

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8年厚生労働省告示第70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8年厚生労働省告示第71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件」（令和8年厚生労働省告示第69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行う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8年3月5日保医発 0305 第7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8年3月5日保医発 0305 第8号）を「特掲診療料施設基準通知」という。
- 13 健康診断、検診及び予防接種等（以下この通則において「健診等」という。）の費用は、「療養の給付と直接関係ないサービス等」に該当する場合に、別途徴収できる。
- 14 健診等に関する疾病（特定の疾病を対象としない健診等については、健診等の結果、診断された疾病又は疑いがあると診断された疾病を含む。）に対して、健診等を実施した保険医の属する保険医療機関において、同一日に1回の受診で保険診療を行う場合の初診料及び再診料（外来診療料を含む。）は算定できない。また、当該疾病に対して、当該保険医療機関において、同一日又は翌日以降の別の受診において保険診療を行う場合には、「A000」初診料は算定できないが、「A001」再診料又は「A002」外来診療料は、それぞれの規定に従い算定できる。
- 15 14に規定する場合においては、14の規定により算定できない費用が含まれる特掲診療料及び当該費用を併せて算定できない特掲診療料についても算定できない。ただし、第3部検査、第4部画像診断、第5部投薬、第6部注射、第7部リハビリテーション、第9部処置、第10部手術、第11部麻酔、第12部放射線治療及び第13部病理診断に掲げる診療であって健診等に含まれないもの（当該診療の費用が他の特掲診療料に含まれる場合を含む。）を、特に必要と認め保険診療として実施する場合には、この限りではない。
- 16 健診等の結果、疾病又はその疑いがあると診断された患者について、治療方針を確立する等のために検査を行う必要がある場合には、当該検査が当該健診等の一環としてあらかじめ計画又は予定されていたものではないことが客観的に明らかである場合に限り、当該検査に係る費用について、医療保険給付対象として診療報酬を算定できる。
- 17 健診等の結果、特に治療の必要性を認め治療を開始した場合には、当該治療に係る費用（14及び15の規定により算定できないこととされているものを除く。）について、医療保険給付対象として診療報酬を算定できる。

## 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。）している期間中であっては、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思わ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思わ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を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思わ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

### A 0 0 1 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つては、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「他（受診日数：〇日）」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つては、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日以内に限り。
- 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もの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。
$$\frac{1 \text{ 月当たりの当該病棟の退院患者のうち、正午以前に退院した患者数}}{1 \text{ 月当たりの退院患者数}}$$
    - 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。
$$\frac{(\text{退院日前日に退院患者に提供した夕食数} - \text{退院日に退院患者に提供した昼食数})}{\text{退院日前日に退院患者に提供した夕食数}}$$
    - 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。
- $$\begin{aligned} & (1 \text{ 月当たりの金曜日入院患者数} / 1 \text{ 月当たりの全入院患者数}) \times 100 \\ & + (1 \text{ 月当たりの月曜日退院患者数} / 1 \text{ 月当たりの全退院患者数}) \times 100 \end{aligned}$$
- 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、翌日より (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 **令和 10 年 5 月 31 日までの間**、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  $\alpha$ -フエ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
- (16) 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」、「注3」、「注7」及び「注8」を除く。）及び指導した年月日（「注4」、「注6」、「注7」及び「注8」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、初回にあつては概ね 30 分以上、2 回目にあつては概ね 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(16)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（根治を目的とした治療後に根治が不能な状況となる等、病状の大きな変化に伴って診療方針の変更等について話し合いが必要となった場合は、更に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、社会福祉士等の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、就学、就労、妊孕性の温存、アピアランスケア等の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（Decisional 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、末期心不全、末期呼吸器疾患又は末期腎不全の患者のうち、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) 末期呼吸器疾患の患者とは、以下のアからウまでのいずれにも該当するものをいう。

ア 呼吸器疾患に対して適切な治療が実施されている。

イ 在宅酸素療法やNPPV（非侵襲的陽圧換気）を継続的に実施している。

ウ 過去半年以内に 10%以上の体重減少を認める。

- (4) 末期腎不全の患者とは、以下のアからエまでのいずれにも該当する又はア、イ及びオに該当するものをいう。
- ア 腎不全に対して適切な治療が実施されている。
  - イ 器質的な腎障害により、適切な治療にかかわらず、慢性的に日本腎臓学会慢性腎臓病重症度分類 Stage G5 以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態である。
  - ウ 血液透析療法又は腹膜透析療法を実施している。
  - エ Palliative Performance Scale (PPS) が 40% 以下である。
  - オ 腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である。
- (5) 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。
- (6) 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。
- (7) 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。
- (8) 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。
- (9) 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。
- (10) 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。
- (11) 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。
- (12) 「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、D P C 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病院 A 一般入院料、急性期病院 B 一般入院料（看護・多職種協働加算に係る届出を行っているものに限る。）、急性期一般入院料 1 又は急性期一般入院料 4（看護・多職種協働加算に係る届出を行っているものに限る。）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。

#### B 0 0 1 - 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)若しくは(2)、「2」の「イ」の(1)若しくは(2)又は「3」の「イ」の(1)若しくは(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(3)若しくは(4)、「2」の「イ」の(3)若しくは(4)又は「3」の「イ」の(3)若しくは(4)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) 同日中に、「G000」皮内、皮下及び筋肉内注射のうち皮下注射による抗悪性腫瘍剤の投与と、その他の方法による抗悪性腫瘍剤の投与を併せて実施した場合は、主たるもののみ算定する。

(4) 「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る情報を文書（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。この場合には外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている保険医療機関は、連携する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名及び情報提供に係る文書を受理した日付を診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

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。

(5) 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。

- (6) 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。
- (7) 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。
- (8) 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。
- (9) 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。
- (10) 「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) 又は(2)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。

- (11) 「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)又は(2)を算定する患者に対して(5)の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」**声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔下**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。

#### B 0 0 1 - 5 手術後医学管理料

- (1) 手術後医学管理料は、「L 0 0 8」**声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔を伴う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、「A 3 0 0」救命救急入院料又は「A 3 0 1」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「D 0 2 6」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。

#### B 0 0 1 - 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**(当該患者が作成し事業者が確認を行った文書を含む。以下この項において同じ。)**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、**疾患の増悪防止等のための反復継続した治療が必要な入院中の患者以外の患者であって、就業の継続に配慮が必要なもの**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、当該患者と当該患者を**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」、「別紙様式 49 の 3」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6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する。
- (5) 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（産業医が主治医に依頼する職場復帰等に関する意見書を含む。）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、算定を行った月内において、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。

#### B001-11 遺伝性疾患療養指導管理料

- (1) 遺伝性疾患療養指導管理料の「1」は、難病に関する検査（「D006-4」遺伝学的検査、「D006-20」角膜ジストロフィー遺伝子検査、「D006-26」染色体構造変異解析及び「D006-30」遺伝性網膜ジストロフィー遺伝子検査をいう。以下同じ。）又は遺伝性腫瘍に関する検査（「D004-2」悪性腫瘍組織検査の「1」のうち、マイクロサテライト不安定性検査（リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。）及び「D006-18」BRCA1/2遺伝子検査をいう。以下同じ。）若しくは病理診断（「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（リンチ症候群の診断の補助に用いる場合に限る。）をいう。以下同じ。）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、当該検査又は病理診断の目的並びに当該検査又は病理診断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行うとともに、その内容を文書により交付した場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。

- (2) 遺伝性疾患療養指導管理料の「2」の「イ」は、難病に関する検査又は遺伝性腫瘍に関する検査若しくは病理診断の実施後に、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、当該検査又は病理診断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した場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。この場合、当該検査又は病理診断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) 遺伝性疾患療養指導管理料の「2」の「ロ」は、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する医師が、過去に難病に関する検査又は遺伝性腫瘍に関する検査若しくは病理診断を実施した患者に対し、生活状況の変化等を踏まえ、当該検査又は病理診断の結果に基づいて、新たに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した場合に、患者1人につき1回に限り算定できる。この場合、(2)に規定する行為を行った年月日を、診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。
- (4) 遺伝性疾患療養指導管理料は、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」並びに関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」及び「遺伝カウンセリング実施に関するガイダンス」を遵守して実施した場合に限り算定できる。
- (5) 「D006-18」BRCA1/2遺伝子検査を実施する際、BRCA1/2遺伝子検査を行った保険医療機関と「注1」から「注3」までに掲げる行為を行った保険医療機関とが異なる場合の当該区分に係る診療報酬の請求は、BRCA1/2遺伝子検査を行った保険医療機関で行い、診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。その際、「注1」から「注3」までに掲げる行為を行った保険医療機関名と当該医療機関を受診した日付を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。また、遺伝性疾患療養指導管理料の「1」を算定する患者については、「B001」特定疾患治療管理料の「23」がん患者指導管理料の「ニ」の所定点数は算定できない。
- (6) 難病に関する検査に係る「注1」から「注3」までに掲げる行為については、ビデオ通話が可能な情報通信機器を用いた他の保険医療機関の医師と連携して行っても差し支えない（以下、遠隔で行う「注1」から「注3」までに掲げる行為を「遠隔連携遺伝性疾患療養指導」という。）。なお、遠隔連携遺伝性疾患療養指導を行う場合の遺伝性疾患療養指導管理料は、以下のいずれも満たす場合に算定できる。
- ア 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、疑われる疾患に関する十分な知識等を有する他の保険医療機関の医師と連携し、遠隔連携遺伝性疾患療養指導の実施前に、当該他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行うこと。
- イ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、他の保険医療機関の医師に診療情報の提供を行い、当該医師と連携して診療を行うことについて、あらかじめ患者に説明し同意を得ること。
- ウ 患者に対面診療を行っている保険医療機関の医師は、当該診療の内容、診療を行った日、診療時間等の要点を診療録に記載すること。
- エ 当該他の保険医療機関は本区分の「注1」から「注3」までに規定する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）局長に届け出た保険医療機関であること。

