は「Ｃ１０８－４」在宅悪性腫瘍患者共同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薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料料及び手技料は別に算定できる。

（７）　緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル（カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテルを除く。）を挿入した場合は、中心静脈注射用カテーテル挿入に準じて算定する。

（８）　中心静脈注射用カテーテル挿入に係る抜去の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

Ｇ００５－３　末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入

（１）　長期の栄養管理を目的として、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を行う際には、末梢留置型中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。

（２）　長期の栄養管理を目的として、末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を実施した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、末梢留置型中心静脈注射用カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。

（３）　カテーテルの詰まり等によりカテーテルを交換する場合は、カテーテルの材料料及び手技料はその都度算定できる。

（４）　カテーテル挿入時の局所麻酔の手技料は別に算定できず、使用薬剤の薬剤料は別に算定できる。

（５）　「Ｃ１０４」在宅中心静脈栄養法指導管理料、「Ｃ１０８」在宅麻薬等注射指導管理料、「Ｃ１０８－２」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、「Ｃ１０８－３」在宅強心剤持続投与指導管理料又は「Ｃ１０８－４」在宅悪性腫瘍患者共同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薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを

算定している者を含む。）に対して、「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料(Ⅰ)又は「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料(Ⅱ)を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入を行った場合は、カテーテルの材料料及び手技料は別に算定できる。

Ｇ００６　植込型カテーテルによる中心静脈注射

（１）　植込型カテーテルにより中心静脈栄養を行った場合は、本区分により算定する。

（２）　植込型カテーテルによる中心静脈注射により高カロリー輸液を行っている場合であっても、必要に応じ食事療養又は生活療養を行った場合は、入院時食事療養（Ⅰ）若しくは入院時食事療養（Ⅱ）又は入院時生活療養（Ⅰ）の食事の提供たる療養に係る費用若しくは入院時生活療養（Ⅱ）の食事の提供たる療養に係る費用を別に算定できる。

（３）　「Ｃ１０４」在宅中心静脈栄養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又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料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、植込型カテーテルによる中心静脈注射の費用は算定できない。

（４）　「Ｃ１０８」在宅麻薬等注射指導管理料、「Ｃ１０８－２」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、「Ｃ１０８－３」在宅強心剤持続投与指導管理料又は「Ｃ１０８－４」在宅悪性腫瘍患者共同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又は薬剤料若しくは特定保険医療材料料のみを算定している者を含む。）について、「Ｃ００１」在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は「Ｃ００１－２」在宅患者訪問診療料（Ⅱ）を算定する日に、患家において当該訪問診療と併せて植込型カテーテルによる中心静脈注射を行った場合は当該注射の費用は算定しない。

Ｇ０１０　関節腔内注射

検査、処置を目的とする穿刺と同時に実施した場合は、当該検査若しくは処置又は関節腔内注射のいずれかの所定点数を算定する。

第２款　無菌製剤処理料

Ｇ０２０　無菌製剤処理料

（１）　無菌製剤処理とは、無菌室、クリーンベンチ、安全キャビネット等の無菌環境において、無菌化した器具を用いて、製剤処理を行うことをいう。

無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が行うとともに、その都度、当該処理に関する記録を整備し、保管しておくこと。

（２）　無菌製剤処理料１の対象患者は、悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するものに関し、皮内注射、皮下注射、筋肉内注射、動脈注射、抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入、脳脊髄腔注射又は点滴注射が行われる患者であり、この場合において、「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの」とは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成 14 年法律第 192 号）第４条第６項第１号の規定に基づき厚生労働大臣が指定した医薬品（医薬品等副作用被害救済制度の対象とならない医薬品等（平成 16 年厚生労働省告示第 185 号）に掲げる医薬品等）のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。

なお、この場合の無菌製剤処理は、常勤の薬剤師が無菌製剤処理を行う薬剤を用いる患

者ごとに、投与経路、投与速度、投与間隔等の確認を行った上で行うこととする。また、安全キャビネットを用いた無菌環境下で無菌製剤処理を行うこと。

（３） 無菌製剤処理料１のうち、イについては、バイアル内外の差圧を調節する機構を有することにより、薬剤の飛散等を防止する閉鎖式接続器具を用いて無菌製剤処理を行った場合に算定する。

閉鎖式接続器具を使用した場合は、当該器具の製品名及び数量を（１）に基づき記録すること。

（４） 閉鎖式接続器具については、薬剤の漏出防止性能を有するものとして薬事承認された医療機器を用いることが望ましい。

（５） 無菌製剤処理料２の対象患者は、以下のア又はイに該当する患者である。

ア 動脈注射又は点滴注射が行われる入院中の患者のうち、白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者及び後天性免疫不全症候群の病原体に感染し抗体の陽性反応がある患者であって、無菌治療室管理加算若しくはＨＩＶ感染者療養環境特別加算を算定するもの又はこれらの患者と同等の状態にあるもの

イ 中心静脈注射又は植込型カテーテルによる中心静脈注射が行われる患者

第２節 薬剤料

Ｇ１００ 薬剤

アレルゲン治療エキス及びアレルゲンハウスダストエキス等によるアレルギー疾患減感作療法において使用した薬剤料については、使用量（やむを得ず廃棄した場合の薬液量を含む。）に応じて薬価により算定する。

第７部 リハビリテーション

＜通則＞

１ リハビリテーション医療は、基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚療法等の治療法より構成され、いずれも実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われるものである。

２ 第１節リハビリテーション料に掲げられていないリハビリテーションのうち、簡単なものの費用は、算定できない。

３ 各区分におけるリハビリテーションの実施に当たっては、全ての患者の機能訓練の内容の要点及び実施時刻（開始時刻と終了時刻）の記録を診療録等へ記載すること。

４ 「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料、「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料、「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料及び「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料（以下この部において「疾患別リハビリテーション料」という。）に掲げるリハビリテーション（以下この部において「疾患別リハビリテーション」という。）の実施に当たっては、医師は定期的な機能検査等をもとに、その効果判定を行い、別紙様式 21 を参考にしたリハビリテーション実施計画書をリハビリテーション開始後原則として７日以内、遅くとも 14 日以内に作成する必要がある。また、リハビリテーション実施計画書の作成時及びその後（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注５」並びに「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビ

リテーション料及び「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料の「注６」にそれぞれ規定する場合を含む。）３か月に１回以上（特段の定めのある場合を除く。）、患者又はその家族等に対して当該リハビリテーション実施計画書の内容を説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。なお、リハビリテーション実施計画書の作成前に疾患別リハビリテーションを実施する場合には、医師が自ら実施する場合又は実施するリハビリテーションについて医師の具体的指示があった場合に限り、該当する疾患別リハビリテーション料を算定できる。

また、疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、急性期又は回復期におけるリハビリテーション料を算定する日数として、疾患別リハビリテーション料の各規定の「注１」本文に規定する日数（以下「標準的算定日数」という。）を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注５」並びに「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料及び「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料の「注６」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後１か月に１回以上、ＦＩＭの測定により当該患者のリハビリテーションの必要性を判断するとともに、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付することとし、かつ、特掲診療料施設基準通知の「別添２」の「様式 42 の２」に基づき、当該疾患別リハビリテーション料を算定した患者の人数、ＦＩＭ等について報告を行うこととする。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態と比較した当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④ＦＩＭ又は基本的日常生活活動度（Barthel Index）（以下この部において「ＢＩ」という。）及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由等を記載したものであること。

４の２　疾患別リハビリテーションを実施している患者であって、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注５」並びに「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料及び「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料の「注６」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、患者の疾患、状態等を総合的に勘案し、治療上有効であると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第二号に掲げる患者であって、別表第九の九第二号に掲げる場合）は、継続することとなった日を診療録に記載することと併せ、継続することとなった日及びその後３か月に１回以上、リハビリテーション実施計画書を作成し、患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。なお、当該リハビリテーション実施計画書は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前３か月の状態と比較した当月の患者の状態、③今後のリハビリテーション計画等について記載したものであること。なお、入院中の患者以外の患者に対して、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを提供する場合にあっては、介護保険による訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーション（以下「介護保険によるリハビリテーション」という。）の適用

について適切に評価し、適用があると判断された場合にあっては、患者に説明の上、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションを受けるために必要な手続き等について指導すること。

４の３　同一の疾患等に係る疾患別リハビリテーションについては、１つの保険医療機関が責任をもって実施するべきであるが、言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーションについては、言語聴覚療法を実施できる保険医療機関が少ないことを考慮し、当分の間、別の保険医療機関において実施した場合であっても算定することができるものとする。また、「Ｈ００７」障害児（者）リハビリテーション料については、その特殊性を勘案し、疾患別リハビリテーション料、「Ｈ００７－２」がん患者リハビリテーション料又は「Ｈ００７－３」認知症患者リハビリテーション料を算定している保険医療機関とは別の保険医療機関で算定することができるものとする。

４の４　リハビリテーション実施計画書及びリハビリテーション実施総合計画書（以下この項において「計画書」という。）については、計画書に患者自ら署名することが困難であり、かつ、遠方に居住している等の理由により患者の家族等が署名することが困難である場合には、疾患別リハビリテーションを当該患者に対して初めて実施する場合（新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合であって、新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として当該他の疾患別リハビリテーションを実施する場合を含む。）を除き、家族等に情報通信機器等を用いて計画書の内容等を説明した上で、説明内容及びリハビリテーションの継続について同意を得た旨を診療録に記載することにより、患者又はその家族等の署名を求めなくても差し支えない。ただし、その場合であっても、患者又はその家族等への計画書の交付が必要であること等に留意すること。

５　疾患別リハビリテーション料の点数は、患者に対して 20 分以上個別療法として訓練を行った場合（以下この部において「１単位」という。）にのみ算定するものであり、訓練時間が１単位に満たない場合は、基本診療料に含まれる。

６　届出施設である保険医療機関内において、治療又は訓練の専門施設外で訓練を実施した場合においても、疾患別リハビリテーションとみなすことができる。

また、当該保険医療機関外であっても、以下の（１）から（４）までを全て満たす場合は、１日に３単位に限り疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、訓練の前後において、訓練場所との往復に要した時間は、当該リハビリテーションの実施時間に含まない。また、保険医療機関外でリハビリテーションを実施する際には、訓練場所との往復を含め、常時従事者が付き添い、必要に応じて速やかに当該保険医療機関に連絡、搬送できる体制を確保する等、安全性に十分配慮すること。

（１）　当該保険医療機関に入院中の患者に対する訓練であること。

（２）　疾患別リハビリテーション料のいずれかを算定するものであること。

（３）　以下の訓練のいずれかであること。

ア　移動の手段の獲得を目的として、道路の横断、エレベーター、エスカレーターの利用、券売機、改札機の利用、バス、電車等への乗降、自動車の運転等、患者が実際に利用する移動手段を用いた訓練を行うもの

イ　特殊な器具、設備を用いた作業（旋盤作業等）を行う職業への復職の準備が必要な患者に対し、当該器具、設備等を用いた訓練であって当該保険医療機関内で実施できない

ものを行うもの

ウ　家事能力の獲得が必要である患者に対し、店舗における日用品の買い物、居宅における掃除、調理、洗濯等、実際の場面で家事を実施する訓練（訓練室の設備ではなく居宅の設備を用いた訓練を必要とする特段の理由がある場合に限る。）を行うもの

（４）　専ら当該保険医療機関の従事者が訓練を行うものであり、訓練の実施について保険外の患者負担（公共交通機関の運賃を除く。）が発生しないものであること。

7　疾患別リハビリテーション料は、患者１人につき１日合計６単位（別に厚生労働大臣が定める患者については１日合計９単位）に限り算定できる。

当該別に厚生労働大臣が定める患者のうち「入院中の患者であって、その入院する病棟等において早期歩行、ＡＤＬの自立等を目的として「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料（Ｉ）、「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料（Ｉ）、「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料（Ｉ）、「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料（Ｉ）又は「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料（Ｉ）を算定するもの」とは、訓練室以外の病棟等（屋外を含む。）において、早期歩行自立及び実用的な日常生活における諸活動の自立を目的として、実用歩行訓練・日常生活活動訓練が行われた患者であること。ただし、平行棒内歩行、基本的動作訓練としての歩行訓練、座位保持訓練等のみを行っている患者については含まれない。

8　疾患別リハビリテーション料は、患者の疾患等を総合的に勘案して最も適切な区分に該当する疾患別リハビリテーション料を算定する。ただし、当該患者が病態の異なる複数の疾患を持つ場合には、必要に応じ、それぞれを対象とする疾患別リハビリテーション料を算定できる。例えば、疾患別リハビリテーション料のいずれかを算定中に、新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合には、新たな疾患の発症日等をもって他の疾患別リハビリテーションの起算日として、それぞれの疾患別リハビリテーション料を算定することができる。この場合においても、１日の算定単位数は前項の規定による。

9　疾患別リハビリテーションを実施する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、疾患名及び当該疾患の治療開始日又は発症日、手術日又は急性増悪（当該疾患別リハビリテーションの対象となる疾患の増悪等により、１週間以内にＦＩＭ又はＢＩが 10 以上（「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については５以上とする）低下するような状態等に該当する場合をいう。以下この部において同じ。）の日（以下この部において「発症日等」という。）を記載すること。また、標準的算定日数を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者（疾患別リハビリテーション料の各規定の「注５」並びに「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料及び「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料の「注６」にそれぞれ規定する場合を除く。）のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④ＦＩＭ又はＢＩ及びその他の指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由を摘要欄に記載すること。ただし、リハビリテーション実施計画書を作成した月にあっては、改善に要する見込み期間とリハビリテーション継続の理由を摘要欄に記載した上で、当該計画書の写しを添付することでも差し支えない。なお、継続の理由については、

具体的には次の例を参考にして記載すること。

本患者は、2023 年９月 21 日に脳出血を発症し、同日開頭血腫除去術を施行した。右片麻痺を認めたが、術後に水頭症及び敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施できるようになったのは術後 40 日目からであった。2024 年２月中旬まで１日５単位週４日程度のリハビリテーションを実施し、ＢＩは 45 点から 65 点に改善を認めた。３月末に標準的算定日数を超えるが、ＢＩの改善を引き続き認めており、リハビリテーションの開始が合併症のために遅れたことを考えると、１か月程度のリハビリテーション継続により、更なる改善が見込めると判断される。

第１節　リハビリテーション料

Ｈ０００　心大血管疾患リハビリテーション料

（７）　標準的算定日数を超えた患者については、「注５」に規定するとおり、１月に 13 単位に限り心大血管疾患リハビリテーション料の所定点数を算定できる。なお、その際、入院中の患者以外の患者にあっては、介護保険によるリハビリテーションの適用があるかについて、適切に評価し、患者の希望に基づき、介護保険によるリハビリテーションサービスを受けるために必要な支援を行うこと。ただし、特掲診療料の施設基準等別表第九の八に掲げる患者であって、別表第九の九に掲げる場合については、標準的算定日数を超えた場合であっても、標準的算定日数内の期間と同様に算定できるものである。なお、その留意事項は以下のとおりである。

ア　特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に規定する「その他別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に認められるもの」とは、別表第九の四から別表第九の七までに規定する患者であって、リハビリテーションを継続することにより状態の改善が期待できると医学的に認められる者をいうものである。

イ　特掲診療料の施設基準等別表第九の八に規定する「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者」とは、要介護状態又は要支援状態にある 40 歳以上の者であって、その要介護状態又は要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が、介護保険法第７条第３項第２号に規定する特定疾病によって生じたものであるものをいう。

（11）　「注４」に規定する急性期リハビリテーション加算の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表九の十に掲げる対象患者であって、以下のいずれかに該当するものをいう。

ア　相当程度以上の日常生活能力の低下を来している患者とは、ＡＤＬの評価であるＢＩが 10 点以下のもの

イ　重度認知症の状態にあり、日常生活を送る上で介助が必要な患者とは、「「認知症高齢者の日常生活自立度判定基準」の活用について」におけるランクＭ以上に該当するもの

ウ　特別な管理を要する処置等を実施している患者とは、以下に示す処置等が実施されているもの

①　動脈圧測定（動脈ライン）

②　シリンジポンプの管理

③　中心静脈圧測定（中心静脈ライン）

④　人工呼吸器の管理

⑤　輸血や血液製剤の管理

⑥　特殊な治療法等（ＣＨＤＦ、ＩＡＢＰ、ＰＣＰＳ、補助人工心臓、ＩＣＰ測定、ＥＣＭＯ）

エ　リハビリテーションを実施する上で感染対策が特に必要な感染症並びにそれらの疑似症患者とは、「Ａ２０９」特定感染症入院医療管理加算の対象となる感染症、感染症法第６条第３項に規定する二類感染症及び同法同条第７項に規定する新型インフルエンザ等感染症の患者及び当該感染症を疑うもの。ただし、疑似症患者については初日に限り算定する。なお、「注４」に規定する加算を算定するに当たって、当該患者に対して「Ａ２０９」特定感染症入院医療管理加算を算定している必要はない。

(12)　「注４」に規定する急性期リハビリテーション加算を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に、算定の根拠となった要件（前項に掲げるアからエまでのいずれか）を日毎に記載すること。

Ｈ００１　脳血管疾患等リハビリテーション料

（１）　脳血管疾患等リハビリテーション料は、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（支）局長に届出を行った保険医療機関において算定するものであり、基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合又は言語聴覚機能に障害を持つ患者に対して言語機能若しくは聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第２章特掲診療料第９部処置の項により算定する。

（２）　脳血管疾患等リハビリテーション料の対象となる患者は、特掲診療料の施設基準等別表第九の五に掲げる患者であって、以下のいずれかに該当するものをいい、医師が脳血管疾患等リハビリテーションが必要であると認めるものである。

ア　急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者とは、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症（低酸素脳症等）、髄膜炎等のものをいう。

イ　急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者とは、脳膿瘍、脊髄損傷、脊髄腫瘍、脳腫瘍摘出術などの開頭術後、てんかん重積発作等のものをいう。

ウ　神経疾患とは、多発性神経炎（ギランバレー症候群等）、多発性硬化症、末梢神経障害（顔面神経麻痺等）等をいう。

エ　慢性の神経筋疾患とは、パーキンソン病、脊髄小脳変性症、運動ニューロン疾患（筋萎縮性側索硬化症）、遺伝性運動感覚ニューロパチー、末梢神経障害、皮膚筋炎、多発性筋炎等をいう。

オ　失語症、失認及び失行症、高次脳機能障害の患者

カ　難聴や人工内耳植込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者とは、音声障害、構音障害、言語発達障害、難聴に伴う聴覚・言語機能の障害又は人工内耳植込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を持つ患者をいう。

キ　顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者

ク　舌悪性腫瘍等の手術による構音障害を有する患者

ケ　リハビリテーションを要する状態であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作

能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものとは、脳性麻痺等に伴う先天性の発達障害等の患者であって、治療開始時のＦＩＭ115 以下、ＢＩ85 以下の状態等のものをいう。

（３） 脳血管疾患等リハビリテーション料の所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。

（４） 脳血管疾患等リハビリテーション料は、医師の指導監督の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の監視下に行われたものについて算定する。また専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

（５） 脳血管疾患等リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、１人の従事者が１人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が１対１で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者１人につき１日 18 単位を標準とし、週 108 単位までとする。ただし、１日 24 単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合にあって、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間 20 分を１単位とみなした上で計算するものとする。

