L
Web補遺

1 その他の施設基準一覧 2

2 その他の医学管理料 18

3 その他の投薬・注射・麻酔関連 32

4 その他のリハビリテーション 45

その他の施設基準一覧

※　赤字は令和４年度改定以降の変更箇所

1）医学管理等

◎がん性疼痛緩和指導管理料

【告　示】

当該保険医療機関内に緩和ケアを担当する医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあっては，医師又は歯科医師）（緩和ケアに係る研修を受けたものに限る）が配置されていること．

【通　知】

当該保険医療機関内に，緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること．なお，緩和ケアの経験を有する医師とは，次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること．

（1）「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成 29 年 12 月 1 日付け健発 1201 第 2 号厚生労働省健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会（平成 29 年度までに開催したものであって，「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠したものを含む）

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

◎がん患者指導管理料

【告　示】

1　がん患者指導管理料 1 の施設基準

（1）がん患者に対して指導管理を行うにつき十分な体制が整備されていること．

（2）当該保険医療機関において，適切な意思決定支援に関する指針を定めていること．

2　がん患者指導管理料 2，3 の施設基準

1 の（1）を満たすものであること．

【通　知】

1　がん患者指導管理料 1 に関する施設基準

（1）緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ 1 名以上配置されていること．なお，診断結果及び治療方針の説明等を行う際には両者が同席して行うこと．

（2）（1）に掲げる医師は，次に掲げるいずれかの研修を修了した者であること．

ア　「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠した緩和ケア研修会（平成 29 年度までに開催したものであって，「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」に準拠したものを含む）

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

（3）（1）に掲げる看護師は，5 年以上がん患者の看護に従事した経験を有し，がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修を修了した者であること．なお，ここでいうがん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修とは，次の事項に該当する研修のことをいう．

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600 時間以上の研修期間で，修了証が交付されるものに限る）．

イ　がん看護又はがん看護関連領域における専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること．

ウ　講義及び演習により，次の内容を含むものであること．

（イ）がん看護又はがん看護関連領域に必要な看護理論及び医療制度等の概要

（ロ）臨床倫理（告知，意思決定，インフォームド・コンセントにおける看護師の役割）

（ハ）がん看護又はがん看護関連領域に関するアセスメントと看護実践

（ニ）がん看護又はがん看護関連領域の患者及び家族の心理過程

（ホ）セルフケアへの支援及び家族支援の方法

（ヘ）がん患者のための医療機関における組織的取組とチームアプローチ

（ト）がん看護又はがん看護関連領域におけるストレスマネジメント

（チ）　コンサルテーション方法

エ　実習により，事例に基づくアセスメントとがん看護又はがん看護関連領域に必要な看護実践

（4）患者に対して診断結果及び治療方針の説明等を行う場合に，患者の希望に応じて，患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること．

（5）当該保険医療機関において，厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ，適切な意思決定支援に関する指針を定めていること．

2　がん患者指導管理料 2 に関する施設基準

（1）緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ 1 名以上配置されていること．

（2）（1）に掲げる医師は，1 の（2）を満たすこと．

（3）（1）に掲げる看護師は，1 の（3）を満たすこと．

（4）当該管理に従事する公認心理師については，1 の（2）のアに掲げる研修を修了した者であること．

（5）患者の希望に応じて，患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること．

（6）平成 31 年 4 月 1 日から当分の間，以下のいずれかの要件に該当する者を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

3　がん患者指導管理料 3 に関する施設基準

（1）化学療法の経験を 5 年以上有する医師及び専任の薬剤師が

それぞれ 1 名以上配置されていること.

(2)（1）に掲げる薬剤師は，5 年以上薬剤師としての業務に従事した経験及び 3 年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し，40 時間以上のがんに係る適切な研修を修了し，がん患者に対する薬剤管理指導の実績を 50 症例（複数のがん種であることが望ましい）以上有するものであること.

(3) 患者の希望に応じて，患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること.

◎外来腫瘍化学療法診療料／連携充実加算

【告　示】

1　外来腫瘍化学療法診療料 1 の施設基準

(1) 外来化学療法及び当該外来化学療法に伴う副作用等に係る検査又は投薬等を行うにつき十分な体制が整備されていること.

(2) 外来化学療法を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること.

(3) 外来化学療法の評価に係る委員会を設置していること.

2　外来腫瘍化学療法診療料 2 の施設基準

(1) 外来化学療法及び当該外来化学療法に伴う副作用等に係る検査又は投薬等を行うにつき必要な体制が整備されていること.

(2) 1 の（2）を満たすものであること.

3　外来腫瘍化学療法診療料の注 1 に規定する厚生労働大臣が定める外来化学療法

医科点数表第二章第六部注射に掲げる診療に係る費用のうち次に掲げるものについて，入院中の患者以外の患者に対して，抗悪性腫瘍剤の投与を行う化学療法

イ　区分番号 G001 に掲げる静脈内注射

ロ　区分番号 G002 に掲げる動脈注射

ハ　区分番号 G003 に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入

ニ　区分番号 G003-3 に掲げる肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入

ホ　区分番号 G004 に掲げる点滴注射

ヘ　区分番号 G005 に掲げる中心静脈注射

ト　区分番号 G006 に掲げる植込型カテーテルによる中心静脈注射

4　外来腫瘍化学療法診療料の注 6 に規定する連携充実加算の施設基準

(1) 化学療法を実施している患者の栄養管理を行うにつき必要な体制が整備されていること.

(2) 他の保険医療機関及び保険薬局との連携体制が確保されていること.

【通　知】

1　外来腫瘍化学療法診療料 1 に関する施設基準

(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む）を有する治療室を保有していること．なお，外来化学療法を実施している間は，当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む）以外の目的で使用することは認められないものであること.

(2) 化学療法の経験を 5 年以上有する専任の常勤医師が勤務していること.

(3) 化学療法の経験を 5 年以上有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること.

(4) 化学療法に係る調剤の経験を 5 年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務していること.

(5) 専任の医師，看護師又は薬剤師が院内に常時 1 人以上配置され，本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に 24 時間対応できる連絡体制が整備されていること.

(6) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること.

(7) 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，承認する委員会を開催していること.

当該委員会は，化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は，複数診療科の場合は，それぞれの診療科で 1 名以上（1 診療科の場合は，2 名以上）の代表者であること），業務に携わる看護師，薬剤師及び必要に応じてその他の職種から構成されるもので，少なくとも年 1 回開催されるものとする.

2　外来腫瘍化学療法診療料 2 に関する施設基準

(1) 1 の（1），（5）及び（6）を満たしていること.

(2) 化学療法の経験を有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること.

(3) 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること.

3　連携充実加算に関する施設基準

(1) 外来腫瘍化学療法診療料 1 に係る届出を行っていること.

(2) 1 の（7）に規定するレジメンに係る委員会に管理栄養士が参加していること.

(3) 地域の保険医療機関及び保険薬局との連携体制として，次に掲げる体制が整備されていること.

ア　当該保険医療機関で実施される化学療法のレジメンを当該保険医療機関のホームページ等で閲覧できるようにしておくこと.

イ　当該保険医療機関において外来化学療法に関わる職員及び地域の保険薬局に勤務する薬剤師等を対象とした研修会等を年 1 回以上実施すること.

ウ　他の保険医療機関及び保険薬局からのレジメンに関する照会や患者の状況に関する相談及び情報提供等に応じる体制を整備すること．また，当該体制について，ホームページや研修会等で周知すること.

(4) 外来化学療法を実施している保険医療機関に 5 年以上勤務し，栄養管理（悪性腫瘍患者に対するものを含む）に係る 3 年以上の経験を有する専任の常勤管理栄養士が勤務していること.

【疑義解釈】

問　区分番号「B001-2-12〈歯科 B004-1-8〉」外来腫瘍化学療法診療料又は第２章第６部注射の通則第６号に規定する外来化学療法加算の届出を行う場合，それぞれの施設基準における「外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室」及び「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」については，外来腫瘍化学療法診療料に係るものと外来化学療法加算に係るものを別に整備する必要があるか.

答　いずれについても，外来腫瘍化学療法診療料に係るものと外来化学療法加算に係るものを併せて整備して差し支えない.

（令和４年疑義解釈その１　医科問 152）

◎外来緩和ケア管理料

【告　示】

（1）緩和ケア診療を行うにつき十分な体制が整備されていること.

（2）当該体制において，身体症状の緩和を担当する医師，精神症状の緩和を担当する医師，緩和ケアに関する相当の経験を有する看護師及び薬剤師が適切に配置されていること.

【通　知】（抜粋）

（1）当該保険医療機関内に，以下の４名から構成される緩和ケアに係るチーム（以下「緩和ケアチーム」という）が設置されていること.

ア　身体症状の緩和を担当する専任の常勤医師

イ　精神症状の緩和を担当する専任の常勤医師

ウ　緩和ケアの経験を有する専任の常勤看護師

エ　緩和ケアの経験を有する専任の薬剤師

なお，アからエまでのうちいずれか１人は専従であること. ただし，当該緩和ケアチームが診療する患者数が１日に 15 人以内である場合は，いずれも専任で差し支えない.

（2）緩和ケアチームの構成員は，緩和ケア診療加算に係る緩和ケアチームの構成員と兼任であって差し支えない. また，悪性腫瘍患者に係る緩和ケアの特性に鑑みて，専従の医師にあっても，緩和ケア診療加算を算定すべき診療及び外来緩和ケア管理料を算定すべき診療に影響のない範囲においては，専門的な緩和ケアに関する外来診療を行って差し支えない.（ただし，専門的な緩和ケアに関する外来診療に携わる時間は，所定労働時間の２分の１以下であること）.

（3）（1）のアに掲げる医師は，悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした３年以上の経験を有する者であること. なお，末期心不全の患者を対象とする場合には，末期心不全の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした３年以上の経験を有する者であっても差し支えない. また，週３日以上常態として勤務しており，かつ，所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（悪性腫瘍患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした３年以上の経験を有する医師に限る）を２名組み合わせることにより，常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には，当該２名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り，当該基準を満たしていることとみなすことができる.

（4）（1）のイに掲げる医師は，３年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する者であること. また，週３日以上常態として勤務しており，かつ，所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（3 年以上がん専門病院又は一般病院での精神医療に従事した経験を有する医師に限る）を２名組み合わせることにより，常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には，当該２名の非常勤医師が緩和ケアチームの業務に従事する場合に限り，当該基準を満たしていることとみなすことができる.

（5）（1）のア，イに掲げる医師のうち，悪性腫瘍の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には，以下のア又はイのいずれかの研修を修了している者であること. また，末期心不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には，ア，イ又はウのいずれかの研修を修了している者であること. なお，後天性免疫不全症候群の患者に対して緩和ケアに係る診療を行う場合には下記研修を修了していなくてもよい.

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

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

ウ　日本心不全学会により開催される基本的心不全緩和ケアトレーニングコース

（6）（1）のウに掲げる看護師は，５年以上悪性腫瘍の患者の看護に従事した経験を有し，緩和ケア病棟等における研修を修了している者であること. なお，ここでいう緩和ケア病棟等における研修とは，次の事項に該当する研修のことをいう.

ア　国又は医療関係団体等が主催する研修であること（600 時間以上の研修期間で，修了証が交付されるものに限る）.

イ　緩和ケアのための専門的な知識・技術を有する看護師の養成を目的とした研修であること.

ウ　講義及び演習により，次の内容を含むものであること.

（イ）ホスピスケア・疼痛緩和ケア総論及び制度等の概要

（ロ）悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群のプロセスとその治療

（ハ）悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群患者の心理過程

（ニ）緩和ケアのためのアセスメント並びに症状緩和のための支援方法

（ホ）セルフケアへの支援及び家族支援の方法

（ヘ）ホスピス及び疼痛緩和のための組織的取組とチームアプローチ

（ト）ホスピスケア・緩和ケアにおけるリーダーシップとストレスマネジメント

（チ）コンサルテーション方法

（リ）ケアの質を保つためのデータ収集・分析等について

エ　実習により，事例に基づくアセスメントとホスピスケア・緩和ケアの実践

(7)（1）のエに掲げる薬剤師は，麻薬の投薬が行われている悪性腫瘍の患者に対する薬学的管理及び指導などの緩和ケアの経験を有する者であること.

(8)（1）のア，イに掲げる医師については，緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任ではないこと．ただし，緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師が複数名である場合は，緩和ケアチームに係る業務に関し専任である医師については，緩和ケア病棟入院料の届出に係る担当医師と兼任であっても差し支えないものとする.

(9) 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う保険医，看護師，薬剤師などが参加していること.

(10) 当該医療機関において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.

(11) 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.

◎外来リハビリテーション診療料

【告　示】

(1) 理学療法士，作業療法士等が適切に配置されていること.

(2) リハビリテーションを適切に実施するための十分な体制が確保されていること.

【通　知】

(1) 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，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の届出を行っていること.

(2) 当該診療料を算定する患者がリハビリテーションを実施している間，患者の急変時等に連絡を受けるとともに，リハビリテーションを担当する医師が直ちに診察を行える体制にあること.

◎開放型病院共同指導料

【告　示】（開放型病院共同指導料（Ⅰ）の施設基準）

(1) 病院であること.

(2) 当該病院が当該病院の存する地域の全ての医師又は歯科医師の利用のために開放されていること.

(3)(2)の目的のための専用の病床が適切に備えられていること.

【通　知】

(1) 当該病院の施設・設備の開放について，開放利用に関わる地域の医師会等との合意（契約等）があり，かつ，病院の運営規程等にこれが明示されていること.

(2) 次のア又はイのいずれかに該当していること.

ア　当該 2 次医療圏の当該病院の開設者と直接関係のない（雇用関係にない）10 以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること又は当該地域の医師若しくは歯科医師の 5 割以上が登録していること.

イ　当該 2 次医療圏の一つの診療科を主として標榜する，当該病院の開設者と関係のない（雇用関係のない）5 以上の診療所の医師若しくは歯科医師が登録していること又は当該地域の当該診療科の医師若しくは歯科医師の 5 割以上が登録していること．この場合には，当該診療科の医師が常時勤務していること—(なお，医師が 24 時間，365 日勤務することが必要であり，医師の宅直は認めない).

(3) 開放病床は概ね 3 床以上あること.

(4) 次の項目に関する届出前 30 日間の実績を有すること.

ア　実績期間中に当該病院の開設者と直接関係のない複数の診療所の医師又は歯科医師が，開放病床を利用した実績がある.

イ　これらの医師又は歯科医師が当該病院の医師と共同指導を行った実績がある.

ウ　次の計算式により計算した実績期間中の開放病床の利用率が 2 割以上である．ただし，地域医療支援病院においてはこの限りではない.

開放病床利用率＝（30 日間の開放型病院に入院した患者の診療を担当している診療所の保険医の紹介による延べ入院患者数）÷（開放病床× 30 日間）

(5) 地域医療支援病院にあっては，上記（1）から（4）までを満たしているものとして取り扱う.

◎がん治療連携計画策定料

【告　示】

(1) がん診療の拠点となる病院又はそれに準じる病院であること.

(2) 当該地域において当該病院からの退院後の治療を担う複数の保険医療機関を記載した地域連携診療計画をあらかじめ作成し，地方厚生局長等に届け出ていること.

【通　知】（要約）

(1) あらかじめ計画策定病院において疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され，連携医療機関と共有されていること.

(2) がん診療の拠点となる病院とは，「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 30 年 7 月 31 健発 0731 第 1 号厚生労働省健康局長通知）に基づき，がん診療連携拠点病院等（がん診療連携拠点病院（都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院），特定領域がん診療連携拠点病院及び地域がん診療病院）の指定を受けた病院又は「小児がん拠点病院の整備について」（平成 30 年 7 月 31 日健発第 0731 第 2 号厚生労働省健康局長通知）に基づき小児がん拠点病院の指定を受けた病院をいう．特定領域がん診療連携拠点病院については，当該特定領域の悪性腫瘍の患者についてのみ，がん診療連携拠点病院に準じたものとして取り扱う—(以下同じ)．また，がん診療連携拠点病院に準じる病院とは，都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院をいう.

◎がん治療連携指導料

【告　示】

（1）地域連携診療計画において連携する保険医療機関として定められている保険医療機関であって，当該地域連携診療計画をがん治療連携計画策定料を算定する病院と共有するとともに，あらかじめ地方厚生局長等に届け出ていること.

（2）がん治療連携計画策定料を算定する病院の紹介を受けて，当該地域連携診療計画の対象となる患者に対して，当該地域連携診療計画に基づいた治療を行うことができる体制が整備されていること.

【通　知】

あらかじめ計画策定病院において疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され，連携医療機関と共有されていること.

◎がん治療連携管理料

【告　示】

がん診療の拠点となる病院であること.

【通　知】

1　がん治療連携管理料の 1 に関する施設基準

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき，がん診療連携拠点病院の指定を受けていること．なお，キャンサーボードについては，看護師，薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい.

2　がん治療連携管理料の 2 に関する施設基準

「がん診療連携拠点病院等の整備について」に基づき，地域がん診療病院の指定を受けていること.

3　がん治療連携管理料の 3 に関する施設基準

「小児がん拠点病院の整備について」に基づき，小児がん拠点病院の指定を受けていること．なお，キャンサーボードについては，看護師，薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい.

◎相談支援加算〈療養・就労両立支援指導料〉

【告　示】

患者の就労と療養に係る支援を行うにつき十分な体制が整備されていること.

別表第三の一の二　療養・就労両立支援指導料の注 1 に規定する疾患

悪性新生物

脳梗塞，脳出血，くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患

肝疾患（経過が慢性なものに限る）

心疾患

糖尿病

若年性認知症

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）その他これに準ずる疾患

【通　知】

（1）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を配置していること．なお, 当該職員は区分番号「A234-3〈医科〉」患者サポート体制充実加算に規定する職員と兼任であっても差し支えない．また，当該職員は，国又は医療関係団体等が実施する研修であって，厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修を修了していること.

（2）平成 31 年 4 月 1 日から当分の間，以下のいずれかの要件に該当する者を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

【疑義解釈】

問　区分番号「B001-9〈歯科 B006-3-4〉」療養・就労両立支援指導料に係る相談支援加算について，「国又は医療関係団体等が実施する研修であって，厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修」とあるが，具体的に何を指すのか.

答　現時点では，独立行政法人労働者健康安全機構の主催する両立支援コーディネーター基礎研修等を指す.

（平成 30 年疑義解釈その 3　医科問 8 改変）

問　区分番号「B001-9〈歯科 B006-3-4〉」療養・就労両立支援指導料の相談支援加算の施設基準で求める「厚生労働省の定める両立支援コーディネーター養成のための研修カリキュラムに即した研修」とあるが，当該研修にはどのようなものがあるか.

答　現時点では，独立行政法人労働者健康安全機構の実施する両立支援コーディネーター基礎研修及び応用研修が該当する.　（令和 2 年疑義解釈その 1　医科問 81）

◎こころの連携指導料（Ⅰ）

【告　示】

孤独・孤立の状況等を踏まえ，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に対する診療を行うにつき必要な体制が整備されていること.

【通　知】

（1）精神科又は心療内科を標榜する保険医療機関との連携体制を構築していること.

（2）当該診療及び療養上必要な指導を行う医師は，自殺対策等に関する適切な研修を受講していること．ただし，研修を受講していない場合にあっては，令和 4 年 9 月 30 日までに受講予定であれば，差し支えないものとする.

【疑義解釈】

問　区分番号「B005-12〈歯科 B006-3-5〉」こころの連携指導料（Ⅰ）の施設基準において求める医師の「自殺対策等に関する適切な研修」には，具体的にはどのようなものがあるか.