オ 当該他の保険医療機関の医師は、オンライン指針に沿って診療を行うこと。また、個人の遺伝情報を適切に扱う観点から、当該他の保険医療機関内において診療を行うこと。

カ 事前の診療情報提供については、「B009」診療情報提供料（I）は別に算定できない。

キ 当該診療報酬の請求については、対面による診療を行っている保険医療機関が行うものとし、当該診療報酬の分配は相互の合議に委ねる。

- (7) 「注5」については、「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査を実施する際に、(1) から (3) までを満たす場合に、それぞれ患者1人につき1回に限り算定できる。なお、この場合であっても、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」並びに関係学会による「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」及び「遺伝カウンセリング実施に関するガイダンス」を遵守すること。

#### 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 Personals 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。**この場合において、「H003-2」リハビリテーション総合計画評価料の注3に規定する入院時訪問指導加算は算定できない。**
- (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慮する。

#### 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つては、「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つては、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、この場合にあつては、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。なお、2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の署名又は記名・押印を省略して差し支えない。
  - 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つては、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、以下に掲げる医療機関の間で適切な連携が行われることにより、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、又は他の保険医療機関へ紹介した患者について、当該他の保険医療機関等からの求めに応じて、又は当該他の保険医療機関と共同して当該患者の治療管理を継続的に行う旨の合意に基づき患者の同意を得て、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3月に1回に限り算定する。

ア 診療所又は許可病床数が200床未満の病院と、特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が200未満であるものを除く。）若しくは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。）又は許可病床の数が400床以上である病院（一般病床の数が200未満であるものを除く。）

イ 難病又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と、その他の保険医療機関

ウ 産科又は産婦人科を標榜する保険医療機関と、その他の保険医療機関

- (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) 他の保険医療機関からの求めによること又は他の保険医療機関との間の合意に基づく紹介であることの確認は、文書により行う必要はないが、他の保険医療機関からの求めがあったこと又は当該合意に基づく紹介であることの確認を行ったことを診療録に記載すること。なお、文書により行った場合は、当該文書を診療録に添付することで差し支えない。
- (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) 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。
- (7) 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、「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査の「1」固形腫瘍を対象とする場合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。以下同じ。）による検討会（エキスパートパネル。以下同じ。）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。また、「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査の「2」造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とする場合を行った場合であって、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造血器腫瘍又は類縁疾患の同一疾患につき1回に限り算定する。ただし、以下のアからウまでを満たす場合については、エキスパートパネルを省略しても差し支えない。この場合、イ及びウの判断に当たっては、がんゲノム情報管理センター（以下「C-CAT」という。）調査結果を参照すること。

ア 「D006-19」がんゲノムプロファイリング検査の「1」固形腫瘍を対象とする場合を行った場合

イ C-CAT調査結果において、二次的所見を疑う病的変異が検出されない場合

ウ 以下のいずれかを満たす場合

① 検査により得られた遺伝子変異に基づいて投与可能な医薬品が存在する場合（検査に用いた体外診断用医薬品若しくは医療機器の薬事承認若しくは認証された使用目的又は関連学会の定める指針に従う場合に限る。）

② C-CAT調査結果において、検査により得られた遺伝子変異に基づいて投与可能な医薬品が、臨床試験又は治験等も含め存在しない場合

(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ケンスデータ（FASTQ、BAM又はCRAM）、解析データ（VCF、XML、YAML又はJSON）及び臨床情報等を、保険医療機関又は検査会社等から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おうこととするが、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つては、薬剤管理指導記録に記載することで差し支えない。
- (7) 死亡退院の場合は算定できない。

## 第2部 在宅医療

### 第1節 在宅患者診療・指導料

#### 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つて、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つては、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2節 核医学診断料

### 3 ラジオアイソトープの費用

ラジオアイソトープの費用を算定する場合は、「使用薬剤の薬価（薬価基準）」の定めるところによる。

#### E100 シンチグラム（画像を伴うもの）

- (1) 「注3」の加算における所定点数には「注2」による加算は含まれない。
- (2) 当該撮影に用いる放射性医薬品については、専門の知識及び経験を有する放射性医薬品管理者の下で管理されていることが望ましい。

## 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）に記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

### F 0 0 0 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越えた部分について、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しない。
- (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

### F 1 0 0 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。
- (3) 「1」について
  - ア 当該保険医療機関が、1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上、抗精神病薬を3種類以上又は抗不安薬と睡眠薬を合わせ

て4種類以上投与（以下この部において「向精神薬多剤投与」という。）した場合に算定する。ただし、以下の(イ)から(ハ)までのいずれかに該当する場合、又は抗うつ薬を3種類若しくは抗精神病薬を3種類投与する場合であって(ニ)に該当する場合には、「1」の所定点数は算定せず、「2」又は「3」により算定する。なお、この場合においては、診療報酬明細書の摘要欄に向精神薬多剤投与に該当するが「1」の所定点数を算定しない理由を記載すること。

なお、「臨時の投薬等のもの」とは(イ)から(ハ)までのいずれかを満たすことをいい、「患者の病状等によりやむを得ず投与するもの」とは、(ニ)を満たすことをいう。

- (イ) 精神疾患を有する患者が、当該疾患の治療のため、当該保険医療機関を初めて受診した日において、他の保険医療機関で既に向精神薬多剤投与されている場合の連続した6か月間。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、当該保険医療機関の初診日を記載すること。
- (ロ) 向精神薬多剤投与に該当しない期間が1か月以上継続しており、向精神薬が投与されている患者について、当該患者の症状の改善が不十分又はみられず、薬剤の切り替えが必要であり、既に投与されている薬剤と新しく導入する薬剤を一時的に併用する場合の連続した3か月間。（年2回までとする。）この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、薬剤の切り替えの開始日、切り替え対象となる薬剤名及び新しく導入する薬剤名を記載すること。
- (ハ) 臨時に投与した場合（臨時に投与した場合とは、連続する投与期間が2週間以内又は14回以内のものをいう。1回投与量については、1日量の上限を超えないよう留意すること。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。）なお、抗不安薬及び睡眠薬については、臨時に投与する場合についても種類数に含める。この場合、診療報酬明細書の摘要欄に、臨時の投与の開始日を記載すること。
- (ニ) 抗うつ薬又は抗精神病薬に限り、精神科の診療に係る経験を十分に有する医師として別紙様式39を用いて地方厚生(支)局長に届け出たものが、患者の病状等によりやむを得ず投与を行う必要があると認めた場合。なお、ここでいう精神科の診療に係る経験を十分に有する医師とは以下のいずれにも該当するものであること。
- ① 臨床経験を5年以上有する医師であること。
  - ② 適切な保険医療機関において3年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。なお、ここでいう適切な保険医療機関とは、医師に対する適切な研修を実施するため、常勤の指導責任者を配置した上で、研修プログラムの策定、医師に対する精神科医療に係る講義の提供、症例検討会の実施等を満たす保険医療機関を指す。
  - ③ 精神疾患に関する専門的な知識と、ICD-10（平成21年総務省告示第176号（統計法第28条及び附則第3条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「3」の「(1) 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）においてF0からF9までの全てについて主治医として治療した経験を有すること。
  - ④ 精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。

- イ 抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類数は一般名で計算する。また、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬の種類については、別紙様式 36 を参考にすること。
- ウ 向精神薬多剤投与を行った保険医療機関は、毎年度 4 月、7 月、10 月、1 月に、前月までの 3 か月間の向精神薬多剤投与の状況を別紙様式 40 を用いて地方厚生(支)局長に報告すること。
- (4) 「2」において、処方料における内服薬の種類については、「F 2 0 0」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、「F 2 0 0」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「F 1 0 0」処方料と「F 4 0 0」処方箋料を算定する場合にあっては、「F 1 0 0」処方料又は「F 4 0 0」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」に規定する地域支援・外来医薬品供給対応体制加算は、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し、実際に後発医薬品を一定割合以上調剤する体制及び医薬品の流通改善に向けて医薬品の安定供給に資する取組を実施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。

### 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

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でない場合）

(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ないが、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、特定疾患処方管理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及びバイオ後続品のあるバイオ医薬品（バイオ後続品の適応のない患者に対して使用する先行バイオ医薬品は除く。以下この項において同じ。）について、薬価基準に記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及びバイオ後続品のあるバイオ医薬品（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若しくは後発医薬品又は先行バイオ医薬品若しくはバイオ後続品の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、薬価基準に記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記載されている場合

(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つて、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記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つて、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 ㊦ガスエソウマ抗毒素
    - ケ 乾燥ガスエソウマ抗毒素
    - 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つて注入した場合に限り算定する。
- (3) 「G 0 0 3」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) 「G 0 0 5」中心静脈注射又は「G 0 0 6」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「C 1 0 1」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、薬価基準に記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・病巣内薬液注入、子宮腔部注射、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。

#### 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）に対して、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）に対しては、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日本輸血・細胞治療学会から示されている「輸血療法実践ガイド」を遵守するよう努めるものとする。