（６） 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)の届出を行った保険医療機関（専従する常勤の理学療法士が２人以上勤務しているものに限る。）又は脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)の届出を行った保険医療機関（専従する常勤の理学療法士が勤務している場合に限る。）において、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって、(１)から(５)までのいずれにも該当する場合に限り、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)の所定点数を算定できる。

（７） 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)又は(Ⅲ)を届け出ている施設で、看護師、あん摩マッサージ指圧師等、理学療法士以外の従事者が理学療法を行う場合については、理学療法士は医師の指導監督の下に訓練を受ける患者の運動機能訓練の内容等を的確に把握すること。

（８） 理学療法士又は作業療法士等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。

（９） 「注１」に規定する標準的算定日数は、発症、手術又は急性増悪の日が明確な場合はその日から 180 日以内、それ以外の場合は最初に当該疾患の診断がされた日から 180 日以内とする。

（10） 標準的算定日数を超えた患者の取扱いについては、「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリ

テーション料の（７）の例による。

(11)　「注２」に規定する早期リハビリテーション加算は、当該施設における脳血管疾患等に対する発症、手術又は急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（「Ａ２４６」注４の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）に対して１単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、入院中の患者については、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の五第三、四、六及び七号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注２」に規定する加算は算定できない。

(12)　「注３」に規定する初期加算は、当該施設における脳血管疾患等に対する発症、手術又は急性増悪後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、「注２」に規定する加算とは別に算定することができる。また、当該加算の対象患者は、入院中の患者又は入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって、当該保険医療機関を退院したもの又は他の保険医療機関を退院したもの（「Ａ２４６」注４の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る。）に限る。）である。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の五第三、四、六及び七号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注３」に規定する加算は算定できない。

(13)　入院中の患者以外の患者（脳卒中の患者であって他の保険医療機関を退院したものに限る。）が「注２」又は「注３」に規定する加算を算定する場合にあっては、「Ａ２４６」注４の地域連携診療計画加算の算定患者である旨を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(14)　「注４」に規定する急性期リハビリテーション加算は、当該施設における脳血管疾患等に対する発症、手術又は急性増悪後、重症患者に対するより早期からの急性期リハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注２」及び「注３」に規定する加算とは別に算定することができる。なお、特掲診療料の施設基準等別表第九の五第三、四、六及び七号に掲げる患者については、手術を実施したもの及び急性増悪したものを除き、「注４」に規定する加算は算定できない。

(15)　「注４」に規定する急性期リハビリテーション加算の対象患者と診療報酬明細書の摘要欄への記載については、「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料の（11）及び（12）の例によること。

(16)　「注５」及び「注６」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが 13 単位以下であること。

(19)　要介護認定を申請中の者又は介護保険法第 62 条に規定する要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、３月以内に作成したリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供すること。利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等とは、

当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等をいう。なお、この場合において、当該患者が、直近３月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。

(20)　脳血管疾患等リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、当該他の保険医療機関に対して、３月以内に作成したリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供すること。なお、この場合において、当該患者が、直近３月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。

Ｈ００１－２　廃用症候群リハビリテーション料

（１）　廃用症候群リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める基準に適合している保険医療機関において算定するものであり、基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせて個々の症例に応じて行った場合に算定する。なお、マッサージや温熱療法などの物理療法のみを行った場合には第２章特掲診療料第９部処置の項により算定する。

（２）　廃用症候群リハビリテーション料の対象となる患者は、急性疾患等に伴う安静（治療の有無を問わない。）による廃用症候群であって、一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているものであること。「一定程度以上の基本動作能力、応用動作能力、言語聴覚能力及び日常生活能力の低下を来しているもの」とは、治療開始時において、ＦＩＭ115 以下、ＢＩ85 以下の状態等のものをいう。「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料、「Ｈ００２」運動器リハビリテーション料、「Ｈ００３」呼吸器リハビリテーション料、「Ｈ００７」障害児（者）リハビリテーション料又は「Ｈ００７－２」がん患者リハビリテーション料の対象となる患者が廃用症候群を合併している場合、廃用症候群に関連する症状に対してリハビリテーションを行った場合は、廃用症候群リハビリテーション料により算定する。

（３）　廃用症候群リハビリテーション料の所定点数には、徒手筋力検査及びその他のリハビリテーションに付随する諸検査が含まれる。

（４）　廃用症候群リハビリテーション料は、医師の指導監督の下、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の監視下に行われたものについて算定する。また、専任の医師が、直接訓練を実施した場合にあっても、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が実施した場合と同様に算定できる。

（５）　廃用症候群リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションは、１人の従事者が１人の患者に対して重点的に個別的訓練を行う必要があると認められる場合であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と患者が１対１で行うものとする。

なお、当該リハビリテーションの実施単位数は、従事者１人につき１日 18 単位を標準とし、週 108 単位までとする。ただし、１日 24 単位を上限とする。また、当該実施単位数は、他の疾患別リハビリテーション及び集団コミュニケーション療法の実施単位数を合わせた単位数であること。この場合にあって、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを

実施する場合には、実際に心大血管疾患リハビリテーションに従事した時間 20 分を１単位とみなした上で計算するものとする。

（６） 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）の届出を行った保険医療機関（専従する常勤の理学療法士が２人以上勤務しているものに限る。）又は廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）の届出を行った保険医療機関（専従する常勤の理学療法士が勤務している場合に限る。）において、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士以外に、運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了しているあん摩マッサージ指圧師等の従事者が訓練を行った場合については、当該療法を実施するに当たり、医師又は理学療法士が事前に指示を行い、かつ事後に当該療法に係る報告を受ける場合であって、（１）から（５）までのいずれにも該当する場合に限り、廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）の所定点数を算定できる。

（７） 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）又は（Ⅲ）を届け出ている施設で、看護師、あん摩マッサージ指圧師等、理学療法士以外の従事者が理学療法を行う場合については、理学療法士は医師の指導監督の下に訓練を受ける患者の運動機能訓練の内容等を的確に把握すること。

（８） 理学療法士又は作業療法士等が、車椅子上での姿勢保持が困難なために食事摂取等の日常生活動作の能力の低下を来した患者に対し、いわゆるシーティングとして、車椅子や座位保持装置上の適切な姿勢保持や褥瘡予防のため、患者の体幹機能や座位保持機能を評価した上で体圧分散やサポートのためのクッションや付属品の選定や調整を行った場合にも算定できる。ただし、単なる離床目的で車椅子上での座位をとらせる場合は算定できない。

（９） 標準的算定日数を超えた患者の取扱いについては、「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料の（７）の例による。

(10) 廃用症候群リハビリテーション料を算定する場合は、廃用症候群に係る評価表（別紙様式 22）を用いて、月ごとに評価し、診療報酬明細書に添付する又は同様の情報を摘要欄に記載するとともに、その写しを診療録に添付すること。

(11) 「注２」に規定する早期リハビリテーション加算は、当該施設における急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群に係る急性増悪後早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して１単位以上の個別療法を行った場合に算定できる。また、訓練室以外の病棟（ベッドサイドを含む。）で実施した場合においても算定することができる。

(12) 「注３」に規定する初期加算は、当該施設における急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群に係る急性増悪後、より早期からのリハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注２」に規定する加算とは別に算定することができる。

(13) 「注４」に規定する急性期リハビリテーション加算は、当該施設における急性疾患等の発症、手術若しくは急性増悪又は廃用症候群に係る急性増悪後、重症患者に対するより早期からの急性期リハビリテーションの実施について評価したものであり、入院中の患者に対して「注２」及び「注３」に規定する加算とは別に算定することができる。

(14) 「注４」に規定する急性期リハビリテーション加算の対象患者と診療報酬明細書の摘要欄への記載については、「Ｈ０００」心大血管疾患リハビリテーション料の（11）

及び（12）の例によること。

(15)　「注５」及び「注６」に掲げる標準的算定日数を超えてリハビリテーションを継続する患者について、月の途中で標準的算定日数を超える場合においては、当該月における標準的算定日数を超えた日以降に実施された疾患別リハビリテーションが 13 単位以下であること。

(18)　要介護認定を申請中の者又は介護保険法第 62 条に規定する要介護被保険者等であって、介護保険によるリハビリテーションへの移行を予定しているものについて、当該患者の同意が得られた場合に、利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等に対して、３月以内に作成したリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供すること。利用を予定している指定通所リハビリテーション事業所等とは、当該患者、患者の家族等又は当該患者のケアマネジメントを担当する介護支援専門員を通じ、当該患者の利用の意向が確認できた指定通所リハビリテーション事業所等をいう。なお、この場合において、当該患者が、直近３月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。

(19)　廃用症候群リハビリテーションを実施した患者であって、転医や転院に伴い他の保険医療機関でリハビリテーションが継続される予定であるものについて、当該患者の同意が得られた場合、当該他の保険医療機関に対して、３月以内に作成したリハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書等を文書により提供すること。なお、この場合において、当該患者が、直近３月以内に目標設定等支援・管理料を算定している場合には、目標設定等支援・管理シートも併せて提供すること。

Ｈ００４　摂食機能療法

（２）　摂食機能療法の実施に当たっては、摂食機能療法に係る計画を作成し、医師は定期的な摂食機能検査をもとに、その効果判定を行う必要がある。なお、治療開始日並びに毎回の訓練内容、訓練の開始時間及び終了時間を診療録等に記載すること。

（３）　摂食機能療法を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に疾患名及び当該疾患に係る摂食機能療法の治療開始日を記載すること。

（６）　当該患者の転院時又は退院時には、患者又はその家族等に対して、嚥下機能の状態の説明並びに誤嚥予防のための食事内容及び摂食方法の指導を行うとともに、転院後又は退院後の摂食機能療法を担う他の保険医療機関等の医師及びその他の職種に対して、患者の嚥下機能の状態並びに患者又はその家族等への説明及び指導の内容について情報提供を行うこと。

（８）　「注３」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算は、以下のアからウまでの要件をいずれも満たす場合に算定する。

ア　摂食嚥下支援チーム等による対応を開始する際には、当該患者の診療を担う医師、看護師等と共同の上、当該チーム等により、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果に基づいて摂食嚥下支援計画書を作成すること。なお、すでに摂食機能療法を実施中であり、当該計画書が作成されている場合には、当該チーム等により見直しを行うこととしても差し支えない。当該計画書について、その内容を患者又はその家族等に説明の上交付するとともに、その写しを診療録等に添付すること。

イ　アを実施した患者について、月に１回以上、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実

施すること。当該検査結果等を踏まえて、摂食嚥下支援チーム等により、摂食嚥下支援計画書等の見直しに係るカンファレンスを週に１回以上行うこと。

ウ　摂食嚥下支援チームは、カンファレンスの結果に基づき、摂食嚥下支援計画書の見直し、嚥下調整食の見直し（嚥下機能の観点から適切と考えられる食事形態に見直すことや量の調整を行うことを含む。）及び摂食方法の調整や口腔管理等の見直しを行い、患者又はその家族等への指導管理を行うこと。カンファレンスの結果を踏まえて計画書等の見直しを行った際には、見直しの要点を診療録等に記載する又は計画書の写しを診療録等に添付すること。

（９）　「注３」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算を算定する場合は、当該患者の摂食機能療法の効果や進捗状況、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影の結果及びカンファレンスの概要を診療録等に記載又は添付すること。また、内視鏡下嚥下機能検査又は嚥下造影を実施した日付及びカンファレンスを実施した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(10)　「注３」に掲げる摂食嚥下機能回復体制加算を算定するに当たっては、ＦＩＭ及びＦＯＩＳ（function Oral Intake Scale）を測定すること。

Ｈ００７　障害児（者）リハビリテーション料

（１）　障害児（者）リハビリテーション料は、別に厚生労働大臣が定める障害児（者）リハビリテーション料の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関である次に掲げるいずれかの施設で行った場合に算定する。

ア　児童福祉法第 42 条第２号に規定する医療型障害児入所施設（主として肢体不自由のある児童又は重症心身障害児（同法第７条第２項に規定する重症心身障害児をいう。）を入所させるものに限る。）

イ　児童福祉法第６条の２の２に規定する指定発達支援医療機関

ウ　当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している外来患者のうち、概ね８割以上が特掲診療料の施設基準等別表第十の二に該当する患者（ただし加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病の者を除く。）である保険医療機関

（２）　障害児（者）リハビリテーション料は、（１）に掲げる施設の入所者、入院患者、通園者又は通院患者のうち、以下の患者（医師がリハビリテーションが必要と認めた患者に限る。）に対して、個々の症例に応じてリハビリテーションを行った場合に算定する。

ア　脳性麻痺の患者

イ　胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害の患者（脳形成不全、小頭症、水頭症、奇形症候症、二分脊椎等の患者を含む。）

ウ　顎・口腔の先天異常の患者

エ　先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者（先天性切断、先天性多発性関節拘縮症等の患者を含む。）

オ　先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症の患者

カ　先天性又は進行性の神経筋疾患の患者（脊髄小脳変性症、シャルコーマリートゥース病、進行性筋ジストロフィー症等の患者を含む。）

キ　神経障害による麻痺及び後遺症の患者（低酸素性脳症、頭部外傷、溺水、脳炎・脳症・髄膜炎、脊髄損傷、脳脊髄腫瘍、腕神経叢損傷・坐骨神経損傷等回復に長期間を要する神経疾患等の患者を含む。）

ク　言語障害、聴覚障害、認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者（広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害等の患者を含む。）

（３）　障害児（者）リハビリテーションの実施に当たっては、医師は定期的な運動機能検査等をもとに、その効果判定を行い、リハビリテーション実施計画を作成する必要がある。なお、障害児（者）リハビリテーションを実施するに当たっては、開始時及びその後３か月に１回以上、患者又はその家族に対して実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載又は添付する。

（４）　障害児（者）リハビリテーション料を算定する場合は、同一の保険医療機関において、疾患別リハビリテーション料及び「Ｈ００７－２」がん患者リハビリテーション料は別に算定できない。ただし、障害児（者）リハビリテーションについては、その特殊性を勘案し、疾患別リハビリテーション料又は「Ｈ００７－２」がん患者リハビリテーション料を算定している保険医療機関とは別の保険医療機関で算定することは可能である。

Ｈ００８　集団コミュニケーション療法料

（１）　集団コミュニケーション療法料は、別に厚生労働大臣が定める「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料又は「Ｈ００７」障害児（者）リハビリテーション料の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届出を行った保険医療機関であって、当該施設において医師又は医師の指導監督の下で言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行った場合に算定できる。

（２）　集団コミュニケーション療法料の算定対象となるのは、「Ｈ００１」脳血管疾患等リハビリテーション料、「Ｈ００１－２」廃用症候群リハビリテーション料又は「Ｈ００７」障害児（者）リハビリテーション料を算定する患者のうち、１人の言語聴覚士が複数の患者に対して訓練を行うことができる程度の症状の患者であって、特に集団で行う言語聴覚療法である集団コミュニケーション療法が有効であると期待できる患者である。

（３）　集団コミュニケーション療法の実施単位数は言語聴覚士１人当たり１日のべ 54 単位を限度とする。また、集団コミュニケーション療法と脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション又は障害児（者）リハビリテーションを併せて行っている従事者については、実施するリハビリテーションの単位数が、集団コミュニケーション療法３単位を疾患別リハビリテーション１単位とみなした上で、１日に概ね 18 単位、週に 108 単位を超えないものとする。

（４）　集団コミュニケーション療法の実施に当たっては、医師は定期的な言語聴覚機能能力に係る検査をもとに効果判定を行い、集団コミュニケーション療法の実施計画を作成する必要がある。なお、集団コミュニケーション療法を実施する場合は開始時及びその後３か月に１回以上、患者又はその家族に対して当該集団コミュニケーション療法の実施計画の内容を説明し、その要点を診療録に記載又は添付する。

第９部　処置

＜通則＞

４　「通則５」の入院中の患者以外の患者に対する処置の休日加算１、時間外加算１又は深夜加算１（以下「時間外等加算１」という。）は、次のア又はイの場合であって、所定点数が 1,000 点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できる。

ア　「Ａ０００」の注７、「Ａ００１」の注５、「Ａ００２」の注８に規定する加算を算定す

る初診又は再診に引き続き行われた場合。ただし、「Ａ０００」の注９又は「Ａ００１」の注７に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた場合は対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても、当該加算は算定できる。

イ　初診又は再診に引き続いて、緊急処置に必要不可欠な検査等を行った後、速やかに緊急処置（休日に行うもの又はその開始時間が診療時間以外の時間若しくは深夜であるものに限る。）を開始した場合であって、当該初診又は再診から処置の開始時間までの間が８時間以内である場合（当該処置の開始時間が入院手続きの後の場合を含む。）

５　「通則５」の休日加算２、時間外加算２又は深夜加算２は、「Ａ０００」の注７、「Ａ００１」の注５、「Ａ００２」の注８に規定する加算を算定する初診又は再診に引き続き行われた所定点数が150点以上の緊急処置の場合についてのみ算定できるものであり、「Ａ０００」の注９又は「Ａ００１」の注７に規定する夜間・早朝等加算を算定する初診若しくは再診に引き続き行われた場合又は入院中の患者に対して行われた場合については対象とならない。なお、当該処置の開始時間が入院手続の後であっても当該加算は算定できる。

６　通則５の入院中の患者に対する処置の休日加算１又は深夜加算１は、病状の急変により、休日に緊急処置を行った場合又は開始時間が深夜である緊急処置を行った場合であって、所定点数が1,000点以上の緊急処置を行った場合に算定できる。

７　通則５の時間外等加算１は、当該加算を算定するものとして、地方厚生（支）局長に届出を行っている診療科において処置を実施した場合に限り算定できる。

８　処置の開始時間とは、患者に対し直接施療した時とする。なお、処置料において「１日につき」とあるものは午前０時より午後 12 時までのことであり、午前０時前に処置を開始し、午前０時以降に処置が終了した場合には、処置を行った初日のみ時間外加算等を算定し、午前０時以降の２日目については算定できない。

９　処置が保険医療機関又は保険医の都合により時間外となった場合は、時間外加算等は算定できない。

10　時間外加算等に係る「所定点数」とは、第１節処置料に掲げられた点数及び各注による加算（プラスチックギプス加算及びギプスに係る乳幼児加算を含む。）を合計した点数であり、第２節から第４節までの費用は含まない。

11　４から 10 までに規定するほか、時間外加算等の取扱いについては、初診料における場合と同様である。

＜処置料＞

（一般処置）

Ｊ０００　創傷処置

（１）　創傷処置、「Ｊ００１」熱傷処置、「Ｊ００１－４」重度褥瘡処置及び「Ｊ０５３」皮膚科軟膏処置の各号に示す範囲とは、包帯等で被覆すべき創傷面の広さ又は軟膏処置を行うべき広さをいう。

（２）　同一疾病又はこれに起因する病変に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置又は湿布処置が行われた場合は、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さを、いずれかの処置に係る区分に照らして算定するものとし、併せて算定できない。

