

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	17
3	その他のリハビリテーション	30
4	その他の投薬・注射・麻酔関連	39
5	その他の処置・手術	51

その他の施設基準一覧

1) 医学管理等

◎がん性疼痛緩和指導管理料／注2 難治性がん性疼痛緩和指導管理加算

【告 示】

1 がん性疼痛緩和指導管理料の施設基準

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。

2 がん性疼痛緩和指導管理料の注2（難治性がん性疼痛緩和指導管理加算）に規定する施設基準

がん患者に対するがん性疼痛の症状緩和を目的とした放射線治療及び神経ブロックを実施する体制及び実績を有していること。

【通 知】

1 がん性疼痛緩和指導管理料に関する施設基準

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」に準拠した緩和ケア研修会
- (2) 緩和ケアの基本教育に関するのための都道府県指導者研修会（日本緩和医療学会国立がん研究センター主催）等

2 がん性疼痛緩和指導管理料の注2に関する施設基準

次に掲げる基準を全て満たしていること。

- (1) 高エネルギー放射線治療の届出を行っていること。
- (2) 神経ブロック（神経破壊剤、高周波凝固法又はパルス高周波法使用）を年間合計10例以上実施していること。
- (3) がん性疼痛の症状緩和を目的とした放射線治療及び神経ブロックをがん患者に提供できる体制について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

◎がん患者指導管理料

【告 示】

1 がん患者指導管理料の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の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の1に関する施設基準

- (1) 緩和ケアの研修を修了した歯科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)に掲げる歯科医師は、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に関するのための都道府県指導者研修会（日本緩和医療学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の2に関する施設基準

- (1) 緩和ケアの研修を修了した歯科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)に掲げる歯科医師は、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A

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。

3 がん患者指導管理料の3に関する施設基準

- (1) 化学療法の経験を5年以上有する歯科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。

◎外来腫瘍化学療法診療料／注8 連携充実加算 ／注9 がん薬物療法体制充実加算

【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。
- (4) 当該保険医療機関内に外来化学療法を担当する医師（歯科医療を担当する保険医療機関にあつては、医師又は歯科医師）であつて、緩和ケアに関する適切な研修を受けたものが配置されていること。
- (5) 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 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3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体制が整備されていること。
- (2) 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他

の保険医療機関との連携体制が確保されていること。

- (3) 1の(2)を満たすものであること。

4 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G000に掲げる皮内、皮下及び筋肉内注射のうち、皮下注射

ロイ 区分番号G001に掲げる静脈内注射

ハ日 区分番号G002に掲げる動脈注射

ニハ 区分番号G003に掲げる抗悪性腫瘍剤局所持続注入

ホニ 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

ヘホ 区分番号G004に掲げる点滴注射

トヘ 区分番号G005に掲げる中心静脈注射

チト 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

5 外来腫瘍化学療法診療料の注8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。

6 外来腫瘍化学療法診療料の注9に規定するがん薬物療法体制充実加算の施設基準

化学療法を実施している患者の薬学的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 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。

- (8) 「B001」の「22」〈歯科・B004-1-2〉がん性疼痛緩和指導管理料の届出を行っていること。
- (9) 「B001」の「23」〈歯科・B004-1-3〉がん患者指導管理料の口〈歯科・2〉の届出を行っていることが望ましい。
- (10) (2)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

イ 緩和ケアの基本教育に関するのための都道府県指導者研修会（日本緩和医療学会国立研究開発法人国立がん研究センター主催）等

- (11) 患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の提出があった場合に、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うことが可能である旨をウェブサイトに掲載していることが望ましい。

- (12) 患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい。

- (13) 外来腫瘍化学療法診療料3の届出を行っている他の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、緊急時に当該保険医療機関に受診できる体制を確保している場合については、連携する保険医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出ていること。また、連携する保険医療機関の名称等については、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

- (14) (5)、(6)及び(7)に係る対応を行っていることについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

- (15) (13)及び(14)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

（経過措置）

令和86年3月31日時点で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については、同年9月30日までの間、通知1の(12)及び(13)の基準を満たしているものとする。

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)、(6)及び(11)及び(12)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。

- (4) 患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい。

3 外来腫瘍化学療法診療料3に関する施設基準

- (1) 1の(1)、(6)及び(11)及び(12)を満たしていること。
- (2) 2の(2)、及び(3)及び(4)を満たしていること。

- (3) 当該保険医療機関において外来化学療法を実施する患者に対して、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制を確保していること。また、当該他の連携する医療機関の名称等については、あらかじめ地方厚生（支）局長に届出を行い、かつ、その情報を当該保険医療機関の見

やすい場所に掲示していること。

- (4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。

- (5) 標榜時間外において、当該保険医療機関で外来化学療法を実施している患者に関する電話等の問合せに応じる体制を整備すること。また、やむを得ない事由により電話等による問い合わせに応じることができなかつた場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられていること。

- (6) 令和7年5月31日までの間に限り、(4)の基準を満たしているものとする。

4 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。

5 がん薬物療法体制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) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有しており、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）以上有する専任の常勤薬剤師が配置されていること。

- (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。

- (4) 薬剤師が、医師の診察前に患者から服薬状況、副作用等の情報収集及び評価を実施し、情報提供や処方提案等を行った上で、医師がそれを踏まえて、より適切な診療方針を立てることができる体制が整備されていること。

【疑義解釈】

問 外来腫瘍化学療法診療料または注射の通則第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」および「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 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)
問 外来腫瘍化学療法診療料の施設基準において、「患者の急変時の緊急事態等に対応するための指針が整備されていることが望ましい」とされているが、当該指針について、具体的にはどのような内容が必要となるか。

答 少なくとも患者からの副作用等に係る相談等に24時間対応するための連絡体制について記載されていること。また、血管外漏出や過敏症出現時等におけるそれぞれの具体的な対応方法についても記載されていることが望ましい。

(令和6年疑義解釈その1 医科問159)
問 外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準について、「当該保険医療機関において外来化学療法を実施する患者に対して、外来腫瘍化学療法診療料1の届出を行っている他の保険医療機関との連携により、緊急時に有害事象等の診療ができる連携体制を確保していること」とあるが、有害事象等の診療とは具体的にはどのようなことを指すのか。

答 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に対する診療を指す。

(令和6年疑義解釈その1 医科問162)
問 外来腫瘍化学療法診療料1および外来腫瘍化学療法診療料3の届出施設において、ウェブサイトに掲載することを求めている事項のうち、連携する保険医療機関に係る事項については、具体的にはどのような内容を掲載するのか。

答 少なくとも連携保険医療機関の名称、所在地および電話番号を記載すること。(令和6年疑義解釈その1 医科問163)

◎遺伝性疾患療養指導管理料

【告 示】

(1) 注1から注3までに規定する施設基準

イ 当該保険医療機関内に遺伝性疾患の診療につき十分な経験を有する常勤の医師が配置されていること。

ロ 当該療養指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(2) 注4に規定する施設基準

イ 遺伝性疾患療養指導管理料の注1から注3までに規定する施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。

ロ 情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されていること。

(3) 注5に規定する施設基準

当該療養指導を行うにつき十分な体制が整備されていること。

【通 知】

1 遺伝性疾患療養指導管理料の注1から注3までに規定する施設基準

(1) 遺伝性疾患の診療に係る経験を3年以上有する常勤の医師が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非常勤医師（遺伝性疾患の診療に係る経験を3年以上有する医師に限る）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。

(2) 遺伝性疾患に対する療養指導を年間合計20例以上実施していること。

2 遺伝性疾患療養指導管理料の注4に規定する施設基準

(1) 遺伝性疾患療養指導管理料の注1から注3までに規定する施設基準に係る届出を行っている保険医療機関であること。

(2) オンライン指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

3 遺伝性疾患療養指導管理料の注5に規定する施設基準

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。

◎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（雇用関係のない）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1

【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。

療を必要とする患者

- 口腔軟組織の疾患（難治性のものに限る）又は薬剤関連顎骨壊死の経過観察等の専門的な医療を必要とする患者

ハ 顎変形症に伴う顎離断等の術後の経過観察等の専門的な医療を必要とする患者

【通知】

歯科オンライン指針に沿って診療を行う体制を有する保険医療機関であること。

◎薬剤管理指導料

【告示】

1 薬剤管理指導料の施設基準

- (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。

2 薬剤管理指導料の対象患者

別表第三の三に掲げる医薬品が投薬又は注射されている患者

別表第三の三 薬剤管理指導料の対象患者

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／抗 HIV 薬

【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で、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。

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 外来腫瘍化学療法診療料または注射の通則第 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」および「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 改変)

◎無菌製剤処理料

【告 示】

1 無菌製剤処理料の施設基準

- (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。

2 無菌製剤処理料の対象患者

- (1) 無菌製剤処理料 1 の対象患者

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、点滴注射、又は脳脊髄腔注射又は薬液膀胱内注入が行われる患者

- (2) 無菌製剤処理料 2 の対象患者

動脈注射若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までに掲げるもの又は中心静脈注射若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又は②に準ずる患者

3 投与時間鎖式接続器具使用加算の施設基準

外来腫瘍化学療法診療料 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 無菌製剤処理料の施設基準

- (1) 2 名以上の常勤の薬剤師がいること。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 名以上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数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) 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 5m² 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。

2 無菌製剤処理料の対象患者

- (1) 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、点滴注射、又は脳脊髄腔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、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）に掲げる医薬品のうち、悪性腫瘍に対して用いる注射剤をいう。

- (2) 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患者又はこれらの患者と同等の状態にある患者

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

3 投与時間鎖式接続器具使用加算に関する施設基準

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。

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

【告 示】〈要約・抜粋〉

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。
- (5) 脳血管疾患等リハビリテーション料を行う保険医療機関においては、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）第 111 条第 1 項に規定する指定通所リハビリテーション事業所、同令第 76 条第 1 項に規定する指定訪問リハビリテーション事業所等とのリハビリテーションに係る連携を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (6) 他の保険医療機関とのリハビリテーションに係る連携を行うにつき必要な体制が整備されていること。