#### 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。

#### G 0 0 5 - 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) 「C 1 0 4」在宅中心静脈栄養法指導管理料、「C 1 0 8」在宅麻薬等注射指導管理料、「C 1 0 8 - 2」在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、「C 1 0 8 - 3」在宅強心剤持続投与指導管理料又は「C 1 0 8 - 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、「C 0 0 1」在宅患者訪問診療料(I)又は「C 0 0 1 - 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。

#### G 0 0 5 - 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。

#### 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、点滴注射又は薬液膀胱内注入が行われる患者であり、この場合において、「悪性腫瘍に対して用いる薬剤であって細胞毒性を有するもの」とは、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

- (6) 「注2」の投与時閉鎖式接続器具使用加算は、無菌製剤処理料1のうちイの対象患者に対し、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い、かつ、患者への投与時にも閉鎖式接続器具を用いた場合に算定する。

## 第2節 薬剤料

### G100 薬剤

アレルギー治療エキス及びアレルギー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 又はこれに準じたリハビリテーション実施計画書（令和8年度改定前の「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和6年3

月5日保医発0305第4号)の別紙様式21(当該様式を参考としたものを含む。)を使用して差し支えない。)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6」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7」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医師又は医師の指示を受けた看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士により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。ただし、「A308」回復期リハビリテーション病棟入院料又は「A319」特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定しているものについては、医師により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写しに説明日及び説明者の記載がない場合は、診療録に記載すること。また、患者等の署名は不要とする。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6」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7」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6」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7」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総合実施計画書（以下この項において「計画書」という。）については、原則として患者本人に説明して計画書を交付し、その写しを診療録に添付すること。ただし、説明に対して理解が困難と認められる患者については、少なくとも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。）には計画書の内容を患者本人に説明し、その後は患者の理解の状況に応じた説明に努めるとともに、家族等に計画書の内容等を説明（情報通信機器等を用いる場合を含む。）しても差し支えない。なお、計画書の写しに説明日及び説明者の記載がない場合は、診療録に記載すること。また、患者等の署名は不要とする。

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。ただし、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総合実施計画書の作成及び説明時間、リハビリテーションの記録に係る時間、個別療法のために移動する時間等、患者に対して直接訓練を実施しなかった時間は、当該訓練時間には含まれない。

5の2 疾患別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日当たりの実施単位数として18単位を標準とし、週当たりの実施単位数として108単位までとする。当該実施単位数は、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。ただし、1日当たりの実施単位数として24単位を上限とする。なお、当該従事者が心大血管疾患リハビリテーションを集団療法により実施する場合には、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。

5 の 3 疾患別リハビリテーションを担当する専従の従事者の実施単位数については、特掲診療料施設基準通知の別添 1 の第 38 の 1 の (2)、第 40 の 1 の (2)、第 40 の 2 の 1 の (2)、第 41 の 1 の (2)、第 42 の 1 の (2) 及び第 44 の 1 の (2) のそれぞれに規定する業務のうち、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以外の特掲診療料に係る業務に実際に従事した時間を合算した時間が、20 分以上の場合は 20 分を 1 単位とみなした上で、5 の 2 に規定する実施単位数に加えて計算する。

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、1 日に 3 単位を超えて当該保険医療機関外で疾患別リハビリテーションを実施する必要がある場合、一連の入院期間において、合計 3 単位（特掲診療料の施設基準等別表第九の三に掲げる患者については 6 単位）に限り、更に疾患別リハビリテーションとみなすことができる。なお、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。この場合、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。

(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)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6」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7」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つては、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すること。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。

- 10 疾患別リハビリテーションを休日に行った場合の加算の対象となる休日とは、土曜日、日曜日又は祝日である。なお、祝日は、国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日を行い、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、「土曜日、日曜日又は祝日」として取り扱う。

## 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

- (6) 標準的算定日数を超えた患者については、「注6」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つては、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つて、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つて、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つて、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歳以上の者であつて、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。

(10) 「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つて、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。

(11) 「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。

(17) 「注8」に規定する特定の患者とは、個別療法を実施する日に、ベッド上から移動せずにポジショニング又は拘縮の予防等を主たる目的とした他動的な訓練のみを行う入院中の患者のうち、以下のいずれにも該当しないものをいう。

ア 「A300」救命救急入院料、「A301」特定集中治療室管理料、「A301-2」ハイケアユニット入院医療管理料、「A301-3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、「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、「A302-2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料、「A303」総合周産期特定集中治療室管理料、「A303-2」新生児治療回復室入院医療管理料及び「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並びに「H003」呼吸器リハビリテーション料の「注2」、「注3」及び「注4」に規定する早期リハビリテーション加算、初期加算及び急性期リハビリテーション加算のいずれかを算定している患者。

イ 患者の疾患及び状態により、ベッド上からの移動が困難である15歳未満の小児患者。

ウ 患者の疾患及び状態により、ベッド上からの移動が困難な患者であって、当該個別療法を3単位以上行うことが医学的に必要であると医師が特に認めたもの。この場合においては、当該患者がベッド上からの移動が困難な医学的理由、長時間のリハビリテーションが必要な理由及び訓練内容について、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。

(18) 「注8」に規定する特定の患者に対して、離床を伴わずに20分以上個別療法であるリハビリテーションを行った場合は、所定点数の100分の90に相当する点数により算定する。なお、患者1人につき1日2単位までに限る。

#### 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る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。また、当該患者が、以後、介護保険によるリハビリテーション等のサービスの利用が必要と思われる場合には、必要に応じて介護支援専門員と協力して、適宜患者等に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等を提供する事業所（当該保険医療機関を含む。）を紹介し、見学、体験（入院中の患者以外の患者に限る。）を提案すること。

(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であっても、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。
- (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(6)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入院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、入院した日から起算して14日に限り算定できる。なお、ここでいう入院した日とは、他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の最初の保険医療機関に入院した日とし、入院中の患者以外の患者については、退院前の入院日（転院した場合は最初の保険医療機関に入院した日）のことをいう。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つては、「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(10)及び(11)の例によること。

- (16) 「注5」に規定する休日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切れ目のない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。）に対して休日にリハビリテーションを行った場合に「注2」、「注3」及び「注4」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5」に規定する加算は算定できない。
- (17) 「注6」及び「注7」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。
- (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。
- (21) 「注9」に規定する特定の患者の取扱いは、「H000」心大血管疾患リハビリテーション料の(17)及び(18)と同様である。

#### 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。また、当該患者が、以後、介護保険によるリハビリテーション等のサービスの利用が必要と思われる場合には、必要に応じて介護支援専門員と協力して、適宜患者等に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等を提供する事業所（当該保険医療機関を含む。）を紹介し、見学、体験（入院中の患者以外の患者に限る。）を提案すること。

- (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であっても、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。
- (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(6)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、入院後、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による入院後、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、「H 0 0 0」心大血管疾患リハビリテーション料の (10) 及び (11) の例によること。
- (15) 「注 5」に規定する休日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、急性増悪又は廃用症候群に係る急性増悪後切れ目のない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休日にリハビリテーションを行った場合に「注 2」、「注 3」及び「注 4」に規定する加算とは別に算定することができる。
- (16) 「注 6」及び「注 7」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。
- (17) 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。
- (18) 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。
- (19) 「注 9」に規定する特定の患者の取扱いは、「H 0 0 0」心大血管疾患リハビリテーション料の (17) 及び (18) と同様である。

#### 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7条第2項に規定する指定発達支援医療機関

ウ 当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している外来患者のうち、概ね8割以上が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）

#### J 0 0 0 創傷処置

- (1) 創傷処置、「J 0 0 1」熱傷処置、「J 0 0 1-4」重度褥瘡処置及び「J 0 5 3」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、面皸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) 「C 1 0 9」在宅寝たきり患者処置指導管理料、「C 1 1 2」在宅気管切開患者指導管理料又は「C 1 1 2-2」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。

#### J 0 2 4 酸素吸入、J 0 2 4-2 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ープ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」**声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔**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、 $P a O_2 / F I O_2$ が300mmHg以下又は $P a C O_2$ が45mmHg以上の急性呼吸不全の場合に限り人工呼吸に準じて算定する。
- (9) 「C107」在宅人工呼吸指導管理料を算定している患者（これに係る在宅療養指導管理材料加算のみを算定している者を含み、入院中の患者及び医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している短期入所中の者を除く。）については、人工呼吸の費用は算定できない。
- (10) 「3」について、他院において人工呼吸器による管理が行われていた患者については、人工呼吸の算定期間を通算する。
- (11) 「3」について、自宅等において人工呼吸器が行われていた患者については、治療期間にかかわらず、「ロ」の所定点数を算定する。
- (12) 「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 ( $F_{I}O_2$ ) 50%以下、CPAP (PEEP)  $\leq 5\text{cmH}_2\text{O}$  かつ PS  $\leq 5\text{cmH}_2\text{O}$

(ロ)  $F_{I}O_2$  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。

## J 1 2 0 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) 薬価基準に記載されている高カロリー薬及び薬価基準に記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

酸素ポンペに係る酸素の単価

大型ポンペに係る酸素の単価	1リットル当たり0.42円
小型ポンペに係る酸素の単価	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

酸素ポンペに係る酸素の単価

大型ポンペに係る酸素の単価	1リットル当たり0.63円
小型ポンペに係る酸素の単価	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、大型ポンベとは、ポンベ1本当たり通常7,000L又は6,000L用のポンベをいい3,000Lを超えるもの、小型ポンベとは、ポンベ1本当たり通常1,500L又は500L用のポンベをいい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。

$$\text{酸素の価格（単位 円）} = \text{酸素の単価（単位 円）} \times \text{当該患者に使用した酸素の容積（単位 リットル）} \times \text{補正率}$$