（３）　同一部位に対して創傷処置、皮膚科軟膏処置、面皰圧出法又は湿布処置が行われた場合はいずれか１つのみにより算定し、併せて算定できない。

（４）　「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置指導管理料、「Ｃ１１２」在宅気管切開患者指導管理料又は「Ｃ１１２－２」在宅喉頭摘出患者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、薬剤料又は特定保険医療材料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、創傷処置（熱傷に対するものを除く。）、爪甲除去（麻酔を要しないもの）及び穿刺排膿後薬液注入の費用は算定できない。

（５）　手術後の患者に対する創傷処置は、その回数にかかわらず、１日につき所定点数のみにより算定する。

（６）　複数の部位の手術後の創傷処置については、それぞれの部位の処置面積を合算し、その合算した広さに該当する点数により算定する。

（７）　中心静脈圧測定、静脈内注射、点滴注射、中心静脈注射及び植込型カテーテルによる中心静脈注射に係る穿刺部位のガーゼ交換等の処置料及び材料料は、別に算定できない。

（８）　軟膏の塗布又は湿布の貼付のみの処置では算定できない。

Ｊ０２４　酸素吸入、Ｊ０２４－２　突発性難聴に対する酸素療法

（１）　間歇的陽圧吸入法、鼻マスク式補助換気法、体外式陰圧人工呼吸器治療、ハイフローセラピー、インキュベーター、人工呼吸、持続陽圧呼吸法、間歇的強制呼吸法又は気管内洗浄（気管支ファイバースコピーを使用した場合を含む。）と同一日に行った酸素吸入、突発性難聴に対する酸素療法又は酸素テントの費用は、それぞれの所定点数に含まれており、別に算定できない。

（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、入院中の患者を除く。）については、酸素吸入及び突発性難聴に対する酸素療法の費用は算定できない。

（３）　肺血流増加型先天性心疾患の患者に対して、呼吸循環管理を目的として低濃度酸素吸入を行った場合は、「Ｊ０２４」酸素吸入の所定点数を算定する。

Ｊ０４５　人工呼吸

（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／F_IO_2が 300mmHg 以下又はＰａＣＯ２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) 「注３」に規定する覚醒試験加算は、人工呼吸器を使用している患者の意識状態に係る評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること。

ア 自発覚醒試験を実施できる状態であることを確認すること。

イ 当該患者の意識状態を評価し、自発的に覚醒が得られるか確認すること。その際、必要に応じて、鎮静薬を中止又は減量すること。なお、観察時間は、30 分から４時間程度を目安とする。

ウ 意識状態の評価に当たっては、Richmond Agitation-Sedation Scale(RASS)等の指標を用いること。

エ 評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。

(13) 「注４」に規定する離脱試験加算は、人工呼吸器の離脱のために必要な評価として、以下の全てを実施した場合に算定することができる。なお、実施に当たっては、関係学会が定めるプロトコル等を参考とすること。

ア 自発覚醒試験の結果、自発呼吸試験を実施できる意識状態であることを確認すること。

イ 以下のいずれにも該当すること。

（イ） 原疾患が改善している又は改善傾向にあること。

（ロ） 酸素化が十分であること。

（ハ） 血行動態が安定していること。

（ニ） 十分な吸気努力があること。

（ホ） 異常な呼吸様式ではないこと。

（ヘ） 全身状態が安定していること。

ウ 人工呼吸器の設定を以下のいずれかに変更し、30 分間経過した後、患者の状態を評価すること。

（イ） 吸入酸素濃度（F_IO_2）50%以下、CPAP (PEEP)≦5cmH_2O かつ PS≦5cmH_2O

（ロ）　$F_IO_2$50%以下相当かつＴピース

エ　ウの評価に当たっては、以下の全てを評価すること。

（イ）　酸素化の悪化の有無

（ロ）　血行動態の悪化の有無

（ハ）　異常な呼吸様式及び呼吸回数の増加の有無

オ　ウの評価の結果、異常が認められた場合には、その原因について検討し、対策を講じること。

カ　評価日時及び評価結果について、診療録に記載すること。

Ｊ１２０　鼻腔栄養

（１）　鼻腔栄養は、注入回数の如何を問わず１日につき算定するものである。

（２）　患者が経口摂取不能のため、薬価基準に収載されている高カロリー薬を経鼻経管的に投与した場合は鼻腔栄養の所定点数及び薬剤料を算定し、食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用及び投薬料は別に算定しない。

（３）　患者が経口摂取不能のため、薬価基準に収載されていない流動食を提供した場合は、鼻腔栄養の所定点数及び食事療養に係る費用又は生活療養の食事の提供たる療養に係る費用を算定する。この場合において、当該保険医療機関が入院時食事療養（Ｉ）又は入院時生活療養（Ｉ）の届出を行っているときは入院時食事療養（Ｉ）又は入院時生活療養（Ｉ）の食事の提供たる療養に係る費用を、さらに、特別食の算定要件を満たしているときは特別食の加算をそれぞれ算定する。

（４）　薬価基準に収載されている高カロリー薬及び薬価基準に収載されていない流動食を併せて投与及び提供した場合は、（２）又は（３）のいずれかのみにより算定する。

（５）　胃瘻より流動食を点滴注入した場合は、鼻腔栄養に準じて算定する。

（６）　「Ｃ１０５」在宅成分栄養経管栄養法指導管理料、「Ｃ１０５－２」在宅小児経管栄養法指導管理料、「Ｃ１０５－３」在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料又は「Ｃ１０９」在宅寝たきり患者処置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、薬剤料又は特定保険医療材料料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、鼻腔栄養の費用は算定できない。

Ｊ２０１　酸素加算

（１）　酸素吸入のほか酸素又は窒素を使用した診療に係る酸素又は窒素の価格は、「酸素及び窒素の価格」（平成２年厚生省告示第 41 号）により定められており、その単価（単位　リットル。摂氏 35 度、１気圧における容積とする。）は、次のとおりである。

ア　離島等以外の地域に所在する保険医療機関の場合

液体酸素の単価

定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）に係る酸素の単価	１リットル当たり 0.19 円
可搬式液化酸素容器（ＬＧＣ）に係る酸素の単価	１リットル当たり 0.32 円

酸素ボンベに係る酸素の単価

大型ボンベに係る酸素の単価	１リットル当たり 0.42 円
小型ボンベに係る酸素の単価	１リットル当たり 2.36 円

イ　離島等に所在する保険医療機関の場合

液体酸素の単価

定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）に係る酸素の単価　　１リットル当たり 0.29 円

可搬式液化酸素容器（ＬＧＣ）に係る酸素の単価　　１リットル当たり 0.47 円

酸素ボンベに係る酸素の単価

大型ボンベに係る酸素の単価　　１リットル当たり 0.63 円

小型ボンベに係る酸素の単価　　１リットル当たり 3.15 円

（２）　離島等とは、以下の地域をいう。

ア　離島振興法（昭和 28 年法律第 72 号）第２条第１項の規定により離島振興対策実施地域として指定された離島の地域

イ　奄美群島振興開発特別措置法（昭和 29 年法律第 189 号）第１条に規定する奄美群島の地域

ウ　小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和 44 年法律第 79 号）第４条第１項に規定する小笠原諸島の地域

エ　沖縄振興特別措置法（平成 14 年法律第 14 号）第３条第３号に規定する離島

オ　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）第２条第１項に規定する過疎地域

カ　豪雪地帯対策特別措置法（昭和 37 年法律第 73 号）第２条第２項の規定により特別豪雪地帯として指定された地域

（３）　定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）とは、医療機関の敷地内に設置されており、通常気体酸素容量が 200 万Ｌから 1,500 万Ｌまでのものをいい、可搬式液化酸素容器（ＬＧＣ）とは、気体酸素容量が 13.3 万Ｌ又は 37.6 万Ｌのものをいい、大型ボンベとは、ボンベ１本当たり通常 7,000Ｌ又は 6,000Ｌ用のボンベをいい 3,000L を超えるもの、小型ボンベとは、ボンベ１本当たり通常 1,500Ｌ又は 500Ｌ用のボンベをいい 3,000L 以下のものをいう。

（４）　酸素の価格については、次の算式により算出した値の１円未満を四捨五入して得た額とする。

酸素の価格（単位　円）　＝　酸素の単価（単位　円）×当該患者に使用した酸素の容積（単位　リットル）×　補正率

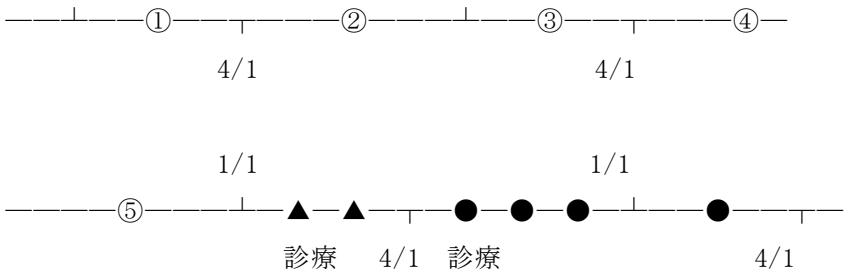
（５）　（１）の規定にかかわらず、（１）に規定する区分ごとに次の算式により、保険医療機関ごとに算出される酸素の購入単価が（１）に規定する単価に満たない場合には、４月１日から３月３１日までの１年間の診療については、この酸素の購入単価を用いて算出した酸素の購入価格によって請求するものとする。

酸素の購入価格（単位　円）　＝　酸素の購入単価（単位　円）×当該患者に使用した酸素の容積（単位　リットル）×補正率

酸素の購入単価（単位　円）＝ $\dfrac{\text{当該年度の前年の１月から 12 月までの間に当該保険医療機関が購入した酸素の対価}}{\text{当該購入した酸素の容積（単位　リットル。35℃１気圧で換算）}}$

なお、酸素の購入時期と請求時期との関係を以下に明示する。

1/1　　1/1



●の診療に係る請求

③、④及び⑤の購入実績により算出した酸素の購入単価による。

▲の診療に係る請求

①及び②の購入実績により算出した酸素の購入単価による。

（６）（４）及び（５）の算式の場合において、「当該患者に使用した酸素の容積」とは、患者に使用する際の状態の温度及び気圧において測定された酸素の容積をいうものであり、一定の温度又は気圧に換算する必要はない。

また、補正率 1.3 は、購入時と使用時の気体の状態の違いに由来する容積差等を勘案の上設定したものである。

（７）新規に保険医療機関の指定を受けた場合及び（１）に規定する区分を追加又は変更した場合であって、当該診療に係る年度の前年の１月から 12 月までの１年間において酸素の購入実績がない場合にあっては、当年度の３月までの間は、次に定めるところによって酸素の購入単価を算出するものとする。その場合において購入単価が（１）に規定する単価を超える場合は、（１）の購入単価とする。

ア　当該診療月前に酸素を購入した実績がある場合（当該年度内に新規に指定され購入又は区分の追加若しくは変更（大型ボンベを廃止し、ＣＥに変更等）を行った場合に限る。）にあっては、購入した酸素（保険医療機関の指定を受けた日前に購入したものを含む。）の対価を当該購入した酸素の摂氏 35 度、１気圧における容積（単位　リットル）で除して得た額の 0.01 円未満の端数を四捨五入した額を酸素の購入単価とする。

イ　アにより算出した場合の購入単価について、当年度の３月までの間については、当該診療月前に購入した全ての酸素（保険医療機関の指定を受けた日前に購入したものを含む。）の対価を当該購入した酸素の摂氏 35 度、１気圧における容積（単位　リットル）で除して得た額の 0.01 円未満の端数を四捨五入した額を酸素の購入単価とする。

（８）（５）並びに（７）のア及びイの関係は、当該年度（診療日の属する年度）に係る購入単価は、原則、前年の１月から 12 月までの購入実績に基づき算出した単価とするものであるが、年度の途中において新規又は区分の変更を行った年度に限り当該年度内の購入実績に基づき購入単価とするものである。従って、翌年度の４月１日からは、（５）により算出した購入単価によることとなる。

（９）離島等における特別の事情とは、酸素の搬入において船舶による搬入時間が、多くの時間を要する場合や酸素製造工場又は医療用酸素充填所から著しく遠距離であるため通常の価格では購入が困難な場合等を考慮したものであり、当該事情があると認められた場合には、（１）の規定にかかわらず、（１）に規定する区分ごとに（５）に規定する算式により、保険医療機関ごとに算出される酸素の購入単価が（１）に規定する単価を超える場合は、４月１日から３月 31 日までの１年間の診療については、この酸素の購入単価を用いて算出した酸素の購入

価格によって請求するものとする。なお、この場合、前年度の購入単価を超えることはできないものとする。ただし、大型ボンベにあっては、6,000L 以上、小型ボンベにあっては、500 L 以上に限る。

(10)　離島等における特別の事情がある場合は、その理由を記載した書面を地方厚生（支）局長に届け出るものとする。

(11)　保険医療機関は、当該年の４月１日以降の診療に係る費用の請求に当たって用いる酸素の単価並びにその算出の基礎となった前年の１月から 12 月までの間に当該保険医療機関が購入した酸素の対価及び当該購入した酸素の容積を別紙様式 25 により、当該年の２月 15 日までに地方厚生（支）局長に届け出るものとする。ただし、（７）のア又はイの方法によって酸素の購入単価を算出している場合にあっては、随時（当該年度内において算出した購入単価に 30 %を超える変動があった場合を含む。）地方厚生（支）局長に届け出るものとする。

(12)　地方厚生（支）局においては、届出を受けた購入単価について、審査支払機関に対し通知するとともに、保険者に対し通知し、情報提供を行うこと。

(13)　窒素の価格は、液化窒素、ボンベ等の窒素の形態にかかわらず、窒素の単価に当該患者に使用した窒素の容積を乗じた値とする。なお、窒素の単価は１リットル当たり 0.12 円である。

(14)　酸素を動力源とする閉鎖循環式麻酔装置、高気圧酸素治療装置等を利用して、人工呼吸、酸素吸入、高気圧酸素治療等を行った場合、動力源として消費される酸素の費用は算定できない。また、動力源として消費される窒素の費用も算定できない。

(15)　酸素と窒素を用いて空気と類似した組成の気体を作成し酸素吸入等に用いた場合、酸素及び窒素の費用は算定できない。

第 10 部　手術

＜通則＞

12　「通則 12」の入院中の患者以外の患者に対する手術の休日加算１及び２、時間外加算１及び２又は深夜加算１及び２は、次の場合に算定できる。ただし、手術が保険医療機関又は保険医の都合により休日、時間外又は深夜に行われた場合には算定できない。

（１）　休日加算、時間外加算又は深夜加算が算定できる初診又は再診に引き続き行われた緊急手術の場合

（２）　初診又は再診から手術までの間に、手術に必要不可欠な検査等を行い、かつ、当該検査等の終了後に手術（休日に行うもの又はその開始時間（執刀した時間をいう。）が診療時間以外の時間若しくは深夜であるものに限る。）を開始した場合であって、当該初診又は再診から手術の開始時間までの間が８時間以内である場合（当該手術の開始時間が入院手続きの後の場合を含む。）

13　「通則 12」の入院中の患者に対する手術の休日加算１及び２又は深夜加算１及び２は、病状の急変等により、休日に緊急手術を行った場合又は開始時間が深夜である緊急手術を行った場合に算定できる。

ただし、手術が保険医療機関又は保険医の都合により休日又は深夜に行われた場合には算定できない。

15　「通則 12」の休日加算１、時間外加算１又は深夜加算１（以下「時間外等加算１」という。）は、当該加算を算定するものとして、地方厚生（支）局長に届出を行っている診療科において

手術を実施した場合に限り 算定できる。

16　「通則 12」の時間外等加算１を算定する場合は、手術を実施した診療科、初診又は再診の日時（入院中の患者以外の患者に手術を実施した場合に限る。）及び手術を開始した日時を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

18　同一手術野又は同一病巣における算定方法

（１）　「通則 14」の「同一手術野又は同一病巣」とは、原則として、同一皮切により行い得る範囲をいい、具体的には、次のような手術の組み合わせが行われる範囲をいう。この場合においては、「主たる手術」の所定点数のみを算定する。なお、「主たる手術」とは、所定点数及び注による加算点数を合算した点数の高い手術をいう。

ア　肺切除術の際に併施する簡単な肺剥皮術

イ　虫垂切除術と盲腸縫縮術

ウ　子宮附属器腫瘍摘出術と卵管結紮術

（３）　同一手術野又は同一病巣であっても、「複数手術に係る費用の特例（平成 30 年厚生労働省告示第 72 号）」に規定するものについては、主たる手術の所定点数に、従たる手術（１つに限る。）の所定点数の 100 分の 50 に相当する額を加えた点数により算定する。なお、具体的な取扱いについては、別途通知する。

（８）　悪性腫瘍に対する手術において、「Ｋ４６９」頸部郭清術（ネックディセクション）及び「Ｋ６２７」リンパ節群郭清術の「２」は所定点数に含まれ、特に規定する場合を除き、別に算定できない。

26　周術期栄養管理実施加算

（１）　「通則 20」の周術期栄養管理実施加算は、専任の管理栄養士が医師と連携し、周術期の患者の日々変化する栄養状態を把握した上で、術前・術後の栄養管理を適切に実施した場合に算定する。なお、術前の栄養管理を実施している場合、手術中に患者が死亡し、術後の栄養管理が実施できなかった場合であっても算定可能であり、当該加算は、一連の入院期間中に実施された手術のうち主たるものについて、１回に限り算定すること。

（２）　術前・術後の栄養管理を実施する際には、日本臨床栄養代謝学会の「静脈経腸栄養ガイドライン」又は ESPEN の「ESPEN Guideline：Clinical nutrition in surgery」等を参考とし、以下の項目を含めること。なお、必要に応じて入院前からの取組を実施すること。

ア　栄養スクリーニング

イ　栄養アセスメント

ウ　周術期における栄養管理の計画を作成

エ　栄養管理の実施

オ　モニタリング

カ　再評価及び必要に応じて直接的な指導、計画の見直し

（３）　（２）を実施する場合には、院内の周術期の栄養管理に精通した医師と連携していることが望ましい。

（４）　「Ａ２３３－２」栄養サポートチーム加算及び「Ｂ００１」の「10」入院栄養食事指導料は、別に算定できる。 ただし、当該加算を算定する患者が、特定集中治療室管理料等を算定する治療室に入室した場合、早期栄養介入管理加算は算定できない。

第１節　手術料

第１款　皮膚・皮下組織

Ｋ００７　皮膚悪性腫瘍切除術

（１）　皮膚悪性腫瘍切除術を行った場合において、リンパ節の郭清を伴う場合は「１」により算定し、病巣部のみを切除した場合は「２」により算定する。

（２）　「注」に規定する皮膚悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算については、以下の要件に留意し算定すること。

ア　触診及び画像診断の結果、遠隔転移が認められない悪性黒色腫、メルケル細胞癌、乳房外パジェット病又は長径２ｃｍを超える有棘細胞癌であって、臨床的に所属リンパ節の腫大が確認されていない場合にのみ算定する。

イ　センチネルリンパ節生検に伴う放射性同位元素の薬剤料は、「Ｋ９４０」薬剤により算定する。

ウ　放射性同位元素の検出に要する費用は、「Ｅ１００」シンチグラム（画像を伴うもの）の「１」部分（静態）（一連につき）により算定する。

エ　摘出したセンチネルリンパ節の病理診断に係る費用は、第 13 部病理診断の所定点数により算定する。

Ｋ０１４　皮膚移植術（生体・培養）

（１）　皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　生体皮膚を移植する場合においては、皮膚提供者から移植用皮膚を採取することに要する費用（皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は除く。）については、各所定点数により算出し、皮膚移植術（生体・培養）の所定点数に加算する。

