

特掲 I-28	I016	精神科在宅患者支援管理料「注4」精神科オンライン在宅管理料 <sup>新</sup> ……………	267
---------	------	--	-----

### 特掲診療料 第9部 処置

個別指導の状況……………	270		
特掲 J-1	J038	人工腎臓……………	272
特掲 J-2	施設基準 J038	人工腎臓「注10」下肢末梢動脈疾患指導管理加算……………	273
特掲 J-3	J039	血漿交換療法 <sup>新</sup> ……………	275
特掲 J-4	J045-2	一酸化窒素吸入療法 <sup>改</sup> ……………	276
特掲 J-5	J118-4	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）……………	277

### 特掲診療料 第10部, 第11部 手術, 麻酔

個別指導の状況……………	280		
特掲 K-1	施設基準 手術「通則5」及び「通則6」に掲げる手術……………	282	
特掲 K-2	施設基準 手術「通則16」に掲げる手術（K664胃瘻造設術）……………	283	
特掲 K-3	手術「通則17」周術期口腔機能管理後手術加算……………	284	
特掲 K-4	K022	組織拡張器による再建手術「1」乳房（再建手術）の場合、K476-4ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術（乳房切除後）……………	285
特掲 K-5	K190-6	仙骨神経刺激装置植込術……………	286
特掲 K-6	K546	経皮的冠動脈形成術「3」その他のもの <sup>新</sup> 、K549経皮的冠動脈ステント留置術「3」その他のもの <sup>新</sup> ……………	287
特掲 K-7	K615	血管塞栓術（頭部、胸腔、腹腔内血管等）「2」選択的動脈化学塞栓術……………	288
特掲 K-8	K656-2	腹腔鏡下胃縮小術（スリーブ状切除によるもの）……………	289
特掲 K-9	K920	輸血……………	290
特掲 K-10	K939-5	胃瘻造設時嚥下機能評価加算……………	291
特掲 L-1	L009	麻酔管理料（Ⅰ）、L010麻酔管理料（Ⅱ）……………	292

### 特掲診療料 第12部, 第13部

#### 放射線治療, 病理診断

個別指導の状況……………	294		
特掲 M-1	M000-2	放射性同位元素内用療法管理料……………	295

特掲 M-2	M001	体外照射「2」高エネルギー放射線治療「注2」1回線量増加加算……………	296
--------	------	-------------------------------------	-----

特掲 M-3	M001-4	粒子線治療「注2」粒子線治療適応判定加算……………	297
--------	--------	---------------------------	-----

特掲 N-1	N000	病理組織標本作製「2」セルブロック法によるもの <sup>新</sup> 、N002免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製 <sup>新</sup> ……………	298
--------	------	--	-----

特掲 N-2	N007	病理判断料……………	299
--------	------	------------	-----

### その他

#### 介護老人保健施設入所者に係る診療料

##### 診断群分類点数表（DPC/PDPS）

##### 保険外併用療養費

介老1	第3章第1部	併設保険医療機関の療養に関する事項「1」緊急時施設治療管理料……………	302
介老2	第3章第2部	併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項「1」施設入所者共同指導料……………	303
DPC1	DPC	診断群分類点数表……………	304
保険外併療1	掲示事項	保険外併用療養費……………	305
保険外併療2	掲示事項	保険外併用療養費……………	306

### 付録

診療報酬明細書の記載要領等 診療行為名称等の略号（医科・技科）、摘要欄への記載事項等（医科・技科）

## その他

# 介護老人保健施設入所者に係る診療料 診断群分類点数表 (DPC/PDPS) 保険外併用療養費

これまでの基本診療料，特掲診療料のほか，診療録への記載等を  
求めている項目があります。

ここでは，それらを整理して収載しています。

- ・ 医科点数表「第3章」介護老人保健施設入所者に係る診療料に関する事項 ⇒ 項目表示『介老』
- ・ 診断群分類点数表 (DPC / PDPS) に関する事項 ⇒ 項目表示『DPC』
- ・ 保険外併用療養費に関する事項 ⇒ 項目表示『保外併療』

## 介護1

### 第3章第1部 併設保険医療機関の療養に関する事項 「1」緊急時施設治療管理料

介護療養型老健施設<sup>※1</sup>の併設保険医療機関の医師が、当該介護療養型老健施設に入所中の患者の緊急時<sup>※2</sup>に、当該介護療養型老健施設の医師の電話等による求めに応じ、夜間又は休日に緊急に往診を行った場合に算定します<sup>※3</sup>。

#### 規定【記載】

併設保険医療機関の保険医が往診を行った場合には、往診を行った患者の状態、当該介護療養型老健施設の医師の氏名及び往診を行った日時について診療録に記載するとともに、診療報酬明細書の摘要欄に次の事項<sup>※4</sup>に記載する。