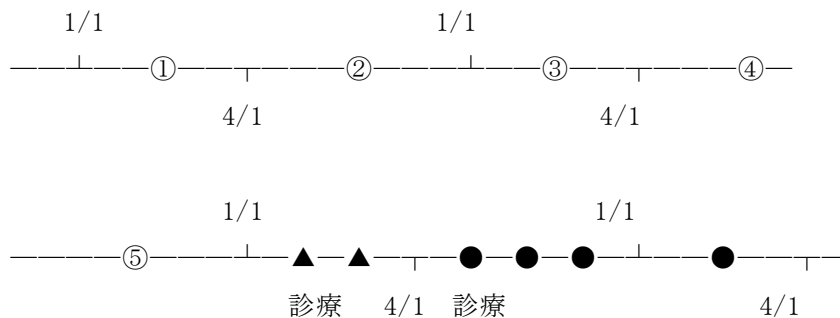
- (5) (1)の規定にかかわらず、(1)に規定する区分ごとに次の算式により、保険医療機関ごとに算出される酸素の購入単価が(1)に規定する単価に満たない場合には、4月1日から3月31日までの1年間の診療については、この酸素の購入単価を用いて算出した酸素の購入価格によって請求するものとする。

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

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

$$\text{酸素の購入単価（単位 円）} = \frac{\text{酸素の購入価格（単位 円）}}{\text{当該購入した酸素の容積（単位 リットル。35℃1気圧で換算）}}$$

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。



●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

がない場合にあつては、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（大型ポンペを廃止し、CEに変更等）を行った場合に限る。）にあつては、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単価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、大型ポンペにあつては、6,000L以上、小型ポンペにあつては、500L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つては、随時（当該年度内において算出した購入単価に30%を超える変動があつた場合を含む。）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、ポンペ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。
- (16) (5)、(7)及び(11)に掲げる対価については、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。

## 第10部 手術

### <通則>

- 13 「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。）
- 14 「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。
- 16 「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。
- 17 「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。
- 19 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。

## 27 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、日本栄養治療学会の「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。

#### K 0 1 4 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、「K 0 0 0」創傷処理又は「K 0 0 0 - 2」小児創傷処理（6歳未満）に準じて算定する。

#### K 0 1 4 - 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

#### K 0 5 9 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。

#### K 4 4 4 - 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

#### K 6 1 1 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、**日本輸血・細胞治療学会より示されている「輸血療法実践ガイド」を遵守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<sup>3</sup>以下及び1万/mm<sup>3</sup>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つては、供血者ごとに、保存血を使用する場合にあつては、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「輸血療法実践ガイド」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。
- (24) 「注13」に規定する無菌的分割製剤作成加算は、関係学会が定める「血液製剤の院内分割マニュアル」に基づき、血液製剤を無菌接合装置及びチューブシーラーを用いて分割した場合に加算する。
- (25) 病棟で注射器を用いて分注した場合には算定できない。
- (26) 当該製剤作成に係る費用は所定点数に含まれる。

#### K920-2 輸血管管理料

- (1) 輸血管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。

#### K 9 3 9 - 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、「A 3 0 0」救命救急入院料（救命救急入院料 1 に限る。）、「A 3 0 1」特定集中治療室管理料、「A 3 0 1 - 3」脳卒中ケアユニット入院医療管理料、「A 3 0 1 - 4」小児特定集中治療室管理料、「A 3 0 2」新生児特定集中治療室管理料、「A 3 0 2 - 2」新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料又は「A 3 0 3」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 A 1 c (H b A 1 c) が J D S 値で 6.6%以上 (N G S P 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 麻酔第 1 節 麻酔料

#### L 0 0 8 声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔

##### (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。

#### L 0 0 9 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、「2」の「イ」及び「3」の「イ」を除き、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の「ロ」その他の場合は、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」（「2」高エネルギー放射線治療の場合は「ロ」）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の「ロ」その他の場合は、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の「ロ」その他の場合において、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の「ロ」その他の場合において、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。
- (8) 「注 9」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。
- (9) 「注 10」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。
- (10) 「注 10」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膀胱癌、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<sup>60</sup>、セシウム<sup>137</sup>等のガンマ線又はストロンチウム<sup>90</sup>等のベータ線による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、腔腔、口腔、直腸等の腔内にイリジウム<sup>192</sup>管を挿入し照射する場合であり、アプリケーション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、腔腔、口腔、直腸等の腔内にセシウム<sup>137</sup>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、アプリケーション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<sup>125</sup>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<sup>192</sup>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、[日本輸血・細胞治療学会から示されている「輸血療法実践ガイド」](#)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 person 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。なお、2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、署名又は記名・押印を省略して差し支えない。

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。

- (7) 「注」の特殊染色加算は、「1」の「組織切片によるもの」の場合は1臓器、「2」の「セルブロック法によるもの」の場合は1部位につき、それぞれ所定点数を加算する。

#### 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。
- (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」のエストロゲンレセプターの免疫染色と「2」のプロゲ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な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、HQRinker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) 「8」のp16タンパクは、子宮頸部上皮内腫瘍（CIN）が疑われる患者であって、HE染色で腫瘍性病変の鑑別が困難なものに対してHQRリンカーを用いて免疫染色病理標本作製を行った場合に算定する。

(9) 「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。

(10) 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「(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

(11) 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（膀胱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) 腔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。
- (6) 「注3」の特殊染色加算は、1部位につき、それぞれ所定点数を加算する。

#### 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-1 タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

PD-1 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

エ 子宮体癌におけるPARP 阻害剤の適応判定の補助

(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であっても、別に1回に限り算定できる。なお、この場合にあつては、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。

#### 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つては、「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。

#### N005-6 CLDN18タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製

CLDN18タンパク免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製は、治癒切除不能な進行・再発の胃癌患者を対象として、抗CLDN18.2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、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。

#### N005-7 FGFR2融合遺伝子標本作製

FGFR2融合遺伝子標本作製は、治癒切除不能な胆道癌患者を対象として、FGFR阻害剤の投与の適応を判断することを目的として、FISH法（Break-apart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回を限度とする。なお、FGFR2融合遺伝子標本作製の所定点数のうち20/120は、「体外診断用医薬品の保険適用に関する取扱いについて」（令和8年2月13日産情発0213第5号保発0213第8号）における「希少疾病等の検査に用いるものとして配慮が必要な体外診断用医薬品に係る技術料の設定方法」に基づき、同検査の希少性を評価したものである。

## 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つては 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 22 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。

### 第 14 部 その他

#### 第 1 節 ベースアップ評価料等

##### 〇〇〇1 外来・在宅ベースアップ評価料(I)

- (1) 外来・在宅ベースアップ評価料(I)は、当該保険医療機関に勤務する職員(40歳以上の医師及び歯科医師並びに業務委託により勤務する者を除く。以下「対象職員」という。以下この節において同じ。)の賃金の改善を実施することについて評価したものであり、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を受診した患者に対して初診、再診又

は訪問診療（以下この節において「初診等」という。）を行った場合に算定できる。

- (2) 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の「1」については、「A000」初診料、「B001-2」小児科外来診療料の「1」の「イ」若しくは「2」の「イ」又は「B001-2-11」小児かかりつけ診療料の「1」の「イ」の「(1)」、「1」の「ロ」の「(1)」、「2」の「イ」の「(1)」若しくは「2」の「ロ」の「(1)」を算定した場合に限り、算定できる。
- (3) 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の「2」については、「A001」再診料、「A002」外来診療料、「A400」短期滞在手術等基本料の「1」、「B001-2」小児科外来診療料の「1」の「ロ」若しくは「2」の「ロ」、「B001-2-7」外来リハビリテーション診療料、「B001-2-8」外来放射線照射診療料、「B001-2-9」地域包括診療料、「B001-2-11」小児かかりつけ診療料の「1」の「イ」の「(2)」、「1」の「ロ」の「(2)」、「2」の「イ」の「(2)」若しくは「2」の「ロ」の「(2)」又は「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料を算定した場合に限り、算定できる。
- (4) 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の「3」の「イ」については、「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「1」の「イ」若しくは「2」の「イ」又は「C003」在宅がん医療総合診療料（ただし、訪問診療を行った場合に限る。）を算定した場合に限り、算定できる。
- (5) 外来・在宅ベースアップ評価料(I)の「3」の「ロ」については、「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「1」の「ロ」若しくは「2」の「ロ」又は「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)を算定した場合に限り、算定できる。

#### 〇〇〇2 外来・在宅ベースアップ評価料(II)

- (1) 外来・在宅ベースアップ評価料(II)は、当該保険医療機関の対象職員の賃金のさらなる改善を必要とする場合において、賃金の改善を実施することについて評価したものであり、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を受診した患者に対して初診等を行った場合に算定できる。
- (2) 「イ」の「初診又は訪問診療を行った場合」については、「〇〇〇1」外来・在宅ベースアップ評価料(I)の「1」又は「3」を算定した場合に算定できる。
- (3) 「ロ」の「再診時等」については、「〇〇〇1」外来・在宅ベースアップ評価料(I)の「2」を算定した場合に算定できる。