答　現時点では，以下の研修が該当する．

・厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターが主催する自殺未遂者ケア研修（精神科救急版）又は自殺未遂者ケア研修（一般救急版）

・日本臨床救急医学会等が実施する PEEC コース

・自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業で各事業者が主催する研修

（令和４年疑義解釈その１　医科問 162）

◎薬剤管理指導料

【告　示】

（1）当該保険医療機関内に薬剤管理指導を行うにつき必要な薬剤師が配置されていること．

（2）薬剤管理指導を行うにつき必要な医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設を有していること．

（3）入院中の患者に対し，患者ごとに適切な薬学的管理（副作用に関する状況の把握を含む）を行い，薬剤師による服薬指導を行っていること．

【通　知】

（1）当該保険医療機関に常勤の薬剤師が，２名以上配置されているとともに，薬剤管理指導に必要な体制がとられていること．なお，週３日以上常態として勤務しており，かつ，所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている非常勤薬剤師を２人組み合わせることにより，当該常勤薬剤師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤薬剤師が配置されている場合には，これらの非常勤薬剤師の実労働時間を常勤換算し常勤薬剤師数に算入することができる．ただし，常勤換算し常勤薬剤師に算入することができるのは，常勤薬剤師のうち１名までに限る．

（2）医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という）を有し，院内からの相談に対応できる体制が整備されていること．なお，院内からの相談に対応できる体制とは，当該保険医療機関の医師等からの相談に応じる体制があることを当該医師等に周知していればよく，医薬品情報管理室に薬剤師が常時配置されている必要はない．

（3）医薬品情報管理室の薬剤師が，有効性，安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること．

（4）当該保険医療機関の薬剤師は，入院中の患者ごとに薬剤管理指導記録を作成し，投薬又は注射に際して必要な薬学的管理指導（副作用に関する状況把握を含む）を行い，必要事項を記入するとともに，当該記録に基づく適切な患者指導を行っていること．

（5）投薬・注射の管理は，原則として，注射薬についてもその都度処方箋により行うものとするが，緊急やむを得ない場合においてはこの限りではない．

（6）当該基準については，やむを得ない場合に限り，特定の診療科につき区分して届出を受理して差し支えない．

◎がんゲノムプロファイリング評価提供料

【告　示】

がんゲノムプロファイリング検査に係る届出を行っている保険医療機関であること．

【通　知】

がんゲノムプロファイリング検査の施設基準の届出を行っていること．

◎〈参考〉がんゲノムプロファイリング検査

【告　示】

当該検査を行うにつき十分な体制が整備されていること．

【通　知】

（1）がんゲノム医療中核拠点病院，がんゲノム医療拠点病院又はがんゲノム医療連携病院であること．

（2）次世代シーケンシングを用いた検査に係る適切な第三者認定を受けていること．ただし，当該検査を同様の第三者認定を受けた衛生検査所に委託する場合はこの限りでない．

（3）患者からの求めに応じて，当該患者のシークエンスデータ（FASTQ 又は BAM），解析データ（VCF 又は XML）等を患者に提供できる体制を整備すること．

（4）がんゲノムプロファイルの解析により得られた遺伝子のシークエンスデータ（FASTQ 又は BAM），解析データ（VCF 又は XML）及び臨床情報等については，患者の同意に基づき，医療機関又は検査会社等からがんゲノム情報管理センター（C-CAT）に全例を提出していること（当該患者の同意が得られなかった場合，当該患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除く）．なお，提出に当たっては，C-CAT 検査データ転送システム利用規約を遵守していること．

（5）臨床情報等の提出に当たっては，医療関連団体が定める「がんゲノム情報レポジトリー臨床情報収集項目一覧表」に則って提出していること．

（6）当該検査で得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について，患者が予期せず死亡した場合その他やむを得ない場合を除き，エキスパートパネルでの検討を経た上で，全ての対象患者に提供し，治療方針等について文書を用いて説明していること．

（7）次に掲げる事項を記載した管理簿等を作成し，当該検査を実施した全ての患者について管理簿等により管理すること．

ア　検査を実施した者の氏名及び ID

イ　検体を衛生検査所等に発送した年月日

ウ　衛生検査所等からの解析結果の受取の有無及び受け取った年月日

エ　がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院でエキスパートパネルが開催された年月日

オ　エキスパートパネルから検査結果を受け取った年月日

カ　検査結果を患者に説明した年月日

キ　検査結果を説明した後，がんゲノム情報管理センター（C-CAT）等からの情報に基づいた，臨床試験又は治験等の新たな治療方針の説明の有無及び説明した年月日

ク　C-CAT へのデータ提出及びデータの二次利用に係る患者

の同意の有無

ケ　C-CAT に対してシークエンスデータ，解析データ及び臨床情報等を提出した年月日

(8) エキスパートパネルの開催に際しては，「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」（令和元年 7 月 19 日一部改正健発 0719 第 3 号）及び「エキスパートパネルの実施要件について」（令和 4 年 3 月 3 日健が発 0303 第 1 号）に基づき開催していること.

2) 投　薬

◎抗悪性腫瘍剤処方管理加算〈処方料／処方箋料〉

【告　示】

抗悪性腫瘍剤処方管理を行うにつき必要な体制が整備されていること.

【通　知】

(1) 許可病床数が 200 床以上の病院であること.

(2) 化学療法の経験を 5 年以上有する専任の常勤医師が 1 名以上勤務していること.

3) 注　射

◎外来化学療法加算〈通則〉

【告　示】

(1) 外来化学療法を行う体制がそれぞれの加算に応じて整備されていること.

(2) 外来化学療法を行うにつき必要な機器及び十分な専用施設を有していること.

【通　知】

1　外来化学療法加算 1 に関する施設基準

(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む）を有する治療室を保有していること．なお，外来化学療法を実施している間は，当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む）以外の目的で使用することは認められないものであること.

(2) 化学療法の経験を 5 年以上有する専任の常勤医師が勤務していること.

(3) 化学療法の経験を 5 年以上有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること.

(4) 化学療法に係る調剤の経験を 5 年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務していること.

(5) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること.

(6) 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，承認する委員会を開催していること.

当該委員会は，化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は，複数診療科の場合は，それぞれの診療科で 1 名以上（1 診療科の場合は，2 名以上）の代表者であること），業務に携わる看護師，薬剤師及び必要に応じてその他の職種から構成されるもので，少なくとも年 1 回開催されるものとする.

2　外来化学療法加算 2 に関する施設基準

(1) 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む）を有する治療室を保有していること．なお，外来化学療法を実施している間は，当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む）以外の目的で使用することは認められないものであること.

(2) 化学療法の経験を有する専任の看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること.

(3) 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること.

(4) 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること.

(5) (3) については，常勤薬剤師の確保が直ちに困難な場合であって，既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っており，改正前から外来化学療法加算の届出を行っていた診療所については，外来化学療法加算 2 の届出を行うことができる.

【疑義解釈】

問　区分番号「B001-2-12〈歯科 B004-1-8〉」外来腫瘍化学療法診療料又は第 2 章第 6 部注射の通則第 6 号に規定する外来化学療法加算の届出を行う場合，それぞれの施設基準における「外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室」及び「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」については，外来腫瘍化学療法診療料に係るものと外来化学療法加算に係るものを別に整備する必要があるか.

答　いずれについても，外来腫瘍化学療法診療料に係るものと外来化学療法加算に係るものを併せて整備して差し支えない.

（令和 4 年疑義解釈その 1　医科問 152）

◎無菌製剤処理料

【告　示】

(1) 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設を有していること.

(2) 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること.

【通　知】

(1) 2 名以上の常勤の薬剤師がいること.

(2) 無菌製剤処理を行うための専用の部屋（内法による測定で 5 平方メートル以上）を有していること．なお，平成 26 年 3 月 31 日において，現に当該処理料の届出を行っている保険医療機関については，当該専用の部屋の増築又は全面的な改築を行うまでの間は，内法の規定を満たしているものとする.

(3) 無菌製剤処理を行うための無菌室，クリーンベンチ又は安全キャビネットを備えていること.

4) リハビリテーション

◎脳血管疾患等リハビリテーション料〈要約・抜粋〉

【告　示】

1　脳血管疾患等リハビリテーション料の施設基準

(1) 脳血管疾患等リハビリテーション料を担当する専任の常勤医師が適切に配置されていること.

(2) 脳血管疾患等リハビリテーション料を担当する常勤の看護師，理学療法士，作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること.

(3) 脳血管疾患等リハビリテーション料を行うにつき十分な施設を有していること.

(4) 脳血管疾患等リハビリテーション料を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること.

2　脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者

別表第九の五に掲げる患者

別表第九の五　脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者

1　脳梗塞，脳出血，くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患又はその手術後の患者

2　脳腫瘍，脳膿瘍，脊髄損傷，脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患又はその手術後の患者

3　多発性神経炎，多発性硬化症，末梢神経障害その他の神経疾患の患者

4　パーキンソン病，脊髄小脳変性症その他の慢性の神経筋疾患の患者

5　失語症，失認及び失行症並びに高次脳機能障害の患者

6　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

7　顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者

8　舌悪性腫瘍等の手術による構音障害を有する患者

9　リハビリテーションを要する状態の患者であって，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（~~ただし，~~心大血管疾患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，呼吸器リハビリテーション料，障害児(者)リハビリテーション料又はがん患者リハビリテーション料の対象患者に該当するものを除く）

3　脳血管疾患等リハビリテーションに規定する初期加算の施設基準

当該保険医療機関内にリハビリテーション科の常勤医師が配置されていること.

【通　知】

1　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準

(1) 当該保険医療機関において，専任の常勤医師が2名以上勤務していること．ただし，そのうち1名は，脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する3年以上の臨床経験又は脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する研修会，講習会の受講歴（又は講師歴）を有すること．なお，週3日以上常態として勤務しており，かつ，所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を2名以上組み合わせることにより，常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には，当該医師の実労働時間を常勤換算し常勤医師数に算入することができる．ただし，脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する3年以上の臨床経験又は脳血管疾患等のリハビリテーション医療に関する研修会，講習会の受講歴（又は講師歴）を有する常勤医師についてこれらの非常勤医師による常勤換算を行う場合にあっては，当該経験又は受講歴（又は講師歴）を有する非常勤医師に限る.

(2) 次のアからエまでを全て満たしていること.

ア　専従の常勤理学療法士が5名以上勤務していること．ただし，ADL維持向上等体制加算，回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが，廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ），（Ⅱ）又は（Ⅲ），運動器リハビリテーション料（Ⅰ），（Ⅱ）又は（Ⅲ），呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ），障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士との兼任は可能であること.

イ　専従の常勤作業療法士が3名以上勤務していること．ただし，ADL維持向上等体制加算，回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤作業療法士との兼任はできないが，廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ），（Ⅱ）又は（Ⅲ），運動器リハビリテーション料（Ⅰ），（Ⅱ）又は（Ⅲ），呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ），障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤作業療法士との兼任は可能であること.

ウ　言語聴覚療法を行う場合は，専従の常勤言語聴覚士が1名以上勤務していること．なお，第7部リハビリテーション第1節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について，別に定めがある場合を除き，兼任は可能であること.

エ　アからウまでの専従の従事者が合わせて10名以上勤務すること．なお，当該保険医療機関において，疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く），障害児(者)リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には，当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない．なお，週3日以上常態として勤務しており，かつ，所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士，非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ2名以

上組み合わせることにより，常勤理学療法士，常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士，非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には，これらの非常勤理学療法士，非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数，常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる．ただし，常勤換算し常勤理学療法士数，常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは，常勤配置のうち理学療法士は４名，作業療法士は２名，言語聴覚士は１名までに限る．

オ　次の（イ）又は（ロ）の要件を満たす場合であって，アからウまでの専従の従事者が疾患別リハビリテーションを提供すべき患者がいない時間帯には，脳血管疾患等リハビリテーションの実施時間中であっても，当該専従の従事者が，当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事しても差し支えない．

（イ）疾患別リハビリテーション料の施設基準における専従の従事者以外の全ての理学療法士，作業療法士及び言語聴覚士が，介護保険のリハビリテーションその他疾患別リハビリテーション以外の業務に従事していること．

（ロ）当該保険医療機関に配置された全ての理学療法士，作業療法士及び言語聴覚士が，いずれかの疾患別リハビリテーション料の施設基準における専従の従事者であること．

（3）治療･訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも，内法による測定で 160 平方メートル以上）を有していること．専用の機能訓練室は，当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において，他の用途に使用することは差し支えない．また，専用の機能訓練室は，疾患別リハビリテーション，障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり，疾患別リハビリテーション，障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない．ただし，同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては，それぞれの施設基準を満たしていること．なお，言語聴覚療法を行う場合は，遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で８平方メートル以上）1 室以上を別に有していること．

（4）当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として，以下のものを具備していること．これらの器械等については，当該保険医療機関が，指定通所リハビリテーションを実施する場合であって，リハビリテーションの提供に支障が生じない場合に，指定通所リハビリテーション事業所の利用者が使用しても差し支えない．

歩行補助具，訓練マット，治療台，砂嚢などの重錘，各種測定用器具（角度計，握力計等），血圧計，平行棒，傾斜台，姿勢矯正用鏡，各種車椅子，各種歩行補助具，各種装具（長･短下肢装具等），家事用設備，各種日常生活動作用設備　等．

ただし，言語聴覚療法を行う場合は，聴力検査機器，音声録音再生装置，ビデオ録画システム等を有すること．必要に応じ，麻痺側の関節の屈曲・伸展を補助し運動量を増加させるためのリハビリテーション用医療機器を備えること．

（5）言語聴覚療法のみを実施する場合において，以下のアからエまでの基準を全て満たす場合は，上記基準にかかわらず，脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）の基準を満たすものとする．

ア　専任の常勤医師が１名以上勤務していること．なお，週３日以上常態として勤務しており，かつ，所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより，常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には，当該基準を満たしていることとみなすことができる．

イ　専従の常勤言語聴覚士が３名以上勤務していること．なお，週３日以上常態として勤務しており，かつ，所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤言語聴覚士を２名以上組み合わせることにより，常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合にはこれらの非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができる．ただし，常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができるのは，常勤配置のうち２名までに限る．

ウ　遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で８平方メートル以上）を有していること．

エ　言語聴覚療法に必要な，聴力検査機器，音声録音再生装置，ビデオ録画システム等の器械・器具を具備していること．

（6）平成 26 年３月 31 日において，現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については，当該機能訓練室等の増築又は全面的な改築を行うまでの間は，（3）及び（5）の内法の規定を満たしているものとする．

（7）リハビリテーションに関する記録（医師の指示，実施時間，訓練内容，担当者等）は患者ごとに一元的に保管され，常に医療従事者により閲覧が可能であること．

（8）定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること．

（9）（2）のアからウまでの専従の従事者以外の理学療法士，作業療法士及び言語聴覚士については，疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き，当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事可能であること．

２　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）に関する施設基準

（1）当該保険医療機関において，専任の常勤医師が１名以上勤務していること．なお，週３日以上常態として勤務しており，かつ，所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより，常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には，当該基準を満たしていることとみなすことができる．

（2）次のアからエまでを全て満たしていること．

ア　専従の常勤理学療法士が１名以上勤務していること．ただし，ADL 維持向上等体制加算，回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤理学療法士との兼任はできないが，廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ），（Ⅱ）又は（Ⅲ），運動器リハビリテーション料（Ⅰ），（Ⅱ）又は（Ⅲ），呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ），障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤理学療法士との兼任は可能である．

イ　専従の常勤作業療法士が１名以上勤務していること．ただし，ADL 維持向上等体制加算，回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤作業療法士との兼任はできないが，廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ），（Ⅱ）又は（Ⅲ），運動器リハビリテーション料（Ⅰ），（Ⅱ）又は（Ⅲ），呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ），障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤作業療法士との兼任は可能である．

ウ　言語聴覚療法を行う場合は，専従の常勤言語聴覚士が１名以上勤務していること．なお，第７部リハビリテーション第１節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について，別に定めがある場合を除き，兼任は可能であること．

エ　アからウまでの専従の従事者が合わせて４名以上勤務していること．なお，当該保険医療機関において，疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く），障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には，当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない．なお，週３日以上常態として勤務しており，かつ，所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士，非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ２名以上組み合わせることにより，常勤理学療法士，常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士，非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には，これらの非常勤理学療法士，非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数，常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる．ただし，常勤換算し常勤理学療法士数，常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは，常勤配置のうちそれぞれ１名までに限る．

オ　アからウまでの専従の従事者が，当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事する場合については，第 40 の１の（2）のオの例によること．

（3）治療･訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも，病院については内法による測定で 100 平方メートル以上，診療所については内法による測定で 45 平方メートル以上）を有していること．専用の機能訓練室は，当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において，他の用途に使用することは差し支えない．また，専用の機能訓練室は，疾患別リハビリテーション，障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり，疾患別リハビリテーション，障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない．ただし，同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては，それぞれの施設基準を満たしていること．なお，言語聴覚療法を行う場合は，遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で８平方メートル以上）１室以上を別に有していること．

（4）平成 26 年３月 31 日において，現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については，当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は，（3）の内法の規定を満たしているものとする．

（5）当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として，以下のものを具備していること．

歩行補助具，訓練マット，治療台，砂嚢などの重錘，各種測定用器具（角度計，握力計等），血圧計，平行棒，傾斜台，姿勢矯正用鏡，各種車椅子，各種歩行補助具，各種装具（長･短下肢装具等），家事用設備，各種日常生活動作用設備　等．ただし，言語聴覚療法を行う場合は，聴力検査機器，音声録音再生装置，ビデオ録画システム等を有すること．

（6）言語聴覚療法のみを実施する場合において，以下のアからエまでの基準を全て満たす場合は，上記基準にかかわらず，脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の基準を満たすものとする．

ア　専任の常勤医師が１名以上勤務していること．なお，週３日以上常態として勤務しており，かつ，所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を２名以上組み合わせることにより，常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には，当該基準を満たしていることとみなすことができる．

イ　専従の常勤言語聴覚士が２名以上勤務していること．なお，週３日以上常態として勤務しており，かつ，所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤言語聴覚士を２名組み合わせることにより，常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合にはこれらの非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができる．ただし，常勤換算し常勤言語聴覚士数に算入することができるのは，常勤配置のうち１名までに限る．

ウ　遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で８平方メートル以上）を有していること．

エ　言語聴覚療法に必要な，聴力検査機器，音声録音再生装置，

ビデオ録画システム等の器械・器具を具備していること.

(7) リハビリテーションに関する記録（医師の指示，実施時間，訓練内容，担当者等）は患者ごとに一元的に保管され，常に医療従事者により閲覧が可能であること.

(8) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること.

(9) (2) のアからウまでの専従の従事者以外の理学療法士，作業療法士及び言語聴覚士については，疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き，当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事可能であること.

3　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）に関する施設基準

(1) 専任の常勤医師が 1 名以上勤務していること．なお，週 3 日以上常態として勤務しており，かつ，所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を 2 名以上組み合わせることにより，常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には，当該基準を満たしていることとみなすことができる.

(2) 専従の常勤理学療法士，常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士のいずれか 1 名以上勤務していること．ただし，ADL 維持向上等体制加算，回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤の従事者との兼任はできないが，廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ），（Ⅱ）又は（Ⅲ），運動器リハビリテーション料（Ⅰ），（Ⅱ）又は（Ⅲ），呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ），障害児（者）リハビリテーション料及びがん患者リハビリテーション料における常勤の従事者との兼任は可能であること．また，言語聴覚士の場合にあっては，第 7 部リハビリテーション第 1 節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について，別に定めがある場合を除き，兼任は可能であること．なお，当該保険医療機関において，疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く），障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には，当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない．なお，週 3 日以上常態として勤務しており，かつ，所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士，非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士をそれぞれ 2 名以上組み合わせることにより，常勤理学療法士，常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士，非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には，それぞれの基準を満たしていることとみなすことができる．専従の従事者が，当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事する場合については，第 40 の 1 の（2）のオの例によること.