（３）　皮膚移植を行った保険医療機関と皮膚移植に用いる移植用皮膚を採取した保険医療機関とが異なる場合の診療報酬の請求については、皮膚移植を行った保険医療機関で行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。なお、請求に当たっては、皮膚移植者の診療報酬明細書の摘要欄に皮膚提供者の療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。

（４）　皮膚を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定する。

（５）　自家培養表皮移植の実施に際して、自家培養表皮用皮膚採取のみに終わり、皮膚移植術に至らない場合については、「Ｋ０００」創傷処理又は「Ｋ０００－２」小児創傷処理（６歳未満）に準じて算定する。

Ｋ０１４－２　皮膚移植術（死体）

（１）　皮膚提供者の皮膚採取料及び組織適合性試験の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

（２）　死体から死体皮膚を採取・保存するために要する全ての費用は、所定点数に含まれ別に請求できない。

（３）　皮膚を移植する場合においては、日本組織移植学会が作成した「ヒト組織を利用する医療行為の安全性確保・保存・使用に関するガイドライン」を遵守している場合に限り算定

する。

第２款　筋骨格系・四肢・体幹

Ｋ０５９　骨移植術（軟骨移植術を含む。）

（６）　移植用骨採取及び骨提供者の組織適合性試験に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

（７）　自家骨又は非生体同種骨（凍結保存された死体骨を含む。）移植に加え、人工骨移植を併せて行った場合は「３」により算定する。ただし、人工骨移植のみを行った場合は算定できない。なお、人工骨の移植部位について、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｋ４４４－２　下顎骨延長術

仮骨延長法を用いて下顎骨を延長・形成する場合に算定する。

第８款　心・脈管

Ｋ６１１　抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル設置

（１）　悪性腫瘍の患者に対し、抗悪性腫瘍剤の局所持続注入又は疼痛の制御を目的として、チューブ又は皮下植込型カテーテルアクセスを設置した場合に算定できる。

（２）　設置するチューブ、体内に植え込むカテーテル及びカテーテルアクセス等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（３）　抗悪性腫瘍剤動脈、静脈又は腹腔内持続注入用植込型カテーテル抜去の際の費用は「Ｋ０００」創傷処理の「１」筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル未満）で算定する。

Ｋ６１８　中心静脈注射用植込型カテーテル設置

（１）　中心静脈注射用の皮下植込型カテーテルアクセスを設置した場合に算定できる。

（２）　長期の栄養管理を目的として、中心静脈注射用植込型カテーテルの設置を行う際には、中心静脈注射用植込型カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項について患者又はその家族等への説明を行うこと。

（３）　長期の栄養管理を目的として、中心静脈注射用植込型カテーテルを設置した後、他の保険医療機関等に患者を紹介する場合は、中心静脈注射用植込型カテーテルによる療養の必要性、管理の方法及び終了の際に要される身体の状態等、療養上必要な事項並びに患者又はその家族等への説明内容等を情報提供すること。

（４）　体内に植え込むカテーテル及びカテーテルアクセス等の材料の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（５）　中心静脈注射用植込型カテーテル抜去の際の費用は「Ｋ０００」創傷処理の「１」筋肉、臓器に達するもの（長径５センチメートル未満）で算定する。

Ｋ６２７　リンパ節群郭清術

独立手術として行った場合にのみ算定できる。悪性腫瘍に対する手術と同時に行うリンパ節郭清の費用は悪性腫瘍に対する手術の所定点数に含まれ、別に算定できない。

第２節　輸血料

Ｋ９２０　輸血

（１）　自家採血輸血、保存血液輸血、自己血輸血及び希釈式自己血輸血の算定に当たっては、200mL を単位とし、200mL 又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。ただし、６歳未

満の患者に対して自己血輸血を行った場合は、体重１kgにつき４mL を単位とし、当該単位又はその端数を増すごとに所定点数を算定する。（２） 自家採血輸血及び保存血液輸血における１回目とは、一連の輸血における最初の 200mL の輸血をいい、２回目とはそれ以外の輸血をいう。

（３） 輸血と補液を同時に行った場合は、輸血の量と、補液の量は別々のものとして算定する。

（４） 自家採血輸血を算定する単位としての血液量は、採血を行った量ではなく、実際に輸血を行った１日当たりの量である。

（５） 自家製造した血液成分製剤を用いた注射の手技料は、原材料として用いた血液の量に従い、「１」により算定する。ただし、この場合の血液の量は 3,000mL を限度とすること。この場合、患者に用いるリンゲル液、糖液等については、「Ｇ１００」薬剤により算定するが、自家製造に要する費用及び製造の過程で用いる薬剤については算定できない。

（６） 同種造血幹細胞移植後の慢性骨髄性白血病の再発、骨髄異形成症候群の再発及びＥＢウイルス感染によるＢ細胞性リンパ球増殖性疾患に対し、造血幹細胞提供者のリンパ球を採取・輸注した場合は、「１」により算定する。またこの際、自家製造したリンパ球を使用した場合には、（５）の規定に基づき、原材料として用いた血液の量に従い算定する。

（７） 保存血液輸血の注入量は、１日における保存血及び血液成分製剤（自家製造したものを除く。）の実際に注入した総量又は原材料として用いた血液の総量のうちいずれか少ない量により算定する。例えば、200mL の血液から製造された 30mL の血液成分製剤については 30mL として算定し、200mL の血液から製造された 230mL の保存血及び血液成分製剤は、200mL として算定する。

（８） 血小板濃厚液の注入は、「２」により算定する。なお、血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結血漿等）は注射の部において取り扱われる。

（９） 自己血貯血は、当該保険医療機関において手術又はヒト骨髄由来間葉系幹細胞の投与を予定している患者から採血を行い、当該血液を保存した場合に算定する。また、ヒト骨髄由来間葉系幹細胞の投与を予定している患者に関しては、「３」自己血貯血の「イ」６歳以上の患者の場合（200mL ごとに）の「（１）」の液状保存の場合により算定する。

（10） 自己血輸血は、当該保険医療機関において手術を行う際に予め貯血しておいた自己血（自己血貯血）を輸血した場合において、手術時及び手術後３日以内に輸血を行ったときに算定できる。

（11） 自己血輸血を算定する単位としての血液量は、採血を行った量ではなく、手術開始後に実際に輸血を行った１日当たりの量である。なお、使用しなかった自己血については、算定できない。

（12） 希釈式自己血輸血は、当該保険医療機関において手術を行う際、麻酔導入後から執刀までの間に自己血の採血を行った後に、採血量に見合った量の代用血漿の輸液を行い、手術時予め採血しておいた自己血を輸血した場合に算定できる。

（13） 希釈式自己血輸血を算定する単位としての血液量は、採血を行った量ではなく、手術開始後に実際に輸血を行った１日当たりの量である。なお、使用しなかった自己血については、算定できない。

（14） 患者への説明

ア 「注１」に規定する説明とは、別紙様式 26 を参考として、文書により輸血の必要性、

副作用、輸血方法及びその他の留意点等について、輸血を行う際に患者本人に対して行うことを原則とするが、医師の説明に対して理解ができないと認められる患者（例えば小児、意識障害者等）については、その家族等に対して説明を行うことが必要である。

イ　アの説明は、当該患者に対する一連の輸血につき１回行うものとする。なお、この場合、「一連」とは、概ね１週間とする。ただし、再生不良性貧血、白血病等の患者の治療において、輸血の反復の必要性が明らかである場合はこの限りでない。

ウ　説明に用いた文書については、患者（医師の説明に対して理解が困難と認められる小児又は意識障害者等にあっては、その家族等）から署名又は押印を得た上で、当該患者に交付するとともに、その文書の写しを診療録に添付することとする。

エ　緊急その他事前に説明を行うことが著しく困難な場合は、事後の説明でも差し支えないものとする。

(15)　輸血に当たっては、「血液製剤の使用指針及び輸血療法の実施に関する指針について」（平成 11 年６月 10 日付け医薬発第 715 号厚生省医薬安全局長通知）及び「血小板製剤の使用適正化の推進について」（平成６年７月 11 日付け薬発第 638 号厚生省薬務局長通知）による、両通知別添（「血液製剤の使用指針」、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血小板製剤の適正使用について」）を遵守するよう努めるものとする。

(16)　「注３」の加算は、第１節に掲げる手術と同日に骨髄内輸血又は血管露出術が行われた場合には、算定できない。

(17)　「注６」の頻回に輸血を行う場合とは、週１回以上、当該月で３週以上にわたり行われるものである。

(18)　「注７」の加算を算定できるＨＬＡ型適合血小板輸血は、白血病又は再生不良性貧血の場合であって、抗ＨＬＡ抗体のために血小板輸血に対して不応状態となり、かつ、強い出血傾向を呈しているものに限る。なお、この場合において、対象となる白血病及び再生不良性貧血の患者の血小板数は概ね、それぞれ２万/mm^3以下及び１万/mm^3以下を標準とする。

(19)　「注８」の血液交叉試験又は間接クームス検査の加算は、自家採血を使用する場合にあっては、供血者ごとに、保存血を使用する場合にあっては、血液バッグ（袋）１バッグごとにそれぞれ算定する。

(20)　「注８」のコンピュータクロスマッチ加算は、(15)に規定する「輸血療法の実施に関する指針」を遵守してコンピュータクロスマッチを実施した場合に算定する。

(21)　「注 10」に規定する「輸血に伴って行った供血者の諸検査」には、ＨＣＶ抗体定性・定量、ＨＩＶ－１抗体、ＨＩＶ－１，２抗体定性、ＨＩＶ－１，２抗体半定量、ＨＩＶ－１，２抗体定量、ＨＩＶ－１，２抗原・抗体同時測定定性、ＨＩＶ－１，２抗原・抗体同時測定定量、ＨＴＬＶ－Ⅰ抗体、不規則抗体等が含まれ、これらの検査に係る費用は別に算定できない。

(22)　自己血を採血する際の採血バッグ並びに輸血する際の輸血用回路及び輸血用針の費用並びに自己血の保存に係る費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。なお、自己血の採血に伴うエリスロポエチンに係る第２章第６部第１節第１款注射実施料については、自己血貯血の所定点数とは別に算定する。

(23)　「注 12」に規定する血小板洗浄術加算は、血液・造血器疾患において、副作用の発生防止を目的として、血小板濃厚液を置換液等で洗浄操作した上で血漿成分を除去し輸血を行

った場合に算定する。

血小板洗浄術の実施に当たっては関係学会の定めるガイドラインを遵守すること。

Ｋ９２０－２　輸血管理料

（１）　輸血管理料は輸血療法の安全かつ適正な実施を推進する観点から、医療機関における輸血管理体制の構築及び輸血の適正な実施について評価を行うものである。

（２）　輸血管理料は、赤血球濃厚液（浮遊液を含む。）、血小板濃厚液若しくは自己血の輸血、又は新鮮凍結血漿若しくはアルブミン製剤の輸注を行った場合に、月１回を限度として算定する。

第３節　手術医療機器等加算

Ｋ９３６－３　微小血管自動縫合器加算

四肢（手、足、指（手、足）を含む。）以外の部位において、「Ｋ０１７」遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）又は「Ｋ０２０」自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）を行う際に、微小静脈の縫合のために微小血管自動縫合器を用いた場合に算定する。なお、この場合において、２個を限度として当該加算点数に微小血管自動縫合器用カートリッジの使用個数を乗じて得た点数を加算するものとする。

Ｋ９３９－９　切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算

（１）　切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算は、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を得ている医療機器を、術後縫合創に対して使用した場合に算定する。

（２）　切開創局所陰圧閉鎖処置機器加算の算定対象となる患者は、「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、次に掲げる患者である。なお、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。

ア　ＢＭＩが 30 以上の肥満症の患者

イ　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

ウ　ステロイド療法を受けている患者

エ　慢性維持透析患者

オ　免疫不全状態にある患者

カ　低栄養状態にある患者

キ　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

ク　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

（３）　（２）以外の患者に対して当該機器を使用した場合は、当該機器に係る費用はそれぞれの手術の所定点数に含まれ、本加算は算定できない。

第 11 部　麻酔

Ｌ００８　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔

(13)　酸素・窒素（注３）

ア　酸素又は窒素の価格は、「酸素及び窒素の価格」の定めるところによる。

イ　酸素及び窒素を動力源とする閉鎖循環式麻酔装置を使用して全身麻酔を施行した場合、動力源として消費される酸素及び窒素の費用は、「注３」の加算として算定できない。

Ｌ００９　麻酔管理料（Ｉ）

（６）　「注５」に規定する周術期薬剤管理加算は、専任の薬剤師が周術期における医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する周術期薬剤管理を病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等（以下この区分において「病棟薬剤師等」という。）と連携して実施した場合に算定する。

（７）　周術期薬剤管理とは、次に掲げるものであること。なお、ア及びイについて、その内容を診療録等に記載すること。

ア　「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について（令和３年９月 30 日医政発 0930 第 16 号）」の３の３）①等に基づき、周術期の薬学的管理等を実施すること。

イ　アについては病棟薬剤師等と連携して実施すること。ウ　時間外、休日及び深夜においても、当直等の薬剤師と連携し、安全な周術期薬剤管理が提供できる体制を整備していること。

また、病棟薬剤師等と連携した周術期薬剤管理の実施に当たっては、「根拠に基づいた周術期患者への薬学的管理ならびに手術室における薬剤師業務のチェックリスト」（日本病院薬剤師会）等を参考にすること。

第 12 部　放射線治療

＜通則＞

１　放射線治療に係る費用は、第１節放射線治療管理・実施料及び第２節特定保険医療材料料（厚生労働大臣が定める保険医療材料のうち放射線治療に当たり使用したものの費用に限る。）に掲げる所定点数を合算した点数によって算定する。

２　第１節に掲げられていない放射線治療のうち、簡単なものの費用は算定できないものであるが、特殊なものの費用は、その都度当局に内議し、最も近似する放射線治療として準用が通知された算定方法により算定する。

３　小児放射線治療加算は、各区分の注に掲げる加算については加算の対象とならない。

第１節　放射線治療管理・実施料

Ｍ０００　放射線治療管理料

（１）　放射線治療管理料は、「Ｍ００１」体外照射又は「Ｍ００４」密封小線源治療の「１」に掲げる外部照射、「２」に掲げる腔内照射若しくは「３」に掲げる組織内照射による治療を行うに際して、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画（三次元線量分布図を用いるものを含む。以下同じ。）により放射線照射を行った場合に、分布図の作成１回につき１回、所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程において２回に限り算定する。ただし、子宮頸癌に対して行う場合は、一連の治療過程において４回まで算定できる。

（２）　画像診断を実施し、その結果に基づき、線量分布図に基づいた照射計画を作成した場合には、画像診断の所定点数は算定できるが、照射計画の作成に係る費用は当該治療管理料に含まれ、別に算定できない。

（３）　「注２」に規定する放射線治療専任加算は、「Ｍ００１」体外照射の「２」に掲げる高

エネルギー放射線治療又は「Ｍ００１」体外照射の「３」に掲げる強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の際に、放射線治療を専ら担当する医師により、照射計画の作成、照射中の患者の管理及び照射後の副作用管理を含めた放射線科的管理が行われた場合に限り算定する。

（４）　「注３」に規定する外来放射線治療加算の対象となる患者は、放射線治療を必要とする悪性腫瘍の患者であり、以下のいずれかに該当する場合に、１日につき１回に限り算定する。

ア　入院中の患者以外の患者に対して、「Ｍ００１」体外照射の「２」に掲げる高エネルギー放射線治療又は「Ｍ００１」体外照射の「３」に掲げる強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合

イ　他の保険医療機関に入院中の患者に対して、「Ｍ００１」体外照射の「３」に掲げる強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）の際に、あらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合

Ｍ００１　体外照射

（１）　体外照射の具体的な定義は次のとおりである。

ア　エックス線表在治療とは、管電圧 10 万ボルト未満による照射療法をいう。

イ　高エネルギー放射線治療とは、100 万電子ボルト以上のエックス線又は電子線の応用で、直線加速装置又はマイクロトロン治療装置使用による照射療法をいう。

ウ　強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）とは、多分割絞り（マルチリーフコリメータ）などを用いて、空間的又は時間的な放射線強度の調整を同一部位に対する複数方向からの照射について行うことで、三次元での線量分布を最適なものとする照射療法をいう。ただし、診療報酬の算定については、関連学会のガイドラインに準拠し、３方向以上の照射角度から各門につき３種以上の線束強度変化を持つビームによる治療計画を逆方向治療計画法にて立案したものについて照射した場合に限る。

（２）　体外照射の治療料は、疾病の種類、部位の違い、部位数及び同一患部に対する照射方法にかかわらず、１回につき所定点数を算定する。また、２方向以上の照射であっても当該所定点数のみにより算定する。

（３）　「１」エックス線表在治療及び「２」高エネルギー放射線治療は、１日に複数部位の照射を行う場合においては、１回目とは異なる部位に係る２回目の照射に限り、「ロ」の２回目の所定点数を算定する。１日に同一部位に対する複数回の照射を行う場合は、１回目の照射と２回目の照射の間隔が２時間を超える場合に限り、「イ」の１回目の所定点数を１日に２回分算定できる。

（４）　「３」強度変調放射線治療は、１日１回に限り算定できる。ただし、小細胞肺癌に対して、１日に２回の照射を行う場合は、１回目の照射と２回目の照射の間隔が６時間を超える場合に限り、所定点数を１日に２回分算定できる。

（５）　「１」エックス線表在治療及び「２」高エネルギー放射線治療において、同一部位に対する１日２回目の照射を算定する場合又は、「３」強度変調放射線治療において、小細胞肺癌に対して１日２回目の照射を算定する場合は、診療報酬明細書の摘要欄に１回目及び２回目の照射の開始時刻及び終了時刻を記載すること。

（７）　「注３」の体外照射用固定器具加算は、腫瘍等に対して体外照射を行う際に身体を精密

に固定する器具を使用した場合に限り、一連の治療につき１回に限り算定できる。

（８）　「注４」の画像誘導放射線治療（ＩＧＲＴ）とは、毎回の照射時に治療計画時と照射時の照射中心位置の三次元的な空間的再現性が５ミリメートル以内であることを照射室内で画像的に確認・記録して照射する治療のことである。

（９）　「注４」の画像誘導放射線治療加算は、「２」高エネルギー放射線治療の所定点数を１日に２回分算定できる場合であっても、１日に１回の算定を限度とする。

Ｍ００１－３　直線加速器による放射線治療（一連につき）

（１）　直線加速器による放射線治療は、実施された直線加速器による体外照射を一連で評価したものであり、「Ｍ００１」体外照射を算定する場合は、当該点数は算定できない。

（２）　定位放射線治療とは、直線加速器（マイクロトロンを含む。）により極小照射野で線量を集中的に照射する治療法であり、頭頸部に対する治療については、照射中心の固定精度が２ミリメートル以内であるものをいい、体幹部に対する治療については、照射中心の固定精度が５ミリメートル以内であるものをいう。