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的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（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）

2 初期加算及び急性期リハビリテーション加算の施設基準

当該保険医療機関内にリハビリテーション料の常勤医師が配置されていること。

別表第九の十 急性期リハビリテーション加算の対象となる患者

- 1 相当程度以上の日常生活能力の低下を来している患者
- 2 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
- 3 特別な管理を要する処置等を実施している患者
- 4 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

【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、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の通知1の（11）の例により（編注：2名以上組み合わせること）、専任の常勤医師数に算入することができる。ただし、この項において、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、当該専従の常勤理学療法士については、第7部リハビリテーション第1節（心大血管疾患リハビリテーション料を除く）において配置が求められている理学療法士（専従の者を含む）との兼任は可能であるが、第1章第2部入院

料等において配置が求められている従事者（専任の者を除く）として従事することはできないことに留意すること。リハビリテーション料（栄養・口腔連携体制加算、地域包括医療病棟入院料、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回復期リハビリテーション入院医療管理料及び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。兼任の取り扱いについては通知1の（2）のアと同様である。

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。兼任の取り扱いについては通知1の（2）のアと同様である。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。これらの専従の従事者については、第2章第1部医学管理、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務（専任として配置が求められる者を含む）並びに介護施設等への助言に係る。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、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の通知1の（12）の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士を常勤理学療法士数、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又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第6条の6第1号に規定する自立訓練（機能訓練）（以下、「自立訓練（機能訓練）」）という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、自立訓練（機能訓練）、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㎡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㎡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又は自立訓練（機能訓練）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又は自立訓練（機能訓練）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、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の通知1の（11）の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。

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、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の通知1の（12）の例により〔編注：それぞれ2名以上組み合わせること〕、専従の非常勤言語聴覚士を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㎡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又は自立訓練（機能訓練）に従事可能であること。

- (10) 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、当該患者の同意を得た上で、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、指定訪問リハビリテーション事業所、指定介護予防通所リハビリテーション事業所又は指定介護予防訪問リハビリテーション事業所（以下「指定通所リハビリテーション事業所等」という）に対して、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できる体制を整備していること。

- (11) 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、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、当該他の医療機関に対して、当該患者の同意を得た上で、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できる体制を整備していること。

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、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の通知1の（11）の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。

- (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。兼任の取扱いについては、通知1の（2）のアと同様である。

イ 専従の常勤作業療法士が1名以上勤務していること。兼任の取扱いについては、通知1の（2）のアと同様である。

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。兼任の取扱いについては通知1の（2）のアと同様である。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、これらの者については、第2章第1部医学管理、第2部在宅医療、第7部リハビリテーション、第8部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務（専任として配置が求められる者を含む）並びに介護施設等への助言に係る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。またなお、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の通知 1 の（12）の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士を常勤理学療法士数、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又は自立訓練（機能訓練）に従事する場合については、通知 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 100m² 以上、診療所については内法による測定で 45m² 以上）を有していること。なお、専用の機能訓練室に係る面積以外の規定は、通知 1 の（3）の例による。

（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。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又は自立訓練（機能訓練）を実施する場合については、通知 1 の（4）の例によること。

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、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の通知 1 の（11）の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。

イ 専従の常勤言語聴覚士が 2 名以上勤務していること。心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の通知 1 の（12）の例により、専従の非常勤言語聴覚士を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 8m² 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）通知 1 の（7）から（11）までを満たしていること。

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）通知 2 の（1）を満たしていること。

（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。兼任の取扱いについては通知 1 の（2）のオと同様である。なお、これらの専従の従事者については、第 2 章第 1 部医学管理、第 2 部在宅医療、第 7 部リハビリテーション、第 8 部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務（専任として配置が求められる者を含む）並びに介護施設等への助言に係るまた、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。~~また、心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）の通知 1 の（12）の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士をそれぞれ常勤理学療法士数、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。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又は自立訓練（機能訓練）に従事する場合については、通知 1 の（2）のオの例によること。

（3）通知 2 の（3）及び（4）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 8m² 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）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又は自立訓練（機能訓練）を実施する場合については、通知 1 の（4）の例によること。

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。

（5）通知 1 の（7）及び（8）を満たしていること。

（6）（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又は自立訓練（機能訓練）に従事可能であること。

（7）通知 1 の（10）及び（11）を満たしていること。

4 初期加算および急性期リハビリテーション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

【告 示】〈要約・抜粋〉

1 廃用症候群リハビリテーション料の施設基準

- (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。
- (5) 廃用症候群リハビリテーション料を行う保険医療機関においては、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）第 111 条第 1 項に規定する指定通所リハビリテーション事業所、同令第 76 条第 1 項に規定する指定訪問リハビリテーション事業所等とのリハビリテーションに係る連携を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (6) 他の保険医療機関とのリハビリテーションに係る連携を行うにつき必要な体制が整備されていること。

2 初期加算及び急性期リハビリテーション加算の施設基準

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。

※急性期リハビリテーション加算の対象患者は別表第九の十（9 頁）を参照

【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の通知 1 の（1）から（4）までのいずれかを満たさず、（5）の A から E 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。

- (3) 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、当該患者の同意を得た上で、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、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できる体制を整備していること。

- (4) 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、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、当該他の医療機関に対して、当該患者の同意を得た上で、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できる体制を整備していること。

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の通知 2 の（1）から（3）まで又は（5）のいずれかを満たさず、（6）の A から E 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) 通知 1 の（3）及び（4）を満たしていること。

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。

- (3) 通知 1 の（3）及び（4）を満たしていること。

4 初期加算及び急性期リハビリテーション加算に関する施設基準

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。

◎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 76 条の 2 の 2 第 23 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 76 条の 2 の 2 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、心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)の通知 1 の(11)の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。
- (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、**当該専従の常勤理学療法士又は常勤作業療法士については、第 7 部リハビリテーション第 1 節(心大血管疾患リハビリテーション料を除く)において配置が求められている理学療法士又は作業療法士(専従の者を含む)リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算、地域包括医療病棟入院料、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回復期リハビリテーション入院医療管理料及び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が、第 1 章第 2 部入院料等において配置が求められている従事者(専任の者を除く)として従事することはできないことに留意すること。これらの者については、第 2 章第 1 部医学管理、第 2 部在宅医療、第 7 部リハビリテーション、第 8 部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務(専任として配置が求められる者を含む)並びに介護施設等への助言に係るなお、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、心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)の通知 1 の(12)の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤看護師を常勤理学療法士数、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(心大血管疾患リハビリテーション料を除く)において配置が求められている言語聴覚士(専従の者を含む)については、~~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、当該従事者は第 1 章第 2 部入院料等において配置が求められている従事者(専任の者を除く)として従事することはできないことに留意すること。また、心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)の通知 1 の(12)の例により、専従の非常勤言語聴覚士を常勤言語聴覚士数にそれぞれ算入することができる。~~
- (5) (3) 及び(4)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又は自立訓練(機能訓練)に従事する場合については、脳血管疾患等リハビリテーション料の通知 1 の(2)のオの例によること。
- (6) 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 60m²以上、診療所については、内法による測定で 45m²以上とする)を有すること。なお、専用の機能訓練室に係る面積以外の規定は、脳血管疾患等リハビリテーション料の通知 1 の(3)の例による。
- (7) 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、(6)の内法の規定を満たしているものとする。
- (8) 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。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又は自立訓

練（機能訓練）を実施する場合については、脳血管疾患等リハビリテーション料の通知 1 の（4）の例によること。

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）

(9) 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。

(10) 定期的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。

(11) (3) 及び (4) 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又は自立訓練（機能訓練）に従事可能であること。

◎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、心大血管疾患リハビリテーション料（I）の通知 1 の（11）の例により、専任の常勤医師数に算入することができる。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

(二) 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、当該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については、第 7 部リハビリテーション第 1 節（心大血管疾患リハビリテーション料を除く）において配置が求められている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（専従の者を含む）とのまた、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定める別の項目について、別に定めがある場合を除き、兼任は可能であるが、第 1 章第 2 部入院料等において配置が求められている従事者（専任の者を除く）として従事することはできないことに留意すること。なお、これらの者については、第 2 章第 1 部医学管理、第 2 部在宅医療、第 7 部リハビリテーション、第 8 部精神科専門療法、その他リハビリテーション及び患者・家族等の指導に関する業務（専任として配置が求められる者を含む）並びに介護施設等への助言に係る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、心大血管疾患リハビリテーション料（I）の通知 1 の（12）の例により、専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を常勤理学療法士数、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 100m² 以上）を有していること。なお、

専用の機能訓練室に係る面積以外の規定は、脳血管疾患等リハビリテーション料の通知 1 の (3) の例による。

- (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

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総合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。

〈経過措置〉

令和 8 年 3 月 31 日において現に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については、令和 8 年 9 月 30 日までの間に限り、告示の (2) に該当するものとする。

【通 知】

- (1) 基本診療料施設基準通知栄養サポートチーム加算の通知 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) 基本診療料施設基準通知栄養サポートチーム加算の通知 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) 「A200」に掲げる総合入院体制加算又は、「A200-2」に掲げる急性期総合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。

〈経過措置〉

令和 8 年 3 月 31 日時点で総合入院体制加算又は急性期充実体制加算の届出を行っている保険医療機関については、令和 8 年 9 月 30 日までの間に限り、通知の (3) の基準を満たしているものとみなす。

【疑義解釈】

問 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、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)

◎頭頸部悪性腫瘍光線力学療法 (歯科)