(3) 治療･訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも，病院については内法による測定で 100 平方メートル以上，診療所については内法による測定で 45 平方メートル以上とする.）を有していること．専用の機能訓練室は，当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において，他の用途に使用することは差し支えない．また，専用の機能訓練室は，疾患別リハビリテーション，障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり，疾患別リハビリテーション，障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない．ただし，同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては，それぞれの施設基準を満たしていること．なお，言語聴覚療法を行う場合は，遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で 8 平方メートル以上）1 室以上を別に有していることとし，言語聴覚療法のみを行う場合は，当該個別療法室があれば前段に規定する専用の施設は要しない.

(4) 平成 26 年 3 月 31 日において，現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については，当該機能訓練室等の増築又は全面的な改築を行うまでの間は，(3) の内法の規定を満たしているものとする.

(5) 当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として以下のものを具備していること.

歩行補助具，訓練マット，治療台，砂嚢などの重錘，各種測定用器具等．ただし，言語聴覚療法を行う場合は，聴力検査機器，音声録音再生装置，ビデオ録画システム等を有すること.

(6) リハビリテーションに関する記録（医師の指示，実施時間，訓練内容，担当者等）は患者ごとに一元的に保管され，常に医療従事者により閲覧が可能であること.

(7) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること.

(8) (2) の専従の従事者以外の理学療法士，作業療法士及び言語聴覚士については，疾患別リハビリテーションに従事している時間帯を除き，当該保険医療機関が行う通所リハビリテーションに従事可能であること.

4　初期加算に関する施設基準

当該保険医療機関にリハビリテーション科の常勤の医師が 1 名以上配置されていること．なお，週 3 日以上常態として勤務しており，かつ，所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を 2 名以上組み合わせることにより，常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には，当該基準を満たしていることとみなすことができる.

【疑義解釈】

問　言語聴覚療法のみを実施する場合は，脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）を算定する基準施設であっても脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）として算定するのか.

答　脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準を満たす医療機関において実施される言語聴覚療法については，脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）を算定できる.

（令和２年疑義解釈その１　医科問 130）

問　「言語聴覚療法のみを実施する場合」とは，当該患者が言語聴覚療法のみを実施することを示すのか，もしくは，当該医療機関が言語聴覚療法のみを実施する場合を示すのか.

答　当該医療機関において，脳血管疾患等リハビリテーションのうち言語聴覚療法のみを実施する場合を示す.

（令和２年疑義解釈その１　医科問 131）

◎廃用症候群リハビリテーション料〈要約・抜粋〉

【告　示】

（1）廃用症候群リハビリテーション料を担当する専任の常勤医師が適切に配置されていること.

（2）廃用症候群リハビリテーション料を担当する常勤の看護師，理学療法士，作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること.

（3）廃用症候群リハビリテーション料を行うにつき十分な施設を有していること.

（4）廃用症候群リハビリテーション料を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること.

【通　知】

1　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準

（1）脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）を届け出ていること．なお，言語聴覚療法のみを実施する保険医療機関で，脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）に関する施設基準の（1）から（4）までのいずれかを満たさず，（5）のアからエまでを全て満たすことで脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）の基準を満たしたものについては，言語聴覚療法のみについて廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）を算定できる.

（2）脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）の施設基準における専任の医師，専従の理学療法士，専従の作業療法士及び専従の言語聴覚士は，それぞれ廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）の専任者又は専従者を兼ねるものとする.

2　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）に関する施設基準

（1）脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）を届け出ていること．なお，言語聴覚療法のみを実施する保険医療機関で，脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）に関する施設基準の（1）から（3）まで又は（5）のいずれかを満たさず，（6）のアからエまでを全て満たすことで脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の基準を満たしたものについては，言語聴覚療法のみについて廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）を算定できる.

（2）脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）の施設基準における専任の医師，専従の理学療法士，専従の作業療法士及び専従の言語聴覚士は，それぞれ廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）の専任者又は専従者を兼ねるものとする.

3　廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）に関する施設基準

（1）脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）を届け出ていること.

（2）脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）の施設基準における専任の医師，専従の理学療法士，専従の作業療法士及び専従の言語聴覚士は，それぞれ廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）の専任者又は専従者を兼ねるものとする.

◎障害児（者）リハビリテーション料

【告　示】

（1）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を入所させるものに限る）若しくは同法第６条の２の２第３項に規定する指定発達支援医療機関又は保険医療機関であって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患者のうち，おおむね８割以上が**別表第十の二**に該当する患者（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）であるものであること.

（2）当該保険医療機関内に障害児（者）リハビリテーションを担当する専任の常勤医師が１名以上配置されていること.

（3）当該保険医療機関内に障害児（者）リハビリテーションを担当する専従の常勤看護師，常勤理学療法士又は常勤作業療法士が適切に配置されていること.

（4）言語聴覚療法を行う場合にあっては，（3）に加え，常勤の言語聴覚士が適切に配置されていること.

（5）障害児（者）リハビリテーションを行うにつき十分な専用施設を有していること.

（6）障害児（者）リハビリテーションを行うにつき必要な器械・器具が具備されていること.

別表第十の二　障害児（者）リハビリテーション料の対象患者

脳性麻痺の患者

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

顎・口腔の先天異常の患者

先天性の体幹四肢の奇形又は変形の患者

先天性神経代謝異常症，大脳白質変性症の患者

先天性又は進行性の神経筋疾患の患者

神経障害による麻痺及び後遺症の患者

言語障害，聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者

【通　知】

（1）当該リハビリテーションを実施する保険医療機関は，次のいずれかであること.

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

イ　児童福祉法第６条の２の２に規定する指定発達支援医療機関

ウ　当該保険医療機関においてリハビリテーションを実施している外来患者のうち，概ね８割以上が**別表第十の二**に該当する患者（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）である医療機関（概ね８割であることの要件に

ついては，暦月で 3 か月を超えない期間の 1 割以内の変動である場合には，要件を満たすものであること）

（2）当該保険医療機関において，専任の常勤医師が 1 名以上勤務していること．なお，週 3 日以上常態として勤務しており，かつ，所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を 2 名以上組み合わせることにより，常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には，当該基準を満たしていることとみなすことができる．

（3）ア又はイのいずれかに該当していること．

ア　専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士が合わせて 2 名以上勤務していること．

イ　専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士のいずれか 1 名以上及び障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師 1 名以上が合わせて 2 名以上が勤務していること．ただし，ADL 維持向上等体制加算，回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟並びに地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室を有する病棟における常勤従事者との兼任はできないが，心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ），脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ），（Ⅱ）又は（Ⅲ），廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ），（Ⅱ）又は（Ⅲ），運動器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）及び呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）又は（Ⅱ）における常勤従事者との兼任は可能であること．なお，当該保険医療機関において，疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く），障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には，当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない．また，週 3 日以上常態として勤務しており，かつ，所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士，非常勤作業療法士又は非常勤看護師（障害児（者）リハビリテーションの経験を有する看護師に限る）をそれぞれ 2 名以上組み合わせることにより，常勤理学療法士，常勤作業療法士又は常勤看護師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士，非常勤作業療法士又は非常勤看護師がそれぞれ配置されている場合には，これらの非常勤理学療法士，非常勤作業療法士又は非常勤看護師の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数，常勤作業療法士数又は常勤看護師数にそれぞれ算入することができる．ただし，常勤換算し常勤理学療法士数，常勤作業療法士数又は常勤看護師数に算入することができるのは，常勤配置のうちそれぞれ 1 名までに限る．

（4）言語聴覚療法を行う場合は，専従の常勤言語聴覚士が 1 名以上勤務していること．なお，第 7 部リハビリテーション第 1 節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について，別に定めがある場合を除き，兼任は可能であること．また，週 3 日以上常態として勤務しており，かつ，所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤言語聴覚士を 2 名以上組み合わせることにより，常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合には，当該基準を満たしていることとみなすことができる．

（5）障害児（者）リハビリテーションを行うにふさわしい専用の機能訓練室（少なくとも，病院については，内法による測定で 60 平方メートル以上，診療所については，内法による測定で 45 平方メートル以上とする）を有すること．専用の機能訓練室は，当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において，他の用途に使用することは差し支えない．また，専用の機能訓練室は，疾患別リハビリテーション，障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり，疾患別リハビリテーション，障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションを同時に行うことは差し支えない．ただし，同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては，それぞれの施設基準を満たしていること．また，言語聴覚療法を行う場合は，遮蔽等に配慮した専用の個別療法室（内法による測定で 8 平方メートル以上）1 室以上を別に有していること．

（6）平成 26 年 3 月 31 日において，現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については，当該機能訓練室等の増築又は全面的な改築を行うまでの間は，（5）の内法の規定を満たしているものとする．

（7）当該訓練を行うために必要な専用の器械・器具として，以下のものを具備していること．

ア　訓練マットとその付属品

イ　姿勢矯正用鏡

ウ　車椅子

エ　各種杖

オ　各種測定用器具（角度計，握力計等）

（8）リハビリテーションに関する記録（医師の指示，実施時間，訓練内容，担当者等）は患者ごとに一元的に保管され，常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること．

（9）定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること．

【疑義解釈】

問　障害児（者）リハビリテーション料の施設基準について「当該保険医療機関において，疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く），障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には，当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない」となったが，他の業務には疾患別リハビリテーション料の他，（介護保険を含む）訪問リハビリテーションや障害福祉サービス等で実施するサービスの提供も差し支えないか．

答　所定労働時間に満たない時間に限り，他の業務に従事するこ

とは差し支えない．なお，「他の業務」の範囲については，特段の規定を設けていない．

（令和２年疑義解釈その１　医科問 137）

◎がん患者リハビリテーション料

【告　示】

（1）当該保険医療機関内にがん患者に対するリハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専任の常勤医師が１名以上配置されていること．

（2）当該保険医療機関内にがん患者に対するリハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専従の常勤理学療法士，常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が２名以上配置されていること．

（3）当該患者について，リハビリテーション総合計画評価料に規定するリハビリテーション計画を月１回以上作成していること．

（4）がん患者に対するリハビリテーションを行うにつき十分な専用施設を有していること．

（5）がん患者に対するリハビリテーションを行うにつき必要な器械・器具が具備されていること．

別表第十の二の二　がん患者リハビリテーション料の対象患者

1　がん患者であって，がんの治療のために入院している間に手術，化学療法（骨髄抑制が見込まれるものに限る），放射線治療若しくは造血幹細胞移植が行われる予定のもの又は行われたもの

2　緩和ケアを目的とした治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であって，症状の増悪により入院している間に在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要なもの

【通　知】

（1）当該保険医療機関において，がん患者のリハビリテーションを行うにつき，十分な経験を有する専任の常勤医師が１名以上勤務していること．なお，週３日以上常態として勤務しており，かつ，所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師（がん患者のリハビリテーションを行うにつき，十分な経験を有する医師に限る）を２名以上組み合わせることにより，常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には，当該基準を満たしていることとみなすことができる．十分な経験を有する専任の常勤医師とは，以下のいずれも満たす者のことをいう．

ア　リハビリテーションに関して十分な経験を有すること．

イ　がん患者のリハビリテーションに関し，適切な研修を修了していること．なお，適切な研修とは以下の要件を満たすものをいう．

（イ）医療関係団体等が主催するものであること．

（ロ）研修期間は通算して 14 時間程度のものであること．

（ハ）研修内容に以下の内容を含むこと．

（a）がん患者のリハビリテーションの概要

（b）周術期リハビリテーションについて

（c）化学療法及び放射線療法中あるいは療法後のリハビリテーションについて

（d）がん患者の摂食・嚥下・コミュニケーションの障害に対するリハビリテーションについて

（e）がんやがん治療に伴う合併症とリハビリテーションについて

（f）進行癌患者に対するリハビリテーションについて

（ニ）研修にはワークショップや，実際のリハビリテーションに係る手技についての実技等を含むこと．

（ホ）リハビリテーションに関するチーム医療の観点から，同一の医療機関から，医師，病棟においてがん患者のケアに当たる看護師，リハビリテーションを担当する理学療法士等がそれぞれ１名以上参加して行われるものであること．

（2）当該保険医療機関内にがん患者リハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する専従の常勤理学療法士，常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士が２名以上配置されていること．なお，十分な経験を有するとは，（1）のイに規定する研修を修了した者のことをいう．また，専従する言語聴覚士がいる場合，第７部リハビリテーション第１節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について，別に定めがある場合を除き，兼任は可能であること．なお，当該保険医療機関において，疾患別リハビリテーション（心大血管疾患リハビリテーションを除く），障害児（者）リハビリテーション及びがん患者リハビリテーションが行われる時間が当該保険医療機関の定める所定労働時間に満たない場合には，当該リハビリテーションの実施時間以外に他の業務に従事することは差し支えない．また，週３日以上常態として勤務しており，かつ，所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤理学療法士，非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士（それぞれがん患者リハビリテーションを行うにつき十分な経験を有する者に限る）をそれぞれ２名以上組み合わせることにより，常勤理学療法士，常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士，非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には，これらの非常勤理学療法士，非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士の実労働時間を常勤換算し常勤理学療法士数，常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる．ただし，常勤換算し常勤理学療法士数，常勤作業療法士数又は常勤言語聴覚士数に算入することができるのは，常勤配置のうちそれぞれ１名までに限る．

（3）治療･訓練を十分実施し得る専用の機能訓練室（少なくとも，内法による測定で 100 平方メートル以上）を有していること．専用の機能訓練室は，当該療法を実施する時間帯以外の時間帯において，他の用途に使用することは差し支えない．また，専用の機能訓練室は，疾患別リハビリテーション，障害児（者）リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを実施している時間帯において「専用」ということであり，疾患別リハビリテーション，障害児（者）リハビリテーション又はがん

患者リハビリテーションを同一の機能訓練室において同時に行うことは差し支えない．ただし，同一の時間帯において心大血管疾患リハビリテーションを行う場合にあっては，それぞれの施設基準を満たしていること．

（4）平成 26 年 3 月 31 日において，現に当該リハビリテーション料の届出を行っている保険医療機関については，当該機能訓練室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は，（3）の内法の規定を満たしているものとする．

（5）当該療法を行うために必要な施設及び器械・器具として，以下のものを具備していること．

歩行補助具，訓練マット，治療台，砂嚢などの重錘，各種測定用器具等

◎集団コミュニケーション療法料

【告　示】

（1）脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ），脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）若しくは脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）又は障害児（者）リハビリテーション料の届出を行っている施設であること．

（2）当該保険医療機関内に集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を担当する専任の常勤医師が 1 名以上配置されていること．

（3）当該保険医療機関内に集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を担当する専従の言語聴覚士が適切に配置されていること．

（4）患者数は，言語聴覚士の数に対し適切なものであること．

（5）集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行うにつき十分な専用施設を有していること．

（6）集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行うにつき必要な器械・器具が具備されていること．

別表第十の二の三　集団コミュニケーション療法料の対象患者

別表第九の五（脳血管疾患リハビリテーション料の対象患者）若しくは別表第十の二に掲げる患者（障害児（者）リハビリテーション料の対象患者）又は廃用症候群リハビリテーション料に規定する患者であって，言語・聴覚機能の障害を有するもの

【通　知】

（1）専任の常勤医師が 1 名以上勤務していること．なお，週 3 日以上常態として勤務しており，かつ，所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専任の非常勤医師を 2 名以上組み合わせることにより，常勤医師の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤医師が配置されている場合には，当該基準を満たしていることとみなすことができる．

（2）専従する常勤言語聴覚士が 1 名以上勤務すること．なお，当該言語聴覚士は，第 7 部リハビリテーション第 1 節の各項目のうち専従の常勤言語聴覚士を求める別の項目について，別に定めがある場合を除き，兼任は可能であること．なお，週 3 日以上常態として勤務しており，かつ，所定労働時間が週 22 時間以上の勤務を行っている専従の非常勤言語聴覚士を 2 名以上組み合わせることにより，常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤言語聴覚士が配置されている場合，当該基準を満たしていることとみなすことができる．

（3）次に掲げる当該療法を行うための専用の療法室及び必要な器械・器具を有していること．

ア　専用の療法室

集団コミュニケーション療法を行うに当たっては，集団コミュニケーション療法室（内法による測定で 8 平方メートル以上）を 1 室以上有していること（言語聴覚療法以外の目的で使用するものは集団コミュニケーション療法室に該当しないものとする．なお言語聴覚療法における個別療法室と集団コミュニケーション療法室の共用は可能なものとする）．

イ　必要な器械・器具（主なもの）

簡易聴力スクリーニング検査機器，音声録音再生装置，ビデオ録画システム，各種言語・心理・認知機能検査機器・用具，発声発語検査機器・用具，各種診断・治療材料（絵カード他）

（4）平成 26 年 3 月 31 日において，現に集団コミュニケーション療法料の届出を行っている保険医療機関については，当該療法室の増築又は全面的な改築を行うまでの間は，（3）の内法の規定を満たしているものとする．

（5）リハビリテーションに関する記録（医師の指示，実施時間，訓練内容，担当者等）は患者ごとに一元的に保管され，常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること．

5）手　術

◎周術期栄養管理実施加算〈通則〉

【告　示】

（1）当該保険医療機関内に周術期の栄養管理を行うにつき十分な経験を有する専任の常勤の管理栄養士が配置されていること．

（2）総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること．

【通　知】

（1）「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」別添 3 の第 19 の 1 の（2）に規定する研修を修了した医師が配置されていることが望ましい．

（2）「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」別添 3 の第 19 の 1 の（3）に規定する研修を修了し，栄養サポートチームにおいて，栄養管理に係る 3 年以上の経験を有する常勤の管理栄養士が配置されていること．

（3）区分番号「A200」に掲げる総合入院体制加算又は，区分番号「A200-2」に掲げる急性期充実体制加算に係る届出を行っている保険医療機関であること．

【疑義解釈】

問　第 2 章第 10 部〈歯科第 9 部〉手術の通則第 20 号〈歯科

第 17 号〉に規定する周術期栄養管理実施加算の施設基準における常勤の管理栄養士は，区分番号「A233-2〈歯科 A223-2〉」栄養サポートチーム加算等における専任の常勤管理栄養士と兼務することは可能か.

答　可能.　（令和 4 年疑義解釈その 1　医科問 227）

6）麻　酔

◎歯科麻酔管理料

【告　示】

（1）常勤の麻酔に従事する歯科医師が配置されていること.

（2）麻酔管理を行うにつき十分な体制が整備されていること.

【通　知】

（1）歯科麻酔に係る専門の知識及び 2 年以上の経験を有し，当該療養に習熟した医師又は歯科医師の指導の下に，主要な麻酔手技を自ら実施する者として全身麻酔を 200 症例以上及び静脈内鎮静法を 50 症例以上経験している常勤の麻酔に従事する歯科医師が 1 名以上配置されていること.

（2）常勤の麻酔に従事する歯科医師により，麻酔の安全管理体制が確保されていること.

◎周術期薬剤管理加算（麻酔管理料（Ⅰ）〈医科〉より）

【告　示】

（1）当該保険医療機関内に周術期の薬学的管理を行うにつき必要な専任の薬剤師が配置されていること.

（2）病棟薬剤業務実施加算 1 に係る届出を行っている保険医療機関であること.

【通　知】

（1）周術期薬剤管理に関するプロトコルを整備していること. なお，周術期薬剤管理の実施状況を踏まえ，定期的なプロトコルの見直しを行うこと.

（2）周術期薬剤管理加算の施設基準における専任の薬剤師，区分番号「A244」病棟薬剤業務実施加算の施設基準における専任の薬剤師及び医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い，周術期薬剤管理における問題点等の情報を共有するとともに，各薬剤師が周術期薬剤管理を実施するにつき必要な情報が提供されていること.

（3）医薬品の安全使用や，重複投与・相互作用・アレルギーのリスクを回避するための手順等を盛り込んだ薬剤の安全使用に関する手順書（マニュアル）を整備し，必要に応じて当直等の薬剤師と連携を行っていること. なお，周術期薬剤管理の実施状況等を踏まえ，定期的に当該手順書の見直しを行うこと.