（３）　定位放射線治療における頭頸部に対する治療については、頭頸部腫瘍（頭蓋内腫瘍を含む。）、脳動静脈奇形及び薬物療法による疼痛管理が困難な三叉神経痛に対して行った場合にのみ算定し、体幹部に対する治療については、原発病巣が直径５センチメートル以下であり転移病巣のない原発性肺癌、原発性肝癌又は原発性腎癌、３個以内で他病巣のない転移性肺癌又は転移性肝癌、転移病巣のない限局性の前立腺癌又は膵癌、直径５センチメートル以下の転移性脊椎腫瘍、５個以内のオリゴ転移及び脊髄動静脈奇形（頸部脊髄動静脈奇形を含む。）に対して行った場合にのみ算定し、数か月間の一連の治療過程に複数回の治療を行った場合であっても、所定点数は１回のみ算定する。

（４）　定位放射線治療については、定位型手術枠又はこれと同等の固定精度を持つ固定装置を取り付ける際等の麻酔、位置決め等に係る画像診断、検査、放射線治療管理等の当該治療に伴う一連の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｍ００１－５　ホウ素中性子捕捉療法（一連につき）

（１）　ホウ素中性子捕捉療法は、薬事承認された医療機器及び医薬品を用いて、切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌の患者に対して実施した場合に限り、一連の治療につき１回に限り算定する。

（２）　ホウ素中性子捕捉療法は、関連学会により認定された医師の管理の下で実施すること。

（３）　ホウ素中性子捕捉療法の実施に当たっては、使用した薬剤は別に算定できる。

（４）　ホウ素中性子捕捉療法について、位置決めなどに係る画像診断、検査等の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。

（５）　「注２」に規定するホウ素中性子捕捉療法適応判定加算は、当該療法の実施に当たって、治療適応判定に関する体制が整備された保険医療機関において、適応判定が実施された場合に算定できるものであり、当該療法を受ける全ての患者に対して、当該療法の内容、合併症及び予後等を文書を用いて詳しく説明を行い、併せて、患者から要望のあった場合、その都度治療に関して十分な情報を提供すること。なお、患者への説明内容については文書（書式様式は自由）で交付し、診療録に添付すること。

（６）　「注３」に規定するホウ素中性子捕捉療法医学管理加算は、ホウ素中性子捕捉療法に係る照射に際して、画像診断に基づきあらかじめ作成した線量分布図に基づいた照射計画と

照射時の照射中心位置を、三次元的な空間的再現性により照射室内で画像的に確認・記録するなどの医学的管理を行った場合に限り算定する。

（７）　「注４」に規定する体外照射用固定器具加算は、ホウ素中性子捕捉療法を行う際に身体を精密に固定する器具を使用した場合に限り、一連の治療につき１回に限り算定できる。

Ｍ００３　電磁波温熱療法（一連につき）

（１）　「１」の深在性悪性腫瘍に対するものは、頭蓋内又は体腔内に存在する腫瘍であって、腫瘍の大半が概ね皮下６センチメートル以上の深部に所在するものに対して、高出力の機器（100 メガヘルツ以下の低周波数のもの）を用いて電磁波温熱療法を行う場合に算定できる。

（２）　四肢若しくは頸部の悪性腫瘍に対して行う場合又はアプリケーターを用いて腔内加温を行う場合は、腫瘍の存在する部位及び使用する機器の如何を問わず、「２」の浅在性悪性腫瘍に対するものにより算定する。

（３）　電磁波温熱療法は、放射線治療と併用しない場合（化学療法と併用する場合又は単独で行う場合）においても算定できる。

（４）　「一連」とは、治療の対象となる疾患に対して所期の目的を達するまでに行う一連の治療過程をいう。数か月間の一連の治療過程に複数回の電磁波温熱療法を行う場合は、１回のみ所定点数を算定し、その他数回の療法の費用は所定点数に含まれ、別に算定できない。なお、医学的な必要性から、一連の治療過程後に再度、当該療法を行う場合は、２月に１回、２回を限度として算定する。

（５）　電磁波温熱療法の実施に当たっては、治療部分の温度を測定し、十分な加温を確認する等の必要な措置を講ずる。

（６）　電磁波温熱療法を行うに当たって使用するセンサー等の消耗品の費用は、所定点数に含まれ、別に算定できない。

Ｍ００４　密封小線源治療（一連につき）

（１）　密封小線源治療の治療料は疾病の種類、部位の違い、部位数の多寡にかかわらず、一連として所定点数を算定する。

（２）　外部照射とは、コバルト^{60}、セシウム^{137}等のガンマ線又はストロンチウム^{90}等のベーター線による４センチメートル以下の近距離照射又は直接貼布する療法をいう。

（３）　腔内照射

ア　高線量率イリジウム照射を行った場合とは、子宮腔、腟腔、口腔、直腸等の腔内にイリジウム^{192}管を挿入し照射する場合であり、アプリケーターの挿入から抜去までを一連として算定する。なお、挿入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

イ　新型コバルト小線源治療装置とは、高線量率イリジウム照射で用いられる線源と概ね同じ大きさの径の線源を用いるものをいう。

ウ　その他の場合とは、子宮腔、腟腔、口腔、直腸等の腔内にセシウム^{137}管等を挿入して照射する場合や眼窩内等にストロンチウム容器を挿入して照射する場合であり、アプリケーターの挿入から抜去までを一連として算定するものとし、新型コバルト小線源治療装置を用いた場合には、「イ」により算定し、旧型コバルト腔内照射装置を用いた場合は算定できない。なお、挿入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定

できない。

（４）　組織内照射

ア　前立腺癌に対する永久挿入療法とは、前立腺組織内にヨウ素^{125}粒子を挿入する療法をいい、当該療法の実施に当たっては、関係法令及び関係学会のガイドラインを踏まえ、適切に行われるよう十分留意すること。

イ　高線量率イリジウム照射を行った場合とは、イリジウム^{192} 線源を挿入する場合であり、外套針の刺入から抜去までの全期間を一連として算定する。なお、外套針の刺入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

ウ　新型コバルト小線源治療装置とは、高線量率イリジウム照射で用いられる線源と概ね同じ大きさの径の線源を用いるものであり、それよりも大きな径の線源である従前のコバルト線源を用いるものは該当しない。

エ　その他の場合とは、舌その他の口腔癌、皮膚癌、乳癌等の癌組織内にコバルト針、セシウム針等を刺入する場合であり、刺入から抜去までの全期間を一連として算定する。なお、刺入及び抜去に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

（５）　放射性粒子照射とは、組織内に放射性金粒子等の放射性粒子を刺入するものであって、その使用本数等に関係なく一連につき所定点数を算定する。また、この場合「注６」により放射性粒子の費用は別に算定できる。なお、刺入に係る手技料は当該所定点数に含まれ、別に算定できない。

（６）　同一の高線量率イリジウムを使用し、１人又は複数の患者に対して１回又は複数回の密封小線源治療を行った場合は、使用した高線量率イリジウムの費用として、患者１人につき１回に限り加算する。

（７）　同一の低線量率イリジウムを使用し、１人の患者に対して複数回の密封小線源治療を行った場合は、使用した低線量率イリジウムの費用として、患者１人につき１回に限り加算する。

（８）　同一のコバルトを使用し、１人の患者に対して複数回の密封小線源治療を行った場合は、使用したコバルトの費用として、患者１人につき１回に限り加算する。

（９）　「注８」に規定する画像誘導密封小線源治療加算は、治療用のアプリケーターを挿入した状態で撮影したＣＴ又はＭＲＩの画像所見を用いて治療計画を行い、腫瘍と周囲臓器への最適な照射線量を計算して、子宮頸癌に対して照射した場合に限り、一連につき１回に限り算定する。

（10）　「注８」に規定する画像誘導密封小線源治療加算は、日本放射線腫瘍学会が作成した最新の「密封小線源治療の診療・物理ＱＡガイドライン」を遵守して実施した場合に限り算定できる。

Ｍ００５　血液照射

（１）　血液照射は、輸血後移植片対宿主病予防のために輸血用血液に対して放射線照射を行った場合に算定する。

（２）　血液照射料は、血液照射を行った血液量が 400 ミリリットル以下の場合には 110 点、これ以降 400 ミリリットル又はその端数を増すごとに 110 点を加えて計算する。なお、血液照射を行った血液のうち、実際に輸血を行った１日当たりの血液量についてのみ算定する。

（３）　血液量は、実際に照射を行った総量又は原材料として用いた血液の総量のうちいずれか

少ない量により算定する。例えば、200 ミリリットルの血液から製造された 30 ミリリットルの血液成分製剤については 30 ミリリットルとして算定し、200 ミリリットルの血液から製造された 230 ミリリットルの保存血及び血液成分製剤は、200 ミリリットルとして算定する。

（４） 放射線を照射した血液製剤を使用した場合は、当該血液照射は別に算定できない。

（５） 血液照射に当たっては、「血液製剤の使用指針及び輸血療法の実施に関する指針について」（平成 11 年６月 10 日付け医薬発第 715 号厚生省医薬安全局長通知）及び「血小板製剤の使用適正化の推進について」（平成６年７月 11 日付け薬発第 638 号厚生省薬務局長通知）による、両通知別添（「血液製剤の使用指針」、「輸血療法の実施に関する指針」及び「血小板製剤の適正使用について」）その他の関係通知及び関係学会から示されている血液照射についてのガイドラインを遵守するよう努めるものとする。

第 13 部　病理診断

＜通則＞

1　病理診断の費用には、病理標本作製を行う医師、看護師、臨床検査技師、衛生検査技師及び病理診断・判断を行う医師の人件費、試薬、デッキグラス、試験管等の材料費、機器の減価償却費、管理費等の費用が含まれる。

2　病理標本作製に当たって使用される試薬は、原則として医薬品として承認されたものであることを要する。

3　病理標本を撮影した画像を電子媒体に保存した場合、保存に要した電子媒体の費用は所定点数に含まれる。

4　第１節に掲げられていない病理標本作製であって簡単な病理標本作製の費用は、基本診療料に含まれ、別に算定できない。

5　第１節に掲げる病理標本作製料の項に掲げられていない病理標本作製のうち簡単な病理標本作製の病理標本作製料は算定できないが、特殊な病理標本作製については、その都度当局に内議し、最も近似する病理標本作製として通知されたものの算定方法及び注（特に定めるものを除く。）を準用して、準用された病理標本作製料に係る病理診断・判断料と併せて算定する。

6　保険医療機関間の連携により病理診断を行った場合は、標本若しくは検体の送付側又はデジタル病理画像の送信側の保険医療機関において「Ｎ００６」病理診断料を算定できる。なお、その際には、送付側又は送信側の保険医療機関において、別紙様式 44 又はこれに準じた様式に診療情報等の必要事項を記載し、受取側又は受信側の保険医療機関に交付するものであること。さらに、病理標本の作製を衛生検査所に委託する場合には、衛生検査所にも当該事項を同様に交付すること。

また、「Ｎ００６」の「注４」に規定する病理診断管理加算１又は２については、受取側又は受信側の保険医療機関が、当該加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関であり、当該保険医療機関において病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、送付側又は送信側の保険医療機関にその結果を文書により報告した場合に、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。さらに、「Ｎ００６」の「注５」に規定する悪性腫瘍病理組織標本加算については、受取側又は受信側の保険医療機関が、当該加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関であり、当

該保険医療機関において、「Ｎ００６」（５）に規定する原発性悪性腫瘍に係る手術の検体から「Ｎ０００」病理組織標本作製の「１」又は「Ｎ００２」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製により作製された組織標本に基づく診断を行った場合に、所定点数に加算する。受取側又は受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、受取側又は受信側、送付側又は送信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

7　保険医療機関間のデジタル病理画像の送受信及び受信側の保険医療機関における当該デジタル病理画像の観察による術中迅速病理組織標本作製を行った場合は、送信側の保険医療機関において「Ｎ００３」術中迅速病理組織標本作製及び「Ｎ００６」病理診断料の「１」を算定できる。また、「Ｎ００６」の「注４」に規定する病理診断管理加算１又は２については、受信側の保険医療機関が、当該加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関であり、当該保険医療機関において病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、送信側の保険医療機関にその結果を報告した場合に、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、受信側、送信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

8　保険医療機関間のデジタル病理画像の送受信及び受信側の保険医療機関における当該デジタル病理画像の観察による迅速細胞診を行った場合は、送信側の保険医療機関において「Ｎ００３－２」迅速細胞診及び「Ｎ００６」病理診断料の「２」を算定できる。また、「Ｎ００６」の「注４」に規定する病理診断管理加算１又は２については、受信側の保険医療機関が、当該加算の施設基準に適合しているものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関であり、当該保険医療機関において病理診断を専ら担当する常勤の医師が病理診断を行い、送信側の保険医療機関にその結果を報告した場合に当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。受信側の保険医療機関における診断等に係る費用は、受信側、送信側の保険医療機関間における相互の合議に委ねるものとする。

9　デジタル病理画像に基づく病理診断については、デジタル病理画像の作成、観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察及び診断を行った場合に算定できる。なお、デジタル病理画像に基づく病理診断を行うに当たっては、関係学会による指針を参考とすること。

第１節　病理標本作製料

Ｎ０００　病理組織標本作製

（１）　「１」の「組織切片によるもの」について、次に掲げるものは、各区分ごとに１臓器として算定する。

ア　気管支及び肺臓

イ　食道

ウ　胃及び十二指腸

エ　小腸

オ　盲腸

カ　上行結腸、横行結腸及び下行結腸

キ　Ｓ状結腸

ク　直腸

ケ　子宮体部及び子宮頸部

（２）　「２」の「セルブロック法によるもの」について、同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して標本作製を行った場合であっても、１回として算定する。

（３）　病理組織標本作製において、１臓器又は１部位から多数のブロック、標本等を作製した場合であっても、１臓器又は１部位の標本作製として算定する。

（４）　病理組織標本作製において、悪性腫瘍がある臓器又はその疑いがある臓器から多数のブロックを作製し、又は連続切片標本を作製した場合であっても、所定点数のみ算定する。

（５）　当該標本作製において、ヘリコバクター・ピロリ感染診断を目的に行う場合の保険診療上の取扱いについては、「ヘリコバクター・ピロリ感染の診断及び治療に関する取扱いについて」（平成 12 年 10 月 31 日保険発第 180 号）に即して行うこと。

（６）　「２」の「セルブロック法によるもの」は、悪性中皮腫を疑う患者又は組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難な肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌、悪性リンパ腫若しくは乳癌を疑う患者に対して、穿刺吸引等により採取した検体を用いてセルブロック法により標本作製した場合に算定する。なお、肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌、悪性リンパ腫又は乳癌を疑う患者に対して実施した場合には、組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｎ００１　電子顕微鏡病理組織標本作製

（１）　電子顕微鏡病理組織標本作製は、腎組織、内分泌臓器の機能性腫瘍（甲状腺腫を除く。）、異所性ホルモン産生腫瘍、軟部組織悪性腫瘍、ゴーシェ病等の脂質蓄積症、多糖体蓄積症等に対する生検及び心筋症に対する心筋生検の場合において、電子顕微鏡による病理診断のための病理組織標本を作製した場合に算定できる。

（２）　電子顕微鏡病理組織標本作製、「Ｎ０００」病理組織標本作製、「Ｎ００２」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製のうち、いずれを算定した場合であっても、他の２つの項目を合わせて算定することができる。

Ｎ００２　免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

（１）　免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、病理組織標本を作製するにあたり免疫染色を行った場合に、方法（蛍光抗体法又は酵素抗体法）又は試薬の種類にかかわらず、１臓器につき１回のみ算定する。ただし、「３」のＨＥＲ２タンパクは、化学療法歴のある手術不能又は再発乳癌患者に対して、過去に乳癌に係る本標本作製を実施した場合であって、抗ＨＥＲ２ヒト化モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判定するための補助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て、ＨＥＲ２低発現の確認により当該抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、本標本作製を再度行う場合に限り、別に１回に限り算定できる（乳癌に係る初回の本標本作成を令和６年３月 31 日以降に実施した場合にあっては、令和８年５月 31 日までの間に限る。）。なお、再度免疫染色が必要である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。

（２）　免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製、「Ｎ０００」病理組織標本作製又は「Ｎ００１」電子顕微鏡病理組織標本作製のうち、いずれを算定した場合であっても、他の２つの項目を合わせて算定することができる。

（３）　「１」のエストロジェンレセプターの免疫染色と「２」のプロジェステロンレセプターの免疫染色を同一月に実施した場合は、いずれかの主たる病理組織標本作製の所定点数及

び注に規定する加算のみを算定する。

（４）　「３」のＨＥＲ２タンパクは、半定量法又はＥＩＡ法（酵素免疫測定法）による病理標本作製を行った場合に限り算定する。

（５）　「５」ＣＣＲ４タンパク及び「Ｄ００６－10」ＣＣＲ４タンパク（フローサイトメトリー法）を同一の目的で実施した場合は、原則として主たるもののみ算定する。ただし、医学的な必要性がある場合には、併せて実施した場合であっても、いずれの点数も算定できる。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄にその理由及び医学的必要性を記載すること。

（６）　「６」のＡＬＫ融合タンパクは、以下に掲げる場合において算定できる。

ア　非小細胞肺癌患者に対して、ＡＬＫ阻害剤の投与の適応を判断することを目的として、ブリッジ試薬を用いた免疫組織染色法により病理標本作製を行った場合（当該薬剤の投与方針の決定までの間の１回に限る。）

イ　悪性リンパ腫患者に対して、悪性リンパ腫の診断補助を目的として免疫組織染色法により病理標本作製を行った場合（悪性リンパ腫の病型分類までの間の１回に限る。）

（７）　「７」のＣＤ３０は、ＨＱリンカーを用いた免疫組織化学染色法により、悪性リンパ腫の診断補助を目的に実施した場合に算定する。

（８）　「注２」に規定する「確定診断のために４種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者」とは、原発不明癌、原発性脳腫瘍、悪性リンパ腫、悪性中皮腫、肺悪性腫瘍（腺癌、扁平上皮癌）、消化管間質腫瘍（ＧＩＳＴ）、慢性腎炎、内分泌腫瘍、軟部腫瘍、皮膚の血管炎、水疱症（天疱瘡、類天疱瘡等）、悪性黒色腫、筋ジストロフィー又は筋炎が疑われる患者を指す。これらの疾患が疑われる患者であっても３種類以下の抗体で免疫染色を行った場合は、当該加算は算定できない。

（９）　肺悪性腫瘍（腺癌、扁平上皮癌）が疑われる患者に対して「注２」の加算を算定する場合は、腫瘍が未分化であった場合等ＨＥ染色では腺癌又は扁平上皮癌の診断が困難な患者に限り算定することとし、その医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に詳細に記載すること。なお、次に掲げるいずれかの項目を既に算定している場合には、当該加算は算定できない。

ア　「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」悪性腫瘍遺伝子検査の「イ」処理が容易なものの「(1)」医薬品の適応判定の補助等に用いるもの（肺癌におけるＥＧＦＲ遺伝子検査、ＲＯＳ１融合遺伝子検査、ＡＬＫ融合遺伝子検査、ＢＲＡＦ遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く。）及びＭＥＴｅｘ14 遺伝子検査（次世代シーケンシングを除く。）に限る。）