### 第2節 物価対応料

#### 〇100 物価対応料

- (1) 外来・在宅物価対応料は、当該保険医療機関を受診した患者に対して初診、再診又は訪問診療を行った場合に算定できる。
- (2) 外来・在宅物価対応料の「イ」については、「A000」初診料、「B001-2」小児科外来診療料の「1」の「イ」若しくは「2」の「イ」又は「B001-2-11」小児かかりつけ診療料の「1」の「イ」の「(1)」、「1」の「ロ」の「(1)」、「2」の「イ」の「(1)」若しくは「2」の「ロ」の「(1)」を算定した場合に限り、算定できる。
- (3) 外来・在宅物価対応料の「ロ」については、「A001」再診料、「A002」外来診

療料、「A400」短期滞在手術等基本料の「1」、「B001-2」小児科外来診療料の「1」の「ロ」若しくは「2」の「ロ」、「B001-2-7」外来リハビリテーション診療料、「B001-2-8」外来放射線照射診療料、「B001-2-9」地域包括診療料、「B001-2-11」小児かかりつけ診療料の「1」の「イ」の「(2)」、「1」の「ロ」の「(2)」、「2」の「イ」の「(2)」若しくは「2」の「ロ」の「(2)」又は「B001-2-12」外来腫瘍化学療法診療料を算定した場合に限り、算定できる。

(4) 外来・在宅物価対応料の「ハ」については、「C001」在宅患者訪問診療料(I)、「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)又は「C003」在宅がん医療総合診療料を算定した場合に限り、算定できる。

(5) 入院物価対応料は、当該保険医療機関において、第1章第2部第1節入院基本料、第3節特定入院料又は第4節短期滞在手術等基本料(「A400」の「1」短期滞在手術等基本料1を除く。)を算定している患者について、1日につき1回に限り算定できる。なお、「A100」一般病棟入院基本料、「A102」結核病棟入院基本料並びに「A103」精神病棟入院基本料における夜勤時間特別入院基本料及び「A102」結核病棟入院基本料における重症患者割合特別入院基本料に係る入院物価対応料については、届出を行っている入院基本料の区分に従い所定点数を算定する。

## 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。

令和 8 年度診療報酬改定において、署名又は記名・押印の簡素化が図られたが、従前の様式を用いても差し支えない。

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 23、別紙様式 35、別紙様式 37 及び別紙様式 45 は欠番である。

(別紙様式1)

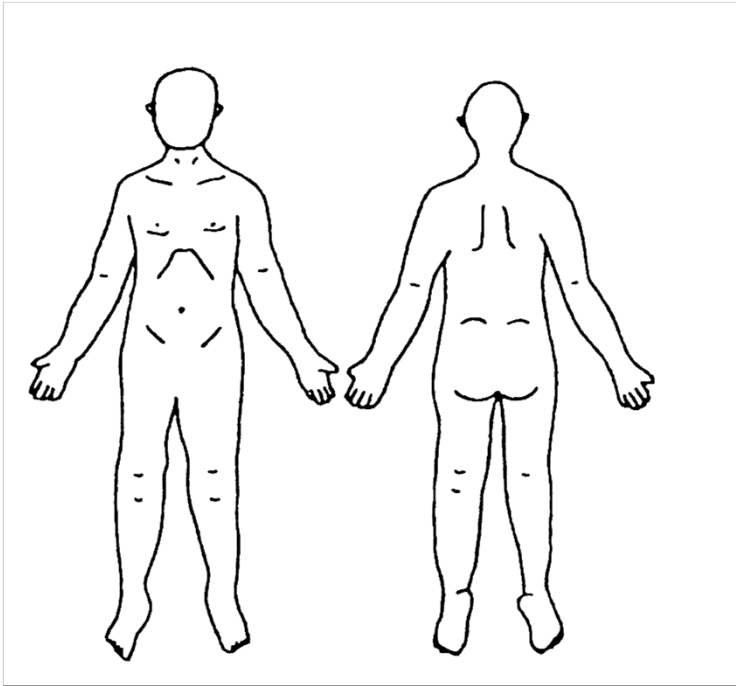
## 退院証明書

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○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

緩和ケア実施計画書

氏名	(ふりがな)		年齢	ID																																																																						
生年月日	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	<p><b>【重症度】</b></p> <table border="0"> <tr> <td>1. 痛み</td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>軽</td> <td><input type="checkbox"/>中</td> <td><input type="checkbox"/>重</td> </tr> <tr> <td>2. 呼吸困難</td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>軽</td> <td><input type="checkbox"/>中</td> <td><input type="checkbox"/>重</td> </tr> <tr> <td>3. 倦怠感</td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>軽</td> <td><input type="checkbox"/>中</td> <td><input type="checkbox"/>重</td> </tr> <tr> <td>4. 発熱</td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>軽</td> <td><input type="checkbox"/>中</td> <td><input type="checkbox"/>重</td> </tr> <tr> <td>5. 口渇</td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>軽</td> <td><input type="checkbox"/>中</td> <td><input type="checkbox"/>重</td> </tr> <tr> <td>6. 咳・痰</td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>軽</td> <td><input type="checkbox"/>中</td> <td><input type="checkbox"/>重</td> </tr> <tr> <td>7. 食欲不振</td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>軽</td> <td><input type="checkbox"/>中</td> <td><input type="checkbox"/>重</td> </tr> <tr> <td>8. 嘔気・嘔吐</td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>軽</td> <td><input type="checkbox"/>中</td> <td><input type="checkbox"/>重</td> </tr> <tr> <td>9. 腹部膨満感</td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>軽</td> <td><input type="checkbox"/>中</td> <td><input type="checkbox"/>重</td> </tr> <tr> <td>10. 便秘</td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>軽</td> <td><input type="checkbox"/>中</td> <td><input type="checkbox"/>重</td> </tr> <tr> <td>11. 尿閉、失禁</td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>軽</td> <td><input type="checkbox"/>中</td> <td><input type="checkbox"/>重</td> </tr> <tr> <td>12. 浮腫</td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>軽</td> <td><input type="checkbox"/>中</td> <td><input type="checkbox"/>重</td> </tr> <tr> <td>13. 栄養障害</td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>軽</td> <td><input type="checkbox"/>中</td> <td><input type="checkbox"/>重</td> </tr> <tr> <td>14. その他(具体的に)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>【症状の性質、分布】</b></p> 				1. 痛み	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	2. 呼吸困難	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	3. 倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	4. 発熱	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	5. 口渇	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	6. 咳・痰	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	7. 食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	8. 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	9. 腹部膨満感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	10. 便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	11. 尿閉、失禁	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	12. 浮腫	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	13. 栄養障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重	14. その他(具体的に)				
1. 痛み	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
2. 呼吸困難	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
3. 倦怠感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
4. 発熱	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
5. 口渇	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
6. 咳・痰	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
7. 食欲不振	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
8. 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
9. 腹部膨満感	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
10. 便秘	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
11. 尿閉、失禁	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
12. 浮腫	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
13. 栄養障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 重																																																																						
14. その他(具体的に)																																																																										
身体活動状態	<p>全般 <input type="checkbox"/>0. 問題なし    <input type="checkbox"/>1. 軽度の症状があるも、軽い労働は可能    <input type="checkbox"/>2. 時に介助が必要、一日の半分以上は起きている</p> <p><input type="checkbox"/>3. しばしば介助が必要、一日の半分以上臥床している    <input type="checkbox"/>4. 常に介助が必要、終日臥床している</p> <p>歩行 <input type="checkbox"/>問題なし    <input type="checkbox"/>要介助    <input type="checkbox"/>不可                      排泄 <input type="checkbox"/>問題なし    <input type="checkbox"/>ポータブル    <input type="checkbox"/>要介助</p> <p>食事 <input type="checkbox"/>問題なし    <input type="checkbox"/>要介助    <input type="checkbox"/>不可                      入浴 <input type="checkbox"/>問題なし    <input type="checkbox"/>要介助    <input type="checkbox"/>不可</p>																																																																									

精神状態		【重症度】	
1. 不安	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
2. 抑うつ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
3. せん妄	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
4. 不眠	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
5. 眠気	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽	<input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重
6. その他(具体的に)			
その他の問題			
<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 経済 <input type="checkbox"/> 仕事・趣味・交際などの活動や生きがい <input type="checkbox"/> その他			
本人の希望		家族の希望	
治療目標 (優先順に)	②	③	
①			
緩和治療・検査計画			
<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 精神療法(カウンセリング、リラクゼーション) <input type="checkbox"/> 理学・作業療法 <input type="checkbox"/> 栄養食事管理 <input type="checkbox"/> その他			
備考			
説明日			
		年	月 日
緩和ケア医		緩和ケア担当看護師	
緩和ケア担当薬剤師		(緩和ケア担当管理栄養士)	

(別紙様式 1 1)

診療情報提供書

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

医師署名 (又は記名押印)

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日	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
-----

記載上の注意

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。
4. 2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。

診療情報提供書

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)

医師署名 (又は記名押印)

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日	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
----

記載上の注意

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。
4. 2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。

(別紙様式12)

診療情報提供書

情報提供先市町村

市町村長 殿

年 月 日

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

医師署名 (又は記名押印)

患者氏名	
患者住所	性別 男 ・ 女
電話番号	
生年月日	年 月 日 ( 歳) 職業

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. くも膜下出血		
	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

記載上の注意

1. 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること。
2. 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。
3. 2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。

(別紙様式12の2)

診療情報提供書

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  
医師署名(又は記名押印)

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。
3. 2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。

(別紙様式12の3)

診療情報提供書

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  
医師署名(又は記名押印)

患者の氏名	男・女	年 月 日生 ( )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。
4. 2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。

(別紙様式 13)