その他の医学管理料

1―手術前医学管理料（1,192 点）

❶手術前医学管理料は，硬膜外麻酔，脊椎麻酔，マスクまたは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔下で行われる手術の前の定型的な検査・画像診断について包括して評価したものであり，これらの麻酔下で手術が行われた場合に月 1 回に限り，当該手術料算定日に疾病名を問わず算定する．

❷本管理料に含まれる検査および画像診断は右表のとおり（手術を行う前 1 週間以内に行ったものに限る）．ただし，当該期間において同一の検査または画像診断を 2 回以上行った場合の第 2 回目以降のものについては，別に算定することができる．

❸同一の患者につき 1 月以内に手術前医学管理料を算定すべき医学管理を 2 回以上行った場合は，第 1 回目の手術前医学管理に係る手術料を算定した日 1 回に限り算定する．

❹同一月に心電図検査を算定した場合は，算定の期日にかかわらず所定点数の 90/100 により算定する．

❺当該管理料に含まれる写真診断および撮影と同一の部位につき同時に 2 枚以上同一の方法により撮影を行った場合における第 2〜5 枚目までの費用は，それぞれ所定点数の 50/100 により別に算定する（歯科用 3 次元エックス線断層撮影を除く）．なお，第 6 枚目以後については算定できない．

❻血液学的検査判断料，生化学的検査（Ⅰ）判断料，免疫学的検査判断料を算定している患者については算定できない．また，本管理料を算定した場合は，これらの判断料は包括され別に算定できない．

❼特定入院料または基本的検体検査判断料を算定している患者については算定できない．

❽手術前 1 週間に本管理料に包括されている検査および画像診断項目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．

【手術前医学管理料に含まれる検査および画像診断】

- 尿中一般物質定性半定量検査
- 血液形態・機能検査：末梢血液像（自動機械法・鏡検法），末梢血液一般検査
- 出血・凝固検査：出血時間，プロトロンビン時間（PT），活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT）
- 血液化学検査：総ビリルビン，直接ビリルビンまたは抱合型ビリルビン，総蛋白，アルブミン（BCP 改良法・BCG 法），尿素窒素，クレアチニン，尿酸，アルカリホスファターゼ（ALP），コリンエステラーゼ（ChE），γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT），中性脂肪，ナトリウムおよびクロール，カリウム，カルシウム，マグネシウム，クレアチン，グルコース，乳酸デヒドロゲナーゼ（LD），アミラーゼ，ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP），クレアチンキナーゼ（CK），アルドラーゼ，遊離コレステロール，鉄（Fe），血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの），不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法），総鉄結合能（TIBC）（比色法），リン脂質，HDL-コレステロール，LDL-コレステロール，無機リンおよびリン酸，総コレステロール，アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST），アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT），イオン化カルシウム
- 感染症免疫学的検査：梅毒血清反応（STS）定性，抗ストレプトリジン O（ASO）定性，半定量，定量，抗ストレプトキナーゼ（ASK）定性，半定量，梅毒トレポネーマ抗体定性，HIV-1 抗体，肺炎球菌抗原定性（尿・髄液），ヘモフィルス・インフルエンザ b 型（Hib）抗原定性（尿・髄液），単純ヘルペスウイルス抗原定性，RS ウイルス抗原定性，淋菌抗原定性
- 肝炎ウイルス関連検査：HBs 抗原定性・半定量，HCV 抗体定性・定量
- 血漿蛋白免疫学的検査：C 反応性蛋白（CRP）定性，C 反応性蛋白（CRP）
- 心電図検査：四肢単極誘導および胸部誘導を含む最低 12 誘導
- 写真診断：単純撮影（頭部，胸部，腹部または脊椎）
- 撮影：単純撮影

❾使用したフィルムは所定点数により算定できる．

❿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，また，本管理料を月初めに算定し，手術前 1 週間が月をまたぐ場合は，本

管理料に包括されている検査および画像診断項目の1回目の所定点数については別に算定できない．

⓫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，脊椎麻酔また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本管理料を算定し，2回目の手術の際には管理料を算定せず，それぞれの検査および画像診断項目の所定点数により算定する．

⓬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．

2―手術後医学管理料（1日につき）
病院（1,188点）・診療所（1,056点）

❶手術後医学管理料は，病院（療養病棟，結核病棟および精神病棟を除く）または診療所に入院している患者について，マスクまたは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴う手術（入院の日から起算して10日以内に行われたものに限る）後に必要な医学的管理を行った場合に，手術後に行われる定型的な検査について包括して評価したものであり，当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日を限度として算定する．

❷本管理料は，救命救急入院料または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．

❸本管理料に含まれる検査は**右表**のとおり（当該手術に係る手術料を算定した日の翌日から起算して3日以内に行ったものに限る）．

❹同一の手術について，同一月に手術前医学管理料を算定する場合は，本管理料を算定する3日間については所定点数の95/100により算定する．

❺尿・糞便等検査判断料，血液学的検査判断料，生化学的検査（Ⅰ）判断料を算定している患者については算定できない．また，本管理料を算定した月はこれらの判断料は包括され別に算定できない．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，算定月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算定できる．

❻特定入院料または基本的検体検査判断料を算定している患者については算定できない．

❼特定集中治療室管理料に係る施設基準届出保険医療機関に入院している患者については算定できない．

【手術後医学管理料に含まれる検査】
- 尿中一般物質定性半定量検査
- 尿中特殊物質定性定量検査：尿蛋白，尿グルコース
- 血液形態・機能検査：赤血球沈降速度（ESR），末梢血液像（自動機械法・鏡検法），末梢血液一般検査
- 血液化学検査：総ビリルビン，直接ビリルビンまたは抱合型ビリルビン，総蛋白，アルブミン（BCP改良法・BCG法），尿素窒素，クレアチニン，尿酸，アルカリホスファターゼ（ALP），コリンエステラーゼ（ChE），γ-グルタミルトランスフェラーゼ（γ-GT），中性脂肪，ナトリウムおよびクロール，カリウム，カルシウム，マグネシウム，クレアチン，グルコース，乳酸デヒドロゲナーゼ（LD），アミラーゼ，ロイシンアミノペプチダーゼ（LAP），クレアチンキナーゼ（CK），アルドラーゼ，遊離コレステロール，鉄（Fe），血中ケトン体・糖・クロール検査（試験紙法・アンプル法・固定化酵素電極によるもの），不飽和鉄結合能（UIBC）（比色法），総鉄結合能（TIBC）（比色法），リン脂質，HDL-コレステロール，LDL-コレステロール，無機リンおよびリン酸，総コレステロール，アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST），アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT），イオン化カルシウム，血液ガス分析
- 心電図検査
- 呼吸心拍監視
- 経皮的動脈血酸素飽和度測定
- 終末呼気炭酸ガス濃度測定
- 中心静脈圧測定
- 動脈血採取

❽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．

3―開放型病院共同指導料

1）開放型病院共同指導料（Ⅰ）（350 点）

❶開放利用の施設基準（5 頁参照）適合の届出を行った病院（開放型病院）に，自己の診察した患者を紹介し入院させた歯科医師が開放型病院に赴き，療養上必要な診療，指導を開放型病院の保険医と共同で行った場合に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歯科医師が属する保険医療機関において行う．

❷初診料，再診料および歯科訪問診療料は別に算定できない．

❸その患者について既に《情Ⅰ》が算定されている場合であっても算定できる．

❹本管理料を算定する歯科医師の診療録には，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，本管理料を算定する歯科医師の指導等が行われた旨を記載する．

2）開放型病院共同指導料（Ⅱ）（220 点）

❶開放型病院に紹介され入院中の患者に対し，患者を診察した保険医療機関の歯科医師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患者１人１日につき１回算定できる．

4―療養・就労両立支援指導料

初回（800 点）・２回目以降（400 点）

❶入院中の患者以外の患者で，別に厚生労働大臣が定める疾患（右表）に罹患しているものの求めを受け，患者の同意のもと以下のア～ウ全ての医学管理を実施した場合に月１回算定する．

ア　治療の担当医師が，患者から当該患者と当該患者を使用する事業者が共同で作成した勤務情報を記載した文書を受け取ること．

イ　治療の担当医師が，アの文書の内容を踏まえ療養上の指導を行うとともに，当該医師または当該医師の指示を受けた看護師，社会福祉士，精神保健福祉士または公認心理師が，患者から就労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　治療の担当医師が，以下のいずれかにより患者が勤務する事業場で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治療の両立に必要な情報を提供すること．

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」また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就労と治療の両立に必要な情報を記載した文書を提供し，その写しを診療録等に添付すること．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でもよい．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，当該産業医に対し当該患者の就労と治療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，就労と治療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．

【別に厚生労働大臣の定める疾患】

1. 悪性新生物
2. 脳梗塞，脳出血，くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患
3. 肝疾患（経過が慢性なものに限る）
4. 心疾患
5. 糖尿病
6. 若年性認知症
7. 難病の患者に対する医療等に関する法律第５条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）その他これに準ずる疾患

❷「初回」については，別に厚生労働大臣が定める

疾患に罹患している患者に対し，当該患者と当該患者を使用する事業者が共同で作成した勤務情報を記載した文書の内容を踏まえ，就労の状況を考慮して療養上の指導を行うとともに，患者の同意を得て，当該患者の勤務先において選任されている産業医等（産業医，総括安全衛生管理者，衛生管理者，安全衛生推進者，労働者の健康管理等を行う保健師）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治療の両立に必要な情報を提供した場合に，月１回に限り算定する．

❸「2 回目以降」については，「初回」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，初回算定日の属する月またはその翌月から起算し３月を限度として，月１回に限り算定する．なお，「初回」を算定した日の属する月に「2 回目以降」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．

❹「初回」については，事業場の産業医等への就労と治療の両立に必要な情報を記載した文書作成の評価を含むため，当該指導料を算定する場合，文書発行の費用を療養の給付と直接関係ないサービスとして別に徴収できない．

❺治療を担当する医師と産業医が同一の者である場合およ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は算定できない．

❻❷の規定に基づく産業医等への文書の提供に係る診療情報提供料（Ⅰ）または（Ⅱ）の費用は含まれる．

■相談支援加算（＋50 点）

❶施設基準（6 頁参照）届出保険医療機関において，当該患者に対し，看護師，社会福祉士，精神保健福祉士または歯科医師と医師との連携のもとに公認心理師が相談支援を行った場合に，相談支援加算として，50 点を所定点数に加算する．

❷相談支援加算は，専任の看護師または社会福祉士が，療養上の指導に同席し，相談支援を行った場合に算定できる．

5―がん患者等関連

1）がん性疼痛緩和指導管理料

緩和ケアに係る研修を受けた保険医（200 点）

❶施設基準（2 頁参照）届出保険医療機関において，がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して，WHO 方式のがん性疼痛の治療法に基づき，当該保険医療機関の保険医が計画的な治療管理および療養上必要な指導を行い，麻薬を処方した場合に，月１回に限り算定する．

❷15 歳未満の場合は小児加算 50 点を加算する．

❸がん性疼痛緩和指導管理料を算定したときは，がん患者指導管理料の「面接を行った場合」は算定できない．

2）がん患者指導管理料

1　歯科医師が看護師と共同して診療方針等について話し合い，その内容を文書等により提供した場合（500 点）

2　歯科医師，看護師または公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合（200 点）

3　歯科医師または薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬または注射の必要性等について文書により説明を行った場合（200 点）

❶施設基準（2 頁参照）届出保険医療機関において，がんと診断された患者で継続して治療を行うものに対して，当該患者の同意を得て，指導管理を行った場合に算定する．

❷「1」は，当該保険医療機関の歯科医師が看護師と共同して診療方針等について十分に話し合い，その内容を文書等により提供した場合，または入院中の患者以外の末期の悪性腫瘍の患者に対して診療方針等に関する患者の意志決定に対する支援を行った場合に，患者１人につき１回を限度に算定する（がん治療連携計画策定料，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行った場合は，それぞれの保険医療機関において患者１人につき１回）．

❸「2」は，患者１人につき６回に限り算定する．た

だし，緩和ケア診療加算，がん性疼痛緩和指導管理料，外来緩和ケア管理料は別に算定できない．

❹「3」は，患者1人につき6回に限り算定する．ただし，外来腫瘍化学療法診療料，薬剤管理指導料，抗悪性腫瘍剤処方管理加算は別に算定できない．

3）がん治療連携計画策定料1（750点）
がん治療連携計画策定料2（300点）

❶策定料1は，入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため，施設基準（5頁参照）を届け出た病院（計画策定病院）が，あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し，がん治療を担う別の保険医療機関と共有し，かつ，入院中のがん患者に対して，患者の同意を得たうえで当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し，患者に説明し，文書により提供するとともに，退院時または退院した日から起算して30日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る）に，1回に限り算定する．

❷策定料2は，策定料1を算定した患者で，他の保険医療機関においてがん治療連携指導料を算定しているものについて，状態の変化等に伴う当該他の保険医療機関からの紹介により患者を診療し診療計画を変更した場合に月1回に限り算定する．

❸別の保険医療機関への文書提供に係る《情Ⅰ》，《情共》の費用は所定点数に含まれる．

❹《周計》，開放型病院共同指導料（Ⅱ），退院時共同指導料2は別に算定できない．

4）がん治療連携指導料（300点）

施設基準（6頁参照）届出保険医療機関（計画策定病院を除く）が，がん治療連携計画策定料を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して，地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに，患者の同意を得たうえで，計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に，月1回に限り算定する．《情Ⅰ》，《情共》，《連情》，《周Ⅰ》，《周Ⅲ》は別に算定できない．

5）がん治療連携管理料

がん診療連携拠点病院の場合（500点）
地域がん診療病院の場合（300点）
小児がん拠点病院の場合（750点）

❶施設基準（6頁参照）を満たす保険医療機関が，他の保険医療機関等から紹介された患者であってがんと診断された入院中の患者以外の患者に対して，化学療法または放射線治療を行った場合に，区分に従い1人につき1回に限り算定する．

6）悪性腫瘍特異物質治療管理料

イ　尿中BTAに係るもの（220点）
ロ　その他のもの　1項目の場合（360点）
2項目以上の場合（400点）

❶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〈医科〉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，第1回の検査および治療管理を行ったときに算定する．腫瘍マーカーの検査に要する費用は所定点数に含まれる．

❷「イ」については，悪性腫瘍の患者に対して，尿中BTAに係る検査を行い，その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に算定する．

❸「ロ」については，悪性腫瘍の患者に対して，腫瘍マーカーに係る検査（❷を除く）のうち1または2以上の項目を行い，その結果に基づいて計画的な治療管理を行った場合に算定する．

❹❸に規定する検査を行った場合は，1回目の本管理料算定月に限り，初回月加算として150点をロの所定点数に加算する．ただし，当該月の前月に腫瘍マーカーを算定している場合は，本加算は算定できない．

❺腫瘍マーカー検査の結果および治療計画の要点を診療録に添付または記載する．

❻❷ならびに❸を同一月に行った場合は，ロの所定点数のみにより算定する．

❼❷および❸に規定されていない腫瘍マーカーの検査および計画的な治療管理であって特殊なものに要する費用は，❷または❸に掲げられている腫瘍マーカーの検査および治療管理のうち，最も近似するものの所定点数により算定する．

❽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およ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．

❾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．

⑩特殊な腫瘍マーカー検査およ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およ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．

7）外来緩和ケア管理料（290 点）

❶施設基準（4 頁参照）届出保険医療機関において，緩和ケアを要する**悪性腫瘍，後天性免疫不全症候群または末期心不全**の患者のうち，疼痛，倦怠感，呼吸困難等の身体的症状または不安，抑うつなどの精神症状を持つ者（入院中の患者以外で，がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に限る）に対して，患者の同意に基づき，当該保険医療機関の歯科医師，看護師，薬剤師等が共同して症状緩和に係るチーム（緩和ケアチーム）による療養上必要な指導，診療が行われた場合に，月 1 回に限り算定する．

❷当該患者が 15 歳未満の小児である場合は，小児加算として，150 点を所定点数に加算する．

❸がん性疼痛緩和指導管理料，がん患者指導管理料（「2」に限る）は別に算定できない．

❹末期心不全の患者とは，以下のアからウまでの基準およ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，頻回また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，予定された入院は除く．

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　エまたはオに掲げる状態に準ずる場合であること．

❺緩和ケアチームは，身体症状および精神症状の緩和を提供することが必要であり，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は当該研修を修了していなくてもよい）．

❻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，看護師および薬剤師などと共同の上，「別紙様式 3」また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．

❼1 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．

❽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および必要に応じて，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．

❾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．

❿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を行う．

⓫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．

8）がんゲノムプロファイリング評価提供料（12,000 点）

❶固形がん患者について，施設基準（7 頁参照）を満たす保険医療機関において**がんゲノムプロファイリング検査**〈医科〉を行い，得られた包括的なゲノムプロファイルの結果について，当該検査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および技能を有する医師，遺伝医学に関する専門的な知識および技能を有する医師，遺伝カウンセリング技術を有する者等）による検討会（エキスパートパネル）での検討を経た上で患者に提供し，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．

❷当該検査実施時に患者から得られた同意に基づき，当該患者のがんゲノムプロファイルの解析により得られた遺伝子のシークエンスデータ（FASTQ または BAM），解析データ（VCF または XML）および臨床情報等を，保険医療機関または検査会社等からがんゲノム情報管理センター（C-CAT）に提出した場合に算定する．ただし，

患者から同意が得られなかった場合については，この限りではない．

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

9）外来腫瘍化学療法診療料

☞ 35 頁参照．

6―その他の医学管理項目

1）こころの連携指導料（Ⅰ）（350 点）

❶施設基準（6 頁参照）届出保険医療機関において，入院中の患者以外の患者であって，地域社会からの孤立の状況等により精神疾患が増悪するおそれがあると認められる患者または精神科も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に対し，診療および療養上必要な指導を行い，患者の同意を得て精神科または心療内科を標榜する保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報の文書による提供等を行った場合に，初回算定日の属する月から起算して 1 年を限度として，患者 1 人につき月 1 回に限り算定する．

❷「精神疾患が増悪するおそれがあると認められる患者または精神科もしくは心療内科を担当する医師による療養上の指導が必要であると判断された患者」とは，SAD Persons スケール，EPDS，PHQ-9 または K-6 等によるスクリーニングにより，精神科また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．

❸診療およ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，その要点を診療録に記載する．

❹当該患者に対する 2 回目以降の診療等においては，連携する精神科また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，適切な診療および療養上必要な指導に努める．また，2 回目以降の診療等に関し，連携する精神科また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．

❺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《情Ⅰ》は算定できない．

❻必要に応じ，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．

●こころの連携指導料（Ⅰ）に関する疑義解釈

Q	こころの連携指導料（Ⅰ）の施設基準において求める医師の「自殺対策等に関する適切な研修」には，具体的にはどのようなものがあるか．（令和 4 年疑義解釈その 1 「医科」問 162 改変）	A	現時点では，以下の研修が該当する． ・厚生労働大臣指定法人・一般社団法人いのち支える自殺対策推進センターが主催する自殺未遂者ケア研修（精神科救急版）または自殺未遂者ケア研修（一般救急版） ・日本臨床救急医学会等が実施する PEEC コース ・自殺未遂者等支援拠点医療機関整備事業で各事業者が主催する研修
Q	こころの連携指導料（Ⅰ）について，心療内科または精神科を標榜する保険医療機関の心療内科または精神科を担当する医師が，患者の病態を踏まえ，他の心療内科または精神科に当該患者を紹介した場合，当該指導料は算定可能か．（令和 4 年疑義解釈その 1 「医科」問 163 改変）	A	算定不可．
Q	こころの連携指導料（Ⅰ）において，心療内科または精神科を標榜する保険医療機関の内科等を担当する医師が，患者の病態を踏まえ，他の心療内科または精神科に当該患者を紹介した場合，当該指導料は算定可能か．（令和 4 年疑義解釈その 1 「医科」問 164 改変）	A	他の算定要件を満たせば算定可能．

