

		当該14日間は区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は、区分番号「A002」外来診療料又は区分番号「A003」オンライン診療料を算定せずに、疾患別リハビリテーションの費用を算定できるものとする。
203	B001-2-8 外来放射線照射診療料	(1) 放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が診察を行った日に算定し、算定日から起算して7日間は放射線照射の実施に係る区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は、区分番号「A002」外来診療料又は区分番号「A003」オンライン診療料は算定できないものとし、当該7日間は、区分番号「A000」初診料、区分番号「A001」再診料又は、区分番号「A002」外来診療料又は区分番号「A003」オンライン診療料を算定せずに、放射線照射の費用は算定できるものとする。
205	B001-2-9 地域包括診療料	(4) 当該患者に対し、以下の指導、服薬管理等を行うこと。 ア～ケ 《略》 コ 患者の同意について、当該診療料の初回算定時に、別紙様式48を参考に、当該患者の署名付の同意書を作成し、診療録に添付すること。ただし、直近1年間に4回以上の受診歴を有する患者については、別紙様式48を参考に診療の要点を説明していれば、同意の手続きは省略して差し支えない。なお、当該医療機関自ら作成した文書を用いることにより。 サ～シ 《略》
209	B001-3 生活習慣病管理料	(12) 本管理料を算定する患者について、保険者から特定保健指導を行う目的で情報提供の求めがある場合には、患者の同意の有無を確認し療養計画書に記載するとともに、患者の同意が得られている場合は必要な協力を行うこと。
212	B001-9 療養・就労両立支援指導料	(2) 《略》 ア 悪性腫瘍の治療を担当する医師が、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」から及び「別紙様式49の2」まで又はこれに準ずる様式を用いて、患者の勤務する事業場の産業医あてに診療情報の提供を行うこと。患者の勤務する事業場の産業医があらかじめ指定した様式を用いて診療情報を提供することも差し支えない。 イ～エ 《略》
221	B005-7 認知症専門診断管理料	(2) 「注1」に規定する認知症療養計画は、「別紙様式32」から及び「別紙様式32の2」又はこれらに準じて作成された、病名、検査結果、症状の評価（認知機能（MMSE、HDS-R等）、生活機能（ADL、IADL等）、行動・心理症状（NPI、DBD等）等）、家族又は介護者等による介護の状況（介護負担度の評価（NPI等）等）、治療計画（受診頻度、内服薬の調整等）、必要と考えられる医療連携や介護サー

		ビス、緊急時の対応、その他必要な項目が記載されたものであり、認知症に係る専門知識を有する多職種が連携していることが望ましい。認知症専門診断管理料1を算定するに当たり文書にて報告した他の保険医療機関と定期的に診療情報等の共有を図ることが望ましい。
221	B005-7-2 認知症療養指導料	(4) 「3」については、初めて認知症と診断された患者又は認知症の患者であって病状悪化や介護負担の増大等が生じたものに対し、地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医が、「別紙様式32」 から 及び「別紙様式32の2」又はこれらに準じて認知症療養計画を作成した上で、(1)に規定する定期的な評価等を行った場合に算定する。
224	B005-10 ハイ リスク妊産婦連携 指導料1	(6) (5)のカンファレンスは、対面で実施することが原則であるが、やむを得ない事情により対面で実施することができない場合は、以下のア及びイを満たすときに限り、関係者のうちいずれかがリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（以下この区分番号及び区分番号「B005-10-2」において「ビデオ通話」という。）が可能な機器を用いて参加することができる。 ア～イ 《略》
第2部 在宅医療		
268	C001 在宅患者 訪問診療料	(14) 「注6」に規定する在宅ターミナルケア加算は、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上往診又は訪問診療を行った患者が、在宅で死亡した場合（往診又は訪問診療を行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）に算定する。この場合、診療内容の要点等を診療録に記載すること。また、ターミナルケアの実施については、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、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応すること。
270	C001 在宅患者 訪問診療料	(19) 《略》 ア～イ 《略》 ウ 特掲診療料の施設基準等の第四の四の三の三に規定する地域に居住している患者であって、連携する他の保険医療機関において区分番号「C005」在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは「C005-1-2」同一建物居住者訪問看護・指導料の 同一建物居住者ターミナルケア加算 又は連携する訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定していること。