イ　「Ｄ００４－２」悪性腫瘍組織検査の「１」悪性腫瘍遺伝子検査の「ロ」処理が複雑なもの（肺癌におけるＢＲＡＦ遺伝子検査（次世代シーケンシング）、ＭＥＴｅｘ14 遺伝子検査（次世代シーケンシング）及びＲＥＴ融合遺伝子検査に限る。）

ウ　「Ｄ００６－24」肺癌関連遺伝子多項目同時検査

エ　「Ｎ００５－２」ＡＬＫ融合遺伝子標本作製

(10)　セルブロック法による病理組織標本に対する免疫染色については、悪性中皮腫を疑う患者又は組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難な肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌、悪性リンパ腫若しくは乳癌を疑う患者に対して実施した場合に算定する。なお、

肺悪性腫瘍、胃癌、大腸癌、卵巣癌、悪性リンパ腫又は乳癌を疑う患者に対して実施した場合には、組織切片を検体とした病理組織標本作製が実施困難である医学的な理由を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

Ｎ００３　術中迅速病理組織標本作製

術中迅速病理組織標本作製は、手術の途中において迅速凍結切片等による標本作製及び鏡検を完了した場合において、１手術につき１回算定する。

なお、摘出した臓器について、術後に再確認のため精密な病理組織標本作製を行った場合は、「Ｎ０００」病理組織標本作製の所定点数を別に算定する。

Ｎ００３－２　迅速細胞診

迅速細胞診は、手術、気管支鏡検査（超音波気管支鏡下穿刺吸引生検法の実施時に限る。）又は内視鏡検査（膵癌又は胃粘膜下腫瘍が疑われる患者に対する超音波内視鏡下穿刺吸引生検法の実施時に限る。）の途中において腹水及び胸水等の体腔液又は穿刺吸引検体による標本作製及び鏡検を完了した場合において、１手術又は１検査につき１回算定する。

Ｎ００４　細胞診

（１）　腟脂膏顕微鏡標本作製、胃液、腹腔穿刺液等の癌細胞標本作製及び眼科プロヴァツェク小体標本作製並びに天疱瘡又はヘルペスウイルス感染症における Tzanck 細胞の標本作製は、細胞診により算定する。

（２）　同一又は近接した部位より同時に数検体を採取して標本作製を行った場合であっても、１回として算定する。

（３）　「２」の「穿刺吸引細胞診、体腔洗浄等」とは、喀痰細胞診、気管支洗浄細胞診、体腔液細胞診、体腔洗浄細胞診、体腔臓器擦過細胞診及び髄液細胞診等を指す。

（４）　「注１」に規定する婦人科材料等液状化検体細胞診加算は、採取と同時に行った場合に算定できる。なお、過去に穿刺又は採取し、固定保存液に回収した検体から標本を作製し診断を行った場合には算定できない。

（５）　「注２」に規定する液状化検体細胞診加算は、採取と同時に作製された標本に基づいた診断の結果、再検が必要と判断され、固定保存液に回収した検体から再度標本を作製し、診断を行った場合に限り算定できる。採取と同時に行った場合は算定できない。

Ｎ００５　ＨＥＲ２遺伝子標本作製

（１）　ＨＥＲ２遺伝子標本作製は、抗ＨＥＲ２ヒト化モノクローナル抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、ＦＩＳＨ法、ＳＩＳＨ法又はＣＩＳＨ法により遺伝子増幅標本作製を行った場合に、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針の決定までの間に１回を限度として算定する。

（２）　本標本作製と「Ｎ００２」免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製の「３」を同一の目的で実施した場合は、本区分の「２」により算定する。

Ｎ００５－２　ＡＬＫ融合遺伝子標本作製

ＡＬＫ融合遺伝子標本作製は、ＡＬＫ阻害剤の投与の適応を判断することを目的として、ＦＩＳＨ法により遺伝子標本作製を行った場合に、当該薬剤の投与方針の決定までの間に１回を限度として算定する。

Ｎ００５－３　ＰＤ－Ｌ１タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

ＰＤ－Ｌ１タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、抗ＰＤ－１抗体抗悪性腫瘍

剤又は抗ＰＤ－Ｌ１抗体抗悪性腫瘍剤の投与の適応を判断することを目的として、免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を行った場合に、当該抗悪性腫瘍剤の投与方針の決定までの間に１回を限度として算定する。

Ｎ００５－４　ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

（１）　ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、以下のいずれかを目的として、免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

ア　固形癌における抗ＰＤ－１抗体抗悪性腫瘍剤の適応判定の補助

イ　大腸癌におけるリンチ症候群の診断の補助

ウ　大腸癌における抗悪性腫瘍剤による治療法の選択の補助

（２）　（１）に掲げるいずれか１つの目的で当該標本作製を実施した後に、別の目的で当該標本作製を実施した場合にあっても、別に１回に限り算定できる。なお、この場合にあっては、その医学的な必要性を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（３）　本標本作製及び「Ｄ００４－２」に掲げるマイクロサテライト不安定性検査を同一の目的で実施した場合は、主たるもののみ算定する。

（４）　「注」に規定する遺伝カウンセリング加算は、本標本作製（リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。）を実施する際、以下のいずれも満たす場合に算定できる。

ア　本標本作製の実施前に、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、患者又はその家族等に対し、当該標本作製の目的並びに当該標本作製の実施によって生じうる利益及び不利益についての説明等を含めたカウンセリングを行うとともに、その内容を文書により交付すること。

イ　臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、患者又はその家族等に対し、本標本作製の結果に基づいて療養上の指導を行うとともに、その内容を文書により交付すること。

ただし、この場合において、同一の目的で実施した「Ｄ００４－２」に掲げるマイクロサテライト不安定性検査に係る遺伝カウンセリング加算は別に算定できない。

なお、遺伝カウンセリングの実施に当たっては、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」及び関係学会による「医療における遺伝学的検査･診断に関するガイドライン」を遵守すること。

Ｎ００５－５　ＢＲＡＦ　Ｖ600Ｅ変異タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

（１）　ＢＲＡＦ　Ｖ600Ｅ変異タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、以下のいずれかを目的として、免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を行った場合に、患者１人につき１回に限り算定する。

ア　大腸癌におけるリンチ症候群の診断の補助

イ　大腸癌における抗悪性腫瘍剤による治療法の選択の補助

（２）　早期大腸癌におけるリンチ症候群の除外を目的として、本標本作製を実施した場合にあっては、「Ｄ００４－２」に掲げるマイクロサテライト不安定性検査、又は「Ｎ００５－４」ミスマッチ修復タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製を実施した年月日を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

（３）　本標本作製及び「Ｄ００４－２」に掲げる大腸癌におけるＢＲＡＦ遺伝子検査を併せて

行った場合は、主たるもののみ算定する。

第２節　病理診断・判断料

Ｎ００６　病理診断料

（１）　当該保険医療機関以外に勤務する病理診断を行う医師が、当該保険医療機関に出向いて病理診断を行った場合等、当該保険医療機関における勤務の実態がない場合においては、病理診断料は算定できない。

（２）　当該保険医療機関において、当該保険医療機関以外の医療機関（衛生検査所等を含む。）で作製した病理標本につき診断を行った場合には、月１回に限り所定点数を算定する。

なお、患者が当該傷病につき当該保険医療機関を受診していない場合においては、療養の給付の対象とならない。

（３）　病理診断料が含まれない入院料を算定する病棟に入院中の患者に対して、病理診断料を算定する場合は、同一月内に当該患者が病理診断料の含まれる入院料を算定する病棟に転棟した場合であっても、当該病理診断料を算定することができる。

（４）　病理診断管理加算１又は２の届出を行った保険医療機関において、病理診断を専ら担当する常勤の医師のうち当該保険医療機関において勤務する１名（病理診断管理加算２を算定する場合にあっては２名）を除いた病理診断を専ら担当する常勤の医師については、当該保険医療機関において常態として週３日以上、かつ、週 24 時間以上の勤務を行っている場合、当該勤務時間以外の所定労働時間については、自宅等の当該保険医療機関以外の場所で、デジタル病理画像の観察及び送受信を行うにつき十分な装置・機器を用いた上で観察を行い、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も病理診断料及び病理診断管理加算１又は２を算定できる。なお、デジタル画像に基づく病理診断を行うに当たっては、関係学会による指針を参考とすること。また、病院の管理者が当該医師の勤務状況を適切に把握していること。

（５）　「注５」に規定する悪性腫瘍病理組織標本加算については、原発性悪性腫瘍に対して「Ｋ００７の１」、「Ｋ０３１」、「Ｋ０５３」、「Ｋ１６２」、「Ｋ３９４」、「Ｋ３９４－２」、「Ｋ４３９」、「Ｋ４４２」、「Ｋ４７６」、「Ｋ４８４－２」、「Ｋ５１４」、「Ｋ５１４－２」、「Ｋ５２９」、「Ｋ５２９－２」、「Ｋ５２９－３」、「Ｋ５２９－５」、「Ｋ６５３の２」、「Ｋ６５３の３」、「Ｋ６５５の２」、「Ｋ６５５－２の２」、「Ｋ６５５－２の３」、「Ｋ６５５－４の２」、「Ｋ６５５－５の２」、「Ｋ６５５－５の３」、「Ｋ６５７の２」、「Ｋ６５７の３」、「Ｋ６５７－２の２」から「Ｋ６５７－２の４」まで、「Ｋ６７５」、「Ｋ６７５－２」、「Ｋ６７７」、「Ｋ６７７－２」、「Ｋ６９５」、「Ｋ６９５－２」、「Ｋ７００－２」、「Ｋ７００－３」、「Ｋ７０２」、「Ｋ７０２－２」、「Ｋ７０３」、「Ｋ７０３－２」、「Ｋ７０４」、「Ｋ７２１－４」、「Ｋ７４０」、「Ｋ７４０－２」、「Ｋ７７３」から「Ｋ７７３－３」まで、「Ｋ７７３－５」、「Ｋ７７３－６」、「Ｋ８０３」から「Ｋ８０３－３」まで、「Ｋ８３３」、「Ｋ８４３」から「Ｋ８４３－４」まで、「Ｋ８７９」、「Ｋ８７９－２」又は「Ｋ８８９」に掲げる手術を実施し、当該手術の検体から作製された病理組織標本に基づき病理診断を行った場合に算定する。

Ｎ００７　病理判断料

病理判断料が含まれない入院料を算定する病棟に入院中の患者に対して、病理判断料を算定

した場合は、同一月内に当該患者が病理判断料の含まれる入院料を算定する病棟に転棟した場合であっても、当該病理判断料を算定することができる。

別添１の２

＜通則＞

医科診療報酬点数表に記載する診療等に要する書面等は別紙様式のとおりである。

なお、当該様式は、参考として示しているものであり、示している事項が全て記載されている様式であれば、当該別紙様式と同じでなくても差し支えないものであること。

また、当該別紙様式の作成や保存等に当たっては、医師事務作業の負担軽減等の観点から各保険医療機関において工夫されたいこと。

自筆の署名がある場合には印は不要であること。

署名又は記名・押印を要する文書については、電子的な署名を含む。

様式 11 及び 11 の２について、電子カルテ情報共有サービスを用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから電子署名を行わなくても共有可能とする。

※別紙様式２、別紙様式 15、別紙様式 35、別紙様式 37 及び別紙様式 53 は欠番である。

（別紙様式１）

退　院　証　明　書

保険医療機関名称
住所
電話番号
主治医氏名

患者氏名	性別（男・女）
患者住所	
電話番号	
生年月日　（明・大・昭・平・令）　　年　　月　　日（　　歳）	

１．当該保険医療機関における入院年月日及び退院年月日 ・　入院年月日　　年　　月　　日 ・　退院年月日　　年　　月　　日
２．当該保険医療機関における入院基本料等（特定入院料を含む。）の種別及び算定期間 （複数ある場合はそれぞれ記載のこと。） ・　入院基本料等の種別： ・　算定期間：　　日（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）
３．当該保険医療機関退院日における通算対象入院料を算定した期間 ・　　日（　　年　　月　　日現在）
４．当該保険医療機関の入院に係る傷病名 ・　傷病名：
５．転帰（該当するものに〇をつける。） ・　治癒 ・　治癒に近い状態（寛解状態を含む。） ・　その他
６．その他の特記事項

（別紙様式3）

緩和ケア実施計画書

氏名	（ふりがな）	年齢	ID
生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日	歳	

主訴

診断

1）　　5）
2）　　6）
3）　　7）
4）　　8）

現病歴

年　月　日

既往歴

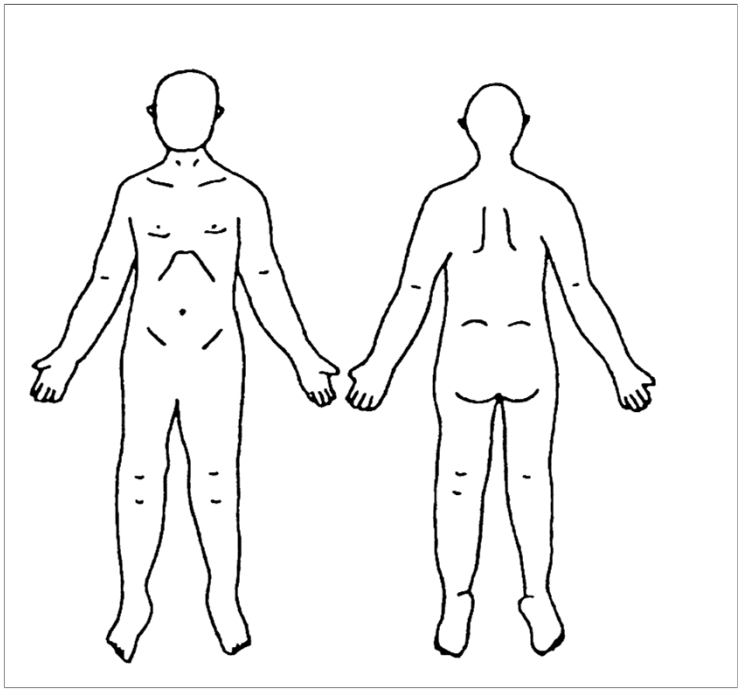
年　月　日

身体症状

【重症度】

1. 痛み	□なし	□軽	□中	□重
2. 呼吸困難	□なし	□軽	□中	□重
3. 倦怠感	□なし	□軽	□中	□重
4. 発熱	□なし	□軽	□中	□重
5. 口渇	□なし	□軽	□中	□重
6. 咳・痰	□なし	□軽	□中	□重
7. 食欲不振	□なし	□軽	□中	□重
8. 嘔気・嘔吐	□なし	□軽	□中	□重
9. 腹部膨満感	□なし	□軽	□中	□重
10. 便秘	□なし	□軽	□中	□重
11. 尿閉、失禁	□なし	□軽	□中	□重
12. 浮腫	□なし	□軽	□中	□重
13. 栄養障害	□なし	□軽	□中	□重
14. その他（具体的に）				

【症状の性質、分布】



身体活動状態

全般　□0.　問題なし　□1. 軽度の症状があるも、軽い労働は可能　□2.　時に介助が必要、一日の半分以上は起きている
□3.　しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している　□4.　常に介助が必要、終日臥床している

歩行　□問題なし　□要介助　□不可　　排泄　□問題なし　□ポータブル　□要介助
食事　□問題なし　□要介助　□不可　　入浴　□問題なし　□要介助　□不可

（別紙様式11）

紹介先医療機関等名

担当医　　科　　殿

年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

医師氏名　　印

患者氏名 患者住所　　性別　男　・　女 電話番号 生年月日　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）　職業

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備　　考

備考　１．必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
２．必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
３．紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

（別紙様式11の2）

紹介先医療機関等名
担当医　　科　　殿

年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号

以下の診療報酬項目の届出状況
□　地域包括診療加算　　□　地域包括診療料　　□　小児かかりつけ診療料
□　在宅時医学総合管理料　　（□在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院）
□　施設入居時等時医学総合管理料（□在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院）

医師氏名　　印

患者氏名 患者住所　　性別　男　・　女 電話番号 生年月日　明・大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）　職業

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備　　考

備考　１．必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
２．必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること。
３．紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。

（別紙様式１２）

年　　月　　日

情報提供先市町村　　市町村長　殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師氏名　　印

患者氏名

性別　（　男　・　女　）　　生年月日　　明・大・昭　　年　　月　　日生（　　歳）　職業

住所

電話番号

診療形態	１．外来　２．往診　３．入院（　　年　　月　　日）		情報提供回数　　回
傷病名（疑いを含む）	１．脳梗塞（ｱ.脳血栓　ｲ.脳塞栓　ｳ.不明）　２．脳出血　３．クモ膜下出血 ４．その他の脳血管障害		
	発症年月日	年　　月　　日	
	受診年月日	年　　月　　日	
	初発／再発	１．初発　２．再発（　　年　　月　　日 初発）	
その他の傷病名			

寝たきり度（該当するものに○）

Ｊ　一部自立　　何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
Ａ　準寝たきり　　屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。
Ｂ　寝たきり　１　　屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドの上の生活が主体であるが座位を保つ。
Ｃ　寝たきり　２　　１日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。

日常生活活動（ＡＤＬ）の状況（該当するものに○）

移動　自立・一部介助・全面介助	食事　自立・一部介助・全面介助
排泄　自立・一部介助・全面介助	入浴　自立・一部介助・全面介助
着替　自立・一部介助・全面介助	整容　自立・一部介助・全面介助

認知症である老人の日常生活自立度（該当するものに○）

Ⅰ　何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
Ⅱ　日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立可能。
Ⅲ　日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする。
Ⅳ　日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする。
Ｍ　著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする。

病状・既往歴・治療状況・退院の年月日等

訪問診療　有　・　無　　訪問看護　有　・　無

必要と考える保健福祉サービスの内容等提供する情報の内容

注意　１．必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
　　２．わかりやすく記入すること。
　　３．必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。

（別紙様式12の2）

年　月　日

情報提供先市町村

市町村長　殿
紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師名　　印

患児の氏名	男・女　　年　月　日生		
傷病名	（疑いを含む）　　その他の傷病名		
病状 既往症 治療状況等			
父母の氏名	父：　（　）歳 職業（　）	母：　（　）歳 職業（　）	
住所	電話番号　（自宅・実家・その他）		
退院先の住所	様方　電話番号　（自宅・実家・その他）		
入退院日	入院日　：　年　月　日	退院（予定）日　：　年　月　日	
出生時の状況	出生場所　：　当院・他院 （　） 在　胎　：（　）週　単胎　・　多胎　（　）子中（　）子 体重　：（　g）身長　：（　cm） 出生時の特記事項　：　無　・　有（　） 妊娠中の異常の有無　：　無　・　有（　） 妊婦健診の受診有無　：　無　・　有（　回：　）	家族構成 育児への支援者：無・有（　）	
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください			
児の状況	発育・発達	・発育不良・発達のおくれ　・その他（　）	
	情緒	・表情が乏しい　・極端におびえる　・大人の顔色をうかがう　・多動　・乱暴	
		・身体接触を極端にいやがる・多動　・誰とでもべたべたする	
		・その他（　）	
	日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診　・不潔　・その他（　）	
養育者の状況	健康状態等	・疾患（　）　・障害（　）	
		・出産後の状況（マタニティ・ブルーズ、産後うつ等）　・その他（　）	
	こどもへの思い・態度	・拒否的　・無関心　・過干渉　・権威的　・その他（　）	
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない　・その他（　）	
	同胞の状況	・同胞に疾患（　）　・同胞に障害（　）	
	養育者との分離歴	・出産後の長期入院　・施設入所等　・その他（　）	
情報提供の目的とその理由			