【告 示】

- (1) 当該保険医療機関内に当該療養を行うにつき必要な歯科医師及び看護師が配置されていること。
- (2) 当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること。
- (3) 当該療養を行うにつき十分な機器を有していること。

【通 知】

- (1) 関係学会により教育研修施設として認定された施設であること。
- (2) 頭頸部癌の治療に係る専門の知識及び 5 年以上の経験を有し、本治療に関する所定の研修を修了している常勤の歯科医師が 1 名以上配置されていること。
- (3) 常勤の歯科麻酔科医又は常勤の麻酔科標榜医が配置されていること。
- (4) 緊急時・偶発症発生時に備えて医師との連携体制を確保していること。
- (5) 緊急手術の体制が整備されていること。
- (6) 当該療養に用いる機器について、適切に保守管理がなされていること。

【疑義解釈】

問 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法において、施設基準通知の (2) 以外に、満たすべき要件はあるか。

答 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法は医療機器 (BioBlade レーザシステム) および医薬品 (アキシャルックス点滴静注 250mg) を用いて実施するものであり、当該医薬品の医薬品リスク管理計画書に示された以下の施設要件を満たす必要がある。なお、施設要件等の詳細に関しては、医薬品リスク管理計画書を参照すること。

(施設要件)

- ①日本頭頸部外科学会に認定された指定研修施設または次のいずれかに該当する日本口腔腫瘍学会に認定された指定研修施設であること
・厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等 (都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など)
・特定機能病院
・都道府県知事が指定するがん診療連携病院 (がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など)
・外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料 1 または外来腫瘍化学療法診療料 2 の施設基準に係る届出を行っている施設
・抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設
 - ②常勤の頭頸部がん指導医、または口腔がん専門医がいること。
常勤の頭頸部がん指導医が一時的に不在の場合は、頭頸部アルミノックス治療指導医と連携すること
 - ③本治療の医師要件、または歯科医師要件を満たす常勤医師、または歯科医師がいること
 - ④「頭頸部がん診療連携プログラム (日本臨床腫瘍学会)」における連携協力医師との連携が組めること
 - ⑤常勤麻酔医が 1 名以上在籍すること
 - ⑥緊急手術の実施体制を有すること
 - ⑦医療機器の保守管理体制を有すること
 - ⑧医療安全管理委員会を有すること
 - ⑨耳鼻咽喉科専門医が 1 名以上在籍すること
- (令和 4 年疑義解釈その 62 問 1 改変)

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又は歯科静脈麻酔を10050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。なお、無床診療所にあつては、同等の経験を有する、非常勤の麻酔に従事する歯科医師が複数名配置されている場合においても、当該基準を満たしていることとみなすことができる。
- (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。
- (3) 無床歯科診療所である保険医療機関においては、次に該当する保険医療機関との連携により、緊急時の連携体制を確保し、連携保険医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出ていること。
 - ア 病院である医療機関であること。
 - イ 緊急時の対応を行う体制を確保していること。

◎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又は2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、「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)

- ①手術前医学管理料は、硬膜外麻酔、脊椎麻酔、声門上器具また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。
- ②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。
- ③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に1回に限り算定する。
- ④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。
- ⑤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。
- ⑥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。
- ⑦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。
- ⑧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

【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）、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、HCV抗体・HCVコア蛋白同時検出定性
- ・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

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。

- ⑨使用したフィルムは所定点数により算定できる。

- ⑩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。
- ⑪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。

- ⑫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）

- ①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、声門上器具また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（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。
- ②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。
- ③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）。
- ④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。
- ⑤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、本管理料の最初の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。
- ⑥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。

【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）、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

- ⑦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。
- ⑧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)

- ① 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。
- ② 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。

③ 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。

④ 本指導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)

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—歯科遠隔連携診療料《歯遠隔》(500点)

- ① 施設基準 (6頁参照) を満たす保険医療機関において、入院中以外で対面診療を行っている右記の状態にある専門的な歯科診療を必要とする患者に対し、当該施設基準を満たす当該患者の疾患等に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の歯科医師と、事前に診療情報提供を行行情報を共有した上で、症状の確認等を行うことを目的として、患者の来院時にビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。
- ② 本診療料の算定にあたっては、患者に対面診療を行っている保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関の歯科医師に診療情報の提供を行い、当該歯科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。
- ③ 他の保険医療機関の歯科医師と連携して診療を行った際には、患者に対面診療を行っている保険医療機関の歯科医師は、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。
- ④ 連携して診療を行う他の保険医療機関の歯科医師は、歯科オンライン指針に沿って診療を行う。ま

【歯科遠隔連携診療料の対象患者】

次のいずれかに該当すること。

- イ 口腔領域の悪性新生物の術後の経過観察等の専門的な医療を必要とする患者
- ロ 口腔軟組織の疾患 (難治性のものに限る) または薬剤関連顎骨壊死の経過観察等の専門的な医療を必要とする患者
- ハ 顎変形症に伴う顎離断等の術後の経過観察等の専門的な医療を必要とする患者

た、当該他の保険医療機関内において診療を行う。

- ⑤ 本連携診療を行うにあたって、当該保険医療機関の歯科医師および連携して診療を行う他の保険医療機関の歯科医師は、関係学会より示されている「歯科遠隔連携診療に関する基本的な考え方」(令和8年3月日本歯科医学会)を参考とすること。
- ⑥ 事前の診療情報提供について、診療情報提供料 (I) は別に算定できない。
- ⑦ 本請求については、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。

5—退院時共同指導料 2 (400点)

退院時共同指導料1との共通事項については、

C-4 訪問診療と医療連携 (本誌 209 頁) を参照。

- ① 入院中の保険医療機関の歯科医師または看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士もしくは社会福祉士が、入院中の患者に対して当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明および指導を、在宅療養担当医療機関の歯科医師もしくは医師、当該歯科医師もしくは医師の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士もしくは社会福祉士または在宅療養担当医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)、理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士と共同して行ったうえで、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該患者が入院している保険医療機関の歯科医師または看護師等が、在宅療養担当医療機関の歯科医師もしくは医師、もしくはその指示を受けた看護師等または在宅療養担当医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)と1回以上、共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定する。
- ② ①の場合において、入院中の保険医療機関の歯科医師および在宅療養担当医療機関の歯科医師または医師が共同して指導を行った場合に、300点を所定点数に加算する。ただし、③に規定する加算を算定する場合は算定できない。
- ③ ①の場合において、入院中の保険医療機関の歯科医師または看護師等が、在宅療養担当医療機関の医師もしくは看護師等、歯科医師もしくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く)、理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士、介護支援専門員または相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導管理加算として、2,000点を所定点数

に加算する(この加算を算定する場合、同日に②の加算および介護支援等連携指導料を算定できない)。

- ④ ①の規定にかかわらず、入退院支援加算を算定する患者にあつては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。
- ⑤ 開放型病院共同指導料(Ⅱ)は、別に算定できない。
- ⑥ ①は、退院後の在宅での療養上必要な説明および指導を、当該患者が入院している保険医療機関の歯科医師または看護師等、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士もしくは社会福祉士と在宅療養担当医療機関の歯科医師または医師もしくは当該歯科医師または医師の指示を受けた看護師等、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士もしくは社会福祉士または在宅療養担当医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士が共同して行った場合に算定する。なお、退院後に介護保険によるリハビリテーション(訪問リハビリテーション等)を利用予定の場合、在宅での療養上必要な説明および指導について、当該患者が入院している医療機関の歯科医師等が、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士の参加を求めると望ましい。
- ⑦ ③に規定する加算は、退院後の在宅での療養上必要な説明および指導を、当該患者が入院している保険医療機関の歯科医師または看護師等が、在宅療養担当医療機関の医師、看護師等、歯科医師またはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士、介護支援専門員または相談支援専門員のいずれかのうち3者

以上と共同して行った場合に算定する（ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合も算定可）。

- ⑧患者の個人情報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。
- ⑨④は、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療に加えて退院後の在宅または介護施設等での療養上必要な指導を行うために必要な

看護および栄養管理の状況等の情報を当該患者および家族に医科点数表の別紙様式50「看護及び栄養管理等に関する情報」を参考に文書により説明し、これを当該患者の退院後の治療等を担う他の保険医療機関のほか訪問看護ステーション、介護施設等と共有する。

- ⑩退院時共同指導料2については、入院中の保険医療機関の薬剤師が指導等を行った場合は、同一日に退院時薬剤情報管理指導料は別に算定できない。
- ⑪同一日に退院時共同指導料2と退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、診療報酬明細書「摘要」欄に、共同指導を行った者の職種および年月日を記載すること。

6—遺伝性疾患療養指導管理料

イ 歯科医師が遺伝子検査の必要性等について文書により説明を行った場合（300点）

ロ 歯科医師が遺伝子検査の結果に基づき遺伝学的な評価等について文書により説明を行った場合

(1) 初回（700点）

(2) 2回目（200点）

1) 算定の原則

①「イ」については、本管理料の注1から注3に規定する施設基準（5頁参照）届出保険医療機関において、右記の難病に関する検査または遺伝性腫瘍に関する検査もしくは病理診断を実施する前に、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する歯科医師が、患者またはその家族等に対し、当該検査・病理診断の目的ならびに当該検査・病理診断の実施によって生じうる利益およ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回に限り算定する。

②「ロの(1)」については、①の施設基準届出保険医療機関において、右記の検査・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、患者またはその家族等に対し、当該検査・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回に限り算定する。この場合、明細書「摘要」欄に当該検査または病理診断を實

【難病に関する検査〈医科点数表〉】

- ・遺伝学的検査
- ・角膜ジストロフィー遺伝子検査
- ・染色体構造変異解析
- ・遺伝性網膜ジストロフィー遺伝子検査

【遺伝性腫瘍に関する検査〈医科点数表〉】

- ・がんゲノムプロファイリング検査を除く
- ・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）
- ・BRCA1/2遺伝子検査