275	C002 在宅時医学総合管理料 C002-2 施設入居時等医学総合管理料	(22) 《略》 ア～オ 《略》 カ 「その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態」とは、以下のいずれかに該当する患者の状態をいう。 (イ)～(ハ) 《略》 (ニ) 訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置(特掲診療料の施設基準等第四の一の六(3)に掲げる処置のうち、ワから ニ に規定する処置をいう。)を行っている患者
276	C002 在宅時医学総合管理料 C002-2 施設入居時等医学総合管理料	(27) 在宅時医学総合管理料の「注12」に規定するオンライン在宅管理料を算定する場合には、以下の要件を満たすこと。 ア 《略》 イ オンライン視察は、アの計画に基づき、訪問診療とオンライン診察を組み合わせた医学管理のもとで実施されるものであり、連続する3月の間に対面診療が1度も行われなかった場合は、算定することはできない。 ただし、対面診療とオンライン診察を同月に行った場合は、オンライン在宅管理料は算定できない。 ウ～シ 《略》
281	C005 在宅患者訪問看護・指導料 C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料	(4) 在宅患者訪問看護・指導料等の算定は週3日を限度とするが、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については週4日以上算定できる。 【厚生労働大臣が定める疾病等の患者】 ○特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の患者 末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、《中略》球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群若しくは頸髄損傷の患者又は人工呼吸器を装着使用している患者状態 ○特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等の患者 《略》
286	C005 在宅患者訪問看護・指導料 C005-1-2 同一建物居住者訪問看護・指導料	(24) 《略》 ア 在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者ターミナルケア加算は、在宅患者訪問看護・指導料等を死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に2回以上算定し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制(訪問看護に係る連携担当者の氏名、連絡先電話番号、緊急時の注意事項等)について患者及びその家族に対して説明した上でターミナルケアを行った場合(ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。)に算定する。ターミナルケアにおいては、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、患者本人及びその家

		<p>族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者と連携の上対応する。当該加算を算定した場合は、死亡した場所、死亡時刻等を看護記録に記録すること。1つの保険医療機関において、死亡日及び死亡日前14日以内の計15日間に介護保険制度又は医療保険制度の給付の対象となる訪問看護をそれぞれ1日以上実施した場合は、最後に実施した訪問看護が医療保険制度の給付による場合には、当該加算を算定する。また、同一の患者に、他の保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算若しくは同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算を算定している場合又は訪問看護ステーションにおいて訪問看護ターミナルケア療養費を算定している場合においては算定できない。</p> <p>イ～ウ 《略》</p>
290	C006 在宅患者 訪問リハビリテー ション指導管理料	<p>(4) 在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、訪問診療を実施する保険医療機関において医師の診療のあった日から1月以内に行われた場合に算定する。</p> <p>ただし、当該患者（患者の病状に特に変化がないものに限る。）に関し、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」又は在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注1の「イ」を算定すべき訪問診療を行っている保険医療機関が、患者の同意を得て、診療の日から2週間以内に、当該患者に対して継続して在宅患者訪問リハビリテーション指導管理を行っている別の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて、当該患者に係る療養上必要な情報を提供した場合には、当該診療情報の提供（区分番号「B009」診療情報提供料（Ⅰ）の場合に限る。）を行った保険医療機関において、当該診療情報提供料の基礎となる診療があった日から1月以内に行われた場合に算定する。</p>
293	C008 在宅患者 訪問薬剤管理指導 料	<p>(7) 麻薬管理指導加算の算定に当たっては、(4) (5)の薬剤管理指導記録に、少なくとも次の事項について記載しなければならないこと。</p> <p>ア～エ 《略》</p>
296	C011 在宅患者 緊急時等カンファ レンス料	<p>(4) また、関係者のうちいずれかが、「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（平成30年3月5日保医発0305第●2号）」の「別添3」の「別紙2」に掲げる医療を提供しているが医療資源の少ない地域に属する保険医療機関（特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く。）等に所属する場合においては、以下のアからウまでを満たすときは、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加した場合でも算定可能である。</p> <p>ア～ウ 《略》</p>