2）薬剤管理指導料

1　特に安全管理が必要な医薬品が投薬または注射されている患者（380 点）

2　1 の患者以外の患者（325 点）

❶施設基準（7 頁参照）届出保険医療機関に入院している患者のうち，「1」については別に厚生労働大臣が定める患者に対して，「2」についてはそれ以外の患者に対して，それぞれ投薬または注射および薬学的管理指導を行った場合に，患者 1 人につき週 1 回かつ月 4 回に限り算定する．

❷がん患者指導管理料の「3」は算定できない．

❸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なら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．

❹薬剤管理指導料の算定対象となる小児およ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．

❺施設基準を満たしていても，❸❹の要件に該当しない場合にあっては，調剤技術基本料「入院中の患者に投薬を行った場合」により算定する．

❻「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，膵臓ホルモン剤または抗 HIV 薬が投薬また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．具体的な対象薬剤については，厚生労働省のホームページを参照．

❼当該保険医療機関の薬剤師は，過去の投薬・注射および副作用発現状況等を患者またはその家族等から聴取し，当該医療機関および可能な限り他の医療機関における投薬および注射に関する基礎的事項を把握する．

❽明細書「摘要」欄に算定日を記載する．

❾薬剤師が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，患者への指導および患者からの相談事項，薬剤管理指導等の実施日，記録の作成日およびその他の事項

❿薬剤管理指導記録を診療録等とともに管理する場合は，❾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，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．

⓫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，原則として速やかに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

⓬薬剤管理指導および麻薬管理指導（下記）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．

■麻薬管理指導加算（＋50 点）

❶薬剤管理指導料を算定している患者のうち麻薬の投薬または注射が行わ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は，麻薬管理指導加算として，1 回につき 50 点を所定点数に加算する．

❷加算の算定に当たっては，前項❾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および患者からの相談事項

ウ　その他麻薬に係る事項

3）薬剤総合評価調整管理料（250 点）

❶入院中の患者以外の患者であって，内服開始から 4 週間以上経過した 6 種類以上の内服薬（特に規

定するものを除く）が処方されていたものについて，当該処方の内容を総合的に評価および調整し，処方する内服薬が2種類以上減少した場合に，月1回に限り算定する（ただし，その状態が4週間以上継続すると見込まれる場合であること）．

❷処方の内容の調整にあたって，別の保険医療機関または保険薬局に対し照会または情報提供を行った場合，連携管理加算として50点を加算する．ただし，その場合において《情Ⅰ》（当該保険医療機関に対して患者の紹介を行った場合に限る）または《情共》（当該別の保険医療機関に対して行った場合に限る）は同一日には算定できない．

4）特定薬剤治療管理料（470点）

❶別に厚生労働大臣が定めるアミノ配糖体抗生物質，グリコペプチド系抗生物質（バンコマイシンおよびテイコプラニン）等を数日間以上投与している入院中の患者について，投与薬剤の血中濃度を測定し，その測定結果をもとに投与量を精密に管理した場合に，月1回に限り算定する．

❷薬剤の血中濃度，治療計画の要点を診療録に記載または添付する．

❸同一の患者につき1月以内に2回以上行った場合は，第1回の測定および計画的な治療管理を行ったときに1回のみ算定する．

❹初回月より4月目以降は，所定点数の50/100に相当する点数（235点）により算定する．

❺入院中の患者であって，バンコマイシンを数日間以上投与しているものに対して，バンコマイシンの安定した血中至適濃度を得るため頻回の測定が行われる初回月に限り，同一暦月に血中のバンコマイシンの濃度を複数回測定し，その測定結果に基づき投与量を精密に管理した場合は，初回月加算（バンコマイシンを投与した場合）として530点を所定点数に加算する．この場合，❻の加算は別に算定できない．

❻❺以外の患者に対して，特定薬剤治療管理に係る薬剤の投与を行った場合は，1回目の特定薬剤治療管理料を算定すべき月に限り，初回月加算として280点を所定点数に加算する．本加算は投与中の薬剤の安定した血中至適濃度を得るため頻回の測定が行われる初回月に限り算定できるものであり，薬剤を変更した場合は算定できない．

❼特殊な薬物血中濃度の測定およ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は，その都度当局に内議し，最も近似する測定およ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．

5）入院栄養食事指導料（週1回）

入院栄養食事指導料1（初回260点，2回目200点）

入院栄養食事指導料2（初回250点，2回目190点）

❶入院中の患者（「2」は診療所において入院中の患者）であって，別に厚生労働大臣が定める特別食が必要と認めた者または下記該当者に対し，歯科医師と医師との連携の下，管理栄養士が初回には概ね30分以上，2回目は概ね20分以上療養のため必要な栄養指導を行った場合に，入院中2回，週1回に限り算定する．

- がん患者
- 摂食機能または嚥下機能が低下した患者（歯科医師・連携医師が，硬さ，付着性，凝集性などに配慮した嚥下調整食に相当する食事を要すると判断した患者）
- 低栄養状態にある患者（血中アルブミンが3.0g/dL以下である患者または歯科医師・連携医師が改善を要すると判断した患者）

【別に厚生労働大臣の定める特別食】

腎臓食／肝臓食／糖尿食／胃潰瘍食／貧血食／膵臓食／脂質異常症食／痛風食／てんかん食／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／尿素サイクル異常症食／メチルマロン酸血症食／プロピオン酸血症食／極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症食／糖原病食／ガラクトース血症食／治療乳／無菌食／小児食物アレルギー食（特定機能病院入院基本料の栄養情報提供加算，外来栄養食事指導料および入院栄養食事指導料に限る）／特別な場合の検査食（単なる流動食および軟食を除く）

❷「1」は，当該保険医療機関の管理栄養士が指導を行った場合に算定し，「2」は，当該診療所以外の管理栄養士が行った場合に算定する．

❸歯科医師は，診療録に連携した医師の氏名と連携内容の要点を記載する．

■栄養情報提供加算（＋50点）

❶別に厚生労働大臣が定める患者に対して，退院後の栄養食事管理について指導するとともに，入院中の栄養管理に関する情報を示す文書を用いて患者に説明し，これを他の保険医療機関，介護老人福祉施設，介護老人保健施設，介護療養型医療施

設もしくは介護医療院の医師または管理栄養士等と共有した場合に，入院中1回に限り50点を所定点数に加算する．この場合，退院時共同指導料2は別に算定できない．

6）肺血栓塞栓症予防管理料（305点）

❶病院（療養病棟を除く）または診療所（療養病床に係るものを除く）に入院中の患者で肺血栓塞栓症を発症する危険性の高いものに対して，肺血栓塞栓症の予防を目的として，弾性ストッキング（弾性ストッキングを使用できない場合は弾性包帯）または間歇的空気圧迫装置を用いて計画的な医学管理を行った場合に，入院中（入院期間が通算される再入院でも可）1回に限り算定する．

❷肺血栓塞栓症の予防を目的として使用される弾性ストッキングおよび間歇的空気圧迫装置を用いた処置に要する費用は所定点数に含まれる．弾性ストッキングが複数使用される場合も同様であるが，同一の弾性ストッキングを複数の患者に使用してはならない．

❸肺血栓塞栓症の予防に係る計画的な医学管理を行うに当たっては，関係学会より示されている標準的な管理方法を踏まえ，医師との緊密な連携の下で行い，患者管理が適切になされるよう十分留意する．

7）介護支援等連携指導料（400点）

❶入院中の患者に対し，入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ，患者の同意を得て，歯科医師またはその指示を受けた看護師，歯科衛生士，社会福祉士，薬剤師，言語聴覚士，その他，退院後に導入が望ましい介護等サービスから考え適切な医療関係職種が，患者が入院前にケアプラン作成を担当していた介護支援専門員（ケアマネジャー）もしくは相談支援専門員または退院後のケアプラン等の作成を行うため患者が選択した居宅介護支援事業者，介護予防支援事業者，介護保険施設等の介護支援専門員もしくは指定特定相談支援事業者等の相談支援専門員と共同して，患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護等サービスや，当該地域において提供可能な介護等サービス等の情報を患者に対し提供し，説明および指導を行った場合に，当該入院中2回に限り算定する．

❷初回の指導は，入院の原因となった疾患が比較的落ち着いた段階で退院後の生活を見越し，当該地域で導入可能な介護等サービス等の情報について患者や医療関係者と情報共有することで，患者がより適切な療養場所を選択することに資するものをいい，2回目の指導は，実際の退院を前に最終的なケアプラン等作成のための指導を行う等の指導を想定したものをいう．

❸算定に当たっては，行った指導の内容等について要点を診療録等に記載する．

❹退院時共同指導料2の多機関共同指導管理加算（介護支援専門員または相談支援専門員と共同して指導を行った場合に限る）は，同一日に別に算定できない．

❺ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない．この場合において，患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は，患者の同意を得ていること．また，保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末において共同指導を実施する場合には，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」に対応していること．

8）傷病手当金意見書交付料（100点）

❶健康保険法第99条第1項の規定による傷病手当金に係る意見書を交付した場合に算定する．

❷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．

❸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．

❹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．この場合，診療報酬明細書「摘要」欄に丸囲みで「相続」と表示し，「傷病名」欄に，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．

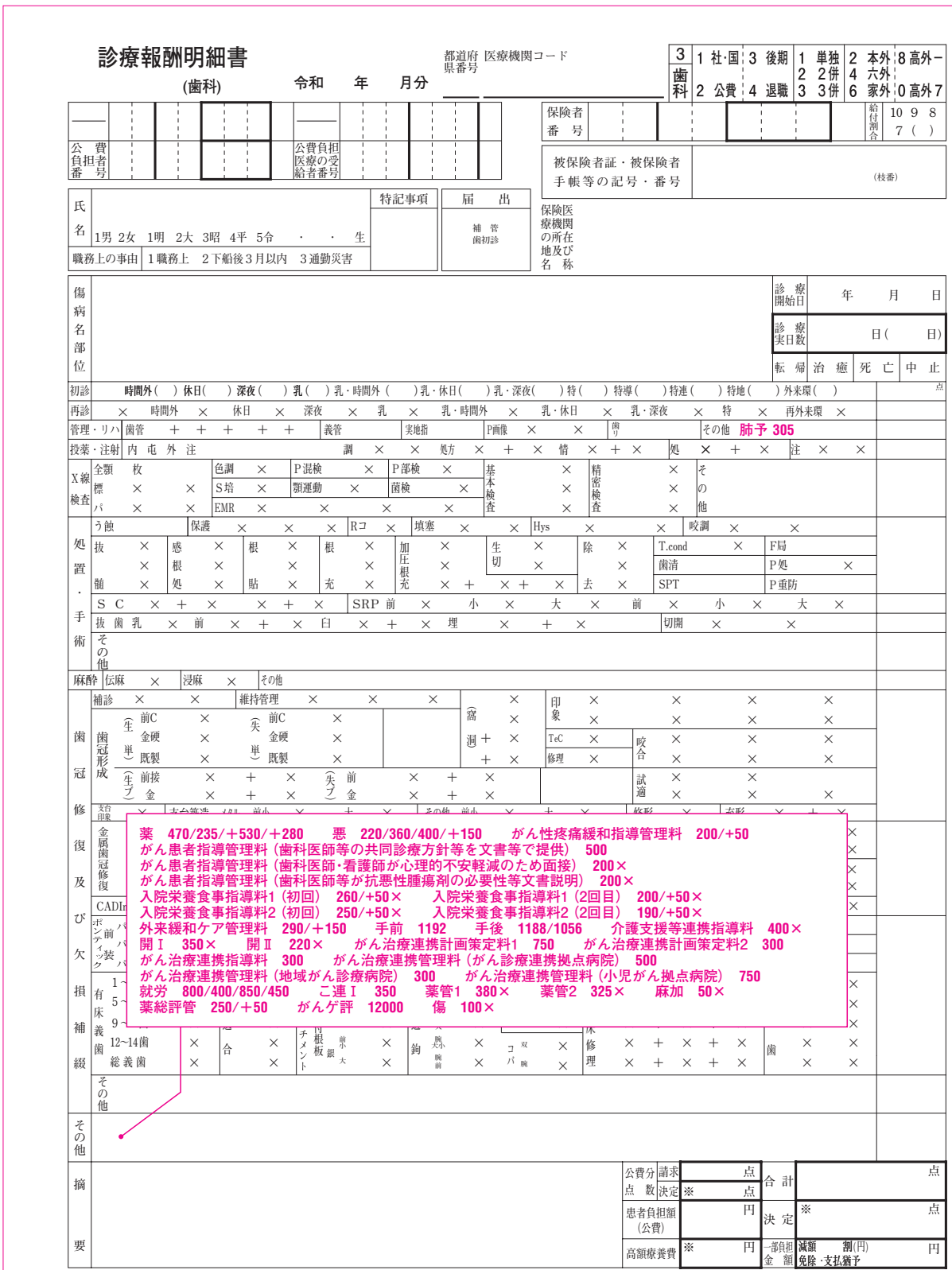
❺医師・歯科医師が傷病手当金意見書を被保険者に交付した後に，被保険者が当該意見書を紛失し，再度医師・歯科医師が意見書を交付した場合は，

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．

❻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100/100を，さら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100/100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100/100を算定できる．

❼健康保険法も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もしくは出産手当金に係る証明書または意見書については算定しない．

1―本章のおもな明細書記載ポイント



診療報酬明細書

(歯科)　令和　年　月分

都道府県番号　医療機関コード

3 歯科	1 社・国 2 公費	3 後期 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	2 本外 4 六外 6 家外	8 高外－ 0 高外 7

公費負担者番号　公費負担医療の受給者番号

保険者番号　給付割合 10 9 8 7 ( )

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号　(枝番)

氏名　1男 2女 1明 2大 3昭 4平 5令 ・ ・ 生

職務上の事由　1職務上 2下船後3月以内 3通勤災害

特記事項

届出　補管 歯初診

保険医療機関の所在地及び名称

傷病名部位

診療開始日　年　月　日

診療実日数　日(　日)

転帰　治癒　死亡　中止

初診　時間外( ) 休日( ) 深夜( ) 乳( ) 乳・時間外( ) 乳・休日( ) 乳・深夜( ) 特( ) 特導( ) 特連( ) 特地( ) 外来環( )　点

再診　× 時間外 × 休日 × 深夜 × 乳 × 乳・時間外 × 乳・休日 × 乳・深夜 × 特 × 再外来環 ×

管理・リハ　歯管 ＋ ＋ ＋ ＋ ＋　義管　実地指　P画像 × ×　歯リ　その他 肺予 305

投薬・注射　内 屯 外 注　調 × × 処方 × ＋ × 情 × ＋ ×　処 × ＋ ×　注 × ×

X線検査　全顎 枚　標 × ×　パ × ×　色調 ×　S培 ×　EMR × ×　P混検 ×　顎運動 ×　P部検 ×　菌検 ×　基本検査 ×　精密検査 ×　その他

処置・手術　う蝕　保護 × × ×　Rコ ×　填塞 × ×　Hys × ×　咬調 × ×

抜 × 髄 ×　感 × 根 × 処 ×　根 × 貼 ×　根 × 充 ×　加圧根充 × ＋ × ＋ ×　生 × 切 ×　除 × 去 ×　T.cond ×　歯清　SPT　F局　P処 ×　P重防

S C × ＋ × × ＋ ×　SRP 前 × 小 × 大 × 前 × 小 × 大 ×

抜 歯 乳 × 前 × ＋ × 臼 × ＋ × 埋 × ＋ ×　切開 × ×

その他

麻酔　伝麻 ×　浸麻 ×　その他

歯冠修復及び欠損補綴

補診 × ×　維持管理 × × ×　窩洞 × × ＋ × ＋ ×　印象 × × × ×　TeC ×　修理 ×　咬合 × × ×　試適 × ×

歯冠形成　(生単) 前C × 金硬 × 既製 ×　(失単) 前C × 金硬 × 既製 ×　(生ブ) 前接 × ＋ × 金 × ＋ ×　(失ブ) 前 × ＋ × 金 × ＋ ×

支台印象 ×　支台築造 メタル 前小 × ＋ ×　その他 前小 × ＋ ×　修形 ×　充形 × ＋ ×

金属歯冠修復

CADIn

ポンティック 前装 パ パ パ

有床義歯 1～ 5～ 9～

12～14歯 ×　総義歯 ×　合 ×　チメント 前小 大 ×　鉤 腕 小 大 ×　コバ 双 腕 ×　床修理 × ＋ × ＋ ×　歯 × ×

その他

薬　470/235/＋530/＋280　悪　220/360/400/＋150　がん性疼痛緩和指導管理料　200/+50
がん患者指導管理料（歯科医師等の共同診療方針等を文書等で提供）　500
がん患者指導管理料（歯科医師・看護師が心理的不安軽減のため面接）　200×
がん患者指導管理料（歯科医師等が抗悪性腫瘍剤の必要性等文書説明）　200×
入院栄養食事指導料1（初回）　260/+50×　入院栄養食事指導料1（2回目）　200/+50×
入院栄養食事指導料2（初回）　250/+50×　入院栄養食事指導料2（2回目）　190/+50×
外来緩和ケア管理料　290/＋150　手前　1192　手後　1188/1056　介護支援等連携指導料　400×
開Ⅰ　350×　開Ⅱ　220×　がん治療連携計画策定料1　750　がん治療連携計画策定料2　300
がん治療連携指導料　300　がん治療連携管理料（がん診療連携拠点病院）　500
がん治療連携管理料（地域がん診療病院）　300　がん治療連携管理料（小児がん拠点病院）　750
就労　800/400/850/450　こ連Ⅰ　350　薬管1　380×　薬管2　325×　麻加　50×
薬総評管　250/＋50　がんゲ評　12000　傷　100×

その他

摘要

公費分点数　請求 点　決定 ※ 点　合計 点

患者負担額(公費) 円　決定 ※ 点

高額療養費 ※ 円　一部負担金額 減額 割(円) 円　免除・支払猶予

算定項目等	記載欄	明細書略号	「摘要」欄記載 （○：原則必要， △:場合により必要）
■医学管理等			
特定薬剤治療管理料 4 月目以降 初回月加算（バンコマイシンを投与した場合）／初回月加算	全体 「その他」欄 （※の加算は合算）	薬	
悪性腫瘍特異物質治療管理料 尿中 BTA に係るもの その他のもの（1 項目の場合／２項目以上の場合）		悪	○
がん性疼痛緩和指導管理料 小児加算			
がん患者指導管理料 歯科医師等の共同診療方針等を文書等で提供 歯科医師・看護師が心理的不安軽減のため面接 歯科医師等が抗悪性腫瘍剤の必要性等文書説明			
入院栄養食事指導料（週 1 回） 入院栄養食事指導料１／入院栄養食事指導料２ 栄養情報提供加算			
外来緩和ケア管理料 小児加算			
手術前医学管理料		手前	
手術後医学管理料（1 日につき） 病院の場合／診療所の場合		手後	
介護支援等連携指導料			
開放型病院共同指導料（Ⅰ）		開Ⅰ	○
開放型病院共同指導料（Ⅱ）		開Ⅱ	
がん治療連携計画策定料 がん治療連携計画策定料１／がん治療連携計画策定料２			
がん治療連携指導料			
がん治療連携管理料 がん診療連携拠点病院／地域がん診療病院／小児がん拠点病院			
療養・就労両立支援指導料 初回／２回目以降 相談支援加算※		就労	
こころの連携指導料（Ⅰ）		こ連Ⅰ	
薬剤管理指導料 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者 上記以外の患者 麻薬管理指導加算		薬管１ 薬管２ 麻加	○
薬剤総合評価調整管理料 連携管理加算		薬総評管	△
がんゲノムプロファイリング評価提供料		がんゲ評	
傷病手当金意見書交付料		傷	△
肺血栓塞栓症予防管理料	管理・リハ 「その他」欄	肺予	