【病理診断〈医科点数表〉】

- ・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）

施した年月日を記載すること。

③「ロの(2)」については、①の施設基準届出保険医療機関において、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する歯科医師が、過去に上記の検査・病理診断を実施した患者に対して、生活状況の変化等を踏まえ、当該検査・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、明細書「摘要」欄に②に規定する行為を行った年月日を記載すること。

④本管理料は、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ドランス」なら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」および「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。

- ⑤BRCA1/2 遺伝子検査（医科）を実施する際、検査を行った保険医療機関と①～③に掲げる行為を行った保険医療機関とが異なる場合、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、その分配は相互の合議に委ねる。その際、明細書「摘要」欄に①～③の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記載すること。

2) 遠隔連携遺伝性疾患療養指導管理

- ① 1) の行為のうち、情報通信機器を用いて他の保険医療機関と連携して遠隔で行われるもの（難病に関する検査に係るものに限る）を遠隔連携遺伝性疾患療養指導または遠隔連携遺伝性疾患療養指導管理とよぶ。
- ② 遠隔連携遺伝性疾患療養指導管理を行う場合は、本管理料の注4に規定する施設基準（5頁参照）を満たす保険医療機関において行う場合に限り算定する。
- ③ 遠隔連携遺伝性疾患療養指導を行う場合の本管理料は、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歯科医師は、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歯科医師と連携し、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

歯科医師は、他の保険医療機関の歯科医師に診療情報の提供を行い、当該歯科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歯科医師は、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遺伝性疾患療養指導管理料の注1から注3に規定する施設基準（6頁）届出保険医療機関であること。
- オ 当該他の保険医療機関の歯科医師は、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、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。

3) がんゲノムプロファイリング検査における遺伝性疾患療養指導管理料

- ① 本管理料の注5に規定する施設基準（5頁参照）届出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）を実施する際に1) の①～③を満たす場合は、それぞれイ、ロの（1）、ロの（2）に掲げる所定点数を、患者1人につき1回に限り算定できる。
- ② この場合であっても、1) の④のガイダンス、ガイドラインを遵守すること。

7—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）

- ① 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。
- ② 15歳未満の場合は小児加算50点を加算する。

- ③ 本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。
 - ④ 本管理料を算定する場合は、麻薬の処方前の疼痛の程度（疼痛の強さ、部位、性状、頻度等）、麻薬の処方後の効果判定、副作用の有無、治療計画および指導内容の要点を診療録に記載する。
- 難治性がん性疼痛緩和指導管理加算（+100点）
- ① 本管理料の注2に規定する施設基準（2頁参照）届出保険医療機関において、がん性疼痛緩和のため

の専門的な治療が必要な患者に対して、当該患者またはその家族等の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師が、その必要性および診療方針等について文書により説明を行った場合に、患者1人につき1回に限り所定点数に加算する。

- ②本加算は、がん疼痛の症状緩和を目的とした放射線治療および神経ブロック等の療法について、患者またはその家族等が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように文書を用いて説明を行った場合に算定できる。
- ③本加算を算定する場合は、説明内容の要点を診療録に記載する。

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)

①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。

②「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回に限り算定する(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)。

③「1」について、根治を目的とした治療後に根治が不能な状況になる等、病状の大きな変化に伴って治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、さらに1回に限り算定できる。

④「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。

⑤「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、処方料・処方箋料の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 がん治療連携計画策定料1(750点)
- 2 がん治療連携計画策定料2(300点)

①「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。

②「2」は、「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。

③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。

④《周計》、《回計》、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)

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) 外来腫瘍化学療法診療料

☞ Ⅳ-④その他の投薬・注射・麻酔関連参照。

8—その他の医学管理項目

1) こころの連携指導料 (1) (350点)

- ①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。
- ②「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。
- ③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、その内容および指導の要点を診療録に記載する。
- ④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。
- ⑤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。
- ⑥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。

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)
 - ①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。
 - ②がん患者指導管理料の「3」は算定できない。
 - ③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。
 - ④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。
 - ⑤施設基準を満たしていても、③④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。
 - ⑥「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。

⑦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。

⑧明細書「摘要」欄に算定日を記載する。

⑨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／その他の事項

⑩薬剤管理指導記録を診療録等とともに管理する場合は、⑨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。

⑪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

⑫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）

①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に、1回につき加算する。

②加算の算定にあたっては、前項⑨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) 入院栄養食事指導料（週1回）

1 入院栄養食事指導料1（初回260点、2回目200点）

2 入院栄養食事指導料2（初回250点、2回目190点）

①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（GLIM基準による栄養評価を行い低栄養と判定された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／特別な場合の検査食（単なる流動食および軟食を除く）

②「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。

③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。

4) 栄養情報連携料（70点）

①入院栄養食事指導料を算定する患者に対し、退院の見通しが立った際に、退院後の栄養食事管理について、当該保険医療機関の歯科医師と医師との連携により、当該保険医療機関の管理栄養士が栄養指導に加え、指導内容および入院中の栄養管理に関する情報を文書を用いて患者に説明するとともに、これを他の保険医療機関、介護老人保健施設、介護医療院、特別養護老人ホーム、指定障害

者支援施設等、福祉型障害児入所施設（以下「保険医療機関等」）の医師または管理栄養士に情報提供し共有した場合に、入院中1回に限り算定する。

②①に該当しない場合であって、当該医療機関を退院後に他の「保険医療機関等」に転院または入所する患者であって栄養管理計画が策定されているものについて、患者またはその家族等の同意を得て、当該保険医療機関の歯科医師と医師の連携により、当該保険医療機関の管理栄養士が入院中の栄養管理に関する情報を文書を用いて、入院または入所する先の他の「保険医療機関等」の管理栄養士に対面または電話、ビデオ通話が可能な情報通信機器等により説明のうえ情報提供し、共有した場合に、入院中に1回に限り算定する。

③退院時共同指導料2は、別に算定できない。

④栄養情報連携料は、退院後の栄養食事指導に関する内容（①）および入院中の栄養管理に関する情報について、医療機関間の有機的連携の強化および保健または福祉関係機関等への栄養情報提供等の連携機能の評価を目的として設定されたものであり、両者が患者の栄養に関する情報（必要栄養量、摂取栄養量、食事形態（嚥下食コードを含む）、禁止食品、栄養管理に係る経過等）を共有することにより、継続的な栄養管理の確保等を図るものである。

⑤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は、算定できない。

⑥栄養情報提供にあたっては、別紙様式12の5またはこれに準ずる様式を交付するとともに交付した文書の写しを診療録等に添付する。なお、診療情報を示す文書等が交付されている場合にあつては、当該文書等と併せて他の保険医療機関等に情報提供することが望ましい。

5) 介護支援等連携指導料

1 介護支援等連携指導料1 (400点)

2 介護支援等連携指導料2 (500点)

①介護支援等連携指導料は、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、退院後に介護等サービス（介護サービス・障害福祉サービス・地域相談支援・障害児通所支援）を導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望ん

でいる患者が退院後により適切な介護等サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業所等の介護支援専門員（ケアマネジャー）または指定特定相談支援事業所等（指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所）の相談支援専門員と連携し、退院後のケアプラン等（ケアプランまたはサービス等利用計画もしくは障害児支援利用計画）の作成につなげることを評価するものである。

②「1」については、歯科医師または歯科医師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、相談支援専門員、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所・介護予防支援事業所・介護保険施設等の介護支援専門員、指定特定相談支援事業所等の相談支援専門員と共同して、患者に対し、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提供した場合に、入院中2回に限り算定する。

③「2」については、入退院支援加算1の届出を行っている病棟に入院中の患者に対し、患者の同意を得て、平時から以下のアの体制を確保した上で、イおよびウに掲げる連携体制を構築している介護支援専門員、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に関する説明および指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定できる。
ア 当該保険医療機関の入退院支援および地域連携業務を担う部門において、退院後に介護保険の給付が行われる患者の取扱いに係る以下の（ア）および（イ）が含まれる規程を作成し、院内に周知すること。

（ア）入院前に当該患者を担当する介護支援専門員等が決まっている場合は、原則として患者の入院日から7日以内に当該介護支援専門員等へ入院の事実その他必要な情報を情報提供すること。また、患者の退院が見込まれる7日前までに当該介護支援専門員等

に連絡し、退院後のケアプランの作成に必要な情報提供等を行うこと。

(イ) 要介護および要支援状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請である場合は、入院中に担当の介護支援専門員等を決めることができるよう、患者・家族等に居宅介護支援事業所や地域包括支援センターに相談するよう促すとともに、担当の介護支援専門員等が決まり次第連絡をとり、必要な情報提供を行うこと。

イ 当該保険医療機関の入退院支援および地域連携業務を担う部門の担当者が、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当者会議または病院もしくは介護保険施設等で実施される多職種連携に係る会議に出席し、医療関係職種および介護関係職種等の連絡先や担当者をあらかじめ共有し、平時から連携体制を構築している。

ウ 医療法に規定する、病状が急変した場合その他入院が必要な場合に入院させるため、または病院もしくは診療所を退院する者が引き続き療養を必要とする場合に当該者を他の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院もしくは居宅等における療養生活に円滑に移行させるために必要な支援を、都道府県や市町村等が策定する規定に基づき、入退院支援および地域連携業務を担う部門の担当者と介護支援専門員等とが