診療情報提供書

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

( F A X . )

医師署名 (又は記名押印)

患者氏名	性別 男 ・ 女
生年月日	年 月 日 ( 歳 )

病名
----

現症
----

所見及び診断
--------

今後の診療に関する情報
-------------

[記載上の注意]

2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。

(別紙様式14)

診療情報提供書

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

医師署名(又は記名押印)

患児の氏名	男・女 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. 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。
3. 2回目以降や直接手渡すなど作成した医療機関から送付されたものであることが明らかな場合は、医師の氏名については記名のみとし、署名又は押印を省略しても差し支えない。

情報提供先保育所等名 \_\_\_\_\_ 殿  
嘱託医 \_\_\_\_\_

※「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)

名前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月) \_\_\_\_\_ 組  
提出日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※ 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	保育所での生活上の留意点	記載日 年 月 日
	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: _____)	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)	医師名
	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)	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○、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( _____)	医療機関名
	C. 原因食品・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. 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○をするか具体的に記載すること」	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みに○をつける ※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。 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)	電話
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( _____ )	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 ( _____ )		

● 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。

病型・治療		学校生活上の留意点		【緊急時連絡先】
<b>アナフィラキシー</b> (あり・なし)	<b>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)</b> 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>A 給食</b> 1. 管理不要            2. 管理必要 <b>B 食物・食材を扱う授業・活動</b> 1. 管理不要            2. 管理必要 <b>C 運動(体育・部活動等)</b> 1. 管理不要            2. 管理必要 <b>D 宿泊を伴う校外活動</b> 1. 管理不要            2. 管理必要 <b>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</b> ※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		
	<b>アナフィラキシー</b> (あり・なし)	<b>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)</b> (原因) _____ ) 1. 食物 _____ ) 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 _____ )	<b>F その他の配慮・管理事項(自由記述)</b> _____ _____ _____	
<b>食物アレルギー</b> (あり・なし)	<b>C 原因食物・除去根拠</b> 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 《 》 [除去根拠] 該当するものを《 》内に記載 2. 牛乳・乳製品 《 》 ① 明らかな症状の既往            ② 食物経口負荷試験陽性 3. 小麦 《 》 ③ IgE抗体等検査結果陽性            ④ 未摂取 4. ソバ 《 》 ( )に具体的な食品名を記載 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 《 》 _____ )	<b>D 緊急時に備えた処方薬</b> 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 <sup>®</sup> 」) 3. その他 _____ )		

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)

血漿成分製剤輸注同意書

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。

(患者署名)

(家族等署名)

(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

※リハビリテーション総合実施計画書として使用する場合はリハビリテーション総合実施計画書の面も記載すること。

患者氏名, 性別, 年齢, 発症日, 手術日及びリハビリテーション開始日, 治療内容, 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（※該当する項目のみ記載すること。客観的評価も記載すること。）

意識障害 (JCS・GCS), 呼吸機能障害, 循環障害, 危険因子, 関節可動域制限, 拘縮・変形, 筋力低下, 運動機能障害, 筋緊張異常, 感覚機能障害, 音声・発話障害, 高次脳機能障害, 精神行動障害, 見当識障害, 記憶障害, 発達障害, 認知症

基本動作

寝返り, 起き上がり, 立ち上がり, 座位保持, 立位保持, 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すること。）

使用用具及び介助内容等

Table with columns: 項目, FIM, 開始時→現在, BI. Rows include Self-care (eating, dressing, toileting), Mobility (walking, stairs), and Cognition (communication, social recognition).

栄養（※回復期リハビリテーション病棟入院料1又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を算定する場合は必ず記入すること。）

基礎情報, 栄養補給方法, 嚥下調整食の必要性, 栄養状態の評価, 必要栄養量, 総摂取栄養量, 口腔

義歯の使用, 歯の汚れ, 歯肉の腫れ, 出血, 歯肉の腫れ, 出血, 左右両方の奥歯でしっかりと噛みしめられる

社会保障サービスの申請状況（※該当する場合は記載すること。）

要介護状態区分等, 申請が必要な可能性があり未申請, 申請中, 不明, 要支援状態区分, 要介護状態区分, 身体障害者手帳, 精神障害者保健福祉手帳, 療育手帳・愛護手帳, その他

目標（今後1ヶ月以内）, 目標（当院退院時又は終了時）※左欄と一致する場合は省略可。終了時期の目安が分かれば記載すること。

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）

作成医療機関及び担当者（いずれも記名で差し支えない。医師以外の職種については、リハビリテーション総合計画評価料に係るリハビリテーション総合実施計画書を作成する場合、作成に関わったものについて記名すること。）

医療機関名称（連絡先等）

リハビリテーション科医

主治医

理学療法士

作業療法士

言語聴覚士

看護師

社会福祉士

管理栄養士

リハビリテーション総合実施計画書

※ リハビリテーション総合計画評価料を算定する場合はこの面も作成すること。以下、回復期リハビリテーション病棟入院料又は特定機能病院リハビリテーション病棟入院料を合わせて「回復期リハビリテーション病棟入院料等」という。

これまでのリハビリテーション実施歴・実施状況、障害の受容及び本人・家族の希望等の状況 (※ リハビリテーション開始時はリハビリテーション実施歴は記載不要。簡潔に記載すること。)

参加(目標) (※ 該当する項目のみ記載すること。)

参加・活動等の目標に向けた具体的なアプローチ

居住場所  
 ー  自宅  戸建  マンション  施設  その他 ( )

復職  
 ー  現職復帰  配置転換  転職  不可  その他 ( )

ー  通勤方法の変更

就学・復学・進学  
 ー  可能  就学に要配慮  転職  不可  その他 ( )

ー  療育・通学先 ( )  通学方法の変更 ( )

家庭内役割 ( )

社会活動 ( )

趣味 ( )

活動(目標) (※ 該当する項目のみ記載すること。)

床上移動(寝返り、ずり這い移動、四つ這い移動など)  
 ー  自立  介助  非実施

ー  装具・杖等  環境設定 ( )

屋内移動  
 ー  自立  介助  非実施

ー  装具・杖・車椅子等 ( )

屋外移動  
 ー  自立  介助  非実施

ー  装具・杖・車椅子等

自動車運転  
 ー  自立  介助  非実施

ー  改造 ( )

公共交通機関利用  
 ー  自立  介助  非実施

ー  種類 ( )

排泄(移乗以外)  
 ー  自立  介助 (  下衣操作  拭き動作  カテテル )

ー  種類 (  洋式  和式  その他 ( ) )

食事  
 ー  自立  介助  非実施

ー  箸  フォーク等  胃ろうまたは経管

ー  食形態 ( )

整容  
 ー  自立  介助

更衣  
 ー  自立  介助

入浴  自立  介助

ー  浴槽  シャワー

ー  洗体介助  移乗介助

家事  
 ー  全て実施  非実施  一部実施 ( )

書字  
 ー  自立  利き手交換後自立  その他 ( )

PC・スマートフォン・ICT  
 ー  自立  介助

コミュニケーション  
 ー  自立  介助

ー  コミュニケーション機器  文字盤  他者からの協力

同居家族・介助者等の情報 (※ 必要な場合は記載すること。)

住環境 (※ 福祉用具の導入や住宅改修等のために必要な場合は記載すること。)

以下は回復期リハビリテーション病棟入院料等を算定している場合に必要に応じて記載すること。  
 ・退院前訪問指導の必要性 ( )  
 ・外出・外泊等の計画 ( )

運動量増加機器加算を算定する (※ 加算の算定を行う場合はチェックを入れ、以下を必ず記載すること。)

適応疾患 ( )  
 適応箇所  上肢  下肢  
 発症年月日 ( 年 月 日 )  
 運動障害に関する所見

使用する運動量増加機器の名称及び実施期間の予定

嚥下状態等 (※ 摂食嚥下機能回復体制加算を算定する場合は必ず記載すること。その他嚥下状態に問題がある場合も記載することが望ましい。)

経口摂取状態 Functional Oral Intake Scale (FOIS)

1  2  3  4  5  6  7

自宅等での食事の留意点

評価内容、指導内容及び摂食嚥下支援計画等

本人・家族への指導内容(自主トレ含む)、病棟生活における訓練のポイント等

介護保険サービス又は障害福祉サービスとの連携 (※ 介護保険のリハビリテーション又は障害福祉サービスの生活介護等の利用が予定されている場合は記載すること。)

介護保険のリハビリテーションサービスの紹介の必要性  障害福祉サービスの自立訓練(機能訓練)等の紹介の必要性  
 (利用予定又は情報提供を行った事業所名、引継内容として特記すべきこと等)

退院後の生活の留意点、退院後のリハビリテーションの必要性 (※回復期リハビリテーション病棟入院料等及びリハビリテーション総合計画評価料を算定する場合は可能な限り記載すること。)

その他、リハビリテーションの計画に関連する事項(自由記載欄) (※ 必要に応じてリハビリテーションを実施する上で必要な項目を記載すること。)

(必要に応じて、本欄に、排尿自立支援加算における包括的排尿ケア計画や摂食嚥下機能回復体制加算における摂食嚥下支援計画を記載して差し支えない。)

(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○)		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
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		<input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 2週間から1ヶ月 <input type="checkbox"/> 1ヶ月から3ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月から6ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月以上			
8	前回の評価からの 改善や変化		<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>-1</span> <span>0</span> <span>1</span> <span>2</span> <span>3</span> </div> <p style="text-align: center;">BI・FIMで( )点程度の改善</p>			