2―本章のおもな明細書記載事項・記載例

■記載要領・疑義解釈等で規定された記載事項

（特に記入欄の指定がないものは「摘要」欄記載とする）

診療行為名称等	記載事項	記載例
医学管理等	がん性疼痛緩和指導管理料，がん患者指導管理料，入院栄養食事指導料，外来緩和ケア管理料，介護支援等連携指導料，がん治療連携計画策定料，がん治療連携指導料，がん治療連携管理料，こころの連携指導料（1），がんゲノムプロファイリング評価提供料，傷病手当金意見書交付料は，全体の「その他」欄に当該項目を記載すること．	がん性疼痛緩和指導管理料／がん患者指導管理料（歯科医師等の共同診療方針等を文書等で提供）（歯科医師・看護師が心理的不安軽減のため面接）（歯科医師等が抗悪性腫瘍剤の必要性等文書説明）／入院栄養食事指導料１（初回）（２回目）／入院栄養食事指導料２（初回）（２回目）／外来緩和ケア管理料／介護支援等連携指導料／がん治療連携計画策定料１／がん治療連携計画策定料２／がん治療連携指導料／がん治療連携管理料（がん診療連携拠点病院）（地域がん診療病院）（小児がん拠点病院）／こころの連携指導料（1）／がんゲノムプロファイリング評価提供料／傷病手当金意見書交付料
特定薬剤治療管理料	全体の「その他」欄に初回の算定年月を記載する．なお，４月目以降の特定薬剤治療管理料は，初回の算定年月の記載を省略して差し支えない．	薬初回算定年月；令和＊年＊月
悪性腫瘍特異物質治療管理料	実施した腫瘍マーカーの検査名を記載する．	悪性腫瘍特異物質治療管理料検査名；＊＊＊＊
開放型病院共同指導料（Ⅰ）	入院日を記載する．	開１入院年月日；令和＊年＊月＊日
薬剤管理指導料 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者の場合	指導日および薬剤名を記載する．	（算定日） 薬管１（安全管理を要する医薬品投与患者）薬剤名；＊＊＊＊
薬剤管理指導料 １の患者以外の患者の場合	指導日を記載する．	（算定日）
薬剤管理指導料 麻薬管理指導加算	指導日を記載する．	麻加指導年月日；令和＊年＊月＊日
薬剤総合評価調整管理料	（当該保険医療機関および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） 当該他の保険医療機関名および各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記載する．	薬剤総合評価調整管理料調整前後の種類数；＊＊＊＊ 薬剤総合評価調整管理料他の保険医療機関名；＊＊＊＊
傷病手当金意見書交付料	全体の「その他」欄に交付年月日を記載する．	交付年月日（傷病手当金意見書交付料）；令和＊年＊月＊日
	（当該月前に受療した傷病について傷病手当金意見書の交付のみの求めがあった場合） 当該意見書の対象となった傷病名およびその傷病の診察開始年月日を「傷病名部位」欄および「診療開始日」欄にそれぞれ記載する．	（傷病名を表示する） （修飾語を表示する）

その他の投薬・注射・麻酔関連

1―抗悪性腫瘍剤処方管理加算（＋70 点）〈処方料／処方箋料〉

❶施設基準（8 頁参照）届出保険医療機関（許可病床数が 200 床以上の病院に限る）において，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およ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，または処方箋を交付した場合に，月 1 回に限り 1 処方または処方箋の交付 1 回につき 70 点を加算する．

❷同一暦月に処方料と処方箋料を算定する場合は，いずれか一方の加算として月1回に限り算定する．

❸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．

2―注　射

1）算定の原則

❶注射に係る費用は，「注射料」「薬剤料」「特定保険医療材料料」および 4）の加算項目を合算した点数によって算定する．

❷「注射料」は「注射実施料」と「無菌製剤処理料」を合算した点数により算定する．

❸「特定保険医療材料料」は，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．

❹以下の 2）に掲げられない簡単な注射は，実施料が基本診療料に含まれるため薬剤料のみを算定する．また，特殊な注射については最も近似する区分の所定点数により算定する．

2）注射料

■注射実施料

❶皮下，皮内および筋肉内注射（1 回につき）（22 点）

・入院中の患者以外の患者に限り算定する．

❷静脈内注射（1 回につき）（34 点）

・入院中の患者以外の患者に限り算定する．

・6 歳未満の乳幼児に対して行った場合は，乳幼児加算として，48 点を加算する．

・在宅悪性腫瘍等患者指導管理料または在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について，歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った場合は算定できない．

❸動脈注射（1 日につき）

内臓の場合（155 点）／その他の場合（45 点）

❹抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1 日につき）（165 点）

・皮下植込型カテーテルアクセス等を用いて抗悪性腫瘍剤を動脈内または静脈内に局所持続注入した場合に算定する．

❺点滴注射

年　齢	1 日分の注射量	点　数
6 歳未満※1	100mL 未満※2	50 点（＋ 46 点）
	100mL 以上	101 点（＋ 46 点）
6 歳以上	500 mL 未満※2	50 点
	500mL 以上	99 点

※ 1　6 歳未満の乳幼児に行った場合は 46 点を加算する．
※ 2　入院中の患者以外の患者に限る．

・点滴に係る管理に要する費用は，所定点数に含まれる．

・6 歳未満の乳幼児に対して行った場合は，乳幼児加算として，46 点を加算する．

・血漿成分製剤の注射を 1 回目に行う際に，患者に対して注射の必要性，危険性等について文書によ

る説明を行った場合は，血漿成分製剤加算として，実施日に限り 50 点を加算する．

・在宅悪性腫瘍等患者指導管理料または在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について，歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った場合は算定できない．

❻中心静脈注射（1 日につき）（140 点）

・血漿成分製剤の注射を 1 回目に行う際に，患者に対して注射の必要性，危険性等について文書による説明を行ったときは，血漿成分製剤加算として，実施日に限り 50 点を加算する．

・同一日に行われた点滴注射の費用は算定できない．

・6 歳未満の乳幼児に対して行った場合は，乳幼児加算として，50 点を加算する．

・在宅悪性腫瘍等患者指導管理料または在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について，歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った場合は算定できない．

❼中心静脈注射用カテーテル挿入（1,400 点）

・カテーテルの挿入に伴う検査および画像診断の費用は所定点数に含まれる．

・6 歳未満の乳幼児に対して行った場合は，乳幼児加算として，500 点を加算する．

・別に厚生労働大臣が定める患者に対し静脈切開法を用いて行った場合は，静脈切開法加算として，2,000 点を加算する．

❽末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入（700 点）

・カテーテルの挿入に伴う検査および画像診断の費用は所定点数に含まれる．

・6 歳未満の乳幼児に対して行った場合は，乳幼児加算として，500 点を加算する．

❾植込型カテーテルによる中心静脈注射（1 日につき）（125 点）

・在宅悪性腫瘍等患者指導管理料または在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定している患者について，歯科訪問診療料を算定する日に併せて行った場合は算定できない．

・6 歳未満の乳幼児に対して行った場合は，乳幼児加算として，50 点を加算する．

❿関節腔内注射（80 点）

⓫滑液嚢穿刺後の注入（80 点）

■無菌製剤処理料

無菌製剤処理料 1（悪性腫瘍に対して用いる薬剤が注射される一部の患者）

閉鎖式接続器具を使用した場合（180 点）

上記以外の場合（45 点）

無菌製剤処理料 2（1 以外の場合）（40 点）

❶施設基準（8 頁参照）届出保険医療機関において，皮下，皮内および筋肉内注射，動脈注射，抗悪性腫瘍剤局所持続注入，点滴注射，中心静脈注射，植込型カテーテルによる中心静脈注射を行う際に，別に厚生労働大臣が定める患者（下記）に対して使用する薬剤について，必要があって無菌製剤処理が行われた場合は，当該患者に係る区分に従い 1 日につき所定点数を算定する．

【別に厚生労働大臣の定める対象患者】

1　無菌製剤処理料 1

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または点滴注射が行われる患者．

2　無菌製剤処理料 2

動脈注射もしくは点滴注射が行われる入院中の患者であって次の①から③までに掲げるものまたは中心静脈注射もしく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

① 無菌治療室管理加算を算定する患者

② HIV 感染者療養環境特別加算を算定する患者

③ ①または②に準ずる患者

3）薬剤料

❶1 回分の使用薬剤価格（2 種以上の注射薬を混合して注射した場合は使用したすべての薬剤の合計価格を基準とする）が 15 円以下の場合は 1 点である．

❷1 回分の使用量が 15 円以上の場合は，

$$\frac{\text{使用薬価} - 15\text{円}}{10\text{円}}\ (1\text{点未満の端数切り上げ})\ +1$$

4）注射における加算項目

■生物学的製剤注射加算（＋15 点）

❶生物学的製剤注射を行った場合に加算する．

❷本加算を算定できる注射薬は，トキソイド，ワクチンおよび抗毒素であり，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．

㊟乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン／組換え沈降 B 型肝炎ワクチン（酵母由来）（チャイニー

ズ・ハムスター卵巣細胞由来）／肺炎球菌ワクチン／髄膜炎菌ワクチン／沈降破傷風トキソイド／㊫ガスえそウマ抗毒素／乾燥ガスえそウマ抗毒素／㊫乾燥ジフテリアウマ抗毒素／㊫乾燥破傷風ウマ抗毒素／㊫乾燥はぶウマ抗毒素／㊫乾燥ボツリヌスウマ抗毒素／㊫乾燥まむしウマ抗毒素

❸中心静脈注射，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，本加算を算定できる．

■精密持続点滴注射加算（＋80 点）

❶精密持続点滴注射（自動輸液ポンプを用いて 1 時間に 30mL 以下の速度で皮下を含む体内または注射回路に薬剤を注入）を行った場合に，1 日につき加算する．

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

❸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，中心静脈注射，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，本加算を算定できる．

■麻薬注射加算（＋5 点）

注射に当たって，麻薬を使用した場合に加算する．

■外来化学療法加算

	外来化学療法加算 1	外来化学療法加算 2
15 歳未満	＋ 670	＋ 640
15 歳以上	＋ 450	＋ 370

❶静脈内注射，動脈注射，点滴注射，中心静脈注射，植込型カテーテルによる中心静脈注射について，施設基準（8 頁参照）届出保険医療機関において，入院中以外の関節リウマチ等の患者（悪性腫瘍を主病とする患者を除く）に対し，治療の開始に当たり注射による化学療法の必要性，危険性（副作用），用法・容量，その他の留意点等について文書により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，各区分に応じてそれぞれ 1 日につき上記表内の点数を加算する．

❷「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，それ以外の場合には「1」「2」いずれの加算も算定できない．

❸本加算は，以下のア～オのいずれかの投与を行った場合に限り算定する．

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，膿疱性乾癬また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またはキャッスルマン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

■バイオ後続品導入初期加算（＋150 点）

❶外来化学療法加算を算定した患者に対し，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は，当該バイオ後続品の初回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 150 点を所定点数にさらに加算する．

❷バイオ後続品導入初期加算に関する疑義解釈は，38 頁を参照．

3―外来腫瘍化学療法診療料

1　外来腫瘍化学療法診療料 1

イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合（700 点）

ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合（400 点）

2　外来腫瘍化学療法診療料 2

イ　抗悪性腫瘍剤を投与した場合（570 点）

ロ　抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合（270 点）

❶施設基準（3 頁参照）届出保険医療機関において，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歯科医師，化学療法に従事した経験を有する専任の看護師およ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（別に厚生労働大臣が定めるものに限る）の実施その他の必要な治療管理を行った場合に，各区分に従い算定する．

❷この場合において，初診料，再診料またはがん患者指導管理料の「歯科医師または薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬または注射の必要性等について文書により説明を行った場合」は，別に算定できない（ただし，初・再診料の乳幼児加算，時間外加算等，乳幼児時間外加算等，医療情報・システム基盤整備体制充実加算は除く）．

❷「1 のイ」および「2 のイ」については，当該患者に対して，抗悪性腫瘍剤を投与した場合に，月 3 回に限り算定する．

❸「1 のロ」および「2 のロ」については，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，当該外来化学療法また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，打診および触診等の身体診察を含む）のうえ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り，「1 のイ」または「2 のイ」を算定する日以外の日において，当該患者に対して抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に，週 1 回に限り算定する．なお，「外来化学療法の実施その他必要な治療管理を実施中の期間」とは，当該化学療法のレジメンの期間内とする．

❹「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，それ以外の場合には，算定できない．

❺外来化学療法の実施およ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，以下のア～ウの説明およ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また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　初回，レジメンを変更した際，および必要に応じて，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，患者およびその家族等に対して指導を行うこと．

イ　アについては，歯科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歯科医師に対して，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，患者からの症状および不安等の訴えの有無等について歯科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，医療用麻薬等また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もしくは薬剤管理指導記録に記載または説明に用いた文書の写しを診療録等に添付すること．

❻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．

❼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，連絡先電話番号およ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．

❽退院した患者に対して退院の日から起算して7日以内に行った治療管理の費用は入院基本料に含まれるものとする．

■小児加算（＋200点）

❶当該患者が15歳未満の小児である場合には，所定点数に200点を加算する．

■連携充実加算（＋150点）

❶施設基準（3頁参照）届出保険医療機関において「1のイ」を算定した患者に対し，当該保険医療機関の歯科医師または当該歯科医師の指示に基づき薬剤師が，副作用の発現状況，治療計画等を文書により提供した上で，当該患者の状態を踏まえて必要な指導を行った場合は，月1回に限り150点を所定点数に加算する．

❷本加算は，「1」の算定日に次のア～オの全ての業務を実施した場合に算定する．

ア　化学療法の経験を有する専任の歯科医師また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，患者に注射・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．

・患者に実施しているレジメン
・当該レジメンの実施状況
・患者に投与した抗悪性腫瘍剤等の投与量
・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）および関連する血液・生化学的検査の結果等）
・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歯科医師もしくは薬剤師また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　他の保険医療機関また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，必要な分析または評価等を行うこと．

エ　悪性腫瘍の治療を担当する歯科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，医師，管理栄養士と連携を図ること．

■バイオ後続品導入初期加算（＋150点）

❶患者に対し，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は，当該バイオ後続品の初回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150点を所定点数に加算する．

●外来腫瘍化学療法診療料に関する疑義解釈

Q	外来腫瘍化学療法診療料における「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」とは，具体的には何を指すのか．（令和４年疑義解釈その１「医科」問147改変）	A	日本がん看護学会・日本臨床腫瘍学会・日本臨床腫瘍薬学会の「がん薬物療法における職業性曝露対策ガイドライン」を指す．
Q	外来腫瘍化学療法診療料において，「「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」とあるが，副作用により化学療法の投与間隔の延長がみられた場合は，レジメンの期間内として差し支えないか．（令和４年疑義解釈その１「医科」問148改変）	A	当該レジメンの継続が可能である場合に限り，レジメンの期間内として差し支えない．

Q	外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」および「2」の「ロ」については，「1のイまたは2のイを算定する日以外の日において，当該患者に対して，抗悪性腫瘍剤の投与その他の必要な治療管理を行った場合に，週1回に限り算定」できることとされているが，抗悪性腫瘍剤の投与が月3回を超える場合に，「1」の「ロ」または「2」の「ロ」は算定可能か．（令和4年疑義解釈その1 「医科」問149改変）	A	算定可．なお，外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」または「2」の「ロ」の算定は週1回に限る．
Q	外来腫瘍化学療法診療料を算定する患者について，当該診療料を算定する日以外の日に当該保険医療機関を受診した場合は，初診料，再診料または外来診療料は算定可能か．（令和4年疑義解釈その1 「医科」問150改変）	A	外来腫瘍化学療法診療料を算定しない場合は，算定可．
Q	抗悪性腫瘍剤の初回投与を入院中に行い，退院後に2回目以降の投与を外来で行う場合，2回目以降の投与に係る診療において外来腫瘍化学療法診療料は算定可能か．（令和4年疑義解釈その1 「医科」問151改変）	A	入院中に抗悪性腫瘍剤の初回投与を行っている場合は，当該初回投与のサイクル（クール，コースと同義．抗悪性腫瘍剤の投与と投与後の休薬期間を含む一連の期間を指す）の期間中は外来腫瘍化学療法診療料を算定することはできないが，2サイクル目以降に外来で抗悪性腫瘍剤の投与を開始する場合においては，2サイクル目以降の外来化学療法に係る診療について算定可．
Q	外来腫瘍化学療法診療料1および注射の通則第6号に規定する外来化学療法加算1における「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」については，外来腫瘍化学療法診療料1または外来化学療法加算1を算定する患者に係るレジメンのみを評価・承認することで差し支えないか．（令和4年疑義解釈その1 「医科」問153改変）	A	当該委員会においては，外来腫瘍化学療法診療料1または外来化学療法加算1の算定の有無にかかわらず，当該保険医療機関で実施される全ての化学療法のレジメンの妥当性を評価・承認する必要がある．
Q	外来腫瘍化学療法診療料について，令和4年3月31日以前から診療を継続している患者については，改定により自己負担額等が変更になる場合があるが，患者へ説明すべき事項として，自己負担額等が変更になる場合があることは含まれるか．（令和4年疑義解釈その1 「医科」問154改変）	A	含まれる．なお，請求前に説明を行うなど，当該患者の理解が得られるよう工夫すること．また，当該説明については必ずしも主治医が行う必要はないが，他の職員が説明を行う場合は，主治医と十分に連携して行うこと．
Q	外来腫瘍化学療法診療料を算定している患者が，外来化学療法を実施している悪性腫瘍以外の傷病について，当該診療料の算定に係る保険医療機関を受診した場合，外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」または「2」の「ロ」は算定可能か．（令和4年疑義解釈その1 「医科」問155改変）	A	外来化学療法を実施している悪性腫瘍または外来化学療法に伴う副作用以外の傷病について受診した場合は算定不可．
Q	外来腫瘍化学療法診療料の「1」の「ロ」および「2」の「ロ」については，「診察（視診，聴診，打診およ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」とあるが，検査，投薬等を行わない場合であっても算定可能か．（令和4年疑義解釈その1 「医科」問156改変）	A	算定可．ただし，診察（視診，聴診，打診および触診等の身体診察を含む）は必ず行うこと．
Q	外来腫瘍化学療法診療料において，「専任の歯科医師，看護師または薬剤師が院内に常時1人以上配置され，本診療料を算定している患者から電話等による緊急の相談等に24時間対応できる連絡体制が整備されていること」とあるが， ①当該歯科医師，看護師および薬剤師は，化学療法の経験等を有している必要があるか． ②「院内に常時1人以上配置」における常時とは，24時間ということか． （令和4年疑義解釈その1 「医科」問157改変）	A	それぞれ以下のとおり． ①必ずしも化学療法の経験等を有している必要はないが，その場合であっても，当該歯科医師等が緊急の相談等に適切に対応できるよう，状況に応じた対応方針等について，化学療法の経験を有する医師等を含めて協議し，あらかじめ定めておくこと． ②そのとおり．

Q	外来腫瘍化学療法診療料について，「がん患者指導管理料の３は，別に算定できない」こととされているが，外来腫瘍化学療法診療料を算定しない日であれば算定可能か．（令和４年疑義解釈その３「医科」問５改変）	A	外来腫瘍化学療法診療料を算定する患者については，算定不可．