事前に取り決めを行うことが望ましい。

④ 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。

⑤ 算定にあたっては、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。

⑥ 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。

⑦ 同一入院期間中に、「1」と「2」の両方を算定することはできない。

⑧ 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。

6) 外来リハビリテーション診療料

☞ ④-③その他のリハビリテーション参照。

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, 遺伝性疾患療養指導管理料, 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), 退院時共同指導料 2 は, 全体の「その他」欄に当該項目を記載する。【紙】	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) 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) 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) 入院栄養食事指導料 1 (初回) 入院栄養食事指導料 1 (2 回目) 入院栄養食事指導料 2 (初回) 入院栄養食事指導料 2 (2 回目) 遺伝性疾患療養指導管理料 (イ) 遺伝性疾患療養指導管理料 (ロ) 介護支援等連携指導料 介護支援等連携指導料 2 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) がん治療連携管理料 (地域がん診療病院) がん治療連携管理料 (小児がん拠点病院) こころの連携指導料 (1) 退院時共同指導料 2
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
歯科遠隔連携診療料	連携先の保険医療機関名を記載する。	歯科遠隔連携診療料連携先保険医療機関名; ****
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の場合)	指導日および薬剤名を記載する。 ※指導日は【紙】	(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 2 (1 の患者以外の患者の場合)	指導日を記載する【紙】。	(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
退院時共同指導料 2	全体の「その他」欄に当該指導を共同して行った保険医療機関名, 共同指導に参画した者の職種および指導年月日を記載する。	退院時共同指導料 2 保険医療機関名; **** 退院時共同指導料 2 指導参画者の職種; **** 退院時共同指導料 2 指導年月日; 令和*年*月*日

※「記載事項」欄に【紙】と記したものは, 紙レセのみ記載する。

※おもな明細書記載ポイントについては, 購入者専用ページにて公開予定です。

補1 歯科遠隔連携診療料

カルテ傷病名

レセプト傷病名


右舌がん

右舌がん

2025年9月 右側舌縁部の違和感を主訴に来院。舌がんの疑いでA大学附属病院口腔外科に紹介。

2026年1月 A大学附属病院口腔外科で舌部分切除術を施行。

術後の経過観察は、A大学の担当医（B歯科医師）と共同で、近医である当院で行うことになった。

月日	部位	治療内容	点数	負担金
6/10		再診 明細	59+1	
		歯科遠隔連携診療料	500	
		口腔内ビデオカメラを使用してB歯科医師と共同で術後の患部の状態を診査。		
		触診の結果をB歯科医師に伝達（所見略）		
		術後の経過は良好		
		経過観察のため今後も定期的に来院するよう指示		
		実日数 1日	計 600点	

Q 厚生労働省「歯科におけるオンライン診療の適切な実施に関する指針」において、「厚生労働省が定める研修受講することにより、オンライン診療を実施するために必須となる知識を習得しなければならない」とあるが、歯科点数表の初診料の注16〔編注：情初診〕および再診料の注13〔編注：情再診〕に掲げる施設基準に係る届出を行う場合、当該研修を受講しなければ届出はできないのか。

A そのとおり。

（令和6年疑義解釈その3 問15 改変）

保険解説

歯科遠隔連携診療料（3月に1回、500点）

①対面診療を行っている患者（入院中の患者を除く）であって、専門的な歯科診療を必要とする下記対象患者に対して、症状の確認等を行うことを目的としてビデオ通話が可能な情報通信機器を用いて、当該患者の疾患等に関する専門的な診療を行っている他の保険医療機関の歯科医師と連携して診療を行った場合に、3月に1回に限り算定する。

■対象患者

- ・口腔領域の悪性新生物の術後の患者
- ・難治性の口腔軟組織の疾患の患者
- ・薬剤関連顎骨壊死の経過観察中等の患者
- ・顎変形症に伴う顎離断等の術後の患者

②算定にあたっては、患者に対面診療を行っている保険医療機関の歯科医師が、他の保険医療機関の歯科医師に診療情報の提供を行い、当該歯科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。

③他の保険医療機関の歯科医師と連携して診療を行った際には、患者に対面診療を行っている保険医療機関の歯科医師は、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。

④連携して診療を行う他の保険医療機関の歯科医師は、厚生労働省「歯科におけるオンライン診療の適切な実施に関する指針」（歯科オンライン指針）に沿って診療を行う。また、当該他の保険医療機関内において診療を行う。

⑤当該連携診療を行うにあたって、当該保険医療機関の歯科医師および連携して診療を行う他の保険医療機関の歯科医師は、関係学会より示されている「歯科遠隔連携診療に関する基本的な考え方」（令和8年3月日本歯科医学会）を参考とすること。

⑥事前の診療情報提供については、《情1》は別に算定できない。

⑦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。

⑧算定にあたっては両方の保険医療機関において施設基準（6頁参照）を満たしていることが必要となる（施設基準届出は不要）。

⑨明細書「摘要」欄に、連携先の保険医療機関名を記載する。

歯科遠隔連携診療料連携先保険医療機関名；
A 大学付属病院

その他のリハビリテーション

1 疾患別リハビリテーション料

1) 基本事項

- ① 脳血管疾患等リハビリテーション料および廃用症候群リハビリテーション料は、歯科においては音声・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する。
- ② 脳血管疾患等リハビリテーション料または廃用症候群リハビリテーション料は、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〈次頁囲み中段〉については1日9単位）に限り算定できるものとする。
- ③ 脳血管疾患等リハビリテーション料および廃用症候群リハビリテーション料のリハビリテーション実施単位数は、従事者1人につき1日あたりの実施単位数として18単位を標準とし、週あたりの実施単位数として108単位までとする。この実施単位数は、脳血管疾患等リハビリテーション料および廃用症候群リハビリテーション料のリハビリテーションならびに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日あたりの実施単位数として24単位を上限とする。
- ④ 脳血管疾患等リハビリテーション料および廃用症候群リハビリテーション料の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、それぞれの施設基準【通知】（8～12頁参照）に規定する業務のうち、脳血管疾患等リハビリテーション料および廃用症候群リハビリテーション料のリハビリテーションならびに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③に規定する実施単位数に加えて計算する。

2) 脳血管疾患等リハビリテーション料

	(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） 理学療法士による場合 作業療法士による場合 言語聴覚士による場合 歯科医師による場合	245点	147点
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ） 理学療法士による場合 作業療法士による場合 言語聴覚士による場合 歯科医師による場合	200点	120点
脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅲ） 理学療法士による場合 作業療法士による場合 言語聴覚士による場合 歯科医師による場合 上記以外による場合	100点	60点

- ① 施設基準（8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（次頁囲み上段）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、本施設基準の区分に従って、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日を限度として上表の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（次頁囲み中段）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、その他別に厚生労働大臣が定める場合（次頁囲み下段）には、180日を超えて所定点数を算定することができる。
- ② ①にかかわらず、①に規定する患者であって、要介護被保険者等以外のものに対して必要があつてそれぞれ発症、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。
- ③ ①にかかわらず、①に規定する患者であつて、入院中の要介護被保険者等に対して必要があつてそれぞれ発症、手術、急性増悪、または最初に診断された日から180日を超えて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、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）

【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の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

を行った場合は、1月13単位に限り、(I)～(III)の区分に従い前頁表右欄（要介護者）の所定点数を算定できる。

- ④ 特定の患者に離床を伴わずに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、上表の90/100に相当する点数により算定する。この場合、1)の②にかかわらず、患者1人につき1日2単位まで算定する。
- ⑧ その他、医科点数表「脳血管疾患等リハビリテーション料」の留意事項の例により算定する。

3) 廃用症候群リハビリテーション料

	(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) 理学療法士による場合 作業療法士による場合 言語聴覚士による場合 歯科医師による場合	180点	108点
廃用症候群リハビリテーション料 (II) 理学療法士による場合 作業療法士による場合 言語聴覚士による場合 歯科医師による場合	146点	88点
廃用症候群リハビリテーション料 (III) 理学療法士による場合 作業療法士による場合 言語聴覚士による場合 歯科医師による場合 上記以外による場合	77点	46点

- ① 施設基準（12頁参照）に適合している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（左囲み中段）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、その他別に厚生労働大臣が定める場合（左囲み下段）には、120日を超えて所定点数を算定することができる。
- ② ①にかかわらず、①に規定する患者であって、要介護被保険者等以外のものに対し、必要があって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。
- ③ ①にかかわらず、①に規定する患者であって、入院中の要介護被保険者に対して必要があって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、(I)～(III)の区分に従い上表右欄（要介護者）の所定点数を算定できる。
- ④ 特定の患者に離床を伴わずに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、前頁表の90/100に相当する点数により算定する。この場合、1)の②にかかわらず、患者1人につき1

日2単位まで算定する。

- ⑤その他、医科点数表「廃用症候群リハビリテーション料」の留意事項の例により算定する。

4) 早期リハビリテーション加算 (+60点, 起算日から4日目以降は1単位につき+25点)

- ①入院中である2の①に規定する別に厚生労働大臣が定める患者および3)の①に規定する患者に対してリハビリテーションを行った場合は、入院日から起算して14日を限度として、1単位につき所定点数に加算する。
- ②他の保険医療機関から転院してきた患者については、転院前の保険医療機関に入院した日を起算日とする。

5) 初期加算 (+45点)

- ①脳血管疾患等リハビリテーション料の初期加算の施設基準(9, 11頁参照)届出保険医療機関において入院中の、2)の①に規定する別に厚生労働大臣が定める患者(前頁囲み上段)に対しリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術または急性増悪から14日を限度として、1単位につき所定点数にさらに加算する。
- ②廃用症候群リハビリテーション料の初期加算の施設基準(12頁参照)を満たす保険医療機関において入院中の、3)の①に規定する患者に対しリハビリテーションを行った場合は、廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術、急性増悪、または廃用症候群の急性増悪から14日を限度として、1単位につき所定点数にさらに加算する。

6) 急性期リハビリテーション加算 (+50点)