**QA** 原則として緊急時施設治療管理料を算定するにあたっては、介護療養型老健施設の医師から往診医への電話による依頼により往診を行った場合を評価するものであり、当該施設の職員が直接、往診医へ連絡した場合は算定の対象とはならない。

ただし、患者がショックその他病状の著しく変化した場合であって、緊急の医療処置等を必要とする状態である場合に限り、当該施設の職員から介護療養型老健施設の医師へ電話した上で、当該施設の医師がやむを得ず往診医へ連絡を行うことができない場合は、必ずしも当該施設の医師による事前の電話等による求めを行う必要はない。

なお、その場合、当該患者の病状等について診療録に記載のこと。

(平20.5.9 医療課事務連絡)

#### 記載等のポイント

- 介護療養型老健施設の医師から電話による往診依頼があった旨を記載する。
- 下記の内容を記載する。
  - ・介護療養型老健施設の医師の氏名
  - ・往診した日時
  - ・往診を行った患者の状態
- 当該管理料を算定した旨を記載する。

#### 記載例

11月1日

19:25 併設の〇〇老人保健施設の医師より、Aさんが意識障害・けいれん発作ありと緊急往診依頼あり。

施設医師名：△△△△

夜間往診 19:35-20:20

意識レベル：JCS 200，全身けいれん

BP：190/120，脈拍：110，右片麻痺

D I V：ラ〇テック注500ml+ホスホト〇ン750mg

10分後にけいれん止まり，意識清明と徐々に麻痺も改善。

緊急時施設治療管理料

※1 介護療養型老健施設は、従来の介護老人保健施設の入所者より必要な医療処置等の頻度が多い患者の割合が高いことから、緊急に医療処置等が必要となった場合にその費用について医療保険から給付をするものです

※2 患者の緊急時とは、意識障害又は昏睡等において当該介護療養型老健施設の医師が、医師による直接の処置等が必要と判断し、かつ、やむを得ない理由で対応できない場合です

※3 患者1人につき1日1回、1月に4回に限り算定できます

※4 診療報酬明細書の摘要欄に記載する事項

- ア) 併設保険医療機関の保険医が往診を行った月に介護保険の緊急時施設療養費を算定した場合はその日時
- イ) 対象患者が当該介護療養型老健施設の入所者である旨の記載

●1 往診依頼があった旨を記載します

●2 当該介護療養型老健施設の医師の氏名を記載します

●3 往診した日時及び患者の状態を記載します

●4 当該管理料を算定した旨を記載します

## 介老2

### 第3章第2部 併設保険医療機関以外の保険医療機関の療養に関する事項 「1」施設入所者共同指導料

介護老人保健施設に入所中の患者の退所後の療養を担当する病院である保険医療機関の医師（以下「担当医」という）が、介護老人保健施設に赴き、介護老人保健施設の医師と共同して、退所後<sup>※1</sup>の療養上必要な指導を行った場合に、1入所に1回に限り算定できます<sup>※2</sup>。

#### 規定【記載】

施設入所者共同指導料を算定する場合には、「担当医」は診療録に介護老人保健施設において行った指導の要点を記入する。

#### 記載等のポイント

- 指導の要点を記入する。
- 当該指導料を算定した旨を記載する。

#### 記載例

11月1日

##### 施設入所者共同指導料

〇〇老人保健施設入所者。要介護4。

11月末退所予定。退所先：自宅。

傷病名 脳梗塞後遺症，認知症

介護者は妻及び嫁。

今後在宅療養に備え，〇〇老人保健施設の担当医と共同で以下のことについて指導。妻及び嫁も同席。

訪問診療を予定。

在宅での服薬，食事，褥瘡予防，危険防止のための対策等

※1 退所して家庭に復帰する予定の患者が算定の対象となり、特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象となりません

※2 施設入所者共同指導料を算定した場合は、初診料，再診料，外来診療料，退院時共同指導料，往診料及び在宅患者訪問診療料は算定できません

●1 当該指導料を算定した旨を記載します

●2 指導の要点を記載します

## DPC1

## DPC 診断群分類点数表

## ※持参薬の取扱い

入院中の患者に対して使用する薬剤は、入院する病院において入院中に処方することが原則であり、入院が予定されている場合に、当該入院の契機となる傷病の治療に係るものとして、あらかじめ当該又は他の病院等で処方された薬剤を患者に持参させ、当該病院が使用することは「特別な理由」がない限り認められません。

## 規定【記載】

「特別な理由」とは、単に病院や医師等の方針によるものではなく、個々の患者の状態等に応じた個別具体的な理由であることが必要である。**やむを得ず**患者が持参した薬剤を入院中に使用する場合には、当該「特別な理由」を診療録に記載する。

## 記載等のポイント

〈やむを得ず持参薬を入院中に使用する場合〉

使用しなければならない特別な理由を記載する。

- ◎ 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について 第3 費用の算定方法「3」その他（保医発0320第3号平成30年3月20日）
- ◎ 診断群分類点数表により1日当たり定額報酬を算定する場合は、医科点数表第5部の「投薬」に係る費用については、退院後に使用する薬剤の費用以外は包括されています