●バイオ後続品導入初期加算に関する疑義解釈

Q	外来腫瘍化学療法診療料の注７および注射の通則第７号に規定するバイオ後続品導入初期加算について，従前からバイオ後続品を使用している患者について，先行バイオ医薬品が同一である別のバイオ後続品に変更した場合，当該加算は算定可能か．（令和４年疑義解釈その１「医科」問 158 改変）	A	算定不可．
Q	外来腫瘍化学療法診療料の注７および注射の通則第７号に規定するバイオ後続品導入初期加算について，「バイオ後続品の初回の処方日の属する月から起算して３月を限度として加算すること」とされているが，初回処方日から３月以内に転医し，転医先で同一のバイオ後続品を処方した場合に，当該加算は算定可能か．（令和４年疑義解釈その１「医科」問 159 改変）	A	算定不可．
Q	外来腫瘍化学療法診療料の注７および注射の通則第７号に規定するバイオ後続品導入初期加算について，「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」加算することとされているが，入院中にバイオ後続品を初めて使用した患者であって，退院後においてもバイオ後続品を使用したものについて，入院中の使用から２月目以降に当該加算の要件を満たす場合は，当該加算を算定することは可能か．（令和４年疑義解釈その１「医科」問 160 改変）	A	初回の使用日の属する月にバイオ後続品導入初期加算を算定していない者についても，２月目以降に要件を満たす場合は算定可．ただし，その場合であっても，初回の使用日の属する月から起算して３月を限度として算定すること．
Q	外来腫瘍化学療法診療料の注７および注射の通則第７号に規定するバイオ後続品導入初期加算について，従前からバイオ後続品を使用している患者について，先行バイオ医薬品が異なるバイオ後続品を新たに使用した場合，当該加算は算定可能か．（令和４年疑義解釈その３「医科」問８改変）	A	算定可．

4―その他の全身麻酔関連

1）マスクまたは気管内挿管による閉鎖循環式麻酔〈医科〉

1～4　（略）

5　その他の場合

イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者（8,300 点）

ロ　イ以外（6,000 点）

❶実施時間が２時間を超えた場合は，30 分または端数を増すごとに麻酔管理時間加算として600点を加算する．

❷実施時間とは，閉鎖循環式麻酔（マスク，気管内挿管）を患者に接続した時点を開始とし，離脱した時点を終了とする．

❸別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者とは，以下をいう．

心不全，冠動脈疾患，弁膜症，不整脈，先天性心疾患，肺動脈性肺高血圧症，呼吸不全，呼吸器疾患，糖尿病，腎不全，肝不全，血球減少，血液凝固異常，出血傾向がある，敗血症，神経障害，BMI が 35 以上

2）歯科麻酔管理料（750 点）

❶施設基準（17 頁参照）届出保険医療機関において，当該保険医療機関の常勤の専ら歯科麻酔を担当する歯科医師（地方厚生支局長等に届け出た歯科医師に限る）が麻酔前後の診察を行い，「マスクまたは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔〈医

科〉」を行った場合に算定する．この場合において，麻酔前後の診察は当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない（ただし，緊急の場合は除く）．

❷歯科麻酔を担当する歯科医師が，別の歯科医師と共同して麻酔を実施する場合においては，歯科麻酔を担当する歯科医師が，当該麻酔を通じ，麻酔中の患者と同室内で麻酔管理に当たり，主要な麻酔手技を自ら実施した場合に算定する．

❸麻酔前後の診察および麻酔の内容を診療録に記載する．なお，麻酔前後の診察について記載された麻酔記録または麻酔中の麻酔記録の診療録への添付により診療録への記載に代えることができる．

❹全身麻酔の未熟児，新生児，乳児，幼児加算ならびに時間外，深夜，休日加算は算定できない．

■長時間麻酔管理加算（+5,500 点）

❶舌悪性腫瘍手術（亜全摘），遊離皮弁術（顕微鏡下血管柄付きのもの）および自家遊離複合組織移植術（顕微鏡下血管柄付きのもの）に当たって全身麻酔の実施時間が 8 時間を超えた場合は，5,500 点を所定点数に加算する．

■周術期薬剤管理加算（+75 点）

❶施設基準（17 頁参照）届出保険医療機関に入院している患者に対して，当該保険医療機関の薬剤師が，病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して，周術期に必要な薬学的管理を行った場合に，75 点を所定点数に加算する．

❷本加算は，専任の薬剤師が周術期における医療従事者の負担軽減およ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（病棟薬剤師等）と連携して実施した場合に算定する．

❸「周術期薬剤管理」とは，次のア～ウに示すものである．なお，アおよびイについては，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）」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，休日および深夜においても，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．

3）周術期栄養管理実施加算（+270 点）〈手術の加算〉

❶施設基準（16 頁参照）届出保険医療機関において歯科医師と医師の連携の下に，手術の前後に必要な栄養管理を行った場合であって，マスクまたは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔〈医科〉を伴う手術を行った場合に，270 点を手術の所定点数に加算する．

❷本加算は，専任の管理栄養士が歯科医師・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

●歯科麻酔管理料に関する疑義解釈

Q	歯科麻酔管理料について，障害児（者）等を対象とする保険医療機関において，当該保険医療機関が無床施設である場合，算定可能か．（令和 4 年疑義解釈その 1　問 19）	A	不可．
Q	歯科麻酔管理料の留意事項通知（2）において，「緊急の場合を除き，麻酔前後の診察は，当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない」とあるが，当該麻酔管理料は，医科点数表のマスクまたは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った日に算定するのか．（令和 4 年疑義解釈その 1　問 20）	A	麻酔前後の診察を行い，かつ，医科点数表のマスクまたは気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合に算定する取扱いであり，緊急の場合であって，麻酔前後の診察をやむを得ず当該麻酔を実施した日に行った場合を除き，算定できない．麻酔後の診察を行った日に算定すること．
Q	歯科麻酔管理料の留意事項通知（2）の「専ら歯科麻酔を担当する歯科医師」は，外来業務との兼務は可能か．（令和 2 年疑義解釈その 9　問 13）	A	勤務時間の大部分を麻酔に従事している歯科医師であり，外来業務との兼務は問わない．

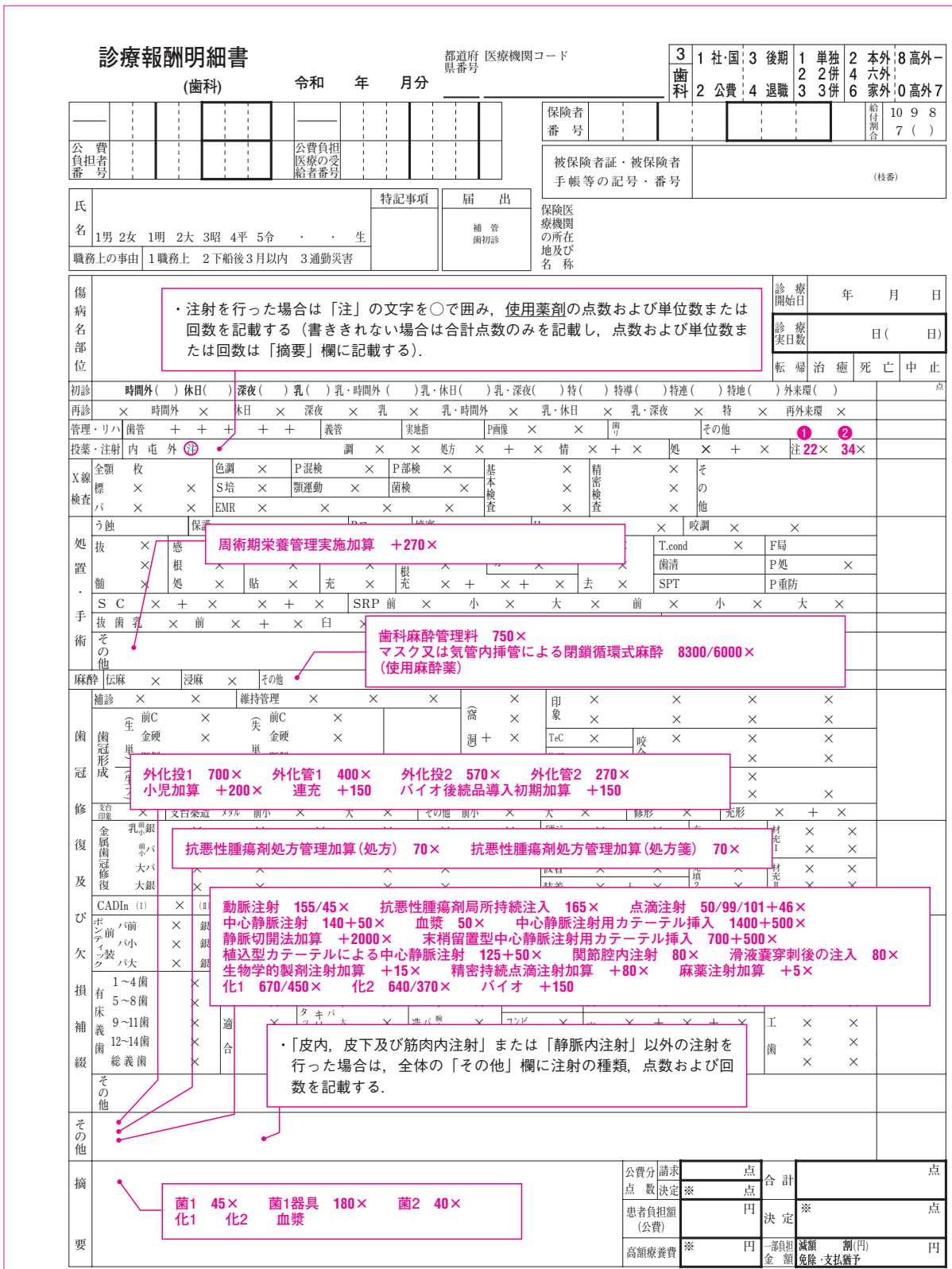
施した場合に算定する.

❸術前・術後の栄養管理を実施する際には「静脈経腸栄養ガイドライン」(日本臨床栄養代謝学会)または「ESPEN Guideline：Clinical nutrition in surgery」(ESPEN)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.

栄養スクリーニング／栄養アセスメント／周術期における栄養管理の計画を作成／栄養管理の実施／モニタリング／再評価および必要に応じて直接的な指導，計画の見直し

❹❸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.

1―本章のおもな明細書記載ポイント



診療報酬明細書

(歯科)　令和　年　月分

・注射を行った場合は「注」の文字を○で囲み，使用薬剤の点数および単位数または回数を記載する（書ききれない場合は合計点数のみを記載し，点数および単位数または回数は「摘要」欄に記載する）.

周術期栄養管理実施加算　＋270×

歯科麻酔管理料　750×
マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式麻酔　8300/6000×
（使用麻酔薬）

外化投1　700×　外化管1　400×　外化投2　570×　外化管2　270×
小児加算　＋200×　連充　＋150　バイオ後続品導入初期加算　＋150

抗悪性腫瘍剤処方管理加算（処方）　70×　抗悪性腫瘍剤処方管理加算（処方箋）　70×

動脈注射　155/45×　抗悪性腫瘍剤局所持続注入　165×　点滴注射　50/99/101＋46×
中心静脈注射　140＋50×　血漿　50×　中心静脈注射用カテーテル挿入　1400＋500×
静脈切開法加算　＋2000×　末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入　700＋500×
植込型カテーテルによる中心静脈注射　125＋50×　関節腔内注射　80×　滑液嚢穿刺後の注入　80×
生物学的製剤注射加算　＋15×　精密持続点滴注射加算　＋80×　麻薬注射加算　＋5×
化1　670/450×　化2　640/370×　バイオ　＋150

・「皮内，皮下及び筋肉内注射」または「静脈内注射」以外の注射を行った場合は，全体の「その他」欄に注射の種類，点数および回数を記載する.

菌1　45×　菌1器具　180×　菌2　40×
化1　化2　血漿

算定項目等	記載欄	明細書略号	「摘要」欄記載 （○：原則必要， △:場合により必要）
■医学管理等			
外来腫瘍化学療法診療料 外来腫瘍化学療法診療料１ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 外来腫瘍化学療法診療料２ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合 抗悪性腫瘍剤の投与その他必要な治療管理を行った場合 小児加算 連携充実加算 バイオ後続品導入初期加算	全体 「その他」欄	外化投１ 外化管１ 外化投２ 外化管２ 連充	
■投 薬			
処方料 抗悪性腫瘍剤処方管理加算	全体 「その他」欄		
処方箋料 抗悪性腫瘍剤処方管理加算			
■注 射			
注射・通則 生物学的製剤注射加算 精密持続点滴注射加算 麻薬注射加算	全体 「その他」欄 （※は「摘要」欄に略号を記載）		
外来化学療法加算１※ 15 歳未満の患者の場合／ 15 歳以上の患者の場合 外来化学療法加算２※ 15 歳未満の患者の場合／ 15 歳以上の患者の場合 バイオ後続品導入初期加算		化１ 化２ バイオ	
皮内，皮下及び筋肉内注射（1 回につき）❶	所定欄		
静脈内注射（1 回につき）❷ 乳幼児加算			
動脈注射（1 日につき） 内臓の場合／その他の場合	全体 「その他」欄 （※は「摘要」欄に略号を記載）		○
抗悪性腫瘍剤局所持続注入（1 日につき）			○
点滴注射（1 日につき） 6 歳未満の乳幼児に対するもの（1 日分注射量 100mL 以上） 上記以外の者に対するもの（1 日分注射量 500mL 以上） その他の場合（入院中の患者以外の患者に限る） 乳幼児加算			○
血漿成分製剤加算※		血漿	○
中心静脈注射（1 日につき） 乳幼児加算			○
血漿成分製剤加算※		血漿	○
中心静脈注射用カテーテル挿入 乳幼児加算 静脈切開法加算			○
末梢留置型中心静脈注射用カテーテル挿入 乳幼児加算			○
植込型カテーテルによる中心静脈注射（1 日につき） 乳幼児加算			○
関節腔内注射			○
滑液嚢穿刺後の注入			○

算定項目等	記載欄	明細書略号	「摘要」欄記載 （○：原則必要， △：場合により必要）
無菌製剤処理料 無菌製剤処理料１ 閉鎖式接続器具を使用した場合 それ以外の場合 無菌製剤処理料２	「摘要」欄	菌１器具 菌１ 菌２	○
薬 剤（注射）	全体 「その他」欄		
■手 術			
手術・通則 周術期栄養管理実施加算	処置・手術 「その他」欄		
■麻 酔			
歯科麻酔管理料	麻酔 「その他」欄		
マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式麻酔〈医科〉 その他の場合 イ　別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者 ロ　イ以外			○

2―本章のおもな明細書記載事項・記載例

■記載要領・疑義解釈等で規定された記載事項

（特に記入欄の指定がないものは「摘要」欄記載とする）

診療行為名称等	記載事項	記載例
医学管理等	外来腫瘍化学療法診療料は，全体の「その他」欄に当該項目を記載する．	外来腫瘍化学療法診療料１（イ） 外来腫瘍化学療法診療料１（ロ） 外来腫瘍化学療法診療料２（イ） 外来腫瘍化学療法診療料２（ロ）
注 射	（その他の注射を行った場合） 全体の「その他」欄に注射の種類，その内訳は，「摘要」欄に注射の種別，所定単位当たりの使用薬剤の薬名，使用量および回数等を記載すること．	（診療行為名を表示） （医薬品名を表示）
点滴注射 血漿成分製剤加算	１回目の注射の実施日を記載する．	血漿（点滴）１回目実施年月日；令和＊年＊月＊日
中心静脈注射 血漿成分製剤加算		血漿（中心静脈注射）１回目実施年月日；令和＊年＊月＊日
薬剤（注射）	使用薬剤の医薬品名，規格･単位（%，mL または mg 等）および使用量を記載する．ただし，届出保険医療機関は，注射のうち皮内，皮下及び筋肉内注射または静脈注射であって入院中の患者以外の患者に対するものにあっては１回当たりの，それ以外の注射にあっては１日当たりの薬価がそれぞれ 175 円以下の場合は，使用薬剤の医薬品名・使用量等の記載は不要とする．なお，複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は，規格単位は省略して差し支えない．	（医薬品名を表示）
	（注射の手技料を包括する点数を算定するに当たって，併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合） 「投薬・注射」欄および「摘要」欄に同様に記載する．	

診療行為名称等	記載事項	記載例
特定保険医療材料（注射）	（注射に当たって特定保険医療材料等を使用した場合） 手術の特定保険医療材料（以下）と同様の例により，全体の「その他」欄に記載する． 〔記載例〕 ③特定保険医療材料　［商品名］×××× （鼻孔プロテーゼ）　387 × 1	（特定器材名を表示）
麻 酔	（伝達麻酔，浸潤麻酔等以外の医科点数表の取扱いによる麻酔を行った場合） 麻酔の「その他」欄に麻酔名を記載．なお，使用麻酔薬は，麻酔薬名および使用量を記載する．	（診療行為名を表示） （医薬品名を表示）
マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔〈医科〉	各区分ごとの麻酔時間を記載する．	—

その他のリハビリテーション

1―脳血管疾患等リハビリテーション料（1 単位）

（1 単位につき）		要介護者
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）	245 点	147 点
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）	200 点	120 点
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）	100 点	60 点

❶施設基準（9 頁参照）届出保険医療機関において，別に厚生労働大臣が定める患者（右表上）に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に，当該基準に係る区分に従って，それぞれ発症，手術，急性増悪または最初に診断された日から 180 日以内に限り所定点数を算定する．ただし，別に厚生労働大臣が定める患者（右表中）について，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など別に厚生労働大臣が定める場合（右表下）には，180 日を超えて所定点数を算定することができる．

❷本リハビリテーション料は，音声・構音障害をもつ患者に対して言語機能に係る訓練を行った場合に限り算定できる．

❸入院中の患者に対して行った場合は，それぞれ発症，手術または緊急増悪から 30 日に限り，**早期リハビリテーション加算**として，1 単位につき **30 点**を加算する．

❹施設基準（9 頁参照，❶の施設基準とは異なる）届出保険医療機関において，入院中の患者に対して行った場合は，それぞれ発症，手術または急性増悪から 14 日間に限り，**初期加算**として 1 単位につき **45 点**をさらに加算する．

❺❶にかかわらず，必要があってそれぞれ発症，手術，増悪，または最初に診断された日から 180 日を超えてリハビリテーションを行った場合は，別に厚生労働大臣が定める患者であって要介護被保険者以外のものに対しては，1 月 13 単位に限り算定できる．また，別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中の要介護被保険者等に対しては，1 月 13 単位に限り❶の施設基準の区分に従い右欄（要介護者）の所定点数を算定できる．

❻患者の疾患等を勘案し，適当な区分 1 つに限り算定できる．この場合，患者の疾患，状態等も総合的に勘案し，治療上有効であると医学的に判断される場合であって，患者 1 人につき **1 日 6 単位**（別に厚生労働大臣が定める患者については **1 日 9 単位**）に限り算定できるものとする．

【脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者】

① 脳梗塞，脳出血，くも膜下出血その他の急性発症した脳血管疾患またはその手術後の患者
② 脳腫瘍，脳膿瘍，脊髄損傷，脊髄腫瘍その他の急性発症した中枢神経疾患またはその手術後の患者
③ 多発性神経炎，多発性硬化症，末梢神経障害その他の神経疾患の患者
④ パーキンソン病，脊髄小脳変性症その他の慢性の神経筋疾患の患者
⑤ 失語症，失認および失行症ならびに高次脳機能障害の患者
⑥ 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
⑦ 顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者
⑧ 舌悪性腫瘍等の手術による構音障害を有する患者
⑨ リハビリテーションを要する状態の患者であって，一定程度以上の基本動作能力，応用動作能力，言語聴覚能力および日常生活能力の低下を来しているもの（心大血管疾患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，呼吸器リハビリテーション料，障害児（者）リハビリテーション料またはがん患者リハビリテーション料の対象患者に該当するものを除く）

【算定日数上限の除外対象患者（内訳略）】

① 失語症，失認および失行症の患者
② 先天性または進行性の神経・筋疾患の患者

【別に厚生労働大臣が定める場合】

①「失語症，失認および失行症の患者」については，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
②「先天性または進行性の神経・筋疾患の患者」については，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