- ①脳血管疾患等リハビリテーション料または廃用症候群リハビリテーション料の急性期リハビリテーション加算の施設基準(9, 11, 12頁参照)届出保険医療機関において、2)の①に規定する別に厚生労働大臣が定める患者(前頁囲み上段)および3)の①に規定する患者(それぞれ入院中のものに限る)であって、リハビリテーションを実施する日

において、別に厚生労働大臣が定める患者(下囲み内)であるものに対してリハビリテーションを行った場合は、脳血管疾患等の発症、手術、急性増悪、廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術、急性増悪、または廃用症候群の急性増悪から14日を限度として、1単位につき所定点数にさらに加算する。

【急性期リハビリテーション加算の対象患者】

- ①相当程度以上の日常生活能力の低下を来している患者
- ②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
- ③特別な管理を要する処置等を実施している患者
- ④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ならびにそれらの疑似症患者

7) 休日リハビリテーション加算 (+25点)

- ①2)の①に規定する別に厚生労働大臣が定める患者(前頁囲み上段)であって入院中のもの、また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または他の保険医療機関を退院したもの(入退院支援加算(医科)の地域連携診療計画加算を算定した患者に限る))に対して休日にリハビリテーションを行った場合は、それぞれ発症、手術または急性増悪から30日目までを限度として、1単位につき加算する。
- ②3)の①に規定する別に厚生労働大臣が定める患者であって入院中のものに対して休日にリハビリテーションを行った場合は、廃用症候群に係る急性疾患等の発症、手術、急性増悪または廃用症候群の急性増悪から30日目までを限度として、1単位につき加算する。
- ③休日リハビリテーション加算の対象となる休日とは、土曜日、日曜日または祝日である。なお、祝日は、国民の祝日に関する法律に規定する休日を行い、1月2~3日ならびに12月29~31日は、「土曜日、日曜日または祝日」として取り扱う。

●疾患別リハビリテーション料に関する疑義解釈

【疾患別リハビリテーション】

- Q 令和8年度診療報酬改定において、休日リハビリテーション加算が新設されるとともに、週当たりにおける療法士の上限単位数が108単位であることが改めて示されたが、1週間の単位は、第1部初・再診料通則で定める単位と同様か。(令和8年疑義解釈その1 医科問38)

- A そのとおり。日曜日から土曜日までを週の単位とする。

【休日リハビリテーション加算】

- Q 令和8年度診療報酬改定にて休日リハビリテーション加算が新設されたが、令和8年5月31日以前に入院し、同年6月1日以降も入院している患者に対して当該加算

を算定する場合、起算日はどのように考えればよいか。
(令和8年疑義解釈その1 医科問39)

- A** 休日リハビリテーション加算の起算日に相当する日付が令和8年5月31日以前であっても、当該日付を起算日と考え、6月1日以降、算定要件を満たす日に算定可能である。

【廃用症候群リハビリテーション料】

- Q** 廃用症候群リハビリテーション料の留意事項に「心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)

- A** そのとおり。

- Q** 廃用症候群リハビリテーション料の対象となる患者として、急性疾患等に伴う安静による廃用症候群であって、一定以上の基本動作能力等の低下を来しているものとなるが、入院中の患者の場合、急性疾患等に伴う安静とは、入院後に行われる必要があり、入院後に一定の安静期間がなければ算定できないのか。(令和8年疑義解釈その1 医科問40)

- A** 廃用症候群リハビリテーションの対象患者の要件は「急性疾患等に伴う安静」であり、必ずしも入院後の安静期間を要するものではない。入院前に発症した疾患により入院までに生じた安静期間により、入院時に既にFIM等の要件を満たす廃用を認めた場合は、入院初日であっても廃用症候群リハビリテーション料を算定することができる。なお、早期リハビリテーション加算の算定可能期間は、廃用症候群リハビリテーション料の算定開始日より、入院日から14日間であることに留意すること。

2—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(74点)

2 外来リハビリテーション診療料2(111点)

- ①** 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(3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。
- ②** 「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(《歯DX1-2》《歯DX》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。
- ③** 「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(《歯DX1-2》《歯DX》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。
- ④** 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。

- ⑤** 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。
- ⑥** 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。
- ⑦** 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《歯DX1-2》ならびに再診料の《歯DX》の算定要件を満たす場合は、併算定できる。

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)

①施設基準 (12 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 (右囲み参照) に対し、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。

②本リハビリテーション料は、音声・構音障害を持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。

③本リハビリテーション料は、次に掲げるいずれかの施設で行った場合に算定する。

- イ 児童福祉法に規定する医療型障害児入所施設
- ロ 児童福祉法に規定する指定発達支援医療機関
- ハ 当該保険医療機関においてリハビリテーショ

【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

ンを実施している外来患者のうち、概ね 8 割以上が上表の対象患者である保険医療機関 (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)

④その他、医科点数表「障害児(者)リハビリテーション料」の留意事項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)

①施設基準 (14 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る。合わせて個々の症例に応じて行った場合に算定する。

②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。

③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 当該入院中の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

⑤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。

- ⑥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。

- ⑦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—自律訓練法 (1回につき)

1) 心身医学療法

1 入院中の患者 (150点)

2 入院中の患者以外 初診時 (110点)

再診時 (80点)

- ①「心身医学療法」とは、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の保険医療機関からの診療情報提供料の様式に基づく歯科口腔領域に係る心因性疾患の治療の依頼(医科歯科併設の保険医療機関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、院内紹介に係る文書に基づく紹介)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、当該治療計画に基づき身体的傷病と心理・社会的要因との関連を明らかにするとともに、当該患者に対して心理的影響を与えることにより、症状の改善または傷病からの回復を図る自律訓練法等をいう。
- ②初診料を算定する初診の日において、心身医学療法を行った場合に、診療に要した時間が30分を超えたときに限り算定する。この場合の診療時間とは、歯科医師自らが患者に対して行う問診、理学的所見(視診、聴診、打診および触診)および当該心身医学療法に要する時間をいい、これら以外

の診療に要する時間は含まない。

- ③「1」については入院の日から起算して、「2」については初診日から起算して、4週間以内の場合は週2回、4週間を超える場合は週1回に限り算定する。
- ④20歳未満の患者に対し、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、所定点数の100/100に相当する点数を所定点数に加算する。
- ⑤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)」
- ⑥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《情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。
- ⑧明細書「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。
- ⑨算定例は**本誌症例16**を参照。

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。【紙】	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	<p>(「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)</p> <p>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。</p> <p>【記載例】</p> <p>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)</p> <p>脳血管疾患等リハビリテーション料 2,000円×1</p>	リハ選；****
心身医学療法	<p>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。</p>	<p>心身医学療法医科保険医療機関名等；***</p> <p>心身医学療法紹介年月日；令和*年*月*日</p> <p>心身医学療法治療内容の要点；***</p> <p>心身医学療法実施日年月日；令和*年*月*日</p> <p>心身医学療法開始時刻</p> <p>心身医学療法終了時刻</p>

※「記載事項」欄に【紙】と記したものは、紙レセのみ記載する。

※おもな明細書記載ポイントについては、購入者専用ページにて公開予定です。


補2 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
6/10		病再診	76	
		歯科疾患管理料 (継続管理計画作成, 文書提供)	90+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	
		実日数 1日	計 376点	

保険解説

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)
理学療法士による場合/作業療法士による場合/言語聴覚士による場合/歯科医師による場合…………… 245点 (入院中の要介護者: 147点)
- ・脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅱ) (1単位)
理学療法士による場合/作業療法士による場合/言語聴覚士による場合/歯科医師による場合…………… 200点 (入院中の要介護者: 120点)
- ・脳血管疾患等リハビリテーション料 (Ⅲ) (1単位)
理学療法士による場合/作業療法士による場合/言語聴覚士による場合/歯科医師による場合/左記以外の場合…………… 100点 (入院中の要介護者: 60点)

①脳血管疾患等リハビリテーション料は、施設基準 (9頁参照) 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る。また、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。

③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。

④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。

⑤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。

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。

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〉

①施設基準(7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。

- ②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。
- ③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

- ①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。
- ②「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。
- ③「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あたり使用したものの費用に限る。
- ④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

- ①皮下、皮内および筋肉内注射(1回につき)(25点)
・入院中の患者以外の患者に限り算定する。
- ②静脈内注射(1回につき)(37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、52点を加算する。
- ③動脈注射(1日につき)
内臓の場合(186点)/その他の場合(45点)

- ④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。

⑤点滴注射

年齢	1日分の注射量	点数
6歳未満 ^{*1}	100mL未満 ^{*2}	53点(+48点)
	100mL以上	105点(+48点)
6歳以上	500mL未満 ^{*2}	53点
	500mL以上	102点

*1 6歳未満の乳幼児に行った場合は48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、48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。

⑥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。

⑦ 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、600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。

⑧ 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、600点を加算する。

⑨ 植込型カテーテルによる中心静脈注射 (1 日につき) (125 点)

- ・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。

⑩ 関節腔内注射 (80 点)

⑪ 滑液嚢穿刺後の注入 (100 点)

■ 無菌製剤処理料

1 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)

イ 閉鎖式接続器具を使用した場合 (180 点)

ロ イ以外の場合 (45 点)

2 無菌製剤処理料 2 (1 以外のもの) (40 点)

- ① 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。

- ② 外来腫瘍化学療法加算 1 の施設基準 (3 頁参照) 届出保険医療機関において、「1 のイ」を実施した場合に、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は、投与時閉鎖式接続器具使用加算として、150 点を加算する

【無菌製剤処理料の対象患者】〈告示〉

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、点滴注射、脳脊髄腔注射または薬液膀胱内注入が行われる患者

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

- ① 1 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 円以下の場合には 1 点である。

- ② 1 回分の使用量が 15 円以上の場合には、
$$\frac{\text{使用薬価} - 15 \text{ 円}}{10 \text{ 円}} \text{ (1 点未満の端数切り上げ)} + 1$$