＊備考　1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 本様式は、患者が18歳以下である場合について用いること。

（別紙様式12の3）

年　月　日

情報提供先市町村

市町村長　殿
紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号
医師名　　印

患者の氏名	年　月　日生 男・女　（　　）歳 職業（　　）		
傷病名	（疑いを含む）　その他の傷病名		
病状 既往症 治療状況等			
児の氏名	男・女　年　月　日生まれ		
住所	電話番号　（自宅・実家・その他）		
退院先の住所	様方　電話番号　（自宅・実家・その他）		
入退院日	入院日　：　年　月　日	退院（予定）日　：　年　月　日	
今回の出産時の状況	出産場所　：　当院・他院 （　　） 在　胎　：（　　）週　単胎　・　多胎　（　）子中（　）子 体重　：（　　g）身長　：（　　cm） 出産時の特記事項　：　無　・　有　（　　） 妊娠中の異常の有無　：　無　・　有（　　） 妊婦健診の受診有無　：　無　・　有　（　回:　　）		家族構成 育児への支援者：無・有（　）
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください			
児の状況	発育・発達	・発育不良　・発達のおくれ　・その他（　　）	
	日常的世話の状況	・健診、予防接種未受診　・不潔　・その他（　　）	
養育環境	家族関係	・面会が極端に少ない　・その他（　　）	
	他の児の状況	・疾患（　　）　・障害（　　）	
	こどもとの分離歴	・出産後の長期入院　・施設入所等　・その他（　　）	
情報提供の目的とその理由			

＊備考　1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 本様式は、患者が現に子供の養育に関わっている者である場合について用いること。
3. 出産時の状況及び児の状況については、今回出産をした児のことについて記入すること。

（別紙様式12の5）

記入日　　年　　月　　日

情報提供先医療機関・施設名

担当医師又は管理栄養士　　殿

【注2の場合】
左記管理栄養士への説明日
年　　月　　日

患者氏名		男・女	生年月日	年　　月　　日 （　　）歳	
身長	cm　（測定日　　年　　月　　日）　□計測不能			BMI	kg/m^2　□算出不能
体重	kg　（測定日　　年　　月　　日）				
体重変化	変化なし　・　過去（　　）週間・カ月　／　増加　・　減少			変化量	kg

栄養状態の評価と課題（傷病名を含む）

【GLIM基準による評価　（□非対応）※1】 判定：　□ 低栄養非該当　　□ 低栄養（□ 中等度低栄養、□ 重度低栄養）

該当項目：表現型（ □ 体重減少、□ 低BMI、□ 筋肉量減少）　病因（ □ 食事摂取量減少/消化吸収能低下、□ 疾病負荷/炎症）

栄養補給に関する事項

必要栄養量	エネルギー　kcal	たんぱく質　g		
摂取栄養量	エネルギー　kcal	たんぱく質　g		

経口摂取 □ 無	食事内容（治療食、補助食品等）		
	嚥下調整食の必要性	主食	□ 無　□ 有（学会分類コード※2　　）
		副食	□ 無　□ 有（学会分類コード※2　　）
		とろみ	□ 無　□ 有（学会分類コード※2　　）
	留意事項（食物アレルギー、その他禁止食品等）：		
経管栄養 □ 無	□ 経鼻	留意事項（製品名、投与速度等）：	
	□ 胃瘻		
	□ その他		
静脈栄養 □ 無	□ 末梢	留意事項（製品名、投与速度等）：	
	□ 中心		

入院中の栄養管理に係る経過、栄養指導の内容等

※1　GLIM基準による評価を行っている場合は、記載すること。行っていない場合は、非対応にチェックすること。

※2　日本摂食嚥下リハビリテーション学会の分類

問合せ先　　医療機関名：

担当管理栄養士名：

電話番号：　　（FAX）：

（別紙様式１３）

年　　月　　日

介護老人保健施設・介護医療院　　殿

医療機関名

住　　所

電　　話

（ＦＡＸ.）

医 師 氏 名　　㊞

患	氏　　名		男 ・ 女
者	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日 生　　（　　歳）	

病　　名	
現　　症	
所見及び診断	

今後の診療に関する情報

（別紙様式14）

令和　　年　月　日

情報提供先学校名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

学校医等＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師名　　印

患児の氏名	男・女　　平成・令和　　年　　月　　日生
患児の住所	電話番号
傷病名	その他の傷病名
病状、既往歴、治療状況等	
日常生活に必要な医療的ケアの状況 （使用している医療機器等の状況を含む）	
学校生活上の留意事項	
その他	

＊備考　1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. わかりやすく記入すること。
3. 必要がある場合には、家庭環境等についても記載すること。

（別紙様式14の2）

情報提供先保育所等名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
嘱託医＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

※「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」（2019年改訂版）

保育所におけるアレルギー疾患生活管理指導表 （食物アレルギー・アナフィラキシー）

提出日　　年　　月　　日

名前＿＿＿＿＿＿＿＿　男・女　＿＿＿年＿＿月＿＿日生（＿＿歳＿＿ヶ月）　＿＿＿＿＿組

※ この生活管理指導表は、保育所の生活において特別な配慮や管理が必要となった子どもに限って、医師が作成するものです。

緊急連絡先	
★保護者	電話:
★連絡医療機関	医療機関名:
	電話:

食物アレルギー（あり・なし）　アナフィラキシー（あり・なし）

病型・治療

A. 食物アレルギー病型
1. 食物アレルギーの関与する乳児アトピー性皮膚炎
2. 即時型
3. その他　（新生児・乳児消化管アレルギー・口腔アレルギー症候群・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・その他:　　）

B. アナフィラキシー病型
1. 食物　（原因:　　）
2. その他（医薬品・食物依存性運動誘発アナフィラキシー・ラテックスアレルギー・昆虫・動物のフケや毛）

C. 原因食品・除去根拠
該当する食品の番号に〇をし、かつ《 》内に除去根拠を記載

1. 鶏卵　《　　》
2. 牛乳・乳製品《　　》
3. 小麦　《　　》
4. ソバ　《　　》
5. ピーナッツ　《　　》
6. 大豆　《　　》
7. ゴマ　《　　》
8. ナッツ類*　《　　》（すべて・クルミ・カシューナッツ・アーモンド・　）
9. 甲殻類*　《　　》（すべて・エビ・カニ・　）
10. 軟体類・貝類*《　　》（すべて・イカ・タコ・ホタテ・アサリ・　）
11. 魚卵*　《　　》（すべて・イクラ・タラコ・　）
12. 魚類*　《　　》（すべて・サバ・サケ・　）
13. 肉類*　《　　》（鶏肉・牛肉・豚肉・　）
14. 果物類*　《　　》（キウイ・バナナ・　）
15. その他　（　　）

「＊は（ ）の中の該当する項目に〇をするか具体的に記載すること」

[除去根拠]
該当するもの全てを《 》内に番号を記載
①明らかな症状の既往
②食物負荷試験陽性
③IgE抗体等検査結果陽性
④未摂取

D. 緊急時に備えた処方薬
1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）
2. アドレナリン自己注射薬「エピペン®」
3. その他（　　）

保育所での生活上の留意点

A. 給食・離乳食
1. 管理不要
2. 管理必要（管理内容については、病型・治療のC. 欄及び下記C. E欄を参照）

B. アレルギー用調整粉乳
1. 不要
2. 必要　下記該当ミルクに〇、又は（ ）内に記入
ミルフィーHP ・ニューMA-1・MA-mi ・ ペプディエット ・ エレメンタルフォーミュラ
その他（　　）

C. 除去食品においてより厳しい除去が必要なもの
病型・治療のC. 欄で除去の際に、より厳しい除去が必要となるもののみに〇をつける

※本欄に〇がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。

1. 鶏卵:　卵殻カルシウム
2. 牛乳・乳製品:　乳糖
3. 小麦:　醤油・酢・麦茶
6. 大豆:　大豆油・醤油・味噌
7. ゴマ:　ゴマ油
12. 魚類:　かつおだし・いりこだし
13. 肉類:　エキス

D. 食物・食材を扱う活動
1. 管理不要
2. 原因食材を教材とする活動の制限（　）
3. 調理活動時の制限　（　）
4. その他　（　）

E. 特記事項
（その他に特別な配慮や管理が必要な事項がある場合には、医師が保護者と相談のうえ記載。対応内容は保育所が保護者と相談のうえ決定）

記載日
年　月　日

医師名

医療機関名

電話

● 保育所における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本表に記載された内容を保育所の職員及び消防機関・医療機関等と共有することに同意しますか。

・ 同意する
・ 同意しない

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（別紙様式14の3）

情報提供先学校名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

学校医等 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 殿

学校生活管理指導表（アレルギー疾患用）

名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女） ＿＿＿年 ＿＿＿月 ＿＿＿日生 ＿＿＿年 ＿＿＿組　　提出日＿＿＿年 ＿＿＿月 ＿＿＿日

※この生活管理指導表は、学校の生活において特別な配慮や管理が必要となった場合に医師が作成するものです。

アナフィラキシー（あり・なし）／食物アレルギー（あり・なし）

病型・治療

A 食物アレルギー病型（食物アレルギーありの場合のみ記載）

1. 即時型
2. 口腔アレルギー症候群
3. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー

B アナフィラキシー病型（アナフィラキシーの既往ありの場合のみ記載）

1. 食物　（原因　　）
2. 食物依存性運動誘発アナフィラキシー
3. 運動誘発アナフィラキシー
4. 昆虫　（　　）
5. 医薬品　（　　）
6. その他　（　　）

C 原因食物・除去根拠　該当する食品の番号に○をし、かつ《　》内に除去根拠を記載

1. 鶏卵　《　　》
2. 牛乳・乳製品　《　　》
3. 小麦　《　　》
4. ソバ　《　　》
5. ピーナッツ　《　　》
6. 甲殻類　《　　》（　すべて・エビ・カニ　）
7. 木の実類　《　　》（　すべて・クルミ・カシュー・アーモンド　）
8. 果物類　《　　》（　　）
9. 魚類　《　　》（　　）
10. 肉類　《　　》（　　）
11. その他1　《　　》（　　）
12. その他2　《　　》（　　）

［除去根拠］ 該当するもの全てを《　》内に記載
① 明らかな症状の既往　② 食物経口負荷試験陽性
③ IgE抗体等検査結果陽性　④ 未摂取

（　）に具体的な食品名を記載

D 緊急時に備えた処方薬

1. 内服薬（抗ヒスタミン薬、ステロイド薬）
2. アドレナリン自己注射薬（「エピペン®」）
3. その他　（　　）

学校生活上の留意点

A 給食
1. 管理不要　2. 管理必要

B 食物・食材を扱う授業・活動
1. 管理不要　2. 管理必要

C 運動（体育・部活動等）
1. 管理不要　2. 管理必要

D 宿泊を伴う校外活動
1. 管理不要　2. 管理必要

E 原因食物を除去する場合により厳しい除去が必要なもの

※本欄に○がついた場合、該当する食品を使用した料理については、給食対応が困難となる場合があります。

鶏卵：卵殻カルシウム
牛乳：乳糖・乳清焼成カルシウム
小麦：醤油・酢・味噌
大豆：大豆油・醤油・味噌
ゴマ：ゴマ油
魚類：かつおだし・いりこだし・魚醤
肉類：エキス

F その他の配慮・管理事項（自由記述）

【緊急時連絡先】

★保護者
電話：

★連絡医療機関
医療機関名：

電話：

記載日
年　月　日

医師名
㊞

医療機関名

学校における日常の取組及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を学校の全教職員及び関係機関等で共有することに同意します。

保護者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（別紙様式２０）

年　　月　　日

主　治　医　氏　名	
１．血漿成分製剤の種類及び輸注量等	
２．血漿成分製剤輸注の必要性及び輸注を行わない場合の危険性等	
３．血漿成分製剤の輸注により起こりうる副作用等	
４．血漿成分製剤の輸注に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
５．その他留意点（副作用・感染症救済制度等）	

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で血漿成分製剤輸注を受けることに同意しました。

（患者氏名）　　印

（家族等氏名）　　印

（患者との続柄：　　）

※　患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

（別紙様式21）

リハビリテーション実施計画書

患者氏名	性別（ 男 ・ 女 ）	年齢（ 歳）	計画評価実施日（ 年 月 日）
算定病名	治療内容 ☐ 理学療法 ☐ 作業療法 ☐ 言語療法		発症日・手術日（ 年 月 日） リハ開始日（ 年 月 日）
併存疾患・合併症	安静度・リスク		禁忌・特記事項

心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載

☐ 意識障害（JCS・GCS ）
☐ 呼吸機能障害
　ー☐ 酸素療法（ ）L/min ☐ 気切 ☐ 人工呼吸器
☐ 循環障害
　ー☐ EF（ ）% ☐ 不整脈（有・無）
☐ 危険因子
　☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症 ☐ 糖尿病 ☐ 喫煙
　☐ 肥満 ☐ 高尿酸血症 ☐ 慢性腎臓病 ☐ 家族歴
　☐ 狭心症 ☐ 陳旧性心筋梗塞 ☐ その他
☐ 摂食嚥下障害（ ）
☐ 栄養障害（ ）
☐ 排泄機能障害（ ）
☐ 褥瘡（ ）
☐ 疼痛（ ）
☐ その他（ ）

☐ 関節可動域制限（ ）
☐ 拘縮・変形（ ）
☐ 筋力低下（ ）
☐ 運動機能障害
　（☐ 麻痺 ☐ 不随意運動 ☐ 運動失調 ☐ ﾊﾟｰｷﾝｿﾆｽﾞﾑ）
☐ 筋緊張異常（ ）
☐ 感覚機能障害（☐ 聴覚 ☐ 視覚 ☐ 表在覚 ☐ 深部覚）
☐ 音声・発話障害
　（☐ 構音 ☐ 失語 ☐ 吃音 ☐ その他（ ））
☐ 高次脳機能障害（☐ 記憶 ☐ 注意 ☐ 失行 ☐ 失認 ☐ 遂行）
☐ 精神行動障害（ ）
☐ 見当識障害（ ）
☐ 記憶障害（ ）
☐ 発達障害
　（☐ 自閉ｽﾍﾟｸﾄﾗﾑ症 ☐ 学習障害 ☐ 注意欠陥多動性障害）

基本動作

☐ 寝返り（☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施）
☐ 起き上がり（☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施）
☐ 立ち上がり（☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施）
☐ 座位保持（☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施）
☐ 立位保持（☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 非実施）
☐ その他（ ）

日常生活活動（動作）（実行状況） ※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載

項目			得点 開始時→現在 FIM	BI	使用用具及び介助内容等
運動	セルフケア	食事	→	10・5・0 → 10・5・0	
		整容	→	5・0 → 5・0	
		清拭・入浴	→	5・0 → 5・0	
		更衣（上半身）	→	10・5・0 → 10・5・0	
		更衣（下半身）	→		
		トイレ	→	10・5・0 → 10・5・0	
	排泄	排尿コントロール	→	10・5・0 → 10・5・0	
		排便コントロール	→	10・5・0 → 10・5・0	
	移乗	ベッド、椅子、車椅子	→	15・10・5・0 → 15・10・5・0	
		トイレ	→		
		浴槽・シャワー	→		
	移動	歩行（杖・装具： ）	→	15・10・5・0 → 15・10・5・0	
		車椅子			
		階段	→	10・5・0 → 10・5・0	
	小計（FIM 13-91、BI 0-100）		→	→	
認知	コミュニケーション	理解	→		
		表出	→		
	社会認識	社会的交流	→		
		問題解決	→		
		記憶	→		
	小計（FIM 5-35）		→		
合計（FIM 18-126）			→		

栄養（※回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する場合は必ず記入）

基礎情報 ☐ 身長（＊1）：（ ）cm ☐ 体重：（ ）kg ☐ BMI（＊1）：（ ）kg/㎡ ＊1：身長測定が困難な場合は省略可
栄養補給方法（複数選択可） ☐ 経口（☐ 食事 ☐ 補助食品），☐ 経管（☐ 経鼻胃管 ☐ 胃瘻 ☐ その他），☐ 静脈（☐ 末梢 ☐ 中心）
嚥下調整食の必要性：（☐ 無 ☐ 有：（学会分類コード ））
栄養状態の評価：① GLIM基準による評価（成人のみ）：判定 ☐ 低栄養非該当 ☐ 低栄養（☐ 中等度低栄養、☐ 重度低栄養）
該当項目 表現型（☐ 体重減少、☐ 低BMI、☐ 筋肉量減少） 病因（☐ 食事摂取量減少/消化吸収能低下、☐ 疾病負荷/炎症）
② GLIM基準以外の評価：☐ 問題なし ☐ 過栄養 ☐ その他（ ）
【上記で①「低栄養非該当」かつ②「問題なし」以外に該当した場合に記載】
必要栄養量 熱量：（ ）kcal たんぱく質量（ ）g
総摂取栄養量（経口・経腸・経静脈栄養の合計（＊2）） 熱量：（ ）kcal たんぱく質量（ ）g ＊2：入院直後等で不明な場合は総提供栄養量でも可

口腔（※回復期リハビリテーション病棟入院料1・2を算定する場合は必ず記入）

義歯の使用：☐あり ☐なし 歯肉の腫れ、出血：☐あり ☐なし
歯の汚れ（☐あり、☐なし） 左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる（☐できない、☐できる） その他（ ）

社会保障サービスの申請状況 ※該当あるもののみ

☐ 要介護状態区分等 ☐ 申請中 ☐ 要支援状態区分（☐ 1 ☐ 2） ☐ 要介護状態区分（☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5）	☐ 身体障害者手帳 種 級	☐ 精神障害者保健福祉手帳 級	☐ 療育手帳・愛護手帳 障害程度	☐ その他（難病等）

目標（1ヶ月）	目標（終了時） ☐ 予定入院期間（ ） ☐ 退院先（ ） ☐ 長期的・継続的にケアが必要
治療方針（リハビリテーション実施方針）	治療内容（リハビリテーション実施内容）
リハ担当医 ＿＿ 主治医 ＿＿ 理学療法士 ＿＿ 作業療法士 ＿＿ 言語聴覚士 ＿＿ 看護師 ＿＿ 管理栄養士 ＿＿ 社会福祉士 ＿＿ 説明者署名	説明を受けた人：本人、家族（ ） 説明日： 年 月 日 署名

（別紙様式22）

廃用症候群に係る評価表

患者氏名	男・女	入院　・　外来	
生年月日	年　月　日（　歳）	入院日	年　月　日
主傷病		廃用症候群の診断日	年　月　日
要介護度	要介護　・　要支援	リハビリテーション起算日	年　月　日