❾その他，医科点数表「脳血管疾患等リハビリテーション料」の例により算定する．

2―廃用症候群リハビリテーション料（1 単位）

（1 単位につき）		要介護者
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ）	180 点	108 点
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）	146 点	88 点
廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）	77 点	46 点

❶施設基準（13 頁参照）適合保険医療機関において，急性疾患等（治療の有無は問わない）に伴う安静による廃用症候群の患者であって，一定程度以上の基本動作能力，応用動作能力，言語聴覚能力および日常生活能力の低下をきたしているものに対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に，それぞれ廃用症候群の診断または急性増悪から 120 日以内を限度として算定する．ただし，別に厚生労働大臣が定める患者について，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など別に厚生労働大臣が定める場合には，120 日を超えて所定点数を算定することができる．

❷本リハビリテーション料は，音声・構音障害をもつ患者に対して言語機能に係る訓練を行った場合に算定する．

❸❶の患者であって，入院中のものに対してリハビリテーションを行った場合は，患者の廃用症候群に係る急性疾患等の発症，手術，急性増悪または当該患者の廃用症候群の急性増悪から 30 日に限り，早期リハビリテーション加算として，1 単位につき 30 点を所定点数に加算する．また，施設基準を満たす保険医療機関において，発症，手術，急性増悪または当該患者の廃用症候群の急性増悪から 14 日に限り，初期加算として 1 単位につき 45 点をさらに加算する．

❹❶にかかわらず，❶に規定する患者で要介護被保険者以外のものに対し，それぞれ廃用症候群の診断または急性増悪から 120 日を超えてリハビリテーションを行った場合は，1 月 13 単位に限り算定できる．また，別に厚生労働大臣が定める患者で入院中の要介護被保険者に対しては，1 月 13 単位に限り❶の施設基準の区分に従い右欄（要介護者）の所定点数を算定できる．

❺患者の疾患等を勘案し，適当な区分 1 つに限り算定できる．この場合，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であって，患者 1 人につき 1 日 6 単位（別に厚生労働大臣が定める患者については 1 日 9 単位）に限り算定できるものとする．

❻その他，医科点数表「廃用症候群リハビリテーション料」の例により算定する．

●廃用症候群リハビリテーション料に関する疑義解釈

Q	廃用症候群リハビリテーション料の留意事項に「心大血管疾患リハビリテーション料，運動器リハビリテーション料，呼吸器リハビリテーション料，障害児（者）リハビリテーション料，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」とあるが，脳血管疾患等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も同様に，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と考えてよいか．（平成 28 年疑義解釈その 1 「医科」問 141 改変）	A	そのとおり．

3―障害児（者）リハビリテーション料（1 単位）

6 歳未満（225 点）
6 歳以上 18 歳未満（195 点）
18 歳以上（155 点）

❶施設基準（13 頁参照）届出保険医療機関において，音声・構音障害をもつ患者に対して言語機能に係る訓練を行った場合に限り算定する．算定にあたっては，次の各号のいずれかに該当すること．

イ　児童福祉法に規定する肢体不自由児施設および重症心身障害者施設または国立高度専門医療センターおよび独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって，厚生労働大臣の指定するもの．

ロ　当該施設でリハビリテーションを実施される患者が，主として脳性麻痺等の患者（ただし，加齢に伴う心身の変化に起因する疾病のものを除く）であること．

【障害児（者）リハビリテーション料の対象患者】
- 脳性麻痺の患者
- 胎生期もしくは乳幼児期に生じた脳または脊髄の奇形および障害の患者
- 顎・口腔の先天異常の患者
- 先天性の体幹四肢の奇形または変形の患者
- 先天性神経代謝異常症，大脳白質変性症の患者
- 先天性または進行性の神経筋疾患の患者
- 神経障害による麻痺および後遺症の患者
- 言語障害，聴覚障害または認知障害を伴う自閉症等の発達障害の患者

❷個別療法であるリハビリテーションを行った場合に，患者 1 人につき 1 日 6 単位まで算定する．

❸対象患者については，上表を参照．

❹その他，医科点数表「障害児（者）リハビリテーション料」の例により算定する．

4―がん患者リハビリテーション料（1 単位）（205 点）

❶施設基準（15 頁参照）届出保険医療機関において，がんの種類や進行，がんに対して行う治療およびそれに伴って発生する副作用または障害等について十分な配慮を行ったうえで，がんやがんの治療により生じた疼痛，筋力低下，障害等に対して，二次的障害を予防し，運動器の低下や生活機能の低下の予防・改善を目的として種々の運動療法，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．

❷別に厚生労働大臣が定めるがん治療のために入院している患者に対して，歯科医師の指導監督のもと，適切な研修を修了した言語聴覚士が個別に 20 分以上のリハビリテーションを行った場合を 1 単位として，患者 1 人につき 1 日 6 単位に限り算定する．専任の歯科医師が直接訓練を実施した場合も，同様に算定する．

❸がん患者リハビリテーション料の対象患者は，入院中のがん患者であって，次のイ，ロのいずれかに該当する者をいい，当該患者の主治医である歯科医師と連携する医師が個別にがん患者リハビリテーションが必要であると認める者である（15 頁も参照）．

イ　当該入院中にがんの治療のための手術，骨髄抑制を来たしうる化学療法，放射線治療もしくは造血幹細胞移植が行われる予定の患者または行われた患者

ロ　在宅において緩和ケア主体で治療を行っている進行がんまたは末期がんの患者であって，症状増悪のため一時的に入院加療を行っており，在宅復帰を目的としたリハビリテーションが必要な患者

❺がん患者リハビリテーションを行う際は，歯科医師および連携する医師の定期的な診察結果に基づき，歯科医師，医師，看護師，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士，社会福祉士等の多職種が共同して医科点数表「リハビリテーション総合計画評価料」に規定するリハビリテーション計画を作成していること．なお，がんのリハビリテーショ

ンに従事する者は，積極的にキャンサーボードに参加することが望ましい．

❻がん患者リハビリテーションの開始時およびその後3カ月に1回以上，患者またはその家族等に対してその実施計画の内容を説明し，要点を診療録に記載する．

❼がん患者リハビリテーション料を算定している患者に対して，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または障害児（者）リハビリテーション料は算定できない．

5―集団コミュニケーション療法料（1単位）（50点）

❶施設基準（16頁参照）届出保険医療機関において，別に厚生労働大臣が定める患者に対して，集団コミュニケーション療法である言語聴覚療法を行った場合に，患者1人につき1日3単位まで算定する．

❷専用の集団療法室等において，医師の指示のもと言語聴覚士（または医師）と患者が1対複数で20分以上訓練を行った場合に算定する．

❸集団コミュニケーション療法料の算定対象となるのは，脳血管疾患等リハビリテーション料または障害児（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（16頁参照）．

❹実施単位数は言語聴覚士1人あたり1日のべ54単位を限度とし，訓練時間が20分に満たない場合は基本診療料に含まれるものとする．

❺同一の患者に個別療法と集団療法を同一日に行った場合は，個別療法の所定点数のみ算定する．

❻その他，医科点数表「集団コミュニケーション療法料」の例により算定する．

6―自律訓練法（1回につき）

■心身医学療法

入院中の患者（150点）

入院中の患者以外　初診時（110点）

　　再診時（80点）

❶心因性疾患を有する歯科領域の患者に対し，医科から歯科口腔領域に係る心因性疾患の治療依頼（医科歯科併設の医療機関では院内紹介）を受けて，確定診断が可能な医科保険医療機関と連携して治療計画を策定し，個別的に自律訓練を行った場合は，心身医学療法により算定する．

❷20歳未満の患者に対して，必要に応じて児童相談所等と連携し，保護者等へ適切な指導を行った上で心身医学療法を行った場合は，所定点数に所定点数の100/100に相当する点数を加算する．

❸入院中の患者では入院日，入院中以外の患者では初診日より起算して，4週間以内であれば週2回，4週間を超える場合は週1回まで算定できる．

❹明細書の「傷病名」欄において，心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「(心身症)」と記載する．

　例　「両側顎関節症（心身症）」

❺心身医学療法は，初診時には診療時間が30分を超えた場合に算定できる．診療時間とは問診，理学的所見，および心身医学療法に要する時間をさす．

❻心身医学療法を行った場合は，確定診断が可能な医科保険医療機関からの診療情報提供料（Ⅰ）の様式に基づく文書（または院内紹介に係る文書）を添付するとともに，治療の方法，内容，実施時刻（開始・終了時刻）を診療録に記載する．

❼明細書の「摘要」欄に確定診断を行った医科保険医療機関名（または確定診断を行った併設医科診療科名），紹介年月日，治療の内容の要点，実施時刻（開始・終了時刻）を記載する．初診時は当該診療に要した時間を記載する．

❽算定例は**本誌症例17**を参照．

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１（73点）
2　外来リハビリテーション診療料２（110点）

❶外来リハビリテーション診療料は，歯科医師による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に関する包括的な診察を評価するものであり，施設基準（5頁参照）を満たす保険医療機関において，これらのリハビリテーションを要する入院中の患者以外の患者に対し，リハビリテーションの実施に関し必要な診療を行った場合に，「1」は7日間に1回に限り，「2」は14日間に1回に限り算定する．

❷「1」を算定する日から起算して7日以内の期間においては，当該リハビリテーションの実施に係る初・再診料（医療情報・システム基盤整備体制充実加算を除く）および外来リハビリテーション診療料2は，算定できない．

❸「2」を算定する日から起算して14日以内の期間においては，当該リハビリテーションの実施に係る初・再診料（医療情報・システム基盤整備体制充実加算を除く）および外来リハビリテーション診療料1は，算定できない．

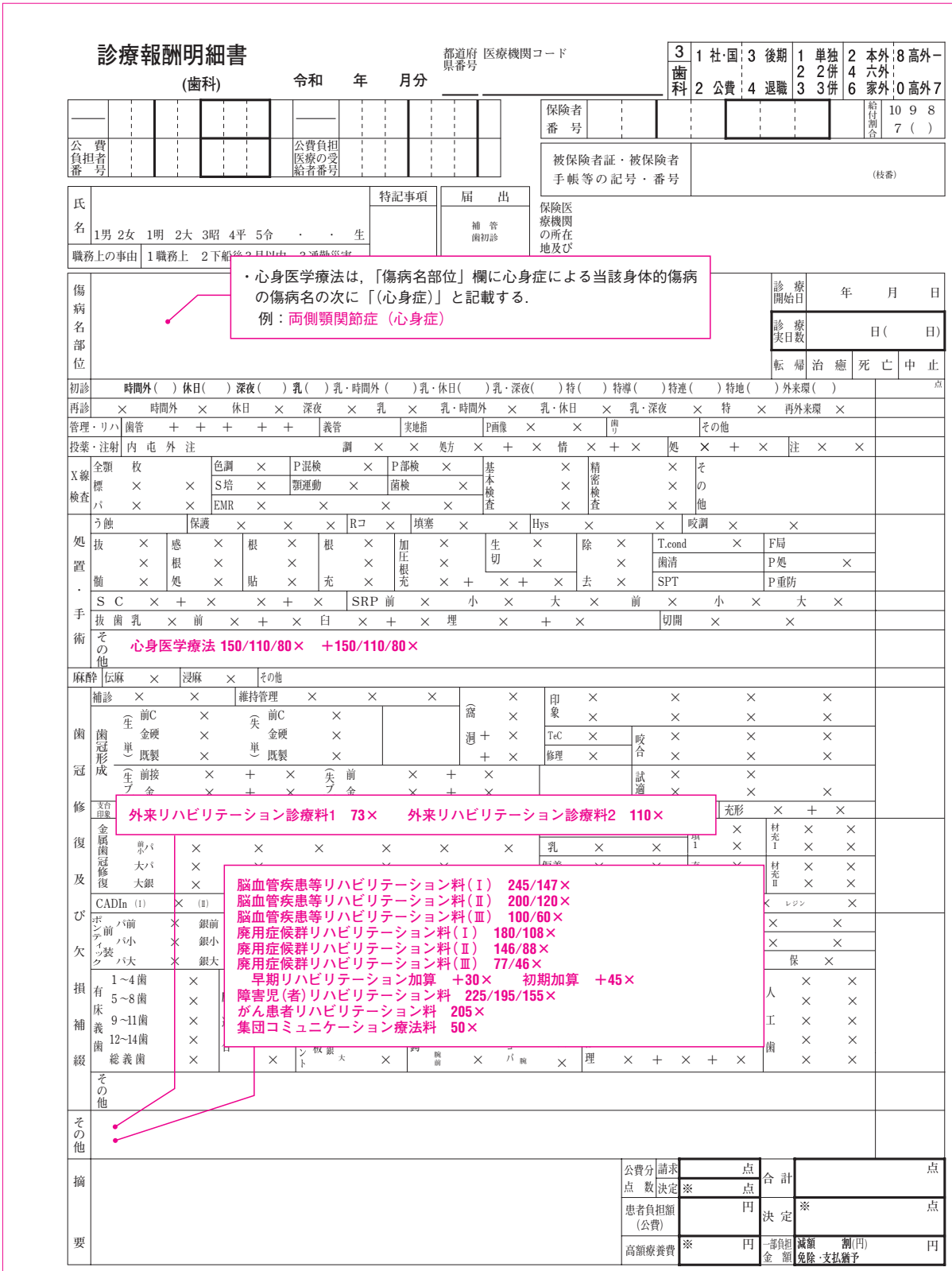
❹対象患者は，状態が比較的安定している患者であって，リハビリテーション実施計画書において疾患別リハビリテーションを「1」は1週間に2日以上，「2」は2週間に2日以上提供することとしている患者である．

❺疾患別リハビリテーションを提供する日においては，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，作業療法士および言語聴覚士等）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．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，必要に応じて歯科医師が診察を行う．

❻歯科医師は，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．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．

❼外来リハビリテーション診療料1･2を算定している場合であって，初診料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算1･2ならびに再診料の医療情報・システム基盤整備体制充実加算3の算定要件を満たす場合は，併算定できる．

1―本章のおもな明細書記載ポイント



診療報酬明細書

(歯科)　令和　年　月分

・心身医学療法は，「傷病名部位」欄に心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「(心身症)」と記載する．
例：両側顎関節症（心身症）

心身医学療法 150/110/80×　＋150/110/80×

外来リハビリテーション診療料1　73×　外来リハビリテーション診療料2　110×

脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)　245/147×
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)　200/120×
脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)　100/60×
廃用症候群リハビリテーション料(Ⅰ)　180/108×
廃用症候群リハビリテーション料(Ⅱ)　146/88×
廃用症候群リハビリテーション料(Ⅲ)　77/46×
早期リハビリテーション加算　＋30×　初期加算　＋45×
障害児(者)リハビリテーション料　225/195/155×
がん患者リハビリテーション料　205×
集団コミュニケーション療法料　50×

算定項目等	記載欄	明細書略号	「摘要」欄記載 （○：原則必要， △：場合により必要）
■医学管理等			
外来リハビリテーション診療料 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２	全体 「その他」欄		
■リハビリテーション			
脳血管疾患等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（Ⅰ）（1 単位） 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1 単位） 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1 単位） 早期リハビリテーション加算／初期加算	全体 「その他」欄		△
廃用症候群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（Ⅰ）（1 単位） 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅱ）（1 単位） 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅲ）（1 単位） 早期リハビリテーション加算／初期加算			△
障害児（者）リハビリテーション料（1 単位） 6 歳未満の患者の場合 6 歳以上 18 歳未満の患者の場合 18 歳以上の患者の場合			△
がん患者リハビリテーション料（1 単位）			△
集団コミュニケーション療法料（1 単位）			△
■処 置			
心身医学療法 入院中の患者 入院中の患者以外の患者（初診時／再診時）	処置・手術 「その他」欄		○

2―本章のおもな明細書記載事項・記載例

■記載要領・疑義解釈等で規定された記載事項

（特に記入欄の指定がないものは「摘要」欄記載とする）

診療行為名称等	記載事項	記載例
医学管理等	外来リハビリテーション診療料は，全体の「その他」欄に当該項目を記載する．	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２
リハビリテーション	（「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを行った場合） 次の例により，当該「制限回数を超えて行う診療」の名称，徴収した特別の料金および回数を他のリハビリテーションと区別して記載する． 〔記載例〕 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)イ　200 × 18 実施日数３日 （リハ選） 脳血管疾患等リハビリテーション料　2,000 円× 1	リハ選；＊＊＊＊
心身医学療法	確定診断を行った医科保険医療機関名（医科歯科併設の病院であって心因性疾患を有する歯科領域の患者について，確定診断が可能な医科診療科が設置されている場合は，確定診断を行った診療科名），紹介年月日，治療の内容の要点，実施日，実施時刻（開始時刻と終了時刻）を記載する．	心身医学療法医科保険医療機関名等；＊＊＊ 心身医学療法紹介年月日；令和＊年＊月＊日 心身医学療法治療内容の要点；＊＊＊ 心身医学療法実施日年月日；令和＊年＊月＊日 心身医学療法開始時刻 心身医学療法終了時刻

Web 1 脳血管疾患等リハビリテーション（言語機能訓練）

カルテ傷病名

脳性麻痺　構音障害

レセプト傷病名

脳性麻痺　構音障害

月日	部位	治療内容	点数	負担金
4/10		病再診	73	
		歯科疾患管理料（継続管理計画作成，文書提供）	100＋10	
		言語機能訓練　13:00～13:40		
		主治医：歯科医師●●		
		担当言語聴覚士：●●		
		個別療法室にて音声録音再生装置を用いて，サ行音の練習を行った．		
		前回に比べ，発音の明瞭化を認める		
		脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）2 単位	100×2	❶
		実日数 1 日	計 383 点	

保 険 解 説

❶脳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（Ⅰ）（1 単位）…… **245 点**

・脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）（1 単位）…… **200 点**

・脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ）（1 単位）…… **100 点**

①脳血管疾患等リハビリテーション料は，施設基準に適合した届出医療機関で算定する．基本的動作能力の回復等を通して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組み合わせて個々の症例に応じて行った場合，または言語聴覚機能に障害を持つ患者に対して言語機能もしくは聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定する．

②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（「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．また，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，患者 1 人につき 1 日 6 単位（別に厚生労働大臣が定める患者については 1 日 9 単位）に限り算定できる．

③脳血管疾患等リハビリテーション料は，歯科においては，音声・構音障害の患者に対して言語機能に係る訓練を行った場合に算定する．

④廃用症候群の場合は，廃用症候群リハビリテーション料を算定する．

❷脳血管疾患等リハビリテーション料の対象患者

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，以下のいずれかに該当するものをいい，医師（歯科医師）が当該リハビリテーションが必要であると認めるものである．

①急性発症した脳血管疾患またはその手術後の患者：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．

②急性発症した中枢神経疾患またはその手術後の患者：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．

③神経疾患の患者：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．

④慢性の神経筋疾患の患者：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．

⑤失語症，失認および失行症，高次脳機能障害の患者
⑥難聴や人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者：音声障害，構音障害，言語発達障害，難聴に伴う聴覚・言語機能の障害または人工内耳埋込手術等に伴う聴覚・言語機能の障害を持つ患者をいう．
⑦顎・口腔の先天異常に伴う構音障害を有する患者
⑧舌悪性腫瘍等の手術による構音障害を有する患者
⑨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，言語聴覚能力の低下および日常生活能力の低下を来している患者：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 FIM 115 以下，BI 85 以下の状態等のものをいう．

症例解説

❶本例では，専従の常勤言語聴覚士により，専用の個別療法室で音声録音再生装置を用いて構音・発声が行われた．

❷対象患者は，本例のような脳性麻痺やその他の脳血管疾患，またはその手術後の患者など前述の保険解説に挙げられているものであるが，歯科においては顎・口腔の先天異常に伴う聴覚・言語機能の障害を有する患者が多くみられる．