4) 注射における加算項目

■ 生物学的製剤注射加算 (+15 点)

- ① 生物学的製剤注射を行った場合に加算する。
- ② 本加算を算定できる注射薬は、トキシイド、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／乾燥ヘモフィルス b 型ワクチン／沈降破傷風トキシイド／㊧ ガスエソウマ抗毒素／乾燥ガスエソウマ抗毒素／㊨ 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
- ③ 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）

- ①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。
- ②1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が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。
- 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、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）

注射にあたって、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

- ①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（7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、治療の開始にあ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。

●バイオ後続品導入初期加算に関する疑義解釈

Q 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 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、

②「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。

③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、キャッスルマン病また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 関節リウマチまた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

■バイオ後続品導入初期加算（+150点）

入院中の患者以外の患者に対する注射にあたって、当該患者に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回に限り加算する。

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 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 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。

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	(1) 初回から3回目まで(静注製剤等の場合)	801点
		(2) 初回から3回目まで(その他の場合)	351点
		(3) 4回目以降(静注製剤等の場合)	451点
		(4) 4回目以降(その他の場合)	201点
	ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合		351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	(1) 初回から3回目まで(静注製剤等の場合)	601点
		(2) 初回から3回目まで(その他の場合)	261点
		(3) 4回目以降(静注製剤等の場合)	321点
		(4) 4回目以降(その他の場合)	141点
	ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合		221点
3 外来腫瘍化学療法診療料3	イ 抗悪性腫瘍剤を投与した場合	(1) 初回から3回目まで(静注製剤等の場合)	541点
		(2) 初回から3回目まで(その他の場合)	241点
		(3) 4回目以降(静注製剤等の場合)	281点
		(4) 4回目以降(その他の場合)	121点
	ロ イ以外の必要な治療管理を行った場合		181点

①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、上表の各区分に従い算定する。

②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、電子的歯科診療情報連携体制整備加算は除く)。

③管理栄養士と連携を図る場合は、歯科医師と医師との連携により行う。

④「1~3のイの(1)」については、患者に対して抗悪性腫瘍剤を投与した場合(皮内、皮下および筋肉内注射のうち皮下注射による場合を除く)に、月3回に限り算定する。

⑤「1~3のイの(2)」については、患者に対して皮内、皮下および筋肉内注射のうち皮下注射により抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、月3回に限り算定する。

⑥「1~3のイの(3)」については、「1~3のイの(1)、(2)」を算定する日以外の日において、患者に対して、皮内、皮下および筋肉内注射のうち皮

下注射以外の方法により抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週1回に限り算定する。

- ⑦「1～3のイの(4)」については、「1～3のイの(1),(2)」を算定する日以外の日において、患者に対して皮内、皮下および筋肉内注射のうち皮下注射により抗悪性腫瘍剤を投与した場合に、週1回に限り算定する。
- ⑧同日中に皮内、皮下およ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。
- ⑨「1のロ」は、次に掲げるいずれかの治療管理を行った場合に、週1回に限り算定する。
- イ「1のイ」のいずれか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以外の必要な治療管理を行った場合
- ロ 連携する他の保険医療機関が外来化学療法を実施している患者に対し、緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合
- ⑩「2のロ」「3のロ」については、「2のイ」または「3のイ」のいずれか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以外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。
- ⑪「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る。また、「3」の届出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、「1」の届出を行っている他の連携する保険医療機関を緊急的な副作用等で受診した場合には、「1のロ」を算定できる。ただし、あらかじめ治療等に必要な情報を文書(電子媒体を含む)により受理している場合に限る。この場合、「1」の届出保険医療機関は、連携する「3」の届出保険医療機関名および情報提供に係る文書を受理した日付を診療録および明細書「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。

- ⑫「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。
- ⑬「3」の届出を行う医療機関は、「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。
- ⑭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あたっては、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、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。

- ⑮抗悪性腫瘍剤の注射による投与を行うにあたっては、外来化学療法に係る専用室において、投与を行うこと。
- ⑯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。

- ⑰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)

当該患者が15歳未満の小児である場合に、所定点数に加算する。

■連携充実加算 (+150点)

- ①本診療料の注8に規定する施設基準(3頁参照)届出保険医療機関において「1のイの(1),(2)」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に、月1回に限り加算する。

- ②本加算は、「1」の算定日に右囲みのア～オの全ての業務を実施した場合に算定する。

■がん薬物療法体制充実加算 (+100点)

- ①本診療料の注9に規定する施設基準(3頁参照)届出保険医療機関において、「1のイの(1),(2)」を算定する患者に対して、当該保険医療機関の歯科医師の指示に基づき薬剤師が服薬状況、副作用の有無等の情報の収集および評価を行い、歯科医師の診察前に情報提供や処方提案等を行った場合に、月1回に限り加算する。

●外来腫瘍化学療法診療料に関する疑義解釈(以下、たとえば外来腫瘍化学療法診療料1を単に1と表記する)

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)

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)

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を算定する患者について、当

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あたっては、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。

- ②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。

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)

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 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、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、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」と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。

Q 外来腫瘍化学療法診療料の「初回から 3 回目まで」について、レジメンの開始日からの回数ではなく、各月の初回の抗悪性腫瘍剤投与日から 3 回目の投与日までに算定するということか。（令和 6 年疑義解釈その 1 医科問 153）

A そのとおり。

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、当該診療料の算定する保険医療機関を受診した場合、「1」の「□」、「2」の「□」または「3」の「□」は算定可能か。（令和 6 年疑義解釈その 1 医科問 154）

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 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であって、当該医療機関におい

て「3」の「イ」の（1）～（4）を算定している場合に、当該保険医療機関と連携する 1 の届出を行っている医療機関において、同日に緊急に抗悪性腫瘍剤の投与以外の必要な治療管理を行った場合に、「1」の「□」を算定可能か。（令和 6 年疑義解釈その 1 医科問 155 改変）

A 可能。

Q 「1」の「□」、「2」の「□」および「3」の「□」について、「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 6 年疑義解釈その 1 医科問 156）

A 算定可能。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の施設基準において、「患者と患者を雇用する事業者が共同して作成した勤務情報を記載した文書の提出があった場合に、就労と療養の両立に必要な情報を提供することなら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うことが可能である旨をウェブサイトに掲載していることが望ましい」とあるが、当該指導を行った場合に療養・就労両立支援指導料は算定可能か。（令和 6 年疑義解釈その 1 医科問 158）

A 要件を満たせば算定可能。

Q 3 について、「3 の届出を行う医療機関は、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」とされているが、「治療等に必要情報を文書により提供」とは具体的にどのようなものを指すのか。また、「適宜必要に応じて提供」とは、定期的に提供が必要ということか。（令和 6 年疑義解釈その 1 医科問 160）

A 具体的には、診療情報提供書等の文書により、1 の届出を行っている他の連携する保険医療機関における、外来化学療法を主として実施する医師等に対して、実施中であるおよび今後実施を考慮しているレジメンの情報、患者に投与する抗悪性腫瘍剤の投与量、患者の既往歴、内服薬等の情報提供を行うことを指す。後段については、たとえばレジメン内容の切り替え等のタイミングにおいて、医学的な判断のもと、必要に応じて提供すること。

Q 上記問 160 について、「少なくとも治療開始時に 1 回は提供」とあるが、治療開始時とは具体的にいつを指すのか。（令和 6 年疑義解釈その 1 医科問 161）

A 抗悪性腫瘍剤による化学療法を計画し始めたときから、初回の抗悪性腫瘍剤投与までの期間を指す。

4—その他の全身麻酔関連

1) 声門上器具または気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔〈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に行う場合 (8,300点)

ロ イ以外の場合 (6,000点)

- ①声門上器具または気管挿管による気道確保を行い、閉鎖式・半閉鎖式等の全身麻酔を20分以上実施した場合に算定する。
- ②15歳未満の小児であって、麻酔科標榜医が声門上器具または気管挿管による気道確保が適切でないと判断した場合に、声門上器具または気管挿管を使用せずに閉鎖式・半閉鎖式等の全身麻酔を20分以上実施した場合は、本区分により算定する。なお、医学的な必要性について明細書「摘要」欄に記載すること。
- ③酸素を使用した場合は、その価格を10円で除して得た点数(酸素と併せて窒素を使用した場合は、それぞれの価格を10円で除して得た点数を合算した点数)を加算する。酸素および窒素の価格は、別に厚生労働大臣が定める。
- ④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。
- ⑤実施時間とは、閉鎖循環式全身麻酔器を患者に接続した時点を開始時間とし、患者が麻酔器から離脱した時点を終了時間とする。なお、これ以外の観察等の時間は実施時間に含めない。
- ⑥「5のイ」について、「別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者」とは、右囲みのア~ハの状態をいい、麻酔前の状態により判断する。また、本区分により算定する場合は、明細書「摘要」欄にア~ハの中から該当する状態を記載する。

2) 歯科麻酔管理料1《歯麻管1》(750点)

- ①施設基準(16頁参照)届出保険医療機関において、当該保険医療機関の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、「声門上器具または気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身