算定している リハビリテーション料 （該当するものに〇）								廃用症候群リハビリテーション料 Ⅰ　・　Ⅱ　・　Ⅲ			
1	廃用を生じる契機となった疾患等										
2	廃用に至った経緯等										
3	手術	手術の有無						有　・　無			
		手術名									
		手術年月日						年　月　日			
4	治療開始時のADL							BI	点	FIM	点
	月毎の評価点数 （BI又はFIM どちらかを記入）				月			BI	点	FIM	点
					月			BI	点	FIM	点
					月			BI	点	FIM	点
					月			BI	点	FIM	点
					月			BI	点	FIM	点
					月			BI	点	FIM	点
5	一月当たりのリハビリテーション	実施日数						日			
		提供単位数						単位			
6	リハビリテーションの内容							具体的に記載すること			
7	改善に要する見込み期間							☐ 2週間以内　☐ 2週間から1ヶ月 ☐ 1ヶ月から3ヶ月　☐ 3ヶ月から6ヶ月 ☐ 6ヶ月以上			
8	前回の評価からの改善や変化							−1　0　1　2　3 悪化　維持　改善大 BI・FIMで（　　）点程度の改善			

〔記載上の注意〕

1 「1」の要因については、別紙疾病分類表より疾病コードを記載するとともに、発症時期や治療の有無、治療内容等について記載すること。

2 「2」の廃用に至った経緯等については、「1」の疾患によって安静を余儀なくされた理由、安静の程度、安静期間の長さ等を含めて記載すること。

3 「4」の月毎の評価点数については、直近月からさかのぼり6ヶ月間記載すること。

4 「6」については、筋力、心肺機能、関節拘縮防止、作業療法等の具体的なリハビリテーションの内容について記載すること。

疾病コードと疾病分類の対応表

感染症及び寄生虫症

001　腸管感染症
002　結核
003　主として性的伝播様式をとる感染症
004　皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患
005　ウイルス肝炎
006　その他のウイルス疾患
007　真菌症
008　感染症及び寄生虫症の続発・後遺症
009　その他の感染症及び寄生虫症

新生物

010　胃の悪性新生物
011　結腸の悪性新生物
012　直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物
013　肝及び肝内胆管の悪性新生物
014　気管，気管支及び肺の悪性新生物
015　乳房の悪性新生物
016　子宮の悪性新生物
017　悪性リンパ腫
018　白血病
019　その他の悪性新生物
020　良性新生物及びその他の新生物

血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害

021　貧血
022　その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害

内分泌，栄養及び代謝疾患

023　甲状腺障害
024　糖尿病
025　その他の内分泌，栄養及び代謝疾患

精神及び行動の障害

026　血管性及び詳細不明の認知症
027　精神作用物質使用による精神及び行動の障害
028　統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害
029　気分[感情]障害（躁うつ病を含む）
030　神経症性障害，ストレス関連障害及び身体表現性障害
031　知的障害＜精神遅滞＞
032　その他の精神及び行動の障害

神経系の疾患

033　パーキンソン病
034　アルツハイマー病
035　てんかん
036　脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
037　自律神経系の障害
038　その他の神経系の疾患

眼及び付属器の疾患

039　結膜炎
040　白内障
041　屈折及び調節の障害
042　その他の眼及び付属器の疾患

耳及び乳様突起の疾患

043　外耳炎
044　その他の外耳疾患
045　中耳炎
046　その他の中耳及び乳様突起の疾患
047　メニエール病
048　その他の内耳疾患
049　その他の耳疾患

循環器系の疾患

050　高血圧性疾患
051　虚血性心疾患
052　その他の心疾患
053　くも膜下出血
054　脳内出血
055　脳梗塞
056　脳動脈硬化（症）
057　その他の脳血管疾患
058　動脈硬化（症）
059　痔核
060　低血圧（症）
061　その他の循環器系の疾患

呼吸器系の疾患

062　急性鼻咽頭炎[かぜ]＜感冒＞
063　急性咽頭炎及び急性扁桃炎
064　その他の急性上気道感染症
065　肺炎
066　急性気管支炎及び急性細気管支炎
067　アレルギー性鼻炎
068　慢性副鼻腔炎
069　急性又は慢性と明示されない気管支炎
070　慢性閉塞性肺疾患
071　喘息
072　その他の呼吸器系の疾患

消化器系の疾患

073　う蝕
074　歯肉炎及び歯周疾患
075　その他の歯及び歯の支持組織の障害
076　胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
077　胃炎及び十二指腸炎
078　アルコール性肝疾患
079　慢性肝炎（アルコール性のものを除く）
080　肝硬変（アルコール性のものを除く）
081　その他の肝疾患
082　胆石症及び胆のう炎
083　膵疾患
084　その他の消化器系の疾患

皮膚及び皮下組織の疾患

085　皮膚及び皮下組織の感染症
086　皮膚炎及び湿疹
087　その他の皮膚及び皮下組織の疾患

筋骨格系及び結合組織の疾患

088　炎症性多発性関節障害
089　関節症
090　脊椎障害（脊椎症を含む）
091　椎間板障害
092　頸腕症候群
093　腰痛症及び坐骨神経痛
094　その他の脊柱障害
095　肩の傷害＜損傷＞
096　骨の密度及び構造の障害
097　その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

腎尿路生殖器系の疾患

098　糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患
099　腎不全
100　尿路結石症
101　その他の腎尿路系の疾患
102　前立腺肥大（症）
103　その他の男性生殖器の疾患
104　月経障害及び閉経周辺期障害
105　乳房及びその他の女性生殖器の疾患

妊娠，分娩及び産じょく

106　流産
107　妊娠高血圧症候群
108　単胎自然分娩
109　その他の妊娠，分娩及び産じょく

周産期に発生した病態

110　妊娠及び胎児発育に関連する障害
111　その他の周産期に発生した病態

先天奇形，変形及び染色体異常

112　心臓の先天奇形
113　その他の先天奇形，変形及び染色体異常

症状，徴候及び異常所見等で他に分類されないもの

114　症状，徴候及び異常所見等で他に分類されないもの

損傷，中毒及びその他の外因の影響

115　骨折
116　頭蓋内損傷及び内臓の損傷
117　熱傷及び腐食
118　中毒
119　その他の損傷及びその他の外因の影響

（別紙様式25）

酸素の購入価格に関する届出書（　　年度）

１　前年の１月から１２月までの酸素の購入実績

購入年月	定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）		可搬式液化酸素容器（LGC）		大型ボンベ（3,000L超）		小型ボンベ（3,000L以下）	
	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）
年１月								
２月								
３月								
４月								
５月								
６月								
７月								
８月								
９月								
１０月								
１１月								
１２月								
計								
単価								

２　前年１年間において酸素の購入実績がない場合（当該診療月前の酸素の購入実績）

購入年月	定置式液化酸素貯槽（ＣＥ）		可搬式液化酸素容器（LGC）		大型ボンベ（3,000L超）		小型ボンベ（3,000L以下）	
	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）	購入容積（ﾘｯﾄﾙ）	購入対価（円）
年　月								
単価								

３　その他

購入業者名	種類（液化酸素、ボンベ）

上記のとおり届出します。

年　　月　　日

医療機関コード	

保険医療機関　　所在地
名　称
開設者

殿

［記載上の注意事項］

１　届出は、当該前年の１月１日から１２月３１日までの間に購入したすべての酸素について記載すること。
２　対価は、実際に購入した価格（消費税を含む。）を記載すること。
　なお、平成30年１月１日から令和元年９月30日までの間に医療機関が購入したものについては、当該対価に108分の110を乗じて得た額の１円未満の端数を四捨五入した額とする。

（別紙様式２６）

年　　月　　日

主　治　医　氏　名	
１．輸血の種類（自己血輸血*を含む。）と使用量等	
２．輸血の必要性及び輸血を行わない場合の危険性等	
３．輸血の副作用等	
４．輸血に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
５．その他留意点（副作用・感染症救済制度等）	

＊　自己血輸血を実施しない場合は、その理由を説明すること。

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で輸血を受けることに同意しました。

（患者氏名）　　印

（家族等氏名）　　印

（患者との続柄：　　）

※　患者の署名がある場合には家族等の署名は不要

別紙様式44

保険医療機関間の連携による病理診断に係る情報提供様式

標本等の受取又は受信側

病理標本等の受取又は受信側の医療機関名:	
担当医:　　科　　殿	依頼日:　　年　　月　　日

標本等の送付又は送信側

病理標本等の送付又は送信側の医療機関名:	
所在地:	
電話番号:　　医師氏名:　　提出医サイン:	
送付又は送信する材料　□病理組織標本　□病理検体　□病理組織標本のデジタル病理画像	
標本作製の場所(標本又はデジタル病理画像を送付する場合):院内・院外(施設名称:　　標本番号:　　)	
患者氏名:　　(フリガナ)　　性別:男・女	
患者住所	
生年月日:明・大・昭・平・令　　年　　月　　日(　　歳)	職業:(具体的に　　)電話番号:
保険医療機関間の連携による病理診断についての患者の了解:有・無	
傷病名:	
臨床診断・臨床経過:	
肉眼所見・診断(略図等):	
病理材料のマクロ写真と切り出し図(鉗子生検等は除く):	
採取日又は手術日:　　年　　月　　日	
提出臓器とそれぞれの標本又はデジタル病理画像の枚数:1.　　2.　　3.　　その他	
既往歴:	
家族歴:	
感染症の有無:有(　　)・無	
治療情報・治療経過:	
現在の処方:	
病理診断に際しての要望:	
備考:	
病理診断科使用欄:病理診断科ID □病理診断管理加算1　□病理診断管理加算2　□悪性腫瘍病理組織標本加算　□標本作製料　□病理診断料　□免疫染色等(　　)	

※1内視鏡生検等では、内視鏡伝票又は生検部位の写真を添付すること
※2手術材料等では病変部の写真等を含む画像診断報告書資料を添付すること

（別紙様式４９）

職場復帰の可否等についての主治医意見書

患者氏名		生年月日	年　　月　　日
住所			

復職に関する意見	□ 復職可　□ 条件付き可　□ 現時点で不可（休業：～　　年　月　日） 意見
業務の内容について職場で配慮したほうがよいこと（望ましい就業上の措置）	例：重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期の出張や海外出張は避ける　など 注）提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
その他配慮事項	例：通院時間を確保する、休憩場所を確保する　など 注）治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
上記の措置期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日

上記内容を確認しました。

年　　月　　日　　（本人署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり、職場復帰の可否等に関する意見を提出します。

年　　月　　日　　（主治医署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(注)この様式は、患者が病状を悪化させることなく治療と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。

（別紙様式４９の２）

治療の状況や就業継続の可否等についての主治医意見書

患者氏名		生年月日	年　　月　　日
住所			

病名	
現在の症状	（通勤や業務遂行に影響を及ぼし得る症状や薬の副作用等）
治療の予定	（入院治療・通院治療の必要性、今後のスケジュール（半年間、月１回の通院が必要、等））
退院後／治療中の就業継続の可否	□可　　（職務の健康への悪影響は見込まれない） □条件付きで可（就業上の措置があれば可能） □現時点で不可（療養の継続が望ましい）
業務の内容について職場で配慮したほうがよいこと（望ましい就業上の措置）	例：重いものを持たない、暑い場所での作業は避ける、車の運転は不可、残業を避ける、長期の出張や海外出張は避ける　など 注）提供された勤務情報を踏まえて、医学的見地から必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
その他配慮事項	例：通院時間を確保する、休憩場所を確保する　など 注）治療のために必要と考えられる配慮等の記載をお願いします。
上記の措置期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日

上記内容を確認しました。

年　　月　　日　　（本人署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり、診断し、就業継続の可否等に関する意見を提出します。

年　　月　　日　　（主治医署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(注)この様式は、患者が病状を悪化させることなく治療と就労を両立できるよう、職場での対応を検討するために使用するものです。この書類は、患者本人から会社に提供され、プライバシーに十分配慮して管理されます。

別紙様式５０

年　　月　　日

看護及び栄養管理等に関する情報(1)

患者氏名(ふりがな)		性別		生年月日	年　月　日
入退院日	入院日:　　年　　月　　日	退院(予定)日:　　年　　月　　日			
主たる傷病名					
主な既往歴	□診療情報提供書参照	アレルギー	□薬剤(　　) □食物(　　) □その他(　　)		
入院中の経過	□診療情報提供書参照				
継続する 看護上の問題等					
ケア時の具体的な方法や留意点					
病状等の説明 内容と受け止め	医師の説明				
	患者				
	家族				
患者・家族の 今後の希望・目標や、大切にしていること	患者				
	家族				
家族構成 (同居者の有無、キーパーソン等)		緊急連絡先(氏名・続柄・連絡先) ① ②			
介護者等の状況	介護者(　　)協力者:(　　) 対応可能な時間: □24 時間　□日中のみ　□夜間のみ　□独居・介護者や協力者がいない				
日常生活自立度	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2				
認知症自立度	正常 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱb ・ Ⅲa ・ Ⅲb ・ Ⅳ ・ M				
社会資源	要介護認定	□申請中　要支援状態区分(□1　□2) 要介護状態区分(□1　□2　□3　□4　□5)			
	介護支援専門員／ 訪問看護ステーション／ 訪問診療医療機関				
	障害手帳	□有　(　　)			
生活等の状況	清潔	入浴:　□自立　□一部介助(介助方法:　　) □全介助(□シャワー浴　□機械浴　□清拭　最終:　月　日) 口腔ケア:□自立　□部分介助(介助方法:　　) □全介助 更衣:　□自立　□部分介助(介助方法:　　) □全介助			
	活動	座位:□自立　□部分介助(介助方法:　　) □全介助			

別紙様式５０

		移乗:□自立　□部分介助(介助方法:　　) □全介助 移動:□自立　□部分介助(介助方法:　　) □全介助 方法:□T 杖・松葉杖　□歩行器　□車椅子　□車椅子自走　□ストレッチャー
	排泄	□自立　□部分介助(介助方法:　　) □全介助 方法:□トイレ　□ポータブルトイレ　□尿器　□便器　□パッド　□オムツ □自己導尿 排泄機能障害:□尿意がない　□尿失禁　□便意がない　□便失禁 排便回数:(　　)日に(　　)回　最終排便:　月　日
	食事	介助方法:
	睡眠	□特記事項なし　□その他(　　)
	精神状態	□特記事項なし　□抑うつ　□せん妄　□その他(　　) □認知症　(症状、行動等:　　)
	運動機能障害	□麻痺:(□右上肢　□左上肢　□右下肢　□左下肢) □言語障害:(□構音障害　□失語症)　□視力障害:(□右　□左) □聴力障害:(□右　□左)　補聴器使用(□有　□無)
	安全対策	方法:
医療処置・挿入物等の状況	□点滴投与経路	□PICC(末梢挿入型中心静脈カテーテル)　□CVC(中心静脈カテーテル) □末梢静脈ライン　□静注 CV ポート　挿入部位: サイズ:　最終交換日:　月　日 最終ロック日:　交換頻度:
	□経管栄養	□経鼻　□胃瘻　□腸瘻　□その他(　　) サイズ:　Fr　cm　挿入日:　月　日 最終交換日:　月　日　交換頻度:
	□膀胱留置カテーテル	種類:　サイズ:　Fr 固定水:　ml　最終交換日:　月　日　交換頻度:
	□透析	週　回　シャント:□有(部位　　)
	□呼吸管理	□吸引　回数: □酸素療法(□経鼻　□マスク　□その他　　) 酸素設定: □気管切開:気管内チューブ　mm 最終交換日:　月　日　交換頻度: □人工呼吸器　設定、モード:
	□創傷処置	□褥瘡　部位・深度・大きさ等: ケア方法: □手術創　部位:　ケア方法:
	□ストーマ処置	種類:　サイズ: 最終交換日:　月　日　交換頻度:
服薬管理	□自立　□要確認・見守り　□一部介助(方法:　　) 他院処方薬:□有　□無	
その他		

(記入者氏名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

(照会先)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

看護及び栄養管理等に関する情報(2)

患　者　氏　名		
入　退　院　日	入院日:　年　月　日	退院(予定)日:　年　月　日

(太枠:必須記入)

栄養管理に関する情報

栄養管理・栄養指導等の経過	
栄養管理上の注意点と課題	

栄養評価

評価日	年　月　日	過去(　週間)の体重変化	増加 ・ 変化なし ・ 減少:　(　kg　%)		
身体計測	体重　kg　測定日(　/　)	BMI　kg/m^2	下腿周囲長　cm・ 不明	握力　kgf・ 不明	
身体所見	食欲低下	無 ・ 有 ・ 不明 (　)	消化器症状	無 ・ 有 (嘔気・嘔吐・下痢・便秘)・ 不明	
	味覚障害	無 ・ 有 ・ 不明 (　)	褥　瘡	無 ・ 有 (部位等　)・ 不明	
	浮　腫	無 ・有(胸水・腹水・下肢)・不明	その他		
	嚥下障害	無 ・ 有	特記事項		
	咀嚼障害	無 ・ 有			
検査・その他	過去1か月以内Alb値 (　)g/dL ・ 測定なし	その他			

1日栄養量	エネルギー	たんぱく質	食　塩	水　分	その他
必要栄養量	(　)kcal/標準体重kg (　)kcal/現体重kg	(　)g/標準体重kg (　)g/現体重kg	g	ml	
摂取栄養量	(　)kcal/標準体重kg (　)kcal/現体重kg	(　)g/標準体重kg (　)g/現体重kg	g	ml	

栄養補給法	経口 ・ 経腸 (経口 ・ 経鼻 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻) ・ 静脈	食事回数:　回/日	朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ その他(　)

退院時食事内容

食種	一般食 ・ 特別食(　)・その他(　)					
食事形態	主食種類	朝	米飯・軟飯・全粥・パン・その他(　)	量		g/食
		昼	米飯・軟飯・全粥・パン・その他(　)			g/食
		夕	米飯・軟飯・全粥・パン・その他(　)			g/食
	副食形態	常菜・軟菜・その他(　)　＊)自由記載:例　ペースト				
	嚥下調整食	不要 ・ 必要	コード(嚥下調整食の場合は必須)　0j ・0t ・1j ・2-1・ 2-2 ・3・4			
	とろみ調整食品の使用	無 ・ 有	種　類 (製品名)	使用量(gまたは包)	とろみの濃度	
					薄い / 中間 / 濃い	
その他影響する問題点	無 ・ 有 (　)					
禁止食品	食物アレルギー	無 ・ 有	乳・乳製品 ・ 卵 ・ 小麦 ・ そば ・ 落花生・えび・かに・青魚・大豆 その他・詳細(　)			
	禁止食品 (治療、服薬、宗教上などによる事項)					

退院時栄養設定の詳細

	補給量	エネルギー	たんぱく質(アミノ酸)	脂質	炭水化物(糖質)	食塩	水分	その他
栄養量	経口(食事)	kcal	g	g	g	g	ml	
	経腸	kcal	g	g	g	g	ml	
	静脈	kcal	g	g	g	g	ml	
	経口飲水						ml	
	合計	kcal	g	g	g	g	ml	
	(現体重当たり)	kcal/kg	g/kg				ml	

経腸栄養詳細	種類	朝:	昼:	夕:
	量	朝:　ml	昼:　ml	夕:　ml
	投与経路	経口 ・ 経鼻 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻 ・ その他(　)		
	投与速度	朝:　ml/h	昼:　ml/h	夕:　ml/h
	追加水分	朝:　ml	昼:　ml	夕:　ml
静脈栄養詳細	種類・量			
	投与経路	末梢 ・ 中心静脈		

備考	

(記入者氏名)

(照会先)

【記入上の注意】
1. 必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。
2. 地域連携診療計画に添付すること。