〔記載上の注意〕

- 「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」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。
- 「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。
- 「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

<b>感染症及び寄生虫症</b>	041 屈折及び調節の障害 042 その他の眼及び付属器の疾患	084 その他の消化器系の疾患
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	<b>耳及び乳様突起の疾患</b> 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	<b>皮膚及び皮下組織の疾患</b> 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
<b>新生物</b>	<b>循環器系の疾患</b> 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	<b>筋骨格系及び結合組織の疾患</b> 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
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	<b>呼吸器系の疾患</b> 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	<b>腎路生殖生殖器系の疾患</b> 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
<b>血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害</b>		<b>妊娠、分娩及び産じょく</b> 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
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		<b>周産期に発生した病態</b> 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
<b>内分泌、栄養及び代謝疾患</b>		<b>先天奇形、変形及び染色体異常</b> 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
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		<b>症状、徴候及び異常所見等で他に分類されないもの</b> 114 症状、徴候及び異常所見等で他に分類されないもの
<b>精神及び行動の障害</b>		<b>損傷、中毒及びその他の外因の影響</b> 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
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	<b>消化器系の疾患</b> 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	
<b>神経系の疾患</b>		
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		
<b>眼及び付属器の疾患</b>		
039 結膜炎 040 白内障		

## 酸素の購入価格に関する届出書 ( 年度)

項目	記入欄
<b>1 酸素の購入実績</b>	
実績期間 開始年月 (和暦で記載すること)	年 月
終了年月 (和暦で記載すること)	年 月
・ 定置式液化酸素貯槽 (CE)	
① 購入容積 (リットル)	L
② 購入対価 (円)	円
③ 単価 ②/①	円/L
・ 可搬式液化酸素容器 (LGC)	
① 購入容積 (リットル)	L
② 購入対価 (円)	円
③ 単価 ②/①	円/L
・ 大型ポンベ (3,000L超)	
① 購入容積 (リットル)	L
② 購入対価 (円)	円
③ 単価 ②/①	円/L
・ 小型ポンベ (3,000L以下)	
① 購入容積 (リットル)	L
② 購入対価 (円)	円
③ 単価 ②/①	円/L
<b>2 その他</b>	
・ 購入業者 1	
業者名	
種類 (液化酸素、ポンベ)	
・ 購入業者 2	
業者名	
種類 (液化酸素、ポンベ)	
・ 購入業者 3	
業者名	
種類 (液化酸素、ポンベ)	
<b>3 届出情報</b>	
届出年月日	年 月 日
届出医療機関	
医療機関コード	
所在地	
名称	
開設者	

## [記載上の注意]

- 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。なお、前年1年間において酸素の購入実績がない場合は、当該診療月前の酸素の購入実績について記載すること。
- 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。
- 記載内容を証明する資料を適切に保管していること。

(別紙様式26)

輸血同意書

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。

（患者署名）

（家族等署名）

（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36

### 抗不安薬

オキサゾラム  
クロキサゾラム  
クロラゼブ酸二カリウム  
ジアゼパム  
フルジアゼパム  
ブロマゼパム  
メダゼパム  
ロラゼパム  
アルプラゾラム  
フルタゾラム  
メキサゾラム  
トフィソパム  
フルトプラゼパム  
クロルジアゼポキシド  
ロフラゼブ酸エチル  
タンドスピロンクエン酸塩  
ヒドロキシジン塩酸塩  
クロチアゼパム  
ヒドロキシジンプアモ酸塩  
エチゾラム  
ガンマオリザノール

### 睡眠薬

ブロモバレリル尿素  
抱水クロラール  
エスタゾラム  
フルラゼパム塩酸塩  
ニトラゼパム  
ニメタゼパム  
ハロキサゾラム  
トリアゾラム  
フルニトラゼパム  
ブロチゾラム

ロルメタゼパム  
クアゼパム  
アモバルビタール  
バルビタール  
フェノバルビタール  
フェノバルビタールナトリウム  
ペントバルビタールカルシウム  
トリクロホスナトリウム  
リルマザホン塩酸塩水和物  
ゾピクロン  
ゾルピデム酒石酸塩  
エスゾピクロン  
ラメルテオン  
スボレキサント  
レンボレキサント  
メラトニン

#### 抗うつ薬

クロミプラミン塩酸塩  
ロフェプラミン塩酸塩  
トリミプラミンマレイン酸塩  
イミプラミン塩酸塩  
アモキサピン  
アミトリプチリン塩酸塩  
ノルトリプチリン塩酸塩  
マプロチリン塩酸塩  
ペモリン  
ドスレピン塩酸塩  
ミアンセリン塩酸塩  
セチプチリンマレイン酸塩  
トラゾドン塩酸塩  
フルボキサミンマレイン酸塩  
ミルナシプラン塩酸塩  
パロキセチン塩酸塩水和物  
塩酸セルトラリン  
ミルタザピン

デュロキセチン塩酸塩  
エスシタロプラムシュウ酸塩  
ベンラファキシン塩酸塩  
ボルチオキセチン臭化水素酸塩

抗精神病薬(○印は非定型抗精神病薬、△は持続性抗精神病注射薬剤)

<定型薬>

クロルプロマジン塩酸塩  
クロルプロマジンフェノールフタリン酸塩  
ペルフェナジンフェンジゾ酸塩  
ペルフェナジン  
ペルフェナジンマレイン酸塩  
プロペリシアジン  
フルフェナジンマレイン酸塩  
プロクロルペラジンマレイン酸塩  
レボメプロマジンマレイン酸塩  
ピパンペロン塩酸塩  
オキシペルチン  
スピペロン  
スルピリド  
ハロペリドール  
ピモジド  
ゾテピン  
チミペロン  
ブロムペリドール  
クロカプラミン塩酸塩水和物  
スルトプリド塩酸塩  
モサプラミン塩酸塩  
ネモナブリド  
レセルピン

△ ハロペリドールデカン酸エステル

△ フルフェナジンデカン酸エステル

<非定型薬>

○△リスペリドン

○ クエチアピンフマル酸塩

○ ペロスピロン塩酸塩水和物(ペロスピロン塩酸塩)

- オランザピン
- △アリピプラゾール(アリピプラゾール水和物)
- ブロナンセリン
- クロザピン
- パリペリドン
- △パリペリドンパルミチン酸エステル
- アセナピンマレイン酸塩
- ブレクスピプラゾール
- ルラシドン塩酸塩

別紙様式 39

精神科の診療に係る経験を十分に有する医師に係る届出書添付書類  
(区分番号「F100」処方料、「F200」薬剤料、「F400」処方箋料、「I002」  
通院・在宅精神療法、「I002-2」精神科継続外来支援・指導料の向精  
神薬多剤投与に係る部分)

区 分	氏 名
精神科の診療に係る 経験を十分に有する 医師	

[記載上の注意]

- 1 以下の要件を満たす医師の氏名を記載すること。
  - ① 臨床経験を5年以上有する医師であること。
  - ② 適切な保険医療機関において3年以上の精神科の診療経験を有する医師であること。
  - ③ 精神疾患に関する専門的な知識と、ICD-10（平成21年総務省告示第176号（統計法第28条及び附則第3条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件）の「3」の「(1) 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう）においてF0からF9の全てについて主治医として治療した経験を有すること。
  - ④ 精神科薬物療法に関する適切な研修を修了していること。
- 2 「1」について確認できる文書を添付すること。

### 向精神薬多剤投与に係る報告書

直近3月に受診した外来患者に対して、向精神薬多剤投与を行った保険医療機関のみ提出すること。

保険医療機関名						
郵便番号						
住所						
標榜科	精神科 ・ 心療内科 ・ どちらもない					
対象期間	年 月 日から 年 月 日の3月間					
「精神科の診療に係る経験を十分に有する医師」の数 (届出時点)						名

1 向精神薬の投与を受けている患者数、その内訳（対象となる患者は直近3か月間に受診した外来患者）

※ここでいう向精神薬とは、抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬、抗精神病薬をさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①			
		うち、抗うつ薬又は抗精神病薬の投与を受けている患者数②	
		うち、抗うつ薬の投与を受けている患者数③	うち、抗精神病薬の投与を受けている患者数④
名	名	名	名

2 向精神薬多剤投与を受けている患者数とその内訳（対象となる患者は直近3か月間に受診した外来患者）

※ここでいう向精神薬多剤投与とは、抗不安薬3種類以上、睡眠薬3種類以上、抗うつ薬3種類以上、抗精神病薬3種類以上又は抗不安薬及び睡眠薬4種類以上に該当することをさす。

向精神薬の投与を受けている患者数①						
		向精神薬多剤投与を受けている患者数⑤				
		うち、抗不安薬3種類以上の投与を受けている患者数⑥	うち、睡眠薬3種類以上の投与を受けている患者数⑦	うち、抗うつ薬3種類以上又は抗精神病薬3種類以上の投与を受けている患者数⑧		
				うち、抗うつ薬3種類以上の投与を受けている患者数⑨	うち、抗精神病薬3種類以上の投与を受けている患者数⑩	
名	名	名	名	名	名	名

$$\textcircled{8} / \textcircled{2} = \text{ } \%$$

※ ⑧/②が10%未満であるか、又は⑧が20名未満である場合、「1002」通院・在宅精神療法(17)のアに掲げる要件を満たす。

[記載上の注意]