299	第2節 在宅療養指導管理料 第1款 在宅療養指導管理料	3 また、医師は、2の訪問看護計画書等を基に衛生材料等を支給する際、保険薬局（当該患者に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行っており、 <u>基準調剤加算地域支援体制加算</u> 又は在宅患者調剤加算の届出を行っているものに限る。）に対して、必要な衛生材料等の提供を指示することができる。
309	C108 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 C108-2 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料	(2) 在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料の注に掲げる「 在宅における 悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法」とは、末期の悪性腫瘍の患者であって、持続性の疼痛があり鎮痛剤の経口投与では疼痛が改善しないため注射による鎮痛剤注入が必要なもの又は注射による抗悪性腫瘍剤の注入が必要なものが、在宅において自ら実施する鎮痛療法又は化学療法をいう。
第3部 検査		
329	D025 基本的検体検査実施料（1日につき）	2 入院の日から起算して4週間を超えた期間 110点 注1 《略》 2 次の検体検査の費用は所定点数に含まれるものとする。 イ～ハ 《略》 ニ <u>糞便検査（9カルプロテクチン（糞便）を除く。）</u> ホ～ヨ 《略》
341	<通則>	16 第3部検査の部において用いられる検査法の略号については下記のとおりである。 PHA: Passive hemagglutination 受身赤血球凝集反応 《中略》 CLIA: Chemiluminescent immuno assay 化学発光免疫測定法 <u>CLEIA: Chemiluminescent enzyme immuno assay 化学発光酵素免疫測定法</u> ECLIA: Electrochemiluminescence immuno assay 電気化学発光免疫測定法 《以下略》
342	第1節 検体検査料 第1款 検体検査実施料 外来迅速検体検査加算	(2) 以下の多項目包括規定に掲げる点数を算定する場合には、その規定にかかわらず、実施した検査項目数に相当する点数を加算する。 区分番号「D006」出血・凝固検査の注の場合 区分番号「D007」血液化学検査の注の場合 区分番号「D008」内分泌学的検査の注の場合 区分番号「D009」腫瘍マーカーの注2の場合 例 患者から1回に採取した血液等を用いて区分番号「D009」腫瘍マーカーの「2」の癌胎児性抗原（CEA）と「 6 8」のCA19-9を行った場合、検体検査実施料の請求は区分番号「D009」腫瘍マーカーの「注2」の「イ」2項目となるが、外来迅速検体検査加算は、行った検査項目数が2項目であることから、20点を加算する。
347	D006-4 遺伝	(5) 「1」の「処理が容易なもの」とは、 <u>(1)のアからエまでの①</u> に掲げ

	学的検査	<p>る遺伝子疾患の検査のことをいう。</p> <p>(6) 「2」の「処理が複雑なもの」とは、<u>(1)のアからエまでの②</u>に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。</p> <p>(7) 「3」の「処理が極めて複雑なもの」とは、<u>(1)のア、ウ及びエの③</u>に掲げる遺伝子疾患の検査のことをいう。</p>
351	D007 血液化学検査	<p>(48) 「62」の25-ヒドロキシビタミンDは、CLIA法又はCLIEAC <u>LEIA</u>法により、ビタミンD欠乏性くる病若しくはビタミンD欠乏性骨軟化症の診断時又はそれらの疾患に対する治療中に測定した場合にのみ算定できる。ただし、診断時においては1回を限度とし、その後は3月に1回を限度として算定する。</p>
351	D008 内分泌学的検査	<p>(7) 脳性Na利尿ペプチド (BNP)</p> <p>ア～イ 《略》</p> <p>ウ 「16」の脳性Na利尿ペプチド (BNP)、「18」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP) 及び「43」の心房性Na利尿ペプチド (ANP) のうち2項目以上を実施した場合は、各々の検査の実施日を<u>診療報酬明細書の「摘要」欄</u>に記載する。</p> <p>(8) 脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)</p> <p>ア 《略》</p> <p>イ 「18」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)、「16」の脳性Na利尿ペプチド (BNP) 及び「43」の心房性Na利尿ペプチド (ANP) のうち2項目以上をいずれかの検査を行った日から起算して1週間以内に併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。</p> <p>ウ <u>本検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に本検査の実施日(「16」の脳性Na利尿ペプチド (BNP) 又は「43」の心房性Na利尿ペプチド (ANP) を併せて実施した場合は、併せて当該検査の実施日)を記載する。「16」の脳性Na利尿ペプチド (BNP)、「18」の脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP) 又は「43」の心房性Na利尿ペプチド (ANP) のうち2項目以上を実施した場合は、各々の検査の実施日を診療報酬明細書の「摘要」欄に記載する。</u></p>
354	D009 腫瘍マーカー	<p>(17) ヒト精巢上体蛋白4 (HE4)</p> <p>「26」のヒト精巢上体蛋白4 (<u>HE4</u>) は、CLIA法により測定した場合に算定できる。</p>
362	D023 微生物核酸同定・定量検査	<p>(5) 「7」のEBウイルス核酸定量は、以下のいずれかに該当する患者に対して、リアルタイムPCR法により実施した場合に算定する。</p> <p>ア～キ 《略》</p>