- ア 心不全(NYHAⅢ度以上のものに限る)の患者
- イ 狭心症(CCS分類Ⅲ度以上のものに限る)の患者
- ウ 心筋梗塞(発症後3月以内のものに限る)の患者
- エ 大動脈弁閉鎖不全、僧帽弁閉鎖不全または三尖弁閉鎖不全(いずれも中等度以上のものに限る)の患者
- オ 大動脈弁狭窄(経大動脈弁血流速度4m/秒以上、大動脈弁平均圧較差40mmHg以上または大動脈弁口面積1cm²以下のものに限る)または僧帽弁狭窄(僧帽弁口面積1.5cm²以下のものに限る)の患者
- カ 植込型ペースメーカーまたは植込型除細動器を使用している患者
- キ 先天性心疾患(心臓カテーテル検査により平均肺動脈圧25mmHg以上であるものまたは、心臓超音波検査によりそれに相当する肺高血圧が診断されているものに限る)の患者
- ク 肺動脈性肺高血圧症(心臓カテーテル検査により平均肺動脈圧25mmHg以上であるものまたは、心臓超音波検査によりそれに相当する肺高血圧が診断されているものに限る)の患者
- ケ 呼吸不全(動脈血酸素分圧60mmHg未満または動脈血酸素分圧・吸入気酸素分画比300未満のものに限る)の患者
- コ 換気障害(1秒率70%未満かつ肺活量比70%未満のものに限る)の患者
- サ 気管支喘息(治療が行われているにもかかわらず、中発作以上の発作を繰り返すものに限る)の患者
- シ 糖尿病(HbA1cがJDS値で8.0%以上(NGSP値で8.4%以上)、空腹時血糖160mg/dL以上または食後2時間血糖220mg/dL以上のものに限る)の患者
- ス 腎不全(血清クレアチニン値4.0mg/dL以上のものに限る)の患者
- セ 肝不全(Child-Pugh分類B以上のものに限る)の患者
- ソ 貧血(Hb6.0g/dL未満のものに限る)の患者
- タ 血液凝固能低下(PT-INR2.0以上のものに限る)の患者
- チ DICの患者
- ツ 血小板減少(血小板5万/μL未満のものに限る)の患者
- テ 敗血症(SIRSを伴うものに限る)の患者
- ト ショック状態(収縮期血圧90mmHg未満のものに限る)の患者
- ナ 完全脊髄損傷(第5胸椎より高位のものに限る)の患者
- ニ 心肺補助を行っている患者
- ヌ 人工呼吸を行っている患者
- ネ 透析を行っている患者
- ノ 大動脈内バルーンパンピングを行っている患者
- ハ BMI35以上の患者

麻酔〈医科〉」を行った場合に算定する。

- ②麻酔前後の診察については、次に掲げるイ~ハの場合を除き、当該麻酔を実施した日以外に行われなければならない。また、無床歯科診療所においては緊急時に円滑な対応ができるよう、病院である別の保険医療機関との連携体制を確保すること。

イ 緊急の場合

ロ 同一の日に入院および退院した場合

ハ 外来部門において、歯科麻酔を担当する歯科医師の管理下で実施する場合。

③ 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あたり、主要な麻酔手技を自ら実施した場合に算定する。

④ 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。

⑤ 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。

⑥ 歯科麻酔管理料2については、**D-4 麻酔**（本編272頁）を参照。

■ 長時間麻酔管理加算（+5,500点）

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）にあたって全身麻酔の実施時間が8時間を超えた場合に、所定点数に加算する。

■ 周術期薬剤管理加算（+75点）

① 施設基準（16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、所定点数に加算する。

② 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。

③ 「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年医政発）の薬剤師の具体例等に基づき、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。

④ 病棟薬剤師等と連携した周術期薬剤管理の実施にあたっては、「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〉

① 施設基準（15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、声門上器具または気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔（医科）を伴う手術を行った場合に、手術の点数に加算する。

② 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施した場合に算定する。

③ 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。

④ 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」（日本栄養治療学会）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

⑤ ④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。

⑥ 栄養サポートチーム加算および入院栄養食事指導料は、別に算定できる。

●歯科麻酔管理料に関する疑義解釈

Q 歯科麻酔管理料の留意事項通知(4)において、「次に掲げる場合を除き、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 改変)

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、緊急の場合等で麻酔前後の診

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「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 改変)

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。

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。【紙】	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) 外来腫瘍化学療法診療料 3 (イ) 外来腫瘍化学療法診療料 3 (ロ)
注射	(皮内、皮下および筋肉内注射または静脈内注射のその他の注射を行った場合) (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」欄に注射の種類別、所定単位あたりの使用薬剤の薬名、使用量および回数等を記載する。 (注射の種類別、薬剤名は【紙】)	(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。【紙】 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つては 1 回あたりの、それ以外の注射にあつては 1 日あ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。 (注射の手技料を包括する点数を算定するにあたって、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。	(医薬品名を表示)
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。【紙】	(診療行為名を表示) (医薬品名を表示)

※「記載事項」欄に【紙】と記したものは、紙レセのみ記載する。

診療行為名称等	記載事項	記載例
声門上器具または気管挿管による気道確保を伴う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。【紙】	閉鎖循環式全身麻酔 1 閉鎖循環式全身麻酔 1 (麻酔困難な患者) 等
	<p>(各区分のイの「別に厚生労働大臣が定める麻酔が困難な患者に行う場合」を算定する場合)</p> 声門上器具または気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔 (医科) の留意事項 (4) のアからハまでに規定するものの中から該当するものを選択して記載する。	ア 心不全 (NYHA3 度以上のものに限る.) の患者 イ 狭心症 (CCS 分類 3 度以上のものに限る.) の患者 ウ 心筋梗塞 (発症後 3 月以内のものに限る.) の患者 エ 大動脈閉鎖不全等 (いずれも中等度以上のものに限る.) の患者 オ 留意事項通知に規定する大動脈弁狭窄又は僧帽弁狭窄の患者 カ 植込型ペースメーカー又は植込型除細動器を使用している患者 キ 留意事項通知に規定する先天性心疾患の患者 ク 留意事項通知に規定する肺動脈性肺高血圧症の患者 ケ 留意事項通知に規定する呼吸不全の患者 コ 留意事項通知に規定する換気障害の患者 サ 留意事項通知に規定する気管支喘息の患者 シ 留意事項通知に規定する糖尿病の患者 ス 留意事項通知に規定する腎不全の患者 セ 肝不全 (Child-Pugh 分類 B 以上のものに限る.) の患者 ソ 貧血 (Hb6.0g/dL 未満のものに限る.) の患者 タ 血液凝固能低下 (PT-INR 2.0 以上のものに限る.) の患者 チ DIC の患者 ツ 血小板減少 (血小板 5 万 / μ L 未満のものに限る.) の患者 テ 敗血症 (SIRS を伴うものに限る.) の患者 ト 留意事項通知に規定するショック状態の患者 ナ 完全脊髄損傷 (第 5 胸椎より高位のものに限る.) の患者 ニ 心肺補助を行っている患者 ニ 人工呼吸を行っている患者 ネ 透析を行っている患者 ノ 大動脈内バルーンパンピングを行っている患者 ハ BMI 35 以上の患者
	<p>(15 歳未満の小児であって、声門上器具または気管挿管を使用せずに閉鎖式・半閉鎖式等の全身麻酔を 20 分以上実施した場合)</p> 医学的必要性を記載する。	医学的必要性 (15 歳未満の小児における声門上器具又は気管挿管未使用の場合); ****

※「記載事項」欄に【紙】と記したものは、紙レセのみ記載する。

※おもな明細書記載ポイントについては、購入者専用ページにて公開予定です。

その他の処置・手術

1—その他の処置

1) 摘便 (100点)

2) ハイフローセラピー (1日につき)

15歳未満の患者の場合 (338点)

15歳以上の患者の場合 (230点)

ハイフローセラピーは、歯科疾患により入院中の患者であって、動脈血酸素分圧が60mmHg以下または経皮的動脈血酸素飽和度が90%以下の急性呼吸不全の患者に対して実施した場合に限り算定する。

3) 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法 (200点)

① 歯科疾患により入院中の患者に対し、胃瘻カテーテルまたは経皮経食道胃管カテーテルについて十分に安全管理に留意し、経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換後の確認を画像診断または内視鏡等を用いて行った場合に限り算定する。

② 行われる画像診断および内視鏡等の費用は、当該点数の算定日にのみ1回に限り算定する。

③ 創傷処置、創傷処理の費用は所定点数に含まれるものとする。

4) 留置カテーテル設置 (40点)

① 歯科疾患により入院中の患者に対し、留置カテーテルを設置した場合に算定する。

② 長期間にわたりバルーンカテーテルを留置するための挿入手技料は留置カテーテル設置により算定する。この場合、必要があってカテーテルを交換したときの挿入手技料も留置カテーテル設置により算定する。

③ 留置カテーテル設置時に使用する注射用蒸留水または生理食塩水等の費用は、所定点数に含まれ別に算定できない。

5) 超音波ネブライザ (1日につき) (24点)

① 歯科疾患により入院中の患者に対し、超音波ネブライザを行った場合に算定する。

② 酸素療法を併せて行った場合は、酸素吸入 (65点) を合わせて算定できる。

6) 口腔リンパ管腫局所注入 (1,020点)

① 口腔領域のリンパ管腫にピシバニールを局所注入した場合に算定する。

② 当該処置にあたって使用した薬剤の費用は別に算定できる。

③ 6歳未満の乳幼児の場合は、乳幼児加算として55点を加算する。ただし、この場合は処置の通則5に規定する乳幼児加算 (50/100加算) は併算定できない。

2—その他の手術

1) 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法 (22,100点)

① 施設基準 (15頁参照) 届出保険医療機関において、頭頸部悪性腫瘍の患者に対して、光線力学療法を実施した場合に算定する。

② 本療法は、半導体レーザー用プローブを用いて切

除不能な局所進行または局所再発の頭頸部癌に対してレーザー光照射を実施した場合に算定する。

③ 本療法は、頭頸部癌の治療に係る専門の知識および5年以上の経験を有し、本治療に関する所定の研修を修了している歯科医師が実施する。

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
ハイフローセラピー	動脈血酸素分圧または経皮的酸素飽和度の測定結果を記載する。	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度測定結果（ハイフローセラピー）；
頭頸部悪性腫瘍光線力学療法	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載する。	歯頭頸悪光部位；****

※おもな明細書記載ポイントについては、購入者専用ページにて公開予定です。