1. 直近3か月とは、届出を行う日の前月から起算して3か月をいう。
2. 患者数は、条件に該当するものを、「F100」処方料(3)(イ)から(ニ)への該当の有無にかかわらず全て、それぞれ実人数で計上すること。例えば、期間中に抗うつ薬及び抗精神病薬の療法の投与を受けた患者がいる場合には、③と④に重複して計上され、③と④の和が②より大きくなる。同様に、期間中に抗うつ薬3種類以上及び抗精神病薬3種類以上の投与を受けた患者がいる場合には、⑨と⑩に重複して計上され、⑨と⑩の和が⑧より大きくなる。
3. 「1」と「2」の①にはそれぞれ同じ数字を記入すること。
4. 平成30年7月以降の報告において、⑤の患者数に、4種類の抗不安薬及び睡眠薬の投与を受けている患者数を含めること。

## 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:                   提出医署名(又は記名押印):
送付又は送信する材料 <input type="checkbox"/> 病理組織標本 <input type="checkbox"/> 病理検体 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 病理診断管理加算1 <input type="checkbox"/> 病理診断管理加算2 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍病理組織標本加算 <input type="checkbox"/> 標本作製料 <input type="checkbox"/> 病理診断料 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 復職可 <input type="checkbox"/> 条件付き可 <input type="checkbox"/> 現時点で不可 (休業: ~ 年 月 日)
	意見
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。
治療に対する 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。 令和 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。

令和 年 月 日 (主治医署名) \_\_\_\_\_

住所

電話番号

※1 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。

※2 職場復帰・就業継続の可否や具体的な就業上の配慮等に関しては、主治医の意見をもとに、産業医等の意見を勘案しつつ、労働者と十分話し合った上で、事業者が最終的に決定するものです。

(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	<input type="checkbox"/> 可 (職務の健康への悪影響は見込まれない) <input type="checkbox"/> 条件付きで可(就業上の措置があれば可能) <input type="checkbox"/> 現時点で不可(療養の継続が望ましい)
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。
治療に対する配慮事項	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。 令和 年 月 日 (本人署名) _____
---------------------------------------

上記のとおり、就業継続の可否等に関する意見を提出します。

令和 年 月 日 (主治医署名) \_\_\_\_\_

住所

電話番号

※1 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。

※2 職場復帰・就業継続の可否や具体的な就業上の配慮等に関しては、主治医の意見をもとに、産業医等の意見を勘案しつつ、労働者と十分話し合った上で、事業者が最終的に決定するものです。

## 両立支援カード

(別紙様式 49 の 3)

### Ⅰ. 本人記載欄

氏名	生年月日		
住所			
職務内容 (有期雇用の場合は雇用契約期間も併せてご記入ください)			
勤務時間	時 分～ 時 分 (休憩 時間。週 日間。)		
1 上記職務内容に含まれる作業 (右記(1)～(3)について該当する作業に○を記してください)	(1) 身体上の負荷がある作業	① 立位作業 ②-a 重量物の取扱作業 ②-b 体を大きく動かす作業 ③ 暑熱/寒冷/屋外作業 ④ 振動工具の取扱作業 ⑤-a 不特定多数の人と対面する作業 ⑤-b 病原体等の取扱作業 ⑥ 化学物質や粉塵等で呼吸用保護具を装着する作業	
	(2) 事故の可能性が高まる作業	① 1人作業 ② 高所作業 ③ 危険な機械操作・自動車運転	
	(3) 心身の負担が高いと感じられる作業	① 残業・休日労働など(長時間労働) ② 出張 ③ 夜勤 ④ その他 ( )	
	(1)～(3)の作業について、特に医師意見を求める作業内容およびその理由		
2 利用可能な社内制度	<input type="checkbox"/> 時間単位の年次有給休暇 <input type="checkbox"/> 半日単位の年次有給休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇・病気休暇 <input type="checkbox"/> 勤務日数短縮(週 日勤務) <input type="checkbox"/> 短時間勤務 <input type="checkbox"/> 時差出勤 <input type="checkbox"/> フレックスタイム <input type="checkbox"/> 試し出勤 <input type="checkbox"/> 在宅勤務 <input type="checkbox"/> その他( )		
勤務形態	<input type="checkbox"/> 常昼勤務 <input type="checkbox"/> 交替勤務(深夜勤務なし) <input type="checkbox"/> 交替勤務(深夜勤務あり) <input type="checkbox"/> その他 ※例：自発的な離席が困難な勤務形態等 ( )		
通勤方法 (該当すべてに✓し通勤時間をご記入ください)	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 公共交通機関(着座可能) <input type="checkbox"/> 公共交通機関(着座不可能) <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 通勤なし(在宅勤務) <input type="checkbox"/> その他( ) 通勤時間 片道 分		
年次有給休暇日数	残 日間		

### Ⅱ. 医師記載欄

氏名	生年月日			
住所				
診断名				
現在の症状				
今後の治療内容				
通院頻度				
就労に関する意見	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 下記ア～ウの条件付き可( 年 月 日～ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 現時点で不可			
ア 病勢の悪化や労働災害など事故に巻き込まれることを防ぐために配慮が必要な事項(本人記載欄1の作業に対応する配慮事項)	(1) 身体上の負荷がある作業			
	① 立位作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 立位の時間の制限 <input type="checkbox"/> 椅子等の準備	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	②-a 重量物の取扱作業 ②-b 体を大きく動かす作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 作業時間や回数の制限 <input type="checkbox"/> 負荷の削減	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	③ 暑熱/寒冷/屋外作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 作業時間や回数の制限 <input type="checkbox"/> 空調機器の利用	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	④ 振動工具の取扱作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 振動の少ない工具の利用 <input type="checkbox"/> 作業時間の制限	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	⑤-a 不特定多数の人と対面する作業 ⑤-b 病原体等の取扱作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 作業時間の制限 <input type="checkbox"/> 保護具の着用	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	⑥ 化学物質や粉塵等で呼吸用保護具を装着する作業	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 作業時間の制限 <input type="checkbox"/> 作業強度の制限	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	(2) 事故の可能性が高まる作業			
	① 1人作業 ② 高所作業 ③ 危険な機械操作・自動車運転	<input type="checkbox"/> 作業可	<input type="checkbox"/> 当人や他者への危害を防止する安全装置等 <input type="checkbox"/> 当人の安全を確認できる配置等	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可
	(3) 心身の負担が高いと感じられる作業			
① 残業・休日労働など(長時間労働) ② 出張 ③ 夜勤 ④ その他	<input type="checkbox"/> 作業可	( )	<input type="checkbox"/> 作業は当面不可	
イ 本人記載欄1の作業について、上記ア以外の必要な配慮事項・アの配慮の補足事項	<input type="checkbox"/> 負担の少ない保護具着用 <input type="checkbox"/> 紫外線をできるだけ避ける <input type="checkbox"/> 食事内容により病勢が悪化するため会食を避ける <input type="checkbox"/> 排尿・排便回数が増えるためトイレが利用しやすい環境整備 <input type="checkbox"/> 残業・休日労働(長時間労働)の制限 <input type="checkbox"/> 出張の制限 <input type="checkbox"/> 夜勤の制限 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	ウ 本人記載欄2の利用可能な社内制度を踏まえた、上記ア・イ以外の、患者が働き続けるために医学的理由から配慮が望ましい事項 ※次ページ<配慮の例>も参照の上で、ご記入ください	<input type="checkbox"/> 治療スケジュールに合わせた休暇等 <input type="checkbox"/> 作業中の適宜休憩 <input type="checkbox"/> 短時間勤務 <input type="checkbox"/> 時差出勤 <input type="checkbox"/> フレックスタイム <input type="checkbox"/> 試し出勤 <input type="checkbox"/> 在宅勤務 <input type="checkbox"/> その他 ※例：長時間情報機器作業を制限する等 ( )		

会社において選任されている産業医等に✓してください。

産業医  総括安全衛生管理者  衛生管理者  安全衛生推進者  衛生推進者  保健師

会社に両立支援の申し出を行い、本カードの作成にあたって下記の担当部署・担当者の確認を受けました。

(会社記載欄)

会社名

担当部署・担当者名

住所

電話番号

医師署名欄	上記の通り、就労の可否や配慮に関する意見を提出します。 令和 年 月 日 医療機関名 住所 電話番号
本人署名欄	上記内容を確認し、職場での配慮に関する措置を申請します。 令和 年 月 日 (本人署名)

※職場復帰・就業継続の可否や具体的な就業上の配慮等に関しては、主治医の意見をもとに、産業医等の意見を勘案しつつ、労働者と十分話し合った上で、事業者が最終的に決定するものです。

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									
	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 <sup>2</sup>	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		( )g/標準体重kg	g	ml				
		( )kcal/現体重kg		( )g/現体重kg						
	摂取栄養量	( )kcal/標準体重kg		( )g/標準体重kg	g	ml				
		( )kcal/現体重kg		( )g/現体重kg						
	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( )					
	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 ベースト					
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							
	禁止食品 (治療、服薬、宗教上などによる事項)	その他・詳細( )								
退院時栄養設定の詳細	栄養量	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	
		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	ml	ml		ml				
		投与経路	経口・経鼻・胃瘻・腸瘻・その他( )							
静脈栄養詳細	投与速度	朝:	昼:		夕:					
	追加水分	ml	ml		ml					
	種類・量									
投与経路	末梢・中心静脈									
備										

(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。

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								
	栄養管理上の注意と課題								
	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 <sup>2</sup>	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					
	栄養評価	【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)							
	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( )				
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 パースト							
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	栄養量	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
		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	
	経腸栄養詳細	種類	朝: 量		昼: 量		夕: 量		
		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									

※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。

(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。