367	D 2 1 0 - 3 植込 型心電図検査	(1) 短期間に失神発作を繰り返し、その原因として不整脈が強く疑われる患者であって、心臓超音波検査及び心臓電気生理学的検査（心電図検査及びホルター型心電図検査を含む。）等によりその原因が特定できない者又は関連する学会の定める診断基準に従い、心房細動検出を目的とする植込型心電図記録計検査の適応となり得る潜因性脳梗塞と判断された者に対して、原因究明を目的として使用した場合に限り算定できる。
376	D 2 6 3 - 2 コン トラスト感度検査	コントラスト感度検査は、空間周波数特性（MTF）を用いた視機能検査をいい、水晶体混濁があるにも関わらず矯正視力が良好な白内障患者であって、 <u>区分番号「K 2 8 2」</u> 水晶体再建術の手術適応の判断に必要な場合に、当該手術の前後においてそれぞれ1回に限り算定する。
380	[内視鏡検査に係る 共通事項（区分番号 「D 2 9 5」から区 分番号「D 3 2 5」 まで）]	(1) 本節の通則による新生児加算又は乳幼児加算を行う場合には、超音波内視鏡検査実施加算は、所定点数に含まないものとする。
381	D 3 0 2 気管支フ ァイバースコピー	「注」の気管支肺胞洗浄法検査同時加算は、肺胞蛋白症、サルコイドーシス等の診断のために気管支肺胞洗浄を行い、洗浄液を採取した場合に算定する。
383	D 4 1 2 経皮的針 生検法	経皮的針生検法とは、区分番号「D 4 0 4 - 2」、区分番号「D 4 0 9」、区分番号「D 4 1 0」、区分番号「D 4 1 1」及び区分番号「D 4 1 3」に掲げる針生検以外の臓器に係る経皮的針生検をいう。 なお、所定点数には透視（CT透視を除く。）、心電図検査及び超音波検査が含まれており、別途算定できない。
383	D 4 1 4 - 2 超音 波内視鏡下穿刺吸 引生検法（EUS -FNA）	(2) 採取部位に応じて、内視鏡検査のうち主たるものの所定点数を併せて算定する。ただし、内視鏡検査通則「1」に掲げる超音波内視鏡検査加算は所定点数に含まれ、算定できない。
384	D 4 1 9 - 2 眼内 液（前房水・硝子 体液）検査	眼内液（前房水・硝子体液）検査は、眼内リンパ腫の診断目的に眼内液（前房水・硝子体液）を採取し、ELISA法によるIL-10濃度と、CLEIA法によるIL-6濃度を測定した場合に算定する。なお、眼内液採取に係る費用は別に算定できない。
第4部 画像診断		
389 390	<通則>	5 画像診断管理加算 (1) 画像診断管理加算1は、専ら画像診断を担当する医師（地方厚生（支）局長に届け出た、専ら画像診断を担当した経験を10年以上有するもの又は当該療養について、関係学会から示されている2年以上の所定の研修を修了し、その旨が登録されているものに限る。以下同じ。）が読影及び診断を行い、その結果を文書により当該専ら画像診断を担当する医師の属する保険医療機関において当該患者の診療を担当する医