## 保外併療1

## 掲示事項 保険外併用療養費

## ※入院期間が180日を超える入院に関する事項

入院医療の必要性が低いが患者側の事情により長期にわたり入院している者への対応を図る観点から、「通算対象入院料」<sup>※1</sup>を算定する保険医療機関への180日を超える入院（「対象外患者」<sup>※2</sup>の入院を除く）については、患者の自己の選択に係るものとして、その費用を患者から徴収することができます。

## 規定【記載】

「対象外患者」のうち、「12」は「頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態」であり、「喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出」、「気管支カテーテル薬液注入法」を、「当該月において1日に8回（夜間を含め約3時間に1回程度）以上実施している日が20日を超えること」と定められている。

この「12」に係る「頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態」については、ランクB<sup>※3</sup>以上に該当するものが対象となるものであり、ランクB以上に該当する旨及び喀痰吸引又は干渉低周波去痰器による喀痰排出の内容（喀痰吸引等の頻度、喀痰吸引に伴う排痰処置等）について、診療報酬明細書に記載する。また、頻回の喀痰吸引を長期間必要とする理由（気管切開等の呼吸管理を行っておらず、かつ、長期間喀痰吸引を実施している場合は、特にその理由を診療録に記載する）及びその内容（喀痰吸引等の頻度、喀痰吸引に伴う排痰処置等）を診療録に記載する。

## 記載等のポイント

- 頻回の喀痰吸引を長期間必要とする理由（気管切開等の呼吸管理を行っておらず、かつ、長期間喀痰吸引を実施している場合は、特にその理由）を記載する。
- 実施内容（喀痰吸引等の頻度、喀痰吸引に伴う排痰処置等）を記載する。

## 記載例

症例：交通自損事故脳挫傷後遺症：発症から180日超え

9月31日

## 【頻回の喀痰吸引を長期間必要とする理由】

- ・ほぼ寝たきり状態で座位は可能。誤嚥をしばしば認め、喀痰吸引も毎日1日5回～10回施行している。

## 【実施内容】

喀痰吸引を1日当たり8回以上の実施日：1日～31日全日  
（看護記録あり）

◎ 解釈p1434～p1437参照

※1 「通算対象入院料」とは次のものをいいます

A100一般病棟入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料を含み、「注11」に規定する療養病棟入院基本料1の例により算定する場合（歯科点数表第1章第2部第1節通則1の規定により医科点数表の例により算定する場合を含む）を除く）

A104特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限り、「注9」に規定する療養病棟入院基本料1の例により算定する場合（歯科点数表第1章第2部第1節通則1の規定により医科点数表の例により算定する場合を含む）を除く）

A105専門病院入院基本料（「注8」に規定する療養病棟入院基本料1の例により算定する場合（歯科点数表第1章第2部第1節通則1の規定により医科点数表の例により算定する場合を含む）を除く）

※2 「対象外患者」とは、定められた状態等にあつて、定められた診療報酬点数に係る療養のいずれかについて、定められた期間等において実施している患者をいい、「1」～「18」までの状態について表形式で示されている

※3 「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について（平成3年11月18日老健第102-2号）におけるランクBをさします

◎1 理由と実施内容を記載します

## 保外併療2

### 揭示事項 保険外併用療養費

※**医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療であって別に厚生労働大臣が定めるものに関する事項**

本制度は、患者の要望に従い、患者の自己の選択に係るものとして、医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療であって、次の①から③までについて、その費用を患者から徴収することができることとしたものです。

①検査	D009腫瘍マーカー α-フェトプロテイン (AFP) 癌胎児性抗原 (CEA) 前立腺特異抗原 (PSA) CA19-9	患者の不安を軽減する必要がある場合
②リハビリテーション	H000心大血管疾患リハビリテーション料 H001脳血管疾患等リハビリテーション料 H001-2廃用症候群リハビリテーション料 H002運動器リハビリテーション料 H003呼吸器リハビリテーション料	患者の治療に対する意欲を高める必要がある場合
③精神科専門療法	I008-2精神科ショート・ケア I009精神科デイ・ケア I010精神科ナイト・ケア I010-2精神科デイ・ナイト・ケア	患者家族の負担を軽減する必要がある場合

#### 規定【記載】

当該診療の実施に当たっては、その旨を診療録に記載する。

#### 記載等のポイント

- 患者の要望等により実施した旨を明記する。
- 同意書の写しを添付する。
- 保険外併用療養費として実施した旨及び内容を記載する。

- ◎ 解釈p1433, p1434参照
- ◎ 本制度に係る特別の料金の徴収を行うとする保険医療機関は、次のことを行います
  - ・当該事項について院内の見やすい場所に分かりやすく揭示する
  - ・あらかじめ患者に対し、その内容及び費用に関して明確かつ懇切に説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得る（特別の料金等を明示した文書に患者側の署名を受ける）
  - ・特別の料金を徴収する場合、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付する
  - ・特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式13（解釈p1447参照）により地方厚生（支）局長にその都度報告する
  - ・患者から特別の料金を徴収した保険医療機関については、毎年定例報告の際に、その実施状況について、地方厚生（支）局長に報告する